

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:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

- Rihmer Béla:** A gümöbacillus szerepe a vesegümőkór felismerésében és műtéti javalatában. (523—526. oldal.)
Herman Károly: Simmonds-kór esete. (526—530. oldal.)
Farkas József és Keleti József: Klinikai tapasztalatok a Bruck-féle activ savóval végzett complementkötéses reakcióval. (530—533. oldal.)
Barok László György: Két új májfunctió vizsgálat. (533—535. oldal.)
Csépai Károly és Pelláthy I.: „Parathormone“-érzékeny-ség Basedow-kór és hyperthyreosis esetén. (535—536. o.)
Bochkor Ádám: Elvérzés a lép verőértágulatából. (536—537. oldal.)
Kolta Erwin és Pogány János: Vizsgálatok az insulin fel-szívódásáról egy újfajta bélsipoly kapcsán. (537—538. o.)
Mayer Elek: Arteria lienalis aneurysmájából elvérzés szülés után. (538—539. oldal.)

- Melléklet:** Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (77—80. oldal.)
Lapszemle. Belorvosok. — Sebészet. — Urologia. — El-méleti tudományok köréből. (539—541. oldal.)
Könyvismertetés. (541—542. oldal.)
Országos Balneologiai Egyesület 1928. évi XXXIII. congressusa. (542—545. oldal.)
A Magyar Dermatologiai Társulat márc. 30-i ülése. (545—546. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület otologiai szakosztá-lyának április 26-i ülése. (546—547. oldal.)
Honvédorvosok Tud. Egy. ápr. 24-i ülése. (547—548. o.)
Az Erzsébet Egyet. Tud. Szöv. orvosi szakosztályának április 19-i ülése. (548. oldal.)
Gerlóczy Zsigmond: A magyar orvos gondjai és a szak-orvosi képzés. (548—550. oldal.)
Orvostörténelmi jegyzetek. Mátyás király aranya. (550. o.)
Kérdés és felelet. (550. o.) — Vegyes hírek. (550—551. o.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Az Új Szent János-kórház urológiai-sebészeti osztályá-nak közleménye.

A gümöbacillus szerepe a vesegümőkór felismerésében és műtéti javalatában.*

Írta: *Rihmer Béla dr.* egy. rk. tanár, közkórházi főorvos.

22 évvel ezelőtt tartottam e helyről előadást a vesegümőkorról,¹ különös tekintettel annak korai fel- ismerésére. Ebben az időben már megállapították, hogy a vesét a fertőzés a véráram útján éri; az akkori nézet szerint embolia útján. Sok és virulens bakterium kétoldali miliaris gümőkört hoz létre, kevesebb egy- oldali chronikusan kifejlődő gümőkört. Az egyoldalú- ság legalább a baj kezdetén 85%-ra tehető. *Izrael* háromféle megjelenésű módját különböztette meg, a sajtos-barlangos formát, a tuberosus formát, a milia- risnál nagyobb göbökkel és a ritkább, papillákon kez- dődő alakot. Azt vették fel, hogy az elemi caverna a kéreg- és velőállomány határán kezdődik, és a húgy- esatornácskába betörve, úgy fel, mint le a medence és alsóbb húgyutakra az infectiót kiterjeszti. Megállá- pítást nyert már az is, hogy a radicalis gyógyulásra a legtöbb kilátás abban az esetben van, ha a szerve- zetben másutt klinice kimutatható góc nincs és ha a folyamat a hólyagban még súlyosabb elváltozást nem okozott. Ezekből szükségszerűen következett a korai diagnosis rendkívüli fontossága. Miután azonban, ha a folyamat még nem szállt le a hólyagba és még hozzá a vesében nagyobb functionalis kiesés nincs, a kórisme biztos megejtésére a Koch-bakterium kimutatása volt szükséges, *Pertik* tanár intézetében főleg ezt a kérdést tettem tanulmány tárgyává. Különösen a smegma- bacillusokkal való összetévesztést tanulmányoztam és arra a conclusióra jutottam, hogy tulajdonképen smegmabacillusok nincsenek, hanem vannak a Koch-

bakteriumokkal rokon, az emberre nem pathogen sav- állók, melyek ubiquitaer organismusok és amelyek előfordulnak a test felületén, de, bár ritkán, belsejében is és kimutattam, hogy egyrésztük nemesak sav-, de alkoholálló is. (Honsell-festés.) Úgyhogy végül arra az eredményre jutottam, hogy minden olyan esetben, amelyben a klinikai kép elmosódott és a diagnosishoz a bakterium kétséget kizáró megállapítása szükséges, az állatoltáshoz kell folyamodnunk. Azóta 22 év telt el és én időszerűnek véltem ennek az előadásnak revi- sziójával lépni a t. Orvosegyesület elé; mert a patho- genesiset illetőleg a nézetekben azóta igen nagy válto- zás állott elő és mert az 1919 január 1-je óta operált 102 vesegümőkóresetemmel szemben két esetben sav- és alkoholálló bacillusok jelenléte és egy esetben positiv állatoltás esetében a kivett vesében gümőkört nem találtunk.

A 22 év alatt a cystoskopia és ureterkatheterezés révén lehetővé vált a korai műtét és ekkor mind több esetről kiderült, hogy a gümős folyamat a papillákon, vagy a papillák és kehelyközti zugban kezdődik. Ezek az esetek nem lehettek egy végűtérbe történt embolia eredménye. Előtérbe lépett a kiválasztási tuberculosus, amelyre *Mayer* és *Buday Kálmán* már abban az idő- ben utaltak. A másik tapasztalás az, hogy a gümö- kórosok toxicus nephritise mellett van egy bacillaris eredésű nephritis, kimutatható Koch-bakteriumokkal a vizeletben és néha a vese szövetében, mely szigetekben vagy diffuse jelentkezik, gümöképződés-sajtosodás nélkül és amely zsugorvesébe mehet át. A folyamat lehet egyoldali is. Ilyen bacilluriával járó több esetet operált legutóbb *Fedoroff* és az esetek pontos szövét- tani képét adta. Ismét máskor sklerotizáló gyulladás mellett gümős göcök s végül a sajtos-cavernás formá- ban látjuk a betegséget megjeleneni, és egyet kell értenünk *Wildbolz*cal, hogy a különböző megjelenésű és lefolyású alak ugyanazon betegségnek imponderabilis immunbiologiai reakciók folytán való különféle meg- jelenése.

Ezek után térjünk át a Koch-bakteriumok szere- pére a diagnostikában. Itt az első kérdés az, hogy tör-

* Előadta a budapesti kir. Orvosegyesület folyó évi március hó 25-i ülésén.

¹ O. H. 1906, 28—29. sz.

tént-e olyan haladás a festési eljárás terén, mely a Koch-bakteriumokat más bakteriumoktól elkülöníti. Azt kell mondanunk, hogy nem. A legutóbb között *Bender* öt olyan esetet, melyben a köpetben Koch-typusú sav- és alkoholálló bakteriumot mutatott ki, de gümőkórt a boncolatkor nem talált és ekkor egy új szintelenítési methodust ajánlott az alkalmazott *Hensell*-féle helyett. Ezzel 20 esetben a smegmában lévő bakteriumok elszintelenedtek. De hiszen 22 év előtt is a *Hensell*-féle festéssel már szinteleníténi tudtuk a smegmában lévő bacillusokat, ellenben p. o. egy *Kronpecher* által zárt izzadmányból kitenyészttett, állatra nem pathogen és szobahőmérsék mellett buján tenyésző bakterium sav- és alkoholállónak mutatkozott. Az ilyen festési mód rendszeren addig biztos, amíg egy olyan törzsre nem bukkanunk, amely erre sem lesz szintelen. Gondolnunk kell arra, hogy az ilyen sav- és alkohol-állók, amelyeket *Kronpecher* és *Bender* esetében találtak, a véráramba kerülhetnek és a vizeletben meg is jelenhetnek.

Másrészt már 22 év előtt kimutattam, hogy a sav- és alkoholálló bacillusok a hólyagban is jelen lehetnek. Mindez arra utal, hogy abszolút biztonságot ellenünk az sem nyújt, ha katheterrel vesszük a vizeletet; sőt az sem, ha az ureterkatheterrel vett vizeletet vizsgálunk. Pár hó előtt gümőkór gyanuja miatt kétoldali ureterkatheterizációt végeztem és a kevés leukocytát tartalmazó vizeletben sav- és alkoholálló bakteriumokat találtam, azonban egy szempillantásra látható volt, hogy nem Koch-bakteriumok, izoláltan álló vaskos pálcikák voltak és hogy az alsó húgyutakból vitettek fel, mutatta, hogy olyan nagy laphámsejten ültek, amilyen csak az alsó húgyutakból származik. (Negat-állatoltás kétszer.) Ennek tudása pedig azért fontos, mert ugyanígy felvihető az ureterkatheterrel Koch-bakteriumok és kiürülve renalis Koch-kiválasztásnak imponálhatnak, ha a hólyagban genitális tuberculosistól származó Koch-bakteriumok vannak. Ezek már több észlelés szerint megjelenhetnek a vizeletben, mielőtt még a hólyag megbetegednék. Ilyen esetet egyet magam is láttam. Technikai hibából is kaphatunk smegma- vagy tuberculosissbacillust az ureterkatheterrel, ha a beteget a katherismus után otthagyjuk, a gyűjtésre nem figyelünk. A beteg tenesmust kap és a kiürülő vizelet vagy folyadék a hólyag tartalmát az ureterkatheterek mentén levezeti a gyűjtő eprouvettába. Így geny is kerülhet hozzá és kétoldali gümős folyamatot állapíthatunk meg, holott esetleg egyoldali van jelen vagy egyáltalán nincs. Az eprouvettákat tehát be kell steril vattával dugni és bakteriologiai vizsgálatra ne használjuk az első cseppeket, hanem azokat, amelyeket az ureterkatheter vizelettel való kimosása után gyűjtöttünk.

Mind e cautelák után a nyert bakteriumokat még alakjuk és elrendeződésük szerint is mérlegelnünk kell, a smegmabakteriumokról fent megemlékeztem, velük ellentétben a tuberculosist többnyire összetapadó bakteriumokat mutat, a köpet bakteriumaival szemben a vizeletben lévő Koch néha vaskosabb. Mindezek figyelembevételével, mint alább látni fogjuk, még a leggyakorlottabb is tévedhet.

Az állatoltás ma is a legfinomabb eszköze a Koch-bakteriumok kimutatásának; de az alábbiakból látni fogjuk, hogy néha az sem dönti el azt a kérdést, gümőkór van-e jelen vagy nincs.

1919 január 1. óta osztályomon vesegümőkór miatt 102 nephrektomiát végeztünk (illetve egy ott megfigyeltet a Vöröskeresztben operáltam), öt műtét halállal, négy gyógyult kórtörténete elveszett, a maradók 98 eset 65 nőre és 33 férfire vonatkozik. A 98 esetben a

Koch-ot megtaláltuk festéssel a közös vizeletben 42 esetben, a vesevizeletben 15-ször, összesen 57 esetben. Állatoltás történt 15 esetben. Ebből pozitív 9 eset, 2 esetben az állatoltás negatív volt, de festéssel a Koch ki volt mutatható. 66 pozitív esettel szemben áll 32 negatív lelet.

A kivett vese 78 esetben cavernás vese volt, a Koch pozitív 57-szer; 5 esetben zárt cavernás vese (2 Kittniere) esetéből a Koch a hólyagvizeletben pozitív 1-szer (a másik vese is tuberculosus); 9 esetben pyonephrosist tuberculosa (másodlagos infectio) volt jelen, Koch pos. 4-szer; 2 esetben szigetesen sajtos góccok, Koch pozitív 2-szer; 1 esetben disseminált nem-sajtos göböket találtunk, Koch negatív; 2 esetben infiltráló folyamat vagy szétesés volt a papillákon, Koch pozitív 2-szer.

Látható ebből az összeállításból, hogy a Koch-bakteriumok legtöbbször a kezdő esetekben, a nyílt cavernás esetekben találtuk meg; kevesebbszer a másodlagos infiltrációval járó tuberculosus pyonephrosistokban és a lezárt vesék esetén és végül gümős zsugorvese esetében, bár ez esetben gümős hólyagfokélyek voltak jelen. A pozitív esetek közül egyszer zsugorhólyag miatt az ureterkatheter nem volt kivihető és kétoldali feltárás után vettük ki a betegnek talált vesét.

Most foglalkozunk a negatív esetekkel. Előbb azonban megemlítem azt a két esetet, amelyben az állatoltás negatív volt, holott a festés Koch-ot mutatott.

1. Az egyik esetben 14 éves blenorhoeamentes fiúnak hat hete gyakori vizelete van, geny pozitív, Koch negatív, állatoltás negatív, cystoskopice diffus cystitis, specificitás jele nélkül. Ureterkatheterrel jobbról 2-5 leukocytá, functionalis kiesés nélkül. Másfél hónap múlva, az állat előlése idején, a jobb ureternyílás tátong, jobb veséből sok geny, Koch festéssel pozitív. A kivett vesében caverna van.

2. A második eset 26 éves fiú, három hónap óta gyakori vizelet, a hólyagba diffuse tágabb erek, a jobb ureterfeletti nyálkahártya körülírtan pirosas színű. A jobboldali vizeletben geny, Koch pozitív. Az állatoltás *Löwenstein-féle* tenyésztésburgonyán negatív; de a jobboldalon functionalis kiesés van és a *pneumopyelographia cavernát jelez.*

A 32 Koch-negatívesetből 3 ismét zsugorhólyaggal kerül észlelésre és kétoldali vesefeltárás útján állapítottuk meg, melyik a beteg vese. (Az így operáltak, a fentebbi egy pozitívvel együtt, számszerint négy közül, egy hónap múlva általános gümőkórban pusztult el, a többi gyógyult.)

A fennmaradó 29 Koch-negatívesetből a diagnoszt 28 esetben a gümőkór megjelenése a hólyagban, megfelelő oldali genyedés, functionalis kieséssel tette lehetővé. Egy esetben descendáló jel nélkül a hólyagban, geny, functionalis kiesés és a *pyelographiával kimutatott cavernákra* támaszkodott a diagnoszt.

Ami már most a maradó vese állapotát illeti, a 98 esetből 61 sem genyét, sem Koch-ot nem tartalmazott. Mind gyógyult. Négy kétoldali feltárás volt, a többi 33 esetben a maradó vese vizeletében is voltak leukocyták és egyben még Koch is (csak állatoltással), mely a beteg vese kivétele után a leukocytákkal együtt eltűnt (állatoltás). Mind a 33 esetben kifejezett functiócsökkenés volt az operált oldalon. Az öt műtét halál mind erre a 33 esetre esik. Sectióra 3 műtét és egy késői haláleset került. Egy esetben (20 nap múlva) miliaris gümőkór mellett miliaris gümöket találtunk a másik vesében, a második esetben (lezárt Kittniere) hét nap múlva anuria lépett fel, cardialis isuffitientia tünetei mellett, a másik vesében disseminált gümős góccok vol-

tak, a tüdőben apró cavernák. Egy pyonephrosis tuberculosis retroperitonealis phlegmoneban halt el, másik veséje 240 g, ép, banalis pyelitissel. Két nem sekált közül végig jó diuresissel egy szívgyengeség, a másik peritonitisben pusztult el. A késői halálozás egy sekált esetében (hat hónap múlva) kiterjedt gümőkór és toxikus nephritis volt jelen. Azt mondhatjuk tehát, hogy a 33 esetből a maradandó vese vizeletében talált geny egy esetben már a műtétkor jelenlévő zárt tuberculosis jele volt.

Áttérek azon esetek taglalására, melyekben Koch-bakterium kimutatása esetén a vizeletben, a kivett vesében gümőkórt nem találtunk. Már 22 év előtti előadásomban három ilyen esetet említettem, *König*, *Louveau* és *Milchner* eseteit, amelyekben a kivett vesében carcinomát, követ, illetőleg inficiált hydro-nephrosist állapítottak meg. Az újabb irodalomban *Wildbolz* egy esetében kő, *Oppel* két esetéből egy tumornak, egy kőnek bizonyult. *Braasch* (Maye kl.) egy esetben semmit sem talált. *Van Rinjel* (cit Hyman) állatoltással pozitív 4 esetében kétszer tumort, kétszer semmi elváltozást nem találtak. Ugyancsak *Necker* közölt újabban egy 14 éve fennállott, 11 állatoltással bizonyított Koch-bakteriuriát, mely genyvizelés nélkül állt fenn és ureterkatheterismussal hol a jobb, hol a bal veséből származottnak látszott. A 14-ik évben a prostata jobb lebenyében induratio lépett fel, mint egyedüli valamelyes lehető pozitív góc a húgyszerveken belül. Ő citálja *Desnos* egy régi esetét, melyben ureterkatheterismussal az egyik veséből genyet és Kochot kaptak, a kivett vese ép volt; később a betegen prostata-gümőkór fejlődött ki. Azt, hogy genitális góc esetén tuberculosibacillus már nagyon korán kerülhetett a vizeletbe, magam is láttam és amint fent említém, ilyenkor feltehető az ureterkatheterrel; de az sincs kizárva, hogy ilyen esetben bakteriuria van jelen, melyet vagy a genitális vagy más rejtett góc tart fenn, mert hogy ilyen Koch-bakteriuria van, a következőkben bizonyítani fogom és ezzel áttérek a három esetre, amelyben pozitív Koch mellett vesegümőkórt nem találtunk. Előrebocsájtom, hogy a három esetem közül egy esetben sem volt tüdőgümőkór kimutatható.

Az első 59 éves férfi, vérvizelése van három hete, mely egyízben 10—12 év előtt is volt, nem vizez gyakran. Vizeletben állandóan vér és kevés pálcika-alakú bakterium, geny nincsen. Cystoskoppal a hólyag ép.

Ureterkatheterismus.

I.

Jobb oldal:
átlátszó, kevés
indigó iv. 5 p.
halványan
6 perere intensiv
= nem határozható meg
görcsö alatt. Friss vörösvérsejtek és bacillusok
Koch negativ.

Bal oldal:
véres,
indigó iv. 12 p.
rögtön intensiv
= -152.
görcsö alatt. Sok vörösvérsejt, kevés pálcika-bakterium. Koch pozitív.

II.

Jobb oldal:
20 cm³
tisztá savi
indigó: 4 p. halv.
6 p. int.
= -190.
Ga. sok vörösvérsejt.
Koch negativ.

Bal oldal:
20 cm³
véres savi
indigó: 5 p. halvány
6 p. int.
= -118.
Ga. sok vörösvérsejt, néhány leukocyta, Koch pozitív.

A kivett vesében a medence nyálkahártyáján vérzés, egyik papillából vér nyomható ki, egyébként a vese ép. A vérző papillának megfelelő pyramisból kimetszett rész szövettani vizsgálata semmi kóros eltérést nem mutat. (Prof. *Minich*.)

A műtetet sav- és alkoholállók ismételt jelenlétére, az ureterkath. vizeletben ismételt, bár kismértékű functionalis kiesésre és a második esetben a vörösvérsejtekkel szemben valamivel több leukocyta jelenlétére alapítottuk. A beteg három éve él, haematuriája nem volt, genitális tuberculosis nem fejlődött ki. Kétségtelen, hogy ebben az esetben csak kevés leukocyta volt a Koch-pozitív oldalon a vér mellett, de szembeállítok egy másik esetet és látni fogjuk, hogy ugyanilyen leukocytaszám mellett milyen súlyos gümös elváltozás lehet jelen.

35 éves nő. 16 év előtt görcsök, homok a vizeletben, egy hónapja vizez gyakrabban. Láztalan. Vizeletben geny. cystoskoppal diffus cystitis trigonalis. Helyi kezelésre két hét alatt nem javul. Erre Kochra keresünk, mely többször pozitív.

Ureterkatheterismus.

<i>Jobb oldal:</i>	<i>Bal oldal:</i>
gyűjtési idő: 42 p.	gyűjtési idő: 42 p.
30 cm ³ , savi	12 cm ³ , savi
Fe. nyomokban	Fe. nyomokban
indigó iv. 4 p.	indigó iv. 4 p.
= -090	= -112
NaCl. 0.76%	NaCl. 0.93%
Ur. 2%	Ur. 1.90%
<i>Ga.</i> 7-8 leukocyta	<i>Ga.</i> pár vörösvérsejt.
Koch pozitív.	Koch negativ.

Megvárva a pozitív állatoltást, feltárjuk a jobb vesét, melynek felső pólusában jó diónyi, vékonyfalú cysta van, átlátszó tartalommal. A vese kissé hypertrophikus, kívülől ép. Nephrektomia. (Vöröskereszt-kórházban.) A pyramisokban még szét nem esett sajtos gócek láthatók. A felső paluson diónyi cysta. Szövet-tanilag még corticalisban is gümök mutathatók ki, valamint a cysta falában is.

30 éves nő. Bal veséje fáj, gyakran vizez. 17 éves korában esonttuberculosis. Lázás. Vizeletben geny, vörösvérsejtek, Koch negativ. Cystoskoppal diffus cystitis.

Ureterkatheterismus.

<i>Jobb oldal:</i>	<i>Bal oldal:</i>
6 cm ³	9 cm ³ (5 cm ³ residuum)
véres	elöntve.
Donne: neg.	Donne: pos.
= -103	= -069.
indigó iv. 4 p. int.	indigó iv. 4½ p. int.
<i>Ga.</i> jobboldalt pár friss	<i>Ga.</i> sok leukocyta, pár
vörösvérsejt. Koch negatív.	pálcika bact. Koch. pos.

A kivett vese tele van miliaris tályogokkal és egyes helyeken sárgás-fehér infiltratio a pyramisokban. *Buday* prof. a gyanus helyekről sorozatos metszeteket készített, gümő nem mutatható ki sehol, súlyos nephritis aposthematososa van jelen, colitypusú bakteriumokkal. A bemutatott készítményben talált bakteriumokat maga is Kochnak minősíti.

Ebben a két esetben állatoltás nem történt, nem zárható tehát ki, hogy festési tévedéssel állunk szemben, mely egyik esetben a vese felesleges feláldozására vezetett. Meg kell jegyezni azonban azt, hogy ha csak egyes részletek szövettani vizsgálatával úgy a gócnephritis, mint egy-egy elemi gümő elnézhető. Így p. o. *Runebergnek* egy, a második esetemhez teljesen hasonló esetében, csak egy második kiterjedt szövettani vizsgálattal találták meg egyik pyramisban a három egymás felett ülő tuberculomot. Ezek a vizsgálatok megállapították tehát, hogy sebészi értelemben vett vesetuberculosis nem volt jelen, de ezek alapján még nem mondhattuk ki, hogy Koch-bacteriuria van jelen, hisz festési tévedés nem volt kizárható.

50 éves férfi. Panasza véres vizelet, tompa jobb oldali vesetáji fájdalom egy év óta. Félév előtt homok ment el. Nem vizez gyakrabban, pár tizedes hőemelkedései vannak, vizeletben csak vér, Koch többször pozitív. Később pyelographiával megismételve tágult medencés kelyheket és kőre gyanús árnyékokat találtunk.

Ureterkatheterismus.

<p>Jobb oldal: gyűjtési idő $\frac{3}{4}$ óra. 25 cm³, eleinte tiszta, később véres indigó: 4 p. halvány, 8 p. int. = -0.85 Ga.: csak vörösvérsejtek. sok Koch állatoltás positiv.</p>	<p>Bal oldal: gyűjtési idő: $\frac{3}{4}$ óra. 25 cm³, véres indigó: 4 p. halvány, 5 p. int. = -1.40 Ga.: 4-5 leukocyta, friss vörösvérsejt, Koch kevés. állatoltás negativ.</p>
---	---

Műtét: Feltáráskor az egész vese tele van kövel, a medencében mogyorónyi, a kelyhekben kisdiónyi törmelék, összesen 16 g húgysavas és oxalsavas mész. (Nephrektomia, Vöröskereszt-kórház.) Ez esetben *Nachtnebel* boncnok főorvos úgyszólván az egész vesét átvizsgálta sorozatos metszetekkel, a húgycsatornácskák némi tágulata (pangás) mellett a vese a köves vese szövettani képét adja. Gümő sehol sem volt kimutatható. A műtét után két hónapra megejtett állatoltás negativ volt.

Ezen eset kétségtelenül bizonyítja, hogy van Koch-bacteriuria vesegümőkór nélkül. Azt már régen megállapították, hogy tüdőgümőkór esetén, még a könnyebb esetekben is, Koch jelenhet meg a vizeletben. De ez az eset azt is bizonyítja, hogy tüdőgümőkór nélkül, valamely rejtett gócból is juthat a vesébe Koch-bakterium, amely azt eliminálhatja. Még arra a kérdésre kell felelnünk, hogy lehet az, hogy többször és néha sok bakteriumot találunk a vizeletben. *Buday* már régen kimutatta, hogy a vesében lezárt gümős gócból mindig kevés a bakterium, a nyitott, vizelettel érintkező cavernák falán sok, ebből azt következtette, hogy a vizelettel való érintkezés kedvező a bakteriumok elszaporodására. Bizonyos valószínűséggel bír tehát az, hogy a köves vesében, a pangó vizeletben a veséből gyéren eliminált bakteriumok elszaporodtak. Az azonban egészen bizonyos, hogy a köves vese kivételével eltűnnek a vizeletből, tehát az választotta ki őket, a másik oldalon csak festéssel nyert kevés bakterium az ureterkatheterrel tolatott fel a hólyagból a medencébe.

Az eddig összefoglaltakból láttuk, hogy a sav- és alkoholállók, vér és néhány leukocyta, sőt kifejezett pyuria és functionalis kiesés együtt sem bizonyítja 100%-ig azt, hogy a vese gümőkóros. Láttuk, hogy van gümős bakteriuria, melyet a vesén kívül álló valamely rejtett góc tarthat fenn.

Ebből az következik, hogy korai esetekben, ha gyanus veseeredésű vérzés vagy steril pyuria kisebb foka van jelen, de sem descendáló tünetek a hólyagban nincsenek, sem kifejezett functionalis csökkenés nincs, a pyelographia sem mutat ki a vesében destructiót, a bakterium kétségtelen kimutatásával (állatoltás) sem mondhatjuk ki 100%-os biztonsággal, hogy sebészeti beavatkozást igénylő gümőkór van jelen, mert mint mondtuk lehet, hogy egy más gócból fennálló gümős bacilluria van, vagy csak azon gyulladáshoz gócból, melyeket *Federoff* is talált és amelyekre teljesen osztjuk kételyeit, hogy indokolják-e a vese kiirtását. Ilyen esetekben jobb várni és egy idő múlva újból vizsgálni. Láttuk azt is, hogy manifest egyoldali vesegümőkór esetén a másik oldalról nyert geny és állatoltással megállapított Koch-bacteriuriával a műtétet azzal az eredménnyel végeztük, hogy úgy a leukocyta, mint a Koch-bakteriumok eltűntek. Még kevésbé szabad eltekintennünk a műtétől, ha az egyik oldalon destrualó gümőkórt találtunk, a másikon leukocyta Koch nélkül. Miután azonban, mint láttuk, kevés leukocyta

mellett is lehetnek súlyosabb elváltozások a vesében, ajánlatos kiterjedt functionalis vizsgálatok mellett a pyelographia elvégzése a maradó vesében. Ez is csak oly esetet derít ki, melyben a medencével kommunikáló caverna van jelen. Kisebb lezárt gócból így sem mutatnak ki, és el lehetünk készülve arra, hogy azon esetek némelyikében, melyekben a maradó oldalon leukocyta vannak — mint egy esetünkben —, latens tuberculosus lehet jelen és ha ezeket a másik vese manifest destructiója esetén mégis megoperáljuk, mint én is a 33 esetet tettem, tehetjük ezt azért, mert úgy a saját, már évtizedekre menő tapasztalatom, mint nagy gyűjtőstatisztikák bizonyítják, hogy úgy a műtét, mint az utóhalálozás (hónapok mulva, nálam 7) és a késői halálozás (évek mulva) aránylag kisebb százalékban áll be a másik vese gümőkórja miatt, sokkal több pusztul el férfiakból genitális tuberculosus, meningitis, nőkből és férfiakból tüdőtuberculosus, vagy generalizált tuberculosus miatt. A kórházi anyag rosszabb e tekintetben, mint a magánanyag, mert a kórházi betegek később jönnek és rosszabb körülmények között élnek a műtét után. *Marion* a kórházi anyagból a műtét utáni végleges gyógyulást 50%-ra, a magángyakorlatban 80%-ra teszi.

22 év előtti előadásomat a korai diagnosishoz szenteltem, a mai ezen előadás revisiójának. Akkor azt mondtam, hogy a korai kórismézéshez a Koch-bakterium minden kétséget kizáró megállapítása szükséges. Ez ma is áll, csak egy mondatot kell még hozzátennem és azt hiszem, hogy ezt előadásomban eléggé megokoltam: *Van Koch-bacteriuria. Vigyázzunk! ne-hogy ennek alapján már akkor operáljunk, amikor vesegümőkór még nincs jelen, és el ne mulasszuk a műtétet gümős destructio esetén, ha a másik oldalon bacilluria van is jelen.*

Simmonds-kór esete.

Írta: *Herman Károly dr.*, Subotitza—Szabadka.

Az orvosi tudomány évek óta tartó föllendülése örvendetesen gazdagította diagnostikai és therapiiai ismereteinket. Ennek egy jelentékeny része a belsősecretió elváltozásokra esik. Az insulin felfedezése, vele együtt a diabetes kórtanának precíz kidolgozása az utóbbi évek fejlődésének dicsőséges fejezete. A struma jódkézelése, a pajzsmirigy működésének pontosabb ellenőrzése, az alapanyagcsere vizsgálata által, a thyroxin synthetikus előállítása az ovarium hormonjának tökéletesített formában való előállítása a mellékpajzsmirigyek hormonjának *Collip* révén sikerült előállítása a jelzőkövetlen ennek a sikereken gazdag lustrumnak. Mindez azonban nem jelenti azt, hogy már minden el volna végezve. A belsősecretió diagnostika terén is sok rendezetlen kérdés vár még megoldásra. Az alábbiakban egy szokatlanul ritka kórkép részletes ismeretét közlöm, igyekezve kiemelni azokat a vonásokat, amelyek segítségével talán könnyebben fogja felismerni az orvos az elébe kerülő esetet, bár meg kell mondanom, hogy mindaddig, amíg a szétfolyó és határozatlan klinikai tüneteken kívül nem rendelkezünk megbízhatóbb, egyéb methodusokkal, amelyeknek eljövételében nem kételkedem: a diagnosis mindig nehéz marad. Ilyen volna a vér hormontartalmának egykor elkövetkező direct meghatározása, vagy a hiányzó hormon által előálló functió defectusok constatalása az anyagcsere, az idegrendszer stb. részéről. Az amerikai szerzők által újabban leírt ú. n. melanophor-reactio: a béka bőrének elsötétedése hypophysin-injectio után még nem alkal-

mas klinikai használatra. Jellemző a Simonds-féle betegsége, hogy első leírója kórboncnok volt, ami annyit jelent, hogy a baj elkerülte a klinikus figyelmét. Ezen nem is lehet csodálkozni. Hogy egy igen súlyos, az esetek legnagyobb részében halállal végződő betegség, aránylag könnyű kezdet után, amikor a halálos véget még semmi sem sejteti, minden localis tünet nélkül a megbetegedés helyére való legcsekélyebb utalás nélkül szinte specifikus tünetek mellett folyon le, erre nem sok példát találunk az egyébként problémákban nem szűkölködő klinikai diagnostikában. A Simonds-féle kór diagnostikai nehézségeit bizonyítja az a körülmény is, hogy az irodalom nem sok esetről számol be. Nem volt ugyan módomban az egész internationalis irodalmat áttanulmányozni, de általában nem sok eset van leírva, különösen kevés azonban az in vivo megdiagnostizált eset. Az újabb irodalomban főleg *E. Reye, E. Fränkel, Zondek, Suchier, F. Reiche, Jaffe, Maresch, Jungmann, Rathéry, Falta, Plaut, Bosstroem, Jakob, Berberich, Příbram, Schereschevski, Redlich* írtak le eseteket, de ezek se mind tipikus esetek. Kitűnő leírást lehet *Reyenól* találni, akinek classikus cikke engem is nyomra vezetett, a kórkép igen részletes leírását adja még *J. Bauer* kitűnő könyve és a *Zondek* hasonló monographiája.

Az eset, amelyről szó van, a következő: Kb. 8 hónappal ezelőtt a beteg gyomor baja miatt hivatott el. A beteg 53 éves nő, aki egy idő óta sűrűn hány. Egyidejűleg a jobb szem glaukomájában is szenvedett, amelyet a szemész kezelt. A beteg arra gyanakodott, hogy a szemeseppek okozták a hányásokat, ami ellen a szemész természetesen élénken tiltakozott. Én a betegnél már 2 év előtt teljes anaciditást találtam, amely akkor sósavra megjavult. Most is erre gondoltam s a betegnek próbareggelít s röntgent ajánlottam. A vizsgálata nál feltűnt még, hogy a beteg erősen sovány, ami egy egyszerű achylianál nem szokott előfordulni, mert ilyenkor a pankreas vicariálólalag közbelép; ugyancsak különös volt az arckifejezése: a szemöldökszőrök csaknem teljesen hiányoztak. Előzőleg már a fogai is kihullottak, arcvonásai ezáltal még furesőbbak lettek, egészében az arc múmiaszerű volt. Tanácsomat nem fogadta meg s csak három hét múlva hivatott megint, közben Budapesten kezeltette magát. A lelet, melyet Budapestről magával hozott, a vérben nagyfokú eosinophiliát, normális vércukorértéket, nagyfokú lesoványodást, adynamiát és a fej és testszőrzet csaknem teljes hiányát és insulinintolerantiát állapított meg. Rákot, anaemia perniciosát, bélférgeket, illetve ezekre utaló tüneteket nem talált. A diagnosist így myxoedemára tették s a betegnek sürgősen thyreoidéát ajánlottak. Számomra az első perctől fogva sem volt kétes, hogy ez a diagnosis hamis. Az első észlelő nyilván a szőrzet nagyfokú hullását s a beteg szellemi frissességének erős csökkenését vehette alapul a diagnosis felállításánál. Eltekintve attól, hogy sok egyéb tünet volt, amely más irányba mutatott (nagyfokú eosinophilia, nagyfokú lesoványodás, az oedemák teljes hiánya), még az alapul vett tünetek sem biztos jelei a myxoedemának. Egyáltalán az említett tünetek nemcsak egy szerv megbetegedésének, hanem a szervek egész csoportjának, illetve a csökkent anyagcserének is lehetnek a tünetei. A hajak kihullását diabetesnél is látjuk, a szőrzet kihullása az ivarmirigyek atrophijájánál is előfordul, a szellemi tevékenység csökkenése pedig az anyagcsere csökkenésének, illetve kóros jellegének a következménye is lehet. Ilyesmit láthatunk praecomániánál is, kóros elhízásnál is. Én tehát a myxoedema diagnosisában egy percig sem hittem, de az utasítás

értelmében a thyreoidin-kurát megcsináltam. Az eredmény az lett, hogy a beteg lényegesen tovább soványodott s még nagyobb mértékben legyengült. Ekkor a kurát abba hagytam és praephyson-t adtam. Véleményem szerint a betegnek ugyanis Simonds-féle betegsége volt, amely mellett a tünetek nagy része szólt. Insulin nem jöhetett szóba, mert ezt már előttem kipróbálták s a beteg az insulinnal szemben nagyfokú intolerantiát mutatott. Diagnosisom felállításánál a következő szempontok vezettek. A betegnek egyéb súlyos consumptiv betegsége nem volt. Tuberculosis, lues, anaemia perniciosa, diabetes rák kimutatható nem volt. A baj a fogak teljes pusztulásával kezdődött, utána a szőrzet pusztult el s nagyfokú kachexia jelentkezett.

A hányás valószínűleg az achyliától eredt. A beteg kezdett álmos lenni, sokat aludt, környezete iránt nem érdeklődött, újságot nem olvasott, holott azelőtt anélkül nem tudott meglenni. Ha egyes tünetek nem is, de a tünetek összessége semmiféle más kórképbe nem volt illeszthető, mint a *Simmonds* által leírt kachexia hypophyseoprivába. Ez a betegség bizonyos tekintetben úgy fogható fel, mint az akromegalia ellenkórképe. Míg ott az akrák hypertrophiája, itt az akrák atrophijája szerepel. Ilyennek kell tartanom a fogak idő előtti teljes pusztulását is. A szerzők nagy része hangsúlyozza a mandibula atrophiját (*Falta, Reiche, Graubner, Simmonds, Zondek*), ez azonban az én esetemben eleinte nem volt meg, később pedig a beteg gyöngesége akadályozta meg, hogy egy Röntgen-felvételt készíthessek róla. Egy bizonyos akromikria (*Brugsch*) az én esetemben nem volt kimutatható. Az ujjak, fülek vékonyabbak lettek ugyan, de rövidebbek nem. A bőr alabástrom színű volt, az anaemia nőtt, a körmök töredeztettek lettek. Mindezek a mellett szóltak, hogy egy olyan körfolyamattal állunk szemben, mely az akromegaliával ellentétes. Így jutottam el ahhoz a gondolathoz, hogy itt a hypophysis elülső lebenyének az atrophijájával állok szemben. *Reye*, akinek ez ügyben többször írtam, s akinek szíves tanácsaiért ezúton is hálás köszönetet mondok, a leírt tünetek alapján szintén *Simmonds-kór*nak tartotta a bajt. De nemsokára alkalmam lett másképen is meggyőződni róla, hogy a beteg a hypophysis miatt beteg. A praephyson ugyanis nemsokára hatni kezdett. *Reye* tanácsára először 3 tablettát kapott naponta s egy subcutan injectiót. Az eredmény nemsokára kezdett mutatkozni. Sajnos, nem teljes, csak részleges eredmény: a beteg psychice teljesen megváltozott. Élénk lett. Újságokat olvasott. Álmosága megszűnt, sokat beszélgetett, minden iránt érdeklődött, étvágya fokozódott, kezdett kétszerannyit enni, mint azelőtt. Sajnos, a beteg ennek dacára sem hízott többet, mint 1½ kilót. Míg a psychikus hatás, mondhatni teljes volt, a somatikus hatás csak kismértékű javulást mutatott. Meg kell még említenem, hogy egy oly tünet is mutatkozott a betegnél, amelyet eddig az irodalomban leírva nem találtam. A beteg a praephyson-injectio után 2-3 órára erős éhséget érzett s ez annyira kifejezett volt, hogy ha az esti órákban kapta az injectiót, akkor az éhség felkeltette s akárhányszor éjszaka is kénytelen volt enni. Hogy ez a jelenség hogy jött létre, arra többféle magyarázat is volna, sajnos, a beteg mindennemű vizsgálat elől elzárkózott. Elképzelhető, hogy az injectio hirtelen sósavtermelést váltott ki, lehet, hogy az insulintermelést fokozta fel átmenetileg: mindezt a gyomorcsővel, illetve sorozatos vércukormeghatározásokkal el lehetett volna dönteni s talán némi bepillantást lehetett volna nyerni a rejtett correlatiós összefüggésekbe: így azonban lehetetlen volt. Nincs kizárva, hogy itt is hasonló jelenséggel állunk szemközt, mint amit az iro-

dalomban többször is leírva találunk. *Umber* a vércukornak az insulinra való csökkenését differentialdiagnostikumnak használja az insularis s egyéb cukorzavarokkal szemben (renalis diabetes, neurogen glykouria stb., vagy például *Lenk* próbabesugárzást ajánl a tüdő epicanerosus infiltratióinak tisztázására).



1. ábra. A betegség előtt.

A praephyson hatása, illetve hatástalansága tehát értékes jel a homályos eredetű kachexiák diagnostikájában, kivált ha az olyan prompt jelekben nyilvánul, mint az én esetemben. De volt még egyéb hatása is a praephysonnak. A betegnek feltűnt, hogy a körmei túlgyorsan nőnek, míg azelőtt kéthetenként vágatta a körmeit, most már minden héten vágni kellett őket. Ugyan- csak újra nőni kezdett a haja, mely a fejen olyan sűrű lett, amilyen csak egész fiatal asszony korában volt. Újra nőni kezdtek a fanszőrök s a hónaljszőrök, de távolról sem olyan erős mértékben, mint a fejen. Megállapítható tehát, hogy a praephyson a tünetek egy részét kedvezően befolyásolta. Legjobban a psychére hatott, azután a hajzatra s a körmökre s némileg az étvágyra. Semmi hatással nem volt azonban az anyagcserére, illetve a beteg általános erőbeli állapotára. E részben kedvező tünetek mellett a beteg nem sokat javult: eleinte egy keveset hízott, aztán egy súlyban maradt egy ideig, azután pedig újból fogyni kezdett. Pedig ekkor már a *Reye* által tanácsolt adagolást régen abbahagytam s olyan adagokig mentem fel, amilyenek az irodalomban leírva nincsenek. A beteg naponta 4×3 tablettát kapott és napi 3 injectiót, ennek dacára sem jelentkezett semminemű intolerantia, ha- csak azt nem számítom ide, hogy a beteg ez időben rosszabbul aludt, kivált, ha az utolsó injectiót a késő esti órákban kapta. Sajnos, a beteg anyagcseréjén ez sem sokat változtatott. A beteg evett ugyan, de mintha nem a maga számára evett volna. Viszont ha a reggeli órákban nem vett be praephyson, akkor egész délelőtt álmos volt: ez oly pontosan jelentkezett, hogy ő maga lett figyelmes reá s ő jelentette nekem. A jelen esetben tehát a praephyson specifikus hatással járt ugyan, de gyógyító hatással nem, mert mindezek mellett sem lehetett a beteget kachexiás állapotából kiragadni. A beteg ekkor tanácsomra Wienbe utazott, további gyógykezelésre, ahonnan kétheti ápolás után újból visszatért. Prof. *J. Bauer*, akinek osztályán feküdt, ugyanolyan eredményre jutott, mint én. Ő is Simmonds-kórt talált s ő is praephyson ajánlott. Érdekes,

hogy rövid idő alatt sikerült neki arssal s egyéb specifikus szerrel a betegre még 1½ kilót rárakni, ami azonban nem sokáig tartott. A beteg újból fogyni kezdett s a fogyást semmiféle szerrel nem lehetett megállítani. A beteg jelenleg 30 kiló, gyenge, mozogni, járni nem tud, étvágytalan, ha praephyson nem vesz, el- alszik, ráncos, múmiaszerű s nagyjában egy élő csont- vázhoz hasonlít. A halál bekövetkezése csak igen rövid idő kérdése. Meg kell még jegyezni, hogy az esetleges megszokás kikerülése végett egyideig a betegnél a praephyson-adagolást megszüntettem s ehelyett antephy- sant (*Richter*) adtam. Az eredmény nem volt sem jobb, sem rosszabb. Ugyancsak több ízben változtattam az adagokat is. Sajnos, ez sem vezetett semmi újabb eredményhez. Egyideig azt hittem, hogy az adagok bizony- talansága okozza az eredménytelenséget. Ezt annál is inkább hihettem, mert erre az insulinadagolás törté- nete éppen elég példával szolgál. Ma például műhiba számba menne egy comás beteget 20–40 egység insulin- al kezelni, mint eleinte történt. Ahogy az insulint individualisan kell adagolni, ugyanúgy kell a praephy- son is, mert a beteget az anyagcsere insufficienciának nem egyenlő fokán kapjuk kézhez. Nem akarom ezzel azt állítani, hogy a Simmonds-kór kezelése az adago- lás kérdése csupán. Mindig lesznek olyan esetek, ame- lyek mindenképpen menthetetlenek lesznek, mikor az er- tékes secernáló mirigyszövet nagy része elpusztult. Viszont sok olyan beteg életben fog maradni, akik a kellő adag hiányában elpusztulnának. A napi 1 injectio és 3 tablettát csak kiindulási pontnak jó, mert senki sem állíthatja biztosan, hogy ha ezt az adagot a beteg megkapja, akkor a hypophysiskiesés mindenképpen pó- tolván van. Lehet, hogy a therapiás reactio küszöbe jó- val magasabban fekszik, mindenesetre annyi való- színű, hogy minden egyes esetben megvan a maga egyéni adagolása, amelyet óvatosan ki kell előbb ta- pasztalni.

Az én esetemben a praephyson hatása dissociált volt. Frappans psychikai hatás mellett jelentéktelen somatikus hatás. A szőrzet és körmök prompt vissza-



2. ábra. A betegség tetőfokán.

térése inkább diagnosticumnak jó, therapiás hatásnak nem elégséges. Nem tudom tehát a *Reye* optimismusát osztani, aki a specifikus therapatól sokat vár. Igaz viszont, hogy *Reye* főleg a fiatalkori post partum fellépő Simmonds-kórnál vár jó eredményt, amikor emboliás processusok okozzák a functiokiesést. Ez a

folyamat még reversibilis szerinte. Viszont ott, ahol a folyamat irreversibilis (tumor, cysta, tuberculum stb.), a substitutiós kezelés sem sokat használ. Az én betegem korán meg volt diagnosztizálva, az egész baj nem lehetett idősebb, mint legfeljebb két éves (ekkor kezdtek ugyanis a fogak hullani), még sem lehetett eredményt elérni, míg más esetben a baj 17 évi fennállás után is kedvezően reagált. Ezt a jogos scepticismust *Reiche* is hangoztatja egy nemrég közölt esete kapcsán. Viszont a betegséget korán meg kell diagnosztizálni, mert ha egyáltalán reagál, akkor így menthető meg legkönnyebben, bár ez alól is van kivétel, mint az említett 17 éves betegség példája bizonyítja. Legkönnyebb még aránylag a diagnosis felállítása; a therapia nem kilátástalan, bár nem biztos. Legbizonytalanabb a prognosis. Egyelőre legfontosabbnak a diagnostika kidolgozását tartom. Megbízható tünet egy sincs. A *Kestner* által hangoztatott jel: a specifikus dinamikus fehérjehatás hiánya, illetve ennek praephysonra való fokozódása a gyakorlat szempontjából egyelőre nem sokat számít, a gyakorlóorvos egyelőre aligha fog a Knipping- vagy Krogh-készülékkel dolgozni. Másrészt ez sem egészen megbízható, mert a Fröhlich-féle dystrophiánál is megvan. Az orvosoknak azonban mindenekelőtt könnyen észlelhető tünetekre van szüksége. Megpróbálom tehát az én megfigyeléseimet rendszerbe foglalni. A Simmonds-féle kór egy chronikus betegség. Oka a hypophysis elülső lebenyének megbetegedése. A korai tünetek közé tartozik a fogak kihullása, amelyet majdnem minden szerző hangsúlyoz s ami az én esetemben is megvolt. További korai tünet az étvágytalanság s az achylia. A bőr sápadt, fehér, ráncos lesz, sokan alabástromszínűnek írják le. Nemsokára anaemia jelentkezik (*Falta*), később adynamia lép fel, majd kachexia, ami azonban évekkig elmaradhat. Valószínű, hogy a betegség legkorábbi szakja a fogorvosi rendelőkből zajlik le. A beteg rendszeren a nagyfokú lesoványodás miatt keresi fel a belgyógyászt, mikor már a baj meglehetősen előrehaladt. Legfontosabb diagnostikai jelnek tartom a betegnek a praephysonra való reakcióját. Ha a beteg utána frissebb lesz vagy utána néhány órával éhséget érez, vagy ha erre a hajhullása megáll, vagy ha újból nőni kezd, ha álmosága eltűnik, akkor a diagnosisban nem lehet többé kételkedni. A betegség klinice rákhoz, vészes vérszegénységhez, lueshez, diabeteshez, tuberculosishoz, bélférgék okozta anaemiás lefogyáshoz, chronikus éhezési állapotokhoz hasonlít. Ezeknek egyike-másika sok gondot okozhat a vizsgálónak. Praktikus szempontból tehát a következő eljárást ajánlom. A betegség lehet kachexianélküli és kachexiával járó. Az első esetben a beteg még alig látszik betegnek. Mindenesetre már akkor is, ha a beteg elveszti a hónaljszőreit vagy a faszőreit, meg kell próbálnunk a praephyson adagolását. Ha a dolog hypophysis eredetű, a szervezet valahol, még pedig rövid idő alatt, el fogja árulni magát. Alá lehet támasztani a diagnosist még egyéb próbával. Ha a beteg insulinra vagy thyreoidinre rosszul reagál, viszont hypophysisre legalább is részben kedvezően, akkor a diagnosis igen valószínű. E betegségnél tehát a hypophysin nemcsak therapeuticum, hanem diagnosticum is. Még könnyebb az eset kitisztázása, ha már kachexia is fellépett, általában be kell vinnünk a kachexiák diagnostikájába az insulin és thyreodin mellett a hypophysis elülső lebenyének kivonatát. Akkor módunkban lesz a betegséget már a korai stadiumában is feismerni. Nagyon természetes, hogy egy latens carcinomát nem szabad elnézni. Sajnos ez nincs teljesen kizárva, mert egy prostatacarcinoma sokáig latens maradhat. (Nemrégiben észleltem egy pros-

tatacarcinomát, amely már inoperabilis volt az áttétek miatt, de kachexiának még sokáig nem volt semmi nyoma.) Ugyancsak könnyű fel nem ismerni egy kisebb bronchusrákot, amely sokszor évekig latens maradhat. A betegek újból munkaképesé lesznek vele, míg aztán egy hirtelen agymetastasis véget nem vet a rejtélynek. Ugyancsak sok összetévesztésre adhat okot egy Gravitztumor, főleg ha még nem tört be a vesébe, vagy egy ureterdiverticulumból kiinduló carcinoma vagy valamely hasi szervben eleinte izoláltan fellépő lymphogranulomatosis. Ha ilyen válogatottan nehéz esetek localis tüneteket nem okoznak s csak a kachexia lép fel, akkor elképzelhető egy hosszabb-rövidebb ideig tartó időszak, amikor a vizsgáló esetleg a Simmonds-kórhoz hasonló kórképbe ütközik. Ilyen lehetőségekkel szemben biztosítani kell magát az embernek s véleményem szerint a hypophysispróba ilyenkor is jó szolgálatot fog tenni, mert megmondja, hogy az agyalapi mirigy nincs benne a játékban: az ú. n. insuffisance polyglandulaire (*Claude és Gougerot*), multiplex Blutdrüsenklerose (*Falta*) hasonló lehet ugyan, de el is tér a többi vér-mirigy zavarainak tüneteivel. Ha ilyenkor találunk is esetleg hypophysisre utalt tüneteket, mellette találunk még mást is. Basedowra, myxoedemára, Fröhlich-féle bajra, addisonra, eunochoidismusra stb.-re utaló tüneteket. Itt a hypophysis zavara nem izolált. Alapelveül tartsuk meg tehát, hogy minden erősebb szűrvesztésnél s minden kachexiánál adjunk praephysonat vagy más jó elülső lebenykivonatot, kivéve természetesen az olyan eseteket, ahol a kachexia eredete már kétséget kizáró módon tisztázva van. Külön meg kell még emlékezni egy idetartozó igen ritka betegségről, amely Simmonds-kórhoz igen hasonlít s amely szintén ritka. Ez a ritka betegség a lueskachexia. A baj teljesen hasonló lehet a Simmonds-kórhoz, a beteg itt se mutat semminemű localis eltérést s csak az óriási lefogyás és kachexia látszik. A bajt a közelmúltban *J. Bauer* (1923) és *Falta* (Bécs, 1925) tárgyalták, majd röviddel ezután én közlöttem egy esetet (W. kl. W. 1906, 10. szám). Jellemző a bajra a nagyfokú lesoványodás, amely az én betegemnél egy év alatt 20 kilót tett ki. A beteg antilueses kúrára rohamosan hizott, úgyhogy előbbi testsúlyát csaknem teljesen visszanyerte. Differentialdiagnosticumul szolgálhat a Simmonds-féle incretorikus tünetek teljes hiánya s az antilueses kúra prompt sikere. Az én betegem, aki addig a sokféle gyomordiaeta mellett is egyre fogyott, az antiluetikus kezelésre hetenkint egy-egy kilóval gyarapodott. Természetes, hogy a természet még így is szolgálhat meglepetésekkel. Ha valakinél például a hypophysis elülső lebenyében lép fel egy gümma, akkor nehéz lesz tisztázni, hogy melyik tényező a tulajdonképeni kórokozó.

Az elkülönítő kórismének gondolni kell még az Addison-kórra is. Ha ez az ismert classikus formában lép fel, akkor nehézséget nem okoz. Viszont a két baj bizonyos extrém esetekben hasonlíthat egymáshoz, kivált akkor, ha az addison főtünete, a pigmentatio hiányzik. Az irodalom ilyen esetekről is beszámol s ilyenkor a beteg néha adrenalin naponkinti adagolásától lett jobban. A két baj még abban is hasonlíthat egymáshoz, hogy a vérnyomás mindkettőnél csökkent, bár a Simmonds-kórnál rendszeren kisebb mértékben, ugyancsak kisebb szokott lenni a vércukorérték is mind a két bajnál. A szóbanlevő betegemnél átlag 60 mg volt a vércukor. Valószínű azonban, hogy a szokásos szénhydratterhelés utáni sorozatos vércukormeghatározásokat végezve, más typust találunk a mellékvese, mint a hypophysises hypoglykaemiánál. Mindenesetre előbb vagy utóbb rá lehet jönni a baj lényegére,

ha az orvosnak elegendő idő áll rendelkezésre. Arra is kell gondolni, hogy az addison néha rapide a szemünk előtt folyik le. Különösen az acut exophthalmus nélkül lefolyó basedow vagy az acut lefolyó addison melano-dermia nélkül okozhatnak legyőzhetetlen nehézségeket. Hogy a Simmonds-kór acut is lehet, erről nincs tudomásom, az irodalomban közölt esetek mindegyike chronikus lefolyású volt.

Összefoglalva tehát az eddigi megfigyeléseket, a Simmonds-féle kórról a következőket lehet állítani: A betegség még a mai primitív lehetőségek mellett is diagnosztizálható. Első feltétel, hogy a vizsgáló gondoljon reá, főleg, ha partus utáni bizonytalan gyengeségről vagy climaxkörüli nőről van szó. A kór nem egyéb, mint egy acut megöregedés egy hónapok alatt történő elaggás, végelgyengülés, mely nem az élet végén, hanem az élet korábbi szakában lép fel. *Conditio sine qua non*, hogy az orvos valamely súlyos, lokalizálható szervi betegséget (lues, diabetes, cancer, anaemia, perniciosa stb.) el ne nézzen. Ha mindezek felől az orvos bizonyosságot szerzett, akkor vegye a kachexiát a különböző hormonokkal szemben functionális vizsgálat alá: insulin thyreodin, a hypophysis elülső lebenyének kivonata, esetleg adrenalin jöhetnek szóba. Az a kachexia, amely praephysonra javul, vagy az a betegség, melynél a psyche élénkül vagy a hajzat és körmök fokozottabb növésnek indulnak, nem lehet más, mint Simmonds-féle betegség. A kór diagnosisához tehát idő kell. Ha a praephysont mindjárt is alkalmazzuk, akkor is beletelik 10–14 nap, míg a hatás mutatkozik. Nem kétkedem, hogy e szempontok figyelembevételével a bajt sűrűbben fogjuk diagnosztizálni.

Az itt leírt classikus typuson kívül előfordulnak még rudimentaer formák is. Legutóbb észleltem egy 46 éves asszonyt, aki egy fél év alatt 6 kilót fogyott, haja erősen hullott és fogai feltűnően romlottak. Vizelet, vércukor normalis, eosinophylia nem volt, Wassermann negativ, röntgenuel eltérés sehol nem volt kimutatható. A beteg praephyson-tablettákra gyorsan javult, étvágya visszatért és újból hízni kezdett.

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

Klinikai tapasztalatok a Bruck-féle activ savóval végzett complementkötéses reactióval.

Irták: *Farkas József dr.*, klin. gyakornok
és *Keleti József dr.*, klin. tanársegéd.

A syphilis complementkötéses serodiagnosisára az inactiv savóval végzett Wassermann-reactio és modificatiói az általánosan elterjedtek és hivatalosan is elfogadottak. Kezdetől fogva sokan törekedtek azonban arra, hogy activ, azaz a saját complementjétől meg nem fosztott vérsavóval dolgozzanak; továbbá, hogy az idegen és mesterségesen előállított haemolysin helyett a vizsgált vérsavó normalamboceptorát (normalhaemolysinjét) használják fel. Céljuk a reactio egyszerűsítése és érzékenyebbé tétele, mivel az embervér complement- és normalamboceptor-tartalma egyénenként igen változó, a nagyszámú „activ” módszer közül eddig egyik sem küszöbölte ki az innen származó hibákat, és emiatt egy sem lett általánosan elfogadott.

Vannak oly módszerek, ahol csak a vizsgált vérsavó complementjét használják fel (*Margarete Stern*, *Tschernogubow*, *Hecht* stb.) és olyanok is, ahol még

állandóan idegen complementre is van szükség (*Noguchi*, *Müller-Landsteiner*, *Jourdan*); viszont egyes szerzők (*Bauer*, *Bodin*, *Rennes*, *Goubeau*, *Ravaut-Rabeau*, *Spielmann*, *Lasseur* stb., „Bauer-Hellion”-methodus¹) csak akkor használják idegen complementet, ha nem elég a vérsavó saját complementje. A kevésnek bizonyult normalhaemolysin is többen (*M. Stern*, *Noguchi*, *Müller-Landsteiner*, *Jourdan*, *Goubeau*, *Ravaut-Rabeau* stb.) pótolják idegennel. Ezen okulva *Kellogg*,² a vizsgálatra kerülő savónak először kitérálja a complement- és haemolysin-tartalmát, ami után csak a hiányzót pótolja. A reactiohoz használt vérsavó mennyisége is különböző, általában kevés, 0.1–0.2 cm³. Az antigenek minőségében és mennyiségében is sok a differentia. A haemolytikus systemához általában nem 5%-os birkavörösvérsejtszuspensiót használnak, hanem hígabbat. *Noguchi*, *Fichet*, *Becherich*, *Holzmann* birkavér helyett embervér, *Aoki* nyúlvér, *Tschernogubow* tengerimalacvérszuspensióval és a megfelelő haemolysin-sinnel dolgozik.

Mindezek az eljárások már eleve nem felelnek meg az egyszerűség követelményeinek; ellenkezőleg, nagyon körülményesek. A reactiók értékét illetőleg 1921-ben felkérték a velük foglalkozókat, hogy számoljanak be tapasztalataikról. A szerzők (*Audry-Nanta-Chatellier*, *Bauer*, *Bodin-Rennes*, *Louis Bory*, *Brake*, *Dujardin*, *Goubeau*, *Laurent*, *Nicolas-Massia-Gaté*, *Nicolas-Bancin*, *Oltramare-Dubois*, *Ravaut-Rabeau*, *Ronchése*, *Rubinstein*, *Sabouraud*, *Sicard-Hagueneau*, *Spielmann-Lasseur*)³ többsége azon véleményen volt, hogy az activ eljárások érzékenyebbek, mint az inactiv methodusok, ami abban nyilvánul meg, hogy előbb lesznek pozitívak, viszont kezeléseik hatására később válnak negatívvá. Előfordulnak nonspecifikus kötések is, ezért óvatosságból vagy az inactiv Wassermann, vagy valamely más (kicsapódásos vagy zavarosodásos) reactio parallel alkalmazását ajánlják. Kiemelik, hogy az activ methodussal nyert gyengén pozitív eredmények nem döntő jelentőségűek. Az önkötést nem találták gyakoriak. Az önkötés oka *Louis Bory* szerint az étkezés utáni vérvétel, *Laurent* szerint az iszákosság, *Nicolas-Massia* szerint az egyén öreg volta, a többség szerint a vizsgált savó állott volta. *Rubinstein* szerint az önkötés a savó haemolysin-tartalmával függ össze, mentül több a haemolysin, annál kevésbé anticomplementaer hatású a savó. Tapasztalták, hogy az erősen pozitív savók gyakran önkötők. Lymphás, icterusos savók jól használhatók. Paradox reactio 1%-ben fordul elő. A szerzők kisebb része az activ savóval végzett complementkötéses reactiót a gyakori nonspecifikus kötés miatt elveti. *Browning-Dunlop-Kennavey* szerint⁴ az inactiv savónál előforduló nonspecifikus kötések az antigen alkoholtartalmára vezethetők vissza, mert sok olyan savó van, amely activ állapotban tiszta alkohollal is pozitívan reagál.

A Népszövetség hygiene-bizottságának 1923-ban tartott gyűlése az inactiv Wassermann-eljárásokat találta a legjobbnak. Az activ methodusokról általában azon véleménynek adott kifejezést, hogy bár érzékenyebbek, mint az inactiv methodusok, de a nonspecifikus kötéseket is erősítve adják. Közülük csak a *Hecht*-féle eljárás⁵ felelt meg.

Bruck „Serodiagnose der Syphilis” című könyvében (1924. kiadás) *J. Zeissler* egészen röviden öt activ methodust sorol fel: *Margarete Stern*, *Noguchi*, *Müller-Landsteiner*, *Tschernogubow* és *Hecht*-t. Eredményeiket az inactiv methodusokénál nem tartja érzékenyebbek. A számos ellenkezőjét állító közleményei szemben azt hozza fel, hogy a szerzők összehasonlításai

bizonyára nem a legérzékenyebb inactiv methodusokhoz történtek, ezért mindig relativ értékűek lévén, eredményeik sem bizonyító erejűek. A differntiák a *Kaup*-féle modificatióval szemben eltűnnek. Az activ methodusoknál előforduló nagyszámú nonspecifikus („falsepositiv“) reactio miatt azon véleményre jut, hogy az activ methodusok feleslegesek és nem megbízhatók.⁶

Az activ módszerek közül az utóbbi években különösen a Hecht-féle és annak különböző módosításai (Hecht-Weinberger és Hecht-Gradwohl), továbbá a Jourdan-féle⁷ terjedtek el szélesebb körben. A magyar szerzők közül *Molnár Tibor*⁸ és *Berger István*⁹ foglalkozott az activ methodus kérdésével.

*Bruck*¹⁰ szerint az activ methodusok hibája nem az „activ“ jellegben van, hanem abban, hogy az eddigi módszerek csekély savómennyiséggel dolgoztak, következképpen csekély, illetőleg elégtelen volt a saját complement és normalhaemolysin tartalmuk. Ha még figyelembe vesszük e két tényező individualisan nagyon ingadozó voltát, könnyen megtalálni a gyakori önkötés és a nem fajlagos kötésekre való hajlamosság okát. Nagyobb savómennyiségek használata esetén, amikor a complement- és normalamboceptornak inkább feleslege van jelen, ezen hibák elkerülhetők. Az önkötések és nonspecifikus reactiók száma nemesak hogy minimalis, hanem szerinte a reactio értéke vetekedik a legérzékenyebb inactiv módszerek (*Kaup*) eredményeivel. Nagyobb — 0.5 cm³ — savómennyiségek használata mellett az antigen alkoholtartalma nem okoz zavart. *Bruck* azért maga is kiemeli, hogy egyedül csak az activ módszerével kapott eredményeket éppen úgy nem fogadja el döntőnek, mint az egyedül bármelyik más régi inactiv methodussal nyert eredményeket.

Három figyelemreméltó körülményt említ meg, mely az activ módszerének kivitelét akadályozhatja. Egyik az, hogy a vizsgálandó savónak frissnek kell lennie, azaz, hogy körülbelül 36 óránál ne legyen régiebb; a másik az, hogy sok savóra lévén szükség, nagyobb mennyiségű — 10—12 cm³ — vért kell venni, ami felnőtteknél legtöbbször ugyan nem akadály, de rosszvenájú egyéneknél és gyermekeknél akadályozó lehet. A harmadik fontos korlátozás az, hogy a csecsemők vérében a normalhaemolysin legtöbbször hiányzik, ezért náluk az activ módszer nem alkalmazható. A *Klinische Wochenschrift* 1926. évi 26. számában megadott technika szerint a reactiohoz 0.5 cm³ vérsavót használ. Antigenül bármely jó antigen használhatónak tart, amelynek adagját negativ és positiv savókon titrálja ki. A negativ savóval nem kötő dosis fele lesz a reactiohoz használandó titer. Ezen mennyiség felével és harmadával is megvizsgál minden savót. Antigen nélküli kontroll 0.5 és 0.25 cm³ savómennyiséggel készül. Eszerint egy-egy savó vizsgálatához 2.25 cm³-nyi mennyiség szükséges. A reactiohoz 1%-os, kétszer mossott birkavörösvérsejtsuspensio 1 cm³-ét használja. Ösmennyiség 2.5 cm³.

Az előíráshoz ragaszkodva (1004 betegen) 1014 esetben végeztünk összehasonlító vizsgálatokat a budapesti IV. számú belklinikai anyagán. Mint minden összehasonlítás, úgy a miénk is relativ. Hogy eredményei mégis kellőképpen értékelhetők legyenek, szükségesnek tartjuk megjelölni azt, amihez hasonlítottuk. Az egyik olyan inactiv Wassermann-methodus, melynél complementek 1:20 hígítású friss tengerimalacsavót használunk. A főkísérletet complement- és haemolysintitrálás előzi meg. Minden savót legalább két megbízhatóan specifikus antigennel vizsgáljuk meg (normal emberszív és cholesterines marhaszív, néha luesos

foetusmáj alkoholos kivonatával). A vizsgált savó mennyisége 0.1 cm³, a többi kellék és technikai rész az általában szokásos. A reactio érzékenységét a gondos antigentitrálás és a complementmennyiség pontos meghatározása biztosítja. A másik ellenőrző vizsgálat a klinikán évek óta jól beállított Sachs-Georgi-reactio, amiről annyit jegyzünk meg, hogy a leírt Wassermann-módszernél valami csekéllyel kevésbé érzékeny. Ezen két módszerrel több mint 20.000 esetben a klinikai észleleteknek teljesen megfelelő eredményeket kaptunk.

Az activ methodust csak az általában érzékenyebb cholesterines marhaszív kivonattal végeztük, mert két vagy több antigennel való vizsgáláshoz nem jut elegendő savó. Az antigendosist mi is a biztosan negativ és positiv savók fél-félköbcentiméternyi mennyiségeivel titráljuk ki.

Ezek után a főkísérlet phasisai a következők:

	Antigen-mennyiség			Antigen nélküli kontroll	
	egész	fél	harmad	I.	II.
Activ savó	0.5 cm ³	0.5 cm ³	0.5 cm ³	0.5 cm ³	0.25 cm ³
I + 5 hígítású cholesterines marhaszív antigén	0.3 „	0.15 „	0.1 „	—	—
0.85%-os konyhasóoldat	0.7 „	0.85 „	0.9 „	1.0 „	1.0 „
Szobahőmérsékleten állás, majd ½ órára 38°-os vízfürdő					
1%-os birkavörösvérsejtsuspensio	1.0 „	1.0 „	1.0 „	1.0 „	1.0 „
½ órára 38°-os vízfürdő, utána az I., 24 óra múlva a II. leolvasás.					

Az említett 1014 eset eredménye a következőképpen osztható fel:

A Wassermann-reactio az inactiv és activ módszerekkel	Esetek száma	Sachs-Georgi-reactio eredménye			
		positiv	kérdéses	negativ	nem készült
1. Egyezően negativ volt ..	781	gyöngén 5	—	760	16
2. Egyezően positiv volt ..	118	104	6	5	3
3. Fokozati különbséggel pos. az activ módszer javára	13	6	1	6	—
4. Fokozati különbséggel pos. az inactiv módszer javára	7	6	1	—	—
5. Inactiv pos. — activ neg.	19	11	—	7	1
6. Inactiv neg. — activ pos.	24	3	—	21	—
7. Inactiv önkötő-activ neg.	3	—	—	—	3
8. Inactiv önkötő-activ pos.	2	—	—	2	—
9. Activ módszer önkötő (elégtelen saját complement és normalhaemolys.)	47	az inactiv Wa. R.-el egyezően			
		8	—	39	—

Ezekből az eredményekből az tűnik ki, hogy az activ módszer hattal többször volt erősebben positiv és ötten többször adott positiv eredményt, mint az inactiv módszerünk. Ez esnék az activ módszer javára. Az objectiv bírálatot azonban az adja meg, ha ezen, kétségkívül határozatokban nem az egyik vagy másik társreactio tanbizonyosságát vagy tagadó voltát vesszük irányadónak, hanem azt vizsgáljuk meg, hogy a serologiai reactio adta eredmény miként felel meg a klinikai kórképnek.

Némileg jogosultan megbízva a serologiai reactio eredményében, ellenvetés nélkül elfogadhatóknak vesszük azokat, melyek egyezően positivok, vagy negati-

vok voltak. Annál nagyobb figyelemmel kell azonban lenni a differens, vagy egészen elütő eredményekkel szemben. Tehát kissé részletesebben felsoroljuk a 3–8. csoportokba tartozó eseteket:

3. csoport. (Fokozati különbséggel positiv az activ módszer javára.) 13 eset. Nyolcánál a lues az anamnesisben és tünetében kimutatható; egynek chorioretinitise van, ezt magyarázó más belgyógyászati eltérés nincs; egy *ulcus mollet* (?) bevall, hypertoniás panaszai vannak; *egynek* gyomorfekélye van, luesről nem tud. tünete nincs; két betegről nincs adat.

4. csoport. (Fokozati különbséggel positiv az inactiv módszer javára.) 7 eset. Négyenél a lues az anamnesisben és tünetében kimutatható; egyenél heredoluesra van adat; *kettőnek** cholelithiasisa van, luesra adat nincs. Ebben a két esetben az inactiv methodusnál a normalszivantigennel negativ volt a kémlés, csak a cholesterines antigen adott kötést (1923-ban a cholesterines antigenről írt dolgozatomban ilyen esetekre már utaltam).

5. csoport. (Inactiv positiv—activ negativ). 19 eset. Tizenegy esetben lues van az anamnesisben; *egynek* idősült colitise van, később negativ lett a Wassermannja; *egynek* icterus catarrhalisa volt. Ennél is csak a cholesterines antigennel volt positiv a reactio addig, míg a sárgaság, illetőleg a májbaja tartott. Ennek elmultával negativan reagált a cholesterines antigen is. Egy beteg luest tagad ugyan, de máshol is ++++ positiv volt a Wassermannja és feleségének négy spontan abortusa volt; egynek erősen positiv Wassermann-reactiója és Sachs-Georgi mellett erős ischiasszerű lábfájása van objectiv eltérés nélkül; négy erősen positiván (Sachs-Georgi is!) reagáló betegről nincs adat.

6. csoport. (Inactiv negativ—activ positiv.) 24. eset. Három esetben van luesos anamnesis; *egy* myeloid leukæmiás; *egy* nőbetegnek 3 spontan abortusa volt, más luesos tünet hiányában ez nem bizonyít syphilis mellett; egynek feje fáj, fénymerevek a pupillái és abducensbénulása van; *egy* myodegeneratio cordis miatt volt a klinikán, luesos tünete nem volt; *két* beteg cholelithiasisban szenved, luesuk nem volt; *egy* nő cholangitises, 9 szülése és 4 abortusa volt; *kettőnek* aortainsufficienciája van; *egy* hypophysis tumoros, luesa nem volt, a szokásos antiluesos kúrára nem javult; egy gyermek öröklött lues jele nélkül, apjának aorta aneurysmája van; egy nőbeteg 12 testvére közül 11 kiskorában elhalt, magának a betegnek luesra utaló tünete nincs; *négy* egyének belgyógyászati panasza volt, luesos anamnesis vagy tünet nélkül; két betegről nincsen adat.

7. csoport. (Inactiv önkötő—activ negativ.) 3 eset. Közülük egynek abducens paresise van, a másik *kettőnek* luesa nincs.

8. csoport. (Inactiv önkötő—activ positiv.) 2 eset. Az egyiknek 6 hét óta erős fejfájása és neuritis opticeje van; egy az előző csoportban is felsorolt egyénnel azonos, luesos adat és tünet nincs. Ezen esetben az activ methodus paradox reactiót adott.

A felsoroltakból az tűnik ki, hogy a 3. csoport tagjai közül egy, a 4. csoportból két esetben nem mutatható ki syphilis, tehát feltehető, hogy ezen esetekben mindkét módszer nem specifikus reactiót adott. Az 5. csoport 19 tagja közül csak *kettőnél*, a 6. csoport 24 tagja közül ellenben 13-nál nincs a legesekélyebb bizo-

* A felsoroltak közül *dült* betűvel jelöljük azon eseteket, ahol luesos támpont hiányában nem specifikusan positiv reactióról lehet szó.

nyíték sem a lues mellett. Ezeket is nonspecifikus kötéseknél kell minősítenünk. Százalékban kifejezve az inactiv módszer 1791 eset közül ötször (0.28%), az activ methodus 1014 eset közül 16-szor (1.57%) adott nonspecifikus reactiót. Mindkét százalékos érték igazán kicsi, de az activ methodusé mégis hatszor akkora, mint az inactivé és ilyen viszonylatban mégsem hagyható figyelmen kívül. Mindenesetre azonban nem olyan nagy, hogy emiatt az activ methodust a principio el lehessen vetni.

Mig az inactiv módszerrel 1791, addig az activval csak 1014 savót vizsgáltunk meg. Ennek magyarázata az, hogy egyrészt nem volt elegendő savó, másrészt (és ez az esetek nagyobb része) mire feldolgozásra kerültek, 36 óránál régebbiek voltak, tehát az activ módszer követelményeinek eleve nem voltak megfelelőek. Ezen nehézségekre maga *Bruck* is figyelmeztet, mégis feltűnő, hogy a gyakorlatban ilyen nagy differentiakat adhat. Bár 24–36 óránál idősebb savót nem használtunk, az activ módszeréhez, mégis 47 esetben (4.63%) mutatkozott önkötés, azaz volt elégtelen a vizsgált vérsavó saját complementje és haemolysinje. Az előbb felsoroltakkal együtt ez az újabb adat már lényeges korlátozója a módszer gyakorlati használhatóságának.

Ami az érzékenységet illeti, valóban nem lehet azt mondani, hogy jobb az inactiv methodusoknál. Igaz, hogy a pusztá számok szerint többször volt positiv az activ methodus, de ezt a felsorolt nonspecifikus kötések teszik és mind ilyen káros tulajdonság. A 6. csoportban van ugyan 9 olyan eset, ahol az activ methodus isolált positiv volta lues mellett bizonyít; ezzel szemben áll azonban az inactiv módszer javára az 5. csoport 17 esete. Egyébként is ezen activ methodus esetenként mutatkozó érzékenyebb volta nem is annyira a módszer „activ“ voltában, hanem inkább a reactióhoz használt nagyobb (0.5 cm³) savómennyiséggel járó haszonban rejlik. Ez az úgynevezett „továbbértéklés“ Wassermann-reactio elve (*Kromayer, Trinchese, Spielhoff, Poehlmann*, nálunk *Heiner Lajos*). Azt nem tapasztaltuk, hogy az activ módszer a syphilis bizonyos stadiumában többször, vagy erősebben lenne positiv, mint az inactiv. Három esetben negativ és két esetben positiv eredményt adott akkor, mikor az inactiv módszer önkötő volt. A positivok egyike ugyan azonos a negativok egyikével, tehát „paradox“ reactio, de a másik positiv reactio fajlagosnak fogadható el (i. a 8. csoportot), ami a módszer érdeméül jegyezhető fel.

Ami ezt a módszert valóban értékessé teszi, az a reactio egyszerűsége. Ha egyszer az antigenitert meghatároztuk, minden további bonyolult titrálás, idegen complement vagy haemolysin felhasználása, ezek előkészítése és a róluk való gondoskodás feleslegessé lett.

Vizsgálataink folyamán néhány lényegtelen módosítást alkalmaztunk, amire a gyakorlat vezetett rá. Az eredeti leírás egész, fél és harmad antigenosissal vizsgál meg minden savót; továbbá antigen nélküli controlnak is kétféle mennyiséget (0.5 és 0.25 cm³) használ. Úgy tapasztaltuk, hogy a legtöbb positiv savó fél antigen dosissal még elég jól reagál, de a harmaddal már nem köt. A controllok közül meg a 0.25 cm³-nyi mennyiség sokszor nem old, tehát nincs benne elegendő complement vagy normalamboceptor. A reactio positiv voltát kellőképpen eldönti a teljes és fél antigenosissal kapott kötés; az önkötést illetőleg meg úgyis a 0.5 cm³-nyi mennyiség a döntő, tehát az egyharmad mennyiségű antigenes és a 0.25 cm³ savót tartalmazó controllesövet az idő folyamán elhagytuk. Nagyon sokszor úgyis szűkében vagyunk a vérsavónak, ily módon 0.75 cm³-t megtakarítunk, ami azért is fontos, mert a több antigennel való vizsgáláshoz és a társreactiókhoz úgyis sok savó

kell. Ezenkívül számolnunk kell azzal is, hogy valamelyik reakciót esetleg meg kell ismételni és az állandó pozitív és negatív controlok céljából is nagy szükségünk van maradék savóra. Ezen a helyen említjük fel, hogy az activ methodusnál ez a mindig szokásos pozitív és negatív controll nem alkalmazható éppen a savó régisége miatt. Az inactiv methodussal együtt végezve, ennek hiánya nem érezhető, de ha csak erre támaszkodunk, a mégis előforduló tisztán csak negatív (vagy csak pozitív) sorozat leolvasásakor a controlok adta biztonságérzés hiányozhatik.

Az 1%-os birkavörösvérsejtsuspensio a negatív reakciónál való oldódás esetén meglehetősen halványpiros színt ad; az erősen pozitívoknál a leülepedés után nagyon kistömegű ugyan, de jól megítélhető. Nem így van azonban a gyenge kötéseknél. Itt a praegnansabb különbségek volnának kívánatosak. Megvizsgáltuk, hogy az adott 0.5 cm³ activ savó normal complement és amboceptortartalma mennyi vörösvérsejtet tud feloldani. Az eredmény az, hogy a 1.5%-os suspensio 1 cm³-ét, ha a savó nem önkötő, éppen olyan tökéletesen feloldja, mint az 1%-osat; 2%-tól feljebb egyre tömegesebben mutatkozik a negatív és egyébként nem önkötő savóknál is a tökéletlen haemolysis. A főkísérlethez ezen vizsgálataink befejezése után 1.5%-os suspensiót használtunk, anélkül, hogy káros lett volna. A felemlített nonspecifikus reakciók és önkötések előfordulása is teljesen változatlan maradt. Az oldódás színe, még inkább a gátlás fokának megítélése tapasztalatunk szerint kifejezettebb lett.

Az utóbbi években leggyakrabban említett két másik (Hecht- és Jourdan-f.) activ methodus közül csak a Jourdan-félet alkalmaztuk. Körülményessége és nem jó eredményei miatt kb. 120 eset után felhagytunk vele. Az a methodus, mellyel részletesen foglalkoztunk, lényegében csak abban különbözik a Hecht-féletől, hogy nem 0.1, hanem 0.5 cm³ vérsavót és az 5%-os helyett 1%-os birkavörösvérsejtsuspensiót használ.

Ezek után a Bruck-féle activ complementkötéses módszerről szerzett tapasztalatainkat abban foglaljuk össze, hogy a reakció valóban egyszerű és jó eredményei vannak. Az activ methodusok közül ez a módszer látszik a legalkalmasabbnak. Nem érzékenyebb, mint az az inactiv methodus, mellyel a klinikán dolgozunk. Nonspecifikus reactio a mi anyagunkban az activ módszerrel 1.75%, azaz hatszor annyi fordul elő, mint az inactivval (0.28%), viszont ez a szám nem oly nagy, amiért elvetendő volna. Voltak esetek, amikor az inactiv módszer önkötő volt és az activ határozottan negatív, vagy pozitív eredményt adott, tehát ezen kérdés eldöntésére is alkalmas lehet. Mivel ez az activ methodus is — miként ugyanezt az inactiv módszerekről, vagy a kicsapódásos és zavarosodásos reakciókról is állíthatjuk — némelykor egyes-egyedül lehet pozitív — egyes, más-képen ki nem deríthető syphilitikus fertőzés kimutatására is jól felhasználható. Paradox reactio itt is, mint másutt is előfordul. A felsorolt nehézségek miatt hogy sok és friss savót igényel és hogy így is elég gyakran önkötő, alkalmazhatósága valóban korlátozott.

Irodalom: ¹ Bull. de la soc. franc. de dermatol. et de Syphilogr. 1912 jún. — ² Kellcogg: Arch. of dermatol. and syph. 1921, 3. köt., 3. füz. — ³ Annales des maladies vénér. 1921, 9. sz. — ⁴ Journal of pathol. and bacteriol. 1922, 25. sz. — ⁵ Deutsche med. Wochenschr. 1924, 137. old. — ⁶ Bruck: Serodiagnose der Syphilis, 182. old. — ⁷ Münchener med. Wochenschr. 1925, 1634. old. — ⁸ Gyógyászat. 1924, 28. sz. — ⁹ Klin. Wochenschr., 1927, 6. sz. — ¹⁰ Bruck—Hermann—Rosenberg: Klin. Wochenschrift, 1926, 26. sz. — ¹¹ Orvosi Hetilap, 1927, 22. sz.

A Budapest Székesfővárosi Telepy-utcai fiókkórház XII. orvosi osztályának közleménye (főorvos: Torday Árpád dr. egy. e. rk. tanár).

Két új májfunctió vizsgálat.*

Írta: Barok László György dr.

A legutóbbi időkig téves felfogásunk volt a máj egyik leggyakoribb és rendszerint könnyű lefolyású betegségről, az ikterus catarrhalisról. Ennek legfőbb oka a boncolt esetek hiánya volt. Újabban azonban a functióvizsgálatok segítségével az a vélemény alakult ki, hogy az ikterus catarrhalis tulajdonképpen hepatitis parenchymatosa acuta, mely Eppinger szerint részint atrophia hepatis flavaba, részint pedig cirrhosis hepatisba is átnehet. Eppinger az ikterust, mely tulajdonképpen csak tünet, három csoportra osztja: a mechanikus, a haemolytikus és a parenchymás ikterusra. Itt két új functióvizsgálatról lesz szó, melyek alátámasztják a fenti elméletet és elkülönítő kórismezésre is felhasználhatók.

I. A savanyú fuxinpróba.

Grübler-féle Säure-fuxin pulverisatumból 5%-os oldatot készítünk hidegen neutralis vegyhatású destillált vízzel. Ebből az oldatból itatunk a beteggel 20 cm³-t reggel 8 órakor éhgyomorra. Utána a beteg megiszik egy pohár vizet, majd egy negyedóra múlva reggelizik. A festéknek a vizeletben való megjelenését tesszük vizsgálat tárgyává. E célból a beteg reggel 8 órakor, 8 óra 10 perckor, 8 óra 20 perckor, 8 óra 30 perckor, 8 óra 45 perckor, 9, 10, 11, 12, délután 2, 4, 6, 9 és másnap reggel 8 órakor vizel. Minden részletből egy 1/2—3/4 kémcsőnyit teszünk félre kémcsőállványra állítva és a pontos időt megjelölve. Az egyes részletek festenyzettségét megállapítjuk. A leggyöngébb festéknyomot, melyet csak az első részlettel összehasonlítva veszünk észre, nyom (Stich) kezdőbetűivel jelezzük. A legerősebb festenyzettséget, mely már az eredetileg teljesen átlátszó vizelet csaknem átlátszatlaná teszi, 4—5 + -el jelöljük. A két szélsőség között foglalnak helyet ± a leggyöngébb, de már jól látható festenyzettség, továbbá erősség szerint 1—2— és 3+. Hogy egy sorozaton belül az intenzitásbeli különbségeket jobban érzékeltethessük, 1/2, 2/3, stb. + -es jelzéseket is alkalmazhatunk. Miután azonban a festékanyag egy a vizelet vegyhatásától függő kisebb-nagyobb része mindig mint színtelen carbínol foglaltatik a vizeletben, minden porciót egy-két köbcéntimeter tömény ecetsavval megsavanyítunk és a festés intenzitását ismét megállapítjuk. A reakció fokának megítélésében a már ecetsavval regenerált vizelet festettsége játssza a főszerepet.

Egészséges egyéneknél mindig elérte a legerősebben festett részlet a két + -es, de többnyire a 4—5 + -es vörösséget. Ez az erősen pozitív reactio. Ha a máj parenchymája gyengén sérült (kezdődő vagy múltó ikterus catarrhalisnál, cirrhosis hepatisnál, melyet ikterus kísér, lues hepatisnál, továbbá szívhaj következtében fennálló súlyos pangásos májnál (gyöngén pozitív eredményt kapunk ±-tól ++-esig).

Súlyos májbetegedéseknél (ikterus catarrhalis a tetőfokán, atrophia hepatis flava, cirrhosis hepatis súlyos sárgasággal) negatív eredményt kaptunk. Itt legfőljebb csak nyomokban választódott ki a festék. Mechanikus ikterus minden esetében, carcinoma hepatisnál és cirrhosis hepatisnál, ahol azonban ép májrészek is vannak, a kiválasztás normalisan pozitív. Acut

* A Közkórházi Orvostársulatban 1927 november 16-án tartott előadás alapján.

lázás betegnél, továbbá súlyos Basedow-kórnál, anaemia perniciososa némely esetében és nagyon súlyos diabetes-nél a kiválasztás eszik. Ezeknél, valamint az ikterus catarrhalisnál a baj javulásával párhuzamosan a festék-kiválasztás is javul. Súlyos bilirubinuria a reakciót nem zavarja. Ilyenkor a már festett részletet részint a 8 órával hasonlítjuk össze, részint pedig kettéosztjuk és csak az egyik felét regeneráljuk, a másikkal összehasonlítva. Rövid idő alatt ez gyakran megzöldül (valószínűleg a bliverdintől), de kezdetben, ha van festékkiválasztás, az élénkebb piros szín jól látszik.

Az eljárás nagy előnye egyszerű és könnyen keresztülvihető voltában rejlik. Másik előnye, szemben a többi chromodiagnosztikai eljárásokkal, az, hogy míg azoknál a festéket parenteralisan adjuk és a vérből való eltűnését vizsgáljuk, itt az enteralisan adott festék ürülését tesszük vizsgálat tárgyává; vagyis míg ott a festék által megtett út nem természetes, itt a festék útja physiologiás, amennyiben a vena portaen át jut a májba, majd a vérkeringésbe. A vérben ép vese mellett olyan rövid ideig marad, hogy a serumot meg sem festi. Diffus glomerulonephritis a kiválasztást eszikenti. Eddig 1926 novembere óta 120 esetben végeztem ezt a reakciót. Az eredmények úgy a klinikai tünetekkel, mint a használatos többi funkcióvizsgálatokkal megegyeztek. Mindezek szerint a savanyú fuxinpróba mind differentiált diagnosztikai eljárás jól használható.

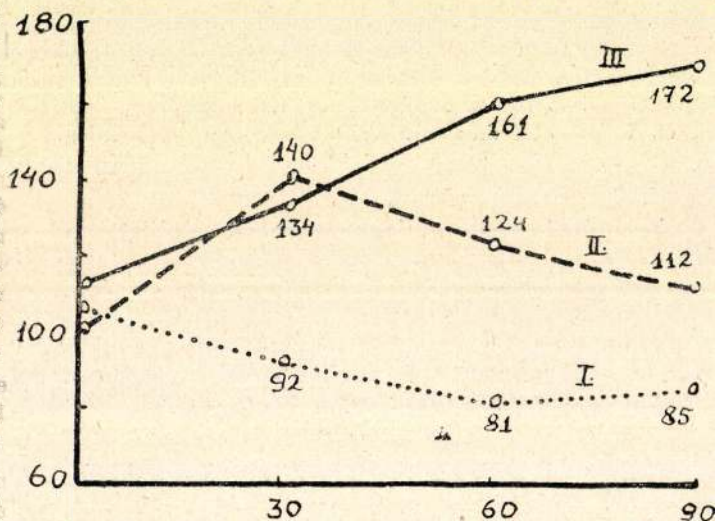
II. Adrenalinérzékenységi próba.

Az adrenalinérzékenységi vizsgálatok részint mint tudományos vizsgálati módszerek, részint pedig mint diagnosztikai eljárások az utóbbi időben nagyon elterjedtek. Annak azonban sehol sem találtam nyomát az irodalomban, hogy mint májfunctiópróba használatos volna. Mi *Rednik Tibor*ral ikterus catarrhalis 10 esetében, továbbá egyéb máj- és epeútmegbetegedésnél végeztük el vizsgálatainkat. $\frac{1}{2}$ mg Richter-féle tonogent adtunk betegeinknek subcutan, miután vércukortükrét, vérnyomását és ütőerlökés számát meghatároztuk, reggel éhgyomorra. Vizsgálatainkat az injectio beadása után 30, 60 és 90 perccel megismételtük. Az így nyert eredményekből készített görbék alapján arra a conclusióra jutottunk, hogy a máj parenchyma diffus megbetegedése esetében annak súlyosságával egyenes arányban a vércukorgörbe laposabb lesz. Ikterus catarrhalis tetőfokán két esetben a görbe lefelé hajlott, vagyis az injectio után 30 és 60 perccel a kiindulásnál talált vércukorértékeknél alacsonyabb volt az eredmény. Tapasztalataink szerint a görbéket legjobban úgy jellemezhetjük, ha a hyperglykaemiás quotienst (mi ezt a harmincadik percen számítjuk ki az akkori érték és a kiindulási eredmény elosztásából) és a glykogenindexet (a legmagasabb és a kiindulási érték hányadosa) mondjuk meg.

A fentemlített két esetünkben a baj tetőfokán a hyperglykaemiás quotiens 0.87 (I. I. görbét), illetve 0.95, a glykogenindex pedig 0.76, illetve 0.82 volt. Itt természetesen a glykogenindex meghatározásánál a legalacsonyabb értéket osztjuk el a kiindulásival. Ugyanakkor a savanyú fuxinpróba is negatívnak bizonyult, a megterhelési vércukorgörbe pedig magas és elhúzódo volt. Három héttel később, a kórkép javulásával, normalis görbéket kaptunk ugyanezen betegeknél 1.40 (lásd: II. görbét), illetve 1.45-ös hyperglykaemiás quotiens értékekkel. Természetesen a vércukorgörbe fokozatosan éri el a normalis jelet. Így, ha megismételjük a vizsgálatot, a baj javulására is következtethetünk. Boncolással igazolt epehólyagrák következtében fellépő portaáttét és epekő egy-egy esetében, melyeket

súlyos sárgaság kísért, magas és elhúzódo görbéket kaptunk 1.4 glykogenindex-értékkel (lásd III. görbét). Pangásos máj, cirrhosis hepatitis és lues hepatitis eseteiben a görbe többnyire csak 1.25 glykogenindexet ért el. Általában ez a reactio úgy a savanyú fuxin-, mint a galactosepróbaéknál érzékenyebb. A vérnyomás- és ütőerlökésszámgörbék a vércukoréval bizonyos párhuzamot mutattak, de ez azért szabálynak nem nevezhető. E módszer keresztülviteléhez, ellentétben a savanyú fuxinpróbaival, nagyobb laboratoriumi felszerelésre van szükség, azonban miután abszolút számokban kapjuk az eredményt, azt jobban értékelhetjük is.

Mindezek alapján az ikterus catarrhalisban megbetegedett máj működéséről tisztább képet alkothatunk magunknak. Ép máj nem engedi át a portarendszertől belé jutott szénhidrátot, hanem reflectorikusan a saját glykogenjét adja le a vérkeringésbe és annak pótlására használja fel a felszívódott szénhidrátot. Ezt azzal bizonyíthatjuk, hogy a dextrose, sőt polysacharidok elfogyasztása után olyan rövid idővel lép fel a hyperglykaemia, hogy az felszívódás útján nem volna lehetséges (Reiz-theoria). Eleinte az volt a felfogás, hogy



diffus májparenchyma-megbetegedések esetén a májsejtek vesztenek glykogenfixáló-képességükből és a beadott cukor egy része változatlanul jut át a vérbe. A megterhelési görbék gyors emelkedése már kis adagra is a reflextheoria híveit látszott igazolni. *Fejér* és *Hetényi*¹ éhgyomorra, majd 100 g dextrose, illetőleg laevulose beadása után félórai időközökben anyagcserevizsgálatot végeztek. Kimutatták, hogy ép májnál emelkedik az oxygenhasználás és a respirációs quotiens, míg a vércukor emelkedése nem magas. Beteg májnál nem emelkedik az oxygenhasználás, respirációs quotiens későbbben éri el a legmagasabb fokát, a vércukor pedig nagyobb emelkedést mutat, mint egészséges egyéneknél (hyperglykaemiás quotiens nagyobb 1.4-nél, *Hetényi* szerint) és ez az emelkedés tovább is tart. Mindezek alapján azt a következtetést szűrték le, hogy míg az ép máj cukor beadására csak a saját glykogenjét adja le a vérkeringésbe és a bevett cukor csak ennek pótlására szolgál, a beteg máj a felszívódó cukrot nem képes teljesen glykogénné alakítani és fixálni, hanem egy részét változatlanul átengedi. Ez a cukor azonban *Rubino* és *Varola*² szerint más constructiójú lehet és nem tud a szervezetben oly gyorsan elégni, mint a máj által leadott glykogen. Ez magyarázhatná meg a megterhelési görbe viselkedését is. Így természetesen a májparenchyma a megbetegedés súlyosságával egyenes arányban veszít glykogen tartalmából. Ezt bizonyítják *Hetényi*³ insulinkísérletei is, aki májbetegnél már egész

kis adagok insulin intravenás adagolása után hypoglykaemiát kapott. Ezt támogatják továbbá *Collens*, *Schelling* és *Byron*⁴ állatkísérletei, akik az arteria hepatis leköttése után adtak az állatoknak adrenalin és a vércukorgörbét vizsgálták. Szerintük a vércukor emelkedése a leköttetés után eltelt idővel fordítva arányos. Amikor már a vércukor nem emelkedik adrenalinra, rövidesen fellépnek a hypoglykaemia tünetei. A főlboncolt állatok szerveiben nem találtak glikogent. A mi adrenalin-kísérleteinket is a máj glikogentartalmának megfigyelésével tudnánk magyarázni. Hogy a vércukor emelkedésének hiányát nem májzár idézi elő, azt többek között a megterhelési görbe viselkedése is igazolja. Hogy azonban a májzárnak valamilyen alakja (valószínűleg a *Hetényi*⁵ által leírt formában) mégis jelen van ikterus catarrhalisnál, azt megerősíti az a körülmény, hogy a baj tetőfokán, midőn a savanyú fuxinkiválasztás teljesen szünetel, a festék 2 cm³ májkivonat befecskendezésére rövid időre megjelenik.

Irodalom: ¹ Zeitschrift f. d. ges. Exp. Med. 42. — ² Arch. f. exp. Pat. u. Pharm. 101. — ³ Kongr. Zr. Bl. 44. — ⁴ D. med. Wochenschr. 1927. — ⁵ Zeitschr. f. d. ges. Exp. Med. 45—46.

A kir. m. Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: Bálint [Rezső dr. egy, ny. r. tanár]).

„Parathormone“-érzékenység Basedow-kór és hyperthyreosis esetén.

Irták: Csépai Károly dr. és Pelláthy István dr.

Az endokrin vegetatív rendszer hormonodynamikus vizsgálati módszere oly mértékben bővíthet, amennyire a belsősecretiós mirigyek hatóanyagának előállítása azt lehetővé teszi. Eddigi munkáink az emberi szervezet adrenalin-, pituitrin- és insulinérzékenységére vonatkoztak. *Collip* felfedezése lehetővé tette, hogy a parathyreoidea hatóanyagának (*Para-Thor-Mone*, *Lilly*) hatását is vizsgálat alá vehessük ép és kóros endokrinműködés mellett. Míg az adrenalin- és pituitrinérzékenység vizsgálatára a vérnyomásra gyakorolt befolyás, az insulinérzékenység megfigyelésére a vércukorra kifejtett hatás vizsgálata szolgált, addig az emberi szervezet parathormoneérzékenységét ezen anyagnak a vér Ca-tartalmára gyakorolt hatása útján állapítottuk meg.

Collip és *Clark* (*Journ. Biol. Chem.* 1925, 64, 486. old.) adatai szerint embernél 20—30 egység parathormone a tetaniás tünetekre jó hatást gyakorolt. A szer alkalmazható intramuscularisan, subcutan, vagy intravenásan. Vizsgálatainkban *Collip* és *Clark* adataiból indultunk ki. Kísérleteink azonban azt mutatják, hogy míg subcutan vagy intramuscularis alkalmazás mellett a csekélyebb fokú helyi fájdalommal kívül egyéb kellemetlen mellékhatás nincsen, addig intravenás injectio után elég gyakran előfordul hányás, borzongás, hidegrázás és láz. Tekintettel azon körülményre, hogy a parathormoneérzékenység vizsgálatára a vér Ca-szintjére gyakorolt befolyást választottunk, továbbá arra, hogy a parathormone ezen hatása csak igen lassan, 16—24 óra alatt fejlődik ki, az egyéni felszívódási különbségeket elhanyagolhatónak véltük. Az intravenás injectio kellemetlen mellékhatásai miatt e megfontolás alapján, ellentétben az adrenalin-, pituitrin- és insulinérzékenység vizsgálatánál követett módszerrel, — hol azonban a reactio 1—2 perc, 1—2 óra alatt zajlik le —, a parathormoneérzékenység vizsgálatára a subcutan módszert választottuk. Kísérleti methodikánk a következő volt:

1. táblázat.

Szám	Név	Diagnózis	Adott P. th. m. egység	Serum Ca mgr %		Különb. ség, mgr %
				adagolás előtt	24 h. múlva	
1	V. K.	Ataxia cerebellaris	60	10.0	11.8	1.8
2	T. L.	Colitis	60	10.2	10.3	0.1
3	M. K.	Tumor cerebri	60	11.0	13.55	2.55
4	K. E.	Atonia ventriculi	60	10.3	11.25	0.95
5	Zs. I.	Pleuritis exsud.	64	10.6	11.6	1.0
6	K. E.	Gastroptosis	54	11.1	12.1	1.0
7	K. E.	Neurasthenia	67	10.1	10.8	0.7
8	V. I.	Sklerosis lat.	54	11.2	12.2	1.0
9	S. I.	Ulcus ventr.	50	11.4	11.7	0.3
10	V. I.	Pneumonia san.	70	10.0	11.1	1.1
11	Cs. I.	Tabes dors.	50	10.2	11.1	0.9
12	P. P.	Pneumonia san.	54	10.7	10.8	0.1
13	B. K.	Cholelithiasis	42	9.6	10.5	0.9
14	P. I.	Tumor renis	45	10.5	10.5	0.0
15	T. I.	Cholelithiasis	80	10.4	10.6	0.2
16	P. F.	Asthma bronch.	40	9.8	10.7	0.9
17	D. I.	Lues.	3 napig napi 30 E.	11.1	11.9	0.8
18	Gy. I.-né	Struma	52	10.85	11.1	0.25
19	T. I.	Tabes	70	10.1	10.6	0.5

Meghatároztuk *Kramer—Tysdall* eljárása szerint a reggeli órákban a vér Ca-tartalmát, majd testsúlykg-onként 1 egység parathormone Lilly-t adtunk subcutan. 24 óra múlva újabb Ca-meghatározást végeztünk. Bár *Collip* és *Clark* adatai szerint a maximalis Ca-emelkedés 16 óra múlva következik be, vizsgálatainkban bizonyos gyakorlati előnyök miatt 24 óra múlva végeztük a második meghatározást, amennyiben kiderült, hogy a 16 és 24 óras érték között nincsen lényeges különbség.

A mellékelt táblázat normalis endokrin rendszerű egyének parathormoneérzékenységét mutatja. (Lásd I. tábla.)

Az adatokból kiviláglik, hogy normalis körülmények között az említett adagokra a vér Ca-szintjének emelkedése 1 mg% körül mozog. Csekélyebb számban előfordulnak esetek, melyekben hatás egyáltalán nincs, vagy alig kifejezett és igen ritkán fordul elő 1.5 mg%, vagy ezt meghaladó érték.

Csépai, *Fornet* és *Tóth*, *Csépai* és *Weiss*, *Herzum* és *Pogány*, *Csépai* és *Ernst* vizsgálatai szerint Basedow-kórban és hyperthyreosisban szenvedők hormonodynamikus vizsgálata azt mutatja, hogy e körformáknál úgy az adrenalin-, mint a pituitrin- és insulinérzékenység is kifejezetten fokozott. A threoidea hormonja, úgy látszik, úgy a mellékvese, mint a hypophysis és pankreas hormonjával szemben is sensibilizálja a szervezetet. Ezen adatok alapján a parathormone reactio megismerésével felmerült az a kérdés, hogy Basedow-kórban és hyperthyreosisban szenvedő egyének a parathormoneérzékenység szempontjából is hasonló viselkedést tanúsítanak-e. E célból az említett adagolási mód mellett ilyen betegek parathormoneérzékenységét is vizsgálat alá vettük. A II. számú tábla ezeket az eseteket tünteti fel. A tábla felső része kezeletlen és tipikus Basedow-esetekre vonatkozik, az alsóbb rovatok a kezelés hatása alatt jelentékenyen javult eseteket és a könnyebb hyperthyreosisokat tartalmazzák.

A közölt adatokból kétségtelenül azt a megállapítást lehet tenni, hogy Basedow-kór és hyperthyreosisban szenvedő egyének parathormoneérzékenysége is fokozott. Mondhatjuk tehát, hogy a pajzsmirigy hormonja a szervezetet nemcsak az adrenalin, pituitrin és insulin iránt, hanem a parathyreoideák hatóanyaga iránt is sensibilizálja.

2. táblázat.

Szám	Név	Diagnózis	Adott p.th.m. egység	Serum Ca mgr %		Különbség mgr %	Megjegyzés
				adagolás előtt	24 h. múlva		
1	ö. Sch. I.-né	M. Basedow	60	11'05	14'52	3'47	súlyos eset
2	ö. N. L.-né	M. Basedow	60	10'25	12'86	2'61	súlyos eset
3	D. T.-né	M. Basedow	60	11'5	14'5	3'0	súlyos eset
4	ö. S. I.-né	M. Basedow	60	10'3	11'6	1'3	{ gyerginnel kezelt; súlyos súlyos
5	L. S.-né	M. Basedow	64	10'5	14'3	3'8	súlyos
6	I. B.-né	M. Basedow	64	10'95	13'45	2'5	kp. súlyos
7	B. E.	Hyperthyreos.	50	11'2	13'1	1'9	kezelt eset
8	N. V.	Javult M. Basedow	42	9'5	10'75	1'2	kezelt eset
9	D. A.	M. Basedow	55	10'4	11'9	1'5	kezelt, javult
10	K. I.-né	Hyperthyreos.	55	11'0	11'95	0'95	enyhe jó hyperth.
11	M. E.	Hyperthyreos.	60	9'9	11'1	1'2	

Többször felmerült az a kérdés, hogy ezen sensibilizáló hatás a pajzsmirigy milyen anyagához van kötve. Míg az anyagcsere fokozó hatás thyroxin eredete vitán felül áll, addig a sensibilizáló hatás számos vizsgálat szerint nem függ a thyroxintól. Így legutóbb *Feldberg* és *Schilf* mutatták ki állatkísérleteken, hogy a thyroxin, az adrenalin vérnyomásfokozó hatásával szemben nem sensibilizálja a szervezetet. Ezen vizsgálatokkal szemben *Csépai* és *Fernbach* emberen végzett megfigyeléseken arra a következtetésre jutottak, hogy a thyroxin úgy az adrenalin, mint a pituitrin érzékenységet kifejezetten fokozza, tehát a thyroxin sensibilizáló hatása ezen anyagokkal szemben kétségtelennek látszik. Egy esetben alkalmunk volt a parathormoneérzékenység viselkedését is tanulmány tárgyává tenni thyroxin hatása alatt. Az Addison-kórban szenvedő beteg vérsavójának Ca-tartalma 9'85 mg%, mely 60 egység parathormone-injectiójára 11'8 mg%-ra emelkedett. 4 mg thyroxin subcután injectiója után néhány napon belül az anyagcsere + 4% ról +30%-ra emelkedett, tehát a beteg kifejezetten thyroxinhatás alatt állott. Ekkor újból vizsgálva a parathormoneérzékenységet, azt találtuk, hogy 11'5 mg%-ról 14'4 mg%-ra emelkedett. A parathormoneérzékenység tehát a thyroxin hatása alatt kifejezetten fokozódott. Ez a megfigyelés amellet látszik szólni, hogy a parathormoneérzékenység fokozódása Basedow-kórnál és hyperthyreosznál ugyancsak a fokozott thyroxintermeléshez van kötve.

Irodalom: *Csépai, Fornet és Tóth:* Deutsche med. Wochenschr. 1923. — *Csépai-Weisz:* Zeitschr. für d. ges. exp. Med. — *Herzum-Pogány:* Zeitschr für d. ges. exp. Med. 1927, 55 köt., 1—2. füz. — *Csépai-Ernst:* Münch. med. Wochenschr. 1927, 41. sz.

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem törvényszéki orvostani intézet közleménye (igazgató: Kenyeres Balázs dr.)

Elvérzés a lép verőértágulatából.

Írta: *Bochkor Ádám dr.*, egy. adjunctus.

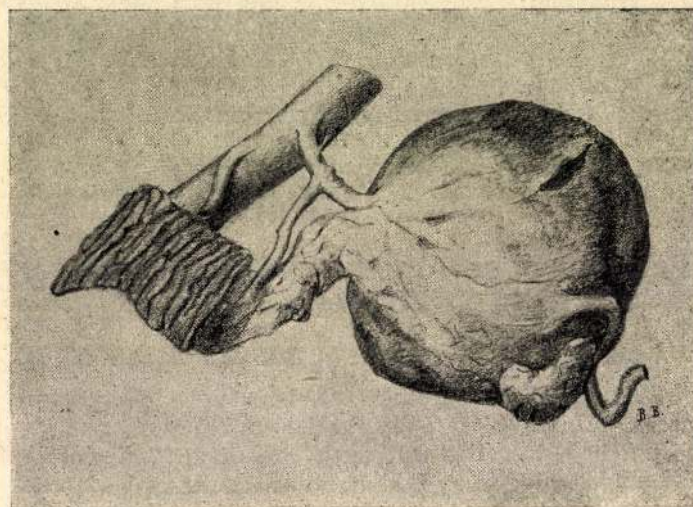
A hasüri erek aneurysmáiból eredő elvérzés aránylag ritka; intézeti anyagunkban is csak elvétve fordult elő. Ezért tartom érdemesnek az alábbi eset közlését.

A 47 éves nő férjével piacról hazafelé menve, hirtelen rosszul lett és összeesett; a mentők már csak a beállott halált állapíthatták meg. A férj az elhatalt mindig egészségesnek ismerte, betegségéről nem tudott.

A boncolás alkalmával a külső vizsgálatnál feltűnt a bőrnek sápadtsága és a gyér hullafoltok halvány színe. Ez a körülmény már egymagában belső elvérzésre hívta fel a figyelmünket. Ezt a felvételt a hasüregben talált, legalább kétliternyi, nagyobbára folyékony vér

valóban meg is erősítette. A vérzés forrása után kutatva, mindenekelőtt kizárhattuk a belső nemi szervekből való eredést (elsősorban a méhenkívüli terhességet), valamint a gyomor-bélrendszer normalis állapota sem magyarázhatta meg a nagyfokú vérzést. Ez a lelet felvetette egy hasüri érdaganat gyanúját, amit a további vizsgálat be is igazolt.

A baloldali hypochondriumban a gyomor mögött egy olyan tömlő foglalt helyet, amelyet a vese, a lép és a hasnyálmirigy határolt. A férfiköül nagyságú tömlő folyékony és részben alvadékos vérrel volt kitöltve. Hátsó felszínén felülről lefelé haladó 25 mm hosszú, elvékonyodott és egyetlen szélű szakadás látszott. A tömlő fala 1—3 mm vastag, szívós, belfelületén számos szigetes, világos vöröses-szürke kiemelkedés volt, sáncszerű besüppedésekkel barázdálva. A további vizsgálat alkalmával kiderült, hogy a tömlő az aortával állott egy köteg révén összefüggésben, amely köteg a praeparálás során a lép verőérének bizonyult. Ez a



1. ábra. (Alulról nézve.)

tömlő medialis oldalának közepén szájadzik be, lateralisán pedig 6 cm hosszúságban a tömlő falába ágyazva, majd annak mellső felszínére kanyarodva és ott a falból kiemelkedve ismét szabaddá válik és végül néhány kanyarulat után a lép hilusa felé folytatódik. (1. ábra.)*

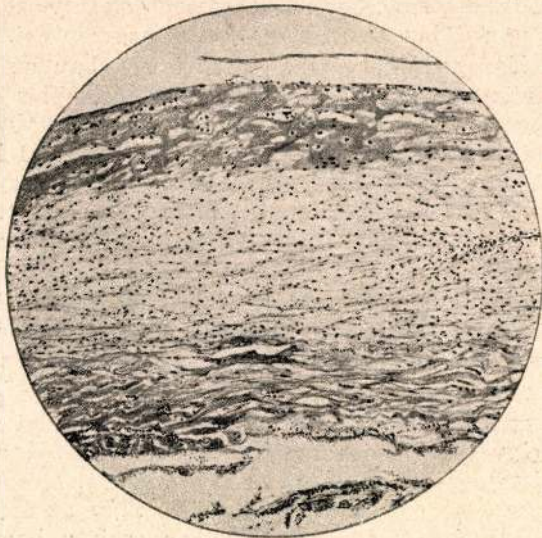
A boncvizsgálat tehát kiderített annyit, hogy a belső elvérzést a leírt tömlő megrepedése okozta. Az a körülmény, hogy a tömlő mindkétoldalt a lépverőérrel állott összefüggésben, aneurysma mellett szólt és ezt igazolta be a tömlő falának szövettani vizsgálata.

A vizsgált falrészlet szerkezete a verőér hármás rétegére emlékeztet. A fal középső rétegét főleg kötőszöveti, de helyenként síma izomelemeknek látszó sejtekből álló, aránylag sejtű szövet alkotja, amely szakaszonként annyira kiszélesedik, hogy a falvastagság felének, vagy akár kétharmadának is megfelel. Ebben a rétegben szörványosan, különösen a vastagodás határán 1—2 hajszálér is található. Az említett középső réteghez csatlakozik kétoldalt egy-egy sejtszegény, főleg kollagenrostokból álló és hyalinosan átalakult réteg, amelyek közül, különösen a belső réteg vastagsága változik szakaszonként, míg a külső réteg inkább egyenes és az utóbbi széli részén capillarisek nagyobb számmal is találhatóak. A Weigert-féle rugalmas rostfestés különösen a középső és külső rétegben rugalmas rostok jelenlétét bizonyította; nevezetesen az előbbiben inkább

* Az ábrák *Bernolák Béla* rajzai után készültek, amelyekért ezúton is hálás köszönetemet fejezem ki.

egyenes lefutású, párhuzamos vékony, az utóbbiban hullámos, elágazódó, itt-ott vastagabb rostok tűntek fel. (2. ábra.)

A szövettani vizsgálat eredménye, jelesül a rugalmas rostok jelenléte, valamint a falnak nagyjában az ismert háromrétegre való tagozódása alapján a tömlő eredetére vonatkozó kérdést, vagyis az érfalból tágulás útján való keletkezést eldöntöttnek vehetjük.



2. ábra.

A boncolásnál egyébként a főér behártyájának megvastagodását és hegesedését, tehát mesaortitis lueticának megfelelő képet találtunk, a szív kisebbfokú megnagyobbodásával (365 g), a lép (375 g) és a máj (1875 g) pangásos duzzanatával.

Az irodalomban *Lindboom* a lép verőér aneurysmájának 13 esetét írja le, amelyek endocarditis után jelentkeztek. *Haberda* és *Kolisko* is említenek egy-egy esetet, amelyben terhes nőnél az elvérzéses halál a lépverőér cseresznye-, illetve szilvanagyságú tágulatának megrepedése következtében jött létre. Mindezekhez sorolhatjuk a fent leírt, de némely tekintetben eltérő esetünket is.

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: Bálint Rezső dr. egyetemi ny. r. tanár).

Vizsgálatok az insulin felszívódásáról egy újfajta bélsipoly kapcsán.

Írták: *Kolta Erwin dr.* és *Pogány János dr.*

Amióta az insulin bevonult a cukorbeteg terápia-jába, sokan foglalkoztak azzal a kérdéssel, hogy miként lehetne az insulin az injectió eljárás kikerülésével hatásosan adagolni. Számosan végeztek ilyen kísérleteket (*Gänsslen* inhalatio útján, *Deusch* rectalisan, *Lausitzen* és mások percutan, *Mendel*, *Wittgenstein* és *Wolfenstein* perlingualisan, *Sutter*, *Gibbs* és *Murlin*, valamint *Hachen* és *Mills* duodenalisan, *Mauriac* és *Gandy* intratrachealisan), melyeknek eredményét abban összegezhettük, hogy egyes szerzők nagy insulinadagokkal kicsiny és kiszámíthatatlan hatást értek ugyan, de az injectió eljárást helyettesítő methodust találni nem sikerült. A rectalis adagolásra nézve magunk is végeztünk kontrollkísérleteket, melyek negatív eredménnyel végződtek.

A peroralis adagolás hatástalansága az általában elfogadott nézet szerint abban leli magyarázatát, hogy

az emésztőfermentumok, nevezetesen a pepsin és a trypsin az insulin megemésztik. A pepsin savanyú közegben megemészteti az insulin, tehát a gyomorba adott insulin hatástalansága mindenek szerint ebben leli magyarázatát. Azonban az egyenesen a duodenumba juttatott insulin is csak nagyon csekély és bizonytalan hatású; a duodenum lúgos nedvében a pepsin már nem támadhatja meg az insulin, viszont *Weiss* és *Pogány* újabb kísérletei azt bizonyítják, hogy a trypsinnek sinces lényeges szerepe az insulinhatás megállításában.

Ezek alapján felmerült az a kérdés, hogy nem a bél nyálkahártyájában magában keresendő-e az insulinhatás elmaradásának oka, azaz hogy felszívódik-e egyáltalán insulin a bélből. Ezen kérdés eldöntésére szükséges volt az insulin egy olyan bélrészletbe juttatni, amely maga emésztőnedvet nem választ el és amelybe a pepsin és a trypsin nem juthatnak bele. Hogy az előbbi követelménynek megfelelőhessünk, a vastagbél egy részletét kellett választanunk. Az utóbbi követelmény megvalósítása céljából egyrészt, másrészt, hogy a kísérleti állat béltartalmának kiürülésében zavar ne álljon elő, az általunk használt állatoknál: a házinyúlánál, legmegfelelőbbnek látszott a vakbél felhasználása. Mint ismeretes, a nyúlánál ezen bélrészlet nemcsak a bélváladék besűrűsödésének helyéül szolgál, hanem a bakteriumok segítségével itt történik a táplálék jórészének feltárása és ennek kapcsán a felszívódása is. Így tehát azt tűztük ki célunkul, hogy egy vakbélrészletet úgy zárjunk ki a bélhuzamból, hogy oda pepsin és trypsin ne juthasson. Ha ezt az elzárt vakbélrészletet a béltartalomtól megtisztítjuk és oda insulin juttatunk, akkor az insulinra pepsin és trypsin hatása nem érvényesülhet. Az emésztőfermentumok közül szobakerülhetne még az erepsin, de *Cohnheim* vizsgálatai szerint a vastagbél erepsint nem választ el és így feltételezhetjük, hogy amennyiben az insulin a bélből felszívódhatik, úgy ez esetben az ott teljes hatást fog kifejteni, ha pedig nem hatásos, úgy ennek oka nem az emésztőfermentumokban, hanem magában a bélfalban keresendő.

Kísérleteinket, mint említettük, házinyulakon végeztük a következőképpen: aethernarkosisban a központonál kissé jobbra hosszanti metszést ejtettünk. A vakbelet felkerestük és a féregnyúlvány eredésétől kb. 8–10 cm távolságban dupla lekötés között thermokauterrel átvágtuk. A proximalis esonkot kettős dohánycsokvarrattal zártuk, a mesenterialis erek megsértését gondosan kerülve. A esonkot ezután visszasüllyesztettük. Az eképen elválasztott distalis vakbélrészlet, mely a féregnyúlvánnyal együtt kb. 18–20 cm hosszú volt, eredeti helyzetében maradt, összes érösszekötéseivel együtt. A hasfali sebet egy 2 cm hosszú részlet kivételével rétegesen összevarrtuk. A vakbél distalis részletének esonkját dupla varratsorral a megmaradt nyíláshoz rögzítettük. Ezután a esonkot elzáró kötést a hasfali seb gondos lefedése után megnyitottuk és ily módon vakbéltaásokat nyertünk, melynek egyetlen nyílása a hasfalhoz volt kivarrrva. Ezen nyílásba közvetlenül a műtét után tág üvegesövet helyeztünk, amelyen át vékonyabb Nélaton-katheter segítségével langyos phys. NaCl-oldattal, majd pedig ebben oldott híg H₂O₂-dal a béltaásokat tisztára mostuk. Ezt a mosást azért végeztük közvetlenül a műtét után, hogy a béltartalom pangásának és bomlásának elejét vegyük, mert egyik előkísérletünkben, ahol csak harmadnap kezdtük meg az öblítéseket, a bélnyálkahártyán súlyos lobos elváltozásokat láttunk. Ezt az öblítést óvatosságból a műtét után is naponta végeztük. Műtét után a sebre körkörös kötést helyeztünk, nehogy az állat sebet bántalmazza és fertőzze. A sebet nem ragasztottuk le és a bőrt sem jód-

tuk, mert úgy a mastisol, mint a jódtinctura a nyúl bőrét keményre eserzi. Az ötödik napon a varratokat eltávolítottuk. Miután a műtét utáni 3—4. napon az állatok jól táplálkoztak és bélműködésük rendbe jött, elvégeztük kísérleteinket. Az állatot ismét 24 óráig éhez-tettük és ezután vékony szonda segítségével 40 E. Wellcome-insulint juttattunk a kirekesztett vakbélbe, vi-gyázva arra, hogy az insulin sem a sipolnyíláson, sem a szondán át vissza ne folyhasson. A vércukrot meg-határoztuk az insulin beadása előtt és utána 2 és 4 órá-val. Három ilyen kísérletet végeztünk, az egyik nyúl-on megismételtük, amennyiben először 20, azután 40 E. I-t adtunk. A vércukor egyik esetben sem mutatott válto-zást. A kísérlet után az állatot leöltük, hogy a kire-kesztett bél nyálkahártyáját megvizsgálhassuk. Az így operált nyúl azonban hosszabb ideig is életben tartható, így az egyik nyúl-on, a második kísérletet négy héttel az első után végeztük és csak ezután öltük le. A bél-nyálkahártyát minden esetben teljesen épnek találtuk, csak kisebb-nagyobb hashártyaösszenövéssek voltak ész-lelhetők, melyek azonban a bélpassagot nem zavarták.

Kísérleteink eredményét abban foglalhatjuk ösz-sze, hogy sikerült a házinyúl-nál egy eljárást kidolgoz-nunk, melynek segítségével a vakbelet és féregnyúl-ványt erősszeköttetések és nyálkahártyájuk épentartása mel-lett úgy izoláltuk, hogy sem emésztőnedvek, sem étel-részek nem juthattak hozzájuk; ebbe a bélrészletbe nagy-mennyiségű insulint juttatva, attól semmiféle hatást nem láttunk. Tehát függetlenül a pepsintől és a try-p-sintől, a bélnyálkahártya, ill. a bélnedv sajátságai ele-gendők ahhoz, hogy a per os adott insulint hatásában meggátolják.

A debreceni magy. kir. Tisza István Tudományegyetem szülészeti és nőgyógyászati klinikájának közleménye (igazgató: Kenéz Gyula dr. egy. tanár).

Arteria lienalis aneurysmájából elvérzés szülés után.

Írta: Mayer Elek dr. tanársegéd.

Amilyen ritka, olyan súlyos szövődménye a terhességnek és szülésnek a léprepedés, melynél a leg-gyorsabb sebészi beavatkozással is csak kivételes eset-ben sikerül megmenteni az asszony életét. És hogy ez a súlyos sérülés miért leggyakoribb terhességgel és szüléssel kapcsolatban, annak magyarázatát abban az elváltozásban igyekeztek megtalálni, melyet a lép physiologiás működésében a terhesség idéz elő.

Anufrijew vizsgálatai szerint először leukopenia, majd leukocytosis lép fel a terheseknél. Widal a ter-hes nők 40%-ánál leukaemiát tapasztalt. A fejlődő magzat vörösvértestekből táplálkozik. A qualitativ és quantitativ vérelváltozások hatással vannak a vérképző szervekre. Varaldo a terheseknél hystogenitikus alapon fellépő lépmegnagyobbodást állapított meg. Ez az elvál-tozás alkalmat adhat a szülés alatt fellépő kimutatható ok nélküli léprepedésre. Anufrijewnek két esetben sike-rült terhesség alatt elhalt asszonyok boncolásánál a rendesenél kétszerre nagyobb lépet találni. Kopogtatás-sal nem lehet a lépnek terhesség alatti állítólagos meg-nagyobbodását kimutatni.

Virchow a lép parenchymás megduzzadását tartja valószínűnek terhességgel kapcsolatban. Rhind még menstruatio idején is feltételezi a lép physiologiás congestióját. Freund mindkét felfogást vallja és a fehérvérsejtek számának megnövekedéséről beszél. Mai felfogásunk értelmében a lép Varaldo szerinti histo-

genetikus megnagyobbodása a leukocyták számának esökkenésével járna együtt.

Ha a fenti megállapítások nem is felelnek meg a valóságnak, tény az, hogy az egyébként oly ritka, csak súlyos trauma következtében fellépő léprepedés terhes nőknél kimutatható ok nélkül is előfordul. Az első ilyen feljegyzés Saxtorphtól származik 1803-ból. Azóta kb. tizenhárom terhességgel-szüléssel kapcsolatos léprepe-dés vált ismeretessé. Csak két esetben sikerült azonnali laparotomia útján az asszony életét megmenteni.

A léprepedésnél sokkal ritkább azonban az arte-ria lienalis aneurysmájának megrepedése szülés alatt. Már maga az arteria lienalison keletkező aneurysma is ritkaságszámba megy. A hasi zsigerek arteriái közül az arteria hepeticán leggyakoribb az aneurysma. Körülbelül negyven eset ismeretes. Ellenben csak tizen-három esetben észlelték az arteria lienalis aneu-rysmáját.

Az aneurysma képződésének oka kezdődő arterio-sklerosis vagy fertőző betegségek után visszamaradó érfalmegbetegedés lehet. Főleg az ér mediája az, mely-nek a vérnyomással szemben való ellenállása esökken.

A rendelkezésre álló irodalomban két esetet talál-tam, melynél az arteria lienalis aneurysmájának és egy esetet, melynél magának az arteriának megrepedése okozta terhesség alatt, illetőleg szülés után az anya és magzat halálát. Mindhárom esetben csak a boncolás adott világos képet a hirtelen bekövetkezett halál okára vonatkozólag.

Tekintve az esetek ritkaságát, érdemesnek tar-tom a mi esetünket megelőzőleg a fent említett három esetnek rövid ismertetését.

Az arteria lienalis repedéséről Smith számol be 1911-ben. Egy kilencedik hónapban terhes asszonyról ír, aki nehéz súly emelése után lett rosszul s pár óra alatt meghalt. Az előhívott orvos már csak a beállott halált állapíthatta meg. A boncolás az arteria lienalis repe-dését (aneurysma?) mutatta ki.

A második esetet Wesenberg közli ugyancsak 1911-ből. Ott az előzmények szerint a repedés még a szülés előtt bekövetkezett. Erre utaló tünet az asszony anaemiás külsején és könnyen elnyomható, szapora érverésén kívül nem volt. Síma lefolyású szülés. A lepény megszületése után 10 perccel hirtelen collap-sus lép fel és pár perc múlva beáll a halál. Boncolásnál kiderül, hogy az arteria lienalisnak a lép hilusában levő 5 cm hosszú és ½ cm vastag aneurysmazsákja repedt meg.

