73. évfolyam 44. szám. Budapest, 1929 november 2

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA POÓR FERENC
GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR HÜTTL TIVADAR

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Bókay János: Heim Pál. (1089. oldal.)
Nékám Lajos: Actualis problemák, különös tekintettel a syphilis gyógyítására. (Második, befejező közlemény.) (1090—1095. o.)
Neuber Ede: Adatok az emberi eredetű mikrosporia pathologiájához és therapiájához. (1095—1097. oldal.)
Herzum Alfonz és **Nagy Endre:** A carbonylsulfid hatása ivó- és fürdőkúrában. (I. közlemény: Ivókúra.) (1097—1100. oldal.)
Pollák János: Psychosisok a terhesség, szülés és gyermekágy alatt. (1100—1104. oldal.)
Wessely Jenő: A bőr hajszálereiben uralkodó vérnyomás mérése a Török—Rajka—Wessely-féle capillartonometerrel. (1104—1107. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (173—176. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Gyermekorvostan. — Szemészet. — Urologia. (1107—1109. oldal.)
Könyvismertetés. (1109. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület október 26-i ülése. (1109—1110. oldal.)
A Közkórházi Orvostársulat október 23-i ülése. (1110—1111. old.)
Vámossy Zoltán: Heim Pál professor temetése. (1111—1112. o.)
Wein Zoltán: Megjegyzések Humayer dr. „Egyszerű eljárás tonsillektomia utáni vérzések elkerülésére" című cikkére. (1112. oldal.)
Vegyes hírek: (1112—III. borítékoldal.)

HEIM PÁL

Született 1876-ban, meghalt 1929 október hó 23-án.

Alig több mint három hete tartotta a gyermekklinika tantermében ünnepi székfoglaló előadását, melyben jövő tudományos terveit is vázolta a termet zsúfolásig megtöltő hallgatói, volt tanítványai, barátai és tanártársai előtt, és ma fájdalmas szívvel és könnyes szemmel gyászoljuk s alig tudjuk elhinni, hogy a több nap előtt még életerős férfiú, alig hatnapi betegség után, kidőlt sorainkból. 1876-ban született, tehát 53 évet élt és most jutott el pályafutásának zenitjére, midőn férfiúi tetterejével és nagy tudományával az eddigi babérlevelekhez újabb babért fűzhetett volna. Merészen ívelő pályáját mellettem kezdte s a kedvező körülmények megengedték neki, hogy huzamosabb időt külföldön töltsön tanulmány céljából; így került hosszabb időre Breslauba is, ahol akkoron *Czerny* volt a klinika vezetője. Midőn a Pozsonyban megnyílt Erzsébet-tudományegyetemen ő nyerte el a gyermekorvostani tanszéket, nagy szeretettel és ambícióval rendezte be klinikáját, melyben, fájdalom, nem sokáig működhetett, mert a háború lezajlása után a kegyetlen Trianon vándorbotot adott a pozsonyi egyetemi tanárok kezébe és *Heim Pál* is megkezdte vándorútját, hogy végre Pécs városában, a magyar Heidelbergben, nyugodt otthonra leljen. Kitűnő szervezőképességével és munkaerejével csakhamar megalkotta a pécsi gyermekklinikát, oly mintaszerűen, hogy az díszére vált hazánknak; alig néhány év alatt nagyértékű tudományos dolgozatok egész sora látott napvilágot az ő tollából, amiáltal *Heim Pál* és klinikája a külföld előtt is ismertté és megbecsültté vált. *Heim* tanár a gyermekorvostannak fiatal hajtását, a *csecsemő-orvostant* kultiválta elsősorban s klinikája inkább a „*Kleinkinderklinik*" jellegével bírt, amely irány egyik legmarkánsabb képviselője volt. Tudjuk, hogy a csecsemőorvostan a század elején kezdett mindinkább kibontakozni a gyermekorvostan keretében s mindazok, kik e tant *Heubner*rel, *Czerny*vel és *Finkelstein*nel élükön oly szépen kiépítették, szerencsés kézzel eloszlatták azt a sűrű homályt, mely a csecsemők táplálkozási zavarainak pathologiáját és aetiologiáját borította, s a gyógyítást, az alimentaris kezelés előtérbehelyezésével, helyes alapokra fektették. Ez volt *Heim Pál*nak kedvenc terrenuma s e tan kiépítéséhez az értékes és úttörő munkálatok egész sorozatával járult hozzá, dicsőséget szerezve a magyar paediatriának. *Heim Pál* kitűnő tanár volt és kitűnő didacta, s minthogy kisebb egyetemen működött, megadatott neki annak a lehetősége, hogy hallgatóival szoros kapcsolatban legyen, aminek a tanítás szempontjából óriási jelentősége van. De *Heim* professornak képességei nem merültek ki tanári működésében. Élénken foglalkoztatták a csecsemővédelem szociális kérdései, az ezzel kapcsolatos gondozó- és védőnő-kérdés és mint a gyermekvédelem országos kormánybiztosa bőven talált alkalmat arra, hogy idevágó terveit keresztülvigye. *Heim* tanár általános rokonszenvnek örvendett, ami lebilincselő egyénisége varázsában lelte magyarázatát. Hogy mennyire méltányolta a külföld elhúnyt kartársunk kiváló képességeit, mutatja, hogy két előkelő német szaklap szerkesztőbizottságába hívták meg s beválasztották a *Gesellschaft für Kinderheilkunde* igazgatóválasztmányába. Midőn május havában a tanszékről leléptem s az orvoskari tanártestület *Heim* tanárt meghívásra ajánlotta, szívből örültem ezen megoldásnak, mert megnyugvással láttam mint szellemi utódomat *Heim Pált*. Sajnos, ez az örömöm csak rövid ideig tartott; nem gondoltam, hogy e lap hasábjain a nyugalomba vonult tanár fogja elparentálni az életkora delén kidőlt kiváló professort.

Bókay János.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Actualis problemák, különös tekintettel a syphilis gyógyítására.

Balassa-előadás 1929 október 19.

Írta: *Nékám Lajos dr.* egyet. ny. r. tanár.

(Második közlemény.)

Mit érezne *Balassa*, ha most feltámadna?

Mint sebész, mint tudós, bizonyára elragadtatással csodálná a mai ismereteinket. Mivé is fejlődtek ezek az ő halála óta! Soha olyan lendülettel nem haladt a tudomány, mint az utolsó 60 évben! Egészen új szakmák keletkeztek. Ezeket ő extazissal szemlélné...

De mit érezne ő, mint magyar ember? Életének utolsó hónapjait megaranyozta az a lelkesedés, mely a királyával kibékült nemzetben a legnagyobb reményeket keltette a jövője iránt. Mindenki érezte akkor, hogy a fejlődésnek nagyszerű korszaka előtt áll!...

Ma elszorulna a szíve, ha hazánk szomorú sorsát látná.

Dereng valahol a javulás előjele?

Népünk szorong, szegényedik és elfásul; ma Volk ohne Raum, mely arra látszik törekedni, hogy hazánk Raum ohne Volkké váljék! Nagy nyomor már sokszor volt itt ez országban, így *Balassa* ifjú korában, a napoleoni háborúk után is: az összetartás, az igények mérséklése, a biedermeieri egyszerűség, a puritán élet azonban meghozta a feléledést. Mily szükség lenne most is összetartásra, egységes munkára; ehelyett azonban folyton mélyülő ellentétek keletkeznek, melyek világnézeti, vagyoni, foglalkozási különbségek miatt szerteszakítják társadalmunkat. A tömegekben viszont nincs regeneráló erő; mint *Drumont* mondta, agyvelejük papirosból való; helyettük egyes hírlapok gondolkoznak. Ma ezek irányítják az áramlatokat, úszítják az embereket, lehengerelik az egyéniséget; az elátlagosodás, a felelősségérzés kihalása és a testnek cultusa felé vezetnek. Serkentő gyógyítás helyett kábítószereket kapunk tőlük.

Egy pseudohygiene fejlődött ki a meztelenség népszerűsítésére. Ma, amikor oly nehéz időket élünk, az eszmény a dionysosi élvezet, a raffinált sexualitás lett! Az erkölcsök relativálódtak. Új jelszók keletkeztek: Liebesrausch der Jugend! Neue Sittlichkeit! Lebet euch aus!... — mi pedig abban az illusióban ringatjuk magunkat, hogy ha ősi erkölcseinket feláldozzuk és az ilyen hedonista életre térünk át, ezzel valami modernebb, nyugatibb, valami világműveltségnek adjuk jelét és hogy ez kultúrfölény, mely majd visszaszerzi hajdani jólétünket.

De hát létezhetik-e igazi culturfölény, mely nem az erkölcs mélységén alapszik és elég lenne az ilyen a sikerhez? Fajok harcában győzni csak erősebb vagy több ököllel lehet, azokkal a tényezőkkel, melyeket a német Geburtsieg, Gesundheitskapital, Rassen-expansivität stb. szókkal jelez! Ezért foglalhatták el a félvad barbárok Rómát, hazánkat a tatárok, Byzancot a törökök, ezért szállhatták meg a szerecsenek a német Rajna-partját, mert ha nem is jobb vagy erősebb, de több volt az emberanyaguk! Mindig annak volt és lesz igaza, aki a küzdelem után élve hagyja el a porondot!

A népek harcát az anyák, tanítók és az orvosok döntik el. Komoly jele a helyzet megváltozásának, hogy ma Berlinben már csak 9·9, Párisban ellenben újra 16 ezrelék a születések arányszáma.

Ha egy pillantást vetünk azokra a graphikonokra, melyeket *György Erzsébet dr.* állított össze, feltárul a szomorú helyzet. Látjuk nemcsak a háborús veszteségeinket és a házasodás kihatását a nemi betegségek elterjedésének csökkentésére, de azt is, hogy a születések aránya hazánkban a 80-as években még 44·1% volt, azóta 26·9%-ra esett, tízzel kevesebbre, mint amennyi a mai Románia arányszáma! Ez annyit jelent, hogy nálunk évenkint 85.000 emberrel kevesebb születik, mint Románia megfelelő részén! Pedig elég gyéren lakott a mi országunk. Ha népünk sűrűsége olyan lenne, mint Németországé, még négy millió, ha mint Angliáé, 17 millió, Belgium arányában pedig 23 millió lakosnak kellene Csonka-Magyarországban megélnie a mai 8·5 millió helyett![6]

A mi népünk azonban vagy nem bír, vagy nem akar versenyképes mértékben szaporodni. Elsterilesedett! Talán nem is a német socialisták szándékos Gebärstreikje mutatkozik nálunk, hanem erkölcsi, gazdasági, kultúrális vagy egészségügyi okai vannak ennek a katasztrófának, bizonyos azonban, hogy vitalis érdekünk azokat sürgősen megszüntetni!

De hogyan tegyük ezt? A feladatok egész óceánja vár az országra. Minden irányban évszázados mulasztásokat kell pótolnia. Csak gondos erőegyesítéssel, minden irányban tervszerű előrelátással, egységes vezetés mellett érheti el a célt: mely *a népéletnek újjászervezése.*

Miért van erre szükség? Mert a nemi életnek társadalmi vonatkozásait a legújabb időkig nem kutatta senki. Az Egyház gátolta a normalis, a család keretében lefolyó nemi életet? Már a Genesis hirdeti, hogy „crescite et multiplicamini et replete terram!", Sz. Ágoston pedig azt tanítja: „Quod est cibus ad salutem hominis, hoc est concubitus ad salutem generis". Az egyház sohasem akart asketákat, skopzékat nevelni az emberekből, ha tehát pl. *Huxley* híres physiologiája mégis több kiadásban jelent meg anélkül, hogy benne a reproductio tárgyaltatott volna, ennek csak prüderia volt az oka. Ez pedig csak akkor szűnt meg, amikor beállt a *Hegel* szerint a középkor óta legnagyobb haladás, hogy az emberiség mentalitása átalakult az egyéni öntudatból, a subjectiv érzésből socialis öntudattá. Ezóta látjuk a nemi élet nagy bajait és ezeknek vészes kihatásait a társadalomra.

E kérdések egész complexumát részletesen tárgyalta az az enquète, melyet még mint kormánybiztos, 1917-ben összehívtam az akkori „Nemzetvédő Szövetség" keretében. Az ország legkitűnőbb szakemberei mutatták be egész életük munkájának gyümölcsét. Az adatok óriási tömegei, melyek még mind Nagy-Magyarországra vonatkoztak és soha újra összegyüjthetők nem lesznek, adtak tiszta képet közállapotainkról. Kár, hogy a „Munkálatok" II. kötetének kiadására már nem jutott államsegély és így az egész fáradság elveszett az utókorra!

Az ott tárgyalt complexumból csupán néhány pontot fogok most kiragadni.

Vizsgáljuk meg, hogy *minő munka és minő sors vár a jövőben az orvosokra?*

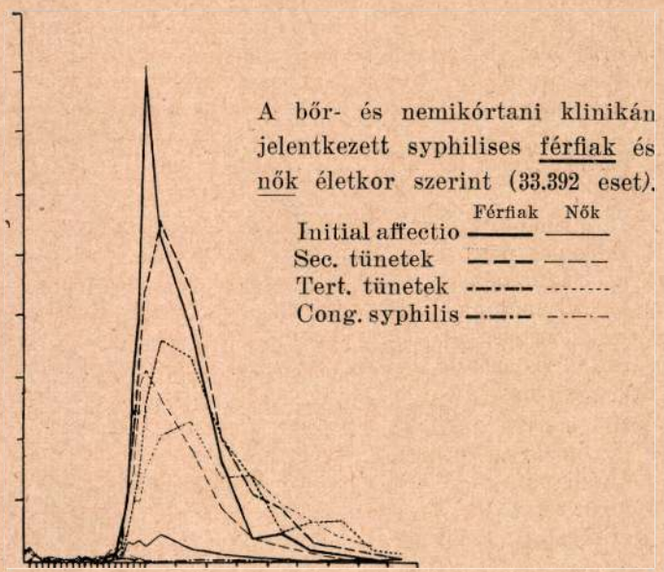
Nagy munka és nehéz sors!

Hivatásunknak át kell alakulnia és nekünk is vele kell változnunk. Gyógyítóorvosra mindig szükség lesz, fontossága azonban lassankint háttérbe fog szorulni az egészséget megőrző, a bajokat országosan elhárító és a minden emberre egységesen kiható általános tényezők mögé.

A therapiát megelőzi a prophylaxis; a belorvost majd a hygienikus vezeti, aki az egészséget mint polgári kötelességet szervezi meg. Az egyes ember értéke mind-

[6] A statistikai adatok legnagyobb részét *Kovács Alajos dr.* államtitkár úrnak, a m. kir. Központi Statistikai Hivatal igazgatójának köszönöm.

inkább csökkenni fog az összesség érdekével szemben: nem is annyira az embert, mint az emberiséget fogják gyógyítani a jövőben. Nem az lesz a cél, hogy 100 évig éljenek egyesek, hanem az, hogy 40 éves korában még ne haljon meg senki. Nem az elszigetelt anya- és csecsemővédelem lesz fontos, nem is a családvédelem, amit már 21 év előtt sürgettem,[7] hanem az *egyetemleges népgondozás*. Mit is használ, ha épségben megszületik a csecsemő, kell jönnie annak a kornak, amidőn minden törekvő ember, ha nem bír megélni a családos férfi. Az általános demokratizálódás azonban már megindult. Először a közművelődés változott magánügyből közfeladattá; a kiegyensúlyozott társadalomban már mindenkire azonos szabályok vonatkoznak. Nivellálódott az ellentét a közlekedés terén is. Ma már sem a gazdag nem utazik hintón, se a szegény gyalog, hanem mind ugyanazon a vonaton. Mindenkinek, aki munkás életet akar végigélni, joga van egyenlő elbánásra, egyenlő esélyekre, aminek első feltétele az ép munkabírás, az egyenlő egészség. El kell jönnie annak a kornak, amidőn minden törekvő ember eléri a napfényes, frisslevegős otthonnak jótéteményét. E hatást azonban nem az erőszak, hanem a felvilágosítás, az alkalmak nyujtása, a jó példa adása hozza majd meg, ahogy annakidején Anglia kiirtotta magából a rachitist, Franciaország ma felszökteti a születések arányszámát, az Egyesült-Államok pedig néhány brutális kísérlet (Volstead, Harrison Act, Chamberlain, Kahn Bill, asexualisatio) után áttérnek az emberirányítás (Boy-guidance; Knights of Columbus; Hoover: Child's Bill) , a népgondozás, életközbiztosítás, a léleknemesítés és jellemnevelés módszereire és átkristályosítják szedett-vedett népeiket egy új, nemesebb fajjá. Ez *qualitativ egészségügyi politika.*



A bőr- és nemikórtani klinikán jelentkezett syphilises férfiak és nők életkor szerint (33.392 eset).

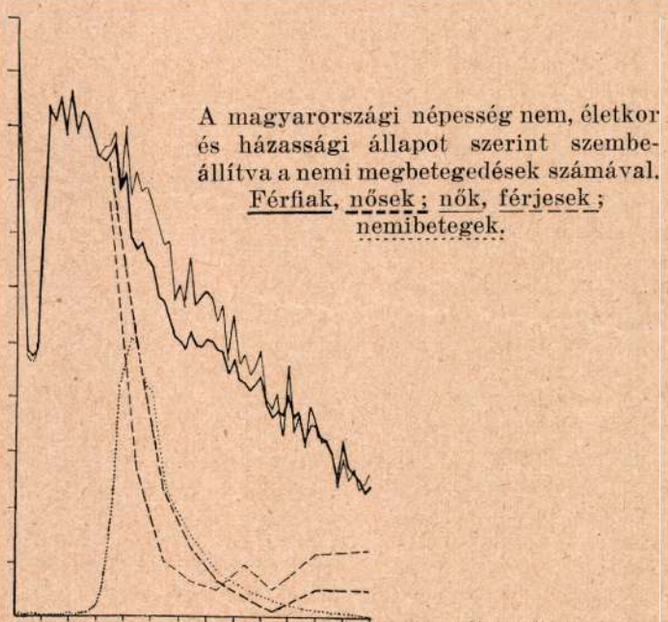
Az egészség ma még olyan, mint a nagyon rossz, kátyús úton döcögő szekér, mely oly gyakran eltörik, elhullat valamit, vagy felfordul, hogy az egész úton mindig jut munka az ott várakozó éhes segítőknek; ezek rendbehozzák a bajt, mire a szekér egy darabig megint tovább döcöghet. A jövőben sineken kell száguldaniok nem egyes kocsiknak, hanem a tömegek vonatainak. Gépészek, kalauzok, pályaőrök alkalmazására akkor is szükség lesz, az úton ácsorgók, a keresetre várók azonban éhen halnak!



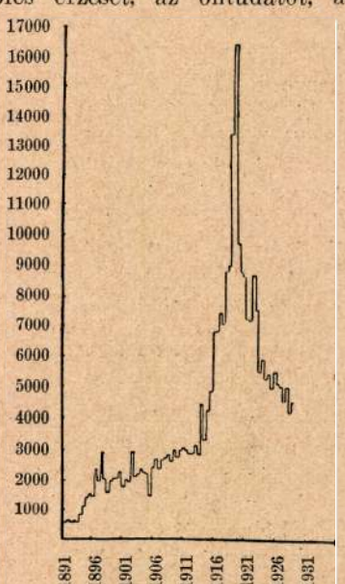
A magyar népesség születési, halálozási és házasulási görbéje 1880 óta.

Az élet ily socializálódása elkerülhetetlen; az odavezető út azonban hosszú és veszélyes örvények vannak rajta; vigyázzunk, hogy fantaták és ideologus vezetők minket is bele ne sodorjanak ilyenekbe.

Ilyen örvény az, mikor kiölik a népből a nemzeti összetartás és a valláserköles érzését, az öntudatot, a tekintélytiszteletet, az egyéni ambitiót és az élethez való ragaszkodást. Amikor egyenlővé akarnak gyúrni minden testet és lelket. A nőt eltérítik természetes hivatásától, tönkreteszik a család intézményét, a társadalom-



A magyarországi népesség nem, életkor és házassági állapot szerint szembeállítva a nemi megbetegedések számával. Férfiak, nősek; nők, férjesek; nemibetegek.



A bőr- és nemikórtani klinika járóbeteg forgalma 1891-től félévenkint.

[7] *A magyar bőrgyógyászat emlékeiből.* 1908. 99. l.

nak e moleculáit azzal, hogy szabadjára bocsátják a nemiéletet. Ilyen örvény a szülő kizárása a nevelésből; a Gebärzwang mint az anyai vágy pótszere; a természettől való fokozatos eltávolodás, a népességnek a városokba való tömése, az orvosnak, bírónak, tisztviselőnek géppé alacsonyítása.

Az *ilyen törekvések biologiai törvényekkel állnak szemben.* Minden fejlődés differentiálódással jár, nem pedig elhalványodásával a meglevő különbségeknek; lehetetlen tehát az emberiséget homogen tömeggé olvasztani össze. A faj élete folytonos, fenntartói, az egyes lények azonban mind különbözően alkotott halandók: az emberiség tehát mindig és szükségképen mozaikszerű lesz!

Hogy mire vezet a biologiával való ily szembehelyezkedés, néhány adattal szeretném megvilágítani és a nemiéletnek helyenkint mutatkozó lezüllését bemutatni.

Oroszországban megszüntették a magántulajdont. Mindenkinek ingyen kijárt 8 m^2 szobaterület és nem több. Ez egyrészt vadidegen férfiak és nők összezsúfolására, másrészt arra vezetett, hogy a házakat többé senki sem gondozta, tehát tönkrementek: magában Moszkvában, *Dworetzky*[8] és *Krausz*[9] cikkei szerint 13·8-ről 9·5 millió □-méterre esett a használható lakásterület, melyből egy-egy ember most már nem 8, hanem csupán 5·5 □-métert igényelhet! Hiába állították később vissza a házak tulajdonjogát és szabták meg eleinte 20, később már 44 kopekben 1—1 □-méter szobaterületnek bérét: a lakásnyomor fokozódott és tönkretette a nép erkölcsét, mert meglazította a családi köteléket. Oroszországban a házasság ma már telefonon, egyoldalúlag is felbontható és voltaképen már csak az ad hoc sexualis viszonynak fölösleges bejelentése. Egy délelőtt akár 2 házasságot is köthetne és felbonthatna bárki. Lenin azt kívánta, hogy a nemiélet elintézése olyan egyszerű legyen, mint egy pohár víznek megivása. Erre persze megszűnt minden különbség a leány, asszony, prostituált, anya stb. között, — mind egyszerűen nőstény-ember lett. Leány a szülőjétől, feleség a férjétől külön, idegeneknél is lakhatik, viselheti saját nevét és élhet ahol, akivel és ahogyan bír. Ahol ezt a „reformot" tényleg keresztülvitték, ott nincs többé testvér, rokon; az öregek, a betegek, a szegények el vannak hagyatva, még inkább azonban a menhelyekben leadott közgyermekek (Kollektivkinder), akik nem is tudják, kitől származnak, és elvadulva, kiéhezve, rablócsapatokba verődnek össze, télen pedig százankint fagynak meg az utcán. A gondozóintézetek banditaiskolák; a menhelyek perverz kéjencek szállítói!

Lehet, hogy ez a kép csak a városokra vonatkozik; viszont a lakosság oda tömörül: Moszkva lakossága 1924—26-ig 20, 12 és 5%-kal szaporodott, a lakásméretek ellenben csak 1·6, 3·2 és 3·3%-kal nagyobbodtak ezalatt!

Az abortus eleinte teljesen szabaddá volt téve, újabban azonban hivatalosan minden nőnek évenkint már csak egyet engedélyeztek, a terhesség 2—3. hónapjában; a műveletet a kórházak a jelentkezés sorrendjében hajtják végre, csak a diáknőknek van az a kedvezményük, hogy a vizsga előtt soronkívül is abortálhatnak. Újabban még spermatolytikus serummal is próbálkoznak a fogamzás megakadályozására és luetalhormonnal[10] is az abortus előidézése céljából.

Ezek a viszonyok persze lehetetlen helyzetet teremtettek; promiscuitás keletkezett a nemi élet terén. Egy Schwarz nevű gazdag népbiztost 150 successiv törvényes neje közül 64 beperelt „házasságaiból" származó gyermekeinek tartásdíja (= jövedelmének $^1/_3$-a) miatt, mire egy Smidovics nevű másik népbiztos (nő) kimondta, hogy „a nemiélet ezentúl socialis functio lesz, mely a gazdasági viszonyok irányítása alatt áll!"

A család intézményét azonban már másutt is megtámadták. Aki figyelemmel kísérte a német viszonyokat, elhült az ifjúságnak a steglitzi, Krantz-, Gladbecker-pörök által napfényre került romlottságán. Egy, még iskolába járó polgárleánynak két szeretője volt: ezek megölik a leány öccsét, akivel és egymás között és pénzért idegenekkel is homosexualis viszonyt folytattak. Az esküdtszék felmenti a társaságot — a leány szülei bált rendeznek; nagy vendégkoszorú jelenik meg és a leányt elárasztják házassági ajánlatokkal!

Poroszországban 1921—25 között a ministerium vizsgálatot tartott a felsőbb leányiskolákban. Ha hinni lehet a *Vorwahl* cikkében[11] felsoroltaknak, az egyikben a felsőiskolás leányok 70%-a deflorált, és ezek 30%-a nemibeteg volt; *Lindsey* szerint 415 tanulóleányról kitűnt, hogy már élt nemiéletet; 5%-uk terhes volt; a leányok 90%-a megengedte a sexualitásnak bizonyos kisebb módjait; az exhibitionismus és a csoportosan masturbálás is el volt terjedve: erre azt mondja *Vesper*, hogy a németországi viszonyok azonosak ezekkel.

De lehet-e másképen ott, ahol a Käthe Schmirmacherek, Anna Papritzok évtizedek óta hirdetik a szabadszerelmet és gyengítik a család erejét; ahol 80.000 példányban megjelenik egy hetilap — Die Ehe —, külön azért, hogy a család intézményét támadja és aláássa; ahol Stekel azt taníthatja, hogy a masturbatio hasznos, sőt szükséges lehet a gyermeknek, Graf von der Schulenburg a nemi korlátozást perverz erőszaknak nevezheti, Werthauer pedig indítványozta, hogy: „die sich lieben, sollen sich zusammen tun, die sich nicht mehr lieben, auseinander gehen" és még Graf Keyserling szerint is a disharmonikus házasságok annyiban kívánatosak, hogy az ilyenekből több tehetség születik, mert a gyermekek korábban kezdenek problémákkal foglalkozni.[12] Borgius végre egész rendszert állított fel: Nicht Umbau, sondern Abbau der Ehe ist notwendig. A gyermekeket Landeserziehungsanstaltok neveljék, nem a szülők — Kinder gehören unter Kindern! —, az anyát pedig fizesse ki a Mutterschaftsversicherung a gyermek kihordásáért![13]

A homosexualisoknak egy hirhedt apostola az iskolában, fiúk és leányok előtt azt taníthatta, hogy az ifjúság cohabitatiója nem becstelen, mert az ember becsülete a köldök fölött, nem pedig alatta tanyázik...![14]

Ez már racial poison! Sex offender! Egy második Erasmusra volna szükség, hogy megírja a mai „Moriae Encomium"-ot!

A *családellenes agitatio* másutt felüti a fejét. A svédeknél a Samvets Äktenskap (lelkiismereti utólagos házasság) miatt a házasságon kívül született gyermekek aránya helyenkint 40%; Karinthiában a gurki dekanatban ez a szám 80%-ig is felemelkedik. Az amerikai Egyesült-Államokban, újabban Angliában,[15] Németországban és nálunk is viszont a fogamzás megakadályozása, a „birth control" terjed el. A newyorki Vassar College a legelőkelőbb amerikai nőnevelő-intézetek egyike: 2294 onnan férjhez ment nő után átlag csak 1·1, a Harvard-egyetemnek 10.636 volt nőhallgatója után átlag 1·5 gyermek származott.

---

[8] Münch. Med. Wschr., 1929, 587., 676. o.
[9] Münch. Med. Wschr., 1929, 1004. o.
[10] *Papanicolau*, Ztschr. f. Sexualw., XV. k., 406. o.

[11] Münch. Med. Wschr., 1929, 676. l. Ott további irodalom; lásd még *Pirkner:* Ztschr. f. Sexualwiss. u. Sex. politik, 1928, 60. l.
[12] Ehebuch, 245. l.
[13] Ztschr. f. Sexualwiss., XV. k., 387. l.
[14] Münch. Med. Woch., 1929, 1006. l.
[15] Bill Lord Buckmaster.

Akár testi, akár lelki okai vannak ennek a jelenségnek, mindenképen elfajulási tünet az. Így sorvad el lassankint a népességnek az a része, mely az intellectualis alkotások terén az átlagos fölé emelkedett és így adja át észrevétlenül a helyét az alsóbb néposztályoknak.

A süllyedésnek tempója azonban egyeseknek még nem eléggé gyors és minthogy sokan vannak még, akik conservativ hajlamúak és szeretik a traditiót, az újítók most arra törekszenek, hogy a nemi életet a házasság reformjának leple alatt tegyék közkeverődésűvé. Ha még csak a régi római matrimonium per usumot akarnák felújítani, a hosszú együttélés törvényesítését! Ez azonban nem lenne eléggé változatos. E helyett inkább a japáni határidős, vagy a már említett orosz bejelentési, az amerikai pajtásházasságot, a Verkehrsehet, Versuchsehet, stb csempészik be. Találóan nevezi a francia az ilyenekben élő asszonyt *maitresse légitimenek*, Mrs. Haldane *amateurprostituáltnak*, viszont a mai családi állapotokat a német *Ehenot*nak! Mindezek a rendetlen mulékony viszonyok ugyanis nagyon terjesztik a nemibetegségeket; ezért mondja *Finger:* „die Keuschheit vor, und die Treue in der Ehe sind allerwichtigste hygienische Forderungen!"

Mit láthatunk mindebből? Azt, hogy a nemiélet terén az egész világon oly felforgató áramlatok terjednek el, melyek már a társadalomnak alapzatát is veszélyeztetik. Egy jól elhatárolt, megszokott viszonyai között élő népnél az ilyen krisisek megint lecsendesednek, a mi vérveszteségünk és a mi exponált helyzetünk mellett azonban ebből nagy veszélyek származhatnak.

A *problemák* azonban fel vannak vetve és velük szemben nekünk is állást kell foglalnunk. Meg kell állapodnunk önmagunkkal arra nézve, hogy mit is akarunk: Túl sok-e Magyarországon az ember, avagy túl kevés? A nemiélet az egyének vágyai, vagy a társadalom érdeke szerint rendeződjék-e? Fejlesszük az emberek igényeit, avagy leegyszerüsítsük azokat? Lehet és érdemes-e megmenteni a középosztályt, avagy engedje az át a helyét más rétegeknek?

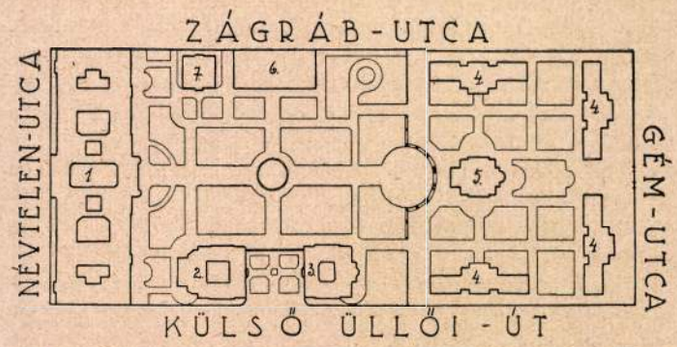
Az időnk nem engedi, hogy ezekkel a kérdésekkel, valamint a javaslatok gazdasági megalapozásával foglalkozhassunk, négy pontot mégis szeretnék kiemelni.

Elképzelhetők oly jóléti intézkedések, amelyeknek megvalósítása üdvös lenne és nem okozna költségeket. Így a skandináv államok példájára el lehetne rendelni, hogy a munkabérek fizetése szerdán történjék, szombaton délután és vasárnap pedig tilos legyen az alkoholos italok kimérése. Másik lenne, hogy az elsőrendű életszükségletek fedezéséhez szükséges kiadásokat a munkásnak chequejére közvetlenül a munkaadó fizesse. A csapszékek, mulatók stb. záróráját előre kellene tenni; az alkoholmentes melegedő- és olvasószobák, a tejivók számát szaporítani. Az építési szabályzatnak hygienikusabb átdolgozása nagyon kívánatos volna. A legsürgősebb dolgok egyike a telekuzsora letörése, az olcsó és jó közlekedésnek teljesen szabad verseny által való biztosítása útján. (Turati: battaglia contro l'urbaneismo.) Külföldön egy sereg emberbaráti intézkedést lehet látni, melyek megvalósítása nem kerülne sokba és a nép látná, hogy törődnek az ő érdekével. Glasgowba pl. reggelenkint egy omnibusz jár sorba, felszedi a nyomorék gyermekeket és iskolába viszi, utána megint hazahozza őket.

Nagyon fontos pont a *női munka* kérdése. Bizonyos foglalkozások csak nők által végezhetők. Mindig rengeteg fiatal leány fogja tehát kenyerét családjától távol keresni. Külföldön és részben nálunk is régóta vannak olyan társadalmi alakulatok, melyek a magányos nőknek otthont, a fiatal leánynak védelmet, a munkásnőknek érdekképviseletet és elhelyezkedési alkalmat nyujtanak. Ezeket meg kellene erősíteni. Párisban minden templomban ki vannak függesztve a Maison d'accueilök, Syndicat d'aiguille, Cercle Veritas pour étudiantes, a Syndicat professionel des travailleuses stb. hirdetései.

A háborúban Sándor János, akkori belügyminister nagyon melegen felkarolta a nővédelem kiterjesztésének ügyét. Gouverner, c'est prévoir helyett Agir! volt a jelszava. Három nagy intézmény terveztetett. A *Margit-intézet* a tanuló-, tisztviselő- és nevelőnők, szóval az olyan intelligens nők érdekét kívánta szolgálni, akiket foglalkozásuk a napnak legnagyobb részében elszóllít lakásukból.

A második a háztartási alkalmazottak és ipari munkásnők otthona lett volna. Gróf Zichy Jánosnak közbenjárására Zita királynő elvállalta *Királyi Zita Szövetség* patronátusát, melynek központja egy, a külső Üllői-útra tervezett pavillonrendszerű épületcomplexumban lett volna elhelyezve; tervét, javaslataim alapján, Bálint és Jámbor építészek el is készítették. E szövetség alapítóinak célja volt a leányokat a szülői házban átvenni, munkájukra kioktatni, nekik elhelyezkedést szerezni, helyzetüket állandóan figyelni



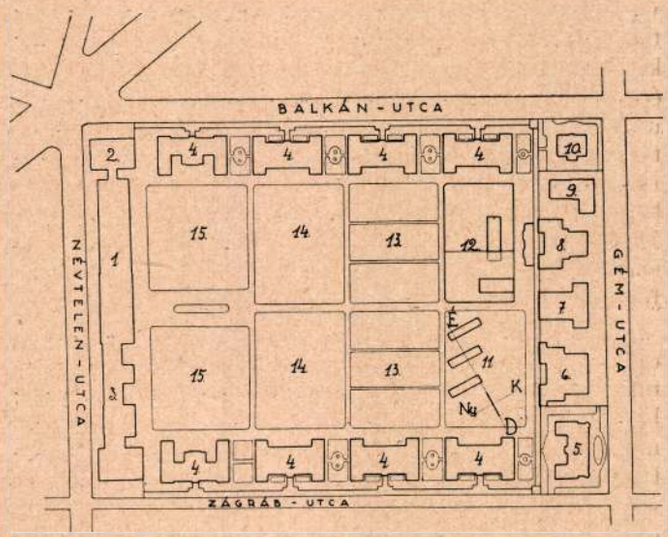
A kir. Zita-szövetség tervezett központjának helyszíni rajza. 1. *Főépület*, munkatermek, előadási terem, lakószobák 1000 tag részére; 2. *Administratio:* Helyközvetítő, takarékpénztár, életbiztosító, jogvédelmi osztály, családbíróság, gyámhatóság, fogyasztási szövetkezet, posta stb.; 3. *Ambulatorium:* gyógyszertár, fürdők, physik. gyógyintézet; 4. *Kórházi és üdülőpavillonok;* 5. *Kápolna;* 6. *Mosóház;* 7. *Telepigazgatóság.*

és őket betegségük esetén gyógyítani, férjhezmenetelükre pedig biztosítani.

A harmadik intézmény a *Magdolna-kórház* volt, melynek céljára, Bárczy polgármester javaslatára a főváros egy 63.000 négyszögméteres területet ajándékozott ugyancsak a külső Üllői-úton. *Jendrassik* államtitkár elkészítette, vázlataim alapján, az építési terveket. Teleszky pénzügyminister pedig engedélyezte az építésnek 3·5 millió aranykoronányi költségét. E kórház egyúttal *nevelőintézet* is lett volna az életben elhelyezkedni nem tudott nők megmentése és a társadalomba való visszavezetése céljából; ők intelligentiájukhoz képest háztartási, kertészeti, varrónői stb. pályákra képeztettek volna ki. E kórház keretében egy *syphiliskutató-intézet* felállítása és egy *20 szobás orvosi internátus* is terveztetett. Sajnos, mint annyi sok mást, a csakhamar bekövetkezett összeomlás e három intézetet is elnyelte!

Ezzel szemben hangsúlyoznunk kell, hogy a háborúban a nők elhódítottak oly munkaköröket, melyeket

addig férfiak töltöttek be. A társadalom szempontjából kárhozatosnak tartom ezt. Tömérdek család exsistentiájának alapját képezik az ilyen kisebb alkalmaztatások. Ha egy férfi szerez magának állandó keresetet nyujtó foglalkozást, azzal rendszerint családot alapít. A kereső nő viszont a legritkábban szánja rá magát, hogy nem kereső férfit vegyen maga mellé élettársul. Az ilyen matriarchatus a mai korban alig is lenne elképzelhető. A legjobb esetben hozzáadja keresetét a férjééhez vagy szüleit és kis testvéreit tartja el belőle, rendszerint



A Magdolna-kórház helyszíni rajza. 1. Főépület: Igazgatóság; 2. Ambulatorium, syphiliskutató intézet, társadalmi védőegyesületek, hatóságok; 3. Orvosi internátus. Munka- és nevelőtermek; 4. Nyolcszázágyas pavillon; 5. Személyzeti lakóépület; 6. Mosókonyha; 7. Fertőtlenítő és kazánház; 8. Konyha; 9. Raktár; 10. Prosectura; 11. Növényházak; 12. Állattenyésztés; 13. Konyhakert; 14. Gyümölcskertészet; 15. Virágkertészet.

azonban a saját személyes szükségleteire költi azt el. A családalapítás lehetősége tehát a nők alkalmazásának arányában fogy.

A *lakáskérdés* szintén a legfontosabbak közé tartozik. Mikor *Christofer Addison dr.* a háború után Angliában egészségügyi minister lett, egymillió családiháznak építését kezdte meg, pedig Angliában, mint Francia- és Németországban is a nagy ipari vállalatok egész kertvárosokat építenek alkalmazottaik számára, melyek közül a leghíresebbek egyike a Sunlight Soapnak tengerparti



A tervezett Magdolna-kórház főépületének homlokrajza.

telepe. Másutt legalább külön a sokgyermekes családoknak építenek megfelelő gyermekvédelmi berendezésekkel ellátott házakat. Persze az ilyen bérkaszárnyák nem pótolják a kerti otthonokat. Igaza van *Lazarus*nak,[16] hogy a legjobb bérkaszárnya is csak olyan Pandora-szelencéje, amelyből nyomor, szükség, betegség és bűn árad ki. Külföldön ezen úgy segítenek, hogy *Schreber dr.* indítványára kicsiny, 40—60 négyzetöles telekparcellákat adnak pár fillérért bárkinek bérbe, úgy, hogy az bármeddig megtarthassa a bérletet. A bérlők az ilyen kertecskékbe kis faházakat építenek maguknak. Zürichben bámultam, hogy mennyi nemes gyümölcsöt, konyhakerti terméket kihoz egy-egy szorgalmas ember az ilyen törpe parcellából, és milyen szeretettel és a földhöz való ragaszkodással gondozza az ő kis kertjét. A fővárosunk birtoka mintegy 10.000 hektár; ha ennek 20%-át ilyen kertek létesítésére fordítanák, több bevétele lenne, mint a mai bérletekből és az összes munkásokat el lehetne látni szerény, de egyéni otthonnal. Az ilyen létesítmények csekély költségét a külföldön nagymértékben kifejlesztett altruista amortizációs kölcsönnel, vagy Németországban az Elternschaftsversicherung intézménnyel fedezik, amely még sok mindenféle jótéteményt nyujt a népnek; a Rheinprovinzben pl. a 6 gyermekes anyákat évenkint 4 hétre gyógyfürdőbe küldi pihentetés céljából. Az olasz városok, különösen Bologna is bámulatos erőfeszítést tesznek a nép érdekében. Az olyan család, melynek 6 éven belül 4 gyermeke születik, 5000 líra ajándékot kap. A 4 gyermekes családoknál a gyermekek nevelési költségét, a 6 gyermekeseknél még a gyógykezelés költségét és a házbérnek egy erős részét is a város fizeti.

Természetes, hogy e kérdések erősen érintik a *Társadalombiztosító Intézményt.* A legnagyobb elismeréssel vagyunk a népjóléti ministeriumnak céltudatos és széles látókörű tevékenységéért. Mutatja ennek az intézménynek a fejlődését, hogy a legutolsó rendelkezésre álló statistikai adatok, 1927-ről, még csupán 1860 orvosról és 1600 tisztviselőről tesznek említést, ma, két év mulva, viszont tudomásom szerint már 2700 orvos és több mint 2000 tisztviselő van alkalmazásban. Ha azonban összehasonlítjuk ezt az intézményt az 1927. évi adatok nyomán a közlekedési vállalatok biztosító pénztárával, úgy azt látjuk, hogy itt 1687 orvosra csak 113 tisztviselő, vagyis 7% jutott, ellentétben a Társadalombiztosítónál szereplő 86%-kal. Ehhez képest a Társadalombiztosító csak 12·7, a közlekedési vállalatok 14·1%-ot fizettek az orvosok díjazására, az administrativ költségekre viszont a Társadalombiztosító 9·4, a közlekedési vállalatok csak 3·3%-ot költöttek. Ebből nem az következik, hogy a Társadalombiztosítónak derék tisztviselői nem teljesítenék kötelességüket, hanem nyilvánvalóan komplikált a rendszer és az energiának túlnagy részét fordítja a nyomozó kutatásokra és az ú. n. váromány cédulák manipulálására.

Már *Erkelenz* kijelentette[17], hogy a népnek jóléte nem a kényszerbiztosítástól, hanem a kereseti, élet- és lakásviszonyok jóságától függ. A társadalombiztosításnak ennek következtében a különböző kultúrállamokban nagyon eltérő formái vannak. Mi a német rendszert fogadtuk el, mely pedig a marxismusnak melegágya. Az angol, francia, de főleg az amerikai intézmények inkább megközelítik az életbiztosítás formáját. Jellemzi őket a tagoltság foglalkozási ágak szerint, az egészségi állapot ellenőrzése, az egészségpraemium, szabad orvosválasztás stb. Fokozzák tagjaiknál a testületi szellemet, úgy, mint hajdan a céhek tették. (Stappert, Grieser, Walder.) A mi intézményünk nem nevel, hanem corrumpál, mert a nem létező idealismuson alapszik a meglévő és jogos egoismus helyett, ellenben az olyan intézmények, melyek a biztosítottnak bizonyos idő multán tőkét vagy vagyontárgyat, időközben pedig a betegség esetén pénzsegélyt juttatnak, takarékosságra, egyszerűségre, otthonszeretetre és a családalapításra nevelik az embereket. Ebben a tekintetben nagyon tanulságos az, amit *Liek*[18] vagy *Hartz* hosszú tapasztalás alapján ír. Bizonyos az, hogy nálunk az

[16] Klin. Wschr., 1922, 1001. o.

[17] *Walder:* D. Med. Wschr., 1929, 496. o. (cit.)

[18] Der Arzt und seine Sendung. *Lehmann*, München.

orvosok csaknem kétharmad része ki van zárva a munkaalkalomból, a munkás pedig nem bír a szabad orvosválasztás jogával és állandóan az az érzése van, hogy a befizetett jelentékeny járulékok után nem kap megfelelő ellenértéket, hacsak valami módon táppénzt nem csikar ki magának. *Hartz* könyvében[19] a német viszonyok tekintetbevételével számításokat eszközöl, melyeket bárki ellenőrizhet. Az egyik példában egy 30 éves vagyontalan alkalmazottat vesz fel, aki 30 márka havi fizetéssel kezdte a pályáját és aki egy 24 éves elárusítónőt vesz el feleségül. A házasságból 3 gyermek születik; még ha három súlyos és hosszantartó betegség éri is a családot, továbbá egy évi teljes munkanélküliséget is számításba véve, a családfő 60 éves korában mégis 30.000 márka tőke felett rendelkezhet. Ez a remény takarékosságra, az egyéni boldogulás keresésére neveli az embereket. Kívánatos volna, ha ezzel a biztosítási formával nálunk is kísérlet történnék.

Időm nem engedi azonban, hogy e problemákkal tovább foglalkozzam. Áttérek most beszédem harmadik részére, és az orvosi működésnek szakmámból vett példájaként a syphilis általános therapiájának néhány kérdéséről fogok beszélni. (Folytatjuk.)

A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikájának közleménye (igazgató: Neuber Ede dr. egyet. ny. r. tanár).

Adatok az emberi eredetű mikrosporia pathologiájához és therapiájához.

Írta: *Neuber Ede dr.*

Emberi és állati eredetű mikrosporonokat ismerünk. Közismert, hogy minden geographiai fekvésnek megvannak a saját állati eredetű mikrosporonjai, így Magyarországnak is, ezekkel azonban e helyen nem foglalkozunk, hanem kizárólag az emberi eredetű mikrosporiával (mikrosporon *Audouini*), amely úgyszólván csak a hajas fejbőrön okoz elváltozásokat a pubertas beálltáig, ezután azonban spontan gyógyul. A háború előtt ezt a megbetegedést Magyarországon nem ismerték, legfeljebb néhány importált eset került észlelés alá; *Sabouraud* szerint a *Rajna* vonta meg azt a határt, amelytől nyugatra e betegség endemiás volt. A világháború okozta nagy népvándorlás ezt az állapotot is megbolygatta s ma az emberi eredetű mikrosporia úgyszólván egész Európában endemiás.

Közismert, hogy a mikrosporon *Audoini*vel a fertőzés a bőrnek csak bizonyos biologiai reactiója mellett sikerül, régebbi vizsgálataim alapján meggyőződhettem arról, hogy herélt tengerimalacokon a mikrosporon *Audoini*vel való fertőzés egyik-másik esetben — mindenesetre ritkán — positiv eredményt adhat, ezzel szemben ép, ivarérett kantengerimalac a fertőzéssel szemben mindig refractaeren viselkedik. Kétségtelen, hogy az ember hajasfejbőrén is biologiai viszonyok adják meg a fertőzés lehetőségét, ami már abból is kitűnik, hogy a pubertás idejében, tehát a sexualis, esetleg egyéb mirigyműködések beálltakor, a betegség spontan gyógyul; különösen jól figyelhető meg ez a jelenség leánygyermekeken, akiken a kezeletlen emberi eredetű mikrosporia többnyire az első menstruatio megjelenése után rövidesen, néhány hét vagy hónap alatt spontan gyógyul. A fentiekből tehát kétségkívül megállapítható a sexualis mirigyek fontos szerepe a fertőzés lehetőségeiben, azonban valószínű, hogy egyéb, eddig nem ismert tényezők, talán a bőr külső-, esetleg belsősecretiós mirigyei is érdekelve vannak ebben a kérdésben; ez a feltevés mindenesetre még bizonyításra szorul.

Régebben — a mikrosporon *Audouini* felfedezése és elismerése után, azonban a röntgenepilatiós aera előtt — az emberi eredetű mikrosporiát a gyermekkorban gyógyíthatatlan megbetegedésnek tartották, mert az akkor dívó therapiás eljárások (kátránysapka, szőrcsipesszel való epilálás stb.) teljesen hatástalanoknak bizonyultak, azonban már akkor annak a reménynek adtak kifejezést, hogy a gyermekkor határán túl, szóval a nemi érettség, a pubertas beálltakor, spontan gyógyul. Az utolsó mondatban mindenesetre megállapítást nyer az a tény, hogy a hajas fejbőr mikrosporiáját okozó mikrosporon *Audouini* csak az emberi élet bizonyos éveiben képes a hajas fejbőrön megtapadni, burjánozni és kóros jelenségeket kiváltani, tehát fakultativ kórokozó. Ez az empiriás megállapítás teljesen megfelel a mai biologiai feltevésünknek és meggondolásunknak.

Már fentebb említettem, hogy valószínűleg nemcsak az ivarmirigyek hormonjai viselkednek gátlólag a mikrosporon *Audouini*nak megtapadására és fejlődésére, hanem valószínűleg a bőrben foglalt egyéb mirigyek működése is, ezt régebben végzett és ismertetett kísérleteimből következtetem, így pl. a mikrosporon *Audouini*vel csak igen nehezen fertőzhető a felnőtt hajas fejbőre, ezzel szemben kétségkívül könnyebben sikerül a felnőtt haj- és szőrzetmentes bőrét fertőzni s ott a mikrosporiára jellegzetes plaqueokat kiváltani, így tehát igen valószínű, hogy a pubertas beálltakor az ivarmirigyek actióbalépésén kívül a hajas fejbőrön egyéb biologiai tényezők is — talán a faggyúmirigyek fokozottabb kiválasztása — játszhatnak szerepet.

Az alábbiakban ennek a felfogásnak megvilágítására egy érdekes esetet mutatok be, amely mindenképen igazolja az eddig végzett állatkísérletekből leszűrt feltevéseket.

Kórelőzmény. Szülei késői házasságából származott. Az apa súlyos syphilisben szenvedett; elégtelen kezelésben részesült. Rajta syphilises jelenségek állítólag sohasem mutatkoztak. A biologiai reactiók syphilisre mindenkor negativ eredményt adtak. Hét testvére közül három néhány hetes korában „*hólyagos*" betegségben halt meg, bővebb adatokkal a szülők nem tudnak szolgálni. Betegünk, aki testvérei közül a legfiatalabb, születésekor 1·80 kg-ot nyomott. Felneveltetése szülei jómódúságának és nagy gondosságának köszönhető. Fejlődésében hasonkorú társaival szemben visszamaradt. Szülei bemondása szerint 2 éves korában sulyos rachitisben betegedett meg, ennek jelei még ma is feltűnően mutatkoznak, később súlyos chlorosis jelentkezett nála, melyben a leggondosabb ápolás és gyógykezelés ellenére még ma is szenved. Eddig fiatalemberek nem érdekelték, teljesen frigid, tánciskolába nem akart járni, hatalmas vallási érzése minden egyéb ily világi gondolatot elnyomott.

Jelen állapot: középtermetű, igen sovány, halvány, 21 éves leány. Kifejezett chlorosis. A rachitis tünetei már első pillanatra szembeötlők: jellegzetes négyszögletű fej, a térd- és a lábizületek hatalmasan duzzadtak, a bordák több helyen elferdültek. Az elváltozások azonban elsősorban a koponyán kifejezettek; helyenként a kutacsok még nyitottak, vagy rostos szövet helyettesíti a csontlemezt, a koponyavarratok nem forradtak össze, egyes helyeken pedig az osteoidszövet késői, egyenetlen elmeszesedése következtében a koponyacsontok vastag lemezek alakjában észlelhetők hepe-hupás felülettel. A

[19] Irrwege der deutschen Socialpolitik, *Scherl*, Berlin, 1928.

fogak rendetlenül nőttek, rajtuk többnyire harántbarázdák láthatók, a metszőfogak korongalakúak.

A nemiszervek infantilisak, a kis- és nagyajk csökevényesen fejlődöttek, a fanszőrök teljesen hiányoznak, a beteg még nem menstruált. Az egész test bőre, de különösen a nemiszervek igen erősen viszketnek. Kifejezett ellenszenve a férfinemmel szemben az alább ismertetendő kezelésig fennáll. Neurastheniás tünetek (ingerlékenység, fáradékonyság, astheniás jelenségek) gyakoriak. Az állandóan fennálló kínzó viszketés, továbbá a szakonként fellépő urticariás jelenségek ezt az állapotot még csak súlyosbítják. A hajas fejbőrön jellegzetes mikrosporiás plaqueok, melyek nagyobbára összefolytak s alig hagytak ép részt a hajas fejbőrön. A górcsövi lelet, a tenyészet positiv (mikrosporon Audiouni). A beteg és a szülők bemondása szerint a mikrosporiás folyamat legalább már 8 év óta áll fenn.

A betegnél tehát a nemiszervek és a másodlagos nemi jellegek kifejlődése már igen fiatal korban megakadt, így elsősorban a nemiszervek hypoplasiája, teljes frigiditás, amenorrhoea stb.... Kétséget nem szenved, hogy egy vagy több belsősecretiós mirigy működésének kieséséről lehet szó, amelyek az anamnesisben kiemelt alkati betegségek — szülők vérbaja, rachitis, chlorosis — következtében átmenetileg vagy állandóan károsodtak. A beteg mikrosporiás megbetegedését bel- és külföldön szakmánk nagyjai kezelték, azonban teljesen eredménytelenül. Röntgen-epilatio a részben nyitott, vagy rostos lemezek által zárt kutacsok és varratok miatt ellenjavalt, ilyen kezelést sehol sem végeztek nála, ezt én sem mertem megkísérelni, félvén az agyhártyának, vagy magának az agynak megsértésétől. A Röntgenepilatión kívül a szokásos eljárásokat alkalmaztam nála, teljesen eredménytelenül, velük a hajtüszőkbe hatolt spórákat elölni nem tudtam s így az eredmény csak átmeneti volt, mert a virulentiájukat megtartott mikrosporonok a tüszőkből egy-két hét alatt kiburjánoztak, a hajas fejbőrt a régi plaqueok helyén ellepték s rövidesen jellegzetes plaqueok keletkeztek. Meggyőződtem tehát arról, hogy ilyen módon célt nem érek, tehát egészen új irányban kellett a megoldást keresnem.

A petefészek működésének a kiesését, de legalább is hypofunctióját több tünet jelezte: amenorrhoea, akne vulgaris, ekzemára való készség, a táplálkozástól teljesen függetlenül fellépő symmetriás erythemás foltok, urticariás jelenségek, dermographismus, kínzó viszketés az egész köztakarón, de különösen a nemiszerveken, az utóbbiak kifejezett infantilismusa.

Minden okom megvolt tehát, hogy az egész figyelmemet a belsősecretiós mirigyek, de különösen a petefészek működésére concentráljam, annál is inkább, mert állatkísérleteimből (herélt tengerimalac), továbbá emberen a mikrosporiának a pubertás idejében történt spontan gyógyulásából meggyőződhettem arról, hogy a herének és a petefészeknek a működése a mikrosporon *Audouini* életfeltételeit mily nagy mértékben befolyásolja. A betegnek ovariumkészítményeket adtam, hogy a nem vagy csökevényesen működő ovariumot támogassam. Bevallom, hogy az ovariumkészítmény-therapiától nem sok eredményt vártam, az eddigi eredmények annyira bizonytalanok, illetve szeszélyesek, hogy a primaer amenorrhoeák esetében a prognosis nem biztató.

Ilyen meggondolás alapján 0·30 g Richter-féle *ovariumtablettát* (napi 2 tabl.) kapott a beteg, azonban a hajas fejbőrön a mikrosporás jelenségek alig javultak, azonban annál inkább az általános tünetek, így elsősorban a kínzó viszketés, az erythemák lényegesen enyhültek, úgyszintén az akne vulgaris is javult. Ez a részleges siker arra indított, hogy a Richter-féle *glanduovin* (egy ampulla 1 g friss mirigy hatóanyagát tartalmazza) készítményből intravenásan háromszor hetenként, 8 hétig, 1—3 cm^3-t adjak, összesen 26 injectiót (1927. I. 24.—1927. IV. 22.). Később az adagokat még emeltem s az eredményeim tetemesen javultak. Ez a készítmény roboráló anyagokkal (vas, arsen stb.) kombinálva is kerül forgalomba, az utóbbiakat azonban kísérleteimhez készakarva kerültem, hogy a roboráló componensek ne zavarják a mirigykivonat hatását. A beteg a *glanduovin* intravenás adagolását elég jól tűrte, eltekintve csekélyfokú szédüléstől és hányingertől, egyéb mellékhatást nem észleltünk. A tolerantiáját tetemesen fokozhattam azáltal, hogy az 1—3 cm^3 mirigykivonatot 50—100 cm^3 vízben felhigítottam s irrigatiós készülékkel adtam intravenásan.

Már a negyedik héten meglepő volt a hatás, az ovariumkiesés tünetei teljesen megszűntek, a beteg apathiájából felébredt, a menstruatio először jelentkezett, a mikrosporia tünetei a hajas fejbőrön külső kezelés nélkül is tetemesen javultak s a nyolcadik hét végén teljes gyógyulás mutatkozott.

Az organotherapiás kezelést április végén beszüntettem, a beteget hazabocsátottam, azzal a figyelmeztetéssel, hogy néhány hónap mulva újból jelentkezzék, ami meg is történt június közepén. Megjegyzendő, hogy az egész idő alatt a beteg helyi kezelésben nem részesült. Jelentkezésekor (1927. VI. 15.) előadta, hogy a menstruatiója április hónapban még egyszer jelentkezett, amikor még igen jól érezte magát, mert sem az általános, sem a gombás tünetek e hóban még nem jelentkeztek, azonban májusban a menstruatio elmaradt s ovariumkiesési tünetek — főleg az erythemás, urticariás és viszkető jelenségek — újból jelentkeztek, a hajas fejbőrön pedig néhány, 2—3 cm átmérőjű, jellegzetes mikrosporiás plaque mutatkozott. A beteg újabb 8 hetet nem tölthetvén *Debrecenben*, a fent ismertetett kezelést háziorvosával végeztettem, azonban nem *glanduovin*-készítménynyel, hanem a Richter-féle *hormogland T. O. H.*-val, amely az ovariumon kívül *thyreoideát* és *hypophysist* is tartalmaz. Erre a lépésre azért határoztam el magamat, mert a primaer amenorrhoea és a nemiszervek infantilismusa nemcsak ovariumkiesés, de többnyire pluriglandularis correlatiós zavar következtében keletkezik, ennélfogva kombinált hormonkezelést találtam célszerűnek. Ezúttal is minden külső kezelést mellőztem. A beteg 1927 szeptember 15-én újból jelentkezett, bemondása szerint a *glanduovin*-therapiára már a negyedik héten az összes kóros jelenségek tetemesen javultak, csakhamar teljesen eltűntek.

A beteg 1927 szeptember óta kb. negyedévenként felkeres, kezelést már nem kap, állandóan tünetmentes, a hajas fejbőrön a mikrosporiás plaqueoknak nyoma sem található (1929. VI. 8.).

Ezt az esetet érdemesnek találtam közlésre, mert a mikrosporiának hormonokkal való gyógyítása az irodalomban ismeretlen, ilyen irányú therapiás kísérleteket ezidáig nem végeztek, tehát elvi jelentőségűek. Esetünk azonkívül mélyebb bepillantást enged bonyolultabb biologiai viszonyokba, melyeket eddig nagyobbára csak állatkísérletek kapcsán ismertünk. A régebbi szerzők felfogása — hogy a mikrosporia igen makacs megbetegedés, azonban a pubertas után spontan gyógyul — ma is változatlanul fennáll, az a megfigyelésük is helyesnek bizonyult, hogy a szervezetnek a pubertással járó biologiai átalakulása, áthangolása a mikrosporon Audouini számára a hajas fejbőrt mint táptalajt megváltoztatja, megtapadásra és fejlődésre alkalmatlanná teszi.

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

A carbonylsulfid hatása ivó- és fürdőkúrában.*

Írták: *Herzum Alfonz dr.* és *Nagy Endre dr.*

I. közlemény: Ivókúra.

Mikor *Than Károly* 1868 július 13-án az Akadémia ülésén a Harkányi kénes hévíz vegyi elemzéséről beszámol, többek között a következőket mondja: „Különös érdekkel bírt rám nézve ezen forrás elemzése, mivel benne egy új, eddigelé éppen nem ismert kéntartalmú légnem, a szénélegkéneg foglaltatik, mely körülmény legalább közvetve alkalmat szolgáltatott arra, hogy a nevezett szénélegkéneg-gázt felfedezzen." *Than Károly* ezzel a felfedezésével nemcsak egy vegyülettel bővítette a chemia tárházát, hanem a kénes ásványvizek egy gyakran előforduló és fontos alkatrészére hívta fel a figyelmet. Azóta több mint félszázad múlt el és az ásványvizek modern analysisében a szénélegkéneg vagy carbonylsulfid is megkapja méltó, megérdemelt helyét. Bár a harkányi és egyéb carbonylsulfidot tartalmazó ásványvizek régóta kiváló hatásúnak bizonyultak különösen rheumás és izületi megbetegedések gyógykezelésénél, annak tudományos értékelésével az orvosi irodalom még ezideig nem foglalkozott. Ezen munkánkban a carbonylsulfid hatását tettük vizsgálat tárgyává ivó- és fürdőkúrákban.

Csonka-Magyarország ásványvizei közül nagyobb mennyiségű carbonylsulfidot a harkányi (0·02 g-%), a Szent Lukács régi forrása (0·001 g-%), a margitszigeti (0·005 g-%), a Császárfürdő (0·001 g-%) ásványvizei tartalmaznak. Tekintettel arra, hogy a Harkányi kénes ásványvíz tartalmazza a legnagyobb mennyiségű carbonylsulfidot, vizsgálatainkat a harkányi ásványvízzel kezdtük meg. Vizsgálatainkat a Lukács-fürdő vizével is szerettük volna végezni, de a Lukács-forrás kénes vize nem tartalmaz COS-t, csak H_2S-t és a régi forrás vize pedig, mely COS-t tartalmaz, jelenleg szennyezett és kísérletezés céljaira nem volt alkalmas.

A Harkányi ásványvíz enyhén kénhydrogen szagú, kissé savanykás ízű víz, melynek vegyi összetételét a következő analyzistáblázat mutatja.

Natriumhydrocarbonat	0·5073 g
Calciumhydrocarbonat	0·2298 „
Strontiumhydrocarbonat	0·0114 „
Manganhydrocarbonat	0·0061 „
Magnesiumjodid	0·0013 „
Magnesiumbromid	0·0011 „
Magnesiumchlorid	0·0496 „
Lithiumchlorid	0·0018 „
Kaliumchlorid	0·0429 „
Natriumchlorid	0·0835 „
Natriummetaborat	0·0099 „
Metakovasav	0·0572 „
Organikus anyagok	0·0145 „
Összesen:	1·0164 g

Szabad szénsav: 12·6 cc.
Vízben oldott szénoxydsulfid (COS): 0·0202 g.
A víz fagyáspontcsökkenése: 0·047 C°.
A vízben oldott anyagok osmosis nyomása: 0·56 atm.
Hydrogenionconcentratio: 6·85.

A víz fajsúlya: 1·000771 (20 C°-nál).
A víz hőmérséklete: 62 C°.

Először is vizsgálat tárgyává tettük, milyen hatással van a Harkányi ásványvíz a gyomor secretiós működésére, azonkívül van-e a szervezetben valami általános hatása. Vizsgálatainkat úgy végeztük, hogy lehetőleg gyomor- vagy bélbetegségben szenvedő betegnél meghatároztuk a prbóbareggeli értékeit, a fehérvérsejtszámot, qualitativ vérképet. Majd könnyű vegyes diaeta mellett napi három pohár harkányi vizet rendeltünk. Nyolcnapos ivókúra után megismételtük az előbb említett vizsgálatokat. Összehasonlító értékül az Ewald-féle próbareggeli szolgált. Természetesen figyelemmel voltunk a betegek subjectiv panaszainak, étvágy-, fájdalomváltozásaira, azonkívül a székletét számának és a székelés körülményeinek alakulására. A legtöbb betegnél Röntgen-vizsgálatot is végeztünk. A vizsgálatokat 14 esetben végeztük el és azok eredményét az 1. táblázatban foglaltuk össze.

1. táblázat.

		Próba-reggeli	Fehér vérsejt	Qualitativ vérkép						
				Segm. %	Stab. %	Jug. %	Lymph. %	Eosin %	Bas. %	Mono. %
1.	Ivókúra előtt	36—56	7200	55	9	—	34	1	—	2
	„ után	22—46	7100	57	6	—	33	1	—	3
2.	Ivókúra előtt	37—70	4500	36	6	—	44	—	—	14
	„ után	33—35	4700	38	4	1	42	1	—	13
3	Ivókúra előtt	5—30	4800	43	8	—	48	1	—	—
	„ után	4—25	4600	41	7	—	49	1	—	2
4.	Ivókúra előtt	0—8	5100	60	4	—	32	3	—	—
	„ után	0—10	5100	59	5	—	30	4	—	2
5.	Ivókúra előtt	25—45	5600	65	4	—	28	1	—	2
	„ után	30—50	5500	61	4	—	30	2	—	2
6.	Ivókúra előtt	0—8	6600	55	4	2	34	—	—	4
	„ után	0—8	6300	56	4	—	35	1	—	5
7.	Ivókúra előtt	22—57	8200	65	6	—	20	1	—	8
	„ után	20—42	7900	64	6	—	22	1	—	7
8.	Ivókúra előtt	25—60	5600	58	6	—	33	1	—	2
	„ után	16—38	5600	57	5	—	34	1	—	3
9.	Ivókúra előtt	28—54	6000	58	7	1	29	3	1	1
	„ után	22—40	6000	60	7	—	28	2	—	3
10.	Ivókúra előtt	38—66	7200	72	1	—	23	1	—	3
	„ után	24—46	7300	70	2	—	25	1	—	2
11.	Ivókúra előtt	35—70	7200	62	4	1	23	2	—	8
	„ után	24—50	7000	63	3	—	24	1	—	9
12.	Ivókúra előtt	45—70	6600	65	3	—	28	2	—	2
	„ után	32—52	6400	61	4	—	30	1	—	4
13.	Ivókúra előtt	19—42	6200	60	5	—	27	1	—	7
	„ után	14—30	6000	63	4	—	29	—	—	4
14.	Ivókúra előtt	26—42	6700	58	3	—	26	1	—	12
	„ után	18—32	6800	60	5	1	23	—	—	11

Amint a mellékelt táblázatból látható, 6 hyperacid, 4 normacid és 4 an-, illetve hypacid betegnél végeztük el a vizsgálatokat. Az 5. számú beteg kivételével úgy a hyper-, mint a hypacid és a normacid betegeknél tehát a savsecretio csökkenését constatálhattuk, ami főleg hyperacidoknál érvényesült. A 2., 7., 10. számú betegek első próbareggelije tekintélyes mennyiségű nyákot tartalmazott, ami az ivókúra után a 7. és 10.-nél lényegesen csökkent, a 2.-nál pedig teljesen eltűnt. A betegek közül hat panaszkodott kifejezett gyomortáji fájdalmakról, akik közül 3 teljesen fájdalommentes lett, kettőnek enyhültek fájdalmai, egynek fájdalma nem szűnt meg (5. sz. eset). Meg kell jegyeznünk, hogy ezen betegnél Röntgennel diagnostizált ulcus duodenit állapítottunk meg és ivókúra után savértékei sem változtak. A 2., 7., 12-es be-

* Az 1929. évi balneologiai congressuson pályadíjat nyert mű.

tegek obstipatióról panaszkodtak. Ivókúra alatt a 2. és 7.-nek széke rendeződött, minden nap volt, a 12-es pedig kisebb hasmenést kapott, minden fájdalom vagy kellemetlen érzés nélkül.

A fehérvérsejtek száma kisebb ingadozást mutatott, ami azonban nem volt egyirányú és a 10%-ot nem haladta egy esetben sem túl. Hasonlóan a qualitativ vérképben sem volt oly eltérés, melyből következtetést vonhattunk volna le. Amint látjuk tehát, a Harkányi víz a savelválasztást csökkenti, a nyákproductiót kedvezően befolyásolja és kétségkívül a bélfalra gyakorolt hatásánál fogva a bélperistaltikát fokozza.

Tekintettel azonban arra, hogy a Harkányi víz carbonylsulfid tartalma a hosszú szállítás alatt legnagyobbrészt kénhydrogénné alakult és erősen megcsökkent, és COS-en kívül más anyagokat, főleg tekintélyes mennyiségű natrium- és calciumhydrocarbonatot is tartalmaz, ezen ivókúrák eredményét nem vindikálhatjuk tisztán a carbonylsulfid javára, különösen akkor, amikor a natriumhydrocarbonat sav- és nyákcsökkentő hatása közismert.

Hogy a kérdés lényegéhez közelebb juthassunk, elhatároztuk, hogy további vizsgálatainkat csak COS-t tartalmazó vízzel folytatjuk. Mint *Than Károly* felfedezése óta tudjuk, a COS színtelen, szagtalan gáz, mely sűrű, egyik edényből a másikba önthető és amely töményen a légzőszervekre és a légzőcentrumra kifejtett hatásánál fogva méreg. Oldatban csak 12·5 atm. nyomás és 0° mellett condenzálható. Vízben, de főleg alkoholban jól oldódik, vizes oldatának enyhe szúrós, kénhydrogenra emlékeztető szaga van. A Chinoin vegyészeti gyár felkérésünkre szívességből olyan vizes COS-oldatot készített, mely minden 100 cm^3-ben 0·16 g COS-t tartalmaz, mely alkalmas volt arra, hogy kellő higítással vizsgálatokhoz szükséges COS-vizet szolgáltasson és vizsgálatainkat ezzel a COS mesterséges vízzel folytassuk.

Első kérdés az volt, milyen hatással van a COS-os víz a gyomor-, illetve bélrendszerre. Hogy összehasonlítást tehessünk, a betegeknek ugyanúgy, mint azt a Harkányi vízzel tettük, 8 napos ivókúrát rendeltünk olyan formában, hogy annak COS-tartalma a Harkányi vizével egyenlő legyen (0·02%). A betegek napi 3 pohár COS-os vizet ittak, amit minden ivás előtt frissen készítettünk, úgy, hogy a gyári oldat 3 cm^3-ét (60 csepp) adtuk egy pohár (2·5 deci) vízvezetéki vízhez. Hogy a víznek ilyen módon való elkészítése megfelelően történjék, vizsgálatainkat csak fekvőbetegeknél végeztük. A víznek megivása különösebb kellemetlenséget nem okozott, csupán egy esetben váltott ki hányingert. A vizsgálatokat ugyanolyan formában végeztük, mint azt a Harkányi-víznél tettük, azzal a különbséggel, hogy a qualitativ vérképet csak 9 esetben határoztuk meg és több esetben, fekvőbetegekről lévén szó, controlláltuk a vérnyomást. A vizsgálatot 28 esetben végeztük el s azokat a második táblázatban foglaltuk össze.

A vizsgálatokat 12 hyperacid, 8 normacid és 8 hyp-, illetve anacid betegnél végeztük el. Megállapítható, hogy az anacid és 2 normacid beteget kivéve, a savsecretio minden esetben csökkent, ami a hyperacid betegeknél a legkifejezettebb. A 3, 6, 11, 17, 18, 26-os betegek első próbareggelije nyákot tartalmazott, mely nyáktartalom csak a 17-es betegnél csökkent észrevehetően, míg a többi 5 betegnél változatlan maradt. A betegek közül 7-en panaszkodtak gyomortáji fájdalmakról, de sem a fájdalmak enyhülését, sem az étvágy javulását nem constatálhattuk. A 7, 15, 24-es beteg széke az ivókúra alatt rendeződött, mindenap volt, az 5-ös az ivókúra negyedik napján enyhe hasmenést kapott, ami azonban fájdalommal nem járt. A 16 és 21-es beteg az ivókúra alatt is változatlanul obstipált. Kilenc esetben végeztük el a fehérvérsejtszámolást és a qualitativ vérkép meghatározását, ami egy esetben sem mutatott számbavehető eltolódást, ugyancsak nem találtunk említésre méltó változást a vérnyomás viselkedésében sem.

2. táblázat.

Sorszám	Próbareggeli ivókúra előtt	Próbareggeli ivókúra után
1	0—7	0—8
2	0—10	0—7
3	44—59	30—45
4	0—10	0—4
5	28—45	0—16
6	10—30	5—26
7	40—70	30—60
8	30—50	10—30
9	20—42	15—32
10	32—58	25—40
11	18—34	18—30
12	48—70	38—54
13	20—42	16—30
14	0—12	0—10
15	37—56	28—42
16	36—48	26—40
17	54—76	32—54
18	44—62	20—38
19	18—37	10—21
20	21—44	20—40
21	58—80	30—48
22	34—55	16—34
23	8—17	6—16
24	10—19	5—12
25	24—50	18—36
26	0—8	0—6
27	17—30	12—25
28	38—73	22—48

Ezek után azt tettük vizsgálat tárgyává, hogy a mesterséges víz közvetlen megivás után milyen savelválasztást indít meg. Olyan betegeknél, akiknél valamely okból próbareggeli történt, másnap éhgyomorra 250 cm^3 mesterséges vizet adtunk (0·02%), amit félóra mulva próbareggeli módjára kiemeltünk és megtitráltunk. A vizsgálatot 23 esetben végeztük el és összehasonlításul az alábbi táblázat szolgáljon.

3. táblázat.

Sorszám	Normal próbareggeli	COS-os próbareggeli
1	48—75	21—30
2	35—60	30—56
3	0—8	0—7
4	47—62	14—22
5	10—30	6—14
6	40—60	14—28
7	36—64	5—20
8	48—74	26—40
9	35—65	12—24
10	40—60	0—4
11	20—40	5—14
12	0—18	0—5
13	60—74	4—10
14	8—23	0—6
15	20—38	2—8
16	4—10	0—5
17	51—68	18—30
18	12—28	4—14
19	12—32	2—10
20	23—36	8—17
21	25—42	10—24
22	20—57	8—18
23	44—73	18—30

A COS-os mesterséges víz tehát a gyomorban savelválasztást indít meg, amely savelválasztás azonban a normalis próbareggeli értékeihez képest lényegesen kisebb és — amint azt pár esetben elvégeztük — tiszta vezetéki vízzel végzett próbareggeli értékeivel közel megegyező.

Ha áttekintjük ezek után azokat az eredményeket, amelyek egyrészt a Harkányi ásványvízzel, másrészt az ugyanannyi COS-t tartalmazó mesterséges vízzel értünk el, a következőket kell megállapítanunk. A gyomrsav elválasztása úgy Harkányi-, mint művíz után általában csökken. A COS — mint vizsgálataink mutatták — a gyomor sósavját chemiailag megkötni nem tudja. 10 cm³ 1/10 normal sósavat 1/10 normal natronlúggal megtitráltunk, majd ugyanolyan mennyiségű sósavat 50 cm³ 0·04%-os COS-os vízzel felhigítottunk és megtitráltunk, az elfogyott 1/10 normal lúg mennyisége az előbbivel pontosan megegyezett. Fel kell tételeznünk tehát, hogy ez a savcsökkenttő hatás oly módon jön létre, hogy a COS vagy a gyomormirigyek functióját csökkenti, vagy pedig hatására azok kevésbbé savanyú gyomornedvet választanak ki *(Boas)*.

Míg a Harkányi-víznél ivókúra után egyes esetekben a gyomorbennék nyáktartalmának erős csökkenését, valamint gyomortáji fájdalmak enyhülését és az étvágy javulását találtuk, addig a COS-os vízzel végzett ivókúránál ezen változásokat nem észlelhettük. Ezeket a jó eredményeket a Harkányi-vízben foglalt egyéb alkatrészek magyarázzák. A vízben foglalt hydrocarbonatoknak kell tulajdonítanunk a sav megkötésén kívül a nyákproductio csökkenését, amihez a vízben lévő Ca-ionok is, gyulladáscsökkentő hatásuknál fogva hozzájárulnak. Valószínűnek látszik ezekután, hogy a Harkányi-víz gyulladás- és nyákcsökkentő hatásán alapszanak azok a jó eredmények, amelyeket a gyomortáji fájdalmak enyhülésében láttunk. Az ásványvíz étvágyfokozó hatása pedig nyilvánvalóan a benne foglalt szabad szénsav következménye. Úgy a Harkányi mint a mesterséges vízzel végzett kúrák alatt néhány obstipatiós betegnél a széklet rendeződését konstatálhattuk, amit kétségtelenül a COS-nek kell tulajdonítanunk. Mint tudjuk, a kénhydrogén a bélfalak physiologiás ingere. *(Bókay.)* Valószínűnek látszik, hogy a COS-ból (ami hosszabb állás után kb. 8—10 óra alatt levegő hozzájárulásával H_2S-re és CO_2-re bomlik) a belekbe kerülve H_2S válik le, ami a bélfalára ingerképen hat és a peristaltikát ilyen módon fokozza. *(Tsurumaki.)*

Azok a jó eredmények, amelyeket egyes szerzők, különösen sulfatos vizekkel diabetesnél elértek *(Naunym, Noorden, Masse, Salecker)* arra indítottak, hogy a COS-os ivókúrák hatását diabetesnél is vizsgálat tárgyává tegyük. E szempontból figyelemreméltók *Bürgi* és *Gordonoff* állatkísérletei, akik szerint kénetetésre a máj glykogenben gazdagabb lett, valamint *Földes* észleletei, aki diabeteseknél kénadagolásra a tolerantia javulását, a kiürített cukor mennyiségének és a vércukor értékének csökkenését találta. Vizsgálataink menete a következő volt. Két diabeteses beteget (egy könnyű és egy középsúlyos) több napon keresztül megfelelő diaeta mellett úgy állítottunk be, hogy azok napokon keresztül kb. ugyanannyi mennyiségű cukrot vizeltek. Majd, miután mindkettőnél meghatároztuk a vércukrot, 4 napon keresztül 3×2 deci 0·02 g százalékos COS-t tartalmazó mesterséges vizet adtunk. Naponta controlláltuk a testsúlyt, a vizelet-mennyiséget és a kiürített cukor mennyiségét. Majd az ötödik napon ismét meghatároztuk a vércukrot. (Lásd 4. táblázat.).

Amint a fenti két kórtörténet-kivonatból látható, az ivókúra hatására a vércukor az első esetben változatlan maradt, a másodikban még valamit emelkedett is. A kiürített cukor mennyisége pedig inkább kis fokban emelkedett, semhogy csökkent volna. Ezekután meg kell állapítanunk, hogy a COS-ivókúra formájában nem hat kedvezően a diabetes mellitusra, sem a vércukor, sem pedig a kiürített cukor mennyisége nem csökken.

B. I. 53 év. *4. táblázat.*

Dátum	Testsúly kg	Diaeta	Vizelet-mennyiség cm³,	Fajsúly-vegyhatás	Reductio	Polár %	Összcukor gr	Vércukor %	Vérnyomás vízcent	Megjegyzés
jan. 22	46·5	Főzeléknap +180 CH + 40 állati fehérje	600	s 1018	Fehling + Nyland.	—	—	0·17	255/130	—
23	46·8	„	1200	s 1015	+	0·5	6	—	260/130	3×1 pohár COS víz
24	47·1	„	1300	s 1016	+	0·3	3·9	—	265/130	do.
25	46·8	„	1300	s 1016	+	0·3	3·9	—	265/130	do.
26	46·8	„	1200	s 1017	+	0·4	4·8	0·17	260/130	do.
27	46·7	„	1100	s 1015	+	0·4	4·4	—	260/130	—

D. M. 17 év.

Dátum	Testsúly kg	Diaeta	Vizelet-mennyiség cm³	Fajsúly vegyhatás	Reductio	Polár %	Összcukor gr	Vércukor %	Insulin mennyiség Egység	Megjegyzés
jan. 21	46·9	Woodyatt 60 kg	600	s 1027	+	4	24·0	0·18	2×20	—
22	46·8	„	800	s 1026	+	3·1	24·8	—	2×20	3×1 pohár COS víz
23	46·0	„	700	s 1025	+	3·3	23·1	—	2×20	do.
24	46·3	„	700	s 1031	+	4·6	32·2	—	2×20	do.
25	46·4	„	800	s 1026	+	3·1	24·8	—	2×20	do.
26	46·6	„	500	s 1025	+	4·2	21	0·22	2×20	—

A következőkben vizsgáltuk, hogy a COS-nek van-e epehólyagra hatása. Mint tudjuk, az epehólyagban lévő epe sötétebb sárgásbarna színű mint az ú. n. májepe, mely a máj finom epeútjaiból jut közvetlenül a duodenumba, mert az epehólyag nyálkahártyájának concentrálóképessége van (*Moynihan*). *Meltzer* majd később *Lyon* vizsgálatai szerint, ha a beteg duodenalis sondát nyel le és az a duodenumba jut, világossárga, lúgos májepe ürül, amit ők „A"-epének neveztek el. Amikor a sondán keresztül 75 cm³ 33%-os Mg SO_4-t fecskendeztek be, pár perc mulva sötétebb epe ürült, melyet hólyagepének tartottak és „B" epének neveztek el. Azóta több szerző különböző anyagok befecskendezésétől látott hasonló eredményt (pepton, dextrose, alkali sulfatos és kénhydrogénes ásványvizeknél). Hogy a sötétebb epe valóban a hólyagepe és milyen mechanismus szerint történik annak kiürülése, ma már eldöntöttnek látszik. Bár az utóbbi években terjedelmes viták folytak e kérdés körül, *Taylor, Wilson, Matsuo, Cukor* és *Adler* vizsgálatai szerint valószínűnek látszik, hogy az epehólyag activ összehúzódás következtében ürül ki.

Vizsgálatunk menete a következő volt. Válogatás nélkül, azonban lehetőleg olyan egyéneknél, akik nem szenvedtek epehólyag- vagy májmegbetegedésben, reggel éhgyomorra lenyelettük a duodenalis sondát. Amikor a kifolyó sárga folyadék lúgos vegyhatású lett, bilirubinmeghatározás céljaira felfogtunk néhány cm³-t. („A" epe.) Ekkor a sondán keresztül 250 cm³ 0·02% COS-t tartalmazó mesterséges vizet fecskendeztünk be és egy-két percre befogtuk a sonda nyilását. Az esetek legnagyobb részében

5—15 perc mulva kezdett a legsötétebb epérészlet folyni, melyből azután ismét felfogtunk a bilirubin meghatározásához szükséges mennyiséget. („B" epe.) Ezután az „A" és „B" epében meghatároztuk az *Ernst* és *Förster* által módosított vérbilirubin meghatározással a bilirubin értékeit. (5. táblázat.)

5. táblázat.

Duodenalis sondázás 0·02 g százalékos COS-os vízzel.

Sorszám	„A" epe	„B" epe
1	7·2 mg %	18 mg %
2	6·4 mg %	15·4 mg %
3	4·5 mg %	4·5 mg %
4	6·6 mg %	17 mg %
5	7·6 mg %	23 mg %
6	9 mg %	28·4 mg %
7	7·4 mg %	7·4 mg %
8	4·5 mg %	17 mg %
9	11 mg %	31·5 mg %
10	6 mg %	6 mg %
11	8·3 mg %	29·5 mg %

A vizsgálatot 11 esetben végeztük el és 8 esetben a bilirubinérték lényegesebb emelkedést mutatott, 3 esetben pedig változatlan maradt. A COS tehát, ha a duodenumba kerül az epehólyag összehúzódását hozza létre. Mint ismeretes több szerző Mg SO_4 és újabban H_2S-t tartalmazó ásványvizekkel is értek el hasonló hatást és a COS-sal elért epehólyagcontractio megerősíteni látszik *Sümegi* és *Herzum* azt a feltevését, hogy ezen contractio létrehozásában a közös S-atomnak fontos szerep jut. Nincs kizárva azonban az sem, hogy a COS-ból a duodenumba jutva kénhydrogén válik le és ennek hatására húzódik össze az epehólyag.

Összefoglalva ezekután az ivókúrákban talált eredményeket a következőket mondhatjuk.

1. A COS, olyan százalékban, amint az ásványvizekben foglaltatik, a gyomor nyálkahártyájára ingerképen hat, savelválasztást indít meg, ami azonban a vezetéki vízzel közel megegyező; 2. Ivókúra formájában a savelválasztást csökkenti, ami hyperacidoknál a legkifejezettebb; 3. Az étvágyat, fájdalmat, nyákelválasztást nem befolyásolja; 4. A bél falaira ingerképen hat és a peristaltikát fokozza; 5. A diabetes mellitusra hatástalan; 6. A duodenumba jutva az epehólyag összehúzódását hozza létre; 7. A szervezetben lefolyó általános hatást nem konstatáltunk. (Folytatjuk.)

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

Psychosisok a terhesség, szülés és gyermekágy alatt.

Írta: *Pollák János dr.*

A szaporodási folyamat a nő egész szervezetében mélyreható elváltozásokat okoz. Ezek az elváltozások, melyek az idegrendszerben is fellelhetők, lehetnek somatikusak és lehetnek psychések. Míg a somatikus idegrendszerbeli elváltozásokkal sokan foglalkoztak s e tárgykörnek az irodalma is nagy, addig a lelki elváltozásokra kevesebb gondot fordítottak. A hazai nőgyógyászati irodalomban ilyen irányú munka eddig még nem jelent meg és külföldön is csak az utóbbi években fordult ismét a nőorvosok figyelme e tárgykör felé. Ez érdeklődés oka az, hogy a psychés kör és a nemzőszervek között a vegetativ idegrendszer közvetítésével jelentős összefüggés áll fenn. Míg a férfit a nemi élet és a szaporodási folyamat lelkileg csak jelentéktelenül befolyásolja, addig a nő lelki és testi életét a fajfenntartás ösztöne sokkal hatványozottabban foglalja le.[1] A nő lelkileg szinte függvénye a nemzőszervek működésének. E szoros kapcsolat miatt, egyrészt lelki conflictusokkal kiváltott nemzőszervi működészavarok, másrészt a nemzőszervek élettani vagy kóros működése következtében lelki elváltozások jöhetnek létre. Elég, ha példának csak a lelki alapon kimaradt havi vérzést, képzelt terhességet s a havi vérzés alatt fellépő lelki egyensúlyzavart említjük. A szaporodási folyamat előkészítő szakaszai a serdülés, fogamzás, majd a terhesség, szülés, gyermekágy, szoptatás s végül a változás ideje mind az idegrendszer kisebb-nagyobbfokú megrázkódtatásával jár.

A szaporodási folyamatokkal kapcsolatban egyrészt lelki terheltség, azaz kóros lelki alkat, másrészt fertőzés vagy más exogen külbehatás miatt lelki zavarok jöhetnek létre. Eddig az idegorvosok nem tudtak elhatárolni más elmezavaroktól különleges *„gestatiós*, illetőleg *generatiós psychosist"*, minthogy ezen elmezavarok tulajdonképen nem önálló kórformák, hanem csak állapotképek; a gestatiós folyamatok fentebb említett szövődményei által kiváltott psychés tüneti megnyilvánulások. *Kraepelin*[2] csupán azt tartja igazoltnak, hogy nőknél — főleg a serdülés és változás idején — általában több az elmezavar, mint férfiaknál. Hogy a szaporodási folyamat lényeges szerepet játszik e téren, azt azzal igazolhatjuk, hogy ebben az időben viszonylag több elmezavar fordul elő, mint enélkül, vagy egyéb külső behatások kapcsán. Az elmezavartöbbletet nyilván a szaporodási folyamatokra jellemző fertőzéses-toxikus elmezavarok csoportja adja. E csoportnak két alfaja van: a lázas delirium, valamint az eklampsiával kapcsolatos, illetőleg eklampsia utáni elmezavar. Egyesek a lázas deliriumot nem tartják elmebetegségnek, csupán tüneti megnyilvánulásnak *(Picqué)*,[3] habár e tünetek klinikailag mégis az elmekórtan körébe tartoznak. Az eklampsiás elmezavart ritkán látja elmeorvos, mert aránylag rövid ideig tart s így nincs szükség elmeorvosra. Felléphetnek azonban olyan más lelki zavarok is, melyek megjelenési idejük és formájuk miatt kétségtelenül magával a szaporodási folyamattal hozhatók összefüggésbe és nem fertőzéses vagy toxikus behatásra jönnek létre.

E dolgozatban nagy klinikai anyagunk alapján néhány adatot szolgáltatunk a szaporodási folyamatokkal kapcsolatos, nem nagyon gyakori elmezavarok ismeretéhez.

Elmezavar előfordulhat a terhességben, a szülés alatt a gyermekágyban és a lactatio alatt. Felosztásuk szerint három csoportba sorolhatók.

I. *Endogen (idiopathikus) elmezavar*, melynek főalakja a dementia praecox és a maniás depressiós elmezavar; idesorolhatjuk a genuin epilepsia alapján a gestatio által kiváltott psychosisokat is. Felismerésük elég könnyű s részünkre legkevésbbé fontosak.

II. *A fertőzéses-toxikus* ártalmakkal kiváltott elmezavar, amelynek két főformája van: *a)* lázas delirium; *b)* amentia. Ritkábban maniás-depressiós és paranoidos tüneti képek is létrejöhetnek. Kóroktani szempontból leginkább ez a csoport érdekel bennünket.

III. Az e csoportba tartozó *„psychogen-hysteriás"* elmezavart, mely a legkülönfélébb kórformákat utánozza, kóros lelki terheltség talaján sok külső ok létrehozhatja.

Klinikánk 11 éves anyagában (1917 szeptember 1-től 1928 július 30-ig) 20.000 szülésből 17 esetben találkoztunk

[1] *Fekete Sándor dr.*: A női nemzőszervek működése. Monographia. 1929. 236. old.

[2] Psychiatrie. 1909.

[3] Délir psychique post opérativ. Ann. méd. 1898. LVI. 91. old.

elmezavarral (0·085%). Eseteink fellépésük és alakjuk szerint az alábbi táblázat szerint oszlanak meg:

	Terhesség alatt	Szülés alatt	Gyermekágyban	Összesen
Endogen (idiopathikus)	2	1	4	7
Infectiós (toxikus)	—	—	5	5
Psychogen (hysteriás)	—	4	1	5
Összesen:	2	5	10	17

Tekintettel arra, hogy szülőnőinket rendesen a gyermekágy 10. napján elbocsájtjuk; a jóval később fellépő lactatiós elmezavarokkal nem találkozhattunk.

Természetesen e csoportosítás nem lehet szigorú, mert igen sok tényező változtathatja a kórképet. Így pl. epilepsia, chorea, kimerültség, külbehatások stb. Ezért előfordul, hogy némely eset nem illik pontosan a megfelelő csoportba; mivel azonban az egész tünetcsoport legközelebb áll hozzá, mégis abba soroztuk.

