

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

T A R T A L O M:

Frigyesi József: Biztosítószepszerű drainage nőgyógyászati laparotomiáknál. (1147—1151. old.)
Novák Ernő: Az agyvérzésekről. (1151—1155. old.)
Lévai József: Appendicitis és trauma. (1155—1156. old.)
Pákozdy Károly: Szokatlan ophthalmoplegiás migraine. (1156—1158. old.)
Liebmán István: Eklampsiás anuria miatt végzett vesedecapsulatio két esete. (1158—1160. old.)
Bilkei Pap Lajos: A Paul-féle cutivaccinról. (1160—1162. old.)
Szemantsik Jenő: Sugárzó hő fülészeti alkalmazása. (1162—1164. old.)

Ormos Pál: Három érdekes eset. (1164—1166. old.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (165—168. old.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Urologia. — Szemészet. — Gyermekorvostan. — Elméleti tudományok köréből. (1166—1170. old.)
Könyvismertetés: (1170—1171. old.)
Johan Béla: Megjegyzések az orvosi tanulmányi rend revíziójának kérdéséhez. (1171—1172. old.)
Nékám Lajos: Nyilatkozat. (1172—1173. old.)
Vegyes hírek: (1173—1174. old.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti Bakáts-téri szülészeti és nőgyógyászati kórház közleménye (vezetőfőorvos: Frigyesi József dr. egyetemi rk. tanár).

Biztosítószepszerű drainage nőgyógyászati laparotomiáknál.*

Írta: Frigyesi József dr. egyetemi tanár.

Ismeretes a hashártyának fertőzéssel szemben tanúsított nagy ellenállóképessége. Ennek tényezői elsősorban a gyors felszívóképesség és a hashártyafületeknek nagyfokú összetapadóképessége, másodsorban az, hogy a hashártyának baktericid hatása kifejezetten, mint a többi szöveteknek.

A hashártyának két rendkívül fontos tulajdonságán kívül a fertőzés megakadályozásában az is segít, hogy sejtjei a belejutott fertőző csírokat phagocytosis útján megtámadják, azonkívül, hogy a hashártya savós transsudatuma is kifejezetten baktericid hatású.

Bármily hatalmas azonban eredményeiben baktericid szempontból a hashártya említett tényezőinek működése, nem szabad felednünk, hogy ez nem korlátlan, s a belejutott csírok mennyiségétől, fertőzőképességétől (virulenciájától) és a megtámadott szervezetnek ellenállóképességétől függ. Sajnos, végeredményben nem tudjuk, hogy a hashártyafületnek erős felszívóképessége, összetapadóképessége közül az adott esetben melyik tényező a főszerep és nem tudjuk azt sem megítélni, hogy milyen fokig számíthatunk a hashártyának hatalmas baktericid hatásával s milyen fokig bízhatunk abban, hogy a peritoneumnak e tényezői győzelmesen fognak megküzdeni a fertőzéssel. Ez az oka annak, hogy hashártyagyulladás kezelésében pl. különbözők a felfogások. Többen gyulladás esetében is levezetvén a hasürből a váladékot, illetve eltávolítván a fertőzésnek a forrását, bezárják a hasüreget, rábízván a fertőzéssel való küzdelmet a hashártya védekezőképességére (Brenner, Krönlein, Lawson-Tait stb.). Ezzel szemben azonban a sebészek legnagyobb része hashártyagyulladásnál drainsöveket, gazezsíkokat helyez

be a hasürbe, hogy azok a hasürben termelt exsudatumot levezzék.

Hogy mennyire nehéz e kérdésben egységes álláspontra helyezkedni, mutatja a múlt évi párisi sebészcongressus, hol Faure némi elégtétellel állapítja meg, hogy a kifejezett és kezdődő hashártyafertőzéseknel a hasüri drainage visszaállítása érdekében indított elkecseregetett harc nem volt hiábavaló. Hirdeti, hogy a sebészetben egy fertőzött gócot úgy a hasban, mint a combon fel kell nyitni és nyitva kell hagyni. Ha tehát az a fertőzött góc a hashártya, úgy ezt szintén nyitva kell hagyni, mert ha annak ellenállóképessége legyőzött, az a halált jelenti. Nem osztja sok sebész véleményét, hogy a hashártya védekezőképessége fertőzéssel szemben korlátlan. Csodálkozik azon, hogy Billetnek 40 vakbélgyulladásos eredetű hashártyagyulladása teljes elzárás mellett meggyógyult, mikor az ő betegek drainage nélkül elpusztulnak. Hányan tértek vissza a hasüri drainagehoz, kik a teljes elzárás, vagy elégtelen drainage okozta katasztrófát látták? Beszámolójában Faure végül nagy elégtétellel állapítja meg, hogy megnyerte a csatát és oly emberek, mint Berard, Tixié, Villard, Imbert, Pauchet egyhangúlag fogadták el a Mikulicz-drainaget. Ezzel szemben Kirschner 1926-ban a német sebészcongressuson a szabad hasüregnek a drainezését teljesen hatástalannak nyilvánítja. A fertőzés forrásának biztos kikapcsolása esetén a hasüregnek a teljes elzárása mellett nyilatkozik.

Faurenak a cikke nem egészen félve, Kirschner nyilatkozata 1926-ban jelent meg, s láthatjuk, hogy hashártyagyulladásnál a drainezés, vagy a hasseb zárása nem tekinthető ma sem egészen tisztázott, vagy egyszerűen eldönthető kérdésnek. Ez az álláspontja ebben a kérdésben Verebéljnek is. (Kovács-Schächter-emlékelőadás.)

Az állásfoglalás a hasseb zárása, vagy drainezése szempontjából azonban nemcsak a hashártyagyulladás esetében, hanem fertőzött, vagy fertőzésre gyanús hasüri műtételnél sem könnyű. E téren azonban bizonyos mértékig egységes az álláspont annyiban, hogy a drainaget mindenki szükségesnek tartja olykor: 1. ha serosától csupaszított vagy elhalt szövetecafatokkal borított terület marad vissza a hasüregben, 2. ha nem csillapít

* Előadatott a Magyar Nőorvos Társaság 1928 március 28-án tartott II. nagygyűlésén.

hátó parenchymás vérzés van a műtési területen, 3. ha a hashártya fertőzésére okot adó forrás marad a hasüregben. Tulajdonképpen tehát csak azoknak a hasüri műtéteknek az ellátása vitás, ahol műtét alkalmával a fertőzésnek a forrását teljesen ki is tudtuk kapcsolni. és ép, normalis endothelborítékkal bíró hashártya borítja a műtési terrenumot.

Tudvalevő, hogy a hashártyagyulladás elkerülésében főleg a műtési technika játszik nagy szerepet és mindenki arra fektet nagy súlyt, hogy hasüri műtétek-nél lehetőleg mindent ép hashártyával fedjen. A gyógyulás szempontjából a peritonizálásán kívül annak is nagy a jelentősége, hogy lehetőleg ne hagyjunk táplálkozásából kizárt, lekötött szövetszörményeket a hasüregben. Ezen alapul az az általános, elfogadott szabály, hogy a hasüri műtéteknél a hashártyának minden durvább physikai, vagy chemiai ingerét, s minden mechanikus bántalmazását gondosan kerülnünk kell. A technikának tehát az ép hashártyafelület megkímélésére kell irányulnia. Viszont nem szabad felednünk, hogy a hashártyának említett ellenálló-, felszívó- és összetapadóképesége úgy kisebb vérömlenyeket, mint kisebb elhalt szövetrészeket, fertőzött fonalakat is gyorsan eltokol, vagy felszívódásra juttat. Azonban ezen szempontok is csak bizonyos fokig védik meg a hashártya-üreget a fertőzéstől, és joggal kérde *Faure*, hogy ki nem látott még betegét tökéletesen peritonizált műtési területtel hashártyagyulladásban meghalni.

Az eltérő álláspontokat nemcsak az egyes szakemberek technikájában, gyakorlottságában való különbség okozza, hanem kétségtelül az egyes műtéteknél szóba jövő fertőzések közti különbség is. Nagy a különbség ugyanis a mikroorganizmusoknak virulenciája és az odakerült csíroknek mennyisége szempontjából. A virulencia tekintetében bizonyos támpontokat a tapasztalás alapján már ismerünk. Tudjuk, hogy a streptococcusok a hasüregben súlyosabb, a gonococcusok, vagy a pneumococcusok pedig enyhébb fertőzést okoznak. Sokszoros tapasztalat mutatja, hogy régi, eltokolt, gonorrhoeás genygyülemek operációjánál (pyosalpinx, abscessus ovarii) — még ha a műtési terület kisebb-nagyobb mértékben szennyezve is volt — a fertőzéssel a hashártya minden nagyobb baj nélkül küzd meg. Ugyancsak tudvalevő, hogy a gonorrhoeás alapon kifejlődő hashártyagyulladás mellett bizonyos mértékig és ideig várakozó álláspont is jogosult. Ellenben a streptococcus-fertőzéseknel (gyermekágyi fertőzés), vagy ahol a gonococcusok nem egyedül, hanem streptococcusokkal együtt fordulnak elő, a várakozó álláspont könnyen megbosszulja magát.

Még kevésbé vagyunk tájékozódva nem tiszta esetben végzett laparotomiák alkalmával a fertőző csírok mennyiségéről, szóval a fertőzésnek nagyságáról.

Ezektől eltekintve, általában hasüri műtétek után a hasüri, az előbb említett eseteken kívül (tályog, necrotikus cafatok, serosafosztott terület, parenchymás vérzés stb.) a műtők mindenütt drainezik, ahol egy későbbi fertőzés eshetősége is van, mint pl. epehólyag-, vagy epeútműtéteknél, a sebészek nagyrésze pedig vastagbélműtéteknél is.

A nőgyógyászok a régi, eltokolt gonorrhoeás genygyülemek műtétei után már régen feleslegesnek tartják a drainezést. Néha azonban olyan eseteket is operálunk, ahol virulens, vagy nem teljesen avirulens, kevert vagy tiszta streptococcus-fertőzéssel kell számolnunk. Ismeretes a puerperalis eredésű streptococcus-fertőzésen alapuló genyes adnextumornak, a necrotikus, vagy elgenyedt myomáknak, a magas lázzal járó fertőzött intraabdominalis vérgyülemeknek, régi

extrauterin graviditásnak és végül a belső nemi szervek rákos megbetegedésének veszélyessége. Egyik megbetegedés operálásánál sem zárhatjuk teljesen nyugodt lélekkel a hasat, hanem drainageal igyekszünk a fertőzés kifejlődését megakadályozni. *Faure* hangsúlyozza is, hogy ez esetekben ő nem zárja teljesen a hasüreget, hanem rendszeresen Mikulicz-tamponadeot alkalmaz.

A drainezésnek azonban jótékony hatásán kívül hátrányai is vannak. Hosszabb időn át a hasüregben hagyott draineső összetapadásokhoz vezethet, a szomszédos és vele érintkező bélfalat usurálhatja, bélsárpolyt okozhat, a csőnek oldalnyílásaiba pedig a szomszédos bélfalnak egyes részei beszorulhatnak.

A Mikulicz-tampon, vagy hasonló, a hasürbe helyezett nagyobb mennyiségű gazepamat még nagyobb mértékben okoz összetapadásokat, de okozhat gyomor-, béltoniákat és hűdéseket, s gyakran hányást is. Nem kis hátránya a hasüri tamponálásnak a hossz- és fájdalmas utókezelés, valamint az is, hogy a szigereknek különböző összenövésai később mindenféle kellemetlen tüneteket okozhatnak. Végül fontos hátránya úgy a Mikulicz-, mint másféle tampon alkalmazásának, hogy csaknem mindig hasfali sérvet, sőt ha a hassebnek nagyrésze marad nyitva, eventeratiót okozhat.

E következmények teljesen érthetővé teszik elkerülésükre irányuló törekvéseket. A nőgyógyászati műtéteknél az esetek nagyrészeiben abban a szerencsés helyzetben vagyunk, hogy a műtési területet drainezhajjuk anélkül, hogy a drainesövet, gazepamatot, vagy Mikulicz-tamponat a hasseben át kellene kivezetnünk. Hiszen carcinománál, nekrotikus myománál, kétoldali genyes adnexmegbetegedésnél, total exstirpáció után kitűnő szolgálatot tesz a területnek a hüvelyboltozati seben át való drainezése.

Nem malignus folyamatoknál technikailag nagy könnyebbséget jelent a *Tóth* tanár által ajánlott cervicalis drainage, mely ugyancsak a műtési terület legmélyebb ponton és ugyancsak a hasseben elkerülésével drainezi a műtési területét. Ugyancsak gyakran használatos, különösen méhen kívüli terhesség esetében, a hüvelyboltozaton át való drainezés.

E közismert, régen bevált drainezési módoknak további rendszeres alkalmazása ellen nem lehet szót emelni. Ezért csupán azokkal az esetekkel akarok foglalkozni, amelyekben a drainagenak e típusos módjai nem vihetők keresztül. A hüvelyboltozati drainage, valamint a *Tóth*-féle cervicalis drainage ugyanis leginkább radicalis műtéteknél jöhet szóba. Többször kell azonban gyermekágyi eredetű, egyoldalra localizált, nyilvánvalóan nem gonorrhoeás, hanem streptococcus-fertőzésből kiinduló tályogokat operálni, ahol különös indokok néha a méh- és másoldali függelékek megtartása mellett szólnak. Ilyen esetekben eddig, sokszor a drainage miatt, végeztek valamely radicalis műtétet, amit ma nem tartunk helyesnek.

Máskor erősen fertőzött, régi méhen kívüli terhességből eredő vérgyülemeknél láttuk, hogy a hüvelyboltozaton át való drainezés nem volt elegendő. Nem csilapítható parenchymas vérzés esetén, vagy nagyobb serosahiány ellátásánál, különösen, ha a feltárás régi izzadmányok és kérges miatt nehézséggel járt, többször szívesen elkerültük volna a hüvelyboltozat megnyitását, ha a drainagenak, vagy tamponadenak olyan módja állott volna rendelkezésünkre, amely a hasfalán át való drainezésnek fenti ismert hátrányaival nem jár.

Végül ismeretes, hogy az abdominalis méhrákoperációknál a hüvelyboltozaton át végzett széles drainezés ellenére, az eseteknek elég nagy százalékában, még mindig keletkezik műtét után genyes hashártya-

gyulladás. Ezt többen más-más módon igyekeztek elkerülni. Az előkészítés különböző módjai, a műtételőtti sugaras kezelés, a rivanolnak a has-seb zárása előtt a hasüregbe öntése, mind ezt a célt szolgálják és nyilván nem véletlen, hogy Faure valamennyi abdominalis radicalis műtétje után Mikulicz-tampont helyez be. A múlt évi Bonnban tartott nőgyógyászcongressuson pedig, a Wertheim-műtét utáni hashártyagyulladások elkerülésére, Küstner is a Mikulicz-tampon alkalmazását ajánlotta.

Az elsorolt műtéteknél a drainezés szükségességét belátva jöttem arra a gondolatra, hogy ezekben az esetekben megkísérlem a műtési területnek has-seben át való drainezését olymódon, hogy az a hasfalán át behelyezett drainnek és tamponnak felsorolt hátrányai-val ne járjon. Ezt úgy véltem elkerülhetőnek, ha a műtési területre a has-seb alsó zugában kivezetett gaze-el körülvevő draincsövet, esetleg néhány gazeecsíkot helyezzünk rövid időre, két-, legfeljebb háromszor 24 órára. Ugyancsak jól használható e célra az amerikaiaktól ajánlott ú. n. szívarkadrain.

Tudvalevő, hogy egy rövid ideig bennhagyott draincső nem árt a hegnek és nem disponál sérvképződésre. Tudjuk azonkívül azt is, hogy a váladéknak drainnel, vagy gaze-el — mint az elmondottakból következik is — levezetése a hasüregből hatásosan csak rövid időre lehetséges. Azonkívül, hogy a hasüregnek a védőképessége a fertőzés kezdetén — tehát az első 48 órában — a legnagyobb és intenzitása óránként csökken (Albrecht). E körülmények a műtéttel járó fertőzésnek elkerülése szempontjából nagy jelentősége van: A műtét alatt egyszerre több-kevesebb fertőző csír jut a hasüregbe, azután azonban nem, mert a műtéttel a fertőzés forrását eltávolítottuk.

Úgy véltem tehát, hogy a has-seb alsó zugába helyezett és ott rövid ideig hagyott gazeecsíkkal körülvevő draincsővel az óhajtott célt könnyen, egyszerűen, 1—2 perc alatt eszközölhető módon elkerülhetjük a drainagenak az előnyeivel, annak hátrányai nélkül. Azokban az esetekben tehát, ahol a fertőzés nem volt nagyfokú és a hashártya nincs megtámadva, a két nap múlva eltávolított tamponnal a sebgyógyulást semmiel sem hosszabbítottuk meg. Ahol a hashártyát nagyobb mennyiségű fertőző csír árasztotta el, ott a behelyezett draincső, vagy gaze megvizsgálásánál 1—2 nap múlva meglátjuk, hogy szükséges-e a drainnek további fenntartása, a genyes váladék, a csövet kitöltő szétcsúszott, puha fibrin, vagy más ok (magas hőmérsék, peritonealis tünetek) miatt.

Legjobban az eddig végzett néhány eset mutatja, hogy mely nőgyógyászati műtéteknél vélem alkalmazhatónak a drainagenak ilyen időleges, ú. n. biztosító-szelepszzerű alkalmazását.

I. Időleges tampondrain alkalmazása fertőzött, vagy fertőzésre gyanús esetekben.

1. K. Gy.-né, 578/1927. szül. fjl.-szám, II. P. Elsőfokban egyaránt szűk medence. Korai burokrepedés, elhúzódó szülés, többszöri hidegrázás, 38-ig menő temperaturával. Hüvelyváladékban leukocyták, vörösvértestek, kevés coccus, diplococcus, elvéve 6—10 tagból álló streptococcus. Kétnapi vajadás után bőven négyujjnyi méhszáj, medencebemenetre nyomott koponya, nagy fejdaganat mellett, november 14-én d. e. 11 órakor magasfogó-kísérlet. A kísérletet már azzal a szándékkal tettük, hogy eredménytelenség esetén a magzat megmentésére, a fertőzés ellenére, császármetszést végzünk. Mintán egy tractiokísérlettel a téraránytalanság nem volt leküzdhető, sectio caesarea transperitonealist végeztünk. Élő, érett leányújszülött; hossza 54 cm, fejkerülete 34 cm, súlya 3370 gramm, azonnal légzik. A magzatvíz zavaros, maeconiumos. A hasseb alsó zugában gazepamatot helyezünk. A gyermekágyban az

első 4 napon 38—38.5-ig menő hőemelkedések. A peritonicum a második napon megindul. Peritonealis tünet nincs. Harmadnap a tampont eltávolítjuk. Később subfebrilitas, bűzös folyás, kilencedik napon felületes fasciafölötti hasfali abscessus nyílik meg. December 13-án az anya magzatával per secundam gyógyult hassebbel távozott.

Az esetnek lefolyása egyike azon ismert példának, amikor a fertőzéssel a hashártya nagyobb reactio nélkül megküzdött, a has-seb ellenben nem és hasfali tályoggal reagált.

2. B. K.-né, 609/1927. nőgyógy. naplósám. 25 éves, 0 P., hat hete vérzik, három hétig egyik fővárosi kórházban gyulladás ellen kezelték. Köldökgig érő tumor, mely a Douglast is ledomborítja. Süllyedési idő: 27 perc. Laparotómiai: haematocoele retrout. abortus tubaris l. d., adnexotomia l. s., salpingektomia l. d. Bontott vér a hasüregben, Douglas-drainage a hüvelyboltozaton át. A fertőzött méhen kívüli terhességgel szerzett rossz tapasztalatok miatt a has-seb alsó zugába is gazeecsíkot helyezünk. Lefolyás: Az első 3 napon 38—38.2 és egyszer 38.8-ig emelkedő hőmérséklet. Peritonealis tünet nincs. 48 óra múlva a csík eltávolításánál véres savó ürül. Az előre bennhagyott silköltséket a gaze helyén csomózzuk. A 7—8—9. napon a teljesen összetapadt heg alsó zugából kevés savó ürül. Később zavartalan gyógyulás.

3. W. R.-né, 295/1928. nőgyógy. naplósám. 30 éves, 0 P. Ismételt graviditas extrauterina. Laparotómia: adnexotomia l. s. Vérzés a Douglas mélyén. A lázas kórelőzmény miatt gaze-drainage. A harmadik napon a tiszta savótól átitatott csíkot eltávolítjuk. Láztalan gyógyulás. Drainage helye nedvezett, a 2. hét végén azonban ez is begyógyult.

4. H. M.-né, 338/1928. nőgyógy. naplósám. 25 éves, I. P. Diagn.: tumor adnex. l. s. Műtét: Graviditas extrauterina l. s. A lenőtt petevezetékéből felválasztása alkalmával néhány csepp geny ürül. Gaze-drainage a negyedik napon eltávolítva, helyéből bűzös vér ürül, ezért egy vékony draincsövet helyezünk be, de a nyolcadik napon ezt is eltávolítjuk. Draincső helye tisztán sárgadzik.

A fertőzésre gyanús esetek közé sorozhatjuk azokat is, melyekben (mint például Wertheim-műtéteknél, genyes adnexműtéteknél, elgenyedt myomáknál stb.) bármely okból az eddig jól bevált hüvelydrainage nem keresztülvihető, vagy nem elegendő. E csoportba tartozó esetek közül két Wertheim-műtétnél alkalmaztuk a tampondraint. Mindkét esetben zavartalan lefolyás, elsődlegesen gyógyult has-seb. Egy harmadik esetben pedig hőemelkedések miatt csak az 5. napon távolítottuk el a tampont, a has-seb itt is teljesen összetapadt, és vonalas heggel gyógyult.

II. Tampondrain behelyezése nehezen csillapítható parenchymás vérzések miatt.

5. M. Gy.-né, 0 P. Negyedik hónapban levő terhes méh alatt a medencét kitöltő csecsemőfőnyi myoma, mely az uterus alsó szakaszának és a cervixnek hátsó falából indul ki. Nyomási tünetek. A daganat kihámozása hasmetszés útján a terhességnek megtartásával sikerül. A méh alsó szakaszának jó ujjnyi izomsebtől csomós catgutöltésekkel egyesítjük. A vérzés megszűnik, de minden szűresatornából nyomásra sem szűnő vérszivárgás van. A varratvonal jobboldalt az arteria uterina lefutásával párhuzamosan és ehhez közel halad a méh alsó szakaszának szélén. Újabb öltések elkerülésére és a sikerült eredmény biztosítására, — miután rövid ideig tartó nyomás a szűresatornák vérzését nem szüntette, — néhány gazeecsíkot helyezünk a szűresatornákra és a hasat zárjuk. Nyolc óra múlva a pamatot eltávolítjuk és a műtét alatt behelyezett öltést, annak helyén megcsomózzuk. A lefolyás teljesen zavartalan, a terhesség megmaradt, a hasseb per primam gyógyult. A terhesség végén élő, érett leánymagzatot szült.

6. E. A.-né, 37 éves (670/1927). Baloldali tubaruptura, acut anaemia, 150-es pulzus. Háromhónaposnak megfelelő foetus a hasüregben. Baloldali adnexotomia. Ennek ellátása után észrevesszük, hogy a parametriumon erősen vérző sebfelület van, mely egy perforációs nyílásra gyanús. Az öltések ellenére vérzik. A betegnek

pulzusa alig van, Douglas-drainagera a nagyobb feltárás, újabb vérzés veszélye, az ellátás nehézsége miatt alig lehet gondolni. Kisebb Mikulicz-tampon nyomunk a felületre és gyorsan zárjuk a hasat, Autotransfusio, hypodermoklysis. Lefolyás: az első három nap 37,4–37,8 C° közötti hőmérséklet. A peristalticum a 2. napon megindul. 36 óra múlva eltávolítjuk a tampont s csomózzuk a bennhagyott öltést, a 16. napon elsődlegesen gyógyult hassebbel gyógyultan távozik.

7. D. T.-né, 42 éves (502/1927). Primipara. Egy hó óta vérzik, időnként 38 C°-ig emelkedő hőmérsék. Egy havi conservatív kezelés után műtét. Tumor adnex l. s., adnexotomia l. s. A daganat felvágása helyén a Douglasnak oldalsó felületén ötkoronányi hámfosztott, vérző terület. Ezt a hassebb alsó zugában kivezetett néhány gazeccsikkal tamponáljuk és zárjuk a hasat. Lefolyás: Egyszer 38,1 C°-ig menő temperatura, 2–3. napon kevés csúklás. 36 óra múlva a gazeccsiket eltávolítjuk és a bennhagyott silköltést csomózzuk. A 14. napon elsődlegesen gyógyult sebbel távozik.

Hasonlóképpen jártunk el még két régi méhen kívüli terhesség esetében, egyikben a vérzés, másikban a vér bomlott volta miatt alkalmazván a gazeccsiket. Mindkét esetben zavartalan lefolyás, elsődlegesen gyógyult hassebb.

A rövid ideig tartó drainezt összesen tehát eddig 12 esetben alkalmaztuk (az előadás óta is több esetben, szintén jó eredménnyel). Úgy vélem, hogy a rövid ideig tartó drainezésnek az alkalmazási köre részben ugyanaz, mint amiért általában hosszabb időre szokás tampont és draint a hasüregbe elhelyezni. Tehát, mint a példaképpen felhozott esetek is mutatják: 1. Az infectio forrásának ellátása után visszamaradt csírok ártalmatlanná tételére, illetve a szabad hasürtől való elkülönítésére. 2. El nem látott és az adott körülmények között jól el nem látható vérzés csillapítására. 3. A peritonéumtól fosztott területek káros következményeinek kirekesztésére. Ez esetekben az ú. n. drainage és tamponadenak a kiviteli módja éppúgy, mint a célja is lényegesen különbözik egymástól.

A hasürbe helyezett gazeccsík hatását részben az által fejt ki, hogy hajszálesőveiben a capillaritas törvényei szerint indul meg a nedváramlás. Egy másik hatása a hasüregbe helyezett gáznak a leukotactikus hatása. A kötszer köré ugyanis élénk leukocytavándorlás indul meg, mint azt többek között Lángnak állatkísérleteivel sikerült bebizonyítani. 1919-ben Belák bizonyította be, hogy a sebüregbe helyezett kötszernek anti fermentatív-baktericid hatása van.

A drainezésnek eszközei a hydrophil gaze, vagy drainső. Az előbbi főleg parenchymás vérzések és nem kifejezett genyedés, hanem csak várható fertőzés esetén alkalmazzuk, a drainsövet pedig bővebb váladék levezetésére használjuk. Az elsőnek kivitelére a Mikulicz-tamponade a példa, ahol a tampon belsejében levő csíkok váltogatnak fel, míg az ezeket magában foglaló kötény hosszabb ideig érintetlen marad. Nálunk, valamint Németországban a Mikulicz-tampon helyett a gazeból készült csíkok vannak elterjedve, míg Franciaországban Mikulicz-kötények a kedveltek. A csíkok előnye, hogy könnyű alkalmazhatóságuk mellett alkalmasat ad a sebfenek minden részének gondos ellátására.

A drainsövek anyaga különböző lehet: gumi, üveg, gyöngy. Legjobban megfelel a célnak a gumicső. Hajlékony, kifőzhető és könnyen alkalmazható. A gumidrainesövek hátránya, hogy oldalnyílásaiba bélfalrészlet türemkedhetik be. Ezért Madelung azt ajánlotta, hogy a drainsöveket vékony gazeréteggel vegyük körül. Vele szemben Gebele ezt a gazeréteget, éppen a gyorsan bekövetkező összetapadások miatt nem ajánlja.

Az üvegcsövek (Burghard 1900-ban vezette be) veszélyessé válhatnak, mert arrodálhatják a szomszédos szerveket, zsigereket és különösen véredényeket.

Úgy a Mikulicz-tamponnak, mint a kisebb gaze-tamponnak a környezettel való összetapadását leginkább az Amerikában Mc. Cosh által ajánlott, ú. n. szívarkadrain kerüli ki. Természetesen minden drainezésnél, ha egyszer a gazeccsík gennyel telt meg, megszűnik a szívó hatása és a gazeccsík megcsereendő.

A mi eseteinkben legtöbbször kevés, 4–5 összehajtott gazeccsík álló köteget helyeztünk a hasürbe és annak belső végét a kirekesztendő területre vezettük. Fertőzött, vagy infectióra gyanus esetekben azonban helyesebbnek tartjuk a gazeccsikkal körülvett gumidraineső alkalmazását.

Fontos kérdés a behelyezett gaze, vagy drain eltávolításának ideje. Mint említettem, a behelyezett gazeccsíkakat, illetve drainsöveket esetenként 48 óra múlva távolítjuk el. Ennyi idő múlva ugyanis — mint erről eseteinkben is meggyőződünk — a parenchymás vérzés bizonyosan megszűnik, az endotheltől fosztott és fertőzött terület pedig kirekesztődik a szabad hasüregből. Arról is kétségteljesen meggyőződhetünk, hogy a hasürnek fertőzése megkezdődött-e s keletkezett-e hashártyagyulladás. Ha peritonitisnek klinikai jelei nincsenek s a sebben genyedés nincs, nyugodtan eltávolíthatjuk a draint, akár véres savó van a hasüregben, akár egészen száraz az. Tudvalevő, hogy aseptikus sebekből 24–48 óra múlva, midőn a nedvszivárgás megszűnt, a drainső eltávolítandó, mert a nedváramlás megszűntével a drainsövön át kívülről jutnak csírok a sebüregbe. Ha a váladék, vagy a klinikai tünetek nem teljesen megnyugtatók, úgy hagyjuk benn a draint a harmadik 24 órára és szükség esetén még hosszabb ideig is. Kisebb gazeamat, vagy gaze-zel körülvett cső általános tapasztalás szerint nem rontja a hashegnek a kilátásait és még kevésbé rontja, hogyha rövid ideig van az a hasüregben. Körte is hasonlóan nyilatkozik. A drainage korai eltávolításának célszerűségét mutatja P. Albrecht tapasztalása, mely szerint a hasüreg védőapparatusának a hatása a fertőzés legelején, tehát az első 48 órában a legerősebb, ereje azonban óránként csökken.

Bár így nyilvánvaló, hogy a hasürnek hasfalán át való drainezése, amikor kismennyiségű gázt, vagy gaze-zel körülvett drainsövet rövid ideig alkalmazunk, a heg és a sebgyógyulás szempontjából teljesen veszélytelen és káros következménnyel nem jár, hangsúlyoznom kell, hogy vannak esetek, amikor éppenséggel nem tanácsos a tamponnak, vagy a drainnek rövid idő múlva való eltávolítása. Iselin szerint a hasürbe helyezett drain hivatását három nap után már betöltötte és a 4. nap után rövidítendő és lassan eltávolítandó. Seitz szerint a drainső által levezetett váladék bakteriumtartalma az 1. napon még sok, a 2. napon elég bő és csak az 5–7. napon csökken lényegesen. Láng szerint, ha az inficiált sebből a tampont korán eltávolítjuk, akkor azt a védőberendezést, mely a fehérvérsejtekből a tampon körül keletkezett és a fertőzött területet a fertőzésmentestől elhatárolta, áttörjük. Számos klinikai megfigyelés bizonyítja, hogy ha a tampon a fertőzött területen korán megbolygatjuk, akkor a hőmérséklet hirtelen magasra szökik és ilyenkor nem újabb fertőzésre, hanem a régi infectiónak tovaterjedésére kell gondolnunk. Verebéljénél is találunk utalást arra, hogy a tamponnak, vagy drainnek korán való eltávolítása helytelen. És ez természetes is. A rövid ideig tartó drainezésre vonatkozó ajánlatom azonban ezzel az általános és fontos tapasztalással nincs ellenmondásban, mert én 48 óra múlva csak akkor távolítom el a draint, ha meggyőződésem róla, hogy a műtéti terület, a hashártya nincs fertőzve.

Félreértés elkerülése végett hangsúlyozom, hogy

a rövid ideig tartó időleges drainezést csak mint biztosítóselepet alkalmazom. Távol áll tőlem annak az ajánlása, hogy fertőzött, genyedő területből a draint korán eltávolítsam. Másrészt azonban nagyon helytelen volna azokban az esetekben, ahol — mint meggyőződhetünk róla — a hashártya fertőzése nem következett be, a tampondraint az általam ajánlott két napon túl bennhagyni.

A drainagenak, helyesebben a tampondrainnek itt ajánlott rövid ideig tartó alkalmazását a sebészek közül bizonyára már többen alkalmazták, bár leírva, rendszerbe foglalva sehohsem találtam. Érthető is ez, mert — mint a mondottakból kitűnik, — a drainaget diffúz peritonitissal vagy fertőzésre gyanús esetekben legtöbbször elhagyták. Ha pedig draineznek, mert már megtörtént az infectio, vagy az infectio kifejlődése később várható (epeműtétek, vastagbélvarratok stb.), ott a draint tovább hagyják benn. Körte az egyetlen (Die Chirurgie des Peritoneums), aki kifejezetten a drain használatát alkalmazásáról beszél. Az appendicitis-operációról és az ebből kiinduló hashártyagyulladásokról a következőket mondja: „A drainage alkalmazása korlátozandó azokra az esetekre, ahol zavaró dolgok (Reste) maradnak vissza a hasüregben, ellenben korai műtétnél elhagyandó. Lassan erre a meggyőződésre jöttem én is, miután hosszú időn át a csövet rövid ideig mint biztosítóselepet alkalmaztam. Gyomorátűródásoknál a hasseb teljes zárásával szerzett jó tapasztalásaim alapján tértem rá arra, hogy így járjak el más hashártyagyulladásoknál is. Azoknak a részére, akik még nem tudták magukat elhatározni, hogy a biztosítóselepet egészen elhagyják, a következő eljárás ajánlható: egy szívópamutall ellátott csőnek behelyezése s 24 óra múlva a pamutnak eltávolítása. Ha ekkor semmi folyadék nem ürül, úgy a cső is eltávolítható, más esetekben azonban az még 24 óráig helyén maradhat.”

Mint ez a nyilatkozat mutatja, az általam ajánlott kisterjedelmű tampondrain rövid ideig való alkalmazásának semmi hátránya nincsen. Rendszeresen nem igen csinálják, aki pedig az appendicitis korai operációjánál csinálta, az elhagyta. Ez azonban egyáltalán nem mondja, hogy felesleges azokban az esetekben, amelyekben ajánlottam és amelyekben enélkül csak az állandó drain, vagy tampon alkalmazásával jönnek ki. Azokban az esetekben, amelyekben eddig mi lehetőleg mindig a hüvelyboltozaton át való drainagera törekedtünk és amely esetekben, — mint a múlt évi párisi sebészcongressuson is Faure és követői hangoztatták — ma is a Mikulicz-tampon alkalmazták, a hasür drainezésének ez az egyszerű, mindig könnyen alkalmazható és a hasseb gyógyulását, a heg ellenállóképességét legtöbbször egyáltalán nem veszélyeztető módja sokszor fog célra vezetni.

Felesleges lesz ellenben ez az eljárás ott, hol könnyen, vagy a műtétnél lényeges súlyosbítása nélkül végezhetjük el a nőgyógyászati műtéteknél végezhető legjobb drainezést, — a hüvelyen át való levezetést.

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem törvényszéki orvostani intézetének közleménye (igazgató: Kenyeres Balázs dr. egyetemi ny. r. tanár).

Az agyvérzésekről.

Írta: Novák Ernő.

A törvényszéki orvosi elbírálás tárgyát alkotó hirtelen halálos esetek között magas százalékkal szerepelnek az agyvérzések s nagyon gyakran kerül a boncolóorvos abba a helyzetbe, hogy fennforgó agyvérzéseknek okát, keletkezési módját kell meghatározni.

A fentebbi okok indítottak arra, hogy az intézetben a legutóbbi 31 év alatt előfordult és boncolással vizsgált agyvérzéseket összeállítsam. 1894-től 1924-ig az intézet 42160 boncolást végzett, ezek közül 938 bizonyult agyvérzésnek, szóval 2-2 százalék.

Az összes boncolások számának az agyvérzések számához való viszonyát a következő táblázatban foglaltam össze:

Év	Boncolás	Agyvérzés	Százalék
1894	908	23	2-5
1895	1103	21	1-9
1896	1112	32	2-8
1897	1167	25	2-1
1898	1161	23	1-9
1899	1147	32	2-8
1900	1050	18	1-7
1901	1020	30	2-9
1902	1030	33	3-2
1903	1038	38	3-6
1904	1083	21	1-9
1905	1112	24	2-1
1906	1148	38	3-3
1907	1227	19	1-5
1908	131	32	2-5
1909	1430	36	2-5
1910	1437	31	2-1
1911	1558	26	1-6
1912	1603	34	2-1
1913	1585	39	2-4
1914	1576	40	2-5
1915	1710	31	1-8
1916	1469	44	2-6
1917	1557	32	2-0
1918	136	36	2-0
1919	1769	37	2-0
1920	1713	31	1-8
1921	1530	18	1-1
1922	1641	35	2-1
1923	1672	30	1-7
1924	1638	39	2-3

Ezen számadatoknak 5 évi átlagokban való feldolgozásánál látszik, hogy az agyvérzések százalékaránya 1902. évig lassan emelkedik, majd napjainkig ugyanilyen mértékben süllyed. Ezzel szemben az összes boncolatok 5 évi összege napjainkig fokozatosan emelkedik.

Ha az évszakokat vesszük vizsgálat alá, kitűnik az, hogy a legtöbb agyvérzés tavasszal fordul elő, valamivel kevesebb télen, legkevesebb nyáron. Az ős közép helyet foglal el a nyár és tél között. Százalékokban kiszámítva, tavaszra az összes esetek 28%, télre 27%, nyárra 20%, ősre 25% esik.

Hogyha hónaponkénti halálozást tekintjük, akkor látni fogjuk, hogy decemberben történik a legtöbb halálozás agyvérzés folytán, augusztusban pedig a legkevesebb. Átlagosan számítva, a decemberi halálozás kétszer akkora, mint az augusztusi. Azonban nemcsak évi, évszaki és havi ingadozást figyelhetünk meg, hanem napi ingadozást is. Feltételeztem, hogy ezek a napi ingadozások bizonyos fokban kapcsolatban lehetnek a légnyomással ingadozásaival azért, mert a légnyomás és a vérnyomás között bizonyos szükségszerű kapcsolat áll fenn. Ha ez a harmonia bármely részről megbomlik, vérzés következhetik be. Így, hogyha a vérnyomás igen magasra szökik fel, változatlan légnyomás mellett is létrejöhet vérzés. Ha viszont a vérnyomás változatlan és a légnyomás mutat hirtelen változást, ugyanez az eredmény következhetik be.

Ha magunk elé tesszük bármely évnek a naptárát s megjelöljük a napok szerint előfordult agyvérzéseket, látni fogjuk, hogy vannak napok, amelyeken 2, sőt 3 agyvérzés fordul elő, vannak ismét olyan egymásután

következő napok, amelyek mindegyikén fordult elő agyvérzés; ezzel szemben hetek, sőt egész hónap is elmúlik egyetlen boncolt agyvérzés nélkül.

Ha most ebben a kijelölt naptárunkban a napi közép-légnyomás értékeket is feltüntetjük, azt fogjuk tapasztalni, hogy az egyes agyvérzések, főképen pedig a halmozódások a légnyomás hirtelen esökkenésekor, illetőleg egy esökkenési periodus minimumakor fordulnak elő. Sokkalta ritkábban fordul elő, hogy hirtelen emelkedések idején, illetőleg emelkedő légnyomású periodusok maximumakor találjunk agyvérzéseket. Nem kell külön kiemelni, hogy vannak esetek, amelyek a légnyomásingadozással semminemű összefüggésben nem állanak.

31 év agyvérzéseit dolgoztam fel ilyen szempontból. Vegyük példának okáért az 1902. évet. (Lásd táblázat.) Január hóban a légnyomás minimuma 744 mm volt. Kétszer találjuk ezt ebben a hónapban feljegyezve: egyszer két nap alatt 757-ről lezuhant 44-re, hogy másnap ismét magasba szökjön fel, ezen alkalommal két agyvérzést találunk. A másik minimum még hirtelenebb esést mutat és itt találjuk a hónap végén szereplő egyetlen agyvérzést Február hónapban, szintén hirtelen légnyomás-zuhanás folytán előállott minimum második napján látjuk bejegyezve agyvérzésünket. A hónap végén, 25-én két agyvérzés fordult elő, mind a kettő hirtelen légnyomás-esés alkalmával. Hasonló kettős agyvérzést látunk július hónapban, amikor a légnyomás-minimum pontosan összeesik az agyvérzések dátumával, a légnyomás-süllyedés meglehetősen hirtelen következett be. Ebben az évben december 18-án három agyvérzést jegyezhetünk be, amelyek 46-os légnyomásértéknél fordultak elő. A légnyomás tulajdonképpen 14-étől (768 mm) fokozatosan süllyedt 16-áig, 17-én 57 a légnyomás, amely másnapra 9 mm süllyedést mutat. Az az egy hirtelen ingadozás volt az, amely az agyvérzéseket kiváltotta. A légnyomás még lejjebb is süllyedt, azonban már nem ilyen gyorsasággal, így tehát december 19-én, amikor a havi minimumot találjuk feljegyezve, agyvérzés nem fordult elő. Ez a néhány kiragadott példa jellemzi a többi 31 év viszonyát is.* A 31 esztendőre vonatkozó egyes táblázatok áttekintése útján megállapíthatom, hogy észlelt agyvérzési eseteinknek mintegy fele hirtelen légnyomás-süllyedés, illetve alacsony légnyomás-érték napján fordul elő.

Természetes, hogy a légnyomás-ingadozás bármely excessiv legyen is, egymagában nem elegendő az agyvérzés kiváltására. Igen jól ismeretes, hogy az agyvérzéseknek nagyon sok praedisponáló és még több kiváltó momentuma van. Nem óhajtanók a légnyomásingadozást sem másképp szerepeltetni, mint egy, talán legnevezetesebb praedisponáló momentumot. A nagyfokú érlelmeszedésben szenvedő beteg állandó igen magas vérnyomásával úgyszólván folytonosan agyvérzés veszedelmében forog. Valamilyen kiváltó momentum kell és bekövetkezik az agyvérzés. Ilyen kiváltó okként szerepelhet mindaz, ami a vérnyomást erősen fokozza: szülés, székelés, közsülés, sérülés, hirtelen erőlködés, telt gyomor, alkohol, harag stb. Lehetséges, hogy egy erősebben érlelmeszedéses beteg érrendszerének még van akkora teherbírása, hogy rendes körülmények között egy ilyen kiváltó momentumra felépő vérnyomás-emelkedést elbír. De hogyha ezek a kiváltó momentumok olyankor érik a beteget, amikor az érrendszer ellenállóképessége a légnyomás hirtelen

A légnyomásváltozások és agyvérzések viszonya az 1902 évben.

Január	Légnyomás	Február	Légnyomás	Március	Légnyomás	Április	Légnyomás	Május	Légnyomás	Június	Légnyomás
1	757	1	758	1	747	1	748	1	745	1	753
2	47	2	60	2	48	2	45	2	46	2	53
3	44	3	54	3	54	3	49	3	50	3	53
4	54	4	48	4	50	4	47	4	49	4	53
5	52	5	53	5	54	5	52	5	46	5	50
6	55	6	55	6	58	6	49	6	51	6	47
7	55	7	47	7	50	7	48	7	53	7	45
8	61	8	40	8	42	8	54	8	50	8	41
9	60	9	43	9	38	9	57	9	44	9	43
10	58	10	42	10	38	10	56	10	43	10	45
11	54	11	48	11	48	11	52	11	48	11	45
12	56	12	51	12	48	12	50	12	48	12	43
13	54	13	45	13	57	13	48	13	47	13	44
14	58	14	44	14	64	14	48	14	46	14	43
15	64	15	49	15	58	15	50	15	46	15	47
16	49	16	56	16	51	16	51	16	49	16	48
17	54	17	51	17	52	17	52	17	44	17	46
18	54	18	49	18	53	18	55	18	41	18	44
19	59	19	53	19	53	19	56	19	41	19	42
20	61	20	56	20	51	20	57	20	43	20	43
21	56	21	62	21	48	21	53	21	48	21	46
22	58	22	62	22	45	22	51	22	52	22	51
23	59	23	59	23	43	23	52	23	52	23	52
24	55	24	54	24	42	24	56	24	55	24	49
25	41	25	47	25	46	25	52	25	54	25	50
26	40	26	47	26	49	26	45	26	52	26	55
27	46	27	49	27	48	27	47	27	53	27	57
28	48	28	51	28	47	28	54	28	53	28	57
29	47			29	49	29	48	29	54	29	54
30	57			30	41	30	46	30	54	30	52
31	62			31	44			31	54		

Július	Légnyomás	Augusztus	Légnyomás	Szeptember	Légnyomás	Október	Légnyomás	November	Légnyomás	December	Légnyomás
1	748	1	752	1	753	1	747	1	753	1	747
2	46	2	51	2	51	2	46	2	54	2	45
3	54	3	47	3	53	3	49	3	59	3	45
4	57	4	51	4	55	4	56	4	57	4	54
5	53	5	52	5	54	5	55	5	57	5	53
6	52	6	53	6	51	6	49	6	57	6	52
7	54	7	50	7	53	7	48	7	59	7	54
8	51	8	49	8	55	8	48	8	57	8	53
9	49	9	49	9	53	9	53	9	55	9	56
10	45	10	52	10	55	10	51	10	56	10	62
11	45	11	47	11	52	11	49	11	57	11	68
12	53	12	48	12	45	12	45	12	58	12	67
13	56	13	49	13	44	13	57	13	59	13	66
14	55	14	50	14	51	14	58	14	62	14	68
15	51	15	50	15	54	15	52	15	60	15	65
16	50	16	52	16	52	16	50	16	57	16	62
17	49	17	49	17	52	17	42	17	61	17	57
18	49	18	52	18	54	18	44	18	64	18	46
19	48	19	52	19	58	19	51	19	63	19	43
20	46	20	48	20	61	20	55	20	59	20	48
21	46	21	51	21	59	21	53	21	54	21	45
22	50	22	53	22	60	22	55	22	59	22	56
23	52	23	54	23	62	23	58	23	60	23	64
24	52	24	53	24	60	24	66	24	56	24	60
25	51	25	51	25	60	25	64	25	40	25	59
26	53	26	51	26	61	26	58	26	45	26	48
27	52	27	51	27	58	27	53	27	46	27	51
28	52	28	50	28	51	28	53	28	50	28	45
29	56	29	50	29	49	29	53	29	47	29	38
30	56	30	46	30	46	30	52	30	47	30	38
31	54	31	51			31	50			31	38

A dült számokkal jelzett légnyomású napokra sok, a kövér számokkal jelzettekre feltűnő sok agyvérzés esik.

csökkenésével amúgy is próbára van téve, az agyvérzés bekövetkezik. Szempontunkból a hirtelen csökkené-

* Itt köszönettel említjük meg az országos meteorológiai intézet szívességét, hogy összehasonlításunkhoz szükséges adatokat készséggel rendelkezésünkre bocsátotta.

sek a veszélyesebbek, amikor az érrendszer ellenállásának egyik leghatalmasabb támogatója, a külső ellennyomás, gyorsabban csökken, mint ahogyan az érrendszer alkalmazkodása bekövetkezhetett volna.

A lassú, fokozatos légnyomás-csökkenés kevésbé veszélyes, mert a vérkeringés alkalmazkodása megtörténhetik. Csökkenhet azonban a légnyomás fokozatosan is olyan alacsony értékre, hogy a beteg érrendszer teljes alkalmazkodása lehetetlenné válik. A hirtelen légnyomás-emelkedések alig képviselnek veszélyt. Újból hangsúlyozom, hogy természetesen az érrendszer ellenállása lehet annyira csökkent, a kiváltó momentumok lehetnek annyira intenzívek, hogy az agyvérzés minden légnyomás-ingadozás nélkül is bekövetkezhetik. Csak az agyvérzések halmozódásának egyik lehető okára óhajtottam reámutatni.

Tudatában vagyok annak, hogy kimutatásunk hiányos, minthogy az agyvérzéseknek csak egy része kerül boncolásra és annak viszont ismét csak egyik, az igaz, hogy jelentős hányada, kerül intézetünkben boncolásra. Azonban az áttekintett esetek száma mégis oly nagy, hogy ez feljogosít a légnyomás befolyásának feltevésére.

A hőmérséklet ingadozásainak, illetve különlegesen magas vagy alacsony voltának befolyását az agyvérzések előidézésére nem észleltük.

Igen érdekes megfigyelés, hogy az észlelt agyvérzések egyenlően oszlanak meg férfiak és nők között.

Hogyha nemkülönbségek nélkül tekintjük az eseteket, kitűnik, hogy a boncolásra került halottak között a 30. és 60. év körüli egyének szerepelnek 62%-kal, 30. éven inneni életkorúak 10%-kal és 60. évnél idősebb egyének 28%-kal.

A boncolások fele 40. és 60. életév közötti halottakra esik, egynegyede 50. és 60. közöttiekre. Hogyha egy görbét szerkesztünk, amely az egyes élet éveket külön-külön tünteti fel, azt fogjuk látni, hogy ez a görbe kisebb süllyedésekkel az 50. éves korig szakadatlanul emelkedik, 50. és 60. között kapjuk a legmagasabb értéket, 60-tól pedig a görbe meredeken esik. A felhágó íven egy feltűnő kiemelkedést látunk 45. évnél. Ha 5 évi átlagokra nézve rajzoljuk fel görbénket, igen szépen látjuk a 30-as évekig az enyhe, majd az 50-es évekig a meredekebb emelkedést, görbénk 55–60 év között éri el a tetőpontját s ettől kezdve hirtelen esik. Az 55–60. év között lévő quinquennium a boncolások 13,7%-át foglalja magában.

Minthogy a társadalomban az egyes életkorcsoportokhoz tartozó egyének száma nagyon különböző, a fennebbi adatok, minthogy nem volt módunkban azokat az élő egyének számához viszonyítani, természetesen azt, hogy az egyes életkorcsoportokban milyen gyakori az agyvérzés folytán előálló halál, nem állapítják meg.

A rosszullet és a halál között eltelt idő elbírálására 657 eset állott rendelkezésünkre.

A rosszullet után azonnal meghalt	4 beteg
5 percen belül meghalt	182 „
5–15 percen belül meghalt	82 „
15 perc és 1 óra között meghalt	60 „
1–2 óra között meghalt	9 „
2–12 óra között meghalt	187 „
A vérzés után 1 napig élt	79 „
A vérzés után 2 napig élt	22 „
A vérzés után 3 napig élt	13 „
A vérzés után 4–8 napig élt	13 „
A vérzés után 8–26 napig élt	6 „

Kétségtelen, hogy a halállal végződő agyvérzések közül több, mint a felénél a vérzés 2 órán belül végez a beteggel, egynegyed rész él azután még órákat, napokig viszont a legkevésbéen viszik. Ha áttekintjük

táblázatunkat, azt látjuk, hogy 657 eset közül 337 esetben 2 órán belül beállott a halál, 187 esetben néhány órát élt a beteg és csak 133-nak élete maradt meg több napig.

Ami az agyvérzések ismétlődését illeti, 702 eset elbírálásából vonhattuk le következtetéseinket. 31 esetben, azaz 4,4%-ban találtunk a halált okozó vérzés mellett régebbi időből származót is. Hat esetben pedig több régi vérzést mutatott ki a boncolás. Ezek a számok mutatják, hogy a súlyos, halállal végződő agyvérzéseknek aránylag ritkán vannak előfutárjai.

Az összes vizsgált vérzések között biztosan megállapított lágy agyburki vérzés volt 70 (23,8%). Ismeretes, hogy a lágyburki vérzések okát, az érrepedés helyét meglehetősen nehéz megtalálni. A leggondosabb vizsgálatok alkalmazása mellett is (szondázás, levegővel való átfújtatás, vízzel való átöblítés) elkerülheti egy kis aneurysma, vagy egy kis érnek repedése a boncoló figyelmét. A 167 eset közül csak 70-ben sikerült a boncolónak meghatározni az érrepedés helyét. Ez a 70 eset a következőképpen oszlott meg:

Arteria cerebri media dextra 21 eset, arteria cerebri media sinistra 12 eset, arteria basilaris 20 eset, circulus arteriosus Villisii 7 eset, arteria vertebralis sinistra 3 eset, arteria frontalis sinistra 2 eset, arteria carotis interna sinistra és dextra 1–1 eset, arteria cerebri anterior dextra 1 eset, arteria profunda cerebri 1 eset, arteria cerebri inferior 1 eset.

A fent közölt leírásban érdekes, hogy a jobboldali arteria cerebri media kétszer akkora gyakorisággal szerepel, mint a baloldali.

Az agyalapi dúcok azok a praedilectio helyek, ahol az agyvérzés leginkább elhelyeződik. Eseteink 50,8%-ában a vérzés itt helyezkedett el, még pedig a bal oldalon valamivel gyakrabban, mint a jobb oldalon. A nagy dúcoknak a vérzés helyeként való gyakori szereplése már a régiek előtt is ismeretes volt és *Charcot* az itt futó arteria lenticularist az agyvérzések erének nevezte el. A vérzés okát egyes esetekben apró aneurysmákban vagy kis erek repedésében a boncolásnál meg lehetett találni. Az esetek egy részében a dúcok vérzésével együtt lágy agyburki vérzés is jelentkezett, forrását a lágy agyburkon nem lehetett megtalálni és így jogosult az a feltevés, hogy a vérzés a dúcokban kezdődött és utólag terjedt a lágy agyburkokra. Ilyen eset volt 95.

Gyakoriság szempontjából a dúcok vérzései után kisagyi vérzések következnek 5,8%-kal. Az utóbbi esetek 69%-ában a vérzés helye a bal kisagyi lebeny.

5,1%-ban találtunk vérzést a nagyagy lebenyeiben, tehát a dúcokon kívül. Eloszlásuk a következő volt:

Nyakszirtlebeny jobb 10, bal 3; centrum semiovale jobb 2, bal 4; halántéklebeny jobb 3, bal 2; homloklebeny jobb 3, bal 3; fali lebeny jobb 2, bal 1.

A Varol-híd az esetek 5%-ában szerepelt, a nyúltagy csak 1/2%-ban. Az esetek 2%-ában fordult elő, hogy a vérzés egyszerre több agyrészletre terjedt ki, és pedig:

Híd + kisagy 1 eset, híd + nyúltvelő 3 eset, híd + nyúltvelő + kisagy 1 eset, híd + kisagy + corpus striatum sin. + corpora quadrigemina sin. 1 eset, híd + agykoecány + corpora striata 1 eset, jobb nyakszirtlebeny + nyúltvelő + híd 1 eset, jobb halántéklebeny + jobb homloklebeny 1 eset, jobb halántéklebeny + jobb fallebeny 1 eset, bal halántéklebeny + bal homloklebeny 1 eset, mindkét oldali agyalapi dúc 2 eset.

Olyan agyvérzést, amely egy időben, de egyszerre több helyen és nem összefolyóan keletkezett, az esetek 6%-ában találtunk. Megoszlásuk a következő:

Jobb dúc + híd 7 eset (ezek közül egyik eset ketős hídverzéssel társult), bal alapi dúc + híd 10 eset (ezek közül egyik eset három hídverzéssel társult), jobb homloklebeny + híd 1 eset, bal agyfélteke + híd 2 eset,

bal fali lebeny + bal agykocsány + híd 1 eset, bal agyfélteke + híd 1 eset, bal agyalapi dúc + sokszoros jobb agyalapi dúc 2 eset, jobb alapi dúc + bal homlokhalántéklebeny + jobb szaglólólebeny 1 eset, agyalapi dúcok + bal halántéklebeny 1 eset, híd + bal agykocsány 1 eset, jobb agyalapi dúc + kiasagy 2 eset, többszörös kisagyi vérzés 1 eset, bal agyalapi dúc + kisagy 1 eset, jobb halántéklebeny + bal halántéklebeny 1 eset, jobb centrum somiovale + jobb alapi dúc 1 eset, lágyburki vérzés + fossa rhomboidea pontszerű vérzései 1 eset, lágyburki vérzés + pontszerű nyakszirtlebeinyi vérzések 1 eset, sokszoros borsónyi-mogyorónyi agykérgi vérzés 1 eset (ez utóbbit okozhatja enkephalitis, salvarsan vagy egyéb mérgezés, esetleg trauma is).

Előbb közölt táblázatból látjuk, hogy igen gyakran szerepel, mint társvérzés, a Varol-híd vérzése, még pedig leggyakrabban úgynevezett csikolt vérzések alakjában. Igen gyakran szerepelnek még ilyen többszörös vérzéseknél az agyalapi dúcok is, meglehetősen ritkán találunk többszörös vérzést ugyanazon anatómiai egységben és igen ritkán látjuk társulni a különálló lágyburki vérzést, amely annál gyakrabban jelentkezik a felületre áttört agyállományvérzéseknél.

Különösebb elhelyeződésű agyvérzések voltak a következők:

Corpus callosum 2 eset, bal Ammon-szarv 1 eset, jobb Ammon-szarv 1 eset, bal ikertest 1 eset, bal agykocsány 1 eset, bal kisagykocsány 1 eset.

Az összes vérzések mintegy 1%-át teszik ki ezek a ritkább elhelyeződésű esetek.

Rövid áttekintést nyújt az agyvérzések topográfiájáról a következő táblázat:

Agyalapi dúcokat illető vérzés 50·8%, lágyburki vérzés 23·8%, lobusok vérzése 5·1%, kisagyi vérzés 5·8%, Varol-hídverzés 5·5%, különleges elhelyezkedésű vérzés 1·0%, nyúltagi vérzés 0·5%, kiterjedt vérzés (amelynek kiindulási pontját pontosan meghatározni nem lehetett) 20%, többszörös vérzés 6·0%.

Igen ritkán találtuk, hogy a vérzést daganat, illetve embolia okozta volna. Említettem, hogy a vérzések praedisponáló momentumaként rendkívül gyakran szerepel az arteriosklerosis. Sajnos, nem állott módomban ennek kiegészítéseképpen meghatározni azt, hogy az esetek közül melyekben szerepel, ileltőleg szerepelhet a lues. Az arteriosklerosis szempontjából 672 eset volt elbíráható azért, mert a többiben, kivált a régebbi esetekben, a vérér-rendszer állapotára nézve megbízható feljegyzést nem találtam. Az érelkeményedést az esetek 76%-ában a boncolásnál megtalálták. Az esetek tehát mintegy egynegyed részében volt csak a boncolt halott arteriosklerosistól mentes.

A vizsgált esetek az arteriosklerosis elhelyeződése szerint a következőképpen oszlanak meg:

Általános sklerosis (amely különösképpen egy érrendszert sem érintett, a többitől elütő, súlyosabb mértékben) 225 eset, ugyancsak általános sklerosis, de erősebb aortasklerosissal 1 eset, coronaria-sklerosissal 19 eset, peripheriás sklerosissal 17 eset, agyalapi sklerosissal 39 eset, aorta- és coronaria-sklerosissal 1 eset, aorta- és agyalapi sklerosissal 2 eset, coronaria- és agyalapi sklerosissal 7 eset, aortasklerosis 17 eset, coronaria-sklerosissal 8 eset, peripheriás sklerosissal 10 eset, alapi sklerosissal 21 eset, coronaria- és peripheriás sklerosissal 1 eset, coronaria- és agyalapi sklerosissal 14 eset, peripheriás és alapi sklerosissal 8 eset, coronaria-sklerosis 2 eset, peripheriás sklerosissal 1 eset, agyalapi sklerosissal 11 eset, peripheriás sklerosis 19 eset, agyalapi sklerosissal 10 eset, agyalapi sklerosis 73 eset.

Tehát általános sklerotikus elváltozásokat 306 esetben mutatott a boncolás, agyalapi elváltozásokat 186 esetben, az aorta 84, a coronariák 68, a peripheriás erecskék 66 esetben voltak sklerotikusak.

A különböző szervi megbetegedések közül, gyakoriság szempontjából, a szívmebetegedések következnek. 55%-ában a boncolt eseteknek a szív kóros elvál-

tozást mutatott. Szívizomvastagodás, illetve szívtagulás az összes esetek közül 224-ben fordult elő. Szívizom-megbetegedés 68 esetben. Ebből zsíros degeneratio (amely némely elhúzódo agyvérzés esetében következményes is lehetett) 35 esetben; heveny szívizomgyulladás 13, idült szívizomgyulladás 16 esetben, sorvadt szívizomzat 2 esetben, endocardium-megbetegedés 30 esetben, billentyűhiba 43 esetben (aortabillentyű-megbetegedés 25 eset, közte 3 stenosis, bicuspidalis hiba 10 eset, közte 1 stenosis + insufficiencia aortae + bicuspidalis hiba 6 eset), pericardium-megbetegedés 2 esetben van a jegyzőkönyvekben felemlítve. Aorta hypoplasiát szív-falvastagodással egy esetben találtak.

A fent említett szívmebetegedések arteriosklerossal kapcsolatban az esetek 50%-ában kerültek észlelésre. Tiszta szívmebetegedés, vese vagy egyéb szervek betegsége nélkül, csak 8%-ban volt kimutatható, így tehát a szívmebetegedések nagyrésze másodlagos.

A vérnyomás szempontjából és így az agyvérzések keletkezésének szempontjából, igen nagyjelentőségűek a vese megbetegedései. Leginkább az idült megbetegedések azok, amelyek lassú lefolyásukkal a vérnyomás állandó magas értéken való tartásával leginkább veszélyeztetik a beteget agyvérzés szempontjából. A heveny megbetegedések, habár lefolyásuk alatt szintén igen magas értéket érhet el a vérnyomás és maga az esetleges uraemia is hajlamosít az agyvérzés keletkezésére, általában ritkábban végződnek agyvérzéssel.

Eseteink 35%-ában találtunk beteg vesét: zsugorvesét 138 esetben, idült veselobot 37 esetben, heveny veselobot 22 esetben. Terhességi veselob 1 esetben, zavarosan duzzadt vese (amely természetesen másodlagos is lehetett) 12 esetben, amyloid degeneratio 1 esetben, egyszerű vesesorvadás 1 esetben, mindkétoldali tömlős vese, hydronephrosis 3—3 esetben, vesekő 1 esetben volt a boncolásnál kimutatható. Szervült infarctust 2 esetben, vesegümőkört 1 esetben, pyelitist 2 esetben találtunk. Zsugorvesét minden kimutatható sklerotikus elváltozás nélkül a fentebbi 138 eset között csak 12 esetben találtunk.

Meglehetősen nagy számmal szerepelnek a májmebetegedések; 27 esetben találtunk zsírmájat, valószínűnek látszik, hogy úgy ezt a zsíros degeneratiót, mint az esetekben kivétel nélkül kimutatott érelmeszesedést alkohol okozhatta. Zsugormáját 17 esetben, amyloid degeneratiót 2 esetben, zavarosan duzzadt májat (esetlegesen secundaer) 6 esetben, nagyfokú májkörüli gyulladást 2 esetben találtunk. Egyszóval agyvérzési eseteink 8%-ában találtunk elváltozást a májban, illettőleg a máj körül.

Egyéb kóros elváltozások közül 12 esetben cukorbetegséget találtunk.* Igen nagy számban szerepelt aránylag az elhíjasodás (30 eset), az emphysema (20), alkoholos elváltozások (33), nagyfokú öregkori sorvadás (52), croupus pneumonia (7), érrendszer-hypoplasia (9). Terhességet eseteink közül 6-ban találtunk. Ezenkívül találtunk még igen nagy ovarialis cystát, különféle elhelyezkedésű gummákat, lueses hegeket, korai varratelesontosodást, általános nyirokszervi túltengést, pajzsmirigy-megnagyobbodást stb., általában véve olyan megbetegedéseket, amelyek a vérnyomás fokozásával járhatnak.

Igen érdekes két morphiummérgezés esete, ahol a halál közvetlen oka agyvérzés volt. Ugyancsak hasonló-

* A megállapítás csak a vizelet vizsgálatával történt. Minthogy a halottak egy részében nem volt vizelet, vércukorvizsgálat pedig nem történt, a fennebbi számnak csak korlátolt értéke van.

képen különlegesebb az a nyakmetszés is, ahol a halál oka szintén spontán, nem emboliás agyvérzés volt.

Hogyha eseteinkben vizsgálat alá vesszük az előzményi adatokat, úgy igen nagy számban fogunk eseteket látni, amikor a komoly eszméletlenséggel járó rosszullétet már órákkal heves, tűrhetetlen fejfájás előzte meg. Más esetekben a fejfájással hányás, hasmenés kapcsolódik úgy, hogy a betegekhez hívott orvos gyomor-, bélhurut képét találja, s így nem is fog habozni diagnózisát ilyen irányban felállítani. Vannak olyan esetek, mikor a rosszullét csökken vagy elmúlik és úgyszólván teljes jólét közepette lép fel az eszméletlenség.

Igen gyakran olvashattam, hogy az agyvérzésben később elhalt beteg napokkal előbb állandóan heves orrvérzésben szenvedett s némely esetben a hozzátartozók bementek, hogy az elhalt egész életében orrvérzéses természetű volt. Az elhaltak igen gyakran éreztek szédülést az agyvérzést megelőzően s volt eset, hogy az agyvérzésben elhunyt halála napján, munkaközben, 3-4-szer összeesett. Gyomor-fájdalmakat, szívgörcsöt, hangyamaszás érzését is gyakran hallunk emlegetni. Sok zavart okoz az alkoholos állapot, maga az agyvérzés a családásig utánoszhatja a heveny alkoholmérgezés kórképét, viszont nem ritka eset, hogy heveny alkoholmérgezés közben lép fel az agyvérzés.

A foglalkozás szempontjából való áttekintés közben kitűnt az, hogy férfiaknál 21% tartozott az intelligens osztályhoz, napszámosok 24%-kal, iparosok 23%-kal fordultak elő. Nőknél az intelligens osztály 10%-ban, napszámosok 20%-ban, cselédek 23%-ban, ipari alkalmazottak 15%-ban fordulnak elő.

Az arányszámnak a nem intelligens osztály kárára eltolódását a fokozottabb alkoholfogyasztáson kívül talán az ott gyakrabban előforduló kezeletlen, illetve rosszul kezelt lues eseteknek tulajdoníthatjuk. Tekintetbe véve természetesen azt, hogy az intelligens osztályból szerencsétlenül jártak, akik nem momentán pusztulnak el, inkább hívnak orvost, kezeltetik magukat és így megvan az eshetőség arra, hogy a kórkép tisztázódván, a boncolás elmaradjon.

Megállapításainkat röviden a következőkben foglalhatjuk össze:

1. Úgy látszik, mintha az agyvérzések száma az utóbbi időben csökkent volna.
2. A legtöbb agyvérzés tavasszal fordul elő.
3. A légnyomás süllyedése praedisponáló momentum az agyvérzések keletkezésénél, viszont a hőmérséklet ingadozásainak nem tulajdoníthatunk ilyenmű fontosságot.
4. Férfiakat és nőket egyforma számban ér agyvérzés.
5. Az agyvérzés folytán elhalt egyének között legnagyobb számaránnyal az 55-60 év közötti életkorban levők szerepeltek.
6. Az esetek 50%-ában a vérzés 2 órán belül végez a beteggel.
7. A legtöbb vérzés az agyalapi dúcokban lokalizálódik.
8. Arteriosclerosis boncolt eseteink háromnegyed részében volt feltalálható.
9. Eseteink 55%-ában a szív, 35%-ában a vesék kóros elváltozást mutattak.
10. Az agyvérzést igen gyakran előzik meg jelek,

amelyekből annak fenyegető közelségére következtetni lehet.

11. A nem intelligens osztályokat az agyvérzés nagyobb számban éri. Feltűnő különbség azonban nincsen.

Az Országos Társadalombiztosító Intézet Központi Kórháza sebészeti osztályának közleménye.

Appendicitis és trauma.

Írta: Lévai József dr. kórházigazgató.

Azzal a kérdéssel, hogy trauma okozhat-e appendicitist, már 1900-ban foglalkozott *Führbringer* (Ärztl. Sachverst. Ztg. 1900, 9. sz.) kísérletileg — ki nem elégtő eredménnyel. Majd az évek folyamán többször tárgyalták a kérdést, de máig még nem tisztázták. A legutóbbi, erre a tárgyra vonatkozó munkálatokban *Brüning* (D. med. Wochenschr. 1926, Münch. med. Wochenschr. 1927), *Gutzeit* (Zentralblatt für Chir. 1926, 31. sz.), *Silberstein* (Med. Welt. 1927, 38. sz.) a kérdésre igennel válaszolnak, ellenben *Steinthal* (Münch. med. Wochenschr. 1927, 39. sz.) arra az álláspontra helyezkedik, hogy egészséges féregnyújtványban traumás appendicitis nem keletkezik. *Th. Wilhelm* „Zur Frage der traumatischen Appendicitis“ (Zentralbl. f. Chir. 1928, 20. sz.) c. közleménye indított arra, hogy ezt a kérdést a nemzetközi congressuson újból szóvá tegyem.

Wilhelm három esetről számol be:

1. 25 éves sofőr 1924 júniusában autóbalesetet szenvedett el. Decemberben munkaképessé vált. 1925 január 25-én acut appendicitis. Műteti lelet: Tyúktójsányi cseplecsdaganat, amelyben a csúcsán gangraenás féregnyújtvány foglaltatik. Szerző úgy véli, hogy a fél év előtt történt baleset folytán a hasüregben összenövések keletkeztek, amelyek appendicitisre való hajlamnak tekinthetők „úgyhogy a trauma és a féregnyújtvány megbetegedése között okozati összefüggés nem egészen tagadható el“.

2. 15 éves fiú hasa jobb oldalának felső részén rugást kapott, öt nap után került ágyba, 8. nap műtét. A mesenteriolum és a féregnyújtvány töve erősen át volt ivódva vértől. Görcsövi lelet (Pathol. Inst. Freiburg, *Aschoff*): „A szövettani kép megfelel 24 órás rohamnak“. „A vérzés vagy lobos eredetű, vagy a műtét által idéztetett elő“. Ezután a mérvadó lelet után meglepő, hogy szerző ezt az esetet a traumás appendicitis lehetőségére bizonyítékul tekinti.

3. 27 éves férfit favágás közben tönk megütötte bal csípőjén és három méterre ellökte. A műtétnél a féregnyújtványt szélső harmadában gangraenásnak találták. Szövettani lelet (Pathol. Inst. Heidelberg, *Ernst*): „Peri-appendicularis, bevérzett tályog, az elváltozásokat azonban nem a trauma okozta“. Az epikrisis a már jelenlévő appendicitis a trauma folytán súlyosbodott, ebben az esetben is ellentmond a szövettani leletnek.

Appendicitis és baleset között való okozati összefüggés megállapítása socialis biztosítás szempontjából nagyjelentőségű. A magyar törvény intézkedése szerint pl. ebben az esetben a betegséggel járó összes kiadások a munkaadó terhére esnek.

Osztályomon nagy az appendicitis-anyag. (A folyó év első felében 150 appendicitisműtét.) 1921 január 1. óta pontosan gyűjtjük az anamnesisben az esetleges traumára vonatkozó adatokat, 1921 január 1-től 1928 június 30-ig terjedő időről 1054 appendicitis-körtörténet áll rendelkezésemre. Ebben az 1054 esetben a betegség előidézésében csupán kilenceszer (0.85%) adtak balesetet okul, és pedig egyszer hasbarúgást, háromszor szerszámmal való ütést az alhas jobb oldalába, kétszer jelentéktelen magasságból való lezuhanást, háromszor teheremelésnél való megerőltetést. Pontos nyomozásnál kiderült, hogy a hasbarúgás három évvel a megbetegedés előtt

történt, a szerszámmal való megütés egy esetben sem volt jelentékeny, a lezuhanásnak nem volt számottevő közvetlen hatása, a teheremelés a mindennapi foglalkozás keretét nem haladta túl, az állítólagos baleset után valamennyi sérült folytatta munkáját és a betegség csak később jelentkezett: vagyis az 1054 esetben egyszer sem fordult elő a balesetbiztosítási törvény értelmében vett baleset. (A megbetegedés okául 30%-ban étkezésnél elkövetett hibát, 10%-ban meghűlést mondtak, a leghevenyebb esetekben — 25% — azt hangsúlyozták a betegek, hogy a heves fájdalmak egészen váratlanul, minden észrevehető ok nélkül, hirtelen jelentkeztek, a többi esetben a betegek semmi felvilágosítást nem tudtak adni.)

Az a körülmény, hogy kórtörténeteim anamnesisében és általában appendicitis-betegek kórtörténetében ritkán van vonatkozás a megbetegedés és valamely baleset között, a szóban lévő kérdés megítélésénél jelentős. A sebészek ugyanis jól tudják, hogy munkások helybeli megbetegedéseiket, különösen gümőkóros megbetegedéseiket, gyakran hozzák kapcsolatba traumával, amin nem is lehet csodálkozni, hiszen apróbb traumák a mindennapos iparban lépten-nyomon előfordulnak. Ha tehát munkások oly nagyon ritkán hozzák appendicitisüket traumával összefüggésbe, úgy ez az összefüggés a valóságban nagyon ritkán lehet jelen. Az appendicitis önkéntes keletkezése és ennek változatos okai sokszorosán bebizonyultak. A laikus megbetegedés esetén a post hoc és propter hoc között nehezen tud különbséget tenni és érthető, ha olykor appendicitist traumával hozza kapcsolatba, de orvostól meg lehet követelni, hogy a trauma és appendicitis megjelenése között való időbeli összefüggést ne tekintse okozati összefüggésnek. A *Wilhelm* részéről ismertetett és hasonló esetek egyáltalán nem alkalmasak, hogy az állítólagos baleset és a műtétnél talált appendicitis közti okozati összefüggést bizonyítsák.

Az a véleményem, hogy normalis elhelyeződésű, szabad, egészséges féregnyújtványban trauma nem okoz appendicitist, de lehetségesnek tartom, hogy lenőtt, megtört, kórosan megváltozott féregnyújtványban külerőszaki behatás a kóros állapotot súlyosbítja. A törvényes balesetbiztosítás szempontjából persze egyre megy, hogy az appendicitist baleset okozta-e, vagy a már jelen lévő appendicitist a baleset súlyosbította.

Ahhoz, hogy a baleset és appendicitis következményei között az okozati összefüggést megállapíthassuk, a következő szükséges: be kell bizonyítani 1. hogy a külerőszaki behatás számottevő volt legalább is annyira, hogy az illető egyén munkáját — ha csak rövid időre is — félbehagyta, vagy balesetéről környezetének nyomban jelentést tett; 2. hogy a trauma localisatiója és neme alkalmas volt arra, hogy hatását a féregnyújtványra érvényesítse; 3. hogy az appendicitis tünetei közvetlenül a baleset után nyilvánultak; 4. hogy autopsiánál (műtétnél) kitűnt, miszerint a féregnyújtvány rendellenes elhelyeződése és kóros állapota folytán alkalmas volt arra, hogy a trauma behatására a betegségnek speciális lefolyásával reagáljon.

Wilhelm azt állítja: „hogy gyakran nehezebb az összefüggést trauma és az appendix bántalma között megtagadni, mint elfogadni, és hogy ebben nem szabad nagyon szigorúnak lenni”. Én azt tartom, hogy csak kétségtelenül bebizonyított balesetnél és kétségtelen autoptikus leletnél szabad az okozati összefüggést baleset és appendicitis között megállapítani és hogy a szakértő kötelessége, hogy ítéletében mindig szigorú legyen.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem IV. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: Herzog Ferenc dr. egy. ny. r. tanár.)

Szokatlan ophthalmoplégias migraine.

Írta: Pákozdy Károly dr. tanársegéd.

Az alábbiakban a recidiváló szemizombénulásnak migraine-szerű főfájás kíséretében jelentkező olyan alakját ismertetem, melyhez hasonló az irodalmi közlésekben nem találtam.

K. I., 43 éves hivatalnoknő, 1924 szeptember 9-én került először észlelésünk alá. 13 év óta tartó és rohamokban jelentkező főfájásról panaszkodik.

Atyjának gyermekkorától kezdve 34 éves koráig volt kétoldali migraine-je főfájással, hányási ingerrel, de szemtünetek nélkül. Anyja és három testvére egészséges. Gyermekkorában kanyarója, typhusa és orbanca volt s mindig vérszegény is volt. 16 éves korától rendszeresen menstruált. Már a typosos rohamok előtti időben is sokat fájt a feje. A főfájás 13 év óta jelentkezik rohamokban, de a rohamoknak nem egyforma a localisatiója és lefolyása s egyrésztük szokatlan lefolyású szemizombénulás is kíséri. A rohamok hol jobb-, hol baloldaliak, de mindig féloldaliak, baloldalt azonban sokkal gyakrabban jelentkeznek. Többnyire rövid ideig tartanak, de sűrűn, napjában néha 20–30-szor is ismétlődnek, egyrésztük teljes oculomotorius-bénulással jár, amely viszont ugyancsak rövid időtartalommal főfájás nélkül is előfordul.

A beteg bemondása, de a megfigyelés alapján is, a rohamok a következő változatokban jelentkeznek:

Baloldali rövid ideig tartó főfájás szemizombénulással;

jobboldali rövid ideig tartó főfájás szemizomparessissal, vagy anélkül;

rövid ideig tartó baloldali szemizombénulás főfájás nélkül;

két-három napig is tartó, úgynevezett „közönséges migraine” szemizombénulás nélkül.

A rohamok sem kifáradással, sem izgalommal, sem az étkezéssel nem függnek össze, a menstruációnak sines rájuk befolyása.

A beteget több ízben hosszabb időn át volt alkalmam észlelni (1924 szeptember 9-től 1925 február 12-ig, majd 1925 október 12-től 1926 február 13-ig, végül 1927 június 8-tól július 3-ig és augusztus 28-tól szeptember 7-ig). Állandóan kissé vérszegény (3,200.000–3,500.000 vörösvérsejt, 57–65% haemoglobint), kissé leukopeniás (4200–5200), normalis összetételű fehérvérképpel. Kisfokú háti scoliosis van. A belső szervek épek, s vizeletében sem találtunk soha kóros alkotórészt, urobilint, urobilinogent sem. Rohammentes időben a fejidegek részéről, a bal pupilla változó tágasságától eltekintve, kóros eltérést nem találtunk. A pupillák ilyenkor vagy egyformák, vagy valamivel tágabb a bal, néha átmenetileg azonban szűkebb is. A bal pupilla tágabb volta idővel mind gyakrabban lett észlelhető, az utóbbi időben csaknem állandó volt. A patella- és Achilles-reflexek hiányzanak, kiváltásuk egyszer sem sikerült és a beteg kissé ataxiás. Egyéb eltérést az idegrendszerben nem találtunk. Sem érzészavar, sem hypotonia, sem kóros reflex nem mutatható ki, a triceps- és radiusreflex, valamint a hasreflex megvannak, egyformák. Látásélessége rendes, szemfeneke ép, látótérre teljes. Nem található eltérés a koponyáról készült Röntgen-felvételen sem. A vérben a Wassermann- és a Sachs-Georgi-próba ismételtelen negatív. A liquor cerebrospinalis nagy nyomással ürül, víztiszta, Pandy ++, Nonne-Apel +, sejtszám 2, a Wassermann-próba itt is negatív, aranyosol: 1 ±, 2 ++, 3 és 4 +++, 5 + ±, 6 +, 7–8 ±, a többi —.

A rohamok jelentkezésmódja, tartama, lefolyása a szokásos migraine-es rohamtól teljesen eltérő. Leggyakoribbak a baloldali haemicraniás rohamok, amelyek majd mindig szemizombénulással járnak; jóval ritkábbak, s időnkint hosszú időn át is szünetelnek a fájdalom nélkül jelentkező ophthalmoplégias rohamok. A jobboldali haemicrania is ritkább, egyébként is, főleg a betegség utolsó évében jelentkezett, többnyire szemtünetek nélkül, néha kisfokú oculomotoriuspare-

sissel folyik le. A rohamok tartama többnyire egy-két perc, néha azonban tovább, ritkán 10–15 percig is tartanak. A betegnek az észlelési idő nagy részében naponta van több rohama is, a rohamok száma néha csak 2–3, többnyire 10 és 20 közt van, néha még ennél is több; volt nap, amikor 41 rohamot jelzett a beteg.

A rohammentes napok száma aránylag kevés, csak a nyári időszakban fordult elő az utolsó években, hogy a rohamok néha hetekig is szüneteltek. A megkísérelt sokféle gyógyító eljárás (luminál, neosalvarsan, chinin, arsen- és tejinjectiók, ópium, nitroglicerín, nitrolingual, vaccineurin, aconitin) egyike-másika legfeljebb átmenetileg idézett elő javulást.

A kórképet domináló baloldali fájdalmas rohamot „apró szurkálások” előzik meg a bal homloktájon a szemöldök fölött, de ezek csak 1–2 másodpercig tartanak. Ugyanekkor a bal pupilla kitágul, néha egyidejűleg ovalis alakúvá lesz, bal szemével ekkor már nem tud olvasni. A fájdalom erősödésével kettőslátás jelentkezik, felfelé és befelé nézéskor a szem elmarad, majd leereszkedik a szemhéj. A roham tetőfokán a szem lefelé-kifelé fordult, teljes ptosis van. A roham gyorsan, pár másodperc alatt oldódik: a fájdalom kiáll, a ptosis megszűnik, a szemmozgások szabadok, a pupilla jól reagál; de egy ideig, az utóbbi időben azonban csaknem állandóan, valamivel tágabb maradt, mint a jobboldali. A fájdalom a szemhéj lecsukódásakor sáv alakban húzódik a homloktól a nyakszirtig; ez a sáv kb. 2 ujjnyi széles; a fájdalom a fejtetőn a legerősebb, többnyire 2–4 percig, de néha 10 percig is tart. A szemhéj lecsukódása után, de csak a roham elején, tűzfényű, körkörös, ugráló karikákat lát a beteg, melyek az egész látóteret betöltik. A fájdalom nélküli oculomotoriusbénulások lefolyása egészen hasonló, de ezeket semmi auratűnet nem előzi meg. A jobboldali rohamok a teljes szemizombénulás hiányán kívül annyiban különböznek, hogy itt a roham előtt a fejtetőn is érez erős nyomást, s ugyanekkor a szemgolyóban is nyomást és fájdalmat, mintha „kilökné valami a szemét”. Jobboldalt fénykarikák nincsenek. A jobboldali rohamok alatt időnkint kisérték a szemhéjleereszkedés és pupillatágulás észlelhető, kettőslátás azonban nem.

Mind a fájdalom, mind a szemtünetek mindig féloldaliak, kétoldalt egyszerre sohasem jelentkeznek. Hányási inger sem kíséri soha a rohamot, hasonlóképpen nincsen szédülése, végtagzsibbadása; szagokat, különös ízt nem érez, hangot nem hall, különösebb álom a rohamot nem előzi meg, utána azonban néha mélyen alszik. Skotomára utaló látótérelsötétülés nincs, a roham idején azonban mindkét szemével a tárgyakat kisebbeknek látja. Arcizzadás, nyálfolyás, könnycsorgás, kipirulás vagy elsápadás a rohamot nem kíséri. A rohamok éjszaka és nappal egyaránt előfordulnak, leggyakoribbak a reggeli órákban. Az éjszakaiak általában súlyosabbak.

A hosszabb időn át tartó úgynevezett közönséges migraine-je csak nagyobb időközökben, havonta vagy még ritkábban fordul elő; ez 2–3 napig is eltart, mindig jobboldali. A fájdalom a koponya egész jobb felére is kiterjed, ezt néha hányás is kíséri.

A migraines rohamoktól függetlenül a betegnek kb. a főfájások jelentkezése óta néha epileptiform ájulási rohama is van, néha ilyen rohamot az észlelés idejében is láttunk. Szívtáji szorongó érzés előzi meg, továbbá szorító, fojtogató érzés a nyakában. Sírás, remegés kíséretében kisebbfokú öntudatzavar, néha azonban pár percnyi eszméletlenség áll be, mely mély sóhajtással oldódik. A beteg a rohamra nem emlékszik, utána bal testfelében zsibbadást érez, órákig kábult,

néha mélyen alszik. Görcsös rángatózás a rohamot nem kíséri, szája nem habzik, nyelvét nem harapta meg, vizelete nem folyt el. A roham alatt egy ízben vérnyomásfokozódást észleltünk (134–74 Hg/mm, előtte és utána újból 110–64 Hg/mm).

Egy alkalommal, ugyancsak függetlenül a haemieraniától, 2–3 percig tartó fájdalommentes összehúzódást észleltünk a bal váll izomzatában, mely a fej balrafordításával járt együtt. Ilyen baloldali trapesiusgörcs, a beteg állítása szerint, néha rángatózás alakjában, tieszerűen is előfordul.

Az ösmertetett ophthalmoplegiás rohamok teljesen elütnek a periodusos oculomotoriusbénulás szokott képétől, hol a bénulás vagy paresis többnyire hetekig, hónapokig, de legalább napokig tart. Ilyen rövid ideig tartó és napjában többször is előforduló esetről a rendelkezésemre álló irodalomban említést nem találtam.

A csak ritkán jelentkező, 1–2 napig is eltartó és hányással is járó jobboldali haemieraniától eltekintve, nem felelnek meg a beteg főfájásos rohamai az egyszerű migraine típusos alakjának sem.

A bántalom közeli rokonsága a migraine-nel mindazáltal félreösmerhetetlen. Tanúsítják ezt egyrészt a hereditásos dispositio (atyjának volt migrain-je), továbbá az időnkint jelentkező típusos migraines rohamok, a főfájást kísérő látási hallucinációk, s nem utolsósorban az aequivalensként jelentkező epilepsiaszerű rohamok, amelyeknek előfordulása migraines betegekben elég gyakori.

Duane a recidiváló szemizombénulásoknak két csoportját különbözteti meg: a nuclearis és a basalis eredetűeket. Az előbbiekhöz elsősorban a tabesban előforduló futólagos paresiseket sorolja, amelyek marandóakká válhatnak, ha nemcsak a syphiliticus virus toxikus ártalma, hanem már degenerációs elváltozások is szerepelnek. A basalis eredetűek szerinte tumor, aneurysma, exsudatio okozta intermittáló összenyomáson, vagy peripheriás neuritisen alapulnak.

Az eddig boncolásra került egészen típusos migraine ophthalmoplegique-esetekben többnyire találtak is anatómiai okot az oculomotoriust comprimáló fibrochondroma, illetve neurofibroma alakjában. (A. Richter, Karplus, Shionoya).

A betegünkön immár 16 éve jelentkező rövid, percekig tartó és napjában oly gyakran ismétlődő rohamok okaképpen az utóbbi durva anatómiai elváltozások alig szerepelhetnek. Valószínűtlenné teszi ezeket a betegség hosszú tartalmán kívül a progressiónak és marandó bénulás létrejöttének hiánya és úgyis kizárja őket a rohamok kétoldalt váltakozása. Nem hasonlítanak azonban a bénulások a tabesos szemizombénuláshoz sem, ami különösen azért fontos, mert egyrészt a betegnek tabesos jelenségeként felfogható idegrendszeri elváltozásai vannak (inreflexhiány, ataxia), másrészt pedig, mert típusos migrain elég gyakran fordul elő, mint a tabesnak és a dementia paralytica korai, nem egyszer más subjectív panaszt és az objectív elváltozásokat megelőző tünete (Charcot, Blocq és Féré, Oppenheim, Moebius, Nonne), sőt Halban és Nonne olyan eseteket is közöltek, ahol a migraint a veszesületett lues egyetlen tüneteinek lehetett tekinteni.

Esetünkben a congenitalis lues szerepe valószínűtlen (3 élő testvér, 2 diphtériában, 1 tuberculosisban halt meg), nem dönthető el azonban biztosan, vajjon az inreflexek hiánya és az ataxia oligosymptomás tabesnak vagy hereditásos disposition alapuló degeneratívának következménye-e? A liquor gyengén pozitív globulinreactiói és aranysolegörbe inkább az idegrend-

szeri tünetek infectió, eredetét bizonyítja, az oly gyakori tabesos pupillatünetek, lancináló fájások, vizeleti rendellenesség, érzékszavar, hypotonia stb. állandó és teljes hiánya, a többször negatív vérvizsgálat és a negatív liquor-Wassermann miatt mégsem tekinthetjük azonban a tabes diagnózisát bebizonyítottnak.

Ha nem tudhatjuk is biztosan a bántalomnak végső kórokát, a tünetek közvetlen előidézésében alig szerepelhet más, mint meg-megújuló vasomotoros vérkeringési zavar. Mind a hemieraniás rohamoknak és a szemizombénulásnak rövid tartama, mind a folyamat kétoldali jelentkezése és az egész betegségnek progressiót ұgyszólván nem mutató hosszú lefolyása csak ezzel magyarázható meg s így esetünk erősen támogatja a migraine keletkezésének vasomotoros elméletét. Ez a theoria ma még nem tekinthető általánosan elfogadottnak, a legtöbben azonban mégis mellette nyilatkoznak és H. Curschmann-nak kísérletben is sikerült ugyanazon a betegen hideg behatására peripheriás érgörcsöt, angina pectoris érzéseket és typusos, hányással is járó migraine-rohamot előidéznie. Ennek a felfogásnak segítségével magyarázhatjuk legkézenfekvőbbben a betegünkön aequivalensként jelentkező epileptiform rohamok keletkezését és az azokat kísérő angina pectoris-szerű jelenségeket is.

Irodalom: O. Berger: Zur Symptomatologie des Tabes dorsalis. Bresl. ärztl. Zeitschr. 1884, 13. sz. Ref. Schmidt's Jahrb. 1884, 203. köt., 298. old. — H. Curschmann: Bergmann-Staehelin's Handbuch. 1926, 1380. old. U. a. Über einige seltene Formen der Migräne. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. 1916, 54. köt., 184. old. — Duane: Recurrent paralysis of the eye muscles with spinal reference to ophthalmoplegic migraine. Arch. of ophth. 1923, 52. köt., 417. old. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1924, 36. köt., 92. old. — Flatau: Lewandovsky's Handb. 1914, 4. köt., 342. old. — Halban: Über juvenile Tabes nebst Bemerkungen über symptomatische Migräne. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 1901, 20. köt., 343. old. — Karplus: Ein Fall von Migräne mit Augenmuskellähmung. Wien. klin. Wochenschr. 1898, 21. sz. — Nonne: Syphilis und Nervensystem. Berlin, 1921. — Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1923, U. a. Die Beziehungen der Hemikranie zur Tabes dorsalis. Berl. klin. Wochenschr. 1884, 38. sz., 603. old. — A. Richter: Ein Fall von typischer rezidivierender Oculomotoriuslähmung mit Sektionsbefund. Arch. f. Psych. u. Nervenheilkunde. 1887, 259. old. — Shionoya: Ein Fall von rezidivierender Oculomotoriuslähmung mit Autopsie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1911, 42. köt., 155. old.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter-Tudományegyetem II. számú női klinikájának közleménye (igazgató: Tóth István dr. egy. nyilv. r. tanár).

Eklampsiás anuria miatt végzett vesedecapsulatio két esete.

Írta: Liebmann István dr. tanársegéd.

Abból a feltevésből kiindulva, hogy a vese erei és parenchymája chronikus vesemegbetegedések bizonyos eseteiben és eklampsiánál nyomás alatt állanak, ami a vizeletkiválasztást lehetetlenné teszi. Edelbohl's az eklampsia, illetőleg anuria leküzdésére — mint ismeretes — a vesék decapsulatióját ajánlotta. Az ő felfogása szerint a beavatkozás jótékony hatása csak napokkal a műtét után válik nyilvánvalóvá, amidőn a decapsulált veseparenchyma és a környező zsírtok között kifejlődött számos capillaris összeköttetés által a vesék vér-ellátása javul. Azóta kitűnt — és ez ma a legtöbb sebész álláspontja —, hogy a decapsulatio, amely a parenchymás feszülést nyilvánvalóan csökkentti, sőt

teljesen megszünteti, éppen az életveszélyes anuriáknál szokott hatásos lenni a diuresis azonnali megindítása által. Edelbohl's első esetben 82 órával a szülés után történt a műtét, mire a görcsök megszűntek s a diuresis megindult. A beavatkozásról — amelyet kezdetben főképen Sippel végzett nagyobb számban —, illetőleg annak értékéről különbözőek a nézetek: Lichtenstein szerint a halálozás 41.86%, míg Sippel 55.25% gyógyulásról ír. Longard 11 esetében kitűnő eredményeket látott, hasonlóképen Fey, Lüttert, Kümmel, valamint Miltner is, aki utal azokra a jó tapasztalatokra, amelyeket Baisch, Eisenreich, Kehrler, Reifferscheid, Stöckel, Opitz, Gauss és mások szereztek. Ezzel szemben Jolly értéktelennek tartja a decapsulatiót. Eltekintve attól, hogy operált esetek egy részében (Essen-Möller, Gröné) a vesében tényleg nem lehetett duzzadást, illetőleg feszülést észlelni, Essen-Möller szerint is jogosnak látszik a kétség, hogy eredményes lehet-e a beavatkozás eklampsiának azon eseteiben, amelyekben a fődolog nem a vesék bántalmazottsága, hanem az általános mérgezés.

Ma általában az az elfogadott álláspont és ezt vallja Bar, Sippel és Volhard is, hogy decapsulatióval, mely néha az egyetlen lehetőség a glomerulusok vér-ellátási zavarának megszüntetésére, sok esetben sikerül az anuriát megszüntetni, a diuresist megindítani s így a beteg életét megmenteni.

Az eklampsia kezelése régóta nagy viták tárgya. A therapia két sarkalatos tényezője, a szülés lehetőség szerinti gyors befejezése és a „Stroganoff-kúra“, sok esetben elégtelennek bizonyulnak és nem sokat segít a kiegészítő érmetszés és liquorlebocsátás sem. Különösen a gyermekágyban létrejövő vagy folytatódó esetekre áll ez, ahol úgy a rohamokkal, comával, mint az ehhez csatlakozó anuriával szemben csaknem tehetetlenek vagyunk. Az ilyen kétségbeejtő esetekben azután, mint ultimum refugium, célszerű a vesék decapsulatióját megkísérelni, amely beavatkozás életmentőleg hathat.

Ez utóbbiak érdekesebb példáját nem régen volt alkalmunk észlelhetni.

28 éves, először terhes, 1927 november 23-án d. u. 8 órakor jó szülőfájásokkal jelentkezik a klinikán (1637/1541). Terhességének IX. hónapjában van, mencedeméretei normalisak, mellkasi szervei épek, oedema nincs. A belső vizsgálatnál kétujjnyi méhszáj mellett megrepedt burkot találunk s az előlfekvő koponyát a bemenetbe nyomva.

Jó fájások hatására d. u. 12 órakor élő kora fiúmagzatot szül. Az ép lepény ép burkaival 10 perc múlva spontán távozik, az ellazulásra hajlamos méhet 1 cm³ ergotin injectiója jó contractióba hozta.

A szülés előtt végzett vizeletvizsgálat azt mutatta, hogy a vizelet 1 csepp sulfosalicylra tûrös csapadék alakjában kiváló bőséges fehérjét tartalmaz.

Közvetlen a szülés után az asszony heves főfájásról panaszkodik, erősen szédül, látási zavarai vannak, mire azonnal megkezdjük a Stroganoff-kúrát, melynek ellenére azonban néhány perc múlva kitör a csaknem 1 percig tartó, heves eklampsiás roham. 1 óra múlva (d. e. ¼2 órakor) újabb, kb. ¼ percig tartó rohamot észlelünk, d. e. 4 órakor kitör a harmadik roham, majd d. e. ¼8 órakor a negyedik, kb. ½ percig tartó. T.: 36.7. P. 110, telt, közepfesz. Csapolással összesen 30 g vizeletet nyerünk, melynek színe sötétbarnás-vörös, már makroszkoposan is látszik, hogy nagyobb mennyiségű vért tartalmaz. Fehérjetartalma 12‰ (Esbach szerint). Üledékében rendkívül sok vörös- és fehérvérsejt mellett igen nagy számmal találunk finomabb és durvább szemecskékből álló cylindereket, vesealakelemeket, néhány hámsejtet, élénken mozgó colibakteriumokat.

Vérnyomás 180 mm. Recklinghausen szerint.

* Előadta a Magyar Nőorvosok Társasága 1928 márciusi nagygyűlésén.

A Stroganoff-kezelés dacára a beteg állandóan comatosus. Eszméletét egy percre sem nyeri vissza. D. u. 4 órakor: T. 37.3. P. 120 közepfesz. Egésznap vizelet alig 60 g, hasonló az előbbihez.

A beteg igen súlyos állapotban van. A teljes anuria fenyeget. Urologust kérünk consiliumba (*Dózsa dr. tanársegéd*) s a vele történt megbeszélés után d. u. 9 órakor kétoldali vesedecapsulatiót végeznek. (*Illyés tanár osztályán Dózsa dr. tanársegéd.*)

Aethernarkosisban (a beteg comatosus állapota miatt alig kell aether), ferde lumbalis metszéssel jobb oldali vesefeltárás. A megnagyobbodott, erősen magasan fekvő vese környezetével lazán függ össze s abból könnyen kihámozható. A vese közvetlen környezetében sajátságos zöldes, epeszínű, savós átívódás s a capsula adiposának a vesére ráfekvő részében is hasonló színű transparens oedema. A vese tokja könnyen hámozható le, a vese maga megnagyobbodott, cyanotikusan duzzadt. Decapsulatio. Mikulicz-tampon, sebzés. Az izomzat átmetésénél és összevarrásánál izomvérzés jóformán semmi sem volt. A sebvonal bekötése után bal vesefeltárás. Hasonló lelet, mint jobb oldalon. Baloldali decapsulatio, Mikulicz-tampon, sebzés. Ezen az oldalon is csekély, de mégis több izomvérzés, mint a jobb oldalon.

Másnap reggelig diuresis 100 g. hajnal felé a beteg eszmélete kezd visszatérni. Reggel már éhséget jelez. Óvatosan kap cukrosvizet és tejet. Hőmérsék 37.0, pulzus 100. Egész napi diuresis 680 g. A következő napra a sensorium teljesen feltisztult, gyermeke után érdeklődik; bőven kap folyadékot. Időnként még fejfájásai vannak, egyébként jól van. Hőmérsék 37.2, pulzus 88. Egész napi diuresis 1250 g.

Ettől kezdve teljesen jól érzi magát, diuresis normalis, átmeneti lázaskodástól eltekintve, a sebgyógyulás zavartalan, a beteg jól van. A 12. napon a vizelet fajszúlya 1007, napi mennyisége kb. 1400 g, benne fehérje alig mutatható ki. Sajnos, a 15. napon bronchitis lép fel, mely két hét múlva pneumoniába és további két hét múlva putrid gangraenás bronchitisbe megy át, mely két hónappal a műtét után megöli a beteget.

A sectionál mindkét vese épnek találtatott, míg a jobb tüdő felső lebenyét csaknem teljesen elfoglalták nagy gangraenás cavernák.

Ez esetben kétségtelen, hogy a vesedecapsulatio közvetlenül és életmentőleg hatott. A beteg oly állapotban került műtetre, amelyben életbenmaradásához már csak kevés reményt fűzhattünk és így ultimum refugiumként kíséreltük meg a súlyos beavatkozást. A műtéthez csatlakozó prompt végleges eredmény vitán kívül helyezi annak hatásos voltát és kiküszöböli a véletlen coincidentiára hivatkozó kételkedést.

A diuresis gyors megindulása másképen, mint mechanikus feszüléscsökkenés által nem magyarázható, minden más magyarázat erőltetett és valószínűtlen volna. Igen találó a francia *Pousson* hasonlata, aki ily esetekben a nagy tensio miatt „veseglaukomá”-ról beszél. Az intrarenalis nyomás nagy emelkedését csak fokozza még a szívós, tágulást megakasztó vesetok, mely a beteg, duzzadt szerv helyszükségletének útjában áll mindaddig, míg végre a rossz kiürülési viszonyok a keringést és ezzel együtt a kiválasztást teljesen megszüntetik. Érthető ilyenkor a decapsulatio prompt jó hatása még akkor is, ha csak egy vesén történik, mivel a kiválasztás megindulása az egyik oldalon a duzzadást és feszülést a másikon is megszüntetve, megtöri az intrarenalis nyomásemelkedés kifejlődött circulus vitiosusát.

Nemrégiben volt alkalmunk eklampsiás anuria

miatt még egy esetben (648/613/1927. fejlapsz.) vesedecapsulatiót végeztetni, azonban ebben az esetben, sajnos, eredmény nélkül. Körtörténete a következő:

I. P. 29 éves. 1927 május 9-én d. e. 10 óra 15 perckor keresi fel a klinikát. Terhességének VIII. hónapjában van. Medenceméreteket normalisak. A közepesen fejlett és táplált szülő asszony izom- és csontrendszere ép. A combokon, alszárazakon, szintúgy a szemek körül az arcon közepes oedema. Vizeletben igen bőségesen fehérje (1 csepp sufosalicylra tűrő csapadék). Előadja, hogy kb. fél nap óta rosszabbul lát. Szemészt hívunk consiliumba, ki azt találja, hogy mindkét papilla hátára elmosódott, a retina kissé oedemás, benne néhány vérzés. Diagnózis: retinitis albuminurica. Belső vizsgálatnál zárt méhszájat találunk, mögötte koponya tapintható a bemenetbe nyomva. Magzati szívhangok nem hallhatók.

Megkezdjük a Stroganoff-kezelést. Fájásai alig vannak. Délután folyamán fájások indulnak meg. Vérnyomás 180 mm (Riva-Rocci). 24 óra óta alig volt valamelyes vizelet, katheteren át csak néhány csepp ürül. Az asszony állapota állandóan romlik, látása rosszabbodik, majd vérzés indul meg, mely kétségtelenné teszi, hogy korai lepényleválás következett be. Ez utóbbi — de az asszony általános állapota is — a szülés mihamarábbi befejezését teszi szükségessé. Az adott helyzetben — szűken ujjnyi méhszáj — csakis sectio caesarea kerülhet számításba. Délután 5 órakor sectio caesarea vaginalis végzünk. A már régebben elhalt kora magzatot lábrafordítjuk, az utoljára jövő fejet perforáljuk és extractióval befejezzük a szülést.

Az asszony az éjszakát elég nyugodtan tölti. Pulzus reggel 110, közepesen feszes, azonban a diuresis nem indul meg. Urologust hívunk consiliumba (*Illyés professor osztályáról Adler-Rácz tanársegéd*). A vele történt megbeszélés értelmében a beteget átszállítjuk a Rókus-kórházba, ahol baloldali vesedecapsulatiót végeznek (*Borza tanársegéd*). A vese feltárása után a nagy, oedemás, szilvakék veséről — mely a pangásos vese típusos képét mutatja — a tokot meghasítás után levonják.

Május hó 11-én d. e. a beteg állapota változatlan, az anuria tovább tart. Vizelet összmennyisége 20 cm³, — 12-én állapot változatlan, diuresis nem indul meg, ezért a másik vesét is decapsulálják. Sajnos, ez sem használ, a beteg 13-án délelőtt exitál (4. nap).

Az életfontosságú veséken véghezvitt műtét természetesen nem tekinthető semleges, veszélytelen beavatkozásnak és így egyelőre csak az igen súlyos, életveszélyben forgó betegek számára van fenntartva.

Két esetünk közül az egyikben sikeres, a másikban hatástalan volt a műtėti beavatkozás és így az operatio tulajdonképeni értékéről igen nehéz megbízható képet alkotnunk, annál is inkább, mert ma még semmi criteriumunk nincs annak elbírálására, hogy mikor várhatunk valamit a decapsulatiótól és mikor céltalan az. A sikeres esetek mindazonáltal kötelességünké teszik, hogy adott esetben, amidőn a fokozódó anuria a beteg életét közvetlenül veszélyezteti, ezen életmentő beavatkozást okvetlenül megkíséreljük.

Irodalom: *Edelbohl*: New-York med. journ. 1903, 77. — *Sippel*: Mon. f. Geb. u. Gyn. 1909, 30. sz., 6190. old. — *Lichtenstein*: Arch. f. Gyn. 1908, 86. köt., 434. old., Zentralbl. f. Gyn. 1909, 26. sz., 265. és 1313. old., 1910, 33. old., Arch. f. Gyn. 1911, 95. sz., 183. old., 1912, 98. sz., 415. old., Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1913, 38. sz., 152. old., Zentralbl. f. Gyn. 1922, 1. old. — *Longard*: Monatsschr. f. Geb. 1911. — *Lübbert*: Münch. med. Wochenschr. 1921, 48. sz. — *Kümmel*: Deutsche med. Wochenschr. 1921, 11., 12. sz. — *Miltner*: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1920, 53. köt. — *Fey*: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1921, 256. old. — *Jolly*: Deutsche med. Wochenschr. 1921, 49. sz. — *Essen-Möller*: Halban-Seitz: Biol. u. Pathol. d. Weibes, Ber-

lin, 1927. 7. köt. — Gröné: Svenska Läkart. 1910, 32. és 1916, 4402. — Bar: Quelques leçons obstétricales, Paris, 1921. — Volhard: Handbuch d. inn. Med. v. Mohr und Staehelin Berlin, 1918. 3. köt. — Niedermeyer: Deutsche med. Wochenschr. 1923, 3. sz.

A Paul-féle cutivaccinról.

Írta: *bilkei Pap Lajos dr.*

Orvosi praxisunknak egyik leghálátlanabb, leg-súlyosabb feladata a lassan előre haladó chronikus polyarthritistnek hosszú éveken át való kezelése. Az izmok sorvadásával, a toksallagok zsugorodásával, az ízületi izzadmányok szervülésével a mozgási képesség mindig jobban szűkül, míg a kór a beteget teljesen leveszi lábáról és végül a tolószékből az ágyba kerül, ahonnan nem kel fel többet. Miután a betegség életfontosságú szervet nem támad meg, a beteg szellemileg egészen friss marad és természetesen állandóan bajával foglalkozik. A sokszor nagyon is tehetetlen orvoson kívül eljut ehhez a beteghez a pszichoterápiának minden válfaja, a vegetarianismus, a homeopathia éppúgy, mint a sok hangzatos hirdetés, vagy therapiás család. Beleszólnak a kezelésünkbe antroposophusok, mindenféle rajongók, imádkozószelekták, éhezettők, sőt még szellemeik útján a spiritisták is. Az ilyen beteget kezelni, benne életet tartani keserves, nemes feladat. De a vígasztalásnak és reménykeltésnek is határt szab az orvosi becsület. Az orvos, aki a prognosist ismeri, neveli és átformálja a betegnek és egész környezetének lelkületét a megváltoztathatatlanhoz. Leszállítja kellő értékére a nagyhangú reklámokat, a gyógyulásnak megannyi hamis ígérteit. Csak egy esetben vagyunk védtelenek. Mikor egy orvos kollega jön azzal a bizonyossággal, hogy neki meg van erre a bajra az egyedüli gyógyszere, amely segít. Nem mondhatja meg, hogy micsoda, vagy csak ő tudja előállítani. Még alig jelent meg egy-két sovány cikk nagy ígéretekkel, egy kis gyors statisztikával, már is eljutott minden ilyen betegünkhöz a híre a csodaszernek.

Magyarországon is van egy ilyen „rheuma specialista“, de ezúttal a bécsi Paulról és cutivaccinájáról akarok megemlékezni. Mindig gyakrabban kapunk fel-szólítást orvosok, de leginkább betegek részéről egy cutivaccin-kúra végzésére. A cutivaccinnal való cutanoltást legtöbb esetben nem vállaltuk. Erre nézve alapos okaink vannak. Ezeket az okokat szeretném az orvosi nyilvánosság elé tárni.

Minden új gyógyszert, mely a mozgási szervek peripheriás chronikus megbetegedéseinél csak egy kicsit is segít, vagy gyógyít, örömmel köszöntünk. Éppen ezért nagy reményekkel tekintettünk Paulnak cutivaccinjára, melynek gyógyeredményei a közölt statisztikák szerint éppen ezeknél a kietlen betegségek-nél, messze felülmúlták minden várakozásunkat. Ellen-szenves volt előttünk kezdettől fogva az a reklámhad-járat, ami az egész világsajtóban a cutivaccin érdeké-ben váratlanul megindult. Ezt a rossz benyomást Paul közleményeinek biztonsága, a széles körben meg-indítandó klinikai vizsgálatoknak ígérete eloszlatta. Paul gyógyszerét annyira hatásosnak tartja, hogy egyik cikkében lebecsüli az újonnan életre hívott rheuma ellenes világmozgalmat, mely szerinte a cuti-vaccin felfedezése óta teljesen feleslegessé vált.

Elhatároztam ezért, hogy a cutivaccin-kérdést alaposan tanulmányozom. A szer kipróbálása előtt fel-kerestem mind a helyszínen Bécsben, mind Német-országban, kinnlétemkor, azokat a klinikákat, ahol tu-domásom szerint a cutivaccinnal kísérletek folynak.

Összegyűjtöttem minden közleményt, orvosi szakvéle-ményt, hírlapi cikket a szerre vonatkozólag. És amit tapasztaltam, enyhén szólva, nagy csalódás volt szá-momra, mely elvette teljesen a kedvemet a cutivaccin-nal való hosszabb kísérletektől.

Már 1925-ben megjelent Paulnak első ezirányú munkája, melyben a rheumás betegségek cutanoltással való gyógyításáról számol be. „Über die Beeinflussung des Rheumatismus durch die Hautimpfung“ című cikkében négyéves tapasztalata alapján 600 rheumás be-tegnek Pondorf B-vel való kezelését ismerteti. Közölt gyógyeredményei messze felülmúlták mindazt, ami e téren addig elérhető volt. Paul a Pondorf módszerét olyan kiválóan tartja, hogy saját szavaival élve, „nincsen komoly okunk arra, hogy a gyakorlatban annyira bevált összetételét az oltóanyagának bármiké-pen is megváltoztassuk“. Csupán azon tanakodik, hogy az egyes betegek tuberkuliniszonyával számolva, jó volna a cutanoltás céljaira, a tuberkulin helyett más anyagot találni, amely a bőrön alkalmazva, szintén hatásos. Ezt a munkáját a következő szavakkal zárja: „A therapia haladása dacára nem tudom a világot el-képzelní tuberculosist nélkül, de rheumatismus nél-kül igen“.

Második munkája 1927-ben jelent meg. Címe: Das Wesen der Hautimpfung und ihre Bedeutung für die Bekämpfung des chronischen Rheumatismus als Weltkrankheit.“ Ebben a közleményben Pondorfot csak mellékesen említi, fejtegeti újra az orvosoknak és a betegeknek tuberkulin-félelmét, aztán így folytatja: „Sikerült megoldanom végre az oltóanyagproblemát. Elő tudtam állítani úgy, hogy megfeleljen mindazon feltételeknek, melyek egy chronikus rheuma gyökere-sebb javítását lehetővé teszik. Ezen anyag felépítésé-ben nem a hatás sokoldalúságára törekedtem, hanem lehetővé akartam tenni, hogy az ingeranyag erőssége változtatható legyen. Ez a gondolatmenetem valósul meg új oltóanyagom összetételében“.

Ezek után hasonlítsuk össze a Pondorf B-t, amelynek nagyszerű gyógyhatásáról Paul első mun-kájában beszámolt, az általa feltalált cutivaccinnal. A Pondorf B tuberkulint tartalmaz, ezenkívül strepto-, staphylo-, pneumococcus és influenzabacillusok bakte-riumos fehérjéjét. A Paul-féle találmány három ere-deti praeparatumnak keveréke. Van benne „tuberculo-mucin Weleminsky, Prag“, továbbá „mitigált vaccin-toxin Paul, Wien“ és „saprophytin Günther, Wien“.

A cutanoltás problémájának megoldása rheumás betegségek-nél e szerint abból áll, hogy Paul a Pon-dorf B-ben lévő tuberkulin helyett a gyengébb tuber-culomucint, strepto-, staphylo-, pneumococcus és in-fluenzabacillusok autolysatait helyett saprophytint és „erősítésül“ mitigált vaccintoxint Pault vett. A cuti-vaccin tehát nem tuberkulinmentes, bár a tuberculo-mucin tízszeresen gyengébb a tuberkulin-nál. A cutivac-ein ezenkívül himlőoltóanyagot is tartalmaz. Hogy a himlőoltóanyag a rheumás betegségek gyógyításában szintén szerepet kapott, valóban újításnak nevezhető. Elméleti megfontolás alapján, mely szerint az alkal-mazásakor fellépő gyors immunitás a későbbi oltásokat hatástalanná teszi, nem tartjuk a himlőoltóanyag-nak a rheumás betegségek therapiájában való bevonását különös nyereségnek. A Pondorf B-nek harmadik, Paul-szerinti módosítása egyenesen veszteséget jelent-het therapiás szempontból. Straus a Pondorf B-t rheu-más betegségek-nél differentialdiagnostikai szempontból valószínűleg éppen azért igyekezett felhasználni, mert a Pondorf B a különböző coccusoknak és influenza-bacillusoknak antigenjeit is magában foglalja, mely

kórokozók a rheumás betegségek aetiológiájában sok esetben szerepet játszhatnak. Ezekből származó anyagoknak a saprophytinnel, tehát mindenestre nem specifikus vaccinnal való helyettesítése az eredeti szernek értékéből okvetlen elvesz.