A harmadik és legérdekesebb esetet Lundwall közli 1921-ből. Ebben az esetben az asszony a terhesség kilencedik hónapjának az elején volt. A kórelőzmény-ben hirtelen rosszul lett, hányás, eszméletlenség, utána nagy gyengeség szerepelnek. Anaemiás külső, szapora 110-es érverés. Hőmérsék: 36.9. Has szimmetrikus, különö-sebb érzékenység nem tapintható. Magzati szívhangok jók. A szülés még nem indult meg. A beszállítást követő második órában heves hányás lép fel, majd a magzati szívhangok nem hallhatók többé. A rákövetkező napon ismét hányás, utána collapsus. Az anaemia fokozódik, érverés nem számolható. Azonnali laparotomia. A méh-test supravaginalis amputatioja. A pankreas tájékán hatalmas retroperitonealis haematoma, mely balra a gerincoszlop mellett egész a linea innominatáig terjed. A beteg súlyos állapota miatt elállnak a vérzés forrásá-nak felkeresésétől. Tizenöt perc múlva az asszony meghal.

A boncolásnál lényegesen megnagyobbodott lépet találtak s a vérzés eredetét először pankreas-apoplexiá-

nak tartották. Csak a haematoma pontosabb vizsgálatánál derült ki, hogy a vérzés nem a pankreasból, hanem az arteria lienalis megrepedt aneurysmájából származott.

Az általunk észlelt eset hasonló a *Wesenberg* közölte esethez:

T. K.-né, 27 éves, III. para, 1927 október 29-én d. e. 9 órakor jelentkeztek felvételre klinikánkon. Egy nap óta vajúdik, erős szülőfájásokról panaszkodik. Burokrepedés a beteg bemondása szerint öt órával a klinikára való felvétele előtt történt. A szülőalacsony természetű, jól táplált asszony. Hőmérsék: 37.3. Érverés: 120, kishullámú. Előbbi két szülése síma lefolyású volt. Gyermekei élnek. Utolsó szülés másfél év előtt. Kiállott betegségei közül csak tüdőcsúcshurutot említ. Szív felett gyenge systolés zöreje. (Anaemiás?) Méh jól összehúzódott. Előlefkvő rész a koponya, mely fájások alatt a szeméremrésben mutatkozik. Magzati szívhangok baloldalt, számuk 140. Belső vizsgálat: Méhszáj eltűnt, koponya az üreg és kimenet határán, nyílvarrat az egyenesbe fordulóban. Szülés az állandó erős fájások ellenére sem halad. Egy óra múlva a szívhangok száma 180, majd 70-re száll le. Magzatszurok ürül. A szülés azonnali befejezését határozzuk el. Fogóműtéthez készülünk. Az asszonyt aetherrel kezdjük altatni. A fogó alkalmazása előtt 1 cm³ pituglandol (*La Roche*) adunk intravenásan, mire az I. koponyatartás mechanizmusa szerint megszületik az élő, érett magzat. A lepény 15 perc múlva magától távozik. Az altatást a pituglandol-injectióra mutató hatására természetesen azonnal abbahagyjuk. Mégis a beteg nem tér többé magához. Érverése megszalad, 150—160 lesz, kishullámú, könnyen elnyomható. A hasat megtapintva a méhet jól összehúzódva találjuk. Környezete teljesen szabad. Belső vérzésnek kimutatható jele nincs, kifelé sem vérzik a beteg. Az érverés nem romlik, sőt coffein-camphorhatásra rövid időre teltebb lesz. A szapora érverést az altatás és az előtte adott morphin-atropin-injectio (0.02 morphin + 0.001 atropin) rovására írjuk. Az érverés javulása csak átmeneti, másfél órával a szülés után a beteg meghal.

A boncolás az arteria lienalis jókora mogorónyi repedését derítette ki. Az aneurysma az arteria lienalisnak azon a részén volt, ahol a lép hilusa előtt két ágra oszlik, közvetlenül az eloszláson. A pankreas hatalmas haematomába volt ágyazva, de nem volt benne vérzés. (*Orsós prof.*)

Felvetődik a kérdés, hogy mikor következett be a repedés. Felvételkor az asszony érverése 120. Az area sápadt, heves fájdalmaokról panaszkodik. Ezekből és a magzati szívhangok hirtelen rosszabbodásából a lepény korai leválására következtettünk. Valószínű, hogy a repedés már akkor megtörtént volt, de nem sok idővel a magzat megszületése előtt, mert különben a magzat is elpusztult volna. A fentemlített esetek egyikében sem volt élő gyermek. A pituglandol kiváltotta erős szülőfájás és fokozott vérnyomás pedig növelte a vérzést és siettette a halál bekövetkezését.

Az asszonyt egy azonnali laparotomia se menthette volna meg. A haematomákba ágyazott szervek között a gyors tájékozódás, a vérzés helyének megállapítása és a vérzés megszüntetése a beteg állapota megkívánta rövid idő alatt technikailag kivihetetlen lett volna.

Sajnos, a lép vagy arteria lienalis aneurysmájának megrepedése nem jár olyan tünetekkel, melyek alapján azt idejében felismerhetnénk s kellő időben történt beavatkozásunkkal az asszony életét megmenthetnénk a biztos pusztulástól.

Irodalom: *Schwing*: Zentralblatt für Gynäkologie. 1880. 13. sz. — *Varaldo*: Zentralblatt f. Gynäkologie. 1905. 14. sz. — *Anufrijev*: Zentralblatt f. Gynäkologie. 1910. 42. sz. — *Wesenberg*: Zentralblatt f. Gynäkologie. 1912. 15. sz. — *Lundwall*: Archiv für Gynäkologie. 1923. 118. sz. — *E. Schwarz*: Biologie und Pathologie des Weibes (Halban—Seitz). V. köt., III. rész.

L A P S Z E M L E

Belorvostan.

Az emberi echinococcusmegbetegedés serodiagnosztikájához. *Steinert*, (M. m. W. 1928. 9. sz.)

Szerző *Schütz* és *Schubert* complementkötési módszerének Meissner-féle modificációját alkalmazta. Antigenül különböző állatok echinococcusysta-tartalmát használta. Az állatok különböző szerveiből nyert antigéneket többféle módon kezelte, illetve konzerválta. A reactio kivitele a következő volt: A vizsgálandó savó 0.2—0.1—0.05—0.02—0.01 cm³-éhez 1 cm³ isotoniás konyhasóoldatot adva a savóhígításokat 30 percig 56 C°-os vízfürdőben inaktiválta. Ezután a ktitrálta antigenből és complementből aa 1 cm³-t pipettázva a esövekbe, a sorozatokat 10 percig 37 C°-os vízfürdőben tartotta. A sensibilizált haemolytikus systhema (1 cm³ 1%-os amboceptorhígítás + 1 cm³ 2%-os mosott birkavörösvérsejt-suspensio) hozzáadása után további 15 percre 37 C°-os vízfürdőbe rakta a esöveket. Az eredményt a vízfürdőből való kivétel után azonnal leolvasta. Ikterosos savóknál egy második leolvasás is történt 20 óras szobahőmérsékleten való állás után. A 7. sz. antigen (disznóechinococcusystabennéke steril fecskendővel a cystából kiszíva, steril ampullákba forrasztva és minden conserváló folyadék nélkül jégsekényben tartva) 1:5, 1:10, 1:20 hígításokban a normalserum-sorozatokban teljes haemolysist adott echinococcusummal pedig még 0.02 cm³ savóval is kötött. Ezek után a beküldött savókat mindig az előbb említett három antigenhígítással állította be. Vizsgálataiban positiv eredménynek vette, ha a legnagyobb savómennyiség (0.2 cm³) a három antigenhígítással teljes kötést (+++++) adott. Ilyenkor a gátlás 1:5, 1:10 hígítású antigennel 0.1 cm³ savómennyiségben is kimutatható volt. Negativnak vette minden esetben az eredményt nemcsak akkor, ha minden esőben teljes volt a haemolysis, hanem akkor is, ha az a legnagyobb savómennyiségben (0.2 cm³) nem volt teljes. 56 megvizsgált savó közül 11-nél kapott positiv eredményt. Ezek közül 6 esetben a műtét megerősítette a reactio eredményét. Négy esetben a műtét nem volt keresztülvihető. Egy esetben cysticercus cellulosaet fávoltítottak el és az utólagosan végzett complementkötési reactio positiv volt. (Csoportreactio.) 45 negativ vizsgálatnál arról volt szó, hogy differentialdiagnosis útján zárják ki az echinococcusmegbetegedés gyanúját. Daganatoknál echinococcusantigennel gyenge kötést kapott a nagy savómennyiségekben. A kísérleteinél használt antigenek közül csak a sterilen, konzerválás nélkül elteft cystafolyadék és a enticulával összerázott cystabennék bizonyult abszolút megbízhatónak. A specifikus antitestek serumban való kimutathatóságának időtartamára vonatkozólag vizsgálatai alapján keveset mondhat. Egy esetben az antitestek a műtét utáni 7. hónapban már nem voltak kimutathatók. *Dvorák dr.*

A Pfeiffer-féle bacillus által okozott genyedésekről. *Legroux* és *Giroud*. (Presse Méd. 1928. 18. sz.)

A Pfeiffer-féle bacillus az organismus legkülönbözőbb részeiben okozhat genyedéseket. Ezek karakteristikus tulajdonságokat alig mutatnak; fő ismertetőjük, hogy az anamnesisben mindig megtalálhatjuk az előrement influenzás megbetegedésre utaló panaszokat.

Farkas dr.

Hyper- és hypotoniás oldatok hatása a liquornyomásra. *Claude, Lamache, Cuel* és *Dubar*. (Presse Méd. 1928. 20. sz.)

Weed és *Mc Kilber* macskákon vizsgálták a kérdést. Szerintük hypertoniás oldatok csökkentik, hypotoniások pedig emelik a liquornyomást. Szerzők 68 esetben végzett mérései megerősítik e tapasztalatokat, de azt mutatják, hogy az embernél alkalmazott anyagok és adatok hatása bizonytalan, sőt az első néhány percben paradox. Érdekes az a megfigyelés, hogy e hatások rossz diuresissel bíró egyéneknél igen hiányosak. Szerzők szerint ez azzal volna magyarázható, hogy ugyanaz a folyamat, mely megakadályozza a víznek a veséken át

való távozását, lehetetlenné teszi a vízkeringést az agy capillarissain keresztül is, ami az injectiók hatástalan-ságát okozza. Különbözik az egész lütemény szerintük physikai alapon, az osmosisnyomásműködésük kiegyen-lítődéssel volna magyarázható. *Farkas dr.*

A higanyos diureticumokról. *Blum és Cartier.* (Presse Méd. 1928, 23. sz.)

E diureticumok tudomásunk szerint a leghatásosabbak közé tartoznak. Hátrányuk némely esetben a toxicitás, valamint az a körülmény, hogy néha hatás-talanok maradnak. Ilyenkor CaCl_2 előzetes adagolásával hatalmas, 4–5 literes diuresist tudunk kieroszakolni. Szerzők szerint e hatás nem a Ca -, hanem a Cl -hoz van kötve, amely chloracidost csinál; emellett a Ca kiűzi a Na -ot a szövetekből, ami natriumelszegényedést idéz elő bennük. Az így előkészített szövetek adják az alkal-mas milieut a higanydiuresis kifejlődéséhez. *Farkas dr.*

A myotikus splenomegaliáról. *Gamna.* (Presse Méd. 1928, 23. sz.)

Szerző által leírt és Gamna-féle szemcséknek neve-zett, a lépben található testecskéket számos szerző spe-cifikus fertőzésnek tulajdonította. Mivel azonban e szem-cskéket a Banti-kórnál, valamint a splenomegaliás atrophiás májcirrhosis, sőt a familiaris ikterus és syphilitis lépből származó metszeteken is ki lehet mutatni, azon-kívül e kórokozót csak a legkritább esetben sikerült kitenyészteni, szerző mereven szembehelyezkedik az említett szerzők véleményével. Sokkal valószínűbbnek tartja, hogy e tisztán morphologiai leírt szemcsék-ben található fonalas képletek a lépszövet regressiv el-változásainak köszönik létüket. *Farkas dr.*

A higanycyanür által okozott dyspnoë cyan-dyspnoë. *Coury.* (Presse Méd. 1928, 23. sz.)

Több szerző a higanycyanür intravenás alkalma-zása közben fellépő nehézlégzéses jelenségeket azzal igyekszik magyarázni, hogy a higanyos mechanikusan ingerli az endocardiumot, ami a szív acut intoxicatio-jához vezet; ez váltaná ki a dyspnoët. Ez a magyarázat azonban nem állhat meg, mivel más higanyosok alkal-mazását nem kísérik ilyen jelenségek. Sokkal valószí-nűbb, hogy a sóban foglalt cyan, mely 0.02 g alkalma-zása esetén kb. 0.005 g-ot tesz ki, a betegeknek pillanat-nyi cyanmérgezést okoz, annál is inkább, mert az injec-tio alkalmával fellépő tünetek igen hasonlítanak a cyanmérgezés tüneteire. *Farkas dr.*

Sebészet.

Hereditaer osteo-arthropathia recessiv örökléssel. (Deutsche Zeitschr. für Chir. 1928, 207. köt., 5/6. füz.)

Szerző a csontok, ízületek és porcogók sajátságos öröklődő, eddig ismeretlen elváltozását írja le, mely 29 éves férfinél, valamint annak három nőtestvérénél rokonházasság következtében lépett fel. Említett férfi-beteg elváltozásait részletesen ismerteti. Mindkét kéz ujjai karomállásban rögzítettek. Actív mozgás csak a metacarpo-phalangealis ízületben lehetséges. Kéztő- és könyökizület környéke duzzadt; mozgásaik korlátozot-tak. Ugyancsak korlátozottak a vállizület mozgásai is. Lábak rövidek, vaskosak. Ujjak karomállásban. Gerine-oszlop felső háti segmentumán kyphosis. Mozgások a gerincoszlopon alig lehetségesek. Röntgen-vizsgálat sze-rint a csöves csontok diaphysise normalis. Egyetlen feltűnő azok vaskos volta. Ezzel szemben az epiphysisek deformáltak, hiányosan fejlettek. A kéztő-csontoknak csak kis része csontosodott el, azok is csak részben. Az ujjakon sublaxatiók láthatók. Hasonló elváltozások vannak a lábakon is. A csontok mész tartalma normalis. Mindezeket összefoglalva, itt az egyes epiphysismagvak kiképződésének zavaráról van szó, amellyel együtt zavart a kéz- és lábtőcsontok enchondralis csontosodása is, Periostalis csontosodás normalis.

A betegség aetiologiájára nézve a családi anam-nesis ad felvilágosítást. A betegnek 2 nő és 3 fivestvére közül 3 nőtestvére szenvedett hasonló betegségben. 11 testvér közül tehát 4 terhelt. A betegnek anyai nagy-apja és apai nagyanyja testvérek voltak. A családi

anamnesisből kitűnik, hogy vérrokonházasság követ-keztében jelent meg hirtelen a betegség, amely az előző generációk egyes tagjainál latens alakban megvolt, s két látszólag egészséges, de genotypusosan beteg egyén kereszteződése folytán lépett fel. A rokonházasság nem okozta, hanem csak lehetővé tette a betegség megjelené-sét. Mindezekből következik, hogy itt typosos recessiv módon öröklődő, nemhez nem kötött betegséggel van dolgunk. Szerző felveszi, hogy a baj az első életévben lép fel, abban az időben, amelyben az epiphysismagvak megjelennek. *Tevelő László dr.*

A Steinach-műtét eredményei. *Dr. H. Stettiner.* (Deutsche med. Wochenschr. 1927, 44–45. sz.)

Még nem tisztázódott teljesen, hogy hogyan hat a vasektómia. Az esetek nagy részében átmeneti vagy állandó hatással van az egész szervezetre, mely hatás a testi és szellemi erők fokozódásában nyilvánul. A mű-tét kitűnő eredménnyel jár, ha azt csak a szigorúan körülhatárolt indicatio alapján végezzük. A műtétre alkalmas eseteket nagyon meg kell válogatnunk. Hogy szervi készítményekkel ugyanazon hatás érhető-e el, mint azt *Weisz* és *Pariser* állítják, még bizonytalan. Ezeket a kérdéseket még a laboratóriumban kell kivizsgálni. *Steinach* maga is igyekszik eljárását kiépíteni. *Schmidt* közlése szerint új eljárást, az albugineotomiát dolgozott ki és a diathermiával is jó eredményeket ért el. Végleges ítéletet a vasoligatura értékéről még nem mondhatunk, a hozzáfűzött remények egy nagy részét nem váltotta be. *Schmidt Albin dr.*

A dülmirigy-túltengésnek diathermiával való keze-léséről. *Dr. Rahel Hirsch.* (Die Medizinische Welt, 1928, 3. szám.)

A holland sebészeti klinikák közlése szerint a dül-mirigy-túltengésnek diathermiával való kezelésével igen jó eredményeket értek el. Szerző a hollandusokkal szem-ben, kik a coagulatio eljárását alkalmazták, egyszerű meleg mélyhatással ért el szép eredményeket. Két ólom-lemez közt melegíti fel a dülmirigyet s ezt kombinálja az unipolaris eljárással, melynél a végbélbe vezet a elektródot. Hat súlyos esetben négyhetes kezeléssel a panaszok teljes megszűnését érte el. *Schmidt Albin dr.*

Urologia.

A veseműtétek után fellépő meteorismus és he-veny gyomortágulás okairól. *Lissouskaja.* (Arch. des maladies des reins. 1928 febr., III. 3.)

Az irodalomban közölt és saját észlelt három esete nyomán foglalkozik a veseműtétek után fellépő és néha végzetessé váló bélzavarokkal. Általában két típust különböztet meg. Az egyik a gyomor-bélhuzam bénulása, a másik a duodenum elzáródásához hasonló heveny gyomortágulás képében zajlik le. A tünetek a műtét után 3–4 nap múlva jelentkeznek erős puffadás, hányás és gyomortáji fájdalmak kíséretében. Határozott peritonealis izgalom mellett peritonitis mégsem fejlődik ki. A betegek gyomormosásra, jobb oldalra fektetésre és az ágy lábi végének felemelésére — a mesenterium húzó hatásának csökkentése — vagy megjavulnak, vagy műtéti beavatkozás ellenére is, szívgyengeség tünetei közt halálhoz vezetnek. Az elváltozás okait keresve, a normalis vese anatómiáját tanulmányozta és azt találta, hogy a vese bonyéja a nagyereket és idegeket körülvevő kötőszövetbe folytatódik, tehát ennek műtét utáni véres, vagy fertőzés esetén genyes beivódása a bélműködést szabályozó idegtörzseket és dúccokat nyomva, fejti ki káros hatását. Ugyancsak a beivódás ráterjedése a duo-denumot keresztező art. mesenterica sup. környezetét megvastagítva, a duodenum leszorításához vezethet. A tünetek ezért nem közvetlen a műtét után (reflexhatás!), hanem csak pár nap elmúltával jelentkeznek. *Adler-Rácz dr.*

A csecsemőkorban fellépő pyelocystitisekről. *Vin-cent.* (Arch. des maladies des reins. 1928 febr., III. 3.)

Míg a csecsemőkorban a pyelitis mindkét nemben egyformán gyakori, a gyermekkorban leányoknál gya-

koribb. Oka leggyakrabban a gyomor-bélhuzam, vagy tüdőbeli lobos folyamatokban található fel, de bármely egyéb fertőző betegségből is kiindulhat. A kórokozó rendszerint a colibocillus, mely azonban egyéb csirokkal is társulhat. A fertőzés útja az esetek túlnyomó többségében a véráram, míg a felszálló és a nyirokutakon át bevitt fertőzés csak kivételesen tételezhető fel. Gyakori kísérő tünete az agyhártyaizgalom, mely a kifejezett meningitisig fokozódhatik. A folyamat súlyosságának megfelelően a fertőzés vagy csak a vesemedencére lokalizált, vagy a vese szövetében is okoz tályogos beolvadásokat. Súlyossá teheti a folyamatot az esetlegesen fennálló fejlődési rendellenesség. A kezelés részint hygienás-diaetás, részint gyógyszeres. Makacs és visszaeséseket mutató eseteknél a vaccinálás vagy bakterio-phagia, esetleg a helybeli kezelés — vesemedencemóások — indikált.

Adler-Rácz dr.

A vese kivezetőrendszerének terhességgel kapcsolatos zavarai. *Vaudescal, Beaufond, Porcher.* (Arch. des maladies des reins. 1928 febr., III. 3.)

48 esetben végeztek terhességnél sorozatos urteropyelographiát és azt találták, hogy a terhesség a vese kivezetőrendszerében a normalis érzékenységet, tonust és kiürülőképességet megváltoztatja. Az érzékenység csökkenése az első jel és ez a többi tünet elmúltával is kimutatható még. A folyamat gyakrabban jobb-, mint baloldali tünet és tünetei a terhesség utolsó hónapjaiban a kifejezettebbek. Az elváltozás a veseműködést különböző fokban befolyásolhatja. A kiürülési akadály okát részint a terhes méh részéről az ureter juxtavesicalis szakaszán kiváltott antiperistaltikus uretermozgásokban, részint az ebből kifejlődő ureteratonianában látják.

Adler-Rácz dr.

Elméleti tudományok köréből.

Kristályosított urease. *J. B. Sumner, D. B. Hand.* (Die Naturwissenschaften. 9. füzet.)

Szerzőknek nyolcévi fáradság után sikerült a Jackbab-lisztből ureaset acetontól jég között, kikristályosítani. Az eljárás bámulatatosan egyszerű. A fermentum kristályos pseudoglobulinak bizonyult, amely destillált vízben jól oldódik és többszöri átkristályosítás után tisztítható, s ez által hatása fokozható. Hogy szerzőknek valóban sikerült a Jackbabból a kristályos ureaset előállítani, bizonyítja a következő: A bab ureasetartalma a kristálymennyiséggel arányos, a babliszt hatását kalium mercuri-jodiddal inaktiválták, kristályok nem voltak nyerhetők. A kristályok érzékenységét, ami ugyancsak tiszta fermentum természetük mellett szól, mi sem bizonyítja jobban, mint az, ha olyan destillált vízben oldották, amelynek hűtője cinkből volt, akkor a kristályok inaktiválódtak. Ebben a dest. vízben szerzőknek ólmot sikerült minimalis nyomokban kimutatni.

Annau dr.

A szív sugárzási anyagai. *H. Zwaardemaker.* (Pflügers Arch. 218. köt., 3/4. füzet., 354. old.)

Már régebbi kísérletssorozatokkal bizonyította be Zwaardemaker, hogy a K-mentes physiologiás oldattal kezelt és ily módon megállított békaszívet radium- és poloniumbesugárzásokkal újból meg tudta indítani. Ezek szerint a K-nak a physiologiás hatását is ilyen természetűnek tartja. Jelen munkájában a kísérletei kapcsán felmerült ellentétek egy részét iparkodik kikapcsolni, illetve tisztázni. Ő ugyanis azt tapasztalta, hogy a K-mentes oldatban megállított békaszívnak az újból való megindításához besugárzás útján mindig hosszabb és hosszabb, de nem arányos idő telt el és ezért ő a szív megindulását nem besugárzás közvetlen folyamának tekintette, hanem ezáltal valamely szabaddá vált anyag hatásának, amely a sugárzás útján keletkezik, vagy legalább is aktiválódik. Ezt az anyagot ő *C. E. Benjamin* indítványára automatinnak nevezte el. Kísérletei alapján fogalmi erről a hypothetikus anyagról a következőképpen fejlődtek: ha a K-mentes oldatban megállított és besugárzás folytán újra megindított

békaszív átaramló folyadékát fölfogta és egy ugyancsak K-mentes oldattal megállított szívben a besugárzás folytán valóban szabaddá válnak a hypothetikus automatinnak. Sőt ha a megállított békaszív átaramló folyadékát összegyűjtötte és csak azután, a szívtől függetlenül sugározta be, akkor ez az így kezelt folyadék szintén megindította a szív automatiját. Ezek alapján nyilvánvaló lett, hogy ezen anyag a szívben valamilyen praeformált állapotban, mint automatinnak szerepel. Ami a szívben való keletkezésének a topographiáját illeti, nincsen egy bizonyos helyre lokalizálva, amint a Dermoor- és Haberlandt-féle szívhormon, tehát tőle ebben különbözik. Megtalálható nemcsak az egész szív izomzatában, hanem a csontvázizmokban is, ahonnan azután a vérbe kerül és kimutatható. Főleg mint automatinnak van az izmokban és a vérben.

Annau dr.

A vasvegyületek felszívódásáról az emésztőcsatornán keresztül. *Starkenstein.* (Arch. f. exp. Pathologie und Pharmakol. 127. köt., 1/2. füzet.)

Szerzőnek sikerült bebizonyítania, hogy a ferro és ferri, továbbá a complex vasvegyületek a gyomor-béltractus legkülönbözőbb helyeiről felszívódnak.

Súlyos mérgezést tulajdonképpen csak a ferrovegyületek okoztak azon tulajdonságuk alapján, hogy nem esapva ki a fehérjéket, jól felszívódnak. A felszívódás úgy a gyomorból, bélből, mint a rectumon keresztül is létrejött és a magnesiumnarkosishoz hasonló súlyos mérgezést okozott. Ugyancsak toxicatiót okoztak az emésztőcsatornán keresztül a complex vasvegyületek. A chloridok a gyomorból és a bélből bizonyultak mérgezőbbnek, mint a sulphatok, a sulphatok pedig a rectumot át is igen mérgezőek. Szerző végül arra a conciusióra jut, hogy csupán azok a vasvegyületek nem mérgezőek a tápcsatornán keresztül, amelyek intravenásan sem azok.

Annau dr.

KÖNYVISMERTETÉS

A kórboncolás vezérfonala. *Orsós Ferenc dr.* ny. r. tanár. Az Orvosi Hetilap kiadása, 1928. Ára 250 P.

A 86 oldalas könyvecske főrészt a boncolási technika képezi, de a szoroson vett technikai részleteket sok olyan megjegyzés, hasznos útbaigazítás egészíti ki, mely bővebb áttekintést nyújt a boncolások körül felmerülő kérdésekről. A leírás a nálunk általánosságban használt Virehow-féle boncolási technika menetét követi, több kisebb, célszerű módosítással. Ábrák nem magyarázzák a szöveget, de pótolja azok hiányát a leírások plasticitása, a könnyen érthető, kifejező stílus. A hat fejezetre osztott könyvecske a boncolási jegyzőkönyvek szerkesztésére vonatkozó megjegyzések után a leírásnál követendő általános szempontokat ismerteti. A boncolás menetének tárgyalását az újszülöttek boncolásának fejezete követi, majd a mérgezésre gyanús esetek boncolása körül követendő eljárás leírását találjuk meg, s a hullán előforduló foltképződések tárgyalása zárja le a könyvecskét. Örömmel kell köszöntenünk e könyvecskét, amelyben elsősorban a hallgatók, s a szigorlatra készülők fognak részt kérni, akik ebben a könyvecskében megbízható segítőtársat kaptak. A könyv beszerzése nem fog jelentékeny anyagi megterhelést jelenteni a hallgatóknak, s emellett könnyen kezelhető, mindig kéznél lehet. Úgy hisszük, hogy e kis munka igen hamar meghitt barátja lesz a hallgatóknak, amint hogy tulajdonképpen számukra is készült, de haszonnal forgathatják azt a haladottabbak is és felfrissíthetik belőle ismereteiket azok, akik ritkábban végeznek boncolásokat. Köszönet illeti az Orvosi Hetilap szerkesztőségét, hogy ezt a valóban hézagpótló könyvecskét esinos kiállításban kiadta.

Nachtnebel dr.

Handbuch der Physiologie der Niedersen Sinne. Prof. *Emil v. Skramlik.* Freiburg. I. B. I. kötet. A szagló- és ízérszerv élettana. Thieme. Lipese, 1926.

Az érzékszervek élettana a múlt század közepén *Helmholtz* és másoknak vizsgálati eredményei révén fényes lendületet vett, később azonban az előhaladásban bizonyos lassúbbodás következett be, s a vizsgálok nagy része az idegrendszer egyéb részeivel kapcsolatos s a szervérzésekkel összefüggő kérdésekkel való foglalkozásra tért át. A látó- és hallószervek vonatkozó kutatások visszamaradásánál még feltűnőbb a szag- és ízér-

zések vizsgálásának nem kielégítő haidadása. Az előbbieket magasabb, az utóbbiakat alacsonyabb érzékek nevével jelölték. Míg *A. Fick* 1864-ben az összes érzékeket közös munkában tárgyalja, a részletesebb érzékszervi vizsgálatok eredményeképpen jelent meg 1895-ben *Zwaardemaker* összefoglaló munkája a szaglásról. Bár azóta e téren sok részletmunka végeztetett, más számbavehető nagyobb monographia azóta sem jelent meg. Annál örvedetesebb, hogy a freiburgi egyetem kiváló tanára ezen egész elhanyagolt terület anyagának teljes feldolgozására vállalkozott. Az egész munka három kötetre van tervezve, s az utóbbi kettőben a nyomás-, hő-, hideg- és fájdalomérzés tárgyalása következnék. Az első kötet nagyon érdekesen és élvezetesen foglalkozik a szag jelentőségével az ember életében; hogyan szabályozza táplálkozásunkat, hogyan véd a környezet ártalmait ellen, mi szerepe van jó közérzésünk, testi és szellemi tevékenységünk tekintetében. A részletes anatómiai ismeretek előrebocsátása után a szaglászerv ingerlésének létrejöttével foglalkozik. Tárgyalja a szaglásnál szereplő idegpályákra és idegközpontokra vonatkozó újabb vizsgálatokat. Részletesen ismerteti a szagos anyagok vegyi összetételében és fizikai tulajdonságaiban kimutatható törvényszerűségeket. Érdekes adatokat ismertet a szaglászerv qualitativ és quantitativ működészavaraira vonatkozólag. Mindezek alapján a szaglászerv működésének általános elméletének kidolgozását kísérli meg. Azon eredményre jut, hogy a szagló nyálkahártyán különböző receptorok vannak, melyek az egész felületen keverten vannak egymás mellett, de nem egyenletesen elszórva.

Hasonló gondolatmenettel tárgyalja az ízlés szervert is, az ingereket, a beidegzést, az érzéseket, működészavarokat. Tanulságos a kétféle érzékszerv izgatása révén beálló reflexfolyamatok áttekintése, a két érzékszervnek pszichológiai tárgyalása és végül a szagérzések és ízérzések egymásra gyakorolt hatása és együttműködése. Az első kötet terjedelme 590 oldal, ára kötve: 34:50 M. A könyv kiállítása elsőrangú, a chemiai képletek nagy tömege jól áttekinthető módon van reprodukálva s a szövettani, anatómiai és methodikai fejezeteket 70 jó rajz illusztrálja.

Prof. Farkas.

Hormon und innere Sekretion. *Fritz Lagner.* (Wissenschaftliche Forschungsberichte, Naturwissenschaftliche Reihe, XIX. köt. Verlag Steinkopf, Dresden und Leipzig, 1928.)

A szerző igen nehéz feladatra vállalkozott, midőn mindössze 110 oldalas keretben be akar számolni arról a hatalmas munkáról, amelyet az utolsó 12 évben a belső secretio terén produkáltak. Annak ellenére, hogy elsősorban a biochemiai dolgozatokra van tekintettel, még így is 1200 munkáról referál. Sajnos, ez a nagyszámú dolgozat sem ölel fel minden lépést a hormonok biochemiája terén s e mellett helyszűk volta miatt bizony épp hogy egy rövid mondatban tud megemlékezni gyakran az egyes szerzőkről. Mindenesetre azonban nagyon használható útmutatónak ebben a szinte áttekinthetetlen irodalmi rengetegben és ha csak pár szóval is, de felvonulnak előttünk az utóbbi évek nagy eredményei: a thyrosin felfedezése, constitutiójának megállapítása, az insulin előállítása — újabban már kristályosan is — s ennek klinikai alkalmazása, *Collip* által felfedezett gl. parathyreoidea hormonja s azok a fontos eredmények, amelyek a női sexualis mirigy tisztítása és biológiai érték meghatározása tekintetében végeztek. Magyar szerzőket is idéz sűrűn.

S. S. dr.

Röntgendiagnostik der Erkrankungen innerer Organe in Tabellenform. Írta: *Markovits Imre* dr., a margitszigeti szanatórium Röntgen-laboratoriumának vezetője. *Holzknicht* prof. előszavával. (G. Thieme kiadása, Lipse, 1928. 198. oldalon, 390 ábrával. Ára: 13:50 márka, kötve 15:50 márka.)

A Röntgen-diagnostika rendkívüli fejlődése, a differentialediagnostikai adatoknak alig áttekinthető bősége jogosulttá teszi ezen könyv megjelenését. A táblázatos módszer előnye, hogy az ismeretek rendszerbe szedése, táblázatokba szorítása, a biztos tüneteknek sémás rajzokon való rögzítése megkönnyíti kezdőknek a tanulást, szakembereknek az anyag áttekintését. Fogyatékosága, hogy nem engedi meg az egyes tüneteknek diagnostikai szempontból való értékelését, az elkülönítő körjelzés finomabb részletezését s nem érvényesülhet azon szoros összefüggés sem, mely a belgyógyászati betegségek Röntgen-diagnostikája s a többi belgyógyászati vizsgálat eljárás között van. Szerző a nehéz feladatot, melyet főképpen a differentialediagnos-

tikai táblázatok összeállítása jelentett, jól oldotta meg. Gyakorlott kézre vall a diagnostikai táblázatok összeállítása is. Szerző ügyelt arra, hogy a nagyszámú Röntgen-tünet közül az aránylag legbiztosabbak s legállandóbbak szerepeljenek. A könyv célszerű beosztása, anyaga könnyen áttekinthető. Az egyes fejezetek élén hasznos összeállításban hozza az illető szerv normalis állapotára vonatkozó ismereteket. Szemléltető, rövid s terjedelméhez viszonyítva sokat nyújtó kis kézikönyv. A következő kiadás értékét nagyban növelné a szerző, ha a vonalas ábrák egy részét Röntgen-felvételekkel cserélné fel. Főképpen a tüdő megbetegedéseit csak vonalas ábrákon érzékeltetni igen nehéz. Ezen változtatás nagymértékben szolgálná a kezdő röntgenezők érdekeit.

Erdélyi József dr.

Keimdrüse, Sexualität und Nervensystem. Von *Dr. Otto Kauders.* (Verlag: S. Karger, Berlin, 1928. 194 oldal. Ára: 10:80 márka.)

A bécsi pszichiatriai klinika assistense igen actualis themát tárgyal ezen munkájában. Mindenekelőtt a férfi és női ivarmirigyek belső secretiójával foglalkozik és pedig histológiai és biológiai alapon. Majd a kísérleti sexualbiológia legújabb irányait tárgyalja és leszögezi, hogy az olyan nagy port felvert *Steinach*-féle vasoligatura hatása csak időleges lehet, mert lényegében itt csak arról van szó, hogy a vas deferens lekötése után spermatozoon anyagok szívódnak fel, tehát tulajdonképpen organotherapiás hatás érvényesül, amely a dolog természete szerint csak ideig-óráig tart. Amellett nem szabad figyelmen kívül hagynunk, hogy állatokon tett megfigyelések nem vihetők át minden megszorítás nélkül az emberre is. A castratio bebizonyította, hogy a férfi nemi functiója sokkal nagyobb mértékben függ a here belső secretiójától, mint a nőé a petefészektől.

A *Voronoff*-féle „fiatalítási“ kísérletekről az a szerző véleménye, hogy eddig még senkivel sincsen bizonyítva, hogy a transplantált here meddig fejt ki belsősecretiós hatást. Hiszen maga *Voronoff* beismeri, hogy a transplantatumon egy-két év múlva regressiv változások konstatálhatók olyan értelemben, hogy kötőszövet válik belőle. Természetes, hogy a fiatalító hatás ilyenkor teljesen megszűnik és újabb here-transplantatio válik szükségessé, amint azt *Voronoff* néhány esetben már meg is tette.

Doppler azáltal igyekszik a csökkent sexualitást fokozni, hogy az arteria spermaticát, illetve ovaricát 5–8%-os phenol-oldattal eseteli, hogy ilyen módon a sympathicus hatását kiküszöbölje. A vagotonus fokozása által létrejött activ hyperaemia fokozott hormonproductióhoz vezet, amely nemesak a libido, hanem az összes életfunkciók megelevenedésében nyilvánul. *Doppler* kísérletei azonban sokkal kisebb számúak, másrészt a megfigyelési idő is túlrövid ahhoz, hogy végleges eredményekről lehetne beszélni. Hiszen ab ovo valószínűtlennek kell tartanunk, hogy az említett kis arteriák esetelése képes volna hosszabb időre a sympathicus hatását kirekeszteni, tehát a beavatkozás által létrejött vagotonus-fokozás sem tarthat sokáig.

Ráter a szerző arra a sokat vitatott kérdésre is, hogy hol kell keresnünk a sexualitás agyi localisatióját és arra a conclusióra jut, hogy az eddigi klinikai és kísérleti tapasztalatok alapján ezt a tuber cinereum és a corpora mammillaria tájára kell helyezni.

Vajda Károly dr.

Országos Balneológiai Egyesület 1928. évi XXXIII. congressusa.

Első ülés április 27-én.

Vámosy Zoltán elnök az ülést megnyitja, üdvözlő Vass József dr. népjóléti miniszter úr képviselőjében megjelent *Scholtz Kornél* dr. államtitkárt; jelenti, hogy *Klebensberg Kunó* gróf önmagyméltóságának képviselőjében *Magyar Zoltán* dr. miniszteri tanácsos fog a congressus második napján megjelenni; tolmácsolja *Ripka Ferenc*, prof. *Dietrich* és az Orvosegyesület üdvözlését; köszönti a megjelent professorokat és egyesületi tagokat.

Elnöki megnyitójában kifejtette, hogy a fürdők fejlődése és látogatottsága egymástól függő, egymást elősegítő tényezők, s egyik sem következhetik be a másik nélkül. A látogatottság emelkedésének el nem hártható nehézsége magyar közönségünk idegenbevégyő-

dása, amit nem lehet mindig hazafiatlanságnak tekinteni, mert sokaknál kultúrsumj és lelki szükséglet. Ezen semmiféle hazafias propagandával sem lehet segíteni, csak úgy, ha mi is idegeneket hozunk ide a contingens pótlására. Idegenforgalmi szervezeteink bravuros munkáját jellemzi, hogy egyetlen őszi hónapban nagyobb volt már idegenforgalmunk, mint a háború előtti Magyarországának egy évben. Sajnos, Budapesten nincs elég szálloda és férőhely; máris elriasztó szobaárak mutatkoznak; 3–4000 idegent a rendes forgalmon felül alig lehet elhelyezni.

Tartós eredményt azonban csak úgy érhetünk el, ha a Kelet kapujára alapított kereskedelmi politikánk mellett fűrdővárosi politikánkat, mint igazán sikert és jövőt ígérőt, komolyan vesszük és céltudatosan kiépítjük. Hangoztatja a fővárosi fűrdők, a székesfűrdő város vezetősége és a nagyszabású tervezésre hivatott közmunkatársak collaborációjának szükségét. Csak így valósíthatók meg nagyszabású tervek, különösen az, hogy a Margitszigetből és a vele szemben fekvő budai partból, ami most homok és kavicsalom, Budapest-fűrdőváros gyönyörű „Kurpark”-ja legyen lombos kertekkel, tennis- és golfpályákkal, palota szállókkal, motoros átkelő helyekkel. E Dunaágból minden hajóközlekedést ki kell tiltani, csak fehér motorosok és regattacsónakok szelnék keresztül-kasul a habokat, s felső végében volna a bécs-belgrádi hydroplan-vonal kikötőhelye is. A fűrdőket a Dunaparttól elválog helyi érdekű vasutat is vagy kitebb Ó-Budán kell megállítani vagy viaductos rakpart alá kell bujtatni, mint Párizsban, melynek tetején a leggyönyörűbb partmenti korzó futna végig. Végzetes hiba volna ezt azzal tönkretenni, hogy a partokat foglalják le állandó kiállítási területnek. Ha még a közraktárak helyét is parkiroznánk, az elevátort a „Sachlicheit“ aesthesise szerint nagy népkönyvtárrá alakítva át, s szembe vele a kultuszminiszter álma: a magyar *Dahlem* is kiépülne, jövátethetnénk azt a sok vétket, amit fővárosunk fejlődése közben eddig a Dunával szemben elkövetünk.

Lesürgősebb volna azonban a Gellért-fűrdővel kapcsolatos „fűrdőkórház” felépítése az Orly-utca és Keme-nes-utca közti telken, vagy a Rudas-fűrdővel kapcsolatban a maga kutatólaboratóriumával, 150–200 férőhelyével, a budapesti hévíz használatát és hatásmódjának tudományos kutatására és megalapozására. Ez minden reklámnál többet használna fűrdővárosi politikánknak és elsőrendű kötelessége a székesfűrdővárosnak szegényeivel és a sors által neki juttatott megbecsülhetetlen gyógyforrásaival szemben.

A 32. országos fűrdőügyi congressust azzal a reménnyel nyitja meg, hogy az fényes bizonyosságát fogja adni a balneologiai tudományok élénk fejlődésének.

Scholtz Kornél tolmácsolja Vass miniszter úr üdvözlését, közli, hogy a fűrdőtörvényjavaslatat készen van, beérkeztek a szakminisztériumoktól a vélemények, azonban a Munkásbiztosítási törvény, valamint a rokkantsági és aggkori biztosítással kapcsolatos törvény-előkészítési munkálatok következtében a fűrdőtörvényjavaslat végleges összeállítása halasztást szenvedett. Előreláthatólag erre összel kerül a sor és a jövő év első felében kerül a törvényhozás elé.

Vámosy Zoltán elnök az egyesület köszönetét fejezi ki.

Napirend.

1. Schulhof Vilmos: Tanulmányok a fűrdőorvosi rheumapraxisból. Az eddig ismeretes rheumastatisztikák betegpénztári, rokkantintézeti és kórházi adatokkal dolgoztak és egészen figyelmen kívül maradt a nem biztosított és nem kórházban ápolott betegek nagy száma. Előadó több évre kiterjedő és csakis magánbetegekre vonatkozó statisztikai adatfeldolgozásból a rheumás bántalmak fellépését és elterjedését illető néhány tételt von le. A jelentékeny számú eset az egyes rheumás megbetegedési csoportokban elkülönítve, a beteg neme, kora, lakóhelye és foglalkozása, továbbá a betegség előző tartama és szövődményei szerint nyert feldolgozást. A közölt statisztika bizonyítja, hogy nemesak az ipari munkásságot, hanem a polgári foglalkozású középosztályt és a földművelőket is nagy mértékben támadják meg a rheumás betegségek. Egyebek közt a statisztika jelentős különbségekre mutat rá az infektív eredetű és a belső (endogen) okokból keletkezett ízületi megbetegedések jelentkezésében. Így pl. az endogen ízületi megbetegedésekre a női nem lényegesen nagyobb hajlamosságot mutat, ugyanezek a betegségek leggyakrabban az ötödik és hatodik évtizedbeli betegeknél talál-

hatók, általában hosszabb tartamúak, mint a jobb gyógyulási hajlammal bíró fertőzőes eredetű esetek. Ha ezen endogen eredetű csoportok foglalkozási táblázatát nézzük, azt látjuk, hogy legtöbb a gazdálkodó, magánzó és háztartási foglalkozású beteg, kik között jelentékeny számmal vannak a nők. Míg az endogen esetekben szív-bajt úgyszólván sohasem találunk, a fertőzőes csoportoknál az esetek egy ötödében szervi szív-baj komplikálja a kórképet. Előadó az izomesúz, ischias, lúdtalp és vivőértágulások fájdalmak tekintetében is több szabályszerű viszonylatot tudott megállapítani és nyomtalanul hangsúlyozza a szakszerű és pontos statisztikának fontosságát ezen bántalmak részletes megismerése szempontjából.

Benezur Gyula hozzászólásában kiemeli, hogy a rheumás betegségek tanulmányozása terén az egyes esetek megfigyelése mellett a statisztikai adatok gyűjtése különösen fontos.

2. Emszt Kálmán: A Winkler-féle analitikai eljárások alkalmazása az ásványvizek elemzésében. Ismerteti Winkler tanár analitikai eljárásának előnyeit, mely az eddigi módszerek közül gyorsaságban, pontosságban és gazdaságosságban tűnik ki, majd ismerteti az eljárások közül az ásványos víz-elemzésben használható módszereket, s végül felhívja a kongresszus tagjait a Winkler-féle analitikai eljárások követésére, melyeket a külföld egyes egyetemein és intézeteiben már használnak.

3. Rauseh Zoltán: A glaubersós Mira-víz helye az epeutak megbetegedéseinek terapiájában. Az epeutak idősült megbetegedéseinek, mint a chronikus cholangitis, cholecystitis, ikerus catarrhalis és cholelithiasis leghatásosabb belgyógyászati terapiája, a különböző cholagog gyógyszereken kívül, a Karlsbadi-kúra és az amerikaiaktól bevezetett „nem sebészi drainezés az epeutaknak”. Az ivókúra *Naunyn* előírása szerint Karlsbad különböző glaubersós forrásvízeivel, illetőleg a természetes vagy a mesterséges Karlsbadi-sók oldataival végezhető. A hazai jászkarajenői glaubersós Mira-víz a Karlsbadi forrásoknál négyszerte töményebb, négyszer annyi glaubersót tartalmaz, nem lúgos, hanem inkább gyengén konyhasótartalmú. A magasabb glaubersótartalma az ivókúráknál előnyt jelent, mert általa az epeutak fentnevezett megbetegedéseit rendszeren kísérő obstipatio eredményesen és sok esetben tartósan leküzdhető. A konyhasótartalom pedig azon esetekben fog javára válni, melyeknél egyidejűleg a gyomorsavképződés elégtelensége áll fenn, ami az epeutak megbetegedéseinél elég gyakori. Ha a hashajtóhatás nem kívánatos, úgy a Mira-víz egyenlő mennyiségű vízzel keverve, a Karlsbadi-vízhez hasonló, de annál még mindig erősebb koncentrációjú glaubersós vizet nyerhetünk. A Karlsbadi-víz természetes lúgosságát eléréndő, a Mira-víz 1 literéhez 2 g NaHCO₃-t kell adunk, amire akkor kerülhet a sor, ha egyidejűleg gyomorsavtúltengés is szerepel. A „nem sebészi epeudrainezés”-t úgy végezzük, hogy az éhgyomorral levezetett duodenumszondán át valamely a hólyagepe kiürülését létrehozó folyadékot fecskendezünk be, s az így kiürülő epét néhány órán át a szondán át hagyjuk elfolyani. Az ezen célra használatos folyadékok a 25 vagy 33%-os MgSO₄-oldat, olíva-olaj, 10%-os peptonoldat és a Karlsbadi-víz. De jól alkalmazható erre a célra is a glaubersós Mira-víz, melynek enyhe hashajtóhatása a gyógyeredményt fokozza.

A III. sz. belklinikai nagy beteganyagán éveken át folytatott nagyszámú megfigyelések azt mutatták, hogy a glaubersós Mira-vízzel az epeutak megbetegedéseinél végzett ivókúrák és drainezések éppen olyan jó gyógyulási eredményekre vezettek, mint a Karlsbadi-vízzel végzett ilyen eljárások, ami kívánatossá teszi, hogy mi magyar orvosok ezen esetekben a Karlsbadi-források helyett a hazai Mira-víz részesítjük előnyben.

Frank Miklós örömmel állapítja meg, hogy az elmúlt négy év alatt mily sok klinikai vizsgálat igazolta be a Mira-víz használhatóságát. Újabb hangsúlyozza, hogy a Mira-glaubersós gyógyvíz, noha nem tartalmaz NaHCO₃-t mégsem vonja maga után rosszabb ivókúránál sem a szervezet alkali tartalmának megfogyását. Kísérleteiből kitűnt, hogy a vizelet lúgossá válását nem a lúgos gyökök megszaporodása, hanem a savanyú gyökök mennyiségének megfogyatkozása okozza.

4. Máday Lajos: „Forrásgéologiai tanulmányok a jözsefhegyi forráscsoportból (Császár-fűrdő, Lukács-

fürdő, stb.) című előadásában a geológiai viszonyok ismertetése után a józsefhegyi forrás-csoport Malom-tavát illetőleg megdöntötte azt a régi nézetet, mintha ez a forrás-csoport hidrosztatikai regulátora lenne, továbbá ismertette észleleteit, melyek kiderítették, hogy a Duna vízállása a forrás-csoport vízszolgáltatását befolyásolja, anélkül, hogy a forrásvízek vegyi összetételét és hőmérsékletét a legkisebb mértékben is befolyásolná; végül megállapította, hogy a forrás-csoport vízhozamát a meteorológiai tényezők nem befolyásolják.

Vámosy Zoltán köszönetét fejezi ki az értékes előadásért. Szükségesnek tartaná a kutatások további folytatását és kiterjesztését, mert vannak fürdőink, amelyeknek forrására és vízbőségére vonatkozó adataik még bizonytalanok.

II.

Második ülés.

Bálint Rezső elnök üdvözli a nagy számban megjelenteket és a kultuszminiszter képviselőjét.

Sümei József: *Az elhízás és a szív.* A társadalom figyelmét nem lehet eléggé felhívni az elhízás veszedelmére. Nemesak súlyosan komplikálja a más okból fejlődő szívbetegségeket, hanem maga az elhízás is szervi szívbetegséget idézhet elő. A vérnyomás mindig magas és hatalmas előmozdítója az érlemezésesedés kifejlődésének. Az orvosnak mozgás, diéta és a gyógyszeres gazdag tárháza áll rendelkezésére, hogy ezeket kombináltan alkalmazza, sikerrel vegye fel a harcot az elhízás ellen és meghosszabbítsa az életkort, a hirtelen halálos esetek számának csökkenésével. Az elhízott szívbeteg gyógyításánál kitünően beváltak a szénsavas fürdők és a massage.

Báró Korányi Sándor: *Altudományos és tudományos balneológia.** A tudomány haladásával megváltoztak a gyógyhelyek által kielégítendő igények. Azoknak a beteggyógyításnak komoly és tudományosan megalapított eszközeivé kell válnia. Amint külföldi példák mutatják, ennek feltételei a következők: A gyógyhelyek nem lehetnek mulatóhelyek, mint ilyenek nem fejleszthetők, nem versenyképesek. A gyógyhelyeknek a természetüknek megfelelő beteganyag ellátására kell specializálódnok. Ennek feltételei: magas színvonalon álló specialista orvosok, a munkakörükhöz tartozó tudományos munka feltételeinek megadása (kórház, laboratórium), a betegek kezelésére szolgáló felszerelésnek a legmagasabb igényeket kielégítő tökéletessége, a gyógyhely berendezésének, szervezésének, az ott folyó életnek a betegek szükségleteihez való alkalmazása, az orvosi irányításnak mellékszempontoktól meg nem zavart döntő befolyása. Külföldi példák mutatják, hogy az ezen elvek szerint dolgozó gyógyhelyek prosperálnak és hogy velük szemben azok, amelyekben a rendszeretenség uralkodik, a betegek és az orvosok egészséges és a szállótulajdonos mögött háttérbe szorítottatnak, versenyre képtelenek.

Elnök köszönetét fejezi ki a nagyszerű előadásért és bejelenti, hogy az Országos Balneológiai Egyesület **Korányi** prof. úttörő balneológiai munkásságának elismeréseképpen tiszteleti tagjává fogja a közgyűlésen megválasztani.

A megválasztásért **Korányi** prof. hálás szavakkal mond köszönetet.

Elnök szünet után bejelenti, hogy Balatonfüred meghívta az egyesületet a Kétly-plakett teleplezésének ünnepségére. Beterjeszti a jelentést a pályázatok eredményéről. A Lukács-fürdő gyógyiszapjának, valamint a balatoni iszapnak tanulmányozására kitűzött pályázatokat **Rausch Zoltán dr.** III. belklinikai tanársegéd nyerte el. A Lukács-fürdő kénas ásványvizének tanulmányozására kitűzött pályadíjat **Sümei István és Baitz Géza I.** belklinikai tanársegédek a paradízi víz hatásának tanulmányozására kitűzött pályadíjat az egyesület dícsérő elismerésével ugyancsak **Sümei István** és **Herzsum Alfonz dr.** nyerték el.

Réthly Antal: *Éghajlati tanulmányok Törökországban.* Előadó két évet töltött Kis-Ázsiában a meteorológiai szolgálat megszervezése miatt. Előadásában röviden megemlékezett Törökország közegészségügyi állapotairól is, amelyeket várakozáson felül, határozottan jónak talált. Nagy elismeréssel emlékezett meg a török népegészségügyi ministerium működéséről,

* Jövő számunkban ez élvezetes és tanulságos előadást egész terjedelmében közöljük.

mint amelyik már eddig is, többek között a malaria elleni küzdelmében fényes eredményeket ért el. Törökország nem szorul idegen orvosokra és gyógyszereszekre — legalább nem engedik meg azok letelepedését — és csak néhány meghívott idegenszakértő végez hasznos irányító munkát. Reámutatott előadó a belső anatóliai fennsík éghajlatát jellemző 17–18 °C-os napi hőmérsékleti ingásra, a nagy csapadékhiányra, erős elpárolgásra, valamint a levegőnek ezzel együttjáró nagyfokú szárazságára. Ismételtén előfordult az, hogy a levegő teljesen páramentes volt, azaz 0%, míg a déli órákban 20–25%-os havi közepek lehetségesek. Angora éghajlatát jellemezve, a nagy vízhiányt és a hatalmas port katasztrophalisnak állította oda, amelyen, ha nem tudnak rövidesen segíteni, akkor a főváros léte forog kockán. Megemlékezett **Brussa**, **Eskisehir**, **Ilidse** és **Hammam** gyógyfürdőiről, valamint **Kiszaszia** igénytelen tengeri fürdőiről, amelyek azonban még az európaijárta előkelő törökök igényeit sem képesek kielégíteni. Mostan indult meg leghíresebb gyógyfürdőjének, **Brussának** modernné tétele, amint azt bővíző 80 °C-os kénas és vasasvíz forrásai nagyon is megérdemelnek. Azonban a belsőanatóliai fürdők csakis helyi jelentőséggel bírnak és igen kezdetlegesek és az anatóliai éghajlat miatt sohasem fognak nemzetközi jelentőséggel bírni.

Pávai Vajna Ferenc: *„A Magyarországon újabban feltárt ásványvizek geológiai viszonyai”* című előadásában ismertette az elemző kémikusok adatai alapján a **hajdusoboszlói**, **karcagi** és **szegedi** hévizek kémiai összetételét, majd részletesen ismertette az Alföldnek azokat a speciális geológiai viszonyait, amelyek az ezeken a helyeken feltárt ásványos hévizek előfordulását indokolják. Az alföldi többé-kevésbé ásványos hévizeket mindig földgázfélék hozzák a felszínre és a fölé, tehát előfordulásuk geológiai előfeltételei azonosak a földgáz kutatás feltételeivel: az **Alföld** és **Dunántúl** alattaljának redőzésein, illetve azok kitágult boltozatain a helyi geológiai feltételektől függő ásványos hévizeket is tárhatunk fel. Az újabban feltárt ásványos hévizek magas hőfokát **N. A. Gautier**, **Doelter** és **Weiszelszky Gyula** professorok nyomdokain haladva, nem az úgynevezett magmából származó juvenilis vízből való eredettel magyarázza, hanem a Magyar-Horvát tercier medence helyén megelőzően kiállott és mélybe süllyedt hegyvonulatok kőzeteinek felmelegedő, fizikailag és kémiaiilag lekött nedvességének izzadmányából származtatja, mint okszerűen fellépő jelenségből. Úgy az ilyen úton, mint a négy-öt ezer méter vastagra tehető harmadkori tengeri és édesvízi rétegek tömörüléséből olyan hatalmas tömege származhatik a magas hőmérsékletű víznek, még ha a mélybe leszivárgó csapadékvízről el is tekintünk, amely teljesen fölöslegessé teszi, hogy azt magából a magmából származtassuk. Az ásványvizek sóoldatai ezek alapján a felmelegedő kőzetek összetételétől függenek, s aszerint változik, hogy a mélyből jövő hévizek milyen összetételű kőzetekből származnak és milyen sótartalmú üledékeken keresztül vándorolnak a felszínig. Ezért jódosak, konyhasósak a boltozatok tetején, sós tengeri rétegeken átmigráló alföldi hévizeink, s ezért más összetételűek az azokkal legfennebb csak érintkező budai és más hegységek mentén felszálló hévizeink.

Ilyen elgondolás alapján nemcsak az Alföld és Dunántúl megfelelő boltozatain, hanem minden olyan főbb tektonikai, hegyszerkezeti vonal mentén, ahol mélyre lesüllyedő kőzetek vannak, vagy nedvességszűs sedimentumokra rátolódo hegységgrézsek nagy préselő nyomást gyakorolnak és hőmérsékletemelkedést okoznak, indokolt az ásványos hévizek okszerű kutatása, amint azt **Lillafüreden** tesszük, s a **Buda-hegységben** is indokolt, ahol a multban különben is volt hévvíz felbugyogás. A **Mánfa** melletti fűrés beigazolta már nálunk is, hogy a trias mészkövekben és dolomitokban nemcsak az úgynevezett hideg triasvíz található, amely betöréseivel az **esztergomvidéki** szénbányákat szokta veszélyeztetni, hanem rengeteg felszálló hévvíz is van. Ez az előrebocsátott előfeltételek alapján különben épp oly természetes, mint ahogy a napokban a toszkánai **Monterotondó** helység mellett már nemcsak forró vizet, hanem valóságos vízgőzök kiömlését figyelhetett meg az ottani trias mészkövekből, amelyek sok új útmutatást adnak úgy a hévizek okszerű kutatását, mint a barlangok kiképződését és az ősemberi telepek keletkezését illetően. Előadását azzal fejezte be, hogy a megkezdett úton haladó ásványos hévvízkutatás rövidesen olyan arányokat fog ölteni, amelyek nyomán minden vala-

mirevaló városnak meg lesz a maga ásványos, vagy legalább hévízküldője s nemcsak Budapest fürdővárosról, hanem valóságos fürdőországról beszélhetnénk, amikor ennek a szép jövőnek nemcsak a balneológiai áldásait, hanem a hévíznek és az ennek nyomában járó forró gőzöknek mint hőenergiaforrásnak az aprópénzben kifejezhető hasznát is élvezhetjük.

Vámosy Zoltán felszólalásában azt kérdi, hogy vajjon az alföldi fúrások nem fogják-e a budai hévízek vízbőségét befolyásolni.

Pávai Vajna Ferenc ebben az irányban teljesen megnyugtató választ ad.

Wladarecky József: *A budai hegyvidék levegőjének bakteriumtartalmáról.* Egy egész éven át különböző évszakokban végzett vizsgálatai alapján graphikonokkal szemléltetve ismerteti a Zugliget levegőjének bakteriumtartalmát, összehasonlítva a Dohány-utcában és Mester-utcában ugyanazon időben és azonos methodikával eszközölt vizsgálatok eredményével. Ezek szerint a Zugligetben talált bakteriumok száma csaknem semmi, középtértékben 4, míg a Dohány-utcában 880, a Mester-utcában pedig 640 a talált bakteriumok maximális értéke. Hivatalos adatokkal kétségtelenül bebizonyítja (Székesfővárosi Bakteriológiai Intézet), hogy: 1. a budai hegyvidék levegője tisztább, mint a pesti; 2. szennyező ipartelepek, füstölő gyárkémények, forgalmas poros utak a levegő por- és bakteriumtartalmát növelik, azaz rontják a levegőt; 3. nykiterjedésű erdőségek a felettük áthalladó levegőt tisztítják; 4. eső alatt és után a levegő por- és bakteriumtartalma feltűnően esőkken, végül 5. a *Zugliget* levegője gyakorlatilag por- és bakteriummentes, azaz *tiszta*, ami a kedvező klíma *legfontosabb* tényezője és így a *Zugliget* kiválóan alkalmas a napi munkában elfáradt városi lakosság edzésére, üdülésére, nyaralására, kirándulására, valamint üdülőtelepek, klimatikus gyógyhelyek, szanatóriumok, erdei iskolák, gyermektelepek és iskola-szanatóriumok létesítésére.

A Magyar Dermatológiai Társulat márc. 30-i ülése.

Sellei József: *Sklerooedema adultorum.* 10 éves leányon a gluteusok és combok táján a bőr alatti szövetek, fasciák és izmok deszkakemény tapintásúak. A bőr nem változott. Hist.: normalis.

Sellei József: *Praeacancerosus daganat (Bowen-féle dermatosis?)* 28 éves nőbetegen több év óta a homlok baloldalán élesen határolt képlet; a szöveti képben gyulladásos granulatio és basalsejtes hámburjánzás.

Sellei József: *Basalsejtű carcinoma.* 33 éves férfi, 6 év óta a bal bimbó felett pengőnyi daganat. Szöveti kép: basalsejtes carcinoma.

Liebner Ernő: *Nagykiterjedésű acné varioliformis.* 15 éves leány. Három éve a hajás fejből határolt és az arcon hólyagocskák keletkeznek, amelyek pigmentált mély hegek hátrahagyásával gyógyulnak. Akroerythrocyanosus és finom teleangiectasiák a lábszáron.

Liebner Ernő: *Erythema Bazin és papulovesiculonekrotikus tuberkulid.* Harmincnyéves nő, 17 éves erythema induratum. 1926 őszétől a kezujjak, kismértékben a lábujjak feszítő oldalán tuberkulidek. Röntgen: pleuraadhaesiók, erősen tömött hilusok. Tuberkulin: erősen pozitív localis- és gócreactio.

Guszman József: *Súlyos késői világrahozott syphilitis.* 25 éves leány. 13 éves koráig egészséges volt. Rövid idő alatt megvakult és megsiketült. Később orra kezdett süppedni, majd elpusztult, vele együtt a szájjad nagy része is. Az orr helyén babnyi nyílás, mely a közös orrszájüregbe nyílik. Felső ajak elpusztult. Bal arcfelét végig a nyakig egyetlen heges terület. Homlok erősen előreboltosodik. Ectasia bulbi o. s., cicatr. adher., catar. compl. o. d. Mindkétoldalt neurolabyrinthitis luetica, amely az első antilueses kezelésre annyira javult, hogy a beteg 10 cm-ről hall suttogó beszédet.

Vitéz Berde: A szegedi bőrklinikán az utóbbi esztendő folyamán két hasonló, fel nem ismert eset észleltetett.

Justus Jakob: *Skleroderma circumscripta profunda.* 39 éves asszony. Baja 3 év előtt kezdődött a sternumán. Jelenleg a jobb vállon és felkaron, a jobb felkar feszítő oldalán és a jobb vállcsúcs felett typosus elváltozások.

Justus Jakob: *Skleroderma circumscripta (Morphea).* 19 éves nőbetegnél az alkaron és az alszárak bőre feszesebb. A jobb comb feszítő oldalán kétféle nyri plaque. Anyagsere normalis. Röntgen-lelet: az areus pubison az epiphysis megtartott, ami a retardált elcsontosodás jele.

Vitéz Berde: Kérdést tesz fel aziránt, milyen gyakori a budapesti anyagban a skleroderma, mert Szegeden igen ritka.

Justus: Osztályán 5–6000 betegre egy év alatt kb. 10–15 skleroderma esik.

Nékám Lajos: Klinikájának statisztikája szerint (György E.) 1898–1927-ig 278.052 ambulans beteg közt 79 nő- és 27 férfi skleroderma fordult elő.

Justus Jakob: *Lupus erythematosus exanthematicus.* 46 éves asszony. Egy év előtti kiütés. Jelen baja egy hetes. Az arcon, mellen, nyakon, háton rózsaszínű göcök láthatók, melyek helyenként összefolynak; a nagyobb foltok közepén igen finom értágulatok hálózata látszik, vékony, sárgás felrakódás alatt.

Török: A lupus erythematosus exanthematicus diagnózisát nem látja alátámasztottnak. Erythemás eruptiókat tartja.

Guszman: Nemcsak a morphologiai elváltozás, hanem annak színe is ellene szól a lupus erythematosus exanthematicusnak. Atrophia nincsen.

Justus: A kiütés bizonyára nem teljesen jellegzetes, de a hirtelen erős lázas mozgalmú eruptio, az átmenet nyálkahártyán való jelentkezés lupus erythematosus exanthematicust tesz valószínűvé.

Somogyi Zsigmond: *Lupus erythematosus?* 14 éves fiú. 1919 óta mindkét orrnyílás körül, mindkét szemzug mellett területek, melyeknél minden infiltratio nélküli pirosság, tapadó apró pikkelyes hámlás látható.

Somogyi Zsigmond: *Psoriasis arthropathica. 1. eset:* 28 éves nő. Psoriasis 1920, izületi fájdalmak 1926 óta állanak fenn. Izületi elváltozásai mindkét kéz és láb interdigitalis izületeiben, továbbá a térdizületben vannak. Röntgen: anatómiai elváltozások.

2. eset: 30 éves férfi. Psoriasis 1920 óta. Jobb térde 1927 nyarán dagadt meg először, most néhány nap óta a jobb térd duzzadt, fájdalmas. Röntgen: normalis.

Seemann Dezső: *Morbus Raynaud.* 25 éves nő. Mindkét kezén és ujjain öt év előtt Leriche-féle sympathectomia és a II. jobboldali cervicalis symp. ganglion kiirtása. Csak átmeneti javulás.

Schein: A sympathectomia néhány hónapig átmeneti javulást eredményezett. A fájdalom és fekélyképződés télen ismétlődik.

Seemann Dezső: *Pseudoleukaemia cutis? Mykosis fungoides?* Az 55 éves férfi bőre egy év óta viszket. A bőrön sűrű vérzések. Mirigyek megnagyobbodtak. Vérkép normalis. Hist.: sejtek, nagy hólyagocskák alakú magvakkal, lymphocyták, hízósejtek.

Justus: A poikiloderma diagnózisát felé hajlik.

Seemann: A poikiloderma diagnózisát nem fogadja el.

Lehner Imre: *Dermatitis herpetiformis Durring. Jódérzékenység. Passiv átvitel.* 59 éves izr. nőbeteg. 6 hó óta hólyagok a törzsön, nyakon és végtagokon. Vérkép normalis. Vérben 4%, hólyagbennékből 5% eosinoph. Jódérzékenységi próba: belsőleg negativ, külsőleg 50%-os jódkalivaselinnel pozitív, amennyiben ép bőrön localis gyulladásos reactio, skarifikált és már gyulladt bőrön hólyagocskák keletkeztek. A jódérzékenységet sikerült a Lehner-Rajka-féle nyúlfülkisérlettel passiv átvenni. Sajátvérijecctio és plasmochin a folyamatra mindeddig alig volt hatással.

Lehner Imre: *Tuberkulin.* 18 éves leány. 1½ év óta mindkét kézháton, tenyéren, lábakon tuberkulidek. Röntgen negativ. Tuberkulin: igen erős localis és általános reactio. A nagyfokú sensibilisatio bizonyítja, hogy a betegnél serum is okoz localis és általános tüneteket (urticaria, Quincke-oedema).

Rajka Ödön: *Mykosis fungoides?* 31 éves férfi. A testen, főleg a törzsön hyperaemiás foltok; a karokon a combokon, főleg a gluteusokon élesen elhatárolt, a bőrön, kímelkedő, tömött tapintatú daganatok láthatók. A bal here in toto megnagyobbodott. Nyirokmirigyek nincsenek megnagyobbodva. A szemén iridocyclitis, a lép és a máj duzzadt. Wassermann-reactio negativ. Tuberculin erősen pozitív. Röntgen-kezelésre a besugárzott göcök rohamosan visszafejlődtek és erős leukopenia fejlődött ki. Sarkoma felvételével ellenkezett a bőr erythemás elváltozása, leukaemia ellen szólt a normalis vérkép és a nyirokmirigyek hiánya.

Liebner: Osztályukon ő is észlelte az esetet.

Bálint Géza: *Leiomyoma cutis*. 22 éves férfinál a clavicularis és sternum feletti gyermektenyérszerű területen typus leiomyomás daganatok.

Brezovsky Emil: *Leukaemia lymphatica cutis circumscripta*. A 70 éves férfi 1927 husvétig egészséges volt. Jelenleg az arc deformálódott, az orr duzzadt és mindkét arcopafa felé erős kiemelkedés húzódik. Kisebbszámú tumorok a törzsön és a végtagokon. Máj, lép duzzadt. Vérték: 4.300.000 vörösvérsejt, 280.000 fehérvérsejt, 91-2% lymph. Arsenre és a lép, a máj Röntgenbesugárzása után az elváltozások némi visszaféjlődést mutattak és a vérték: 4.300.000 vörösvérsejt, 12.000 fehérvérsejt, 70% kis lymphocyták. Hist.: a cutisban kis lymphocytákból álló beszűrődések.

Brezovsky Emil: *Phenacetinexanthema*. 56 éves férfibetegnél antipyrin 0-7, phenacetin 0-2 és coffein 0-1 g bevétele után urticariák léptek fel. A phenacetin-pornak próbakénti bevétele után új góccok léptek fel. Antipyrin és coffein hatástalan. Phenacetin cutan alkalmazva nem okozott reakciót, bizonyoságul annak, hogy a gyógyszerexanthemák nem anaphylaxiás jelenségek, hanem toxikus elváltozások.

Lehner: Abból, hogy a cutan-próbák negatívak, még nem lehet egy folyamat nem-anaphyl. jellegére következtetni, ennek megítélésére több criterium (cutan-próba, passiv átvitel, haemoklasiás krízis) áll rendelkezésre.

Brezovsky Emil: *Lupus tumidus hypertrophicus*. 22 éves férfibeteg, aki 3 éves kora óta coxitis tuberculosisben szenved. A jobb glutus és a csipő táján hatalmas lupus.

Herczeg Árpád: *Pemphigus foliaceus*. A 62 éves asszonyánál a bőrelváltozás eleinte hólyagos, tavaly azonban már annularis jellegű volt. A bőrön gyenge nyomásra petyhüdt hólyagok keletkeznek. Vérték: leukocytosis (18.000), eosinophilia (5%). A vizelet relatív nitrogéntartalma kicsi. A beteget eleinte kenőccsel kezelték, majd spermint, autohaemoterapiát és salvarsant kapott.

Herczeg Árpád: *Dermatitis exfoliativa post ekzema*. 59 éves nő. 1914 óta mindkét tenyéren és a talpakon chronikus ekzemában szenved. Tavaly szeptemberben az egész testre kiterjedt a folyamat, úgyhogy a bőr kivörösödött és hámlott. Kínzó viszketés. A vizelet nitrogéntartalma aránylag nagy. Wasserman-reactio negatív. Vérték normalis. A vér húgysavtartalma a normalisnak kétszerese. A folyamat kenőccsel-, Röntgenkezelésre és tejinjectiókra javult.

Fröhlich Vilmos: *Transitionalis syphilis. 1. eset:* 46 éves nőnél az egész testen circinaer, follicularis papulák. Végbél körül néhány papula. Wassermann-reactio pozitív.

2. eset: 39 éves zenész. Initial affectio 1921-ben. Egy hónap óta bal vállon circinaer, vesealakú papulák, amelyek inkább gummás jellegűek.

Fröhlich Vilmos: *Salvarsandermatitis*. 27 éves nő. Négy Bi- és neosalvarsankúrát végzett. A második kúránál 1-5 g neosalvarsan után eleinte az arc bőre vörösödött ki, majd a folyamat az egész testre áterjedt. Lázas.

Guzman: Úgy találta, hogy vannak bizonyos salvarsan-sorozat, amelyek zavart okoznak.

Hlatky: Az esetet ő is észlelte. A dermatitis mindig a negyedik infusio után lépett fel.

Brezovsky: Nem hiszi, hogy a gyártásban, hanem az egyén dispositiójában van a baj forrása. Egyik esetében a salvarsandermatitis a napfénynek kitett helyeken keletkezett. A dermatitis ellen jó eredménnyel alkalmazta intravenásan a resorcint (1/2-1-0 g-ot a 10%-os oldatból).

Nékám: A fénybehatás sokszor mint sensibilisator szerepel (shock radiaer).

Sellei: Ha a natrium thiosulfat intravenásan nem adható, úgy per os alkalmazható.

Orsós: Salvarsandermatitist főleg rosszul táplált egyének észlelt téli időben. Gyógykezelés natrium thiosulfat-injectióból és helyi kezelésből állott. A láz oka mindig staphylococcus-fertőzésből ered, ami Yatrenautovaccinára javul. Vitamindús táplálkozást nagyon fontosnak tartja.

Temesváry György: *Triphallal kezelt lupus erythematodes-esetek*. A lupus erythematodes klinikájukon már 16 év óta aranykészítménnyel (caliumaurocyanat) gyógyítják. E szert később az aurophos, mintegy 1 1/2 év óta a triphal váltotta fel. Triphallal kezelt lupus ery-

thematodes eseteik száma kb. 20 és mint a jelenleg gyógykezelés alatt álló 3 jelentékenyen javult esetről látható, e gyógyszer igen hasznos segítséget nyújthat.

Lehner: Osztályukon hasonló jó eredménnyel alkalmazták az aurophost és a triphal.

Temesváry György: *Triphaldermatitis*. 27 éves férfi. Tavaly október óta lupus erythematodesének gyógyítása miatt 12 triphalinjectiót kapott. A lupus erythematodes gyógyult de a kilencedik injectio után urticaria lépett fel. Bőrbajnál a triphallal való összefüggése akkor lett nyilvánvalóvá, amikor a 12. triphalinjectio (0-05 g) után 39-9 C° hőmérséklet mellett, a bőrön urticariás jellegű kiütés támadt.

Lehner: A sensibilisatiós dermatosisek klinikai jellege attól függ, hogy a reactio hol zajlik le. Ha csak a vérekek érzékenyek, urticaria, ha emellett még a hám is túlérzékeny, ekzematiform gyulladás keletkezik.

Németh E. Károly: *Xeroderma pigmentosum*. 16 éves földműves. Betegsége 2 éves korában kezdődött, főleg pigmentációkkal. 12 éves korában a folyamathoz atrophia, illetve tumorképződés társult. A napfénynek leginkább kitett területeken számtalan pigmentált terület, besüppedt hegek és szemölcszerű hámburjánzásokból álló tumorok láthatók. Vizelet, serologiai reactiók és a vérték normalis. Belsősecretiós szervek épek. Az eset a xeroderma pigmentosus könnyű formái közé tartozik.

Guzman: 23 év előtt bemutatott esetében a folyamat nem volt ilyen jóindulatú, hanem gyorsan fekélyesedéshez és mély spinocellularis carcinomához (cancroid) vezet, amely a beteg halálát okozta 8 éves korban.

Németh E. Károly: *Skleroderma diffusum*. 32 éves földműves. A folyamat a boka táján kezdődött és rohamosan a bal csipő-, illetőleg könyökizület felé terjed. A bal boka- és a kézizületek mozgásai korlátozottak. A beteg terület bőrérzékenysége fokozott. Belsősecretiós zavarokat kimutatni nem sikerült.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület otologiai szakosztályának április 26-i ülése.

1. Kerekes György: *Hallójáratban szabadon fekvő jóindulatú csontdaganat esete.*

A 42 éves férfibeteg bal hallójáratát a csontos és porcos hallójárat határán babnyi, csontkemény, bőrrel borított, a hátsó hallójáratfallal kocsányosan összefüggő képlet zárta el. A mikroskopi leletben a daganat osteomának bizonyult.

Szenes Zs.: 1904-ben mutatott be egy 50 éves asszonyt, akinél mogyorónyi csontos képlet a jobb oldali külső hangvezető üregét teljesen kitöltötte. A fülkagyló leválasztása után sikerült csak eltávolítani. Utána síma gyógyulás. Minthogy a külső hallójárat nem függött össze, az exostosis és hyperostosis elnevezéssel szemben osteoma liberumnak nevezte el.

Krepuska Géza: Néhány évvel ezelőtt a szakosztályban négy hallójárat-osteoma-esetről számolt be. Az ilyen osteomák vagy lobos, vagy nem lobos alapon fejlődnek. Ez utóbbi csoportba azok az esetek tartoznak, amikor az os tympanon lerepesztett csiráiból fejlődnek a kezdetben inggombhoz hasonló képletek, jól megkülönböztethető fejjel és nyakkal. Rendszerint ép csonthártja borítja, a hám is csak decubitus foltyán pusztul el.

Kelemen György: Az exostosis, mely kezdetben széles alapon ül, később mindinkább keskenyebb összeköttetést tart fenn az alappal, míg végül a tumor kocsonyásá válik. Ebben a szakban — mint azt *Hellmann* megállapította — osteoblastok már csak csekély számban vannak jelen.

Kerekes Gy.: Köszöni *Krepuska* professor hozzájárulását. A bemutatott szövettani metszetben osteoblastok elég nagy számban vannak, lobtünetek nincsenek, osteoblastok nem láthatók, a kiindulási hely pedig a csont és a porc határán van. Mindez tumor mellett és lob ellen szól, valamint az ú. n. *Hellmann*-féle beosztást sem erősíti meg.

2. Kelemen György: a) *Veleszületett rendelleneségek a hallószervben. a) Appendix praeauricularis duplex.* Kettős bütyök, mindkettő porctartalmú; a porcos váz egyikükénél a mélyben vész el. b) *Appendix praeauricularis kistökü „macskafüllel” társulva,* kifejezett tuberculum Darwinivel. c) *Baloldalt kisebbfokú Wildermuth-féle fülkagylórendellenesség.* Az anthelix a

tragus és helixen átfektetett síktól oldalt nyúlik ki. Jobboldalt erősen eltorzult, úgynevezett macskafül. A kagyló egész felső fele előrecsapódott, a helix pereme előre néz. Mérsékelt hemiatrophia faciei jobb oldalon. d) *Communicatio abnormalis scalae mediae et posterioris*. Rendellenes, durával bélelt, kutató vastagságú csontsatorna a sulcus petrosus alatt, körülbelül azon a ponton, ahol a néha persistáló suturna petrosquamosa a pyramisélet metszi. Lehet, hogy az ébrényi sinus petroso-squamosus maradványát képezi, csontos záródással a koponyagödör felé. Hasonló elváltozás ezen a tájon még nem ismeretes, jelentősége abban áll, hogy megkönnyítheti kóros folyamatok átterjedését a középső és hátsó koponyagödör között.

b) *Traumás fülkagylóhiány*. A 24 éves, ép hallású földműves fülét kiskorában disznó harapta le. Borsonyi, porccal bélelt kiemelkedéstől eltekintve, mely a külső hallójárat hátsó pereméből maradt meg, teljesen síma bőr borítja a fültáját. A minden hegesezés nélküli reparatio, a különben is imbecillis betegnél azt eredményezte, hogy congenitalis fülkagylóhiányt vetünk fel, mígnem környezete útján kiderült a traumás eredet.

3. **Kepes Pál:** *Otogen kisagyfolyadék operált esete*. (Betegbemutató.) 15 éves leánybetegnek 3 éves kora óta fennálló jobboldali chronikus otitis acuta exacerbatál a kórházi felvétel előtt négy nappal. Fájdalmak lépnek fel a jobb fülben, láza 39.5°C; tarkómerevség, opisthotonus, ad maximum, hátrafejtett fejtartás, kínzó epistaxis, időnként kettős látás. Kernig pozitív. Lumbal-punctio: zavaros liquor nagy nyomással ürül, benne nagymennyiségben polynuclearis leukocytá, globulinok megsaporodtak. Bakteriumok benne nem mutathatók ki. Jobb szemfenéken venosus pangás. Hallás: 30 cm társalgó beszéd. Hallójáratban cholesteatomával kevert genyes váladék. Dobhártyán hátul fenn lenesényi perforatio. Processus mastoideus nyomásra, kopogtatásra nem érzékeny. Balra irányuló kistokó, horizontális jellegű nystagmus. Radicalis műtét. Antrum tág, cholesteatomával kitöltött középső skála durája ép. Hasonlóképpen a sinus sigmoideus fala is. Kisagyi durát szabaddá téve, félgyszűnyei tejfelszerű geny ürül. Harmadnap, miután a beteg állapota nem javul, újabb feltárás. Pyramis hátsó falát a csontos labyrinthmagig levésve, a kisagyi dura és a pyramis alsó felszíne közül sűrű zöldessárga, agytörmelékkel kevert, rendkívül bűzös geny ürül körülbelül evőkanálnyi mennyiségben. Kisagyi kéregállományban körülbelül féldiónyi tályog-üreg. Két hétig az üreg naponta megtelik gennyel. A 3. héten sarjadzás kíséretében kezd kitelődni a tályog-üreg, a beteg állapota is napról-napra javul. Miután sinus thrombosis nem volt, a labyrinth kiesést nem mutatott, a tályog valószínűleg csontvenák thrombophlebitise útján jött létre, először mint extraduralis, később a kisagy kéregállományát is magába foglaló tályog alakjában.

4. **Tóbl Pál.** *A spontán sinusvérzésekről*. (Előadás.) A spontán sinusvérzéseket két főcsoportra: műtét előtti és műtét utáni spontán sinusvérzésekre osztja. A fülészeti klinikán 15 év alatt 5 spontán sinusvérzés fordult elő, amelyből 3 műtét utáni, 2 pedig műtét előtti spontán sinusvérzés volt. A műtét utáni spontán sinusvérzéseket egyrészt a szabaddá tett sinusra gyakorolt tampionnyomása, másrészt a sinusfal rendellenes és veleszületett vékonysága és szakadékonysága okozta. A műtét előtti sinusvérzéseknél a fennálló cholesteatomás középfülgyulladás sinus thrombosishoz vezetett és a sinusfal nagyfokú genyesejtes infiltrációja miatt annyira szakadékonny volt a fal, hogy az egyik betegnél a fistulavizsgálatnál a kissé fokozottabb légnyomás következtében repedt meg a sinusfal, a másiknál pedig, ahol belső sinusvérzés támadt, valószínűleg csak köhögés vagy tüsszentés váltotta ki a belső sinusvérzést és miután a vérömleny a nyúltagyra is nyomást gyakorolt, légzési bénulás okozta a beteg halálát.

Krepuska Géza: 295 operált sinus phlebitises beteg közül csak 5-nél fordult elő spontán sinusvérzés, amint azt az előadó is említette. E szövődmény aránya azonban még inkább kisebbedni fog, mert az orvosi köztudatba mindinkább belevésődik az a szabály, hogy a fülbetegségek idejekorán szakszerűen kezelendők. Míg a régebbi súlyosabb scarlatinajárványoknál gyakrabban történt meg a sinusfal átmaródása, addig ma már csak a pókhálószerű vékony sinusfal, vagy haemophylia esetében fog a spontán sinusvérzés veszélye fenyegetni.

Honvédorvosok Tud. Egy. ápr. 24-i ülése.

1. **Mallász Tibor:** Hozzászólás *Sereghy Emil* mult ülésén tartott bemutatásához: Bemutat egy esetet, ahol a tüdőgyulladás után keletkezett, Röntgen szerint lúdtőjásnyi tüdőfolyadék belgyógyászati gyógykezeléssel sikerült gyógyulást elérni. A beteg negyednaponként neosalvarsant kapott emelkedő dosisokban, mire az eleinte napi 100–150 cm³-nyi köpet rövidesen csökkent, egy hónap múlva a köpetürítés megszűnt, a tályog-üreg a Röntgen szerint teljesen eltűnt. Referál még röviden két tüdőfolyadék-esetről és arra a következtetésre jut, hogy minden friss tüdőfolyadék meg kell próbálni egy erőteljes neosalvarsankezeléssel.

2. **László Benő:** *Szokatlan idegentest a tápcsatornában*. A tápcsatornába bejutott idegentestek sokféleségéről az irodalomban nagyszámú adattal rendelkezünk, mely szerint ezeknek sorsa különféleképpen változik. Egy ilyen szokatlanul ritka kóresetről számol be: Folyó évi április 7-én Sz. J. börtönfegyenc azzal szállított be a 2. sz. honv. és közr. kórházba, hogy nevezett egyén egy vasdarabot nyelt el. Az azonnal megejtett Röntgen-átvilágításnál és felvételnél megállapították, hogy a bal hypochondriumban körülbelül a gyomorleghólyag határán 12 cm hosszú, 1 cm széles árnyékot adó idegentest conturjai láthatók. A jobb csípőtányér felett 4–5 darab, 8–10 cm hosszú drótszeg árnyéka, a bal ileosacralis ízület táján 8 cm hosszú, 5 mm széles idegentest árnyéka, a kismedencében baloldalt 2 cm hosszú, laposfejű szeg árnyéka látható. A betegnek ezen idegentestek különös fájdalmat nem okoztak, a beteg sorsát tovább figyelve, a 8-án megejtett Röntgen-vizsgálathoz a gyomor pylorikus részének megfelelőleg a patkóba való átmenetnél látható a szeg árnyéka. Közbeeső átvilágításnál ezen nagy idegentest árnyéka az ileocecalis tájékon látható és a cecummal együtt elmozdítható. A 11-i felvétel ezen legnagyobb vasdarabot a bal ileosacralis ízület táján mutatja. A beteg burgonyapürés étrenden tartva, három napig obstpál. A legközelebbi spontan székürülés alkalmával a széklet az ápolószemélyzet hibájából nem vizsgált meg idegentestekre. A 17-i és 19-i székürülésnél a bélsár nem tartalmazott idegentestet, 22-én a 12 cm hosszú és 1 cm széles, valamint 45 g 20 cg súlyú vasdarab spontan kiürült. A 23-i felvétel alkalmával idegentest árnyéka az abdomenben nem látható.

3. **Brana János:** *A myopia aetiológiájáról*. A rövidlátás kérdése minden idők orvosait élenként foglalkoztatta, s különös súllyal nehezedett a társadalomra akkor, amidőn a concav üvegekkel való correctiót még nem ismerték. A myopia társadalmi jelentősége manapság is csak részben csökkent, mert a magasabb fokú myopiákat, melyek gyakran súlyos szemfenéki elváltozásokkal kombináltak, csak igen kis mértékben tudjuk korrigálni, miáltal ezen egyének társadalmi elhelyezkedése elé ma is súlyos akadályok gördülnek.

Evszázados tévhitek után 1611-ben *Kepler* volt az első, aki a rövidlátást a szem hossztegyének megnyúlásával hozta kapcsolatba. *Morgan* ezen tengelymeghosszabbodást 1761-ben anatomiailag is bebizonyította, *Arlt* pedig 1834-ben már tantételként állította fel.

A különböző refractiók klinikai feldolgozását és egymástól való tudományos elkülönítését *Donders*nek köszönhetjük. A szorosabb és tudományosabb értelemben vett aetiologiai kutatás azonban *Cohn* breslauer professzor és iskolahygiénikussal kezdődik. *Cohn* 1866-ban 10.000 iskolás gyermeket vizsgált meg, s azt találta, hogy a myopia osztályról-osztályra, vagyis a tananyag szaporodásával úgy számban, mint fokban növekedik. *Cohn* volt az első, aki a myopia okát a közeli munkában kereste. Hogy a közeli munka miképpen vezet a sclera tágulásához és a tengely meghosszabbodásához, ezen sok szemorvos töprengött. Egyesek az accommodation, mások a convergentiát, ismét mások a fejnek és a szemeknek olvasás alatti süllyesztett helyzetét okolták. *Stilling* a lefelé való nézésnél működő izmokat, főleg az obliquus superiorit okolta, mely izom, illetve ina alacsony trochlea és alacsony orbita mellett a bulbusra nagyobb terjedelemben reáfeküdvé, a sclerát idővel belapítja. *Stilling* a myopiát faji kérdésnek minősíti. *Steiger* zürichi szemorvos a myopia aetiológiájának kutatását a biologia terére vitte. Szerinte, miként minden biologiai jegy, úgy az emberi szem refractiója is, széles variációs görbét mutat, s hogy a szem ezen variációs görbének mely helyét foglalja majd el, az nem a külső befolyásoktól, hanem ontogenetikai okoktól, vagyis végeredményben az örökléstől függ. *Incze* magyar szem-

orvos a myopiásokat *Kretschmer* pyknikus, athleta és astheniás típusai szerint vizsgálva, azoknak nagy részét astheniás típusúaknak találta.

Előadó a különböző aetiologiai felfogásokat kritika tárgyává téve, Steiger felfogását igen értékesnek, de a myopia súlyos szemfenéki elváltozásokkal szövődött nagyobb fokaira, melyek kétségtelenül pathológiás jellegűek, alkalmatlannak találja. Cohn felfogása is csak a kisebbfokú, ú. n. iskola-myopiáknál helytálló. A magasabb fokú és szemfenéki elváltozásokkal súlyosított myopiák aetiologiája még nyílt kérdés és előadó véleménye szerint a pathologia körébe tartozik.

4. **Kovács Lajos:** *Az arteriosklerosis terén végzett legújabb kutatások eredményéről referál.*

5. Az egyesület tagjai megtekintik a 2. sz. honv. és közr. kórház idegosztályának pavillonjában elhelyezett új quarz-kezelőhelyiségeket.

Az Erzsébet Egyet. Tud. Szöv. orvosi szakosztályának április 19-i ülése.

Heim Pál mint a szakosztály elnöke, megnyitja a gyűlést és üdvözlí *Moro* professort, a heidelbergi gyermekklinika igazgatóját, a német paediatría egyik úttörőjét és felkéri előadásának megtartására.

Ernst Moro: *A kanyaróról.* Immunbiológiai megvilágításban a kanyaró a fertőző betegségeknek egyik legtipikusabb alakja, különösen akkor, ha a természetes védekező folyamatokat akarjuk vizsgálni. A serum-betegség tanulmányozása alapján *Pirquet* és *Schick* az incubatióknak principialisán új definitívot adtak: ők azt időt értik alatta, amely az idegen fajú serum behatolása és a hatékony antitestek képződése között eltelik. Ekkor — az ő felfogásuk szerint — az antitestek a pathogen anyaggal reakcióba lépnek és ez a reakció az, ami a szemlélő előtt mint betegség jelenik meg. Ez az új felfogás a kanyaró szempontjából is igen eredményesnek bizonyult. Eppen úgy, mint az idegen fajú fehérjétől, úgy igyekszik a szervezet a kanyaró kórokozótól is mindenáron megszabadulni. Ez kétféle módon történik: kiválasztás és megemésztés (lysis) útján. A megszabadulás az incubatio befejezése után, vagyis akkor, amikor az antitestek elkészültek, egészen hirtelen következik be. A kórokozók feloldását a lytikus antitestek végzik, amiáltal a kórokozókból mérgező anyagok szabadulnak fel, amelyek a kanyaró tüneteit előidézik. A kórokozók ilyenkor a bőrben is nagy mennyiségben telepednek meg, a lysis folytán itt is méreg szabadul fel és a kezdeti gócek körül toxikus gyulladás keletkezik, melyet mint kanyarós exanthemát látunk. A most szabaddá vált toxin azonban további antitestképződést indít meg és tényleg az exanthema lezajlása után körülbelül nyolc nap múlva antitoxikus ellenanyagok jelennek meg a vérben: a reconvalescens-serum hatását is ezek az ellenanyagok okozzák. *Pirquet* ezen hypothesisének, melyet eredetileg a „vaccinalis allergia“ számára állított fel, igazolására a következő kísérletet végezhetjük: ha a prodromalis tünetek megjelenése előtt néhány nappal hatékony reconvalescens-serumot fecskendezünk intracutan a mell bőrébe, akkor az exanthema kimarad és pedig szigorúan a befecskendezett területre lokalizálva. Ez a „kimaradási tünet“ („Aussparphaenomen“) a következőképen magyarázható: a reconvalescens-serumban mindkét antitest jelen van, a lytikus és az antitoxikus is. Ha az injectio után néhány nap múlva a kanyaró kórokozói meg is jelennek a befecskendezett területen, ott fel is oldódnak, azonban gyulladás nem keletkezik, mert a lysis által felszabadult mérget a reconvalescens-serumban mindig nagy számban jelenlévő antitoxikus ellenanyagok azonnal közömbösítik és a kiütés elmarad.

A magyar orvos gondjai és a szakorvosi képesítés.

Elnöki megnyitó beszéd.

Irta és a *Budapesti Orvosok Szövetsége* 1928. április hó 26-án megtartott évi rendes közgyűlésén elmondotta:

Gerlóczy Zsigmond dr. egyetemi tanár, a Felsőház tagja, a Budapesti Orvosok Szövetsége elnöke.

A magyar orvosi kar gondjai évről-évre növekednek, helyzete mindegyre nyomasztóbbá válik és csak csodálkozunk lehet azon, hogy honnan meríti azt az erőt, amellyel nemcsak elbírja a sok nélkülözést, hanem hősiességét nyújtja annak, hogy miként kell szinte a maga föláldozásával nemes hivatásához híven a szenvedő emberiségnek változatlan odaadással rendelkezésre állania.

Ismételve és különböző alkalmakkor kifejtettem már, hogy minden másfoglalkozású ember sokkal eredményesebben folytathatja a küzdelmet a gazdasági nehézség helyzetét közegette a maga és a vele egy hivatásban lévő társai sorsának jobbrafordításáért, mint az orvos, mert hiszen az orvosi pálya mindenek felett humanitárius vonatkozásokkal telített. Olyannak ismerik a betegek, a testi és lelki bajokban szenvedők és olyannak tartja azt az egész orvosi kar és a maga szeméjében egyenként is minden orvos. Ez vonja be az orvost azzal a nemes patinával, amelyen nem tud a maga valóságába átútni sem a lélekben háborgó elégtelenség, sem az abból kitörő panasz. És ha ez a patina itt-ott már repedezni kezd, akkor résen kell lennünk.

A zord idők valóban megtámadták ezt a nemes patinát. Félő, hogy a repedés továbbterjed és helyrehozhatatlan károkat okozhat.

Ez ninesen jól. Ezt elsősorban nekünk orvosoknak, a legközvetlenebbül érdekelteknek kell vizsgálat alá vennünk, nekünk kell megakadályoznunk, nekünk kell megbeszelnünk, hogy a hibákon, milyen utakon, módokon lehet segíteni. Ha mi magunk előtt nem tárjuk föl a legőszintebben a bajainkat, ha mi magunk nem látjuk meg, hogy hol van a hiba, akkor nem várhatjuk azt, hogy az egészségügyi kormányzat tud majd rajtunk segíteni.

Közgyűlési elnöki beszédnek nem lehet a föladata, hogy akármilyen fölvetődő kérdésben, gondolatban részletekkel álljon elő, de igenis úgy érzem, hogy kötelességünk irányt szabni, kötelességünk föl hívni kar-társaink figyelmét az észrevett jelenségekre.

Az elmúlt esztendő különösen acuttá tette a kérdést, mert amikor a magyar orvosi karnak már-már a mindennapi kenyerre megszerezhetéseért kellett gyötrelmesen aggódnia, jött az a szociális elgondolásban nagyon szép és nemes törvényjavaslat, amely a széles néprétegek nyomasztó helyzetén azzal akar segíteni, hogy a betegnek, a szenvedőknek minél könnyebben hozzáférhetőbbé tegye az orvosi segítséget, annak minden egyéb szolgálmaival.

A törvényjavaslat intentiója nem lehetett ellen-szenves az orvosoknak, hiszen mindannyiunkat működésünkben az igazi humanizmus érzése vezet, mindannyian mindenkori odaadással segítünk a szegény betegeknek. És, hogy mégis megmozdultunk és tömör falankszban egyesültünk, arra a már egyébként is veszedelmes megcsökkenett orvosi gyakorlat maradványainak megmentése kényszerített bennünket.

Szövetségünk küzdelmének voltak eredményei. Megmentettünk annyit, amennyit csak megmenthettünk.

A betegség és baleset esetére szóló biztosítás törvénye a folyó év január első napjával életbelépett. Az az izgalom, amely a bizonytalanság hosszú hónapjaiban tetőfokra hágott, lassanként elült. A törvény alapján működő új intézményt a biztosító intézetek orvosai a maguk lelkiismeretes és odaadó munkájukkal szolgálják. Az eltelt idő még sokkal rövidebb, hogysem tiszta képet lehetne alkotni arról, mennyiben válik be a szé-

leesebb rétegre kiterjesztett betegség és baleset esetére szóló biztosítás, mennyiben lesznek megelégedve azzal a kötelező biztosításba bekapcsolt új rétegek. Az orvosi kar türelemmel fogja várni az eredményeket és nincs szándékában idő előtt bírálatot gyakorolni az új intézmény felett.

Mi ezzel kapcsolatban bizonyos megnyugvással fogadhatjuk azt a számottevő eredményt, amelyet a Szövetség a pénztárorvosok nyugalmdíja rendezése ügyében elért, s amelyből kiindulva minden orvos részére az Orvosok Nyugalomdíj Egyesülete talpraállítással a közeljövőben elérni fog.

E helyen, azt hiszem, mindnyájan hálás köszönettel tartozunk az Országos Orvos Szövetség elnökének, *Csilléry András*nak, aki fáradhatatlan munkásságával és agitálásával életre keltette a pénztárorvosok nyugalmdíj ügyét és meg fogja teremteni minden orvos számára a lehetőségét arra, hogy öregségére, rokkantságára a szó igazi értelmezésében nyugalmdíja legyen.

De tisztelt Közgyűlés! Én úgy vélem, hogy mikor egyelőre nyugvópontra jutott a betegpénztári ügy, amely évek óta energiánk legnagyobb részét lekötötte, nekünk másfelé is megfigyeléseket kell tennünk. Van-e ugyanis olyan jelenségek, amelyeket, mint tavolabbi időben érvényesülő hatásokat, alig figyelünk meg, amelyeket egyesek csak a maguk kárán fognak észrevenni, amikor már aligha tudnak azon segíteni.

A szakorvosi képzésre gondolok, amelyet — mint ismeretes — a m. kir. népjóléti és munkaügyi miniszter úr 1924-ben 149.000. sz. a. kiadott rendeletével szabályozott. Ezt a rendeletet nem erőszakolták reánk; az orvosi karnak régi óhajta volt az, hogy a szakorvosi cím használata szabályoztassék.

Ennek a rendeletnek a sok jó oldala mellett a bekövetkező káros hatásait, ha netán egyesek előre látták is, az orvosi kar többsége nem sejtette, sőt talán ma négy év eltelté után is csak itt-ott akadt egy-egy figyelmeztető szó, hogy a tisztán szakorvosi képzés általánosítása sem a betegek, sem az orvosok érdekeinek nem felel meg.

Amikor arról gondolkodtam, hogy a Budapesti Orvosok Szövetsége mai közgyűlésén tartandó elnöki megnyitómán milyen témával foglalkozzam, a szakorvosi kérdést tartottam olyannak, amelynek fölvetése véleményem szerint kívánatos. És amikor már e thema körül forgott a gondolatom, alig egy héttel ezelőtt Szövetségünk volt illusztris elnökétől, id. *Imre József* prof. úrtól kaptam „*A magyar szakorvosok jövőjéről*” című, a „*Therapia*” egyik számában közölt elmélkedésének különlenyomatát, amit azonnal elolvastam, nagy megnyugvásomra szolgált, hogy karunk e kiválósága szükségesnek látta, hogy szavait e kérdésben hallassa. *Imre* prof. megállapítja, hogy *csonka országunk egész orvosi karának mintegy 60%-a szakorvos. Megállapítja, hogy a mi orvosi életünkben a szakorvosi irányzat már most is túlteng és hogy magából a kijelentett szakképzettségéből legtöbben nem tudnak megélni.*

Én magam közokozási igazgatói minőségemben láttam meg, hogy a helyzet nem egészséges, hogy orvoslásra szorul.

Mit akartunk mi elérni a szakorvosi cím rendeleti szabályozásával és mi lett a rendelet eredménye?

A mi elgondolásunkat minden kérdésben Szövetségünk célja irányítja. Mindenben az vezet bennünket, hogy Szövetségünk minden tagja érezze, hogy azzal, hogy Szövetségünk tagjává lehetett, az etika magas polcára állítottatott, amelyről egy lépést se szabad lefelé tennie.

Amikor a szakorvosi cím használatának rendeleti úton való szabályozását kértük, akkor is elsősorban az vezetett bennünket, hogy lehetlenné tegyünk az orvosi praxis megjavítását célzó minden olyan igyekezetet, ami a valóságnak meg nem felelő címek használatával az orvosi kezelést igénylő beteget megtevesztheti. Mert ámbár az orvosi diploma jogot ad tulajdonosának arra, hogy mint *Medicinae Universae Doctor* akármilyen betegség miatt hozzá fordulót legjobb tudása szerint

gyógyító kezelésbe vegyen, mégsem nézhetjük tétlenül azt, hogy az orvosi tudomány rohamos fejlődésével az egyes szakokban mutatkozó nagyarányú újszerű átalakulások alapos elméleti és gyakorlati ismerete nélkül csupán praxisa kiszélesítése céljából bárki is szakorvosnak nevezhesse magát.

Nem terjeszkedem ki ez alkalommal arra, hogy a szakorvosi cím használatát milyen föltételekhez köti a rendelet, hiszen ezek a részletek a Szövetség meghallgatásával kerültek bele a rendeletbe. Itt csak arra óhajtok reámutatni, hogy mi lett a következménye ennek a rendeletnek.

Fiatal doctoraink diplomájuk megszerzése után iparkodnak elhelyezkedni a klinikákon, a közokozásokban és általában olyan betegosztályokon, amelyeken az orvosi alkalmaztatásuk a szakorvos jegyzékébe fölvételüket majdan lehetővé teszik.

Közokozásainkban a szakorvosi rendelet kibocsátása előtt a segédorvosok arra törekedtek, hogy maximalisan három évre terjedhető segédorvosi alkalmaztatásuk alatt a lehetőség szerint megforduljanak más-más osztályokon, hogy a praxisban szükséges gyakorlati ismereteket megszerezhessék. A fertőző betegek kórházában és a belorvosi osztályokon alkalmazott segédorvosok lesték az alkalmat, hogy adott esetben áthelyezést nyerjenek sebészi osztályra, szülészeti-, illetve nőbetegosztályra, avagy valamely specialis osztályra: szem-, gége-, fülbetegosztályra, avagy idegosztályra, hogy ilyenképen mire gyakorlóorvosi minőségben letelepednének, az általános orvosgyakorlathoz szükséges ismeretek birtokában legyenek. Boldog volt az a segédorvos, akinek sikerült kórházi szolgálata alatt több osztályon megfordulni.

Ma mi a helyzet? Aki belosztályon eltöltött néhány hónapot, az már céltudatosan a belorvosi szakorvosi minősítésre törekszik. Nem kéri az áthelyeztetését kínáló alkalom esetén, sem a sebészetre, sem a szülészetre, sem máshová, mert azzal veszendőbe mennek a belosztályon addig eltöltött néhány hónapos vagy még inkább másfél esztendő, két esztendő szolgálata. Ki akarja húzni a három esztendőt, hogy a szakorvosi címet megkapja. És kérdem, mi haszna lesz belőle? Még ha a fővárosban tud elhelyezkedni, a maga egyoldalú belorvosi szakképzettségével is megindulhat a praxisa, és talán szerencséje lesz abban is, hogy nem kerül olyan kényes helyzetbe, ahol különleges szakismeretet és jártasságot igénylő orvosi ténykedést várnak tőle. A fővárosban, sőt a vidéki nagyobb városokban is könnyen fog találni akármilyen betegség esetén megfelelő szakorvost, aki tanácsai fog szolgálni neki, vagy akinek tudására bízhatja a betegét.

De mihez fog majd az a belgyógyász szakorvos, aki vidéken telepszik le, ha nehéz szüléshez, abortushoz, komolyabb sérüléshez hívják, amikor ninesen a közelben tanácsot adó szakorvos? Már pedig a szakorvosképzés mai rendszere mellett ilyen eshetőségek mind gyakrabban elő fognak fordulni. Ezért az az egyoldalúan képzett belorvos nem szívesen megy falvakba, mert nagyobb biztonságban érzi magát a fővárosban, a vidéki centrumokban, ahol azonban a gyakorlóorvosok fölös száma miatt kiesiny praxisából alig tud megélni.

Ha a szakorvosi kérdésben a mai rendszer megmarad, bizonyosan jelentékenyen több lesz a szakorvos, aki nemcsak a címében, de a valóságban is az; de az is bizonyos, hogy egyre kevesebb lesz az olyan orvos, aki az általános gyakorlatban megállja a helyét. *Imre* prof. ezen a bajon úgy óhajta segíteni, hogy egyes szakorvosok egyoldalú képzése mellett szorgalmazni kellene az általános gyakorlatra való képzést is, nevezetesen, hogy a szakorvos a belorvoslásban is képezze ki magát. Találón jegyzi meg *Imre* prof., hogy *az olyan szakorvos, aki általános gyakorlatra is vállalkozik, mert ért hozzá, csakhamar keresett orvos lesz vidéken, mert lesz olyan ismertető vonása, hogy olyan dologhoz tud, melyhez más nem, vagy legalább nem olyan mértékben, mint ő.*

A szakorvosi kérdés tehát revisióra szorul, hiszen már most is találkoznak jól képzett szakorvosok, akik nem tudván megélni szakorvosi gyakorlatukból, más szakon, pl. fogorvosi szakon próbálkoznak maguknak megélhetést biztosítani.

E kérdés fölvetésével nem volt más céloim, mint az, hogy a t. Közgyűlés figyelmét reá irányítsam arra, hogy az orvosok gondjaival foglalkozó Szövetségnek olyan kérdéssel is kell törődnie, amely nemcsak a kari érdek, de a közegészségügy érdeke is, mert hiszen nyilvánvalóan nem közömbös a szenvedő emberiségre, hogy a gyakorló orvosok nagy részének tudása ne csak egy specialis szakhoz legyen kötve, hanem hogy a lehetőség szerint minden orvos meg tudja adni a segítséget a hozzá forduló betegnek.

T. Közgyűlés! Az utóbbi évek, különösen az elmúlt esztendő nagy munkát rótt azokra, akiket a tagtársaik bizalma a Szövetség ügyeinek vezetésével bízott meg. El a remény bennem, hogy megélhetési gondjaink és sok más bajunk mellett ezentúl több időt fordíthatunk olyan kérdésekre, amelyek nemcsak bennünket érintenek közletről, hanem közegészségügyi vonatkozásukban is jelentősek.

Abban a hitben, hogy tisztelt tagtársaik ebben az irányban is lelkes odaadással fognak dolgozni, a Budapesti Orvosok Szövetsége évi rendes közgyűlését megnyitom.

ORVOSTÖRTÉNELMI JEGYZETEK

Mátyás király aranya.

Írta: *Karl Lajos*, a francia phil. nyug. egy. tanára.

Az orvoslás az ó- és középkorban esoterikus tudomány volt, titkait a rend tagjai féltékenyen őrizték és utódaikra hagyták.¹ A legenda a történelem nagy alakjait bűvészerével ruházta fel. Az apostoloknak, tetteik apocryph elbeszélése szerint pogány bűvészekkel szemben kellett hatalmukról és hitükről lausúgot tenniük. Corvin *Mátyás* király személye az újkor küszöbén a legendák varázsövébe jutott és azok neki természetfeletti erőt tulajdonítottak. Udvarába hívta *Galeotti Marzio* olasz philosophust, aki alchemiával, varázsszerek készítésével foglalkozott. Az alchemia legfőbb célja mesterséges, arany készítése higanyból. A bécsi nemzeti könyvtár egy kézirat nyomán *Sudhoff*² közölte *Mátyás* király óvszerét a pestis ellen, melynek egyik eleme a „magyar arany“ (aurum hungaricum). A gyógyszerekben oly bő adagolását kívánták, hogy valódi aranyat nem adhattak, mesterséges aranyat kellett hozzá gyártaniok.

Egy XVII. századi olasz *Condé* kézirat *Chantilly* könyvtárában³ annak készítését *Mátyás* király nevéhez fűzi. A szöveget alább közöljük, a készítés módja egyezik a középkor szokásos vegyi módszerével, ahogy azt *Berthelot*⁴ kéziratok alapján ismertette. Azok nagy száma bizonyítja, milyen széles körben volt elterjedve, másolatokra a legutolsó századig akadunk.⁵ *Mátyás* aranyának előírása ismételtelen hivatkozik rá, hogy gyógyszer készítéséről van szó, de megemlíti, hogy abból a *Madonna* képmásával díszített aranydarabokat veretett *Velencében* és azok a valódi aranyból készütekkel azonosak voltak.

Egy modern *Beatrix* királynéről szóló drámában *Galeotti Marzio* haldokló ura életének meghosszabbítására elixirt talál fel, de árulás attól megfosztja. A *Condé*-kézirat szerint *Mátyás* ismerte az alchemia, a bűvös gyógyszerek legfőbb titkát, de életét meg nem hosszabbíthatta, mert *Paulus Jovius* sirverse szerint tetteivel isteni, végzete szerint emberi volt: *Corvini brevis hae urna urna est, quem magna fatentur Facta fuisse Deum, fata fuisse hominem.*⁶

Mátyás magyar király aranygyártásának leírása
(egy rész arany esik húszrész ezüstre)
fordításban a következő:

„Végy egy font higanyt, ahogy rendesen készíül hat unciával szilárd tömegben, azután tedd nyakas üveggörebbe, anélkül, hogy hajlását elzárná, amire a higany lefolyik a görebbe, így tiszta és alkalmas lesz, meleg vízzel mosd meg, borszűrőn ereszd át és így használd.

Továbbá végy egy uncia aranyat, cementbe ellapítva vagy vékonyra hengerelve, tüzesítsd meg egy fazékban, míg egy másikban forralj fel négy uncia folyékony higanyt, készíts belőle vegyületet egy pálcikával jól elkeverve, azután merítsd forró vízbe és mosd meg, önts le a vizet és töröld meg egy darab vászonnal, majd keverd el kétszer annyi kikészített sóval és az egészet tedd egy befoglalt serlegbe, fölé helyezve egy másik serleget és párold, ettől párává lesz a folyékony higany, ami a következő orvosság megsokszorozására szolgáljon a harmadik végső fokon valamivel erősebben kell alatta tüzelned, hogy lásd, szilárd lett-e az anyag, feltéve, hogy nem szilárdult meg, folytasd a tüzelést, míg szilárd és a legjobb orvossággá lesz, amiből egy részt kell húsz rész ezüstre öntened, hogy huszonnégy próbás arannyá átváltozzék, ha az ezüst kihűlt, egy részt cseréld fel negyvennel.

Tudd meg, hogy ez a leírás hiteles, mert szerinte készített *Mátyás* király kifogástalan aranyat, amiből a *Madonna* képmásával tallérokat veretett, csupán az arany a közönségesnél valamivel keményebb, mégis kifogástalan, mert abból a *velencei* pénzverdében próba készült és a legjobb minőségű aranyak bizonyult.

Megjegyzendő, hogy az említett orvosságot a végtelenségig szaporíthatjuk, ha a fenti eljárást követjük, sőt egyre hatásosabb és jobb lesz, mert gyorsabban megszilárdul és bővebb vegyületet ad. Ne mulasd el a göreb széles fenekét a lámpa lángja folytán keletkezett salaktól megtisztítani mert az a lefőzést megakadályozhatja.“

Irodalom: ¹ *Puccinotti*: Storia della medicina. Firenze, 1870. — ² Ms. lat. 11.200 della Bibl. Naz. di Vienna. Archiv für Gesch. der Medizin XVII, 1925, 943–44.; *Orvosi Hetilap*, 1927 aug. 14. (Magyar-Kossa Gy.) — ³ Ms. No. 992. del Museo di Chantilly (fol. 20. vo. — 25. vo.); Le Cabinet des livres, Paris, 1900, I., 331. — ⁴ *Berthelot*: Introduction a l'étude de la chimie. Paris, 1889. — ⁵ *Lippmann*: Entstehung und Ausbreitung der Alchemie, Berlin, 1919. — ⁶ *Paulo Jove*: In Elog. Doct. ch. 44. — ⁷ Egy uncia körülbelül 32 gramm.

KÉRDÉSEK ÉS FELELETEK

Kérdés: 32 éves, erősen fejlett férfi. Nyolc év előtt syphilit szerzett, melyet a beteg állítólag rendszeresen gyógykezeltetett. Jelenleg 2–3 év óta változatlanul fennálló anisokoriája van, amit szintén kezeltetett. A beteg bemondása szerint eddig kb. 20 kúrát kapott (salvars. + higany, később salvars. + bism., legutóbb kb. 5 bismuthkúra). Vér- és liquorvizsgálat negatív. Ajánlatos-e további kúra, miből álljon az, indikált-e a malaria-kezelés?

Felelet: Tekintve, hogy a beteget eddig is már nagyon bőven kezelték antilueses kúrákkal, jelenleg pedig, úgy látszik, semmiféle *activ* folyamat nem áll fenn, azonnal kúra nem indikált. További pontos észlelés mindenesetre a legfontosabb. G.

VEGYES HÍREK

A Budapesti Kir. Orvosegyesület május 5-i ülésének napirendje: **Bemutatók:** 1. *Czoniczter Gábor*: Diabeteshez csatlakozó myelitis funicularis esete. 2. *Láng Adolf*: Radiummal eredményesen gyógyított rákosan elfajult vegyes parotidaganat. **Előadások:** 1. *Nachtnebel Ödön*: A periarthritis nodosáról kilenc újabban észlelt eset alapján. 2. *Gergely Jenő*: Kétoldali tüdőbetegségek műtéti kezelése (bilateralis pneumothorax stb.).

Az Országos Közegészségügyi Egyesület április 25-én tartotta évi közgyűlését, melyen *Gerlóczy Zsigmond* elnök „Az embertermés értékelése” című kimagaslóan szép elnöki megnyitójában rámutatott a háború utáni züllött állapotokra: az emberi életnek oly csekély megbecsülésére, a létért folytatott elkeseredett küzdelemre, a társadalom nagy rétegének mind több és több élvezetet hajszóló törtetésére, melynek számtalan példája bizonyítékait adták a meglazult erkölcsöknek. Végső idejét látja annak, hogy gátat vessenek ennek a pusztító lavinának s megfeszített erővel fogjanak hozzá az újjáépítés nagy munkájához. Az önzetlen munkásoknak nagy seregét az Országos Közegészségügyi Egyesületben látja tömörülni. Örömmel állapítja meg, hogy munkájuk nem volt hiábavaló, határozott sikereik voltak, miknek áldásos hatása mindenben nyilvánvalóvá válik.

Az Országos Balneológiai Egyesület április 29-én, vasárnap, a Széchenyi-fürdőben tartotta meg a gazdasági osztály ülését és XXXIII. közgyűlését. A résztvevők az ülés előtt *Édes Endre* tanácsnok, *Zombory István*, a fürdő igazgatója és *Mayer Árpád*, a fürdő főorvosának vezetése mellett megtekintették a Széchenyi-fürdő hatalmas új építkezéseit.

A gazdasági osztály ülésén *Bánlaky Géza* elnöki megnyitójában rámutatott a magyar fürdőügy eddigi fejlődésére. *Tausz Béla* behatóan ismertette a magyar középosztály nyaralási problémáját és a dunamenti nyaralóhelyekre hívta fel a figyelmet. *Felber Lipót* exakt számokkal mutatott rá ásványvízkereskedelmünk passiv mérlegére és kifejtette azokat a módosításokat, amelyekkel egyrészt a belföldi fogyasztást, másrészt az exportot fokozni lehetne. *Sümegei József* a magyar fürdők forgalmáról tartotta meg előadását és a 40 éves adómentesség megadásában, a hosszú lejáratú fürdőkötvények kibocsátásában, a fürdőtörvényjavaslat megoldásában látja azokat az eszközöket, amelyekkel a magyar fürdők és forgalmuk fellendítését el lehetne érni.

Az egyesület közgyűlésén *Dalmady Zoltán* főtitkár betérjesztette évi jelentését, javasolta az igazgatóság nevében báró *Korányi Sándor* professor egyetemi tanár és prof. *Domenico Barduzzi* tiszteleti taggá való megválasztását, kiket a közgyűlés lelkesedéssel egyhangúlag meg is választott. Azután beszámolt a pályázatokról, bejelentette, hogy a Lukács-fürdő, a Széchenyi-fürdő és Saxlehner András-cégg újabb pályakérdések megszövegezésére kérték fel az egyesületet.

A pénztári jelentés elfogadása után a számvizsgáló-bizottságot választották meg.

A Tuberculosis Elleni Nemzetközi Szövetség 1928 szeptember 24-től 29-ig tartja meg Rómában a VI. nemzetközi értekezletet. A megállapított tárgyak, melyeket az értekezlet tárgyalni fog, a következők: 1. Biológiai kérdés: A tuberculosis vírus filtrálható elemei. Előadó: Prof. *Calmette*. — 2. Klinikai kérdés: A gyermekkori tuberculosis diagnostikája. Előadó: Prof. *Rocco Jemma*. — 3. Társadalmi kérdés: A tuberculosis prophylaxis szervezése a vidékeken. Előadó: *William Brand* dr. — A kérdések száma csak erre a három tárgyra vonatkozó előadás vagy közlemény tehát az értekezleten nem is fog tárgyalatni és ilyeneket az értekezlet rendezőse el sem fogad. — A három főtárgyon kívül még a következő előadásokat fogják megtartani, azonban vita kizárásával: Emlékezés Forlaninire. Tartja: Prof. *Morelli Jenő*. — A tüdőtuberculosis sebészi kezelése. Tartja: Prof. *Brauer*. — A tuberculosis esetére való kötelező biztosítás Olaszországban. Előadja később kijelölendő személy. — A milánói iparban folytatott tuberculosisselleges védelem szervezete. Előadják: a nemzeti fasiszta ipari egyesület elnöke, egy mérnök és egy gyári felügyelő-orvos Milánóból. — Az értekezlet munkálatai francia, angol és olasz nyelven fognak nyomtatásban megjelenni. Az olaszországi antituberculosikus intézmények megtekintésének megkönnyítésére szeptember 15-től fogva lehet odautazni később meghatározandó és megküldendő végleges pro-

gramm alapján. — Az értekezleten való részvételre szeptember 15-ig lehet beiratkozni. Azok a résztvevők, akik eddigelé nem tagjai a rendező nemzetközi szervezetnek, az értekezleten részt vehetnek, mint az értekezlet tagjai (membres de la conférence), amennyiben a saját országuk nemzeti szervezete őket ajánlja. Tehát mindazok a személyek, akik be akarnak iratkozni az értekezletre, nem jelentkezhetnek közvetlenül Rómában, hanem feltétlenül küldjék be eziránt való elhatározásukat előzetesen a *Tuberculosis Elleni Küzdelem Országos Bizottságának*, Budapest, II, Lánchíd-utca 2. sz. A beiratási díj az értekezlet tagjai részére 100 lira (kb. 33 pengő). — Részletesebb felvilágosításokat nyújt a Tuberculosis Elleni Küzdelem Országos Bizottsága, Budapest, II, Lánchíd-utca 2.

Személyi hírek. A kormányzó a budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetemen üresedésben levő II. sz. szemészeti tanszékre *Blaskovics László* dr. egyet. címzetes rendkívüli tanárt egyetemi nyilvános rendes tanárrá kinevezte. Az új professort, ki május 14-én 12 órákor tartja tanszékfoglaló előadását, örömmel üdvözlöljük.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága ez év tavaszán hétféle tanfolyamot rendez és pedig a budapesti, a szegedi, a pécsi és a debreceni egyetemi klinikákon, továbbá egyhetes tanfolyamot a csecsemő-orvoslásból és kéthetes fogorvosi továbbképző tanfolyamot, ezenkívül négyhetes specialis tanfolyamokat az egyes egyetemi klinikákon egész éven át, kivéve július és augusztus hónapokat.

A m. kir. népjóléti és munkaügyi miniszter úr folyó évi április hó 19-én 50.112/1928. N. M. M. szám alatt kelt körrendeletével „nyomatékosan felhívta az alispánok és polgármesterek figyelmét a közegészségügyi szempontból nagyjelentőségű továbbképző tanfolyamokra, és hogy különösen a közszolgálatban álló orvosoknak a tanfolyamokon való részvételét a segélyek útján is a lehetőséghez képest segítsék elő”.

A Budapesti Orvosok Kamarazeneegyesülete ezidei VI. házi hangversenyét április 25-én tartotta meg a kir. Orvosegyesületben, kizárólag magyar szerzők műveiből. A nagy számban összegyűlt közönség *Bókay János* professort, a Kamarazeneegyesület közszeretében álló elnökét, hangulatos és szép zeneműveinek előadása alkalmából lelkes ünneplésben részesítette.

Korányi Frigyes születésének százéves fordulóját a budapesti orvosi kar május 1-i ülésének határozata szerint ez év novemberében üli meg. A kar kéri e célra az Aula átengedését s a Rector Magnificus és a teljes Tanács részvételét, egyben fel fogja kérni az ünnepen való részvételre a Budapesti Kir. Orvosegyesületet, a Közegészségi és Igazságügyi Orvosi Tanácsot, az Erzsébet Sana-torium-Egyesületet, az Orsz. Közegészségi Egyesületet és az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottságát. — Az Akadémia külön tart ünnepet december folyamán, melyen az emlékezést *Bókay János* fogja tartani.

A kórhoncolás vezérfonala orvostanhallgatók részére (írta: *Orsos Ferenc* dr. egy. ny. r. tanár) az Orvosi Hetilap kiadásában megjelent és 2:50 P-ért kapható a kiadóhivatalban s a könyvkereskedésekben.

A Magyar Orvosok Röntgenegyesülete közgyűlését április 25-én tartotta az Egyetemi Röntgenintézetben. A jelentések az Egyesület további megismosodásáról számoltak be. A tagok száma 144-ről 167-re emelkedett. A tudományos ülések állandóan nagyszámú hallgatóság előtt folytak s azok tárgysorozata mindig változatos és bőséges volt az elmúlt esztendőben. Az Egyesület munkásságát nagyban elősegíti az Egyesület lapja, a *Magyar Röntgen Közlöny*. A röntgenológia ismereteinek általánosítását szolgálják az évenként rendezett továbbképző tanfolyamok. Az Egyesület által kiadandó Röntgen-tankönyv nyomás alatt van. Az egyesület vagyona jelenleg 7632 P. A közgyűlés a tisztújítás során elnöknek egyhangúan újból *Kelen Béla* c. rk. egyetemi tanárt választotta meg; alelnökök lettek *Ratkóczy Nándor* magántanár és *Gál Felix*, titkár *Hermann János*, jegyző

Czunft Vilmos, pénztáros Gajzágó Jenő, ellenőr Mészöly Pál. Az Egyesület felvette programjába a magyar röntgenológiának megismertetését a külfölddel és a hazai tudományos forumokkal való együttműködést. Az indítványok során a közgyűlés egyhangúan magáévá tette *Elischer Gyula* professor indítványát, amelyben a röntgenológiának az egyetemen való kötelező hallgatását és tanítását javasolja.

Kiadóhivatalunknak szüksége volna reclamatiók elintésére az 1927. évi 46., 48. és az 1928. évi 1. számokra. Szívesen fizetünk példányonként 1— pengőt, vagy betudjuk az előfizetésbe.

Rejtő Sándor egyetemi magántanár nyári telefonszáma (nincs a jegyzékben): Automata 507—25.

Orvosdoktorra avatott a Pázmány Péter Tudományegyetemen az elmúlt hét szombatján: Cselényi Gyula, Hügel Lajos, Katona János, Szabó Jenő János, Szelenszky István, Fórai Izabella Mária, Rothstädter György, Schein József. Üdvözljük az új kartársakat!