Elmezavar aránylag legritkábban a *terhesség alatt* fordul elő s rendszerint endogen typusú. *Runge*[4] szerint legtöbbször 25 éven felüli, többször szülőknél a terhesség második felében fordul elő. *Moravcsik* inkább a terhesség első hónapjaiban észlelte. Mi 11 éves anyagunkban csupán két ilyen esettel találkoztunk. Ezek közül az első idült elmezavar (dementia praecox). Valószínű azonban, hogy e szám nagyobb, egyes vizsgálók szerint 3% is. Mivel mi a klinikánkon szült asszonyok legnagyobb részét terhességük alatt nem ellenőrizhettük, csak a következő két esetet észleltük.

S. D.-né (felv. sz. 1919/1704), 29 éves műszaki munkás felesége. 1919 február óta az elmekórtani klinikán kezelik dementia praecox miatt. 1919 október hó 22-én, mivel a szülőfájásokat alig jelezte s a szülést nem vették észre, bába és orvosi segítség nélkül élő, érett gyermeket szült. Mint gyermekágyast vesszük át. A 3. napon nyugtalan, a 4. napon éjjel badarságokat beszél, az élelmiszert a bába fejéhez vágja, amire ismét áttesszük az elmekórtani klinikára. A gyermekágy további lefolyása kisebb motorikus és psychikus zavarokkal kísért.

A leírt esetben a szaporodási folyamattól függetlenül, már régebben fennálló dementia praecoxot a terhesség és szülés nem befolyásolta. Ez esetben is csendes szülés folyt le, mivel a beteg katatoniás állapotban lévén, nem nyilvánította fájásait. Csupán a gyermekágyban robbant ki újabb psychomotoros zavartság. Ehhez hasonlót már mások is észleltek és leírtak.

Nagyobb jelentősége van a terhesség alatt megindúló vagy már régebb óta tartó epilepsiának, mely *Curschmann*[5] megfigyelése alapján a terhességgel gyakran romlik, sőt kiújul. *Franz*[6] és *Tóth* szerint epilepsiások lehetőleg ne házasodjanak. Idetartozó esetünk a következő:

N. L.-né (felv. sz. 1928/761), 27 éves, II.-P. 19 éves korában epilepsiája kezdődött, mely később javult, sőt volt többéves rohammentes időszaka is. Az előző és mostani terhessége alatt rohamai szaporodtak; átlag minden hónapban egy rohama volt. A rohamokkal kapcsolatban téves eszmékkel szövődött elmezavar lépett fel. Terhessége utolsó részében az elmekórtani klinikán kezelés alatt állott. Szülésére intézetünkbe teszik át. Rendes szülés után a gyermekágy 2. napján éjjel felkel, nyugtalanul járkál, badarságokat beszél. Reggel öntudata ismét visszatér. Visszahelyezve az elmekórtani klinikára, két hét mulva rendezetten távozik.

Esetünkben tehát az epilepsiás rohamok a terhességgel nemcsak hogy szaporodtak, de elmezavar is fellépett. A szülés lezajlása után ismét a régi állapot tért vissza.

Terhességgel kapcsolatos infectiós-toxikus és psychogen-hysteriás elmezavar anyagunkban nem fordult elő, bár az utóbbi mások szerint *(Runge, G. Ewald)*[7] elég gyakori. *Siemerling*[8] ezzel szemben azt állítja, hogy a terhesség éppen kedvezően befolyásolja a hysteriát. Az irodalmi adatok alapján törvénytelen anyaságnál nem gyakoribb az elmezavar, bár szóbajöhetne a ballépés következményeivel kapcsolatos félelem. Igen ritka a szüléstől való túlzott aggodalom (tokophobia), mely *Wollenberg*[9] esetében a testi és lelki leromlás miatt a terhesség művi megszakítását tette szükségessé.

Szüléssel kapcsolatban már gyakrabban lép fel elmezavar, annál is inkább, mert az ilyenkor fennálló testi és szellemi izgalom, vérnyomásváltozás, vérvesztés stb., bizonyos hajlamossággal bíró egyéneknél könnyen hozhat létre öntudatzavarokat. E kórforma ritka. *Sarwey*[10] 10.000 szülés közül csupán egy alkalommal észlelt fájás közti öntudatzavart.

Klinikánk anyagában szülés alatt 5 esetben találkoztunk könnyebb elmezavarral. Ezek közül egy postepilepsiás zavar volt (psychés aequivalens) s ezért az endogen typushoz soroltuk. A többi négy a psychogen-hysteriás csoportba sorolható, nagyobbrészt kimerültségi elmezavar.

1. *P. J.* (felv. sz. 1922, 464/557), 26 éves, csekély műveltségű cselédleány. I. P. Kb. 1½ éve váltakozó időközökben rohamai vannak; ilyenkor eszméletét veszti s utána nem emlékszik semmire. Jó szülőfájásokkal jelentkezik felvételre. Gyermeksírásra, zajra felül, felvisít, a takarón babrál, megokolatlan mozgásokat végez, értelmetlenül válaszol. Pár perc mulva magához tér, de nem tudja, hogy mit csinált. Ugyanez még két ízben megtörténik vele. Ikerszülés után a gyermekágy 1. napján egy percig tartó motoros epilepsiás rohama van, utána értelmetlenül beszél. A 10. napon rendezetten távozik.

2. *Dr. F. J.-né* (felv. sz. 1917, 1722/1475), 32 éves, II. P. tisztviselő felesége. Intelligens úriasszony. Előző szülése rendesen folyt le. Terheltség, neurotikus állapot nem volt kimutatható. A vajudás, szülés, lepényi szak igen rövid — csak 2 óra 10 perc — és fájdalmas. Több ízben eszméletét veszti s mikor magához tér, badar, zavaros válaszokat ad, sikít, mindig fel akar kelni. Szülés után öntudata tiszta.

3. *S. A.-né* (felv. sz. 1918, 386/346), 35 éves, VIII. P., cipész felesége, csekély műveltségű nő. Rendes szülések. Terheltség nem mutatható ki. Utolsó szülés négy éve. Szívbajos. Három napig vajudik. Már a 2. napon nyugtalan, félrebeszél, kiabál; elkülönítjük. Szülés után öntudata tiszta.

4. *T. J.-né* (felv. sz. 1923, 419/302), 31 éves, II. P., földmíves felesége, kisműveltségű nő. I. P. 5 év előtt fogóműtéttel. II. P. 4 év előtt. Terheltség nem mutatható ki. Fájások közben nyugtalan, dobálja magát, félrebeszél. Szülés után öntudata tiszta.

5. *L. L.-né* (felv. sz. 1927, 1164/1107.), 30 éves, III. P., szabó felesége, mérsékelt műveltségű nő. I. P. 3 éve, fogóműtéttel. II. vetélés. Terheltség nem mutatható ki. Fájások alatt — de fájásszünetben is — nyugtalan, badarságokat beszél, zavaros feleleteket ad, haját tépi, kiabál, dulakodik, amiért elkülönítjük. Szülés után öntudata tiszta.

Az 1. eset — mint említettük — postepilepsiás elmezavar. Az utolsó négy esetben feltűnő, hogy a betegek 30 évnél idősebbek, többször szültek. Ezzel *Runge* állítását — ki ugyancsak idősebb, többször szült szülőnőknél látott psychosist — megerősíthetjük. Három

[4] Die Generationspsychosen des Weibes. A. f. Psych. 1911, XLVIII. k., 545. o.

[5] Über eine während der Gravidität rezidivierende Epilepsie. Münch. Med. Woch. 1904, 1145. o.

[6] Handb. der gesamten Therapie. VII. köt.

[7] Psychische Störungen des Weibes. Halban-Seitz. V. köt., 117. o. U. o. részletes irodalom.

[8] Gynäkologie und Psychiatrie. Mon. f. Geb. u. Gyn. XXXIX. k., 269. o. — Nervöse und psychische Störungen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenblatt. Döderlein Handb. d. Geb. II. k. 443. o.

[9] Graviditätspsychose. D. med. Woch. 1923, 487. o. Schwangerschaftsunterbrechung bei psychischen Krankheiten. A. f. Gyn. 1927, CVII. k. 152. o.

[10] Handb. d. Geb. 1924. I. k.

esetben a betegek csökkentebb műveltségűek. Elősegítő okként felvehetjük a 2. esetnél az igen gyors és fájdalmas szülést, a 3. esetnél a három napig tartó vajudást és szívbajt, a 4. és 5. esetnél az előző nehéz szüléseket, valamint azt, hogy e szülések talán éppen a nemiszervek tökéletlen beidegzése miatt voltak szövődményesek, aminek lehetőségét *Novak*[11] is feltételezi. Mind a négy anyát a 10—16. napon bocsájtottuk el teljesen gyógyultan.

Elmezavar leggyakoribb a *gyermekágyban*. Az összes gestatiós psychosisok 60—70%-a gyermekágyi. Kiváltó oka lehet a vérvesztés, a szülés utáni hirtelen anyagcsereváltozás, a méh összehúzódása, testi izgalmak, elsősorban azonban a fertőzés. *Runge* és *Quensel*[12] szerint a gyermekágyi elmezavarok ¼—⅓-a fertőzéses eredetű. Az endogen psychosis itt aránylag ritka és az irodalomban is csak kevés található. 10 gyermekágyi psychosisunk között azonban mégis 4 esetben fordult elő.

1. *V. F.-né* (felv. sz. 1923, 737/686.), 35 éves, V. P., kereskedő felesége. Gyermekkorában állítólag epilepsiához hasonló rohamai voltak. Előző szülései rendesek. Mostani terhessége és szülése rendes. A szülés után 1½ órával hirtelen maniás izgalmi állapotba kerül, össze-vissza beszél, ki akar ugrani az ablakon. Rövid idő mulva megnyugszik, de teljesen amnesiás. Állandóan őrízzük. Morphium-chloralhydrat adagolása után reggel felé öntudata teljesen feltisztul s az amnesia is megszűnik. Az elmeorvos epilepsia utáni elmezavart állapít meg. 10. napon gyógyultan távozik.

2. *V. M.-né* (felv. sz. 1925, 1331/1244.), 26 éves, II. P., banktisztviselő felesége. Művelt asszony. Úgy előző, mint mostani terhessége és szülése rendes lefolyású volt. A gyermekágy második napján nyugtalan, a harmadik napon nem tűri meg maga mellett a hozzátartozóit. A 10. napon zavarosan beszél, ingerlékeny, öngyilkossággal fenyegetődzik. Elmeorvos könnyű maniás izgalomnak tartja s sedatint, majd langyos fürdőt rendel. 13. napon enyhe influenza, a 16. napon gyógyultan, tiszta öntudattal távozik.

3. *S. Gy.-né* (felv. sz. 1926, 133/204.), 24 éves, III. P., rendőr felesége. Műveltsége kisfokú. Előző szülései rendesek voltak. A mostani terhessége és szülése is rendes. A gyermekágy 13. napján távozik. A 13. napon hozzátartozói újra behozzák klinikánkra. Zavarosan beszél, a kérdésekre néha nem válaszol, vagy értelmetlenül felel. Izgatott. Elmeorvos kezdődő dementia-praecoxnak tartván, az előreláthatő motorikus izgalom miatt az elmeklinikára való elhelyezését javasolja. A továbbiakban lassanként kialakul a maradandó schizophrenia kórképe. Két hónap mulva átteszik az angyalföldi elmegyógyintézetbe.

4. *V. F.-né* (felv. sz. 1926, 1630/1537.), 27 éves, I. P., cipőfelsőrész-készítő felesége. Előzőleg beteg nem volt. Jelenlegi terhessége és szülése rendes lefolyású. Kibocsájtás után két nap mulva újra jelentkezik s elmondja, hogy azért távozott klinikánkról, mert rossz álmai voltak s félt, hogy itt baj éri. A beteg később nyugtalan lesz, badarságokat beszél, hallucinál, üldöztetéses téves eszméi vannak. Áttesszük az elmeklinikára, ahol ezek a tünetek fokozódnak. Egy hónap mulva dissimulálni kezd, apatikus, szomorú, szótlanul ül, stuporos állapotba kerül és kialakul a schizophrenia kórképe.

Az 1. esetnél az epilepsia mint alapbetegség kimutatható a kórelőzményben. Hogy a hatodszor szült asszonynál miért ép ez a gyermekágy váltotta ki a psychosist, azt nem tudjuk. Valószínű, hogy a 2. esettel egyetemben (mania mitis) az elmezavart más külbehatás (testi vagy lelki sérülés) is kiváltotta volna. A 3. és 4. eset lappangva kezdődött és idült elmebajjá — schizophreniává — alakult. E két beteg az endogen elmezavarra való készségét már a gyermekágy előtt magával hordta s a gyermekágy váltotta ki az eddig lappangó elmebajt. *G. Ewald* szerint a gyermekágyban kifejlődő schizophrenia kimenetele elég jó, habár teljes gyógyulás ritka, javulás mégis többször észlelhető.

A gyermekágyi elmezavarok 30—50%-a fertőzéses-toxikus eredetű. E kórkép tünetei igen különbözők. Leggyakrabban amentia fordul elő (*Fürstner*[13]) tömeges hallucinatiókkal, súlyos associatiós zavarokkal és psychomotoros nyugtalansággal; vagy gátoltsággal. Néha katatoniás állapotok, majd egyszer derült, máskor búskomor, aggodalmaskodó öntudatzavarok tarkítják. Az érzékcsalódások hatására hely-, idő- és személyekre vonatkozó tájékozatlanság, katalepsia, stereotypia és érzészavarok lépnek fel. Eltarthat 1—3 hétig, de ritkán tovább is. Ha az infectio nem halálos, úgy a psychosis rendesen meggyógyul.

Runge szerint a gyermekágy első-második hetében, főleg 30 év alatti, először szülők hajlamosak rá, amit eseteink is igazolnak. *Szlepka*[14] már vetélés után is észlelt ilyen zavarokat. Saját eseteink a következők:

1. *R. J.-né* (felv. sz. 1920, 110/103.), 26 éves, I. P., segédmunkás felesége, kisműveltségű nő. Terheltség nem mutatható ki. A szülés alatt és gyermekágyban lázas volt. Spanyol-influenza! Kb. 20 órával a szülés után félrebeszél, felkel, elhagyja az ágyat. Öntudatra ébredve, részleges amnesia áll fenn. A gyermekágy 11. napján igen erős psychikus és motorikus izgalom tör ki rajta. Jellemző amentia. Kést keres. Ölni akar, miért áttesszük az elmeklinikára. Onnan 14 nap mulva gyógyultan távozik. Három hónap mulva ismét jelentkezik enkephalitis tüneteivel, ami valószínűleg nincs összefüggésben a psychosisával s oka nyilván a kiállott spanyol-influenza.

2. *H. J.-né* (felv. sz. 1920, 179/164.), 30 éves, V. P., tisztviselőnek felesége. Rendes szülés után, a gyermekágy II. napján lázas lesz (T. 38·5 C°). Spanyol-influenza, majd tüdőgyulladás fejlődik ki. Igen erős psychikus és motorikus izgalmi állapot lép fel. Felkel, férjét és a papot hivatja. Dörömböl, ki akar ugrani az ablakon. Áttesszük az elmekórtani klinikára, hol 10 nap mulva tüdőgyulladásban meghal.

3. *Dr. B. K.-né* (felv. sz. 1922, 1789/1663.), 29 éves, I. P. Törvényszéki joggyakornok felesége. Előlfekvő lepény miatt Braxton-Hicks lábrafordítás, halott magzat. A gyermekágy 3. napján lázas lesz. A 12. napon nyugtalan, felkel, énekel, üldöztetési téves eszméi vannak. Hidegrázással járó lázroham (T. 39·5 C°), kezdetben badar beszéd. A 13. napon teljes negativismus lép fel. Egy óvatlan pillanatban feltépi az utcára nyíló ablakot és azon kiugrik. Exitus.

4. *P. A.-né* (felv. sz. 1927, 1285/1222.), 26 éves, I. P., vasúti főtiszt felesége, művelt asszony. Terheltség nem mutatható ki. A gyermekágy 6. napján lázas lesz (T. 38·9 C°), rendkívül izgatott, ki akar ugrani az ágyából, értelmetlenül kiabál, hallucinál. Áttesszük az elmekórtani klinikára, ahol hét nap alatt öntudata feltisztul s gyógyultan távozik.

5. *T. G.-né* (felv. sz. 1928, 635/589.), 26 éves, I. P., szabó felesége, kisműveltségű nő. Terhesség alatt nephropathia, majd annak végén eklampsia lép fel. Négy eklampsiás roham után császármetszés. Műtét után öt rohama van; utolsó a gyermekágy 3. napján. A 2. napon lázas, roham alkalmával kiabál, nyugtalan. Az 5. napon már láztalan. Téves eszmék lépnek fel. Állandóan pöröl. A 6. napon izgatott. Szabálytalan mozgások. Hely- és időről való tájékozatlanság, majd üldöztetéses, téves eszmék lépnek fel. A 8. napon nyugtalansága fokozódik, miért átszállítjuk az elmeklinikára. Négy nap mulva, feltisztult öntudattal visszavesszük; a 24. napon gyógyultan távozik.

Az első négy eset lázas fertőzéses, az 5. toxikus elmezavar. Négy esetben mi is 30 év alatti először szülőkkel találkozunk, mint *Runge*. Az 1. és 2. esetnél a lázat spanyol-influenza okozta. A gyermekágy itt inkább mellékkörülményként szerepelt, s kiváltó okként

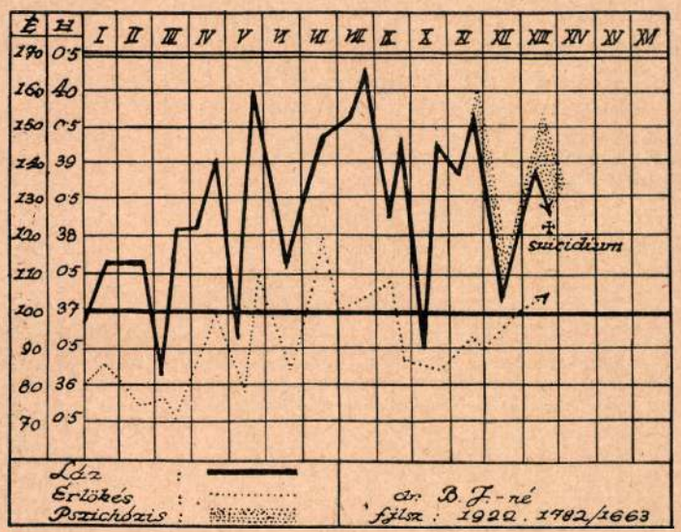
[11] Beziehungen zwischen Nervensystem und Genitale. Halban—Seitz. V. köt.

[12] Psychosen und Generationsvorgänge beim Weibe. Med. klin. 1907. 50. sz.

[13] Über Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen. A. f. Psych., 1875, V., 505. o.

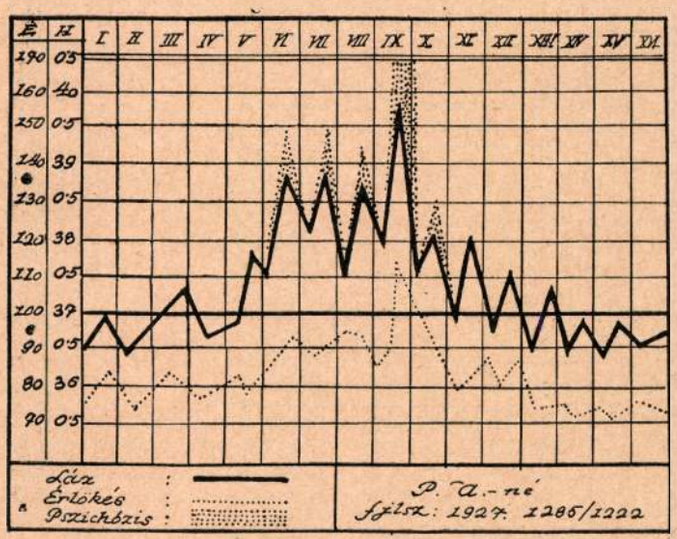
[14] Über psychische Störungen nach Abort. Diss. Kiel, 1917 (idézve *Halban-Seitz* V. köt.-ből).

fel sem hozható. A 3. esetben a meglehetősen gyenge szervezetű, érzékeny, 29 éves először szülő nőt, ki még élő gyermeket sem kapott, e testi-lelki külbehatások igen megviselték s ilyen módon a fertőzés könnyebben válthatta ki az elmezavart, mely a szerencsétlen asszonyt az öngyilkosságba kergette. A 4. esetnél méhüri bomlás okozta a lázat s ez a psychosist, mely a láz megszűnésével hamarosan oldódott. Mivel e két utóbbi esetben a láz a nemzőszervekből indult ki, közöljük a láztáblát is, amelyen jól látható, hogy majdnem mindig a láz csúcspontján jelentkeztek az elmezavar tünetei.



1. ábra.

Az ábra szerint a fertőzéses állapotnak megfelelően a láz már 12 napig ismétlődő jellegű volt. Részint ezért, de főleg a nagy kimerültség miatt, egy újabb hidegrázáskor, 39·6 C° hőmérséklet után robbant ki a szomorú végű elmezavar.



2. ábra.

A második ábrán egész jellegzetes a lázas delirium. A hőmérséklet négy napon át 38 C° fölött volt. Ez idő alatt mindig a legnagyobb lázzal jelentkeztek az elmezavar tünetei, melyek a láz megszűnésével hamarosan elmúltak.

Az 5. eset a posteklampsiás (toxikus) psychosis legjellegzetesebb képviselője. Habár ez esetben a második napon láz is lép fel, a legélénkebb tünetek mégis az 5. nap után jelentkeznek, mikor már láztalan az asszony. A toxikosis megszűntével az elmezavar is megszűnt.

Psychogen-hysteriás elmezavar a gyermekágyban csekély jelentőségű és rendszerint psychopathiásan terhelt asszonyoknál hozhat létre hysteriás depressiót, hol gátlási, hol izgalmi tünetekkel, félrebeszéléssel, hallucinatiókkal. Csupán egy ilyen esetet tudunk idesorolni.

P. N.-né (felv. sz. 1920. 864/803.), 38 éves, II. P., hivatalnok felesége; a kórelőzményben hysteria szerepel. Előző szülései rendesek voltak. Jelenleg is aggódó, idegeskedő, keze erősen remeg. Szülés rendes, a gyermekágy láztalan. A 3. napon nyugtalan. A 4. napon fel akar kelni, állandóan bogarakat lát és szed le magáról. Az 5. napon áttesszük az elmekórtani klinikára, ahol 9 nap alatt öntudata feltisztul (delirium post partum).

Az előidéző lelki okok között előfordulhat még a gyermekért való túlhajtott aggodalom (Maternitätsneurose, *Moll*[15]), a gyermek halála, stb. Általában az anyaság, a maga derült hangulatával inkább lelki kielégülést hoz létre s még leányanyáknál is ritkán észlelhető lelkizavar a gyermekágyban, mert ez már rendesen a terhesség alatt elintéződött.

Nagy anyagunkban a 17 gestatiós elmezavar közül tehát 2 meghalt, 3 gyógyulatlan s 12 gyógyult. Mindkét halálosvégű elmezavar a gyermekágy alatt lépett fel. Az egyiknél — hol spanyol-influenza után halálos tüdőgyulladás fejlődött ki — a psychosis csupán melléktünete volt a lázas állapotnak. A másik esetben súlyos gyermekágyi fertőzés állott fenn és ezzel kapcsolatban lépett fel az elmezavar, mely a beteget az öngyilkosságba kergette. Itt a halálhoz vezető közvetlen ok tényleg az elmezavar, illetve az elmezavarban elkövetett öngyilkosság, bár nem tudható, hogy maga a súlyos fertőzés is, nem vezetett volna halálhoz? Három esetünk gyógyulatlan. Ezek közül az egyik régi dementia praecoxos beteget már a terhesség kezdetén szállították be az elmeklinikára. A másik két gyermekágyi endogen elmezavar szintén maradandó schizophreniába ment át hónapok mulva. A fennmaradó 12 esetünk meggyógyult.

A köztudatban a gestatiós psychosisok, mint a szülésnek és gyermekágynak igen súlyos szövődményei ismeretesek. Ennek oka elsősorban az, hogy az elmezavarok legtöbbször súlyos szövődményes terhesség, szülés, illetőleg gyermekágy kíséretében szoktak fellépni. Ez esetekben az elmezavar tulajdonképen az alapok melléktünete és a betegség lefolyására lényeges befolyást nem gyakorol. 17 esetünk közül csak 6 ízben váltotta ki a psychosist szülési szövődmény. Ezek között van a fent leírt két halálos eset is (sepsis-suicidium, pneumonia). A halál oka tehát mindig az alapszövődményben van. A többi esetben a szövődmény gyógyulásával az elmezavar is gyógyul. 11 esetünkben rendes lefolyású terhesség, szülés és gyermekágy kíséretében lépett fel az elmezavar. Ez esetekben feltehető a kérdés, vajjon az elmezavar keletkezésénél milyen mértékben játszott szerepet a gestatio? Ha jól átnézzük az egyes eseteket, kiderül, hogy a kórok mindig magában az egyénben rejlett. Így öt ízben beilleszthetjük az elmezavart a psychogen-hysteriás csoportba, mikor is a túlérzékenység és a meggyengült idegrendszer psychomotoros zavartságot váltott ki. Három esetünkben ki tudtuk mutatni az idült epilepsiát, három esetben viszont idiopathikus elmezavar (schizophrenia) lépett fel. *Megállapíthatjuk tehát, hogy e 11 esetben már meglévő dispositio mellett a gestatio mint külbehatás, csak ki-*

[15] Die Maternitätsneurose. Wiener Kl. Woch., 1920, 33. sz., 138. old.

váltó okként szerepeltethető s élettani összefüggésben az elmezavarokkal nincs. Tehát úgy az endogen, mint a psychogen-hysteriás csoportba tartozó elmezavarokat más külbehatás is kiválthatta volna. A maradandó schizophreniákat legfeljebb siettette, de azokat nem okozhatta a gestatio, mert minden bizonnyal lappangva, már jóval előbb is fennállottak. A régen fennálló endogen-elmezavart — amint azt *Kraepelin* is tapasztalta — lényegesebben nem befolyásolta a teherbejutás.

Ha a terhesség, szülés, vagy gyermekágy alatt elmezavar lép fel, úgy a kórisme, kórjóslat és kezelés szempontjából elsősorban az tisztázandó, hogy az elmezavart kiváltó ok magában a szövődményes gestatiós folyamatban van-e? (Infectiós-toxikus csoport?) Ezek akár *„genuin gestatiós psychosisoknak"* is nevezhetők. Ilyenkor az alapok (láz, fertőzés, eklampsia) adja meg a gyógykezelés irányát és a kórjóslatot.

Láztalan és részben szövődménynélküli esetekben a pontos kórisme felállítása nem mindig egyszerű. A psychogen-hysteriás csoportba tartozó, nagyrészt kimerültségi és külbehatásokkal szövődött elmezavarok rendesen rövidebb ideig tartanak s gyógykezelésükben a legkülönfélébb suggestiv eljárások jönnek szóba. Az endogen-idiopathikus csoportnál előfordul, hogy csak hosszabb megfigyelés után (az egyik esetünkben csak egy hónap mulva) alakul ki a pontos kórkép. A kórelőzményből (epilepsia, chorea, terheltség, stb.), valamint a tünetek fellépési idejéből, kifejlődéséből nem nagyon nehéz a kórismét felállítani. A szülészorvos feladata e téren szűkre szorul és csupán az infectiós-toxikus, valamint a szülés alatt fellépő elmezavarok tartoznak érdekkörébe. Az utóbbi esetben a szülés mielőbbi gyors befejezése indokolt. Minden esetben kérjük ki az elmeorvos véleményét; rendelkezéseit kövessük és a beteget lehetőleg zárt intézetben helyezzük el. Kivételt csak oly esetek képeznek, amikor a nőgyógyászati kezelés fontosabbnak látszik (eklampsia, sepsis). Ilyenkor tartsuk a beteget állandó felügyelet alatt, nehogy kárt tehessen önmagában.

Fennálló elmezavaroknál (dementia praecox, idiotismus, súlyos psychosissal járó epilepsia, chorea, stb.) korai terhesség mellett szóbajöhet a terhesség művi megszakítása (vagy prophylaktikusan a sterilizálás) szigorú elmeorvosi észlelés és javallat alapján.

A terhesség elején fellépő, leginkább maniás- depressiós elmezavar gyakran meggyógyul *(G. Ewald)*, ezért nincs ok a terhesség megszakítására és ez csupán akkor jöhet szóba, ha öngyilkossági kísérletek, vagy a táplálkozás teljes megtagadása az életet veszélyezteti. *(Bonhoeffer,*[16] *Wollenberg).*

Nem célunk a tüneti kezelést részletezni, mert ezt egyrészt úgyis az elmeorvos irányítja, másrészt minden kézikönyvben megtalálható.

A fent leírt adatokból látható, hogy a szaporodási folyamattal kapcsolatban jelentkező elmezavarok felismerése, kezelése nehéz feladat elé állítja a szülészorvost. Tekintettel arra, hogy klinikai észlelés és kezelés mellett is 17 eset közül 2 meghalt, 3 gyógyulatlan maradt, valamint arra, hogy az ilyenkor fellépő elmezavarok nagyon sokszor súlyos szülési, vagy gyermekágyi szövődménnyel társulnak; ismételten tanácsoljuk minden gyakorlóorvosnak, hogy ez eseteket — hacsak lehetséges — szállítsák intézetbe, vagy kórházba, ahol az elmeorvos segítségét is könnyebben igénybevehetjük. Az ilyen megbetegedések önálló elintézéséhez a szülész-orvosnak nincs meg a kellő képzettsége.

[16] Die Infections und Autointoxikations Psychosen. Psych., 1913, XXXIV., 506. old.

Az anyasággal járó lelki zavarok megakadályozásában — különösen ha azok a psychogen-histeriás csoportba tartoznak — nagy feladata van a prophylaxisnak. Eltekintve a nevelés, iskola, társadalmi helyzet befolyásától; az orvosnak is helyes irányban psychésen befolyásolnia kell a terhest, illetve az anyát. (Psychés vezetés, *Kollarits).*[17] Az orvos gyógyítóhatalma ilyenkor attól függ, hogy van-e psychologiai érzéke. *Jaschke*[18] szerint egész különleges lelki beállításúnak és jellemző orvosi személyiségnek kell lenni, hogy az eredmények jók legyenek. (A gynaekologiai psychotherapiát illetőleg utalok *D. E. Kehrer,*[19] *Liepmann*[20] és *Walthard*[21] nagyobb munkáira.)

Az anyák helyes lelki beállítása eugenetikai szempontból is fontos, mert máskülönben átöröklés folytán a jövő nemzedék sínyli meg a hibákat.

Maga az anyaság, mint a nő elhivatottságának beteljesülése, viszonylagosan több lelki zavart okoz, mint a nő nem gestatiós életében fellépő elmezavarok átlagszáma. Bár ezek az elmezavarok is elenyészően csekélyszámúak (a mi anyagunkban 0·085%!), mégsem haladják meg a teljes gyermektelenséggel járó lelki zavarok számát, amikor az anyasági érzés hiánya, gyermek utáni vágy, sokkal több lelki zavart okoz a gestatiós folyamatoknál. S idézem *Hallervorden*[22] mondását: „Eine Frau die nicht geliebt und geboren hat, bleibt cerebral incomplet, und ihre Seele um eine lichtbrechende Facette ärmer."

[17] Életcél mint psychotherapiás tényező. O. H., 1927, 11. sz.

[18] Biologie d. Weibes., III.

[19] Seelenlebe und Nervensystem. Halban-Seitz. VI. köt., 770. old.

[20] Gynaekologische Psychotherapie. 1912.

[21] Psychotherapie. Halban-Seitz., II., 697. old.

[22] Zur Pathogenese der puerperalen Nervenkrankheiten und der toxischen Psychosen. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1897. LIII. köt. 661. old.

A Gróf Apponyi Poliklinika bőrbetegosztályának közleménye (főorvos: Török Lajos dr. egyetemi c. rk. tanár).

A bőr hajszálereiben uralkodó vérnyomás mérése a Török–Rajka–Wessely-féle capillartonometerrel.

Írta: *Wessely Jenő dr.*

A legelső vizsgálatokat a capillarisokban uralkodó vérnyomás megmérésére 1875-ben *Karl Ludwig*, majd *Kries* végezték. Utánuk a szerzők egész sora, mint *Natanson, Basch, Recklinghausen, Lombard, Landerer, Danzer* és *Hooker, Liebesny, Roy* és *Brown, Basler, H. Kraus, Goldmann, C. Müller, Kylin, Secher, Boas* és *Frant, Rominger, Nevermann, Carrier* és *Rehberg, Lewis, Herzog* és még mások részben maguk alkotta műszerek segítségével, részben másokénak módosításával igyekeztek a capillarisban uralkodó vérnyomást megmérni. A szerzők által használt eljárások két csoportra oszlanak: I., véres vagy direct; II. vértelen vagy indirect mérés.

A véres mérés a capillarisok megsondázásában áll és így eredménye a legközelebb jár a capillarisban uralkodó tényleges nyomás értékéhez; de gyakorlatilag szinte kivihetetlen és ezért klinikai célra alkalmatlan.

Az indirect vagy vértelen eljárás lényege a capillarisok elnyomása. Annak a nyomásnak nagyságát mérjük, melynél a capillarisból a vér kiszorul s a capillaris a vizsgáló szeme elől eltűnik. Ez természetesen nem adja az absolut értéket, amennyiben a bőr szövetének s a capillarisokat körülvevő szövetnedveknek ellenállá-

sát az eredményből le kellene vonni, de megközelítőleg és relative helyes eredményt adhat.

A capillarisok összenyomását kétféle methodussal igyekeztek elérni: 1., üveglappal, amelyre súlyokat helyeztek. Ez a merev rendszerű systema. Ezzel dolgozott *Kries, Natanson, Schiller, Basch* stb. Az általuk talált értékek igen magasak 20—70 Hg mm; 2. A szerzők másik része folyékony vagy gáznemű anyagot tartalmazó rugalmas, átlátszó hártyával ellátott formákat használt a capillarisok elnyomására s a nyomás nagyságát Hg-manometer segítségével olvasták le. Ez az úgynevezett rugalmas systema. Ezzel a módszerrel dolgoztak *Roy* és *Brown, Lapinsky, Lombard, Kraus, Basler, Kylin,* stb. Az így talált értékek jóval alacsonyabbak: 10—20 Hg mm, illetőleg 7—8 Hg mm. De mint látni fogjuk, a valósághoz képest ezek az értékek is igen magasak. *Herzog,* aki túlnyomással dolgozik és azt a nyomást igyekszik megállapítani, amely a reactiv hyperaemia megjelenésében, a normalissal szemben, kis késést idéz elő, szintén igen magas értékeket kapott, melyek inkább az art. digitalis nyomásának felelnek meg.

1925-ben *Török* professor megbízásából *Rajkával* együtt kutatta a gyulladásos csalánfoltnál a capillarisban uralkodó nyomást és e célra *Kylin* elastikus eszközét használtuk. Akkor jöttünk rá az eszköz és az általa kapott magas eredmények hibás voltára. Hogy csak a legnagyobb hibáját említsem az eljárásnak, kitűnt, hogy a capillaris eltűnése nem jelenti annak tényleges elnyomását, hanem csak a látótérből való kinyomását, amiről a mikroskop segítségével igen könnyen meggyőződhetünk, ha a mikrometercsavarral az in toto lenyomott capillarisoknak utána megyünk és újra a látótérbe hozzuk. További hibája az eszköznek, hogy a méréshez legalább két személy szükséges, ami a simultan leolvasást és mérést majdnem lehetetlenné teszi.

Ezeket a hibákat akartuk kiküszöbölni, mikor a *Török—Rajka—Wessely*-féle capillar-tonometert megszerkesztettük. Mint vizsgálataink mutatják, sikerült vele eliminálnunk a fő hibákat. Készülékünkkel a capillarisok merev rendszerű elnyomásához tértünk vissza. Azt a távolságot, amely a mikroskop tárgylencséje és a vizsgálandó testrész közt szükséges ahhoz, hogy a capillarisokat élesen lássuk, egy a mikroskop tárgylencséjével párhuzamos sík üveglappal állandóvá tettük, amelyet egyszerű eszköz segítségével ráerősítettünk a mikroskop tárgylencséjére. Ez a fixtávolságú parallel üveglap szolgál a capillarisok elnyomására. Minthogy pedig ennek folytán a vizsgálandó bőrfelület és a tárgylencse között a távolság nem változhat, az egyszer élesen beállított capillaris, a látótérből csak elnyomatása révén tűnhet el. Azt a súlyt, amely szükséges ahhoz, hogy a capillaris a látótérből éppen eltűnjön, illetőleg azt elnyomja, vesszük a capillarisban uralkodó nyomás értékének. Hogy a súly nagyságát megmérhessük, analytikai mérleggé alakítottuk át a mikroskop meghosszabbított karját, olyanformán, hogy az egyik kar tartja a mikroskop tubusát, a másik pedig az ellensúlyt. A mérleg nyugalmi állapotát a kar mutatójának 0 ponton való állása mutatja. A mérleg csavar segítségével elzárható és nyitható. A nyomás nagyságát ide-oda tolható súlyocska segítségével mérhetjük meg. Ezt a súlyt grammokban kapjuk meg s minthogy 1 g = 1 cm³ H_2O és 1 Hg.-mm = 1·36 H_2O-val, az átszámítás igen egyszerű. (V. ö. *Rajka:* Zeitschr f. d. ges. exp. Med., 1926, 48. kötet.)

Készülékünk előnye az eddigiek fölött abban áll, hogy 1., mint már említettem, a capillarisok eltűnése a látótérből azoknak tényleges összenyomását jelenti; 2., minden egyes capillaris külön beállítható és vérnyomása lemérhető. Erről igen könnyen meggyőződhetünk, mert a mikrometercsavar segítségével akárhányszor elnyomhatjuk vagy láthatóvá tehetjük a hajszáleret; 3., a testfelület bármely részén alkalmazhatjuk, ahol a capillaris nyomás mérésre alkalmas terület van, vagyis ahol a bőr közel fekszik a csonthoz és így megfelelő ellenállás van. Ellenkező esetben a vizsgált terület in toto lesüllyed a nyomás alatt s így, mint készülékünk helyesen mutatja, a capillarisok nem tűnnek el a látótérből; 4., egy személy könnyen kezelheti és 5., last but not least: eredményeink állandóak és legjobban megközelítik *Carrier* és *Rehberg*nek közvetlen méréssel nyert eredményeit.

A capillarisban uralkodó nyomást normalis egyéneknél alacsonynak találtuk: 0·5 és 5 g között váltakozik. Ezek az eredmények a legkisebb, legfelszínesebben fekvő capillarisokra vonatkoznak. Mennél nagyobb ugyanis a capillaris, rendszerint annál nagyobb a nyomása is; pl. ha a kicsié (ugyanannál az egyénnél) 1 g, a nagyobbé, szélesebbé 2 g, vagy ha a kisebbé 3·5 g, a nagyobbé 5—6 g. A felületes capillarisnál kisebb értéket, a mélyebbeknél magasabb értéket kapunk. Itt azonban már a szövet ellenállása erősen szerepel. Ezért úgy normalis, mint pathologiás viszonyok között a legfelületesebben fekvő és legkisebb capillarisokat vizsgáltuk.

Méréseinket a szív magasságában végeztük. Kerestük elsősorban azokat a körülményeket, melyek a normalis egyénnél a normalis capillaris nyomásra befolyással vannak.

Feltűnt, hogy a normalis capillarisnyomást az évszakok befolyásolják.[1] *Rajkával* folytatott vizsgálataink szerint ugyanis *legalacsonyabb* a capillarisnyomás *nyáron* (0·5—1·5 g). Tavasszal 1·5—2·5 között, ősszel 2—3, télen 2·5—4 g között váltakozik. Ezen változásoknak okát elsősorban a *hőmérsékletnek* és a *fényhatásnak* tulajdonítjuk. Nyáron ugyanis a nagy melegben a bőr capillarisai kitágulnak és így ugyanazon vérmennyiség nagyobb területen oszlik meg, minélfogva a capillarisokban a nyomás süllyed. Télen a hideg befolyása alatt összehúzódnak a bőr capillarisai és a nyomás bennük emelkedik. A fény, illetőleg a nap ultraviolett sugarainak hatását a capillaris nyomásra úgy mutattuk ki, hogy (a hőhatást lehetőleg kizárva) quarzlámpával 1 m távolságból sugároztuk be a vizsgálandó testfelületet. 10 percnyi besugárzás után a capillarisban uralkodó nyomás lesüllyedt — 4·5-től 3—3·5-re, illetőleg 2·5—1·5-re. Ez a nyomáscsökkenés 30 percig tartott. Gyulladt és cyanosisos bőrterületen ugyanilyen arányban süllyedt le a capillarisnyomás besugárzás után. Ez a nyomássüllyedés bekövetkezik akkor is, ha a vizsgálandó testfelületet nem tesszük ki direct fényhatásnak, hanem a testfelület valamely nagyobb részét, pl. a törzset sugározzuk be. A vizsgálandó testfelületet ilyenkor le is takarhatjuk, a nyomáscsökkenés azért mégis bekövetkezik. Még jobban bizonyítja a tavaszi és a nyári nap ultraviolett sugarainak capillaris-nyomáscsökkentő hatását, az a kísérletünk, amelyben 8—10 napon át 10—10 percig sugároztuk be a testet és azt találtuk, hogy a fokozatosan lesüllyedt capillaris vérnyomás 5—6 besugárzás után alacsonnyá vált és további ugyanilyen intenzitású besugárzás után sem süllyedt mélyebbre, hanem körülbelül fele maradt a besugárzás előtt talált értéknek.

Az ultraviolett-sugarak nyomáscsökkentő hatásának megmagyarázására *Török, Lehner* és *Urbán* kísérleteire támaszkodva felvesszük, hogy a besugárzás alatt a bőrben bizonyos anyagok képződnek, melyek a véráramba jutva befolyásolják a capillarisokat. Ennek a

[1] V. ö. *Rajka* és *Wessely:* Zeitschr. f. d. ges. exp Med.

föltevésnek helyességét bizonyítja az a kísérletünk is, amelyben az egyik kart teljesen lekötöttük, a másikat szabadon hagytuk és hogy a direct fényhatást kikapcsoljuk, mind a két kart befödtük, a törzset pedig elölről és hátulról 10—10 percig besugároztuk. Besugárzás után a le nem kötött karon a capillarisnyomás lesüllyedt. A lekötött karon pedig 5—10 perc mulva végezve a mérést, mialatt a lekötés felszabadítása nyomán fellépő congestiv hyperaemia hatása elmúlik, változatlan maradt a capillarisnyomás, igazolva azt, hogy a besugárzás alatt a bőrben keletkező anyag mindenüvé eljutott, csak a lekötött karba nem. Az ultraviolett-sugarak az arterialis vérnyomást is csökkentik, mint azt *Hasselbach, Bach, Jesionek* és *Rothman* kimutatták. De kétségtelen, hogy az ultraviolett-sugarak hatása alatt a capillarisokban létrejövő nyomáscsökkenés független a fényhatásra beálló arterialis nyomáscsökkenéstől, mert azt megelőzi. Viszont az is kétségtelen, hogy az arterialis nyomáscsökkenés, amely csak a capillaris nyomáscsökkenés után következik be, bizonyos fokig függ a capillaris nyomáscsökkenéstől.

A saisonszerű periodikus capillarisnyomásváltozások előidézésében a hő- és fényhatáson kívül valószínűleg még más körülmények is szerepelnek, pl. nedvesség, légnyomás, stb. Ezeknek vizsgálatát további kísérletekre kell bíznunk.

Vizsgálataink szerint az életkor — 10—50-ig — csak kevéssé befolyásolja a capillaris vérnyomást. Nagyobb gyermekeknél és felnőtteknél nagyjában egyező eredményt vagy csak igen csekély eltérést találtunk. Normalisnál magasabb értéket csak a 60 éven felülieknél kaptunk, kiknél minden valószínűség szerint az öregséggel együttjáró betegségi tünetek, főleg az arteriosklerosisnak következményei okoznak magasabb capillarisnyomást. A középkorú férfi és nő capillarisnyomása között nem találtunk különbséget. A climaxban levő nőknél alacsonyabb a capillarisnyomás, mint a hasonló korú férfiaknál, vagy ugyanolyan idős menstruáló nőknél. Pl. ha férfiaknál, vagy menstruáló nőknél 2·5, a climaxban levő nőknél 0·9—1·2 volt a capillarisnyomás.

A *menstruatio* is befolyásolja a capillarisnyomást. A menstruatio előtt egy-két nappal a duplájára emelkedik a capillarisnyomás s ezt a magas értéket megtartja, sőt kissé fokozódik is a menstruatio alatt. Menstruatio után pedig visszaesik a normalis értékre. (Pl. ha normalisan az interperiodikus időszakban 1·4, közvetlenül a menses előtt 2·5, alatta 2·5—3, s pár nappal a menses után 1·3—1·4.)

Erősen befolyásolja a capillarisnyomást a *hydrostatikai* nyomás. Minél távolabb van a vizsgálandó testrész a szív niveauja alatt (pl. ha leeresztett karnál vagy álló egyén lábán végezzük a vizsgálatot), annál magasabb nyomásértéket kapunk; 35—40 cm-rel a szív niveauja alatt már megkétszereződik a capillarisnyomás. A magasba tartott kézen viszont csökken, bár aránylag sokkal kisebb mértékben. (Pl. 2—2·5-ről 1·5-re, 3-ról 2·5-re.)

Függ továbbá a capillaris vérnyomás a capillarishoz vezető arteriolák tágulásától és főleg a bennük uralkodó vérnyomás nagyságától. Ezt úgy sikerült kimutatnunk, hogy 50 C°-os melegvizet vagy *Föhn* segítségével meleg levegőt alkalmaztunk a vizsgált testrészre. A meleg erősen tágítólag hat az arteriolákra és a capillarisokra s utána a capillarisokban a nyomás emelkedik (pl. 4-ről 6—8-ra télen). Ha a kezet 5—6 percig magasban tartjuk, aztán hirtelen leeresztjük, kifejezett congestiv hyperaemia és ezzel fokozott arterialis vérnyomás áll elő, a capillaris vérnyomás emelkedik (pl. 3—4-ről 6—7-re télen.). Ez az emelkedés csak egészen futólagos, egy-két perc mulva a capillaris vérnyomás a normalisra esik vissza. Ezzel szemben hangsúlyoznunk kell, hogy a capillaris vérnyomás eléggé független az arteriás vérnyomástól, mert lehet magas arteriás nyomás mellett alacsony capillarisnyomás és megfordítva. Csak abban az esetben követ magasabb arteriás vérnyomást capillaris nyomásemelkedés, ha az arteriás nyomás emelkedésével együtt a capillarisok tágulása is beáll.

A capillarisok *összehúzódása* hatalmas nyomásemelkedéssel jár. Ha üvegcapillarissal adrenalint alkalmaztunk intracutan a bőrbe, az anaemizált területen a capillarisnyomás két-háromszorosára emelkedett és magasabb volt mint az anaemiás udvart körülvevő hyperaemiás udvarban. Acut gyulladásos bőrre alkalmazott adrenalin, vagyis olyan bőrön, amelyen a capillaris nyomás már eleve emelkedett volt, még tovább fokozta a capillaris nyomást.

Ha jeget 3—5 percig hagytunk behatni, a vizsgált területen a következőket tapasztaljuk: közvetlen a jégbehatás után nem láthatók a capillarisok a nagy anaemia miatt, minthogy a hideg erősen összehúzza a capillarisokat; csak lassanként mutatkozik egy-egy capillaris, amelyben a nyomás erősen fokozott (pl. 2·5-ről felszaladt 6—7-re), majd 1 perc mulva a kinyíló capillarisokban a normalisra száll le, a jég hatására beállott reactiv hyperaemiára azonban ismét emelkedik (3·5-re), hogy 4—5 perc mulva végleg a normalishoz térjen vissza (2·5-re).

A *vénás pangás* fokozza a capillarisokban a nyomást, mint azt vitiumoknál és pangással járó megbetegedéseknél tapasztaltuk. Ezt kísérletileg is úgy mutattuk ki, hogy a Riva—Rocci-féle manzsetta segítségével leszorítottuk a karon a venákat. Azt találtuk, hogy gyenge leszorításnál a duplájára, erős leszorításnál (10—15 Hg mm-rel a teljes leszorítás alatt, vagyis amikor a pulzus még épen tapintható) három-négyeszeresére emelkedik a capillaris vérnyomás. Teljes lekötésnél azonban, amikor már a pulzus nem tapintható, a még nem egészen kiürült és látható capillarisokban a nyomás a normalis alá süllyedt.

A *gyulladásos exsudatio* összefüggésben áll a capillaris nyomással. Ez a függőség, mint kísérletileg kimutattuk, a kar lekötése alatt csak addig tart, amíg a pangás nem válik nagyfokúvá, vagyis amíg a lekötés foka nem éri el a 35 Hg mm. RR-t. Magasabb fokú pangás, melyet a kar erős leszorítása által idézünk elő, csökkenti az exsudatiót, mert a pangásos vérnek exsudatiót csökkentő hatása van. (Lásd *Török, Rajka* és *Wessely* kísérleteit.) A véráramlás teljes megszakítása esetén a capillaris vérnyomásnak és a pangásnak egyirányú a hatása: mind a kettő csökkenti és akadályozza az exsudatiót.

A capillaris vérnyomás, az évszaki változástól eltekintve ugyanazon egyénnél állandó. Heteken át ismételve vizsgáltuk egy és ugyanazon egyént: a capillaris vérnyomás ugyanaz maradt.

Kóros viszonyok között vizsgálva a capillarisnyomást, azt találtuk, hogy bőrgyulladással járó bőrelváltozásokban, pl. urtikariánál, acut és chronikus ekzemánál, lupusnál, erythema multiformenál, lichen ruber planusnál, psoriasisnál, gummánál stb., mindig a gyulladás fokának megfelelő, magasabb capillarisnyomást találtunk, mint a szomszédos bőrfelületen.

Acrocyanosisnál igen magasnak találtuk a capillaris nyomást. Congelationál szintén jóval magasabb a capillarisnyomás a normalisnál. Cutis marmoratánál a livid területen magasabb a nyomás mint a fehér területen. (Pl. ha a lividen 4—5, a fehér területen 3—4, ha a lividen 5—6, a fehéren 3—4). Ez a nyomásdifferentia állandó, amiről úgy győződhetünk meg, hogy öt percnyi kézfenntartás után, amikor is a cyanosisos területen a tágult capillarisban a pangás csökken, csökken a capillaris-

nyomás is, de azért az aránylagos nyomásdifferentia megmarad a livid és a fehér terület capillarisai között.

Sklerodermiánál az elvékonyodott bőrön a capillarisnyomást igen alacsonynak találtuk még a nagyobb capillarisokban is.

Irodalom: *Rajka:* Zschr. f. d. ges. exp. Med., 1926, 48. köt. (Régebbi irodalom.) — *Rajka* és *Wessely:* Ztschr. f. d. ges. exp. Med., 1927, 57. sz. — *Török, Rajka* és *Wessely:* Dermat. Zeitschr. 1928, 52. sz.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Intracutan reactio ferricyankaliummal ikterusnál. *Prof. Brugsch.* (Deutsche Med. Wschr., 1929, 32. sz.)

Acholeretikus (hepatotoxikus) ikterus esetében 1% ferricyankalium-oldatot fecskendezve a beteg bőre közé az injecio púpja kékszínű lesz. A kék színnek a világostól a sötétkékig való intensitása parallel halad a folyamat súlyosságával. Mechanikus, haemolytikus valamint az anaemia perniciosával kapcsolatos ikterus nem adja a reactiót, de positiv lehet ikterus neonatorumnál. A reactio minden valószínűség szerint a szövetek magas ferro concentratiója folytán jön létre és semmiesetre sem magyarázható a bilirubin oxydatiójával.

Kleiner György dr.

Aconitum napellus a therapiában. *Pietrkowski* és *Schürmeyer.* (Deutsche Med. Wschr., 1929, 30. sz.)

Az aconitin fájdalomcsillapító hatása régen ismeretes, de veszélyes és kellemetlen mellékhatásai miatt alkalmazását kerülni kellett. Az aconit-dispert *(Krause,* Medico-Gesellschaft, München) nevű tabletták alakjában úgy látszik, sikerült olyan készítményt nyerni, amely jól használható lesz. Mintegy 40 esetben alkalmazták minden mellékhatás nélkül. Pleuritis siccánál, arthritis deformansnál, rheumatikus fájdalmaknál, neuralgiáknál megbízható fájdalomcsillapítónak bizonyult. A fájdalomcsillapító adag egyénenként változott napi 3×1 és 3×4 tabletta között.

Kleiner György dr.

A chronikus malaria kezelése nagy adag natriumkakodylat alkalmazásával. *Ullmann-Apostolon* és *G. Apostolon.* (Presse méd. 1929. 70. sz.)

A macedoniai chronikus malaria chininkezelése hatástalan marad és eredménytelen az arsenkezelés is a szokásos módokon (salvarsan) olyan betegeknél, akiknél subikterus, hepato- és splenomegalia fejlődött ki. Tapasztalataik szerint különben a syphilises egyének malariája sem gyógyul meg erőteljes neosalvarsankezelés után sem. *Carnot* ajánlotta a nagy adag kakodylattal való kezelést chronikus esetekben, amelyeknél más therapia hatástalan. Szerzők megpróbálták e módszert a következőképen: betegeiknek 0·5—1·0 g natriumkakodylatot fecskendeznek be intravenásan, 2 mg strychnin subcutan adagolásával együttesen. A napi injectiókon kívül még 1·5 g chinint is adnak peroralisan. Lassan emelkedve, az első 10 napon egész 1·5—2 g natriumkakodylatig mennek fel. E valóban heroikus kezelés eredménye meglepően jó; nemcsak a rohamok maradnak el, hanem a chronikus malariával együtt járó anaemia és kachexia is szépen javul. A nagy adag arsen mellékhatása könnyű hasmenésben, esetleg az 5—6. injectio után jelentkező, kissé viszkető bőrkiütésben jelentkezhet, amely azonban tejdiaetára hamarosan rendbejő. A kezelés eredménye oly jó, hogy a reménytelen esetek is rendbejönnek; chronikus léptumorok annyira visszamennek, hogy betegeiknél splenektomiára nem került a sor.

Baráth dr.

Intravenás széninjectiók a tüdőgümőkór gyógykezelésében. *Bingel.* (D. Arch. f. klin. Med. 165. k., 1—2 f.)

Ugyanazon megfontolás alapján, mint *Wedekind* (Deutsch. Arch. klin. Med. 1929. 163. köt. 202., ref. O. H. 1929. 29. sz.) próbálta a széninjectiók alkalmazását. Egy haláleset kapcsán, melyet fenti gyógykezelés rovására ír, a széninjectiókat többé nem alkalmazza. Lehet, hogy az alkalmazott készítmény nagy mennyisége volt a szerencsétlen eset oka, elméleti okoskodás alapján azonban arra az álláspontra jut, hogy ez a *Wedekind* által alkalmazott injectióknál is megtörténhetik. Még ha feltételezi is az intravenás széninjectiók veszélytelenségét, akkor sem látja ennek előnyét az inhalatióval szemben. Hogy a szén a capillarisokból, vagy pedig a bronchusok és alveolusokból jut-e könnyebben a megbetegedett tüdőrészekhez, az nyilt kérdés marad.

Molnár István dr.

A histaminpróba és a gyomornyálkahártya endoskopiás képe achyliánál. *Henning.* (M. M. W. 1929, 37. sz.)

Az achylia gastrica okának biztos megállapítása a klinikai diagnostika számára még ma is nehezen megoldható feladat. A gyomornyálkahártya szövettani elváltozásáról csak a gastroskopia segítségével nyerhetünk biztos képet, míg a secretiós mirigyek functiójának vizsgálatára a histaminpróba lépett az utóbbi években előtérbe. A histaminpróba eredménye alapján megkülönböztettek olyan achyliákat, melyenél a histamininginre a secretiós mirigyek még sósavelváltozással reagáltak, és olyanokat, melyeknél még ez az erős inger is hatástalan maradt. Az utóbbiakat a restitutio szempontjából rossz prognosisúaknak tekintették. Szerző azon kérdés tisztázására, vajjon a histaminpróba eredményéből következtetés vonható-e a gyomornyálkahártya kóros elváltozására, 49 achyliás betegnél végzett rendszeresen gastroskopos vizsgálatot és histaminpróbát. 25 achyliás 0·5 mg histamin befecskendezésére sósavproductióval reagált. A gastroskopos kép 7 esetben többé-kevésbbé kifejezett nyálkahártyaatrophiát mutatott lényegesebb gyulladásos tünetek nélkül, a többi 18 esetben súlyos gastritises elváltozás volt látható. 24 achyliásnál histamininjectióra nem következett be sósavelválasztás. Ezen esetekben sem volt egységes az endoskopos kép: 13 esetben nyálkahártyaatrophia, 6 esetben súlyos nyálkahártyahurut, 5 esetben pedig a chronikus gastritis hypertrophiás-ulcusos alakja mutatkozott. Megfigyelései alapján a histaminpróba eredményéből nem lehet a gyomornyálkahártya morphologia elváltozására következtetni: az a gastritises gyomornyálkahártya, mely spontan már nem produkál sósavat, a histamininginre reagálhat is, nem is. A histaminpróba a prognosis szempontjából sem mondhat nekünk sokat. Jóllehet például egy chronikus, histaminnegativ achyliával járó nyálkahártyahurut kimenetelét nem ismerjük biztosan, ma mégis inkább gondolhatunk reparatióra, mint az olyan nyálkahártyaatrophiánál, melynél a mirigyek a histamininginre még bizonyos mennyiségű sósavat képesek elválasztani. A histaminpróba csak „pillanatfelvételt" ad a gyomornyálkahártya secerválóképességéről.

Dvorák dr.

Sebészet.

Csonttörések véres úton való kezelése. *Pamperl.* Komotau. (Bruns Beitr. 147. 2.)

Erről a kérdésről szerzőnek röviden az a véleménye: csak szükség esetén, de akkor rögtön operáljuk a legegyszerűbb methodussal. A csontvelőt kíméljük, azért a dróttal ne perforáljuk, hanem vegyük körül a csontot; erre a célra legalkalmasabb a hajlékony aluminiumbronzdrót. A lágyrészeket lazán egyesítjük. Ha sebfertőzésre gyanú van, úgy rivanollal öblítsük. Gypskötéssel helyezzük nyugalomba a törvégeket és hamarosan gondoskodjunk a jó functionalis eredményről. Tapasztalatai szerint a phosphoros csukamájolaj, avagy a sárgarépa- és citromlé előnyösen befolyásolják a csonttörés gyógyulását.

Marx József dr.

A gastrostomia új módja. *Prof. Spivack.* Chicago. (Bruns Beitr. 147. 2.)

Szerző új eljárású gastrostomiát dolgozott ki, melynek lényege, hogy a gyomron csapóajtószerűleg záródó, csak a gyomor ürege felé nyíló ventilt készít a gyomorfalon. Behatolás és a gyomor előhúzása után a nagy- és kiscurvatura között a középen, a serosán és izomzaton

keresztül *U*-alakú lebenyt készít az elülső gyomorfalon; erre két seromuscularis varrattal összeölti a lebeny alapjának két ellenkező pontját a nekik megfelelő pontokkal a lebeny szabad végén; a két redő között egy sondát fektet át, azután azokat Dupuytren-öltéssel összeköti. Most ugyanilyen mucosalebenyt készít, melyet hátrahajlítva, nyálkahártyát nyálkahártyához varr, ennek a lebenynek kettőzött része felett. Ezután a gyomorsebet a lebeny basisáig egyesítve, ezt a gyomor üregébe betolja. Erre egy nyálkahártyával bélelt cső keletkezett, melynek első részén ventil van, mely szerző szerint egy csepp gyomortartalmat sem enged ki. Másik előnye a műtétnek, hogy kontrahált gyomron is kivihető. *Marx József dr.*

A solästhin jelentőségéről. *Werrow.* Dresda. (Zentralblatt f. Chir. 1929. 36.)

Az aethylchloridnál kevésbbé veszedelmes, olcsó, nyitott üvegben is eltartható, csepegtető üvegből is adagolható, rövidebb bódításra nagyon alkalmas narkotikumnak tartja szerző a solaesthint. 2500 bódítást és kb. 1000 bevezető narkosist végeztek vele teljes sikerrel. A betegek a majdnem szagtalan szert jól tűrik; eleinte lassabban, később másodpercenként 1—2 cseppet nyujtva, kb. 2—4 perc mulva következik be az analgesiás stadium, amely azonban hosszabban is tart, mint aethylchlorid után. Excitatio ritka; prolongált bódítás is végezhető vele. Teljes ellazulás ezzel sem érhető el, azért pl. luxatio és fracturák beigazítására ez sem alkalmas. A legkoraibb csecsemőkortól a késő öregkorig alkalmazták minden baj nélkül. Szerző nagyon fontosnak tartja bódítás előtt a betegek psychikus megnyugtatását, amely körülmény hathatósan elősegíti a bódítás excitatio nélküli nyugodt lefolyását. *Marx József dr.*

A térdizület physiologiás megnyitása. *Erkes.* Hohenelbe. (Bruns Beitr. 147. 2.)

Szerző hullakísérletek alapján a következő, izületet megnyitó eljárást dolgozta ki és alkalmazta a legjobb eredménnyel eddig 15 betegén: bőrmetszés a bőrredőknek megfelelőleg a tuberositás tibiaetől ívalakúlag 3 harántujjal a medialis condylus fölé. A lateralis sebszélt alapjáról felkészíti, erre előtűnnek a felső sebzugban az aponeurosison keresztül a vastus medialis izomrostjai. A bőnyén keresztülvezetett metszés szabaddá teszi az alsó izomszélt, úgy, hogy tompa kampóval alámehetünk és tágíthatjuk azt. Erre a tuberositáshoz ívalakúlag haladó, a feszítő aponeurosison keresztülmenő metszést ejtünk. Erre előtűnik a synovialis tok, amelyet az előbbi metszéstől laterál felé a patella mellett nyitunk meg. Az egész térdsapka a vastus passiv tágulása folytán az izületről lateral felé elhúzható, úgy, hogy fokozódó hajlításnál a medialis condylus, a fossa intercondyloidea és a medialis tibiaefelület tűnik elő. Ha még tovább húzzuk el a képleteket, a lateralis izületi rész is szembetűnik. Sebzáráskor a varratvonalak nem feküsznek egymás felett. A metszésnek többek között az is előnye szerző szerint, hogy ha szükségesnek mutatkozik, mindjárt resectiós metszéssé nagyobbíthatjuk. *Marx József dr.*

A chordotomia technikai hibái és annak complicatiói. *Babtschin.* Leningrad. (Bruns Beitr. 146. sz. 4. o.)

Az utóbbi években joggal népszerűbbé lett chordotomia műtéténél a műtő szemének állandó controllja mellett kell dolgozzon és a műtéti terület topographiai viszonyait a legapróbb részletig is tisztán kell hogy lássa. A chordotomia technikája a chordotom constructiójától függ. Ők a Polenow-féle, 3 mm pengéjű kést használják, mellyel a Gower-köteget belülről kifelé vágják át; ezen módon a pyramispálya nincs veszélyeztetve. A vérzéscsillapításnak tökéletesnek kell lenni és mindenféle ráncigálástól, vongálástól tartózkodni kell (oedema, nekrosis). Malignus inoperabilis tumoroknál a pyramispályák megsértését figyelmen kívül hagyhatjuk, minthogy a betegek nagy része úgyis ágyhoz van kötve. Nagy elővigyázattal kell azonban eljárnunk még járni tudó paralytikusoknál, mert a pyramissérülés az egészséges végtag bénulásához vezetve, egészen invalidusokká teszi a szerencsétleneket. Esetleg kényszerülve lehetünk magasabban megismételni a nem egészen eredményes műtétet. Egyébként csak gerincagyi műtétekben teljes jártassággal bíró sebész kezétől várhatunk eredményt. *Marx József dr.*

Gyermekorvostan.

A Selter—Swift—Feer-féle betegség vonatkozásai a sudor anglicussal. *Zechlin.* (Jahrb. f. Kinderhlk. 1929, *124.* 195.)

A szerző rámutat arra a hasonlóságra, amely a Feer-féle betegség tünetei, ú. m. a lehangoltság, az izzadás, a hámlás, exanthema, a végtagok hűvös cyanosisa, az izomgyengeség és vérnyomásemelkedés, valamint a betegség lefolyása és a ma már csak elszórtan jelentkező s a klinikusok által is alig ismert betegség: a sudor anglicus között fennáll. Mindkét kórkép elsősorban a központi idegrendszer megbetegedése, bár a peripheriás idegrendszert sem hagyják érintetlenül. A bakteriologusok feladata annak a tisztázása, hogy a két kórkép nem tulajdonkép egy betegség-e? *Geldrich dr.*

A besugárzott ergosterin angolkórellenes és arteriahatása. *Wo. Heubner* és *Fr. Holtz.* (Klin. W., 1929, 31. sz.)

Besugárzott ergosterin nagy dosisban nyulakra mérgező, aortájukon arteriosklerotikus elváltozásokat idéz elő. Minél mérgezőbb valamely készítmény nyúlkísérletben, annál kifejezettebb angolkór elleni hatása a megelőzést célzó patkánykísérletben. A mérgező és gyógyító hatékonyság ilyen párhuzamosságát *Scheunert* és *Schieblich* észlelték először, praeforminra vonatkozólag szerzők állatkísérleteik alapján ezt a megállapítást megerősítik. *König dr.*

A pylorusspasmus műtéti kezelése tágítás útján. *Foramitti.* (Jahrb. f. Kindhk. 1929. *124.* 127.)

A műtét: laparotomia után 1 cm hosszú metszést ejt a gyomor elülső falán. Kissé meghajlított csipeszt vezet a pylorusba, amelyet a csipesz szárainak szétnyitásával kitágít. Továbbá folytatja a tágítást Hegar-tágítókkal s végül a gyomorsebet rétegesen zárja. Eredmény: 19 esete közül 16 meggyógyult, 3 meghalt. Az eljárást a Weber—Rammstedt-műtét helyett ajánja. *Geldrich dr.*

Szemészet.

A glaukoma-műtétek utáni késői infectiók. *Morax.* (Nemzetközi szemészcongressus, Amsterdam, 1929 szept.)

Klinikai tapasztalat mutatja, hogy minden olyan glaukomaellenes műtét után, amely fistulaképzéssel jár, az esetek egy részében hosszabb-rövidebb idő után exogen fertőzés támadhat, amely csakhamar az uveára ráterjed. Ezen kellemetlen szövődmény okát ritkán ismerjük és ez vezetett azon túlságos félelemhez, amely ezen műtétekkel szemben támadt. *Morax* az általa észlelt kevés esetet alaposabban megvizsgálta és a bakteriologiai vizsgálatnál egy anaërob bakteriumot talált, amelynek kórokozó voltát állatkísérletek is igazolták. Ezen késői infectiók azonban ne felejttessék el velünk a glaukoma chronicum komoly prognosisát, amely műtét nélkül előbb-utóbb vaksághoz vezet. *Horay dr.*

A rhinogen neuritis retrobulbaris kérdéséhez. *Feigenbaum* és *Salzberger.* (Nemzetközi szemészcongressus, Amsterdam, 1929 szept.).

A 24 eset közül, amelyről beszámol, 18 egy influenzajárvánnyal kapcsolatban fordult elő. 17-szer kétoldali volt a folyamat. Az orrlelet csak kilencszer volt positiv. A conservativ therapia eredménytelensége után 16 esetben megnyittatták a rostasejteket, illetőleg az iköblöt. Ez utóbbiak közül 8 gyógyult, 3 javult. Neuritis retrobulbarisnál még akkor is kell a rhinogen aetiologia után kutatni, amikor egyéb általános megbetegedéseket találunk a szervezetben. Az operált esetekben mindig lehetett a melléküregek nyálkahártyájában mikroskopi elváltozásokat találni. A baj komolyságára való tekintettel a szerzők a beteg melléküregek minél előbbi megnyitását ajánlják. Ezen előadáshoz csatlakozó discussió-

ban *Meesmann* hangsúlyozza, hogy ő a több mint száz alaposan átvizsgált esetében csak nagyon ritkán talált alapot a rhinogen aetiologiára és az endonasalis kezelésnek is csak kétszer volt eredménye. *Hoefnagels* a Röntgen-vizsgálat rendkívüli fontosságát hangsúlyozza. *Scherer* szerint a neuritis retrobulbaris kérdését legjobban úgy lehetne tisztázni, ha 1. minden mellüregbántalomban szenvedő beteget szemészeti vizsgálatnak vetnők alá, 2. az operált eseteket rendszeresen kellene továbbészlelni arra nézve, hogy nem támadnak-e később sklerosis multiplexes tünetek? *Steindorf* a korai activ műtéti beavatkozás híve. *Horay G. dr.*

Urologia.

Vesetuberculosis mellett fellépő vegyes fertőzésekről. *B. Frisch.* (Zeitschr. f. Urol. Chir. 23. köt., 3. füz.)

A gyakran előforduló vegyes fertőzések a Koch-bacillus kimutatását megnehezítik. A *Colombinó* által leírt és mások által is észlelt fehérvérsejtek morphologiai elváltozása oly esetekben is kimutatható, midőn ismételt vizsgálat dacára sem találunk tbc.-bacillust. Tíz esetet ismertet, melyek közül ötnél coli, kettőnél strepto-, háromnál staphylococcus vegyes fertőzést mutattak ki, egy esetben Koch-bacillus műtét előtt nem volt kimutatható, másikban a Loewenstein-cultura adott csak positiv eredményt. A vegyes fertőzés megnehezíti a diagnosis felállítását, gyulladást előidéző hatása vesekörüli tályogot is okozhat. Amennyiben a cystoskopia- és bakteriologiai vizsgálat nem vezet eredményre, értékes segítséget nyujt a Colombinó-tünet vizsgálata. *Kertész László dr.*

A nervus hypogastricusok átvágása által gyógyított bizonyos vizeletretentiók. *V. Richer.* Lion. (Journ. D'Urologie. 28.)

Vannak, főleg nőknél fellépő hólyagretentiók, melyeknél localis organikus laesio nem mutatható ki. Ilyenkor hólyagbeidegzési zavarra kell gondolnunk (gerincvelő plexus hypogastricus). Pilocarpin-próba kórjelző fontosságú (1%-os pilocarpinra viharos hólyagcontractiók). Rendszerint megacolonnal társul (atonia colovesicalis). 50 éves asszony esetét közli, kinél mindkétoldali nervus hypogastricus átvágása útján a retentiót megszüntette. *Karácson dr.*

Röntgenjel egyoldali vesetuberculosis kórismézéhez. *R. L. Dourmashkin.* (The Journal of Urol., XXI. köt., 4. sz.)

A kóros oldalon az ureter kismedencebeli hajlása eltűnik s a miniumos katheter majdnem egyenes vonalban halad felfelé a veséhez. Ennek következtében a medence és ureter közti távolság lényegesen hosszabb a kóros, mint az ép oldalon. Ennek magyarázata az ureter megrövidülése és az alsó szakasz retractiója. A jel csak akkor értékelhető, ha a két oldal összehasonlítása lehetséges. Az ureterek lefutásának asymmetriáját 13 esetéből 84·6%-ban találta meg. Kezdődő esetekben ez éppúgy jelen van, mint kiterjedt destructiónál. A hólyagelváltozás semmiképen sincs arányban az ureter megbetegedésével, viszont a Röntgen-kép ez utóbbinak teljesen megfelel. Az ureter lefutásának ezen elváltozása más esetekben, nevezetesen tágult atoniás uretereknél is előfordul. Ilyenkor a pyelographia döntő. Túl merev katheter használata tévedéshez vezethet. Kétes esetekben e Röntgenjel jól felhasználható. *Sas Lóránt dr.*

Bizonyíték arra, hogy húgycsőmirigyeket urethroskopon át kiégetni lehetetlen. *E. W. Hirsch.* (The Journ. of Urol. XXI. köt., 4. sz.)

A húgycső idült fertőzéses bántalmainál gyakran végzik a fertőzés focusát képező húgycsőmirigyek thermo- vagy chemocoagulatióját. Szerző mikrophotogrammokkal bizonyítja be, hogy még a legfinomabb vezetékkel sem lehet a húcsőmirigyekbe behatolni. Cauterezéssel tehát csak a nyálkahártyát ártalmazzuk, anélkül, hogy a folyamatot befolyásolhatnók. *Sas Lóránt dr*

KÖNYVISMERTETÉS

Der Stand der Tuberkulosebekämpfung. Von *Dr. F. Helm*, Generalsekretär des Zentralkomitees. (Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, 1929. 120 oldal (quart).

Az 1928—29. évi jelentés hű tükrét adja annak az alapos munkának, melyet Németországban a tuberculosis elleni küzdelemben kifejtenek. Áttekinthetjük benne mindazt, ami e téren történik és külön fejezetekben ismerhetjük meg a német birodalom egyes államainak tevékenységét. Az adatok halmazából kiragadunk néhányat, amelyek nálunk is érdeklődésre számíthatnak.

A német központi bizottság elhatározta, hogy a jövőben csak kétévenként tart közgyűlést, éppúgy, mint a német tuberculosis-társaság, minthogy az egy időszakban tartott ülések túlsoká tartanak, ezért évenként felváltva fogják tanácskozásaikat folytatni. A korai beszűrődés új tanát nagy érdeklődéssel kísérték a különböző gyógyintézetekben s az eddigi tudományos nézetek teljes megváltoztatójaként értékelték. Jelentőségét illetőleg a kórboncnokok a klinikusok nagy részével ellentétes álláspontot foglaltak el. A vita legfőbb gyakorlati hasznát abban látják, hogy a Röntgen-eljárás jelentősége az alapos tüdővizsgálat szempontjából nélkülözhetetlennek tekinthető. Különös jelentősége volt a tuberculosis elleni küzdelem szempontjából a birodalmi munkaügyi minisztérnek rendelete az egészséggondozás terén munkaközösség megteremtéséről. A birodalmi belügyminisztérium a német központi bizottságot 500.000 márkával támogatta. 51.000 márkát adott tudományos dolgozatok írásának elősegítése céljából, 61.000 márkát sanatoriumoknak és a munkaügyi minisztériummal együtt 250.000 márkát a gümőkórban megbetegedett ápolószemélyzet sanatoriumi kezelésének fedezésére. Nagyobb összegek fordíttattak azonkívül a hadirokkantak sanatoriumi ápolásának költségeire. A birodalmi vasutak gümőkóros és veszélyeztetett alkalmazottai és azoknak hozzátartozói javára 2.000.000 márkát fordítottak, a nyugdíjasok és hátramaradottaik tuberculosis-gondozását pedig jelentékeny összeggel támogatták. A birodalmi postaminisztérium a tisztviselők és családtagjaik javára 700.000 márkát költött.

A gümőkórhalálozás úgy a birodalomban, mint az egyes államokban csökkent. 1927-ben 10.000 élő lakosra számítva 9·3 halt meg a tuberculosis összes alakjában, illetőleg 8 tüdőtuberculosisban. A legnagyobb halandóság Badenben 10, a legkisebb Thüringiában 7 volt. A legkedvezőtlenebbek a statistikai adatok az 1—2., valamint a 15—40. és a 60—80. életévekben. Az 1919. évvel összehasonlítva, a számok az akkori felére csökkentek, a nőknél a 20—25 évi életkorban még jelentékenyen kevesebbre.

A betegek elhelyezésére szolgáló intézetek a jelentés évének első felében elfoglaltak voltak, de az 1929. év január—március havának negyedében több helyen feltűnően sok volt az üres ágy, amit a szokatlanul kemény téllel magyaráztak. Az általános gazdasági helyzet súlyossága nem játszhatott ebben szerepet, mert a biztosító intézetek bőségesen rendelkeztek pénzzel, nemcsak tagjaik, hanem a családtagok ápolásának lehetővé tételére. A betegek számának csökkenésénél szerepet játszhatik azonban a betegek jobb kiválasztása, az ú. n. tüdőcsúcshurut ártalmatlan voltának felvétele és a sanatoriumi kezeléstől való távoltartása. Az ágyak üres volta annál is megdöbbentőbb volt, mert addig az volt a vélemény, hogy a felnőttek részére még 18.000 sanatoriumi ágyat kellene létesíteni, míg a gyermekek részére feleslegesen sok ágy állott előzetesen is rendelkezésre. A központi bizottság látván az üres ágyak nagy számát, feltétlenül szükségesnek tartja új sanatoriumok építése, illetőleg a meglevők megnagyobbítása előtt a szükséglet kérdésének gondos vizsgálatát, annál is inkább, mert a tuberculosis-halálesetek száma állandóan csökken és így a megbetegedések száma is előreláthatólag megfelelően kisebb lesz. Azoknak a tüdőgümőkórosoknak száma, akik nyilvános vagy magánkórházakban haltak meg, az utolsó években némi emelkedést mutat, ami azzal magyarázható, hogy külön tuberculosis-kórházak és kórházi osztályok létesültek és ezek megkönnyítik a betegeknek elhatározását abban, hogy felvételt kérjenek. A birodalmi biztosító hivatal a rokkantbiztosítási intézmény működéséről kiadott jelentésében megállapította, hogy a tüdő- és gégegümőkór miatt gyógykezeltek intézeti tartózkodásának átla-

gos időtartama 1927-ben 72 nap volt 592·24 *M* átlagos költséggel. E szerint egy beteg napi ellátása 8·23 *M*-ba került. A betegek 89%-a végezte eredménnyel kúráját és bár a kezelt személyeknek száma csökkenést mutat, a költségek állandóan emelkednek.

A tüdőbeteggondozó intézeti bizottság a porosz népjóléti ministerrel egyetértésben a különböző porosz tartományokban tanulmányi utazásokat rendezett, mely alkalommal igen nagy különbséget látott a különböző gondozók működésében. Különösen jelentőséget tulajdonítanak annak, hogy a meglévő gondozók a kor szellemének megfelelő felszereléssel és szervezettel láttassanak el. Jellemző Thüringia fejlett gondozó-rendszerére, hogy a lakosoknak csak 9%-a részére nem áll tüdőbeteggondozó orvos rendelkezésre. A tuberculosis diagnostikájában való jobb kiképzés szükségességét Berlin városa betegpénztárának jelentése tanúsítja. A pénztár ugyanis a tüdőbeteggondozó-intézetekkel egyetértésben a pénztárorvosok által felállított diagnosist utánvizsgáltatta. Ekkor kiderült, hogy 818 a pénztári orvosok által tüdőtuberculosisra gyanúsnak, vagy tüdőcsúcshurutosnak megjelölt esetben 45 egyén bizonyult nyilt tuberculotikusnak; 49 nyilt tuberculotikus beteg határozatlan diagnosissal jelentkezett és 313 nyilt tuberculotikus beteg közül a pénztári orvos csak 210-et nyilvánított tüdőgümőkórban szenvedőnek. 1593 tüdőgümőkórosnak nyilvánított eset közül 177-nek egyáltalában nem volt tüdőbaja. Ez adatokból kiderül az utánvizsgálásnak, másrészt az orvosok továbbképzésének szükségessége.

A már említett korai beszűrődés vizsgálata az érdeklődés előterében állott. A müncheni egyetemen, az elsőízben beiratkozó diákok kötelező átvilágítását rendelték el; ugyancsak ily vizsgálatot végeztek a jénai egyetemen és fognak Berlinben is eszközölni. A gyakorló orvosok a kötelező bejelentést nem mindenütt végezték kellő lelkiismeretességgel. Így egy járásban az orvosoknak több mint egy negyede egyetlen egy tuberculosis-esetet sem jelentett be, pedig nagy gyakorlatot folytatott.

A lakásviszonyok nem mondhatók kielégíthetőnek. A porosz országgyűlés bizottságában történt megállapítás szerint a birodalomban 450.000-rel, Poroszországban magában 300.000-rel több lakásra volna szükség. A gümőkóros családokat nem szívesen juttatják lakáshoz a háztulajdonosok és így azok különösen súlyos helyzetbe kerülnek. A thüringiai országos biztosító intézet nyilt tuberculotikusoknak 143 lakás építése céljából adott kölcsönt. A többi biztosító intézet is támogatja az építeni szándékozókat. Az oldenburgi biztosító az egészségtelen alkóvok megszüntetéséért külön jutalmat fizet. A tüdőbeteggondozó intézetek igénybevétele a középosztálybeliek hozzátartozói részéről tetemesen növekszik, ami az ezen osztályhoz tartozók nyomorúságának bizonyítéka. A jelentés foglalkozik mindazon egyesületeknek és szövetségeknek adataival, amelyek tagjaikat a gümőkóros megbetegedés esetén támogatják, azonkívül a lupus elleni küzdelemmel. Az egyes országok és tartományok adatai között sok érdekeset találhatunk. A legtöbb nagy súlyt helyez az orvosok továbbképzésére a tuberculosis diagnostikájában és therapiájában. A sanatoriumok és a biztosító intézetek anyagi támogatása lehetővé teszi, hogy továbbképző-tanfolyamok tartassanak orvosok részére, gondozónők alapos kiképzésben részesülhessenek, a tanítók és tanítónők pedig sok helyen a tuberculosis elleni küzdelem kérdéseit kellőképen megismerhessék. A jelentés végén a német tüdősanatoriumokban, gondozókban, lupus-gyógyintézetekben és a központi bizottság hivatalában készült értekezések és tudományos dolgozatok hatalmas számban vannak felsorolva. *Országh Oszkár dr.*

Hogyan védekezzünk úton és idegen országokban betegségek ellen. *Karczag László dr.* A Magyar Kivándorlási Tanács kiadványa (népszerű kiadás). Budapest, 1929, 78. oldal.

A munka kivándorlóknak, missionariusoknak, utazóknak, stb. készült azzal a célzattal, hogy segítségükre legyen egyrészt az utazással járó egészségi ártalmak elkerülésében, másrészt az exotikus betegségek ellen való észszerű védekezésben. Mindkét célt jól szolgálja a könyvecske. Az olvasó sok helyes útbaigazítást, practikus tanácsot talál benne az utasok életmódjára, ruházkodására, betegségek, balesetek esetén való viselkedésére nézve; megismerteti a legkönnyebben keresztülvihető fertőtlenítési módokat, továbbá azt, hogy a különböző világrészekben mely betegségek veszélyeztetik az odautazókat. Bár a könyvecskében gyógyszeres kezelésre is találunk előírásokat — ami rendszerint veszélyt jelent laikusok számára írott könyvben — mégis az a meggyőződésünk, hogy ez esetben nem kell ettől tartanunk; az író kellőképen és ismételten hangsúlyozza a fellépett bajok esetén szükséges gyors orvosi segítség igénybevételét. — Örvendetes, hogy szakavatott orvos által megírt ilyen munka magyar nyelven is megjelenhetett.

Andriska Viktor dr.

Szülészeti és nőgyógyászati propedeutika. A physiologiás terhesség, szülés és gyermekágy. Írta: *Kuncz Andor dr.* Előszót írt hozzá *Berecz János dr.* I. köt.

A szülészeti oktatás mai rendszere mellett a két amúgy is rövid félév jelentékeny részét elfoglalja a normalis viszonyok tárgyalása, úgyhogy a szülészeti oktatás valódi céljára, a szülészeti pathologia ismertetésére, nem igen marad több, mint másfél semester. Ebbe azonban még helyet kell szorítani a szülészeti műtéttannak s a nőgyógyászat fontosabb fejezeteinek is. Csak nyereséget jelenthet a hallgatóra, ha már mindezen ismeretek birtokában kezdheti meg a szülészet hallgatását, de nyereséget jelent a tanárnak is, ha mentesül olyanok előadásától, amelyeknek ismereténél kezdődik tanításának tulajdonképeni anyaga. Jó munkát végzett tehát a szerző, amikor oly könyvet adott a hallgatóság kezébe, amelyben mindezen alapfogalmakat kellő terjedelemben megtalálhatják.

Ezen feladatát a szerző sikerrel is oldotta meg. A 201 oldalas, 147 ábrával ellátott könyvben röviden, áttekinthetően foglalkozik mindazzal, ami a propedeutika körébe tartozik. Nem hallgathatjuk el azonban azt, hogy e rövidség néhol hátrányt is jelent. Rövidre szabott volta okozza, hogy helyenként annyira tömör, hogy a kezdő számára talán nehézségeket is fog okozni. A szülés mechanismusánál, pl. a Sellheim-féle magyarázat megértését néhány vázlatos ábra lényegesen megkönnyítette volna. Egy szülészeti propedeutikában azonban ma már a terhességi reactiók mindenesetre részletesebb ismertetést kívánnak. Ez a rövidség okozza azt is, hogy kivételesen előforduló jelenségek a kivételesség hangsúlyozása nélkül lévének felemlítve, a tanulót könnyen félrevezethetik. Így pl. inkább kivételes jelensége a klimaxnak, hogy bajusz- és szakállszőrök jelennek meg s a terhesség hatodik hónapjában is csak igen ritka kivételes esetekben észlelhető a magzat légző mozgása. Félreértésre adhat alkalmat pl. az a nem egészen szabatos fogalmazás is, hogy az ötödik hó végén „... a magzat mozgása és szívműködése annyira élénk lesz, hogy figyelmes külső vizsgálattal észlelhetők...“ (75. old.)

Nem zavarja ugyan az értelmet, de nem egészen helyes a következő kifejezés sem: „A feladata magaslatán álló orvosnak ismernie kell azokat a rendelkezéseket, amelyek a *bábagyakorlásra* vonatkoznak.

Nem magyaros fogalmazás a következő: „az erősen hypertrophyzált hüvelyfalak columna rugarumai a szűzhártya elé nyomulnak“. Mindenesetre előnyére vált volna a szövegnek, ha sok idegen kifejezés helyett jól bevált magyar szavakat használt volna.

Az ábrák nyomása nem mindenütt sikerült elég tisztán s a magyarázó rövidítések helyenként nehezen, vagy alig olvashatók, a 78. ábrát pedig éppen fordítva nyomták.

Mindezek azonban nem lényeges hibái a munkának és semmiesetre sem távolítják el attól a céltól, amelyet a szerző maga elé tűzött, inkább olyanok, amelyek talán a könyv megjelenésének sürgőssége miatt kerülték el a figyelmet. Ezeknek felemlítésével is csak az volt a célunk, hogy a szerző figyelmét még a második kötet megjelenése előtt ebbe az irányba is felhívjuk.

Különösen emeli a könyv értékét, hogy több fejezetben helyesen utal az illető részek klinikai fontosságára és sok gyakorlati útmutatással szolgál. *Raisz dr.*

A Budapesti Kir. Orvosegyesület október 26-i ülése.

Bemutatás.

Rihmer B.: *A bal ureter kettéágazása és egyik ágának a vaginába szájadzása következtében 17 éves korig fennálló vizeletcsurgás. Ureterresectio és neoimplantatio a hólyagba.* A 17 éves lány gyermekkora óta vizeletcsurgásban szenvedett, emellett azonban rendesen tudott vizelni. Ez kórjelző ektopiás ureternyílásra. Vizsgálataink kimutatták, hogy a bal ureternyílás a szokottnál

mélyebben szájadzik a hólyagba és egy másik ureternyílás a fornix bal felébe szájadzik bele. Ki volt mutatható, hogy ez a kétfelé ágazó ureter valószínűleg közvetlen a hólyag mellett egyesült. Az ureter feltárásával beigazolódott, hogy a bal ureter a hólyag mellett közvetlenül, bár közös adventitiával borítva kétfelé válik, a hólyaghoz menő ág szűkült volt. Az uretert két és fél cm-nyire a hólyagtól átmetszette és neoimplantatiót végezett a hólyagban. Az eset primára gyógyult és vizeletcsurgása megszűnt. Az irodalom áttanulmányozásakor kitűnt, hogy valószínűleg ez az egyetlen eddig élőn diagnostizált és operált lefelé bifurkáló és egyik ágának ektopiával nyíló ureter-esete.

Tóth I.: Az ureter sebészetével hazánkban *Tauffer* foglalkozott először és itt a magyar orvosok körében rögzíteni kívánja azt a tényt is, hogy *Tauffer* volt az első a világirodalomban, aki az átmetszett uretert összevarrta és pedig sikerrel. Hozzászóló tanuja volt *Tauffer* ama műtétének, amelyről előadó említést tett, s hogy milyen nehézséggel járt még a diagnosisa is, nem is szólva a genialis operatióról, az méltányolhatja, aki tudja milyen kezdetlegesek voltak 40 évvel ezelőtt a hólyagnak, ureternek, vesének vizsgálati eszközei.

Előadás.

Skrop F.: *Adatok a szívrhythmus és arhythmiák lényegéhez.* (Kézirat nem érkezett.)

báró Korányi S.: A görbék felületes hasonlatosságában nem látja a kifejtett hypothesis bizonyítékát.

Kiss P.: A szívrhythmus és az arhythmiák magyarázásának lényegéhez nagy lépéssel vitt közelebb az elektrokardiographia. Azonban az elektrokardiographiának mint jól tudjuk, nem csak elméleti, hanem gyakorlati jelentősége is nagy. Fontos segédeszköz az egyes arhythmiák közötti differentialis diagnosis felállításánál, útbaigazítást nyujt a therapia kivitelénél és a prognosis felállításánál, nemcsak szívbetegeknél, hanem különösen gyermekkorban egyes fertőző betegségeknél is, amelyek között első helyen áll a diphtheria. *Skrop dr.* új elméletét, amellyel a normalis és a pathologiás szívrhythmusokat magyarázni igyekszik, nagy örömmel üdvözli, hiszen közismert az, hogy az eddigi elméletek ingadozni látszanak s a külföldi kutatók egyik elméletét a másik után állítják fel, mert az eddigieket nem találták kielégítőnek.

A Közkórházi Orvostársulat október 23-i ülése.

Baumhorn Ármin elnök mély részvéttel emlékezik meg *Heim Pál* egyetemi ny. r. tanár és *Schuschny Henrik* főorvos elhúnytáról.

Bemutatások.

1. **Udvardy J.:** *Súlyos vesevérzéssel komplikált abortus ritka esete.* A 37 éves asszonyt 6 hónapos incomplet abortussal és súlyos anaemiával szállították be a Rókus-kórház szülészeti osztályára. Csapoláskor a hólyagból piszkos barna vizeletet kaptak nagymennyiségű fehérjével és gennyel. Hasfal feszes, meteoristikus és érzékeny, kivált bal oldalon defenseval. Minthogy még mindig vérzett, az abortust ujjal befejezték, mire a méhből eredő vérzés megszűnt. Az anaemia gondos kezelése dacára a beteg másnap reggelre heveny vérszegénység tünetei között meghalt. Sectiónál kiderült, hogy a bal veseágyban hatalmas perirenalis haematoma ült. Góreső alatt a vese véredényeiben thrombophlebitises elváltozásokat találtak. Valószínű, hogy a beteg véredények egyike megrepedt és innen származott a haematoma. A téves diagnosis egyik oka az volt, hogy a hasfal feszessége és érzékenysége miatt a tumort nem sikerült kitapintani és másrészt a nagy vérveszteséget az abortusból származónak tartották, bár osztályunkon 9½ év alatt 5425 eset közül csak egy vérzett el. Az elvérzést véleményük szerint a perirenalis vérzés és az abortusból eredő vérzés együttesen okozták.