Minden gyógytényezőnek gyógyhatását nem az elmélet, hanem a gyakorlat dönti el. Vizsgáljuk előbb a *Paul* által közölt gyógyeredményeket. A Ponderf B-vel és a cutivaccinnal való oltásnak gyógyeredményeiről közlései^{3,4} alapján az alábbi táblázatot állítottuk össze:

Gyógyszer	Kezelt esetek száma	Gyógyult	Lényegesen javult	Változatlan	Ros-szabbodott
Ponderf B.	342	64·6%	30·6%	4%	0·8%
Cutivaccin	1951	48 %	45 %	7%	—

Ezen táblázatban közölt adatok minden szakember előtt a feltűnő jó gyógyeredmények miatt, már eleve gyanúsak. Az „arthritis rheumatica chronica”, illetve a „polyarthritis rheumatica chronica” rovatban „gyógyult” Ponderf B-vel 64% és cutivaccin-oltással 48%. Hosszú éveknél szomorú tapasztalata az, melyet a kórházi izületi osztályunkon és a praxisban nyertünk, hogy a fertőzőes eredetű idült sokizületgyulladások ritkán gyógyulnak meg. Nem merjük évek hosszú során át tartó állandó kezelés és javulás mellett sem eseteinket „gyógyult”-nak tekinteni. Megfoghatatlan előttünk, hogy *Paul* kezelésében levő ilyen betegeknek több mint fele meggyógyult. Ezeket a gyógyeredményeket, mint alább látni fogjuk, mindazon szerzők, akik cutivaccinnal *Paul* előírása szerint dolgoztak, meg sem közelítették. Ez az ellentmondás csak úgy képzelhető el, hogy *Paul* statisztikái felállításánál nem járt el kellő gondossággal. Eme feltevésünket, a helyes kritika hiányát, munkái sok helyütt megerősítik. Had álljon itt néhány sor: „Az a tény, hogy az ötször oltottaknak, akik a statisztikában a „lényegesen javult” rovatban szerepelnek, csak egy része jelent meg az újraoltáson, mert panaszai még nem múltak el, amelyet szól, hogy az e rovatban szerepeltek nagy része szintén „gyógyult”-nak tekintendő.” Szerintünk a gyógyulás kérdése ebben a nagyon is változó körképben nem olyan egyszerű, mint *Paul* hiszi, eldöntésére legalább is évekig tartó utóvizsgálatra van szükség.

A fenti statisztikai táblázaton első pillanatra feltűnik, hogy a Ponderf B gyógyhatása felülmúlja az általa feltalált cutivaccint. Ezen statisztika tehát semmiképpen sem igazolja *Paul*nak említett módosításait és megerősíti azon elméleti feltevésünket, hogy a Ponderf B a rheumás megbetegedések gyógykezelésére alkalmasabb a cutivaccinnál. *Freund*nek óvatosan megírt közleménye a Ponderf B és a cutivaccinnal végzett kísérleteiről semmiképpen sem szól a cutivaccin mellett *Gläser* (I. *Freund*nél) a Ponderfot szintén hatásosabbnak látja a cutivaccinnál. Hogy miért kellett mégis a cutivaccinnak megszületni, erre nézve *Ponderf*nak „Wie ist Cutivaccin entstanden” című cikkében találunk vádakkal terhes feleletet. Ebben a közleményben *Ponderf* élesen fellép *Paul* ellen. Prioritási jogait hangoztatva, szemére veti, hogy cutivaccinja a Ponderf B-nek silány utánzata. *Ponderf* a nyilvánosság előtt azzal vádolja *Paul*t, hogy erre a lépésre tisztán anyagi okok vezették. Bizonyítékul leközi *Paul*nak a cutivaccin előállítását előtti a Saechsische-Serumwerke-vel való levelezéseit és tárgyalásait, melyekből kitűnik, hogy *Paul* eleinte a Ponderf B készítésének

nyereségéből, úgy látszik, jogtalanul részesedni akart. Csak ezen tervének meggyűlöltése után találta fel a cutivaccint. *Ponderf*nak ez a súlyos cikke egy éve jelent meg és *Paul* a felelettel tudomásunk szerint még mindig adós.

Sajnálatosnak tartjuk, hogy *Paul* cutivaccinjának ajánlásánál nem várta meg komoly szakorvosok véleményét. Hogy tudományos közleményei feltűnést keltő cikkeiben, a napi sajtóban olyan visszhangra találtak, annak oka az, hogy *Paul* a cutivaccinkezelést a rheumás betegségek oki gyógykezelésének mondja („Kausale Heilbeeinflussung des chronischen Rheumatismus”) és az egész világon rheumaoltó-állomások, „Paul-intézetek” felállítását sürgeti. *Paul* kijelentéseit és statisztikai adatait készpénznek véve, mindenféle megjelent képes újságokban, folyóiratokban az ősz tudós arcképe, aki cutivaccinja által egyszerre az emberiség jótevőjévé lépett elő. *Paul*nak a „Stunde”-ban megjelent laboratoriumi képe alatt ezt olvastuk: „Gusztáv Paul dr. udvari tanácsos, az állami oltóintézetnek ezideig igazgatója, hosszú éveken át tartó kísérletezések után feltalált egy serumot, mely rheumát, ischiast, köszvényt és hasonló betegségeket tökéletesen kigyógyít.” A napisajtóban megjelent közlemények felett a szokásos sensatiós feliratok sem hiányoznak: „Rheumatismus gyógyítható!” „A legsúlyosabb köszvény gyógyítható!” stb. Ilyen cikkeket a kontinens minden országának napisajtójából összegyűjtöttünk. Nincs tudomásunk róla, hogy *Paul* ezen felelőtlen túlzások ellen egyszer is felemelte volna szavát.

A cutivaccinoltással magyar részről *Engländer*⁵ foglalkozott. 107 betegen végzett cutánoltásának gyógyeredményéről nagy objectivitással írt közleményében nemrég számolt be. Gyógyeredményei a chronikus izületi és izommegbetegedéseknél meg sem közelítik *Paul* eseteit. Gyógyult 6·5%, javult 34·7%, rosszabbodott 6·5%, változatlan 52·3%. Kevésbé jó a *Freund* statisztikája, aki pedig főképp Ponderf B-vel dolgozott: 52 esetből 2 lényegesen javult, 15 javult, 35 változatlan. Megállapítható ezekből a komoly helyekről közölt adatokból, hogy a cutivaccin, illetve a Ponderf B bizonyos esetekben valóban jó szolgálatokat tehet. Amikor a szervezet energiáját fertőzőes eredetű „rheumás” elváltozásoknál enyhe ingerekkel kell fokoznunk, amikor vérkeringési és nervosus zavarokból támadó „rheumás” állapotoknál az egész vegetatív idegrendszert, különösen a vérerek beidegzését áthangolni igyekszünk, a cutánoltás, mint a nonspecifikus ingertherapiának új és enyhe formája határozott nyereség is lehet. Még ez esetben is szükséges a kúrát, mint azt *Engländer* helyesen tette, kissé megrövidíteni. De semmiesetre sem kezdünk öt-hat-hónapos kúrát olyan betegségeknek, melyek gyógykezelésünkben eddig jóval rövidebb idő alatt meggyógyultak. (Ischias, myalgia, monarthritis.) Nem hanyagoljuk el az esetleges cutánoltás mellett a thermalis kezelést, sem a mechanotherapiát.

Összefoglalás: A cutivaccin-kérdés alapos tanulmányozása után a következő megállapításokat tehetjük: A cutivaccin nem jelent oki gyógykezelést, s nem egyéb, mint a nonspecifikus ingertherapia enyhe formája. A cutivaccin gyógyhatása többeknek, sőt magának *Paul*nak eredményei szerint is alatta marad a Ponderf B-nek. Statisztikájának felállításánál *Paul* nem járt el kellő körültekintéssel. Bizonyos megbetegedések esetén más gyógyeljárások a cutánoltás gyógyeredményeit messze felülmúlják. A cutivaccin érdekében főképp a napisajtóban megindult laikus-propaganda veszélyezteti az orvosi tekintélyt. *Ponderf*nak prioritási joga véleményünk szerint fennáll.

Irodalom: ¹ Wiener klin. Wochenschrift 1925/36. ² Wiener Mediz. Wochenschrift 1927/14. — ³ Paul: Kausale Heilbeeinflussung des chronischen Rheumatismus. Deutsche med. Wochenschrift 1927/52. — ⁴ R. Freund: Über „Rheumatismusheilmittel“ und Rheumatismusbekämpfung. Wiener klin. Wochenschrift 1927/52. — ⁵ Pondorf: Hautimpfsof Pondorf B—cutivaccin Paul. Wie ist cutivaccin Paul entstanden? Deutsche Aertztezeitung 1927/53. — ⁶ Engländer: A chronikus ízületi és reumás megbetegedés cutantherápiája. A Gyógyászat 1928/5.

A budapesti Ferenc József kereskedelmi kórház fülészeti osztályának közleménye (főorvos: Váli Ernő dr.).

Sugárzó hő fülészeti alkalmazása.

Írta: Szemantsik Jenő dr. szaksegéd.

A physikalikus gyógy módok közül a fülészeti gyakorlatban kétségkívül a legrégebben és leggyakrabban használt terápiás eljárásunk a különböző formában alkalmazott meleg. Ez a gyógyító tényezőnk méltán örvend ily nagy elterjedésnek, mert megfelelő indikáció mellett alkalmazva kitűnő, a beteg panaszait frapánsul enyhítő eredményeket ad, a gyógyfolyamatot előnyösen befolyásolva, az esetek nagy részében azt lényegesen meg is rövidíti. Igen szép eredményeket kapunk ettől a terápiás eljárástól a fülészeti megbetegedések közül a középső fül heveny gyulladásainál, kiválóan azonban a külső fül gyulladásos folyamatainál, nevezetesen otitis externa furunculósáknál, nemkülönben a fül környékén székelő és irradiációs otalgiákat okozó lobos megbetegedéseknél, továbbá myalgias, valamint neurotikus fülfájdalmaknál.

Figyelmetlenül kívül hagyva, a fülészetben is használt, az egész testre alkalmazott meleg terápiát, mint a száraz meleg pakolások és egyéb thermotherápiás eljárásokat, az alábbiakban csak a helybelileg, közvetlen a beteg gócaira alkalmazott meleg terápiáról szólnok. Ennek a legrégebbi, már a népszokás által szentesített legegyszerűbb formája a nedves, vagy száraz formában alkalmazott meleg borogatás, amely megfelelő esetben alkalmazva, kétségkívül úgy a beteg panaszaira, mint a gyógyulási folyamatra jótekonny hatású, azonban tagadhatatlan hátránya, hogy körülményes, leköti a beteg idejét, sokszor súlyánál fogva fájdalmat okoz, legfőképpen azonban az, hogy különösen újabb terápiás eljárásaink mellett, hatása felületesebb, kevésbé intenzív és protraháltabb. Ma célszerűbb formában adagolható, tisztán kezelhető, intenzívebben és legfőképpen mélyebben ható eljárásokkal rendelkezünk, amilyen a meleg alkalmazása sugárzó hő formájában. Physikáját röviden a következőkben érintem: Minél inkább haladunk a látható spectrum ibolya vége felé, a látható, majd a láthatatlan sugarak hullámhossza mind rövidebb lesz, az élő szövetre kémiai-biológiai hatásukkal tűnnek ki, de hatásuk csak felületes, mert már a felületesebb szövetrétegekben absorbeálódnak. Ezekkel az ú. n. actinikus vagy kémiai sugarakkal szemben a spectrum vörös vége felé, és azon túl, a látható, majd láthatatlan sugarak hullámhossza állandóan növekszik, említett kémiai-biológiai hatásuk mindinkább csökken, ellenben mind mélyebben tudnak behatolni az élő szövetbe és ú. n. hőhatást fejtenek ki. A meleg terapia szempontjából ez utóbbi sugarak jönnek számításba, amelyek a látható spectrum k. b. sárga színétől a vörös, majd azon túl a láthatatlan spectrum-ban foglalnak helyet.

Gyakorlatilag már az egyszerű villanyégők sok ilyen sugarat tartalmaznak, különösen a szénszálas égők, mint a Minim—Goldscheider-féle lámpa stb.

1½—2 órás besugárzási idő mellett az említett meleg borogatásoknál jóval erősebb hatást fejtenek ki és eredménnyel használhatók a melegtherápia céljaira.

Osztályunkon már évek óta használjuk mindazon esetekben, mikor a fül megbetegedéseinél a meleg alkalmazása indikált a sokkal intenzívebben ható fémszálas magagyertyafényű, ú. n. Solux-lámpát, a legjobb eredménnyel. Ez a ma már általánosan ismert hő-sugárzó lámpa terápiás fegyvertárunk egyik igen hálás és ma már alig nélkülözhető tényezője. Eltekintve attól, hogy helyesen alkalmazva, a kóros folyamatot igen előnyösen befolyásolja, sok esetben lényegesen megrövidíti, sőt cupirozza, legszembeötlőbb hatása az órákig eltartó teljes, vagy legalább is részbeni fájdalommentesség. Közismerten kitűnő eredményeket ad átlagosan egy órai besugárzás után különösen a külső fül gyulladásos folyamatainál, eminenter az otitis externa furunculósáknál, továbbá különböző, különösen neurotikus és myalgias genesisű otalgiáknál, de a középső fül heveny lobos megbetegedéseinél is.

Fájdalommentesítő hatása, miként azt főleg kereskedelmi alkalmazottakból és hivatalnokokból álló ambuláns-beteganyagunkon állandóan tapasztaljuk, socialis szempontból is igen nagyértékű, mert a sokszor nem is annyira komoly, mint inkább a nagy fájdalmak miatt kellemetlen megbetegedéseknél a kifejezett gyógyhatás mellett a beteg munkaképessége kevésbé szenved csorbát.

Utóbbi időben osztályunkat egy ú. n. Hala-Tam Langwellstrahl-Apparattal szerelték fel. Ez lényegileg egy villamos hő-sugárzó (napmeleg) készülék, amely azonban különleges izzója és egyéb kisebb constructiók sajátossága folytán tisztán csak láthatatlan, hosszú-hullámú, a látható spectrum vörös részén túl eső meleg sugarakat termel, illetőleg egy másik izzóval, ehhez még kevés látható vörös-sugár is keveredik, az előbbi mélyebb, az utóbbi inkább felületesebb terápiához.

Eddig több mint száz esetben figyelhettem meg e készülék terápiás hatását mindazon fülészeti megbetegedéseknél, melyek a meleg terapia indikációs körébe tartoznak.

Először a külső fül heveny-lobos megbetegedéseinél, főleg otitis externa furunculósáknál. Úgy szólván minden esetben egy ½—6 óráig tartó fájdalommentességet, vagy legalább is a fájdalmak lényegesebb csökkenését, minden esetben a gyógyfolyamat lényeges megrövidülését tapasztaltam. Kezdeti stádiumban az esetek jó részében sikerült a betegséget visszaféjlesztésre bírni, előrehaladottabb formáknál a genyes beolvadás a megszokottnál hamarabb következett be. Fel-tűnő volt, hogy az oly gyakran tapasztalható recidivák száma lényegesen csökkent.

Hasonlóképpen igen erős fájdalommentesítő hatását láttam különböző otalgiáknál. Főleg myogen és neurotikus formáknál, amelyeket naponta eszközölt besugárzásokkal sikerült az esetek egy jó részében teljesen fájdalommentessé tenni, hogy ez azonban végleges gyógyulást jelent-e, a megfigyelés rövidsége miatt nem állíthatom. Igen erős, hosszabb-rövidebb ideig tartó fájdalommentesítő hatást láttam egyéb dentalis, továbbá környéki lobos folyamatokból stb. eredő irradiációs otalgiáknál is.

Eseteim több mint egyharmad részében heveny középfülgyulladások, még pedig úgy genuin, mint secundaer, nevezetesen influenza otitisek képezték megfigyelésem tárgyát. Szigorúan csak kezdeti stádiumban alkalmaztam a meleg besugárzás e formáját, nehogy kifejlődött otitis mediáknál, tekintve egyrészt a középső fül és függelékeinek kórtani szempontból

különleges anatómiai viszonyait, másrészt a sugárzó meleg ismert fájdalommentesítő, továbbá, kifejlődött gyulladásoknál, erős beolvasztó hatását esetleg nem kívánatos és lappangva fejlődő szövödmények kifejlődését elősegítem, miként azt *Brühl*, *Caraussek*, *Knick* és mások tapasztalatai is igazolják.

Az acut mediáknál éppúgy, mint az előbbi esetekben, legfeltűnőbb volt a fájdalommentesítő, illetve csökkentő hatás. Az esetek kb. több mint harmadánál, főleg genuin mediáknál, a gyulladás gyorsan visszafejlődött, a többiekénél az esetek nagy részében a gyógytartam lényegesen megrövidült és igen enyhe lefolyás benyomását tette, összehasonlítva azokkal az esetekkel, amelyeknél a kezdeti stadiumban a melegbesugárzást nem alkalmaztam.

Összegezve észleleteimet, úgy találtam, hogy a therapiás hatás legszembeötlőbb megnyilvánulása egyrészt a fájdalmakkal járó megbetegedéseknél a $\frac{1}{2}$ –6 óráig tartó teljes fájdalommentesség, de legalább is a fájdalom lényeges csökkenése, másrészt a betegség enyhébb lefolyása és tartamának lényegesebb csökkenése volt. Eredményeim tehát általában egyeznek a többi, különösen a legjobb hősugárzó készülék, a Solux-lámpa eredményeivel, míg azonban ez utóbbi besugárzási ideje 1–1½ óra, az előbbié 6–15 perc. E tapasztalati tény megállapítása bizonyos következtetésekre jogosít, nevezetesen, mintán e készülék, amely kevés vörös, illetve tisztán ultravörös láthatatlan hosszuhullámú hősugarakat termel, aránytalanul rövidebb besugárzási idő alatt hasonló eredményeket ad, mint az eddig legjobb eredményeket adó Solux-lámpa, úgy látszik, hogy a sugárzó hő legfontosabb tényezői a vörösbe, de főleg az ultravörösbe eső hosszuhullámú hősugarak s a látható hősugarakat kibocsátó készülékek, amelyekben keverve és különböző mennyiségben fordulnak elő különböző hullámhosszú látható és láthatatlan hősugarak, therapeutikusan annál hatékonyabbak, minél több vörös, legfőképpen azonban ultravörös hősugarakat tartalmaznak. *Cemach* azt állítja, hogy a sárga fénynek, amely a Solux-lámpában nagy mennyiségben van képviselve, az élő szövetekre a hősugaraktól eltérő jótékony gyógyító hatása van, ez azonban bebizonyítva nincs (*Knick*), sőt a fentiek szerint nem is valószínű.

Ami végre a sugárzó hő élet, illetőleg korélettani hatását illeti, az még nem tisztázott. Kétségtelen, hogy hatásmódjának legkardinálisabb észlelhető tünete a besugárzást követő activ hyperaemia. A szövetek, kiválóan lobos góccok bőségesen áramoltatnak át friss vérrel, aminek a következménye, hogy a hajszálerekből a szövetekbe fokozott mértékben áramlik át a savó, tehát a szövetek oedemája fokozódik. A szaporodott savótartalom az oldott ellenanyagok bőséges mennyiségét viszi a lobos területre, a sejtelet összes megnyilvánulásai az anyag- és erőforgalom, növekedési viszonyok fokozódnak és így a szervezet helyi védekezése, bakteriumölőképessége és felszívó tevékenysége fokozottabb mértékben érvényesül. Végeredményben tehát a hyperaemia és következményei fokozásával a sugárzó hő a szervezet egyik legfontosabb védelmi reakcióját, a gyulladást, amelyet a szervezet szempontjából kívánatos, üdvös és célszerű gyógytényezőnek tanultunk megismerni, nagymértékben fokozza. Ez az activ hyperaemia hozza létre a besugárzást követő hyp-, illetőleg analgesiát, még pedig részint az érző idegelemek fokozódó oedemája által, részint úgy, hogy a fokozott oedema a lobos terület savójában oldott méreganyagokat, amelyek az érző idegekre izgatólag hatnak, hígítja. *Ribbert* szerint a fájdalomcsillapító hatás olyképen magyarázható, hogy

a hyperaemia által keletkező szövet közötti oedema, ki-egyenlíti azt a gyulladáshoz vezetőben kezdetben magasabb molecularis koncentrációt, amely kryoskopiával is kimutatható és amely az érző idegekre izgatólag hat. Nincs kizárva azonban annak a lehetősége sem, hogy a hosszú hullámú hősugaraknak az érző idegekre, illetőleg azok sejtjeire ilyen irányú specifikus chemiai-biológiai hatásuk is van. Fájdalomcsillapítólag hat a sugárzó hő továbbá azért is, hogy a fokozódó savótartalom felold bizonyos intermediaer kikristályosodott anyagcsereproductumokat, amelyek részben az idegekre mechanikus izgalmat gyakorolnak (rheumatikus, neuralgiás fájdalmak) és felszívódásukat s eliminálásukat elősegíti. A fokozott szövet közötti savótartalom jó hatását látjuk tehát abban is, hogy olyan anyagok, melyek alkatuknál fogva felszívódásra alkalmatlanok, feloldódnak és fel is szívódnak.

Vajjon a sugárzó hő gyógyhatása az előbb említett, részben ismert tényezőknek tudható-e be, nem tudjuk. *Schäffer* hystologiai kísérleti vizsgálatai azt mutatják, hogy az activ hyperaemia, illetőleg az azzal kapcsolatos fokozott szöveti reactio kezdődő gyulladásos folyamatokat cupirozhat, vagy a lefolyást sietteti és a genyes beolvadást meggátolja, kifejezett gyulladásos folyamatoknál ellenben sietteti a genyes beolvadást és ezzel a folyamat lezajlását. Mégis úgy látszik, hogy a sugárzó hőnek ezenkívül még egyéb sajátos tulajdonságai is vannak. Elképzelhető, hogy a gyógyulási folyamat természetesen egyéb, nagyrészt nem ismert tényezőkön kívül a hőbesugárzásnál promptul jelentkező hyp-, illetőleg analgesia-nak is bizonyos, talán nagy szerep jut. *Spiesz* szerint a gyulladás létrejötténél emi-nens fontossága van az ú. n. primaer dolornak, amelyik nem szükséges, hogy subjectiv fájdalom formájában jelentkezze, hanem egy bekövetkezett szöveti laesiónál reflex úton váltja ki a gyulladás cardinalis tüneteit. *Bruce*, *Januschke* stb. kísérletekkel igazolták ezt a feltevést. Ezen gondolatmeneten elindulva *Spiesz* a következő, részben gyakorlatilag is igazolt feltevés-hez jut. Egy gyulladás nem fejlődik ki, ha sikerül a gyulladásos gócból kiinduló, a centripetális sensibilis idegpályákon futó reflexeket kikapcsolni. Egy fennálló gyulladás pedig a góc anaesthesiája és így a reflex kikapcsolása által hamarosan gyógyítható. *Spiesz* ugyan ennek a theoriának a helyességét chemiai analgeticumokkal igyekezett — bizonyos fokig sikerrel — bebizonyítani, azonban ez a theoria alkalmazható a sugárzó hő gyógyhatására is, mert a lényeg, az analgesia, itt is megvan, sőt a besugárzás hatásának egyik legszembeötlőbb és legkifejezettebb tünete közé tartozik.

Müller a hősugarak hatását az említetteken kívül egy azoknak egészen sajátos physikai-chemiai folyamatnak tulajdonítja és azt állítja, hogy a vörös látható hőhullámok éppen hullámhosszuknál fogva anorganikus molekulákat rezgésbe tudnak hozni és ezáltal a hő érzését keltik, az azontúl levő még hosszabb hullámú, már részben láthatatlan hősugarak pedig már komplikáltabb hatást fejtenek ki. „Im Gegensatz zu den roten sichtbaren Strahlen — mondja *Müller* — die mit ihren durchschnittlich 600 Milliontelmillimetern Wellenlängen gerade die Länge eines durchschnittlichen anorganischen Moleküls besitzen und daher durch Ihre Wirkung das Mitschwingen ganzer Einzelmoleküle bewirken d. h. Wärme erzeugen, heben nun die langweiligen Strahlen nicht mehr die Wellenlänge eines Einzelmoleküls anorganischer Bauart, sondern vielmehr eine so grosse Wellenlänge, wie sie der Länge einer ganzen Gruppe oder Kette solcher Moleküle entspricht. Es soll nun durch die langweiligen Strahlen ein Schwanken

bzw. Abbrechen ganzer Ketten stattfinden, wass dann nicht mehr als Wärme, sondern als Seitenketten Ab-spaltung bezeichnet wird.“ Ezek a lehasadó fehérje-molekuláris részek a vérbe kerülve, immunizáló hatást fejtenének ki és ilyenformán ez is hathatósan és specifikusan hozzájárulna a gyógyulási folyamathoz.

Hogy e teoriák helytálló-e, az ma még megközelítőleg sincs eldöntve. Mindenesetre valószínűnek látszik, hogy a sugárzó hő hatása nem magyarázható tisztán az aktiv hyperaemia előidézésével, hanem e hatás több, ma még ismeretlen e sugaraknak sajátos és általuk a szövetekben, illetőleg szövetekben létrehozott élettani-physikai és chemiai elváltozások eredője.

A hódmezővásárhelyi „Erzsébet” közkórház laboratóriumának közleménye.

Három érdekes eset.

Írta: Ormos Pál dr., kórházi főorvos.

1. *Anguillula intestinalis* által okozott anaemia.

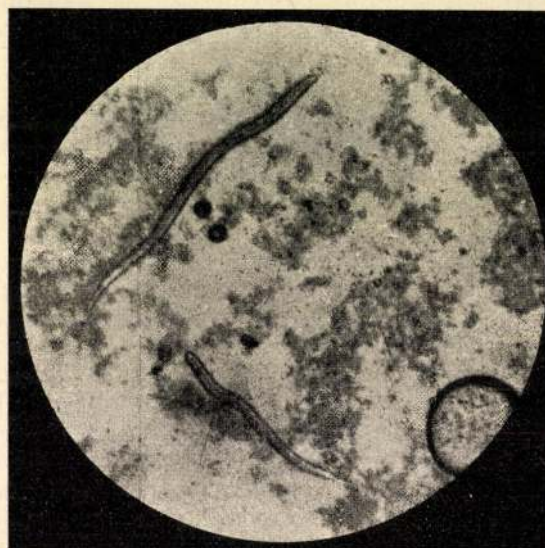
Magyarországban első ízben Berger Iván és Gy. Rókay Zoltán közölték *anguillula intestinalis* által okozott megbetegedéseket az Orvosi Hetilap 1926. évi 5. számában. Egy 38 esetből álló kisebb járványról számoltak be, amely alkalommal a megbetegedések kizárólag 2–4 éves gyermekeknél fordultak elő s különböző fokú anaemiában nyilvánultak. Minden esetben megtalálták a székletben a jellemző lárvákat, sőt olyan, halállal végződött esetet is láttak, amely alkalommal a bélben magát a férget is sikerült megtalálniok. Azóta hasonló közlemény tudtommal nem jelent meg. Most egy esetet óhajtok ismertetni, amelynek szereplője egy felnőtt 21 éves fiatalember, akinél az *anguillula* által okozott anaemia halálos kimenetellel végződött.

Mielőtt az eset részletes ismertetéséhez fognék, meg óhajtom említeni, hogy az *anguillula intestinalis* (más néven *strongyloides intestinalis* és *strongyloides stercoralis*) a nematodák osztályába tartozó bélféreg, mely főleg a tropusi vidékeken fordul elő s az emberek belében él. Európában először Normand és Bavay észlelték 1876-ban Dél-Franciaországban, a tropusokról hazatérő katonáknál, akik súlyos bélhurutban szenvedtek. Azután Olaszországban fordult elő nagyobb számmal, majd a Gotthard-alagút építése után, de a világháború alatt és után is Svájcban, Németországban, Belgiumban, sőt Ausztriában is észleltek eseteket. Ezek legnagyobb részében súlyos bélhurutot okozott, sok esetben különböző fokú anaemiával egybekötve. A hazánkban észlelt gyermekjárvány alkalmával súlyos anaemiát okozott. Az ismertetendő esetben is anaemia volt a következménye.

A kifejlett *anguillula* a bélben, és pedig a vékonybélnek legfelső részében él. A bélfalba erősen befúródik s oda is rakja le petéit a Lieberkühn-mirigyekbe. A kifejlett *anguillula intestinalis* 2–25 mm hosszú és 35 μ széles, elülső részében hosszú oesophagussal, a test többi részét a bélesatorna és az uterus foglalják el. A nőstény hátsó vége egyenes, a hímé horogszerűen kunkorodott. A petékből kikelő fiatal lárvák a bél lumenébe kerülnek s így jutnak ki a bélsárral. Sem a kifejlett bélféreg, sem a peték nem kerülnek a szabadba, mert a féreg a bél falába kapaszkodott, a peték pedig a Lieberkühn-mirigyekben vannak. A lárvák kétfélek: rhabditis-alakúak és filaria-alakúak. Az előbbieket élénken mozgók, rövid oesophagusuk van két öblös kiszélesedéssel. A külvilágra jutva a tropusi vidékeken, megfelelő hőmérsék (25–35 C°) mellett nemileg érettek lesznek és közösülés után a petékből ismét rhabditis-alakú lárvák

képződnek, de ezek már filaria-alakba mennek át. Ez a fertőző alak. Európában a szabadba került lárvák nem képesek a tovább szaporodásra és mindjárt filaria-alakúvá változnak. A lárvák könnyen kiszáradnak, néhány óra alatt mozgási képességüket elvesztik s csak ha ismét gazdába jutnak, lesznek képessé további fejlődésre és szaporodásra. A fertőzés bőrön vagy nyálkahártyán keresztül történik, amikor is azokon keresztül a tüdőbe kerülnek, onnan a tracheán keresztül az oesophagusba jutnak és így kerülnek a bélesatornába. A bélsárban tehát sem a kifejlődött féreg, sem a petéi nem találhatók, csak a peték és a kifejlődött féreg közötti alakok, a lárvák.

Esetünkben egy 21 éves makói fiatalember betegedett meg. Kb. 1½ év óta gyengül és sápad. Több orvos kezelte eredmény nélkül. Egyik hódmezővásárhelyi orvost kereste fel, aki vérszegénységének kiderítése végett küldte hozzám a kórház laboratóriumába. A be-



1. ábra.

teg igen nagy mértékben halvány volt, a szükséges vérképvizsgálatot elvégezve, a következőket találtam:

Vörösvérsejtszám: 1.050.000.

Fehérvérsejtszám: 6400.

Haemoglobin: 25.

Festődési index: 1:25.

Karélyos magvú: 52%, pálcika magvú: 6%, lymphocita: 28%.

Eosinophil: 6%, monocyta: 8%. Kóros alak nem volt.

Feltűnt, hogy a beteg gyengesége mellett sem keltette azt a benyomást, hogy ilyen alacsony a vörösvérsejtszáma, továbbá hiányoztak az anaemia perniciosára jellemző vörösvérsejtalakok s végül feltűnt az eosinophilia. Ezért bélféreg után akartam kutatni s a beteget a kórházba fel akartam venni, de ez semmi körülmények között sem volt hajlandó a kórházban maradni. Arra sikerült rávennem, hogy hazulról székletet küldjön. Ez meg is történt s peték után kutatva, legnagyobb meglepetésemre kis orsóalakú férgeket találtam igen nagy számmal, látóterenként két-hármat, helyenként 14–15-öt egy gomolyagban összezsugorodva, melyek alapos vizsgálat után *anguillula intestinalis* lárváknak, és pedig filaria-alakoknak bizonyultak (1. ábra). A férgek mozdulatlanok voltak, ami természetes is, mert nem friss székletből történt a vizsgálat, hanem több mint 24 órából. Azonkívül Telemann eljárása szerint kezeltem a székletet, a peték keresése végett, amely eljárás szintén megszünteti a férgek mozgékonyágát.

Természetesen egyéb bélférgekre, így elsősorban ankylostomum duodenalera is gondoltam, amellyel különben is gyakran társul az anguillula, azonban ennek ellene szólt az a körülmény, hogy az ankylostomum-féreg sohasem kerül a székletbe, mindig csak a petéi találhatók ott meg, míg e székletben petéket nem találtam s a talált férgek úgy nagyság tekintetében, mint alakilag is minden tekintetben megfeleltek az anguillula intestinalis lárvá filaria-alakjának.

A beteg a diagnózis megállapítása után még egyszer megjelent kezelőorvosánál, aki oleum chenopodiit rendelt neki, miután semmi körülmények között sem volt hajlandó kórházba jönni. Kb. két hét múlva ismét küldött székletet, úgy ő, mint a család többi tagja. Az ő széklete ekkor is tartalmazott bőven anguillulát, habár szemmel láthatólag megfogyott. A család többi tagjának székletében nem találtam. Ezeknek különben sem volt panaszuk. Ezután a beteg nem jelentkezett többet orvosánál. Kb. négy hónap múlva hallottam, hogy meghalt.

Sajnos, semmi adatom sincs arról, hogy milyen úton fertőződött a beteg. Nem volt alkalmam a diagnózis megállapítása után a beteggel érintkezésbe jutni s így módon ez a fontos momentum kiderítetlen maradt.

Az anguillula fertőzésének leggyakoribb következménye a szerzők szerint makacs, súlyos dysenteria-szerű bélhurut, véres-nyálkás-genyes széklettel. Az esetek nagyrészehez anaemia is csatlakozik, de a kórképet a recidiváló bélhurut uralja. A *Berger* és *Gy. Rókay* által hazánkban leírt gyermekjárvány alkalmával azonban az anaemia volt a feltűnő tünet, bélhurut csak itt-ott szerepelt a kórképben s az ilyen esetekben is ki tudták mutatni, hogy ezek típusos dysenteriában szenvedtek.

Ezen esetben a beteg nem panaszkodott bélhurutról, utóbb pedig már nem volt alkalmam ez irányban kérdést intézni hozzá. A beküldött széklet azonban első ízben teljesen normalis összeállású volt s mindössze kevés nyálka volt az, mely a normalistól való eltérésre mutatott. A másodízben vizsgált széklet híg volt, ugyancsak tartalmazott nyálkát, de vért, vagy genyet nem. Ilyen módon nem tudom határozottan eldönteni, hogy volt-e bélhurutja vagy nem, de a nyálkatartalmú, egy ízben híg széklet lehetséges teszi, hogy ilyen irányú panaszai is voltak. A kórképet mindenestre az igen nagyfokú anaemia jellemezte, mely az anaemia perniciosa-hoz volt hasonló.

Tekintettel arra, hogy a régebben közölt gyermekjárvány után most ime felnőtteknél is kimutatható volt anguillulás fertőzés, valószínű, hogy hazánkban ezután gyakrabban is elő fog fordulni s ezért szükséges, hogy ehhez hasonló anaemiás esetben gondoljunk rá s a széklet megvizsgálását ne mulasszuk el.

2. Parametritis aktinomykotica.

N. M. 36 éves asszonyt 1927 őszén hozták kórházunk sebészeti osztályára idült vakbéllob diagnossal. Állítólag tavasz óta betegeskedik. Hasának alsó részében érez fájdalmakat, melyek időnként hevesebbek, sőt görcsös jellegűek is szoktak lenni. Székrekedésben szenved. Az érzékenység főleg a jobb ileocecalis tájon tapintható, de a középvonalban, sőt a bal oldalon is érzékeny kisebb mértékben. A genitalis vizsgálat az adnexumok nagyfokú érzékenységét, baloldalt kisebb, jobboldalt nagyobb tömött tumort derített ki. Az objectiv vizsgálatok alapján valószínűbbnek látszott az adnexumok megbetegedése s ezért a műtő (*Genersich* dr. magántanár) a köldöktől lefelé haladó median laparotomiából indult ki. A műtét alkalmával kiderült, hogy baloldalt kicsiny, diónyi adnextumor van, jobboldalt nagyobb, kisgyermekkökölyni tumor helyezkedett el a ligamentum latum környékén, felső részében bevonva a tubát is. Az appendixel teljesen össze volt kapaszkodva úgy, hogy az appendixet is ki kellett irtani. A kis medencében szabad izzadmány nem volt látható. A sebet bevarrva, a kiirtott adnextumort szokás szerint a laboratóriumba küldték histológiai vizsgálatra.

Szövettani vizsgálat végett mindkét oldali adnextumorból — megfelelő beágyazás s előkészítés után — számos metszetet készítettem s míg a baloldali idült gyulladásnak megfelelően kereksejteket, plasmasejteket, fibroblastokat s rostos kötőszövetet tartalmazott, addig a jobboldali nagyobb tumorban karéjos magvú sejtek tömegében elszórtan gombatelepeket találtam, melyek tüzetesebb vizsgálat után aktinomykosis-telepeknek bizonyultak (2. ábra). A tumor felét egyszerre ágyazva be, abból egész terjedelmében készítettem szövettani metszeteket s így módon számos metszetet átvizsgálva, metszetenként 1—5 telepet találtam. Helyenként elhalófélben levő karéjos magvú sejttömegek is voltak, el-tűnőfélben levő, vagy teljesen eltűnt magrajzolattal. Itt-ott kötőszöveti rostok járták keresztül a sejttömegeket, mintegy összetartva őket, különösen nagyobb mértékben a tumor széli részein halmozódott föl. A féregnyulványt nem küldték be laboratóriumi vizsgálatra, így annak szövettani képéről — sajnos — nem szerezhettem meggyőződést.

A műtét után néhány nappal a hasfali varrat egyik helyen szétvált s genyedni kezdett. Miután kiderült, hogy az adnextumort aktinomykosis okozza, a kezelés ennek megfelelően történt. E sorok írásakor a beteg lényegesen jobban van, kezelése még tart.*

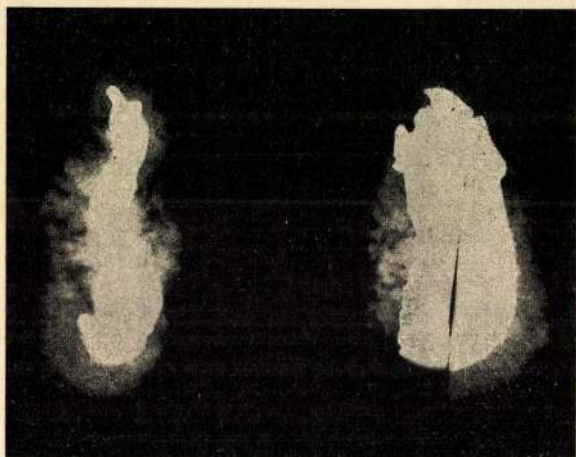


2. ábra.

A női nemiszervek aktinomykosisos megbetegedése a nagy ritkaságok közé tartozik. Talán jóval több is előfordul, mint amennyiről tudomásunk van, de a pontos diagnózis megállapítása szövettani vizsgálat nélkül alig képzelhető el. Már pedig minden műtét utánagnak histológiai és bakteriológiai feldolgozása — mint az kórházunkban történik — kevés helyen valószínű meg. Ilyen módon könnyen képzelhető el, hogy a női genitáliák aktinomykosisa más diagnózis alatt könyveltetik el. Az irodalomból *Nürnberg* eddig kb. 50 esetet gyűjtött össze, amelyek a női külső és belső nemiszervek összes részeinek aktinomykosisára vonatkoznak. Ezeknek egy része a vagina, portio és uterus, más része a tuba, ovarium és parametrium aktinomykosisára vonatkozik. A tuba és ovarium aktinomykosisa a parametriumokra jóformán minden ismertetett esetben ráterjedt, bár többször nem lehetett eldönteni, hogy vajjon nem fordítva, a parametrium aktinomykosisa terjedt-e a tubára, illetve ovariumra. A mi esetünkben az ovarium szabad volt, de a tuba be volt vonva a megbetegedésbe, az aktinomykosisos tumornak felső részébe teljesen be volt ágyazva. A szövettani vizsgálat szerint a tuba nyálkahártyája alatt, a submucosában és a megvastagodott izomrétegben is számos kereksejt volt található, azonban maga a mucosa ép volt s a tubában sehol sem sikerült gombákat kimutatni. Így látszik tehát, hogy a tuba csak másodlagosan lett bevonva a megbetegedésbe s a fertőzés útja nem ezen keresztül történt. A haematogen fertőzés ebben az esetben, amely-

* A correctura javítása közben jelentkezett a beteg. Közben három seria Röntgen-besugárzást kapott. Meggyógyult.

ben a szervezetben máshol sehol sem volt aktinomykosisos megbetegedés, nem képzelhető el. De fölösleges is más fertőzési utat keresnünk, mint a legegyszerűbb és legvalószínűbbet, az appendixen át. A műtét alkalmával egyáltalában nem gondoltak aktinomykosisra s úgy látszott, hogy az appendix csak másodlagosan kapaszkodott össze az adnextumorrall. Ily módon érthető, hogy ez nem került szövettani vizsgálatra, bár nagy kár, mert esetleg abban is meg lehetett volna találni a gombákat. De ezen elmaradt vizsgálat mellett is minden valószínűség a mellett szól, hogy ezen az úton fertőződött a parametrium. Az aktinomykosisnak egyik leggyakoribb helye éppen a coecum, mert itt stagnál leginkább a béltartalom, ez pedig könnyen okozhat kisebb sérülést a nyálkahártya felületes hámrétegén, amely *Moosbrugger* vizsgálatai szerint feltétlenül szükséges ahhoz, hogy a táplálékkal oda jutott fonálgomba megtelepedhessék. *Poncet* és *Bérard* vizsgálatai megerősít



3. ábra.

tették, hogy a bélsatornának azon részein gyakori az aktinomykosis, ahol a béltartalom stagnál. E föltétel leginkább épp a coecumban van meg, illetve függelékében, az appendixben. Az appendixnek az adnextumorrall való szoros összenövése szinte mutatja e fertőzési út valószínűségét.

Esetünkben a coecum teljesen ép volt s így valószínű, hogy a fonálgomba az appendixbe jutva, azon csakhamar keresztül haladt és így hozta létre a parametrium megbetegedését.

A diagnosis pontos megállapítása természetesen a beteg további kezelésére és a prognosis felállítására nagyfontosságú.

3. Idegentest körül képződött appendixkő esete.

Bár az appendicitis kórtanában az idegentestek alig játszanak valami szerepet, még mindig érdeklődünk az olyan esetek iránt, melyekben az appendicitis előidézésében látszólag idegentestnek is szerepe van. Ennek oka nem abban rejlik, mintha az appendicitis aetiologiájában az idegentestnek különösebb szerepet tulajdonítanánk, hanem inkább a ritkaságuk miatt tarthatnak számot az érdeklődésre. Nem szólva az appendixben képződött igen gyakori bélsárconcrementumokról, idegentestek az appendixben tényleg a ritkaságok közé tartoznak. *Stieda* 550 appendicitis-esetben egyszer szőlőmagot, egyszer egy kis ólomdarabkát talált. *Barkley* 527 esetből kettőben talált idegentestet. *Wette* 421 esetben már 11-szer talált, míg *Ribbert* 400 appendicitises holttest appendixében soha sem talált idegentestet vagy igazi bélsárkővet. *Berger* 1924-ben 104 olyan appendicitises esetet gyűjtött össze, melyekben kisebb-

nagyobb idegentestek voltak hajszáltól kezdve, gyümölcsmagvakon és ólomseréteken keresztül bismuthkőig, mely utóbbi két évvel azelőtt gyomor-Röntgenvizsgálat végett megevett bismuthkásából került az appendixbe s ott 4 cm hosszú, 1½ cm széles bismuthkővé alakult. Utóbb *Tobler* közölt két esetet, melyek közül az egyikben 4×7 mm tojáshej, a másikban pedig kishorsonyi, főleg calciumphosphatból álló appendixkő volt az appendixben található.

Nagyságánál és összetételénél fogva érdemes a megemlítésre a következő eset:

T. M. 28 éves férfibeteg súlyos állapotban, perforált appendicitisből kiindult diffus peritonitis miatt hozták kórházunk sebészeti osztályára, ahol azonnal műtetre került. A műtő (*Genersich* egyetemi magántanár) diffus genyes peritonitist, gangraenás perforált appendixet talált és a perforációs nyílás mellett közvetlenül egy követ, melyet megvizsgálás végett küldött hozzám a laboratóriumba. A kő 7.2 g súlyú, 26.5 mm hosszú, almamag alakú, világos sárgásbarna színű, dudorzos-bibircsós felületű, elég kemény, de részben törékeny anyagból állt. Kettéfűrészelése elég nehezen sikerült s felfűrészelése után láttam, hogy belsejének nagy részét egy hullámos lefutású fémlap foglalja el, mely mindkét végén behajlított s fele állományában ólomból, fele pedig sárgarézből áll (Röntgen-képét l. a 3. ábrán). A köréje képződött kötől alig lehet elválasztani. Hogy a fémdarab alakját és terjedelmét megismerjem, anélkül, hogy ezért a követ fel kelljen áldozni, a két szétfűrészelt darabot összekötöttem s így két irányból Röntgen-felvételt készítettem róla, melyen jól látható a fémdarab, a köréje képződött kő szerkezetével együtt. A kő vegyi elemzése azt mutatta, hogy az összes anyagok bezárt törmelékén kívül főleg calciumcarbonatból és calciumphosphatból áll.

Ez esetben tehát az appendixbe egy aránylag nagy fémdarab került, mely körül calciumcarbonatból és calciumphosphatból álló kő képződött. Nem sikerült kiderítenem, hogy e fémdarab milyen tárgyból való. A moribund állapotban műtetre került beteg csakhamar meghalt s hozzátartozói sem tudtak semmiféle felvilágosítást adni a szokatlan nagyságú fémdarabnak a bélsatornába kerülése idejéről, módjáról.

Hogy ez az idegentest a köréje képződött, számtalan kis zuggal ellátott kővel az appendicitis létrejöttében szerepet játszott, nagyon valószínű. Egy ilyen kőnek a jelenléte az appendixbe került bélsár stagnálását s az appendix fertőzését könnyen előmozdíthatja. Már nehezebben képzelhető el egy ilyen nagy fémdarabnak az appendixbe jutása a szűk Gerlach-billentyűn keresztül.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Kétszeres dextrosemegterhelési próba a pankreas és az epeutak megbetegedéseinél. *S. Hirschhorn* és *A. Selinger*. (Zeitschr. f. klin. Med. 108. köt., 4. füz.)

Bang és *Böe* 1913-ban figyelemztették arra az érdekes jelenségre, hogy kísérleti állatoknál a vércukor alimentaris emelkedése elmarad vagy igen csekély, ha az első cukoradag után 1 óra múlva újból cukrot kap az állat. Ezen megfigyelés újabb ismereteink alapján úgy magyarázható, hogy az első cukoradag után beálló fokozott insulinválasztás a vércukortükröt nem engedi magasabbra szállni. Közelfekvő ennek alapján az a gondolat, hogy a pankreas betegségeinél a második cukoradag után is erős vércukoremelkedés volna kapható. Szerzők ki is próbálták ezen eljárást, úgyhogy két ízben adtak 50–50 g dextroset 250 cm³ teában, az első 1½ óra után adva a második adag cukrot. Egészséges egyéneknek tényleg igen kicsi az emelkedés a második cukorevés után (¼, 1 és 2 óra után mérve). Pankreas-betegeknél viszont igen erős második vércukoremelke-

dés mutatkozik, jelöl annak, hogy az insulinelválasztás e betegeknek lecsökkent. Műtét ellenőrzött esetekben (pankreatitis, pancreascysta, pancreas körüli gennyedések) győződtek meg e próba kiváló diagnosztikus értékéről; azonban cholelithiasisnál és cholecystitisnél is gyakran pozitív a kettős megterhelési próba. Érdekes az a tünet, hogy akárhányszor kevésbé emelkedett és elhúzódó vércukor-reactiót kapnak az első cukoradag után míg a második cukoradag után igen nagy és hosszantartó a hyperglykaemiás reactio. Ez arra mutat, hogy a vércukorgörbe változásaira nemcsak az insulinelválasztás bír nagy befolyással, hanem a májműködés vegetatív szabályozása is.

Baráth dr.

A phosphor gyógyszeres alkalmazásához. *Zachariae.* (Deutsche med. Wochenschr. 1928, 22. szám.)

A phosphort tonophosphaninjecciónok alakjában több mint 100 esetben alkalmazta gyógyszerül általános gyengeségi állapotoknál, ide számítva a Basedow-kórt, neurastheniát és anaemiát is. Eredményei kiválóak voltak. Betegeinek jó részénél gyomorpanaszok is voltak jelen, melyeknek oka a gyomor süllyedése volt; 10–15 tonophosphaninjección után a gyomorpanaszok elmúltak és a gyomor emelkedése Röntgen-átvilágítással is kimutatható volt. Feltűnően jól hatott melancholiásokra és valamely külső ok folyán szellemi és lelki válságba került egyénekre.

A tonophosphan hatására a vörösvérsejtszám és haemoglobintartalom nő, az epeáramlás fokozottabb lesz májduzzadás gyakran visszafejlődik.

A tonophosphannek semmi olyan mérgező hatása nincs, mint a phosphornak, hatása szoros kapcsolatban van a vitaminokkal, hatástalansága a szervezet vitaminszegénysége mellett szól.

Kleiner György dr.

Az agranulocytosisnak két újabb esete. *Blumenthal.* (Deutsche med. Wochenschrift. 1928, 26. szám.)

Az agranulocytosis eddig észlelt eseteihez újabb kettővel járul hozzá. Mindkét esetben középkorú nőt támadott meg a betegség és menthetetlenül halálhoz vezetett. Magas lázzal kezdődött, melyhez igen rossz általános állapot közepett csakhamar a szájjüreg gangraenás, fekélyesedő gyulladása csatlakozott. Vértékben erős leukopenia (1050, illetve 300) mellett egyetlen egy granulocytá sem volt található. Egyiknél 42 monocytá és 58 lymphocytá, a másiknál 33 monocytá és 967 lymphocytá volt.

Kleiner György dr.

A sklerosis multiplex intravenás elektrokollargolkezelése. *Ohnsorge és Fischer.* (Deutsche med. Wochenschrift. 1928, 23. szám.)

A sklerosis multiplex gyógyításában még semmiféle más szertől nem észlelt olyan fokú javulást, mint az intravenásan adott elektrokollargoltól. Leggyorsabban a látás-zavarok javulnak, azután az ataxiás járás, míg a spasmosus tünetek a legellenállóbbak.

Esetenkint egy turnusban 10–12 cm³-t ad be. 0.50 cm³-en kezd, 2–3 naponkint lehet adni óvatosan emelkedve, 2 cm³-nél többet egyszerre sohasem szabad adni. A reactio lázban, paraesthesiákban, fejnnyomásban, általános rosszullétben nyilvánulhat; az injectio utáni 1–3 órában szokott jelentkezni. Menses alatt, erős lázas reactiók miatt nem ajánlatos adni. Átmenetileg bél és veseizgalom is keletkezhet. A turnusokat időnkint ismételni kell.

Végleges eredményről csak akkor lehet majd beszámolni, ha ezen therapia kiterjedtebb alkalmazást nyer, miután a sklerosis multiplex spontán remissiókra is hajlamos és még egyelőre eldöntetlen, hogy bizonyos javulásoknak nem a spontán remissio-e az oka.

Kleiner György dr.

Angiospastikus hemiplegia, mint hypoglykaemiás reactio tünete. *Deicke.* (Deutsche med. Wochenschrift. 1928, 33. sz.)

Fiatalkorú súlyos diabetesest, aki előzőleg 40 E. insulint kapott, a jobb alsó és felső végtag hirtelen elgyengülésének és beszédképtelenségnek tünetével szálították be az intézetbe, ahol a tünetek egy óra alatt elmúltak. Miután nem gondoltak hypoglykaemiás shockra,

másnap újra kapott insulint, ami után teljesen hasonló insultus érte: jobb alsó és felső végtag gyenge lett, a jobb hasreflex, valamint a jobb oldali cremaster reflex hiányzott, jobb oldalon pozitív Babinski; az inreflexek nem változtak; jobb alsó és felső végtagon, valamint a törzs jobb oldalán az összes érzések esékélyfokú csökkenése volt észlelhető, teljes beszédképtelenség (motoros aphasia). Az állapot ½ óra múlva oldódott, a beteg mindenre pontosan visszaemlékezett. Vérnyomása roham előtt 130–75 Hg-mm, roham alatt 155–85 Hg-mm, roham után 125–75 Hg-mm volt.

Sebészet.

Műteti sebések gyógyhajlama hallus valgus esetében. *Max Wülfing,* Köln. (Zentralbl. für Chirurgie. 1928, 21. szám.)

A hallux valgussal operáltak nagy százaléka secundaer gyógyhajlamot mutat, melynek okát egyesek a láb bőrének nehezen csíramentesíthető voltában, mások a csontsebek rosszul csillapítható utóvérzéseiben, ismét mások a helyi érzéstelenítés következtében elégtelenül alakított erek vérzéseiben keresik. *Wymmer* szerint a fertőzés fészke a nyáktaarak. Szerző vizsgálatai nem fedik *Wymmer* tapasztalatait és a secundaer gyógyhajlam vizsgálatánál számításba veszik, hogy hallux valgussal műtétre kerülő betegeink leginkább az idősebb vagy legalább is a korosabb korosztályokból kerülnek ki és hogy a lábsebek a test összes egyéb régióival szemben aránylag a legrosszabb gyógyhajlamot mutatják.

Pap Dezső dr.

Indirect traumára bekövetkezett varikokeleruptura. *A. Lehrnbecher,* Magdeburg. (Zentralbl. f. Chir. 1928, 26. szám.)

Középkorú férfibetegnél kizárt lágyéksérvet diagnosztizáltak. A kizáródás állítólag 2 órával előbb történt, midőn is nehéz súly emelése közben elesésként és a könyökére esett. Sikertelen visszahelyezési kísérlet után a beteg műtétre került. Ekkor látták, hogy sérve nincsen, azonban hydroceleje és varikokele rupturája van. *Winkelmann* szerint fejezték be a műtétet, miután a kitágult és megrepedt viszereket resekálták.

Eggenhofer Béla dr.

Coeco-coecalis betüremkedés helminthiasisnál és mozgékony coecum. *C. Häbler,* Würzburg. (Zentralbl. f. Chir. 26. szám.)

Fiatalkorú férfibetegnél a jobb oldali alhasban almanyi daganat volt tapintható, mely a műtét alkalmával invaginatio coeco-coecalis-nak bizonyult. A coecum mozgékony volt. Ileocoecal resectiót végezve az ileocoecalis zsákban, egy trichokephalust talált, a vakbélben pedig számtalan oxyurist. Mikroszkoposan sejtes infiltrációt, eosinophil- és plasmasejteket, a nyálkahártyán pedig nekrosiseket látott. Infiltrációt az oxyurinál és a trichokephalusnál is talált, ellenben plasmasejteket csak az utóbbinál. Szerinte a coeco-coecalis invaginatio-nak az oka a mozgékony coecum, amely belecsúszik a saját haustraiba kólika alkalmával. Ez bizonyítja, hogy az ily úton perforáló haustra peritiphilitikus tályogot okozhat vakbélgyulladás nélkül is.

Eggenhofer Béla dr.

Acut appendicitis és periodikus hányás gyermeknél. *Max Krabbel,* Aachen. (Zentralbl. f. Chir. 1928, 13. szám.)

A szerző a gyermekkori appendicitis differentialdiagnostika nehézségei körül felmerült esetével kapcsolatban szól a periodikus (acetonaemiával járó) hányásról. Hatéves fiúcskát harminchat óra alatt kifejlődő heves tünetek miatt, vakbélgyulladás gyanújával megoperálnak, azonban elváltozást nem találnak az appendixen. A tünetek közül megemlíti az állandó göresös hányást, nagyfokú elesettséget, száraz nyelvet, a Mac Burney-pont táján fellépő heves fájdalmat, 144 pulzust. A hasban ellenállás, defense nincs, hőmérsék rectalisan mérve normalis. Azonban a lehellet erősen acetonszagú, a vizeletben cukor nincs, fehérje nyomokban, acetone ++, acetecetsav csak nyomokban.

Mivel a tünetek nem javultak, 2×5 egység insulint adott a betegnek és ezzel az a reconvalescens szakba jutott. Ajánlja hasonló esetekben az insulin alkalmazását. *Ergerhofer Béla dr.*

Spontán hólyagruptura. *N. V. Jilow*, Wladiwostok. (Zentralblatt f. Chirurgie, 1928, 13. szám.)

Előadja, hogy egy 40 éves, egyébként teljesen egészséges embert, nagymennyiségű alkohol elfogyasztása után, anélkül, hogy a hasát a legkisebb trauma érte volna, hólyagrepedéssel operált meg. Puls. 100, temp. 37.4 C°, teljes anuria. Rectalisan semmit sem tudtak tapintani, ellenben a műtét alkalmával a hólyag hátsó felső falán 4 cm hosszú repedést találtak, a hasürben pedig véres folyadékot. Dacára, hogy a beteg műtétre csak 10 óra múlva került, a seb per primam gyógyult. A hólyagban nem talált sem daganatot, sem diverticulumot, sem idegentestet. *Ergerhofer Béla dr.*

Urologia.

A hólyagsyphilisről. *Chocholka*. (Journ. d'Urol. 1928, 25., 6.)

Az eddig észlelt 56 hólyagsyphilis-esete tanulságaként az elváltozást nem tartja ritkának. Eseteinél a Bordet-Wassermann-reactio csak 50%-ban adott pozitív eredményt, azonban a negatív reactio a kezelés folyamán pozitívvá válhat. A kórismézésnél tehát fontos a gyanús eseteknél az antilueses kúra megindítása, amikor is a minden szokásos kezeléssel dacoló hólyagfolyamatoknál ex juvantibus állítható fel a kórisme. A hólyagtükri képen jellemzőnek tartja a nyálkahártya sárgás-viaszos elszíneződését körülírt területeken, az egyéb nem jellegzetes fekélyek és szövetburjánzások mellett.

Adler-Rácz dr.

A gynaekologiai műtétek után kifejlődő ureter-elváltozásokról. *Petersen*. (Journ. d'Urol. 1928, 25., 6.)

A nőgyógyászati műtétek után hirtelen fellépő anuriákat okozhatják az ureter lekötése vagy szögletbe törése. Ilyen esetekben az ureterkatheterizálás biztosítja az elváltozás felismerését és így a szükségessé válható beavatkozás sikerét. Akadályozhatja azonban az ureter munkáját és így a vizelet kiürülését az ureter körül keletkező heges folyamat is, amelyek főleg méhkiirtás után veszik körül az uretert. Néha már kis akadály — könnyű megtörés — is elégséges a veseműködés nagy zavarának létrehozására.

Adler-Rácz dr.

A kankós mellékherelob gyógykezelése a mellékherébe adott serumbefecskendéssel. *Bouveret és Delcourt*. (Soc. fr. d'Urol. 1928 máj. 21.)

A mellékherébe fecskendett 2 cm³ antigonococcus-serummal (Pasteur-intézet) a fájdalom és lobosodás gyors lezajlását látták. A befecskendést a mellékherébe alsó polusába alkalmazták a bőrön keresztül. Erősen megnagyobbodott mellékherébe mindkét polusba fecskendettek 1–2 cm³-t.

Adler-Rácz dr.

Súlyos vesegyulladás vesekivonat adagolásával gyógyult esete. *Darget, Mauriac és Labac*. (Soc. fr. d'Urol. 1928 máj. 21.)

A súlyos oedemával, magas vérureumértékkel, nagyfokú fehérjevizeléssel járó vesegyulladás között esetében, mely a szokásos gyógyszeres-diaetás kezelés mellett állandó rosszabbodást mutatott, glycerines vesekivonat per os adagolására gyors javulás, majd a veseműködés teljes restitúciója lépett fel.

Adler-Rácz dr.

A Vernes-féle resorcinos serumreactio a húgyszervi gümőkóránál. *Legueu és Vrigaud*. (Soc. fr. d'Urol. 1928 máj. 21.)

A Vernes-féle reactio csapadékos serumreactio. A normalis vérsavó is adja, de a syphilises és gümőkóros egyén savójánál a csapadék kiválása fokozott. Tüdőgümőkóránál a reactio 91–92%-ban ad pozitív eredményt. Az urogenitalis tuberculosishoz 18 esetben 17-szer, 8 mellékherégümőkóránál pedig 6 esetben kapott pozitív eredményt, amikor is a kórismét részint a kórokozó kimutatása, részint a pathologiai lelet is igaz-

olta. A klinikailag felvett 8 gümőkóros esetben a reactio mindig pozitív volt. Nem gümőkóros megbetegedéseknél 10 eset közül 9-szer kapott negatív eredményt.

A vitában résztvettek szerint — *Chevassu, Maissonnet* — a reactio nemcsak a kórismézésre, hanem a műtét utáni kórjöslésre is értékesíthető.

Adler-Rácz dr.

A vese szerepe a syphilisnél. *Avramovici*. (Journ. d'Urol. 1928, 26., 1.)

Úgy a syphilis, mint a kezelésére a szervezetbe vitt gyógyszerek a vesére kártékonyak lehetnek. A gyógyszerek okozta elváltozások gyakran vezetnek irreparabilis elváltozásokhoz, amikor is a heveny gyulladás idültté válik. A kezelés ezen káros következménye gyakran csak a hosszas kezelés végeztével mutatkozik. Az antilueses kúra alatt tehát állandóan szükséges a veseműködést ellenőrizni és a legcsekélyebb veseizgalomnál a kezelést félbeszakítani. Ajánlatos továbbá a gyógyszereket kezelés közben cserélgetni és így jobb kiválasztási lehetőséget teremteni.

A vese szempontjából a könnyen kiválasztható gyógyszerek kiméletesebbek, mint azok, melyek a szervezetben deponálódnak. A vese kiválasztási zavarát az egyéb kiválasztási szervek — bőr, bélhuzam, mirigyek — zavarai jelzik.

Maga a lues is okozhat vesemegbetegedést, amikor a gyógyulás lehetőségét az óvatos és célszerű kezelés adja meg.

Adler-Rácz dr.

Szemészet.

Az emberi szem lencséjén a Röntgen- és radium-sugár által okozott elváltozásokról. *A. Meesman*, Berlin. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., augusztus.)

A szerző azon nézetének ad kifejezést, hogy a Röntgen- és radiumsugarak által okozott, a hátsó lensepolusra lokalizálódó hályog egyrészt nincs összefüggésben a canalis hyaloideus érintkezési területével, másrészt sem ez az elváltozás, sem a lense állományában oly gyakran észlelhető finom vacuolák nem a sugárak közvetlen hatásának, hanem az azok okozta anyagcsereforgalmi zavaroknak tulajdoníthatók. Közvetlen hatás, szerinte, csak igen nagy adagok alkalmazásánál lép fel. Ezen állításának támogatására egy Röntgennel és egy radiummal besugárzott eset leírását közli. Beszámol egyúttal arról is, hogy egyéb sugarak hatásának tanulmányozása céljából megvizsgált 36 quarz-, Finsen- és Kromayer-sugarakkal kezelt egyént. Ezek közül csak kettőt talált, kiknél kifejezett elváltozások voltak találhatók s ezek is minden valószínűség szerint Röntgen-sugarak hatásának tulajdoníthatók.

Luzsa dr.

Új világítóeszköz az endonasalis könnytömlőkiirtás műtéténél. *F. Boente*, Berlin. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., augusztus.)

A berlini kilinkán többi mint 100 esetben kipróbált és alkalmasnak talált lámpát ajánl a szerző. 10 cm hosszú, 6 tized mm átmérőjű pálcikaszerű eszköz, melynek végére lehet csavarni egy nem nagyon melegedő ólomüvegkörtét. A pálcika másik végére csatolt vezeték úgy van készítve, hogy vele együtt az egész lámpát ki lehet főzni. Az áramforrás, ellenállás közbeiktatásával, a városi áram vagy zseblámpaelem lehet. A műtét végrehajtását nagyon megkönnyíti.

Luzsa dr.

Csontárvényekmentes Röntgen-felvétel a szemgolyó elülső részéről, tekintettel idegentestek localisatiójára. *St. Wieser*, Zürich. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde, augusztus.)

A szerző úgy készít felvételeket a szemgolyó elülső részéről, hogy azokon az orbita csontjai árnyékot ne adjanak. E felvételeket akkor végzi, ha: közönséges Röntgen-felvétel az igen kicsi idegentestet nem mutatja ki, másodsor, ha a csontokon keresztülhaladó keménysugarakkal árnyékot nem adó, lágy anyagból lévő idegentest után kutat, harmadsor, ha akár vas, akár üveg stb. igen kicsiny darabjainak pontos, 1 milliméternyi tévedését is kizáró localisatióját kívánja el-

érni. Eljárását, bár csupán a bulbus elülső részén alkalmazható, az esetek túlnyomó többségében elégségesnek tartja, mivel az ily kicsi idegentestek már rendszerint itt megakadnak. Eljárása a következő: a filmhibák kiküszöbölése céljából kettős filmcsekkét, egy erre készült nyél segítségével, az előre cocainozott kötőhártyaszakba vezet s úgy készít felvételeket oldalról és felülről, hogy a Röntgen-sugár centruma érintőlegesen haladjon a corneát illetőleg. Őt felvétélből, melyeket extrem szemállások mellett készített, hozzávetőlegesen megismeri az idegentest fekvését. A pontos localisatiót úgy éri el, hogy egy vagy két fémhorgoskát a kötőhártya alá vezetve, igyekszik az idegentestet megközelíteni újabb felvételek segítségével. Őt esetet közöl, melyekben vas, réz és földpát idegentestet sikerült így kimutatni, illetőleg lokalizálni. Utólag prof. Vogt műtéti eljárását közli, óvatosan végzett T-alakú metszés a sclerán, melynek segítségével sérülés nélkül tártuk fel a corpus ciliare, idegentest eltávolítása végett.

Luzsa dr.

Gyermekorvostan.

A csecsemőkori paratyphus kérdéséhez. Otto Ulmer.

Két hathónapos csecsemőnél magas lázzal, бүзös, nyákos-véres székletekkel acut megbetegedés lépett fel. A kimutatott kórokozó paratyphus enteritidis Breslau bac. volt, de a bacillusokat a Gärtner-bakteriumos serum erősen agglutinálta, tehát átmeneti törzseknek bizonyultak. Közlése kapcsán vitatja a kieli iskola állásfoglalását, mely szerint az enteritis-csoportba tartozó bac. paratyphosus enteritidis Breslau és a bac. paratyphosus enteritidis Gärtner-től a kieli iskola, pathogenetikai és bakteriologiai tulajdonságai alapján élesen elválasztja a tulajdonképeni paratyphus kórokozót, a bact. paratyphi B. (Schottmüllert).

Elkeles legújabb vizsgálatai alapján indokolatlannak tartja e bakteriumvariansok éles elkülönítését, mert Elkeles a Schottmüller-féle bakteriumokra karakteristikusnak tartott nyálkasáncsképződést — megfelelő agaron — a paratyphi enteritidis Breslaunál is észlelte, viszont ugyanolyan toxikus septikaemiás kórképet hoz létre egészen a bact. paratyphi Schottmüller, mint amelynek kórokozójául eddig egyedül a bact. paratyphi Breslaut tartották.

Popperné dr.

A gyermekkori fehérjevizelésről. Faerber. (Klin. Wochenschr. 1928, 19. sz.)

Csecsemőkori fehérjevizelés könnyebben jelentkezik, mint idősebb gyermeknél. A kiváltó momentum a táplálkozási zavarokkal kapcsolatos vízvesztés, amely a vesében circulációs zavarokhoz vezet. A vízhiány megszűnésével rövidesen eltűnik a fehérje is a vizeletből. Ha ez nem történik meg, úgy valószínű, hogy a vízvesztés mellett egyéb kiváltó momentum (infectio) is szerepet játszott. Az újszülötteknél észlelhető fehérjevizelést szintén az exsiccatio váltja ki. Az orthostatikus albuminuria oka a vese hiányos vérrellátásán kívül a peripherikus keringési zavar. Valószínű, hogy az ecetsavtestek megjelenése a vese localis zavarával, a serumalbumin a peripherikus keringési zavarral függ össze. Chronikus nephritisek egy része biztosan az orthostatikus albuminuriák közé tartozik. A hónapokon keresztül tartó fehérjevizelés kyphotikus testtartásnál megszűnik.

Steiner Béla dr.

A vércukorszabályozás zavarai acut fertőző betegségeknél. Elkeles és Heimann. (Klin. Wochenschr. 1928, 18. sz.)

Diphtheriás beteg vércukorértéke éhgyomorra változó: lehet a normálnál alacsonyabb (gyakori), lehet magasabb, de lehet normalis is. 10–20 g-os, peroralis dextrosemegterhelés után azonban a vércukor görbe magasabbra emelkedik és lassabban tér vissza a kezdeti niveauhoz, mint egészségeseknél — tehát a diabeteses typushoz közeledik. Cukorvizelés csak 50 g dextrose után lép fel; a galactosetolerantia a dextroseéhoz hasonló értékeket mutat, míg a laevuloseé nagyobb.

Az insulinérzékenységet diphtheriásoknál — más vizsgálatokkal összhangban — csökkentnek találták. A sympathicusbenítő Gynergen a glykaemiás görbére depressív hatásának mutatkozott. Szerzők a eukorregulációs zavar okát a diphtheriatoxikosisnál már mások által is talált hyperadrenalinaemiára vezetik vissza, melyet viszont a toxin által bántalmazott sympathicus tonusának emelését célzó, compensatiós jelenségnek tekintenek. Valószínű, hogy a toxin által károsodott májparenchyma tökéletlen működésének is szerepet kell tulajdonítani.

König dr.

Máj mint csecsemőtáplálék. Langenstein L. (D. med. Wochenschr. 1928, 22. sz.)

A rövid kritikai áttekintés célja a májnak, mint csecsemőtápláléknak, illetve gyógytápláléknak a helyét a csecsemődiätetikában kijelölni. Szerző szerint a májat — mely súlyos anaemiáknál kellő formában kitűnő eredménnyel adagolható — hat hónapnál fiatalabb csecsemőnél csak szigorú indicatio alapján szabadna alkalmazni. Zsenge korú csecsemőknél könnyen vezet rothadásos dyspepsiához. Az első életév második felében már könnyebb esetekben is adható, de a kellő indicatio, helyes megválogatás nélkül keresztülvitt májadagolás főként fiatal csecsemőknél therapiás divat, mely nem vesélytelen és ezért mellőzendő.

König dr.

Szopási nehézség egy csecsemőnél megvastagodott processus alveolarisok miatt. W. Hoffmann. St. Gallen. (Jahrbuch f. Kinderheilk. 70. köt., 1–2. füz.)

A cikkíró egy szopási nehézségről számol be, melynek oka, hogy úgy az alsó, de különösen a felső processus alveolarisok belső felülete erősen megvastagodott és lécszerűen kiemelkedett a szájüregbe. Ezáltal sem az emlőbimbó, sem a rövid szopóka nem érte el jól a szájüreget s a szájban a szívóhatás alig érvényesülhetett. A már leromlás és éhezés tüneteivel bemutatott csecsemőt megfelelő hosszú szopókával kielégítően sikerült táplálni.

Popperné dr.

Elméleti tudományok köréből.

Mikroszkopos megfigyelések átáramoltatott békavese glomerulusainak működéséről. H. Brühl. (Pflügers Arch. 220. köt., 380. old.)

A békavese környékéről a zsigereket és zsírszövetet eltávolítván, alatta ablakot vág a lágyrészekbe s a készítményt mikroszkop tárgyasztalára teszi s a fényt az ablakon át a vesére vetíti. Hogy a glomerulusok jobban láthatók legyenek, az átáramoltatott Ringer-oldathoz mosott marhavörösvérsejteket tett. A Ringert az aortába és a vena abdominalisba kötött canuleon át vezette a vesébe. Jól lehetett látni a glomerulus érkacsaait, bennük a vörösvérsejtek haladási irányát s a glomerulusból elvezető tubulust. Nincsenek az összes glomerulusok átáramoltatva, sőt ugyanazon glomerulusban is egyes kacsokban nincs áramlás. Coffein hatására az addig nyugvó glomerulusokban is megindul a circulatio, több glomerulus lesz láthatóvá, az áramlás gyorsulása miatt az egyes vörösvérsejtek nem láthatók, KCN hatására semmiféle áramlási zavar nincs a glomerulusokban, ellenben vizeletelválasztás nincs. Ez is mutatja, hogy a folyadékkiválasztás a glomerulusokban nem egyszerű mechanikai folyamat eredménye. Narcoticumok (phenylurethan) hatására az áramlás zavartalan, a glomerulusok rajzolata elmosódott, a vizeletmennyiség csökkent. Ha nagyobb nyomás alatt is történt az átáramoltatás, nem nyíltak meg újabb glomerulusok, nem nőtt meg a vizelet mennyisége.

Láng Sándor dr.

Thymus befolyása az izomtevékenységre. P. Held. (Zeitschr. f. Biologie. 88. köt., 76. old.)

Szerző a látszólagos kifáradás állapotának thymuskivonatok által való befolyásolását vizsgálta. Látszólagos kifáradáson olyan állapotot ért, amelybe az izom hosszabb ideig tartó működés után jut, ha a contractiók az időegységben egy bizonyos szám fölé emelkednek. Ilyenkor az összehúzódások nagysága csökken.

Hogy ez a kifáradás csak látszólagos, mutatja az, hogy ritkább összehúzódnási szám mellett ugyanolyan körülmények között a contractiók megint megnagyobbodnak.

A kísérleteihez használt nyulakat *Witschi* fixációs módszere szerint rögzítette, vezetékes anaesthesiával érzéstelenítette és a lábizmokat bizonyos megterhelés (100–1000 g) mellett állandó erősségű egyenletes áramcsapásokkal (100–200 percenkint) isotoniás összehúzódnásokra kényszerítette. Ha a kifáradás tünetei jelentkeztek, először az izgatás szaporaságát csökkentette, hogy meggyőződjön a kifáradás látszólagosságáról. Ezután ugyanolyan szaporán izgatta az izmokat, mint megelőzőleg és csak miután a látszólagos kifáradás tünetei ismét jelentkeztek, fecskendezte be subcutan, intramuscularisan vagy intravenásan a thymuskivonatot. Vizsgálataiból kiderült, hogy a thymus hatóanyaga az izom látszólagos kifáradását hosszabb ideig kompenzálni tudja, az összehúzódnások 14–175%-kal megnagyobbodnak. Mivel az izmot közvetlenül izgatta és a kivonatokkal magukat a súlyemelő izmokat tudta befolyásolni, a thymushatóanyag támadási pontját az izomban gondolja. Kísérleteivel nem látja bebizonyítotttnak, hogy ez a hatóanyag hormon, de valószínűnek tartja, hogy a hatását humoralis úton fejti ki. *Veszelszky László.*

A vörösvérsejtek zsugorodása koncentrált konyhasóoldatban anyai és magzati vérben (teheneknél). *D. Deseő.* (Biochem. Zeitschr. 199. köt., 41. old.)

A leölt tehenekből és magzatukból vett vért defibrinálás után 1:3–5%-os NaCl-oldattal (ilyen koncentrációjú oldatban nem érvényesül a só duzzasztó hatása) hozta össze és egy órai állás után haematokritban meghatározta relatív térfogatukat. A magzati vörösvérsejtek jobban zsugorodtak, mint az anyaállaté, amiből következik, hogy a foetalis vörösvérsejtek több szabad vizet tartalmaznak, mint a kifejlődött állat vörösvérsejtjei. A magzati vörösvérsejtek volumene nagyobb, amit mutat a vörösvérsejtek térfogatának és számának viszonya, tehát nemcsak víz-, hanem kolloidtartalmuk is nagyobb, mint az anyai vörösvérsejteké.

Rottenbiller Alajos.

KÖNYVISMERTETÉS

Az egészség gondozása Magyarországon. Orvosi útmutató. Szerkesztette: *Scholtz Kornél dr.* Magyar, német, francia, angol nyelven. 241 oldal, számos ábrával s térképpel. Pestí Könyvnyomda Rt.

Az ipari balesetek és foglalkozási betegségek V. nemzetközi congressusa alkalmával az ilyenkor kiadásra kerülő útmutatók színvonalán magasan kiemelkedő könyv jelent meg, mely az ország közegészségügyét a szerzőt jellemző alaposággal, rendszerességgel s lelkiismeretességgel ismerteti. Már az előző reávilágít az ország közegészségügyének multjára, jelenére s jövő fejlődési irányára. A közegészségügy rendezéséről szóló 1876. XIV. t.-c. az az alap, melyen ma is állunk, a törvényt *Tisza Kálmán* kormánya az Országos Közegészségi Tanács s első sorban *Fodor József* és *Korányi Frigyes* közreműködésével nagy bölcseséggel állapította meg. A nyilvános betegápolás költségeinek fedezéséről szóló 1898. XXI. t.-c., melyet *Perczel Dezső* nyújtott be s melyet *Chyzer Kornél* néhány nap alatt szerkesztett (történeti igazság), az ország nagyon elhanyagolt kórháziügyének hatalmas fejlődést biztosított. *Széll Kálmán* 1901-ben az elhanyagolt gyermekvédelemről szóló törvénnyel, *Szterényi József* 1907-ben a munkásbiztosító-törvénnyel a socialis gondozás útját nyitotta meg. E nagy alkotások mellett szerény helyet kér az 1886. V. t.-c., mely a trachomaellenes védekezést törvénybeiktatta s mely a külföld legnagyobb elismerését érdemelte ki.

A könyv szerzője erős, jellemző esetvonásokkal festi meg az ország közegészségügyének helyzetét a háború s forradalmak után s sorra vázolja a nagytakarítás s rendszerezés után miképp állította lábra a kórházakat, miképp vezették be a közigazgatásba a socialis hygienét, a megelőzést, a gondozást.

A munkásbiztosítás reformja, az öregség s rokantság törvénye a magyar jövő szolgálatában állanak.

Természetesen (ez csak a könyv szerzőjének természetes) arról egy szót sem szól, hogy e nemzetmentő munkában a legnagyobb munkát *Scholtz Kornél* végezte. A könyv első fejezete az ország egészségügyi igazgatásának szervezetét ismerteti. A második fejezet az orvosok és az egészségügyi személyzet kiképzéséről ad hí és pontos képet, ezt követi a betegápolás, a társadalmi gondozás és az állategészségügy fejezete. Az ország általános egészségügyi helyzetének ismertetése sok örvendetes adatot tartalmaz. A halálzási arányszámnak 21:1000-ról 17:6:1000-re való esése az 1921–1927-ig terjedő időben nagyon kedvező, sajnos, a születések száma 31:8-ról 25:2-re való esése a természetes szaporodást 10:6:1000-ról 7:6-ra apasztotta.

A társadalmi biztosítás fejezete részletesen ismerteti a munkásbiztosítás történetét s fejlődését.

A székesfőváros egészségügyét külön fejezet tárgyalja, úgyszintén a testnevelés és sportot.

Kitűnő gondolat, hogy a kórházakat, klinikákat és más gyógyítóintézeteket orvosi szakmák szerint csoportosítva kapjuk.

Az illusztrációk nemcsak díszítik a könyvet, hanem különösen a külföldi látogatóknak kedves emlékül szolgálnak.

E könyv minden propagandairatnál beszédesebb, értékesebb. Nagyon kíváncsok volna, hogy idegen nyelvű példányai nagyszámban kerüljenek külföldre. Aránylag csekély költséggel nagy eredményt érhetnénk el. Húsz éven át az 1909. évi nemzetközi congressus alkalmával kiadott útmutatókat használtuk hasonló célra. E sokkal tökéletesebb útmutatót időközönként kiegészítve újból s újból ki kellene adni.

Olyan gondos, olyan teljes e könyv, hogy az újabb kiadás kevés pótlást fog igényelni.

Scholtz Kornél maradéktalanul értékes forrásmunkát írt. *Grósz Emil dr.* egyetemi tanár.

Localanaesthesia. G. Takáts. W. B. Saunders Company Philadelphia and London.

Az előszót a könyvhöz *Allen B. Kanavel* professor írta s ebben melegen ajánlja azt az orvostanhallgatók és sebészorvosok figyelmébe. A szerző célja, hogy rövid világos összefoglalást adjon a helybeli érzéstelenítés módszereiről, anélkül, hogy az ismert kézikönyveket óhajtaná vele pótolni. A beosztás szerencsés, az anyag könnyen áttekinthető. A tárgyalás módja egyszerű, világos és könnyen érthető. A módszerek kiválogatása a gyakorlott szakember biztonságával történik. A munka 10 fejezetre oszlik. Az első a helybeli érzéstelenítés történetét, a bevált anaestheticumokat és az alkalmazás módjait, a második az indicatiókat contraindicationokat, a beteg és az oldat előkészítését, a harmadik a különböző szerveknek a fájdalomra való érzékenységet tárgyalja. A továbbiakban a fej, a nyak, a mellkas, a has, a subperitonealis szervek, a felső végtag és az alsó végtag helybeli érzéstelenítésével foglalkozik. Minden testrész érzéstelenítésének a tárgyalásakor először röviden vázolja az anatómiai tájat, abban az érőidegek lefutását, azután foglalkozik a technikai kérdésekkel és végül adja a típusos műtéteknél követendő eljárásokat. A munka, amely jól megválasztott ábrákkal van ellátva, céljának teljesen megfelel, a helybeli érzéstelenítés tanának mai állásáról tökéletes tájékoztatást nyújt. A mi szemünkben értékét növeli még az a hivatkozás is, hogy magyar szerzőnek a műve, aki hivatkozik is rá, hogy munkája megírásához az ismereteket a budapesti I. sz. sebészeti klinikán szerezte meg. *Prof. Bakay.*

Die nicht venerischen Genitalerkrankungen. Von *F. Callomon*, Dessau. Leipzig, 1928. Georg Thieme. II. kiadás. Ára füzve 18, kötve 20 M.

Négy év után második kiadásban áll előttünk ez a hézagpótló mű, mely szerencsés kézzel foglalja egybe a dermatologiai, urológiai, gynaekologiai tankönyvekben szétszórt és nem egyszer mostoha elbánásban részesülő olyan fejezeteket, amiket a közös localisatio s ebből folyóan a differentialis diagnosis igényei egymás mellé utalnak s ugyanakkor több figyelemre is tesznek érdemessé. Bár az anyag szélessége 3–4 klinikai studium határterületeit is érinti s szerző az új átdolgozásban még forrongásban levő területekre is realép, a mű seholsem téveszt el célját, midőn a kórképek és problémák precíz, kerek összefoglalásával a gyakorló orvos számára igyekszik világos és rövid tájékoztatást nyújtani. Míg szabatos rövidsége az általános gyakorlatot folytató orvos számára teszi e művet vezérfonallá, a tárgy mélyenszántó feldolgozása a szakember szá-

mára is tanulságos olvasmányá avatja. Vonatkozik ez különösen a kezdő dermatovenereológusra. A mű 190 oldalon fogja össze a genitale és környékének dermatosiseit, a parasiták s az ismeretlen aetiológiával bíró fertőző megbetegedéseket, — új fejezetet szentelve itt a herpeskérdésnek, — a gyakorlat igényeinek megfelelő mértékben ismerteti a genitale nem venereás fekélyeit, jó és rosszindulatú daganatait, — utóbbiakat szélesebb mederben, mint az első kiadásban, — továbbá a penis, scrotum, vulva acut és chronikus gyulladásait s degeneratív megbetegedéseiket. A nem gonorrhoeás urethritisek aetiologiai alapon való tárgyalása után a belső genitale megbetegedéseinek taglalásánál óvatos kézzel őrzi meg a határt a venereológus s a sebész-nőgyógyász dominiuma között. A munka számos új fejezettel gazdagodott, míg a régié a mai igények szerint változtak és mélyültek. Kiválóan emeli a mű értékét a sok hű ábra, nagyjából fényképek és néhány igen szép színnyomat s tanulságosan szolgálja a gyakorlat céljait az egyszerűbb laboratoriumi diagnostikai eljárások rövid, precíz ismertetése és az egyes fejezetek mellé gondosan összeválogatott receptgyűjtemény.

vitéz Berde dr.

Megjegyzések az orvosi tanulmányi rend revisiójának kérdéséhez.

Az utóbbi időben mind gyakrabban hallunk ismét arról, hogy az orvostanhallgatók jelenlegi tanulmányi ideje rövid a tárgyak nagy számához, sokféleségéhez, és terjedelméhez viszonyítva, amelyeket az orvostanhallgatóknak tíz, illetve tizenkét félév alatt el kell sajátítaniuk.¹ Ezért felvetődik a tanulmányi idő meghosszabbításának kérdése.

Az orvostudomány haladása kétségtelenül gyors, egyrészt egészen új ágazatai fejlődtek, másrészt a meglévők is tartalomban, értékben erősen megnövekedtek. Ha visszagondolok arra, hogy csak 1907—1912 óta — amikor egyetemi tanulmányaimat végeztem — az orvostudomány pl. a colloidchemia, a physikalisch-chemia haladása következtében sok dolgot mennyire új világításban lát, a Röntgen, az elektrokardiographia, a serologia, a bakteriologia, a hygiene és ennek ágazatai és az orvostudománynak egyéb szakmai milyen haladást tettek, úgy joggal fel kell, hogy vessem a kérdést, hogy miképen lehet mindezeket az akkor előadottakon felül 10 félév alatt előadni, illetve megtanulni. Hiszen már akkor is úgy éreztük, hogy ez az idő túlrövid az orvosi tanulmányokra.

Így érthető, hogy felvetődött a tanulmányi idő meghosszabbításának kérdése, mert az új studiumokat a régiakkal együtt előadni csak hosszabb tanulmányi idő alatt lehet; kínálkozik azonban egy másik mód is és ez az, hogy kihagyatnának bizonyos olyat fejezetek, illetve részek, amelyek a gyakorlóorvos szempontjából nem fontosak, amelyeket úgyis röviddel a szigorlatok befejezése után elfelejt.

Nem tartom helytelennek az orvosi tanulmányi idő meghosszabbítására irányuló törekvést, hosszabb tanulmányi idő alatt feltétlenül többet és alaposabban tanulhat a hallgató. Szükségesnek tartom azonban, hogy ezzel egyidőben az orvostanhallgatók kiképzése megreformáltsék abban az irányban is, hogy az egyes tantárgyakból a lényeg az eddiginél mélyebben, alaposabban belevésessék tudatába, emlékezetébe.

Az adatok nagy halmazából, a hallottak tömegéből nem minden orvostanhallgató képes a lényegeset, a fontosat, a munkájában nélkülözhetetlent kihámozni. Pár évvel ezelőtt, amikor mint helyettes szigorlatoztató, az ötödik évet abszolvált hallgatóknak általános orvosi képzettségét is alkalmam volt megfigyelni, gyakran szomorúan állapítottam meg, hogy sokan közülük nem az életre, hanem a szigorlatra készültek. Az egyetemet elhagyó orvosoknak legnagyobb része mégis csak gyakorlóorvos lesz, akinél az a fontos,

hogy a tanulmányi ideje alatt orvosilag gondolkodni tanuljon meg. Azt a tudást, amely csak az emlékezőtehetségre van alapítva, magával viszi a szigorlataira, de már röviddel a szigorlatai után sokat elveszít ebből és élete útján tudásának ez a része rohamosan apad.

Távol áll tőlem, hogy azt proponáljam, hogy az egyetemi oktatás egy kurzus színvonalára süllyedjen, de nem titkolom el azt a meggyőződésemet, hogy ha azt akarjuk, hogy az orvostanhallgatók többet vigyenek magukkal az életbe a fontosból, a lényegesből, úgy az egyetemen kevesebbet kell nekik adni a lényegtelen részekből. Hiszen lesznek olyanok is, akik a sok részletkérdés reájuk nehezedő súlyát is elbíriák, de ezek kis számmal vannak. Az egyetemi tanítást nem szabad e néhány nagyon tehetséges felfogóképességéhez szabni, hanem az átlagos képességű orvostanhallgató erejéhez kell alkalmazni.

Az egyetemi oktatás biztosítása az, hogy minden orvos, aki onnan kikerül, az általános orvosi gyakorlatban megállja a helyét és ismerje és fel tudja használni vagy legalább megfelelő alkalommal ajánlani tudja az orvostudomány modern vívmányait is.

Ez volna az alap. Biztosítsák azonban ezen felül intézményesen az orvosi továbbképzés. Ne olyan módon, mint ez eddig volt, illetve ma is van, amikor az orvosi továbbképzés fennállása az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága elnökének fáradságtalan agilitására és az Egyetem tanárainak lelkes áldozatkészségére van csak alapítva. Szilárd alap mind a kettő, de a pénz s a megfelelő, csak erre a célra szolgáló intézmények hiánya a legkitartóbb, legacélozott energiát is kifárasztja.

Az orvosi továbbképzés fontosságát senkisémmel vonja kétségbe. Ilyen fontos azonban, mint most, még sohasem volt. Az orvostudomány gyors fejlődése, a háború tartama alatti megrövidített tanulmányi idő és a szigorlatokon enyhébb elbírálás, az orvosoknak mostani rossz anyagi helyzete — amely lehetetlenné teszi részükre orvosi könyvek beszerzését, sőt gyakran még egy orvosi folyóirat járatását is —, az orvosi rend prestige-e és az ország közegészségügye érdekében halaszthatatlan kötelességgé teszi az orvosi továbbképzés megszervezését. De ha ez így van, ha ez így fontos, nem lehetne-e a jelenleg az orvosképzés célját szolgáló intézmények közül bizonyosakat kizárólag az orvosi továbbképzés céljaira kiválasztani és fenntartani? Ha tényleg olyan fontos az orvosi továbbképzés, nem lehetne-e például a magyar egyetemek hét belgyógyászati tanszékéből egyet, az öt sebészeti, szülészeti, szemészeti, kórbonctani tanszékéből szintén egyet egyet az orvosi továbbképzés céljaira szentelni? Elég tanszék maradna az orvostanhallgatók képzésére, különösen, ha az egyetemi rendkívüli és magántanárok vagy ezek közül legalább a nagyobb osztályokkal bírók, az orvostanhallgatók képzésébe az eddiginél intenzívebben bekapcsolatnának. Az orvosi továbbképzés nehéz, nálunk ma vajdó kérdésének ez a része ilyen módon szinte minden újabb kiadás, külön költség nélkül megoldást nyerne. Kiadást, költséget csak az jelentene, hogy a továbbképző tanfolyamra felvett orvosok részére a tanulmány idején olcsóbb lakásról és kedvezményes ellátásról kellene gondoskodni.

A tanulmányi rend esetleges revisiója esetén, úgy gondolom, tekintettel kellene lenni az orvosi munka megváltozott természetére, irányára is. Még nem is olyan nagyon régen az orvosok tetemes százalékának több-kevesebb háziorvosi állása volt és betegeinek legnagyobb része ezekből a családokból került ki. Az orvosi munka az utóbbi évtizedben erős átalakuláson ment át. Az orvosi magánpraxis erősen csökkent. A betegeknek tekintélyes százaléka kórházi ápolást vesz igénybe. A hazánkban jelenleg lévő mintegy 30.000 kórházi és gyógyintézeti ágy igen sok beteget fogad be egy-egy év alatt, s tudjuk, hogy a kórházi ágyak száma állandóan szaporodik. Tudjuk azt is, hogy ma a különböző betegpénztárak taglistáján együttvéve egy millió-

¹ Lásd pl. Grósz Emil: Az orvosi tanulmányi és szigorlati rend revisiója. (Orvosképzés. 1928, 439. oldal.)

nál több tag szerepel. Tudjuk azt is, hogy az összes magyar orvosoknak mintegy egyharmadrésze munkájának igen nagy részét valamely rendelkezés végzi. Ha pedig ez így van, úgy az egyetemi oktatásnak ezt tekintetbe kell vennie. Milyen nagy különbség van egy klinikai ambulancia és egy betegpénztári ambulancia közt! A klinikán olcsóbb az orvosi munka (hisz sok ingyenes munkaerő van), a betegpénztár-rendelésen drágább. Itt tehát ugyanazon idő alatt sokkal többet kell végezni és más szempontokat is szem előtt kell tartani, mint a klinikán. De ezt is meg kell valahol tanulni! Hol? Erről szintén az Egyetemnek kellene gondoskodnia. Hisz a falai közül kikerülő orvosoknak egyharmada (később valószínűleg még több) itt keresi majd meg a kenyerét. *Küldje el tehát őket az Egyetem már medikus korukban oda tanulni.*

Egy közleményemben,² amelyben a tisztiorvosképzésről szóltam, ezt írtam: „A gyakorlóorvosoknak és így a közülük rekrutálódó községi és körorvosoknak az ország közegészségügye szempontjából oly fontos közegészségügyi kiképzése teljesen az egyetemek kezében van és kell is, hogy ott maradjon.“ A közegészségügyi munka szolgálatában álló orvosokat említett dolgozatomban két csoportba soroztam: a tisztiorvosok (törvényhatósági főorvosok, járásorvosok), községi és körorvosok csoportjába. A tisztiorvosok kiképzéséről (helyesebben orvosoknak: hygienikus specialistákká való képzéséről) mi gondoskodunk. De a községi és körorvosoknak a közegészségügyben való kiképzése teljesen az Egyetem vállain nyugszik. Pedig a községi, illetőleg körorvos igen fontos factor a közegészségügyi szolgálatban, hiszen ő lakik a nép közt, őneki kell a hibákat, mulasztásokat először meglátnia és orvosolnia. A községi és körorvos többek közt: felügyel az állami gyermekmenhelyek által kihelyezett gyermekekre, a dajkaságba adottakra, ápolásra kiadott elmebetegekre. Felügyel a gyógyszerárakra. Ellenőrzi az ételmi- és élvezeti cikkeket, italokat. Felügyel a kisdudóvó-intézetekre, népiskolákra. Ellenőrzi közegészségügyi szempontból a vágóhidakat és a mészárszékeket és az azokban levő húst. Allatorvos és vágóbiztos hiányában székhelyén a vágóhídi hús-szemlélt teljesíti. Felügyel a kutak s általában ivóvíz tiszta és ártalmatlan voltának megőrzésére. Ellenőrzi a fertőző betegségek ellen elrendelt intézkedések és a fertőtlenítés végrehajtását. Megfigyeli azokat a mozzanatokot, amelyek a község (kör) egészségügyi viszonyaira befolyással vannak s a tapasztalt hiányok elhárítására javaslatokat tesz. Teljesíti a halottvizsgálatot. (Lásd Fáy: Egészségügyi közgazgatás.) Honnan tanulja meg mindezt? Magyarországon 327 községi és 474 körorvos van, akiknek ezeket a tudnivalókat nagy fáradsággal, többnyire autodidaxis útján kell egyetemi tanulmányaik után elsajátítani, amikor elfoglalják falujukban állásukat. A hygiene szigorlati tárgy, a hallgatók két féléven át szokták hallgatni (bár még ma is csak egy félév kötelező). De azoknak a közegészségügyi tudnivalóknak *gyakorlati* megtanulására, amelyekre fentebb reámutattam, alkalom ma a magyar egyetemeken csak elvétve van. Tudom, hogy az Egyetemek hygiene-professorai a maguk részéről mindent megtesznek ezen állapotnak megváltoztatására és arra, hogy a hallgatóknak minél alaposabb gyakorlati kiképzést adjanak, de ez irányú törekvésük fontossága, úgy látszik, még nem ment át a köztudatba és az egyetemi oktatásban még nem szerezték meg a feltétlenül elérendő posztit. A budapesti Orvostudományi Tanács Testületnek a tanulóifjúsághoz intézett, pompásan megírt, igen részletes tanulmányi útmutatója³ a közegészségsegítant csak egyszerűen megemlíti, de különösebben a medikusok figyelmébe nem ajánlja. (Ugyanott 1007. oldal, 2. hasáb, alulról 6. és következő sorok: „A délutáni 4–5-ig tartott betegvizitát részben megzavarja ugyan a hétfőn és ked-

den 4–6-ig, pénteken 4–6-ig hirdetett közegészségsegítant; betegszelzésre tehát a IV. éves aligha vállalkozhatik stb.)

Az orvostudomány fejlődése sok olyan momentumot derített már ki, amely alkalmas arra, hogy bizonyos betegségek fellépése ellen a siker komoly reményével küzdhesünk. *Az egészségvédelemnek mind szélesebb alapokon való kifejlődése, az államnak és a társadalomnak e kérdések iránt való mind intenzívebb érdeklődése kell hogy nyomot hagyjon az orvosképzésen is, ha ebben a munkában a vezetőserepet az orvosi rendnek akarjuk biztosítani.*

Az orvostanhallgatókat tehát gyakorlatilag is ki kell képezni az egészségvédelmi munka különböző ágaiban, mert ennek a munkának csak ők lehetnek sikerrel a vezetői és csak így lehetnek jó munkásai. Jugoszláviában az új szigorlati rend előírja, hogy a 12 hónap gyakorlati szolgálatból 6 hónapot kórházakban, 6 hónapot pedig egészségügyi intézményekben kell tölteni. Ilyen módon az orvosok a közegészségügyi munkában is kiképzést kapnak. Rendkívül üdvös volna, ha a fentebb elmondottakra való tekintettel az orvosok mielőtt diplomájukkal kimennek az életbe, a közegészségügyi munkában nálunk is gyakorlati kiképzést nyernének.

Az orvostudománynak bifurcalodása: a therapia (illetve diagnosis) és a praeventio irányában bizonyos fokig máris megvan, vagy legalább is folyamatban van. Ebben a különválasztásban sokkal tovább menni nem célszerű, hanem amint ezt *Sir George Newmann* ajánlja: *impregnálni kell az egész orvosi kiképzést a betegségmegelőzés, az egészség megőrzésének gondolatával.* Valahányszor a medikus egy beteget lát maga előtt, ne csak arra gondoljon, hogy lehetne őt meggyógyítani, hanem vesse fel magának és vessék fel előtte azt a kérdést is, hogy miért jutott ide a klinikára ez az ember, miért lett beteg, hogyan menekülhetett volna meg ettől a betegségtől. A gyakorlóorvos gondolatvilágának ilyen irányú beállítódása a közegészségügynek mérhetetlen hasznára volna.

Az idő, amely 1922 óta elmúlt — amikor a szigorlati rend utoljára revidiáltatott —, csak hat év, tehát rövid idő s hogy ma már ismét reformról beszélünk, ez nem az 1922-es reformmal való elégedetlenséget jelzi, hanem éppen ellenkezőleg: az akkori reform kétségtelenül felemelte az orvostanhallgatók képzettségének színvonalát, bebizonyította tehát, hogy aránylag kevés változtatással is lehet már eredményeket elérni. A javítás utáni nemes vágy mozgatja most újra ezt a problémát. Ma már azt hiszem, hogy egyedül a szigorlati rendnek megváltoztatását nagyobb javulás nem követné, ha az illetékes körök nem revidiálják a tananyagot, — és ha még ezután is szükséges —, nem hosszabbítják meg a tanulmányi időt és nem szervezik meg intézményesen az orvosi továbbképzést. Végül pedig tekintettel kell lenni az orvosi gyakorlat mai formájára és a közegészségügyi és az egészségvédelmi munka ma folyamatban lévő nagyfokú fejlődésére.

Johan Béla.

Nyilatkozat.

A klinikák egyik feladata, hogy az időről-időre felmerült gyógyeljárásokat értékükre nézve megvizsgálják és a hasznosoknak elterjedését elősegítsék. 1922-ben egy betegágnál találkoztam *Völgyesi Ferenc dr.* orvossal. Ő ekkor beszélt nekem hihetetlenül hangzó gyógyeredményeiről, melyeket — állítása szerint — a legkülönbözőbb tereken elért, mire én kifejeztem neki abbéli nézetemet, hogy mielőtt ő ezeket az eredményeket elhíresztelné és a betegekben talán beválthatatlan reményeket keltene, ellenőriztesse eljárásainak értékét az illetékes szakklinikákon.

Így járhatott be *Völgyesi dr.* úr is — rövid ideig — a bőr- és nemikórtani klinikára, ahol *Doros Gábor dr.*, akkori tanársegédem felügyelete mellett négy bete-

² Lásd Népegészségügy. 1928. január 1. és 15-i szám.

³ Lásd Orvosi Hetilap. 1928. 35. szám, 1004–1009. oldalakon.

gen kísérelte meg suggestiv gyógyeljárását. Csúpan olyan betegeket választottam ki, akik már hosszabb ideig gyógykezelésünk alatt állottak és akiknél az esetleg beálló változások kellőleg értékelhetők lettek volna; viszont nem lévén megnyugtató a várható eredmények tekintetében, minden esetben megszakítás nélkül továbbfolytattuk a betegeken a klinikai kezelést, tekintet nélkül arra, hogy egyidejűleg *Völgyesi dr.* úr is ténykedett azokon.

Az egyik ilyen eset, melyre *Völgyesi dr.* úr is hivatkozik, egy 43 éves nőre vonatkozik. Őt graviditás közül kettő abortus; 1917-ben paraesthesiák, zsibbadások, facialis bénulás, később görcsök, eszméletlen állapotok. 1921-ben baloldali hemiplegia. Ekkor Wassermann-reactio +++. Igen kiterjedt psoriasis is volt, könnyebb arthropathiákkal és pörkös, pyogen ekzémás és intertrigo complicatiókkal. Orvosa mirionnal, salvarsannal, modenollal és tejinjectiókkal kezelte. Mint-hogy az állapot súlyosodott, a kar teljesen, a láb majdnem hűdött lett, lázak léptek fel, melyek 40 C° fölé emelkedtek, a beteg nagyon legyöngült és elesett volt. 1923 január 12-én a klinikára hozták be. Itt először digallennal, morphiummal, alumenacetatos kenőccsel, robórálással, később a psoriasis ellen kátrányos kenőcsökkel kezeltetett, majd óvatos salvarsan-bismuthkúrárt és faradizálásokat kapott. Az eszmélet január 16-án visszatért; a szívműködés és a diuresis fokozatosan javult és január 19-én egészen kielégítő lett; február 18-án a psoriasis elhalványodott, a genitáliák intertrigója elmúlt; március 2-án, mikor már 17 g neo- és 0.6 g ezüstsavarsant kapott, általános, lényeges javulás mutatkozott. A beteg láztalan, erősebb, fejfájásai elmúltak. A láb mozgathatósága javult, a kar azonban még hűdött volt.

Ekkor, március 6-án, kapcsolódott be *Völgyesi dr.* és végezte suggestiv kezelését, amely mellett azonban a salvarsan és a jód, a faradisatio és a robórálás is tovább folyt. Március 18-án a beteg felkelt, járási képessége fokozatosan, a kéz flexiója és supinatioja pedig csekélyebb mértékben erősödött. Március 27. A közérzés tovább javult; a rohamok elmaradtak; a kiütések eltűntek. Április 5. A salvarsankúra (15 g neo- és 16 g ezüstsavarsan) befejeztetett. Április 8. Egy diatahíából urticaria lépett fel, mely április 15-ére elmúlt. Április 22. A beteg 100 napos kórházi tartózkodás után igen lényegesen javult általános állapotban, kiütésektől, lázaitól, fejfájástól, görcsöktől megszabadulva, testsúlyban gyarapodva, türethősen járva elhagyta a klinikát. Egyedül a kar állapota nem mutatott lényegesebb változást.

A második beteg miliaris bőrgümőkör miatt nagy fájdalmakban, a harmadik neuroderma, a negyedik súlyos exfoliatív dermatitis miatt erős viszketésben szenvedett. A *Völgyesi dr.* úr által alkalmazott suggestiv therapia a legcsekélyebb enyhülést sem eredményezte számukra.

E négy esethez egy ötödiket fűzhetek *Völgyesi dr.* úr dermatológiai győgyeredményeinek megvilágítására, melyet ugyan magam nem láttam, de a férfiambulantiát vezető tanársegéd, *Földvári dr.* jelentései alapján van róla tudomásom. Talán ez az az eset, amit *Völgyesi dr.* úr úgy állított be, hogy a klinika tanársegédei „egymásután” küldöttek neki súlyos, évekig eredménytelenül kezelt betegeket megmentés végett. — Ilyenekről ugyanis senki a klinikán nem tud. Egy syphilisben és folliculitisben, később lichen planusban szenvedő postás ugyanis éveken át gyógykezelte magát Ausztriában és Budapesten. 1921-ben a klinikai ambulantiára jött. Itt folliculitise meggyógyult. 1926 április havában lichennel jelentkezett, mire arsenpíulákat kellett szednie; augusztusban elmaradt a rendelésről, majd októberben változatlan állapotban újra jelentkezett. A tanársegéd kérdésére (arsenkúráról lévén szó) bevallotta, hogy időközben *Völgyesi dr.* úr lakásán naponként suggeráltatta magát; minthogy azonban eredményt nem lát, visszatért a klinikára.

Amíg tehát, mint láttuk, a négy utolsó esetben a suggestiónak semmi hatása sem mutatkozott, addig *Völgyesi dr.* az első esetről elért eredményt egészen a maga javára cikkezi el. Aligha tenné ezt, ha látta volna azt a különbséget, mely a betegnél a január 12-i és a március 6-i állapot között fennforgott. Tény az, hogy a consolidatio, a javulásnak legnagyobb része létrejött már *Völgyesi dr.* úr megjelenése előtt és semmi okunk sincs annak feltételezésére, hogy az a salvarsan és az a faradisatio, ami január 12—márc. 6. között kitűnően hatott, a további szakaszban értéktelen lett volna.

Az olvasóra bízom már most, hogy véleményét megalkossa; minthogy nekem azonban az volt a benyomásom, hogy a Völgyesi-féle kezelés az első esetben is csak azért mutatott látszólagos eredményt, mert olyan időpontban csatlakozott a már régen folyó gyógykezeléshez, amikor az már maga is meghozta a segítséget, céltalannak láttam, hogy *Völgyesi dr.* úr tovább foglalkozzék betegeimmel.

Ezzel számomra a Völgyesi-féle cooperation intellectuelle véget ért, még ha engedélyem nélkül fel is használja cikkeiben a klinikán látott betegeket, — persze elhallgatva a reá nézve kedvezőtlen eseteket.

Nékám Lajos.

VEGYES HÍREK

Az előfizetés megkönnyítésére mai számunkhoz *chequet mellékelünk*, amelyet azok, kiknek negyedéve lejárt, Hetilapunk előfizetésére vagy az Orvosképzés és Archivum számára is felhasználhatnak; — csak azt kérjük, szíveskedjenek hátul 8 fill. bélyeg felragasztása mellett részletezni, hogy mennyi összeget mire szántak. Lapunk külső fejlécén az előfizetési díjak olvashatók.

Kérjük a régi tartozások rendezését is, hogy ne legyünk kénytelenek postai incassálással alkalmatlankodni.

Dr. Kétly Károly báró szobrának leleplezése. Nagyszámú közönség gyűlt egybe szeptember 30-án délelőtt az Üllői-úti klinikatelep kertjében, hogy kegyelet hódolattal adozzon *Dr. Kétly Károly báró* professor emlékének. A szobor leleplezésénél megjelentek *Wolkenberg Alajos dr.* rector vezetésével a budapesti és vidéki orvosi facultások dekánjai és professorai, valamint számos polgári és katonai előkelőség. Az ünnepélyt a magyar Hiszekegy elnéklésével nyitották meg, majd *Demjanovics Emil dr.* mondotta el megnyitó beszédét. Utána *Dalmady Zoltán dr.* egyetemi tanár ünnepi beszédében méltatta a nagy professor érdemeit, ki megalapítója volt az Országos Orvosszövetségnek s akinek érdeme, hogy a magyar orvosi kar Európában a legmagasabb nívőn áll. A beszéd elhangzása után *Tellyesnick Kálmán dr.* prodekan szép beszéd kíséretében vette át a szobrot. *Vastagh György* kiváló alkotását, majd elhelyezték *József főherceg*, a Tudományegyetem, a népjóléti ministerium, a főváros és az egyes klinikák koszorúit. Az ünnepély a Hymnussal fejeződött be.

Személyi hírek. A vallás- és közoktatásügyi minister *Deseő Dezső dr.* állatorvosi főiskolai nyilv. rendkívüli tanárnak, *Brana János dr.* m. kir. tanácsnok orvosnak, *Kubányi Endre dr.*, *Schaffler József dr.*, *Schill Imre dr.*, *Surányi Lajos dr.*, *Tüdös Endre dr.* és *Zalka Ödön dr.* egyetemi tanársegédeknek a budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem orvostudományi karán egyetemi magántanarrá történt képesítéseit jóváhagyólag tudomásul vette és őket ezen minőségükben megerősítette.

A babona és kuruzslás elleni kiállítás utóezzései. *Grossmann Simon fogász esete.* A népjóléti ministerium támogatásával rendezte az Országos Orvosszövetség a babona és kuruzslás elleni kiállítást, amelynek szinte minden európai országban élénk visszhangja támadt. A legelőkelőbb külföldi lapok is a meleg elismerés hangján, hasábos cikkekben foglalkoztak a kiállítás jelentőségével, közérdekű voltával, roppant érdekességével. Ennek a kulturális fegyverténynek azonban meglepő következményei sarjadtak: *Grossmann Simon fogász*, aki már néhányszor szerepelt a nyilvánosság előtt, hol mint valamelyik exotikus állam budapesti consulja tűnt fel, hol pedig a hatóságokkal támadt bizonyos „nézeteltérése”.

Az Országos Orvosszövetség ezidei országos congressusának főprogramja a kuruzslás kérdésének megvitatása volt s ennek keretében *Gortvay György dr.* ministeri osztálytanácsos vetített képek kíséretében rendkívül érdekes előadásban foglalkozott a kuruzslók régi és ma is általános systemáival. Az előadásban *Gortvay György dr.* *Grossmann Simon* általánosan ismert plakátját is megemlítette, mint amely kimeríti a kuruzslás kriteriumát. A Népegészségügyi Múzeumban rendezett kiállításon is szerepel *Grossmann Simon* pla

kátja, amelyen Grossmann „fájdalommentes“ kezelést ígér híveinek, azonkívül 10 évi írásbeli garanciát vállal a „kizárólag angol és amerikai anyagokból készült nálam rendelt munkálatokért“.

Grossmann Simon a kiállítás megnyitása után pár nappal meglepetésszerűen polgári keresetet nyújtott be a bírósághoz, amelyben azt kérte, hogy a bíróság az Országos Orvosszövetséget, annak elnökét, Csilléry Andrást dr.-t és Gortvay György dr. ministeri osztálytanácsost szerzői jogbitorlás vétségében mondja ki bűnösnek, azonkívül rendelje el a kiállításon lévő fényképek elkobzását, ezenkívül a film chliséinek lefoglalását. Ezek után még tetemes kártérítési igényét is bejelentette: 6000 pengő erejéig.

Földy Károly dr. törvényszéki tanácselnökhöz került a nem mindennapi szerzői jogbitorlási per. A zárati kérelem kérdésében megtartott tárgyaláson személyesen jelen volt az ügy másodrendű alperese: Csilléry András dr. is. A felperes Grossmann jogi képviselője szóval is előterjesztette panaszát, amelyre Mándy István dr., az Országos Orvosszövetség ügyésze reflektált. Mándy dr. felszólalásában azt hangoztatta, hogy az Orvosszövetség a népjóléti ministeriummal karöltve rendezte a kiállítást, kizárólag tudományos és közérdekű szempontok szem előtt tartásával. Hivatkozott az egyik paragrafusra, amely szerint azok a plakátok vagy hirdetések, amelyek már többször megjelentek, nem részesíthetők a szerzői jog védelmében. Már pedig a hivatkozott hirdetés évek óta megjelenik mindenfelé. Egyébként azonban — mondotta az ügyvéd — éppen emiatt a hirdetés miatt a fővárosi tisztí főorvosi hivatal feljelentésére tiltott hirdetés címén eljárás van Grossmann ellen folyamatban. Mindezek előrebocsátása után az alperesi képviselő bejelentette, hogy Grossmann Simon Csilléry András dr. és Gortvay György dr. ellen rágalmazás és hitelrontás címén bűnvádi eljárást is tett folyamatba. Ezért arra kérte a bíróságot, hogy mindaddig, míg a folyamatba tett perek befejezést nyernek a bíróság függesse fel ezt a pert.

Földy Károly dr. tanácselnök a peres felek meghallgatása után végzésében helyt adott az alperesi képviselő előterjesztésének és a peres eljárást felfüggesztette. A határozat indoklásában a bíróság megállapította, hogy minthogy a büntető eljárás során kell tisztázni azt a kérdést, hogy Csilléry András dr. és Gortvay György dr. közérdekből jártak-e el, amikor felperest mint kuruzslót jellemezték, a bírói eljárások befejezéséig a zárati kérelem tárgyalását fel kellett függeszteni.