† **Tüdős Kálmán dr.**, Debrecen sz. kir. város tiszti főorvosa életének 68. évében április hó 25-én meghalt.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint április 22—28-ig előfordult:

Hasi hagymáz	21	3	Gyermekági láz	—	—
Küteges hagymáz	—	—	Báránymillő	43	—
Hólyagos (ál-)himlő	—	—	Járv. fültőmirigylob ..	25	—
Kanyaró	250	5	Vérhas	3	1
Vörheny	29	—	Járv. agygerincagyhártyalob ..	—	—
Szamárhurut	96	6	Trachoma	26	—
Roncs. torok, gégelob ..	38	12	Veszétség	—	—
Influenza	14	3	Lépfene	1	—
Azsiai kolera	—	—	Paralysis infant.	—	—

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

LEGTÖRÉTESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES BÖRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

Minden nyelvű
orvosi könyvek és folyóiratok
legelőnyösebben, részletfizetésre is
NOVÁK RUDOLF ÉS TÁRSA, orvosi szakkönyvkereskedése,
Budapest VIII, Baross-utca 25. Telefon: J. 302—17.
szerezhető be.

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

Röntgen-Diathermia és az összes villamos gyógyászati felszerelések, kvarzlámpák legújatosabban
Lüders és Kanis Röntgen és Elektromedikai Műszaki vállalat
Budapest VII. kerület, Miksa-utca 5. szám.
Telefon: József 430—26. Sürgőnycim: Röntgen Budapest.

ETRA Röntgen és Diathermia
Tel.: J. 304-58. ETRA r.-t. Budapest VII, Rózsa-u. 25.

Dr. Mandler Ottó gyógyintézete, Kálvin-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.

SEBGYÓGYULÁS

A »mesterséges magaslati napfény — Original Hanau« — kvarzlámpa fertőtleníten, szagtalanítóan, szárítóan hat, a sebreactiont serkenti, ennélfogva tisztítja a sebet, elősegíti egészséges sarjadzások és a hiányzó felhám képződését, az oxydáló és redukáló anyagcseré folyamatok elősegítése által közvetlenül a mélybe is hat, savós és véres-savós izzadmányokat felszívódásra bír; az étvágy és alvás javulnak, a fájdalmakat megszünteti és a seb lapos, lágy, jó vérkeringésű heggel gyógyul. Erős callus- és heggképződések különben még utólag is a legmesszebbmenőleg javíthatók a »mesterséges magaslati napfény«-quarzlámpával.

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

Mindezek a tapasztalatok feljogosítanak arra a kívánságra és felszólításra, hogy az ultraviolett-sugarak a sebek gyógykezelésében sokkal nagyobb mértékben használtassanak, mint eddigelé. Minden műtétet, minden kötészváltoztatást a „mesterséges magaslati napfény“-quarzlámpával való besugárással kellene befejezni.

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

USA. dollár

Bach-Höhensonne (egyszerűsített függőlámpa) egyenáram számára 39-25
Bach-Höhensonne (egyszerűsített függőlámpa) váltóáram számára 91-75
Bach-Höhensonne (egyszerűsített stativlámpa) egyenáram számára 45-25
Bach-Höhensonne (egyszerűsített stativlámpa) váltóáram számára 97-50
csomagolatlanul ab gyártelep Hanau a. M.
Kényelmes részletfizetés, Magyarország, Ausztria és Csehszlovák területén.

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

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

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

Kurzusok

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

WIEN IX, SPITALGASSE 1/a.

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

„GYÁRI MÁRKANK“

- ORIGINAL HANAU -

kezeskedik — több mint 20 éves gyártási tapasztalatok alapján — a legnagyobb üzembiztonságról és legjobb minőségről.

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:

Bakay Lajos: Néhány csont- és ízületi megbetegedésről a reuma-
kérdés kapcsán. (553—557. oldal.)
Treer József: Új hypophysis-műtét. (557—560. oldal.)
Országh Oszkár: Pleuritis mediastinalis syphilitica. (560—562.
oldal.)
Gyulai Béla: A méh hüvelyi részének körkörös leszakadása szülés
alatt. (562—563. oldal.)
Báró Korányi Sándor: Áltudományos és tudományos balneologia.
(563—567. oldal.)
Treer József: Megjegyzés Campián Aladár dr. „A lúgmérgezés
okozta nyelősészűkletekről” című cikkére. (568. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat kérdései. (81—84. oldal.)
Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Urologia. — Szemészet.
(568—571. oldal.)

Könyvismertetés. (571. oldal.)
A Kir. Orvosegyesület május 5-i ülése. (571—572. oldal.)
A Közkórházi Orvostársulat és gégzészeti szakosztály május 2-i
együttes ülése. (572—574. oldal.)
Az Apponyi Poliklinika április 25-i ülése. (574. oldal.)
A Magyar Orvosok Röntgen-egyesületének április 25-i ülése.
(574—575. oldal.)
A Debreceni Orvosegyesület április 26-i ülése. (575. oldal.)
A német belorvosok 40. congressusa Wiesbadenben. (1928 április
16—19.) (575—577. oldal.)
A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat felhívása. (577—579. oldal.)
Kérdések és feleletek. (579. oldal.)
Vegyes hírek. (579—580. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Néhány csont- és ízületi megbetegedésről a reuma-kérdés kapcsán.*

Írta: *Bakay Lajos dr.*, egy. ny. r. tanár.

Az idők folyamán a csontok és ízületek azon meg-
betegedései közül, amelyeket régen rheumának vagy
rheumás fájásnak neveztek el, többnek a lényegét telje-
sen vagy megközelítőleg megismertük. Ezeket a csont-
és ízületi elváltozásokat nagyon nehéz egyöntetű néző-
pontból megbírálni, csupán egy olyan közös tünet van,
amelyből kiindulva mindannyit összefoglalhatjuk, ez
pedig az, amely alapon valamikor egybefoglalták őket:
a rheumás fájdalom. Mindenik elváltozásnál tehát közös
a klinikai tüneteknek a legkifejezőbbje, a fájdalom.

A csontok és ízületek fájdalomosságáról azóta, amióta
a sebészet a helybeli érzéstelenítést mindig kiterjedte-
ben használja, alaposabb ismereteink vannak. Míg *Len-
nander* tisztán csak a csonthártya érzékenységéről szol-
gáltat adatokat, addig a későbbi vizsgálók, köztük
Nyström, határozottan megállapítják, hogy a csontok-
nak egyéb része is el van látva érző idegvégződésekkal.
A csonthártya érintése intenzív fájdalommal jár, amely
különbözik a valódi csontfájástól. *Nyström* szerint úgy
látszik, a csonthártyától megfosztott corticalis külső
részlete érzéstelen. Ha pl. egy pár mm mélységig átfúr-
juk ezt a részletet, fájdalom nem jelentkezik. A hosszú
csővescsontoknak a velőürege már el van látva fájda-
lomközvetítő idegekkel, amelyek főleg a corticalisnak
a belső felszínén foglalnak helyet. A fájdalomérzés
e helyen csak nagyobb felületek érintésére keletkezik
és tompa diffus jellegű. A tűszúrás itt csak gyenge fáj-
dalmat vált ki. A metaphysis és epiphysis spongiosája
szintén csak durvább behatásra érzékeny. A kísérletek
azt mutatták, hogy a fájdalomközvetítő idegszálak a
corticalishoz közelebb eső részekben vannak. Az ízületi
porcogóknak és úgy látszik az epiphysis porcogóknak

sincsenek érző idegvégződése. Ezek a vizsgálatok azon-
ban még teljesen befejezve nincsenek. Bárki közülünk,
aki csontműtétekkel foglalkozik, tudja azt, hogy talá-
lunk egyes meghatározott pontokat a csontokban, ame-
lyek feltűnően érzékenyek. Valószínű, hogy nagy jelen-
tősége van a csontban futó erek érzékenységének. A peri-
arterialis sympathektomia alkalmával meggyőződhet-
tünk az érfalaknak a fájdalomosságáról. *Odermatt* vizs-
gálataiból és a saját tapasztalatainkból tudjuk a külön-
böző arteriáknak különböző érzékenységét. *Schmetkin*
az arteriák külső falában érző idegvégződéseket tudott
kimutatni.

Läwen tanulmányozta a térdizületnek az érzékeny-
ségét, amelyet ő rendkívül nagyra mond. A kereszt-
szalagok egyes részleteinek az érintése szondával igen
heves fájdalmat vált ki. *Payr* szerint az ízület rostos
tokja sokkal érzékenyebb, mint a synovialis réteg. Ő is
megemlíti, hogy az ízületekben typosos fájdalompontok
vannak, amelyeknek az érintése a többihez viszonyítva,
hevesebb fájdalmat vált ki. *Foerster* a boroszlói ideg-
gyógyász, akinek az észlelései azért bírnak nagy jelen-
tőséggel reánk nézve, mert ő maga is kiváló sebész, azt
állítja, hogy a csonthártyától megfosztott csont is igen
érzékeny lehet. A nagyobb csőves csontokban a rami
diaphysarii-k vezetik a fájdalomosságot. Az ízületi tok-
ban szerinte sok az idegvégződés. Az ízületi porcogóban
fájdalom nem keletkezik, de annál inkább a porcogó
alatti spongiosában. A fájdalomvezető idegrostok a bőr-
alatti részekhez, mint a fascia, csont, izom, nem a nervi
cutaneiben haladnak, hanem a mozgató, vagy a kevert
idegtörzsekben. *Foerster* és *Sheerington* szerint nincs
tisztán mozgató ideg, mert a mozgató rostok kívül ezek
vezetik az afferens rostokat is. Emellett azonban a test
némely helyén a nervi cutanei szerepet játszhatnak a
csonthártya és az ízület ellátásában. Például a sing-
esont alsó végdarabját a ramus dorsalis n. ulnaris, a
külső boka csonthártyáját a n. suralis látja el. Szerepe
van azonkívül az ízületek és csontok ellátásában a rami
articulareseknek.

* Előadta a Budapesti Kir. Orvosegyesületben
1928 február 25-én.

A fentiekből tehát láthatjuk, hogy úgy az ízületek,
mint a csontok fájdalomérzést vezető idegekkel rendel-

keznek. A csontok érintésekor az éles fájdalmat a csont-hártya, a tompa fájdalmat a velőüreg környékén lévő csonttrészek adják. Fel kell tehát tételeznünk, hogy úgy a traumás behatások, mint a pathológiás folyamatok is befolyásolhatják ezeket az idegvégződéseket.

A Röntgen-aera beköszöntése óta tudjuk azt, hogy a csontok a külerőszak behatására nemcsak töréssel, repedéssel felelnek, hanem van az elváltozásnak olyan esekélyebb foka is, amely a csontok belső szerkezetének a megváltozásával jár, az, amikor a velőüreg környéke, a szivacsos állomány lemezkéi, a közöttük lévő velő-állomány szerkezete, a capillarisok lefutása változik meg. Ezt az állapotot nevezte *Matti praefracturás állapotnak*. Megfigyelhetjük akárhány esetben, hogy az ilyen csont a trauma után napokkal vagy hetekkel fájdalomassá válik s a fájdalom az egész végtag hosszában kisugárzik. Ezek a fájdalmak különböző idő múltán maguktól megszűnnek.

Nagy kérdés az, hogy vajon a csontok összetételének a megváltozása észrevehető fájdalmas érzést vált-e ki? Tudjuk azt, hogy a csontoknak az anorganikus alapanyaga meglehetősen változatlan. Az újabb vizsgálatok odamutatnak, hogy a csontokban nemcsak a felépítésükhöz szükséges megfelelő mészsótartalom van jelen, hanem ez képezi egyszersmind a calciumnak felraktározó helyét, depótját is. Tehát, mint ahogy *Korányi* megállapítja, nemcsak felhasználó szerve a csont a calciumnak, hanem elraktározója is. Kísérletileg még kétségen felül nem tudtuk bebizonyítani, de valószínű, hogy törés alkalmával az új callus elmeszesedéséhez az anorganikus anyagot a szomszédos törésvégek szolgáltatják. Sokszor arányban áll ugyanis a callus csontosodásával a törésvégeknek az atrophíája, miközben a vér calciumtartalmában elváltozást nem, vagy csak igen keveset találunk. (Lásd: *Mattuscheck* dr. vizsgálatait klinikámon. Magyar Sebészárság Évkönyve, 13. kötet.) *Chossat* és *Voit* anyagcserevizsgálataiból kitént, hogy a hiányos élelmezésnek nagy befolyása van a csontra, corticalisa megvékonyodik és a spongiosa lemezei tönkremennek. *Voit* szerint csak azok a csontok tartják meg valahogyan szerkezetüket, amelyek leginkább igénybe vannak véve. *Müller*, *Munk* és *Luciani* vizsgálatai szerint a méz- és phosphorkiválasztás a nagyfokban éhezónél ugyanannyi, mint a bőven táplálkozónál. Az éhezó tehát a csontdepótból választja ki a meszet és phosphort. A háború tapasztalatai megerősítették az állatkísérleteket. A sythematikusan éhezőknél, különösen fiatalabb gyermekeknél az egész testre kiterjedő kízó, a rheumatikus fájdalmakra emlékeztető fájdalmas állapot keletkezett. A régibb folyamatnál a szegycsont, bordák, a kulcs csont érintése már heves fájdalmakat váltott ki. Nálunk Magyarországon csak Pozsonyban észleltük ezt az úgynevezett *éhség osteopathiát* a Gaiiciából áttelepített lakosságnál. Németországban és Ausztriában azonban egész nagy irodalma keletkezett ennek a kérdésnek. (*Alvens*, *Böhme*, *Fromme*, *Hass*, *Schlesinger*). Az ilyen csontoknak a Röntgen- és szövettani vizsgálata a teljes átlátszóságot és az úgynevezett *Looser-féle* átépítési zónákat mutatta, azon harántreiszserű hiányokat, ahol a fokozódó csontresorbtiót az appositio nem pótolta.

Megemlítendőnek tartom röviden azt a csontfájást, amely a rachitis okozta csontpuhulásnak az eredménye. Sokszor rejtelmes az oka ennek a fájdalomasságnak serdülő egyénekénél, ahol végre is kiderül, hogy egy rachitis adolescentiummal van dolgunk, amely betegségben a legsúlyosabban igénybe vett izületi végek betegszenek meg. Később már kitűnik a gyanú helyes volta a bekövetkezett deformitásból: coxa vara, genu

valgum, varum stb. Már a régiek megkülönböztették a másik csontgyulladásos folyamatnak az osteomalaciának egy jellegző formáját és rheumatikus alaknak nevezték el, mert kevésbé súlyos és rapid elváltozások mellett főleg a fájdalom minősége volt jellegző ránézve.

Akárhányszor tapasztaltam, hogy hosszú fekvés vagy huzamosabb időn keresztül hordott gipszkötés, vagy rögzítő gép után a betegek az első járókísérletek alkalmával igen heves csontfájásokról panaszkodtak. Gyakran találjuk ilyenkor az illető végtagrésztlet csontjaiban a *Sudeck-féle nagyfokú foltos atrophíát*. A fájdalmak néha oly hevesek, hogy a beteg a megterhelés-kor felsikolt. Ezeket a fájdalmakat részben az izületi tokokban, részben pedig a spongiosában kell keresnünk. Az izületi porcogó maga érzéketlen ugyan, de a felpuhult csontba való benyomulása kell, hogy fájdalmat váltson ki. Ugyanezt a fájdalomasságot találjuk a csonttörés gyógyulásakor keletkezett fiatal, még kellőleg el nem csontosodott callusban is. Időelőtti megterhelésre ez a callus rendkívül érzékenyvé válik s napokon keresztül állandóan kisugárzó fájdalommal kínozza a beteget.

A csont hypertropiája, amely a csontállomány megnagyobbodásából áll a velőterek rovasára, szintén okozhat bizonyos kellemetlen érzést, tompa fájdalomasságot, vagy a végtagrésztlet nehezségét. *Albers-Schönberg*, *Sieck*, *Reiche*, *Laurell*, *Wallgren* számoltak be az irodalomban ezirányú tapasztalataikról. *Erősen sklerotizáló folyamat az ú. n. márványbetegség*, melyet némelyek pluriglandularis affectiónak, mások, mint *Reye*, a mézanyagcsere regulatiozavarának tartanak. Ritkán fordul elő ez a csontelváltozás, amely az én megfigyelt esetemben kellemetlen, szaggató fájdalomassággal járt.

A csontok és izületek fájdalomasságának gyakori forrása a *statikai viszonyoknak a megváltozása*. Egyet-értek *Schanz*tal, aki szerint az igénybevételnek, a nemhasználásnak vagy elhasználásnak van nagy jelentősége a csontok összetételére, az izületi felszínek egymáshoz való viszonyára és az ú. n. kynetikus összhangra. *Schanz* szerint rendes körülmények között a végtag teljesítőképesége és a statikai igénybevétel között egyensúlyállapotnak kell lenni. Ha a statikai igénybevétel a normalis alatt van, akkor az eredménye a statikai inactivitások atrophia. Ha fokozódik a megterhelés vagy pedig ha csökken a teherviselőképeség, úgy megterhelési aránytalanság jön létre, amelynek az eredménye az egész organismust befolyásolhatja. Ezt az ú. n. statikai insufficienciát mindig szem előtt kell tartani. Ebből származhatik a korai fáradtság érzése, a localis fájdalomasság és a kisugárzó fájdalom.

Kísérleti adataink vannak (*Müller*) arra vonatkozólag, hogy a növekedő zónára gyakorolt nagyobb nyomás akadályozza az enchondralis csontosodást. Ez bizonyítja a mechanikus momentumoknak a nagy jelentőségét. Ez a nyomás nemcsak a növekedő porcogókat akadályozza, hanem a már elkészült csontokat is sorvaszthatja. A korán megterhelt fiatal csontrendszer tehát a megterhelés iránya szerint különböző módon reagál s az izületi végek növekedése vagy visszamaradása hozza létre az izületi felszínek deformálódását. Ismeretes az alsó végtagoknak a nagy eltorzulása az életmód folytán. Az ülő életmód, a kevés járás, a megterhelés hiánya, vagy a fokozott megterhelés átalakítja a láb csontrendszerét. Megváltoznak a boltozatok. Megterhelés alá kerülnek olyan csont és izületi felszínek, amelyek arra szerkezetükénél fogva nem alkalmasak, míg az arra alkalmasak a megterhelés alól kikerülnek. Ezeket az elváltozásokat a helybeli fájdalomasságon kívül az egész végtagra kiterjedő kisugárzó fájdalmak

is követhetik, mivel az egész csontrendszer egy mechanikai és kynetikai egység, amelyben a helybeli elváltozásokat a megterhelési viszonyok, súlyelosztás átalakulása folytán feltétlenül bekövetkező általános tünetek is kísérik. A láb csontrendszerének elváltozását követi a térd, a csípő, sőt a gerincoszlop és a medence elváltozása, illetve kisugárzó fájdalommassága is. Foerster írja az ő fájdalomról szóló könyvében: „Minden esetben, ahol tarkófájdalmasságról van szó, egy pillantást vetek a lábra és bámulat az, hogy a láb anomáliájának a correcturája milyen gyakran megszünteti a fájdalmat.“ Szerinte az egyes csigolyarészletek megváltozott statikai megterhelése játszik itt nagy szerepet.

A csontrendszer betegségeit magukban elképzelni lehetetlen, a körülötte lévő lágyrészek mindig résztvesznek annak az elváltozásaiban. Így például a megterhelés változása nemcsak azt jelenti, hogy a lábholtozat leszáll, hogy az ízületi felszínek eltolódnak, hanem jelenti azokat a finom kynetikai eltérések összességét, amelyek ebből származnak. Megváltozván a súlypont, eltolódást szenved egymással szemben az izmok eredése és tapadása, a tokszalag egy része megnyúlik, másik megrövidül. Az izmok háromnegyed része *Bardeleben* szerint fascia feszítő, megváltozik tehát az erőátvitel iránya. Megváltozik a végtag kötőszöveti felépítése is, amely *Roux* szerint éppúgy, mint a csontgerendázat, a legszabályosabban az erő húzása, nyomása és az eltolódás szerint van elrendezve. Minden zavar e téren dinamikai következményekkel jár. Megváltozhatnak az erek, idegek lefutása stb.

Ennek a megváltozott statikai viszonyoknak egy rendkívüli tanulságos példáját látjuk a *typusos bokatorrések* alkalmával, amikor a két letört boka aránylag jól meggyógyult, mégis a gyógyulás után hónapokkal, sőt évekkel is még nagyfokú fájdalommasságot találunk. A beteg a lúdtalp-betéteknek egész raktárával rendelkezik és mindenféle fürdőt használt már és, a nagy kisugárzó fájdalom változatlanul tovább tart s lassanként kiterjed a végtag egész hosszára. Ilyenkor az orvos és a beteg sem a csonttörést okolja már, hanem megfázásról és rheumás fájásról beszél, holott az oka a bokavillának megváltozott helyzete, illetve kiszélesedése, a talus felszínéhez való aránytalansága, incongruentiája, amely körülmény folytán az egyirányú megterhelés keresztül nem vihető. Néha elegendő félcentiméteres eltérés.

Csak röviden akarok megemlékezni a *gümős csontfolyamatoknak* néhány nem typosos alakjáról. A legutóbbi napokban került gyógykezelésünk alá egy tisztviselő, akit régóta gyógyítanak idült ízületi gyulladás miatt. Daganat, deformált mind a két térdizülete, a jobb váll- és könyökizülete. Mindenik ízületben gondos vizsgálat után a gümős csontgóc ki volt mutatható, az ankylotikus könyökizületben, az olecranonban feküdt. A fájdalmak az egész test felszínére kisugároztak. Egy másik nemrég vizsgált esetünkben az egész jobb alsó végtagra kiterjedő fájdalommasságnak az oka a *patellában levő góc* volt, a mely a porcogó felé terjedt.

A *luetikus csontfolyamatokból* eredő fájdalommasság sokszor szintén tévútra vezet. A pozitív Wassermann útbaigazít, a negatív nem. Felhívom a figyelmet a calcaneus igen gyakori luetikus megbetegedésére, ahol a felrakódás az Achilles-ín tapadása felett és alatt, valamint a corticalis talpi felszínén a legnagyobb mennyiségű; különösen ez utóbbi helyen kihegyeződve *calcaneustövis* képződésére vezethet. (Lásd *Jakob Mihály* dolgozatát klinikámról: Archiv für klinische Chirurgie. 1926, 145. köt.) A kisugárzó fájdalom meglepő nagy, a beteg sokszor képtelen talpára rálépni. Meg kell

jegyezni, hogy az ú. n. calcaneustövis nemcsak luetikus betegekben fordul elő, hanem mechanikus és traumás befolyásra is. Legutóbb egy férfibetegünkénél határozottan gonorrhoeás eredetű volt.

A *genyes csontfolyamatok* közül a chronikus módon, csekély lázas mozgalmak kíséretében lefolyó, mindkét alsó végtag hosszú csontjaira kiterjedő csontvelőgyulladásról emlékezem meg. A közelmúltban is észleltünk olyan beteget, akinél mind a két tibiának az elhalása kisugárzó, rheumatikus fájdalomra emlékeztető módon ment végbe, mindössze egy-egy ponton képződött későn, a folyamat végén egy kis sipolynylás. A Röntgen-sugár igazított bennünket a helyes irányba.

Az amerikaiak az utóbbi időben sokat írnak az ú. n. *Brodie-féle tályogokról*. Gros 1910-ben 141 esetet állított össze, Tomson pedig 161 esetről referált. Főleg a sípcsont, de más csövescsontnak is az epiphysis végén találtak különböző nagyságú, szabályos alakú üregeket, szélükön csontmegvastagodással. A csontüreg környéke időnkint fájdalommassá vált, amely fájdalom kisugárzott a szomszédos ízületbe s éjjel intenzívebbé lett. Láz, leukocytosis nincs, pedig az üreg genyvet tartalmaz, amelyben staphylococust, streptococust, colit vagy typhust találtak. E helynek megfelelőleg a csontthártya és a csontkéreg megvastagodott, a spongiosa sklerotizált. A tályog rendszeren az epiphysisvégben ül, a diaphysis felé terjeszkedik ki, sequester nem képződik.

A csontokban előforduló *tumorok* akár jóindulatúak azok, még inkább azonban, ha rosszindulatúak, nagy felületre kiterjedő kínzó fájdalomnak az okozói lehetnek. Eleinte, a daganatnak növekedése kezdetén nehéz localizálni a daganatnak a helyét. Ezért van az, hogy a thermalis kénesfürdőket ezekkel a kínzó rheumatikusnak minősített fájdalomokkal keresik fel ezek a betegek, ahol állapotuk fokozatosan romlik. Sokszor csak a csontrendszer rendszeres átkutatása mutatja meg nekünk a fájdalom kiindulási helyét. Az osteoma, chondroma, sarkoma, osteochondrosarkoma, valamint a carcinoma metastasisok mindenféle faja és a myeloma hosszú ideig tévedésbe ejthet bennünket. A lymphogranulomatosis által okozott elváltozás a csigolyatesteken, valamint a csöves csontokon szintén figyelmet érdemel.

Sokszor az éveken keresztül fennálló kisugárzó fájdalomnak az okát egy *solitaer cartilaginális exostosisban* vagy *exostosis bursaiban* találjuk meg. Ez utóbbiban és körülötte néha szabad porcogótestek is fordulnak elő. Egy ilyen esetünkben a 11 éves gyermek két hónapon keresztül heves fájdalmakat érzett, amely csak az éjjeli nyugalomban és az ágy melegében szűnt meg. Később, amikor a térd medialis alsó felszíne duzzadni kezdett, jöttünk rá a fájdalom kiinduló pontjára. (Lásd *Mészáros Károly* dolgozatát klinikámról: Archiv für klinische Chirurgie. 1927, 146. köt.)

A csontokban előforduló *cysták, óriássejtű daganatok és centralis fibromák* néha teljesen tünet nélkül maradhatnak, máskor azonban jelenlétük tompa, kellemetlen fájdalomérzéssel jár; viszont máskor a fájdalommasságnak a fokozódását és jelentékeny nagyságát az általuk okozott pathológiás törés vagy infractio váltja ki. (Lásd *Jakob Mihály* dolgozatát klinikámról: Magyar Sebésztársaság Évkönyve. 1927, XIV. kötet.) Nem akarok ezeknek a cystáknak és daganatoknak az aetiologiájára kitérni, osztom azonban *Loosernek* a nézetét, hogy a traumának is valószínűleg jelentékeny szerepe van. *Lubarsch* szerint az óriássejtű tumorok a vérzések organisatiójából támadnak, melyben a vezérszerep a kötőszövet óriássejt-tartalmának van. A sarkomákhoz semmi közük. Újabb időben az a nézet kezd kialakulni,

hogy ezek a csontcysták és óriássejt-tumorkok post traumás képződmények, amelyek úgy normalis, mint beteg csontban előfordulnak, és nem foghatók fel külön betegségnak, ostitis fibrosának, mint azt *Recklinghausen* követői állították. Annyi bizonyos, hogy nehezen meghatározható, kiterjedt csontfájdalmasság okai lehetnek és csak a Röntgen-sugár az, amely a biztos diagnózishoz vezet.

A kezdeti időszakban a csontrendszer több részletére kiterjedő sajátságos csontgyulladásos alak; az *ostitis deformans Paget* tévedésbe ejthet bennünket. Csakhamar durva elváltozások támadnak a csöves csontokon, a régi spongiosa elpusztul, a rostos velő pedig új, rendetlen formálódású csontot rak le, s a fájdalom az illető végtágrészekben erősen fokozódik. Az *ostitis deformans* Röntgen-képe egy egészen sajátos szerkezetet mutat, a corticalis megvastagodott, helyenként nyúlványokat alkot, a hosszú csontok elhajolnak, hyperostosisok keletkeznek stb.

A gerincoszlop mentén támadó s onnan kisugárzó fájdalmasságnak csont- és ízületi eredése nagyon sokféle lehet. *Schmorl* a két évvel ezelőtti német orthopaed-kongresszuson ismertette azokat az eredményeket, amelyeket 1142 hulla gerincoszlopának pontos átvizsgálásával mutatott ki. 1142 gerincoszlop közül csak 263 volt normalis, 879 pathológiás volt, 70 évtől lefelé már egy csigolya sem volt ép. Leggyakrabbi volt a csigolyaközi korongok elváltozása: degeneratio, elcsontosodás, vascularisatio, elszakadás, porcogócsomók. A csonton osteoporosis, ostitis fibrosa, osteomyelitis, tuberculosis, lues, angioma, enostoma, myeloma, régi és friss fracturák, metastasisok fordultak elő. *Schmorl* ezen tanulmányában sebészi szempontból rendkívül sok újat találunk. A legérdekesebb az ú. n. *porcogós csomóknak* a felfedezése. A csigolyaközi porcokorongból a csigolya fedőcsontlemezén keresztül nyúlvány hatol be a spongiósába, amely lehet egész kicsi és lehet akár babnagyságú is. Újabban *Geipel* porcherniának nevezte el. *Schmorl* feltétlenül traumatikus eredetűnek tartja, amelynek hatására a csigolya fissurájába becsipődik a porc egy részlete. *Schantz* a gerincoszlop fájdalmas insufficienciáját magyarázza belőle, amely traumák után keletkezik, állandósulhat is, de okát eddig nem tudjuk. *Mau* közölte a múlt hetekben az első Röntgen-képeket, amelyek élőben demonstrálják a *Schmorl*-féle porcogócsomókat.

Sok fájdalmas gerincoszlopnál találjuk meg a franciák platyspondyliesét és pedig localizált és generalizált formába. A legtöbbek állítása szerint a csigolyák lapossága ilyenkor veleszületett, de igen hasonlít a compressió töréshez. A fájdalmasság oka a megváltozott statikai viszonyokban rejlik.

Rendkívül feltűnést keltett az utóbbi időkben *Lävennek*, a marburgi professornak a tanulmánya, amely a térdizületben olykor minden látszólagos ok nélkül jelentkező fájdalmaknak a forrását a *patella* porcos felszínének kisebb traumáknak a behatására keletkező elváltozásában találta meg. Pontos szövettani vizsgálatokkal mutatta ki, hogy a porcogón a trauma hatására mély rések keletkeznek, melyeknek szélén a porcogóállomány felrostozódik, később csillag alakú hézagok, lágyulások gócek, majd nagyobb anyagveszteségek keletkeznek, körülöttük synovitis, a synovialis bolyhok hyperplasiája támad, később pedig a meztelen csontrészekből kiindulólág felrakódások, csonttövisek jönnek létre stb. *Payr* ezt a folyamatot chondro-pathiának nevezte el, s az arthritis deformans kezdetének tartja. Amennyi oka van a porcsérülésnek, annyi oka van az arthritis deformansnak (*Axhausen*). Az ar-

thritis deformansnak primaer és secundaer fajtát különböztetik meg (*Payr*). Az elsőnek oka az ízületnek a felhasználódása, korai pathológiás öregsége és a nem elégséges porcregeneratio. A secundaernek az oka lehet minden ízületi betegség és sérülés. Ki kell itt emelnünk a statikai viszonyok megváltozásának a nagy jelentőségét is, amely az ízületi megterhelés keretébe von be olyan porcogós felszíneket, melyek eddig kevésbé estek megterhelés alá és kienged a megterhelés alól olyan felszíneket, amelyek addig erősen igénybe voltak véve. Az osteoarthritis deformans minden ízületben előfordulhat, igen gyakori súlyos fájdalommal járó megbetegedés, amelynek kezdeti időszaka sokszor nehezen körismézhető. Többször sebészi kezelése is javult, ez állhat resectióból, az ízületi végek modellálásából, ízületi plastikából, ankylosis létrehozásából, a csonttövisek levéséből, a synovialis burjánzás kivágásából stb.

Nagy figyelemmel kell kísérnünk a *Payr* által *osteochondro-trophopathiáknak* elnevezett elváltozásokat is. *Axhausen*nek a véleménye szerint lényegileg teljesen egyforma affectióval állunk itt szemben. A traumás behatásoktól függetlenül aseptikus csontnekrosisok keletkezhetnek a legkülönbözőbb epiphysaer csontvégekben a gyermekkorban s ha a környezet részéről a csontos restitutio létrejön, akkor beáll a restitutio ad integrum. *Payr* szerint kétféle megbetegedésről van szó, úgymint először: az egész epiphysisnek a góce megbetegedéséről, másodsor: az ízületi vég részleges nekrosisáról szabadtestek képződésével. A gócmegbetegedéseknek az oka lehet trauma, ellágyulás, nekrosis, a fiatal ízületnek mechanikai megterhelése, embolia, edénymegbetegedés és veleszületett zavarok a csontmag elhelyezése körül. Ide tartoznak a Perthes-, Köhler-, Kienböck és Schlatter-féle megbetegedések. Eredésüket illetőleg *Axhausen* egy neminfectiosus emboliáról beszél, azonban ez még nem igazolt teljes mértékben, jóllehet állatkísérletekben kínai tusnak az odavezető arteriákban való befeskendezése kiterjedt ízületi porcogó- és csontdefektussal jár. Valószínű, hogy ezeknek a betegségeknek a lényege vagy bakteriotoxikus, vagy traumás, subchondralis csontnekrosis.

A Perthes-féle betegség 6—14 éves korban keletkezik a csípőizületben, fiúknál gyakoribb. A szétroncsolt epiphysis csontrészekkel van átszőve. A Röntgenképen a csontosodó vonal rendtelensége később a fej epiphysisének összesüppedése, a fej deformálódása a szembetűnő. Később ismét normalissá válhatik a fej epiphysis, regenerálódó folyamattal folytán, kifejlődhetik azonban arthritis deformans is a gyógyulás után. A fájdalmasság különféle fokú, kisugárzik az egész csípőtájra, lehet chronikus lefolyású és florid. Néha lassan fejlődik ki, intenzitásában változó s amíg a Röntgen-kép határozott elváltozást nem mutat, nehezen magyarázható.

A Köhler-féle megbetegedés a második, esetleg harmadik és negyedik metatarsus fejcsének a hasonló elváltozása. Kezdetben a fájdalmas metatarsus-fej nem mutat nagyobb elváltozást, később a csontosodási vonal feldarabolódik, a metaphysisben csontnövedékek keletkezhetnek. A kínzó fájdalmas érzés a láb distalis része felé sugárzik ki.

A Köhler-féle naviculare-megbetegedés a lábon, különösen az 5. és 9. életévnek megfelelőleg keletkezik. Fiúknál gyakrabban. A sajka-csont piskóta-alakú, egyharmad nagyságú. Kisugárzó fájdalmak az egész lábon. Két-három év múlva a naviculare eléri eredeti nagyságát. E betegség megbírálasakor vigyázni kell a sajka-csont elkésett csontosodására (*Bakay*).

A Kienböck-féle betegség felnőttéken fordul elő

30. évig. A lunatum megbetegedése. *Axhausen* vizsgálatai szerint az epiphysis nekrosis nyilvánvaló. Néha a csont egész összerogyik. Heves fájdalmat okozhat a kéztőben.

Schlatter-féle betegségnek voltaképpen csak azt az elváltozást nevezhetjük, amikor a tuberositas tibiae apophysis magva tényleg nekrotizál. Az elváltozás köze áll az ossealis epiphysis nekrosishoz. Eredete traumás. A fájdalom igen kifejezett a térd alatt, de a térdizületre is kisugározhatik. Olykor a járás is akadályozott, máskor heves, szúró fájások; térdelés keresztül nem vihető.

Az *osteochondritis dissecans* végeredménye a corpus liberum keletkezése az ízületben, amely tudvalóval az ízületi felszínnek közé ékelődve, óriási fájdalmak kiváltásához vezet.

Meg kell még emlékeznünk az ízületek distortiója alkalmával támadt *törésekről*, amikor az ízületnek egy-egy kis részlete törik le és kerül be az ízületi felszínnek közé. Kezdetben a distortió fájáson kívül egyéb tünetek nem jelentkeznek, később azonban az ilyen szabaddá vált esontnyulványok nagy fájdalom okozói lehetnek. A térdizületben az *eminentia intercondyloidea* törése, a kersztszalagoknak a szakadása igen erős fájdalommal járhat. Ugyancsak térdizületi rheumás fájdalom név alatt maradhat elrejtve a *meniscus luxatio*, vagy a térd zsíros szalagjának a becsípődése, az ú. n. Hoffa-féle betegség.

Gyakran szolgálnak fájdalmas érzések kiindulási pontjául az ízületi tokok *részleges elmeszesedései* vagy esontosodásai, amelyek az ízületeket ért trauma után keletkeztek. A törések gyógyulása után keletkező ú. n. *traumatikus izomcsontok* (myositis ossificans traumatica) szintén kellemetlen fájdalmakat okozhatnak. Ezt a parostalis esontképződést úgy magyarázzák, hogy a törés alkalmával elszakadozott esonthártyarészek kerülnek az izmok közé. Nem valószínű azonban, hogy mindig ez a keletkezés módja. *Bier* szerint a parostalis esontosodása a törés ingerhatására periosteum nélkül is megindulhat. Az izmok közt lévő vérömleny elmeszesedéséből is zavaró és fájdalmas jelenségek fejlődhetnek ki. A *Lexer*-iskola legújabb vizsgálatai szerint az ilyen vérömleny annál valószínűbb hogy esontosodik, minél közelebb van a csonthoz.

A nyakról a felső végtagok felé való erős fájdalom kisugárzás oka néha a fölös nyakibordákban keresendő. *A VII. nyakcsigolya* viseli ezt a nyulványt, amely ritkán éri el a mellcsontot. Néha előfordul, hogy a VI. nyakcsigolyának is van ilyen nyulványja. A fájások a plexus brachialis területén súlyos neuralgiás jellegű mutathatnak.

Bradford bostoni klinikájának a munkássága az addig ismeretlen eredetű hátfájások aetiológiájára vonatkozólag szolgáltatott adatokat. *Goldwhitenak* sikerült kimutatni, hogy a *lapockák* közt székelő fájásoknak az oka a fossa supraspinata megváltozott alakjában keresendő. A fossa supraspinata proximalis széle különösen az *angulusnak* megfelelőleg a mellkas felé begömbül s a lapocka minden mozgásakor sérti a borlák esonthártyáját, mire ott súlyos periostitis támad. A lapocka minden elmozdulására messzire hallható zörejt támad, amit a csontkaromnak a bordákon való végigcsúszása okoz. A műtét mindig rögtöni gyógyuláshoz vezet. (*Bakay*: Magyar Sebész Társaság Évkönyve, 1912).

A keresztáji fájások jórészenek okául *Lovett* és *Reynauld* a test nehézkedési vonalának megváltozását mondják. Fentebb már említettük a statikai viszonyok

megváltozásának a nagy jelentőségét. *Goldwithe* az *articulatio sacroiliaca szalagrendszerének a megváltozásában*, főleg megnyúlásában keresi a fájdalomosság egyik okát. Ilyen esetben a medencének gumióvval való rögzítése gyorsan fájdalomtansághoz vezethet. Az utóbi időben sokan foglalkoztak az articulatio sacroiliaca kóros elváltozásaival s az innen eredő és kisugárzó keresztcsonti fájalmakkal. *Pincherle* ajánlja, hogy az itt keletkező összes lobos megbetegedéseket nevezzük sacroileitisnek. Ő a gümős, luetikus, osteomyelitis és gonorrhoeás megbetegedésekről szól, mások véleszületett elváltozásokat és arthritis deformansos állapotokat írnak le, mint a keresztcsont tájékán jelentkező fájdalomosság okait.

Tudom, hogy korántsem teljes és kimerítő, amit nyújtottam, amikor azokról az ízületi és esontfájásokról akartam tájékoztatást nyújtani, amelyeket a régi időkben állandóan, de még ma is némelykor összetévesztünk az úgynevezett rheumatismussal. Annyit azonban megállapíthatunk belőle, hogy tudományunk munkásai végtelen szorgalmas munkával lépésről-lépésre haladva derítik ki a kóroktani momentumokat és világosítják meg az előbb még megoldhatatlannak vélt problémákat.

A szegedi kir. magyar **Ferenc József Tudományegyetem sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Vidakovits Kamill dr. egyetemi ny. r. tanár).**

Új hypophysis-műtét.*

Irta: *Treer József dr.* egyet. tanársegéd, a fül-, orr- és gégerendelő vezetője.

A hypophysis-műtét a hypophysis-tumorok eltávolítására való s ezért célszerű lesz azokra a fontos körülményekre is reámutatni, amelyek ezen tumorokat jellemzik. A tumor az esetek legnagyobb részében a hypophysis elülső részéből származik s legtöbbször adenoma, gyakran adenocarcinoma, de ritkán előfordul chondroma és chordoma is. A tumor belseje lehet tömött, solid vagy elfolyósodott, cystikus. Az esetek egyharmada jóindulatú, de a rosszindulatú tumor sem képez metastasisokat s a környezettel nem kapcsolódik össze, hanem csak mechanikusan sérti azt (*O. Hirsch*).

Hirsch szerint a tumorokat sebészi szempontból három csoportba oszthatjuk: 1. *Intrasellaris solid tumor*. Ez elsősorban a sellát tágítja s az iköböl felé haladva, lassan kitölti azt. Ezeket elsősorban akromegáliánál találjuk és szövettanilag majdnem kizárólag adenomák. 2. *Intracranialis solid tumor*. Ez elsősorban az agyalap, a chiasma felé nő s így ez idéz legkorábban látási zavarokat. Hatalmas méreteket ölthet, az iköbölben azonban, ahová valószínűen csak későn jut be, a tumornak csak kicsiny hányada van. 3. *Cystikus tumor*. Rendesen elfolyósodott adenoma, ritkán a hypophysis-vezeték cystája.

Ha ezt a beosztást nézzük, felmerül az a gondolat, hogy a tumor lassú vagy gyors fejlődésében, valamint a sella ellenállóképességében keressük azt az okot, amely egyik esetben intrasellaris, másik esetben intracranialis elhelyezkedéshez vezet. Ha ugyanis a tumor fejlődésével a sella felszívódása lépést tart és az út az iköbölbe szabaddá válik, akkor a tumor növekedése intracranialis irányt nem fog felvenni. Ha azonban a sellának, akár annak vastagsága miatt, akár a tumor gyors fejlődése miatt nincs ideje a tumor elől kitérni, akkor a tumor a sellától mintegy visszalökve, a szabad koponya-

* Előadta az 1927. évi sebészcongressuson.

üreg belseje felé fog növekedni. És valóban azt látjuk, hogy a jóindulatú tumorok, mert évek álltak rendelkezésükre, intrasellarisan és intrasphaenoidalisan helyezkednek el. Ezek után biztosra vehetjük azt, hogy *ha a gyorsan növekvő, rosszindulatú tumornak korán szabaddá tesszük az iköblöt és az orrüreget, akkor a tumornak intracranialis növekedése esetleg teljesen elmarad* és a tumor beavatkozásunk számára is sokkal jobban hozzáférhetővé válik.

Ezért tehát szükségesnek tartom, hogy a fossa hypophyseost minél korábban feltárjuk. Sajnos, ma még nélkülözzük azokat a korai diagnostikai tüneteket, amelyek a tumorfejlődés kezdetét, a műtét ezen korai időpontját meghatározzák. És mégis arra törekszem, hogy rámutassak arra az útra, amelyen haladva, a műtét veszélytelenül és legkönnyebben keresztülvihető, mert így azt is remélhetjük, hogy a korai feltárás indicióitól közelebb juthatunk.

A hypophysis-tumor eltávolítására 22 műtétet ajánlottak. E műtétek kisebbik része (7) azon esetek számára való, amikor a tumor intracranialis helyezkedik el, a többi műtét azonban az iköblől, illetve a sellán át támadja meg a tumort. Legelőször intracranialis keresték fel a tumort. 1904-ben *Horsley*¹ a legnehezebb irányt választja és oldalról a középső koponyaüregben át közelítette meg a tumort. *Caton, Paul, Schloffer* és *Levinger*² azt ajánlották, hogy terjesszék ki e műtétet lefelé és távolítsák el az orbita lateralis falát a már elpusztult bulbussal együtt. 1905-ben *Krause*³ Berlinben az elülső koponyaüregben át hatol a tumorhoz. Ezt a methodust különösen az amerikaiak karolták fel. *Mc. Arthur*⁴ kiegészíti e műtétet és eltávolítja az orbitatetőt. *Frazier*⁵ is eltávolítja az orbitatetőt az orbita szélével együtt, azonban ezt a csontot a műtét befejeztével visszahelyezi. Az elülső koponyaüregben át halad *Heuer*⁶ is, azonban nagy osteoplastikus lebenyt készít a frontoparietalis tájon. Így operál *Adson* és *Cushing* kitűnő (8% mort.) eredménnyel. *Nasetti*⁷ a koponyatetőn, a sinus longitudinalison, a corpus callosumon áthaladó műtétet ajánl. Intracranialis műtétekkel kb. 100 esetet operáltak.

Egészen új irányt jelöl meg *Schloffer*⁸ 1906-ban. *Brunst* szerint oldalra hajtja az egész orrot, a visszamaradt nyálkahártyájával együtt eltávolítja a septumot és az iköblön át támadja meg a tumort. *Eiselsberg* és *Hocheneg* nagy beteganyagban csinálnak propagandát ennek a műtétnek. Azonban az aránylag könnyű kivétel, a kedvező eredmények magukban véve is nagymértékben hozzájárulnak, hogy e műtétnek számos követője akadt. Az új gondolat: extracranialisan felkeresni a tumort, rendkívül termékenynek bizonyult, mert új és új műtétek láttak napvilágot. A legtöbb szerző a septumon át közelíti meg az iköblöt és azon át a sellát, azonban leírtak más extracranialis útvonalat is.

De vegyük sorra ezeket az extracranialis műtéteket. *Kanavel*⁹ 1909-ben az orrot felfelé, *Preust-Lecén*¹⁰ ugyanebben az évben az orrot lefelé hajtja, de különben a septumon át haladnak a tumorhoz. *Kocher*¹¹ már ebben az évben az orrot „T”-alakú metszéssel hosszában ketté vágja és a septum nyálkahártyájának két lemeze között halad a mélybe. *Halstead*¹² 1910-ben sublabialis metszéssel halad a septumhoz, ezt eltávolítja és így halad az iköblöbe. *Cushing-féle*¹³ műtét ugyanez, csak hogy a septumot submucosusan távolítja el. *Hirsch O.*¹⁴ 1910-ben az egyik orrnyíláson át, endonasalisán, a Kilian-féle septumresectio után halad tovább a nyálkahártya két lemeze között az iköblöbe, *West* és *Citelli*¹⁵ kisebb módosításokat ajánl az előbbi műtétéhez. *Preising*¹⁶ 1913-

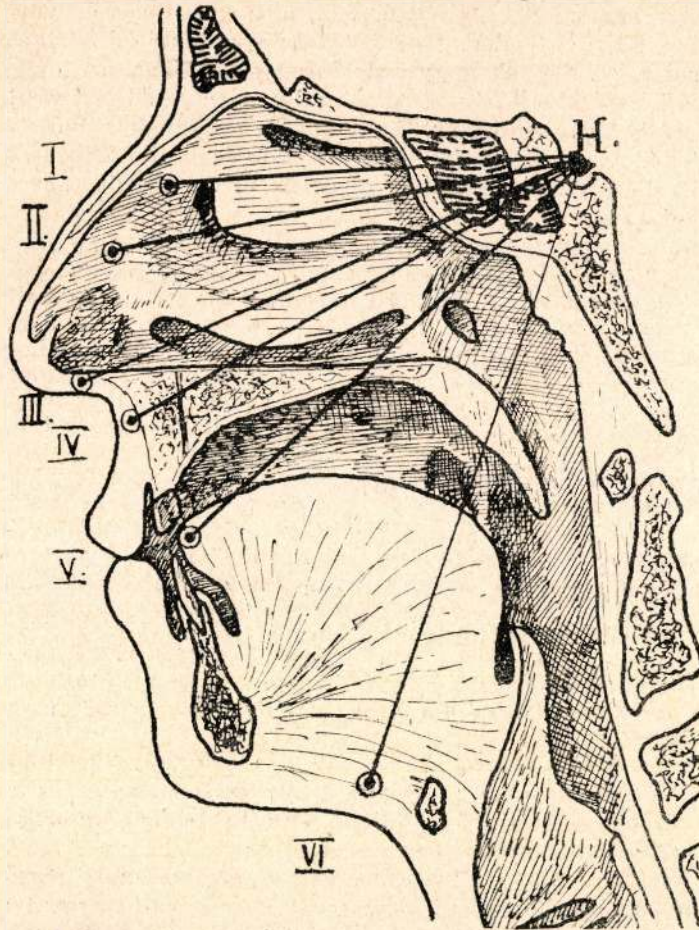
ban a kemény szájpardon halad át úgy, hogy ebből csontos lebenyt képez, amelyik a lágyszájpardon ül, majd a vomert a nyálkahártyával együtt távolítja el és nyitja meg az iköblön át a fossa hypophyseost. *Tiefenthal*¹⁷ 1920-ban ugyanezen úton halad, azonban a vomert a nyálkahártya két lemeze között távolítja el. *Tilley, Bourget-Danson*¹⁸ a Mour-féle rhinotomia lateralisn át távolítja el a septumot, megnyitja az iköblöt és a fossa hypophyseost. Más úton halad *Chiari*¹⁹, aki a Kilian-féle bőrmetszéssel az egyikoldali rostasejteket szétroncsolva hatol oldalról az iköblön át a tumorhoz, vagy *Denker* és *Fein*²⁰ 1911-ben, akik az egyikoldali Hyghmor-üreg medialis falát, a septum hátsó részét eltávolítva jutnak az iköblöbe. *Biel*²¹ a pharyngotomia suprahyoidean át, a lágyszájpardon előrehúzásával halad a vomer mögött az iköblöbe. Végül meg kell említeni a *Partsch-féle*²² műtétet, amely felső labialis metszetéből kiindulva, az egész felső fogsort a szájpaddal együtt a két maxillaról egy darabban levési, lefelé húzza és így tulajdonképpen az egész felső garatüreget feltárja. Ezekkel az extracranialis műtétekkel több mint 400 esetet operáltak. Ezek közül 200 a 13. műtétre esik, de ezeket mind maga *Cushing* operálta.

Ha a 22 műtétből a legjobbat akarjuk kiválasztani, akkor ez első pillanatra nehéznek tűnik fel, mert mindegyiknek megvan a maga előnye. Azonban, ha tárgyilagosan mérlegeljük valamennyit, akkor feladatunk lényegesen könnyebbé válik. Mindenekelőtt kapcsoljuk ki az intracranialis műtéteket és pedig azért, mert elhanyagolt, illetve inoperabilis esetek számára típusos műtétet kiépíteni úgy sem lehet. Célunk különben is az, hogy korai eseteknél minden sebész számára könnyen végrehajtható és veszélytelen utat keressünk. Ha ebből a szempontból bíráljuk a műtéteket, akkor önkéntelenül is azok előtt fogunk megállni, amelyek transseptalis műtétek címén foglalhatók össze. És ekkor azt látjuk, hogy az extracranialis műtétek több mint kétharmada transseptalis (15-ből összesen 11). A többiekről a legjobb akarat mellett sem mondhatjuk azt, hogy azok minden sebész számára könnyen keresztülvihetőek. Ezért ezekkel közelebről nem is foglalkozom. Lássuk tehát a 11 transseptalis műtétet. Egészen természetes, hogy az első extracranialis műtét transseptalis volt, mert a septum vezet minket a legrövidebb és legveszélytelenebb úton a fossa hypophyseoshoz. Ennek az útnak a további előnye az, hogy az iköblöt ezáltal a középvonalban nyitjuk meg és így módunkban van az iköblől szabálytalanul lefutó válaszfaláról is igen jól tájékozódni. A fossa hypophyseos feltárásánál legnagyobb segítséget a septum nyújt. Ugyanis a lamina perpendicularis megmaradt csontja biztosan irányítja a vésőt a középvonalban a fossa hypophyseoshoz. Ezt a kitűnő útmutatót, sajnos, nélkülözzük mindazon esetekben, ahol nem a középvonalban haladunk előre. A 11 transseptalis műtét közül azonban melyiket hogy a sellát jól megláthassuk és azt a műszerek szávalasszuk? A kérdés megválaszolásánál az a fontos, mára jól hozzáférhetővé tegyük. Ez pedig csak úgy lehetséges, ha a sella turcica hozzánk közel esik és a hozzá vezető út olyan tágas, hogy azon keresztül a sellát egyidejűleg mindkét szemmel jól megláthatjuk.

Lássuk tehát, melyik út a legrövidebb a sella turcicához?

Az 1. ábrán láthatjuk, hogy a 8., 9. és 10. műtét esik legközelebb a sellához. Az út a sellához azonban ezeknél nemcsak rövidebb, hanem miután mindkét orrüreg a rendelkezésünkre áll, a legtágabb és így — oldalállásban! — módunkban van mindkét szemmel a sellán történő beavatkozást ellenőrizni. Anatómiai és techni-

kai szempontból tehát a fossa hypophyseos feltárására csakis ezt az utat választhatjuk. Mielőtt tovább mennek, szükségesnek tartom a többi transseptalis műtétek



1. ábra.

I. A 11.	műtét távolsága:	65 mm H.-ig
II. A 8., 9., 10.	" "	80 " "
III. A 14., 15.	" "	95 " "
IV. A 12., 15.	" "	95 " "
V. A 16., 17.	" "	100 " "
VI. A 21.	" "	135 " "

Az arabs számok a szövegben felsorolt m. száma.

közül azokra a figyelmet felhívni, amelyeknek igen fontos közös tulajdosságuk van és ez az, hogy a septumot submucosusan távolítja el. A csontos septumnak nyálkahártya alatti resectiója azzal a fontos előnnyel jár, hogy 1. a tulajdonképeni műtéti terület vértelenné válik; 2. steril úton haladunk az iköbölbe; 3. miután az iköböl elülső és alsó faláról is levonjuk a nyálkahártyát a csonthártyával együtt, az iköblöt jobban feltárhatjuk; 4. az iköböl megnyitása alkalmával a vérző nyálkahártyafoszlányok nem zavarják a pontos tájékozódást.

Ezeket a feltételeket szemelőtt tartva határoztam el magam arra, hogy újabb műtétet ajánljak, amelyik több műtétnél nélkülözhetetlen előnyeit egyesíti magában.

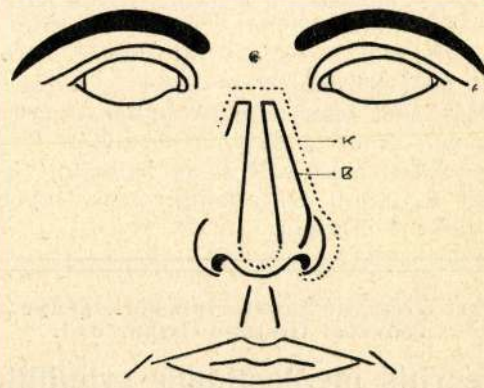
A műtét menete a következő: 10%-os cocainnal érzéstelenítjük a garattető és orrüreg nyálkahártyáját. 1%-os novocainnal előbb a septumot típusosan infiltráljuk úgy, hogy ez a felső orrjáratban, a középső kagyló szélességének megfelelő területre, a vomer felső részére elől, egészen az orrsont alá is kiterjedjen. Ezután a bőrnek csontig hatoló infiltrációja következik a metszésvonal mentén.

I. rész: Bőrmetszés (2. ábra) csontig hatol, periosot letoljuk. A bőrmetszésnek megfelelő vonalon a csont

ot körfűrészszel, az alatta lévő nyálkahártyát késsel, a septumot alul ollóval, fent késsel vágjuk át és ezután az orrot oldalra hajtjuk. Vérzéscsillapítás.

II. rész: A septumról a nyálkahártya leválasztása septum raspatoriummal és Kilian-spekulummal. A lamina perpendicularis septum-fogóval letördeljük, a vomert a kemény szájpadtól vésővel távolítjuk el. Közben a nyálkahártyát egyre távolabb választjuk le, míg végre a vomer maradványát is eltávolítva, a crista sphaenoidalis csupaszon előttünk fekszik. Most oldalt az iköböl elülső faláról választjuk le a nyálkahártyát. A nyálkahártya lefejtésénél ügyeljünk arra, hogy a lamina cribrosáról a nyálkahártyát le ne válasszuk, mert a bulbus olfactorius rostjai megsérülnének és a dura mögé fertőzés juthat. Ezután az általam szerkesztett kettős kampókkal széttárjuk a nyálkahártya két lemezét és előttünk fekszik az iköböl elülső és alsó fala. Ujjnyi széles vajt vésővel a középvonalban megnyitjuk az iköblöt és a nyílást két oldalt és lefelé nagyobbítjuk. Ha üres az iköböl, tájékozódjunk a rendkívül változatos lefutású válaszfal felől, melynek eltávolítása után előttünk van a fossa hypophyseos néha befelé domborodó fala. Az iköböl elülső falából felfelé — szonda ellenőrzésével — távolítsunk el annyit, hogy az üreg jól áttekinthető legyen. Az üres iköbölből távolítsuk el cocainozás után a nyálkahártyát részint azért, mert a nyálkahártyafoszlányok a műtétnél útban vannak, részint azért, mert az üregben ezáltal nem marad vissza elhalásnak induló szövetdarab. Ezután az egész műtéti üreget alkohollal kitöröljük és vésővel megnyitjuk a fossa hypophyseost. Igen fontos, hogy a középvonalban maradjunk és ezért tartsuk mindig szemelőtt a lamina perpendicularis megmaradt csontját.

III. rész: A befejezés módját részben nyílt kérdésnek hagyom. A gyakorlat fogja megmutatni, hogy miután az iköblöt jodoformgázzal kitöltöttük, ennek végét a nyálkahártya két lemeze között vezessük-e az orrüregbe vagy vágjunk ablakot az iköböl előtt lévő nyálkahártyán és azon keresztül távolítsuk-e el a behelyezett gázt. Különös figyelmet érdemel az orrnak a visszahelyezése. Bár a gondosan összevert bőr elég jól rögzíti az orrot régi helyzetében, mégis elképzelhető, hogy az orr egyes esetekben lefelé és befelé süllyed. Ennek megakadályozására azt ajánlom, hogy (3. ábra)



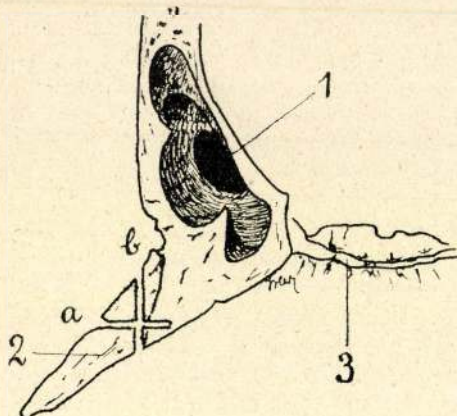
2. ábra.

K = külső (bőr) metszés.
B = belső (nyálkahártya) metszés.

az os nasale átfűrészelését lehetőleg frontalis síkban végezzük és a műtét végén a két csontvégeket egy kis (egy és félmilliméter vastag és három-négy milliméter

hosszú) csontszeggel rögzítsük egymáshoz. A bőr egyesítése után a szokásos sebitolette.

Utólag még hozzáfűzhetem ezekhez azt, hogy igen szűk orrüreg nagyobbítása céljából eltávolíthatjuk a középső kagylókat és szétroncsolhatjuk mindkét oldalon



3. ábra.

- 1 = sinus frontalis.
2 = os nasale.
3 = lamina cribrosa.
a = a fűrési esatorna.
b = a fűrészelés síkja.

endonasalisán a rostasejteket is, ezt azonban legalább egy héttel a műtét előtt végezzük el. Hogy a vér a műtét I. részénél a garatüregbe ne csurogjon, taponáljuk az orrüreget addig, amíg a II. részhez nem érünk.

Bár a műtét a bőrön látható nyomokat hagy hátra, mégis túlzás lenne a finom, alig látható hegvonalban kosmetikai hátrányt látni. Az orr — bár kosmetikai szempontból a legkényesebb arcrész — azonban alakját egyáltalában nem változtatja meg. Különbösen is a már említett, mondhatnók parancsoló körülmények mellett, a finom, alig látható bőrheg ellenvetésnek szóba sem jöhet.

Prof. *Vidakovits*nál alkalmam volt *Schloffer*-műtétnél⁸ a nyálkahártyákból történő vérzés minden hátrányait átélni és ez vitt arra a gondolatra, hogy submucosusan kellene az iköblöt ebben a helyzetben feltárni és megnyitni. A hullán végrehajtott műtét igazolta, hogy nemcsak a septumot lehet sokkal gyorsabban eltávolítani, hanem — és ez a legfontosabb! — a nyálkahártyától lecsupaszított iköböl várákozason felül volt jól áttekinthető és ezért a sellát is sokkal könnyebben lehet megnyitni. A hullán nyert tapasztalatom az volt, hogy a hypophysis-műtét ilyen módon lényegesen könnyebbé vált és ez bátorított fel azután arra, hogy a tisztelt sebészkongresszus figyelmét erre a módosításra felhívjam.

Az Erzsébet Királyné Sanatorium közleménye (igazgató-főorvos: Országh Oszkár dr.).

Pleuritis mediastinalis syphilitica.

Írta: Országh Oszkár dr.

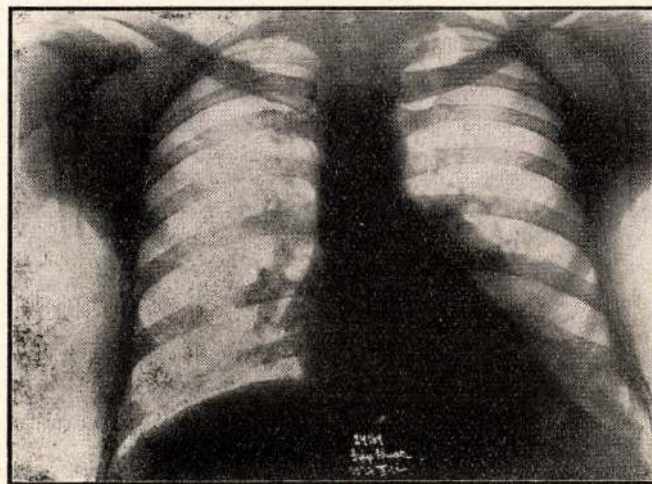
A mellhártya syphiliticus megbetegedése a kézi-könyvekből ismert, azonban nagyon ritka localisatiója a fertőzésnek. A mellhártyabántalom e ritkasága lehetett oka annak, hogy két évvel ezelőtt *Léon Bernard* és munkatársai egy olyan esetet közöltek, amelynél manifest, positiv köpettel járó tüdőgümőkór állott fenn, de a mellhártya-izzadmányban a Wassermann-reactio positivnak bizonyulván, azt gümőkórosnál fel-

lépett syphiliticus mellhártyagyulladás termékének tekintették. Az alább ismertetendő esetben a gümőkór fennállása a rendelkezésre álló vizsgálómódszerek segítségével kizárható volt, s a therapiás beavatkozás gyors eredménye a betegség syphiliticus voltát igazolta. Az esetnek nagy érdekességet kölcsönöz az, hogy a kóros elváltozás mediastinalis elhelyeződésű volt, amely tuberculosisnál is aránylag ritkának minősíthető. A magyar irodalomban *Fodor* és *Weisz* 2900 eset között 6 esetben észleltek pleuritis mediastinalis tuberculosisát.

S. Sándor 37 éves hajókormányos 1927 augusztus hó 8-án vététt fel. Családjában gümőkóros megbetegedés nem fordult elő, 1925 március óta két ízben volt lázas, mindazonáltal dolgozott, keveset köhögött, nem köpött, de állandóan fogyott, minthogy étvágytalan volt. Körülbelül egy év óta baloldalt hátában fájdalmat érez, láza 38 C°-ig emelkedik, étvágytalan, étkezés után gyomorfájdalmat érez. Orvosa gümős tüdőbetegnek tartotta, s minthogy kezelése eredményesnek nem bizonyult, az Erzsébet Királyné-Sanatoriumba való felvételét ajánlotta.

A gyöngye, 54 kg súlyú beteg nyálkahártyái halványak, nyakán néhány apró mirigy tapintható, a gerincoszlopon kisméretű scoliosis, a kopogtatás a balcsúson kis rövidülést és a gerincoszlop mellett az intercapularis tér alsó harmadától lefelé a basisig tompult kopogtatási hangot ad. A rekesz mély légvételre kitért, a légzés a tompulat felett gyengült. A lép és a máj nem tapintható, kopogtatási lelet e normalis, a hőmérséklet maximuma 38.1 C°.

A Röntgen-vizsgálat jobb- és baloldalt normalis, baloldalt azonban a rekesz felett callosus-heget és a középárnyéktól lefelé haladó éles határú, dupla szívconturnak megfelelő homályt mutatott, melynek felső felében a hilusmirigyek árnyéka jól áttűnt. E lelet alapján gyógyult régebbi pleuritis és egy fennálló pleuritis mediastinalis diagnosisa kétségtelenül megállapítható. A kevés garatköpetben antiforminnal sem volt Koch-féle bacillus kimutatható, rugalmas rostok hasonlóképpen nem találtattak. A vérvizsgálat 62% haemoglobint, lymphocytosist (36%), 3% eosinophil, 61% polinuclearis leukocytát eredményezett. Az Arneth-Schilling-féle vérkép normalis, a vérszejtsüllyedés Linzenmeyer szerint 31 pere volt. Az intracutan-reactio úgy 24, mint 48 óra után positiv képet adott. A próbareggeli vizsgál-

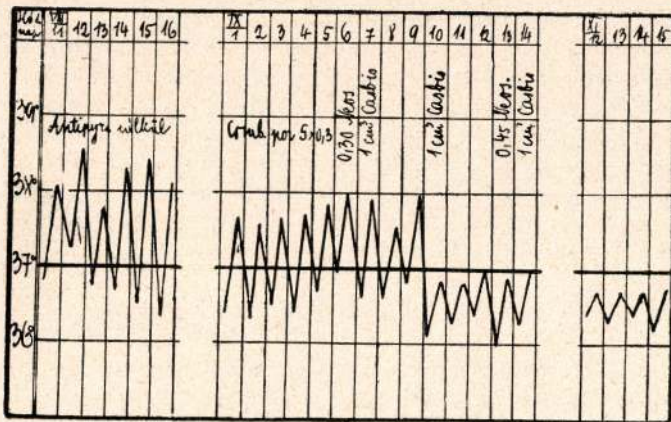


1. ábra. A szív mellett baloldalt a pleuritis mediastinalis látható.

lata 4 sósav- és 14 összcaciditást eredményezett. Egyéb-ként kórosnak minősíthető adatok nem találtattak. A Wassermann-reactio ++++ positiv. Ezen megállapítás után ismét kikérdezve a beteget, bevallotta, hogy 1911-ben fekélye volt, melyet két hónapon át helyi és injec-

tiós általános kezeléssel orvosoltak. Kiütést sem bőrén, sem nyálkahártyáin nem észlelt.

E vizsgálati adatok alapján a pleuritis mediastinalis luetikusnak nyilvánítottuk, ami mellett szólt az előrement mellhártyagyulladásnak atypikusan ismétlődő



2. ábra. Lázgörbe a kezelés után.

jellege, továbbá azon körülmény, hogy gyógyulási tendenciát közel 10 hónapon át nem mutatott. Az a körülmény, hogy az intracutan-reactio positiv volt, inkább a lues mellett és tuberculosis ellen szólt, mert régebben közölt vizsgálataim szerint a lázas pleuritis exsudativa eseteiben az allergia negatívvá válik, valamint számos francia szerző szerint luesnél a tuberkulinallergia-próbák pozitívek maradnak. Minthogy egy hónap alatt a sanatoriumi kezelés semmi változást nem mutatott a beteg állapotában és 38.5 C°-ig terjedő hőmérsékletei nagy adag antipyreticummal (ötször naponként 0.30 g combinált por [pyramidon, phenacetin, aspirin aa 0.10]) sem voltak megszüntethetők, valamint tekintettel az erősen positiv Wassermann-reactióra, szeptember 6-án 0.30 g neosalvarsant adtunk a betegnek intravenásan, szeptember 7-én pedig 1 cm³ casbist (Casella-féle bismuth-hydrat) intramuscularisan, mely utóbbi adag a szokásos kezdődosisnak kétszerese volt.

Mint a mellékelt lázgörbéből látható, három nappal később a beteg teljesen láztalanná válik, bár a lázellenes gyógyszert az antilueses kúra megkezdésének napjától teljesen elhagytuk. A hőmérséklet azonban egyelőre egyes napokon még 37 C°-os maximumot mutatott. A beteg ezután még összesen 4.20 g neosalvarsant és 16 cm³ casbist kapott, teljesen jól érezte magát, 11 kg-ot hízott, előzetes súlyos gyomorpanaszai és hátfájása megszűntek, hőmérséklete 36.7 C°-os maximumnál magasabb értéket nem mutatott. A vizsgálat alkalmával hátul baloldalt a IX. bordától lefelé kissé tompult kopogtatási hang, kissé gyengült légzéssel kimutatható maradt, a Röntgen-vizsgálat alkalmával pedig, mint a mellékelt kép mutatja, az exsudatum teljes eltűnése és a hilusmirigyduzzanat visszafejlődése volt megállapítható.

A Wassermann-reactio azonban ismét ++++ tel pozitív értéket mutatott. A vér haemoglobintartalma 73%-ra javult, a vérszéjsüllyedés az előző 31 pereről november 16-án 4 óra 14 percre emelkedett, az intracutan-reactio pedig semmi változást nem mutatott.

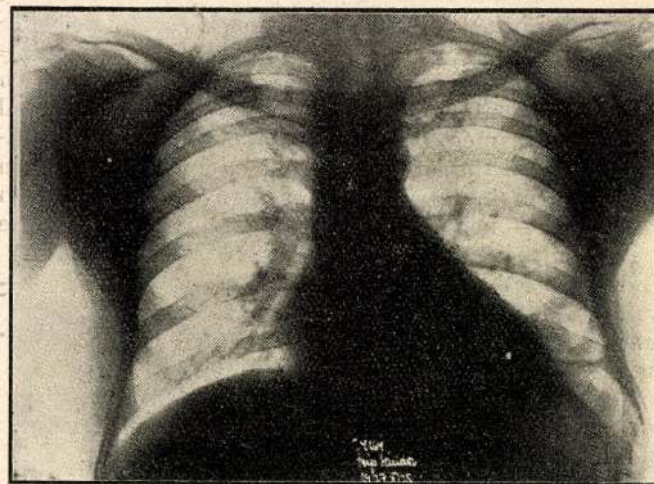
Felmerülhetne az a kétely, hogy a közölt esetben latens luesben szenvedő egyénnek gümös mellhártyagyulladására lehetett. Ez ellen azonban nemcsak az szól, hogy a beteg környezetében és családjában gümös egyének nem voltak és mint hajókormányos állandóan jó levegőn élt, hanem főleg az, hogy gümös tüdőelváltozást megállapítani nem tudtunk. A cutan-reactio az exsudatum idején ugyanolyan volt, mint később, annak felszívódása után.

A bismuth-injectiókra a beteg lázemelkedéssel nem reagált, holott régebbi vizsgálataimban, amelyekkel Karafiáth a pécsi congressuson ismertetett, kimutattam, hogy a gümőkórosan fertőzött egyének fémsók bevitelére túlnyomólag hőemelkedéssel vagy lázzal reagálnak. Annak feltevése, hogy egy salvarsan- és bismuth-injectio tíz hó óta fennálló gümös mellhártyagyulladás gyors gyógyulását megindíthatja volna, semmivel sem támasztható alá. Így tehát az elmondottak és az erős antilueses gyógyszeradagok gyors eredményessége alapján a betegség syphilitikus voltát kell felvinnünk, annál is inkább, minthogy nemcsak az exsudatum, hanem a gyomorpanaszok és a láz is feltűnő gyorsan szűntek meg.

A közölt eset tudomásom szerint az első pleuritis mediastinalis syphilitica az irodalomban.

Keletkezése épp úgy magyarázható, mint a gümőkóros eredetű hasonló bántalomnál. Differentialdiagnostikailag számításba jöhet a pericarditistól, sülyedéssel tályogtól, mediastinalis és thymustumortól, aorta-aneurysmától, oesophagus-diverticulumtól való elkülönítés, aszerint, hogy a mediastinalis exsudatumnak milyen az elhelyeződése. Ez lehet ugyanis a pleura costalis, pulmonalis és mediastinalis között, elülső a szegycsont és a nagy edények között, hátulsó elhelyeződésű a szív és gerincoszlop között. Ha teljes, akkor a középpárnyék, illetőleg a szív egész hosszában követhető, ha részleges, akkor a hilusárnyék felett vagy alatt. A Röntgen-vizsgálat biztosítja a diagnoszt, ha azt nemcsak sagittálisan, hanem különböző ferde irányban is eszközöljük. Bédère és Holzkecht szerint az átvilágító lámpát a beteg mögött felül helyezük el, a vizsgáló pedig elülről és alulról figyeli az ernyőt. A pleuritis mediastinalis felvételét megerősíti az, hogy az árnyékkép határa mély légvétélre nem tér ki. Aránylag könnyű volt a mi esetünkben a mediastinalis-elváltozás felismerése, minthogy a dupla szívecontur nagyon jellegzetes.

A bemutatott eset kiegészíti azt a sok ismertetett harmadlagos lueses kórképet, amelyet az Erzsébet Királyné-Sanatoriumból úgy a Budapesti Kir. Orvosegyesületben, mint a Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesületének nagygyűlésén és Orvosi Hetilapban bemutatunk. (Ország: A tüdősyphilis diagnostikájának



3. ábra. Az exsudatum a kezelés alatt felszívódott.

és terapiájának néhány kérdéséhez. [Orvosi Hetilap, 1912.] Parenchymatitis syphilitica. [Brauers Beiträge zur Klin. d. Tuberk. 1916.] Scharl: Syphilitikus hilusmirigyelváltozások. [Bemutatás az Orvosegyesületben.]

Ezek azt bizonyítják, hogy nagy tuberculosisos

anyag között aránylag gyakoriak az odatévedt harmadlagos syphilitikus nyilvánulások. Ha az orvos azokat és az ú. n. nem tiszta kóroseteket figyelemmel kíséri, a Wassermann-reactio elvégzését nem mulasztja el, sok esetben nem remélt szép gyógyeredményt érhet el.

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. női klinikájának közleménye (igazgató: Kubinyi Pál dr. egyetemi ny. r. tanár).

A méh hüvelyi részének körkörös leszakadása szülés alatt.*

Írta: Gyulai Béla dr., klinikai tanársegéd.

Szülés alatt sérülést szenvedhet a méh a méhtesten, a méhnyakon és a hüvelyi részen. A sérülések közt éles határt vonni nehéz, mert gyakran átmegegy az egyik repedésfajta a másikba. Jelen esetben tisztán a hüvelyi rész repedéseiről óhajtók szólni.

A méh hüvelyi része a leggyakrabban szenvedett sérülést a szülés alatt. Hiszen az első szülésnél a külső méhszájnak kétoldalt való berepedése szinte élettannak mondható. Sőt már három-négyhónapos vetélésnél is történhetik berepedés. Innen van már a tágulás alatt a véres-nyákos váladék. Ha a repedés a nyálkahártyánál mélyebbre is terjed, olyankor a nyakesatorna fala is sérül. Az ilyen sérülés rendszeren kétoldalt történik, s így a külső méhszájnak nemszülteknél egyenletes gödör alakja már szült nőnél harántirányú rész alakjában lesz látható. Tudniillik a kétoldali berepedés következtében kifejezetten mellső és hátsó ajak képződik, melyek száj-szögleteszerű csúcsban találkoznak. Messze vezetne tárgyalásom keretében a hüvelyi részről egészen a boltozatba vagy a parametriumba terjedő repedésekről és azok okairól szólni.

Bár a hüvelyi rész szülés alatti sérülései közt az említett, főleg radialis irányú repedések a leggyakoribbak, azért találkozhatunk más természetű repedésekkel is. Így például, ha a portio két kemény rész: a magzat feje és a medencecsont közé beszorul, az állandósuló nyomás átkoptathatja a becsípődött részen a portiót. Ilyen becsípődésekkel rendszerint szűkmedencés szüléseknél találkozunk. De nagy és kemény fej esetében — relativ szűkület — rendszer medencével bíró szülőknél is előfordulhat. Előidézheti a medencecsont exostosisa is. Ilyen sérülések keletkezésének a szűkmedencén kívül az az oka, hogy a fájások túlerősek és túl hosszán tartóak, viszont a fájásszünetek túlrövidek. Ezért a nyak tágulása nincs arányban a fájásokkal és nem tud visszahúzódni, még mielőtt a portio becsípődött volna. Éppen ezért ezek a sérülések ellentétben az említett repedésekkel, nem is repedések, hanem nyomási átkopások — usuratiók — nekrosisok. Az elhalt szövetrészt azután kivételesen már a szülés alatt leleködhetik (L. később). Rendszeren azonban a leleködés csak a gyermekágy 3—8. napján következik be. Az elhalt és leleködött szövet hiány elhelyeződésének megfelelően hólyagnyak, húgyvezérnyak, hüvelynyak, hüvelyvégbélsipoly lesz a következmény. Ha a kemény részekből okozott nyomás nemcsak egy körülírt területen mellül vagy hátul éri a portio falát, hanem például kiterjedten, körkörös, akkor a nyomási elhalás is körkörös lesz. A hosszantartó nyomás következtében legelőször a nyálkahártya pusztul el. Majd kiterjed az elhalás az izomszövetre is, esetleg a portio hüvelyi hámborítékára is. A következmény az egész hüvelyi rész teljes leszakadása lehet. Az ilyen esetek ritkák, de azért elhúzódó és szűkmedencés szülé-

seknél előfordulhatnak. Az eddig említett sérülések aetiológiájában: nagy előlfekvő rész, gyors szülés és a portio hegesedései (tuberculosis, lues, carcinoma) és tömlős túltengése bírnak jelentőséggel.

Van azonban a hüvelyi rész fent leírt körkörös leszakadásának egy másik módja is, amikor nem is elhalással állunk szemben, hanem a *méhszáj nagyfokú rigiditása vezet leszakadáshoz*. Rendes szülésnél ugyanis a szülőfájások hatása alatt az előlfekvő rész előrehaladása következtében a méh tétlen szakasza visszahúzódik és így a méhszáj kitágul. Nagyfokú rigiditás esetében azonban a méhszáj nem tudván tágulni, felette a portio szövete mindjobban és jobban elvékonyodik, végül a maximalisan elvékonyodott portiorészlet egy erősebb fájás hatása alatt körkörös leszakad.

A hüvelyi résznek ez a körkörös leszakadása igen ritka. *Petersson* gyűjtőstatisztikájában 1903-ig csak 18 ilyen közleményt tudott az irodalomból összeszedni. Ha ehhez hozzáadjuk *Stäude*, *Stamberger*, *Peham*, *Füth*, *Koch* és *Freund* azóta megjelent közlését, úgy a mi esetünk a 25. lenne.

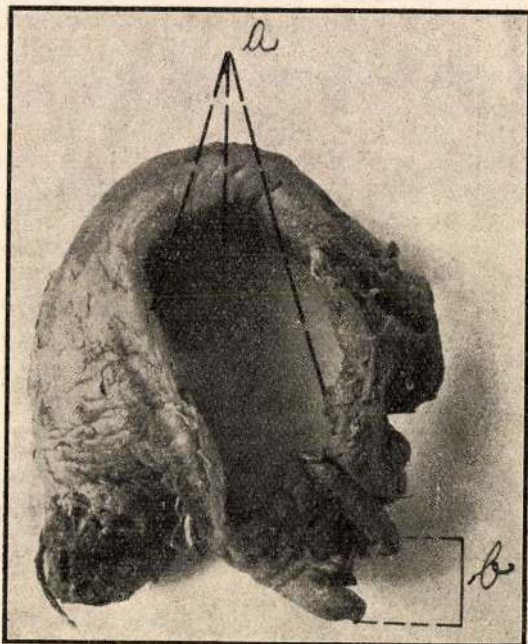
Peham szerint a körkörös leszakadás előtti állapot hasonló ahhoz, amit abortus cervicalisnál észlelünk, amikor is a méh a tartalmát a nyakesatornába üríti ki, de tovább nem bírja hajtani, mert a külső méhszáj zárt. A hasonlat annyiban sántikál, hogy az abortus cervicalisnál a méh egész tartalmát kiürítheti a nyakesatornába, míg az itt vázolt szülési complicatióknál a nyakesatornában csak a magzat feje foglal helyet. De azért ez a hasonlat mindenestre igen érthetővé teszi a körkörös leszakadás előtti állapotot. Rendszerint az történik ugyanis, hogy a portio egy bizonyos fokon túl nem tűri az előrehaladó fej okozta kinyújtást és körkörös leszakad. Leszakadás után a fej előtt megszületik a tányéralakú hüvelyi részlet közepén a méhszájjal. Ha a leszakadt részlet tágabb és szélesebb, karperecalakot adhat.

Az elmúlt év folyamán mi is észleltünk az I. sz. női klinikán portioleszakadást a szülés alatt.

Fejlapszám: 1408/1333/1926. V. A. 34 éves, idős, először szülő nőt augusztus 30-án délután vettük fel klinikánkra jó magzati szívhangokkal és gyenge szülőfájásokkal. Medenceméretei: 23, 26, 20 cm. Utolsó mensese 1925 november 25—29-ig volt. A szülőfájások a felvételi nap hajnalán kezdődtek. Vajúdónk már a felvételkor fejfájásról és látászavarokról panaszokod. A megejtett vérnyomásmérésnél 160—100 RR-t kaptunk. A vizeletben közepes mennyiségű fehérje volt kimutatható. Praeventíve 300 cm³ vért bocsájtunk le a venaepunctio útján és 1 g bromuralt adagolunk per os, amire a közérzet javul és a fejfájás megszűnik. Ismételt belsővizsgálat arra az eredményre vezet, hogy a bemenetben jól rögzített koponya a rigid méhszájat csak igen lassan tudja tágítani. Sőt háromujjnyinál tovább nem is igen tágul a méhszáj, bár nincs jelen sem becsípődés, sem kifejezett oedemas duzzanat. A következő nap reggelén újból erős fejfájások jelentkeznek szűnyoglátással — feszes — pekelő pulzussal. A vérnyomás 200—185 RR szerint. Tekintettel a magas vérnyomásra és a látászavarra, újabb 300 cm³ vért bocsájtunk le és a bromadagolást megismételjük. Majd háromujjnyi méhszájnál megreped a burok és erősen meconiumos magzatvíz ürül. Miután közben a magzati szívhangok is kimaradtak, fel kell vennünk, hogy a magzat már nem él. Ilyen körülmények között a szülés befejezésének az anyára nézve legkíméletesebb módját, a halott magzat perforációját választjuk. A műtét előtt megejtett belső vizsgálatnál a fej előtt egy vasos, tömött tapintatú képlet volt érezhető. Első pillanatban nem pulzáló köldökzsinórra gondolunk, de a tüzetesebb vizsgálat kimutatta, hogy az ujjnyi képlet nem köldökzsinór, hanem a köralakban leszakadt s a fej előtt lazán a hüvelybe lógó portio, mely egy keskeny papirvékonyságra elvékonyodott részen még összefügg a méhnyak hátsó falával. Vagyis másszóval kiderült, hogy amire a fej mélyen a medence üregébe lejutott, a fájások hatása alatt maga előtt tolvá a portiót, köralakban leszakította azt. A magzat fejét perforáljuk. Az extrac-

* Bemutatta a Gynaekologiai Szakosztály 1927 december 17-i ülésén.

tiót a Braum-féle kranioklasttal végezzük, igen óvatosan, abban a reményben, hogy a szakadás folytán megfagult méhszájnyíláson át sikerül a halott magzatot világra hozni és utána a leszakadt részletet visszavarni. Ehelyett azonban az történt, hogy a portiónak már említett maximalisan elvékonyodott keskeny hátsó részlete a rágyakorolt húzásnak nem bírta ellentállni, az is leszakadt és a fej előtt megszületett az egész hüvelyi rész. A magzat eltávolítása után (2800 g perforáltan) a hüvelyt tükrökkel feltárva, látni lehetett a körkörös leszakadt gyűrű helyét. Vérézés egyáltalán nem volt, se a tágulás alatt, se a magzat extractiója után. A gyermekágy lefolyása is teljesen síma volt, úgyhogy gyermekágyasunk a 14. nap el is hagyta a klinikát. A kibocsátáskor és hónapok múlva később megejtett ellenőrző vizsgálatnál is a portio vaginalis teljesen hiányzott. A hüvelyfal mellül és kétoldalt közvetlenül átmegy a külső méhszájba, csak hátul van egy kis hüvelybe lógó ajakszerű rész megfelelően annak a helynek, ahol a keskenyebb részlet utólag szakadt le. (Lásd ábrát.)



a) A három ujjnyira kitágult külső méhszáj. — b) Az utólag leszakadt keskeny részlet helye.

A leszakadt hüvelyi rész karperecalakú: belső átmérője 3 ujjnyi, a szélessége 12–15 mm.

Szöveti vizsgálatnál normalis portioszövetet találtunk szövettani vézésekkel. Ezek a vézések főleg az erősen kitágult erek körül helyezkednek el és több helyen sejtes, főleg leukocytás beszűrődés volt látható. Hegesedést, ami például méhszájplasztikák — fistulazárás — portioamputatio, stb. után könnyen lehet repedés oka, nem találtunk. Különböző is a szülőnő bementése szerint semmiféle genitális műtéten nem esett át és vetélése sem volt előzőleg. Minden genitális megbetegedést tagad. Ezért a méhszáj nem tágulásának okát, mint *Peham* és *Petersson* is, az idős, először szülő nő szövetének rigiditásában kell keresnünk. És valóban, ilyen szülési sérülés legtöbbször 30 éven felüli először szülőknél fordul elő. *Petersson* statisztikájában például 60% volt a 30 éven felüli először szülő nők száma. A szülés pedig, egy esetet kivéve, mind több napig elhúzódott. Ezt észlelhettük mi is 2½ napon át. Véleményünk szerint elősegítheti a leszakadást az is, ha a méhszáj hátra az előfog felé tekint, vagy valamelyik oldal felé néz. A legfőbb ok azonban a szöveti rigiditás, aminek pathoanatomiai elváltozását *Wallich* már 1908-ban kimutatta. *Wallich* savós és véres beszűrődésben — ezt láttuk mi is a szövettani metszetben — látja az okot, ami a rugalmas és izomelemeket szétolja. Szerinte az egész pathológiás folyamat menete a következő lenne: mechanikai okból

eredő keringési zavar, savós-véres beszűrődés és így másodlagosan kifejlődő rigiditás. *Couvelaire* a véres beszűrődésen kívül leukocytás beszűrődésben, tehát gyulladásban látja az eredetet, *Saniter* a rugalmas rostok hiányát konstata. Esetünkben mi is végeztünk rugalmasrostfestést *Weigert* szerint és orceinnel, de a rugalmasrostok megfogyását nem találtuk.

Vérézés esetünkben nem complicálta a szakadást. De ez természetes is, hisz az előfekvő fej, amint azt *Staude* is írja, jól comprimálja az ereket és így azok hamar thrombotizálódhatnak. A leszakadt részt visszavarni rendesen nem lehet. A sérülés kóros következménye a gyermekágyban fertőzésre való könnyebb lehetőség, esetleg később méhnyálkahártyagyulladás, következményes sterilitás, esetleg vetélés lehet.

Esetünkből a hüvelyi rész kóros leszakadására vonatkozólag a következőket emelném ki: A szövettani vizsgálat *Wallich* feltevését igazolja. De megtaláltuk a *Couvelaire* által ismertett sejtes beszűrődést is. Vizsgálatainkra és az ismertett irodalmi adatokra támaszkodva azonban feltétlenül szereppel bír a portio primaer rigid volta is. Ezek alapján a hüvelyi rész leszakadásának menetét a következőkben véljük megadni: A 34 éves idős, először szülő nő portioszöveve annyira rigid volt, hogy a méhszáj csak 3 ujjnyira tudott kitágulni. De mert a fájások elég erősek voltak, a magzat feje sapka módjára maga előtt tolva a portiót, azt papírvékonyáig elvékonyította. Ezt elősegítette az a körülmény is, hogy a kissé kerek medencét a fej teljesen kitöltötte és így elzárta az elővizet a peteürtől. Ezért nem repedt meg korábban a burok. A 2½ napig elhúzódó tágulás alatt savós és leukocytás beszűrődés képződött, szövettani vézésekkel, ami az izom és rostok elvékonyodásához vezetett és így a maximalisan elvékonyodott portioszövet egy erősebb fájdalom alatt aztán körkörösön spontán leszakadt.

Most pedig arra a kérdésre kell még felelnem, hogy vajjon milyen tanulság vonható le ismertett esetünkből: talán nem járok helytelen úton, amikor a tanulságot a következőkben foglalom össze: Esetünk is mutatja azt a tankönyvekben nem eléggé hangsúlyozott és kiemelt tény, hogy az elhúzódó szülés álló burok mellett is mennyire veszélyeztetheti a méh alsó szakaszát már akkor, amikor a méhszájbeesípődésnek még nincsenek meg a kifejezett jelei. Ezért nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy az idős, először szülő nő szülésére mily nagy körültekintéssel és figyelemmel kell lenni a szülésnek, hogy az esetleg szükségessé váló beavatkozás kellő időpontját el ne veszítse. Különösen az elhúzódó szülés követel egy bizonyos időn túl aktivitást.

Irodalom: *Freund*: Halban—Seitz, 8. köt. — *Peham*: Deutsche Zeitschr. f. d. ges. ger. Med. 1922, 1. köt., 10/11. füz. — *Petersson*: Monatschr. f. Geb. und Gyn. 63. köt.

Áltudományos és tudományos balneologia.*

Írta: *Báró Korányi Sándor dr.*, egy. ny. r. tanár.

A klimato- és balneoterapia nagy átalakulások korát éli. Ezen átalakulások az egész therápia újkori fejlődésmenetének következményei. Míg a therápia jóformán csak empiriás alapon fejlődött, addig különböző területei között laza volt a kapcsolat. Mióta az orvosi tudomány haladása a therápia minden ágába belevitte a tudományos szellemet, annak ágait ez a szellem mind szorosabbá váló egységbe fűzi össze. Ezen események befolyása alól a balneoterapia sem vonhatta ki magát. Gyógytényezőinek hatékonyságát, értékét a réginél szí-

* A XXXIII. Országos Balneologiai Congressuson április 28-án, az elnökség felkérésére tartott előadás.

gorúbb kritika ítéli meg. Ennek alapja a gyógyhelyeken folyó, a réginiél exactabb betegézelés. Velejár az indicatiók és contraindicatiók világosabb felismerése és élesebb megformulázása. A balneotherapie gyógytényezői mélyreható analysis tárgyává válnak. Mint ahogy a pharmacologia keresi ki és izolálja a drogoknak hatóanyagait, úgy igyekszik a balneologia gyógyhelyein, gyógyforrásaiban egymástól szétválasztani a hatásos, a hatástalan és a jó hatást mellékhatások által rontó tényezőket. További feladatai közé tartozik az elért hatások mechanizmusának tanulmányozása. A balneotherapie tudományos átdolgozását teljessé annak beillesztése teszi a therapiába, mint sok részből álló egészbe. Ható tényezőit másneműek hatásával hasonlítjuk össze. A klimato- és balneotherapie saját gyógytényezőit a pharmako-, a diaetas és physikai therapia methodusaival combinálja.

Mikor a balneologiának e munkája előrehaladott stadiumba jut, a balneotherapie megszűnik a régi lenni. A gyógyhelyek berendezésének, a bennük folyó gyógykezelésnek, életmódnak ezen átalakulással lépést tartva kell átalakulniok. Enélkül a balneotherapie elavul, értékét, hitelét veszti és a gyógyhely, amely magát az új idők követelményeinek idejében nem veti alá, versenyképtelenné válik és előbb-utóbb elbukik.

Magyarország kevés, de a természet által pazarul ellátott és mégis alig kihasznált gyógyhelyeinek jövője követeli, hogy világosan álljon szemünk előtt a fejlődésnek az a menete, amelyhez fürdőpolitikánknak alkalmazkodnia kell, hogy gyógyhelyeink felvirágozzanak. Általános fejtegetések helyett e problémát concret példák kapcsán igyekszem megvilágítani.

Gyógyhelyek hírét az egyszerű empiria alapította meg, a hagyomány — és tegyük hozzá — nagyrészt a reklám tartotta fenn. E primitív eljárás helyébe lassanként az exact betegézelés alapján meghatározott gyógyhatás megbízható bebizonyítása került, nagyon sokszor igazolva azt, amit az empiria éles látása ismert fel először. Ezt az egyszerű igazságot nem mindig méltányolják eléggé és a balneotherapie fanatikusai sokszor hiszik azt, hogy a supponált, általuk fennállónak tartott gyógyhatásnak másokat is meggyőző bizonyítékát szolgáltatják azzal, ha a hatásnak többé-kevésbé tudományos módszerekkel keresik magyarázatát és úgy hiszik, hogy azt megtalálták. Nem fölösleges rámutatni arra a *logikai hibára* és következményeire, amelyet akkor követnek el, mikor a constatálandó hatás constatálását annak magyarázatával igyekeznek helyettesíteni. Illustrálása *Gastein* példája. Az empiria a therapiában számára értékes helyet jelölt ki. Természetes, hogy hatásának hordozóját elsősorban vízében keresték. A chemiai analysis azonban azt mutatta, hogy az egyszerűen nagyon tiszta víz. Aki a megtaláltnak vélt magyarázatot a gyógyhatás bizonyítékának tekinti, az analysis ezen eredménye alapján *Gastein*ban elveszthette bizalmát. Pedig az empiriának volt igaza, amely a gasteini és más vizek közt hatásukban a chemiai analysis előtt rejtve maradt különbséget fedezett fel. E különbséget csak nagykesőre ismertük meg a gasteini víz radioaktivitásában.

Gastein sorsára nézve mi volt e felfedezés jelentősége? Attól lehetett volna tartani, hogy végzetessé válhatik. Megtaláltuk a módját annak, hogy radioaktivá tegyük bármely vízvezeték vizét. *Gastein* „Brunnergeist“-je felszabadult helyhezkötttségétől és többé nem privilegium. De az empiria *Gastein* beteganyagát jól választotta meg és berendezésében *Gastein* e beteganyag szükségleteihez jól alkalmazkodott. Annak nem

egyedüli gyógytényezője a radioaktivitás. Hozzá tartozik *Gastein* szépsége, klimája, nyugalma, sétatái, kitűnő szállodái, vendéglői és *Gastein* gyógyhatását a beteg lakásának fürdőszobájában még olyan erősen radioaktivá tett vízvezeteki vízzel sem érheti el egészen.

A gyógyhatás tisztázása más esetekben sokkal mélyebbre ható módon befolyásolhatja gyógyhelyek sorát. *Davosi* orvosok nagyon régi tapasztalata szerint *Davosban* alig fordul elő egy-egy kunyhóban *rachitis*. E tapasztalatból indult ki Svájcban a rachitistek nagyon eredményes magaslati therapiája. Eredményei arra bírták a svájci városokat, hogy angolkóros gyermekek számára azok közelében magaslati gyógyhelyeket rendezzenek be.

A magaslati klima tanulmányozása a figyelmet az ibolyántúli sugarakra terelte. Ibolyántúli sugarak mesterséges alkalmazására módot nyújt a quarzlámpa. Ha ezek a magaslati klima rachitisgyógyító tényezői, akkor a rachitis quarzlámpával is gyógyítható. *Huldschinsky* próbára teszi e kérdést és kitűnik, hogy a rachitist quarzlámpával csakugyan meg lehet gyógyítani. Régi tapasztalat, hogy a rachitist, ha lassabban is, meggyógyítja a csukamájolaj is. *Hess* és *Steenbock* tápszereket sugároznak meg quarzlámpával és azt találják, hogy a besugárzás azokat rachitisgyógyító hatással ruházza fel. A hatóanyag *Hess* szerint cholesterinből, *Windaus* és *Pohl* szerint ergosterinből képződött D-vitamin. Az előállítható a tejben és csak az a baj, hogy a besugárzott tej a csukamájára emlékeztető ízűvé válik. *Scholl*nak sikerült ezt elhárítani azáltal, hogy a tejet a besugárzás alatt elzárja a levegő oxygenjétől. Ezek után Frankfurt nagy telepet épít, amely naponta 2000 liter ibolyántúli sugarakkal besugárzott tejet fog forgalomba hozni. Abból 10—12%-ot téve a gyermekek tejébe, táplálásuk naponta $\frac{1}{2}$ —2 pfenniggel fog megdrágulni és ezen az áron a rachitistól meg lesznek óvhatók. 3—6 deciliter ilyen tej naponta a már meglévő rachitist 4—8 hét alatt gyógyítja meg.

De a magaslati klímának rachitisgyógyító hatása csakugyan összefügg-e e fényes vizsgálati sorozat tényeivel? Az ibolyántúli sugarak közül a rachitist közvetlenül csak egészen határozott hullámhosszúak képesek meggyógyítani. Ezek éppen azok, amelyek hullámhosszuknál fogva az ember bőrén képesek keresztülhatolni. Tehát ezek a bőr alatt hozzák létre a beteg saját ergosterinjében azt a változást, amelyet *Hess* és *Steenbock* a tápszerekben idéztek elő. És most már megértjük a csukamájolaj gyógyhatását is. A tengert megsütő nap D-vitamintartalmúvá teszi a plankton. A D-vitamin a megsütött planktonnal kerül a halak zsírájába, ebből a csukamájolajba is. Így *Davos* rachitisgyógyító hatása végeredményében a csukamájolajával és a Frankfurtban besugárzott tejjel azonos.

A tudomány e vívmányai nem maradhatnak hatás nélkül Svájc azon magaslati gyógyhelyeire, amelyeken a városi rachitises gyermekeket kezelték. De e gyógyhelyek klimatikus előnyei más beteganyagok is javára fordíthatók. E gyógyhelyekre most már azokra kell berendezkedniök. Ha ezt megteszik, a tudomány haladása meg fogja változtatni őket, de élni fognak tovább. Itt van számukra pl. a soha ki nem merülő *tuberculosis*.

A balneotherapie gyógyhelyeit téves gondolatokból kifolyólag is válogathatja. Így keletkezett *Brehmer tuberculosis-sanatoriuma Görbersdorfban*. *Gastein*, a rachitisgyógyítás története, az empiria éleslátásának illusztrációi és illusztrációi annak is, hogy gyógyhelyeknek értékét sikerrel csak az exact betegézelés eredményei védhetik. Megvédi akkor is, ha azok magyarázatát a tudomány egyelőre nem adja meg, sőt, ha azok az

eredmények egyéb ismereteinkkel látszólag szembenállnak. Görbersdorf példája azt mutatja, hogy az exakt betegszelés olyan therapia nagy értékének bizonyítására is vezethet, amely teljesen elhibázott teoriára alapított és hogy a tévedés felismerése igen nagy eredmények kiindulási pontjává válhatik. *Brehmer* azt hitte, hogy Görbersdorfnak helyi tuberculosisimmunitása van. Betegei gyógyultak. Görbersdorf felvirágzott. Azután kitűnt, hogy Görbersdorfnak tuberculosisimmunitása nincs. Ha nem az hozza létre gyógyító hatását, akkor azt talán a *Brehmer*-féle sanatoriumi rendszerben kell keresni. Egymásután keletkeztek a tuberculosis-sanatoriumok és mindenütt beváltak. Ezzel Görbersdorf gyógyító tényezője csak úgy elvesztette helyezkedését, mint ahogy nem helyhez kötött a magaslati klíma rachitisgyógyító hatása sem, mióta tudjuk, hogy mi a lényege. Görbersdorfnak természetadta privilégiuma nincs. Ennek felismerése által a tuberculosisgyógyításnak ott felfedezett lehetőségei óriási terjedelemben váltak alkalmazhatókká. Az egymásra versenyre kelő sanatoriumok technikájukat tökéletesítették. Görbersdorf is tökéletesítette a magáét, és amelyik a versenyben a többi mögött nem maradt el, prosperált tovább. Ehhez azonban az kell, hogy magában foglaljon mindent, ami a tuberculosis-therapiához tartozik. Magába fogadta a therapia minden értékes eszközét, kezdve a physikai therapián, folytatva a dietetikán, végezve a sebészi therapián, nem hanyagolva el a pharmakotherapiát, a psychotherapiát, a betegek nevelését, szórakoztatását sem, semmit, ami javukra válhatik.

Tagadhatatlan, hogy a gyógyhelyeket az orvosi tudomány haladása kritikus helyzetbe is juttathatja. *Karlsbad* többek között a diabetikusok, az epeköbetegek classikus gyógyhelye volt. Hatását vizének tulajdonították. Hat-e a karlsbadi víz a *diabeteses* anyagcserezavarra? Hatásának semmi megbízható bizonyítéka nincs. Ha volna is némi hatása, azzal törődni nem volna érdemes. Hiszen éppen kétes volta bizonyítja, hogy a dietás therapia fényes eredményei mellett számba sem jöhet, mióta pedig insulin is van, azt lehetne hinni, hogy *Karlsbad* fenntartására, mint diabetes-gyógyhelyre, teljesen megszűnt a szükség. Mégis azt hiszem, hogy *Karlsbad* elvesztése a diabetikusoknak nagy vesztesége volna. A balneotherapia fontos kérdését világítja meg e példa. Azért érdemes vele pár percet tölteni.

A dietás therapia methodikájának exaktsága szükségessé teszi, hogy a diabetikus gyógyintézetekkel lehetőleg állandó összeköttetésben maradjon. Egyszer-kétszer évente exakt módon állapítják meg anyagcserezavarának fokát, individualis sajátosságait, hozzá alkalmazzák a dietás előírásokat és a betegeket betanítják arra, hogyan vigyék ezeket keresztül. Erre igazán csak sanatoriumok, klinikák vagy egész magas színvonalon álló kórházak alkalmasak. Jelentőségüket az insulin felfedezése még fokozza. Hiszen most már nem két dolgot, az anyagcserezavart és a dietát, kell egymással összehangba hozni, hanem e kettőt még egy harmadikkal, az insulinnal. Minél több diabeteses beteg életét nyújtja meg a therapiának ez a tökéletesedése, annál többnek lesz szüksége intézeti ellenőrzésre, kezelésre.

A diabetesesek nagy része hivatásának élő ember, akinek nemcsak gyógyításra, de évente üdülésre, szabadságra, szórakozásra is szüksége van. Legnagyobb részüknek felesleges, hogy kezelésük kórház, klinika vagy városi sanatorium nyomasztó levegőjében folyjék és semmi sem áll annak útjába, hogy kúrájukat üdüléssel kössék össze, ha az így kifogástalanul vihető keresztül. *Karlsbad*nak páratlan genius loci-ja van. Hozzá tartozik szépsége, berendezése, hozzá tartoznak

kitűnő orvosai, szállodái, szakácsai — le az iskolázott cselédségig, hozzá tartoznak szórakozásai és még luxusa is. Ha *Karlsbad* hoteljeiben lehetővé válik a diabetikusoknak olyan exakt kezelése, mint amilyen klinikákon folyik, a diabetesesek körében *Karlsbad* népszerűbbé válhatik, mint valaha volt. A diabetes-therapia fejlődése nem igazolta a *Karlsbad* felől fennállott hagyományos hitet. De ha *Karlsbad* úgy tesz, mint tett Görbersdorf teoriájának megdőlése után, és úgy áll a diabetikusok szolgálatába, amint állanak a specifikus hatás nélküli sanatoriumok a tuberculosisgyógyítás szolgálatában, diabetesanyagát megmentheti.

Más téren a kutatás igazolta a karlsbadi empirikusok tapasztalatát. Így a *cholelithiasis és ikterus* kezelésének kérdésében is. *Karlsbad* cholelithiasis-anyaga is megváltozott. Azt csökkentette a sebészi therapia fellendülése, csökkentette a karlsbadi víznek, sónak elszállítása és a mesterséges karlsbadi sóval végzett kúrák elszaporodása. Csökkentette a skepsis is. A cholelithiasis lefolyása kiszámíthatatlan. Nagyon nehezen ítéltető meg a therapiának erre gyakorolt hatása. Ilyenkor támogathatja ítéletünket, ha a gyógytényezőnek olyan hatása állapítható meg, amely a supponált gyógyhatást érthetővé teszi. De a karlsbadi vízzel történt ily célú kísérletezés sokáig eredménytelen maradt. A helyzet megváltozott *Stepp*, *Meltzer* és *Lyon* kísérleteivel. Wittepepton, karlsbadi só, natriumsulfat oldatát duodenalis szondán át juttatva a duodenumba, bőséges epekiürülés váltható ki, amelynek folyamán felismerhető külön az epehólyag tartalmának kiürülése. Ha ily módon az epehólyag kiürülését idéztük elő, az a hepaticus felől újra megtelik. E folyamat ismétlése nem egyéb, mint az epeutak és az epehólyag kimosása epével. Megállapítása után a karlsbadi kúra hatása az epeutak betegségeire kezd érthetővé válni és érthetővé válása *Karlsbadra* következmény nélkül nem maradhat. De a tapasztalatok az indicatiók exaktabb meghatározását is lehetővé teszik. Ha a cystikus elzárt, az epehólyagnak contractilitása nincs, a karlsbadi kúra értelme megszűnik, vagy legalább kétséssé válik. Ennek megállapítása a duodenalis szondakísérlet és a cholecystographia negatív eredményéből csökkenteni fogja azok számát, akik *Karlsbadot* haszon nélkül látogatják és elmaradásuk *Karlsbadnak* csak javára válhatik.

Karlsbad példájával a *gyógyvizek mesterséges utánzásának* problémáját érintettük. Abba sokszor kevernek bele szempontokat, amelyek e vitát hibás mederbe terelik és érveket, amelyek nem egyebek, mint a tudományosság látszatának kihasználásai.

A balneotherapia fanatikusaiknak állásfoglalásából gyakran szinte azt a felfogást lehetne kiolvasni, hogy szerintük a természetes gyógyvizek sajátosságai a terapeutikus hatás szempontjából optimalisak. Ha talán e formában e kijelentést nem is tenné meg közülök senki sem, érveléseik mutatják, hogy ez a dogma gondolkozásukat ellenállhatatlan subconsciens befolyásként irányítja. Ez irányítja azoknak törekvését is, akik a természetes ásványvizek mesterséges utánzatait igyekeznek azokkal szemben forgalomba hozni. A dogma subconsciens befolyása alatt álló két tábor között folyó discussio módjának megvilágítására elég, ha néhány érvet veszünk bírálat alá. A régi „Brunnengeist“ még ma is kísért.

Ma ugyan már senki sem hiszi *Pliniussal*, hogy a gyógyforrás természetes melege a mesterségestől különbözik és hogy *Wiesbaden* vize lassabban hül le, mint a kútvíz. Ha hinné is, akkor is nyílt kérdés maradna, hogy e különbség a terapeutikus hatás szempontjából

mit jelentene, ha fennállana. Ha ezt nem is hiszik, mégis akadnak balneoterapeuták ma is, akik vizeikben rejtett tulajdonságokat sejtnek. A geologus Süss juveniliseknek nevezte el a föld sűrűn folyó, óriási nyomás alatt álló és óriási hőfokú magmájából származó, szilárd kérgét áttörő forrásokat. Hogy egy szó mi módon ébresztheti fel az erre hajlamosak misztikus gondolatait, annak illusztrálására citálom egy balneologusnak 1902-ben leírt szavait, amelyekkel a juvenilis forrásvizel dícséri: „Es besitzt noch die ganze Zaubermaacht jugendlicher Frische. Es bringt unbekannte Kräfte mit empor aus den Zeiten der Urgeschichte unseres Planeten, die an den anderen Stoffen rings um uns her lügst verfliegen sind“. Szebben terapeutikus határról a középkorban sem lehetett volna beszélni. Ilyen okoskodásokkal má már mégsem lehet sokakat megtéveszteni. Azért más, látszólag helytállóbb érvekre hivatkoznak.

Hivatkoznak *Liebreichre*, aki az ásványvizanalízisek eredményeit összegezve, kimutatta, hogy az analysisben meghatározott anyagok összes mennyisége nem éri el az oldot anyagok száz százalékát. Tehát az ásványvíz ismeretlen anyagot tartalmaz. Érvként e lehetőség mellett ugyan lehet a gasteini víz történetére, de nem lehet *Liebreich* számadására hivatkozni, mert *Roloff* kimutatta, hogy a mutatkozó hiány a kísérleti hibák határain belül esik.

Mikor a physikai chemia korszaka következett el, a természetes ásványvizek pártfogói új érvek tömegére hivatkozhattak. A sók oldataikban elektrolytikus dissociatio állapotában vannak. A sóhatások nagyrészt osmotikus- és ionhatások. A dissociatio fokának összefüggése a concentratióval, különböző sóoldatok keverékeiben a közös ionokat is tartalmazó sóknak kölcsönös befolyása a dissociatiójukra, ionsynergiák, antagonismusok, mindmegannyian alkalmasoknak látszottak annak bizonyítására, hogy ásványvizek physikai és chemiai tulajdonságai annyira komplikáltak, hogy egészen hű utáztatuk alig képzelhető el. Ha erre exakt, könnyen ellenőrizhető bizonyíték kerestetik, fölösleges a theoretikus érvek halmozása. Elég a természetes és mesterséges ásványvizek megízlelése, elég, ha nézzük, mennyire más a természetes szénsavas ásványvizek szénsavának hólýagnagysága, pezsgése, mint a mesterségeseké. Igazuk van az ásványvizek védőinek: mesterséges ásványvizek éppen olyan kevésbé azonosak a természetesekkel, akár csak a műborok a hamisítatlanokkal.

Ez igaz. De mi az, ami e discussióból a beteget, az orvost érdekli? *Egyesegyedül a gyógyhatás, és semmi más.* E discussióknak értelme csak akkor volna, ha igaznak lehetne a dogmát tartani, hogy a természetes ásványvizek sajátosságai a gyógyhatás szempontjából optimalisak és minden kevesebbet ér, aminek összetétele azokétól bármily kevésbé is különbözik. De ezt általánosságban még a legfanatikusabb fürdőorvos sem állíthatja. Hiszen gyógyvizét hol melegíti, hol lehűti, hol hígítja, hol fokozza concentratióját sóhozadáással és így tovább.

Egészen mások a gyógyvizek gyógyhatásából fakadó *igazi* problémák. Egy-egy hatásos gyógyvíz droggal hasonlítható össze, amelynek hatóanyagát keresi a pharmacologus. Itt vannak például az arsenes és vasas vizek. Jól hatnak bizonyos anaemiákra. Hatóanyaguk az arsen, a vas és nagyon jól tudjuk, hogy ezen ásványvizeknek semmi, de semmiféle olyan jó hatásuk nincs, amit a gyógyszerhárból kapott ferrum hydrogen. reductummal és solutio Fowleri-vel ne lehetne sokkal jobban elérni. E vizekre a betegeknek semmi szükségük nincs. Ha mégsem tűnnek el a forgalomból,

annak ugyanaz a magyarázata és éppen olyan kevés a mentsége, mint a gyógyszeripar száz és száz drága vas- és arsenpraeparatuma által elért kereskedelmi sikernek. Gyógyfürdő, amely prosperálását egyesegyedül vasas vagy arsenes forrásától remélné, csak addig élne, míg a therapia túri eszközeivel szemben a kritika lazaságát. Megengedem, hogy talán még soká fogja túrni, de mégis csak fokozatosan esökkenő mértékben.

Mint másik példát, ismét a Karlsbad vizét említem. Elszállítják és karlsbadi kúrákat csinálnak mindennütt. Azután elszállítják a karlsbadi sót. Azzal a praxisban versenyre kél a mesterséges karlsbadi só. A chololithiasis therapiájában *Naunyn* értékét a természetes fölé helyezi. Az kitűnően beválik duodenalis szonda segítségével keresztülvitt mesterséges epeútdrainagera. Helyette Mira-víz, vagy egyszerűen Glaubersó-oldat is használható. Ez a processus az, amely az ásványvizeknek, mint gyógyvizeknek, veszedelmes concurrentiát csinál — és nem a mesterséges ásványvizek. De e concurrentia éppen olyan kevésbé kifogásolható, mint ahogy nem kifogásolható, ha a rachitisben szenvedő gyermeket besugárzott tejjel gyógyítjuk ahelyett, hogy Davosba küldenek, vagy, ha a digitalislevél helyett strophantint alkalmazunk.

E példa a nagyon tanulságosak közé tartozik. Teljes meggyőződéssel állítom, hogy vannak esetek, amelyekben jobb a digitalislevél hatása, mint izolált hatóanyagaié. Éppen úgy hiszem, hogy a chronikus gastritis bizonyos formáiban hasznosabb a természetes karlsbadi víz, még pedig a kútnál, mint elszállítva vagy helyette mesterséges sóoldatok.

A gyógyvizek megvédésének igazi és egyedüli módja a megbízható betegszelzés. Csak ez dönthet afelől, hogy az egyáltalán védhető-e vagy sem. Ez, és nem előre kitűzött cél által diktált, tudományosnak látszó érvek kiválogatása az, amire a balneoterapia művelőinek törekvése irányítandó. A gyógyhelyek tulajdonsainak ezzel kell tisztába jönniök és még eggyel. *Ingatag alapon áll a gyógyhely hírneve, jövője, amely jövőjét tisztán gyógyvizéhez köli.* Azok jelentőségén nagyon sokat változtathat a therapia fejlődése.

A régi orvosok a gyógyhelyeket egységes egésznek tekintették. Nem analizálták gyógytényezőiket. E primitív felfogás természetes következménye volt, hogy az ő szemükben Karlsbadnak, Marienbadnak, Pöstyénnek, Budának stb.-nek voltak indicatiói és nem ilyen vagy amolyan természetű vizeknek. Bármily primitív is ez az eljárás, mégis ez az, amelyre, ha talán nem is egészen tudatosan, visszatérünk és a gyógyhelyeknek életbevágó érdeke, hogy fejlődésüket ennek a primitív eljárásnak alapfogolata irányítsa.

Vegyük *Nauheim* példáját. Orvosai a szénsavas fürdők hatására vezették vissza azt a javulást, amelyet szívbajosok állapotában *Nauheim* előidézett. Megindult a tapasztalatok gyűjtése, a szénsavas fürdők hatásának tanulmányozása klinikai módszerekkel. *Nauheimnek* híre, forgalma nőtt. De orvosainak munkája nem erre szorított. Kitűnő szívspecialisták. Szívbajosaik vizsgálatára jobban, gazdagabban rendezkedtek be, mint bármely klinika. Specialista híruket elterjesztették világszerte tudományos munkáik. Therapiájukban nem szorítottak a szénsavas fürdökre. Rendelték a physikotherapia, a pharmacotherapia minden eszközét. *Nauheim* berendezkedésében tanácsaikat vakon követték. Azok szerint fejlődtek vendéglők, éttermeik, sanatoriumaik, sétányaik, azok szerint fejlődött a nauheimiak egész életmódja, végig az ott elérhető szórakozásig. Ma már másodrendű kérdés *Nauheimra* nézve, mi az értéke

a szénsavas fürdőknek a szívbeteg terapiájában. E fölött eltérők lehetnek a nézetek. De e nézetektől függetlenül kétségtelen, hogy a szívbetegségeket bizonyos, igen széleskörű kategóriája számára kitűnő gyógy- és tartózkodási hely Nauheim. E példát száz mással lehetne szaporítani. Belőle kiolvasható, *mi a virágzó gyógyhelyek fejlesztésének titka. Egyetlen egy szóval mondható meg: a specializálódás.* Ezzel megvan a magyarázata annak is, miért fejlődnek oly lassan és oly kevés eredménnyel a magyar gyógyhelyek. *Annak átlátása hiányzik, hogy specializálódás nélkül nagy eredmények a balneoterapiában el nem érhetők, hiányzik a bátorság annak következetes keresztülvitelére és nem elég erős az orvosi befolyás, amely egyedül képes arra, hogy a specializálódás keresztülvitelének útját, módját megbízhatóan jelölje meg.*

A specialistaságnak van egy negatív és egy pozitív oldala. A specialista megválasztja foglalkozásának körét és ezenkívül mással nem foglalkozik. De ebből a negatív viselkedésből nem él meg. Érvényesülésének föltétele, hogy azt, amit csinál, magasabb színvonalon állva, tökéletesebben csinálja, mint ahogy arra a nem-specialista képes. A kettő egymással a lehető legszorosabban összetartozik. A régi orvosok, mikor a gyógyhelyeket gyógytényezőik analysise nélkül egységes, osztatlan gyógyszerek módjára rendelték, specializálódásuk útját készítették elő. Ezen úton továbbhaladva fejlődtek ki a magas színvonalon specializálódott gyógyhelyek. A követendő módnak kitűnő illusztrációja Davos.

Davos népét általános szavazásra szólították fel. Nem képviselőt választottak. Szavazott az orvos, a sanatoriumtulajdonos, a vendéglős, a hivatalnok, mindenki, le a szállodák utolsó eselédjéig. A föltett kérdés úgy hangzott, *kellene-e Davosnak kutatóintézetek?* Davos népe számító. Tudja, mit, miért cselekszik. Nagy többséggel megszavazta, hogy Davosnak két kutatóintézete legyen. Az egyik meteorológiai és klimatológiai. Vezetője egyike az első klimatológusoknak, *Dorno*. A másik physiológiai és a magaslati klíma physiológiai hatását kutatja. Vezetőjéül a kitűnő berlini physiológust, *Loewy* professort nyerte meg.

Ha egy gyár nagy sikerre törekszik, technikusokat, tudósokat köt le a maga számára. Azoknak megadja a dolgozás lehetőségeit és munkájuk eredményét igyekszik értékesíteni. A gyárak között azé a győzelem, amelynek jobb technikusai, nagyobb tudósai vannak. A gyógyhelyeknek is ezt a példát kell követniök. *Ami a gyár életében a technikus, az a fürdőhelyében az orvos. Szállodapolitika, amelyben az orvos alárendelt szerepet játszik, amely számára a komoly orvosi és tudományos munka lehetőségét nem adja meg, virágzó gyógyhelyet ma már nem csinálhat.* A világfürdők legtöbbszörének főterét egy-egy orvos szobra díszíti, azé, akinek fölvirágzását köszöni. Karlsbad felé a diabetikusok árvját nagyrészt *Seegen* terelte. Davos hírét nagygyá *Turban*, *Lucius Spengler* és a többi nagy phthisiologusa tette. *Schotték* nélkül Nauheim talán csak helyi jelentőségű fürdő, *Brehmer* nélkül Görbersdorf ismeretlen falu marad és mi volna Kaltenleutgeben, ha nem lett volna *Winternitze*? És mik volnának e helyek mindannyian, ha nem adják meg orvosainknak a módot annak a munkának kifejtésére, amely gyógyfürdők hírét az övékkel együtt gyarapítja és berendezkedésükben inkább hallgatnak üzletemberekre, mint reájuk?

A gyógyhelyek sorsát eldöntő orvosok mindegyike specialista volt. Befolyásuk mindenütt a gyógyhely specializálódásának irányában érvényesült. Ez nem jelenti azt, hogy egy-egy gyógyhelynek csak egy-egy

betegsége kell berendezkednie. Ezt Karlsbad példája is mutatja. De zárja ki a prosperálásra törekvő gyógyhely azokat a betegségeket, amelyek kezelésére különösen jól berendezve nincs és azokat, amelyekben szenvedők megtartására súlyt helyez, lássa el a specializálódás legmagasabb fokán. Miért ne épülhetnének Balatonfüreden szívbetegsége számára szolgáló sanatoriumok mellett sanatoriumok, amelyekben anyagcserebetegségekben, idegben szenvedőket kezelnek? Ehhez csak az kellene, hogy mindegyikük orvosi ellátása, felszerelése specialis céljának magas igényeket kielégítő módon feleljen meg.

Országos szempontból azonban Budapest problémája a legfontosabb, mint fürdővárosé. Miért nem tölti be e téren hivatását? Fürdőiben, amelyeket a természet pazarul látott el, mindenki fürödhetik, ahogy neki jól esik, ahogy az ő belátása diktálja neki. *Gyógyszállónak lakói többnyire egészséges emberek.* A Gellért-szállóban muzsikálnak, táncolnak, lakmároznak. Ha tíz betegnek ajánlom, hogy menjen oda gyógyítani magát, kilenc utazik Pöstyénbe, Wiesbadenbe azzal, hogy a Gellért-szálló mulatóhely. *És éppen Budapest szegény rheumatikusának nincs hová mennie.* Ameddig kórházban túrik őt, alig tehetnek mást vele, mint hogy aspirint rendelnek neki. *Igy fürdővárost csinálni nem lehet. Budapestnek a rheumatikus betegségek gyógyításában és tanulmányozásában világközpontnak kellene lennie.* Gyógyforrásai elsőrangúak. Páratlan dolog, hogy azok fővárosnak, egyetemi városnak határában fakadnak. De tudományosan velük alig foglalkozhat valaki, Budapest természetes gyógytényezői fölött klinikai és kórházai nem rendelkeznek. Gyógyforrásaihoz kórház kapcsolva nincs.

Conclusióim megformulálásához jutottam.

Nagy jövője csak specializálódó gyógyhelynek lehet. Specializálódásának előfeltétele, hogy közönsége specialis céljának megfelelő betegekkel szedődjék össze, hogy intézményei az ő specialis szükségleteik tekintetbe vételével fejlesszenek.

A specializálódás célszerű keresztülvitele az orvosokon múlik. Hivatásukat csak úgy tölthetik be, ha magasan álló, elismert specialisták és ha a gyógyhely fejlődését ők irányítják. A magas színvonalú specialista munka legfontosabb része megfelelő felszerelésű kórházban folyik. *Magyarországon legalább Budapesten kellene mulhatatlanul rheumatikusok számára kórházat építeni és kívánatos volna azon, a háború alatt a rokkantügyi hivatalban fölvetett terv megvalósítása is, hogy Balatonfüred közelében kórház létesüljön szegény szívbetegsége számára.* Mert azzal tisztában kell lennünk, mint ahogy külföldön minden nagy fürdő tisztában van vele: specialis célú gyógyfürdőknek tudományos orvosi központokká kell válniok. Ez az ott folyó orvosi munka jóságának biztosításán kívül a gyógyhely színvonalának, hírnevének legfontosabb tényezője is.

A régi stílusban továbbdolgozó gyógyhelyeket ma már idejét múlt helytelen politikájuk és a therapia haladásával megváltozott orvosi igények válságba jutatták. Külföldi példák mutatják, hogy e válság leküzdhető. E külföldi példákkal szemben magyar gyógyhelyeink versenyre képtelenek maradnak, ha azokat módszereikben nem követik. Bár levonná Magyarország és elsősorban Budapest e példák tanulságait. Megvitatással annak a célnak eléréséhez akartam tőlem telhetőleg hozzájárulni, hogy természeti kincseink az eddiginél jobban kihasználtsanak. Ez a feltámadó Magyarország érdeke.

A szegedi m. kir. Ferenc József Tudományegyetem sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Vidakovits Kamill dr. egy. ny. r. tanár).

Megjegyzés Campián Aladár dr. „A lúgmérgezés okozta nyelőcsőszűkületekről” című cikkére.

(O. H. 1928, 14. sz.)

Írta: Treer József dr., klinikai tanársegéd,
a fül-, orr-, gégerendelés vezetője.

Örömmel láttam folyóiratunk 11. és 14. számában a lúgmérgezés gyógykezelése érdekében történt megmozdulást, melynek szükségességét Faludi legújabb statisztikai adatai, sajnos, nagyon is igazolnak. Balázs, Eckert, Scheitz, Herman más és más szemszögből vizsgálták ezen kérdést és igen fontos és tanulságos adatokat nyújtottak az olvasónak.

Azonban hiába kutattam korai kezelésre vonatkozó megjegyzések után, ilyeneket csak a 14. számban találtam. Itt Palsó Bálint cikke teljesen kielégítette várakozásomat, mert bátran síkra szállt a korai kezelésért. Okfejtéseit — melyeket különben már többször leszögeztem — annyira helyesnek tartom (kivéve azt, hogy ő ólomszondákkal is dolgozik), hogy nézetem szerint meg is cáfolják Campiannak a fenti cikkében a korai kezelésről tett rövid, de sajnos, lesújtó véleményét. Mivel azonban a korai kezelés a legjobb és legszerencsésebb vívmány a lúgmérgezetek kezelésében, azért szükséges rámutatni azokra a hibákra, melyeknek az elkerülésével, remélem, sikerülni fog a régi iskola még hátralevő híveit is a korai kezelés számára megnyerni.