Bézi I.: Minthogy a veséken súlyos genyes-vérzéses gyulladást találtak, kizárható-e valamely különleges fertőzés, esetleg paratyphus?

2. **Rupnik J.:** *Méhrepedés gyógyult esete.* Complet uterus rupturával többször szült asszonyt szállítottak be a Rókus-kórház szülészeti osztályára. Vizsgálatnál az activ és passiv szakasz határán a méh mellső falán repedést találtak, mely a hasürbe nyílt. Az uterus ürege teljesen üres volt. Laparotomiánál a magzatot (35 cm fejkerület, 52 cm hosszú) és függelékeit a hasürben, a belek között találták. A méh activ-passiv szakasz határán kb. 15 cm hosszú repedést találtak, a méh nagyobb véredényein és a hólyagon sérülés nem volt. A hasürben kb. 300 cm³ véres meconiumos folyadék, azonfelül a vékonybeleken helyenkint fibrines lepedék volt. Az uterusnak abdominalis totalis exstirpatióját végezték a hasürnek a hüvely felé való drainezésével. A beteg a 11. napon láztalan lefolyás mellett gyógyultan hagyta el a kórházat. Hangsúlyozza, hogy uterus rupturánál ritkán fordul elő az, hogy a magzat függelékeivel együtt teljesen a hasürbe kerüljön s fontosnak tartja a méhnek teljes eltávolítását, mivel supravaginalis amputatiónál az uterusnak éppen az a része marad meg, mely leginkább van a fertőzésnek kitéve. A régebbi conservativ therapiás eljárás helyett a műtéti beavatkozást tartja eredményre vezetőnek.

3. **Doleschall Z.:** a) *Primaer angiosarkoma esete.* 53 éves nőbeteg. A hasbőr jobb oldalán 10 év óta fennálló, lassan növekedő, gyermekököl nagyságot elérő tumor van, mely kemény, rugalmas tapintatú, a bőrrel együtt mozgatható az alap felett. Kórszövettani lelet alapján diagnosis: primaer angiosarkoma.

b) *Ulcus carcinomatosum cruris.* 63 éves férfi bal lábszárán 30 év óta fennálló, hol begyógyuló, hol kiújuló ulcus cruris. Egy év óta a bal lábszár felső harmadán férfitenyérnyi nagyságú, felhányt szélű, tumoros jellegű anyaghiány van, melynek alapja bűzös genyes váladékot secernál. Kórszövettani lelet: elszarusodó laphámrák. Diagnosis: ulcus carcinomatosum cruris.

Előadások.

4. **Schwertner R.:** *Febris undulans (Bang).* A Bang-bacillus általános ismertetése után az emberi fertőzés két lehetőségét, az alimentaris és az inoculatiós fertőzési módozatokat említi meg. Ismerteti továbbá a febris undulans serologiai és bakteriologiai diagnostikáját. A Szent István-kórház VI. belosztályán észlelt febris undulans egy bakteriologus orvosnőnél lépett fel laboratoriumi fertőzés következtében. 8 napig lábon hordta a betegségét, dacára a magas (39·5 C°) láznak, izületi fájdalmainak és neuralgiájának. Mivel Bang-bacillussal is foglalkozott, a gyanú rögtön Brucella-abortusfertőzésre terelődött, amit az agglutinatio rövidesen igazolt. A therapiában a tripaflavin, omnadin, a natr. salycilicum, a Kristensen-féle serum eredményre nem vezettek. Vaccinálással azonban gyors és szép eredményt értek el, úgy, hogy a beteg öt injectio után gyógyultan hagyta el az osztályt.

Vas B.: A Bang-infectio elterjedésének megállapítására több mint 1000, a fővárosi bakt. intézetbe más célból küldött vérpróbákkal Bang-agglutinatiót végzett, azonban teljesen negativ eredménnyel, amiből következik, hogy a febris undulans nálunk csak ritkán fordul elő. Ha azonban az orvosok figyelme a megbetegedésre jobban fel lesz hívva, jövőben a positiv esetek bizonyára szaporodni fognak, annál inkább, mert a járványos abortus nálunk is nagyon el van terjedve, az állatállományokban jelentékeny károkat okoz és hogy kórokozója az emberre is pathogen, az előadó által ismertetett eset is bizonyítja, amidőn a laboratoriumi infectio egy *Manninger* tanár által izolált törzzsel történt. A Bang-agglutinatio csak akkor bizonyít febris undulans mellett, ha az klinikai tünetekkel összhangzásban van. Ezek hiányában egy már régebben lefolyt infectióra utalhat, vagy pedig ha az infectio veszélyének kitett, de egyébként egészséges embereknél találtatik, úgy latens infectio jöhet szóba, amely alkalmi ok által manifestté válhatik. Egyébként a Bang-agglutinatio szigorúan specifikus, typhusos megbetegedéseknél, amint saját vizsgálataik is mutatták, fordult elő, tbc.-nél is csak fertőzött tej használata után találták, de ott is gyorsan eltűnt, ha felforralt tejet fogyasztottak. A gyógykezelésnél csak a Bang-bacillusból készült vaccina jöhet szóba, de tekintettel az erős helyi és általános reactiókra, alkalmazása egyelőre csak kórházi osztályokban volna ajánlatos. Laboratoriumokban élő Bang-törzsekkel való manipulálás a fertőzés nagy veszélye miatt különös gonddal történjék, az agglutinatiós kísérlethez pedig csak elölt bakteriumokat célszerű használni.

2. **Szendey F.:** *A gyomor és bél diphtheriájáról.* A megbetegedés ritkaságát bizonyító adatokat sorol fel. Az utolsó 100 év alatt 54 gyomor- és 5 béldiphtheriát hoztak nyilvánosságra *(Spitz).* A Szent László-kórházban 431, diphtheriában elhalt egyén boncolása alkalmából 8 esetben találtak a gyomorban vagy bélben is diphtheriás elváltozásokat. Az ismeretes esetek azt mutatják, hogy ezen megbetegedés főleg 14 éven aluliaknál fordul elő a gyomornak leginkább a cardialis részletén. A

gastroenteritis diphtheria az eddigi tapasztalatok szerint főleg a mucosára és submucosára szorítkozó álhártyás, elhalásos, vérzéses és fibrines genyes gyulladás, gyakori kifekélyesedéssel. Egy esetről számol be, ahol a torok és diffus nyelőcső diphtheriához igen súlyos, valódi bacillaris gastroenteritis diphtheria további szövődményeképen perigastritis fibrinosa és volvulus is társult. A gyomorban az összes rétegekre kiterjedő, a belekben pedig általában a muscularis rétegig terjedő igen súlyos elhalásos, vérzéses, fibrines, genyes gyulladás keletkezett. A Löffler-bacillusok úgy a sectiónál kikent készítményeken, mint a szövetmetszetekben igen nagy számban voltak láthatók. Ezen betegség úgy keletkezik, hogy vagy a torokban levő folyamat a nyelőcsövön át megszakítás nélkül terjed a gyomorba, vagy nyelés útján kerülnek oda fertőzött álhártyarészletek. Ott azután megtelepedve azokon a vérzéses vagy arrodált helyeken amelyeket a diphtheriásoknál olyan gyakran lehet találni, a gyomor, esetleg a még a belek nyálkahártyáján is súlyosabb elváltozásokat is hozhatnak létre. Ehhez azonban hozzájárul még az is, hogy a gyomornedv baktericid hatású savai, főleg a szabad HCl, valószínűleg a lázas betegséggel összefüggő toxikus gastritis kapcsán erősebben megfogynak. Így magyarázható az előadott eset is, amelynek érdekességét a szövődményképen fellépett perigastritis és volvulus csak fokozza s az esetet valóságos unicummá teszi.

† Heim Pál professor temetése

Ez a szomorú szertartás folyó hó 25-én, déli 12 órakor megindító részvét kíséretében folyt le. A koszorúk a halottasház egész folyosóját megtöltötték. A ravatalhoz csak kevesen juthattak be, s a halottasház előtti térséget óriási embertömeg lepte el. Ide hozták ki, az Isten szabad ege alá *Heim Pál* virágokkal borított koporsóját, mit fájó szívvel, igaz részvéttel állott körül a magyar orvosvilág és a Boldogultnak örökké adós magyar társadalom. *Farkas Géza* dr. orvoskari dékán beszélt először a teljes számban megjelent Tanács, s az Orvosi Kar nevében. Érces hangját olykor a megindultság fátyolozta, de azért tisztán és jóleső érzéssel hallották az ünnepi néma csendben a távolállók is, miként tiszteli meg a kar kiváló tagját, és mint siratja pótolhatatlan veszteségét.

A gyönyörű beszédet itt közöljük:

A budapesti egyetem orvosi kara nevében búcsúzom Tőled. Ünnepi szónoklatot, nagy gyászbeszédet nem tudok s nem is kívánok tartani. Nem tudnék, mert még a váratlan csapástól megrendülve, lesujtva állok itt koporsód előtt. De hiába volna is minden próbálkozásom, mert nem volna olyan jajkiáltás, amelyik érzékeltetni, olyan művészi szónoki beszéd, amelyik kifejezni tudná a mi fájdalmunkat.

Ismertük a Te lelked hatalmát, éreztük szíved melegét és nagyságát s most az a gondolat rettent meg bennünket, hogy íme, mindez elveszett! A Te nagy lelked termékeit: tudományodat, eszméidet, messzemenő gyönyörű terveidet csodálatos világossággal tudtad feltárni tanítványaid ezrei előtt s a Te nagy szíved melegével ölelted magadhoz betegeidnek, a kis ártatlan szenvedő gyermekeknek ezreit, akiket olyan nagyon szerettél. És még mindezeken túl is annyi sok ember számára maradt még szeretet a Te szeretetben kimeríthetetlen szívedben, hogy ezért viszont Téged nemcsak tanítványaid és betegeid imádtak, hanem igazán mindenki szeretett, aki hozzád közel jutni szerencsés volt. A pozsonyi, illetve pécsi, majd a budapesti egyetem egyhangúan hívott meg tanárai sorába. Ez nemcsak azt bizonyítja, hogy kiváló tudósnak és orvosnak tartottak, mert hiszen, fájdalom, a legkiválóbbaknak is megvannak a maguk vetélytársai, sőt ellenségei, hanem azt is, hogy szerettek. Veled szemben mindig elhallgatott az ellenkezés hangja, Téged mindenki szeretettel várt, Benned mindenki bízott, minden ajtó megnyílt Előtted, mert akkor is, ha kérned kellett, nem a Magad, hanem a köz, a nemzet javára kértél.

Már csak azért is vártunk Tőled olyan sokat, olyan nagy eredményeket, mert azzal, hogy mindenki szeretettel jött segítségedre, ha kellett, minden remény megvolt arra, hogy nagy terveid megvalósítására mindig meg fogod találni a kivitel eszközeit.

A háború okozta szenvedésekből Neked is bőven juttatott a sors, a háború után hajléktalanná lettél egyetemeddel együtt. S mikor mindeme szenvedéseket kiállottad, minden akadályt legyőztél, s íme most, mikor a körülmények alakulása lehetővé tette, hogy sok küzdelem után elfoglald azt a polcot, ahol a célmegvalósítás eszközei mind rendelkezésedre állhattak volna, mikor a magasba fölvezető lépcső ajtói kitárultak Előtted, — a túlságba vitt munkától és izgalmaktól agyongyötört szervezet az első lépcsőfokon összeomlik. Ez a Te életed nagy tragédiája.

De a valóságban ez nem is a Te tragédiád, hanem a miénk.

Anélkül, hogy utolsó betegséged nagyon megkínzott volna, anélkül, hogy a mindnyájunktól annyira rettegett halálfélelmet, a meghalás gyötrelmeit átélted volna — tele reményekkel, rendíthetetlen hittel és megnyugvással a Mindenható végzéseiben —, boldogan szenderültél el, olyan szelíden, amilyennek egész életedben ismertünk.

Mondhatjuk, hogy a Te fenkölt lelked úgy röppent fel váratlanul közülünk a magasság örök fényébe, mint a megnőtt szárnyú madárka szökken a felhők közé a gyermekek kezéből, kiknek kedves játszótársa volt.

De mi, ittmaradottak, meghökkenve nézünk egymásra s csalódottan kérdezzük, mit kell most tennünk, mi fog történni a megoldásra váró nagy kérdésekkel, a nagy tervekkel?... El kell ismernünk, hogy vannak megfelelő szakembereink, akikben egy-egy kiváló tulajdonságodat megleljük... De olyan férfiú, akiben bizonyos nagy célok kitűzésére és elérésére szükséges minden kiválóság, kitartás, önzetlen rajongás, apostoli puritán jellem olyan csodálatos harmóniában egyesülne mindenkit megnyerő szeretetreméltósággal és egyéni bájjal, mint ahogy az Tebenned volt, ilyen férfiú csak az ég különös kegyének ajándéka az emberiség számára.

Más is meg tud nyerni embertársakat szívességgel, többnyire azonban álláspontjának, sőt meggyőződésének feladása árán. Neked sikerült mindenki szeretetét megnyerni anélkül, hogy elveidhez, hitedhez egy pillanatig is hűtlennek kellett volna lenned.

Pár nappal megbetegedésed előtt örömmel mutattad nekem egy építészeti folyóiratban szeretett mérnökfiadnak egy szakközleményét s ezt mondottad: Úgy tűnik fel nekem, mintha az egész cikket én írtam volna, mintha az az én lelkemből jött volna. A legnagyobb boldogság az az érzés, hogy ha meghalunk is, lelkünk így megy át utódainkba.

S íme, itt van az élet és halál örök problémájának egyetlen kiengesztelő kulcsa! Lelked tehát nem is szállott el közülünk! Él itt tovább szeretett családodban, gyermekeidben, unokáidban, tanártársaidban, barátaidban, akik itt sírnak koporsód körül s akik mind részesültünk lelked egy sugarában, tanítványaidban, kikbe minden tanításoddal lelked egy részét ömlesztetted át!

Ha támogatjuk tehát egymást s összefogunk a nagy célok elérésére, amiket Te kitűztél s ilymódon egyesítjük azt, ami mindenikünkben lelkedből ránk maradt, akkor a Te nagy lelked a maga egészében fog itt közöttük élni s akkor az általad kijelölt eszményi módon fogjuk szolgálni ezt a szegény Magyar Hazát is, amely ma annyira rászorul arra, hogy mindnyájan, minden erőnkkel szolgálatára álljunk.

S most már nem mint dékán és tanár szólok Hozzád, csak mint legjobb barát állok koporsód elé. Itt a nagy nyilvánosság előtt mondok Neked hálát és köszönetet azért a sok lelki jóért, amiben diákkorunk óta, mind több szállal szorosra fűzött barátságunk hosszú évei alatt, érdemetlenül is részesítettél.

Isten békéje kísérjen utolsó utadon!

Ezután *Weszely Ödön dr.* rector a pécsi egyetem mélységes fájdalmát tolmácsolta kidőlt dísze, büszkesége fölött; s *Hainiss Elemér dr.* a legmagasabbra jutott tanítvány, mindenkit megható módon búcsúzott az elköltözött Mestertől. Beszéltek

még: *Hutÿra Ferenc* dr. az Állatorvosi Főiskola nevében, *Petko-Szandtner Aladár* államtitkár a Stefánia-Szövetség nevében, *Torday Ferenc* dr. a Magyar Gyermekorvos-Társaság, *Bókay Zoltán dr.* a gyermekklinika és Stefánia-kórház, *Igaz Béla* dr. prelatus, Baranya vármegye közönsége, *Scipiades Elemér* dr. az „Americana" és Pécs városa, *Ritók Zsigmond* dr. a Magyar Orvosok Nemzeti Szövetsége, *Andriska Viktor dr.* a kis Akadémia nevében. A sírnál az egyetemi ifjúság szónoka *Frühauf Béla* orvostanhallgató volt. Minden beszédből lelket megkapóan csillant ki az az elismerés, osztatlan tisztelet és hála, ami tanítványokat, munkatársakat és intézményeket e kitűnő professor és orvos, a szó szoros értelmében „bájos" férfihoz oly szorosan kapcsolt, hogy most a legkeményebbek is nem röstelve gyengeségüket, könnyezve állták körül koporsóját, egy derékbe törött nagy élet tragikumát és tétován kérdik: mi lesz örökségével? A nagy és nehéz problémákkal, mikkel csak ő tudott birkózni, s amiket reánk hagyott?

Szelleméhez fohászkodunk, hogy szállja meg az utódok lelkét és ne hagyja veszni, pusztulni azt, amit drága életében annyi erővel és lelkesedéssel, annyi önfeláldozással akart!

Vámossy dr.

Megjegyzések Humayer dr. „Egyszerű eljárás tonsillektomia utáni vérzések elkerülésére" című cikkére. (O. H. 73. évf., 41. sz.)

Humayer dr. fent megjelölt cikkének legnagyobb részében ismételi a mandulaműtét sebzéseinek ellátására vonatkozó azon eljárást, amelyet az Orvosegyesület orrgégészeti szakosztályának 1927 dec. 13-án tartott ülésén 350 eset kapcsán előadás keretében ismertettem (Referatum az O. H. 72. évf. 1. számában) és amelyet az O. H. 71. évf. 51. számában (1927 dec. 18.) közzétettem. Idézett cikkem befejező sorai, amelyek a cikk lényegét összefoglalják, következőképen szólnak:

„Amióta minden mandulaeltávolítás után felnőtteknél tampont varrok be, gyermekeknél pedig szívógép segítsége mellett a garativek összeöltését végzem, a nyugalom és biztonság jóleső érzése tölt el úgy engem, mint a vezetésem alatt álló műtőüzemeket."

Humayer dr. cikkében új csak a tampon kettéosztása, illetve az előzetesen behelyezett „tamponlap"-ra való tamponálás az általam megadott régi módszer szerint, amely módosításnak tényleg vannak előnyei, miért is azt én rendszeresen alkalmazom Vörös Kereszt-kórházbeli osztályomon és annak gyakorlását a tamponos eljárás híveinek én is ajánlhatom.

Wein Zoltán dr.

VEGYES HÍREK

Személyi hírek. Az igazságügyminister *Illyés Géza* dr. egyetemi ny. r. tanárt az igazságügyi orvosi tanács tagjává kinevezte. — A kormányzó a vallás- és közoktatásügyi minister előterjesztésére *Gerlóczy Géza dr.* egyetemi magántanár adjunctusnak az egyetemi rendkívüli tanári címet adományozta. Ezen kitüntetése alkalmából lapunk társszerkesztőjének őszintén gratulálunk. — A vallás- és közoktatásügyi miniszter *Ballagi István dr.* bőrgyógyász-szakorvos, volt egyetemi tanársegédnek „A bőrgyógyászati mykologia", fejéregyházi *Csapody István dr.*, pécsi Erzsébet-tudományegyetemi magántanár, székesfővárosi közkórházi főorvosnak „A szemészetből", *Rohrböck Ferenc dr.* egyetemi tanársegédnek „A csecsemő- és gyermekkor betegségeinek diaetikája és therapiája", *Barabás Zoltán dr.*, m. kir. állami gyermekmenhelyi igazgató-főorvosnak „A gyermekgyógyászat népegészségügyi vonatkozásban", *Doros Gábor dr.* kórházi főorvosnak „Küzdelem a nemi betegségek ellen", *Hajós Károly dr.* egyetemi tanársegédnek „A belsősecretiós és vegetativ rendszer klinikája", *Fornet Béla dr.* egyetemi adjunctusnak „A belgyógyászat határterületei", *Horay Gusztáv dr.* egyetemi tanársegédnek „A szemészet válogatott fejezetei", *Bochkor Ádám dr.* egyetemi adjunctusnak „Válogatott fejezetek a törvényszéki orvostanból" című tárgykörből a budapesti királyi magyar Pázmány Péter-Tudományegyetem orvostudományi karán egyetemi magántanárrá történt képesítését jóváhagyólag tudomásul vette és e minőségükben nevezetteket megerősítette. — A prágai német egyetem gyógyszertani tanszékére *E. Starkenstein* professort nevezték ki. — A newyorki egyetem psychiatriai tanszékére *P. Schilder* bécsi professort hívták meg. — A berlini egyetem újonnan létesített orvostörténelmi tanszékére *P. Diepgen* professort hívták meg.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület szombaton, november 2-án, tekintettel halottak napjára, ülést nem tart.

A Charité Poliklinika orvosi karának november hó 6-i ülésének tárgysorozata: *Bemutatás:* 1. *Steiner József—Koppenstein Ernő:* Hólyagdiverticulum esetek. 2. *Balassa László:* Polyneuritis puerperalis esete. — *Előadás: Cserna István:* Thromboangiitis obliterans.

A Közkórházi Orvostársulat november 6-i ülésének tárgysorozata: *Előadások:* 1. *Kárpáti Oszkár:* A traumás eredetű subcutan hasüri sérülések néhány tanulságos. esete. Kétes esetekben mikor operáljunk? 2. *Somogyi István:* A hereditás jelentősége a gümőkórban. 3. *Strausz László:* Intestinalis sclerosis.

Németország különböző vidékeiről spinalis gyermekbénulás eseteit jelentik.

Az orosz egészségügyi minisztérium által kiküldött orvosi bizottság jelentése szerint a tanulóifjúság körében a 7—14 éveseknek kb. 72%-a fogyaszt alkoholt, kiknek 20·5%-a rendszerint lerészegszik. A leánytanulók között hasonló állapotok vannak.

Orvosok továbbképzése. Az orvosi továbbképzés központi bizottsága az I. számú egyetemi szemklinikán 1929. évi október hó 25-én tartotta XV. rendes közgyűlését, melyen a vallás- és közoktatásügyi, a népjóléti, a pénzügyminister, a honvédelmi minister s az Országos Társadalombiztosító Intézet képviselőin kívül a négy egyetem orvosi fakultásainak és az Apponyi Poliklinika delegáltjai vettek részt.

Grósz Emil dr. egyetemi tanár, elnök, ismertette a bizottság 1928/29. évi működését s örömmel jelentette, hogy a kormány a továbbképzés ügyét felkarolta. A vallás- és közoktatásügyi ministerium subventiója lehetővé teszi, hogy vidéki orvosok elsősorban községi s körorvosok tanulmányi ösztöndíjban részesülhessenek, a Népjóléti Ministerium orvosi internátusa már épül, melyben a továbbképzésre Budapestre jövő orvosok lakást s kedvezményes élelmezést fognak kapni, a Társadalombiztosító Intézet pedig orvosainak helyettesítéséről s napi díjairól gondoskodik. A bizottság a szülészeti ügyek ministeri biztosával karöltve különös gondot fordít az orvosoknak szülészetben való továbbképzésére. Az Országos Stefánia Szövetség mintaintézetében az anya- és csecsemővédelemből nyernek kiképzést. A továbbképzésben a vidéki egyetemek klinikái, sőt egyes nagyobb vidéki kórházak is nagy buzgósággal részt vesznek.

A bizottság behatóan megvitatta a továbbképzés föltételeit s azon nézet alakult ki, hogy az orvosok alapképzése javításra szorul s a tanfolyam meghosszabbítása időszerű.

A bizottság, a vallás- és közoktatásügyi, a népjóléti és pénzügyminister uraknak. *Scholtz Kornél* államtitkár s *Magyary Zoltán* ministeri tanácsos uraknak hálás köszönetét fejezte ki, hogy a bizottság az orvosok továbbképzéséről az eddiginél nagyobb méretekben gondoskodhat.

Johan Béla dr. titkár jelentéséből kiderül, hogy az 1928/29. iskolai évben illetve annak II. felében (mert 1928 őszén fedezet hiányában csak egy tanfolyamot tarthattunk) 360 orvos vett részt, kiknek egy része ösztöndíjban részesült. Leglátogatottabb volt a községi és körorvosok tanfolyama (136), igen nagy látogatottsága volt a csecsemőorvostani tanfolyamnak is.

Az *„Orvosképzés"* folyóirat 1928-ban 81 ív terjedelemben jelent meg.

Az 1929/30. iskolai évben az állami subventio lehetővé teszi, hogy nagyobb számú orvos továbbképzéséről gondoskodhassanak sőt tervben van az is, hogy nemzetközi tanfolyamokat is tartanak.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti egyetemen 1929 október hó 26-án: *Altmann Ferenc, Fürst Endre, Hajdu Gyula, Held Róbert, Jakabffy Béla, Kerpel-Fronius Ödön, Lipner Pál, Mélykúti András, Rémy Ferenc, Müllner József, Timár Sándor, Szabó Anna, Vida Lajos.*

Az Orvosi Évkönyv 1930. évi 40. évfolyamának *kérdőívei* már mind szétküldettek. Felhívjuk mindazon t. orvos urakat, kik kérdőívet bármely oknál fogva nem kaptak, vagy elvesztették, hogy egy példányt adataik pontos beiktatása érdekében levelezőlap vagy telefon útján mielőbb bekérjenek. *„Magyarország Orvosainak Évkönyve" szerkesztősége*, Budapest, VII, Kertész-u. 16. Telefon: József 406—47.

Budapest székesfőváros közegészségügyi állapota az 1929. év október első felében.

Hasi hagymáz	131	23	195	Gyermekágyi láz	3	—	—
Küteges hagymáz	—	—	—	Bárányhimlő	59	—	24
Hólyagos (ál-) himlő	—	—	—	Járv. fültőmirigylob	13	—	4
Kanyaró	60	—	22	Vérhas	75	32	162
Vörheny	71	—	39	Járványos agygerinc-agyhártyalob	—	—	—
Szamárhurut	14	3	26	Trachoma	15	—	24
Roncsoló torok- és gégelob	124	9	123	Veszettség	—	—	2
Influenza	16	4	16	Lépfene	2	—	2
Ázsiai kolera	—	—	—	Paralysis infant.	—	—	2

A zárójelben levő számok a halálozást, a harmadik rovat pedig a mult félhavi megbetegedést jelenti.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

Lapunk mai számához Richter Gedeon vegyészeti gyár rt., Budapest *Ovarium*-készítményekről szóló prospektusa van mellékelve.

TÁTRA SANATORIUM

TÓTÁTRAFÜREDEN. STARY-SMOKOVEC. 1020 m
ELSŐRANGÚ DIAETÁSKONYHA, fekvőcsarnokok, szabadlégtorna, szénsavas, fenyő-, forró-lég-, fenyőfürdők, vízgyógyintézet.

Indicatiók: Basedow-kór, chlorosis, anaemiák, ulcus, dyspepsia, diabetes, hypertonia, neurasthenia, hysteria, reconvalescentia. — **Tuberculosusok,** fertőző és elmebajosok **kizárva.** *Sanatoriumi napi pausálár 65 Kc-tól fölfelé.* **Egész évben nyitva.**

Főorvos: dr. Szász Emil.

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

Dr. JUSTUS BŐRGYÓGYÍTÓ ÉS KOZMETIKAI INTÉZETE
Kórházi főorvos
IV, Ferenc József-rakpart 26. Telefon: Aut. 846-37.

DIAX RÖNTGEN
BARTA ÉS SZÉKELY részv.-társ.
Budapest IV, Múzeum-körút 37
Telefon: Aut. 840—97.

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

PÁLYÁZATOK.

Bács-Bodrog vármegye jánoshalmai járásához tartozó Borota községben újonnan rendszeresített *községi orvosi állásra* pályázatot hirdetek. Felhívom a pályázókat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényüket november 1929 november 20-ig annál is inkább terjesszék be, mert a később érkezőket figyelembe nem veszem. Vidékieknek a kommün alatti magatartás külön igazolandó.

Az állás javadalmazását a 62.000—1926. sz. B. M. r. szabályozza.

Az állás két év óta, helyben lakó orvossal, behelyettesítés útján be van töltve.

Jánoshalmán, 1929 október 24.

5237/1929. sz. *Kuluncsics*, s. k., főszolgabíró.

ORVOSI RENDELŐNEK
két elegáns utcai szoba, évek óta orvosi rendelő, azonnalra kiadó. Cím: Rákóczi-út 64. I. emelet 9. Tel.: J. 360—62.

„Transverter"
Röntgen-készülék
felvételre, átvilágításra, felületes és mélytherapiára kellékekkel együtt **igen kedvező áron eladó.** Cím megtudható a »PETŐFI« Irodalmi Vállalatnál, Budapest VII, Kertész-u. 16.

Állami forrás
Nieder-Selters
A természetes Selters-víz
régóta ismert és bevált gyógyvíz a légzőszervek és a torok megbetegedései ellen. Tüdőbetegségeknél csillapítólag hat.
Kapható gyógyszertárakban, drogeriákban és a vezérképviseletnél:
Asványvíz kereskedelmi r.-t., Budapest VI, Király-utca 12.
A forrás kimerítő ismertetését a Nieder-Selters központi irodája, Berlin W8, Wilhelmstrasse 55, bármikor ingyenesen rendelkezésre bocsátja.
A Nieder-Selters állami forrás Hessen-Nassauban az egyetlen gyógyvíz Selters néven, mely csakis eredeti állapotban kerül töltésre és szétküldésre.

MALTIN KAKAO,

a Meinl-cég kitűnő gyártmánya, olcsó, emellett kiváló tápszer gyermekek, betegek, lábbadozók, öregek, szoptatósanyák részére. A legfinomabb kakaonak valódi malátával való benső vegyüléke. 1/4 kg ára 80 fillér.

Minden Meinl-üzletben kapható.

Neurolin Balla

Királyi Magyar Egyetemi Nyomda 1929. Budapest VIII. Múzeum-körút 6. — (Dr. Czakó Elemér.)

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. rk. tanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos.

Aortitis luetica.

Már *Virchow* reámutatott arra, hogy lues következtében az aorta megbetegszik. Azonban e század elejéig e bántalom *jelentőségével* egyáltalán nem voltunk tisztában: sem azt nem tudtuk, hogy az aortamegbetegedéseknek legalább a felét syphilis hozza létre, tehát az aorta igen gyakran megbetegedik syphilis következtében; sem azt, hogy az ez okból keletkező szívbántalmak nagyon változatosak, súlyosak és igen gyakran, rögtöni halált okoznak. Az aortitis luetica megdöbbentő pusztító hatásáról mai ismereteinkkel azt kell mondanunk, hogy az semmiben sem marad el a paralysis progressiva és tabes mögött.

Hogy az aortitis luetica jelentősége csak az utolsó évtizedekben tisztázódott, annak oka az, hogy az atheromatosissal szembeni differentialis diagnosisa úgy a kórbonctani lelet alapján, mint a betegségi tünetekből, csak az orvostudomány előrehaladásával vált lehetségessé. Előbb a jódnak szembetűnő hatásából, később a Wassermann-reactióból, végül a spironaemáknak az aorta falában kimutatásából sikerült a század elején e két kórfolyamatot külön választani egymástól és így pontosan tisztázni, hogy mekkora szerepet visz a syphilis az aorta megbetegedésében, illetőleg a szívbántalmak keletkezésében.

Klinikámon az utolsó nyolc év (mióta Szegedre menekült) statistikája ugyanaz, mint máshelyt: a nyolc év alatt bent fekvő 555 szívbántalmas közül, ha leszámítjuk az 50 heveny szívbelhártyalob esetet, 134-nél, tehát az esetek több mint egynegyedénél a szívbántalmat lues hozta létre; 163 aortamegbetegedésből pedig 88, tehát több mint az esetek fele lues következtében szerezte betegségét. Abból a 214 szívbántalmasból is, kiknél a bal visszeres szájadék bántalmazottsága állott az előtérben, 22-nél syphilis okozta a szívbelhártyalobot, illetőleg az aorta megbetegedése luetikus alapon belejátszott a kórképbe.

Ha most számbavesszük azt, hogy az újabb vizsgálatok szerint egyes helyek lakosságának 10%-a *(Bruns)* vagy pl. Berlin lakosságának 20%-a *(Blaschko)* lues által fertőzött, másfelől pedig, hogy a fertőzés megtörténte után évtizedek mulva is positiv Wassermann-reactiót mutatóknak akár 83·3%-a *(Langer)* aortaluesben szenved: előttünk áll az a szörnyű pusztítás, melyet a lues az emberiségben az aorta bántalmazása útján létrehoz.

Az aorta a lues aquirálása után csak hosszú idő: 20—30 év mulva, a tertiaer időszakban betegszik meg, ezért tünetei a meglett korban: 45—55 év között, vagy még később jelentkeznek. Mi is gyakran észleltük az aortaluest olyanoknál, kik luesükről egyáltalában nem tudtak, soha kezelésben nem részesültek. A specifikusan nem kezelt lues zsigeri alakjának leggyakoribbja az aorta lueses megbetegedése. Ezt bizonyítja *Boeck* merész kísérlete is Norvégiában, ki 371 specifikus kezelés nélkül hagyott syphilisesből évtizedek mulva 63-nál = 17·5%-nál találja az aorta lueses megbetegedését.

Kórbonctanilag főképen az aorta kezdeti részének körülírt megbetegedése található. A folyamat élesen határolt, úgy az aortabillentyűk, mint az arcus aortae felé. Máskor az arcus is megbetegszik, de a thoracica már ritkán, az aorta abdominalis ép volta pedig a legélesebb ellentétet képezi az atheromatosus folyamattal szemben. Néha az elváltozás a coronariák beszájadzási helyére nem terjed reá, élesen elhatárolva végződik felettük. Máskor az aortának ez a része is megbetegszik, avagy az aortabillentyűk is bevonatnak a folyamatba: megvastagodnak, összenőnek, az aorta insufficientiáját hozva létre. Helyes a klinikai tünetekkel kapcsolatban simplex, aneurysmás, coronaria és valvularis aortitist megkülönböztetni.

Az aortafal mindhárom rétege megbetegszik ugyan, de főkép a media pusztul. Az intima elváltozásai csak következményesek és inkább proliferatiósak. Az adventitia sklerotikusan megvastagszik, rendesen sokkal nagyobb mértékben, mint atheromatosisnál. Megtekintésnél az aorta ascendens, vagy az arcus körülírt helyén élesen határoltan lencsényi, egész fillérnyi, szürkés, szürkésvörös, áttűnő, rendetlen alakú, élesen határolt besüppedéseket, vagy előhaladottabb stadiumban fehér, kékesfehér, sugarasan ráncolt hegeket és kiemelkedéseket látunk, melyek az aorta falát egyenetlenné és hosszirányban ráncossá teszik, de atheromás fekélyek nincsenek, elmeszesedés soha nem található. Ha ezek jelen vannak, azt mutatják, hogy a lueses aortitis atheromatosus processussal társult, amit az öregkorban nem is oly ritkán együtt találunk. Az aorta az eseteknek mintegy 20%-ában körülírt helyen, vagy nagyobb kiterjedésben aneurysmatikusan tágult.

Az aortitis luetica fennállhat hosszú időn keresztül, nagy kiterjedést is ölthet, az aorta kezdeti részének aneurysmáját hozhatja létre anélkül, hogy szembeötlő általános vagy helyi tünetek jelentkeznének s lehetnek az első *klinikai jelenségek* az aorta aneurysma nyomási tünetei: recurrens hűdés, légzési nehézség, nyelési zavar, vagy a szívműködés elégtelensége a myocardium másodlagos degeneratiója következtében.

Legtöbbször azonban általános tünetek, vagy helyi jelenségek felhívják a figyelmet az aorta megbetegedésére. Az újabb kórboncolási eredmények alapján jogosan állítják azt, hogy oly esetekben, melyekben évtizedek előtt infectió történt és a vérrel végzett Wassermann-reactio positiv, ha az illető csak általános tünetekről panaszkodik is, az aorta van megbetegedve, ha csak más szerv lueses megbetegedését a vizsgálat ki nem deríti. Az aortitis luetikára jellemző leggyakoribb tünet, az *aortalgia:* égető fájdalomérzés a manubrium sterni táján, mely legtöbbször munka végzésekor jelentkezik, de nem rohamszerűen, órákig eltart és az illetőt teljesen munkaképtelenné teheti. Kisugározhat a fájdalom a nyakba, hátba, különösen a bal karba, akár a gyomortájra is. E fájdalmak hónapokon keresztül egyenlő mértékben jelentkezhetnek, vagy súlyosbodhatnak s a legkülönbözőbb diagnosisok címén gyógykezeltetnek, míg végre, a kórisme helyes megállapításával, kellő kezelésben részesülnek.

Az aortitis luetica egyötödében *aneurysma aortae* fejlődik ki, a mellkas felső részében helyet foglaló daganat térszűkítő jelenségeivel.

Romberg szerint az aortitis luetica 19%-ában coronariák szűkülete következtében *angina pectoris* rohamok jelentkeznek. Az angina pectorisban szenvedők egyharmada aortitis luetikában szenved. Az anginás rohamok kisebb-nagyobb intensitással, rövidebb-hosszabb időközökben ismétlődhetnek, de már a második, harmadik roham is végzetes kimenetelű lehet. A rohamok súlyossága nincsen arányban az organikus elváltozások mértékével.

A *valvuralis aortitis* luetica az aorta insufficientiájához vezet, tünetei és kórlefolyása egészen hasonló lehet az endocarditisek következtében fellépő aortainsufficientiákhoz, de az igen gyakran észlelhető angina pectoris rohamok miatt méginkább hasonlít az atheromatosis folytán létrejött aortainsufficientiához.

Az angina pectoris rohamokban szenvedőknél később a bal szív izomzatának másodlagos degeneratiója következtében különösen gyakran látunk *asthma cardiale* rohamokat, vagy oedema pulmonum hirtelen keletkezésével bekövetkező halált.

Az aortitis lueticában szenvedők, a hirtelen halálesetektől eltekintve, rendesen a szív insufficientiás tünetei között, a bal szív myodegeneratiója következtében pusztulnak el.

A *kórisme* megállapításánál a következők vannak segítségünkre:

Az aortitis luetica inkább az előrehaladottabb kor (35—40 év felett) betegsége, de fiatalabb egyéneknél is előfordulhat. Endocarditises eredetű bántalommal szemben az anamnesis sokszor útabigazít (izületi csúz rheuma, illetve aortitis szempontjából esetleges régi syphilitikus infectio). Ne feledjük, hogy az aortamegbetegedéseknek több mint felét lues hozza létre. Aortalgia, ha nem aortitis luetica következménye, úgy csupán nicotinismus tünete. A beteg megvizsgálásánál előre ment lueses tünetek maradványai, paralysis progressiva vagy tabes tünetei eldöntik a diagnosist. Ez utóbbinál igen gyakori az aorta luetikus megbetegedése. A diagnosis felállításában a Wassermann-reactio, ha pontosan végeztetik, igen ritkán hagy cserben. Negativ Wassermann-reactio azonban nem zárja ki az aorta lueses megbetegedését. Ha az ily korban levőknél az imént felsorolt tünetek mellett az aorta felett systoles zörejt hallunk s az aorta második hangja erősen ékelt a bal kamra túltengésének jelei nélkül, ami atheromatosis ellen szól, gyanúnk méginkább megerősödik. Diagnosis szempontjából hasznos a Röntgen-átvilágítás is: ha ez az aorta kezdeti részének tágulatát, erős lüktetését, kiöblösödését mutatja, de nincs elongálva, meszesedést nem mutat, a bal kamra nincs túltengve, meg kell kísérelnünk az antiluetikus kezelést, még ha az anamnesisben lues nem is említtetik. Sikertelen kezelés azonban a lueses eredetet nem zárja ki biztosan, mert lehetnek a létrejött elváltozások már stationaerek s így specifikus kezelés által nem befolyásolhatók.

Jancsó Miklós egyet. ny. r. tanár, Szeged.

(Folytatjuk.)

A Wassermann-reactio értékelése.

A syphilis diagnoskálásában igen értékes *segédeszközünk* a Wassermann-reactio (Wa. R.). Hangsúlyoznunk kell azonban, hogy segédeszköz, melynek eredménye csak a többi tünetekkel egybevetve értékesíthető. Wassermann-eredmény és a syphilisdiagnosis nem egyenlő fogalmak. Tudnunk kell ugyanis, hogy primaer affectiónál fertőzéstől számított hatodik hétig negativ a Wassermann, azonkívül negativ szokott lenni malignus luesnél, továbbá a visceralis, az idegrendszeri, a tünetmentes syphilis elég tekintélyes részében. Ezekben az esetekben tehát helytelen lenne a negativ reactiót diagnosisunk felállításában döntő befolyáshoz juttatni. A nemspecifikus positiv reactio létezésében mindinkább kételkednek, vannak, kik állítják, hogy a scarlatina, malaria stb. után észlelt positiv reactiók tulajdonképen provokálás útján positivvá vált latens syphilis-esetek.

Mindig csak teljesen positiv (+++) reactióra építsünk, illetőleg a gyengén positivokat fenntartással fogadjuk és azoknak jelentőséget csak klinikai tünetek, nemrég végzett specifikus kezelés mellett adjunk. Ha semmi egyéb támpontunk nincs a syphilisre, a teljesen positiv reactiót se fogadjuk teljes bizonyságnak, hanem egy másik laboratoriumban végeztessünk újabb vérvizsgálatot. Minden laboratorium végez még a Wa. R. mellett egyéb seroreactiót is. *(Sachs-Georgi, Meinicke, Kahn, Kiss* stb.) Ezek az úgynevezett praecipitatiós reactiók általában a Wa. R.-val egybevágó eredményt adnak, némelyik talán érzékenyebb, de esetleg kevésbbé specifikus. Ezek részletezésére e hely nem alkalmas, a gyakorlat számára elég, ha ezeket is, mint a Wa. R.-t kórelőzményekkel és a fennálló klinikai tünetekkel egybevetve értékeljük.

Fentiekből körülbelül adódik, hogy mit várhatunk a Wa. R.-tól, illetőleg milyen jelentőséget tulajdonítsunk a serologiai reactiónak, midőn diagnosisunkat a különböző adatokból megalkotjuk. Primaer affectiónál a Wassermann negativ szokott lenni, a fertőzéstől számított hatodik hétig (néha tovább is), itt tehát a klinikai és a spirochaeta-vizsgálat döntő. A Wa. R.-nak azonban nagy jelentősége van, mert a még sero-negativ primaer affectiónál igen kedvező remények mellett indíthatjuk meg a kezelést. Célszerű ilyenkor a kúra alatt többszöri vérvizsgálattal ellenőrízni, hogy úgynevezett abortiv kezelésünk hatásos-e. A friss florid secundaer szakban a Wa. R. a ritka syphilis maligna kivételével csaknem mindig positiv. Mono- és neurorecidiváknál negativ Wa. R.-val is találkozunk. A tünetmentes szakban — különösen évekkel az infectio után — az esetek mintegy felében negativ a Wa. R., úgyszintén a modern erélyes kezelés átmenetileg negativvá teszi a Wa. R.-t s csak a három hóval az utolsó kezelés után vett vér negativ eredménye értékesíthető — az is csak bizonyos fenntartással. Tertiaer bőrjelenségeknél csak mintegy 75—90%-ban positiv a Wa. R., csontgummánál még kisebb arányban, ami gyakran súlyos diagnostikai tévedésekre, gummák operálására stb. vezet. Ki kell emelnünk, hogy a Wa. R. topikus diagnosis felállítására nem alkalmas, egy kétes tumor, vagy fekély a nyelven, gégében positiv Wa. R. mellett pl. rák is lehet.

A központi idegrendszer betegségei közül tabesnél csak 50—70%-ban positiv a vér Wa. R., neuritiseknél 70—90%. Paralysisnél csaknem mindig positiv, de negativvá válás a klinikai remissiókkal egyidejűleg lehetséges. Éppen ezért előbbieknél kétes esetben sohase mulasszuk el a liquorvizsgálat végeztetését, mert a teljes liquorkép sokkal értékesebb adatokat szolgáltat, mint a vér-Wa. R. Tabesnél a Wa. R. (vérben és liquorban) a therapiát illetően, jó útbaigazítással szolgál. Tudjuk ugyanis, hogy a tabeses tüneteket a hátsó gyökök specifikus granulatiós folyamata hozza létre, mely az idegrendszer irreparabilis hegesedésével gyógyul. A tabeses tünetek tehát a specifikus elváltozások gyógyulása után is fennmaradnak, nem indokolt tehát negativ vér és liquor Wa. R. mellett régóta fennálló tabest antilueses kezelésben részesíteni.

Syphilises anamnesis és negativ Wa. R. mellett célszerű úgynevezett provokálást végezni, ami abban áll, hogy a betegnek 0·30 g neosalvarsant, vagy intramuscularisan 2·00 cm^3 tejet adunk és utána 48 óra mulva vett vért vizsgáljuk. Tapasztalataim szerint mintegy 10—14 százalékban positivvá válik a Wa. R., ami az antisyphilises kezelés megindítását teszi szükségessé. Az előbbi számadatból következik, hogy a negativ eredmény nem értékesíthető.

Tudnunk kell, hogy szállítás közben megromlott vér nemspecifikus positiv eredményt adhat. Ezért fontos, hogy póstán vizsgálatra ne vért, hanem savót küldjünk, azt az elküldésig hideg helyen — legalább hideg vízbe

állítva — tartsuk. Víznek, alkoholnak, aethernek a vérhez való keveredése haemolysist eredményez és befolyásolhatja a Wa.-R.-t, illetőleg lehetetlenné teszi a csapadékos vizsgálatok (*Sachs—Georgi* stb.) elvégzését. Szállításra a csövecskét nem vattával, hanem tiszta parafa- vagy gumidugóval zárjuk. A vérvételre szolgáló kémcsőnek tulajdonképen nem kell sterilnek lennie, de száraznak és tisztának okvetlenül. Célszerűnek bizonyult a szállításra szánt vért a Venüle nevű csőbe venni.

A Wassermann értékelésénél sohasem szabad feledniink, hogy az egymagában diagnosis, therapia szempontjából döntő nem lehet, hanem az anamnesissel, bőr, csont, mirigy, idegrendszeri, visceralis jelenségekkel egybevetve értékesítendő. És sohasem a Wa. R.-t kezeljük, hanem a beteg embert.

Somogyi Zsigmond dr., kórh. főorvos.

A habitualis obstipatiók topographikus felosztása és ennek gyakorlati jelentősége.

A habitualis obstipatióknak legáltalánosabban használt felosztása az, amely szerint megkülönböztetünk *atoniás* és *spastikus*, vagy más néven *hypo-* és *hyper-* (dys-) *kynetikus* obstipatiót. Az előbbinél a vastagbél izomelemeinek a működése rossz, a bél tartása gyenge, *haustratiója alig van*, peristaltikus mozgásai renyhék. A spastikus obstipatiónál ezzel szemben a bélizomzat tonusa fokozott, a *haustratio erősen kifejezett*, a bél azon részein, ahol normalisan haustratio alig van (sigma), a lumen spastikusan összeszűkült, a peristaltika gyakran szabálytalan és sűrűn jön létre az ú. n. retrograd transport, amely a béltartalmat nem előre, hanem visszafelé hajtja. Az obstipatióknak ezen felosztása bár tetszetős és ha pathologiai szempontból talán helyes is, gyakorlatban több hátránnyal bír. Hátránya, hogy igen gyakran nehezen állapítható meg (még Röntgen-vizsgálattal is), hogy adott esetben atoniás, vagy spastikus obstipatióról van-e szó. Útbaigazításul szolgálhatnak a következők: apró részekből álló, bogyószerű, beszáradt széklet jellemző a spastikus formára. A spastikusan összehúzódott descendens nem ritkán vaskos köteg alakjában tapintható. Tapasztalati tény, hogy spastikus obstipatiónál gyakrabban vannak általános és localis izgalmi tünetek (fájdalom, tenesmus, általános idegesség stb.). A Röntgen-vizsgálatnál a belek spastikus volta jól meglátható, de kétségtelen, hogy számtalanszor látunk a vastagbeleken mély, spastikusnak látszó haustratiót és a descendensnek az összehúzódottságát, obstipatio nélkül is és még gyakrabban észlelhetjük azt, hogy a vastagbél egyik része (leginkább az ascendens), rosszul kifejezett haustratiójával és mérsékelt tágulásával atoniásnak imponál, míg a bél többi része inkább spastikusnak látszik. Ilyen esetekben vegyes alakról beszélhetünk. A vegyes alakok jóval gyakoriabbak, mint a tiszták. A diagnosisnak gyakori nehézsége, továbbá a különböző formák egymásba olvadása, illetve közös megjelenése a legtöbb esetben a kezelés rovására megy és a habitualis obstipatióban szenvedők legnagyobb része előbb vagy utóbb odajut, hogy bajának kezelése a különböző hashajtók cserélgetéséből áll, tekintet nélkül az obstipatio formájára. A vegyes alakok gyakori előfordulása következtében még a diaetás előírás is nehézzé válhatik, dacára a szépen felépített szabálynak, mely szerint atoniás alaknál a táplálék bőven tartalmazzon a bélfalat izgató emészthetetlen és a bélsár tömegét szaporító salakanyagokat (héjas és rostos főzelékek, stb.), míg spastikus alaknál ezek mellőzendők és a diaetának bélkímélőnek kell lenni, nehogy a bélfalat izgatva, a spasmusokat még jobban fokozzuk.

Bizonyos therapiás beavatkozások indicatiójában vagy contraindicatiójában nagy segítségünkre lehet az obstipatióknak a *topographikus* beosztása, amely azon alapszik, hogy a bélsár a vastagbélnek melyik részében pang. Mióta a belek Röntgen-vizsgálatában oly nagy előrehaladás történt és e vizsgálatok általánossá váltak, kiderült az, hogy a habitualis obstipatiós esetek aránylag kis számában fordul csak elő, hogy a bélsár az egész vastagbélben egyenletesen stagnál. A pangás a bél egyik vagy másik részében rendszerint annyira dominál, hogy lehetővé válik az obstipatióknak ezen az alapon való felosztása. E felosztás a következő: 1. *ascendens typus*, a bélsár a coecumban, az ascendensben és a transversum legelején napokig pang. Az említett bélrészek rendszerint kissé tágultak, rajtuk a haustratio csak kevéssé kifejezett és egyszersmind többé-kevésbbé atoniásak is. A pangó béltartalomból időnként válik le egy-egy darabka, mely összevegyülve, a sigmabélben és az ampullában vár kiürítésre. Ha a kiürítés sikerül is, nem kelti a teljes kiürülés érzését, mert a bélsár legnagyobb része az ascendensben marad. 2. *Transversostasis*. A coecum és az ascendens elég jól kiürülnek, de a béltartalom a transversumban pang. Ez a forma igen gyakran, de korántsem mindig a transversum ptosisánál szokott előfordulni és rendszerint spastikus természetű, erősen kifejezett haustratiókkal. 3. A tartalom a *descendens*ben és a *sigmabélben* pang és e bélrészletek úgyszólván kivétel nélkül minden esetben spastikusan összehúzódottak, úgy, hogy ezt írták le, mint a spastikus obstipatio typusát. 4. *Dyschezia* vagy *proktogen obstipatio*. Az egész vastagbél jól kiürül és a béltartalom az idők folyamán rendszerint kitágult ampulla rectiben gyülemlik fel, néha hihetetlenül nagy tömeggé. Ezek azok az esetek, melyekben minden más segítség hiábavalósága után manualisan kell a végbelet kitisztítani. Oka igen gyakran sphinctergörcs, mely esetleg a végbél körül lévő fistula vagy fissura ani következtében keletkezett. Ennél a formánál széklet elég gyakran van, de az ampulla sohasem ürül ki teljesen és a kiürítettség érzése itt sem jön sohasem létre.

A fenti alapon történt beosztás segítségünkre lehet több therapiás beavatkozásnál és jó, ha szem előtt tartjuk a következőket: a sennapraeparatumok főleg az ascendenst ingerlik fokozottabb peristaltikára és ezért az ascendens typusnál fognak jó szolgálatot tenni. A salinikus hashajtók inkább a descendens kiürítését hozzák létre. Az ascendens typus és a dyschezia bizonyos eseteiben azt látjuk, hogy a Röntgen-vizsgálat alkalmával elfogyasztott baryumpép, mely absolut emészthetetlenségénél fogva tulajdonképen a legidealisabb salakanyagnak tekinthető, az egyes bélrészletekben napokig pang. Nem lesz tehát értelme annak, hogy az ilyen betegünk béltartalmának tömegét nagymennyiségű salakanyagot tartalmazó diaetával növeljük. Más esetekben azt látjuk, hogy az obstipatióban szenvedő beteg a Röntgen-vizsgálat után örömmel ujságolja, hogy az egész baryumpépet 24, vagy 48 óra mulva kiürítette. Ezek viszont azok az esetek, amelyekben a bélsártömeget növelnünk kell és a megfelelő diaetán kívül az agarpraeparatumok, regulin, normacol fognak jó szolgálatot tenni. Az alacsony beöntések (sőt gyakran a magasak sem) nem érnek semmit az ascendens typusú obstipatiónál, mert a végbéltől oly távol eső béltartalmat legtöbbször nem sikerül felhigítani, viszont helyénvaló a beöntés a descendens pangásnál és a dyscheziánál. Előhaladottabb dyscheziánál hiába adunk hashajtókat, mert néha az igen erősen felfokozott peristaltika sem képes a végbelet kiüríteni és az eredmény egy a hashajtó következtében létrejött bélhurut lesz, anélkül,

hogy az obstipatiót megszüntettük volna. Legalkalmasabb ilyenkor az alacsony olajos beöntés, esetleg végbélkúpok belladonnával és papaverinnel, amelyek a sphincter görcsét vannak hivatva enyhíteni.

Hollaender Leó dr., egyetemi tanársegéd.

A próbapunctió jelentősége a méhenkívüli terhesség felismerésében.

Ha a gyakorlóorvos szempontjából tárgyaljuk ezt a kérdést, röviden válaszolhatunk, amennyiben eddigi megfigyeléseink alapján az a véleményünk alakult ki, hogy a beteg érdekében jobb, ha a gyakorlóorvos a hüvely felőli punctiót nem alkalmazza a méhenkívüli terhesség kórismézésénél. Ez a meggyőződésünk azoknak az észleleteknek alapján alakult ki bennünk, amelyeket a gyakorlóorvosok által beszállított méhenkívüli terhességi esetekben tapasztaltunk, amikor is az orvos által pár nappal előbb hüvelyi próbapunctióval diagnostizált esetek magas lázakkal kerültek intézetünkbe. A láz, a betegek bemondása szerint a punctio után lépett fel. Ha a magas láz (39—40 C°) nem is jelenti mindig azt, hogy veszedelmes infectio van jelen, mégis bizonyos mértékig befolyásolja a műtő helyzetét, amikor arról kell döntsön, végezzen-e laparotomiát, vagy a hüvely felől ürítse-e ki a haematokelet? Mindkét eljárás infectio jelenléténél nagyobb veszélyt jelent a betegre, mint láztalan esetben; az elsőnél a hashártya infectiója fenyeget, a másodiknál — mint magunk is két esetben észleltük — a napok mulva is felléphető utóvérzés, amely olyanfokú is lehet, hogy vitalis indicatio alapján a műtő belekényszerül abba, hogy hasmetszést végezzen. Mindezek alapján tanítottuk eddig is, hogy a gyakorlóorvos a méhenkívüli terhesség gyanúja miatt ne végezzen hüvelyi próbapunctiót.

Lényeges különbséget látunk a próbapunctio alkalmazásának gyakoriságában aszerint, hogy a méhenkívüli terhesség milyen alakjával állunk szemben. Mint ismeretes a méhenkívüli terhesség leggyakoribb alakjának a kürtterhességnek kétféle kimenetele szokott lenni. Az egyik a ruptura tubae, amely rendszerint a 6—10. héten hirtelen következik be, a másik a tubaris abortus, amely napokig, hetekig elhúzódó folyamat. Mindkettőnél a hasüreg felé történő vérzés a fő tünet; de míg rupturánál órák alatt nagymennyiségű (1—2 liternyi) vért veszíthet a beteg, sőt el is vérezhet, addig a tubaris abortusnál a vérzés rendszerint lassú, idő van arra, hogy a vér megalvadjon, kisebb-nagyobb haematokelek alakjában a méh körül meggyűljön, leggyakrabban a cavum Douglasiban. A ruptura tubae tünetei alarmirozók, a beteg, aki egészen jól volt, percek alatt a legsúlyosabb állapotba kerül és ezért az orvost is hamarább hívják a beteghez, mint tubaris abortusnál.

A diagnosis felállításánál az *anamnesis*, a belső hasüri vérzés tünetei (meteorismus, érzékenység, tompa kopogtatási terület az alhas-tájon, sápadt bőr- és nyálkahártyák, kicsiny, könnyen elnyomható, szapora pulzus), a *vérkép* (a haemoglobin, a vörösvértestek számának megkevesbbedése, a vörösvértestek süllyedési sebességének fokozódása) jól értékesíthető jelek és bár ritkán corpus luteum-vérzés, gyomor- és bélfekély átfúródása okozta vérzés, pyosalpinx, exsudatum megrepedése, cysta kocsánytorsio, appendicitis acuta teljesen olyan, vagy hasonló képet adhatnak, az esetek nagy százalékában a fentemlített jelek alapján sikerülni fog a kórismézés. Az kétségtelen, hogy a próbapunctio, akár a hüvely, akár a hasfalon keresztül végezve, ha vért kapunk a fecskendőbe, belső vérzésre bizonyossá teszi a diagnosist, de kint a gyakorlatban legtöbbször erre nincs idő és a beteg megmozgatása nem is tanácsos. Kórházban, klinikán, véleményünk szerint csak akkor van erre szükség, ha a diagnosis kétes és a vérkép nem mutatja a belső vérzés tüneteit. Mi ruptura tubaenál a legritkább esetben végzünk próbapunctiót és ennek systematikus végzését azért is ellenezzük, mert tapasztalásunk szerint a hüvelyi punctio nyílása felől bekövetkezhetik a hasüreg infectiója és ha ez nem is vezet minden esetben súlyosabb complicatiókhoz, mégis az összenövések, exsudatumképződések meghosszabbítják a beteg gyógyulási idejét és a műtét után sokáig kellemetlen panaszokat okoznak.

Máskép áll a helyzet a tubaris abortusnál. Itt elég gyakori az, hogy anamnesisben kellően nem értékesíthető adatokat kapunk, a gynaekologiai lelet, vérkép nem ad tiszta képet, úgyhogy exsudatumtól, adnextumortól, tuba- vagy petefészektumortól, Douglas-abscessustól való elkülönítés nem mindig lehetséges. Ilyenkor a hüvely felőli punctio tisztázhatja a kérdést. Fontosnak tartjuk azonban, hogy a punctio közvetlenül a tervbe vett műtét előtt történjék. Ha a punctio eredményeként vért kapunk, laparotomiát végzünk és ezekben az esetekben drainezünk is a hüvely felé. Systematikusan azért nem végzünk itt sem punctiót, mert láztalan esetekben, ahol a vérkép nem mutat gyulladásra, hacsak erősebb parenchymás vérzés nem kényszerít erre, nem drainezünk. Tapasztalásunk szerint ez a gyógyulást megrövidíti, károsabb következményekkel nem jár.

Kuncz Andor dr., egyetemi magántanár.

Kérdés. — Felelet.

Kérdés. 1. Hiba-e, ha az orvos, szórványos diphtheria eseteknél olyan leánykánál, kinél a megfelelő kísérő tünetek jelenléte mellett színre nem egyező, de kaparásra vérző, jól tapadó vaskos álhártyákat talál mindkét mandulán, diphtheriaellenes oltást végez?

2. Hiba-e, kötelessége avagy elavult ténykedése-e az orvosnak az a cselekedete, ha a család többi gyermekét „praeventive" beoltja?

3. Negativ eredményt ad-e vagy adhat-e a bakteriologiai vizsgálat oltás utáni nyolcadik nap a szájból és mandulákból vett váladékból?

Sz. K. dr., Nagymágocs.

Felelet. 1. Ha az orvos *szórványos diphtheria esetek* alkalmával valamelyik paciensénél a torokban bár színre nem egyező, de *vaskos álhártyát* talál, feltétlenül *kell* diphtheria-oltást végeznie, hogy esetleges mulasztás vádja ne érhesse. Csak ennek megtörténte után várhatja be a laboratorium leletét, amely legjobb esetben 24 óra mulva érkezik csak be, mert különben könnyen megtörténhetik, hogy a 24 órás várakozás alatt ez a vaskos álhártyakiizzadással járó folyamat (amely színre nem egyezik, tehát esetleg toxikus vagy septikus formája lehet a diphtheriának), óriási módon kiterjedhet és a serum segítsége elkésett. Így tehát *nem hiba*, ha a gyermeket, aki gyanús, diphtheria ellen oltjuk.

2. Ahol laboratorium van és a család tagjait, különösen a gyermekeket, akár nap-nap mellett vizsgálhatjuk bakteriologice diphtheria ellen, nem szoktunk praeventive oltani. Azonban vidéken, ahol egyrészt a laboratorium nem áll állandóan a rendelkezésünkre, ahol az elkülönítés szigorúságához szó férhet, az egészségeseknek praeventiv diphtheria elleni oltása nemcsak hogy nem hiba vagy elavult felfogás, hanem az egyetlen célravezető eljárás lehet a további ragályozás elkerülésére.

3. Bakteriologiai vizsgálat az első oltást követő 10-ik napon eléggé gyakran lehet negativ. Esetleg a negativ lelet onnan is származhat, hogy a hosszabb szállítás alatt a beküldött váladék beszárad és a bakteriumok elpusztultak.

Bókay Zoltán dr. egyet. rk. tanár.

73. évfolyam 45. szám. Budapest, 1929 november 9

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA POÓR FERENC
GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR HÜTTL TIVADAR

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Nékám Lajos: Actualis problemák, különös tekintettel a syphilis gyógyítására. (Balassa-előadás 1929 október 19.) (Harmadik közlemény. 1113—1116. oldal.)
Sas Lóránt: Adatok az accidentalis sérülések kezeléséhez. (Első közlemény.) (1116—1119. oldal.)
Kunze János és Pálóczy József: Hirtelen fellépő teljes veseinsufficientia érdekesebb esete. (1119—1121. oldal.)
Tóbl Pál: Szokatlan nagy subduralis tályog esete. (1121—1123. o.)
Temesváry György: Anyagcserevizsgálatok különböző bőrbajoknál. (1123—1124. oldal.)
Krepuska István: Sinusphlebitis és agyacstályog heveny fülgenyedéssel kapcsolatban. (1124—1126. oldal.)
Kovács János: Az eperegurgitatio okairól gastroentero anastomosis után. (1126—1127. oldal.)
Herzum Alfonz: A carbonylsulfid hatása ivó- és fürdőkúrában. (II. közlemény: Fürdőkúra.) (1127—1129. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (177—180. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet és nőgyógyászat. — Szemészet. — Urologia. (1129—1132. oldal.)
Könyvismertetés. (1132—1133. oldal.)
Az emésztőszervi és anyagcseremegbetegedésekkel foglalkozó németországi orvostársaság gyülése. (1133. oldal.)
A Szegedi Egyetem Barátai Egyesület orvosi szakosztályának október 17-i ülése. (1134. oldal.)
A Gróf Apponyi Albert Poliklinika Tudományos Társulatának október 23-i ülése. (1134. oldal.)
Az Erzsébet Egyetemi Tud. Egyesület orvosi szakosztályának október 28-i ülése. (1134—1135. oldal.)
Rohrböck Ferenc: A mesterséges légmell alkalmazása a gyermekkorban. (Magántanári előadás.) (1135—1136. oldal.)
Fabinyi Géza: Megjegyzés Humayer Károly dr.: „Egyszerű eljárás a tonsillektomia utáni vérzések elkerülésére" című cikkéhez. (III. borítékoldal.)
Vegyes hírek. (III—IV. borítékoldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Actualis problémák, különös tekintettel a syphilis gyógyítására.

Balassa-előadás 1929 október 19.

Írta: *Nékám Lajos* dr. egyet. ny. r. tanár.

(Harmadik közlemény.)

Okellenes gyógykezelést csak a pathologia irányítása mellett végezhetünk; vegyük tehát sorra a syphilis pathologiájának legfontosabb mozzanatait.

A syphilis tudvalevőleg a *spirochaetosisok* közé tartozik. Ezeket valamikor felosztották ekto-, ektomeso- és mesospirochaetosisokra.[1] Az elsőbe a treponema urethrae, vaginae, metritidis, ulceris phagedaenici stb. által okozott egyszerű hurutok, helyi lobok tartoznak. A második csoport nálunk a condyloma acuminatummal, a trópusokon pedig szétesző folyamatokkal (gundu, gangosa, granuloma inguinale), vagy fibrosus növedékekkel (nodositas juxtaarticularis) van képviselve.

Reánk most csak a harmadik csoport fontos, mert idetartozik a recurrens, sárgaláz, veszettség, sodoku, a tyúkspirochaetosis, az emberi és a nyúlsyphilis és a framboesia, mely utóbbi annyira hasonlít a syphilishez, hogy *Butler* minden elkülönítési kísérlet dacára treponematosis néven megint egyesíteni akarja ezzel.[2]

A többi folyamattal szemben a syphilis lefolyása nagy különbségeket mutat, melyeket a pathologia terén fennforgó eltérések indokolnak. A syphilis parasitájának mindenekelőtt nincs szüksége *közbeeső gazdára*, hanem a fertőzés legtöbbször közvetlenül, emberről emberre történik. Ehhez képest a parasita nem *sporogoniával*, hanem kizárólag *schizogoniával* fejlődik. Ezért a sporogoniás alakokról, valamint esetleges klinikai kihatásukról sejtelmünk sincs; nem ismerjük tehát a rájuk érvényes Schaudinn-féle fejlődési körnek részleteit sem, mi több, még a schizogon spirochaeta tenyésztése is kezdetleges fokon áll. Ezért ma még nem is szólhatunk az olyan morphologiai kérdésekhez, hogy léteznek-e *spirochaetarügyek*, a Siegel-féle *cytorrhyctesnek megfelelő fejlődési alakok*, vannak-e *forme de souffrance-ok* stb. Pedig mily fontos volna megtudni, hogy beállnak avagy előállíthatók-e *fragilis stadiumok*, melyekben könnyebben el lehet ölni ezt a parasitát, továbbá szokott-e ez a betegség folyamán *vedleni*, *átalakulni*, ami a spirochaetának a betegre oly káros meghonosodását, a gyógyszerresistentia kifejlődését, végül a megtámadott szervezet immunitásának legyőzését magyarázná. Amíg ez ellen nem védekezhetünk, mindig egyenlőtlen marad az ember és a spirochaeta közötti küzdelem, mert *egy-egy megtámadott emberi szervezet sohasem képes annyira átalakulni és alkalmazkodni, mint a benne lévő spirochaetának egymást folyton felváltó ezernyi generatiói*, amelyek közül még hozzá mindig az adott esetben legerősebb, legjobban begyakorolt törzsek szaporodnak el és fejlődnek ad hoc raceokká.

Ennek felderítésére régebben kísérletsorozatokat végeztünk, amelyekben megkíséreltük a természetes *vector hiányát mesterségesen úgy pótolni*, hogy kiéheztetett piócákkal, tetvekkel és poloskákkal virulens, nem kezelt syphilises kiütésekből vért szivattunk. Az ilyen ektoparasiták által megemésztett vérben azonban morphologiai különbségeket és a spirochaetának új fejlődési formáit nem lehetett kimutatni; úgy látszik, hogy a spirochaeták ilyenkor túlkorán elpusztulnak a parasitákban.

A spirochaeta szerkezete tekintetében egyébként is fogyatékosak az ismereteink, még pedig különösen a *lipoidburoknak* jelentőségére nézve. Ennek a kérdésnek súlyát leginkább belátjuk, ha tudjuk, hogy pl. a saválló bacillusok (tbc., lepra, hastilis, smegma stb.) különleges tulajdonságaikat főleg a zsíros burokjuknak köszönik. Ez védi, de egyúttal be is zárhatja a bacillust. Már *Mecsnikov* kimutatta, hogy a liba azért immun a tuberculosissal szemben, mert nála a bacillusok köré vastag,

[1] *Jausion:* Paris Méd. 1928. 301.
[2] *Butler:* Am. Journ. of Syphilis. 1927. 229., 251.

zsíros burok, valóságos koporsó fejlődik, mely a bacillust bezárja. A spermophilnál, egy rágcsálónál ez a koporsó mészkéregből áll. Ebben ugyan sokáig élve maradhat a bacillus és a mésznek enyhe savval történő feloldása után még ki is tenyészthető, amíg azonban a burok jelen van, a bacillus immobilizált, úgy viselkedik, mintha collodiumcsőben volna, vagyis lehetővé teszi a szervezetnek kellő hatású védőanyagok termelését. A lepra is csak addig volt gyógyíthatatlan, amíg az emberek nem tanulták meg, hogy Hydnocarpus- és Taractogenosfák magvaiból olyan éstereket állítsanak elő, amelyek a leprabacillusnak zsíros burokját feloldják és őt a phagocyták támadása számára hozzáférhetővé tegyék: ma már százankint bocsátják el a gyógyult leprásokat a cullioni leprosoriumból.

Ilyen a helyzet a spirochaetáknál is. Náluk is találunk egy lipoidburkot, mely védi őket a szervezet reaginjainak hatása ellen. Sporák, gaméták hiányában csak így képzelhető el, hogy a látszólag gyógyult sklerosisban, vagy a papulák érkörüli sejtes beszüremkedésében a spirochaeták úgy elrejtőzhessenek, hogy még évtizedekig tartó tétlenség után is képesek legyenek feléledni és recidivákat, reulceratiókat okozni. Az ilyen rejtekhelyeken a spirochaeták megvárhatják, amíg a védőanyagok termelése provocatio hiányában megszűnik, vagy a szervezet kimerül; ekkor legyőzik a szervezet ellenállását és helyi vagy általános, mono- vagy polymorph-recidivákat okoznak. Ezt a lipoidhártyát főleg *Bergel* tanulmányozta és szerinte a syphilistherapiának egész sikere jóformán attól függ, hogy a lymphocytákból eredő lipasék, vagy alkalmas gyógyszerek képesek-e a lipoidburkot tönkretenni és az ilyen módon páncéljától megfosztott parasitát elölni.

Sokkal messzebbre jutottunk volna már a syphilisnél lezajló finom kórfolyamatok ismeretében, ha azokat szembeszökő *lázak* tagoznák és registrálnák, amint az pl. a recurrensnél, sárgaláznál vagy a malariáknál történik. A syphilisnél azonban, mint tudjuk, a láz alig bír ilyen szereppel. Ennek oka talán az a rendkívül fontos tény, hogy a spirochaeta a *véráramot, mint az ember az utcát, csak közlekedésre használja, élni azonban inkább csak a szöveti sejtekben szokott.* Ebben a tekintetben a spirochaeta talán évszázados domesticatiónak hódol, mint a filaria, mely a gazdájának szokásai szerint hol nappal, hol éjjel kering a vérben. A syphilisnél erre vonatkozólag még alig történtek vizsgálatok. A spirochaetának *szétterjedése nagyon gyorsan megindul. Neisser* batáviai expeditiójának legfontosabb eredménye volt, hogy sikerült neki simpanzok vérében már öt nappal a fertőzés után kimutatni a virulens spirochaeták ottlétét. Ez a diaspora az újabb vizsgálatok szerint még sokkal hamarabb kezdődik; már majdnem a fertőzés pillanatában; *Kolle* tengerimalacok mirigycsomóival már *öt perccel a cutaninfectio után* képes volt más állatokat megfertőzni.

A szétszóródó spirochaeták mindenfelé *telepeket* létesítenek. Ez nem megy egyforma könnyűséggel. Az agyvelőnek barrière-hématoenkephaliqueját, Held-féle membrana limitansát bizonyára nehezen törik át, hiszen még gyógyszerek is alig képesek ezen keresztüljutni. Kétségtelen azonban, hogy a csontokban, porcokban, tokszalagokban, különösen azonban az érfalakban elég búvóhelyet találnak, amelyben megtelepülhetnek és ahonnan aránylag gyenge provocatióra újra meg újra elárasztathatják a szervezetet. Ez magyarázza meg, hogy az újabb időben gyakran végzett direct transfusióknál már többször észleltek inicialaffectio nélkül fellépő syphilis d'emblée eseteket.

A syphilis külső tüneteinek és a septikaemiáknak fellépése és így a syphilis *fertőzőképessége* is függ ilyenformán a spirochaeták mozgékonyságától és a szervezet védekezésének erélyességétől. Ezt bizonyos fokig irányíthatjuk: a súlyt vagy a vérben keringő spirochaeták gyors elölésére, vagy a gócoknak alapos megsemmisitésére helyezhetjük oly módon, hogy az első esetben spirochaetocid, a másodikban a szervezetnek természetes védekező erejét fokozó szereket alkalmazunk. E két eljárás ellentétes voltából *tragikus összeütközés keletkezik a betegnek és a társadalomnak érdeke között.* Az első esetben ugyanis megtörténhetik, hogy a szervezet védekezőképessége gyenge marad és így a beteg nem fertőz ugyan másokat, de ő maga késői szövődmények áldozatává lesz. A második esetben a beteg talán lassabban veszíti el fertőzőképességét, de inkább elkerüli a ránézve oly súlyos késői folyamatokat. Ez az érdekellentét a különböző államokban más és más megítélésre talált és pl. a kényszerrel gyógykezelteknél eltérő hatósági elbánásokhoz vezetett. Így van ez különösen a *spirochaetaviselő*, latens fertőző betegekkel szemben, akik az esetek nagy részét alkotják. Ilyen spirochaetaviselők még nyulaknál is könnyen előállíthatók, pl. bismuth-depôtra az immunitásnak olyan faja keletkezhetik, melynél a beoltott állat teljesen tünetmentes marad és, mint az embernél a Colles-féle anyák, még initialaffectiót sem kap (ezért nevezi ezt az állapotot *Kolle „Schanker immunitätnek"*), azonban a spirochaeták élve maradnak és velük még hónapok mulva is megfertőzhetünk más állatokat, ha pedig a depôt-t kivágjuk, előtörnek az addig elfojtott tünetek. Az emberi therapiában tehát az ilyen pseudogyógyulással nem elégedhetünk meg és ezért forcirozzák a hatóságok a kényszergyógykezelésnél a hosszú és erélyes kúrákat.

Ezek a viszonyok megmagyarázzák, hogy a recurrenssel, sárgalázzal, tyúkspirochaetosissal szemben a syphilisnél miért keletkeznek *élesen elkülönített és folyton változó typusú chronikus recidivák.* Mikor *Ehrlich* örökbecsű vizsgálatait végezte, elkerülte figyelmét ez a két körülmény: hogy a syphilisspirochaeta védetten él a szervekben, nem pedig védtelenül a vérben, másrészt, hogy a syphilis kórképe nem merül ki egy rohamban. *Ehrlich* recurrens törzsekkel fertőzött egereken dolgozott. Ilyeneknél persze nincs tabes és aortitis, náluk csakugyan lehetséges a therapia sterilisans magna, mert az egerek vérében élő spirochaeták egyetlen injectióra mind elpusztulnak; az embernél azonban más a helyzet.

Fontos lenne most a *seroreactio* jelentőségére is kiterjeszkednünk. Ez lipoidok és serumglobulinok egyesülésén alapszik. Amikor tehát az ilyen globulinok még, vagy már nincsenek elég mennyiségben a vérsavóban, a complement nem eléggé activált, vagy ha az antigen és az ellenanyag symbiotikus közömbösségbe jut, akkor a seroreactio negativ eredményt ad, pedig az activ syphilis talán nem szűnt meg. Így azután valaki syphilisben halhat meg negativ seroreactio dacára is, ha a folyamat az életre olyan fontos szervben lépett fel, melynek még kisterjedelmű megbetegedése is halálos ártalommal jár, viszont a beteg erősen és állandóan positiv reactio mellett is jól érezheti magát, ha pl. zsírszövete, mely az életre nem közvetlen fontosságú, betegedett meg nagy kiterjedésben *(Werther)*.[3] A Wassermann-reactio megítélésénél ezenkívül tekintetbe kell vennünk még azt is, hogy a fémes gyógyszerekkel sokáig kezelt betegeknél ezek a fémek a sejtek protoplasmájában elfoglalhatják a calcium helyét, amely viszont a vesén keresztül kiüríttetik.[4] Az ilyen fémekkel telített sejtek mintegy megbénulnak, reactióik eltompulnak, nem védekeznek

[3] *Werther:* Handb. d. Haut- u. G.-krankh. XVIII. 874.
[4] *Wernigk:* Am. Journ. of Syph. 1925. 563.

jól. Ilyenkor megtörténhetik, hogy az egyszer positivra beállított Wassermann-reactio továbbra is positiv marad, még ha a spirochaeták elpusztultak vagy inactiválódtak is. Ilyenkor a bismuth, salvarsan stb. erőszakolása még ront a helyzeten; ha azonban, *Beinhauer* szerint, rendszeres thiosulfátkúrát kezdünk, akkor a Wassermann-reactio negatívvá válik, mert a thiosulfát kimossa a sejtekből a felhalmozódott fémeket.[5] Ebből az a nagyon fontos szabály következik, hogy a gyakorlatban a seroreactiókat ne becsüljük a kelletüknél többre: ne a *Wassermann-reactiót, hanem mindig a beteget gyógyítsuk.*

Mint említettem, syphilisnél az *immunitás különböző fokú és minőségű* lehet. Amennyire ma tudjuk, az ember a legérzékenyebb lény a syphilis iránt, noha nála is vannak különbségek: *Lang* leírt olyan betegeket, akiknél a syphilis nem terjedt szét, hanem mindvégig localis folyamat maradt. Az állatok mind ellenállóbbak, de különböző fokban. Némely anthropoid majomnál a syphilis lefolyása még nagyon hasonlít az emberi typushoz, a macacusok azonban már alig szenvednek recidiváló vagy gummás jelenségekben. A nyulak közül mintegy 10—20%-a „Nuller", vagyis refractaer, a többinél testrészenként változó immunitás észlelhető, úgyhogy az oltás a legtöbbnél csak a szem körül és a herezacskón fogamzik meg jól; ezeknél a folyamat mintegy 90 nap mulva kezelésre tünetmentessé válik és immunitást hagy vissza. Ez azonban még nem *panimmunitás*, mert csupán azzal a spirochaetatörzzsel szemben áll fenn, amellyel az állatot megfertőztük, tehát pl. a Truffi-féle törzs ellen immun állat a Mulzer- vagy Kolle-féle törzzsel még tovább fertőzhető. Ez a főérve annak a felfogásnak, hogy a syphilisnél *különböző virusfajok* szerepelnek.

Erb, Nonne, Levaditi tudvalevőleg külön *virus nerveuxre* gondolt, mert különböző országokban más-más typust láthatunk a syphilisnél, továbbá mert a közös forrásból fertőzött betegek mind egytypusú syphilist mutathatnak. Így volt ez pl. *Moehrchen* 10 katonatisztjénél, akik ugyanazon prostituálttól származó fertőzés után valamennyien tabest vagy paralysist kaptak,[6] vagy *Marie* és *Beaussart* 27 házastársi esetében, ahol a férj és feleség bajának volt hasonló typusa.[7]

E felfogással szemben azonban nyomós ellenérvek állnak fenn. Boszniában a mohammedánok, Dél-Amerikában az indiánok között tabes és paralysis alig mutatkozik, azonban az általuk fertőzött idegeneknél e kórformák a másutt is észlelhető százalékban fordulnak elő. Amíg az amerikai négerek nagy tömegekben egymás között éltek, a syphilis nem volt neurotrop, amikor azonban a fehérek közé vegyültek el, a neurotropia is fokozatosan fellépett. Ezt észlelték a japáni kikötőkben is, ahol „europeanisationnek" nevezték a syphilisnek e feltűnő megváltozását. Mindez arra vall, hogy a neurotropiában nem a virus különbözőségének, hanem egyéb tényezőknek van döntő szerepük és tényleg látható *Mattauschek* és *Pilcz* híres statistikájában, hogy 241 olyan syphilises tiszt, aki malarián vagy más súlyos fertőző megbetegedésen esett keresztül, mind megkímélt maradt az idegsyphilistől, míg a többi 3893 közül 523 = 13% különböző elme- és idegbajt kapott.[8]

Ilyenféle észleleteket gyanú alakjában már többen hangoztattak. *Koster* pl. már 1848-ban ajánlotta, hogy az elmegyógyintézetek malariás vidékeken létesüljenek, mert ott az elmebajok meggyógyítása könnyebb, *Daraskiewicz* pedig azt gondolta, hogy a neurotrop syphilis a himlő ellenlábasa és hogy abban az arányban szaporodik, melyben a kötelező himlőoltás miatt a himlő megritkul, e nézetnek téves voltát azonban Anglia példája eléggé igazolja.

Ezt a kérdést azért tárgyaltam hosszasabban, mert a syphilis gyógykezelésére beláthatatlan fontosságú volna, ha a spirochaetának különböző *válfajait* állíthatnók elő és ezeket tervszerűen addig módosíthatnók, amíg a malariának és a himlőnek példájára *immunizálásra és gyógyításra használhatnók fel a legalkalmasabbakat. Scharnke* tényleg mondja is, hogy ő a malariára nem reagáló tabeseseket Truffi-féle spirochaetákkal újra fertőzi és hogy ettől még atrophia n. optici esetben is jó eredményt látott. Az ilyen enyhe variansoknak, subsyphilisnek felhasználásával arra kellene törekednünk, hogy hosszú ideig tartó immunitást hozzunk létre a leginkább veszélyeztetett életkorban levő embereknél. Ajánlatos lenne megkísérelni, hogy pl. a nyúlspirochaetosis, mely az emberi treponemákhoz teljesen hasonló spirochaeták által idéztetik elő és a nyulaknál csak könnyű bántalmat képez, embernél coimmunitásra vezet-e?

Az ilyen elgondolások mindinkább ráterelik a figyelmet arra, hogy *az emberi szervezetnek magatartása* a syphilissel szemben nem egységes. Refractaer egyénekről, „normalis" lefolyásról, malignus, praecox, kachexiás stb. syphilisről hallunk. Persze különösen olyan esetekben látni az utóbbit, ha valamely más súlyos betegség, pl. tbc. vagy diabetes, genyedő folyamatok, vagy belsősecretiós zavarok, így a pajzsmirigynek elégtelen működése rontják le a szervezet ellenállóképességét. Így eltéríttetik a szokásos lefolyástól a kórkép, ha gócfertőzések, tonsillitisek, periodontitisek, empyemák stb. *(Jameson)*[9] zavarják a leukocyták élénkségét. Az is ismeretes, hogy nagy szerepük van a korábbi fertőzéseknek és a hereditarismusnak. Mikor Bougainville hajósai először látogatták meg a Csendes-óceánnak szigeteit és megfertőzték azok lakosságát, ez csaknem kihalt a rendkívül heves syphilisjárvány következtében. Utódaik már lényegesen ellenállóbbak lettek. Olyan helyeken, ahol a syphilis korát évezredekre lehet tenni, mint az amerikai indiánoknál, a folyamat meglepően enyhe. Az ilyen magábazárt életet élő népeknél éppen ezért nagyon tanulságos a syphilisnek magatartása. A németek a mult nyáron expeditiót küldöttek a Bajkal-tó környékén elszigetelten élő kis burját néphez, ahol a syphilisnek súlyos késői alakjai között nagy számban találtak neurosyphilis eseteket. Nyilvánvaló tehát, hogy ez a nép csak most kezdi syphilis-resistentiáját kiépíteni, másrészt, hogy a neurosyphilis keletkezésében nem szükséges az eleurópaiasodás.

A syphilis mint járvány különben változó géniust mutat. *Heller*[10] pl. 1857—70 közt aránylag negyedannyi aneurysmát talált, mint 1906—14 körül. *Coenen* 1908—14. években az aortitisek 22%-át, 1919—23-ban 43%-át tekinthette luesesnek, *Mattauschek* és *Pilcz* viszont a paralysis arányát 1884—89 között 9·6%nak, 1894—99-ben ellenben csak 3·2%-nak találta. Feltűnő az is, hogy a régebbi autorok nem ismerték a paralysis progressivát; valószínű, hogy csak *Th. Willis*, 1672-ben sejtette először e folyamatnak különállóságát, melyet határozottan csak *Haslam* és *Chiarugi* ismertek fel[11] száz évvel ezelőtt.

Oviedo már 1525-ben jelezte az akkori járványnak gyengülését és azóta gyakran felmerül az a csalóka remény, hogy a remissiók talán valamely újabb gyógyeljárásnak következményei és a syphilis végleges kiirtó-

---

[5] *Beinhauer:* 28 WR. +++ esetéből 24 lett ilyen módon negativvá. Am. J. of Syph. 1928. I. 61.
[6] *Moehrchen:* Ztbl. f. Haut- u. Gkr. 22. 6. (Willmans.)
[7] *Cl. Simon:* Annales de dermat., 1925. 289.
[8] *Mattauschek és Pilcz:* Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912.
[9] Americ. J. of Syph. 1928. 567.
[10] *Willmans:* Ztbl. Haut. u. G., 22. 7.
[11] Am. Journ. of Syph. 1927. 24. 1.

dásának előhirnökei. Ez persze óvatosságra int minket és a therapiában való túlságos bizakodás helyett arra figyelmeztet, hogy *az a helyes gyógykezelés, mely a szervezet természetes védekezésének kifejlesztésén alapszik.*

E normalis védekezésben 3 phasist különböztethetünk meg: a *cellularist*, az *immunbiologiait* és a *regionariust*. A cellularis védekezés szintén 3 etappeból áll: ezek a *sklerosis*, a *lymphadenitis* és az egyes syphilidek körül fellépő *sejtes beszüremkedés*. Ezek alig akadályozzák a spirochaetát a szétterjedésben, már csak ama lassúság miatt sem, amellyel létrejönnek; láttuk, hogy a spirochaetták már régen a vérben keringenek, mikor a sklerosis első jelei mutatkoznak. A védekezés azonban nagy erőfeszítéssel megy végbe; a szervezetnek nyilván más célja is van tehát ilyenkor. Ez a lymphocyták fokozott termelésében és a beteg területek körülhatárolásában áll a localis immunitásnak kifejlődése érdekében. A szervezet ugyanis most már teljes erővel nekilát új typusú védősejtek előállításának; nagy tömegben keletkeznek a histiocyták, plasma- és epitheloidsejtek. Mitosisok, óriássejtek lépnek fel; eosinophil- és pigmentsejtek vándorolnak oda; látható tehát, hogy a szervezet a behatolt parasitákkal szemben másféle védelmi eszközök mozgósítására készül.

A szervezet sejtjei ezalatt csakugyan begyakorolják a *második, az immunbiologiai védekezési módot*, az agglutináló, praecipitáló és ellenanyagok, lipasek és aggressinek előállítását, melyek részben kiválasztatnak, máskor pedig endotoxinok, úgy, hogy a sejtnek előbb tönkre kell mennie, hogy a benne lévő becses hatóanyag szabaddá válhasson. Ez a nagy eréllyel megindult folyamat mozgósítja a májat, lépet, bőrt és a reticulo-endothelialis készüléket is, amelyek együttesen méregtelenítő, megszűrő, sedimentáló működést fejtenek ki a spirochaetákkal szemben. Ez a küzdelem eleinte rendszerint jó eredménnyel jár. Az addig előrehaladó folyamat megáll, egy bizonyos kiegyenlítődés jön létre. A fegyverszünet évtizedekig is eltarthat és a folyamat látszólag meg is szűnik. Persze már csekély okokból is felborulhat, úgy, hogy közbejövő betegségek, traumák, mérgek, proteinfelszívódás stb. újra lángra lobbanthatják az addig csak lappangó folyamatot. Eközben azonban a spirochaeta is, a szervezet is folyton átalakul. A harc valóságos párhuzamosan eltolódó küzdelem alakjában megy végbe. A parasitáknak virulentiája, életszokásai, talán alakja is úgy változnak át, hogy a gyengébb, védekezésre kevésbbé képes szerveket megtámadhassák.

A küzdelem ezzel *megszűnik általános lenni;* mindinkább összeszűkül, helyi jellegűvé lesz. Ilyenkor azt mondjuk, hogy a virus dermatotropiát, neurotropiát, angiotropiát stb. mutat. A megtámadott szervek különbözően viselkednek: néha heves lobok lépnek fel, melyek sejtes beszüremkedéssel, oedemákkal, vérzésekkel járnak; máskor nekrosisok, elfolyódás, kifekélyesedések, álhártyák vagy fibrosus daganatok, betokolódások, hegek keletkeznek. A tönkrement sejtekből salakszerű tömegek halmozódnak fel, amelyek mint idegentestek, a zsugorodó hegek pedig mint obliteratiók zavarhatják a szerv működését. Lázak és rázóhidegek lépnek fel. A kiválasztó szervek kifáradnak a termelt különböző mérges anyagok eltávolításában. Más helyeken nem keletkeznek heves ellenhatások, mert a beteg szerv mindjárt elfajul és *allergia helyett anergiát mutat.* Így betegedhetik meg pl. az agyvelő, az idegszövet, mellékvese és az érrendszer.

Ezzel lassankint felbomlik az összhang, az a célszerű együttműködés, amely a folyamat elején még képes volt visszautasítani a támadást. Ha ilyenkor nem jön segítség, a szervezet előbb-utóbb összeomlik és a folyton újjászülető spirochaeták győznek. (Vége következik.)

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

Adatok az accidentalis sérülések kezeléséhez.

Írta: *Sas Lóránt dr.*, klinikai műtőorvos.

E kísérletek célja az accidentalis sérüléseken végzett bakteriologiai vizsgálatok[1] kiegészítése, melyek a sebkezelés minőségére és időbeli alkalmazására nézve nem adtak kielégítő felvilágosítást. Kezeletlen sebekből kitenyésztett bakteriumtörzsek virulentiája az antiseptikusan kezelt esetekből származó törzsekkel összehasonlítva, különbséget nem mutat; a sérülések gyógyulása pedig minden fertőzöttségük mellett, aseptikus kezelés után is, többnyire reactiomentes. Mindebből a kezelésre vonatkozólag lényeges következtetést nem vonhatunk, mert sebkezelési eljárások helyes értékelése csak akkor lehetséges, ha ezeknek a *sebben* kifejtett fertőzésgátló hatását ismerjük.

E gyakorlatilag fontos kérdések tisztázására állatkísérleteket végeztem oly módon, hogy tengerimalac hátán ejtett és utána azonnal fertőzött sebet 5 perc, ¼ óra, ½ óra és 1 óra elteltével részben felületesen ható antiseptikummal (egy esetben thermokauterrel), részben mély antisepsissel, végül pedig feltárással és alapos tamponálással, tehát a sebet nyitvatartó eljárással kezeltem.