Tudományos pályázat. Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztálya egy 800 pengős pályadíjra hirdet pályázatot oly elméleti szakon működő orvosdoktor részére, aki az utóbbi évek folyamán az orvostudomány valamelyik kérdésében eredményes munkásságot fejtett ki. A pályázat beküldésének határideje 1928 október 15. A pályamunkák Heim Pál dr. egyetemi ny. r. tanár, szakosztályi elnök címére küldendők (Pécs, gyermekklinika). A pályamunkák felett az Erzsébet Tudományegyetem Orvosi Facultása dönt, akit erre a Szakosztály felkért. A pályázaton résztvehet minden magyar orvosdoktor, bármely nyelven megjelent, Magyarországon készült munkáival. Az eredményt 1929 február 7-i nagygyűlésén hirdetik ki.

Orvosdoktorrá avattattak a Pázmány Péter Tudományegyetemen 1928. évi szeptember hó 29-én: Bakos Károly, Blasek István, Bodon György Rezső, Dániel Lajos, Dugár László, Erdélyi Béla, Epstein Klára, Garay Géza, Ivánovics György, Karsay Károly, Misura Jenő, Rátai László, Rogrün Margit, Szenthe István Kálmán. Üdvözljük az új kartársakat!

Az Arnea Gyógyszervegyészeti és Tápszergyár értesítése szerint az általa előállított *viosterin* elnevezésű angolkórellenes gyógyszerkülönlegességet a hazai

orvosok egy tekintélyes részének kívánságára az eddig 5 mg ergosterint tartalmazó tablettákon kívül 2 mg ergosterint tartalmazó tabletták, valamint olajos emulzio alakjában is forgalomba hozta. A *viosterin anti-rachiticum* tehát a jövőben a következő formákban és árakon kapható:

Egy fiola a 15 darab, egyenként 5 mg ergosterint tartalmazó tablettá ára 5.60 P. Egy üvege a 40 darab, egyenként 2 mg ergosterint tartalmazó tablettá ára 4.40 P. Egy cseppentő üveg (10 cm³) 100 mg ergosterint tartalmazó olajos emulzio ára 4.40 P.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint szept. 23—szept. 29-ig előfordult:

Hasi hagymáz	70	(7)	Gyermekágyi láz	1	(1)
Küteges hagymáz	—	—	Bárányhimlő	21	—
Hólyagos (ál-)himlő	—	—	Járv. fültömirigylob ..	10	—
Kanyaró	12	—	Vérhas	25	8
Vörheny	24	—	Járv. agygerincagyhártyalob.	1	—
Számárhurut	13	1	Trachoma	11	—
Roncs. torok-, gége-lob ..	52	2	Veszétség	—	—
Influenza	13	—	Lépfene	—	—
Azsiái kolera	—	—	Paralýsis infant.	1	—

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

A szerkesztő fogadóórát kedden és pénteken 12—1-ig tartja.

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

Lapunk mai számához Héber Sándor kályha- és tűzhelygyár „Zephyr“-ről szóló prospektusa van mellékelve.

Jelen számunkhoz Richter Gedeon vegyészeti gyár r.-t. Budapest Adigan-ról szóló melléklet van csatolva.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

LEGYŐNYEZŐ EROS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZABTALAN NEM MÉRGEZŐ BŐRNEK ÉS NYÍLVÁZOKRA

Székesfővárosi SZÉCHENYI-GYÓGYFÜRDŐ Városliget.
970 méter mélységből feltörő 74 C° kénes rádióaktív forrás. Medence- és különfürdők, iszapgöngyölések, szén-savas- és pezsgőfénysfürdők. Elektrotherápia, diathermia, hőlégkezelések, gyógyászat. Javallatok: Idősült csúsz, ízületi izzadmányok, köszvény, elhízás, ideggyengeség, idegzsábák, (különösen ischiás) szívbetegségek, női bajok. Ivókúra.

Dr. JUSTUS BŐRGYÓGYÍTÓ ÉS KOZMETIKAI INTÉZETE
Kórházi főorvos
IV. F-renc József rakpart 26. Telefon: József 56-76.

ETRA RÖNTGEN ÉS DIATHERMIA
Telefon: József 304-58. ETRA RT., Budapest VII, Róza-utca 25

Szoptató dadákat éptizedek óta a Dr. SZEGŐ fele intézetből vesszük, VI. Szív-utca 69. Telefon: 293-22.

Dr. Mandler Ottó gyógyintézet, Kálmán-tér 10. Elektro-thermo-hydrotherapia, Zander, inhalatorium.

Német orvosi könyveket

havi részletfizetésre szállít FISCHER JENŐ, az Urban & Schwarzenberg magyarországi képviselője VII, Thököly-út 44. Telefon: József 372-70. Kérem az új címekre ügyelni. Kérje havonta megjelenő könyvjegyzékünket.

ORVOSI HETILAP

SZERKESZTŐSÉG ÉS KIADÓHIVATAL
VIII, Ullői-út 26. II. em.

HIRDETÉSEK KIZÁRÓLAGOS FELVÉTELE
»PETŐFI« irodalmi vállalat Pesti Alfréd
Budapest VII, Kertész-utca 16. sz.

MEGJELENIK VASÁRNAP.

EGYES SZÁMOK KAPHATÓK
A KIADÓHIVATALBAN 70 FILLÉRÉRT ÉS A
MAGYAR ORVOSI ARCHIVUM SZÁMAI 2 PENGŐÉRT

ELŐFIZETÉSI DÍJAK A KIADÓHIVATALNAK
POSTAUTALVÁNYON VAGY CSEKKLAPON
KÖLDENDŐK — A FELADÓVEVÉNYT
NYUGTÁUL ISMERJÜK EL.

Előfizetési díj 1928. évre: Az »Orvosi Hetilap«-ra egész évre 24 pengő, 200 csk., 300 dinár, 1000 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy annak megfelelő pengő; félévre ezen összegek fele; negyedévre 6 pengő, egy hóra 250 pengő. »Orvosképzés«-re egész évre 12 pengő, 80 csk., 140 dinár, 500 lei, 12 sv. frank »Magyar Orvosi Archivum« egész évre 10 pengő, 75 csk., 125 dinár, 450 lei, 1/2 angol font; félévre 5 pengő, illetve a megfelelő összegek fele. Az »Orvosképzés«-re és a »Magyar Orvosi Archivum«-ra negyedévre előfizetni nem lehet. Előfizetések küldendő: Folyószámlákra a M O Közp Takarékpénztár Kalvin-téri fiókjánál, vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekk számlákra. Csehszlovákiában Lucenska Uverna Banka Uc. Spol.-nál levő folyószámlákra Losonc, Jugoszláviában dr. Duchon János O H számlájára a Zombori Takarékpénztárhoz, Romániában Minerva societate pe Actii din Cluj-Kolozsvár és »Studium« Import de Reviste de Bransa Oradea-Nagyvárad. Str. Orfelinatului 1/a.

Gravitol
A 2 methoxy — 6 — allylphenolnak sósavas diaethylaminoethylaethere.

Új synthetikus uterinum és haemostatikum teljes secale hatással. Orális és subcutan adagolásnál igen jól tűrhető. Gangraena-veszély nincs.

Forgalomban:

Dobozok 3 és 10 ampull. à 1-2 cm (1% oldat).

Fiolák 20 tablettával à 25 mg.

Kórházi csomagolás 100 ampullával, illetve 250 tablettával.



I.G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESSELLSCHAFT
PHARMAZEUTISCH-WISSENSCHAFTLICHE ABTEILUNG LEVERKUSEN A. RH. „Bayer Meister Lucius“

Magyarországi vezérképviselő: JEMNITZ ALBRECHT, Budapest V, Akadémia-utca 3.

EGGER SYRUP



**SOUVERÉN
ROBORANS, TONICUM**

A vas mangan calcium Na. K. alphosphorsavas sói
chininnel és nux vomicával kombinálva.

DIGICLARIN-CHINOIN

Solutio

Injectio

Tabletta

Szabadon rendelhető: az Államkincstár (szegény-
alap), az Országos Társadalombizt. Intézet, a M. kir.
Államvasutak, a M. kir. Posta és a Magánalkalmazottak
Betegbizt. Intézete terhére.

Cardiotonicum

PANTAL-CHINOIN

Tabletták.

Rendelése engedélyezve: a Magánalkalmazottak
Betegbiztosító Intézete terhére.

**LAXATIVUM vegetabile
compositum.**

ORVOSI HETILAP

Alapította **MARKUSOVSKY LAJOS** 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

T A R T A L O M:

Védffy Géza: Klinikai adatok az epididymitis gonorrhoea pathogenesiséhez és therapiájához. (1175—1180. old.)

Petrányi Győző: A pneumoniák egyes stadiumjai és a vörösvérsejtek resistenciája közötti összefüggésről. (1180—1184. old.)

Czirer László: Csepleszesavarodás esetei. (1184—87. old.)

Csörsz Károly: Az ichthyosis visszajutó nemhez kötött öröklődése. (1187—1189. old.)

Kirchner János: Meinicke-zavarodási reactio festett extractummal. (1189—1190. old.)

Zempléni Vilmos Gyula: Psychés okok által kiváltott somás jelenségek két esete. (1190—1191. old.)

Ormos Pál és Szentkirályi Zsigmond: Válasz Herman János megjegyzéseire. (1191. old.)

Fenyvessy Béla: Válasz Johan Béla cikkére. (1191—1192. old.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (169—172. old.)

Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Urologia. — Szülészet és nőgyógyászat. (1192—1195. old.)

Könyvismertetés: (1195—1196. old.)

Bókay Zoltán: A Német Gyermekorvos Társaság 39. rendes évi gyűlése Hamburgban. (1196—1197. old.)

Baló József: Az 1928. évi internationalis rákconferentia. (1197—1199. old.)

Orvostörténelmi jegyzetek: (1199. old.)

Kérdések és feleletek: (1199. old.)

Vegyes hírek: (1199—1200. old.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

Klinikai adatok az epididymitis gonorrhoea pathogenesiséhez és therapiájához.

Írta: **Védffy Géza dr. egyet. tanársegéd**.

A kankós mellékherelob keletkezését illetően, bár ismereteink utóbbi időben meglehetősen szaporodtak, még mindig van néhány vitás pont. Tudásunk mai állásához fokozatos fejlődés útján jutottunk. *Eraud* volt az első, aki bakteriologiai vizsgálatoknak vetette alá a kérdést. Ő és munkatársai, *D'Arthac* és *Hugounenqu* tályogos epididymitis genyében egy diplococcust találtak, mely a gonococcussal egyenlő alakú és nagyságú, Gram-positív, de agaron, bouillonon és gelatinán gyorsabban nő s telepei fehérebbek. *D'Arthac* orchicoccusnak nevezte el. *Eraud* és *Hugounenqu* állatokon epididymitist idézett elő vele. Szerintük az orchicoccus a normalis húgycsőben is előforduló saprophyta, melynek jelenléte esetén gonorrhoeánál felléphet az epididymitis, de nem szükségképpen. Ha az orchicoccus nem volt már a fertőzés előtt a húgycsőben, akkor gonorrhoeánál nem lép fel epididymitis. *Rollet* hasonló értelemben ír. *Carpentier* már orchicoccus + gonococcus + genykeltők vegyes infectiója által feltételezettnek tartja a mellékherelygyulladást.

Routier epididymitises tályog genyéből először mutatta ki úgy góreső alatt, mint tenyészetben a Neisser-féle coccust. *Grosz* négy év óta fennálló gonorrhoeához társult epididymitis és vaginalitis genyéből tenyésztett ki gonococcust. Utána a vizsgálók egész sora hasonló eredményre jutott: *Colombini*, *Harttung*, *v. Karwowski*, *Murphy*, *Laurent*, *Pizzini*, *Ráskay*, *Witte*. *Collan* volt az első, aki nem tályogos epididymitist pungált s a nyert néhány csepp sanguinolens szövetnedvből sikerült gonococcust kitenyészteni. Más baktériumot sem a húgycsőváladékból, sem punctatumokból ugyanakkor kitenyészteni nem sikerült.

Mindezen vizsgálatokra *Baermann* tette fel a koronát. Szerinte a gonococcus az ondóvezetéken végighaladva jut a mellékheréhez. Ezt bizonyítja: 1. Pontos klinikai vizsgálatnál csaknem mindig kimutatható az ondóvezeték megvastagodása vagy érzékenysége. 2. Az epididymitist sokszor ugyanazon oldali ondóhólyaggyulladás előzi meg. 3. A gonococcus kedvence tartózkodási helyei a nyálkahártyák. 4. Ha nincs is tapintható elváltozás az ondóvezetéken, ez nem szól annak gonorrhoeás megbetegedése ellen, hisz a kankós húgycsőhurutoknál is ritkák a külsőleg tapintható elváltozások. *Simmonds* epididymitisek után többször talált stricturákat a ductus deferensen, izomlaesio nélkül. *Baermann* 28 klinice nem tályogos esetet pungált. Azonban a punctio eredménye mutatta, hogy kisebb, borsónymogyorónyi tályogok ilyenkor is vannak. Mind a 28 esetben úgy góreső alatt, mint tenyészetben kimutatta a gonococcust. Ugyancsak ő mutat rá, hogy lefolyt epididymitis után a gonococcusok még hosszú ideig persistálhatnak a mellékherében. Egy esetben 1½ év előtt lezajlott mellékherelob után jelentkező betegénél hydrokelét s egy kisebb göböt talált a mellékherében. A hydrokele punctatumából gonococcust tenyésztett ki. *Löwensheim* esete: hat év előtt mellékherelobon keresztülment egyénnél trauma epididymitist és urethritist váltott ki pozitív gonococcuslelettel. *Ráskay* esetében az epididymitis után egy évvel lépett fel tályog a mellékherében. A genyből gonococcus pozitív.

M. v. Zeissl és *Horovitz* a vasdeferentst kísérő nyirokutakat tekintik a mellékheretfertőzés útjának. *Bergh* ezzel magyarázza két esetét, melyeknél közvetlen coitus után a folyás megjelenése előtt és egy esetét, melynél a folyással egyidőben lépett fel epididymitis. Sajnos, ezen eseteknél nem tisztázódott, vajjon az illetők mentesek voltak-e régebbi gonorrhoeás gócektól s így nincs kizárva, hogy a mellékherelob ezekből indult ki. (*Baermann*.)

Baermann további vizsgálatai döntő módon megcáfolják a lymphogen-theoriát. Műtétilag kezelt eseteket szövettani vizsgálatnak vetett alá, melyeknél látta, hogy a mellékherében a folyamat a csövecskék nyálkahár-

tyáján kezdődik és csak régebb idő óta fennálló eseteknél, a hám elroncsolása után terjed a közti szövetekbe.

Nobl accidentalisan exitált epididymitisek boncolásánál a ductus deferens nyálkahártyájának felületén hurutját találta olyankor is, mikor klinikailag a ductus deferens részéről tünetek nem voltak kimutathatók. Ugyanekkor a funiculus egyéb részei intactak voltak.

Oppenheim és *Löw* klasszikus vizsgálataik eredményeképpen új magyarázatot adnak azon esetekre, melyek klinikailag deferentitis nélkül folynak le, valamint annak a szerintük mutatózó jelenségnek, hogy az epididymitis olykor hirtelen, órák alatt lép fel valamely therapiás beavatkozás következményeképpen. Hivatkoznak *Akutsu* kísérleteire, aki tengeri malacon a nervus hypogastricus izgatásával a ductus deferensen sajátos antiperistaltikus mozgásokat idézett elő. Ugyanilyen antiperistaltikus mozgásokat idéztek ők elő tengeri malacon a műtétileg feltárt colliculus seminalis villanyos és mechanikus izgatásával. Embernél a hátsó húgycsőbe vezetett elektroddal izgatták a colliculust s ekkor a ductus deferentst a bőrön át tapintva tapasztalták, hogy ez megkeményedik és megvastagodik. Ezekből a jelenségekből azt következtették, hogy a gonococcusokat az ondóvezetéknek bizonyos ingerekre beálló antiperistaltikus mozgása továbbítja a mellékherébe. Ebből az okból ajánlják ők a localis kezelés mellőzését urethritis posteriornál.

Schindler elismeri, hogy antiperistaltikus mozgás létrejöhet és továbbíthatja a gonococcusokat. Nem fogadja azonban el altherapiás beavatkozásoknak oly közvetlen befolyását a mellékhereregnyulladás létrejöttében.

Az urológiai klinika epididymitises beteganyagát 1922-től 1927-ig bezárólag, feldolgozva és részben észelve, fentiekhez még néhány megjegyzést fűzhetek.

Vizsgáltam a mellékherelob megjelenési idejét a húgycsőfolyás kezdetétől, illetve idült esetekben az utolsó kiujulástól számítva. 320 oly eset, hol az urethritis előzőleg localis kezelésben részesült és 46 nem kezelt eset a következő százalékos arányt adta:

I. sz. táblázat.

Az epid. fellépett az urethritistől számított	320 localisan kezelt esetből	46 loc. nem kezelt esetből
	%-ban	%-ban
1. héten	4:3	0
2. „	2:4	2:1
3. „	9:3	2:1
4. „	9:3	21:5
5. „	11:2	31:3
6. „	11:2	2:1
7-8. „	9:9	6:4
3. hónapban	9:3	8:6
4. „	4:9	0:0
5. „	3:1	2:1
6. „	2:5	4:3
7. „	0:0	0:0
8. „	0:6	4:3
Azontúl	21:0	15:2
Összesen:	100:0	100:0

Látjuk, hogy a nem kezelt eseteknél az epididymitisek fellépésének száma az urethritis kezdetétől számított 3. héten, kezelt eseteknél a 2. héten ugrászerűen emelkedik; a harmadik hó után mindkét csoportban hirtelen esik. Három kérdés merül fel: 1. Mit jelent a mellékherelob időbeli felléptének ez a sajátos és feltűnő elrendeződése? 2. Hogyan értelmezzük a

korábban és 3. hogyan értelmezzük a később, sokszor évekkel az urethralis jelenségek után, fellépő eseteket.

Ad 1. Az epididymitisek időbeli fellépésének fentemlített elrendeződéséből következik, hogy — bár az *Oppenheim*—*Löw*-féle antiperistaltikus theoria egyes, később tárgyalandó esetek magyarázatára alkalmas és szükséges — az esetek túlnyomó többségében a ductus deferensnek ez az antiperistaltikus mozgása nem gyakorol befolyást, hanem a gonococcusok, melyeknek önálló mozgása nincs, a ductus deferens nyálkahártyáján lapszerint „összefüggő továbburjázás alakjában az új egyedek peripherikus appositioja révén” jutnak el a mellékherébe. Ezt az állítást a következő tények igazolják.

1. *Oppenheim* és *Löw* kísérletileg a n. hypogastricus vagy a colliculus seminalis izgatásával tudtak a ductus deferensen antiperistaltikus mozgást előidézni. A gyakorlat szempontjából az utóbbi jöhet szóba, amennyiben a localis kezelésnél valóban érhetik a colliculus seminalist mechanikai és chemiai ingerek. (*Guyon*, *Janet*, *szonda*.) A feldolgozott anyagban 320 a kezelt s ennek egynyolcada, vagyis 46 a nem kezelt esetek száma. Bár erre vonatkozó statisztikánk nincs, de nem tételezhetjük fel, hogy a fővárosban az összes gonorrhoeás megbetegedéseknek több mint egynyolcada maradna kezelés nélkül; tehát végeredményben a kezelés érezhető befolyást nem gyakorol az epididymitises megbetegedések számára. Ha az ondóvezeték fentemlített mozgása oly gyakori tényező lenne ennek a megbetegedésnek létrejöttében, akkor a nem kezelt esetek epididymitises szövödménye feltétlenül ritkább lenne.

2. További fejtegetéseimben nem kisebb tekintély, mint *Finger* vizsgálataiból indulok ki. Szerinte kb. 16 napra van szükség, míg a gonococcus magára hagyva az orif. ext.-tól, a hátsó húgycsőig (16 cm) terjed appositio burjánzás folytán. Kétségtelen, hogy ugyanennyi idő alatt az ondóvezetéken is végig juthat, mely bár hosszabb (*Eberth* szerint 40 cm), de lumene szűkebb lévén, benne a bakteriumok terjedési energiájukat hosszirányban kénytelenek kifejteni. Azonkívül itt a vizeletsugár ellenkező irányú mechanikus hatása is esik. Kb. 4 hét tehát az az idő, amely alatt a gonococcusok minden mechanikus kényszer nélkül elterjedhetnek a fertőzés helyétől, a külső húgycsőnyílástól, a mellékheré farkáig. Teljesen megfelel ez annak a ténynek, hogy a nem kezelt esetekben éppen a 4. héttől egyszerre tömegesen lépnek fel epididymitisek. Természetesen ez az ilyen gyors terjedés csak tetemes virulentiájú gonococcusoknál lehetséges. Kisebb virulentiájú vírus vagy a szervezet fokozott ellenállása mellett a terjedés lassabb lesz. Így értelmezendő, hogy az epididymitisek nagyobb számú fellépése a 3. hónapig tart. Az ezentúl mind szórványosabban jelentkező esetek értelmezésére még rátérek.

3. A kezelt esetek statisztikájában a kiugrás az urethritistől számított 3. hétre esik, vagyis egy héttel előbb, mint a nem kezeltéknél. Befecskendezéseknek és eszközöknek a húgycsőbe való vezetése mechanikusan elősegíti és siettet a gonococcusoknak hátrafelé jutását; megtakarítódik tehát azon idő egy része, mely alatt a gonococcusok a külső húgycsőnyílástól a hátsó húgycsőbe jutnak s innen magyarázható az az egyheti időkülönbség, mely a kezelt esetek javára fennáll a mellékherelobok zömének fellépését illetően. Éppúgy, mint a nem kezelt esetéknél, a 3. hó végével itt is véget ér az epididymitisek tömeges fellépése, ami szintén mutatja, hogy egy többé-kevésbé fix időhöz kötött biológiai folyamat (a gonococcusok ascendálása) a leggyakoribb előidéző tényező, mert hisz a colliculus semi-

nalis izgatása s így az ondóvezeték antiperistaltikája a kezelés bármely szakában egyformán létrejöhet s okozhatja a kórokozók gyors továbbítása által mellékherelobot.

4. A következő táblázat eredményei megerősítőleg csatlakoznak a fentiekhez. A táblázat mutatja az epididymitisek fellépési idejét az urethritis posterior tünetek (gyakori vizelési inger, tenesmus, esetleg terminalis haematuria stb.) jelentkezésétől számítva. Ilyen tüneteket az előbb részletezett 366 eset közül csak 98 betegnél sikerült időbelileg is pontosan megállapítani. Ezek a következő százalékos arányt mutatják:

II. sz. táblázat.

Az epid. fellépett a post. tünetektől számított	72 loc. kezelt eset közül	26 loc. nem kezelt eset közül
	%-ban	%-ban
1. héten	10·8	3·4
2. „	38·8	53·9
3. „	18·9	11·7
4. „	10·8	15·6
5. „	2·7	0·0
6. „	2·7	3·4
7. „	0	6·8
8. „	9·1	0·0
3. hónapban	6·2	5·2
Összesen:	100·0	100·0

A megbetegedések főtömege élesen határolódik el a posterior-tünetek utáni 2–4. hétre esik. Épp arra az időre, mely alatt régebbi ismereteinkre (*Finger*) támaszkodva, a gonococcusoknak egy kb. 40 cm hosszú nyálkahártyával bélelt szűk lumenű csöves szervben — az ondóvezetékben — való tovaterjedését várhatjuk.

5. Az általam feldolgozott anyagban a kezelt esetek 36%-ában, a nem kezelt esetek 45%-ában volt a funiculus megvastagodása és érzékenysége kimutatható. Tehát az esetek több mint felénél a ductus deferens klinikailag ép volt. Ez azonban nem zárja ki az eddig elfoglalt álláspont helyességét. *Nobl* és *Simmonds* már említett kórszövettani leletei bizonyítják, hogy a ductus deferens felületes nyálkahártyahurutja klinikai tünetek nélkül is lefolyhat, *Baermann* normal-anatomiai és -histologiai alapon magyarázza, hogy a deferentitis klinikailag sokszor nem észlelhető. (Bár szerinte többször észlelhető, mint azt általában tartják.) Tudjuk, hogy a ductus epididymis hámja lazább, folytonos megújulás alatt áll, egyes sejtjei vacuolizálódnak s megpukkadnak, úgyhogy ez a hám fogékonyabb az infectióval szemben. A ductus epididymis lumene szűkebb, lefutása kanyargósabb, tehát a geny lefolyása gátoltabb, mint a ductus deferensben. A cauda epididymis éles szöglettelkülönbséggel különösen alkalmas hely a bakteriumok megtelepedésére. Azonkívül a ductus deferens nyálkahártyáját érszegény izomzat választja el az adventitiától, úgyhogy a gyulladásnak tovaterjedése s így a szerv kiterjedt beszűrődése és tetemesebb megduzzadása nehezebben jön létre.

A kezelt urethritisek epididymitiseinél — ahol tehát adva van a feltétele annak, hogy a mellékhere megbetegedése, az ondóvezeték átugrásával, az *Oppenheim* által leírt módon is létrejöjjön — valamivel kevesebb százalékosan volt deferentitis kimutatható. Ez a különbség körülbelül mutatja az *Oppenheim*—*Löw*-reflex befolyásának mérvét az epididymitisek pathogenesisében.

Ad 2. Hogyan értelmezzük az epididymitisek korai fellépését?

Az I. táblázat szerint ezek az esetek igen ritkák. 2·1%, vagyis a 46 nem kezelt eset közül egy epididymitis fordult elő a folyás kezdetétől számított második héten s ugyanannyi a harmadik héten. Ha a folyamat siettetését az *Oppenheim*—*Löw*-féle reflexszel akarjuk magyarázni, keresnünk kell az okot, mely által az létrejöhetett. A colliculus seminalis izgatása eszik, mint-hogy a betegek localis kezelésben biztosan nem részesültek. (Az egyik felmutatta Teleia-ban kapott rendelő-jegyét.) Említett szerzők felvesszik, hogy az antiperistaltikus reflexet a herét ért trauma is kiválthatja. Mindkét elég értelmes és szavahihehető beteg tagadta ilyennek előfordulását. Az ejaculációval, mint azt *Akutsu* kimutatta, következőkép áll a helyzet: Bár a vesicula és a ductus deferens peristaltikus mozgásai ellenkező irányúak, a körkörös izomzat összehúzódása a lumenen belül magasabb nyomást létesít s minthogy a peristaltica irányában a lumen vakon végződik, e szervek tartalma kénytelen a magasabb nyomás elől az egyetlen nyitott úton, vagyis a húgycső felé kitérni. Ha azonban a kísérleti állaton a vesicula hasúri oldalán nyílást létesítettek (*Akutsu*, *Oppenheim* és *Löw*), akkor a váladék a hasúr felé ürült. *Oppenheim* és *Löw*, bár *Akutsu* észleleteit utánvizsgálás után magukévá teszik, ezt írják: „Coitusnál a ductus deferensnek ezek az antiperistaltikus mozgásai fontos szerepet játszanak; ezek okozzák a mellékherében mozdulatlanul fekvő spermatozoáknak az ondóhólyag és az urethra felé való továbbítását, magukban viselik azonban a veszélyét annak, hogy általuk a colliculus seminalison található gonococcusok a mellékhere felé sodortassanak és pedig annál a mozanatnál, mikor a hullám lefolyásánál egy urethralisan fekvő összehúzódás a lumennek a here felé eső tágulatának ad helyet, tehát az aspiratio lehetősége adva van“. Nézetem szerint az *Akutsu*-féle kísérletekből következik, hogy a gonococcusok továbbítása csak akkor lehetséges a here felé, ha a ductus deferens, helyesebben a ductus ejaculatorius az ejaculáció kívül üresen végez ilyen antiperistaltikus mozgásokat, ellenkező esetben a nyomás a ductus deferens, illetve vesicula lumenében mindig nagyobb, mint a húgycsőben s így nem lehetséges, hogy a mellékhere felé aspiratio létrejöjjön, tehát ugyanaz az erő, mely a spermatozoákat a húgycső felé továbbítja, ugyanakkor vírusokat az ondóárammal szemben a mellékhere felé hajtson.

Az említett két korai epididymitis értelmezése azok klinikai képéből folyik, azért röviden bátor vagyok közölni:

1. G. I. 23 éves cipőfelsőrészkesztő. Felvételt: 1927 január 22. Kórlapszám: 27—54.

Kórelőzmény: 1927 január 1. óta folyás. Egy hete balheréje megduzzadt; vizes borogatást tett rá. Gyakori vizelési ingere nem volt. Teleia-ban uriclarin-cseppeket kapott. Nem fecskendezett.

Jelen állapot: Húgycsőből bő, sárga, genyes fluor. Húgycsőváladékban gonococcus pozitív. Vizelet I.: erősen zavaros, II.: alig zavaros. Bal mellékhere és here tyúktöjásnyi, elég tömött, igen érzékeny; ondózsínor ceruzavastagságú. P. r.: kissé duzzadt prostata; ujjnyi vastag, infiltrált, igen érzékeny bal ondóhólyag.

Kórlefolyás: Január 22. 2 cm³ sulfoleín i. m. T.: 37·7—37·6. Január 23. 2 cm³ sulfoleín i. m. T.: 36·6—39·0. Január 24. A mellékhere infiltratuma jobban körülírt, érzékenység csökkent. Január 26. 2 cm³ sulfoleín i. m. T.: 36·6—37·9. Január 27. Localis kezelést megkezdjük. Láztalan. Január 30. Massage, instill. Január 31. Érzékenység megszűnt. Február 1. Vizelet I.: néhány foszlány, II.: tiszta. Bal mellékherében mogorónyi, tömött, nyomásra is alig érzékeny infiltratum. Ondózsínor nem megvastagodott.

2. B. K. 36 éves cipész-segéd. Felvételt: 1926 október 27. Kórlapszám: 26—936.

Kórelőzmény: Félév előtt orbánc az arcon (négy hétig tartott). Két hét óta húgycsőfolyás. 10 nap óta

gyakori (óránként és még gyakoribb) vizelési ingerek, nagy fájdalmak vizeléskor. Egy hét óta jobb herefájdalmak. Haematuria, hidegrázás, derékfájdalmak nem voltak. Nem kezelték.

Jelen állapot: Húgycsőből enyhe nyomásra sűrű sárga geny ürül: gonococcus positiv (sok intra- és extracellularis gonococcus). Jobb mellékhere megvastagodott, érzékeny. Bal mellékhere normalis. A funiculus az ing-hajlatban érzékeny. Vizelet I.: zavaros, sok foszlánnyal, II.: átlátszó, egy-két foszlány. P. r.: magas, tömöttebb, kis fokban érzékeny prostata.

Körlefolys: Október 27. 30 cm³ szőlőcukor i. v., láztalan. Október 29. Idem. Október 31. Mellékhere nyomásra sem érzékeny. Felkel. Localis kezelést megkezdjük. November 15. 3-4 óránként vizel. Vizelet I.: tiszta, kevés foszlány, II.: átlátszó, tiszta.

A körlelőzmény pontos felvétele, valamint a jelen állapot régi kankós gócot kizár. Mindkét betegnél a friss gonorrhoeára jellemző, sárgás, sűrű váladék volt. Mindkét betegnél a gonococcusok gócsó alatti viselkedése és nagy száma, a prostata leírt állapota (hegek és a szélek kifejezett tömött beszűrődésének hiánya), a II. vizeletportio tiszta, illetve tisztább volta, a kezelés gyors eredménye úgy az epididymitist, mint a fluort illetően — chronikus gonorrhoea ellen szólnak. Az egyik esetben ugyanazon oldali deferentitis és spermatocystitis volt kimutatható. A másik esetben, hol a jobb mellékhere betegedett meg, baloldalt a funiculus érzékeny, míg a bal mellékhere még ép. Ez, különösen az utóbbi lelet világosan mutatja, hogy a fertőzés a húgycsőből a ductus deferensén át, annak megbetegedése mellett, *per continuitatem*, tehát a gonococcusok egyenletes továbburjánzása révén terjedt; a második eset szerencsés véletlen folytán éppen abban a stadiumban került észlelés alá, mikor baloldalt a folyamat még csak a ductus deferens végéig ért, jobboldalt már a mellékherére terjedt. Mint ahogy a természetben sehol sem találunk átmenet nélküli éles határokat, itt is el kell fogadnunk, hogy ritka kivételes esetekben a gonococcusok végletes virulentiája oly kedvező lehet, hogy az átlagnál sokkal előbb felburjánzanak a mellékheréig. Ilyennek kell felfognunk ezt a két esetet is, annál is inkább, mert a bő folyás, a gonococcusok nagy száma, friss, élénk virulentiájú fertőzésre vall. A gyors gyógyulás nem szól ez ellen, hisz számtalan esetben látjuk, hogy foudroyans tünetekkel beköszöntő betegségek épp oly hirtelen gyógyulnak is (pneumonia). Bizonyos dispositio is tételezhető fel az egyén részéről; legalább is erre vall az, hogy az egyik beteg hat hó előtt orbáncban betegedett meg, mely betegség viszont a streptococcusok egy különös változatú, gyors tovaterjedés által jellemezett betegsége.

A kezelt urethritiseknél valamivel gyakoribb (320 közül 21, azaz 6.7%) volt a korai epididymitisek, és ritkább a velejáró deferentitisek száma. (21 epididymitis közül 9-nél volt deferentitis.) Itt tehát ismét mutatkozik a ductus deferens antiperistaltikus reflexének hatása.

Ad 3. A késői epididymitisek száma 73 volt. (320 kezelt eset közül 67, azaz 21% és 46 nem kezelt eset közül 6, azaz 15.2%) Ezek közül azonban 19 recidiv eset volt, vagyis úgy értelmezendő, hogy itt a gonococcusok már régebben jutottak a mellékherébe s ott bizonyos ideig lappangva persistáltak (l. fentebb). Egy ilyen esetben láttuk, hogy a deferentitis az epididymitis után lépett fel, tehát a folyamat a mellékhere felől terjedt.

Húsz volt az olyan esetek száma, hol az utolsó folyás több évvel ezelőtt jelentkezett s azóta vagy megszűnt már s a vizeletben csak 1-2 foszlány mutatta a nyomát, vagy legfeljebb reggeli csepp, esetleg minimális váladék volt kimutatható, de a váladék gonococcusmentes volt. Így ezek az esetek már nem is tárgyal-

hatók szorosan a gonorrhoeás epididymitisek közt, mert klinikai képük és lefolyásuk erősen arra vall, hogy postgonorrhoeás vírusok okozzák azokat: Gyakran folynak le hidegrázással járó magasabb septikus lázak mellett; gyorsan vezetnek klinikailag kimutatható tályogképződéshez. A feldolgozott anyagban szereplő 7 tályogos eset közül 6 ebbe a csoportba sorolt.

Az esetek egy részénél (10%) trauma szerepel aetiologiai momentum gyanánt. Ez a százalékos arány azonban nem nagyobb, mint a 3 hónap előtti eseteknél s a pathogenesist illetően különösebb következtetések belőle nem vonhatók. Azok a késői esetek, melyek sem a recidivákhoz, sem a postgonorrhoeás vírus által feltételezett esetekhez nem voltak sorolhatók, mint olyan esetek foghatók fel, melyeknél a húgycsőben, prostataban stb. már lappangó gonococcusok valamely alkalmi ok folytán (hyperaemia, trauma stb.) ismét felburjánzanak s anélkül, hogy az urethralis tünetek feltűnő megújulását okoznák, a ductus deferens felé terjednek s megbetegítik a mellékherét. Ebben a folyamatban, ha a beteg abban az időben localis kezelésben is részesült, az antiperistaltikus reflex a fentiekben kifejtett módon és mértékben természetesen közrejátszhat.

Az eddig elmondottakból a gyakorlat számára két therapiás következtetés vonható le.

Amint láttuk, a localis kezelés az epididymitises complicatiók számára nem gyakorolt kimutatható befolyást, csupán azok időbeli jelentkezésében okoz némi eltérést. Ez az eltérés onnan származik, hogy a colliculus seminalis eszközökkel való érintkezésre fellépett antiperistaltikus reflex folytán a gonococcusok előbb, illetve később is továbbíthatóknak a mellékhere felé, mintsem azok természetes burjánzásuk révén oda eljutottak volna. Instillálhatunk tehát hátsó húgycsőhurut esetén is, csupán arra kell törekednünk, hogy a colliculus seminalis mechanikai ingerlését elkerüljük, ami elérhető azáltal, hogy nem alkalmazunk durva eszközöket s azokat csak éppen a sphinkteren túl vezetjük be. Az urológiai klinikán ezeket az insillatiókat mindenkor 7-10 Char. sz. puha Nelaton-katheterekkel s közönséges kankófecskendővel végezzük igen jó eredményel, még igen gyakori vizelési ingerrel, tenesmusokkal, sőt terminalis vörvizeléssel járó eseteknél is. Hogy szonda és massage kerülendő, az különösebb magyarázatra nem szorul.

A másik gyakorlati következtetés magának a mellékherelobnak kezelésére vonatkozik. Láttuk, mennyire összekapcsolódik a mellékheregyulladás keletkezése a gonococcusok biológiai viselkedésével. Indokolt tehát az a következtetés, hogy úgy a már kifejlődött esetek kezelésére, de még inkább kezdődő esetek korai elfojtására specifikus szert alkalmazzunk, mellyel a gonococcusokra biológiai úton hathatunk. Az arthigont, mint általános gonorrhoea ellenes specificumot, főleg prof. Bruck emeli ki. Kivüle számos szerző elismeri az arthigon fajlagos mivoltát és jóhatását különböző gonorrhoeás megbetegedéseknél. (Mayr, Sommer, Ben-nauer, Rohr, Zirn, Feis.)

Ambár az urológiai klinikán már kifejlődött epididymitisek kezelésénél a nem fajlagos ingerkezeléstől is jórészt kielégítő eredményeket láttunk, a kezdődő esetek kezelésénél, ahol tehát éppen a kórokozók továbburjánzásának megállapítása a főfeladat, feltétlenül az arthigonnak kell előnyt adnunk. A következő két kórcsét jól demonstrálja ezt:

1. S. J. 29 éves cipész. Kórlapszám 23-640. Egy hét óta a klinikán, mint fekvő beteg urethrocystitis go-miatt áll kezelés alatt. Egyik napon jobb lágyéktájék-

ban húzófájdalmak. Másnap a jobb mellékhere farkában mogorónyi fájdalmas infiltratum tapintható. T.: 39.4. A következő napokban 10–10 cm³ tej i. m. Infiltratum diónyivá növekszik és igen érzékeny. Ekkor másodnaponként alkalmazott három intravenás arthigon-injectio után az infiltratum alig mogorónyi, érzékenysége megszűnt.

2. P. J. 25 éves kereskedő. Kórlapszám: 23–586. Három hete folyás, majd jobb mellékheréje megduzzadt, fájdalmas lett. Felvételtkor jobb mellékhere farkában érzékeny infiltratum. Th.: 0.3 cm³ arthigon, két nap múlva 0.6 cm³ arthigon i. v. Már reakövetkező nap a mellékhere infiltratiója és érzékenysége annyira csökkent, hogy a beteg felkelhet. Egy harmadik 0.8 cm³-es i. v. injectióra érzékenység teljesen megszűnt.

A két egyforma kezdődő eset közül annál, amelynél kezdetben tejet alkalmaztunk, az epididymitis teljesen kifejlődött, míg az, melynél mindjárt arthigonnal kezdtük a kezelést, tovaterjedésében azonnal megállt, majd visszafejlődött.

Már kifejlődött epididymitiseknél 44 sorozatos esetben alkalmaztatott az arthigon. Egy eset kivételével az eredmény mindenkor igen jó volt: A hatás rendszerint már a második injectióra is beállt. A harmadik-negyedik injectio után az infiltratum már mindenkor elhatárolódott, érzékenysége teljesen megszűnt. Az említett egy esetben a mellékherében a negyedik injectio után még diónyi, tömött, érzékeny infiltratum volt tapintható, mely az injectiók folytatása nélkül néhány napi ágynyugalom, felpolcolás, borogatás mellett megszűnt. Néhány esetben az első injectio után rövid lefolyású göcreactiót az érzékenység mérsékelt fokozódásával észleltünk.

Az arthigont mindenkor intravenásan, másodnaponként 0.3 cm³-től 1.0 cm³-ig terjedő emelkedő doszokban adagoltuk.

Összefoglalás: 1. Az elülső húgyeső, a hátulsó húgyeső, az ondóhólyag, az ondóvezeték, és a mellékhere kankós megbetegedése az esetek túlnyomó többségében szinte menetrendszerűleg következik be s pedig tisztára a gonococcusoknak a biológiai viszonyok adta appositiois tovaburjánzásától függően. Accidentális okok, ezek közt főleg az ondóvezeték bizonyos hatásokra beálló antiperistaltikus mozgása, korlátolt számú esetekben közrejátszanak a mellékherelob létrejöttében.

2. Urethritis posterioriornál a localis kezelés megfelelő cautelák mellett nem teremti az epididymitis létrejöttéhez szükséges feltételeket, sőt amennyiben chemiailag a gonococcusokat megtámadja s így virulantiájukat csökkenti, határozottan gátolja annak felléptét.

3. Kifejlődött epididymitisek kezelésénél, de kiváltképp kezdődő esetek korai elfojtására az arthigon nevű gonococcus-vaccina kiválóan használható.

Irodalom: Eraud: Observation d'épididymite blennorrhagique terminé par suppuration; examen bactériologique et chimique. Annales de Dermat 1892. — d'Arthac: Contribution à l'étude des microorganismes des blennorrhagies et de l'orchite blennorrhagique. Thèse de Lyon, 1892. — Eraud et Hugounenq: Recherches bactériologiques et chimiques sur la pathogénie de l'orchite blennorrhagique et de certaines orchites infectieuses. Annales de Dermat, 1893. — Grosz: Sitzung d. k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien, v. 12. November 1897 und: Zur Aetiologie der Epididymitis bei Gonorrhoe. Wiener Klin. Wochenschr. 1898, 4. sz. — Routier: Orchite blennorrhagique suppurée. Présence du gonocoque dans le pus. La médecine moderne 17 Juillet, 1895,

57. sz. — Colombini: Bakteriologische und experimentelle Untersuchungen über einen merkwürdigen Fall von allgemeiner gonorrhoeischer Infektion. Zentralblatt für Bakteriologie. 1898, XXIV. köt. — Collan: Zur Frage der Pathogenese der gonorrhoeischen Epididymitis. Wien. Klin. Wochenschr. 1897. — Hartung: Gonorrhoeische Epididymitis. Verhandlungen d. VI. Dermatologen-Kongresses. Strassburg, 1898. — v. Karwowski: Ein Fall v. positivem Gonococcenbefund in einem epididymitischen Abszess. Monatsch. für prakt. Dermat. XXXV. köt., 11. füz. — Murphy: A case of acute Epididymitis in an undescended Testicle with Gonococci demonstrated in the excised organ. The Boston medical and surgical Journal. 1903 július. — Laurent: Die blennorrhoeische Nebenhodenentzündung. Arbeiten aus der Klinik für Dermat. und Syphilis zu Toulon. 1899–1901, 5. füz. — Pizzini: Ein Fall von eitriger Epididymitis blennorrhoeica mit einiger Betrachtungen über die Virulenz der Gonococcen. Giornale Italiano della malattie veneree et della pelle. 1900, 4. füz. — Ráskai: Az epididymitis gonorrhoeica pathogenesiséről. Orvosi Hetilap. 1900, 41. sz. — Witt: Zur Pathologie der gonorrhoeischen Epididymitis. Arch. f. Derm. u. Syph. 1899, 50. kötet, 1. füzet. — Baermann: VIII. Kongress der Deutschen Dermat. Gesellschaft. 1903. — Baermann: Über die Pathogenese der gonorrhoeischen Epididymitis und über Versuche, dieselbe durch Punktion zu behandeln. Deutsche mediz. Wochenschr. 1903. — Baermann: Weiterer Beitrag zur Path. der gon. Epididymitis. Arch. f. Derm. und Syph. 1905, 77. köt. — Horovitz: Die gon. Peritonitis beim Manne. Wiener Mediz. Wochenschr. 54. és 101. old. — M. v. Zeissl: Lehrbuch der ven. Krankheiten. Wien, 1902. — Nobl: Histologie der blenn. Deferentitis und Epididymitis. Arch. f. Derm. u. Syph. 1903, 67. köt., 2., 239. o. — Simmonds: Die Ursachen der Azoospermie. Deutsches Arch. f. Klin. Med. 1898, 61. köt., 3–4. füz. — Simmonds: Über narbigen Verschluss des Samenleiters. Verhandlungen der Deutschen Path. Gesellsch. 1899. — E. Finger: Die Blennorrhoe der Sexuelorgane. Wien, 1901. — Eberth: Die männliche Geschlechtsorgane. Handbuch der Anatomie des Menschen v. Bardeleben. 1904, II, rész, 2. fej. — Akutsu: Beiträge zur Kenntniss der Innervation der Samenblase beim Meerschweinchen. Pflügers Arch. 1903, 96. köt. — Löwenheim: Über infektiösität alter epididymitischen Reste. Allg. med. Zentralzeitung 1902, 1. sz. — Iljinsky: Die path. Anat., Hist. u. Pathogenese der gon. Epid. Zeitschr. für Urol. Chir. 1925. — Berg: Lehrbuch der ven. Krankheiten. 1902. — Carpentier: L'Urethrite blenn. aigue au point de vue bact. Thèse de Paris. 1893. — Oppenheim és Löw: Klinische und experimentelle Studien zur Pathogenese der gonorrhoeischen Epididymitis. Wirhows Arch. 1905, 182. köt. — Schindler: Über antiperistaltische Bewegungen des Vasdeferens und die Behandlung der akuten gon. Urethritis posterior. Arch. für Derm. und Syph. 85. köt. — Bruck: Über die Bedeutung provokatorischer arthigoninjektionen für Kontrolluntersuchungen bei Demobilisierung. Münchener med. Wochenschr. 1917, 33. sz. — Bruck: Über das Altern von Gonococcenimpfstoffen und über ein verbessertes Arthigon. Klin. Wochenschr. 22. sz. — Mayr: Die Aussichten der parenteralen Therapie bei der Gon. Ärztliche Rundschau. R. 1924, 3. sz. — Sommer: Über einen durch i. v. Arthigoninjektion auffallend schnell geheilten Fall von Conjunctivitis gonorrhoeica. Dermat. Wochenschr. 1919, 21. sz. — Bennauer: Einige Beobachtungen bei Arthigonbehandlung der Cervixgonorrhoe. Med. Klin. 45. sz. — Rohr: Arthigon bei einer Frühgeburt mit Arthritis gon. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1919, 22. köt. — Zirn: Über eine intraskrotale spezifische

Behandlung der gon. Nebenhodenentzündung. Dermat. Wochenschr. 1921, 29. sz. — Feis: Über die Behandlung der chr. weiblichen Gon. Monatsschr. für Geburtshilfe u. Gyn. 1921, 55. köt., 4—5. füz.

A pécsi m. kir. Erzsébet Tudományegyetem gyermek-klinikájának közleménye (igazgató: Heim Pál dr. egy. nyilv. r. tanár).

A pneumoniák egyes stadiumai és a vörösvérsejtek resistenciája közötti összefüggésről.

Új nézőpontok a vörösvérsejtek physiologiájában és pathologiájában.

Írta: Petrányi Győző dr.

(II. közlemény.)

Pneumoniás betegek vörösvérsejt-resistentiáját vizsgálták már. Hans Simmel¹ nagy összefoglaló monographiájában megemlíti a következő szerzőket: Bittorf,² Eppinger,³ Morano,⁴ Reicher,⁵ Teschendorff,⁶ kiknek vizsgálatai szerint teljesen negativ eredménnyel zárultak.

Jelen vizsgálataimnál a következő elgondolásból indultam ki: 1. A lebontott fehérjék a vérpályába kerülve, resistenciaemelkedést okoznak (akár a vörösvérsejtekhez való adsorbtio révén, akár valamely más mielőtt megváltoztató factor következtében. O. H., P. Gy. 1927, 27. sz.). 2. A pneumoniás izzadmány felszívódása a bronchusok, az alveolusokban végbemenő parenteralis fehérjeemésztés következtében jön létre (Heim Pál⁷). A vérpályába tehát ilyenkor a rendszer enterális emésztés mellett, állandóan, a táplálékfelvételtől függetlenül, parenteralisan emésztett fehérje-productumok kerülnek. Ha tehát ezen feltevések és észlelések igazak, akkor az oldódási stadiumban levő pneumoniás betegeknél az előbbi és utóbbi állapothoz képest resistenciaemelkedést kell észlelnünk.

Ennek az eldöntésére vizsgáltam typusosan és atypusosan lefolyó heveny és chronikus pneumoniás csecsemők és gyermekek vörösvérsejtjeinek resistenciáját a betegség különböző stadiumaiban.

Vizsgálataimban az előbbi dolgozatomban leírt methodikát követtem. Az eredményeket is — hasonlóan a sejtek maximalis és minimalis resistenciájához — a haemolysis százalékat érzékelhető két számmal fejeztem ki. Vizsgálataim mindig éhgyomorral, 0.44% NaCl—0.26% NaCl-os hypotoniás oldatsorozatban (10 különböző concentrációs oldat) végeztem. Az erre vonatkozó részt lásd bővebben: O. H. 1928, 38. sz. Ismétlésként csak annyit, hogy minnél nagyobbak a számok, annál nagyobb a haemolysis, azaz annál kisebb a resistencia!

Typusosan lefolyó pneumoniák és a vörösvérsejtek resistenciája.

A vizsgált 18 pneumoniás gyermek közül 11 typusosan, a szokásos klinikai tünetek mellett kezdődő és lefolyó; a többi pedig chronikus, recidiváló vagy atypusosan lefolyó tuberculosus- és egyéb infectióval, betegséggel kevert pneumonia.

A vörösvérsejtek resistenciáját a betegség első napjaiban, az oldódás szakában, az oldódás befejeztével s végül a kimenetel előtt vizsgáltam.

1. D. K. 7 hónapos, jól fejlett fiúsecsemő. Pirquet: negativ. A felvétel előtt egy nappal betegedett meg. A jobb felső és bal alsó lebeny felett kifejezett tompulat és hörgei légzés. Erős dyspnoé és elesettség. A Rönt-

gen mindkétoldalt nagy beszűrődéssel járó pneumoniát mutat. A betegség 10. napján kifejezett crepitatióval indul meg az oldódás és 6—7 napig tart. A beteg láza fokozatosan csökken. A 16—20. napon már csak subfebrilis, elvéve lehet egy-egy pattogást, szörtyölést hallani. A beteg súlya a 24. napig állandóan csökkent, ettől kezdve gyarapszik. Physikalís lelet negativ.

A vörösvérsejtek resistenciáját meghatároztam: 1. a betegség első napjaiban, mikor a tompulat teljesen massív, a hőmérsék 40 C° körül ingadozó; 2. az oldódás harmadik napján, mikor a hőmérsék maximuma fokozatosan csökken s igen kifejezett szörtyölések hallhatók; 3. az oldódás legvégén: a beteg subfebrilis, már csak egy-két szörtyölés és pattogás van; 4. a beteg teljesen láztalan, gyarapodni kezd; 5. közvetlen a kimenetel előtt teljesen normalis viszonyok között, jó gyarapodás mellett. (L. I. tábl.)

Datum	Név	Betegs. nap-szám	Status	Súly	Súly g	Resistentia Min.	Resistentia Max.
XI. 17.	D. K.	6	Magas láz	7250	0	19	272
23.	7 hó	12	Oldódás	6850	00	15	216
28.		17	Subfebrilis oldódás vége	6800	+150	44	306
XII. 5.		24	Min. physik. lelet	6770	+90	74	408
20.		39	Teljesen gyógyult	7100	+40	58	424

A pneumonia lefolyása és a vörösvérsejtek resistenciája között következő az összefüggés: a betegség hatodik napján észlelt resistenciához képest, az oldódás alatt a resistencia kifejezetten emelkedik. Az oldódás végén, mikor már kisebb a resorbtio, a resistencia csökken. A csökkenés a reconvalescencia idejében, amikor a súlygyarapodás is megindul, még kifejezettebbé válik. Teljes gyógyuláskor a resistenciacsökkenés már nem fokozódik. (A maximalis resistencia kis fokban emelkedik, a minimalis resistencia pedig csökken.)

A súly-, láz- és resistencia-görbe érzékeltetésére a következő graphikont vettem fel. (L. 1. ábra.)

2. V. I. 9 hónapos, jól fejlett, pastosus csecsemő. Pirquet: negativ. A felvétel előtt egy nappal betegedett meg. Dyspnoés, elesett, orrszárnylégzése van. Jobboldalt paravertebralis, baloldalt az alsó lebeny felső harmadában tompulat, éles hörgei légzés, crepitatio. A Röntgen megerősíti a physikalís leletet. Az oldódás a betegség 8—10. napján indul meg. Fokozatosan csökken a láza. Tompulát, határozatlan légzés és diffúze, elszórtan szörtyölések sokáig megmaradnak. A 17. napon láz- és tünetmentes. A csecsemő súlya a 14. napig esik erősen.

A resistenciát meghatároztam: 1. a betegség első napjaiban, a hőmérsék 40.7 C°, igen kifejezett a physikalís lelet; 2. az oldódás napjaiban, 38.5 C° láz, kifejezett szörtyölések; 3. az oldódás végén a physikalís lelet még intensiv, a súlygörbe meredeken esik; 4. közvetlen a kiadás előtt a reconvalescencia idején minimalis physikalís lelet, teljesen jó közérzet, erősen emelkedő tendenciájú súlygörbe.

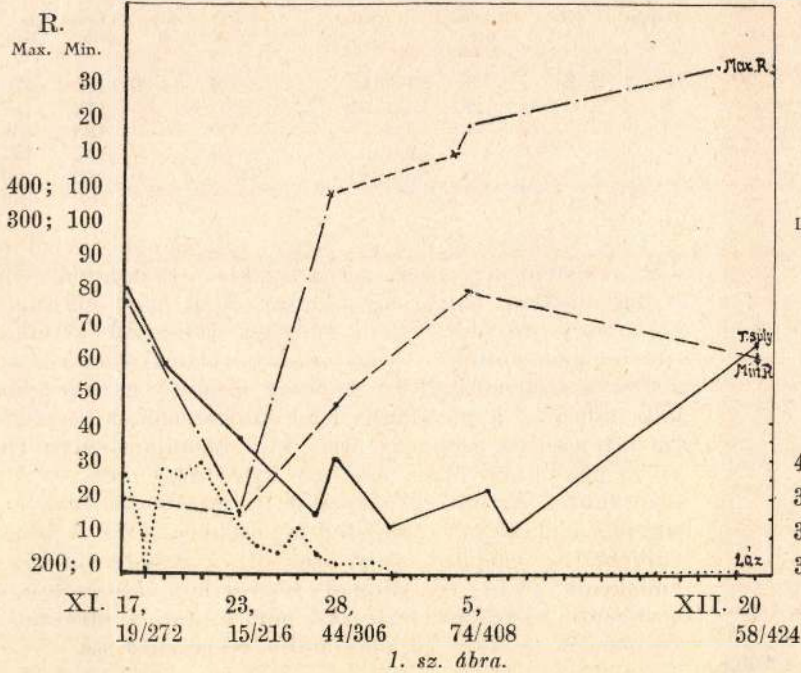
Datum	Név	Betegs. nap-szám	Status	Súly g-ban	Súly g	Resistentia Min.	Resistentia Max.
XII. 15.	V. I.	4	Súlyos állapot ..	9560	—100	91	432
19.		8	Felszívódás	9290	—40	88	370
23.		12	Átm. reconv. felé	8950	—40	110	419
29.		18	Gyógyult	9050	+100	178	443

A resistencia és a pneumonia egyes stadiumai közötti összefüggést a táblázatból leolvashatjuk. Az oldódás alatt emelkedik a resistencia, az oldódás intenzitásnak csökkenésével resistenciacsökkenés jár. Reconvalescencia az oldódás megszűnik, a súlyban erős gyarapodás áll be, a resistencia lényegesen csökken.

E beteg graphikonját is, mint egy typusos pneumoniás resistenciagörbét, mellékelem. (L. 2. ábra.)

3. B. J. 11 hónapos, jól fejlett, pastosus csecsemő. Pirquet: negativ. A betegsége 5. napján vettük fel. Fel-tűnően sápadt, dyspnoés, nyögő orrszánylegzése van. Baloldalt az alsó lebeny felett tompulat, éles hörgei lég-zés. Hőmérséke 39.5°C . Klinikai tartózkodásának má-sodik napján kritikusan leesik a láz; hőmérséke 37.5°C körül ingadozik. A betegség lefolyása alatt kifejezett crepitatiót hallani nem lehetett. A resistenstompulat, hörgei légzés szinte észrevétlenül múlik el.

A resistentiát meghatároztam: 1. a betegség he-tedik napján magas láz, kifejezett physikalís lelet nagy



súlyesés mellett; 2. a 12. napon minimalis tompulat, ér-des légzés mellett, súlygörbe áll; 3. 15. napon physikalís lelet alig van; gyarapszik; 4. 19. napon, a reconvalescencia idejében:

Datum	Név	Betegs. nap-szám	Status	Súly g-ban	Súly g	Resistentia Min.	Max.
I. 5.	B. J.	7	Súlyos állapot ..	10.200	-170	43	387
10.		12	Min. tünetek	9.500	-20	33	337
13.		15	Javulás	9.730	-30	87	405
17.		19	Reconvalescentia	9.900	+20	113	437

A felszívódást klinice észlelni teljes biztonsággal nem lehetett. A resistentiaváltozásból következett idő-pont megfelelt a tompulat oldódásának. A reconvalescencia idejében a resistencia lényegesen csökkent.

4. R. M. Közepesen fejlett és táplált, hathónapos csecsemő. Pirquet: negativ. Betegsége a behozatala előtt két nappal kezdődött. Elcsatt, nyögő dyspnoés, orrszánylegzés. A felvételkor pneumoniás gócot physica-lis vizsgálattal kimutatni nem lehetett. Röntgen bal-oldalt közepén, a felső és alsó lebenyhatárnál homályt, jobboldalt intensív hylus-árnyékot mutat. Kifejezett hörgei légzés csak a betegség ötödik napjára fejlődött ki. A hőmérsék az első hat napon 39°C körül ingado-zott. Azután hirtelen leesik 37.5°C -ra s egy pár napig ezen a niveau marad. A betegség 10. napján 38.5°C fölé emelkedik, majd lytikusan esik s 5-6 nap alatt láztalan lesz. A csecsemő 14 napig állandóan fogy, négy napig áll, majd gyarapodásnak indul.

Resistentia-vizsgálatot a betegség 4. napján (1.) alig kifejezett tüdőlelet mellett; 7. napján pseudo-kri-zis; lázleesés, kifejezett tompulat, hörgei légzés, crepi-tatio (2.) alkalmával; 10. napján magas láz, intensív tompulat, éles hörgei légzés mellett (3.); 16. napján bő oldódás a tompulat intenzitásának erős csökkenése, s a reconvalescencia idejében végeztem.

Datum	Név	Betegs. nap-szám	Status	Súly g-ban	Súly g	Resistentia Min.	Max.
I. 18.	R. M.	I. 4.	Min. physik. lelet	5600	100	74	431
21.		II. 7.	Kif. " "	5420	-60	156	447
25.		III. 11.	Visszaesés	5290	-40	110	425
30.		IV. 16.	Oldódás	5130	0	106	438
II. 3.		V. 20.	Reconvalescentia	5250	+50	145	471

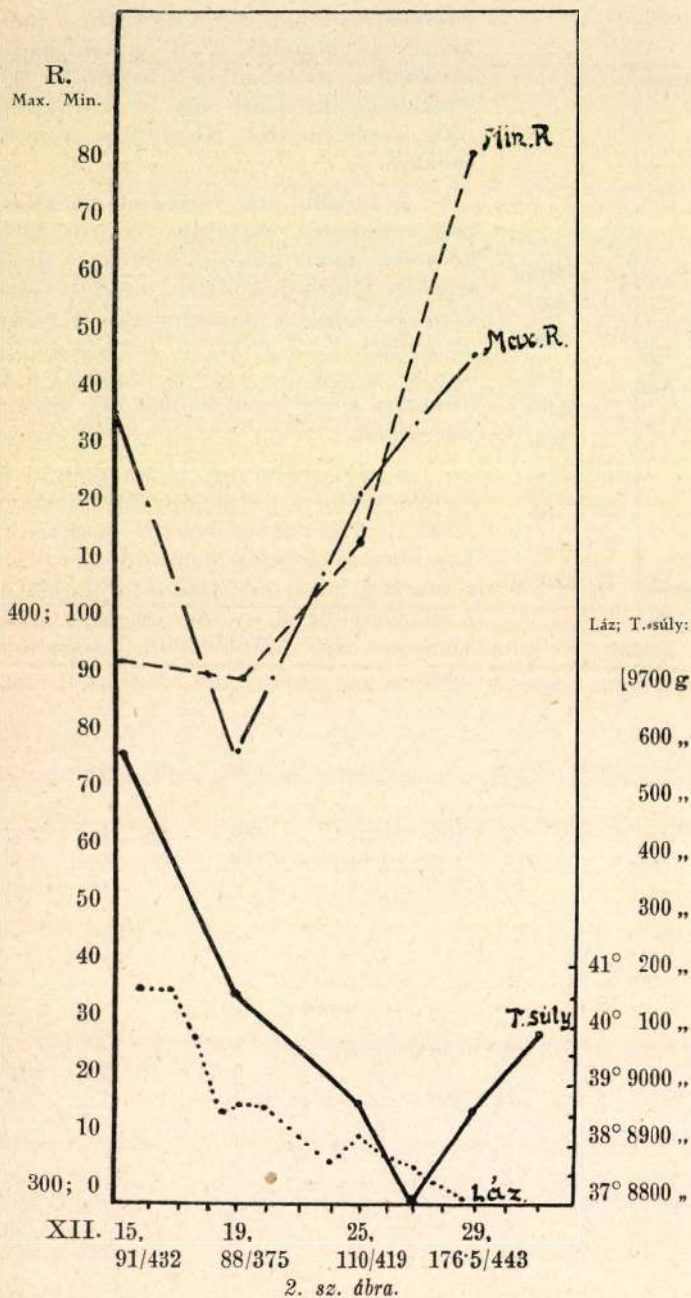
A resistentiavizsgálatból látjuk, hogy a resisten-tia a pseudokrizist nem mutatta, a beteg állapotának rosszabbodásával a resistencia emel-kedett, az oldódás alatt a minimalis resistencia növekedése fokozódik. Re-convalescencia alatt úgy a minimalis, mint a maximalis resistencia erősen csökken.

A további hat csecsemő és gyer-mek részletes statusára a rövidség kedvéért nem akarok kitérni. Mind tipikus klinikai tünetek mellett kez-dődő és lefolyó pneumoniák. Kivéve az utolsót, L. J.-t, kit a betegsége 10. napján hoztak be súlyos tünetekkel a klinikára s ott tartózkodásának 4. nap-ján exitált.

A vörösvérsejtek resistenciáját a legtöbb esetben háromszor határoztam meg: 1. a betegség kezdeti szakában; 2. a klinikailag észlelhető oldódás alatt s utoljára a reconvalescencia idejében, a kiadás előtt, 3. — A vizsgálat ered-ményeit egy táblázatban foglalom össze.

I.							
Datum	Név	Betegs. nap-szám	Status	Súly	Súly g	Resistentia Min.	Max.
I. 5.	T. Gy.	3	Kif. tompulat....	6960	-30	153	467
10.		8	Kezdődő oldódás	6860	-20	132	449
13.		11	Kif. " "	6660	-70	114	437
17.		15	Reconvalescentia	6750	+30	133	469
II.							
I. 26.	G. J.	3	Kifejezett tompu-lat hörgei légzés	10.900	0	126	475
28.		5	Magas láz.....	11.000	+50	107	439
II. 1.		10	Oldódás. Crepitatio	11.500	+130	178	479
III.							
II. 30.	K. E.	6	Kifejezett tompu-lat. Magas láz..	—	—	120	459
III. 2.		9	Oldódás	—	—	110	439
10.		17	Reconv.	—	—	143	467
IV.							
II. 11.	P. F.	4	Kif. physik. lelet..	35.200	0	133	473
15.		8	Kif. old. nagyhó-lyagú szörtyző-rejek. Láz esik..	34.800	—	100	456
18.		11	Reconv. Láztalan	35.400	—	122	459
V.							
XI. 29.	N. T.	3	Súlyos pneum. ..	28.000	Súly-esés	34	435
XII. 5.		9	Oldódás	27.200	"	14	357
VI.							
XII. 19.	L. J.	10	Súlyos tünetek ..	24.100	0	170	456
23.		14	Nem javul	24.100	0	113	356
27.		—	Exitál	—	—	—	—

A táblázatban összefoglaltakból láthatjuk, hogy a resistenciaemelkedés az oldódást mindig mutatja. Az oldódáskor felszívódásra kerülő fehérje resistenciaemelő hatásához legtöbbször a soványodáskor fellépő resistencia-emelőhatás is hozzájárul. De gyakran látunk álló vagy emelkedő tendenciájú súlygörbe mellett is resistencia-emelkedést az oldódáskor. Az adatok részletes és együttes megtárgyalásához a dolgozatomban végén fogok visszatérni.



Chronikus és recidiváló pneumoniák és vörösvérsejtek resistenciája.

1. M. K. 7 hónapos közepesen fejlett és táplált, mind a két alsó végtagjára béna (post Heine-Medin) csecsemő. Betegsége már hetek óta húzódik, köhög, nyugtalan, lázas. Klinikán már kétszer feküdt pneumoniával, először egyhónapos korában, amikor egyszer recidívája is volt; másodszor háromhónapos korában. Jelenleg elesett, nyögő dyspnoés légzése van, a jobb felső és alsó lebeny felett kifejezett tompulat mutatható ki, hörgi légzés, bronchophonia. Baloldalt diffuse közhőlyagú szörtyzörejek hallhatók. Hőmérsék 39.5 C°. (Ekkor végeztem az első resistenciavizsgálatot.) Egy-két nap alatt a hőmérsék lytikusán esik; klinikailag különös változás nincs. (Betegség 6. napja, második resistenciavizsgálat.) Klinikai tartózkodásának 12. napján

hőmérséklete 38.5 C°-ra ugrott fel, a légzés újból hörgi színezetű, a tompulat intenzívebb (harmadik resistenciavizsgálat.) Négy nap múlva a beteg újra láztalan; rövidült a kopogtatási hang, érdes légzés (negyedik resistenciavizsgálat). Pár nap múlva újra subfebrilis, légzés hörgi színezetű, crepitatio van. Baloldalt egy-két szörtyzörej még mindig hallható (ötödik resistenciavizsgálat). Az állapot egy-két nap múlva még változatlan (hatodik resistenciavizsgálat). Röntgen-controllon a tüdő statusa az egész idő alatt nem mutat lényeges eltérést.

Datum	Név	Betegs. nap-szám	Status	Súly g-ban	Súly g	Resistentia Min.	Resistentia Max.
II. 1.	M. K.	I. 3	39.5 láz.....	6000	-200	155	426
4.		II. 6	Láztalan	5910	-60	112	413
9.		III. 11	Lázás.....	5600	0	198	434
13.		IV. 15	Láztalan	5980	0	187	455
17.		V. 19	Subfebrilis	6000	0	152	450
20.		VI. 22	„	6020	-50	186	439

A táblázatból látjuk, hogy tulajdonképeni oldódási resistenciaemelkedés csak az első alkalommal van — ugyanakkor nagy súlyzuhanás. Nem lehet elkülöníteni, hogy az oldódás, — melynek kifejezett klinikai tünetei nem voltak — vagy a súlyzuhanás okozta a resistenciaemelkedést. (II.) A beteg lázas — gyarapodásnak indult — a physikalís lelet intenzívebb; a resistencia kifejezetten esökkent. (III., IV.) Láztalan, súlygörbe áll, a physikalís lelet nem oly kifejezett, a resistencia nem mutat egyöntetű változást; a minimalis resistencia nő, a maximalis resistencia csökken. (V.) A beteg subfebrilis; crepitál, súlygörbe áll, a resistencia kissé emelkedik. (VI.) Az állapot lényegileg változatlan, a resistencia egyöntetű változást nem mutat. A minimalis resistencia csökken, a maximalis resistencia nő.

2. Cs. E. 11 hónapos, rosszul táplált csecsemő. Pirquet negativ. Tuberkulin intracutan-próba 1:1000, pozitív. Egy hónap óta időnként lázas. Behozatala előtt két nappal nagyon sápadt lett. Status praesens: A jobb alsó lebeny felett tompulat, hörgi légzés és crepitatio. Az orrából véres-savós váladék ürül, a váladékból diphtheriabacillus tenyészik ki. Hőmérséke 39.5 C°. (I. resistenciameghatározást ebben az időben végeztem.) A beteg 3000 I. E. kap subcutan. A klinikai tartózkodásának 5—9. napján a láza lytikusán esik, kishőlyagú szörtyzörejek vannak. Súlygörbéje esik. (II. resistenciavizsgálat.) A 11. nap subfebrilis, a tompulat kevésbé intenzív, finom hőlyagú szörtyzörejek hallhatók. (III. resistenciameghatározás.) A klinikai tartózkodásának 16. napján újra 39 C° láza van, hörgi légzés hallható. A tompulat intenzitása erősen fokozódott. (IV. resistenciavizsgálat.) A következő napokon a beteg állapota fokozatosan javul, a tünetek intenzitása csökken. (V. resistenciavizsgálat.) Az utolsó resistenciavizsgálat után a 18. napon a beteg jóformán tünetmentes, subfebrilis. A három utolsó resistenciavizsgálat alkalmával a súlygörbe meredeken felfelé tendált. A diphtheriabacillus az orrváladékban ismételt kimutatható. A gyermek a többhónapos klinikai tartózkodása alatt ismételt recidivált.

Datum	Név	Klinikai tart. napok sz.	Status	Súly	Súly g	Resistentia Min.	Resistentia Max.
I. 17.	Cs. Zs.	I. 2	Kif. tünetek ..	6050	0	38	290
21.	Di.	II. 6	Lyticus lázesés	5900	-100	93	344
26.	Tub.	III. 11	Subfebrilis ..	5900	-50	200	484
31.	1:1000	IV. 16	Recidiva	5800	+30	109	398
II. 2.		V. 18	Fokozatos jav.	5950	+70	95	374
20.		VI. 36	Physik. lelet minimalis ..	6370	+50	126	406

Diphtheriás csecsemő, chronikus pneumonia, tuberculosís, a betegség egyes stadiumai és a resistenciaváltozás között oly kifejezett összefüggés — mint a tipikus pneumoniáknál észlelhető — nincsen. A physikalís lelet a vizsgálat tartama alatt nagyon lényeges eltérést nem mutat. Physikalísan számbajövő oldódást és resorptiót kimutatni nem sikerült. A kezdeti és végső

resistentiavizsgálat a beteg állapotának javulására enged következtetni.

A *chronikusan elhúzódó pneumoniáknál, ahol a betegség egyes szakaszai pregnánsan el nem választhatók, jellemző resistentiaváltozást észlelni nem lehet. A vörösvérsejtek resistentiáját ilyenkor igen sok (láz, súlyváltozás, minimalis oldódás alatt felszívódó fehérjék, toxinok stb.) factor befolyásolja, melyek közül azonban egy sem dominál annyira, hogy hatásával túlsúlyba jusson.*

Atypusosan lefolyó pneumoniák, vegyes fertőzések és a vörösvérsejtek resistentiája.

Ezen csoportba foglalom azon négy esetemet, melyek pneumonia diagnosissal vétettek fel. Egyrészt azonban a betegség nem folyt le tipusosan, másrészt egyéb betegséggel, bronchiolitis (I. sz.), meningitis (III. sz.), pleuritis, cruppos pneumonia (IV. sz.) társult, vagy más betegségnek bizonyult (bronchiolitis, II. sz.).

I. K. T. 8 hónapos, jól fejlett pastosus csecsemő. A felvételtől a jobb felső és középső lebeny felett rövidült kopogtatási hang van; bronchophonia és crepitatio. Baloldalt diffuse kishólyagú szörtyzörejek hallhatók. A klinikai tartózkodásának az 5. napján a tompulat intenzitása csökken. Nagyhólyagú szörtyzörejek hallhatók. Láz 37,6 C°. A 10. nap rövidült kopogtatási hang, határozatlan légzés, a szörtyzörejek száma lényegesen megkevesbedett. A 13. nap a tompulat jóformán már teljesen letűnt, egy-két középhólyagú szörtyzörej még hallható, subfebrilis.

A bronchopneumoniához társult baloldali bronchiolitis miatt a betegség egyes szakaszai között az átmenet klinice nem észlelhető.

II. S. M. 4 hónapos, jól fejlett és táplált csecsemő, nehezen, nyögve lélegzik. Behozatalkor mind a két tüdő felett diffuse érdes légzés hallható. A jobb felső lebeny felett rövidült kopogtatási hang van, ugyanitt átmeneti a légzés és kishólyagú szörtyzörejek hallhatók. A Röntgen erősen megnagyobbodott hylusárnyékot, a jobb felső lebenyben több apró gócból összetett homályt mutat. Ez a lelet az egész klinikai tartózkodása alatt nem változott, csak a légzési nehézségei szűntek meg. A klinikai észlelések pneumonia ellen s bronchiolitis mellett szóltak.

III. B. K. Nagyon elesett, lesoványodott csecsemő. Mind a két felső lebenyére kiterjedő masszív tompulata van, ugyanitt hörgi légzés. A beteg állapota nem mutat semmi javulást. A klinikai tartózkodásnak 7–8. napján meningealis tünetek lépnek fel. Pár nap alatt tipusos meningitis fejlődik ki, a beteg rövidesen exitál.

IV. K. L. 11 éves fiú. Pirquet positiv. Erősen leromlott, lázas, sápadt és dyspnoés beteg. Izgatott pleuritises köhögése van. Baloldalt hátul az interscapularis tér közepétől lefelé intenzív tompulat van, felette gyengült hörgi légzés és csökkent pectoral fremitus. Diagnózis: Pneumonia lob. inf. lat. sinistra, pleuritis exsud. lat. eiusdem.

A betegség 7–8. napjára a láz lytikusan leesik, a dyspnoéja megszűnik. A tompulat már nem olyan resistens. Crepitál. A Röntgen megerősíti a klinikai észleléseket. A beteg a betegsége alatt gyarapodott. A második resistentiameghatározást a klinice észlelhető oldódási stadiumban határoztam meg. Jellemző resistentiaváltozás nem volt kimutatható.

Ezen betegek resistentiavizsgálatainak eredményét egy táblázatban foglalom össze. A táblázatban rövid statusjelzést adok s megjelölöm, hogy a resistentiavizsgálatokat a betegség hányadik napján végeztem.

I.

Datum	Név	Klinikai tart. napok sz.	Status	Súly	Súly g	Resistentia Min.	Resistentia Max.
I. 23.	K. T.	2	Kif. tünetek	8710	0	216	484
26.		5	Creptatio. Jobb o.	8670	— 20	173	455
31.		10	Tünetek nem oly intensívek	8390	+ 40	142	458
II. 3.		13	Változás nincs ..	8450	+ 30	82	450

II.

I. 18.	S. M.	4	Röv. kopogtatási hang. Crepit. ..	5970	+ 50	197	452
21.		7	Röv. kopogtatási hang. Crepit. ..	5930	0	261	491
25.		11	Röv. kopogtatási hang. Crepit. ..	6020	+ 20	241	486

III.

II. 11.	B. K.	3	Resistenstompulát	—	—	96	423
15.		7	Allapot változtatlan	—	—	111	437
22.		14	Meningealis tünetek lépnek fel. Meningitis; exitus	—	—	80	340

IV.

XII. 7.	K. L.	2	Croupus pneum. Intermit. láz. Kif. tünetek	23·9	Fogy kg	132	466
10.		5	Betegs. intenzitása csökken	24·2	Gyarap-szik kg	157	497

A táblázatból láthatjuk, hogy az úgynevezett atypusos pneumoniáknál, melyeknél a resistentiát befolyásoló más factorok is közrejátszanak, egyöntetű és törvényszerű resistentiaváltozás nem található. Hogy ezeknél a betegeknek mi idézi elő a resistentiaingadozást, azt biztosan megmondani nem lehet. A nagyszámú factor hatásmechanizmusának magyarázata túl merész és irreális volna.

A vizsgálatból kitűnik, hogy az ú. n. atypusosan lefolyó pneumoniák stadiumait jellemző resistentiaváltozás nem kíséri.

A pneumoniás betegek vörösvérsejtjeinek resistentiaváltozásánál a következőket kell szem előtt tartani:

A betegség első stadiumában a resistentiára hat a lázas acidosis (az acidosis resistentiacsökkenést okoz, l. Chavel,⁹ Ottiker,¹⁰ Holler¹¹ stb.), a betegség kezdeti stadiumában rendszerint fennálló súlycsökkenés (resistentia emelőleg), ezek és más factorok összhatásának függvénye a vörösvérsejtek resistentiájának nagysága.

Az oldódás alatt — feltevésünk szerint — a vérpályába kerülnek parenteralisan az alveolusokból felszívódó fehérjetermékek. Ezek a vörösvérsejtekhez adszorbeáltatva (adsorptióis theoria), vagy más milieut megváltoztató hatás következtében a vörösvérsejtek resistentiáját erősen fokozzák. Ezért látunk a tipusos pneumoniák oldódási szakában resistentiaemelkedést. A betegeknek ebben az időszakban rendszerint a láza is csökken. (Az acidosis csökkenésével a resistentiát csökkentő hatásnak is kisebbbedni kell.) Gyarapodás még nem szokott megindulni. A soványodás folytán mobilizált fehérjék, zsírok resistentia emelőhatásával az oldódáskor reszorbeálódó fehérjetermékek resistentia emelőhatása csak fokozódik. Kivételes alkalmakkor ilyen esetben is észleltünk paradox reactiót. (Súlygyarapodáskor resistentiaemelkedés.) Ilyenkor az alveolusokból felszívódó fehérjetermékek pótolják a soványodáskor (negatív phasisban) a depótokból mobilizált tápanyagok resistentia emelőhatását.

Betegség javulásakor a reconvalescentia idejében láz nincs, az oldódás megszűnt (ezen factorok tehát elesnek) a beteg gyarapodni kezd, testanyagokat rak-

tároz el — positiv phasisba kerül, — tehát a resistentia csökken. A vörösvérsejtek resistentiacsökkenése, ha minden más factort ki tudunk zárni, a beteg állapotának javulására utal.

Atypusosan lefolyó, vagy chronikus pneumoniák-nál a betegség egyes szakaszaiban a vörösvérsejtek resistentiáját dominánsan befolyásoló factorok nincsenek. Ezért, ha az egyes szakaszoknak megfelelő típusos resistentiaváltozást a pneumonia kapesán észlelni nem lehet, gondolnunk kell a resistentiát befolyásoló más factorokra is. (Ilyen factor lehet pl. egy komplikáló más betegség.) *A pneumonia lefolyásának nem megfelelő resistentiagörbe tehát differentialdiagnostikai értékkel is bírhat.*

Sok esetben végeztem a resistentiavizsgálatokkal parallel vérsüllyedésssebességméréseket is (*Lintzmajer*). A süllyedési sebesség gyorsulása egyenesen arányos a vér fibrinartalmával, fehérjetermékeinek megszaporodásával. Ezért plausibilisnek látszott a süllyedési sebesség gyorsulása és a resistentiaemelkedés közötti összefüggés felvétele.

Vizsgálataim megerősítették azt az ismert tényt, hogy a pneumoniás betegek süllyedési sebessége tetemesen fokozott. Több esetben ki tudtam mutatni, hogy a fokozott süllyedési sebességgel emelkedett resistentia jár.

Az esetek más részében azonban ezen összefüggés nem volt felállítható. Az az impressióm, hogy a resistentiaváltozással sokkal finomabb különbségek észlelhetők, mint a süllyedési sebességgel. A resistentiaváltozást előidéző factorokat a süllyedésssebességet szabályozókkal pedig teljesen egy nevezőre hozni nem lehet.

Jelen vizsgálataimmal két dolgot szeretnék megerősíteni, az egyik, hogy az oldódás alkalmával parenteralisan felszívódott fehérjék keringenek a vérpályában, a másik, hogy a resistentiaemelkedést úgy okozák, mint a többi keringő fehérjetermékek.

Összefoglalás.

1. A typusosan lefolyó pneumoniák oldódási szakában resistentiaemelkedés van.
2. A reconvalescencia idejében a resistentia csökken.
3. Az oldódáskor, táplálékfelvételnél, soványodáskor beálló resistentiaemelkedés egy okra vezethető vissza. A vérpályában keringő megszaporodott fehérjetermékeknek a vörösvérsejtekhez való adsorptiójára.
4. Chronikus vagy atypusosan lefolyó pneumoniákat jellemző resistentiaváltozás nem kíséri.
5. Súlyos pneumoniás betegek vérsüllyedési sebessége fokozott (18—30—48 perc).
6. A resistentiaemelkedés és a süllyedési sebesség fokozódása között törvényszerű és mindig fennálló kapcsolatot vonni nem lehet.

Irodalom: ¹ H. Simmel: *Ergeb. der Inn. Med. und Kinderheilk.* 1925, 27. köt. — ² Bittorf: *Deutsche Arch. f. klin. Med.* 1918, 126. köt. — ³ Eppinger: *Kraus-Brugsch.* 1923, VI., 2., III. — ⁴ Morano: *Clinica medica ital.* 1902, 162. — ⁵ Teschendorf: *Fol. Haematol.* 1923, 28. köt., 87. old. — ⁶ Petrányi Gy.: *O. H.* 1927, 27. sz. — ⁷ Heim Pál: *O. H.* 1927. — ⁸ Petrányi Gy.: *O. H.* 1928, 39. — ⁹ Chanel: *These de Lyon.* 1880. — ¹⁰ Ottiker: *Fol. Haematol.* 18. köt., 1. füz. — ¹¹ Holler: *Zeitschr. f. klin. Med.* 87. köt., 72. old. — ¹² Fahreus Robin: *Acta med. Scandinav.* 55. köt., 1—2. füz.; *Ref. Zentralbl.* 13. köt., 58. old.

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

Csepleszcsevarodás esetei.

Írta: *Czirer László dr. egyetemi tanársegéd.*

Oberstnek 46 évvel ezelőtt közölt első csepleszcsevarodás-esete óta a legutóbbi évekig 134-re emelkedett a közölt esetek száma, vagyis átlagosan számítva, minden évre három észlelt és közölt eset esik. A megbetegedés tehát elég ritkának nevezhető; annál feltűnőbb, hogy az I. számú sebészeti klinikán három hónap leforgása alatt három esetet volt alkalmunk operálni, a két utóbbit nyolcnapos időközben.

1. eset. Sz. J. 41 éves vasutas évek óta jobboldali, visszahelyezhető lágyéksérvben szenvedett. Felvétele előtt két hónappal hirtelen rosszul lett, hasa jobb felében görcsei támadtak, csuklott, émelygett és ez idő óta szék és széklet nem távoztak tőle. Orvosa vakbélgyulladást kórismézett és a klinikára küldte. Felvételekor a jól fejlett és táplált férfinak egész hasa puffadt és mérsékelt fájdalommal volt. A kifejezett nyomási fájdalom az ileocecalis tájon, az izomvédekezése ugyanitt és a tízezres fehérvérsejtszám megerősítették a vakbélgyulladás kórisméjét. *Műtétnél* (1928. V. 12. *Czirer*) a hasüreg megnyitásakor vörhenyes savó buggyanik ki, amely bél- vagy csepleszelhalásra hívta fel a figyelmet. A metszést meghosszabbítva, láthatóvá vált az egész cseplesz, amely tenyérnyi, véresen beivódott és hatalmasan megvastagodott képlet alakjában a has jobb felében foglalt helyet, s alsó csücskén tollszárvékony heges köteg útján volt a sérvtömlő nyakához rögzítve. Az összenövést átvágva, kiemeltük az egész csepleszt, amely csaknem egészében hossz tengelye körül négy és félszer meg volt csavarodva, s itt a csavarodás helyén, fenn a harántremese alatt alig kétujjnyi köteggé keskenyedett meg. A csavarodás helye fölött a csepleszt magasan az ép szövetben eltávolítottuk és az üres tömlőjű lágyéksérvet szabványosan ellátva, a hasüreget elsődlegesen zártuk. A beteg zavartalanul meggyógyult és két hét múlva egészségesen távozott.

2. eset. M. S. 51 éves férfi kórelőzményében vérhas és jobboldali lágyéksérv szerepelt. A klinikára való beszállítása előtt két nappal hirtelen görcsös hasi fájdalmak lepték meg, amelyek főleg a has jobb felére szorítkoztak és mindinkább fokozódtak. A beteg hasa feltűnően elődomborodott, fájdalmas volt, de nem csuklott, nem hányt, széke is rendszeren volt, tehát bélelzáródásra utaló tünetek hiányoztak. Az ileocecalis tájékon az izomvédekezés dacára kétujjnyi vastag köteget tapasztottunk, amely nyomásra igen fájdalmas volt. 11 ezres fehérvérsejtszám és 37,2 C° hőmérséklet mellett féregnyúlványgangraenára gondoltunk és a beteg azonnal megoperáltuk (1928. VII. 15. *Czirer*). *A műtétnél* az izomzat átmetszésével hatoltunk a hasüregbe, amelyből véres savó ürült és a sebnyílásba tolazkodott a kétférfiökölnyi, feketés-szedesvörös, elhalt cseplesz, amely tengelye körül három és félszer volt megcsavarodva, s amelynek egy részlete a megcsavarodott cseplesz közepén levő nyíláson bujt át. A megcsavarodott cseplesz szabadon feküdt a hasüregben, hasüri szervekkel vagy sérvtömlővel nem volt összenöve. A csepleszt az előbbi esethez hasonlóan az ép szövetében távolítottuk el, minthogy azonban a viszerek még itt is vérrögökkel voltak kitöltve, kénytelenek voltunk a nagy-csepleszt még magasabban, közvetlenül a harántvastagbélben való eredésénél eltávolítani. Ezután a féregnyúlványt is eltávolítva, a hassebet elsődlegesen egyesítettük. A beteg zavartalan sebgyógyulás után a tizedik napon távozott a klinikáról.

3. eset. T. L. 30 éves férfi felvétele előtt egy nappal ugyancsak hirtelen lett rosszul. Hasában pontosan meg nem határozható helyen nagy fájdalmakat érzett, szédült, csuklott és zöldes folyadékot hányt. Fájdalmi később mindinkább fokozódtak, majd igen heves görcsök alakjában állandósultak. A magastermetű, közepesen táplált férfit betegnek jobboldali visszahelyezhető lágyéksérve mellett fennálló klinikai tünetei megint csak vakbélgyulladásra hívták fel a figyelmet. A beteg hasa mérsékelt elődomborodott, nyomásra mindenütt, de különösen az ileocecalis tájékon fájdalmas volt. A legnagyobb fájdalmat azonban nem a Mac-Burney-

ponton jelezte, hanem ettől kissé befelé és főleg lefelé, a symphysis felett a jobb sérvkapu tájékán, ahol az izomvédekezés is a legkifejezettebb volt. Erre való tekintettel, továbbá a jelenlevő sérvet és végül nem utolsó sorban az „esetek halmozódását” is számításba véve, kórisménk csepleszcsavarodás volt, amelyet a műtét igazolt is (1928. VII. 22. *Czirer*). A hasüregből véres savó ömlött elő és kiderült, hogy a nagycespleszt két-harmad részében szederjes, részben teljesen elhalt kékesfekete, kétököllyi daganatszerű tömeggé alakult, amely tengelye körül négyszer megcsavarodott és alsó csücske a sérvtömlő belső, hasüri nyílásához szálagos összenövésnek útján rögzített. Az összenövés szétválasztása után a csepleszt resécáltuk és a feregnyúlványt is eltávolítva, a hassebet elsődlegesen rétegesen egyesítettük. A beteg szövődmény nélküli sebgyógyulás után tizednapra távozott.

Mindhárom esetben tehát jobboldali lágyéksérvel szövődött csepleszcsavarodást találtunk a műtét alkalmával, amelyet a két első esetben vakbélgyulladás kórisméje alapján végeztünk. Csak az utolsó esetben sikerült a helyes kórismét már a műtét előtt megállapítanunk, ami talán csak azért volt lehetséges, mert egyáltalában gondoltunk ennek a megbetegedésnek lehetőségére. Az első és második esetben a cseplész alsó csücske a sérvtömlőhöz volt rögzítve, míg a másodikban szabad hasüregi csepleszcsavarodással állottunk szemben. Mind a három esetben a cseplész alsó felének göbös-dudoros, daganatszerű megduzzadását, a felsőbb részletnek kocsányszerű elvékonyodását találtuk. Egészen különös és egyedülálló második esetünk lelete, ahol a cseplésznek egyik darabja a cseplésztest egy rarefactiós nyílásába szorult, incarcerálódott, ami talán az egész csavarodásnak megindítója lehetett. A megcsavarodott cseplész mindhárom esetben a jobb hasfélben foglalt helyet, így a feregnyúlványlabbal való összetévesztés már csak ezzel is magyarázható. Mindhárom esetben a megcsavarodott és elhalt vagy elhalófélben levő cseplész resécálásából állott a műtét, amely minden esetben teljes gyógyulást hozott.

Verebélynek 1907-ben közölt esete óta 56 közleményt tudtam az irodalomból összegyűjteni, melyeknek egy része az esetek egyszerű közlésére szorítkozik, más része pedig ugyanekkor elméleti megállapításokra is kiterjeszkedik. Végigtekintve e közleményeken, azt látjuk, hogy az esetek túlnyomó többségében a cseplészcsavarodás fennálló sérv mellett keletkezett. Ennek megfelelőleg felosztjuk sérvvel szövődött és sérvnélküli, vagy szabad hasüregi csavarodásokra (*Prutz*, *Monnier*, *Armstrong*, *Steiner*, *Gucci*). *Schümann* három csoportra osztja a cseplészcsavarodásokat: herniás torsióra, intraabdominalis torsióra sérvvel és intraabdominalis torsióra sérv nélkül. Ezzel mindenben meg egyező *Corner* és *Pinches* felosztása és hasonló hozzá *Wolffé*, aki megkülönböztet vissza nem helyezhető sérvnél, üres sérvtömlő mellett és sérv nélkül keletkező csavarodásokat.

Lefebvre két nagy csoportba sorolja a cseplészcsavarodásokat és e kettőn belül még alcsoportokat különböztet meg; az első főcsoportot alkotják a sérvvel kapcsolatban létrejött csavarodások, amelyek vagy zárt sérv, vagy üres sérvtömlő mellett keletkeznek. Az előbbinek alcsoportjaiba tartoznak azok az esetek, amelyekben a csavarodás a tömlőben történt és az úgynevezett kettős torsiók, amelyekben a csavarodás részben a sérvtömlőben, részben pedig a hasüregben van. A második főcsoportba a szabad hasüri csavarodásokat sorolja; ezek lehetnek egyszerűek vagy komplexek. Az előbbiek ismét részlegesekek vagy teljesek; az utóbbiak körébe azok tartoznak, amelyek megállapítható okra vezethetők vissza (appendicitis, ovariumcysta, ad-

nexitis stb.). *Bufalini* két csoportot különböztet meg: pseudohernia- és pseudoappendicitis-alakot.

A leghasználhatóbb *Lefebvre* felosztása, amelyet teljesség kedvéért a következőképp egészítenék ki:

1. Cseplészcsavarodás sérvvel kapcsolatban: 1. zárt sérvvel; a) csavarodás a tömlőben, b) csavarodás a tömlőben és hasüregben; 2. üres sérvtömlőhöz szálagosan rögzített cseplész mellett; 3. üres sérvtömlővel.

II. Csavarodás a szabad hasüregben: 1. egyszerű, összenövés nélkül; 2. complex, cseplészlenövés.

Valamennyi felosztásnak természetesen tisztán a csavarodás bonctani megjelenése az alapja, amelyből a csavarodás okára, vagy mechanizmusára következtetést nem vonhatunk le.

A cseplészcsavarodás okait tekintve, legkézenfekvőbb lenne a sérvvel oki összefüggésbe hozni. Kétségtelen ugyanis, hogy legtöbbször — *Schümann*, valamint *Wolff* szerint 90%-ban — sérv mellett keletkezik, amint azt a mi eseteinkben is láthatjuk. Az esetek egy kis részében viszont a legkülönbözőbb okok szerepelnek előidőzésében, ezért hajlamosító okok mellett a legkülönbözőbb okokat kell a cseplészcsavarodás létrejöveteléhez elfogadnunk. *Cernezzi* idült epiploitist és összenövéseket említ, *Schoenholzer* idült feregnyúlványlobot és epiploitist, *Litthauer* viszont a sérv mellett a traumát, erős testi munkát és fokozott hasprést okolja. *Prutz* és *Monnier* szerint a sérv jelentősége abban a szerkezeti elváltozásban van, amelyet a sérv a cseplészen előidéz és amelyhez hasonlókat idült hashártyamegbetegedések is elő tudnak idézni a cseplészen; a cseplész megduzzad, csomós dudorok képződnek rajta; szerintük a csavarodás nem a viszerek túltelődése folytán következik be — amint azt *Payr* feltételezi —, hanem fordítva, a cseplésszel együtt a viszerek is elfordulnak és kiürülésük ezáltal akadályozott. Igen fontos szerepet tulajdonítanak külső és belső mechanikus tényezőknek, ezek között — amint azt *Payr* is kiemeli — a hasfal mozgásainak. *Wildenskoo* szerint a sérvvel együtt fennálló cseplészcsavarodás eseteiben a cseplészen idült gyulladás jön létre következményes hypertrophiával, ami által a cseplész lassanként megnyúlik, kihúzódik. *Riedel* úgy gondolja, hogy ezekben az esetekben mindig jelen van már kezdetől fogva bizonyos sérvhajlam; a hashártya kis kitüremkedésébe belekerül a cseplész, majd megint visszacsúszik. Ez többször ismétlődve, a cseplész csomósodásához, megvastagodásához vezet, végül egyik visszacsúszása közben megcsavarodik. Praedisponáló okoknak tartja *Hadda* a cseplésznek csomós hypertrophiáját és nyélképződését, mások pedig a sérvet, feregnyúlványlobot, adnexmegbetegedéseket, erős köhögést.

Block a cseplész rendellenes rögzítésében látja a csavarodás okát, amikor a bélperistaltica a két pont között rögzített cseplészt, mint függőágyat a tengelye körül megforgatja. *Cinaglia* a csavarodás okai között a hasat érő külső behatást, heves testmozgást említi, amelyek a valamely okból megvastagodott és környezetéhez lenőtt cseplész megcsavarodását kiváltanák. A csavarodás oka szerinte még sklerotizáló epiploitis, amely megvastagodáshoz és szalagképződéshez vezethet, a szalagok zsugorodása pedig a cseplész lassú megfordulását eredményezi. *Pollidori* szerint praedisponáló ok a cseplész megvastagodása, daganata, vagy összenövése a hasfallal, vagy valamely hasi szervvel.

Legvalószínűbb *Wolff* feltevése, amely szerint minden csomósan megvastagodott cseplész hajlamos a csavarodásra. Hogy ezt a megvastagodást sérv okozta-e vagy gyulladás, ez teljesen mindegy. A viszeres pangás nem előidézője, hanem következménye a csavarodásnak, s ez az, ami a kórkép hevenyvé válását okozza.

Sérvvvel egyidejű csavarodásnál szerinte a sérvtömlőben megvastagodott cseplesz a csavarodás előfeltétele, s ha a hasprés következtében bél kerül a sérvtömlőbe, a megvastagodott cseplesz bizonyos nagyságnál csavarodást fog szenvedni.

Eseteink alapján a magunk részéről így fogalmaznók a pathogenesist. *Alapfeltétele* a cseplesz bizonyos tipikus elváltozása, úgyannira, hogy kimondhatjuk: ép, normalis alkatú cseplesz nem csavarodhatik. Ez az elváltozás kettős; egyrészt a cseplesz egy alsóbb részlete, vagy egész lemezének alsó fele epiploitis folytán, amely lehet mechanikus, vagy fertőzőes, avagy egyenetlen zsírlerakódás (lipomatosus) folytán göbös-dudoros daganattá lesz, másrészt felső, a remésén tapadó gyöki részlete akár fejlődési alkata, akár a physiologiás ritkulás fokozódása folytán, akár sérvbe történő vongálása kapcsán, vékonyabb kocsánnyá húzódik ki. Vékony, keskeny kocsányon lógó daganatszerű göbös alsó csepleszrészlet a csavarodás alapfeltétele. *Elősegíti* a csavarodás bekövetkezését a daganatszerű alsó részletnek lenövése (sérvcapához, sérvtömlőhöz, appendixhez, hasfalhoz), vagy beszorulása a sérvbe. A csavarodás megindítója, *kiváltója* minden olyan külső vagy belső behatás, amely ezt a kocsányos daganatot meglágyítani képes; ilyen lehet heves, csavaró testmozgás, sérvtartalom visszahelyezésére végzett nyomkodás, a beleknek hirtelen megtelődése vagy kiürülése, erősebb peristaltica.

Egészen különös második esetünk lelete a cseplesz egy részének autoincarcerációjával; ez a részleges kizáródásos keringési zavar lehetett ugyanis az egész cseplesz csavarodásának kiváltója, oly értelemben, amint rendszeren a csavarodásnak *Payr* magyarázata szerint okozója. Rendszeren ugyanis a csavarodásnak csak *befejezője* a véráramlásnak az a mechanikus hatása, amit *Payr* említ, az ütőereknek lüktetése, s ezzel nyomása az egyik irányból, a vizserek elzáródása a másik irányban ugyanis befejezi a csavarodást.

A csepleszcsavarodás klinikai tünetei annyira nem jellemzőek, hogy a legkülönbözőbb heveny hasi megbetegedésekkel téveszthető össze. Leggyakrabban hirtelen kezdődik, émelygéssel, esetleg hányással és hasi fájdalommal, amelyek többnyire a jobb alhasfélbe helyezettek. Ugyanitt izomvédekezés és néha fájdalmas resistentia tapintható. A fájdalom nagyjából a Mac-Burney-pont tájékán a legkifejezettebb, de nem oly pontosan körülírt, mint a féregnyúlvány-lobnál (*Gucci*). Ugyanezt tapasztaltuk mi is a harmadik esetünkben. A láz rendszerint nem magas, 37–38,5 °C között ingadozik és ritkán éri el a 39 °C-ot. A fehérvérsejtszám többnyire emelkedett; eseteink közül az egyikben 10, a másikban 11 ezerre szökkent fel.

Ha a csavarodás sérvtömlőben történt, a kizárt sérvre jellemző tünetek lépnek előtérbe, hasüregi csavarodásnál viszont epiploitis, bélelzáródás, volvulus, megcsavarodott petefészek-tömlő, letokolt hasi tályog és elsősorban féregnyúlvány-lob azok a betegségek, amelyekkel összetéveszthető. A csepleszcsavarodás főleg a jobb alhasfélben játszódik le, amit a jobb csepleszfél nagyobb mozgékonyágával magyaráznak (*Cinaglia*, *Cowel*), s ezért kerülnek az esetek leggyakrabban féregnyúlvány-lob kórismével műtetre. *Block* csepleszcsavarodás jellemző tünetének tartja hasi resistentia hirtelen felléptét sérvben szenvedő egyénekénél.

A csavarodás szövödményei thrombosis, embolia, bélvérzés és hashártyagyulladás lehetnek. Gyógyítása kizárólag műtéti lehet, s minthogy túlnyomórészt oly megbetegedésekkel téveszthető össze, amelyek maguk is gyors műtéti beavatkozást igényelnek, — jóformán

valamennyi eset idejekorán kerül műtetre és ezért a műtét kórjósolata is jó. Az irodalom adatai szerint átlag 4–5% a halálozás, de ez is leginkább a késői műtét és közbejövő betegségek rovására írandó. Műtétnél a hasüreg megnyitásakor abból mindig véres savó ürül és a többszörösen megcsavart csepleszen a gangraena legkülönbözőbb fokait találjuk.

A műtét a megcsavart cseplesztömeg visszacsavarásából, esetleges összenövések felszabadításából és az egész elhalt vagy elhalófélben levő cseplesznek az ép csepleszszövetben való eltávolításából áll (*Hansen*, *Mullen*). Fontos ez azért, mert — mint azt a mi második esetünkben is láthattuk — az elhalás határához közeli, látszólag ép csepleszszövetben is lehetnek thrombotizált vizserek, amelyek egyrészt embolia létrejöttével, másrészt az elhalásnak felfelé való terjedésével operált betegeink életét veszélyeztethetik.

Irodalom: *Armstrong*: A case of intraabdominal omental torsion. Interstate med. journal. 1913, 20. köt. — *Balduin*: Netztorsion. Prager med. Wochenschrift. 1910, 45–46. — *Block*: Torsion of the omentum. Journ. of the Americ. med. assoc. 74. köt., 13. sz. — *Bufalini*: Contributo clinico allo studio della torsione intraaddominale dell'omento. Policlinic. sez. chir. 1924, 31. évf., 6. füz. — *Bulman*: A case of torsion of the omentum simulating appendix abscess. Lancet. 1924, 207. köt., 3. sz. — *Brown*: A case of abdominal torsion of the omentum. Brit. med. journ. 1926, 3396. sz. — *Corner*: A case of torsion of the great omentum and habitual partial reduction en masse. Brit. med. journ. 1908. — *Cernezzi*: La torsione del grande epiploon. Milano Vallardi, 1909. — *Cinaglia*: Un caso di torsione intraaddominale dell'omento. Gaz. degli osp. e delle klin. 1913, 34. évf., 83. sz. — *Cinaglia*: La torsione del grande omento. Policlinico, sez. prat. 1920, 27. évf., 29. sz. — *Cowell*: Abdominal torsion of the omentum. Brit. journ. of surg. 1925, 12. köt., 48. sz. — *Divis*: Torsion des omentum. Casopis lekaruv ceyskich. 1921, 60. évf., 19. sz. — *Fuller*: Intraabdominal rotation of the great omentum unaccompanied with hernia. Surg. gynec. and obstet. 7. köt., 2. füz. — *Finsterer*: Über die Torsion des grossen Netzes. Versammlung Ärzte in Salzburg. 1909. Zentralblatt, 1909, 2. köt. — *Finsterer*: Über die Torsion des grossen Netzes. Bruns-Beitr. z. klin. Chir. 68. köt., 2. füz. — *Grant*: Torsion the omentum. Surg. gynec. and obstet. 7. köt., 2. füz. — *Genewein*: Ein eigenartiger Fall von Netztorsion als Beitrag zur Entstehung von Bauchschmerzen. Zentrbl. f. Chir. 1922, 49. köt., 34. sz. — *Gucci*: La diagnosi della torsione del grande epiploon. Rev. osp. 1925, 9. sz. — *Hadda*: Die Torsion des grossen Netzes. v. Langenbeck's Archiv. 92. köt., 3. füz. — *Hedley*: Torsion of the great omentum. Brit. med. journ. 1911. — *Hansen*: Über Epiploitis und Omentumtorsion. Acta chir. scandinav. 1924, 57. köt. — *Kothe*: Stieltorsion des Netzes. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins, 1908. Zentralblatt f. Chir. 9. sz. — *Koster*: Acute omentovolvulus. Americ. journ. of the med. sciences. 1926, 172. köt., 2. sz. — *Lapeyre*: Sur l'omentovolvulus on torsion du grand épiploon. Arch. prov. de chir. 1907, 5. sz. — *Lapeyre*: Deux cas de torsion intraabdominale du grand épiploon. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 33. r. — *Litthauer*: Über Netztorsion und Netzeinklemmung. Deutsche Zeitschrift f. Chir. 104. köt. — *Levit*: Zwei seltene Netztorsion. Casopis lekaruv, 1911, 33. sz. — *Lefebvre*: Apropos des torsions de l'épiploon. Arch. franco belg. de chir. 1923, 26. évf., 2. sz. — *McIver*: Torsion of the great omentum. Boston med. a surg. journ. 1923, 188. köt., 3. sz. — *Mullen*: Torsion of the great omentum. Surg. gynec. and obstet. 1925, 40. köt., 5. sz. — *Morosowa*: Ein Fall der Netztorsion. Novy chirurg. Arch. 1924, 6. köt., 2–3. füz. — *Nilson*: Intraabdominale Einkapselung des durch Selbstdrehung sequestrierten grossen Netzes. Acta med. scandinav. 1923, 59. köt. — *Potherat*: Torsion intraabdominale du grand épiploon. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. XXXV. r. — *Prutz*, *Monnier*: Die chir. Krankheiten und die Verletzungen des Darmgekröses und der Netze. Zentralorgan. 1913, 1. köt. — *Patel*, *Santyl*: Un cas de torsion intraherniaire du grand épiploon. Lyon. chir. 1913, 10. köt., 1. sz. — *Pollosson*: Torsion abdominale chronique du grand épiploon. Lyon. chir. 1925, 22. köt., 4. sz. — *Pollidori*: Contributo alla conoscenza

della torsione dell'omento. Arch. ital. di chir. 1927, 17. köt., 4. füz. — *Rosenák*: Zwei Fälle von retrograder Omentumtorsion. Gyógyászat, 1922, 3. sz. — *Spisharny*: Zur Frage von der Torsion des ganzen Netzes. Praktischschschi Wratsch, 1909, 6. sz. — *Seefisch*: Zur Frage der Netztorsion. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins, 1909. — *Schoenholzer*: Über Netztorsion. Korrespondenzblatt f. schweizer Ärzte, 1909, 22. sz. — *Steiner*: Über Netztorsion. Deutsche med. Wochenschrift, 1910, 28. sz. — *Schümann*: Über die Torsion des grossen Netzes. Med. Klin., 1910. — *Schönwerth*: Über intraherniäre Netztorsion. Bruns Beitr. z. klin. Chir. 70. köt., 1. füz. — *Swain*: The diagnosis of the torsion of the great omentum illustrated by two case histories. Bristol med. chir. journ. 1920, 37. köt. — *Simon*: Les torsions du grand épiploon. Arch. franco-belg. de chir. 1921, 25. évf., 3. sz. — *Schwarz*: Netztorsion unter dem Bilde der acuten Cholecystitis. Zentralblatt f. Chir. 1926, 53. évf., 1. sz. — *Taddei*: Di un caso di torsione intraaddominal dell' omento. Rif. med. 1921, 37. évf., 13. sz. — *Tenckhoff*: Zur Entstehung der Stieldrehung innerer Organe. Deutsche Zeitschrift f. Chir. 1923, 178. — *Verebely*: Über Netztorsion. Wien. med. Presse, 1907, 43. sz. — *Vick*: Acute torsion of the great omentum. Brit. med. journ. 1911. — *Wildenskoo*: Ein Fall von Netztorsion. Ugeskrift f. Laeger. 1920, 82. évf. — *Wolff*: Über Netztorsionen. Zentralblatt f. Chir. 1922, 49. évf., 27. sz. — *Wolff*: Beitrag zur Pathogenese der Netztorsion. Bruns Beitr. z. klin. Chir. 1922, 127.

A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem ideg- és elmegyógyászati klinikájának közleménye (igazgató: Benedek László dr. egyetemi ny. r. tanár).

Az ichthyosis visszaütő nemhez kötött öröklődése.*

Írta: Csörsz Károly dr., klinikai tanársegéd.

Az alábbiakban az ichthyosis familiarisra egy eddig e betegséggel kapcsolatban igen ritkán észlelt öröklődésmenetet mutató családfát van alkalmam ismertetni. A család 31. számmal jelzett tagja a *Neuber* professor úr vezetése alatt álló bőr- és nemikórtani klinikán észleltetett s *Dóczy* tanársegéd úr volt szíves reá figyelmemet felhívni. Ugyancsak a nevezett klinikának orvosi kara volt szíves kérésemre a szakorvosi kontrollt 15 esetben teljesíteni, úgyhogy családfám ebben a tekintetben is igyekszik kibővíteni azt a hiányt, amelyre már *Siemens* is reámutatott, hogy t. i. az ichthyosisos családok látszólag egészséges tagjainál az abortív esetek után való rendszeres szakorvosi kutatást nélkülöztük. Az elhalt családtagok az anomaliától sujtott vagy ép volta a különböző korszégekben egymástól távollakó családtagoknak pontos kikérdezése által állapítottatott meg. Az ilyen módon történt megállapítások tekintettel arra, hogy 1. az anomalia és annak családi természete a családtagok között már rég ismeretes volt s a betegségtől sujtottakat számon tartották, 2. nem tekintvén valódi betegségnak, nem is titkolják, 3. a bemondások egyenlően hangzottak, olyan megbízhatósági követelménynek tesznek eleget, amelyet olyan régebbi nemzedékre vonatkozólag, ahol írásos emlékek nem maradtak, egyáltalában felállítani lehet.

Az 1-gyel jelzett ős B. Imre, 10-, 13-, 17-tel jelzett unokáinak állítása szerint szenvedett a bántalomban; 2-vel jelzett felesége K. Mária, ellenben attól mentes volt.

A 7-, 10-, 11-, 14-, 15-ös számúak határozottan azt állítják, hogy a 3–8-as tagokból álló nemzedék, ú. m.: B. Mária (T. Mihályné), B. Margit (B. Imréné), B. Zsófia (S. Lörinéné), B. Juliánna (Sz. Mihályné), B. Eszter és B. Imre mentesek voltak a betegségtől.

* A magy. kir. népjóléti és munkaügyi minisztérium egészségügyi reformirodájának anyagi támogatásával készült dolgozat.

A 9-es számú T. Imre előkeríthető nem volt, azonban a család köztudata szerint őt sujtotta a ma élők közül legerősebben a betegség.

A 10-es T. Mária (K. Imréné) a megejtett szakorvosi vizsgálat szerint teljesen ép.

11-es B. József, 13-as testvére, nemkülönben felesége előadása szerint ettől a betegségtől sujtott volt. Ugyancsak sujtottnak mondja a 13-as testvér a kiskorban elhalt 12-est, B. Istvánt is.

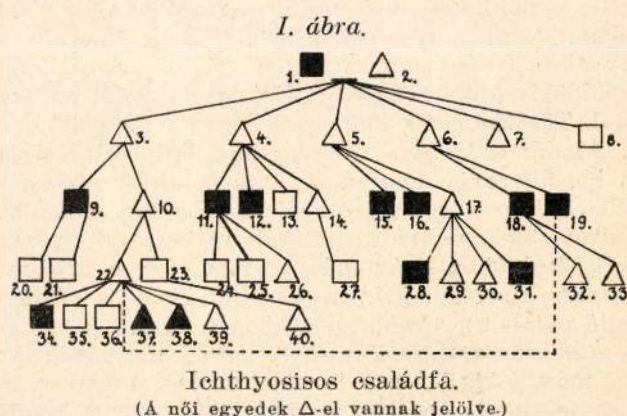
13-as B. Sándor és 14-es B. Mária (B. Gáborné) épek.

15-ös S. Sándor és 16-os S. Lörinc, testvérük (17) és unokatestvérük (10) szerint szenvedtek e betegségben.

17-es S. Esztert (özü. M. Mihályné) a bőrklinikán megejtett vizsgálat teljesen épnek találta.

18-as Sz. Mihály bőrgyógyászati lelete a következő:

Az egész test bőre száraz, érdeesebb tapintatú. A hajlatok bőre elváltozást nem mutat. Felső végtagok-



nak feszítő oldalán, valamint az alszáraknak úgy a feszítő, mint a hajlító oldalán, különösen mindkét alszár feszítő oldalán és bokatájék körül finom gombostűfejnyi, itt-ott lencsényi, piszkosbarna színű, alapjuktól nehezen eltávolítható pikkelyek láthatók.

19-es Sz. Péternél a következő elváltozás található: Az egész test bőre általában halvány, száraz, hajjas fejbőr, nagyfokú korpázó hámlást mutat. Hajlatok bőre elváltozást nem mutat. Az egész törzsön, úgy a felső, mint az alsó végtagokon, különösen pedig az alszárak feszítő oldalain a bőr finoman ráncolható, reaktiomentes alapokon itt-ott kisfokú lemezes hámlást mutat, másutt gombostűfejnyi, lencsényi, sőt nagybabnyi nagyságú, néhol szorosan egymás mellett ülő piszkosbarna színű, erősen tapadó, pikkelyes hámlás látható.

Nevezett házasságra lépett másodfokú unokahúgával (22-es).

20-as T. Imre, 21-es T. Pál, 22-es K. Eszter, 23-as K. Imre, 24-es B. József, 25-ös B. Imre egészségesek.

26-os gyermekkorában elhalt leány, édesanyja előadása szerint egészséges volt.