Mindenekelőtt tisztában kell lennünk azzal, hogy a korai kezeléssel a létrejött ronesolást meg nem történtté tenni nem tudjuk, s így természetes, hogy minél nagyobb mérvű a ronesolás, annál nagyobb tömegű a hegyszövet s ezzel együtt küzdelmünk a nyelőcső eredeti belüregének a fenntartásáért. Ha helyes elvekkel és technikával visszük keresztül a korai kezelést és a betegnél a 6. hónapban sem hagyhatjuk el a szondázást, akkor ez csak a ronesolás súlyosságát, nem pedig a korai kezelés esődjét jelenti.

A másik kérdés a perforatio. Helyes technika mellett korai kezeléssel perforálni nem lehet. Ha a kezelés folyamán, két héttel a lúgvás után perforatio következik be, akkor az mindig az egyéni technika (Bassszonda) rovasára írandó.

A korai kezelés rovasára írják azt, hogy a fekélyes nyelőcső ezen kezelés mellett is megszőkül. Ilyenkor a kezelési elvben van a hiba. A korai kezelésnek ugyanis meg kell tartani a nyelőcső belvilágát a heg teljes kifejlődéséig. Vagyis a 6. héten is ugyanazt a számú gyomormosó gummicsövet kell levezetni, mint a lúgvás utáni napokban. Ha a technika helyes, valamint a kezelés naponként történik, úgy az mindig még igen súlyos ronesolásnál is végrehajtható. Ha a 30–33 mm körfogatból a 6. hétig — érthető óvatosságból — 3–4 mm-t fokozatosan elvettünk, akkor az előbbi elvet még nem adtuk fel.

A korai kezelés alatt fennálló lázat másként kell elbírálni, mint azt, amely a strictura tágítása alkalmával, láztalan állapot után jelentkezik. Míg ebben az esetben a további beavatkozást rögtön abba kell hagyni, addig a lúgmérgezés után fennálló lázat, ennek az állapotnak nem mindig jelenlévő, de természetes tünetét nem lehet a korai kezelés egyetlen ellenjavallatának tekinteni.

Csak ismétlem régebbi nézetemet, mikor hangsúlyozom annak szükségét, hogy mindazon esetekben

kell végrehajtani a korai kezelést, ahol remény van arra, hogy a beteg a stricturás időszakot eléri. Ez pedig a legtöbb esetben az első hét végén eldől.

A korai kezelés részletes technikájára nézve utalok¹ cikkeimre, itt csak ki kell emelni azt, amit már hangoztattam, hogy Campian és Bálint által említett perforációs eseteket elsősorban a Bassszondának lehet tulajdonítani. Ezért sürgősen ajánlom ezen ólomszondát elhagyni és az általam már két éve ajánlott gyomormosó gumicsővel a kezelést végrehajtani. Salzer és Bálint² is egészen elhagyták az ólomszondát és Bálint² most már teljesen a gyomormosó gumicső használatára tért át.

Ezen alkalmat felhasználom arra, hogy a következő — el nem hanyagolható — mellékkörülményre a figyelmet felhívjam. Ismeretes a nyelőcsőnek azon elmozdulása, mely nyeléskor és öklöndözés alkalmával jelentkezik. Ilyenkor ugyanis a nyelőcső közel 1 cm-nyi elmozdulást végez a száj felé igen nagy erővel. Ezt az elmozdulást nagyon jól felhasználhatjuk a gumicső levezetésénél. Különösen gyermekeknél és ideges betegeknel — amíg nagyobb erőt nem kell kifejteni — a gumicső levezetését a következőképpen hajtsuk végre: jobb kézzel megfogjuk a gumicsövet alsó egyharmadánál, bal kézzel pedig a beteg fejét, azután a nyitott szájon át a hypopharynxba töljük a gumicső tömör végét. Itt ez a gégnél megakad s most jól érezhetjük a nyelőcsőnek s gégnél fenti elmozdulását, amint a gumicsövet többször visszalöki. Most elég, ha megrögzítjük a gumicsövet, mert néhány öklöndözés vagy nyelés után az ellentállás eltűnik s a gumicső most már akadály nélkül jut tovább. Ugyanígy jut keresztül a gumicső a szűkületen is és még nagyobb fokú stenosis (oesophagi acuta) és stricturánál is mellőzhetjük a bal mutatóujj segítségét a hypopharynxba.

Irodalom: ¹ Treer: Riegler emlékkönyv 1926.; Zeitschrift für H.-N.-O.-heilkunde, 1927, 15. köt., 2/4. füzet.; Orvosi Hetilap, 1927, 3. és 33. sz.; Budapesti Orv. Ujság, 1928, 3. sz. — ² Salzer és Bálint: Válasz és viszonzválasz.; Monatsschrift für Ohrenheilk. 1928, 2. füz.

L A P S Z E M L E

Belorvostan.

Aleukaemiás myelosis esete. Hartmann és Volt. (D. Arch. f. klin. Med. 158. k., 336. old.)

A leírt eset különössége az, hogy a nagyfokú anaemia mellett eleinte kevés magvas vörösvérsejt és leukopenia kevés myeloid elemmel volt található. Később a magvas sejtek száma közel 150.000-re emelkedett és ezeknek mintegy 95%-a fiatal vörösvérsejt volt, normo-, makro- és jellemző megaloblastok, míg a fehérvérkép az aleukaemiás myelosisra jellemző volt. Perémy dr.

Összehasonlító tanulmányok strumákról. H. Spatz. (D. Arch. für Klin. Med. 158. köt., 257. old.)

A szerző Bajorország déli részéből Münchenben összegyűjtött strumaanyagot dolgozott fel klinikai, szövettani, kémiai és biológiai módszerekkel. 13 normalis pajzsmirigy és 52 struma feldolgozásából vont le következtetéseket. Az utóbbiak között volt hyperthyreosis, ideértve a Basedow-kórt is, azután több olyan struma, amelyik nem okozott klinikai tüneteket, legfeljebb mechanikai úton zavarokat, továbbá jódszedés után beállott thyreotoxikosis, végül hypothyreosis. Eredményei szerint a strumák szöveti szerkezete és biológiai hatásfoka, jódtartalma, valamint az általa előidézett klinikai kórkép között nem állapítható meg szoros párhuzamosság. Csak a Basedow-strumának van jellemző szerkezete, kis jódtartalma és a biológiai kísérletben erős hatása a békalárvákra. A klinikailag megítélt pajzsmirigy működés mindig arányos az illető pajzs-

mirigy anyagának hatékonyságával a békalárvákra. A normalis marhapajzsmirigy hatásfoka egyenlő a hyperthyreosis emberi strumáival. A legtöbb golyva jódtartalma nagyobb, mint a normalis pajzsmirigyé; különösen kis jódtartalmú a serdüléskorabeli struma. Therapiás jódszedés növeli a jódtartalmát. Ugyanabban a strumában a biológiailag hatékonyabb részletek rendszerint több jódot is tartalmaznak. A struma súlyos Basedow-kórban mindig nagyon kevés colloidot tartalmaz, általában azonban a colloidtartalomtól nem lehet pathophysiologiai következtetéseket levonni. A colloid és jódtartalom összefüggése sem egyszerű. Az ép pajzsmirigy, a hyperthyreosisos pajzsmirigy és a Basedow-struma szöveti képei között nincs éles határ.

Perémy dr.

A szív halála. *Martini és Skell.* (D. Arch. f. Klin. Med. 150. köt., 350. old.)

A szerzők 18 betegen regisztráltak elektrokardiographiával a szív meghalását. A szív halála rendszerint a sinusrhythmus ritkulásával kezdődik, majd eltűnik a P-lengés. Ennek oka legvalószínűbben a sinuscsomó kifáradása, tehát nem ez a szívben az „ultimum moriens”. A sinuscsomó kimerülése után mindig az atrioventricularis csomó veszi át a rhythmus vezetését. Emellett alig szerepelnek más ingerképző központok, bár extrasystolék előfordulnak és kamrafibrillálás gyakori. A kamralengés alakja megváltozik, és pedig az S-hullám felhágó szárából egy külön „x”-hullám szokott kiválni. A T-hullám viselkedése nem egyforma, gyakran összeolvad az R-rel. Az elektromos jelenségek a halál klinikai értelemben vett időpontján túl csak rövid ideig tartanak, csak egy esetben volt még 9½ perccel a klinikai halál után is az elektrokardiogramon lengés látható. A meghalás részletfolyamatai és a klinikai-anatomiai lelet között nem található szorosabb összefüggés.

Perémy dr.

Duodenumszondázás typhusos megbetegedéseknél. *Schotter, Brodskaja és Sinai.* (M. med. Wochenschrift, 1928, 10. sz.)

Szerzők 45 Ty. abd.-ban és 7 Pty. B.-ben szenvedő betegen végeztek rendszeres duodenumszondázásokat a Gross-féle duodenumszondával. A szondát az orron keresztül vezették le; a duodenummedvet fecskendővel aspirálták mindaddig, amíg a váladék el nem apadt. Az egyes aspirátókkal nyert duodenumbennék 1 cm³-ét ugyanabba a steril marhaepét tartalmazó csőbe, a maradékot pedig egy másik üres steril epruvettába fecskendezték. Ezután 20 cm³ hideg vízben oldott 5 g magn. sulfuricummal kiváltva az epehólyagreflexet, a reflexmedvet hasonló módon epébe és egy steril epruvettába fecskendezték. Az epéből és a tiszta duodenumváladékból 24 órai thermostatban való állás után oltottak ki táptalajra. 28 betegnél parallel gyomorvizsgálat is történt. A gyomorbennéket Boas-Ewald-féle próbareggeli után 40 perc múlva vették ki. A lázas időszakban 10 esetben szabad sósavat nem találtak, 11 esetben a HCl-érték 5–10 között volt, 4 reconvalescensnél 20-ig terjedő HCl-értékeket kaptak és csak 3 lázas betegnél voltak aránylag magas szabad HCl-értékek (30, 40 és 45). 52 eset közül 25-ben tehát 48%-ban sikerült a duodenummedvből Ty., illetve Pty. B.-bacillust kitenyészteni. A betegség első 14 napjában szondázott 26 beteg közül 19-nél, tehát 73%-ban sikerült a kórokozót kitenyészteni, az első lázas napokban a pozitív eredmények száma a 100%-ot megközelíti. Recidiváknál a legkorábban a 2., első esetben megbetegedetteknél a 7. napon volt pozitív a bakteriologiai vizsgálat eredménye a duodenumváladékban. Úgy látszik, hogy messzemenő parallelismus áll fenn a bakteremia és bakteriocholia kezdete, fokozódása és megszűnése között. Két esetben a 24 óráig thermostatban tartott tiszta duodenummedvből is kitenyészhető volt a Ty.-bacillus. Mennél nagyobb a szabad sósav értéke a gyomornedvben, annál nehezebben juttatható be a szonda a duodenumba. Szerzők szerint a duodenumszondázás értékes vizsgálati methodusnak bizonyult a Ty.-megbetegedés diagnostizálásában.

Dvorák dr.

Sebészet.

A csont hossznövekedésének fokozása extenzióval. *Abels II. dr.* (Wiener klin. Wochenschr. 1927, 46. sz.)

Tízéves gyermeket mutat be, aki két évvel azelőtt combtörést szenvedett. A törés a törvégek nagy dislocatiója folytán 3 cm-es rövidüléssel gyógyult. Azon tapasztalat alapján, hogy a csecsemők combtöréseit extenzióval kezelve többször látható tényleges csontmeghosszabbodás, két hónappal a baleset után húzókezelést alkalmazott a beteg végtagon. Már az első három hét alatt 1½ cm hossznövekedést lehetett mérni. Hat hétig hagyta fenn a nyújtókötetést. Végeredményben 1¼ év alatt a 3 cm-es rövidülés ½ cm-re csökkent. Ismeretes, hogy a ficamodott radiusfejeces túlnó a kéztőizületen, ha nem tesszük helyre, gyermekkori amputatiós csontok erősen növekednek hosszirányban; viszont az epiphysisporcoknak túlterhelése a növekedés csökkenésére vezet. Az elmondottak és a saját esete alapján ajánlja, hogy rövidüléssel gyógyult végtagok csontjait extenzióval igyekezzünk meghosszabbítani.

Horváth Boldizsár dr.

Az orthopaed gyógyításnak irányelvei. *Professor Lorenz, Bécs.* (Wiener klin. Wochenschr. 1927, 50. sz.)

Az orthopaedia csak részben sebészet, mert ameddig a sebész gyógyító eljárása úgyszólván mindig véres beavatkozással jár, addig az orthopaed csak szükség esetén nyúl a késhez és vésőhöz. Nem ismer szomorúbb katasztrófát, mint amikor a beteg életét testét egyenesítő műtét dönti veszélybe, mert orthopaed-műtétet legritkább esetben végezzük vitalis indicatio alapján. A világhozott csípőficannak gyógyítása ma már úgyszólván kizárólag vértelen úton történik. A véres repotio éppen úgy, mint az állizülettel gyógyult combnyaktörések véres egyesítése és az izületi reconstructio arthritis deformans vagy coxa valga luxans miatt igen veszélyes beavatkozás és a várható eredmény nincs összhangban a nagy műtéti risikóval. Az izületi mobilisatio közül a könyök különleges kedvező helyzetet foglal el. A többi nagyizületekben a műtét nagy beavatkozás és akkor lesz jó az eredmény, ha a műtéttel az izületi felszínnek a lehető legkisebb felületen érintkeznek csak egymással. Ennek az eljárásnak kidolgozását *Hass* ismertette „Kippgelenk” elnevezés alatt. Tekintettel arra, hogy a térdizületi mobilisatio késői eredményei nem mindig jók (arthritishoz hasonló elváltozások, lötyögés), csak akkor menjünk vele a műtétbe, ha az ankylosis teljesen csontosan merev és a térdmerevség nagyon akadályozza a beteget a járásban. Ha a csípőizület mobilisatiója jól sikerült, a késői eredmények biztosabbak, mert az oldalirányú stabilitás kérdése nem lesz olyan zavaró, mint a térdnél. A csípőizület mobilisatiójára absolut indicatio a kétoldali ankylosis, absolut contra-indicatio, ha az ankylosis gyógyult coxitis tbc. következménye. Az arthrodesisek közül a térdmerevítés ma már nem érdemli meg a socialis indicatio elnevezést, mert a betegségleyezések révén úgyszólván mindenki kaphat megfelelő készüléket. Felnőtteknél a quadiceps bénulása miatt nem csinálunk arthr.-odesist, mert a supracondylaeer osteotomia és a végtagnak hyperextensio beállítása mellett gép nélkül is jól járnak a betegek. A bokaizület és vállizület arthrodesise bénulások esetén indokolt lehet, csak a beállításra kell ügyelni. Teljesen béna farizomzat esetén egyoldali csípőmerevítés javítja a járóképességet, csak az a baj, hogy fiatalabb egyéneknek nehéz az izületet tökéletesen merevíteni. A taluskiirtást túlsokszor alkalmazzák és így súlyos equinovarus elferdülésnek vetik meg alapját. Indokolatlan a spondylitises gibbus rögzítése csontátültetéssel. Ugyanilyen elbírálás alá esik a skoliosisok merevítése. Legfontosabb, hogy minden orthopaed-műtétnél tisztázzuk az individualis indicatiót. A foglalkozás és a végtagnak bizonyos munkára való használata szabja meg, hogy a testi elferdülést milyen mértékben szabad corrigálni.

Horváth Boldizsár dr.

Tüdőechinococcus és annak kezelése. Prof. Maccas, Athén. (Brun's Beitr. z. kl. Chir. 1927, 141. sz., 3—4. füz.)

Athén klinikáján az utolsó 12 évben felvett 10.500 betegek között közel 4%-ban fordultak elő echinococcus betegek. Ez jogosítja fel arra, hogy tapasztalatait közölje. Mint mindenütt, nálunk is a második és harmadik évtized között betegszenek meg leggyakrabban az emberek, még pedig elsősorban a máj, másodsorban a tüdő a megbetegedés fészke. A legtöbb esetben a physikalis vizsgálat elegendő a diagnózis megállapítására. echinococcus-országban. Eosinophilia és complement-eltérítés után legtöbbször hiába kutatunk. Ezzel szemben az intradermoreactio használhatóbb vizsgálati segédeszköz. A legbiztosabb a Röntgen-átvilágítás, melyet leghelyesebben az operateur maga végez a műtetre előkészített betegen. Leghelyesebb eljárás a cysta-eltávolítás. Kicsi, centralisan fekvő cystákat nem kell operálni, mert azok gyakran betörnek a bronchusokba, ami gyógyuláshoz vezet. A cystának localanaesthesiában való kihámozása után legjobb a tüdőt teljesen összevarrni. Ilyen módszerrel mortalitási százaléka 7½ volt csak. Ha azonban komplikált esetek nem volnának, még sokkal kisebb volna ez a szám. Marx József dr.

Radikalis phrenicus-műtét mint önálló beavatkozás a tüdőtuberculosis gyógykezelésénél. Prof. Naegeli, Bonn és Dr. Schulte-Tigges. Heilstätte. Rheinland. (Brun's Beitr. z. kl. Chir. 1927, 141. köt., 3—4. füz.)

Szerzők 100 phrenicus műtétük után a következőkben szögezik le álláspontjukat: A legszebb eredményeket azoknál a betegeknél érték el, akiknél Röntgennel a Bacmeister által elnevezett úgynevezett secundaer kerek cavernákat találtak. Ezek másodlagos infiltratumok beolvadása által keletkezett, úgyszólván kerek üregek, melyeknél főképen akkor értek el igazán kiváló eredményeket, amikor pleuralis összenövések nem voltak. A pneumothorax-képzéssel szemben óriási előnye az igazán kicsiny beavatkozásnak, hogy az utántöltések elmaradnak, velük együtt sokszor az exsudatumképzés és légembolia is. Socialis szempontból is indikáltabb az exairesis, amennyiben a munkásosztály betegei sokszor abbahagyják az időtrabló, rájuk nézve terhes utántöltést. A pneumothoraxot azért természetesen nem tartják teljesen elvetendőnek, csak ki akarják domborítani az exairesisnek megfelelőbb eseteket. A rheinlandi sanatorium 45 cavernacusa között 48%-ban érték el az üregek Röntgennel kontrollált teljes eltűnését, végleges bacillusmentességet és az általános állapot erős feljavulását. A fennmaradó esetekben thoracoplastica és kiegészítő pneumothorax bizonyára javítottak volna az eredményen. A waldbreitbachi sanatorium súlyos, pneumothoraxképzésre nem alkalmas betegein végzett műtétek — a betegségnek nem cavernák, hanem nodosus-infiltratiós alakban megjelenő képénél fogva eredménytelennel nem jártak. Azért ezeknél inkább a thoracoplastica a számbajöhető műtét. Volt két eredménytelen casusuk is. Egyiknél — dacára a 30 cm-es extirpált darabnak — nem következett be magas rekeszállás, ami hihetőleg a más szerzők által is leírt, mélyebben fekvő mellékpályákban birja okát. Másik esetükben bekövetkezett ugyan a rekesz nyugalmi állapota, de itt meg viszont közvetlenül a diaphragma felett és a gerincoszlop mellett elhelyezkedő cavernáról volt szó, melyet az anatómiai viszonyoknál fogva nem érintett a magas rekeszállás. Marx József dr.

Urologia.

A diffus phlegmonosus pericystitisekről. Legueu. (Journ. d'Urol. 1928 febr., XXV., 2.)

A ritkán előforduló elváltozást öt észlelt esete kapcsán kimerítően tárgyalja. Oka minden esetben húgyveszűkület. A folyamat nem a praevesicalis ürben, hanem a bőnye alatt, a hólyagkörüli laza zsírszövetben terjedt tovább és nem okvetlen elülső húgyveszűkörüli vizeletbeszűródésből vagy prostata-körüli genyedésből indul ki. A genyedés tovaterjedésében nem tartja magát az általánosan elfogadott és a

mély aponeurosisokhoz kötött schemához. Megjelenési formájában három variatiót észlelt. A mély phlegmonet vagy kifejezett külső perineoserotalis folyamat kíséri, vagy csupán a végbélnyílás körül fejlődik vele kapcsolatosan duzzanat, vagy pedig külső jelek egyáltalán nem mutathatók ki. A genyedés minden esetben súlyos általános tünetekkel, septikus lázakkal jár. Jellemző reá az esetleges külső tünetek mellett a has két oldalán, a köldök alatt észlelhető spontan és nyomási érzékenység. A végbél felől esetleg érzékeny beszűródés tapintható, ennek hiánya azonban nem szól ellene. A kezelés: a genyedés széles feltárása a hólyag két oldalán, egybekötve a genygyülem gáti drainezésével. Jó hatást látott azonkívül az egyidejűleg alkalmazott localis anaërob serumbefecskendésektől.

Adler-Rácz dr.

A vese Röntgen-diagnostikája. J. Gottlieb. (Journ. d'Urol. 1928 febr., XXV., 2.)

Körülbelül 1500 vizsgálat alapján az egyes elváltozások kórismezésére általában a következő eljárásokat ajánlja:

Pyelographia: a vese egyszerű fejlődési rendellenességeinél, a vesegümőkóránál.

Pyelographia és pneumoren: patkóvese, polycystás vese, vesedaganatok, ismeretlen eredetű vesevérzések.

Pneumoren: veseaplasia, vesekörüli összenövések.

Pneumopyelographia: hydronephrosis, pyonephrosis, vesekövek.

Pyeloskopia: kezdődő hydronephrosis, vándorvese, hasi daganatok elkülönítő kórismzése.

Adler-Rácz dr.

A típusos vesegümőkór. J. Epstein. (Journ. d'Urol. 1928 febr., XXV., 2.)

Három észlelt esete alapján felhívja a figyelmet a nem a megszokott tünetekkel jelentkező vesegümőkór lehetőségére. Eseteiben a hólyagtünetek hiányoztak, viszont súlyos vesetáji görcsök kísérték a folyamatot. Állandó kísérője a vesegümőkórnak a fehérvizelés, melynek hiányában a megbetegedést bizonyossággal ki lehet zárni.

Adler-Rácz dr.

Szemészet.

Az acut primaer irisnekrosisról. Birnoacher, Wien. (Zeitschr. f. Augenheilk. 1928 márc.)

Az iris secundaer nekrosisa kórbonetanilag jól ismert. Egyes esetekben toxikus okok (széteső intraocularis tumorok), máskor sérülésekhez társuló infectiók szerepelnek az aetológiában. Ritkább okát Meller a herpes zosterben találta. Ezzel szemben az iris elsődleges nekrosisa rendkívül ritka. A szerző egy 62 éves beteg ablatio retinae és tumor gyanúja miatt enucleált szemében súlyos elhalásokat talált: az iris pupillaris része és a processus ciliaris pigmentepithelje, valamint a retina elülső részei elhaltak. A gyulladási reactio ezen a részen és a környezetben hiányzik. Egyéb kóros elváltozások a szemben nem voltak. A nekrosisa oka nem lehetett vérkeringési zavar, a kórkép inkább megfelelt annak az elváltozásnak, amit Fuchs toxikus nekrosisnak nevezett. Az ismeretlen toxikus anyag főfészke, főtámadópontja az iris parenchymájában volt, innen terjedt tovább. A nekrosist okozó anyag lényegére vonatkozóan utal Meller ezirányú vizsgálataira, amelyek igazolták, hogy a ciliaris idegek zosteres megbetegedése súlyos trophikus zavarokat okoz az ezektől beidegzett területen. Nem szól e feltevés ellen, hogy az idegvégződéseken nem talált elváltozásokat, mert ezek magasabb részeken is fészkelhettek. Horay dr.

Iritis és neuritis optici a Weil-féle betegségénél. Heinz Will, Hamburg. (Zeitschr. f. Augenheilk. 1928 március.)

A Weil-féle betegség szövődményei a szemén rendszerint mint a conjunctiva és az iris gyulladási szerepelnek. Ezen szemelváltozásokat annakidején Hertel kísérletei igazolták, amelyekben sikerült a spirochaeta iktogenes-nek a nyúl szemébe való befecskendésével gyulladási elváltozásokat okozni, így az opti-

cus infiltratióját is észlelte. Ez a kísérlet is amellett szól, hogy a szerző közölt esetében a papillitis és iridocyclitis a betegnek Weil-féle betegségével volt oki összefüggésben. Ezen elváltozások nyom nélkül meggyógyultak.

Horay dr.

Szemleletek újszülötteknél. *Seissiger*, Halle. (Zeitschrift f. Augenheilk. 1928 febr.)

290 újszülöttnél atropinmydriasisban szemtükri és réslámpavizsgálatokat végzett. A csecsemő kora egy és hét nap között volt. Feltűnő volt az irisen látható fel-színes érhálózat, amely annál sűrűbb volt, mennél kifejezettebbek voltak az embryonalis membrana pupillaris maradványai. Pontszerű homályokat a lencsében 13 esetben talált. Gyakoriak voltak a szemfenéki vérzések, néha a kép a thrombosis v. centralis retinae képéhez hasonlított. Ezen vérzések azonban mindig hamarosan nyom nélkül eltűntek. Skiaszkopiával a szem fénytörését is meghatározta, myopiát egyetlen egyszer sem talált, ellenben minden esetben hyperopiát, amely sok esetben igen nagyfokú volt.

Horay dr.

K Ö N Y V I S M E R T E T É S

Klinische Physiologie. I. II. Teil. Prof. *Bernhard Stuber*. Verlag Bergmann. München. 1926—27.

A könyv tulajdonképpen pathologiai physiologia. Szerző azért adta könyvének ezt a címet, mivel véleménye szerint a kórélettannak klinikai tárgynak kellene lenni. A munkának egyetlen tökéletlensége, hogy hiányos; az idegrendszer, a szív, a tüdő kórélettánát nem tárgyalja. A bevezetésből sem tudjuk meg, sajnos, hogy lesz-e egy harmadik része a munkának, amely a hiányzó részeket pótolja. Különben az, amit nyújt is, ahogyan nyújtja, mintaszerű abban az értelemben, hogy legtöbbszór megtalálja a középutat az anyag dogmatikus, tankönyvszerű tárgyalása és a legújabb, sokszor egymásnak ellentmondó irodalom egyszerű ismertetése között. A főhangsúly a modern eredmények ismertetésén van, különösen szép és világos képet nyertünk a szénhidrátok, a zsírok és a fehérjék modern themája és biológiája felől. Általában az anyagcsere az, ami a könyv első részét kitölti. E fejezeteken belül többek között a mostanában oly sokat vitatott Wieland- és Warburg-féle oxydatiós theoria is rövid és könnyen áttekinthető ismertetést nyer. A könyv második részében főleg a gyomor-béltractus kórélettánát tárgyalja, de foglalkozik ezenkívül a májnak, a lépnek funkciójával, a reticuloendothelialis rendszer morfológiájával és physiológiájával is. Megemlíttük, hogy hosszasan idézik a Bálint-féle ulcuselméletnél is, bár azt nem tartja eléggé megalapozottnak. A könyv minden fejezetét nem sok, de jól kiválasztott irodalom egészíti ki.

S. S. dr.

Die Chirurgie. *Kirschner—Normann*. 4. kötet, 13. kiadvány. *Klapp, Bange és Ernst*: Die Chirurgie des Gesichtes, des Oberkiefers und des Unterkiefers, einschliesslich der Zähne. *Beyer*: Die Chirurgie der Nase und der Nebenhöhlen. (Urban és Schwarzenberg. Berlin, 1927. 637—1036. oldalig. Ára 27 M.)

Klapp és Bange az arc- és állkapocsebészet tárgyalásánál *Ernst* fogorvos személynében, akinek ezen határkérdésekben különösen nagy tapasztalatai vannak, értékes segítőtársat nyertek. A fogászati szempontok figyelembevételével, amelyek ezideig a sebészeti könyvekben igen elhanyagoltak voltak, a művet különösen értékesé teszik. Mondhatnók, hogy a „száj- és állkapocsebészet”, mely a legújabb időkben különálló szakká specializálódott, ezen sebészi és fogorvosi műre, mint értékes alapépítményekre támaszkodhatik. A szöveget az ábrák tanulságosan egészítik ki. Mint különösen értékes részeit külön emeljük ki: a plasztikus eljárásokat, valamint a kosmetikus eredményekre való törekvést. *Beyernek* orr- és melléküregsebészete méltó kísérője ennek a régen hiányzó könyvnek.

6. kötet, 14. kiadvány. *Wehner*: Die Chirurgie der Harnblase. Die Chirurgie der Prostata und der Samenblasen. (Urban és Schwarzenberg. Berlin és Bécs, 1927. 751—1038. oldalig. Ára: 18 M.)

A kölni klinika ezen munkája az ivarszervek sebészetének mai álláspontját a legbehatóbban tárgyalja. Az egységessége a könyvnek nagyot nyert azzal, hogy *Wehner* — tapasztalataira támaszkodva — maga

dolgozta át. Az áttekintésben nagy szolgálatot tett azzal, hogy a fontosabb dolgokat a sorok közül való-sággal elődomborítja. Nem hagyhatjuk megemlítés nélkül azt sem, hogy a szöveg mindvégig világos, érthető és számos kórbonctani készítmények ábrái szerencsésen választottak és elsőrangú kivitelűek.

6. kötet, második rész. 15. kiadvány. *Weinert*: Die Chirurgie der Milz. Die Chirurgie der sogenannten Blutkrankheiten. (Urban és Schwarzenberg. Berlin és Bécs, 1927. 1039—1277. oldalig. Ára: 13 M.)

A kiadónak eredeti újítása volt, hogy a lépbetegségek sebészi kezeléséhez hozzáfűzte a vérrendszer megbetegedéseit, melyeket a sebészi könyvek nem tárgyalják. A lép és vérrendszer közismerten nehéz fejezet az orvostudománynak, hiszen belorvostan, haematologia, kórbonctan, kórélettan és a sebészet közös ismerete nélkül, a kérdéshez alig lehet hozzájárulni. Ha a sebész nem elégszik meg az „operatív technikus” nívójával, akkor az orvostudomány ezen egyik legnehezebb területén teljesen otthon kell lennie. Csak így értheti meg a problémákat, csak így tehet javaslatokat és csak így tekinthet bizalommal az eredmények elé. *Weinert* ezen könyve lehetőleg jobban foglalja össze a tudnivalókat és sebészeti megvilágításban úgyszólván az egyedüli ismertetője ennek a sajnos, csak kevesektől ismert, pedig majdnem nélkülözhetetlenül fontos sebészorvosi fejezetnek. A könyv foglalkozik a vérzések kórélettánával és az ezekkel kapcsolatos kérdésekkel, valamint a vérzésesillapításokkal és a nagyobb vérveszteségek pótlásával.

Ezután szól a szerző a vérmegbetegedésekről, különös tekintettel azokra, melyeknél sebészi beavatkozás jöhet szóba. Böven foglalkozik az anaemia perniciosa, a haemolytikus ikterus és rokon megbetegedések (Bantikor, polycythaemia rubra, haemorrhagikus diathesis, leukaemiák, lymphogranulomatosisok és más vér- és „systema”-megbetegedések). szóval olyan megbetegedésekkel, melyek a léppel többé-kevésbé vonatkozásban vannak. Végezetül megteszeli a betegségeknek a lép eltávolításának direct vagy indirect vagy távolhatását.

Amint láthatjuk, a munka különösen a sebészeket érdekli, de nem lehet közömbös a más szakképzetségű orvosoknak sem, hogy mikor igényel valamely vérrendszerbeli megbetegedés sebészi beavatkozást.

Demjanovich Kornél.

A Kir. Orvosegyesület május 5-i ülése.

Bemutatás:

1. **Czoniczzer Gábor**: *Diabeteshez csatlakozó myelitis funicularis esete*. 64 éves férfibetegnél a diabetes manifestté válásával egyidejűleg súlyos idegrendszeri tünetek jelentkeztek. E tünetek közül eleinte az alsó végtagokra lokalizálódó gyengeség, ataxia és paraesthesia domináltak, később az alsó végtagok fokozódó paresise mellett hólyaghűdés, majd a felső végtagok paresise lépett fel. A bénulás petyhüdt jellege mellett a patella és Achilles-inreflexek az egész lefolyás alatt feltűnően élénkek voltak, jobboldalt typusos Babinski-tünettel. E tünetek, melyek részben a gerincevelő hátsó kötegeinek, részben a pyramis pályáknak laesiójára utaltak, teljesen a myelitis funicularis kórképét utánozták. A boncolás és a szövettani lelet valóban myelitis funicularist mutatott ki, amennyiben a gerincevelő oldalsó és hátsó kötegében apró degenerációs göcek voltak kimutathatók (*Baló* prof.). A diabetes mellitus és a myelitis funicularis okozati összefüggését a bemutatott esetben valószínűvé teszi a két folyamat egyidejű fellépése és az a körülmény, hogy a beteg nem szenvedett más oly betegségben (anaemia perniciosa, tbc.), melyhez myelitis funicularis szokott csatlakozni. E két kórfolyamat együttes előfordulásáról már előző szerzők is beszámoltak.

2. **Láng Adolf**: *Rádiummal eredményesen gyógyított rákosan elfajult vegyes parotitis daganat*. 68 éves férfibeteg előadót 1928 január 26-án orvosa tanácsára a bal arcfelén ülő daganat miatt kereste fel. Elmondja, hogy 1911-ben a bal fül mögötti kisebb daganatát kiirtották, 8—9 év óta, bal arcfelén a fül előtt, lassan növő, újabb daganat keletkezett. Ezt két éve egyik sebészeti klinikán ki akarták venni, azonban a beteg a műtétbe nem egyezett, mert kilátásba helyezték, hogy műtét után arca el fog ferdülni. A szóbanforgó daganat egy év óta erősen növekedett, felvétele előtt néhány nappal

pedig kifekélyesedett. A vizsgálat alkalmával: a bal fül előtt kb. tyúktójasnyi, nagyrészt puha tapintatú, nem fájdalmas daganat volt, mely minden határ nélkül a parotisba folytatódott. A daganat a fül mögé is terjedt, a fülcimpát megnyujtva, maga előtt emelte. A daganat fül előtti részének közepe pengőnyi terjedelemben kifekélyesedett, környéke haragosvörös, a fekély élesszélű és itt inkább keményebb tapintatú. Az anyaghiány belseje bűzös, elhalt szövettörmelékekkel volt kitöltve. A fülkagyló mögött levő, az utóbbival összefüggésben álló daganat dudoros, a daganat itt is kifekélyesedett s hasonlóképpen bűzös váladékot termelt. Ezt az állapotot a moulage rögzíti meg. Szöveti vizsgálatra kivett részletben a parotis vegyes daganatának hámszerű járataiban oly nagyfokú az atypicitás, hogy emiatt *Johan* tanár azt adenocarcinomának minősíti. Radiumbesugárzásra a daganat 1½ hónap alatt eltűnt. Ekkor zavarta meg a gyógyulást orbánc. Az eset 1. további bizonyítékul szolgál, hogy a vegyes parotis daganatok rákosan elfajulhatnak; 2. míg a késsel megtámadható parotiszrákoknak műtéti eredménye a nagy beavatkozás és rendszerint az a. carotis interna védelme miatt nem kielégítő, melyet a műtétet követő kiterjedt arctorzítás fokoz, addig 3. mivel az úgynevezett facialist is sikerült megkímélni és a támadt hegesezés nem vaskos, alapjához símuló, ezért a radiumtherapia után a kozmetikus eredmény kifogástalan; végül 4. miután Zweifel-Payrféle „Die Klinik der bösartigen Geschwülste“ című nagy kézikönyvben azt olvashatjuk, hogy „über die Ergebnisse der Bestrahlung von malignen Geschwülsten der Parotis liegen keine Berichte vor“. Az esettel bizonyítható, hogy követett rendszeres radiumtherapiával, amikor a radiumot főleg a daganat belsejébe süllyeszti, a parotis vegyes daganatainak rákos elfajulásából származó daganatot veszélytelen módon sikerült elpusztítani.

Előadás:

1. Nachtnebel Ödön: *A periarteriitis nodosáról kilenc újabban észlelt eset kapcsán.* 2¼ év alatt észlelt kilenc periarteriitis nodosa esetről számol be. A kilenc eset klinikai és boncolási adatainak egybevetéséből a betegségnek három típusban való megjelenését különíti el, úgymint: az ideg- és izomrendszer megbetegedésének képében lefolyó eseteket, továbbá olyanokat, amelyekben a vese megbetegedése áll előtérben s végül azokat az alakokat, amelyek a gyomor-béltractus, illetve a hasüri szervek elváltozásaival járnak. A három típus azonban élesen nem különíthető el egymástól s azokat három olyan alapjelenség köti össze egymással, amely úgy szólván minden periarteriitis nodosa-esetben megvan: a chlorotikus marasmus, illetve kachexia, a szabálytalan visszatérő lázak s a végtagfájdalmak. A kachexia kifejlődésében, a feltételezhető toxinhatás mellett, legnagyobb jelentőséget a belsősecretiók szervek elváltozásainak tulajdonít, amennyiben hypophysis-nekrosis mellett legtöbb esetben a mellékvesének súlyos elváltozásai fordultak elő. A végtagfájdalmakat minden valószínűség szerint az izmokban lévő érelváltozások okozzák. Az agyvelváltozások létrejöhetnek toxikus lecithinolytikus hatásra, továbbá specifikus érelváltozások következtében, vagy esetleg a vesemegbetegedés következtében kifejlődött vérnyomásemelkedés okozhat vérzéseket. Mindhárom kifejlődés lehetőségét észlelte. A környéki idegek degeneratív elváltozásaiban az érelváltozások locus minoris resistentiae teremthetnek a toxinhatás kifejlődéséhez. Felhívja a figyelmet a betegség gyakoribb előfordulására s mivel a betegség idejekorán felismerve gyógyíthatónak látszik és borsomók csak kivételesen fordulnak elő, gyanús esetekben egy fájdalmas izomrészlet kimetszését és annak szövettani vizsgálatát ajánlja a diagnosis biztosítására. Az állatkísérletek, melyeket hullai anyaggal különböző állatokon végzett, eredményt nem adtak.

Némái József: Kérdést intéz az előadóhoz, vajjon a tonsilla erecskéiben is meg lehet-e találni a mikroszkopos elváltozásokat? Lehetséges ugyanis, hogy a subfebrilis állapot miatt, melynek okát gyakran keressük a mandolákban, tonsillektomiák végeztenek és ilyenkor a tonsilla szövetében legalább a diagnosis lehetne megállapítani, ha már a lázas állapot gyógyulását a műtéttel elérni nem lehet.

Nachtnebel Ödön: Vizsgált esetekben a tonsillák erein nem talált periarteriitis nodosát.

2. Gergely Jenő: *Kétoldali tüdőbetegségek műtéti kezelése.* A kiméletes pneumothorax-technika a módszer

kétoldali alkalmazását is lehetővé teszi. Egyidejű kétoldali pneumothorax javallt minden kétoldali, főleg kis göcös, disseminált formájú tuberculosisnál, ha nincs nagy, vagy fali fekvésű caverna, nincs nem comprimálható masszív infiltratum s az ulceratio vagy infiltratio a tüdőparenchyma egy ötödrészenél többet nem pusztított el. Egyoldali pneumothoraxnál, ha friss göcök képződnek, a másik oldalon ott is pneumothorax készíthető, azonban az elsődlegesen kezelt oldal áttételezőző nem comprimált, adhaerens cavernáját phrenikus műtéttel vagy partialis plastikával el kell tüntetni. Több esete van, hol a súlyosabban beteg oldal compressiójától a kevésbé beteg oldal is megjavul s annak műtéti kezelésére már nem került a sor. Egyesek megjavultak a frissen beteg oldalon utólag alkalmazott pneumothoraxszal, a régebben kezelt oldal pneumothoraxának beszüntetése után. Két pneumothorax-szal és phrenikus exairesissal kezelt esetében a másik oldal friss megbetegedése miatt eredménnyel alkalmazott pneumothoraxot; egy esetben egyoldali pneumothoraxnál (adhaerens caverna) a gyors progressiót a másik oldalra az azon oldali phrenikus a másik oldali pneumothorax nem állította meg. Az egyidejűleg kétoldali kilenc eset közül (8 tbc, 1 br. ektasia) kettő halt meg, egy súlyos légyszájpadtuberculosisal, egy eleintén javult eset, hol a töltést intézetten kívül nem lehetett folytatni. A többi hét javult, egyik 2¼ évi kezelés után egy éve dolgozik s tünetmentes (előzetesen progr. lázas folyamat), a bronchiectasiás 1½ éves kezelés után köpet- és tünetmentes, ½ éve dolgozik. Három esetét végig ambulánsan kezelte; azonban tartós eredmény csak intézeti kezeléstől várható.

Karafiáth Imre: Amióta Kuthy a Magyar Orvosok Tuberculosis Egyesületének IV. nagygyűlésén ajánlotta a kis gázadagolással történő kétoldali légmellkezelést, nagy változáson mentek át a pneumothorax-therapia irányelvei. Az Erzsébet királyné-Sanatoriumban tizenegy esetben végeztetett kétoldali légmellkezelés. A túlnyomólag fibrosus jellegű esetekben a hőmérsék csökkentése és hizás bizonyították a tüneti javulást. Hét esetben következett javulás be. Messzemenő következtetést az esetekből nem lehet még levonni.

A Közkórházi Orvostársulat és gégeészeti szakosztály május 2-i együttes ülése.

Sarbó elnök üdvözlöli a szakosztályt s örömeinek ad kifejezést, hogy tudományos munkálkodásának eredményét a K. O. T. elé hozta.

Bemutatás:

1. Zsindely Sándor: *Specifikus és nonspecifikus biológiai reakciók a gégegyümökör kvalitatív diagnosisjának szolgálatában.* A bőrnek traumás, nonspecifikus és specifikus tényezőkből összetevődő tuberculinreakciója bizonyos betekintést enged a szervezet védekező képességébe, az adott eset immunbiológiai viselkedésébe, mely reactio célszerűen egészíthető ki más, nonspecifikus diagnostikai segéd eljárásokkal: a vérkép meghatározásával, a vérséjsüllyedés megállapításával, a Mátéfy-féle, a diazo- és urochromogen reakciókkal. Mindezen vizsgálatok eredménye az esetek többségében hasznos adatokat nyújt az adott eset kvalitatív osztályozásában, prognostikai és therapiás mérlegelésében. Az Új Szent János-kórház gégegyümökörös osztályán végzett eme reactio eredményeit tabellarisan ismerteti.

(Az elnöklést a gégeészeti szakosztály elnöke: *Lezárt Zoltán* veszi át.)

Előadás:

2. Safranek János: *A gége tuberculosis az újabbkori tuberculosis kutatás megvilágításában.* Ismertette a tuberculosis-problemának ma domináló biológiai felfogását megalapozó kutatásokat, amelyek a gégegyümökörös megbetegedéseinek kór- és gyógytanában is új megismerésekre vezettek, a gégetuberculosis pathogenesisét a Ranke-féle systema alapján tárgyalja. *Több mint 1800 gégegyümökörös esetünknek közel 25%-ában a gége megbetegedése a tuberculosisnak Ranke szerinti secundar (generalisatiós) stadiumában következett be, haematogen metastasis útján.* A gége szinte kizárólag sputogen fertőzéséről szóló felfogás tehát revideálandó. Az utóbbi a tuberculosis tertiaer stadiumában, az iso-

lált phthisis pulmonalisnak intracanalicularis tovaterjedése útján jön létre. Különösen gyakran párosul a gége megbetegedése a haematogen disseminatiós tüdőfolyamatok keletkezésével, eléggé gyakran valamely periphariás gümös góchoz társulva. Eme, a tuberculosis II. stadiumának rendszerint későbbi periódusában, haematogen úton keletkező gégefolyamatok között, amennyiben az esetek a szervezet erős védekezésének jele gyanánt többnyire jól kifejtett allergiát mutatnak s a szervezet elegendő mennyiségű antitoxikus antitestnek termelésével a toxinokat megkötni képes (mely védekező működésében megfelelő terapiával támogatjuk): a túlnyomóan *productiv* jellegű folyamatok fejlődnek ki (nem túlrrika a tumorszerű alakok kifejlődése sem). Viszont a szervezet védekezésének insufficienciája esetén, a negatív anergiás vagy ehhez közeledő esetekben s ilyen a tuberculosis III. stadiumában keletkező gégefolyamatok nagy része: a túlnyomóan *exsudativ* jellegű folyamatokkal találkozunk. A tuberculosis gégebéli manifestációi tehát — bizonyos határok között — a szervezet immunbiológiai állapotának gégetükörben látható kifejezői, amelyek aszerint változnak, amint az immunbiológiai erőviszony egyik vagy másik irányban eltolódik.

A gégetuberculosis klinikai kórformáinak oly osztályozása szükséges, mely nem csupán morphológiai minemőségüket fejezi ki, hanem egyszersmind prognostikai értékű. E *qualitativ osztályozás* a kórfolyamat *typusának* megállapítását teszi szükségessé. De nem csupán a gégebéli elváltozás klinikai jellegének (progreál, stationær, latens) és kórbontani alapjellegének (túlnyomóan *productiv* vagy *exsudativ*) meghatározására van szükség, hanem tekintettel arra, hogy a gége megbetegedése a szervezet tuberculosus infectiójának csupán localis megnyilvánulása az egész kórfolyamatnak, illetve az egész szervezet állapotának minemőségét kell gondosan megállapítani. Az egész szervezet átvizsgálása, tüzetes tüdő- és köpetlelet, általános állapot, hőmérték bizonyos állapot szolgáltatnak, melyet az *immunbiológiai diagnosissal* kell tökéletesíteniünk, mert a mindenkori immunbiológiai állapot mérvado jelentőségű a klinikai kép értékelésében, prognostikai és therapiás mérlegelésünkben. Szükség van erre a localis operatív beavatkozások indiciójának felállításakor is. A tuberculin-reactio (osztályán a bőr immuntiterét Mendel-Mantoux szerint állapítják meg), kapcsolatosan a vérséjtsülyedési reactióval, a haemogrammal, valamint a többi diagnostikai segédreactióval a *klinikai kép keretében* értékes adatokat szolgáltat a *qualitativ* diagnosissal.

Valamely adott eset exact osztályozása tehát éppenséggel nem könnyű feladat, melyet a laryngologus rendszerint a belorvossal, illetve phthisiotherapeutával karöltve old meg. Viszont nem csupán a már manifest gégecomplicatio tüzetes laryngológiai megállapítása szükséges, de voltaképen *minden tuberculosis egyén gégeje ellenőrzés alatt tartandó*, annyival is inkább, mert mint vizsgálatai mutatják, az esetek jelentékeny részében a gége megbetegedése már a tuberculosis generalisatiós stadiumában következik be s nem ritkák az úgynevezett tünetnélküli esetek sem.

Karafiáth Imre: Minden tuberculosissal foglalkozó örömmel üdvözlö az immunbiológiai irányt, mely az extrapulmonalis gümőkór pathogenesisében mindinkább tért hódít és gégegümőkórnál is értékes adatot szolgáltatott; végső therapiás következtetéseiben pedig kimutatta, hogy a gégetuberculosis nem izolált szervi megbetegedés. *Országghal* együtt a MOTE 1924-i nagygyűlésén hangsúlyozta, hogy a generalisatio szakában a gégemegbetegedések a tüdőben is kimutathatók a lymphogen-haematogen disseminatio. Az EKS idei és tavalyi gégetuberculosis anyaga (130 eset) alapján megállapítja, hogy a disseminatio ezúttal is az esetek 75:3 százalékában volt kimutatható és a negatív köpetű esetek száma 12:3%-ot tett ki. *A tüdőbeli és gégebéli folyamat* jellege közötti összefüggés kb. 65%-ban mutatott párhuzamot és amikor ez nem volt, több exudativ jellegű tüdőfolyamat mellett volt *productiv* jellegű gégefolyamat (19:2%), mint fordítva (14:6%). Az immunbiológiai adatokat megvilágító reactiók közül az *intracutan oltás* (ATO 1 : 5000) nem mutatott lényeges különbséget a *productiv* és *exsudativ* gégefolyamatok között. *Productiv* gégefolyamatoknál több volt ugyan az élénk reactio, sőt exsudativnál a negatív energia, de e különbségek nem voltak olyanok, hogy azokból messzemenő következtetéseket merne levonni.

Talán valamivel határozottabb a különbség a vérséjtsülyedésnél, ahol is lassúbb sülyedést a *productiv* esetek mutatták. Hasonlóan nem mutatott nagy különbséget a *praclaryngealis* (Peirier) nyirokmirigy viselkedése sem. Valamivel többször találtak a *productiv* esetekben (57:8%—45:4%). Az immunbiológiai kutatások a gégefolyamat *keletkezésére* nézve érdekes adatokat szolgáltathatnak, de ez ritkán észlelhető. Eseteket említ fel, ahol az allergiát lerontó tüdővérzés vagy súlyos műtéti beavatkozás után lépett fel a gégefolyamat, de a közel-múltban olyan esetet észlelt, amikor a sikeres pneumothorax után a beteg láztalan lett, köpet negatívvá vált és akkor lépett fel a gégefolyamat. Az immunbiológiai eredmények értékelői között azok mennek legmesszebb, akik a gégetuberculosis felosztását is feleslegesnek tartják, mondván, hogy az úgyis függvénye a változó allergiának. Véleménye szerint ez a felfogás túlzott, mert egy bizonyos körülmények között keletkezett gégefolyamat mégis csak mutat bizonyos folyamatjellegét, s ez a prognosissal és therapiával megítélésénél értékes szolgáltatást tehet.

Tölvölgyi Elemér: Az immunbiológiai probléma tekintetében ma nagy chaos uralkodik. Ennek egyik oka az immunbiológiai kifejezések nagy száma, amelyeket minden szerző másként értelmel. Így az anaphylaxiát és allergiát a legtöbben, így *Korányi* is ugyanazon értelemben használja, de helytelen, ha e két reactiót úgy emlegetik, mint módosult reactiót. Ezért *Esskuchen* az allergia alatt módosult, az anaphylaxia alatt túlerzékenységi reactiót ért és így szerinte az utóbbi az allergiának egy túlerzékenységi alakja, amiből következnek, hogy a hypergia mint módosult reactio, esőkkenő értelemben az allergiának szintén egy alfaja. Az allergia és anaphylaxia egyértelmű, de nem módosult, hanem túlerzékenységi értelemben. *Adám* primaer és secundær allergiát különböztet meg, mi szintén helytelen, mert a primaer allergia a praeallergiás stadium reactioja, tehát nem allergia. Anaphylatoxin, anaphylaxin, sensibilisin, sensibilinogen, anaphylaktogen, antigen egyet jelent, de e sok elnevezést sokan összetévesztik és a sensibilisint a praecipitin helyett használják, holott az előbbi antigen, ez utóbbi antitest. Mindez és sok más zavar elkerülésére *Korányi* és *Preiszig Hugó* elnöklethe alatt egy bizottság kiküldését ajánlja, annyival inkább, mert a német műkifejezéseket helyesen nem is tudjuk lefordítani. — A haematogen metastatisok és így emez úton történő gégefertőzés csak a Ranke-féle harmadik stadiumban jön létre, amint hozzászóló szerint, eme stadiumban, hol bacillemia van jelen a testvédelem teljes esődjé mellett, ez sokkal könnyebben jöhet létre, mint ahogy ezt *Ranke* a második stadiumra nézve felveszi. A géget nem szabad a többi extrapulmonalis the-vel egy kalap alá venni, egyrészt a tüdővel való közvetlen összeköttetése, másrészt a köpetinfectio miatt. A proliferativ tub. góe is lehet rosszindulatú, ha pl. az álhangszalagon van. Galvanocautikus gégekezeléssel néha, mikor a gégetuberculosis a domináló, a test anergiáját allergiássá változtathatjuk, jelölül annak, hogy az anergiát nem a tüdő, de a széteső gégeszövetek és az innen felszabaduló bacillusmérgek okozzák. Ezért a próbagalvanocautika még az infaustnak látszó esetekben is megkísérlendő. Egyáltalán soha ne a betegségét, de a beteg embert tekintsük.

Okolicsányi-Kuthy Dezső: Előadó tanulságos fejtegetései főleg azon esetekre vetettek világosságot, melyekben a gégetuberculosis áll a tüdőfolyamattal szemben előtérben. Tapasztalatai szerint is a larynx-haematogen infectiójának sokszor van szerepe. Ez év első négy hónapjában osztályára 459 beteget vettek fel, akik közül 55 betegnél, azaz 12%-ban a gége részéről functiozavarok állottak fenn, miért is a gégeosztályra vizsgálat céljából át is utaltattak. Az 55 betegből, akiknél a larynx kisebb-nagyobb fokú specifikus elváltozást mutattak ki, 13-nál (23:6%) bacillust a köpetben még nem tudtak kimutatni; itt tehát a gégekanalikularis úton történő bacillaris fertőzése a tüdő felől nem volt valószínű. Az immunbiológiai tájékozódás minden nosotrop szerrel történhetik, amely iránt a gümös szövet érzékeny. A Wolff-Eisner-féle Dauer-reactio benignitásra, tehát kedvezőbb immunbiológiai statusra vall. Minél kisebb subcutan adott tuberculin elegendő a reactio kiváltásához, annál activabb folyamattal van dolgunk, még fennálló allergia mellett. Minthogy a tuberculin általános reactiót válthat ki és a gócot könnyen megbolygathatja, ami különösen gége-esetekben kerülendő, ezért helyette az intravenás Karyon forte reac-

tivum R diagnostikai alkalmazását ajánlja. Ezen eljárást 1925-ben az O. H.-ban és 1926-ban Brauers-Beiträgenben ajánlotta. Bár a Karyon R besűrített alakjával (*Sorgo, Schmidt és Weidinger, Gosztonyi*) elég szép, olykor a tuberculin által előidézettnél is feltűnőbb cutanreakciókat kaptak a szer veszélytelensége mellett, mégis a bőrreakciók kiváltása helyett a szervezet egészének megkérdezését, az intravenás alkalmazást gyakorolja. Hogy ez mennyire képes sokszor therapiás alkalmazás közben is tájékoztatni, azt egy második stadium tüdőgümőkórban szenvedő férfit betegnél két hőmeneti görbéjével világítja meg.

Ország Oszkár: Azonosítja magát előadó gondolatmenetével, amelyet örömmel üdvözlő, mert végre az orvosi köztudatba jut az, hogy nem a géget és tüdőt kell kezelni, hanem a beteg embert s a tuberculosis két lokalitóját nem szabad egymástól különállóan felfogni. Minden tüdőbetegnél megvizsgálandó a gége is. Az előadó és a szólnak öt év előtt ismertett statisztikája között a számbeli elérés arra vezethető vissza, hogy az Új Szent János-kórház beteganyaga sokkal súlyosabb, mint az Erzsébet Sanatoriumé, a disseminált folyamatok a korábbi stadiumban jobban kórismézhetők. Szólv nem tagadja az intracanalicularis contact-infectio lehetőségét, de gyakoribbnak tartja a lymphogen-haematogen keletkezését a gégegümőkórban.

Safranek János: A haematogen disseminációs tüdőfolyamatokkal kapcsolatos gége eseteinek alacsonyabb percentuációja *Ország és Karafiáth* magasabb percentuációjával szemben a sanatoriumi és kórházi beteganyag különbözőségében leli magyarázatát. Meg kell egyémltenie, hogy előrehaladottabb esetekben az egyébként haematogen eredet mellett szóló jelek dacára Koch pozitív sputum esetén a gége sputum infectiója nem zárható ki. Kétségtelen, hogy a bőrallergia vizsgálata egyes esetekben cserben hagy, ezt különben fel is említette s hangsúlyozta azt is, hogy úgy a specifikus immunitásos reakciók, mint a nonspecifikus diagnostikai segédreakciók értékelése mindenkor csak a klinikai kép keretében történhetik. *Tóvölgyivel* szemben megjegyzi, hogy a gége sputogen infectiója rendszerint a tuberculosis III. stadiumában, az izolált phthisis intracanalicularis tovaterjedése jön létre. Bacillusok ebben a stadiumban is keringenek a vér- és nyirokpályákban, de ilyenkor a haematogen-lymphogen metastasisok már nem igen tapadnak meg. Az bizonyos, hogy egyes immunbiológiai jelenségek értelmezése még élénk vita tárgya, s az is való, hogy a terminológiában elég nagy a chaos: a vitatott teoriákra előadásában nem is tért ki s csak azokat a terminusokat használta, melyek értelmezése ma már egységes. *Kuthy* adatai közül a Koch-negatív esetekben a gégeének aránylag gyakori megbetegedése ez utóbbinak haematogen genesisé mellett szól. Diagnostikai célból (az allergia vizsgálatára) általános és gócreakciók provokálását lehetőleg kerülni, de oly esetekben, amelyekben a cutanreactio cserben hagy, a *Kuthy* által ajánlott eljárást megfontolás tárgyává fogja tenni.

Az Apponyi Poliklinika április 25-i ülése.

Bemutatók:

1. Krausz Sára: Status dysraphikus jeleit mutató syringomyelia esete. 37 éves férfi, egy testvére bÉna, platykephal. A beteg születése óta facialis és oculomotorius-mag atrophia folytán részleges facialis és oculomotorius hűdésben szenved. Kifejezetten platykephal. Jobboldalt Horner, igen magas szájpadboltozat, súlyos kyphoscoliosis, mely gyermekkor óta fejlődött. Felső végtagon Duchenne-Aran-typusú elfajulási reakcióval járó bénulás. Körmökön súlyos trophias elváltozások, jobb lábbal kaszáló járás. Patalla-reflexek élnkek, Achilesek clonusosak, Jobb oldalon Mendel-Bachterew és Babinszky +. Hasreflexek és cremasterreflex hiányoznak, Cerv. II-tól lefelé, distal felé, súlyosfodó dissociált érzés-zavar. A IV-V. ujjnak a gyermekkörtől észlelt görbesége, a gyermekkor óta fennálló kyphoscoliosis, a beteg mellbimbóinak különböző állása, kartávolságának megnagyobbodása oly stigmák, melyek a status dysraphikus, vagyis a syringomyelia öröklékenny alkati típusát jellemzik.

2. Heks Márton: Tüdőfelsőlebeny-infiltrációt mutat be. Differentialdiagnózis a syphilitis, pneumoniás és paratuberculosus infiltráció között.

Előadás:

Petényi Géza: A diphtheriáról. A Schick-reactio kidolgozása lehetővé tette, hogy a betegség pathológiájának számos kérdéses pontja tisztázódjék. Igen nagy anyagon végzett vizsgálatok kimutatták, hogy előrehaladó korrall a diphtheriaantitoxinnal bíró emberek száma mindjobban szaporodik, úgyhogy a felnőttek vérében 85–90%-ban lehet már antitoxint kimutatni. Epidemiológiai szempontból döntőfontosságú volt, hogy az antitoxinképződés specifikus jelenség-e, tehát csak akkor keletkezik, ha diphtheriatoxin hat a szervezetre, vagy pedig egyszerűen egy öregedési jelenség, előrehaladó korrall a szervezet úgy változna meg, hogy diphtheriaantitoxin is van a savóban, anélkül, hogy diphtheriatoxinnak kellett volna a szervezetre hatni. A Schick-reactióval végzett vizsgálatok kétségtelenül bizonyították, hogy az antitoxin megjelenése specifikus folyamat. Gyermekeknél a kortól függetlenül gyorsan megjelenik az antitoxin, ha olyan környezetben vannak, ahol sok más gyermekkel érintkezhetnek (iskola, kórház, internátus). Az embereknek átlagban 1–5%-a diphtheriabacillusgazda, s így a sok emberrel való érintkezés szükségszerűleg a bacillussal való infectiót is jelenti. A diphtheriabacillussal való infectióra csak az emberek kis hányada reagál diphtheria-„megbetegedéssel“ a nagy többségénél „abortív alakban“ vagy „latensen“ folyik le az immunisációs folyamat. *Degkwitz s de Rudder* beható analysise szerint a skarlátnál ugyanilyen szabályszerűségek vannak, az előadó pedig már két évvel ezelőtt kimutatta, hogy a poliomyelitis epidemiológiai szempontból teljesen megegyezik a diphtheriával s a skarláttal, a poliomyelitissel szemben is minden ember fogékony, csak az emberek kis percentje megy át manifest klinikai tünetekkel járó betegségébe, a legtöbbször abortív megbetegedés kapcsán, vagy klinikai tünetek nélkül történik az immunizálódás. Analog viszonyokra kell következtetnünk a cerebrospinalis meningitiseknél is. A diphtheria ellen ma már több használható actív immunizálási módszer van. Kórházi és ambuláns anyagon végzett vizsgálatok mutatják, hogy eredményesen lehet immunizálni a Behringwerke által előállított TAF-praeeparatummal s a Ramon-féle anatoxinnal (formaldehiddel kezelt diphtheriatoxin) is. Mellékhatások nincsenek, úgyhogy nyugodtan lehet használni az általános praxisban is.

A Magyar Orvosok Röntgen-egyesületének április 25-i ülése.

Engelmayer Jenő: „Osteoarthropathie Hypertrophiant pneumique“ a csontrendszer generalizált megbetegedése, mely primaer tüdőtumor mellett igen ritka, négyet ismert az irodalom, ötödik a bemutatott eset. A lefolyás alatt készített nyolc felvétel és két orthodiagram igazolja, hogy az eset a régi classikus Marie-typushoz tartozik. Megtaláljuk a diffus generalizált periostalis felrakódást, a dobverő ujjakat, az ízületi fájdalmakat, melyek a progressióval növekedtek.

Az eset érdekessége az, hogy a kéreg és velőállomány is bántalom körébe vontak. A kéregállomány, hol felrostozott, hol elmosódott a velő felé, a fibulán pedig igen kifejezetten kondenzálódott, kötött vékonyagúra szűkítve a velőállományt. A folyamat az alszársontok egymásránézó felszínén a legkifejezettebb, hol a velőállomány nagy, mézszegény területeket tartalmazott. Az ízületeket alkotó csontok és ízületi tokon belül épek.

A tüdőtumornak négy ízben eszközölt Röntgenbesugárzása a folyamat lövésszerű előrehaladását nem tudta feltartóztatni.

Markó Dezső: Coxitis osteomyelitica. Hangsúlyozza, hogy a betegség röntgenológiailag, tudtával nines feldolgozva. Praktikusán fontos, mert therapiásan más elbírálás alá esik, mint a tbc. és coxitis.

Két formát különböztet meg. Első a gyakoribb a femurnyak osteomyelitiséhez társuló forma, a második a primaer medencecsont osteomyelitiséhez társuló.

Elsőnél jellemző a femurnyak göcos ritkulása, mely az epiphysis vonallal határolódik. Érdekes, hogy a femurfejre nem terjed rá, csak nagyon ritkán és csak akkor, ha már az epiphysis-vonal záródott.

A medencecsontból kiinduló formánál az osteomyelitises karaktert a mézsdús csontsánc és az esetleges sequesterek jellemzik. Az első két hétben tünete-

ket nem ad. Ismerteti a complicatiókat, az epiphyisioly-sist (mintegy 10%-ban) a spontan luxatiót (mintegy 25%-ban) és a csontos anchylosist. Végül Röntgen-differenciáldiagnózisát a coxitis tuberculosa és a genyes arthritisekkel szemben.

A Debreceni Orvosegyesület ápr. 26-i ülése.

Bemutató:

Sarudy Elemér: *Epeköpés.* 53 éves nőbeteget mutat be, ki három éve beteg. Akkor hasának jobb oldalán égető, görcsös fájdalmat érzett. Egy év óta köhögéssel nagymennyiségű epés köpetet ürít. Ikterus nincs, de a faeces acholiás. Az epe direct úton a tüdőbe tört: choleptoë. Az ok májtályog, melyet valószínűleg echinococcushólyag elgenyvedése okoz, s amellel a betegnek choledochusköve is van.

Kopáry József: *Bronchographiás vizsgálat epesipolyos betegnél.* A Sarudy által bemutatott betegnek bronchographiát végzett, mely egészen meglepő eredménnyel járt. A bronchialis sipolyon keresztül a contrastanyag egy a májban levő hatalmas tályogürben helyezkedett el és onnan vékony csap alakjában a jékora ujjnyira tárgult ductus choledochusba jutott. A ductus cysticus hasonlóan contrastanyaggal telődött. A choledochusban a jodipin három napon keresztül változatlan alakban és nagyságban maradt. Röntgenkép analízise alapján valószínűnek tartja, hogy a ductus choledochus alsó polusát kő zárja el.

Siegmund Ervin: *Isolált os capitatum luxatio.* Az igen ritka sérülés egy 70 éves gulyásnál úgy keletkezett, hogy egy lóval hajtott szecs-kavágógép hajtókarja a beteg kezét dorsalis irányból meglökve, erős volárflexióba hozta és a gép széléhez szorította. A pontos mechanizmus a kézfej dorsalis oldalán levő lebenyes és a proc. styl. ulnaetól dorsalis és distalis irányban haladó zúzott lágyrész-sérülések irányából rekonstruálható. A két oldalról ható nyomás a kéztől boltozatát hosszanti és harántirányban annyira meggörbítette, hogy a capitatum körül csoportosuló csontok koncentrikus nyomása ezt a csontot dorsalis irányban kilökte, miközben az erős szalagkészülék körkörösén szétrepedt. Így egy complet isolált dorsalis capitatum luxatio keletkezett, melynek helyretevése a II., III. és IV. ujjon kifejezett húzás és a kéz erős volárflexiója közben a capitatumra gyakorolt direct nyomás által könnyen sikerült. A repositio előtti és utáni Röntgen-felvételeket bemutatja.

Előadás:

Csörsz Károly: *A nemek megoszlásáról.* Vázolja azokat a kísérleti öröklődéstani és sejttani érveket, amelyek a nemi jelleg program, illetőleg syngam meghatározottsága mellett általában felhozhatók. Közlebről tárgyalja az emberről található viszonyokat. Vizsgálja a háborús fiútöbblet magyarázatára szolgáló elméleteket. Nem tartja valószínűnek azt, hogy a fiútöbblet pusztán arra lenne visszavezethető, hogy a háború alatti születéseknél a 30 évnél idősebb apák relative nagyobb számban szerepelnek. *R. Hertwig* sejttani vizsgálatai és állatokon végzett kísérletei alátámasztják azt a nézetet, hogy a háborúval együttjáró nélkülözéseknek is meg lehet a maguk szerepe. Előadó a nemek arányának a vizsgálatára egy alföldi magyar falu születési anyakönyvét használta fel 152 évre visszamenőleg s hangsúlyozza, hogy a kérdés egyes részleteiben még sok kutatni való van, s hogy egyes elméletek legfeljebb csak munkahypotesisként jöhetnek csak szóba.

A német belorvosok 40. congressusa Wiesbadenben.

(1928 ápr. 16—19.)

A congressust, mely a Paulinenschlösschen hatalmas termét zsúfolásig megtöltötte, *L. R. Müller* professor (Erlangen) nyitotta meg. Beszédében hangsúlyozta az egészség gondolatát a belgyógyászatban és éppen ezért sajnálatosnak találta, hogy külön társaságok kiválnak a vérkeringés vagy az anyagcsere tanulmányozására. Az orvosi művészet, melyen belül az orvosi és a tudományos között ellentétet nem lát, csak a betegágynál, a mester példája mellett öröklődhetik tovább. A beteg

kezelésében fontos tényező az orvos személyisége. Az orvosnak úgy egyes esetekben, mint általánosságban, a természet törvényeivel szemben állást kell foglalnia. De mivel azokban mindig több az ismeretlen, mint a már kikutatott, kell, hogy az orvos úgy, mint a tudós, kellő tisztelettel adózzék a Kikutathatatlanak.

Az első nap a rákkutatócongressus utolsó napjával esett össze, s főtémája volt a rák hatása az anyagcsereire.

Warburg (Berlin) tartotta a sejttélettani bevezetést. A ráksejt jellemző tulajdonsága, hogy amellel, hogy lélekzik, nagymennyiségű tejsavat is termel hasítás útján cukorból (glykolysis). Ép sejt is termel tejsavat, ha nem kap oxigént; a ráksejt az ép sejttől nem a tejsavproductióban különbözik, hanem a légzésben, mely a ráknál kicsi és elégtelen a tejsavképződés megakadályozására. A rendetlen növekedés összefüggésben van azzal, hogy a ráksejt a légzésből és hasításból is termel energiát. Ne fűzzünk az eddigiekhez már is therapiás reményeket; a légzési fermentumot ugyan már ismerjük, de ismeretlen még az erjedési fermentum és a légzés hatása az anyagcsereire.

A második referáló, *Grafe* (Würzburg), klinikai megfigyelésekről számol be. A rákos kachexiát, mely a ráknak legjellemzőbb hatása az anyagcsereire, más kachexiától elkülöníteni nem tudjuk. A súlyos, fokozott alapanyagcsere, nagyobb fehérjeszétetés, polypeptidasák megjelenése a vérben, hajlam a vízretentióra, glykaemiára, mind állandótlan, nonspecifikus és amellel késői tünetek, melyek a korai diagnosis szempontjából sem értékesíthetők.

Sachs (Heidelberg) immunbiológiai szempontból tárgyalta a rákproblémát. A rákos beteg vére nem változik el specifikusan. A carcinomareakciók általában direct vagy indirect colloidlabilitási reakciók, melyek más körülmények között is pozitívak lehetnek. A jövőt mégsem tartja kilátástalannak.

A hozzászólók között *Volhard* szerint a rákos kachexiát nem valami különös méreg hatás váltja ki, hanem a sejtszétetés. Ilyen létrejön, akármilyen okból pusztulnak sejtek. *Fr. v. Müller* a sejtpusztulás mértékül a vizelethúgysav meghatározását ajánlja.

Ganter (Rostock) arra hívja fel a figyelmet, hogy betegek kezdődő rákkal gyakran nemcsak, hogy nem mutatják azt a külsőt, melyről az orvos a rákot fel szokta ismerni, de ellenkezőleg, az ilyen betegek arca piros, a bőr turgora nagyobb, a haj színe megtartott vagy csak kevéssé őszült, úgyhogy a beteget 10—15 évvel fiatalabbnak ítéljük. Fontosnak tartja ennek ismeretét a korai diagnosis szempontjából.

A therapiás beszámolók között *Fischer-Wasels* (Frankfurt a. M.) előadása nem keltett olyan hatást, mint várt lehetett volna, talán azért, mert *Warburg* előre lehűtötte a kedélyeket. Ő maga is óvatosan ítélte meg a kedvező eredményeket, melyeket nagy állatanyagot nyert oxigenbelégzés és szőlőcukorinsulin vagy egy vasucorkészítmény egyidejű alkalmazásával. Nemcsak visszafejlődtek a rákos daganatok, de továbbhatóságuk is csökkent. Más hozzászóló más különböző gázkeverékeket ajánlott és *Grafe* zárószavában tréfásan meg is jegyezte, hogy úgy látszik mindegy, hogy milyen gázkeveréket lélekzik be a beteg.

Caspari a nyerskosztot veszélyesnek ítélte rák keletkezése szempontjából. A B-vitamin a daganat növekedését fokozza, ezért rákos betegek étrendjéből eltávolítandó.

Kahn inoperabilis daganatoknál a besugárzás hatását egyidejű bismuth-injectiókkal igyekszik fokozni.

A második napra főkérdés nem volt kitzve. A délelőtti előadások leginkább a tüdő betegségeivel foglalkoztak, melyek között nagy érdeklődés kísérte az Assmann-féle infraclavicularis beszűrődés problémáját. *Assmann* (Lipese) újból összefoglalta és kiegészítette a három év előtt leírt kórképet. Jellemző rá az acut vagy subacut kezdet és a főképp infraclavicularis elhelyeződés. A góc rendszeren inkább dorsalisban van és közel a két lebenyközi hasadékhoz. Hajlamos elsajtosodásra, üregképződésre. Aspiratio útján általános tüdőtuberculosis indulhat ki belőle. Mäskor felszívódik, elhaged. Klinikailag jellemző rá a physikalís tünetek hiánya, positiv köpetlelet és Röntgen-kép, gripeszerű lefolyás. Fontos a korai kezelés sanatoriumban vagy azonkívül pneumothoraxszal. Mindkettő együtt igen jó hatású még caverna esetében is. Kívánja, hogy az ilyen betegek ellátását megorganizálják, nevezetesen

elsősorban, hogy ilyen beteg számára mindig legyen hely a sanatoriumokban.

Naegeli (Zürich) felhívja a figyelmet a differenciáldiagnostikai nehézségre pneumoniával szemben.

Romberg (München) is megerősíti *Assmann* észleletét. De a korai infiltratio előfordul a hilus táján és az alsólebenyben is. Utóbbi aránylag heveny lefolyású. Néha klinikai tünet, pozitív köpetlelet csak a legelső időben van. A Röntgen-kép később is felvilágosítást ad. Vázolja a tüdőelváltozások legnagyobb sokféleségét, melybe a korai infiltratum átmehet úgy rohamos, mint idült lefolyású alakokba. Felhívja a figyelmet arra, hogy a zsugorodó caverna a csücsbe húzódhatik. A korai diagnózis szempontjából fontosnak tartja ártatlan-nak látszó hurutos tüdőfolyamatoknál gondolni erre a betegségekre. (Röntgen, köpetvizsgálat.) Ha a diagnózis megvan, minden ingertherapiát azonnal el kell hagyni, illetőleg elkerülni. Az ilyen betegnek enyhe klíma való. 1500 méteren felüli tartózkodás veszélyes, de van beteg, aki már az 1000 métert is rosszul tűri. Caverna spontán ritkán gyógyul, de pneumothorax az esetek nagy többségében igen jó hatású. Fontos gyorsan kezelésbe venni, míg összenövésnek nem jöttek létre.

Liebermeister szerint stereoskopikus felvételekkel a góc jól localizálható. Minél magasabban van az, annál dorsalisabban fekszik és minél alacsonyabban, annál ventralisabban. Ez a lebenyközti hasadék lefutásának felel meg, mert a góc rendszeren ennek közelében foglal helyet, néha az alatta levő lebeny felső részében. Látott néhány kétoldali korai infiltratumot és cavernát. Ilyen esetekben a kétoldali pneumothoraxot ajánlja a vitalis kapacitás ellenőrzésével. Utóbbinak okvetlen ki kell tennie féllitert, de lehetőleg egy liter legyen. Egyoldali pneumothorax esetén a túldoldali góc terjedésével fenyeget.

Krehl (Heidelberg) a kruppos pneumonia amerikai kezelésére hívta fel a figyelmet, mely a pneumococustypus meghatározásában és lehetőleg korán megfelelő (rendszen 1. vagy 2. típusú) gyógyszavó adásában áll. Előzőleg kis subcutan v. intracutan adott dosisra 12 órán belül eldől, hogy anaphylaxia veszélye fennáll-e a nagymennyiségű savó intravenás beadása esetén. Heidelbergben általában az első typust látják. *Zinn* (Berlin) szerint Berlinben a 2. típus a gyakori. A hozzászólók részben a serumtherapia mellett foglaltak állást, részben pedig a chinin kitűnő hatását dicsérték (pl. solvochin naponta, 2–3 napig). *Schottmüller* vörheny-serum alkalmazásakor az anaphylaxiát apenyil-injectiókkal véli elkerülhetni.

Deusch (Rostock) szerint utóbbi időben több hurutos tüdőgyulladás megy át tályogba és üszkösödésbe. Neosalvarsant és transpulmint ad; ha hamarosan nem segít, műtétet végeztet. *Martini* a thrombosisok és tüdőemboliák halmozódását észlelte. Kérdi, nincs-e összefüggésben ez az intravenás injectiók gyakoriságával. *Morawitz* (Lipese) is sok thrombosit és emboliát látott, de betegek legnagyobb része nem kapott intravenás injectiót. Úgy gondolja, hogy a német nép ellenállása az allergenek elkerülése céljából, melynek esetleg nem lesz eredménye. *Hansen* esetében a macska jelenlétekor rohamot kapó orvos a macska szőréről kitenyészthető aspergillus niger iránt volt túlérzékeny. *Kämmerer* (München) enyhe infektív tünetekkel járó esetekben a köpetből streptococcus viridanst tenyészt ki és autovaccinátót lát jó eredményt. *Schwenkenbecher* (Marburg) fémasthmáról beszél, mely például a rossz plomb eltávolítása után elmúlt. *Matthes* a fémasthmával szemben a psychés tényezők jelentőségét hangsúlyozza. A specifikus desensibilizálásban, a szenalázistól eltekintve, a legtöbb szerző nem bízik, ő viszont nem barátja a tuberkulinkezelésnek sem, mert tapasztalata szerint az asthmások a tuberkulin iránt túlérzékenyek. *Hansen* az allergenek egyszerű eszközökkel való távoltartását ajánlja (a lakás szárazon-, tisztántartása.) *Fränkel* a szűrőapparátussal az allergen termését is vizsgálja. A kamra tartós therapiás hatását a küszöbalatti allergenek desensibilizáló hatására viszi vissza.

Nagy érdeklődés kísérte *Wilderner*nek, a Mayo-klinika tagjának előadását a Langerhans-szigetek hyperinsulinismussal járó daganatáról. Két betege éhezéskor hypoglykaemiás rohamot kapott epileptiform göresökkel. A vércukor az első betegnél ilyeynkor 27 mg%-ra esett le. Szőlőcukortól a beteg magához jött. Később egyre sűrűbben kellett cukrot magához vennie, hogy a rohamokat elkerülje. A boncolás pankreasrákot mutatott májmetastasisokkal, melyek sok insulint tartalmaztak. A máj 3 kg-on felül volt, tele glykogennel. *Minkowski* szerint is a pankreasrák sejteit insulint termelhetnek és a beteg ezért nem kap diabetest.

Lundberg (Stockholm) azt a régebbi észleletet erősíti meg, hogy a diabeteses beteg tolerantiája nőhet, ha tuberculosist kap. Ezt egy insulinhatású anyaggal hozza összefüggésbe, melyet a gümös sarjszövetből előállítására sikerült. *Stahl* és *Bahn* (Rostock) szerint synthalin hatására a vizeletből a cukor eltűnik, de a vérben magas marad. Úgy látszik, a synthalin a diabetest leplezi azáltal, hogy a vese permeabilitását cukorral szemben csökkenti. Kísérleteik valóban azt mutatják, hogy állati szövet permeabilitását synthalin csökkenti, míg insulinnal növeli. *Frank* visszautasítja a vádat, mintha a synthalinhatás a diabetes elleplezése volna. A vércukrot nem csökkenti ugyan erősen, de a synthalin leginkább idős egyéneknek jön szóba és azoknál jobb is a szív szempontjából, ha a vér még mindig tartalmaz 150–160 mg% cukrot.

Gottschalk (Stettin) szerint a ma szokásos insulinadagolás mellett a vércukor erősen és előnytelenül ingadozik. Helyesebbnek tartja 8 óránként adni insulint, pl. 7-kor, d. u. 3-kor és 11-kor.

Bernhard (Berlin) igen érdekes kísérleteiről számol be, melyekben a gyógyszer különlegesen előállított, sűrű olajos emulsióban injiciálja. Ezáltal depót létesít a szervezetben, melyből a szer lassan, egyenletesen szívódik fel. Így be tudott vinni egyszerre például 200 egység insulint. Az egyszer adott nagymennyiségű pituigan a beteg vizeletét 5–6 napra leszállította. Az előadást film kísérte, melyen láttunk egereket strychnintól, adrenalinól elpusztulni és azután a halálos adag 6–10-szeresét elhúzó mérgezési tünetek után kiheverni.

Harpuder (Wiesbaden) a vörösvérsejt-cukormegkötés nagyságát nem tartja egyedül az insulintól függőnek. *Leschke* a közp. idegrendszer cukorszabályozásával foglalkozik. *Schellong* és *Kramer* (Kiel) az insulinhízókórának a vércukorra való hatásával, *Nathmann* és *Cobet* az éhezési diabetessel, melyet elsősorban veseeredetűnek gondol. *Bürger* (Kiel) az insulinnal főtámadási pontjának az izomzatot tekinti és komában a végtagok masszázását, mozgatót ajánlja.

v. Bergmann az általuk módosított Reid Hunt-reactiót, mellyel a pajzsmirigy toxicitását lehet megállapítani, a vegetative stigmatizáltak 70%-ánál pozitívnak találta, míg egészségeseknél az mindig negatív volt. A vizsgált stigmatizáltaknak mind rendes volt az anyagcseréjük, de a Basedow-kór valamelyik tünetét mutatták (tachykardia, izzadás, psychés tünetek). *Baur* (München) szerint egészségesek anyagcseréje thyroxinra mindig nő, a basedowosoké csak az esetek egyharmadában. Ezen az alapon nem gondolja, hogy azok túlérzékenyek volnának a pajzsmirigy productumával szemben. Egyharmadban csökkent is az anyagcseréje úgy thyroxintól, mint jódtól. Egy csoportja az embereknek nagy anyagcserével reagál thyroxinra. Úgy véli, ezek azonosak *Bergmann* stigmatizáltjaival.

Lax (Budapest) beszámol kedvező therapiás eredményeiről, melyeket basedowosoknál alacsonynyomású kamrában való tartózkodással ér el.

Guhr (Tátrászéplak) szerint a Basedow-kór javulásának a gyakorlóorvos által is megállapítható mértéke a vérnyomás csökkenése, az izomerő és a kreatininkiválasztás növekedése.

A harmadik nap elsősorban az anaemia pernicioza májtherapiájának volt szentelve. Úgy a referáló *Seyderhelm* (Frankfurt a. M.), mint a többi előadók és hozzászólók a legnagyobb elismeréssel szóltak az új kezelésmódról. Az amerikaiakkal szemben azonban nem gondolták, hogy itt egy avitaminosis oki terapiájáról volna szó, hanem valamely megreghatás közömbösítéséről és azért a kezelést mégis csak tüneti jelentőségűnek tartották. Emellett szól, hogy a botriocephalus-anaemia is nagyon jól megjavul májadagolásra, ha a főleg a szervezetben marad is. A per os és parenterális adott kivonatok, úgy látszik, nem teljes értékűek,

de mégis nagyjelentőségűek ott, ahol a májvérsnek akadályai volnának.

Arnth kívánja, hogy a vérkép megítélésében ne csak a vörösvérsejteket és haemoglobint nézzék; nem tartja egészségesnek a vért, ha a fehérvérkép elváltozása nem ment vissza (jobbraeltolódás is).

Naegeli kötelességének érzi, hogy felhívja a figyelmet azokra az esetekre is, melyek a májra nem reagálnak. Ilyenkor arsenre, transfúzióra is szükség lehet. Nem tartja helyesnek, hogy az amerikaiak a májkészítmények hatásosságát a retikuloocyta szaporodásából akarják megítélni. A vitalis erythrocyták első fecskék, de a javulás nem tőlük függ.

Általános volt a vélemény, hogy a májtherápia a pathogenesis homályát korántsem oszlatta el és hogy ott a constitutio mellett valami toxikus befolyásnak kell szerepelnie. Erre vonatkozólag érdekes adatokkal szolgált *Rosenthal*. Kimutatta, hogy ártalan aromás aminosavak oxidálására és decarboxydálására azokból vérmérgek keletkeznek, melyek anaemia perniciosaszerű körképet hoznak létre. Ilyen vérmérgek lesz a carbamid is, ha az egyik aminosoportot NHOH-csoporttá oxidáljuk. Mivel az aminosavak bontása a májban megy végbe, az anaemia perniciosás az intermediaer anyagcsere zavarának tartja, melynél a máj hibás működése következtében az aminosavakból mérges oxyaminok keletkeznek.

Schilling (Berlin) viszont a fertőzéses aetiologia lehetősége mellett foglalt állást; minden anaemia perniciosás és néhány erősen anaemiás leukaemiás beteg vérében hosszú, bacilluszerű képződményeket lát, melyek májtherápiára eltűnnek.

A délutáni előadások kapcsán *Morawitz* a hypertoniáról beszélt. Kérde: helyes-e a törekvés a magas vérnyomást minden áron lenyomni akarni. Nem ép olyan káros a beteg érre, ha a vérnyomás lefelé ingadozik? Azonkívül számos ilyen esetben a keringés romlását látta, decompensatiót is. A venás nyomás nagyobb, a vértejsav is több lesz, ami a romló keringés jele. Arra is gondol, hogy a hatásos szerek (nitroskleran, anabolin) a vérnyomás csökkentését a szív gyengítésével érik el. Részben az orvosokat vádolja, hogy a közönség oly nagy jelentőséget tulajdonít a magas vérnyomásnak. Az érvágás nagyon jó, ha a venás rendszer túl van telítve vérrrel, de már apoplexiában kétély fegyvernek tartja. Néha határozottan rossz hatást látott tőle. Megemlíti, hogy az amerikaiak a vérzést pungálják; Lipcsében is megpróbálták többször, de csak egyszer jó eredménnyel.

Plesch oscillogrammjaival demonstrálja. Szerinte ez a helyes eljárás a maximalis és minimalis vérnyomás mérésére, amellyel az érfal rugalmasságáról is képet ad.

Az utolsó nap a kórbonctani congressus első napját jelentette. A közös ülésen a belgyógyászelnök, *Müller*, sajnálatának adott kifejezést, hogy az utolsó időben a belgyógyászat a morfológiától eltávolodott és részben a pathologusokat hibáztatta, hogy az általános kórtan kórélettan címen a belgyógyászati tantermekbe került. A mai ülésben a mindkét részről óhajtott közeledés jelét látja.

A referatumok az idült lépnagyobbodásokról szóltak. *Hueck* (Lipese) a lép anatómiáját, *Naegeli* (Zürich) a splenomegaliák klinikáját, *Lubarsch* (Berlin) kórbonctanát adta elő.

Naegeli sorra vette a szöveteket, melyből a lép áll vagy a fejlődési folyamán állott s melyek a lépnagyobbodásokban szóba jönnek. Ezek a vörösvérsejtek, myeloid, lymphoidszövet, plasmasejtek reticuloendothel- és sinusendothelsejtek, adventitiasejtek. Sinusejtek csak a lépben fordulnak elő, ezekhez fűzi a lép specifikus és fokozott működését (a hyperspleniát). A lép ezek miatt nem pótolhatatlan szerv. Ezután a lép feladatairól beszél, melyek még jórészt problematikusak. Ezek volnának: vérsajtfehalmozás és vérsajtpusztítás, szerep a vas- és lipoidanyagcsereben, antianyagképzésben, véralvadásban, hormonális functiók, melyek közül valószínűnek tartja a kapcsolatot a nemi mirigyekkel. Utána pedig vázolja az összes különböző lépnagyobbodások klinikai képét. A referatumok után előadások és hozzászólások hosszú sora következett, melyben magyar részről *Orsós* professor úr vett részt. Meglepetésszerűen hatott *Bürger* (Kiel) megállapítása, aki typhusszerű, lépnagyobbodással, leukopeniával, pozitív diazóval járó elhúzódó lázas betegségekben kórokozó gyanánt a tehének járványos vetélésének bacil-

lusát vélte megtalálni. A környékből agglutinációs vizsgálat céljaira beküldött savók 10%-ában is pozitív agglutinációt talált a fenti bakteriummal és részben ki volt az a savóból tenyészthető.

Az ülések végével, melyeknek sok egyéb érdekes előadására kitérni nem lehet, a congressus tagjait Neuenahr- és Nassau-fürdő látta vendégül.

Buday László dr.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat felhívása.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat újra megkezdte működését. Célja lesz fokozatosan ellátni orvosainkat a legszükségesebb szakkönyvekkel. Ezért, figyelemmel a gyakorlati igényekre és olyan sorrendben, amint a hiány mutatkozik, végig fog menni az összes szakmákon és törekszik arra, hogy minden téren rövid, jó és gazdagon illusztrált könyvet adjon ki. Ezek lehetőleg magyar szerzők eredeti művei lesznek, noha itt-ott egy-egy kitűnő külföldi munkát is lefordíttatnak. Nem nagy, gyűjteményes, hanem a kisebb szakmákat egy-egy kötetben felölelő, a nagyobbaknak pedig egy-egy főágat tárgyaló rövid könyvek sorozatos kiadása tervezetlik. Így például nagy belgyógyászati gyűjteményes mű helyett külön jelennek majd meg a diagnosztika, a keringés, a vér, az anyagcsere, vese, idegrendszer, tuberculosis, a fertőző betegségek s a therapia, stb. kötetek. Az egységes sebészet mellett még külön bizonyos fontos fejezetek, mint a sebészeti anatómia, a csont- és ízületi bajok, a belgyógyászattal közös érintkezési területek, az orthopaedia, a sebészi betegek ápolásának módja, stb. A kórtan csoportjában külön füzetek foglalkoznak majd a parasitologia, bakteriologia, mykologia, endokrinologia, serologia, immunologia stb. köreivel, a közegészségtanban pedig a társadalmi, adminisztratív, technikai, egyéni stb. résszel, — mindig a gyakorlati orvos igényeinek szemmel tartása mellett.

A legközelebbi — tizedik — hatéves ciklusban (1928—33) az alább felsorolt műveket szeretnők kiadni. Az első csoportra nézve már ígéretet kaptunk a szerzőktől könyveik megírása tekintetében; a második csoport ügyében még folynak a tárgyalások.

1. Az elvi megállapodás már létrejött a következő művekre nézve:

- | | |
|---|--|
| <i>Farkas Géza:</i> Elettan. | <i>Korányi Sándor:</i> Vesebetegségek. |
| <i>Hári Pál:</i> Physiologiai chemia. | <i>Bálint Rezső:</i> Emésztőszervi és anyagcserebetegségek. |
| <i>Rígler Gusztáv, Belák Sándor, Fenyvessy Béla és Johan Béla:</i> Közegészségtan. | <i>Angyán János:</i> Tuberculosis a légzési szervekben. |
| <i>Scholtz Kornél, Fáy Aladár, Gortvay György</i> és további munkatársak: Társadalmi egészségügy. | <i>Jancsó Miklós:</i> A fertőző betegségek. |
| <i>Saule Tivadar:</i> Egészségügyi statisztika. | <i>Balogh Ernő:</i> A heveny fertőző betegségek pathológiája. |
| <i>Verebély Tibor:</i> Sebészet klinikai előadásokban. | <i>Matthes:</i> A belső betegségek diff. diagnosisa. (Fordítás.) |
| <i>Bakay Lajos:</i> Törések és ficamodások. | <i>Dalmady Zoltán:</i> Physikalís therapia. |
| <i>Bakay Lajos:</i> Sürgős sebészet. | <i>Grósz Emil:</i> A gyakorló orvosra legfontosabb szembetegségek. |
| <i>Bakay Lajos, Horváth Mihály, Kopits Jenő:</i> Az orthopaedia tankönyve. | <i>Albrich Konrad:</i> A szembetegségek viszonya a belső bajokhoz. |
| <i>Manninger Vilmos, Szabó Zoltán és Fabinyi Géza:</i> Sebészi anatómia. | <i>Blaskovics László:</i> A szemtükrözés atlasza. |
| <i>Jakabházy Zsigmond:</i> Növényi fűszerek, élevezeti anyagok és táplálékok. | <i>Kubinyi Pál:</i> A szülészeti tankönyve. |
| | <i>Tóth István:</i> A nőgyógyászat tankönyve. |
| | <i>Nékám Lajos:</i> A bőrgyógyászat tankönyve. |
| | <i>Illyés Géza:</i> Urologia. |

A kiárusítandó művek árai az előfizetők számára a következők:

A kiadvány			Lap- szám	Ábra	Ára pengőben		
szerzője	címe	éve			kötve	boríték nélkül	fűzve
Kollarits J.	Jellem és idegesség	1918	308	—	4'—	3'—	—
Taufer-Lóth	Nőgyógyászat 2 kötet	1916	1454	543	25'—	20'—	—
Fejes	Fertőző betegségek	1916	151	—	3'—	2'—	—
Baudelier-Roepke	A gümőkór klinikája	1915	768	286	10'—	8'50	—
Dollinger	Idősült ficamodások	1912	159	50	2'—	—	—
Markusovszky	Válogatott munkái	1905	320	—	2'—	—	—
Manninger	Antiszeptikus és asept. orvoslás története	1903	157	—	2'—	—	—
Győry	Magyarország orvosi bibliográphiája	1900	252	—	1'60	—	—
Thanhoffer	A szövetek és szervek szerkezete, második kötet	1893	788	280	—	—	1'—
Irsai	Orr- és gégetükrözés	1892	96	65	—	—	1'—
Iványchich	Kőmorzsolás	1892	155	—	3'—	—	0'50
Oródy	Az orrüreg és melléküregei	1892	14	12	—	—	—
Henoch	Gyermekek betegségei	1892	951	—	2'40	—	—
Jaksch	Belső bajok klinikai kórisméje	1891	423	125	2'—	—	1'—
Jendrassik J.	Hátrahagyott munkái	1891	153	5	2'—	—	0'50
Runge	Újszülöttek betegségei	1891	167	—	—	—	—
Polyák	Klimatologia és klimatoterapia	1891	294	28	2'—	—	1'—
Hoffmann	Ált. orvoslás	1890	446	—	—	—	1'60
Bókay A.	Újabb gyógyszerek	1890	346	—	1'60	—	0'60
Boleman	Fürdőtan	1887	603	1	—	—	2'—
Petz	Győri kolerajárvány	1887	61	—	—	—	0'80
Babes	Bakteriologia	1886	402	114	—	—	1'—
Parkes	Gyakorl. egészségügy első kötet	1885	569	74	—	—	1'—
Woodhead	Gyakorl. kórtan	1885	379	161	—	—	1'20
Bruck	Semmelweis I. Fülöp	1884	92	1	—	—	3'—
Novák	A fertőző betegségek	1882	157	2	—	—	1'—
id. Bókay J.	Garatmögötti tályogok	1876	79	—	—	—	1'—
Charcot	Az idegrendszer betegségei, első kötet	1875	332	34	—	—	2'40

Lénárt Zoltán: Az orr- torok és a gége betegségei. történetéből Magyarországon.
Manninger Vilmos és egy szakbizottság: Onomatologia = orvosi neveskönyv.

Krepuska Géza: Fülbetegségek.
Magyary-Kossa Gyula: „Képek a prostitutio

2. Esetleg még kiadhatók lesznek, ugyancsak kiváló szerzőktől származó művek az alábbi tárgykörből is:

Szövettan; Kórélettan; Állati paraziták; Mycologia; Bakteriologia; Biologia; Törvényszéki orvostani fejezetek; Gyógyszeres therapia; Belgyógyászati diagnosztika; A vérkeringési szervek betegségei; Idegbetegségek; A belgyógyászat és a sebészet határterületei; A syphilis kézikönyve; Avitaminosis; Betegápolás.

A Társulat nem él abban az illúzióban, hogy e kiadványaival privilegizáltan elintézheti a magyar orvosoknak egész könyvszükségletét, de bizonyos átlagos modern alapot mégis biztosítani fog minden olvasója számára. Elősegíti majd ezt, hogy a szorosan vett szakkönyveken kívül talán még kis füzeteket is kiadhat, melyek az orvost érdeklő legfontosabb actualis, egészségügyi, történelmi, társadalmi, természettudományi, stb. irányú kérdéseket eredeti, vagy a világirodalom gyöngyeiből lefordított essayekben tárgyalják.

A program sikeres megvalósításának feltétele, hogy bőséges terjedelmű kiadványokat igen olcsón adhasson ki. Minthogy a Társulatnak alig lesznek adminisztratív kiadásai és nem is dolgozik haszonra, e célját már eléri, ha előfizetőinek számát sikerül magasra emelnie. A könyvnel ugyanis éppen a legnagyobb költség, a szerző díja, a szedés, a rajzok és klisék ára azonos úgy a kiesény, mint a nagy példányszámú kiadásnál. Az első példány a drága; a második, a századik, az ezredik már igen kevésbe kerül: a gép szalad és jóformán csak a papírost és a munkabért kell tovább fizetni. Néhány száz előfizető már fedezi az alapköltségeket, a többinek díjából tehát más könyveket lehet kiadni. A calculatio

szerint minden újabb 100 előfizető 125 ívvel = 200 oldalal emeli a kiadványok terjedelmét. Ötszáz előfizető esetén 1000 oldalt, nyolcszázánál 1600, ezernél 2000, végre ha ezerkétszáz előfizetője lesz, már 2400 oldalt nyújthat a Társulat mindegyiküknek, anélkül, hogy az előfizetési díjakat emelné.

Általános orvosi érdek tehát, hogy a Társulatnak minél több előfizetője legyen. Ez lehetővé válik, ha — mint említettük — az előfizetési díj igen alacsony lesz: ezidőszereint évi 25 pengő, melyhez 1 pengő tagsági díj járul. Persze ebből alig ternék, még kevés könyvnek egyszerű kiállítására is, a program megvalósítása érdekében tehát háromfelé osztattak a költségek: a második rész a bolti szabadforgalomra hárítottatik át (a kiadványok ára itt az előfizetési díjnak háromnegyszerese lesz), a harmadikat pedig a kormány támogatása fedezi: A népjóléti és a vallás- és közoktatásügyi ministeriumok ugyanis bölcse és jóakarattal méltányolták azt a nagy culturalis és közegészségügyi misziót, amit a Társulat teljesít azzal, hogy orvosainkat sok, jó és hivatásuk minden ágára kiterjedő, gazdagon illusztrált könyvvel látja el.

Az előrebocsátottakból kitűnik, hogy a könyvkiadás mértéke arányos lesz az előfizetők számával; ettől függ, hogy hány ív kiadása vehető tervbe és mennyi példányt nyomassunk. A Társulat 1915-ben 1417 rendes és 160 alapító taggal bírt; ma egyelőre csak 1200 előfizetőre számít. Ebben a keretben teszi meg intézkedéseit. Tartalék példányokat alig nyomathat; ezek ára 20%-kal magasabb lesz. A május 31-e után jelentkező késedelmes előfizetők számára szintén magasabb díjat: 27'5 pengőt kénytelen megállapítani. A belépés olcsó módja tehát az 1928. évre szóló 26 pengőnek az adminisztratív megbízott könyvkereskedéshez (Eggenberger, Budapest, IV, Kossuth Lajos-utca 2) még a folyó hónapban való átutalásában áll (postacheque száma: 16.600); ide kell majd a reclamatiókat is intézni.

A Társulatnak magának nincs külön irodája,

egyedül a Társulat szellemi működésére vonatkozó levelek intézendők tehát az Egyetemi Bőr- és Nemikórtani Klinikára (Budapest, VIII, Mária-utca 41), mely ilyen kérdésekben készséggel rendelkezésükre áll a t. Kartárs uraknak.

A választmány továbbá elhatározta, hogy a régebbi társulati kiadványokból még rendelkezésre álló példányokat igen olcsó áron felajánlja a mostani előfizetőknek. E munkák közül egyesek *kötve* (k), mások *fűzve* (f), a többiek *kötésre előkészített, de boríték nélküli* (b. n.) állapotban vannak. Az előfizetők által nem igényelt példányok bolti forgalomba bocsátatnak, ahol áruk kb. 30%-kal magasabb lesz. A vásárolni kívánó előfizetők lépjenek az Eggenberger-céggel közvetlenül érintkezésbe.

KÉRDÉSEK ÉS FELELETEK

Kérdés: Mikép igazodjék el a gyakorlóorvos a tüdővérzésnél ajánlott és egymással homlokegyenest ellenkező eljárások között?

a) Az egyik szerző hypertoniáról beszél, a másik hypotoniáról, mint praedisponáló momentumról;

b) az egyik feltétlen nyugalmat, vízszintes fekvést és nagy adag pantopont ajánl; a másik fölpolcolt fekvést, mérsékelt mozgást és óva int a morfinféléktől, sőt hánytatókat ajánl nagyobb tüdővérzésnél, pl. óránként 1 g ipecacuanhát per os, vagy emetint, apomorphint subcutan, stb.

Felelet: Ad a). A szerzők kijelentései között csak látszólagos az ellentmondás. Jó erőben levő, jó szív-működésű betegnél a vérnyomás fokozódása elősegítheti a vérzést, ha ennek kórbetoneti előfeltételei (vér-edénytágulat, arrosio, stb.) adva vannak, az esetek túlnyomó részében azonban a vérzés a beteg nyugalmi helyzetében (különös kiváltóok nélkül) jelentkezik. A hypotonia, mint praedisponáló momentum csak oly egyéneknek jöhet szóba, akik súlyos, előrehaladott tüdővérzésben szenvednek, akiknél a szív ereje, a vérnyomás esőkkent, a tüdőben tehát pangás áll fenn.

Ad b): A tüdőelváltozás jellege s a vérzés nagysága alapján állapítjuk meg, szigorú nyugalmat vagy kevés mozgást írjunk-e elő a betegnek. Általában a beteget felpolcoltan helyezük el és teljes nyugalomban tartjuk. A kényelmes, vízszintes fekvést, felkelést, kevés mozgást csak akkor engedélyezzük, ha a kis mennyiségű vérzés minimalis kötőszövetes tüdőelváltozásnál láz nélkül jelentkezik. Morphint azért nem adunk, mert nem csak a vérzésre magára, hanem utókövetkezményeire is gondolnunk kell. A köhögés elfojtása, a vérkiürítések megakadályozása elősegíti a tüdőgyulladás kifejlődését. A hánytatók adása — kivételesen — csak akkor engedhető meg, ha a vérzés oly nagyfokú, hogy a légutak elzárásától, fulladástól kell tartanunk, s ily módon kell a légutak megtisztítását megkísérlni. A nausea előidézésétől a vérnyomás esőkkentését s a vérzés szüntetését várjuk. Az Erzsébet-sanatoriumban hánytatókat vérzéscsillapítóként nem szoktunk alkalmazni. *Ország.*

VEGYES HÍREK

A Budapesti Kir. Orvosegyesület május 12-i ülésének napirendje: **Bemutató:** 1. *Réthy Aurél:* Areplastikai és orrcorrecturás eljárások és esetek. 2. *Csépai Károly:* A hajlam és belsősecretio összefüggéséről egy körtermi tonsillitisjárvány kapcsán. — **Előadás:** 1. *Csépai Károly:* A parathyreoidea hormonjáról. 2. *Barok László György:* Az ikterus catarrhalis lényegéről vizsgálataink alapján.

A Közkórházi Orvostársulatnak május 16-án a rókusi ülésteremben megtartandó ülésének tárgysorozata: **Bemutatók:** 1. *Vitéz Kerégyártó István:* Terhesség és szülés művi gyomorsipolyosoknál. 2. *Gaál Aurelia:* Myeloid leukaemia kapcsán spontan keletkezett

pararenalis haematoma. — **Előadások:** 3. *Vitéz Schultz Agoston:* A streptococcus virulentia vizsgálatáról (Philipp-féle próba. 4. *Peschky László:* Léptáji Röntgenbesugárzás tüdővérzésnél. 5. *Szénássy József:* A Röntgen fekélyekről. — Ezt megelőzően az igazgatótanács ¼6 órákor tart ülést a tanácsteremben.

Az „Orvosképzés” 1928. évi 2-ik füzeté május hó 10-én jelenik meg a következő tartalommal: *Heim Pál* egyetemi tanár: A hőszabályozás physiologiája és pathologiája a csesemőkorbán. *Poór Ferenc* egyetemi tanár: Bőrbántalmak és idegrendszer. *Schill Imre* egyetemi tanársegéd: A tryptophanmentes diéta eredményei. *Sztehlo István* bábaképző-intézeti első tanársegéd: A genyes adnextumorok sebészi kezelése. *Bartók Imre* v. tanársegéd: A látószerv ipari sérülései és megbetegedései, különös tekintettel a vas- és fémmunkások szem-sérüléseire. *Stamberger Imre* közkórházi alorvos: A felső légutak megbetegedései fertőző betegségekkel kapcsolatban. *Skrop Ferenc* egyetemi tanársegéd: Graphikai módszerek használhatósága a szívbetegségek megállapításában. *Juba Adolf* egyetemi magántanár: Az iskolaegészségügy köre és szervezése. — E hó folyamán még egy rendkívüli füzet jelen meg és pedig: Dolgozatok a budapesti királyi magyar Pázmány Péter Tudományegyetem I. számú női klinikájáról. Igazgató-tanár: *Kubinyi Pál dr.* egyetemi ny. r. tanár. Előfizetni lehet az „Orvosképzés” szerkesztőségében (VIII, Mária-u. 39), valamint az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága 51.183. számú postatakarékpénztári esekkszámánál és az „Orvosi Hetilap” kiadóhivatalánál (VIII, Üllői-út 26, II. em.), valamint az *Orvosi Hetilap* 22.968. számú postatakarékpénztári esekkszámánál.

A gróf Apponyi Albert Poliklinika a főváros által adományozott 40.000 P felhasználásával szülészeti osztályt rendezett be, amely a napokban kezdte meg működését. Felvételre bármikor lehet jelentkezni. (VII, Szövetség-utca 14). Főorvos: *Fekete Sándor dr.* egyetemi magántanár.

Köszönetnyilvánítás. Hetvenéves születésnapom alkalmával szeretve tisztelt kartársaim oly nagy számmal kerestek fel meleg soraikkal s halmoztak el jókívánásaikkal, hogy egyenként alig van módomban kartársaimnak köszönetemet kifejezni. Fogadják így leghálásabb és legszebb üdvözetemet, s kérem, tartsanak meg engemet továbbra is kartársi szeretetükben, mely hosszú közéleti működésemnek legszebb eredménye. — *Bókay János dr.*

A Budapesti Orvosok Szövetsége hivatalos lapjának f. é. április 15-i számában közölte tagjaival, hogy a Margitsziget Gyógyfürdő területére való belépésnél a személyazonosság igazolása ebben az esztendőben is úgy történik, mint a múlt években. A közlemény megjelenése után a m. kir. államrendőrség főkapitányi hivatala rövid úton arról értesítette a Szövetséget, hogy a hídbelépőjegyek a kordonigazolványra való felragasztásához nem járulhat hozzá. Ennek következtében a Szt. Margitsziget Gyógyfürdő igazgatósága szigeti belépőjegyet állít ki és azt a kerületi orvostársaságok útján küldi meg minden orvosnak, ami mellett felmutatandó a személyazonosság igazolásául szolgáló kordonigazolvány, vagy a Budapesti Orvosok Szövetsége tagsági jegye.

Személyi hírek. *Prof. H. Beitzket* a hallei kórtani intézet tanszékére hívták meg. — *Prof. A. Güttich* a kölni orr-, fül-, torokklinika tanszékére kapott meghívást. — *Bókay János dr.* egyetemi tanárt a kopenhágai Orvostársaság (*Societas Medica Havniensis*) levelezőtárgyjává választotta.

A nemi betegségek ellen folytatott küzdelem egyik nagyjelentőségű mozzanata az 1928 január 1-ével megindult kötelező statisztikai bejelentés. Ezen actio megindítása gondos előkészítés után történt, mindennemű aggály legszigorúbb mérlegelésével s minden nehézség lehetőség szerinti kiküszöbölése után. Így különösen az orvosi titoktartás kérdése szinte túlzásba menő szigorral került megbírálásra. Az Antiveneriás Bizottság mindent megtett, hogy a nagyjelentőségű statisztikai adatgyűjtés sikerrel járjon. A dolog nagy, nemzeti és közegészségügyi jelentőségét a magyar orvosok lelkes testülete csakugyan be is látta és az orvosoknak csupán mindössze 27,7, illetve Budapesten 29,9%-a nem küldött be adatokat. Nem tételezhető fel, hogy az adatszolgáltatással járó munkatöbblet okozná a bejelentések elmaradását, hanem bizonyára a sok munkával terhelt orvosok jó része csupán megfeledezett a felhívásról.

A nemi betegségek statisztikai bejelentésének ismert okokból eredménnyel kell járni. Olyan nagy nemzetfenntartási, gazdasági, orvosi és egészségügyi érdek fűződik a munka sikeréhez, hogy azon minden orvosnak vállalt munkával kell közreműködnie, s a Népjóléti Ministerium által a statisztikai adatok alapján tervbe vett további tevékenységet készségesen kell a bejelentések által elősegíteni és lehetővé tenni.

Az eddig beszolgáltatott adatokból kitűnik, hogy a rendelőintézetek közül egyik-másik belbeteg rendelő és egyik-másik kórházi belbetegosztály nem küldenek be adatokat, pedig tudvalevő, hogy lucses véredény-megbetegedések éppen ott fedezhetők fel.

Bízunk benne, hogy a tudományos és nemzeti érdekeket mindig szíven viselő magyar orvosok megértő felkesedéssel fogják pontos statisztikai bejelentések által lehetővé tenni, hogy Magyarország e tekintetben is oly gondosan összeállított adatgyűjteményt mutasson fel a külföldnek, amely eléri, avagy túlszárnyalja az eddigi statisztikák pontosságát.

Ha még volnának, akik statisztikai bejelentő űrlapokat és egyéb nyomtatványokat nem kaptak, vagy akiknek űrlapjai kifogytak, egyszerű levelezőlapon (Budapesten telephon) legyenek szívesek a m. kir. központi statisztikai hivatal (II, Keleti Károly-utca 5. Telephon: T. 207—70) népmozgalmi osztályához fordulni.

Fodor József szobrát, mit az Orsz. Közeg. Egyesület hálás gyűjtése és agilitása létesített, s amit az 1893-i internat. hygiénes és demographiai congressus alkalmával sok száz külföldi tudós elismerő részvétele mellett lepleztek le és adták át a Székesfővárosnak gondozás végett, — a Főherceg Sándor-térről el akarják távolítani, valamelyik egyetemi kertbe elrejteni és helyébe egy Rotherme-kutat állítani, minek mintája már kész is és Rothermere lord fiának nyári itt időzése alkalmával akarják felavatni. Megint a megszokott „fait accompli“-val akarják sarokba szorítani az orvosokat, a maguk szerény büszkeségeikkel. Két világhírű orvostanár szobra áll a főváros nyilvános terein, a többinek emléke vagy csak a Tudományban maradt meg, vagy szerényen húzódik meg a maga intézetében: s még ez a kettő is sok? Ha politikusok, államférfiak vagy polgármesterek lettek volna, senkinek eszébe nem jutna bolygatni őket, még hozzá egy díszkútért, ami annyi terén a fővárosnak elhelyezhető volna: pl. a közeli Rákóczi-téren, vagy ha intim kis tér kell, a Wenckheim-

palota (most fővárosi könyvtár) előtt a Baross-utcában. Nem! — a lelkes csapatnak éppen Fodor József szobrát kell eltávolítani, azét, aki 25 esztendővel a nyugati tudomány előtt kimutatta és közölte, hogy a vérserumnak baktericid tulajdonsága van, s hogy ez arányos az alkalicitásával; s akinek lelkes úttörő munkájának köszönhetjük, hogy bakteriummentes, természetesen szűrt vizet iszunk, hogy végre végleges és fejleszthető csatornahálózatunk van, hogy van fertőtlenítő telepünk, rendszeresen kiépített védekező rendszerünk fertőző bajok ellen, vannak szellős, világos iskoláink, ahol egészséges életre nevelik a jövő generációt, s hogy 50 évvel ezelőtt már tudták Budapesten, hogy mi az a „Hygiéne“, — mert Fodor József hirdette!

Örömmel vettük a hírt, hogy úgy az Orsz. Közegészségügyi Egyesület, mint a budapesti Orvosi Kar egyhangúlag tiltakozott e merénylet és kegyeletsértés ellen, csak még arra vagyunk kíváncsiak, mit szól a dologhoz a Székesfőváros, kinek gondjaira bízták e szobrot annak lelkes megteremtői. Mi a tiltakozáshoz csatlakozásunkat, azt hisszük, mind a 3000 előfizetők nevében bejelenthetjük, avval az indítvánnyal megtoldva, hogy nemcsak eltávolítani nem szabad a szobrot, hanem környékét parkozással rendezni kell és e kis térnek immár teljesen idejét multa és senki által nem értett németes nevét (Főherceg Sándor-tér!) *Fodor József-térre kell változtatni.* Sz.

Kiadóhivatalunknak szüksége volna reclamatiók elintézésére az 1927. évi 40., 45., 46., 49., valamint a folyó évi 1. számra. Szívesen fizetünk példányonként 1 pengőt, vagy az összeget betudjuk előfizetésébe. — Ezen kívül keresünk egyik előfizetők részére Magyar Orvosi Archivum 1918. évf. 4. füzetét és az Orvosképzés 1919. évf. 1—2—3. füzetét.

Ormay Pál dr. v. egyetemi tanársegéd rendelését Karlsbadban (Sprudelstrasse 19. Haus goldener Helm) megkezdte.

Schulhof Vilmos dr. fűrdőorvosi gyakorlatát Hévízfűrdőn (Ferenc József-ház) megkezdte.

Orvosdoktorrá avattattak a Pázmány Péter-tudományegyetemen az elmúlt hét szombatján: Frisch Ernő, Jordán Elemér, Kiss Emil, Kormos Árpád, Tanev Tódor. Üdvözljük az új kartársakat!

A kórboncolás vezérfonala orvostanhallgatók részére (Írta: Orsós Ferenc dr. egyet. ny. r. tanár) az Orvosi Hetilap kiadásában megjelent és 250 P-ért kapható a kiadóhivatalban s a könyvkereskedésekben.

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 ápr. 29—május 5-ig előfordult:

Hasi hagymáz	16	(4)	Gyermekágyi láz	2	(—)
Küteges hagymáz	—	(—)	Báránymimlő	47	(—)
Hólyagos (al-)himlő ..	—	(—)	Járv. fültőmirigylob ..	43	(—)
Kanyaró	220	(—)	Vérhas	9	(—)
Vörheny	23	1	Járv. agygerincagyhártyalob.	2	(—)
Számárhurut	82	5	Trachoma	1	(—)
Roncs. torok-, gégeglob	43	6	Veszétség	—	(—)
Influenza	7	1	Lépfene	—	(—)
Azsiái kolera	—	(—)	Paralýsis infant.	—	(—)

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

TÁTRA SANATORIUM

ÓTÁTRAFÜREDEN. STARY-SMOKOVEC. 1020 m

Az ideális tátrai magaslati klímának előnyei egyesítve modernül be-
 rendezett physikai-diaetás sanatorium gyógyító tényezőivel.

ELSŐRANGÚ DIAETÁSKONYHA, fekvőcsarnokok, szabadlégtorna, szénsavas, fenyő-, forró- és fényfürdők, vizgyógyintézet, Zander, quartz-, Sollux-, diathermia-, villamos kezelés. Röntgen-, belgyógyászati laboratorium. **Indikációk:** Basedow-kór, chlorosis, anaemiák, ulcus, dyspepsia, diabetes, adipositas, ashenia, bronchitis, asthma bronchiale, hypertonia, neurasthenia, hysteria, reconvalescentia. — **Tuberculosusok**, fertőző- és elmebajosok kizárva. Sanatoriumi napi pousádár 65 Kc-től fölfele. **Főorvos: dr. Szász Emil.** Menetjegyirodában, világoztást nyújt, fürdővizumot szerez dr. Adorján László. Vigadó.

DR. PAJOR-SANATORIUM
 VIII, Vas-utca 17.
Vizgyógyintézete elsőrangú

Minden nyelvű **orvosi könyvek és folyóiratok** legelőnyösebben, részletfizetésre is **NOVÁK RUDOLF ÉS TÁRSA**, orvosi szakkönyvkereskedésben. Budapest VIII, Baross-utca 25. Telefon: J. 302—17. szerezhetők be.

RÖNTGEN QUARZ, DIATHERMIA
BARTA ÉS SZÉKELY
 BUDAPEST IV, MŰZEUM KÖRÚT 37. SZÁM
 TELEFON: J 425—32.

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

Dr. Mandler Ottó gyógyintézete, Kálvin-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 címre ügyelni. Kérje havonta megjelenő könyvjegyzékünket.

Meglepően ható desinficiens az urogenitalis apparatusnak gonorrhoea, cystitis és szövődményei esetében a **Urosedol-tabletták** (Phenylsalicylsavas hexamethylentetramin.) Készíti: BELVÁROSI gyógyszerár. Budapest IV, Servita-tér 8. Kapható az összes gyógyszerárakban!

PALACE-SANATORIUM DR. HECHT
 FŐORVOS
 Modern physikalisch-diaetikus magaslati gyógyhely, 1080 m magas. **SEMNERING** Különlegesség: Hízó-, diétás, nap-, levegő- és Lähmann-kurák.

DR. BARTA CALCIUMTHERAPIÁS KÉSZÍTMÉNYEI:
DESOFORM · CALCIFOR · SEDATIN
 (Syr calcii bromati comp) (Syr calcii bromati comp)
DR. BARTA ENDRE GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUMA BUDAPEST-ERZSÉBETFALVA-VAGÓHID-LI 17. Tel. József 28-13

SZT. GELLÉRT

GYÓGYFÜRDŐ ÉS SZÁLLÓ BUDAPEST.

A fürdőt 47 C-os rádiumdús, földes-meszes hőforrások táplálják.

A fürdővel közvetlen kapcsolatban van a **SZT. GELLÉRT SZÁLLÓ** mely tökéletes berendezésével, gyönyörű nagyméretű társashelyiségeivel és saját parkjával betegek és lábadozók részére kiválóan alkalmas. Diétás konyha klin. képzett vezetővel. **Részletes prospektust díjtalanul küld az igazgatóság.**

PÁLYÁZATOK.

A nyugdíjazás folytán üresedésbe jött csurgói *körvosi állásra*, melyhez Csurgó nagyközség, Alsók és Csurgósarkad községek tartoznak, ezennel pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-c. 7. §-ában előírt képesítésüket igazolják, valamint eddigi működésüket és a kommun alatt tanúsított magatartásukat igazolják okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám f. évi június hó 1-ig annál is inkább nyújtsák be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom. A körvosi szék-helye: Csurgó. Az állás javadalmazása a törvényszerű fizetés, lakáspénz és a vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási díjak. A választás határidejét később fogom kitűzni.

Csurgó, 1928 április 30.
 1946/1928. közig. sz.

A főszolgabíró.

A m. kir. népjóléti és munkaügyi ministeriumnak 3697/II. 1928. számú rendelete alapján betöltendő a *gyulai állami kórház sebészeti osztályán egy alorvosi állás*. Az állás a X. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő illetményekkel és a szabályszerű étkezési kedvezményvel jár. Bentlakás kötelező. Pályázhatnak oly nőtlen orvosi diplomás magyar állampolgárok, akik *műtörvosi oklevél* már rendelkeznek, avagy azt a jelen tanév befejeztével (június havában) nyerik el. Utóbbi esetben ezen okmány a pályázati határidő letelte után, június havában pótlólag mutatandó be a kórházigazgatónál. A kérvények és mellékleteik szabályszerűen bélyeggel ellátva és a m. kir. népjóléti és munkaügyi minister úr Ó Nagy-méltóságához címezve, a gyulai állami kórház igazgatóságánál folyó évi május hó 30-áig nyújtandók be. Személyes bemutatkozás a kórház igazgatójánál és az osztályos főorvosnál kívánatos. Gyula, 1928 május 1.

429/1928. ikt. sz. **Tauffer Emil dr., s. k.**
 eü. főtanácsos, kórházigazgató.

Diathermiás és Röntgen-készülékek

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

MARTIN ES 'SIGRAY R.T.
ELEKTROMOS MÉRŐMŰSZEREK GYÁRA
 Budapest VI, Botond-utca 10. — Telefon: L. 914-64. és L. 992-08
 Vezérképviselő: Barta és Székely Budapest, IV, Múzeum-körút 37.

Járványos és fertőző betegségek ellen legjobb védekezés a **Szent László fertőtlenítő szappan** használata. Bőrbetegségeknek, kiütéseknek és különféle bőrbántalmaknak **Kolozsvári (Heinrich J.)-féle gyógyszappanok** alkalmazásával a legideálisabb eredmények érhetők el.

Szabolcs vármegye ligetaljai járásában elhalálozás folytán megüresedett s a vármegyei tisztviselőkre rendszerezett X. fizetési osztályba sorozott, a 7000/1925. M. E. számú körrendelet 31. §-ában előírt előmenetelt biztosító, a vármegyei tisztviselőkre nézve megszabott szabályszerű illetményekkel javadalmazott *járási tisztviselői állásra* pályázatot hirdetek. Felhívom a pályázni kívánókat, hogy az 1883. I. t.c. 9. §-ában előírt *tisztviselői képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket* hozzám folyó év május hó 31-ig nyújtsák be. Később érkező, valamint az előírt képesítést igazolni nem tudó pályázók kérvényei nem vétetnek figyelembe.

Nyiregyháza, 1928 április 25.
12.185/1928. K. sz.

Az alispán.

A biharmegyei derecskei járáshoz tartozó Hajdúbagos községben megüresedett *körorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Felhívom a pályázni kívánókat, hogy pályázati kérvényüket 1928 június 5-ig hozzám adják be. Az e határidőn túl érkező, vagy hiányosan okmányolt kérvényeket mellőzöm. A pályázóknak igazolni kell képesítésüket, erkölcsi és politikai tekintetben való megbízhatóságukat és a forradalmak alatti magatartásukat, végül eddigi esetleges alkalmaztatásukat. Az állás javadalma: az 1926. évi 62.000 B. M. számú körrendelet szerinti készpénzfizetés, szabályrendelettel megállapított rendelési díjak, természetbeni lakás. A megválasztott kézi gyógyszerész tartására nyerhet jogot. Az egészségügyi kör Hajdúbagos és Sáránd községekből áll. A választás megtartása iránt később intézkedem.

Derecske, 1928 május 1-én.
1261/1928. sz. *Mariay dr., s. k., főszolgabíró.*

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*



**A gyakorlatból —
a gyakorlatnak!**

Rendeljünk 1—2 darab 0.2 g-os

Chinosol-peroral

draszt. (Étkezések közben, vagy után veendő.)

A bélfóra szabályozására, a gyomor- és bélzavarok kiküszöbölésére.

Prophylaktikusan és lázias megbetegedések, különösen fertőző betegségek kezelésének támogatására.

Cystitis, gonorrhoeikus megbetegedéseket (különösen nehez és régi esetekben) a »Chinosol-peroral« belső desinfectioja hathatósan és gyorsan befolyásolja.

Friss gonorrhoe-nál az azonnal megkezdett belső kezelés megakadályozza a komplikációk felléptét.

Chinosol

lemosáshoz, öblítésekhez, borogatásokhoz, kötözésekhez, fürdőhöz és szájöblítéshez

(Chinosol-por, -tableta, -pastilla, -vaselin),

nehezen gyógyuló sebek, visszérdaganatok, furunkulusok, panaritisek, a száj- és garatüreg hurutos és septikus bántalmái, vagina- és uterus-megbetegedések stb. esetében.

**CHINOSOLFABRIK A.-G.,
HAMBURG.**

Tudományos irodalom, prospektusok, szakvélemények és minták kívánatra díjmentesen rendelkezésre állanak a magyarországi vezérképviselet által:

Barics Milán, Budapest VIII, Eszterházy-utca 20.
Telefon: J. 339-68.

Nem pótszer!

Intenzívebb hatást fejt ki, mint az oleum camphoratum

Japán-kámfor vízben!

CAMPHAQUIN- 2%
CHINOIN

INTRAVENÁS alkalmazásra, 2.2 cm³-es fehér ampullák **világoskék csomagolás** (1 amp. = 0.04 g japán-kámfor)

CAMPHAQUIN- 10%
CHINOIN

INTRAMUSCULARIS alkalmazásra, 1.1 cm³-es barna ampullák **barna csomagolás** (1 amp. = 0.10 g japán-kámfor)

ESETLEG SUBCUTAN
PONTOS ADAGOLÁS, GYORS ÉS BIZTOS HATÁS.

Forgalomban: 6, illetve 100 ampullás orig. dobozok.

Kísérleti anyagot kívánságra készséggel küldünk.

Isotoniás kombinált **vas-arsen** subcutan injectiók:

FERTONIN-CHINOIN

1 cm³ = 0.5 g Fertonin = 0.0025 g komplexen kötött vas + 0.05 g Arsoninnak megfelelő arsen.

Helyi reactiót nem okoz!

Vasatása gyors és tartós!