A legelső vizsgálatok, melyek állati szervezet általános fertőzésének feltartóztatását célozzák, 1873-ból *Colintől* származnak, aki kimutatta, hogy házinyúl fülének anthraxfertőzése után, a fül eltávolításával általános fertőzést meggátolni nem lehet. *Renault*[2] lovakat takonykórral, *Bouley*[2] birkákat juhhimlővel fertőzött. Előbbi a fertőzött sebet 1—2 óra mulva, utóbbi 5—10 perc mulva thermkauterrel égette, de az általános fertőzés feltartóztatása ilyen módon sem sikerült. *Nissen*[3] szerint házinyulak végtagjának anthraxfertőzése esetén a végtag 2—3 óra mulva végzett amputatiója csak akkor eredményes, ha azt előzőleg elastikus pólyával leszorította s így a bakteriumok felszívódását lassította. Ugyancsak *Nissen* mutatott rá arra, hogy emberi sebfertőzésnél kisebb mennyiségű és csekélyebb virulentiájú bakterium szerepelvén, előbb localis fertőzés jön létre s csak miután a bakteriumok a szervezetben való tartózkodás folytán *magasabb virulentiát* értek el, lesznek képesek gyors szaporodásuknál fogva s az ezzel együttjáró localis resistentiacsökkentés által, általános fertőzést előidézni. 1893-ban közli *Schimmelbusch*[4] közismert egérkísérleteit: egér farokcsúcsán ejtett seb fertőzése anthrax-szal vagy streptococcussal mindig általános fertőzéshez és exitushoz vezet, ha farok eltávolítása 10 percen túl történik. A seb azonnali fertőtlenítése 3%-os carbollal vagy 1‰-es sublimattal az exitust nem hátráltatja. Percekkel a fertőzés után a bakteriumok az állat szerveiben kimutathatók, onnan kitenyészthetők. A hát sebén bedörzsölt tuss 12 óra mulva kimutatható a lépben. Az eredményeket *Pfuhl* és *Reichel*[5] vizsgálatai megerősítették. Utóbbi antiseptikus kezeléstől lényegesen rosszabb eredményeket látott, mint tisztán mechanikus kezelés, vagy főleg activ sebészi beavatkozás után.

Mindezen kulturbakteriumokkal végzett kísérletek tapasztalata szerint a fertőző anyag gyors felszívódása a rendelkezésre álló therapiás eljárásokat meghiúsít-

[1] *Sas:* Adatok az accidentalis sérülések bakteriologiájához. Magy. Orv. Arch., 1929. 4. füzet.
[2] *Renault, Bouley, Davaine, Oeuvre.* Paris, 1890.
[3] *Nissen:* D. med. W., 1891, 53. sz.
[4] *Schimmelbusch:* Fortschr. d. med., 1895, 1—2. sz.
[5] *Reichel:* Arch. f. kl. Chir., 1895, 49. köt.

hatja. Antiseptikumok sebben alkalmazva hatástalanok, sőt károsak, úgy, hogy aktiv sebészi kezelés, úgy látszik, nagyobb biztositékot nyujt. *Nissen* munkája azonban már határozottan kifejezésre juttatja a szervezetben élő bakteriumok virulentiafokozódásának jelentőségét, ami később *Friedrich*[6] (1898) exakt vizsgálataival részleteiben tisztázva a bakteriumok mesterséges vagy élő táptalajon tenyészett („angezüchet") és külvilági („Aussenweltsform") alakjainak egymástól való elkülönítéséhez vezetett.

Friedrich földdel végzett fertőzési kísérletei alapján kimondta, hogy 1. külvilági bakteriumokkal történt fertőzés esetén a bakterium a sebben csak 6—8 órás acclimatisatio után indul szaporodásnak (incubatiós idő). Állati szervezetből származó, vagy kulturbakterium okozta fertőzésnél az incubatiós idő sokkal rövidebb; 2. Ezen időn belül az állat megmenthető a fertőzött terület eltávolításával (Anfrischungsdesinfektion); 3. Fertőzés után különböző idővel a seb mechanikus megtisztítása és nyitvakezelése többet nyujt, mint bármilyen vegyi antiseptikum. Nyitott sebkezeléssel *Friedrich* a fertőzött állat életét meg tudta hosszabbítani, de az állatot véglegesen megtartania nem sikerült.

Az aktiv sebészi beavatkozás, mely az eddig felsorolt vizsgálatok alapján a fertőzés-elleni küzdelem egyedül fontos tényezője, erős alátámasztást nyert a 90-es évek folyamán a berni iskolából megjelent sorozatos dolgozatok által, melyek sebfertőzések létrejöttében a sérüléssel kapcsolatos szöveti ártalom fontosságát is tisztázták. *Probst*[7] mutatta ki, hogy lövési sérülésnél a lövedék okozta szövetártalom lényeges resitentiacsökkenéshez vezet a fertőző csirokkal szemben. Egyben felhívta a figyelmet lövési és egyéb pl. metszett sebek közötti szövetlaesióbeli különbségre és előbbiek fokozott dispositiójára a fertőzés szempontjából. A szövetlaesio fontosságát fertőzés keletkezésében (Lesioninfection) *Dun*[8] vizsgálatai is igazolták. *Schwarzenbach*[9] kimutatta, hogy metszett seben fertőzést nem okozó bakterium lőtt sebre oltva súlyos, többször exitushoz vezető genyedést okoz. Szövetelhalást előidéző kezelési eljárások hatása fertőzött lövési sérülésnél, mikor a fertőző csirok a trauma létrejöttével egyidejűleg a szövetek mélyébe röpíttetnek *(Pustoschkin,*[10] *Probst), Müller*[11] és főleg *Koller*[12] (1898) klassikus kísérleteivel nyert igazolást.

Koller bizonyította be, hogy kísérleti állat fertőzött lövési sérülés folytán elpusztul, ha a sebet felületesen ható antiseptikummal (carbol, jódtinctura, sublimat) kezelte vagy thermokauterrel égette. Minél nagyobb szövetelhalást okozott az alkalmazott eljárás, annál koraibb volt az exitus és annál súlyosabb a boncolási lelet. Nyitott sebkezelés (tampon, draincső) által az állat megtartható, sőt többször a controllállat is megmaradt, melynél a sebet minden kezelés mellőzésével per primam egyesítette. Egyik nagyvirulentiájú streptococcus-törzzsel végzett kísérletsorozatban az összes állatok elpusztultak, de míg az exitus a drainálással kezelt állatoknál 59—97 nap mulva, addig a többieknél 3—7 nap alatt következett be. Külön kísérlettel igazolta továbbá, hogy lövési sérülés esetén a bakteriumok *azonnal* a szövetek mélyében vannak, miért antiseptikus kezelés vagy paquelinezés, resistentiacsökkentés és alkalmas táptalaj megteremtése folytán a fertőzést sietteti, a bakteriumok felszívódását gyorsítja.

Műtéti sebeken *Linser* bizonyította be, hogy ép szövetben hatástalan bakteriumok, ártalmazott (szárított, zúzott, stb.) szövetben súlyos fertőzést idéznek elő. Ide tartoznak végül *Walthard, Dorst, Hermann, Gontermann* és *Fleming* észlelése is.

A felületes fertőtlenítés eredményességét bizonyító vizsgálatsorozatot 1889-ben *Gottstein*[13] nyitotta meg két kísérletével, amennyiben földdel fertőzött állatokat sikerült megmentenie, ha a földdel egyidejűleg sublimatlanolint vagy perubalzsamlanolint helyezett a sebbe. A kontrollállat elpusztult.

Messner[14] eredményei egyrészt *Schimmelbusch* és *Reichel*, másrészt a berni iskola vizsgálataival állnak ellentétben: házinyúl combján ejtett és gennyel, vagy ennek bouillontenyészetével fertőzött seb fertőtlenítése 3%-os carbollal (nyitott sebkezelés mellett) lehetséges volt a fertőzés utáni 18 órán belül. Mechanikus kezeléssel az állatok elpusztultak. A seb előzetes kezelése carbollal nemcsak a resistentiát nem csökkentette, de bizonyos mértékig védelmet nyujtott a fertőzés ellen. Antiseptikusan kezelt állatok localis genyedéséből nyert váladék avirulensnek, mechanikusan kezeltek genyje erősen virulensnek bizonyult (?) *Reichel* e kedvező eredményeket a nyitott sebkezeléssel magyarázta.

Löffler tengerimalac diphtheriával fertőzött sebét alkohol, toluol és liquor ferri sesquichlor keverékkel négy órán belül kezelve, a fertőzött állatot megmentette.

Henle[15] kulturbakteriumokkal fertőzött seb antiseptikus kezelésével (1‰-es sublimat és 4%-os carbol) négy órán belül teljes eredményt ért el, 6—8 óra mulva a kezelés a fertőzés intenzitását csökkentette, 10 óra mulva eredménytelen volt. Anthraxfertőzés esetén az antisepsis eredményességét a bakteriumok gyors felszívódása hiúsítja meg, amit a fertőzött, majd antiseptikummal kezelt sebből készült metszet bizonyít: a seb közvetlen környéke bakteriummentes, de az erek bakteriumokkal teltek.

Schanjawsky[16] szerint anthraxtörzzsel fertőzött seb antiseptikus kezelése (2%-os jódtrichlorid, 1‰-es sublimat, acid. acetic. conc.) öt percen belül biztos védelmet nyujt. Később végzett fertőtlenítéssel, ha nem is sikerül az állat megtartása, élettartama a kontrolléhoz viszonyítva meghosszabbítható.

A localis antiseptikus kezelés lehetőségét *Halban*[17] (1896) vizsgálatai támogatják, melyekből kitűnik, hogy friss seben át felszívódó bakteriumok előbb jutnak a nyirokcsomókba, mint a szervekbe, továbbá, hogy a különböző bakteriumok felszívódási sebessége különböző. Ezek alapján *Halban* a bakteriumfelszívódás útjául — *Schimmelbusch, Ricker* és *Noetzel*lel ellentétben — a nyirokáramot jelölte meg.

Suter[18] perubalzsammal végzett vizsgálataiból kiderül, hogy kísérleti állat megóvása földfertőzéstől (b. oedematis mal.) a Friedrich-féle incubatiós időn belül, zárt sebkezelés mellett is lehetséges. Tetanus ellen a perubalzsam nem nyujt védelmet.

Lebsche[19] az első, akinek 1911-ben közölt vizsgálatai bebizonyították, hogy jódtinctura földfertőzésnek — tetanust is beleértve — a Friedrich-féle incubatiós időn belül gátat vet. Hét óra mulva végzett fertőtlenítés hatástalan. Az eredményt a jódtinctura szövetizgató és resistentiafokozó hatására (leukoprophylaxis) vezeti vissza.

---

[6] *Friedrich:* Arch. f. klin. Chir., LVII. köt., 2. füz.; *Friedrich:* D. med. Woch., 1905. 26. sz.
[7] *Probst:* Thèse inaugurale, Bern, 1896.
[8] *Dun:* Edinburgh, 1895.
[9] *Schwarzenbach:* Inaug.-Diss., Bern, 1897.
[10] *Pustoschkin:* Inaug.-Diss., Bern, 1895.
[11] *Tavel, Müller:* D. Z. f. Chir., 1898, 47. köt., 2—3. füz.
[12] *Koller:* D. Z. f. Chir., 1898, 47. köt., 2—3. füz.
[13] *Gottstein:* Therap. Monatshefte, 1899, 105. o.
[14] *Messner:* D. med. Woch., 1894. 19. sz.
[15] *Henle:* Arch. f. kl. Chir., 1895, 49. köt.
[16] *Schanjawski:* Wojenna med. shurn., 1896 jún.
[17] *Halban:* W. kl. W., 51. sz.
[18] *Suter:* Beitr. z. kl. Chir., 1907, 53. köt., 3. füz.
[19] *Lebsche:* Dissert., München, 1911.

1915-ben *Brunner* és *Gonzenbach*[20] végzik nagyszámú abortivdesinfectiós kísérleteiket jódalkohollal, jódtincturával, majd különböző jód- és chlortartalmú vegyületekkel (airol, vioform, jodoform, jodipin, isoform, chlormész, dakin-oldat, stb.). A jódtincturára vonatkozó eredményeik megegyeznek *Lebschéé*vel. Por antisepticumok közül isoformot egy ízben 18 órás intervallumban alkalmazva, az állat megmaradt. Pyoktaninnal ugyancsak egyszer 9½ órás abortivdesinfectiót végeztek. Megjegyzendő azonban, hogy a föld gyakran vegyesfertőzést okoz s benne a bakteriumok egyenlően eloszolva nincsenek. A földnek, mint idegen testnek zavaró szerepére a kísérletben *Feiler* is figyelmeztetett. A kísérleteknek úgyszólván minden sorozatában találunk „paradox" reactiókat; pl. anthraxspórát tartalmazó földdel végzett kísérletsorozatban a félóra mulva fertőtlenített állat anthraxban elpusztul, de az 1 és 2 óra mulva kezeltek megmaradnak. A kontrollállatnál viszont az exitust oedema malignum okozta. Szerzők ezen kísérletből a kétórás abortivdesinfectio lehetőségét bizonyítottnak látják. Az isoformmal végzett kísérletsorozatban három „3 órás malac" közül kettő exitál, „5 órások" közül 1 exitál, 1 megmarad, stb.; végül a 13, 16, 17 és 18 óra mulva kezeltek megmaradnak, de ugyanilyen beállítás mellett végzett újabb sorozatban három „7 órás" közül kettő exitál, ezentúl pedig mindegyik elpusztul. A kísérletek között többízben látjuk a fertőtlenítő eljárást nyitott sebkezeléssel kombinálva, holott *Friedrich* is, *Reichel* is hangoztatták, hogy e két kezelési eljárás együttes alkalmazása esetén a kedvező eredmény a nyitott sebkezelés javára írandó. Szerzők a kísérletek alapján megdöntöttnek vélik a *Friedrich* által felállított 3. tételt. A Friedrich-féle sebkimetszéssel viszont ötórás intervallumban végzett kísérletben, öt állat közül csak egyet tudtak megmenteni. A jódtinctura hatását egyrészt közvetlen jódaffinitással, másrészt protrahált oxydativ hatással magyarázzák. *Neufeld* és *Reinhardt*,[21] tengerimalac és egér, tyúkcholerával fertőzött simaszélű bőrsebét felületes antisepsissel (tripaflavin 1 : 100—1 : 10.000, 1‰ sublimat, 10% arg. nitr., jodoform, jódtinctura, 5% phenol) kezelve, azt találták, hogy félórás, sőt 2—4 órás intervallumban végezve a fertőtlenítést, az állatok túlnyomó része megmaradt; 8—24 óra mulva alkalmazva, az exitus elhúzódott. Pneumococcusfertőzésnél vuzin és optochin gyenge hatásúnak, jódtinctura és phenol hatástalannak bizonyult. Szerzők valószínűnek tartják, hogy komplikált sérülés fertőzése más eredményekhez vezetett volna.

Acklin,[22] mint az egy előzetes közleményből kitűnik, tetanusz- és b. oedematis mal.-spórákat tartalmazó földdel fertőzött kísérleti állatokat meg tudott védeni absorptiós anyagok (colloidalis aluminiumhydroxid, vízüveg, állati szén) simultan alkalmazásával.

A *Morgenroth*[23] által előállított vuzin (isoktylhydrocupreniumbihydrochloricum) saját vizsgálatai alapján középértékben, 1 : 12.000 higításban, esetenként 1 : 32.000 higításban is, szövetben biztosan öli a streptococcusokat. *Brunner* és *Gozenbach* szerint földdel fertőzött sebfelületen alkalmazott vuzin-por erősen antiseptikus — „fertőtlenítő ereje messze túlterjed az incubatiós időn" —, mint mély antiseptikum hatástalan. *Morgenroth* és *Bieling* in vitro kísérletei alapján középértékben 1 : 40.000 higításban a Fraenkel—Welch-bacillus fejlődését gátolja, bakteriumölő hatását pedig 1 : 10.000 higításban fejti ki. Állatkísérletben b. oedematis mal.-vel simultan adagolva ½%-os oldat is életmentő lehet, de 2%-os az állatot biztosan megvédi. ½—1 és 2 órás intervallumkísérletben a ½ és 1%-os oldatok voltak életmentő hatásúak.

Keysser[24] kiterjedt és alapos vizsgálatai azonban azt bizonyítják, hogy a szövetet nem ártalmazó vuzinconcentratiónak (1 : 10.000 baktericid) hatása nincs, sőt ennél sokkal concentráltabb (½—1%-os) oldat is hatástalan úgy streptococcusokkal, mint b. oedematismal. és tetanusspórákkal szemben. A *Klapp* által alkalmazott és ajánlott 1 : 10.000, 1 : 5000 higítású oldat a bakteriumoknak még a fejlődését sem csökkenti. Sem mint antiseptikum, sem mint sebdesinficiens nem válik be. A gyakorlatban elért kedvező eredmény oka az egyidejűleg végzett sebkimetszésben keresendő.

Rivanol (athooxydiaminoakridinchlorhydrat) 1:20.000 higítású oldatával *Morgenroth*nak sikerült egérnek streptococcussal fertőzött bőralatti kötőszövetét sterilizálni. *Brunner*[25] és *Gonzenbach* azonban a staphylococcus aureust tengerimalac bőralatti kötőszövetében 2‰-es oldattal sem tudták elölni; eredményt csak gyenge virulentiájú törzsek alkalmazása esetén láttak. Mint felületes porantiseptikum, éppúgy, mint a vuzin, erélyes fertőtlenítő szernek bizonyult, 1 : 400 higításban mint mély antiseptikum alkalmazva, minimalis halálos földadaggal fertőzött állatok egy része életben maradt. *Ritter* egy esetében gázphlegmonéval fertőzött vágott seb prophylaktikus körülfecskendezése eredménytelen volt: gázphlegmone fejlődött ki s a végtagot amputálni kellett.

A sebfertőzésekkel és ezek kezelésével foglalkozó irodalmat a háborús tapasztalatok fontos adatokkal bővítették.

Kiderült elsősorban a Fraenkel—Welch-bacillusnak gyakori jelenléte háborús sérülésekben: *Heyrovszky*[26] és *Mairesse—Régnier* munkáit véve alapul, előfordulása 20 és 30% között ingadozik.

Kitűnt továbbá, hogy a gázphlegmone, illetve gázelhalás a legsűrűbben kifejlődő primaer háborús sebfertőzések közé tartozik. Gyakorisága *Mairesse* és *Régnier* szerint körülbelül 2·5%-nak, *Wieting*[27] szerint 1·68—4·5 százaléknak felel meg. Igazolást nyert, hogy ezen súlyos sebfertőzések aetiologiájában az esetek túlnyomó többségében a Fraenkel—Welch-bacillus szerepel.

Békebeli accidentalis sérülésekre vonatkozóan bakteriologiai vizsgálataink mutatták ki a Fraenkel—Welch-bacillusnak, mint ubiquitaer bakteriumnak az esetek mintegy 10%-ban való előfordulását. E gázphlegmonebacillust tartalmazó sérülések kapcsán gázphlegmone nem fejlődött ki, ami a vizsgálatok és a rendelkezésre álló adatok tekintetbevételével kétségtelenül nem a bacillusok csekély virulentiájára vezethető vissza; az okot a sérülés minőségében kell keresnünk.

Több szerző háborús észlelése szerint Fraenkel—Welch-bacillus okozta fertőzés fellépése 3—7 órával a sérülés után bekövetkezhetik. *Wieting* egy esetben 3 órával, többször 5, 6, 7, 10 és 12 órával a sérülés után fellépett súlyos gázphlegmoneról számolt be. *Thom* szintén 3—4 óra alatt kifejlődött gázphlegmone eseteket látott. *Salzer*[28] és *Wieting* egy-egy esetet közölnek, melynél gázelhalás 8 órával a harctéri sérülés után exitus-

[20] *Brunner:* Z. f. Chir., 1915, 32. sz.; *Brunner, v. Gonzenbach:* Z. f. Chir., 1916, 52. sz.; *Brunner, v. Gonzenbach:* Z. f. Chir., 1917, 25. sz.; *Brunner, v. Gonzenbach, Ritter:* Beitr. z. kl. Chir., 1918, 111. köt.

[21] *Neufeld, Reinhardt:* D. med. W., 1921. 27. sz.

[22] *Acklin:* Z. f. Chir., 1925, 44. sz.

[23] *Morgenroth, Tugendreich:* Berl. kl. W., 1916, 29. sz.; *Morgenroth, Bieling:* Berl. kl. W., 1917, 30. sz.

[24] *Keysser:* D. Z. f. Chir., 162. köt., 1—2. füz.

[25] *Brunner:* Handbuch der Wundbehandlung, 1926.

[26] *Heyrovszky:* Kriegschirurgie in den Balkankriegen, 1912/13.

[27] *Wieting:* D. Z. f. Chir., 1917. 141. köt.

[28] *Salzer:* W. kl. W., 1917, 11. sz.

hoz vezetett. *Denk* és *Walzel*[29] észlelése 7 órával a sérülés után fellépett gázphlegmonera vonatkozik. *G. Schöne*[30] már 1 órás sérülésnél is megfigyelhette a gyulladás legkoraibb tüneteit, úgymint duzzadást, csekély híg, genyszerű izzadmány és rostonyás lepedék jelenlétét. 1½ órás sérülés egy esetében a seb erősen zavaros, genyszerű exsudatummal volt fedve és egy másik esetben 4 órával a trauma után vizenyős phlegmone képét mutatta; 5—6 órás sérüléseken kifejezett fertőzéses tünetek, 6—8 órás sérüléseken gyulladás, genyedés jelenléte a gyakori észlelések közé tartoztak. Súlyos phlegmonet 5—8 órás sérülések kapcsán lehetett találni; „nagyon korai phlegmonek a szövetek súlyos ártalmazásával járó sérülések kapcsán jelentkeztek".

Mindezen megállapítások rendkívül fontosak azért, mert semmi módon nem egyeztethetők össze *Friedrich* kísérletes vizsgálatai folytán a köztudatba átment 6—8 órás incubatiós idő fogalmával s egyben kétségessé teszik *a gyakorlatban* nagy intervallumban végzett abortivantisepsis eredményes alkalmazásának lehetőségét. Mert ha 1—2 órás sérüléseken kifejezett gyulladás, tehát manifest fertőzéses tünetek észlelhetők, ha 3—6 órával a sérülés után gyulladás, genyedés, gázelhalás léphet fel s végül ha sérülés után 8 órán belül exitussal végződő gázelhalás előfordulhat, úgy hogyan képzelhető el sérülés után 6, 8, 13, 16 és 18 óra mulva végzett eredményes abortivdesinfectio? Kétségtelennek látszik, hogy az *incubatiós időt éppen úgy, mint magának a fertőzésnek fellépését is legelsősorban a trauma nagysága s a vele együttjáró szövetroncsolás és resistentiacsökkenés szabályozza.*

Fentebb hivatkoztam kísérletekre, melyek aseptikus beavatkozásoknál vagy műtéti sebeknél a szövetlaesiónak, mint fertőzésre dispositiót teremtő tényezőnek szerepét tisztázták. Fertőzött sebeknél a trauma befolyására vonatkozólag hozzávetőlegesen tájékoztat *Brunner* egyik kísérletsorozata, melyben paquelinezett seb földdel végzett fertőzése után 5 óra mulva isoformkezeléssel nem lehetett az állatokat megmenteni (rövidebb intervallumban kísérlet nem történt), holott különben egy-egy esetben ugyanilyen kezelés 16—18 óra mulva is eredményes volt.

Kiderült végül, hogy háborús sérüléseknél legjobb eredmények activ sebészi kezeléssel biztosíthatók s különösen a *Friedrich* által leírt és a háború alatt *Moynihan*,[31] *Chaput*, *Tuffier*,[32] *Ritter*, *Kroh*,[33] *Hufschmied*, *Preusse*[34] és *Klapp* által ajánlott sebkimetszés útján érhetők el. Éppen ezen primaer sebkimetszés eredményessége bizonyítja legjobban a roncsolt, elhalt szöveteknek, tehát a sérülés *minőségének* jelentőségét a fertőzés szempontjából. Ugyanis az excisio kedvező eredményei nem magyarázhatók a fertőző anyag és fertőzött szövetek *teljes* eltávolításával, mert a kimetszés tökéletes keresztülvitele komplikált sérüléseknél lehetetlen, továbbá, mert többnyire nem a *Friedrich* által kísérleti alapon előírt incubatiós időn belül történt meg, hanem 12—24 órával a sérülés után, vagy még később; végül, mert bakteriologiai vizsgálatok igazolták, hogy pl. streptococcust tartalmazó intact sérülések kimetszés után is streptococcust tartalmaztak: „Nur das Gros der Infektion ist mit dem biologisch minderwertigen Gewebsmaterial entfernt" *(Klapp)*.[35]

A sebkimetszésnek fertőzéscsökkentő szerepe tehát abban áll, hogy általa fertőzésre erősen disponált sebet arra kevésbbé hajlamos sebbé lehet átalakítani. Célja a fertőző anyag egy részének eltávolítása mellett *a sérülés minőségének megváltoztatása.* (Folytatjuk.)

[29] *Denk, Walzel:* W. kl. W., 1916. 8. sz.
[30] *G. Schöne:* D. Z. f. Chir., 1918. 143. köt.
[31] *Moynihan:* The British med. journ., 1916.
[32] *Tuffier:* Bull. et mém. de la soc. de Chir. de Paris, 1916.
[33] *Kroh:* Beitr. z. kl. Chir., 97ó köt., 4. füz.
[34] *Hufschmied, Preusse:* D. med. W., 1917. 8. sz.
[35] *Klapp:* M. med. W., 1918, 19. sz.

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. belklinikájának (igazgató: † Bálint Rezső dr. egyet. ny. r. tanár) és a II. sz. kórbonctani intézetének (igazgató: Balogh Ernő dr. egyetemi ny. tanár) közleménye.

Hirtelen fellépő teljes veseinsufficientia érdekesebb esete.

Írták: *Kunze János dr.* és *Pálóczy József dr.*

Anuriás esetről számolunk be, mely ritka volta miatt érdekes; sőt tudtunkkal az irodalom sem ismer hasonlót.

Kórelőzmény: *K. T.*, 40 éves nőbeteg 1928 december 8-án vétetett fel az I. sz. belklinikára. Előadta, hogy két éve cukorbaja van. A felvétele előtt egy héttel hasának bal oldalában görcsös fájdalmat érzett, mellyel kapcsolatban kisebbfokú nehéz légzése volt. A következő napon a jobboldali derék táján jelentkezett e fájdalom, mely azóta állandóan fennáll közepes intensitással. Azóta hasát puffadtnak érzi. Egy hete szívdobogása van, nykturiáról számol be, mozgásnál nehéz légzése van, melyet jobboldali fájdalma még inkább fokoz. Étvágya rossz. Vizelési panasza a betegnek nem volt.

Jelen állapot: Tüdő rendes. Szívcsúcslökés nem tapintható. Relativ tompulat jobbra és balra egy újjal megnagyobbodott. Szívhangok tiszták, tompák. Diastolés hang kettőzött. Pulmonalis II. hangja ékelt. Radialison a pulzus kp. gyors, kp. magas, kissé feszes, száma percenként 140. Arythmia perpetua. Vérnyomás 240/140 vízcm., Recklinghausen szerint. Has elődomborodó, hasfalak zsírdúsak. Máj széle 1½ újjal tapintható. Vesék nem tapinthatók, a jobboldali lumbalis tájék, különösen a costovertebralis szöglet nyomásérzékeny. Idegrendszeri eltérés nem mutatható ki. Psycheé ép.

Vizelet sötét borsárga, 1018 fajsúlyú, savi vegyhatású. Fehérje halvány nyomokban, geny nem mutatható ki, cukor-, aceton- és acetecetsav positiv. A katheteren nyert vizelet üledékében mikroskop alatt látóterenként 8—10 fehérvérsejt, sok levált hámsejt, elvétve 1—1 vörösvérsejt és hyalincylinder.

Elektrocardiogramm: 140-es frequentiájú arythmias szívműködés, pitvarlibegés. Insufficientia bicuspidalis, stenosis mitralis?

Vércukor: 0·22%.

Röntgen-átvilágításnál a szív jobbra, balra 1 ujjal haladja meg a normalis határokat. Myodegeneratiós configuratiót mutat.

Kórlefolyás. Vegyes amylacea napra tesszük, mely mellett 29 g cukrot és 1½ g acetont ürít. A betegnek digitalis, chininum bromatum, urotropint, cardiazolt és strychnint rendelünk. Maximalis hőmérsék 37·2.

Tonsillák vizsgálata, melyet *Liebermann* főorvos úr volt szíves végezni, mindkét mandula chronikus gyulladását deríti ki.

11-én vizeletmennyiség 2000 cm³, 1030-as fajsúlyú, 60 g a kiürített cukor mennyisége. Aceton csak nyomokban mutatható ki. Pulzusszám: 116. A beteg hasában diffus görcsös fájdalmakat érez, szívdobogásról panaszkodik, feje fáj, álmatlan. Cyanosisa fokozódik.

12-én 2800 cm³ vizelet, 1017 fajsúlyú, 50·4 g a kiürített cukor mennyisége. Aceton negativ. Szemészeti vizsgálat ép szemfeneket mutat.

13-án éjjel ½2 órakor a beteg hasának baloldalán hirtelen görcsös fájdalmak lépnek fel, melyek lefelé a bal combba sugároznak. A fájdalom fellépte óta a beteg csupán néhány cm³ vizeletet ürít, széke nem volt, szelek sem távoztak tőle. A reggeli vizsgálatnál a beteg nagy fokban bágyadt. Bal veséje megnagyobbodott, jól tapintható, nyomásra fájdalmas. Megkatheterezve egy cm³ húsleszerű vizeletet nyerünk, melynek üledékében 3—5 vörösvérsejt, 1—2 fehérvérsejt, kis kerek hámsejtek. Maradék N_2 79%. Mindkét veséről, uretherről és hólyagról készült felvételen kóárnyék nem látható. A betegnek 6 cg papaverint, ½ mg atropint adunk subcutan. Spontan nem vizelt, katheterezve néhány csepp vizeletet nyerünk. Este

6 órakor kap glanduitrint, majd intravenásan diuretint és coffeint subcutan. Táplálékul csak szénhydratokat nyujtunk.

14-én betegünk soporosus. Mindkét tüdőbasis felett elszórva, apró hólyagú szörtyzörejek hallhatók. Reggel 10 órakor spontan ürít 10 cm³ vörhenyes színű vizeletet, mely színét centrifugálás után is megtartja. Üledéke körülbelül ½ cm³ Mikroskop alatt rengeteg fehér- és vörösvérsejt, kis kerek hámsejt, valamint farkos hámsejtek és elvétve pár szemcsés cylinder látható. Vérnyomása 260/150 vízcm. Urologiai vizsgálat (*Dr. Fillenz*): Hólyagcapacitás normalis, benne néhány cm³ vizelet. Nyálkahártya és ureterszájadékok normalisak. A katheterek akadály nélkül felvezethetők a pyelonba, honnét néhány csepp vizelet ürül. A kathetereket mindkét oldalt állandósitjuk, azonban rajtuk az egész nap folyamán vizelet nem jön. A megismételt szemfenéki vizsgálatnál a szemfenéki erek szükebbek. Ekkor 42 órája tart az anuria; 300 cm³ vért engedünk le. Maradék N_2 87 mg-%.

15-én nagyfokú cyanosis, pulzusszám 146, légzésszám 40 percenként. A beteg állandóan alszik, hangosabb megszólításra is alig reagál. Nyelve barnásan bevont, száraz. Mindkét tüdőbasis felett tompult kopogtatási hang, kissé dobos színezettel, felette crepitatio hallható. A vesék therapiás Röntgen-besugárzásának első perceiben beáll az exitus.

Mint láttuk, tehát betegünknél súlyos általános tünetek között görcsös fájdalom lépett fel a baloldali derék tájon, mely után a vizelet elválasztása hirtelen megszűnt.

Lichtwitz az anuriák három főalakját különbözteti meg:

1. A vizelet lefolyásának akadályozottsága által létrejött anuriák, ilyenek az urethert elzáró kövek, tumorok, pl. uterus, hólyag és prostata daganatai okozhatnak (subrenalis anuria). Ide tartozik az egyik oldali ureternek kő által való elzáródásánál a másik vesében fellépő reflektorikus anuria is.

2. A secretio akadályozottságánál: acut glomerulonephritis, chronicus nephritis végstadiumában, sublimat vese stb. az anuria renalis alakjáról beszélünk.

3. Praerenalis anuriáról szólunk akkor, ha vérnek a vesékhez való áramlása akadályozott. Ezen akadályozottság lehet localisan a vese hilusánál, de kereshető az oka a vesétől távol az organismus különböző zavaraiban, mire először *Fahr* mutatott rá. A praxisban a szíverő csökkenése anuriához nem, csak oliguriához vezet, hiszen az anuria kifejlődéséhez megkívánt szívgyengeség az élettel nem egyeztethető össze, illetve az anuria kifejlődéséhez nincs idő. Azonban a csökkenő szíverő mint segítő momentumot az összes praerenalis anuria fajtáknál figyelembe kell venni. Choleránál a csillapíthatatlan hasmenések következtében a vesének vízzel való ellátása oly nagy fokban csökkenhet, hogy anuria állhat be. Nagymennyiségű insulinadagolás diabetesnél anuriát hozhat létre, mint azt *Fahr* által említett eset mutatja. Szűkebb értelemben vett praerenalis anuriák azok, melyeknél az elzáródás a vesehilusban van, ahol akár az arteriát, akár a venát illetheti. Az arteriák elzáródásánál szerepelhetnek kívülről való compressiók által tumorok vagy aneurysmák; belső elzáródást embolia vagy thrombosis okozhat. Teljes arteriaelzáródás egyenlő a vesevérkeringés és így a vizeletkiválasztás teljes megszűnésével. A vesevenák elzáródása teljesen tünetmentesen is lefolyhat, amennyiben az elzáródás lassan fejlődik ki, úgy fennáll a lehetősége annak, hogy t. i. a collateralis venák, elsősorban a capsula venái a működést átvegyék. Természetesen azonban, hogy nagy fontossága van a localis zavar mellett az általános circulatiós zavarnak is.

Esetünkben elsősorban kő által okozott anuriára gondoltunk. Kétoldali kőelzáródás felette ritka, annál valószínűbbnek látszott az egyik oldali kőbeékelődés folytán létrejött reflexanuria. A végzett vizsgálatok alapján, de különösen annak a ténynek alapján, hogy a katheterekkel akadálytalanul hatolhattunk fel a pyelonig, nemcsak a kő beékelődése, hanem az összes szóbajöhető subrenalis anuriák kizárhatók voltak; az a körülmény viszont, hogy állandó katheterismusra a reflektorikus anuriák meg szoktak szűnni, ami a mi esetünkben nem történt meg, a reflectorikus anuria ellen látszott szólani. A betegnél, ha nem is teljes biztonsággal kórismézett, de nagy valószínűség szerint fennálló stenosis mitralis, továbbá kétségtelenül jelenlevő nagyfokú myodegeneratio szükségessé tette a digitalis alkalmazását. Négy nappal a digitalis therapia bevezetése után súlyos általános tünetek között fellépő heves fájdalom a baloldali vese tájon, mely után a vizelet kiválasztása azonnal megszűnik, gondolatunkat mindjárt kezdetben a baloldali arteria renalis embolusára irányította.

Egyoldali arteria renalis embóliát több esetben írtak le, (*Cohnheim, Morgan*) sőt diagnostizált s így neprektomiára került eset is ismeretes (*P. Bull*). Ez esetben a bal arteria renalis embolus által való elzáródása s a bal vese teljes nekrosisa volt kimutatható. Általában azonban mondhatjuk, hogy a szűkebb értelemben vett praerenalis anuria meglehetősen ritka, hiszen *Rubritius* statistikájában, melyben 900 anuriás esetet dolgozott fel, csupán 16-ra teszi az elzáródások számát, ahol tehát nemcsak embolusok, hanem thrombosisok is szerepelnek. Mindkét arteria renalis embolusa azonban valószínűtlennek látszott. Ilyen esetet az irodalom sem ismer, maradt tehát mint lehetőség a renalis eredetű anuria, amelyek alakjai között kellett választani. A betegnél bejövetelekor hypertoniát, vizeletében albument, vörösvérsejteket, cylindereket észleltünk, úgyhogy chronikus nephritis diagnosisának felvételére minden okunk megvolt. Tudjuk, hogy a chronikus nephritiseknél az acut exacerbatio nem tartozik a ritkaságok közé. Ezt látszott támogatni a chronikus tonsillitis, a vizelet üledékében található számtalan vörösvérsejt, a bal vese megdúzzadása, a szemfenéki erek szűkülése, sőt a fájdalom sem szólott ellene, hiszen a megnagyobbodott vese tokjának feszülése folytán nagy fájdalmak jöhetnek létre. Diagnosisunk tehát nephritis chronica cum exacerbatione acuta volt. Ezért határoztuk el a decapsulatio előtt a vesék therapiás besugározását, mint olyan módszert, melytől eredményt többen láttak.

A *sectio*, miként majd a következőkből kiderül, ezt a diagnosisunkat nem erősítette meg, hanem egy másikat állapított meg, amelyre gondoltunk és amelyet fel is állítottuk volna, ha az a körülmény, hogy az még az irodalomban leírva nem található, bennünket e túlmerész diagnosis felállításában nem gátol.

A klinikailag ismertetett esetet a II. sz. Kórbonctani Intézetben boncolhattuk és vizsgálhattuk át kórszövettanilag.

Már a vesék in situ megtekintésekor feltűnt, hogy különösen a baloldali vese hilusát áttapintva, ott egy tömött vaskos köteg volt érezhető. Már ezért is a veséket az aortával összefüggésben vettük ki. Az endarteriitis chronica deformans képét nyujtó aorta háti és hasi részét hátul a középvonalban felmetszve, mindkét vese főütőerét vizsgálat alá vettük.

A jobboldali arteria renalis egyenetlen, harántul rovátkolt belfelületéhez mindjárt az eredésénél, mintegy fél kávébabnyi fakósárgás, szürkeszínű vérrög tapadt, amely azonban az ér belvilágát tökéletesen nem tömeszelte el. Kórszövettani vizsgálatunk alapján már szervülésnek indult réteges vérrögnek bizonyult. A jobboldali vese megszokott nagyságú és consistentájú volt. A mellső felszínén egy pengőnyi, kissé kiemelkedő, sötétvörösszínű terület foglalt helyet, melyet úgy makro-, mint mikroskopicus képe alapján infarctusnak kellett tartanunk. A jobb vese egész metszéslapját magábafoglaló, *Christeller* eljárása szerint készült nagy fagyasztott metszetek átnézeti képében élesen elhatárolódik ez az elhalt terület az őt környező, teljesen jó magfestődésű, szöveti szerkezetében jól megtartott veseszövet felé.

A bal vese verőerének főtörzsét felvágva, abban az

egész hosszúságára kiterjedő vörös vérrögre bukkantunk, melynek középső és a szív felé néző harmada határán egy, úgy a szürkésfehér színénél, mint tömöttebb és egyneműbb voltánál fogva egyszerre szembetűnő borsónyi, gömbölyded darabka látszott a magvát képezni. A készítményt kímélni akarván a rögnek csupán a szív felé néző legömbölyített farki végét dolgoztuk fel kórszövettanilag, amely egészen friss vörös vérrög képét mutatta. A baloldali vesét nagy, duzzadt puha tapintatúnak és sötétvörösszínűnek találtuk. Metszéslapjáról sok vér ürült, rajzolata elmosódott s állománya törékeny volt. A szokásos anatomiai metszéssel ejthető, a vese legnagyobb síkját teljes egészében magába foglaló 15 μ-os, nagy fagyasztott metszetekben azt láttuk, hogy csupán a kéregállomány legszélső 1—2 mm széles területe tartotta meg magfestését a legfolytatólagosabban. Elszórtan még jóval a metszéslap peremén belül is fel-feltűnt, éppígy a vese hilusa körül is, több kisebb-nagyobb jól festődő veseszövet-sziget, de mindezekkel szemben messzemenően túlsúlyra jutott a teljes szöveti elhalást példázó veseállomány. Mészsólerakódást sem haematoxylin-festéssel, sem a Kossa-féle ezüstimpregnatióval nem tudtunk az elhalt területeken belül kimutatni.

További vizsgálódásunkkal megállapíthattuk, hogy a bal szívfülecset teljes egészében a pitvarba is bedomborodó szürkésvörösszínű vérrög tölti ki. A bal kamra csúcsában, ahol a fali endocardium szürkés-fehéresen megvastagodott, az izomgerendák között számos borsónyi és kisebb szürkés színű vegetatio globulosa fészkel. Utóbbiakra úgy színben, mint alakban, szerkezetben és összeállásban teljesen emlékeztetett a bal vese főütőerét teljesen eltömeszelő hosszú rögnek már fentebb leírt magva. Nyilvánvalónak látszik tehát, hogy ezen vegetatio globulosák közül válhatott le az aránylag síma falú bal arteria renalis fő törzsét teljesen elzáró embolus, amelyre bekövetkező ráépítődés folytán alakult ki a bal vese főütőerében a hosszú rögnek úgy a farki, mint a feji része.

A jobb arteria renalisba ugyancsak juthatott a bal szívfélből egy kisebb rögrészlet, amely egyik interlobularis verőér eltömöszölődése folytán a pengőnyi infarctust okozhatta. A jobb vese-főütőér kezdetében ülő fali vérrögöt azonban esetleg egy parányi fennakadt embolus alapján de javarészben autochton thrombosis eredményeként fogjuk fel, erre feljogosít bennünket nemcsak az érfal makro- és mikroskopiumos lelete, de még a rög jelzett histologiai viselkedése is.

Ha tekintetbe vesszük, hogy a jobb vese vérkeringése a fő-verőerében ülő fali thrombus által már hosszabb ideje akadályoztatott s hogy a vese állománya a jókora infarctus révén is megkevesbbedett és ezáltal is károsítva volt, akkor érthető, hogy az embolus által működésében teljesen felfüggesztett bal vese functióját a működésében már eleve gátolt jobbvese nem volt képes még csak valamennyire is pótolni, ami azután hamarosan a halálos anuriához vezetett.

Az idevonatkozó irodalom szűkölködik hasonló esetekben. *Bull*[1] — amint már fentebb idézve találjuk — leírja a bal arteria renalis élőben diagnostizált embolusát, melyet a vesével együtt sikeresen kiirtott. Betege a műtét utáni 16. napon hirtelen meghalt egy pitvarthrombus leválása folytán, mely a szűkült bal venosus szájadékot elzárta. *Kugler*[2] myocarditis kapcsán a jobboldali arteria renalis embolusát s a jobb vese kiterjedt infarctusát találta.

A kísérletes vizsgálatok között gyakrabban találkozunk az arteria renalis lekötését és az ezáltal előidézett elváltozásokat tárgyaló közlésekkel. *Pawlicki*[3] és *Wieseniewski*[4] a vese verőér rövidebb ideig tartó, *Blessig* és *Türck* pedig huzamosabb ideig tartó lekötése után vizsgálták a keletkezett elváltozásokat. Mindnyájan megegyeznek ezek a szerzők abban, hogy az elváltozások fínom, — sokszor csak vitalis festéssel kimutatható — protoplasma- és magkárosodás alakjában jelentkeznek, és pedig elég korán, már a lekötéstől számított két óra mulva. Előbb a kanyarulatos csatornák, majd az egyenes csatornák hámja pusztul el; a glomerulusok elég jól bírják a táplálkozás hiányát. Még később degenerálódik a kötőszövet, végül az egész vese teljes elhalása következik be. A legszélső, tokalatti szegély, valamint a hilus körüli egyes részek életben maradhatnak: a létrejövő collateralis keringés folytán. Mészsók praecipitálódására azonban — tisztán vérellátásbeli zavarok folytán — *Remesow*[5] szerint csupán két hét multán számíthatunk.

Az emboliás eredetű anuriák nagyon ritkák. Esetünk mégis felhívhatja figyelmünket arra, hogy mikor anuriánál „ultimum refugium"-ként a decapsulatióhoz folyamodik a sebész, gondoljon — bármennyire ritka legyen is ez — emboliára, mint amelyet a kétes eredményű toklevonás helyett sokkal okszerűbben és eredményesebben lehetne műtétileg megoldani, mint *Bull* tette: régebbi *egyoldali* folyamatnál a vese kiirtásával. Különösen *Carrel* átültetési kísérletei szerint a vese 20 percig is elbírhatja minden utólagos zavar nélkül főütőerének leszorítását, amiért is a felette ritka, fenti esetünkhöz hasonló alkalommal: kétoldali vesefőütőér felismert elzáródásakor, mint egyedüli reményről, az érdugaszok eltávolításának lehetőségéről sem kellene megfeledkeznünk.

[1] Zeitschr. f. urol. Chir., 14. köt.
[2] Zentr. f. allg. Path. u. path. Anat., 45. köt.
[3] Virch. Arch., 185. köt.
[4] Ziegl. Beitr., 53. köt.
[5] Bioch. Zeitschr., 168. köt.

A kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem fülgyógyászati klinikájának közleménye (igazgató: Krepuska Géza dr. egyetemi ny. r. tanár).

Szokatlan nagy subduralis tályog esete.*

Írta: *Tóbl Pál dr.*, közkórházi adjunctus, egyetemi tanársegéd.

A gyakrabban előforduló otogen agyi complicatiók miként az ismeretes, a következők: az extraduralis és perisinosus tályog, sinusphlebitis illetve thrombosis, az agyhártyagyulladás, az agy és agyacstályogok.

Miként a többi otogen agyi megbetegedések, úgy a subduralis tályog is keletkezhet úgy heveny, mint idült középfülgyulladás kapcsán. A tályog keletkezése, illetve a gyulladásnak a durán való áthatolása többféle lehet. *Preysing* szerint a subduralis üreg a dura külső oldala felé mikroskopice nincs oly szorosan elzárva, mint az makroskopice látszik, mert a látszólag áthatolhatatlan durán számos nyirokér fut keresztül és így a subduralis és extraduralis üreg közt állandó összeköttetés áll fenn. Ezen bőséges nyirokérközlekedés folytán pachymeningitis externa illetve extraduralis tályog esetében a gyulladás áthatolhat az épnek látszó kemény agyburkon és a közte és az arachnoidea között fekvő subduralis üregbe jutva pachymeningitis internat illetve subduralis tályogot okozhat. Más esetekben, és ez a gyakoribb, per continuitatem terjed át a gyulladás a dura külső felszínéről a belsőre, főleg idült csontpusztulásnál, cholesteatománál, amikor a kemény agyburok kisebb-nagyobb területen genyesen beszűrődik, majd szétesik.

A subduralis tályogok, melyeket *Witzel* phlegmonosus meningitisnek, *Preysing* pedig a subduralis üreg empyemájának nevez, kiterjedésük szerint nagyon változók lehetnek. Vannak, amelyek csak egész kicsiny

* Bemutatta a Kir. Magy. Orvosegyesület otologiai szakosztályának 1929 május 31-i ülésén.

körülírt felrakódások tulajdonképen, mások viszont óriási kiterjedésűek és szinte teljesen összenyomhatják az agyat és mélyen az agytekervények közé is lesüllyedhetnek.

A subduralis tályogok sorsa és következménye többféle lehet. Ha per continuitatem keletkezett a tályog, a dura és csont elpusztulása után a subduralis üregben felgyülemlett geny a középfül felé áttörve ki is ürülhet. Máskor vagy teljesen tünet nélkül maradnak és az eltokolódott kisterjedelmű tályog felszívódhat, gyógyulhat, míg rosszabb indulatú fertőzés esetén általános meningitis keletkezhet. Ha összenövések által a gyulladás általános elterjedése meggátoltatik, akkor a genyedés a pián át átterjedhet az agy felületére is és körülírt enkephalitis jöhet létre, amelyből kifejlődnek az ú. n. kérgi tályogok, amelyek később valódi agytályogokká alakulhatnak át.

Már az eddigiekből is láthatjuk, hogy a subduralis



tályogok kifejlődésük, nagyságuk és következményeik szerint igen különbözők és ebből következik, hogy az általuk okozott tünetek is nagyon változók. Mint a legtöbb agyi megbetegedés, ezek is általános és góctünetekkel járhatnak. Utánozhatják az agy- és kisagytályogok összes tüneteit, máskor viszont a kifejezett agyhártyagyulladás képét adják. Fejfájás, szédülés, hányás, aluszékonyság, nyugtalanság, eszméletlenség, görcsök, ellenoldali végtagbénulások, tarkómerevség stb. mind előfordulhatnak subduralis tályogokkal kapcsolatban. Más esetekben viszont, miként azt többször volt alkalmunk megfigyelni agy- és agyacstályogoknál, valamint meningitisnél a subduralis tályogok sem okoznak góctüneteket. Ezek szerint és főleg annak következtében, hogy a subduralis tályogok csak ritkán fordulnak elő magukban, legtöbbször egyéb agyi megbetegedéssel komplikálódnak, kórismézésük meglehetősen nehéz, sőt sokszor in vivo lehetetlen, és csak műtét vagy sectio ad helyes felvilágosítást. Gyakran a „gyógyult agytályogok", miként azt *Lange* is megemlíti, végeredményben subduralis tályogoknak bizonyulnak. *Körner* szerint a lumbalpunctio eredményéből lehet többé-kevésbbé biztos differentiáldiagnosist felállítani a meningitis és a subduralis tályog között. Szerinte ha kifejezett meningealis tünetek mellett a liquor teljesen steril és tiszta, ez ellene szól a meningitisnek és ilyenkor subduralis tályogra gondolhatunk. Általános értékűnek és szabálynak azonban nem fogadhatjuk el ezt a megállapítást, mert osztályunkon is több olyan meningitises beteget volt alkalmunk észlelni, akiknél a liquor teljesen tiszta és steril volt, sectiónál pedig nagykiterjedésű meningitist találtunk.

A fentiek előrebocsátása után röviden közöljük esetünket.

F. J. 21 éves férfibeteget 1929 március 23-án este eszméletlen állapotban vidékről szállítják be osztályunkra. Hozzátartozói szerint három hét óta genyed a jobb füle, a felvétel napján reggel kirázta a hideg, szédült, hányt majd eszméletét vesztette. *Jelen állapot:* Eszméletlen, nagyon nyugtalan beteg. A fej activ és passiv mozgathatósága teljesen megszűnt, igen nagyfokú dermographismus és Kernig-féle tünet. Rendkívül nagyfokú hyperaesthesis. Végtagbénulások nincsenek. A beteg bal füle ép, jobboldalt sok sűrű geny, a dobhártya alig látható a hátsó és felső hallójáratfal nagyfokú oedemája miatt. A csecsnyúlványt megnyomva a beteg nagyfokú fájdalmat jelez. Hallás- és labyrinthvizsgálat nem végezhető. Láza: 39·5 fok, pulzusa: 110. Lumbalpunctiót végezve kisnyomás alatt zavaros liquor ürül. *A műtétben* nagyon kiterjedt mastoiditist találunk. Szabaddá tesszük a sinust és a középső scala duráját egész terjedelmében. A sinus vérrel telt, a dura épnek látszik, azonban feszesebb a normalisnál. Incisiója után sem liquor sem geny nem ürül. Másnap a beteg állapota változatlan. Szemészeti vizsgálatnál kifejezett pangásos papillát találunk. Március hó 25-én eszmélet tisztább, a beteg pár értelmes mondatot mond. A meningealis tünetek azonban igen kifejezettek. Újabb lumbálpunctió, az előbbinél lényegesen tisztább liquor ürül, azonban jóval nagyobb nyomás alatt. 10 cm^3 reiniciálunk intramuscularisan. Március hó 27-ig változatlan állapot, akkor azonban a jobboldali facialis valamint a jobboldali alsó és felső végtag paretikusak. Kötésnél a dura feszesebb és úgy az agy mint a kisagy duráját incinidáljuk. Az agyburkok erősen össze vannak tapadva és sem az incisió sem az agypunctio után nem ürül geny. Március hó 30-án a beteg ismét teljesen eszméletlen lesz, jobb oldalt teljes érzéskiesés lép fel. Este exitus. *Sectiós lelet:* A dura mater agydomborulati külső felszínén pontszerű vérzések. Egyébként azonban lényeges elváltozás nem észlelhető rajta. A dura lefejtése után kiderül, hogy az egész jobb haemisphera pontosan a középvonalig félig folyékony, plastikus izzadmánnyal van borítva. Az agy kiemelésekor óriási, mintegy két gyermeköklönyi bűzös, zavaros genynyel telt subduralis tályog ürül ki, mely a temporalis lebenynek megfelelőleg foglal helyet. Ezen tályog annyira comprimálta a jobboldali agyféltekét, hogy az egyes agylebenyek teljesen dislokálva voltak és pedig a homloklebeny felfelé és a középvonal felé, a halánteklebeny pedig felfelé és hátrafelé. Az agy kiemelése után sem nyeri vissza eredeti formáját. (L. ábra.)

Esetünkben a subduralis tályog meningitissel szövődött. Kezdetben a meningealis tünetek domináltak, úgy, hogy tisztán meningitisre gondoltunk. A liquorban bakteriumot ugyan nem találtunk, azonban a nagyfokú leukocytosis szintén meningitis mellett szólt. Itt a subduralis tályog Preysing-féle theoria szerint keletkezhetett. Úgy a műtétnél, mint a további kezelések folyamán makroskopice a dura mindig épnek látszott, csak kissé feszesebb volt a normalisnál. A per continuitatem való fertőzés teljesen kizártnak mondható és csak a nyirokerek útján fejlődhetett ki a gyulladás a subduralis üregben. A durának a belső agyburokkal való összetapadása és lenövése folytán nem terjedhetett át a genyedés az egész agyfelszínre, hanem csak a középvonalig hatolt. Később lassanként a temporalis tájon gyült össze a geny, comprimálta az agyat, amelynek folytán létrejött a nagy subduralis tályog. A facialis paresis és hemiplegia a tályog következtében lépett fel, valószínűleg az agyoedema folytán, a baloldali agyféltekében kifejlődött agynyomás következtében, görcsök azonban az egész betegség lefolyása alatt nem jelentkeztek, ami

pedig pachymeningitis internánál gyakori tünet. Hogy miért nem találtunk a dura incisiójánál és az agy punctiója alkalmából genyet, dacára az óriási nagyságú tályognak, annak oka a subduralis tályog helyzetében keresendő. Annyira elől feküdt ugyanis, hogy a csecsnyulványüregből nem juthattunk hozzá. Positiv lelet esetén sem számíthattunk volna gyógyulásra a kiterjedt meningitis miatt.

A subduralis tályogok ritka előfordulása mellett szól az is, hogy a fülészeti klinikán az említetten kívül, *Germán* összeállítása szerint 10 év alatt mindössze háromízben fordult elő hasonló eset. A subduralis tályog a három közül csupán csak az egyikben volt az egyetlen súlyos koponyaürbeli elváltozás, a második esetben genyes agyhártyagyulladással, a harmadikban pedig kisagyi tályoggal szövődött. Sinusthrombosis nagyon ritkán szerepel előidéző okként és csak olyankor, amikor a sinus medialis falára is ráterjed a gyulladás és innen per continuitatem terjed a subduralis üregbe. Az említett esetekben az általános tüneteken kívül az egyiknél pupilla differentia, a másiknál kétoldali abducens hűdés, mind a négy esetben pedig kiterjedt szemfenéki pangás volt észlelhető, míg a többi agyi megbetegedéseknél különböző szerzők szerint, a szemfenéki elváltozások 31—75%-ban fordulnak elő. Ezen négy eset közül három meghalt, egy agyhártyagyulladás, a másik tüdőmetastasisok következtében, a harmadikban, a mi esetünkben részint agyhártyagyulladás, részint a nagy agynyomás folytán következett be az exitus. A negyedik beteg, akinél felületes kisagytályog is volt jelen, meggyógyult.

Esetünkkel kapcsolatban felmerülhet az a kérdés, hogy kifejezett meningealis tünetek mellett eszméletlen betegnél indikált-e a műtét? Osztályunkon nyert tapasztalat szerint, ha a beteg erőbeli állapota egyébként kielégítő, minden egyes esetben feltétlen operálni kell. Több beteget operáltunk hasonló klinikai tünetek mellett, akiknél a műtétnél agytályogot találtunk és meggyógyultak. A beteget azonnal megoperáljuk, úgy a középső mint a hátsó koponyagödröt a lehetőségig feltárjuk, ha szükséges labyrinthektomiát végzünk, sőt egy meningitises betegnél, aki szintén meggyógyult *Krepuska* professor az egész pyramist eltávolította. A dura incisiójáan és az agy illetve agyacs punctiójan kívül ajánlatos a cysterna megnyitása is, ami által állandó liquorfolyást érhetünk el, és addig hagyjuk szivárogni a liquort, míg arra szükség van. Azáltal, hogy az agy- és agyacsdurát nagy területen szabaddá tesszük, megvan a lehetősége annak, hogy a későbbi kezelésnél ellenőrízhessük a durát, annak feszességét, vagy elszíneződését és a netalán szükséges további beavatkozásokat azonnal elvégezhessük. A cysterna megnyitása által létesített állandó liquorfolyás mellett a lumbalpunctio sem mellőzhető és a liquor reinjectiójától is láttunk már többször jó eredményeket.

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

Anyagcserevizsgálatok különböző bőrbajoknál.*

(Psoriasis, ekzema, lupus erythematodes, pemphigus.)

Írta: *Temesváry György dr.*

Az a tapasztalás, hogy egyes bőrbajok egyéb olyan betegségek kíséretében jelentkeztek, melyek részint anyagcserezavarra, részint valamilyen intoxicatiós folyamatra vezethetők vissza, indokolttá tette, hogy a bőrgyógyászok is fokozott figyelemmel kísérjék a vér és egyéb szövetnedvek chemiai elváltozásait, vagyis más szóval, hogy az egész szervezet anyagcsereforgalmát tanulmányozzák. E vizsgálatok arra voltak hivatottak, hogy számos, jórészt homályos, sőt ismeretlen aetiologiájú bőrbaj eredetét megvilágítsák, illetőleg, hogy ama sajátságok felismerése után, melyek e bajok keletkezésénél és lefolyásánál szereppel bírnak, rationalisabb alapokra fektessék e betegségek gyógykezelését, vagy pedig, amennyiben ezek allergiás jelenségekkel állnak kapcsolatban, kifejlődésüket célszerű, praeventiv intézkedésekkel meggátolják.

E téren a legutóbbi időben főleg amerikai és angol kutatók igyekeztek fényt deríteni és vizsgálataik nem egy helyen érdekes megállapításokra vezettek. A legtöbb vizsgálat azonban vagy csupán csekélyszámú eset teljes kivizsgálásából állott és így az ezekből levont következtetések nem bírhattak általános érvénnyel, vagy pedig nagyobbszámú esetet ugyan, de csak egyoldalúan, vizsgáltak, midőn általános érvényű szabály szintén nem volt levonható. Az anyagcserevizsgálatok általában csak akkor bírhatnak jelentőséggel, ha azok megfelelő előkészítés mellett kellő számban és több irányban végeztettek.

E vizsgálatok menetét az a körülmény szabja meg, hogy az anyagcsereforgalomban résztvevő anyagok közül az adott esetben milyen körből várható kimutatható elváltozás. Így pl. hydroánál, xeroderma pigmentosumnál sensibilizáló anyagokat, festékeket keresünk, olyan helyeken viszont, ahol a protein-, fűszer-, illetőleg a szénhydratmentes diaeta empirikusan kedvező eredményt mutatott, a fehérje és a fehérjebomlási termékek, purintestek, másrészről szénhydratbomlási termékek: cukrok, aceton, acetecetsav, β-oxyvajsav stb. mennyisége, azoknak egymáshoz való aránya kell képezze kutatásunk tárgyát.

Klinikánkon a mult év tavaszán megkezdett hasonló irányú vizsgálatok abból a gondolatmenetből indultak ki, hogy a tüneti kezelés mellett alkalmazott protein- és fűszermentes diaeta a psoriasisos és az ekzemás betegeknél igen gyakran kedvező gyógyeredményekre vezetett. Közelfekvő volt tehát az a gondolat, hogy elsősorban ezeknél a betegségeknél célszerű a proteinnek, illetőleg bomlási termékeinek körforgalmát tanulmányozni. E célból ilyen természetű kutatásainknál a vér és a vizelet egyidejű vizsgálatakor főként a vér összes nitrogenjét, maradék nitrogenjét és húgysavmennyiségét, továbbá — a vizelet sablonos vizsgálata mellett — ennek összes nitrogenjét és húgysavmennyiségét határoztuk meg. Minden esetben, amikor az célszerűnek látszott, egyéb anyagok (cukor, chlór) mérését is eszközöltük. Figyelemmel kísértük az egyes alkotórészeknek egymáshoz való arányát is, miközben a betegeket bajuk különböző stadiumában újabb vizsgálatok alá vetettük, hogy az anyagcsereforgalom változását a gyógyulási folyamat kapcsán megállapíthassuk.

Vizsgálataink száma meghaladta a 100-at, melyek közül 18-at controllként olyan betegeknél végeztünk, akiknél az anyagcsereforgalom zavara már eleve kizártnak látszott.

Általában azt tapasztaltuk, hogy a vizsgálati eredmények az anyagcsereforgalom részét képező vegyületcsoportok tekintetében különböző figyelmet érdemelnek. Leglényegesebb eltolódásokat észleltük a *vér húgysavmennyiségében*, ahol az általában normalisnak tartott 2·80—3·50 mg%-kal szemben a psoriasisos esetekben és bizonyos ekzemás betegeknél e mennyiség lényegesen megnövekedett, általánosságban 5·0 mg% körül mozgott, némelykor azonban még a 6·0 mg%-ot is meghaladta. Még jelentékenyebben kitűnt a húgysav aránylagos eltolódása, ha annak mennyiségét nem a vér összes mennyi-

---

* A Magyar Dermatologiai Társulat 1929 május 25-i I. nagygyűlésén tartott előadás.

ségére, hanem a vér összes nitrogenjének mennyiségére vonatkoztattuk; ilyenformán ugyanis közvetett úton kb. a vér szárazanyagával hasonlítottuk azt össze. Ekkor kiderült, hogy a húgysav összes nitrogen viszonyszáma normal esetekben 1·0-nél kisebb és csak ritkán haladja meg kis mértékben az egységet, míg a fent említett betegségeknél e viszonyszám középértéke 1·5 volt, mely szám azonban 1·9-ig is emelkedett. A psoriasisnál és az ekzema bizonyos eseteiben, ahol a húgysav mennyisége a vérben igen nagy volt, ugyanaz a vizeletben viszonylagosan csupán kis mennyiségben fordult elő. E csoporttól eltérő tulajdonságokat mutattak lupus erythematodes eseteink, ahol a vérben a normalisnál magasabb húgysavtartalom és a normalist meghaladó, de aránylag közepes értéket mutató húgysav-összes nitrogen viszonyszám mellett a vizelet húgysavtartalma elérte a normalis értéket.

Ennek az abnormis húgysavforgalomnak mechanismusa az említett esetekben különböző. A psoriasisnál és az ekzema bizonyos eseteiben ugyanis az exogen húgysavtermelés a purinmentes táplálkozás folytán a minimumra redukálódott és így a vérben foglalt húgysav emelkedését — mely tehát majdnem kizárólag endogen eredetű — valamilyen oknál fogva létrejött, állandó húgysavretentio okozza, mely körülmény a vizelet húgysavtartalmának alacsony voltát is megmagyarázza. A második esetben, a lupus erythematodeses betegeinknél a húgysavkiválasztás normalis, amit a vizelet átlagosnak megfelelő húgysavtartalma bizonyít. A vér húgysavtartalmának emelkedése tehát úgy magyarázható lupus erythematodes esetében, hogy a szervezet a normalisnál magasabb értékre van beállítva. Mindkét mechanismus végeredményben a vér húgysavtartalmának kóros emelkedésére vezetett.

Az *összes nitrogen* mennyisége ezzel szemben a felsorolt kórformáknál nagyjában egyforma értékeket mutatott. Ez azt bizonyítja, hogy a szervezet a fennálló bőrbaj ellenére is megtartja jó erőbeli conditióját. E felfogás mellett szól az a körülmény is, hogy pl. pemphigusos betegeknél a kórfolyamat előrehaladásával — a szervezet általános romlásával párhuzamosan — a vér összes nitrogentartalma állandó csökkenést mutat, melylyel azonban nem jár együtt a húgysav csökkenése; ilyenformán tehát a húgysav-összes nitrogen értéke fokozatosan emelkedik.

A vér *maradéknitrogen*-tartalmában általában lényeges eltérést nem találtunk. Noha az esetek nagy százalékában a maradéknitrogen értéke a felső határ környékén foglal helyet, sőt némely esetben azt még túl is haladta, olyan nagymérvű emelkedéseket, melyek a belgyógyászati diagnostikában kórjelző szereppel bírnak, vizsgálataink során sohasem találtunk.

Hasonlóképen nyilatkozhatunk a vér *cukortartalmáról* is. Ennek értéke psoriasisos, lupus erythematodeses betegeinknél mindig a normalérték felső határán mozgott, sőt egy-két esetben elérte a 150·0 mg%-ot is, ennél nagyobb emelkedést azonban, amelynek diagnostikai jelentősége volna és megnyugtatóan bizonyítaná valamely bőrbajnak diabetessel, illetőleg a vegetativ idegrendszert érintő megbetegedéssel való összefüggését, kimutatni sohasem sikerült. Kivételt képeznek e téren pemphigusos betegeink. E bajnál a betegség kezdeti szakában a vércukor a normalis alsó határa körül mozog, később viszont — a baj előrehaladásával kapcsolatosan — rohamosan növekszik, sőt 200·0—250·0 mg% fölé is emelkedhetik, anélkül azonban, hogy a vizeletben cukor jelennék meg.

A *vizelet szárazanyagtartalma* a psoriasisnál aránylag magas értéket mutat, míg az *összes nitrogen* mennyisége valamennyi esetben nagyjából egyező.

A *húgysav* mennyisége a vizeletben — mint említettük — a psoriasisnál és az ekzema némely esetében a normalisnál alacsonyabb, más esetekben azonban normalis. Ezzel szemben pemphigus eseteinknél kezdetben a normalisnál valamivel alacsonyabb értékeket találunk, ez a szám azonban a kórfolyamat előrehaladásával rohamosan csökken, sőt e csökkenés olyan mértéket is ölthet, hogy mennyiségének meghatározása már nem is vihető keresztül. Ha nem is olyan nagy mértékben, de jelentékenyen esik ilyenkor a szárazanyagtartalom és az összes nitrogen mennyisége is, mely jelenséggel egyidőben a vizeletben megjelenik a fehérje, az indikán és a vér is — a szervezet súlyos functionalis zavarára engedve következtetni.

Végezetül meg kell még említenem a pemphigusos eseteinkben a *chlór* anyagcsereforgalmának változását, melyet azonban bővebben nem szándékoztunk vizsgálni, minthogy e tényre számos kutató már egybehangzóan rámutatott. Mi is azt tapasztaltuk, hogy a vér chlórtartalma ily esetekben megnövekszik, míg a vizeletben ugyanaz aránylag megkevesbedik; e két szám aránya a beteg állapotának rosszabbodásával kapcsolatosan feltűnő eltolódást szenved.

Az előrebocsátottakból látható tehát, hogy a nitrogen anyagcsereforgalom lefolyása bizonyos bőrbetegségeknél a normalistól eltérő és egyes kórformákra vonatkozólag specifikus lehet. (Az ezekre vonatkozó vizsgálatainkat és megállapításainkat később még közölni fogjuk.) Különös eltolódást mutat a vér, illetőleg a vizelet húgysavtartalma, mely főleg egyéb nitrogentartalmú anyagokhoz és anyagcsoportokhoz való arányában domborodik ki. Hasonlóan jellegzetes bizonyos bőrbajoknál a vér és a vizelet húgysavtartalmának egymáshoz való viszonya. Ezzel szemben azonban azt is meg kell állapítanunk, hogy más vegyületek, illetőleg vegyületcsoportok vizsgálata, melyeknek eltolódása a belgyógyászati diagnostikában éppen nagy változásuk folytán kórjelző szereppel bír, mint pl. a maradék nitrogen, a vércukor, a bőrgyógyászatban nem nyujt elegendő támpontot az egyes bőrbajok ilyen módon való elkülönítésére. A belgyógyászatban már bevezetett vizsgálati sablonok tehát a bőrgyógyászatban minden további nélkül nem fogadhatók el és csak kellő kritikával értékesíthetők a bőrgyógyászati diagnostika, illetőleg therapia céljaira.

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem fülészeti klinikájának közleménye (igazgató: Krepuska Géza dr. egyetemi ny. r. tanár).

Sinusphlebitis és agyacstályog heveny fülgenyedéssel kapcsolatban.*

Írta: *Krepuska István dr.* assistens.

Az otogen agytályog klinikai lefolyása sokszor változatos, amennyiben a tünetek kifejlődésének sorrendje megváltozhat: néha a főtünetek hiányoznak és csak a melléktünetek nyomulnak előtérbe. A kórisme felállítása sokszor nehéz, sőt az agytályog jelenlétét néha csak a boncolás deríti ki. Különösen tanulságosak azok az esetek, ahol a tünetek kialakulásától a műtéten keresztül történő gyógyulásig van alkalmunk a beteget megfigyelni. Minthogy a bemutatandó egyén kórlefolyásában is több említésre méltó jelenség merült fel, bátor vagyok az esetet röviden a következőkben ismertetni.

N. Józsefné, 25 éves, április 9-én panaszolja, hogy három hete folyik és fáj a bal füle; fejét jobb oldalra

* Előadta betegbemutatással a budapesti Kir. Orvosegyesület 1929. évi július 8-i ülésén.

hajtva tartja, vontatottan válaszol, apathikus. Hőmér. 37·2, pulzus 56—60. Jobb oldalt ép viszonyokat, a bal külső hallójáratban kevés genyet találunk. Bal dobhártya alsó részén perforatio, amelyen keresztül a dobüreget kitöltő váladék pulzálása látható. Csecsnyulványt borító lágyrészek duzzadtak, ugyanitt nyomási érzékenység. Strabismus divergens, mely állítólag gyermekkora óta megvan. A szemgolyók jobb- és baloldali extrem állásában nagyhullámú spontan nystagmus. Spontan félremutatás nincs. Kalorizálásra egyik oldalon sem váltható ki félremutatás. Suttogó beszéd jobboldalt 5—6 méter, baloldalt csak a hangos beszédet hallja ad concham. Webert balra lateralizálja. Rinné baloldalt negativ. *Röntgönös műtétben* a lágyrészeket oedemásnak találom. A planum mastoideumon sipolynyílás van, amelyen keresztül nagy mennyiségben ürül a feltűnően nyúlékony, áttűnő sárgás geny. Csecsnyúlvány mindenütt a heveny csontlob képét mutatta, apró kis csonttályogok kíséretében. Sinus sigmoideus és sinus transversus hasonló consistentiájú genytől körülvéve, sarjakkal és fibrines lepedékkel borítva, szabadon fekszik. Sinus transversust hátrafelé körülbelül 3 cm hosszúságban, a sinus sigmoideust a bulbusig feltárjuk. Sinus transversus késsel történő punctiója alkalmával vért nem kapunk. A sinus lumenét vörhenyes puha, tapadó thrombus tölti ki, éppen ezért a belső torkolati vivőér lekötésétől egyelőre eltekintünk. A nyaki izmok között helyet foglaló süllyedéses tályogot kitakarítva, azt szintén tamponáljuk. A műtét után két-három napig a beteg állapotában bizonyos fokú javulás áll be. A retroauricularis seb és a nyaki süllyedéses tályog sarjadzással gyógyul. Csak esténként van 37·2-ig emelkedő hőmérséklete. Ezen átmeneti javulás után azonban kisagytályogra utaló tünetek nyomulnak előtérbe.

Ekkor megejtett (április 23) pontosabb ideggyógyászati lelet (Horánszky Nándor) a következő: A rendesnél jóval tágabb, szabályos pupillák, melyek fényre nagy kitéréssel, de a normalisnál valamivel lassabban reagálnak. Hippus. Nyugalmi helyzetben a szemtekék tengelye széttér (strabismus divergens). A szemtekék isolált mozgásainak vizsgálásánál értékesíthető kiesési tünetet nem találunk; így sem az occulomotorikus, sem az abducens, sem a trochlearis részről bénulás nem állapítható meg, ami fedi a beteg ama bemondását, hogy kancsalsága gyermekkora óta áll fenn. A szemfenéken a bal papilla nervi optici határai kissé elmosódottak, a papilla halvány rózsaszínű. A facialis részéről tapasztalható működési különbség (a jobb szájkörüli ág kisfokú visszamaradása) tekintettel arra, hogy sem fáradékonyság, sem remegés stb. a megfelelő izomzatban nincsen, a jobb arcfél hiányosabb fejlődésének egyik tüneteképen fogható fel. Extrem oldalnézéskor mindkét oldal felé nystagmus észlelhető; balranézéskor azonban a nagyhullámú nystagmus némileg gyorsabb. Cornealis reflex mindkét oldalt élénk; trigeminus területén kiesés nincs. Bal felső végtag izomtónusa a többi végtag izomzatához viszonyítva, valamivel csökkent. Felső és alsó végtagok ín- és csonthártyareflexei kiválthatók, azonban kórosan nem fokozottak. Babinski-, Oppenheim-, Gordon-reflex nincs. Pyramis laesióra utaló tünetek hiányzanak. Tarkómerevség, Kernig-tünet sincs. A bal felső végtag kimondottan ataxiás. A bal kézen adiadochokinesis, *spontan félremutatás nincs*. Csukott szemmel, összetett lábakkal megállni nem tud, typusosan balfelé dől. Ez nemcsak akkor észlelhető, ha össze teszi lábait, hanem akkor is, ha szétvetett lábakkal áll és szemét becsukja. Állásnál széles alapon igyekszik egyensúlyát biztosítani. Járása széles alapú, tántorgó, *cerebellaris typusú ataxiára* utal. Vezetés nélkül képtelen járni, mert elesik. Cerebellaris asynergia kimutatható. E lelet alapján, dacára, hogy a beteg jóformán láztalan, (délelőtt 36·7 este 37·2 C°), fejfájása nincs, mégis a baoldali agyacsfél megbetegedésére gondolunk és újabb műtéti beavatkozásra határozzuk el magunkat.

Április 25-én a baloldali régebbi sebüreg sarjainak eltávolítása után, *előző trepanatió attico-antrotomiával fejeztetik be*. A hallójárat hátsó csontos fala feltűnően fehér, felpuhult, morzsalékony. Dobüregben hámmal borított szívós sarjak, a csecsnyúlvány sinus sigmoideus körüli fala egy és fél centiméter vastag, eburneált, nem véshető, mert a kalapács ütéseire az egész sziklacsont, mintegy rugékony tárgy mozog, valószínűleg azért, mert a pyramis és e körül fekvő csontok összeköttetése meglazult. Csak csontcsipőkkel sikerült az agyacs mellső felszínét a sinustól medialisan némileg szabaddá tenni. Kisagy durája belövelt, megvastagodott sarjakkal borított, bemetszve véreses váladék ürül. Kisagyat pungálva körülbelül *2 cm-nyi mélységből* híg genyes váladékot kapunk. Az agyacstályogot késsel megnyitjuk, majd kifelé a sinus felé keresztmetszéssel tágítjuk, amikor is körülbelül *20 cm³-nyi geny ürül*. A tályog a baloldali agyacsfél mellső-alsó-külső részében ül (lobus semilunaris inferiornak megfelelő helyen). Laza tamponálás jodoform-csíkkal. A dobüreg megközelítésénél a dehiscens csatornában fekvő arcideg megsérül. A beteg pulzusa közvetlen a műtét után 140-re szökik fel, filiformis, könnyen elnyomható, később camphor- és coffeininjectiókra javul. Az agyacstályog genyéből a táptalajokon staphilococcus és pyocianeus tenyészett ki. (*Skropp* tanársegéd, Egyetemi Bakteriologiai Intézet.) A műtét után két napig a beteg minden lenyelt táplálékát kihányja, úgyhogy csak Katzensteinnel lehet táplálni. Állandóan jobb (ép) oldalán fekszik, mert így állítólag szédülése kisebbmérvű. Spontan nystagmus mindkét irányban, de baloldali extremállásban valamivel élénkebb. Ez a szemrezgés fennáll akkor is, ha a szemgolyókat külön-külön vizsgáljuk, miközben a másik szemgolyót eltakarjuk. Másodnaponként cseréljük az agyacstályog tamponját, amikor nagy mennyiségben ürül a nem bűzös csokoládébarna genyes váladék. A műtét utáni 16. napon (május 10.) szűnik meg a váladékképződés, amikor is a hallójáraton keresztül tamponált tályogüreg sarjadzással gyógyuló csőszerű képletté kisebbedett. A beteg a 18. napon az ágyakba kapaszkodva megy először körül a kórteremben.

Jelenleg retroauricularis seb nagymértékben megkisebbedett. Dobüreg hámosodása szépen halad, kisagy durája nem feszes. Agyacstályog falai a tamponálás abbahagyására összefeküdtek. Saját lábán jár-kel, nem szédül. Ideggyógyászati lelet (*Horánszky Nándor*): Pupillák tágak, egyenlőek, kissé ovalis alakúak, fényre és alkalmazkodásra kellő intensitással és élénkséggel reagálnak. Szemtengelyek széttérnek, amennyiben a bal bulbus a bal abducens túlsúlyrajutó működése folytán kifelé rotálódik. Bal szemére gyengébben lát. Mindkét oldalra való nézetésnél nagyhullámú nystagmus. A facialis bal ágának peripheriás jellegű bénulása a műtéti sérüléssel kapcsolatos. Garat- és nyelvbeidegzés rendes. Rhomberg-tünet Oppenheim-féle műfogással sem váltható ki. Járásának cerebellaris jellege eltűnt, és csupán jelentéktelen bizonytalanság mutatkozik olykor-olykor ingadozás formájában. Behúnyt szemmel is hosszabb távolságon jól tud járni, csak itt-ott megtántorodik. Az egyenes vonaltól való rendszeres, egyirányú eltérés (lateralizálás) nem tapasztalható. A bal felső végtag hypotoniája eltűnt. A cerebellaris asynergia, adiadochokinesis sem váltható ki. A bal kéz ataxiája megszűnt. A reflexek egyenlőek, élénkek, kóros reflex nincs. Érzési kiesés sem állapítható meg. Functionalis fülvizsgálatnál bal oldalt hangos beszédet ad concham hallja, míg Weber balra lateralizált. Rinné negativ ezen az oldalon, míg jobb oldalt normalis viszonyok találhatók. Az eddigi kórlefolyás alapján a beteg teljes gyógyulása joggal remélhető. A beteg folyó év augusztus hó 18-án jelentkezett újból, amely ellenőrző kezelés alkalmával a teljes gyógyulás volt megállapítható. (Az aratási és cséplési munkákban mint részes arató vett részt egy hónapig.)

Ha szabad ezen esetből néhány tanulságot levonni, azt röviden a következőkben foglalnám össze: Feltűnő, hogy a betegnél heveny fülgenyedés kapcsán, aránylag rövid idő alatt — nem szólva a súlyos sinus phlebitis thrombotisansról — már a negyedik héten manifestálódtak az agyacstályog tünetei, tehát felvehető, hogy a tályogot megelőző enkephalitikus folyamat jóformán az otitis kezdetén indult meg. Az otogen agyacstályogok keletkezésénél gyakoribb indító ok a labyrinth megbetegedése, mikor is a fertőzést az acustikus rostjai közvetítik. Ez a keletkezési mód a bemutatott esetnél azonban nem szerepelhet, minthogy az utólagos vizsgálatok is azt mutatták, hogy a labyrinth megbetegedése kizárható volt, úgy, hogy ez esetben is, amint azt az agy- és agyacstályogok fejlődésénél a klinikán gyakran volt alkalmunk észlelni, valószínűleg a sziklacsont és pyramis közt fellelhető apró vivőerek továbbíthatták a fertőzést, nem lehetetlen, hogy a sinus sigmoideusba ömlő sinus petrosus superior valamely összekötő vivőere útján. A labyrinth megbetegedésének hiánya ez esetben zavartalanul hagyta a cerebellaris

tüneteket, és így a *Körner* szerint is ritkábban észlelhető *classikus cerebellaris tünetek kerültek előtérbe*, úgyhogy a strabismus és az optikai nystagmus zavaró tünetei, a Bárány-féle spontan félremutatás tünetének hiánya dacára a kórisme pontos megállapítása nem ütközött nehézségbe. Az agyacstályogok mortalitása aránylag igen nagy (80—95% *Körner* szerint), ami érthető is, mert a kisagy-tályogok vitalis fontosságú nyúltagyhoz közelebb lévén, már kisebb kiterjedésű agyacstályogok is életveszélyes tünetekkel járhatnak. A műtéti technikát illetőleg a fülészeti klinikán az agy- és agyacstályogok műtéténél szigorúan betartjuk a sebészetnek azon fontos követelményét, hogy a tályog aránylag tágan nyittassék meg, amivel elkerülni óhajtjuk a retentiót és az agyvizenyőt és a tályog üregében újabb enkephalitikus gócok kifejlődését.

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem II. számú sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Bakay Lajos dr. egyetemi ny. r. tanár).

Az eperegurgitatio okairól gastroentero anastomosis után.

Írta: *Kovács János dr.*

A hányás physiologiájának tanulmányozása közben a betegeken és az állatkísérletek alkalmával tett megfigyelések eléggé élesen tárják elénk a szervezetben lejátszódó azon kóros folyamatokat, melyek lehetővé teszik a gyomortartalom regurgitatióját. Azonban vannak olyan esetek is, melyeknél sem a betegen nyert megfigyelések, sem az állatkísérleti eljárások nem nyujtanak elég támpontot az eperegurgitatio s az azt követő hányás lényegének megismerésére. Nem azon esetekről van szó, melyeknél akár közvetlen a narkosis után, vagy nagyobb hasüri műtétek után közvetlen a műtét napján vagy az azt követő napon lép fel az epés hányás, mert ezeknél az ok kézenfekvő. Éppen úgy nem bírnak érdekességgel azon esetek sem, melyeknél az epének a gyomorba ürülését mechanikai okok idézik elő. Ezen pathologiás eseteken kívül, habár kevés számmal vannak olyanok is, melyeknél a beteg a műtét után 2—3 napig magát teljesen jól érzi, a sebgyógyulás teljesen zavartalan s a gyomorműtétek után szokásos étrend szigorú betartása dacára is a 4—5-ik napon egyszerre kisebb vagy nagyobb mennyiségű epés váladékot hány. Ez a látszólag minden ok nélkül fellépő epés hányás 1—2 napig tart s az esetek legnagyobb részében minden különösebb beavatkozás nélkül eltűnik. Ezen könnyű lefolyású esetekkel szemben vannak olyanok is, melyeknél sem a legkülönbözőbb kezelési eljárások, sem újabb műtét nem vezet célhoz. Ha ezen utóbbi eseteket vizsgáljuk, azt találjuk, hogy a gyomor kiürülése akár egyszerű gastroentero anastomosis, akár gyomorresectio után teljesen normalis, sőt sok esetben gyorsult s ennek dacára kiadósabb étkezés után bizonyos idő mulva a beteg egyszerre félliter tiszta epét hány, melyben semmiféle ételrész nincsen. A beteg általános rosszullét és gyöngeségen kívül a gyomortáji nyomás tünetei alapján már előre érzi a hányás bekövetkezését s ha ezt be nem várva a gyomortartalmát gyomorcsővel kiemeljük, akkor is csak tiszta epét kapunk.

Ez a hányás hetenként, néha csak havonként jelentkezve csak 1—2 napig tart, míg a közbeeső időben a beteg magát teljesen egészségesnek érzi. Ezzel szemben a dyspepsiás állapotot előidéző hányásnál szabad intervallum alig van, az állandó rosszullét, gyomortáji fájdalom, gyengeség, megszakítás nélkül fennáll, sőt az epehányások tartama alatt állandóan súlyosbodik. Ez a continualisan fennálló betegállapot 6—8 évig is tarthat s vagy magától megszűnik, vagy csak műtéti beavatkozásra javul.

A német szerzők a gyomorműtétekkel kapcsolatos ezen műtét utáni complicatiókat „Gastro-ent. an. als. Krankheit" cím alatt említik. Ez mutatja azt, hogy ezen tünetcsoport sok esetben elég gondot okoz. A nagyobb irodalmi, különösen a gyomorsebészettel foglalkozó munkák tanulmányozása közben elég gyakran találunk utalást ezen complicatiókra. *Cackovic* 72 G. E. betege közül kettőnél lépett fel az epe regurgitatiója olyan fokban, hogy ezért újabb műtét vált szükségessé. *Moynichan* hat eperegurgitatióról tesz említést. Ezek közül csak egynél volt szükséges a relaparotomia elvégzése. *Borchgreving* 300 utóvizsgált betege közül ulcus resectio után négynél fordult elő. Ezek közül egynél hosszabb szabad intervallumokkal öt évig tartott. A másodiknál a műtét utáni 17-ik napon kezdődött félliter tiszta epés hányadékkal, de néhány hónapi többszöri ismétlődés után spontan megszűnt. Másik két betegénél az epehányás dyspepsiás tüneteket okozva, évekig tartott, s csak a jej-jejunostomiával tudta megszüntetni. Relaparotomiánál azt találta, hogy a G. E.-nyílás normalisan tág, adhaesiók nincsenek, az oda- és elvezető bélkacsok normalis tágságúak, a gyomor kiürülése a Röntgenvizsgálatnál normalis. Az ezzel a kérdéssel foglalkozó többi szerzők *Enderlen, Metge, Lamieris, Katzenstein* és a szerzők egész sora a gyomorműtétek utáni epehányást 1—2%-ra becsülik.

A II. sz. sebészeti klinikán operált 590 részben resecált, részben csak G. E. betegünk közül az epe regurgitatiója hétnél fordult elő. Ezek közül egynél a műtét utáni harmadik napon kezdve három napon át többször, egynél a negyedik napon egy napon át többször, egynél a resectio utáni második napon kétszeri epés hányás, egynél a 13-ik napon, egynél a 8—9-ik napon, egynél a 11-ik napon és egynél a resectio után a második napon lépett fel epés-hányás. Mindezen esetekben az epehányás csak néhány napig tartott s párszori gyomormosásra megszűnt, úgy, hogy sem különösebb kezelésre, sem újabb műtétre nem volt szükség.

Az epehányást előidéző okokat vizsgálva, sokan közöttük *Moynichan* is az antiperistaltikának tulajdonít szerepet, mely a duodenumtartalmat a gyomorba hajtja. Ezzel azonban nem tudjuk megmagyarázni azokat az eseteket, melyeknél a gyomorba jutott étel maradék nélkül kiürül, s a gyomor kiürülése után benne tiszta epét találunk. *Schlesinger* az epe regurgitatióit a gyomor helyzetével hozza összefüggésbe. Szerinte pl. ptotikus gyomornál, ahol a duodenum magasabban fekszik G. E. után, az epe könnyebben folyik vissza a gyomorba. *Boldyreff* a gyomor chemismusának tulajdonít fontosságot, azt állítva, hogy a duodenumváladék regurgitatiója már normalis körülmények között is a gyomorsav concentriójának szabályozására szolgál. Ha ugyanis állatkísérleteknél a kutyák gyomrába 200 cm^3 0·5%-os sósavat juttatunk, ennek a concentratiója egy óra alatt ½-re, ⅓-ra csökkenve sárgásan elszíneződik. A gyomorsav ezen rohamos neutralizálását csak a duodenumváladék regurgitatiója idézheti elő. *Jarnó* betegészleléseinél ugyanilyen tapasztalatra jutott azzal a különbséggel, hogy a kiemelt gyomorváladékban az epe jelenlétét is kimutatta. Mivel minden gyomor bizonyos savtartalomra van beállítva, ha a savtartalmat fokozzuk, automatikusan bekövetkezik az epe regurgitatiója. Lehetséges, hogy G. E. után a gyomor chemismusának ezen finom szabályozása valami oknál fogva zavart szenved. Azonban, amint azt már említettük, az epe regurgitatiója nemcsak egyszerű G. E., hanem ulcusos resectio után is előfordul, amint ezt *Borchgrevink* négy esete is mutatja. Kétségtelen, hogy

a duodenumból kiinduló reflexnek is van szerepe a gyomor functiójára, amely hatás éppen a resectio miatt szenved zavart.

Az epe kisebb mennyiségét a gyomor elég jól tűri s hányás csak akkor lép fel, ha valami oknál fogva hirtelen nagyobb mennyiség kerül bele, vagy ha az oda bejutó epe ott stagnál. Tekintettel arra, hogy a megfigyelések szerint kiadósabb étkezésnél közvetlen a gyomor kiürülése után lép fel nagyobb mennyiségű epés hányás, feltehető az, hogy rövid idő alatt gyűlt össze a gyomorban. G. E. után azt gondolhatnánk, hogy a gyomorba bejutó táplálék a nyíláson egyszerűen csak átfolyik. A helyzet ezzel szemben az, hogy a gyomor kiürülése itt is szakaszos s a gyomorban az anastomosis dacára is van belső nyomás, ha nem is olyan nagy mint műtét előtt. Tehát G. E. után is megvan a lehetősége annak, hogy nagyobb mennyiségű epe gyűlhessen össze a gyomorban.

Katzenstein szerint akár egyszerű G. E.-t végeztünk, akár resectióval kapcsolatban készítettünk gyomor-bél anastomosist, a műtét utáni első időben az odavezető kacsból mindaddig, ameddig a megváltozott viszonyokhoz hozzászokik, a tág nyíláson át állandóan bejuthat több-kevesebb epe a gyomorba.

Szerény véleményünk szerint a tökéletesen elvégzett és az utóvizsgálat alkalmával is jól vezető G. E. nyílásánál az epehányás és az ezzel kapcsolatos panaszok oka a functionalis-reflectorikus zavar. A gyomor műtétei után a gyomor chemico-functionalis egyensúlyát megváltoztattuk s ezért bizonyos időre van szükség, amíg az egyensúly ismét helyreáll.

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

A carbonylsulfid hatása ivó- és fürdőkúrában.

II. közlemény: Fürdőkúra.

Írta: *Herzum Alfonz dr.*

A COS-t tartalmazó vizek, mint kénes vizek szerepelnek a balneologia felosztásában és ezekről a vizekről régóta ismeretes, hogy rheumás és izületi betegségek gyógykezelésében kiváló hatásúak. A kénes vizek egyszersmind legnagyobbrészt hévizek is és hogy melyik tényező dominál a jó hatás elérésében, már több szerző érdeklődését keltette fel. Legelőször is annak a kérdésnek az eldöntése volna fontos, hogy a kénes fürdőkből felszívódik-e kén a bőrön keresztül. Ebből a szempontból érdekesnek kell tartanunk *Maliwa* kísérleteit, aki tengeri malacoknak subcutan bismuthot injiciált, majd kénes fürdőkbe helyezte őket. A fürdő után a bőr alatt fekete elszíneződésű helyeket talált, szerinte bizonyságául annak, hogy a kén a bőrön keresztül felszívódott. Kíséreleteit azonban többen (*Benczur* és *Berger*) nem tartják döntőnek.