27-es B. Gábor vizsgálható nem volt, édesanyja állítása szerint egészséges.

28-as M. Mihály bőrklinikai lelete a következő:

A hajjas fejbőr száraz, finom korpázó hámlást mutat. A torok- és szájképletek elváltozást nem mutatnak. Mindkét lágyékhajlatban néhány élesen körülírt, nyomásra nem fájdalmas, külön-külön tapintható nyirokmirigy van. Combok hajlító felszínén, az alsó harmadban, a térdhajlatra is ráterjedőleg egy pár tyúktollvastagságú, puha tapintatú, könnyen kiüríthető,

felületes, a bőrön kékesen áttűnő, tágult vena látható. Homlok, orr, pofák, nyak, törzs, végtagoknak különösen a feszítő oldalán a bőr száraz, helyenkint egészen durva, reszelőszerű tapintatú. A hajlatok bőre elváltozást nem mutat. Felső végtagoknak feszítő oldalán kölesnyi, lenesényi nagyságú, helyenkint szorosan egymás mellett ülő, máshol egymástól kissé távolabb fekvő szürkéssárga, az alszárazakon sárgásbarna színű, alapjuktól nehezen elválasztható pikkelyek láthatók. Ugyanilyen gombostüfejni, lenesényi, babnyi nagyságú, szürkéssárga színű, száraz, alapjukról már könnyebben leválasztható pikkelyek láthatók mindkét külső és belső boka feletti bőrterületen és lábháton.

29-es M. Erzsébet és 30-as M. Juliánna egészségesek.

31-es M. Imre 10 éves, siketnémaintézetű növénydek, 1927 december 5-én vétetett fel a debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikájára. Körtörténeti kivonata a következő:

Kisérője szerint születése óta a bőre száraz, hámló, családjának több tagja szenved hasonló bántalomban. Általában gyengén fejlett fiú, abnormis koponyaalkat (caput quadratum). A hajzat a homlokról a szemöldökívekig, továbbá a fülkagylók előtt az arcra terjed. Torokképletek belőveltek, erősen duzzadt tonsillák. Általános kisfokú adenopathia. Baloldali szájjugban kb. fillérnyi, elmosódott határú, élénk rózsaszínű, felületes, helyenként genyes pörkkel borított hámlás. Mindkét fülkagylóban kb. kisbabnyi beszáradt, pörkkel fedett bőrelváltozás. Az egész törzsön, úgy a felső, mint az alsó végtagokon kifejezetten, különösen a végtagok feszítő oldalán s kisebb mértékben az arcon a bőr száraz, cigarettapapírszerűen ráncolható s helyenként korpázó, másutt kis lemezes hámlást mutat. A tenyér, talp és az inguinalis tájékon a bőr normalis. A combok elülső felszínén s a térdeken a bőr szintén reactionmentes alapon nagy lemezekben hámlik. Mindkét lábszáron, különösen azok feszítő oldalán a le nem vált barnás hámpikkelyek mozaikszerűen helyezkednek el gombostüfejtől egész fillérnyiig váltakozó nagyságban. Wassermann-reactio, S. G. negativ. Diagnosis: ichthyosis impetigo.

32-es, 33-as leányok mindketten vizsgáltattak, egészségesek.

A 19-es Sz. Péter és a 22-es K. Eszter, közeli rokonok egybekeléséből hat gyermek származott. Ezek közül csak a 37-es számú Sz. Piroška él, akinél a lelet a következő:

Az egész törzsön, úgy a felső, mint az alsó végtagokon, kifejezetten a végtagok feszítő oldalain a bőr száraz, finoman ráncolható, reszelőszerű tapintatú. Úgy az alsó, mint a felső végtagok feszítő oldalain a bőr durvább s piszkosbarnás színű lemezes hámlást mutat.

Rajta kívül édesanyja szerint a 34-es fiú és a 38-as leány szenvedtek még ichthyosisban.

40-es kis leány, jelenleg 20 hónapos, bőrén semmi féle elváltozás nem található.

A családfából a következőket olvashatjuk ki:

1. A beteg ősapától kiindulva öt nemzedéken keresztül 13 tag szenvedett ichthyosisban.

2. Ennek a két leánynak (37, 38-as) kivételével a betegek mind férfiak voltak.

3. A beteg ősapának gyermekei külsőleg valamennyien egészségesek, azonban a leányutódokon keresztül az unokákra, dédunokákra, illetőleg ükunokákra a betegséget átöröközték.

4. Amennyiben a beteg fiúunokáknak gyermekei

vannak, úgy azok egészségesek. Különösen figyelemre méltó, hogy négy fiú is előfordul az utóbbiak között.

5. Olyan leánynak, akit conductornak kell tekinteni (4, 10, 22-es) ép fiúgyermekei is vannak.

Az öröklődés menet közelebbi megállapításánál a beteg férfiak és beteg nőknek erősen egyenlőtlen részvételéből (11:2) a nemi elektivitást mutató öröklődési módokra kell gondolni.

I. Az ú. n. nemileg fixált (geschlechtsfixiert) öröklődési mód nem jöhet tekintetbe, mert itt a betegség a) csak apáról fiúra terjedhet, b) a családnak ép férfitagjai nem lehetnek. Eltekintve attól, hogy kérdéses, vajjon ez az öröklődési mód, amelyik a Lygaeus-typusnál, az embernél érthető volna, amelyiknek chromosoma-viszonyai az eddigi vizsgálatok szerint a *protenor* typusnak felelnek meg, egyáltalában előfordulhat-e. Bár bizonyos, hogy a Schofield-féle syndactyliás családfánál* arra is gondolhatunk.

II. Ha a szarvnélküli suffolki kost a szarvval ellátott dorseti juh fajta nőtényével párosítjuk, szarvas hímek s szarvnélküli nőtények keletkeznek, annak dacára, hogy mind a két nem egyformán heterozygota. Ha már most egy szarvas koreshímet egy szarvtalan koreshímmel hozunk össze, a második generációban elméletileg a hímek 75%-ának szarva fog fejlődni, 25%-a szarvtalan lesz. A nőtényeknél fordított az arány. Ha „A” jelenti a szarv kifejlődését és „a” szarvtalanságra való irányítottságot, úgy az öröklődési képlet a következő lesz:

II. ábra.

P. generáció aa □ AA Δ
Fi. generáció Aa ■ Aa Δ
F₁ AA ■ (25%), Aa ■ (25%), aA ■ (25%), aa □ (25%).
F₂ AA Δ (25%), Aa Δ (25%), aA Δ (25%), aa Δ (25%)

(A négyzetek a hímekeket, a háromszögek a nőtényeket, a befestettek a szarvas, az üresen maradtak a szarvtalan phänotypust jelentik.)

Ha egy szarvas heterozygota hímet egy szarvtalan homozygota nőténnyel hozunk össze, elméletileg a hímutódok 50%-a szarvval ellátott, míg 50%-a szarvtalan lesz. A nőtényutódok egyikének sem lesz szarva. Öröklődési képlet:

III. ábra.

Aa ■ aa Δ
Aa ■ (50%) aa □ (50%)
Aa Δ (50%) aa Δ (50%)

Úgyszintén ha a szarvtalan homozygota hímet szarvtalan heterozygota nőténnyel párosítjuk, úgy:

IV. ábra.

aa □ Aa Δ
aA ■ (50%) aa □ (50%)
aA Δ (50%) aa Δ (50%)

Amint látjuk, ennek az öröklődési módnak a felvétele megmagyarázná azt: 1. hogy elsősorban férfiak betegedtek meg; 2. hogy egy heterozygota beteg férfinak heterozygota nővel kötött házasságából női beteg tagok is származhatnak; 3. hogy két normalis tulajdonság találkozása esetén ép homozygota férfiak is megjelenhetnek. Azonban a családfából azt látjuk, hogy öt olyan férfi közül, akinek apja ichthyosisban szenvedett, egyetlen egy sem örökölte a betegséget, s ez a körülmény ennek az öröklődési módnak a fennforgását nem teszi valószínűvé. Hiszen a nemileg elhatárolt öröklődési módnak értelmében a beteg férfiak

* Siemens l. m. c. Abbild. 80.

ép nővel való házasságuk esetében is 50%-ban átörökítik a betegséget fiaikra.

III. Habár *R. Fick* és mások joggal emeltek óvást az ellen, hogy az irányítottságoknak anyagi alapjául és átvivőjéül *kizárólagosan* a szaporító sejtek magállománya tekintessék, mégis valószínű, hogy az átörökítésben legalább is a főszerepet a chromosomárszecskek játsszák és az örökléstan mai álláspontján a különböző keresztezésekből leszűrődő szabályszerűségeket a chromosomák viselkedésével igyekszünk összhangzásba hozni s ennek alapján megfejtetni. Ha a protenor poloskaféléknek a reductió oszlás előtti szaporító sejtjeit megnézzük, akkor azt találjuk, hogy 1. a női sejtekben páros számúak a chromosomák, míg a hímsejtekben páratlanok, 2. még pedig az utóbbiakban eggyel kevesebben vannak. A páratlan chromosoma, amely sok állatfajnál alakilag is megkülönböztethető a többtől és amelyből a másik nemnél egy párt találunk, általában X-chromosomának nevezetük, s a nemi, még pedig a protenor-typusnál a női irányítottság hordozójául tekintetik. Ha a szaporítósejteket az érési oszlások után nézzük, akkor azt találjuk, hogy a női szaporítósejtek közül valamennyi, a hímsejteket pedig a szaporítósejteknek csak egyik fele tartalmaz X-chromosomát, a másik fele nem. Az előbbi félbe esőeknek a női szaporítósejtekkel való találkozásából nőgyed, a másik félnek találkozása esetében pedig hímegyed keletkezik. A cytologiai vizsgálatok azt mutatták, hogy embernél is a protenor-typushoz hasonló viszonyok találhatók, vagyis az X-chromosoma szemszögéből a férfiegyedek embernél is heterozygoták. Nézzük már most, mi történik akkor, ha az ichthyosira való hajlamot a jelen családfánkánál a női irányítottsághoz kapcsolva az egyik X-chromosomában vesszük fel. Azt látjuk, hogy teljesen megmagyarázódik az, hogy a fiúk a bántalomtól mentesek maradnak, hiszen apának és fiúnak közös X-chromosomája nincsen. Az átvitel tehát női ágon történhetik csak. Vegyük fel most már, hogy a női egyedeknél a másik X-chromosomában lévő normalis tulajdonság meggátolja, hogy az ichthyosira való hajlam megnyilvánuljon s hogy a női egyedek megbetegedjenek. Így megtörténhetik, hogy az ichthyosis nagyszámú nemzedéken keresztül lappangva maradjon. Ha azonban a női egyed kialakításában két olyan X-chromosoma vesz részt, amelyeknek mindegyike tartalmazza a kóros irányítottságot, akkor a női egyed a kóros tulajdonság tekintetében homozygotává válik s meg kell betegednie. Esetünkben csak két testvér leányon jelentkezett az ichthyosis, tehát ezeknek úgy az apjuk, mint az anyjuk részéről örökölniük kellett a pathológiás X-chromosomát. Ez a lehetőség pedig nyilvánvalóan fennáll, hiszen az anyja conductor volt (ez látszik abból, hogy egyik fia is beteg lett), az apjuk pedig külsőleg is betegnek találtatott.

Ezt az öröklődési módot visszaütően nemhez kötött (recessiv geschlechtsgebunden) öröklődési módnak nevezzük. Valószínűleg ez az öröklődési mód az uralkodó a haemophiliánál (*Lossen*). Találtak azonkívül színvakságnál, myopiás hemeralopiánál, atrophia nervi opticinél, anidrosisnál stb. Ichthyosira vonatkozólag csak egyetlen ilyen eset van leírva az irodalomban, t. i. a *H. Lundborg* által közölt, ahol 11 fiú közül 5 beteg volt és 5 leány közül 3-nak conductor volta beigazolódott.

Az általam közölt családfa a tulajdonsághordozók és a probandusok nagyobb számánál, nemkülönben az említett rokonházasságnál fogva némileg tanulságosabb. A jövő kutatásoknak a feladata ennek az

öröklődési typusnak ichthyosissal való előfordulási gyakoriságát s ezzel jelentőségét megállapítani.

Az ichthyosissal tudjuk, hogy egyes esetekben a belső elválasztási mirigyrendszernek (különösen thyroideának) dysfuncióját lehetett megállapítani. Ezen nines mit csodálkozni, ha azt látjuk, hogy a pathológiás irányítottság a nemi irányítottsággal kerülhet kapcsolatba, mert bár az emlős állatoknál a celluláris nemi kormányzás helyébe a hormonalis nemi kormányzás lépett, viszont a nemi mirigyek kialakulásának minemősége a nemi chromosomákban elhelyezkedő nemi irányítottságok erőviszonyaitól is függ.

Ügyszintén a jövő kutatások feladata keresni, hogy az ichthyosissal eddig leírt, szabálytalanul dominans öröklődési mód miben leli magyarázatát. Vajjon az ilyen módon elkönyvelt esetek egyrészében (t. i. akkor, amikor a beteg apának leánygyermekén is megnyilvánult a betegség, de ahol az a férfitagokra hasonlóképpen mindig csak az anya közvetítésével terjedt át) nem szintén az X-chromosomához kötődött-e kóros irányítottság, amelyiket azonban a másik X-chromosomában levő ép tulajdonság nem tudott elnyomni. Esetleg talán azért, mert nem volt még más, ugyancsak az X-chromosomában lokalizált irányítottságok, t. i. a női irányítottságok (Anlage für Weiblichkeit) között sem, a *Goldschmidt* értelmében vett különbségi minimum.

Irodalom: *R. Goldschmidt*: Psychologische Theorie der Vererbung. Berlin, 1920. — *Leven*: Erblchkeitslehre mit besonderer Berücksichtigung der Dermatologie. Zentralbt. f. Haut- u. Geschlechtskrankheiten. XXV. köt., 1–2. füz., 1. o. — *H. Lundborg*: Geschlechtsgebundene Vererbung von Ichthyosis simplex in einer schwedischen Bauernsippe. Hereditas. 1927, 9. köt., 45–48. old. (Zit. v. *Bruhns*: Zrb. f. H. u. G. Kr. 24. köt., 1–2. füz., 55. old.) — *W. Siemens*: Einführung in die allg. u. sp. Vererbungspathologie des Menschen. Berlin, 1923.

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

Meinicke-zavarosodási reactio festett extractummal.

Irta: *Kirchner János dr.*

A Wassermann-reactio helyettesítésére, illetve kiegészítésére alkalmazott kicsapódási reactiók közös sajátossága, hogy nehezen állapítható meg az a határ, amikor egy minimális csapadékot, vagy zavarodást még pozitívnek, vagy már negatívnek tekintünk-e. Nem kivétel ez alól még az igen specifikusnak és érzékenynek ismert Meinicke-reactio sem. Ezért örömmel kell fogadni *Borowskájának* (Centralblatt für Bakt. 1928 február 15.) azt az eljárását, amellyel sikerült neki a Meinicke zavarosodási reactionál keletkező csapadék tömegét megnagyobbítani és megfesteni, ezáltal pedig az eredmény leolvasását igen egyszerűvé és biztosá tenni.

Kafka már régebben alkalmazott hasonló eljárást, mikor a liquor mastix reactionjánál keletkező csapadékot festette meg Sudan III-mal.

Borowskája különböző festékeknek a Meinicke zavarosodási reactio (M. T. R.) csapadékához való affinitását vizsgálva, a *Victoria-kéket* találta a legmegfelelőbbnek, mert már igen kevés csapadék is jól észrevehető mennyiségben veszi fel magába a festékanyagot, ami által a folyadék színe a controlléhoz képest világosabb lesz, illetve a reactio erősségének megfelelően

teljesen színtelenné válik, a megfestett és tömegesebb csapadék pedig leülepedik. A festéket egyszerűen az általa előállított és használt cholesterines tolubalsamos extractumban oldja, még pedig olyan mennyiségben, hogy annak koncentrációja 0.04–0.08% között van. Ilyen töménységben a festékoldat szép kék, búza-virág színű.

Intézetünkben, ahol a M. T. R.-t a Wassermann-reactio kiegészítésére kiterjedten alkalmazzuk, *Borowskájának* ezen módosítását 1500 esetben próbáltuk ki.

Eltérőleg *Borowskájától*, aki saját maga előállította extractummal dolgozik, mi az eredeti, készen kapható Meinicke-extractumot használjuk s a festékoldat optimumát kísérleteink alapján 0.010–0.012%-nál találtuk. Ebben a koncentrációban a festék szép égszínkék.

Technikailag úgy járunk el, hogy egy törzsoldatot készítünk olyképen, hogy 10 cm³ eredeti Meinicke-extractumban 0.0125 g Victoria-kéket oldunk fel, vagyis ennek töménysége 0.125%. Ez a törzsoldat, mely anélkül, hogy összetételében és színében megváltoznék, több hétig is eltartható, a minden alkalommal frissen elkészítendő extractumhígítás festésére szolgál. Ezt az eljárást mi alkalmasabbnak találjuk, mint *Borowskáját*, aki nem használ törzsoldatot, hanem a Meinicke-extractumot, melyet maga állít elő, festi meg a Victoria-késsel s ebből készíti minden alkalommal a reactióhoz szükséges extractumhígításokat.

A festett extractummal a reactio végrehajtása alig különbözik a szokásos eljárástól s a következőképpen történik:

Minden vizsgálandó activ savóból 0.2–0.2 cm³-t mérünk a csövekbe s minden másodikhoz egy csepp formalint, mely controllnak szolgál. Azután a szükséges mennyiségű extractumot festjük meg, még pedig úgy, hogy annak minden egyes köbcentiméteréhez 0.1 cm³ Victoria-kék törzsoldatot adunk. Majd *Meinicke* eredeti előírása szerint az így festett extractumot és a tízszer annyi 3%-os konyhasóoldatot 10 percen át 45 C° vízfürdőben felmelegítjük, utána összeöntjük úgy, hogy egyszer-kétszer egyik epruvettából a másikba öntjük s ebből a világoskék színű opaleskáló extractumhígításból minden egyes csőbe 1 cm³-t adunk.

A csöveket szobahőmérsékletnél tartva, az eredményt 24 óra múlva olvassuk le. A controllnak szolgáló csövekben az opaleskáló folyadék változatlan marad, szép égszínkék s csapadék sem keletkezik. Ugyanígy viselkednek a negatív savók is. Ellenben pozitív reactióknál sötétkék színű csapadék keletkezik, mely 24 óra alatt már leülepedett s a felette levő folyadék színe a controlléhoz képest világosabb lett, kissé zöldes árnyalattal. A gyengén pozitív savóknál is igen jól érzékelhető ez a színelkülönbség. Az erős positiveknél a sötét-kék üledék feletti folyadék teljesen színtelenné lesz, míg a controll színe változatlan marad.

Haemolytikus savónál a kék szín zöldes-barnává változik, amely azonban az eredmény könnyű leolvasására semmi zavaró hatással nincs.

Tapasztalataink szerint a festett extractum használata sem a próba specifikitását, sem érzékenységet semmiképp sem befolyásolja.

Ugyanezen elv szerint több más festékkel is kipróbáltunk, ú. m. methylenkéket, thionint, neutralpirosat, toluidinkéket, azonban vagy teljesen eredménytelenül, vagy olyan csekély eredménnyel (toluidinkék), mely a Victoria-kékkel végzett reactio mellett jelentőséggel nem bír.

Vizsgálataink szerint a festett extractum használata határozottan biztosabbá teszi a *Meinicke* zavarodási reactio eredményeinek megítélését s különösen a gyenge pozitív reactiók leolvasását könnyíti meg.

Psychés okok által kiváltott somás jelenségek két esete.*

Írta: *Zempléni Vilmos Gyula dr. nőorvos.*

A női nemi szervek működési phasisainak hatása a psychére általánosan ismert. A menarche, menstruatio, graviditas, partus, puerperium, lactatio és a climax nemcsak a *soma*-ban, hanem a *psyché*-ben is képesek erős visszahatásokat kiváltani. Ilyen oki alapon néha súlyos psychosis is fejlődik. Ritkábban nyílik alkalom olyan eseteket észlelni, amikor psychés okok váltanak ki genitális reactiót. *Kogerer* utal a laikusok által is emlegetett esetekre, amikor esküvő napján jelentkezik a nem várt menstruatio. Vagy extramatrimonialis coitus után kimarad a havi vérzés, holott teherbeesés nem történt. Egyéb functionalis amenorrhoeák sem magyarázhatók teljesen psychés tényező figyelembevétele nélkül. Ma sem tisztázott kérdés a háborús amenorrhoeák aetiologiája. Mindenesetre szerepet kell tulajdonítanunk az életkörülmények megváltozásának.

Bábaképzőintézeti tanársegéd koromban éveken át észleltem, hogy a tanfolyamra felvett bábánövendékek 30–40%-ánál az internátusi bennlakás ideje alatt hónapokon át tartó amenorrhoea állott be, megállapítható ok nélkül.

A physiologiás menstruatio megjelenésének kérdése, összefüggése az ovulációval *R. Meyer*, *Aschoff* és mások histologiai vizsgálatai révén már eléggé megvilágított. De hogy miért jelenik meg olyan gyakori esetben vérzés szabálytalan időben, vagy miért marad ki előtűnk ismeretlen okból, ezekre a kérdésekre még adósak maradunk a felelettel.

Éppen így nem tudjuk, hogy in ultima analysi milyen tényező váltja ki a szülőtevékenység megindulását.

Kogerer szerint laikusok minduntalan állítják, hogy hevesebb kedélyizgalom következtében vetélés vagy koraszülés megindult volna, de idevonatkozó exact irodalmi közlések szerinte hiányzanak.

Ha azt halljuk, hogy pl. terhes asszony családjában bekövetkezett megrendítő haláleset után aznap vagy néhány napon belül a vetélés vagy koraszülés megindul, nehéz a causalis összefüggés lehetőségét mereven tagadni.

Viszont mindegyikünk ismer olyan egyént, akinél ijedség vagy váratlan öröm minden alkalommal diarrhoeát vált ki. Sőt természetesnek tartjuk megijedés után a tachycardiát, a félelem alatti verejtékezést vagy reszketést, a szidás vagy megsértés által kiváltott elpirulást stb.

Psychés ok által kiváltott somás reactio két érdekes esetét ismertetem:

H. H., 21 éves leány heteken át nagy izgalommal készül január 20-ra bálba. Csak attól fél, hogy január 22–23-ra várt menstruációja hamarabb következik be. A vérzés tényleg jelentkezik a bál estéjén. Ettől kezdve minden alkalommal, amikor előre meghatározott napra bálba készül, a vérzés öltözködés közben vagy legkésőbb az első tánc alatt jelentkezik. Ha váratlanul vagy véletlenül kerül táncoló társaságba, reggelig táncolhat vérzés nélkül. Így tart ez évekig. Később férj-

* Bemutatás a Debreceni Orvosegyesület 1928 március 1-i ülésén.

hez megy, teherbe esik. Első szülése óta a leírt zavar szünetel.

Cz. L.-né, 22 éves, első terhességét súlyos spanyol influenza után a terhesség tizedik hetében elvetéli. Barátnői ráijesztenek, hogy minden terhessége vetéléssel fog végződni és pedig mindig a tizedik héten. Férjével együtt erősen vágyik gyermekre. Féléven belül teherbe esik másodsor, de a vetéléstől való rettegés rögeszméjévé válik, az abortus a tizedik héten bekövetkezik. Körültekintő vizsgálattal kimutatható okot nem találók. Genitale normalis. Wasserman-reactio férjénél és feleségnél negatív.

Harmadik terhesség alatt a 8. héttől kezdve ágyynyugalom, abstinencia, bróm stb. Újból kínzó rettegés, valóságos phobia: 10. héten abortus. A három terhesség utolsó menstruációjának és a bekövetkezett abortusoknak datuma: 1. U. M. dec. 18., Ab. febr. 23.; 2. júl. 6—szept. 15.; 3. márc. 18—május 28.

Mikor negyedik terhességével kéthetes menstruatiókimaradás után rendeltésemre jelentkezik, a *terhességet letagadom*. Megismételt vizsgálatok szerint a terhesség szabályosan fejlődik, de a patient sikeresül megtartanom abban a hitben, hogy nem terhes. A pia fraus féldőre, a magzatmozgások megérzésekor derül ki. A terhességet zavartalanul kihordja, azóta két-szer szült.

Nem állítom, hogy az ismertetett két eset bizonyító ereje abszolút értékű. De megismétlem: a psychés ok és a következetesen megismétlődő somás phaenomen közti összefüggés valószínűségét nehéz volna tagadni.

Mindkét eset közel áll a *Pawlow* kísérleteiből megismert *feltételes reflex* fogalomköréhez. Mindenesetre jó nyomon jár *Erdélyi*, amikor hasonló jelenségek s ezeken belül a hysteria kérdéseinek tisztázását az experimentalis physiologia kutatásaitól várja.

Irodalom: *Kogerer*: Generationsvorgänge und Neurosen. — *Ewald*: Psychische Störungen des Weibes. (*Halban—Seitz*: Biologie u. Path. d. Weibes. V. Band.) — *P. Erdélyi*: Der psychische Faktor im physiologischen Gleichgewicht des menschl. Organismus. Wiener Arch. f. inn. Med. 1928. XV. 1.

Válasz Herman János: „Adatok a pyelographia értékeléséhez” tett megjegyzéseire.

Tekintettel arra, hogy kórházunkban a pyelographiát mindig közösen végezzük s a vesemedence kitöltését közülünk mindig *Szentkirályi* végzi, a megjegyzés pedig főleg a vesemedence kitöltésének *gyakorlati* részére vonatkozik, a választ közösen adjuk meg.

A vesemedence kapacitása alatt mi azt a folyadékmennyiséget értjük, amely valóban a vesemedencét tölti ki. Ami a vesemedencéből kifolyik, azt már nem tekinthetjük a vesemedence kapacitásához tartozónak, mert azt a vesemedence már nem fogadja be. Sem a normalis vesemedence kapacitásának megítélésénél, sem a gyakorlatban pyelogrammok készítésénél nem látjuk indokoltnak a pyelumba lényegesen több contrastfolyadékot tölteni, mint amennyi éppen szükséges. Ha a töltéshez színes anyagot, pl. egy-két csepp indigocarminnal festett umbrenált használunk, akkor a vesemedence, a kelyhek telődésének határát pontosan megállapíthatjuk: amely pillanatban az ureterkatheter mellett az első színes sugár megjelenik, a medence és a kelyhek nemesak megtelnek, de túl is telődtek annyival, amennyi az ureteren át kifolyt. Ez a mennyiség pedig — amint azt felvételeink igazolják — átlagban inkább kevesebb, mint több 5 cm³-nél. Saját tapasztalatunk természetesen kevesebb számú esetre vonatkozik, mint a klinikáé, de hivatkozunk *Eugen Joseph* véleményére, amely szerint „in normale Nieren mit normalen Becken und Kelchen braucht man höchstens 5 cm³ einzuspritzen“. Az más kérdés, hogy fokozott nyomás szük-

séges-e ahhoz, hogy megfelelő katheter alkalmazása esetén — a vesemedencéből a contrastanyag kifolyék. Mi azt hisszük, hogy igen. S épp a fokozott nyomást tartjuk elkerülendőnek. Ha az első színes sugár megjelent az ureter szájadékában, minden további töltés felesleges, mert fájdalmat okoz, a medencét mindenestre túlfeszíti és torz képeket kapunk. Máskép áll az eset, ha az ureterek állapotát és peristaltikáját akarjuk megfigyelni. Ilyenkor célszerű nagyobb mennyiségű contrastanyagot átáramoltatni. Közülünk *Ormos* közölt vizsgálatával épp azt tette tanulmány tárgyává, hogy a nyomás fokozása milyen Röntgen-elváltozást okoz a vesemedence körül. Természetesen ezt csak hullából vett veséken lehetett végezni.

Hogy a *Herman* által közölt esetben éppúgy, mint mások eseteiben is a pamatképződés mit ábrázol, arról lehet vitatkozni, de tökéletesen bebizonyítani nagyon bajos. Mi a hullavizsgálatokból azt tapasztaltuk, hogy könnyebben jön létre a vénákba való betörés által. Ezzel természetesen nem tagadjuk a másik lehetőséget sem.

Ormos Pál dr. és Szentkirályi Zsigmond dr.
kórházi főorvosok.

Válasz Johan Béla: „Megjegyzések az orvosi tanulmányi rend revisiójának kérdéséhez” című cikkére.

Johan Béla professor, az Országos Közegészségügyi Intézet igazgatója az „Orvosi Hetilap” mult heti számában cikket írt az orvosi tanulmányi rend revisiójáról és ebben többek között nagyon figyelemreméltó megjegyzéseket tett a közegészségtan egyetemi oktatásának módjára és feladataira. A cikk ezen részéhez óhajtanék néhány gondolatot fűzni.

Johan professor igen világosan jelöli meg cikkében azt a szerepet, amely a közegészségügyi szolgálatban működő orvosok kiképzésében egyfelől az ő vezetése alatt álló tisztiorvosi tanfolyamot, másfelől pedig az egyetem közegészségtani tanszékeit illeti meg, olyképen ti. i., hogy az előbbinek feladata a tisztiorvosok, tehát hygienikus specialisták kiképzése, míg az egyetemi tanszék hivatása egyfelől az, hogy minden orvosban kifejlessze a praeventiv gondolkodást és az ily természetű munkára való készséget, másfelől pedig az, hogy a községi és körorvosokat, tehát a vidéken működő orvosok túlnyomó többségét megtanítsák azon alapos elméleti és gyakorlati egészségügyi ismeretekre, amelyekre a törvény által előírt közegészségügyi teendők ellátásához szükségük van, de amely ismereteket — ez utóbb említett állások nem lévén tisztiorvosi képesítéshez kötve — csakis az egyetemen sajátíthatnak el. Készséggel állapítom meg, hogy ez a célkitűzés és munkamegosztás teljesen fedi a magam és azt hiszem tanártársaim álláspontját is és hogy az ebből folyólag a közigazgatási orvosok kiképzésében reánk háruló feladatok fontosságának, mint eddig is, ezentúl is teljes tudatában vagyunk. Az a körülmény, hogy a közszolgálatban álló orvosok kiképzésében osztozó ezen két tényező: a tisztiorvosi tanfolyam és az egyetem között *hivatalos* kapcsolat nincs, nemesak nem lehet akadály annak, de egyenesen kívánatosá teszi azt, hogy a közös célra irányuló működésük útját-módját kölcsönösen megismerjék és egymással összhangba hozzák. Éppen azért örömmel üdvözölték és megszívlelték a közegészségtan egyetemi tanárai *Scholtz Kornél* népjóléti államtitkár úrnak a vallás- és közoktatásügyi miniszter úr által 1926 januárjában egybehívott természettudományi

congressuson tartott előadását, amelyben kifejtette azt, hogy mit vár az egészségügyi közigazgatás az egyetemi közegészségtani oktatástól. További kedvező alkalmat adott ezeknek a kérdéseknek megvitatására a népjóléti minister úr által 1926 októberében rendezett népegészségügyi és socialpolitikai congressus s ugyanennek az eszmecserének fonalát óhajtom ezekkel a reflexióimmal is tovább szőni.

Ha tehát az egyetemi tanulmányi rend revíziójáról és ennek keretében a közegészségtan oktatásának anyagáról, módjáról és terjedelméről gondolkozunk, annak az álláspontnak kell irányadónak lenni, hogy a közegészségtan nem elméleti, hanem a fentebbiekben vázolt fontos gyakorlati tevékenységre képesítő tantárgy. Helyesen állapítja meg *Johan* professor, hogy a közegészségtan az egyetemi oktatásban még nem szerezte meg a feltétlenül elérendő posztóját. Ha ez eddig így volt, annak okát elsősorban abban látom, hogy az orvosnak közegészségügyi, tehát praeventiv irányú tevékenysége nem részesült a kellő erkölcsi és anyagi elismerésben és azért az ilyen ismereteknek megszerzése sem tűnt fel sem a hallgatóságnak, sem a tantervet megállapító hatóságoknak oly fontosnak, aminek azt a közegészségtan mindenkori tanárai tartották és tartják. Ezért maradt a közegészségtan tanítása 50 év óta az egy semester szűk keretébe szorítva és ezért nem lehetett számára a hagyományos, de a tanárnak és hallgatóságnak egyaránt alkalmatlan, a klinikai beteglátozások idejével ütköző kora délutáni óráknál jobb időpontot találni. Meggyőződésem, hogy amily mértékben fejlődik közegészségügyünk és amily mértékben növekszik majd a praeventiv orvosi munkának megbecsülése, oly mértékben fog a közegészségtan egyetemi oktatásának jelentősége is elismertetni. Az az öröndetes fellendülés, amely közegészségügyi téren a háború óta hazánkban egyre nagyobb mértékben érezteti hatását, kell hogy az egyetemi tantervben is az eddiginél nagyobb szerepet biztosítson a közegészségtannak.

Igazat adok *Johan* professornak abban is, hogy mielőtt valamely tantárgy semestereinek számát szaporítani javasoljuk, gondosan meg kell vizsgálnunk, vajjon nem lehet-e netán elavult, vagy kevésbé fontos fejezetek kiküszöbölésével időt takarítani. Tárgyam anyagának ezt a revízióját évek óta végzem és annak eredményeképpen csakugyan kikapcsoltam, vagy meg rövidítettem egyes fejezeteket. Ezzel szemben arra a megállapodásra kellett jutnom, hogy a régebben az idő rövidsége miatt kevésbé méltányolt, vagy egyáltalában mellőzött fejezeteknek egy egész sora van, amelyeknek előadását nem mulaszthatjuk el, ha tanításunkat a jelen kor követelményeihez akarjuk mérni. Ilyenek elsősorban az ú. n. socialhygienés fejezetek, aminek az anyas és csecsemővédelem, az iskolahygiéne, az iparegészségtan, a munkásvédelem és munkásbiztosítás stb., illetőleg a socialhygienés szempontoknak belevitele olyan témákba (pl. lakásügy, népélelmezés stb.) amelyekben feltétlenül helyük van azoknak. Mindezek megfontolása után ragaszkodnom kell ahhoz, hogy a közegészségtan eredményes tanítására egy semester nem elég. Különben is — mint azt *Johan* is említi — a közegészségtannak két semesterre való kiterjesztése csak sanctionálása volna a tényleges helyzetnek, amennyiben a hygiéne professorok már jelenleg is két semesterre osztják el anyagukat és az eddigi tanulmányi idő meghosszabbítása nélkül is lehetséges volt.

Az egyetemi oktatás gyakorlatibbá tételére vonatkozó jogos követelményeknek részben már a szóbeli előadások anyagának és tanítási módjának célszerű megválasztásával is igyekeznünk eleget tenni. Emellett

fenntartjuk és fejleszteni igyekeznünk a régóta szokásos laboratoriumi gyakorlatokat. Változatlanul folytatjuk a már *Fodor József* által megkezdett egészségügyi szemléket és kirándulásokat, amelyeknek értékét nagyon növeli, ha azokban, mint ez egyetemünkön történik, az illető törvényhatóságok tisztifőorvosai active részt vesznek. Lényeges előfeltétele annak, hogy az egyetemi közegészségtani oktatás szelleme gyakorlatibb lehessen, az, hogy az egyetemi intézetek és azok vezetői és tanársegédei az étellel kapcsolatban legyenek, a gyakorlati közegészségügyi munkában részt vegyenek. Ebből a szempontból öröndetes haladásnak tartom azt, hogy legújabbban a vidéki egyetemek közegészségtani intézeteinek keretében a népjóléti és a kultusminister urak közti megállapodás alapján hivatalosan is felállítottak az Országos Közegészségügyi Intézet vidéki állomásai. Végül még egy módjáról a közegészségtan gyakorlati oktatásának óhajtanék megemlékezni. Egyes amerikai egyetemeken és egészségügyi főiskolákon szokásos az, hogy a közegészségtan tanára kiküldi hallgatóit kisebb községekbe avéghből, hogy egy előre megállapított terv alapján tanulmányozzák annak egészségügyi viszonyait és tapasztalataikról egy dolgozat alakjában számoljanak be. Ezt a módszert a vallás- és közoktatásügyi minister úr támogatásával és Baranya vármegye vendégszerető közönségének jóvoltából a pécsi egyetemen is meghonosítottuk és más egyetemeknek is ajánlhatjuk, mert meggyőződünk arról, hogy ezek a falusi tanulmányok didaktikai szempontból valóban nagyon hasznosak és emellett — a mi viszonyaink között nem elhanyagolható előny — alkalmassak arra, hogy a városi élethez szokott hallgatóságunk megismerje és megkedvelje a falu életét és népét, amivel talán sikerülni fog a falusi orvosi hivatástól való idegenkedést csökkenteni és ezzel a falu jobb orvosi ellátását előmozdítani.

Nem akarom a szót szaporítani; számot akartam adni arról, hogyan igyekezem a közegészségtan oktatásában az egyetemi tanárra háruló feladatot ellátni. Kiderül azt hiszem az elmondottakból, hogy felfogásom *Johan* professor fejtegetéseivel teljes összhangzásban van.

Soraimat azzal zárnám, hogy az egyetemi intézeteknek az oktató munkával egyenlő fontosságú, a kutató hajlamú ember szívéhez még közelebb álló feladatuk a tudományos búvárkodás. Azt hiszem, hogy meg lehet és meg is kell találni a módot arra, hogy az oktató munka fejlesztésére irányuló törekvés ne legyen akadály a tudományos kutatásnak.

Fenyvessy Béla dr.

L A P S Z E M L E

Belorvostan.

A sklerosis multiplex antimonkezeléséről. *Crece-lius.* (Deutsche med. Wochenschr. 1928, 32. sz.)

Az antimonkezelés nem mondható megbízhatónak, az antimonkúra után ugyan a folyamat megállapodását, sőt kisfokú javulását látta, de évek múlva észlve a beteget, ez a hatás nem bizonyult tartósnak. Mindazonáltal, miután a sklerosis multiplex ellen biztos szerünk nincs, kísérletet érdemes vele tenni.

Huszonhét esetben használta Heyden 661 praeparatumot és az antimosant. A Heyden 661-et $\frac{1}{100}$ hígításban intravenásan adta, 0.03 g-tól kezdve egészen 0.20 g-ig emelkedve 4—5 napos időközökben, összesen 3—4 g-ot. Antimosant intravenásan vagy intramuscularisan adta 1 cm³-en kezdve (= 0.05 g antimon), egészen 5 cm³-ig emelkedve, hetenként kétszer, összesen 4 g-ot. A szere-

ket a betegek általában jól tűrik, csak egy injectio után volt súlyosabb collapsus.

Az észlelt 27 eset eredménye a következő volt: Egy súlyos eset egy időre kisfokú javulást mutatott, 2 súlyos eset megállapodott, 2 középsúlyos eset lassan javult, 2 középsúlyos eset megállapodott, 1 könnyű eset előrehaladón javult, 2 megállapodott. A többi 9 súlyos, 3 középsúlyos és 2 könnyű eset tovább rosszabbodott. Három eset teljesen reménytelen állapotban került a kezelés alá és rövidesen el is pusztult.

Kleiner György dr.

Soványítókúrák szívbetegéknél. *Prof. Hirschbruch.* (Deutsche med. Wochenschr. 1928, 32. sz.)

Az elzsírosodás és bizonyos szívhajók közötti circulus vitiosus áll fenn. A dyspnoe és szívpanaszok miatt keveset mozgó betegnél fokozódik a zsírlerekódás, viszont a lerakódott zsír ismét fokozott munkát ró a szívre. Ez okból a kővér szívbetegnek soványítása kívánatos volna, de a soványítókúrák veszélye éppen a fenyegető szívgyengeségben rejlik.

A Reiter-féle thyropurinkészítményt próbálta ki hat szívbetegnél és azt tapasztalta, hogy vele testsúlycsökkenést lehet elérni, anélkül, hogy a legkisebb kellemetlen mellékhatás jelentkezne. Természetesen az adagolásnak óvatosságnak kell lennie és a betegnek állandó orvosi ellenőrzés alatt kell lennie. A gyógyszer adagja egyénenként változó, a legnagyobb adag, amit adott, 3×5 tabletta volt naponta. A diuresis minden esetben fokozódott és a szív zsírtartalma is kisebb lett, amit a szívtempus megkisebbedéséből és az ú. n. „zsírsarok” eltűnéséből következtetett.

A zsírsarok (= Fettecke) elzsírosodott szívú egyénekénél található; a szív jobb széle és a rekesz közötti sarokban van, határa ferdén fel és kifelé irányul, kopogtatási hangja tompult.

Miután a pajzsmirigynek pulzusszaporító és vérnyomásemelő hatása van, feltételezhető, hogy a thyropurin bradycardiás és alacsony vérnyomású szívbetegéknél, mint direct gyógyszer is hathat.

Kleiner György dr.

Scillaren alkalmazása szívbetegségeknek. *Eisma-yer.* (Deutsche med. Wochenschr. 1928, 32. sz.)

A scilla maritima hagymájából nyert glykosida bizonyos esetekben hathatós gyógyszerünk lehet. Így könnyű szívinsufficienciáknál, melyek a digitalissal szemben még refractaer módon viselkednek. Azután súlyosabb esetekben célszerűen lehet vele a digitalist időről-időre felváltani. Vannak továbbá olyan esetek, ahol a digitalis általában nem hat, vagy valamely okból egy időre hatástalan, a scillarennel ilyenkor sokszor eredmény érhető el.

Hatása sok tekintetben egyezik a digitaliséval, de nem olyan tartós. Hatására a szapora szív működés ritkább lesz, még pedig intravenásan már percek múlva, peroralisan 2–3 nap múlva. Arythmia perpetuát, extrasystolés arythmiát kedvezően befolyásolja azáltal, hogy a szív erejét növeli. Szívblocknál még nincs kipróbálva, de itt igen kell vigyázni, mert scillamérgezésnél éppen blockig fokozódhat a vezetési zavar fordulhat elő. Pangásos tünetek, oedema, cyanosis hatására visszafejlődnek.

Veszélyei: cumulatio, bradycardia, arythmiák, két esetben intravenás injectiója után hirtelen szívhalál is fordult már elő.

Kellemetlen mellékhatásai peroralis és intravenás adagolás után hasmenés és hányás lehetnek, ezek megjelenése azonban nem indokolja a szer elhagyását, miután a betegek rendszerint hamar hozzászoknak, legfeljebb csökkentjük az adagot. Subcutan és intramuscularis adagolása a helybeli izgató hatás miatt, rectalisan való nyújtása pedig az erős tenesmusok miatt kerülendő.

Adagja per os 2×0.4 mg-on (½ tabletta = 0.4 mg) kezdve, naponta 2×0.4 mg-al emelkedve egészen addig, amíg a hatás be nem áll, de napi 10×0.4 mg-nál többet adni nem szabad. Intravenásan első nap 0.3 mg-ot, má-

sodik napon 0.4 mg-ot, harmadik napon 0.5 mg-ot, innen kezdve 2–3 naponként 0.5 mg-ot adjunk (0.5 mg = 1 cm³). Intravenás injectio naponta csak egy adható.

Kleiner György dr.

Sebészet.

Állandó gyomor fistula. *E. N. Stahnke,* Berlin. (Zentralbl. f. Chir. 1928, 26. sz.)

A gyomor fistula készítésének újabb methodusát írja le. A bal bordaív alatt két ujjal 8 cm hosszú és a kiválasztott gumidrain kerületének megfelelő szélességű bőrzsírlebenszt készít, melynek basisa a baloldali mamillaris vonalba esik. Ezen bőrlebenszt a drain körül, a külbőrrel befelé fordítva csőalakúlag összevarrja anélkül, hogy az epidermist átötltené. Majd a rectus tompa szétválasztása után a megnyitott hasürből elővonja a gyomrot, melyet zsákalakban egyesít a zsírlebenszt körül. A bőrső medialis végénél a gyomrot megnyitja és a drain végét beleszusztatja a gyomorba. A gyomorzsákot teljesen zárva, az egésztest visszahelyezi a hasüregebe és a hasfalat rétegesen egyesíti.

Engenhofer Béla dr.

Az ileus képét utánzó pylorus-carcinoma. *Emil Haim,* Budweis. (Zentralbl. f. Chir. 1928, 26. sz.)

Idős női beteget 12 órája fennálló típusos kizárt combsérv miatt operáltak. Műtét utáni 8. napon a beteg teljesen friss volt. Három nap múlva azonban kezdődő ileus tüneteit észlelték nála. Újabb háromnapi sikertelen conservatív kezelés után ismét műtetre került. Az operatio alkalmával a pylorust teljesen elzáró carcinomát találtak. Gastroenterostomia retrocolica post. elvégzése után a fenyegető tünetek elmúltak. Hasseb primán gyógyult.

Engenhofer Béla dr.

Az operatio előtti és utáni digitalis adagolásról. *Hans Köhler.* (Zentralbl. f. Chir. 24. sz.)

Tekintettel arra, hogy nagyszámú operatio utáni halálos kimenetelű tüdőaffectióban volt része, minden nagyobb műtét előtt és után digitaliskúrát végez. Az operatio előtt öt nappal digitalist ad suppositorium alakjában háromszor napjában vagy intravenásan kétszer napjában; műtét után pedig kétszer napjában digitalist cseppenként intravenás infusio alakjában, nyolc napig pontos pulzusellenőrzés mellett. Statisztikával nehéz a digitaliskúrával elért eredményeiről beszámolni, de tapasztalata az, hogy a tüdőcomplicatiók száma csökkent. A szerző jónak találja a *Bürgi* és *H. Strausz* által ajánlott combinációs therapiát, amelyeknél hatványozott hatás mutatkozik. Ezekkel egyidejűleg különböző exitansokat is ad. Combinációs szerként szerepel digitalis, coffein, strychnin, azután scilla, amelyeket a legkülönbözőbb arányban keverhetünk. A szerző ezen praeparatumok közül csak a digitoerint alkalmazza, ami 1.5 cm³ digititrat és 0.2 coffein natr. salicylt tartalmaz. Vasomotoros gyengeségnél még strychnintartalmú gyógyszert is ad, mely a hatást fokozza.

Bajusz Károly dr.

Infiltrációs anaesthesia mellrákoperatióknál. *Prof. A. W. Wischniewsky.* (Zentralbl. f. Chir. 24. sz.)

Húsz év alatt 100 mellrákot operált, két recidiváló és egy halálessettel, infiltrációs anaesthesiás eljárásával. Eljárásánál rétegletesen metszés közben infiltrálja a bőrt, az aponeurosist, a musculus pectoralis maior ere-dési vonalát, továbbá az intercostalis idegeket a lateralis oldalon. Ezek után felszabadítja és átmetszi a musculus pectoralis maiort, kitakarítja a hónaljárvát, sőt szükség esetén ugyanis infiltrációs anaesthesia mellett resekálja a kulcsontot. Testalkat szerint 300–600 cm³ oldatot használ el. Intoxicatiót sohasem észlelt.

Bajusz Károly dr.

A postoperativ thrombosisok és emboliák prophylaxisáról. *W. Porzelt,* Krumbach. (Zentralbl. f. Chir. 1928, 24. sz.)

Az operatio után minden varixos és minden olyan lábszárat, amelynél az anamnesis venagyulladásokra utal, cinkgelatina vagy Klebró vagy elastoplastikus kö-

téssel lát el. Ezen kötéseknel már jelentéktelen mozgásoknál is automassage áll elő, miáltal a venapangás nem jön létre és a jobb szív szívóereje is fokozódik. 12–14 nap múlva a kötést leveszi és, ha szükséges, egy tisztító fürdő után újat tesz fel. A korai felkelés egymagában még nem ad okot emboliára. Eljárása mellett sohasem észlelt emboliát.

Bajusz Károly dr.

A cholecystektomia egyszerűsítése. J. Bakes. (Zentralbl. f. Chir. 24. sz.)

A szerző cholaemiánál és choledocholithiasisnál, amely esetekben az epehólyag leválasztása a májagyról nehézségbe ütközik, új eljárást dolgozott ki, amelyet az epehólyag elpusztításának nevez. Az epehólyagnak az előlő falát az adhaesióktól egészen a choledochusig felszabadítja. A műtési területet rivanolba mártott compressorokkal izolálja, a hólyag falát a fundustól a cystikusig felhasítja, tartalmát eltávolítja, a cystikust ki-praeeparálja. A mucosát részint éles kanállal, részint paquelinnel elpusztítja. Ezután a hólyag hossztenge-lyére merőlegesen a májagyba is behatoló catgutvaratokat helyez el, miáltal az epehólyagot ceruzavastagságú, lumennélküli köteggé alakítja át. Az ily módon operált esetei minden complicatio nélkül gyógyultak.

Bajusz Károly dr.

A praeputiumkövek okai.

A praeputiumkövek két módon állhatnak elő:

1. Autochton, amikor a praeputiumzsák mésztartalma impraegnálódik, vagy lerakódás folytán.
2. A húgyhólyagból és a vesékből kiürülő szilárd részek megakadása a praeputiumzsákba.

Chemiai összetételük *Salkovsky* szerint: zsír, szabadsírsav, mész; *Zahn* szerint: kaliumphosphat, amonium-magnesiumphosphat lehet.

A kövek különböző nagyságúak, számúak és súlyúak.

Tünetei: bizsergés, időnként fellépő szúró fájdalmak, egyes esetekben enuresis-nocturna (reflexinger).

A szerző leírja egyik esetét, amelyben egy zsidó fiatalembernél látott praeputiumkővet. Betegénél a sulcus retroglandularis területén a praeputium 2 cm széles szalagként futott a penis törzséről a makkig. A praeputium ráncában mindkét oldalt egy-egy résalakú nyílás volt, amelyben szondával két szilárd testet érzett. Ezen esetben a praeputiumnak a makkal való veleszületett összenövése volt jelen; s azon körülmény miatt állott elő a köveket befoglaló tasak, hogy a ritualis circumcisio keresztülvitelénél csak incisio történt.

Bajusz Károly dr.

Urologia.

A másodlagos phosphatköveket kísérő bakteriümok lúgképző hatásáról. *Pillet*. (Soc. fr. d'Urol. 1928 jún. 18.)

Kísérleteinél a kórokozók kitenyésztésére táptalajként vizeletet használt és azt találta, hogy a colibacillusok a vizeletet savivá, míg a staphylococcus, proteus és némely *Friedländer-bacillus* lúgossá változtatja. Utóbbiaknál a phosphat kiválása in vitro észlelhető. Lúgos vizeletnél az említett kórokozók jelenléte mindig kőre gyanus körülmény. A lúgos vizelet savivá változtatása, miután a savi vizelet az ártalmas bakteriümokat elpusztítja, mindenkor feladata a therapiának; jó szolgálatot tesz az argentum nitricum, mely a hólyagba, illetőleg vesemedencébe fecskendezve, részint a bakteriümokat pusztítja, részint a megbetegedett nyálkahártyafelületek lehámoltatásával, azoknak szaporodását teszi lehetetlenné.

Adler-Rácz dr.

A leukocyták alakváltozása a húgyúti gümőkór-nál. *Legueu* és *Fisch*. (Soc. fr. d'Urol. 1928 jún. 18.)

Az 1906-ban leközölt, de azóta feledésbe ment *Colombino*-féle eljárást teszik saját tapasztalataik alapján bírálat tárgyává. Az eljárás lényege a genysejtek alakjának meghatározása göreső alatt. Banális fertőzések-nél a genysejtek friss készítményben kerekdedek, szabályos alakúak, míg a húgyszervi gümőkór-nál, mintán

a genysejtek nagy tömegben és zárt üregekben fekszenek, alakjuk szabálytalanná: összenyomottá, nyúlványokkal ellátottá válik. Gümőkór-ra biztosan körjelző a szabálytalan genysejt, ha a vizelet bakteriummentes, viszont bakteriumtartalmú vizeletnél is gyanus az említett elváltozás, de ilyenkor másodlagos fertőzést kell feltételezni.

A hozzászólók — *Chevassu*, *Pasteau* — *Colombino* nyomán foglalkoztak a kérdéssel és a szerzőkkel egyenértékű eredményre jutottak. Így örömmel veszik tudomásul az értékes kórismező eljárás emlékezetbe idézését.

Adler-Rácz dr.

Az appendicitisnél fellépő hólyagzavarokról. *Carajannopoulos* és *Grigorakis*. (Journ. d'Urol. 1928, 26., 1.)

Az appendicitisben szenvedő betegek rendszeres hólyagtükrözése közben gyakran találtak vérbőséget a hólyagban. A vizsgálatot kiegészítő rectalis vizsgálat, főleg ha dysuriás panaszok is mutatkoztak, a Douglas-üreg beszűrődését mutathatja. Egy esetünkben, ahol az appendix csupán idült beszűrődést mutatott, nagy, tumorra gyanus, heges tömeg vette körül a hólyagot, mely azonban a műtét után a dysuriás panaszokkal egyetemben eltűnt.

Adler-Rácz dr.

A hólyagnyak hypogastrikus feltárása előzetes gáti felszabeditás után. *Richter*. (Journ. d'Urol. 1928, 26., 1.)

A hólyagnyakon megejtendő műtéteknél előzetes műtétként ajánlja a hátsó húgycső felszabeditását gáti behatolással és a musculus rectourethralis átmetszésével. Ezután hypogastrikus behatolással és a pubovesicalis szalagok átmetszésével a hólyag a symphysistól elválasztva a hólyagnyak jól felhúzzható és rajta a szükséges műtét könnyen elvégezhető. A behatolás előnye továbbá, hogy szükség esetén a természetes perinealis drainezés is könnyen alkalmazható.

Adler-Rácz dr.

Szüléset és nőgyógyászat.

A petefészekdaganatok kétoldali előfordulásáról. *Rosenstein*, Breslau. (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1928, 78. köt., 4–5. füz.)

Három eset részletes ismertetése kapcsán felveti a kérdést: mely esetben távolítsuk el mindkét petefészeket? A kérdés, mely elég gyakran merül fel ovariotomiák kapcsán, még ma is tisztázatlan és vitás. Három — különböző időkorból vett — esete közül főleg az utolsó érdekes: 18 éves nőnél nagy petefészekdaganatot találtak egyidejű terhesség mellett. A szülés után eltávolított daganat rákosnak bizonyult. Két évvel később újabb terhesség mellett másik oldali, már inoperabilis petefészekdaganatot találtak.

Részletezve a kétoldali petefészekdaganatok gyakoriságát és halálozási százalékát, csatlakozik *Veit* felfogásához s tekintet nélkül a korra és az egyik petefészek ép voltára, kivételi mindkettőt — egyszerű papillaris daganatoknál, ráknál, endotheliomáknál. Fiatal, fogamzóképes nőknél meghagyja esetleg az ép petefészeket; egyoldali tömött, kemény sarkomáknál, teratomáknál, pseudomucinosus kystadenomáknál. Minden esetben megtartja az ép petefészeket dermoid cystáknál, fibromáknál, kystadenoma serosum simplexnél és minden nutritiv képződésű petefészek-tömlőnél.

Szathmáry Zoltán dr.

A műtétek utáni összenövések elkerüléséről. *G. Gellhorn*, St. Louis. (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1928, 78. köt., 6. füz.)

Nőgyógyászati hasmetszések kapcsán — eltekintve a drainezett esetektől — nem egyszer keletkeznek összenövések még ú. n. „tisztá” esetek után is. S habár ileus csak ritkán következik be, az összenövéses panaszok sokszor oly erősek lehetnek, hogy műtési feloldásuk feltétlenül szükséges.

Régebben az összenövéseket azzal igyekeztek elkerülni, hogy a különböző, az összetapadást meggátló anyagokkal (olajokkal) kenték be a sérült területeket.

Szerző a műtési technika gondosságával igyek-

szik az esetleges későbbi összenövésnek elejét venni. A műtét kezdetétől végéig ez a prophylaxis lebegjen szemünk előtt. Kezünkkel ne érnünk hozzá a hasmetszés előtt desinficiálót, vegyi szerekekkel bekenet bőrhez, mert ezzel az érzékeny hashártyára chemiaillag ingerlő anyagokat viszünk rá. Ugyanezen célból kerüljük el a belek és a has bőrének érintkezését. Gyakran fordul elő, hogy a nem eléggé gondosan lefedett, jódtincturával bekenet has bőrén a kiemelt belek rajta fekszenek. Ha műtét közben kezünket antiseptikus oldatokkal lemosunk, utána mindig öblítsük le vízzel is (s töröljük szárazra. Ref.). Gondosan ügyeljünk arra, hogy a fel-tárásnál ne sértjük meg a hashártyát, hiszen ez még „indifferens” folyadékokkal szemben is reagál. A töröl-ke-kel kíméletesen bánjunk, a hasseb peritoneumát ever-tált sebszélékkel varrjuk össze, mert csak így kerülhet-jük el a csepleszösszenövéseket. A hasüregben használt száraz törölők szintén izgatják a hashártyát s nem egy-szer lehetnek okai a késői összenövéseknek. Ezek elke-rülése végett szerző 15 év óta gumitörölőket használ. A különböző nagyságú törölőket a műszerekkel együtt főzi ki, majd meleg konyhasós oldatban tartja. *Gray Ward* ajánlatára a következő módszerrel igyekszik elkerülni a hasmetszéses műtétek előtt kiürített belek tonusának fokozódását, eredeti helyüknek visszanyerését: műtét előtt narkosisban gumikathetert vezet a rectumba, me-lyen keresztül a műtét után 1–2 liter meleg, szőlőcuk-rot és konyhasót tartalmazó klysmát juttat a belekbe. A hasfalnak erősebben nekifekvő beleket a hasüregbe juttatott levegővel tartja távol a hassebtől. Felhívja a figyelmet a leggondosabb peritonizálásra. A rögzített méh felváltása után a ronsolt fundusra gyakran rávarrja a hólyag egy részének előzetesen lepraeparált hashártyáját.

Szathmáry Zoltán dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Új magyar orvosi könyvek:

Szülészeti műté tan. *Burger Károly dr.* Franklin-Társulat. Ára 1880 P. (Ismertetés 38. sz.) — **A syphilis.** *Guszmán József dr.* Franklin-Társulat. Ára 52 P. — **Szemhéjplasztikák és az arc egyéb lágyrészeinek képző műtétei.** *Ifj. Imre József dr.* Studium. Ára 24 P. (Ismertetés a 40. sz.) — **A szemészet kiskatéja.** *Horay Gusztáv dr.* A Kir. Magyar Egyetemi Nyomda. Ára 3 P. (Ismertetés a 40. sz.) — **A végrejelkezőképesség elmeorvosi szempontból.** *Kluge Endre dr.* Novák Rudolf és Társa. Ára 10 P.

Új német orvosi könyvek:

Handbuch d. ges. Strahlenheilkunde. II. kötet. I. rész. *Lazarus. J. F. Bergmann.* München. Ára 28.50 M. — **Die nicht venerischen Genitalerkrankungen.** *Callo-mon.* Georg Thieme, Leipzig. Ára 18 M. — **Die Herzerweiterung im Durchleuchtungsbild.** *Bordet.* Georg Thieme, Leipzig. Ára 8 M. — **Die Ernährung d. Diabetikers.** *Pirquet-Wagner.* Urban és Schwarzenberg, Wien. Ára 18 M. — **Die Regulationsfunktion des menschlichen Labyrinthes.** *M. H. Fischer.* J. F. Bergmann, München. Ára 14.40 M. — **Die medizinische Tuberkulose im Kindesalter.** *Pehn-Dufourt.* Georg Thieme, Leipzig. Ára 25 M. — **Repetitorium der praktischen Psychiatrie.** *Rosenfeld.* Georg Thieme, Leipzig. Ára 5 M. — **Kinderheilkunde.** *Nobel-Pirquet.* Julius Springer, Bécs. Ára 6.80 M. — **Technik d. Individualpsychologie.** I. kötet. *Alfred-Adler.* J. F. Bergmann, München. Ára 7.50 M. — **Irrtümer Abt. Chirurgie.** 9. füzet. *Schwalbe.* Georg Thieme, Leipzig. Ára 24 M. — **Die Behandlung der Augenkrankheiten in der Allgemeinpraxis.** *Steindorff.* Georg Thieme, Leipzig. Ára 5.80 M. — **Lues congenita tarda.** *Krantz.* Urban és Schwarzenberg, Berlin. Ára 4 M. — **Die serologischen Reaktionen der Syphilis.** *Brandt-Szandicz.* Urban és Schwarzenberg, Berlin. Ára 12 M. — **Handbuch d. biol. Arbeitsmethoden.** Lfg. 273. *Abderhalden.* Urban és Schwarzenberg, Berlin. Ára 8 M. — Ismertetésükre rövidesen rátérünk.

Histologischer Atlas von Zupfpräparaten unfixierter menschlicher Organe und Gewebe. Von *Hans Plenck.* Wien. Julius Springer, 1928. 60 oldal, 49 szöveg-közi ábrával és 28 táblával. Ára 6 RM.

A bécsi szövettani intézetben a hallgatók gyakor-latain még most is sok időt szentelnek a festetlen készítmények vizsgálatára s ennek az anyagát és menetét írja le a könyv szervről-szervre. A leírás részletes és világos s ezt a gondos ábrák kezdők számára is érthe-tővé teszik. Minthogy azonban úgy a normal, mint a kórszövettani tankönyvek és közlemények csaknem ki-zárólag festett készítményekre támaszkodnak s a hall-gató idejét és erejét ezeknek kellő tanulmányozása is tetemesen igénybe veszi, kétséges, hogy a natív készí-tmények ilyen részletes tanulmányoztatása nem jár-e több hátránnyal, mint előnnyel.

Kiss Ferenc.

Aus dem Leben eines Heilstättenarztes. Von *Dr. Felix Wolff.* (Verlag der Ärztlichen Rundschau, Otto Gmelin, München.) 141 oldal. Ára 4 M.

Vonzóan megírt érdekes önéletrajz keretében le-pereg előttünk a tuberculosis elleni küzdelem egész tör-ténete. Megismerkedünk a görbersdorfi sanatoriumok alapításával és azokkal a manapság alig hihető nehé-zségekkel, amelyekkel úgy az orvosoknak, mint az inté-zetek alapítóinak a sok előítélettel szemben küzdeniök kellett. De betekintést nyerünk abba a ma nehezen ért-hető chaosba is, amelybe az egész kérdés *Koch*nak két korszakalkotó felfedezése által került. A *Koch-bacillus* felfedezése után pl. maga a szerző is csak azon feltétel-lel vállalta a görbersdorfi intézet vezetőorvosi állását, hogy a sanatoriumtól jó messze a községben kap lakást. Annyira félték akkor még maguk az orvosok is a bacil-laris fertőzéstől. Ma már tudjuk, hogy ezen félelemnek éppen sanatoriumok közelében van legkevesebb joga-sultsága, mert hiszen ilyen helyen minden beteg csak az arra rendelt köpöcsészébe ürítheti köpetét, amely azután meg lesz semmisítve, míg a szabadon járó-kelő betegeknek ez az óvórendszabály hiányzik.

A szerző mindjárt működése elején arra a helyes álláspontra helyezkedett, hogy a sanatoriumok feladata a beteget 3–4 hónap alatt megtanítani az otthon köve-tendő helyes életmódra. A hosszú évekre terjedő sana-toriumi tartózkodást ab ovo perhorreskálta és ha *Thomas Mann* „Zauberberg”-jében megismerkedünk az évekre kinyúló sanatoriumi tartózkodás sok-sok incon-venientiájával, teljesen igazat kell neki adnunk úgy ebben, mint abban is, amit a fekvőkúrák túlhosszú tar-tamáról, a túlságba vitt tejfogyasztásról és különösen az alkoholikákkal üzőtt visszaélésekről mond. Hiszen nem is olyan régen valósággal alkoholistákat neveltek a betegek-ből.

Ugyancsak nagy chaost teremtett a tuberkulin fel-fedezése, midőn minden válogatás nélkül a ma szokásos adagoknak több milliószorosát adták a betegeknek; milyen eredménnyel, arra az öregebb collegák még élénken emlékeznek.

Mindezt kellő objectivitással ecseteli a szerző és éppen ezen objectivitás teszi érdekessé és vonzó olvas-mánnyá az autobiographiát, amelynek keretében meg-ismerkedünk, ha csak futólag is, sok orvosi capacitás-sal is (*Billroth, Cornet, Curschmann, Kussmaul, Schröt-ter, Pirquet* stb.).

Vajda Károly dr.

Lehrbuch der Unfallheilkunde. *Dr. Paul Jottko-vitz.* J. F. Lehmanns Verlag München, 1928. Ára 13—15 márka.

A bevezetésben a szerző a baleseti orvostannak, mint önálló disciplinának a jogosultságával foglalko-zik. A Kaufmann-féle meghatározás szemelőtt tartásá-val arra az álláspontra helyezkedik, hogy ennek a tudo-mánynak a feladata a sérülések kezelése és utókeze-lése az elérhető legjobb keresetképeség szempontjából, a baleset szervezetre való visszahatásának a tanul-mányozása, a következményes betegségek balesettel való összefüggésének a kimutatása, a véleményezés kifeje-lesztése és az ipari foglalkozással járó betegségek tanul-mányozása. Ismerteti a német „Reichsversicherungs Ordnung” három könyvét és a törvény rendeleteinek a keresztülvitelekor az orvos feladatait. A vezető gon-dolat, hogy az orvos a baleseti sérülések következmé-nyeinek a gyógyítása közben iparkodjék megtartani, vagy helyreállítani a munkaakaratot és előkészíteni a gazdasági életbe való visszatérést. Így válik a baleseti sérültek helyes kezelése pszichológiai feladattá is. A sé-rült lelki életében útját kell állni egy bizonyos gondo-latmenetnek, amely tudatosan vagy öntudatlanul a bal-eset következményeinek a túlbeesüléséhez vezet. A szerző

30 év dús tapasztalataiból eredő tanácsai megszívlelendők. A háború sérültjeinél kipróbált úgynevezett munkagyógyítást (Arbeitstherapie) nem tartja célra-vezetőnek, inkább a munka korai megkezdését ajánlja kísérletképpen, díjazás mellett. A tankönyv második része a különféle betegségek és a baleset összefüggésével, a harmadik része az egyes testrészek sérüléseivel foglalkozik a német biztosítási törvény rendelkezései alapján. Végül a végtagok csonkolásáról, az így előállott munkaképességek csökkenéséről és a prothesiskérdésről szól. A 260 lapos könyv rövid összefoglalásban igen sokat ölel fel világos nyelven, jó ábrákkal magyarázza tárgyát. A Lehmann-féle kiadó cég célja az volt, hogy az 1900-ban megjelent *Golebiewski* tankönyv helyébe a mai követelményeknek megfelelő, hasonló terjedelmű összefoglalást adjon. A szerző a megbízatásnak teljesen megfelelt és munkáját mindazoknak ajánlhatom, akik hivatásuknál fogva a balesetorvosi tudománnyal foglalkoznak.

Prof. Bakay.

Odontoiatria Pratica. Prof. Giuseppe Szabó. Versione italiana autorizzata del Prim. Dott. Bruno Polacco colla collaborazione del Dott. G. Battista Polletti. 592 illustrazioni. Spoleto. 1928. Prezzo Lire 130. Editore dal giornale „La Stomatologia”. Budapestben kapható: „Petőfi” irodalmi r.t.-nél. VII. Kertész-u. 16.

A munka az illusztris szerző „Gyakorlati Fogászat” című tankönyvének olasz fordítása és bár a ki-tűnő könyv tartalmát mi jól ismerjük, annak olasz fordítása oly esemény és a munka nyomása és kiállítása előismerés a szerző érdemein keresztül a magyar tudománynak, hogy kedves kötelességünknek tartjuk róla megemlékezni. Örömmel tölt el bennünket az olasz-magyar kultúrközösség e legújabb jele, melynek jelentőségét még talán nem is tudjuk felbecsülni. Olasz barátaink nagy önzetlenséggel és lelkesedéssel választották meg a munka pompás olasz kiadását, melynek nyelvvezete tökéletes, nyomása, kiállítása pedig olyan, hogy minden bibliofil embernek örömet okoz, ha könyvtárába besorozhatja.

Morelli.

Die Körper eigene freie Fascienverpflanzung. Von Dr. Ernst König. Mit einem Vorwort von Professor M. Kirschner. Urban & Schwarzenberg. Berlin—Wien. Ara 20—23 M.

A könyv a Kirschner-féle fasciaátültetés sokoldalú alkalmazhatóságát tárgyalja. Találónan jegyzi meg Kirschner professor előszavában, hogy az új fel-találások sorsa ezt a módszert is utolérte: kezdetben lebecsülték, később túlságosan felkapták, amíg kellőleg értékelni megtanulták. A szerző az anatómiai és szöveta-tani viszonyok kimerítő tárgyalásával, a fasciaszövet igénytelenségének bizonyításával indokolja meg a fasciaátültetés sikereit. Részletesen foglalkozik az át-ültetés technikájával. A specialis részben klinikája és az irodalom adatai alapján felsorakoztatja mindazon alkalmazási területet és módszert, ahol és amellyel eddig eredményt értek el. Így olvassuk a fascia átülte-tésének jelentőségét az inak, erek és idegek sebészeté-ben, az izületi tokszalg és segítőszalagok pótlásában, az agyburkok helyettesítésében, a hasfal hiányos rész-leteinek megerősítésében, a sérvkapuk elzárásában, a helyet változtatott szervek (here, vese, gyomor stb.) visszarögzítésében, a pylorus megszükitésében, a vég-béleleléses gyógyításában, a vérzés csillapításában és a varratok biztosításában. A munka érdeme, hogy össze-foglalja és könnyen áttekinthetővé teszi a tárgyra vo-natkozó eddigi ismereteinket, ami által megerősíti ben-nünk a fascia átültetésének jelentőségéről táplált jó véleményünket. A szöveget egypár jó ábra magya-rázza. König munkája a szakembernek élvezetes, tanul-ságos olvasmány.

Prof. Bakay.

Allopathia-Homoeopathia. Homoeotherapia a mo-dern tudományos kutatás megvilágításában. Írta: Schimert Gusztáv dr. 46 oldal. (Novák Rudolf és társa kiadása.)

Amióta Bier nagy tekintélyének egész súlyával a homoeopathia mellé állott, egymás után jelennek meg főleg Németországban önálló munkák és cikkek, ame-lyeknek az a bevallott céljuk, hogy a homoeopathia és allopathia közti ellentéteket kiegyenlítsék. Önkénytele-nül eszünkbe jut nagy külügyminiszterünk, gróf And-rássy Gyulának híres mondása, hogy a legtöbb akta el-intézésével nem kell nagyon sietni; elintéződnék ezek idővel maguktól is. Azt hiszem, úgy vagyunk a homoeo-pathiával is. Az idő elmúlt lassan fölöttünk és észre sem vettük, mennyire benne vagyunk a homoeopathiá-

ban. Hiszen nem szabad elfelejtenünk, hogy a homoeo-pathia lényege távolról sem merül ki a kis adagokban; lényege azon már Hippokrates által is hangoztatott elv, hogy: „A betegség oly befolyások alatt keletkezik, amelyek a gyógyszerek hatásához hasonlóak. A betegség oly szerekekkel gyógyítható, amelyek a betegséghez ha-sonló tüneteket okoznak”. Ugyancsak a similia simili-bus elvét vallotta Paracelsus is. Hahnemanné az ér-dem, hogy ezen elveket általánosította, elmélyítette és rendszerbe foglalta. Ha már most elvonultatjuk szem-münk előtt Jenner, Pasteur, Behring és Koch fellépé-sét, lehetetlen el nem ismernünk, hogy korszakalkotó sikeres működésük alapelve mégis csak a similia simi-libus volt. Hiszen ők bizonyos kórokozónak parányi adagjaival, illetve elgyengített toxinjaival gyógyítot-tak olyan betegségeket, amelyeket ugyancsak ezen kór-okozók idéztek elő. Vagy ragadjunk ki egy példát a leg-újabb időkből! Országokra terjedő és sok-sok millió egyénre vonatkozó céltudatos gyógyítással sikerült a struma ijesztő terjedésének gátat vetni, és pedig olyan hihetetlenül minimális jódadagokkal, amelyek jóval alacsonyabbak a homoeopathiában szokásos adagoknál. Egy métermázsa konyhasóhoz kevernek egy fél gramm jódkalit. Már most gondoljunk a jód-Basedowra és stru-mára és akkor igazán lehetetlen elzárkózunk az elől, hogy itt tisztára homoeopathikus elvek arattak fényes terapiás sikert. Azt hiszem, hogy a minden orvos által helyesnek vallott Arndt-Schultz-féle biológiai törvény lesz az a platform, amelyen a homoeopathák és allo-pathák találkozni fognak. Minimalis adagok élénkítik, közepesek felkorbácsolják, de azután gyorsan ki is me-rítik, nagy adagok pedig tönkreteszik az életenergiát.

Mindezeket élvezetes formában olvashatjuk Schi-mert könyvecskéjében, amely már kis terjedelménél fogva sem merítheti ki a tárgyat, de megvan az az ér-deme, hogy minden szenvedélyesség nélkül, nagyon hig-gadt modorban, meggyőző érvekkel száll síkra a ho-moeopathia igazai mellett és ilyen módon mindenesetre hozzá fog járulni ahhoz, hogy azok a valóságban talán nem is olyan magas válaszfalak, amelyeket a két tábor orvosai maguk közt látnak, mielőbb lehullanak.

Vajda Károly dr.

A Német Gyermekorvos Társaság 39-ik rendes évi gyűlése Hamburgban.

(1928 szeptember 13—15.)

A Német Gyermekorvos-Társaság másodszor ülé-sezik a szép és gazdag hanzavárosban, amely lenyűg-zően hat óriási forgalmával, lakosainak fáradhatatlan tevékenysége által elért mesés gazdagságával. Dacára annak, hogy a Versailles-i szerződés súlyosan károsí-totta a várost, mert annak forgalmát és kereskedelmét megbénította, ma alig 10 évvel az óriási, főleg hajók-ban fizetett kártérítés után azt látjuk, hogy a még egy-pár évvel ezelőtt elhagyott kikötő, melyben csak kis hajók viselték a német zászlót, ma ismét élénk a zajos rakodó lármától és örömmel láttuk a dokkban a világ egyik legnagyobb hajóját, a *Bremant* készülődni hosszú útjára német lobogó alatt. A városnak jóléte látszik öntudatos és büszke lakosságán is és megértett a város polgármesterének büszke beszédén is, mellyel a gyűlés résztvevőit a fejedelmi pompájú, csillogó fényárban úszó városházán ünnepélyesen fogadta.

Mint említettük, *Hamburg* immár másodszor látja vendégül a német gyermekorvosok legjobbait. Első-ízben 1901-ben, amidőn Böckay János és Siebert (Köln) professorok referáltak ott az intubatio és tracheotomia kérdését, amely akkoriban emlékezetes, élénk és niveau vitát vont maga után, melyen a Naturforscherek sebé-szei is szép számmal vettek részt.

A mostani gyűlés az újítás, a régivel szemben való változtatás jegyében indult. El akarták kerülni, hogy az ülésen túlságosan sok és heterogen tárgyú elő-adás hangozzék el és eliminálni kívánták azt, hogy, mint az pl. Karlsbadban történt, hogy az utolsó előad-sok annyira megrövidíttessenek, hogy tulajdonképen csak 1—2 perces resümévé zsugorodjanak. Ezért három főthematát tűztek ki csupán és a három főthematát több referensnek bevonásával igyekeztek minden irányban megvilágítani.

Az első thema a nevelési problémát és a gyermek-orvos viszonyát a neveléshez tárgyalta, amelynek folya-mán Stern (Hamburg) a modern gyermekpsychológiá-

ról, annak modern teoriáiról és a paedagogiás beavatkozások hatásáról. *Pfaundler* a helytelenül nevelt gyermek betegségi tüneteiről. *Homburger* (Heidelberg) a gyermekorvosi nevelőkérdés psychopathológiás alapjairól. *Pototzky* (Berlin) a nehezen nevelhető gyermekek gondozásainak útjairól számoltak be. Ezen előadások közül különösen *Pfaundler* tanáré volt az, amely teljesen lekötötte a hallgatók figyelmét és amelyet élvezetes tartalma, gördülékeny szép előadása miatt zajos tetszés is követett. E fő kérdéshez hozzászólt *Deutsch Ernő* és *Tschulitzky* (Leuigrad) asszony. Ezen előadási sorozattal az első nap délelőtti be is zárult. A délutáni ülésen a csecsemő vízháztartásának problémája volt a napirend, mely kérdéseket *Rominger* (Kiel) A vízelosztás és megkötése a szervezetben és *Mauthner* (Bécs) A víz vándorlása a szervezetben című referatummukkal világítottak meg. A kérdéshez többen szólottak hozzá. Este 6 órakor fogadás volt a városházán, amelyet a város részéről történt megvendégelés követett (a hozzátartozó hölgyek nélkül). A rákövetkező nap délelőttjén a gyermekkori tüdőlob problémája képezte a tárgysorozatot, amelynek első előadója *Loeschke* (Mannheim) „A gyermekkori bronchopneumonia pathológiája” című előadását egész új és eredeti felfogással tartotta meg, különösen részletesen terjeszkedve ki *Orsós* tanár, valamint saját vizsgálataira s utóbbiak alapján arra a következtetésre jutott, hogy a nyelési pneumoniák sokkal nagyobb százalékban fordulnak elő, mint ahogy azt gondolják. Második előadó *L. F. Meyer* (Berlin) volt, ki a csecsemőkori tüdőlobok systematikájáról és terapiájáról tartott igen értékes előadásában *Nassau* felfogásához tartotta magát és méltatta *Heim Pál* tanár munkálatait a májzár kérdéséről. Harmadik előadó *Duken* (Jena) a Röntgen-vizsgálat jelentőségéről szóló a gyermekkori pneumoniák diagnosztizálásánál s végül *Engel* (Dortmund) a pneumonia crouposa pathogenesist tárgyalta s előadásában reámutatott azokra a nehézségekre, melyek e kérdés megoldását hátráltatják. Mint első discussiós előadás *Noeggerath* (Freiburg) „A nehezen felismerhető pneumoniák kérdése” című 10 perces érdekes elmefuttatása volt, amelyet több felszólaló megjegyzése követett. Az aznap délután a pompás tropusi-betegségek intézetének megtekintésével és *Nocht* tanárnak a tropuson élő gyermekek megbetegedéseiről szóló előadásának hallgatásával telt el. Este a „Hapag” különhajójával a kies fekvésű *Blankenese*-be szállították ki a társaságot, ahol az aznapi estét fehér asztal mellett folytatva a zöld asztal mellett megkezdett vitatkozást, töltötte el kedélyesen a társaság. Az utolsó nap délelőttjét a gyermekkorházak építésének és organisatiójának kérdésével töltötték el. *Feer*, *Pirquet*, *Schlossmann* és *Bessau*, valamint *Nobel*, *Wagner*, *Ritter* és *Wentzler* érdekes felszólalásai világították meg ezen érdekes kérdést minden oldalról. Különösen érdeklődést keltettek *Bessau* új nagyméretű lipesei gyermekklinikájának tervrajzai. A délutáni A délutáni közgyűlés, amelyen *Noeggerathot* (Freiburg) választották meg jövő évi elnöknek. *Wiesbadent* jelölte ki, mint a jövő évi ülésnek helyét, és pedig husvét időszakára. Este a kies fekvésű igen szép *Uhlenhorster Faerhausban* volt az ünnepi vacsora, amelyen számos pohárköszöntőben jutottak kifejezésre az egymás iránt érzett barátságos érzületek.

Az ülésnek ezen rövid ismertetése után, ha szabad kritikát gyakorolnunk, nem tagadhatjuk el, hogy az összejövetel szellemi eredménye mögötte maradt a tavalyi budapesti évi ülés igazán magas niveau-jának. Tulajdonképpen újat nem igen hallottunk és csak az irodalomból ismert dolgok tetszetős revüjéből állott az egész s hogy ezt a vezetőség maga is belátta és megszívlelte azt is, hogy ilyenét beosztás mellett a törekvő fiatal generációnak nincs módja és alkalma arra, hogy fáradozásának jutalmát megkapja azáltal, hogy saját munkáit e magasabb forumnak személyesen mutathassa be, ezzel a rendszerrel szakított és ismét a régi systemához tért vissza. A jövő esztendőben tehát 2-3 referálós előadás mellett a szakemberek zömének ismét alkalmat nyútanak arra, hogy előadásukkal tudományos munkálataik eredményét ezen illustis társaság elé hozhassák discussio céljából.

Ami az ülés nem tudományos, de éppoly fontos oldalát, a társadalmi érintkezést illeti, az, mint mindig, szívélyes és kartársi szeretettől áthatott volt, de mi magyarok boldogan éreztük, hogy a tavalyi budapesti látogatás alkalmával a kormányzat, a főváros vezetősége, a fürdőváros és a Magyar Gyermekorvosok Tár-

saságának vendégszeretete és a fővárosnak tüneményes szép fekvése mily mély és maradandó benyomást gyakoroltak az összes résztvevőkre, amit ez alkalommal sem győztek német és egyéb külföldi kartársaink állandóan hangsúlyozni. A kartársi tiszteletnek és ragaszkodásnak egyik jele, hogy a plenaris ülés táviratilag melegen üdvözölte a társaság tiszteletbeli tagját és seniorát, *Bókay Jánost*. *Bókay Zoltán dr.*

Az 1928. évi internationalis rákkonferencia.

(London, 1928 július 15—20-ig.)

Igen impozáns keretek között, több mint 300 szakember jelenlétében folyt le Londonban a British Empire Cancer Campaign rendezése és Sir John Bland-Sutton elnöklete alatt álló értekezlet.

Hat alosztály, úgymint pathologiai, belgyógyászati, radiologiai, diagnostikai, sebészeti és statisztika-közegészségügyi tárgyalta a rákkérdés különböző vonatkozásait.

A delegátusokat, akik minden országban személyre szóló meghívót kaptak, július 15-én délelőtt 10 órakor a Buckingham Palace-ban az angol király fogadta, ő a British Empire Cancer Campaign patronusa. Ezenkívül egy este York hercege és hercegnője, másikon Sir John és Lady Bland-Sutton adott estélyt számukra.

A délelőtti ülést az alosztályok ülései, de elsősorban a fő vitakérdések foglalták el, amelyekről az alosztályok együtt tanácskoztak.

1. Fő vitakérdés: A sebészi és sugárkezelés viszonylagos értéke a méhnyak, végbél, emlő és szájüreg rákjának kezelésében.

A méhnyak rákjának kérdését *M. Donaldson* (London), a rectum rákját *Sir Charles Gordon-Watson* (London), az emlő rákját *Burton Lee* (U. S. A.) s a szájüreg rákját *Douglas Quick* (U. S. A.) referálta s a referatumokhoz vita fűződött.

A méhnyak rákjának radiumtherapiáját főleg francia és svéd szerzők kezdeményezték. *Donaldson* utal az angol *Lane-Clayton* és a svéd *Heyman* statisztikájára és megállapítja, hogy a méhnyak rákjának műtéti és radiumkezelése csaknem egyforma eredményt ad. A Wertheim-műtét mortalitása legalább 10% s e téren tökéletesítés nem várható. A radiumtherapia viszont még tökéletesíthető. *Donaldson* a radiumtherapia mellett foglal állást. A statisztikai adatok összeállítását egyöntetűen kellene csinálni a League of Nations irányelvei szerint.

A végbél rákjának sugaras kezelése a sebészi kezeléshez mérhető eredményt nem ad.

Burton Lee az emlőrák operatív, illetve sugaras kezelésének megítélése céljából *Raymond Pearl* baltimorei statisztikus tanácsai szerint állította össze adatait. Megállapítja, hogy a radium előnyösebb, mint a Röntgen. Szerinte sebészi műtét és radiumkezelés a megfelelő kezelés. *Sampson Handley* (London) szerint műtét egymagában nem elegendő, hanem követni kell azt a radiumkezelésnek.

Stanford Cade (London) a szájüreg rákjánál a primaer tumor radiumkezelését, a nyaki mirigyek operálását és a nyaktájék postoperatív radiumkezelését ajánlja. *B. E. Rose* (Birmingham) szerint a szájüregi rák kimetszése és radiumkezelés, a mirigyek megbetegedésekor ugyancsak műtét és postoperatív radiumkezelés a teendő.

2. Általános vitakérdés: A rák aetiológiája. *James Ewing* (New-York) referatuma után *Blumenthal* (Berlin), *Leitch* (London), *Borrel* (Strasbourg), *Deelman* (Groningen), *Murphy* (Rockefeller Institut New-York), *Maisin* (Louvain), *Rhoda Erdmann* (Berlin), *Mc Intosh*

(London), *Teutschlaender* (Heidelberg), *Bierich* (Hamburg), *Proust* (Páris), *Maudé Slye* (Chicago), *Blair Bell* (Liverpool), *Leo Loeb* (St. Louis) vett részt a vitában.

Ewing a chronikus irritatio szerepének tárgyalásával kezd. Mégis nem minden rák praecancerosus állapotból, hanem sokszor hirtelen, explosioszerűen keletkezik. A praedispositio legjobban *Cohnheim* tana szerint magyarázható. Rákos családok vannak, de a hereditas tanát sokan túlságba viszik. *Slye* újabban megengedi, hogy rákos egérentenyészetekben is van szerepe az irritációnak. *Warburg* eredményeivel szemben *Ewing*nek kétségei vannak. *Gye* tanait nem fogadják el, általános rákparasita nincs.

Leitch szerint sok szól amellett, hogy a Rous-tumor agense enzymszerű anyag. Normalis tyúk pankreasát másik tyúk pectoralis izomzatába fecskendezve Rous-tumor típusú átvihető tumort sikerült előidéznie.

Borrel parasitáknak a tumorok aetiológiájában való szerepét hangsúlyozza. Szól a filtrálható vírusokról és állati tumorsejtekben ilyen képleteket demonstrál.

Murphy a Rous-sarkoma tumorkeltő agensét igyekezett elkülöníteni. Rous-tyúksarkoma I. kivonatából oly praecipitatumot nyert, amely a nucleoproteidekhez látszik tartozni és tumort okoz. Ugyanilyen tumorkeltő anyagot normalis szárnyasok heréjéből is elő tudott állítani. Ez a tény az agens virus természete ellen szól.

Mc Intosh Rous-tumorról szemben activ immunitást igyekezett elérni, de kevés sikerrel. Szerinte szárnyasok tumorát okozhatja virus, de hogy emlősök tumorait filtrálható vírusok okoznák, eddig nem sikerült bebizonyítani.

További általános vitathema: Chemoterapiai módszerek a rák kezelésében különös tekintettel az ólomra.

Előadó: *Blair Bell* (Liverpool). Kísérleteiben kimutatta, hogy a colloidalis ólom a chorion epitheliájának electiv nekrosisával abortust okoz. Az is kiderült, hogy rosszindulatú daganatokban az adagolt ólom nagyobb mennyiségben lelhető fel, mint a környező normalis szövetekben. 1922-ben mutatott rá, hogy rákkal szemben a sugárkezelés jobb eredményt ad, ha kezelés előtt ólomkészítményeket adagolt. Sebészi műtét után a colloidalis ólomot recidiva megelőzésére is ajánlja. Felteszi, hogy az ólom műtét és sugárkezelés nélkül, egymagában is hatásos lehet a rák gyógyításában.

Blair Bell után ugyan akadtak, akik az ólomtól bizonyos előnyös hatást láttak, mégis a legtöbben az ólom toxítására és emberek ilyirányú kezelésének veszedelmességére utaltak.

Hocking (London) az uranium, *Monckton Copeman* (London) az activált fluorescein kezeléséről, *Lumsden* (Lister Institut) a malignus daganatok vaccinatiójáról számolt be.

Az alosztályok ülésein tárgyalásra került: A csontsarkoma osztályozása és kezelése. *Ewing*, a referens itt négy csoportot különböztet meg: Osteogen, óriássejtes tumort, myelomát és liposarkomát (további alcsoportokkal). Az északamerikai Egyesült Államokban eddig 377 csontsarkomát lajstromoztak s ebből 39 mutatott 5 éves gyógyulást. A kezelés amputációból, sugárkezelésből és Coley-toxin alkalmazásából állott.

Az osteogen sarkoma esetében legjobb az amputatio, sugárkezelés keveset használ. Óriássejtes sarkoma jól reagál Röntgen-kezelésre. A myeloma minden faja radiosensibilis, kivéve az endothelialis myelomát. A csontsarkoma legkorábbi tünete meg nem magyarázott fájdalom. Röntgen-elváltozás csak késői stadiumban található. Fontos volna korai diagnózis.

Robert Hutchison (London) statisztikailag a tüdő-

ráknak az utóbbi években való megszorodását állapítja meg.

Vita tárgyát képezte a rák mint foglalkozási betegség. *Southam* és *Wilson* 1922-ben ismerte fel dél Lancashireben a gyapotszövőök scrotumrákját, amit a gép kenésére használt ásványi olajnak a munkások nadrágjára való csepegése okoz. Ugyanez az ok ritkábban az alkaron, nyakon és kézen okozhat rákot.

Rostoski, *Saupe* és *Schmorl* a szász rákbizottság megbízásából a schneebergi tüdőrákkal 3¼ évig (1922-től) foglalkoztak. Az ottani bányák munkája újabban alábbhagyott. 116 activ bányászból és 38 volt bányászból 21 halt meg az említett idő alatt, 13-nak boncolásakor tüdőrák volt megállapítható. Kettőnél a tüdőrák klinice nyert igazolást. A schneebergi bányákban bismuthot, cobaltot és arsenit bányásznak, levegőjük radioactiv. A bányák porával inhalatiós állatkísérletek eredménytelenek voltak.

Teutschlaender (Baden) briquette-gyáraiban észlelt bőrrákról, *A. Scott* (Broxburn) paraffinmunkások bőrrákjáról számolt be.

A sebészeti alosztály vitakérdése: A gyomorrák korai felismerése és gyógyítása. Referens: *Sir Berkeley Moynihan* (Leeds). Szerinte a gyomorrák a következő formában jelenhetik meg: 1. Duodenalis fekélyt utánzó. 2. Dyspepsiával járó. 3. Korai obstructiót. 4. Korai vérzést okozó alak. Vannak chronikus és acut esetek. Pathologusok véleménye az ulcus carcinomáról különböző. Hogy a gyomorrák oly nagy mortalitást mutat, annak az az oka, hogy a megbetegedés korai stadiumban belorvosi kezelésre jól reagál. Igen fontos a Röntgen-vizsgálat. Kétes esetekben explorativ laparotomia indokolt. A hozzászólók közt *Finsterer* (Wien) 329 esetéből 61 (18.5%) volt ulcus carcinoma. Az ulcus azelőtt távolítandó el, mielőtt malignussá lenne.

A rákdiagnosissal kapcsolatban *Sir Thomas Horder* (London) a klinikai vizsgálatok, eszközökkel (mint cystoskop, laryngoskop) való vizsgálat, biopsiás, serologiai, haematologiai, biochemiai vizsgálatok értékéről számolt be. *Braxton Hicks* és *Hocking* (London) complementkötési rákreakcióról, *Ichikawa* (Japán) a Botelho-féle reakcióról számolt be. *Dodds* és *Lawson* (London) szerint az Abderhalden-, Shaw-Mackenzie- és Ringold-eljárás a rákdiagnosissal nem alkalmas.

Regaud (Páris) a Röntgen és radium biologiai hatásáról tartott előadást különös tekintettel a besugárzás intenzitására és idejére.

Greenwood (London) a rák földrajzi és faji előfordulásáról referált. A Népszövetség adatai szerint Angliában emlő- és méhnyakrákban többen halnak meg, mint Németalföldön és Olaszországban.

A rákkal szemben fogatosítandó közegészségügyi teendőkkel *Sir George Buchanan* foglalkozott. Beszámolt az Angliában meglevő rákkórházakról, a British Empire Cancer Campaigneról, amely 1923-ban alakult. Szólt az angol egészségügyi ministerium és a Népszövetség Cancer Commissionjának munkájáról.

Millard (Leicester) a rákklínika felállításáról, *Blumenthal* és többen a közönség neveléséről és rákellenes propaganda irányításáról tartott előadást.

A délelőtti előadások és viták mellett délutánonként különböző londoni rákkutatással foglalkozó intézeteket és kórházakat mutatták be. Ezek: Middlesex Hospital, St. Bartolomew's Hospital, St. Mark's Hospital, Westminster Hospital, Cancer Hospital, Lister Institut, Medical Research Council, Mill Hill (Gye és Barnard), Imperial Cancer Research Fund, Guy's Hospital. A Royal College of Surgeons és Wellcome Museum of Medi-

cal Science gyűjteményeiben is sok érdekes készítményt lehetett látni.

A St. Bartolomew's Hospitalban *Canti dr.* mozgóképei, amelyek már a budapesti internationalis sejtkutató congressusról ismeretesek voltak, ismét sikert arattak.

Baló József dr.

ORVOSTÖRTÉNELMI JEGYZETEK

Balassa János az Újépületben.

Balassáról, a mi első nagy sebészünkről, ismeretes, hogy Tolna megye, bár ő odavaló volt és másrészt már 1841-ben a bécsi Allg. Krankenhaus egyik sebészi osztályát vezette, ugyanebben az évben nem tartotta érdemesnek arra, hogy a nagytehetségű fiatal orvost a megye tiszti főorvosává megtegye. Ez végre is nem volt nagy csapás, mert két év múlva már a pesti egyetem nyilvános rendes tanára lett s a bécsiek, kik őt pályája kezdetén (hatalmas pártfogói ellenére) mellőzték, később két ízben is visszakívánták (egyszer a Josephinumhoz, később az ottani egyetemhez). Balassa azonban mindvégig hű maradt hozzánk s úgy is mint magyar, úgy is mint tanár, halhatatlan emléket és tanulságot hagyott reánk. 1849 őszén a *grand massacre* napjaiban, az a baj érte a mi jeles tanárunkat, hogy egy szép napon (szept. 28) elfogták s az Újépületbe csukták, mert a szabadságharc alatt mint orvos szolgálta hazáját és hozzá még egy 1848 októberében kelt levelét is megtalálták, melyben arra kéri Kossuthot, hogy két osztrák tisztet a honvédseregbe átvegyen. Ezért pár nap múlva (1849 okt. 3.) három havi foglárfoogságra ítélték (de már november 23-án szabadon bocsátották. Lásd K. K. Militär-Kriegsgericht in Pest. 1849. Fasc. 1. Nr. 60.) Azonkívül elrendelték, hogy az orvosi kar tagjai közül neki, Bugátnak és Arányinak a tanári fizetésből csak egyharmadot juttassanak. Nemrégiben megkértem *Friedreich Endrét*, ki e szomorú idők történetével behatóbban foglalkozik, hogy ha kutatásai közben (a bécsi levéltárakban stb.) olyan iratokat találna, melyek Balassa foglárfoogságára s az ellene való vizsgálatra vonatkoznak, másoltassa le azokat; sajnos, nem akadtak ilyenek, mert sok bennünket érdeklő okmányt már régebben kielejtetett (vagy eltüntetett) a bécsi hatalom. Egy érdekes körülmény mégis történelmi érdekűvé teszi Balassa pesti letartóztatását: az t. i. hogy ugyanakkor vele együtt *Batthyány Lajos* gróf is az Újépület foglya volt. Magyarország első miniszterelnökét, a leghiggadtabb s legloyalisabb magyarok egyikét, akasztófára ítélték s még azt sem engedték meg neki, hogy élete utolsó napján elbúcsúzzék a feleségétől. Ezt csak levélben tehette meg, melynek néhány jellemző sorát *Friedrich E.* közlése szerint) ideiktatom: „Theures Weib! Umsonst haben wir auf den letzten Funken von Menschlichkeit gehofft, als wir uns noch einmal zu sehen wähten, auch das hat man Dir verweigert... Die Kinder segne und küsse in meinem Namen; sie sollen, sie brauchen sich ihres Vaters nicht zu schämen, früher oder später, wird die Schmach meines Todes auf jene zurückfallen, die mich ungerecht und undankbar gemordet haben. In dieser feyerlichen Stunde, betheure ich es, dass nie ein Gedanke an Verrath an König und Monarchie meine Seele beschlich und dass ich dem Vaterlande nicht minder treu; wer wird es jetzt glauben! Und dafür sterbe ich, das Gesetz, des Königs Eid, war meine Richtschnur und weder rechts, noch links, liess ich mich missbrauchen, viam meam persecutus sum, darum tödten sie mich. Verlasse dies Land den Kindern zu lieb; ihre Zukunft wäre im Keime verpestet. Deine Habe wird ihnen genügen; besser ein bescheidenes Loos, als Almosen aus den Händen derer, die sie zu Waisen gemacht.“ *Batthyány*, hogy a leggyalázatosabb halált elkerülje, közvetlenül a kivégzés előtt a felesége által becsempészett kis törrel, több helyen (nemcsak nyakán, hanem karján és halántékán is) megszurta magát. Az eset nagy zűrzavart okozott az Újépületben. Hirtelen nem találták katonaoorvost. *Pollak* hadnagy kétségbeesve rohant le a

Batthyány siralomháza alatt levő cellában raboskodó Balassáért. „Um Gotteswillen, Herr von Balassa, stehen sie auf, der *Batthyány* hat sich erdolcht!“ *Balassa* megállapítván, hogy nyakán a „jobboldali ütőeret“ sebezte meg s igen sok vért vesztett, felháborodással jelentette ki, hogy ilyen állapotban a kivégzés lehetetlen. Ő kötözte be a sebet, azután az 5. tüzérezred orvosa vette át a gondozást, majd *dr. Bée Antal* orvoskari főnök és *dr. Grass*, a fogház orvosa is megvizsgálták. Erősítőszereket adtak be neki, bort itattak vele, hogy életerejét a kivégzésig fenntartsák, kezeit lekötözték, hogy sebet fel ne szakíthassa. A pribékek nem tudták, hogy mit kezdjenek *Batthyány*val. Hamarjában tizennégy tagú bizottságot hívtak össze, hogy a további teendőkről döntsenek. A bizottság két orvostagja, *Bée* és *Grass*, bizonyára Balassával történt megbeszélés után, úgy nyilatkozott, hogy a kivégzéssel okvetlenül várni kell addig, míg a vérerek sebé beheged és az elítélt kissé megerősödik, mert különben attól lehet félni, hogy újból megindul a vérzés és az elítéltet a vesztőhelyre vezető úton hirtelen halál éri. Végre is abban állapodtak meg, hogy *Batthyány*t este hat órakor golyó által végzik ki. Így is történt; a nagy vérvesztéstől elgyöngült, viaszfehércu embernek minden erejét össze kellett szednie, hogy a néhány száz lépésnyi utat, a pap karjára támaszkodva, megtehesse. Azon a helyen lőtték agyon, ahol az akasztófának kellett volna állnia. Az egész kivégzés hivatalos sivársággal ment véghez. Egyetlen megható momentuma az volt, hogy a gróf hűséges inasa, Német János, ki az utolsó pereig hitte, hogy ura kegyelmet fog kapni, egy farakásra felkapaszkodva várakozott a kegyelmi szóra s mikor *Batthyány*t összeroskadni látta, ájultan bukott le onnan.

m. k.

KÉRDÉSEK ÉS FELELETEK

Kérdés: Van-e megbízható magyar quarzlámpa s hol kapható? A külföldi gyártmányok közül melyik a legjobb? Van-e a quarzkezelés módjával foglalkozó magyar nyelvű tankönyv?

T. J.

Felelet: Magyar quarzlámpagyár nincsen. Külföldi gyártmányok közül a legmegbízhatóbb a Hanau, mely bármely orvostechnikai kereskedésben megrendelhető. A quarzkezelés módjával foglalkozó magyar nyelvű könyv a Markovics Imre-féle, mely jelenleg sajtó alatt van és Novák Rudolf kiadásában fog megjelenni. A megjelenés ideje még bizonytalan.

Kelen Béla dr.

VEGYES HÍREK

Pro patria. Az egyetemi I. számú szemklinikán a magyar vértanúk emléknapiján teljesen csendben, minden szertartás nélkül a háborúban elesettek emlékére egyszerű emléktáblát helyeztek el a következő felírással, melyet *Rákosi Jenő* írt:

A tudományok
Csarnokából
Csatákba mentek
És hősi halált haltak
1914–1918.
A tudományok gyászja
A hazának büszkesége
Nekik halhatatlan dicsőség.

Az I. számú szemklinika ezzel hazafias és követendő példát mutatott. Szegénységünk sem menti azt a felejtést, aminek szégyenét akkor érezzük, ha külföldön járunk, hol az ember minden városban és faluban, templomban és középületben megható hadi emlékekkel találkozik.

A Charité Poliklinika orvosi kara f. hó 17-i ülésének tárgysorozata. Bemutatás: 1. Koppenstein Ernő: Borsónyi gyomordaganat. 2. Koppenstein Ernő: Colon diverticulomok. 3. Ifj. Boniss Ferenc: Szájsebészeti esetek bemutatása. 4. Weisz Antal: Tüdőluet? Előadás: 1. László Ernő: Gyakorlati megfigyelések a dysmenorrhoeák terapiájában. 2. Weisz Márton: Multiplex cartilaginea exostosisok. 3. Hegedüs Károly: A női sexualhormonról. 4. László Ernő: Az elektromosság hőhatása az orvosi terapiában, különös tekintettel annak nőgyógyászati alkalmazására.

Kuzmik Pál dr. szobrának leleplezése. Meleg ünnepség keretében leleplezték le f. hó 8-án a II. sz. sebészeti klinikán **Kuzmik Pál dr.** professor, a klinika volt igazgatójának szobrát. Az ünnepélyen megjelentek **Wolkenberg Alajos dr. rector, dr. Kéty László báró** dékán, a Magyar Orvosok Nemzeti Egyesülete, az Országos Orvosszövetség, a Budapesti Orvosszövetség és az Orvos Egyesületek. A szobrot a sebészeti klinika nevében **Bakay** professor kegyeletos szavak kíséretében vette át, majd **Wolkenberg Alajos dr.** és **dr. Kéty László báró** az egyetem nevében; **Lobmayer Géza dr.** pedig a volt tanítványok nevében mondott beszédet. A szobrot **Kuzmik** professor nagytehetségű leánya, **Kuzmik Livia** mintázta és hálás tanítványai és utódai állította fel.

Vajda Károly dr. lakását VIII. Főherceg Sándor-tér 2. szám alá tette át. Telefonszám: József 388-08.

Orvosdoktorrá avattattak a Pázmány Péter Tudományegyetemen 1928. évi október hó 6-án: **Balogh Mihály, Dudits Andor, Gömöri György, Kalajkovits Imre, Kolba Vilmos, Mezey Gyula, Ozsvárt Antal, Pozdora Pál, Simon Sándor, Szodoray Lajos, Tóth János, Wacsek István, Szalay Sándor** gyógyszer. doktor. Üdvözljük az új kartársakat!

Ragályos betegségek Budapestén. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint szept. 30-okt. 6-ig előfordult:

Hasi hagymáz	42	(9)	Gyermekágyi láz	—	(—)
Küteges hagymáz	—	(—)	Báránymű	9	(—)
Hólyagos (ál-)himlő	—	(—)	Járv. fültőmirigylob	2	(—)
Kanyaró	10	(—)	Vérhas	45	7
Vörheny	23	1	Járv. agygerincagyhártyalob	—	(—)
Szamárhurut	14	(—)	Trachoma	2	(—)
Roncs. torok-, gége-lob	49	1	Veszétség	—	(—)
Influenza	9	(—)	Lépfene	3	(—)
Ázsiai kolera	—	(—)	Paralysis infant.	2	(—)

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

Lapunk mai számához a Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Sváje) **Dial „Ciba“** című prospektusa van mellékelve.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

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

RÖNTGEN QUARZ, DIATHERMIA BARTA ÉS SZÉKELY
BUDAPEST IV, MÚZEUM-KÖRÚT 37. SZÁM
TELEFON: J 425-32.

Szoptató dadákat évtizedek óta a **Dr. SZEGŐ-féle** intézetből vesszük, VI. Szív-utca 69. Telefon: 293-22.

DIATHERMIÁS -BERENDEZÉSEK
KEDVEZŐ FIZETÉSI FELTÉTELEK MELLETT
MARTIN és 'SIGRAY RT. ELEKTROGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY
BUDAPEST VI, BOTOND-UTCA 10.

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

Sebészeti, urológia, szülészet. Elsőrangú orvosi és gyógyellátással
Dr. Mandler Ottó gyógyintézete, Kálvin-tér 10. Elektro-thermo-hydrotherapia, Zander, Inhalatorium.

SANATORIUM WESTEND PURKERSDORF bei WIEN
anyagszere, diéta kúrák, idegbetegségek, szívbetegségek számára. Saját anyagszerlaboratorium, új diéta konyha. Röntgen- és szívlaboratorium. Legmodernebb berendezve. Főorvosok: **Dr. Max Berliner** és **Dr. Karl Feiler** (ezelőtt Park-sanatorium Judendorf).
Méréselt pousálárak. Telefon: R. 33-5-65 Seria. Saját autoközlekedés Wien-nel.

Királyi Magyar Egyetemi Nyomda 1928. Budapest VIII, Múzeum-körút 6. — (Dr. Czako Elemér.)

RÖNTGEN -BERENDEZÉSEK
TÖKÉLETES SZOLID KIVITELBEN
MARTIN és 'SIGRAY RT.
ELEKTROGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY
BUDAPEST VI, BOTOND-UTCA 10.

Német orvosi könyveket

havi részletfizetésre szállít **FISCHER JENŐ**, az Urban & Schwarzenberg magyarországi képviselője VII, Thököly-út 44. Telefon: József 372-70. Kérem az új címekre ügyelni. Kérje havonta megjelenő könyvjegyzékünket.

VALORAL

Igen hatásos sedativum, tonicum, enyhe hypnoticum.

Javalva: Neurasthenia, hysteria, álmatlanság, ideges tünetek ellen

Készíti: **SZÜTS PÁL** Deák Ferenc gyógyszerháza Budapest VI, Deák Ferenc-tér, Anker-pal. Telefon: T. 293-01

ROBOFERRIN

sine et cum arsen. Erényi

(Liqu. ferr. pepton. concentr. in gutt.)

a legtökéletesebben felszívódó, kellemes ízű **vaspepton-készítmény.** Feltűnő eredménnyel alkalmazva úgy felnőtteknél, mint gyermekeknél az anaemia, neurasthenia, chlorosis stb. stb. eseteiben. Kiváló stomachicum és roborans. Készíti:

Erényi László „Diana” gyógyszerháza
Budapest, VII., Károly-körút 5 Telefon: József 115-55

Rendeljük a
DERMAFORINE
sebhintőport, mert

DERMAFORINE a legolcsóbb sebdezinficiens
DERMAFORINE engedélyezett hazai készítmény
DERMAFORINE teljesen szagtalan
DERMAFORINE a legerősebb baktericid sajátosságú
DERMAFORINE teljesen méregmentes
DERMAFORINE erőlyesen desodorál
DERMAFORINE csiramentes.

Méltóztassék költségmentes kísérleti anyagot és irodalmat kérni!

Forgalomban van még:

DERMAFORINE DERMAFORINE
gaze Baby-szappan
DERMAFORINE
Baby antiseptikus hintőpor.

Kapható az összes gyógyszerházakban.

„DERMAFORINE” KATONA-laboratorium,
Budapest I, Verpeléti-út 24.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA POÓR FERENC

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

T A R T A L O M:

Liebmann István: Chondrodystrophia foetalis. (1201—1206. old.)

Rohrböck Ferenc és Kiss Pál: A vérmennyiség meghatározása a gyermekkorban, mint klinikai vizsgálati módszer. (1207—1209. old.)

Bársony Tivadar: A hiatus-sérvekről. (1209—1212. old.)

Egerváry Tibor: Műtét előtt kórismézett kétoldali ket-tős ureternél egy a hátsó húgycsőbe szájadzó hydropyoureter. (1212—1214. old.)

Tóth Pál: Otogen meningitis gyógyult esete. (1214—1215. old.)

Róna Andor: Terhességi tetania parathyreoidea im-plantatióval gyógyított esete. (1215—1216. old.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (173—176. old.)

Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Urologia. — Fülgyógyászat. — Szülészeti és nőgyógyászat. — Gyermekorvostan. (1216—1220. old.)

Könyvismertetés: (1220—1222. old.)

Friedrich László: Az emésztési és anyageserebetegsé-gekkel foglalkozó német orvosok gyűlése. (1222. old.)

Dózsa Jenő: A „Deutsche Gesellschaft für Urologie“ VIII. congressusa. (1222—1223. old.)

Az Erzsébet Egyetem Tud. Szöv. orvosi szakosztálya-nak október 8-i ülése. (1223—1224. old.)

Völgyesi Ferenc: Helyreigazítás. (1224—1226. old.)

Válasz Völgyesi dr. helyreigazító nyilatkozatára. (1226—1227. old.)

Vegyes hírek: (1227—1228. old.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegye-tem II. számú női klinikájának közleménye (igazgató: Tóth István dr. egyet. ny. r. tanár).

Chondrodystrophia foetalis.*

Írta: Liebmann István dr. tanársegéd.

Az utóbbi évtizedekben a magzat méhenbelüli nö-vekedészavarai közül többen foglalkoztak behatóbban a chondrodystrophia s. rachitis foetalissal, különös-képen E. Kaufmann, kinek monographiája főleg a kér-dés pathologiai anatómiáját tárgyalja kellő részlet-ességgel. A szülést a rendellenesség egyrészt a szülő-asszony, másrészt a magzat szempontjából érdekli, amennyiben úgy külön-külön, mint együtt mindkettő szenvedhet e megbetegedésben. Főképen ez utóbbi, ille-tőleg az a tapasztalati tény teszi e kérdést fölötté fon-tossá, hogy chondrodystrophiás anyák, illetőleg szülők nagyobbik részének magzata is chondrodystrophiás.

A hosszúnövekedés e zavara, mint ismeretes, a vég-tagcsontok hiányos fejlődése által aránytalan és sza-bálytalan rövidülésű törpenövést eredményez, megvál-toztatva természetesen a medence alakját és mére-teit is, mely utóbbi körülmény bír azután különös fon-tossággal a szülésnél.

Ha chondrodystrophiás terhes kerül a nőorvos-hoz, úgy a megbetegedés öröklékenysége tekintet-be véve, célszerű Röntgen-felvétel segítségével meggyő-ződni arról, vajjon a magzat, amely az egyik szülő ré-széről kétségtelenül kórosan elváltozott csiraplasmát kapott, nincsen-e maga is rendellenesen fejlődve, amennyiben előrelátható életképtelenség esetén felme-rülhet a terhesség művi megszakításának kérdése. Bár tudvalevő, hogy az ilyen törpék csakis somatikus érte-lemben csekélyebb értékűek, mégis a szülők beleegye-zése, illetőleg kívánsága esetén fajhygiéniai szempont-ból általában jogosnak tartják a terhesség megszakítá-

sát épen az előbb említett öröklékenységi miatt (*Wehe-fritz*).

E megoldás principialis keresztülvitele e fejlődési rendellenesség természetes ritkulását eredményezné, mivel mint mondtuk, többnyire chondrodystrophiás anyának születik chondrodystrophiás magzata, végle-ges megoldást azonban ez sem nyújthatna, mert lehet — bár ritkán — egészséges, jól fejlett szülőknek is ily rendellenesen fejlődött magzatuk, aminek érdekesebb eseteit — hasonlóképpen mint *Gyulainak* — nekünk is alkalmunk volt nemrég észlelhetni.

1927 január 4-én 31 éves középmagas, közepesen fejlett és táplált, ép csontrendszerű, terhes asszony ke-reste fel klinikánkat (fejl. 19/594). Előadta, hogy 1926 október 17-én menstruált utoljára, azóta egészen jól érezte magát, csak kb. három hét óta sajátságos, kel-lemtelen kesernyössavanyú szagokat érez, amelyek hány-ingert s két hét óta állandó, naponként 15—20-szor is-métlődő hányást váltanak ki, különösen, ha valamit eszik, amit rendszeresen azonnal teljesen ki is hány. De éh-gyomorral is szokott zöldséget, kesernyős epészet hányni, majd utána sokat nyáladzik s ha csak kevés folyadék is jut a gyomrába, csikarás, émelygés, fojtogató érzés vesz rajta erőt mindaddig, míg ismét ki nem adja.

Régebben kiállott vörhenyen, gyermekkorai tüdő-esúshurton és spanyolbetegségen kívül lényegesebb megbetegedése nem volt. Az utóbbi években gyomor-savtúltengése van és ennek megfelelő gyomorfájdalmi és savanyú felbőfőgése is szoktak lenni. Wassermann-re-actio negativ.

A belsővizsgálattal II—III. hónapos normalis ter-hességet találunk és így hyperemesis gravidarum dia-gnosissal felvesszük a klinikára, ahol kb. egyheti keze-lés után rendbejön és a hányások megszűnnek.