Fájdalmatlan!

10 és 20 ampullás (1.1 cm³) dobozok és 100 ampullás kórházi csomagolás.

ORVOSI HETILAP

Alapította **MARKUSOVSKY LAJOS** 1857-ben.

Folytatták: **ANTAL GÉZA, HÖGYES 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:

Aujeszky Aladár: Immunizálás veszetség ellen egyszeri ojtással. (581—584. oldal.)
Okolicsányi-Kuthy Dezső: A tuberkulin specificitása. — A karyon nosotropiája. (584—588. oldal.)
Troján Margit és Pongor Ferenc: A Costa-féle reactio értéke a tüdőtuberculosis aktivitásának kimutatásában. (588—590. old.)
Gózonny Lajos: Fertőzés avirulens lépfenebacillussal csökkentett ellenállóképeségű állaton. (590—592. oldal.)
Weiss István és Sümegi István: Savbásisegyensúly és vörösvér-sejtresistentia. (592—593. oldal.)
Kerekes György: A bulbus venae jugularis thrombosisának érdekes esete. (593—595. oldal.)
Bársony Tivadar és Friedrich László: Epehólyag-diverticulum esete. (Cholecystektomiával igazolva.) (595. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (85—88. oldal.)

Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Fülgyógyászat. — Szüléset és nőgyógyászat. — Gyermekeorvostan. (595—599. old.)
Könyvismertetés. (599. oldal.)
A Kir. Orvosegyesület május 12-i ülése. (599—601. oldal.)
A Charité Poliklinika május 1-i ülése. (601. oldal.)
A Magyar Urológiai Társaság ápr. 30-i ülése. (601—602. oldal.)
A Debreceni Orvosegyesület május 3-i ülése. (602—603. oldal.)
A Szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának ápr. 19-i, ápr. 26-i és május 3-i ülései. (603—605. oldal.)
Az anatómiai congressus Frankfurt am Mainban. (1928 április 15—18.) (605. oldal.)
A balatonfüredi orvosi hét és báró Kétly Károly emlékművének leleplezése. (605—607. oldal.)
Grósz Emil: Graefe Albrecht centenariumára. (607—608. oldal.)
Vegyes hírek. (608—609. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Immunizálás veszetség ellen egyszeri ojtással.*

Írta: *Aujeszky Aladár dr.*

állatorvosi főiskolai nyilv. r. tanár.

Immár majdnem egy fél évszázad pergett le az idő végtelen homokóráján azóta, hogy *Pasteur* nagy felfedezésével, a veszetség elleni védőojtással az emberiséget megajándékozta. A kételkedés, mellyel ezt az új ojtást kezdetben több oldalról fogadták, csakhamar elhallgatott és ma már senki sem tagadja az antirabikus ojtás értékét. Az eredeti *Pasteur*-féle eljárást, valamint annak különböző módosításait világszerte használják és jól esik megállapítanunk, hogy e módosítások közül a magyar, a Högyes-féle „dilutiós fix virus eljárás” egyike a legelterjedtebbeknek. Nem vétünk *Pasteur* dicső emléke ellen, ha mégis rámutatunk, hogy az eredeti *Pasteur*-féle eljárásnak, valamint a legújabb időkig használt módosításainak meg van az az árnyékoldaluk, hogy hosszadalmasak. A legtöbb intézetben 2—3 héten keresztül, némelyikben 25—30 napig is ojtják a megmárt egyéneket, sőt esetleg több hét mulva az ojtás befejezése után a védettség fokozása végett még néhány pótojtást is adnak. Nem kell bővebben fejtegetni, hogy ez még akkor is sok idővesztést okoz a megmárt egyéneknek, ha abban a városban lakik, ahol az antirabikus intézet van; de mennyivel súlyosabban érinti az illetőt, ha a vidékről kell felutaznia az intézetbe és rendszeres foglalkozását hetekig nem láthatja el! Igaz, hogy egyes intézetek legújabbban úgy segítenek ezen, hogy az ojtóanyagot (*Calmette* szerint glicerinben, avagy carbollal conserválva) ma már a vidékre is szétküldik**

* A Kir. Magy. Természettudományi Társulat Mikrobiológiai Szakosztályának 1928. évi március 20-i ülésén tartott előadás.

** Magyarországon hasznos háziállatoknak védőojtására az Állatorvosi Főiskola bakteriológiai intézetéből már több, mint húsz esztendő óta küldünk szét az ország minden részébe veszetség elleni ojtóanyagot,

(a berlini intézet pl. a hamburgi, frankfurti és müncheni közegészségügyi és bakteriológiai intézetnek), az ojtás hosszadalmasságán azonban ez mit sem segít. De mindennél súlyosabban esik latba, hogy a hosszantartó védőojtás következtében a megmárt egyén is csak hosszabb idő mulva tesz szert védettségre. Ennek pedig az a szomorú következménye, hogy azokban a — szerencsére nem gyakori — esetekben, amelyekben a veszetség lappangási ideje rövid, a betegség előbb tör ki a megmárt egyéneken, mielőtt az ojtás előidézte védettség (amely rendszerint az utolsó ojtás után 10—14 nap mulva jön létre), kifejlődött volna. Már *Pasteur* óta szokásos, hogy az antirabikus intézetek ezeket az eseteket a védőojtások eredményeiről szóló statisztikákból, mint menthetetleneket, levonják és csak azokat a haláleseteket tartják beszámítandóknak, melyekben a veszetség az ojtás befejezése utáni két héten túl tört ki az ojtott egyéneken. Ez az eljárás megokolt ugyan, de semmit sem változtat azon a szomorú tényen, hogy a rövid lappangási idejű esetekben a hosszantartó, sorozatos ojtások csérben hagynak.

Ezért iparkodtak — különösen az újabb időkben — olyan ojtási módszert kieszelni, hogy lehetőleg rövid idő alatt célt érjenek. *Remlinger* például az ő aetheres módszerével megkísérelte, hogy az ojtási időt öt napra csökkentse, de viszont naponta 4—6 ojtást ad! *Harris* fagyasztott és szárított fix vírusos ojtóanyagával 7—10 napra csökkentette az ojtási ciklust. *Ferrán*, valamint *Pröscher* is, fix vírussal csak öt napon át ojt, de *Ferrán* az ojtást 1—10 nap mulva esetleg megismétli. *Pröscher* egyébként egyik közlésében ama tervét említi, hogy a védettséget egyetlen ojtással idézze elő. *Protopopoff* a Högyes-féle eljárást úgy módosította, hogy az 1:300 hígítású fix vírussal naponta kétszer 5—6 napig ojt. Legújában *Hempt* közölte Novi-Sadból nagyon figyelemreméltó új ojtási eljárását, mely csak 3—6 napot kíván („rapid aetheres methodus”, vagy „szerb rapid eljárás”). Az ojtóanyag aetherrel kezelt fix virus, melyet azután legalább 20 napig 1%-os karbólos glicerinben, jégszekrényben tart. Az anyag avirulens, de legalább 40 napos koráig immunizál, *Hempt* statisztikai eredményei sze-

rint ez a megrövidített ojtás kitűnően bevált, és pedig úgy embereken, mint állatokon. (Hasznos háziállatainknak védőojtása különben hazánkban is most már annyira egyszerűsítve van, hogy az állatok 8–10 nap alatt 7–8 ojtást kapnak a régebbi 10–12 ojtás helyett, mely három hetet kívánt.)

Úgy vélem, nincsen messze az az idő, midőn az összes antirabikus intézetek rá fognak térni olyan ojtási eljárás alkalmazására, amely megengedi, hogy kevés ojtással gyorsan kifejlődő védettséget lehessen elérni, ami a halálesetek számának jelentékeny csökkenését fogja előidézni. A legjobb természetesen az volna, ha az immunitást *egyetlen ojtással* létrehozhatnók. Ebben az irányban már régen és sokan (*Pasteur, Galtier, Roux és Nocard, Hőgyes, Helman, Protopopoff, Krajouchkine, Pokschichewsky, Remlinger, Schnürer, Greiner, Oshida, Pfeiler, Marx, Miessner, Kliem és Kapfberger, Aujeszky*, stb.) végeztek állatkísérleteket és meg is állapították, hogy a friss fix vírus nagy adagainak (0.5–1 g-nak, sőt többnek) a bőr alá, az izmok közé, a vérbe vagy hasüregbe való egyszeri befecskendezésével immunizálni lehet a kísérleti állatokat, de az ilyen eljárás gyakorlati elterjedésre nem számíthat, mert az eseteknek egy részében maga az ojtás okoz veszetséget.

Fordulat állott be azután ezen a téren, amidőn a japánoknál *Umeno* és *Doi* ezeket a kísérleteket ebeken nem friss, hanem carbolos glicerinnel *gyengített* fix vírussal kezdték végezni (1916). Az eszme tulajdonképpen nem is volt új, hiszen egyrészt *Protopopoff* már 1898-ban immunizált kutyákat 30–60 napig glicerinnel tartott, gyengült virulentiájú fix vírussal, *Fermi* pedig Sassariban már 1900 óta 1%-os carbollal gyengített fix vírust használ az embereknek védőojtására. Mintán *Umeno* és *Doi* azt tapasztalta, hogy az ő ajtóanyaguknak (vagyis 1 rész fix vírusnak négyszerannyi 60%-os glicerines vízzel és 1.25% carbollal készített és azután két hétig 18–23 C°-on, avagy 1 hónapig jégszekrényben tartott dörzselékének) 5 cm²-ével a bőrük alá *egyszer* ojtott ebek immunitásra tettek szert, Japánban ezt az eljárást gyakorlatilag is értékesítették. A kutyákat nagy számban vetették alá ilyen praeventív ojtásnak, hogy ezzel a veszetség terjedését, melynek az eseteknek több mint 90%-ában a kutyák a közvetítői, megakadályozzák. A kedvező eredmények következtében a japánoknak csakhamar többfelé akadtak követők, így az Egyesült-Államokban, Kaliforniában, Argentínában több városban, úgyszintén Olaszországban Modenában, Noviban, Teramóban, valamint 1925-ben Portugáliában is elrendelték az ebeknek kényszerojtását és a kutyáknak praeventív immunizálását újabban másutt is, mint Ausztriában és Svájcban tervbe vették.

Ezeket az ojtásokat mind a japán módszer szerint, vagyis az *Umeno*- és *Doi*-féle carbolos-glicerines fix vírussal, vagy ennek Kondo-féle módosítása szerint végzik (*Kondo* fix vírustól, vagy utcai vírustól 20%-os emulsiót készít 50%-os glicerint és 0.5% carbolt tartalmazó vízzel és ebből az anyagból 5 cm³-t fecskendez az ebek bőre alá). Ezeknek az eljárásoknak meg van az a nagy előnyük, hogy csak *egyetlen* ojtás szükséges és így a gyakorlatban könnyen végrehajthatók, holott a régebbi veszélytelen és biztosan célravezető, *sorozatós ojtási módszerek* (mint *Pasteur* vagy *Hőgyes* eljárása) a kutyák immunizálása szempontjából hosszadalmas és költséges voltak miatt általános, gyakorlati használatra már eleve nem tarthattak számot.

A nagyon kedvező japán és amerikai jelentések (*Umeno* és *Doi*, *Kondo*, *Hata*, illetőleg *Eichhorn* és *Lyon*, *Reichel*, *Schern*, *Freixas*, stb. közleményei) mellett azonban egymásután láttak napvilágot olyan közlések is,

amelyek a japán módszernek megbízhatóságát, illetőleg veszélytelenségét kétségbe vonták, mert az ellenőrző kísérletek során a japán eljárás szerint beojtott ebeknek egy része nem tett szert immunitásra, egyes esetekben pedig maga az ojtás okozott veszetséget. Így Olaszországban *Ferminek* 3, a japán módszer szerint ojtott ebe közül kettő nem állotta ki az utólagos mesterséges fertőzést, *Puntoni*, valamint *La Franchi* pedig arra az eredményre jutott, hogy a carbolos fix vírussal két hét alatt háromszor kell az ebeket beojtani, ha sikert akarunk elérni, sőt *Fermi* annyira megy, hogy biztos hatást csak 15 napon keresztül való mindennapi ojtástól vár! *Herrmann*, a poltavai Pasteur-intézet igazgatója szintén azt állítja, hogy a japán módszer szerint való egyszeri ojtással nem lehet kielégítő immunitást előidézni, hanem néhány ojtás szükséges. *Eichhorn* kísérleteiben 37 beojtott eb közül 3 (= 8.1%) nem tett szert immunitásra és ugyanez a szerző azt is említi, hogy a japán eljárás szerint ojtott ebeken néha bénulások fejlődtek. *Schönning* 80 kísérleti kutyája közül az ojtás révén a gyengébb utcai vírussal fertőzöttek kiállották ezt az utólagos fertőzést, holott a nagyon erős ragályanyaggal a szemcsarnokukba fertőzött kutyákat nem védte meg az előzetes ojtás. A 80 kutya közül egy (= 1.45%) ojtási veszetségekben pusztult el. Még kevésbé kedvező eredménnyel végződtek *Giesenek* kísérletei a német birodalmi egészségügyi hivatalban. *Giesenek* 45 kutyája közül 3 (= 6.66%) ojtási veszetségekben pusztult el, egy negyedik pedig, amelyen dühös veszetséget állapítottak meg, valószínűleg már a kísérlet előtt szerzett természetes fertőzés következtében betegedett meg. Hat eb (= 14.63%) az ojtás ellenére megveszett az utólagos (izomba való) fertőzés következtében, mellyel szemben 33 eb az ojtás révén immunitásra tett szert (2 kutya más, közbejött betegségben hullott el). Ezzel szemben *Miessner* és *Baars* 30 ebe végzett kísérleteik alapján azt az álláspontot foglalják el, hogy a japán módszer alkalmas az ebek immunizálására, ha elég erélyes hatású fix vírussal dolgozunk. E szerzők csak azt kifogásolják, hogy a japán módszer szerint ojtott kutyákon gyakran mutatkozik az ojtás következtében ekzema, bőrlobosodás vagy éppen tályog, de esetleg ojtási veszetség is kifejlődhetik. A *Miessner* és *Baars* 30 ebe közül egy (= 3.33%) kapott ojtási veszetséget.

A felsorolt kísérleti tapasztalatok alapján érthető, hogy a szakemberek véleménye a japán módszer gyakorlati értéke tekintetében nem egységes. A különböző laboratóriumokban végzett kísérletek eltérő eredményeinek magyarázata azonban nagyon egyszerű: a különböző kísérletezők más-más virulentiájú fix vírussal dolgoztak. Már régebben *Babes*, majd *Fermi* rámutattak, hogy az egyes laboratóriumok fix vírusainak mennyire eltérő a virulentiájuk. *Ferminek* pl. a sassarii fix vírusnak a kísérleti állatok bőre alá ojtásával az eseteknek 100%-ában sikerült megbetegedést előidézni, holott a berlini Koch Róbert-intézet fix vírusa az eseteknek csak 40–50%-ában ölt. A különböző olasz laboratóriumok fix vírusa muridáknak a bőre alá ojtva, a következő feltevő, eltérő eredményeket adta: A sassarii, valamint a palermoi fix vírus az eseteknek 100%-ában megölte a muridákat, holott a római csak 66, a torinói 60, a firenzei 36, a nápolyi 33%-ban, a bolognai és a milanoi pedig egyáltalában nem ölt. Csak természetes, hogy az ilyen különböző virulentiájú fix vírussal készült ojtóanyagoknak az immunizáló hatása sem lehet egyforma.

Hogy a magyarországi fix vírussal készített carbolos-glicerines ojtóanyagoknak *egyszeri* beojtása mennyire alkalmas az immunitás előidézésére, ennek eldöntése végett *Csontos József* dr. állatorvosi főiskolai

magántanárral végeztünk vizsgálatokat. E kísérleteink* eredményei a következők:

Először is azt kellett megállapítanunk, hogy az *Umeno* és *Doi*, illetőleg *Kondo* eljárása szerint a mi fix vírusunkkal készített ojtóanyagban a fix vírus meddig tartja meg virulentiáját. E vizsgálatainkat már részletesen ismertünk az *Orvosi Hetilap* 1927. évi 40. számában és azért itt csak annyit említek, hogy az *Umeno* és *Doi* szerint készített ojtóanyagunk a negyedik hét folyamán veszítette el a házinyúlra megbetegítő hatását (subduralis fertőzés), a *Kondo* eljárása szerint fix vírussal készített pedig a 24—28. nap között, ha az anyagot szobai hőmérsékleten tartottuk, holott a 37 C°-on három napig tartott hasonló anyag már nem betegítette meg típusosan a házinyulát (5 közül 4 egészséges maradt, 1 pedig lassan elsenyvedve, a 18. napon hullott el).

Immunizálási kísérleteinket 33 eben és 52 házinyulán végeztük. Az utóbbi állatok tudvaleg a *Pasteur*-, illetőleg a Högyes-féle módszer szerint csak nagyon nehezen és a Remlinger-féle aetheres eljárással is csak egy-két hónapra át tartó sorozatos ojtásokkal immunizálhatók. Érdekes volt tehát kutatni, hogy a carbol-glycerines fix vírusnak egyszeri befeckendezésével házinyulakon milyen eredmény érhető el. Kísérleteinket más alkalommal részletesen ismertetjük, itt csak azok eredményeit óhajtom közölni.

Házinyulainkat három csoportban a *Kondo*-továbbá az *Umeno*- és *Doi*-féle eljárás szerint készített fix vírusos ojtóanyaggal, valamint az utóbbi módszernek olyan módosításával előállított ojtóanyaggal próbáltuk immunizálni, hogy a carboltartalmat 1:25%-ról 0:25%-ra csökkentettük. Ezekből az ojtóanyagokból az 52 házinyúl közül 35-nek 0:5—2 cm²-t feckendeztünk a combizmába, hatnak pedig 0:1—0:1 cm²-t az agyhártyája alá (11 házinyulát controllul alkalmaztunk). A próba-fertőzést a védőojtás után 52—120 nap mulva végeztük. A 11 controll házinyúl valamennyi megkapta a veszéttséget, holott a *Kondo* eljárása szerint ojtott házinyulák közül 75%, az *Umeno*- és *Doi*-féle eredeti eljárás szerint készített ojtóanyaggal kezelték közül 66:6%, a jelzett módosítás szerint készülttel ojtottak közül pedig 70% bizonyult védettnek. Meg kell itt említenem, hogy a 41 ojtott házinyúl közül 1 ojtási veszéttségben pusztult el a védőojtás után 30 nap mulva. Ezt a nyulát az *Umeno* és *Doi* eljárása szerint készült és 14 napig szobahőmérsékleten tartott ojtóanyaggal ojtottuk és 2 cm²-t kapott a combizmába. Minthogy — amint említettem — a házinyulák általában nehezen immunizálhatók veszéttség ellen, az egyszeri ojtással elért 66:6—75%-os eredmény elég kedvezőnek mondható. Figyelemre méltó továbbá, hogy házinyulaink egy részén — 16 közül 12-n — olyan ojtóanyaggal is sikerült még védéttséget előidézniük, amelynek virulentiáját a carbol már annyira gyengítette, hogy 0:1 cm³-nyi mennyisége subduralis ojtással a házinyulákat (10) már nem betegítette meg.

33 különböző súlyú, 5—14 kg-os *kísérleti kutyáink* közül 10-nek csökkent carboltartalmú (0:25%), de egyébként *Umeno* és *Doi* módszere szerint készített és 16, illetőleg 23 napig szobahőmérsékleten tartott ojtóanyagunkból 5—5 cm³-t feckendeztünk a bőr alá. Ennek az ojtóanyagnak 0:1 cm³-e subduralis fertőzéssel 8 nap alatt ölte meg a házinyulákat. Minthogy a 10 eb közül kettő az ojtás után 30, illetőleg 37 nap mulva szopornycában, illetőleg gyomorbélgyulladásban elhullott, próba-fertőzésre csak nyolc kerülhetett. A próba-fertőzés az ojtás után 137—173 nap mulva akként történt, hogy hat ebet

egyenként egy dühös veszéttségben szenvedő kutyának ketrecébe helyeztünk, amely az ojtott ebeket fejüknek különböző részein többszörösen megmarata, kettőt pedig utcai veszéttséggel az elülső szemesarnokukba fertőztünk. Az utóbbi két eb közül az egyik a fertőzés után 13 nap mulva megveszett, a többi kutya egészséges maradt. Ezek közül két ebet a védőojtás után 504, illetőleg 511, az első fertőzés után pedig 338 nap mulva erős utcai vírussal hátizmukba másodszer is fertőztünk. Mind a kettő ekkor is védettnek bizonyult, holott a két controllállat 25, illetőleg 42 nap mulva pusztult el veszéttségben. Az eredmény tehát az, hogy az ebeknek 87:5%-a védéttségre tett szert.

Hasonló módon immunizáltunk 20 ebet a *Kondo* eljárása szerint készített és három napig 37 C°-on tartott fix vírusos ojtóanyaggal. Ennek az anyagnak 0:1 cm³-e — mint már említettem — subduralisan ojtva, már nem idézett elő a házinyulakon veszéttséget. Minthogy az előidézett védéttségnek időtartamára is némi betekintést óhajtottunk nyerni, az ojtott kutyákat csak az ojtás után 126—262 nap mulva vetettük alá próba-fertőzésnek (1—1 cm³ a hátizomba olyan utcai vírusból, amely a controlebekt 25—28 nap mulva ölte meg). A védőojtás és a próba-fertőzés közti hosszabb idő alatt azonban 6 eb (az ojtás után 31, 58, 77, 99, 112, illetőleg 116 nap mulva) más betegségekben (gyomorbélgyulladás, vesedob) elhullott. (Pontos kóranatomiai és mikroszkopiai vizsgálattal, valamint kísérleti állatojtással mind a hat esetben itt is éppen úgy kizárhattuk az ojtási veszéttség fennforgását, mint az előbbi csoportnak két, még a próba-fertőzés előtt elhullott kutyájának esetében is.) A természetesnél jóval erősebb mesterséges próba-fertőzést a 14 eb közül 10 (= 71%) kiállotta. Ezeket a kutyákat kivül alkalmunk volt még három olyan ebet ojtani, melyet előzőleg veszett eb mart meg. Minthogy azonban a marás nyomait nem sikerült megtalálnunk, ennek a három, az ojtás után öt hónap mulva kiirtott ebnek az esete csak annyiban értékesíthető, hogy szaporítja azoknak a kutyáknak a számát, amelyek alkalmazott ojtóanyagunknak az ebekre való veszélytelenségét bizonyítják. E kutyakísérleteink alkalmával is tapasztaltuk egyébként, hogy a házinyulát (subduralis ojtással) már meg nem betegítő anyag még immunizálhat: 14 ilyen anyaggal ojtott ebünk közül 10 védéttségre tett szert.

Gyakorlati nézőpontból kísérleteink eredményei alapján annyit mondhatok, hogy a hazai fix vírussal készült carbol-glycerines ojtóanyagok, amelyeknek alkalmazása egyszerű és — amint látjuk — veszélytelen, ma még nem teljesen tökéletesek ugyan, mégis alkalmasak lehetnek arra, hogy a veszéttség terjedésének csökkentésében támogassák a minden szigorral végrehajtandó törvényes elfojtó intézkedéseket (ebzárlat veszéttség megállapításakor, a gazdátlan, valamint a veszéttséggel fertőzött, vagy fertőzésre gyanús ebek és macskák elpusztítása, ebadó, szájkosárkényszer a városokban, stb.). Ha ilyen egyszeri ojtással sok kutyát ellenállóvá tennénk a veszéttséggel szemben, úgy nyilván kevesebb is kaphatná meg a betegséget és ezzel a fertőzés veszedelme is csökkenne.

Az 1927-ben Párizsban tartott lyssa-conferentia is már kívánatosnak jelezte a kutyáknak hatóságilag ellenőrizendő és évenként megismétlődő védőojtását. Magyarországon, ahol a veszéttség elleni hatósági intézkedéseket, sajnos, csak nagyon tökéletlenül hajtják végre, e hiányt némileg pótolhatná, ha minél több ebet részéstenének veszéttség elleni védőojtásban. E tekintetben egyelőre különösen a kóbor veszett ebek által való fertőzésnek leginkább kitett pásztor-, terelő-, valamint a

* E kísérleteket a Magyar Természettudományi Kutatóalap támogatása tette lehetővé.

vadászebeknek védőoltására lehetne gondolni. Alkalmat kellene továbbá nyújtani mindenkinek, hogy kutyáját immunizáltathassa, ha akarja.

Az előadottakat legyen szabad egy visszaemlékezéssel befejeznem:

Bouley, Pasteur híres kutyakísérleteinek egyik ellenőrzője, a kísérletek kedvező eredményének hatása alatt már 1884-ben megpendítette a kutyák veszettség elleni ojtásának eszméjét. A mi *Hőgyes*ünk azután 1892-ben (a M. K. Természettudományi Társulat jubilaris Emlékkönyvében) a veszettség terjedésének megátlása céljából erőlyesen sikra szállt mellette, a kérdés megoldását a *jövő feladataként* állítva oda. Íme, miként a felsoroltakból is látható, a szakkörök ma már valóban komolyan foglalkoznak e kérdéssel és a dolog halad végleges megoldása felé!

A budapesti Új Szent János-kórház I. tüdőbetegosztályának közleménye.

A tuberkulin specificitása. — A karyon nosotropiája.*

(Utóbbihoz újabb adatok.)

Írta: *Okolicsányi-Kuthy Dezső dr.*,
kórházi főorvos, egyetemi magántanár.

Nosotrop szernek nevezte el *Feldt*, a krysolgan feltalálója, a tuberculosis terapiájában azon gyógyszeranyagot, mely a *gümös szövetre hatni* és a szervezet antitest-termelését előlékíteni képes. Ezt a definitiót *Wassermann*l egyetértve *Schlossberger* — a nagy Brauer-Schröder-Blumenfeld-féle tuberculosis-monographiában a chemotherapia fejezetének megírója — elfogadta.

A *gümös szövetre hat a tuberkulin* is, melynek nosotropiája oly rendkívül nagyfokú, hogy *specifikum*-nak nevezzük. Specificitása, eredetén kívül, tulajdonképen abban áll, hogy a *gümös szövet* — és csakis a *gümös* —, míg a szervezet allergiája tart, a tuberkulinak már *minutiosus quantumaira* is reagál. Innen van, hogy az AT-ból diagnostikus célra is legfeljebb milligrammok,** terapiás célra pedig csak a milligramm apró töredékei szükségesek és használhatók.

A tuberkulinak ezt a specificitását is többen *kétségbe vonják*.

1. Először is rámutatnak, hogy a tuberculosis fertőzött állat reakcióképesége általában megváltozik: nemcsak a Koch-bacillus anyagcsere-termékeivel, toxinjaival, hanem más anyagokkal szemben is. *Kirchheim* és *Tuczek* például az Archiv. f. experim. Path. u. Pharm. 1914. évfolyamában tengerimalac-kísérleteik alapján közölték, hogy a *gümőkóros* állatban ily megváltozott reakcióképeség áll fenn a deuterioalbumoseval szemben is. A különbséget a „specificum“ és az albumose között e tekintetben csak kvantitatívnak találták.

2. Egyre több szakember utal rá, hogy az AT, melynek eredeti alapanyagát besűritett húsléves adja, proteintartalmú s a tuberkulin-hatásban *proteinhatást* vélnék részben, sőt egyesek nagyrészen látni. A proteintherapia pedig *polyvalens*. Tejinjectióra például lázzal reagál a gonorrhoeás, az ulcus molle, az ischiásban szenvedő, caseosanra az arthritisek különböző faja, stb.

* Előadta a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1928 január 14-i ülésén.

** *Brösamlen* 1914-ben közölte egy diagn.-inj.-esetét, melynél 10 mg AT már súlyosan fellobbantotta a latens tüdőgümőkórt. Mi nem szeretünk 1 mg-nál nagyobb diagn. AT-adagot (subcutan) adni.

Annak azonban, hogy a tuberkulinhatás lényege az ő proteintartalma volna, nézetünk szerint ellene szól éppen az, hogy a *gümőkóros* szervezet a tuberkulinak már oly parányi dosisai iránt érzékeny. Itt *specifikus toxinhatásnak* kell kétségtelenül fennforognia.

3. Egy további körülmény, mely a tuberkulinak fenti értelemben vett specificitása ellen látszanék szólni, az volna, hogy a tuberkulint *nem-gümös* bántalmakban is megkísérlették mint diagnosticumot és terapiás szert, a jelentések szerint több-kevesebb sikerrel. Nem szólnunk itt olyan szem- és bőrbajokról, melyek aetiologiájában a *gümőkór* már mai ismereteink szerint is szerepet játszik (sarcfulás conjunctivitis és keratitis, erythema indurativum Bazin, psoriasis, stb.), hanem említjük az asthma bronchiale, melynél legtöbbet kísérleteztek (therapeutice) AT-al, továbbá a leprát, lues, paralysis progressívát, tabest, epilepsiát, polyneuritist és bizonyos psychosisokat.

A *diagnostikus* próbák főleg *luesnél* történtek. *Nicolas, Favre* és mások állították, hogy a bujakóros az ő syphilise révén reagálna tuberkulinra. Ámde *Sergent* már 1911-ben elfoglalta egy francia tuberculosis-folyóiratban közölt cikkében a nézetünk szerint helyes álláspontot, midőn megállapította, hogy a congenital-lueses *csecsemő* nem mutat reakciót s ráutalt arra, hogy az a jelenség, hogy későbbi korban a bujakórosok még gyakrabban reagálnak, mint a nem-bujakórosok: csak azt mutatja, hogy a lues disponál tuberculosisra és hogy e két bántalom mily gyakran társul egymással.

Babes, midőn a bergeni lepra-conferentián előadta, hogy a legtöbb *leprás* betege reagált tuberkulinra, nem mulasztotta el hozzátenni, hogy ezt az egyidejűleg jelenlevő *gümőkór* okozhatta.

Jobban meg vagyunk akadva a *Wagner v. Jaurregg* kezdeményezésére *paralytikusokon* végzett drasztikus tuberkulin-injectiók dolgával, melyekről nálunk 9 esetre vonatkozó saját tapasztalása alapján a Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályában 1912-ben *Hudovernig* tanár referált, 1913-ban pedig *Wachsmann Alvin* az Orvosi Hetilapban a Hudovernig-osztálynak 26 betegre vonatkozó megfigyeléseit írta le. A *Pilcz* által kidolgozott eljárás szerint Hg-kenőcs és jódkáli-kezelés mellett, a diagnostikus célra is maximális dosisal, 0-01 tuberkulinnal kezdték paralytikusoknál a befecskendezéseket s másodnaponként átlag 0-06-tal melve igyekeztek felmenni 1-0-ig. A cél az volt, hogy állandóan lázasan tartsák hosszabb időn át és pedig lehetőleg 38—39 C° között a beteget, hogy paralytise remissiót érjen el, nagyobb, mint a tisztán antilueses kezelés mellett az bekövetkezni szokott.

Itt most az elért terapiás eredményektől eltekintünk. Csak azt óhajtjuk kiemelni, hogy a nagy adag tuberkulinra a paralytikusok tényleg *reagáltak* lázzal. Miért? Három magyarázat volna lehetséges: 1. mert latens *gümőkórjuk* volt; 2. föltehető volna, hogy a nagy tuberkulin-adagokkal már elegendő mennyiségű *protein* vitetett a szervezetbe, amely polyvalens; vagy 3. azt kellene feltételeznünk, hogy a tuberkulin *nem igazi specifikum*, mert iránta a metalues is érzékeny. Nézetünk szerint az utóbbi feltevés a legkevésbé valószínű; a második magyarázat, a protein-hatáson alapuló, már inkább állhatna meg, de magában *Wachsmann* dolgozatában nem egy támpontot találunk arra nézve, hogy a paralytikusok *latens gümőkórja* volt főképen a játékban. Eltekintve attól, hogy a közlemény bevezetésében az mondatik, hogy a pp aetiologiája talán nem egységes, hogy annak előidézésében a syphilisen kívül esetleg más intoxicatióknak is szerep jut, — a dolgozatban a következő megjegyzéseket találjuk:

1. A paralytikusok tuberkulintoleranciája igen változóan találtatott. Némelyiknél már minimalis adag AT (már t. i. a fenti dosirozás keretében legalacsonyabb adag tuberkulin) magas láza idézett elő, másoknál ez adag kétszeresére sem jelentkezett febris.

2. A reactio a kúra első harmadában volt a legintenzívebb, a hőemelkedések akkor voltak a legmagasabbak, míg az 1.0 g felé járó dosisoknál a hőmérséklet már csak 37.5 C° körül mozgott.

3. Az eseteknek majdnem egy negyedében (23.5%) a T. által előidézett hőemelkedések igen tetemesek voltak s a betegeket rendkívül megviselték.

4. A szerző által közölt rövid kórtörténetekből azt látjuk, hogy a „rendkívüli megviseltség“ miatt egy betegnél a negyedik, másikonál az ötödik T-injectio után a Wagner-Jauregg-kúrát be kellett szüntetni, két beteg pedig (egyik két, másik öt héttel a kúra kezdete után) gyors testi leromlás következtében el is halt; az első konstatáltan *bronchopneumonia* tünetei között.

Mit mutat ez a felsorolt négy pont? Az első azt, hogy a paralytikus egyénekben *különböző aktivitású gümőkór* lappangott. E szerint volt *különböző a tuberkulin-toleranciájuk*. A 2. pontból, hogy t. i. a reactiók a kúra első harmadában voltak a legerősebbek, az tűnik ki, hogy a betegek nagyobb részének oly jóindulatú rejtett gümőkórja volt, hogy az az első Koch-aera szeresés eseteinek mintájára átment *positiv anergiába*: az alkalmazott drasztikus kezelésre lappangó gümőkórjuk gyógyult. Erre vall *Wachsmann* jelentésének az a passzusa, mely az esetek somatikus feljavulását is hangsúlyozza. A 3. és 4. pontok, melyek egyes betegek erős megviseltségét, sőt teljes leromlását és rövidesen bekövetkezett halálát jelentik, szerintünk azon paralytikusokat foglalják magukban, akikben *kifejezett aktivitású (latens?) gümőkór* volt. Ez a nagy tuberculindosisokra exacerbált s az egyént elpusztította. Végeredményben tehát a pp tuberkulin-kurájánál tett tapasztalatok sem szólnak nézetünk szerint *Koch* szerének specificitása ellen, nem rontják annak *diagnosztikai megbízhatóságát*.

A *különböző „nem-gümős aetiologiájú“* betegségekben *kiseb T.-adagokkal* itt-ott elért *therapiás eredményeket* pedig mi hajlandók vagyunk — talán a paralytist kivéve, melynél más lázkelteő therapia is bevált (*Donáth Gyula* prof. natr. nucleinum-injectiói, a malaria beojtása) — úgy magyarázni, hogy részben e heterogen bántalmak egyik-másikának kóroktanához a tuberculosisnak talán mégis köze van, részben az idegen betegség többé-kevésbé *gümőkóros egyénekben* fordult elő. Például *Schacherl* (1919) relatív gyógyeredményei *tabesnél* combinált T.- és Hg.-kezeléssel s *Wiesmann* (1917) sporadikus sikerei schizopreniánál és kimerüléses amentia egy esetében T.-al: nekünk leginkább úgy válnak érthetőkké, ha feltételezzük, hogy az illetők nem nagyon manifest gümőkórjának az *óvatos tuberkulinkezelésre* beállott javulása folytán az *általános testi conditio javult* s ez volt kedvező visszahatással az idegés elmebajra. Föltevésünk mellett szól, hogy *Schacherl* maga óva int a *nagy T.-dosisoktól*, mert azokra *túlerős reactiók* álltak elő a „tabes“ egyénen.

Hasonlóképen óv újabban is (1923) *Bouveyron* épp úgy mint *Stuhl* az *asthma bronchiale* tuberkulinkezelésében a nagy adagoktól, melyek tapasztalásuk szerint súlyos rohamokat válthatnak ki. *Stuhl*, ki az *asthma bronchiale*t különben legtöbb esetben gümős eredetűnek tartja, a rohamkiváltást erős *gócreactióból* is magyarázza. A bronch. asthmánál T.-al elért *kétségtelen sikerek* tehát minden valószínűség szerint abból az összefüggésből érthetőek meg, mely e bántalom és a *szimultán gümős tüdőváltozások* közt fennáll.

Bár a müncheni egyik belklinikáról *Kammerer* (1922) ráutal az asthmás egyén anaphylaxiás constitúciójára, mely a bakteriális fehérjék iránt is túlérzékeny s az AT hasznát e bántalomban nem specifikus proteinhatásnak tulajdonítja, mégis ő sem vonja kétségbe a bronch. asthma összefüggését a gümőkórral. *Bonnamour* és *Duquaire*, midőn ugyancsak 1922-ben 16 kórtörténettel világították meg az általuk asthmánál és emphysemánál tuberkulinkezeléssel elért jelentékeny javulásokat, egyenesen elismerik, hogy a jelzett köralakok gyakran gümős infectión alapulnak.

Epilepsiánál James Crocket próbálkozott (1921) therapeutice tuberkulinnal. Két, gümőkórral complicált eset kivételével negatív eredménnyel. Jóllehet hat év előtt kísérleteinek nagyarányú folytatását ígérte, azóta e tárgyról újabb közlemény tőle tudtunkkal nem jelent meg. Tuberkulinra gyógyult *polyneuritis*-esetet a spanyol *Gallego* írt le (1921), de tüdőbajoz egyénben, s különben is a polyneuritis, mint azt a „Die Tuberkulose“ 1927 novemberi számában *Schuntermann* újból hangsúlyozta, gümőkóros alapon is fejlődhetik, sőt a larvált tüdőgümőkór három főalakja közül az egyikhez, a neuritikus alakhoz hozzá is tartozik.

A tuberkulin szerepéről a paralytist progressívánál már diagnostikus tekintetben szözlöttünk. A therapiás eredményeket is hasonló értelmezésben részesítjük. Ez eredmények különben sem nagyok. Bár *Pappenheim* és *Volk*nak a *Jahresber. für Psychiatrie*-ben (1914) közölt vizsgálatai szerint T.-al kezelt paralytikusoknál a liquor cerebrospinalis nem jelentéktelen kedvező változást mutatott, a Hudovernig-osztályon a T.-nélküli 32% javulás helyett a T.-al combinált kezelés után 46% remissio jelentkezett s *Wachsmann* ennek az eredménynek nagy részét is az antilueses kezelésnek tudja be.

A karyonban *nincs fehérje, sem más protein*. Midőn tehát vele a latens gümőkór reactiót ad,* proteinhatásról nem szólhatunk, *csakis azon kristalloid jellegű „novum“*, mely a chemiai vizsgálat szerint a diólevélkivonat lényegét teszi, *lehel a nosotrop hatóanyag*. Ezt a nosotropiát (a gümős szövetre való hatóképességét) folytatódagos tanulmányaink során a következő oldalakról világíthatjuk meg:

1. Kimutathattuk, hogy a diagnostikus karyon-injectio aktivitásra hajló latens gümőkóránál nemesak általános, de *enyhe gócreactiót is kivált*, s hogy az ú. n. „Schwangerschaftsanergie“ az intravenás karyon-R-rel szemben a terhesség kezdetén éppúgy nem szerepel, mint a tuberkulinnal szemben.

2. Néhány lépést tehattunk a felé, hogy igazoljuk, hogy a karyonra is áll, amit *Kraemer* a subcutan adott tuberkulinról mond: „*Eine positive Reaktion ohne Tuberkulose gibt es nicht.*“

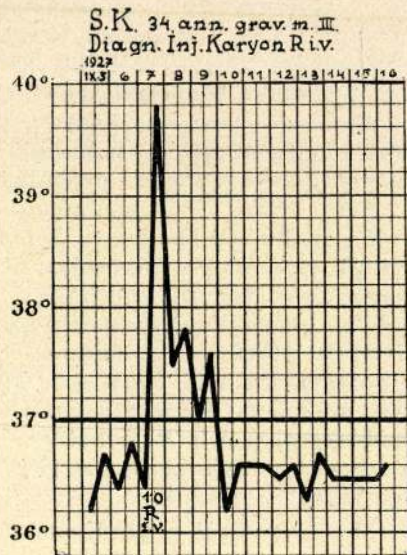
Ad 1. *Bandelier* és *Roepke* szerint a tuberkulin-diagnostikában is a *legmegbízhatóbb* jelenség a *gócreactio* s ugyane szerzők szerint a gümőkóros terhes nő reactióképessége a tuberkulin iránt a graviditas késői szakában csökkent, a gravidának akkor múltó *negativ anergiája* van, mely hasonló az először *Pirquet* által morbillinél, cutan oltások alkalmával megállapított transitorius reactivitás-esökkenéshez. Ez azonban csak a terhesség vége felé mutatkozik, kezdetén nem észlelhető. Hasonlóképp megvan a kellő reactivitás tapasztalásunk szerint a graviditas első hónapjaiban az intravenásan adott karyon R-rel szemben is.

Illusztrálhatjuk ezt az Új Szent János-kórház

* Orvosi Hetilap, 1925, 21. és Brauers „Beiträge zur Klinik der Tuberkulose“ 1926, 64. köt., 5/6. füz.

szülősztályáról többek között hozzánk utalt következő három, tüdőgümőkórra gyanús gravidánál tett megfigyeléseink rövid ismertetésével.

S. Károlyné, 34 éves, negyedszer terhes. Második terhességét 1926-ban műveleg megszakították. Harmadik

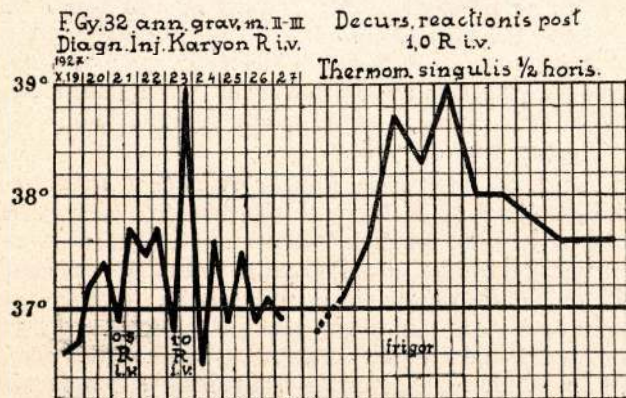


1. ábra.

alkalommal spontan abortus. Jelenleg gravid. mens. III. Tüdőbajosnak, terhessége óta gyengülőnek érzi magát. Hátfájdalmakról, éjjeli izzadásról panaszskodik. A szülősztályon az előző két napon megállapított hőmérsékei: 36.2 C° és 36.8 C° között mozogtak. Az asszony elég jó húsban van; kissé anaemiás. Pulzusa 80–86. Tüdején 1927 szeptember 7-én physikaliter lényegesebbet kimutatni nem tudunk. A Röntgen-vizsgálat (Dax) szerint: a jobb csúcs kissé fátyolos, a hilusban számos, nagyrészt meszes mirigy, köteges hilusrajzolat; a jobb rekesz renyhébb kilengésű, median állású cseppszív.

IX. 7-én délelőtt 1/2 órakor *diagnostikus karyon R-injectio*; 1.0 intravenásan. (Előző napi maximum 36.8 C°, aznap reggeli hőm. 36.4 C°.) 1 1/2 óra múlva a hőm. 37.8 C°. 3 1/2 órával az injectio után 38.3 C°, 5 1/2 óra múlva rövid rázóhideg után (délután 5 órakor) 39.8 C°, este 9-kor azonban már szállni kezd a láz (39.0 C°) s másnap reggel 37.5 C°. IX. 8-án és 9-én még subfebrilitas (37.8, 37.6 C°) van, IX. 9-én a bal csúcson *bűgást constatálunk*, miből az is következik, hogy a Röntgen által talált jobb csúcs-fátyolosság egy régebbi folyamatnak valószínűleg pleuravastagodásban álló emléke volt csupán.

F. Mária, 23 éves, gravid, mens. III–IV. Másfél éve „tüdőbeteg”. Elég jó húsban és színben van, bár



2. ábra.

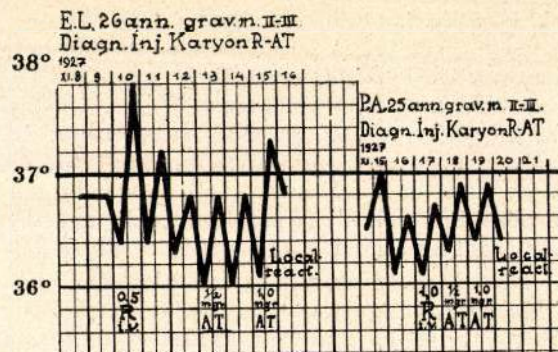
testsúlymérésünk az általa életében állítólag elért maximális súlyhoz képest 5 kg fogyást állapít meg. A szülősztályon az előző két napon mért temperaturák 36.5 és 36.9 C° közt mozogtak; X. 5-én physikaliter tüdővizsgálatunk lényegesebb eltérést nem talál. A Röntgen-viz-

gálat (Dax) szerint: Hilusok rajzolata igen köteges. Bal csúcs fátyolos. Rekeszek renyhe kilengésűek, Szív- és középárnyék normalisak.

X. 5-én (előző napi maximum 36.9°, aznap reggeli hőm. 36.5 C°) déli 1 órakor *diagnostikus karyon R-inj.*, 0.5 cm³ intravenásan. Délután 2 órakor 37.1, délután 3 órakor borzongás után 37.6, 4-kor 37.9, délután 5-kor 38 C°, 6-kor 37.8, 7 órakor 37.7 C° és másnap reggel 36.8 C°. Az injectiót követő napon (anélkül, hogy a Röntgen-leletet a vizsgálat előtt újból elolvastuk volna), a bal tüdőfélen kiterjedten *érdessé vált* légzés tűnik fel s ennek constatalása után megkérdezettvén a beteg, vajjon a reactio alatt volt-e fájdalomérzése a mellkasban, ő, ami hallgatózási leletünk ismerete nélkül, *baloldali* szűrésről referál. Itt tehát úgy a subjectiv, mint az objectiv góctünet ugyanazt az oldallocalisatiót adja, amit a Röntgen-átvilágítás.

F. Gyuláné, 32 éves, hatodszor terhes. Ötödik terhességét tuberculosis miatt a Szent Rókus-kórházban megszakították. Jelenleg grav. mens. II–III. Tüdőbajosnak tartja magát. Baloldali mellkasfájdalomról (a lingua táján) panaszskodik. Az asszony elég jó húsban és színben van. Súlyfogyása, úgy látszik, nincs. Jelentkezések X. 21-én délelőtt 5 1/2 kg. Állítólag sohasem volt több. A szülősztályon az előző két napon megállapított hőmérséki adatai: X. 19. d. e. 36.7, délután 36.6 C°. X. 20-án délelőtt 37.2, délután 37.4 C°. Pulzus 76–88 között. A physikaliter vizsgálat keveset talál: baloldali aereomialis fünet, ugyanazon oldalon Tar-tünet. Kopogtatási eltérés halk percussióra sincs, az auscultatio köhögtes után is negativ. Röntgen (Dax): bal csúcs fátyolos, hilusok mirigyesek, kötegesek, rekeszek mozgása renyhébb.

X. 21-én reggel 36.9 C° (előző napi maximum 37.4°). *Délelőtt 11 óra 40 perckor diagnostikus célból intravenásan 0.5 cm³ karyon forte reactivum (R)*. Lassan emelkedő subfebrilitas áll be, mely este 1/2 8-kor 37.7 C°-kal culmi-



3. ábra.

nál. Kevés palpitatio cordis. X. 22-én a tüdőlelet physikaliter éppen oly negativ, mint az injectio előtt, de a reggeli hőmérsék 37.7 C° s csak délutánra kezd esni (37.5). *Elhúzódó, tökéletlen, enyhe általános reactio.*

X. 23-án reggel 36.8 C°. D. e. 10 órakor a *diagn. inj. megismétlése*, kétszeres adag, 1.0 intravenás R-el. 12 órakor 37.6 C°. 1/2 órakor hidegrázás után 38.7 C°, majd 1/2 órakor 39 C°. *Délután 2 órakor már defervescentia indul meg*, 38 C°, délután 1/2 4-re pedig már ismét 37.6 C°. *Gyorsan múló prompt általános reactio*, mely után már *enyhe gócreactio* is mutatkozik: a halk percussio a bal apexen rövidültséget, a hallgatózás érdes légzést és egy fűtlyhangot talál.

Mindhárom esetben tehát prompt reagált a grávida 0.5–1.0 g intravenás karyon reactivumra nagyobb általános és csekély gócreactióval. Hogy ily karyon-reactiók esetei mérsékelt diagnostikus adagú subcutan AT-re is reagálnak, az O. H. 1925. évi 21. számában parallel lázgörbékkel is bemutattuk, most pedig a reactio legfontosabb részét, a karyonra mindig enyhe, tehát ártalmatlan gócreactiók megjelenését is sikerült igazolnunk.

Hogy mennyire pontosan egyezők lehetnek a diagnostikus karyon R- és AT-injectiók válasza, már a Brauer's Beiträge-ben tavaly megjelent közleményünk két esetével (rajzban is) illusztráltuk. Egy, szülősztályunkról nemrég hozzánk utalt negyedik és ötödik grávida esetében szintén láthattuk ezt. Az egyik, 26 éves

nő (grav. mens. II—III.) 0,5 cm³ R. i. v.-re csak 37,8 C° hőemelkedéssel reagált, ½ mg AT-re semmi, 1 mg AT-re csupán 37,3 C° temperaturát mutatott. Valamennyi diagnosztikus injectio fejfájással járt, legerősebben az 1 mg AT, mely subcutan történvén, az inj. helyén kifejezett „Stichreaktion“-t is produkált. Góctünet azonban ezen csekély aktivitású latens gümőkór esetében sem karyon R. sem AT után nem volt kimutatható. A másikonál (25 éves nő, grav. m. II—III), a hőmérséklet sem 1,0 i. v. R-re, sem ½, majd 1 mg subcutan AT-re a 37 C°-ot sem érte el, a latens folyamat teljes aktivitáshiányát jelezve.

Ad 2. Kraemernek a subcutan tuberkulin-diagnosztikát illetőleg fentidézett tétele: „Eine positive Reaktion ohne Tuberkulose gibt es nicht“, a karyon-diagnostikára is mindinkább érvényesnek bizonyul. A tételt megfordítani persze teljes érvénnyel nem lehet. Azt nem mondhatjuk manifest betegnél apodictice, hogy ahol intravenás karyon forte reactivumra reactio nincs, ott tuberculosis nem forog fenn. Mert ismerjük súlyos tuberculositikus esetek negatív anergiáját, midőn a kimerült szervezet a nosotrop szerre sem reagál és ismerjük már a tuberkulinra nézve a különböző complicáló betegségek által előidézett transitorius vagy állandó reaktivitás csökkenéseket (morbilli [Pirquet], scarlatina [Lennenberg], a legkülönbözőbb eredetű ikterusok [Fissinger és Brodin], májcirrhosis [Roget du Fayet] stb.), de annyit máris kimondhatónak vélünk, hogy ahol mithridatizáló előzetes (ú. n. „einschleichend“) adagolás nélkül, még nem teljesen leromlott betegnél, megfelelő dosis karyon reactivum subcutan, vagy éppen intravenás befecskendezésére, nyilvánvaló elváltozások és állandóan negatív köpetlelet mellett, semmi reactio nem mutatkozik, ott gümőkór fennforgásában kételkednünk kell.

Eddig négy, sectióra került esettel rendelkezünk, mely ezt bizonyítja. (Időközben számuk hatra emelkedett. — Sz.)

Az elsőt a „Brauer's Beiträge“-ben tavaly már közöltük: W. Anna, 26 éves, súlyos vitium; 1926 elején lázasan került osztályunkra complicáló tbc. pulm. diagnózisával. A hőmenet subcutan, majd intravenás diagnosztikus R-injectiókra sem mutatott lényegesebb változást. Gócreactio a tüdőben nem volt. A sectio (Minich prof.) endocarditis ulcerosa verrucosa recurrens konstatait s az eset boncolási jegyzőkönyve e szavakkal végződik: „Tbc. deest.“

A második esetet (H. Lajos, 19 éves) kezelőorvosa 1927 július elején peritonitis tuberculosa diagnózissal küldte osztályunkra. Nekünk a klinikai tünetek nem teljesen quadráltak, s midőn sem subcutan (2,0), sem intravenás (1,0) karyon R-ra a legkisebb általános vagy gócreactio nem mutatkozott, a gümős peritonitisnél karyonra megszokott javulásnak pedig nyoma sem volt, az augusztus végén beállott exitus után az eset obducióját azon kérdés feltevése mellett kértük, van-e az egyén szervezetében egyáltalán makroszkoposan kimutatható gümőkór? Minich tanár intézetének válasza: „Tbc. pulmonum et organorum alterorum deest.“ Az eset hasi lymphosarkomatosisnak bizonyult.

A harmadik eset egy 47 éves férfire vonatkozott (St. János), ki az első vizsgálatnál 1927 márciusában emaciált phthisis cavernosának, erősebb pleuracallussal jobboldalt, imponált. A további vizsgálat és megfigyelés (ismételten negatív köpetlelet, feltűnő láztalanság, a szokásos eljárásokkal dacoló makacs haemoptysis, stb.) diagnosztikus karyon R-injectiók adására indítottak. Absolute semmi reactio. A hőmérsék az injectiók után (2,0 R s. c., 0,5 R i. v.) a 37 C°-ot sem érte el. Bár ezt itt negatív anergiának is nézhettük volna, de az eset gyanús volt s midőn a beteg január vége felé egy profus haemoptoë-rohamban suffocált, sectióját kértük

prosecturánktól. Az eredmény: valószínűleg a jobb fő-bronchusból kiindult adenocarcinoma (a tüdőben, a peribronchialis mirigyekben és pleurán), mely a jobb tüdő felső lebenyében nekrotice ellágyult, férfiökölnyi cavernát okozott. Boncolási jegyzőkönyve ugyancsak e szavakkal végződik: „Tbc. deest.“

A negyedik eset (Fr. Emil, 67 éves) már a physikai vizsgálat alapján gyanút keltett mellkasi tumorra, melyet tuberculosis mellett fennállónak véltünk. A bal mellkason elől, supracardialisan oly nagyfokú kopogtatási resistentiát adó tompulatot találtunk, aminőt gümős eredetű induratum vagy pleura-callus ritkán ad, s melyet a jelenlévő tekintélyes mellhártyaizlazzadmány annál kevésbé magyarázott meg, mert a nagy kopogtatási ellenállás az exsudatum ismételt csapolásai után is fennmaradt. Malignus tumor mellett szólt továbbá a beteg magas korán kívül a csillapíthatatlan mellkásfájdalom, a semmire, még a léptáj röntgenezésére sem szűnő haemoptysis és az állandóan negatív köpetlelet. Ellenben gümőkór mellett az anamnesis: tuberculosisban szenvedő feleség, a bajnak szúrásokkal és lázzal kezdődése 1927 április havában egy meghülés után, majd vércöpés, izzadások, tartós, rendetlen lázak, melyek subfebrilitás és 38,9 C° között ingadoztak.

A betegnek oly időszakban, midőn hőségörbéje alacsonyán járt, az egyén enyhén subfebrilis volt, sőt láz-talan napjai is akadtak, hat napon belül három intravenás diagnosztikus karyon-reactivum-injectiót adtunk: 1,0—2,0 és 3,0 cm³ R-rel. Egyikre sem mutatkozott hőemelkedés. A délelőtti adott injectiók után a délutáni hőmérsék az 1,0-nél 36,9 C°, a 2,0-nél 37,4 C° (előző napi maximum injectio nélkül 37,6 C°), a 3,0-nél ismét csak 37,4 C° volt (az előző nap ugyanazon órájában injectio nélkül is 37,4 C°).

Most már kételkedni kezdtünk egyáltalán gümőkór fennforgásában s annál nagyobb érdeklődéssel vár-tuk az 1927 októberében bekövetkezett exitus után prosecturánk sectio-eredményét. Ez: a hilusból kiindult bal-oldali tüdő-tumor, mely a hist. vizsgálat szerint carcinoma simplex rotundoparvicellularenek bizonyult; tuberculosis az elhúnyt szerveiben makroszkopice található nem volt („tbc. deest.“).

Zalka Ödön kartárs úrnak az Orvosegyletben 1927 nov. 5-én tartott szép előadásához azért nem szoltunk hozzá, hogy jelen előadásunknak ne anticipáljunk. Különböen elmodtuk volna, hogy a tüdőrák-esetek szaporodásának mindinkább javuló diagnostikánk is lehet egyik oka, amihez a biológiai reactiók eszköztárát, úgy látjuk, a karyon egy kényelmes és ártalmatlan szerrel gyarapította.

És nem megvetendő bizonyítéka az egyszerű drógból előállított hazai orvosszer tbc.-nosotropiájának az emberen eddig elért therapiás eredmények mellett az Aujezsky prof. intézetében folytatólag végzett állatkísérletek eredménye. Ezek utolsó sorozatának Kerbler dr. által mesterien praeparált készítményeit most van alkalmam a t. Orvosegyletnek bemutatni. 25 nyúl volt a kísérlet tárgya, melyek halálos Koch-bacillusdosissal intraperitonealisan valamennyien fertőztettek. Kilenc maradt controll, 16 nyúl 3 héttel (!) a massiv fertőzés után karyon F- + R-injectiókkal kezeltetett. A controllok legfeljebb 2½ hónap alatt gümőkórban elhullottak, a kezelt állatok közül 43,7%, vagyis 7 nyúl, 6—8 hónap alatt klinice meg sem betegedett. Ekkor ezek leöletlen, négynek a szervében csak kisméretű latens tuberculosis találtatott; egyben csupán egyetlenegy kis gümős góc volt felfedezhető, két állatnak a szervei absolute gümömenteseknek bizonyultak. Ha ehhez hozzávesszük, hogy már az állatorvosi főiskola bakteriológiai laboratóriumában

Buzna dr. tanársegéd által végzett első kísérletsorozatban *primaer gümös combfekélyt*, mely, mint Koch Róbert híres kísérletéből ismeretes, spontan nem gyógyul meg — sikerült 9 eset közül 6-ban 3–5 heti karyonkezeléssel úgyszólván heg nélkül begyógyítani, úgy összehasonlítva az eredményeket az irodalomban közölt sanocrysin-állatkísérleti eredményekkel, azt hisszük, nincs okunk a méregmentes magyar szert illetőleg a szégyenkezésre.

A debreceni Augusztai szanatórium közleménye (igazgató-főorvos: Geszti József dr.).

A Costa-féle reactio értéke a tüdő-tuberculosis aktivitásának kimutatásában.

Irták: Troján Margit és Pongor Ferenc orvosgyakornokok.

A tüdő-tuberculosis diagnosisa nemcsak annak a megismerését jelenti, hogy valóban tuberculosissal van-e dolgunk, hogy a betegség hol lokalizálódik, milyen kiterjedésű, milyen morphologiai változásokkal jár a tüdőben, hanem azt is, hogy *activ megbetegedéssel állunk-e szemben, vagy sem*. Az aktivitást egyesek úgy értelmezik, hogy a szervezet harcban áll a tuberculosissal, bacillus toxinjaival, tehát az aktivitás lényegét inkább humorális ténnyé helyezik át, míg mások a megbetegedés progressivitasában, tehát morphologiai változásokban látják az aktivitás lényegét. A mi véleményünk szerint a két felfogás között ellentét nincsen, sőt inkább kiegészítik egymást, mert hiszen ma már tudott dolog, hogy nemcsak maga a tuberculosissal, hanem annak a toxinja is képes morphologiai változásokat előidézni. Nézetünk szerint azonban az aktivitás fogalmához az előbb említett két tényezőtől kívül még egy harmadik is tartozik s ez a szervezet károsítása. A gümőkóros folyamat aktivitása tehát bizonyos veszedelmet jelent a szervezetre nézve s ezért már régtől fogva az a törekvés nyilvánult meg, hogy olyan módszerek birtokába jussunk, amelyekkel ezt a veszedelmet fel lehet ismerni. Ezeket a módszereket két nagy csoportra oszthatjuk. Az egyik csoport a minden jelenségre kiterjedő physikalikus vizsgálat és észlelés, a másik inkább laboratóriumi ténnyé helyeződik át s főképen a vér és alkatelemei részéről olyan vizsgálati módszereknek az eszközéséből áll, amelyekkel az aktivitás három tényezőjét: a toxinhatást, a sejteken lévő morphologiai változást és a szervezet károsodását ki lehet mutatni.

Ami a physikalikus vizsgálatot illeti, a megbetegedés aktivitása a következő cardinalis tünetekkel determinálható: láz, lesóványodás, éjjeli izzadás, positiv sputum-lelet, a megbetegedés székhelyén pedig tartósan legalább is nedves szörtyözörejek jelenléte. Az aktivitás diagnosisa valóban nem nehéz, ha ezek a cardinalis tünetek mind jelen vannak és alkalmunk van a beteget ezeknek a tüneteknek a megállapítása céljából egy ideig észlelni. Egészen más a helyzet, ha ezek közül egyik-másik hiányzik, vagy más okokra vezethető vissza, mint a fennálló tuberculosis. Végül is mindennapos dolog, hogy a tüdő-tuberculosis sem lázzal, sem éjjeli izzadással, sem lesóványodással, sem pedig olyan cardinalis tünetekkel nem jár, amelyek az aktivitást determinálják. Ilyenkor az aktivitás megállapítása egyike lehet a legnehezebb feladatoknak, amelyeket azonban meg kell oldanunk, mert hiszen az aktivitás megállapításának nemcsak elméleti tudományos értéke van, hanem eminens gyakorlati értéke, egyfelől a prognosist, másfelől a követhető therapia szempontjából. Ilyen esetekben indokolt

lehet az aktivitás megállapításának egyéb módszereihez is folyamodni, nevezetesen a már előbb említett laboratóriumi vizsgálatokhoz.

Mielőtt ezekre rátérnénk, még néhány szót óhajtánánk szólni a Röntgen-vizsgálat értékéről az aktivitás megállapításában. Erről az a véleményünk, hogy az egyszeri Röntgen-vizsgálat az aktivitás megítélésére csak kivételes esetben lehet alkalmas, például ott, ahol egy nagy pneumoniás árnyékot látunk, vagy ott, ahol folyadékniveant mutató cavernával állunk szemben. Miután az aktivitás lényege bizonyos dinamikus momentumot rejt magában, más esetekben a Röntgen-vizsgálat az aktivitás megállapítására legföljebb akkor lehet alkalmas, ha sorozatos vizsgálatot eszközölhetünk és a sorozatos vizsgálat a folyamat progressivitasát deríti ki. Az esetek túlnyomó számában azonban, különösen az általános gyakorlatban sorozatos vizsgálatokra nem igen nyílik alkalom, ezért a Röntgen-vizsgálat az aktivitás megállapításában csak a többi vizsgálati módszerekkel karöltve használható fel.

Azok a laboratóriumi módszerek, amelyekkel a tuberculosis aktivitását illetőleg felvilágosítást igyekszünk kapni, két csoportba foglalhatók össze: specifikus és nonspecifikus reactiókra.

A specifikus reactiók, mint az agglutinációs, praecipitációs, complementkötési próbák megbízhatatlanok, mert amint *Pinner-Max* is közli, csupán 24–37%-ban adnak helyes eredményt, másrészt körülményes kivételük miatt a gyakorlóorvos számára hozzáférhetetlenek. Annál nagyobb érdeklődéssel fordultak az ú. n. nonspecifikus reactiók felé, amelyeknek az utóbbi években egész sora keletkezett. Valamennyi a vér colloid-chemiai összetételének a labilitásán alapszik, amennyiben felveszik, hogy a vérben lévő anyagok, nevezetesen a serumalbumin, serumglobulin, fibroglobulin, serum-mucoid, fibrinogen szövetszétésés, toxaemia és más okok folytán a vér colloidegyensúlyában zavart okoznak. Gyakorlati szempontból ez az anyagok közül csupán a serumalbumin és globulin jön számításba, amely anyagok normalis körülmények között az ember vérsavójának 6–10%-át teszik ki. A kettő közötti relativ viszony, amint *Torben Geill* is közli: $A : G = 1:5$, amely érték azonban kor, nem, faj, táplálkozás, klima szerint más és más. Ez az anyagok keletkezési módjáról, helyéről úgyszólván semmit sem tudunk. Annyi bizonyos, hogy nem egységes chemiai egyedek, hanem egy összefüggő rendszer tagjai, amelyek bizonyos körülmények között törvényszerűleg átmennek egymásba. *Herzfeld* és *Klinger* szerint az átalakulás a fibrinogen legkevésbé dispers részecskéin kezdődik és az albuminon és globulinnon át már nem coagulálható testekig megy át, amelyek végül huyanyban végződnek. Fertőzés, toxikosis, fokozott izommunka úgy az abszolút, mint a relativ értéket megváltoztatja: a globulin mennyisége jeletékenyen megszorodik, míg a proteinek egész mennyisége hol több, hol változatlan, hol kevesebb lesz. *Adler* szerint annál több a globulin, minél activabb a folyamat, míg súlyos esetekben a viszony megfordul, *Atkinson* szerint az antitoxikus képesség a globulinhoz kötött, amit azonban *Glässner* tagad.

Az Augusztai-sanatoriumban már évek óta több, a vér fehérjelabilitásán alapuló reactiót végzünk: nevezetesen a *Mátéfi* által újabban módosított reactiót; a plasma fibrinjének kiválasztására egy 1%-os $CaCl_2$ -dal beállított próbát, a *Darányi-Frisch* és *Starling*-, *Lange-Heuer*-, *Mündel-féle* reactiókat, amelyekkel egyidejűleg megállapítja a vérsüllyedés idejét *Linzenmeyer* szerint. Az ily módon parallel beállított reactiók eredményeiből úgy a prognosist, mint a therapiás beavatko-

zások eredményességét illetőleg igen értékes tapasztalatokra tettünk szert, s többek között arra a conclusióra jutottunk, hogy a reakciók erősen pozitív volta a balra tolt vérkép és alacsony vérsejtsüllyedés mellett caverna felvételére jogosít.

A legutóbbi időben *E. Ladeck* közlése alapján az ú. n. *Costa-féle aktivitási reakciót* tettük vizsgálat tárgyává, melynek kivitele a következő:

Physiologiás NaCl-ban oldott 2%-os novocain-oldatból centrifugaesőben 15 cm³-t és 3 csepp 5%-os natriumcitrat-oldatot teszünk. Az ujjbegyet megszáruva, 3 csepp vért adunk a keverékhez s az egészet jól össze-rázzuk, azután lecentrifugáljuk, vagy 12 óráig állni hagyjuk, míg a vér teljesen le nem ülepedik. Amikor ez megtörtént, egy csepp tömény formalint ejtünk bele. Actív eseteknél 1—8 percen belül fehér felhő keletkezik, melynek intenzitása és kiválasztási ideje szerint megkülönböztetünk +, ++, +++, ++++ reakciókat. Tíz perc után néha egészségesek vére is adja a reakciót.

Ladeck a reactio lényegéről egyáltalában nem tesz említést, csupán a talált eredményeket regisztrálja. Hogy a reactio lényegéről és a reagensek szerepéről biztos felvilágosítást nyerjünk, levélben fordultunk *Costa* professorhoz, aki azonban szeretetreméltó válaszában csupán annyit közölt, hogy a reakcióját eredetileg a terheség korai diagnostizálására akarta használni s ezirányban folytatott huzamos kísérleteket. Előbb placenta-kivonattal dolgozott s azt találta, hogy a placenta-kivonat zavarosodást hoz létre a terhes nő savójában. Később más kémiai anyagot keresett, amivel a placenta-kivonatot helyettesíteni tudná, mert a placenta-kivonat nem adott állandó eredményt. Ezt az anyagot a novocainban találta meg. De hogy hogyan és miért, erre vonatkozólag nem adott semmi felvilágosítást.

Costa eredeti közleményében a reakcióról úgy nyilatkozik, hogy pozitív a terhesség harmadik hónapján túl, azonkívül malariás roham alatt, syphilis és súlyos fertőző betegségek esetén. Úgy gondolja, hogy a reakciónál keletkező csapadék organikus anyag, mely úgy viselkedik, mint a fibrinogen. A reakciót nem tartja kategorikusan kémiai reakciónak, sőt kimutatás tárgyává tette, hogy nincs-e a reakciónak valamely biológiai jellemző vonása. E célból tengerimalac szívéből nyert kivonattal kísérletezett, s kimondta, hogy a *Costa*-reactio nem egyéb, mint egy kapcsolódás, mely létrejön a plasmában bőségesen jelenlevő szabad anyag (mint antitest) és a bakteriumtoxin (mint antigen) között. *Vercelli* volt az első, aki a *Costa*-reakcióval tuberkulotikus betegeken végzett kísérleteket.

Luigi Rio kémiai alapon igyekszik megoldani a reactio lényegét. Elsősorban is vizsgálat tárgyává tette a novocain szerepét. 2%-osnál töményebb oldat haemolysist ad. Lúgok jelenlétében a novocain fehér csapadékot ad, ami aetherben, alkoholban oldódik. A *Costa*-reakciónál keletkező csapadék azonban oldhatatlan. A novocaint helyettesíteni próbálta pótszereivel. Ezek azonban, nevezetesen az anaesthesin, cocain, stovain, alypin, holocain, orthoform részint vízben oldhatatlanok, részint alacsonyabb töménységben is haemolysist adnak, másrészt a keletkezett csapadék labilis intenzitása miatt nehézségek merültek fel a reactio fokának megítélésében. Feltétlenül szükséges, hogy a novocaint physiologiás NaCl-ban oldjuk.

Ami a formalin szerepét illeti, szükséges, de elégséges is a tömény formalinból egy csepp. Az egyöntetűség kedvéért ajánlatos állandóan 3 milliméter átmérőjű cseppentőt használni.

Ilyen előzmények után vállalkoztunk annak a kér-

désnek a tisztázására, hogy milyen kémiai vagy fizikai folyamatok alkotják a *Costa*-reactio lényegét.

Verczár professor tanácsára először abban az irányban végeztünk kísérleteket, hogy nem-e a H-ionconcentratio megváltozásáról van-e szó. E célból a reakcióban szereplő oldatok H-ionconcentrációjához hasonló H-ionconcentrációjú oldatokkal végeztünk series kísérleteket, azonban negatív eredménnyel.

Így áttértünk a vérben levő colloidanyagok biológiai indentifikálására. Mihamarabb világos lett, hogy serummal a reactio nem sikerül, ellenben a plasma — már az activ beteg plasmája — minden esetben pozitív eredményt ad, jeléül annak, hogy a reactio pozitív volta minden biztonnal a csupán a plasmában jelenlevő fibrinogenhez van kötve. Ennek igazolásául marhavérből nagy mennyiségben tisztán előállítottunk fibrinogent, de az ilyen úton nyert fibrinogennel végzett kísérleteink, amint ezt részint várható is volt, negatív eredménnyel végződtek. Ugyanis a fibrinogennek a vérből való kivonása oly komplikált kémiai folyamat, a fibrinogent annyi ártalom éri, hogy az így kapott anyag a vérben levő fibrinogennel nem azonos. Hogy azonban a fibrinogennek és valamely fibrinogenhez kötött anyagnak a reakcióban döntő szerepe van, bizonyítja az, hogy defibrinált vér, illetve plasma a reakciót nem adja.

Azon kémiai folyamat megismerése céljából, amelyen a reakcióban szereplő novocainnak feltevésünk szerint át kell mennie, *Rex* kemikus tanácsára, lege artis nagyobb mennyiségben állítottunk elő *Costa*-féle csapadékot, melyet 6—8 cm³ destillált vízben kiróztunk, s több ízben lecentrifugáltunk. Az így nyert mosóvizekkel novocainkémlést végeztünk oly módon, hogy 1:10 arányban hígított NaOH destilláltvízoldathoz kevés β -naphtolt tettünk, ebből a hígított HCl-val megsavanyított mosóvízhez Diazo II.-oldat hozzáadása után néhány cseppet adtunk, mire élénk, bíborpiros színt kaptunk egész a negyedik mosóvízig, ahol a kémlés negatív lett, jeléül annak, hogy a minden valószínűség szerint lazán absorbeált novocaint a csapadékból sikerült tökéletesen kirázni. Amint ezekből látható, a *Costa*-reactio kémiai és biológiai nekünk sem sikerült maradéktalanul felderíteni. Különösen a novocain szerepe az, amely további vizsgálatokat igényel.

Ezek után áttérünk eredményeink ismertetésére. Az Augusztá-sanatoriumban közel egy év óta minden beteg vérével elvégezzük e reakciót, jelen dolgozatban azonban csupán 800 esetet óhajtunk ismertetni. A fizikális és Röntgen-vizsgálat után activnak mondható megbetegedés volt ebből 352. Ezek közül 319 erősen pozitív *Costa*-reakcióval adott, tehát az activ esetek 90,6%-a. Negatív, illetőleg gyengén pozitív volt 33.

Eredményeinket az aktivitás néhány pregnáns kifejező tünetére vonatkoztatva a következő adatokat kapjuk: 282 cavernás megbetegedés közül 259 esetben, tehát 91,8%-ban kaptunk erősen pozitív reakciót. Negatív, illetőleg gyengén pozitív volt 23. Ezek közül azonban több olyan eset volt, ahol hosszabb pneumothorax-kezelés után történt a vérvizsgálat s a folyamat aktivitásának egyéb tünete a meglévő cavernagyűrűn kívül nem volt. Progressióra hajlamos megbetegedésnél majdnem kivétel nélkül erősen pozitív reakciót kaptunk. Az activ megbetegedések közül pozitív sputumletet 199 esetben lehet kimutatni, tehát 56%-ban volt meg az aktivitásnak ez a legbizonyítóbb tünete. Ezek közül erősen pozitív volt a *Costa*-reactio 189 esetben. A 448 inactiv megbetegedés közül negatív, illetőleg gyengén pozitív volt 389, tehát 87%. Az 50 erősen pozitív reakciót adó inactiv eset között volt több grávida s néhány

olyan beteg, kiknél más szervek részéről volt fokozott sejtszétéssel járó nonspecifikus megbetegedés, s mivel a Costa-reactio a tuberculosisra nonspecifikus, természetesen ezeknél is positiv eredményt kaptunk.

Hogy az így nyert eredményeket szemléltetőbbé tegyük, röviden közöljük az egyidejűleg beállított Mátéfi- és véresejtsülyedési próbák eredményeit is.

A Mátéfi-reactio 352 activ betegnél 315 esetben, azaz 89.6%-ban adott erősen positiv reactiót, csupán 37 esetben volt negativ, illetve gyengén positiv. Ezzel szemben a 448 inactiv megbetegedés közül 337 esetben, azaz 75%-ban kaptunk negativ eredményt. 282 cavernás beteg közül 259 esetben, 91%-ban volt positiv, 23 esetben negativ eredmény. 199 positiv sputum lelet mellett 191 esetben, 95.9%-ban positiv, 8 esetben negativ eredményt kaptunk.

A véresejtsülyedés a 352 activ eset közül 330 esetben 93.7%-ban volt positiv, 22 esetben negativ. A 448 inactiv eset közül a reactio 349 esetben, csupán 77.9%-ban bizonyult negativnak, 99 esetben az eredmény positiv volt. A 282 cavernás eset közül 261, azaz 92.5% volt positiv véresejtsülyedésű, 21 negativ esettel szemben. A 199 positiv sputum mellett a véresejtsülyedés gyorsult volt 192 esetben, 96.4%-ban, 7 negativ esettel szemben.

Eredményeink könnyebb áttekintése céljából a következő két táblázatot állítottuk össze.

s a beteg hosszabb megfigyelésére sem időnk, sem alkalmunk nincsen. A reactio 20 perc alatt elvégezhető, szemben a legtöbb activitási reactiókkal, melyek több órát vesznek igénybe. A reactio nem specifikus, minden fokozott sejtszétéssel járó megbetegedésnél positiv, tehát olyan esetekben, ahol a reactio positiv volta a physikalís vizsgálat eredményeivel nem egyezik meg, fölhívja a figyelmünket az alaposabb vizsgálatra és esetleg arra, hogy a baj oka után egyéb szervekben is kutassunk. Ilyen módon több betegnél találtunk negativ physikalís vizsgálat mellett súlyosabb elváltozást, illetőleg más szervek megbetegedését. Külső körülmények nem befolyásolják, mensestől független. Nagy előnye a többi activitási reactióval szemben, hogy elegendő hozzá 3 csepp ujjhegyből vett vér, tehát mindenkinél könnyűszerrel kivihető, míg a többi reactiók felületesen fekvő vena hiányában nem végezhetőek el s ezért főleg a gyermekgyógyászatban practikus jelentőségű.

A reactio egyszerű, gyors kivitele tekintetében fölötte áll a többi activitási reactiónak s ezért a gyakorlóorvos is elvégezheti.

Irodalom: Ladeck: Beiträge z. Kl. d. Tub. 64. köt., 5-6. sz. — Bioche. Zeitschrift. 1917, 83. — Luigi Rio: II. significato biologico stb. — Max-Pinner: Die Serodiagnose der Tuberkulose. Tuberkulose-Bibliothek 28. sz. — Torben-Geill: Über den Gehalt an Alb und Gl. stb.

Activ megbetegedés: 352, inactiv: 448.

	Costa-reactio					Mátéfi-reactio						Véresejtsülyedés L.				
	++++	+++	++	+	neg.	+++++	++++	+++	++	+	neg.	0-50	51-100	101-200	201-300	300 fölül
Activ	188	75	56	20	13	103	112	60	40	20	17	218	63	49	9	13
Inactiv	7	12	31	61	337	13	19	31	48	40	297	7	22	70	36	313

1. táblázat. Az activitás, illetve inactivitás viszonya az activitási próbákhoz.

Cavernás megbetegedés: 282. Positiv sputumlelet: 199.

	Costa-reactio					Mátéfi-reactio						Véresejtsülyedés L.				
	++++	+++	++	+	neg.	+++++	++++	+++	++	+	neg.	0-50	51-100	101-200	201-300	300 fölül
Caverna	166	47	46	13	10	91	90	44	34	12	11	169	54	38	10	11
+ sputum	124	35	30	5	5	66	72	32	21	3	5	139	31	22	4	3

2. táblázat. A caverna-, illetve positiv sputumlelet viszonya az activitási próbákhoz.

Ha ezeket a számadatokat összehasonlítjuk pl. Gaehtgen, Göckel, Kroemecke, Thiede stb. eredményeivel, úgy találjuk, hogy eredményeink úgy a Mátéfi-reactio és a véresejtsülyedés, valamint a Costa-reactiót illetőleg, lényegesen jobbak. Thiede szerint a kevésbbé előrehaladott, de klinikailag activ megbetegedéseknél a Costa-reactio többnyire negativ. Ez ellenkezik a mi tapasztalatainkkal, amennyiben mi az activ esetek 90.6%-ában positiv eredményt kaptunk.

Kutatás tárgyává tettük azt is, hogy a megbetegedés activitása és a szervezet allergiája között van-e valamilyen összefüggés. Azonban a legtöbb szerzővel egyértelműen a kettő között semminemű kapcsolatot, szabályszerűséget nem találtunk.

Eredményeinket összefoglalva, a következőket állapíthatjuk meg:

A Costa-reactio értékesnek bizonyult minden olyan esetben, ahol a tuberculosis activitásának a diagnosisát egyszeri physikalís vizsgálattal eldönteni nem tudjuk

Kl. Wochenschrift. 5. sz., 220. o. — Gaehtgens u. Göckel: Über die Bedeutung stb. Beiträge z. Kl. d. Tub. 59. köt., 36. old. — Zentr. Bl. 1926, XXV. köt., 11-12 füz., 659. o. — Zeitschrift f. Tbc. 1920, 31., 10. — Deutsches Archiv f. klin. Med. 1913, 10. — Gruber E.: A cavernás phthisis haematológiája. Gyógyászat. 39., 887. old.

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem bakteriologiai intézetének közleménye (igazgató: Preisz Hugó dr. egyetemi ny. r. tanár).

Fertőzés avirulens lépfenebacillusal csökkentett ellenállóképeségű állaton.

Irta: Gózonny Lajos dr., egyetemi magántanár.

Kétségtelenül a mikrobiologia óriási haladást mutat fel 1881 óta, amikor először sikerült Pasteurnak az anthrax bacillusát úgy megszelidítenie, hogy a vele oltott állat csak megbetegedett, de el nem pusztult és az oltás következtében immunissá lett. És ha a Melunben

nyilvánosan megejtett kísérletnél az 50 oltott állat közül egy sem pusztult el, csakhamar tapasztalhatta maga Pasteur is, hogy a szelidített anthrax-szal való védőoltás mégsem teljesen veszélytelen, bizony néha egy-egy állat áldozatul esett az élő, szelidített vírussal való védőoltásnak.

Csak sokkal később mutatta ki Preisz, hogy a szelidítés alkalmával különféle varietások keletkeznek, amelyeknek különböző a virulentiája és ha az átoltások alkalmával véletlenül egy ilyen virulensebb varietas kerül túlsúlyba, ez bizony azután nagyobb állatokat is megölhet.

Pasteur óta sok mindenféle állati kórokozót próbáltak szelidíteni és az állattenyésztő több-kevesebb hasznát is látja ezeknek.

Az emberek immunizálása talán a variolatióval vette kezdetét, de ezt a veszélyes immunizálást csakhamar felváltotta a vaccinálás, a tehénhimlőnyirokkal való oltás, amely igazi himlővé még sohasem fejlődött ki. Hasonlóan teljesen ártalmatlan a Pasteur által előállított fix vírus is. Sok kísérlet mutatja, hogyha a veszettség vírusát (uteai vírust) nyúlról-nyúlra oltjuk, amíg ennek virulentiája nem állandósul, úgyhogy általában mindig 7–8 nap alatt öli subduralisan oltva a nyulat, akkor ez az úgynevezett fix vírus (nyúlgyvelő) nagyobb állatokra és emberre is teljesen veszélytelen; ha pedig szárítással (Pasteur módszere) vagy hígítással (Högyes módszere) a csirák számát benne még csökkentjük is, akkor — mint azt évtizedes tapasztalatok mutatják, egész biztosan ártalmatlan az emberre. Mégis, mikor Pasteurnak sikerült a veszettség vírusát annyira meggyöngítenie, hogy azzal sok-sok kutyát immunizálni tudott, úgyhogy ezek veszett kutya nyálával sem voltak többé inficiálhatók, és bár minden kísérletében sikerült veszett kutya nyálával inficiált állatokat az oltóanyagával megmentenie és bár hitt is abban, hogy a veszett kutyától megmaradt embereket is meg tudná menteni, mégis visszahökkenett attól, hogy esetleg egy emberélet is áldozatul essék ilyen kísérletnek. Magát akarta veszettséggel beoltani, hogyha nem sikerül emberen a kísérlet, hadd viselhesse ő ennek a következményeit.

Ismeretes, hogy a habozó Pasteur kezéből egy elszázi asszony csikarta ki a védőoltásokat a fia számára, ami teljes sikerrel is járt és ezzel azután megindult világhódító körútjára a veszettség elleni védőoltás.

Ma a sietség korát éljük. Sok bűvár van, aki nem ér rá bevárni az állatkísérletek eredményeit, vagy abból a megfontolásból indulva ki, hogy az emberi szervezet más, mint az állati szervezet, hiszen más betegségei is vannak, emberen kísérletezik. Sokan azt mondják, hogy az előtt csiráknak elpusztul az immunizálóképessége, tehát élő csirákkal kell immunizálni és így divatba jött élő emberekbe élő, néha virulens, néha kissé gyengített mikrobáknak a befecskendése gyógyítás céljából.

E dolgozatomban arra akarok rámutatni, hogy egyébként teljesen avirulenssé tett mikroba is tud ölni, ha a szervezet változik meg olyképen, hogy a mikroba el tud benne szaporodni.

Preisz egy lépfenebacillustörzset szelidítési kísérlete alkalmával 90 generáción át tenyésztett 42.5 C°-on és ez a törzs annyira avirulens lett, hogy még igen nagy dózisban sem lehetett vele egeret fertőzni. Sok éven keresztül sokféle módon próbáltuk a virulentiáját fokozni, de minden igyekezetünk hiábavaló volt. Ha a bacillus virulentiáját nem sikerült fokozni, talán le lehet rontani a szervezet resistenciáját. Hisz a mikroba fertőzőképessége relatív és ha a szervezetet gyengítem, akkor esetleg sikerülhet előbb avirulensnek bizonyult

mikrobával is az infectio. Annál is inkább feltehető volt ez, mert ennek ellenkezőjét, a sejteknek immunizálás következtében fokozódó vitalitását sikerült már előbb kimutatnom. (Klin. Wschrift, II. 26. sz.) Azt találtam ugyanis, hogy az immunizált állatok szervei in vitro jobban redukáltak, mint a normalis állatok szövetei.

Ismeretesek olyan kórfolyamatok, amelyeknél sérülnek a szövetek; ilyen pl. az ikerus. Cholemiás beteg vizeletében rendszerint találunk kilúgozott vörösvörsejteket, vesecylindereket és degenerált veseháms sejteket.

Vajjon milyen befolyása van az egyidejű epebefecskendésnek állatkísérletekben az infectióra. Meg kell jegyezni, hogy a kísérleti célokra felhasznált marhacégek egymagukban is ölik az állatot bizonyos dózisban. Szóval azt figyeltem meg, hogy nem halálos adag epe és avirulens anthraxbacillus együtt hogyan hatnak az állatra. Az állatkísérletekből kiderült, hogy egér és patkány ezzel avirulens anthraxbacillussal és epével oltva intraperitonealisan 24–36 óra alatt elpusztultak. A lépükben s vérükben számos tokos lépfenebacillus volt kimutatható. Az egerek és patkányok nyilvánvalóan anthrax sepsisben pusztultak el. Ismeretes Preisz vizsgálataiból, hogy csak a virulens anthraxbacillus termel tokot az állati szervezetben. Ezek után már-már úgy hittem, hogy sikerült ezzel az eljárással ezt az egészen szelíd lépfenebacillust virulenssé tenni. De később kiderült, hogy az egérből kitenyésztett bacillus magában egeret nem ölt; hiába oltottam egérből-egérbe, a bacillus csak epével oltott állatban termelt tokot és csak epével kezelt állatot ölt. Hiába próbáltam epében tenyészteni, másodnaponként oltva mindig friss epébe, 60 átoltás után is teljesen avirulensnek bizonyult ez a törzs. Nyilvánvaló volt tehát, hogy az epe nem a bakteriumot befolyásolta, hanem a szervezetet. In vitro az epe erős sejtmelegnek is bizonyult. Még 320-as hígításban is erősen sértette a májsejteket annyira, hogy egyáltalán nem redukálták a methylenkékkel, rövidesen elpusztultak, methylenkékkel festődtek. Hasonlóan csökkent a májsejtek vitalitása, ha élő patkánynak fecskendeztem be epét bőre alá és 24 óra után megölvén az állatot, a májból készült sejt-szuspensiót vizsgáltam reducióra.

Megérthető, hogy amidőn intraperitonealisan oltottam egeret vagy patkányt epével és egyidejűleg lépfenebacillussal, akkor már ott helyben sértette az epe a sejteket és módot nyújtott arra, hogy a lépfenebacillusok elszaporodjanak és ekkor azután már a felszívódó epének a szervekre gyakorolt károsító hatásához hozzátársultak az elszaporodó bakteriumokból kiszabaduló mérgek, vagy a bakterium fermentjei révén a szövetekből termelt toxikus hasadási termékek (Vaughan szerint) és így az infectiónak áldozatul esett az állat.

Valószínűnek kell tartanunk, hogy a máj betegségei is praedisponálnak infectióra. Sokan vannak, akik igen nagy jelentőséget tulajdonítanak az immunitásnál a máj reticulo-endothelialis apparatusának, de egyébként is ismeretes a májnak mérgeket közömbösítő tulajdonsága. Ha kutyáknak kiirtották a máját (Bollmann és Mann: The Amer. Journal of Physiol. 1926, 258. old.) és a kísérleti állatok ezt 8–30 órával túlélték, teljesen elmaradt a deaminisatio. A bevitt aminosavakat teljes mennyiségben ki tudták mutatni a vérben, vizeletben és szövetekben, még több órával is a bevitel után.

Más szervek funkciójának kiesése fokozhatja a fogékonyságot bizonyos infectióval szemben. Már Lewis találta, hogy az a patkány, amely kétszáz, tengerimalacra halálos adag diphtheriatoxint is elbír, a mellékvesék eltávolítása után fogékonyvá lesz ezzel a toxin-

nal szemben. Hasonló eredményre jutottak *Belding* és *Wymann* (Amer. Journ. of Physiol. 78. köt., 50. old.). A suprarenektomizált állatok vérében négy órával a mérreg befecskendése után 275-ször több diphtheria-toxint tudtak kimutatni, mint a kontrollállatban. A mellékvesék eltávolítása sértette azt a mechanizmust, amely ép viszonyok között kiküszöbölni vagy lebontani tudja a diphtheriatoxint.

A fenti kísérletekből látható, hogy az avirulenssé tett mikroorganizmus is ölhet, ha a szervezet ellenálló-képessége bizonyos okból csökken, ezért az emberi therapiában az élő vaccinákkal ajánlatos a fokozott óvatosság.

A kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: Bálint Rezső dr. egy. ny. r. tanár).

Savbasisegyensúly és vörösvérsejt-resistentia.

Írták: *Weiss István dr.* és *Sümei István dr.* egyetemi tanársegédek.

A szervezet vérének, illetve szövetnedveinek reakcióját és főleg ennek hatását a különböző pathológiás folyamatokra a legutóbbi időkig alig vizsgálták. Már *J. Loeb* vizsgálatai rámutattak pedig arra, hogy egyesített állatoknál a milieu megváltozásának, annak alkalikus irányban való minimalis eltolásának milyen lényeges szerepe van a sejtek oszlása körül. Ezen elsőrangú fontossággal bíró észlelések ellenére, egész a legújabb időkig nincsenek irodalmi adatok arra vonatkozólag, hogy a H-, ill. az OH-ionok mennyiségének megváltozása mennyiben befolyásolja a sejtoszlást és a szövetképzést differenciált állatoknál. A legutolsó időben *Bálint* mutatott arra rá, hogy a savbasisegyensúly megváltozásának mily nagy fontossága van a magasabbrendű szervezet sejt-képzésében és szöveiteinek regenerációjában. E vizsgálatokból kiderült, hogy az OH-ionok megsaporodásával a szövetproliferáció fokozódása karöltve jár. Kiderült az is, hogy ez a növényben lévő fiatal szervezet (patkányok) gyarapodását is lényegesen elősegíti, de elősegíti állatkísérletekben az átoltható rosszindulatú daganatok növekedését is. Más észlelések a belső milieunek bizonyos betegségeknek való megváltozásáról számolnak be. Így elsősorban *Bálint* vizsgálatai szerint az *ulcus ventriculi*, illetve duodeniben szenvedő betegek savbasisegyensúlya a savanyú irányba tolódott el. *Weiss*, *Sümei* és *Udvardy* kimutatták, hogy a carcinomás betegek vérének pH-ja viszont inkább alkalikus értékeket mutat. Hasonlóképpen alkalikus értékeket találtunk anaemia perniciosában szenvedő betegeknek vérében is. Végül legutóbb *Weiss* és *Kiss* azt találták, hogy a szervezet megsavanyítása a vörösvérsejtek szaporodását, lúgossá váló tétele a vörösvérsejtszám csökkenését hozza létre. Ez utóbbi kísérletekkel jól összeegyeztethetők a fentebbi észlelések, mert anaemia perniciosánál és carcinománál a vörösvérsejtek számának csökkenése, míg *ulcus ventriculinál* *Friedmann* és mások vizsgálatai szerint inkább a vörösvérsejtek megsaporodása észlelhető. Hogy milyen módon hat a szervezet savbasisegyensúlyának megváltozása a sejt-képzésre és a szövetregenerációra, ezideig még biztosan eldöntve nincsen. Ami a vörösvérsejtképzést illeti, egyesek szerint (*Brieger*, *Heinrich* és *Breitbart*) a savanyú reactio a csontvelő izgalmaéhoz vezetne és így hozza létre a vörösvérsejtek számának megsaporodását.

Jelen vizsgálatainkban azt kutattuk, milyen hatást gyakorol a savbasisegyensúly megváltozása a

vörösvérsejtképződésre. Miután a vörösvérsejtek kora és resistentiája között, többek véleménye szerint, összefüggés tételhető fel, célszerűnek látszott azon kérdés megvizsgálása, hogy a vér H-ionconcentrációjának megváltoztatásával párhuzamosan hogyan változik a vörösvérsejtek resistentiája. Erre vonatkozó irodalmi adatokat nem találtunk. Néhány vizsgálat azonban arra enged következtetni — ha indirect úton is —, hogy acut kísérletben a vér pH-ja a vörösvérsejtek osmotikus resistentiáját is befolyásolja. E kísérletek egyik része szerint, midőn a vérben alkalotikus eltolódás észlelhető, a resistencia is megnő. Így *Acél* és *Spitzer* azt találták, hogy hyper- és normacid emberek vörösvérsejtjeinek resistentiája étkezés után, amikor a gyomor sósavat secernál és a CO₂-tensio fokozódásával a vér is alkalikusabbá válik, megnő. *Liebermann* és *Acél* vizsgálatainak egyik része szerint hasonlóan viselkedik a vörösvérsejtresistentia inanitióknál is. Inanitióknál viszont, *Berger Iván* vizsgálatai szerint, legalább is atrophias csecsemőknél, a vér pH-ja vagy neutralis, vagy inkább emelkedett. A vérgázok megváltozása ugyancsak befolyásolja a vörösvérsejtek osmotikus resistentiáját. Így szénmonoxid-, illetve gázmérgezésnél *Teschendorf*, *Olmer* és *Raybaud* megfigyző vizsgálatai szerint a resistencia kifejezetten csökken, ugyancsak csökken a resistenciát a CO₂ is. In vitro kísérletekben *Simon* mutatott rá a kationoknak a vörösvérsejtresistentiára gyakorolt befolyására, aminek a mi szempontunkból annál inkább van jelentősége, mert a kationok mennyiségének és minőségének megváltozása a vér H-ionconcentrációját is megváltoztatja. Így a Ca inkább savanyú, a K pedig alkalikus eltolódást hoz létre (*Weiss* és *Dunay*). Nem akarunk azon nagy irodalomra kiterjeszkedni, mely az anaemia perniciosában szenvedők vörösvérsejtjeinek resistentiájával foglalkozik, annál kevésbé, mert ma már általánosan elfogadott tény, hogy a betegek vörösvérsejtjeinek resistentiája fokozott, csak arra akarunk még rámutatni, hogy *Ashby* mesterségesen anaemizált állatoknál a resistencia fokozódását észlelte, és *Cohnreich* carcinomásoknál, kikenél általában, mint említettük, szintén alkalosis van, ugyancsak a resistencia növekedéséről számol be.

Vizsgáltuk tehát, hogy állatoknál, midőn azok szöveteit, illetve véréit mesterségesen megsavanyítjuk, illetőleg meglúgosítjuk, amidőn tehát azok vörösvérsejtszáma is megváltozott, hogyan változik a vörösvérsejtek osmotikus resistentiája? Kísérleteinket tengeri malacokon végeztük, összesen 30 állaton, ügyelve arra, hogy az állatok ugyanazon életkörülmények között legyenek és ugyanazon táplálékot kapják. Tíz állatot savanyítottunk, tízet lúgosítottunk, tíz állatot szolgált kontroll gyanánt. A savanyú állatok kezelése naponta 6 cm³ n/ó sósavoldattal történt, melyet ureterkatheteren át per os juttattunk a gyomorba. A lúgosítás ugyanígy naponta 4 cm³ 8%-os szódaoldattal történt. E kísérletekkel egyidőben, hogy ezen állatoknál a vérvesztést elkerüljük, néhány teljesen analog módon kezelt állaton szívpuccióval nyert vérben *Holló* és *Weiss* methodusa szerint megvizsgáltuk, hogy a vér H-concentrációja tényleg megváltozik-e? A resistencia meghatározásokat négyheti lúgosítás, illetve savanyítás után kezdtük el, amidőn az állatok vérének reactio változása már várható volt. A resistencia meghatározáshoz szükséges vért az állatok carotisából nyertük. A meghatározásokat phys. NaCl-dal háromszor kimosott vörösvérsejtekkel végeztük, vizsgálva azok osmotikus resistentiáját hypotoniás konyhasóoldatokkal szemben, *Hamburger-Limbeck* eljárása szerint. A vizsgálatokat, mint említettük, négy héttel a savanyítás, illetve lúgosítás után kezdtük és a

szondázást folytatva, hetenként megismételtük, mindig más 2–2 állaton.

Az állatok négy hét múlva megejtett vér-pH-vizsgálatának eredményeképpen a következő számokat kaptuk:

Savanyú	Normalis	Lúgos
7.45	7.58	7.70

Ezen számok 4–4 állat pH-meghatározásának középértékét jelentik. Miután már négy hét múlva ilyen kifejezett eltolódás volt észlelhető, a pH-vizsgálatokat állatkímélés szempontjából nem folytattuk.

Kísérleti eredményeinket a következő táblázatban foglaltuk össze:

Normal	Lúgos	Savi
0.50	0.50	0.48
0.49	0.58	0.45
0.48	0.48	0.56
0.49	0.50	0.50
0.54	0.46	0.44
0.48	0.42	0.44
0.46	0.42	0.46
0.46	0.48	0.42
0.46	0.46	0.50
0.46	0.46	0.44

Ha a közölt adatokat áttekintjük, azt látjuk, hogy a normalis tengerimalac vörösvérsejtresistentiája 0.46% és 0.50% között változik. A tíz állat közül csak egy esetben volt a resistentia kissé csökkent, 0.50% felett. Középértéket számítva, a normalis érték 0.48% NaCl-oldatnak felel meg. A lúgos állatoknál ugyancsak egy esetben volt a resistentiaérték 0.50% NaCl-oldat felett, a többi esetben a resistentia 0.42% és 0.50% között mozgott. Ezen állatok vörösvérsejtjeinek osmotikus resistentiája középértékben szintén 0.48%-nak felel meg, bár két esetben a resistentia fokozódása volt észlelhető. A savanyú állatok teljesen hasonlóan viselkedtek, amennyiben itt is egy esetben volt a resistentia 0.50% felett, a középérték 0.47%-nak felel meg és öt esetben volt a resistentia kisebb-nagyobb növekedése észlelhető.

A vörösvérsejtek osmotikus resistentiájának a hosszú időn át tartó savbasis egyensúly eltolódásra bekövetkező ezen minimalis megváltozásából következtetéseket vonni annál kevésbé lehet, mert ezek a meghatározás hibaforrásain belül esnek.

Ily módon azon feltevést, hogy a savanyú vegyhatás a csontvelőre ingerképpen hatna és az így újonnan keletkezett vörösvérsejtek magasabb resistentiájuk révén az összes vörösvérsejtek resistentiáját is fokozná, e kísérletek nem bizonyítják, bár mint láttuk, a megsavanyított állatok 50%-ában minimalis resistentiafokozódás észlelhető volt.

Kétségtelenül kiderül a vizsgálatokból azonban az, hogy a resistentiára a fokozottan savanyú, illetve alkalikus vegyhatásnak lényeges befolyása nincsen, tehát úgy az anaemia perniciosában, mint carcinomában stb. szenvedők vérének a vörösvérsejtszámot, vegyhatást és resistentiát illető parallelismusa más, távolabb eső faktorok hatásától függ. Lehetséges egyrészt az, hogy a mi hosszú ideig tartó kísérleteinknél a szervezetnek az osmotikus resistentiát befolyásoló tényezői hozzáidomultak a megváltozott belső milieuhöz, éppúgy, mint azt Zondek a túlélő szerveket tápláló folyadék elektrolytjeinek eltolódásánál észlelte (Elektrolytenanpassung). Elképzelhető másrészt az is, hogy a savanyítás hatására fellépő vörösvérsejtszaporulat, melyet nem kísér resis-

tentiájuk fokozódása, nem a csontvelő fokozott működésével és ily módon friss vörösvérsejteknek a vérpályába való kerülésével függ össze, hanem éppen ellenkezőleg, az ok a megváltozott belső milien által létrehozott csökkent vörösvérsejtszételésben rejlik.

Irodalom: *Acél és Spitzer:* Deutsche med. Wochenschrift, 1924. — *Ashby:* Berichte über die ges. Phys. 27. köt. — *Bálint:* Ulkusproblem. — *Berger:* Orvosi Hetilap, 1924. — *Liebermann és Aczél:* Zschr. f. H. u. I. 99. k. *Friedmann:* Boas Arch. 19. k. — *Cohnreich:* Kl. Wschr., 1926. — *Holló és Weiss:* Orvosi Archivum, 1924. — *Olmer és Raybaud:* Berichte über die ges. Physiologie, 21. köt. — *Simon:* Biochem. Zeitschr. 170. köt. — *Weiss és Dunay:* Orvosi Hetilap: sajtó alatt. — *Weiss és Kiss:* sajtó alatt. — *Weiss, Sümegei és Udvardy:* sajtó alatt. — *Zondek:* Die Elektrolyten, 1927.

A budapesti Szent István közkórház fülösztályának közleménye (főorvos: Szatmáry Sándor dr.).

A bulbus venae jugularis thrombosisának érdekes esete.*

Írta: Kerekes György dr. műtőorvos, közk. alorvos.

A sinus sigmoideus thrombosisa a genyes dobüregi megbetegedések nem túlságosan ritka szövődménye. Ehhez azonban már sokkal ritkábban társul a bulbus venae jugularis megbetegedése. Ennek a műtétilag oly nehezen a koponya alapján fekvő érszakasznak megbetegedésére inkább olyankor szoktunk gondolni, ha a kétségtelenül füleredetű lázas betegség a beteg csontrészek operatív eltávolítása, a megbetegedett sinus sigmoideus feltárása és a v. jugularis lekötése dacára is továbbra fennáll. Legtöbbször elégséges a beteg érszakaszának a nyaki jugularis felől a sinus sigmoideus felé való átöblítése és csak igen ritkán válik szükségessé a bulbus közvetlen műtéte. *Alexander* 300 sinusthrombosis esete közül csak négynél végzett bulbusműtétet. A bulbusthrombosis a vázolt mintegy közvetett és a kórlefolyásból, kórismézhető alakján kívül jelentkezhetik egészen szokatlan klinikai képben. Ilyen eltérő jelleget mutat az alábbi, hosszú intézeti megfigyelésben állott eset, hol a bulbusthrombosis diagnózisát csak a különben szerencsés kimenetelű kórlefolyás összesített szemlélete igazolhatta.

23 éves férfibeteg 1926 december 16-án jelentkezett felvételre osztályunkon. Előadja, hogy 11 év óta folyik a bal füle. Három hét előtt erős főfájást érzett ugyanazon az oldalon, majd füle mögötti tájéka megduzzadt, fülfolyása megállt. Ezután néhány nap múlva folyni kezdett a füle és a füle mögötti daganat is eltűnt. Azóta állandó fülfolyása van. Fejfájása hol erős, hol erősebb. Felvétele előtt három nappal igen erős fájdalmak kezdődtek a fül mögötti tájon, a nyakban és halántékon. 4–5 nap óta naponta borzongása volt. Nem szédült, nem hányt.

St. pr.: Bal dobhártya sötétvörös, előreboltosuló, az atticus lat. falán kölesnyi nyíláson át törmelékes, bűzös geny ürül. Retroauricularis táj nyomásra kiterjedten érzékeny, szintúgy a jugularis mentén kifejezett nyomási érzékenység. Spontan nystagmusa nincsen. Hallás: sűgő beszéd baloldalt ad concham. Hőmérséke felvételkor 36.0 C°.

Délután hidegrázása van, 39.4 C°. Fehérvérsejtszám: 11.200. Szemészeti lelet: a bal szemfenéken telt vénák. A nyaki mozgása kissé kötött. Lumbal punctio: 7 cm³ kristálytiszta liquor alacsony nyomással ürül.

XII. 16-án műtét: Vastag szalonnaszerű infiltrált lágyrészek, subperiostalis tályog. A külső corticalison dehiscentia nem látszik. A esecsnyúlvány megnyitásával erős nyomás mellett bő, bűzös geny ürül. Az elől

* Előadatott a Budapesti Kir. Orvosegyesület otolgiai szakosztályának 1927 november 24-i ülésén.

és mellől fekvő sinus felső szakasza szabad, rajta borsónyi felrakódás. Az egész sinus kemény tapintatú. A sinus felső könyökét szabaddá téve, megszúrásra itt vért nyerünk. Az alsó szakaszát szabaddá téve, a sinusfal mérsékelten szürkés, itt is megszúrásra vért kapunk. A sinus sigmoidesust a keringésből nyomótamponnal kiktatjuk. Aditus tág, cholesteatomától kimart, a dob üregben sarjtömeg. A sinus körüli durarészletet a sinustól medialisan felpuhult csont eltávolítása mellett szabaddá tesszük. Itt a dura mérsékelten belövelt. A sinus felső szakasza körüli durarészlet ép. Tekintve, hogy a sinusnak úgy a felső, mint az alsó szakaszán prophus-
vérést kaptunk, a vena jugularis lekötését egyelőre függőben tartjuk, annál is inkább, mert a talált lelet a klinikai képet teljesen fedi.

XII. 17. A nyak erősen kötött. Közérzet elég jó. Hőmérsék 36,0—39,6 C° között ingadozik.

XII. 19. Reggel hidegrázás, 6 órakor reggel 40,0 C°. A vena jugularist lekötyük. A sinus sygmoides megvastagodott, lobos falát kimetesszük. A sinusban széteső thrombus nem volt, kevés véralvadékat találtunk. 4 g urotropint kap intravenásan.

XII. 20. Reggel 40,2 C°. Kötésváltás. A lágyrészekből az alsó sebzúgból kevés geny ürül. A jugularis alálkötés sebkörnyéke duzzadt, lobos.

XII. 21. Hőmérsék 36—38,4 C° között ingadozik.

XII. 23. 36,0 és 38,7 C° közötti temp. Jobb tüdőcsúcs felett tompult kopogtatási hang, lényegesebb hallgatósági lelet nélkül.

XII. 25. Hőmérséklet 36,6 és 39,6 C° között; kissé köhög, köpetet nem ürít. Sebüreg tiszta, genyretentio sehol sincs.

A következő napokon a láz csökkenőben van, míg azután 1927 január 7-től kezdve teljesen láztalan; sebe záródóban van. Váladék egyre kevesebb. A láztalanság tartós és bár már állapota megengedné, tekintettel arra, hogy vidéki lakos, az utókezelés tartamára is osztályunkon tartjuk.

1927. II. 11-én hőmérséke váratlanul 37,7 C°-ra emelkedik, 12-én 37,6 C°.

II. 13-án legmagasabb hőmérséklet: 38,5 C° és 14-én 37,3 C°.

Műtési oldalon arefájdalmakról panaszkodik, majd temporalis fájdalmak lépnek fel. A járomív táján nyomási érzékenység mutatható ki. A baloldalon peripherias facialis hűdés mutatkozik.

II. 21-én hőmérs.: 37,4 C°. A járomív felett oedemát duzzanat keletkezik, a facialisparaesis pedig fokozódott. A nyakban a bejövetele idején mutatkozott kötöttséghez hasonló állapot jelentkezik.

Szemészeti lelet: Baloldalt kiskokú lagophthalmus, mindkét látóidegfő elmosódott határú, kiemelkedő tág vénákkal, kétoldali pangásos papilla, Röntgenkoponyafelvétele: negatív.

II. 23-án újabb műtét. Az összetapadt friss heget felmetsszük, a műtési területet feltárva. A sinus transversus csontjából bő vérzés indul meg. Az egész műtési üreg sarjakkal kitelt, dura épnek látszik. A csontot a középső és hátsó agyskála felett részben még eltávolítjuk. Punctio a középső és hátsó koponyagödör felé negatív. A sinus thrombotizáltnak feltételezett kötegébe való punctio bő vérzést ad. Nyomó tamponkötés.

II. 24—25-én hőmérsék 38,0 C° és 38,5 C° között ingadozik. Szemészeti lelet: Mindkét oldalt valamivel megkisebbedett pangásos papilla látható.

Ettől kezdve a beteg fokozatosan leláztalanodik, amde facialis bénulása teljessé vált, emellett beszéde is feltűnően nehézkessé lett.

Két héttel később március 8-tól kezdve újból subfebrilis.

III. 10-én hőmérséke 39,2 C°-ig ugrik ki. Majd a következő napokon a 38,7 C°-ot is eléri.

III. 12-én további kivizsgálás céljából kórházunk idegosztályára (Prof. Sarbó) helyezük át. Az ideggyógyászati vizsgálaton feltűnik a nyelvnek baloldali erős ráncoltsága, valamint a nyelv kiöltésekor annak az ellenkező oldalra való deviálása. A bal scapula kissé lejjebb áll és elálló. A bal recurrens bénult: a trigeminus első és második ágának megfelelő érzési eltérések kimutathatók. *Tehát az V., VII., X., XI., XII. agyideg van a folyamalba bevonva.*

Közben a beteg láztalan lesz, időnként azonban 1—1 napon a hőmérséke mégis még 37,5-ig, sőt 38,3 C°-ig is felszökik. Eközben garatfaloedema lép fel. A betegnél a nyelv fájdalmassá válik. Ezen garatoedema, mely egy

peritonsillaris tályoghoz hasonló, többszöri punctióra is negatív leletet ad.

Az ideggyógyászati vélemény (Sarbó professor) végeredményben a jugularis alálkötéssel hozza kapcsolatba a kórképet és az ezt követő pangás következményeké fogja fel.

Az arc-oedema valamelyest csökkent, a pangásos papilla is javult valamit.

IV. 5-én a beteg lázas lesz. Temp. 38,4 C° és visszahelyezik osztályunkra.

IV. 9 és 10-én hőmérséke 38 C° körül mozog. IV. 11-én a 38,7 C°-ot is eléri. IV. 12-én a garatoedemája fokozódik, beszéde alig érthető. Hőmérsék 39,6 C°. IV. 13-án 36 C° és 38,7 C° között ingadozik. IV. 14-én éri el tetőfokát: 39,1 C°. IV. 15-én oedema csökkent. IV. 16-án a jugularis seb feletti terület erősen infiltrált, nyomásra fájdalmas. IV. 18-án maximalis temp. 37,6 C°. A nyaki infiltratio növekedett, tyúktójasnyi, fájdalmas. Április 19-én incisio. Körülbelül 1 dl geny ürül a mély nyakizmok közé vezető tályogüregből. A beteg két napig még subfebrilis, ettől kezdve láztalan két héten át. Arc-oedemája fokozatosan csökken, de meg nem szűnik. A garatoedemája lassanként megszűnik. Rekedtsége, facialisbénulása, hypoglossusbénulása változatlan maradt. Kétheti láztalanság után május 5-én újra főfájásról panaszokodik. Május 6-án délután hőmérséke 37,5 C°, ettől kezdve subfebrilis. Május 9-én a valamelyest közlően javult facialis paresis újra erősebb. A bal arefél kifejezetten oedemát. — *Szemészeti lelet:* Újra mindkét oldalt kiskokú pangásos papilla.

Május 10-én és 11-én újra 38,5 C°-ig emelkedő hőmérsék. Igen erős, a bal arefélre kiterjedő oedema. Bal garatví oedemája újra fokozott. Ettől kezdve teljesen láztalan. Miközben az oedematünetek visszaféjldnek, hypoglossusbénulás csaknem teljesen megszűnt, a recurrensbénulás kissé javult, a facialisparaesis változatlan maradt. Közben a fülséb teljesen szárazzá vált és a beteg ilyen állapotban június 3-án hagyta el osztályunkat.

Ezen, félesztendőt felölelő kórtörténet adatait áttekintve, azt látjuk, hogy betegünk egy chronikus otitis kapesán fellépett, cholesteatoma szétesése következtében beállott, acut exacerbatio és kezdődő sinusthrombosis tüneteivel kereste fel osztályunkat. A betegnél úgy látszott, hogy a szabályos sinusműtét és jugularislekötés meghozta a kívánt gyógyulást, midőn 7 héttel az első műtét után megindult egy lázas remissiókkal megszakított folyamat, melynek előterében állott az arceoedema, valamint a VII., X., XI. és XII. agyideg leasiója. Végül is egy nyaki süllyedéses tályog jelent meg és ezt még egy spontan gyógyult lázas remissio követte, melynek lezajlása után a beteg végleg meggyógyult.

Ez a kép kielégítő módon csak úgy magyarázható, ha feltételezzük, hogy itt a megbetegedésbe a bulbus venae jugularis is be volt vonva. Ez magyarázhatja csak meg a X. és XI. agyideg megbetegedését, melyek a for. jugularen lépnek ki a koponyából. A fellépett periphlebitis terjed rá az idegekre. A XII. agyideg bevonása a folyamatban különösen érdekes. Ez csak kivételesen és csak akkor jön létre, ha a tag emissarium condyloidum arterius van jelen (*Hansberg*). Itt ezen emissarium tovahaladó thrombosisa hozhatta létre a n. hypoglossus bénulását. A facialis és trigeminus laesióját kielégítően csak a pangás, illetőleg a Fallop- csatorna oedemájának feltételezése magyarázza.

Az irodalomban leírt esetek között az itt észlelt esetünk egyes tünetei részlegesen fordulnak elő. Egyedül *Gradenigo* közöl egy ilyen complex bénulási csoporttal együtt járt esetet. Felvetődhetik itt az a kérdés, hogy vajon a jugularis alálkötése, melyet műtétnél épnek találtunk, mennyiben járult hozzá ezen kórkép kialakulásához. Tekintettel azonban arra, hogy az arceoedema fellépése, valamint az idegbénulások mutatkozása a jugularisalálkötést csak több hét múlva követték, ezzel közvetlen összefüggésbe tehát nem hozhatók. A sinus alsó szakasza és a jugularis interna lekötés helye

között létrejött pangási keringési állapot minden bizonynyal hozzájárult azonban a bulbus thrombosis kifejlődéséhez.

Esetünk azt is bizonyítja, hogy a bulbus thrombosisok is mutathatnak a közvetlen bulbusmütét megejtése nélkül való spontan gyógyulást. Még csak megjegyezzük, hogy betegünk azóta jól érzi magát, facialis laesiója valamivel javult és a fülmögötti száraz sipolyát plastikával fogjuk zárni.

A Charité Poliklinika Röntgen-intézetének (főorvos: Bársony Tivadar dr.) és a Munkásbetegsegélyező Pénztár gyomor- bél-osztályának (főorvos: Friedrich László dr.) közleménye.

Epehólyag-diverticulum esete. (Cholecystektomiával igazolva.)

Írták: *Bársony Tivadar dr. és Friedrich László dr.*

Az epehólyag veleszületett és szerzett anomaliáit a legújabb időkig csak az anatómusok, a kórboncnokok és — mint biopsiás leletet — a sebészek ismerték. A valódi diverticulumok ritka eseteit is csak kórboncnokok és sebészek írták le. Csak a cholecystographiás eljárás ismerete óta tudjuk az epehólyag elváltozásait élön, mütét nélkül kimutatni. Cholecystographiával megállapított és mütéttel igazolt valódi diverticulumot — tudunkkal — még nem ismer az irodalom. Ezért tartjuk tanulságosnak esetünk közlését.

Betegünk 23 éves nő. Apja egészséges, anyja epeköves. Két testvére tuberculosisban meghalt, három testvére egészséges. 14 éves korában két hónapig tartó nephritise volt. Egyéb betegségekre nem emlékszik (sem typhus, sem vérhas). Menstruatio normalis. Két szülés. Hat évvel ezelőtt, három hónappal a második szülés után léptek fel először hasi göresei. Kezdetben csak fél-évenként jelentkeztek a fájdalmak, később mind gyakrabban, utóbbi időben pedig már hetenként egyszer-kétszer. Csak nappal jelentkeznek, 3–4 óráig tartanak és függetlenek az étkezéstől; a két bordaív alatt lépnek fel és a hát jobb oldalába sugároznak ki. Hányás után jelentékeny megkönnyebbülés. Sárgasága, láza nem volt. Rohammentes időben mindent eszik, csak gyakori főfájásról, néha gyomorégérsről és felbőfögérsről panaszkodik. Status: Középerős asszony, kislökű vegetatív stigmatizáltsággal. Mellüri szervek normalisak. Hasi lelet: Nyomási pont az epigastriumban és a jobb hypochondriumban. Ezeknek a pontoknak megfelelően Mendel-féle kopogtatási zónák. Máj nincs megnagyobbodva, epehólyag sejtethető. Boas-féle nyomási pont jobb oldalt hátul, Head-féle zóna elől és hátul a IX—XI. dorsalis segmentumnak megfelelően. A vizeletben kóros nincs (urobilinogen negatív). Próbareggeli: szabad sósav 48, összaciditás 72. Röntgen-vizsgálat: mellüri szervek épek, ptosisos gyomor, gyomor-béltraktus ép. Duodenalis szondázás eredménye: reflexek jól kiválthatók (*Lyon-Meltzer, Stepp, Schöndubbe-Kalk*), de csak késéssel (20–25 perc múlva). Az epe színintenzitása a normalisnál csekélyebb. Mikroszkopikus lelet: normalis (leukocya nincs, cholesterinkristálytartalom nincs megnövekedve). Cholecystographia (4 g jódtetragnost intravenásan): 12 óra múlva intenzív homogen epehólyagárnyék látható, a funduson babnyi befűződéssel (*ábra*). Vajás étkezésre jó contractio a fundusesúcsen látható mellékárnyék megkisebbedésével. Minhogy belső kezelésre javulás nem jött létre, a beteget megoperáltattuk epehólyag-diverticulum diagnosissal. Mütéti lelet (*Pólya tanár*): szabad, vékony falú epehólyag, a funduson borsónyi tasak, mely az epehólyagtól egy

megvastagodott ránc által határolódik el. Kövek nem tapinthatók. Cholecystektomia. Az epehólyag tartalma normalis, kő nincs. Az epehólyag kórboncnati vizsgálata a következőket mutatta (*Baló tanár*): „6 em-re a ductus cysticusba való átmenet helyétől egy 9 mm széles és 4 mm vastag harántredő két részre osztja az üreget. A kisebbik üreg a fundusnak megfelelően kismogyorónyi. Ez a nagyobb üreggel egy lencsényi aszimmetrikus elhelyeződésű nyíláson át közeledik. Az epehólyag fala 3 mm vastag. Úgy a kisebb, mint a nagyobb üregben megvan a nyálkahártyafal izomrétege és a serosa. A redőnek megfelelően az izomréteg kettőzött, a nyálkahártya szabályos, sem benne, sem a fal mélyebb rétegében nem találtunk lobos elváltozásokat.“ *Baló tanár* nézete szerint: „a lobos jelenségek hiánya miatt az epehólyag elváltozását fejlődési rendellenességnek kell tartani“.

A kórtörténethez hozzátartozik, hogy a beteg mütét után két hónapig panaszmentes volt, azután ismét jelentkeztek a régi panaszok. Úgy látszik tehát,



hogy a panaszokat nem a diverticulum okozta, hanem minden valószínűség szerint az epeutak abnormis beidegzése, egy diskinesis.

Diverticulumok keletkezhetnek az epehólyagon gyulladásos folyamat alapján is. Az usuratio és nyomási atrophia következtében keletkezett diverticulumokat a sebészek jól ismerik.

Esetünk tehát mindenek szerint egy fejlődési rendellenesség, egy congenitalis valódi diverticulum.

Összefoglalás: Az epehólyag fundusán cholecystographiás eljárással diverticulumot állapítottunk meg. A mikroszkopos kép: valódi diverticulum.

L A P S Z E M L E

Belorvostan.

A pankreas szigetapparatusának hyperfunctiója. *Alpern és Besuglow.* (Klin. Wochenschr. 1928, 13. sz.)

A szerzők *Mansfeldt*-től függetlenül és állítólag már az ő hasonlótárgyú közlései előtt kezdték el vizsgálataikat arra vonatkozólag, vajjon nem lehetséges-e a pankreas kivezetőcsövének részleges leköttése által a *Langerhans*-szigetek funkcióját fokozni. Kísérleteiket

kutyán végezték, egyrészt a ductus pankreatikus leköltését, másrészt a pankreas farki részének teljes ligaturáját eszközölve. Tapasztalatuk az, hogy a külsősecretiót nem szabad teljesen felfüggeszteni, mert ez a mirigy pusztulásához vezet. Ha a műtét révén sikerült a pankreas külső elválasztásának részleges kiiktatása, úgy 4–5 hét múlva kezdett jelentkezni az operatio hatása, mely egyrészt a cukortolerantia fokozódásában, másrészt a zsír- és ásványanyagcsere megváltozásában nyilvánult. A tolerancia növekedését legjobban bizonyította, hogy cukoradagolás után a vércukor nem emelkedett oly magasra, mint az operálatlan állatoknál, másrészt a kezdeti rövid emelkedés után erős süllyedés állt be, mely néha kifejezett hypoglykaemiához vezetett. A vércukorszint ilyfajta mozgása azt mutatja, hogy az operált állatoknál a cukoradagolás a normalisnál lényegesen nagyobb insulinproductiót indít meg. A zsíryanagysere megváltozása abban nyilvánult, hogy az állatok a műtét után hízásnak indultak, másrészt a vér zsirtartalma (lipaemia) csökkent. Az operált állatok egy részét hónapok múlva boncolták és a szövettani vizsgálat kiderítette, hogy a Langerhans-szigetek valóban hypertrophizáltak, sőt a pajzsmirigyben és a mellékvesében is voltak elváltozások észlelhetők.

Czoniczér dr.

Vizsgálatok a Ringold-féle eljárással a rák diagnosztizálására. *Haagen.* (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1928, 7. sz.)

Ringold egy eljárást dolgozott ki, melynek segítségével, szerinte, a rák korán diagnosztizálható. A lényeg *Ringold* szerint az, hogy rákos betegeknek a nagy lymphocyták és a monocyták magvai széjjelosztottan, gyakran egymás mellé, sőt egymásra nyomottan jelennek meg. Ennek kimutatására olyan eljárást használ, ahol a sejtmag jól átlátszó, de amellett szerkezete mégis megtartott; az átlátszóság annyiból fontos, hogy az egymásra került magok conturjai jól kivehetők legyenek. Az eljárás abban áll, hogy a vérkenetet methylalkoholban fixáljuk, majd boraxsavas eosin-methylenkékben festjük és végül taninoldatban differentáljuk.

Haagen 10 egészséges, 30 beteg, de nem rákos és 14 rákbeteg vérért vizsgálta át ezzel az eljárással és arra az eredményre jutott, hogy a nagy lymphocyták és a monocyták magvainak *Ringold* által leírt elváltozása nemcsak hogy nemrákbetegeknek is előfordul, hanem éppen olyan gyakori a nemrákos, mint a rákos betegeknek. *Ringold* eljárása tehát nem alkalmas a rák kimutatására.

Kleiner dr.

Meningoenkephalitis tünetek védőoltás után. *Mallinkrodt.* (Deutsche med. Wochenschr. 1928, 7. sz.)

Három beteget észlelt, akiket védőoltás után 10. és 12. nap között meningoencephalitis tünetek között talált. A tünetek magas láz mellett kifejlődött öntudatzavarban, tarkómerevségben, tág, alig reagáló pupillában, végtagokon feszes izomzatban, klonikus rángásokban és positiv Kernigben nyilvánultak. Kettő halálosan végződött, egy meggyógyult. Miután a meningitis más eredete teljesen valószínűtlen volt, kénytelen annak okát a védőoltásra visszavezetni. Ez már azért sem valószínűtlen, mert acut infectiosus betegségek nem ritkán okoznak meningitist, már pedig a védőoltás utáni állapot lényegében szintén acut infectiosus megbetegedés.

Kleiner dr.

Az acut és chronikus sepsis kezelése. Prof. *R. Stahl.* (D. med. Wochenschr. 1928, 9. sz.)