Hogy a COS felszívódik-e a bőrön keresztül, arra más módon próbáltunk világosságot deríteni. Mint ismeretes, iontophoresis útján ionok a bőrön keresztül a szervezetbe vihetők (*Kovarschik*). Elgondolásunk a következő volt. Ha iontophoresis útján olyan iont tudunk a bőr alá juttatni, mely ion a kénnel összekerülve színbeli elváltozást hoz létre, felhasználható arra, hogy a vízből felszívódó kénre következtessünk. Ilyennek ismeretesek a bismuth és az ólomsók. Vizsgálatainkhoz az aqua plumbicat használtuk (2 rész plumbum acet. bas. sol. és 98 rész víz), mert igen jól oldódik vízben. Az első kérdés az volt, hogyha intracutan aqua plumbicat, majd COS-os vizet fecskendezünk, létrejön-e változás. Házinyúl bőrét megborotválva intracutan 0·2 cm³ aqua plumbicat adtunk. Majd megvárva míg a „quaddli" kissé eloszlik, ugyanerre a helyre intracutan 0·2 cm³ 0·16 g COS-t tartalmazó vizet adtunk. A befecskendezés nyomán fillérnyi helyen fekete folt keletkezett, mely a bőrön keresztül sötétkékes színben tűnt át.

Második kérdés az volt, tudunk-e iontophoresis útján ólomionokat a bőr alá juttatni. Házinyulat törzsén kétoldalt ollóval gondosan megnyirtuk gyermektenyérnyi helyen (vigyázva, hogy hámsérülést ne okozzunk), úgyhogy a két letisztított hely körülbelül szemben volt egymással, majd 24 óra múlva aqua plumbicával iontophoresist végeztünk. Az elektrodok 9 cm² nagyságúak voltak és a positiv elektrod-vatta burkolatát mártottuk aqua plumbicába. Az iontophoresis 10 percig tartott és 4·5 milliampère erősségű áramot használtunk (cm²-ként 0·5 milliampère). Az iontophoresis után a bőrön a lemez helyét gondosan megmostuk. Majd 20 perc leteltével, mikor a hyperaemia eltűnt intracutan 0·16 g %-os COS-t tartalmazó vizet adtunk (0·2 cm³). A befecskendezés nyomán fillérnyi halványbarna, tejeskávéra emlékeztető színű foltot kaptunk, mely a bőrnek tiszta vízzel és 3%-os hydrogén hyperoxiddal való lemosás után sem tűnt el, bizonyságául annak, hogy iontophoresissal ólomionok jutottak a bőr alá.

Vizsgálatunk következő pontja ezekután az volt, constatálható-e a COS felszívódása fürdők kapcsán olyan százalékban, mint ahogyan azt ásványvizek maximalisan tartalmazzák. Ezen vizsgálatokat emberen végeztük el. Először ólomvízzel iontophoresist csináltunk. Az egyik elektrod a bal alkar feszítő-, a másik a hajlító oldalára került. Az iontophoresis 10 percig tartott, az elektrod cm³-ire eső 0·5 milliampère erősségű árammal, úgy, ahogyan azt előző kísérleteinkben tettük. Controllképen egy harmadik elektrodot helyeztünk a karra, mely nem volt árammal összekötve és vattaburkolata szintén ólomvízbe volt mártva. Az iontophoresis után a kart langyos vízbe helyeztük és több ízben szappannal megmostuk. Majd körülbelül ¾ óra múlva, mikor a hyperaemia eltűnt, COS-os fürdőbe helyeztük. A fürdő a Harkányi-víz COS-tartalmának kétszeresét foglalta magában (0·04%). A fürdőbe helyezés pillanatában a positiv és a controllelektrod helye egész halványbarnás színnel elszíneződött. A COS-os fürdő 40 percig tartott, de egyik folt színbeli intenzitása sem nőtt. Majd a fürdő után a foltok tiszta vízre nem, de 3%-os hydrogen hyperoxidos lemosásra nyomban eltűntek. A lemezek helyeit több órán át, sőt másnap is ellenőriztük, de rajtuk semmi színbeli elváltozást látni nem tudtunk. Ezek a vizsgálati eredmények tehát amellett szólnak, hogy a COS a fürdőből vagy nem szívódik fel, vagy ha fel is szívódik, akkor is csak oly minimalis mennyiségben, hogy színbeli elváltozást nem okoz.

Ezekután áttértünk annak az eldöntésére, hogy a COS-nak fürdőben alkalmazva van-e valami általános hatása. Ennek a kérdésnek az eldöntése meglehetős nehézségekbe ütközött. Hiszen a fürdő, illetve a víz, eltekintve annak hőfokától nem physiologiás inger és annak a hatása a szervezetben attól függ, hogy az illető egyén specialis érzékenysége milyen vele szemben. Különösen számbaveendő azután a víz hőfoka, melyre vonatkozólag számos, terjedelmes irodalmi adat áll rendelkezésre. A legtöbb szerző szerint a fürdők hatása mint bőringer a vegetativ idegrendszer tónusát tudja befolyásolni (*Vogt*). *Fürstenberg* szerint talán azért, mert a bőrben foglalnak helyet az autonom idegrendszer igen érzékeny felfogó apparatusai, mint a verejtékmirigyek, szőrök síma izmai stb., melyek mind a vegetativ idegrendszer beidegzése alatt állanak. *Simó* szerint a meleg fürdőknek a vegetativ idegrendszerre kifejtett hatása értónus-labilitásban,

vérképeltolódásban és subfebrilitásban jelentkezik. *Gerke* szerint a meleg fürdőknél tapasztaltak megegyeznek azon elváltozásokkal, melyeket proteintherapiánál találunk és a fürdő mint nemspecifikus ingertherapia szerepel. Hogy vizsgálatainkat lehetőleg COS-re vonatkoztathassuk, vizsgálatainkat a szervezetre legindifferensebb hőfokon igyekeztük végezni. E szempontból *W. Brednow* összefoglaló dolgozata volt reánk nézve értékes, aki részben saját, részben sok más szerző tapasztalatai alapján 33 C° találta a szervezetre a legindifferensebbnek. Vizsgálatainkat tehát ezen a hőfokon végeztük.

Tekintettel arra, hogy több szerző szerint a fürdő kapcsán fellépő hatások a fürdő alatt és után a legkifejezettebbek és pár óra mulva eltűnnek, vizsgálatainkat egy fürdés kapcsán végeztük el úgy, hogy közvetlen előtte és utána vizsgáltuk a szervezetben lefolyó reactiókat. Vizsgálatainkban kiterjeszkedtünk a pulzus, a vérnyomás, a hőmérsék, a vérsejtsüllyedés, a vércukor, a fehérvérsejtszám és a qualitativ vérkép megfigyelésére.

6. táblázat.

		Pulzus	Vérnyom. vízcm.	Hőmérés	Vérs.-süllyedés	Vércukor	Fehérv.-sejt	Qualitativ vérkép					
								Seg. %	Stab. %	Jug. %	Eosin %	Bas.	Lymph %	Mono %
1	Fürdés előtt	80	190/100	36·7°	1h10′	0·098	5600	55	2	—	5	—	34	4
	„ után	94	190/100	37·3°	1h8′	0·10	5400	54	4	—	7	—	31	4
2	Fürdés előtt	76	160/90	36·0°	1h30′	0·11	5200	66	10	—	1	—	16	8
	„ után	96	165/90	36·4°	1h31′	0·11	5500	69	8	—	1	—	17	5
3	Fürdés előtt	94	235/120	37 1°	2h2′	0·092	5900	64	12	—	—	—	22	2
	„ után	106	230/120	37·3°	1h53′	0·093	6000	68	15	—	—	—	15	2
4	Fürdés előtt	70	280/140	36·0°	1h42′	0·135	6400	60	3	—	1	—	33	3
	„ után	82	250/140	36·5°	1h39′	0·134	6300	61	4	—	2	—	30	3
5	Fürdés előtt	68	165/90	36·6	1h24′	0·258	7300	54	3	—	2	—	35	6
	„ után	78	156/90	36·9	1h20′	0·261	7000	58	3	—	4	—	30	5
6	Fürdés előtt	86	170/85	37·0°	2h5′	0·104	6900	69	4	2	1	—	25	1
	„ után	96	155/80	37·3°	2h	0·103	6600	68	4	1	1	—	24	2
7	Fürdés előtt	6:	155/90	36·2°	55′	0·102	4600	52	7	1	1	—	38	1
	„ után	65	155/90	36·4°	53′	0·102	4500	58	8	1	1	—	30	2
8	Fürdés előtt	70	220/100	36·7°	1h50′	0·100	5200	63	2	—	2	—	32	1
	„ után	84	205/100	37·0°	1h51′	0·101	5300	66	4	—	2	—	26	2
9	Fürdés előtt	82	150/90	36·3°	1h5′	0·102	7600	69	3	1	—	—	24	2
	„ után	88	150/90	36·4°	1h6′	0·102	7600	73	3	—	1	—	20	3
10	Fürdés előtt	64	175/90	36·6°	1h28′	0·099	6600	52	5	—	1	—	36	6
	„ után	72	165/90	36·8°	1h28′	0·100	6700	52	6	—	1	—	34	7

A fürdő vizét mesterségesen készítettük abból az oldatból, amit a Chinoin vegyészeti gyár rt. nekünk erre a célra készített. Ezen oldat 100 cm³ alkoholban 2·2 g COS-t tartalmaz. Egy kád fürdőre 150 liter vizet használva, hogy annak COS-tartalma a Harkányi vizével megegyező legyen, 1·3 dl. alkoholos oldatot kellett hozzáöntenünk. A vizsgálat menete a következő volt. Reggel éhgyomorra a betegnél elvégeztük a fentemlített vizsgálatokat, majd elkészítettük a fürdővizet. Sajnos, olyan berendezés, melylyel a fürdő hőfokát állandó hőmérséken tudtuk volna tartani, nem állott rendelkezésünkre. Így azután a vizet 34—35 C°-ra készítettük el, ami félóra alatt 32—31 C°-ig hült le. Miután a beteg a vízben elhelyezkedett, a kádat ponyvával letakartuk, úgyhogy a betegnek csak a feje látszott ki. Ezzel védekezni óhajtottunk az ellen, hogy az esetleg szájon keresztül beszívott gáz vizsgálataink eredményét befolyásolja. Ekkor az alkoholos COS-oldatot zárható edényben kimértük, majd a beteg lábánál a ponyva alá nyúlva a fürdővízben elkevertük. A beteg ilyen módon félórát ült a fürdőben. Félóra leteltével a beteg pulzusát még a fürdőben megszámoltuk, a többi vizsgálatot pedig megtörülközés után végeztük el. A vizsgálatot 10 esetben végeztük és a VI. számú táblázatban gyüjtöttük össze azok eredményeit. (6. táblázat.)

Ha a vizsgálatok eredményét áttekintjük, a következőket állapíthatjuk meg. A pulzus minden esetben szaporább lett anélkül, hogy egyéb qualitásaiban változást észlelhettünk volna. A pulzus szaporodása 3—14-ig terjedt. Ugyancsak minden esetben emelkedett a hónaljban mért hőmérsék is, melynek emelkedése egytized foktól hattized volt. A vérnyomás változása már nem volt ilyen egységes. Három esetben változatlan maradt, egy esetben 5 vízcentiméterrel emelkedett és hat esetben süllyedt, mely süllyedés 5—30 vízcentimétert tett ki. Az esetek többségében tehát a szervezet vérnyomás-süllyedéssel reagált. A vérsejtsüllyedés, melyet a Linzenmayer-féle készülékben végeztünk, az esetek legnagyobb részében nem nagyfokú de határozott gyorsulást mutatott. Egy esetben változatlan maradt, három esetben minimalis 1 perecel lassúbb lett, hat esetben pedig 2—9 perecel gyorsult. Különös érdeklődéssel vártuk a vércukor viselkedését azon vizsgálatok alapján, melyet *Campanacci* és *Balducci* végeztek, akik szerint úgy az egészséges, mint a diabetesesek vércukra intramuscularis kénadagolásra süllyed, azonkívül *Abel* és *Geiling* megállapítása alapján, akik szerint az insulin hypoglykaemiát előidéző hatása a szervezetben lehasadó kén hatására történik. A fürdés 8 egészséges és 2 diabeteses egyénen végeztük el és sem az egészségesek, sem a diabetesesek vércukra nem változott. Érdekesnek tartjuk megemlíteni, hogy egyes szerzők forró fürdőtől a vércukor süllyedését tapasztalták. A fehérvérsejtek száma 1 esetben változatlan maradt, 4 esetben emelkedett, 5 esetben pedig csökkent, mely változás 100—300 terjedt és a 10%-ot egy esetben sem haladta meg s kellően nem értékelhető. Bár a fehérvérsejtek száma általában nem változott, a qualitativ vérképben nem nagyfokú, de határozott eltolódások észlelhetők, ami kisfokú leukocytosisban, a lymphocyták számának csökkenésében és az eusinophil-sejtek 4 esetbeni megszaporodásában állott.

Ha az eredményeket összegezzük, megállapíthatjuk, hogy a fürdők kapcsán a legtöbb esetben a pulzus és a hőmérsék emelkedett, a vérnyomás csökkent, a vérsejtsüllyedés némileg gyorsult és a fehérvérsejtek számbeli változása nélkül a qualitativ vérképben is eltolódást észlelhettünk. E változások igazolják, hogy a szervezetben a fürdő hatására általános reactio zajlott le, mely reactio nagyon emlékeztet azokra a változásokra, melyeket *Simó* meleg fürdők után észlelt és amelyet ő a fürdőnek a vegetativ idegrendszerre kifejtett hatásával magyaráz. Hogy ezen hatások létrehozásában a COS-nak milyen szerepe van, azt olyan módon akartuk tisztázni, hogy pár esetben 33 C°-os tiszta, COS-t nem tartalmazó vízben végeztük a fürösztést, elvégezve az előbb említett vizsgálatokat. Az eredmények nagyrészt megegyeztek a COS-os vízzel végzett vizsgálatokkal, a hőmérsék emelkedett, a pulzus megszaporodott, vérnyomás 1—2 esetben csökkent és minimalis leukocytosist észlelhettünk.

Ezen vizsgálatokból kitűnik, hogy a COS-os víznek fürdőben alkalmazva a szervezetre specifikus hatása nincs. A fürdőnek mint bőringernek szerepe kétségtelen, melynek hatása a nemspecifikus ingertherapiához hasonló és amelyet *Laqueur* olyan mértékűnek tart, hogy fürdőkúrával egyidőben végzett proteintherapiát üzleti bántalmaknál nem is ajánl. Kétségtelennek látszik, mint azt *Laqueur* is vallja, hogy a fürdők ezen hatását azok hőfoka s a vízben oldott chemiai anyagok is fokozzák. Úgy látszik tehát, hogy a COS ily módon is fokozza talán a víznek a bőrre kifejtett ingerhatását, ami a vegetativ idegrendszer tónusának megváltozásában, a keringés és a gázcsere fokozásában és a szervezet védőerőinek mobilizálásában áll.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A szív nagyságának változása fogyókúrák után. *Scharpff.* (Dtsch. Arch. f. klin. Med. 165. köt., 1—2. füz.)

Vizsgálatait Röntgen segítségével végezte, mely a legobjectivebb eredményeket adja. Nagy gonddal végzett távolfelvételeken megállapítható, hogy egészséges szívű és érrendszerű egyéneknél legalább 7 kg testsúlycsökkenés után a szív megkisebbedik. Egészséges vagy betegszívű hypertoniás, elhízott egyének szíve is megkisebbedik, ha vérnyomásuk és testsúlyuk csökken; előbbi factor fontosabb, mint az utóbbi. Beteg szívizomzatnál, ha a vérnyomás nem emelkedett, kiadós súlycsökkenés dacára sem kisebbedik meg a szív. A szívkisebbedés a residualis vérmennyiség csökkenésén, a compenzáló dilatatio visszafejlődésén alapszik; a mediastinalis árnyék megszűkülhet, ha az aorta elongatiója visszafejlődik. Szerző néhány esetében az aortaátmérő megkisebbedését is megállapítja, amit a plethora elmúlásával magyaráz. Fiatal, elhízott egyéneknél nem látjuk az idősebbeknél fellépő szívdilatatiót.

Molnár István dr.

A lymphopenia jelentősége a lymphatikus rendszer megbetegedésében. *Mario Aresu.* (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 165. köt., 1—2. füz.)

A lymphopoetikus rendszer részleges megbetegedése vagy tönkremenése nem magyarázza az egyidejűleg előforduló leukopeniát. Nagy fontosságot tulajdonít a lymphosarkománál gyakran található súlyos és kiterjedt folliculus-zavarnak, mely zavart a betegségtől még megkímélt helyeken is megtalálta. A reticularis eredetű follicularis lymphopoetikus szövet csökken, vagy teljesen eltűnik, néha anaplastikusan (lymphosarkoma), máskor metaplastikusan (lymphadenosis) viselkedik. A termelt lymphocyták vagy bejutnak a véráramba (leukaemiás lymphadenosis), vagy nem (aleukaemiás lymphadenosis); az alakilag lymphocytának mondható elemek nem mutatják mindig a lymphocyták élettani activitásának összes jeleit, melyek közül a véráramba való áramlás elsőrendű jelentőséggel bír. Így magyarázható a lymphoidrendszer megbetegedésének sokféle képben való jelentkezése. A lymphosarkoma Kundrat-féle alakjának diagnosisában eddig nagy súlyt fektettek a lymphopeniára. Szerző ezzel szemben arra az álláspontra helyezkedik, hogy ezt a nyirokmirigyek igazi és valódi sarkomáinál is megtaláljuk. A sarkomáknál ez ugyan ritkábban fordul elő, mint a lymphosarkomáknál, diagnostikai értékesítése azonban mindig óvatosságot igényel. Több esetet közöl álláspontjának igazolására. *Molnár István dr.*

Az asthma inhalatiós therapiájához. *Feigen.* (D. med. Wochenschr. 1929., 30. sz.)

A „bronchovydrin"-t *(Dr. Weil,* Frankfurt am Main) 70 esetben alkalmazták és eredményeik kitűnők voltak. A bronchovydrin folyadék, mely papaverint, eumydrint, hypophysis- és mellékvesehormont, továbbá nitriteket tartalmaz, semmi mellékhatása nincs. Inhalatorok (turiopin-k vagy triplex) segítségével, melyek egyszerű, szebben hordható készülékek, alkalmazzák naponta többször 3—5 percig. Hatásos volt még olyanoknál is, akik évek óta fecskendővel éltek. A hatás olyan esetekben, ahol bronchitis is volt jelen, 1—2 hét mulva állott be, amikor már a bronchitis is javult, ahol bronchitis nem volt, rendesen azonnal hatott. A 70 eset közül csak háromban hagyott cserben, ezek közül az egyik valószínűleg cardialis, a másik pedig hysteriás eredetű volt.

Kleiner György dr.

Epehólyagmegbetegedés és diabetes. *Prof. Strauss.* (Deutsche med. Wochenschr. 1929. 35. sz.)

Diabetes, mint epehólyagmegbetegedés következménye csak ritkán fordulhat elő, ezzel szemben a két betegség egyidejűleg gyakran található egymás mellett. Talán közös constitutionalis alapja van a két kórképnek; lehet, hogy a diabetes kőképződésre és epehólyaggyulladásra disponál. Hypercholesterinaemia úgy diabetesnél, mint cholelithiasisnál gyakori. Arra is kell gondolni, hogy a diabeteseseknél az epehólyag érzékenyebben, súlyosabb következményekkel reagál kőokozta felületes sérülésekre.

A pankreas kisfokú, átmeneti functiozavara szintén gyakori epehólyagmegbetegedéssel kapcsolatban. Ez a vizelet diastasejának megszaporodásában és a vérserum liposetartalmának fokozottságában nyilvánul meg, de glykosuriával nem jár.

Könnyű diabetes kezelésében, amennyiben ez acut lázas cholecystitissel szövődik, azonnal indokolt az insulinkezelés elkezdése, amennyiben egyrészt sohasem tudhatjuk, hogy simplex vagy ulcerosus folyamat van-e az epehólyagban és a cholecystitis is éppenúgy kezelendő, mint más gyulladásos és fekélyesedő szövődmény diabatesnél, másrészt a cholecystitisnél kívánatos bő szénhydratbevitel is könnyebb insulinadás mellett.

Kleiner György dr.

Macskavérrel szemben megnyilvánuló anaphylaxia egy esete és annak gyógyulása. *Manger.* (M. M. W. 1929, 40. szám.)

Szerző, aki kísérleti célokból sokat dolgozik macskákkal, macskavérrel szemben fennálló különös érzékenységet vett magán észre: Véres macskakísérleteknél, vagy ha macskavér volt a laboratoriumban, náthás lett és többékevésbbé erős asthmásrohamot kapott. Specifikus desensibilizálás céljából 0·1 cm^3 haemolyzált macskavért fecskendezett be magának intracutan. A befecskendezés után néhány perccel súlyos anaphylaxiás shokot kapott, 3 napig tartó, periodusosan fellépő urticariás-astmás rohamokkal és hőemelkedéssel. Az oltásnak igen jó therapiás eredménye volt: 3 nap mulva az anaphylaxiás jelenségek teljesen megszűntek és macskákkal való kísérletezés közben ezentul nem jelentkeztek. Az oltás után periodusosan fellépő urticariás bőrtünetekből szerző arra következtet, hogy elsősorban a bőr az a szerv, mely az allergennel szemben ellenanyagot képes termelni. Két hónappal később controllképen végzett intracután oltások teljes macskavérrel, vérserummal, fehérjementesített serummal és haemolyzált macskavörösvérsejtekkel egyformán erős helyi reactióval jártak. Az allergen tehát a macskavér minden alkatrészében jelen van, illanó és fehérjementesítéssel nem vonható ki a serumból.

Dvorák dr.

Sebészet.

Phenol-indoltestek által okozott autointoxicatio. *Max Biebl.* (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, 1929. 135. o.)

Részletesen tárgyalja a phenol-indol testek physiologiáját és pathologiáját az anyagcsere forgalmában. Számos állatkísérlete alapján a phenol-indol testek anyagcseréjére új rendszert épít fel. Kísérleteinek eredménye, hogy a phenol-indol testek a bélelzáródás által okozott autointoxicatióban nem bírnak jelentőséggel. Miután a hosszantartó phenol-indol táplálással az állatoknál hypertoniát, szívhypertrophiát, majd dilatatiót talál, valószínűleg az emberi genuin hypertoniának is a phenol-indol testek anyagcserezavara az oka. Új utakat és szempontokat jelöl meg a phenol-indol anyagcsereproblema továbbviteléhez.

Szolnoky dr.

Peroralis pyelographiával való kísérletek. *Ziegler* és *Köhler.* (Zbl. f. Chir., 1929, 36. sz.)

A peroralis pyelographia kevesebb melléktünetet okoz, mint az intravenás. Intézetünkben jód-natriumot adnak egyidejűleg theocinnal. A legszebb képeket teljes ureter-elzáródáskor kapták, minthogy ilyenkor a vesemedence reservoirként szerepelt. Ezért újabban ezt mesterségesen idézik elő, vagy egy felfújható gummipárnával vagy pedig spiralis rugós pelottával, amellyel az urethert az articulatio sacrailiaca tájékán a medencecsonthoz szorítják. Ajánlják a medence magasra polcolását is. 8—10 g jód-natriumot egyidejű diuretikummal nyujtva, igen éles képeket kaptak szerzők a fenti módszerrel.

Marx József dr.

Bélincarceratio ritka esete. *Panter.* Zittau. (Zbl. f. Chir., 1929, 36. sz.)

Motorbiciklitől elgázolt 62 éves embernél a b. o.-i articulatio sacrailiaca Röntgen-nel is kimutatott széjjelválása és a bal csipőfélnek felfelé való dislocatiója volt jelen. A harmadik napon ileustünetek miatti alsó median laparotomia, melynél egy körülbelül 10 cm hosszú vékonybélkacs fél átmérőjét a széjjelvált és érdesfalú, ujjhegyet befogadó szélességű üzületi hasadékba beszorulva találták. Szerző hasonló ritka esetben a hasadék paraffinvagy hasonló anyaggal való plombálását és pár nap mulva húzókötés feltételét ajánlja. *Marx József dr.*

A széndioxid narkotikus hatásáról. *D. Leake* and *M. Waters*, Wisconsin. (The American Journ. of Surg., 1928, III. köt.)

30% szénsav- és 70% oxygenkeverékkel egereket, macskákat és kutyákat egy perc alatt altatni lehet. Az ébredés másodpercek alatt történik. A vérnyomás kezdetben emelkedik, majd a normalisra süllyed. A pulzusszám csökken, az izomtonus ernyedt és a hasüreg megnyitásakor sem lép föl zavaró reflex. Kutyák két óráig jó narkosisban tarthatók. Alacsonyabb concentratio a vérnyomást erősen csökkenti, anélkül, hogy narkosis beállana. 40%-nál magasabb concentratio a légzést és a szívműködést bénítja. A 30%-os szénsav-concentratio narkotikus hatása embernél is megfigyelhető, bár alkalmazása veszélyes. *Hudovernig dr.*

Lumbalanaesthesia hatása a bélműködésre. *J. Leveuf.* (Presse médicale, 1928, 65. sz.)

A francia szerzők egy tekintélyes része foglalkozik újabban a lumbalanaesthesia peristaltikát fokozó hatásával. A vélemények igen eltérők, mégis azt kell felvenni, hogy a hatásmód mindig egyféleképen jelentkezik. A szerző röviden vázolja a béltractus működését és beidegzését. Ismételten vizsgálta lumbalanaesthesiában végzett hasmetszésekkor a bélperistaltikát és azt találta, hogy a splanchnicus kikapcsolásával igen heves bélműködés lép föl. Laparotomiák után fellépő paralyticus ileusnál pl. az alkalmazott lumbalanaesthesia után igen heves bélmozgások jelentkeztek. Az eredmények minden olyan esetben jók voltak, ahol az ileus oka nem volt mechanikus. *Hudovernig dr.*

A Bier-féle égetéssel előidézett immunitásra vonatkozó kísérleti vizsgálatok. *K. H. Erb.*

A „tüzes vassal való gyógyítás" irodalmának áttekintése után néhány esetet közöl a königsbergi *Läwen*-klinikáról, melyeknél *Bier* szerinti égetést alkalmaztak oly módon, hogy a fertőzéstől távol, rendesen a comb oldalsó felszínén bemetszettek, a bőr alatti kötőszövetet aránylag nagy kiterjedésben megégették s utána a bőrt ismét elvarrták. Súlyos eves általános fertőzések, valamint endokarditis lentában szenvedtek a betegek. Mindegyik esetben észlelhető volt a szervezet áthangolása, mely hőmérsékletcsökkenésben, étvágyjavulásban, valamint általános javulásban mutatkozott. Sohasem a fertőzés helyét, hanem mindig csak a sebtől távoleső helyet égettek. Kísérlet gyanánt 50 házinyúl hátát 3×4 cm széles területen subcutan égette s utána megvizsgálta savójukat, illetőleg annak agglutininképző és csiraölőképességét. Égetés után rendesen aseptikus gyulladás lépett fel, aránylag erős exsudatio, valamint az idegentest gyanát viselkedő, elégett kötőszövet körülhatárolódásának kíséretében. Ezen ellenhatás gyakran jár fehérvérsejtes beszűrődéssel. Az esetleg fellépő geny, ha a bőr zárt maradt, steril. A sarjadzásos határból eret tartalmazó kötőszövet hatol a sebterületre, mely hetek alatt felszívja a sequestrálódó szöveteket s végül csekély kiterjedésű heges gyógyuláshoz vezet. A sebtől távoleső helyen végzett égetés a normalagglutininek tetemes megszaporodásához vezet, mely csak egy hét mulva nyilvánul, tizennégy nap mulva éri el culminatióját s kb. tíz hétig tart. Ismételt égetés az agglutinatiós görbe újabb emelkedéséhez vezet. Sajátos agglutininek keletkezését nem sikerült kimutatni. Az égetett állatok csirölőképessége 24 óra mulva in vitro fokozott, mely tulajdonságát kb. 8 hétig megtartja. Szerző azáltal igyekszik bizonyítani *Bier* elméletét, hogy az égetés immunitást okoz, hogy az égetett szövetek felszívódásának ideje egyezik az immunitás idejével s a pörkben látja az antigent. Összehasonlítva bőrön pörkölt és subcutan égetett állatokat, a subcutan égetettekkel sokkal jobb eredményt ért el s ezt azzal magyarázza, hogy a bőralatti steril pörköt a szervezet teljesen felszívja, míg a felületeset genyedéssel igyekszik eltávolítani. Párhuzamos kísérletek alapján a sebtől távoleső égetésnél érte el a legjobb eredményt, szemben a quarzbesugárzással, sajátvér- és fehérjebefecskendezéssel. Többszöri égetésnél sem észleltek anaphylaxiás tünetet. Égetett házinyulakat, ha azokat 3—6 héttel égetés után egértyphusbacillusokkal beoltottak, sikerült életben tartani, szemben a nem égetett állatokkal; ha az oltást 3 hét előtt eszközölték, úgy azok sem maradtak életben. Ebben szintén a szerzett immunitást látja, melyet az égetés idézett elő. *Valér dr.*

Szülészet és nőgyógyászat.

Méhrák és terhesség. *Ihdima K.* (Japanese Journal of Obst. and Gyn. 1929. 2. füz., 123 old.)

A kiotoi női klinika 10.226 szüléséből (9 évi anyag) 37 szövődött egyidejűleg rákkal (0·26%). Statistikus adatai közül kiemeli, hogy a terhességgel szövődött rákos betegek átlagos kora 8 évvel kevesebb, mint a terhességnélküli betegek átlagos életéve. E betegek nagy részének alig volt vérzési rendellenessége a teherbejutás előtt. Míg Japánban az asszonyok átlag négy terhességen esnek át, addig a rákos-terhes asszonyok előző szüléseinek átlagos száma 7. A klinikai tünetek ugyanolyanok, mint nem terhes rákbetegeknél. Áttételek korábban lépnek fel. Maga a rák nem nagyon befolyásolja a terhességet. Az esetek legnagyobb részében a kóros elváltozás már a terhesség előtt fennállott. A rák tovaterjedését a terhesség alatt korántsem tartja olyan rohamosnak, mint az az orvosi köztudatban él. A méhrák operabilitása terhesség esetén sokkal nagyobb, mint terhesség nélkül (fellazulás). Betegeik 97%-át megoperálták. A kórjóslat sokkal rosszabb, mint egyszerű ráknál.

Szathmáry dr.

Adatok a placenta accreta kórbonctanához és kezeléséhez. *Blagodarow.* (Zentralbl. f. Gyn., 1929, 12. sz.)

Az eddig kezelt 40 esetből alig 20-at vizsgáltak meg szövettanilag. A szülések e legveszedelmesebb szövődménye legtöbbször halálos kimenetelű volt. 35 éves, hatodszor szülő betegénél 6 hónapos terhesség állott fenn, mikor a magzatvíz elfolyásakor a szülés megindult. Eredménytelen fájáskeltők és cervixtamponade után a köldökzsinór előesett s a beteg lázas lett. Hüvelyi úton császármetszést végeztek, de mivel a lepényt nem tudták leválasztani, hasmetszésre tértek át s kiirtották az egész méhet. A lepény tapadása a 3 cm vastag fallal bíró méhnek egész belfelületére kiterjedt; leválasztása még a műtéti készítményen is alig volt lehetséges. A decidua teljesen hiányzik. A bolyhok betörnek az izomzatba s nagyobb területen elpusztítva azt, elhalt szövetszigeteket képeznek. Felhívja a figyelmet az izomzatban talált nagymennyiségű Langhans-sejtszigetekre. Összegezve a tüneteket és az eddigi műtéti eredményeket, a placenta accreta eseteknek helyes megoldására egyedül a teljes méhkiirtást tartja célravezetőnek. *Szathmáry dr.*

A medence üregét kitöltő óriási fibrolipoma mint szülési akadály. *Iubas.* (Zentralbl. f. Gyn., 1929, 42. sz., 2677 old.)

A szülési akadályt képező jóindulatú daganatok aránylag ritkák. Esetében az először szülő, 26 éves beteget magas lázzal, rossz érveréssel szállítják be a klinikára. Rendes medenceméretek mellett a halott magzatot haránfekvésben találták. A hüvely alig volt ujj számára átjárható, mert a 2 kg súlyú, retroperitonealisan fekvő puha daganat teljesen összenyomta. Decapitatióról, evisceratióról nem lehetett szó. Császármetszéshez készültek, de közben a beteg meghalt. A boncolásnál talált

daganat a medence üregét annyira kitöltötte, hogy teljes szülési akadályt képezett. Felemlítve *Mansfeld*nek egy hasonló esetét, részletesen kitér az eddig ismertetett esetekre s e szülési szövődmények helyes sebészi megoldására. *Szathmáry dr.*

A vese vértelen kikapcsolása Röntgen-besugárzás útján ureterfistulák gyógyítása céljából. *G. Conrad*, Berlin. (Zentralbl. f. Gynäkologie, 53. évf. 40. sz.)

Egyike a legnehezebb problémáknak az ureterfistulák gyógyítása, melyek főként Wertheim-műtétek után keletkeznek. A kórfolyamat alatt az ureter szöveteinek ellenállóképessége is csökken, úgy, hogy az ureternek műtét közben anatomiai csipesszel való megfogása már fistulaképződést okozhat. Ennek gyógyítása hálátlan feladat. Újabb operativ beavatkozást a betegek, akik közvetlenül előbb súlyos műtétet állottak ki, visszautasítanak. A spontan gyógyulás esélye sem kedvező. Tehát nagy örömmel kell fogadnunk szerző ajánlatát, a vesének Röntgen-besugárzás útján való kikapcsolását. Ez az eljárás szerző esetében valóban bevált és a beteg kétszeri besugárzás után ureterfistulájától megszabadult.

Ács M. dr.

Terhességi ileus és pyelitis. *Klein P.* (Zentralbl f. Gynäkologie. 53. évf. 40. sz.)

Szerző cikkében a terhességi ileus és uretercompressio okfejtését igyekszik egy esete kapcsán adni. Betegének első terhességét anaemia miatt meg kellett szakítani. Három év mulva második terhességének hetedik hónapjában pyelitist kapott, melyből megfelelő kezelésre kigyógyult. Utána kifejezett ileusos tünetek léptek fel. Az operatio, a colon descendens a kis medencébe való belépés helyéig erősen felfuvódott, mindkét ureter kisujjnyira tágult. Sectio caesarea cervicalis. Erős vérzés. Az uterus nem contrahálódik. Majd nagyfokú dyspnoë és cyanosis lépett fel szív- és tüdőlelet nélkül. Digitalisra e tünetek elmultak.

Ez az eset iskolapéldája az „atonus"-nak. Bélatonia — compressiós ileus, ureteratonia, pyelitis, uterus és erek atoniája — oly tünetcsoport, mely az asthéniánál lelhető fel. Ez a constitutio teszi lehetővé, hogy bizonyos ártalmak: „terhességi toxinok", „terhességi noxák" megfelelő dispositio mellett a vegetativ rendszerre hatva, a szervek súlyos atoniáját idézik elő. Csak így képzelhető el egyrészt, hogy a terhességi ileusok aránylag oly ritkák — nyilván nemcsak mechanikai okok, hanem egyéni hajlam játszik közre —, másrészt hasonlókép az egyéni constitutio teszi lehetővé, hogy az uterus a vastagbelet teljesen comprimálni képes. A terhességi toxinok a vegetativ idegrendszer dysfunctióját idézik elő, mely az uterus bél-, ureter- és erek atoniáját okozza és a terhességi ileus kifejlődését lehetővé teszi. Ilyenkor az operatióval soká nem késlekedhetünk, mert ha egyszer az idegsejtek már bénultak, pl. a bélfal autonom centrumai, az operatio sem hozhat gyógyulást.

Ács M. dr.

Szemészet.

A glaukomagyógyítás kilátásai. *Hamburger*, Berlin. (Nemzetközi szemészcongressus Amsterdam, 1929 szeptember.)

Glaukoma tensióemelkedést jelent, ezzel szemben a (ciliaris) gyulladás a szem feszülését rendszerint leszállítja. Gyulladásoknál sokszor a szem igen nagy fokban hypotoniás. Glaukoma és ciliaris gyulladás tehát ellentétek. A glaukomaműtétek után gyakran támadnak lenövések az iris és a lencse között, amelyek gyulladásnak a következményei és így tehát atropinnal küzdendők le. Keressünk tehát a glaukomatherapiában olyan valamely gyulladást, amely a glaukomás szemet megpuhítja, anélkül, hogy a szemgolyó burkait meg kellene nyitni. Egyes esetekben ez oly módon sikerült, hogy a cornea átlátszó széli részeit edzette. Újabban azonban ezt szívesebben a sklerán végzi a conjunctiva felfejtése után, a corpus ciliare táján. *Horay G. dr.*

Az ulcus serpens corneae kezelése a szem feszülésének leszállításával. *Brückner Záboj*, Prága. (Amsterdami nemzetközi szemészcongressus, 1929 szept.)

Régi tapasztalat, hogy az ulcus serpens annak áttörése után rendszerint javul, ami a szem bekövetkezett hypotoniáján alapul. Hogy mesterségesen idézhessen elő hypotoniát, a szerző lándzsával megnyitja a melső csarnokot és az így készített sebet naponta többször „ventilálja". Irisodanövés ritkán támad, a hypopyon hamarosan felszívódik. 32 beteget kezelt ilyen módon és ezeket összehasonlítja a szokott módon kezelt esetekkel. Felszínes ulcusoknál az ajánlott eljárás ugyanolyan eredménnyel járt, mint az antiseptikumok alkalmazása. De míg az antiseptikumok csak felszínesen hatnak, addig a punctióval a mélyebb beszűrődéseket is elérhetjük. Hátránya a punctiónak, hogy fájdalmas eljárás. Mély beszűrődéses ulcusoknál a thermokaustika éppoly megbízható, mint a punctio. Kis ulcusoknál kb. 50%-ban eredményes az ily módon való kezelés. *Horay G. dr.*

Urologia.

Epididymitis tuberculosa képében lezajló chronikus, aspecifikus mellékhereaffectiókról. *E. Suren.* (Zschr. f. Urol. Chir. 27. köt., 3. füz.)

A szerző tanulmányában hat, nem specifikus mellékheremegbetegedésben szenvedő egyénről számol be, hol a betegség klinikai lefolyásában teljesen utánozta az epididymitis tbc. kórképét. Ez észlelt eseteiben a mellékhere szövettani képe megfelelt az irodalomból általánosan ismert adatoknak: jelen volt a mirigyszövet hegesedéséhez vezető chronikus gyulladásos folyamat, a plasmasejt-infiltratio, a granulatiós szövet fellépése stb. E megbetegedések olykor palpatióval igen nehezen voltak kimutathatók a fibrosusan degenerált tunica vaginalis miatt, mely a herét és a mellékherét körkörösen felszorítva, némely esetben nyomási atrophiát is hozhat létre, máskor viszont azt a hegszövet teljesen helyettesítheti is. Ezen esetek azok, melyeket *Kocher* periorchitis proliferansoknak jelez; itt a tunica vaginalis lemezei között jelentős lumen észlelhető, mely némelykor a hydrokele symptomaticára is emlékeztethet. A *Dittrich* által megfigyelt betegség, hol a fentebb leírt lumen teljesen hiányzott, periorchitis obliteransnak neveztetik.

Kertész László dr.

Streptococcus chromogens, mint chronikus pyelitis oka. *Jaques Olivieri.* (Journ. D'Urologie 1929, 28, 1. sz.)

A streptococcus a pyelitisek kóroktanában gyakoriság szerint a bakterium coli és staphylococcus után a harmadik helyet foglalja el, azonban klinikailag súlyosabb képet okoz, mint a bakterium coli. A pyelonephritisek bakteriumfloráját tanulmányozva, egy streptococcus-fajt sikerült identifikálnia, mely a typikus streptococcustól elüt és melyet pyelitis okául eddig nem írtak le. A betegnek chronikus gonorrhoea kapcsán fellépő acut pyelitise volt, mely idült stadiumba menvén át, pyurián kívül egyéb tünetet nem okozott, ezt azonban semmiképen nem lehetett befolyásolni.

Mikroskop alatt hosszú láncokba rendeződött, 0·6—0·8 μ átmérőjű coccusok, melyek jól festődnek basikus anilinfestékekkel, Gram-positivek. Culturalis jellemvonásai: főleg agar-agaron látható *vörös elszíneződés*, mely az inoculatio után 24—48 órával áll be. A *lactoset nem erjeszti*, embervért haemolizál, fehér egérre intraperitonealisan beoltva, az septicalmiában pusztul el. A vörösszíneződés oxygen hatására eltűnik, anaerob táptalajon szénhydrat hozzáadására kiújul. *Karácson dr.*

A prostata vérzéseiről. *W. Vintici* és *A. Laroche.* (Journal d'Urologie, 28. köt., 2. sz.)

Prostatavérzés létrejöhet trauma, gyulladás, hypertrophia, tumor, tuberculosis és lues folytán, valamint spontan is. Traumás sérülés oka lehet hegyes vagy éles eszköz, mely a hasfalon, az urethrán, a gáton és rectumon át érhet a prostatához. Leggyakoribb természetesen az urethrán át történt művi beavatkozás következtében

fellépő vérzés. A vérzés nem annyira a trauma nagyságához aránylik, hanem inkább a prostata vérbősége és a vizelet fertőzöttsége szabja meg annak mennyiségét. Kiindulhat a vérzés az urethra pars prostaticajának mucosájából a colliculus seminalisból és magából a prostatából. A pars prostaticában levő húgycsőszükület tágításakor létrejött álutak szintén okoztak már különböző terjedelmű vérzéseket. Urethritiseknél a mucosa spontan vérezhet, majd utólag a gyulladás kapcsán képződött pörkök leválása vérzést vonhat maga után. Leggyakoribb a hypertrophizált prostata vérzése. A vér a húgycső hátsó szakaszában gyülemlik fel és vizeléskor a vizelet első részében jelenik meg. Olykor a vizelet utolsó cseppjei is vértartalmúak, melynek oka a hólyagizomzat összehúzódása, mely a prostatából a húgycsőbe szorítja a vért. A vérzés nagysága különböző. Lehet néhány csepp, majd oly nagy, hogy vörösre, sőt feketére festi a vizeletet, képezhet alvadékot, mely vizeletrekedést vonhat maga után, végül felléphet olyan mértékben, hogy sürgős műtéti beavatkozás válik szükségessé. A prostata neoplastikus elváltozásánál a vérzés különösebb ok nélkül is jelentkezik. Vannak rövidebb-hosszabb ideig tartó vérzések. Sokszor napokig, *Carlier* esetében két hónapig húzódott el megszakítás nélkül. Általában nem tart huzamosabb ideig, rendszerint intermittáló képet nyujt, olykor inicialis, rendszerint terminalis a vérzés. Tuberculosisnál kezdeti stadiumban a vizelés elején és végén jelentkezik néhány csepp vér. Később a verzés fokozódik, de súlyos csak akkor lesz, midőn egy cavernában fekvő ér arrodálódott. Digitalis-vizsgálatkor tömött göbös prostatát tapintunk. Vizeletben és a prostataváladékban Koch-bacillus kimutatható. Néhány esetben syphilis okozott szabálytalanul fellépő intermittáló vérzéseket. *Motz* histologiailag megvizsgált több spontan vérző prostatát s azt találta, hogy a prostata stromában számtalan újonnan képződött és vérrel telt ér van, melyeknek fala destruálódott. Nagy szerepe van még spontan fellépő vérzéseknél a fertőzött vizeletnek is, mely vizeléskor a prostatába jut és ott bakteriumtartalmával (leginkább colibacillus és staphylococcus) gyulladást idéz elő.

Vérzésekhez complicatiók kapcsolódhatnak, így anaemia, a húgycsőben felgyülemlett véralvadék retentiót idézhet elő, a hólyagba regurgitált vér pedig cystitist.

Tennivaló a vérzéseknél annak foka szerint különböző. Enyhe vérzésnél öblítsük ki az urethrát és a hólyagot $\frac{1}{4}{}^{0}/_{00}$-es oxycianát-oldattal. Makacsabb esetben vezessünk be kathetert, s ha a vérzés nem szűnne meg, úgy állandósítsuk esetleg több napon át. Véralvadékot katheteren át eszközölt mosással távolítsunk el, mivel igen gyakran okozója későbbi fertőzésnek. Amennyiben ezen eljárások eredményre nem vezetnének, úgy prostatektomia válik szükségessé. Inoperabilis tumornál hólyagmosást, katheterrögzítést és radiumbesugárzást alkalmazzunk.

Ifj. Boross Ernő dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Fogorvosi Röntgen-therapia. *Fischmann Mihály.* (Novák Rudolf kiadása. Ára 10 pengő.)

Szerző tíz fejezetre osztva 167 oldalon adja elő mondanivalóit. 53 oldalt szán az általános tudnivalókra (Röntgen-sugár biologiai hatása, adagolása, Röntgensérülések, besugárzás technikája) és kb. 100 oldalon, a részletes részben tárgyalja a Röntgen-kezelés módját és eredményét fog- és állcsontbetegségeknél.

Szerző a Röntgen-sugár hatásának megállapításában az egyes fog- és állcsontbetegségeknél rendkívül óvatos és ezt megnyugvással vesszük tudomásul, helyeseljük azt a törekvését is, hogy mindenütt igyekszik józan korlátozással körülhatárolni a Röntgen-therapia indicatióit. Általában azonban kifogásolnunk kell, hogy következtetéseit aránylag csekélyszámú tapasztalatokból vonja le, pl. heveny gyökérhártyalobok esetén előzetes fogkezelés nélkül 45 eset, előzetes fogkezelésnél 20 eset alapján állítja fel eredményeinek százalékait és von ebből következtetéseket (76—78. old.). Ilyformán olvasunk következtetéseket, melyek 12 heveny abscessus apicalis esetére (83. old.), 6 gyökérhártyamegvastagodás (97. old.), 12 granuloma (98. old.), 15 sipoly (98—99. old.) esetére támaszkodnak. Az a benyomásunk, hogy ez nem éppen megnyugtató alátámasztás. Nem oszthatjuk szerző azon meglepően merész kijelentését a sugártherapia előnyeit illetően a csonthártyalobosodásnál, amely szerint *„mindenkor számíthatunk a folyamat localisatiójára"*, akkor, amikor szerző szerint besugárzott eseteinek száma összesen 9 volt (107. old.).

Mindezek dacára osztjuk *Simon Béla dr.*-nak — aki a könyvet előszóval látta el — azon véleményét, hogy a munkát fogorvos és röntgenologus egyaránt haszonnal forgathatja.

Szabó prof.

Die klinischen Methoden der Nierenfunctionsprüfung. Von *Franz Vollhard* und *Ervin Becher* (Frankfurt a./M.) (Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden Prof. *E. Abderhalden*, Abt. IV. Angewandte chemische und physiologische Methoden Teil 5. 2. Hälfte, Heft 3. (Schluss) mit 16 Abbildungen und eine farbige Tafel. Verlag von Urban und Schwarzenberg. Berlin—Wien, 1929.) Ára: 15 *M*.

Ezen könyv a második fele a húgyivarszervi betegségnél alkalmazott vizsgálati módszereket tárgyaló munkának. A könyv első fele tartalmazza a cystoskopos és ureterkatheteres vizsgálatok, valamint a vesefunctiós vizsgálatok leírását, továbbá az urethroskopiát, cystourethroskopiát, a vizeletelválasztás vizsgálatának módszereit, a húgyivarszervek Röntgen-vizsgálatát és a kísérleti célból végzett vesekiirtást egészben 307 oldalon. A munka második fele, vagyis ezen itt tárgyalt könyv a 309. oldalnál kezdődik, a 611. oldalnál végződik s tartalmazza a vesefunctiós vizsgálatok klinikai módszereit, és pedig: I. a vesefunctiós vizsgálatot a vérvizsgálat útján, II. a direct vizeletvizsgálat útján, III. vesemegterhelés útján, IV. a vese sav- és lúgkiválasztóképessége útján, V. a vér és vizelet anyagainak összehasonlítása útján, VI. a vese nem secretorikus működésének a vizsgálata útján. A tárgyalt vizsgálati eljárások inkább a belgyógyászati vesemegbetegedésekre vonatkoznak, de meg vannak említve a sebészi vesemegbetegedések is, ott, ahol a vizsgálati eljárást separált vesevizelet mellett is lehet alkalmazni. A legújabb módszerek technikai keresztülvitele, a szükséges eszközökkel és vegyszerekkel pontosan le vannak írva, úgyhogy utánacsinálhatók. A könyv értékes összefoglalása a modern vizsgálati módszereknek, jól van megírva s szakembernek melegen ajánlható.

Illyés Géza prof.

Des Weibes Leib und Leben in Gesundheit und Krankheit. *Max Nassauer.* Verlag Ernst Heinrich Moritz, Stuttgart, 1929. 311 oldal.

Ugy laikusok, mint orvosok évtizedek óta élénken pertractálják azt a sokat vitatott kérdést, vajjon szükség van-e ú. n. népszerű orvosi munkákra, amelyek a laikusok nézete szerint hypochondereket, az orvosok szerint pedig kuruzslókat nevelnek. Általánosságban nagyon nehéz a kérdést eldönteni, az azonban bizonyos, hogy az általános hygiene körébe tartozó, hozzáértő orvosok által írt népszerű munkák nem eshetnek ilyen megítélés alá. A közegészségi ismeretek terjesztését ma már állami feladatnak tekintik országszerte és ennek hivatott művelői és terjesztői mégis csak elsősorban orvosok kell hogy legyenek. *Nassauer*, a müncheni nőorvos, a szépirodalom terén is jó nevet vivott ki magának és így kettős minőségben is hivatottnak érezhette magát arra, hogy ezen kényes kérdést a művelt nagyközönség elé vigye. Könyve már 4. kiadásban jelenik meg, s amint az előszóban hangsúlyozza, az utolsó évtizedek soha nem várt haladása a technika terén az egyes ember életét is hozzáidomította az új vívmányokhoz. Az autó, a repülőgép és a léghajók megváltoztatták a divatot is. A nők ruházkodása, a sport, a torna, a nevelés új eszméi átalakították a nő testét és egész élete folyását. A férfihoz való viszonya sem maradt a régi. Mindezen vonatkozások mélyremenő változásokon mentek át és a szerző mindezek tekintetbevételével írta meg a munka 4. kiadását, mely egyidejűleg spanyol és cseh nyelven is megjelenik.

Az első fejezetben a divatnak, a nemi felvilágosításnak és a tornának, valamint a kozmetikának a nőre való hatásával foglalkozik, majd rátér a két nem közti különbségekre és kifejti, hogy a nő egészsége egyszersmind annak szépségét is jelenti.

A másik fejezet a nő korának egyes phasisait tárgyalja. Végigkíséri a nőt csecsemő-, majd iskolásgyer-

mek korán egészen házasságkötéséig. A fejezet végén néhány lapot szentel a különböző nemibetegségeknek.

A harmadik és negyedik fejezetben a terhességet és a szülést tárgyalja, mindvégig a legdecensebb módon és mindenütt hangsúlyozva az esetleges orvosi beavatkozások szükségességét. Ehhez kapcsolódik azon esetek felsorolása, amidőn a szülésnél orvosi beavatkozás válik szükségessé. Majd a gyermekágyat tárgyalja és itt rátér az ehhez fűződő sok helytelen szokásra és babonára. A különféle női betegségek felsorolása után a szoptatással és a csecsemő mesterséges táplálásának modern elveivel ismerteti meg az olvasót, míg az utolsó fejezet a nő climacteriumával és annak zavaraival foglalkozik.

Vajda Károly dr.

Az emésztőszervi és anyagcseremegbetegedésekkel foglalkozó németországi orvostársaság gyűlése.

A tavaly jól sikerült amsterdami gyűlés után az idén Berlinben, rendes székhelyén tartották meg a gyűlést október 16—18-ig v. *Haberer* düsseldorfi sebésztanár elnöklete alatt. Ez az első eset, hogy sebész elnökölt, ezzel is bizonyítani akarták, hogy az emésztőszervi tractus megbetegedéseinél mily fontos a sebész s a belgyógyász együttműködése. Az első tárgysorozaton lévő megvitatott kérdés az emésztőtractus gyógyszeres therapiájának bírálata volt. *P. Trendelenburg* (Berlin) pharmakologus e kérdés legjobb ismerője, volt az egyik referens. A bél gyorsult működése szerinte legtöbbször gyulladásos természetű, de helytelen volna csak a gyógyult peristaltikát gyógyítani s nem a beteg nyálkahártyát. Az adrenalin a spasmusokat csökkenti, az atropin szintén, míg a papaverin a peristaltikára is hat. Habitualis obstipationál az atropin, az agar-agar és paraffin jönnek szóba, általában minden, ami a bél tartalmát növeli, még pedig főleg ha ez hirtelen történik. Az oxymethylantrachynonok gyulladást okoznak. A ricinus hatásmódja még nem tisztázott. A S és SH_2 a bélizomtonust növelik. *Westphal* (Hannover) klinikai szempontból foglalkozik a tárggyal s ellentétben az előbbi motilitásra szorítkozó referatummal, a secretio kérdéséhez szól. Az alkaliák adását helyteleníti savtúltengésnél, valamint ulcusnál is, mert ezek csak igen rövid ideig csökkentik a savelválasztást s sok kárt látott tőlük (ily betegek egy része achyliásossá vált s panaszuk mégis fennállott). Inkább a perhydrol-készítményeket ajánlja s az arg. nitricumot, collargolt. Az atropin a legfontosabb gyógyszerünk, a has digitalisának nevezhető. A papaverint *Bársony* és *Friedrich L.* vizsgálatai értelmében elveti. Morphiumot ne adjunk operált betegnek: hányást okoz, mert sphinkterspasmusokat okoz. A belladonna és alkaliák együttes por adagolását helytelennek tartja. Ptosisnál jó a strychnin, hypotomia és atoniánál pituitrin kísérelhető meg, meteorismusnál jónak találta az allisatint. A psychotherapiát éppoly fontosnak tartja, mint a gyógyszeres kezelést.

Orator düsseldorfi sebész szintén a postoperativ morphiumadagolás ellen szól. *Fischl* (Prága) a gyomor hyposecretiós zavarai ellen spinatsecretint ajánl s ezypant. *Zülzer* (Berlin) a neohormonalt, melyet ő fedezett fel, ajánlja, főleg ileusnál. *Porges* (Bécs) a földalkaliáktól nagyon sok jót látott, ugyancsak *Zweig* (Bécs) is, ki az alkaliákat a gyomor morphiumának mondja s 10 g natr. bicarb.-t ajánl mikroklysma alakjában. *Curschmann* (Rostock) az obstipatio egyes fajainál thyreoidea adagolását ajánlja s subaciditás és tabeses krisiseknél adrenalint peroralisan, míg *Trendelenburg* szerint ez nem resorbeálódik a gyomorból. Mint látjuk, főleg az alkaliák adásának kérdése nem tisztázott, vannak, akik adják, míg sokan ellenzik. A csecsemők pylorospasmusáról *Schlossmann* (Düsseldorf) gyermekgyógyász helyett főorvosa, *Eckstein* számolt be. A pylorospasmus még nem tisztázatt, miután a hányás centralis eredetű általok a legjobbak. Tapasztalatuk szerint a sebészeti műtét jó műtő kezében a legjobb eredményeket szolgáltatja, utána még hosszú belgyógyászati kezelésnek van helye. *Kirschner* (Tübingen) sebész a Wéber—Ramstedt-féle műtétről s annak jó eredményeiről számol be. *Ramstedt* (Münster), a műtét feltalálója, a korai operatio mellett van. *Nobel* (Bécs) szerint a diaetás kezelés igen jó eredményeket szolgáltat s csak ha nem vezet célhoz, ajánlja a műtétet, de itt fontos a szakavatott kéz. A másik főthema az endogen soványságról és elhízásról szólt. *Thannhauser* (Düsseldorf) a lesoványodásról számol be: a lefogyás constitutionalis és szerzett lehet, de ez két különböző valami. A vitaminokkal való összefüggés még nem tisztázott. Az alapanyagcserevizsgálatokban csak nagy ingadozások mérvadók. Leginkább a pajzsmirigy befolyása alatt áll az anyagcsere, de klinikai megfigyelések alapján a hypophysis és nemimirigyek is befolyással vannak rá. Agyi eredetű soványodás igen ritka. A soványak typusait vetített képekben mutatja be, megkülönböztet thyreogen, epinephralis, hypophysis, pluriglandularis és cerebralis alakot. Therapiásan csak az insulin kerülhet szóba. *Bauer* (Bécs) az elhízásról szól. Csak endogen tényezők mérvadók keletkezésénél. A gázanalytikai vizsgálatok nem vezetnek a kérdés megoldásához s nem mérvadók. Tisztán energetikai alapon nem oldható meg az elhízás kérdése. A zsírelosztásra a szövetelemek lipomotorisos hajlama mérvadó s ezzel karöltve egy abnormis vízvisszatartóképesség. Az elhájasodásban szenvedők a vízanyagcsere zavarában is szenvednek, mint egyes vesebajosok. Nem minden esetben van hyperinsulinaemia jelen. A központi idegregulatiónak van fontosabb szerepe. *Falta* (Bécs) a belsősecretiós mirigyek szerepét tárgyalja az anyagcsereregulatióban az insulin assimilatorikusan, a thyroxin dissimilatorikusan hat.

Von *Bergmann* (Berlin) klinikáján az intermediaer zsír-, szénhydrat- és fehérjeanyagcserében sikerült kimutatni elváltozásokat az elhájasodásban szenvedőknél. *Rale* (Hamburg) szerint a hypophysis elülső lebenyének, a praephysonnak is van befolyása a zsíranyagcserére. A kardiospasmusról *Stark* (Karlsruhe) számolt be; nem tartja spasmusnak, legtöbbször szervi nekrosisként lép fel, kezelését illetőleg az által leírt tágítóval kitűnő eredményeket ért el. *Payr* (Lipcse) az operatio mellett csak akkor van, ha a belgyógyászati kezelés nem sikerült, a hasi műtét mellett van, mely az izomgyűrű elvágásában áll. *Schindler* (München) a psychotherapiától látott kezdeti stadiumban jó eredményeket. Újabb szempontok a májbetegségek belgyógyászati és sebészeti vonatkozásaiban volt a harmadik főthema. *P. F. Richter* (Berlin) a máj parenchymabetegségeiről beszél, főleg az általa inaugurált szénhydratdús táplálkozás s együttes insulinadagolásról, mely által a májban glykogenlerakódás áll elő. Napi kis insulinadagok alkalmazása mellett van. Von *Bergmann* (Berlin) szerint a májbetegségek keletkezésében a fertőzéseknek (angina stb.) sokkal nagyobb jelentőségük van, szerinte ugyanaz a hatóanyag, mely gastritist okoz, megbetegíti egyúttal a hasnyálmirigyet s a májat is. Már heveny alkoholmérgezés után is kimutatható volt a májzavar. Rég lezajlott sárgaság után hosszú idő mulva is kimutatható még májfunctiózavar. Basedownál is beteg lehet a máj. Először beteg lesz a máj, aztán beteg epét választ el (dischotie) s innen eredhetnek az epekövek. Helyes szerinte hepatopathiáról beszélni; vannak latens és anikterikus formák, csak egy késői, másodlagos stadium a cirrhosis. *Mühlfann* (Berlin) gyakran lát májlaesiót epekő s epehólyag megbetegedés esetén. *Pribram* (Berlin) csak a jobb májfélben látott májelváltozást epehólyagmegbetegedés kapcsán, oka ennek a vérelosztásban található meg. *Brugsch* (Berlin) zöld és vörös ikterust különböztet meg, az előbbi az elzáródásos, az utóbbi a hepatocellularis s ezt ferricyankalium-injectióval a bőrbe el lehet különíteni. *Hoesch* (Frankfurt a/M.) egyes cirrhosis kapcsán fellépő ascites esetekben a fölös folyadékot a duodenalis sondán keresztül tudta levezetni. *Eppinger* (Greifswald) egy haemolytikus ikterusos családnál splenektomia után az ezeknél fennálló lábszárfekély begyógyulását is látta. A haemochromatosis oka talán a Cu (a szőlővidéken gyakori). A gyermekek acetonaemiájánál a máj gyakran beteg. *Cohn* (Berlin) és *Berg* (Berlin) Röntgen-stereoskopiai képeket mutatnak be s *Porges* (Bécs) egy új készüléket, melynek segélyével a gyomor belsejét egészen veszélytelen módon lehet fényképezni. A magyarok közül *Friedrich László* számolt be a duodenalis sondával végzett vizsgálatairól, mely segélyével az epelefolyást tanulmányozta különböző körülmények között. *Guhr* (Tátra) a Basedow-vitaminosisos eredetét vitatta. *Küntler* egy általa construált duodenalis sondát mutat be. A kitűnően sikerült gyűlés tudományos eredménye igen szép volt, az elmondottak rövid vázlatát adják az ott hallottaknak. A példás lebonyolítás a német szervezőtehetség és főleg Prof. von den *Velden* főtitkár érdeme. *Korányi* professor meghívására a jövő évben Budapesten tartják a gyűlést, amelynek már előre örülnek a német collegák.

Friedrich László dr.

A Szegedi Egyetem Barátai Egyesület orvosi szakosztályának október 17-i ülése.

Előadás:

Kanyó B.: *A gyakorlati immunitástan néhány kérdése.* A streptococcusok biologiai sajátságainak jellemzése után a vörheny-, orbánc- és sepsis-esetekből elkülönített haemolytikus streptococcusokkal külön-külön immunizálás útján előállított immunsavók értékmérésére és therapiás alkalmazására vonatkozó kísérleteiről számolt be.

A vörheny elleni anatoxin védőoltásokra és combinált vörheny- és diphtheriasavó előállítására vonatkozó kísérleteit ismertetve, a diphtheriajárvány erősbödése folytán szükségessé vált azon kísérleteiről tett említést, melyek a diphtheria elleni prophylaxis- és serotherapia tökéletesbítését célozzák.

A variola- és vaccinakutatás legújabb eredményeit ismertetve, a higított oltóanyaggal való védhimlőoltásra és a vaccinavirusnak védoltottak véréből való kimutatására vonatkozó vizsgálatait foglalta össze.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika Tudományos Társulatának október 23-i ülése.

A) *Bemutatások.*

1. **Grün Gy.:** *Mesenterialis thrombosis esete.* 65 éves férfibeteg, tabes decompenzált aorta insufficientia. Hirtelen fellépő kólikaszerű fájdalmakról panaszkodik, melyeknek punct. maximuma a sigma táján van. A m. rectus alsó sinscriptiójától lefelé defense és igen erős nyomásérzékenység. A beteg lázas, subikterikus, pulsusa rossz, csuklik. Székletét szurokszerű, Weber ++, ötödik napon exitus. Klinikai diagnosis: thrombosis mesenterialis, amit a sectio igazol.

2. **Lobmayer G.:** Bemutatja egyik betegét, kinél egy nagyobb veseműtétet végzett s akit megelőzően nagyobb lelki trauma ért. Felhívja a hallgatóság figyelmét, hogy nem sürgős, nagy sebészi beavatkozásokat csak akkor szabad végeznünk, ha a betegek lelki egyensúlyukat visszaszerezték. Különösen kiemeli a betegeknek műtét előtt való psychés előkészítésének fontosságát.

3. **Pick I.:** a) *Othorrhoea nélküli otitis media.* Bár gyakran látunk othorrhoea nélküli szövődményes otitiseket, mégis ritkák azon esetek, hol kezdettől fogva sem perforatio, sem folyás nincs. b) *Műtét alkalmával diagnostizált agycysta.* Trauma után otitis medis, osteoiditis. Műtétnél a temporalis lebeny középső és alsó tekervényében tojásnyi cystát találtak. Bevérzés, exitus. c) *Gyógyult otogen meningitis.* Liquorlelet alapján korai diagnosis, műtét *(Révész).* Systematikus liquortherapia és urotropin alkalmazása. A beteg intercurrens erysipelas dacára gyógyult.

B) *Előadás.*

Kelemen E.: *A Zondek—Aschheim-féle terhességi reactio.* A Zondek—Aschheim-féle reactio megoldotta a terhesség korai időszakban való felismerését. A reactio azon alapul, hogy gravidáknál már a terhesség legkorábbi szakában (a menstruatio elmaradását követő második naptól kezdve) a vizeletben nagymennyiségű hypophysis elülső lebenyhormon ürül. E hormon bizonyító jele a fennálló terhességnek. A hormont juvenilis, három-négyhetes egereken lehet kimutatni. Ha ugyanis ilyen hormontartalmú vizelettel oltjuk az ivaréretlen egereket, akkor 100 óra mulva ezeknek ovariumán corpus luteumokat és corpus haemorrhagicumokat találunk. A graviditas biztos megállapítására elegendő egy corpus luteum vagy corpus haemorrhagicum. Az ovarium változásait az uterus tetemes megnagyobbodása és a hüvely hámjának kialakulása, valamint elszarusodása szokta kísérni, ez azonban még nem jellemző a graviditásra. Előadó 234 Zondek—Aschheim-féle reactiót végzett. A beküldött vizeletekről előre sohasem tudta, hogy kitől származnak. 234 esetből 149-szer volt a reactio positiv, ebből 143 esetben az eredményt a klinikai vizsgálat igazolta, 6 beteg nem jelent meg controllvizsgálatra. 85 negativ eredmény közül 77-et a klinikai vizsgálat igazolt, 8 nem jelentkezett. Tapasztalatai szerint tehát a Zondek—Aschheim-féle vizsgálat 100%-ban bevált a terhesség korai felismerésére. A reactiót nagyjelentőségűnek tartja az orvosi gyakorlatban, különösen extrauterin terhesség gyanújánál, továbbá, ahol tumor és graviditas, vagy tumor és extrauterin graviditas között kell elkülönítő diagnosist felállítani.

Fekete S.: Előadóéhoz hasonló jó eredményeket kapott *Vas* tanár poliklinikai laboratoriumából. Az eljárásnak hátránya, hogy 100 óráig tart; extrauterin graviditásnál, terhesség és tumor complicatiójánál sokkal gyorsabb reactióra volna szükség. *Zangemeister* a Zeiss-féle fényfokozatmérővel (Stufen-photometer) vizsgálta a placenta-vérserumsystemát és abban terhesség esetén 8—11 óra alatt lejátszódó elváltozásokat talált; eljárását a terhesség diagnosisára, sőt az apaság megállapítására is alkalmasnak tartja. Mások placenta-, hypophysiskivonat intracutan oltásával igyekeznek a gravidszervezetben állítólag charakteristikus reactiót kiváltani. Ezek az eljárások azonban még nincsenek kellőképen kipróbálva. A Zondek—Aschheim-féle eljárás helyes technika esetén megbízható eredményt ad.

Földes L.: Az utolsó évek szép endokrinologiai eredményeihez méltóan sorakozik a Zondek—Aschheim-féle terhességi reactio, mely hosszú évek biologiai kutatásainak gyümölcse. Rendkívül fontosságú ez a reactio az extrauterin graviditas differentiált diagnosisa szempontjából kisebb cystákkal vagy adnextumorral szemben. 62 eset kapcsán azt hiszi, hogy a Zondek—Aschheim-féle reactio közel 100%-ban biztos eredménnyel jár.

Kelemen E.: A reactio idejének megrövidítésére kísérletek vannak folyamatban.

Az Erzsébet Egyetemi Tud. Egyesület orvosi szakosztályának október 28-i ülése.

1. **Ángyán J.:** *Megemlékezés Heim Pál professorról.* Tisztelt Szakosztály! Elnökünk, *Heim Pál* meghalt. Energikus, tudós, kritikus, actiót indító és actióban tartó egyénisége mozdulatlan. Szelleme köré, mint hatalmas energiák forrása köré, sereglik mindaz, akit élete folyamán egyszer megközelített, megérintett, delejezett. Egy egész országra való embertömeg helyezkedik el az ő szelleméhez vezető erővonalak mentén, szótlanul, csendesen, szenvedőn, gyászban. Orvostársadalmunk kiválóságainak halottas ágya körül még nem láttunk soha ilyen gyászt. Még nem láttuk soha az orvosember szellemének ily hatalmas tömegvonzó erejét. A mi szakosztályunk is ott áll a *Heim Pál* szelleméből eredő mágneses vonzás egyik erővonalában, az őt gyászoló, de egyben az ő dicsőségét hirdető tömegben. Elmondhatjuk, hogy együtt vagyunk, rendben, egységben s ezt néki köszönjük, ezért néki vagyunk örökké hálásak. Elmondhatjuk, hogy soha még ennyire eggyek nem voltunk, mint az ő halála pillanatában. Elmondhatjuk, hogy ma, az egymás iránt való teljes kiengesztelődés és az együttes munka vágya, mindaz a jó és nemes, amit *Heim Pál* ide indukált, mindegyikünkben megvan és elmondhatjuk, hogy az ő szellemében fogunk működni, az ő emlékét fogjuk ápolni.

2. **Burg F.:** *Ritka vulvadaganat esete.* Bemutató egy 58 éves nőbetegtől származó, annak bal nagyajkán helyetfoglaló képletről számol be, mely onnan csekély vérzés miatt távolíttatott el. A szövettani vizsgálat megállapította, hogy a képlet csökevényesen fejlett, izzadságmirigyből indult ki. A daganatot a *Pick* által „Adenoma hydradenoides tubulare" névvel jelölt daganatok csoportjába tartozónak véli. Bemutató osztja *Ruge* álláspontját, mely szerint a vulva ily szemölcsszerű daganatai még akkor is kiirtandók, ha azok klinikailag teljesen jó természetűnek mutatkoznak is. Az eset különben ritka előfordulásánál fogva érdemel figyelmet, mert az irodalomban bemutató mindössze 23 hasonló esetet talált.

3. **Anday Gy.:** *A szövettenyésztésről.* Előadásában a szövettenyésztés történetének rövid összefoglalása után vázolja annak technikáját, különösen *Harrison, Burows, Carrel,* és *Bartha Ödön* módszereit. Leírja a szervezetből kivett, in vitro élő szövetdarabka sorsát, a kinövési udvar kialakulását. Beszél azokról az anyagokról, melyek növést serkenteni és gátolni képesek. Különösen nagy az embryonalis extractum hatása, mellyel a transplantatio módszerének segélyével egy-egy szövetdarabka tetszésszerinti ideig életben tartható. *Lubarsch* és *Champy* nézetének vázolása után ismerteti az egyes növési typusokat kifejlődött állat, és embryo szöveteiből in vitro. Demonstrálja az elmondottakat saját készítményeiről készült mikrophotogrammok vetítésével, majd élő szövetculturák bemutatásával. Ismerteti ezután a szövettenyésztés néhány

nagy eredményét; *Maximow*, *Fischer* vizsgálatait, majd a daganatkutatás körül elért eredményeket. Reámutat a szövettenyésztés hátrányaira, de előnyeire is, amit a sejtek könnyen analyzálható, leegyszerűsített körülmények között való közvetlen vizsgálata nyujt.

Entz B.: Örömmel üdvözli az előadót, aki olyan themával foglalkozik, amelynek a jövőre igen nagy jelentősége van. Nézete szerint ezek a vizsgáló eljárások olyan átalakulást fognak előidézni az orvostudományban, amilyent a bakteriologiai vizsgálatok kiváltottak. Rámutat arra, hogy az első szövettenyésztési vizsgálatokat *Reklinghausen* és *Klebs* végezték a mult század hetvenes éveiben, ők szaruhártyát tenyésztettek egyszerű bouillonban, amely bakteriologiai táptalajnak szolgált. Néhány megjegyzést fűz még az előadáshoz, hangsúlyozza, hogy a sejttenyészetekben a sejtek jóval tovább életben tarthatók, mint az irisbe való beoltás esetén. *Leopold* vizsgálata szerint az embryonalis porcsejtek az irisre oltva eredeti nagyságuk háromszázszorosát érték el és aztán lassankint az egész szövettömeg elsorvadt, ezzel szemben a szövettenyészetekben a sejtek tetszésszerinti ideig életben tarthatók, szaporodásuk jóformán határtalan. Nagyjelentőségűek *Fischer*nek a sarkoma-sejtekre vonatkozó vizsgálatai. Felhívja az előadó figyelmét, hogy kíséreljе meg a maligmus-tumorok biologiai diagnosisát oly módon, hogy a Fischer-féle előírás szerint izomba oltsa, mert ha helyesek *Fischer* vizsgálatai, akkor a sarkoma-sejtek rohamosan belenőnek az izomba, az elpusztítják és így az egyszerű fibromák és myxomák explantált sejtjeitől lényegesen különböznek. Ismeretes, hogy milyen nehéz egyes esetekben szövettani metszetekben annak a megállapítása, hogy valamely daganat sarkoma-e, vagy sem. Ha ez a kísérlet beválik, úgy egyszerű diagnostikai segédeszköz birtokába jutunk, amellyel egy-két nap leforgása alatt biztosan meg tudjuk állapítani a daganat természetét. Ilyen irányú vizsgálatok végzését nagyon kívánatosnak tartja.

A mesterséges légmell alkalmazása a gyermekkorban.

Írta: *Rohrböck Ferenc dr.*

(Magántanári előadás.)

A tüdőgümőkór therapiájába *Forlanini* vezette be a mesterséges légmellett. A beteg tüdőfél a művi úton bevitt gázzal, illetve levegővel comprimálva, nyugalomba helyeztetik, ennek következtében a tüdő heges zsugorodása illetve gyógyulása érhető el. Kezdetben idegenkedéssel fogadták e methodust, de annál jobban terjedt el később. A gyermekkori tuberculosisnál csak a későbbi idők folyamán kezdték alkalmazni. Ezt elsősorban a gyermek mellkasának anatomiai viszonyai magyarázzák. Az utóbbi 8—10 év alatt azonban — különösen a francia szerzők — a gyermekeknél is mindinkább felkarolták e módszert és számolnak be legtöbbször jó eredményekről. Így különösen *Armand—Delille* cikkek sorozatában referál a pneumothorax-szal elért kedvező hatásokról. A francia literaturával szemben a német irodalom adatai csak részben kielégítőek, egy részük (így *Birk*) az eredmények megítélésénél bizonyos mértékben lehiggaszt, mert szerintük az esetek jó része magától is gyógyult volna.

Ezen, kissé ellentétes álláspont között, a gyermekorvos szempontjából a következő kérdésekre kell feleletet keresni.

1. Indikált-e egyáltalán művi pneumothorax a gyermekkorban, s ha igen, milyen korban végezhető az el?; 2. Milyen indicatióknál végezhető, vagy végzendő pneumothorax?; 3. Töltések következtében akár közvetlenül, akár közvetve származhatik-e veszély a gyermek szervezetére, s ha igen, milyen, és hogyan eliminálható?; 4. Milyen módszer a legjobb és legegyszerűbb a gyermek szempontjából; 5. Milyen mennyiségben és időközben kell a töltéseket végezni, — és végül 6. milyenek a várható eredmények a prognosis szempontjából?

Az első kérdésre ma már csaknem egyértelmű a szerzők válasza, hogy a gyermekek éppúgy alkalmasak a pneumothorax végzésére, mint a felnőttek. *Simon* bizonyos enthusiasmussal azt mondja: „Es gibt kein Heilverfahren, das bei der schweren Lungentuberkulosis des Kinderalters ähnliche Ergebnisse zeitigt". Természetesen nem minden gümős gyermek alkalmas a töltésre. *Babonneix—Denoyelle* pl. csak az esetek 4%-át, *Armand—Delille* kb. 11%-át, *Eliasberg—Cahn* 18·9%-át, mi kb. 10%-át találtuk a pneumothorax-kezelésre alkalmasnak. A *korra* vonatkozólag a vélemények jobban eltérők. Általában idősebb gyermekeknél 8—10 éves kortól kezdve ajánlják. *Pogorschelsky* a Finkelstein-klinika álláspontját szegezi le és azt mondja, hogy a pneumothorax a csecsemőkorban contraindikált, 10 év alatti korban csak igen ritkán és a legnagyobb óvatossággal végzendő. Véleménye szerint csak a 10 év feletti korban van jelentősége, bár itt is a legnagyobb elővigyázatosságot ajánlja, különösen a pubertasra való tekintettel. Ezzel szemben *Nobecourt* különösen a pubertas korában erős progressiv hajlamú tuberculosis lányoknál ajánlja melegen a pneumothoraxot. Mi ismételten alkalmaztuk kisebb, 4—6 éves gyermekeknél is (természetesen kezdetben kisebb mennyiségű levegővel) s azt mondhatjuk, hogy a fiatalabb gyermekek is kitűnően tűrték a töltéseket. A legfiatalabb gyermek 16 hónapos volt. Épp ezért a mi álláspontunk az, hogy óvatosan végezve fiatal gyermekeknél éppúgy alkalmazható, mint a nagyobbaknál, s nem annyira a gyermek kora, mint inkább a betegség milyensége és foka döntő az indicatio mérlegelésekor.

A legkényesebb és legnehezebb az indicatio felállításának kérdése, ami mindenesetre nehezebb, mint a felnőtteknél, s nem osztjuk *Vincenti* álláspontját, aki szerint az indicatio egyszerűen ugyanaz, mint felnőtteknél. A szerzők jó része (*Birk*, *Armand—Delille*, *Eliasberg* stb.) ma azon az álláspontonvan, hogy az ú. n. epituberculosis infiltratiónál a töltés felesleges, mert ezek jórésze maguktól is gyógyul. De hol van az a határ, amin innen még nem kell, s amin túl már lehet, sőt kell is pneumothoraxot végezni? Itt a klinikusnak sok tényezőt kell figyelembe venni s egész pontos mérlegelés tárgyává tenni. Fertőző kórok után constatált hilusduzzanatok, még ha nagyobb terjedelműek is, ha egyébként a gyermek állapota és közérzete jó, láztalan, vagy semmit vagy alig köhög, még nem indikálhatja a töltést. Viszont ingadozó lázak erősebb köhögés, a gyermek fokozatos romlása néha még kisebbfokú physikalis és Röntgen-lelet mellett is indokolhatja a pneumothoraxot. Ezen határt megtalálni épp a jó klinikus művészete. Általánosan elfogadott volt hosszú ideig, hogy csak egyoldali folyamatoknál indikált a pneumothorax. Sajnos, azonban kifejezett egyoldali elváltozás nagyon ritka, különösen a gyermekkorban, ahol a hilusok a gümős gócok kiinduló pontjai, úgyhogy szigorúan ezen indicatio mellett nagyon ritkán volna pneumothorax végezhető. Épen ezért újabban mindinkább tért hódít a kétoldali töltés. Ezen álláspontnak *Armand* és *Simon* mellett főleg *Wiese* a képviselője, aki 26 ilyen esetről számol be igen jó eredménnyel. De különösen kiemelik a szerzők (így *Bigart—Schreiber—Bonnet*, *Armand—Delille*, *Eliasberg—Cahn* stb.) cavernáknál, positiv Koch-leletnél a pneumothorax jó hatását, amiből a további indicatio is adódik. Egy másik indicatio még a haemoptoe, különösen, ha ismétlődik és nagyobb mennyiségben jelenik meg a vér. *Armand—Delille* szerint a hatás itt mindig prompt. Mi, bárha kevés haemoptoe-esetünk volt, ezt biztonsággal nem állíthatjuk, legalább is így nem. Mert először is nem minden esetben sikerül vérzéseknél a pneumothorax végzése a már jelenlevő összenövések miatt, másrészt pedig nem mindig lehet annyi levegőt bevinni, hogy a tüdő teljes collapsusa álljon be, ami pedig a vérzés csillapításának csaknem elengedhetetlen feltétele. Egyesek (*Balboni*, *Genevrick*) még bronchiektasiánál és tüdőtályognál is indikáltnak tartja a mesterséges légmellett.

Contraindikált a pneumothorax igen kiterjedt kétoldali folyamatoknál és mindazon esetekben, ahol a gyermek azt nem tűri.

A harmadik kérdés, hogy a gyermek szervezetére származhatik-e veszély akár közvetlenül, akár közvetve a pneumothorax következtében. Erre vonatkozólag is

megoszlók a vélemények. Míg *Pogorschelsky* a különböző veszélyek miatt a legnagyobb óvatosságot ajánlja, *Bandellier, Röpke* pedig a tüdő sértésének veszélye miatt a pneumothoraxot igen veszélyes műtétnek tartja, addig a másik oldalt, *Armand—Delille* szerint, a pneumothorax műtéte teljesen veszélytelen. E két szélsőséges álláspont között a középen kell maradni. Ugyanis vannak veszélyei a műtétnek, amikre el kell készülve lenni. Ilyen a tüdő esetleges megsértése. E veszélynek egyrészt a minuciosus pontos és helyes technikával vehetjük elejét, másrészt pedig azáltal, hogyha a punctiós tű végén a legkisebb vért is látjuk, inkább abba hagyjuk a műtétet s a töltést meg sem próbáljuk, hanem pár nap mulva kíséreljük meg újra. Így a légembolia veszélye a minimalisra csökken. A másik a gyermekkorban többször észlelt kellemetlenség a pleuralis shok, ami sokszor ijesztő formában jelentkezik. A gyermek hirtelen collabál, pulzus nem érezhető, a légzés egész felületes, igen szapora, rendkívül nagyfokú cyanosis lép fel és a gyermek momentán állapota igen súlyos képet mutat. Ezen shok legtöbbször már a töltés előtt a troicartnak a pleurán való áthatolásakor, máskor pedig már igen kis mennyiségű levegő töltése után jelentkezhetik. Sajátságos, hogy voltak olyan esetek, ahol pneumothorax megkísérlésekor már jelentkezett e rendkívül ijesztő kép, úgyhogy ahányszor megpróbáltuk, rögtön abba kellett hagyni azt. A szerencse az, hogy a collapsus nem tart soká, a gyermekek cardiacumokra jól reagálnak s 5—10 perc mulva csak a sápadtság, bágyadtság marad vissza. Ezen complicatio leírását a hozzáférhető külföldi irodalomban nem sikerült megtalálni. Többen leírják a töltés után jelentkező bőremphysemát, amit magunknak is több ízben alkalmunk volt constatálni. Ez azonban rövidesen visszafejlődik, kellemetlenséget nem okoz, legfeljebb annyiban káros, hogy a töltésre szánt levegő nem jut egész mennyiségében a rendeltetési helyére s így nem is fejti ki teljesen a kívánt hatást, a beteg tüdő teljes collapsusát. Röviden azt mondhatjuk, hogy a pneumothorax műtétének veszélyei, ha azt szakszerűen és óvatosan végzik, igen csekélyek.

A methodikát illetőleg gyermekeknél is nagyjában a felnőtteknél használatos módszer ajánlatos. Fontos azonban a novocainnal való tökéletes anaesthesia, mert a gyermek nem marad nyugodtan, ha fájdalmat érez, mint a többé-kevésbbé önuralommal rendelkező felnőtt. De kívánatos ezen tökéletes anaesthesia azért is, mert a gyermek anatomiai viszonyai miatt sokkal finomabban, óvatosabban kell behatolni, mint a felnőtteknél, hogy a tüdő szövetének sértését elkerüljük, amely oknál fogva a troicartnak a pleurán való áthatolásakor rögtön tangentionalis irányba kell fordítani azt. Hogy a már említett légembolia veszélye kiküszöböltessék, a troicart hegyes mandrinjának kihúzása után húzzuk át azt steril gazen, sondázzuk meg a canulet tompa mandrinnal, amit ugyanígy letörlünk gazen, s ha egyik sem hagy a gazen vércsíkot, akkor folytathatjuk a műtétet. Évégből nyomást mérünk a manometeren, amelynek a légzéssel kapcsolatos erős kilengése mutatja azt, hogy a szabad pleuraüregben vagyunk bent s a töltést megkezdhetjük. Ellenkező esetben hiába is töltünk, mert valószínűség szerint, összenövések közt vagyunk, ami sokkal többször fordul elő a gyermekkorban, mint általában hisszük, s ami miatt sokszor csak eredmény nélküli kísérlet marad a pneumothorax műtéte. Csak biztosan positiv nyomás mellett kezdhetjük meg a töltést, amikor is a levegő bebocsájtásának csak lassan szabad történnie, időnként manometer nyomásával ellenőrízve a tüdőben uralkodó nyomást, ami ha positivvá válik, még jó közérzet mellett is a töltés abbahagyását teszi szükségessé.

Mi töltésre csak szűrt levegőt használtunk. Az egyízben bevitt levegő mennyisége 100—300 cm^3 között ingadozott. Kisebb gyermekeknél és első ízben mindig kisebb mennyiséggel (100—150 cm^3) kezdtük a töltést, és csak a töltések ismétlésekor adtunk fokozatosan többet. Töltés közben mindig ellenőríztük a gyermek általános állapotát, közérzetét, és ha rosszullétről, erős feszülésről panaszkodott, vagy ha a már említett pleuralis shok tünetei kezdtek jelentkezni, rögtön abbahagytuk a töltést. A levegő mennyiségének adagolása egyébként teljesen individualis. Néha a kisebb gyermek többet tűr el, mint a nagyobb. Ha sikerül a tüdő teljes collapsusát elérnünk, amiről Röntgen-átvilágítással győződünk meg, akkor körülbelül egy hét az az idő, amikor a töltést megismételjük. Ha azonban a fennálló pleuralis összenövések a tüdőnek teljes collapsusát többé-kevésbbé gátolják, akkor esetleg hamarabb is tölthetünk újra. Általában azonban azt mondhatjuk, hogy gyermekeknél aránylag hamarabb absorbeálódik a bevitt levegő, mint a felnőtteknél. Később, 1—2 hónap mulva a töltési időközöket ritkíthatjuk 2—3—4 hétre is. Mindenesetre azonban elsősorban a klinikai tüneteket kell tekintetbe venni. Amennyiben azok visszafejlődését vagy megcsillapodását látjuk, a physikalis tünetek kevesbednek, a lázak csökkennek, a köhögés szűnik, akkor mindezek egybevetése fogja a töltések idejére, sőt mennyiségére nézve is a további directivákat megadni. Fordítva pedig azon gyermekeknél, kiknél egyízben pleuralis shokot kaptunk, nem ajánlatos a pneumothorax újbóli megkísérlése sem. Ezt ismételt tapasztalat alapján mondhatjuk. Mert akinél a pneumothorax shokot váltott ki, nagyon valószínű, hogy annál e shok újabb kísérlet esetében újra jelentkezni fog. Ez alkalommal megemlítünk egy 14 éves leánygyermeket, akinél — az első eset kivételével — kétízbeni újabb töltési kísérletnél mindig igen nagyfokú shokjelenségek léptek fel, sőt, amikor hosszabb idő mulva, a folyamatnak a másik oldalra való erősebb fokú kiterjedése miatt az ellenkező oldalon próbáltuk meg a pneumothorax végzését, a tűnek a pleurán való áthatolásakor, — tehát töltés megkísérlése nélkül — újra erős shoktünetek jelentkeztek.

Kérdés, hogy a gyermekek tüdőbajában milyen eredmények érhetők el pneumothorax-kezeléssel? Az eredmények megítélése szempontjából a Röntgen-controllt kell főleg tekintetbe vennünk. Legnagyobb hatást az esetben várhatunk, midőn a tüdő teljes collapsusát tudtuk elérni. A tüdőnek ezen nyugalombahelyezése egyúttal conditiója a gyógyulás lehetőségének is. Minden esetben, amidőn a collapsus csak részleges, többnyire az eredmény sem lesz olymérvű, mint a teljes collapsus eseteiben. Mi a töltéseket — mint említettük — lehetőség szerint sokszor ismételtük meg, azonban pár esetben már 2—3 töltés után is — amikor azokat nem folytathattuk, — jó eredményeket kaptunk. A lázak vagy megszűntek, vagy csökkentek, a köhögési inger alábbhagyott, a gyermek közérzete megjavult s a testsúlygyarapodás is megindult. Három esetben a physikalisan és Röntgen-nel is constatált kisebbfokú kisdiónyi caverna, öt ízben ismételt pneumothorax után visszafejlődött, annyira, hogy Röntgen-nel sem volt kimutatható. Mindenesetre meg kell jegyezni, hogy e cavernák csak incipiens állapotban voltak, nagyobb szétesés nélkül. A szerzők jó része szerint, mint említettük, épp a caverna képezi a pneumothorax legfőbb indicatióját, amikor is az eredmény attól függ, hogy a tüdő collapsusa tökéletes volt-e, hogy a caverna annyira összenyomatott-e, hogy heges zsugorodás beállhatott és hogy végül elég hosszú ideig tartott-e a collapsus? Mert a gyermekek tüdőbaja épp abban különbözik a felnőttekétől, hogy a gyermekek ilyen folyamata sokkal inkább hajlamos a szétesésre, mint a felnőtteké. Ezt meggátlandó, minden módot és eszközt meg kell ragadnunk, ami a gyermek tüdőbajának gyógyíthatását, ha csak részben is, elősegíti. 23, jórészt évek óta kezelt és megfigyelt eset kapcsán azt mondhatjuk, hogy a pneumothorax a gyermekeknél éppúgy elvégezhető, mint a felnőtteknél s az eredmények, miket általa elértünk annyira kielégíthetők, hogy bárha az esetek csak kis részében beszélhetünk valóságos gyógyulásról, nagyobb részében pedig csak javulásról, de ez utóbbi esetekben is a gyermek általános állapotának megjavulását, a physikalis tünetek visszafejlődését majd mindig constatálhattuk. Minden esetben azonban káros hatás nélkül, ha mást nem, az élet meghosszabbítását tudtuk elérni, s mindentől eltekintve ez maga elegendő ok arra, hogy a pneumothorax-kezelést — egyéb gyógytényezők mellett — a gyermekkorban is felkaroljuk s végzését propagáljuk.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. rk. tanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos.

Transitorikus hemiplegiák okai és kezelésük.

Hemiplegiák a hátulsó tokszár durvább anatomiai elváltozásával kapcsolatban jönnek létre. Ha a laesio kiterjedtebb és a capsula internát hátsó részében egész terjedelmében éri, akkor a bénulás maradandó, ellenkező esetben a hemiplegia részben vagy egészében, a laesio nagyságától függően rövidebb vagy hosszabb idő multán megszűnik. Maradandó hemiplegiákat rendesen kiterjedt vérzések, thrombusok, emboliák, a hátsó tokszárban székelő daganatok, kiterjedtebb lágyulásos gócok okoznak. Az ilyen természetű hemiplegiákat a spasticitas és kóros reflexek, nemkülönben a contracturára való hajlamosság jellemzi. A maradó hemiplegiákkal szemben állanak azok a féloldali bénulások, melyek keletkezésük után rövid idővel, esetleg néhány havi fennállás után nyomtalanul eltűnnek. Ezeket transitorikus, passagèra vagy temporarer hemiplegiáknak mondjuk. A transitorikus hemiplegiák okaik szerint a következők lehetnek: 1., anatomiailag fundáltak; 2., infectiók, toxinok által előidézettek; 3., toxikus eredetűek; 4., ismeretlen okok által létrejöttek és végül 5., psychogenek.