Május 6-án délben jelentkezik újból a klinikán, előadva, hogy távozása óta semmi lényegesebb kelle-metlensége nem volt, jól érezte magát. Reggeli 3 óra-kor szülőfájásai kezdődtek, amelyek azóta sűrűn ismét-lődnek. *Magzatmozgást mindeztideig nem érzett.*

A külső vizsgálatnál sok magzatvizet, kicsiny magzatot találunk, melynek koponyája a bemenet felett ballottál. Szívhangot nem hallunk. A kezdetben renyhe, ritka fájások később erősbödnek, majd este 11 órakor az I. koponyafekvés mechanizmusa szerint megszületik a halott, részben macerált, 25 cm hosszú, 1300 g súlyú, 31 cm fejkerületű k. leánytorz. A magzat megszületése után kb. 5 liternyi magzatvíz ürül, majd a három uj-jnyira megvastagodott kocsonyás, duzzadt, igen rövid köldökzsinór elszakad, még mielőtt lefoghattuk volna.

* Előadta a Magyar Nőorvosok Társasága 1928 márciusi nagygyűlésén.

Az erősen össze-vissza szakadozott, puha, mállekony, hiányos lepény, hiányos burkaival 10 perc múlva spontán távozik. Miután kétségtelenül meggyőződünk, hogy a lepény hiányos, kellő desinfectio után betapintunk és a méhürben lapszerint tapadó, két kb. ötkoronásnyi nagyságú lepényrészletet leválasztva és kihozva, bő



1a) ábra.

méhüri mosást végzünk. A gyermekágy láztalan, zavartalan, az asszony a 10. napon egészségesen távozik.

A gyermek apja magas, jól fejlett, egészséges. Lueses megbetegedést, alkoholizmust tagad. Sem a szülők családjában, sem annak oldalágaiban törpenövés ki nem mutatható.

A torzszülött legszembetűnőbb jellegzetessége a végtagok rövidegsége (phokomelia) a törzshöz és főképen a fejhez viszonyítva, amely az egész törzshossznak kb. felét teszi ki és amelynek körfogata 31 cm. A nagy harántátmérő 10.5 cm. A b. t.: 8 cm. A b. p. 8 1/4 cm, a f. o.: 9 cm, a s. br. 7 1/2 cm. A koponyacsontok kemények, a kutacsok tatóngóak. A torzon nyaki rész alig különböztethető meg, a fej közvetlenül látszik átmenni a törzshöz. A csökevényes, nyeregszerű, behúzódtott orr, a fejletlen alsó állkapocs (mikrognathia) sajátságos stupid arckifejezést adnak. A rövid, tömzsi végtagok csak mintegy csontok ülnek a törzshöz, erősen a törzs felé hajlítottak s epiphysiseik egyenetlenek, dudorosak. A felső végtag hossza 7 cm, az alsóé 8 cm, a comb 4 1/2 cm hosszú.

Diagnosisunk ezek alapján chondrodystrophia foetalis (1. ábra).

A chondrodystrophia s rachitis foetalis lényege, — mint ismeretes, — egy már kb. a 3—6. foetalis hónapban meginduló *porcdystrophia*, amely hiányos, szabálytalan poreburjánzásból áll, esetleg a már képződött pore ellágyulásával és az endochondralis csontosodás korai megszűnésével. A csontok ilyenkor szokatlanul kemények, amiért is e bántalmat osteosklerosis congenitának is szokták nevezni.

Az endochondralis csontképződés e szabálytalanságai, hol a poresejtoszlopok — ellentétben az angolkórral — a rendesnél rövidebbek, megmagyarázzák a végtagscsontok rövidegségét és szabálytalanságát, míg az orrgyök behúzódnak az oka az, hogy a koponyaalap az ikcsont porcogóinak hiányos burjánzása miatt mellhátsó irányban gyengébben fejlődik, vagy pedig a sphenobasilaris és intersphenoidalis porenövés szünetel.

Az említett elváltozás egyik további oka lehet még e porcok egyidejű korai elesontosodása.

A megbetegedés három formáját szokták megkülönböztetni: a hypoplasiás, hyperplasiás és a malaciás alakot. Az elsőben a poreburjánzás csökkent, a másodikban fokozódott, de szabálytalan, a harmadikban a porcogó helyét kocsonyás kötőszövet foglalja el.

Esetünkben diagnosisunk helyességét az érdekes Röntgen-felvétel igazolta, amelyet a III. sz. belklinikán Ratkóczy tanár úr, illetőleg Sereghy dr. úr voltak szívesek elkészíteni.

Sagittalis-ventrodorsalis irányú felvétel.

Kb. 25 cm hosszú magzat, amelynél feltűnik a nagy aránytalanság a fej, a törzs és a végtagok között. A fej és a törzs igen nagyok, míg a végtagok aránylag igen rövidek és vastagok. A magzat csontvázát igen vastag lágyrésztéteg borítja.

A koponya csontjai közül az arckoponya és a koponyalap csontjai vannak kifejlődve, rajtuk különsebb elváltozás nem látható.

Vállöv: a lapockacsont csökevényesen fejlődött, szabálytalan alakú, szélei felrostdozottak. A kulcsacsont normalisan fejlődött, talán az S görbülete valamivel erősebb, mint egészségeseknél. A felső végtag mutatja a chondrodystrophia jellemző tüneteit. A felkar diaphysise 12 mm hosszú, 5 mm széles, tehát jóval rövidebb és vastagabb a normalisnál. A radius 15 mm hosszú és 3 mm vastag, az ulna valamivel rövidebb, de ugyanilyen vastag. A radius és ulna ívalakúan meggyörbültek. A felső végtag diaphysiseinek méretei jól mutatják, hogy chondrodystrophiánál csak az endochondralis csontosodás zavara van jelen, a periostalis csontosodás zavartalan, sőt legalább is aránylagosan, fokozott. Ezért a végtagok rövidek és vastagok. A felkar szélein csipkézettség és felrakódások láthatók az egyes izmok tapadási helyén. Legjellemzőbbek a diaphysisek végei: ezek kiszélesednek, félkör alakú vájulatot képeznek, felrostdozódtak, a corticalis szélek kihegyesednek



1b) ábra.

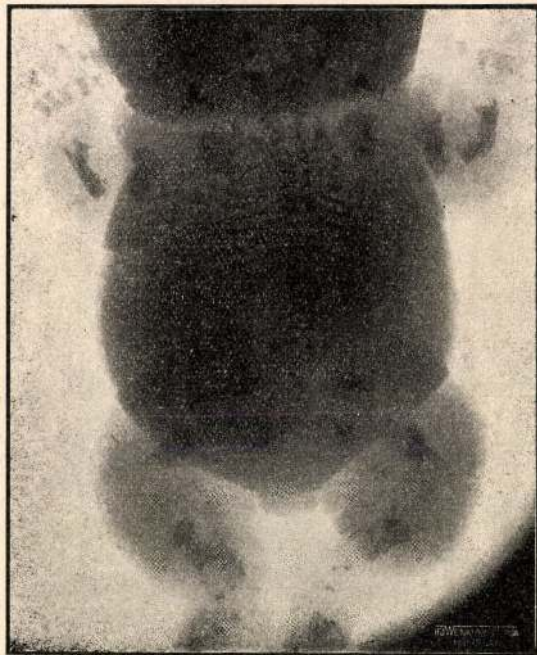
és szétnyomott esetben lesznek hasonlóak. A kézközépcsontok, valamint az ujjak csontjai majdnem négyszögletesek és a kézközépcsontok proximalis végei szintén ecetszerűen felrostdozódtak. A kéz középső három ujjja a vastag lágyrészek miatt háromszög alakban sugarasán szétáll.

A bordák feltűnően egyenesek, az egyes bordák végei, ahol a porccal érintkeznek, kiszélesednek, egyenetlen szélűek, illetőleg felrostozódtak. Különösen kifejezett ez az I–VIII. bordákon.

A medence meglevő csontjai kicsinyek, szabálytalanok, egyenetlenszelűek.

Az alsó végtagok szintén feltűnően rövidek és vastagok, a csontokat itt is igen vastag lágyrészek borítják. A femur hossza 11 mm, szélessége 6 mm, a tibia és fibula 10 mm hosszúak és 5 mm szélesek. Az alsó végtagok diaphysisei elég egyenesek, végeiken itt is jól láthatók a felső végtagok diaphysiseinél leírt sajátosságos csontvégek.

A lábtőcsontok magjai már kifejlődtek, a lábközépcsontok proximalis szélei felrostozódtak, de a láb-középcsontok nem annyira rövidek, mint a kézközépcsontok (2. ábra).



2. ábra.

A magzat sectiója, illetőleg a szervek szövettani vizsgálata a következőket mutatta ki:

Kütleírás: A leánymagzat hossza 25 cm, melyből az egyenes állásban levő fejre 10 cm jut. Tömegét tekintve a fej ugyanolyan nagy, mint a törzs többi részei együttvéve, mintegy nyak nélkül ül a törzsön. Fejkörfogat 31 cm. A fejen szembetűnő, hogy az orr majdnem teljesen eltűnik az arcban, helyét besüppedés, a csökevényes orrkagyló, valamint a teljesen eltűnt orrgyök jelzi. A kicsiny arc, besüppedt orr és a fejletlen áll (mikrognathia) szokatlan kifejezést kölcsönöz. Az orrgyök besüppedésének oka mindenek szerint a koponya alapjának rövidebb volta, illetőleg a sphenobasilaris és intersphenoidalis porcok hiányos fejlettsége.

Úgy az arc bőre, de főleg a törzs s a végtagoké vizenyösen átívódott. A törzs hasi és mellüregi részét külsőleg elkülöníteni nem lehet, gömbalakú complexumot képez, melyből a köldök helyén zölddiónagyságú, kékesen áttűnő köldöksérv türemkedik elő. Úgy a felső, mint az alsó végtagok csökevényesek, duzzadtak, erősen adducáltak. Az alsó végtagok pes equino-varus állásban, a talpak egymás felé néznek. A fejen a nagy kutacs táján, valamint a felső végtagok kézhati felszí-

nén a fellazult bőr lemezesen levált (kezdődő maceratio (lásd 1. ábra)).

Sectio: A has felmetszésekor látjuk, hogy úgy annak, mint a mellkasnak bőre mintegy $\frac{3}{4}$ –1 cm vastag, savósan átívódott (generalizált hydrops). A hasüregben kb. 100 g-nyi tiszta savó.

A hashártya mindenütt síma, fényes; a szív nagysága, helyzete rendes; a tüdők erősen összenyomottak, külső felületükön minden borda lenyomata látszik. Az ily módon összenyomott, kifelé concav, átlagban $\frac{1}{2}$ cm vastag tüdöket a fordított Y-alakú, jól fejlett thymus takarja el. Eltávolítva a nyelvvél a garat képleteit, látjuk, hogy a pajzsmirigy két lebenye babnál valamivel nagyobb. A nyelv, tonsillák, oesophagus érelágazódása szempontjából eltérést nem találunk. A mellkas különválasztott egyes szervei felmetszéskor makroszkopos eltérést nem mutatnak. A szív súlya 3.10 g, üregei, billentyűi, nagyerei rendesek, a tüdők (jobb tüdő súlya 1.98 g), thymus, pajzsmirigy metszéspapja rendes.

Feltűnik a máj szokatlan nagysága (37.0 g) s ébrényi lebenyezettsége, valamint szokatlan sárgásbarna színe. Metszéspapján a rajzolat elmosódott, lényegesebb, szabadszemmel látható elváltozást nem mutat. A lép középnagy, súlya 1.26 g, metszéspapja rendes. A vesék középnagyok (jobb vese súlya 2.70 g), felületük ébrényi lebenyzettségűtől egyenetlen, metszéspapjuk rendes. Mindkét mellékvese (jobb mellékvese súlya 0.75 g) nagyobb, színe szokatlan sárgásszürke. A húgyivarszervek normalisak.

A koponya megnyitásánál s a falesontok leemelése-nél az erősen oedemás agyállomány majdnem szét-folyik kezeink között. Az agyburkok erezettsége, valamint tekervényei eltérést nem mutatnak, az agykamrák kissé tágabbak, tiszta folyadékkal teltek. A savósan átívódott agyszövet metszéspapja eltérést nem mutat. A koponya nagyságához mérten az agyalap csontjai kicsinyek, visszamaradtak. Óvatosan levéve a hypophysist fedő csontlemezeket, kiemeljük azt ágyából (lásd alább).

Lepraeparálva a bal combcsont izomzatát s felmetszve azt, látjuk, hogy a bunkósan megnagyobbodott vastag porc a csontosodási zónától vékony kötőszöveti csík által van elválasztva.

Kivágva szövettani célokra az említett szervekből, górosó alatt a következő eredményeket kaptuk:

Szívben, lépben, genitáliákban, tüdőkben kóros elváltozást szövettanilag nem találtunk.

A duzzadt máj szöveti állományának szabályos szerkezete nagyrészt megtartott. A vérképzőcentrumok már elmosódtak. Egyes kisebb területeken, szemben az ép magfestődésű részletekkel elmosódott, halvány, helyenként teljesen eltűnt magfestődéseket találunk, melyek nem egyes acinusokra szorítkoznak, hanem diffuse és határ nélkül mennek át az ép szövetfestésű területekbe. Topographikus átvizsgálásnál látjuk, hogy a rosszul festődő területek közvetlenül a májtok alatti szövetrésztelre szorítkoznak.

Érdekes szöveti elváltozásokat mutatnak a *mellékvesék*. A külső zóna (zona glomerulosa) sejteinek magfestődése mindenütt ép, szabályos, ezzel szemben a középső és belső réteg (zona fasciculata, zona reticularis) számos helyen teljesen elmosódott, magfestődést nem, vagy csak gyengén mutató sejtekből áll. Lipoidanyagok meglehetősen nagy mennyiségben vannak jelen, ezek közül a cholesterolin, a formalin fixálás következtében túalakú anisotrop kristályokban esett ki. A lipoidok egyébként a festődési viszonyaik és optikai viselkedésük alapján a cholesterolin esterei közé sorolandók.

Vesék: Glomerulusok részéről elváltozást nem találunk; a Henle-kacsok hámja a legtöbb helyen szintén nem mutat magfestődést. Az egyenes kivezetőcsövek, valamint a pyramisok hámja ép.

A *thymus* szövete aránylag kissé halványabbra festődik. Egyes területeken a Hassal-testek centrumaiban kisebb-nagyobb, a Kossa-reactiót pozitíven adó mésztartalmúakat találunk.

A *thyreoidea*: Az egyes mirigylumeneket csak a köztük levő jól festődő intersticiális szövetállomány révén tudjuk elkülöníteni. A mirigyhám legnagyobb része desquamált, alapjáról levált, mint szétesett sejttörmelék tölti ki a mirigyek üregét. Colloidképződés nyomát sem látjuk, csak szigetenként látható egyes mirigylumenekben halvány magfestődésű mirigyhám, mely aránylag alacsonyabb köbhámsejtekből áll.

A *hypophysisben* az elülső lebenyben a fősejtek száma túlnyomó, relatíve kevesebb az eosinophyl, igen kevés a basophylsejt.

A *femurból* készített, phloroglucinos salétromsavval decalcinált metszetekben a porc- és csonttár egyenetlen, a kettő között helyenként szélesebb, érdős kötőszövet foglal helyet, melyben a benyúló csontgerendák fokozatosan elvesztik mésztartalmukat. A csont corticalis részét csak vékony sötét képezi. A csontsejtek elhelyezkedése és alakja, valamint a csontvelő szerkezete lényegesebb differentiát nem mutat. A porc állománya, sejtjei normalisaknak vehetők, burjánzást nem mutatnak.

Ami a *Kaufmann* által leírt csoportokba való besorozást illeti, esetünk tehát úgy a Röntgen-lelet, mint a csontok szövettani vizsgálata alapján a *hypoplasia*s formához tartozik.

Másik esetünk (1394/1322. fejlisz.): 25 éves primipara, akit 1927 október 1-én d. u. 8 órákor vettünk fel a szülészobára, az anamnesis szerint terhességének VII–VIII. hónapjában. A 160 cm magas, közepesen fejlett és táplált szülő nő csontrendszere és mellkasi szervei épek, alszárai mérsékelten oedémásak. A medenceméretetek normalisak. A bemenet felett aprórész tapintható. *Szívhangot nem hallunk, magzatmozgást két héttől nem érz!* A has körfogata, illetőleg elődomborodása nagyobb, mint az VII. hónapos terhességnek megfelelően, a magzat aránylag kicsiny, ezért hydramnionra gondolunk.

A kezdetben renyhe fájások később erősödnek, majd október 2-án d. u. 6 órákor megreped a burok, mikor is igen bőségesen ürül kb. 4 liternyi magzatvíz. A tökéletes lábtartásban elhelyezkedett magzatot extractióval születtetve meg, d. u. 6 óra 30 perckor a II. farfekvés mechanizmusa szerint megszületik a halott (torz) leánymagzat. A hiányos, mállekony, szakadozott lepény 10 perc múlva spontán távozik. Mivel a lepényt hiányosnak találjuk, betapintunk s a kb. 5 koronásnyi nagyságú cotyledorészletet leválasztva és kihozva, bő méhüri mosást végzünk.

A magzat 32 cm hosszú, 1900 g súlyú, 33 cm fejkerületű. A bt. átmérő: 7 cm, a bp.: 6 cm, a f. o.: 8½ cm, a m. o.: 8½ cm, a s. br.: 5 cm. A fej erősen megnyúlt hosszirányban, a nagy kutacon át az agy meningeale alakjában látszik elődudorodni és mintegy második koponyát képez. A többi kutacon is erősen tatóngó, a koponyacsontok kemények. A fej hossza a magzat egész hosszának csaknem a felét teszi. A végtagok rövidek, az alsó végtagok varus-állásban foglalnak helyet; az orr csökevényes, nyeregyszerűen behúzódott, az alsó állkapocs kicsiny, a nyelv aránylag nagy (makroglossia). A csontszerű végtagok epiphysisei dudorosak.

Diagnosisunk: *chondrodystrophia foetalis*.

A gyermekágy zavartalan, láztalan; a megejtett Wassermann-reactio negatív. A 9. napon egészségesen távozik.

A gyermek apja magas, egészséges, lucses megbetegedést, alkoholizmust tagad. Sem a férj, sem az asszony családjában semmiféle fejlődési rendellenesség elő nem fordult.

A magzat Röntgen-képe (*Czunft* tanársegéd, egyetemi Röntgen-intézet) (4. ábra):

A végtagok diaphysisei a végeiken megvastagodtak s ennek következtében a hosszú csövescsontok orsóalakúak. A csontváz többi csontjai, a koponyát kivéve, más elváltozást a Röntgen-felvételek nem mutatnak.

Az egész csecsemőről készült ventrodorsalis felvételen a koponya a két temporalis tájon oldalra erősen kiboltosodik s ezen kétoldali symmetrikus előboltosodáson ül sisakszerűen a koponyának a két os parietálétól határolt felső része. A kétoldali symmetrikus temporalis előboltosodás a halántékpikkelyeket lefelé nyomja annyira, hogy a két halántékpikkely horizontálisan helyezkedik el. A két os parietale alsó szélétől két csontléc halad kengyelszerűen convergálva a ko-



4. ábra.

ponya alapja felé. Ezen két csontléc az ékesont nagy szárnyának felel meg. Az ékesont nagyszárnyának a falsont felé eső része a falsontokkal mindkét oldalon összezsontosodott. A falsont alsó végéből ívszerű csontléc indult lefelé a halántékpikkelyek felé anélkül, hogy azokat elérné, ezáltal a kétoldali temporalis előboltosodás alul is, felül is csontos borítékban van, az alsó csontborítékot a halántékesont pikkelye, a felsőt pedig az os parietale alsó részéből kiinduló csontléc képezi. A járomcsontok homloknyulványai, halántéknyulványai, a normalisnak megfelelőleg, a falsont és halántékesontokkal csontosan nem függnek össze. A falsontok egyenes irányban haladnak felfelé s az árnyékuk fokozatosan elvékonyodva megszűnnek s a koponyatetőt nem érik el. Az anteroposterior felvétele a koponya árnyékában centralis fekvésű, kártyaszívhez hasonló csontiány látható, amely az occipito frontalis felvételen életlenebb s nagyobb árnyékot adott, amely körülmény amellől szól, hogy ez a csontiány a hátsó koponyafalon van s megfelel a kis kutaconak. Az oldalsó felvételen az ékesont s a halántékesont árnyékai (a koponyaalapon), mint rendesen, nem függnek össze. Jól látszik a synchondrosis sphenoccipitalis

is. Az oldalsó felvétel a lambdavarrat elesontosodását mutatja. A lambdavarrat környékén hurokszerű csontrészek rögzítik egymáshoz a nyakszirtpikkelyét



3a) ábra.

s a falcsonthoz. A kis kutacsnak megfelelő helyen, ott, ahol a koponya hátsó falán egy kis agysérv van, a nyakszirtpikkelyéből, de különösképpen a falcsonthoz tüskészerű csontlécek indulnak ki, amelyek alulról, felülről is, mintegy boltozzák a kis kutacs tájékáról kiinduló agysérvet. Úgy az anteroposterior, mint a laterális felvételen kimutatható, hogy a nyakszirtpikkely a nyakszirtpikkely koponyaalap részével nem függ össze. Az occipito frontalis felvételen is, de még jobban a koponya sagittális tengelyének irányában haladó sugárzással készült felvételen két levegőtartalmú részlet látszik, amely az alakja után ítélve, az agyvelő meginduló bomlása közben képződött, gázokkal kitöltött középső agyvelőkamrából származik. A homlokesont — bár a hullán jól tapintható, árnyékot a felvételen nem adott. A mandibula teste két részből áll, tehát eltérést nem mutat. Ezen koponyaconfiguratio létrejöttét a lambdavarrat s az ékesont nagyszárnyának a falcsonthoz való rendellenes összecsontosodása idézte elő azáltal, hogy a növekedő agyvelő a halántékpikkelyeket maga előtt tolva, a koponyának ezt a szokatlan alakját létrehozta.

Sectio:

Külső leírás: A leánytorz feje törzsének mintegy egyharmadát képezi. Szembeötlő a fej szokatlan alakja. A fejtető mintegy különálló, ökölnél nagyobb gömbölyű képlet emelkedik ki a koponyaalapról. Az arctól kétoldalt félgömbölyű, lúdtojásnyi kiboltosulás látható, mely végeredményben oly képet ad, mintha a fej csontos alapjából három kiemelkedő puhább képlet jelezne a kiboltosuló agyat. Az orrgyök besüppedt, a távolabb álló két szem erősen kitüremkedik, a kétoldali kiálló rész a füleket lejjebb nyomja (l. 3. ábra).

Az öreglikon keresztül megnyitva az ad maximum tárgult, tiszta sávoval telt agykamrákat, kb. mintegy 100 cm³-nyi folyadékot nyerünk. Betapintva az említett

nyíláson át, érezzük, hogy a koponyatetőnél az agyréteg alig pár milliméter, viszont az agyalapon és kétoldalt valamivel vastagabb, savósan átívódott, puha, mállékony.

A praeparált koponyán a következő érdekesebb csontelváltozások láthatók (5. ábra).

A macerált koponya mindkét oldalán a halántékcsonthoz megfelelően zölddiónyi nagyságú, symmetrikus kiöblösödés látható. A kiöblösödés alsó kerületén horizontális fekvésben található az anulus tympanicus a dobhártyával, felső kerületénél pedig a falcsonthoz kezdődik. A kiöblösödés elülső részlete frontális állásba tolta az os zygomaticumot, míg a járomív lekerült a kiöblösödés alsó felszínére. A kiöblösödés hátsó részlete ráterjedt az os occipitale pikkelyére is, melynek laterális részét szintén frontális állásba tolta hátrafelé. A kiöblösödés fala a periferikus részeken egyenlőtlenül elesontosodott részekből áll, míg centralis része el nem csontosodott magzati kötőszöveti hártya (fontanella).

A sutura sagittalis mindkét oldalán az orrgyöktől az os occipitaleig terjedően 2—2, usque 3—3 cm széles kötőszöveti hártya fekszik, mely tulajdonképpen a kis- és nagykutacs összefolyásából és a falcsonthoz hiányos csontosodásából származó óriási fontanella. Kisujjhegynyi kutacs látható a hátrafelé kiboltosodott os occipitale pikkelyének közepén is, mely alatt a deformált protuberantia és crista occipitalis megtalálható.

Nyilvánvaló, hogy az elváltozás az agy koponya valamennyi csontjára kiterjed és ezekben van a primaer elváltozás, mivel ezen csontoknak nemcsak csontosodási foka kisebb a kelleténél, hanem az elesontosodott mezők is porosusabbak, mint az a magzat korának megfelelne. Az arckoponya csontjain lényeges csontosodási zavar nem látható. A behúzódt orrgyök, valamint az igen nagy mértékben deformált orbita keletkezése a hiányosan csontosodott homlokesont, íkesont és



3b) ábra.

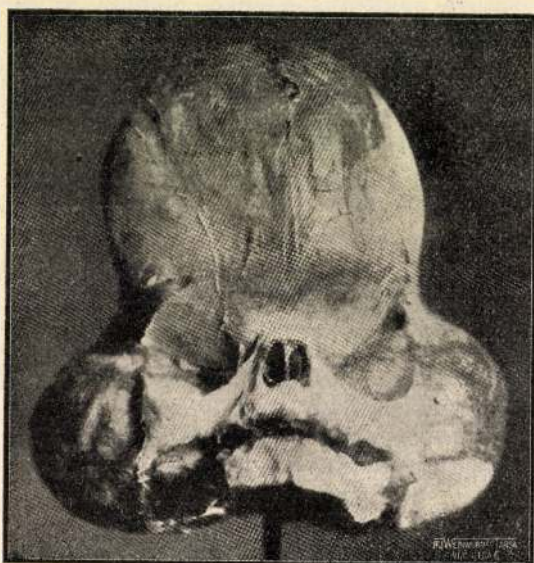
halántékcsonthoz, valamint a bilaterális kiöblösödés által okozott csonteltolódásokkal függ össze.

A bilaterális kiöblösödés elsősorban a halánték-

csont hiányos csontosodása és a lambdavarratnak az ékesont nagyszárnyával történt rendellenes összeesontosodása (l. Röntgen-kép) által keletkezett és volta-képen nem egyéb, mint a halántékesontnak az intracranialis nyomás által létrehozott sérvszerű, félgömb-alakú kiboltosodása. Minthogy az elváltozás úgy a halántékesonton, mint a többi csontokon bilaterális (symmetrikus), nyilvánvaló, hogy a fejlődési zavar ezen csontok legkezdetibb ősi telepeiben állott be, amikor a két oldal még nem vált szét egymástól. A szétváláskor a két oldal már magával vitte a kóros folyamatot.

A törzsön az apró, vaskos kis végtagok mintegy durványok ülnek, a has erősen elődomborodik. A bőr mindenütt kífokban savósan átívódott.

A mellkasi szervek a magzat törzséhez viszonyítva nagyságbeli eltérést nem mutatnak; a szív bilentyűi, ezek beszájadzásai rendesek. A foramen ovale mogorónyi átmérőjű. Thymus, pajzsmirigy, tüdők eltérést nem mutatnak. A máj a hasüregnek kétharmadát



5. ábra.

tölti ki. Lép, vesék, mellékvesék, bélcsatorna, belső nemiszervek kóros elváltozást nem mutatnak.

A szervek szövettanilag szerkezeti eltérést nem mutatnak, mindössze igen nagy vérbőségük feltűnő, mely legkifejezettebb a mellékvesékben és tüdőkben.

A combcsontból készült phloroglucinos salétromsavval decalcinált metszetekben a csont- és porchatár egyenetlen. Szemben az előző alakkal, jelen esetben a csont és porc közötti kötőszövetes zóna majdnem teljesen hiányzik. A porcesejteknek a csont felé határolódó része szabálytalan burjánzást mutat, a csontgerendák sokkal vaskosabbak, számosabbak, mint az előző esetben, mésztartalmuk aránylag csekély. Feltűnő a csontsejtek szabálytalan elrendeződése, erős burjánzása és alakjuknak nagy, ovalis, puffadt volta. A periostalis csontosodás igen csekély fokú.

A szövettani és Röntgen-lelet alapján esetünk a chondrodystrophiának malaciás formájához áll közelebb.

Bár a chondrodystrophia öröklékenységet sokan több generációra visszamenőleg kimutatták (*Wehefritz*), mégis — amint azt a mi eseteink is mutatják — a betegség tisztán öröklődő családi megbetegedésnek nem tekinthető, mivel, mint láttuk, teljesen egészséges szülőknek is lehet chondrodystrophiás magzatuk (*Bauer, Herschan, Jeannin, Gyulai*), viszont chondro-

dystrophiás szülőknek is születhet egészséges magzata (*Wehefritz, Tudeer, Ruder, I. Gyulai*).

A megbetegedés létrejöttét illetőleg egyesek a torzképződések csoportjába tartozó okot, a növekedési porc elsődleges zavarát veszik fel (*Kaufmann, Sumita*), mások az amnion nyomása okozta mechanikus bántalmazottságra, a consistens és feszülő bőr compressiójára (*Wiesermann, Benke*) vezetik vissza (*Jansen, Duken*). Újabban belsősecretiós zavarokkal magyarázzák, a thyreoidea dys- és hyperfunctiójával (*Orsos*).

Kahlstorf nyolc halvaszületett chondrodystrophiás magzat vizsgálata alapján a csontelváltozásokat a thyreoidea működésével hozza összefüggésbe. Ezzel szemben nem talált eosinophyliát a thymusban, ezért utóbbi csökkenését működését veszi fel. A periostalis szalag keletkezését illetőleg több esetben azt látta, hogy az a porevelőcanalis hypertrophiás kötőszövetéből keletkezik anélkül, hogy ezen keletkezési mód minden esetben biztonsággal kimutatható volna. A periostalis szalag jelentősége szerinte abban van, hogy bizonyos körülmények között kiegyenlítőleg léphet fel az enchondralis csontosodás megszűnésekor, de tagadja, hogy ez a compensatorikus működés oly erős lehet, hogy ezáltal a periostalis szalag oldalán a csont növekedhetne vagy erősödhetne; így egyes esetekben akkor is elgörbülnek a csontok, ha a periostalis nyulvány minden oldalról behatol. Az elhajlás oka mechanikus.

A legújabb vizsgálatok (*Wagner, Dietrich*) azt mutatták, hogy egy belsősecretiós mirigy működésének megváltozása aligha lehet egymagában kiváltó momentum és ezért inkább pluriglandularis zavarra gondolnak, bár ebben az esetben is valószínű, hogy a főbántalmazottság egy mirigyből indul ki. *Wagner* az ivarmirigyek hyperfunctióját, hypergenitalismust tesz chondrodystrophia létrejöttéért felelőssé, emellett mechanikus befolyásolásnak is szerepet juttat és így a teoriák két főcsoportja között középpontot foglal el. A hossz-növekedés akadályozottsága részben talán a hypertrophiás izomzat húzására vezethető vissza.

A csontváz elváltozása és az életképesség bizonyos mértékben párhuzamot mutat, amennyiben olyan végtagrövidülésnél, amelynél a fejkörfogat a testhossz 80%-ánál nagyobb, extrauterin élet igen valószínűtlen (*Abels*). A mi két esetünk is ebbe a csoportba tartozik, mindkét magzat halva született.

Ugyancsak érdekes, hogy mindkét szülésnél, mint a legtöbb közölt esetben is, hydramnion volt jelen és mindkét lepény szakadozva, roncoltan, hiányosan vált le, illetve távozott úgy, hogy utólagos cotyledo-leválasztásra volt szükség.

A placentaris keringés zavara úgy látszik közvetett oki összefüggésbe hozható a chondrodystrophia kifejlődésével és így megmagyarázható, hogy miért szaporodik fel a legtöbb ilyen szülésnél igen nagy mértékben a magzatvíz. A lepények sajátságos, szakadozott, málékony voltát a magzatok intrauterin elhalásával kell összefüggésbe hoznunk, ami azután a lepényi keringés megszűnésével egyes lepényrészletek korábbi elválását s így a kiürülésnél leszakadását eredményezte.

Irodalom: *E. Kaufmann:* Unters über die sog. foetale Rachitis. Berlin, 1892. — *Wehefritz:* Zentralbl. f. Gyn. 1923, 503. old. — *Gyulai:* Orvosi Hetilap. 1927, 22. sz. — *Herschan:* Zeitschr. f. Gyn. 88. köt., 2. füz. — *Buday:* Kórboncolástan. Budapest, 1922. — *Kahlstorf:* Virchows Archiv. 265. köt., 1. füz. — *Guggisberg:* Lásd Halban-Seitz: Biol. u. Pathol. des Weibes. 3. köt. — *Wagner, Dietrich, Wiesermann, Benke:* Lásd Halban-Seitz.

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

A vérmennyiség meghatározása a gyermekekben, mint klinikai vizsgálati módszer.

Írták: Rohrböck Ferenc dr. és Kiss Pál dr. egyetemi tanársegédek.

Régóta ismeretesek és jórészt ma is elfogadottak Welcker és Bischof adatai, melyek szerint az ember vérmennyisége a testsúlyának $\frac{1}{13}$ -át teszi ki. Újabb vizsgálatok ez adatokat a pontosabb számítások alapján korrigálták és átlagban a testsúly $\frac{1}{10}$ -ét veszik a vérmennyiség alapjául (Plesch). Ez újabb vizsgálatokat Petrányi foglalja össze részletesen. A vérmennyiség meghatározása abszolút és relatív módon történhetik. Az abszolút mennyiség meghatározható: 1. Welcker szerint, mikor a meghatározás alapja lényegileg a teljes elvéreztetés. 2. A plasmamódszer szerint, amikor a vér felhígulásából számítjuk ki az összvérmennyiséget, amely felhígulást valamely, a plasmában oldódó anyaggal idézzük elő (festék). 3. A szénmonoxidos eljárással, amikor ismert mennyiségű Co belélekezése után a CO-nak a vörsejtekbe való elosztódásából történik a vérmennyiség kiszámítása. 4. A relatív meghatározásnál a vér egyes anyagában előidézett quantitativ elváltozásokból határozható meg az összes vérmennyiség.

E módszerek közül Petrányi állatkísérleteinél a plasmamódszert használta. Minthogy célunk volt e vizsgálatokat a gyermekekra átvinni, az ismertetett módszerek közül mi is az általa végzett plasmamódszert használtuk, amit azzal okolunk meg, hogy a gyermekekben nem különbözik a vizsgálati módszerek technikája, mert különböző, a felnőtteknél elő nem forduló tényezőkkel kell a kivétel közben számolni. (Így a gyermeknek nyugtalansága a vizsgálatok alatt, az anatómiai viszonyok kicsinyített dimenziói stb., stb.) Mindezen oknál fogva a legalkalmasabbnak látszott gyermekeknek az amerikaiak által bevezetett és a Petrányi által is használt, illetve némileg módosított plasmamethodus felhasználása.

Emellett foglaltunk állást annál is inkább, mert a festék, mint mi is láttuk, nem toxikus, elég hosszú ideig marad meg változatlanul az érrendszerben és mert a legtöbb szerző szerint a legpontosabb a kombinált CO-os és plasmamódszer, ha együttesen nem vihető keresztül, aránylag a legpontosabb eredményt a plasmafestékes eljárás adja.

Minthogy minden ilyen módszer főfeltétele, hogy a bevitt anyag gyorsan (4 perc múlva) keveredjék el a legjobban és legtokéletesebben a vérben, az eljárás tekintetében mi is alkalmazkodtunk ehhez, amint ez a leírandó technikában is látható.

A vérmennyiség meghatározását — hasonlóan az állatkísérletekhez — a következőképp végeztük. A gyermek a vizsgálat előtt utoljára az előző este étkezett és így a meghatározások reggel éhgyomorral történtek. Így elkerülhetőnek tartottuk a reggelizés közben felvett folyadék által esetleg létrejövő hydraemiát.

Az egyik karvenából 5 cm³ vért vettünk haematokrit csőbe, melybe előzőleg a vérrel isotoniás 1.6%-os natrium oxalattal 1 cm³-t mértünk le. (Petrányi eredeti előírása szerint tulajdonképpen 10 cm³ vér volna veendő, de ismételt előzetes vizsgálataink szerint számba nem vehető eltéréssel ugyanazon eredményt kapjuk 5 cm³ vérrel is. Minthogy pedig, főleg kisebb gyermekeknek 10 cm³ vérnek kétízbeni vétele nem mindig sikerül pár

percen belül, már csak a kísérletek biztosíthatása végett is megelégedtünk 5 cm³ vérrel s ez eredményeinket nem befolyásolta.) A befecskendezésre a Grubler-féle brilliant vital red festéket használtuk, minthogy csak ezt tudtuk megszerezni. E festék 1%-os oldatából előre sterilizált ampullákat készítettünk s a gyermek testsúlyának 20%-nyi mennyiségét szívtuk a fecskendőbe s azt physiologiás NaCl-oldattal felhígítva közvetlenül az első vérvétel után ugyanazon tűvel lassan visszafecskendeztük az azonos oldali vénába. Az elsőízben vett vérnek az oxalattal való elkeveredését biztosítandó, a haematokritcsövet párszor lassan fel- és visszafordítjuk. A festéknek a vérben való legtokéletesebb elkeveredési ideje után — 4 perccel a befecskendezés után — az első vérvételhez hasonlóan, a másik oldali karvenából újólal veszünk 5 cm³ vért egy 1.6%-os 1 cm³ Na oxalattal tartalmazó II. sz. haematokrit csőbe, melyet az elsőhöz hasonlóan párszor lassan fel- és lefelé fordítunk.

Az ismételt vérvétel közep jó venáknál és rövidre csiszolt tűvel rendszerint és a legtöbbször elég könnyen sikerül. Természetesen úgy a vérvételnél, mint különösen a festékoldat befecskendezésénél a gyermeket jól rögzítve kell tartani, mert a véna hátsó falának átszúrása folytán a festékoldat perivenásan a környező szövetekbe juthat. Ennek — amint az párszor a mi vizsgálatainknál is megtörtént — nagyobb hátránya nincs ugyan. A festékoldat pár cseppje is igen kiterjedten — néha tenyérnyi területen is — megfesti a környező szöveteket, de legfeljebb csak kisfokú helybeli érzékenységet okoz. Nagyobb általános vagy localis kellemetlenségeket (abscessus) sosem idéz elő. Nagyobb hátrány azonban az, hogy természetesen az ilyen balsiker után a vizsgálatot folytatni nem tudjuk. Éppúgy előfordult, hogy úgy az I. vérvétel, mint a festékoldat befecskendezése teljesen rendben történt, a II. vérvétel azonban nem sikerült teljesen (pl. a vér bealvadt a tűbe, vagy csak lassan, 1–2 perc alatt tudtuk megkapni a szükséges 5 cm³ vért. Minthogy pedig a vérnek a festékkel való elkeveredése, illetve felhígulása a beadás után 4 perc múlva történik meg a legtokéletesebben, a 4 percnél hosszabban tartó vérvételnél kapott vér természetesen nem adhatott megfelelő és megbízható értékeket. Jelen közleményünkbe csak azokat az eseteket vetjük fel, amelyeknél mindkét vérvétel és a festék befecskendezése is a fent leírt követelményeknek mindenben megfelelt és abszolút símán és gyorsan sikerült). A két haematokrit csövet ezután lecentrifugáljuk s az előre elkészített standard oldat mellett a színkülönbséget colorimetriánál meghatározzuk. Esetleges hibák elkeverülése végett minden alkalommal három (kezdetben azonban 6, sőt 9) leolvasás középértékét vettük.

A leolvasás mindig nappali, sőt lehetőség szerint derült fény mellett, azonos fényviszonyok között végeztetett.

A kiszámítás eme gyakorlatilag megállapított képletek szerint történik:

$$\text{A plasmamennyiség cm}^3\text{-ben} = \frac{26666 \cdot 67 \times F.C}{L}$$

$$\text{A vérmennyiség cm}^3\text{-ben} = \frac{\text{plasmamennyiség} \times 100}{\text{plasma \%}}$$

Úgy a standard-oldat készítését és leolvasását, valamint a kiszámításra vonatkozó képleteket illetőleg utalunk Petrányi ezirányú cikkére, azon hozzáadással, hogy mi nem az eredeti előírás szerinti 10, hanem csak 5 cm³ vérrel dolgoztunk, ennek megfelelőleg nem 2, hanem csak 1 cm³ 1.6%-os Na oxalattal vettünk a meghatározásokhoz, ami természetesen az értékek lényegét

nem befolyásolja. Kezdeti vizsgálataink során mi is ugyan 10 cm³ vért és 2 cm³ 16%-os Na oxalatot vettünk a meghatározásokhoz, azonban ismételt vizsgálataink alapján megelégedtünk az 5 cm³ vérrel is, mert eredményeink pontosságát nem befolyásolta, s az így kapott plasmamennyiség is elegendő az értékek megállapításához.

Az így nyert értékeket az alábbi táblázatban közöljük. Ismételten megjegyezni kívánjuk azonban azt, hogy e táblázatban csakis azon adatok vannak felvéve, amelyeknél úgy a vérvétel, mint a festékbefecskendés technikája minden tekintetben kifogástalan volt.

Sorszám	Kor (év)	Betegség	Testsúly (kg)	Plasma-mennyiség (cm ³)	Összes vér-mennyiség (cm ³)	100 g testsúlyra eső vérmennyiség (cm ³)
1.	11	Scarlatina.....	29.2	1117.51	1995.56	6.8
2.	8	"	22.—	1094.52	2026.14	9.4
3.	7	"	22.—	1326.18	1894.54	8.6
4.	7	"	21.7	796.25	1389.69	6.4
5.	4	"	17.5	783.35	1199.50	6.9
6.	8	"	18.80	1005.24	1754.60	9.3
7.	9	"	24.5	1067.09	1633.98	6.7
8.	5	"	16.—	773.09	1136.90	7.1
9.	6	"	22.5	1177.95	1759.07	7.8
10.	9	Tbc.	25.9	921.24	1535.40	6.0
11.	6	"	21.—	1378.54	2153.94	10.0
12.	13	"	39.—	1620.47	2646.77	6.8
13.	16	"	40.6	1983.76	3273.60	8.1
14.	3	"	14.3	675.52	1072.25	7.5
15.	2	"	12.8	698.60	1149.31	9.0
16.	10	Chorea minor	27.3	1087.33	1746.31	6.4
17.	7	"	23.9	1039.64	1969.43	8.2
18.	13	Ty. abdom.	35.5	1839.68	2931.02	8.3
19.	12	Hypaciditas	30.1	1337.97	2452.75	8.1
20.	8	Hypertroph. tonsill.	24.—	1258.02	1982.33	8.3
21.	7	Splenomegal.	21.5	1086.18	1758.58	8.2
22.	7	Diabetes insip.	15.5	763.51	1299.08	8.4
23.	6	Enkephalitis	22.—	766.19	1317.29	6.0
24.	9	Strict. oesophagi ...	22.3	913.68	1723.92	7.8
25.	6	Hernia inqu.	20.—	1153.75	2458.80	12.2
26.	13	Favus	40.—	1876.83	3241.79	8.1
27.	6	Tonsillitis	19.—	815.27	1475.92	7.8
Középérték: ..			—	1117.71	1888.12	7.9

Meghatározásunk anyagát 27 gyermek képezte, közülök a legfiatalabb 2 éves, a legidősebb 16 éves volt. A nemi elosztódás körülbelül egyforma: 14 fiú és 13 leány. Betegségek szerint csoportosítva, a vizsgáltak között scarlatinás volt 9, tuberculosis 5, chorea minor 2, a többi 11 különböző betegség miatt ápolgatott a klinikán. Mivel teljesen normalis gyermekeknek nem állott módunkban megfelelő számban meghatározásokat végezni, így kénytelenek voltunk a bizonyos kóros elváltozásoknál végzett vizsgálatokra támaszkodni.

Ha külön vesszük a plasma és az összes vérmennyiség meghatározási oszlopot, úgy látszólag teljes szabálytalanság mutatkozik az egyes értékek között. A plasmamennyiségnél a legalacsonyabb érték 675.52 cm³ (14. eset), a legmagasabb 1983.76 cm³ (13. eset), tehát a maximális érték csaknem a háromszorosa a minimálisnak. Ugyanezen két gyermeknél az összes vérmennyisége is szintén a maximumot és a minimumot mutatja, és pedig 1072.25 minimum és 3273.60 cm³ maximális értékkel, tehát jogosult a kérdés feltevése, mivel indokolható meg a nagy, csaknem háromszoros különbsége a plasma és az összes vérmennyiségnek?

A kérdésre tulajdonképpen indirecte válaszolhatunk. Eseteink különböző korú és különböző súlyú gyermekekből tevődnek össze. Az alkalmazott festékmenyiséget — mint említettük — mindig a testsúlyhoz

viszonyítva adtuk, és pedig a testsúly $\frac{1}{20}$ -ad részét. Alacsonyabb testsúlyú gyermekeknek természetesen alacsonyabb értékeket is kell kapnunk. Minthogy pedig eseteink között 2—16 éves gyermekek szerepelnek, a kornak megfelelő abszolút plasma és vérmennyiség is ingadozó. Igaz ugyan, hogy ez ingadozások meglehetősen tág keretek között mozognak. A gyermekkor abszolút vérmennyiségnek valódi képét csak akkor ismerhetők meg, ha a különböző korú, de teljesen egészséges gyermekeknek, a csecsemőkortól kezdve a gyermekkor végéig végeznénk meghatározásokat, mindig szem előtt tartva a testsúlyt, testhosszt, általános fejlődési fokot, életkort stb. Csakis ezen és még más tényezők állandó figyelembevételével mellett lehetne egy, a gyermekkorra vonatkozó általános normát felállítani. Azonban e kísérletek meglehetősen nehézségekbe ütköznek. Ambulanter e vizsgálatok alig vihetők keresztül. A fekvő beteganyagból pedig egészséges, különböző korú gyermekeket kiválogatni a sorozatos kísérletek céljára igen nehéz. Így tehát addig, míg ezirányú vizsgálatainkat teljesen össze nem állítjuk, csakis általános tájékoztatóul szolgálhatnak ez adatok. Vizont azonban a mi jelenlegi adatainknál számolni kell azzal, hogy a legnagyobbbrészt bizonyos fokú kóros elváltozásokkal terhelt gyermeknél az abszolút vérmennyiség a betegséggel kapcsolatosan legnagyobbbrészt bizonyos ingadozásoknak lehet kitéve. Hogy ez így van, bizonyítja pl. a 3. és 4. számú eset, hol teljesen azonos körülmények között ugyanazon gyermeknél a betegség (vörheny) különböző idejében (2. és 16. napon) végzett vizsgálatok, alig különböző testsúly mellett (300 g testsúlydifferentia) a plasma és az összes vérmennyiség meglehetősen nagy különbségét találtuk, jóllehet a vizsgálatok mindkét esetben teljesen egyforma cautelák mellett történtek. Nevezetesen a plasmamennyiség elsőízben 1326.18, másodízben 796.25, az összes vérmennyiség első alkalommal 1894.54, másodszor 1389.69 cm³ volt. A vörheny e gyermeknél középsúlyos lefolyású volt, de a gyermeket láthatólag megviselte, legalább is kezdetben, ismételt lymphadenitisek léptek fel, úgyhogy a gyermek a 2. hét végén szemmel láthatólag leromlott, anaemiás lett. Ezen objective konstatalható tény mellett szerepelnek a vizsgálatainknál talált különböző értékek. Valószínű, sőt bizonyos, hogy az első meghatározásnál kapott értékek feleltek meg a gyermek normalis viszonyainak és a betegség fellépte, illetve kifejlődése változtathatta meg azokat, mert ugyanazon módszer szerint, ugyanazon pontos technikával, háromszoros kontroll-leolvasással a tévedés — legalább is ily nagyfokú — kizárt dolog. Scarlatina több esetében is végeztünk hasonló ismételt vizsgálatot, azonban, mint említettük, több esetben nem volt a vizsgálat menete kifogástalan (pl. a vérvétel 1 percen túl tartott), épp ezért ez adatokat nem is vetjük fel az itt közöltek közé.

Mindenesetre érdekes volna sorozatos vizsgálatokat végezni különböző, hosszabbban tartó betegségek-nél (vörheny, typhus abdominalis), hogy megváltozik-e és mennyiben a plasma és az összes vér mennyisége a betegség tartama alatt?

Egészen önkényesen kiragadott adatként a 20. sz. esetet gondoljuk olyannak, amit mint normát fogadhatunk el, természetesen itt is hangsúlyozva azt, hogy a 8 éves kornak megfelelő, közepesen fejlett és táplált, 24 kg testsúlyú gyermek plasma és összes vér abszolút mennyisége mintegy ezen kornak megfelelő normalis adat lenne. Hogy ezt az esetet ragadtuk ki, annak oka az, hogy e gyermeknél tényleg a kornak megfelelő általános fejlődés volt jelen, másrészt pedig a rávonatkozó többi adatok összehasonlítás folytán is megfelel-

nek a normalisnak. Ugyanilyen alapon lehetne a különböző korú és általánosan közepes fejlődésű gyermekeknél is bizonyos normát megállapítani. Ezzel szemben azonban bizonyos kóros elváltozásoknál lényeges különbség található. Így pl. a 22. számú eset diabetesesnél, ki 7 éves kora dacára csak 15,5 kg súlyú volt, jelentősebb alacsonyabb értékeket kaptunk. Ugyanez áll a 10. számú tuberculosis esetére is.

Érdekes különbségeket találunk az egyes betegségek között önmagukban is. Megjegyezni kívánjuk, hogy a vörheny-esetekenél a meghatározások általában a kórházba való felvételkor és így az exanthema megjelenése utáni 2–5. napon történtek.

Úgy véljük, nem teljesen megfelelő az eredmény, de mégis megközelítőleg tájékoztató értékeket állíthatunk fel — természetesen egész tág határok között — a 2–16 éves életkornak megfelelően, ha a 27 meghatározás középértékét vesszük alapul és eszerint a gyermekora vonatkozólag a plasmamennyiség középértéke 1117,71, az összes vér abszolút mennyiség középértéke 1888,12 cm³. Ha ez alapon visszatérünk az általunk önkényesen kiragadott és már említett 20. számú esetre, azt látjuk, hogy ennek a középértékhez elég közelálló adatai vannak, vagyis láthatólag egyezik a normalis fejlődésű 8 éves gyermek adata a középértékkel. Tisztában vagyunk azzal, hogy ezen középérték felállítása nem abszolút biztos érték, minthogy különböző korú, testsúlyú és betegséggű gyermek összedatainak érték-meghatározásaiból adódott ki. Azonban mindaddig, míg az azonos körülmények között végzett különböző meghatározások középértéke adva nincs, mint támpont, figyelembe vehetők a mi adataink.

Ha ezen, a plasma és összes vér abszolút mennyiségére vonatkozó adatokat összehasonlítjuk a táblázat utolsó rovatában feltüntetett adatokkal, ahol a 100 g testsúlyra eső vérmennyiség cm³-jének száma van feltüntetve, szemmel láthatólag nagy különbségeket találunk. A minimalis érték: 6,0 (10. számú eset), a maximalis érték: 12,2 (25. számú eset). Azonban ezen szélső értékek nem felelnek meg a plasma és az összes vér abszolút mennyiségénél talált minimalis és maximalis értékeknek, amint hogy a többi, 100 g testsúlyra eső vérmennyiség adatai sem arányosak a plasma és összes vérmennyiség között található ingadozásokkal. (Ugyanezen relatív szabálytalanságot látjuk *Petrányi* kevesebb számú állatkísérleteinél is.) Tény azonban az, hogy ezen utóbbi adatok között közel sem található oly nagy ingadozás, mint az előbbieknél. Sőt, ha a középértéket vesszük, hasonlóan a plasma és az összes vérmennyiség középértékéhez, akkor a talált 7,9 érték aránylagosan a legközelebb esik az összes talált adathoz, kivéve a kevés számú extrém eseteket. Egy azonban feltűnik s ez az, hogy míg a kutyáknál talált plasma és összes vérértékek mind lényegesen alacsonyabbak a gyermekeknél talált értékeknél, addig a 100 g-ra eső vérmennyiség értékei, tehát a relatív értékek, feltűnően magasabbak annál, mint amiket ezen, a gyermekkorban végzett ezirányú vizsgálatok eredményeztek. Ismételjük: az itt talált értékek nem abszolút bizonyító erejűek, minthogy különböző korú, súlyú, consistentiájú és betegségben szenvedő gyermekekről van jelenleg szó. Azonban, ha úgy a plasma, mint az összes vér abszolút mennyiségének, valamint a 100 g testsúlyra eső vérmennyiségnek adatait nézzük, szembe-tűnő az, hogy általánosságban a növekvő korról és testsúllyal arányosan úgy a plasma, mint az összes vér abszolút mennyiségének egy bizonyos fokú viszonylagosságát konstatálhatjuk, amennyiben fiatalabb korú és kisebb súlyú gyermeknek átlagosan kisebb értékek

felelnek meg, mint fordítva. Viszont a 100 g testsúlyra eső vérmennyiség adatai — legalább is jórészt — egy bizonyos fokú állandóbb értékeket mutatnak, amikből úgy lefelé, mint felfelé való ingadozások konstatálhatók. Úgy látszik, legalább is a mi vizsgálataink szerint, hogy ezen állandóbb jellegű érték megváltozására bizonyos kóros viszonyok befolyással vannak. Így pl. a vörheny, a gümőkór, a chorea minor, az enkephalitis stb. Vizsgálatainknak száma kevés ahhoz, hogy ezt biztonsággal állíthassuk, de e feltűnő adatok arra indítanak, hogy e kérdéssel tovább is foglalkozzunk.

Összefoglalás.

1. A vérplasma és az összes vérmennyiség abszolút értékének meghatározásához a gyermekkorban a legalkalmasabb és legegyszerűbb módszernek látszik a festékes eljárás.

2. Az alkalmazott festék, — jó technika mellett, — semmi kellemetlenséget nem okoz. A technika hibás volta mellett is csak a környező szövetek festékes beivódása keletkezik, localis vagy általános kellemetlenség nélkül.

3. A gyermek korával és súlyával párhuzamosan rendszerint arányosan emelkedik a plasma és az összes vérmennyiség abszolút értéke is.

4. Viszont a 100 g testsúlyra eső vérmennyiség értéke nagyjában elég állandó.

5. Bizonyos kóros állapotok úgy látszik befolyással vannak főleg a relatív (100 g testsúlyra eső) vérmennyiség értékére, kisebb mértékben pedig a plasma és az összes vér abszolút mennyiségére is.

A Charite Poliklinika Röntgen-laboratoriumának közleménye (vezető főorvos: Bársony Tivadar dr.).

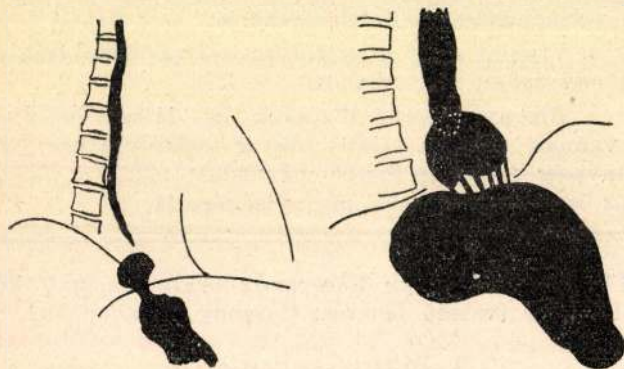
A hiatus-sérvekről.

Írta: Bársony Tivadar dr.

A hiatus-sérvek diagnostikájában *Akerlund*¹ teremtetett rendet, *Akerlund* azt ajánlotta, hogy, minthogy a rekesz nyílásai közül csak kettőt nevezünk hiatusnak s minthogy a két hiatus közül csak a hiatus oesophageuson át jönnek létre sérvek, a hiatus aorticuson nem, egyszerűség kedvéért nevezzük a hernia diaphragmatica hiatus oesophageit — hiatus-sérvnek. Ez elnevezés szerint tehát a hiatus-sérv annyit jelent, hogy a rekeszizom hiatus oesophageusán át jön létre — legtöbbször — a gyomor herniálódása a hasüregből a hátsó mediastinumba. *Akerlund* három csoportját különbözteti meg a hiatus-sérveknek. Az egyik csoportnál a nyelőcső rövidre szűletett, e miatt a cardia fennmarad a hátsó mediastinumban, ez a congenitalis alak; a másikonál a cardia lenn van a hasüregben s mellette csúszik fel a hiatuson át a gyomor egy része a mellüregbe, ez a paraoesophageális alak; a harmadik csoportnál a hiatuson át felecsúszik a gyomorral együtt a cardia is. *Akerlund* saját eseteit mind a harmadik csoportba sorozza, mert nem tudja egy esetét sem biztosan a másik két csoport egyikébe illeszteni. *Akerlund* nagyság szerint is osztályozza a hiatus-sérveket: nagy-, közép- és kis sérveket különböztet meg. Ennek a beosztásnak a gyakorlati jelentősége az, hogy kis sérveket *Akerlund* nem ismert az irodalom. Az, hogy ma már a kis, a szilvanagyságú hiatus-sérveket is meg tudjuk diagnostizálni, *Akerlund* érdeme.

Ezeknek a kis hiatus-sérveknek a diagnosisa a szokásos álló vizsgálattal csak kivételesen sikerül. Csak fekvő vizsgálat adja kezünkbe a helyes diagno-

sist. Minthogy a kis sérv legtöbbször jobbra és hátrafelé irányul, ezeket a kis sérveket legjobban hanyattfekvő helyzetben oldalsó (frontalis) sugáriránnyal, vagy hanyattfekve kissé jobbra vagy kissé balra fordítva látjuk legjobban. Ha ezeket a kis hiatus-sérveket nem akarjuk elnézni, akkor minden gyomorvizsgálatra küldött betegnél el kellene végezni a fekvővizsgálatot is. Ez persze nagy üzemnél nehezen valósítható meg. De az esetek nagy része már álló átvilágításnál gyanút kelt azzal, hogy a gyomor fornixa kisebb, medialisan helyezkedik el, légzésnél kisebb excursiókat végez s a lég hólyag egy része mély belégzésnél a rekesz fölött sejtethető. Ilyen esetek mindig gyanúsak hiatus-sérvre, ezeknél tehát mindnél el kell végeznünk a fekvő átvilágítást is. Ha ily fekvő helyzetben a rekeszárnyék felett vagy a két rekeszárnyék között, az egyik projectiójában oralisán lekerekített, aboralisan a hiatus felé ráncokkal folytatódó contrastárnyékot látunk vagy ha ez a contrastárnyék a hiatuson át continuusan megy át a gyomor töltésébe s ez a lelet állandó, akkor biztos a hiatus-sérv diagnosisa (1., 2., 3. ábra).^{*} De vannak esetek, melyeknél ez a hiatus feletti rész csak futólagosan telődik vagy lefelé élesen határolódik el. Ilyen esetekben nehéz helyes diagnosishoz jutnunk. *Aker-*

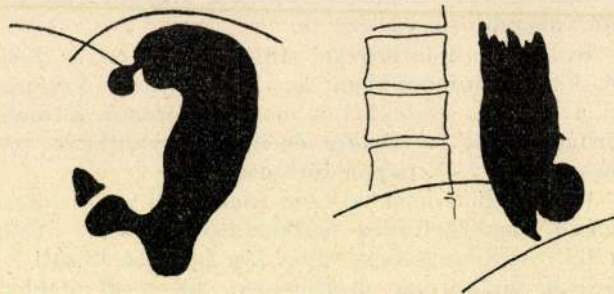


1. ábra. Szilvanagy hiatus-sérv. A rekesz feletti gyomorrész oralisán lekerekített, aboralisan continuusan folytatódik a rekesz alatti gyomorrészbe. A hiatus nyílása (a sérvkapu) 1 cm-nél keskenyebb. A cardia a herniált gyomorrész felett, a nyelőcső rövidebb.

2. ábra. Almanagy hiatus-sérv. A rekesz feletti gyomorrész oralisán lekerekített, fedi a cardiat, aboralisan ráncokkal folytatódik a hiatuson át a rekesz alatti gyomorrészbe. A hiatus nyílása (a sérvkapu) kb. négyujnyi. A nyelőcső rövidebb, kissé tágabb.

lund az eldifferentiálásnál főleg a cardiacus körüli gyomordiverticulumokra és az epiphrenalis nyelőcsődiverticulumokra hívja fel a figyelmet. A mi tapasztalataink itt eltérnek *Akerlund*tól. „Cardiacus körüli” gyomordiverticulummal (*Akerlund*, *Fleischner*) a hiatus-sérvet összetéveszteni nem lehet. Epiphrenalis diverticulumnak sem fogjuk ma már nézni a hiatus-sérvet, ha *Akerlund* classikus leírását ismerjük (4., 5. ábra). De könnyen *kis hiatus-sérvek* tarthatjuk azt a nyelőcsőrészt, melyet a nyelőcső contractiója fűz le, ha hanyattfekve s különösen ha pastával vizsgáljuk a beteget és ha a nyelőcső contractiója idején mély belégzést végeztetünk.^{**} Ha a nyelőcsővön contractiót nem látunk, s a hiatus felett állandóan megvan a lent említett jellegű lefűzött részlet, akkor ez hiatus-sérv mellett szól. De gyakran fordul elő, hogy hosszabb peristaltikus szünet után lassan tovahaladó mély peristaltika jön létre a nyelőcsővön, mely az alsó harmad töltését lefűzi; ez a lefűzött részlet, ha contractio köz-

ben a beteg mélyen beléggzik, a rekesz felett egyenesen levágott conturt alkot s oralisán a peristaltikus lefűződés felé egyenletesen keskenyedek. Az így kialakult, basisával a rekesz felé néző, háromszögű contrastárnyék a peristaltika tovahaladásával kisebbedik s gyakran kiszélesedik; a peristaltika az esetek nagy



4. ábra.

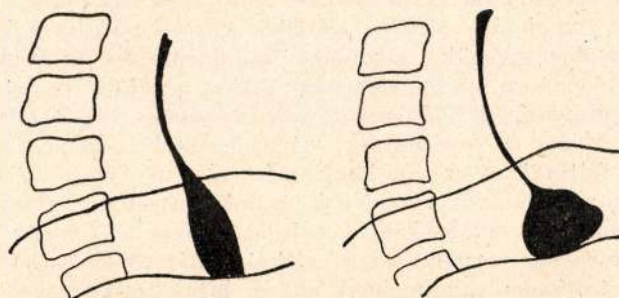
4. ábra. „Cardiacus körüli” gyomordiverticulum (a fénykép balra fordított helyzetben készült). A diverticulum a rekesz alatt foglal helyet, a rekesz feletti gyomorrész nem látható.

5. ábra.

5. ábra. Rekesz feletti (epiphrenalis) nyelőcsődiverticulum. A nyelőcső jelentékenyen tágult, széles basisú szilvanagy diverticulummal az elülső falán, közvetlenül a rekesz felett.

résében nem jut el egészen a rekeszig, hanem 1–2 ujjnyival e felett megáll, egy kb. szilvnyi részletet fűzve le a nyelőcsőből; ebben a stadiumban kapjuk azt a képet, mintha egy kis hiatus-sérv volna jelen (pseudo-hernia, 6a. és b. ábra). Az eldifferentiálásnál útbaigazíthat az, hogy a hiatusfeletti contrastöltés a hiatus-sérvnél oralisán lekerekített vagy lapos, míg a contractió által lefűzött nyelőcsőrész oralisán csúcsban kihúzott. De ez a különbség nem minden esetben szembetűnő. Vannak esetek — még pedig igen nagy számmal — melyekben nem tudjuk eldönteni, hogy contractiótól lefűzött nyelőcsőrészlettel vagy kis hiatus-sérvvel van-e dolgunk. Az eldifferentiálást megnehezíti az a körülmény is, hogy kis hiatus-sérvnél is előfordul, hogy a herniált gyomorrészlet csak futólagosan telődik contrastanyaggal és lefelé élesen határolódik el, viszont a contractiótól lefűzött nyelőcsőrész is tágabb, szélesebb lehet, mint a nyelőcső többi része. A hiatusban látható ráncok nem döntik el a hiatus-sérv javára a diagnosist, ez is előfordulhat kissé tágultabb nyelőcsőnél.

Az imént említett diagnostikai nehézségek csak a kis hiatus-sérvekre vonatkoznak, az almánál nagyobb



6a) ábra.

6a) ábra. A nyelőcső-contractio mély inspirium idején, az alsó harmad háromszög alakú részletét fűzi le.

6b) ábra.

6b) ábra. A contractio gyűrű kb. két ujjal a rekesz felett megállt (még mindig mély inspiriumban) s egy szilvánál nagyobb tágult nyelőcsőrészletet fűzött le. Ez a kép téveszthető össze kis hiatus-sérvvel.

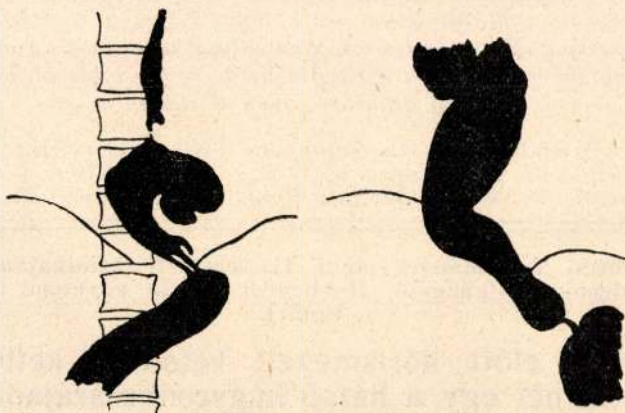
sérvek könnyen és biztosan diagnostizálhatók meg, ha gondolunk rá s ha megfelelő fekvővizsgálatot is végzünk. Ezeknél a nagyobb sérveknél gyakran fordul elő, hogy már álló vizsgálatnál is a rekesz felett, a nyelőcső alján, hosszabb ideig pangó contrastanyagot látunk, egy-egy esetben ez árnyék feletti lég hólyaggal, vagy

^{*} Az ábrák Röntgen-fényképfelvételek után készültek.

^{**} A kis hiatus-sérv kimutatása ugyanis gyakran csak mély belégzésben sikerül.

hogy a szív árnyékában a rekesz feletti gyomor-léghólyagrészlet egy körülírt felritkulást hoz létre.

A hiatus-sérv sokkal gyakoribb, mint azt általánosan hiszik. Hogy mily gyakori, erre vonatkozólag még statisztikai adataink nincsenek. Szükséges lenne először is, hogy valamely Röntgen-intézet nagy anyagon panaszmentes egyéneket, illetve gyomorvizsgálatra küldött betegeket hiatus-sérvre rendszeresen átvizsgáljon, másodszor szükséges lenne, hogy valamely kórbonctani intézet megállapítsa, hogy a hiatus-sérvek mily életkorban mily gyakorisággal fordulnak elő. De szükségünk lenne arra is, hogy valamely sebész osztály műtéti anyagát hiatus-sérvre átvizsgálja, hogy az esetleg sectióra kerülő betegeknél a Röntgennel megállapított hiatus-sérveknek sectiók kontrolljával is rendelkezünk. Különösen fontos lenne azoknak az eseteknek sectiók kontrollja, melyeknél még nem tudjuk, hogy kis hiatus-sérv van-e jelen, vagy csak contractiótól lefűzött nyelőcsőrészlet. Itt kell kiemelni azt, hogy az *Akerlund* által leírt kis hiatus-sérvek autopsiás kontrolljával eddig még nem rendelkezünk. A kór-



3. ábra.

7. ábra.

3. ábra. Gyermekfejnői hiatus-sérv. A rekesz feletti gyomor-rész hurokszerűen csavarodott, a hiatuson át ráncokkal folytatódik a rekesz alatti gyomorrészbe. A nyelőcső alsó részén diverticulum. A sérvkapu nagysága sem átvilágítással, sem több felvételen pontosan nem volt megállapítható, a cardia helye sem. (Lehet, hogy fenn van a cardia, lehet, hogy a hurok alján.)

7. ábra. Idiopathikus nyelőcsőtágulat. A cardia-sphincter ritka képe négy ujjal a rekesz alatt látható. A nyelőcsőtágulat a kb. háromujjnyira tágult hiatuson át folytatódik a rekesz alá a cardiáig (intraabdominalis nyelőcsőrész).

bonenokoknak meg kellene állapítaniok azt is, hogy mily nagyságok között ingadozik a különböző életkorokban a normalis hiatus oesophagei és hogy mily nagyok a nyílások hiatus-sérveknél. A kórbonctan a kis hiatus-sérveket még nem ismeri, itt a Röntgen (*Akerlund*) járt elől.

A hiatus-sérv keletkezése egyszerűnek látszik: congenitalis alapon vagy a rekesz izomatropiája következtében kitágul a hiatus nyílása, ezen át a hasprés benyomja — legtöbbször — a gyomrot a mellüregbe. Vannak azonban megfigyeléseink, melyek szerint a hiatus nyílása igen nagy lehet s hiatus-sérv mégsem jön létre. Ez az idiopathikus nyelőcsőtágulatoknál fordul elő. Ezeknél gyakori, hogy a nyelőcső tágulata lemegy intraabdominalisan a cardiáig, a tágulat tehát meg van a hiatusban is, ami azt jelenti, hogy a hiatus is tág. (7. ábra.) De olyan esetekben is, melyeknél a nyelőcső tágulata a hiatusnál végződni látszik, ha a módosított Gottstein-szondával vagy Stark műszerével a cardiát kitágítjuk, vele egyidejűleg jelentékenyen tágul a hiatus is (kb. 12 cm körfogatnyira, tehát majdnem 4 cm átmérőnyire). Ez is elég nagy nyílás arra, hogy hiatus-sérv létrejöhessen, ennél sokkal kisebb nyíláson át jönnek már létre sérvek. Tizenegyszer

vagy többször tágított idiopathikus oesophagus-tágulat esetünket volt alkalmunk újabban átvizsgálni arra vonatkozólag, hogy hiatus-sérv létrejött-e, de egynél sem találtunk hiatus-sérvet. Hogy mi az oka annak, hogy már kissé tágult hiatusnál egyes esetekben létrejön hiatus-sérv, az idiopathikus oesophagus-dilatationál pedig a jelentékenyen tágult hiatuson át sem, ezt egyelőre még nem tudjuk.*

A sérvkapu nagyságát nem minden esetben sikerült Röntgennel pontosan megállapítanunk. Amikor legkisebbnek találtuk, akkor kb. 1 cm átmérője volt mély inspiriumnál a Röntgen-képen. Ugyanez esetben expiriumban pontosan nem volt meghatározható a sérvkapu nagysága, de sokkal szélesebbnek látszott. A sérvkapu nagysága — úgy látszik — más inspiriumban, mint expiriumban. Inspiriumban — úgy látszik — contrahálódik a hiatus izomgyűrűje. E mellett szólnak azok a tapasztalataink is, melyeket egy más betegségnél, a fentebb említett idiopathikus oesophagusdilatatióknál, nyertünk. Ezeknél gyakran történik meg, hogy expiriumban a tágult nyelőcső intraabdominalis része is szélesen telődik, inspiriumban a hiatusgyűrű contractiója következtében az intraabdominalis rész felfelé kiürül s a nyelőcső a hiatus felett éles vonallal határolódik el, vagy intraabdominalisan egy keskeny sávot bocsát le egészen a cardiáig;* vannak eseteink, melyekben inspiriumnál nem fűzte le teljesen a hiatusgyűrű a nyelőcső töltését, csak a contractió gyűrű látszott meg rajta. Hiatus-sérvnél is — úgy látszik — részben a hiatusgyűrűnek inspiriumban és expiriumban való különböző contractiós foka szabja meg a hiatusnyílás, illetve a sérvkapu nagyságát. Persze lehetséges az is, hogy hiatus-sérvnél expiriumban azért nem látszik a hiatus gyűrűje, vagy azért látszik szélesebbnek, mert a herniált rész össze-projiciálódik a gyomor fundusával. A sérvkapu nagysága nagy sérveknél gyakran nem ítélhető meg egész pontosan. A hiatusban látható ránc-sor szélessége csak megközelítő mértékét adja a hiatus szélességének.

A cardia helyének meghatározása nem sikerül minden hiatus herniánál. A kis és középnagy hiatus-sérveknél csaknem mindig meg tudjuk állapítani a cardia helyét, de magát a cardia sphincterét oly vonalas telődési hiány képében, mint ahogy azt a pylorusnál szoktuk látni, csak ritkán látjuk. De a cardia sphincterét normalis viszonyok között sem szoktuk látni. Normalisan is csak a cardia helyét tudjuk meghatározni. Csakis az idiopathikus nyelőcsőtágulatok egyes esetében látjuk tisztán magát a cardia sphincterét vonalas telődési hiány képében, középen a keskeny cardiakanállissal (l. 7. ábra). Míg a kis és középnagy hiatus herniánál csaknem mindig meg tudjuk határozni a cardia helyét, addig a nagy herniáknál ez gyakran nem sikerül (l. 3. ábra). Pedig a cardia helye adja meg az *Akerlund*-féle osztályozás lehetőségét. A mi kis sérveinknél a cardiát minden esetben a herniált gyomorrész felett állapítottuk meg s a nyelőcső lefutása egyenes volt. A lelet tehát megfelelt *Akerlund* congenitalis sérvtypusának. De mi még sem tartjuk ezeket congenitalisaknak, mert

* Három esetünkben a hiatus-sérvvvel egyidejűleg nyelőcsőtágulat is volt jelen. Ezeknél a hiatus-sérvet tartottuk elsődlegesnek. Egyiknél a herniált cardián cc-je volt a betegnek e feletti nyelőcsőtágulattal, a másik esetben a gyomor kétharmadrésze volt herniálódva s a nyelőcső kissé volt csak tág és négy diverticulumja volt, a harmadik esetben ökölnyi sérv felett kisebbfokú nyelőcsőtágulat volt jelen.

* Ez az inspiriumban látható cardia feletti intraabdominalis vékony nyelőcsősáv szerepel hibásan az irodalomban, mint cylindrikus nyelőcső-, illetve gyomorspasmus.

csaknem minden esetünk az előrehaladott életkorra esik. Lehetséges, hogy ezek közül egyes eseteknek keletkezési mechanizmusa a következő: a talán nem is sokkal tágabb hiatuson át a perioesophagealis kötőszövet meglazulása folytán felelősszik s megrövidül a nyelőcső s magával húzza a gyomor cardiatáját. Hogy ez a folyamat csak annak következménye-e, hogy a hiatus-táj perioesophagealis kötőszöve meglazul s a hasüri nyomás felnyomja a cardiatát a hátsó mediastinumba, vagy pedig egy magasan lezajló perioesophagealis gyulladás (periadenitis, mediastenitis) zsugorodása is felhúzza a nyelőcső alsó részét, ezt ma még nem tudjuk. Az, hogy négy esetünkben nyelőcsődiverticulumot is találtunk a nyelőcsővön (1 esetben 1-t, 2 esetben 2-t, 1 esetben 4-t), az a második felvétel lehetősége mellett szól.

Hogy a sérvben összenövésnek vannak-e, az, mint azt *Akerlund* és *Key* már kiemelte, a műtét szempontjából fontos. De összenövésnek valló biztos Röntgen-tüneteket eddig még nem ismerünk. Lehetséges, hogy a *Herrenheiser*² által leírt symptoma (csipkeképződés a herniált résznél) tényleg összenövést jelent. (Esetének nem volt műtéti vagy sectiós kontrollja.) Az, hogy a herniált gyomorrész időnként telődik contrastanyaggal, máskor meg nem, nem zárja ki az adhaesiók lehetőségét, mert a fixált gyomorrészből is jól kiürülhet a contrastanyag. Hogy nagyobb herniánál a hiatus táján egyenlenségek lehetnek jelen a herniált gyomorrészen, erre *Polgárral*³ együtt már felhívtuk a figyelmet. Lehetséges, hogy ezek adhaesiók jelei a sérvkapunál. Az egész kis sérvknél összenövésnek nem igen kell számítanunk.

A hiatus-sérvek *klinikai dignitása* még nem teljesen tisztázott. Hogy az incarcerált sérvek súlyos tüneteket okoznak, ez természetes; hogy az adhaesiók is panaszokat okozhatnak, az is kézenfekvő; hogy azonban a szabad sérvek minden esetben okoznak-e tüneteket, illetőleg hogy a beteg panaszait, vagy ezek egy részét magyarázzák-e, erre vonatkozólag még sok megfigyelésre van szükségünk. *Öhnell* a hiatus hernia symptomatológiájával részletesen és óvatosan, higgadt kritikával foglalkozik. *Öhnell* leírásából tudjuk, hogy a hiatus-sérvek jellemző tünettana nincs. Epigastriális fájdalom, hányás, böfögés, gyomorégés, nyelési zavarok, obstipatio, szív- és tüdőpanaszok voltak az általa észlelt betegek panaszai, tehát esupa olyan tünet, mely más betegségeknel is előfordul az ő eseteihez hasonló kombinációban. Betegei egy részénél más organikus elváltozást is talált, mely a panaszokat megmagyarázta, esetei egy részében azonban csak a hiatus-sérv volt az egyedül kimutatható organikus megbetegedés. Ezekre vonatkozólag valószínűnek tartja, hogy a hiatus-sérv volt a panaszok okozója. A mi esteink analysiséből nekünk is ugyanazokra a következtetésekre kell jutnunk, mint amelyekre *Öhnell* jutott. Jellemző klinikai symptomatológiája a hiatus-sérveknek nincs. De mint-hogy a mi betegeink leggyakrabban nyelési zavarokról, makacs gyomorégésről, fekélytünetekről és epigastriális fájdalomokról panaszkodtak, ily panaszok jelenlétében mindig kell gondolnunk hiatus-sérvre is és Röntgen-vizsgálattal kutatnunk kell ez után. Ha ily panaszoknál hiatus-sérvet találunk s más organikus eltérést nem, akkor mai tapasztalataink szerint lehetségesnek tartjuk, hogy a hiatus hernia okozza a panaszokat. Persze csak oly sikeresen operált esetek tennék valószínűvé az összefüggést, melyeknél a sérv gyógyulásával egyidejűleg a beteg panaszai is véglegesen megszűnnek. Ilyen esetekkel azonban mi még nem rendelkezünk. Egy operált esetünk van csak, de ennél műtét után a sérv is, meg a panaszok is, csaknem változatlanok ma-

radtak. Négy esetünkben, melynél a hiatus-sérven kívül kis nyelőcsődiverticulumokat is találtunk, a beteg panaszait a hiatus-sérvre vonatkoztattuk. *A hiatus hernia csakis Röntgen-vizsgálattal diagnosztizálható.*

A belgyógyászati kezelés úgy látszik nem sokat javít a beteg panaszain; a kezelés eredményének megítélésében óvatosnak kell lennünk a legtöbb betegségnél tapasztalható spontan remissiók miatt.

Ismeretes, hogy a szerzett köldöksérvek legtöbbször kövér egyéneknel fordulnak elő, úgy látszik, hogy a hiatus-sérv is inkább a tagbaszakadtak betegsége.

A hiatus-sérv nem raritás többé. A kórbonctannak is, a klinikának is intensívebben kell foglalkozni vele.

Összefoglalás: *Kis hiatus-sérvek csak Akerlund leírása óta ismeretesek a Röntgen-irodalomban. A kórbonctan a kis hiatus-sérvet még nem ismeri. A kis hiatus-sérvek csak fekve diagnosztizálhatók meg, nagyon nehezen különböztethetők meg a contractio által lefűzött nyelőcsőrészlettől. A hiatus-sérvek nem ritkák.* Keletkezésük mechanizmusa még nem teljesen tisztázott. Az idiopathikus nyelőcsőtágulatoknál is tág lehet a hiatus anélkül, hogy sérv jönne létre. A sérvkapu nagysága nem minden esetben állapítható meg exacte, nagy sérvknél néha a cardia helye sem. A kisebb hiatus-sérvek klinikai dignitása még tisztázásra vár.*

Irodalom: ¹ *Akerlund-Öhnell-Key:* Der Hiatusbruch. Acta Radiologica. 6., 1-6. — ² *Herrnheiser:* Fortschritte. 36., 4. — ³ *Bársony-Polgár:* Fortschritte. 37., 2.

A bécsi Tudományegyetem II. sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: *Hochenegg Gyula* egyetemi ny. r. tanár).

Műtét előtt kórismézett kétoldali kettős ureternél egy a hátsó húgycsőbe szájadzó hydro-pyoureter.

Írta: *Egerváry Tibor dr.*

Az urogenitalis tractusban előforduló fejlődési rendellenességeknek előben való megállapítása az urológiai vizsgálati módok tökéletesedése óta mindinkább a gyakoribb jelenségek közé tartozik. Nemcsak azért fontos ez a tény, mert fokmérője a technika és vizsgálati módok fejlődésének, de ezen fejlődési rendellenességek gyakoribb klinikai előfordulása és megbetegedése igazolja azt a körülményt is, hogy a szervezetnek ilyen anomaliája a legkülönbözőbb betegségekkel szemben kevésbé resistens. Ezt bizonyítja az irodalmnak újabb időben több és több idevágó közleménye, mely mind gyakrabban számol be az előben — régebben ritkán, ma már gyakrabban — észlelt fejlődési rendellenességről.

A most leírandó esetet a bécsi egyetem II. sebészeti klinikájának hospitánsaként észleltem s az Orvosi Hetilap részére való közlés engedélyezéséért ezúton mondok köszönetet *Hochenegg* professor és *Haslinger* tanár uraknak. A leírandó eset nemcsak mint ritka rendellenesség érdemel közlést, de a betegség helyes megállapításához való eljutás, a tünetek pontos megfigyelése és következtetése, valamint a rendelkezésre álló segédesszközök és módok helyes megválasztása s a symptomák megítélése által igen tanulságos példát nyújt. Esetünkben a kétoldali kettős ureter egyike — a bal felső vese ureterszája — a húgycső pars prostaticájába szájadzott. Ezen rendellenesség magyarázatát a fejlődéstan idevágó adatai adják: az ureter a Wolff-

* Egy év alatt több mint 20 hiatus-sérvet láttunk.

féle cső caudalis részéből eredő Kupfer-féle csőből fejlődik. A Wolff-féle cső legalsó szétterülő része résztvesz a hólyag kialakulásában s ebből képződik a trigonum vesicae és a húgyeső pars prostaticának colliculus fölért levő része, nőben a trigonumon kívül az egész urethra és a vestibulum vaginae egy része. A számfeletti ureterek keletkezése úgy fogható fel, — ha mind-egyikének külön beszájadzása van, — hogy az eredeti egy-egy ureterbimbó helyett azoknak többszöröse fejlődik (Felix: Philogenetikai Phaenomen), vagy az eredeti bimbó termőhelyének hasadásából keletkeznek azok (Meyer R.), vagy pedig egy-egy szájadék esetében az ősvese felé növvő ureter utólag ágazódik el (bifurcatio, fissura). A kettős ureter beszájadzása Weigert szabálya szerint úgy történik, hogy a mélyebben fekvő (caudalis) ureterszáj a magasabban fekvő (cranialis) vesemedencétől jön, Meyer — ki ugyanezen törvényszerűséget vallja — még hozzáteszi, hogy két egymás mellett fekvő ureterszáj közül a medialis felel meg a felső cranialis fekvő vesemedencének. Ezen jelenségek a Wolff-féle cső végrészének csavarodási és kiszélesedési viszonyaiból magyarázhatók.

Ezen fejlődéstani adatok alapján érthető esetünkben, hogy az egyik ureterszáj a colliculus fölért a húgyeső pars prostaticájába nyílt, még pedig Weigert-Meyer törvénye szerint, vagyis a vesétől cranialisan elinduló, medialisan fekvő ureter caudalisán a húgyesőbe szájadzott. Bostroem, Griffen, Motzfeld, Gruber szerint a leggyakoribb fejlődési anomáliák a húgyutak területén fordulnak elő. A kettős ureternek férfinél a húgyeső hátsó részébe való beszájadását boncasztalon gyakrabban figyelték meg, klinikailag is sok esetben sikerült felismerni a caudalisán hólyagba nyíló uretert, nagyon ritkán azonban az extravasicalisan fekvőt. G. B. Gruber állítja, hogy kettős ureternél a cranialisan eredő ureternek a húgyeső pars prostaticájába való beszájadzása nem ritka. Ennek ellenére az irodalomban nincs olyan eset közölve, ahol ezen fejlődési rendellenesség műtét előtt megállapított volt.

R. M. 52 éves férfibeteg 11 évvel ezelőtt (1919) erőltetett munka után haematuriát kapott, hidegrázással s a bal hasfélben fájdalommal. Cystoskopiai és vesevizsgálatot negatív eredménnyel végeztek. Pyelitis diagnossal négy hétig megfigyelés alatt állott. A beteg egészen érezté magát, csak vizelete maradt ezentúl mindig zavaros, majd fokozatosan erős, kellemetlen szagú lett. Következő években egynéhányszor hidegrázásos láza volt gyomor- és hasfájdalmakkal, amit gyomorbántalomnak vagy influenzának vélt. 1925. évi július hóban újabb haematuria, bal hasfélben állandó fájdalmak és lázak. Kórházba került, hol prostatatályog diagnossal egyideig megfigyelés alatt állott. Itt végzett cystoskopiai és vesefunkciós vizsgálat szerint a vesék működése normalis, elkülönített vizeletlelet negatív. Cystoskoppal a hólyagban a prostata felől zavaros felhő kiáramlását figyelték meg. Vizelet zavaros és bűzös volt. Rectalis vizsgálattal prostata normalis nagyságú. Pyelographia baloldalt normalis, egy későbbi vizsgálat a prostata és ondóhólyag ismételt normalis leletét mutatta.

1926 novemberben a beteg haematuriával a Hochenegg-klinikára került. Vizelete átlátszatlan, zavaros, sötétvörös, kellemetlen bűzös. Hidegrázásos magas lázak. A haematuria két napig tartott. Cystoskopia normalis viszonyokat mutat, ureterkatheterismus (U. K.) mindkétoldalt kissé zavaros vizeletet, annak üledékében genyesejtet és baloldalt bakteriumot találtak. Indigóki-
választás normalis. Röntgen mindkétoldalt negatív. Beteg zavaros, bűzös vizelettel ambulans kezelésre jár. Időnként a bal hasfélben fájdalmakat, hol magasabban, hol a hólyagnál érez. Tapintással a hasban közös eltérés kimutatható nem volt. Az ismételt elvégzett vesevizsgálat és cystoskopia negatív eredményű. Egyetlen pozitív támpont a prostatitis diagnossal kezelt betegnél a prostata massageval nyert 2–3 csepp genyes váladék, melyben genyesejték mellett colibacillus volt ta-

lálható. Ha a beteg massage előtt vizelt, a prostatából geny nem volt nyerhető. Idővel kétségekké vált a prostatitis diagnoss, mert a prostata alakja, nagysága, consistentiája éveken át nem változott, az normalisat mutatott, a vizelet mindenkor bűzös és zavaros maradt, dacára, hogy prostata-massage és hólyagöblítés után katheteren át fogták azt fel. Haslinger tanár gondolatmenete szerint folytatódott a további vizsgálat. Egy feltehető hólyag- vagy urethradiverticulum diagnossis cystoskopiával, urethroskopiával, Röntgennel nem volt található. Többszörös gondos cystoskopiai vizsgálat után a sphincter szélén, a középvonaltól kissé jobbra, alig észrevehető ureterszájat találtunk, de ebből nyert vizelet semmi kórosat nem mutatott. Jobboldali pyelographia kettős uretert, egy dupla ureterkeresztződést, egy normalis alsó és homályosan ábrázolt felső vesemedencét mutatott. Az ureterlefutás a gerincoszloppal parallel halad, az alsó vesemedence jól töltött normalis alakot mutat, tengelye a gerincoszloppal függőlegesen áll.

Miután a jobb kettős vese intactnak bizonyult, középfekvő volt, hogy a zavaros vizelet oka a baloldalon fésszel és feltételeztük, hogy a baloldalon, a jobbhhoz hasonlóan, két ureter van s mivel a jobboldali számfeletti ureterszáj közvetlenül a sphincteren fekszik, a bal feltehető, számfeletti ureterszáj extravasicalisan a húgyesőben kell, hogy megtalálható legyen. A feltevés mellett szólt a bal hasfélben időnként érezté fájdalmak és az előbben említett prostata-massage-nál alkalmazott vizsgálat. A számfeletti bal ureterből jövő genyes vizelet a hátsó húgyesőbe ürül és onnan a hólyagba regurgitál s ennek visszamaradt üledéke prostata-massagenál ürül ki s ha ezt megelőzően a beteg vizelt, vizelet utáni massagenál semmi genyet nem nyertünk, mivel ugyanez a vizeletsugárral kimosódott.

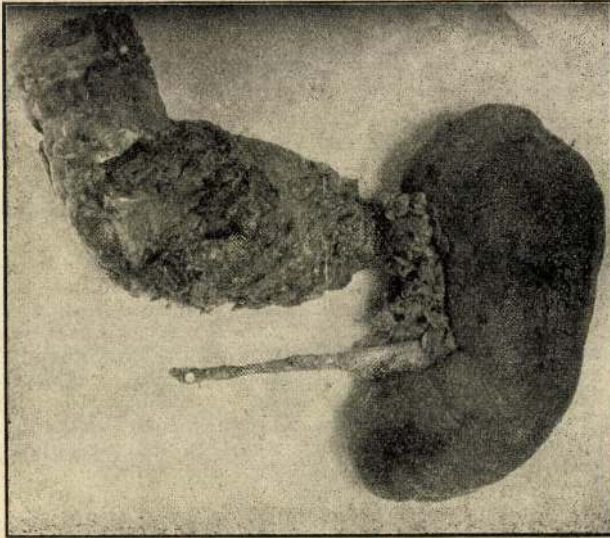
Ezen feltevés megerősítésére a rendes helyen nyíló bal ureteren át pyelographiát végeztünk s a Röntgen a következő képet mutatta: az ureter nem mint a jobboldalon, parallel fut a gerincoszloppal, hanem erősen lateralisan tér ki, úgyhogy a gerincoszloppal egy felfelé nyitott szöveget képez. A vesemedence lateralisan, távol a musculus psoas conturjától, közel a 12. borda lateralis széléhez. A vesemedence normalisan töltött, de tengelye nem mint a jobboldalié, függőlegesen a gerincoszloppal, hanem vízszintesen azzal fekszik. E lelet alapján azt véltük, hogy a bal vese felső részének pyonephrosisáról van szó, mely az alsó részt — ez normalis működést mutatott — szabadon hagyja és oldal felé eltörlő. A húgyeső endoszkopiai vizsgálatánál a colliculus seminalist tisztán látva, irrigációs urethroskoppot a hólyag felé kissé előre tolva, a sphincter hólyagszéle, háttérben a hólyag tűnt fel és a középvonaltól kissé balra egy tátongó, szabálytalan, sötét nyílás, melyből cafatos, zavaros folyadék ürült. A bal számfeletti ureterszáj tehát a hátsó húgyesőbe szájadzik, ami a bal, hosszúvese felső részének pyonephrosisához vezetett.

1928 április 27-én Haslinger tanár narkosisban a bal vesét feltárta. A vesetok megnyitása után a bal vese alsó polusa tűnt elő, ami teljesen normalisnak bizonyult. A lateralisan futó ureter látszólag csak a bal vese alsó polusát látta el. A vese középehez haladtak a hylusedények s a normalisnál hosszabb vesét egyetlen arteria és vena látta el. További felszabadításnál meglepetésül szolgált, midőn egy pyonephrosis helyett, egy hosszúvesének normalis felső részére találtunk. Haslinger tanár már téves diagnossisra gondolt, mikor a vese alatt medialisán a már felszabadított uretertől mintegy gyermekökölnyi daganat tűnt fel, ami a peritoneummal összekapaszkodott. Ennek kiszabadítása után ez fölfelé a vese felé és lefelé a medence felé követhető volt, úgyhogy azt a műtő feleszámú ureternek tarthatta. Mivel a vérdényellátás miatt veseresectiót végezni nem lehetett, nephrektomiát végzett. A hatalmasan megvastagodott uretert mintegy 25 cm hosszban felszabadítva, azt kiirtotta.

A kiirtott vese (lásd 1. kép) a normalisnál nagyobb, tokja könnyen lehúzható, felületén durván egyenetlen, lapos, szürkésfehér alappal bíró, behúzódtó területeket mutat. A veséből két ureter ered: az alsó lateralis normalis viszonyokat mutat, a felső medialisán fekvő ureter egy hatalmas hegszövetbe beágyazva, hüvelykujjnyi vastagra tágult fala erősen megvastagodott. Hystologiailag a megvastagodott ureterben egy chronikus ureteritis, a megfelelő vesemedencében chronikus pyelitis áll fenn. A megvastagodott ureter lelete

— egy, az ureterfal megvastagodását okozó — chronikus gyulladás mellett szól és nem egy hibás fejlődés következményének fogható fel egy veleszületett részleges óriásnöves (megaloureter) értelmében. (Kermanner.)

A feldagadt vese képén (2. kép) az alsó normalis és felső dilatált vesemedencét látjuk. A nem feldagadt ureterszakasznál egy uretermegtöretés (elhajlás)

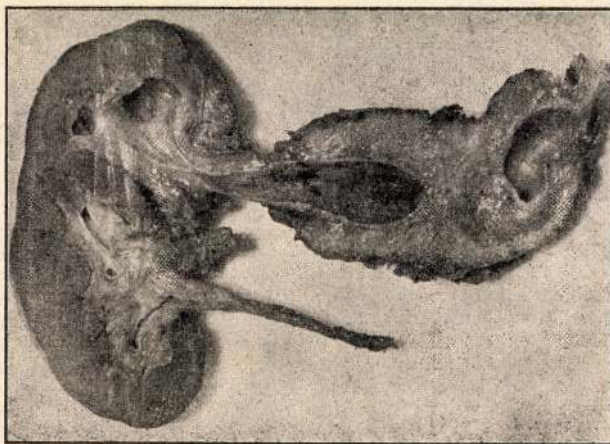


1. ábra.

van. Feltűnő a súlyosan elváltozott húgylevezető-rendszerhez tartozó veseparenchyma megtartottsága s a hydronephrosis kifejlődésének hiánya, melyet magyaráz: a pyelum beszűkülésénél levő ureterszűkület és az alatta következő uretermegtöretés; ezen akadályok miatt a hydroureterben pangó vizelet nem regurgitálhatott a pyelumba.

Műtét után a kivett veséről, annak mindkét medencéjét megtöltve, Röntgen-felvételt készítettek, a vesemedencék között communicatio nem volt kimutatható. Mindkét uretert egymagasságban átmetszve, a medialisan fekvő megvastagodott ureter lumene nyolcszor nagyobb átmérőjű a lateralisán fekvő, alsó normalis ureter átmérőjénél.

Sebgyógyulás műtét után két hét múlva teljes, a vizelet bűzös szaga eltűnt, bakteriologikailag colibacillus még kimutatható. Vizelet csak hetek múlva tisztult



2. ábra.

fel, műtét után prostatából genyet kipréselni nem sikerült.

Esetünk tanulságait összegezve, röviden azt mondhatom, hogy felállított diagnózisunkkal addig nem szabad megelégednünk, míg az ennek legjobban megfelelő gyógyításunk dacára a beteg egy tünete is hosszú időn át fennáll s ha ez a tünet a feltehető kórképpel nem mindenben egyező, az okot a normalistól való el-

térésben kell keresnünk és számot kell vetnünk, vajjon a talált tünetek valóban a feltételezett betegségnek felelnek-e meg. A Röntgen-vizsgálatnak, illetve a pyelographiának nagy fontosságát ez eset is mutatja, különösen, ha a Röntgen-képek igazi értékelését és pontos tanulmányozását a klinikai leletek szem előtt tartásával végezzük.

Irodalom: Nagy László: Fejlődéstani jegyzetek. 1911. — G. B. Gruber: Entwicklungsstörungen der Nieren und Harnleiter. Henke-Lubarsch. 1925, VI. 1. — Handbuch für Urologie. Lichtenberg, Voelcker, Wildbolz. 1926, 3. köt. — Haslinger: Zeitschr. f. Urol. 1925, XIX. köt., 422—428. old.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem fülgyógyászati klinikájának közleménye (igazgató: Krepuska Géza dr. egy. ny. rendes tanár).

Otogen meningitis gyógyult esete.

Írta: Tóbl Pál dr. közkórházi orvos, egyet. tanársegéd.

Esetünkben héveny középfülgyulladás kapcsán lépett föl a meningitis, a fülmegetegedés második napján. A beteg rövid kórtörténete a következő:

K. J. 24 éves férfibeteg 1928 március 5-én vététt föl az osztályra azon panasszal, hogy négy nappal ezelőtt kezdett fájni a bal füle. Két nap múlva lázas lett, kirázta a hideg, többször volt hányingere és nagyon fáj a feje. A beteg nagyon elesett. Hőmérsék 36,6, pulsus 84. Jobb füle ép, a bal dobhártya kissé belövelt. Paracentesist végeztünk, a dobüregben azonban nincs váladék. A sügő beszédét baloldalt három méterről hallja. Spontan nystagmus, félremutatás, adiado-chokynesis nincs. Szemfenekék épek. A patellareflex normalis, a bőrreflexek fokozottak. Romberg- és Kernig-tünet pozitív, kisfokú tarkómerevség. Másnap a hőmérsék 39,2, a beteg többször hányt, főfájása fokozódott. Lumbalpunkciót végzünk, mire közepes nyomás mellett 30 cm³, kissé zavaros liquor ürül. A további napokban a beteg állandóan lázas, 39—40 között van a hőmérsék. A meningitises tünetek igen kifejezettek. Március 7-én újabb lumbalpunkció, mire 25 cm³, igen zavaros liquor ürül, amelyből 10 cm³-t intraligulealisan fecskendezünk be. A liquorban bakterium nincs, ellenben rendkívül sok genysejtet találunk. Ezután naponként, illetve másodnaponként megismételjük a lumbalpunkciót és minden egyes esetben 10 cm³-t fecskendezünk be intramuscularisan, azonkívül 10 cm³ 40% urotropin is adunk intravenásan. A meningealis tünetek azonban nem csökkennek, miért is dacára a negativ otoszkopiai leletnek, március 31-én megoperáltuk a beteget, mert nyomási érzékenységet jelez a csecsnyúlvány fölött, főleg a vena mastoidea beömlési helyének megfelelőleg. A csont csak helyenkint vérbővebb, egyébként teljesen normalis. Úgy az agy, mint az agyacs durája szabaddá tétetett, ép. A sinus szintén épek látszik. Az agy és kisagy punctiója negativ. A dura incisioja után elég bő liquorfolyás indul meg. A beteg állapota a műtét után se javul. Az állandó liquorfolyás dacára is folytatjuk a lumbalpunkciókat és az urotropin-injectiókat. A liquorból egy ízben staphylococcus tenyésztett ki. A belgyógyászati lelet, eltekintve a meningitistől, negativ. Április 14-én, szóval a műtét után két hétre, a beteg hirtelen láztalan lesz, a meningealis-tünetek fokozatosan visszafejlődnek, hasonlóképp csökken a liquorban a genysejtek száma is. Négy nap múlva a beteg fenn járkal, április 27-én pedig ambulans kezelésre bocsátjuk el.

Az otogen meningitisek gyógyhajlama közismerten igen rossz. Aránylag nagyon kedvező statisztikát közölt Mygind, akinek összeállítása szerint 210 meningitises betege közül gyógyult 59 = 28%. Szerinte legnagyobb a gyógyulási hajlam az 5—14. életévekben. A klinikai tünetek mellett legfontosabbnak tartja Mygind

a liquor sejttartalmát, míg a fehérje-, globulin- és eukor-reakcióknak nem tulajdonít nagyobb jelentőséget. Legfontosabb természetesen a diagnózis felállításánál a baktérium jelenléte a liquorban, azonban mi is sokszor találtunk negatív liquorlelet mellett a sectióknál kifejezett genyes meningitist.

Megjelenési formája szerint lehet a meningitis lassan, lappangva kifejlődő, ahol a klinikai tünetek is csak fokozatosan és meglehetősen későn jelentkeznek, vagy foudroyans meningitis, mely a classikus tünetek folytán könnyen fölismerhető és nagyon gyorsan, 24, vagy akár 12 óra alatt halálhoz vezethet. Az otogen meningitisek lehetnek továbbá savósak vagy genyesek. *Kobrak* szerint a serosus meningitis heveny gyulladásos hydrocephalusnak felel meg, *Mygind* szerint pedig collateralis és circumscrip meningitissel azonos.

Az út a meningitis kifejlődésére lehet direct vagy indirect. Az első esetben a csont beolvadás következtében direct összeköttetésbe juthat a dura a gyulladással, széteshet és így fejlődik ki a meningitis, vagy csontpusztulás nélkül a vér- és nyirokerek útján terjedhet át a gyulladás. Indirect úton létrejöhet a meningitis, ha a gyulladás a labyrinthen, a labyrinth-körül cellákon, a sinusokon vagy enkephalitis és agytályog esetében az agyon át terjed a lágyburkokra.

Az agyhártyagyulladás gyógyításánál a sebészi és a chemoterapiás kezelési módot együttesen kell alkalmazni. Legfontosabb a beteg primaer góci kiiktatása trepanatio, radicalis, labyrinth- vagy agyműtét útján. A további sebészi kezelés a minél gyakrabban, naponként vagy másodnaponként végzett lumbal-, illetőleg cisternapunctio, esetleg a duraincisio által létesített állandó drainage. A gyógyszeres kezelés igen változatos lehet. Egyesek az urotropintól, a különböző chininderivatumoktól, mások a vusintól, tripaphlavin-tól vagy colloidalis fémkészítményektől láttak jó eredményeket. *Jung* vizsgálatai szerint az intralumbalis adott szerek átmennek a vérbe, az intravenásan adottak azonban normalis körülmények között csak ritkán jutnak be a liquorba. Meningitis esetében azonban a permeabilitás fokozódik és így az intravenásan adott injectiók is hatásosak lehetnek. Néhány szerző a liquorból készült autovaccinák és különböző streptococcus-serumoknak intralumbalis, vagy intramuscularis injectiója után látott gyógyulást.

Esetünkben protrahált genyes circumscrip meningitissel állottunk szemben. A gyulladás heveny középfülgyulladás következtében direct úton, valószínűleg a nyirokerek útján terjedt a lágy burkokra, hogy nem vált általánossá és körülírt maradt a meningitis, annak az lehet az oka, hogy az otitis hamar gyógyult, hiszen felvételkor, a középfülgyulladás negyedik napján, már nem volt geny a dobüregben és így a primaer góc magától iktatódott ki, miáltal letokolódhatott a gyulladás. A műtét a negatív lelet mellett se volt hiábavaló, mert a duraincisio következtében állandó liquorfolyást létesíthettünk. A naponként, illetőleg másodnaponként végzett lumbalpunctio mellett a liquorból állandóan 10 cm³-t injiciáltunk intramuscularisan. *Sipos Imre* mutatott be a Közkórházi Orvostársulat 1927 február 25-én tartott ülésén egy traumás meningitises beteget, akinél a liquort subcután reinjiciálta. A beteg három hét alatt gyógyult. Mi liquorinjectiókat újabban rendszeresen alkalmazzuk, s nem mint *Sipos* subcutan módon, hanem intramuscularisan. A liquor reinjectiója által autovaccinációt idéztünk elő és ezen beavatkozásoknak, valamint az intravenás urotropin-injectióknak feltétlenül nagy szerep jutott a kb. 8 hét alatt bekövetkezett gyógyulásnál.

A budapesti Gróf Apponyi Poliklinika nőgyógyászati osztályának közleménye (főorvos: nagyiványi Fekete Sándor dr. egyet. magántanár).

Terhességi tetania parathyreoidea implantatióval gyógyított esete.

Írta: Róna Andor dr.

A terhességi tetania a ritka megbetegedések közé tartozik. (A bécsi I. számú női klinika 30.000 szüléséből mindössze 9 esetet figyeltek meg.) Ezért tartottam érdemesnek esetünk közlését, melynek lefolyása igazolja *Adler*, *Thaler*, *Erdheim*, *Vassale* és másoknak azt az állítását, hogy a terhességi tetania nem önálló megbetegedés, hanem a terhesség csak kiváltó ok és *Meinert*nek azt az észlelését, hogy ismétlődő terhességeknél a tünetek súlyosbodnak. Esetünkben parathyreoidea transplantációval gyógyulást értünk el ott, ahol a megelőzően alkalmazott összes gyógyító eljárások sikertelenek voltak.

A 42 éves beteg kórtörténete röviden a következő: 16 éves korában voltak először tetaniás görcsei, 20 éves korában gyakori, heves, minden valószínűség szerint tetaniás eredetű gyomorgörcsök. Ezután 10 éven át tünetmentes. Első két terhessége a IV., harmadik terhessége a VI. hónapban abortussal végződött.

Következő hat terhességét kiviselte. A terhességek és szoptatások alatt fokozatosan súlyosbodó tetaniás tünetek léptek fel nála. Legutolsó szülése (1925) óta fogai és körmei letöredezték, haja erősen hullott, amely jelenségek megfelelnek azon észlelésnek, hogy tetaniánál gyakran állnak be az ektodermalis eredetű szövetek trophikus zavarai.

A szoptatás és terhességek alatt mutatkozó tetaniás görcsök idején kívül a beteg 1916-tól kezdve minden év tavaszán jelentkezett a gróf Apponyi Albert-Poliklinika idegosztályán enyhébb tetaniás tünetekkel. Ez a jelenség azt bizonyítja, hogy ez esetben a terhesség idiopathiás tetaniánál váltott ki manifest tüneteket. *Frankl-Hochwart* 25 évről összeállított nagy statisztikája szerint az idiopathiás tetaniák 47%-a március-április hónapokra esik.

A beteg 1916-ban lezajlott első szülése óta áll orvosi kezelés alatt, calciumot per os, calciuminjectiókat, glycerophosphatos brómkészítményeket és parathyreoidea extr. injectiókat kapott. Ezekre a gyógyszeres kezelésekre régebben mindig javulás állott be. Legutóbbi terhessége alatt azonban ezek az eljárások nem jártak kellő eredménnyel, úgyhogy a beteg 1926 szeptemberében, 10. terhességének második hónapjában olyan tetaniás tünetekkel és hányással kísért gyomorpanaszokkal került a szülészeti osztályunkra, hogy az idegosztály a terhesség megszakítását tartotta indokoltnak.

Mi, mielőtt a terhességet megszakítottuk volna, *Fekete* főorvos inteniói szerint és *Róth Miklós* 1920-ban leközölt esete alapján megkíséreltük parathyreoidea homoiotransplantációval eredményt elérni. A transplantatiót *Lobmayer* tanár végezte.

Sajnos, a betegség régebbi idejéből pontos vizsgálati feljegyzéseket nem tudtam kapni. 1926 szeptemberében, a transplantatio után, Chvostek, Trousseau, Erb positiv, ulnarisok 0.8 M. A.-el ingerelhetők. 1926 decemberében Chvostek a j. o. jelezve b. o. ++ Trousseau nem váltható ki, ulnarisok 1.2 M. A., facialisok 0.8 M. A.-el ingerelhetők.

A transplantatio óta más kezelésben nem részesült a beteg, ennek dacára az egész terhesség — néhány enyhe gyomorpanasztól és zsibbadástól eltekintve — tünetmentesen folyt le és 1927 április 30-án a II. számú

női klinikán élő, érett fiúgyermeket szült. Szülés, gyermekágyi rendes lefolyású. Göresei a szoptatás alatt nem voltak.

1927 júliusában, három hónappal a szülés után, Chvostek pozitív, minden más tetaniára utaló jel hiányzik. Néhány héttel később azonban a betegnél ismét mutatkoznak enyhébb tetaniás tünetek, amelyekből a transplantatum felszívódására következtetünk.

A terhességi és anyasági tetaniánál a göresrohamok a terhesség utolsó hónapjaiban és a szoptatás alatt szoktak jelentkezni.

Betegünk régebbi terhességeinél is a legsúlyosabb rohamok a szoptatások alatt jelentkeztek. Azonban legutolsó terhességénél már a második hónapban találkozunk tetaniás göresökkel. Ez a jelenség semmiképpen sem egyeztethető össze azzal a régebbi felfogással — amelyet különben újabb kutatások, így legutóbb *Schönig*nek a szoptatás alatt az anya és csecsemő vérében végzett calcium-mérései megdöntöttek —, hogy t. i. az anyasági tetaniát a főtusnak, illetve a csecsemőnek fokozott calciumigénye váltja ki.

Úgy gondolom, helyes úton járok, ha jelen esetben a tetaniás göresök korai jelentkezéseinek okát a beteg gyomorpanaszai, illetve a gyakori hányásban keresem.

Köztudomású tény, hogy tetaniánál döntő szerepe van a calciumanyagcsereének. A calcium a vérben nem disszociált calciumsók, calciumionok és calciumfehérje-vegyületek formájában van jelen. *Rona* és *Takahachi* mutatott rá először arra, hogy az ionizált calcium mennyisége a vegyhatástól függ. *Nothmann*, *Freudenberg* és *Vollmer* pedig bebizonyították, hogy peroralis CaCl_2 bevitele acidosiszt idéz elő. Mindebből következik az, hogy az alkáliák javára való kationeltolódás az ingerlékenységet fokozza. A savbásiseltolódás teoriája mellett szól az erőltetett légzésnél beálló „Überventilationstetanie“ is.

Ha ezek mellett az adatok mellett rámutatok arra, hogy a *Reichmann*-féle betegség (paroxysmalisan fellépő nagymennyiségű savanyú hányadék) is gyakran vált ki tetaniát, akkor elfogadható az a feltevés, hogy esetünkben a terhesség első hónapjaiban fellépő gyakori hányás, nagymennyiségű savvesztés következtében befolyásolta a savbásisegyensúlyt és váltotta ki a tetaniás rohamokat.

De ha el is fogadható az a feltevés, hogy az esetben a tetaniás göresök korai jelentkezésének oka a gyomorpanaszokkal, illetve a hányással hozható összefüggésbe, mégis kétségtelen, hogy az alapok a parathyreoidea relativ insufficienciájában keresendő.

Hetényi terhes nőknél intravenás CaCl_2 -befecskendezéssel végzett veseterhelési próbáknál úgy találta, hogy a bevitt calcium a vérből csakhamar eltűnik, azonban a vesék azt quantitative nem választják ki. *Korányi* szerint a terhes nők béltractusának calcium-kiválasztása normalisnak tekinthető. *Hetényi* kísérleteit *Glaser* vizsgálatai is igazolták, azonban ez utóbbi szerint ugyanezek a jelenségek tapasztalhatók menstruáló nőknél is. Tehát az a feltevés, hogy a calciumot a főtus használná fel, valószínűtlen.

A terhes nők nagyobb calciumszükségletének oka minden valószínűség szerint a szövetek fokozott calciumaviditásban keresendő. Azokban az elváltozásokban, melyeket *Heynemann* capillaropathia, *Fekete* és *Fuchs* angiopathia, *Franz* és *Zondeck* histopathia gravidarum neve alatt foglalt össze.

Schönig feltevése szerint ezekre a szövetelváltozásokra közvetlen hatása van a belsősecretiós mirigyek hormonális működésének. Az idevágó kutatások közül

Collip vizsgálatai mutattak rá leginkább azokra az elváltozásokra, melyek a szervezet anyagcsereforgalmában az epitheltestek csökkent működése következtében létrejönnek.

És, ha el is fogadtuk azt a feltevést, hogy a terhesség alatt fokozódó hypophysisműködés a primaer hormonalis ok, amely *Biedl*, *Meyer* és *Trendelenburg* szerint a közepagy vegetatív központjai útján az epitheltesteket hypofunctio irányában befolyásolja, mégis legegyszerűbbnek látszott előttünk a terhesség alatti calciumanyagcserezavarok komplikált belsősecretiós láncolatát tartósan fokozott parathyreoideahatással befolyásolni.

Ezen elgondolásunk alapján alkalmaztuk esetünkben a parathyreoidea transplantatiót és az elért eredmény eljárásunkat igazolta.

L A P S Z E M L E

Belorvostan.

Parathyreopriv tetania vigantolkezeléséhez. *Stern.* (Deutsche med. Wochenschr. 1928, 31. sz.)

15 év előtt strumektomizált nő két héttel a műtét után súlyos tetaniát kapott, ami azóta chronikusan fennállott. Miután mész, phosphor, sedativ (bróm, luminal stb.), parathyreoidea praeparatum, pituglandol, magaslati napfény és hydrotherapiás kezelés teljesen hatástalan volt, vigantolt kapott 6 héten át $3 \times 3 = 4$ mg-ot naponta, amelynek hatására 1–2 hét múlva javulás kezdődött, mely a teljes gyógyulásig folytatódott. (Csupán csekély arcrángás váltható ki még mesterségesen.)

Feltehető, hogy a vigantolban bevitt D-vitamin a vér calciumtartalmát állítja helyre, mely tudvalevőleg tetaniánál megkevesbedett.

Kleiner György dr.