A gyakori hidegleléssel járó, legacutabb sepsises kórképek többnyire genyes venathrombosisokon alapulnak, amelyekről bakteriumokkal megrakott törmelékek válnak le, mely utóbbiak emboliákhoz és metastasisos tályogokhoz vezetnek (középfülgyenedések, ajakfurunculusok utáni pyaemia, az epehólyag, a feregnyúlvány, aranyér, újszülöttek köldökének, a végtagok vénáinak genyes megbetegedése utáni pyaemia). Súlyos esetekben csak az illető vénának rögtöni leköltése jöhet tekintetbe. Újabban gyakori az angina utáni sepsis. Az angina folyamán, mely talán már gyógyulóban is van, hirtelen

rázóhideg támad sepsises hőmenettel. Oka ennek az egyik tonsillaris vena thrombosisa. A vena jugularis leköltése néha még segít. Sok esetben nem ismerjük a fertőzés kapuját, vagy a sepsises gócot. Ilyenkor adott esetben tonsillektomiát ajánlunk, sanáljuk a stomatitist, az alveolaris pyorrhoeát, a szuvas fogakat; szigorúan kezeljük a furunculosis, adnexitist, cystitist, pyelitist. Ha ilyen támpontjaink nincsenek, a tüneti kezelésre vagyunk utalva. Trypaflavintól, argoflavintól, rivanoltól, neosalvarsantól, arsenoltól, optochinumbasicumtól onnadintól döntő, igazán meggyőző eredményt nem látott a szerző sem az acut, sem a chronikus, főként mint endocarditis lenta jelentkező sepsisben. Ellenben nagyon ajánlja az introcidot, amelyet három esetben igen szembetűnő sikerrel alkalmazott. Az antistreptococcus vegyesszerű költséges és kevésbé kecséget eredménnyel. Ezért endocarditis lentában először — legkisebb dosisokban — autovaccinát alkalmaz, majd ezt vaccinált emberi autogen immunosavóval kombinálja. Javulást észlelt. Sürgős esetekben eredményel használható előre nem kezelt, egészséges, fiatalabb egyének savója is. Anaemia esetén teljes vérnek bőséges (500–700 cm³) átömlesztése gyakran kitűnő hatású. Alkalomadtán a gyanított sepsises góccra történő, gyenge Röntgenbesugárzás is használható. Végül a szerző a sepsis prophylaxisára hívja fel a figyelmet visszatérő angina, chronikus tonsillitis és egyéb ilyenféle folyamatok esetén, különösen akkor, ha régi bilentyűhiba van jelen.

Horváth László dr.

Sebészet.

Végbélszűkületek nőgyógyászati megbetegedéseknél. *Róbert Joachimovics.* (D. Ztsch. f. chir. 208.)

Hogy a nőgyógyászati megbetegedések aránylag ritkán okoznak végbélszűkületeket, annak főoka az anatómiai viszonyokban rejlik. Ha a megbetegedés kétoldali is, rendszerint nem okoz lényeges beszűrődést a középvonalba. A szűkület kifejlődését a paranetritis posteriornál látjuk leggyakrabban, melynek elgyenedése a végbélbe is áttörhet. Ez a folyamat mélyen okoz szűkületet. Ha a gyulladás folytán a lig. infundibulopelvicum és a retroperitonealis kötőszövet is megbetegszik, hegesedik, a végbélyílástól 16–18 cm magas szűkületek képződnek. A terhesség, jóindulatú méhdaganatok is okoznak szűkületet, természetesen csak nyomás folytán, a bélfal elváltozása nélkül. A portiorák előbb éri el a hólyagot és csak elhanyagolt esetekben jut a végbélhez (magasan ülő szűkület). Gyakoribb dolog, hogy a septum vaginorectalen át terjed a carcinoma a bélfalra (alacsonyán ülő szűkület). Itt kell megemlíteni az ule, molle, lues, gonorrhoea képesán kifejlődött végbélszűkületeket is, bár ezeknél közvetlen fertőzés a betegség alapja.

Pommersheim.

Egyoldali femur flexum varum, az alsó végtag megrövidülései és azoknak kiegyenlítése. *Dr. G. Engelmann.* (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1928, 208. köt., 4 füz.)

11 éves gyermekről számol be, aki teljesen egyforma hosszú végtagokkal született és jelen állapotában a bal alsó végtagja 5 cm-rel rövidebb. Gyulladás, fejlődési rendellenesség kizárható, úgyhogy az irodalomban feltalálható esetekhez hasonlóan valamely, esetleg teljesen jelentéktelen, traumát kell okolni. Az erőművi behatás valószínűleg az epiphysisporcot érte és ennek sérülése folytán maradt vissza a végtag hossz-növekedése. Általánosságban összefoglalja a végtag-rövidüléseket és külön tárgyalja a valódi és a látszólagos rövidüléseket. Ha a rövidülésnek oka a végtag valamelyik ízületének zsugorodott helyzete, akkor annak kiegyenlítése rendszerint megszünteti a hossz-különbséget. Ha a rövidülés valódi, anatómiai, akkor a legkülönbözőbb ferde és lépcsőszerű osteotomiák extensiók kezelésével egybekötve, de a legújabb vizsgálatok szerint egyedül a nyújtókezelés is jó eredményeket adhat.

Horváth Boldizsár dr.

A Hildebrand-féle pectoralis maior-átültetésnek módosított eljárásáról. *Dr. Frankenberg.* (Archiv für klinische Chirurgie. 1928, 149. köt., 3. füz.)

Hildebrand 1905-ben a béna deltaizom pótlására a pectoralis maior transplantációját ajánlotta. Az eredeti műtétnél a szegycsontról leválasztott nagy mellizmot a kulcsesonthez varrjuk. Az izom azonban így nem tudja teljes erejét kifejteni, mert nincs kellő feszülés alatt. Ha a tapadásáról leválasztott pectoralis maiort teljes egészében a clavicula helyett a kulcsesont felett kifejtve, a spina scapulae-hoz varrjuk, sokkal nagyobb erőt fog kifejteni. A műtétnél nagyon ügyelünk az izom ereinek és idegeinek megtartására és műtét után a felkarral maximális közelítésben rögzítjük a mellkashoz. Az izom lefejtése subperiostalisán történik és ugyancsak periostalisán varrjuk a spina scapulae-hoz. A műtétől számított 15. napon elkezdjük a beteg karjának mozgását és az utókezelésben villanyozással erősítjük az átültetett izmot. *Horváth Boldizsár dr.*

Serratus anterior pótlása pectoralis maior és subscapularissal. *Dr. H. Walter.* (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 208. köt., 5–6. füz.)

A lapocka izmai közül a serratus ant. a legfontosabb és ezért kiesése a kar működését is nagyon hátrányosan befolyásolja. Pótlására leginkább a pectoralis maior alkalmas, mert a mammaamputációk azt mutatják, hogy ez az izom a kar mozgásainak kivételében elég könnyen nélkülözhető. Egyetlen nehézség az, hogy a nagy mellizom ina olyan rövid, hogy csak erős húzás és a lapockának lehető legnagyobb mértékű előretolása mellett lehet az izmot új tapadási helyen rögzíteni. Ezért a műtétet akképpen módosították, hogy a lapockához való rögzítést még a subscapularisból képezett hurokkal erősítették meg. A módosításnak előnye, hogy a műtétől számított 14 napra el lehetett kezdeni a gyakorló utókezelést. *Horváth Boldizsár dr.*

Combesonteltávolítás és Sauerbruch-féle „Umkipp“-plastika. Sarkomaképződés baleset után. *Dr. Hildebrand.* (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 208. köt., 5–6. füz.)

A combesont alsó harmadában fellépő osteosarkoma miatt részleges combesonteltávolítást végeztek és a hiányt a tibiának felhajlításával pótolták. Két hónap múlva a csontok jól egyesülve, használható csontot adtak. Három hónap múlva recidiva lépett fel (mint az ilyen műtétek legnagyobb százalékában Ref.), mely hamarosan exitushoz vezetett. Az esettel kapcsolatban megemlíti, hogy úgy az elsődleges daganat, mint a kiújulás nagyobb trauma után indul erősebb növekedésnek. *Horváth Boldizsár dr.*

A vesetuberculosis kezelésének eredményei a marburgi sebészeti klinikán. *Greifenstein és Kehl.* (Deutsche Zeitschrift f. Chir. 208. köt., 1. füz.)

1891-től 1923-ig a marburgi sebészeti klinikán kezelt 43 vesetuberculosis késői eredményeiről számolnak be. Az első hat hónapban bekövetkezett halált műtéti mortalitásnak tekintik és ezen időszakban 13 betegük pusztult el. Ezen magas halálozási számot a korábbi évek tökéletlen vizsgálómódszereinek tulajdonítják. Kórbonetanilag gyakori a klinikailag ki nem mutatható kétoldali megbetegedés. Véleményük szerint a másik vese az esetek nagyobb részében haematogen uton fertőződik és az urinogen-fertőzést csak igen súlyos hólyagtuberculosisnál látják bizonyítottnak. Bizonyítja ezt szerintük, hogy a késői halálozásnál a másik vese tuberculosis a oly szerepet játszik. A tuberculotikus vese eltávolítása után a beteget továbbra is tuberculotikus egyénnek kell tekintenünk, kinél a tuberculotikus folyamat esetleg csak igen későn lobban fel ismét, és a késői halálok majd minden esetben a tuberculosis. 11 betegük halt meg így évekkal a műtét után, 13 betegük van még életben. Ezek közül 8 véglegesen gyógyult, 4 javult, egynek állapota rosszabbodott. Mindezeknél a műtét legalább öt évvel ezelőtt történt. A legrégebben operált életben levő betegüknél a műtét 32 évvel ezelőtt történt. A műtét

technikai kivételét illetően azt tapasztalták, hogy az idejében felismert peritoneumsérülések veszélytelenek. A specifikus sebfertőzés és sipolyképződés okát (17%-ban észlelték) az ureter- és a perirenalis szövét beteg voltában látják és az uretercsontok ellátásának módja erre semmiféle kihatással sincs. A régi időkben gyakorolt diagnosztikai feltárása az egészséges oldalnak, ma a vesevizsgáló módszerekkel teljesen pótolható s azt alkalmaznunk csak ott szabad, hol a vesevizsgálat a hólyag rossz állapota miatt keresztül nem vihető. 11 nemoperált betegük közül csak egy van életben, de ezt is megoperálták másutt. Az úgynevezett spontán gyógyulás mindig a vese teljes elpusztulásával jár. Közölnek egy ilyen autonephrektomizált esetet.

Schmidt Albin dr.

Fülgőgyászat.

A mucosus-otitisről. *Eckert-Moebius.* (Archiv für Ohr-, Nasen- und Kinderheilk. 116. köt., 4. füz.)

A mucosus-otitisek különleges helyzetét a streptococcus mucosus morfológiai és culturalis sajátosságai, valamint a klinikai kép jellegzetessége indokolják. Szerző azon kutatók táborához csatlakozik, akik streptococcus mucosust biológiai viselkedése alapján a pneumococcus III. típusával azonosnak tartják. Gyakoriság tekintetében a streptococcus haemolyticus okozta otitisek után következik, előfordulása az összes otitisek számához viszonyítva kb. 20%. Míg a pneumococcus okozta fertőzések az ifjúkorban leggyakoribbak, addig a mucosus-otitisek inkább idősebb betegeknél, főleg férfiaknál fordulnak elő, rendszerint primaer-genuin módon. Ez a sajátosság azon körülményben leli magyarázatát, hogy a streptococcus mucosus gyenge virulenciájánál fogva könnyebben tapad meg lapos, endothel tartalmú nyálkahártyán. A kezdő tünetek a következők: Gyenge vascularis lobreactio, korai proliferatív lobtünetek, feltűnő mélyrehatás. Ez magyarázza a lappangó subacut lefolyást és a spontán gyógyhajlamra való esékély készséget. A klinikai tünetcsoport igen jellegzetes, jelenléte esetén feltétlenül szükséges a bakteriológiai vizsgálat, mely, ha pozitív, a folyamatot szigorúan ellenőrizni kell. (Műtéti indició!) *Germán Tibor dr.*

A kanyaró-otitisről. *E. Urbantschitsch.* (Wien. med. Woch. 77. évf., 34. sz.)

A kanyaró kezdetén a stad. exanthematicusban jelentkező középfülgulladások keletkezésében a tonsillák és adenoidok nem játszanak szerepet. Valószínű, hogy a dobüregi nyálkahártya exanthemája a kiinduló pont, a fertőzés tehát haematogen. A hámlás szakában vagy ezután fellépő otitiseket már inkább az orr-garatüreg hurutja idézi elő. A bakteriológiai lelet többnyire staphylo- és streptococcus, nem ritkán vegyes fertőzés alakjában. Többször tuberculosisbacillusos vegyes fertőzést állapított meg. Igen súlyos lefolyásúak voltak a más fertőző betegséggel, főleg diphtheriával szövődött esetek. Koponyaüregbeli szövődmények nem ritkák és igen veszélyesek.

Germán Tibor dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A klimakteriumos panaszok terapiája. *Prof. Halban.* (Wiener med. Wochenschrift. 1928, 18. szám.)

A menstruális kép megváltozása előtti időre nyúlik vissza a klimakterium kezdete, ez időtől beszélhetünk az ovarium egy hypofunctiójáról, aminek jele a 40 év körüli relativ sterilitás.

Az ovarium működése kiesésének távolabbi következménye az uterus és nyálkahártyájának atrophiaja s az emlő regressiv elváltozása. *Amenorrhoeánál* nem kell beavatkozni. A *menorrhagia* terapiája a Röntgenbesugárzás. *Metrorrhagiánál* próbacurettagé végzendő. Ha malignitás nincs, Röntgen, ha malignus, a méh teljes kiirtása, bár szerző jóindulatúság esetében is a vaginalis totalis exstirpatio híve, különösen, ha curettage csak narkosisban történhetik. A *physikus altera-*

tióknál nagy szerepe van a megnyugtatósnak, jó szol-gálatot tesz a bróm s a Valeriana-praeparatumok, továbbá a hidegvizkúrák, súlyos esetekben az opium. Az e korban gyakori fokozott libido ellen az epiphysin. Egy másik fontos következménye a *vegetatív idegrendszerre* való hatás. Itt a tünetek aszerint változnak, hogy az idegrendszer sympathikus vagy parasympathikus része van-e befolyásolva, bár gyakran mindkettő érintve lehet. A vasomotorcentrum izgalma esetén a splachnikus területén lévő érrendszer contractiója következtében a peripheriás erek kitágulván, hevüléseket idéznek elő izzadásokkal. Therapiája a Climasan vagy Ovocliman. Érvágás is szóba jöhet, végül a hypophysis Röntgen-besugárzása. Támogathatjuk hidegvizkúrával. A kiserek contractiója esetében terapia ugyancsak a Climasan és a vizgyógymódok. A bélizomzat tónuszavara következtében beálló diarrhoe gyakran jól befolyásolható pankrean nagy adagjával. Az *eredényrendszerre vonatkozó fájdalmak*, vasalgák gyógyszerre a pyramidon, antipirin. Nagyjelentőségűek a *bőr-, esont- és ízületi* elváltozások. Chronikus ekzémák és craurosis vulvaenál jóhatásúnak tartja a 2%-os iapisoldattal vagy jódincturával való ecsetelést, utána dermatol-tumenolkenőcsöt. Ha ez nem használ, Röntgen-therapia jöhet szóba. A minden kezeléssel dacoló esetben $\frac{1}{2}$ %-os novocain- és $\frac{1}{4}$ %-os tutocainoldattal infiltrálta a beteg területet. Az ízületi bántalmak gyógyszere a massage, kénesfürdő és diathermia, esetleg thymus-praeparatumok, a hyperthyreoidismushal thyreoidint ad. Az egyedüli biztos methodus a klimakteriumos panaszok megszüntetésére az ovarium transplantatiója volna, amellyel jó eredményeket érünk el, hatásuk azonban rövid, mert egy-két éven belül az implantatum felszívódik. A legújabb időkben a Zondek-féle folliculin s a Biedl-féle hormovar kitűnő készítményeknek bizonyultak. *Simonovits dr.*

A méhizomzat viselkedése terhesség és szülés alatt.
Priv. Doz. Hermann Knauss. (Wiener klin. Wochenschrift. 1928, 2.)

Szerző felteszi, hogy a méh izomzata, hasonlóan a többi izmokhoz, szintén végez összehúzódásokat. Annak okát, hogy ezt nem észlelhetjük, a méh golyóalakjában keresi, mert ha a méh a belekhez hasonlóan csőszerű képlet volna, úgy annak mozgását a nyitott hasban észrevehetnénk. *Magnus* s később *Kehrer* túlélő méhen végeztek kísérleteket s kymagraphionon a méhmogzásokot felvették. Ezen kísérletek adták a szülészetnek a chnint, hypophysiskivonatokat, valamint kimutatták, hogy a méhösszehúzódások a petefészek hormonjainak hatása alatt áll.

A pete növekedése nemcsak tágitja a méhet, hanem az maga is növekszik, még pedig az egyes izomzatok nagyfokú hypertrophiája által. Állatkísérletek útján kimutatták, hogy amíg a pete a kürtön át vándorol le a méhürbe, a méh mozdulatlan s nem is ingerlékeny, a tonusa akkor tér vissza, midőn a pete már megtapadt. Ettől kezdve a contractiók mindinkább erősödnek, hogy a petét meglátsák a méhfaltól s így a szüléshez előkészül a méh. A szülést tehát nem egy hirtelen fellépő összehúzódása a méhizomzatnak, hanem az utolsó accordjai egy mindinkább erősödő összehúzódásoknak.

Szerző ezen állatkísérletekből nyert tapasztalato-kat emberre is vonatkoztatja s szerinte a terhesség kezdeti szakában való felpuhulása a méhnek nemcsak a vérbőségnek s duzzadásnak tudható be, hanem a méhizomzat elernyedésének. Az összehúzódások csak a terhesség második felében jelentkeznek, melyet az asszonyok meg is éreznek s terhességi fájásoknak nevezünk. Hogy ezen fájások szülést nem okoznak, annak oka, hogy csak nagyon rövid ideig tartanak s ebben az időben még nincs is meg a méhnek a tonusa. Ez a szükséges tonusa a méhnek csak az utolsó négy hétben van meg, azért is száll lejjebb a méh a terhesség utolsó hónapjában, mert fokozottabb a tonusa és ez nemszült nőnél a fejet a bemenetre rögzíti, szült nőnél pedig a

méh alsó szakasza kitágul. Ez a tonusfokozódás subjective is megvan az alhasban való nyomásérzésből, mely mindinkább erősödve átmegy a szülőfájásokba.

Szerző elismeri, hogy ez ellentétes az eddigi felfogással, de az állatkísérletek erre engednek következtetni. *Fátyol dr.*

A női gonorrhoeának kezelése. *Dóczy Gedeon dr.*
(Wiener klin. Wochenschr. 1928, 2. sz.)

Szerző a klinikán szokásos kezelési eljárásokat foglalja össze. Az utolsó három év anyagát közli 213 eset kapcsán, melynek 95%-a nyilvános nőkből került ki.

A külső női nemi szervek tisztántartására a kal. hypermang. ajánlja, ugyanezt a hüvelyöblítésre is. Emellett zinkehlidot s formalint is ajánl.

A portiofűrösztésne 2-3-szor hetenkint 1% arg. nitr. ajánl, később faecetet. A tamponkezelést szintén használják, és pedig albargin, choleval, protargolt 1-2% vizes oldatban. Jó eredményt látott a 2%-os gonyotren pellidol-glycerin-kezeléstől.

A portio erosiókat, melyek chemiai szerekre nem javultak, Holländer-féle forrólégkezelésnek vetették alá.

Végbélgon, az esetek 25%-ában észlelt, 1% vizes albargin-oldat és 10% ichthyolos supperitonak adagolására pár hét alatt gyógyultak.

Kitér még az acut húgyesőgyulladások és hólyag-hurut kezelésére.

Gyermekek vulvagenitisénél jóhatású a kalium hypermang. ülőfürdőn óvatos befeeskendése 1% albargin-oldatnak.

Szóba jön még a diathermiás kezelés is. A gyógyulásról akkor szólhatunk, ha a tisztulás után közvetlen vett váladék is negatív; ezután vaccina-próbának vetjük alá a beteget s ha ezután is negatív marad, úgy gyógyultnak minősíthető. *Fátyol dr.*

Gyermekorvostan.

Az encephalographia eredménye egy gyermek-kori porenkephalia esetében. *K. Salomon.* (Arch. f. Kinderheilk. 1928, 175., 83.)

A szerző encephalographia segítségével porenkephaliát mutatott ki egy csecsemőnél. A levegőbefúvás után közvetlenül végzett Röntgen-felvételeken a tágult agygyomrocsonk kivül más pathológiás elváltozás nem volt kimutatható. A porenkephaliás üregek a befúvás után csak 2-8 nap múlva váltak a Röntgen-felvételeken láthatókká. A boncolási lelet az encephalographiás eredményeket mindenben megerősítette. Vizsgálatai szerint nem szabad egyszeri Röntgen-felvétellel megelégedni az encephalographiás vizsgálatnál. *Geldrich dr.*

Szamárköhögés kezelése normalis embervérsavóval. *Jundell.* (Acta Paediatrica. 7. köt., 4. füz., 1928.)

24 szamárköhögéses gyermeknél alkalmazott serumkezelést, 1-4-szer adagolt intramuscularisan 10-40 cm³ normalis felnőttvérsavót. Ha a kezelés már a catarrhalis stadiumban kezdte meg, a convulsiv stadium legtöbbször ki sem fejlődött. A convulsiv stadiumban kevesebb eredményt látott. A javulást vérsavóval nem kezelt controllgyermekkel összehasonlítás után állapította meg. Szövődményeket egyáltalában nem látott.

A kedvező eredmény akkor sem maradt el, ha a vérsavót adományozó felnőtt egyének szamárköhögést nem állottak ki, felnőttek normalis vérsavójának hatása tehát nem hasonló a kanyaróreconvalescens-serum hatásához. *Teveli Zoltán dr.*

Az ú. n. exanthema subitum kórképéhez. *Braunstein.* (Jahrb. für Kinderheilk. 1928. 118. köt., 387. old.)

Öt eset kapcsán számol be az exanthema subitum kóránáról. Az Amerikában *Veeder* és *Hempelmann*. Európában *Bókay* által először leírt exanthema subitum hirtelen kezdődik febris continua jellegű magas lázzal, mely rendszerint három napig tart. A magas hőmérséklet dacára a gyermekek közérzete nagyobb mértékben csak ritkán befolyásolt. A negyedik napon,

néhány órával az izzadás nélkül bekövetkező kritikus hőesés után jelenik meg a kanyaróra emlékeztető foltoz, halványrózsaszínű, ép bőrterületektől tarkított exanthema. A kiütés a hajás fejbőrre is ráterjedhet. A vérképre kifejezett leukopenia és relativ lymphocytosis jellemző. *Szövődmények* a belső szervek részéről rendszerint nem fordulnak elő, s ebből következik, hogy *kórjólata* abszolút jól. *Kóroktana* ismeretlen. Legnagyobb fogékonyságot a szopós csecsemők mutatnak iránta, aminthogy a megbetegedések javarésze is a két éves korig fordul elő. A *kórjelzés* megállapításánál a vörheny, kanyaró és rubeolától való elkülönítése okozhat nehézséget. Az eddigi észlelők az exanthema subitumot egybehangzóan önálló, eddig még kevéssé ismert infectious megbetegedésnek tartják.

Benkőné Schmitt Anna dr.

Főtt táplálékok specifikus dinamikus hatásáról. *W. Hilsinger.* (Archiv f. Kinderheilk. 1928, 3. sz.)

Szerző három (9, 12 és 15 éves) gyermeknél Zuntz-Geppert-apparátussal kísérletezett és 150 g hús és 500 g tej specifikus dinamikus hatását vizsgálta nyers, ill. főtt állapotban. Kísérleteit óránként végezte 5–10 órán át.

a) *Húsevésnél:* Legtöbb kísérletben a főtt hús görbéje valamivel magasabb és hamarabb beálló spec. din. hatást mutatott, mint a nyersé. Szerző feltételezi, hogy főzésnél 1. a kötőszöveti rostok szétesnek és ezáltal az emésztőnedvek és fermentek fehérjebontó hatása könnyebben érvényesül, 2. aromatikusan anyagok keletkeznek, melyek az étvágyat és az emésztést előmozdítják.

b) *Tejevésnél:* Forrált, illetve nyerstej bevitelénél a spec. din. hatásban lényeges különbséget nem látott. Míg húsevésnél a spec. din. hatás görbéje egyetlen (2–4 óra múlva jelentkező) acmet mutat, addig tejétkezésnél egy első alacsonyabb kiugrás (1–1½ óra múlva) után jelentkezik csak a (húsnál típusos) nagyobb emelkedés, ugyanez 2–4 óra múlva. Az első emelkedést valószínűleg a tejben szereplő elég sok szénhidrát elége okozza.

Függetlenül a bevitt táplálék minőségétől, a spec. din. hatás megszűntével (5–7 óra múlva) a görbén egy újabb emelkedést észlelt.

Reis Sarolta dr.

KÖNYVISMERTETÉS

A tuberculosis tanának haladása. Szerkesztette: *Országó Oszkár.* Az Erzsébet királyné Sanatorium-Egyesület kiadása, 1927.

Az orvosi továbbképzés az utóbbi években igen nagy lendületet vett nálunk, aminek egyik látható bizonyítéka az előtünk fekvő könyv is. Magyarországon tudvalevőleg az összes európai államok között legnagyobb a tuberculosis-halálozás; így érthető az a törekvés, hogy ezt a betegséget lehetőleg minden gyakorló-orvos alaposan megismerje. Az egyetemi évek alatt rines elég alkalma az orvostanhallgatónak arra, hogy behatóbban foglalkozzék a tuberculosisal. A kötelező kórházi gyakorlatra vonatkozó rendelkezések szintén figyelmen kívül hagyták a tuberculosis mint népbetegséget, mert a tuberculosisal foglalkozó kórházak, sanatoriumok és osztályok látogatását nem írják elő. Ez az oka annak, hogy gyakorlóorvosnak is általánosságban nem mindig rendelkezik azokkal az ismeretekkel, amelyek a tüdőtuberculosis korai felismeréséhez és így a nagyobb sikerű gyógyításához feltétlenül szükségesek. Ebből a szempontból nézve a kérdést, nagy jelentőségűnek tartom az *Országó Oszkár* szerkesztésében megjelenő könyvet is, amely a tanfolyam előadásait közli és így alkalmat ad a szükséges ismeretek elsajátítására azoknak az orvosoknak is, akik a szóbanforgó tanfolyamon valamely oknál fogva részt nem vehettek. Lehetetlen volna mindegyik fejezetről külön-külön említést tenni. A könyv írói valamennyien hivatott művelői azoknak a kérdéseknek, melyekről írtak. Röviden, igen jó magyar stílusban, összefoglalva nyújtják azt, amit egy-egy kérdésről a gyakorlóorvosnak is tudnia kell. Az egész könyv magán viseli a Korányi-iskola bélyegét, ami természetszerűleg előnyére is válik. Talán egyedüli hiányának az volna nevezhető, hogy csakis ennek az iskolának a felfogását tükrözi vissza, holott Magyar-

országon ma már más iskolából kikerült neves orvosok is vannak, akiknek e kérdésben való felfogása említésre való lenne. Különösen ki kell emelni *Fáy Aladárnak* „A tuberculosis elleni küzdelem szervezetről” szövegét, amely írójától megszokott alaposággal és széles látókörrrel jelöli meg azokat a feladatokat, amelyek a tuberculosis terjedésével szemben végre is keltené hajtani. Némi resignációval állapíthatjuk meg azonban, hogy a nagy veszedelem ellenére *Fáy* tanácsai legnagyobb részét csak papiroson vannak még ma is meg.

A szerkesztő, *Országó Oszkár*, nagyon hálás feladatra vállalkozott, amikor ezt a könyvet kiadta, mert nem lehet tagadni, hogy a magyar nyelven írott jó könyvek nagy hatással vannak az orvosok képzettségére, és így a magyar orvosi kar orvosi niveaujának emelésére. Érdeklődéssel várjuk a II. sorozat megjelenését is.

Pekánovich István.

Grenzen des Normalen und Anfänge des Pathologischen im Röntgenbilde. *Alban Köhler.* 5-ik tetemesen bővített kiadás, 582 oldal, 324 képpel, G. Thieme kiadása. Lipse, 1928. Ára fűzve 36—, kötve 38— márká.

Ötödik kiadásában díszes kiállításban, legfinomabb papíron, kiváló új illusztrációk sokaságától tarkítva és szövegében a haladásoknak megfelelően kibővítvé jelenik meg előtünk *Alban Köhler* régóta közismert könyve, mely főleg a röntgenologus mindennapi diagnosztikájában már az eddigi kiadásában is idők folyamán jóformán nélkülözhetetlenné vált. Mint a címe is mondja, tárgyalja mindazon Röntgen-tüneteket, melyeknél a vizsgáló kétségben lehet aziránt, hogy azokat pathologusoknak tartsa-e? Az e téren való eligazodás azért olyannyira fontos, mert gyakran súlyos elváltozásoknak is csak nehezen, vagy alig észlelhető tünetei vannak. Máskor pedig egy szokatlanabb felvételi beállítás, kevéssé ismert bonctani viszonyok, vagy épp életi variációk pathologus elváltozásoknak imponálhatnak. Mindezekben tiszta tájékozást nyújt a hangyaszorgalommal összegyűjtött és mindenütt értelmes, tiszta kritikával tárgyalt munka. De a szerző nemcsak adatgyűjtő, hanem maga is neves hívár, kinek nevéhez számos új betegség felismerése és lényegének ismertetése fűződik. A munka többet ad, mint a neve mondja, nem csupán a kezdődő pathologus viszonyokat tárgyalja, hanem előhaladottabb esetekben is hasznos útmutatásokkal szolgál nehezebben elkülöníthető leletek mérlegelésénél és elbírálásánál. Különös gondtal van kidolgozva a 306 oldalra terjedő esontrendszer, de a többi fejezetek is: tüdő, vérkeringés, emésztőcsatorna, vesék stb. szintén minden szükségesre kiterjedő figyelemmel vannak tárgyalva. A munka terjedelmessége mellett sem terjedős és könnyű áttekinthetősége miatt különösen alkalmas arra, hogy a gyakorlat kétes eseteiben a tudnivalóknak hirtelen utána lapozhassunk.

A legújabb contrasteljárásokat (cholecystographia, myelographia) még nem vette fel a szerző, mert ezekben az ép és pathologus közti határok még nem alakultak ki teljességükben.

Prof. Kelen.

A Kir. Orvosegyesület május 12-i ülése.

Bemutatás.

Réthy Aurél: *Aroplastikai és orrcorrecturás eljárások és esetek.* A porcos orr nagy defektusánál, hol az orresűs és az orrszárnyak széli részei megmaradtak (epitheliománál gyakori), a defektus belső lemezét az egyik oldali sulcus naso-labialisból kiképezett lebenyből alkotja, amelyet a defektus megfelelő oldali széli részével párhuzamosan vezetett metszés segítségével készített bőrhíd alatt csúsztatja keresztül. E keretes plastikai eljárásnak előnye, hogy nem egy határnélküli, hanem keret alakú bőrdefektust kell a homlokról, vagy a pofa másik oldaláról alkotott lebeny segítségével fedni. Az orresűs és orrszárnyak hiányánál, melyeknél az orrlyukakat nagyrészt benőtték, függélyes metszéssel az orrlyukakat szabaddá teszi s a metszést felfelé folytatva az orrháton keresztül háromszög alakú oszlopot vág ki, mely a megfelelő septumrész egyik lapszerinti felét is tartalmazza. Ez az oszlop fogja az új orresűsöt tartani. Mindkét sulcus naso-labialisból alkotott bőrlébenyt csap az orrlyukakba, miáltal a sebfelületek összenövése meggátoltatik. Három hét múlva a lebenyeket tőben átvágja. A lebenyek zsugorodni kezdenek, gömbalakot vesznek fel, úgy, hogy néhány hét múlva

a gömbalakú lebenyeket egymással és az orrhát bőrével összevarrja, miáltal kialakul az orrsúcs. Az orrszárnyakat oly módon képzik ki, hogy egy nagy ívalakú metszéssel az orr oldalbőrét lebényszerűleg felszabadítja, az egészet előre tolja és az újonképzett orrsúcs mellő szélével egyesíti. Az orrsúcs congenitalis lelapultsága esetén magából az orrsővényből vett porc-hártyás porcedarabot ültet mellül a septum membrana-ceumba, mely az orrsúcsot felemeli. Az orr megrövidítése az eddig használt eljárásoknál nem volt mindig sikeres, mert heghúzás következtében az orrsúcs utólag gyakran kosorószerűen lehajolt. Bemutató eljárása ezt kizárja. A septum membranaceumot a porcos részből leválasztva, lapszerűen felezi és az így előállt két lebennel körülöleli a porcos septumot, lapszerű összenövést hozva létre. A ferde orrt ék alakú kimetszés útján az általa szerkesztett orrtartóval redressálja. Az orr keskenyítése megfelelő porckimetszés után az orr oldalán harántul átvezetett silk segítségével történik, amelyeken két celluloid-lapot fűz át s ezeket megfelelő összenyomás után Réthi-féle plombok segítségével rögzíti.

Érti János: Már a háború alatt nagy súlyt helyezt az anatómiai rétegek lehető tökéletes helyreállítására. Ezután fejlődött ki a reconstructiv plastika. Addig, míg a lebenyes plastika sokszor 10–15 műtéttel egyszerűen bőrrel való befedést végez, addig a reconstructiv plastika 1–2 műtéttel az anatómiai rétegzettséget állítja helyre és így sokkal tökéleesebb functionális és cosmeticus eredményt ér el. A réteges szöveteptítés minden plastikai műtétnél elvégzendő. E célra szolgál a reconstructiv plastika (szövetelemek átültetése, a szövetelemek regenerációs kinövésése és sarjasztása). Az orrplastikák terén sok nehézséget okozó nyeregkorrektúra: hajlítható csontú transplantatummával igen tökéletes eredményeket ért el hozzájáruló, még a legsúlyosabb esetekben is. Eljárásának tökéletesítését bemutatott fényképpel igazolja.

Érczy Miklós: A Réthi által bemutatott orrsúcs-emelés nem ad jobb eredményt a Joseph által leírt septum-megrövidítésnél, igazolásul néhány fényképet mutat be. A széles orrsúcsot belső varrattal keskenyíti, a lógó septum megrövidítése, a porcoknak Joseph által ajánlott ékszerű kimetszése által.

Réthy Aurél (zárszó): Besüppedt orr correctióját már több ízben demonstrálta. Bordaporc, tibia-él, megfelelően formált elefántesontdarab beültetésével tökéletes eredményt ért el. Hangsúlyozza, hogy az orr rövidítése után nem minden esetben deformálódik utólag az orr, de ezt előre megmondani nem tudjuk. Bemutató eljárása kizárja a rendszerint 4–6 hónap múlva kifejlődni szokott ún. n. kosszerű orrforma kifejlődését.

2. Csépai Károly: *A hajlam és belső secretio összefüggéséről egy kórtermi tonsillitis-járvány kapcsán.* Bemutató észlelésében 11 beteg közül: a tüszős mandulagyulladás csak a Basedow-kórban szenvedő 4 beteg kapta meg.

Fleischmann Mór: Egy basedowos betegének gyakran volt tonsillitis lacunarisa. Tonsillektomia után a basedowos tünetek visszafejlődtek és hat év óta nem újultak ki.

Némái József: Legutóbb a kopenhágai klinikáról jelent meg oly értelmű dolgozat, mely sejteti, hogy a tonsilla valóban hormont termel. Fiatal egyének és a borjak tonsilláiból oly anyagot sikerült kivonni, mely a vérbe fecskenedve, rövid ideig tartó leukopeniát okoz. Viszont a tonsillák kimetszése vagy fagyasztással való bénítása által leukocytosist idéztek elő. De csak fiatal állapot tonsillája adja a hatásos anyagot, öregebb állatokéból nyert nedv hatástalan. Valószínű, hogy a thymushoz hasonlóan, a tonsilla belsősecretiós működése csak a fiatal korban játszik szerepet. Hozzászóló észlelése szerint fiatalabb korban a tonsillitis: lacunaris alakban, idősebb korban: elgyenyedő alakban jelentkezik. Csépai észlelése szükségessé teszi, hogy nemcsak basedowosoknál, hanem azoknál az enyhe alakoknál is, történéjek ezirányú megfigyelés, melyeket nemrég e helyen Bergmann professor említett.

Országó Oszkár: Körülbelül 12 év előtt közölte az Erzsébet Királyné Sanatoriumból megfigyeléseit, hogy tonsillitis-járványkor az I. stadiumban levő gümőkórosok túlnyomó része, a II. stadiumban levők kisebb száraléka, a III. stadiumban levők közül csak elvétve 1–1 betegedett meg. A himlőoltás pedig később körülbelül ugyanolyan arányban fogamzott. Némái szerint a tonsillitis szintén a fiatalabb, erőteljesebb egyénen fejlődik

ki. Szerepet tulajdonít a betegek erőbeli állapotának és kísérletek hivatottak eldönteni, hogy vajjon csak a thyreoideának van-e szerepe a fertőzéses hajlamnál.

Előadás.

1. Csépai Károly: *A parathyreoidea hormonjáról* szóló előadásában annak Collip által előállított hormonjáról számol be, kedvező kísérleti eredményekkel. (Egész terjedelemben kerül közlésre.)

Kluge Endre: Nem gondolja, hogy a parathormon hatása csak a calciuntükör emelésében állna, mert a Glaser-kísérletek szerint a Ca. tükör minden affektusban, még a suggerált affektusban is, lényegesen emelkedik. Epilepsia esetében is alkalmaznunk kell a parathormont. Megemlíti esetét, mikor szakszerű bromkezelés dacára epilepsziás beteg nem javult, azon állítása alapján, hogy rohamai tavasszal szaporodnak és látva, hogy chloasmája van, hyperventilálni kezdett és már félperce múlva typosos tetaniás roham jelentkezett, mely újabb félperce múlva epilepsziás rohamba ment át.

Hajós Károly: Több mint két év előtt ismertette az O. E.-ben a parathyreoidea kivonatának tengeri malacok anaphylaxiáját megakadályozó hatását. Kísérletei alapján bevezette a parathyreoidea hormonját az asthma bronchiale terapiájába. Status asthmaticus kezelésében, továbbá chr. urticaria, Quinke-oedemák terapiájában igen nagy jelentősége van a szernek; eddigi eredményei nagyon biztatóak. A hatás magyarázatául a calciuntükör emelkedése mellett más tényezőkre is lehet gondolni. Mivel a hazai készítmények még nincsenek megbízhatóan beállítva, azért kénytelenek vagyunk a drága parathormont alkalmazni.

2. Barok László György: *Az ikterus catarrhalis lényegéről vizsgálataink alapján.* Miután az icterus catarrhalis kórbonctani lelete nem ismeretes annyira, hogy a betegség lényegével ezen az alapon tisztában volnánk, a functiovizsgálatok segítségével iparkodunk fenti körkép mibenlétét tisztázni. Bemutatója a savanyú fuxin- és adrenalinpróbát, mely utóbbit Rednik Tiborral együtt dolgozott ki. A megívott festék egészséges májú egyének vizeletében megjelenik még akkor is, ha sárgaság van jelen. Icterus catarrhalis esetében ellenben nem festődik a vizelet. ½ mg adrenalin subcutan befecskendezése után icterus catarrhalisban szenvedő betegek vérére kevésbé emelkedik, mint egészséges vagy mechanicus icterusban szenvedő egyéneknél, sőt a betegség tetőfokán a vércukor szintje esik. Mindezekből két következtetést von le. Először az icterus catarrhalis a máj parenchymájának diffúz megbetegedése, mely pár napon át csaknem teljes insufficienciát okoz, de rendszerint rövid idő alatt teljesen meggyógyul. A második következtetést több szerző vizsgálatával igyekszik bizonyítani. Monvaring phosphorral, Zalka chloroformmal mérgezett állatai májában a glykogen eltűnt. Ugyanezt találták Collens, Schelling és Byron, akik az állatok arteria hepatisát kötötték le. Fejér és Hetényi anyagcserevizsgálatai, Hetényi magas és elhúzódo vércukorgörbéi, Rednik ergotamin próbái és Tordaynak az a tapasztalata, hogy míg dextrose adására a vércukor rövid idő alatt magasra emelkedik, kenyér adására ez az emelkedés késik, továbbá Hetényi kísérlete, ki már 6 egység insulin intravenás adása után hypoglykaemiát kapott, icterus catarrhalis esetében igazolják következtetését. Ezt támasztja még alá az, hogy a beteg máj galaktosét és a laevuloset nem tudja átalakítani, továbbá az a megfigyelés, hogy atrophia hepatis flava boncolt esetében a máj cukortartalma csökkent. Mindezek a vizsgálatok összegezhetők az adrenalinpróba eredményeivel és arra a conclusióra vezetnek, hogy icterus catarrhalis esetén a máj glykogen fixáló- és synthetisáló képessége és következményesen glykogentartalma is eszikent.

Torday Árpád: Barok chromoscopiai eljárásának egyszerűségét hangsúlyozza. Az icter. catarrh. elkülönítő körjelzésénél jól használható, bár hibáit ismeri.

Friedrich László: Bár az ú. n. ikterus catarrhalis nem egyöntetű körkép, osztja az előadó nézetét, máj-functió zavar jelen van. Cholegnostyillal végzett máj-functió vizsgálati szerint annak mértékére nem következtethetünk, mert ez csak az epefestékkiválasztással jár párhuzamosan. Barok ismertette chromodiagnostikus próbát sok hibaforrástól félti, mivel a gyomor-és bélmotilitás, resorptión kívül a keringési viszonyok és esetleg a reticuloendothelialis apparatus is befolyá-

solja. Kérde, hogy milyenek a viszonyok pangásos esetekben.

Zalka Ödön: A savanyú fuchsin, mint savi festék, a ret. endth. sejtekhez nem kötődhetik. Mégsem lehet e próbát a máj fiziologiás functiovizsgálatának nevezni. Az ict. catarrh. kórbontani lényegét illetőleg igen nehéz megfelelő vizsgálati anyagot találni. Főleg nehéz a folyamatot a heveny sárga májzorvadástól elkülöníteni. Ma a mechanikus theroiával szemben inkább a májsejtek laesióját veszik fel, mint az ict. cat. okát.

Forró Endre (vendég): *Bencze* osztályán 60 esetben végezték a savanyú fuchsinpróbát. Máj és epeutak betegségeinél az előadóval egyező eredményhez jutottak (I. csoport). Második csoportban normalis és a normalistól eltérő gyomoraciditási eseteket vizsgáltak. Feltűnt, hogy a hyperacidok nem, az an- és hypacidok jól választják ki a festéket. Normalis egyének sem választottak ki minden esetben. Ezért újabb vizsgálatokat tartanak szükségesnek, melyek a májon kívül álló egyéb factorokat tisztázzák.

Barok László György: *Friedrich* kérdésére válaszolva megemlíti, hogy súlyos pangásos máj esetén festékkiválasztás gyenge, midőn azonban a pangást előidéző vitium kompenzálódik, a festék kiválasztása is javul. *Zalka* kérdésére azt válaszolja, hogy festékpróbája methodikájának egyik előnye az, hogy a festék a bélből a vena portaen át jut a májba és onnan a vérkeringésbe. Ezért állította azt, hogy methodusa közelebb áll a máj fiziologiás functiójának vizsgálatához, mint azok az eljárások, midőn a festéket iniciáljuk és a duodenumban való megjelenését, vagy a vérben való eltűnését vizsgáljuk. Az, hogy ict. cat. átmehet atrophia hepatitis flavába, *Eppinger*nek a suppositiója. *Forró*nak válasza kijelenti, hogy hyperacid egyének rossz festékkiválasztása a reactio értékéből azért von le csak keveset, miután úgy ict. cat., mint mechanikus ict. eseteiben rendszerint hypaciditás van jelen. Mechanikus icterus első 2-3 hetében, vagyis amíg a májparenchyma még ép, erős a festékkiválasztás. Később ez csökken, azonban akkor az anamnesis alapján már úgyis tudjuk, hogy mechanikus icterus esete forog fenn és így a functiovizsgálatok feleslegessé válnak.

A Charité Poliklinika május 1-i ülése.

Bemutatók:

1. Rácz Jenő: *Dadogás gyógyult esetei.* Három dadogó gyermeket mutat be, kiket psychotherapiával hozott rendbe (individual pszichologiai eljárásával). Közös vonása a betegeknek (3, 8 és 14 évesek), hogy már teljesen jól beszéltek és egy vagy sorozatos traumák után lépett fel náluk a dadogás. Szerinte a hyschikus traumák mint kiváltó okok jönnek tekintetbe a már egyébként is elbátortalanodott, a feladatok elől kitérni akaró egyéneknek. A beszédhibát, mint az alacsonyabbrendűségi érzés folytán kifejlődő neurosis egy symptomájának tartja, mely talán azért válik oly szembe-tűnővé, mivel szervi fogyatékoság áll fenn (a 14 éves eset). Ezen utóbbi is leküzdhető, compensalható az önbizalom és akaraterő felébresztésével és kifejlesztésével. Az esetleg meglevő légzészavarokat másodlagosnak tartja, melyet a félelem és a beszéd megakadásakor fellépő reflex hozna létre. A therapiát illetőleg: ugyanazt végzi, mint egyéb neurosisokkal; bátorítja az egyént, felfogásának és az életcéljának helytelenségét tárja fel. Ez még gyermekeknél is indirect analysissal elérhető. Hol pedig ez sem végezhető, ott (3 éves eset) *Adler* felfogása értelmében a nevelést változtatja meg. Legfontosabb, hogy a beszédhibára semmi módon (figyelmeztetés, különböző gyakorlások) ne hívjuk fel a beteg figyelmét.

Angyal Ferenc: Szerinte légzési zavar minden dadogónál található; bár nehezen dönthető el, hogy ez elsődleges vagy másodlagos-e. A therapia helyességének szempontjából a légutak esetleges organikus elváltozásaira (adenoid, orrszűkület stb.) is figyelemmel kell lennünk, mert szerinte ezek a gyógyítás sikerét kockáztathatják; távolítsuk tehát ezeket mindenkor el.

2. Balassa László: A gerincesatornába áttételező okozó sarkoma esetét mutatja be.

3. Haller Ödön: a) *Spontan eltávolított ureterkő.* M. I. 32 éves betegt (h) ileocecalis görcsök, meteorismus, hasfali defense és hányás miatt kezelőorvosa

kórházunkba utalta appendicitis diagnosissal. Temperatura 37.8 C° volt. Az azonnal megejtett vizeletvizsgálatban vörösvérsejtek találtak, a vérkép etiológiást nem mutatott, minek folytán diagnosissunk nephrolithiasis volt. Másnap reggel ismét heves görcsök jelentkeztek, dében pedig a vizelettel egy keskeny, henger alakú kő távozott el.

b) *Műtéti úton eltávolított vesemedencekő.* A beteg baloldali görcsök és véres vizelet miatt került észlelésünk alá. A cystoskopos és vesevizsgálat baloldali vesevérzés állapotát meg. Röntgent-felvétellel, a baloldali vesének megfelelően, kb. babnyi foltot láttunk, amit azonban a veseparenchymaelmeszesedés is okozhat. Az ureterkatheteren keresztül bevitt bróm-natrium, majd levegőbefúvás után eszközölt újabb Röntgen-felvétellel a vesemedencekő megállapítása kétségtelenné vált. Műtéti úton (*Prim. Gellért*) körülbelül mogyorónagyságú, ágas-bogas követ távolítottunk el a vesemedencéből.

4. Pauncz Sándor: a) *Pyosalpinx perforatio gyógyult esete.* 35 éves nőbeteg súlyos appendicitis tünetivel, erős defense az ileocecalis tájon, puffadt, a köldökig érzékeny has, száraz nyelv, 38.2 C° hőm., 120 pulsus jelentkezik. A genitális lelet negatív. A szokásos ferdemetszéből végzett műtétnél, a caecum előbuktatásakor, véres geny ömlik alá. Az eltávolított appendixen perforatio nincs; ellenben alatta, a linea innominata magasságában, a medenceészélhez nőtt hüvelyknyi pyosalpinx, rajta gombostűfejnyi nyílás, melyből véres geny ömlik, excisio, tamponade; síma gyógyulás. A differenciális diagnosiss ilyen esetekben lehetetlen és csak a gyors elhatározás mentheti meg a beteget, mert a pyosalpinx perforatio prognosisa igen rossz.

b) *A portio carcinoma miatt 2½ év előtt végzett vaginalis totalextirpatio után fellépett boltozati recidiva a hüvely és rectum en bloc való extirpatiójával operált esete.* (Készítmények bemutatásával.) A hüvely-carcinoma rossz prognosissát okozza, hogy — mire praesentálja magát — már infiltrálta a rectum mellső falát s a nyirokutak a rectum fasciája alatt azt megkerülik és a retrorectalis mirigyeken terjed tovább. *Krönig* ajánlatára tehát genitális apparatussal együtt el kell távolítani a rectumot is. A műtét abdominoperinealis vagy a bemutató technikája szerint perinealis úton végezhető el. Chirurghikusabb és helyesebb az amputatio s nem a resectio recti, mert aseptikusan a teljes radicalis műtét csakis így végezhető el. A resectio sorsa bizonytalan és inkább éljen a beteg sphinkter nélkül recidivamentesen, mint sphinkterrel recidivában pusztuljon el. 1912-ben operálta első esetét sikerrel, azóta *Kubinyi*, *Frigyessy* és *Pozsonyi* egy-egy esetről számoltak be, melyeket a bemutató módszere szerint operáltak.

Gál Hugó: A bemutatott perforált pyosalpinx-esethez szól hozzá és idézi *Tauffer* tanár híres mondását, mely szerint akinek adnextumora van, az bombát visel hasában, mely bármikor felrobbanhat. A bemutatott praeparatumnál tanulságos, hogy még a megrepedés helye mellett sincs elvékonyodott fala. Így nem igazolja azt a felfogást, hogy a pyosalpinx a feszülés legmagasabb pontján a fal fokozatos elvékonyodása után reped meg. A kérdés a gyakorlóorvos szempontjából főleg az irányban fontos, meddig kezelhet conservative és mikor kell már radicalisan beavatkozni. Számos gyakorlati esetről vett tapasztalat igazolja, hogy többszörös attakszerű megújuló folyamat további felszívókezelésre nem alkalmas, hanem helyette a műtéti beavatkozás indicált, miáltal a perforatio és az azt követő általános peritonitis életveszélyes complicatioja megelőzhető.

A Magy. Urológiai Társaság ápr. 30-i ülése.

Bemutatók:

1. Radó Béla és Huth Tivadar: *A tuberculosis bacillus kitenyésztése a vizeletből.* *Löwenstein-Su-moyshi* szerint *Hohn-féle táptalajon.* A tuberculosis bacillus kimutatására az állati kísérletek körülményes és hosszadalmas és megvan a lehetősége, hogy az állatok accidentalis úton fertőződnék tuberculosisal. A vizeletüledékből készített egyszerű Ziehl-Nielsen és Osol szerint festett praeparatum az esetek majdnem 80%-ában positiv leletet ad. A tuberculosis bacillusok tenyésztése *Löwenstein* és tanítványai szerint komoly

eredményeket ígér. Nyole nap múlva apró coloniák jelennek meg a tojástartalajon, amikor a kifejlődött törzsek nagy variabilitása ismerhető fel. További vizsgálatokban még meg akarják állapítani, hogy a bacillusok morfológiai különbségei és virulenciai eltéréseivel a klinikai kórlefolyás megmagyarázható-e.

Meisels Vilmos: Felhívja a figyelmet a tuberculosishacillusoknak már 40 évvel ezelőtt végzett fuxinmenthylenkékes festésére.

Picker Rezső: Felemlíti, hogy *Löwenstein* szerint 15%-os kénsavval végzett kísérleteinél néhány esetben ennek dacára saprophyták nőttek.

Radó Béla (zárszó): *Picker* főorvos úr eseteiben a saprophyták talán a kénsavval való kezelés után kerültek a táptalajokra.

2. Boytha Lajos András: Vándorvese és appendicitis. (Kézirat nem érkezett be.)

Mező Béla: A naphropexiát régebben ismertett saját methodusa szerint végezte az appendix eltávolításával egy szakaszban. Az appendixet szintén a lumbalis metszéstől távolította el. A lesüllyedt vesé, ha appendicitissel párosult, könnyen adhatja vesedaganat benyomását.

3. Farkas Ignác: Indokolt-e a kőzúzás prostata-túltengésnél. 68 éves prostata-túltengésben szenvedő egyénnél, egy más osztályon végzett kőzúzás után visszamaradt köveket felső hólyagmetszéssel távolította el és ugyanakkor a megnagyobbodott prostatát is kiirtotta. Az eltávolított kövek mindegyike 3-4 mm vastag burokkal volt körülvéve, melyek nagyrészen fibrinből, nyákból, sőt az egyik kő burka prostata hypertrophiás szövethől állott. Felhívja a figyelmet az ilyen esetekben a kőzúzás veszélyeire és azt ajánlja, hogy prostata-túltengésnél, ha a panaszokat nemcsak a kő okozza, a kövek eltávolításával egy szakaszban a mirigy is eltávolítandó, mert csak így érhető el recidivamentes biztos eredmény.

4. Adler-Bácz Antal: Genyedés rendellenesen fejlődött vesében. Esetében a jobboldali szemfeletti ureter a hólyagzárizom közelében nyílvá, terhességgel kapcsolatosan fertőződött és a megfelelő veserész pyonephrosist okozta. A pyonephrosist két ízben paranephritisest tályognak tartva, már megnyitották. A tályog megnyitása után a genyvizelés megszűnt és a seb záródás után újból fellépett. Pyelographiával tisztázta a kórképet és veseresecectiót tervezett, melyet azonban, miután a műtétnél kitért, hogy a két veserésznek nincs külön vérellátása, végre nem hajtattott, hanem az egész vesé kiirtásával érte el a gyógyulást.

Előadások:

5. Mező Béla: Az ondóhólyag tuberculosisáról. Az ondóhólyag gümőkór kórbonctanának és tünettanának ismertetése után a gyógykezelést tárgyalja, mely első sorban conservatív hygienás, diatás és heliotherapiás kezelésből áll. A heliotherapia leghatásosabb eszköze a napfény. A kvarzlámpa hatása a napfény mögött jelentékenyen elmarad, de igen jók az eredmények akkor, ha az ultraviolet sugarakban bővelkedő kvarzkezelést a hősugarakban gazdag Kisch-Zeiss-lámpákkal együtt alkalmazzuk. A tuberculinokkal és különböző chemotherapiás szerekkel nem látott jobb eredményt, mint az egyszerű hygienás-diatás-heliotherapiás gyógykezeléssel.

Azokban az esetekben, hol a conservatív kezelés dacára romlik a beteg, a műtéti kezelés indokált. Az ondóhólyagpunctio a nehéz hozzáférhetőség, valamint a prostatát körülvevő venahálózat megsértése miatt nem ajánlatos, könnyen miliaris gümőkórra vezethet. Azután a különböző műtéti eljárásokat ismerteti.

Keve Ferenc: Az ondóhólyaglás egy esetét ismerteti, hogy heveny vizeletrékedés mellett a prostata fölött egy nagy daganatot talált. A megejtett Wassermann-reactio positiv volta és az eredményes antiluetikus gyógykezelés, melyre a tumor eltűnt, igazolta, hogy az ondóhólyagdaganatot lueses gumma okozta.

Picker Rezső: Ismerteti a Szent István-kórház kórbonctani anyagán nyert észleleteit 1899-ből, a genitális tuberculosissal vonatkozólag, ahol megállapítható volt, hogy a halálok genitális tuberculosistól igen sokszor miliaris tuberculosistól vagy meningitistól volt. Néhány ondóhólyagtuberculosistól ismertetések után felemlíti, hogy a műtéti eljárás közül a parasacralist tartja a legjobbnak. Tuberculosistól elhalt férfiak kórboncolásánál gyakran találni a castrált oldalon telje-

sen sorvadtt, heges ondóhólyagokat, amely egyrészen a descendáló fertőzés mellett szól, másrészt megmagyarázza azon körülményt, hogy a kórosoldali here, illetőleg mellékhere eltávolítása után az ondóhólyagtuberculosist meggyógyulhat.

6. Kaló Andor: *A vesé helyzetváltozásával kapcsolatosan fellépő functionális zavarok.* (Kézirat nem érkezett be.)

A Debreceni Orvosegyesület máj. 3-i ülése.

Bemutatás:

Orsós Ferenc: Sokmagvú hámóriássejtek a vesében. A terhesség 10. hónapjában sepsisben elhalt 38 éves nő veséi pusztá szemnek csupán a zavaros elfajulás szokott képét mutatják. A metszetekben a kanyarulatós csatornák általában tágak, hámsejtjeik feltűnően nagyok, kisebb részben egy-, esetleg kétmagvúak. Azonban igen sok hámsejt szokatlanul nagy és egyes átmetszetekben csaknem valamennyi számos, nem ritkán huszonöt-nél is több magot tartalmaz. A kefeszegély a sokmagvú óriás sejtekben is jól felismerhető; plasmasejtjük aránylag erősebben eosinophil, különösen a tömötten ülő magvak halmaza körül. A kefeszegély alatt közvetlenül ugyanis a protoplasma világos, vacuolizált rétege fekszik. Egyes sejtekben a magvak körül eosinophil szemesek is láthatók, még pedig szokatlan módon, az alapelem és a magvak között a legsűrűbben. A glomerulusok, valamint az interstitialis szövet szembevető elváltozást nem mutatnak. Kétmagvú hámsejtek a vesében gyakran észlelhetők. Ily nagyszámú maggal ellátott óriás hámsejtek tömeges előfordulása azonban emberi vesékben, ilyen formában, nem észleltettek. A bemutatott esetekben regeneratio nem észlelhető, hanem az eredeti hám egymástól jól elkülöníthető sejtjei váltak sokmagvúvá. Mitotikus oszlások nem voltak észlelhetők. A magvak rendezetlen csoportosulása amitotikus magoszlásra, magszétfűződésre enged következtetni. A bemutató még több ritkább esetet az óriássejtképződésnek demonstrálja.

Előadás:

Kreiker Aladár: A rák keletkezési módjáról, a basocellularis carcinomán szerzett tapasztalatok alapján. A basocellularis rák helyzete különleges. Minden tünete jóindulatú. A rosszindulatúság egyedüli jele a fekély, amelyet a mai napig a ráksejt agresszivitásával magyaráztak. Ennek az ellentmondásnak és jellegzetes szerkezetének megoldási kísérlete alkalmassá teszi arra, hogy betekintést nyerjünk causális és formalis genesisébe. A bőrrák gyakran keletkezik verrucából. Ennek basocellularis alakja csak oly módon jöhet létre, hogy a stratum germinativum valamely pontján sejt-oszlás indul meg. A bőrhám regeneratiója ép körülmények között két irányú. Ugyanaz a basalis sejt szarusodási és hámosodási oszlásra képes. Az előbbi a desquamatio okozta veszteséget pótolja, utóbbi a sebgyógyulásnál szerepel. A két oszlási féséles között principális különbségek vannak. A szarusodási oszlás nem is tekinthető teljesértékű oszlásnak. A basalis sejteknek állandó az oszlási készenlétük. Ép viszonyok között ennek dacára nyugalomban vannak. Az oszlást igen finom mechanizmusnak kell szabályozni. Ennek anatómiai substratumát a bőrben az intercellularis hidrendszertben véli megtalálni. Az ezeket áthaladó rostrendszer a sejteket egymással összefűzi, azért ezt az apparátust röviden *füzedéknek* nevezi. A sérülés megbontja a füzedéket, az egyensúly megbomlik. A füzedék ellazulásának mérve szerint a sejtek oszlásnak indulnak és a füzedéket helyreállítják. Ez a sebgyógyulás. Minden sejt addig oszlik, amíg valamely zárt füzedéket nem alkot, de akkor nyugalomba kerül. Verruca, illetőleg carcinoma basocellularis esetében basalis sejtek kikerülnek a füzedékből. A localis viszonyok miatt zárt füzedéket többé nem tudnak létrehozni, tehát végnélküli hámosodási oszlásba kezdenek. A daganat architektúrája ezzel a formalis genesisissel megmagyarázható. A desquamatio közben továbbfolyik, végül az el nem szarusodó basalis tömegek kerülnek a felszínre. Ezek védelem hiányában beszáradnak, elhalnak; a fekély destructiv sejtcharakter nélkül létrejött. Sőt inkább negativum, az elszarusodási oszlás hiánya okozta. A fekély secundaer módon nő. Ezzel a formalis keletkezési móddal szemben a causális genesis a Virchow-

féle irritációs elméletben találja meg: a legáltalánosabb értelemben vett trauma megbontja a füzedéket. A füzedék irodalmával és szövettani képével foglalkozik, amelyben több, elméletét támogató jelenséget talál. A füzedékelmélet a carcinoma basocellulare eddig rejtélyesnek látszó tüneteit meg tudja fejteni. A már említettek kivül megmagyarázza azt is, hogy miképpen keletkezik egy jóindulatú tumorban kezdettől fogva differentiatlan szövet. Az onkologia „életlenség” fogalmát új megvilágításba helyezi. Elmélete szerint a basalis ráksejtek megfelelő körülmények között ép hám termelésére is képesnek kell lennie. Ez volna elmélete kísérleti bizonyítása, amelyre eddig még nem nyílt alkalma. A másik ezzel szemben a pozitívnek nevezhető módszer, kísérleti úton basocellularis rákot előidézni, technikailag kivihetetlennek látszik, mert bármiképpen helyezünk is el egy szövetdarabot, pl. a subcutisban megakadályozni a keletkező füzedék záródását nem tudjuk. Tehát csak a természetes utat utánozhatjuk, ez azonban betekintést a keletkezési módra nem nyújt. A carcinoma spinocellulare, *Borstal* egyetértően, szintén a basalis rétegből származottnak tekinti. Ebben csupán renyhébb a proliferatív tevékenység, mert a füzedék nem szabadult fel körkörösén. A füzedékelmélet az összes jó és rosszindulatú tumorokra alkalmazható, noha kötőszövetfüzedéket még nem igen ismerjük. Ez és más miatt sarcomát egyelőre nem tekinti alkalmas objectumnak a tumorigenesis kutatása szempontjából. A mai rákkutatás az intracelluláris malignitas fogalma alapján áll, ezért a jóindulatú tumorokat kénytelen vizsgálódása köréből kikapcsolni. A füzedékelméletnek csupán egy vizásztalan pontja van: a tumor terapiája csak a kés és ezzel rokon eljárások maradnának. Gyógyszert találni nem fogunk. Azonban megszűnne a rosszindulatúság egyébként is nagyon antrhopomorphistikus fogalma, a ráknak mindent felfaló rémképe. Összefoglalva: az egészen általános értelemben vett trauma megbontja a szöveti füzedéket, azaz azt a morfológiai kapcsolatot, amely egyik sejtet a másikkal összeköti. Ez a megbontás rövidesen kiváltja az eddig lappangó regeneratív sejt tevékenységét. Ennek kapcsán három fő eset lehetséges: 1. Az eredeti füzedék áll helyre; sebgyógyulás. 2. Az eredetiltől független, de zárt új füzedék keletkezik: jóindulatú tumor. 3. Új zárt füzedék nem keletkezik többé: rosszindulatú daganat. Ehhez teljesség kedvéért még a mindig összefüggő füzedék keletkezik: állandóan növekvő három lehetőség esatolható: a) nyitott, de mindig összefüggő füzedék keletkezik: állandóan növekvő jóindulatú tumor. b) Ismételtel felbomló és állandóan nyitott füzedék: metastasis consecutiv metastasissal. c) Teljes füzedékhiány: sejt-islatio és infiltratio.

Orsós Ferenc: Örvedetes esemény, hogy klinikus elmerül tudomány elméleti elemeinek vizsgálatába. Bizonyára értékes eredményei lesznek e törekvésnek. A daganatok problémája azonban valószínűleg nem fejthető meg egyetlen daganatféleség elemzése alapján, még kevésbbé a daganatsejtek valamilyen szerkezeti sajátága relatióinak kutatása révén. A daganatok kiterjedt, önálló, de heterogen fejezetét képviselik a pathológiának, mindazonáltal átmenetek állanak fenn a fejlődési rendellenességekhez és gyulladásos folyamatokhoz. A malignitas fogalma nem nélkülözhető a daganatok klinikai és pathológiai értelmezésében. (*Szontagh, Horváth A.*)

Kreiker: Nagy örömmel hallotta *Orsós* professor szavait, melyből bizalmat merít a további munkára és reményt arra, hogy ebben *Orsós* professor hatalmas pathológiai tudása is támogatni fogja. Előadásában igen sok kérdést nem érintett, ami talán néhol elméletét még jobban megvilágította volna. Pl. metastasis lehetőség a carcinoma basocellularenál megvan, csupán az általa észlelt esetekben nem fordult elő és ezt a füzedékelmélettel megmagyarázhatónak tartja. A malignitas létezését nem tagadja, csupán más tartalmat ad neki, extracelluláris tényezőkben keresi az okát. Elmélete csupán arra kísérlet, vajjon nem lehet-e a tumorigenesis mai pozitív ismereteink alapján hiánytalanul megoldani. A trauma fogalmát általános értelemben használta; egy mikroszkopikus embolus, vagy az arteriosklerosis is trauma. A gyermekkor aránylag csekély tumorhajlamosságát azzal magyarázza, hogy az akkor még nagy regeneratív képesség a megbontott füzedéket mindig rohamosan és hiánytalanul helyreállítja. Ezenkívül nagyrészt hiányzanak még akkor a chronikus

irritatiót létrehozó körülmények. *Verruca* igen sokféle van: basalsejtes, naevussejtes, kötőszövet eredetű stb. Ezek közül csupán a basalsejtes típusú *verruca* szerepel a carcinoma basocellulare pathogenesisében.

A Szegei Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának április 19-i ülése.

Bemutatók:

Lukács József: Bemutatja a szegei gyermek-klinika által szerkesztett csecsemőtáplálási táblázatot.

Troján Emil: *A feregnyútvány csigaszérű csavarulata okozta gyulladása.* Ot és fél éves fiúgyermek feregnyútványát mutatja be, akinél az appendix 2×360 fokban csigaszérűleg meg volt csavarodva. Az első csavarulat már leszoritotta a mesoappendixet, minnek következtében a csúcs gangrenája lépett fel.

Előadás:

Forgács Rezső: *A salvarsangyártás módja és menete.* Röviden vázolja a világ leghatalmasabb trösztjének, a német anilintrösztnek kialakulását, pár adat felsorolásával megvilágítja az IG. Farbenindustrie telepeinek nagyságát. Majd vetített képekben bemutatja a hőcsti gyárat, a különböző salvarsan-készítmények gyártási módjait; azután azokat a vizsgálatokat, melyek az egyes gyártási számok ellenőrzését célozzák a chemiai tisztaság, toxicitas és chemotherapeutikai hatékonyság szempontjából.

Az április 26-án tartott ülés:

Bemutatók:

1. Nagy Márton: *Corynebakterium pseudodiphthericum lelése fekélyben.* Egy 9 éves fiú bal lábfejen az os cuboideum cariese miatt sipoly és renyhén sarjadzó fekély keletkezett. A fekélyből nyert genyben staphylococcus pyogenes aureus, pneumococcus és egy diphtheroid-pálcika volt kimutatható. Utóbbi törzs alaktanilag és festődésileg a bac. diphtheriaehez megtévesztően hasonlított, tenyészteti viselkedésében azonban attól eltéréseket mutatott (közönséges agaron jól tenyészik, 1%-os szőlőcukros-szódás magas agarban, anaerob körülmények között, nem nő, véres agaron kifokú haemolysis, natrium oleinicum agaron terem) és kísérleti állatokra nem volt pathogen. A talált corynebakterium pseudodiphthericum-törzs tenyészteti viselkedése alapján a *Rohde, Carl, által lelt b. dermatophilus*hoz áll legközelebb.

Kup Gyula: *Gerley*vel együtt végzett vizsgálatai kapcsán gümőkórban szenvedő egyének véréből alakilag, nagyságilag és festődésileg a diphtheriabacillusoknak megfelelő corynebakteriumot sikerült kitenyésztenie a vizsgált 100 (élő) esetből 12 ízben; minden egyes vérvizsgálat alkalmával 4 ízben. Ezek a bacillusok azonban a többek között abban különböznek a valódi Loeffler-féle bacilusoktól, hogy a Tiel-féle táptalajban a kék lakmuszt nem vörösítik s 30 napos húsleves-tenyésztetük szűrletével oltott tengerimalacokon semmi-féle változást nem okoznak. Vizsgálataik alapján hisz abban, hogy a valódi diphtheriabacillusok átalakulhatnak más típusuakká, egészen hasonlóan gümőkóros egyének véréből kitenyészett staphylococcus albusos, amely a legtöbb esetben körülbelül 3 hét múlva aureussá alakul át. A gümőkóros egyének véréből szintenyésztben nyert corynebakteriumokat is atipusos Loeffler-féle bacilusoknak tartja annál is inkább, mert *Loeffler* kiterjedt vizsgálatai során kitűnt, hogy a Loeffler-féle bacillusok szénsavas közegben — noha kifogástalanul fejlődnek — morfológiai elváltozásokat szenvedhetnek és avirulensekké válnak. A Loeffler-féle bacillus ezen átalakulása a gümőkóros egyének szénsavdúsabb vérében *Loeffler* vizsgálatai után joggal feltehető.

2. Engel Rudolf: *Paratyphus abdominalis A. esete.* 33 éves férfinál enyhe typhus tünetekkel lefolyó paratyphus A. esetét ismerteti, melynél a körjelzést az agglutinációt kivül a kórokozónak a vizeletből való kitenyésztesével is lehetett biztosítani. Az esettel kapcsolatosan röviden ismerteti a paratyphus A.-fertőzések előfordulási viszonyait és jelentőségét.

Előadás:

3. Joó Béla: *A sklerosis multiplex histomorphológiáját* ismerteti saját vizsgálatai alapján, kiemelve a góccok ereinek elváltozásait, melyek sokszor stasisig

fokozódó hyperaemiában, az endothel puffadásában, esetleg elzsírosodásában, helyenként annak burjánzásában, a Virchow-Roben-féle nyirokhüvely kitérülésében és annak haematogen vándorsejtes beszűrődésében nyilvánulnak. Histológiai vizsgálatai alapján a gyulladással (exogen-infectiosus) kóroeredit mellett foglal állást. Az ismeretlen kóroki tényező elsősorban az erekre hat, s specialis idegelemek másodsorban károsodnak. Ezen károsodás elsőnek a velős hüvely pusztulásában jelentkezik és ezt követi a neuroglia megszaporo-dása.

Mint egyedül álló észleletét emeli ki, hogy a góccokban vastartalmú (siderofer-) sejteket és szabad vasat is talált, szemben mások vizsgálataival. *Sträuber* ugyan megemlékszik bizonyos, a góccokban található és általa haematogen eredetűnek tartott intracelluláris pigmentről, annak közelebbi identificálásáról azonban említést nem tesz. Mint eddig elhanyagolt leletről emlékszik meg továbbá a góccokban extrem fokban megszaporo-dott corpora amylicae-król.

Veress Miklós: Igen érdekesnek tartja, hogy az előadó esetében olyan helyeken találta a góccokban jelentkező pigmentfelhalmozódást, melyek az ő vizsgálatai szerint ép élettani viszonyok között vasnegatívoknak minősíthetők. Saját tapasztalatai alapján sem tartja elhanyagolandónak a nyilván haemolysissel járó sepsis fennforgását, bár az előadó azon tapasztalata, hogy a gócon kívül vasat nem talált, a figyelmet mégis inkább a góccok feltételezhető csökkent vitalitására tereli. A sepsisnek legfeljebb annyiban lehet szerepe, hogy a vastartalmú pigment képződésére a góccokban nagyobb lehetőséget nyújt.

Engel Rudolf: Előadó szöveti leleteinek aetiologiai értékesítésénél nagyobb óvatosságot ajánl, a szöveti elváltozások egy része (stasis, sejtes beszűrődés) inkább a sepsis rovására írandó, saját régebben feldolgozott három esetében ezek teljesen hiányoztak. A góccok csökkent vitalitását, mint praedisponáló körülményt, el lehet fogadni.

Kálló Antal: Különösen kiemelendőnek tartja, hogy az intra- és extracelluláris megjelenésű vasat és a stasisokat egy készítményben sem lehetett a gócon kívül is megtalálni.

Bár kórosan fokozott vérbőséget az agyban a gócon kívül is megállapíthatott, azonban ez sehol sem volt olyan nagyfokú, mint magukban a góccokban, stasis pedig gócon kívül sohasem talált.

Május 3-i ülése.

Bemutató:

Vitéz Berde Károly: *Lymphangiectasia cutis secundaria*. 18 éves férfibeteg, három év előtt gümős lymphomák miatt mindkét lágyéktáján műtétet hajtottak végre. A műtét után hat héttel kezdtek jelentkezni az alhas és mindkét lágyéktáj bőrére apró hólyagszerű képletek, melyek idővel számban és terjedelemben növekedtek, helyenként magánosok maradtak, másutt babnyi-mogyorónyi tömegekbe rendeződtek. E növedékek fájdalommentesek, transparensek, gyulladástól mentesek, megsértve őket, bő nyirokfolyás indul belőlük. A szöveti képen hyperkeratosis és acanthosis mellett az írha felső szakaszán mérsékelt infiltratio, felette hatalmasan megnyúlt és kiszélesedett papillák belsejét barlangszerű képletek töltik ki, homogen, sejtmentes tartalommal, egysoros endothellel bélelve. Burjánzás az endo- és perithel részéről nem mutatható ki. Az írha mélyebb rétegeiben a rostok fibromaszerű felszaporo-dása van jelen, hyalindegenerációval. Tuberculoidszövet nincs jelen.

Előadás:

Kálló Antal: *A kísérleti sárgaság. Dubrauszký Viktor* társaságában végzett kísérleteik első részéről, és pedig a toluylendiamin sárgaság körül szerzett megfigyeléseikről számol be (megfigyeléseik 16 kutyára vonatkoznak a mérgezés legkülönbözőbb idejéből). Előadásának bevezető részében röviden az ikteruskutatás történetét ismerteti, melynek gyújtópontjában mindenkor az epefesték termőhelyének kiderítése állott. A T. D. vörösvérsejtbontó hatása in vitro csak akkor következett be, ha ahhoz alkoholos májkivonatot vagy ugyanilyen máj-lép-kivonatot adtak. Lépkivonat hatására haemolysis in vitro nem következett be. Ennek ellenére a lép kiirtása esetén szabványos méregadagtól T. D.-ikterus nem fejlődött ki. Kísérleteik amellől szólnak, hogy a T. D.-nak direct vérsjtbontó hatása a szer-

vezetben sincs. A mérgeghatás kifejlődéséhez hepato-lienalis finctio elengedhetetlenül szükséges, minél fogva a *Minkovszky*-iskola tétele: „máj nélkül nincs ikterus“ akként volna módosítandó: „máj nélkül nincs T. D.-ikterus“. A mérgeghatásra bekövetkező vörösvérsejtdestructio a plasmahaemoglobin megfogyásával párhuzamosan haladó haemoglobinaemiához vezet. A kettő között levő parallelismusban mutatózó incongruentia idejére esik azután a H. v. d. B.-reactio fellépése; a bilirubinaemia. A fehérvérképben ezalatt a leukocyták progressiv felszaporo-dása mutatható ki. Az általános leukocytosis részjelensége a májnak előbb intravascularis (főleg a porta ágában, majd extravascularis) előbb inter-, később intralobularis leukocytosisa. A máj vérelosztódásának jellegzetes eltolódása a mérgezés egész ideje alatt; az elvezető utak (vena hepaticae rendszere) összeesettségében és vérszegénységében s az odavezető utak a (vena portae ágainak) kitérülésében és vérbőségekben nyilvánul meg. A keringési viszonyok illetően eltolódása morfológiailag emlékeztet a „májzár“ fogalmára, s minden bizonnyal a máj mérgegtelenítő funkciójának actióba lépését jelenti; a vena portae electric tágulata és vérbősége pedig valószínűleg a mérgegyanagra vonatkoztatott „circulatio gastroenterohepatica“ következménye. A tömeges haemoglobin-átalakulást morfológiailag hirdető haemosiderosis a májban a lebenyek szélé felől halad azok központjába olyan-képen, hogy előbb a Kupffer-sejtek telítődnek s csak azután lép fel a haemosiderosis az endothelsejtekben is. Haemosiderin a májsejtekben egy esetükben sem találtak. Az epefesték termelődése a vérfestékből első phasisában morfológiailag is biztosan kimutathatólag anhepatocellularisan megy végbe. A haemosiderosis kialakulása előtt a máj reticuloendothelialis alak-elemein, azok „hyperplasiás készülttség“-ének jelei (az endothelsejt megnagyobbodása, magjaik chromatin-dússága, oszlási alakok megjelenése, a Kupffer-sejtek numerikus hyperplasiája) voltak leolvashatók. A haemosiderosis kialakulásával együtt indul meg az epe-hajszálerek rögzösödése, a lebenyek intermediaer zónájából a periphéria felé. Az epe-hajszálerek rögzösödésének kiterjedése idejétől a T. D.-ikterus is nagyobbreszt pangásos természetű. Ilyenkor már a lebenyekközpontok bilirubinpigmentatioja is mutatkozik. A centralis bilirubinpigmentatio foka a lebenye központi parenchyma károsodásokkal áll arányban. A rögzösödéshez előbb-utóbb gyulladással szöveti változások is csatlakoznak. Ennek exsudatív jellege a mérgezés előhaladt stadiumában szövethépzővé hasonul át, ami végeredményében biliaris cirrhosis kialakulásához is vezethet. Részben a fenti változásoknak, mint a fokozott functionalis igény-bevételnek folyamánként, részben pedig direct mérgeghatásra következnek be a májlebenyekközpontok regressiv elváltozásai. Ezek a különböző idősségű esetekben a lebenyekközpontok dissociációjában, „clarificatio“-jában, parenchymás, hydropikus, zsíros degenerációjában nyilvánultak s akár a centralis lebenyeknekroszisig fokozódtak, amikor a szöveti kép már sok hasonlóságot mutat a heveny sárga vagy vörös máj-sorvadás képéhez. A centralis parenchymakárosodás foka szerint és annak folyamánként a rácsrostszervezet pótló felszaporo-dása mindig kimutatható volt.

Jeney Endre: Az extrahepatikus epetermelés első kísérleti bizonyítékát *Whipple* és *Hooper* nyújtották (1916), kik kutyákon a májat kiiktatva a keringésből, haemoglobin intravenás bevitele után epefestéket találtak a vizeletben és ikterust a zsírszövetben. A lép és máj együttműködését a rendes vérsjtdestructióban számos régi és újabb kísérleti adat bizonyítja. Splenektomia után csökken az epetermelés. A lép eltávolítása lényegesen csökkenti a toluylendiamin vérsjtbontó hatását. A lépnek eredeti helyén, vagyis a máj előtt kell a keringésbe beiktatva lenni, hogy szerepét helyesen betölthesse. A v. lienalis beiktatása a v. cava inf.-ba vagy lekötése hasonló hatást vált ki, mint a splenektomia. *Eböthner* kísérleteiben úgy találta, hogy a lép sósvizes kivonata aktiválja a máj hasonló kivonatának haemolytikus hatását. Toluylendiaminnal mérgezett állatok májából *Joannovics* és *Pick* egy haemolytikus anyagot tudtak nyerni, mely aethyl- és methyl-alkoholban, aetherben, acetonban oldható és főzésnek ellenálló volt. Hatása nem azonos az epe-savak hatásával. Minthogy toluylendiaminmérgezés splenektomia után kisebbfokú vérsjtszétéset vált ki, valószínű, hogy ezen haemolysintermeléshez a májban a lép működése is hozzájárul.

Kühbacher Ferenc: *A postklimakteriumos vérzések gyakorlati jelentősége.* A klinika hetévi nöbeteganyagának 3%-a szenvedett postklimakteriumos vérzésben. Miután a 144 esetből 98, tehát 70% carcinoma volt, a menopausában fellépő minden vérzés rákos eredetre gyanús, mindaddig, míg a szövettani vizsgálat kétséget kizárólag nem bizonyítja a jóindulatúságot. Hasonló elbírálás alá esnek a mesterséges menopausában (műtét, Röntgen) mutatkozó vérzések is.

Az anatómiai congressus Frankfurt am Mainban. (1928 ápr. 15–18.)

Az idei anatómiai congressus gazdag tárgysorozattal indult meg, úgyhogy időhiány miatt 6–8 bejelentett előadásra nem is kerülhetett sor.

A makroszkopos anatómia köréből *Graf Haller* (Berlin) a hypocampus, *Nauck* (Marburg) pedig a patella összehasonlító anatómiájáról értekezett. Nagy érdeklődést keltett *Petrnkopf* bécsi magántanár új injectiós massája (oldott nyers gumi), mely hidegen injektálható az erekbe, ott számbajöhető zsugorodás nélkül sűrűsödik be s az új gumi szívósságával és rugalmasságával bír. Szerzője a hajszálereken egyelőre nem tudta átfeeszkendezni. A budapesti I. számú anatómiai intézetben jelenleg olyan praeparatumok készülnek, más massával, melyeken az egész venosus rendszer is megtelt az arteria felől, a hajszálereken keresztül, úgyhogy rajtuk a kéz és láb legfelszínesebb viszeres hálózatai is jól tanulmányozhatók. Készítményeinket szándékozunk is bemutatni a jövő évi bonni congressuson, mert e sorok írója sem a német, sem az angol és svájci intézetekben sehol sem talált hasonló jó készítményeket. Ugyancsak *Pernkopf* bemutatta azon kísérletét, hogy a tájanatómiát nagyobb hallgatóság számára a saját praeparálásáról felvett mozgóképekkel adja elő. E kísérletről azonban mindnyájunknak az lett a felfogásunk, hogy a színbeli különbségek és a plasticitás hiánya miatt a jó falitáblákkal kiegészített tényleges praeparálást nem pótolhatja, különösen, ha azt még az előadás alatt készített táblai rajzokkal is kiegészítjük. *Poll* (Hamburg) pontosabb daktyloszkopiai felvételekről és a bőrredők új osztályozásáról értekezett. *Zimmermann* budapesti professor időhiány miatt nem tarthatta meg előadását. Az anatómiai társaság 12-es bizottsága elkészült az új anatómiai nomenklaturával, melyet hozzászólás végett minden tag külön is megkap a végleges elfogadás előtt.

A szövettan köréből főleg részletkérdések kerültek tárgyalásra (a corpus pineale, dura mater spinalis, idegvégződés mikroszkópiája stb.). Magyarországról *Huzella* professor (Debrecen) colloidumcsöveknek állatok érfalába való helyezéséről tartott előadást, ismeretve a colloidumcsövek belső felületén lerakódó monocytákból képződő endothelszerű sejteket. Tanársegédje, *Törő*, a bélbolyok különböző állapotait mutatta be a különféle táplálékok felszívódása alkalmával, demonstrálva erer vonatkozó meszeteit is. E sorok írója *Mihálik Péter* tanársegéddel (Budapest) évek óta közösen végzett idegrendszeri vizsgálatok mészeteit demonstrálta, melyek a környéki idegek rostjainak a működéssel való összefüggésre vonatkoznak. E vizsgálatokat az eredeti metszetek és rajzok alapján sok külföldi szakemberrel volt alkalommal részletesen is megbeszélni (a congressuson kívül Heidelbergben, Baselben és Bernben is), kik lényegében valamennyien elfogadták az eddigi adatokat és az azokból vont következtetéseket.

A szövettanyésztés köréből *Levi* és *Olivo* (Turin) tartottak előadást.

A fejlődéstan köréből is sok előadás volt. Különösen említésre méltók *Kopsch* (Berlin) filmfelvételei alsóbbrendűek (strongylocentrotus lividus és phallusia mam.) barázdálódó petéiről, valamint gastrulatiójáról és embrioképződéséről. E felvételek sokban kiegészítik eddigi mikroszkopos adatainkat e folyamatokról s megmutatják, hogy a fejlődés ezen korai szakaszaiban valamennyi sejt egyszerre oszlik. Ezen felvételek nagyon jól összeillenek *Canti* (London) tumorfilmjeivel, melyeket a X. nemzetközi zoológiai congressus keretében (a sejtkutató szakosztályban) mutatott be a múlt év szeptemberében Budapesten. Még egy hazánkfia szerepelt a congressuson, *Bánki* groningeri (Hollandia)

assistens, aki amphibiembryók egészben való megőrzésére és demonstrálására mutatott be egy új módszert.

A fiatal frankfurti anatómiai intézet (1913-ban alapítva) méltó elismerést aratott még nem gazdag, de csupa elsőrendű készítményekből álló gyűjteményével. E modern intézet egyéb berendezése is sok tekintetben tanulságos volt. A jövő évi congressus helyéül Bonn van kijelölve, hol *Sobotta* tanár az igazgató.

Kiss Ferenc dr. egyet. magántanár.

A balatonfüredi orvosi hét és báró Kétly Károly emlékművének leleplezése.

Balatonfüred fűrdőigazgatósága a fűrdőorvosi tanácsadó testületével karöltve immár negyedszer tartott Balatonfüreden „orvosi hetet“. A már annyira bevált és nagy látogatottságnak örvendő hét létesítésének eszméje *Vámosy Zoltán* egyetemi tanártól származik, akit az vezetett e nemes terv megpendítésére, hogy egyrészt a magyar orvosokkal és rajtuk keresztül a magyar társadalommal megismertesse a Balatont és annak felbecsülhetetlen gyógytényezőit, másrészt, hogy a Balatont ez alkalommal felkereső orvosok a tó mellett való kellemes üdülés közben egyúttal orvosi ismereteiket is gyarapíthassák.

Hogy a terv helyes volt, azt immár négyéves gyakorlat ékesen bizonyítja. Minden évben nagyszámú kartárs jelenik meg a balatonfüredi orvoshéten Hazánk minden részéből. A kettős cél, a kartársaknak kellemes időöltés és élvezet közben hasznosat nyújtani, minden tekintetben megvalósul, aminek záloga egyrészt az előadó tanárok nagy tudása és tekintélye, másrészt a fűrdőigazgatóság nagy előzőkenysége.

Idén, május 6-án kezdődött az orvosi hét, amelyre nagyszámú hallgatóság gyűlt össze. Az orvosi hét védnökségét, mint az előző években, ezúttal is, gróf *Kleblberg Kunó* vallás- és közoktatásügyi és *Vass József* népjóléti miniszter vállalták el. Az ünnepélyes megnyitáson a népjóléti miniszter képviselőjében *Győry Tibor* h. államtitkár, egyetemi magántanár jelent meg.

Az első napon *Angyán János*, a pécsi egyetem tanára és *Molnár Elek*, a debreceni egyetem magántanára tartottak nagyértékű előadásokat, előbbi „Beteggek, betegségek és milieu“, utóbbi „Az ikterusról“ címmel. A következő napon *Karczag László* és *Schmidt Ferenc* egyetemi magántanárok „A gyógyító sugarakról“, illetve „A hypertonia“ tárgykörből tartottak nagy érdeklődéssel kísért előadást. *Karczag* a quarz, Röntgen- és radiumsugarakról, a diathermiáról, *Schmidt* az essentialis hypertoniáról és a szénsavas fürdőknek ezen bántalom kezelésében való értékéről beszélt. Ugyanezen napon — tihanyi kirándulás keretében, — az orvosi hét résztvevői az új biológiai intézetet látogatták meg, ahol *Verzár Frigyes*, a debreceni egyetem rectora, az intézet igazgatója mutatta be a mintaszerű intézetet. Ugyanítt *Méhes Gyula*, az intézet adjunctusa a szívhormonokról tartott előadást. Előadásában különösen *Haberlandt* és *Löwi* kísérleteiről és ezek nyomán saját maga tapasztalatairól számolt be.

A következő nap *Jencsó Miklós* szegedi egyetemi tanár előadását hozta, aki a klinikáján végzett kísérletek alapján az angioneurotikus tünetsoportnak a visszeres befecskenedések alkalmával való jelentkezéséről és azok okairól, valamint megelőzésükről beszélt. Majd ugyanezen a napon *Rosenthal Jenő* egyetemi magántanár nagy, gyakorlati értékű előadást tartott a duodenalis szonda diagnostikus és therapiás alkalmazásáról.

Az erre következő napon *Ranschburg Pál* ny. rk. tanár, a gyakorlatilag fontosabb szervi idegbajokról: a tabesről, a paralysis progressiváról, a sklerosis multiplexről, a choreáról és a különböző enkephalitisekről szólott. Utána *Gerlóczy Géza* egyetemi magántanár a diabetes insipidusról és az egyéb polyuriás kórképekről tartott magasszínvonalú, értékes beszámolót.

Május 11-én *Tóth István*, budapesti egyetemi tanár, a gyermekágyi vérzésekről tartott nagy tapasztalatokon alapuló és rendkívül nagy gyakorlati hasznú előadást. Majd utána *Kétly László* báró budapesti egyetemi tanár a belorvostanilag fontosabb vérzések kezeléséről értekezett, sorra véve az egyes vérzések aetiologiáját, a kis vércső, a gyomor, a bél, a vese és egyéb szervek vérzéseit és azok leghatásosabb kezelési módját.

Az orvosi hét utolsó napján, május 12-én *Verebely Tibor* egyetemi tanár „A hasi fájdalmak értékelése a sebészeti diagnosztikában” címen tartotta meg gondolatokban és tudásban gazdag előadását. Utána *Szontágh Félix*, debreceni egyetemi tanár, a gyermekbénulás gyógyításának néhány gyakorlatilag fontosabb kérdéséről fejtegette. Az utóbbi években itt-ott jelentkezett, tömegesebb föllépése miatt actualis betegség gyógykezelését új nézőpontból tárgyalta és értékes útmutatásokat nyújtott a járvány észszerű leküzdhetőségére.

Kiemelkedő, méreteiben országos jellegűvé fejlődött eseménye volt a folyó évi balatonfüredi orvoshatárnak néhai *csurgói báró Kétly Károly dr.*, a budapesti egyetem volt Rector Magnificusa, az Országos Orvosszövetség volt illustis elnöke tiszteletére, a fürdőigazgatóság által készített emlékműnek leleplezése. Néhai báró Kétly Károly nagy barátja volt a Balatonnak és Balatonfürednek. Fárasztó munkája után mindig Füreden keresett és talált jól megérdemelt pihenést. Elnöke volt haláláig a balatonfüredi orvosi tanácsadó testületnek. Balatonfüred fejlesztése körüli elévülhetetlen érdemeinek elismerésül a fürdő igazgatósága elkészíttette művészi bronzreliefjét, melyet a fürdőtelep legszebb pontján, gyönyörű környezetben helyezett el. Az emlékmű ünnepélyes leleplezésére az orvostársadalom és a rokon társadalmi intézmények kiválóságai nagyszámúval zárandokoltak el Füredre, hogy letegyék elismerésük koszorúját „Fürdő atyjának” emlékművére. A leleplező emlékbeszédet *báró Korányi Sándor* egyetemi tanár, a balatonfüredi orvosi tanács jelenlegi elnöke mondta el, melyet szépségei és kortjellemező volta miatt egész terjedelmében közlünk, hódolni akarván ezzel is az elhunyt nagy emlékének:

Tisztelt Ünneplő Közönség!

Nagy idők kiváló fiának szól mai ünnepünk. A korszak, amelyben Kétly Károly báró élete javát lelte, azt a Magyarországot építette fel, amelyet gyászolunk. Nagy volt e korszak az orvosi tudomány történetében is. Évtizedek alatt nagyon sokkal többet alkotott, mint előtte évszázadok. Kiválónak kellett a férfiúnak lennie, aki az általános emelkedésnek e korszakában a vezető emberek sorába állhatott.

Kiváló emberek nagyságának mértékei: egyéniségüknek közvetlen hatása, a színvonal, amelyen eszméket korszakokat, embertypusokat képviselnek és alkotásaik. Kétly Károly előkelő embertypus megtestesülése volt: a régi értelemben vett nagy orvosé. Jelentőségét, őt megérteni csak a régi nagy orvostypus megértésével lehet. Ha a katona, a pap, a művész, a problémái körébe bezárkózó tudós sokszor jóformán mozdulataikból felismerhetők, ez azt jelenti, hogy vannak hivatások, amelyek betöltése közben az ember tulajdonságainak éppen bizonyos csoportja jobban művelődik ki a többinél. A régi nagy orvosok egyéniségének nem voltak a többi fölé ilyen feltűnő módon kimagasló sajátosságai. Mert akkora volt foglalkozásuk sokoldalúsága, hogy annak befolyása alatt képességeik mind egyikének arányosan kellett kifejlődniök. Semmi sem állott messze tőlük, ami emberi.

Kétly Károly fiatal korában az orvosi tudomány terjedelme még nem volt akkora, hogy annak központjában állva, nagytehetségű belorvos egész területét ne tekinthette volna át. Ott állhatott a csecsemő bölcsője, a felnőtt betegágya mellett minden bajában. Csak néha kellett segítségért sebészhez, specialistához fordulnia. Ennek szükségét ő állapította, a specialistával a teendőket ő vitatta meg. Akkor az ember, a család beérhette

azzal az *egy* orvosával, akihez bizalma volt. Ez óvta egészségét, gyógyította betegségeit, lehetett tapasztalt tanácsadója, mikor életbevágó elhatározáshoz kellett jutnia és sokszor oldotta meg a család körében azt a problémát, amelyetől az eugenika utopistái az emberi nem tökéletesedését remélik. Így az orvos és gondozottja között olyan bensőséges összeköttetés keletkezhetett, amilyennek más vonatkozásban emberek között párja nincs. Ez összeköttetést az aggodalom, a szenvedés szóték, a bizalom, a részvét, a hála tették erőssé, tartóssá. Benne nem volt szerepe születésnek, társadalmi állásnak, rangnak. Az orvos kizárólagosan egy körhöz sem tartozott, de otthonos volt a társadalom minden körében. Az ilyen széleskörű, válogatás nélküli érintkezésből más foglalkozásnak élők által el nem érhető emberismeret fakadt, amelynek a gondozottjainak sorsában résztvevő orvost emberbaráttá kellett nevelnie. Szállóigévé vált a mondás, hogy jó orvos csak jó ember lehet. Ez az igazság igazság marad megfordított formájában is. Az orosi hivatás betöltése az embert jobbá teszi. Akiben e tulajdonságok kifejlődnek, az az embereket megérti, megtanul velük saját nyelvükön beszélni és befolyása az emberekre nagyra nő. Ha pedig az ilyen orvosok befolyása átjárja a társadalmat, kimondhatatlanul sok jót tehetnek. Ezt az embertypust képviselte magas színvonalon Kétly Károly.

Az ő élete alatt az orvosi tudomány óriásit haladt. Haladását Kétly Károly generációja még soká volt képes követni, mert az egész orvosi tudományt felölelő széles alapja volt. A következő generáció azt már nem tehetette. Korán kellett választania, lemondva arról, hogy az egész orvosi tudományt magas igényeknek megfelelő módon tegye magáévá. Specialisták lettünk többé-kevésbé mindannyian. A beteg azóta más-más orvoshoz fordul különböző bajaiban. Ők együttesen sokkal hatalmasabbak, mint volt a régi orvos egymagában. Viszont az ember, a család elvesztette azt az egyetlen orvost, aki a multban állandó segítője, tanácsadója, benső barátja volt. Az orvos pedig elvesztette sokoldalúságát. Visszavonult saját körébe. Egyénisége közelebb jutott a szakemberéhez, a problémáira szorítkozó tudóshoz. Érintkezése az emberekkel elvesztette folytonosságát, bensőségét.

Az orvosi gyakorlat más szempontból is nagyot változott. Kiterjesztetett milliókra, akik a multban áldásaiban alig részesültek. Feldarabolása és amellett extensitásának óriási megnövekedése elkerülhetetlenné tették megorganizálását. Ezentúl az orvos és betegek nagyrészt intézményekben találkoznak, találkozásukat hivatalok közvetítik, írott paragraphusok szabályozzák a viszonyt közöttük. Addig az orvosi pálya hivatás volt, amely eltartotta azt, aki neki szánta életét. Azóta, mi tagadás, veszedelmesen közeledik a foglalkozások azon sorához, amelyek céljai közt a kenyérkereset a többi között mindinkább előtérbe lép. Ilyen változott viszonyok között a Kétly Károlyéhoz hasonló egyéniségek számára többé hely nem maradt. Azért a gyász, amely Kétlyt kísérté sírba, nemcsak kiváló embert, hanem egy embertypust adott át a multnak és az emléktábla, amely Kétly Károly vonásait örökíti meg, egyúttal a vele eltűnt embertypusnak emléktáblája is. Kétly Károly e typusnak magas koránál fogva Magyarországon utolsó képviselője volt. Utódja nincs és többé nem lehet. De Kétly halálával elköltözött-e közülünk szelleme? Az egyént túlélik alkotásai és Kétly az alkotó emberek sorába tartozott.

Az orvosi tudomány az orvosok között megosztott. Egymagában orvos hivatását egész terjedelmében többé nem képes betölteni. Az orvosok most már egymással összeköttetésbe lépve, egymást kiegészítve kénytelenek feladataikat megoldani. Most már csak közösen, szerepüket megosztva, fejthetik ki befolyásukat a közre, közösen kell örködniök ethikai alapjuk és existenciájuk biztonsága fölött is. Az ehhez szükséges nagy egyesülést az Országos Orvosszövetségben Magyarországon Kétly Károly teremtette meg. Abba lehelte bele az ő szellemét, gondoskodva arról, hogy szelleme

a kor követelményeihez alkalmazkodó formában túlélje őt. Amíg e szövetség megteremtőjéhez hű marad, áldásos működése a síron túl is folytatódni fog.

Tisztelt Ünneplő Közönség! A nagy munka, ha folytonos, megőrli a testet és a lelket. Kétly Károly ezt bölösen elkerülte. Valahányszor kifáradt, Balatonfüredre jött pihenni. Amit Balatonfüredtől kapott, azt busásan adta vissza. Balatonfüred jövőjét a szívbaajosok gyógyítására koncentrált munkában ismerte fel. Ha Füred valamikor eléri azt a jövőt, amelyet annak Kétly szánt, sikereit neki fogja köszönni. Füredet szerette. Ha megkérdeztük volna életében, hová helyezze el monumentumát, bizonyára a Balaton partját választotta volna. A hála az ő érzésének megfelelő módon találta meg helyét.

Kétly Károlyról beszélve, sok-sok emlék hatása alatt állok. 1866-ban boldogult atyám első tanárságadjának választotta őt. Gyermekkoromban jóformán mindennapos volt szülőim házában. Később sok nehéz órában láttam jóságos arcát betegek ágya mellett, akiket szerettem. Akkor ismertem meg benne az orvost, úgy, ahogy csak aggodó ismerheti. Azután sokszor találkoztam vele az orvosi gyakorlat terén, majd mint tanártársa láttam működését, országos célok, a tudomány szolgálatában, megismertem mint embert, ki mindig az igazat és az igazságot keresi. Láttam és enyhíteni igyekeztem utolsó szenvedéseit. Láttam bölcs, türelmes, keresztényi megadását, amellyel azokat viselte, világosan tudva, mi vár reá. Mikor pedig szenvedései véget értek, nekem jutott osztályrészül, hogy ravatalánál tanári karunk nevében elmondjam a búcsúszót. Az emlékek e hosszú sorától meghatottan lepezem le az őt megörökítő monumentumot és helyezem tövébe Balatonfüred orvosi tanácsának koszorúját. Nemrég búcsúztattam őt. Most visszaidézem. Éljen köztünk so-kaig példája, tanítása, szelleme!

A magasszárnyalású beszéd elmondása után az egyetemek koszorúinak elhelyezése következett. A budapesti egyetem orvoskari tanártestülete nevében *Tóth István* egyetemi tanár, a pécsi nevében *Reuter Camillo* egyetemi tanár, a debreceni nevében *Szontágh Félix* helyezték el koszorút az emlékműre. *Hasenfeld Artur* egyetemi magántanár a volt a tanítványok és a Balaton Társaság nevében, *Thassy Gábor* tisztifőorvos a Zalavármegyei Orvosszövetség nevében, *Csilléry András* az Országos Orvosszövetség megbízásából, *Gerlóczy Zsigmond* a Budapest Orvosszövetség, a Mone és az Országos Közegészségügyi Egyesület, *Schaffler József* a II. sz. belkliniká, *Hankó Béla dr.* a tihanyi élettani kutatóintézet, *Temesváry István* egyetemi magántanár, tisztifőorvos (Eger) a balatonfüredi orvosi továbbképző tanfolyam előadói és hallgatói, *Schmidt Ferenc* egyetemi magántanár, mint *Kétly* professor egykori tanítványa és Füred orvosa, *Brinzey Aurél* fűrdőigazgató Balatonfüred igazgatóságának nevében helyezték koszorút az emlékre. Az ünnepélyen a Kétly-család is jelen volt. A vallás- és közoktatásügyi miniszter, valamint számos közeleti nagyság táviratban fejezték ki kegyeletes megemlékezésüket.

Graefe Albrecht centenariumára.

(Született 1828 május 22.)

Írta: *Grósz Emil dr.* egyet. tanár.

A berlini *Charité* előtt *Siemering* mesterműve örökíti meg *Graefe Albrecht* alakját s orvosi munkáját. Középpütt áll, kezében *Helmholtz* szemtükrével *Graefe* egész férfi szépségében, az emlékmű baloldali domborműve a hozzá segítségért folyamodó szembetegek alakjait ábrázolja, a másik oldalon a gyógyultaké. Mindegyik alak mestermű: a szembeteg gyermekét vezető anya, a sérült szemű munkás, a vak tábornok, a külföldiek csoportja éppen úgy, mint a másik oldalon a gyógyultak sora élethűségükkel a szemlélőre

mély benyomást tesznek. *Schiller* szavai adják a magyarázatot:

„O eine schöne Himmelsgabe ist das Licht der Augen alle Wesen leben vom Lichte. Jedes glückliche Geschöpf, die Pflanze selbst, kehrt freudig sich zum Lichte.“

1928 május hó 22-én száz éve, hogy *Graefe* született, 58 éve, hogy meghalt s élete munkája nem évvült el, az általa hirdett igazságok ereje változatlan, egyéniségének varázsa mit sem veszített üdeségéből, ő ma is minden idők legnagyobb szemorvosa, a kötelességteljesítő orvos mintaképe, a szegény betegek jó anyaga, az orvosi tudomány genialis művelője, kinek halhatatlan érdemeit a XIX. század legnagyobb természettudosa, *Helmholtz*, nemcsak elismerte, hanem a magáénál is nagyobbra tartotta.

Születésének 100-ik évfordulója az alkalom, hogy e tüneményes szellem életét, munkáját az *Orvosi Hetilap* olvasói emlékezetébe idézzük. Édesatyja a berlini egyetemen 24 éves korában a sebészet tanára volt. Ő maga középiskoláit a berlini francia gimnásiumban végezte — ennek köszönhetette nyelvismeretét, az érettségi vizsgálatot 15 éves korában tette le. Az egyetemen *Johannes Müller*, *Michelet*, *Trendelenburg*, *Schönlein*, *Du Bois-Reymond*, *Virchow* (nagy mesterek!) tanítványa volt: 1847 augusztus hó 21-én tette le a doctorátust. Doctori dissertatiója, thesisi igen tanulságosak: 1. Mennél tökéletesebb a therapia, annál kisebb az orvosságok száma. 2. Vakság nem betegség, hanem symptoma. 3. A homeopathia; a természet gyógyító ereje, az életmód s a bizalom útján gyógyít. 4. Az ideális államforma a köztársaság, a gyakorlati a monarchia. Egyetemi tanulmányai befejeztével hosszabb tanulmányutat tett: *Prágába*, *Párisba*, *Bécsbe*, *Londonba*. A természetet *Arlttól*, *Desmarres* és *Sicheltől*, *Jaegertől*, *Bowmantól*, *Mackenzieltől* tanulta.

1850 november hó 1-én, mint szemorvos, *Berlinben* rendelni kezdett. Kis ház második emeletén volt az ingyenes nyilvános rendelése, két kis szoba volt kezdetben a kórháza. Munkabeosztása figyelemreméltó: reggel irodalmi működés, azután előadás, betegvisite, járóbetegrendelés, operatiók, este magánrendelés egészen éjjelig, éjjeltájban kórháza látogatása.

1852-ben habilitáltak. Tanítványai többnyire orvosok és szemorvosok voltak, az egyetemi hallgatók *Jüngkent* hallgatták, mert ő volt a censor. 1854-ben megalapította az *Archiv für Ophthalmologiet*, 16 év alatt 2500 oldal jelnt meg benne tollából. 1857-ben megalapította a Heidelbergi szemésztársaságot, melynek ma már 800 tagja van. 26 éves korában a blennorrhoea és diphtheri gyógyításának ma is érvényes módját írta le, a szemizmokról s kancsalságról írt dolgozata alapvető, 1857-ben, 29 éves korában az első nemzetközi szemészeti congressuson az addig gyógyíthatatlan glaukomát gyógyító iridektomiájáról tett közlést. A baj lényegét: a szem feszülésének emelkedését felismerte s annak csökkentését javasolt műtétével elérte. Ez egyetlen teljesítménye biztosítaná számára a halhatatlanságot, pedig 10 évvel később a szürkehályog operálását is módosította, s lényegében még ma is az ő methodusát követjük.

A perimetria tökéletesítése és értékesítése a szem neurologiájának egyik legértékesebb fejezete; *Helmholtz* tükrével, mely *Graefe* szavai szerint új világot nyitott meg előttünk, az amblyopia és amaurosis sötét-ségére világot vetett s a szemfenéken lefolyó betegségek egész sorát felismerte, annak pathológiáját s pathogenesisét megállapította s így a gyógyításnak hozzáférhetővé tette; hogy csak egyetlen egyet említsek, a pangásos papilla jelentőségét az agydaganatok felismerésére ő írta le.

Ilyen módon Graefe Albrecht 20 éves működése alatt a szemészet reformatora lett. Tudásának forrása főleg a megfigyelés volt, a laboratoriumi munkára nem jutott idő, de annak eredményeit éles ítélettel értékesítette. Sokan csudálkoztak azon, hogy a nyilvános ingyenes rendeltést naponta személyesen vezette,

de innen merítette a tudományos megállapítások anyagát s itt osztotta pazar kézzel a segítséget keresőkre a gyógyítás áldását. A szemészet jelentőségét magas polcra emelte, pedig ebben sem fakultása, sem a kormány nem támogatták. Míg *Ausztáriában és Magyarországon* a szemészetnek már a XIX. század eleje óta külön tanszéke volt, *Berlinben* a sebészet tanára volt annak hivatalos képviselője. Ennek ellenére *Graefet* választották a berlini orvosegyesület elnökévé s e tisztét haláláig betöltötte; *Langenbeck* volt az alelnök, s *Virchow* csak utódja. Szellemes és tudós életrajzírója, *Hirschberg*, *Praceptor orbis terrarum*nak nevezte, mert működésének rövid 20 éve alatt az egész világról hozzá sereglettek a tanítványok, kik könyveiket neki vagy emlékének ajánlották. A szemészet hatalmas kézikönyve is neki van ajánlva, az emlékére alapított s tízévenként kiadott *Graefe-éremet* eddig *Helmholtz*, *Leber*, *Hess*, *Gullstrand* kapták. Minden szemészeti klinika az ő szobrát, képét tekinti legfőbb díszének. *Hirschberg* joggal idézi *Perikles* szavait: Nehéz mértéket tartani a dícséretben, amikor a valóság minden valószínűséget meghalad. S mindezt, amit a tudománynak, hazájának, az emberiségnek tett, betegen tette. Vagyonos volt, évente több hónapot úton töltött, beteget ugyan *Svájcba* is követték s *Párisban* is felkeresték, de e mellett mégis távol volt a fővárostól, a zsúfolt járóbetegrendelés levegőjét a hegyi levegő tisztaságával cserélte fel — s mégis áldozatul esett annak a betegségnek, mely annyi nagy embert döntött korán sírba! Az Alföldi Közművelődési Egyesület közgyűlésén nemrég *Müller Vilmos* felsorakoztatta a történelem nagyjait, kik tuberculosishalált haltak meg. *Molière*, *Schubert*, *Mozart*, *Chopin*, *Schiller*, *Weber*, *Correggio*, *Csokonai Vitéz Mihály*, *Katona József* a tuberculosishalál áldozatai.

Ezek sorában osztozott *Graefe Albrecht* is. A baj már 30 éves korában pleuritis képében jelentkezett, azontúl ismételve kiújult, utolsó két évében súlyosan nehezedett rá. Két gyermekét korán elveszítette. Felesége, gróf *Knuth Anna*, önfeláldozóan ápolta. Orvosai *Traube*, *Friedreich* voltak. 1870-ben állapota rosszabbodott, kötelességének betegen is igyekezett megfelelni, de már júliusban ágynak dőlt. A francia-német háború kitörésének idején, 1870 július hó 20-án, 42 éves korában elhalt.

A kitört háború forogtagában temetése egyszerű volt, de a nagy *Helmholtz* már akkor megmondotta, hogy a tudomány pótolhatatlan veszteséget szenvedett, mert férfiak, kik a felmorzsoló gyakorlat tumultusában nagy ideákat követhetnek, évszázadokig sem jelennek meg. *Graefe* jó ember, nagy tudós, fényes szónok, művész, operateur, kitűnő tanár, hű barát, szerető családapa, önfeláldozó orvos volt. Kevesen hasonlók hozzá.

VEGYES HÍREK

A Budapesti Kir. Orvosegyesület május 19-i ülésének napirendje: Bemutató: 1. *Friedrich László*: a) *Ulcus ventriculi tuberculoticum* esete. b) *Epehólyag-duodenumisipoly* diagnostizált esete. Levegő az epeutakban. — Előadás: 1. *Paunz Márk*: A postdiphtheritikus heges gégeszűkületről. 2. *Baráth Jenő*: Functionalitás vizsgálata jelentősége a hypertoniák felosztásában és kezelésében.

A Magyar Orvosok Rheuma Egyesülete megkezdte működését. Az egyesület elnöke: báró *Korányi Sándor*, főtitkára: *Bilkei Pap Lajos*. Az egyesület célja: a rheumás megbetegedések iránti érdeklődést az orvosok és a társadalom körében ébren tartani; e betegségek tudományos kutatását elősegíteni; e betegségek megelőzésére és leküzdésére szolgáló társadalmi mozgalmakat és hatósági intézkedéseket kezdeményezni. Miután céljának elérésére tudományos társaságban óhajtja egyesíteni a mozgási szervek chro-

nikus megbetegedései iránt érdeklődő összes magyar orvosokat, őket az egyesület tagjai sorába való belépésre ezúton is felkéri. Évi tagsági díj 4 pengő. Jelentkezéseket a főtitkár e címre kér: Budapest, Vöröskereszt-kórház, I, Győri-út 17-19.

Budapest székesfőváros tisztifőorvosi hivatalának irányítása mellett és az iskolaorvosok vezetésével az Országos Tejpropaganda Bizottság f. é. január 16-tól március 27-ig 10 fővárosi elemi iskolában tejtáplálási kísérletet rendezett, melynek eredményei most záródtak le. A kísérlet kerekén 900 elemi iskolai tanulóra, felerészben fiúkra, felerészben leányokra terjedt ki, a tanulók kora 6-12 év volt. A székesfőváros tisztifőorvosi hivatala által kidolgozott szabályzat szerint történt a kísérlet. A gyermekeknek adott tejmenyiség a Pirquet-féle eljárás szerint az ülőmagasság alapján állapított meg és ezen tejmenyiség nagyjában 4 dl-től 6 dl-ig váltakozott. A kísérlethez szükséges 10.000 liter tejet és 36.000 drb. zsemlyét az Országos Tejpropaganda Bizottság bocsátotta rendelkezésre. A tejet és zsemlyét mindennap a tízórai szünetben az iskolai gondozónővérek osztották szét a gyermekek között, a kiosztás felett az ellenőrzést és a gyermekek négszeri mérését az iskolaorvos eszközölte. A kísérlet befejezte után megállapított eredmények szerint a tejtáplálkozásnak az iskolás gyermekekkel való nagy hatása kétségtelenül megállapítható. Az elért súlygyarapodás és magassági növekedés természetesen nemcsak iskolák szerint, hanem egyes gyermekeknl is eltéréseket mutat. Nagy átlagban az összes iskolák gyermekeinél a következő eredmény mutatkozott: a tejjel táplált fiúk a kísérlet folyamán 1-14 kg súlygyarapodást és 1-89 cm magassági növekedést értek el, míg ugyanakkor a tejjel nem táplált fiúk csupán 0-44 kg-ot és 1-37 cm-t. A tejjel táplált leányok súlygyarapodása 1-15 kg, magassági növekedése 1-74 cm volt, a tejjel nem táplált leányoké 0-63 kg, a magassági növekedése 1-37 cm volt. Az iskolaigazgatók és iskolaorvosok észlelete szerint a tejjel táplált tanulók munkakédeve, magaviselete és előmenetele is sokkal jobb volt. Az Országos Tejpropaganda Bizottság a tisztifőorvosi hivatallal az iskolaorvosokkal együttesen ezeket a tejtáplálási kísérleteket még a folyó évben folytatni fogja és pedig az iskolákon kívül a napközi otthokokban és árvaházakban is.

A Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesülete X. nagygyűlését június 4-én és 5-én tartja meg Budapesten a Budapesti Kir. Orvosegyesület Semmelweis-termében. Június 3-án délelőtt a nagygyűlés tagjai rész vesznek báró *Korányi Frigyes*, az Egyesület díszelnöke szobrának leleplezésén, amely az Erzsébet Királyné-Sanatorium negyedszázados jubileumával kapcsolatban Budakeszin fog megtörténni.

Orvosok juniálisa. A Budapesti Orvosok Turista Egyesülete a turistáskodás mellett a tagok szórakoztatásáról is gondoskodni kíván. A BOTE juniálist rendez. Június hó 7-én Klastrompusztán lesz az orvosi juniális. Klastrompuszta körülbelül egy órányira van az esztergomi vonal mentén fekvő Csévtől. A Magyar Turista Egylet menedékháza vállalja a vendéglősi szerepet, a kiránduláson résztvevők szórakoztatásáról pedig *Dálnoky Viktor dr.* elnöklete alatt működő vigalmi bizottság gondoskodik. Abból a célból, hogy külön vasúti kocsikról és elegendő ebédéről gondoskodni lehessen, a rendezőség arra kéri a résztvevni szándékozókat hogy legkésőbb május 30-ig jelentsék be a Corvin-gyógyszertárban (VII, Erzsébet-körül 6. sz.) hány személlyel vesznek részt a kiránduláson.

A Budapesti Szegénysorsú Tüdőbetegek Sanatorium-Egyesülete folyó évi június 3-án délelőtt 10 órakor, közel kétévi késedelemmel fogja a budakeszi Erzsébet Királyné Sanatoriumban Magyarország első tüdőbeteg-gyógyintézete fennállásának negyedszázados évfordulóját megünnepelni. Ez alkalommal elhelyezi az intézet zárkövét és leleplezi az Erzsébet Királyné Sanatorium megalapítójának, a hazai tuberculosishalál elleni küzdelem megindítójának, báró *Korányi Frigyes* egy-

tanárnak mellszobrát. Az ünnepi beszédet a szoboravartás alkalmával *Bókay János* egyetemi tanár tartja. A Sanatorium-Egyesület vezetősége Magyarország egész orvostársadalmát szívesen látja az ünnepek alkalmával.

Az I. nemzetközi fül-, orr-, gégészeti congressus (Kopenhága, júl. 30—aug. 1.) előkészítő bizottsága a következőket közli: Lakáskérdésben Bennet utazási irodájához kell fordulni, címe: Kopenhága, Raadhustpladsen 47. Tekintettel arra, hogy július—augusztusban igen nagy Kopenhágában az idegenforgalom, a congressus résztvevői közül csak kb. 300-at lehet szállóban elhelyezni, a többinek magánlakásban szereznek helyet. A dán államvasutak a térítjegy árából 50%-os kedvezményt adnak. A tagsági jegy felmutatása ellenében az utas minden vámvizsgálattól mentes marad. A congressussal összeköttetésben létesített többrendbeli kirándulásról a fenti utazási iroda ad bővebb felvilágosítást, ezek között mindenféle út szerepel kisebb dániai kirándulástól kezdve egészen a Spitzbergákig vivő túráig.

Blaskovics László dr. egyet. ny. r. tanár, a II. sz. szemészeti klinika igazgatója tanszékfoglaló előadását f. hó 22-én délelőtt 12 órakor tartja.

A Közkórházi Orvostársulatnak a rókusi ülés-teremben május 23-án tartandó ülésének tárgysorozata: *Bemutatók*: 1. *Willner Miksa*: Nystagmus és aecomodatio detail diagnostikai felhasználása tüdőgümőkóros esetekben. 2. *Peschky László*: Léptáji Röntgen-besugárzás tüdővérzésnél. 3. *Fettich György*: Májdiéta az anaemia perniciososa gyógykezelésében. 4. *Brezovszky Emil*: a) Mycosis fungoides esete; b) Lupus erythematosus ritkább alakja. — *Előadás*: 5. *Brezovszky Emil*: Foglalkozással járó bőrbetegségek.

Kiadóhivatalunk megbízást kapott, hogy a Magyar Orvosi Archivum 1923. évi XXIV. kötetének 1—2. füzetét megvásárolja, füzetenként 5 pengőért. Hasonló feltételek mellett keressük egy felvidéki előfizetőnk részére a Magyar Orvosi Archivum 1928. évi 4. füzetét és az Orvosképzés 1919. évi 1—2—3. füzetét.

Dr. Erényi Jenő karlsbadi fürdőorvos Karlsbadban (Kaffebaum házban) orvosi működését ismét megkezdte.

A kórboncolás vezérfonala orvostanhallgatók részére (írta: *Orsós Ferenc* dr. egyet. ny. r. tanár) az Orvosi Hetilap kiadásában megjelent és 250 P-ért kapható a kiadóhivatalban s a könyvkereskedésekben.

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 május 6—12-ig előfordult:

Hasi hagymáz	13	(3)	Gyermekágyi láz	1	(2)
Küteges hagymáz	—	—	Báránymilő	30	1
Hólyagos (ál-)himlő ..	—	—	Járv. fültömirigylob ..	32	—
Kanyaró	250	3	Vérhas	12	—
Vörheny	30	1	Járv. agygerincagyhártyalob	2	—
Szamárhurut	51	1	Trachoma	—	—
Roncs. torok-, gégeglob	35	2	Veszettség	—	—
Influenza	10	—	Lépfene	—	—
Azsiái kolera	—	—	Paralýsis infant.	—	—

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

A szerkesztő fogadóóróját 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 Richter Gedeon r.-t. Budapest, „Bismosalvan—Hyperol“ című prospektusa van mellékelve.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

Uj irányzat aszív és véredények therapiájában

Dr. Schäcker udv. tanácsos, Bad Nauheim orvos a „Strahlentherapie“ 1921. XII. füzetében a köv. írja: Miként Wagner-Graz, úgy én sem vagyok barátja a Quarzlámpafény ú. n. filtrációjának. Joggal írja Wagner:

„Az erősebb ultraviola sugarak ú. n. káros hatása megfelelő dosirozásnál áldássá változik. Az ultraviola sugarak vérnyomást csökkentő hatása már régen ismeretes. Nem lehet csodálkozni tehát a szív és véredények megbetegedéseinek elért eredményeken. Különféle rendellenességek, a sokféle ideges jelenség gyorsan elmúlnak, a pulzus puha, rendszer és kevésbé szapora lesz. A vérnyomás jelentősen csökken és ezen állapotban állandósul. Az összes szívbeteg ujjáéledtek, munkaképességük nőtt, nyugodtan aludtak, a diuresis kiadósabb: a meglevő szomjúságérzet teljesen eltűnt. Az erősebb ultraviola sugarak mélyreható biológiai méregtelenítő hatása a szívbeteg szemponjtjából elsőrangú fontosságú, amennyiben tehermentesíti a belső szerveket, így a kevésbé megterhelt szív tartalékerőt gyűjthet. Az igen kedvező therapeutikus eredményeket egyedül a „künstliche Höhen Sonne“ Hanau Quarzlámpa előírászerű használásának, amely terapiának alapja volt, köszönhetem.“

USA, dollár

Bach-Höhensonne (egyszerűsített függőlámpa) egyenáram számára 39-25

Bach-Höhensonne (egyszerűsített függőlámpa) váltóáram számára 91-75

Bach-Höhensonne (egyszerűsített stativlámpa) egyenáram számára 45-25

Bach-Höhensonne (egyszerűsített stativlámpa) váltóáram számára 97-50

csomagolatlanul ab gyártelep Hanau a. M.

Kényelmes részletfizetés, Magyarország, Ausztria és Csehszlovák területén.

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

Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H., Hanau.

Zweigfabrik: Linz a. d. Donau, Postfach 27.

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

Kurzusok

a QUARZ- és SOLLUX-LAMPÁK gyógyászati alkalmazásáról, egyúttal bevezetés a készsülékek használatába minden időben a bécsi physiotherapeutikai intézetben:

WIEN IX, SPITAL GASSE 1/a.

Irodalom: Dr. Schäcker udv. tan. „Ultravioletbestrahlungen als neue Grundlage der Therapie von Herz- und Gefäßkrankheiten“.

„GYÁRI MÁRKÁNK“

- ORIGINAL HANAU -

kezeskedik — több mint 20 éves gyártási tapasztalatok alapján — a legnagyobb üzembiztonságról és legjobb minőségről.

DIVITOL-CHINOIN

Ergosterinből ultraviolett sugarakkal előállított

Antirachitikus D-Vitamin

O. Rosenheim és Th. A. Webster (Biochem. Journ. XX.) eljárásának alapelvei szerint készül.

EPHERIT-CHINOIN

A magyar Ephedrin

Adrenalin helyett. Per os is hatékony.

Asthma, Hypotonia

3 és 6 ampullás, ill. 20 tablettás (à 0.05 g) eredeti csomagolások és pulvis recepturára.

PITUISAN-Chinoïn injectio

Engedélyezve: 12.615/25. sz. a. az Országos Munkásbiztosító Pénztár helyi szerveinek terhére; 41.412/25. sz. a. a m. kir. Államvasutak B. B. Intézete terhére; 7532/25. sz. a. a m. kir. Posta B. B. Intézet terhére.

**A gland. pituitaria
infund. titrált kivonata.**

(1 cm³ = 10 Voegtlin-egység.)

BILAGIT-CHINOIN

Legrationalisabb összetételű CHOLAGOGUM!

Rendelhető: előzetes főorvosi láttamozással: a m. kir. Államvasutak B. B. Intézete terhére; Szabadon a m. kir. Posta B. B. Intézet terhére.

Előzetes főorvosi ellenjegyzéssel: a Kereskedelmi Betegbiztosító Intézet terhére.

1 üveg 20, illetve 40 drageirozott tablettá.

ORVOSI HETILAP

Alapította **MARKUSOVSKY LAJOS** 1857-ben.

Folytatták: **ANTAL GÉZA, HÖGYES 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:

Calamida Umberto: Néhány ritkább bakteriologiai lelet és szövőd-
mény füleredetű thrombophlebitisnél. (609—610. oldal.)
Kovács Ferenc: 365 méhen kívüli terhesség kapcsán szerzett klini-
kai tapasztalatok. (610—615. oldal.)
Húth Tivadar: Az α -naphthylaminpróba jelentősége a vizelet fer-
tőzöttség kimutatásában. (615—617. oldal.)
Teveli Zoltán: A Welch—Fraenkel-féle bacillus az egészséges és
beteg esecsemő székletében. (617—619. oldal.)
Prér Ferenc: A dispositio jelentősége a syphilis alakulásában.
(620—624. oldal.)
Campián Aladár: Válasz Treer József dr. „Megjegyzésére“.
(624. oldal.)
Pertik Tamás: Észrevételek Wein Zoltán dr. cikkére. „Tonsillek-
tómia gümőkóros egyénekben.“ (624—625. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (89—92. oldal.)
Lapszemle: Belorvosan. — Sebészet. — Szemészet. — Fülgyógyá-
szat. — Szülészet és nőgyógyászat. — Gyermekorvosan.
(625—627. oldal.) — Könyvismertetés. (627—628. oldal.)