Az anatomiai okok folytán fellépő transitorikus hemiplegiák oka rendesen capillaris embolia vagy petechialis vérzés szokott lenni. Ha az ereket elzáró keringési akadály, a thrombus felbomlása, felszívódása vagy a véráram útján való kimosatás következtében megszűnt, vagy collateralis keringés kifejlett még mielőtt lágyulás következett volna be, akkor a hemiplegia visszafejlődik. Ugyanilyen viszonyokkal állunk szemben, ha a hemiplegiát tumor okozza és a capsula összenyomatása csak távolhatásként jön létre. Múló jellegű féloldali bénulás állhat elő nem egyszer sklerosis polyinsularis kapcsán is. Ugyancsak ezt látjuk lueses endoarteritis obliterans esetében, ha a lumen elzáródása csak időleges. Hasonló viszonyok állnak elő érgörcs esetén, midőn a görcs által keringéstől elzárt területen ischaemia következik be. Az ily bénulások példája a migrainnel kapcsolatban fellépő hemiplegia. Organikus jellegű transitorikus hemiplegiák esetében a szokásos felszívó kezelést végezzük: adjunk a szokásos medicatióban jódot, lueses esetekben inunctiót, utána pedig neosalvarsan vagy intramuscularis neoiacol-injectiókat; tumor esetén jól hat a decompressio, migrain esetén jól bevált a molloid, melyet tabletta alakjában naponként többször adhatunk. A bénulás bekövetkezte után két héttel a bénult végtagok faradozását végezzük. Gondoskodjunk beöntéssel a beteg könnyű székeléséről, adjunk lacto-vegatabilis diaetát, ha magas a vérnyomás végezzünk venapunctiót vagy sectiót. Általában úgy járjunk el, amint apoplexiák után fellépő hemiplegiák esetén szoktunk. Nem sorozzuk a transitorikus hemiplegiák közé azokat, melyek paralysis folyamán lépnek fel. Az apoplectiformis rosszullétek alkalmával keletkező bénulások igen hamar elmulnak, s kezelésük a paralysis therapiájába tartozik.

Az infectiók kapcsán múló hemiplegiákat gyakran enkephalitis, meningitis epidemica, scarlatina, diphtheria, pneumonia után látjuk. Ezekben az esetekben a hemiplegiát csak toxinhatással magyarázhatjuk, mivel számos idevágó esetben a sectio és kórszövettani vizsgálat a capsula területén kóros elváltozást nem derített fel.

Intoxicatiós jellegű múló hemiplegiákat anyagcseremegbetegedések eseteiben észlelhetünk. Ilyen a diabetes, továbbá albuminuriák és főleg az uraemia, melyekben a capsulához tartozó érrendszer toxikus bántalmazottságát kell felvennünk. A toxikus csoportba kell még sorolnunk az albuminuriával kapcsolatos úgynevezett terhességi hemiplegiákat is. Külön elbírálás alá tartoznak a pleura megbetegedéseivel kapcsolatos passagere féloldali bénulások, melyeket pleuritis, empyema, továbbá a pleurán végzett incisio, punctio vagy a pleuraür kimosása alkalmával figyeltek meg. Legvalószínűbb, hogy ezekben az esetekben miliaris légembóliákról lehet szó. Toxikus eredetű a carcinoma kachexia folyamán fellépő bénulás, melyet azonban nem a capsulára localizálható gócok idéznek elő. Infectiosus és toxikus bénulások nem egyszer körülírt oedemák vagy meningealis affectiók folytán jönnek létre. Az infectiosus és toxikus csoportban a kezelés mindig az alapbetegségre irányul, emellett a szokásos hemiplegiás kezelést is végezzük.

Vannak múló jellegű hemiplegiák, melyeknek okát nem ismerjük, anatomiai elváltozásokkal nem járnak s melyeket a hemiplegia sine materia név alatt ismerünk. Minden kezelés nélkül napok vagy hetek alatt eltűnnek. Ritkán fordulnak elő.

Psychogen eredetűek a hysteriás féloldali bénulások. Jellemző ezekre, hogy kedélyi izgalom hatására jönnek létre, s a valódi hemiplegiákkal szemben nem spasticus, hanem laza bénulás alakjában nyilvánulnak. Hysteriás bénulások esetén sem a facialis, sem a hypoglossus területén elváltozást nem látunk, a beteg a bénult alsó végtagot nem circumducálja, hanem élettelenül maga után húzza. A bénult végtagokon övszerű érzési kiesések vannak. A contracturára való hajlandóság hysteriában csekély, emellett a többi hysteriás stigmákat is megtaláljuk. Hysteriás bénulás esetén minden az orvostól függ. Minden medicatiónk és physikalis beavatkozásunk eredménye tisztára egyéni művészetünktől függ. Adhatunk a betegnek brómot vagy valeriana származékokat, faradozhatjuk vagy franklinozhatjuk, az eredmény suggestiv egyéniségünk függvénye. Erélyesen, de a beteg érzékenységét kímélve parancsoljuk ki az ágyból, győzzük meg, hogy lábára tud állni, ha ez sikerült, akkor már könnyebb lesz rávennünk, hogy tegyen egy pár lépést. Kis türelemmel és megértéssel csakhamar célt érünk. Helytelenül alkalmazott erélyesség csak a hemiplegia megrögződéséhez vezet.

Büchler Pál dr., egyetemi tanársegéd.

Aortitis luetica.

(Második, befejező közlemény.)

Nehéz lehet az eligazodás az öreg korban, amikor a felsorolt klinikai tüneteket az atheromatusus processus hozhatja létre. Az aortitis luetica is nem egyszer a hajlott korban lép fel, úgyhogy jogosan említi fel *Schlesinger* az aggkor megbetegedései között. Ilyen korban levőknél a pontos anamnesis, a Wassermann-reactio positiv volta és antiluetikus gyógykezelés nem is olyan kivételes eredményessége fog útbaigazítani. A bal szív kifejezett túltengése, arhythmiák, a bal szívizomzat megbetegedésére, az abdominalis aorta megtámadtatására mutató tünetek azok, amikből ily körülmények között is sikerül a helyes diagnosist felállítani. Bár valljuk be őszintén: a Wassermann-reactióból és az „ex juvantibus“

specifikus gyógykezelés eredményességéből jutunk el előben ilyenkor is legtöbbször helyes diagnosisra.

Az aorta insufficientiája csak az esetek 5%-ában atheromatosus processus eredménye.

Az aortitis luetica minden körülmények között komoly, súlyos bántalom. Sikeres *gyógykezelésére* szükséges a beteg kellő magatartása, az orvosnak körültekintő, individualizáló gyógykezelése. Aránylag jó állapotban levő betegnél is helyes a gyógykezelést úgy vezetni, hogy minden tekintetben kímélő életmódot írunk elő.

Ne feledjük el, hogy a Wassermann-reactio és a syphilis spironaemiának a felfedezése előtti években a *jódkezelés* volt az, mely feltűnő jó hatásával (különösen a subjectiv panaszokra) először mutatott arra, hogy az aortamegbetegedések igen gyakran luetikus eredésűek. Napi 0·5—2·0 g jód alkalmazására gyakran gyorsan javulnak a kellemetlen panaszok. Ezért mi is rendesen jód alkalmazásával kezdjük a gyógykezelést. Emlékezünk reá, hogy *Ehrlich* a *salvarsan*-kezelést contraindikálta a szív luetikus megbetegedésénél. Ma ez már túlhaladott álláspont, s tudjuk, hogy kicsi adagokkal kezdve, óvatosan előre haladva, a salvarsan intravenás alkalmazása aortitis lueticánál helyén van. Mi 10—15 cg-os neosalvarsan-adagokkal folytatjuk kétheti jódkezelés után az aortitis gyógykezelését, rendesen combinálva rosszul oldódó bismuth-készítmények alkalmazásával, ritkábban higanykezeléssel, melytől gyakrabban látni kellemetlen tüneteket. Mi 30 cg-os neosalvarsan adagnál nagyobbbra csak kivételesen emelkedünk. A kezelést addig folytatjuk, míg a beteg 3—4 g neosalvarsant és három naponként 1 cm³ bismuth-készítményből 15—20 injectiót kapott.

Egyszerű aortitises vagy aneurysmás betegnél, ha a kórfolyamat nem vezetett még az aorta falának nagyfokú pusztulásához és nagyobbfokú kitágulásához, ily kezelés mellett lényeges javulás, sőt gyógyulás is elérhető.

Fokozottabb óvatosságra van szükségünk idős egyéneknél, vagy angina pectoris rohamokkal járó aortitis luetica eseteiben. Ily beteget antiluetikus kúrája elején, de különösen a salvarsan-kezelés megkezdésekor az első hetekben ágyban tartunk, s az előrement jódkezelés után neosalvarsan alkalmazásával igen óvatosan járunk el, 5—10 cg neosalvarsannál hetenként kétszernél többet nem adunk, nehogy sokkal súlyosabb angina pectoris roham, collapsus, vagy status anginosus következzék be, ami a salvarsan nagyobb adagainál könnyen megtörténhetik. Ily tüneteket, melyek nem is oly ritkán collapsusban rögtöni halálhoz vezettek, Herxheimer-tünet gyanánt foghatunk fel.

Helyesen keresztülvitt gyógykezelésre az idős korban levőknél is lényeges javulás következhet be, mint ahogy az angina pectoris kórképek is javulhatnak, ha az anginás rohamok a coronariás rész megbetegedésének spasticus jelenségei, vagy a coronariák nyílásának nem nagyfokú és nem heges szűkülete által feltételezettek. Szemben a régi felfogással, ma már az öreg korúaknál, az incompenzált aorta-elégtelenségben, cardialis asthmákban szenvedőknél sem contraindikált adott esetben az antilueses kúra. Igen jól beválnak ilyenkor az oly higanypraeparatumok, melyek igen kevéssé mérgező voltuk mellett kiváló diureticumok. Az ily beteget szigorúan ágynyugalomban tartjuk, előbb digitalissal s hasonló hatású gyógyszerekkel indítjuk meg a gyógykezelést, s az egész idő alatt fenntartva a digitalis kezelést, ehhez kapcsoljuk előbb a jód alkalmazását, vagy ha nagyobb fokú oedemák vannak jelen, az imént említett higanypraeparatumokat: *salyrgant* minden negyedik napon 1—2 cm³-nyit, esetleg két napon át előbb ammonium-chloratumot adva a hatás fokozására. (Ammonium chloratum 4·0 + succ. liquir. 2·0, aqu. dest. 100·0, napi adagul.) Újabban legszívesebben a *novuritot* alkalmazzuk, mint legkevésbbé mérgező és igen kiváló magyar gyártmányú diureticumot.

Idős egyéneknél, vagy akik az előbb felsorolt antisyphilitikumokat rosszul tűrik, újabban *spirocidot* alkalmazunk belsőleg, ½ tablettán kezdve (0·25) s megszakításokkal napi 3—4 tablettáig emelkedünk, míg összesen 30 darabot, súlyosabb esetekben 60 darabot bevett. több hónapi megszakításokkal, e turnusokat megismételjük.

Az aorta-lues *prognosisa* mindig komoly, mert a javulások dacára gyakori, hogy később mégis progrediál a folyamat. Gyógyulás csak évekig eltartó specifikus gyógykezeléstől várható. Számba jön a prognosis felállításánál az aorta elváltozásainak kiterjedése és súlyossága. A specifikus kezeléstől eredmény természetesen csak addig remélhető, amíg az elváltozás még nem stationär. Ha az aorta már nagyobb mértékben aneurysmatikusan kitágult, az tovább fog tágulni specifikus kezelés dacára is. Ha a coronariák szájadéka hegesen megszűkült, a rosszul táplált balkamra izomzat degenerál, mert specifikus gyógykezeléssel nem befolyásolható a folyamat. Aránylag jobb prognosist ad a coronariák feletti rész aortitise, kisfokú aneurysma és az angina spastikus alakja.

Legrosszabb prognosist az oly esetek adnak, melyekben az incompensatiós tünetek a bal kamra izomzatának nem specifikus megbetegedése, hanem másodlagos degeneratiója miatt következtek be és az ugyanilyen okból fellépő asthma-cardialeval szövődött esetek.

Jancsó Miklós egyet. ny. r. tanár, Szeged.

Kis gyermekek járászavarai.

Kis gyermekek járás-zavarainak megértéséhez szem előtt kell tartanunk azt a folyamatot: miképen fejlődik a mászás ép viszonyok közt járássá. Mint a fejlődés egyéb időszakainál, úgy itt is megismétlődik a philogenesis az egyén ontogenesisében. Amennyire nem szabad ezt a természet által megszabott folyamatot siettetnünk, épp annyira fontos, hogy megadjuk fokozatos kibontakozásának a lehetőségeit. Ne korlátozzuk tehát a gyermek szabad mozgását feleslegesen túlzott bepólyázással. Korán (már az első hetekben) fektessük a csecsemőt hasára, hogy az activ felegyenesedést gyakorolva hátizomzata erősödjék és ezáltal a mászás előfeltételeit megteremtsük. Ha a hasonfekvést megszokta és szabad teret engedünk neki, hamarosan (az első hónapokban) önként igyekszik helyét változtatni. Ez először hasoncsúszás alakjában történik, később mindinkább felegyenesedve négykézlábmászás formájában. Az eleinte térdencsúszó kisded lassankint kezdi térdeit kinyujtani s talpaira és tenyereire nehezedve változtatja helyét. Ez a négykézláb való mászkálás a legjobb előkészület a járás megtanulására. Részben az izomzat erősítéséül szolgál, részben pedig alkalmat nyujt a gyermeknek, hogy csont- és szalagrendszerének tartósságát kipróbálja s annak fejlődésével párhuzamosan mindjobban felegyenesedjék. Ezt a felegyenesedést ne erőltessük úgynevezett járóiskolával és hasonló berendezésekkel, hanem bízzuk a gyermek csalhatatlan ösztönére. A felegyenesedés mind gyakrabban fog bekövetkezni s végül is megtanul a gyermek járni. Minél később alakul át a mászás járássá, annál jobban kifejlődik a csont-, szalag- és izomrendszer, tehát annál kisebb deformitás keletkezésének a veszélye, mely a járás-zavar előidézője lehet. Míg a nehezen megtanult, kissé már bizonytalan, támolygó já-

rás önkéntelen úgynevezett „automatikus" mozgássá alakul át, ahhoz megint bizonyos időre van szükség s még ezután is sokáig meglátszik a járás minőségén, a kissé előrehajló testtartáson (gyengén hajlított csípők) az előbbi négykézlábmászás nyoma. *Az az időpont, midőn a kisded önként felegyenesedve az első lépéseit megteszi, ép viszonyok mellett a 10. és 15. hónap között ingadozik, függ a gyermek fejlettségétől és akkor következik be, ha a csontszilárdság, szalagrugalmasság, izomerő és a testsúly egymással arányban vannak.* Hiába erőltetjük tehát a felültetést, felállítást és járást, ha e tényezők valamelyike azt nem engedi meg. Akár azért, mert az ép fejlődésben lévő gyermek még nem érte el a neki megfelelő időpontot, akár mert e tényezők valamelyikének fejlődését kóros folyamat megakasztja vagy késlelteti. Minden időelőtti erőltetés megbosszulja magát.

A járás-zavar nyilvánulhat abban, hogy a gyermek egyáltalán nem tud járni, vagy abban, hogy a járás minősége eltér a normalistól. Ha a gyermek még 18 hónapos korában sem kezd járni, azt kórosnak kell tekintenünk. Kis gyermekek járás-zavarai különböző aetiologiájúak. Nagyon sok világrahozott bántalom okozhat járás-zavart, de születés után szerzett betegségek is szerepelhetnek ennek az okaként.

A járás-zavarnak az oka lehet mindenekelőtt a csontrendszerben. Könnyű megérteni, hogy az alsó végtag egyes csontjainak a hiánya (femur, tibia, fibula) az egyik alsó végtag rövidebb voltánál és elgörbüléseinél, továbbá a támaszkodás tökéletlenségénél fogva jelentékenyen megnehezíti a járást. De nemcsak az ilyen durva hiányok, hanem a csontrendszer világrahozott vagy szerzett rendszermegbetegedései is nagy mértékben megnehezítik a járás megtanulását. Előbbi csoportba tartoznak a ritkábban előforduló chondrodystrophia foetalis, az osteogenesis imperfecta és az osteochondritis syphilitica, az utóbbiba a *rachitis*, mely egészben véve *a leggyakoribb oka a kis gyermekek járás-zavarainak.* Az említett folyamatoknál a gyermek 1½ éves korában rendszerint egyáltalán nem tud még járni, mert a csontok nem tudtak az ehhez szükséges mértékben megszilárdulni és a gyermek ösztönszerűen kíméli őket. Ha ilyenkor erőltetjük a járást és felegyenesedést, úgy deformitások keletkezésének a lehetőségét adjuk meg. Az orvos feladata a folyamat gyógyításán (antirachitikus, antiluetikus kezelés) kívül a deformitások prophylaxisa (gypságy, gyps-sinek, sintokos készülékek). Ha ez idejekorán meg nem történik, úgy a gyermek alapbántalmának gyógyulása után megtanul ugyan járni, de a járás minőségét a nehézségi erő által kiváltott deformitások (coxa vara, genu varum et valgum, femora et crura vara, pedes plano-valgi stc.) eltorzítják. Ilyenkor a járás-zavar megszűnése természetesen már csak a deformitas orthopaediai correctiójától várható.

Vannak a járás-zavarnak oly okai is, melyeknél a csontokon kívül az izületi végek, a tokszalag és egyéb szalagok is elváltozást szenvedtek. Ezek a bántalmak ugyancsak lehetnek világrahozottak és szerzettek. Előbbi csoportba sorozhatjuk mindenekelőtt a *világrahozott csípőizületi ficamodást*, amelyben szenvedő gyermekek gyakran később tanulnak járni, mint az egészségesek, ha pedig megtanulják a járást, akkor az a jól ismert kacsázó jelleget mutatja. Ez a járás-zavar részben a kificamodott combcsontfej tökéletlen megtámaszkodása (statikus insufficientia), részben a musculus glutaeus hiányos feszülése (dynamikus insufficientia) által jön létre (Trendelenburg-féle tünet). A járás-zavar azonban kezdetben nem mindig ilyen szembetűnő, különösen akkor nem, ha a csípőizület primaer congenitalis hypoplasiájához nem társul complet luxatio. Utóbbi ugyanis gyakran csak a megterhelés befolyására, tehát a járás folyamán következik be. Úgy, hogy a gyakorlóorvos számára a baj korai felismerése nem mindig könnyű. Épp azért helyes kétséges esetben minél előbb szakorvoshoz fordulnia, mivel a korai gyógykezlés a baj prognosisa szempontjából döntő fontossággal bír. Ugyancsak az izületi végek primaer fejletlenségéből származó luxatio, helyesebben *subluxatio genus congenita* sokkal ritkább a csípőizületi ficamodásnál, míg csupán a tokszalag és erősítő szalagok lazaságából származó ú. n. *genu recurvatum congenitum* aránylag elég gyakori. Mindkettőre a térd túlfeszített (recurvált) állása jellemző, mely a járást jellegzetessé teszi. A kettő közti differentialdiagnosis és a korai kezelés a szakorvos feladata. Talán ebbe a csoportba sorozhatjuk még a *világrahozott dongalábat* is, melynél a láb befelé rotált, plantarflectált, adducált és supinált tartása aligha fogja az orvos figyelmét elkerülni és őt a baj természetére nézve kétségben hagyni. Ez a bántalom természetesen nagy mértékben megnehezíti és bizonytalanná teszi a járást azáltal, hogy az alsó végtagot a talpra való támaszkodástól fosztja meg. Épp azért fontos a szakszerű kezelésnek minél előbb való megkezdése és a járás megkezdésének idejére való befejezése, hogy a gyermek ne szokja meg a lábháton való járást, amelynél a testsúly hatása alatt csak egyre jobban deformálódik a láb. A *világrahozott lúdtalpnál* — éppúgy, mint az angolkóros lúdtalpnál — a gyermek sokszor erősen befelé forgatott lábakkal és lábszárakkal jár, hogy ezáltal a láb pronatióját, mely kifelé forgatáskor fokozódik, csökkentse. A szülők figyelmét rendszerint a befelé fordított lábakkal való járás hívja fel és nem a lúdtalp, melyet előbbi csak compenzálni törekszik. A szerzett bajok közül ebbe a csoportba tartoznak a *gümős és egyéb eredetű izületgyulladások*, melyek a járást jelentékenyen megzavarhatják. Közülük különösen a csecsemőkori coxitis érdemel említést.

Végül a kis gyermekek járás-zavarainak tekintélyes részét képezi az a csoport, melybe az *izomzat működésének*, illetve az *izomzat beidegzésének zavarai* tartoznak. Igen nagyfokú hydrokephalus és kiterjedt agykérgi defectusoknál, melyeket gyakran idiotia kísér, a gyermekek rendesen egyáltalán nem tanulnak meg járni. *A hemi- és diplegia spastica infantilisre* (Little-kór) az erősen fokozott izomtónuson, hyperreflexián és kóros reflexeken *(Babinski, Oppenheim)* kívül éppen a sajátságos járás jellemző. Az ilyen gyermek későn tanul járni és ha megtanul, görcsösen hajlított, addukált, befelé rotált csípőkkel, hajlított térdekkel és erős lólábtartással jár. Ezzel szemben a csecsemőkorban lefolyt *poliomyelitis anterior acuta* (Heine—Medin-kór) petyhüdt bénulást von maga után, melyre a reflexek csökkenésén, illetve kialvásán kívül az erőtlen járás a jellemző. A járás-zavar minőségét a bénulásnak az alsó végtagizmokon való kiterjedése fogja megszabni.

Ha valamennyi bántalmat fel akarnánk sorolni, mely kis gyermekek járásának a zavarát előidézheti, úgy az orthopaedia összes fejezetein végig kellene mennünk. Ezen a helyen meg kell elégednünk ennek a gyakorlóorvosra nézve annyira fontos kérdésnek futólagos érintésével. A gyakorlóorvos kezébe van a gyermek sorsa letéve. Tőle függ, hogy a „majd kinövi" jelszó érvényesülése és a gyermek nyomorékká lesz, vagy pedig, hogy korai diagnosisával lehetővé teszi a deformitás prophylaxisát, illetve korai szakszerű kezelését.

Kopits Imre dr.

A colitis ulcerosa kezelése.

Bár a colitis ulcerosa aetiologiája még ma sem áll egészen tisztázva előttünk, mégis az utóbbi évek kutatásai lényegesen növelték ezirányú ismereteinket. Ma a kutatók nagy többsége a vastagbélflóra különböző bakteriumaiban, ezen bakteriumok modificatiós vagy mutatiós alakjaiban s az ezek okozta toxicaemiában véli a betegség okát megtalálni. Ezen kutatások eredménye, hogy ma már a colitis ulcerosa causalis therapiájáról beszélhetünk, s nem vagyunk kizárólag a régi symptomatikus kezelésre utalva. A causalis therapia megismerése azonban nem tette fölöslegessé a symptomatikus kezelést, s a legjobb eredmény többnyire csak a kettő combinatiójától várható. A megbetegedett belek kímélete egy helyesen és individualisan összeállított étrend útján nélkülözhetetlen feltétele a gyógyulásnak, s éppen úgy a szükséghez mért gyógyszeres kezelés is nemcsak a beteg pillanatnyi szenvedésein enyhít, hanem a gyógyulási folyamatot is siettetni képes.

A colitis ulcerosa causalis therapiájához azon eljárások tartoznak, melyek a vastagbélflóra áthangolását célozzák. Ezt a célt szolgálja az acidophilus csíráknak oralis vagy rectalis adagolása (1 L. acidophilus-tej 200—300 g lactoseval pro die) és még inkább az újabban propagált autovaccina-kezelés. Utóbbinál a vaccinát a beteg bélsarából kitenyésztett és 60 C°-on elölt bakteriumok suspensiója képezi, mely fiolákban könnyen eltartható. Az oltásokat subcutan végezzük, könnyebb esetekben 0·30, súlyosabbakban 0·10 cm³-rel kezdjük, s a reactio lezajlásához és a beteg állapotához mérten, 2—3 naponként ugyanazon, vagy 0·20-dal nagyobb dosisokkal folytatjuk. A legnagyobb dosis 1 cm³ s ebből esetleg még 2—3-at adunk. Az injectio után a beszúrás helyén gyulladásos pir, esetleg kisebb infiltratio keletkezik; borzongás, ritkábban hidegrázás, rosszullét, fejfájás, étvágytalanság és 38—39 C°-ig emelkedő láz jelzi az általános reactiót; a gócreactió a megbetegedett bélszakasz húzó-szúró jellegű fájdalmában jelentkezik. Az egész reactio 12—24 óránál ritkán tart tovább. Az autovaccina-kezelés gyógyhatását a bélstreptococcusok és a coli mutatiós alakjainak az eltűnése jelzi, amivel párhuzamosan visszafejlődnek az objectiv és subjectiv tünetek. A vaccinatherapia után visszamaradó és egy szénhydrat dyspepsiának megfelelő kórkép fehérjebő s szénhydrat- és cukormentes diaetával már könnyen befolyásolható. Recidiva esetén a vaccinatherapiát meg kell ismételni. Az autovaccina hatása szigorúan specifikus és más betegnél hatástalan.

A colitis ulcerosa kezelése alatt — az autovaccinatherapiát sem véve ki — bizonyos diaetás szabályokat feltétlenül és szigorúan be kell tartanunk. Az étrendet úgy kell összeállítanunk és úgy kell elkészíttetnünk, hogy annak a bélre gyakorolt ingerlő hatása a legminimalisabb legyen. E mellett gondoskodnunk kell, hogy a táplálék caloriadús legyen, tartalmazza a szükséges fehérjemennyiséget és ne okozzon obstipatiót. Ha a betegünknek tökéletes diaetát akarunk nyujtani, úgy célszerű lesz pontos székletvizsgálattal annak megállapítása, hogy mely élelmiszerek maradnak kihasználatlanul és ezeket aztán az étrendből töröljük. Egyes élelmiszereket különbözőkép tűrnek a betegek, így elsősorban a tejet, melyet azután az egyéni tolerantia szerint kell adagolnunk. A vajat, a többi zsírfélékkel szemben, a betegek többsége jól tűri. A salakmentesség mellett igyekeznünk kell a fehérjét lehetőleg növényi fehérjék formájában nyujtani, esetleg adhatunk ily növényi fehérjékből készült „Roborat"-ot is.

A gyógyszeres kezelést colitis ulcerosánál leggyakrabban magas bélbeöntések formájában alkalmazzuk. Előzetes, physiologiás konyhasóoldattal történő kimosás után valamilyen adstringens hatású oldatot adunk rectalisan. Ez lehet acid. tannicum, arg. nitricum vagy borsavas oldat, továbbá dermatolos beöntés (bism. gallicum 2·0, mucil. gumi arab. 50·0, aqua 200·0). A rectalis kezelés hatásosabb, ha azt anus praeternaturalison át végezzük. Rectoskoppal beállítható fekélyeket localisan szárazon kezelhetünk (bism. gallic., acid. tannic. aa 10·0, natr. chlorat. 5·0, avagy bolus alb. és Pantopon 30·0:0,1). Per os symptomatikusan opiumot, Belladonnát, vagy calomelt (1—2-szer 0·03) adhatunk.

Ha a belgyógyászati kezelést kimerítettük és az eredményre nem vezetett, a sebészi beavatkozásra térünk át, mely a beteg bélszakasz kiiktatásából és nyugalombahelyezéséből áll.

Rausch Zoltán dr., egyetemi tanársegéd.

Kérdés. — Felelet.

Negativ phasis a typhus elleni védőoltásnál.

Kérdés. Typhus abdominalisban szenvedő betegek ápolóit és hozzátartozóit ajánlatos-e védőoltani? Nem kell-e attól tartanunk, hogy az oltás után esetleg bekövetkező negativ phasis a fertőzéssel szemben való fogékonyságot növeli? Ha a fertőzésnek közvetlenül kitett egyének védőoltása is kívánatos volna, lehetne-e az oltást kötelezővé tenni?

Felelet. Az oltás utáni negativ phasis fogalma *Wright*-tól származik. Ő figyelte meg, hogy egy furunculosis esetben staphylococcus vaccina oltása után a savó phagocytáló képessége először csökkent, majd rohamosan emelkedett. A savó phagocytáló képességének rövid ideig tartó csökkenésével egyidejűleg a beteg állapota rosszabbodott, később a phagocytáló képesség emelkedésekor lényeges javulást mutatott. *Wright* a szervezetnek az oltás következtében létrejött, rövid ideig tartó csökkent ellenállóképességét apophylaxiás állapotnak nevezte el később.

Kedvező kísérleti feltételek mellett majdnem minden vaccina-oltás után ki lehet mutatni rövid ideig tartó negativ phasist, a gyakorlati tapasztalat azonban azt mutatta, hogy ennek az immunizált egyén állapotára nincsen érezhető káros következménye.

Typhus abdominalis lappangási ideje alatt végzett védőoltás *Hirsch* és *Caemmert* szerint negativ phasist hoz létre és növeli a súlyos esetek arányszámát. Ezzel ellentétben a legtöbb klinikus nem tulajdonít ilyen jelentőséget a hasonló körülmények között végzett védőoltásnak, sőt egyesek szerint, az incubatio alatt végzett oltás is kedvezően befolyásolja a betegség súlyosságát. Tekintettel arra, hogy negativ phasist csak nagymennyiségű bakterium oltása után lehet előidézni, ha igen óvatosak akarunk lenni, akkor azokat az egyéneket, akikről feltehető, hogy már a typhus incubatiós stadiumában vannak, féladaggal olthatjuk. Ha a második oltás esedékességekor látjuk, hogy gyanúnk alapnélküli volt, akkor az immunizálást rendes adagokkal folytathatjuk tovább.

Az eddigi adatok alapján még kevésbbé tartjuk szükségesnek ezen óvatosságot akkor, ha egy egyénnél a fertőzés gyanúja még nem forog fenn, de a fertőzésnek ki van téve (ápoló stb.). Hiszen a bizonyos körülmények között előidézhető negativ phasis legfeljebb egy-két napig tart és ezután az antianyagtartalomban már fokozatos emelkedést látunk.

A beteg környezetében tartózkodó egyéneket a védőoltásra kötelezni törvény szerint nem lehet. Sok esetben azonban találhat az orvos valamely indirect módot, amellyel az oltásra a közönséget reábírhatja, ha ennek szükségességét a lelkiismerete diktálja.

Tomcsik József dr.

73. évfolyam 46. szám. Budapest, 1929 november 16

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA POÓR FERENC
GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR HÜTTL TIVADAR

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

T A R T A L O M:

Bókay János: Iglói Szontagh Félix.
Bókay János: A diphalliáról. (1138—1141. oldal.)
Nékám Lajos: Actualis problemák, különös tekintettel a syphilis gyógyítására. Balassa-előadás 1929 október 19. (Negyedik, befejező közlemény.) (1141—1145. oldal.)
Sas Lóránt: Adatok az accidentalis sérülések kezeléséhez. (Második, befejező közlemény.) (1145—1148. oldal.)
Barta Imre A guttadiaphot és gyakorlati alkalmazása. (1148—1150. oldal.)
Schönheim Lajos és Sulyok Dénes: Febris undulans esete. (1150—1152. oldal.)
Bársony Tivadar: A nyaki gerincoszlop körülírt merevségének Röntgen-képe (húrtünet). (1152—1153. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (181—184. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet és nőgyógyászat. — Gyermekorvostan. — Urologia. (1153—1157. oldal.)
Könyvismertetés. (1157—1158. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 9-i ülése. (1158. oldal.)
A Közkórházi Orvostársulat november 6-i ülése. (1158—1159. old.)
A Magyar Urologiai Társaság október 28-i ülése. (1159—1160. o.)
A Magyar Röntgentársaság október 28-i ülése. (1160. oldal.)
A szegedi Egyetem Barátai Egyesület orvosi szakosztályának október 24-i ülése. (1160. oldal.)
Vámossy Zoltán: Szontagh Félix tanár temetése. (1160—III. borítékoldal.)
Vegyes hírek. (III. borítékoldal.)

IGLÓI SZONTAGH FÉLIX.

Meghalt 1929 november 6-án.

Alig hervadtak el az őszi virágok szeretve tisztelt tudós barátunk *Heim Pál* sírhantján s máris újabb súlyos veszteség borítja gyászba rendünket *Szontagh Félix* elhúnytával. Megközelítette a hetvenedik évet és mi, kik hozzá közelebb állottunk, fájdalom, hónapok óta tudtuk, hogy gyilkos kór rágódik különben is évek óta törékeny szervezetén s halála mégis megdöbbentett, mert nehezen tudunk beletörődni ezen nagyon értékes és mindnyájunk által szeretve tisztelt kartársunk elvesztésébe. Mellettem fejlődött, mint szakember s egyike volt első segédorvosaimnak több mint 40 év előtt, midőn boldogult atyám örökét, a Stefánia-gyermekkórház igazgatását átvettem. Tőlem kilépve, az Új Szt. János-kórház gyermekpavillonjának főorvosává neveztetett ki s megindult közismerten áldásos működése. Azóta együtt jártuk az élet útjait és együtt éltük át a gyermekorvostan hatalmas fejlődését. Midőn a pompás debreceni egyetem létesítésekor őt hívták meg a gyermekorvostan tanári székére, *Szontagh* nagy ambicióval látott hozzá klinikája megszervezéséhez s azt meg is csinálta úgy, hogy minden szakember igaz örömét lelte benne. Elhúnyt kartársunk jórészt innen bocsátotta közre azon nagyértékű tudományos dolgozatait, melyeknek eszméi évek óta úgyszólván teljesen lefoglalták őt. Ezen munkálatok összefoglalása azon szép monographia, mely *„Über Disposition"* címmel németül *Karger* kiadásában Berlinben 1918-ban megjelent és újszerű és merész felfogása s következtetései folytán kihívta a bel- és külföld kritikáját. A fertőző kórokkal szemben elfoglalt isolált álláspontja eredményezte, hogy a *Ges. f. Kinderheilkunde* 1921-ben *Szontagh*-ot felkérte, hogy Jénában tartott évi ülésén a fertőző kórok ragályozása kérdését referálja s *Szontagh*-nak kemény küzdelmet kellett vívnia ellenfeleivel. De ő állta a harcot s ha *Fischl* (Prága) egy nemrég megjelent cikkében őt az *„Umstürzler auf dem Gebiete der akuten Infektionskrankheiten"* epithetonnal illeti, azt a legnagyobb tisztelettel teszi s mi is mindenkor a legnagyobb tisztelettel hallgattuk ezirányú érdekes, értékes és újszerű fejtegetéseit és következtetéseit, melyekhez mindhalálig szívósan és fanatikus meggyőződéssel ragaszkodott. S az igazságnak teszünk eleget, ha konstatáljuk, hogy *Szontagh* tanai ma is élénk discussio tárgyai s az ő következtetései fölött a tudomány még egyáltalában nem tért napirendre. Fájdalom, a kemény harcos kidőlt sorainkból s mi mély fájdalommal siratjuk a kitűnő kartárs, kiváló szakember és jóbarát halálát. A debreceni szép gyermekklinika előcsarnokában ott díszlik *Szontagh Félix* jól sikerült bronzbaöntött életnagyságú mellszobra, melyet néhány év előtt tanítványai készíttettek. Ezen bronzszobor talapzatára, melyen aranybetűkkel van bevésve *„A Hyppokrates-i gondolat törhetetlen bajnokának"* felírás, helyezzük el képzeletileg, fájdalmas szívvel, az *elismerésnek* gyászfátyollal átkötött pálmaágát.

Bókay János.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A diphalliáról.

Írta: *Bókay János dr.* nyug. egyet. ny. r. tanár.

Az urogenitalis szervek fejlődési rendellenességei nem tartoznak a ritkaságok közé, kivéve a *duplicitas penist*, mely a „Stefánia"-gyermekkórház nagy és változatos beteganyagában is, *90 év* lefolyása alatt, *több mint egy millió beteg* között *csak egyszer*, az alább vázolandó esetben fordult elő. *Ballantyne*, a hírneves angol antenatal-pathologus (Edinburgh) *Scot Skirving*-gel 1895-ig összegyüjtötte az egész idevágó irodalmat s összesen csak 19 közlésről tesz említést *Scot Skirving*-gel együtt észlelt esete mellett.[1] Azóta az esetek száma alig egynéhánnyal gyarapodott (lásd *Fr. L. Neugebauer*[2] és *C. Beck*[3] cikkét.)

A „*diphallus*" elnevezés *Gurlt*ól ered.[4] *Ballantyne* a „*diphallic terata*"-csoportból kizárja mindazokat az eseteket, hol a *duplicitas penis* mellett két alsó végtagnál több volt jelen *(duplicitas posterior)*, vagyis azon észleleteket, melyeket a teratologia *monstra duplicia aequalia* és *monstra duplicia parasitica* névvel jelöl meg. Ilyen volt pl. *Velpean* (1846) észlelete.[5]

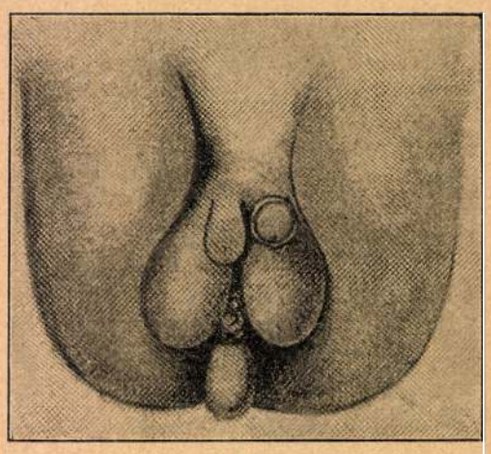
Esetem, melyet még 1912-ben láttam s annak idején a Budapesti Királyi Orvosegyesületben röviden be is mutattam, de róla közlést nem tettem, a következő:

R. I. háromhónapos fiúcskát 1912 február 14-én hozták be a kórházba. Első gyermek, szülei egészségesek. A fiúcska korához képest jól fejlett. Testsúlya 4970 g, testhossza 57·5 cm, fejkörfogata 40·5 cm, mellkörfogata 35·5 cm. Nagy kutacs jó fillérnyi. A mellkasi szervek, nevezetesen a szív, rendellenességet nem mutatnak. A symphysis felett kétujjnyira, körülbelül diónyi területen a hasfalban folytonossághiány van, melynek helyén a sötét rózsaszínű nyálkahártyafelületet mutató evertált húgyhólyagot látjuk s az extraversiós területen jobbról és balról egy-egy ureternyílást constatálunk, melyek időről-időre vizeletet ürítenek. Közvetlenül az evertált hólyag felett mogyorónyi köldöksérv látható. Az evertált hólyag alsó szélén *két glans penist látunk, melyek közül a baloldalin egy kis, vakon végződő bemélyedés az orificium extern. urethraet jelzi.* A jobb glans egyenletesen domború. A jobb glans praeputiuma tökéletlenebbül formálódott, mint a bal. Mindkettő oly kinézést mutat, mintha circumcisio ment volna előre. A két glansot lefelé húzva kitűnik, hogy *mindkét oldalt totalis epispadiasis* van jelen, — a bal glanson vakon végződő bemélyedést egy vékony hártya választja el az



1. ábra.

epispadiasis totalistól. A penisek hossza egyenként körülbelül egy centiméter, — a két penis egymással hegyes szögletben találkozik a hólyagnyaknál és rézsútosan néznek oldalra és előfelé. A két praeputium aláfelé egymással összefügg és közös bőrlebeny alakjában folytatódik a scrotum köztakarójába. A herezacskón kifejezett raphe-t látunk, mindkét herezacskófél ellapult s bennük *egy-egy here* tapintható.



2. ábra.

A gyermeket, sajnos, csak egy napig sikerült a kórházban tartanom. További sorsáról nem tudok.

Diagnosis: Diphallia. Epispadiasis totalis utriusque lateris. Extraversio vesicae urinariae. (Lásd 1. ábrát.)

Esetemmel tanulságos szembeállítani *Jenisch, Ballantyne* és *Scot Skirving, Küttner*, valamint *C. Beck* esetét.

*Jenisch*nek nagyon vázlatosan közölt észlelete 1837-ből a következő:[6]

Egy öt év óta férjes, 26 éves anya először normalis leánygyermeket szült, azután egy fiút, ki születésétől kezdve szakadatlanul sírt és hányt. *Jenisch*t hívták és ő *penis duplicitast* talált. A jobb penis rendes hosszúságú volt, a bal szélesebb, de praeputium nélküli, mivel a bőr minden ráncképződés nélkül ment át a corona glandisba. *Jenisch* a bal penis külsejét izraelita fiúgyermekéhez hasonlítja. Mindegyik penisből vizelet ürül meconiummal vegyítve. Két scrotumot talált, de mindegyikében csak egy-egy herét. Mindkét scrotumon jól látható raphe van, mely a megfelelő penis basisából indul ki. A két scrotum között alól kis mogyorónyi dudor fekszik és még valamivel lejebb, a hiányzó végbélnyílás helyén fél hüvelyk hosszú steatomaszerű daganat. (Lásd 2. ábrát.) A katheter mindkét húgycsövön át a hólyagba jut, a hólyagba vezetett katheter mutatja, hogy a hólyag a végbéllel közlekedik (anus praeternaturalis vesicalis). *Jenisch* abban a feltevésben, hogy a végbéltasakra reáakad, a gáton lévő kis kiemelkedésbe bemetszett, de nem talált a végbélre s a gyermek rövidd el ezután meghalt. A boncolatnál prostatát nem találtak, a befelé vakon végződő végbél szoros összefüggésben volt a hólyagnyakkal, ahol a két húgycső is beszájadzott.

Ballantyne és *Scot Skirving* esete (1895) a következő:[7]

1894 őszén *Scot Skirving* megvizsgált egy szeptember 14-én fogóműtéttel világrahozott gyermeket. Születéskor meglehetősen rossz állapotban volt az újszülött, de csakhamar magához tért. A scrotumot mély redő két

[1] *Ballantyne* and *Scot Skirving:* Diphallic Terata with notes of an infant with a double penis. Teratologia, 1895. II.

[2] *Fr. L. Neugebauer:* 31 Fälle von Verdoppelung der äusseren Geschlechtsteile. Monatschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie.

[3] *C. Beck:* A case of double penis combined with extrophy of the bladder and showing four ureteral orifices. The medical News. 1921 szept. 21.

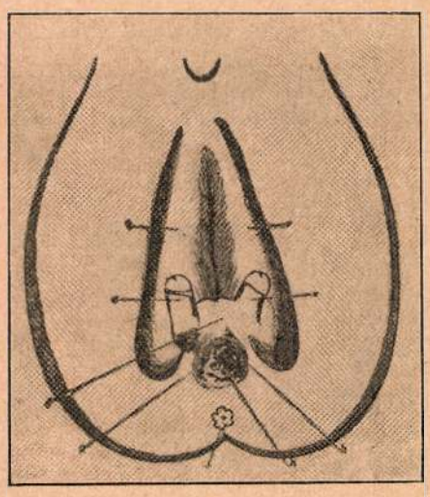
[4] *Gurlt:* Lehr. d. pathol. Anatomie d. Haussäugethiere. 1832, II., 176. old.

[5] Comptes rendus hebdom. des séances de l'Acad. des Sciences. Paris, 1846, XXII., 875. old.

[6] *Jenisch:* Beschreibung einer Missgeburt. Medic. Korrespondenzblatt d. Würtemb. Aerztl. Verein. 1837, VII., 129. old.

[7] l. c.

félre osztja s a herezacskó első pillantásra inkább a nagyajkakra emlékeztetett, mint egy kettéválasztott herezacskóra. A herezacskónak két fele előrefelé egybefolyt, hátrafelé jelentékenyen széttért. (Lásd 3. ábrát.) A két herezacskófél hátsó végei között normalis bőrrel



3. ábra.

borított kiemelkedés volt, melyből két rövid, de normalis alakú penis indult ki. Mindegyik penisnek csak nagyon rövid praeputiuma volt, úgyhogy mindkét makk fedetlen. Mindkét penisnek volt húgycsöve, ezek közül a baloldali vakon végződik. Az említett kiemelkedés mögött, közte és a végbélnyílás között a középvonalban egy helyen hiányzik a köztakaró. Ezt a helyet szélről a környező normalis bőrtől csekély bemélyedés választja el s ennek közepén granuláló szövet látható. Köhögés közben ezen szövetből kevés vizelet szivárog, ugyanakkor azonban a jobb penisből is ürül vizelet. Végbélnyílás rendes. Mindegyik herezacskófél hossza 2½ hüvelyk, a penisek hossza körülbelül ½ hüvelyk.

Küttner közlése[8] (1896) egy bonctani készítményre vonatkozik, mely a tübingeni Bruns-klinika gyüjteménytárában van megőrizve. *Küttner* a bonctani készítményt a következőkben írja le:

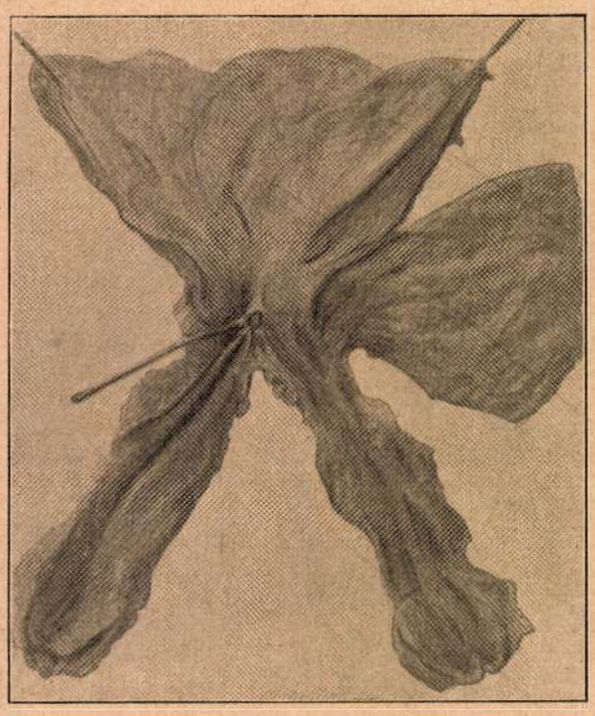
Csak egy hólyag van jelen, melynek alakja és nagysága normalis és alapján az ureter nyílásai jól kivehetők. Mindkét ureterből egy kis darab a hátsó hólyagfalon lóg. A trigonum Lieutaudi háromszögalakú kiemelkedése nem kifejezett. A hólyagból a húgycsőnek páratlan kezdeti részébe, a pars prostaticába lehet jutni, 1·7 cm-re az ureterek nyílása alatt éppen az összekötő vonal közepének megfelelően egy kis kiemelkedés látható, melynek csúcsán két egészen finom nyílás látszik, amelyeken át egy finom lószőrrel a vasa deferentia végébe jutni be. A sinus pocularis nem egészen tisztán látható. Közvetlenül a két ductus ejaculatorii beszájadzása alatt a középvonalban egy valamivel szélesebb, lószőrrel könnyen átjárható nyílás fekszik; ez a nyílás hátrafelé egyenesen a rectumba vezet, amely a húgycsővel való ezen finom communicatio felett meglehetős erősen kitágult s kiterjedésében a húgyhólyag lumenét valamivel meghaladja. Atresia recti urethralissal állunk tehát szembe; az anus jelenlétéről vagy hiányáról nem nyilatkozhatik, minthogy a kérdéses részek a praeparatumról hiányoznak. Mikroskoposan a végbél nyálkahártyájának minden egyes részlete, a készítmény régi volta dacára felismerhető, hasonlóképen a prostata szövete is. Ez utóbbi vastag kőrkörös hurka módjára övezi a húgycső kezdeti részét és magába foglalja még a rectum beszájadzását is.

Közvetlenül ezen communicatio alatt az urethra két egymástól teljesen különálló csatornára oszlik, melyek mindegyikének szélessége a normalis gyermekhúgycsőnek felel meg és két egymás mellett fekvő penisbe folytatódik. (Lásd 4. ábra.) Ezek közül a jobboldali 6·5 cm, a baloldali 5·5 cm hosszú, vastagságuk megközelítően egyenlő és átlagban 2·5 cm-t tesz ki. A két penis hosszúságában mutatkozó differentia mindenekszerint csak az alkoholban megőrzött praeparatum zsugorodásának tulajdonítható. Mindkét penis és mindkét urethra teljesen normalisan fejlődött. A baloldali basalis oldalán egy kicsiny, a symphysishez tartozó csontlemezke fekszik. Mindkét húgycsőnek van pars membranaceája, bulbosája, cavernosája és rajtuk úgy a Morgagni-tasak pontszerű nyílásai, mint a Guerin-féle redő és a két élettani kiszélesedés is világosan kivehető. A bulbus urethrae, a musculus bulbo-cavernosussal erősen fejlett és nagysága mindkét penisen mogyorónyi. A makkok középvonalában az urethrák mint függőleges hasadékok rendes helyükön nyílnak. A praeputium mindkettőnél jól fejlett, belső lapjuk a glans penishez könnyen oldható összenövésekkel tapad. Sajnos, a praeputiumról a scrotumok és herék hiányzanak, de még az ondóhólyagok és Cowper-mirigyek sem lelhetők fel. Ennek következtében be kell érni a cimkén található jegyzettel, mely két scrotumról, mindegyikben egy herével szól.

C. Beck esete[9] 1901-ből a következő:

A gyermeknek két jól kifejlődött penise van, négy ureterrel, mely utóbbiak jól constatálhatók, mert teljes extraversio vesicae urinariae is van jelen. A gyermek öthetes. Szülei gyenge alkatúak. Második gyermek. Első gyermek egészséges.

Vizsgálatnál két ureternyílás látható a kifordult hólyag alsó szélén, közvetlen a symphysis felett kissé jobbra, s észrevehetően kiduzzadnak. Úgy alakra, mint színre egy kicsiny vaccinahólyagra emlékeztetnek s világos színük elüt a hólyag sötétebb vörös nyálkahártyájától. Egymástóli távolságuk mintegy ¾ cm. Két hozzájuk hasonló kiemelkedés látható a hólyag nyálkahártyáján a felső harmadban, közel a felső szélhez, kissé bal felé. Valamivel kisebbek, mint az előbbiek és nyílásuk is kisebb s egymástól ½ cm-nyire vannak. Mindkét alsó ureter teljesen az ektopia vesicaenél észlelt módon ürít vizeletet. Némelykor, különösen ha a gyermek sír, tíz centiméter hosszú vizeletsugár is ürül az ureterekből. A baloldali nyílás valamivel tágabb, mint a jobboldali s a rajta kiürült vizeletsugár is vastagabb. A felső ureterek különbözőképen működnek. A sonda mindkettőbe 1 cm-nél valamivel mélyebbre vezethető. A belső oldalon levőből nem ürül vizelet, a külsőből néha egy-egy csepp szivárog ki. A symphysis belső oldalán, részben az előboltosuló hólyagnyálkahártya által, éppúgy mint a scrotum ráncai által kissé fedve két jól fejlett penis van egymás mellett. Csak ha a scrotumot lefelé, a hólyagnyálkahártyát pedig felfelé húzzuk, látható, hogy mindkettő jól megkülönböztethető. Különböző nagyságúak. A nagyobbik nagyobb méretű, mint egy ilykorú és nagyságú gyer-

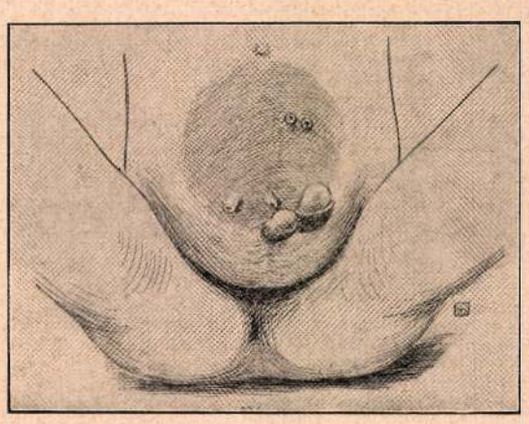


4. ábra.

[8] *H. Küttner:* Über angeborene Verdoppelung des Penis. Beiträge zur Klin. Chir., 1896, XV. köt., 364. old.

[9] Bemutatta a newyorki *Academie of Medicine* sebészi szakosztályában.

meknél várható volna. Alapjuknak eredése balfelé vonul, mintha a bal Poupart-szalag alá húzódnék, a nagyobbik hossza, a symphysis alapjától a glans hegyéig 3 cm, a kisebbik penis csak 2 cm hosszú. (Lásd 5. ábra.) Mindkét penisnek van merevedő teste, alapjukon porcos tapintatúak s azt a benyomást keltik, hogy bulbusuk is van. *Beck* nem volt képes megállapítani, hogy van-e prostata



5. ábra.

és vesiculus seminalis. A herezacskó igen nagy, rajta kifejezett raphe látható. Hogy herét mindegyik félben tapintott-e *Beck*, a szövegből nem tűnik ki. A Röntgenvizsgálat a symphysisen tekintélyes hiányt mutat.

A világirodalomban jelzett észleletek közül a fent közlöttek azok, melyek többé-kevésbbé pontos leírásuk alapján a diphallia képének megkonstruálására felhasználhatók. Cikkem kezdetén már említettem, hogy *Ballantyne* a „*diphallic terata*"- csoportból kizárja az ú. n. *monstra duplicia aequalia* és *monstra duplicia parasiticakat*. Ily esetek *Cruveilhier, Pigné, Velpeau-Acton, Taruffi* stb. esete. Ezek között különösen érdekes a *Pigné* által (1846) leírt eset.[10] *Pigné* a *Musée Dupuytren*ben egy anenkephalust talált kettős penissel. A medence rendes s a hólyag s a rectum is normalis, a hólyag külső falán azonban a középvonalban egy redőt talált, mely a húgyhólyag rudimenair kettéosztódását látszott sejtetni. Mindkét oldalt csak egy vese van, de két gyomrot talált s a máj a rendesnek kétszeres nagyságát mutatta s két egyenlő részre osztott. Köldökzsinór rendes, de két szív és két pericardium van jelen s mindkét szív körül két tüdőfél látható és pedig mindkettő körül jobboldalt három tüdőlebeny, baloldalt pedig két lebeny. Mindezek mellett két aortát talált, melyek a negyedik háti csigolya magasságában eggyé olvadtak össze. A két penis egymás felett van elhelyeződve.

Mint a fenti esetekből látható a diphallia mellett, a vázolt esetek mindegyikében egyéb fejlődési rendellenesség is volt jelen, így *Ballantyne* és *Scot Skirving* esetében *fistula urinar. perinei*, *Jenisch* esetében *atres. ani vesic.*, a *Küttner* által leírt esetben *atresia recti urethralis* és *Beck* esetében, valamint az én esetemben *extraversio vesicae urinariae*, mi mellett az én észleletemnél egyszersmind *mindkét durványos penis a totalis epispadiasis* képét is mutatta, ellentétben *Beck* esetével, hol dacára az ektopia vesicaenek a durványos penisek az epispadiasist nélkülözték. Az én esetemhez tehát leginkább *Beck* esete hasonlítana, amennyiben mindkét esetben ectopia vesicae urin. is volt jelen, különbözik azonban a két eset abban, hogy *Beck* esetében, eltekintve az epispadiasis hiányától, az ektopiás hólyag nyálkahártyáján kifejezetten *négy ureter-szájadzás* volt látható, míg az én esetemben az evertált hólyag nyálkahártyáján csak *két ureternyílást* láttunk. Hogy *Beck* esetében a vesék nem voltak-e számfölöttiek, nem tudjuk, mert az eset nem került boncolás alá.

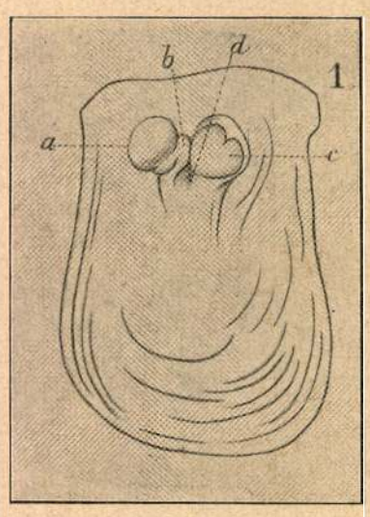
Esetemet az a körülmény teszi különösen érdekessé, hogy az *ektopia vesicae* mellett *kétoldali epispadiasis* is volt jelen, mert analog észleletet az irodalomban nem találtam. *Aug. Förster* a würzburgi egyetem pathologusa 1861-ben megjelent nagyértékű munkájában[11] egy kórbonci készítmény rajzát adja (lásd 6. ábra), mely készítmény a würzburgi kórbonctani gyüjteménytárban van elhelyezve, amelyet *Sixtus* írt le 1813-ban,[12] s ezen rajz epispadiasist sejtet mindkét penisrészleten, de a leírás csodálatosan hypospadiasisról tesz említést. Különben *Sixtus* az esetet nem is mint duplicitas penist írja le, hanem mint *fissio genitalium*-ot. Az esetet *Förster* a következőleg vázolja:

A rendellenesen rövid penis elülső végén ketté van hasadva, a hasadás a glansra és a penis testének kis darabjára terjed. A baloldali fél valamivel nagyobb és teljes, és rajta praeputiumszerű képlet is látható; a jobboldali fél kisebb és sajátságos, csaknem S-alakot mutat, a glans rajta mélyen bevágott. A két félrész között mély barázda van, s a tölcséralakú alapba nyílik az urethra. A jobb here atrophiás az ivarvezetékek, ivartömlők, prostata, hólyag és ureterek normalisak. Az alábbi 6. ábrán az *a)* a glan penis jobbfele; *b)* a jobb corp. cavernosum; *c)* a glans penis balfele; *d)* pedig az ostium urethrale.

A *Förster—Sixtus*-féle esethez hasonló *Jul. Heller*[13] esete, melyet szerző 1908-ban tett közzé s melyet ő *diphallus partalis* névvel jelöl meg, a penis ugyanis a makkig teljesen normalis s a pathologiás elváltozás csak a glansra szorítkozik. (Lásd 7. ábra.)

Amíg a normalis praeputium a glansot fedi, a penis teljesen normalisnak látszik, ha azonban egy kevés fáradsággal a praeputiumot visszahúzzuk, úgy két jól fejlett, normalis configuratiójú makk fekszik szabadon előttünk. A középvonalban szorosan egymás mellett fekvő két makkot széthúzva a balnak 2 cm, a jobbnak 2½ cm az átmérője. A praeputium alatt mind a két makk kissé össze van lapítva. A bal glans körülbelül másfél millimeter mély, de rendesen fejlett húgycsőnyílással bír. A jobb glans penis igen nagy orificium externumot mutat, amely a 30. sz. Charrière-sondát biztosan átengedné, hogyha 1·25 cm mélységben vakon nem végződnék. A jobb orificium externum alatt fekszik a hypospadiasisosan végződő húgycső (hypospadiasis glandis), amely folytatásában anomaliát nem mutat.

Ha a két makkot széjjelnyitjuk, úgy látható, hogy a két glans penis a makktó kezdetéig van egymástól tökéletesen elválasztva.



6. ábra.

[10] Bullet. de la Soc. Anat. de Paris. 1846. XXI. köt., 110. old.

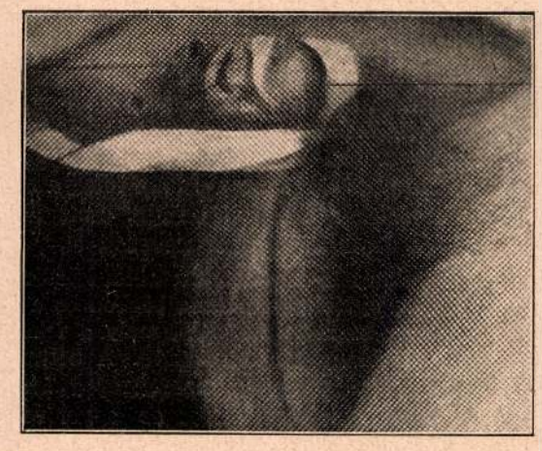
[11] *Aug. Förster:* Die Missbildungen des Menschen, Jena, 1861.

[12] *Sixtus:* Diss. de fissione genitalium. Würzburg, 1813.

[13] *J. Heller:* Zwei seltene Missbildungen des Penis. Zeitschrift f. Urologie. 1908, II. köt., 613. old.

letesen szétválasztva. Az ábrán a két glans gaze-csíkkal van széthúzva. A sinus interglandularis árka normalis bőrrel fedett. A herezacskó rendes. Az eset 22 éves férfira vonatkozik.

H. Küttner részletesen tárgyalja cikkében, hogy a diphallia keletkezése fejlődéstanilag miképen volna ma-



7. ábra.

gyarázható. Persze esetemben komplikálja a fejlődéstani magyarázatot az ektopia vesicae urinar. jelenléte s a két penis teljes epispadiasisa. *Ballantyne* szerint az osztályozást illetőleg leghelyesebb, ha a *duplicitas penis*-t úgy tekintjük, mint egy *tökéletlen* kettőzöttséget. Szerinte ezen fejlődési anomalia azonban valószínűleg nem az egyén kettőzöttségének egy legalacsonyabb foka volna, hanem olyannak tekinthető, mint egy *alacsonyabb faj felé* való visszaesés, a kettős penis ugyanis némely *alacsonyrendű* állatfajnak sajátsága. Hogy háziállatoknál is előfordul diphallia, kitűnik *Gurlt* munkájából[14] s a magyar irodalomban reától *Zimmermann A.*[15] és *Szakáll Gy.*[16].

Actualis problémák, különös tekintettel a syphilis gyógyítására.

Balassa-előadás 1929 október 19.

Írta: *Nékám Lajos* dr. egyet. ny. r. tanár.

(Negyedik, befejező közlemény.)

Kíséreljük már most meg összeállítani a vázolt pathologiai folyamatok alapján a syphilis észszerű gyógykezelésének elveit.

Vessük fel mindenekelőtt azt a kérdést, hogy általában *kell-e a syphilist active gyógykezelni.*

A letűnt századokban gyakran keletkeztek antimercurialista áramlatok. *Ulrich von Hutten* már a XVI. század legelején „via regiának" nevezte a guajakfa főzetének élvezetét, melytől ő „de novo homo factus et renatus" lett. *Hermann* bécsi tanár búcsúelőadását azzal végezte: „die Quecksilbercur ist ein Verbrechen!" *C. Boeck* 1910-ben elhalt hírneves norvég tanár elvből nem alkalmazott betegeinél higanyt vagy jódot, hanem inkább a hygienikus behatásokra fektette a súlyt. *Bruusgaard* 1927-ben átvizsgálta a *Boecknek 1891—1910-ig* kezelt eseteiből még élő 309 embert és a többire vonatkozó feljegyzéseket. A 309 élő közül tünetmentes és negativ savójú volt 132, positiv vérreactióval bírt 70, érbajokban szenvedett 67, paralysisben 13, tabesben 6.[11] Oly sok eset — 58% — mutatott tehát gyógyulatlan elváltozásokat, hogy *Boeck*nak therapiai nihilizmusát el kell ítélnünk.

Persze, a helyes gyógykezelésnek módozatait minden esetben külön ki kell választani.

Óvakodjunk a doctrinaer kezeléstől, aminő pl. a *McDonagh*-féle: először oxydálni *ferrivin*nel (amino-benzol-sulfosavas vas), azután redukálni *intramin*nal (*o* diamino-diphenyl-disulfit). A sablonos gyógykezelési schemák még kevésbbé jogosultak. Egyenesen el kell ítélnünk pl. az amerikai „six shots" (= hat lövés) rendszert, ahol mindenki egyformán hat salvarsan-bismuth kezelést kap, vagy *Casselmann* „malmát", aki a new-jersey kórházban úgy kezeli a betegeket, hogy azok 4—4 hétig salvarsant, majd higanyt, majd bismuthot, azután pihenés nélkül megint salvarsant, higanyt stb. kapnak és minden, a kórházba jövő beteg ott kezdi a kúrát, ahol ez a többinél éppen folyik.[12] Éppen így kárhoztatnunk kell az erőszakoskodást is; *Duhot* az inguinalis tájon bemetszéseket és higanykenőcsös csíkok behelyezését, *Dufour* paralytikusoknál kraniotomia végzését ajánlotta.[13]

Második thesisünk, hogy civilizált államokban *minden embernek életét a legvégsőbb határig védeni kell*, az elsietett kezeléseket, veszedelmes mérgeknek és idegen kórfolyamatoknak gyógycélból való alkalmazását tehát lehetőleg kerüljük. Többen azonban, pl. *Wilmanns* felvetették azt a kérdést, hogy *a syphilisnek ma dívó gyógykezelése nem mérgesíti-e el a syphilist*, nem okoz-e mesterséges angio- és neurotropismust? E kérdésre azonban *Kolle*, azután egy nemzetközi körkérdés, legutóbb pedig *Scharnke*,[14] határozottan tagadólag válaszolt, utóbbi rámutatott arra, hogy a salvarsannak ilyen eltérítő hatása esetében azok a prostituáltak, akiket a reglementáló hatóságok minduntalan salvarsankezelésre kényszerítettek, mind paralytikusokká váltak volna, ami azonban tudvalevőleg, éppen ezeknél ritkán szokott bekövetkezni. Megállapíthatjuk tehát, hogy a mi viszonyaink között a *syphilis nem gyógyul meg magától*, viszont a *szokásos szereink magukban véve nem okoznak neurotropiát.*

Ekkor felmerül az a harmadik kérdés, hogy *lehet-e a kitört syphilis lefolyását megszakítani?* A sklerosisnak kivágása útján bizonyosan nem; ez nemcsak elkésett, hanem egyenesen ártalmas beavatkozás, mert megzavarja az initialaffectiónak azt a fontos szerepét, mellyel ez előkészíti a szervezetnek védekezését. Ezért abortiv kúrákat csak chemotherapiai úton lehet megkísérelni, jó reménnyel azonban csak addig, amíg a vér seronegativ, vagyis a spirochaeták még nem települtek le, ami pedig már a második hónap elején végbemegy. Ilyenkor azonban sok beteg még fel sem keresi az orvost, mert még tudatára sem ébredt a bajának: ezért az esetek legnagyobb részében *a normalisnak tekinthető hosszú gyógykezelésre kerül a sor.*

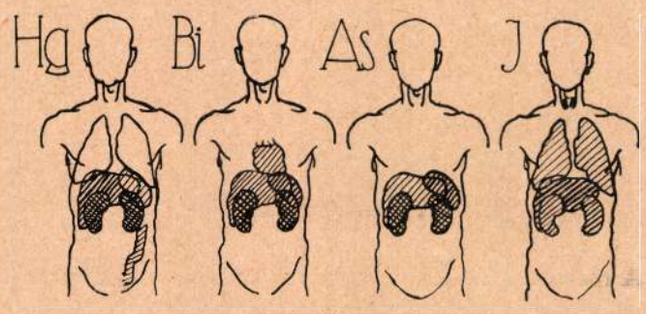
Ennek megtervezésénél szem előtt kell tartanunk, hogy az emberi faj a syphilissel szemben nem teljesen védtelen, hatalmas természetes fegyverei azonban az első pillanatban még nem állnak rendelkezésére. Addig tehát rászorulunk a gyógyszerekre, amíg a szervezet természetes fegyverei annyira meg nem erősödnek, hogy a spirochaeták mérgeit közönbösíthessék, úgyhogy egy hosszú, kiegyensúlyozott lappangási szakasz álljon be. Ennél a symbiosisnál tovább azonban nem juthatunk, mert a detritusok közé elrejtőzött spirochaeták felkeresésére és elölésére se a szervezetnek sejtjei és védőanyagai, sem az antiparasitaszerek nem elegendők. Ezért a helyzet lassankint megint hátrányossá válnék az emberre, mert a gyógyszerek a spirochaetáknak egymást felváltó gene-

[14] l. c.
[15] *Zimmermann A.:* Fejlődéstan. II. kiadás. Budapest, 1922, 233. old.
[16] *Veterinarius:* 1896, XIX. évf., 11. szám.
[11] *Bruusgaard*, Arch. f. Dermat., 1929.
[12] *Casselmann:* Am. Journ. of Syph. 1925, 557.
[13] Handb. d. Haut- u. G. Krankh. XVIII. 354.
[14] Ztbl. f. H. u. G., 26., 1.

ratióit megedzik, viszont telítik, bénítják a szervezetnek sejtjeit. Ha ez a helyzet így maradna, akkor a szervezet a legtöbb esetben elvesztené a harcot. Szerencsére több mód is van e veszedelem elhárítására, részben a jód, mely lymphagog, átmosó, felszivató, a lipoidokat támadó, a pajzsmirigyet izgató és így a szervezetet activáló hatásánál fogva megkönnyíti a parasitafészkek elroncsolását és az azokba való behatolást; a másik mód lenne az arsenobenzoloknál penetrálóbb készítmények, az arsenoxydok használata. Erre még visszatérünk. Ezekhez a legújabb időben még két hatalmas eljárás csatlakozott, a lázkeltő proteintherapia és a thiosulfátos, mely a kifárasztott, túltelített sejtekből kimossa a felhalmozott zavaró fémsalakot.

Melyik a legalkalmasabb gyógyanyag?

Voltak, akik erre nagyon egyszerűen, az atomsúly alapján úgy véltek válaszolhatni: minél nagyobb ez, annál hatásosabb a szer: a Bi 206 > Hg 200 > Au 197 > Pt 190 > Cd 112 stb. Ilyen egyszerűen azonban nem megy a dolog; akkor a radium lenne a legjobb antisyphilitikum (235) és a Cu (63·5) a legrosszabb, ami pedig nem áll.



1. ábra.

A Hg, Bi, As és J elraktározásának fő helyei a szervezetben számos vizsgáló adatainak összesítése alapján.

A klinikán több éven keresztül sorozatos vizsgálatokat végeztünk *különböző fémnek syphilisellenes hatására nézve.* Hogy az eredményeket könnyen össze lehessen hasonlítani, *Pintér Károly* dr. valamennyiből salicylsavas sókat készített és ezeket injiciáltuk. A fémek egész soráról, de különösen a rézről és a vanadiumról kiderült ekkor, hogy azok a syphilistherapiában igen jó eredménnyel használhatók lennének, de nem értékesebbek a már közkinccsé vált anyagoknál. *Schadenek* valószínűleg igaza van ugyanis, hogy a *fémek nemcsak specifikus vegyi, hanem általános physico-chemiai hatásokat* is kifejtenek, amikor a szervezetben végbemenő reversibilis bomlások alkalmával colliodjaik a toxinokat átalakítják és a sejteket a spirochaeták elölésére serkentik.

Ehhez a *fémeknek biologiai activálására* van szükség. Tényleg azt látjuk, hogy gyógyszereink nem mint élettelen műszerek, hanem *mint fermentek viselkednek,* melyek sokkal hatásosabbak az élő szervezetben, mint a kísérleti üvegben. *Krantz* recurrenssel fertőzött egereinek egy-egy, a testsúly arányában a gyógyulásra éppen elegendő neosalvarsan-injectiót adott; az állatokat percek, órák, napok mulva leölve, kitűnt, hogy a spirochaeták pusztulása nem következett be azonnal, hanem az eltelt idővel volt arányos.[15] Az ilyen fermentszerű magatartás a higanynál és az arsennál is ki van mutatva, a legismertebb azonban *Levaditi* vizsgálatai óta a bismuthnál. Ha 1%-os KNa bismuthotartarát-oldatot ugyanannyi máj-, izom- vagy bőrkivonattal néhány órára thermostatba teszünk, pelyhes csapadékot kapunk. Ez a feloldható, porcellánon átszűrhető, beszárítható, hőálló toxalbumin, — a *bismoxyl* — erős méreg, mely 7:10.000 arányban már megöli az állatot és 5:10.000 arányban a spirochaetákat. Százszorosan hatásosabb gyógyszere a syphilisnek, mint alapanyaga, a KNa bismuthotartarát, tisztán azonban nem lehet használni, mert könnyen shokot okozhat.

Valószínű, hogy a szervezetbe vitt *fémmennyiségnek csak egy parányi töredéke activálódik így* és alkotja a gyógyító tényezőt. A többi csak tartalék vagy ballast, mely eleinte egyenletesen helyeztetik el a szervekben, a legtöbből azonban csakhamar kiürül. Nagyobb affinitás mutatkozik iránta főleg a nucleinben gazdag sejtekben, különösen a beteg szövetekben, amint azt a higanyra nézve *Justus* és később *Neuber*,[16] bismuthra *Heuck*, a jódra *Loeb* kimutatta. A raktározás foka főleg a reticuloendothelialis készülék működésétől függ, amit *Gröhl* és *Myers* „zsilip- és drainfunctiónak" nevezett el.

Az így felhalmozott fémtömegek különféle értékűek. A májban, lépben, nyirokcsomókban, bőrben és a vérben kimutatható tömeg az *activ tartalék*, mely a felszívódás és a forgalom számára van előkészítve. A béltartalomban és a vesében lévő rengeteg mennyiség a *kiürítésre* vár. A csontokban elhelyezett rész az egyelőre félrerakott *salak* szerepével bír, amelytől a szervezet nyugodtabb időben törekedni fog megszabadulni. Ezt jódsókkal, chlorammoniummal, vagy thiosulfáttal nemcsak elősegíthetjük, de oly rohamossá is tehetjük, hogy valóságos toxaemiák keletkezhetnek. Végre a negyedik helyen említhetjük meg az izmok között idegentest jellegével bíró *depôt*kat, melyek ott intraglutealis befecskendezések következtében halmozódnak fel és néha be is tokolódnak, különösen, ha paraffinum liquidumot használtunk az injectióhoz. Ezek therapiai szempontból értéktelenek, az egyénre nézve pedig veszedelmesek, amint azt *Welander*nak egy esete mutatta, ahol 9 évvel az injectio után tört át egy ilyen tömeg.[17]

Látnivaló ebből, hogy mi sokkal több fémet szoktunk a szervezetbe vinni, mint amennyi a gyógyításhoz szükséges. A töblettől a szervezetnek meg kell szabadulnia. A legnagyobb fontosságú ezért ismerni e *fémes anyagok kiválasztásának* törvényeit. Egy pillantás az irodalomból összegyüjtött grafikonokra tájékoz arról, hogy a különböző fémkészítmények miként ürülnek ki a vizelet és a bélsár útján. Látható itt, hogy a higanyos kenési kúra lassú és folyton emelkedő, rázkódás nélkül ható, de gyenge kezelési mód. A mercurojodidnak és calomelnek belső adagolása már erősebb, de egyenetlenebb és a bélműködést is zavarja. A vizes, különösen az intravenás injectiók gyorsan, de múlékonyan hatnak; az olajosak is lüktető kiürítést eredményeznek anélkül, hogy az anyagnak hatásos része valami nagyobb remanentiát mutatna. A bevitt fémeknek csak egy töredéke, eleinte 16%-a ürül ki, később még kevesebb. A visszatartott mennyiségből aránylag legtöbbet a *vese, máj* és a *lép* halmoz fel, egyedül a *jód az, amelyből a pajzsmirigy* cumulál aránylag igen sokat. A vesén, illetőleg a májgyomor-bélen keresztül történő kiürítés aránya változó; a bismuthból rendszerint a vese (*Cole* szerint néha ötvenszer annyit), higanyból néha a tápcsatorna ürít ki többet.[18]

Az így raktározott és lassan kiválasztott fém hatása több tényezőtől függ. Egyik ezek között a *töménység*, melynek a hatás tekintetében optimumai vannak. Az előbb láttuk, hogy pl. a bismoxyl 5:10.000 arányban eléri maximalis spirochaetaölő hatását; azontúl csak mérgező tulajdonsága emelkedik. Még fontosabb a *chemiai összetétel* megválasztása, amint *Ehrlich* nevezte, a „chemisches Zielen", vagyis a kívánt célra megfelelőbb szerke-

[15] Arch. f. Derm. u. Syph., 149. k., 609. l.

[16] *Neuber:* Derm. Társ., 1929, máj. 25.

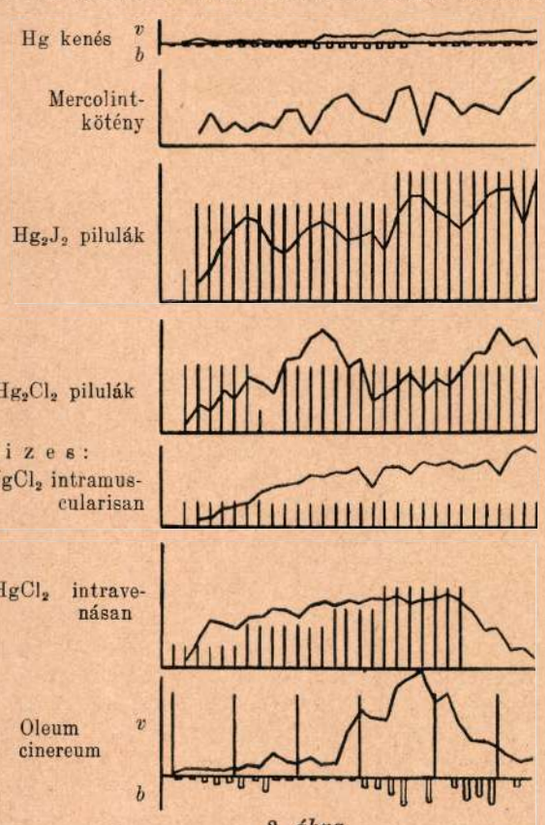
[17] *Welander:* Arch. f. Derm. u. Syph., 87. 2.

[18] Arch. of Derm. and Syph., XIV., 682.

zetűnek kikeresése a rendelkezésre álló végtelen sokféle anyag közül.

Ehrlich, mint láttuk, főleg recurrenssel fertőzött egerekkel dolgozott és nem vette eléggé tekintetbe, hogy ez a folyamat lényegesen különbözik az emberi syphilistől. Ez őt két egyoldalú következtetésbe sodorta: hogy csak a három vegyértékű organikus arsent tartotta hatásosnak, holott ma tudjuk a spirocid példájából, hogy az *öt vegyértékű is gyógyító lehet;* továbbá ő az eredmény létrejöttéhez egy haptophor és egy toxophor csoportot tartott szükségesnek. Az előbbit ő az amino- és a hydroxyl-componensekben, az utóbbitaz arsenoxydban gyanította és ezért az ilyen componenseket és *a gyógyszernek a szervezetben való oxydatióját* nélkülözhetetlennek tartotta. Ma már ismeretes, hogy a szer haptophor-csoport nélkül is hatásos lehet és hogy oxydatióra váró As helyett, ami lipoidokban, phosphatokban, cholesterinben dús szervekben, pl. az agyvelőben nehezen érvényesülne, már kész arsenoxydot tartalmazó gyógyszereket is használhatunk. Ez azért is kívánatos lenne, mert az oxydatio nem megy egyszerűen végbe. Néha már az oxydálás előtt leköttetik az arsen a szövetek által, *Maschmann* viszont kimutatta, hogy a salvarsanban elsősorban nem az arsen-, hanem a *haptophor-csoport oxydálódik*, ami a gyógyító erő csökkenésével jár; *Stühmer* pedig azt találta, hogy a keletkező arsenoxydot a szervezet savója egy *oxydtoxinná* köti meg, azután ezt arsenné redukálja, ami gyógyhatásnélkül mérgezésre vezethet. Ilyenkor azután a bél, a vese, máj és a pajzsmirigy is megbetegszik; ez az izzadás felfüggesztése által másodlagosan bőrgyulladást válthat ki. Ugyanez történik, *Müller* szerint, ha a máj a sympathikus izgatás következtében nem képes az arsent eléggé visszatartani, mire ez a bőr hámját támadja meg.

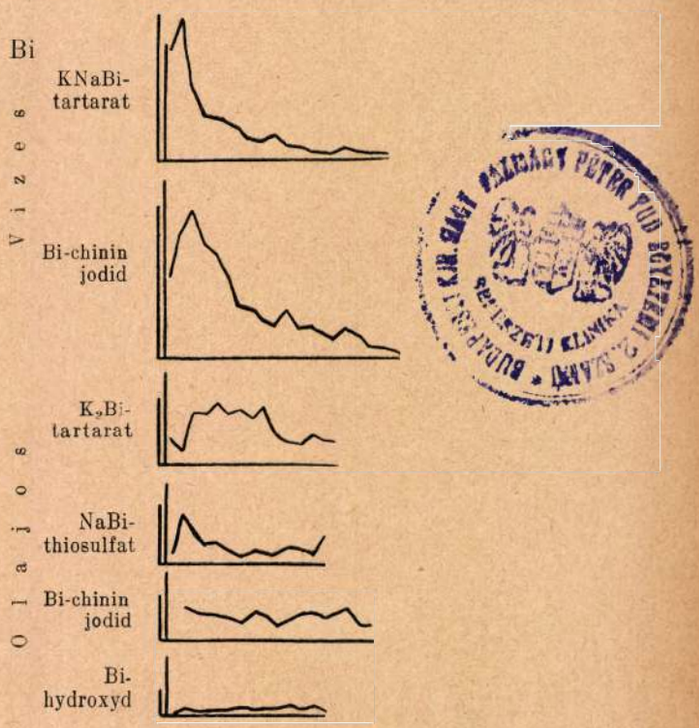
Mint látható, a *salvarsan nemcsak aetiotrop, hanem organotrop bomlási termékekkel is bír.* Célszerű lenne ezért az arsennek vegyületei felett újabb szemlét tartani,



2. ábra.

A Hg kiürítése a vizelet útján. A merőleges vonalak Hg mg-okat, az abscissaközök napokat jelentenek. *Lomholt* és *Bürgi* eseteiből kiválogatva. v = vizelet, b = bélsár.

amint az a stovarsol (spirocid) esetében váratlanul jó eredménnyel történt. Az *Ehrlich* által megvizsgált, de megint elejtett anyagok között tényleg van egy, a *p. amino-phenyl-arsenoxyd*, mely figyelmünkre méltó.



3. ábra.

A bismuth kiürítése a vizelet útján; *Lomholt, Leonard* és *O'Brien* eseteiből kiválogatva.

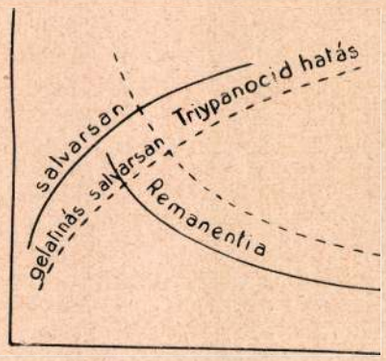
Ez ötször hatásosabb, igaz, hogy tízszer mérgesebb is, mint a salvarsan. *Ehrlich* azonban félretette, mert könnyen bomlik és mert benne az arsen ötvegyértékű — amit azonban a spirocid óta már nem tekinthetünk hátránynak —, továbbá, mert mint arsensavszerű anyag, a szervezet natriumával túlhamar kiürül és így, bár hevesen, de rövid ideig hat. Ez az anyag viszont már készen tartalmazza az arsenoxydot, nincs tehát kitéve ama hátrányoknak, melyeket *Maschmann, Stühmer* a salvarsannál kifogásolt. Ezért gyógyhatással bírna olyan helyeken is, melyek, mint az agyvelő, nem oxydáló, hanem redukáló jellegűek, ahol tehát a salvarsan nem is segíthet. Minthogy hatalmas parasitaölő szer, bizonyára rengeteg endotoxint szabadítana fel, ami viszont megfelelő immunanyagokat váltana ki. Mint arsenoxyd erősebben penetrál az arsenobenzoloknál, mert ezeknek *Vögtlin* szerint éppen aminophenylarsenoxyddá kell előbb válniok a szövetben, tehát kerülő úton jutnak oda, ahonnan ki is indulhatunk. Különösen érdekes azonban a kén iránti érzékenysége. Minthogy a spirochaeták is tartalmaznak sulfhydrylt, ez affinitási kapcsolatot képezne a szerrel; másrészt szükség esetében módunkban lenne fölös kénnek beadásával a p. aminophenylarsenoxyd hatását azonnal megállítani és így megmenteni a beteget a mérgezéstől. Igaz, hogy még egy theoretikus nehézség is fennáll vele szemben; az, hogy nála az aminogyök parahelyzetben áll az arsenoxyddal szemben, úgy, mint az atoxylnál is, ez pedig *Young* és *Löwenhardt* szerint veszedelmes és az atoxylnak optikus neurotropiáját okozza;[19] nem lehet azonban nehéz az aminophenylarsenoxydot meta helyzetben állítani elő és ennek hatását kutatni.

Ugyanily chemiai megfontolások szükségesek a többi gyógyszernél is. Valamely szernek veszélytelen-

[19] Handb. d. Haut- u. G. 18. k. 563.

sége még nem jelent előnyt. A *higanybenzol* vagy a mercuridipropionsav pl. annyira stabil vegyület, hogy már alig mérges *(Fischer, Mering)*. Egy 70 kg súlyú embernél a halálos adag csaknem 12 g lenne *(Müller)*. Ez az ártalmatlanság azonban azzal jár, hogy a szer alig fejt ki hatást. Többet érnek a hydroxydos, cyanos, halogenes, thio-vegyületek; ezek viszont nagyon mérgesek, pedig tudjuk, hogy idiosynerasiás embereknél már a fémhigany is erősen izgató, sőt mérgező hatást fejt ki. Nem ritkák az olyan esetek, amikor a bőrnek sublimattal való megmosása már súlyos erythema scarlatiniformera vezetett, *Sackur* pedig egy közölt esetet, ahol 5 g higanykenőcsnek bekenésére egy óra mulva hányás és hasmenés lépett fel és a beteg rövid idő mulva meghalt.[20]

Mikor, melyik szert válasszuk már most a gyógyítás céljára? Mint láttuk, a *salvarsan* spirochaetaölő, de nem serkenti fel a természetes védekezést; a *higany* és a *bismuth* ugyan stimulál, de alig árt a spirochaetának: *Eliassow* betegénél, aki több kúrában összesen 15·5 g, tehát óriási mennyiségű bismuthot kapott injectiókban, a spirochaeták nem pusztultak el. A *jód*nak főhatása,



A *salvarsan* és *gelatinás salvarsan* trypanocid hatása és kiürülése

4. ábra.
A salvarsan vizes és gelatinás oldatának hatása: a gelatinás anyagnak trypanocid hatása gyengébb, de remanentiája erősebb. *Oliver* és társai nyomán.

hogy behatol, széttár, felszív. A *thiosulfát* kimos, fémtelenít; a *protein-* és *láztherapia* felszabadítja az endotoxinokat és hozzáférhetővé teszi a rejtett gócokat: ezek a tapasztalatok lesznek a mi főirányítóink.

Ami a kezelés *tartamát* illeti, ez attól függ, hogy mennyire sikerült a szervezet védekezőerejét felkeltenünk. *Solomon* és *Berk* szerint paralysisnél és tabesnél sokkal erélyesebben kellene a kezelést végezni, mint ahogy az eddig szokásban volt. Ők egy-egy betegnél 5—6 éven át 15—18 malariabeoltást és több mint 150 salvarsant is végeznek, a lefolyást pedig 60—70 lumbal- és 30—40 cisternapunctióval és 200-nál is több seroreactióval ellenőrzik; eredményeik ennek dacára állítólag kitűnőek.[21]

Persze, nagyon sok függ az alkalmazás módjától. A gyakorlati részletekbe nem bocsátkozhatom, csak néhány pontot emelek ki.

Az *arsen* mérgességének csökkentésére és a salvarsanchoc enyhítésére különböző fogásokat ajánlottak. Egyesek serumban oldották a salvarsant, mások ½%-os gelatinás, meszes, glukozés oldatokat használnak. A gelatina mint védőcolloid *Oliver* szerint mintegy 50%-kal fokozza az arsentolerantiát, anélkül, hogy alászállítaná a spirochaetaölőképességet.[22] A meszet főleg abból a szempontból ajánlják, hogy a salvarsannak chlorját lekösse és a salvarsant salvarsanbasissá alakítsa, amelyben az arsen könnyebben oxydálódik. A glukose a *Treupel* által javasolt 20—50%-os oldatban könnyen thrombusokat idézhet elő, semmiesetre sem ajánlható tehát. A legtöbbet ér a *Bride* által használt *thiosulfát-salvarsan*, amely enyhíti az arsenicismus veszélyét, mert megakadályozza az oxydtoxinnak keletkezését.

Tudnunk kell azt is, hogy a *salvarsan hatása zavaró körülmények esetén váratlanul fokozott lehet;* az insulinnal kezelt betegeknél 3—4-szer, pyogen folyamatokban szenvedőknél *Yakimow* szerint tizenhatszor is erősebb lehet a rendesnél. Súlyos zavarokra vezethet ezenkívül, mint említettem, ha a reticuloendothelialis készülék blokálva van, amikor, *Kritschewski* szerint az arsen elraktározása megzavartatik és az egész tömeg rázúdul a májra és bőrre. Különösen vigyáznunk kell azonkívül, ha status thymico-lymphaticus forog fenn, vagy ha a sympathicus *(Müller)*, vagy a pajzsmirigy *(Buschke)* beteg; ilyenkor a legkülönbözőbb zavarok, még myxoedemaszerű jelenségek is felléphetnek.

A *higany*, mint említettük, elsőrangú szövetstimulans, különösen ha bedörzsölésekben alkalmazzuk, amikor a bőr esophylaxiás működése is felserkentetik. Ezért néhol higanykenőcsös „becsapkodást" (Einklatschen), vagy az injectiókkal egyidejűleg erélyes szappan- vagy olajbedörzsöléseket alkalmaznak. Súlyos, higanyos dermatitiseknél legjobb szerünk a már sokszor említett thiosulfát, amelyből amerikai orvosok venán és gyomron át napi 50—60 g-ot is adnak; később a szövet kimosására a jódnatrium is használható. A salivatiók ellen tömény boraxos *(Dobell)*, vagy híg thiosulfatos öblögetések ajánlatosak. Fontos a Hg diureticus hatása is.