Salabrose és alkalmazása diabetesnél. *Friedrichsen.* (Deutsche med. Wochenschr. 1928, 31. sz.)

A salabrose világosbarna, íztelen, szagtalan, jól oldható, főzés alatt nem változó por. Vegyileg olyan anhydridnek felel meg, amilyen a szőlőcukor változik átmenetileg, mielőtt glykogenné alakulna. Hatása diabetesnél abban áll, hogy pótolja a szénhydrátokat, anélkül, hogy a vizelet cukortartalma nőne, továbbá a ketonuria megszűnik és az általános közérzet javul, a testsúly nő.

Hatása azon alapon képzelhető el, hogy a diabeteses szervezet a szőlőcukrot nem tudja elbontani, de ha anhydrid alakjában kapja meg, úgy ezt már teljesen elbontja vízre és széndioxydra. Az elégségnél keletkező caloriamennyiség a szervezet javára megy. A salabrose caloriaértéke körülbelül a szénhydratéval egyezik (pontosan 43) 93%-ban, azaz majdnem teljesen kihasználhatók. Miután a salabrose, mint szénhydrátot el, ezért a fehérjék elége is zavartalanul mehet végbe, úgyhogy ketontestek nem kerülnek kiválasztásra.

Adagja első három nap 50 g, azután heteken át 75–100 g, napi négy részre elosztva, kávéban, levesben is bevehető 100 g-os mennyiség után kivételesen gyomorpanasz és hasmenés előfordult.

Alkalmazását szükségesnek tartja minden súlyos és középsúlyos esetben, fenyegető ketonuriánál, továbbá lesoványodott cukorbetegknél. Az insulint természetesen nem helyettesítheti, de hatását, egyidejűleg adva, fokozza.

Kleiner György dr.

Féregnyúlvány és „streptococcusok“. *Meyer.* (D. med. Wochenschr. 1928, 29. sz.)

A mai bakteriologia az enterococcusokat határozottan elválasztja a streptococcusoktól. Az enterococcusok a bélnek normalisan is lakói, de bizonyos körülmények között pathogenné válhatnak. Pneumococcus és streptococcus normalisan alig fordul elő a béltractusban.

Többen appendicitisek alkalmával talált Gram-positív coccusokat streptococcusnak vagy pneumococcusnak írták le. Ezen baktériumokkal való fertőzés csak haematogen úton képzelhető el, enterogen úton alig.

Meyer 60 frissen operált féregnyúlványban vizsgálta át a Gram-positív coccusokat és majdnem az összes esetben (58) enterococcust mutatott ki. Pneumococust egyszer sem talált, streptococust csak kivételesen.

A bakteriologiai vizsgálatok tehát nem szólnak az appendix enterogen úton való fertőzése ellen.

Kleiner György dr.

Meningitis epidemica ritka atypusos lefolyású esete. Nissen. (Deutsche med. Wochenschr. 1928, 29. sz.)

Alkalma volt meningitis epidemica egy esetét megfigyelni, amely 54 napon át általános sepsis képét mutatta remittáló lázmenettel, tagfájással, tapintható puha léppel, roseolaszerű exanthemákkal a törzsön és petechiákkal az alsó végtagon. A meningealis tünetek csak az 54-ik napon jelentek meg: fejfájás, hányás, tarkómerevség és Kernig-tünet. A genyes lumbalpunktatumban a meningococcusok kimutathatók voltak. A meningitis epidemica diagnózisát különben a 61. napon bekövetkezett exitus utáni boncolás is megerősítette.

Kleiner György dr.

A gerinevelő izolált sérülése villámesapás után, sklerosis multiplexhez hasonló kórképpel. Preissner. (Deutsche med. Wochenschr. 1928, 28. sz.)

Villámesapás után észlelt egy esetet, ahol ezen trauma, a többi szövetek komolyabb sérítése nélkül, csak a gerinevelő egyes pályáiban okozott sérülést. A kórkép teljesen sklerosis multiplexhez hasonlóan alakult ki: hasreflexkülönbség, mindkét oldalt térd- és Achillesclonus, pozitív Rossalimo és Mendel-Bechterew, jobb oldalt pozitív Babinski, spastikus atoxia.

Kleiner György dr.

A kavernák viselkedéséről köhögtetéskor és ezzel kapcsolatos hallgatódzási tünetek. Alfons Winkler. (D. Arch. für klin. Med. 160. köt., 5-6. füzet.)

Mint ezt Röntgen-ernyő előtt megfigyelhetjük, az intrathoracalis nyomás fokozódása folytán a köhögtetés kezdetén nagyobb, levegőtartalmú, nyitott üregű cavernák a centrumuk felé megkisebbednek, a köhögtetés befejezésével eredeti helyzetükbe térnek vissza. Nagyobb bronchuságakkal kapcsolatban lévő üregekben a caverna megkisebbedésénél ezek levegőtartalma ténylegesen csökken, a levegő először expiratio, majd inspiratio értelmében áramlik a cavernában és az ezzel kapcsolatban lévő bronchusokban. Bizonyos physikai viszonyok, ú. m. váladék jelenléte vagy szűkület a cavernához tartozó bronchusokban, ill. ezek elágazódásaiban szükségesek ahhoz, hogy bizonyos hallgatódzási tünetek lépjenek fel, melyek mint bizonyító cavernatünetek szerepelnek. Ha a cavernához tartozó bronchus-elágazódásban váladék van, úgy szőreszörejek lépnek fel, míg a cavernához tartozó bronchuselágazódás szűkülete esetén amphorás légzés hallható. Gyakorlati értékük abban rejlik, hogy néha az egyedüli hallgatódzási tünetek, melyek caverna mellett bizonyítanak. A vizsgálatnál egy különleges légzési technika szükséges, mely egy erőteljes, jól elhatárolt, rövid és hangtalan köhögtetésből és utána egy hosszabb légzési szünetből áll.

Molnár István dr.

Létezik-e az arteria pulmonalis chronikus emboliája? Malte Ljungdahl. (D. Arch. f. klin. Med. 1928, 160. köt., 1-2. füzet.)

Az irodalom számos esetet említ, melyben a boncolás az arteria pulmonalist nagy fokban eldugaszoló vérrögöt derített ki, mely említett keringési területet nagy részben elzárta, azonkívül kétségen kívül hosszabb fennállás jeleit mutatta. Az aetológiában szerepelhet: chronikus szívbajok, főképp a bicuspidalis billentyűmegbetegedései, tüdőemphysema, mellhártya-összenövések, aortainsuffitientia és stenosis, myocardiummegbetegedések, egy esetben a tüdők kiterjedt

granulatiós folyamata, helyenkint sajtos széteséssel, súlyos chlorosis. Szerző között két esetének aetológiája ismeretlen. Kérdés itt a thrombus autochton képződése, vagy annak, fennálló embolia mellett — megváltozott keringési viszonyok alapján — való fejlődése. Az arteria pulmonalisnak sklerosisos elváltozása alapján fejlődő thrombosis ritkaságszámba megy, jobban bizonyítható az emboliához való csatlakozás. Főképp agglutinációs thrombusukból képződött emboliák képezik — a tüdőverőérbe érve — a secundaer thrombust. Ide tartoznak az ismert aetológiájú, főképpen chronikus szívbajok által előidézett esetek. Az ismeretlen aetológiájú esetekben ugyanannyi szól a primaer, mint a secundaer thrombusképződés mellett. Az irodalomban ismertetett 5 ismeretlen aetológiájú eset közül az utóbbi képződés mellett jól bizonyítanak egy esetben megfigyelt tények, ú. m.: 1. az organizált thrombus pigment-dúsága; 2. a thrombusnak distalfelé érelágazódásban való kezdete; 3. az organizált anyag különböző rostlefutással, különböző részletekből való összetétele; 4. az organisatióban direct résztvevő érfalakat kivéve, ezekben endarteritis jelei nem voltak kimutathatók. Az emboliás eredet mellett szól a jobb- és bal tüdőben előforduló thrombusok aránya (5:3), ami a jobb tüdőnek a balhoz viszonyított nagyobb volumenét tekintve (11:10) részben a véráram proportionalis elosztódásával magyarázható.

Molnár István dr.

Sebészet.

A patkóvese kórismézése és műtéti kezelése. Zondek M. (Deutsche med. Wochenschr. 1928, 26. sz.)

A patkóvese nem oly ritka, mint általában gondolják, sokkal gyakrabban betegszik meg, mint a ren-des vese és ezért gyakori műtéti beavatkozást igényel. Ha a patkóvesét műtét előtt nem ismerik fel, akkor a műtéti beavatkozás igen veszélyes (52 resectiónál 8 haláleset). Még nem is oly régen azon a nézetben voltak, hogy a patkóvese műtét előtt nem ismerhető fel. Ma már minden esetben felismerhető. Részletesen tárgyalja azon tüneteket, melyek alapján a patkóvese felismerhető. Felveti azt a kérdést, hogy az egészséges patkóvese okoz-e olyan panaszokat, melyek a két alsó polust összekötő híd átvágását szükségessé teszik (Rovsing-féle műtét). Azt bizonyítja, hogy a műtét nemcsak hogy nem indokolt, hanem igen veszélyes.

Schmidt Albin dr.

A féregnyúlvány és a streptococcusok. Meyer K. dr. (Deutsche med. Wochenschr. 1928, 29. sz.)

A szerző 60 féregnyúlványt vizsgált végig bakteriologiai szempontból s azt találta, hogy a pneumococcus és streptococcus csak elvétve találhatók a féregnyúlványban és ez is a gyomor-bél csirtalanító hatását tekintve, csak vérpálya útján kerülhet oda (vizsgálat eredménye 60 eset közül 47 esetben enterococcus, 11 esetben kevert telepek, három esetben streptococcus viridans). Véleménye szerint a féregnyúlvány lobjánál talált Gram-positív coccusok enterococcusok, s a gyuladás fellobbantásánál elsősorban inkább helyi okok szerepelnek, mint baktériumok.

Szenthe.

Tetanus traumaticusról és gyógyult fejtetanusról egy-egy eset kapcsán. Joseph Eiselt. (Medizinische Klinik 1928, 23. sz.)

A két eset kórtörténetének rövid ismertetése után a következőkben foglalja össze tapasztalatait: 1. Minden zúzott sebnél, ahol a legkisebb gyanú van tetanusfertőzésre, prophylactice adjunk 20 AE-t közel a sebez. 2. Kitört tetanus esetén ajánlja a seb teljes kimeztését. Emellett a szokásos kezelési módokat sorolja fel: sedativumok, nagy salicyladagok, magn. sulphat részint intravenásan, részint klysma alakjában. Különösen jó eredményeket és jó hatást lát ott a prolongált melegfürdőtől.

Horváth György dr.

A traumás agy-gerincagyhártyagyulladás gyógyításához. R. Demel. (Wien. klin. Wochenschr. 1928, 41. évf. 26. sz.)

45 éves férfinál öngyilkossági szándékból ejtett fej-

lövés kapcsán genyes agy-gerincagyhártyagyulladás fejlődött ki. A sérülés után kb. egy hónapra került a sebészeti klinikára. A lumbal punctio alkalmával nagy nyomással ürülő genyes liquorból streptococcus haemolyticus tenyésztettek ki. Ez alkalommal két cm³ lipiodol asc.-t fecskendeztek be azon meggondolás alapján, hogy a jodecomponens lógbátló és baktericid hatása érvényesül. Két nappal ezután 50 cm³ zavaros liquort bocsátottak le s helyébe suboccipitalis punctio útján 40 cm³ polyvalens streptococcusserumot fecskendeztek be. Újabb két nap múlva ismét végeztek lumbal punctiót s kevésbé zavaros liquort nyertek. Helyébe 2 cm³ lipiodol asc. és suboccipitalisan ismét 40 cm³ antistreptococcusserum. A hetedik napon nyert liquor tiszta és culturalisan steril volt. Helyébe ismét 40 cm³ serumot fecskendeztek. Ugyancsak sterilnek bizonyult a 8. napon nyert liquor is. A meningitis tehát bacteriologicus meggyógyult. A beteg azonban később bronchopneumoniát kapott és a felvételt követő 14. napon szívgyengeség tünetei között meghalt.

Valter.

Endoralis facialis plastika. H. Brunner. (Wien. klin. Wochenschr. 1928, 41. évf. 25. sz.)

Teljes féloldali facialisbénulásnál massetersorvadás esetén is jó eredménnyel végezte a következő műtétet. Metszés a szájpitvarban a masseter elülső szélénél és a fogsor mentén. A massetert a bőrrel és a mandibuláról lefejtve, végét selyemszállal rögzítve tartja. Metszés a szájugban, ahonnan a hátsó metszésig felpraeparálja a nyálkahártyát. Ezen az alagúton áthúzva a massetert, az alsó ajk felé képzett tasakba rögzíti. A nyálkahártyát elvarrja, a sebüreget pedig hátul kifelé drainezi. Igen fontos az előkészítés, ami a fogak rendbehozásából, a nyálkahártyának 2%-os pyoctanin-oldattal való ecseteléséből áll. Helybeli érzéstelenítés (n. infraorbitalis, mentalis és a műt. terület infiltrációja a nyálkahártya felől). Utókezelés: gondos szájtisztántartás pyoctanin-ecseteléssel és hydrogen-peroxydöblítéssel. A műtét eredménye nagyrészt a beteg százugja nyugalmi helyzetében normalisan állott masseter újszerű használatát szorgalmasan kell a tükör előtt gyakorolni. Esetében a műtét után hat héttel, a beteg százugja nyugalmi helyzetben normalisan állott és a fogak mutatásánál emelni tudta. Néha füttyülni is tudott és evéskor nem tévedt a falat a szájpitvarba.

Valter.

Urologia.

A prostata és ondóhólyag primaer sarkomájának kérdéséhez. A. A. Wassiljeff. (Zeitschr. für urologische Chirurgie 1928, 25. kötet, 1—2. füzet.)

I. A prostata primaer sarkomája ritkán fordul elő. Culver 1925-ig mindössze 76 esetet gyűjtött össze. Pouchet a statistikában 50%-ban 10 éves korig, 25%-ban 10 éven felül, 5%-ban 30 éven és 20%-ban 70 éven felül találta. Előfordulási alakjuk histologicus: sark. globulocellulare, sark. fusocellulare, myxo-, adeno-, lympho-, angiosarkoma, rhabdomyoma malignum és a vegyes alak.

A prostatasarkoma gyakran infiltrálja a hólyagot, ondóhólyagot, rectumot; aránylag ritkábban a penist s az urethrárt. Minden esetben gyorsan nő, a subjectiv panaszok hiánya, vizeletkiürülési panaszok s a nehéz diagnosis jellemzi. 67 éves sectióra került esetet tárgyal, hol a primaer prostatasarkoma a hólyagot s az ondóhólyagot is már erősen infiltrálta. Metastatikus góccokat talált az egyik vesemetszetben is.

II. Az ondóhólyag primaer sarkomája. Zahn s a szerző saját esetét kivéve, az egész irodalomban sehol sem talált primaer ondóhólyagsarkomát leírva. Egy 60 éves beteget ismertet, ki carcinoma recti diagnosissal exitált s került sectióra. A hátsó hólyagfal, a prostata, az ondóhólyag és a rectum kimetszett részeinek histologiai vizsgálata globocellularis sarkomát mutatott, melynek primaer kiindulási pontja az ondóhólyagra lokalizálódott. Esetét összegezve, a következő tapasztalatokat vonja le:

a primaer ondóhólyagsarkoma igen ritka daganatos megbetegedés. Úgy a prostata, valamint az ondóhólyag primaer sarkomájának diagnosisa igen nehéz. Az ondóhólyagsarkoma igen gyakran megjelenhet s sokáig abszolút tünetmentes maradhat.

Húth Tivadar dr.

A vesetumorok Röntgen-diagnostikájához. D. Wwedenskij és G. Iljin. (Zeitschrift für urologische Chirurgie 1928, 25. kötet, 1—2. füzet.)

A rosszindulatú vesetumoroknál cél a diagnosis korai felállítása, hogy a beteg még idejében kerüljön műtételre, illetőleg sebészi beavatkozás alá. A vesetumorok diagnosisa sok esetben nehéz, ezen nehézség abban rejlik, hogy számos vesemegbetegedés hasonló symptomacomplexummal bír. A vesetumorok symptomája között a vérzés és a fájdalom dominál, mely tünetek azonban másfajta vesemegbetegedéseknél is előfordulhatnak. Emellett a vesetumorokhoz még más pathologikus folyamatok is csatlakozhatnak (hydronephrosis, kő, infectio, stb.), melyek a helyes diagnosis még bizonytalanabbá tehetik. Fontos tehát, hogy a tumor már akkor tudjuk dignostizálni, mikor az még nem palpabilis. Mivel azonban a tünetek bizonytalanok, a Röntgen-vizsgálathoz, mint elég megbízható diagnostikus segédforráshoz kell folyamodnunk.

A Röntgen-átvilágítás csak ritkán alkalmas. A pyelographia az a methodus, mellyel a tumor legnagyobb valószínűséggel kórismézhető. Azonban Braasch (1909) óta ezen módszert illetőleg, a felfogások nem egységesek. (Papin, Hyman, Stevens, Joseph, Wadsaak, Gottlieb, Legueu, Fedorov, Voelcker, Marion, Casper, Eisendrath).

A daganat nem palpabilis volta nem mindig annak nagyságától, hanem a tumor localisatiójától is függ (felső poluson).

A pneumo-radiographia nagyobb tumoroknál jól mutatja a vese elváltozásait, kisebbeknél viszont nem oly megbízható. A capsula adiposa heges adhaesiói megakadályozhatják a levegőnek egyenletes eloszlását s így a conturok szabálytalansága nem tűnik úgy előtérbe. Azután a levegő a capsulán kívül is juthat, úgyhogy a vese a capsulával együtt lesz látható, miáltal megnagyobbodva s szabálytalan alakúnak tűnik fel. A pyelum, kelyhek árnyékának elváltozásai előbb lesznek láthatóvá, mint a külső vesecontur. Hogy egy kis vesetumort dignostizálni tudjunk, ahhoz szükséges, hogy a pyelographiát a pneumographiával kombináljuk. Ezen két methodus egymást kiegészíti.

A vesemedence, kelyhek jelentéktelen árnyékai is elővigyázatosan ítéltessenek meg. Az alsó vesepolus daganatai relative korán palpálhatók. Előfordul, hogy hasi daganat comprimálja a vesét, az egyébként normalis pyelum töltése ezen compressio miatt nem teljes. Ilyenkor a felvétel összepréselt, a tumor centrumától messze fekvő pyelumot mutat. Erre figyelemmel kell lenni. Más esetekben a vesetumor pyelogramja oly képet mutat, mely más vesemegbetegedésekre is charakteristikus. Így a tumor által előidézett ektasia részleges vagy teljes hydronephrosis képét adhatja. Előfordulhat, hogy a contrastanyag a tumormassától kitöltött pyelumban egyenletlenül oszlik el, miáltal egyes üregek válnak láthatóvá, amely kép könnyen pyonephrosissal téveszthető össze. Ilyen esetekben a helyes eligazodás sokszor nehéz, bárha ez előbb említettek csak ritkán fordulnak elő.

Erős pyuria és véreocagulumok a contrastanyagnak egyenletes elterjedését lehetlenné tehetik és könnyen töltési defectusokat idézhetnek elő, éppen ezért ajánlatos a pyelographiát haematuriamentes időszakban, infectio esetében pedig vesemedencemosás után végezni.

Kilenc észlelésre és műtételre került esetet ismertet.

Vesetumornál a pyelum- és kehelyárnyékok a legkülönbözőbb formákat vehetik fel a tumor növekedése és localisatiója folytán. A tumor legjobban akkor ismerhető fel, ha a tumor által a vesének csak egy része

tágult vagy komprimálódik. A tumor karaktere pyelographiával nem állapítható meg.

A vesetumor symptomái csak akkor lépnek fel, ha a tumor növekedése már előrehaladott. Reméli, hogy a kiterjedt Röntgen-vizsgálatok s a többi vizsgáló methodusok segítségével a vesetumorkok már korán kerülnek helyes diagnóssal sebészi beavatkozás alá. Hogy ez bekövetkezzék, szükséges, hogy az urológus a röntgenológussal a legszorosabb munkakapcsolatban legyen.

Húth Tivadar dr.

Fülgyógyászat.

A vérsavó mésztartalma középfülgyulladásnál. *Vermes és Brügel.* (Monatschr. für Ohrenheilk. 1928, 62. évf., 1. füz.)

Szerzők középfülgyulladások, főleg mastoiditisek eseteiben vizsgálták a vér calciumtűkrét és azt legtöbbször emelkedettnek találták. Gyulladásoknál mérszélvódás történik a csont- és lágyrészekből; a vér calciumtartalma pedig az ép szervezetű egyén véréhez viszonyítva, nagy eltérést mutat. Az egyidejűleg észlelt Röntgen-vizsgálat megerősítette a csontpusztulás jelenlétét. A műtét idején rendszeren még emelkedett volt a Ca-tűkör, bár a maximumon már jóval alul volt. Műtét után rendszeren lecsúsz a Ca-tartalom, bár néha emelkedett is lehet. Idült középfülgyulladásoknál is emelkedett a Ca-tartalma a vérnek, míg középfülhurutoknál a normalis felső határán mozog.

Zubriczky dr.

Mastoiditis korai vagy késői műtete. *W. Lange.* (Klin. Wochenschr. 1928, 7. évf., 23. sz.)

Különösen a gyakorlóorvos szempontjából fontos a mastoiditis korai vagy késői műtévének kérdése. Szükségessé válhat a műtét a középfülgyulladás 1–2. napján is, ha endocranialis complicatiókra van gyanú. Rendszerint a középfülgyulladás 3–4. hetében érik meg a folyamat a műtetre, mikor anatómiailag már kifejezett a csontbeolvadás és a műtét után gyors, síma gyógyulás szokott bekövetkezni. Az anthrum mastoideum megnyitása nélkül végzett műtétek, melyek csak részleges műtétnek tekinthetők (egyes csecsnnyúlványrészek kitakarítása) sokszor igen elégtelen eredményt adnak, mert a fel nem fedezett, rejtett csontgócok új veszélyt rejtenek magukban és újabb műtét beavatkozást tesznek szükségessé.

Zubriczky dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Méhkiirtás chronikus gonorrhoea miatt. *F. Sieber.* (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1928, 80. köt., 1. füz.)

24, 27 és 32 éves puelláknál évek óta fennálló, minden kezeléssel dacoló chronikus gonorrhoea miatt eltávolították a méhet és függelékeit úgy, hogy csak egy működésképes petefészek maradt vissza. Az indicatiót a kórház bőrgyógyászati osztályával közösen állították fel. A műtétet maguk a betegek kérték, mert állandó kórházi kezelésük miatt hivatásukat nem űzhették s kenyer nélkül voltak.

A műtét ellen szól a betegek fiatal kora, mellette érvel azonban a sikertelen kezelés, az állandó fertőzés lehetősége s a nagy kiadás, mellyel az ilyen puella hosszú kórházi kezelése alatt az államot megterheli.

Szathmáry Zoltán dr.

Császármetszés halott gyermeknél. *Blombach.* (Zentralbl. f. Gyn. 1928, 80. köt., 37. füz.)

Hoffmann közleményétől indítva, közli esetét: 27 éves, először szülő nőnél felvétele előtt nyolc nappal erős fejfájás lépett fel. Ez idő óta nem érezte magzatát mozogni. Felvételnél feltűnő volt a szemhéjak és végtagok savós átívódása. A vizeletben 11‰ fehérjét találtak, vérnyomás 155/60 Hg-mm. Az asszony bágyadt, erős fejfájásról panaszkodik. Szívhangok nincsenek; második koponyafekvés.

Fájáskeltők alig vezetnek eredményre, mindössze a burok repedt meg, mely alkalommal meconiumos, vér-alvadékokkal kevert magzatvíz ürült. Mivel a vérnyo-

más s a beteg nyugtalan, izgatott állapota fokozódott, eklampsiától tartva, császármetszést végeztek. A magzat erősen macerált volt. A lepény még körkörösén tapadt, szokatlanul elődomborodó középső része alatt azonban nagyobb mennyiségű régebbi véralvadékot találtak, mely megmagyarázta a magzat halálának, valamint a fájáskeltők eredménytelenségének okát. A hasseb per primam gyógyult. A gyermekágy 13. napján mindkét alszáron thrombosis lépett fel; az 50. napon távozott.

Jogositva látja a császármetszést még halott gyermeknél is olyan esetben, hol eklampsiától tartva, a szülés spontán lefolyása, illetőleg elhúzódása az anyát veszélybe sodorná.

Szathmáry Zoltán dr.

A gyermekágyi gangraenáról. *E. C. Lork.* (Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 1928, 80. köt., 1. füz.)

Két esetet ismert: a) 32 éves, többször szülő nő a klinikán kívül szült. A szülés utáni 4. napon lázas lett, majd a 22. napon a bal alszár megduzzadt s később térdig gangraenescált. b) 34 éves, másodszor szülő nőnél úgy az előző, mint a mostani szülésnél kézzel választották le a lepényt (uterus bicornis). A gyermekágyban torokgyulladás lépett fel, majd a 11. napon mindkét alszár fájdalmassá vált anélkül, hogy megduzzadt volna. Néhány nap múlva a jobb láb térdig elhalt.

Mindkét beteg lábát a sebészeti klinikán amputálták. Mivel a szerző minden más felvételt kizárhatott, az újonnan kipróbált, klinikájukon eddig nem használt gynergen hatására vezeti vissza a gangraena okát. Az első betegnél 12, a másodiknál 13 napon keresztül háromszor 0.001 g-os tablettákat adagoltak naponta. A gynergen alkalmazása előtt 20 éven keresztül egy gangraenát sem észleltek.

Szathmáry Zoltán dr.

Gyermekeorvostan.

A tuberculosisinfectio megtörténtének első klinikai jelei. *Epstein. A.* (Jahrbuch f. Kinderheilk. 1928, 118. köt., 5–6. füz.)

10 csecsemőnél kísérte figyelemmel az incubatio egész idejét és a tuberculosis lefolyását. Kezdeti hőemelkedés öt esetben lépett fel. Olyan csecsemőkori tuberculosis-esetek, melyek az első hat hónapot nem haladták túl, kiknél az ellenállóképesség hiányzik, rendszerint igen gyorsan vezetnek a folyamat generalizálásához, a kezdeti láz hiányzik. Az allergiás szakban nem jellemző köhögés és bélzavarok mutatkoznak, a súlygörbe még anyatejtáplálás mellett is visszamarad. Tüdőelváltozás igen pontos vizsgálata már ilyenkor is kimutatható. A tuberkulinérzékenység jelentkezésének időszakára a „tuberculosis primaer megbetegedés” jelölést ajánlja.

Tiborc dr.

Héthetes csecsemő morphiummérgezése. *Fleischer I.* (Deutsche med. Wochenschr. 1928, 22. sz.)

Héthetes csecsemő ¼ órával azután, hogy körülbelül 1½ cg morphiomot tartalmazó végbélkúpot kapott, eszméletlen állapotban, kezdődő asphyxiával kerül orvosi kezelés alá. Ismételt végbélmosások, mesterséges lélegeztetés, oxygenbelégzés, izgató fürdők, coffein (feketekávé) segítségével körülbelül 20 óra alatt sikerül a méregtelenítés.

König dr.

A liquor cerebrospinalisban végzett colloidalis mastix-reactio technikájáról és ezen reactio klinikai értékesítéséről gyermekeknél. *W. R. Skliar.* (Zeitschr. f. Kinderheilkunde. 1928, 45. köt., 3. füz.)

A szerző 169 gyermeknél végzett a liquor cerebrospinalisban mastix-reactiót, Wassermann-reactióval, Nonne-Appelt-reactióval és sejtszámvizsgálattal párhuzamosan. Az eredményt a következőkben foglalja össze:

A colloidalis mastix-reactio technikája pontos és alapos feldolgozásra szorul, különösen a syphiliticus liquor vizsgálata szempontjából, amikor is a nem-specifikus reactiót ki kell zárunk.

Hogy pontos eredményeket kaphassunk, a mastix-reactiót standardizálni kell. A liquor cerebrospinalisban végzett mastix-reactio viselkedését ábrázoló görbéket,

melyeknek különösebb specifikus jellegük nincs, három csoportra oszthatjuk, úgymint normalis,luetikus és meningealis jellegűekre.

A positiv reactio úgy qualitative, mint quantitative meningitis purulenta eseteiben a legkifejezettebb.

A mastix-reactio értékes eszköz az epilepsia és idiotia syphiliticus aetiologiájának eldöntésére, valamint a meningitisnek a meningismustól való elkülönítésére.

Syphilises gyermekek liquor cerebrospinalisa a mastix-reactióval szemben kevésbé érzékeny, mint a felnőtteké.

Röh Margit dr.

Koponyamérések és liquornyomás meghatározás rachitiseknél. Bohe, A. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde. 1928, 118. köt., 5—6. füz.)

Fekvő helyzetben, chloraethylbódulatban, nyugodt légzés és szabályos pulzus mellett a liquornyomás közepértéke normalis gyermekeknél 230 mm, rachitiseknél 310 mm víz. A gyermekkor magas értékeket a növekvő agyvelőnek a csontos koponyára való nyomásával lehet magyarázni. A fejkörfogat rachitissnél abszolút értékben nem megnagyobbodott, a fejnek hydrocephalusra emlékeztető alkata — a koponyaalapnak nagyobb mérvű visszamaradása a magyarázat, mely fokozott ellenállást fejtve ki, a liquornyomás átmeneti emelkedését eredményezi. Emelkedett liquornyomás persistálása, illetve még további fokozódása, mely a rachitikusok $\frac{1}{3}$ -ára jellemző, joggal engednek occult hydrocephalusra következtetni.

Tiborc dr.

Diphtheria és a socialis helyzet. Seligman. (D. med. Wochenschr. 1928, 12. sz.)

A diphtheriabacillus és következményeinek jelenlétével kapcsolatosan történt megállapítások szerint, az összlakosságra vonatkoztatva a bacillushordozók száma: 106%. Ezen eredmény az iskolás gyermekek vizsgálataiból adatott, akik tudvalevőleg gyakrabban válnak bacillushordozókká, mint a felnőttek. Statisztikája alapján állítja a szerző, hogy a kedvezőtlen socialis viszonyok nincsenek befolyással a diphtheria terjedésére, mert ha így volna — emellett látszik szólni a Schick-féle reactio — akkor a szegényebb lakosság gyermekeinél kellene a diphtheriának előtérbe lépni. S ezt ő egyáltalán nem látta.

Az aetiológiai prophylaxis, azaz a fertőzés forrásának megtámadása, olyan praktikus eredményeket adott, hogy azt a methodust csak jobbal szabad felelelni. De Rudder is hangsúlyozza a socialis helyzet jelentőségét. Ő a Pieper-féle tabellákat akarja felhasználni céljához. Elvetendő azonban a százalékszámítás, mert többek közt szembe állítva a kedvezőbb körülmények közt levők a szegény osztállyal, nagyobb százalékot kapunk az utóbbinál s ez nem a milieu behatásának a következménye, hanem egyszerűen exponense az utóbbi osztály nagyobb gyermeklétszámának.

Kovács Ilona dr.

A vörheny gyógyszeravótherapiája. Friedemann, Deicher. (Deutsche med. Wochenschr. 54. évf., 20. sz.)

455 serummal kezelt esetről számolnak be. A scharlachserum értékének vizsgálatával foglalkozva, erre legalkalmasabbnak a kioltási reactiót találták. Kísérletekben részben a Dochez-, részben a Behring-gyár serumát használták. Kezdetben csak egészen súlyos esetekben alkalmazták a serumot, később, amikor a jó eredményekről meggyőződtek, a középsúlyos esetekben is alkalmazták. Véleményük szerint a scharlachserum alkalmazásának indicatiója legalább is olyan széleskörű kell hogy legyen, mint a diphtheriánál a gyógyszeravó. Erősen szembetűnő a serumnak méregtelenítő hatása, a láz sokszor már az első 24 órában kritikusan esik (34,4%-ban), az eseteket olyan korán oltották, hogy spontán láztalanná válás még nem következhetett volna be. Az exanthema 58,8%-ban már az első 24 órában eltűnt, 90,7%-ban pedig már az első 48 órában. A többi tüneteket is kedvezően befolyásolta a serum.

Istváncsics dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Új magyar orvosi könyvek:

Belgyógyászati dolgozatok. Benedict Henrik dr. Révai kiadás. — Népszerű egészségügyi előadások. Várdi Sándor dr. Novák Rudolf és Társa. Ára 4 P.

Új német orvosi könyvek:

Arrowsmith. Egy fiatal orvos élettörténete és surlódásai a köznapi világgal. Írta: Sinclair Lewis, fordította: Schöpflin Aladár. Franklin-Társulat. — **Erkrankungen der Verdauungsorgane.** L. R. Grote. Theodor Steinkopff, Drezda. Ára 6-80 M.

A syphilis. Írták: Blaskovics László prof., Engel Károly magántanár, Entz Béla prof., Guszman József prof., Heim Pál prof., Lénárt Zoltán prof., Rejtő Sándor magántanár, Sarbó Artur prof., Vas Bernát prof., Verebely Tibor prof. Szerkesztették: Guszman József dr. és Engel Károly dr. 207 ábrával, Budapest. Franklin-Társulat kiadása, 1928. 45 ív. Ára: 52 pengő.

Közép-Európa mérsékelt éghajlata alatt a gümőkórón kívül a syphilis az a betegség, mely az ember valamennyi szervét megtámadván, az orvosi tudomány valamennyi szakmáját egyaránt érdekli. Kétségen kívül dicséretes cél vezette az előtünk fekvő hatalmas munka szerkesztőit, mikor az eltérő nézőpontokat, melyből a különböző szervrendszerekkel foglalkozó specialisták a syphilis betegségét mérlegelik, közös nevezőre törekedtek hozni s így a betegség fejlődéséről, jelenségeiről, valamint gyógyításáról teljes és hiánytalan képet óhajtottak nyújtani, ami sikerült is nekik. Nagy érdeme a mű szerkesztőinek, Guszman Józsefnek és Engel Károlynak, hogy munkatárs gyanánt egyes fejezetek megírására a különböző szakmák oly reprezentatív egyéniségeit, a fakultások szaktanárait sikerült megnyerniök, akiknek tudása bőséges személyes tapasztalattal egészül ki. Hogy azután a pathológiai kapcsolat megmaradjon, a természetesen sokféle szempontból kiinduló társszerzők külön-külön is kiváló munkái között, arról gondoskodik egyfelől az egyik szerkesztőnek, Guszmannak az egész munkát bevezető s a syphilis általános pathológiáját, másfelől Entz Bélának a syphilis kóroktanát és kórbonctanát kimerítően tárgyaló fejezete. Csak aki maga is megírta a syphilis általános pathológiáját — mint a jelen ismertetés szerzője 1914-ben megjelent syphilismonographiájában — csak az tudja kellőképpen méltányolni e fejezet megírásának nehézségeit. Egyéb fejezetekben a szerző megelégedhetik és meg is kell elégednie azzal, hogy a saját tapasztalatával kiegészített kutatás kész eredményeit osztályozva felsorolja lehetőleg a maga állásfoglalásával, az általános pathologia vázolásának azonban számolnia kell a még ki nem kristályosodott, a megfigyelés, a kísérletes kutatások, valamint a deductio nem egyszer még egymásnak ellentmondó, olykor chaosszerű adathalmazával, biztos kritikával kell kiválogatnia a feltevések és teoriák könyven megtevesztő tömege közül a használható anyagot, megkülönböztetve a bebizonyított tényeket a valószínűségektől, sőt a tudományos illúzióktól is. Guszman a kor színvonalán álló pathologus és a nagytapasztalású klinikus biztos érzékével felel meg e követelményeknek, értékes synthesist építve így fel. Ugyancsak Guszman írta meg a syphilis terapiájának, a bőr és a nyálkahártyáknak (76. oldal), az izmoknak és a nemiszerveknek betegségeit, valamint a syphilis általános diagnostikájának kimerítő, instructiv s a syphilis és a házasság socialis vonatkozású fejezetét. Magát a terapiás részt a munka egyik legsikerültebb fejezetének tartjuk. A dolgozat minden egyes sorából kitűnik, hogy Guszman nem compilált, hanem mindenütt a saját gazdag tapasztalatára támaszkodik. Éppúgy a szerző nagy tapasztalata és bő irodalomismerete alapozza meg föntemlített többi dolgozatát. Entz prof. kórbonctani fejezete fölötte sikerült és tanulságos része a nagy munkának. A morphológiai gondolkodás biztosságával, a mérő hypothesiseket és teoriákat elkerülve, azokat a tényeket nyújtja sikerült fényképekkel illusztrálva, amelyeket a kórboncnok láthat meg csupán, de amelyeknek tudása oly fontos a klinikus számára is. Engel nagy apparatussal mintegy 80 oldalon keresztül tárgyalja a belsőszervek syphilisét. A vérkeringés szerveinek, valamint a belső elválasztó mirigyek e nemű betegségeinek tárgyalása fénypontja a részleteiben is kiváló munká-

nak. Ezután *Lénárt prof.* röviden, de az éles észlelőtehetség klasszicitásával tárgyalja az orr, garat és gége syphilisét, míg az idegrendszer bántalmainak leírása *Sarbo prof.* tollát dicséri. *Sarbo* szinte egy emberöltő előtt, hazánkban elsőként hirdette a tabes syphilises eredetét s dolgozatának minden egyes sorából kitűnik, hogy e tannak nemzetközi vonatkozásban is *Schaffer prof.* mellett ő is egyik érdemes kiépítője. *Verebely prof.* hatalmas pathológiai és kórbonctani tudással alátámasztott sebészi készséggel tárgyalja a csontok és az ízületek elváltozásait s a kés e nagy mestere ebben a dolgozatában is az írás és a tanítás mesterének bizonyul. *Blaskovics prof.* a szem syphilises megbetegedéseinek monographiának is beillő pompás dolgozatát a syphilidologus különösen nagyra fogja becsülni, mert a dolgozatban számtalan oly adatot talál, amelynek tudása voltaképpen nélkülözhetetlen. A serológiai fejezet kidolgozója, *Vas prof.*, a szakmáját töviről-hegyire ismerő laboratoriumi szakember kritikai összefoglalását nyújtja. A hallószerv betegségeinek rövid és érdekes leírása *Rejtő*től ered s a munka utolsóelőtti fejezete *Heim prof.*-nak a világhozozott syphilis tárgyaló dolgozata. Legsikerültebb pontja a tárgyat kimerítő dolgozatnak s a szerzőnek e téren való kiterjedt tapasztalatát dicséri a csecsemőkor syphilisének mintaszerűen megírt tünettana.

A specializmusok látszólagos öncélúságának egyik mentsége az, hogy eredményeiket, analitikus kutatásaiknak synthesist átadják a nagy és oszthatatlan egésznek, az orvostudománynak. Ezt az átadást reprezentálja ez a munka is, melyben az egyes szakmák neves képviselői összehordtak mindent, amit a részletkutatás, a specialisták munkája máig kitermelt. Minden egyes orvostársunknak, ki a syphilis socialisan is oly jelentékeny és nélkülözhetetlen ismeretét magáévá akarja tenni, e gyűjtőmunka áttanulmányozását melegen ajánljuk, annál is inkább, mert a kiadó Franklin-Társulat dícséretes módon, áldozatot nem kímélve, állította ki a munkát, tartós papíron, finom, tiszta nyomással s nemcsak a művészi kivitelű fényképmásolatokkal mozdította elő annak használhatóságát, de fokozta áldozatkészségét a legkitűnőbb német atlaszból, a Jacobi-féleből, bizonyára tetemes anyagi áldozatokkal megszerzett színes ábrákkal.

Prof. Poór Ferenc.

Die Lehre von der Krebskrankheit. Von Professor Dr. Wolff. IV. (Schluss) Teil: Operative Behandlungsmethoden. Jena, Gustav Fischer.

Ez a könyv egy hatalmas műnek a IV. kötete s a rák műtéti módszereit tárgyalja. Az egész munkával a szerző Nürnberg város, Brunner-díját nyerte meg, amelyet az eddig megjelent, a rákbetegséget tárgyaló legjobb munka jutalmazására tűztek ki. Ebben a kötetben a carcinoma műtéti kezelésének történelmi fejlődés-menetét találjuk meg, a jelen törekvéseivel együtt. Az első fejezet az emlőrák műtéti kezeléséről szól. Egymás után olvashatjuk az ókor, a bizanti periodus, az arabok kora, a korai renaissance, a renaissance divatos módszereit, a lymphatheoria, ablathema elmélet, a cellularis-embryonalis-parasitarius theoria változó felfogása alapján kiesztelt műtéti eljárásokat és az új kor módszereit. A második rész hasonló beosztással az emésztőszervek rákjának, a harmadik a légzőszervek, a negyedik az urogenitalis apparatus rákjának s az ötödik az anyagesere mirigyes szerveiben keletkező rákoknak a műtéti gyógykezelését tárgyalja. Nagy szorgalommal és szakértelemmel hordott össze a szerző — eredeti kútfőforrások tanulmányozása alapján — minden e tárgyra vonatkozó adatot, úgyhogy a munka hatalmas, több mint 700 oldalas köteté nőtt. A munka végén „Operieren oder nicht Operieren“ cím alatt foglalja össze végső következtetéseit, amelyek jellemzően mutatják a mai bizonytalanság állapotát, amikor a sebészet a műtéti technika nagy fejlődésének eredményeképpen radicalitásában az utolsó fokig eljutott s az elért eredmények nem felelnek meg a várakozásnak. Felveti a kérdést, hogy vajon a rákbeteg megoperálásával az élet meghosszabbítása elérhető-e. A pro és contra vélemények taglalása s a statisztikák elemzése után ez a kérdés ma még eldöntetlen. A rákkérdéssel foglalkozó nem nélkülözheti ezt a lelkiismeretes, erős kritikával megírt hatalmas összefoglalást.

Prof. Bakay.

A lötyögő térd klinikája és kezelése, tekintettel a ligamentum collaterale tibiale szerepére. Von Dr. P. O. Hessler. (Würzburger Abhandlungen aus der Gesamtgebiet der Medizin.)

A lötyögő térdizülettel csak az utóbbi évtizedek-

ben kezdett foglalkozni a tudományos világ. De azóta a legnevesebb szerzők véleménye szerint ez az elváltozás nagyon hátrányosan befolyásolja az alsó végtagok statikáját és működését. A szerző kimerítően ismerteti az összes theoriákat és lehetőségeket a lötyögő térdizületre vonatkozólag. Különösen a direct sérülések következtében létrejövő szalagszakadások és a helytelen statikai viszonyok által előidézett indirect szalagtágulások játszanak nagy szerepet. Központi okok, vagy pedig inaktivitás folytán petyhüdtté vált izomzat a stabilitás egész terhét az izületi tokra és a szalagokra hárítja át és ilyenkor az izomköpeny tartásától megfosztott térdizület hamar lötyögővé válhat. Relatív a lötyögés akkor, ha az izomzat megfeszítésével megakadályozható az oldalmozgások, abszolút viszont, ha az izomere sem képes már meggátolni azt. A kórisme és az elkülönítés nem ütközik nehézségbe, ha Röntgen-vizsgálattal törés kizárható és ha arra figyelünk, hogy teljesen nyugtató térd mellett lehet-e oldalmozgásokat kiváltani az izületben. Részletesen beszámol a conservatív és műtéti kezelési módok hosszú soráról és a lipesei St. Georgen Krankenhaus tapasztalatai alapján ajánlja azt a műtétet, mellyel a ligamentum collaterale tibiale a semitendinosus és gracilis átvágott inaiával helyettesíti; ezenkívül még a sartorius áthelyezésével is megerősíti a laza belső oldali szalagokat. A lipesei kiadó, Curt Kabitzsch, öt igen jól szemléltető ábrával adta ki a füzetet 3 RM-ás árban.

Horváth Boldizsár dr.

Gesunde Füße. Von Dr. Viktor Hähnlein. Verlag der ärztlichen Rundschau, Otto Gmelin. Der arzt als Erzieher.

A teljesen népszerű stylusban írt könyvecske jó szolgálatot tehet a nagyközönség körében, mert ügyesen tárja elének azt a tényt, hogy a kultúra folytán mennyivel jobban veszi igénybe az emberiség a lábait. Régekte még sok olyan mesterség foglalkoztatott széles rétegeket, melyeknél ma a gép mellett állva dolgozik az ember. A közlekedési vállalatok szaporodása mind az álló emberek számát fokozza. Ez emberiség lábával szemben támasztott igényeket azonban a kultúra vívmányai nem veszik figyelembe; sőt ellenkezőleg azt látjuk, hogy a talajnak átalakításai (kövezet, aszfalt, cementpadlók) még csak nehezebbé teszik az amúgy is túlterhelt lábnak munkáját. A könyvecske egyik fejezetében kissé túlságba vitt technikai hasonlatokkal és rajzokkal igyekszik a szerző megmagyarázni a laikusoknak a láb szerkezetének bonyolult voltát. Azok a fejezetek viszont, melyek a különböző járásformákat (katonás járás, elegáns, kifelé fordított lábfejjel való járás és a jó gyalogló műveletlenebb népek járása), valamint a cipőknek helyes alakját és a helytelen cipőknek káros hatásait tárgyalják, igen jól mutatnak rá arra, hogy a civilizált emberiség ma olyan hibákat követ el állandóan a lábával szemben, hogy nem lehet csodálkozni a kultúrember elnyomorodott és terhet nem bíró lábain. Felsorakoztatva az összes lábdofermitásokat és panaszokat, felhívja a figyelmet arra, hogy az összes kóros elváltozások végeredményben arra vezethetők vissza, hogy a lábaink, mint a legnagyobb munkát végző szervünk nemcsak aránylag, hanem tényleg is a legkevésbébb részesülnek ápolásban. A könyvecske nem akarja a házi kezelésekkal foglalkozó brosrák amúgy is nagy számát fokozni, hiszen a kezeléseket csak futólag érinti; egyedüli célja az, hogy felhívja a figyelmet a helyes lábápolásra, mint a lábak elnyomorodásának egyik fő ellenszerére.

Horváth Boldizsár dr.

Handbuch der Neurologie des Ohres. Herausgegeben von Prof. Dr. G. Alexander und Prof. Dr. O. Marburg. Redigiert von Dr. H. Brunner. II. Band, 1. Hälfte mit 155 teils mehrfarbigen Abbildungen im Text. Urban und Schwarzenberg. Berlin-Wien, 1928. M 75.—81.

A három nagy kötetre tervezett munkából eddig az első és harmadik jelent meg; a második kötet első fele 722 lapterjedelemben most fekszik előttünk. Már az első kötet ismertetése alkalmával módunkban volt ennek a nagy gyűjteményes munkának kiválóságait kiemelni és ugyanez áll a jelen kötetre nézve is, mely két nagy részből áll. Az elsőben az idegrendszernek a külső és középső fül bántalmaihoz csatlakozó körjelenségeiről van szó (facialis, trigeminusbenulás), a vegetatív idegrendszernek a kül- és középfül bántalmaiban, végül az idegrendszernek a kül- és középfül torzképződéseiben való részvételéről tárgyal. A munkának második nagy felében a cochlearis és vestibularis területének és központjainak megbetegedését talál-

juk, jelesen a hallószerv, azután a központi idegrendszer fejlődési zavarait, a siketnemaságot, majd a traumás agybántalmak sorában az agyrázkódást, a belfül rázkódását, az agyalapi töréseket, a robbanási trauma hatását a belfülre, a fül sértéseit a légnyomási ingadozások alapján, a fül lövési sérüléseit, az agyi tünetcsoportoknak fülészeti vonatkozásait, végül a vascularis bántalmak igen fontos csoportját részben a labyrinthusra, majd a vegetatív idegrendszerre, legvégül az agytörzs-kisagyra való vonatkozásában, befejezősül a fül arteriosklerosisát. Természetes, hogy a neurologust főképen az idegrendszerre vonatkozó fejezetek ragadják meg elsősorban és itt főleg a Pollak, Sträussler, Schönbauer és Brunner, Spiegel, Stiefeler által írt részek teljességükkel, az anyagnak kimerítő tárgyalásával említendő; de nagy mulasztás lenne az Urban-schitsch által megírt siketnemaság fejezetét megemlíteni nélkül hagyni, melyben az átöröklési viszonyok áttekinthető és alapos méltatásban részesültek és ugyanez az elismerés illeti meg a Bénesi, Alexander, Kobak, Stein által tárgyalta fejezeteket is. Egyetlen egy, nem lényeges, de zavaró hibát legyen szabad megemlítenem: a 134. ábra, az arteria cerebelli inferior posterior elzáródása folytán előállott nyúltvelői lágyulás képe Richter Hugótól származik és nem Breuer és Marburgtól. Az elsőrendű kiállítás még a munka rendkívüli belső bece mellett is kiemelendő. Saffer prof.

Az emésztési és anyagcserebetegségekkel foglalkozó német orvosok gyűlése.

A hollandiak meghívására az idén Amsterdamban folyt le az ülés, melynek napirendjén négy főthema szerepelt. Az előadók mindegyiket oly bőven és sokoldalúan világították meg, hogy vitára alig maradt idő. Az első kérdés az éhség volt. Érdekes volt e problémát más oldalról, Hudig hollandi agrochemikustól megvilágítani hallani, ki a földéhségről értekezett, kimutatva, hogy a föld az a növényzetnek, ami az állatnak a vér. A föld akkor éhes, ha qualitativ nem kap elég tápanyagot, elsősorban K-, P-, N- és Ca-ionokat. Savanyú és Ca-szegény földben minden rosszabbul nő. Morgulis (Egyes. All.) biochemiai szempontból foglalkozott a kérdéssel, s kiemelte, hogy éhezés alatt a maradék N a vérben nő. Az éhezés nem tisztít, ahogy azt egyes szekták hirdetik, hanem ellenkezően, auto-intoxicatiós jelenségeket vált ki. Determann (Wiesbaden) az éhezés gyakorlati hasznáról referált. Megkülönböztet általános és részleges éhséget. A fehérjeszegénységtől való félelem nem indokolt. A gyomoréhség nem egyezik a szövetéhséggel. Rövidebb éhezés javalt: túltáplálásnál, allergiás betegségeknek, belső-secretiós zavaroknál, elhállyasodásnál, praesclerosissnál. Contraindicatiót nem ismer. Engel (Dortmund) a csecsemők éhezéséről beszél, az egészséges csecsemő kibirja az éhezést; atrophias gyermekeknel veszedelmes, mert sejt bomlásra vezethet. Schur (Bécs) szerint gyomoréhség nincs; migrainnél jól beválnak a gyümölcsnapok. Friedberger (Berlin) szerint az éhezés a dagadtak növekedését gátolja az állatoknál. Uhlmann és Strauss (Berlin) a diabetesnél jónak tartják az éhezést. Rostowski szerint a vérnyomás leszáll az éhezéskor. Porges (Bécs) a diabetesnek általa javalt zsírszegény, de fehérjedús táplálásról tart előadást. Alersberg (Bécs) szerint a szénhidrát-dús diaeta a vese áteresztőképességét változtatja meg.

A második főkérdést: az emésztőszervi megbetegedések és vérbetegségek közötti kapcsolatot Morawitz (Leipzig) fejtette ki. Hyperchromvérvkép különböző okokból keletkezhet. Megkülönböztet anaemia-perniciosa és pern. anaemiás vérvképet; a kettő nem egy. A máj-therapia nem aetiologiai alapon határos. Nordmann (Berlin) sebész szerint vékonybélstenosisnál fellépő anaemiánál az enterostomosis kivitele nem elégséges, a stenotikus bélrészt ki kell vágni. A colitis ulcerosánál fellépő anaemiák az appendikostomia utáni bélmosásnál sem tűnnek el. A máj s vérbetegségek közti kapcsolatról Schotmüller (Hamburg) beszélt, hangsúlyozva, hogy epefesték májon kívül is képződik. A perniciosus szerinte toxikus eredetű. A májkészítmények hatékonyabbak, mint a máj etetése. Megkísérelendő a májjal való etetés sklerosis multiplex esetén is. Laqueur (Amsterdam) egy eljárásról s praeparatummól számol be, mellyel sikerült a májat standardizálni. Löwenberg

(Berlin) szerint nem az achylia gastrica az oka az abnormis bélfloórának anaemia perniciosánál, hanem a vékonybél hiányzó baktericid ereje. Lichtwitz (Altona) szerint a máj-therapia jó haemolytikus ikterusnál és spruenál is. A lép depressorikusan hat a csontvelőre s így a vérképzésre. Két aktualis tárgyról, a laikusok által annyit emlegetett nyerstáplálkozásról (Rohkost) szolt a harmadik főthema. Friedberger (Berlin) szerint főtt ételekből többet tudunk enni, mint a nyersből és ez hosszabb ideig ad teltségi érzést. Fertőző betegségek és anyagcserebetegségek csak az embernél fordulnak elő, ki egyedül él főtt ételekből az állatvilágban. Veszedelme, de előnye is, hogy fehérjeszegény, de az összes vitaminokat tartalmazza. Therapiásan bélbántalmaknál, hypertoniánál s vesebetegségeknek jöhet szóba. Scheunert (Lipese) szerint a még oly jó rágás se javítja a táplálék kihasználását. Ugyanazon étel főtten valamivel jobban használódik ki a nyersnél. A főtt tojásfehérje sem mérgeesebb a nyersnél. Veszedelme a nyers diaetán való élésnek, hogy hamarabb ad teltségi érzést anélkül, hogy elegendő tápértéket vett volna az illető magához. Stepp (Breslau) szerint az ember omni-vor s már rendes táplálékában is elég nyersanyagot vesz magához, az állati nyers ételek mérsékelt élvezete mellett van. Lázas betegnél adjunk sárgarépa-levet. Diabeteseknek a „Rohkost“ nem jó, ellenben plethorásoknál, obstipatióknál, máj-, vesebetegségeknek s arthritistnél néha jót tesz. Grote (Drezda) szerint thyreotoxikosisnál jó a nyerstáplálék.

Az utolsó kitűzött főkérdés az emésztőszervi megbetegedéseknél előforduló diagnosztikus és therapiás tévedésekről szolt. v. Bergmann (Berlin) szerint a gastritis, a ptosis, a spasmus, az atonia, gyomorgázok, angina abdominis, chr. nikotinmérgezés, adhaesiók cholecystektomiák után, coloptosis mind olyan diagnózisok, melyek tulajdonképp nem léteznek s mögöttük más betegség bújk meg. Sok a májbetegség, amit még nem ismerünk. Fehérhús-feketehús közt nincs oly nagy különbség. Pankreasbajok esetén ne adjunk zsírt; jó stomachicum az alkohol, a morphium spasmust csinál. A gastroenteroanastomosis semmivel sem jobb, sőt tán rosszabb, mint a belső kezelés ulcusnál. Kuttner (Berlin) szerint az ulcus sokkal jobb prognosist tesz, ha idején kezdenék alaposan kezelni s nem mikor már kifejlődött. Thermophort ne adjunk vérző ulcusnál, tápcsőre nem ér semmit se. Karlsbad nem tesz jót kezdeti szakban lévő fekélyeseknek. v. Haberer (Düsseldorf) óv az adhaesiók túlbecsülésétől. Ulcus és cc. egymás mellett is előfordulnak. Gyomorvérzés közepette nem operál. Gyomorlues igen ritka. Berg (Berlin) igen szép, tanulságos Röntgen-képeket mutat be az emésztőtraktuson előforduló helytelen s téves diagnosissról. Friedrich L. (Budapest) az epehólyagban s májutakban lévő levegőt, az epehólyagperforatio egy jelének tekinti s mint diagnosztikus lehetőségét demonstrálja. Boas (Berlin) az új eljárásokkal szemben kiemeli, hogy nagyon elhanyagolják ma a palpatiót s az anamnesis felvételének aprólékos, mindenre kiterjedő voltát.

Csak nagy vonásokban futhattam át azon a nagy anyagon, amit ezen összejövetel produkált, s csak a legfontosabbat s újat ragadtam ki. A bőséges tudományos rész mellett a mi majd egész napunkat lefoglalta, mégis maradt idő, hogy a hollandusok szíves kalauzolásával városuk és országuk több nevezetességét, így többek közt a világhírű Zuider-tó kiszáritásának nagyszerű munkálatait megtekinthetjük.

Friedrich László dr.

A „Deutsche Gesellschaft für Urologie“ VIII. congressusa.

(Berlin, 1928 szeptember 26—29.)

A német urológiai társaság — mely tagjait, s még inkább előadóit s vendégeit tekintve — jogosan mondható internationalisnak, az idén Berlinben tartotta VIII. congressusát. A franciák és angoltól eltekintve, csaknem valamennyi európai állam képviselve volt. A tavalyelőtti bécsi congressushoz viszonyítva, nagyobb számban jelentek meg Oroszország és az Egyesült-Államok neves urológusai.

Lichtenberg elnöki megnyitója után — melyben

* Aphtae tropicae. Tropusokban előforduló bélbetegség.

az urologiának, mint önálló szakmának hatalmas fejlődését fejtegette — a beteg *Posner* helyett *Lewin* tartotta meg a „*Nietze ünnepi beszédét*“, a cystoscop felmérésének 50 éves évfordulója alkalmából. Utána elnök olvasta fel a hozzá beérkezett *Nietze* érdemeit elismerő külföldi leveleket, melyeket az orosz *Fedoroff* szavakkal is méltatott.

A tudományos ülészeket *Blum* (Bécs) „a *prostatahypertrophia* és *hólyagdiverticulum*“ című előadása nyitotta meg, mely a tárgyhoz történt hozzászólásokkal egyetemben, az egyszakaszos ektomia s diverticulum-resectio mai felfogásától eltérő alig hozott. E themakörhöz tartozó előadásait kapcsán *Wildbolz* (Bern), a perinealis prostataektomia előnyeit, *Haim* (Budweis) az e körül szerzett tapasztalatait, *Glas* (Bécs) a prostataektomiák kapcsán észlelt rossz eredményeket *Zinner* (Bécs) a prostatacarc. operatív therapiáját, *Rosenburg* (Mannheim) a hypertrophia III. stadiumában thermocoagulációs késével elért eredményeket ismertette.

Az első nap második nagyobb témája *Paschke* (Bécs) előadása volt „a *chronikus, nem specifikus hólyagfekélyekről*“, de sajnos, sem az előadó, sem a hozzászólók nem vitték előbbre e homályos eredetű kórkép tisztázását. Az ezt követő előadásorozatból, a *hólyagcontracturák* kezelésével foglalkozók (*Blum*, *Hrynischak* (Bécs), *Janke*, *Warner* (Berlin), *Rubritius* (Bécs) a *zsugorhólyag* bél felhasználásával történő *plasticus* tágitását tárgyaló előadása, továbbá *Krebs* (Leipzig) és *Heckenbach* (Berlin) a férfi-adnexák chronikus megbetegedéseivel foglalkozó előadása voltak érdekesebbek, mely utóbbi körül kifejlődött discussióban *Picker* vett élénk részt.

A congressus második főthémájának: „a *vese- és ureter fejlődési rendellenességei*“ nek körbonctani előadója *Gruber* (Göttingen), klinikai referense *Grauhan* (Kiel) volt. Mindkettő kimerítő s magas színvonalú előadásaikkal mindvégig lekötötték a résztvevők figyelmét s így e thema — a tárgykört kiegészítő hozzászólók változatos adataival s vetített képeivel — kétségtelenül a congressus fénypontjává emelkedett. A fejlődési rendellenességek köréből érdekes anyagot hoztak: *Ravasini* (Triest), *Gottlieb* (Moszkva), *Cohn* (Königsberg), *Farkas* (Budapest), *Haslinger* (Bécs), *Schmutte* (Berlin), *Eisendrath* (Chicago), *Zondek* (Berlin), *Schlaginweit* (München), *Lowsley* (New-York); *Ilyés* prof. klinikájának — az összesek közül legnagyobbnak mondható idevonatkozó — anyagát *Dózsa* és *Hermann* ismertették, melyet számos diapositívvel és Röntgen-képpel illusztráltak.

A második nap előadásai közül *Necker* (Bécs), az urológiai műtétek után, az utóbbi időben gyakrabban észlelhető thrombusképződésről és emboliáról, *Rosenstein* (Berlin), a parenchymavarratoknélküli nephrotomiáról szóló előadása keltettek nagyobb érdeklődést. Utóbbi szerző kinematographiával mutatta be, az izmok átmetszése nélküli vesefeltárási módszerét és az ezzel végzett műtéteket. *Oehlecker* (Hamburg) andóhólyagtumorokat, *Roseno* (Köln) intravenás jódsók adagolásával készített pyelographiákat demonstrált; *Gottstein* (Breslau) pyelographia- és pyeloscopia céljára szolgáló, függőleges helyzetig emelhető új vizsgálóasztalát mutatta be.

A harmadik nap főthémájának: a *húgycsőszűkületnek* körbonctanát *Christeller* (Berlin), klinikáját *Jansen* (Düsseldorf) adták elő, melyet számos hozzászólás követett. *Ráskay* a traumás szűkületekről beszélt; a budapesti urológiai klinika tapasztalatait *Adler-Rácz* ismertette. Ez nap még több, a *húgyutak kőképződését* érintő előadás *Casper* (Berlin), *Helleström* (Stockholm), *Goldberger* (Karlsbad), *Weber* (Berlin), *Kairis* (Athen), *Rasic* (Dalmatia) és vesefunctiós vizsgálatokat tárgyaló előadás *Minder* (Zürich), *Köhler* (Berlin) került sorra. Nagy érdeklődés kísérte az *Ilyés* prof. klinikáján *Radó* és *Huth* által, a vizeletből kitenyészett gümöbaccilusok kulturáinak demonstrálását és ezek diagnostikus jelentőségének fejtegetését.

A negyedik nap főthémáját: az *urologia vonatkozásait a socialis egészségügyhöz* *Scheele* (Frankfurt) tárgyalta. Ezt, a *húgyzerveknek az idegrendszerrel kapcsolatos elváltozásait* felőlelő előadások (*Lewin*, *Stutzin* (Berlin), *Boeminghaus* (Bécs), majd az *ureterszűkületekkel* foglalkozó előadások (*Braasch* (Rochester U. S. A.), *Hütter* (Bécs) követték. A tudományos ülészeket az urologia köréből vett legkülönbözőbb témájú előadások és demonstrációk fejezték be.

A congressussal kapcsolatosan „*Nietze emlékkiállítás*“ rendeztek. Az előadóterem előcsarnokában *Nietze* fehér márvány mellszobra előtt, két nagy üveg-szekrényben, a legrégebb, még a platinizációs fényforrásos endoscopos eszközöktől, a legmodernebb operációs cystoscopig, a fejlődés minden fokát megtestesítő eszköz látható volt.

A tudományos üléseket illetőleg, sajnos, az idei congressus ismét eltért attól a programtól, melyet a két év előtti bécsi congressuson kitűzött: nevezetesen, csak 2–3 nagy themának tárgyalásra való kitűzésétől s kizárólag ezek alapos megvitatásától. Így újból beleesett abba a nagy hibába, melyet a legkülönbözőbb themakörű előadások nagyszámú felvételével — a mult tapasztalatainak okulva — elvben már elvetett. Ennek következménye természetesen az előadások túlhalmozása lett, melyen az elnökség, a rendes háromnapos congressus-tartamnak egy negyedik nappal való megtoldásával sem tudott segíteni.

Dózsa Jenő dr.

Az Erzsébet Egyet. Tud. Szöv. orvosi szakosztályának október 8-i ülése.

1. **Pernyész Sándor:** *Isolált subcutan pankreas ruptura*. 37 éves fuvarost mutat be, akit 1927 december hó 12-én ló hasbarúgott. A beteg a 3. napon került a klinikára, ahol a súlyos belső vérzésre és peritonitisre valló tünetei miatt nyomban megoperálták. Műtétnél a hasüreg jobb oldalában, a májtól a coecumig terjedőleg nagy esomó alvadt vértömeg foglalt helyet. A vérzés forrását a kis cseplesz és a pankreas testének harántszakadásában találták meg. A pankreas szakadása ronsolt volt. A ronsolás helyére tampon helyezve, a hasüreget kitakarították s a vérzés gondos csillapítása után zárták. A tampon nyomása folytán keletkezett sipoly egy hónap alatt zárul. Utal a subcutan isolált pankreas ruptúra ritkaságára. Ennek a ritkaságnak okát a pankreas védett helyzetében találja. A pankreas subcutan sérülését csak hatalmas traumák válthatják ki. Ha a trauma az epigastrium körülírt helyére hat és alulról felfelé irányul olyképen, hogy erejét a bordák ellenállása nem csökkenti, akkor a két ütközőpont (a beható erő és a gerincoszlop) közé került pankreas megrepedhet. Vannak esetek, amikor csak intraparenchymatosus vérzések keletkeznek, melyekből pseudocysták nőnek ki. Az isolált subcutan pankreas rupturák diagnózisra igen nehéz, de ha csak gyanú is van rá, nyomban operálni kell, mert műtét nélkül a betegek 100%-ban elpusztulnak. A műtéttel 75% gyógyul. Tamponálni mindig kell.

Ángyán János: Három évvel ezelőtt észlelt esetében a pankreassérülést okozó trauma nehéz tárgy hirtelen emelése volt, amely után az egyébként luesbeteg egyénben pankreas-átömlő fejlődött, melyet *Bakay* tanár operált meg.

2. **Szacsavay István:** *Myelomeningocele operált esete*. Négyhetes csecsemőnek keresztcsontja alsó felén lévő spina bifida cystikája műtéti úton eltávolítva, per primam gyógyult. Az eset érdekessége abban áll, hogy a cysta a tágtult hiatus sacralison át lépett ki, benne area-medullo-vasculosa volt, ami azt bizonyítja, hogy a csecsemőnek a normalisnál jóval hosszabbra fejlett gerincagya volt s talán éppen emiatt maradt tágasabb a canalis sacralis és hiatus sacralis is. Figyelemmel fogjuk kísérni, hogy kifejlődik-e a gyermeknél hydrocephalus, ha igen, mikor és milyen fokú.

Heim Pál: Nem szívesen operáltatja a meningoelét, mert az operált esetekben hydrocephalus lép fel, amely oly fokot ér el, hogy elpusztítja a csecsemőt. Ezen nagy sikerrel operált esetben az állandó ellenőrzést és esetleg lumbal- vagy systematikus ventriculus-punctiót ajánl.

3. **Rutich Jenő:** *Adenoma toxicum*. A klinikán észlelt esetek kapcsán felhívja a figyelmet a pajzsmirigy toxikus adenomáira. Az adenoma toxicum a negyvenes évek utáni korban — férfiakon gyakrabban — kifejlődő thyreotoxikosis, olyan egyéneken, akiknek pajzsmirigyén tapintással vagy semmi kórosat, vagy régi, kicsiny, göbös strumát találunk. Főtünetei: gyorsan progresszív soványodás, gyengülés, nyugtalanság, tachykardia, mérsékelten fokozott alapanyagcsere, a basedowos szem- és béltünetek igen csekély szereplésével. Prognosisa súlyos, belorvosi kezelése kevésbé biztató, a pajzsmirigy resectiója — dacára a kis pajzsmirigyeknek — az irodalmi adatok szerint jó eredményt ígér.

Miután meggyőződése, hogy a pajzsmirigy megbetegedései és az ezzel kapcsolatos endocrin betegségek csak úgy az egyszerű strumára, mint a hyperthyreosisokra nézve is világosak, országok és vidékek szerint különböző természetűek és egyik helyen nyert statisztikai vagy klinikai adatok nem vihetők át változtatlanul más területek beteganyarára, ajánlatosnak tartaná, ha ennek az ügylátszik komoly kérdésnek a mi beteganyagunkon való kidolgozására — főleg therapiás szempontból — az arra hivatottak figyelmet szentelnének.

Neuber Ernő: Csatlakozik az előadó véleményéhez, amely szerint a toxikus adenomák műtéti eredményei sokkal jobbak, mint a „vollbasedownál”. Véleménye szerint a külföldi, nevezetesen az amerikai statisztikák eredményeit nagy óvatossággal kell értékelnünk. Az amerikai statisztikákban feltűnő a rendkívül alacsony mortalitás (1%). Magyarozatát ennek abban látja, hogy Amerikában korábban kerülnek az esetek műtetre, továbbá a legkisebb fokú hyperthyreosisokat (10–15% alapanyagcserefokozódás) is megoperálják és egysorban említik a legsúlyosabbakkal. Ez a körülmény természetesen a statisztikájuk eredményeit nagymértékben feljavitja.

Imre József: Abban a helyzetben vagyok, hogy Neuber professor suppositióját megerősíthetem. Alkalmam volt Crile műtéteit végignézni a Cleveland-Clinicben és valóban feltűnt, hogy az általa operált strumák egy része egészen kicsiny volt, betegek — akik különben is a jobb módú osztályból kerültek ki, mert négyszázötven ágyas klinikája magánintézet — legalább is azok, akiket láttam, nem árulták el súlyos betegségnek semmiféle jelét. Így valóban feltehető, hogy az általa oly rendkívül nagy számban végzett strumaműtétek statisztikájának egy tekintélyes része a szervezetre nézve indifferensnek mondható, vagy legalább is egyelőre még súlyos következményekkel nem járó strumákra vonatkozik.

4. Fenyvessy Béla: A diphtheria epidemiológiájának és prophylaxisának néhány actualis kérdéséről. Előadó a diphtheriamegbetegedések számának és rosszindulatúságának az utóbbi időben mutatkozó emelkedése kapcsán statisztikai graphikonok bemutatása mellett ismerteti a diphtheria jelenlegi állását hazánkban, különösen Budapesten, Pécsen és Baranya vármegyében, majd több külföldi államban és városban. Reámutat arra, hogy a diphtheria emelkedése világszerte egyformán mutatkozó jelenség, tehát magyarázata is általános és nem localis természetű okokban keresendő. Ismerteti a diphtheria secularis ingadozásait mutatkozó szabályszerűséget, majd azokat a feltevéseket, amelyek az irodalomban ennek a szabályszerűségnek magyarázatára felmerültek. Megkísérli véleményét alkotni a mostani emelkedés további alakulásairól és arra a következtetésre jut, hogy a megbetegedések száma még nem érte el egészen a tetőpontját, de közel jár hozzá, a halálozási arány pedig már túllépte maximumát. A prophylaxis tekintetében szemügyre veszi az eddig bevált módszereket és azt hiszi, hogy azok következetesen végrehajtva, továbbra is eredményesek lesznek, ha a fokozott veszedelemhez mérten kiterjedtebben és erősebben érvényesítjük őket. Különösen utal a bacillus-gazdák rendszeres kimutatására és ártalmatlanná tételükre. Nem hiszi, hogy a diphtheriaserumban akár gyógyító, akár praeventív értelemben okunk volna kétkedni. Végül ismerteti az activ immunizálás terén eddig elért eredményeket és az e célra használt módszereket. Véleménye szerint az activ immunizálás hasznos kiegészítője lehet egyéb intézkedéseinknek. Az eddigi módszerek talán még tökéletesíthetők. Az activ immunizálás kötelező elrendelését ezidőszent legalább is korainak tartja. Kíváncsún várja, hogy indokolt esetekben és helyzetekben, amelyeket felsorol, nálunk is kipróbálják. Az előadás folyamán ismerteti előadó egy baranyamegyei községben felmerült diphtheriajárvány kapcsán Ralovich ottani körorvosnak a közegészségtani intézet támogatásával végrehajtott intézkedéseit, amelyek rövid idő alatt teljes eredménnyel jártak.

Scipiades Elemér: Bár nem szakember e kérdésben, figyelmeztet azon feltűnő jelenségre, hogy az előadó által bemutatott graphikon a járvány exacerbatiót pontosan 13 évenként mutatja. Másik táblájából viszont az tűnik ki, hogy a diphtheria fellépésének leggyakoribb ideje az 1–10. életév. Ha ezt hozzáadjuk a 13 évhez, akkor 14–23 év kerül ki, ami a I. P-ák leggyakoribb szülői. Ha pedig ezekhez még azt is hozzáveszi,

hogy a graphikonban a járvány exacerbatióinak culminációja kb. három évet tesz ki, akkor nem tud elzárkózni annak a gondolatától, hogy látható az 1–10 éves korban diphtheriát kiállott s kb. 13 év után szülőkorba kerülő egyének adják át a diphtheriás dispoziációt utódjaiknak s ezért ismétlődnek ilyen törvényszerű időközökben a járvány exacerbatiói. Felhívja tehát az előadó figyelmét, hogy kutatásaiban szenteljen ezen szempontnak is figyelmet.

Heim Pál: Fontosnak tartaná ezen érdekes statisztika és igen érdekes conclusio minél szélesebb körben való ismertetését. Ebből világosan látszik, hogy a diphtheriamorbidity olyan emelkedése, mint 1927-ben, már 1916-ban is volt és a halálozás emelkedése messze elmarad a megbetegedési szám emelkedése mögött. Szólok klinikáján 1927-ben 4–5 ilyen malignus diphtheria-eset volt. A malignitás okát szöveg — ellentétben másokkal — társinfekcióknak tulajdonítja, és pedig a klinikai tünetek alapján. A malignus diphtheriára jellemző a foetor ex ore, a korai mirigyduzzanat, a bőrvérzés, mind oly tünetek, amelyek nem tartoznak a diphtheriához. Hogy a társfertőzés micsoda, arra felelni korai volna. Hogy nehézséget okoz a bacillusgázát izolálása. A klinikán hónapokon való visszatartása az ilyen betegeknek, a szülők körében igen súlyos ellenszegülésre talál.

Ángyán János: Nagy járványokban tapasztalható súlyos lefolyású megbetegedések megértésében nemcsak a baktériumok nagyobb virulenciájára gondolhatunk, vagy társfertőzésekre. Ilyenkor a vírus átvitelekor a fertőzőanyag mennyisége is tömegesebb lehet és a többszörös expositio is gyakrabban lehetséges. A primær fertőzés súlyossága pedig mérvadó lehet a körle-folyás súlyosságára.

Ralovich Ödön: Az elhangzott előadás kapcsán ismerteti a hatósági orvos helyzetét falusi viszonyok között diphtheriajárványok esetén. Hangoztatja a vidéki bakteriologiai vizsgálóállomások és az azok által megtehető terjedelmes és gyors vizsgálatok értékét, amely nemcsak abban áll, hogy pozitív esetekben a céltudatos védekezést megkönnyíti, hanem negatívnak bizonyuló esetekben a felesleges intézkedéseket elkerülhetővé teszi.

Helyreigazítás.

Mélyen tisztelt Szerkesztőség!

N. b. lapjuk 41. számában Nékám Lajos dr. egyetemi tanár úr ő méltósága nyilatkozatát méltóztatott közölni. Mivel e nyilatkozatban, minden bizonnyal jóhiszeműen, de a való tényeket nem fedő, téves, valamint való, azonban ferdén és tendenciósusan beállított adatok foglaltatnak, amelyek személyemet, orvosi becsületemet és reputációmát a lehető legnagyobb mértékben sérelmezni hivatottak és alkalmasak, a legmélyebb kartársi és tanítványi tisztelettel kérem, hogy — hivatkozással az 1914. évi XIV. t.-c. 20. szakaszára — a fent említett nyilatkozatnak, megfelelő helyen és szé-
desben, n. b. lapjuk legközelebbi számában az alábbi helyreigazító soroknak helyt adni méltóztatassék:

1. Téves a nyilatkozat első állítása, mely szerint „1922-ben egy betegágyánál találkoztam V. F. dr. orvos úrral. Ő ekkor beszélt hihetetlenül hangzó gyógyeredményeiről” stb. „... Így járhatott be V. dr. úr is — rövid ideig — klinikára, ahol Doros Gábor akkori tanárségédem felügyelete mellett négy betegen kísérelte meg suggestiv gyógyjelzését”.

Ezzel szemben a tény az, hogy én a tanár úr tudtával és beleegyezésével, a tanár úr egyenes meghívására, a fent említett eseteket megelőzően éppúgy, mint ezek után is mindenkor, amikor erre szükség volt és magángyakorlatom erre módot adott, mint gyakorlóorvos ismételtelen megfordultam a klinikán, betegszobákban éppúgy, mint a tanár úrnál is, ahol is a tanár úr személyes ellenőrzése és útmutatása, kívánságai szerint tudományos kísérleteket végeztünk, betegeket kezeltem, közöttük egyik vezető tanárségédat gyógykezelttem hypnosissal, aki a nyilatkozatban közölt és inkriminált hemiplegiás eset után végzett kezeléseim alatt hányási rohamokat kapott a klinikán

minden alkalommal, amikor a tanár úr által adott direktívákon kívül mértéktelen dohányzási szenvedélye ellen gyógykezelttem a magánrendeléseimen csakúgy, mint a klinikán, amidőn nekem oda belátogatásokra időm volt. E kezeléseket annál is kevésbé ellenőrizhette *Doros dr.*, mivel a tanársegéd úr *Doros dr.* felettese volt s a tanársegéd úr, kinek családtagját is kezelttem rendelésemen, valamint más „szervi” bajokban szenvedett magánbetegeit, a legkiválóbb eredménnyel, valóban feleslegesnek tartotta volna ily „kézzelfogható” effectusok mellett az én kezelésem ellenőriztetni. A fenti „betegágnál való találkozást” megelőző esetek közül szabadon a tanár úr szíves emlékeztetése idézni pl. azt az esetet, amidőn 1922 május 5-én kelt levélben a tanár úr *Lesskó dr.* első tanársegéd úr útján hívott meg a klinikára bizonyos kísérlet megismétlésére. Ez az eset volt (László László, a később nagy port felvert „spiritista medium”), akinél, miután ily kísérletnek önként vetette alá magát, hypnotikus állapotában érintve meg alkarját a hideg reflexkalapáccsal, azt suggeráltam, hogy tüzes vassal érintem s ez esetben azonnal igen erős lobosodás jelentkezett az illető helyen, másnapra pedig László olyan súlyos égési sebbel jelentkezett, hogy magam is meglepődtem és consiliumba küldtem, mint más betegeket is, más ízben *Nékám* tanár úrhoz, szíves véleményét kikérendő. Ez égési sebek mikéntje ma is roppant érdekes és fontos rejtély s *Lesskó* tanársegéd úr is azt írta levelében, hogy: „Feltűnő az égési seb körül lévő, nagyjából négyzet alakú hyperaemiás udvar, amelynek keletkezését megmagyarázni nem tudjuk, mivel a beteg tagadja, hogy tapaszt stb. tett volna a behatás helyére” stb. E kísérleteket részben negatív, de ez esetben is értékes eredménnyel ismételtük meg a tanár úrral egyetemben a klinikán, majd egy évvel az inkriminált esetek előtt.

2. Tévedésnek kell lenni „az egyik ily eset” leírásában a tekintetben is, hogy a hemiplegiás beteg (kit 1923 január 12-én szállítottak a klinikára), a klinikán január 16-án kapta vissza eszméletét, mivel a beteg és hozzátartozóinak állítása szerint, feljegyzéseim (6040—1923. naplósám alatt értelmében, amelyeket a tanár úr és tanársegédi kara jelenlétében vettem fel a betegágy mellett, a beteg épp január 16-án a klinikán újabb agyvérzéses rohamot kapott).

3. Feltétlenül téves adat, hogy én „március 6-án kapcsolódottam be a beteg gyógykezelésébe”. Megcáfolhatatlan feljegyzéseim szerint, amit kartotékaim, betegnaplóm hitelesen igazolnak, a beteg kezelését a klinikán március hó 2-án kezdettem meg.

4. Szó sincs arról, mintha én „ez esetről elért eredményt egészen a saját javamra cikkeztem volna be”. Ezzel szemben cikkeimben, könyveimben és ez eset kapcsán is hangsúlyozom, hogy „a *psychotherapia nem panacea és nem teszi semmiképp feleslegessé a causalis kúrát*” stb.

5. Tévedés, mintha a beteg március 18-án kelt volna fel először. Ezzel szemben a valóság az volt, hogy első látogatásomkor a beteget önmagával tehetetlen állapotban találtam, amikor a beteg gyengesége folytán (feljegyzéseim szerint) az ezüstsalvarsaninjekciók további adagolása is nehézségbe ütközött s e beteg saját kijelentése szerint „meg sem tudott fordulni az ágyában gyengesége folytán”. Mindazonáltal az első látogatásomkor e beteg előtt és a klinika tanári, illetőleg orvosi karának grúnyos mosolya közepette jelentettem ki (látván a beteg jól hypnotizálhatóságát), hogy e beteg, ki hónapok óta az ágyához van kötve, 3 (három) napi kezelésem után a saját lábán fog egy emeletet lemenve visitelni a tanár úr szobájában s pontosan két hét múlva a saját lábán fog hozzám, a saját magánrendelőmbé (még pedig két emeletet felhaladva) feljárni naponkénti további kezelésem végett! E suggestív parancsaim a legteljesebben és hajszálnyi pontossággal megvalósultak és az egész klinika összefutott bámulatában, midőn e beteg három nap múlva saját lábán ment le a

tanár úrhoz s a két hét leteltével a beteg saját lábán feljött családja kíséretében magánrendeléseimre és egészen loyális kivételezéssel *Nékám* tanár úr tudta és beleegyezésével járt fel naponként hozzám további hypnotikus kezelésre az utolsó napig, amíg csak a klinikán lakott. (Április 22.) Ekkor mint hálálkodó paciens utazott haza megszállott területen lévő otthonába, honnét 1923 május 5-én írja hozzám: „Hála a jó orvosi kezeléseknél, most már sokkal jobban érzem magam. Állandóan a kedves doktor úr intéseit megfogadva, igyekszem jókedvű lenni és így azóta, hogy hazajöttem, még nem is voltam egyszer sem rosszul.” „...Én olyan elragadtatással beszélek mindenkinek a doktor úrról, hogy csak úgy özönlenek majd oda az itteni paciensek.” „...Ősszel, ha feljövök Pestre, újra eljárak doktor úrhoz, mert érzem, hogy erre még nagy szükségem van.”

5. Téves, mintha én másik három beteg felgyógyítását vállaltam volna ugyanakkor a klinikán. Ezzel szemben a valóság az, hogy a tanár úr eléggé nem méltányolható jóindulattal, objectivitással és őszinte érdeklődéssel, miután a nyilatkozatában közöltekkel ellentétben (mint ezt betegeimmel bizonyítani tudom), személyesen is meggyőződött arról, hogy igen makacs bőrbetegeit magángyakorlatomban sikerrel kezelttem és több esetben meggyógyítottam, kiket hozzá küldtem felülvizsgálatra, magához hivatott a klinikára s felajánlotta, hogy külön szobát bocsát rendelkezésemre, ahol tudományos célból végezhetem kezeléseimet. Hivatkozott arra, hogy hazai és ugyancsak igen neves külföldi dermatologus tekintélyek mindenfelé a világon közölnek hypnosissal elért dermatologiai eredményeket „szervi bajok”, pl. *szemölcsök* gyógyítása terén is s erre a célra felajánlott oly súlyos tuberculotikus és egyéb bőrbetegeket, kik *évek óta* voltak a klinika igen terhes fekvőbetegei s akiktől — mint mondtam — általam szeretne „megszabadulni”. Sajnálatomra ki kellett jelentenem a tanár úrnak, hogy nem állhatok rendelkezésére, mivel magángyakorlatom nem engedi a naponta esetleg kétszer és hosszabb ideig tartó bejárásokat, ami erre e betegeknek szükséges volna, másrésztől a *klinikai milieu* sem találtam azidőtájt alkalmasnak ily súlyos betegek kezelésére. (E betegek naponta lépétek kinyújtásában a bőrt testükről.) Megmondtam, hogy e betegek különben sem lennének újszerűen demonstrabilisak tudományos szempontból, mivel ezekre könnyen mondhatták volna, hogy „véletlenül gyógyultak a kezeléssel egyidőben” s inkább a több éves klinikai kezelés hatás alatt. Mindazonáltal látván e betegek szenvedéseit, mialatt a fenti asszonyt, kit mint valóban súlyos „organikus” (bénultságban szenvedő) beteget — mint mondtam — demonstratio céljából „látatlanban” vállaltam, ennek kezelési ideje alatt a többi három beteg tüneti symptomáin is enyhítettem, amiért e betegek annak idején rendkívül hálásak is voltak, azonban előre megmondtam, hogy szó sem lehet arról, hogy e betegek felgyógyítására ott a klinikán vállalkozhatnák!

7. A való tényeknek ferde beállítása az, mintha a tanár úr és közötttem a „cooperation intellectuelle” a fenti bénult beteg klinikai kezelésével véget ért volna, mivel úgy a tanár úrral, mint tanársegédi karával a későbbi időkben is mindenkor a legkisebb incidens nélkül a legteljesebb kartársi nexust sikerült fenntartanom, megtisztelő bizalmukat élveztem, magánpraxisunkban a tanár úr éppúgy szíves volt a consilium végett hozzá küldött betegeimről megadni szíves véleményét és utasításait számomra, miként a tanársegédi karából (*Földváry F. dr.*-ral egyetemben) többekkel közösen kezeltünk consilians alapon magánbetegeket mindég.

A tanársegéd urak előszeretettel küldték hozzám hozzátartozóikat és pacienseiket hypnosisos kezelés végett s nem egy tanársegédjét kezelttem a legjobb eredménnyel. Többek között legutóbb az egyik volt tanársegédjét sikerült megmenteni a halálosan súlyos morphinismusból, amelyekből sanatoriumok, klinikák nem tudták megszabadítani. Ez adatok tekintetében

úgy a tanár úrnak, mint bármely orvosi bizottság ellenőrzésének a legnagyobb készséggel vetem magam alá.

Előre is megköszönve e helyreigazító nyilatkozat szíves közlését, maradtam a mélyen tisztelt Szerkesztőség legalázatosabb tisztelője

Völgyesi Ferenc dr.
bel-, ideg- és elmeorvos,
képesített törvényszéki orvos.

Válasz Völgyesi dr. helyreigazító nyilatkozatára.

Téves Völgyesi dr.-nak az az állítása, mintha a szóbanforgó betegek kezelése és ellenőrzése nem rám lett volna bízva. 1923-ban a klinikai munkarendi beosztás értelmében a női fekvő osztályt Nékám professor úr irányítása mellett kizárólag én vezettem és így az osztály betegeinek ellenőrzése, megfigyelése és kezelése az én feladatom volt. Ebben a minőségemben a professor úr mellett nekem volt elsősorban alkalmam a Völgyesi dr. által négy esetben végzett suggestív therapia eredményeit észlelni.

Azon betegnél, kinek gyógyulási eredményét Völgyesi dr. legfeltűnőbbnek látja (hemiplegia), a javulást az antisiphilises és faradisatiós gyógykezelésnek tudom be. A másik három esetben kezelése kapcsán semminemű eredmény sem mutatkozott. E negatív próbálkozásokon kívül a felügyeletem alatt álló betegek egyikén sem végzett suggestív gyógykezelést és a továbbiakban Völgyesi dr.-ral sem klinikai vagy kórházi, sem magánbetegeim útján semmiféle kapcsolatot nem tartottam fenn. Arról sem tudok, hogy a klinika tanársegédei a magángyakorlatban Völgyesi dr.-ral összeköttetésben állottak volna.

Budapest, 1928 október hó 14-én.

Doros Gábor dr.
kórházi főorvos,
v. klinikai tanársegéd.

Völgyesi dr. suggestív productiójának egy ízben magam is tanúja voltam, amikor a klinika férfi fekvő osztályát vezettem. Ekkor ő az általa a klinikára behozott médiumán hideg fémtárggyal való érintésre égési sebet akart kiváltani. A legnagyobb szigorúsággal keresztülvitt ellenőrzés mellett a kísérlet teljes sikertelenségéről győződünk meg. Völgyesi dr.-ral ezen esettől eltekintve, soha semmiféle vonatkozásban nem állottam.

Budapest, 1928 október hó 14-én.

Kémeri Dezső dr.
kórházi főorvos,
v. klinikai tanársegéd.

Völgyesi dr. 1922-ben a Bőrklínikára behozta egyik betegét, akinek csuklóján állítólag suggestív eljárással hideg tárggyal való érintésre égési sebet váltott ki. Az égési sebet tényleg láttam, azonban annak előidézése nem a klinikán történt és annál én nem voltam jelen. Éppen ezért tartottam szükségesnek nyomatékosan figyelmeztetni Völgyesi dr.-t, hogy bírálat tárgyává csak úgy tehetem eljárását, ha a seb előidézése az általa elmondott módon, ellenőrzésem mellett történt. Völgyesi dr. erre készséggel vállalkozott. Mint Kémeri dr. nyilatkozatából is kitűnik, a legnagyobb szigorúsággal keresztülvitt ellenőrzés mellett a kísérlet teljesen sikertelen volt.

Ezenkívül a klinikától való megválásom után, csupán egy esetben próbálkoztam Völgyesi dr. sugges-

tív kezelési módszerével, amikor egy sexualis zavarokkal küzdő betegnél vettem igénybe; a beteget három hétig kezelte, de eredmény nem mutatkozott.

Budapest, 1928 október hó 14-én.

Lesskó Jenő dr.
kórházi főorvos,
v. klinikai tanársegéd.

Völgyesi Ferenc dr. úrnak nyilatkozata kapcsán kijelentem, hogy ajánlatára suggestív úton kezeltettem magamat erős dohányzási szenvedélyem ellen. Völgyesi Ferenc dr. úr ezenkívül neurastheniás fiamat is 4-5 ízben kezelte. Eredményt, sajnos, egyikünkönél sem ért el.

Arról, hogy a bőrklinika tanársegédei klinikai vagy magánbeteget küldtek Völgyesi Ferenc dr. úrhoz, nincs tudomásom.

Budapest, 1928 október 13-án.

Kollarits Béla dr.
kórházi főorvos,
v. bőrklinikai tanársegéd.

Völgyesi dr. nyilatkozatának utolsó pontjában hivatkozik arra, hogy a „tanársegédi karból többekkel közösen kezelt magánbetegeket“ és „a legteltesebb kartársi nexust tartotta fenn“. Az enyémen kívül azonban neveket nem említ.

A rám való hivatkozásra Völgyesi dr.-nak a következő eset adott lehetőséget. 1927 június 9-én magánrendelésemen megjelent Völgyesi dr.-nak soraival egy kiterjedt ekzemában szenvedő betege, akit szaktanács kérés céljából küldött hozzám. A beteget ellátván, Völgyesi dr.-hoz visszaküldtem és azontul egyetlen alkalommal sem láttam.

Bárki küldhet tanácsért szakorvoshoz valamely szakmájába vágó beteget, akit az orvosnak kötelessége ellátni; szerintem azonban ez a cooperatio fogalmával nem azonos. Esetemben annál kevésbé áll ez fenn, mert Völgyesi dr. sem ezen eset előtt, sem utána, hozzám beteget nem küldött, én pedig magángyakorlatomban Völgyesi dr.-t tanácskérés vagy gyógykezelés céljából soha igénybe nem vettem. Arról sincs tudomásom, hogy a klinika orvosi karából bárki a magángyakorlatban hasonló célból fordult volna hozzám.

Az általam a klinikai ambulancián észlelt esetre vonatkozólag meg kívánom említeni, hogy Völgyesi dr. suggestív beavatkozása eredménytelen volt, mely tényről a szóbanforgó beteg tanúk által előttemezett írásbeli nyilatkozatot adott. E szerint „...hivatalbeli főnököm és házi orvosom ajánlatára Völgyesi Ferenc dr. urat kerestem fel. Ő minden előzetes vizsgálat nélkül bajomat* nagyfokú neurastheniámmal hozta összefüggésbe és ezért suggestív kezelést ajánlott, megígérvén, hogy teljesen meg fogok gyógyulni. Körülbelül 2-3 héten át (vasárnap kivételével) naponként kétszer suggerált. Eredmény egyáltalában nem mutatkozott, amit én felemlítettem Völgyesi dr. úrnak, amire magyarázatul azt mondta, hogy ilyen súlyosan ideges embernek 100 bogara van, amelyből ha 60-at kiűz, 40 megmarad. A 60-nak elpusztítását a beteg nem érzi meg, éppen ezért a kezelés folytatását ajánlja. Részben az anyagi megterhelést nem bírva, részben az eredménytelenség miatti bizalmatlanságom folytán a kezelést megszüntettem. Völgyesi dr. úr a továbbiakban felajánlotta az ingyenes kezelést, melyet azonban nem vettem igénybe. Recept- (rendelvény) képen két megjelent saját könyvét és egy idegen nyelvből fordított munkáját vettette meg velem és ugyanakkor receptjén két általam

* Lichen ruber planus.

most már nem ismert theát rendelt. Később ismét vizs-
szatértem a bőrklinikára, ahol a rendelő tanársegéd úr
(*Földvári Ferenc dr.*) kérdésére, hogy hol voltam eddig,
elmondottam, hogy *Völgyesi dr.*-nál jártam. Bajom
hosszú kezelés után teljesen *Völgyesi dr.* úr gyógykeze-
lése nélkül szűnt meg.

Budapest, 1928 október hó 14-én.

Földvári Ferenc dr.
klinikai tanársegéd.

Az elhangzott nyilatkozatok alapján az ügyet a
magam részéről a következő összegezéssel zárom le:

1. *Völgyesi dr.* úrral a klinikán kívül mindössze
egyszer consultáltam. Ez alkalommal és csakis töle
magától értesültem nekem valószínűtlenül hangzó der-
matoterapiái sikereiről, mire alkalmat adtam neki
arra, hogy gyógyeljárásának dermatoveneriologiai
hasznavehetőségét a klinika controllja mellett bemu-
tassa.

2. Ebből a célból négy beteget jelöltem ki a klini-
kán, akiket *Doros Gábor dr.* tanársegéd úrnak ellenör-
zése mellett *Völgyesi dr.* úr saját belátása szerint tény-
leg kezelte is. Az eredmények sivársága tekintetében már
nyilatkoztam. A hemiplegiás betegekre vonatkozó meg-
jegyzéseim *Doros dr.* főorvos, akkori tanársegéd úrnak
naponkint, sajátkezűleg vezetett kórtörténetén ala-
pultak.

3. Nincsen tudomásom arról, hogy a tanársegéd
urak bármelyike klinikai vagy más beteget küldött
volna *Völgyesi dr.* úrhoz gyógykezelés céljából. Nin-
csen nyoma írományaimban, hogy *Völgyesi dr.* úr ma-
gánrendelésekre betegeket utasított volna; de ha ez
mégis megtörtént, akkor, az általános orvosi szokások
szerint, bizonyára esetről-esetre válaszoltam a hozzám
intézett kérdésekre, anélkül, hogy ezzel vele munkatársi
viszonyba léptem volna. Ilyenről csak akkor lehet be-
szélni, ha egyesek közösen kitűzött cél megoldása érde-
kében, megosztott szerepekkel, közös és parallel mun-
kálkodásra szövetkeznek; miközöttünk legfeljebb egy-
oldalú kérdés történnhetett, mert én a magam részéről
Völgyesi dr. úrnak tanácsait vagy közreműködését —
a négy klinikai eset kivételével és főleg az azokon ta-
pasztaltak után — soha nem kértem ki.

4. Hogy a klinikai tanársegédek bármelyike mor-
phinista lett volna, arról most hallok először. A dohány-
zási szenvedély leküzdésére irányuló kísérle-
téről — és sok egyébéről — hallottam, minthogy azonban
én csak a dermatologiai vonatkozásokkal foglalkozom,
erre nem térek ki.

5. A klinikán kezelt eseteknek a sajtóban való is-
mertetésére *Völgyesi dr.* úr nem kérte ki beleegyezése-
met; kénytelen voltam tehát subjectiv beállítása és a
klinikának magánközléseibe való bevonása ellen tilta-
kozni. Lehetséges, hogy *Völgyesi dr.* úrnak eljárása jó-
hiszemű; ebben az esetben azonban terapiája nem any-
nyira suggestiv, mint autosuggestiv volt.

Nékám Lajos.

VEGYES HÍREK

A Budapesti Kir. Orvosegyesület f. évi október
hó 20-án, szombaton délután 6 órakor tartja évad-
nyitó nagygyűlését, melynek tárgya: 1. *Korányi Sán-
dor* báró elnöki megnyitója. 2. *Balassa-előadás*, tartja:
Bálint Rezső: Gyulladás, savbasisegyensúly, constitutio.

A Magyar Röntgentársaság október 22-i ülésének
tárgysorozata: *Bemutatók: Révész Vidor dr.*: Egy
sajátságos csikyszerű kép a jobb tüdőcsúcsban. *Koppen-
stein Ernő dr.*: Tanulságos cholecystographiás lelet.
Előadások: Weisz Á. dr. és *Holitsch R. dr.*: A II. inter-
nationalis Röntgen-congressuson (Stockholm) tartott

előadások és viták stb. ismertetése. *Bársony T. dr.* és
Koppenstein Ernő dr.: Az alsó lebenyesűcs infiltratu-
mának egy típusos alakja. (Az áthúzott infiltratum.)

A Budapesti Önkéntes Mentő Egyesület folyó
évi október hó 23-i ülésének napirendje: *Kenyeres
Balázs dr.* egyet. ny. r. tanár: A mentők és az igazság-
szolgáltatás. *Bodó Jenő dr.* egyesületi főorvos: A Kra-
mer-féle sinek gyakorlati alkalmazása töréseknél. —
Érdekesebb esetek megbeszélése. Ülés után társas-
vacsora.

A Magyar Elmeorvos Egyesület X. Értekezletét
Scholtz Kornél dr. államtitkár úr védnöksége alatt
október 21., 22. és 23-án a Budapesti Kir. Orvosegyesület
Semmelweis-termében tartja. A harmadik ülés a Kir.
Magyar Pázmány Péter Tudományegyetem Elme- és
Idegkórtani Klinikájának tantermében lesz. *Munka-
rend*: Október hó 20-án, szombaton este 8 órakor tár-
sas-vacsora a Klotild-étteremben. *Október 21-én, d. e.
10 ó.* Elnöki megnyitó. Titkári jelentés. Referatum:
„Milyen mértékben és milyen feltételek mellett lehetne
az elmebetegek cselekvőképességét szerződések és vég-
rendelkezések tekintetében elismerni nem vitatott elme-
betegség esetében és úgynevezett világos pillanatok fel-
vétele nélkül is?” című referatum orvosi megvilágítás-
ban. *Előadó: Németh Ödön.* *Előadások: Nádas Berta-
lan* ügyvéd: Elmebetegek nevelhetésének, büntethető-
ségének pszichológiai feltételeiről. *Mandel Ignác*: Az
imbecillitásról. *Október 21-én d. u. 4 ó.* *Előadások: Nagy
László* ny. tanítóképző-intézeti felügyelő: Paedagogiai
biológia. *Goldberger Márk*: A mellőzött gyermek. *So-
mogyi István*: A betegségegység kérdése a pszichiatriá-
ban. *Csörsz Károly*: Van-e összefüggés a leptosom és
eurysom alkat-typus és az egyes vércsoportok között.
Csörsz Károly: Vizsgálatok a szélességi-hosszúsági in-
dex által jellemzett fejakat öröklődéstani viszonyaira
vonatkozólag. *Thurzó Jenő*: Lipiodolos radiographia.
Okt. 22-én d. e. 10 ó. A Kir. Magyar Pázmány Péter
Tudományegyetem Elme- és Idegkórtani Klinikáján.
Referatum: Kórszövettan és elmekórtan. *Előadó:
Schaffer Károly.* *Előadások: Miskolczy Dezső*: A schi-
zophrenia kórszövettanáról. *Balassa László*: Adatok az
epilepsiás tünetcsoport aetiologiájához. *Október 22-én
d. u. 4 ó.* *Előadások: Ráth A. Zoltán*: Első tapasztalatok
a közkórházi ideg- és elmeosztály-rendszerrel. *Keresz-
tes Gyula*: Depressiós betegek gondozó ápolása. *Bene-
dek László és Thurzó Jenő*: A gerinevelőfolyadék tus-
reakciója. *Kulesár Ferenc*: A suboccipitalis punctio
jelentőségéről. *Széky Antal és Fischer Lajos*: Lumbal-
punctio után fellépő meningismusok kezelése. *Nagy
Mihály és Markovits György*: Újabb therapiás kísérle-
tek schizophreniánál. *Kaufmann Irén*: A paralysis
progressiva malariás lázkezelése gyógyhatásainak
ellenőrzése pszichológias vizsgálatokkal. *Október 23-án
d. e. 10 ó.* Referatum: Psychologia és orvostudomány.
Előadó: Ranschburg Pál. *Előadások: Kollarits Jenő*:
A különbözős felismerése, mint elmeorvosi vizsgáló
módszer. *Hönigsfeld Jenő*: Stylus a lelki típusok.
Október 23-án d. u. 4 ó. *Előadások: Schusztér Gyula*:
A hypnotikus jelenségekről és azoknak a szervezethez
való vonatkozása. *Eisler M. József*: A kényszerneuro-
sistről. *Gimesiné Hajdu Lili*: A gyermekkori neurosi-
sokról. *Rácz Jenő*: A környezet hatása a neurosisok ki-
alakulásában. *Sombor József Antal*: Az ember értéke.
Balta Gyula: Májképzőművek hatása a lázkezelések-
okozta anaemiák esetében. *Indítványok: Goldberger
Márk*: Gyűjtse össze, állítsa össze és adja ki a Magyar
Elmeorvosok Társasága az eddig magyar nyelven meg-
jelent ideg- és elmeorvosok körébe eső irodalom
név- és tárgysorozatát, megjelenési helyét. *Csörsz Ká-
roly*: Az 1930-ban tartandó Kongresszus egyik refera-
tumaként az ideg- és elmebetegségek öröklődéstana tü-
zessék ki. Elnöki zárszó.

Orvosok kedvezményes tanulmányútja Egy-
ptomba. A kairói nemzetközi orvoscongressus alkalmá-
ból a Budapesti Orvosok Turista Egyesülete igen elő-
nyös feltételek mellett rendez társas kirándulást Egy-
ptomba, Athén — Alexandria — Kairo — Helouan — Luxor

megtekintésével december 9—26-ig. Gyorsvonal II., hajó I. osztály, a teljes ellátás költsége tagok részére 1350 P. vagy visszafelé Nápoly, Róma, Flórenc megtekintésével december 9-től 31-ig 1790 P. A résztvenni szándékozók október 25-ig jelentkezzenek a Corvin gyógyszerárban (VII, Erzsébet-körút 6.), ahol közelebbi felvilágosítást nyerhetnek.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága október hó 13-án tartotta XIV. közgyűlését, melyen a ministeriumok, egyetemek, tudományos egyesületek nagy számmal vettek részt. **Scholtz Kornél dr.** államtitkár és **György Tibor dr.** h. államtitkár a Népjeléti, **Molnár Sándor dr.** ministeri titkár a vallás- és közoktatásügyi ministert, **Ajkay Zoltán dr.** tábornokorvos a honvédelmi ministert, **Gerlóczy Zsigmond és Csordás Elemér** a székesfővárost, **Verebélly Tibor dr.** az Igazságügyi Orvosi Tanácsot, **Grósz Emil dr.**, **Bárány Sándor dr.**, **Bálint Rezső dr.**, **Tóth István dr.** a budapesti, **id. Imre József dr.**, **Rigler Gusztáv dr.**, **Ditrői Gábor dr.** a szegedi, **Csikó József dr.** a debreceni, **Ángyán János dr.** és **Heim Pál dr.** a pécsi egyetemeit, **Lobmayer Géza dr.** a poliklinikát képviselték. **Grósz Emil dr.** elnök ismertette az orvosok továbbképzésének jelenlegi helyzetét külföldön és nálunk. 1928-ban tavaszkor Budapesten és a vidéki egyetemeken hét tanfolyamot tartottak 308 orvos számára, az őszi tanfolyamok fedezet hiányában nem voltak megtarthatók, ez évben tehát 317 orvossal kevesebb részesült továbbképzésben, mint 1927. évben. Az iskolaorvosi tanfolyamok is szünetelnek. Németországban évente 80 városban rendeznek továbbképző tanfolyamokat, melyeken 10.000 orvos vesz részt. Egyetlen évben a tuberculosos tanfolyamokon 1800 orvos, a venereus tanfolyamokon 1900 orvos részesült továbbképzésben.

A tanfolyamok csekély számát nem pótolhatja az, hogy az **Orvosképzés** folyóirat 1927-ben 50 íven 86 cikket közölt. **Johan Béla dr.** titkári jelentésében a Népjeléti Ministerium támogatásával ez év őszén tartandó tisztiorvosi továbbképző tanfolyamokat ismertette, melyeken 24 tisztiorvos vehet részt.

A bizottság beható eszmecserét folytatott s egyhangúan elhatározta, hogy a kormánytól az eddiginél fokozottabb támogatást fog kérni. 7000 orvos továbbképzéséről van szó. A beteggyógyítás, az élet és egészségvédelem, tehát az ország létérdeke kívánja, hogy az orvosok a tudomány haladásával lépést tartsanak. Ez csak akkor lehetséges, ha a közoktatásügyi kormányzat a tanfolyamok megtartását lehetővé teszi, s ha a népjeléti ministerium s a törvényhatóságok a vidéki orvosoknak a tanfolyamokon való résztvehetését céljából anyagi támogatást nyújtanak. Az országnak 327 községi s 474 körorvosa van, legalább ezek időszakonként való továbbképzéséről kell gondoskodni. Eppen tízévtől, 1918 október hó 14-én intézett **id. Wekerle Sándor** akkori miniszterelnök, **gróf Zichy János** vallás- és közoktatásügyi s a belügyminiszterhez átiratot, melyben tudatta, hogy a király az orvosok továbbképzése iránt meleg érdeklődéssel viseltetik, s felkérte miniszter társait, hogy az orvosi továbbképzés sikere érdekében minden lehetőet elkövessenek.

Nemibetegségek statisztikája. Az Országos Közegészségügyi Egyesület Antiveneriás Bizottságának f. évi október hó 6-án tartott ülésén az elnöki bejelentések során szóba került a nemibetegségeknek statisztikai adatgyűjtése is, mely január 1-től december 31-ig tart. Az értekezlet nagy meglepetéssel vette tudomásul, hogy a bejelentések az orvosok túlnyomó nagy száma részéről lankadatlan buzgalommal folynak. Január 1-től június 30-ig az Orsz. Központi Statisztikai Hivatalba közel 33.000 bejelentőlap érkezett és elég szép számban teljesítik az orvosok abbéli köteleességüket is, hogy bejelentendő esetek híján a negatív jelentéseket is heten-

kint beküldik. A statisztikai kimutatások lehető pontossága érdekében a negatív jelentések is nagyon fontosak. Július és augusztus havában, amikor a legtöbb orvos szabadságra megy, a magánpraxisból származó bejelentések csökkentek, de szeptember óta ismét szaporodtak. Az Antiveneriás Bizottság sajnálattal értesült arról, hogy különösen a fővárosi orvosok húzódoznak a törvényes köteleességük teljesítésétől és még a nemibetegségek szakorvosainak is kb. 12%-a nem küldi be a hetijelentéseket. Sőt még mindig vannak kartársak, akik egyáltalában semmiféle, még negatív jelentést sem küldenek és ez a körülmény, ha az utolsó két hónapban nem reparálódik, nemcsak rontja statisztikánk értékét, hanem reputációnkat a külföld előtt is esorbitálni fogja. Nagyon fontos volna, ha az illető kartársak visszamenőleg is, de legalább az utolsó két hónapban hetijelentéseiket pontosan beküldnék. Fontos közegészségügyi érdekről van szó és nekünk, kik Csonka-Magyarország egészséges lakosságát gyarapítani akarjuk, minden eszközt meg kell ragadnunk, melyel az annyi munkaképtelenséget okozó és az élettartamot rövidítő nemibetegségek ellen küzdhetünk.

Az Orvosi Évkönyv 1929. évi 39. évfolyamának kérdőívei már mind szétküldtek. Felhívjuk mindazon t. orvos urakat, kik kérdőívet bármely oknál fogva nem kaptak, vagy elvesztették, hogy egy második példányt adataik pontos beiktatása érdekében (esetleg telefon útján) mielőbb bekérjenek. **„Magyarország Orvosainak Évkönyve” szerkesztősége**, Budapest, VII, Kertész-u. 16. Telefon: József 406—47.

A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdültelepei (**Kunszt János**) című könyv kapható. Fűzött példány ára 650 pengő, ízléses egészszáson kötésben 8— pengő. Az összeg előzetes beküldésekor a kiadóhivatal költségmentesen küldi.

Soós Aladár: Étrendi előírások című könyvének második kiadása megjelent és 5 pengőért kapható minden könyvkereskedésben és a kiadóhivatalban.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint okt. 7—okt. 13-ig előfordult:

Hasi hagymáz	62	(6)	Gyermekegényi láz	—	(—)
Küteges hagymáz	—	—	Bárányhimlő	36	—
Hólyagos (ál-)himlő ..	—	—	Járv. fültőmirigylob ..	5	—
Kanyaró	3	—	Vérhas	26	3
Vörheny	26	5	Járv. agygerincagyhártyalob ..	—	—
Számárhurut	7	1	Trachoma	8	—
Roncs. torok-, gégelob ..	76	2	Veszétség	—	—
Influenza	8	—	Lépfene	—	—
Ázsiai kolera	—	(—)	Paralýsis infant.	2	(—)

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

A szerkesztő fogadóóráját kedden és pénteken 12—1-ig tartja.

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

Lapunk mai számához Richter Gedeon Vegyészeti Gyár Rt. Budapest, Acetophosan, Kalmopyrin, Hydro-pyrinról szóló prospektusa van mellékelve.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

Úri házbán
két bútorozott szoba kiadó
rendelőnek alkalmas. Érdeklődni lehet Abonyi-kávéházban,
Aréna-út 17. Telefon: J. 380—56.

LEGTÖNÉLEKESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A
LYSOFORM
KIDARTAN SZAGTALAN NEM MÉRGEZŐRŐK ÉS KÖRÖMÖKREK NEM ÁRT



PALACE-SANATORIUM DR. HECHT

Modern physikalisch-diaetikus magaslati
gyógyhely, 1080 m magas.

SEMMEERING

Különlegesség: Hízó-, diéta-, nap-,
levegő- és Lahmann-kúra.

FŐORVOS

ORVOSI HETILAP

Alapította **MARKUSOVSKY LAJOS** 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

T A R T A L O M:

Bálint Rezső: Gyulladás, savbásisegyensúly, constitutio. (1229—1237. oldal.)

Rausch Zoltán: A májtherapia hatása a Biermer-féle és az egyéb eredetű anaemiákra. (1237—1241. oldal.)

Frigyesi József: Műteti eljárás a hüvelyráknak és a szomszédos végbélrészletnek együttes kiirtására. (1241—1244. oldal.)

Detre László és Mirgay Sándor: A magaslati klímán fellépő vörösvérsejtszaporodás okáról. (1244—1245. oldal.)

Kunecz Andor: Adatok a méhvérvázak terapiájához. (1245—1246. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (177—180. oldal.)

Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Urologia. — Szülészeti és nőgyógyászat. (1246—1249. oldal.)

Könyvismertetés: (1249—1250. oldal.)

A Kir. Orvosegyesület október 20-i XCII. nagygyűlése. (1250—1251. oldal.)

A német pharmacologusok nagygyűlése. (1251—1252. oldal.)

A János-kórház és a kórházi orvosok magángyakorlata. (1252—1253. oldal.)

Vegyes hírek: (1253—1256. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Gyulladás, savbásisegyensúly, constitutio*.

Írta: *Bálint Rezső dr.* egyet. ny. r. tanár.

Amennyire megtisztelő volt rámnézve az Orvosegyesület igen tisztelt igazgatótanácsának felszólítása az idei Balassa-előadás megtartására, épp oly elfogultság veszt most rajtam erőt, midőn ezen felszólításnak eleget akarok tenni.