A Kir. Orvosegyesület május 19-i ülése. (628—629. oldal.)
A Közkórházi Orvostársulat és gégeészeti szakosztály május 16-i
együttes ülése. (629—630. oldal.)
A Magyar Röntgentársaság május 1-i ülése. (630—631. oldal.)
A Magyar Orvosok Röntgen-egyesületének május 9-i ülése. (631—
632. oldal.)
A Szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának május
10-i ülése. (632. oldal.)
Az Erzsébet Egyet. Tud. Szöv. orvosi szakosztályának április 30-i
ülése. (633. oldal.)
„A német központi rákkutató bizottság“ congressusa Wiesbaden-
ben. (633—634. oldal.)
A német pathologus társaság 23. congressusa Wiesbadenben.
(634—635. oldal.)
Magyar gyermekorvosok nagygyűlése. (Bókay János elnöki meg-
nyitója.) (635—636. oldal.)
Egyetemi tüdőbeteg-szsanatorium Leysinben. (636. oldal.)
Vegyes hírek. (636—637. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A milánói kir. egyetem fül-orr-gégeklinikájának
közleménye.

Néhány ritkább bakteriologiai lelet és szö- vődmény füleredetű thrombophlebitisnél.

Írta: *Calamida Umberto dr.*, egy. ny. r. tanár,
a klinika igazgatója.

Jelen közleményem olyan sepsises thrombophlebi-
tiseknél tett észleletekről számol be, ahol a bakteriolo-
giai lelet és a hozzájáruló egyéb szövődmény számot
tarthat az érdeklődésre.

1. Érdekes bakteriologiai leletek.

Több idevágó esetet tudtunk összegyűjteni. Két
nyolc-, illetve tízéves gyermekem úgy a sinusból, mint
egyebütt a vérből olyan bacillust sikerült kitenyészteni,
amelyet alaki és culturalis sajátosságai alapján a coli-
csoportba sorolhattunk. Mindkettő virulensnek bizo-
nyult tengerimalaccal szemben. A két beteg meghalt.
Egy másik esetben a berögösödött sinusból tisztán
tenyésztett ki a mikrooccus tetragenus. Öt másik eset-
ben a vérculturából — két esetben adrenalinus reactivá-
lás segítségével — streptococcus haemolyticus virulens
törzse nőtt ki, amely a tengerimalacot 24 óra alatt a
septikaemia ismert tünetei közepette megölte. Ezen
utóbbi öt beteg közül négy meghalt, súlyos elváltozá-
sokat mutatva a boncolásnál; egy meggyógyult. Igen
érdekes egy másik eset, mert úgy a sinusból, mint az
egyéb vérből pyocyaneus tenyésztett ki tiszta culturában,
még pedig erősen haemolytikus és a tengerimalacra
virulens törzssel.

A bakterium coli nem valami gyakori a genyes
középfülgyulladásnál és szövődményeinél; *Hasslauer*
csak két ízben találta meg 54 esete között, *Barwich* és
Haardt egyszer 262 esetében. Legtöbbször más mikro-
organizmusokkal társul, streptococcussal, staphylococ-
cussal. Általában feltűnően megsúlyosítja a kórképet,

amint két saját, halálosan végződött esetünkben is ki-
tűnik.

A mikrooccus tetragenus sem gyakori tiszta
tenyészetben, csupán *Caldera* és *Pinaroli*, valamint *Calic-
etti* és *Aurati* erre vonatkozó közleménye van emléke-
zetemben.

A streptococcus haemolyticus nem valami ritka
füleredetű megbetegedésekben, különösen azokban, ame-
lyek súlyos koponyaürbeli szövődményekhez, mindenek-
előtt azonban thrombophlebitishez vezetnek. Nemrégiben
Milligan azon számos streptococcusfajta között,
amely a legsúlyosabb füleredetű szövődményeket okozza,
leggyakrabban a streptococcus haemolyticust találta
meg. *Wirth* 84 szövődményes fülgenyedést vizsgált meg
és 36-szor izolálta ezt a kórokozót. Ez a mikroba is
súlyos szövődményeket szokott okozni, amelyek gyak-
ran vezettek már halálhoz is.

Ismeretes, hogy a pyocyaneust hosszú ideig ártal-
matlan saphrophytának tartották, amely symbiosisban
kórokozóvá is válhatik; későbbben azonban kiderült a
pathogenitása.

Néhány évvel ezelőtt *Doumenage* közelebről fog-
lalkozott ezzel a kérdéssel (*Otitis moyennes et septicé-
mie otitiques a pyocyanique*. Paris, Steinheil, 1914.).
Lombard rendelésén látott esethez fűzve megjegyzéseit,
összeállította az irodalomban eddig ismertetett, összesen
(az övével együtt) kilenc esetet. Megállapítja, hogy ezen
észlelések nagyon különböző értékűek és nehezen állják
meg a kritikát. Néhánynál csupán a halál után kutat-
tak a szövetekben és a véredényben a pyocyanus után,
már pedig ismeretes, mily sebességgel terjed ez a
mikroorganizmus már az agoniától kezdve. Az életben
csupán négyszer vizsgálták tenyésztéssel a vért.

Bizonyos, hogy a pyocyaneus vérből nyert tiszta
tenyészete nem gyakori lelet. Ezt úgy az irodalom, mint
saját tapasztalásunk is mutatja. Klinikánkon rendszeren
folyik a culturalis vizsgálat minden otomastoiditis-
néi és szövődményeinél, mégsem leltük meg soha ezt a
bakteriumot, legalább is ami a vérből nyert tiszta
tenyészetet illeti. Megtaláltuk néhányszor más mikro-

organismussal társulva külső- és középfülgyulladásnál, ritkábban szövödmények eseteiben.

Ezen esetekben a thrombophlebitises fertőzés, mint a felsorolt többenél is, semmi különösen jellemző tünetet nem mutatott, amely megkülönböztette volna a folyamatot egyéb aetiológiájútól. Némelyek jóindulatúnak tartják a specialisan pyocyanus által okozott septikæmiát. Így látta ezt klinikailag és kísérleteiben *Wirth*, aki azt állítja, hogy ez a baktérium éppen csak hogy pathogen emberre és kevésbé pathogen fehér egérrel szemben, ha egyedül van: de ha streptococcus hæmolyticussal társul, utóbbinak invasiós képessége megnövekszik. Másrészt azonban *Doumenage* eseteiből rendkívül súlyos lefolyás derül ki; kilenc esetről referál, ebből hat végződött halállal. Saját esetünket sem sikerült megmentenünk.

2. Thrombophlebitis és egyéb szövödmény együttes fellépése.

Sepsises thrombophlebitis és agyi tályog együttesen rendkívül ritka leletet képez, csak egynehány esetet ismer az irodalom. Ezek közül *Calderét* említjük, esetében kisagyi tályog követte a thrombophlebitist; *Piazza—Missorici* legújabban három sinusthrombosit közölt (*Arch. ital. di otol.* 1927 június), kettőhöz agyi, egyhez kisagyi tályog járult további szövödményképen.

Saját statisztikám a vénás sinusok sepsises thrombosisának 103 esetét öleli fel. Csupán egy thrombophlebitis van ezek között, amelyik agyi tályoggal és kettő, amely kisagyival szövődött, de egyszer pachymeningitises góc, egyszer pedig diffus genyes agyhártyagyulladás járult a sinus elváltozásához.

Eseteim közül három mutat együttesen fellépő thrombophlebitist és kisagyi szövödményt, 12, ill. 16, ill. 17 éves férfibetegen, mindannyiszor baloldalt. Egy ízben a thrombophlebitisen kívül már életben ismertük fel a kisagyi tályogot, melynek kiürítése után meggyógyult a beteg. A másik két eset pachymeningitises góccal, illetve genyes agyhártyagyulladással társult, jellemző volt a zavaros liquor, positiv kémiai és bakteriális reakciók leletekkel. A meningitis klinikai képe annyira classicus volt, hogy nem gondolhattunk kisagyi tályogra; ezt csak a boncolás fedte fel.

Említésre méltó egy baloldali thrombophlebitiseset, melyhez jobboldali kisagyi tályog járult. Ez, a fülbajjal elienoldali szövödmény egy iskolásfiún lépett fel: a 12 éves beteg genyes fülfolyása füleredetű pyæmia tüneteivel exacerbált: a radicalis mûtét sinusthrombosit fedett fel. A mûtét nem hozott könnyebbülést a betegség lefolyásában; felléptek a meningitis jellemző neurologicali tünetei (*Kernig*, *Babinsky*, stb.) adiadochokinesissel. A szemfenék vizsgálata vénás pangást mutatott. A lumbal punctatum zavaros, véres volt; mikroszkop alatt leukocytosis látszott, a bakteriális vizsgálat culturában is negativ maradt. A boncolás a következő állapotot állapította meg: diffus, teljes rögösödés a bal sinusban, körülírt agyhártyagyulladás a mûtéti nyílásnak megfelelően, geny az agy felszínén az elváltozott agyhártya alatt. Dió nagyságú tályog a jobboldali kisagyban, a vermis szomszédságában.

Tekintettel a beteg súlyos állapotára, a viharos tünetekre, melyek között az agyhártyagyulladásai voltak szembetűnők, nem mutatkozott a jellemző kisagyi tünetesoport, még gondos klinikai vizsgálat alapján sem. Meglehetősen ritka a beteg füllel ellenkező oldali koponyaüregbeli szövödmény. Az irodalom idevágó esekélyszámú adata közül *Alexander* esetét említet.

Ezen észlelések fontos klinikai megfigyelésekre vezetnek. Ismeretes, mily nehéz többnyire izoláltan fel-

állítani a kisagyi tályog kórisméjét, nem könnyű a labyrinthgyulladástól való elkülönítése sem. Általánosan tudják, hogy gyakran latens marad, vagy legalább is kevésbé körülírt tünetesoportot mutat. De olyan esetben, amelyet fent is idéztünk, amidőn a kisagyi tályog thrombophlebitishez társult vagy még hozzá meningitises elváltozáshoz, könnyen érthető, mennyivel több, sokszor áthághatatlan akadály gátolja a diagnosist. Éppen ezért olyan esetben, amidőn agyi tályoggal való szövődést gyanítunk, nem szabad a középső és hátsó agygödör sebészi explorációjával késnünk.

Ami a thrombophlebitis és genyes agyhártyagyulladás együttes fellépését illeti, ez 11-szer fordult elő 103 esetünk között.

Végezetül olyan esetet említünk, ahol a thrombophlebitishez a halántéki tájék hatalmas subduralis tályoga járult.

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

365 méhenkívüli terhesség kapcsán szerzett klinikai tapasztalatok.

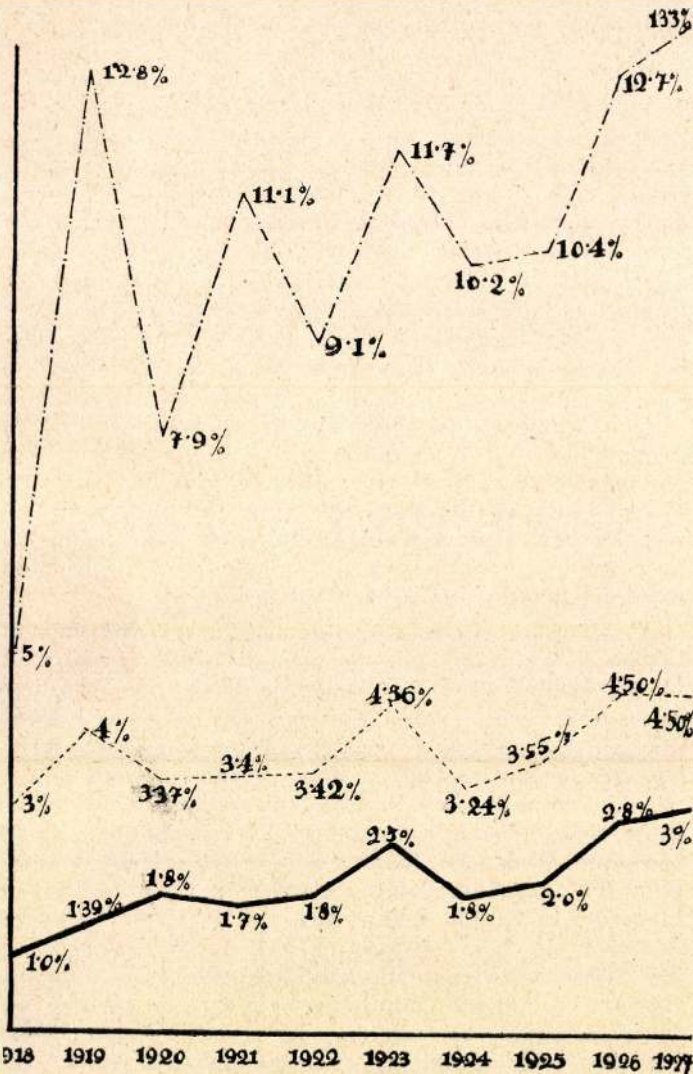
Írta: *Kovács Ferenc dr.* tanársegéd.

Ha összevetjük a 30—40 év előtti szülészeti és nőgyógyászati tankönyveket a maiakkal, feltűnik az a hatalmas átalakulás, amelyen a méhenkívüli terhesség kórképéről alkotott ismereteink ezen idő alatt átmentek. Az annak idején mellékes fontosságúnak ismert, illetve ritkaságánál fogva gyakorlatilag alárendelt jelentőségűnek vélt megbetegedés mindjában az érdeklődés központjába jutott olyan mértékben, amint az esetek előfordulásának gyakorisága növekedett. Az utóbbi évek irodalmának áttekintése szemléltető képet nyújt arról, hogy a méhenkívüli terhességek száma — főképp a világháború óta — és még most is állandóan növekedőben van s bővelkedünk az elméletekben, melyekkel ezen érdekes tény magyarázni akarják. Ha tekintetbe vesszük is azt a körülményt, hogy a kórkép alaposabb megismerésével és a legújabb orvosi generatio figyelmének ilyen irányban való kiélesítésével sokkal több esetet ismerünk ma fel, amelyek egy részét talán azelőtt elnézték vagy félreismerték: mégis ez egymagában távolról sem elegendő ezen feltűnő számbeli eltolódás értelmezésére. Hasonló fejlődésen ment keresztül az utóbbi évtizedek alatt az appendicitis kórisméje is. De ez utóbbinál a „divatos“-sá vált megbetegedés számlájára sok colica, bélgörcs stb. is elkönnyvelhető volt, amelyeknél a túlbuzgalom folytán esetleg feleslegesen végzett hasmûtétet az erőszakoltan lobosnak minősített féregnyujtvány eltávolításával igyekeztek jogosulttá tenni. A méhenkívüli terhességnél azonban a makroszkopos anatómiai elváltozások annyira jellegzetesek, hogy itt ilyen tévedésen vagy tudatos elferdítésen alapuló számbeli eltolódás a diagnózisban nem fordulhat elő. Fel kell vennünk egyéb okokat is, melyek az esetek feltűnő szaporodását előidézik.

Legtöbb vizsgáló az egyéb általános okokon kívül (fejlődési rendellenességek, tuba atresia, hypoplasia, torsio, daganatok, összenövés, előzetes mûtéti hegek, gyulladások) főképpen két tényező fontosságát emeli ki. Az egyik a háború óta felszaporodó gonorrhoeás fertőzés, a másik pedig a művi abortusok, valamint a prophylactikusan végzett jódinjectiók számának megnövekedése volna, melyek mindegyike a pete vándorlásának színhelyéül szolgáló kürtök falában, nyálkahártyájában idézne elő olyan alak és működésbeli változásokat,

melyek a termékenyült pete vándorlásának akadályozottságát, illetve időelőtti megrekedését vonják maguk után. A háború utáni években tapasztalható gyakoriságot az újabb irodalomban *Sidorov* a fenti okokon kívül a rossz táplálkozás következtében beálló tuba-atrophiára vezeti vissza, mely a kürt peristalticáját hátrányosan befolyásolja. *Testa Matteo* szerint a kürtterhességek száma Itáliában olyan arányban nő, mint a gonorrhoeás fertőzések száma. *Ostrel* megállapítja,

1. ábra. A méhenkívüli terhességnek százalékszámának emelkedése 10 év alatt, graphikusan feltüntetve.



Jelmagyarázat:

- Extr. grav. miatt végzett lap. százalékos viszonya az évi laparotomiák számához.
- Extr. grav. százalékos viszonya a nőbeteg. évi számához.
- Extr. grav. százalékos viszonya az intraut. grav. számához.

hogy Brünben háború előtt 0.3–0.6%, míg a háború után 0.5–0.9% volt a méhenkívüli terhességek száma (a rendes terhességhez viszonyítva) s ennek okát a gonorrhoeás és abortus utáni adnextumorok szaporodásában látja. *Graefe* 12 évet feldolgozó statisztikájából kitűnik, hogy a méhenkívüli terhességek száma háború előtt is már emelkedőben volt; a háború után pedig 1.5%-ról ismét 5%-ig emelkedett, a kürtök gonorrhoeás és abortus miatti lobos megbetegedései folytán. *Remmelts* vizsgálatai szerint 302 méhenkívüli terhesség közül 195-nél a kórelőzményben kimutatható volt a nemi szervek lobos folyamata, ezzel szemben csak hét ízben volt jelen daganat. Az utóbbi évek idevonatkozó irodalmában csupán *Vossa Francesco* közleménye vonja

kétségbe a milánói klinika 606 esetének feldolgozása kapcsán a többi nőorvos azon állítását, hogy a méhenkívüli terhességek száma az utóbbi években szaporodott volna.

A legújabb irodalomra való ezen rövid utalásból is kitűnik, hogy a méhenkívüli terhesség gyakorlati jelentősége az előfordulás gyakoriságának növekvésével állandóan emelkedőben van. Ezt igazolja a *II. számú női klinika* 10 évi erre vonatkozó anyagának áttekintése is. Az ebből levonható tanulságok annál értékesebbek, mert ennél nagyobb anyagot csak *Vossa Francesco* dolgozata ölel fel (amely azonban a milánói klinika 17 évi anyagát ismerteti).

Klinikánkon 1918 január 1-től 1927 december 31-ig összesen 365 méhenkívüli terhesség állott kezelésünk alatt. Ebből operative kezeltünk 283-at, conservative 82-t. Ugyanezen idő alatt összesen 18.491 intrauterin terhességet bonyolítottunk le (16.320 szülés és 2171 abortus), vagyis a terhességek 1.9%-a volt méhenkívüli. Ha azonban ezen középarányost felosztjuk az egyes évekre, akkor — mint azt a mellékelt graphikus ábrázolás mutatja (l. 1. ábra) — 1%-ról 3%-ra szökött fel ezen 10 év alatt a méhenkívüli terhességek száma a méhenbelüliekhez viszonyítva. Hasonló eredményre jutunk, ha az extrauterin graviditások számát a klinika évi nőbetegforgalmával hasonlítjuk össze, amikor is 10 év alatt 3%-ról 4.5%-ra emelkedik a megbetegedés előfordulása. Ha pedig az évi laparotomiák számát a méhenkívüli terhesség miatt végzett hasmegnyitások számával hozzuk viszonyba, úgy 5%-ról 13.3%-ra ugró emelkedést kapunk (2 táblázat). Bizonyára még sokkal

Év	Intraut. grav. száma	Extr. grav. száma %	Nőbeteg. évi száma az extr. grav. hoz viszonyítva %	Laparot. évi száma	Extr. grav. miatti laparotom. évi száma	%
1918	1572	17 = 1.0	600:17 = 3	120	6	5
1919	1945	27 = 1.39	663:27 = 4	140	18	12.8
1920	2067	29 = 1.8	862:29 = 3.37	228	18	7.9
1921	2009	35 = 1.7	1030:35 = 3.4	269	31	11.1
1922	1950	35 = 1.8	1023:35 = 4.42	285	26	9.1
1923	1757	46 = 2.5	1052:46 = 4.36	307	36	11.7
1924	1856	34 = 1.8	1051:34 = 3.24	273	28	10.2
1925	1811	38 = 2.0	1070:38 = 3.55	306	32	10.4
1926	1807	52 = 2.8	1177:52 = 4.50	321	41	12.7
1927	1717	52 = 3.0	1153:52 = 4.50	353	47	13.9
10 év	18.491	365 = 1.9	9681:365 = 3.7	2602	283	10.8

nagyobb számokat nyernék akkor, ha a viharosabb tüneteket nem okozó s így orvosi kezelésben nem részesülő, vagy félreismeret méhenkívüli terhességeket is be tudnók vonni kimutatásainkba. *Parssamov* klinikai anyagában is 1919–1921-ig a méhenkívüli terhesség miatti laparotomiák száma az összes laparotomiák 4–7%-a volt, míg az utóbbi 3 évben e szám 14–20%-ra emelkedett.

A megbetegedés ilyen növekvő arányszámai mellett nemcsak tudományos, de gyakorlati szempontok is kívánatosak teszik azt, hogy diagnostikus és főleg gyógyító módszereink teljesítőképességét, valamint klinikai tapasztalataink eredményeit kritikai elemzés tárgyává tegyük.

Kezelt betegeink életkora 18 és 47 év között változott; hat volt 20 év alatt, egy pedig 47 éves. A legtöbb (146) 26–30 éves volt; 31–35 között volt 103, 36–40 év között 54, 21–25 között 41; 41–45 között 14. A méhenkívüli terhesség a méhenbelülihez képest tehát az életkorokhoz viszonyítva határozott eltolódást mutat felfelé. Aránytalanul gyakoribb 26–35 év között, mint

18—26 év között; holott az élettani terhesség az utóbbi fiatalabb életkort favorizálja (optimuma 20—28 év között). Ugyanezen statisztikai eredményre jut *Remmelts* is az amsterdami klinika anyagán. *A szaporodási szervek előzetes igénybevétele, károsodása folytán előálló zavarok kóroktani jelentőségére hívja fel ez a statisztikai adat a figyelmet.* Emellett bizonyít az a körülmény is, hogy csupán 55 esetben fordult elő méhenkívüli terhesség olyanoknál, akik előzőleg másállapotban még nem voltak (15%), viszont 365 közül 310 esetben már előzőleg szülés, illetve vetélés zajlott le (85 egyszer, 69 kétszer, 60 háromszor, 34 négyszer, 21 ötször, 24 hatszor 6 hétszer, 4 nyolcszor, 3 kilencszer, 1 tizenegyszer és 2 tizenötöszer volt másállapotban). Ha tehát nem is tudjuk megerősíteni *Stöckel*nek azon megállapítását, mely szerint méhenkívüli terhesség majdnem sohasem fordul elő először szülőknél, kikenél az ivarszerveknél — főleg azok magasabb régióinak — lobosodásai még hiányzanak (*Fehling* is csak 5—10%-ban talált extrauterint primiparáknál), mégis a mi adataink szerint is túlnyomóan a többször szülők áldozatai a betegségeknek. Statisztikánkban a méhenkívüli terhességet megelőző másállapotosságok közül 174 esetben, tehát csaknem az esetek felében szerepelt bevallottan egyszer vagy többször abortus. Ezen adatokkal teljesen egybehangzóan a gyulladásos kóroktani tényezők jelentőségét domborítja ki az a körülmény, hogy betegeinknél 120 esetben, azaz az esetek egyharmadában az anamnesisben lobos megbetegedés is fordult elő. 25 esetben e lobosodásnak a műtét alatt is kifejezett jeleit találtuk adnextumorban, peritubaris összenövésekben stb. Ezzel szemben myomás góce csak 12, ovarialis tumor pedig csak 8 esetben szerepelt a műtétnél, mint melléklelet. Eszerint tehát a lobos complicatiókhöz képest az egyéb tényezők kóroktani szerepe jelentéktelen. *Remmelts* is 300 extrauterin terhesség közül 195-ben talált az anamnesisben lobos megbetegedést, viszont csak 5 ízben petefészek-tömlőt és 2 ízben myomát. Eseteink közül 150 jobboldali, 158 baloldali terhességet találtunk (57-nél ez meg nem állapítható); ebből tehát semminő következtetést nem vonhatunk.

Ami a *diagnosis* kérdéséről illeti, nem lehet célunk e helyen tankönyvszerű közhelyeket ismételni, csupán néhány vitatható szempontot óhajtunk tapasztalataink alapján megvilágítani. Így elsősorban azt kérdezzük, hogy mennyiben fontos a *diagnosis* szempontjából a kórelőzményben a havibaj késése, illetve kimaradása. Anyagunk ilyen értelmű átvizsgálása szerint 365 eset közül 62-ben, azaz 17%-ban nem tudtuk megállapítani a havibaj kését vagy kimaradását. Hogy ez a körülmény sok esetben talán a beteg téves bmondásán is múlik, az teljesen mellékes azon következtetésünk levonhatósága szempontjából, hogy a méhenkívüli terhesség kórisméjének felállításánál nem tehetjük függővé *diagnosis*unkat a havibaj késétől vagy kimaradásától, ha az objectív tünetek kellő támpontot nyújtanak annak megállapítására.

Sokan igen jellegzetes tünetnek tekintik a *diagnosis* szempontjából a törmeléken, kávéaljszerű véres folyást. Ez valóban az is, ha jelen van; ellenben hiánya semmit sem bizonyít az extrauterin graviditás jelenléte ellen. Eseteink között csupán 175-ben, tehát körülbelül 50%-ban találkoztunk e tünettől. Ezt természetesen is kell tartanunk, minthogy a vérzés a *pusztulásnak* induló deciduából ered. Ennek leködése pedig különböző időben indulhat meg a pete elhalása után; a pete továbbélése mellett azonban egyáltalában nem következik be. (*Werth*, *Veith* és mások megállapítása szerint ugyan a decidua leködése dacára is tovább

viselődhet a terhesség; ez azonban kivételes lehetőség, mely az általános szabály érvényességét nem érinti.) Hogy a decidua esetleges kilökődése mellett annak szövettani vizsgálata s így abban a foetalis elemek hiányának megállapítása a kórisme szempontjából mennyire fontos, azt hangsúlyozni felesleges. Ezen szövettani vizsgálat elmulasztása esetén bizonytalanságban maradhatunk aziránt, hogy méhenbelüli terhességből származó abortussal van-e dolgunk? Elkülönítő kórisme szempontjából a dysmenorrhoea membranacea jöhetne még csupán szóba. Az abortusból származó decidua esetében, ha nem kerül is a beagyazott nyálkahártyarészletekbe peteszarmazék, a stratum spongiosum az ismert sűrűn egymás mellé helyeződő, csak kevés stromaköteg által elválasztott ú. n. „terhességi mirigyeket“ tartalmazza. Méhenkívüli terhességnél a decidua terhességi mirigyei kevésbé jellegzetesek, a stratum spongiosum és compactum közti különbség kevésbé feltűnő; e mélyebben fekvő mirigyreszletek között több decidualis stroma foglal helyet. A dysmenorrhoeas nyálkahártya elnyújtott, fibrinnel kitöltött, sorvadtt, részben nekrotikus mirigyeket tartalmaz, a stromában kiterjedt vérzésekkel, lymphocytás és leukocytás beszűrődésekkel. Egyesek a decidua ezen szövettani vizsgálatának olyan nagy diagnostikus értéket tulajdonítanak, hogy ezen célból kétes és kényes esetekben indokoltnak tartják vizsgálati anyag nyerése céljából kaparás végzését. Ezt az álláspontot *Werthel* és *Hollandall*-al teljesen egyetértve mi is határozottan elutasítjuk. Az ilyen, még oly óvatos próbacurette biztos *diagnosis*ist nem nyújt, provokálhat hasúri vérzést, infectiót, intrauterin terhesség esetén pedig azt megszakítja. Ezenkívül pedig gondos észlelés mellett ilyen kockázatos eljárásra nincs is szükség.

A biológiai reakciók diagnostikus értékét tapasztalásaink alapján igen problematikusnak tartjuk. A vörösvérsejtek süllyedési reakciója annyira nem jellegzetes, hogy azt — mint ahogy e kérdésben a legtöbb vizsgáló megegyezik — elkülönítő kórisme szempontjából alig értékesíthetjük. A fehér vértkép chronikus esetekben a genyes adnextumorokkal szemben való elkülönítés szempontjából valamennyire felhasználható, de itt is csupán csak egy tünet értékével bír. Hangsúlyozni kívánjuk azonban, hogy extrauterin graviditásnál is többször találtunk leukocytosist (10—15.000). *Hendry* eseteiben is igen sokszor kísérte erős leukocytosis (20—24.000) az extrauterin graviditás okozta vérömlenyt. *Farrar* specialisan tanulmányozta ezt a kérdést nagyobb anyagon és szintén úgy találta, hogy többé-kevésbé friss vérömleny erős leukocytosist okoz s így annak differenciáldiagnostikai értékesíthetősége kétes.

Eltérvök a vélemények a *punctio* kérdéséről illetőleg, melyet a *diagnosis* felállításához sokan rendszeresen igénybevesznek. Míg *Stöckel* kétes esetben a próbapunctiót tartja a legjobb segédeszköznek a kérdés további tisztázására, addig *Fehling* szerint „wäre nichts verkehrter, als wenn der Arzt zur diagnostischen Hilfe noch eine Probepunction hinzufügen wollte“. (*Fehling*: Diagn. u. therap. Irrtümer und deren Verhütung in der Schwangerschaft. 1922, 20. old., utolsó sor.) *Döderlein* sem helyesli a *Landau*, *Küstner* és legújabban *Zimmermann* által is ajánlott próbapunctiót, helyette inkább a Douglas megnyitását ajánlja hátsó kolpotomiával. A *Stehlo* által ismertett anyag 152 esetében 83 ízben végeztek punctiót. *Zeitlin* (Leningrad) többszáz esetbenél 25%-ban véghezvitt Douglas-punctio tapasztalatairól úgy nyilatkozik, hogy a negatív eredmény keveset mond, a pozitívot pedig más is okozhatja: így értéke csekély.

A mi álláspontunk is inkább elutasító a punctióval szemben. Amikor ugyanis arra, mint diagnostikus segédeszközre igazán szükség volna (intact extrauterin vagy csekély peritubaris haematoma), akkor eredménytelen, vagy tévedésekhez vezethet (megszúrt edényből felszívott vér). Amikor pedig sikerrel járna — nagyobb haematocele —, akkor felesleges, mert a kórelőzményi adatokkal egybevetett vizsgálati lelet (tompulat a mély lumbaltájakon, acut anaemia s belső vérzés, shock tünetei friss esetben; az ivarszervek graviditációs elváltozásai, a Douglasban vagy a méh mellett érezhető térszatapintatú, elmosódott határu, fájdalomtalan resistentia, esetleg törmelékeny kávéaljszerű véres folyás stb.) alig hagy fenn valamely kétséget a kórismére vonatkozólag. Ezenkívül azonban az eljárást veszélyesnek kell tartanunk: a Douglashaematoma vastagabb esz-közszel való punctiója olyan heves vérzést indíthat meg, melyet esetleg csak a leggyorsabban végrehajtott laparotomiával lehet csillapítani, az infectio és melléksértés veszélyéről nem is szólva. Hogy a körültekintéssel, gondosan végzett klinikai vizsgálat mellett a punctio tényleg legtöbbször felesleges vizsgálati eljárás, azt szépen illusztrálja a mi anyagunk. Mi próbapunctiót nem végzünk és mégis mindössze hat esetben nyitottuk meg téves diagnosissal a hasat. Ezek közül egynél uterus bicornis mellett mellékszarv-terhesség volt jelen; a többinél pedig haematosalpinx, illetve haematoma ovarii. Ez utóbbiaknál csupán a szövettani vizsgálat tudta utólag megállapítani, hogy valóban nem méhenkivüli terhességről van szó. Amennyiben azonban punctálunk, úgy fontos feltételnek kell tekintenünk, hogy utána rögtön operálhassunk. A punctio után a műtétet egy nappal sem tanácsos elhalasztani már csak az infectio veszélye miatt sem.

Eseteink közül 113-ban képződött Douglas-haematoma, 80 esetben peritubaris haematoma; 6 ízben az elülső Douglasban volt többé-kevésbé körülkötött vérömleny. A méhen kívül tapadó pete topographiai viszonyainak pontos meghatározása sokszor nehéz és a műtét anyagát közben előállott ronsolódása miatt néha lehetetlen. Sőt sokszor a ronsolatlan műtét anyag vizsgálata mellett is nehéz meghatározni a pete tapadási helyét különösen olyankor, amidőn ez a kürt uterinalis vagy az abdominalis végén jön létre. Ilyenkor ugyanis a növekvő pete az eredeti implantációs helyéről vándorol és mennél idősebb lesz a terhesség, annál nagyobb mértékben módosulnak az eredeti anatómiai viszonyok. Amennyire ezek a petetapadási viszonyok anyagunkban megállapíthatók voltak, a 283 operált méhenkivüli terhességünk közül 158 volt tubaris abortus (56%) és 114 ruptura (40%); 6 ízben operáltunk intact tubaris terhességet, 4 ízben észleltünk interstitialis graviditást. Ez utóbbiak közül hármát *Berecz*, a negyediket pedig *Szathmáry* ismertette klinikánkról részletesen úgy, hogy ezen érdekes esetekkel kapcsolatban csak ezen közleményekre utalok (O. H. 1926, 32. sz., O. H. 1927, 11. sz.). Egy korai tubo-ovarialis terhesség is előfordult; ezt *Batisweiler* ismertette (Mon. f. Geb. u. Gyn. 1926, 73. köt.) s így erre sem térek ki.

Azt vizsgálva, hogy mikor okozott a méhenkivüli terhesség olyan tüneteket, melyek orvosi beavatkozást igényeltek, azt találjuk, hogy a 365 eset közül túlnyomó nagy többségben — 263 esetben — I—II. hónapos terhesség váltotta ki a tüneteket; 27 esetben III. hónapos, 7-szer IV. hónapos, 5-ször V. hónapos, 3-szor VI. hónapos, 3-szor VII. hónapos, 3-szor IX. hónapos és egy ízben XI. hónapos terhességgel volt dolgunk. Ez utóbbiak közül kétszer élő magzatot nyertünk; ezek azonban csakhamar elpusztultak. Egyik esetünkben (330/1919.

nőgy. fejlés) a IX. hónapos élő leánymagzat mindkét lába amputálva volt s az egyikoldali mandibulája deformált; csupán néhány órát élt a műtét után. A másik két IX. hónapos kiviselt méhenkivüli terhességnél halott magzatot találtunk (ismertette *Haba*: O. H. 1927, 23. sz.). Egy VI. hónapos, az előzőkhöz hasonlóan secundaer abdominalis terhességnél 1000 g-os, 28 cm hosszú és 28 cm fekerületű, egyébként ép testű magzatot nyertünk, amely 63 napig élt (az eset ismertetése ugyanott). Ezen tapasztalatok csak megerősítik azon álláspontunkat, hogy a méhenkivüli terhességet kiviseltetni még látszólag kedvező esetekben sem érdemes: a rendkívül súlyos műtét által nyerhető magzat — ha ugyan még intraabdominalisan el nem halt — legtöbbször életképtelen, nyomorék.

A gyógykezelés kérdésében ma már alig található az irodalomban véleményeltérés. A legtekintélyesebb nevek túlnyomó többsége az operatív eljárás mellett van. Mert igaz ugyan, hogy sok korán megszakadt méhenkivüli terhesség körülkötött vérzéssel várakozó kezelés mellett is meggyógyul, agyenyugalom mellett a vérömleny felszívódik, sőt a fogamzóképeség is visszatér; azonban *Martin*, *Leopold*, *Zweifel* és mások beszámolnak életveszélyes vérzésekről olyanoknál is, kiknél kialakult haematocele volt. Mi is számos esetben tapasztaltunk jól körülhatárolt vérömleny mellett utólag súlyos hasüri vérzést, mely a régebbi idő óta megfigyelésünk alatt álló betegnél súlyos shock és anaemia mellett sürgős laparotomiát tett szükségessé. Az embryo elhalásával és haematocele képződésével a folyamat tehát nincs még lezárva. A peteürből a haematocele, ennek megrepedésével a hasürbe utólag újabb vérzés támadhat. De még ha ezt tekintünk is ettől a katastróphalis fordulattól, anyagunk alábbiakban vázolt ezirányú átvizsgálása arról győz meg bennünket, hogy a conservatív kezelés a betegre nézve legtöbbször hátrányos, még olyankor is, amikor ennek a feltételei egyébként adva vannak.

365 esetünk közül 283-at operáltunk, 82-t expectative kezeltünk. A laparotomia útján operált betegeinknek a teljes gyógyulási közeparányosa 15.9 nap, míg a conservative kezeltéknél csak a klinikai ápolási napok közeparányosa is 27.2 nap. Pedig ez utóbbiaknál a klinikáról való elbocsájtás legtöbbször csak javulást jelent s még hosszabb-rövidebb ideig tartó utókezelésre van szükségük, míg munkaképességük többé-kevésbé helyreáll. Ez a dolgozó közép- és munkásosztály asszonyainál úgy a kezelési költségek, mint a munkaképesség kitolódása szempontjából igen nagyfontosságú.

De kedvezőtlenebb a conservative kezelték helyzete a szaporodási képesség helyreállása szempontjából is. Ápolójainkhoz kérdőíveket küldtünk szét a végleges gyógyulási eredmény és szaporodóképesség helyreállításának ellenőrzése céljából, 180 választ kaptunk vissza és pedig 34-et conservative kezelt betegeinktől, 146-ot pedig operáltjainktól. Ez utóbbiak közül műtétünk óta másállapotba jutottak 40-en (7-nél abortus, 19-nél rendes terhesség és 14-nél újabb méhenkivüli terhesség fordult elő egy vagy több ízben). Ha a 146-ból levonunk 16-ot, akik bevallottan óvszert használtak fogamzás ellen, továbbá 28-at, akiknél kétoldali salpingektomia, illetve amputatio uteri vagy teljes méhkiirtás történt, akkor a megmaradó 102 eset közül 40 fogamzott újból műtétünk után (egyszer vagy többször), ami 39.3%-nak felel meg. A 34 conservative kezelt közül utólag másállapotba jutott 4 (2-nél szülés, 2-nél abortus). Levonva a 2 óvszerhasználót, 32 esetre 4 terhesség jut, ami 12.5%-ot tesz ki. Tehát a conservative kezelt

betegeink utólagos szaporodási képessége csupán egyharmada az operáltak szaporodási képességének.

A conservatív kezelés egyetlen argumentuma — nemfertőzött esetekben — a műtėti kockázat elkerülése volna. Hasonlítsuk össze ennek nagyságát a conservative kezeltekével. 365 összes esetünkben meghalt 11 = 2.9%, 285 operáltakból meghalt 9 = 3.1%. Ebben a számban természetesen a kivérzetten beszállítottak is benne vannak, akiken már a műtét sem tudott segíteni; továbbá a terhesség második felében levő, illetve kivált extraterinok komplikált esetei is. *Schauta* 82 operált közül 2.4%, *Küstner* 72 esetből 1.4%, *Fehling* 130 esetből 2.3%, *Gudden (Kiel)* 2.7%, *Seliga* (Bratislava) 9.52%, *Kuncz* (Szeged) 4.76%, *Stehlo* (Budapest) 4.6%, *Belugin* (Pétervár) 11%, *Stamm* (Mainz) 0% operatív mortalitásról számolnak be. Ezen adatokkal a conservative kezelt 82 esetünknek 2.4% (2) mortalitása nem hasonlítható össze, mert éppen a legsúlyosabb, hirtelen vérzéssel járó eseteket operative kezeltük.

Műtėti eljárásnak 283 eset közül 276-ban a laparotomiát választottuk; hatszor végeztünk kolpotomiát s egyszer hüvelyi úton való méhkiirtást. Tehát a *Zweifel* által a therapiába annak idején bevezetett s legújabbban az Ott-féle iskola által előszeretettel gyakorolt kolpotomiát a haematocele kitakarítására csak egész kivételesen alkalmaztuk. Ezen álláspontunkkal a legtöbb operáló nőorvos véleményét osztjuk. Ennek oka az, hogy nagyon nehéz a haematocele-zsák hüvelyen át való kiürítésénél megállapítani, vajjon a tubában nem maradtak-e vissza chorionbolyhok. Egészen kis boholyrészeket visszamaradásából is igen súlyos complicatiók származnak. Így a mi egyik kolpotomizált betegünkknél, kinek már a Douglasban teljesen eltökolt haematocele-zsákja volt, ezen zsák alapos, részben curette-tel való kiürítése utáni második napon olyan heves és csillapíthatatlan újabb vérzés lépett fel, hogy kénytelenek voltunk laparotomiát végezni. Kevés kivétellel a hasi műtét biztosabb, a medencebeli szervek jobban áttekinthetők, a vérzés — ami acut esetben annyira fontos — sokkal gyorsabban és tökéletesebben szüntethető meg.

Mindezek alapján álláspontunkat *Stoeckel*el egybehangzóan abban foglalhatjuk össze, hogy minden méhenkízüli terhességet fejlődésének minden szakában operálni kell laparotomia által való eltávolítás útján. Kivételel a teljesen kivérzett, pulzus nélküli beteg, akinél a műtétől eredmény már nem várható. Itten azonban hangsúlyoznunk kell, hogy acut vérzésnél a collapsus, a pulzus rossz minősége, az acut anaemiás tünetek igen sokszor jórészen nem annyira a vérvesztés következményei, mint inkább a tubagöresök és a vérzés okozta peritonealis shock hatására vezethetők vissza. Ilyen katastróphalisnak látszó állapotból a beteg sokszor már a műtét végére lényegesen összeszedi magát. Ezért a műtėti beavatkozásról való lemondással csak a legkritikább esetben éljünk. Sőt méhenkízüli terhességre való alapos gyanú esetén is, ha valamely oknál fogva nem lehetséges a beteg szigorú ellenőrzés alatt való tartása, célszerűbbnek tartjuk a diagnosis tisztázása céljából egy exploratív laparotomia végzését, mint a beteg egy későbbi ruptura vagy abortus okozta belső vérzés katastróphalis eshetőségeinek kiszolgáltatni. A mai műtėti technika és asepsis mellett a laparotomia sokkal kisebb kockázat a betegre nézve, mint egy méhenkízüli terhesség eshetőségei. Kolpotomiával, illetve hüvelyi úton csak kivételesen avatkozunk be, amikor a régebbi idő óta eltökolt haematocele elgenyvedése, elevesedése az abdominalis út mellőzését teszi szükségessé.

Operált betegeinknél friss hasüri vérzés esetén 1920 januártól 1927 decemberig 35 esetben végeztünk a

hasürben talált és megszürt, natrium citrattal kezelt *vér vénába való visszaömlését* 500 cm³-lől 1800 cm³-nyi mennyiségben. Bár általában az a tapasztalatunk, hogy a vér visszaömlésztés, mely egyszerű, technikailag könnyen kivihető eljárás, sok esetben igen kedvező hatású, sőt életmentő lehet, mégis a vér visszaömlésztés dacára a 35 közül 4 beteget elvesztettünk; kettőt kifejezetten toxikus tünetek között. A visszaömlésztett vérenek érpályán kívüli és a visszaömlésztés után a szervezeten belüli biochemiai elváltozásait, a szervezetre gyakorolt kölcsönhatásait még csak igen hiányosan ismerjük. Éppen ezért a sajátvér visszaömlésztését csak egészen friss hasüri vérzés esetén tartjuk megengedhetőnek és csak olyankor, amikor a beteg súlyos acut anaemiája ezt indokoltá teszi.

A méhenkízüli terhesség műtėti kezelésével kapcsolatban még egy fontos dologra kell kitérnünk: az ugyanazon betegnél *ismétlődő extraterin graviditas* megbeszélésére. Ezzel függ össze ugyanis az a ma is vitatott kérdés, vajjon méhenkízüli terhesség műtéténél a másik oldali kürtöt csak akkor távolítsuk-e el, ha az is beteg, vagy pedig minden esetben? Hogy e kérdés gyakorlati szempontból való fontossá válása nem régi keletű, mi sem szemlélteti jobban, mint az, hogy még nem régen egyes ilyen ismétlődő eseteket is érdemesnek tartottak ismertetni. 1898-ban *Zangemeister* csak 34 esetet tudott az egész irodalomban összegyűjteni; a következő évben *Weil* már 52-öt, 1901-ben *Heikel* 81-et, 1904-ben *Vassmer* 85-öt talált (1640 óta), míg *Gerschun* 1910-ben az utóbbi számhoz még újabb 55 esetet gyűjtött össze. *Gudden*nek a kiel (Stoeckel-) klinikáról származó kimutatásában 423 méhenkízüli terhesség közül 22-nél = 5.1%-ban fordult elő kétszer a betegség ugyanazon egyénnél; *Schiffmann* (Bécs) 53%-ban, *Middelmann* (München) 244 eset közül 1.64%-ban, *Kuncz* (Szeged) 150 közül 4%-ban, *Mornigliano* (Róma) 5%-ban, *Brady* (Johns Hopkins Hosp., Egy.-All.) 4%-ban, a yalei női klinikán (Egy.-All.) 10%-ban, *Smith* (Egy.-All.) 1608 eset közül 3.6%-ban talált ismétlődést.

A mi statisztikánkat vizsgálva át ez irányban, azt találjuk, hogy 283 operált esetünkben 26-nál volt két ízben méhenkízüli terhesség. Hogy a megfelelő százalékot megkaphassuk, a 283-ból le kell vonnunk 40 esetet, melyeknél kétoldali tubaeltávolítás, továbbá 9-et, ahol supravaginalis méhamputatio, 5-öt, ahol Doyen szerinti teljes méhkiirtás történt, s végül 8 halálesetet, összesen 62-öt. A megmaradó 221 esetre 26 recidiváló terhesség jut, ami 11.8%-nak felel meg. Az első méhenkízüli terhesség előtt 18 már átesett intrauterin terhességen, 8 még nem. A két extraterin grav. között csupán ketten jutottak teherbe (mindkét ízben abortus volt). A két méhenkízüli terhesség közt eltelt legtöbb idő 11 év, a legrövidebb 4 hónap; átlag 2 év és 4 hónap. Még a mi kimutatásunknál is nagyobb százalékról számol be *Schumann* (cit. *Kelly*, 711. old. után), aki különböző statisztikák egybevetéséből arra az eredményre jut, hogy 280 beteg közül, kik utólag még más állapotba jutottak 35, azaz 12.5% szenvedett át később megismétlődő méhenkízüli terhességet, 135 = 47.8% pedig méhen belül jutott teherbe. A viszonyszám a kettő között 1:4. Az tehát a helyzet, hogy 8, méhenkízüli terhességet már egyszer kiállt nő közül egy számíthat egy második extraterin graviditásra; körülbelül a fele pedig rendes terhességet várhat. Hasonló módon alakulnak e számok a mi statisztikánk szerint is. 180 válaszíves esetünkben levonva 28 kétoldali salpingektomiát, illetve méhamputatiót és Doyen szerinti méhkiirtást, marad 152 eset, melyből 14 = 9.2% jutott másodszor is méhenkízüli teherbe. Ugyanezen 152 eset közül intrauterin graviditas 46-szor = 30%-ban

fordult elő. Ez szintén azt jelenti, hogy a már egyszer méhenkívüli terhességet kiállott nők közül újabb fogamzás esetén 3-5 intrauterin graviditásra 1 ismételt méhenkívüli terhesség esik. *Gudden* szerint különféle statisztikák alapján megállapítható, hogy a méhenkívüli terhességen átesett nőknek 25-8%-a még intrauterin, 6% extrauterin terhes lehet.

A műtéli radicalismus kérdését tehát az esetek ilyen arányú felszaporodása és ismétlődésre való hajlamossága mellett revideálnunk kell. Kérdés, hogy a másikkoldali kürt eltávolítását illetőleg milyen álláspontra helyezkedjünk? *Jacobs* a legradicalisabb eljárás híve, mert szerinte a másikkoldali nem gravid kürt is mindig beteg, tehát mindig eltávolítandó. *Franz* adatai szerint 53%-ban, *Fehling* szerint pedig 80%-ban beteg a másikkoldali tuba. *Stöckel* szerint a másik tuba még kimutatható elváltozások (salpingitis isthmica nodosa) esetén is bennhagyandó, ha abdominalis vége nyitott. E conservatív álláspont mellett van *Schauta*, *Wertheim*, *Werth* és *Veit* is. *Kelly* szerint viszont eltávolítandó a túloldali kürt a legesekélyebb lobos jelenség esetén is. A radicalis álláspontnak, az ép túloldali kürt eltávolításának híve *Duffek* és *Smith* is.

Hogy azonban e kérdésben állást foglalhasunk, a fenti objectív számbeli adatokon kívül nem szabad teljesen érzéketlenül elsiklanunk egy másik, a beteg szempontjából rendkívül fontos subjectív körülmény fölött sem. Egy ilyen extrauterin terhesség katastróphalis emléke után igen sokan — amint a fenti számadatokból láttuk, nem is indokolatlanul — az újabb méhenkívüli terhességtől való félelem miatt állandó rettegésben élnek, ami a nő idegéletét, sőt a házaselet harmoniáját is egészen megronthatja. Az orvos nem mennyiségtani adatokkal, vagy érzéketlen gépekkel dolgozik, hanem beteg embereket gyógyít, akiknek a bajában a subjectív tényezők igen sokszor játszanak annyi — ha nem több — szerepet, mint az objectív elváltozások. Lehet tudós, de rossz orvos az, aki csak az utóbbiakat veszi tekintetbe. Annak a kérdésnek az elbírálása tehát, hogy műtét alkalmával a másikkoldali tubát is eltávolítsuk-e (amennyiben a beteg állapota egyáltalában megengedi a műtét ezáltal való megnyújtását), nem tisztán csak attól függ, hogy a függelékek épek-e. Mérlegelnünk kell a beteg korát, valamint azt is, hogy van-e már a betegnek egy vagy több gyermeke s amennyiben a megbeszélés lehetséges, óhajtja-e ez utóbbi esetben, hogy fogamzóképesége megmaradjon az azzal együttjáró veszélyek árán is. Tekintetbe kell vennünk azt, hogy a beteg olyan helyen (vidéken, pusztán) él-e, ahol az újabb méhenkívüli terhesség az orvosi ellátás lehetőségének hiánya vagy korlátoltsága miatt ránézve végzetessé válhat. Ezen szempontok által képviselt megszorításokkal azonban e kérdésben a mi álláspontunk is általában az, hogy a másikkoldali ép tubát nem távolítjuk el, de fennálló lobos elváltozások esetén radicalisan járunk el.

A fentiekben ismertetett klinikai anyagunk tapasztalatait tehát a következőkben foglalhatjuk röviden össze:

A méhenkívüli terhességek száma az utóbbi években úgy az irodalom idevonatkozó adatai, valamint saját statisztikánk szerint is lényegesen emelkedett.

E szaporodás okát mi is a lobos női ivarszervi megbetegedések számának emelkedésében látjuk.

Diagnosis szempontjából nem tekinthetjük döntő fontosságúnak sem a havibaj elmaradását, sem a jellegzetes törmelékes, véres folyást.

Diagnosis felállításához a Douglas-punctiót felesleges és veszélyes eljárásnak tartjuk. A biológiai és

citologiai reakciók a diagnosis szempontjából csak kevésbé értékesíthetők.

Méhenkívüli terhességet kiviselni hagyni még a legkedvezőbbnek látszó esetben sem érdemes.

A méhenkívüli terhesség kezelésének souverain módja a laparotomia útján való minél korábbi operálás. A műtét alatt és után megválogatott esetekben értékes gyógyító eljárás lehet a sajátvér visszaömlésztése.

A méhenkívüli terhességnek ugyanazon egyéneknél való gyakori megismétlődése indokoltá teszi a műtétnél az individualizálás alapján álló mérsékelt radicalismust.

Irodalom: *Belugin*: Cit. Berichte über Gyn. und Geb. 1926, X. köt., 417. old. — *Döderlein-Krönig*: Operative Gyn. 1921. — *Farrar*: Surgary, gyn. & Obst. 1925, 5. sz. — *Fehling*: Diagn. u. Ther. Irrtümer. — *Gerschun*: Zbl. 1910, 1642. — *Graefe*: Zbl. f. Gyn. 1924, 51. sz., 2779. o. — *Gudden*: Zbl. 1921, II. 1479. — *Hendry*: Americ. Journ. of Obst. & Gyn. — *Kelly*: Gynecology, 1928. — *Kunze*: Zbl. 1925, 51. sz. — *Ostreil*: Cit. Berichte über Gyn. und Geb. 1925, 7. köt., 5190. — *Parssanov*: Cit. Berichte etc. 1927, 9. köt., 383. old. — *Rennelts*: Cit. Berichte etc. 1927, 12. köt., 3. füz., 183. — *Schiffmann*: W. kl. W. 38. évf., 2. füz. — *Seliga*: Cit. Berichte etc. 1926, 9. köt., 75. old. — *Sidorov*: Ref. Berichte etc. 1927, 11. köt., 233. old. — *Siefert*: Zbl. 1910, 1113. — *Stamm F.*: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1925, 88. köt., 3. füz. — *Stehlo*: Zbl. für Gyn. 1924, 49. sz. — *Stöckel*: Lehrb. d. Geburtshilfe, 1920. — *Testa Matteo*: Ref. Ber. 1925, 8. köt., 641. old. — *Vossa Francesco*: Ann. di ostetr. e ginecol. 1923, 45. évf. — *Zangemeister*: Zeitschrift für Geb. u. Gyn. 1898, 38. köt. — *Zeitlin*: Mon. f. Geb. u. Gyn. 1926, 72. köt., 314. füz. — *Zimmermann*: Die Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter, 1927.

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem urológiai klinikájának közleménye (igazgató: **Illés Géza dr. egyetemi ny. r. tanár**).

Az α -naphthylaminpróba jelentősége a vizelet fertőzöttsége kimutatásában.

Írta: *Húth Tivadar dr.*

A vese és a húgyutak bakteriumos fertőzésének kimutatása fontos tényező az urológiai diagnostikában. A mikroorganizmusok, melyek vagy endogen vagy exogen úton támadják meg az uropoetikus traktust, rövidebb-hosszabb idő múlva ott nemcsak functionális, de anatómiai elváltozásokat is idéznek elő. Annak a kimutatása, hogy a spontan ürített vizelet fertőzött-e, legmegbízhatóbb tenyésztés által állapítható meg. Ilyenkor nemcsak azt mutatja a cultura, hogy bakteriumos fertőzés van, hanem a mikroorganizmus fajtát is pontosan identifíkálnak. A telepek kitenyésztéséhez azonban legalább is 24 órára van szükségünk. Igen rationalis tehát, hogy egy olyan egyszerű vizsgálómódszerrel rendelkezünk, amelynek segítségével már a betegágnál is a vizelet fertőzése könnyűszerrel kimutatható legyen. Ezen egyszerű eljárás, melynek segítségével a vese, illetőleg a húgyutak infectiója megállapítható, az *Ilosvay* által módosított Griess-féle reagenssel végzett vizeletvizsgálat, mely a bakteriumoknak nitritképződésén alapul.

A spontan ürített vizelet normalis állapotok mellett sohasem tartalmaz *nitritet* — mely nitrit bizonyos concentratióban már méregként hat az organizmusra —, hanem csak *nitratot*, amely a táplálékul felvett és a szervezetben főleg a fehérjének nitrogentartalmú bomlási termékeiből származik. Ha azonban a vizelet hosszabb ideig áll és ezáltal a vizeletben bomlás, rothadás vagy hígysavas erjedés következik be, úgy egy bizonyos phasisban az ilyen vizeletben nitrit képződik, mely azután pontosan specialis chemiai eljárással

kimutatható. Ezzel szemben a steril cautelák mellett vett, felfogott és légmentesen elzárva eltett vizelet akár napokon keresztül is abszolút nitritmentes marad, mert hiányzanak mindazon körülmények, melyek a nitritképző bakteriumoknak működését kiváltja. A vizeletben keletkezett nitrit a bakteriumok különleges functiója eredményének tekinthető, mely functio folytán a normalisan jelenlevő nitrátról nitritet készítenek. Ezen feltevés azzal is bizonyítható, hogy azon vizelet, mely bőséges nitritképző bakteriumtartalommal fertőzött, mindig pozitív nitritreactiót ad.

A nitrit kimutatására szánt számos chemiai vizsgálat közül legjobban bevált és legkönnyebben keresztül vihető a *Weltmann* és *Haslinger* ajánlott, s *Ilosvay* által módosított *Griess-féle reagenssel* végzett vizsgálat, mellyel mi is dolgoztunk. A *Griess-féle reagens* könnyen előállítható és összetétele a következő: 150 cm³ hígított ecetsavban (25:125) 0,5 g kristályos *sulfanilsavat* oldunk fel gyakori rázás mellett. A tökéletes és maradéknélküli feloldás után egy gyengén opaleskáló vegyületet kapunk; majd 0,2 g *α-naphthylamin* oldunk fel forrás közepette 20 cm³ destillált vízben. A kihűlés után ez utóbbit filteren keresztül folytatjuk ugyancsak hígított ecetsavnak 150 cm³ mennyiségéhez. Ennek megtörténte után a sulfanilecetsavas oldatot összeöntjük az *α-naphthylaminecetsavas* oldattal s jól össze-rázzuk. Az így elkészült és használatra alkalmas reagenst sötét üvegbe zárjuk, mert a világosság hatására az oldat gyorsan bomlik. Ha a reagens hosszabb ideig áll, a bomlás folytán rózsaszínűvé lesz, ez már vizsgálatra nem alkalmas, mert a reactio folytán keletkezett piros elszíneződést többé-kevésbé zavarja.

Vizsgálatnál a reagensből a vizeletre rendszerint egyenlő mennyiséget veszünk. Az erősen fertőzött vizeletnél azonban sokszor elegendő a reagens $\frac{1}{6}$ – $\frac{1}{4}$ mennyisége is. Ha a reactio pozitív, úgy a vizelet a leghalványabb rózsaszínűtől a sötét cseresznyepiros színig az összes színárnyalatokat adja; mikoris ezen színárnyalat mutatja a vizeletben jelenlevő nitritet, melynek keletkezése az infectiosus mikroorganizmusok által váltott ki. A színreactio erőssége mindég a *fertőzöttség fokától függ*. Ha nagyfokú a bakteriummennyiség, a szín sötétpiros lesz s az elszíneződés gyorsan, pár pillanat alatt következik be. Ezzel szemben a fertőzés kis fokánál a piros színárnyalat lassan, elhúzódva áll elő s intensitása kiscsök. Hogy a reactio erősebb, illetőleg gyengébb volta a vizeletbakteriummennyiségétől függ, annak igazolására olyképen járunk el, hogy steril vizeletet *staphylococcus albus*, *citreus* és *bacillus colin*ak különböző mennyiségével inficiáltuk mesterségesen. A minimalis bakteriummennyiséggel fertőzött vizelet mindég halványpiros, rózsaszín árnyalatokkal, a nagy bakteriumtömeggel oltott vizelet sötét cseresznyepiros reactiót adott.

A *reactio roppant érzékeny* s már a halvány nyomokban foglaltatott nitritet is pontosan kimutatja. Zavaró momentumok, mint bőséges fehérjetartalom, nagyobb mennyiségű vér, geny, cukor, a vizelet erős savi vegyhatása a reactio végbemenését nem befolyásolják. A vizeletben foglaltatott nagyon nagymennyiségű fehérje legfeljebb a reactiót késlelteti, a piros elszíneződés lassabban, elhúzódva következik be, de ha a reagensből ilyenkor valamivel többet veszünk, mint a fentebb előírt mennyiség, úgy az spontan is előállhat. A pozitív reactio tehát kétségtelen jele annak, hogy a vese, illetőleg a húgyutak fertőzve vannak, az ilyen vizelet *bakteriumcultúrája* minden esetünkben pozitív volt.

Az összes mikroorganizmusok — a *gonococcus*, *streptococcus* és *tuberculosisbacillus* kivételével — azon tulajdonságokkal bírnak, hogy a vizeletben normalisan előforduló nitrátot nitritté tudják változtatni. E mikroorganizmusokat ezért nitrifikáló bakteriumoknak is nevezhetjük. Azonban, hogy a bakteriumok által termelt toxinok vagy valamely más anyag-e az, mely a szervezeten belül ezen chemiai átalakulást kiváltani képes, az ezideig még nem ismeretes. Valószínűnek látszik, hogy a bakteriumok által termelt *toxinok* idézik elő e chemiai átalakulást. Ezt azonban bizonyítani exact példákkal még nem tudjuk.

Ha a vizsgálat negatív eredménnyel végződik, annak oka lehet: 1. a vizelet teljesen steril (bakteriummentes) volta, 2. a vizelet nem nitritképző mikroorganizmusok által fertőzött (*gonococcus*, *streptococcus*, *tuberculosisbacillus*), 3. a vizelet nitritképző bakteriumoktól fertőzött ugyan, azonban a gyakori vizelet inger folytán a vizelet nincs eléggé hosszú ideig a nitritképző mikroorganizmusok hatásának kitéve; mert ahhoz, hogy a vizelet nitrittartalma nitritté alakuljon át, ehhez egy bizonyos időre van szükség. Ezen időnek sem *túlrövidnek*, sem pedig *túlhosszúnak* lenni nem szabad. Az utóbbi esetben *Weltmann* és *Haslinger* ajánlatára olyképen jártunk el, hogy a sterilen felfogott vizeletet 1–2 órára 37°-os thermostatba állítottuk. Ezen idő már elégséges volt ahhoz, hogy a jelenlevő nitritképző bakteriumok hatása folytán a vizeletben a pozitív reactiohoz elegendő mennyiségű nitrit keletkezzen. A vizeletet azután újból vizsgáltuk. Retentiós vizeletnél sem azonnal pozitív a reactio, mert a pyelumban hosszabb ideig retineált vizeletben a keletkezett nitrit *rövid időn belül bomlik*. Ha ily retentióhoz 8–10 csepp 10%-os *natriumnitrát*-oldatot adtunk s a vizeletet $1\frac{1}{2}$ –2 órára thermostatba helyeztük, a reactio mindég pozitív volt. Találtunk azonban sokszor oly retentiós vizeletet, mely azonnal mutatta a piros elszíneződést.

Hogy a vizsgálat helyes legyen, annak fő criteriuma kizárni mindazon körülményeket, melyek a vizelet *exogen* fertőzését idézhetik elő. Ezért célszerű a vizeletet catheterrel *sterilen venni és felfogni*. Hogy az exogen fertőzés mily fontos szerepet játszik, annak illusztrálására felhozom, hogy kísérletképen és összehasonlításul spontan ürített, bakteriummentes vizeletet nem steril cautelák mellett helyeztünk a thermostatban; s azt találtuk, hogy 9–10 órai állás után adódott csak pozitív reactio, szemben az endogen inficiált és sterilen felfogott vizelettel, mely *azonnal* vagy legfeljebb 1–2 órán belül lett pozitív. Ezen idő elég nagy ahhoz, hogy a hibaforrásokat az endogen inficiált és az exogen inficiált vizelet között figyelmen kívül hagyjuk.

Ha összvizeletet vizsgálunk s a reactio pozitív, azt megmondani, hogy mely vese inficiált, nem tudjuk, ezért célszerű az ureterkatheterrel felfogott vizelettel elvégezni a reactiót. Ezzel megállapítható, hogy a fertőzés *mely vesére* lokalizálódott.

A separált, avagy az összvizelettel kivitt reactio érintetlenül hagyja a vizeletben foglaltatott *corporcularis elemeket*. A vizeletnek a vér, a phosphatoktól és a carbonatoktól való zavarossága a reagensben foglaltatott ecetsavtartalomtól feltisztul. Ha tehát a reagenst a vizsgálandó vizelethez hozzáöntöttük, úgy a mikroszkopikus kép csak annyiban változik meg, hogy a reagensben foglaltatott ecetsav hatására a vörösvértestek és a phosphatok elroncsolódnak. A separált vizeletben a vörösvértestek eltűnése a göröcsövi képet abszolút nem befolyásolja, mert az ebben foglaltatott

vér az ureter és pyelum falának az ureterkatheter által történt apró kis laesiói folytán keletkezik. Lényeges tehát, hogy a diagnosis szempontjából fontos *geny-sejtekre, bakteriumokra, cylinderekre roncsoló hatással* nem bír. A reactio az intravenásan adott indigocarmin-től kékre festett vizelettel is elvégezhető, azonban ilyenkor positiv esetben nem piros, hanem lilásan elszíneződött árnyalatokat kapunk. Az össz- és separált vizelettel kivitt positiv reactiók a mikroszkopikus képpel és a tenyésztéssel egyeztek.

A klinikánkon megfordult betegek össz- és separált vizeletét tettük vizsgálat tárgyává. Mintegy 600 esetben végeztük el a reactiót. Az alábbiakban az egyes urológiai kórformáknál talált eredményeket közöljük. *Gonorrhocánál*, mint tudjuk, társinfectio nincsen, a gonococcus maga mellett nem tűr meg más mikroorganizmust. Mivel a gonococcus a nitrítképző bakteriumok csoportjában nem tartozik, azért a reactio minden esetünkben negativ vizsgálati eredménnyel végződött. 110 esetben vizsgáltuk a vizeletet gonorrhoeás betegek-nél, mindég *negativ* eredménnyel, még akkor is, ha a vizeletet más, nitrítképző bakteriummal inficiáltuk mesterségesen.

Vesetuberculosisnál is negativ. Suspect vesetuberculosis esetében, hol a hólyagkép nem typosus, jó szolgálatot tehet a reactio, amennyiben ennek negativ volta bizonyítja a nitrítképző bakteriumok hiányát s megerősíti feltevésünket a tuberculosis mellett. A tuberculosisos alaphántalom mellett előfordulhat más, esetleg nitrítképző bakteriumok által előidézett secundaer fertőzés is, azonban feltételezhető, hogy a tuberculosisbacillus *erősebb voltánál* fogva mintegy elnyomja ezeket s ha nem is teljesen negativ a reactio, de halvány positiv; a nitrítképző bakteriumok *tömegének meg nem felelő* elszíneződést ad.

Pyonephrosisnál a reactio positiv. Negativnak bizonyult azon esetekben, hol retentiós vizelet volt. A retentiós vizeletben, mint azt fentebb említettük, a keletkezett nitrit hamarosan bomlásnak indul, azért célszerű itt a 10%-os natriumnitratbeceppentést alkalmazni s a vizeletet 1–2 órára a thermostatba állítani. A reactio így positivvá lesz.

A *hydronephrosis* steril alakjánál negativ. Ha azonban inficiált s ezen infectiót nitrifikáló bakteriumok idézik elő, úgy positiv eredményt kapunk. Retentio esetében a vizelet a fent említett procedurán menjen át.

Vesekőnél, ha a kő inficiált, positiv a reactio.

Pyelitisnél positiv, ha azonban nagyobb mennyiségű retentio van, negativ, ilyenkor a 10%-os natriumnitrat alkalmazandó.

Bakteriuriánál a reactio positiv eredményt ad. Ha a bakteriura nagyfokú, úgy az elszíneződés sötét cseresznyepiros, ha gyengébb a reactio, úgy a vizelet kevesebb bakteriummennyiséggel fertőzött. A színreactio erőssége tehát a bakterium mennyiségétől, illetve a fertőzés fokától függ.

Prostata hypertrophiások cystitisénél a reactio positiv, gyengébben, ha *katheter nélkül*, erősebben, ha a beteg *permanens katheterrel* van. Első pillanatra azt gondolnánk, hogy fordítva, hiszen a retentióban — melynek több-kevesebb mennyiségével minden prostatás beteg rendelkezik — bőséges alkalom adódik a bakteriumok szaporodásának. Azonban, ha a nitrítképző bakteriumok hosszabb ideig időznek a hólyag retentiós vizeletében, melyben bomlás, húgysavas erjedés indul meg, a termelt nitrit hamarosan nitráttá alakul át a pyelum retentiós vizeletéhez hasonlóan, mely nitrit, ha nem is tűnik el teljes egészében, de az erősen positiv

reactióhoz *nem elegendő mennyiségben* marad vissza. Másodsor a gyakori vizelési inger folytán a bakteriumok és ezzel a képződött nitrit hamarosan kiürül, tehát csak rövid ideig marad a hólyagban. Ezzel szemben az állandó katheter a beteg minden mozdulatánál érinti, irritálja a hólyag nyálkahártyáját, apró, finom kis laesiók keletkeznek, melyek *kitűnő tápalaját* képezik a nitrítképző mikroorganizmusoknak; így ezek aztán nagyobb mennyiségben szaporodhatnak el. Retentio viszont nincs.

Hólyagtumoroknál is positiv eredményt kapunk a következményes cystitis folytán, legyen a tumor akár *jó- (papilloma)*, avagy *rosszindulatú (carcinoma)*.

Vizsgálatainkból a következőket vonhatjuk le: az *a-naphthylamin reactio* igen jól használható úgy az *össze-*, mint a *separált vizelet* fertőzésének kimutatásánál. A reactio *könnyen* kivihető, nagy laboratoriumi felkészültséget nem igényel. Mivel a reactio nagyon érzékeny, azért kismennyiségű vizelettel is elvégezhető. Jó szolgálatot tesz a reactio a pyelitis mindazon esetében, hol a hólyag részéről különösebb elváltozást nem találunk. A positiv reactio tehát a *húgyutak*, illetőleg a *vese* bakteriumos fertőzését mutatja, és pedig minél sötétebb a színárnyalat, annál erősebb, minél világosabb, annál gyengébb az.

Irodalom: *E. Abderhalden:* Handb. der Physiologischen-Chemie. — *Barreuschein:* Biochem. Zeitschrift, 1922, 131. — *O. Weltmann és K. Haslinger:* Zeitschr. für Urologische Chirurgie, 1925, 18. köt. — *K. Haslinger:* Zeitschrift für Urologie, 1927, 21. kötet.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem Bakteriologiai Intézetének (igazgató: Preisz Hugó dr. egy. ny. r. tanár) és a budapesti Stefánia-gyermek-kórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikájának (igazgató: Bókay János dr. egy. ny. r. tanár) közleménye.

A Welch—Fraenkel-féle bacillus az egészséges és beteg csecsemő székletében.*

Írta: *Teveli Zoltán dr.* klin. gyakornok.

A Welch—Fraenkel-féle bacillust (bac. aerogenes capsulatus *Welch*, bac. phlegmones emphysematosae *Fraenkel*, granulobacillus immobilis *Schattenfroh* et *Grassberger*, bac. perfringens *Veillon* et *Zuber*) számos szerző mutatta ki csecsemők székletében. *Tissier*, *Rodella*, *Passini* és mások fáradságos munkájából sok tanulságot meríthetünk, a béiben élősködő anaerob bakteriumok szerepének kérdése azonban az ő korokban végleges megoldást nem nyerhetett. Az anaerob bakteriumfajok osztályozása a technika hiánya miatt nem volt lehetséges és maga *Kohlbrugge* is annak a véleménynek ad kifejezést, hogy amíg biztos eszközök nincsenek az egyes anaerobfajok osztályozására, a Welch—Fraenkel-féle bacillus nem tekinthető obligat bélbakteriumnak. *Passini* a Welch—Fraenkel-féle bacillust obligat bélbakteriumnak tartja, azt a csecsemő székletében állandóan megtalálta. *Zeissler* munkássága oly nagy haladást jelentett az anaerobtechnika fejlődésében, hogy a régebbi szerzők eredményei revidálásra szorultak. Azóta *Zeissler* és *Käckell*, *Kleinschmidt*, *Hergt* számoltak be positiv eredményekről egészséges csecsemőknél. Említett szerzőkkel ellentétben *Jörgensen* mesterségesen táplált csecsemőknél, normalis széklet mellett, egyszerűen sem, nyolc primær, hasmenéssel járó táplálkozási zavar esetében hatszor mutatta ki a Welch—Fraenkel-

* Előadta a gyermekorvosok idej nagygyűlésén.

féle bacillust, míg secundaer dyspepsiák eseteiben szintén negatív eredményekről számol be.

Már *Tissier*, *Sittler* és mások hangsúlyozták aetiologiai szerepét a csecsemők hasmenéssel járó táplálkozási zavarainál. A Welch—Fraenkel-féle bacillus csak akkor képez toxint, ha a toxin termelésében használt mediumban fehérjén kívül cukor is van (*Passini*). A cukros tenyészet filtratuma kutyának vékonybelébe jutva, bélcontractiókat és súlyos enteritist okoz, tengerimalacnak intravenásan injiciálva, az állat másodpercek alatt elpusztul (*Passini*). *Jørgensen* két törzs közül csak egynél végezte sikerrel az előbb említett kísérletet. *Passini* a cukor káros hatását toxikus tünetekkel járó hasmenéseknél a Welch—Fraenkel-féle bacillus toxintermelésével magyarázza és a Welch—Fraenkel-féle bacillust a „primaer toxikus gastroenteritis“ kórokozójának tartja. *Kloseval* ellentétben *Ficker* és *Silberstein* a Welch—Fraenkel-féle bacillus mérget nem tartja valódi toxinnak. *Kojima* vizsgálatai a Welch—Fraenkel-féle bacillus toxinjának antigen karaktere mellett szólnak. *Kendall*, *Isac* és *Schmitt* a béltractusból kitenyésztett gázbacillustörzsek culturájában, cukor jelenlétében, oly anyagot találtak, mely a tengerimalac izolált vékonybelén heves összehúzódást váltott ki, kutyának intravenásan injiciálva vérnyomáscsökkenést okozott. *Patterson*, *Marjoria* és *Kast* gázbacillusculturából szintén toxikus anyagokat nyertek.

Hergt melaena vera két esetében igen nagy számban talált gázbacillust a béltractusban, egyik esetében a vékonybélben és belsőszervekben is és annak szülés közben történt infectio következményeként pathogen jelentőséget tulajdonít.

A béltractus bakteriumai közül legkevésbé a spórás anaerobok vannak tanulmányozva. A méregtermelő, emberpathogen Welch—Fraenkel-féle bacillusnak a csecsemő béltractusában való előfordulását illetőleg a következő táblázat nyújt áttekintést az utóbbi évek irodalmi adatairól:

	Természetes táplálás mellett	Mesterséges táplálás mellett	Méhszappan szék	Primaer dyspepsia	Secundaer dyspepsia	Chronikus táplálkozási zavar	Intoxicatio alimentaris
Zeissler és Käckell	8:5	5:4	—	5:4	—	1:1	1:1
Kleinschmidt	6:1	1:1	8:5	—	—	—	—
Jørgensen	—	30:0	—	7:5	6:0	—	1:0
Hergt	6:2	—	—	—	—	—	—

Fentiek szerint tehát az utóbbi évek irodalmában az anaerobtechnika nagyarányú fejlődése után is találtak eltérő leleteket. *Jørgensen* lúgos táptalajból indult ki és az anyagot csak tizennégy napi thermostatban való állás után pasteurizálta, *Zeissler* és *Käckell*, *Kleinschmidt* a táptalaj beoltása után mindjárt pasteurizálták az anyagot. Az ellentét, mely egyrészt *Zeissler* és *Käckell*, *Kleinschmidt*, másrészt *Jørgensen* vizsgálati eredményei között fennáll, még élesebbnek látszik előttem azáltal, hogy vizsgálataimban a kiindulási anyagnak lúgos táptalajban tartása és utólagos pasteurizálása megbízhatóbb eljárásnak bizonyult.

Kifejezett intoxicatio alimentaris esetek oly kis számban szerepelnek, hogy elsősorban ezek vizsgálatát tartottam szem előtt. Jelen dolgozatomban azokat a tapasztalatokat foglalom össze, melyeket a Welch—Fraenkel-féle bacillusra vonatkozólag 28, részben normalis, részben kóros széklet anaerob bakteriumflórájának megvizsgálásánál szereztem.

Methodika.

Zeissler kutatásainak köszönhetjük, hogy a béltractusban előforduló obligat, spórát termelő anaerob bakteriumokat tiszta culturában tenyészthetjük ki és azokat, mint izolált, egymásba át nem alakítható fajokat ismerjük. Vizsgálataimban mindenkor *Zeissler* elvei szerint igyekeztem eljárni. A bouillonban eldörzsölt székletreztetet Hibler-féle agypépet tartalmazó lombikba oltottam. A beoltott táptalajt 10—12 percig 85 C°-os vízfürdőben tartottam a vegetatív bakteriumalakok előlése céljából. Az agypépből 5—7 napi tenyésztés után 2—3 kacsnyit *Zeissler* szerint készült 20% vért és 2% szőlőcukrot tartalmazó agarlemezekben szélesztettem és a Maassen-féle készülékbe helyezett lemezeket az atmosphaera oxygenjének távoltartása mellett 48 óráig 37 C°-os thermostatban tartottam. A bouillonban eldörzsölt székletemulsióból egyidejűleg 1%-os Na₂CO₃-ot tartalmazó agypéptáptalajba is oltottam az esetleg csak vegetatív alakban jelen levő Welch—Fraenkel-féle bacillus sporulációjának előmozdítására. A meglúgosított agypéptáptalajt csak 14 napi thermostatban való állás után pasteurizáltam és abból bőven oltottam újabb, meg nem lúgosított táptalajba. Utóbbi eljárást csak akkor követtem, ha a spórák kimutatására szolgáló eljárással negatív eredményt kaptam.

A Welch—Fraenkel-féle bacillusra jellemző telepeket az anaerobiosis állandó controllja mellett májleves- vagy agypéptáptalajba oltottam. Utóbbi tenyészetek szolgáltak állatkísérletre, valamint tej- és gelatinculturák készítésére. *Zeissler* a Welch—Fraenkel-féle bacillus identifikálására a telepek és bacillusok morfológiai vizsgálatát állatkísérlet nélkül is elégségesnek tartja. Tíz esetben végeztem állatkísérletet, tíz coloniarisan és biológiailag Fraenkel-bacillusnak látszó törzs az állatkísérletben is jellegzetesen viselkedett.

A Welch—Fraenkel-féle bacillus vasos, lekerekített végű pálcá, Gram-positív, tejet rohamosan olvaszt, gelatinát folyósít, Hibler-féle agypéptáptalajt alsó részében halványan pirosít, lúgos táptalajban spórát termel. A *Zeissler* szerint készült véres, szőlőcukros agarlemezen kiemelkedő, eleinte málnaszínű, majd zöldes, szürkés telepeket képez, melyeket kb. 0.5 cm-es piszkoszöldes, átlátszatlan udvar vesz körül. A bacillus tengerimalacnak hasbőre alá véve, az egész hasfalra kiterjedő infiltrációt okoz, a has bőre piszkoszöldes lesz, leválik. Az állat két napon belül elpusztul, a levált hasbőr alatt véres, savós exsudatumot találunk a has izomzatának zöldes szétmálásával.

Összesen 28 székletet vizsgáltam, 16 esetben kaptam gázbacillust.

Hat, kizárólag anyatejjel táplált csecsemő közül háromnak székletéből tenyésztettem ki a gázbacillust. A három széklet közül kettő normalis, kenőcsös, az anyatejes székletre jellemző aransárgaszínű volt (hatnapos és háromhetes csecsemő), egy pedig dyspepsiás, híg, zöldes.

12 mesterségesen (tejhígítás szénhidráttal, vajlisztleves, iró, fehérjés tej) táplált normalis székletű csecsemő közül ötnek székletéből tenyésztettem ki a gázbacillust. Ezek a csecsemők részben táplálkozási zavarok miatt, részben egyéb betegségek miatt vétettek fel a „Stefánia“-gyermekkorház csecsemőosztályára, székletük megvizsgálásakor azonban táplálkozási zavarban nem szenvedtek.

Tíz súlyos táplálkozási zavarban szenvedő csecsemő székletét vizsgáltam meg, ezek közül nyolc intoxicatio alimentarissal, kettő dyspepsiával vétettek fel a „Stefánia“-gyermekkorházzal kapcsolatos Egyetemi

Gyermekklinika kezelésébe. A gázbacillust tíz közül nyolc esetben sikerült kitenyészteni, két esetben nem kaptam gázbacillust. Az említett két csecsemő intoxicatio alimentarisban szenvedett. Jelen fejezetben felsorolt csecsemők tápláléka a kezelés előtt tej, tejhígítás, vajlisztleves, író volt. A széklet feldolgozása mindenkor a táplálkozási zavar kezelésének megkezdése előtt történt.

A Welch—Fraenkel-féle bacillust a hatodik élet-naptól kezdve a 12. hónapig kb. az esetek felében tudtam kimutatni, úgy természetesen, mint mesterségesen táplált, súlyosabb táplálkozási zavarban nem szenvedő csecsemőknél. Súlyos, acut táplálkozási zavarnál két eset kivételével mindig pozitív eredményt kaptam. A székletből közvetlenül kikent Gram-készítményből még nem vonhatunk következtetést a gázbacillus jelenlétére, mert a bacillus acidophilus, mesenterikus és subtilis csoportnak a spórás anaeroboktól való morphologiai elkülönítése alig lehetséges. Két igen súlyos intoxicatio alimentaris esetében a tenyészetben nem találtam gázbacillust, annak ellenére, hogy a székletből közvetlenül kikent készítményben láttam Gram szerint festhető pálcákat. Igyekeztem az volt, hogy a székletek egy részének savi vegyhatására való tekintettel a vegetatív bakteriumalakokat is kimutassam. A vékonybélben esetleg jelenlevő vegetatív alakok kimutatása jövő feladatokat fogja képezni.

Ámbár az intoxicatio alimentaris inkább szörványosan fellépő betegség, bizonyos specifikus bakterium okozta bélinfekciókkal sok hasonlóságot mutat. Míg *Escherich* az intoxicatio alimentaris bakteriumos aetiologiáját tanította, addig *Finkelstein* és követői az intermediaer anyagcsere zavarai keresik az okot. Az endogen infectio tanának *Moro* a megalapítója, ma *Moro* tana uralkodik a gyermekgyógyászatban. Az endogen infectio tana a colibacillusoknak a magasabb bélrészletekbe vándorlása mellett azok virulentiájának megváltozását tételezi fel. Acut és chronikus táplálkozási zavaroknál a normalisan csaknem steril gyomor- és duodenumtartalom bő bakteriumvegetatiót mutat. Minthogy az elsődleges intoxicatio bizonyos eseteiben eddigi vizsgálatok szerint bakterium lactis aerogenes és spirochaeták általi infectio is feltételezhető, a colibacillus mellett más bakteriumfaj szerepének kutatása is indokoltnak látszik. *Adam* az endogen infectio nagy szerepét, legalább is úgy, ahogy azt *Moro* tanítja, nem ismeri el, a primaer toxicosist az esetek túlnyomó többségében biologiailag különálló colifajjal való infectiónak tudja be és csak kis részben ismeri el a bakteriumascensiót, mint kórokozó tényezőt. *Adam* vizsgálataiban az intoxicatio alimentarisnál kitenyészített telepek legnagyobb része saccharoset, sorboset, dulcitet erjesztő, adonitot és sorbitot nem erjesztő colifajt képviselt. Ezt a szerinte biologiailag különálló colifajt, melyet dyspepsiacolinak nevez, természetesen táplált normalis csecsemők béltraktusában egyszer sem, mesterségesen táplált normalis csecsemők béltraktusában kis számban az esetek 10%-ában találta meg, gázbacillust a vékonybélben és belső szervekben nem talált. Az exogen coliinfectio lehetőségét *Bessau* is elismeri, aki lefejt női tejjel táplált, súlyosan dyspepsiás csecsemők székletében ugyanazokat a colitörzseket találta meg, mint a lefejt nőtejben.

A bakteriologiai kutatások mellett szólnak, hogy az úgynevezett primaer toxicosis aetiologiája nem vezethető vissza egységes bakteriumfajra. *Jørgensen* nek fentemlített vizsgálatai *Passini* elméletét, a Welch—Fraenkel-féle bacillus aetiologiai jelentőségét látszanak támogatni.

Eddigi vizsgálataim csupán a széklet vizsgálatára terjednek ki. A Welch—Fraenkel-féle bacillust természetesen táplált csecsemők székletében is megtaláltam, annak súlyos, hasmenéssel járó táplálkozási zavaroknál gyakori előfordulása nem jogosít messzemenő következtésekre.

Különböző szerzők egybehangzó véleménye szerint a kereskedésbeli tehéntej fertőzve van gázbacillus spórákkal, bizonyos tehát, hogy annak spórái minden tehéntejjel táplált csecsemő béltraktusába eljutnak, annyira azonban nem szaporodnak el, hogy a székletben kimutathatók legyenek. Eszerint a gázbacillusnak az említett táplálkozási zavarokban előfordulása fokozott szaporodást jelent.

Vajjon a Welch—Fraenkel-féle bacillusnak elszaporodása a coliascensióval közös okra vezethető-e vissza, arra a kérdésre csak részben tudunk felelni. *Zeissler* és *Käckell* hasmenéses megbetegedéseknél már a fertőzött vékonybélben is kimutatták a Welch—Fraenkel-féle bacillus jelenlétét. Azok a tápanyagok és a tápanyagok azon lebontási termékei, melyek dyspepsiánál és intoxicatio alimentarisnál káros hatással vannak, a colibacillusok szaporodását in vitro is elősegítik. A bélben élősködő anaerobok biológiáját korántsem ismerjük annyira, mint a colibacillusét, a cukrok azonban a gázbacillus fejlődésére is serkentőleg hatnak. Feltételezhető továbbá, hogy a már meglévő fokozott duodenalis erjedések talaján az erjedéskor keletkezett nascens hydrogen redukáló hatása is kedvezőbbé teszi az anaerobiosis feltételeit.

Bókay A. a diarrhoea keletkezésében nagy szerepet tulajdonít az alacsony zsírsavaknak. A szerzők túlnyomó többsége ma is *Bókay* álláspontját képviseli, az említett zsírsavak azonban a Welch—Fraenkel-féle bac. anyagcsere-termékei között is megtalálhatók. A Welch—Fraenkel-féle bacillus fokozott szaporodása súlyos, hasmenéssel járó táplálkozási zavarokban kimutatható volt, annak jelenléte és a toxikus tünetek között azonban összefüggést nem találtam.

A rendelkezésünkre álló adatok csekélységénél fogva sok kérdés nyitva marad előttünk. Nagy nehézségekkel állunk szemben, azt hiszem azonban nem végzünk fölösleges munkát, ha a bélbakteriumok kutatásánál a Welch—Fraenkel-féle bacillust is figyelemre méltatjuk.

Eddigi eredményeimet következőkben foglalom össze:

1. *A Welch—Fraenkel-féle bacillus facultativ bélbakterium;*
2. *hasmenéssel járó táplálkozási zavaroknál előfordulása gyakoribb, szaporodása fokozott.*

Irodalom: *Escherich:* Die Darmbakterien des Säulings und ihre Beziehungen zur Physiologie der Verdauung. Stuttgart, 1886. — *Jørgensen:* Vorkommen des Welch—Fraenkelschen Bacillus im Darm bei normalen und pathologischen Zuständen. Jahrbuch für Kinderheilk., 111. köt. — *Kleinschmidt:* Studien über die Anaerobien des Säuglingsdarms. Jahrb. für Kinderheilkunde, 110. köt. — *Kraus—Uhlenhut:* Handbuch der mikrobiologischen Technik. — *Passini:* Über Giftstoffe in den Kulturen des Gasphegmonebacillus. Wiener kl. Wochenschr. 1905. — *Passini:* Über das regelmäßige Vorkommen der verschiedenen Typen der streng anaerobischen Buttersäurebakterien im norm. Stuhle. Jahrb. für Kinderheilk. 1903, 57. köt. — *Tissier:* Recherches sur la flore intestinale des nourissons, Paris, 1900.

KLINIKAI ELŐADÁS

A dispositio jelentősége a syphilis alakulásában.

Írta: Poór Ferenc dr. egyetemi tanár.

Az örökléstan megállapodott tétele, hogy az elődöktől átöröklött tulajdonságok már a csiraplasmában ugyanazon, enyhült vagy fokozott arányú potenciában ott lappangnak. Minden egyes alkatnál számolnunk kell tehát egyfelől bizonyos átöröklött adottságokkal, készségekkkel, de ezzel együtt másfelől az élet folyamán szerzett tulajdonságokkal. Az öröklött, az örökléstan mesterlyelvén *idiotypusos* és a szerzett, azaz *paratypusos* tulajdonságok összessége alkotja az egyén *phaenotypusát* s ennek az összességnek az alapján fejlődik ki minden egyes szervezetnek egyéni különbségeket mutató reactió módja rendes és rendkívüli ingerekre, az ártalmak irányában nyilvánuló eltérő ellenállási képessége (resistentia). Ez az egyéni alkat sok esetben alapja a betegségre való készségeknak, *dispositiónak*, mely tehát éppúgy lehet a csirasejtéből származó tulajdonság (*idiotypusos dispositio*), mint az egyéni élet folyamán szerzett (*paratypusos dispositio*) is. Az utóbbira példa Leonak az a kísérlete, mellyel a tuberculosis irányában refractaeren viselkedő állatokat a diabetes művi előidézésével a gümőkórra hajlamossá tett.

A megfigyelés kimutatta, hogy az egyén alkata és a legkülönbözőbb betegségekre való készsége között összefüggés áll fenn s ennek az összefüggésnek különböző alkati típusok a kifejezői (*constitutionalismus*). Ezek az alkati típusok az egész szervezet vagy csupán bizonyos szervrendszer, közte a bőrrendszer, különös és sajátos érzékenységében (immunitás, anaphylaxia, idiosyncrasia), csökkentértékűségében, módosult reactióképességében (allergia) fejeződnek ki. De a kutatások további folyamatán az is kiderült, hogy sem ez a csökkentértékűség, sem a reactió mód és érzékenység nem vonatkozik mindég és szükségképen az egész alkatra, hanem egyénenként más és más szervek, sejtcsoportok egyénileg különböző érzékenységet tanúsíthatnak a kórokozó tényező ellenében. Elsősorban a fertőző betegségek terén volt ez megállapítható, midőn kimutatták, hogy ugyanazzal a vírussal való fertőzésnél a szövetek eltérő, sőt bizonyos betegségeknél az alkat szerint különböző érzékenységet, illetve teljes érzéketlenséget tanúsítanak.

Az, hogy nincs emberi szervezet, mely a syphilissel szemben abszolút immunitással rendelkeznék s a dispositio a betegségre a pete fogamzásával a méhben megkezdődve végigkísér minden egyes embert az egész életen keresztül, nyilvánvalóan mutatja, hogy az emberi szervezet *idiotypusos abszolút dispositióval rendelkezik a syphilis iránt*. Alig ismerünk más fertőző betegséget, melynél oly abszolút érvényű és kivételt nem tűrő dispositióval kellene számolnunk, mint éppen az emberi syphilisnél. A kérdés azután az, hogy az idiotypusos, abszolút dispositión kívül: 1. van-e befolyása és milyen mértékben a betegség alakulására a fertőző mikrobiontörzs sajátos tulajdonságainak, 2. mennyiben befolyásolják az élet folyamán szerzett paratypusos tulajdonságok a betegség menetét, 3. melyek azok a tényezők, amelyek a paratypusos dispositiót megteremtik, 4. vonatkoznak-e ezek a szerzett tulajdonságok az egész szervezet valamennyi szervére, avagy csupán egyes szervek vagy szervrészeket illetnek-e, 5. mily természetű tényezők azok, melyek részben az egész szervezet fajlagos immunitását, vagy egyes szövetszóportok helyi — histogen — immunitását gyengítik, vagy egyenesen meg-

semmisítik s ezzel nem egy esetben végzetes módon befolyásolják az illető szervezet betegségének alakulását, meghatározván a szervezetbe került *spirochaeta pallida* támadási pontját.

A *spirochaeta pallida*nak a szervezet megtámadására a feltételt kétségtelenül az idiotypusos dispositio adja meg, de kérdés, hogy milyen egyéb körülmények differentálják, hogy az ártalom az egész szervezetet támadja-e meg, mint például a syphilis maligna, vagy a congenitalis syphilis legtöbb kórképénél vagy pedig csupán egyes egyénileg változó csökkent ellenállású szövetekre szorítkozzék-e a támadás. Az utóbbi esetben a betegség azután aszerint ölt többé vagy kevésbé súlyos vagy enyhe lefolyást, amint a megtámadott szerv működését épen maradt része, esetleg egy másik szerv pótolni képes-e vagy sem.

A fertőző mikrobiontörzsek sajátos adott tulajdonságainak megvilágítására a kísérletes ojtások eredményei szolgálnak. A kísérleti állatsyphilis bizonyosságát látszik nyújtani annak, hogy a betegség alakulására a fertőző pallidatörzsek differens biológiai tulajdonságai milyen befolyást gyakorolnak. Elég itt csupán arra a néhány pallidatörzsrre hivatkoznunk, melyeket már igen sok passage-on keresztül a legnagyobb körültekintéssel tenyésztettek egyes kutatók a házinyúlön tovább. Ezek: 1. a *frankfurti* (Kolle-féle) vagy *Truffi*-törzs, melyet több mint 250 házinyúlhereoajtáson vittek már keresztül, s melyre nézve jellemző, hogy a vele ojtott állatok úgyszólván sohasem mutatták a liquor, valamint az agyvelő elváltozásait, ellenben az ojtásra hatalmas primaeraffectióval és diffus periorchitissel reagáltak; 2. a *müncheni* vagy *Mulzer*-törzs, mely relativ kisméretű primaeraffectiót és orchitist okozott, ellenben *Mulzer* szerint az ojtások 60—70%-ban kifejezett liquorelváltozásokat idézett elő (*neurotropia*). Kísérleteznek még hosszú állatpassageokban az úgynevezett *Kuznitsky*, *Nichols*, stb. törzsekkel. *Mulzer* syphilis embervérből nem egyszer sikeresen szigetelt el oly pallidatörzseket, melyek az állatkísérletek passageaiban bizonyos állandósággal neutrotropiát tanúsítanak) azaz az idegrendszert támadják meg). Más törzseknél ugyanaz az autor csupán futólagos neutrotropiát, illetve a középponti idegrendszerre való hatás teljes hiányát állapíthatta meg.

Mindezen kísérletek sikere dacára az amerikai és japán ellenőrző vizsgálatok hatása alatt maga *Mulzer* is akként nyilatkozik, hogy „magától értetődően az individualitás, a constitutio, a táplálkozás, stb. is szerepet játszanak a kórkép kialakulásában”. *Brown* és *Pearce* kiterjedt kísérleteik alapján arra a következtetésre jutnak, hogy a pallidatörzsek biológiai sajátosságain kívül más befolyások is érvényesülnek, melyek az experimentális syphilis kórképét és egész lefolyását befolyásolják, sőt nevezett kutatók nyíltan ki is fejezik, hogy a *spirochaeta*törzsek differens tulajdonságai „a syphilis minőségére és lefolyására kevésbé fontosak, mint bizonyos egyéb befolyások”. Ezeknek az „egyéb befolyások”-nak kikutatása, részletezése és értékelése annál nagyobb jelentőségű, mert nézetünk szerint nem tekinthető alárendelt fontosságúnak az a kívánság, hogy kórjóslatunk és therapiánk megkezdése előtt számbavétesse azokat a dispositionális körülményeket, melyek az illető szervezeten egyedül vagy egymással bonyolódva jelen vannak s eleve figyelmünkre méltassuk e dispositióknak idiotypusos avagy paratypusos voltát, tudatában annak, hogy míg a csirasejtekből származóknak befolyásolása alig áll módunkban, a paratypusos dispositióknál ellenben azokat enyhítve, módosítva talán a therapiában is lényegesebb eredményt érhetünk el.

Tagadhatatlan, hogy a fertőzött szervezetnek álla-

pota a betegség alakulására befolyást gyakorol, sőt azt sok esetben irányítja. Nem is valószínű, hogy a syphilis e tekintetben másképen viselkednék, mint egyéb fertőző betegségek. A constitutióban keresni a lues alakulásának tényezőjét, különben sem új dolog. Már *Haeser*, *Hirsch* s nemkülönben *Neisser* is constitutionalis tényezőket szerepeltetnek a XV. századforduló rohamszerű súlyos syphilis eseteiben s azoknak kifejlődésénél szerepet juttatnak a népnek az éhségtől, háborús inségtől beállott csökkent szervezeti resistenciájának. De a modern autoroknál is találunk utalást a dispositio fontosságára. Így *Buschke* és *Jost* szerint „feltehetjük, hogy a különböző constitútiós típusoknál, melyek az egyes egyént a különböző endokrin mirigydyssecretióval összeköttetésbe hozzák és az autonóm idegrendszer tonusában fejeződnek ki, a lues lefolyása — eltekintve a spirochaetatörzsek bizonyos tropismusától és a therapiától — a constitútiótól, az elválasztó mirigyek állapotától függ.”

Ezek között a befolyások között *Brown* és *Pearce* állatkísérleteinek tanúsága szerint is lényeges szerepe jut a hormonális hatásoknak. Felfogásuk szerint az az ellenállás, melyet az állati szervezet bizonyos betegség ellen kifejt, voltaképpen a szervezet háztartásának egyik functiója s ugyanazoknak a befolyásoknak van alávetve, mint amelyek a növekedést, a fejlődést s a kívánatos közérzet fenntartását szabályozzák. Ezt az ellenállást bizonyos mértékben az endokrinrendszer határozza meg. Észlelésük szerint a kísérleti állatok syphilisének menetében, a fertőzés többé vagy kevésbé súlyos voltában még az évszakok változásai szerint is különbség volna. *Domon* és *Shimoda* pedig Japánból arról referálnak, hogy a házinyúlsyphilisnek lefolyása a különböző évszakokban eltér egymástól. Hogy az évszakok váltakozása valóban befolyással van az endokrin-systema működésére, azt el kell ismernünk. Elég e tekintetben a prémes állatok közismert s bizonyos évszakokhoz kötött szőrmeeseréjére hivatkoznunk. *Brown* és *Pearce* azonban még más oldalról is megerősítést igénylő észlelései szerint a kísérleti állatsyphilis nyáron relative jobbindulatú lefolyású s a súlyosabb infectiók tavaszra és őszi esnének.

Ugyanazon szerzők megállapítása szerint a nőnemű állatok ellenállóbbak, mint a hímek, sőt a terhes és tejelő anyák még nehezebben inficiálhatók, amit azonban *Uhlenhut* és *Mulzer* nem tapasztaltak. *Brown* és *Pearce* azonkívül az inficiált állatoknál a pajzsmirigy, az epitheltestecske, a mellékvese, a hypophysis és thymus, valamint a máj-, a lép- és a lymphoidszöveteknek súly-, valamint szerkezeti változását is észlelni vélték. A pajzsmirigy, epitheltest, mellékvese és thymus később sem nyerték vissza eredeti állapotukat, hanem fokozott működésre utaló állapotban maradván, más szervekhez való vonatkozásaikban is változást szenvedtek. *Pearce* és *Allen* kísérleteikben továbbmenve, az endokrin vérmirigyek csonkítása után azt találták, hogy az ezzel megváltozott hormonális viszonyok a syphilis menetét határozottan befolyásolták. A hormonális befolyásokra utal különben *Uhlenhut* és *Grossmann*-nak az a megfigyelése is, hogy kikerült házinyulak közül a spirochaetaoajtás 70, a ki nem herélték közül ellenben csupán 50%-ban volt sikeres. Abból, hogy a házinyúlsyphilis mindig először a testfelület prominens testtájékán — orr, fül, fark táján — jelentkezik, a szerzők a hypophysis szerepére, illetve a csirimirigyek és a hypophysis correlatívavarára vélnek következtethetni. *Schuster* szerint a pajzsmirigy és az egyik mellékvese kiirtása után beálló szervezetáthasoulásnál a vírus ereje s vele neurotropiája emelke-

dik. *Graham* és *Grieg* a házinyúlsyphilisnél észlelhető basophil leukocytosist a pallidának a csontvelőre való behatásával magyarázza.

A dispositiónak az egész szervezetre vonatkozó eklatáns példája a *syphilis maligna*. Ennél a kórképnél nem helyhez kötött, egyes szervekre vonatkozik a dispositio, amit több szervnek egyidejű megtámadása mellett a kísérő hőemelkedésben, valamint a szervműködés zavarában nyilvánuló reactio általánossága is bizonyít. A WR-nak az esetek nagy részénél manifest tünetek jelenlétében is tapasztalható negativitásában is bizonyítékát látjuk annak, hogy a lues malignától meglepett szervezet képtelen a normalis szervezeteknél megszokott fajlagos védőanyagok termelésére s ezzel a spirochaeta támadásának kivédésére, enyhítésére. Ennél a kórképnél tehát a szervezetnek a pallida irányában való működési csökkentértékűsége van jelen. Hogy nem különleges tulajdonságokkal felruházott mikrobiontörzsek váltják ki a syphilis e sajátos és jellemző kórképét, azt egyaránt bizonyítják egyfelől a maligna-termékekből származó pallidákkal történt ojtások, melyek a kísérleti állatnál normalis lefolyású syphilis eredményeztek, másfelől a fertőző és fertőzött egyéneknek a szembesítése, melynél kiderült, hogy a maligna kórképét mutató egyén normalis lefolyású luesből fertőződött s megfordítva a malignában szenvedőtől fertőzést szerzett szervezetnél a betegség normalis lefolyását észlelték. Az eredetileg még *Diday*-ig felvihető az a tetszetős elmélet, hogy a malignás szervezetek elődeinek több felmenő nemzedékén át hiányzott a lueses fertőzés, valószínű lehet ugyan, de nem bizonyított s alig is bizonyítható. A népfajok szerinti differentiálódásnak juttatva szerepet a lues kialakulására vonatkozóan, egyéb adatok mellett különösen érdekesek már azért is, mert igen nagy anyagra vonatkoznak *Rotschuh*-nak a lueset illető, a délamerikai államesoportok népességi viszonyaiból levont következtetéseit. Nevezett autor kimutatja, hogy az őserdő indiánjainak syphilise — amelyet azok zarza del Pais, zarzaparilla és Guajacfa főzetekkel kezelnek — feltűnően jóindulatú, enyhe lefolyást mutat. A meszticeknél ellenben már a betegségnek az európaiakénál is súlyosabb lefolyása észlelhető, sőt a négeréknél a destructiónak még fokozottabb mértéke az uralkodó típus! *Rotschuh* a különböző népfajoknak a syphilis viselkedésében rejlő feltűnő különbséget a szerzett relativ immunitásban keresi.

A további s minket e helyen különösen érdeklő kérdés az, hogy a csiraplasmából eredő, vagy szerzett-e az a kétségtelenül különleges dispositio, mely pallida-fertőzés esetében egyes szervezeteken a syphilis malignában nyilvánuló kórképet fejleszti ki.

Az idiotypusos tulajdonságok állandóak, noha intesitásukban az élet folyamán változhatnak. Enyhülhetnek vagy fokozódhatnak, de mindig csupán igen hosszú időtartam alatt. A syphilis maligna eseteinél ellenben azt látjuk, hogy a szervezet védőanyagtermelése, melynek tökéletlensége a kórkép sajátos kifejlődésének az alapja, bizonyos chemotherapiái eljárásokkal (salvarsan) rendszerint bármikor megindítható s ha az egyszer megindult, a szervezet sterilitása volta-képpen hamarabb bekövetkezik, mint a normalis lefolyású betegségnél megszoktuk. A másik körülményt abban vélem feltalálhatónak, hogy lues malignát kiállott s a syphilisből tökéletesen gyógyult egyénnél spirochaeta-reinfectio esetén, mint magam is észleltem, egy második normalis lefolyású syphilis fejlődik ki, ami az idiotypusos tulajdonságok közismert állandósága mellett alig volna elképzelhető.

A esiraplasmavariatio alapján keletkező dystrophiáknál — emlékezzünk csak akár a haemophiliára, akár a dystrophia bullosa hereditaria, vagy a keratoma hered. palmare et plantare kórképére, a szervezetnek átalakulása nem várható. A dystrophia bullosa hered.-nál évtizedek alatt ugyan az anomalia enyhülését észlelték, de ezt is hosszú, szinte a constitutio teljes involutiójára elégséges időtartam alatt. A syphilis maligna menetének gyors, előnyös megváltozása, mint említettük, megfelelő gyógyítószer (salvarsan) alkalmazására, mely változás a szervezet védőanyagtermelését illeti, bizonyítja, hogy az ebben a kórképben szenvedők-nél nincsen jelen a védőanyagtermelés potenciájának teljes hiánya, mint pl. a bőrfestékre vonatkozóan megvan az albinismusnál, hanem csupán a védőanyag kiváltása követel meg más természetű kémiai anyagokat, mint amelyet a szervezetek többsége igényel. Talán nem csalódunk, ha a syphilis maligna természetének megfelelő gyógyítószeradagolás mellett való, szinte „ictus” számba menő rohamos megváltozása alapján *kizárjuk a syphilis malignánál az idiotypusos dispositiót s azt inkább közelebből még meg nem határozható, de szerzett — részben talán hormonalis — tényezőknek tulajdonítjuk mint paratypusos dispositiót.*

A syphilisnek egy másik kórképe, melynél a spirochaeta-invasio szinte az egész szervezetet, illetve egyszerre feltűnően sok szervet lep el a *világrahozott syphilis* sok esete. Felmerül a kérdés, hogy a pallidatámadásnak ez a szerzett luesnél szokatlan módja dispositiónak, esetleg a pallidatörzsek különleges tulajdonságainak, azaz tropismusnak, avagy egyéb körülményeknek tudható-e be. Nem mondhatjuk, hogy a magzati szervezet érzékenyebb volna a pallidafertőzés iránt, mint a fejlődés előrehaladottabb fokán álló. Hogy különleges tulajdonságokkal felruházott spirochaeta-törzsekről legyen itt szó, annak ellentmond az ikreknél tett az a tapasztalat, hogy ezeknél a betegség egymástól teljesen eltérőleg alakulhat ki, holott az kétséget nem szenved s bizonyításra sem szorul, hogy az ikrek csak ugyanazzal a törzssel fertőztethettek az anyai szervezetből. *A világrahozott syphilis sok esetének különleges nyilvánulását tehát nem hozhatjuk sem a különleges dispositionális körülményekkel, sem pedig a mikrobion esetleges tropismusával oki kapcsolatba, hanem csupán a szerzett luestől eltérő, haematogen fertőzés módjával.*

Normalis szerzett syphilisnél a pallida támadási pontja rendszerint egyes szervekre, szövetekre irányul. Megalapozott, szinte axiomává vált tétel szerint a pallida támadási pontját a különböző szervezetek egyénileg más és más szövetsportjaikba összpontosítják. Hogy az adott esetben azután miért választja ki az egyik s más esetben a másik szervet, azt egyfelől a mikrobion tropismusával igyekeznek magyarázni, de nyilvánvaló, hogy abban más, az egyes szerveket illető adott tulajdonságoknak is szerep jut s mi azt véljük, hogy a tropismusnál *elhatározóbb* szerepe.

Az utóbbi tényezőket analizálva, közöttük egyaránt találhatunk *physiologiai* és *pathologiai ingereket*, de találunk egy, az ingerektől független tényezőt is, mely az egyénenkint változó szervi eszékentértékűségben fejeződik ki. Ezt a eszékentértékűséget voltaképpen mint az egyes szervrészletekre vonatkozó helyi mentesség (histogen immunitas) hiányának tudhatjuk be. Könnyebb érthetőség céljából a kimutatható ingerhatások egy-egy példáját ragadjuk ki, s azután foglalkozunk a helyi mentességnek a syphilis alakulásában való értékelésével.

A physiologiai ingerre példa a gravid nőknek

syphilissel való fertőzése. Megbízható megfigyelések sorozata bizonyítja, hogy ilyenkor az esetek feltűnő nagy számánál és pedig sokkal nagyobb számánál, mint a normalis fertőzéseknel megszoktuk, az úgynevezett másodlagos bőrjelenségek elmaradnak. Ezt a jelenséget magam a syphilis tárgyaló monographiámban (1914, 202. l.) akként magyaráztam, hogy *„gravidáknál a genitalis szervek állandó vérbősége miatt e szervek permanens inger állapotában vannak, s ekként lehetséges, hogy ez az inger a megszokott helyek helyett ott váltja ki (pl. a placentán) a lueses tüneteket, melyek ekként észre nem vehetően folynak le.”* A pallida biológiájából ismeretes lévén, hogy ez a mikrobion előszeretettel telepszik meg a vértől bőven átáramlott szövetekben, könnyen érthetővé válik az ilyen nőknél a másodlagos bőrtünetek elmaradásában nyilvánuló, a közelmúltban még oly rejtélyesnek látszó és bonyolult feltevésekkel magyarázott jelenség. Ebben az esetben tehát egyes sejtsportoknak, szövetnek *physiologiai bővérűsége* teremti meg a szervdispositiót.

A csont lueses bántalmi, noha a csont s különösen a esonthártya szöveve a pallida iránt fölötte érzékeny szövetekhez tartozik, rendszerint nem a betegség korai időszakában fejlődnek ki, de kivételek azok a esontrészletek, melyeket sem bővebb zsírpárna, sem izomréteg nem véd a külső, ártalmas inger, trauma ellenében, főképen a tibia éle és a homlokon a glabellák tája. Ezekben a esontrészleteken az apró ütődések, homlokon talán a kalap karimájának tartós nyomása feltűnő gyakran idézi elő a esonthártya körülírt bővérűségét, alkalmat szolgáltatva ezzel pallida korai megtelepedésére. Itt tehát ugyancsak a bővérűségben nyilvánuló inger idézi elő a szervdispositiót, azonban ez a vértolulás már nem physiologiai, mint a placentánál, hanem exogen traumás eredetű.

Még több példánk van az endogen traumáktól kiváltott pathologiai vérbőség szervdispositióit teremtő voltára. Fentidézett munkámban magam is megemlékeztem egy esetről, hol az előrement gonorrhoeás mellékheragyulladás nyomában szokatlanul korán, a lueses fertőzöttség első évében gumma jelent meg az előbbi betegségtől afficiált szövetben. Vajjon egyedül a gyulladási helyi bővérűség, vagy egyúttal egy más jellegű infekciónak a szövetek helyi védőtevékenységét igénybevevő és azt kimerítő tulajdonsága teremti-e meg a kedvező támadási pontot a pallidák számára, ezidőszert még eldönteni nem tudjuk.

Hogy táplálék, illetve élvezetszerül szolgáló *kémiai anyagoktól* kiváltott toxicosis is teremt szervdispositiót a syphilis számára, azt az alkoholisták májának a pallidák részéről való igen korai és előszeretettel történő megtámadása tanúsítja. Az idősült alcoholintoxicatio tudvalevően az alcohol iránt fölötte érzékeny májsejteket támadja meg vitalitásukban s ha ilyenkor pallidafertőzéshez jut az illető szervezet, a spirochaeta a resistentiájában eszékent májszövetben telepszik meg s fejt ki destructiv hatását. Az anyagcsereének a táplálkozási mód révén létrejött megváltozásának dispositiót teremtő voltára *Tarnowskynak* az az észlelése mutat reá, hogy a régi Oroszországban a 40 napos bójt ideje, amelyet az orthodox oroszok igen szigorúan tartottak volt be, igen kedvezőtlen hatást gyakorolt a másodlagos recens lues fejlődésére.

A szervezet belsejébe juttatott mérgeyszerű kémiai anyagokon kívül a kívülről, a felület felől ható s a szöveteket izgató, ugyancsak kémiai hatások hasonlóképen determinálhatják a pallidák támadási pontját. Rossz, odvas, letöredezett fogak s a szájjüreg megfelelő tisztántartását elhanyagoló egyéneken a vegy bomló

ételmaradványoktól izgatott foghús, a buccalis nyálhártya, dohányosoknál az ajkak kedvence helyei a syphilis nyilvánulásának, s az, hogy a ma már az egész vonalon luesesnek elismert leukoplakia úgyszólván kizárólagosan a dohányos, főként a pipás emberek késői lueses nyilvánulása, utal arra, hogy a *nyálhártya felszíne felől ható* nikotin tartósan izgató hatása alakítja kedvezőre a talajt a spirochaeta megtelepedésére.

Ha a normalis syphilis menetét a különböző életkorokban megfigyeljük, nyilvánvaló a szervezet életkoronként változó hormonalis állapotának befolyása a szervi dispositio megteremtésére. A magzati, csecsemőkori világrahozott syphilisnél a bőrijelenségeknek a felnőttek syphilisétől eltérő typusa, többi közt a bőrlaesióknak a hólyagképződésre való hajlamossága (syphilis bullosa congenita) már erre a hormonalis viszonyoktól gyakorolt befolyásra vezethető vissza.

Tudjuk, hogy a vérrelváltozások többnyire a késői jelenségek közé tartoznak (noha igen *kivételesen* előbb is észleltettek, mint pl. az apoplexia a csecsemőkorbán). Kifejlődésük évek, sőt évtizedekkel követik a fertőzés idejét. Azonban mint magam is több ízben tapasztaltam, hogy ha a szervezet pallidafertőzése már a seniumban következik be, midőn a szervezet hormonalis viszonyai már a biologia törvényei szerint módosultak s az érfalak resistenciája csökkent, a fertőzést feltűnő rövid idő alatt követheti az erek, kiváltképpen a verőerek, az aortát is beleértve, többnyire az egyénre végzetessé váló lueses elváltozása.

Úgy látszik, bizonyos szerveknek *physiologiai inaktivitása* is dispositiót formáló tényező a spirochaeták számára. A méhenbelüli magzati syphilisnek aránylag gyakori jelensége a tüdő szövetének megtámadása a mindig halálos *pneumonia alba*. Sajátságos, hogy ez a specifikus elváltozás mindenkor a méhenbelüli életben fejlődik ki, azaz csupán az olyan tüdőn kezdődik, mely physiologiásan még nem is működött. Congenitalis syphilissel született, tehát már lélekzett magzatnál inkább a pneumonia interstitialis fordul elő.

Az érintett physiologiás és pathologiás ingereken kívül, melyekből azonban csupán néhány példát soroltunk fel, a pallidatámadás szervek szerint való differentiálódására kétségenkívül a legelhatározóbb befolyást az egyes szervek saját sejtjeik működése révén keletkezett helyi mentessége — histogen immunitása — gyakorolja. A biochemiából ismeretes, hogy például a festékanyagok felvételére nem minden szövet egyformán alkalmas, amit akként fejezünk ki, hogy bizonyos szövetek bizonyos chemiai anyagok iránt változó affinitást mutatnak. Ismeretes, hogy például az ikterus révén a szervezet legtöbb szövete sárgásra festődik, kivéve az agyvelőt, mely az epefestéket nem fogadja magába. Azoknál a fertőző betegségeknél, melyeknél bőrelváltozás nem, vagy egészen jelentéktelenül jelentkezik, a bőr absolut histogen immunitása nyilvánul a fajlagos fertőző ellenében s így az illető szervdispositio (t. i. a bőrdispositio) teljes hiánya van állandóan jelen. Más betegségeknél a bőrön való nyilvánulása fakultatív. Egyik esetén jelen van, a másikon hiányzik. Ilyen a tuberculosis s ilyennek kell tekintenünk a syphilist is. Az utóbbinál a secundaer generalizált bőrijelenségek az egyik esetben jelen vannak, a másik esetben ellenben hiányoznak. Az utóbbiaknál a jelenségek hiányát akként magyarázhatjuk, hogy az illető szervezeteknél a bőr sejtjei resistensebbek a keringéstől okvetlenül közéjük is odasodort mikrobion irányában, tehát az ilyeneknél a szerv időlegesen vagy tartósan histogen immunitással viseltetik a fajlagos ártalommal szemben. Ez a histogen immunitás azonban a

syphilisnél még az ilyen esetekben sem általános s nem vonatkozik a bőrfelület egészére sem, hiszen akkor ezeknél a szervezeteknél az exogen fertőzés primaer-affectióban nyilvánuló reactiót sem idézhetett volna elő! *A syphilisnél tehát a histogen immunitás nem csupán facultativ, hanem részleges is s nem vonatkozik még ugyanannak a szövetnek egészére sem.* Klinikai bizonyítékokat szolgáltatnak erre a részleges histogen immunitásra a tertiaer bőrsyphilidek is. A betegség késői nyilvánulásánál, amint azt már 1912-ben egy dolgozatom (O. H.) conclusiójában kísérletet ojtásaim alapján kifejtettem, „a resistentia csökkenés nem vonatkozik az egyén egész szervezetére, hanem inkább csak egyes szervére, illetve a szervnek is csak bizonyos körülírt részletére avagy részleteire — ezzel magyarázható meg a tertiaer tüneteknek izolált, solitaer vagy igen kis számban való fellépése, szemben a korábbi polysyphilités stadium generalizálódási hajlamával.“ Azon a helyen tehát, ahol ez a resistentia csökkent, azon a helyen megszünt egyúttal a fajlagos ártalom ellen kifejlődött histogen immunitás, azaz azon a helyen *a sejteknek megszűnik a fajlagos helyi, sejtekhez kötött immunanyagtermelése s éppen ez alkotja a dispositiót a pallida megtelepedésére az illető helyen s ezzel a syphilotoxin hatása alatt áthasonult szervezet közismert morphologiai reactiójára.*

A további kérdés akörül forog, hogy a szervezet egyéb szerveinek vagy szervrészleteinek a pallida irányában való helyi mentessége, a sejtek sajátos viselkedése a fajlagos ártalommal szemben, idiotypusos avagy paratypusos dispositióként értelmezhető-e? Magam ott, ahol módomban volt, amint az különösen congenitalis syphilisben szenvedők szülőinél kivihető, hosszabb idő óta kutatom azt, hogy a lues a szülőknél, illetve azok egyikénél milyen jelenséget idézett elő a multban s egyezik-e az a hasonló germogen tulajdonságokkal ellátott utódeval. 17 ezirányban kikérdezett, megvizsgált és megfigyelt esetemből azonban az utód syphilisének jelenségei a szülők egyikével csupán négy esetben egyezett. Oly csekély arány, melyre törvény-szerűséget alapítani nem lehet. Ikrek syphilisének egymástól különböző nyilvánulása ebből a szempontból nem értékesíthető, mert az örökléstan már leszűrődött szabálya értelmében idioplasmában teljesen egyező egyének (testvérek) tulajdonságaikban felette eltérhetnek egymástól.

Az az észlelés, hogy lueses reinfectio esetén — ami feltételezi az előbbi fertőzésből eredő első syphilisből való teljes és tökéletes kigyógyulást — a második syphilis alakulása nem követi mindenben az első infectióból eredő betegségét, ugyancsak a helyhez kötött szervi mentességnek az idiotypusos eredete ellen szól, ismeretében az örökletes tulajdonságok állandóbb voltának. Más jellegű infectióknál azt látjuk, hogy a bőr helyi mentessége pl. *állandóan* absolut a tetanus bacillus ellen s viszont *állandóan* hiányzik az anthrax kórokozója ellenében. Éppen az, hogy a luesnél az egyes szervek, szervrészletek helyi mentessége *nem állandó, hanem* időleges, inkább amellet szól szerintünk, hogy ez a fajlagos s a pallidák ellen irányuló helyi mentesség nem tartozik a csiraplasmából örökölt tulajdonságok közé.

Ha az előadottak alapján felvetjük a dispositiók minőségének kérdését a syphilisnél, arra a következtetésre jutunk, hogy *minden egyes emberi szervezet mint csiraplasmából eredő tulajdonságot hozza magával az idiotypusos dispositiót a pallidafertőzésre, de a betegségnek az egyes szervezeteknél eltérő alakulása a szer-*

vek különböző megtámadása, szóval a betegség differenciálódása már nem a csirasejtből eredő örökölt tulajdonságokon, hanem szerzettek, a paratypusos disposition mülük. A dispositionnak ez utóbbi féleségét az egyes szervek, szöveteknek a vérrel való physiologiás és pathologiás átáramlása, exogen és endogen traumák, előzetes intoxicatiók, az anyagcsere vagy a hormonális correlatiók zavara a fertőzés és a betegség alakulásának folyamán, egyes szervek physiologiai inaktivitása, vagy időleges, illetve tartós változatok a histogen immunitásban s valószerű, noha még további bizonyítékokra szorul, hogy ezeken kívül még bizonyos mértékben a mikrobiontörzs tropismusa is befolyásolja.

Válasz Treer József dr. „Megjegyzésére“.

(O. H. 1928. 20. sz.)

Treer József megjegyzésére, amelyet „A lúgmérgezés okozta nyelősészűkületéről“ című dolgozatomra (O. H. 14. sz.) tett, két szempontból kell csak válaszolnom. Ezen szempontokra rávilágítanom azért szükséges, mert Treer „Megjegyzése“ téves vélemények formálására adhatna okot.

Az első Treernek azon állítása, hogy a lúgmérgezetek korai kezelési módja új iskolát csinált, amelynek részére megnyerni törekszik a „régis iskola“ híveit. A lúgmérgezetek korai kezelését már 1900-ban ajánlotta Johannsen és ezzel az eljárással Salzer és mások jó eredményeket értek el gyermekeknél. Lénárt és Safranek a közpórházi orvostársulat ülésén (O. H. 12. sz.) kifejtették és v. Hacker (v. Hacker u. Lotheisen: *Chirurgie der Speiseröhre*, 1926) is megállapítja, hogy a korai kezeléssel, különösen gyermekeknél, kedvező eredmények érhetők el, de felnőtteknél nem minden esetben alkalmazható és ennek az okaira is rámutattak. Dolgozatomban mindezt kifejtettem és nem céloz az ott mondottakat elismételni, csak azt állapítom meg, hogy itt nem lehet szó „új iskoláról“, hanem legfeljebb egy kezelési módról, amely bizonyos esetekben beválk. Ezt sem a fent idézett szerzők, sem én nem vontam kétségbe. Teljesen téves azonban az a beállítás, mintha a Salzer-féle eljárással minden lúgmérgezetnél meg lehetne a sticturát akadályozni. Sajnos, a dolog nem ilyen egyszerű és Treer „Megjegyzése“ nem változtat azon a tényen, hogy súlyos mérgezéseknél a Salzer-féle eljárás nemcsak hogy haladást nem jelent, hanem veszélyes és ezért elvetendő.

A második dolog, amelyet szóvá kell tennem, Treernek azon állítása, hogy helyes technika mellett korai kezeléssel perforatiót okozni nem lehet. Ezt csak az állíthatja, aki nem látott boncolt eseteket és nem volt alkalma megfigyelni, hogy súlyos mérgezéseknél az elroncsolt nyelősész annyira málékony, hogy szondázás nélkül is, spontan, perforatiók képződhetnek rajta, amint ezt klinikánkon mi is észleltük és v. Hacker és Lotheisen is leírták.

Mindebből látható, hogy a korai kezelési mód nem olyan vívmány, amely a nyelősészűkületek gyógyításával foglalkozókat két táborra választaná, hanem a kezelésnek egyik változata, amelyet azonban nem lehet általánosítani. Dolgozatomban erre mutatam rá és nem hiszem, hogy a klinikánkon tapasztalt tények más helyen gyengébb eredményűek lennének, és azt gondolom, hogy az eredmények több eset és több tapasztalat után csak közeledhetnek egymáshoz.

Campián Aladár dr., egyet. tanársegéd.

Észrevételek Wein Zoltán dr. cikkére. „Tonsillektomia gümőkóros egyéneken.“

(O. H. 17. sz.)

Írta: Pertik Tamás dr., közpórházi rendelőorvos.

Az Orvosi Hetilap folyó évi 17. számában megjelent cikkre, 20 évi tüdőgyógyászati praxisom alapján, néhány észrevétellel szeretnék felelni.

Wein, esete kapcsán, azt a következtetést vonja le, hogy: „specifikus tüdőelváltozás fennforgása vagy akárcsak gyanúja esetén még a nyilvánvalóan gümős mandulák eltávolításától is tartózkodni kell“, miből az tűnik ki, hogy Wein a mandulaműtétet minden, apicitisnél contraindikálnak tartja.