A *bismuth* értékét, nézetem szerint, nagyon túlbecsülik napjainkban. *Milian*nak vagy *Gougerot*nak az a véleménye, hogy a salvarsan, bismuth és higany hatása 10—6—4 vagy 10—7—5 arányú, tapasztalatom szerint nem állhat meg. Sok függ különben a szer formájától. Egyes higanykészítmények, pl. a calomel, túlszárnyalják bármely bismuthsónak hatását. Ezek között mi a klinikán újabban kizárólag a bismuthtrijodidot használjuk, mely aránylag gyorsan hat és injectióban alig fájdalmas. Amerikai orvosok *(Cole* stb.) nagyon ajánlják a Bi. thioglycollatumot,[23] mások a lipoidokban oldódó lecithin-bismuthot, melynek hatása 3—4-szer erősebb a többi készítményénél.[24] A bismuth dominiuma főleg a secundaer stadium; még pedig különösen a bőrnek, csontoknak, ereknek és az agyhártyáknak bajai. Intravenásan mi sohasem adjuk, noha *Müller* 3000 injectióról számolt be, de maga is elismeri, hogy stomatitis, choc dentaire, vagusizgalom, acut májatrophia stb. következhet be. Már 2 beteg meghalt 7 cg befecskendezése után! Az oldhatlan bismuth viszont nagyon remanens; *Cole* 189 nappal az olajos injectiók után a bevitt bismuthnak még szinte felét megtalálta a depôtban.[25]

Ami a *jódot* illeti, ennek páratlan hatását már említettem. Fontos a pajzsmirigyhez való affinitása. Ismeretes a Martin—Jacoby-féle törvény, amely szerint a szervek annál erősebben gyüjtik és halmozzák fel magukban a gyógyszereket, minél erősebben képesek ezek őket befolyásolni. Óvakodjunk ezért vérzések, glottisoedemák és hyperthyria előidézésétől! Sokat vártunk valamikor a lipoidos alakban bevitt jódnak gyógyító hatásától, ez azonban nem felelt meg a várakozásnak. A szerves jódkészítmények nem hatnak elég gyorsan, kiürítésük viszont lassú és behatolóképességük mögötte van a jódalkaliáknak. Ezek között legjobban tűrhető a rubidium-, utána a natrium-, strontium-, ammonium- és

[20] Hdb. d. Haut- u. G. 18. 25. l.
[21] Am. J. of Syph. 12. 445. l.
[22] *Oliver et al.* Am. J. of Syph. 1927.
[23] Am. J. of Syph. 1927. 88. l.
[24] *Nathan* és *Hermann:* Ztbl. f. Haut- u. G.-kr. XVIII. 511. l.
[25] *Cole:* Am. J. of Syph. 1927. 88.

legkevésbbé a kaliumjodid. Megkönnyíthetjük az adagolást, ha tejben némi natrium hydrocarbonattal adjuk, vagy *Poór Imrének* eljárása szerint, amikor az 1%-os vizes KJ-oldatba 2% Natriumsulfatot teszünk.

Mellőzve a syphilis ellen ajánlott egyéb szereket, felemlítem még azokat az érdekes kísérleteket, amelyeket syphilisatio néven, immunbiologiai irányban, *Petit Radel* már 1816-ban, utána *Auzias Turenne*, végül *W. Boeck* többezer átoltás útján végzett betegeinél; ma tudjuk, hogy a létrehozott pustulák legnagyobb része nem állott összefüggésben a syphilissel és így az itt-ott mégis mutatkozó gyógyeredményt nemspecifikus proteinhatásnak kell tekintenünk. Mások természettől fogva immunis állatok, pl. lovak, lámák vérébe heredosyphilisesek *májdörzsölékét fecskendezték* immunizáló savó nyerése céljából; *Lewy* izgatta, *pörkölte* az initialaffectiót és így szándékosan gyulladásokat hozott létre ennek környékén; némelyek *hólyaghúzókkal* serumot gyüjtöttek a tertiaer betegek bőréből és ezzel, avagy Colles-féle anyák vérsavójával végeztek therapiás kísérleteket; e törekvéseket eddigelé nem koronázta lényegesebb siker.

Jeltzinski kísérlete, a syphilist *himlőnyirokkal* gyógyítani, szintén csupán nemspecifikus vaccinatio értékével bír. Sokkal több figyelmet érdemel a *luetin*, akár culturából, akár szervkivonatból készült is az, mert kétségtelenül ellenanyag képzésére serkenti a kifáradt szervezetet és így mintegy activálja az addig hatástalan salvarsan- vagy bismuthkezelést.

A *lázkeltő eljárásokat* lupus ellen az újabb korban először *Hallopeau* ajánlotta. Ő erysipelas toxint alkalmazott. Syphilis ellen *Schmidt, Mulzer, Kyrle*, különösen azonban *Wagner* tuberculint, typhusvaccint, tejet, *Uhlenhut* pyrifer néven B. aërogenes caps. kivonatot használt, legújabban pedig, mint ismeretes, a malaria, recurrens, vagy sodoku fertőzés dívik. Az ilyen lázkeltő eljárás *Dujardin* és *Décamps* szerint még a prognosis szempontjából is értékes, mert kedvező kilátások várhatók annál, aki jó reactiókkal válaszol a kezelésre. Mi kiterjedten alkalmazzuk.

Ami a *physikai* gyógyeljárásokat illeti, már a XV. században, a syphilis kitörésekor is észrevették, hogy a *meleg*, az *izzadás*, a *napfény*, *a bőringerek*, *fürdés*, *massage* kedvezően befolyásolják a syphilis ellen való védekezést. Azóta ezeket minden elképzelhető módon variálják, pl. Afrikában forró homokkal takarják be a betegeket és ennek tulajdonítják a neurotropia ritkaságát. E hatások persze attól is függnek, hogy *a kiválasztó szervek* jól működnek-e, ami visszavezet minket oda, hogy a syphilisgyógykezelés sikerének első feltétele az egész szervezetnek gondos jókarban tartása.

A syphilistherapia előtt nagy perspectivák nyiltak meg. Közeli kilátásaink vannak sokatigérő új módszerekre. Ilyen lehet a *subsyphilisnek*, az activ és passiv immunitásnak előállítása coimmunizálás, enyhébb rokonfolyamatok, framboesia, nyúlsyphilis, Beschälseuche segítségével. *Lázak* erőszakolása útján talán sikerülni fog a parasitát *fragilis* alakba vinni át; a *lipase*-kezeléssel talán lerombolhatjuk a spirochaetát védő lipoidburkokat. Még az is lehetséges, hogy a spirochaetánál napirendre kerül a *filtrálható alak*, vagy a d'Herelle-féle *bakteriophagok szerepe*. Annyit azonban már most is elértünk, hogy világosan látjuk a nehézségeket és ismerjük fegyvereink értékét. A kezelés ma már céltudatos. Tudjuk, hogy a fertőzés után beáll egy rövid időszak, az egyetlen, amelyben a syphilis aránylag könnyen elfojtható. Az első szabály tehát, hogy *siessünk a kezeléssel*, mert később már rászorulunk a máj méregtelenítő, a reticuloendothelialis készülék szűrő, a bőr sedimentáló, a vese és a bél kiválasztó, a nyirokcsomók és a lép leukocytaszabályozó működésére és a *szervek és a leuko-, lympho- és histiocyták specifikus termékeire*, melyek lekötik, kizömbösítik, de nem irtják ki a spirochaetákat, nem gyógyuláshoz, csak symbiosishoz, fegyverszünethez vezetnek. Így csak egyensúlyi helyzet áll elő, mely a sejtek kifáradása és a fémekkel való túlhalmozódás miatt lassankint az ember hátrányára változnék meg, ha nem segítene — a jód mellett — az újabb idők egyik legértékesebb felfedezése, a protein- és thiosulfatkezelés, amely megint a szervezet javára fordítja vissza a helyzetet és a valószínűségig viszi a végleges gyógyulás lehetőségét.

*

A syphilis meggyógyítása, a nemibetegségek leküzdése, a nemiélet rendezése fontos, sőt existentialis feladat az állam életében. Ennek a megoldása azonban minden orvosnak, sőt a társadalomnak egyesített munkáját igényli. Ha ezt sikerül elérni, akkor valóra fog válni *Balassának* 1868-ban, halála előtt pár héttel mondott beszéde: „A nemes feladat és törekvés egynek, összetartónak tanusítja rendünket. Kedvezővé változnak a haza ügyei s a méla szendergésből új életre kel a nemzet, melynek körében élénken pezseg az erő s komolyan folyik a munka, mert mélyen érzi mindenki, hogy igen nagy a mulasztottak száma és hogy a cél, melynek elérésére egyesültünk, hazánk legszentebb érdekeivel azonos!"

Ez a cél vezessen bennünket is és vezessen úgy, hogy valamikor magunkról is elmondhassuk Balassának jelmondatát: *Feci, quod potui!*

Bővebb irodalom: Neuburger, Wiener med. Schule im Vormärz, Springer 1921. és Hdb. der Haut- u. G. Krankheiten, XVIII. köt.

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

Adatok az accidentalis sérülések kezeléséhez.

Írta: *Sas Lóránt dr.*, klinikai műtőorvos.

(Második, befejező közlemény.)

A therapiás kísérletek egy friss, zúzott sebből kitenyésztett, tengerimalacra rendkívül pathogen gázphlegmone-törzs többszörösen halálos adagjával szemben történnek. A szokásos külvilági bakteriumok (pl. földdel fertőzés) helyett kulturbakteriumoknak, tehát rendkívül virulens és nagymennyiségű bakteriumomnak alkalmazását azért választottam, mert előző vizsgálataim alapján arra kellett következtetnem, hogy a gyakorlatban előforduló sérüléseknél, mikor rendesen külvilági bakteriumok szerepelnek, a fertőzés fellépése, vagy annak a szervezet általi leküzdése elsősorban a sérült szövetek állapotától függ. A sebbakteriologiai vizsgálatok szerint, mint fenti esetben is, a reactiomentes gyógyulás volt a szabály, holott kétségtelennek látszik, hogy ugyanolyan mennyiségű és virulentiájú bakteriumnak roncsolt sebbe jutása a beteg súlyos általános állapota mellett, a fertőzés kifejlődését váltotta volna ki. Minthogy azonban állatkísérletben a gyakorlatban előforduló, fertőzésre erősen disponált, súlyos szövetlaesióval járó sérülések, roncsolások nem idézhetők elő, vagyis a fertőzés fellépésének egyik fontos tényezője, a localis és általános szervezeti védekezés csökkentése nem vihető keresztül kellőképen, joggal fokozhatjuk a másik factort: a fertőzés intensitását, virulens bakteriumkultura alkalmazása által. Tehetjük pedig ezt annál is inkább, minthogy — mint a háború alatti tapasztalatok igazolták — a fertőzés incubatiós ideje

külvilági bakteriummal történt infectio kapcsán nem absolut érték, hanem ugyancsak a sérülés minőségének, intensitásának függvénye lehet. Tekintetbe veendő még az is, hogy a bakterium virulentiája nem más, mint a szervezet localis és általános védekezőképességének részleges vagy teljes bénítása. A gyakorlati életben előforduló súlyos sérüléseknél, jóllehet a fertőzés aránylag csekélyszámú bakteriummal történt, *a trauma hozza létre ezen, a fertőzés esélyeit annyira fokozó elváltozást, melyet a kísérletben ép szövetek s megtartott localis és általános resistentia mellett maga a fertőző anyag idéz elő.* A bakteriumtörzs többszörösen halálos adagjával azért végeztem a fertőzést, mert a kísérletben alkalmazott therapiás eljárások fertőzésgátló, illetve életmentő hatásáról lehetőleg súlyos fertőzéssel való szembeállítás útján akartam meggyőződni.

A fertőzött sebek kezelésére vonatkozó kísérletek a következők:

Kísérlet	Fertőzés	Sebellátás	Lefolyás	Bact. vizsgálat
I. 27 XI. 20.	24 órás májbouillon-cultura 4—4 csepp	*a)* sebzárás collodiummal.	Exitus 27. IX. 22-én reggel.	Positiv.
		b) 5 perc mulva jódtinctura és sebzárás collodiummal.	Síma sebgyógyulás. 27 XII. 13-án gyógyult.	—
II. 27 XII. 14.	24 órás májbouillon-cultura 4—4 csepp	*a)* leragasztás mastisollal.	Exitus 27 XII. 17-én.	Positiv.
		b) 1 óra mulva jódtinctura és leragasztás mastisollal.	Exitus 27 XII. 16-án.	Positiv.
III. 27 XII. 27.	30 órás májbouillon-cultura 4—4 csepp	*a)* ¼ óra mulva jódtinctura; sebzárás kapoccsal.	28 I. 2-án kapocseltávolítás. I. 6-án fertőzés helyén 20 fillérnyi bőrelhalás alatta élesszélű anyaghiánnyal, melynek alapját képező szürkészöldes mállékony szövetben gázhólyagok láthatók. Aseptikus kezelés után II. 10-én fillérnyi sarjadzó hámhiány II. 22-én gyógyult.	27 I. 30-ig. Positiv. Ezután csak streptococcusok mutathatók ki.
		b) ½ óra mulva jódtinctura; sebzárás kapoccsal.	Exitus 27 XII. 31-én.	Positiv (streptococcus vegyesfertőzés).
IV. 27 XII. 31.	30 órás májbouillon-cultura 4—4 csepp	*a)* 5 perc mulva 1‰-es sublimat; sebzárás kapoccsal.	27 I. 5-én kapocseltávolítás. Gyógyult.	—
		b) 5 perc mulva jódtinctura; sebzárás kapoccsal.	27 I. 5-én kapocseltávolítás. I. 9-én a fertőzés helyén lencsényi szürkészöldes nekrotikus alapú fekély, mely asseptikus kezelésre lassan granulál. I. 23-án per sec. gyógyult.	27 I. 17-ig positiv, ezután csak mikro-streptococcusok találtattak.
V. 28 I. 5.	6 órás májbouillon-cultura 4—4 csepp	*a)* ¼ óra mulva jodtinctura; sebzárás kapoccsal.	28 I. 9-én kapocseltávolítás. I. 18-án a fertőzés helyén húszfillérnyi nekrotikus alapú anyaghiány. I. 25-én besarjadt; fillérnyi hámhiány.	I. 23-ig positiv, ezután negativ.
		b) ½ óra mulva jódtinctura; sebzárás kapoccsal.	Exitus 28 I. 6-án.	Positiv.
VI. 28 II. 10.	8 órás májbouillon-cultura 2—2 csepp	*a)* sebzárás kapoccsal.	Exitus 28 II. 11-én.	Positiv.
		b) 1 óra mulva jódtinctura és sebzárás kapoccsal.	Exitus 28 II. 11-én.	Positiv.
VII. 28 III. 3.	6 órás májbouilloncultura 3 csepp	1 óra mulva kiégetés thermocauterrel. A sebet kapoccsal zárjuk.	Exitus 28 III. 4-én.	Positiv.
VIII. 28 I. 1.	24 órás májbouilloncultura 4 csepp	1 óra mulva körülfecskendezés 1‰-es vuzinoldat 8 cm^3-ével. Sebzárás kapoccsal.	Legsúlyosabb tünetek között exitus 28 I. 1-én.	Positiv.
IX. 28 III. 18.	7 órás májbouillon-cultura 3 csepp	1 óra mulva sebzárás kapoccsal és alapos alá- és körülfecskendés 2‰-es rivanollal.	Exitus 28 III. 19-én.	Positiv.
X. 28 IV. 7.	8 órás májbouillon-cultura 3 csepp	½ óra mulva sebzárás kapoccsal; utána alá- és körülfecskendés 1‰-es vuzinoldattal.	Exitus 28 IV. 8-án.	Positiv.
XI. 28 II. 11.	6 órás májbouillon-cultura 2 csepp	1 óra mulva sebfeltárás és tamponálás száraz steril gaze-l. Tamponváltás naponta, majd másodnaponként. II. 10. után fedőkötés.	A seb renyhén sarjad, lassan kitelődik. III. 18-án gyógyult.	28 II. 1-én Gram-positiv coccusok és coliformis pálcák.
XII. 28 II. 14.	6 órás májbouillon-cultura 2 csepp	½ óra mulva feltárás, tampon. Tamponváltás naponta, majd másodnaponként.	II. 20-a után renyhe sarjadzás indul meg. II. 27. A seb jól sarjad, gyorsan összehúzódik. III. 2-án gyógyult.	28 II. 20-án és II. 22-én negativ.

Kísérlet	Fertőzés	Sebellátás	Lefolyás	Bact. vizsgálat
XIII. 28 II. 25.	7 órás májbouillon-cultura 3—3 csepp	*a)* ½ óra mulva feltárás és tamponálás száraz steril gaze-l; leragasztás mastisollal. Tampon-kezelés.	III. 4-én az elhalt részek lelökődnek. III. 8-tól sarjadzás. III. 13-án lencsényi hámosodó anyaghiány. III. 18-án gyógyult.	28 III. 4-én positiv, III. 13-án negatív.
		b) Ugyanez 1 óra mulva. III. 10-től III. 20-ig tampon nélkül hagyjuk.	III. 20-a után az állat apathiás, keveset eszik. Kiderül, hogy az anyaghiányt fedő var alatt nekrotikus bűzös sebüreg van. III. 31-én exitus.	28 III. 1-én positiv. III. 5-én és III. 8-án csak bact. colit találunk. III. 20-án ismét positiv. Boncolási lelet positiv.
XIV. 28 III. 30.	7 órás májbouillon-cultura 3—3 csepp	*a)* 1 óra mulva feltárás és tamponálás. IV. 2-án a seb széleit felfrissítjük és az egész száraz sebüreget éles kanállal lekaparjuk, majd ismét tampont helyezünk be.	Exitus IV. 2-án éjjel.	Positiv.
		b) 1 óra mulva feltárás és tamponálás steril gaze-l. Tamponváltás naponta, majd másodnaponként.	IV. 4-én a seb alapja élénkpiros vérzékeny. IV. 8-a után renyhe sarjadzás; V. 27-én per sec. gyógyult.	IV. 21-én Gram szerint rosszul festődő gázphlegmonera gyanús pálcák.

Különös érdekességénél fogva az V. sz. kísérletet egész terjedelmében közlöm:

28. I. 5-én 230 és 220 g-os tengerimalacot a hátsebén 6 órás májbouillonkultura 4—4 cseppjével fertőzünk. Az első ¼, a másodikat ½ óra mulva jódtincturával kezeljük s a sebet kapocsal zárjuk. 28. I. 6. Mindkét állat táplálkozik, de a második (½ órás) feltűnően csendes; d. u. apathiás, este exitál. Localisan a bőr kissé felemelt, bemetszve a mérsékelten átivódott kötőszövet vörhenyes savójában sok gázphlegmonebacillus mutatható ki. A szervekből készült praeparatumokban csak elvétve találunk bacillusokat.

Az első (¼ órás) malac élénk, jól táplálkozik. 28. I. 9-én kapocseltávolítás, a sebszélek összetapadtak. 28. I. 14-én az állat változatlanul jó állapotban van. I. 18-án a fertőzés helyének megfelelően 20 filléresnyi területen a bőr elhalt s innen kb. 4 cm hosszú nekrotikus bőrcsík vezet a combhajlatba. A pörköt felemelve az alatta lévő zöldesszürkés törékeny szövetből egy kacsnyit májbouillonba oltunk, melyben a gázphlegmone bacillusa erős gázképződés mellett tiszta kulturában tenyészik. A váladékból készült praeparatum jórészt degenerált gázphlegmonebacillusokat tartalmaz. I. 23-án a pörk levált; sarjadzás indul meg. A sebfelületről végzett oltás eredménye negativ. I. 25-én a seb besarjadt, helyén alig fillérnyi hámhiány van. Az állat változatlanul élénk, jól táplálkozik. Az I. 18-án történt leoltással nyert és azóta tovább tenyésztett gázphlegmonetörzs 24 órás májbouillonkulturájának 0·3 cm^3-ét ugyanezen tengerimalac hátbőre alá fecskendezzük. Már ½ óra mulva feltűnő az állat nyugtalansága s még aznap éjjel exitus következik be. Az injectio helyétől kiindulólag a bőr, a has, hát és mellkas fölött lötyögő zsák alakjában felemelődött; bemetszve sok vörhenyes savó ürül. Tárgylemezkészítményeken nagy mennyiségben találjuk a Fraenkel—Welch-bacillusokat. A máj és vese ugyancsak számos vaskos, tokos gázphlegmonebacillust tartalmaz. Májdarabbal fertőzött májbouilloncsőben 4 órán belül intenziv gázfejlődés indul meg.

A kísérleti eredmények összefoglalása.

A felületen ható antiseptikumokkal végzett kísérletekből kitűnik, hogy 5 perc — ¼ órával a sérülés, illetve sérüléssel kapcsolatos fertőzés után alkalmazva az antiseptikumot, az állat biztosan megtartható akkor is, ha a fertőzés erősen pathogen bakteriumkultura sokszorosan halálos adagjával történt. ½ óra elteltével végezve a kezelést, az állatok elpusztultak (kettő közül az egyik vegyes fertőzésben), de a boncolási lelet kevésbbé súlyos, mint akár a kontrollállatnál, akár az 1 óra mulva kezeltnél.

Ha a kezelés 1 óra mulva történt, az exitus rövid, mindkét kísérletben a kontrollénál valamivel rövidebb idő alatt következett be s ugyanitt láttuk a legsúlyosabb boncolási leletet is. Az alkalmazott gázphlegmonetörzs, sajnos, túlerős volt ahhoz, hogy élesebben mutatkozzék a különbség, a kísérletek azonban így is nagy valószínűséggel arra engednek következtetni, hogy a bakteriumoknak a szövet mélyébe vándorlása után végzett jódtincturakezelés vagy paquelinezés, a sebnek coagulatiós réteg általi elzárása folytán az anaërobcsirok fejlődését elősegíti, felszívódásukat gyorsítja. Mindenesetre azonban teljesen hatástalan a szövetek mélyébe került bakteriumokkal szemben, vagyis ½—1 óra elteltével a sérülés viszonya a fertőző anyaghoz ugyanolyan, mint fertőzött lövési sérülésé közvetlenül a trauma után. Ez utóbbira vonatkozólag *Müller* és *Koller* kísérletei bizonyították be, hogy itt a fertőző anyag *sérülés után közvetlenül* a szövetek mélyében van, tehát antiseptikum számára hozzáférhetetlen, miért is e sérülések kezelése felületes hatású és kisebb-nagyobb mértékben szövetelhalást okozó eljárással nemcsak céltalan, hanem ellenjavalt.

Ugyanez vonatkozik az accidentalis sérülésekre is, ha a seb felületéről a bakteriumok felszívódása már bekövetkezett. Eszerint lövési és egyéb sérülések között a különbség csak chronologikus: előbbieknél a bakteriumok azonnal a szövetek mélyében vannak, utóbbiaknál ez csak bizonyos ideig, — jelen kísérletekben kb. ½ óráig — a sebfelszínen való tartózkodás után következik be. Kizárólag ezen időtartamon belül végzett antiseptikus kezeléssel válik lehetővé a seb fertőtlenítése. Fertőtlenítés alatt azonban nem a bakteriumok elölése, hanem csupán virulentiájuk, toxicitásuk csökkentése értendő, minélfogva azok a szövetnedvek baktericid hatására lassanként degenerálnak, szétesnek és végül teljesen eltűnnek.

A sebbakteriologiai vizsgálatok is amellett szólnak, hogy antiseptikumnak a sebben bakteriumölő hatása nincs, vagyis *fertőzött sebet antiseptikummal sterilizálni nem lehet.* A kísérletes vizsgálatok ezt megerősítették, mert a harmadik, negyedik és ötödik kísérletben az általános fertőzéstől jodtincturával megvédett állatoknál, azok teljes jóléte mellett, a Fraenkel—Welch-bacillust 2—3 hétig is ki lehetett mutatni a fertőzés helyén s csak a seb gyógyulásával arányban mutatkozott a bacillusok egyre fokozódó degenerálódása, ami a bacillus festődésének csökkenésében, szakadozottságában, végül szétesésében nyilvánult meg. Végeredményben te-

hát itt is azt láttuk, ami műtéti sebekre vonatkozólag már régen beigazolódott s az accidentalis sérülések között is két esetben bizonyítható volt: a seb sterilitása egyedül a szövetnedvek autoantisepsise útján érhető el, mely erősen virulens bakteriumokkal történt fertőzés, vagy súlyos szöveti ártalom esetén csak akkor lehet eredményes, ha a felületen tartózkodó bakteriumok előzőleg megfelelő intensitású antiseptikus hatásnak voltak kitéve. Heteroantisepsis és autoantisepsis, tehát egymást kiegészíteni hivatottak: *az antiseptikum által megkezdett baktericid folyamatot a localis szöveti resistentia fejezi be.*

A kísérletek egyszersmind azt is megmagyarázzák, miért volt lehetséges antiseptikumokkal előzetesen kezelt accidentalis sérülésekből a legkülönbözőbb részben apathogen, részben pathogen bakteriumtörzsek kitenyésztése. A kezeléssel megtartott állatok sebeiben, jóllehet a bakteriumok a fent leírt degenerativ elváltozásokat mutatták, májbouillontenyészetük virulentiája a sokszoros állatpassage-al erősített többi gázphlegmone törzsétől semmiben sem különbözött. Az antiseptikummal kezelt sebből tenyésztett bakteriumtörzs tulajdonságai teljesen függetlenek az antiseptikus kezeléstől s így belőlük a kezelést illetőleg következtetés nem vonható.

A sebeken több napon vagy héten át vegetáló Fraenkel—Welch-bacillusok az állatok általános állapotát egyáltalán nem befolyásolták. Az ötödik kísérlet mutatja, hogy ez nem vezethető vissza arra, miszerint a kísérleti állat a sebén élő gázphlegmonebacillusokkal szemben bizonyos fokú immunitást szerzett volna. A sebből kitenyésztett törzs 24 órás májbouillonkulturájának visszaoltása ugyanazon állatra, néhány óra alatt a legsúlyosabb tünetek mellett exitushoz vezetett. Kétségtelen, hogy az állat csak a sebén élő, antiseptikummal és saját sebváladékával gyengített Fraenkel—Welch-bacillusokkal szemben volt resistens, de a sebből kitenyésztett törzzsel szemben legcsekélyebb mértékben sem mutatott immunitást.

Mély antisepsissel végzett csekély számú kísérletből látható, hogy ½—1 órával a fertőzés után, tehát oly időpontban, mikor nyitott sebkezeléssel és rendszeres tamponálással az állat megmenthető (vagyis bakteriumok a vérkeringésben még nincsenek), a seb körülfecskendezése 1‰-es vuzinnal, az exitust nem hátráltatja. Rivanolnak, bár vele az állatot sem életben tartani, sem pedig életét meghosszabbítani nem sikerült, a boncolási lelet tekintetbe vételével csekély antiseptikus hatást tulajdoníthatunk.

Nyitott sebkezeléssel és rendszeres tamponálással 4 állatot lehetett megtartani, melyek közül kettőt ½ órával, másik kettőt 1 órával a fertőzés után kezeltünk először. Két „1 órás" állat elpusztult ugyan (egyik 35 nappal a fertőzés után), de ezen két exitust is az egyes esetekben alkalmazott kezelés hiányosságára, illetve célszerűtlenségére kell visszavezetni. Nyitott sebkezeléssel tehát sikerült az állatokat általános fertőzéstől megóvni, holott ugyanolyan intervallumban felületen ható, vagy mély antiseptikummal kezelve biztosan elpusztultak volna.

Gyakorlati következtetések.

1. Accidentalis sérülések esetén, ha a szövetek ellenállóképessége lényeges változást nem szenvedett, úgy pathogen mikroorganismusok jelenléte csak kivételesen zavarhatja a sima sebgyógyulást. Ezért súlyos szövetártalom nélküli és szennyezetlen accidentalis sérülések *aseptikusan* kezelendők, ha lehet, per primam varrandók.

2. Miután ½ órán belül végzett antiseptikus kezeléssel az állat erősen fertőző anyag sokszorosan halálos adagjával szemben is biztosan megóvható az általános fertőzéstől, ezért minden szennyezett vagy súlyos szövetlaesióval járó sérülés az első ½ órán belül *antiseptikusan* kezelendő s ezután úgy látandó el, mintha nem lett volna szennyezett.

3. Ha a bakteriumok már a szövetek mélyében vannak — ami a kísérletekben ½ óra eltoltével következett be —, úgy antiseptikus kezelés céltalan, sőt hátrányos lehet. A sebet nyitvatartó kezelés útján azonban ilyenkor is megmenthető az állat, ha a fertőzés még lokalis. Ezért szennyezett, vagy súlyos szövetártalommal járó ½ órás, vagy annál idősebb sérülések *nyitva* kezelendők.

A guttadiaphot és gyakorlati alkalmazása.

Írta: *Barta Imre* dr. belklinikai tanársegéd, Pécs.
(Jelenleg a berlini Collegium Hungaricum tagja.)

A guttadiaphot új haematologiai vizsgálóeljárás a vér kóros változásának kimutatására. *Meyer* salvarsankezelésnél megfigyelte, hogy a venából a salvarsan-oldattal telt fecskendőbe szívott vér különbözőképen viselkedik, aszerint, hogy súlyos vagy javuló lueses betegtől származik. Erősen positiv Wassermann-reactiónál a vér gyorsan süllyed a fecskendőben, a gyengén positiv vagy negativ vér változatlanul marad vagy felszáll az oldatban. Ebből a sajátságos jelenségből egyszerű eljárást vélt kidolgozni a lues kórjelzésére. *Amme* vegyész segítségével a salvarsanhoz hasonló chemiai oldatot állított elő és ezzel végezte kísérleteit. Miután kiderült, hogy egyrészt az oldatba szívott vér viselkedésének észlelése nehézkes, másrészt a gyakori kicsapódás miatt a gyakorlati célnak sem felel meg, jobb eljárást keresett. Ha a vért alkalmas itatóspapírra cseppentette, kitűnt, hogy a vércsepp változó képet mutat, amely még szemléltetőbbé lesz akkor, ha előzőleg a papirost sudanvörössel megfesti. A további kutatásban *Bierast* volt munkatársa, aki különböző színű papírcsíkot alkalmazott, hogy módszerüket a luesen kívül más kórképek elkülönítésére is használhatóvá tegye. Így vezette be a malachitzöldet. A szerzők felfedezésükkel *Schilling*hez fordultak, aki eljárásukat számos betegségnél kipróbálta és gyakorlati alkalmazását kiépítette. Rámutatott továbbá a niluskék jelentőségére, amely bizonyos vonatkozásban érzékenyebb az előbbieknél és az eredmény néhány perc mulva leolvasható. Így jött létre a Meyer—Bierast—Schilling-féle guttadiaphot.

A guttadiaphot három különböző színű itatóspapírcsík, vörös, zöld, kék, amely keménypapír-keretbe van rögzítve. A vizsgálathoz néhány köbcentiméter vér szükséges. A vérvétel aetherrel gondosan kiszárított fecskendővel a karvenából történik és minden csíkra óvatosan a tűn keresztül két-két cseppet egymásra fecskendezünk. Levegőn vízszintes helyzetben hagyjuk száradni és az eredmény 4—5 óra mulva áteső fényben leolvasható. A harmadik csík a positiv eltérésről már néhány perc mulva tájékoztat. A végleges eredmény leolvasására legcélszerűbb, ha a guttadiaphotot ablak felé tartjuk, de nappali fény helyett mesterséges fényforrást is alkalmazhatunk.

A vércsepp köralakban terjed és száradás után jellemző képet mutat. Egészséges vérnél az első csíkon éles szélű, sötét határú vörös korong látható. Gyakran a korongot világosabb piros koszorú (korona) övezi, amelyet ugyancsak éles határvonal vesz körül. A második csíkon a korong barnáspiros, egynemű, koszorú és határvonal csak ritkán észlelhető. A harmadik csíkon a vöröseszöld korongot éles vonal határolja (1. sz. ábra). A kóros vér sokkal változatosabb képet mutat. A határ-

vonal hiányzik, a koszorú széles, halványpiros, elmosódott szélű. A korong, különösen a zöld csíkon foltos, helyenként világos terület látható. A harmadik csíkon a festék a széli részen halmozódik fel, gyakran a csepp határa egyenetlen, kisebb-nagyobb dúdorképződéssel (2. sz. ábra). Egyes esetben a korongon kívül szabad, színes gyűrűk is láthatók (3. sz. ábra).

Gyakorlati célra a megjelölés:

— kóros eltérés nincs;

$\mp$ szakadozott szél, csekély változás a II. és III. csíkon;

+ hiányzó határvonal és más kóros jel. Kiegészíthető gyenge, középerős, erős, nagyon erős jelzéssel.

Tudományos célra a különböző változást betűvel jelezzük:

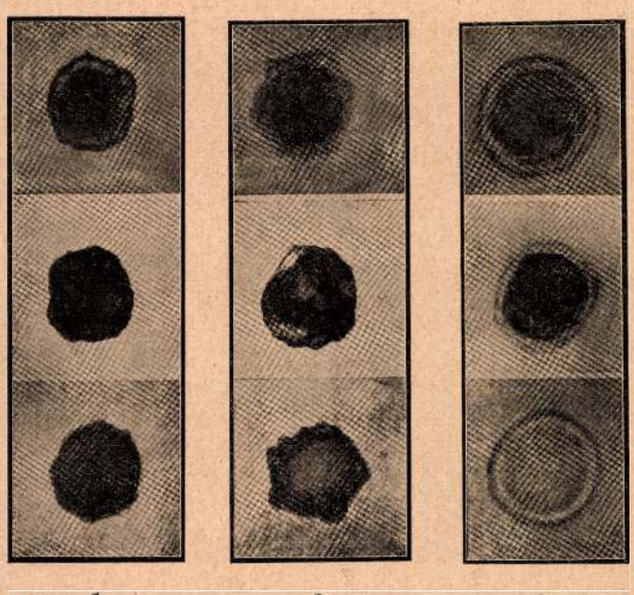
a) elmosódott szél, vagy szakadozott határvonal;

b) elmosódott koszorú;

c) foltos színeződés

d) festék széli halmozódása;

e) szabad gyűrű.



1. 2. 3.

Szemléltető ábráknak azokat a sematizált képeket választottuk, melyeket *Schilling* is közöl könyvében. A kóros eltérést a következőkép jelöljük:

2. ábra: I. a + b, II. c, III. c + e.

3. ábra: I. b + c + e, II. b + c + e, III. b + c + e.

A guttadiaphot látszólag egyszerű jelenség, a csepp-képet mégis nehéz magyarázni. *Gesenius* capillaranalysis útján a vér víztartalmával hozza összefüggésbe. *Schilling* a viscositás és a felületi feszültség változásával magyarázza, de magyarázható más physicochemiai változással is. Az elektrolytek és a fehérjék dispersitásos fokának eltérése különbözőképen befolyásolja az osmosisos folyamatot. A sötét határvonal azáltal keletkezik, hogy a környéki rész felé áramló savó magával ragad vörösvérsejteket, amelyek a szélen rakódnak le. A koszorú keletkezésében a vörösvértestszámon kívül a véralvadásnak van szerepe. Magas vörösvértestszám mellett és a gyors alvadásnál gyakrabban látható. A coagulált vörösvérsejtek nagyrésze a középen marad, kis töredék a nem adsorbeált plasmával a környéki részre jut. A foltosság és a színárnyalat a haemoglobintartalommal függ össze. A festék széli halmozódása arra utal, hogy a kóros vér a papír színét kioldja, a különböző gyűrűk oka a víztartalomban keresendő.

A guttadiaphotot *Meyer* eredetileg a lues kórjelzésére, *Bierast* elkülönítő kórjelzésre akarta felhasználni és csak *Schilling* sorozatos klinikai vizsgálata után derült ki, hogy aspecifikus reactio, amelyből kórjelzést felállítani nem lehet, csak a klinikai képet egészíti ki. A positiv cseppkép a vér kóros elváltozására utal. Biologiai tünet, amely a többi tünet mellett jól értékesíthető. A morphologiai és a biologiai vérvizsgálat mind nagyobb jelentőségre tesz szert vizsgálóeljárásaink között. A vérkép minden sokoldalúsága mellett sem mutat minden esetben jellegzetes változást. Mióta *Schilling* bevezette az egységes biologiás vérképértékelést, a haemogrammot, nélkülözhetetlen segédeszközzé vált. A fehérvérsejtszám, a mageltolódás, a neutrophil küzdő, a monocytás védő és a lymphocytás gyógyuló szak mély betekintést nyujt a betegség lefolyásába, de egyes esetben alig mutat eltérést, vagy normalis is lehet. A vérkép a csontvelőműködés kifejezője, súlyos csontvelőkárosodás vagy alkati gyengeség atypusos vérképhez vezet. A másik haematologiai vizsgálóeljárás a vörösvértestsüllyedés. Bár kezdetben túlbecsülték jelentőségét, de fontossága tagadhatatlan, mert a klinikai kép mellett jól értékesíthető úgy a kórjelzés, mint a kórjóslat felállításában. *Schilling* mutatott rá a haemogramm és a vörösvérsejtsüllyedés szerencsés társítására. Az utóbbi időben több oldalról kutatták a kettő vonatkozását. A vizsgálók nem is juthattak egységes eredményre, mert a vérkép és a vörösvérsejt-agglutinatio csak a kóros esetek egy részében halad arányosan. Bár mindkettő fertőzés, illetve méreghatás következménye, de míg az előbbi a csontvelőműködés, az utóbbi a plasma colloidváltozásának a kifejezője. Idült betegségben, daganatos folyamatban a vérkép rendszerint alig mutat eltérést, a vörösvérsejtsüllyedés erősen fokozott. A kettő tehát jól kiegészíti egymást. A vastagcsepp, amely még mindig nem foglalta el azt a helyet vizsgálómódszereink között, amelyet megérdemelne, szintén nagyjelentőségű. Fertőzésben előfordul, hogy a méreg a fehérvérsejtrendszert nem befolyásolja, csak a vöröscsontvelőt károsítja. A vastagcseppben látható normalis és toxikus polychromasia és ennek további alakja a basophil pettyezettség finom mértéke a vöröscsontvelő károsodásának. A felsorolt vizsgálóeljárások kivétel nélkül általános reactiók, de mindegyiknek megvan a különös jelentősége; bár hasonló ok hozza létre azokat, hol az egyik, hol a másik hatás van előtérben. Nemrégen mutattam rá a fehérvérsejtek toxikus károsodásának klinikai jelentőségére és azóta másik önálló reactiónak, nevezetesen a fehérvérsejtsüllyedés keletkezésének okát és különösen gyakorlati alkalmazását kutattuk. („Entstehung und Praxis der Leukocytensenkung" megjelenés alatt.)

A haematologia célja a mindennapi vizsgálóeljárásainkat bővíteni és minél jobban kiépíteni a gyakorlat számára. És mint ilyen, fontos a guttadiaphot is. A *His*-klinika néhány ezer vizsgálata és félévi saját tapasztalatom meggyőzött arról, hogy mint aspecifikus haematologiai eljárásnak, nagy jelentősége van nemcsak a klinika, hanem különösen a gyakorlóorvos szempontjából. A guttadiaphot gyors, egyszerű és könnyen kivihető vizsgálómódszer. Általános jelenség, amely kóros folyamatra utal. Érzékeny reactio, a teljesen negatív guttadiaphot ritka és ezért csak a kifejezett változást kell tekintetbe venni. A cseppkép erősen positiv fertőzésben, intoxicatióban, vérbetegségekben, különösen vérszegénységben, szív- és veseelégtelenségben, csúzos izületi betegségben, belsősecretiós zavarban stb. Betegségek szerint rendezni nem lehet, mégis a különböző kép bizonyos elkülönítő kórjelzési lehetőséget megenged. Így vészes vérszegénységre mind a három

csíkon jellemző az elhalványodás mellett szabad gyűrűk jelenléte; fehérvérűségben feltűnően hullámos, széles koszorú, foltosság és szabad gyűrűk láthatók; polycythaemiában a guttadiaphot lakkszerű; sepsisben és súlyos tuberculosisban a koszorú elmosódott és a kék csíkon erős festékhalmozódás észlelhető. A legnagyobb jelentősége a szervi és a functiós betegségek elkülönítő kórjelzésében van. Bizonytalan ideges kórelőzménynél feltevésünket helyes irányba tereli. Klinikai tünet nélkül positiv cseppkép a panasz pontos mérlegelésére és a rejtett betegség további kutatására hívja fel a figyelmet. Sajátságos, hogy éppen lueses betegségben szokatlanul erősen positiv a guttadiaphot; a feltűnően szép, elmosódott, halványpiros koszorú és a kék csíkon kifejezetten zöld szél látható, gyakran dudorképződéssel. Általános panasz tünet nélkül, magas vérnyomással vagy széles aortával a leírt cseppkép mellett luesre gyanús. *Schilling* és *Bruch* 100 betegen vizsgálta a Wassermann-reactio és a guttadiaphot viszonyát. 78%-ban az eredmény egyezett, 19%-ban jellemző guttadiaphot mellett negativ Wassermann-reactiót találtak és 3%-ban volt csak positiv a serologiai vizsgálat, amikor a cseppkép kóros eltérést nem mutatott. Ebből kitűnt, hogy gyanús esetben a positiv guttadiaphot csaknem egyenlő értékű lehet a Wassermann-reactióval. Ez nem azt jelenti, hogy a guttadiaphot feleslegessé teszi a serologiás vizsgálatot, csak rámutat jelentőségére ebből a szempontból is, különösen ha tekintetbe vesszük, hogy a Wassermann-reactio sem feltétlen specifikus. Lueses szervkivonat helyett használható ép emberi vagy állati szerv is, nem említve a betegségeknek hosszú sorozatát, amelyekben a Wassermann-reactio rendszerint positiv. Így elég rámutatni a tropusos betegségeken kívül a malariára, az ikterusra, a lázra stb. Ez a körülmény azért mégsem csökkenti értékét, mert egészséges egyénnél negativ, lueses egyénnél rendszeresen positiv a serologiás vizsgálat.

A guttadiaphot általános reactio, mint a vörösvérsejtsüllyedés. Nem oly sokoldalú, mint a haemogramm, nem oly specifikus, mint a Wassermann-reactio. Általános jelenség, mely nem helyettesíti a többit, de nem is teszi nélkülözhetővé azokat. A vörösvérsejtsüllyedés a plasma globulin-fibrinogen szaporodására utal, a guttadiaphot a vér mélyebb colloidchemiai változásának a következménye. Keletkezésében a fehérjéken kívül az elektrolyteknek is van szerepe. Több esetben találtunk rendes vörösvérsejtsüllyedés mellett kóros guttadiaphotot. Nem ritka, hogy kifejezett cseppelváltozásnál a haemogramm nem mutat eltérést. Előfordul positiv guttadiaphot toxikus fehérvérsejtkárosodás nélkül. Közelebbi vonatkozás állapítható meg a vastagcseppel. A vörösvértest alakja, száma, haemoglobintartalma bizonyos mértékig kifejezésre jut a cseppképben, a vastagcseppben látható polychromasia a vörösvérsejt szerkezetébe nyujt betekintést. A guttadiaphot a gyakorlati vizsgálómódszereket gazdagította értékes eljárással. Általános haematologiai reactio, mely jól kiegészíti a többit, miután más mechanismuson alapul. Célja, hogy egyszerű, gyors technikával kóros elváltozásra hívja fel a figyelmet. Ennél többet is jelenthet. A csepp változatos képe szövettani ábrához hasonlítható, minél gyakorlottabb a mikroskopizáló, annál finomabb eltérést tud kiolvasni.

Irodalom: *Genesius:* Zeitschr. f. kl. Med. 109. — *Meyer, Bierast* és *Schilling:* U. o. — *Schilling* és *Bruch:* U. o. — *Schilling:* U. o. — Das Guttadiaphot. Jena, 1929.

Fejérvármegye „Szent György"-közkórházának közleménye (Igazgató: Berzsenyi Zoltán dr.)

Febris undulans esete.

Írták: *Schönheim Lajos* dr., a belgyógyászati osztály főorvosa és *Sulyok Dénes* dr. prosector, laboratoriumi főorvos.

A tehenek járványos vetélésével kapcsolatban előforduló emberi megbetegedéseket először Amerikában ismerték fel. De nem sok idő mulva, az 1927. és 1928. évek folyamán Dániában, Hollandiában és Németországban is nagy számban ismertettek olyan eseteket, melyeknek kórképe többé-kevésbbé azonos volt a Földközi-tenger vidékén régóta ismeretes máltalázzal vagy febris undulanssal, azzal a lényeges különbséggel, hogy ezek az esetek jól felismerhető kapcsolatban állottak a tehenek járványos vetélésével. Ezeknek a betegeknek a véréből ismételten sikerült a tehenek járványos vetélésének kórokozóját, a Bang-bacillust kitenyészteni. A betegek vére igen magas higításig agglutinálta a Bang-bacillusokat és a complementkötési eljárás is Bang-bacillussal való fertőzöttséget bizonyított. A kitenyésztett bacillus vemhes teheneknél tipikus lefolyású vetélést és placentitist okozott. A máltaláz rendes terjesztője: a kecske, ezekben az esetekben semmiféle szerepet nem játszhatott, a betegek sem kecsketejet, sem kecsketej termékét nem fogyasztották.

Azért emeljük ki ezt az epidemiologiai különbséget, mert a földközi-tengeri máltalázat okozó, kecsketej által közvetített mikrococcus melittensis és a tehenek járványos vetélését okozó Bang-bacillus identikus, vagy különböző volta ezidőszerint nyilt kérdés. Az általuk előidézett emberi megbetegedés nagyjában azonos és megkülönböztetésük csak a pathogenitásuk és az epidemiologiai viszonyok alapján jogosult.

Hazánkban eddig két eset vált ismeretessé; (*Berkessy, Manninger*), mindkét esetben állatorvosról volt szó, akik a beteg állatokkal való közvetlen érintkezés útján fertőződtek. Esetünk azért méltó különös figyelemre, mert a beteg minden valószínűség szerint nem közvetlen érintkezés, hanem tejtermék által fertőződött.

Valószínű, hogy hazánkban jóval gyakoribb a febris undulans, mint gondoltuk, különösen annak egészen enyhe esetei. Az elmult évek folyamán ismételten voltak olyan betegeink, kiknél typhusszerű kórkép mellett a bakteriologiai-serologiai vizsgálatok a typhuscsoportra állandóan negativ eredményt adtak, — a kórlefolyás, a nagy lép, és a vérkép viszont elég határozottan typhus mellett szólt. Jellemző volt ezeknek az eseteknek teljesen jóindulatú volta.

Éppen ezek hívták fel figyelmünket arra, hogy talán nálunk is olyan Bang-bacillus okozta fertőzésekről lehet szó, mint amilyeneket Nyugat- és Közép-Európában mindgyakrabban ismertek fel.

V. Gy. 33. éves, nős, szolgaegyházi (Fejér m.) lakos, MÁV. forgalmi tisztet folyó évi március hó 6-án vettük fel kórházunk belgyógyászati osztályára. Orvosa kísérőlevelében azt írja, hogy két hete folytonosan emelkedő láza van s tekintve azt a körülményt, hogy bátyja tüdőbajban halt meg, nála is tuberculosisra gondolt. Az ambulantián megejtett vizsgálatoknál a tüdőben lényeges elváltozást nem találva, azonnal Röntgen-vizsgálatot végeztünk nála, mely a tüdők részéről teljesen negativ leletet adott. Magas láza (felvételkor 39·3), jól tapintható lépe s az a körülmény, hogy az ősszel Szolgaegyházán kiterjedt typhusjárvány volt, gyanússá tette arra, hogy nála is typhus abdominalis áll fenn; a beteget tehát fertőző osztályunkon helyeztük el.

Jelen baja két héttel ezelőtt kezdődött, étvágytalan-

sággal, nagy leverteséggel, igen erős izzadásokkal, úgyhogy nagyon elgyengült és pár nap mulva ágynak esett. Hőmérséke ekkor már 39.0 fokon felül volt, főleg az esti órákban, reggel mindig 37 körül ingadozott. Azóta állandóan ilyen láza van. Nem köhög, csak a torkában érez csekély fájdalmat, továbbá csuklóiban. Nem soványodott. Székrekedésben szenved.

Felvételkor a beteg jól fejlett és jól táplált, bőre és nyálkahártyái vérteltek. Nyelve kissé bevont. A garat nyálkahártyája belövellt. A tüdőben sem kopogtatási, sem hallgatódzási eltérés nem észlelhető. A szív nagysága rendes, a szívhangok tiszták. A májtompulat a hatodik borda felső szélén kezdődik, lefelé a bordaívet két ujjnyira meghaladja, jól tapintható. A léptompulat a hetedik borda felső szélénél kezdődik, a lép alsó széle kétujjnyira a bordaív alatt jól tapintható. Reseolák nem láthatók. A hasban kóros resistentia vagy érzékenység nincs. Az idegrendszer eltérést nem mutat. A vizeletben kóros alkatrész nincs. Pulzusa telt, 84.

A március 7-én, március 9-én, március 22-én és március 25-én elvégzett bakteriologiai-serologiai vizsgálatok állandóan negativ eredményt adtak.

A beteg lázmenete következőleg alakult: Bejövetel után három napig erősen remittáló, este 39·3—39·6 C°-ig terjedő láz után úgy a reggeli, mint esti hőmérséklet majdnem egy fokkal esett, úgyhogy 12 nap mulva a beteg láztalan, este 37·3 C°-ig emelkedik a hőmérséklet, hat napi subfebrilis hőmérsék után a garatképletek erős lobosodásával egyidejűleg az esti hőmérséklet ismét megközelíti a 39 fokot, a reggeli hőmérsékek is magasabbak 38 foknál, hat nap mulva fokozatos láztalanodás, majd április 9-én ismét 39 fok körüli láz lép fel, ugyanekkor úgy a máj, mint a lép a bordaív alatt még jobban tapinthatóvá válik, az izzadás igen profus. 2%-os pyramidon-oldaton kívül most másnaponként resorcint adunk intravenásan, (összesen hat ízben). Április 15-én reggel a beteg teljesen láztalan, esti hőmérséke 37—37·3 C° között van. Étvágya jó, székrekedés. Feltűnő a beteg jó közérzete, piros, egészséges arcszíne.

A vér haematologiai vizsgálata április 4-én: Vörösvérsejt: 4,410.000. Fehérvérsejt: 7200. Haemoglobin: 87%. Index: 1·0. Qualitativ vérkép: Szalagos magvú neutrophil: 18%, Lebenyes magvú neutrophil: 36%. Eosinophil: 0%. Basophil: 1%. Lymphocyta: 42%. Mononuclearis: 3%.

Április 17-én megejtett haematologiai vizsgálat szerint: Vörösvérsejt: 4,390.000. Fehérvérsejt: 5800. Haemoglobin: 89%. Index: 1·0. Qualitativ vérkép: szalagos magvú neutrophil: 20%, lebenyes magvú: 32%; eosinophil: 1%; basophil: 1%; lymphocyta: 41%; mononuclearis: 5%.

Wassermann- és Meinicke-reactio negativ.

Mivel a bakteriologiai és serologiai vizsgálatok minden irányban negativ eredményt adtak, s a beteg lázmenete, jó közérzése, élénk arckifejezése typhus ellen szólt, a külföldi irodalomban közölt esetek ismerete indított bennünket arra, hogy a beteg savójával az abortus Bang-bacillus agglutinatióját megkíséreljük. Április 10-én *Manninger Rezső* professor úr szívessége folytán az Állatorvosi Főiskola járványtani intézetétől kapott törzzsel elvégeztük az agglutinatiót, mely 1:6400-ig positiv volt.

A beteget most már újra kikérdezzük, mire megtudjuk tőle, hogy egyik tehene mult év november 15—20-ika táján elvetélt, a másik pedig ez év január végén. A falujában a tehenek elvetélése járványos jellegű volt.

Ő maga a tehenek vetélésénél és ápolásánál nem segédkezett, ellenben családjával együtt a tehenek tejét forralatlanul is itta, ebből a tejből tejszínt, túrót, vajat készítettek s azt is fogyasztották.

A beteget április 21-én teljesen jó állapotban hazabocsátottuk. Hat hét mulva újra jelentkezett s bemutatta lázlapját, mely szerint reggel és délben láztalan, esténként 37·1—37·5 C° körüli hőemelkedése van. Egyébként jól érzi magát, kitűnő étvágya van, most már kevesebbet izzad, testsúlya 6 kg-ot gyarapodott. A torokképletek eléggé belövelltek, nyelve tiszta, nedves, a léptompulat felfelé nagyobb s a bordaív alatt kissé még tapintható. Azóta a betegről csak annyit tudunk, hogy este még mindig vannak néha hőemelkedései, egyébként teljesen jól érzi magát.

A betegség klinikai képe typikus esete a febris undulansnak. A lázmenet tökéletesen megfelel a külföldi (*Prausnitz, Curschmann* stb.) és hazai szerzők (*Berkesy, Manninger*) által ismertetett eseteknek. A láz hirtelen emelkedett magasra, két hétig continua jellegű volt, majd rövid remittáló jelleg után majdnem normalisra szállt alá. Ezután következett még két ehhez hasonló, rövidebb periodus a hőmérséklet lassú emelkedésével és alászállásával. A betegség tartama esetünkben is több hónapra tehető.

Feltűnő volt a beteg garatképleteinek állandó lobossága, melyet egyes szerzők mint a betegség egyik főtünetét említik. Nem lehetetlen, hogy ezen chronikus pharyngitis a fertőzés bemeneti kapujául szolgált.

A tüdőben, szívben eltérést nem lehetett kimutatni. (Egyes esetekben enyhe myo- és endocarditist állapítottak meg.) Az érlökés relativ bradycardiát jelez.

A legtöbb szerző által leírt leukopeniát és lymphocytosist esetünkben is megtaláltuk, a többek által jellemzőnek mondott monocytosis esetünkben nem volt kifejezett.

A lépmegnagyobbodást még a reconvalescentiában is ki lehetett mutatni. Ugyancsak eléggé kifejezett volt a máj megnagyobbodása is, mely még a későbbi ellenőrző vizsgálatnál is megvolt.

Feltűnő volt még a betegnél a profus izzadás, az aránylag jó közérzet, étvágy és mindvégig teljesen ép sensorium.

A bélműködés nagyjában normalis volt.

A vizelet kóros elváltozást nem mutatott.

Gyógykezelésünk eleinte tisztán tüneti volt (2%-os pyramidon-oldat); a harmadik lázas periodusnál kezdtük meg a resorcin intravenás adagolását s hat ízben adtuk. Tény az, hogy ezután magasabb lázzal járó periodus nem következett be.

A *Manninger* által ismertetett esetben a leláztalanodás ugyancsak resorciven adagolása után állott be. *Izár* pedig máltalázánál trypaflavintól látott jó eredményt, úgy látszik tehát, hogy ezek a szerek febris undulansnál csakugyan hatásosaknak fognak bizonyulni.

Esetünkben a diagnosist biztosító laboratoriumi vizsgálatokon kívül az hívta fel figyelmünket a febris undulansra, hogy minden egyéb tekintetbe jövő betegséget (typhus, tuberculosis, sepsis, malaria, leukaemia), ki tudtunk zárni. Gyakran útbaigazíthat a beteg foglalkozása és néha a klinikai tünetek is. A hullámzó lázmenet, léptumor, izzadás, emellett aránylag jó közérzés és étvágy, jellemző vérkép, magukban véve is eléggé jellemzők lehetnek. A betegséggel kapcsolatban előforduló complicatiók közül megemlítik az orchitist, idegrendszeri tüneteket. *Kristensen* mindhárom terhes betegénél pedig abortus következett be.

Az esetek biztos felismerésére azonban okvetlenül szükséges a bakteriologiai-serologiai vizsgálatok elvégzése. Esetünkben a vérből a Bang-bacillust kitenyészteni nem sikerült (serum-agar-gelatinában *Bang* és *Stribolt* szerint).

Az agglutinatio azonban 1:6400-ig, hat hét mulva 1:3200-ig positiv volt. A savónak 0·15 cm^3-nyi mennyisége a complementkötési kísérletben teljes gátlást okozott, a controllcsövekben lázas betegek savójával a haemolysis teljes volt.

Ezek után a diagnosist teljesen biztosítottnak lát-

tuk. Megerősítették diagnosisunkat utólagosan *Berkesy*nek és *Manninger*nek közleményei is.

A Bang-bacillusnak a mikrococcus melittensissel való azonosságáról vagy különbözőségéről saját tapasztalatunk nincs. Különös azonban, hogy sem Magyarországon, sem az Egyesült Államokban, sem pedig Nyugat-Európában nem fordult elő egyetlen olyan eset sem, amelyet kecsketejfogyasztással lehetett volna kapcsolatba hozni, pedig a szegényebb néposztály nálunk is fogyaszt kecsketejet.

Még feltűnőbb, hogy a „melittensis" vagyis kecsketej eredetű fertőzés könnyen létrejön, s a kecsketejfogyasztók között rendkívül gyakori, ezzel szemben az „abortusvarietás" okozta fertőzés, tekintve a szarvasmarhaállomány erősen fertőzött voltát, aránylag ritka; ritka ott is, ahol már néhány év óta minden gyanús esetben elvégzik az agglutinatiót Bang-bacillusokkal is. Ha a két törzs azonos is, kétségtelen, hogy a melittensis-varietás emberre jóval pathogenebb, mint az abortus-varietás.

Lehet, hogy a fertőzés útja nem azonos. A földközitengeri máltaláznál a fertőzés kétségtelenül a szájon át felvett táplálék útján jön létre, legalább is az esetek túlnyomó részében. *(Eyre.)*

A nálunk előforduló febris undulans az esetek túlnyomó részében határozottan sebfertőzés jellegével bír. *Kristensen* Hollandiában 89 eset közül majdnem 40%-ban megállapította a közvetlen érintkezést a beteg állattal. A mások által *(Kristensen* és *Holm, Legzynsky, Mayer, Spengler)* közölt esetek jelentékeny részben ugyancsak sebfertőzésnek tekinthetők. Gyakran láttak a behatolás helyén bőrelváltozásokat is (panaritium, ekzema). A magyarországi esetek is ebbe a csoportba tartoznak. Ezzel szemben a tehénabortus gyakoriságát és a kétségtelenül fertőzött tejnek, illetve tejszínnek ugyancsak kiterjedt nyers állapotában való fogyasztását tekintetbe véve, az abortus-varietás által okozott „per os" fertőzés feltűnően ritka, s talán nem is valódi per os fertőzés, hanem a száj vagy a garat sérülésein vagy azoknak gyulladás által fellazult hámján át mint sebfertőzés jön létre. Ebből a szempontból tehát a melittensis és az abortus-varietás között igen lényeges különbség áll fenn.

Azt sem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy a kétségtelenül per os létrejövő fertőzéseknél oly gyakori családi, háztartási csoportos megbetegedések az abortus-varietás okozta, illetőleg a tehénabortusokkal összefüggésbe hozható febris undulansnál nem fordulnak elő. Esetünkben is a beteg családtagjai, akik mindig vele együtt étkeztek, nem betegedtek meg.

*Van der Hoeden*nek is feltűnt ez és megjegyzi, hogy valamilyen különös körülménynek kell az infectiót elősegíteni.

Ez a különös körülmény valószínűleg az, hogy ellentétben a máltalázzal, az abortus-varietás az emberi szervezettel szemben kevésbbé pathogen és túlnyomó részben, vagy talán kizárólag mint sebfertőzés okoz megbetegedést. Megerősíti ezt még az a járványtani tapasztalat is, hogy a vágóhidak és tehenészetek személyzeténél igen magas százalékban találtak positiv agglutinatiót, viszont csecsemőknél és kisgyermekeknél, akik túlnyomóan tejtáplálékkal élnek, az abortus-varietással összefüggésbe hozható megbetegedés tudomásunk szerint nem fordult elő.

*

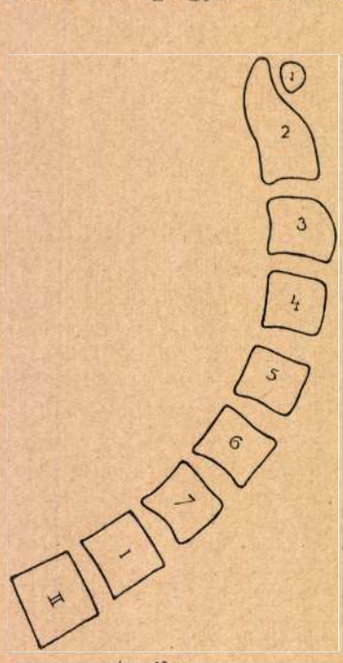
Megjegyzés a korrektura alkalmával: A fent ismertetett eseten kívül folyó évi szeptember havában újabb febris undulans esetet észleltünk.

A nyaki gerincoszlop körülírt merevségének Röntgenképe (húrtünet).

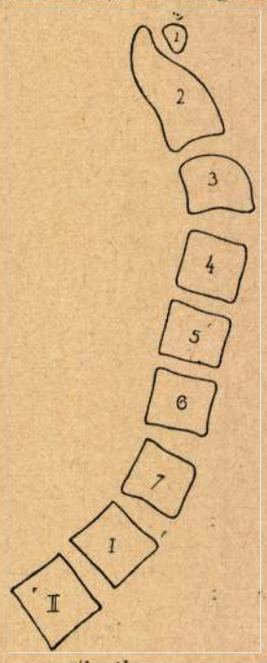
Írta: *Bársony Tivadar dr.*

Azoknál a betegeknél, akik tarkó-, váll-, illetve karba kisugárzó fájdalmakról panaszkodnak, gyakran találunk Röntgen-nel kimutatható elváltozásokat a nyaki csigolyákon, a protuberantia occipitalis externán, a tarkó lágyrészeiben. Ez elváltozások egy-egy csoportjával más helyütt már foglalkoztam, jelen közleményemben egy eddig nem méltatott elváltozásra szeretném felhívni a figyelmet.

A fej hátrahajlításakor a nyaki gerincoszlop egy előrefelé egyenletesen convex ívet alkot. Ez ív legtöbbször egy kisebb-nagyobb sugarú körív vagy parabola egy részletének felel meg s physiologiás körülmények között mindig egyenletes vonalú. (1/a. ábra.) Pathologiás



1/a ábra.



1/b ábra.

1/a ábra. A nyaki gerincoszlop egyenletes ívű lordosisa physiologiás viszonyok között.

1/b ábra. A 4—5—6. csigolyák ez ívben nem vesznek részt, az ívet e csigolyáknak megfelelően elöl is, hátul is egy egyenes vonal szakítja meg («húrtünet»).

viszonyok között megtörténik, hogy ebben az előrefelé egyenletesen domború ívben, — mely a fej hátrahajtásakor a nyaki gerincoszlopon keletkezik — egyes csigolyák nem vesznek részt az ezek közti lágyrészek merevsége miatt. Ennek egyik következménye az lesz, hogy e csigolyáknak megfelelően a nyaki gerincoszlop előrefelé egyenletesen domború ívét egy egyenes vonal szakítja meg, mely az ívben mint egy húr jelenik meg (húrtünet) (1/b. ábra).

Physiologiás viszonyok mellett a fej hátrahajlításában csak a nyaki gerincoszlop vesz részt, a háti gerinc kyphosisa még a fej legextremebb hátrahajlításakor is megmarad. A nyaki gerinc lordosisa a háti gerinc kyphosisába az I—II. háti csigolyák szintjében megy át. A fej hátrahajlításakor a nyaki gerinc egyenletes ívű lordosisa csak akkor jöhet létre, ha a csigolyákat összekötő lágyrészek épek. Ha az egyes csigolyák közti lágyrészekben bármily eredetű zsugorodás jön létre, akkor ezek a csigolyák egymáshoz viszonyítva vagy nem, vagy csak kevéssé mozdulnak el. A csigolyák elmozdulása a fej hátrahajtásánál a csigolyák közti kis izületek tengelyében történik, az e mögött fekvő részek (a csigolya-

ívek és a tövisnyúlványok) közelednek egymáshoz, az ez előtt lévő részek (a radix arcusok és a csigolyatestek) távolodnak egymástól; a mozgás kilengése annál nagyobb, minél távolabb esik a mozgó rész a mozgás tengelyétől, a csigolyaközti izülettől. Minthogy a csigolyatest hátsó része közelebb van a forgás tengelyéhez, mint a csigolyatest elülső része, ez utóbbi nagyobb mozgást végez. Ennek az lesz a következménye, hogy a csigolyatestek elülső sarkai jobban távolodnak el egymástól mint ezek hátsó sarkai. Ez azonban csak úgy jöhet létre, hogy a csigolyatestek közti porckorongok megváltoztatják alakjukat oly értelemben, hogy elől szélesebbek lesznek mint hátul, a csigolyaközti porckorongok ékalakúak, helyesebben csonkaékalakúak lesznek; az ék basisa előrefelé néz.

Ha az egyes csigolyák között a csigolyák közti izületekben nem történik meg az említett irányú elmozdulás, akkor a tövisnyúlványok egymáshoz való közeledése és a csigolyatestek közti porckorongok ékalakú eváltozása nem jön létre s akkor e merev helynek megfelelően a gerincoszlop ívében az elülső vagy hátulsó csigolyacontourok vonala egyenes marad.

A fej hátrahajlításánál létrejövő vátozások megállapítására természetesen csak az oldalsó (frontalis) vizsgálat alkalmas. Gyakran már az átvilágítás is jól értelmezhető képet ad. Az egyes csigolyák közti merevségnek a megítélése (húrtünet, a tövisnyúlványok közeledésének és a porcrések ékelődésének elmaradása) igen könnyű akkor, ha a merev gerincoszloprészlet felett és alatt jól mozgó csigolyák vannak, mert ilyenkor a mobilis és a merev részek közti ellentét jól szembeötlő. Minthogy a körülírt merevség rendesen az alsóbb nyaki csigolyákra localizálódik, legkönnyebb a megítélés annál a frontalis vizsgálati technikánál, melyet *Koppenstein*-nel együtt írtunk le, melynél az alsó nyaki csigolyákat és gyakran a felső háti csigolyákat is jól elemezhető módon láthatjuk. (A Röntgen-vizsgálat ülő vagy álló helyzetben történik.) Már kevésbbé biztos a megítélés akkor, ha a merev rész alatti csigolyákat nem látjuk a felvételen.

A fej hátrahajlításánál a forgás a csigolyaközti kis izületekben történik. Itt, ezekben a kis izületekben lehet egyik helye a mozgáskorlátozottságnak (arthropathia), de a csigolyaközti porcok chondropathiája vagy a csigolyákat összekötő izmok és izom-inak myopathiája, illetve egyéb lágyrészek zsugorodása is kiválthatja a nyaki gerincoszlop körülírt merevségét. Hogy hol van a részleges merevséget előidéző ok, azt ma még minden esetben megítélni nem tudjuk. A lágyrészek kóros elváltozását Röntgen-nel csak akkor látjuk, ha ezekben mészlerakódás jön létre; a csigolyaközti izületek kóros elváltozásait ma még csak ritkán tudjuk megítélni vizsgáló technikánk tökéletlensége miatt; még legbiztosabban a csigolyaközti porc kóros elváltozását tudjuk kimutatni akkor, ha a porccal szomszédos csigolyaszéleken reactiv csont-, illetve mészfelrakódás jött létre (osteochondropathia). Persze, hogy az utóbbi esetekben csak az osteochondropathia okozza-e a részleges merevséget, vagy e mellett egyéb helyen is van-e merevséget kiváltó ok, azt ma még biztosan megmondani nem tudjuk.

A nyaki gerincoszlop körülírt merevségének imént leírt tünetei ritkán fordulnak elő anélkül, hogy kisebb-nagyobbfokú csontelváltozás (mészlerakódás, condensatio, kimaródás) ne lenne jelen a csigolyákon. De ha csak e tüneteket találjuk meg, már ezek is megadhatják a fentemlített panaszok magyarázatát.

Az elmondottak a nyaki gerincoszlop körülírt merevségére vonatkoznak. Az egész nyaki gerincoszlopra kiterjedő merevség tünettanával más helyen óhajtok foglalkozni.

Összefoglalás: tarkó-, váll-, illetve karba kisugárzó fájdalmaknál gyakran találtunk Röntgen-nel kimutatható körülírt merevséget a nyaki gerincen. Ennek egyik jele a „húrtünet", két vagy több csigolyatest contourjának egyenes vonala abban az előrefelé egyenletesen convex ívben, mely a fej hátrahajlításakor jön létre a nyaki gerincoszlopon; más kísérő tünetei: a tövisnyúlványok közeledésének és a csigolyaközti porckorong ékelődésének elmaradása.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Cerebralis polyglobulia. *Günther.* (D. Arch. f. klin. Med., 165. köt., 1—2. füz.)

Ha a vérképzőszervek betegségeinél a csontvelő és az endokrinrendszer primaer megbetegedését valószínűség szerint kizárhatjuk, felvetődik a vérképző szervek cerebralis központjának létezése, melynek kóros ingerlése polyglobuliához vezethet. Szerző 26 éves cipész kórtörténetét közli, következő klinikai képpel: Polyglobulia (vörösvérsejtek 8·54 M., Hgb. 120%), kifejezett adipositas, libidocsökkenés, hypotrichosis, múló polydipsia, fejfájás, vasomotorikus zavar, respiratiós zavar, kóros aluszékonyság, psychikus zavarok. A polyglobuliától eltekintve az összes tünet cerebralis eredettel magyarázható. A polyglobulia polycythaemia vera-s alakja, *Gaisböck* typusa és secundaer fellépése a klinikai kép alapján kizárható, gondolnunk kell tehát ennek cerebralis és endokrin eredetére. Szóba jöhetnek basalis folyamatok a középagy és a hypophysis táján: nyomás, basalis adhaesio, hydrokaphalus internus meningitis epidemica után. Ha több megfigyelés alapján gondol is egy a középagyban fekvő haemopoesist szabályozó központra, úgy annak szabályozó mechanismusáról van szó. A közölthöz hasonló esetben szerző az endokrin-rendszerhez való vonatkozást is nagyfontosságúnak tartja (különösen a mellékvesemőködést), sokszor igen nehéznek találja a megkülönböztetést primaer cerebralis és endokrinzavar között.

Molnár István dr.

Suboccipitalis enkephalographia diagnostikai és therapiás értéke. *Schaefer.* (D. Arch. f. klin. Med., 165. köt., 1—2. füz.)

A suboccipitalis enkephalographia előnyösebb, mint a kamrákon, illetőleg lumbalis úton végzett. A kamrák töltése csak sebész által végezhető, nagy előkészületet és külön műszereket kíván, csak az oldalkamrák állapotáról tájékoztat, nem egészen veszélytelen. A lumbalpunctio útjáni töltést nagy agynyomásnál és a hátsó scalaban székelő folyamatoknál műhibának minősítik (nyúltagybecsípődés, keringési zavar a medulla oblongataban). Szerző nézete szerint e veszélyek óvatos eljárásnál és bizonyos előkészítés után majdnem mindig elkerülhetők, hátránya azonban, hogy mindig nagyobb mennyiségű liquort kell lebocsátanunk. A suboccipitalis enkephalographia a jártas orvos kezében relativ veszélytelen. Legtöbb szerző teljesen elhanyagolja a gázoknak melegben való kiterjedését (Gay—Lussac-törvény); ő a lebocsátott — átlag 60 cm^3-nyi — liquor helyét csak körülbelül $^4/_5$-nyi levegővel helyettesíti. A lumbalis enkephalographiával szemben meningealis tüneteket alig látott. A központi idegrendszer összes betegségeinél alkalmazható, a Röntgen-felvételek éppoly jók, mint más enkephalographiánál. Enkephalographiát csak akkor alkalmazzunk, ha azidegrendszer vizsgálatának módszereit kimerítettük, anélkül, hogy eredményt értünk el. Jó szolgálatot teljesít jobboldali homlok- és halántéklebenyben ülő tumoroknál, melyeknél a localisatio sokszor igen nehéz, epilepsiánál, hydrokephalusnál, meningitis serosánál és differentialdiagnosis felállítására. Contraindikáltnak tartják enkephalitis acutánál és mesenkephalikus parkinsonismusnál, sérüléseknél csak kivételesen alkalmazható. Többizben látható az enkephalographiának

therapiás eredménye is, így különösen status epileptikusnál, meningitiseknél, főkép ezeknek serosus alakjánál. Gyógyszerek enkephalographiás úton való hatásáról még nincsenek tapasztalatok. *Molnár István dr.*

Pankreaskivonat az angina pectoris kezelésében. *Vaquez, Giroux* és *Kisthinios.* (La presse med., 79. sz.)

Gley és *Kisthinios* azt találták, hogy az insulinban azon hatóanyagon kívül, amely a vércukrot csökkenti, egy másik is van, amely a vérnyomást szállítja le nagymértékben. Ezen utóbbi anyagot tisztán is előállították és kipróbálták hatását az angina pectorisra húsz betegükön. A 20 közül 14-ben a kezelés után megszűntek a rohamok s az azóta eltelt egy-két hónap óta sem jelentkeztek újból. A 14 eset egy részében a szíven és az érrendszerben nem volt számottevő anatomiai elváltozás, más részében ellenben aortitis, aortainsufficientia, mitralis insufficientia stb. volt jelen. Két esetben egyidejűleg claudicatio intermittens állott fenn az oscillometriás index nagyfokú csökkenésével a beteg oldalon. Ez az állapot is lényegesen javult a kezelés folyamán. Hat esetben visszamaradtak kisebb panaszok a kezelés után, bizonyos javulás azonban ezekben az esetekben is felismerhető volt. A szert, amelyet angioxylnak hívnak, intramuscularisan adják, és pedig 15—20 napon keresztül napi 20—40, esetleg 60 egységet. Az első injectiók után néha a tünetek súlyosbodását észlelték, amely azonban az 5—6. injectio után már javulásnak adott helyet. A hatást még fokozni tudták azáltal, hogy egyidejűleg belsőleg is adtak Pankreas-készítményeket.

Paunz Lajos dr.

Májmegbetegedések chronikus ólommérgezés következtében. *Zadek.* (Deutsche Med. Wschr. 1929, 32. sz.)

Az ólom a májban is okozhat kóros elváltozásokat. 64 ólommérgezettükből 13-nál volt kimutatható a máj megbetegedése, tehát mintegy 20%-ban. Ami az elváltozást illeti, az lehet az ikterus legenyhébb fajától kezdve a legsúlyosabb általános ikterusig, sőt *Chajes* és *Lewin* két acut sárga májsorvadásról is beszámol. Legtöbbször középsúlyos ikterus van jelen, tapintható, kissé nyomásérzékeny májjal, megszaporodott epefestennyel a vérben és vizeletben és ugyanennek megkevesbedésével a székletben és duodenumbennékben.

Hogy hogyan árt az ólom a májban, az még nem ismeretes. Lehet, hogy ugyanolyan spasmusos zavarok és pangások vannak az epeutakban, mint a belekben és a vérerekben. Állatkísérletek viszont direct májsejtkárosodást is kimutattak: sejtdegeneratiót, cirrhotikus folyamatot, vérzéseket, sőt sárga májsorvadást is.

Kleiner György dr.

Sebészet.

A narkosis és új narkotikumok: kéjgáz és oxygen. *Newton W. S.*, Melbourne. (Current Researches in Anesth. and Analg.)

A szerző betegeit 0·01 mo és 0·03 mg scop.-al készíti elő. Az altatás kezdetén nem ad tiszta gázt, hogy a könnyen fellépő asphyxiát biztosan elkerülje, inkább hosszabb ideig vár a narkosis beálltára.

A gázaltatás előnyeit abban látja, hogy: a betegek simán, excitatio nélkül alszanak el, vérnyomás-süllyedés, hányás, például acidosis, nincsenek. Az oxygenhiánynál fellépő alarmirozó tünetek oly kifejezőek, hogy a veszély könnyen elkerülhető. Igen kevés aether hozzáadásával mély narkosis könnyen érhető el.

Hudovernig dr.

Aethylen-oxygen-altatás a gyakorlati sebészetben. *Seeman G. G.*, Nashville. (Cur. Res. in Anaesth. and Analg.)

Nunnelly 1849-ben próbálta először az aethylent altatásra alkalmazni, de eredménytelenül. Ismételt kísérletezések után *Luckhardt*nak sikerült először altatásra alkalmas gázt előállítani. Az aethylen tulajdonságaiban az aether és kéjgáz között foglal helyet. Kiválasztása gyorsan történik, szaga kellemesebb mint az aetheré, de a teljesen szagtalan kéjgázénál rosszabb. A narkosis simán, excitatio nélkül áll be, a vérnyomás egészen mély altatásnál valamit csökken. A légzés, a nyugodtan alvó emberéhez hasonló. Ébredéskor az öntudat hamarább tér vissza, mint a mozgásképesség; hányás, fejfájás ritkán lépnek föl. Az étvágy hamar tér vissza. Hátrányai: nem szagtalan, a seb fokozottan vérzik és a robbanás lehetősége megvan.

Hudovernig dr.

Az alszár osteoplastikus amputatióinál nyert lebenyek vérellátása. *Chasin Adib.* (Arch. f. klin. Chir. 1929. 155. k., 4. füz.)

A szerző a *Pirogow, Gritti, Sabajenev, Bier* és *Abraschanow* által az alszár csonkolásánál ajánlott műtéteket ismerteti az osteoplastikus lebenyek vérellátása szempontjából. Vizsgálati módszere a Röntgen-vasogramm. A vérellátást a különböző műtéteknél formált lebenyeknek cm^2-re eső capillarisok számának viszonyából ítéli meg.

A Pirogow-féle műtét által nyert lebenyek életképessége az osteoplastikával jelentékenyen növekszik, mivel az anatomiai viszonyok a legjobban vannak megkímélve. A Pirogow-lebeny vérellátása majdnem olyan tökéletes, mint a normalis lábon, a megfelelő részeken (5—10% csökkenés).

Az art. tib. post. lekötése a mall. med. magasságában a vérellátást nem befolyásolja, de ha vele együtt az art. peroneát is az említett helyen lekötötte, úgy a vérellátás jelentékeny csökkenést mutatott; a lebeny szélein telődés nem volt észlelhető.

Szerinte a legéletteljesebb lebeny az Abraschonow-féle (10—15% csökkenés), második helyen a Gritti-féle (40% csökkenés), majd a Sabanejev-féle.

A Bier-féle lebenyben legjobb a vérellátás ott, ahol a csont fekszik, míg a többi részeken a mutatószám jóval kisebb.

(A fentmondottakat 12 Röntgen-képen mutatja be.)

Cholnoky dr.

Pókujjúság és hozzá hasonló elfajulásos jelenségek. *Prof. W. Müller.* (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 218. köt., 1—6. füz.)

E címen 5 saját észlelésű esetet közöl *Prof. W. Müller.* Mindjárt a bevezetésben említi, hogy az elnevezés ma már nem egészen helytálló. A kórkép lényege ugyanis több elfajulásos elváltozás összessége, rendszerint pókujjúsággal együtt, s ezek közül hol az egyik, hol a másik a kifejezettebb. Az esetek között az első kettő igen kifejezett, a másik három elmosódottabb alak. Részletes leírásuk után csoportosítást is közöl *Brock*tól, ki azt az elfajulásos elváltozások fontosságának sorrendjében állította össze. Eszerint: 1. hosszú kéz és láb; 2. többkevesebb izület túlzott mozgékonysága; 3. satnya izomzat; 4. kevés zsírpárna és 5. öreges arckifejezés a főjellemvonások.

E csoportosítást nagyjában szemmeltartva, tárgyalja azután saját eseteit. Elsősorban szerepel a *kézközép és lábközép, s első ujjperceik csontjainak meghosszabbodása.* Ezt graphikonnal is bizonyítja, s a *lábon* található hossznövekedést tartja a jellemzőbbnek. Elfogadható okát adni nem tudja. Az *izületek petyhüdtsége, lötyögése* szintén a környéki csontszelvényeken a legkifejezettebb. Subluxatio, luxatio, főként a kéztő-, ugró- és kézközépcsont első ujjpercek közötti izületekben, de a térd-, könyök-, sőt vállizületekben is előfordulnak. Oka talán az általános izom- és szalagpetyhüdtségben rejlik, bár ez nem fogadható el teljesen, mert mindig csak a környéki izületekben jelentkezik nagyfokban. A *mellkasi elváltozásokat* tölesér-, illetőleg susztermellkas néven tárgyalja, kiemelve, hogy legsúlyosabb alakban a kifejezett esetekben találta. Hangsúlyozza egyben, hogy eddig ezt a majdnem mindig megtalálható tünetet az irodalom nem említi. A *gerincoszlopelferdülést* másodlagos elváltozásnak hajlandó tekinteni, mint ami az izmok, izületek és szalagok elégtelenségének következménye, igaz, hogy ennek a fentebb tárgyalt izületi és mellkasi elváltozásoknál is bizonyára jut szerep. A *szemgolyók mélyen ülése* a szemüregben

valószínűleg az általános zsírpárna-hiányra vezethető vissza. *Contracturákat* főként a kisujjakon észlelt, s okául felveszi, hogy az erősebben hossznövekedő csontokat az aponeurosis nem tudja fejlődésében követni. *Szemelváltozások, alaktalan fülkagyló, csökkent szellemi képesség*, gyakori kísérő tünetek. Az irodalom 24 esete közül 17 leány, 7 fiú, de a 18. életévét egyik egyén sem haladta túl. Családi terheltség sehol sem mutatható ki. *Hady dr.*

Szülészet és nőgyógyászat.

A Mojon—Gabastou-féle lepénykitöltés feltételéről és kiviteléről. *Benzion J.* (Zentralbl. f. Gyn., 1929, 42. sz., 2665. old.)

Rámutatva az eddigi vizsgálók rendkívül eltérő eredményeire, felsorolja e nagy különbségek okait. Ezt, a véleménye szerint jó eljárást, legtöbben helytelen időben s helytelen módon alkalmazták; innen származnak a rossz eredmények. A leválásnak akadálya vagy a lepény helytelen tapadásában, vagy az izomzat hiányos összehúzódásában keresendő. Előbbinél a fájáskeltők vezetnek eredményhez, utóbbinál az eddig használt különböző eljárások közül a Mojon—Gabastou-félét tartja legmegfelelőbbnek. Ennek kivitele azonban ahhoz van kötve, hogy a lepény leválását előzetesen mechanikus úton, dörzsöléssel, Credé-féle eljárással ne zavarják meg, mert ily esetben a lepény kitöltésére bevitt folyadék a már leválasztott lepényrészek helyén ismét visszafolyik. Eredménytelen ez az eljárás placenta incretánál és a kürtsarokban tapadó lepényeknél. *Gabastou* methodusának használata tehát csak kevéssé, vagy egyáltalán nem vérző placenta adherensnél jöhet szóba. Eseteiben a bevitt folyadék mennyiségének átlaga 1200 cm^3 volt. Ha a fokozott nyomás miatt egyes cotyledók szétválnak, úgy ez nem káros, mert a képződő retroplacentaris hydroma ugyanolyan szerepet játszik, mint a retroplacentaris haematoma. A folyadékbevitel további fokozása azonban káros, mert a szétszakadó rések között a folyadék ellenállás nélkül kifolyik s így az egész művelet eredménytelen. Az eljárás tehát csak akkor lehet hasznos, ha előzetesen nem nyúlunk a lepényhez. Ha vérzés nincs s a lepény két órán belül nem válik le, úgy mielőtt leválasztanók, kíséreljük meg mindig a lepény megduzzasztását, egyidejű hypophysiskivonat adagolásával. *Szathmáry dr.*

Hashártyán végzett bakteriologiai vizsgálatok méhráknál műtét előtt és a méhnek teljes kiirtása után. *Sato T.* (Japanese Journal of Obstetrics and Gynecology.)

Rákos méhnek a hasfalon keresztül végzett teljes kiirtása aránylag gyakran szövődik lázas gyógyulással. 21 esetben végzett bakteriumvizsgálatot, megnézve műtét előtt a portiónak, cervixnek és méhüregnek bakteriumfloráját. A portión haemol. streptococcusokat talált 10 esetben, nem haemol. streptococcusokat 5, anaerob streptococcusokat 3, staphylococcusokat 5 és különböző más bakteriumokat 19 esetben. A cervixben 1-szer talált haemol. streptococcusokat, 3-szor nem haemol. streptococcusokat, 1-szer anaerob streptococcusokat, 2-szer staphylococcusokat és 4 alkalommal még más bakteriumokat is. A méhüregben mindössze 4 esetben talált bakteriumokat (haemol. streptococcusokat 1, nem haemol. streptococcusokat 1, staphylococcusokat 1, coccus caudatus 1). Műtét közben végzett vizsgálatokkal a kürtökben sohasem talált bakteriumokat. A parametriumokból 7 kórokozót tudott kimutatni (3 staphylococcus). A hasfal közvetlen zárása előtt a hashártyán sarcinát talált 1, micrococcus candicanst 1 és streptococcust 1 esetben. A teljes méhkiirtás után keletkezett 7 parametran exsudatumból haemol. streptococcus tenyészett ki 3, nem haemol. streptococcus 3, staphylococcus aureus 3, staphylococcus albus 4, Gram-positiv diplococcus 1 és bakterium-coli 4 esetben. A parametriumokban talált bakteriumok virulentiája korántsem volt olyan nagy, mint a méhszájon talált bakteriumoké. A hasüregben talált bakteriumok több esetben nem voltak identikusak a rákos részben talált bakteriumokkal, egyrészük csak a levegőből kerülhetett a hasüregbe. Összefoglalás: a rákos méh teljes hasüri kiirtásával aránylag ritkán viszünk be bakteriumokat a hashártyára. *Szathmáry dr.*

Terhességi pyelitis és a terhesség megszakítása. *Klein P. dr.* (Berlin) m. tanár. (Zentralblatt für Gynäkologie, 53. évf., 40. sz.)

Az ureterkatheterismus, vesemedenceöblítés stb. nem tudta a terhességi megszakítást a pyelitis gravidarum therapiájából kiküszöbölni, ámbár kétségtelen, hogy a helyi kezelés számos esetben kitűnő szolgálatot tesz. Főként azok az esetek mutatnak csekély gyógyulási hajlamot, ahol nem csupán vesemedenceegyulladással állunk szemben, hanem ahol a veseparenchyma is sérült.

Szerző egy terhességi pyelitis esetét közli, ahol mindkét vese drainirozására került a sor, anélkül, hogy sikerült volna a beteget megmenteni. Vajjon nem lett volna-e helyesebb a terhességet idejében megszakítani? Hiszen közismert, hogy megszakítás után a pyelitis gyorsan gyógyul, minek folytán világos, hogy ilyen esetekben a terhességmegszakítás therapiánk hathatós eszköze kell, hogy maradjon.

Álláspontjának igazolására szerző *Dózsa* két esetét is idézi, melyek szintén exitussal végződtek. Nézete szerint idejében alkalmazott terhességi megszakítás életmentő lehetett volna.

Természetesen vannak esetek, amikor nephrektomia helyénvaló, mint pl. genyes pyelitisnél a fertőzés (puerperalis sepsis) veszélye miatt. Viszont terhességi megszakításhoz folyamodunk, amidőn a veseparenchyma sérült. Ennek diagnosisát pedig akkor állapítjuk meg, ha ureterkatetherizálásra a tünetek nem szűnnek meg, a vesefunctio, valamint a vizeletvizsgálatok (fajsúly, fagyáspont-csökkenés stb.) erre megfelelő támpontot szolgáltatnak. *Ács M. dr.*

Gyermekorvostan.

Asthmabronchitis. *Czerny.* Monatschrift f. Khlk., 42. k., 1/5. f.)

Ha a *Giemen* és *Pfeifen*-féle hallgatódzási tünet napokon át megvan, más tünetek nélkül is felállíthatjuk a diagnosist. Ha roham egyszer jött, legtöbb esetben rövidebb vagy hosszabb szünet után várhatjuk a további rohamokat. A folyamat összefügg bizonyos constitutionalis anomaliával, ami abban nyilvánul meg, hogy a legkülönbözőbb ingerekre a bronchusok megszűkülnek és ezáltal létrehozzák a jellemző hallgatódzási tüneteket. A bronchusok megszűkülését régebben a bronchusok izomzata spasmusával magyarázták, ma úgy tartjuk, hogy az ok a bronchusok nyálkahártyájának urticaria-szerű duzzanata. Amilyen gyorsan megszűkül ennek következtében a lumen, éppen olyan gyorsan helyreállanak a normalis viszonyok. Nem tudja elképzelni, hogy valamelyik táplálékféleség váltaná ki a rohamot, inkább a felső légutak infectiosus elváltozása és a psychikus traumák azok, amelyek szerepet játszanak. Ez a két tényező majdnem minden esetben együtt játszik szerepet. A diagnosis felállításához a Giemen és Pfeifen-féle zörej akkor is elegendő, ha csak egy roham zajlott le. Az asthma fellépésében hasonlóság van az epilepsiához. Bármelyik korban jöhet az első roham: csecsemőkorban, az első, második vagy későbbi életévekben. Ez az első roham esetleg csak hosszú évek mulva ismétlődik. A gyógykezelés eredményének megítélésénél nagyon kell vigyázni, mert gyermekkorban az asthma lefolyása kiszámíthatatlan és különböző. Az asthma-roham véletlen, hirtelen megszűnése azt a látszatot keltheti, mintha az a kezelés eredménye volna. Leírja a jellemző mellkasi elváltozást. Gyermekkorban tartósabb tüdőtágulást asthma kapcsán nem észlelt. Az asthmás-köhögés tartósságában nagyon hasonlít a pertussis köhögéshez, a kettő összetéveszthető, különösen kezdeti szakban. *Kiss Pál dr.*

A vérnyomás viselkedése skarlatina alatt. *Edelmann.* (Jahrbuch f. Kinderhlk., 125. köt.)

A skarlatina első hetében a vérnyomás a normalisnál magasabb. A 2. és 3. hétben hirtelen csökken; ettől az időponttól kezdve újra emelkedik. Vesegyulladás esetében a vérnyomás-emelkedés igen kifejezett s rendesen az egyéb klinikai tünet megjelenése előtt már kimutatható. Nephritis létrejöttében a családi praedispositio szerepet játszik. *Steiner Béla dr.*

A vörheny serumtherapiája. *Ernst Gabriel.* (Jahrbuch f. Kinderheilk., 125. köt., 1/2. füz.)

A vörheny-gyógysavó hatásáról közölt eredmények nem egységesek. A szerző (Bécs, *Pospischill* osztálya) 420 vörhenybetegről számol be, ezek egy részét, válogatás nélkül, tisztán tünetileg, másik részét Behring-féle gyógysavóval kezelték. Ha a gyógysavó egyszeri adagja hatástalan maradt, akkor 24 óra után megismételték. Megfigyelésük szerint a serum alkalmazása általában megrövidíti a lázas szak tartamát, a hőmérsék kritikus esését azonban csak elvétve észlelték. A különböző complicatiók ritkábban léptek fel a serummal kezelt betegeknél (71%—60½%). Vizsgálatainak eredménye az észlelt esetek csekély száma s a vörheny aránylag enyhe voltára való tekintettel még utánvizsgálást igényel, hogy a gyógysavó hatásáról a végleges véleményt meg lehessen alkotni. *Mihalovics Géza dr.*

A diphtheria-toxin és diphtheria-antitoxin közömbösítési súlypontjának meghatározása stufenphotometer segítségével. *W. Bachmann.* (Klinische Wochenschr., 1929, 1998. old.)