Mert úgy érzem, hogy ennek az előadásnak nem lehet az az egyszerű célja, hogy egy tudományos kérdés megvitatásához szolgáltatassak anyagot, nem lehet az a célja, hogy azzal egy részletkérdés megvilágításához járuljak hozzá. Arra szeretnék törekedni, hogy előadásom megfeleljen annak a gondolatnak, melyet Balassa nevének emléke köztünk képvisel; Balassáé, akinek egész működése, minden törekvése, s elméjének minden megmozdulása, sőt szívének minden dobbanása az önálló magyar orvostudomány felépítését szolgálta. S midőn előadásomnak tárgyát kiválasztottam, még azt is szem előtt akartam tartani, hogy oly témáról beszéljek, amellyel valamiképpen érintkezést találók Balassa tudományos gondolkodásának szellemével. Ez utóbbi vállalkozás volt a könnyebb. Mert ha Balassa szűkebb működési köre a sebészet volt is, széleskörű tudományos műveltsége, az egész orvostudományra kiterjedő tudományos gondolkodása a nagylátókörű, a részletek felé emelkedni tudó tudóst jellemzi. Természettudós volt a szó legjobb értelmében. „Elvünk — mondja —, hogy a törvényeket szerkesztő és gondolatokat teremtő ész az életből és csak innét vegye tárgyait, és hogy a gyakorlat szigorú latjára vesse hálás emlékü eleink hagyományait, szintűgy, mint az újabb kor minden szüleményeit” — „az élő, s valót kell látnunk, vizsgálunk s megvizsgálunk, a természet nagy könyvéből kell tanulunk, hogy tudományunk folyama tiszta forrásból eredjen, melyet holt betű soha nem képes kipótolni.” S e szavakat 1843-ban mondja, amidőn

az előző évtizedek tudományos systemáival szemben, még csak kezdi erősebb gyökereit hajtani a realis megismerésekre alapított orvostudomány. Bármely tudományos tema tehát, melynek megvilágításához saját erőmből is hozzájárultam, megfelel a Balassa-féle gondolatnak; de úgy vélem, hogy abban a szerencsés helyzetben vagyok, hogy előadásom tárgyával még olyan terrenumot is érinthetek, melynek gondolata, újabbszerűsége dacára már Balassában is élt. Akkor, amidőn a szervezet physiologiás és pathologiás működésének megismerésében a sejt jelentősége kezd még csak principiummá erősödni, amikor tehát a szervezet működését a legkisebb szövetelemnek, a sejtnak működésében látják kifejezve, akkor a Balassa szavaiban megtaláljuk nyomait az orvostudomány mai legfiatalabb irányzatának, amely az életfolyamatokban a szervezet egészét helyezi előtérbe. „A természet műveibe — mondja — önkéntes osztályozást nem ismer, s az állati életműködés külön idomú és szerkezetű képletei mindmégannyi alkotórészei egy egésznek, egy oszthatatlan valónak, amelynek részeiben a közérő éltetőleg elárad, s onnét ismét az egész fönttartására visszasugárzik.” Nem a constitutio jelentőségének gondolata-e az, ami Balassának a szavaiból kihangzik. Legyen szabad tehát olyan vizsgálatokról beszámolnom, amelyeknek egyik célja a constitutio nagyon is bizonytalan, határozatlan fogalmába, bizonyos fokig realitásokat belevinni, amely realitások tudományos cautelálkkal végzett vizsgálatok eredményei, s amely vizsgálatoknak nagy részét magam és klinikám személyzete végezte.

Vizsgálataink az ulcuskérdésből indultak ki. Több mint egy évtizede foglalkozunk az ulcusnak klinikájával és pathológiájával, s az észlelt esetek százai egyrészt arról győzték meg bennünket, hogy az ulcus klinikájában számos ellentmondás okoz nehézségeket a figyelmes észlelőnek, másrészt arról, hogy az ulcus pathológiájában is igen nehezen értelmezhető jelenségek találhatók. Amellett szólnak e jelenségek, hogy az ulcus ventriculi nem egy egyszerű localis megbetegedése a gyomornak, amelynek keletkezését bárminő a gyomorfallal anyagihiányát létrehozó folyamattal meg-

* A budapesti kir. Orvosegyesület 1928 október 20-i nagygyűlésén tartott Balassa-előadás.

magyarázni lehetne. Hogy ne mondjak mást, csak az az egy tény, hogy a gyomorfekély kimetszése után az illető egyén gyomrában az esetek igen nagy számában új fekély keletkezik, kétségtelenül amellel látszik szólni, amit egyebekben *Bergmann* és mások is hangsúlyoztak, hogy a gyomorfekély keletkezése és fennállása bizonyos általános pathogenetikus folyamat mellett az illető beteg egyéni tulajdonságaiban leli magyarázatát, vagyis, hogy a gyomorfekély keletkezéséhez és fennállásához bizonyos constitutionalis factorra is szükség van.

Ezen elméleti megállapításnál azonban sokkal nehezebb volt az a kérdés, hogy miben gyökeredzik ezen constitutionalis factor. *Bergmann* azon felvétele, hogy az ulcusos egyének vegetative stigmatizáltak, nem elégíthetett ki bennünket egészen. Az ő gondolata az volt, hogy az ilyen egyének vegetatív idegrendszerének változott tonusa folytán izomcontractiók jönnek létre a gyomorfalban, amelyek a gyomorerek szűkítése révén hoznak létre táplálkozási zavarokat. S ugyan- csak ezen contractiók gyakorisága az, ami a táplálkozási zavarok révén az ulcus fennmaradásához vezetnek. Azonban semmi sem bizonyítja azt, hogy a muscularis propria és mucosae contractiója az emberben tényleg létrehoz táplálkozási zavarokat; annál is inkább mondhatjuk ezt, mert a hasi szervek egyéb megbetegedései kíséretében, így specialisan cholelithiasisnál igen gyakoriak a gyomorizomzat spasmusai, anélkül, hogy azok fekély képződéséhez vezetnének. Gyomor-ulcusok is rendszeren létrehozhatnak állandó spastikus összehúzódásokat erosio- vagy ulcuskövetkezmény nélkül.

Másban kellett tehát a constitutionalis factort keresnünk s további vizsgálataink útját az ulcus klinikája és nevezetesen therapiája mutatta meg. Az alkalitherapia nagy jelentősége volt megint az a momentum, amelyet a klinikai tények teljesen megmagyarázni nem tudtak. Ma már kétségtelen, hogy ha ulcus mellett hyperaciditás van jelen, úgy az nem oka, hanem következménye az ulcusnak s mégis az alkali-adagolás meggyógyítja az ulcust; ezt annak idejében nekünk sikerült először Röntgen-képen demonstrálni, ma már a tankönyvek mint közismert tényt írják le. De klinikai vizsgálataink azt is mutatták, hogy ulcusos egyének igen nagy százalékban hypaciditást, sőt bizonyos kis százalékban anaciditást is mutatnak, s ezek a hyp-, illetve anacid ulcusok alkaliákra éppen olyan jól gyógyultak, mint a hyperacidok, vagy normacidok. De hasonló ellentmondások mutatkoznak egyébként is az ulcus klinikájában. Az ulcusfájdalom létrejöttének pl. semmi köze sincs a gyomorban történő savképződéshez; emellett szóltak bizonyos savanyú oldatokkal végzett kísérletek, valamint Röntgen-vizsgálatok is, de kétségtelenül a mi vizsgálataink döntötték el e kérdést. Gyomorfekélyben szenvedő egyénnel fájdalom közben ál-táplálkozást végeztettünk, amelyre a fájdalom megszűnt, dacára annak, hogy gyomrából tömegesen tudtunk savat kiszivattyúzni; e kísérlet kétségtelenné teszi tehát, hogy a fájdalmat nem a gyomorsav maró hatása hozza létre, és az alkaliák mégis megszüntetik a gyomor-fájdalmat és nemcsak megszüntetik, hanem meg is előzik annak létrejöttét. Mind e tények tehát kétségtelenné tették azt, hogy mikor alkálival jó hatást érünk el, az nem a gyomorsav közömbösítése útján történik, hanem valamiképen az alkaliáknak a szervezet nedveibe való jutása révén. Ez a gondolat volt az, ami arra indított bennünket, hogy figyelmünket az ulcusos betegek savbázegegyensúlyára felé irányítsuk, amire az a körülmény tett ben-

nünket specialisan képessé, hogy klinikámon *Holló Gyula* és *Weisz István* oly methodusokat dolgoztak ki, amelyek a savbázegegyensúlyra vonatkozó, különben körülményes és nehézkes vizsgálatokat aránylag könnyen és sorozatosan tették kersztülvihetőkké.

Ezen vizsgálatokat igen kiterjedt beteganyagon végeztük, úgyhogy százon felüli ulcusos beteg adatait vagyunk képesek összehasonlítani százon felüli nem-ulcusos egyén adataival és pedig olyanokéval, akik vagy nem voltak betegek, vagy nem olyan betegségben szenvedtek, amely a savbázegegyensúlyra befolyást gyakorolna.

A megfelelő cautelákkal végzett vizsgálatok tényleg mutattak bizonyos eltéréseket az ulcusosok és nem-ulcusosok vérreactiója között, amely eltérések abban állanak, hogy az ulcusosok és nem-ulcusosok vérreactiója között egy bizonyos eltolódás áll fenn és pedig olyan irányban, hogy az ulcusosok vérreactiója általában savanyúbbnak mutatkozik a nem-ulcusosokénál. Ugyanakkor úgy az alkali rezerv, mint az alveolaris szénsavtensio értékei normalisaknak mutatkoznak.

Egy más vizsgálati sorozatunk azonban egy más eltérésre is rámutatott, amely ulcusosok és nem-ulcusosok között fönnáll. Ha normal egyénnek bizonyos mennyiségű natrium hydrocarbonatot, vagy más alkalikus oldatot adunk intravenásan, úgy az a vérből hamarosan eltűnik és a vizelet alkalikussá válik. Ulcusbeteg nagy részénél azt találtuk, hogy az alkali szintén eltűnik a vérből, de viszont nem jelenik meg a vizeletben. Arra kellett gondolnunk e jelenségből, hogy az a valami, ami az alkali a szövetekben visszatartja, az a szövetek savanyú reactiója, illetve alkaliaviditása. Erre két okból is gondolhattunk. Először azért, mert ezen jelenségeket mesterségesen is elő tudtuk idézni, normal egyénen is. Ha normal egyénben, aki az alkali normalisan kiválasztja, a savbázegegyensúlyt savanyú phosphatok adagolásával a savanyú irányban eltoljuk, úgy az ezen eltolódás ideje alatt az alkali nem választja ki. Másodszor azért, mert ha folytatólagosan és bőségesen adunk alkali az ulcusos betegeknek, úgy azt egy idő múlva normalisan kiválasztotta; vagyis midőn a szövetek elég alkali kaptak reactiójuk közömbösítésére, a többit már nem tartották fogva, s az a vizeletben megjelent. Tekintve, hogy a szövetek reactiója kis differentiáinak mérésére egyelőre még megfelelő methodikával nem rendelkezünk, e vizsgálati eredményekből következtettünk indirecte a szövetek reactiójának savanyú eltolódására.

E következtetésünket azonban még más vizsgálatokkal is igyekeztünk alátámasztani.

Így például normal egyénen a diureticumok a vizeletet alkalikusabbá teszik, ulcusos betegeken azt találtuk, hogy ez sokkal kisebb mértékben történik. Normal egyén vizelete, próbareggeli hatása alatt, tehát a gyomorsavsecretio folytán, lényegesen alkalikusabbá válik az előbb ürített vizeletekhez képest, ulcusos egyén vizelete, hasonló körülmények között, lényegesen kisebb fokú alkalizálódást mutat. A táplálkozás reactiójának változtatása révén is találtunk különbségeket ulcusos és normal egyének között. Míg normal egyén vér pH-ját, miként azt *Hassellbalch* és mások, valamint saját vizsgálatainkból is tudjuk, a táplálkozás reactiójának megváltoztatása nem befolyásolja és miként a mi vizsgálataink mutatják, nem befolyásolja az alkaliürítést sem, addig ulcusos betegek vérreactiója a táplálkozás alkalikussá tétele következtében alkalikusabbá válik és egyszersmind alkaliürítésük is fokozódik, szintén annak jeléül,

hogy a táplálék útján bejutott alkali a szövetek megköti.

Mindezen adatokból tehát arra a következtetésre jutottunk, hogy ulcusos egyének vérének és szöveteinek reakciója a normalisakéhoz képest a savanyú irányba tolódott el.

Ezen leletek alapján már most számos kérdés merült föl. Az első ezek közül az volt, hogy ezen reactioeltolódás az ulcus fönnállásával minő viszonyban áll. Az ulcus hozza-e létre a savanyú eltolódást, vagy utóbbinak van-e valami befolyása az ulcus fönnállására. Előbbire annál is inkább gondolhattunk, mert hasonló savanyú eltolódást találtunk más megbetegedések keretében is, így specialisan cholelithiasis és asthma bronchialisban szenvedő egyéneken, de mindig csak akkor, mikor a betegség activ stadiumban volt. Rohammentes időben, teljes nyugalomban, a savanyú eltolódás a normalis reakciónak engedett.

E kérdést eldöntötte 22 olyan egyén vizsgálata, akinél hónapokkal, illetve évekkel ezelőtt ulcus miatt nagykiterjedésű gyomor-resectio történt, s akik azóta teljesen jól érezték magukat. Ezen egyének reactioviszonyai teljesen az ulcusos egyének reactioviszonyainak feleltek meg, s így ennek az alapján jutottam ahhoz a megállapításhoz, hogy az ulcusos egyének savanyú reactioeltolódása constitutionalis eredetű, nem látva még tisztán azon módokat és lehetőségeket, amelyek egy ily constitutionalis factor keletkezését magyarázzák.

Hogy ez a kérdés hogy áll, arra előadásom keretében még vissza fogok térni.

Tisztázódván ilyenformán ez a kérdés, fönnállott a másik és pedig a nehezebben megválaszolható, hogy vajon a reactioeltolódásnak van-e valami köze az ulcus fönnállásához. Az ezirányban megindított vizsgálatainkban segítségünkre jöttek bizonyos irodalmi adatok. Az ulcus pathogenesise kérdésének nehéz megoldhatósága abban rejlett, hogy állaton kísérleteileg oly körülmények között, amelyek az emberi pathológiában is szerepelhetnek, az emberihez hasonló ulcust létrehozni alig sikerült. Nagyon sokféle módon sikerült a gyomorban anyagihiányokat létrehozni, azok azonban hamarosan begyógyultak és nem váltak chronikussá. Chronikus ulcusokat tudtak azonban produkálni *Katzenstein* és *Gundelfinger*, és pedig olyan módon, hogy az állat gyomrában anyagihiányt hoztak létre és az állatnak azután rendszeresen savat injiciáltak. Az anyagihiányok tényleg nem gyógyultak meg és az emberi ulcushoz hasonlókká váltak. Ezen kísérleteket magunk is megismételtük több kutyán, megfelelő controllokkal, s tényleg azt találtuk, hogy míg a normal kutyának anyagihiánya hamarosan begyógyult, addig a savinjekciókkal kezelt kutyák anyagihiánya gyógyulási tendenciát alig mutatott. Az anyagihiányok szöveti vizsgálata, amelyet *Budai* tanár úr volt szíves ellenőrizni, azt mutatta, hogy a savval kezelt állatok anyagihiányában a proliferativ folyamat lényegesen háttérben áll a normál kutyákéval szemben, s a gyulladás inkább exsudativ jelleget mutat.

Katzenstein említett kísérleteinek alapgondolata az volt, hogy a savinjekcio az állat vérének antipepsintartalmát csökkenti; így hiányzana az a védelem, amelyre az anyagihiánynak a további emésztődéssel szemben szüksége volna. Hogy ez a kiindulási pont nem volt helyes, azt egyszerűen tudtuk bizonyítani. Az anyagihiányokat az állatok bőrén csináltuk, ahol az antipepsin jelentősége elesik és ugyanazt találtuk; a savanyú oldatokkal kezelt állatok bőrsebe nem mutatott gyógyulási tendenciát mindaddig, míg a sav-

adagolást meg nem szüntettük, amikor is a gyógyulás gyors tempóban indult meg. A szövettani vizsgálat természetesen ugyancsak a proliferatio visszamaradását mutatta a savval kezelt esetekben. E kísérletek eredményei tehát arra mutattak, hogy a szervezet reakciójának savanyú irányban való eltolása a szervezetben lefolyó proliferativ folyamatokat akadályozza s közelfekvővé tette azt a gondolatot, hogy az ulcus ventriculi gyógyulási tendenciájának hiánya valamilyen kapcsolatos az ulcusos egyének savbasisegyensúlyának savanyú irányban való eltolódásával.

Kerestünk azonban még egy módot arra, hogy kimutassuk azt, hogy az az aránylag nem nagyfokú savanyú reactioeltolódás, amelyet az ulcusosok vére mutat, tényleg elegendő-e arra, hogy a proliferatiós folyamatok kifejlődését gátolja. E célra alkalmas methodusnak kínálkozott az, amelyet *Macht* és *Lubin* inauguráltak, s melyről egy ízben itt az orvosegyületben *Gerlőczy* számolt be, saját vizsgálatai alapján. E methodika a vérsavónak a fejlődő növényi csirára gyakorolt hatásának megállapításában áll. E kísérletektől főleg egy okból vártunk felvilágosítást. Már *Gerlőczy*nek feltűnt kísérleteiben, hogy ulcusos egyének vérsavója a *lupinus albus* csirájának növekedését más vérsavókkal szemben gátolja; ő azonban nem állapította meg azt, hogy a gátlás oka a serum milyen tulajdonságában keresendő. Ha már most a mi alapgondolatunk igaz, hogy a savanyú vegyhatás az, ami a proliferativ folyamatot gátolja, úgy ennek igazságát positiv kísérleti eredmény esetén bizonyítani tudjuk azáltal, hogy az egyént alkaliszáljuk, tehát a kísérleti körülményeket megfordítjuk, s vizsgáljuk, hogy az így alkaliszálva tett ulcusos savó a csirafejlődésre minő hatást gyakorol.

A kísérlet technikája aránylag egyszerű. A *lupinus albus* (fehér csillagfürt) magvát 12 órai víz-átáramoltatással megduzzasztjuk, majd a duzzadt képleteket hilusukkal lefelé fordítva, három napra finom nedves turfába tesszük, három nap múlva a már gyökeres képleteket lemosva, s a gyökerek hosszát milliméter-papíron lemérve, kémcsövekbe helyezük azokat, amely kémcsövek tartalmazzák a vizsgálandó folyadékot. Egy kísérlethez a hagymákat úgy válogatjuk össze, hogy azok gyökérhossza a kísérlet elején lehetőleg egyforma legyen, majd 24 és 48 óra múlva újból lemértük a gyökérhosszakát. Egy kísérlethez mindig 5–10 hagymából álló serieszt állítottunk be, hogy így a növekedés individualis különbségeinek jelentőségét csökkentsük. A vizsgálandó savó hígítására mindig az előírás szerinti Shive-oldatot használtuk. Kísérleteinket több csoportban végeztük, amelyek röviden a következők: A kísérletek első csoportjában azt vizsgáltuk, hogy ha egy egyén savójának reakcióját *in vitro* natr. hydrocarbonat, illetve sósavoldattal meglúgosítjuk, illetve megsavanyítjuk, úgy a különböző reakciójú savók minő befolyást gyakorolnak a csiranövekedésre. E kísérleteink azt mutatták, hogy a reakciónak ily irányban lényeges befolyása van, és pedig nevezetesen a savanyú reactio negativ befolyása mutatkozik legpregnansabban. Kísérleteink következő csoportjába azt vizsgáltuk, hogy hogyan viselkedik a csiranövekedés különböző reakciójú savókban, ha az illető savó reakciója már az élő egyénben, tehát *in vivo* változtatattik meg. E célra egészséges egyének vérreakcióját natrium hydrocarbonat, illetve ammoniumphosphat adagolásával meglúgosítottuk, illetve megsavanyítottuk s ezen egyének savójának hatását hasonlítottuk össze nem befolyásolt egyének savójának hatásával. Kísérleteink szintén azt mutatták, hogy

az emberi savó aszerint befolyásolja a gyökér növekedését, hogy normalis reakciójú-e vagy annál savanyúbb, illetve alkalikusabb és pedig oly eredménnyel, hogy a savanyú reakciójú savó a normalishoz viszonyítva a növekedést gátolja, míg az alkalikus előmozdítja.

E kísérletek annál is bizonyítóbbaknak látszanak, mert *ugyanazon egyén* savója mutat ellentétes hatást aszerint, hogy az illető egyén vérreakcióját savanyú, illetve alkalikus irányba toljuk el. Végre igen sok vizsgálatot végeztünk ulcusos egyénekben és pedig oly módon, hogy az ulcusos egyén savójának hatását befolyásolatlanul hasonlítottuk össze egy normal egyén savójának hatásával, majd az ulcusos beteget Sippy-kúra útján alkalizáltuk, s az így alkalikussá tett savót hasonlítottuk össze ugyanazon normal egyén savójával; az összehasonlítási alap ilyen módon ugyanaz maradt, ami a hatás változásának megítélésében nagy jelentőséggel bír. E kísérleteink egybehangzóan azt mutatták, hogy az ulcusos egyének vérsavója, normal egyénével szemben, gátolja a gyökér növekedését; a gátlás megszüntethető azáltal, hogy az ulcusos egyént néhány napon át bőségesen alkalizáljuk, amikor is most már normalis reakciójú, vagy annál is alkalikusabb savójuk nemcsak gátolja, hanem esetleg még fokozza is a gyökér növekedését. Ebből viszont az következtethető, hogy a gátlást az ulcusos savó reakciójának savanyú irányban történt eltolódása okozza és pedig annál is inkább, mert a gátló, illetve fokozó hatás nagyjában párhuzamosan halad a vérsavó actualis reakciójának mértékével. Azt hiszem, hogy e kísérletekkel egy újabb adatot sikerült szolgáltatnunk annak bizonyítására, hogy az ulcus gyógyulási tendenciájának hiányát, legalább részben, az ulcusos egyének vérenek és szöveteinek savanyúbb vegyhatása okozza, kimutatván azokkal azt, hogy proliferatív folyamatokra kétségtelen befolyást gyakorolnak olyan, aránylag kicsiny reakciókülönbségek, amilyenek ulcusok és egyéb egyének savói között fennállanak.

Ha a tényeket egybevetjük azon klinikai tényekkel, amelyeket előrebocsájtottam, s amelyek azt látszottak igazolni, hogy az alkaliáknak úgy az ulcus gyógyulására, mint a fájdalmakra gyakorolt jó hatását nem a gyomorsav közömbösítésében, hanem a szervezet reakciójának alkalikus irányban való eltolásában kell keresnünk, s ha hozzávesszük azt, hogy e tények az ulcus klinikájának számos más megnyilatkozását is megmagyarázzák, amint azt monographiámban részletesen kifejtettem, úgy talán nem szerénytelenség, ha azt mondom, hogy ez az ulcustheoria az, amely egyrészt pozitív tényeken alapszik, másrészt az összes theoriák közül leginkább magyarázza meg minden segédtheoria nélkül az ulcus pathológiájának és klinikájának minden kérdését.

E vizsgálataink azonban az ulcus terrenumáról egy más, sokkal szélesebb jelentőségű terrenumra vittek bennünket, s ez általában a gyulladás kérdése. A proliferatív folyamat, amely az ulcusnak a gyógyulásához vezet, a gyulladásnak egy phasisa, s így, midőn az ulcus gyógyulási tendenciáját befolyásoló momentumokat kerestük, általában a gyulladás pathológiájának területére léptünk. Fel kell tehát vetnünk a kérdést, hogy az, amit az ulcus ventriculinál kimutatunk, áll-e általánosságban is, vagyis mondhatjuk-e azt, hogy a vér és a szövetek reakciójának savanyú eltolódása mindenféle gyulladásos folyamat proliferatív phasisát károsan befolyásolja. Hogy ez így van, arra látszottak utalni már azon előbb említett kísérleteink, amelyek szerint nemcsak a gyomornyálkahártya mes-

terséges anyaghiányainak, hanem állatok bőrén ejtett anyaghiányoknak gyógyulását is kedvezőtlenül befolyásolta, ha az állatok vérreakcióját savadagolással savanyú irányba toltuk el. Nem egészen látszottak azonban egyezni ezen felvételünkkel az irodalom adatai. A legszembetűnőbb ellentét látszott mutatkozni ezen felvételünkkel egyes sebészek vizsgálati eredményeiben. *Sauerbruch* és *Hermannsdorfer* foglalkoztak e kérdéssel és azt találták, hogy a táplálkozás reakciója lényegesen befolyásolja a sebgyógyulást és pedig olyan irányban, hogy a sebgyógyulásra a savanyú táplálék gyakorol serkentő befolyást. A savanyú táplálkozás hatása alatt, miként az ő vizsgálataik mutatták, a vér reakciója, amint az várható is volt, nem vált savanyúvá, az alkali reserv azonban megesökkent, ami tekintve, hogy így a vér pufferhatása csökken, a localis lobos acidosis fokozódásához vezethet; ezen indirect savhatás volna tehát az a kedvező feltétel, amely a sebgyógyulást elősegítené. A savanyú vegyhatástól hasonlóképen jó hatást láttak *Clairmont* és *Eiselsberg* klinikáján is. Más szerzők, így *Luithlen*, *Chiari* és *Januschke*, valamint újabban *Wirtz*, a lobkészség fokozódását látták föllépni az állat, illetve egyén savanyítása után, tehát exudatióra való fokozott hajlamosságot. *Gaza* és *Brandt* szerint acut gyulladások alkalikus, chronikus folyamatok savanyú vegyhatással volnának kedvezően befolyásolhatók. Az irodalom adatainak részletes ismertetésére nem térhetek ki, azonban már ez a néhány adat is mutatja, hogy e téren minő ellentétek mutatkoznak. Ezen ellentétek megértésére és talán kiküszöbölésére, a következőket kell fontolóra vennünk. Mindenekelőtt a sebészek vizsgálatai fertőzött sebekre vonatkoznak, s akkor, midőn a táplálkozással a szervezet reakcióját megváltoztatni akarják, ezen reactiováltozás a kórokozónak szól, aminthogy *Hermannsdorfer* vizsgálatai arra irányultak, hogy a táplálkozás különbsége hogyan befolyásolja a sebesírók mennyiségét, minőségét és támadó erejét, és azt eredményezték, hogy a savanyú vegyhatás csökkenti a baktériumflorát és annak virulenciáját. A sebészek ilyenformán a kórokozók életfeltételeinek kedvezőtlen befolyásolása útján indirecte hatnak a sebgyógyulásra. Hogy ez így van, az legjobban kiviláglik *Clairmont* tapasztalataiból, aki staphylococcus és coli okozta sebfertőzéseknel jó eredményt látott a savanyítástól, streptococcus-fertőzéseknel ellenben nem. Az egyes baktériumok reactio optimuma még nem teljesen tisztázott, de tisztázható kérdés, s így a kórokozók életfeltételeinek reactiováltozás útján történt kedvezőtlen befolyásolása, ha az eddigi vizsgálatok tovább is beigazolódnak, jó eredménnyel járhat a sebgyógyulás szempontjából, ha az egészen individuílisan, az illető baktériumok fejlődési optimumának szemmel tartásával történik. De ez viszont semmit sem mond arra vonatkozólag, hogy a szövetek lobos reakciójának optimalis vegyhatása a gyulladás szempontjából milyen. Ha a kórokozó virulenciáját lecsökkentjük, illetve, ha a kórokozót elpusztítjuk, úgy a seb meggyógyul, de ez még nem jelenti azt, hogy a gyógyulás azért következett be, mert a létrehozott vegyhatásváltozás a szövetek gyógyulási tendenciáját segítette elő. Így gondolkozik *Wirtz* is, amidőn azt mondja, hogy a gyulladásnak savanyítással, illetve alkalizálással való befolyásolásának kérdését el kell választanunk egy infectiosus megbetegedés, vagy egy sebfertőzés gyógyulásának kérdésétől.

Egy másik szempont azonban, amelyet a különböző vegyhatásoknak a *gyulladás* lefolyására gyakorolt hatása kérdésében tekintetbe kell vennünk, az az,

hogy tulajdonképpen a gyulladás melyik phasisáról van szó. A gyulladásnak van assimilativ és dissimilativ, vagy más elnevezéssel destructiv és constructiv phasisa, amelyeknek biológiai körülményei nem lehetnek egyenlők.

A gyulladás bizonyos reactiv folyamatok összessége, melyet egy szövetsérülés vált ki. Ezen szövetsérülés folytán localisan fokozott és megváltozott anyagcsere jön létre, amely a szervezet physikochemiai constans értékeit, nevezetesen az isoionitát, az isotoniát és az isothermiát megváltoztatja, amely változásokon kívül a szövetnedvek különböző anyagcserebomlástermékekkel telnek meg (hyperpoikilia — *Schade*), aminek, mint látni fogjuk, szintén van jelentősége a lobos folyamat továbbfejlődése szempontjából. A szövetsérülést a capillarisok tágulása, stasis, exsudatio, leukocystakivándorlás követi. E jelenségek azok, amelyeket mint alterativ, illetve exsudativ folyamatokat ismerünk s ezek együttvéve azok, amelyeket *Gaza* a dissimilativ phasis névvel jelölt meg. Ezt követi a tönkrement szövet pótlása, a granulatio, tehát a proliferativ folyamat, amely a gyulladás folyamatának assimilativ, constructiv része. A dissimilativ phasisban, mint mondtuk, bizonyos physikochemiai változások uralkodnak a helyzetet; kétségtelen, hogy ez így van az assimilativ phasisban is. *Schade* mondja: „Számos az állati sejt szaporodási és növekedési jelenségeit érintő physikochemiai észlelet annak valószínűségét mutatja, hogy a gyulladás proliferatív sejtfolyamatainak is megvannak a maguk physikochemiai feltételei.” A két phasis azonban egymással ellentétes. Az egyikben szövetpusztulás, a másikban szövetképzés, az egyikben rombolás, a másikban építés. Már eleve is valószínűnek kell gondolnunk, hogy ha e folyamatokban physikochemiai változások szerepet játszanak, azoknak egymással ellentéteseknek kell lenniük.

Nézzük, hogy állunk ezen physikochemiai változások s azok hatásának ismeretében. Mint mondtuk, e physikochemiai változások különbözők s kétségtelen, hogy azok közül mindeniknek van több-kevesebb jelentősége a lobos jelenségek létrehozásában (így pl. az osmosisnyomás fokozódásának az exsudatióban), mindezekre azonban kitérni nem akarok, s specialisan a H-hyperionia jelentőségéről óhajtanék néhány szót szólni.

Hogy a gyulladás destruktiv, dissimilativ phasisában acidosis és pedig nagyfokú acidosis keletkezik, az ma már kétségtelen tény, ezen acidosis jelentőségére nézve azonban egyes lobos jelenségek létrehozásában a vizsgálati adatok némi eltéréseket mutatnak. Ezen vizsgálati adatok tárgyalására szintén nem térhetek ki, csak annyit mondhatok, hogy a capillarisok tágulása, az érfalak átengedőképességének megváltozása, a fájdalom, a szövetek autolysisének fokozódása, a leukocyták vándorlása, azok a lobos jelenségek, amelyek keletkezésére a vizsgáló adatai szerint a H-hyperionia, ha talán nem is kizárólagosan, de kétségtelen befolyást gyakorol.

Ezen vizsgálatok szerint tehát kétséget nem szenved, hogy az acidosis a gyulladás alterativ és exsudativ jelenségeinek lefolyásában lényeges szerepet játszik.

Kevésbé ismeretesek azon physikalís chemiai viszonyok, amelyek a gyulladás proliferativ, tehát assimilativ stadiumában uralkodnak. Olyan vizsgálatok, amelyek a proliferáló folyamatok physikochemiai vonatkozásait tisztáznák volna, hivatva, alig vannak. Ez érthető is, ha tekintetbe vesszük azokat a nehézségeket, amelyek az újonnan képződő szövet vegyhatásának direct megállapítása elé tornyosulnak. Mint

mondtuk *Schade* is, aki a gyulladás physikochemiájának egyik úttörője, csak azt mondja, hogy kétségtelen, hogy a gyulladás proliferativ stadiumának is megvannak a physikalís chemiai feltételei.

Melchior és *Rahm*, valamint *Hertzen* és *Nisniewitsch* kimutatták, hogy a granuláló szövet közepe és széle, illetve a bőr között potentialdifferentia áll fenn, oly értelemben, hogy a granuláló szövet alkalikusabb a bőrnél. Ezen potentialdifferentia villamosárammal való fokozása a granulatio fokozódását vonta maga után.

Hasonló eredményre jutottam, mint már említettem, az ulcus pathogenesisére vonatkozó vizsgálataim közben, ha részben indirecte is. Az találtam t. i., hogy mesterségesen akár a gyomorban, akár a bőrön létrehozott anyagihiányok gyógyulása lényegesen visszamaradt, ha az állatok savbasis egyensúlya savanyú irányban tolatott el; viszont rögtön megindult, ha a savanyítás megszüntetett, vagy az állat alkalikus oldatokat kapott. Az OH-ionnak a proliferativ folyamatokra gyakorolt serkentő hatását egyebekben alacsonyrendű élőlényeken már *Loeb* és mások is kimutatták.

De e mellett szólanak a klinikai tapasztalatok is. A gyulladás assimilativ stadiuma, amely a szövetpusztulás útján létrejött anyagihiány pótlását, tehát a gyógyulást hozza létre, fordított arányban van a dissimilativ stadiummal. Mindaddig, míg a szövetpusztulás, exsudatio, leukocytosis jelen van, mindaddig a szövetpótlás késik, s a teljes gyógyulást, a hegesevést bevezető kötőszövetrostképzés nem indul meg. Ezen ú. n. paraplasmus anyagok képződését tehát gátolja a bomlási folyamat, amelynek uralkodó vegyhatása a savanyú. Mindezek tehát amellett szólnak, hogy a gyulladás assimilativ stadiumának feltétele alkalikus reactio. A kérdés ezen pontján merül fel azonban egy másik igen fontos problema: a formativ-inger kérdése.

A formativ-inger kérdése már nagyon régen foglalkoztatja a pathologusokat és biologusokat s a kérdésnek igen nagy irodalma fejlődött. Nem lehet célja ezen előadásnak ezen egész irodalom tárgyalása, viszont egyes fontosabb oldatokra reá kell mutatnunk, annál is inkább, mert *Gaza* a savanyú reakcióban keresi a formativ-ingert. *Virchow* tétele úgy szólott, hogy maga a gyulladást okozó inger volna a formativ-inger is. Az újabb vizsgálatok révén ez a tétel már nem állhat meg. Az idevonatkozó biológiai vizsgálatok azt mutatták, hogy a különböző physiologiás formativ-ingereken kívül (mint pl. a belső secretio termékei) a sejtek pusztulása alkalmával keletkeznek anyagok, melyek formativ-ingert gyakorolnak. Ezen anyagok szerepének jelentőségére a gyulladás folyamán tulajdonképpen *Haberland* kísérletei mutattak rá. *Haberland* vizsgálatai alapján tudjuk, hogy növényi szövetek megsértésekor anyagok keletkeznek, amelyek a sértett sejtekből a szomszédos szövetekbe diffundálnak, s ott sejtoszlásokat okoznak. Ugyanilyen anyagok keletkeznek a szöveteknek spontan bekövetkezett, vagy mesterségesen létrehozott autolysisénél, s ezen anyagokat *Haberland*nak sikerült extrahálni is. *Haberland* ezen anyagokat Wundhormonoknak, illetve Nekrohormonoknak nevezte el. Kétségtelen, hogy hasonló anyagok az állati szervezetben is képződnek s nagyon is közel áll az a gondolat, hogy gyulladásos folyamatoknál is a szövetszétesés létrehozta bomlási anyagok azok, amelyek a szövetpótlást megindító ingert képviselik.

Ezen vizsgálatok tehát azt bizonyítják, hogy amint azt a klinikusok főleg *Bier* hangoztatta, a gyul-

ladás assimilativ folyamatát a dissimilativ folyamat közben keletkezett lobos anyagcseretermékek indítják meg. Hogy ezek erősen savanyú vegyhatásúak, az kétségtelen, s így helyesnek tűnhetik fel *Gaza* felvétele, mely szerint a formativ inger főleg a savanyú vegyhatásban keresendő, aminek megfelelően *Gaza* és *Brandi* azon klinikai észlelete, hogy chronikus fekélyes folyamatoknál savhatással a granulatio fokozása hozható létre. Az azonban, hogy a savnak közvetlen formativ-ingert gyakorló hatása volna, már csak azért sem kétségtelen, mert — miként mondtuk — a H-hyperionia a szövetautolysist fokozni képes, s így abban az esetben, ha a savnak a poliferatiót serkentő hatása van, úgy az azáltal is jöhet létre, hogy a szövet-szétesés fokozása útján újabb sebhormonok képződéséhez vezet. Annál is inkább kell erre gondolnunk, mert *H. Reiche* (*Haberland* tanítványa) kimutatta, hogy csak olyan szövetnedv gyakorol formativ-ingert, amely nincs átfiltrálva, s így szövetrészeket tartalmaz.

De ha úgy áll is a dolog, hogy a savanyú vegyhatás akár közvetlenül — valószínűbben közvetve — formativ-ingert fejt ki, az még nem mondja azt, hogy a poliferativ folyamat lefolyásának domináló reakciója a savanyú, vagyis, hogy a proliferativ folyamat savanyú reactio mellett folyik le, annál is kevésbé, mert mint mondtuk, nem is valószínű, hogy két oly ellentétes folyamat, mint a szövetlebonthatás és felépítés hasonló physikochemiai viszonyokat teremtsen, illetve igényelne.

A kérdés tehát következőképpen áll:

Kétségtelennek látszik, hogy a gyulladás első u. n. dissimilativ phasisában keletkező H-hyperionia e phasis jelenségeinek létrehozásában jelentékeny szerepet játszik.

Nem egyértelműek az eredmények abban az irányban, hogy a savanyú reactio mesterséges fokozása e phasis jelenségeire minő befolyást gyakorol és nincsenek egyértelmű adataink abban az irányban, hogy az assimilativ phasis domináló vegyhatása milyen, illetve melyik vegyhatás az, amely proliferativ folyamat lefolyásának feltételül, illetve elősegítőjül tekinthető.

E kérdések eldöntésére számos kísérletet végeztünk a vezetésem alatt álló klinkán, amelyet még kivonatossan sincs módomban ezen előadás keretében elmondanom. Eppen ezért csak néhány adat bemutatására szorítkozom.

Az első kérdés, amelyet felvetettünk, tehát az volt, hogy az aciditás fokozása befolyásolja-e a gyulladás dissimilativ, destructiv phasisát?

E célból állat- és emberkísérleteket végeztünk és pedig lehetőleg úgy, hogy az idegen factor, nevezetesen a baktériumok képviselte pathológiás tényező ki legyen küszöbölve.

Állatkísérleteinket oly módon végeztük, hogy u. n. sterilgyulladást idéztünk elő tengeri malacokon terpentín-olajnak a lágyrészekbe való befecskendezése útján. Az állatokat 6—6-os csoportokban vizsgáltuk, miután sósav, illetve natrium hydrocarbonat adagolásával szerevezetüket savanyúbbá, illetve lugosabbá tettük. Mindegyik állat 0.5 cm terpentínolajat kapott subcutan a jobb comb külső felületére. Az állatokat 50 napon át figyeltük, naponta regisztrálva azon elváltozásokat, amelyek az injectio nyomán keletkeztek. Észleléseink azt mutatták, hogy a kétféle reakciójú állatok között lényeges differentiák mutatkoztak. A savanyú állatokon sokkal hamarabb és sokkal nagyobb fokú infiltratum keletkezett, mint az alkalikusokon. A savanyú állatok infiltratuma hamarosan nyílt anyag-

hiánnyá változott, melynek cafatos, genyes, alávájt felülete volt, sőt az állatok nagy részénél a végtagok peripheriás részei a lábujjak, egyeseknél az alszár is áldozatul esett a gyulladásnak s nekrotikusan levált. Ezen állatok legnagyobb része el is pusztult, s gyógyulást csak alig néhány állaton tudtunk constatalni. Az alkalikus állatok duzzanata mint mondtam, lényegesen kisebb volt, egyesek meggyógyultak anélkül, hogy kifelé nyílt anyagihiány képződött volna, másoknál kisebb ilyen anyagihiányok mutatkoztak, amelyek egyideig való genyedés után, szabályszerű sarjadzással és hámosodással gyógyultak. Ezen állatok közül elvéve veszítettünk el csak egyet-egyet. Kétségtelenül mutatták ezen kísérletek, hogy úgy a szövetpusztulás, mint az exsudatio a savanyúbb vegyhatású állatokban igen lényegesen praevaleált az alkalikusokhoz képest.

Emberen végzett kísérleteink azt igyekeztek tisztázni, hogy befolyásolható-e a Pirquet-féle reactio a savbásisegyensúly megváltoztatása által. A bőr lobkészségének befolyásolására már számos kísérlet történt és pedig positiv eredménnyel. Már *Luithlen* vizsgálataiból tudjuk, hogy sósav-adagolás állatok bőrét lobingerekkel szemben érzékenyebbé teszi. *Wirtz* vizsgálatai emberen ugyanezen eredménnyel jártak, ő azonban csak a bőr reakcióját változtatta meg iontophoresis útján és nem az általános savbásisegyensúlyt befolyásolta. Számos vizsgálatot találunk ezután, amelyekben különösen *Török Lajos* és munkatársai arra a kérdésre keresnek feleletet, hogy különböző physikalikus és egyéb behatások hogyan befolyásolják a bőr érzékenységet lobot okozó anyagokkal szemben. Mindezekre a megállapításokra most nem térhetek ki, viszont olyan kísérlet, amely a bőr lobkészségét az általános savbásisegyensúly megváltoztatásával emberen igyekezett volna befolyásolni, a mieink előtt nem történt.

Vizsgálatainkat nem tuberculosos betegeken végeztük és pedig oly módon, hogy a betegek a két alkar hajlító oldalán kaptak 1—1 intracutan-injectiót, amellyel $\frac{1}{100}$ mg altuberkulint vittünk be a bőrbe 0.10 cm² mennyiségben. 48 óra múlva olvastuk le a reakciót. Tekintve, hogy mint tudjuk, egy bőrreactio egy közvetlenül utána keletkezőt positiv irányban befolyásol, az első reactio leolvasása után eljárásunkat ugyanolyan körülmények között megismételtük, s csak mikor a következő reactio az előzővel szemben érdemleges eltérést nem mutatott, kezdtük meg a beteg vér pH-jának meghatározása után ammoniumchlorid, illetve natrium hydrocarbonat adagolásával savanyú, illetve alkalikus reactioeltolódást létrehozni. Háromnapi ilyen periodus után ismételtük meg az oltást és újabb 48 óra múlva regisztráltuk az eredményt, igyekeztünk minden subjectivitást kiküszöbölni. A különbségek több irányban nyilvánultak meg. Megmértük mindenekelőtt magának a dudornak az átmérőjét, megmértük a körülötte keletkező lobos udvarnak átmérőjét és megállapítottuk a dudor színét. Kilenc egyénen végeztünk ilyen vizsgálatot, s azt találtuk, hogy magában a dudor nagyságában is vannak különbségek, a savanyúbb reactiojú egyének javára, még kifejezettebb különbségek mutatkoznak azonban a lobos udvar nagyságában és a dudor színében, mely savanyú reactio mellett kilenc eset közül hétben élénkpiros, kettőben halványpiros, lúgos reactio mellett viszont kilenc közül öt esetben egészen halvány, s csak négy esetben piros, de e közül is kettőben halványabb, mint a savanyú reactio mellett.

E vizsgálati eredmények tehát azt mutatták, hogy az allergiás bőrreactio befolyását a szervezet reakciója kétségtelenül befolyásolja. E befolyás mechanizmusát azonban kétféleképpen is értelmezhetjük. Gondolhatunk

arra, hogy a reactio változása az egész szervezet allergiás viselkedését befolyásolja, de gondolhatunk arra is, hogy magának a bőrnek nem specifikus lobbkészsége az, ami megváltozik, sőt arra is, hogy mind a két tényező szerepet játszik. E kérdés tisztázása szempontjából kísérleteink még folynak, azonban tekintve azt, hogy *Wirtz* a bőrnek különleges megsavanyításával annak lobbkészségét fokozni képes volt, kétségtelennek mondhatjuk, hogy a savanyúbb ractiójú egyénekben a cutan-reactio erősbödésében a bőr nem specifikus lobbkészségének fokozódása kétségtelen szerepet játszik.

Mindezen adatok tehát amellel szólnak, hogy a vegyhatás savanyúbb volta a gyulladás dissimilativ-destructiv phasisának jelenségeit lényegesen fokozni képes, ami megegyezik azon ténnyel, hogy ezen phasis jelenségeinek létrehozásában a hydrogen hyperionia kétségtelen szerepet játszik.

Vizsgálatainknak egy másik csoportja arra irányult, hogy vajjon a gyulladás assimilativ, constructiv phasisát a savbasisegyensúly minő változása befolyásolja. Erre vonatkozólag vizsgálataink közül egyesek eredményeit már felemlítettem, nevezetesen azokat, amelyek szerint savval kezelt állatok gyomor- és bőrsebei hiányos gyógyulási tendenciát mutatnak normal, illetve alkalival kezelt állatokéhoz képest. Ezen kísérleteink azonban még bizonyos kiegészítésre szorultak. A savkezelés tudniillik sósavnak, vagy savanyú phosphatoknak adagolásában áll, s arra lehet gondolni, hogy ezen savanyú anyagok valamiképpen mérgezőleg hatnak a szervezetre, amiáltal azok reactióképessége csökken.

Igyekeztünk tehát a sebgyógyulási kísérleteket olyan körülmények között végrehajtani, amely körülmények az emberben uralkodókéhoz hasonlóak. E célra a savanyítás oly módját választottuk, amely a vér- és szövetek szénsavtartalmának fokozása útján hozható létre, ami fokozott szénsavtartalmú levegőnek belélegeztetése útján érhető el. Azok a szénsavbelélegzési kísérletek, melyek a szénsavnak a savbasisegyensúlyra, a vérkeringésre, stb.-re gyakorolt hatásának vizsgálata céljából *Henderson*, *Eppinger* és mások végeztek, rövid tartamúak, legfeljebb néhány órák voltak, nekünk viszont a sebgyógyulás tanulmányozására hosszú tartamú, napokon, sőt heteken át tartó kísérletekre volt szükségünk. Klinikámon *Holló* és *Ernst dr.*-eknek tervei alapján sikerült oly apparatust készíttetni, amelyben a vizsgált állat légmentesen zárt szekrényben volt elhelyezve, amely szekrénybe gáztartó és keverő készülékből, egyenletes sebességgel tudtunk tetszés szerint 1–10% szénsavat tartalmazó levegőt bevezetni. A szekrényében az állatot napokon, sőt heteken át tudtuk így fokozott szénsavtartalmú levegőben tartani. A fokozott szénsavbelélegzés, mint azt már számosan kimutatták, a savbasisegyensúly eltolódásához vezet, amely eltolódás mechanizmusa ilyenformán azonos az emberben pathologikus viszonyok között előforduló savanyú eltolódás mechanizmusával.

Kísérleteinket részben nyulakon, részben tengeri malacokon végeztük, s mesterségesen ejtett anyaghiányok gyógyulási folyamatát vizsgáltuk, amely anyaghiányokat részben az állatok bőrén ejtettünk, részben a mélyebb izomzatból vágunk ki egy darabot. Ezen állatok gyógyulási reactióit olyan controllállatokéval hasonlítottuk össze, amelyeket ugyancsak az apparatus szekrénykéjében tartottunk, de oly módon, hogy a szekrénybe rendes szobalevegő került.

Több ízben győződünk meg arról, hogy a szénsavdús levegőben tartott állatok vére, tényleg lényegesen savanyúbbá válik. Már a bőrsebek makroszkopos

megfigyelése mutatta, hogy az anyaghiányok gyógyulása a savanyú állatokon sokkal lassabban megy végbe. Ugyanezt constatalhattuk mikroszkopikus vizsgálatok útján is. A savanyított állatok bőrsebeiben a normalisakéval szemben, miként a savinjectiókkal kezeltéken is láttuk, inkább az exsudativ gyulladás állott előtérben, s a fibroblastok, új erek és specialisan a kötőszöveti rostok képződése lényegesen háttérben maradt. Ami az izomsebeket illeti, részben ugyanezt a képet láttuk: a normalis állatokban sokkal előrehaladottabb a kötőszöveti képződés, mint a savanyúban. Ilyen lényeges különbségek mutatkoznak az izomrostok regenerációjában is. A normalállatokban az izomrostok vastos, a sejtszövetbe előtörő bimbókba mennek át, amelyek igen számos, élénken festődő magvat tartalmaznak, amely magvak helyenként az egész izombimbót kitöltik. A savanyú reactiójú állatok izomnyalábjai csak helyenként és sokkal kisebb mértékben mutatják a regeneratio jeleit.

E kísérletek tehát azt mutatták, hogy a vérreactiónak olyan módon való megváltoztatása, amely az élet különböző physiologiás és pathologiás állapotai-ban is szerepel, ugyanúgy befolyásolja a gyulladás lefolyását, mint a savak adagolásával történő reactio-változás.

Az volt azonban a véleményem, hogy a milieu reactiójának a szövetképzés befolyására gyakorolt hatását legtisztábban minden zavaró körülménytől menten, úgy vizsgálhatjuk, ha a szövettenyészetek fejlődését kutatjuk különböző reactiójú mediumokban. Ilyen vizsgálatokat tulajdonképpen már *Fischer Albert* végzett, amelyek azt mutatták, hogy a fibroblastoknak egy bizonyos növekedési optima van, amely a medium pH. 7.5–7.8-ának felel meg. Ezen vizsgálatok azonban, valamint más szerzők hasonló vizsgálatai is, amelyek bizonyos mértékig eltérő véleményt adtak az optimumot illetőleg, nem voltak alkalmasak arra, hogy az általunk felvetett kérdésre választ adjanak, dacára annak, hogy nagyjából azt mondták, amit a mi kísérleteink, hogy t. i. a savanyú vegyhatás a fibroblastok fejlődését károsan befolyásolja. Amiért a kísérleteket még sem tarthattam elegendőknek, annak oka az, hogy először is *Fischer* embrionalis szövetet dolgozott, másodsor pedig a medium reactióját oly tág határok között változtatta (5.5–8.5-ig), amilyen változások az étellel nem egyeztetethők össze. A kérdést tehát úgy tettük fel, hogy az életben előforduló reactio-változások gyakorolnak-e hatást és ha igen, minőt, a kifejlődött állat szövetével végzett kísérletekre. E kísérleteket klinikám két gyakornoka segítségével *Bartha Ödön dr.* úr a II. anatómiai intézet adjunctusa vezette. A kísérletek technikájára nem térhetek ki, csak annyit akarok megjegyezni, hogy kísérleteinkben a tenyésztett szerv kifejlődött állat lépe, a medium pedig ugyanazon állat vérplasmája volt, amelyet natrium hydrocarbonattal, illetőleg sósavval alkalizáltunk, illetve savanyítottunk. A medium reactióját részben a *Holló*–*Weisz*-féle, részben elektrometriás úton állapítottuk meg, amely értékek egyebekben teljesen egyeztek. Körülbelül 1000 sikerült léptenyészetet készítettünk, amelyek táptalajának kb. egyharmada normalis reactiót (pH. 7.56–7.60-ig) egyharmada savanyú reactiót (pH. 7.40 körül) s egyharmada alkalikus reactiót mutatott. Kísérleteink eredménye az volt, hogy a tenyésztés 48 órája után a szövetdarabkák növekedését illetőleg, a különböző mediumokban nagy különbség állapítható meg. A savanyú mediumban a tenyésztett lépdarabkák körül csak csekély fokú sejt kivándorlás észlelhető. A normalis mediumban a kivándorló sejtek zónája szélesebb és leg-

szélesebb az alkalikus mediumban, amelyben egyebekben a fibroblastképződés is megindul. Három nap múlva a különbségek talán még szembetűnőbbek: a savanyú mediumban még ekkor sem látható fibroblastképződés, a neutralis és lúgos mediumban igen, de a lúgosban sokkal erősebben, mint a neutralisban. Ezen tényezetekből háromnaponként transzplantatúkat csináltunk ugyanolyan vegyhatású mediumokba, mely transzplantatúkat viselkedése egészen hasonlóan mutatkozott az explantatúkéhoz. Vizsgáltuk még azt is, hogy a sejtszaporodás létrejöttének alsó- és felső reactio határa milyen. Kiderült, hogy pH. 7.2 alatti mediumban kifejlődött állat lépéből sejt kivándorlás egyáltalán nem észlelhető, transzplantatio után sem, viszont pH. 9.49 mediumban is észlelhető még fibroblastképződés. Az optimum pH. 7—8 körül van. E kísérletek tehát azt mutatják, hogy a felnőtt állat szövetei a savanyú vegyhatással szemben kevésbé resistensek, mint az embrionalis szövetek, de kétségtelenül mutatják azt is, hogy a milieu reactiójának már aránylag olyan kis differentiái is kétségtelen befolyással vannak a sejtek szaporodására és differentiálódására, amilyen különbségek az életben is előfordulnak, s ezen befolyás legkifejezettebb megnyilvánulása az, hogy a savanyú reactio a sejtproliferációt gátolja.

A felsoroltakon kívül vizsgálatainkat még igen sok irányba terjesztettük ki ezen kérdés tüzetesebb megvilágítása céljából, amely kísérletek egész complexumára azonban még egészen felületesen sem térhetek ki ezen előadás keretében. De egy-két kísérleti csoport eredményeit mégis egészen röviden vázolni szeretném. Az egyik kérdés az volt tudniillik, hogy specifikus gyulladások hogyan viselkednek a milieu reactiójának változtatása révén. Annál is inkább arra kellett gondolnunk, hogy specifikus gyulladások lefolyására is befolyást gyakorol a milieu reactiója, mert mint újabban *Hübschmann* és mások is kifejtették pl. a tuberculositis gyulladás lényegében nem különbözik egyéb specifikus gyulladástól; gondos vizsgálattal ott is minden esetben megtalálható a primaer szövetsérülés az azt kísérő exsudatióval, amelyet aztán nyomon követ a specifikus proliferációs folyamat. Vizsgáltuk tehát, hogy állatok reactiójának változtatása minő befolyással van a kísérleti tuberculositis fellépésére, lefolyására és szöveti képére. 130 tengeri malacon végeztünk vizsgálatot az eddig megállapított kautelák szigorú betartásával. Az állatok egyharmada kontrollnak szolgált, egyharmada naponta 5 cm³ n/10 sósavat és egy harmadik harmada pedig naponta 5 cm³ 8%-os natrium hydrocarbonat-oldatot kapott sondán a gyomrába. Csak a kísérletek eredményeiből óhajtok egy-kettőt elmondani. Ezek között az első az, hogy a fertőzőtlenség látható jelei nevezetesen a mirigymegnagyobbodások, a savanyított állatokon mutatkoznak legelőször. Ennek oka kétségtelenül az lehet, hogy a tuberculositis bacillus virulentiájának optimalis reactiója, miként azt *Schade* és *Claussen* kimutatták, közelebb áll a savanyú állatok reactiójához, mint a normal, vagy lúgos állatokéhoz.

A savanyított állatok élettartama is rövidebb, mint a normalis, illetőleg lúgos állatoké. Átlagban 68 nap, a normalisak 93, s a lúgosak 82 napjával szemben. A mi kérdésünk szempontjából azonban az egyes elváltozások minősége bír specialis fontossággal. Makroszkoposan az egyes állatesoportok tuberculositis folyamatai között lényeges különbség nem található, kétségtelen különbségek mutatkoznak azonban a szövettani leletekben. A szövettani vizsgálat t. i., amelyet részben *Budai*, részben *Balogh* tanár urak voltak szívesek ellenőrizni, azt mutatták, hogy a lúgos állatok elváltozásai-

ban egyrészt az óriássejtek száma jóval nagyobb, mint a savval kezeltékében, másrészt ugyancsak a lúggal kezelt esetekben a rostos kötőszövet szaporodás jóval erősebb, mint a savval kezelt esetekben. Tekintve, hogy mint az újabb vizsgálatok (*Herxheimer* és *Roth*) kétségtelenül tették, hogy az óriássejtek nem az epitheloidsejtek összeolvadásából keletkeznek, hanem amitotikus magoszlások útján egyidejű növekedéssel, a protoplasma oszlása nélkül, tehát sejtproliferációt jelentenek, kétségtelen, hogy az óriássejteknek és kötőszövetrostoknak a lúgos állatok elváltozásaikban való praevaleálása azt jelenti, hogy a tuberculositis gyulladásban is a lúgos vegyhatás fokozza és a savanyú vegyhatás csökkenti a productiv folyamatot.

Egy másik kísérletes csoport, amelynek eredményéről beszámolni akarok az, amelyet a vegyhatásnak a daganatok proliferációjára vonatkozólag végeztünk. E célból az Erhlich-féle rákkal oltottunk egereket, amelyek egyenlő táplálékához egy sóvegyületet kevertünk, amelynek fő alkotórészét az egerek egyharmadrészeiben natrium hydrocarbonat, egy másik harmadrészeiben savanyú phosphat, a harmadik harmadrészeiben könyhasó volt. A kísérletek eredménye az volt, hogy a savanyú táplálékban tartott állatok carcinomái a legkisebbek, az alkalikus táplálékban tartottaké a legnagyobbak voltak. A savanyú állatok közül maradt legtöbb életben (26-ból 10), az alkalikusakból a legkevesebben (30-ból 8).

Végre még csak egy kísérletről akarnék beszámolni és ez a vegyhatásnak a befolyása az állatok növekedésére. E célra egy anyától származó fiatal patkányok növekedését vizsgáltuk olyan módon, hogy azok felét lúgos, másik felét savanyú táplálékban tartottuk, ugyanúgy, mint a carcinomás egereket. Kilenc ilyen kísérletsorozatot végeztünk, melyek mindegyikében három savanyított és három lúgos állat fejlődését kísértük figyelemmel. A növekedési eredmények összehasonlítása azt mutatja, hogy a lúgos táplálékban tartott patkányok testsúlynövekedése nagyobb, mint ugyanolyan korú és kiindulási testsúlyú, de savanyú vegyhatású táplálékban tartott patkányokéi. Meggyőződöttünk arról is, hogy ezen növekedéstöbbletet nem vízvisszatartás hozta létre. Rendkívül érdekesek ezen állatok csontjainak fejlődési viszonyai. Már makroszkopice is Röntgen-vizsgálat útján konstatálhattuk azt, hogy az alkalikus táplálékban tartott állatok csontrendszere a savanyúkénál nagyobbak, fejlettebbek, de különösen szemléltetően mutatják ezt a csontokból készült metszetek.

E metszetek azt mutatják, hogy a kétféle vegyhatású állat csontjai között két irányban található eltérés; az egyik a mészpraecipitatio, amely az alkalikus állatnál tömegesebb, szélesebb. A mészgerendák jobban egybefolyanak és a diaphysis nagyobb területén található, mint a savanyítottnál. Valószínűnek kell tartanunk, hogy a mészpraecipitatio ezen különbségei a calciumanyagcsere különbözőségén alapul, amelyre mint tudjuk, a vér és szövetek vegyhatásának változása igen lényeges befolyást gyakorol. Felvetett a kérdésünk szempontjából azonban talán még érdekesebb a porcs sejtek viselkedése. Míg az alkalizált állatokban e sejtek nagyok, plasmájuk széles, maghatáruk éles és a növekedési zónában kisebb számban vannak jelen, addig a savanyított állatok sejtei kicsinyek, magjuk zsugorodott, határuk nem éles, a növekedési zónában nagy számban foglalnak helyet. A porcs sejteknek ezen fejlődési különbségeit kétségtelenül a vegyhatás változásának rovására írhatjuk.

Mind e kísérletekkel, amelyek végzett kísérleteink-

nék csak egy részét képviselik, talán sikerült bizonyítanom azt a tételt, amelynek bizonyítására törekedtem, hogy a savanyú vegyhatás a sejtproliferációt csökkenti, viszont az exsudációt fokozza, ezzel ellentétben az alkalikus vegyhatás bizonyos határig a sejt növekedését és proliferációját fokozza. Áll ez, mint láttuk, úgy a fejlődő egyén szöveteire, mint a daganatsejtekre és mint a gyulladásos folyamatokra általában.

Felmerülhet már most az a kérdés, hogy a vegyhatásváltozások ezen hatásának mechanizmusa miben keresendő. Ez irányban kísérleteink még folynak, de még lezárva nincsenek. Gondolhatunk arra, hogy a különböző vegyhatások a szövetkolloidok duzzadásának változtatása útján hatnak. Nagy víztartalom a szövetek növekedését siettet, vízelvonás nemcsak gátolja azt, hanem szövetszétesést is hozhat létre, viszont ismert tény, hogy az alkalikus vegyhatás vízviisszatartáshoz, a savanyú vízleadáshoz vezet. De gondolnunk kell arra is és eddigi vizsgálataink támogatni látszanak e felvételt, hogy a vegyhatás változása a sejtek lélekzését befolyásolja. Így Warburg mutatta ki, igazolva ezzen J. Loeb régi tételének helyességét, hogy a lúg a megtermékenyített petesejtek lélekzését fokozza, amikor is oszlásuk gyorsul. A milieu reakciójának a sejtek lélekzésére gyakorolt hatását mások is, így Ruffel, Ellinger és Landsberger stb. kimutatták.

Előadásom végéhez közeledvén, úgy érzem, hogy még valamivel adós maradtam. Előadásom címe úgy szól, hogy gyulladás, savbais egyensúly és constitutio; előadásom eddigi folyamán arról szoltottam, hogy a gyulladás minő viszonyban van bizonyos physikalisch-chemiai folyamatokkal, nevezetesen a reactio változásaival. Hátra volna még annak a kérdésnek egész rövid tárgyalása, hogy ezen vegyhatásváltozások vannak-e és minő viszonyban a constitutióval. Már előadásom első részében utaltam arra, hogy az ulcusos egyének reactioeltolódását constitutionalisnak tartom, miután az az ulcus operativ eltávolítása után is, gyógyult állapotban is fennáll, de nem szoltam arról, hogy ezen vegyhatáseltolódás hogyan illeszthető bele a constitutio fogalmába. E kérdésre csak rövid pár szóval térhetek ki.

A szervezetnek nagy reguláló apparatusa van a szervezet vegyhatása állandóságának szűk keretek közt való fenntartására. A reactio ezen állandósága azonban számos physiologiás és pathologiás állapotban szenved és mesterségesen is befolyásolható. A reactio-állandóság, az isoionia ezen zavarai vagy azáltal jönnek létre, hogy bizonyos körülmények között a reguláló mechanizmus elégtelenné válik, vagy azáltal, hogy a reguláló mechanizmus beállítása, nyugalmi állapota változik meg. A „Gesellschaft für Verdauungs und Stoffwechselkrankheiten“ 1927-i congressusán e témáról tartott referatumban előbbieket passiv, utóbbiakat activ regulációs zavaroknak neveztem. Ilyen activ regulációs zavar volna az, amely pl. ulcusosoknál, basedowosoknál, lázasoknál stb., stb. fennáll.

Mindezen lehetőségek közül csak arról óhajtok pár szót szólni, hogy vajjon constitutionalis tényezők hozhatnak-e létre ilyen activ regulációs zavarokat, tehát a vegyhatásnak bizonyos irányú eltolódását.

Erre vonatkozólag az irodalom szolgáltatott bizonyos adatokat már. Különösen Kraus és Zondek vizsgálatai voltak azok, amelyek rámutattak arra, hogy bizonyos ionok, nevezetesen a kalium és calcium, lényeges, szerintük döntő befolyást gyakorolnak a vegetatív idegrendszer tonusára. Ugyanezen ionok egyidejűleg a szervezet vegyhatását is kétségtelenül befolyásolják. Úgy látszott tehát, hogy a szervezet vegyhatásának re-

guláló mechanizmusa a vegetatív idegrendszer befolyása alatt áll. Erre kerestünk kétségtelen bizonyítékokat. E bizonyítékokat szolgáltatottak azok a kísérletek, amelyeket a vagus elektromos izgatásával végeztünk s amelyek arra az eredményre vezettek, hogy a vagus izgatása a szervezet reakcióját a savanyú irányba tolja el. Eleinte ezen vizsgálatainkat a Holló-Weiss-féle methodussal végeztük, de e methodus nem volt alkalmas a reactiováltozás lefolyásának tanulmányozására, miután az ehhez szükséges gyakori vérvételek a kísérletet befolyásolták volna. Ezért újabb kísérleteinkben Gesell ajánlatát követve, potentiometres meghatározásokat végeztünk olyan módon, hogy az egyik — mangán elektrodot — az állat carotisába kötöttük bele, ami lehetővé tette a reactio változásának egész lefolyását regisztrálni. Ezen kísérletek ugyancsak azon eredményre vezettek, hogy a vagus izgatása alkalmával, a vér vegyhatása a savanyú irányba tolódik el, amely eltolódás 0.15–0.22 pH-nak felel meg, vagyis meglehetősen nagyfokú.

E kísérletek, amelyekről részletesen most nem referálhatok, sok kérdésre vetnek világot, így megmagyarázzák azt a tényt, hogy olyan betegségekből, amelyek időlegesen vagustonus-fokozódással járnak, pl. asthma bronchiale, cholelithiasis stb., a vér reakciója ezen idő alatt savanyúbb lesz. Ulcusos egyének tünetei, amennyiben azokat a vegetatív idegrendszer izgalma hozza létre, szintén vaguseredetűek, de egyebekben is az ulcusos egyének legtöbbször a vagus idegrendszer fokozott tonusát mutatják.

A vegetatív idegrendszer hormonalis befolyás alatt áll; a hormonalis rendszer viszont, ha nem is egyedüli, mint egyesek mondják, de egyik legfontosabb tényezője az alkatnak. A hormonalis rendszer befolyásolja tehát a vegetatív idegrendszer tonusát és ezen keresztül a szervezet vegyhatásregulációját. Így kapcsolódnak bele tehát az activ regulációs zavarok a constitutio fogalmába s így hozhatják létre bizonyos irányú constitutionalis eltérést a szervezet vegyhatásának változását, ami viszont kétségtelenül számos folyamatra, miként az elmondottakból következik, az exsudativ és proliferativ folyamatokra, bizonyos mértékig befolyást gyakorolhat.

Tisztelt Hölgyeim és Uraim! Előadásomat befejeztem és bocsánatot kérek, ha azzal túlságosan fárasztottam Önöket. Érzem és tudom, hogy a felvetett kérdés megvilágításához csak tökéletlenül járultam hozzá, de legyen mentségemre, hogy az út, melyet választottam, nem mindenütt kitaposott s nagyon sok helyütt magunknak kellett a methodikát is megteremtünk, hogy továbbjussunk. Magendie mondja, hogy a kísérlet kérdés intézése a természethez, amely mindenkor megfelel a kérdésre, ha az helyesen van feltéve. Hogy helyesen tettük-e fel a kérdést, azt a további szorgos munkálkodás és az objectiv utánvizsgálás fogja megmutatni.

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

A májtherapia hatása a Biermer-féle és az egyéb eredetű anaemiákra.

Írta: Rausch Zoltán dr., egyet. tanársegéd.

Folyó év legelején a Budapesti Kir. Orvosegyesületben¹ öt májdiaetával kezelt anaemia perniciosus kórlefordását ismerttettem, rámutatva arra a frappans hatásra, melyet eme új gyógyeljárással aránylag rövid

idő alatt el lehet érni ezen megbetegedésnél. Azóta klinikánkon további 15, részben primaer, részben secundaer anaemiában szenvedő betegnél alkalmaztuk a Whipple—Minot—Murphy-féle májtherapiát s így ma már 20 eset kapcsán számolhatunk be eredményeinkről. Ez a 20 eset a következőképp oszlik meg:

14 anaemia perniciosa (7 acut, eddig kezeletlen, 7 chronikus),

1 haemolytikus ikterus (post splenektomiam),

1 myeloid leukaemia (chronikus),

4 secundaer anaemia (1 vérzéses, 2 septikus, 1 cachexiás). Az észlelési idő 2—12 hét között ingadozott; azoknál, kiknél az észlelési idő aránylag rövid volt, a javulás oly rohamosan indult meg, hogy a további klinikai tartózkodásuk fölöslegessé vált s ezek otthonukban folytatták a megkezdett májtherapiát.

Mind a 14 perniciosás betegnél a májtherapiára, a klinikai tünetek teljes visszafejlődése mellett, bekövetkezett a remissio. A vörösvérsejtek és a haemoglobin emelkedését mindig az általános tünetek visszafejlődése előzte meg. Feltűnően gyorsan javult az étvágy, a glossitis okozta tünetek visszafejlődtek, fokozatosan megszűnt a palpitiatio cordis és az adynamia. A betegek viaszzerű, halvány színét rózsaszínű kolorit váltotta fel s rendszeren már az első héten súlygyarapodás jelentkezett. Súlyos, nagyfokú oedemákkal járó esetekben, azok lecsapolódása folytán, több kilós súlyvesztéseket konstataáltunk, mielőtt a tényleges hízás megindult volna. A kifejezett idegrendszerbeli tünetek is hamarabb visszafejlődtek, mielőtt még a vérkép jelentékeny javulást mutatott volna. Különösen érdekes volt ebből a szempontból egyik esetünk, melynek kórfolyását röviden a következőkben ismertetem:

13. T. F. 65 éves nyug. tanító, kinek a betegsége a klinikára való felvételét megelőzően két hónappal kezdődött a talpában jelentkezett hangyamászásszerű zsibbadás- és hidegérzéssel, melyet időnkint égető fájdalmak váltottak fel. Ezek a kellemetlen érzések fokozatosan a térdéig terjedtek fel s ugyanakkor a kezeiben is bizsergés-érzés és gyengeség lépett fel. Ehhez később még kifejezett övérzés társult. Járása ezen idő alatt fokozatosan annyira romlott, hogy felvételekor már csak úgy képes nagynehezen tovább jutni, ha figyelmét erősen a járásra koncentrálja. Látása, hallása nem romlott, de emlékezőképessége kissé gyengült. Gyakran szédül, az ízlése romlott. Vizelete akaratlanul elcsepeg, székletét nem bocsátja maga alá. Felvételtkor idegrendszeri lelete a következő: anisocoria (bal pupilla tágabb, mint a jobb), de a pupillák fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak; szemészeti lelet: v. o. u.: 5/15+1.25 = 5/6, szemfenék ép, a lencse széli részén tömöttebb, a pupilla területét is elérő homályok vannak (cataracta incip., hyperm. min. grad. presb. o. u.). Fejidegek részéről eltérés nem mutatható ki; patella-reflexek mindkét oldalon alig válthatók ki, Achilles-inreflexek szintén; kóros reflex ninesen; kifejezett hypotonia, járás széles alapú, ataxiás, pro- és retro-pulsio, összetett lábakkal állni nem tud, nyitott szemmel is meginog; övérzés, thermohyperaesthesia, érzési kiesés vagy dissociatio nincs. Wassermann-reactio a vérben neg. Haematologiai lelet: 80% haemoglobin, 2,600.000 vörösvérsejt, színindex 1.5, fehérvérsejtszám 4300 (70% leukocyta, 2% eosinophil, 26% lymphocyta, 2% monocyta), mérsékelt fokú aniso-, makro- és poikilocytosis; serum-bilirubin 2.01 mg% ind. r. Gyomorfunctiós vizsgálat: achlorhydria. Diagnosis: anaemia perniciosa, pseudotabes.

A májtherapia megkezdése (négy-szer naponta egy evőkanál Procythol Chinoin) után egy hétre javulni

kezd a járása, a bizsergés-érzések enyhülnek, az erőbeli állapota fokozódik. További néhány nap múlva a járás bizonytalansága teljesen megszűnik, már féllábon állva is megtartja az egyensúlyát. Az övérzés még változatlanul fennáll. A vérképben ezen első tíz nap alatt semmi jelentősebb emelkedés sem következett be (vörösvérsejt: 2,685.000, haemoglobin: 70%, színindex: 1.3, fehérvérsejt: 2250), azonban a hyperbilirubinaemia jelentékenyen (1.50 mg%) csökkent. A folytatólagos kezelés alatt az idegrendszeri tünetek fokozatosan teljesen visszafejlődtek, úgyhogy tizheti májtherapia után a beteg klinikailag teljesen gyógyultnak érzi magát, ám-bátor a vérképe még nem érte el a normalist: 3,810.000 vörösvérsejt, 77% haemoglobin, 1.01 színindex, 4400 fehérvérsejt, qualitative még kisfokú aniso- és poikilocytosis, néhány makrocyta; serumbilirubin: 0.78 mg%.

Hasonló spinalis tünetekkel komplikált perniciosások gyors javulásáról már az amerikaiak is tesznek említést s újabban *Pal*² és *Schilling*³ ismertetnek egy-egy ilyen súlyos, májtherapiára gyógyult esetet. Gyógyulásra azonban csak azon esetekben számíthatunk, hol az idegrendszerbeli tünetek még frissek, mert ha azok már régiek és organikus laesiókhoz vezettek, úgy már teljes restitutióra nem lehet kilátásunk.

A vérkép javulása az esetek többségében 10—14 nap múlva indul meg, néha azonban már az első héten is. A vörösvérsejtek szaporodásával nem emelkedik arányosan a haemoglobin s így a hyperchromia csökkenteni kezd. Igen súlyos esetekben, melyek nagyon alacsony haemoglobin-értéket mutatnak, az első időben a haemoglobin-szaporulat is nagyobb lehet. 14 perniciosás esetünkben a vérkép quantitativ viselkedése a következő volt. (L. következő táblázat.)

A vörösvérsejtszám átlagos heti emelkedése 100.000—600.000 között mozgott, vagyis középértékben hetenkint kb. 350.000-et, naponta pedig 50.000-et tett ki egy mm³ vérben. *Schilling*³ kilenc klinikailag észlelt esetében ezzel megegyező számításhoz jutott. A remissio első felében a szaporodás rendszeren gyorsabban történik, mint mikor a vörösvérsejtszám már a normális értékhez közeledik. A haemoglobin szaporodása ott, ahol a kezdeti érték igen alacsony, gyors és elég nagyfokú szokott lenni, ellenben azon esetekben, melyekben kezdetben magas a haemoglobin-tartalom (10., 11., 13.), legalább is az első hetekben, emelkedés nem következik be. A hyperchromia az erythrocyták emelkedésének és a haemoglobin fent vázolt viselkedésének megfelelően rendszeren gyorsan szokott csökkenni és a színindex gyakran 1 alá is süllyed (6., 7., 10., 11.). A vörösvérsejtek qualitativ rendellenességei, mint az aniso- és poikilocytosis, amíg a vérkép teljesen normalissá nem válik, ha ugyan csökkent mértékben is, de fennmarad. A magvas alakok ellenben elég hamar eltűnnek, de soká megmaradnak a makrocyták, melyek, mint *Lind*⁴ pontos számszerű vizsgálataiból kiténik, fokozatosan kevesbednek, de még rendszeren a remissio tetőfokán is kimutathatók. Vitalisan festődő fiatal vörösvérsejtek, ú. n. reticulocyta-akat a kezelés megkezdésének első napjaiban nálunk is sikerült *Detrének* néhány esetben kimutatni, de nem olyan nagy számban, mint *Minot* és *Murphynek*, akik valóságos „crise reticulocytaire”-ről számolnak be eseteikben. Nagyon érdekes és a hatás magyarázatának a szempontjából igen fontos a serum-bilirubinnak a viselkedése. Az anaemia perniciosát mindig kísérő hyperbilirubinaemia csökkenése mindig az első objectiv tünete a javulásnak: mielőtt még a vörösvérsejtekben számottevő emelkedés mutatkoznék, süllyed a serum bilirubin-tükre. Ez, az általános tünetek gyors visszafejlődése és a beteg kinézésének roha-

Sor-szám	Név, kor	A baj kezdete	Vörösvérsejt	Átlagos heti szap.	Haemogl.	Átlagos heti szap.	Szín-index	Az észlelés
1.	Cs. I. 58. é. ...	3 hó.....	2,400.000 3,580.000	100.000	48 % 79 "	3 %	1 1:1	elején 12. hetében
2.	K. P. 47. é. ...	—	1,000.000 2,180.000	300.000	36 " 53 "	4 %	1:6 1:28	elején 4. hetében
3.	C. I. 49. é. ...	6 hó.....	820.000 2,720.000	300.000	20 " 68 "	8 %	1:25 1:13	elején 6. hetében
4.	V. M. 40. é. ...	2 év.....	1,650.000 3,430.000	600.000	53 " 78 "	8 %	1:65 1:14	elején 3. hetében
5.	W. Gy. 60. é. ...	—	1,100.000 3,600.000	220.000	30 " 76 "	4 %	1:4 1:04	elején 11. hetében
6.	M. I. 29. é. ...	5 év.....	1,620.000 4,150.000	250.000	41 " 79 "	4 %	1:56 0:95	elején 10. hetében
7.	B. A. 69. é. ...	8 hó.....	2,560.000 3,670.000	400.000	55 " 70 "	5 %	1:1 0:96	elején 2½ hetében
8.	U. J. 34. é. ...	2 év.....	1,240.000 3,650.000	260.000	30 " 72 "	5 %	1:2 1	elején 9. hetében
9.	J. B. 81. é. ...	1 hét	900.000 1,250.000	120.000	26 " 30 "	1 %	1:44 1:2	elején 3. hetében
10.	D. O. 46. é. ...	2 év.....	3,440.000 3,830.000	100.000	75 " 69 "	—	1 0:88	elején 4. hetében
11.	F. M. 53. é. ...	6 hét	2,850.000 4,000.000	300.000	65 " 66 "	0 %	1:1 0:68	elején 4. hetében
12.	K. K. 78. é. ...	1 hét	1,050.000 2,680.000	500.000	30 " 58 "	7 %	1:4 1:1	elején 3½ hetében
13.	T. F. 65. é. ...	2 hó.....	2,600.000 3,810.000	120.000	80 " 77 "	0 %	1:5 1	elején 10. hetében
14.	B. K. 38. é. ...	3 év.....	2,220.000 2,880.000	330.000	65 " 80 "	7 %	1:4 1:4	elején 2. hetében

mos javulása kétségtelenül az autotoxiciosis okozta haemolysis csökkenésére utal. A se-bi-ru-eseteinkben 2—12 hét alatt 0.18—3.04 mg%-kal esett:

A beteg neve	Se-bi-ru mg % kezelés előtt	Se-bi-ru mg % kezelés után	Héttel	Össz- csökkenés	Átlagos heti cs.
1. Cs. I.	1.94	1.41	12	0.53	0.044
3. Cz. I.	3.11	0.81	6	2.30	0.40
4. V. M.	4.35	1.31	3	3.04	1.00
8. U. J.	1.60	0.78	9	0.82	0.09
9. D. O.	1.20	0.82	4½	0.38	0.09
10. J. B.	1.86	1.53	3	0.33	0.11
11. F. M.	0.91	0.73	4	0.18	0.045
13. T. F.	2.01	0.78	10	1.23	0.123
14. B. K.	3.75	2.33	2	1.42	0.71

A csökkenés különösen az első hetekben nagyfokú (4., 14.) s ezeknél a heti átlag magas; 3—4 hét múlva a hyperbilirubinaemia már rendesen megszűnik s ennek megfelelően hosszabb észlelési idő után az átlagos heti csökkenés alacsony (1., 8., 13.). Ahol a kezdeti érték igen magas, ott a csökkenés is nagyfokú, ahol alacsony, ott kisebb az esés, de ahol még a normalis értékhatáron belül is van, megkevesbedik a májtherápia hatására.

A fokozott vérregenerációnak megfelelően a perniciosát kísérő leukopenia is megszűnik s a leukocyták megsaporodása helyreállítja a normalis fehérvérképet:

Név	Fehérvérsejt-szám a kezelés előtt	Fehérvérsejt-szám a kezelés után	Héttel	Átlagos szaporodás
1. Cs. I.	4.700	5.250	12	550
3. Cz. I.	3.700	6.000	6	2.300
4. V. M.	3.500	5.600	3	2.100
6. M. I.	4.100	6.600	10	2.500
8. U. J.	3.400	4.600	9	1.200
12. K. K.	1.600	3.900	3½	2.300
13. T. F.	4.300	4.400	10	100

A vérlemezkék száma a májtherápia alatt szintén emelkedik. Az átlagos vörösvérsejt-térfogat addig,

amíg az erythrocyták qualitativ rendellenességei teljesen vissza nem fejlődnek, jelentékenyen nem változik.

Az achlorhydria az egyetlen tünet, mely a májtherápia alatt, még a teljes remissio után is, minden esetben változatlanul megmarad. Viszont a gyomor-béltractus abnormalis coliflorája, ha nem is tűnik el teljesen, Löwenberg és Gottheil⁶ vizsgálatai szerint quantitative jelentékenyen csökken. Ugyancsak ők mutatták ki, hogy a perniciosánál kezdetben kórosan fokozott alapanyagcsere a májtherápia hatására normalissá válik.

*Haemolytikus ikterus*nak egy esetében kíséreltük meg a májdiétát. Ez egy 37 éves beteg, ki 13 évvel ezelőtt szerezte baját s akkor lépkirtás után annyira javult az állapota, hogy csak most kereste fel ismét, állapotának rosszabbodása miatt a klinikát. Felvételekor 1,070.000 vörösvérsejtje és 21% haemoglobinja volt 6.10 mg%-os se-bi-ru-érték mellett. 12 héten át megszakítás nélkül fogyasztotta a májdiétát, anélkül, hogy ezen idő alatt akár az általános állapotban, akár a vérképben jelentékenyebb javulás mutatkozott volna. A vörösvérsejtszám kis ingadozásokat mutatott ugyan, de a 12. héten is csak 1,330.000 volt, 25% haemoglobinnal. A hyperbilirubinaemia, mely perniciosánál oly gyorsan és rohamosan szokott csökkenni, itt tovább emelkedett 8.40 mg%-ra. A májtherápiát tehát ebben az esetben teljesen hatástalannak kell tartanunk.

A májtherápiának a *secundaer anaemiákra* való hatásáról a vélemények meglehetősen eltérőek. A vérszegénység ezen esetekben csak egy tünete lévén valamely általános betegségnek, a hatás megítélése kellő kritikát igényel. Az acut és chronikus vérveszteség okozta anaemiáknál látszik még leghatásosabbnak a májtherápia, legalább is Huth és Kessler,⁷ valamint Pal⁸ és Rosenow⁹ néhány pozitív eredménye erre enged következtetni. Newton¹⁰ tuberculotikusok anaemiájánál látta hepatrat adagolására a haemoglobin szaporodását (60-ról 80-ra, 50-ről 75-re) és a vörösvérsejtszám emelkedését (½—1 millió néhány hét alatt) a leukocytosis egyidejű csökkenése és a lymphocytosis fokozódása mellett (10—15%-kal). Mi öt secundaer anaemia

esetében kísérleteztünk a májterápiával, anélkül azonban, hogy kielégítő eredményt értünk volna ezeknél el. Egy chronikus vérzéses anaemiánál (haemorrhoidalis esomók) kétheti májadagolás után a haemoglobin 13%-kal, a vörösvérsejtszám 160.000-rel emelkedett. Két másik esetünkben az anaemia gangraena, illetőleg abscessus pulmonum következménye volt; előbbinél egyidejű salvarsan-kúra mellett adtunk májat (procythol), mire úgy az általános állapotban, mint a vérképben is javulás mutatkozott (két hét alatt +175.000 vörösvérsejt); a másik esetben, melyben az abscessus úgy a salvarsan-, mint a polyvalens vaccina-kezelésre refractaer viselkedett, 5½ héten át keresztyült májtherápia (procythol) dacára a vörösvérsejtszám 100.000-rel, a haemoglobin 20%-kal esett. Ugyancsak egy tüdőtumor esetében is 815.000-es vörösvérsejtesést láttunk négy hétig tartó májtherápia alatt. Egy letalisan végződött myeloid leukaemiánál sem voltunk képesek az anaemiát májadagolással megállítani s ennél is három hét alatt 280.000-rel kevesbedtek meg a vörösvérsejtek. Az öt eset közül tehát kettőben láttunk a májtherápiára némi javulást: a chronikus vérzéses anaemiánál és a salvarsanra gyógyult tüdőgangraenánál. Előbbi a májtherápia bevezetése előtt „vasstoss“-ra sokkal gyorsabban javult s azt hiszem, az ilyen anaemiáknál a nagy adag vasat a nagy adag májjal szemben előnyben részesíthetjük. A gangraenás betegünk salvarsanra gyógyult s feltehető, hogy az alapbaj megszűnése az anaemiára máj nélkül is jó hatással lett volna. Ott azonban, ahol a casus anaemiae nem változott, a májtherápia is hatástalan maradt.

A májtherápia hatásának a lényegére a therapiás eredmények bizonyos következtetést engednek vonni. Az eddigi irodalmi közlemények és saját észleléseink is azt mutatják, hogy anaemia perniciosánál a májtherápia teljes értékű, azonban csak addig, míg a beteg kellő mennyiségű májat fogyaszt, mert a máj hosszabb időre való megvonása visszaesésre vezet, ami viszont májjal ismét corrigálható. Secundaer anaemiáknál csak a tisztán acut, vagy chronikus vérvesztés által fenntartottaknál várható a májtherápiától eredmény s ez az eredmény a máj megvonása után is tartósan megmarad, ha egyúttal a vérzés forrását is sikerült megszüntetnünk. Más eredetű secundaer anaemiák az eddigi tapasztalatok szerint májtherápiával nem befolyásolhatók s hatástalannak bizonyult a haemolytikus ikterusnál is, legalább is az ezúttal ismertetett egy esetünkben.

Minot és Murphy a hatást úgy magyarázzák, hogy a májjal a stroma felépítéséhez szükséges valamely anyagot viszünk a szervezetbe, ami által perniciosánál a haematopoetikus rendszer működése ismét a normalis mederbe terelődik. Feltűnő azonban, hogy éppen a morbus Biermerinél a májtherápiára először az általános tünetek visszafejlődése indul meg és mindenekelőtt a hyperbilirubinaemia csökkenése előzi meg a vérkép javulását. Ezek a tények a toxikus állapot, illetőleg a haemolysis csökkenésére mutatnak. Tudjuk, hogy a vérképzés legerősebb ingere a haemoglobinhány, különösen, ha haemolissal jár együtt. Perniciosánál azonban ez az inger nem érvényesülhet, mert itt a toxin nemcsak haemolysist, általános tüneteket és idegrendszerbeli degenerációt okoz, hanem egyúttal a vérregenerációt is megbénítja. A májban feltételezett hatóanyagnak tehát a toxint kell megkötnie, hogy a regeneratio akadályát elimináltassék. Schulten¹⁰ ezen „méregkötő theoriája“, amennyiben a perniciosos toxikus magyarázatát fogadjuk el, a Biermer-féle anaemiánál megállja a helyét, de már a secundaer anaemiák

gyógyulása és az állatkísérletek (kivéreztetett állatok májjal való eredményes táplálása) nem magyarázhatók meg vele. Ugyancsak megdőlt a vitamin-elmélet is, bár kétségtelen, hogy a vitaminokban gazdag táplálék támogathatja a hatást, de a májból izolált vitaminok egyedüli adagolása perniciosánál hatástalannak bizonyult. Legelfogadhatóbbnak látszik Schilling³ magyarázata, ki a májtherápiát, mint substitutiós therapiát fogja fel, mely hasonlóképp fejti ki a hatását, mint az insulin a diabetesnél és a pajzsmirigy a myxoedemánál. Mindhárom substitutiós therápia megegyezik abban, hogy a szerv adagolásának beszüntetése visszaesésre vezet, továbbá, hogy azok túladagolása ártalmas: az insulin hypoglykaemiát, a pajzsmirigy hyperthyreosist, a máj policythaemiát okozhat. Ez a májban feltételezett hormon nemcsak a vörösvérsejt-szét-est szabályozza, illetve korlátozza a normalis határok közé, hanem a vérképződést is serkenti, akár direct úton (a secundaer anaemiáknál), akár indirect, a haemolysis megszüntetése útján (a perniciosánál). A haemolytikus ikterusnak a májtherápiával szemben való refraktaer viselkedése nem szól ezen elmélet ellen, mert hisz ezen betegség egy egészen más rendszernek, a lép és endothelialis apparatusnak a dysfuncióján alapszik s így nem is várható a specifikus „májhormon“-tól nála hatás.

Ez a hatóanyag, Schilling hormonja, legnagyobb mennyiségben az emlősök májában található, de kisebb mennyiségben tartalmazza a vese, thymus és az izomzat is. Tisztán előállítani eddig még nem sikerült és kémiai strukturája ismeretlen. A legkisebb fractio, mely 0.2 cm³-ben tartalmazza egy negyed kiló máj hatóanyagát s melyet az amerikaiak állítottak elő, eddig forgalomba még nem került. A gyakorlat számára egyelőre poralakú és folyékony máj kivonatok szolgálnak, melyek azonban nem igen jelentenek előnyt a májnak diéta formájában való adagolásával szemben. Klinikánkon betegeink többségének májdiétát adtunk, de kísérleteztünk a hepatopson, hepatrat és procythol nevű készítményekkel is. Utóbbiakat, melyek ugyan egyenértékűnek mondhatók (Huth, Kessler, Pal) a májdiétával, kellemetlen ízük miatt nem szívesen vették a betegek. Közülük talán a legszerencsésebbnek mondhatjuk a procytholt, mely bouillon-extractummal van ízesítve s így levesben, vagy az után véve még a legtűrhetőbb. Nagy hátrányuk továbbá ezen készítményeknek magas kereskedelmi áruk, ami lehetetlenné teszi hosszú időn át való rendelésüket. A májételeket viszont minden nagyobb ellenszenv nélkül szívesen fogyasztják a betegek, a fontos csak, hogy azokat minél változatosabb és ízlesebb formában készítsük el. Az alapétrendhez, mely húskban, friss zöldfőzelékekben és gyümölcsfélékben gazdag, zsírban, amylaceákban és cerealeákban viszont szegény legyen, naponta 250 g májat adunk. A májat legcélszerűbb rövid főzés után különböző ételféléknek elkészítve adni. Jól bevált receptek a máj-bouillon, a máj-beeftea, a máj-levesbevalók, mint reszelék, gombóc, galuska és májtáska, a különböző májpástétomok és kenőmájasok, valamint azon önálló májételek, melyeket zöldfőzelékekkel, fűszerekkel, gombával, tojással, sonkával, vagy sajttal ízesítve készíthetünk el. Amint a javulás már jelentékenyen előrehaladt — rendszeren a 8–10. héten —, a napi májadagot 100–150 g-ra szállíthatjuk le s ha a teljes remissio bekövetkezett, úgy elég, ha hetenkint 2–3 májnapot tartatunk a beteggel, amit azután az eddigi tapasztalatok szerint állandóan folytatnia is kell. A májtherápiának ez a módja, mely a perniciosára vonatkozik, nem érvényes a secundaer anaemiára, melynél a

máját csak addig kell adagolnunk, míg a vérkép normalissá nem vált.

Irodalom: ¹ *Rausch*: Májdíatával kezelt anaemia perniciosus-esetek. O. H., 72. évf., 7. sz. — ² *Pal*: Wiener klin. Wschr., 1927, 43. sz. — ³ *Schilling*: Klin. Wschr., 1928, 19. sz. — ⁴ *Lind*: Münchener med. Wschr., 1928, 15. sz. — ⁵ *Löwenberg, Gottheil*: Deutsche med. Wschr., 1928, 15. sz. — ⁶ *Huth, Kessler*: Wiener klin. Wschr., 1928, 2. sz. — ⁷ *Pal*: Mitteilungen des Volksgesundheitsamtes, 1928, 11. füz. — ⁸ *Rosenow*: Med. Klin., 1928, 1. sz. — ⁹ *Newton*: Klin. Wschr., 1928, 22. sz. — ¹⁰ *Schulten*: Münchener med. Wschr., 1928, 15. sz.

A budapesti székesfőv. Bakáts-téri szülészeti és nőgyógyászati közkórház közleménye (vezető-főorvos:
Frigyasi József dr. egyetemi tanár,
egészségügyi főtanácsos).

Műtési eljárás a hüvelyráknak és a szomszédos végbélrészletnek együttes kiirtására.*

Írta: Frigyasi József dr. egyet. rk. tanár.

A hüvelyrák kórjólata a női nemi szervekben előforduló rákos megbetegedések között is a legrosszabb. E körülmény súlyosságát csak az enyhíti, hogy szerencsére ritkábban fordul elő. Átlag minden 30–35 méhrák esetre számíthatunk egy hüvelyrákot. *Labhardt* anyagában az elsődleges hüvelyrák a genitáliákból kiinduló rákok közül 28%-ban fordul elő.

A betegség ennyire rossz prognózisát a következő körülmények okozzák: 1. Az esetek nagy része már előrehaladt, inoperabilis stadiumban kerül észlelés alá. Ennek oka elsősorban az, hogy a primaer hüvelyrák kezdetben tüneteket és főképpen — mint azt már *Küstner* is hangsúlyozta — fájdalmat nem okoz.

2. A hüvelyből kiinduló rákos folyamatnak tovaterjedését jóformán semmi sem gátolja.

3. A hüvely erekkel, tág nyirokutakkal és laza kötőszövettel bőven van körülvéve és ez előmozdítja a rákos folyamat tovaterjedését.

4. A hüvelyt mellül a hólyagtól, hátul a végbéltől igen vékony, ugyancsak érdús, laza kötőszövet választja el, helyenkint pedig — mint pl. a hüvely felső harmadában, a Douglas-redő táján — közvetlenül alatta fekszik a végbél melső fala.

Poirier és *Bruns* szerint a hüvely nyirokedényei igen sűrű hálózatot alkotnak a nyálkahártya alatt. Talán még fontosabbak azok a vizsgálatok, melyeket *Moran* végzett és *Bruns* vizsgálatai is megállapították, nevezetesen, hogy a nyirokutak a hátsó hüvelyfalról közvetlenül a végbélre haladnak és hogy részben ezt megkerülve haladnak feljebb az arteria haemorrhoidalis superior mentén. *Hecht* szerint, ha a carcinoma a hüvely alsó harmadában van, akkor a lágyékmirigyek vannak először megtámadva, ha pedig a felső kétharmadában, akkor először a hüvelymögötti nyirokmirigyek, előrehaladottabb esetekben pedig a hüvely és végbél közti kötőszövet és a végbél lesz megtámadva (lásd *Döderlein-Krönig* műtétán). A gyors növekedésnek e különböző okai s a szomszéd szerveknek e gyors megtámadása okozza, hogy az esetek hosszú ideig csaknem gyógyíthatatlanoknak látszottak.

A mondottakból érthető, hogy mindaddig, míg a hüvelyrák operálásánál a gyógyítás csak a megbetegedett részeknek többé-kevésbé alapos kimetszéséből állott, hasonlóak voltak az eredmények. Nem sokkal javult a helyzet azóta sem, amióta a hüvelyrák operá-

lását gyökeresebben, az egész genitális tractus kiirtásával végezték. Gyógyult esetek azóta ugyan ismeretese, azonban — mint *Labhardt* említi — ugyanazon gyógyult esetek vonulnak végig az összes közlésekben még ma is s így nem sokkal jobb a helyzet, mint azelőtt, amikor *Veit* szerint is ritkán fordult elő hüvelyráknak a gyógyulása.

Gyökeres műtétet hüvelyrák ellen először *Olshausen* ajánlott 1895-ben; ő a perinealis metszésből kiindulva távolította el a hüvellyel együtt az egész genitális apparátust.

*Olshausen*nek perinealis, *Kelly*nek sacralis úton végzett műtétei, valamint másoknak, így *Dührssen*nek, *Amann*nak műtétei, továbbá az e célból a hasfal felől *Wertheim* szerint, vagy hüvelyen át *Schauta* szerint végzett gyökeres műtétek nem lényegesen javították a hüvelyrák műtéteinek végleges eredményeit. Így a régiebb, egyszerűbb eljárásokkal operált rákok statisztikája, *Seifert*nek 1901-ben megjelent közlése szerint, 94% recidivát mutat.

*Schlund*nak 12 évvel utóbb megjelent közleményében (*Labhardt: Halban-Seitz* könyvében) lényegesen jobb a statisztika, bár még mindig messze mögötte áll azoknak az eredményeknek, melyet méhráknál gyökeres műtétekkel elérni tudunk. Ezért érthető *Krönig*nek az a kívánsága, hogy hüvelyráknál az előbb említett tapasztalat alapján az egész hüvelyt ki kell irtani, ennek következtében természetesen a méhet is, a hátsó hüvelyfalon ülő rákok operálásánál pedig — tekintettel az előbb mondott vizsgálatokra és a klinikai tapasztalásokra — a rák mögött fekvő végbélrészletet is körkörösén resekálni kell. *Krönig* még azt is mérlegeli, vajjon a mellső falból kiinduló rákos megbetegedésnél nem kellene-e a hólyag megfelelő részletét is kimetszeni. Bár egészséges, erős egyéneknél nem kivihetetlen, hogy mindkét uretert a hólyagnak magasan fekvő részletébe ültessék, ez mégis túlnagy beavatkozást jelent, úgyhogy követőkre nem igen talált és nem is igen fog találni.

Egyszerűbb és kisebb jelentőségű beavatkozással lehet megoldani a hátsó hüvelyfalból kiinduló rákoknál a végbél megfelelő részének kiirtását. Felmerül azonban a kérdés, hogy a sugaras kezelésnek mai ismert eredményei mellett jogos-e még ezeknek a gyökeres műtéteknek az alkalmazása, hiszen éppen a hüvely az a terület, amely könnyű hozzáférhetősége miatt radium alkalmazására különösen alkalmas volna. Minthogy a szomszéd szerveknek — végbélnek, hólyagnak — közelisége a sugaras kezelés szempontjából talán még inkább megnehezíti a helyzetet, mint a műtėti megoldás, ennek tulajdonítható, hogy a sugaras kezeléssel elért eredmények semmiképp sem megnyugtatók. *Giesecke* 22 betege közül radium-alkalmazásra 3, *Bumm* 22 esete közül 5 (22%) és *Gál* 10 esete közül 3 gyógyult (ezek közül 2 tekinthető gyógyultnak és 6 éven át észleltetett). (Lásd *Halban-Seitz, Labhardt* közlése.) Így a sugaras kezelés után is az előtt a kérdés előtt állunk, vajjon olyan műtéttel, amelyik nem jár nagy veszedelemmel s nincs nagy elsődleges halálozási százalék, meg tudunk-e felelni az említett kívánalmaknak, nevezetesen, hogy a nemi apparatus kiirtását a szomszédos rectumrészlet resectiójával együtt tudjuk-e veszedelem nélkül végezni?

A végleges gyógyulás százalékszámának emelkedését ma is csak a radicalisabb műtétől várhatjuk. A helyzet olyan, mint azt *Küstner* méltán mondja, hogy az eddigi eredmények a lehető legnagyobb műtėti radicalismust igazolják. Ugyanezt látjuk *Schröder* könyvében is: a műtétnek lehetőleg radicalisan kell

* Előadta a Magyar Nőorvosok Társaságának 1928. márciusi gyűlésén.

lefolyni. A radicalismusnak azért könnyű megfelelni, mert a hüvelyrák legtöbbször a hátsó falból indul ki. Leggyakoribb kiindulási helye hátul a hüvelyboltozat, közvetlenül a portio megtapadása alatt s *Veit* szerint kivételesen fordul elő más helyen.

A mondottak alapján a hátsó hüvelyfalból kiinduló rák műtétjénél, a genitális apparatussal együtt a végbél kiirtását, vagy kimetszését már többen és többféle módon kísérelték meg. Abdomino-perinealis úton, tehát hasmetszés útján kezdve és a perinealis úton folytatva *Prior*, *Himmelfarb*, *Peitmann*, *Wertheim*, sacralis úton *Kraschke* után *Kelly*, a hüvely felől pedig *Rehn* és *Schuchard* operált. Rectumresectióval *Zweiffel* és *Friedrich*, végül dorsoperinealis úton *Zweiffel*, *Mayer*, *Kleinhans* és *Döderlein* operált. A dorsoperinealis műtétet módosítva nálunk *Paunz* végezte először. Utána a dorsoperinealis módszer szerint többen írtották ki a genitális apparatust rectumamputációval együtt (*Pozsonyi*, *Kubinyi*, *Frigyasi*).

Már a *Paunz* esetének bemutatásánál 1911-ben is említettem, hogy a nőgyógyászoknál — mint azt már *Kocher* is ajánlotta és *Rehn*, *Schuchard*, *Zweiffel* is végezte — egyszerűbb és kisebb behatást képez, ha dorsalis út helyett, az os coccygis, vagy a keresztcsont egy részének resectiója helyett a hüvelyi úton végezzük a kiirtást. Nem látszott ugyanis plausibilisnek, hogy amikor a hüvely felől megfelelő *Schuchard*-féle paravaginalis metszés igénybevételével kényelmesen hozzáférhetünk úgy a genitáliához, mint a végbélhez, akkor a műtétet még komplikáljuk a beteg átfektetésével, os coccygis resectióval stb. Kifejezést adtam főképen azon véleményemnek, hogy a felső hüvelyharmadban ülő rákos megbetegedésnél, amikor még ép, vagy legalább szabad szemmel láthatóan meg nem támadott végbélrészletnek resectiójáról van szó, felesleges a rectumamputációt végezni és ezáltal a beteget egy prophylaktikus műtéttel már eleve megfosztani continentiájától.

A discussióban különösen *Paunz* hangsúlyozta, hogy az anus sacralis legtöbbször elég tűrhető helyzetet okoz a betegnek, s hogy a műtét ezáltal nem lesz lényegesen nagyobb behatású, azonban már 1913-ban a gynaekologiai társaság bemutatásán meggyőződhetünk arról, hogy ez a behatás nem csekély, mert a kevés számú operatio ellenére nagy a mortalitása. *Kubinyin*ak pl. 3 esetéből egy halt meg és magam is elvesztettem egy hasonlóképp operált beteget. Ezenkívül, úgy látszik, hogy az anus sacralisnak az alkalmazása sem olyan közömbös a betegre, mint azt akkor a discussio alkalmával, említették.

Reichle-Titze szerint (*Kirschner-Nordmann* sebészete) némelyik beteg a diéta szabályozásával, vagy beöntésekkel szabályozni tudja a kiürülést úgy, hogy napközben foglalkozását elvégezhesse. Mások azonban „ebben a helyzetben nagyon szerencsétlenek (todung-lücklich) és elátkozzák a műtetre való elhatározásukat”. „Ezért meg kell adni, hogy a *Hohenegg*-féle áthúzási módszer, amely a bélnek a sphincterbe való begyógyítását célozza, az idealishoz sokkal közelebb áll.”

Ugyanez az érzésem volt nekem is és azt hiszem, másnak is, aki sacralis anussal bíró beteget látott és azért érthető az a törekvés, hogy minden olyan végbélráknál, amelyben egy megfelelő nagyságú peripheriás csomó megmaradhat, nem a végbélamputatio, hanem a végbélresectio a követendő mód *Hohenegg* áthúzási módszerével.

Ha pedig a sebészek a végbélráknál az elérendő célt a rák kiirtásán kívül a műtét legkisebb veszedelmében és a záróizom megtartásában látják, úgy még

inkább áll ez azokban az esetekben, ahol a végbél resectióját vagy kiirtását csak prophylaktikus célból végezzük.

A hüvelyfalból kiinduló rák operálása Magyarországon az említett esetek és különösen *Paunz* bemutatása óta többször foglalkoztatta a szakköröket, mint másutt. A vita középpontjában — mint említettük — különösen a dorsoperinealis kiirtás módja szerepel. Egyébként azonban nem történt megállapodás a hüvelyrák operálására vonatkozólag. *Küstner* a lehető legnagyobb radicalismust ajánlja, amit szerinte csak a hasfalra át való operálás tesz lehetővé.

Labhardt (*Halban-Seitz* kézikönyve) azt ajánlja, hogy a műtétet nagyjából a *Schauta*-féle vaginalis műtét típusában végezzük.

Schröder álláspontja felel meg leginkább a kérdés mai állásának.

Szerinte ma még a hüvelyráknak nincs határozottan körülírt műtéti módja, mert túlságosan ritka a megbetegedés s a megkísérelt utaknak egyike sincs teljesen kidolgozva. Magasan ülő hüvelyrákoknál valószínűleg elegendő a hasfalra át *Wertheim* szerint operálni, különös tekintettel lévén a kötőszövet eltávolítására. A hüvely középső harmadában kifejlődőknél a *Schauta*-féle kiterjesztett hüvelyi műtétet ajánlja. Ha a folyamat a végbélre ráterjedt, az alsó végbélrészletnek resectiója is végzendő.

A hüvely felső harmadának a végbéllel való közvetlen összeköttetése, nyirokrendszerüknek a fent említett vizsgálatokban többszörösen megállapított szoros összeköttetése indokoltá teszi *Krönig* ama követelését:

1. hogy a hüvely felső harmadából kiinduló carcinomás megbetegedéseknél minden esetben principálisan a rectum resectióját végezzük, még akkor is, ha szabad szemmel nem állapítható meg a folyamat végbélre terjedése;

2. hogy a műtétnek lehetőleg oly megoldását válasszuk, mely nem komplikálja s főképen nem teszi nagyon veszélyessé a műtéti beavatkozást. Szóba sem jöhet tehát oly beavatkozás, amelynek halálozása nagy, különösen ma, amikor a *Wertheim*-műtétet is arra a térre igyekszik minden műtő szorítani, ahol annak kisebb a mortalitása;

3. végül ugyancsak fontos, hogy olyan műtéti megoldást válasszunk, amelyik a beteget — akár véglegesen gyógyult is az, még kevésbé, ha csak életének meghosszabbításáról van szó — nem teszi ki az incontinencia alvi igen kellemetlen, sokszor tűrhetetlen következményeinek.

Úgy vélem, hogy e három szempontot sikerül az általam követett műtéti eljárással megoldani oly módon, hogy a hüvely felső harmadára terjedő rákot *Schauta* szerint a hüvelyi gyökeres műtéttel operáljuk meg, vele együtt a hüvely felől a végbél megfelelő részletének resectióját végezzük és a *Hohenegg*-féle áthúzási módszert alkalmazzuk a sphincterműködés megtartása céljából. Ezt a véleményemet az említett dorsoperinealis műtétnek bemutatásánál, a nőgyógyászati szakosztályban, már 1911-ben is hangsúlyoztam és így végeztem a műtétet egy betegen, kit 1927 november 2-án operáltam.

586/1927. kórlapszám. *L. H.-né* 35 éves, 6 partus (utolsó 4 hónappal felvétel előtt). Gyermekegy óta véres-genyes fluor. Időnkint lázas, néha keresztcsonttáji fájdalmai vannak. Középtermetű, lesoványodott, anaemiás beteg. Belső vizsgálat: normalis genitális, tág hüvely, a hüvelyboltozatban a hátsó falon 5 koronás nagyságú, mállékony, vérző, dudoros tapintatú, alapjáról kiemelkedő, mozgatható képződmény tapintható. Portio kissé vastagabb, méh anteversio-flexióban, kör-

nyezete szabad. **Diagnosis:** carcinoma parietis vaginae posterioris. Vizeletvizsgálat: fehérje, geny nyomokban, cukor pozitív (3%), acetone negatív. Vércukor 0.125%. Insulinkezelés, cukortalánítás. Alapos hashajtás után két napon át laudanizálva előkészítjük műtétre. Műtét előtt két ampulla domopont és 0.0003 g scopolamin-t adunk.

Parasacralis anaesthesia $\frac{1}{2}\%$ -os novocainoldattal. Excochleatio, desinfectio jódtincturával. A hüvelyesővet az urethra mögött $1\frac{1}{2}$ –2 cm-nyire manchettával elzárjuk. Baloldalt mély paravaginalis metszés *Schuchard* szerint az os coccygisig, messze megkerülve az analisnyílást. E metszésből kiindulván a musculus coccygeus, a levator anit a végbél és a faresont mellett alaposan átvágjuk, úgyhogy a pars analis recti a sphincter externussal most a jobboldal felé hajlik át és ezáltal a rectumhoz bőséges hozzáférhetést nyerünk. Pulsus már a műtét elején igen szapora, cardiacumok, Locke-oldat. Hüvelymanchetta készítése után mellül a hólyagot az áthajlási redőig lepraeparáljuk, a hasbártyát az excavatio vesicouterinában megnyitjuk, a méhtestet és függelékeit kibuktatjuk mellül. Felülről lefelé haladva lekötjük és átvágjuk a szalagokat (lig. ovarii, rotundum, parametriumok, art. uterinák) úgy, hogy a méh az adnexával együtt a szeméremrés elé húzható. A hüvely hátsó fala azonban még nincs izolálva és a végbéllel együtt van.

Ezután a Schuchard-metszésből kiindulva a végbél ampullaris részének izolálásához fogunk. A Schuchard-metszés mélyítésével a levatorok s a fölötté levő izmok átvágásával jobbkézünk két ujjával a rectumot baloldalt és hátul, a keresztcsont vajúlatában tompán, gyorsan körüljárjuk és izoláljuk, ami néhány perc alatt vérzés nélkül sikerül. Majd ujjunk mentén, a keresztcsont vajúlatából megemelt rectumrészlet mögé egy gazecsíkot húzunk és ennél fogva a rectumot a keresztvajúlatból mellfelé kiemeljük. Ezután a paracolpium megfelelő részének lefogása és átmetszése után a végbélnek mobilizált medencebeli részét, a genitáliákkal együtt, a szeméremrés előtt mellfelé húzva, mind feljebb és feljebb haladva, a végbélhez haladó feszülő kötegeket ellátjuk és átmetszük. A rectum medencebeli része egész lefutásában könnyen és rövid idő alatt mozgathatóvá és lehúzóhatóvá lett.

Mielőtt az így szabaddá tett végbelet resekálnók, meggyőződünk arról, hogy a rectum elegendő hosszúságban lehúzóható-e. Zárjuk a peritoneumot akként, hogy a hólyag hashártyáját megfelelő magasságban, csomós catgutöltésekkel, a sigmabélre rávarrjuk. A ligamentumok és erek csomóit pedig kétoldalt extra-peritonealisán a kétoldali sebzugban rögzítjük. A peritoneumvarrat elé még egy nagy törlőt helyezünk, hogy így a rectum resectio alatt a peritoneum elzárásán kívül még ez is védje az egész sebfelületet.

Most a végbelet a rákos hüvelyfállal érintkező részlet fölött 4–5 cm-nyi magasságban erős selyemfonál-lekötés s klammer között átvágjuk, distalis részét pedig az anus fölött kb. 4 cm-nyire, két bélszorító között, szintén átvágjuk. Ezáltal az uterust a vaginával és a rectum megfelelő részletével eltávolítottuk.

A megmaradt analis rész nyálkahártyáját ezután kifordítjuk, lepraeparáljuk és kimetszük, majd a sphincteren keresztül egy magfogót vezetvén be, a rectum centralis végét, a centralis rectumcsontok elzáró selyemfonál segítségével az így felsebzett analisnyílásba behúzzuk és körkörös csomós selyemöltésekkel a végbél-nyílás bőréhez rögzítjük. A törlőt a hüvelysebből eltávolítjuk s a hüvelyzugot lazán tamponáljuk. A Schuchard-metszést két rétegben csomós-öltésekkel egyesítjük, legmélyebb pontját pedig drainezzük.

A műtétet elejétől végig narkosis nélkül végeztük. Úgy a műtét előtt, mint a műtét után napokon át insulint, majd többször szőlőcukorinjekciót adtunk. Az első 6 napon 38–38.2-ig emelkedő hőmérsék, azután láztalan. A gyógyulást csupán az zavarta, hogy az áthúzott végbélrészletnek egy kis része gangraeneskált s a tizedik naptól kezdve egyideig a vulván keresztül is bélsár ürült. A végbélnek ez a részlete azonban per secundum odagyógyult a sphincterhez, a bélsárürülés megszűnt s a beteg gyógyultan, teljes continentiával hagyta el a kórházat. A Schuchard-féle metszés — a drainezett alsó résztől eltekintve — szintén elsődlegesen gyógyult. A műtétet a leromlott, diabetikus beteg feltűnő könnyen viselte el. A beteget 5 hónap múlva vizsgálva, continentiája teljes volt.

Egész benyomásunk az volt, hogy a beavatkozás nemcsak gyorsabb, de egyszerűbb, könnyebb és kisebb is, mint a dorsoperinealis műtét. Asepsis szempontjából pedig csaknem ugyanolyan a megoldás, mert hiszen a végbél átmetszését itt is a peritoneum zárása után, az egész műtéti területet törlőkkel védve végeztük. A hozzáférhetési, feltárás, a végbél kimozdítása, ellátása oly könnyen történik, hogy nem csodáljuk, ha a sebészek nem nagyon magasan fekvő végbélcarcinománál és különösen ott, ahol a tumor a hüvellyel vagy a méhvel összenőtt, nagyon előnyösnek tartják (*Bier-Braun-Kümmel* kézikönyve, *Peter Popper* fejezete). Hasonlóképpen előnyösnek tartják a végbélnek a sphincteren *Hohenegg* szerint való áthúzását mindenütt, ahol a daganat nem túlságosan magasan van és ahol a felső bélrészletet nagyobb feszülés nélkül lehet az analisgyűrűbe behúzni.

A végbél áthúzása előtt a megmaradó analis rész nyálkahártyáját lehúzás, kifordítás után kimetszettük, mint ahogy azt a legtöbb sebész a Withead-féle operációnál szokta, azaz mint azt mi Schubert-féle vagina-képzés esetében végezzük. *Kocher* azonban a nyálkahártyának kimetszését is feleslegesnek tartja, mert úgy véli, hogy az analis rész nyálkahártyájára a reflex-mechanismus szempontjából szükség van.