Wein betege a műtét előtt három hónappal pleuritisben szenvedett, melyről neves szerzők, így Hans Much is, azt mondják, hogyha nem is primaer jelenség, — majd minden esetben tuberculotikus eredetű. Erről Bardachri is tesz említést, hozzáfűzve, hogy — ha a lázas szakban contraindikált is, — a subfebrilitás beálltával a specifikus biologiai reactio megejtendő. Ezenfelül ajánlja a punctatum vizsgálatát Much eljárásával és állatoltással. A punctatumban kimutatható lymphocytosis tuberculotikus eredetre vall. Ezek mellett Engel gyanúja esetekben elsőrendű köteleességévé teszi a kezelőorvosnak, hogy a közismert biologiai és serologiai eljárásokat is alkalmazza. Much pedig nem áallja kijelenteni, hogy az occult tuberculosis igen gyakran fordul elő „viruló“ egyéneken.

Nézetem szerint azonban a leírt eset nem volt occultnak mondható. Igaz, a felvilágosítást adó Röntgen-lelet elkésve jutott Wein kezéhez, de pleuritis és azt követő hónapokon át fennálló subfebrilitás intő jel volt arra, hogy a pleuritis egy vagy több subpleuralis góccal következménye, amiért is a beteget műtét előtt serologiai és biologiai vizsgálatoknak alá kellett volna vetni.

Ezen esetben a többízben megismétlődő tonsillitis tuberculotikus gyulladás volt. Bernhard Fischer ismeri a tonsillaris primaer tuberculosisát, míg a secundaer tonsillaris folyamatot — mely csak mikroskopikusan mutatható ki — (mint fenti eset) úgy írja le, hogy az az ulceráló tüdő phthisis eseteinek 50%-ában feltalálható. És erre aztán áll az, amit Wein általánosságban írt és amit Fischl különösen kiemel, hogy activ gümős gócot megbolygatni nem szabad. Szem előtt tartjuk mindenesetre azt is, hogy Kleinschmidt sok lehegedt gócból talált virulens bacillust.

Nézetem szerint a vissza-visszatérő, lázas tonsillitisek súlyos ártalmára vannak a tuberculosis ellen küzdő szerveknek. Nyilvánvaló, hogy elsőrendű követelmény a beteget ezen veszélyessé vált szervétől mielőbb megszabadítani. Kleinschmidt több esetben látta, hogy 38 fokig terjedő lázak, melyeket bronchialis tuberculosis jelének minősítettek, a mandula eltávolításával megszűntek. Wein esete nem volt nézetem szerint apicitis, hanem nyugvó, compenzált, súlyos tüdőfolyamat, mely három hónappal előbb pleuritis alakjában fellángolt, áttéteket csinált a tonsillákban ugyancsak lázas mozgalmak kapcsán, és végül ulceráló-destruáló folyamatba csapott át. Valószerű, hogy a rapid lefolyást a gümős mandulák kivételénél — még a leg-tökéletesebb technika mellett is elkerülhetetlen ez — bacillusinvásio indította meg. És igazat kell adnom Weinnek abban, hogy ezt az esetet nem lett volna szabad megoperálni, aminthogy a komoly elváltozások (Röntgen-lelet) ismeretében nem is operálta volna meg.

De nem adok igazat abban, hogy minden, még gyanús esetben is ellenzi a tonsillektomiát. Mert — ismétlem — a banalis tonsillitis mérhetetlen kárára van a betegnek és folyton a gyógyulófélben levő folyamat reaktiválásával fenyeget. Van elég módunk arra, hogy a folyamat minőségéről, jó- vagy rosszindulatú voltáról felvilágosítást nyerjünk, a diagnosis és prognosis nehéz ugyan, de kellő gondosság és minden eszköz igénybevételével nem lehetetlen.

Legyen szabad fentiek illusztrálására két magán-betegem rövid kórtörténetét közölni:

Sz. E. 14 éves, kezelőorvosa tudni kívánta, hogy lázai mandula vagy tüdőeredetűek-e? mert a láz a megtartott consilium szerint tonsillaris eredetű. A bal csúcs felett rövidült kopogtatási hang mellett érdes légzés volt hallható, hőmérséke 37,6 C°-ig terjedt. Véleményem: a subfebrilitás oka csúcsfolyamat, mandulák mindenesetre eltávolítandók. A műtét március hó 29-én végeztetett, a subfebrilitás — mely azelőtt hónapokon át fennállt — május hó 11-én specialis kezelésre eltűnt. A beteg azóta állandóan láztalan.

Sz. M. 15 éves; kezelőorvosa előadta, hogy nyolc hét előtt apicalis folyamatot állapítottak meg, ami miatt fekvőkúrát és priessnitzet rendeltek el; a beteg azóta fekszik, nem javult, subfebrilitása állandó. Véleményem: tüdőelváltozás nélkül, mandulák kissé hypertrophizáltak. Mandulakivétel ajánlottam. Az eltávolítás után teljes gyógyulás.

Csak ezen két esetet hozom fel, bár sok áll rendelkezésemre, hogy kellő körülményekkel el lehet dönteni, miért subfebrilis a beteg.

Mindenesetre kívánatosnak tartanám az apicitisben szenvedők érdekében, ha a mai tonsillektomia helyét más eljárás foglalná el, mely a beteget a vérvesztés és napokon át való koplalástól megóvjá, mert az apexfolyamatra ilyenformában a műtét nem a folyamat fellobbantása, hanem az ellenállás gyengítése által hátrányos.

L A P S Z E M L E

Belorvostan.

Egyes bélmérgek klinikai jelentősége a szervezetben. *Becher.* (M. m. W. 1928, 11. sz.)

A gastrointestinalis autointoxicatióknak már régen jelentőségét tulajdonítanak némely megbetegedés pathogenesisében, de az ezirányú vizsgálatok eddig csak az indol és indican kimutatására szorítkoztak. Szerző az utóbbi négy évben részletes vizsgálat tárgyává tette az aromatikusan bélmérges (indol, phenol, kresol, diphenol, hydrochinon, stb.) viselkedését a vérben és a szövetnedvekben. Vizsgálatai főleg a vesemegbetegedésekre terjedtek ki és itt oly törvényszerűségeket talált, melyek nemcsak az egyes vesemegbetegedések diagnózisában és a veseinsufficiencia fokának megállapításában, hanem az uraemia pathogenesisében is nagy jelentőséggel bírnak. A vese funkciós zavarainál a vérben és a szövetnedvekben az aromatikusan bélmérges termékek, továbbá a bélben fehérjebomlás-termékekből keletkezett aminok megsaporodnak. Valódi uraemiánál az aromatikusan bélmérges termékek a liquorban is kimutathatók. Szerző szerint főleg a phenol és a phenolderivatumok idézik elő az uraemiás tüneteket. De nemcsak súlyos veseinsufficienciánál és uraemiánál, hanem kezdődő veseelégtelenségnél is jelentőséggel bír a bélmérges viselkedése. Zsugorvesénél néha az indol, phenol és phenolderivatumok hamarabb retineálódnak a vérben, mint a huyany. Különös jelentőséggel bír az aromatikusan anyagok retentiója az essentialis hypertonia létrejöttében is. Acut nephritisnél ezzel szemben megsaporodott huyanytartalom mellett aromatikusan anyagok egyáltalán nem, vagy csak minimalis mennyiségben mutathatók ki a vérben. Az aromatikusan anyagok kimutatására jól használható a

fehérjementesített vérben végzett xanthoprotein-reactio. De nemcsak akkor szaporodnak meg az aromatikusan anyagok a vérben, ha a veséken át történő kiválasztásuk csökkent mértékű, vagy éppen gátolt, hanem olyankor is ha képzésük a szervezetben fokozott. Így magas phenol-, kresol-, diphenol- és aromatikusan oxylsav-értékeket talált ileusnál, peritonitisnél, anaemia perniciosa-nál, tüdőgangraenánál, gyomor- és bélcarcinománál, májcirrhosisnál, sőt súlyos diabetesnél is. *Wagner-Jauregg* szerint még a kényszerképzetek is intestinalis autointoxicatióra vezethetők vissza. A pseudouraemia létrejöttében a bélmérges termékek semmi jelentőséggel sem bírnak. Az előbbieknél alapján a veseinsufficiencia és a valódi uraemia terapiájában új irányelvek érvényesülhetnek. Első igyekezetünk legyen a bélmérges termékek felszaporodásának meggátolása belsőleg alkalmazott bédésinficiens adagolásával, a táplálékkal bevitt fehérje mennyiségének csökkentésével és az utóbbinak gelatinával való pótlásával. Azon megfigyelésből kiindulva, hogy szénnel való rázás útján a vérből és vizeletből a mérgező bélmérges termékek kivonhatók, ajánlatos veseinsufficiencia esetén lehetőleg sok szenet adni a betegnek. A per os adagolt szén a fehérjethadasi termékeket a bélben belül absorbeálja. A phenolok mérgező hatásának csökkentésére natrium- és calciumsulfid adagolását, a szénhidratanyagcsere fokozására pedig insulinnak kis adagokban való injiciálását ajánlja. *Dvorak dr.*

Virilismus suprarenalis a mellékvese kérgének adenomája következtében. *M. Winkel.* (D. Arch. f. Klin. Med. 159. köt., 1. old.)

A szerző esetében a virilismus suprarenalis jellemző képe mellett a mellékvese velőállományának hyperfunktiojára valló tünetek is voltak: hypertensio, szívhypertrophia és később -insufficiencia, továbbá insulin nem befolyásolható és a tápláléktól nem függő glykosuria, valamint polyglobulia és neutrophil leukocytosis. A homályosan tapintható és a Röntgen-képen látható tumor a mellékvese kérgéből kiindult hypernephroma volt, melyet műtéttel eltávolítottak. Két nap múlva meghalt a beteg. A mellékvesék, az ovariumok és a pajzsmirigy sorvadtak, a pankreas és a hypophysis rendes nagyságúak voltak. *Perémy dr.*

A lymphás reactio anginánál. *H. Lenhartz.* (D. Arch. für Klin. Med. 159. köt., 13. old.)

A szerző az irodalomból vett és saját esetek fejtegetése alapján arra az eredményre jut, hogy a lymphás reactio, a monocytangina, az agranulocytosis és az acut leukaemia pathogenesis tekintetében egységes körformák. A kórokat illetően specifikus fertőzésre gondol. Differentiáldiagnózisuk nehéz, sőt a betegség kezdetén gyakran lehetetlen. *Perémy dr.*

A vérkeringés gyengése coma diabeticumban. *Lauter és Baumann.* (D. Arch. f. Klin. Med. 159. köt., 65. old.)

A szerző comás betegeken sorozatosan vizsgálta a keringés változását a perctérfogat meghatározásával. Eredményei szerint a vérkeringés a comában hirtelenül romlik meg; ha a coma insulin hatására el is múlik, a keringés gyakran csak napok múlva javul meg. *Perémy dr.*

Sebészet.

Golyvavidék és golyvamentes vidékek pajzsmirigyeinek életgörbéiről. *H. May.* (Arch. f. klin. Chir. 149. köt., 3. füz., 1928.)

Mikromérésekkel meghatározza a pajzsmirigy folliculusainak átmérőjét és az így nyert számokból az 5–5 évre vonatkozó középértékeket. Ezen értékeknek graphikus felhordásából kapott görbét, melyet a pajzsmirigy életgörbéjének nevez, különböző vidékekre állapítja meg. Az így kapott görbéket összehasonlítja aszerint, hogy golyvamentes vidékek és golyvas vidékek pajzsmirigyeinek életgörbéi miként viszonylanak és azt találja, hogy a berni folliculusátmérők úgyszólván az egész életen keresztül kisebbek, mint a kieliek.

Általában a golyvás vidék pajzsmirigyeiben a szöveti szaporulat nagyobb, mint a golyvamentes vidék pajzsmirigyeiben, amely tény különösen a fanosodás korában észlelhető. A pajzsmirigy növekedésének tetőpontja úgy golyvás vidékeken, mint golyvamentes vidékek fanosodási korában a női nemnél magasabb és korábban áll be, mint a férfi nemnél. A két nem között a pajzsmirigy növekedési görbéje különbözik a 60. életév után is, mikor a férfi pajzsmirigynövekedési görbéje ismét emelkedést mutat, ami viszont a női pajzsmirigynél elmarad.

Herresbacher.

Rövid alkarcsontok kinoprothesisek használhatósága a felesleges ulnaris izomzat eltávolítása útján. *Prof. Dr. Bosch-Arana.* (Deutsch. Zeitschr. für. Chir. 208. köt., 5—6. füz.)

A rövid alkarcsontokra nagyon nehéz jó protézist készíteni úgy, hogy ezeket a csontokat csak mint felkarcsontokat szokták tekintetbe venni. A nehézséget elsősorban a rövid csont vastagsága okozza. Ezen ügy segít a legújabb műtéti eljárásával, hogy az alkarcsontból csak az ulnát tartja meg és minden felesleges izomzatot is eltávolít. A triceps, brachioradialis és a biceps ulnaris részletének megtartásával az egy csontból álló csont mozgásokat tud végezni. A radiusról leválasztott bicepsrészből hurkot képez, mely később a műkar ujjainak mozgatására használható fel.

Horváth Boldizsár dr.

A sebészi, orthopaed és fogorvosi pályára való alkalmasság. *K. Marbe.* (D. Zeitschr. f. Chir. 208. köt., 5—6. füzet, 1928.)

Ajánlatos volna a jövőben, a pályaválasztás előtt, psychotechnikai képességvizsgálatokkal megállapítani, hogy valaki a jelzett pályákra mennyiben alkalmas. Ez az eljárás a nagyobb modern ipari és forgalmi üzemekben teljes mértékben bevált. A jelzett pályák erős, egészséges szervezeten kívül, szerző szerint, általában még a következő képességeket követelik meg: jó alak és színemlékezet, gyors reactióképesség, egyéni tempó, kezűgyesség, finom tapintás, kellő határozottság az érzelmeken való uralkodásban, amihez az orthopaednél bizonyos fokú technikai érzék és rajzethetség, a fogásznál pedig az ő sablonos és aprólékos munkájában még a teendők practikus beosztásához való érzék járul. Természetes, hogy a referatum keretében még kivonatossan sem ismertethetjük azt a számos módszert, amelyet szerző a jelzett képességek vizsgálatára ajánl, hanem a részleteket illetően az eredeti közleményre kell hivatkoznunk. Még csak azt említjük meg, hogy ezekkel a módszerekkel bizonyos rangsorozatot lehet felállítani a jelöltek között, melyben képességük matematikailag jut kifejezésre. Szerző ama reményének ad kifejezést, hogy ez az eljárás az orvosi pályán való bevezetés esetén éppúgy be fog válni, mint az iparban, ahol a munkások teljesítménye az üzemből tényleg megfelelt ama képességbeli rangsornak, amelyet a psychotechnikai vizsgálat alapján felállítottak.

Valter.

Szemészet.

Genyes mandulagyulladás és fogmegbetegedések következtében fellépő iritisekről. *O. Baselin.* Hamburg. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1928 április.)

Iritis esetén a szemorvosnak mindig tekintettel kell lenni a mandula és a fogak esetleges genyes megbetegedésére, még akkor is, ha a beteg tuberculosisban, iuesben stb.-ben szenved. Néhány esetet közöl a szerző, melyekben a genyes mandula bemetszése, eltávolítása, illetve a beteg fog kihúzása az iritis gyors gyógyulására vezetett.

Luzsa dr.

Tapasztalatok a glaucosannal. *T. Nónay.* Pécs. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1928 április.)

Glaukoma simplex gyógyítására a glaucosan elég jól használható, bár itt is előfordult nyomásemelkedés. Glaukoma sec. esetén a hatás nagymértékben függ a nyomásemelkedést kiváltó októl. Abszolút glaukomanál alkalmazását eredmény nem kíséri. 20 esetet figyelt

meg *Nónay* s azt tapasztalta, hogy a glaucosan hatása $\frac{1}{2}$ naptól 10 napig tart. *Hamburgerrel* szemben monoculusnál, megbízhatatlansága folytán, a glaucosan alkalmazását feltétlenül contraindikálnak tartja.

Luzsa dr.

Malariás szemmegbetegedések. *N. Blatt.* Marosvásárhely. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1928 április.)

Albániában két év alatt észlelt, malariás alapon létrejött szemmegbetegedésekről számol be a szerző. Mások által is leírt retinalis vérzések, egyoldali neuritisek, kevés izzadmánnyal járó uveitisek, centralis eredetű izombénulásokon kívül, cornealis megbetegedéseket is látott, melyek egyike egyedülálló az irodalomban. Tapasztalatai szerint a malariás elváltozások rendszerint egyoldaliak, kivéve a retinalisakat, melyek gyakrabban kétoldaliak. A szemben fellépő elváltozások gyakoribbak tertianánál, mint egyéb alakoknál. Kiváltó okukat az érelváltozásokban és centralis toxikus hatásban keresi. Kellő időben, korán alkalmazott intravenás chinintherapiára jól gyógyulnak, különösen a tertiana és quartana által okozottak.

Luzsa dr.

Fülgyógyászat.

Új segédeszköz a mastoiditis diagnózisában. *Friessner und Rosen.* (Monatschr. für Ohrenhkl. 62. évf., 4. f.)

Szerzők a beteg fül váladékának calciumtartalmát tették vizsgálat tárgyává és azt találták, hogy csontpusztulási folyamatoknál a calciumtartalom emelkedett és mértéke szoros viszonyban áll a folyamat súlyosságával. Sok esetben egyéb megbízható biztos jel hiján az emelkedett Ca-tartalom alapján állították fel a műtéti javallatot, amit a műtét is igazolt. Előfordultak esetek, amelyekben a műtét nem igazolta a feltevést; illetve ilyen, egyéb jelek szerint is műtetre való beteg spontán is gyógyíthat, de hasonló fenyegető tünetek közt lezajló appendicitis is gyógyulhat műtét nélkül, mégsem mernők a műtéti beavatkozást mellőzni. A Ca mennyisége 100 cm³ genyben 6—12 mg közt mozgott, legnagyobb volt a leghevesebb tünetek és legmagasabb láz idején, mikor valószínű, hogy a legnagyobb volt a csontpusztulása is.

Részletesen közlik az eljárás pontos kivitelét és ajánlják nagy anyagon való kivizsgálását.

Zubriczky.

Mucosus otitis és a pyramisescsucs genyedése. *H. Neumann und E. Schlander.* (Monatschr. für Ohrenhkl. 62. évf., 4. füz.)

Három betegről számolnak be, akiknek egyikénél mucosus otitis és mastoiditis miatt végzett, másik kettőnél acnt otitissal kapcsolatban végzett trepanatio után 1—3 héttel a pyramisescsucs megbetegedésére jellemző tünetek fejlődtek ki. Egyik beteg azonos oldali abducens-paresist kapott; erős hányás, hidegrázás, magas láz, a halántékba és a szemgolyóba kisugárzó igen heves fájdalmak voltak jelen mindhárom betegnél. A Röntgenfelvétel a pyramisescsucs csontállományának ritkulását mutatta. Mindhárom esetben a dobhártya egyidejűleg erősen elődomborodott, mire széles paracentesist végeztek. A tünetek 1—2 nap múlva nyomtalanul visszafejlődtek és így a tervbe vett műtéti beavatkozás (pyramisescsucs feltárása) elmaradt. Az abducens paresis is nyom nélkül visszafejlődött. Szerzők szerint a pyramisescsucs csontcellái a középfül üregrendszerével közlekednek, talán egyénileg nem minden esetben, tehát a tovaterjedés a középfül felől lehetséges par contignitatem; a súlyos tünetek és pozitív Röntgen-kép, valamint az elődomborodó dobhártya beavatkozást sürgetnek, mely egyelőre a paracentesisben áll, de ennek eredménytelensége esetén a csucs feltárása és kitakarítása indokolt. Mindhárom beteg gyógyult, panaszmentes.

Zubriczky.

Szülészet és nőgyógyászat.

Érintkezék-e spontan vizeleskor a hüvely distalis részével a vizelet? *Félix Anders*, Breslau. (Zentralblatt für Gynäkologie, 1928, 8., 524.)

Szerző vizsgálat alá vett különböző korú nulliparát, multiparát, recto-, cystokeles és gátrepedéses nőt, fekvő-, ülő-, guggoló- és állóhelyzetekben. Methodikája szerint előző este gelatincapsulában methylenkéket adott per os. Másnap reggel, vizeles előtt, a hüvelybe vezetett egy fehér gazedarabot, mely éppen a hüvelyeső distalis végéig ért. S azt találta, hogy 22 nulliparánál: fekvő 14-nél festődött meg a gazedarab, míg guggolva, ülve és állva egynél sem. 15 multiparánál: fekvő mind a 15-nél megfestődött a gaze, a többi helyzetekben egynél sem. Rectocystokeles esetében 11 nő közül: fekvő és guggolva mindnél, ülve 5-nél, de állva egynél sem festődött meg a gaze. Két gátrepedés esetében fekvő és ülve megfestődött a gaze, guggolva és állva nem. Tehát állva, szerző szerint, egy esetben sem keveredhet a hüvelyváladék a vizeletbe. A nagyajakkal érintkezik ugyan a vizelet, de azok rendszerint nem szennyezettek annyira, hogy az a vizelet vizsgálatánál zavarólag hatna.

Tehát nem mindig szükséges katheterrel venni vizeletet a chemiai-histologiai vizsgálatához. Ennek a nem teljesen értelmetlen manipulációnak redukálásával sok kathetereystitistől menthetjük meg a betegeket. *Pollák dr.*

Gyermekorvostan.

Mellékjelenségek a syphilis bismuthkezelésénél. *Langer*. (Klin. Wochenschr. 1928, 554. old.)

Áttekintést nyújt a bismuthkezelés kapcsán jelentkező mellékhatásokról, mint amilyenek: 1. a közérzet zavarai (hőemelkedés, étvágytalanság, fáradtság, bágyadság); 2. a vérképző szervek részéről a vörösvérsejtek számának csökkenése, leukocytosis; 3. bőrkiütések (urticaria-, scarlatina- vagy morbillonszerű exanthema, purpura- vagy zosterszerű jelenségek, stb.), melyek azonban a Hg- és Salvarsan-dermatitiseknél sokkal jobbindulatúak; 4. a szájban bismuthszegély, salivatio, stomatitis; 5. hasmenés, ritkábban obstipatio, ikterus; 6. a vese részéről albuminuria, epitheluria, cylindruria a tubuli contorti károsodása következtében, nagy ritkán hosszantartó súlyos nephritisek; 7. a vegetatív idegrendszer részéről prophis izzadás, ájulási érzetek, szívdobogás, fülzúgás jelentkezése; 8. localisan steril abscessusok, továbbá helyi emboliák folyományaként bullosus, gangraenosus folyamatok. Mind e jelenségek súlyosabb formában csak az intravenás adagolás során mutatkoznak, intramuscularis injectiók nyomán — ha csak az adagok nem túlnagyok — a jelenségek enyhébbek és a kúra időleges felfüggesztésével hamarosan visszafejlődnek. *Lenart György dr.*

Az acetonaemiás hányás kérdéséhez. *Werner Jacob*. (Archiv f. Kinderheilk. 1928, 3. sz.)

A betegséget nehéz elkülöníteni különösen az első hányási periódusban agyi megbetegedésektől, appendicitistől és peritonitistól. A látszólag biztos esetekben is előfordulhatnak diagnosztikus tévedések. Szerző egy esetében a typosus anamnesis és klinikai tünetek alapján acetonaemiás hányás diagnózisát állította fel. A sectio mesenterialis volvulust derített ki. Ilyen tévdiagnózisok elkerülésére minden acetonaemiás hányásnál Röntgen-vizsgálatot ajánl. *Reis Sarolta dr.*

Poliomyelitis-esetek halmozódása az 1927. évben. *Engel és Segall*. (Klin. Wochenschr. 1928, 532. old.)

Az 1927. esztendőben Dortmundban 40 Heine-Medin-esetet észleltek. Az esetek javarésze (24 eset) az 1-4. életévre, 8-8 eset az 5-6., illetve 7-14. életévre esett. A megbetegedések maximuma augusztusban volt, márc., ápr., július 1-7, szeptember 9, október 10, november 5 esettel van képviselve. 40 közül meghalt 3 gyermek. A betegség a felső légutak enyhe hurutjával, néha hasmenéssel köszönt be, a sokak által jellemzőnek tar-

tott erős izzadás és hyperaesthesia, vagy egyáltalán bármely tünet, melyből poliomyelitis fellépésére gyanakodni lehetne, általában nem jelentkezett. A bénulások néha közvetlenül követték a prodromum szakát, máskor azonban csak 14 nappal a kezdet után érték el a legsúlyosabb fokot. A diagnózis felállításában nagy jelentőséget tulajdonítanak a liquorleletnek: megnövekedett sejtszám, positiv Pandy-, de negativ Nonne-reactio, normalis cukortartalom. A liquor vizsgálatának különösen epidemiáknál remélik nagy hasznát vehetni az abortív esetek felismerésében, melyek a betegség tovaterjedésében kétségtelenül nagyobb szerepet játszanak, mint az ágyhoz kötött súlyosabb esetek. A lumbalpunkciónak a betegség kezelésében is jótékony hatást tulajdonítanak. Azt tapasztalták ugyanis, hogy az 1927-es év betegeinél, kiknél sythemás lumbalpunkciókat végeztek, az alsó végtagok bénulásai sokkal jobbindulatúak, visszafejlődésre hajlamosabbak voltak, mint a felső végtagokéi, holott az eddigi tapasztalatok a benignitást illetőleg éppen ellenkező értelemben szóltak. A jövőben a felső végtagok bénulásainál suboccipitalis punctiót fognak végezni. *Lenart György dr.*

KÖNYVISMERTETÉS

Die Stellung der Medizin zu den anderen Wissenschaften. Weltanschauungsfragen des Arztes. Von Prof. Dr. *Otfried Müller*. 1927. 68 lap. Stuttgart, Ferdinand Enke. Ára: 3:50 M.

A tartalmas orvosphylosophiai füzet ismeretelméleti és világnézleti problémákkal foglalkozik s a modern orvostudomány és biológia nagyjainak, valamint az újabb philosphusoknak és theologusoknak nyilatkozatait logikus sorrendben csoportosítva, rámutat az inductív kutatási módszer elégtelenségére s a belőle vont, nagyrészt materialista következtetések tévedéseire, továbbá az oksági törvény fogyatékosására.

A XIX. század közepén, amikor a deductív módszerrel dolgozó Schelling-féle természethőleséletet az orvostudományból kiszorította a szigorúan tényekre támaszkodó empiria, az orvosok *Virchow*val élükön elvesztették érzéküket a transcendentalis, a metaphysikai problémák iránt. Ez a materialismus az életjelenségek mechanikus felfogására vezetett. Ennek a felfogásnak csakhamar nyomában járt a szabad akarat tanának s az egész morális és metaphysikai világnak tagadása. A theoretikus orvostudomány e miatt ellentétbe került a praxissal, amelynek mégis csak számolnia kellett ezen transcendentalis s a „consensus gentium“-ban szerepet játszó tényezőkkel. Az elméletnek és orvosi gyakorlatnak ez a krízise, amelyet részben a kutatóknak ismeretelméleti kérdésekben való járatlansága, részben az alaptalanul 100%-ig igaznak vett oksági törvény túllöntés hangoztatása is érlelt, főleg az orvosi ethika, az ideggyógyászat és általános therapia terén lett legszembetűnőbb.

A krízis megoldása a materialismus bukását jelentette s megrendítette az inductív kutatási módszerben való feltétlen bizalmat. Egyéb tudományok ugyanis rávezették az orvostudományt arra a tényre, hogy pusztán anyagi magyarázatokkal az élet maradék nélkül meg nem fejthető, s így kénytelen-kelletlen az orvostudománynak acceptálnia kellett a lélek létezését — egyelőre a psycho-physikai parallelismus tanában. Majd az újabb philosphusok, psychoneurologusok, mint *Jung* és tanítványai és morphologusok, mint *Heidenhain* dialra juttatták azt a felfogást, hogy az élő emberi organismust három egyenlő fontosságú és értékű functionális egység képezi: a test, a lélek (instinctus, anima) és a szellem (spiritus, ratio). Ez a feltevés a psychologia mai kérdéseit jól megmagyarázza s az akarat szabadságát sem esorbítja meg.

E feltevés kénytelen elfogadásával az orvostudomány kutatásaiban a deductív módszernek is helyet biztosított. A deductio és a vele kapcsolatos intuitio térhódítása az orvostudomány spirális alakú fejlődésmentében előrelátható volt. Szerző azokra a veszélyekre figyelmeztet, amelyek az intuitív vizsgálódás egyoldalúságával velezárnak. A veszélyt csak növeli az a körülmény, hogy kellő kritikai ismeretek híján ma sok orvoskutató empirikus területen képzelet magát, holott voltaképp intuitióval, a priori felvett eszméssel dolgo-

zik. Ez a tény különösen a rákkutatás s a kísérleti therapia terén figyelhető meg, s az objectiv tudomány kárára válik.

Az új pszichológiai felfogás neovitaminosusa utat nyit az orvostudományba a neochristianismusként is. Újszövetségi gondolatok szellője csapja meg az orvosi praxist. A mind szélesebb medrű Paracelsus-kutatás is ennek az új levegőnek a jele. Mert Paracelsus is, mint Krisztus, a szeretetet állítja fel az orvos működésének kánonjává: „Im Herzen wächst der Arzt, aus Gott geht er, des natürlichen Lichtes ist er, und der höchste Grad der Arznei ist die Liebe.“ Így kapcsolódhatik össze az orvos-tudomány a teológiával.

Szerző nagy szolgálatot tett könyvével az orvosi rendnek részben azért, hogy hangsúlyozza az orvos széles alapú műveltségének szükségességét, részben mert a természettudománynak és metaphysikának minden orvos által érzett collisiójában roppant tárgyilagos-sággal, meggyőző gondolatfűzéssel mutatja meg a helyes utat, úgyhogy — *Virchow* szavait idézve — „für einen ernsthaften Geist kaum eine Wahl übrig bleiben kann“.

Mayer Ferenc Kolos dr.

Geburtshilflich-gynäkologische Provädentik. Polano. V. Aufl. Curt. Kabitzsch, Lipsce. 1928. Ára 12-60 M.

Ötödik kiadását érte el *Polano* müncheni tanárnak szülészeti-nőgyógyászati propäedeutikája, mely mindazokat az elméleti és gyakorlati tudnivalókat magában foglalja, amelyekre a gyakorlóorvosnak szüksége van. A női nemiszervek bonctanának és élettanának rövid, de pontos ismertetése után a szaporodási folyamat physiologiájával foglalkozik, majd a szülészeti és nőgyógyászati vizsgálatokról ír, kiterjedve a szomszédos szervek: a hólyag és végbél vizsgálatára is. Mint a bevezetésben írja a szerző, e kiadást az előbbiekhez képest — a tudomány haladásának megfelelően — főleg elméleti tekintetben lényegesen kibővítette. A könnyen olvasható, érdekesen megírt és több mint száz — nagyrészt színes — ábrával tarkított könyvet nagy haszonnal forgathatja nemcsak az orvostanhallgató és általános gyakorlattal foglalkozó orvos, de a szakorvos is.

Mészáros Gábor dr.

A Kir. Orvosegyesület május 19-i ülése.

Bemutató:

Friedrich László: a) *Ulcus ventriculi tuberculikum* esete. 26 éves férfibetegnél három év előtt 1—2 órával az evés után gyomorpanaszok léptek fel, erős gyomorégés és hányás. Utána hónapokig jól volt, majd ismétlődtek a tünetek s gázzagú bőfőgés lépett fel. Sokat fogyott, teljesen étvágytalan. A vizsgálatnál feltűnik, hogy a nyak két oldalán skrophulodermás hegek vannak. A csücsök felett rövidült kopogtatási hang, erdes légzés mellett. Hasban a coecum mellett mirigyszerű képlet tapintható. Próbareggeli: normacid. Éhgyomorral 12 óras maradék, melyben sarcoina ki nem mutatható. A gyomorröntgenvizsgálat pylorus-stenosis képét mutatja 24 óras maradékkal, bulbus duodeni ki nem tölthető. Occult vér negatív, Wassermann negatív. A tüdőben a Röntgen-vizsgálat szerint terjedelmes hilusokon kívül más elváltozás nincs. Tekintve a nyakon levő skrophulodermás hegeket és a hasban tapintható nyirokesomókat tuberculotikus ulcus okozta pylorus-stenosis diagnózisával küldi a beteget műtétre. A műtétnél a pyloruson a gyomorszájat erősen szűkítő, körülbelül almányi nagyságú beszűrődést lehetett találni, ezen darabot *Kocher* szerint reseálva, a szövettani vizsgálat (Prof. *Baló*) epitheloid- és óriássejtekből álló hegyszövetet talál. A nyálkahártyától a falba sipolyjárat halad, melyben tuberculomok felismerhetők. A gyomortuberculosis ritka s diagnosisa nagyobb nehézségekre utközik, összetéveszhető ulcus, carcinoma és luessel. Esetében a diagnosira a beteg tuberculotikus habitusán s a nyakon levő skrophulodermán kívül a hasban tapintható nyirokesomó adta meg a valószínűséget.

b) *Epehólyag-duodenum-sipoly* esete. *Levegő az epeutakban*, 62 éves nőbetegnél tipikus cholelithiasis-rohamok szerepelnek az anamnesisben. Utóbbi időben igen heves, folyton tartó fájdalmak, nem régen ikerus, teljes anorexia. A vizsgálat kissé megnagyobbodott májat mutatott, az epehólyag nem tapintható, helye igen érzékeny. Próbareggeli: normacid. Gyomorröntgen normalis képet mutat, bulbus duodeni egyenetlen contourú, nehezen mozgatható el, Pankreas functió s pró-

bák kiesést nem mutatnak. Vérbilirubinérték emelkedett. A duodenalis reflex *Metzger Lyon* szerint negatív, göreső alatt sok leukocytá, sok cholesterolin s bilirubin-mészkrystal. Cholecystographiánál (intravenásan) az epehólyag nem telődött, az epehólyag helyén levegővel telt körtealakú képlet a cystikusban, főleg a hepaticus ágában faagszerűen levegő oszlik el. Az kétségtelen volt, hogy a betegnek cholelithiasisa van, a levegő az epeutakba pedig csak úgy kerülhet, hogy egy communicatio áll be valamely légtartalmú szervvel; elsősorban gyomor-duodenum kerülhet itt szóba s így egy gyomorduodenum-sipolyt kellett felvenni köves epehólyag mellett. A műtét (Prof. *Hülll*) igazolta a felvéteit, amennyiben az erősen megvastagodott epehólyag, melyben 25 darab bilirubin-mészkrystal ült, a duodenummal össze volt növe s fillérnyi területen communicált. Leválasztás után az epehólyagból s epeutakból sisteregve jött ki a levegő. Hasonló esetet mutatott be két év előtt az Orvosegyesületben egy pankreas-cc. miatt cholecystogastrotomizált beteg epehólyagja s epeutai telve voltak szintén levegővel. Ezen jel diagnostikusan is értékesíthető, bár előfordulása rendkívül ritka.

Előadás:

Paunz Márk: *A postdiphtheritikus heges gégeszűkületéről.* A postdiphtheritikus heges gégeszűkület keletkezésében az alapbántalom mellett főként a tracheotomia és az intubatio játszik nagy szerepet. A legsúlyosabb stenosisok a rosszul végzett légesőmetszések (cricotracheotomia) után észlelhetők. A diagnosist gégetükörrel, direct laryngoskopiával és légesősipolyon át végzett szondavizsgálattal tisztázhatjuk. Teljesen tiszta áttekintést azonban csak a gége heges részének feltárásával, a laryngofissurával nyerhetünk. Általában kétféle stenosisot találunk: vannak esetek, melyekben csak vékonyabb körülírtó, lécalakú hegek okozzák a szűkületet és vannak esetek, mikor vastag, széles alapú, callosus heget találunk, mely igen nagyfokú stenosisot, néha teljes elzáródást okoz. A műtét célja: rendszeres tágitással kellő lument készíteni és ha az állandó, akkor a gége-légesősipolyt be kell zárni. Vékonyabb hegek esetében előadó azonnal zárja a felhasított géget néhány catgut-öltéssel, utána rendszeres tágitást ajánl intubatióval vagy gumidraincsövekkel, keményre sodrott jodoformgaze-hengerekkel, vagy sima fémesapokkal. Vastagabb hegedés eseteiben laryngostomiát kell képezni és azután „T“-canülökkel rendszeresen tágitani a stenosis. Egyszerű gégelégesősipolyok kétrétegű bőrvarrattal zárhatók, nagyobb laryngostomiát plastikai úton kell zárni. A Stefánia-gyermekkorházban az utolsó tíz évben 19 postdiphtheritikus heges gégeszűkület került kezelésbe. Csak három esetben végeztek előzetesen tracheotomiát. Ezek közül egy esetben nem kellett beavatkozni, a másik két esetben tracheotomia és laryngofissura után primaer varrat, majd rendszeres tágitás teljes gyógyulással. A többi 16 eset canül viselt, mire hozzánk került. Ezek közül 9 esetben laryngofissura és hegkímélés után primaer gégevarrat és utána rendszeres tágitás végeztetett teljes gyógyulással. A többi hét esetben laryngostomiát kellett képezni. Két eset tágitás után plastikai műtéttel gyógyul teljesen, három eset még kezelés alatt áll. Két esetben abba kellett hagyni a kezelést, mert a gyermekek megszállott területre valók voltak és még a kezelés befejezése előtt hazavittették. A gyógyult esetek 3—9 év óta canül nélkül jól lélekeznek, egy eset kivételével, teljesen zárt légesővel.

Lénárt Zoltán: Utal arra, hogy a heges gégestenosisok kezelésének ismertetésénél nem lehet csupán a laryngofissio utáni tágitás és a laryngostomia felemelítésére szorítkozni, mert így hiányos képet nyerünk a kérdéstről. A könnyebb esetekben nem szükséges a laryngofissio és tisztán dilatatióval is meggyógyíthatók. Azért ezeket a könnyebb eseteket külön kell választani a súlyos esetektől, amelyekben vastag hegek és sokszor teljes atresia áll fenn. Ezen utóbbi csoport különféle műtéti eljárásokat tesz szükségessé: ezek közé tartozik a laryngofissio az utólagos dilatatióval és a laryngostoma képzése is. Ezzel azonban nem merült ki az operatív módszerek sora, melyek közül különösen kiemelendő a heg kiirtása után keletkező sebfelületnek Thiersch-féle bőrlebensyekkel való fedése. Ilyen módon olyan súlyos eseteket sikerült meggyógyítani és bemutatni, amelyekben más oldalról a legkülönbözőbb műtétek eredménytelenül végeztettek. Vannak tehát esetek, melyek ilymódon operálandók és ez a kitűnő műtéti módszer nem maradhat felemlítetlenül a heges gégestenosisok terapiájának tárgyalásakor.

Bókay János: Csak a postdiphtheriás gégefekélyek keletkezéséhez kíván hozzászólni. Kétségtelen, hogy a fekélyképződés alapoka maga a diphtheriás folyamat. Hogy az intubációs tubus s a canule hozzájárulhat a kifejlődéshez, tudvalevő. Az ügynevezett decubitalis fekély fejlődése intubatio kapcsán nem tesz szükségessé a secundaer légsömetszést, mert az O'Dwyer-féle gyógytubusokkal, helyes kezeléssel, gyógyuláshoz vezethetjük ezeket a fekélyeket. Ezt bizonyítja azon körülmény, hogy míg Ausztriában és Németországban egyes helyeken 35%-ot is kitez a másodlagos légsömetszések száma intubáltknál, hozzászóló anyagában a secundaer tracheotomiák száma csak 5%. Sajnos, sok helyen Európában még ma is a nehéz bronztubusokkal dolgoznak és nem a könnyű ebonit tubusokkal, melyeket O'Dwyer már 1897-ben bevezetett a gyakorlatba.

Paunz Márk: A Thiersch-féle transplantatiót, melyet Lénárt sikeresen alkalmazott, nagyobb defecusok fedésére jó eljárásnak tartja és alkalmas esetekben végezni is fogja. De úgy a Thiersch-féle transplantatio, mint a nyelésbőrlebenszövet beültetése avagy haránt gégelecsőresectio után is a rendszeres tágitás nem nélkülözhető, mert mindig maradnak egyes sarjadzó területek, melyekből új heges stenosis fejlődhet ki, ha rendszeres tágitást nem alkalmazunk. Ha az intubatiót mindenütt szabályszerűen végeznék, a postdiphtherikus heges gégestenosisok száma még kevesebb volna.

Baráth Jenő: Functionalis vizsgálatok jelentősége a hypertoniák felosztásában és kezelésében. A vérnyomásemelkedések elemzésében nagy jelentőséggel bír a regulációs zavar vizsgálata. Előadó az általa kidolgozott functionalis módszereket ajánlja, a munkareactió és psychereactió görbék alkalmazásával. E görbékkel kétféle vérnyomásemelkedés különíthető el: a *permanens hypertonia*, teljes szabályozási merevséggel, majd a *labilis hypertonia*, elhúzódó, de megtartott kiegyenlítő képességgel. A regulációs zavar, a nagy erek Röntgen-vizsgálattal kimutatható elváltozásaival kapcsolatban sokszor már olyankor is megtalálható, amikor még a vérnyomás nem emelkedett. A hypertoniák keletkezésében tehát az erek elváltozását és a vérnyomásszabályozás zavarát kell primaer jelenségnek tekinteni. A vérnyomásgörbék útmutatást nyújtanak arra, hogy gyógyszeres kezeléssel csak a labilis hypertoniáknál várható eredmény. A permanens hypertoniáknál az edényfalak merevsége miatt csak a vér- és szövetnedvek phisikalischemiai változást előidéző láztherapia lehet még hatásos. E célra kén- és tejinjectiókat használtunk.

Korányi Sándor báró: A hypertonia és az anatómiai érelváltozások és a vesebéliek között circulus vitiosusoz vezető kölesönös kapcsolatok állnak fenn, amelyek következtében a különböző kezdet ellenére a vég hasonló lehet. Ez az előbbrehaladott esetek genesisének felismerését nehezíti.

A Közkórházi Orvostársulat és gégeészeti szakosztály május 16-i együttes ülése.

Raisz Aladár elnök kegyeletos szavakban emlékezik meg *Purjesz Ignác* igazgató-főorvoshelyettes haláláról.

Bemutatók:

1. Vitéz Kerékgyártó István: Terhesség és szülés művi gyomorsipolyosoknál. Két esetről számol be. Mindkettőnél lúgmérgezés után bekövetkezett bárzingszűkület miatt történt a gastrostomia. Az egyik gyomorsipollyal concipiált terhességet minden baj nélkül kiviselte és simán szült, de a másik (terhessége alatt történt a mérgezés és gastrostomia) terhessége negyedik havában abortált, amely valószínűleg művi úton indított meg. A gyomorsipoly kimutathatóan egyiknél sem okozott komplikációkat. Lúgmérgezés utáni bárzingszűkületeseknél igen ritka a terhesség. A Szent István-kórház szülészeti osztályán 10 év alatt kettő volt. Minthogy a terhességet kiviselő egyén az eset tanulsága szerint simán szült, bemutató oda concludál, hogy a lúgmérgezés utáni gyomorsipoly a terhesség megszákítására, mint absolut értékű indicatio nem jöhet számításba.

Szili Jenő: Felhívja a figyelmet a fenti complicatio ritka voltára, 11.000 Szent István-kórházi terhesség közül csak kettő volt lúgmérgezés utáni bárzingszűkületes, azaz alig 0.2 pro mill. Érdekes, hogy a ter-

hesség elején a hányás a gyomorsipolyon át történt, utóbb elmaradt. Valószínű, hogy a súlyos bárzingszűkületkeknél annyira ritka terhesség oka az, hogy ilyen esetekben az ovulatio is hiányzik. Érdekességre tarthatna számot a bárzingszűkületes terhességek eseteinek gyűjtése.

2. Doleschall Zoltán: Érdekesebb sklerodermiás esetek. Először általában a sklerodermiáról beszél, majd eseteit mutatja be. 1. 70 éves hajadon, háztartási alkalmazott. A bal alszár alsó harmadán gyermektenyényi nagyságú területen a bőr sárgásbarna színű; hideg tapintatú, feszes, kemény, az alap felett nem mozgatható el. Körülötte a lábfej bőrére is reáterjedve, a bőr fájdalmas, duzzadt, kékes színű, feszes. Skleroderma progressivum éppen progridiálási stadiumban. 2. 62 éves hajadon, tisztviselő. Mindkét kezén az ujjak kihegyezettek, a bőr sárgásbarnán elszínesedett, hideg tapintatú, keményen infiltrált, ráncba nem szedhető. D.: sklerodactylia. 3. 16 éves hajadon, háztartási alkalmazott. A homlok jobb felén függőleges lefutású, lefelé a belső szemzug alá terjedve, felfelé ujjnyira a hajas fejbőrré terjedve, 1½ cm széles vonalszerű, sárgás színű, síma képlet. Hasonló elváltozás van a jobb arcfelel az os zygomaticum fölött függőleges irányban húzódva. Az interscapularis tér jobb felén férfitenyényi nagyságú, hideg tapintatú, sárgásbarnán elszínesedett, feszesen infiltrált bőrrészlet. D.: skleroderma en bandes és skleroderma en plaque együttes előfordulása. 4. 19 éves hajadon, tisztviselő. Bal comb elülső felszínén kb. 2½ cm széles, sárgás színű, hegszerű képlet látható, mely síma fénylő, feszesen tapad az alaphoz, körülötte vékony lila szegély. Hasonló elváltozás van a köldök bal oldalán ezüst S-kor. területen, valamint a bal térdkalács fölött közvetlenül. D.: skleroderma en bandes és en plaque együttes előfordulása.

Brezovszky Emil: A skleroderma okát ma mindinkább a belsősecretiós mirigyek működésének zavarában keresik. *Ehrmann* szerint vitás csak az, vajjon a hormonok hiánya az idegrendszer, nevezetesen a sympathicus útján fejti a hatását, vagy pedig a vér útján közvetlenül hat-e a szövetekre olyképp, hogy az utóbbiak vegyi összetételét megváltoztatja? Így magyarazzák a tuberculosis és a lues befolyását a skleroderma keletkezésében, mert ezek is belsősecretiós mirigyek sorvadását vagy zavarát idézhetik elő.

Donáth Gyula: Az aetiologia kérdése még nem tisztázott. Kétségtelen, hogy a pajzsmirigy működésének szerepe van. Emellett szól az is, hogy a pajzsmirigy izgató adaggal (Reiz-dosis) való Röntgen-besugárzásra igen jó hatású szokott lenni. A gyógyító tényezők között szerepel még a meleg, akár klíma (Egyiptom), akár borogatások és kenőcsök alakjában.

Előadások:

3. Gaál Aurélia: Myeloid leukaemia kapcsán spontán keletkezett pararenalis haematoma. A pararenalis haematoma fogalmát és aetiologiáját ismerteti. Új aetiologiai tényezőnek a heveny myeloid leukaemiát említi, amely esetében mint haemorrhagiás diathesis lépett fel tömeges vérzéssel. A vesetáji izmok bevérztek; a vese tokjai között fellépett tömeges vérzés a pararenalis haematoma kórképét mutatja. Olyan metaszteteket mutat be, amelyekben az izmok közötti vérzésekben található fehérvérsejteknek myeloid jellege van. Végül a klinikai körjelzés nehézségeire hívja fel a figyelmet, valamint rámutat a beavatkozás eredménytelenségére haemophilia és leukaemia eseteiben.

4. Vitéz Schultz Ágoston: A streptococcus virulentia vizsgálatairól. (Philipp-féle próba.) A bakteriom kórokozó hatása attól függ, milyen viszonyban van támadóerejük az egyén ellenállásával. Ez a viszony: a *csírok relativ virulentiája*. A streptococcusok alakai, phisikai vagy chemiai tulajdonságok alapján nem különíthetők el virulens és avirulens csoportokra. *Ruge* és *Philipp* a nöbetegek hüvelyében megtelepedett streptococcusoknak az illető beteg defibrinált vérében való szaporodási képességéből következtetnek a virulentiára. Ismerteti a virulentiapróbák technikáját. A Bakáts-téri kórházban a Philipp-féle módszert használták. Bár nem ad tökéletesen megbízható eredményeket, a szerzők többsége értékes, 70-90%-ban beváló laboratoriumi módszernek ismeri el. Carcinomaműtétet virulensnek talált hüvelycsírok mellett nem tanácsos végezni, hanem előbb antiseptikus kezeléssel kell műtetre előkészíteni a beteget. A gyermekágyi fertőzőes betegségek súlyosságát és annak változásait gyak-

ran megfelelően jelzik a próba eredményének változásai. Szülésmegindítás, esaszármetszés előtt bizonyos fokig intő jelül szolgál a pozitív virulentiapróba. Saját 131 vizsgálatuk eredménye az esetek több, mint kétharmadában megfelel a betegség klinikai lefolyásának.

5. Szénásy József: Újabb eredmények és megfigyelések késői Röntgen-elváltozások sebészeti gyógyításában. 16 sebészileg kezelt késői Röntgen-elváltozásokról értekezik. Ezek között hasfali elváltozás volt 12 és pedig 3 a praeulcusos stadiumban, 9 már kifejlődött ulcussal. Észlelt továbbá egy ulcust a keresztcsonton, egy ulcust az alkaron, ulcusokat a nyak mindkét oldalán, végül egy késői Röntgen-elváltozást a tenyéren a praeulcusos stadiumban.

A domináló elváltozás vagy alapbántalom a teleangiectasia. Enélkül ulcusképződés nincs. Az oedema induratumnak és a hámelváltozásoknak az ulcusok képződésében csekélyebb a jelentőségük. Az ulcus képződésében főleg az utólagos traumák és az ezekből következő chronikus infiltratív jellegű lobosodások játszó a döntő szerepet. Hogy a teleangiectasiás területen mikor fejlődik ki ulcus, ez jórészt az utólagos traumáktól függ. A teleangiectasia vagy alapbántalom az első években már kifejlődik. Az ulcusok esetenként 4, 5, 8, 10, 13, sőt 16 évre is keletkezhetnek.

A 12 hasfali elváltozásnál a beteg bőrterületek és ulcusok kimetszése után minden esetben teljes sikert ért el és eddigi megfigyelései szerint eredményei tartósaknak és véglegeseknek ígérkeznek. Ezért az a véleménye, hogy minden késői Röntgen-elváltozást, legyen az már ulcus, praeulcusos stadium vagy csak kiterjedtebb súlyosabb fokú teleangiectasia, minél hamarabb ki kell metszeni, feltéve, hogy az így keletkezett sebfelületek és a sebszélek egyesítésre alkalmasak. A négy egyéb testrészen kifejlődött elváltozás egytől-egyig olyan volt, melyben a beteg zsugorodott szövetek nagy kiterjedésben esonothoz, izmokhoz vagy inakhoz voltak fixálva. Itt a radicalis kimetszés a beteg szövetek specialis elhelyeződése miatt nem volt végezhető. Ezekben az esetekben mutatkozott helyénvalónak a *Palugyan* által ajánlott megismételt novocaininfiltratio, melynek eredményeképpen az időszakos fájdalmak lényegesen csökkennek, a fixált szövetek mobilisabbakká válnak, a sarjadzás legtöbbször megindul. Az így megjavult vitalitású szövetek mellett azután valamely transplantiós methodus megkísérélhető. E téren eredményei egyelőre csekélyek, kísérletei lezárva nincsenek.

Minden jel arra mutat, hogy a Röntgen-therapia és a technika tökéletesedésével a késői sérülések veszélye meg fog szünni.

Kelen Béla (vendég): A késői Röntgen-fekélyek alapja és környezete maga is bántalmazott és vitalitásában csökkent szövet, mely a legkisebb ingerekre is a fekély terjedésével reagál. Teljesen közömbösnek tartott anyagok, még a vaselin is, minimalis petroleumtartalmánál fogva hátrányosan hatnak, nem szólva a granulatiót serkentő egyéb anyagokról. Ha hosszú idő alatt minden izgalom távoltartásával sokszor sikerül is a fekélyt behámosítani, a begyógyult terület annyira érzékeny, hogy a fekély kicsiny traumára is robbanásszerűleg kiújul.

Az előadottakat operatív technikai szempontból is nagy haladásnak tartja. A rossz gyógyulási tendencia mellett ugyanis eddigelé a sebész is húzódott a késtől. Különösen fontos előadónak azon megállapítása, hogy nem szükséges a környező összes teleangiectasiás részek szigorúan pontos kiirtása, ami túlságos nagy bőrterületek kiirtását tenné szükségessé, mert az összehozott sebszégeken helyenkint maradt kisebb teleangiectasiák is a javult vérellátási viszonyok mellett később eltűnnek.

Wolff Károly: A szövettani elváltozások, miket látott, teljesen fedik és meg is magyarázzák a *Kelen* tanár által tapasztaltakat.

Fischer Ernő: Feltűnő, milyen érzékeny a besugárzott bőrfelület a fekélyelőtti állapotban. A legindifferensebb, legtisztább kenőcsökre is reagál. Legjobban beváltak a disznózsír, eucerin, granugenollal készült zinkkenőcsök. Bár conservatív eljárások és novocain vagy sajátvér körülfeeskenedés is eredményes lehet enyhe esetekben, legbiztosabb mégis a gyökeres sebészeti gyógyítás.

Fischer Ernő: Figyelmeztet arra, hogy a röntgenezéseket mostanában nem a therapia adja, mert mérőeszközeink sokat tökéletesedtek, hanem a több helyen

ismeretlen intenzitással diagnostikai célból végzett átvilágítások és felvételek.

Borszék Károly: Miután nagyszámú Röntgen-fekély sajátvér, novocain kezelésénél azt tapasztalta, hogy az eredmény megbízhatatlan és nem állandó: újabban a fekély kimetszését végzi minden esetben a környező teleangiectasiás területtel együtt. Sőt a viskető és erősebben pikkelyező teleangiectasiás területeknek a kimetszése, még a fekély kifejlődése előtt, legajánlatosabb. Ismerteti azokat a plastikus módokat, amelyeket nagy kiterjedésű, a csonttal összekapaszkodott keresztstáji és nyaki fekélyek esetében alkalmazott.

A Magyar Röntgentársaság máj. 1-i ülése.

Révész: Bemutatja az intézetet, különösen hangsúlyozva azon védelmi berendezéseket, melyek a beteget és a személyzetet védik úgy a villamos (halálos) bal-esetek, mint a Röntgen-sugarak ellen.

Farkas I. mint vendég és **Révész V.:** *Dystopiás egyoldali összenőtt vese-esetek.* Dystopiás egyoldali összenőtt vesék az angol irodalomban 29 esetben (*Kretschmer*), az egész világirodalomban 58 esetben ismeretesek (*Stein*). Ezek legtöbbszire sectiós leletek, mindössze 6 esetben észlelték műteti beavatkozásnál. Előzetesen diagnosztizálva csak két esetben volt. A bemutatott esetek előzetesen diagnosztizáltak, az egyik esetben vándorvesére volt gyanús az egyén és a meg-ejtett pyelographia és ureterkatheterismus vezetett biztos eredményre. A másik esetben béltumor gyanuja miatt végzett Röntgen-vizsgálatnál a röntgenológus hívta föl a figyelmet a vese rendellenességére. Ismerteti a klinikai tüneteket, melyek, a vizelet negatív volta mellett, egyoldali fájdalmak és főleg félre utaló tünetekben nyilvánultak. Functionális vesekiesést egyik esetben sem talált. Felhívja a figyelmet, hogy arról csak pontos Röntgen- és pyelographikus felvétel adhat fölvilágosítást, hogy nincs-e rendellenesen fejlődött vese, ami által az esetleges műtétnél sok kellemetlenséget lehetett elkerülni.

Révész V.: Hangsúlyozza, hogy a jó Röntgen-felvételeken a patkóvesét minden külön eljárás nélkül is föl kell ismernünk, amint az ezen esetekben is sikerült, a pyelographia pedig a finomabb részleteken is teljesen tisztázta és így ezen rendkívüli ritkaságokat képező eseteket a tudomány számára sikerült in vivo, műtét nélkül fölfedezni.

Sattler J. mint vendég: *Koponyalövési sérülések esetei késői következményei encephalographiás vizsgálatok alapján.* Athatólo koponyalövések diagnosztikájához, mint egyik legfontosabb segédeszközt, az encephalographiás vizsgálatot kell minden esetben igénybe venni. Ennek segítségével tudjuk csak pontosan megállapítani úgy magát a kórformát, mint műtét esetén a pontos behatolás helyét. A bemutatott eseteket a kapott encephalographiás vizsgálatok alapján három csoportba oszthatjuk, még pedig: cystosus, hydrocephalusos és paralytikus kórformába. Klinikai tünetek alapján: tünetmentes, epilepsziás és paralytikus kórformákra. Ezeket a kórformákat a sérüléstől számított 8–10 év után észleljük, szemben az eddigi szerzőkkel, kik azt bizonyították, hogy a sérülés és a tünetek kifejlődése között a maximalis idő 3 év lehet. Úgyisint az encephalographiás vizsgálatok alapján tudjuk bizonyítani az eddig kétségbe vont traumás paralysis kórforma létezését is. Az észlelt és eddig műtétileg nem kezelt esetek a localizálhatóságuk alapján igen jó műteti eredményt nyújtanak. Bemutatja több eset encephalogrammját és konstatálja, hogy adataik a műtétileg lelettel pontosan egybevágtak.

Schuster Gy.: Eldemonstrálja az esetekhez tartozó és *Révész* készítette fölvételeken azt a rendkívül sok finom adatot és részletet, amit az encephalographia nyújt.

Révész V.: Újabb esetek a perinephritikus tályogok direct Röntgen-diagnostikájához. Röviden összefoglalja azon általa megállapított Röntgen-tünetcsoportot, mely a vesekörüli genyenedéseket jellemzi, ezek: 1. A tályog direct láthatóvá válik a vese mellett vagy a vese képén rajta. 2. Maga a tályog nem látható, hanem a vese képe válik látszólag megnagyobbodottá, néha óriási naggyá, azonkívül deformáltá, szákszerűvé, melynek contourjai nem élesek. A psoas és a többi izom contourvonala részben vagy egészben eltűnik.

A látszólag nagy veseképet az adja, hogy a vese zsíros tokja infiltrált. így sugárelnyelőképesége ugyanolyanná válik, mint a veséé, a vese képehez tehát hozzátévődik az infiltrált zsíros toknak a képe is. Az izomvonalakat részben a zsíros toknak, részben maguknak az izmoknak az oedemás beivódása tünteti el. Ezt a képet kapjuk mindig, bárhol van is a tályog elhelyezkedve (a vese fölött, alatt, medialisán tőle stb.). Ösmerleti három újabb eset adatait és bemutatja a fővételeket, melyeken a fent leírt tünetek szépen láthatók. A műtét mindegyiknél beigazolta a Röntgen-leletet.

Linhardt egy esetében a *Révész*től leírt tünetek mutatták a perinephritikus tályogot, majd mikor a beteg a műtét után egy idő múlva újra lázassá vált, megröntgeneztetette a másik oldalt, hol szintén pozitív volt a tünet és az újabb műtét ott is megmutatta a tályogot.

Farkas Ignác: Rámutat a *Révész* fölfedezte tünetek fontosságára a korai diagnosis szempontjából, mert a klinikai tünetek sok esetben hosszú ideig bizonytalanok lehetnek, viszont a korai diagnosis a műtét sikere szempontjából kimondhatatlanul fontos.

Vidor Jenő: A *Révész* leírta tünetek alapján két esetben sikerült megállapítani a perinephritikus genyedet. Ajánlja kétes esetekben még a pyelographia segítségülhívását is, mert perinephritikus genyedések nál az ureter lefutása egészen jellegzetes dislocatiót mutathat.

A Magyar Orvosok Röntgen-egyesületének május 9-i ülése.

Kelen Béla elnök napirend előtt jelenti, hogy a közgyűlés határozata értelmében beadvánnyal fordult a kultuszminiszterhez, melyben *Elischer Gyula* indítványára az Egyesület nevében a röntgenológianak az egyetemeken való kötelező bevezetését kéri. Jelenti továbbá, hogy érintkezésbe lépett a Magyar Elektrotechnikusok Egyesületével az erősáramú és nagyfeszültségű elektromos berendezések tárgyában készülő szabályrendelet tárgyában.

1. Mészöly Pál: *Gyorslefolysú nekrosis osteomyelitisnél*, 10 napos 40–41 fokos lázzal járó állapot végén elkezdett a beteg térde duzzadni és kis fájdalommal jelzett. Klinikailag biztos diagnosis nem volt felállítható. A Röntgen-felvételre a femur distalis csontosodási vonala felett egy dionyi foltos sequester látszott. A műtétnél genyet és elhalt csontot találtak. Feltűnő az esetenél, hogy alig valami tünetet okozó osteomyelitis néhány nap alatt igen súlyos sequestráló folyamatot hozott létre.

2. Róna Alfréd: *Ritkább fog- és állkapocs-leletek. I. Retineált kétoldali caninus foghíjas betegnél.* A stomatológiában ajánlatos a klinikai vizsgálatot minden esetben Röntgen-felvétellel kiegészíteni, hogy kizárható legyen olyan elváltozás, mely a fogkorona, illetve a gingiva alatt okoz panaszokat. 50 éves férfi-betegnek felső állkapcsában csak két molaris foga volt, ezért prothesist hordott, azonban elől állandóan éles fájdalmi voltak. A Röntgen-felvételen egy-egy jobb és baloldali retineált caninus harántul helyezkedik el, előre felé tekintő koronákkal az állcsont felszínéhez közel, úgyhogy a rágásnál a prothesisre gyakorolt nyomás áttevéődött a csontalatti retineált fogakra.

II. Fog-transpositio. Egy 20 éves leányról készült felvételen kérdés volt, hogy a jobboldali második metsző- és szemfog tejfogak-e, vagy maradandók? Röntgenezéskor kiderült, hogy mindkét fog maradandó, de a szemfog a második metszőfog helyét a második metszőfog pedig a szemfog helyét foglalta el. Az ilyen *transpositiót* az irodalomban eddig *Tomes* és *Magitot* közölték.

III. A mandibula ramus ascendensének fracturája. Az impactált alsó harmadik molarist műteti úton távolították el. Amikor a fogat a csontból kiszabadították és ki akarták emelni, a felhágó ág harántul eltört. Folyékony diéta és nyugalmi helyzet után, különösebb beavatkozás nélkül, nyolc hét után a beteg rágni tudott. A kontroll Röntgen-felvételen sem volt dislocatio, tekintve, hogy a musculus masseter és pterigid, int. erősen összetartják a törésvégeket.

Gámán Ferenc: Fogorvosi szempontból fontos, hogy a Röntgen-kép az impactált caninus gyökcsúsa és a Highmor-üreg közti viszonyt világítsa meg, mert

a Highmor-üregbe nyúló gyökcsúcs extractiójánál könnyen megnyílhat az öböl.

Róna Alfréd (zárszó): A műtét után fog referálni a műtét leletről.

3. Kopáry József: *Isolált os capitatum-ficam.* Az os capitatum izolált ficama annyira ritka, hogy a bemutató erről közlést az irodalomban még nem talált. Igen nagy és direct traumának kell történnie, hogy az os capitatum ficama létrejöhesse. A bemutató esetében az os capitatum a volarisán ható traumára dorsalisán luxálódott a kéztöcsontok fölé s útjában a metacarpusok basalis fejecseit, a szalagokat elszakítva, egymástól szétnyomta. A repositio könnyen ment és utána teljes gyógyulás következett be.

4. Kopáry József: *Bronchographiás vizsgálatnál telődött choledochus és ductus cysticus.* (Egész terjedelmében jelenik meg.)

5. Hrabovszky Zoltán: *Röntgentávolítás a diathesis megbetegedések befolyásolásában.* A Röntgen-sugárzás biológiai effektusa számos összetevő eredője, melyeknek szétbontása a biológia egyik legnehezebb feladata. A sugárhatás bonyolult komplexumában a megcélzott és környező szövetek sejtféleségei különböző direct és indirect reakcióval vesznek részt, melyek közül a direct hatás mellett feltétlenül fontos szerepe van az indirect hatásnak, mely az egész szervezetre gyakorolt befolyást. Tapasztalatai szerint az egyes elváltozások befolyásolásában az indirect hatásnak fontosabb a szerepe. Az előadót a szeméremközög Röntgen-besugárzásával távolításként elért jó eredménye készítette arra, hogy oly esetekben, midőn egy fennálló elváltozás a szervezet kóros alkati beállítottságának (diathesis) egy tüneteként szerepel, azt a szervezetnek Röntgen-távolítás útján való áthangolásával igyekezzék gyógyítani. Az alkati rendellenességek közül elsősorban a legelterjedtebb exsudatív diathesis egyes megnyilvánulási formáit igyekezett befolyásolni. Az esetek nagy részében a májat, ritkán a lépét sugározta be. Az előbbi eredményei mindig jobbák voltak. Az exsudatív ekzémák, úgy az acutak, mint a chronikusak, továbbá a légutak diathesises hurutjai, az asthmaszerű bronchitis, a gyermekkori chronikus köhögés egyaránt jól voltak befolyásolhatók. Több érdekes esetét ismerteti. Oly esetekben, ahol a lép besugárzása nem, míg a máj besugárzása frappáns eredményt ért el, a körkép létrejöttében a túlérzékenységnek is juttat szerepet. Egy esetben ezt az anemiasis is megerősítette. A spasmophil diathesis két esetében egyetlen májbesugárzás után a göresős állapot oldódott. A hatásmechanizmus módjainak lehetőségeit említve, ennek analízisére irányuló folyamatban lévő kísérleteinek bemutatását más alkalomra hagyja.

Ratkóczy Nándor: A III. számú belklinikán kb. 5 év óta az asthmás betegeknek, *Hajós K.* kezdeményezésére, a májat sugározzuk be, az eredmények kielégítők.

Mészöly Pál: Az egyetemi gyermekklinikán 2 éve végez thymus-besugárzásokat meglehetősen jó eredménnyel; újabban a máj és hasi regbesugárzásnál is jók az eredmények. Az exsudatív diathesis befolyásolásánál további megfigyelések folyamatban vannak.

Kopáry József: A psoriasisnál külföldi szerzők nyomán thyreoidea-besugárzással próbálkoztak; megfigyelése szerint nem sok eredménnyel. Ez abban lelheti magyarázatát, hogy felnőtteknél nehezebb létrehozni a Röntgen-hatás reakcióját. Erre vonatkozólag érdemes volna további vizsgálatokat végezni.

Hrabovszky Zoltán (zárszó): *Ratkóczy* hozzászólására megjegyzi, hogy *Hajóssal* végzett besugárzásait ismeri és azokra már volt bátor más alkalommal is hivatkozni. Az exsudatív diathesisnek thymus-besugárzással való befolyásolása hozzászóló (*Mészöly*) adatai szerint sem oly kedvező, mint a hasi szerveknek. Ugyanezt bizonyítják előadónak említett kísérletei, hol a hilus, tehát a thymus, besugárzásával nem ért el megközelítően sem oly jó eredményt. Ezek alapján tehát határozottan állíthatja, hogy nem a thymus hormonhatására, hanem általános Röntgen-távolítás javára irándó az eredmény. A szervezet savbásisegyen-súlyá eltolódásának az előadó is lényeges szerepet tulajdonít, ezirányú vizsgálatai még nincsenek lezárva. A hozzászóló által említett azon felfogást, hogy a besugárzás után fellépő és az exsudatív jelenségeket kedvezően befolyásoló alkalicsökkenés a thymus specialis szerepe folytán jönne létre, nem tartja valószínűnek. Mindezeket az általános hatásra vezeti vissza. Csaknem általános tapasztalat, hogy psoriasis-

nál a thymus, thyreoida besugárzása nem hozta meg a várt eredményt. Napjainkban a mirigybesugárzásokkal elért eredményeket mind általánosabban az általános hatás javára írják. *Kopári* ajánlatát a psoriasisnak is májbesugárzás útján való kezelése megkísérlésére elfogadhatónak tartja.

5. Czunft Vilmos: *Feszültségmérések Röntgen-gépeken.* A Röntgen-gépek feszültségének pontos ismerete úgy a therapiában, mint a diagnostikában elsőrendű fontossággal bír. Összehasonlítás szempontjából pulzáló egyenáramnál a csúcsfeszültség meghatározása célszerű. Az effectív feszültség és a csúcsfeszültség közti állandó szabályos összefüggés csak sinusáramnál vagy egyenirányított sinusáramnál érvényes. Amennyiben a feszültség görbéje a sinusáramtól eltér, mint ahogy minden készüléknél többé-kevésbé eltér, az eltérés főképen mechanikus egyenirányítóknál a legnagyobb, a csúcsfeszültségből az effectív feszültség nem határozható meg. Számos mérés alapján a golyószikrakózt ajánlja a feszültség meghatározására, amely a spektrograf értékeit pontosságban megközelíti. A továbbiakban a mérés kivételére vonatkozó szabályokat ismerteti. Kísérletei azt igazolják, hogy azonos csúcsfeszültség mellett a Röntgen-felvételek expositió ideje a legkülönbözőbb típusú gépeknél egyezik.

Kovács István: Egyetért az előadóval, hogy a feszültséget legjobb a szikrakózzal mérni. Három éve magára a lámpára szerelt szikrakózzal méri a feszültséget. Tapasztalatai szerint a transzformator átütésétől nem kell félni, ezért az eljárás gyakorlati alkalmazását mindenkinek ajánlja.

Szighardt Vendel: A szikrakóznak közvetlenül a lámpára való szerelését nem tartja célszerűnek, mert a mérésnél keletkező elektromos ív könnyen kárt tehet magában a lámpában is.

Czunft Vilmos: A Kovács-féle szikraköz autotranszformátorral szabályozható Röntgen-gépeknél a szikrakisülést követő rövidzárlat következtében nem használható. A kisátmérőjű golyós szikraköz, a kis golyóátmérő miatt, pontos mérésekre nem alkalmas.

A Szegei Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának május 10-i ülése.

Bemutatók:

1. Szentkirályi Zsigmond: *Három érdekesebb foglalkozási bőrgyulladás moulageját mutatja be:* 1. Cipőfelsőrészkesztő kézhátán a ragasztószertől eredő acut dermatitis. 2. Fényképész tenyerén levő methol-dermatitis. 3. Agyagiparos lábhatán levő és az agyag által előidézett dermatitis. Mindhárom esetben a káros anyag felkutatása okozott nehézséget. Miután a gyakorlat, különösen a munkásbetegpénztári dermatologia, szempontjából éppen a káros anyag megállapítása fontos, practice tartja hasznosnak az esetek bemutatását.

vitész Berde Károly: Az első számú eset igen alkalmas annak demonstrálására, hogy a bőr különböző szakaszai mennyire nem tekinthetők egységes reakcióképességű szerveknek egy és ugyanazon kórokozó factorral szemben sem. Az ismertett esetben a jobb kéz ujjainak tenyéri felszíne sokkal intensívebben és mechanikus inger kísérletében érintkezett a káros anyaggal, s mégis egészséges maradt. Gondolni kell tehát az anatómiai különbségekre, amennyiben a kézháton vékonyabb szaruréteg mellett, mélybevezető utak gyanánt, elsősorban a sok szórtüsző és faggyúmirigy szolgál, míg az ujjbegy bőrén vastagabb szaru mellett csupán a verejtékmirigyek nyílásai.

Előadások:

1. Szentkirályi Zsigmond: *Adat a salvarsan hatás-módjának kérdéséhez.* (Egész terjedelmében megjelenik.)

2. Dancz Mártha: *Adatok a bulbaris paralysis histomorphológiájához.* Két esetének feldolgozása kapcsán szolgáltat újabb adatokat ebben a kérdésben. Első

esetében különösen a nyúltagy, részben pedig a gerinc-agy mozgó duc-sejtjeinek elektive-primaer sorvadásos elfajulásos elváltozásait találta, amely ezen duc-sejtek egyszerű és festékes sorvadásában, továbbá vacuolus degenerációjában nyilvánult, különösen a hosszú rostos gliának pótló felszaporodásával. Mint eddig ismeretlen észleletet jegyzi fel a IV. agykamra ependymájának zsírnemű pigmentációját, továbbá a n. hypoglossus és accessorius magvának duc-sejtjeiben talált melaninfestenyettséget. Extramedullarisán a megfelelő perifériás idegek velőshüvelyének szétérését s a hozzájuk tartozó izmok zsíros degenerációjával párosult felrostozódását, sorvadását állapíthatta meg.

Második esetben, ahol a bulbaris paralysis klinikailag is dementia senilishez társult, az egykéreg senilis dementia jellegzetes szöveti változásainak a bulbusra való ráterjedését találta, kivéve a Fischer-féle „Drusé“-kat, melyeket a bulbóban nem, csakis a palliumban lehetett feltalálni. A második esete is amellettszólna, hogy a bulbaris paralysis nem önálló kór-kép. Kórokaiként minden, a központi idegrendszer sorvadásos elfajulásos változásait okozó behatás szerepel-tethető. A mozgó protoneuronok duc-sejtjeinek az esetek nagy részében való electiv részvétele pedig csupán csak actualisan disponáló momentumok folyo-mánya lehet.

3. Surányi Lajos (Budapest): *Lipoidhatáson alapuló jelenségekről állatkísérletek kapcsán.* Bevezető-ként előadó néhány példával illusztrálja, hogy a leg-utóbbi évek kutatómunkája a lipoidok szerepére nézve mily fontos megállapításokat eredményezett. Felemlíti továbbá azon kísérleti adatokat, amelyek azt mutat-ják, hogy a lipoidok, elsősorban a cholesterolin, toxikus anyagokat közömbösíteni tudnak, amely körülményt előadó általános érvényűnek tart. Ismeretes, hogy fertőző betegségeknél, azok tetőfokán, hypocholesterin-aemia van, a kimutatható immunanyag (agglutinin) kevés s a fehérvérsejtek viszonyára jellegzetes a leukocyták relativ megszorodása (Schilling-féle neutrophiliás küzdelmi szak), míg a gyógyuláskor, a reconvalescentiában, hypercholesterinaemia és lympho-cytosis van (lymphocytás gyógyulási szak) s a vér-savóban relative sok az immunanyag. Cholesterinnel etetett nyulaknál lymphocytosist, lecithinnel etetett nyulaknál pedig neutrophiliát talált előadó s ezen meg-állapításokat *Gerlóczy Géza* emberen is igazolta. Cholesterinnel etetett állatok immunsavójának titere a controlloknál 4–5-ször magasabb, míg a lecithinnel etetetteké jóval a controlloké mögött maradt. Lósavóval sensibilizált tengerimalacok, ha a reinjectio cholesteri-nezett antigennel eszköztetett, életben maradnak, míg ha a sensibilizálás és reinjectio közötti időben cholesterinnel lesznek etetve, kivétel nélkül áldozatául esnek az anaphylaxiás rohamnak. Cholesterinnel hosszú időn át etetett nyulak és tengerimalacok az antigen egyszeri intravenás bevitelére (typhusbacillusok, lósavó) gör-csök közepette elpusztulnak. Cholesterinezett toxinból az állatok az egyébként halálos dosis többszörösét is elbírák (diphtheria-, tetanus- és botulismustoxin). Cholesterinnel kezelt tengerimalacsavó complettáló képes-ségét elveszti s cholesterinnel etetett állatok vérsavója complementben szegény, vagy nem árul el complet-tálóképességet. Lipoidokat tartalmazó táptalajokon (cholesterin-lecithin-agar, tojás-vízagar) kényes mikro-bák, mint gonococcus, meningococcus, pneumo-coccus, streptococcus hosszú heteken át életben tart-hatók. Cholesterin-tojásfehérje táptalajon a lépfene-bacillus bő tokot termel s virulentiája fokozódik, míg lecithines-tojásfehérje táptalajon virulentiája nagy-mértékben csökken vagy elvész. Lecithin az insu-lin hatását nyúlnál úgy befolyásolja, hogy a vércukor hosszú ideig alacsony niveau marad s ez állatok sok-kal hamarabb kapnak hypoglykaemiás shokot, mint a controllok; cholesterolin és insulin együttes alkalmazá-sára igen alacsony a vércukor, a hypoglykaemiás shok azonban elmarad. A gyomornedv baktericid hatásánál lényeges szerepet játszanak a regurgitált duodenumtartalommal a gyomorba jutó epelipoidok (cholsav és cholsavas sók); kis mennyiségek fokozzák a baktericidiát, nagy mennyiségek csökkentik. Részle-teket, az egyes kísérleti eredmények magyarázatát s a hatásmechanizmust illetőleg előadó utal a már meg-jelent, illetve sajtó alatt levő közleményére.

Az Erzsébet Egyet. Tud. Szöv. orvosi szakosztályának április 30-i ülése.

1. **Görög Dénes:** *Idegcs eredetű nyelősötágulat secundaer rákképződéssel.* 47 éves férfi két hónap óta súlyosbodó gyomorpanaszokkal került be a belklinikára, hol oesophagusrákot és dilatatiót állapítottak meg nála. A boncoláskor kiderült, hogy a nyelősötágulatban volt kitágulva, legszélesebb részletén, a középső és alsó harmad határán 15 cm volt a körfogata. A rák csupán 3 cm széles és 4–5 cm hosszú volt, a felszínről kissé kiemelkedett ugyan, de szűkületet nem okozott, sőt a kitágult oesophagus részletben foglalt helyet. Spastikus összehúzódnás nyomát sem rajta, sem környezetén nem lehetett látni. Ezek szerint nem tehető fel rákot az oesophagusaectasia kifejlődéséért, s fel kellett venni a ritkán előforduló, ismeretlen aetiológiájú, beidegzési zavarokon alapuló nyelősötágulatot, mely vagy cardio-spasmus, vagy az izmos fal paralysise következtében jött létre. A rák képződése adja meg a különös jelentőséget az esetnek, amennyiben valószínű, hogy a tágulatban pangó ételrészecskék okozta izgalom teremtette meg az alapot a daganat kifejlődésére.

2. **Kellermann Emil:** *Az atropin hatása a gyomor működésére.* A duodenum szondával végzett fractionált gyomorvizsgálati methodus alkalmas arra is, hogy vele gyógyszeres vizsgálatokat is végezzünk, remélhető, hogy sorozatos kísérletekkel a gyomorbetegségek tüneti terapiája helyett oki therapiát állíthatunk. Az atropin nemcsak a vagusideg útján fejti ki hatását, hanem anélkül is (kétoldali vagusátvágás után is beállott atropin-gátlás). Tánadáspontja a pylorus ganglion sejtjeiben van és tekintve, hogy az utóbbiak kormányozzák a gyomormirigyek működését, atropinra ez utóbbi megváltozik. Atropin megváltoztatja a secretum mennyiségét, a savconcentratiót, a kiürülést. Az atropin hatását befolyásolják a cholin, a belsősecretiós mirigyek termékei és sok körülmény. *Hirschberg* és *Gauskan* atropinos vizsgálatnak alapján állították, hogy az éhségreactio tisztán vagushatásnak a következménye, mely atropinra megszűnik, viszont a digestiós secretio zavartalan az atropinhatás maximumán is. Ezzel szemben vizsgálataival kimutatja, hogy az atropin gátló hatást fejti ki úgy az éhezé, mint a táplálékot tartalmazó gyomorra. Kis adag atropin főleg a szabad HCl értékeit befolyásolta, minek következtében utóbbinak értékét jelző görbe az összaciditás vonalától távolodott. A görbe szabályozottabbá lett. Nagy adagra mindkét aciditási értéket egyenlően befolyásolta. Nagy adag atropinra (2-szer 1 mg) úgy az éhségsecretio, mint a digestiós secretio ideje alatt csökkentek a concentratiók, a kiürülés elnyúlt, a mennyiség inkább nőtt. Ábrákat mutat be, melyek az atropin kis adagjainak időnkénti paradox reactióját tüntetik fel, továbbá a gyógyszer nélküli görbékkel az atropin hatását összehasonlítás útján igazolhatta.

3. **Bodó Richard:** *Májműködés és insulin.* Az insulinnak a glikogénképzésre való hatását vizsgálta izolált emlős (kutya) májban. A technikája a következőkben tért el az előbbi szerzők technikájától: Kettős áramoltatást vágzott, nevezetesen átáramoltatta az art. hepaticát és a vena portaet, az előbbi 100 mg hg., az utóbbi 10 mg hg. oszlop nyomással. Továbbá az egész praeparálás az izolálás tartama alatt egy pillanatra sem szüntette meg a máj arteriás vérrel való ellátását. Egy új keringést indított meg az arteria pankreatoduodenalisson át, amíg a praeparálás és izolálás tartott. Azonkívül a vér oxigenezésére nem mesterséges oxigénezőt, hanem izolált tüdőt használt, mert mint előző vizsgálatai kimutatták, a frissen defibrinált vér a tüdőn való átáramolást által elveszti erős érszűkítő hatását. Gondosan ügyelt, hogy a májon átáramló vér temperaturája 38.5–39 C° legyen. A vérhez annyi glikosét ad, hogy annak cukortartalma 1–2% legyen. Lehetőleg kevés anaestheticumot használ a májat szolgáltató kutya bódítására, ellenben előzetesen nagymennyiségű morphint adott. Ezen kísérleti feltételek szigorú betartása mellett glikogén leraktározódást sikerült kapnia. Insulin hatására, akár a v. portaeba, akár az art. hepaticába adta ezt, glikogénlebontást, vagy az előzetesen fennálló glikogénképzés megállítását észlelte. Adrenalin nagyfokú glikogén lebontáshoz vezet, akár a vena portaeba, akár az art. hepaticába adta. Ugyanerre az eredményre jutott akkor is, ha előzetesen insulinot adott. A zsírral táplált és éheztetett kutyák mája, amennyiben

a vérhez külön glikosét adott, hasonlóképen viselkedtek, mint a normalis állatok májai, vagyis glikogént képeztek és insulinglikogénlebontáshoz vezettek. Ha tehát igaz, hogy az éheztetett, illetve zsírral táplált állatok insulinmentesek, akkor úgy látszik, hogy a máj glikogénképzéséhez insulin nem szükséges. (A részletes közlés megjelent a „Journ. of. Phis.” 1928, 65. köt., 1. számában.)

„A német központi rákkutató bizottság” congressusa Wiesbadenben.

(1928 ápr. 14–16.)

Ez volt az első alkalom, hogy a „Deutsches Zentralkomitee zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit” a német természetvizsgálók és orvosok társaságától különválva tartotta ülését a Taunus lábánál elterülő Wiesbadenben, mely már a római világhíradalomnak egyik legszebb és legelső gyógyfürdője volt, „Aqua Mattiacae” néven. A német belgyógyász-társaság idei első kitűzött themáját, a rák hatását az anyagcsereire, így közösen tárgyalhatták. A belgyógyászcongressust viszont a pathologusok congressusa követte, az idült lépmegnagyobbodásokról szóló, ugyancsak közös themával s ilymódon az eddigi külön ülésező társaságok az egyes betegségeket több oldalról igyekeztek együttműködve megvilágítani.

Az elnöklő *Friedrich Kraus* (Berlin) a nemrég elhunyt *Fibiger* és *Smith*-ről való kegyeletes megemlékezés után magasróptú, a regeneratio és polaritásra szóló előadásában, növényeken végzett kísérleteire támaszkodva, párhuzamot vont a rákképződés és regeneratio között.

Nagy érdeklődés kísérte *A. Fischer* (Dahlem) referatúját az in vitro tenyésztett ráksejt biológiájáról. A szöveti culturákban tenyésztett daganatsejtek éveken át megtartják malignitásukat. A ráksejtek lassabban nőnek in vitro, mint a normalis sejtek. Serumból is tudnak tápanyagokat felvenni, ezzel szemben az ép sejteknek embryo- vagy szövetszövetekből van szükségük. Minden más sejtet túlbujánoznak, még a fibroblast sejteket is. A ráksejtek milieu-változások iránt (hydrogenionconcentratio, oxygentensio stb.) a normalis sejteknél jóval érzékenyebbek. Anyagcserejük az aerob glycolysis által különbözik az ép sejtektől.

Waterman (Amsterdam) a ráksejt polaritási ellenállását és a polarisatio és absolut ellenállás közti viszonyt igen kicsinek találta a normalis szövetekhez képest. Kátrányozás esetén ezzel az eljárással már olyankor is ki tudja mutatni a malignitást, mikor a szöveti kép még nem jellemző a rákra. Megerősíti *Freund* és *Kaminer* vizsgálatait, melyek szerint a normalis savóban a ráksejteket feloldó anyag van, mely rákos betegek serumában hiányzik. Ezt az anyagot, mely szerinte a reticuloendothelialis rendszerből származik, sikerült izolálnia. A savóból való eltűnését a rákra való hajlamosság kifejezésének tekintti.

Teutschländer (Heidelberg) referatújában a Rous-sarkomát valódi daganatnak tartja. Az átoltás sejtmentes filtratummal, szárított poralakban, metastasismentes szervvel, vagy állat vérével is könnyen sikerül. De az újabb vizsgálatok ezekben is élő sejteket tudnak kimutatni. A fertőzéses eredet ellen szól az a tény, hogy a normalis lépmakrophagok tiszta culturájából chemiai ingerekkel, minden fertőzés távol tartása mellett, sikerült a daganatot előidézni. A sejtmentes átoltás magyarázatára egy „ens malignitatis” jelenléte vehető fel, mely az ép sejteket rosszindulatúvá képes változtatni. Az ens malignitatis egy kórosan elváltozott Carrel-féle „trephonnak” is tekinthető.

Fränkel (Berlin) a Rous-sarkomát szintén valódi tumornak tartja. A sejtmentes anyaggal való átvitelt saját kísérleteivel bizonyítja, melyek szerint tumoros állat ovariumából kivett tojás sárgájával sikerült a daganatot létrehozni. A daganat átoltásában egy „agens” jelenlétét veszi fel, mely thermikus, biológiai és chemiai behatásokra fermentumódjára viselkedik. 55 foknál elpusztul, a filtratumból kicsapott euglobulinhoz tapad, a tumorokból kitenyésztett bakteriumokkal együtt tenyészthető tovább. A tumor megfogalmazásánál az agens mennyisége is szerepet játszik. Az átoltásnál használt tus, vaszkul, stb. csak a megeredést gyorsítja. A hozzászólások kapcsán *Pentimalli* (Perugio) a Rous-sarkomát hasonlóképen valódi daganatnak

tartja, mely a sejttől elkülöníthető ismeretlen tényező által idézhető elő. *Blumenthal* (Berlin) a bakterium tumefaciensről azt hiszi, hogy egy katalitikus hatású virussal vagy agenssel társulva idézi elő növényeknél a daganatot. *Werner* (Heidelberg) az elnök engedélyével *Heidenhain*nak (Worms) az idei sebészcongressuson előadott kísérleteiről tudósít, melyek szerint emberi autolyzált sarkoma és rákdaganatszövettel 9-24 hónapos latentia után egereken rosszindulatú daganatokat tudott előidézni 5-6%-ban. Hozzászólók emlékeztetnek emberi daganatoknak állatokra való régebbi sikeres átoltására.

Erdmann és *Haagen* (Berlin) vitamindús és vitaminszegény táplálék változtatásával 83 patkány közül hatnál daganatképződést észlelt, ami az egy ezrelékes spontan tumorral szemben 7%-nak felel meg.

Caspari (Frankfurt) állatkísérletei alapján az állati és növényi nyers ételeknek a rák aetiológiájában való szerepére hívja fel a figyelmet. Ezeknek a transplantatio előtt való etetése a daganatok növekedését gyorsítja, a „vitamin B” nagyobb mértékben, mint a „vitamin A”. Ezek alapján rákoperációk és besugárzások után vitamin B-ben szegény tápanyagokat ajánl.

Magat (Dahlem) rákos egereket peroxydase és phosphatidák együttes adásával kezelte. 450 eger közül 125 élte túl a kezelést. 23-nak daganata visszafejlődött.

Halberstädter (Berlin) vetített képeken demonstrálja igen szép győgyeredményeit, melyeket „thorium X”-pálcikáknak a daganatba való helyezésével ért el a berlini rákkutató intézetben arc-, emlő-, nyelv-, szájjad- és pofaráknál. Eljárását, mely kevésse elterjedt, a radium- és Röntgen-kezelés fölé helyezi.

Baltzer (Hamburg) rákos betegeket ráktransplantációval próbált immunizálni s egyszersmind vizsgálta a ráknak más rákos betegre való transplantációját. A ráksejtek pusztulásakor kiszabaduló agenssel remél immunitást előidézni. *Kraus* elnök óva inti, hogy embereknek rákátültetési kísérleteket végezzen. *Liebe* (Leipzig) hozzászólásában megemlíti, hogy *Thiesnél* Berkeley-filtrattal való immunizálás után egy betegnél daganatot láttak fellépni lokálisan, amiért is a tripaflavin-methodusra tértek át, melynél ez elő nem fordulhat.

Blumenthal és *Auler* (Berlin) rákos patkányok és egerek metastasismentes lépével daganatokat tudott előidézni kísérleti állatokon, melyek három esetben alveolaris képet mutattak, míg az eredeti tumorok Jensen-sarkomák voltak. Ebből és egyéb tapasztalataikból arra következtetnek, hogy a létrehozott daganatok nem metastasisoknak felelnek meg, hanem egy, a lépben lévő daganatkeltő agensnek a következményei, melyet talán a lépmonocyták visznek át. Ezek szerint a lépnek szerepet tulajdonítanak a rák keletkezésében és a vele kapcsolatos immunfolyamatokban. *Flexner-Jöbling* és *Jensen*-tumoroknak egyszerre egy állatba való oltásánál a Jensen-tumor hamar elpusztul.

Auler és *Pelczarnak* (Berlin) sikerült fajidegen tumorokat állatokra átvinni, ha azokat előzőleg fajidegen serummal allergiás állapotba hozták. A nem-specifikus ingerterápiára a praeanaphylaxiás állapot a legalkalmasabb. Embereknél kedvező hatást láttak a lipoidantigen és esterase kombinált kezelésétől, úgy-szintén a vitaminszegény táplálástól és a fokozott oxigénnyomástól.

A hozzászólók közül *Rondoni* nyúl és eger kátrányecsetelésekor kombinált serum- és lipoidterápiától a rák kifejlődésének gátlását látta. *Sternberg* (Bécs) hangsúlyozza, hogy a ráktherápia eredményeinek megítéléséhez pontos szövettani vizsgálatokra van szükség. A daganatnekrosis nem tekinthető therapiás eredménynek, azt minden kezelés nélkül is gyakran látjuk. A rákkutatásban a karbonenokokkal való szoros együttműködést ajánlja. *Sachs* (Heidelberg) serumtól és lipoidoktól egernél eredményt nem látott, az eger alkalmatlan ezekre a kísérletekre. A kísérleteket patkányon kellene tovább folytatni. *Blumenthal* zárószavában megállapítja, hogy nem ismerünk eddig oly gyógyszert, mely a rákot elpusztítaná, anélkül, hogy az embernek ártson.

Bernhardt (Berlin) isaminkékel vélt embernél localis és közérzetbeli javulást elérni. Az isaminkék a sejtmagokat pusztítja.

Befejezésül *Demuth* tumorsejtek szöveti culturáit mutatja be igen tanulságos és érdekes filmekben. *Canti* pedig a legnagyobbbrészt már Budapesten bemutatott filmjeivel aratott nagy sikert.

A rák hatását az anyagcsere a német belgyógyászokkal együtt, közös ülésen tárgyalták, miről 20. számunkban már referáltunk.

A német pathologus társaság 23. congressusa Wiesbadenben.

1928. április 19—21.

Az első napon az idült lépmegnagyobbodásokról szóló themát a belgyógyászcongressussal közösen tárgyalták.

Hucck (Lipce) a lépről mint vérreservoirról referál classikus előadásában. A lép nagy mértékben és gyorsan képes nagyságát változtatni; a lép tágathatárú nagyságváltozása egyrészt táguló, elastikus és összehúzódásra képes szivaesszerű szerkezetéből következik, melyben a vér befogadására szolgáló „árkamrák” foglalnak helyet, — másrészt a lép érhálózatától függ. Nyitott és zárt pálya jelenlétét veszi fel ő is. A vér rendszerint az egyenes zárt pályán halad (tüszoarтеріa-pulpaarteriola-sinus). Ha a lép megnagyobbodik, sorra megnyílnak a subcapsularis és perinodularis s végül a peritrabecularis árkamrák, s ekkor az egész lép vérral átáramlott. A keringés útjára hatással van a nyirok-szövet különböző kiterjedése, az arteriahüvelyek szerkezete és száma, az érrendszer egyéni constitutiója, a beidegzés, a vérnyomás különbözősége és talán a hormonok. A trabecularis és érizomzatot főleg a sympathicus idegzi be.

Naegeli (Zürich) referatumban leírja a lép különböző sejtféleségeit, melyek mindegyikének felszaporodása splenomegaliához vezethet.

Lubarsch (Berlin) referatumban behatóbban tárgyalja a különböző anyagok (lipidok, vörösvérsejtek, pigment, stb.) felraktározását a lépben. Megerősíti *Pick* vizsgálatait, melyek szerint a Gaucher-sejtek a retikulosejtekből keletkeznek és nem a sinusendothelből. Előadásában elővigyázatra int a klinikusoktól oly hamar elfogadott egységes retikuloendothelialis anyagcsere-rendszer felvételével szemben, mert nincs bizonyítva, hogy ez anyagcsere-rendszer volna.

Eppinger (Freiburg) szerint különbséget kell tennünk az áramló és deponált vér között. A lép mellett más szervek is vérdepótként szerepelhetnek, elsősorban a splanchnikus érrendszer.

Rössle (Basel) a vérvesztések után fellépő és a septikus lágyulások lépmegnagyobbodások között sok hasonlatosságot talál. Mindkettő létrejöttében desmolytikus fermentálás szerepel.

A hozzászólók közül *Helly* (St. Gallen) a lépben csupán zárt vérkeringést ismer el és az ellentétes leleteket műtermékeknek tartja. *Orsós* (Debrecen) utal az utóbbi időben közölt lépvizsgálataira, melyek olyan szerkezeteket derítettek ki a lép tokjában, a sinusok abroncskötegeiben és endothelisejtjeiben, melyek nélkül a lép időszakos térfogatváltozásai nehezen volnának érthetőek.

A második napon *Sternberg* (Wien) elnöklete alatt a veleszületett syphilit tárgyalják az előadók.

Herxheimer (Wiesbaden) általános szempontból referálja a congenitalis syphilit. A fertőzés csak placentaris úton jöhet létre. A negyedik hónap közepén találták a magzatban az első spirochaetákat. Az ötödik hónapban a magzat még anergiás, ilyenkor összes szervei el vannak árasztva nagytömegű spirochaetákkal. A terhesség vége felé a kifejlődött immunitás következtében a spirochaeták száma mindinkább megfog. Figyelmeztet arra, hogy a cong. syphiliben aránylag mily ritka az igazi gümma. A miliaris gümma-knak leírt képletek csak miliaris syphilomák, melyek a gümma-kra jellemző sarjszövet nélkül, csak a coagulációs nekrosissal állanak. A veleszületett syphilit immunbiológiai szempontból egészen más, mint a születés után szerzett.

Schneider (Darmstadt) részletes áttekintést ad az egyes szervek syphilitikus elváltozásairól. Jóformán nincs szerv, melyben a syphilit congenita ne okozhatna elváltozást.

E. Müller (Berlin) a veleszületett syphilit klinikáját referálja. A veleszületett syphilit klinikai képe és lefolyása korán alkalmazott energikus kúrák hatására lényegesen enyhébb lefolyású lett. A 2-4. évben fellépő recidivák és a késői tertiaria tünetek többé-kevésbé eltűntek a kórképből. A klinikusok érdeklődése a syphilittel született gyermekek késői, főleg szel-

lemi fejlődésének ártalmaira irányul, melyeket nem tudunk még megakadályozni.

Mind a három referáló megemlékezett néhai Alexander Béla hazánkfániának az osteochondritis syphiliticára vonatkozó vizsgálatairól.

Pick (Berlin) tizenegy éves leánynál észlelt generalizált és szimmetrikusan elhelyezkedő osteochondritis syphilitica tardának igen érdekes esetét demonstrálja. A nagy csöves csontok distalis metaphysisének határán diaphragmaszerű sajtos gummás, osteosklerotikus csonttal övezett területek láthatók. Hasonló elváltozásokat talált a rövid csöves csontokban, lapos csontokban és a esigolyák tövisnyúlványában.

Izgalmat idézett elő Müller (Mainz) előadása, aki szerint a csiralemez-taunál ellentétben az epidermalis szerek mesenchymából fejlődnek és regenerálódnak. Szerinte a sebgyógyulásnál a hám regenerációja szintén a mesenchymából jön létre. A rákot kórosan fokozott mesenchyma-regenerációnak tartja. A hozzászólások kapcsán Hueck és Lubarsch visszautasították felvételét.

A harmadik napon Löffler (Berlin) a vitalis festékek lerakódásáról szólva, elvetendőnek tartja a reticuloendothelialis rendszer elnevezést, és óva int attól, hogy ezen eseteket a legkülönbözőbb folyamatokkal hozzák összefüggésbe.

Borst (München) a congenitalis porphyriának egy rendkívül érdekes esetét demonstrálja teljesen új vizsgálati módszerével. Csaknem az összes csontok ez esetben sötét ibolyásbarna színt mutattak. A porphyrinuria az egész életen át fennállott. A porphyrin kimutására annak fluorescenciáját használta fel. A Reichert-féle mikrofluorescenciás berendezést kombinálta a Steinheil-féle spektrofotométerrel.

Schürmann (Hamburg) a B. C. G. (Bacillus Calmette-Guerin)-vel előidézett elváltozásokat a virulens tuberculosibacillus által előidézett szövettani képnél jobbindulatúnak találta.

Gierke (Karlsruhe) a pseudohermaphroditáknál a szülés után bekövetkező halált, az ezen esetekben kimutatható nagyfokú mellékvesetúlnegéssel magyarázza.

Koch W. (Berlin) anatómiai Röntgen-képeken az érrendszer különböző részeire lokalizált arteriosclerosis különböző formáit mutatja be.

Nieuwenhuijse (Utrecht) szerint a szívizomsejtek közti ragasztólécek functionális egységeket választanak el egymástól, amit a szakaszos zsír- és glikogéninfiltratio is bizonyít.

Orsós (Debrecen) modellkísérleteit ismerteti, melyek a tüdő respiratorikus mechanizmusára és a koromlerakódás törvényszerűségére vetnek fényt. A nyert eredmények kiegészítő bizonyítékai Orsós régebbi vizsgálatainak a tüdőesésűsok tuberculosis iránti dispoziációjára vonatkozólag.

Fahr (Hamburg) a duodenum kezdetében gyakran előforduló kiboltosulásokat ismerteti, melyek Röntgen-képen ulcussal vagy Hardt-féle heggel téveszthetők össze. Ezek a muscularis mucosae különleges elrendeződése folytán functionálisan jönnek létre. Utal a súlyos diagnostikai tévedések lehetőségeire, melyekre éppen ezen kiöblösödések adhatnak alkalmat.

Wohlwill (Hamburg) három önálló fetalis sepsis esetét ismerteti. A hámbiányokat mutató bolyhok stromájában sok bakterium és leukocytá található. A magzatok szerveiben is találhatók hasonló bakterium-tömegek, de minden reactio nélkül. Ebből arra következtet, hogy a leukocyták anyai eredetűek. Az anyáknál kezdetben nincsen sepsis, láz jelen, tehát a magzat fertőződése elsődlegesnek tekinthető. A hámbiányokon keresztül azonban a bakteriumok az anyát is fertőzhetik secundaer módon.

A több, mint 50 előadás elhangzása után a congressus egy rajnavölgyi társaskirándulással fejeződött be.

Micsch Gábor dr.

Magyar gyermekorvosok nagygyűlése május 14.

Elnöki megnyitó.

Tartotta: Bókay János dr. egyet. ny. r. tanár.

Tisztelt Nagygyűlés!

Midőn ma a magyar gyermekorvosok társaságának negyedik nagygyűlését megnyitom s a multa visszatekintek, jóleső érzéssel állapítom meg, hogy

ez a társaság négy éves működése alatt megmutatta, hogy hazánk kulturális életében számottevő factor. Hogy ez így van, mutatta a *Deutsche Gesellschaft f. Kinderheilkunden* itt a fővárosban az elmúlt év szeptember havában lezajlott solemnis ülése, mely társaság a magyar gyermekorvosok meghívását düsseldorf-i ülésén, 1926-ban, egyhangú s kitörő lelkesedéssel fogadta el. Az, aki jól ismeri a német viszonyokat, ezt az elhatározást kellőképp értékelni is tudja s átérzi, hogy ez a magyar paediatricának oly elismerése a németek részéről, melyre büszkék lehetünk. Az a megnyitói ülés, mely a Magyar Tudományos Akadémia freskókkal díszített pompás dísztermében lezajlott s melyen együtt láttuk majdnem teljes számmal a paediatricának előkelő német vezetőit s velük együtt az osztrák, svájci, svéd, dán stb. illustris kartársakat, megkapó, lélekemelő és felejthetetlenül szép látvány volt s örvendezünk, hogy ezen ünnepi ülésnek fényét még emelte az a körülmény, hogy magyar közéletünk legjelesebbjei kiténtettek megjelenésükkkel, mert átérték, hogy ezen látogatásnak nagy s mély nyomot hagyó nemzeti jelentősége van.

De vajjon, mi magyar gyermekorvosok ezt előkészület nélkül, könnyedén értük-e el? Nem, tisztelt Kartársak, ez az eredmény hosszú, évtizedes munka gyümölcse volt, oly munkálkodás eredménye, melyet még nagyemlékű elődeink, Schöpf Merci Agost és Bókai sen. indítottak meg s melyet nekünk, gyenge epigonoknak, a jól előkészített talajon tovább folytatni már nem volt nehéz, de mindenesetre érdemül róható fel nekünk az, hogy azt kitarással tovább folytattuk, mert éreztük, hogy nagy nemzeti kulturális feladatot teljesítünk, ha a külföld tudományos köreivel minél szorosabb kapcsolatot létesítünk.

Midőn Schöpf Merci az 1849. év Magyarországból elsodorta s Kossuthal Törökországba emigrál, külföldi összeköttetései folytán csakhamar második hazát talál s angol barátai és kartársai, James Clark és Charles West meghívására Londonba megy, majd Manchestertben telepszik meg, hol Whiteheaddal egy gyermek-kórházat alapít s oly szakmüködést fejt ki, hogy midőn 1858-ban meghal, az angol orvosi sajtó hosszan parentálja el, mint a gyermekorvostannak egyik legkiválóbb munkását.

Bókai sen. tudományos munkái révén már az 50-es években mind szorosabb összeköttetésbe lép a régi Jahrb. f. Kinderheilk. illustris vezetőivel, a bécsi Fr. Mayrrel, L. M. Politzerrel és M. Schullerrel s midőn a Jahrbuch Mayr halálával átalakul és havi folyóirattá változik át, Steffen, az új szerkesztő meghívja őt a szerkesztői bizottságba s ezzel Bókai sen. erős kapcsolatba jön a német gyermekorvosokkal is s ez eredményezi, hogy a nagyszabású Gerhardt-féle Handbuch munkatársául felszólították s ezzel ő Gerhardt, Steffen, Widerhofer, Henoch, Rauchfuss, Abr. Jakobi stb., a paediatrica régi classikusai meghitt körének tagja lett. Ezen a nyomon haladtunk mi utódok s hogy nem eredménytelenül, erre a bevezetésben reámutattam.

Tisztelt Kartársak! Minden jó magyar ember legyen minél túlzottabb chauvinista, mert a chauvinismus a nemzeti önérzet kifejezője, a chauvinismust azonban a tudomány embere ne értelmezze úgy, hogy tudományos munkálatainak eredményeit nem viszi a külföldre is s nem keresi a kapcsolatot a külfölddel. Ami jót produkálunk, vigyük ki mielőbb, hogy arról a külföldi szaktársak tudomást szerezzenek, mert csak így fejlődik ki közöttünk a szellemi contactus. A chauvinismus ezen értelmezésének köszönhetem azt, hogy lassankint, több mint négy évtizedes működésem alatt az egész világ szakembereivel tudományos összeköttetésbe jutottam. Tanuljanak a mi fiatal kartársaink minél több világnyelvet, a németen kívül franciát, angolt s olaszt, mert nem elegendő, hogy csak a német irodalmat ismerjük, hanem kell, hogy a francia, olasz, angol, amerikai, skandináv és spanyol stb. szakirodalmat is folyton figyelemmel kövessük, mert ez csak ter-

mékenyítőleg fog hatni tudományos munkálkodásunkra. Minél több kultúrnyelvet beszél valaki, annál nagyobb az értéke s ez különösen áll reánk magyarokra, kik nyelvünk izoláltságánál fogva, nyelvismeret nélkül a külföld kultúrájától el vagyunk zárva. A chauvinismus nem zárja ki, sőt kívánatosá teszi a polyglottismust.

Egyetemi tüdőbeteg-sanatorium Leysinben.

A hosszú ideig tartó sorvasztó betegség, a hónapokig, néha évekig elhúzódó ágyhozakötöttség egyike a legnagyobb emberi megpróbáltatásoknak. A fizikai fájdalmak enyhítésére a gyógyszerek egész légiója áll rendelkezésünkre, de majdnem tehetetlenek vagyunk a szellemi tértelenség okozta szenvedésekkel szemben. A primitív ember ez utóbbi szenvedést nem igen érzi, annál jobban az intellectuel, kinél a hosszú, kényszerű pihenés nemesak anyagi kárt okoz, hanem veszéllyel fenyegeti existenciájának alapját: szellemi frissességét, a szakismereteiben beálló hiányok pótlását.

Louis Vauthier, svájci orvos telve idealizmussal és törhetetlen energiával, a háború után elsőnek ismerte fel ennek a gondolatnak nagy horderejét és elsősorban azokra a tuberculosisban szenvedő egyetemi tanároknak, docensekre és diákokra gondolt, akik éveket kénytelenek sanatoriumokban eltölteni anélkül, hogy valamilyen szervezet is állana a hátuk mögött, mely támogathatná őket, vagy olyan hely volna rendelkezésükre, ahol továbbképzésükre is gondot fordítanak. Miután hiába kísérletezett valami internationalis liga felállításán, addig agítált, míg sikerült saját hazájában elérnie, hogy az összes egyetemek és főiskolák kimondták, miszerint minden egyetemi hallgató és magántanár tíz, minden egyetemi tanár húsz frankot fizet évente egy, a fenti céloknak megfelelő tüdőbetegsanatorium alapítása és fenntartása céljaira.

1922-ben nyílt meg Leysinben egy ötvenágyas sanatorium, ahova azóta felvesznek minden svájci professort, docenset és egyetemi hallgatót és a férőhelyek arányában külföldieket is. A szokásos felszerelésen kívül itt a betegeknek rendelkezésére áll egy tizenötezer kötetből álló könyvtár, 160 különböző nyelvű tudományos revue és újság, biológiai labororium, mikroszkoppal és vetítógéppel; mozgószínház. Specialis célokat szolgál a rádióállomásuk, külön hallgatóval minden ágynál, mellyel lehetővé teszik, hogy mindenki meghallhassa a házban tartott előadásokat és concerteket.

A svájci egyetemek tanárai rendszeresen tartanak előadásokat a különböző szakmáknak. Az orvostanhallgatóknak módjában áll képezni magukat a tuberculosis specialis kezelési módjaiban, amennyiben részt vehetnek a betegvisíteken.

A külföldi betegek napi 12 frankot fizetnek, a svájciak csak a felét, mert a hiányzó összeget fedezik abból az alapból, melyet az egyetemek tanárai és diákjai adnak össze. Dacára a korlátolt férőhelyeknek, állandóan vannak külföldi betegek.

A Népszövetséghez tartozó Intellectualis Együttműködés Bizottsága (Commission de Cooperation Intellectualue) egyik nemrégiben tartott ülésén az egyetemi hallgatók nemzetközi szövetségének vezetői foglalkoztak a sanatorium ügyével és a következőkben ismerték el *Vauthier* érdemeit: „A bizottság meg van róia győződve, hogy az internationalis iparkodásnak a legnagyobb sikerre lehet reménye, amint ezt Leysinben öt éve folyó kísérlet mutatja. Meg van róia győződve, hogy a leysini sanatorium, melynek kapui mindig nyitva vannak idegen nemzetiségű hallgatók számára is és amelynek ideálja igazán internationalis, mindenképen alkalmas arra, hogy a legnagyobb szabású intézmény alapjául szolgáljon.”

E határozat conclusióképen kettős célt tűz ki:

terjeszteni és támogatni otthon a jövődöbéli Internationalis Egyetemi Sanatorium eszméjét és támogatni a Leysinben már felépítettet.

Nálunk, ahol a nehéz gazdasági viszonyok folytán ilyen specialis természetű jóléti intézmény fenntartása majdnem lehetetlen, különösen fontos lenne, ha illetékes egyetemi köreink mozgalmat indítanának abban az irányban, hogy e nemes és nagyvonalú actióba bekapcsolódhassunk.

VEGYES HÍREK

A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1928 május 26-i rendes ülésének napirendje: *Előadás:* 1. *Thurzó Jenő* (Debrecen): Újabb vizsgálatok az egyes elmebetegségeknel előforduló humoral-pathológiás sajátságokról. — 2. *Viléz Hegedűs Lajos*: Idegrendszeri syphilis malariás lázzal való kezeléséről 100 eset kapcsán.

A Közkórházi Orvostársulatnak a rókusi ülésében május 30-i ülésének tárgysorozata: *Bemutatók:* 1. *Strauss László*: A gyomorluesről. 2. *Fettich György*: Werlhof-kórnak lépkirtással gyógyult két esete. 3. *Siposs Imre*: Ritkább sérülési esetek. — *Előadás:* 4. *Hasenfeld Artur*: Az angina pectoris pathogenesisének és terapiájának kritikája.

Bókay János távozik. Igen szomorú tárgya volt a budapesti Kar május 24-i ülésének az a ministeri leirat, melyben a minister úr tudomására hozta a Kar-nak, hogy a 70 éves *Bókay Jánost* nem részesítheti a tiszteleti év kitüntetésében, s felhívta a Kart a gyermekgyógyászati tanszék betöltésére. Tudjuk, hogy a minister úr elvi állásponton áll, amit általánosságban mindenki helyesel: hogy a 70 éves korhatárt ezentúl a legszigorúbban betartja, s hogy az egyenlő elbánás elvét minden befolyás ellen biztosítsa, nem él azon törvényadta jogával, hogy a Karok bármily egyhangú felterjesztésére is a meghosszabbítás iránt a ministertanácsnak előterjesztést tegyen. De fájdalmasan érint mindnyájunkat, hogy míg alig néhány éve a minister úr sokakkal szemben, közülünk, orvosok közül is, pl. *Liebermann* professzorral szemben sokkal kegyelmesebb volt, — addig most elvi álláspontjának megdönthetetlen érvényesítését éppen *Bókay Jánossal* kezdi meg, avval, akinek ez a tanszék, ez az Egyetem és Ország annyit köszönhet, s akit bizonyára nem érdemtelenül ünnepeit tavaly itt 660 résztvevővel a német gyermekorvosok társasága, *Bókay János* kedvéért az *ország határán kívül* itt tartván nagygyűlését. A budapesti Kar mélységes szomorúsággal és elismeréssel vesz búcsút szeretett seniortagjától és a minister úr kívánásához képest bizottságot küldött ki a tanszék betöltése ügyében.

A magyar királyi kereskedelmi miniszter az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága által rendezett tanfolyamokon résztvevő vidéki orvosok részére vasúti kedvezményt engedélyezett.

A tanfolyamokat a budapesti és vidéki egyetemeken tartják.

Felvilágosítást írásbeli megkeresésre az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága irodája (VIII. ker., Mária-u. 39), az I. számú egyetemi szemklinika készségesen ad.

† **Purjesz Ignác dr.** Magas korban fejezte be nemes életét orvosi karunk egyik markáns egyénisége. Öreg korában is nem a jól megérdemelt nyugalmat kereste, hanem, mint havidíjas megmaradt régi munkakörében és utolsó éveiben is bámulatos energiával, teljes testi és szellemi frissességgel dolgozott, hiszen három hónappal azelőtt még szokásos buzgóságával végezte tennivalóit, s e háromhónapi nehéz szenvedés után május 8-án meghalt.

Élete eseményekben nem volt gazdag, de eredményekben annál tartalmasabb. 1881-ben lépett a székesfőváros közközházainak szolgálatába s előbb mint segédorvos, majd mint alorvos működött, 1888-tól kezdve haláláig, azaz 40 évig, előbb mint igazgatói szak-

segéd, majd mint főorvos, végül mint helyettes igazgató-főorvos, lelkiismeretesen teljesítette kötelességét.

A pontosság mintaképe volt, úgyhogy a kórházi orvosok körében a Purjesz-féle pontosság közmondássá vált. A pontatlanság előtte a legnagyobb mulasztások egyike volt, amit nehezen bocsátott meg. Jelszava volt: Egyenesen a becsület útján, s ettől senki és semmi el nem téríthette. Voltak, akik nem tudták megérteni, de ezek is meg tudták szeretni, s később meg is értve őt, atyai jó barátjukként tisztelték. Elhúnytá nehezen betölthető ürt hagy maga után, s a Rókusi orvosok szívében őszinte gyászt.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint május 13–20-ig előfordult:

Hasi hagymáz	9	1	Gyermekágyi láz	1
Küteges hagymáz	—	—	Báránymiló	53
Hólyagos (ál-)himlő	—	—	Járv. fültömrigylob	30
Kanyaró	199	3	Vérhas	12
Vörheny	32	1	Járv. agygerincagyhártyalob	1
Szamárhurut	53	7	Trachoma	—
Roncs. torok, gégelob	43	3	Veszétség	—
Influenza	13	5	Lépfene	—
Ázsiai kolera	—	—	Paralysis infant.	—

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

Lapunk mai számához Dr. Egger Leo és Egger I. Budapest, gyógyszerészeti gyár „Eggoplast“ című prospektusa van mellékelve.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

TÁTRA SANATORIUM
 ÓTÁTRAFÜREDEN. STARY-SMOKOVEC. 1020 m
 Az ideális tátrai magaslati klímának előnyei egyesítve modernül berendezett fizikai-dietetás sanatorium gyógyító tényezőivel.

ELSŐRANGÚ DIAETÁSKONYHA, fekvőcsarnokok, szabadlégutána, szénsavas, fenyő-, forróleg-, fenyőfürdők, vizgyógyintézet, Zander quarz-, Söllux-, diathermia-, villanyos kezelés. Röntgen-, belgyógyászati laboratorium
Indicatók: Basedow-kór, chlorosis, anaemiák, ulcus, dyspepsia, diabetes, adipositas, asthenia, bronchitis, asthma bronchiale, hypertonia, neurasthenia, hysteria, reconvalencia. — Tuberculosusok, fertőző- és elmebetegségek kizárva. Sanatoriumi napi pausálár 65 Kc-től felfelé. Főorvos: dr. Szász Emil. Menetjegyirodában, világozást nyújt, fürdővizumot szerez dr. Adorján László. Vigadó.

Dr. JUSTUS BÖRGYÓGYÍTÓ ÉS KOZMETIKAI INTÉZET
 Kórházi főorvos
 IV. Ferenc József rakpart 26. Telefon: József 56-76.

Dr. Erényi Jenő kir. tanácsos
KARLSBAD Mühlbrunnstrasse 11
 „Kaffebaum“.

DR. PAJOR-SANATORIUM
 VIII. Vas-utca 17.
 Sebészet, urologia, szülészet. Elsőrangú orvosi és gyógyellátással

SANATORIUM WESTEND PURKERSDORF bei WIEN
 anyagcsere, diéta kúrák, idegbeteg, szívbeteg számára. Saját anyagcsere laboratórium, új diéta konyha. Röntgen- és szívlaboratórium. Legmodernebbül berendezve. Főorvosok: Dr. Max Berliner és Dr. Karl Feller (ezelőtt Park-sanatorium Judendorf).
 Mérsékelt pausálárak. Telefon: 83565 sória. Saját autoközlekedés Wien-nel.

Meglepően ható desinfectiense az urogenitalis apparatusnak gonorrhoea, cystitis és szövődményei
 esetében a **Urosedol-tabletták** (Phenylsalicylsavas hexamethylentetramin.) Készíti: BELVÁROSI gyógyszerár. Budapest IV. Szervita-tér 8. Kapható az összes gyógyszerárakban!

Iglófüred KLIMATIKUS GYÓGYHELY. — Tökéletesen berendezett fizioterapiás gyógyintézet 600 m. t. f. ösfenyvesben. Szepes megye. Főorvos: Dr. GROÓ BÉLA. Szoba kitűnő ellátással 38 cs. K-tól. Sanatórium-szerű kezeléssel, fürdőkkel stb. 55 cs. K-tól. Prospektust, felvilágosítást ad: Iglófüred igazgatósága és május hó 28-ig a főorvos is, IV, Régi posta-u. 12. I. 3.

Minden nyelvű
orvosi könyvek és folyóiratok
 legelőnyösebben, részletfizetésre is
 NOVÁK RUDOLF ÉS TÁRSA, orvosi szakkönyvkereskedésben. Budapest VIII, Baross-utca 25 Telefon: J. 302—17. Szereshetők be

RÖNTGEN QUARZ, DIATHERMIA
BARTA ÉS SZÉKELY
 BUDAPEST IV, MŰZEUM KÖRÜT 37. SZÁM
 TELEFON: J 425—32.

Dr. Mandler Ottó gyógyintézete, Kálvin-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 címre ügyelni. Kérje havonta megjelenő könyvjegyzékünket.

PALYÁZATOK.

Somogy vármegye lengyeltői járásához tartozó, nyugdíjazás folytán megüresedett lengyeltői *körorvosi állásra* pályázatot hirdetek. A körhöz Lengyeltóti, Kisberény, Hács, Szöllősgyörök, Gyugy, Buzsák és Táska községek tartoznak. Az állás javadalma a megállapított fizetés és lakbér. Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy pályázati kérvényüket orvosi oklevelükkel, eddigi működésükről szóló okmányokkal és politikai magatartásukat igazoló bizonyítványokkal felszerelve, hozzám folyó évi május hó 31. napjáig annál is inkább nyújtsák be, mert a később beérkezett pályázati kérvényeket figyelembe venni nem fogom. A választás napját később, a pályázati kérelmek beérkezése után fogom kitűzni.

Lengyeltóti, 1928 május 21.
 1818/1928. sz.

A főszoigabíró.

Bihar vármegye székelyhidi járásához tartozó Nagyléta községben nyugdíjazás folytán megüresedett *községi orvosi állásra* pályázatot hirdetek. Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy képesítésüket, eddigi alkalmaztatásukat, a forradalmak és idegen megszállások alatt tanúsított magatartásukat, erkölcsi és politikai megbízhatóságukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám 1928 június hó 10. napjáig adják be. A később beérkező pályázatokat nem veszem figyelembe. Az állás javadalma az 1926. évi 62.000. B. M. sz. rendelet értelmében a X. fiz. osztály 3. fokozatával egybe-kötött illetmény és az állami, valamint a vármegyei alkalmazottakra nézve megállapított családi pótlék, valamint természetbeni lakás. A községi orvost a vármegyei szabályrendelet szerint járó rendelési, látogatási és halottkémlési díjak illetik meg. A választás határnapjának kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Nagyléta, 1928 május 9.
 1597/1928. sz.

Miskolczy dr., főszoigabíró.

Somogy vármegye marcali-i járásához tartozó, lemondás folytán megüresedett balatonszentgyörgyi *körorvosi állásra* pályázatot hirdetek. A körhöz Balatonberény, Vörs, Hollád, Tikos, Főnyed, Somogysámsón és Sávoly községek tartoznak. Azonban a Somogysámsón székellyel alakuló új körorvosi kör felállítására esetén Somogysámsón és Sávoly községek a körből kiválnak. Az állás javadalma 62.000/1926. B. M. sz. rendeletben megállapított fizetés, lakbér, valamint a szabályszerű látogatási és vizsgálati díj. Felhívom a pályázni

óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII t.-c. 7. §-a szerint felszerelt pályázati kérelmüket, eddigi működésükről szóló bizonyítványaikkal, politikai megbízhatóságukat igazoló okmányokkal kiegészítve 1928. évi június hó 10. napjáig bezárólag adják be, mert a későbbben érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom. A választás időpontját később fogom kitűzni.

Marcali, 1928. évi május 15-én.

3168/1928. kig. sz.

A h. főszolgabíró.

A m. kir. népjóléti és munkaügyi ministeriumnak 3697/II. 1928. számú rendelete alapján betöltendő a *gyulai állami kórház sebészeti osztályán egy alorvosi állás*. Az állás a X. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő illetményekkel és a szabályszerű étkezési kedvezménnyel jár. Bentlakás kötelező. Pályázhatnak oly nőtlen orvosi diplomás magyar állampolgárok, akik *műtörvosi oklevél* már rendelkeznek, avagy azt a jelen tanév befejeztével (június havában) nyerik el. Utóbbi esetben ezen okmány a pályázati határidő letelte után, június havában pótlólag mutatandó be a kórházigazgatónál. A kérvények és mellékleteik szabályszerűen bélyeggel ellátva és a m. kir. népjóléti és munkaügyi minister úr Ö Nagyméltóságához címezve, a gyulai állami kórház igazgatóságánál folyó évi május hó 30-áig nyújtandók be. Személyes bemutatkozás a kórház igazgatójánál és az osztályos főorvosnál kívánatos. Gyula, 1928. május 1.

429/1928. ikt. sz.

Tauffer Emil dr., s. k.,
eü. főtanácsos, kórházigazgató.

A nyugdíjazás folytán f. évi július hó 31.ével üresedésbe jövő iharosberényi *körorvosi állásra*, melyhez Iharosberény, Iharos, Somogyescséső, Pogányszentpéter, Inke és Inkeyantalfa községek tartoznak, ezennel pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII t.-c. 7. §-ában előírt képesítésüket igazoló, valamint eddigi működésüket és a kömmün alatt tanúsított magatartásukat feltüntető okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám f. évi július hó 1-ig annál is inkább adják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom. A körorvos székhelye: Iharosberény. Az állás javadalmazása a törvényszerű fizetés, lakáspénz és a vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási díjak. A választás határidejét később fogom kitűzni.

Csurgó, 1928. május 8.

4884/1928. kig. sz.

A főszolgabíró.

Igmándi

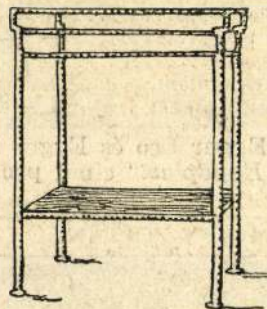
kúrák otthon

Reggelenként fél pohár Schmidthauer-féle

Igmándi keserűvíz

éhgymorra, langyosan használva, kitűnő eredménnyel pótolja a karlsbadi és marienbadi ivókúrákat bármely évszakban.

Sok esetben elegendő már néhány evőkanállal is.



FISCHER PÉTER ÉS TÁRSA R.T.

ORVOSI MŰSZERGYÁR

BUDAPEST VI, VILMOS CSÁSZÁR-UT 53.

Telefon: T. 115-13 és T. 115-19.

Orvosi berendezések.

kedvező fizetési feltételek.

Stilles, Stockholm

rozsdamentes műszereinek magyarországi egyedárústitója.

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

STRYCHNOTONIN-CHINOIN

injectio és tabletták

ROBORÁL,

TONISÁL,

STIMULÁL

Rendelése engedélyezve: szabadon a m. kir. Államvasutak, a m. kir. Posta és főorvosi ellenjegyzéssel a Kereskedelmi Betegbiztosító Intézet terhére.

MENOKTAN-CHINOIN

A MENOPAUSA bántalmainak gyógyítására.

50 drag. tablettát tartalmazó orig. dobozok.