Olyan esetekben, ahol a feszülés túlnagy volna, resectio után a végbél circularis varrását ajánlják. Ha azonban a kiirtandó bélrészlet nem túl magasan fekszik a sphincter fölött, tehát a helyzet olyan, mint az az itt szóba jövő eseteknél is, a sebészek (*Kirschner-Nordmann*, vagy *Bier-Braun-Kümmel* stb. kézikönyve) a *Hohenegg*-féle áthúzási methodust tartják a legcélszerűbbnek. Ez az eljárás jobban meg is felel az asepsis követelményeinek, mint a resectio és varrása. Az áthúzott bélrészletnek a sphincterrel való egyesülése pedig, *Hohenegg* szerint, csaknem mindig megtörténik és ha esetleg egy részleges, a végbél szélén fellépő gangraena miatt sipoly keletkezik, utólag az is spontán gyógyulhat.

Nem idézem erre vonatkozólag a sebészeti munkákat, mert mindaz, amit a continencia érdekében és a beavatkozás egyszerűbb, gyorsabb keresztülvitele érdekében tehetünk, sokkal inkább fokozottabb mértékben áll a carcinoma vaginae operálásánál szóba jövő rectum-resectióra, ahol csaknem mindig mobilis, nem rögzített és nem magasan fekvő végbélrészlet resectiójáról van szó.

Az eset elbírálásánál átérezzük azt, amit a végbél-resectióról *Reichle* és *Titze* (l. *Kirschner-Nordmann*-sebészet) írt: „Ha az ilyen műtét kifogástalanul sikerül, a végbélvarrat sipoly nélkül gyógyul, vagy ez a sipoly is plastikus műtéttel zárható, úgy ez a kimenetel az orvosra diadalt, a betegre szerencsét jelent. Mindenestre nem ismerem a meglegedésnek nagyobb szerű

érzését, mintha egy ilyen műtét után később a beteget teljesen normalisan működő szervekkel, recidivamentesem látom viszont."

A leírt műtét methodus nem complicált, a hüvelyi gyökerez kiirtásnál alig veszélyesebb, kivétele feltűnően könnyen sikerül, megfelel a gyökerez kiirtás követelményeinek s nem fosztja meg a beteget végbélzáróizműködésétől. Ezért a hátsó hüvelyfal felső harmadában levő rákos folyamat operálásánál követendő eljárásnak ezt ajánlom.

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

A magaslati klímán fellépő vörösvérsejtszaporodás okáról.

Írta: Detre László dr. és Mirgay Sándor dr.

Ismeretes, hogy a tengerszínfeletti magasság növekedésével emelkedik a keringő vér vörösvérsejtjeinek száma. Ez a növekedés az utolsó évek ezirányú vizsgálatainak csaknem egyhangzó eredménye szerint valódi túlproduction alapul. Általános vélemény szerint ennek az erythrocytosisnak előidézője a légnyomás csökkenése, helyesebben az atmosphaera oxygenszegénysége, mely oxygenhiány következtében a keringő vér oxygenfelvő felülete compensatorikusan megnő. Hasonlóak a viszonyok a síkföldön kísérletileg előidézett oxygenszűkenedés eseteiben (pneumatikus kamrák stb.). Ezt a teleologikus felfogást alátámasztják azok a vizsgálatok, melyek szerint az ilyen körülmények közt létrejött erythrocytosis oxygenbeléggzéssel megszüntethető.

Hogy az atmosphaera oxygenszegénysége milyen módon hat a csontvelő erythropoetikus részére, erre vonatkozólag a legújabb időkig hiányoztak az adatok. Fritznek¹ legújabbban közölt vizsgálatai közelebb hoznak a kérdés tisztázásához. Fritz állatkísérletek segítségével vizsgálta az oxygentensio csökkenésének az organismusra való hatását s úgy találta, hogy a hatás egyrészt a vér szénsavkötőképességének csökkenésében, másrészt a vér H⁺-concentrációjának savanyú irányba való eltolódásában nyilvánul. Ezen acidosis olyan képen jön létre, hogy az „O₂-hiány következtében a sejtek veszítenek oxydatív energiájukból s ennek az anyagcserére fokozott fehérjeszétés, ennek pedig abnormis szerves savak keletkezése lesz a következménye".

Egyikünk (Detre)^{2,3,4,5} több közleményben bizonyította, hogy acidosis csontvelőingerként hatva, a keringő vér vörösvérsejtjeinek számát megszorítja. Kézenfekvő tehát az a feltevés, hogy a magaslati klímán jelentkező erythropoetikus csontvelőingerület az oxygen hiánya folytán létesülő acidosis következménye lehet. Ennek a feltevésnek igazolására végeztük alanti kísérleteinket.

Meggondolásunk a következő volt: Ha a „Höhenklimaerythrocytose" valójában a „Höhenklimaacidose" következménye s az oxygenbeléggzés csupán az acidosis megszüntetése útján hat, úgy az acidosis kifejlődését megakadályozó vagy azt megszüntető egyéb beavatkozások szükségképen az erythrocytaszám szaporodását is megakadályozzák.

Az acidosis kiegyenlítésére a legegyszerűbb mód-

szert választottuk: alkaliák per os adagolását. Alkaliák peroralis adagolása ugyanis — mint ismeretes — képes a vér reakcióját lúgos irányba eltolni. Nehezebb volt — vizsgálatainknak magaslati klímán való végrehajtása módunkban nem állván — megfelelő kísérleti körülményeket teremteni. Mivel pneumatikus kamrával nem rendelkezünk, kénytelenek voltunk a magaslati klíma hatását a Kuhn-féle szívómaszkkal helyettesíteni. A Kuhn-maszk használata a keringő vér vörösvérsejtjeinek és granulocytáinak a számát megszorítja a festődési index csökkenése kíséretében s ezek a változások O₂-beléggzéssel megszüntethetők, vagyis ugyanazokat a vérelváltozásokat létesíti, mint a magaslati klíma és az atmosphaera oxygenszegénysége. Kuhn^{6,7} szerint — kinek feltevését később más szerzők is megerősítették — a szívómaszk erythropoetikus hatása analog a magaslati klíma hasonló hatásával.

Vizsgálatainkat a következő rendszer szerint végeztük: A kísérleti egyén vörösvérsejtjeinek számát és haemoglobintartalmát a Kuhn-féle maszk két órán át tartó használata előtt és után meghatároztuk. A kísérlet ezen első phasisának befejezése után a beteg 22 órán keresztül összesen 30 g natrium bicarbonicumot fogyasztott, — az utolsó adagot 1 órával a kísérlet második phasisa előtt. A kísérlet második része ugyancsak kétórás maszkhasználat előtt és után történt vörösvérsejtszám- és haemoglobin-meghatározásból állott, de most már az alkalizált kísérleti egyénen. Néhány betegünkön az élőkísérlet során azt tapasztaltuk, hogy a maszkhasználat nem emelte az erythrocytaszámot; ezeket az eseteket természetesen további kísérleteinkből kizártuk. Hogy mi az oka egyes esetek ilyen eltérő viselkedésének, azt további vizsgálataink vannak hivatva tisztázni.

Kísérleteink eredményét a következőkben ismertetjük, megjegyezvén, hogy az I-gyel jelölt értékek a nem alkalizált, a II-vel jelöltek az alkalizált betegre vonatkoznak. Az a) jelzésű adatok a maszk használata előtt, a b) jelzésűek a maszk kétórás használata után találtak. Az első érték a vörösvérsejtszámot, a második a haemoglobint jelenti. Megjegyezzük még, hogy minden esetben serumrefractiomeghatározást is végeztünk, hogy a serum esetleges besűrűsödéséből vagy felhígulásából származó hibákat kiküszöbölhessük. A refractioértékek azonban egyetlen esetben sem mutatnak lényeges ingadozást, úgyhogy ezen adatok közlése től eltekintünk.

Sch. J. Helminthiasis.	I.	a) 5,460.000 85 b) 5,760.000 87	II.	a) 5,320.000 85 b) 5,310.000 85
P. B. Arthritis chr.	I.	a) 4,920.000 88 b) 5,445.000 88	II.	a) 4,700.000 87 b) 4,630.000 87
K. K. Arthritis chr.	I.	a) 4,710.000 75 b) 5,260.000 76	II.	a) 4,920.000 72 b) 4,680.000 72
Cs. B. Tumor vertebrae	I.	a) 5,850.000 90 b) 6,450.000 90	II.	a) 5,740.000 85 b) 5,710.000 85
M. S.-né Tonsill. chr.	I.	a) 4,320.000 75 b) 4,860.000 75	II.	a) 4,760.000 75 b) 4,720.000 75
P. A. Hysteria	I.	a) 5,280.000 86 b) 6,135.000 89	II.	a) 4,645.000 84 b) 4,520.000 78
A. D. Spondylitis	I.	a) 4,280.000 96 b) 4,960.000 96	II.	a) 5,230.000 101 b) 5,000.000 101
N. P.-né Asth. nerv.	I.	a) 4,100.000 86 b) 4,900.000 86	II.	a) 5,145.000 84 b) 4,600.000 84

¹ M. O. Arch. 1926.

² Orvosképzés. 1925.

³ Orvosi Hetilap. 1926.

⁴ Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. 1927.

⁵ Zschr. f. klin. Med. 1928.

⁶ Münch. med. Wschr. 1907, 16. sz.

⁷ Münch. med. Wschr. 1907, 35. sz.

H. L.-né Hysteria	I.	a) 3,920.000 76 b) 4,730.000 76	II.	a) 3,805.000 75 b) 3,840.000 76
R. J.-né Cat. apic. ..	I.	a) 3,720.000 68 b) 4,600.000 70	II.	a) 3,860.000 67 b) 3,900.000 66
A. K.-né Adnexitis ..	I.	a) 4,020.000 72 b) 5,000.000 74	II.	a) 4,150.000 72 b) 4,100.000 72
J. J. Gastritis acuta	I.	a) 3,920.000 85 b) 5,120.000 85	II.	a) 5,126.000 85 b) 4,450.000 84

Kísérleti eredményeink szerint tehát a Kuhn-féle szívómaszk kétórás használata az erythrocytaszámot lényegesen emeli, míg a haemoglobintartékek egyáltalán nem vagy csak minimalis mértékben nőnek meg. Az alkálizált kísérleti egyénen a Kuhn-féle szívómaszk alkalmazása nem létesít erythrocytosist, sőt az esetek egy részében a vörösvérsejtszám csökkenése észlelhető. Áttekinthetőség kedvéért a vörösvérsejtszám kétórás maszkhasználat után fellépő emelkedését, illetőleg csökkenését az alábbi táblázatban egészszámu százalékokban fejezzük ki (a + értékek növekedést, a — értékek csökkenést jelentenek):

Sorszám	Alkálizálás	
	előtt	után
1.	+ 6	0
2.	+ 11	2
3.	+ 12	— 6
4.	+ 12	— 1
5.	+ 13	— 1
6.	+ 16	— 3
7.	+ 16	— 5
8.	+ 20	— 11
9.	+ 21	+ 1
10.	+ 24	+ 1
11.	+ 24	— 1
12.	+ 31	— 13

A szívómaszk használata által létesített vörösvérsejtszaporodás tehát 6—31%-ig terjed, míg alkaliadagolás után a vörösvérsejtszám a maszkhasználat dacára sem emelkedik, sőt az esetek egy részében kifejezetten csökken. Felmerülhet az a gondolat, hogy a második napi refractaer viselkedésnek az lenne az oka, hogy az első ízben történt maszkhasználat már kimerítette a csontvelőnek erre az ingerre vonatkozó reagálóképességét. Ennek tisztázására néhány esetben vizsgálat tárgyává tettük azt a körülményt, hogy ha a beteget nem alkálizáljuk, úgy a második napi maszkhasználat emeli-e az erythrocytaszámot.

13. V. N. Cat. apic. ..			
I. napon ..	maszk előtt 3,760.000 maszk után 4,100.000	II. napon ..	maszk előtt 4,000.000 maszk után 4,320.000
14. N. J. Leukaemia myeloid.....			
I. napon ..	maszk előtt 3,750.000 maszk után 4,160.000	II. napon ..	maszk előtt 3,820.000 maszk után 4,120.000

Fenti két példa nyilvánvalóvá teszi, hogy a csontvelő reagálóképességét az előző napi maszkhasználat nem befolyásolta még azon esetekben sem, amikor a maszkhasználat előidézett magasabb erythrocytosisszám másnapra nem esik vissza az eredeti nívóra, illetőleg az alá.

Némileg bonyolultabbá teszik a viszonyokat azok a vizsgálatok, melyek szerint egyes szerveknek kiiktatása esetén a csökkent légnyomás nem hozza létre a

vörösvérsejtek megszorodását. Így *Mansfeld*¹ thyreoidektomizált nyulakon, *Drastich*² splenektomizált tengerimalacokon nem észlelték a csökkent O₂-tensio erythropoëtikus hatását. Ezeknek a jelenségeknek magyarázatára, az itt uralkodó bonyolultabb viszonyok tisztázására további vizsgálatok hivatottak.

Kísérleti eredményeinket összefoglalva, igazoltnak vehetjük, hogy a Kuhn-maszk használata s ami ezzel bizonyos jogosultsággal analognak tekinthető: a *magaslatti klímán való tartózkodás következtében fellépő erythrocytosis az acidosisnak következménye.*

A szegedi m. kir. Ferenc József Tudományegyetem női-klinikájának közleménye (igazgató: Berecz János dr. egyetemi ny. r. tanár).

Adatok a méhvérzések therapiájához.

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

A méhvérzések therapiájánál, eltekintve a rosszindulatú daganatok okozta vérzésektől, ahol természetesen a daganatok eltávolítása a célunk, úgy a gyógyszeres, belsősecretiós, mint a sugaras és műtéti gyógyításnál az az elv kell, hogy a szemünk előtt lebegjen, hogy a nemzőszervek physiologiás működését megtartsuk. Ennek a törekvésünknek nem mindig tudunk megfelelni, és a beteg meggyógyítása érdekében a sugaras, valamint a műtéti therapiánál sokszor kénytelenek vagyunk feláldozni a nemzőszervek működését. A rendellenes vérzés egy tünet, tünete a nemzőszervek megbetegedésének, a belsősecretiós mirigy-systhema zavarának, ritkábban más távolabbi szervek megbetegedésének. A helyes therapia előfeltétele a helyes diagnosis. Hogy minden esetben sikerülni fog-e a vérzés igazi okát felderíteni, az elsősorban az orvos szakképzettségétől fog függni, de annak jelenléte esetén is lesznek esetek, ahol dacára, hogy felhasználtuk az összes rendelkezésre álló diagnostikus eljárásukat, az eset nem eléggé tisztázott, és így a therapia sem fog teljes eredményhez vezetni. A méhvérzéseknel kétségtelen, hogy az esetek legnagyobb százalékában a belsősecretiós mirigy systhema zavara szerepel, mint elsődleges ok, de véleményünk szerint éppolyan fontos okként szerepel a nemzőszervek megbetegedése, amely lehet következménye a belsősecretiós mirigyműködések zavarainak, másfelől fertőzés, szülés, s más megbetegedésekkel kapcsolatos. Az esetek nagy százalékában nem lesz célhoz vezető a therapia, ha mind a két oki tényezőt figyelembe nem vesszük. Azt az anyagot (514 eset), amelynek tapasztalatai alapján a méhvérzések therapiájához hozzá akarunk szólni, a következő csoportokba oszthatjuk:

I. A fiatalkorúak rendetlen vérzése. 10 eset.

Metrorrhagia: 5. eset: conservativ, általános therapia, corpus lut., glanduitrin 5; *hypoplasia*: 2 eset: lépbetegség, insulín 2; *endometritis hyperplasia*: 3 eset: curettage 3.

Amennyire némelykor igen könnyen gyógyítható, máskor a legnehezebb feladatok elé állítja még a szakembert is. Ennek oka részben abban van, hogy mi klinikusok rendszerint ezeket a vérzéseket elhanyagolt állapotban kapjuk. Az elhanyagolás részben a beteg részben a hozzátartozók részéről történik, de sokszor a sikertelen therapiás kísérletezések eredménye. Jellem-

¹ Pflüg. Arch. 152.

² Pflüg. Arch. 219.

* A Magyar Nőorvosok Társaságának 1928 március 30-án tartott II. nagygyűlésének előadása.

zésekben csak egy súlyos esetet akarok röviden elmondani:

P. R. 1927/410. sz., 13 éves, 2 éve rendetlenül jelentkező igen bő vérzések. Több orvosnál járt, gyógyszeres és belsősecretiós kezelésre állapota nem javult. Felvételnél viaszszárga bőr, halvány nyálkahártyák. Pulsus 120, könnyen elnyomható. *Quantitativ vérkép:* véralvadási idő 4 perc. Haemoglobin 24% corrig. Sahli Vörösvértestek 1.500.000. Fehérvérsejtek 6.500. Festődési index 0,8. *Qualitativ vérkép:* kistokú anisocytosis, monocytosis. *Genitalis lelet:* kisebbfokú retroversion kívül normalis lelet. *Therapia:* curettage. *Kórszövettani diagnosis:* End. gland. hyperpl. haemorrh.

Elbocsátáskor a beteg nem vérzett, haemoglobin 39%, vörösvértest 4.090.000. A legsúlyosabb secundær aemia volt jelen. Az előzetes therapia, amely részint gyógyszeres, részint belsősecretiós volt, eredményhez nem vezetett. Mi is megkíséreltük a belsősecretiós terapiát, azonban bár egy pár napos szünet bekövetkezett a vérzésben, a vérzés újból megjelent és így bár a kisebbfokú hypoplasia uterin kívül nem tudunk egyebet kimutatni, életmentés céljából méhkaparásra határoztuk el magunkat. Még két esetben végeztünk méhkaparást. Mind a három esetben igen bő kaparékot kaptunk, feltűnő volt a méh és méhnyak rendkívül tágulékony volta, a méh atoniás állapota és a hosszú méhür. Utólagos kezelésként még egy pár méhüri öblítést adtunk, és egyúttal a méhtonus visszaállítása végett glanduitrin-injectiókat. A másodlagos anaemia kezelésénél az újabban ajánlott májtherapiát vezettük be, amelynek igen szép eredményeit láttuk. Az előbbi esetet annak jellemzésére ismerttettem, hogy a fiatalok vérzéseknél negativ genitalis lelet mellett is, belsősecretiós zavarok következtében előállt a méh nyálkahártyájának chronikus hyperplasiája és míg ezen beteg nyálkahártya el nem távolíttatik, a belsősecretiós kezelés hatástalan. Nem szabad tehát megvárunk, hogy ilyes súlyos állapotba jusson a beteg, hanem ha a gyógyszeres, belsősecretiós és általános therapia eredményhez nem vezetett, localis terapiát is alkalmaznunk kell, annál is inkább, mert mint egy esetünkben láttuk, polypus is lehet oka rendetlen vérzéseknek.

II. A nemzés korában levő vérzések.

390 eset.

Status uteri post abortum: 10 eset: curettage 7; conservativ 3; *Metropathia chr.:* 213 eset: curettage 179, Chrobak 4, totalexstirpatio 6, conservativ, gyógyszeres és felszívató 12, Röntgen 12; *Adnexmegbetegedés:* 91 eset: curettage+adnexmütét 30, Chrobak 6, totalexstirpatio 2, conservativ, antiphlogistikus gyógyszeres 46. Röntgen 7; *kóros deviatiók* 76 eset: curettage + ventrofixatio 70, conservativ (felszívató) 6.

A nemzés korában levő vérzések legnagyobb százalékánál a méhre, adnexumokra, a méh környezetére is reáterjedő gyulladásos megbetegedések, továbbá a daganatok és a retrodeviatiók szerepelnek mint oki tényezők. Itt a gyógyszeres kezelés mellett az alapmegbetegedések gyógyítandók. Az adnexmegbetegedéseknél igen makacs vérzésekkel találkozunk, amelyek sokszor conservativ kezelésekkal nagyon nehezen befolyásolhatók és minden rendelkezésre álló gyógyszeres, belsősecretiós kezelés csődöt mond. Félve várjuk már az újabban jelentkező menstruatiókat, amelyeknél nemcsak a nagy vérvesztés, hanem a gyulladásos folyamat fellobbanása is újra visszaveti a beteget előbbi siralmas állapotába, s az eddig elért eredmény nagyrészt elvész. Ezeknek a vérzéseknek sikeres kezeléséről számolt be Molnár kartársam a temporaer castratióról tartott előadásában. Eddigi eredményeink jók és biztatók, a betegek meggyógyultak, nem kény-

szertültünk esetleg radicalissá válható műteti beavatkozásokra és a nemzőszervek működése is visszatért. Az előbb említett okok miatt végzett műteti terapiánál elvünk az, hogy a feltételezhetően beteg nyálkahártyát is eltávolítjuk, mielőtt a retrodeviatiót corrigáljuk, a beteg adnexumot vagy daganatot eltávolítjuk az ovarium conserválásával. Különálló kórképet képez a metropathia chronica, amelynek gyógyításánál elvünk az, hogy a méhkaparást nemcsak therapiás szempontból, hanem elsősorban diagnostikai célból végezzük el, figyelembe véve, hogy közel a climaxhoz levő asszonyoknál nem zárható ki a nyálkahártya rosszindulatú elfajulása. Eseteinknek kb. felében maga a curettage is elegendő volt ahhoz, hogy gyulladás következék be, ahol pedig a vérzés újból jelentkezett, Röntgen-castratiót végeztünk. Súlyosan kivért állapotban vag. tot. exstirp.-t. A climaxban jelentkező vérzési rendellenességeknél is a méhkaparás therapiás célon kívül diagnostikai célt is szolgál. Természetesen ezen utóbbi két kórképnél a belsősecretiós készítményeket is igénybe vesszük, az elért eredmény tartós biztosítása végett. A climaxos méhvérzéseknél többször láttuk az úgynevezett end. polyp.-t, amelynél sokszor a méhkaparás eredményhez vezetett s ha nem, rendelkezésünkre állott a sugaras kezelés.

III. Climax.

114 eset.

Metropathia chr.: 104 eset: curettage 77, Chrobak totalexstirpatio 10, Röntgen 16, conservativ 1; *tumor adnex:* 2 eset: conservativ 1, Röntgen 1; *kóros deviatiók:* 8 eset: curettage + ventrofixatio 8.

Röviden összefoglalva felfogásunkat, elvünk az, hogy a méhvérzések therapiájánál a méhnyálkahártya localis elváltozását is mindig figyelembe kell vennünk. Ha a gyógyszeres vagy belsősecretiós kezeléssel tartós eredményt nem kapunk, a méhnyálkahártya eltávolítása indicált lehet bármely korban fellépő méhvérzésnél, mintegy kisegítő therapiás eljárás.

L A P S Z E M L E

Belorvostan.

A vércalcium viselkedése adrenalinhatás alatt. Heinz Lawaczek. (D. Arch. für klin. Med. 160. kötet, 5-6. füz.)

Szerző kísérleteiben a vércalcium adrenalinhatására nem mutat tipikus változást, míg az ultrafiltrálható calcium megszorodik. Az adrenalinhatás és analog a symphaticus idegrendszer izgalma tehát úgy magyarázható, hogy a symphaticusizgalomhoz legnagyobb valószínűség szerint szükséges calciummegszaporodás a sejten belül nem a vércalcium beáramlása által történik, hanem helyben keletkezik azáltal, hogy a sejten belül feltételezett indifferens calciumvegyületekből a symphaticusingerlés nagyságának megfelelő differens, valószínűleg ionizált calcium szabadul fel, a sejt colloid állapotában ezáltal változás történik, ami symphaticusizgalom képeben észlelhető. Tehát nemcsak az ismert K-Ca-ionantagonizmusról van szó, hanem indifferens, kötött elektrolitek és szabad, hatásos ionok egyensúlyáról. Sympathicotoniás sejtnél vagy a K-egyensúly tolódik el az indifferens, vagy a Ca-egyensúly a differens forma javára; fordítva áll ez a vagotoniánál. Jól magyarázható ezzel az oxalsavmérgezésnél észlelt fokozott adrenalinérzékenység, míg a Ca teljes kicsapásánál az adrenalinhatás teljesen megszűnik. Megmagyarázható ezzel az is, hogy vagotoniás állapotoknál a Ca bevitele csak múló hatású lehet, mert nem Ca-szegénységről, hanem a sejt kóros Ca-egyensúlyáról van szó, a sejt a szervezetbe bevitt hatásos Ca-t csakhamar az indifferens, kötött formába viszi át

és bőséges vércalcium jelenléte mellett csakhamar újra a vagotonia jeleit, azaz a differens Ca hiányát látjuk. Therapiás hatás elérésére is csak e kóros egyensúly megváltoztatásával van kilátás. *Molnár István dr.*

Vizsgálatok az insulinhypoglykaemiáról. II. közl.
A szentensio csökkenésének okairól hypoglykaemiás állapotban. *Ernst Wiechmann és Fritz Koch.* (D. Arch. für klin. Med. 160. köt., 5–6. füzet.)

Szerzők a szentensio és a vérnyomás közötti összefüggés megállapítása céljából 15 személyen végeztek kísérleteket hypoglykaemiás állapotban. A kísérletek részben egészséges embereken, részben insulinhízókúra alatt állókon, részben insulinkezelés alatti diabetesesen végeztek. A vérnyomás és a szentensio egyidejű méréseiből kiderült, hogy hypoglykaemiás szentensioeszköken semmiesetre sem magyarázható a vérnyomáseszköken. Az esetek nagyobb számában ugyan a vérnyomás is csökkent, de voltak esetek, melyekben a vérnyomás alig változott, sőt emelkedett. A vér és a szövetek közötti anyagforgalmat a plasma mennyiségéről a vér haemoglobintartalmának változása ad felvilágosítást. A toxikus insulinadag injektálása után a haemoglobintartalom tekintélyes emelkedést mutatnak, étkezés után ezen értékek csökkennek. Ezzel szemben a szentensio csökken, étkezés után viszont legtöbbszor gyorsan emelkedik. E jelenségek a hypoglykaemiás állapotban ismert izzadással magyarázhatóak. A szentensioeszköken kifejezője az intraocularis folyadék és a szövetnedvek tágabb értelemben vett áramlásának a vérpályába; a szentensioeszköken és az egyidejű haemoglobintartalomemelkedés látszólagos paradox viselkedése úgy magyarázható, hogy a gyors és nagy vízleadás a vérből az izzadás által a szövetnedv-vándorláshoz képest túlsúlyba jut. A hypoglykaemiás szentensioeszköken egyik tényezője tehát a szervezet vízegyensúlyának eltolódásában keresendő. *Albrecht von Graefe* figyelmeztet arra, hogy choleraanál a szentensio csökkenését nem tudta kimutatni.

Molnár István dr.

A golyvapræventio hatékonysága és biztossága.
O. R. Kimball. (Journal of the Americ. med. Assoc. 91. kötet, 7. sz.)

Az Egyesült-Államok Michigan államában történt nagyszabású præventív kísérletről számol be, amelynek folyamán az iskolásgyermekek évenként és átlagban mintegy 400 millió g jódot (kalium jodid) kaptak vagy a konyhasóban, amelyet e célra az állam területén így készítették, vagy tablettákban (1 db 10 mg organikus jódot tartalmazó tabletta 40 héten át, hetenkint). A közhasználatba hozott jódozott só fogyasztása által a gyermekek felnőtt hozzátartozói is prophylaxisban részesültek. A megfigyelések arra mutatnak, hogy a jódozott só régebben fennállott golyva mellett sem hoz létre hyperthyreosist. A jódozott só fogyasztói között csupán 27 esetben (41%) figyelt meg a golyva mellett hyperthyreosist, míg a nem jódos sót fogyasztó golyvások közül 233 esetben (55,5%) jelentkeztek a hyperthyreosis tünetei. Az endemikus golyva præventiója tehát igen fontos lehet a hyperthyreosisok kitörésének megakadályozásában. A gyermekeken végzett kísérletek is arra mutatnak, hogy a jódozott só használata kiváló értékű a golyva megelőzésére. Négyévi használat után az azelőtt nagy mértékben golyvában szenvedő iskolás gyermekeken a golyva előfordulása feltűnő csökkenést mutatott. Így egyes kerületekben 55,6%-ról 17,2%-ra, 32,7%-ról 8,8%-ra, 33,3%-ról 10,7%-ra, 30%-ról 9%-ra csökkent a golyvában szenvedő gyermekek száma.

Baráth dr.

Typhus védőoltás után (provocatiós typhus). *F. Stroebe.* (Zeitschr. f. klin. Med. 108. köt., 5–6. füzet.)

Az 1926. évi hannoveri typhusjárvány alkalmával 117.000 embert részesítettek védőoltásban, 800 typhusbeteg közül 38-nál szoros kapcsolat volt a betegség kitörése és a védőoltás között; ezen ú. n. provocatiós typhusok közül igen sok volt a súlyos eset. A háború járványkórtani tapasztalatait is számba véve, szerző

azt a felfogást vallja, hogy a védőoltás kiválthatja a megbetegedést olyan embereknél, akik a fertőzésnek ki vannak téve. Talán azzal magyarázható ez, hogy az oltás a szervezet immunbiológiai egyensúlyát protein-hatásszerűen kedvezőtlenül megbontja. Ha tehát a járvány fészkeit el lehet fojtani, a védőoltásokkal nyugodtan lehet várni 2–3 hónapig. Tömeges megbetegedéseknél tehát elvetendőnek tartja a védőoltásokat, különösen, ha lappangó infectio lehetősége áll fenn.

Baráth dr.

Sebészet.

Tapasztalatok a rákbetegségről Steierországban.
H. Haberer. (Wien. klin. Wochenschrift 1928, 41. évf., 25. szám.)

A gráci sebészeti klinikán való háromévi működése után elrettenve állapítja meg, hogy mennyivel nagyobb mértékben szedi áldozatait a rák Steierországban, mint Tirolban, előbbi működése helyén (Innsbruck). Tirolban a háború előtt 100.000 lakosra évenként 50 rákos megbetegedés esett. A háborúban ez a szám 39 volt és utána 1923-ig 70-re emelkedett. Ezzel szemben Steierországban ez a szám 1922–1925. évek között 220-ról 280-ra szökkent fel. A halálesetek száma 100.000 emberre számítva, évente 120 körül volt. E három év alatt a gráci klinikán ápolt 14.000 beteg közül 637, azaz 5% volt rákos. Ezeknek kb. a fele volt inoperabilis. Steierországban a nép nem szívesen fordul bajával orvoshoz, hanem inkább a kuruzslókat látogatja. Ezért sok az elkésett eset. Az orvos iránti bizalmatlanságot a tartomány struma-endemiájával és a lakosság általános pajzsmirigyhypofunctiójával hozza okozati kapcsolatba. Az inoperabilis eseteknél a Röntgen- és a radiumbesugárzáson kívül a Gordon-féle heteroprotein és a Thies-féle rákautovaccinatherapiával is tettek kísérletet. Ez utóbbiak értékéről azonban még nem lehet végleges véleményt mondani. Radikális tét után nem ajánlja a Röntgen-besugárzást.

Valter.

A helybeli érzéstelenítés ismeretlen távolhatása.
Ferdinand és Walter Huneke. (Die med. Welt 1928, 27. szám.)

Ha betegnek, aki gyakori fejfájásban szenved, bőr alá kis mennyiségű helybeli érzéstelenítőt szert fecskendezünk be, akkor nagyon gyakran fogjuk tapasztalni, hogy a fejfájás azonnal megszűnik. Előfordul, hogy a hatás csak percekig tart, tarthat órákig, de nem ritkán huzamosabb időre panaszmentessé válik a beteg. A szer lehet novocain, tutocain, psikain, holocain, legcélszerűbben novocain-coffein.

Naponta ismételt bőralatti, intramuscularis és intravenás befecskendések befolyásolták a visszatérő fejfájásokat. Ritkábban és kisebb intenzitással jelentkeztek, míg végül is elmaradtak. Nemcsak vasomotorikus eredetű fejfájásoknál, hanem lumbalanaesthesia utániaknál, alkoholosaknál, vérszegény embereknél és infectiosus betegségekben szenvedőknél is bevált. Nemcsak fejfájásnál, de olyan betegségekben, ahol egyik componens ideges eredetű, is jó eredményeket értek el. Ilyenek: szédülés, álmatlanság, terhelességi hányás, tengeri betegség. Mint fájdalomcsillapító is jól bevált. Agyvérzéseknél és fenyegető agyvérzéseknél a fejfájást megszünteti. Trigeminus neuralgiánál, ischiásnál, epeköolicánál is fájdalomcsillapítólag hatott. A novocain-coffein keverék Impletol név alatt kerül forgalomba 40 mmg novocain tartalommal. Az első injectiót a fájdalom alatt adják, ha megszünteti, néhány nap múlva megismételhető. Ha egy ampulla nem szünteti meg, fel lehet menni az adagolással négy ampulláig. Intravenásan sem láttak toxikus mellékhatást; igen ritkán gyengeséget, hányingert észleltek, ilyenkor az adagot le kell szállítani. A hatás oly hirtelen lép fel, hogy gondolni sem lehet resorptív hatásra, inkább kézenfekvőbb valamely eddig ismeretlen reflexhatás. Kétségtelen, hogy a beteg részéről is bizonyos dispositio szükséges ahhoz, hogy kielégítő hatást nyerjünk.

Novák Ernő.

Az epehólyag sebészi kezeléséhez. *A. Mülleider.* (Wien. klin. Wochenschr. 1928, 41. évf. 26. sz.)

A korai műtét feltétlen híve. A belgyógyászok a korai műtétet szemben azt hozzák fel, hogy sok betegnek csak egyszer-kétszer van rohama életében, amivel szemben a műtét után igen soknál maradnak következményes panaszok. Így aztán olyanok, akiknek talán több bajuk nem lett volna epekőveikkel, sokáig sínylődnék a műtét következtében. Ezzel szemben a mindennapos sebészi tapasztalat az, hogy a hosszadalmas belgyógyászati kezelés alatt oly súlyos elváltozások lépnek fel, melyek a műtétet nehezítik, a mortalitást emelik és az utólagos kellemetlenségeket súlyosbítják. Különösen a fájdalomcsillapítók alkalmazását ítéli el, mint amelyek gyors, de látszólagos segítségükkel alkalmasak arra, hogy a beteg sokáig kitartsa a belgyógyászati kezelés mellett és ne barátokozzon meg a műtét gondolatával. Korán, de nem rohamban, hanem ennek lezajlása után operál. Technikája a következő: Hosszmetszés a jobb rectuson. Pontos tájékozódás a hasüregben. Az epehólyagot püngálja minden esetben, mert ezzel a beszakadás veszélyét csökkenti. Serosametszésből újjal tompán hámozza ki az epehólyagot. Cysticus és cystica külön pontos ellátása. Csonk peritonizálása. Draineső. Choledochuskő esetén a cysticuscsonttól kiindulva nyitja meg a choledochust. A köveket massage-al távolítja el. A choledochus-sebet elvarrja s a varrathoz drainsövet vezet. Kehr-féle T-esövet sohasem alkalmaz. Gazetampon ritkán helyez be. Eseteinek kb. felében a hasat teljesen zárta minden kellemetlen következmény nélkül. Ilyenkor gyorsabb a gyógyulás és nincsenek utófájdalmak, amelyeket az összenövések okoznak.

Valter.

Urologia.

A húgycső-stricturák és rupturák a Röntgenképen. *Prof. Partsch és Breitländer.* (Zeitschr. für urologische Chirurgie 1928, 25. kötet, 1—2. füzet.)

A sondavizsgálat dacára, minden kézügyességnek sötétben való tapogatódzás s bárha az orvosra nézve kényelmes, a betegre nézve azonban sokszor igen kellemetlen, sőt fájdalmas beavatkozás. A beteget minden fájdalomtól megkímélhetjük, egy Röntgen, illetve urethrographiával.

A húgycső töltésére két contrastanyagot használtak: 1. a jodipint, mely a húgycső és a hólyagra izgató hatással nem bír; 2. a *Kurtzahn* ajánlotta bariumsulphat vegyületét. A felvétel Bueyblendével félfoldalhelyzetben történik.

A pars anterior töltése általában egyenletesen kalibrált síma csövet mutat, melynek kalibere a fossa bulbi felé kissé szélesedik. Amilyen egyszerű a kép a normalis pars anteriornál, oly változatos lehet az pathologikus folyamatoknál. Főleg a gyulladásos szűkületek jönnek itt szóba. Idősebb folyamatoknál a húgycső hosszabb szakaszon szűkült, a contrastanyag befecskendezésének nem enged oly könnyen, mint a normalis, kis üregek, gödrök contourjai látszanak. Minél szűkebb a strictura, annál keskenyebb az árnyék contourja. A képből helyesen megállapítható a strictura circularis volta, csavar- vagy dugóhúzószerű járatok vannak-e jelen, melyek a falzat különböző pontjain keletkezhetnek. A billentyűszerű képletek is jól kivehetők. Traumatikus stricturák az urethra lumenét circularisan vágják le s gyakran hosszú szakaszon át cérvanékony-ságúvá szűkülnek meg.

A sebészt érdeklő szűkületek legnagyobb számban a húgycső hátsó részletére lokalizálódnak. Ha a strictura a pars membranaceában fekszik, a töltés hagymalakúan elhúzódott, egyenetlen, sokszor majdnem töltetlen, dacára annak, hogy a húgycső az elaszticitás határáig tágult. Ily esetben látható, hogy a heges falzat mennyire elváltozott. A szűkület hossza ez esetben csak úgy állapítható meg, ha controll-felvétel mictio közben történik.

Ami a pars prostatikát illeti, normalis viszonyok

mellett a sphincter, mely a hólyagfundustól a diaphragmaig terjed, s ezen távolságot finom fonataival át és átszövi, nem észlelhető, vagyis a sphinctercontractio folytán mindössze csak egy vékony fonal válik láthatóvá. Stricturásoknál a kép olyan, mint a prostatásoknál. Tiszta, szép képet adnak az álutak, melyek a prostatikus részben vagy előtte, vagy pedig a paraurethralis szövetekben kitágulva látszanak.

Az ondóhólyagoknak teljes tágulásával való töltődését nem tapasztalták, azt hiszik, hogy az ondóhólyagmegbetegedéseknél az urethrogrammoknak nagyobb jelentősége nincs.

Friss húgycső-rupturánál a Röntgen-felvételnek az esetleges gyors operatív beavatkozás, valamint az infectio veszedelme miatt létjogosultsága nincsen. Két urethraruptura esetet észleltek urethragraphice. Részletesen ismerteti mind a két esetet. A Röntgen-vizsgálat után az egyik betegnél semmiféle kellemetlenséget, complicatiót nem tapasztaltak, a másik beteg ellenben a vizsgálat után pár hét múlva, urosepsis és retroperitonealis phlegmone miatt exitált.

Összefoglalás: az urethrographia fájdalommentes és veszélytelen vizsgáló eljárás, mely a húgycső minden chronikus elváltozásánál és megbetegedésénél jól alkalmazható, különösen stricturáknál, fistuláknál, álutaknál, diverticulumnál, idegentesteknél.

Húth Tivadar dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Farfekvések műtéti kezeléséről. *O. Küstner.* (Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 78. köt., 6. füzet.)

Otto, Stoeckel, Strassmann és Nagel felfogásával szemben, kik a farfekvéses szülés elhúzódása vagy a szükséges gyors befejezése esetén a fogó alkalmazását ajánlják, saját, régóta kipróbált műszerét ajánlja. Rámutat, hogy a farra alkalmazott fogó mily gyakran okoz súlyos lágyrészsérüléseket. El téren a Kielland-fogó sem hozott lényegesebb javulást. Helyteleníti az ujjal való lehúzást, valamint a szalag és horog alkalmazását. Az elülső combhajlatba beakasztott ujj, valamint műszerek nem a farfekvés szülési mechanizmusa szerint segítik elő a far lejjebbhozatalát. Saját eszközét, mely 28 cm hosszú, 10 mm vastag, 3 mm-es sugárral bíró horogból áll, a hátsó combhajlatba akasztja be s így húzza lejjebb a fart. Az eszköz pisztolyagyszerű nyéllel bír, mely kézzel jól megmarkolható. Előnye, hogy a medence hajlásánál fogva könnyen felvezethető a magasabban fekvő hátsó combhajlatba s vastagsága miatt lágyrészsérüléseket, combtöréseket nem okoz. Eszközével több mint 40 műtétet végeztek. A szövődmények között két teljes gátrepedést, egy hólyaghüvelypolyt, a magzatnál két felületes bőrsérülést s két combcsonttörést említ meg. Mélyebbre terjedő magzati lágyrészsérülés nem fordult elő. Míg a fogónak alkalmazását a farra csak szakember végezheti, addig saját műszerének használatát a továbbképző tanfolyamokon, sőt orvostanhallgatók szülészeti-műtéttani előadásain is tanítja. Véleménye szerint eszköze alkalmasabb az eddig használt összes eljárásoknál s ezért kiterjedtebb alkalmazását ajánlja.

Szathmáry Zoltán dr.

Extractio placenta accretae. *Zangemeister.* (Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 1928, 78. köt., 6. füzet.)

A cikk *Aschermann*-nak „A lepény leválasztása a köldökszinór húzása útján” című közleményére megírt válasz.

Erősen támadja az új eljárásokat ismertető szerzőket. Ezekről az „újságokról” legtöbbször kiderül, hogy már régebben is ismerték s nem egy régebbi szerző sokkal megfelelőbben s helyesebben tárgyalta a kérdést. *Aschermann* cikkére vonatkozólag megemlíti, hogy ez az eljárás nem új, mert hiszen a franciáknál a XVIII. században művelték, de hátrányai miatt régebben felhagytak vele. A lepény kézzel való leválasztását nem kerülhetjük el ezzel az eljárással, hiszen magának *Aschermann*-nak is 11 esetben kellett a lepényt kézzel leválasztani. Hogy a köldökszinór húzása mennyire ár-

talmas, azt legjobban a régi idők tapasztalásai bizonyítják. A XVIII. században mindenesetre sokkal veszedelmesebb lehetett a lepény kézzel való leválasztása s dacára ennek, mégis felhagytak a köldökszínór húzásával. *Aschermann*-nak 3000 szülésből származó eredményével szembeállítja *Stoeckel* milliós statisztikáját. Az egész eljárást, mely „minden tudományos alapot nélkülöz”, veszedelmesnek tartja, nem beszélve a köldökszínór leszakadásának és a méh inversiójának súlyos következményeiről. *Aschermann*-nak adatait hiányosnak tartva (nem említi meg, hány esetben maradt vissza lepényrész, melyet azután esetleg a gyermekágyban kellett leválasztani), elveti ajánlatát s óva inti az esetleges követőket. *Szathmáry Zoltán dr.*

KÖNYVISMERTETÉS

Új könyvek.

Magyar nyelven.

Dolgozatok: Entz Béla dr. egy. tanári működésének 10-ik évfordulójára írták tanítványai. A m. kir. Erzsébet-Tudományegyetem 1927–28. tanévi V. füzeté. Dunántúli Egyetemi Nyomda.

Német nyelven.

Chirurgie des Land-, Schiffs- und Kolonialarztes. W. von Oettingen. Theodor Steinkopff. Drezda. Ára 18–20 M. — **Handbuch der gesamten Strahlenheilkunde, Biologie, Pathologie u. Therapie.** II. köt. 2. k. **Paul Lazarus.** J. F. Bergmann. München. Ára 21 M. — **Handbuch der Anatomie des Kindes.** I. köt. 2. köld. **Peter-Wetzel Heiderich.** J. F. Bergmann. München. Ára 18 M. — **Vererbung anatomischer Variationen der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Gehörorgans.** **H. Leichter.** J. F. Bergmann. München. Ára 21 M.

Dolgozatok: Entz Béla dr. egy. tanári működésének 10-ik évfordulójára írták tanítványai. A m. kir. Erzsébet-Tudományegyetem 1927–28. tanévi V. füzeté. Dunántúli Egyetemi Nyomda. — A 321 oldalas, 30 értékes laboratoriumi közleményt tartalmazó könyv ékes dokumentuma egy szigorú kritikájú, kiforrott felfogású s tanítványaira irányító varázst gyakorló professor termékenyítő hatásának. — Nem boesátkozhatunk sem kritikába, sem ismertetésbe, mert a kutatókkal szemben erre csak a kutatás jogosít. De e könyv, melyben érezzük, értékek vannak lefektetve, reflectorként világít rá arra, ki a „magyar Heidelbergben” az orvosi tudomány alapító munkáinak részese és zászlótartója. Fogadja a jó öreg Hetilapnak és olvasó közönségének is őszinte elismerését és jókívánatait 10 éves áldásos munkásságához és az orvosképzés jövőjében még reávaró hivatásához. — A könyv mondhatni pazar kiállítása, remek autotyp és színes ábrái a Dunántúli Egyetemi Nyomda teljesítő képességének meglepő bizonyítékai. *Vámosy.*

Der Kranke und die Krankenversicherung. Ein Mahnwort. Von Dr. Friedrich Wolff. Verlag J. F. Lehmann. München, 1928. Ára füzve 5 M.

Hogy a betegpénztári ügy mekkora hullámokat vet Németországban, úgy az orvosok, mint a nagyközönség körében, azt mi sem bizonyítja jobban, mint az erről szóló irodalom óriási fellendülése. Egymásután jelennek meg erre vonatkozó könyvek, röpiratok és újságcikkek, és pedig úgy a napilapokban, mint a szak-sajtóban. És hogy a kedélyek ebben a kérdésben nem tudnak nyugvópontonra jutni, azt igen élénken dokumentálja az a homlokegyenest ellenkező álláspont, amelyért az egyes szerzők nagy lelkesedéssel síkraszállnak. Nemrég e helyen ismertettem *Erwin Lick* munkáját, aki a kátyuba került betegpénztári ügy egyedüli panacea-ját az orvosok államosításában látja, mert szerinte csak a szabad orvosválasztással járó sok visszaélés juttatta olyan súlyos helyzetbe a pénztárakat.

Wolff éppen ellenkezőleg csak a szabad orvosválasztás alapján véli a kérdést megoldhatónak, persze bizonyos reformok életbeléptetése után. Mindenekelőtt szükségesnek tartja, hogy a betegpénztári tagoknak járó összes kedvezmények azoknak családtagjaira is kiterjesztessenek. A szabad orvosválasztást szerinte törvénybe kell iktatni és ahol ezáltal egyes eddig fix fizetéssel alkalmazott orvosok létérdeke veszélyeztetve

volna, ott a kirívó igazságtalanságokat átmeneti intézkedésekkel kell eliminálni. Amely orvoshoz 5 esztendőn át a betegpénztári tagok bizonyos minimuma (negyedévenként 50 tag) sem fordul, azt törölni kell a szabadon választható orvosok jegyzékéből. Másrészt az ú. n. „Kassenlöwen”-ek garázdálkodását is lehetetlenné akarja tenni azáltal, hogy minden orvos csak bizonyos számú beteget kezelhet, a megállapított maximumon felül végzett orvosi ténykedésért nem jár honorárium. Éjjeli látogatásoknál minden tag, a nagyobb fizetési tagok pedig a nappali látogatásoknál is a honorárium 10–20 százalékat sajátjukból kötelesek fizetni. A betegpénztárak ezentúl nemcsak a betegek kezelését, hanem a prophylaxist is tekintsek feladatuknak, ide értve a pályaválasztás, házasságkötés körüli tanácsadást stb.

A betegpénztáraknak ne legyen szabad tőkéket felhalmozni, eppógy ne tarthassanak fenn kórházakat, sanatoriumokat, gyógyszerárakat. Amint a tag összes jövedelme a 3600 márkát meghaladja, minden kedvezményre való igényjogosultsága megszűnik és szakítva az eddigi szokással, ne maradhasson meg továbbra ú. n. önkényes tagnak.

A betegpénztárak vezetőségéből számítani kell minden politikát, anélkül azonban, hogy féltékenyen őrzött eddigi autonómiájuk csorbát szenvedjen. A szerző per longum et latum igen alaposan okolja meg mind-ezen indítványokat. Mindenesetre az a benyomásunk, hogy eddigi formájában sem a szabad orvosválasztás, sem pedig a fixumos rendszer nem felelt meg minden jogos várákozásnak és hogy idővel mégis csak a szabad orvosválasztás eszméje fog győzedelmeskedni. Hiszen nemcsak az orvosság gyógyít, hanem az orvos egyénisége is, de nem a betegre oktroyált orvos fog itt eredményt elérni, hanem a dolog természete szerint csakis a szabadon választott orvos, mert csakis ehhez fordul korlátlan bizalommal a beteg. A szabad orvosválasztás is csak emberi alkotás, tehát nem lehet tökéletes, de idővel el fognak simulni az ezen rendszerrel járó inconvenientiák. A szerző jól átgondolt javaslataival mindenesetre közelebb hozta a kérdést a megoldáshoz. *Vajda Károly dr.*

Die Impotenz des Mannes. Von Dr. P. Orlowski. Vierte völlig neu bearbeitete Auflage, mit 43 Abbildungen im Text und 5. färbigen Tafeln, 246 Seiten. Leipzig, 1928. Kurt Kabitzsch.

Szerző könyvét XII. fejezetre osztja. Az I. fejezet szól a potentia anatómiájáról, vagyis az ondószálak keletkezéséről, a herének a prosztatához való viszonyáról, a here belsősecretiós működéséről, illetve közti sejtjeiről, valamint a Steind-féle felfogásról, azután a mellékhere, Cowper-mirigyek és ondóhólyagok működéséről. A II. fejezet a potentia élettana, az erectio bonctani és élettani feltételeiről. III. A potentia beidegzéséről a centrummal az agyban, az ejaculációs idegberendezéséről. IV. Az impotenciáról általában. V. A somatikus impotenciáról, felemlíti a veleszületett fitymaszűkületet, hypospadiast, induratio penis plasticát, priapismust s a here, prostata és ondóhólyag megbetegedéseit, mint kiváltó okokat. VI. Colliculitis. Részletesen ismerteti a colliculus seminalis bonctanát és szövettanát, valamint élettani működését; leírja, hogyan jöhet létre colliculus hypertrophia, hogyan lehet azt felismerni s milyen klinikai tünetekkel jár. Nagy jelentőséget tulajdonít az impotentia létrejöttében a colliculus hypertrophiának, melyet legtöbbször az éveken át üzött onanizálás és a hosszú időn át üzött coitus interruptus idéznek elő. VII. A kóros magömlésekről és a sexualis neurastheniáról, vagyis a nem coitus útján történt magömlésekről, mint az onaniáról, pollutióról és spermathorrhoeáról. VIII. A psychikus impotenciáról, melyeknek nagy számát a gonorrhoeában szenvedők képezik. IX. Az impotentia prognosizálásáról. X. Az impotentia kezeléséről, belső gyógyszeres, vízkúrás és localis kezelésről, továbbá organotherapiás eljárásokról. XI. A kórral járó impotentia gyógyításáról. Itt részletesen tárgyalja a Steinach- és Woronow-féle fiatalító eljárásokat, azok bonctani és élettani magyarázatát s arra a következtetésre jut, hogy a megfiatalításban sem a közti sejteknek megszaporodása útján, sem a csirahámsejtek átültetése útján, sem a hormonok befeeskendezése útján nem hisz. XII. Az impotentia generandiról. Itt nem annyira az anatómiai okokkal foglalkozik, mint azon esetekkel, hol a férfi teljesen egészséges, mégsem képes termékenyíteni (azoospermia, aspermatismus).

A könyv — amint első kiadásának előszavában a

szerző jelzi is — a colliculus hypertrophicának és colliculus causticának az impotentia kezelésében való nagy fontosságát hangsúlyozza, amiben talán túlzásba ragadtatja magát, de a munka jól van megírva, teljesen tudományos színben mozog és szakembereknek érdekes olvasmány.

Prof. Illyés Géza.

Die Absonderung des Harns. Arthur R. Cushny. A második angol kiadást németre fordították: Prof. Alfred Noll és D. Johanna Püschel. 39 részben színes, szövegközti ábrával. Gustav Fischer kiadása. Jena, 1926.

A veseműködés physiologiája sokat kutatott, sokat vitatott területe a tudománynak, de csak annak a két teoriának modern megfogalmazásához jutott még mindig, melyet Bowmann már 1842-ben és Ludwig 1844-ben állítottak fel. E két teoria, helyesebben az általa elfogadott „modern” filtrációs elmélet vonul végig Cushny könyvében. Erős meggyőződéssel védi azt a secretió tan híveivel szemben és alkalmazza úgy a physiologiában, mint a pharmacologiában és pathologiában, csaknem hatszáz kísérleti munkára hivatkozva. Hasznos és szép munkát végeztek e fordítók, hogy szélesebb körök számára hozzáférhetővé tették Cushny munkáját, mert élvezetes és hasznos olvasmány minden physiologiával foglalkozó orvos számára és ismerete elengedhetetlenül szükséges annak, aki a vese működésével kísérletileg óhajt foglalkozni. A könyv kiállítása dicséri a kiadó áldozatkészségét.

Bíró dr.

Die Nährschäden des Kindes. Hans Aron. Urban és Schwarzenberg, 1928. Ára 6 M.

Tömören, de világos és tetszetős nyelvezettel megírt 152 oldal terjedelmű munka, melyet úgy a gyakorló, mint a szakorvos már az előszavában megadott programja következtében is kell hogy bizalommal fogadjon. Nem teoriákra és a szerzők neveire fekteti a súlyt, hanem tisztán a gyakorlati szempontokat domborítja elő és ez oly plastikusan sikerül neki, hogy a nem szakorvos olvasó is rögtön tisztában kell hogy legyen egyszeri átolvasásra a kérdések lényegével. Az olvasónak az az impressiója az egyes fejezetek tárgyalásánál, hogy újat nem olvasott, pedig az összes kérdésekben a legmodernebb és a legújabb szempontok is érintve vannak, csak hogy olyan ügyesen van beleszőve a sorok közé az új, hogy az mint magától értetődő és szükség szerint következő folyamánának látszik a tárgyalásnak. Az egyes csecsemőkori táplálkozási zavarok beosztását a lehetőségig egyszerűsíti és amit eddig legjobban nélkülöztünk a szakirodalomban, nagy súlyt helyez a csecsemők individualis reakciójára egyes táplálkozási módokkal szemben. Számos jól átnézhető és megérthető graphikonja az egyes közölt kórtörténetek mellett találóan világítja meg azt, amit az elméleti fejtegetések során előrebocsátott. Különösen bőven tárgyalja az avitaminosis kérdését, mely Németországon, mint ipari államban, különösen nagy fontossággal bír, nálunk, ahol a tehenek táplálása még eléggé rationalis (a legeltetési viszonyok miatt), ez a körkép kevésbé ismert és gyakorlatilag nem oly fontos. A mű kiállítása elsőrendű.

Bókay Zoltán dr.

Tüdőbeteg gondozó faluhelyen Rapp Jakab dr. (Szerző kiadása.)

Az a meglátás, hogy a tuberculosis tömegjelenségének magatartását socialis, gazdasági és kulturális okok szabályozzák, szülte a tüdőbeteg-dispensaire gondolatát. Calmette idája intézménnyé formálódott s ma minden állam tuberculosismozgalmának középpontjában áll. Országok, városok, falvak sajátosságaihoz idomulva szolgálja a praeventiót. Szerző munkája ennek az intézménynek a magyar falu állapotában célszerűnek bizonyult tevékenységét ismerteti a beteg- és lakás-gondozás, a diagnostikus és gyógyító munka szempontjából.

Parassin József dr.

Die Vererbung. Günther Just. Jedermanns Bücherei. Abteilung Naturwissenschaftl. Gruppe Biologie. Herausgegeben von Walthar Schoenichen. Ferdinand Hirt in Breslau, 1927. Ára 3-50 M.

A 132 lapra terjedő könyvecskének célja elsősorban a laikus közönséget az átöröklés nagy kérdésével, bárha közérthetően, de tudományos szellemben megismertetni. Tíz fejezetre osztja anyagát, tárgyalván az átöröklés alaptörvényeit, ezeknek érvényességét az állatokra és az emberre nézve, a milieu hatását, a csirasejteknél az átörökléshez való viszonyát, szól továbbá az örökletes telepekről, a nemnek az öröklődéshez való viszonyáról, új örökletes telepek keletkezéséről, végül

az átöröklés és az eugenika egymáshoz való viszonyáról. 48 ábra és 7 vázlat élénkíti a kis munkát, mely folyékony, igen érthető tárgyalási modorra folytán mindenkinek, aki az átöröklés bonyolult problémájához rövid, világos bevezető irányítást keres, a legmelegebben ajánlható.

Prof. Schaffer.

Atlas der Blutkrankheiten. Karl Schleich und Albert Alder. Második, egészen átdolgozott kiadás. 108 színes ábrával. Urban és Schwarzenberg, 1928. Ára 62 M.

Örömmel üdvözljük e kitűnő munka második kiadását (az első kiadás 1907-ben jelent meg), annál is inkább, mert a szerzők ezt a kiadást egészen átdolgozták és igen lényegesen kibővítették. Az első kiadás 58 ábrájához 52 új ábra csatlakozik, amelyeknek legnagyobb része a zürichi klinikából, Aldertől származik. A bevezetésben a szerzők a vérvizsgálatnak technikáját ismertetik s a legújabb eljárásokat is tárgyalják. Az ábrákat magyarázó szövegben lehetőleg röviden ismertetik az ábrázolt sejteknek sajátosságait, ezeknek jelentőségét és a különböző betegségek vérvképének jellemző tulajdonságait. Ez a rövid szöveg nagymértékben növeli az atlasznak használatosságát. Az ábrák nem sémás és nem összeállított képek, hanem valamely jellemző vérvkészítménynek egy látóterét adják vissza, az utolsó tíz ábra pedig a malaría plasmodiumokat és a trypanosomát mutatja be. A második kiadás új ábrái ugyanolyan hűek, mint az első kiadásból átvett ábrák s az ábrák valóban visszaadják azt, amit a mikroskoppal látni. Egyfelől az ábrák ezen tökéletes volta, mely felülmúlja más haematologiai képek kivételét, másfelől pedig az ábrázolt vérvképek nagy száma nélkülözhetetlenné fogja tenni ezt az atlaszt mindazoknak, akik haematológiával foglalkozzanak.

Prof. Herzog.

A Kir. Orvosegyesület október 20-i XCII. nagygyűlése.

Báró Korányi Sándor: 1. Elnöki megnyitója:

Tisztelt Orvosegyesület! 70 év előtt, 1858 november 13-án, egyesületünk Wagner János elnöke alatt ülést tartott, amelyet minden orvostudománnyal foglalkozó egyesület, mint történelmi jelentőséggel bíró, ünnepelne. A harmincegy jelenlévő sorában ott voltak: Torma, Bene Ferenc, Verebely, Markusovszky, Bókay, Lumniczer és Balassa. Szósz szerint idézem a jegyzőkönyvet: „Professor Czermák a Gracia-féle gögtükröt mutatta be. Áll ezen eszköz egy kisebb vagy nagyobb hosszúságú gögtükréből, melynek nyele akképen van hajlítva, hogy azt a lágy íny alá a garatüregbe bevívén és alsó szélét a garat falához támasztván, az alulról felvett képet rézsuttszög alatt láthatóvá tegye. A tükr alakja változhat és nagysága a körülményekhez szabandó. A vizsgálandó szájat mérsékelten feltárván, nyelvével a száj fenekén nyugodni hagyja és ezen helyzetben a tükr, amely elebb megmelegítendő, bevitetik a garatüregbe úgy, hogy a lágy ínyt feltöltsa. A száj és garatüregbe beeső világosságsugarak viendők be egy homloktükr segítségével. Ez megtörténvén, a visszatükröző garatüreget a gögfödöt, a gögrés széleit, a hangrést, a valódi és alkötöket és Morgagni-gyomrocsokat lehet látni. Sőt gyakorlat után a hörg szétágazását is lehet észlelni. Ezen részeket az előadó tanár úr sajátmagán, kitartó türelemmel, az egész népes gyűlés minden jelenvolt tagjának bemutatta. Hasznai lennének gyakorlati szempontból ezen tükröknek: a gög részeinek kóros elváltozásai észlelhetése, a baj, különösen dag, kifehélyesedés, roncás stb. terjedésének, helyének és jellemének meghatározása. Árnyékoldala azonban az alkalmazásnak a betegeknek féltékenysége, ingerlékenysége és azon nem ritkán előforduló körülmény, miszerint a nyelvgyököt sokaknál csak nagy erőszakkal és hányinger tüneténei között lehet csak egy pillanatra lenyomni annyira, hogy a garatüreg láthatóvá legyen. Hozzá még azon körülmény, hogy azon részek lobosodása esetében és izgatott állapotában az izgékonyosság még nagyobb fokra hág.” Aláírva: Wagner János elnök.

További jegyzőkönyvei az Orvosegyesületnek elmondják azt, hogy Czermák bemutatja a haeminjegecek előállítását és a módszer fontosságát emlegeti törvényszerű és egyéb szempontokból. Bemutat egy kutyát gyomorsipollyal és a gyomoremésztéssel foglalkozik előadásában. Előadást tart a haemodynamika tanulmányozására szolgáló újabb eszközökről és azoknak hasznáról.

Czermák, addig krakkói professor, 1858-ban nevezetett ki a pesti egyetemen a physiologia tanárává. Csak 1860-ig maradt helyén. Mikor megindult a mozgalom a magyar előadó nyelv érdekében, *Czermák* belátta annak jogosultságát, nem bírván nyelvünket, állásáról lemondott és Pestet mint magyarbarát hagyta el. Egyik életírója szerint itt töltötte életének két legboldogabb esztendejét. Nemcsak azért tartozunk emlékezete iránt hálával, amit itt, mint kutató tudós dolgozott, hanem azért, mert az experimentalis orvosi kutatásnak ő volt első művelője egyetemünkön és mert két-évi itt-tartózkodása elég volt ahhoz, hogy nekünk *Balogh Kálmán* és *Jendrassik Jenő*t nevelje, általuk gondoskodva afelől, hogy az experimentalis munka folytonossága Magyarországon biztosított maradjon távozása után is.

Czermák 1828-ban született. Születésének századik évfordulója alkalmából méltó, hogy kegyelettel emlékezzünk meg felőle. Hogy e megemlékezésre a *Balassa*-nak szánt estét választottam, annak oka az, hogy a fogalom, amelyet *Balassa* nevével köt össze az utókor, messze túlnőtt e név viselőjének, mint egyénnek határán. Az alkotó embereknek, az iskolaalapítóknak sorsa ez és Magyarországon senkié sem annyira, mint az övé. Őt emlegetve annak, aki a külsőségekre helyezi figyelmét, e régi kolostorépület jut eszébe a Hatvani-utca sarkán a benne szorongó orvostudományi intézetekkel, amelyek közt 1843-ban, mikor *Balassa* a sebészet tanára lett, a sebészeti klinikának tizenhárom ágya volt. Eszébe jut az akkori fakultás, amelynek szelleme, mint az „Orvosi tudomány magyar mesterei” című könyv bevezetésében *Müller Kálmán* írja, csupa szürkeség volt. De igazságtalan volna e kor iránt aki, reá visszaemlékezve, ennél állana meg. E szürkeségbe világított bele *Balassa* és mikor rajta keresztülült az ő szelleme, évek múlásával sok minden megváltozott. *Balassa* a grümös izületek gyógykezelésének methodikájába bevezette a rögzítést. Ezzel principiumot fedezett fel, amelynek nagyon általános jelentősége akkor vált világossá, mikor *Forlanini* kezdeményezése azt a tüdőtuberculosis gyógyításában is fényesen bevált módszerre avatta. *Czermák* az orvos kezébe adta a gégetükröt, megvetve a laryngologia és rhinologia alapját. *Semmelweis* pedig megvívta csatáját, amelyben a gyermekágyi láz fölött győzedelmeskedett. E három nagy tett minden orvosi iskola dicsőségére válnék. E három nagy tett indította meg Magyarországon az önálló tudományos orvosi munkát. E három világraszóló esemény emlékével kell összekötnünk *Balassa* korát, hogy reá neessak vissza, hanem érdeme szerint föl is tekintsünk. *Balassa* ünnepe ma már e koré, a magyar orvosi kultúra önállóvá válásának sokat ígérő kezdeté. *Balassa*-előadóinknak arról kell számot adniok, hogy az akkor életre kelt szellem értelmében mivel gazdagították a magyar kutatók hozzájárulását az orvosi tudomány haladásához. Az idén *Bálint Rezső* tagtársunkra került a sor. 92. nagygyűlésünket megnyitva, felkérem őt *Balassa*-előadásának megtartására.

2. Ezután *Bálint Rezső* tartotta meg ünnepi előadását „*Gyulladás, savbasígyensúly, constitutio*” címen, mit jelen számunkban egész terjedelmében közlünk.

Előadó *Balassa* emlékének szánt bevezetés után reátér saját és klinikája vizsgálataira. E vizsgálatok a gyomorfekély tanából indultak ki, amiben sok volt a nem tisztázott kérdés, melyek azt mutatták, hogy a gyomorfekély létrehozásában és fenntartásában bizonyos constitutionális factorok is szerepet játszanak. Ezt a factort előadó vizsgálatai a fekélybetegnek vérének és szöveteinek reactioeltolódásában találta meg. Ez okozza, hogy a fekély gyógyulási hajlama hiányos. E tételt régebbi kísérletein kívül újabakkal is bizonyítja, nevezetesen azzal, hogy gyorsan növekedő nővényi csírok a fekélyes egyén vérsavójában nehezebben nőnek, mint normalis egyénében, viszont ez a növekedési visszamaradás megszűnik, ha a kísérlet előtt néhány napon át a fekélyes beteg sodabicarbonát szedett. A fekélyes beteg savója tehát a szövetszaporodást (ami a gyógyulás útja is) gátolja s ezen gátlás oka reactiójának savanyúbb volta.

A szövetek és szövetnedvek vegyhatásának jelentősége azonban nemcsak a fekély pathológiájában játszik szerepet, hanem általában a gyulladásában is és minden olyan folyamatban, amely sejtszaporodással jár. Az irodalom idevágó adatainak rövid tárgyalása és nevezetesen azok látszólagos ellentéteinek kifejtése

után beszámol előadó kísérleteinek azon csoportjáról, amelyeket ez irányban végzett.

Kimutatja úgy állatkísérletben, mint emberen is, hogy a savanyú vegyhatás a gyulladás exsudatív phasisát fokozza. Kimutatja viszont, hogy szénsavtartalmú levegő belégzése, amely a vért savanyúbbá teszi, éppúgy gátolja a sebgyógyulást, mintha az állatnak sósavat adunk, és a szövettényezetekben is igen nagy különbségek mutatkoznak a tenyésztési medium vegyhatása szerint, mindig a savanyú medium rovására. Lényegesen befolyásolja a vegyhatás a tuberculosis kifejlődését, és a tuberculosus szövet minőségét, a daganatok fejlődését, fiatal állatok növekedését, csontfejlődését stb. Mindezekből azt a következtetést vonja, hogy a savanyú vegyhatás az exsudatív folyamatokat előmozdítja, a proliferatív folyamatokat viszont gátolja.

Mindhogy pedig a szervezet vegyhatását, miként előadó kísérletei is igazolták, a vegetatív idegrendszer szabályozza, minthogy továbbá a vegetatív idegrendszer hormonális (belsősecretiós) hatás alatt áll, a hormonális rendszer viszont a constitutio igen lényeges factora, ezért a szervezet vegyhatásának változásai constitutionális eredetűek lehetnek. A constitutio tehát a vegyhatásszabályozás útja befolyásolja a gyulladásos és proliferatív folyamatokat.

Az előadás után a *Balassa*-érem átadása következett, s a nagyszámú hallgatóság melegen és hosszasan ünnepelte az előadót.

A német pharmacologusok nagygyűlése.

A német pharmacologusok nagygyűlését az idén szeptember 13–16-ig Hamburgban tartották meg a német orvosok és természetbúvárok gyűlésével kapcsolatosan. A congressus első napját *Harvey* emlékeztetének szentelték és ennek keretében négy referatum és két meghívott előadó a szív- és vérkeringésre vonatkozó kísérletes vizsgálatokról számolt be. *Liljestrand* (Stockholm) és *Jarisch* (Innsbruck) a szív- és vér-*edények munkájának physiologiája és pharmacologiájának mai állását* ismertette, főképen azokról az ismereteinkről számoltak be, melyek az izommunka és a szív munka közötti kapcsolatokra vonatkoznak. A verőterfogatnak emberben való meghatározására szolgáló módszerek kritikai megbeszélése után reá mutatnak arra az igen érdekes megállapításra, hogy statikai munkánál az O₂-kihasználás sokkalta rosszabb, mint dinamikai munka közben. A szív munka két tényezője közül izommunkánál a továbbított *vérmennyiség* sokkal jelentékenyebben növekedik, mint a vérnyomás. Az előbbi 500%-os fokozódásával az utóbbinak csak 60%-os emelkedése áll szemben. A vérmennyiség fokozódásában első helyen áll a szív frequentiájának növekedése, aminek létrejöttében legfőképen a vér felmelegedésének reflexes hatása szerepel és csak másodsorban centralis impulsusok. Beható vizsgálatok eldöntötték, hogy a vérkeringés regulációjában a vér H-ion concentrációjára semmiféle szereppel sem bír. A regulatio peripheriás tényezői közül kiemelik a centralis vénákban a vérmennyiség megnövekedését, ami részben az arteriák, illetve capillarisek megnyílása, részint vérdepótk mobilizálásának következménye.

Hermann Straub (Göttingen) a szív munka pathológiáját ismertette, a szív tonusának, az insufficiencia fogalmának elemzése után a beteg szív compensációs berendezéseit ismertette, főleg a hypertrophiára vonatkozó megállapításokat foglalja össze.

H. Eppinger (Freiburg) a *véredények munkájának pathológiájáról* szóló referatumaiban főleg saját vizsgálatáról számolt be, melyek szerint szívbetegknél a vér tejsavtartalma megszorodik és klinikai megfigyeléseivel igyekszik alátámasztani azt a meggyőződését, hogy a vérmennyiségnek egy jelentékeny része nem vesz részt a keringésben, hanem depót-kban stagnál, továbbá, hogy szívinsufficienciáknál ennek a stagnáló vérnek a mennyisége lényegesen megszorodik.

A két meghívott előadó közül *G. V. Anrep* (Cambridge) a *coronariák physiologiája és pharmacologiája*, *Mansfeld* (Pécs) a *szívtágulás problémája* címen számoltak be kísérletes vizsgálataikról.

Anrep igen szép új módszert dolgozott ki a coronariákban keringő vér mennyiségének és az áramlás időbeli lefolyásának meghatározására és ezzel azt az érdekes tényt állapította meg, hogy minden systole

alatt a bal coronariában az áramlás tökéletesen elakad, míg a jobb coronariában a systole alatt is áramlik a vér. Közepes frequentia-változás hatástalan a coronaria-keringésre. Új módszerével egyes gyógyszereknek (amylinitrit, adrenalin, strophantin, stb.) ismert hatásait az addiginél pontosabban tudja megvizsgálni.

Mansfeld oly módszernek birtokában, mellyel a myocardium károsítása nélkül kutyákon a szív tonusát tökéletesen ki tudja iktatni, pathológiás kísérletben utánózni tudja a szívdilatációt és így módjában állott a tágtult szív dinamikai viszonyait quantitativ megvizsgálni. E vizsgálatoknál kiderült, hogy a tonusát vesztett szív munkabírása korántsem marad mögötte a normalis szív munkaképességének, de az alkalmazkodás módja principiaisan megváltozott. A szívtágulás, mely egyik legfontosabb compensációs be rendezése a szívnek e vizsgálatok szerint az oekonomiát szolgálja, amennyiben egyforma munkát a szív tágtult állapotában jelentékenyen kisebb energia árán végez el, mint normalis állapotában, ami érthetővé teszi, hogy kóros viszonyok között a szívdilatatio évtizedeken át is kompenzálni tudja a bajt. Magyarazata pedig e takarékságnak az, hogy a tágtult szív sokkal kisebb contractio árán tud nagy vérmennyiségeket továbbítani, mint tonusos állapotában. A szívdilatationak, mint compensatiós folyamatnak igazi jelentősége tehát nem mint eddig hitték energetikai, hanem tisztára mechanikai téren van.

A következő nap délelőttjén Flury (Würzburg) és Zangger (Zürich) referatuma foglalták le a modern ipari mérgezésekről. Az igen érdekes és óriási anyag ismertetése toxicologiai (Flury) és törvényszéki orvosi (Zangger) szempontokból történt. Mindkét referáló nyomatékosan hangsúlyozta azt a szomorú állapotot, hogy a gyakorló és hatósági, sokszor a törvényszéki orvosok is mily járatlanságot árulnak el mérgezési esetek terén, ami nem egyszer ártatlan emberek elítéléséhez vezet és ipari mérgezések fel nem ismerése folytán özvegyek és árvák súlyos károsodását okozza nap-nap után. Igen mély benyomást tett Trendelenburg (Berlin) hozzászólása a vita kapcsán, amidőn elmondta, hogy egy 10 év előtti életfogytiglani fegyházra ítélt ember ügye perújítás folytán most hozzá került véleményezésre, amiből az elítélt teljes ártatlansága derült ki és nézete szerint soha el nem lehetett volna ítélni a vádlottat, ha már annakidején is pharmacologus véleményét kikérték volna.

Barger (Edinburg): Régi és új dolgok az anyarozsról című referatuma főleg orvostörténelmi szempontból volt igen érdekes és élvezetes. Történelmi tanulmányaival kapcsolatban azonban ismertetette azokat a vizsgálatokat is, melyek nagyrészt az ő saját munkássága révén a secale cornutum hatóanyagainak chemiai megismeréséhez vezettek. Ezenfelül 40 előadás volt tárgya a congressusnak, melynek ismertetése e rövid beszámoló keretében lehetetlen. Mindenik fáradtságos, lelkiismeretes munkával kifaragott építő kő ahhoz az épülethez, melynek betetőzését talán egykor késői utódok fogják ünnepelni.

A János-kórház és a kórházi orvosok magángyakorlata.

Szórványos esetek alapján támadások érték az egész köz-kórházi főorvosi kart, olyankor, mikor a kifogásolt esetek vizsgálata sines befejezve, tehát mikor az esetre vonatkozó támadás jogosultsága sines igazolva. Sőt talán soha sem is lesz, mert a megvádolt orvosok lemondásával az illetékes nyilatkozatok szerint „ellenük további eljárásnak helye nincs“.

A napilapok a sensatio érdekében az ilyen támadásokat kiszínezve, megtévesztő commentárokkal kísérve adják tovább, s néha hetekig sem ül el az izgalom, a vádak és rágalmak özöne, amivel a székesfőváros köz-kórházainak főorvosi karát elhalmozzák. Egyre vártuk, s azt hisszük, hogy az egész orvosi rend várta, hogy vagy a kórházi igazgatók vagy az orvosi kar egy érélyes nyilatkozatban elébe áll e vádözönnek, ha már a gazdáinknak ez eszébe nem jut, leszámítva egy a sorok között szerényen meghúzódó főpolgármesteri elismerést, amit ugyancsak elnyomott a sensatiós sajtó har-

sonája és a kiküldött vizsgálóbizottság naponta közölt hadi jelentése (ezt nevezték „meglepetésszerű“ vizsgálatnak).

Egyre vártuk, de mivel nem következett be, s mi nem csak az „esetet“, hanem a kérdést is igen fontosnak tartjuk, ami ezzel kapcsolatban felmerült, — szükségesnek véljük legalább Rendünk nyilvánossága előtt szót emelni a fővárosi köz-kórházak orvosainak reputációjára érdekében és elmondani véleményünket arról a helyzetről is, amit most sanálni, illetőleg kórház, orvos és beteg szempontjából agyonstanálni akarnak.

A főváros kórházainak mintegy 50 év előtt készült alapszabályai szerint a köz-kórházak orvosi kara a kórházi betegek ellátásának sérelme nélkül magángyakorlatot folytathat. — E szabályokat mintegy 15 év előtt újra átdolgozták, de az elvi kijelentést meghagyva a különszobák ügyét ez alkalommal sem rendezték. Egy év előttig az volt az usus, hogy különszobákban fekvő betegektől az orvosok honoráriumot elfogadhatnak. Ezek azok a pontok, amelyekből a legújabb támadások kiindultak. A kérdést a most készülő új alapszabályok érvénybeléptéig a különszobákra nézve egy polgármesteri rendelet a múlt évben úgy rendezte, hogy a különszobás betegektől sem fogadhatnak el az orvosok honoráriumot. Itt tehát a határozott és jól körülírt intézkedés minden további súrlódást vagy támadási alkalmat kiküszöbölt.

Hogy azonban a kórházak és a betegek szempontjából helyes volt-e az intézkedés, az vitatható s éppen erről szeretnénk véleményünket elmondani, tekintettel a készülő új alapszabályra. A különszobák egy része azóta üresen áll, mert azokat a főorvos magángyakorlatából töltötte meg magánbetegeivel, akiket most sanatoriumokban helyez el. Így azonban betegségük gyógykezelése azoknak, akik orvosukat honorálni óhajtják, jóval többbe kerül, mert a sanatoriumok drágábbak és mert a főorvosok is kisebb honoráriummal elégedhettek meg az osztályuk külön szobáin fekvő betegektől, mert ott dolgoztak, ahol kórházi teendőiket is ellátták: időt takaríthattak tehát meg és olyan személyzettel működhetek, akiket methodusaikban éveken át begyakoroltak. Felvehettek ide betegeket, akik ritkán a rendes honoráriumot is, de többnyire annál kisebbet tudtak fizetni és felvettek gyakran olyanokat, akikről honoráriumot nem is fogadtak el.

Az új rendeletről ezek szerint sem a fővárosnak, sem a betegeknek, sem az orvosoknak nem volt haszna. Helyesebb lett volna pontosan meghatározni, hogy a különszobás betegektől mily körülmények közt és milyen honoráriumot kérhet a főorvos és a honorárium átvételét nem a főorvosra — ami esetleges gyanúsításokra adhat alkalmat — hanem a kórházi gondnokságra kellett volna bízni. Mert semmiféle socialis gondoskodás sem indokolja azt, hogy a fővárosi köz-kórházak különszobáit oly fizetőképes betegek foglalják le, akik orvosi gyógykezelésüket meg tudnák honorálni. Az ily betegek ingyenes megsegítése nemcsak az osztályos főorvost rövidíti meg, hanem az egész orvosi kart és a magunk részéről csak helyeselni tudnánk velük szemben a főorvosok azon eljárását, hogy orvosi szempontból az ily különszobást semmi előnyben sem részesítik a többi kórtermi beteg felett, hacsak esetük súlyossága azt meg nem követeli (ez az orvosi szempont). Ha azonban a vádló urak és a székesfővárosi tanács mindenképen socialis sérelmeket látna abban, hogy a különszobások külömb kórházi és orvosi ellátásban részesülnek, mint a kórtermi betegek, miért nem létesítenek egy fővárosi sanatoriumot a középosztály számára 1—4 ágyas szobákkal, hol főorvosaik minden gyanúsítás és a közös betegben felébresztett keserűség kiküszöbölésével helyezhetnék el privát betegeiket, akik sem a magas sanatoriumi árakat, sem az ezzel arányos orvosi honoráriumokat nem bírják el. Igaz, hogy ezzel az egy helyen való dolgozás szenvedne sérelmet, ami mérhetetlen előnyt biztosít orvosnak, betegnek egyaránt, de vége lenne már egyszer annak a tehetetlen őszinte-

ség hiányának, ami a különszobák ügyét eddig jellemezte. Úgy tudjuk, volt is a fővárosnak valaha ily szándéka, de személyi és egyéb érdekek miatt dugába dőlt.

Az első kérdés azonban, hogy t. i. az orvosi kar a közkórházi érdekek sérelme nélkül magángyakorlatot folytathat-e, annyiban maradt rendezetlenül, mert a kórházon kívül állók ezt a különszobákra vonatkozó rendeletet úgy szeretnék magyarázni, hogy a kórház orvosai a kórház területén belül magánbetegeket egyáltalán nem is fogadhatnak.

Az al- és segédorvosi karra nézve alapszabályszerűen tilos, hogy a kórházon kívül lakást vagy rendelőhelyiséget tartsanak. Már ez is mutatja, hogy az al- és segédorvosok, akiknek a kórházban kell lakniuk, a megengedett magángyakorlatot, illetőleg annak ambuláns végezhető részét csak a kórház területén levő lakásukon bonyolíthatják le. De ha az al- és segédorvosi karnak így nem engednék meg a magángyakorlat, ez az orvosnevelés lényeges kárával járna. Az orvosnak szakképzettségén kívül sok mindent kell tudnia, egyebek közt az emberekkel való bánásmódot és emberismeretet is, tekintet nélkül arra, hogy milyen társadalmi osztályhoz tartoznak. Ezt a tudást pedig csak a magángyakorlat adhatja meg.

Azonban ártana ez a kórházaknak is, mert a fiatal generatio anyagilag nem bírná ki az osztályokon évek sorára terjedő önképzés munkáját, ha ez alatt a magángyakorlat némi segítséget nem nyújtana nekik, s ha nem lenne meg az a reményük, hogy kórházi éveik alatt szerzett összeköttetések révén, kilépésük után elhelyezkedésük útját egyengethetik. A főorvosok legnagyobb része e tekintetben némi támogatást is tudott nyújtani a fiataloknak addig, míg fizető magánbetegeit is osztálya különszobáin helyezhette el, reájuk bízván a könnyebb kezelési munkákat, injectiók adását, kötészváltoztatást, esti látogatásokat. Most mindezekért a sanatoriumi segédorvos és a sanatorium irodája veszi elő a krétáját, ami aligha fog vékonyabban, mint ez éjjel-nappal helyükön lévő, szakképzett szegény fiúk szótalan reménykedése. Hiszen talán jut nekik így is még egy és más teendő a kórházon kívül, lakásukon fekvő főorvosi betegek körül, de kint a városban, amiért be és vissza kell villamosozni, s amit egy inspectio vagy egy súlyos kórházi beteg lehetetlenné is tehet. Hogy tiszta képet nyerjünk az al- és segédorvosi kar anyagi helyzetéről, beszereztük hiteles forrásból havi járandóságuk kimutatását és megtudtuk, hogy a segédorvos 202 pengő kezdőfizetéssel lép több évi ingyenszolgálat után az állásába és *hat osztályon* keresztül ér el 267 pengőig; ha végre orvos lesz, 283 pengőt kap és 310 pengőig mehet föl nyolc-tíz év múlva, tehát 35–36 éves korában s az érdekeit oly éberen őrző főváros még ebből a szerény fizetésből is, amit mindenképp egyedüli járandóságnak akar körülbástyázni, levon havonta 31 pengő 25 fillért étkezésért, fűtésért és világításért, ami elég crudélis eljárás.

A főorvosok magángyakorlata csakugyan nem terjedhet ki arra, hogy a kórházban folytassák le magánrendelésüket, miután a kórházon kívül laknak és rendelőhelyiségük is van azonkívül. Lehetetlen kívánság volna azonban az, hogy a főorvos a kórházban, saját hivatalos szobájában, kivételesen egy-egy magánbeteget meg ne vizsgálhassa és ezért honorariumot el ne fogadjon. Vannak sürgős esetek, melyekben a beteg igyekszik orvosát bárhol, mielőbb megtalálni. Vannak vidéki betegek, akiknek jelentékeny költségtöbbletet jelentene, ha a főorvos kórházon kívüli rendelési idejét meg kellene várniok; vannak helybeliek is olyanok, akiknek kereseti időbeosztásuk olyan, hogy a magánrendelés idején nem tudnak megjelenni. Mindmégannyi méltánylást igénylő körülmény, amit mikor a főorvos figyelembe vesz, a kórházban való rendelőst magára nézve nem kedvezménynek, hanem tehernek érzi, amit a beteg érdekében vállalni kénytelen. Természetes, hogy ilyen betegek, akik kifejezetten a főorvos

személye iránt való bizalomból keresik fel őt, honorálhatják is a főorvost; s az ily látogatások eltiltását a legtöbb főorvos nem nagyon bánná, de bizonyos, hogy megbánnák a betegek.

Viszont az is természetes, hogy egyetlen kórházi orvos nem fogadhat el honorariumot olyan betegektől, akik a kórház nyilvános ambulantiáján jelentkeznek és valóban sértő volna feltételezni az orvosi karról, hogy a magánbeteg és kórházi beteg közt, minden egyéb körülírás nélkül is, meg ne tudnák tenni a különbséget. Általában köztisztviselői alkalmazásoknál jó meggondolni azt, hogy semmiféle törvény vagy szabályrendelet nem olyan fontos a köztisztviselői állás hibátlan betöltésében, mint az egyéni becsületérzés, amely sokkal szigorúbb határok közé szorítja azt a tisztviselőt, aki azzal rendelkezik, mint a törvények. És a főváros közkórházainak orvosi kara általában mindenkor azzal rendelkező egyénekből kerül ki. (Évtizedeken át a régi alapszabályok kaphatók sem voltak s azok ismerete nélkül működött a főorvosi kar.) A főorvosi kar egyéni correptségének tudományos kvalitása is egyvonalba volt állítható és számos egyetemi tanár került ki közülök. Ebben a főorvosi karban működtek — őket nem akarunk megnevezni — *Müller Kálmán, Angyán Béla, Bäcker József, Dieballa Géza, Török Béla, Székács Béla, Schwimmer Ernő, Herzl Adolf* és mások, mindannyian díszai a magyar orvosi rendnek, s azokat a hagyományokat, amiket ezek a nevek képviselnek, őrzi a mai főorvosi kar is.

Nem esodálható tehát, ha az orvosi kar a mostanában folyó, nagyon is átlátszóan tendentious, általánosított, s a sensationhajhászás minden jelét magánviselő támadásokkal szemben méltatlanul sértve érzi magát. Köztisztviselői állásukból kifolyólag a nyilvánosság előtt nem védekezhetnek. Azt azonban elvárhatók volna, hogy azok, akik erre hivatottak, a bizottságokban és egyébütt mögójük álljanak, s a gyanúsításokat energikusan visszautasítsák. Mert meg kell gondolni azt és nem árt megmondani, hogyha pl. a Szent Rókus-kórház borzalmasnak állított elhanyagoltságáról esik szó, hogy az orvosi kar évek óta ostromolja panaszaival az illetékes tényezőket és még azt sem tudta elérni, hogy egy commissio a helyszínen megvizsgálja azokat, — ellenben egy kórházon kívül álló bizottsági tag jól inscenált egyetlen felszólalására megtörténik a nagy vizsgálat. (Kíváncsiak vagyunk, milyen végeredménnyel?) Meg kell gondolni azt is, hogy e sokat leszólt kórház osztályain éppen olyan jó statisztikával dolgoznak, mint a legfényesebben berendezett intézetekben, hogy házi infectiók itt sem gyakoribbak, mint másutt, amely eredmények egyedül és kizárólag annak a meggyanúsított és minden alkalommal kíméletlenül támadott és olyan lagymatagon megvédelmezett orvosi karnak az érdeme.

Jó volna meg nem felejtkezni arról sem, hogy a főváros építhet amerikai fényű kórházakat, ha hiányozni fog orvosi karából az a szellem és az a tudás, amivel a multban és a jelenben is rendelkezik, a fényes falak sohasem fogják megadni a fővárosnak azt a becsületet, amit a szerény falak között az orvosi kar eddig megadott.

Szerkesztő.

VEGYES HÍREK

A Budapesti Kir. Orvosegyesület október 27-i ülésének tárgya: *Bemutatók*: 1. *Steiner Gyula*: Sklerodermia és sklerodactilia gyógyult esete. 2. *Hegedüs Károly*: Vesegümőkór miatt végzett vesekiirtás után három hónap múlva fellépő anuria. A maradék vese eredményes decapsulatioja. 3. *Noszky Károly*: Hólyagkő és hólyagdiverticulum műtete. *Előadás*: *Rihmer Béla*: A belső szájadéék merevsége által létrejött idült húgyrekedésről és műtéti gyógyításáról.

A Magyar Nőorvosok Társaságának igazgatótanácsa f. é. október hó 6-án *Scipiades Elemér* elnökle alatt tartott ülésen az 1930. évi húsvét táján tartandó III. nagygyűlésre vitakérdésnek a következő témát tűzte ki: „A korai burokpedés fogalma, jelentősége és kezelése”. Referensnek felkérték: *Burg Ete dr.-t*, a pécsi női klinika adjunctusát és *Sztehlo István dr.-t*, a budapesti bábaképezde tanársegédét.

Az Orvostanhallgatók Segítő- és Önképző-Egyesülete folyó hó 17-én tartotta évnnyitó közgyűlését, melyen a nyári tisztikar beszámolt munkásságáról. Utána *Szánthó Dezső* szünidei elnök szavazást rendelt el az új elnök megválasztására. Egyhangúlag választotta meg elnökül a medikus ifjúság *Ittész Jenő* orvostanhallgatót, ki már az elmúlt esztendőben a „Medikus Zenekar” elnöke volt. Az új elnök meleg szavakkal mondott köszönetet a bizalomért és vázolta munkaprogramját, majd a „Hiszekegy” elmondása után szétoszlott a közgyűlés.

A Magyar Orvosok Rheuma Egyesülete a mozgási szervek chronikus megbetegedései iránt érdeklődő összes magyar orvosokat az egyesület tagjai sorába való belépésre ez úton is felszólítja. Az egyesület elnöke *bárány Korányi Sándor dr.* A tagjelentkezéseket *bílkői Pap Lajos dr.* főtitkár címére kéri (Budapest, I. Győri-út 17–19.).

A Magyar Urológiai Társaság október 29-i évi rendes közgyűlésének tárgysorozata: 1. Elnöki megnyitó. 2. Titkári jelentés a lefolyt év működéséről. 3. Pénztáros, valamint a számvizsgáló-bizottság jelentésével kapcsolatos költségvetés és zárszámadás tárgyalása. 4. Jövő évi munkaterv, költségvetés. 5. A számvizsgáló-bizottságnak egy évre való megválasztása. 6. Az alapszabályszerűleg előterjesztett indítványok tárgyalása. — A Magyar Urológiai Társaság október 29-i tudományos ülésének tárgysorozata: Bemutatások: 1. *Herman János*: Pyelographia érdekes esete. 2. *Farkas Ignác*: Vesegümőkór ritkább esetei. 3. *Farkas Ignác*: Vesedaganat (hypernephroma) és kő egy vesében.

Egy braziliai levél. *Szendy Attila dr.* kartársunktól, kinek orvos feleségével együtt vezetett szülészeti és nőgyógyászati sanatoriuma van *Nova Vicenzában*, Braziliában, levelet kaptunk, ami a honszeretefnek, az Alma Mater iránti hűségnek meghatározó bizonyítéka. Egy passusa azonban annyira közérdekű, hogy ide iktatjuk; hiszen írója is erre szánta: „Mindúntalan kapunk levelet hazai kartársaktól, olyanoktól, akik kivándorolni szeretnének, már itt járt kartársak csalóka információi alapján. — Brazília nagy és szép ország, a külföldinek azonban nehéz a helyzete. A különleges gazdasági és kulturális viszonyok, az idegenekkel szemben táplált animozitás, nagy önmeztagságot kíván az orvostól. S így mindig dilemma előtt állunk, ha egy ilyen levélre kell válaszolnunk. Igen szeretnénk ezért Méltóságod nagybecsű véleményét ismerni, kíváncsok-e az orvosok kivándorlása Magyarországból? — Becsületes munkával és sok kitartással meg lehet itt élni, csak ne lépjen senki erre a földre úgy, hogy az etikáját Európában hagyta légyen és az orvosi működést felcseréli a szélhámoskodással. A fentemlített animozitást nagyrészt éppen ezzel érdemelték ki az európai orvosok, melyek közül — sajnos — a Magyarországból valók igen szép számmal vannak képviselve. Legutóbb is, az ezévi orvoscongressuson, Sao Paulóban, egy egyetemi tanár (prof. *Annes Dias*) élesen kikelt a bevándorolt magyar orvosok ellen, amelyért bizony nem lehetett elégtételt venni.” Mindenki okujon belőle, de különösen az, ki a kivándorlásban nem elkeseredetten komoly, de becsületes életküzdelmet, hanem csak kalandot lát.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat őszi választmányi ülése a napokban állapította meg az előfizetőknek arányában fokozatosan emelkedő 1928. évi könyvilletményt. Minthogy a folyó évre eddig csupán 567 orvos fizette be az előfizetési díjat, az érvényben levő szerződés értelmében az előfizetőknek 625 ívnyi kiadvány

jár ezidőszert, amely *Matthesnek* A belső betegségek differenciális diagnosisa (kb. 42 ív) és *Hári Pálnak* Physiologiai chemia (kb. 22 ív) című könyvéből (fűzve) fog állani.

Ha az előfizetők száma 800-on túl emelkednék, mindenki ingyen megkapja még *Albrich Konrád* rendkívüli tanárnak 30 éves munkáját (A szembetegségek viszonyai a belső bajokhoz); ha pedig az előfizetők száma 1100 fölé emelkedik, a folyó évi illetmény még *Magyary Kossá Gyula* tanárnak 30 éves nagyérdékű történelmi sorozatát (Magyar orvosi emlékek) is magában fogja foglalni. E munkák bolti ára valószínűleg meg fogja haladni a 100 pengőt.

A jövő évi program *Kubinyi Pál* (A szülészeti tankönyve, 30 ív), *Korányi Sándor* (Vesebetegségek, 25 ív), *Szél Tivadar* (Orvosi statisztika, 10 ív), *Verebélj* (Sebészet, 100 ív) és *Scholtz, Rigler, Fenyvessy, Belák, Darányi, Johan* (Közegészségtan, 60 ív) munkáit fogja egészben vagy részben felölelni. A kiadványok terjedelme megint az előfizetők számától fog függni. Lehetséges, hogy a Társulat több könyvet ad ki, mint amennyit illetményként szétoszthat; ez esetben a tagok majd választhatnak bizonyos kiadványok között. — Természetes, hogy e programon való változtatás jogát a választmány fenntartja magának.

Tájékoztatásul közöljük, hogy a folyó évi előfizetési díj az utólagosan beiratkozók számára 35 pengő, míg az 1929. évi előfizetési díj azok számára, akik 1928 végéig beküldik, 25 pengő lesz, azon túl pedig havonként valószínűleg 2 pengővel emelkedni fog. Az előfizetési díjhoz minden esetben egy (1) pengő tagsági díj járul.

Az előfizetés csak akkor válik érvényessé, ha az esedékes díjak az Eggenberger-féle könyvkereskedésnél (Budapest, Kossuth Lajos-utca 2.) befolytak.

A Budapesti Orvosok Kamarazene-Egyesülete ezidei I. házi hangversenyét f. hó 30-án, kedden este 8 órakor rendezi a kir. Orvosegyesületben (VIII, Szentkirályi-utca 21.) *Székely László* hegedűművész, *Szedő Miklós* operaénekes és *Hoffenreich Kata* közreműködésével.

Az Országos Társadalombiztosító (Munkásbiztosító) Intézet a VII. kerület, Uzsoki-utca 29. szám alatti központi kórházában, a baleseti sérültek ellátására, *Elischer Ernő* főorvos vezetése alatt álló 60 ágyas, továbbá az ipari és foglalkozási megbetegedések gyógykezelésére szolgáló *Kürti László* vezetése alatt álló, 70 ágyas új osztályt létesített. Mindkét osztályra az O. T. I. biztosított tagjai és családtagjai vehetők fel.

Különösen felhívjuk a figyelmet a baleseti sérültek ellátására szolgáló osztályra, mert ez az osztály az intézet mindennemű biztosítottjainak rendelkezésére áll, miért is a bárhol, bárminemű szolgálatban működő biztosítottak egyenesen ezen osztályra utalhatók; így a közközhízi helyhiány esetében is a baleseti sérült, intézeti biztosított betegeinknek a rendelkezésre áll a fentemlített kórházi osztály.

Küzdelem a trachoma ellen Lengyelországban. Lengyelországban nagy eréllyel fogtak hozzá a trachoma leküzdéséhez. A szemorvosok egyesülete a kérdést alaposan megvitatta a kormányképviselőkkel tartott tanácskozás alapján a rendszabályok egész sorát hozták javaslatba. Ezek nagy részét meg is valósították. Ezidőszert tiz trachomakórház van 1500 ágygal. A krakkói szemklinikához csatolt 300 ágyas trachomaosztály van. 47 új kórház előkészítés alatt. 17 trachomaambulatóriumot létesítettek. A bejelentési kötelezettséget behozták. Iskolákban és árvaházakban szakemberek végeztek vizsgálatokat. Trachomakutató-intézetet állítanak fel. Az iskolás gyermekek közt 14–20% trachomát találtak. Oroszországból a háború után 18.000 gyermek jött vissza, kik majdnem valamennyien trachomások voltak.

A katonaságnál a trachomások száma apad, az iskolában még terjed. G. E.

Az Országos Balneologiai Egyesület 1929. évre kitűzött pályakérdései.

1. Vizsgáltassék a Hungária-gyógyforrás vizének hatása a hypertoniás egyénekre. Jutalma a Budapest székesfőváros által adományozott 400 pengő.

2. Vizsgáltassék meg a Hunyadi János-keserűvíz különböző hígításainak, illetőleg a hígított vizekkel végzett kúráknak a gyomor és bélműködésre, valamint az anyagcserére gyakorolt hatása ép és kóros viszonyok között. Jutalma *Saxlehner András* vállalata által adományozott 500 pengő.

3. Vizsgáltassék a budapesti hévvizekkel végzett fürdőkúrák gyógyító hatása valamely szabadon választott betegségesoport tanulmányozásával. Jutalma *Tausz Béla dr.* és *Bánlaky Géza* által adományozott 360 pengő.

4. Vizsgáltassék a Mira Baby-gyermekkeserűvíz a gyermekek táplálkozási és enterális zavarainál (obstipatio, ikterus stb.-nél) a korhatár megszükitése nélkül, általában a gyermekkorban. Jutalma a Mira részvénytársaság által adományozott 200 pengő.

5. Vizsgáltassék a Carbonylsulfid (COS) hatása fürdő- és ivókúrákban. Jutalma a Szent Lukács-fürdő által adományozott 300 pengő.

6. Vizsgáltassék a Széchenyi-fürdő vizével végzett ivókúrák hatása a szervezet purinanyagcseréjére. Jutalma a Budapest székesfőváros által adományozott 400 pengő.

A pályakérdésekre vonatkozó mindennemű kérdésre készséggel nyújt felvilágosítást *Dalmady Zoltán* egyetemi c. rk. tanár, főtitkár (IV., Prohászka Ottokár-utca 10. Telefon aut. 834-68.) és *Frank Miklós* főorvos, titkár (I. Attila-körút 17. Telefon aut. 533-13). A pályakérdést kitűző vállalatok a kérdéssel foglalkozóknak készséggel bocsátják a vizsgálatához szükséges anyagot rendelkezésükre.

A jelíges pályamunkákat, valamint a jeligével ellátott zárt, a nevet tartalmazó borítékokat 1929 február 28-ig lehet *Dalmady Zoltán* egyetemi c. rk. tanár címére beküldeni.

Továbbképző röntgentanfolyamok. A röntgendiagnosztika és röntgentherápia a gyakorlóorvosok működési körében mindinkább nélkülözhetetlen. A Magyar Orvosok Röntgen-Egyesülete a kartások ezirányú igényeinek kielégítésére az elmúlt esztendő sikeres tapasztalatait tovább kívánja fejleszteni, ezért *f. évi december hó 10-22-ig* továbbképző röntgentanfolyamot rendez, melynek programja. **Előadások:** 10-én: *Kelen Béla* egy. c. rk. tanár: Röntgenfizika. *Czunft Vilmos* tanársegéd: Röntgenképek olvasása. Átvilágítási technika. *Mészöly Pál* tanársegéd: Röntgenfelvételek technikája I. (typusos felvételek). 11-én: *Mészöly Pál* tanársegéd: Röntgenfelvételek technikája II. *V. Antal Eta* gyakornok: Röntgenfelvételek kidolgozása. *Erdélyi József* tanársegéd: A tüdő röntgendiagnosztikája I. *Hollaender Leó* tanársegéd: A szív röntgendiagnosztikája I. 12-én: *Szieghart Vendel* főmérnök: Röntgenkészülékek I. (Inductorok). *Ötvös Ervin* tanársegéd: Az oesophagus röntgendiagnosztikája. *Erdélyi József* tanársegéd: A tüdő röntgendiagnosztikája II. *Hollaender Leó* tanársegéd: A szív röntgendiagnosztikája II. 13-án: *Szieghart Vendel* főmérnök: Röntgenkészülékek II. (Transformatorok). *Lányi Andor* tanársegéd: A tődőtuberculosis röntgendiagnosztikája. *Ratkóczi Nándor* magántanár: A gyomor röntgendiagnosztikája I. 14-én: *Róna Alfréd* tanársegéd: Röntgenlápák. *Ötvös Ervin* tanársegéd: Mellhártya és mediastinum röntgendiagnosztikája. *Ratkóczi Nándor* magántanár: A gyomor röntgendiagnosztikája II. *Hollaender Leó* tanársegéd: A bél röntgendiagnosztikája I. 15-én: *Hrabovszky Zoltán* főorvos: Csonttörések és ficamok röntgendiagnosztikája. *Hollaender Leó* tanársegéd: A vastagbél röntgendiagnosztikája II. *Rosenthal Jenő* magántanár: Cholecystographia. 17-én: *Jakob Mihály*

tanársegéd: Idegen testek localisálása; operálás röntgenfény mellett. *Ollé Imre* tanársegéd: A csontbetegségek röntgendiagnosztikája. *Elischer Gyula* egyetemi ny. r. tanár: A röntgendiagnosztika viszonya a klinikai vizsgálati módszerekhez. 18-án: *Róna Alfréd* tanársegéd: Fogászati röntgendiagnosztika. *Mészöly Pál* tanársegéd: Gyermekgyógyászati röntgendiagnosztika. *Herman János* tanársegéd: Az uropoetikuss rendszer röntgendiagnosztikája. *Markovits Imre* főorvos: A kvarzfénykezelés technikája és indicáiói. 19-én: *Kelen Béla* egyet. c. rk. tanár: A röntgentherápia fizikája. *Czunft Vilmos* tanársegéd: Dosimetria I. *Markovits Imre* főorvos: A röntgensugarak biológiai hatása I. *Kollarits Béla* tanársegéd: Röntgensérülések, azok kezelése és elkerülése. 20-án: *Czunft Vilmos* tanársegéd: Dosimetria II. *Markovits Imre* főorvos: A röntgensugarak biológiai hatása II. *Molnár József* tanársegéd: A mélysugaras therapia technikája. *Wittrich Antal* t. segéd: (az előadás címe még bizonytalan.) 21-én: *Ollé Imre* t. segéd: A sebészeti betegségek röntgenkezelése. *Rosenthal Jenő* magántanár: A belgyógyászati betegségek röntgenkezelése. *Gál Félix* tanársegéd: A nőgyógyászati betegségek röntgenkezelése. 22-én: *Büben István* tanársegéd: A diathermiás kezelés alkalmazása. *Kémerly Dezső* tanársegéd: Bőrgyógyászati röntgentherápia. *Rhorer László* egyetemi ny. r. tanár: (az előadás címe még bizonytalan.) *Kellőszámú jelentkező esetén* a délelőtti órákban még a következő előadások lesznek: *Erdélyi József* tanársegéd: A koponya és az idegrendszer röntgendiagnosztikája. *Horváth Béla* magántanár: Szemészeti röntgendiagnosztika és therapia. *Felkérendő előadó:* Máj, lép és egyéb hasi szervek röntgendiagnosztikája.

Gyakorlatok. I. Betegbemutatók és demonstrációk beosztott csoportokban délelőttönként a felsorolt klinikák röntgenlaboratóriumában. I. számú Belgyógyászati Klinika. 5 résztvevő. 11-12-ig: *Hollaender Leó*. II. számú Belgyógyászati Klinika 10 résztvevő. 10-12-ig: *Lányi Andor*. III. számú Belgyógyászati Klinika 6 résztvevő. 8-12-ig: *Ratkóczi Nándor*. IV. számú Belgyógyászati Klinika 6 résztvevő. 9-12-ig: *Erdélyi József*. I. számú Sebészeti Klinika 8 résztvevő. 10-12-ig: *Ollé Imre*. II. számú Sebészeti Klinika 6 résztvevő. 9-11-ig: *Jakob Mihály*. I. számú Szemészeti Klinika 5 résztvevő. 12-1-ig: *Székes István*. II. számú Szemészeti Klinika 5 résztvevő. 10-12-ig: *Horváth Béla*. I. számú Női Klinika 5 résztvevő. 10-12-ig: *Gajdócs Jenő*. II. számú Női Klinika 10 résztvevő. 11-12-ig: *Gál Félix*. Bőrgyógyászati Klinika 6 résztvevő. 8-10-ig: *Kémerly Dezső*. Stomatológiai Klinika 10 résztvevő. 9-11-ig: *Gámsz Ferenc*. M. Kir. Bn. Honv. és K. fogászati ambulatorium (József-u. 48.) 5 résztvevő. 9-10-ig: *Róna Alfréd*. II. Gyakorlatok röntgenfelvételek készítésében (december 11-19-ig) délelőttönként az Egyetemi Röntgenintézet diagnosztikai laboratóriumában: *Czunft Vilmos*. III. Dosimetria gyakorlatok (december 20-22-ig) délelőttönként az Egyetemi Röntgenintézet therapiailaboratóriumában: *Czunft Vilmos*.

A tanfolyam előadásait és gyakorlatait a klinikák laboratóriumait vezető röntgenorvosok és műszaki szakemberek tartják. Az előadásokat az Egyetemi Röntgenintézet tantermében VIII. Üllői-út 26. délutánonként 2-6-ig, a gyakorlatokat pedig a klinikák röntgenlaboratóriumában a délelőtti órákban tartják. A tanfolyam díja 80.— P. Minden levelezés és jelentkezés *Végh József dr.* tanársegéd címére (Budapest VIII. Üllői-út 26. Egyetemi Röntgenintézet) bűldendő.

A Budapesti Orvosi Körnek az Országos Kaszinó (IV. Semmelweis-utca 3.) különtermében este 7 órakor tartandó előadásai:

November 5-én: *Kiss Ferenc dr.* egyetemi magántanár: Az emberi fejlődés legújabb problémái.

November 19-én: *Rusznayk István dr.* egyetemi magántanár: Az angiosztikus állapotok belgyógyászati kezelése.

November 26-án: *Manninger Vilmos dr.* egyetemi rk. tanár: Az angiosztikus állapotok sebészeti kezelése.

December 10-én: *Farkas Aladár dr.* A contracturáról.

Orvosdoktorrá avattattak a Pázmány Péter Tudományegyetemen 1928. évi október hó 20-án: Alföldy Jenő, Alföldy Viktor, Ehmman Jenő, Findeisen László, Holbay László, Illyés Endre, Kautzky László, Mihálik Péter, Molnár Ferenc, Reichard József, Sánta Rózsa, Szűcs István, Weisz Miksa. Üdvözljük az új karkársakat!

Az Országos Társadalombiztosító Intézet november hó 2-től december hó 15-ig a Társadalombiztosító Intézet orvosi szolgálatára képesítő tanfolyamot rendez. A tanfolyam gyakorlati és elméleti részből áll. A gyakorlati kiképzés a felülvizsgálatokra, ellenőrzésekre, orvosi igazgatásokra és balesetkártalanítási eljárások végzésére délelőtti gyakorlati beosztással történik. Az elméleti előadások hetenként háromszor, délután 5-7-ig lesznek. Jelentkezési határidő: október hó 30. A sikeresen vizsgázott orvosok fognak a megüresedő tisztviselőorvosi állásokra és gyógyítóorvosi állásokra elsősorban alkalmazást nyerni. A jelentkezéshez oklevél, születési bizonyítvány, előképzettségi bizonyítvány-másolatok, valamint curriculum vitae szükséges.

Az Orvosi Évkönyv 1929. évi 39. évfolyamának kérdőívei már mind szétküldtek. Felhívjuk mindazon t. orvos urakat, kik kérdőívet bármely oknál fogva nem kaptak, vagy elvesztették, hogy egy második példányt adataik pontos beiktatása érdekében (esetleg telefon útján) mielőbb bekérjenek. „Magyarország Orvosi Évkönyve” szerkesztősége, Budapest, VII, Kertész-u. 16. Telefon: József 406-47.

A dolgozó nő munkaképességének csökkenését okozó genitális functiováltozásokkal és azok terápiájával foglalkozik Szegő Pál dr. a Gyógyászat 1928. 40. számában. Szerző kiemeli, hogy a nő socialis helyzete megköveteli, hogy prompt és biztosan ható gyógyszerekkel biztosítsák a therapiás eljárások sikerességét. Szerző beszámol nagyszámú eseteiről; dysmenorrhoeánál, hypermenorrhoeánál, az ezzel járó migraine ekzémák és egyéb bőrbajoknál, továbbá klimakterialis panaszoknál kitűnő eredményeket ért el a Richter-féle Glanduovin forte-, Roboroglanduovin-, Glandofolin- és Ovakliman-készítményekkel.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint okt. 14-15-16-ig előfordult:

Hasi hagymáz	58	(3)	Gyermekágyi láz	—	(—)
Küteges hagymáz	—	(—)	Báránymáz	35	—
Hólyagos (ál-)himlő ..	—	(—)	Járv. fültőmirigylob ..	2	1
Kanyaró	7	—	Vérhas	21	6
Vörheny	37	—	Járv. agygerincagyhártyalob ..	—	—
Számárhurut	6	—	Trachoma	7	—
Roncs. torok, gégeleob	55	2	Veszetség	—	—
Influenza	11	—	Lépfene	—	—
Ázsiai kolera	—	(—)	Paralysis infant.	1	—

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

A szerkesztő fogadóóráját kedden és pénteken 12—1-ig tartja.

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

Lapunk mai számához Dr. Egger Leó és Egger I. Budapest VI, „Eggoplast” című prospectusa van mellékelve.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

LEGTÖNÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A
LYSOFORM
KIDATBAN SZÁGALAN NEM MÉRGES BÖNNEL ÉS NEM BÖNNEL KÖZEL

RÖNTGEN QUARZ, DIATHERMIA
BARTA ÉS SZÉKELY
BUDAPEST IV, MÚZEUM KÖRÜT 37. SZÁM
TELEFON: J 425-32.

Röntgen-Diathermia és
az összes villamos gyógyászati felszerelések, kvarzlámpák legújantóbban
Lüders és Kanis
Röntgen és Elektromedikai Műszaki vállalat
Budapest VII. kerület, Miksa-utca 5. szám.
Telefon: József 430-26. Sürgőnycím: Röntgen Budapest.

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

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

Dr. PAJOR-SANATORIUM
VIII, Vas-utca 17.
Szívbeteg-osztálya Electro-Cardiograph

DIATHERMIÁS -BERENDEZÉSEK
KEDVEZŐ FIZETÉSI
FELTÉTELEK MELLETT
MARTIN ÉS 'SIGRAY RT. ELEKTROGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY
BUDAPEST VI, BOTOND-UTCA 10.

Szoptató dadákat éptizedek óta a
Dr. SZEGŐ-féle intézetből vesszük,
VI, Szív-utca 69. Telefon: 293-22.

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

PÁLYÁZATOK.

A vezetésem alatt álló Sopron sz. kir. városi Erzsébet-kórháznál megüresedett segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A segédorvosi állás javadalmazása a m. kir. népjóléti és munkaügyi miniszter úr 1926. évi 124.000 számú körrendelete értelmében a XI. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő illetmény, továbbá egy butorozott szobából álló intézeti lakás, I. oszt. élelmezés az önköltségi ár 50%-ának megtérítése mellett. Orvosi magángyakorlat nincs megengedve. Az állásra való kinevezés két évi időtartamra szól, mely idő elteltével az alkalmazás pályázat mellőzésével meghosszabbítható.

Felhívom azon nőtlen orvosdoktorokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képzettségüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt és Sopron szab. kir. város főispánjához címzett folyamodványukat hozzám, folyó évi november hó 5. napjának déli 12 órájáig nyújtsák be. Az állás a kinevezés megtörténte után azonnal elfoglalandó.

Sopron, 1928 október 16-án.

494. ikt. sz. 1928.

Király Jenő dr. s. k.
m. kir. egészségügyi főtanácsos,
kórházigazgató.

**R K 3 VÉDJEGYŰ NEMROZSDÁSODÓ
SEBÉSZETI MŰSZEREK**
különleges minőségű acélból, az ollók és kések
élelinek kitűnő tartósságával.

Kaphatók minden szaküzletben, esetleg közvetlenül a
magyarországi főraktárnál:

BREVILLIER-URBAN RT. budapesti fiókja,
V, Váci-út 168.

VALORAL
Igen hatásos sedativum, tonicum, enyhe hypnoticum.
Javalva: Neurasthenia, hysteria, álmatlanság, ideges tünetek ellen
Készíti: SZÜTS PÁL Deák Ferenc gyógyszerész Budapest VI,
Deák Ferenc-tér, Anker-pal. Telefon: T. 293-01