A diphtheria-toxin, másrészt a diphtheria-gyógysavó értékének meghatározására a *Ramon* által leírt flocculatiós próbát jó eredménnyel alkalmazzák. A diphtheria-toxin és diphtheria-antitoxin különböző arányban kémcsőben összehozva, az egymást éppen semlegesítő keverékben zavarodás lép fel, majd pelyhes csapadék flocculus válik ki. A reactiónál a leolvasás eddig puszta szemmel történt, szerző a stufenphotometerrel vizsgálta a flocculatiónál a zavarodás és pelyhes kicsapódás menetét, megállapítva a keverék fényintensitását. Hogy a neutralisatiós pontot élesebben tudja beállítani, higításban alkalmazta a toxint és antitoxint is. Úgy találta, hogy a neutralisatiós pontnak megfelelő toxin-antitoxinkeverék adja a legalacsonyabb photometriás értéket. A szerző kísérletei szerint a tengerimalacon végzett értékmegállapítás és a photometerrel finomabban leolvasható flocculatiós érték között teljes az összhang. *Csoma Eszter dr.*

Urologia.

Az acut gonorrhoea vaccinatherapiájának jelenlegi állása. *P. Barbellion,* Necker. (Journ. D'Urologie, 28.)

Újabb időben a vaccinakezelés a gonorrhoea acut stadiumának therapiájában mind nagyobb tért hódított. Szerzők *Segnen prof.* klinikáján végzett és kiterjedt vizsgálataikat közlik. Dr. *Jansion* szerint a gonorrhoea általános betegség, ezért localis kezelés nem elegendő, hanem chemo- és vaccinatherapia is szükséges. Szerző szerint a gonorrhoea az urethra megbetegedése, ha csinál is némelykor általános tüneteket. Ebből a szempontból a vaccinakezelés nem jogosult.

Mit várhatunk a vaccinakezeléstől? A szervezet resistentiájának növelését azonban egy kezdeti complicatiómentes gonorrhoea nem vaccinálható és csak egy proteintherapia shok-jával hasonlítható össze, ennek esetleges javulása. Ezzel szemben a helyzet az, hogy minél később alkalmazunk vaccinát a gonorrhoeánál, annál nagyobb az értéke. A legkülönbözőbb vaccinákat használják, melyek meleg által elölt gonococcusok emulsiói. Demonchy, gonagon stb., polyvalens. Autovaccinát is használnak. A vaccinálás általános, regionalis, peroralis, localis útját használják, végül a serotherapiát is. Az injectiókat 2—5 naponként adják, emelkedő dosisokban. A vaccinás kezelés értékének meghatározásánál a gonorrhoea exact diagnosisa, az esetek fele részében a vaccina egyedül való használata és a gyógyulás megállapítása jönnek szóba. A betegek naponta jártak be és az eredmények több száz betegről szólanak.

Localis therapia (lavageek) + vaccinálás: semmiféle kedvező eredményt nem mutatott. A betegség idejét nem csökkenti, uretritis posteriort nem akadályozza meg, sem a prostatitis, sem az epididymitis kifejlődését. A prostatitis acutára semmi befolyással nincsen.

Egyedüli vaccinatherapia: Peroralis és localis serotherapia értéktelenek. Általános vaccinálás két módját próbálták ki: autovaccina + heterovaccina. Előbbinél semmiféle eredmény nem volt elérhető. Utóbbira az esetek igen kis részében (3—10%) fényes eredményt, 2—3 hét alatt gyógyulást tudtak elérni, de vigyázni kell a gyógyulás kimondásával (spermacultura, sör stb.) Az esetek nagy többségében az eredmény nulla volt, éppen úgy folyt le a klinikai kép, mintha semmiféle kezelésben nem részesülnének.

Ha a vaccinált betegeknél utólag localis therapiát vezettek be, ezek éppen úgy viselkedtek, mintha előzőleg semmiféle kezelésben nem részesültek volna. A vaccinálás nem befolyásolja, továbbá a gonorrhoeás complicatiók kifejlődését sem, és a gonococcusok búvóhelyeinek kiürülésére sincs hatással. Ami a késői stricturára vonatkozik, a gonorrhoea magárahagyása, ami a vaccinálás eredménytelenségéből adódik, határozottan káros.

Ezen kedvezőtlen eredmények alapján az acut gonorrhoea kezelésére a vaccinálást nem ajánlják, egyedül a localis kezelés (Janet) jöhet szóba. A hatásos vaccinát még nem fedezték fel! *Karácson dr.*

Vizeletantiseptikumok klinikai értékének összehasonlítása. *B. A. Thomas,* I. K. Wang. (The Journ. of Urol. XXII. köt. 1. sz.)

Vizsgálataik tárgyát mercurochrom, hexylresorcinol, hexamethylenamin, methylenkék, pyridin és salol képezték.

In vitro és in vivo végzett számos exact kísérlet eredménye a következőkben foglalható össze: idealis vizeletantiseptikumnak egyik sem nevezhető. *Mercurochrom* (per os 300 mg naponta 3-szor) az eseteknek kb. 30%-ában antiseptikus. Egy héten túl gyomor-bélpanaszokat okoz. *Hexylresorcinol* (ol. oliv.-ban 0·6 g 3-szor naponta) antiseptikus ereje előbbinél kisebb s gyomor-bélpanaszok itt is gyakoriak. *Hexamethylenamin* adagolása után a vizelet formaldehyd-concentratiója és bactericid hatása gyakran nincs arányban. Viszont erősen savi vizelet mellett is előfordul alacsony formaldehyd-concentratio. Az eredmény tehát bizonytalan. A szükséges concentratio eléréséhez naponta 3-szor 1·0 g-ot kell szedetnünk. *Methylenkék,* bár előbbinél in vitro sokkal antiseptikusabb, a vizeletben nem jelenik meg hatásos concentratióban s a betegek rosszul tűrik. Adagja napi 1·0 g. A *pyridin* jól kiválasztódik s concentratiója a vizeletben fokozatosan emelkedik, de antiseptikus ereje csekély. A *salol*ból lehasadó phenol sohasem ürül ki olyan concentratióban, hogy legcsekélyebb antiseptikus hatást is kifejthessen. Emellett 7—10 napon túl szedve gyomor-bélpanaszokat okoz, miért is *alkalmazása az urologiai gyakorlatban jogosulatlan.* *Sas Lóránt dr.*

Adatok a hólyagzáróizomzat működéséhez. *A. Brenner.* (Zeitschr. f. Urol. Chir. 23. köt., 3. füz.)

A hólyag zárókészüléke nagyjából két részből áll, úgymint a síma izomelemekből álló s a N. hypogstricus által beidegzett sphinkter internusból s a harántcsíkolt, N. pudendustól ellátott sphinkter externusból. *O. Schwarz* szerint a két sphinkter functionalis egységet képez, ezzel szemben *Pleschner,* mivel a két sphinkter közt nyílik a húgycsőbe a ductus ejaculatorius, arra a következtetésre jutott, hogy ejaculatiókor a belső sphinkternek zárva, a külsőnek nyitva kell lennie. Szerző két esetét ismerteti, melyekkel *Pleschner* elméletét támogatja. Mindkét betege háborús sérült, kik a keresztcsont táján sebesültek meg. Első betege 30—40 óráig is képes vizeletét tartani, erectiókor azonban vizeletcsepegés indul meg, mi csak az erectio megszűntével marad abba, közvetlenül az ejaculatio előtt

és alatt erős sugárban folyik vizelet. Második esetében csak szigorú diaetetikus beavatkozásra javuló incontinentia alvi állt fenn, vizeletcsepegés éjszaka is csak ritkán fordult elő. Erectiókor a hólyag spontan, egyenletes sebességgel kiürül, a vizeletsugár az ejaculatio alatt csak kisfokban erősül. E jelek szerint a belső sphinkter incontinens s csak a külső záróizom működik. Eseteiből kitűnik, hogy a hólyag- és húgycsőzáró izomzat két csoportja egymás működését alátámasztja, de egymástól független működésre is képes. *Kertész László dr.*

KÖNYVISMERTETÉS

Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung. Herausgegeben von Prof. *dr. Bruno Kisch*, mit 41 Abbildungen in Text und auf 1 Tafel. II. Tagung. (Gehalten zu Bad Nauheim am 4. und 5. März, 1929. Dresden und Leipzig. Verlag von Theodor Steinkopf, 1929.) Ára 15 *M.*

A német tudományos munka kiválóan van szervezve. Alapja a célszerűen irányított, helyes munkabeosztás. Ezen elvnek felel meg az újabb időben alapított több új folyóirat és több egészen specialis célú új tudományos társaság megalapítása. Ilyen a Gesellschaft für Kreislaufforschung, amely az idén tartotta második gyűlését, erről számol be e 177 oldalnyi kötet. Tartalma rendkívül érdekes. Két részletes referatum van benne. Az egyik *Gruberé* „Az erek úgynevezett öregségi és elhasználódási elváltozásairól", amely általános pathologiai és kórboncolástani szempontból igen részletesen foglalkozik az arteriosklerosissal. A másik *Nonnenbruch* nagyszabású referatuma „Az oedemáról és oedemakezelésről", amelyik nagy physikochemiai tudással, igazán magas klinikai színvonalon mindent felölel, amit ma a tárgyról komoly tudós mondhat. Azonkívül még 15 előadást tartalmaz e kötet a hozzáfűzött hozzászólásokkal, mint különösebben érdekeset „A nemsyphilises aortitisről", „A nykturia keringési dynamikájáról, „A májduzzanat és a keringési elégtelenség kölcsönhatásáról" címűeket említeném meg. Persze sok a részletmunka, de érdekes valamennyi. Akit a keringés és a keringési elégtelenség problémája érdekel, sok, figyelmet lekötő olvasmányt fog találni e kis kötetben. *Engel Károly prof.*

Psychiatrie des praktischen Arztes. Von Prof. Dr. *Johannes Lange*, München. Klinische Lehrkurse der Münchener Medizinischer Wochenschrift. J. F. Lehmanns Verlag, München, 1929. Ára 4.— *M.*, kötve 5·50 *M.*

A 106 lapra terjedő kis könyvecskének célja a gyakorlóorvossal az esetleg felmerülő elmekórtani kérdéseket megismertetni, amivel oly ismereteket nyujt, melyek birtokában a gyakorlóorvos károkat hárít el. Gondoljunk csak az elmebajokkal kapcsolatosan előforduló emberölés, öngyilkosság, családi megkárosítások stb., esetőségeire. Az előttünk fekvő füzetben szó sincs még oly rövid, de rendszeres elmekórtani tárgyalásról, hanem csupán az elmebántalmak gyakorlati kihatásairól folyik a tárgyalás; kitűnik ez a tartalomjegyzékből, melynek részei: 1., lelkileg beteg emberek felett történő első tanácskozás általános szempontjai; 2., az elmebántalmak kórszármazásának egyes kérdései; 3., psychopathologiai tünetcsoportok; 4., paralysis és agylues; 5., az epilepsiák; 6., a schizophrenia; 7., a maniás-depressiv elmezavar; 8., paranoiás és paranoid megbetegedések; 9., egyéb kórformák; 10. ,gyógykezelési kérdések; 11., véleményezés és házassági tanácsadás. El kell ismernünk, hogy a szerző munkáját rövid és igen gyakorlati, könnyen érthető formában elvégezte és így a kis munka az érdeklődő gyakorlóorvosoknak ajánlható. *Schaffer prof.*

A gyógyszertan segédkönyve. *Huzly Imre.* (III. bővített kiadás. Novák R., Budapest, 1929.)

A könyv használhatóságát élénken demonstrálja, hogy 1926 óta III. kiadást ért meg. Az 513 oldalas munka tényleg nagy szorgalommal és sok fáradozást igénylő körültekintéssel van megírva; a gyógyszertani szigorlatra készülő orvostanhallgató megtalálja benne mindazt, ami a szigorlatra chemiai, physiologiai és pathologiai szempontból szükséges. Különösen logikusan tanítja, többek közt, példák kapcsán a receptszerkesztést. Meg kell azonban említenünk, hogy a könyv méreteiben és tartalmában talán kissé túlnő a segédkönyv keretein. A szigorlat nem követeli mindazt, ami a könyvben egybe van gyüjtve, bár természetesen ezeknek ismerete hasznos. A III. kiadás egy új fejezettel bővült: oly kísérleti elrendezések leírásával, amelyek segítségével egyrészt fontosabb gyógyszerek hatását igazolni lehet, másrészt amelyekkel azok biologiai értékmeghatározását el lehet végezni. Kár, hogy ez utóbbi értékmeghatározó methodusok közé nem azokat veszi fel, amelyekkel a genfi és frankfurti nemzetközi biologiai értékmeghatározó bizottság a legalkalmasabbaknak ítélt, s amelyek szerint ma már minden feladata magaslatán álló pharmakologiai intézet dolgozik. Ezt a szépséghibáját a könyvnek egy új kiadásban korrigálni kell, éppúgy, mint a 116. oldalon található elírást, mely szerint a thyrosin trijodtryptophan.

Simon S. dr.

Ärzte als Patienten. Subjektive Krankengeschichte in ärztlichen Selbstschilderungen. Von *Prof. Dr. med. A Grotjahn*, Berlin. (Verlag: Georg Thieme, Lipcse. 275 oldal. Ára fűzve: 14 *M.*)

Régi klinikusok gyakran hangoztatták, hogy az orvos olyan betegségeket tud jól diagnostizálni és gyógyítani, amelyeken maga is keresztülment. Ha a 138 orvosnak saját betegségéről írt kórtörténetét elolvassuk, meggyőződünk ezen mondásnak igazságáról, különösen áll ez az orvosi tudomány azon nagyjainak saját kórtörténeteiről, amelyeket *Grotjahn* olyan nagy körültekintéssel összegyüjtött. Hogy csak néhányat említsek, *Billroth* és *Naunyn* tüdőgyulladásukat írják le, *Kussmaul* polyarthritiséről és myelitis transversájáról és ezeknek teljes gyógyulásáról referál, *Pirogoff* ikterusát, *Arlt* pedig alszárthrombosisát írja le. Mindnyájan ismerjük *Nothnagel* utolsó sorait, melyekben halálos angina pectoris rohamát írja le classikus módon. *Lorenz* prostata hypertrophiájának műtétét ecseteli, míg *Waldeyer—Hartz* aethernarkosisa közben szerzett benyomásait ismerteti. Alig van azután kórkép, mely nem szerepelne a nagy gonddal összeválogatott casuistikában. Ha azután ezen orvosok által saját betegségükről szerkesztett kórtörténeteinek tanulságait leszűrjük, mindenekelőtt le kell szögeznünk, hogy főleg a nagy sebészek elég gyakran nem tudják magukat beleélni a beteg psychéjébe és főleg ebből származik az a sok inconvenientia, amely a beteget olyan nagyon gyötri és deprimálja. Ide tartozik a még nem narkotizált betegeknek kínteljes várakozása a műtőszobában, a kötéseknek durva levétele, vagy pláne leszakítása, rövid, de fájdalmas sebészi beavatkozások érzéstelenítés és altatás nélkül stb. Ebben a tekintetben *Billroth* találta fején a szeget, midőn a nyelvrákban szenvedő *Pirogoff* orvosának azt írta: „Én már nem vagyok többé az a merész és félelemnélküli sebész, akit Ön Zürichben megismert, most minden műtét előtt azt kérdezem magamtól, vajjon magamon is megejthetném azt a műtétet, amelyet betegemen akarok végrehajtani."

A kórtörténetek nem eléggé méltányolható tanulsága, hogy az anamnestikus adatokat az eddiginél jobban kell méltányolnunk, s nem szabad abba a hibába esnünk, hogy csak az objectiv eltéréseknek adjunk hitelt. Az intelligens betegnek bemondása az esetek többségében helyes irányba tereli az orvost, ha ezen bemondásokat helyesen értékeli. A betegségek lényegébe és lefolyásába sokkal jobban fogunk betekinthetni, ha minden egyes kórtünetet külön élménynek tekintünk és nem valamely betegségcsoport egy-egy esetének. Az eddigieknél sokkal nagyobb szerep jutna a spontan gyógyulásoknak, ha a „vis mediatrix naturae" útját nem zavarnók felesleges gyógyeljárásokkal, főleg ivó- és fürdőkúrákkal. Ehelyett a betegápolás sok-sok apró fogását méltányolja minden orvos, aki csak néhány napig beteg volt. A helyesen megvetett ágy, a jól alkalmazott borogatás, a kellő temperaturára szabályozott szobahőmérsék, a jóleső világítás sokkal jobban járulnak hozzá a beteg gyógyulásához, mint sok felesleges orvosság.

Az a tanulság is leszűrődik a kórtörténetekből, hogy a legtöbb orvos nem elégszik meg csak egy collegájának a tanácsával, hanem minél több orvossal szereti magát ha nem is gyógyíttatni, de legalább megvizsgáltatni. Ne vegyük tehát rossz néven betegeinknek ugyanezen törekvését és ne ellenezzük soha a consiliumokat. Hatoljunk be jobban a beteg psychéjébe és teremtsük meg végre a systematikus betegpsychologiát. Addig is minden orvosnak az legyen a legelső és legfontosabb feladata, hogy betegét subjective kielégítse, minden fájdalmát megszüntesse, vagy legalább is csökkentse, minden testi kellemetlenségét és lelki kínját euphoriává változtassa és minden diagnostikai és therapiás manipulatiót minél kíméletesebben alkalmazzon. Ezt kívánja

minden beteg orvos kezelő collegájától és ezt kell hogy minden orvos minden betegének nyujtsa.

Ezen gondolatokkal tesszük le a rendkívül érdekfeszítő és tanulságos könyvet, amelynek ott kellene lennie minden orvos íróasztalán. *Vajda Károly dr.*

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 9-i ülése.

Bemutatás:

1. **Kiss P.:** *A szív vegetativ beidegzési egyensúlyának vizsgálata elektrocardiographia segítségével.* A budapesti gyermekklinika beteganyagán az oculo-cardialis reflex lefolyását elektro-cardiogramm registrálta. Esetei öt typusra oszlanak: 1. Az inger tartama alatt, sőt utána is pár másodpercig a húr kilengést nem végzett, tehát a szívműködés szünetelt; 2. A húr a compressio alatt rendkívül ritkán végzett kitérést, a compressio után tachycardia jött létre; 3. Kisfokú bradycardia lépett fel, ami még a nyomás végső phasisában átmegy tachycardiába; 4. A rhythmus a compressio alatt nem változott; 5. Az első *Aschner*-féle beavatkozás bradycardiát eredményezett (a 3. typusnak megfelelőleg), a második Aschner-kísérlet negativ eredménnyel járt.

Vas J. J.: Az Aschner-reflex ismeretének gyakorlati jelentőségéről tesz említést. Súlyos diphtheriánál, ahol szívbénulástól kell tartanunk, nem egyszer a positiv *Aschner* jó figyelmeztető jel. Scarlatinánál a 6—21. napig ugyancsak sokszor positiv az Aschner-reflex. A budapesti gyermekklinikán végzett sorozatos vizsgálatok, melyeket idiota gyermekeknél végzett, elsősorban a mongolismus eseteinél mutattak positiv *Aschnert*.

Skrop F.: Ahhoz, hogy az E. K.-t távoli felvételekhez használhassuk, szükséges, hogy a távvezetékek elektromos szempontból kifogástalanul legyenek felszerelve, figyelni kell a vezeték capacitativ és inductiv ellenállására, a zavaró inductiók kikerülésére. Egyedül az ezen módon keresztülvitt szívfrequentiavizsgálat ad objectiv eredményeket és az egész oculo-cardialis reflex egész lefolyásáról hű képet.

Lax H.: Paroxysmalis tachykardia-esetekben intravenás adrenalint adott. Az injectio közben felvett E. K. G.-k azt mutatták, hogy fokozott sympathicus tónusra utaló klinikai tünetek (remegés, izzadás stb.) mellett a vérnyomásemelkedéssel egyidejűleg a szív vagus tónusának fokozódására utaló E. K. G. jelek is fellépnek (escaped beats-bradykardia stb.). Valószínűleg a vérnyomásemelkedés a centralis vagus magot ingerelve, hozza létre a fokozott vagus tonust. Ezek a vizsgálatok is arra mutatnak, hogy a brady- vagy tachykardialisból az egész szervezet vegetativ innervatiójára következtetni nem lehet.

Kiss P.: A nagyadagú, intravenásan adott adrenalin hirtelen vérnyomásemelkedést okoz s ez eredményezi a kezdeti tachykardiás szakasz után az autonom központ hatására a secundaer bradykardiás rhythmust.

2. **Bársony T.:** *Új eljárások a tüdő röntgenezésére.* Eddig a tüdőcsúcsmezőt Röntgen-nel frontalisan és axialisan vizsgálni nem tudtuk. A frontalis vizsgálatot a vállöv árnyéka nem engedte meg, az axialis vizsgálat lehetőségére eddig nem gondoltunk. Bemutatónak *Koppenstein*nel együtt sikerült megoldania a csúcsmező frontalis és axialis Röntgen-vizsgálatát. A csúcsmező három dimensiójú (sagittalis, frontalis, axialis) felvételeit mutatja be és ezek gyakorlati alkalmazását demonstrálja. Ezenkívül az alsó tüdőmező csaknem axialis felvételeit demonstrálja gyakorlati jelentőségére mutatva reá.

Előadás:

1. **Rothman I.:** *A viszketés keletkezése és befolyásolhatósága a beteg bőrön.* A viszketést közvetlenül mindig külső ingerek váltják ki, a bőrelváltozások csak a viszketési ingerlékenységet fokozzák. Ezért a pruritus helyi kezelésében azok az eljárások játsszák a főszerepet, amelyeknek segítségével a külső ingereket távol tudjuk tartani. Az érzékszerv physiologiai vizsgálatok eredményei szerint a viszketésérzést a fájdalomérző idegvégkészülékek közvetítik. E készülékek fokozott viszketési ingerlékenységét minden jel szerint túlérzékenységi reactiók idézik elő. Experimentalis és kísérleti adatok amellett szólnak, hogy nemcsak az urticaria, ekzema, prurigo, hanem az anyageseremegbetegedésekkel járó pruritusok is túlérzékenységi reactiók következményei. Az általános antipruriginosus kezelés lényegében mindig antianaphylaxiás, hacsak nem sikerül a testidegen antigent kimutatni és eliminálni.

2. **Bien Z.:** *A hypophysis és a bordaporcok elváltozása a tüdő megbetegedésénél. Adatok az influenzához.* A fennálló összefüggés akkor tűnik ki, ha a chronikus bronchitiseket, asthma bronchialet és tuberculosist egymástól elkülönítve vizsgáljuk. Ez a kevert formák miatt gyakran nehéz. A bemutatott képek szerint az asthma bronchialenál a proc. clinoidei anteriores és proc. clin. post. vagy összenőttek, egymáshoz közelállók vagy a dorsum sellaen található csontos elváltozás, a clivus nem látható. A bordaporcok asthma bronchialenál és chronicus bronchitisnél már a 30-ik év körül el vannak meszesedve, ezzel szemben tuberculosisnál, influenzás tüdőelváltozásoknál a bordaporcok elmeszesedése az átlagoshoz viszonyítva hiányos.

A Közkórházi Orvostársulat november 6-i ülése.

Guszman J. elnök mély részvéttel emlékezik meg *Szontagh Félix* debreceni egyetemi ny. r. tanár elhúnytáról, aki a társulatnak az 1913—1918-i nehéz időkben elnöke volt.

Bemutatások.

1. **Fertig L.:** *Exarticulatio interscapulothoracica.* *a)* 14 éves leánygyermeket mutat be, kinél a felkarcsontból kiinduló, a scapulára reáterjedő, emberfejnyi sarkoma miatt az exarticulatio interscapulothoracica műtétje történt. *(Pólya* tanár, főorvos.) A beteg a műtét előtt rendkívül vérszegény, legyengült állapotban volt, sebe azonban primán gyógyult s a műtét után megerősödött, 7 kg-ot hízott.

b) *Nagy sarkoma eltávolítása a mesenterium gyökeréből, a duodenum alsó szárának és a jejunum kezdetének körkörös csonkolásával.* Baloldali elhelyeződésű, jó gyermekfejnyi, a mesenterium gyökerében elhelyezkedő sarkoma, melyen a duodenum alsó szára és a jejunum eleje lovagolnak, úgy, hogy a műtét folyamán *(Pólya* főorvos) ezeket is resekálni s a csonkokat circularisan egyesíteni kellett. A beteg, bár a daganat kigördítése után collabált, a súlyos collapsust kiheverte s a kórházat gyógyultan hagyta el.

c) *Prolapsus recti műtétje 84 éves nőbetegen.* A 4 harántujjnyi prolabáló végbelet local anaesthesiában Rohn—Dalorm-műtét szerint local anaesthesiában megoperálták. A beteg úgy a locált, mint a műtétet kitűnően kiállotta s a kórházból 10 nap mulva gyógyultan távozott.

2. **Katona I.:** *Sarkoma fusocellulare. (Guszman* osztálya.) 63 éves nőbeteg, egy éve beteg, akkoriban jobb tompora felett lencsenagyságú kék folt keletkezett; a folt helyén daganata támadt, mely 5 hó alatt tyúktojásnyira nőtt. Erősen vérző, subjectiv tünetet nem okoz, jelenleg két ökölnagyságú, kifekélyesedett, Wassermann-reactio negativ, kisfokú jobbratolódása a vérképnek. A hozzá sok tekintetben hasonló fibrosarkomától kifekélyesedése és a szövettani lelet alapján különböztették meg. Histologiai lelet: sarkoma fusocellulare.

3. **Nebenführer L.:** *Naevus papillomatosus.* (Régi Szent János-kórház, *Guszman*-osztálya.) 19 éves nőbeteg, sötétbarna, festékes anyajegye születése óta van s a jobb mellkasfélen helyezkedik el. A jobb 6. borda mellcsonti tapadási helyétől kiindulva felfelé terjed a 3. bordáig, annak mentén jobbra húzódva a felkar feszítőoldalára jut, lenyúlik a felkar alsó harmadáig. Megtekintve hyperkeratosis folliculus, papillás eccrescentia, mollusca pendulantiaszerű képződmények keveréke látható. Szöveti lelet: naevus papillomatosus sebaceus. Therapia: szénsavhó.

Előadások.

1. **Kárpáti O.:** *A traumás eredetű subcutan hasi sérülések néhány tanulságos esete. Kétes esetekben mikor operáljunk?* A Szent Rókus-kórház I. sebészeti osztályán észlelt 3 tanulságos esetet ad elő. Az első két esetnél hasbarugás következtében létrejött bélrupturáról van szó, amely kezdetben tünetmentes volt, majd kifejezetlen, kétes tünetek után napok mulva a hashártyagyulladás kifejezett képét adta. Az első eset kimenetele gyógyulás, a másodiké exitus. A harmadik esetben földbeomlás következtében támadt ruptura hepatissal kapcsolatos belsővérzésről van szó, amely kezdetben teljesen tünetmentesen rejtve volt, sőt 8 óra elmultával is csak a májtájék nyomási érzékenysége és mérsékelt izomvédekezés keltették kétes gyanúját a máj sérülésének. Belsővérzés tünetei teljesen hiányoztak, 1½ órai várakozás után alkalmazott diagnostikus laparotomia a kétes gyanút igazolta. A beteg meggyógyult. Előadó az esete-

ken okulva, kétes és kockázatos acut hasüri sensatióknál 1—2 órán belül a laparotomia diagnostikus célból való alkalmazását ajánlja.

Vermes M.: Baleseti szempontból kíván *Kárpáti* előadásához hozzászólni. Traumás ulcusokról szól, amelyek egy része a trauma után rögtön mutatkozik s amelyeknek összefüggése ezzel kétségtelen és vannak olyanok, amelyek latensen lépnek fel. Utóbbiaknak megállapítása nehéz. Egy tanulságos esetről emlékezik meg, amelyben 30 éves nő balesetkártalanítási eljárásánál mint szakértő adott le véleményt.

2. **Strausz L.:** *Intestinalis sklerosisról.* A betegség első leírója *Ortner* volt, tőle származik a dyspragia intermittens angiosklerotica intestinalis elnevezés. A betegség tünetei: periodikusan fellépő gyomorfájdalmak, az ú. n. holt meteorismus, a gyakori kínzó flatulentia, az általános arteriosklerosis tünetei, feszes pulsus, aorta kettős ékeltsége a magas vérnyomás jelenségei mellett. *Teissier* fontosnak tartja az ú. n. signe de la pedieuse-t, az ú. n. lábháti tünetet, melynek lényege az, hogy az intestinalis sklerosisnál az aorta dorsalis pedisben a vérnyomás 2—3 Hg mm-rel magasabb, mint az art. radialisban. A fájdalmak nyomó, égető jellegűek, rendszerint felfúvó ételek élvezete után egy órával szoktak fellépni. A fájdalmakat gyakran erős testi megerőltetés is kiváltja. A differentialdiagnosisban számításba jönnek az organikus gyomorbetegségek (cc. ventriculi, ulcus, cholelithiasis, appendicitis stb. és a nervosus alapon álló dispeptikus zavarok. Nehéz sokszor az elkülönítés a különféle stenokardiás rohamoktól és a nicotinmérgezésektől, továbbá az angina pectoris gastralgiáktól. A *Roemheld* által az utolsó években leírt ú. n. gastrokardialis tünetcsoporttal is számolni kell. Ez alatt a szív részéről jelentkező olyan panaszokat kell érteni, melyeket a gyomor vált ki. Ennek leggyakoribb oka a nagy gyomorhólyag.

A Magyar Urologiai Társaság október 28-i ülése.

Bemutatások:

1. **Noszkay A.:** *Lithumbral, egy új contrastanyag.* A lithumbral egy 25% jódlithium vizes oldat, mely teljesen jó contrastú képet ad a Röntgen-lemezen, és nem izgatja a vesemedencét. Ötven esetben végzett töltést úgy, hogy az egyik oldalt a fenti anyaggal, a másik oldalt umbrenállal (külföldi készítmény) töltötte meg, az eredmény a magyar készítmény a lithumbral tökéletes egyenértékét bizonyította be.

Ráskay D.: Négy hónap óta kedvező eredménnyel használja a lithumbralt. Összehasonlítható vizsgálatokat végzett, úgyhogy az egyik oldalt umbrenállal a másik oldalt lithumbrállal töltött. A lithumbral jó árnyékokat adott.

Radó B.: Megerősíti *Noszkay* kedvező véleményét a lithumbral értékéről. A lithumbral az umbrenálnál valamivel gyengébb árnyékot ad: az intensitása azonban erősebb a felére higított umbrenálnál. Ezzel szemben azonban jóval kevésbbé izgat és jelentősen olcsóbb.

Schmidt A.: Az I. sz. sebészeti klinikán a lithumbralt bevezetése óta használja jó eredménnyel. Minthogy valamivel gyengébb árnyékot ad, pyeloskopiához umbrenált használ. A pyelegrammon azonban a kevésbbé intensiv árnyék előnyösebb, minthogy így a kövek okozta kiesések jobban láthatók.

Boross E.: Felhívja a figyelmet, hogy a töltés előtt a hólyag kiüríttessék, különösen akkor, ha Hydrarg oxycianáttal volt töltve. Az umbrenal jódja a higannyal maró higanyjódidot alkot, célszerű a hólyagot steril vízzel tölteni.

Mező B.: Helyes technika és óvintézkedés betartása mellett is előfordulhat, hogy vesetáji nyomás, vagy nehezen csillapítható görcsös fájdalom lép fel, fontos, hogy a contrastanyag a vesemedencében nagy nyomás alá ne kerüljön, ezért a 4 Ch. kathetert használjuk, hogy a folyadék visszacsuroghasson. A fájdalom kikerülése céljából a vesemedence és ureternyálkahártya érzékenységének lecsökkentésére 2%-os tutokainbefecskendezést ajánl.

Farkas I.: Hydrargirum oxycianat által okozott kellemetlenségekre már évekkel ezelőtt felhívta a figyelmet. A vesemedence érzéstelenítését azért nem tartja célszerűnek, mert éppen a beteg által jelzett telődési érzékenység adja meg a töltés mértékét, amiatt az előzetes pantopon-injectio sem ajánlatos.

Mező B.: *Farkas* hozzászólására megjegyzi, hogy a vesemedence ürtartalmát az érzéstelenítés előtt kell elvégezni, az érzéstelenítést különben nagyon előnyösnek tartja.

2. **Farkas I.:** *Cystadenoma prostatae.* A bemutatott egyén 56 éves, hólyagköve miatt egy év alatt kétszer operálták felső hólyagmetszéssel, ezen műtétek után a hasfalon kétökölnyi nagyságú hasfali sérv maradt vissza. A bemutató a hólyagtükri vizsgálatnál a hólyagban két követ, és a belső szájadéktól kiindulólag egy jókora diónyi nagyságú és egy mogyorónyi nagyságú széles alapon ülő lepedékes daganatot látott, mely utóbbiak teljes vizeletrekedést okoztak, és tartották fenn a betegnél a nagyfokú hólyaghurutot és okozták a kőrecidivát. A vizeletrekedés folytán létrejött nagyfokú veseelégtelenség miatt, előbb hónapokon át állandó kathetert alkalmazott, majd a veseműködés megjavultával, a beteget megoperálta. A sérvre való tekintettel a hólyagot teljesen extraperitonizálni kellett, a peritoneum elzárása után a daganatokat valamint köveket könnyen sikerült eltávolítani. A hasfali sérv tökéletesen gyógyult a beteg hólyaghurutja valamint vizeletrekedése is teljesen megszűnt. A kivett daganat cystadenoma prostataenek bizonyult (*Buday*). Tulajdonképen prostatatúltengés nem volt jelen, a vizeletrekedést okozó prostatadaganatok közül a cystadenoma igen ritkán fordul elő, és az irodalomban csak néhány eset van felemlítve. A kórkép tükörrel könnyen összetéveszthető rosszindulatú daganattal.

3. **Polya J.:** *A kozmetikus phimotomia technikájához.* A technika, melyet ajánl, lényegileg módosítása annak az eljárásnak, melyet 20 év előtt az O. H. 1909-ben írt le. A különbség abban van, hogy a metszést a fityma külső lemezén nem U, hanem V-alakban vezeti és az így körülírt bőrrészletet a fityma belső lemezéről lepraeparálja, az így keletkezett lebennyel azután a fityma hosszirányban felhasított belső lemezét toldja ki. A kozmetikus és functionaris eredmény mint azt egy betegén demonstrálja, kifogástalan.

Meisels V.: Saját eljárása szerint a fitymát hátrahúzza és a belső lemezt átmetszi, nem érintve a sulcus coronariust, a külső lemezt egyesítve, igen jó eredményeket ért el.

Boross E.: A sok külföldi eljárás ismertetése között a bemutató elhagyta Lumnitzer jó eljárását. A phimosis foka szerint a penis dorsalis felületén történik az incisio, majd a praeputium külső lemezét visszahúzza és a belső lemez előtt átmetszi. Az eleinte mutatkozó oedema elmúlik és igen jó kozmetikus eredmények nyerhetők.

4. **Lobmayer G.:** *Kétoldali vesekőműtét.* 43 éves egyén felvétele előtt egy hóval nagy lelkidepressión esett át, amikor feleségét, portyázó román katonák agyonlőtték, és őt egy padhoz erősen odaszorították, ekkor nagy ágyéktáji fájdalmak mellett véres vizelete is volt. Felvétel előtt csak morfiummal csillapítható görcsös fájdalmak és 39—40 fokos lázak voltak jelen, mellkas- és hasszerven elváltozás nem volt, vesetájak nem érzékenyek, vizelet fehérvérsejtek 1014, anphoter, geny positiv, górcső alatt 30—40 vörös és 20/25 fehérvérsejt. Wassermann positiv, Röntgen jobbvese hilusában egy centiméternyi mészintensitású árnyék, balodalt IV. lumbalis csigolya proc. trans. mellett az ureternek megfelelőleg cseresznyemagnál nagyobb és fölötte egy kis lencsényi halvány árnyékú folt. Intravenás indigo jobboldalt öt perc mulva halvány, 10 perc mulva intenziv, baloldalt 15 perc mulva halvány, U. K. felvezethető, vizelet fagypont normalis, idegkezelés után jobboldalt pyelotomiát, balodalt ureterotomiát végez a kövek eltávolításával. Első nap a vizelet 250, azontúl 1500 cm^3-nyi, 12. napon jobboldalt 14 perc mulva, baloldalt 16 perc mulva ürít kékesen festenyzett vizeletet, a vizelet fagyás pontja műtét után normalis. A beteg még súlyos lelki depressióban van, a vese késedelmes kiválasztását ezen súlyos idegállapotnak tulajdonítja. Az irodalomban alig egy pár hasonló eset van felemlítve.

Illyés G.: Az egyidejűleg végzett kétoldali vesekőműtétről, amint az előadó úr megjegyezte, tényleg ritkán történik említés az irodalomban, ennek oka, hogy csak nagyon ritkán van megadva erre az indicatio. Jelen esetben sem látja tisztázottnak az indicatiót. Az indigokarminpróba egymagában veseköveknél nem annyira megbízható functionalis eljárás és itt annyiban mond csődöt, hogy nem ad annyira praecis eredményt, mint más sebészeti vesemegbetegedéseknél. A bemutatott esetben nem merte volna elvégezni egyidejűleg a kétoldali

vesekőműtétet, mert olyan functionalis anuria léphetett volna fel, melyben a beteg elpusztul; kétoldali veseköveknél a következőképen jár el: Ha az egyik vese rossz, és olyan functionalis eredményt ad, hogy megtartása nem kívánatos, de a másik vesében is kő van, úgy előbb a jobb functióképes vesét operálja meg, hogy azután a másikat radicalisan eltávolíthassa. Köveknél a túlságos conservativismusnak helye nincs, mert néha később másodlagos műtétben mégis csak el kell azt távolítani. Ha azonban a rosszabbik functiójú vese okoz súlyos tüneteket, úgy előbb azt operálja meg, de nem egy ülésben, hanem később. A bemutatott esetben előbb az ureterkövet kellett volna eltávolítani, mert ez okozta a több bajt. Kérdezi a bemutatótól, hogy milyen a különben sovány és sápadt beteg két veséjének a functiója, milyen a vérfagypont és maradék nitrogen? Gyógyultnak tekinti-e a bemutató az esetet.

Lobmayer G.: Köszöni a hozzászólást. Rövid bemutatásában nem sikerült kellően kidomborítania, hogy egyfelől a lelki depressió, másrészt a kövek okozta fájdalomhoz még a két operativ psychikus trauma a beteget jobban lerontaná, ez késztette őt arra, hogy egyidőben távolítsa el a köveket. A postoperativ anuriától nem félt, mert baloldalt a kövek az ureterben voltak, sem a műtét előtt, sem a műtét után nem mutatkozott olyan támpont, mely a vese parenchymás megbetegedésére utalt volna. A festékanyag késői kiválasztását most is, valamint a műtét előtt a sympathikus idegrendszer hatásának tulajdonítja.

Előadás:

Sas L. és Szold E.: *Vegyhatásváltoztatás befolyása a vizeletbakterium tartalmára.* Megjelenik egész terjedelmében az O. H.-ban.

A Magyar Röntgentársaság október 28-i ülése.

Bemutatások:

1. **Scheiber V.** (vendég): *Az os pubis egy ritka, de typusos törése.* Az utóbbi hetekben két esetben észlelt os pubis törésről számol be. Esetei, ellentétben az általános tapasztalattal, aránylag kis erőbehatásra bekövetkezett os pubis törések. Az egyik esetben fiatal vidéki nő, alacsony kiskocsiról esett le puha, homokos talajra. A másik esetben soffőr a kocsi oldalfalához ütődött, a kocsiból ki sem esett. Mindkét esetben trochanter-táji panaszokkal jelentkezik a sérült, azonban a Röntgen-felvétel sem a trochantertájon, sem a combnyakon semmi kóros elváltozást nem mutat. Ellenben mindkét esetben az os pubis leszálló ágán volt egy törés konstatálható. Bemutató megbeszéli a medencetörések mechanizmusát, majd az ilyen kis erőbehatásokra előálló os pubis törések mechanizmusát. A demonstrált esetek kapcsán hangsúlyozza, hogy különösen röntgenologusoknak fontos ismerni a kis behatások után létrejövő medencetörés lehetőségét, azok typusait és a maiakhoz hasonló traumák esetében nem szabad megelégedni csak a trochantertáj vizsgálatával, hanem a medence nagy területeiről kell felvételt csinálni.

2. **Réthi A.** (vendég): *A gége Röntgenvizsgálata a nyelőcsőbe helyezett filmmel.* Bemutató ismerteti a már évek előtt ajánlott saját módszerét, amellyel a gégéről kitűnő antero-posterior fölvételt lehet készíteni. A fémsablon segítségével megfelelő formára vágott filmet fény- és nedvességmentesen csomagolva, kellő érzéstelenítés után a hypopharinxba helyezzük és elölről exponálunk reá. A képek előnye, hogy a gégefő és a légcső egyes anatomiai elemei külön-külön jól láthatók rajta, szemben a profilképpel, hol a jobb- és baloldal képei egymásra projitiálva jelennek meg a képen és a leolvasást zavarják. A bemutatott sorozatok szépen láthatók a gége normalis anatomiai képletei, a nyelvcsont a szarvakkal, az ary-epiglottikus redők, az ál- és valódi hangszalagok, közöttük a sinus Morgagni, a gégeür stb. Szépen láthatók a különböző kóros elváltozások; a rákos infiltratiók és tumoros burjánzások egész kiterjedése megállapítható, úgyszintén a szűkületeké is úgy, hogy azoknak nemcsak felső,, hanem alsó vége is pontosan megállapítható. Egyik felvételen a Morgagni-tasak előesése is szépen látható. Bemutató tapasztalása szerint a porcok elcsontosodása a chronikus gégemegbetegedések eseteiben, a gégebaj súlyosságával arányban korai és nagyobbfokú elcsontosodást mutat. Különösen erős az elcsontosodás chronikus arthritiseknél.

3. **Révész V.:** *Cholecystographiás vizsgálatok oraltetragnost*-tal. Ismerteti a Merck-féle oraltetragnost-ot, amely a már évek óta bevált jódtetragnostnak olyan chemiai összetétele, mely vízvezetéki vízben oldva jóízű folyadékot ad, mit a gyomor jól tűr úgy, hogy sem hányingert, sem egyéb kellemetlenséget nem okoz. Az oraltetragnosttal végzett vizsgálatok kitűnő eredményeket adtak, a képek nagyon szépek, szebbek mint a capsulákkal nyertek voltak, jobban megközelítik az intravenásakat. Haladásnak tekinti a szer bevitelét a gyakorlatba, mert a capsulás módszer minden hibáját kiküszöböli, a bevétele egyszerű, csak egy pohár víz leivásából áll, a beteg tehát szemünk előtt fogyasztja el. Ajánlja a vele való dolgozás begyakorlását, mert — elismerve azt, hogy az intravenás megbízhatóbb — azon esetekben, amikor a contraindikált, vagy bármely okból nem alkalmazható, az oraltetragnost nagyszerű szolgálatot fog tenni. Bemutat egy sorozat nagyon szép felvételt ép- és kóros epehólyagokról. Bizonyos esetekben nagyszerűen bevált az intravenás eljárás és az oraltetragnost együttes alkalmazása (féladag intravenás + féladag O.) mit kombinált cholecystographiának nevezett el és szintén mutat rá szép példákat.

Haas L.: Szintén nagyon jó tapasztalatokat szerzett oraltetragnosttal és ez alkalomból rámutat az intravenás módszer veszélyeire, ismertet hazánkban előfordult súlyos következményekkel járó eseteket és ajánlja az oraltetragnostos módszer minél intensivebb használatát.

Schiffer E.: Nyomatékosan hangsúlyozza, hogy az intravenás megbízhatóbb és jobb képeket ad. Az oraltetragnost csak azon esetekre kívánja fenntartani, ahol az intravenásnak akadálya van.

Bársony T.: Ugyanazon véleményen van, mint előtte szóló, több érdekes és fontos cholecystographiás tapasztalatot és kérdést tárgyal meg.

A szegedi Egyetem Barátai Egyesület orvosi szakosztályának október 24-i ülése.

Bemutatás:

Móritz D.: *Hemiatrophia faciei* esetét demonstrálja nyolcéves fiúnál, akinél a bal arcfél lassan előrehaladó sorvadása két év óta áll fenn. A sorvadás, amelyet neuralgiaszerű fájdalmak előztek meg, a fülcimpa mögött körülírt sárgásbarna csomó alakjában kezdődött és innen terjedt tova az arc többi részére. Az összes arcizmok működése a megkisebbedett volumen dacára kifogástalan; érzéskiesés nincs. Az esettel kapcsolatban a hemiatrophia pathogenesisére vonatkozó újabb felfogásokat ismerteti.

Előadás:

Filep A.: *Hormonalis készítmények szerepe a fájásgyengeség leküzdésében.*

A szegedi női klinikán közel kétszáz esetben alkalmazták a *Temesváry* által ajánlott thymus-hypoplysis kivonatokat fájásgyengeség esetén. Eleinte a bécsi „Chemosan" által gyártott thymophysint, utóbbi időben pedig a magyar Richter-gyár által készített thymuitrint használták úgy a tágulási, mint a kitolási szakban fellépett fájásgyengeség leküzdésére. Egyszeri adagnak egy cm^3-t adtak mindig izom közé, sohasem intravenásan. Az egy cm^3-es adagot, ha kellett, megismételték körülbelül kétórás időközben kétszer-háromszor is. Az esetek nagy részében azonban egyszeri adagolással is célt értek. A thymophysin, illetőleg thymuitrin használata óta a klinika fogóműtéteinek száma több, mint ötven százalékkal esett. Éppen ebben látják egyik legnagyobb jelentőségét.

Szontagh Félix tanár temetése.

Szombaton, folyó hó 9-én folyt le ez a szomorú szertartás a Kerepesi-temetőben, külső képében is mutatta, azt, hogy a szépemlékű megboldogultnak csak barátai és tisztelői voltak. Különösen megható volt azoknak szeretetét és ragaszkodását látni, akik *Szontagh Félix*szel együtt dolgoztak, a debreceni orvosegyetemi tanárok fájdalmas megindulását. Az egész debreceni egyetemi tanári kar teljes számmal megjelent és bár ők már hónapok óta tudták, hogy *Szontagh Félix* betegsége olyan, amelyből gyógyulás nincs, mégis mindnyájan oly megrendültek voltak, mintha legközelebbi hozzátartozójukat vesztették volna el benne. De hisz ezen nem is csodálko-

zunk, mert aki ismerte őt, az akár nézetbeli ellenfele lett volna is a megboldogultnak, egyet nem tagadhatott el, és azt, hogy *Szontagh Félix*hez hasonló jó és igaz meggyőződésű magyar ember nem sok jár már közöttünk. *Szontagh Félix*nek csak jó szava volt mindenkihez, mindent meg tudott érteni és mindent meg tudott magyarázni. Mikor scarlatina tanának elmélete miatt meglehetős éles támadásokban volt része, akkor is mentegette és emberi gyengeséggel magyarázta egynémelyik ellenfelének talán kissé élesebb hangját. De senki soha tőle ilyen vagy más természetű megbántások miatt nem hallott retorsióként még csak egy erősebb megjegyzést sem. Nem lehet tehát csodálkozni a részvét azon impozáns megnyilvánulásán, amelyet temetésén láttunk. Ugyanilyen gondolatok kellettek, hogy áthassák a búcsúztató beszédek elmondóit is, mert *Raffay* püspöknek a beszédétől kezdve az utolsó elhangzó szóig egyhangúan csendült ki a becsületes, szorgalmas és megbízható kutató, a jószívű, jó orvos apotheosisa, (Nem tételezhető fel, hogy ilyen különböző korú, különböző foglalkozású és az elhunyttal különböző ismeretségi lábon álló emberek ugyanarra a conclusióra jutottak volna és azt ugyanolyan keresetlen szavakkal és oly igaz érzéssel tudták volna mondani, ha ez tényleg nem így lett volna.) és mindenki azzal az érzéssel állott ott e megható temetésen, hogy *Szontagh Félix* élete, küzdelme nem volt hiábavaló, mert mély nyomot hagyott embertársai, pályatársai lelkében.

Tőle nem lehetett kérni, mert még mielőtt a kérésre került volna a sor, ő máris jött a kérést megoldó propositiójával. Mindenki, ki ismerte, tudja, hogy arról is nevezetes volt, hogy nem lehetett neki előre köszönni és jó arc- és embermemoriája olyan volt, hogy akivel csak felületesen is találkozott, arra pontosan emlékezett és ha azzal ismét összejött, ahhoz csak jó szava, kedves megjegyzése, vagy elismerő buzdítása lehetett. Ez volt egyik oka annak is, hogy tanítványai olyan nagyon szerették és annyira ragaszkodtak hozzá, és rajongással tették magukévá oly meggyőzően hirdetett tanait. Ezért látszik meg tanítványainak munkáin a főnök által kijelölt irány: a nil nocere elvnek szigorú keresztülvitele úgy a therapiában, mint a diagnostikában, amit csak nagyon háttérbe szorulva találunk meg erősen activ therapiánkban. Szontagh Félix helyén keletkezett ürnek betöltése hasonló súlyos feladat elé állítja egyetemeinket, mint Heim professor elhúnyta.

A gyászszertartást *Raffay Sándor* evang. püspök végezte. A debreceni egyetem nevében *Csánky Benjamin* Rector, az orvosi kar nevében *Wodeczky János* e. i. dekán búcsúztatták az elhunytat, kitől adjunctusa, *Ambrus József* egyetemi magántanár vett tanítványai nevében megható búcsút. Majd *Gerlóczy Zsigmond* professor a budapesti kórházak igazgatósága nevében emlékezett meg az Új Szt. János-kórház gyermekosztályának évek hosszú során át volt főorvosáról. Végül *Torday Ferenc* a Gyermekorvos-Társaság, *Bókay Zoltán* a Stefánia-kórház nevében vett búcsút a megboldogulttól, ahonnan érdemekben gazdag pályája kiindult. A sírnál a protestáns árvaház kis leánynövendékei hintették be virággal a koporsót. *Vámossy.*

VEGYES HÍREK

Deér Endre dr. kitüntetése. A magyar gyógyszerészi kar legkiválóbb tagját a Kormányzó Úr Ő Főméltósága a kormányfőtanácsosi címmel tüntette ki. Ez a jól és már régen megérdemelt kitüntetés megnyugvást és örömet kelt orvosi körökben is, hol jól ismerik és tisztelik *Deér Endre dr.* kiváló szolgálatait a közegészségügy terén. Ő szerkesztette a III. kiadású Gyógyszerkönyv gyógyszerészi részét és szerkeszti azt most az új Gyógyszerkönyvben is; vezető szerepet töltött be a gyógyszerészi kar ügyeinek intézésében egész az újabb időkig, midőn az újabb irányzattal nem tudván megbarátkozni, visszavonult; évek óta rendes tagja az Orsz. Közegészségi Tanácsnak és annak nélkülözhetetlen szaktanácsadója. — Őszinte örömünknek adunk kifejezést az őt ért magas kitüntetés alkalmából.

Személyi hirek. Az ezévi orvosi Nobel-díjjal *Ch. Eijkman* utrechti és *F. G. Hopkins* cambridgei professorokat tüntették ki.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 16-i ülésének napirendje: *Előadás: Prof. dr. Ferdinand Sauerbruch* (Berlin) mint vendég: Fortschritte in der Lungenchirurgie.

A Közkórházi Orvostársulat november hó 20-i ülésének tárgysorozata. 1. *Brezovszky Emil:* A lueses reinfectióról. 2. *Hudovernig* Dezső: A műtőterem építése és világítása Heller elvei szerint. 3. *Somogyi István:* A hereditas jelentősége a gümőkórban. 4. *Váry Gyula:* A női genitaliák befolyása egyes dermatosisokra.

A Magyar Röntgentársaság november hó 25-i ülésének tárgysorozata. *Bemutatás: Horvai Lajos* mint vendég és *Révész Vidor:* Paget-kór therapiásan befolyásolt esete. *Előadás: Fleischmann László* mint vendég és *Révész Vidor:* A hallószerv Röntgen-vizsgálata. Vendégeket szívesen látnak.

A leukaemia elleni küzdelemre a dán *Hasselbalch dr.* 700.000 koronás alapítványt létesített, melynek kamatjai a leukaemia kutatásával foglalkozó dán orvosoknak áll rendelkezésére.

Az angol rák elleni küzdelem bizottsága a mult évben 500.000 M-t adott a kutatások céljaira, önkéntes adományokból 340.000 M folyt be.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti Pázmány Péter-Tudományegyetemen 1929. évi november hó 9-én: *Dóczy Lajos János, Finászy Ernő László, Jeney Sándor, Káposztássy Béla Imre, Kiss Jenő Lajos, Kösztletné Harsányi Irén, László Zsigmond, Magyar Kálmán, Mosánszky Tibor, Müllner József, Pataky Dezső, Piskóty László, Platthy Tihamér, Raisz Ernő, Reichenbach György, Vajda Ákos, Varga Péter.* — A szegedi Ferencz József Tudományegyetemen 1929 november 9-én: *Juhász Gusztáv, Stern Eleonóra, Széll József, Vajdovich Árpád.* — Üdvözöljük az új kartársakat!

Hofmann Oszkár dr., San Remo (olasz Riviera) magyar orvosa, rendelését folytatja. Címe: Villa Certosa.

Budapest székesfőváros közegészségügyi állapota az 1929. év október második felében.

Hasi hagymáz	107	13	131	Gyermekágyi láz	2	1	3
Küteges hagymáz	—	—	—	Bárányhimlő	85	—	59
Hólyagos (ál-) himlő	—	—	—	Járv. fültőmirigylob	8	—	13
Kanyaró	121	2	60	Vérhas	70	15	75
Vörheny	97	1	71	Járványos agygerinc-agyhártyalob	1	1	—
Szamárhurut	15	—	14	Trachoma	23	—	15
Roncsoló torok- és gégelob	202	8	124	Veszettség	—	—	2
Influenza	8	5	16	Lépfene	1	—	2
Ázsiai kolera	—	—	—	Paralysis infant.	—	—	2

A zárójelben levő számok a halálozást, a harmadik rovat pedig a mult félhavi megbetegedést jelenti.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

Lapunk mai számához *Quarzlampen Gesellschaft* m. b. H., Linz a. Donau, prospektusa van mellékelve.

TÁTRA SANATORIUM
ÓTÁTRAFÜREDEN. STARY-SMOKOVEC. 1020 m
ELSŐRANGÚ DIAETÁSKONYHA, fekvőcsarnokok, szabadlégtorna, szénsavas, fenyő-, forrólég-, fenyőfürdők, vízgyógyintézet.
Indicatiók: Basedow-kór, chlorosis, anaemiák, ulcus, dyspepsia, diabetes, hypertonia, neurasthenia, hysteria, reconvalescentia. — Tuberculosusok, fertőző és elmebajosok kizárva. Sanatoriumi napi pausálár 65 Kc-tól fölfelé. Egész évben nyitva.
Főorvos: dr. Szász Emil.

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

Dr. JUSTUS BŐRGYÓGYITÓ ÉS KOZMETIKAI INTÉZETE
Kórházi főorvos
V, Ferenc József-rakpart 26. Telefon: Aut. 846-37.

TŰZMENTES RÖNTGENFILMSZEKRÉNYEK
BARTA ÉS SZÉKELY részv.-társ.
Budapest IV, Múzeum-körút 37.
Telefon: Aut. 840—97.

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

PÁLYÁZATOK.

Hajdú vármegye központi járásához tartozó *Józsa* községben lemondás folytán megüresedett *községi orvosi állásra* pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket, képesítésüket igazoló oklevelet, vagy annak hiteles másolatát, honossági, erkölcsi és megbízhatósági, valamint az 1918. évi lázadás, a kommün és idegen megszállás alatt tanusított magatartásukról szóló rendőrhatósági, illetve jelen alkalmazásukról is szóló községi bizonyítványokat és curriculum vitaet hozzám 1929. évi november hó 27-én déli 12 óráig annyival is inkább adják be, mert a később érkezett pályázati kérvényeket — valamint a hiányosan felszerelteket is — nem fogom figyelembe venni.

Az állásban lévő pályázók törzskönyvi lap másolatukat is csatolják kérvényükhöz.

Az állás javadalma a 62.000/1926. B. M. sz. rendelet 2. §-ában megállapított fizetés, családi pótlék és Józsa község beosztásának megfelelő lakpénz és a vármegyei szabályrendeletben megállapított gyógykezelési díjak.

A választás idejét később fogom kitűzni.

Debrecen, 1929 november 2.

6241/1929. *Dr. Réthey*, főszolgabíró.

A vezetésem alatt álló Sopron szab. kir. városi Erzsébet-közkórháznál megüresedett alorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az alorvosi állás javadalmazása a m. kir. népjóléti és munkaügyi minister úr 1926. évi 124.000 számú körrendelete értelmében a XI. fizetési osztály III. fokozatának megfelelő illetmény, továbbá egy bútorozott szobából álló intézeti lakás, I. osztályú élelmezés az önköltségi ár 50%-ának megtérítése mellett. Orvosi magángyakorlat nincsen megengedve. Az állásra való kinevezés kétévi időtartamra szól, mely idő elteltével az alkalmazás pályázat mellőzésével meghosszabbítható. Műtőorvosi oklevéllel, illetve sebészeti gyakorlattal bíró orvos az állás betöltésénél elsőbbségben részesül.

Felhívom azon nőtlen orvosdoktorokat, akik az állást elnyerni óhajtják, hogy képzettségüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt és Sopron szab. kir. város főispánjához címzett folyamodványukat hozzám 1929. évi november hó 20. napjának déli 12 óráig nyujtsák be. Az állás a kinevezés megtörténte után azonnal elfoglalandó.

Sopron, 1929. évi november hó 4-én.

Dr. Király Jenő, s. k.,
530—2—1929. ikt. sz. m. kir. egészségügyi főtanácsos, kórházigazgató.

Járványos és fertőző betegségek ellen legjobb védekezés a

Szent László fertőtlenítő szappan

használata. Bőrbetegségeknél, kiütéseknél és különféle bőrbántalmaknál

Kolozsvári (Heinrich J.)-féle gyógyszappanok

alkalmazásával a legideálisabb eredmények érhetők el.

Igmándi

kúrák otthon

Reggelenként fél pohár Schmidthauer-féle

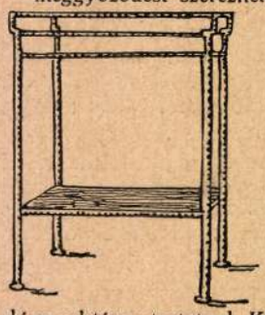
Igmándi keserűvíz

éhgyomorra, langyosan használva, kitűnő eredménnyel pótolja a karlsbadi és marienbadi ivókúrákat bármely évszakban. Sok esetben elegendő már néhány evőkanállal is.

Magyarország részére kizárólagos egyedárusító:

Ásványvízkereskedelmi r.-t., Budapest VI, Király-utca 12. sz.

Letelepedő orvosok mielőtt berendezkednek, kérjenek árajánlatot, meggyőződést szerezhetnek kedvező fizetési feltételeinkről.



FISCHER PÉTER ÉS TÁRSA R.-T.

orvosi műszer- és kötszergyár

BUDAPEST VI, VILMOS CSÁSZÁR-UT 53. I. em.

Telefon: T. 115-13 és T. 115-19.

Orvosi berendezések elsőrangú kivitelben s igen méltányos árban. Kötszerek, sérv- és haskötők, finom gumiáruk, valamint az összes betegápolási cikkek állandóan raktáron tartatnak. Külön osztályban a legkiválóbb külföldi kozmetikai készítmények nagy választékban kaphatók.

Stilles, Stockholm rozsdamentes műszereinek magyarországi egyedárusítója.

Műszerjavítás gyors, pontos és jutányos eszközlése.

Állami forrás

Nieder-Selters

A természetes Selters-víz

régóta ismert és bevált gyógyvíz a légzőszervek és a torok megbetegedései ellen. Tüdőbetegségeknél csillapítólag hat.

Kapható gyógyszertárakban, drogeriákban és a vezérképviseletnél:

Ásványvíz kereskedelmi r.-t., Budapest VI, Király-utca 12.

A forrás kimerítő ismertetését a Nieder-Selters központi irodája, Berlin W8, Wilhelmstrasse 55, bármikor ingyenesen rendelkezésre bocsátja.

A Nieder-Selters állami forrás Hessen-Nassauban az egyetlen gyógyvíz Selters néven, mely csakis eredeti állapotban kerül töltésre és szétküldésre.

DIAGNOSIS:

HYPOVARISMUS

THERAPIA:

SEXUALHORMON FEM.

RECIPE:

HOGIVAL-CHINOIN

az érett folliculus hormonját tartalmazó ovariumkészítmény egéregységekben standardizálva.

Tabl., inj. Kívánatra minta és irodalom.

Diujodin

PASTILLI THEOBROMINI JODATI

Királyi Magyar Egyetemi Nyomda 1929, Budapest VIII, Múzeum-körút 6. — (Dr. Czakó Elemér.)

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. rk. tanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos.

Gyermekkori idiotiák.

A gyakorlóorvos sokszor kerül abba a helyzetbe, hogy az elébe kerülő gyermek szellemi statusáról és további fejlődésének lehetőségéről véleményt kell mondania. A feladat nem egyszer kényes s bizonyos tapintatot igényel, hogy a szülők a valóságot helyes formában tudják meg. A „hülye" szót általában tanácsos kerülni. Orvosgyakorlati szempontból talán legcélszerűbb a gyermekkori idiotiákat három főcsoportba foglalni. Az első csoportba sorozhatjuk azokat az idiotiákat, melyek kifejezetten endokrinzavar következményei. Ezeknek legfontosabb képviselője a myxoedema különböző változataival a legsúlyosabb idiotiáktól az enyhe hypothyreoidismusig. A második csoportját az idiotáknak azok képezik, akiknél egyrészről endokrinzavarok kétségtelen jelei vannak, amellett azonban fejlődési anomaliák változatos képét mutathatják, ilyen a mongolidiota. A harmadik csoportba azokat foglalhatjuk, akiknél az idiotia elsősorban nem endokrinzavarban, hanem az agyvelő hiányos növekedésében leli magyarázatát s amelynek legszembetűnőbb klinikai képe a mikrokephalia s nem is annyira az absolut, mint inkább a test többi méreteihez képest relativ kicsiny körfogat a fontos.

Ezen három idiotacsoportnak a gyakorisága körülbelül úgy aránylik egymáshoz mint 1 : 3 : 5. Prognosis szempontjából való felosztásuk ugyancsak ezen keretekbe foglalható. Legjobb a prognosis az első csoportnál, ahol megfelelő pajzsmirigykivonattal néha frappáns eredményt látunk, legrosszabb a mikrokephaliánál és középen áll a mongolidiota-csoport főleg azon eseteivel, ahol kifejezetten hypothyreoidtünetek is vannak a háttérben.

A kezelés myxoedemánál és hypothyreoidismusnál pajzsmirigykészítmények rendszeres adagolásából áll. Ilyen a magyar készítmények közül pl. a Richter-féle Thyreoidea-tabletta à 0·5, melyből csecsemőnek és kisebb gyermeknek az első héten felet, második héten két felet, a harmadik héttől három felet rendelünk naponta. Nagyobb gyermeknél az adag első héten egy, a második héten másfél, a harmadik héttől két tabletta. A Merck-féle Thyreoidinből (à 0·1) eleinte másodnaponkint, majd naponkint egy tablettát rendelünk, emelve az adagot napi két tablettára. Nagyobb gyermeknél a thyreoidint à 0·3-as tablettával lehet mindjárt kezdeni, s ugyanúgy folytatni, mint az előbbinél.

A második csoportba foglalt mongolidiotiánál, melynél véleményünk szerint polyglandularis insufficientia is szerepel kórokként, próbát kell tennünk olyan készítménnyel, amely hivatva volna pótolni a szóban forgó endokrin-mirigyek hypofunctióját. Ilyen a Richter-féle Hormogland T. t. s. h. (thyreoidea-thymus-suprarenin-hypophysis), illetve Hormogland T. o. (ovar) s. h. Adagolása az első héten naponta ½—1 tabletta, a második héten 1—1½ tabletta, a harmadik héttől 1½—2 tabletta naponta. Bár az eredmény nem olyan szembeszökő, mint a myxoedemának thyreoidea-kezelésénél, mégis nem egyszer kielégítő, főleg a háttérben levő hypothyreoid-tünetek enyhülnek. A harmadik csoportot alkotó mikrokephal-idiotáknál az organotherapiától eddigi tapasztalatunk szerint keveset várhatunk. Próbaképen mi is több esetben rendeltük a thyreoidea-thymus-hypophysist tartalmazó Richter-féle „Auxanin a mite" készítményt, egyelőre csekély objectiv eredménnyel. Az idiotiáknál ajánlott Röntgen-mélytherapiával elérhető eredményekről saját tapasztalataink nincsenek.

Minden idiotia-kezelésnek igen fontos tényezője az említetteken kívül a rendszeres oktatás. Eleinte egyéni oktatás a család körében, majd kisegítő tanfolyamokban, gyógypaedagogiai intézetekben; természetesen utóbbiak csak egyáltalán fejlődésre képes gyermekeknél jöhetnek szóba; az absolut imbecillis gyermek — valóságos nyüge főleg a mindennapi keresetért küzdő néposztálynak — mindenesetre zárt intézeti elhelyezést igényel

Vas J. Jenő dr.,
a Stefánia-Gyermekkórház rendelő főorvosa.

A hátsó húgycsőkankó szövődményei és kezelésük.

Amíg a nőnél aránylag jóindulatúnak mondható a kankó, ha a húgycsőre marad localizálva, végzetessé ellenben a belső ivarszervekre való gyakori átterjedése által válik, addig a férfinál a kankó a húgycső hátsó részére és az ezzel összefüggő prostatára, mellékherékre (vasdeferens, vesiculae seminales) és hólyagra való átterjedésével, továbbá chronikus húgycsőkankóvá alakulásával válik egyéni és társadalmi szempontból nagyjelentőségű bajjá.

A húgycső elülső részének kankós gyulladása legtöbbször külső behatás (testi megerőltetés, coitussal járó irritatio, helytelen kezelés stb.) következtében terjed a húgycső nyálkahártyájának a záróizmon (musculus sphincter externus) belüli medencebeli részletére, sőt egyidejűleg az említett szomszédos szervekre is. Ezért az urethritis posterior és szövődményeinek prophylaxisa szempontjából igen fontos, hogy a húgycső elülső részének kankója esetén is a legnagyobb testi nyugalmat rendeljük el a betegnek; az elülső rész kezelése céljából pedig 10—15 cm^3-nél nagyobb folyadékmennyiséget ne fecskendezzen be sem a beteg, sem az orvos; legfeljebb csak annyi folyadékot fecskendezzünk be, hogy a záróizom ellenállását érezzük, ezen túl ne haladjunk, különben a *fecskendező folyadékkal együtt a fertőzés is áthatol* az elülső részből a hátsóba. (Ezen elvvel ellentétben a franciák acut elülső húgycsőkankó esetében is mindjárt nagy folyadékmennyiségekkel hatolnak a hólyagba.)

A húgycső hátsó részének és említett függelékeinek heveny kankós megbetegedése többé-kevésbbé kifejezett közös tünetekkel jár: általános rosszullét érzése, láz, a lágyékra és környékére kisugárzó fájdalmasság, tenesmus, gyakori vizelési inger, esetleg sanguinolens vizelet stb. Ha az ilyen beteget két részletben vizeltetjük (kétpohárpróba), *a vizeletnek úgy az első, mint a második részlete zavaros* és természetesen gonococcusokat tartalmaz. (Ne tartsuk azonban urethritis posteriornak a phosphaturiát, amelynél a második vizeletrészlet szintén zavaros, de tudvalevőleg ecetsavra feltisztul; phimosisnál, prostatatályognál, a húgyivarszervek gümőkórjánál is zavaros lehet a vizeletnek mindkét részlete.)

A kezelés más és más aszerint, hogy a húgycső hátsó részének fertőzése mellett a hólyag, a mellékherék (vasdeferens) vagy a prostata stb. kankós gyulladása is forog-e fenn. Azonban általános szabály, a hátsó rész és szövődményeinek kezelése szempontjából, hogy a heveny időszak elmultáig a *fecskendező eljárást beszüntessük, a műszeres beavatkozást mellőzzük* és a

beteget a legnagyobb nyugalomban részesítsük. Néhai báró *Kétly Károly* professor markáns hasonlata szerint az ilyen beteget úgy kell kezelni, mint a tüdőgyulladásos beteget: ágynyugalommal, fájdalomcsillapítással. Az *elülső rész kezelését* csak az urethritis posterior legacutabb tüneteinek megszűnte után folytatjuk, még pedig egy fél adag fecskendőfolyadékkal; de az acut folyamat teljes lecsillapulása után csakhamar áttérünk az urethritis posterior rendszeres kezelésére.

A hátsó húgycsőrész kankójához társuló leggyakoribb szövődmények:

1. *Cystitis blennorrhoica.* Az általános tüneteken kívül a vizelet második részlete is zavaros. Ágynyugalom, belső kezelés, megnyugtató szerek, morphium, belladonna-végbélkúpok. Salol, urotropin, folia uvae ursi thea. Tejes diaeta. Gondoskodjunk lágy székelésről. Az acut tünetek megszűnte után a hátsó húgycső-részletnek alábbi Guyon-kezelése következzék. Makacs esetekben hólyagöblítés (3%-os bórsav-oldat, 1:3000—1:300 ezüstnitrat-oldat, továbbá *Nékám* prof. javaslata szerint hydrargyrum oxycyanatumos öblítés 1:6000 higítástól emelkedőleg 1:2000 higításig) mindig langyos oldatokkal (200 cm³). Acut tünetek esetében meleg borogatás a hólyagtájra, meleg ülőfürdő a tenesmus és a vizeletretentio leküzdésére; végső esetben katheterrel csapolás. Parenteralis tejinjectio; vaccinkezelés.

2. *Prostatitis blennorrhoica.* Acut esetekben láz, néha rázóhideg, fájdalmasság, a vizelés végeztével esetleg kevés véres vizelet. Óvatos rectalis vizsgálatnál a prostata fájdalmas, néha tályog tapintható. Therapia: ágynyugalom, antipyreticumok, salol, aspirin, urotropin, morphin, belladonna-kúpok. Parenteralis tejinjectiók, vaccinkezelés. Meleg ülőfürdők, meleg borogatás a gáttájra vagy kivételesen és átmenetileg hideg borogatás vagy Arzberger-hűtő. Ha a heveny tünetek enyhültek, kétnaponként igen óvatos prostata-massage (amelyet *Nékám* is ajánl) és utána Guyon-kezelés. Néha lappangó a folyamat; ezért minden urethritis posteriornál a prostataváladék rendszeres vizsgálata ajánlatos. Ha az acut folyamat chronikussá vált, akkor rendszeres prostata-massage.

Chronikus prostata-kankónál a tenesmus és a fájdalmasság csekély, a prostata massálásánál tejszerű genyes váladék ürül a húgycső nyílásából, amelyben gonococcusokat lehet találni. Therapia céljából (ha nincsen prostatatályog jelen) a prostatát és esetleg a vesiculae seminalest is minden második napon massáljuk, a massálás után vizeljen a beteg. Utána a hátsó rész Guyon-kezelése. Végbélkúpok: Rp. Natrii jodati 0·2—0·5, ichthyol 0·5, butyri cacao 3·0. Makacs esetekben vaccinkezelés.

3. *Epididymitis.* A leggyakoribb szövődmény. Prophylaxisa: a blennorrhoea korai kezelése, traumáktól való óvakodás, suspensor viselése. Tünetei: hirtelen fellépő láz, a mellékhere fájdalmas duzzanata. Az acut tünetek rendesen 5—8 napig tartanak. Ágynyugalom, herezacskó alátámasztása; állott vizes vagy aluminium aceticumos borogatások, esetleg alkoholos-vizes párakötés. Morphium, belladonna-kúpok; belsőleg antipyreticumok, aspirin; parenteralis tejinjectiók, vaccinkezelés. Lágy székről gondoskodni. Ha a heveny tünetek elmúltak, meleg alkalmazása (fürdők, thermophor). A mellékhere későbbi rostos elfajulása esetén fibrolysin-injectiók.

Az *urethritis posteriornak*, mint a fenti szövődmények kiindulási fészkének már említett helyi kezelését a fenti acut tünetek megszűnte után kell megkezdeni. Minden második-harmadik napon *Guyon-instillatio:* a beteget előzetesen vizeltetjük, illetőleg a húgycső elülső részét kiöblítjük. A Guyon-kathetert körülbelül 15—17 cm-nyire (azaz a katheternek kissé ellenálló záróizmon túl) vezetjük be; a kathetert előzetesen ú. n. katheterpurinnal tesszük sikamlóssá (Rp.: Hydrargyrum oxycyanatum 0·20, glycerin 30·0, tragacantha 2·0, aqua 67·0); e célból paraffin-olajat is használhatunk. Fecskendező folyadékul ezüstnitrat-oldatot használunk 0·25%-tól emelkedőleg 2—3%-ig; eleinte csak negyedrésznyire töltjük meg vele a körülbelül 6 cm³-es Guyon-fecskendőt; később egy egész fecskendőnyi mennyiséget juttatunk a hátsó húgycső-részletbe. Az ezüstnitratot helyettesíthetjük protargollal (1—4%-ig emelkedőleg) vagy cuprisulfat-oldattal (emelkedőleg 1—5%-ig). Ha az acut tünetek teljesen elmúltak, az elülső rész előzetes kiöblítése után hólyagmosást is végezhetünk (1:20.000 ezüstnitrat-oldattal).

Ha a rendszeres Guyon-kezelés nyomán sem tűnnek el a gonococcusok a vizeletből, dacára annak, hogy nem a prostata a fészkük, akkor arra kell gondolni, hogy a folyamat a posterior nyálkahártyájának *mélyebb redőiben* vagy a mirigykivezető-csövekben rejtőzik. Ilyenkor a végén oldalnyílásokkal ellátott Ultzmann-féle katheter használjuk a Guyon helyett és egy 100 cm³-es fecskendőhöz illesztjük; vele nagyobb mennyiségű (30—100 cm³) folyadékot préselünk a hátsó húgycső-részlet tasakjaiba. Az Ultzmann-fecskendőt azonban (amint ezt prof. J. *Schäffer* ajánlotta) csak subacut vagy chronikus, tehát makacs esetekben alkalmazzuk.

A kankónak és szövődményeinek kiújulása esetén mindig gondoljunk arra, hogy a pars posterior lehet a recidivák fészke. A kezelésnek dacoló esetekben pedig ne feledjük, hogy a fecskendezésre használt folyadéknak mással való helyettesítése (ezüstnitrat, cuprisulfat, protargol, Hg. oxycyanat, hólyagöblítésre továbbá bórsav) néha előmozdítja a vizelet feltisztulását; sőt *Marcel Sec* (Paris) azt tanította (amit előadásainak hallgatása után magam is többször tapasztaltam), hogy az „agyonkezelt" urethritis posterior néha a helyi kezelés beszüntetése folytán gyógyul meg.

Herczeg Árpád dr. klinikai tanársegéd.

A Röntgen-sugarak fájdalomcsillapító hatása.

A Röntgen-sugarak fájdalomcsillapító hatásáról elsőnek a francia *Despeignes* (1896) számolt be, ki két inoperabilis carcinomát próbált röntgennel meggyógyítani. A betegek természetesen nem gyógyultak meg, de fájdalmaik csökkentek. Azóta a Röntgen-sugarakat számos megbetegedésnél használják fel a legkülönfélébb fájdalmak csökkentésére, illetve megszüntetésére, több-kevesebb eredménnyel.

Malignus tumoroknál, mint pl. emlő-, rectum-, méhráknál, stb. a gyakran fellépő fájdalmak a tumor vagy környező mirigyek besugárzása után rendszerint enyhülnek, még akkor is, ha maga a tumor vagy mirigypaquett nem is befolyásoltatott. *Mediastinalis daganatoknál* a betegeknek a dyspnoë, a kisugárzó fájdalmak, oedemák, a nyelőcső és a trachea összenyomása okoznak kellemetlen tüneteket. A tumorok (leginkább lymphosarkomák) besugárzás után rendkívül gyorsan, rendszerint pár nap alatt megkisebbednek, a fájdalmak és egyéb kísérő jelenségek egyik napról a másikra elmulhatnak. A mediastinalis és nyelőcső-carcinomák befolyásolása természetesen a leggyakrabban nem igen sikerül. Különféle *agytumoroknál* a besugárzás inoperabilis esetekben is javallt. A legkülönfélébb tünetek, mint fejfájás, szédülés, hányás, látási és beszédzavarok besugárzások után olykor szépen javulnak. Kezelés után rövid idő mulva az agynyomási tünetek átmenetileg növekedhetnek ugyan, de

ezek egy-két nap alatt lezajlanak s a javulás besugárzás után már pár hét mulva mutatkozhat.

Ulcus ventriculi és *duodenինél*, hyperaciditásnál, rosszul functionáló *gastroenteroanastomosisnál*, epehólyagrohamoknál nagyon sok esetben jó hatással van a Röntgen-besugárzás. A fájdalmak enyhülnek, savértékek csökkennek, spasmusok megszűnnek. Epehólyagrohamok még akkor is megszűnhetnek röntgenezésre, ha besugárzásuk előtt gyakran léptek fel.

Különféle *arthritiseknél*, *arthrosisoknál* (deformans urica, gonorrhoica) a fájdalmak olykor igen gyorsan, már a besugárzást követő első napokban elmulhatnak. Gyulladás, duzzanat visszafejlődhet, folyadék felszívódhat.

A *neuralgia* összes formái, mint ischias, trigeminus, intercostalis neuralgia, alkalmasak sugárkezelésre. Alkoholinjectio, idegexcisió előtt a Röntgen-kezelést minden esetben meg kell kísérelni. Olykor már néhány nappal egyetlen besugárzás után lényegesen csökken a fájdalom s fokozatosan megszűnik. Ritkábban a fájdalmas rohamok egyszerre, egyik napról a másikra szűnnek meg.

Angina pectoris fájdalmas rohamai néha szintén jól reagálnak besugárzásra. A rohamok kezelés után pár óra mulva megszűnhetnek. Ha belső medikamentumok nem használnak, kíséreljünk meg egy-két besugárzást. *Asthma bronchiale*nál az eseteknek körülbelül egyharmadában egy besugárzás után több roham nem lép fel. Minél rövidebb ideje áll fenn a megbetegedés, annál több a kilátás jó eredményre. A kínzó rohamok oly eseteknél is megszűnhetnek, melyeknél minden más kezelés felmondta a szolgálatot.

Thymushyperplasiánál a Röntgen-kezelés kitűnő és tartós eredményeket mutat. Besugárzás után pár órával a dyspnoë mérsékelten növekszik, ez azonban hamar megszűnik. A thymusszövet visszafejlődik, légzési nehézségek megszűnnek. *Basedow*nál a félelemérzés, tachycardia, szívtáji panaszok gyorsan mulhatnak el Röntgenkezelés után, még akkor is, ha a pajzsmirigy megnagyobbodása nem fejlődött vissza.

Gyulladásos megbetegedések (nyirokmirigygyulladás, panaritium, paronychia, erysipelas, phlegmone, furunculosis, parotitis) meglepően jól és gyorsan fejlődnek sugárkezelésre vissza. Eredményes kezelés után már 48 órára beáll a javulás. A hőmérséklet meredeken a normalisra esik le, a közérzet javul, fejfájás megszűnik, étvágy növekedik, fájdalmak alábbhagynak, majd megszűnnek. El nem genyedt venerikus bubónál a fájdalmak gyorsan csökkennek, gyakran már néhány órával a besugárzás után resorptio vagy tályogképződés áll be, mely utóbbi kis incisióra hamarosan gyógyul. *Caries costae*, *lymphadenitis*, *periostitis*, *tabeses lancináló fájdalmak*, *gyökfájdalmak*, *leukaemiások csontfájdalmai* szintén csillapulhatnak besugárzásra.

A nőgyógyászatban *dysmenorrhoeás fájdalmak* kitűnően reagálnak Röntgen-besugárzásokra. Ha *metritisnél*, *chronikus adnextumornál*, *para-*, *perimetritis*nél menstruatiókor erős fájdalmak lépnek fel, ovarialis castratio vagy temporaer sterilisatio nagyon jó hatással van. Ha egy-két hónappal a besugárzás után beáll az amenorrhoea, úgy a húzó fájdalmak megszűnnek. A *klimakterikus kiesési tünetek*, mint fejfájás, szédülés, hányinger, fokozott vérnyomás megszüntetésére kisdosisú ovarialis besugárzásokat ajánlottak. A sugarak az ovarium belsősecretiós sejtjeit fokozottabb működésre ingerlik. Ezen kiesési tünetek megszüntetésére *Borak* és *Holzknecht* melegen ajánlották a hypophysis és a thyreoidea kis dosissal való besugárzását.

A bőrgyógyászatban az erős és rendkívül kellemetlen viszketések általában jól reagálnak Röntgen-kezelésekre. Így subacut vagy chronikus eczema, *lichen ruber planus*, *pytiriasis rosea*, *pruritus ani* és *vulvae*, *kraurosis*, *prurigo*, *pernio*. Kezelés után a viszketés egy-két napig esetleg fokozódhat, három-négy nap mulva azonban alábbhagy és teljesen megszűnhet. Ezenkívül a fájdalmas rhagadok és nedvedző bőrfelületek behámosodnak.

A Röntgen-sugarak fájdalomcsillapító hatásának *oka* még nem tisztázott. Egyesek szerint a sugarak a peripheriás idegvégződésekre hatnak. Az idegeknek azonban igen kicsi a radiosensibilitásuk, sokkal kisebb, mint például a bőré. Oly dosisok után, melyek a bőrre nem hatnak, melyek után még a legminimalisabb reactio sem észlelhető, már beállhat a fájdalomcsillapító hatás. Olyan esetekben, hol daganatok, mirigycsomók vannak és ezek nyomják az idegeket, a fájdalom megszűnése vagy csökkenése a besugárzott daganat vagy mirigypaquett zsugorodásával, megkisebbedésével függ össze. A gyulladásos infiltratiók a besugárzások következtében szétesnek s így az idegekre gyakorolt nyomásuk megszűnik. Egy másik felfogás szerint a Röntgen-sugarak az idegsejtek functióit károsítanák s ennek folytán csökkennének és szűnnének meg a fájdalmak.

Felületes megbetegedéseknél localisan a felületi therapia technikája alkalmazandó. Asthmánál a hilus környékét sugározzuk be elől-hátul, esetleg a lépet. Vérzéseknél az ovariumokat vagy egy ovariumot vagy a lépet. A mélyenfekvő megbetegedések besugározásánál a modern mélytherapia alapelvei irányadók.

Markovits Imre dr. Röntgen-szakorvos.

Az aphrodisiacumok értéke az impotentia kezelésében.

A libido sexualis gyakorisága és tartama alkati sajátosság s az erectio létrejöttét komplikált reflexek szabályozzák, melyek közvetlen az agykéreg gátló és serkentő befolyása alatt állanak. Emellett szerepet játszik az egyén pillanatos beállítottsága, vagyis hangulata, tovább a physiologiás és pathologiás tényezők egész sora, így a nemi szervek állapota, a nemiérzés időpontjától való távolodás, az involutio, a klimakterium virile korai vagy késői beköszöntése, a phantasia, az affectusok színezettsége stb. Ha az agykéreg elváltozása folytán elsődleges kérgi impulsusok hiányzanak, akkor csúgy, mint a centrum genito-spinale organikus elváltozása esetén, suggestiós és pharmakotherapiás beavatkozások hatástalanok. Elméleti szempontból hatást a nemiséget fokozó gyógyszerektől — aphrodisiacumoktól — csak akkor remélhetünk, ha mind a kérgi mechanismusok, mind a végrehajtó szervek működése hibátlan, s az impotentia oka félelem, aggodalom, undor, az önbizalom hiánya, vagyis másszóval autosuggestiós alapon kifejlődött gátlások. Az aphrodisiacumoktól tehát azt várjuk, hogy egyrészt kérgi behatás folytán a psychés impulsusok gyorsabban és biztosabban következzenek be, másrészt pedig a genitalis sphaera peripheriás és localis izgalmát váltsák ki, vagyis erectio keltésével hassanak. Ilyen mechanismus alapján hatna a yohimbin. Ezzel szemben a cantharidin csak peripheriásan hat, mivel a húgyutakban gyulladásos izgalmat okoz és így az erectiót reflectorosan hozza létre. A gyógyszerek mellett egyes tápanyagoknak is aphrodisiastikus hatást szoktak tulajdonítani, így a fehérjében bővelkedő tápanyagoknak, a tojásnak, izgató fűszereknek, mint a borsnak, mustárnak, továbbá a caviárnak, petrezselyemnek és zellersalátának. Hogy ezek a hiedelmek pharmakodynamikai szempontból egyáltalán nem indokoltak, azt mondanunk sem kell.

Az aphrodisiacumok vagy ismert hatóanyagokat tartalmaznak, vagy hirdetett és titkos szerek, melyeknek összetételét gyártóik nem árulják el, annál is inkább, mert rövidéletűek s a közönség múló hiszékenységének kiaknázására vannak alapítva. Bizonyos, hogy a legsilányabb és gyógyszertani szempontból teljesen értéktelen szerekkel is jó hatások érhetők el, azonban csakis suggestiv úton. Ha a titkos szerben az impotentiában szenvedő bízik, ha a szer neve jól megválasztott és hangzatos, ha kiterjedt és ügyes reclamozás vezette be, akkor kellő suggestiv hatás kifejtésére csakugyan alkalmas.

Pharmakologiailag jól ismerjük a yohimbinum hydrochloricumot, mely a nyugatafrikai coryanthe yohimbe kristályos, vízben jól oldható alkaloidája. Állatkísérletben a yohimbin és derivatuma a yohydrol a sacralis központokra már kis mennyiségben is izgató hatást gyakorol; a nervus pelvicus területén nagy vérbőség, vasodilatatio áll be; a tágult vena dorsalis penis rohamosan megtölti a corpus cavernosumot és erectio következik be. Emellett a yohimbinum hydrochloricum izgatólag hat a szívre is. Az emberi pathologiában az állatkísérlet hatásait ily mértékben nem észleljük, ezzel szemben gyakran okoz kellemetlen gyomorpanaszokat, sőt kiterjedt nyálkahártyavérzéseket is, különösen ha az urogenitalis tractus nyálkahártyája már előzőleg gyulladásos volt. Némi erectiót okozó hatást azonban nem tagadhatunk meg a szertől, ami suggestiv tekintetben a betegre jó hatású lehet és bizalmát fokozza. Yohimbint tartalmaznak még a következő specialitások: spermin, libidol, testogan stb.

Hatás szempontjából a yohimbin mellé szokás állítani a muira pumana hatóanyagát is, melyet mint száraz extractumot muiracethin, tinctura alakjában mint extractum fluidum muirae pumanae-t ismerünk. Első adagja naponta többször 1—2 tabletta, a másodiké 20—30 csepp. Hatása csupán suggestiv.

Előbb már említettük, hogy a kőrisbogárpor, vagy a tinctura cantharid. azáltal hatnak, hogy a húgyutakban gyulladást idéznek elő, minek következménye kellemetlen erectio lehet. Rendesen a titkos aphrodisiacumok hatóanyaga, szerencsére azonban oly kis mennyiségben foglaltatik azokban, hogy súlyosabb mérgezést nem okoz.

Ha tisztában vagyunk azzal, hogy az aphrodisiacumokkal suggestiv hatásokat érhetünk csak el, hirdetett vagy titkos szereket sohasem rendeljünk, annak használatától az érdeklődőket kifejezetten tiltsuk el, mert sohasem tudjuk, hogy nem fogjuk a „nil nocere“ elvét megsérteni. Nem lesz érdektelen, ha néhány hirdetett és titkos szer összetételét közöljük, mert ebből világosan láthatjuk, hogy ha a yohimbin hatását kevesebbnek mint problematikusnak mondottuk, mit várhatunk ezektől a szerektől összetételük alapján.

A pumambra ambrából, mentholmethylesterből, yohimbinből, muira pumanából és calciumglycerophosphatból áll. A supponált hatóanyag benne oly kevés, hogy még ha hatásos volna is, pharmakodynamiai hatást nem fejthetne ki. A tinctura confortativa styrax, perubalzsam, benzoëgyanta és kevés cantharidin szeszes kivonata. Jellemző — és ez áll a többi titkos szerekre is —, hogy a kotyvalék ára 6 márka, míg tényleges forgalmi értéke az 50 pfenniget sem haladja meg. Steiner's Aphrodisiacum 40% haemoglobinból, 10% lecithinből, 15% muira extractumból és 35% massa pillularisból áll. Az aphrodisiacum ideale állítólag a boletus cervinus hatóanyaga mellett cukrot, keményítőt és kevés yohimbekéregport is tartalmazna. A fehér dorema-porban ferrosaccharocarbonat, liszt és calciumglycerophosphat, a vörös dorema-porban emellett liquiritia és köménvolaj, az amrita-porban kevés colombogyökér van. A gileadbalzsam cardammomum, fahéj, mekkabalzsam és cantharis szeszes kivonata. A potentol yohimbin, muira pumana, ginseng, shaw palmetto, damiana, kola, lecithin, glycerophosphorsavas calcium, chinin, narancs- és chinakéreg, továbbá gentianapor keveréke.

Egy sora a készítményeknek vélt vagy hiányzó belsősecretióra építi fel alkalmazását. A hiányzó vagy gyengült belsősecretio pótlására rendesen bikahere és yohimbin szolgál. Persze az eredmény csak annyi, amennyi suggestiv úton érhető el. Ilyen készítmények a testogan és testiglandol stb. Hogy mennyi phantastikus és a realitással nem számoló ilyen készítmény kerül forgalomba, annak példája a hormin, melynek összetételét az alábbiakban közlöm: testis, vesicula seminalis, prostata, glandula thyreoidea, hypophysis és pankreas kivonata. Ez a szer egyaránt hatásos volna tabletták, befecskendezések és suppositoriumok alakjában.

Ha a gyakorlati tapasztalatokat ezek után regisztráljuk, azt kell mondanunk, hogy az aphrodisiacumok hatása nem több, mint amennyi suggestiv hatás az azt rendelő orvos egyéniségéből és orvosi művészetéből kiárad. Ha az orvos az impotentiában szenvedő lelkivilágába kellően betekintett, kiderítette az okokat, melyek a psychés impotentiát okozták, gyógykezelésében felhasználhat aphrodisiacumokat, de csakis abban a biztos tudatban, hogy azokkal csak suggestiv hatásokat érhet el. Aphrodisiacumok rendelésénél tartsuk szem előtt azt az alapigazságot, hogy psychés impotentiát csak psychés úton lehet orvosolni. Egyes esetekben a titkos aphrodisiacumok magasan megszabott ára is kellő suggestiv hatást gyakorol.

Büchler Pál dr. egyet. tanársegéd.

Kérdés. — Felelet.

Lehet-e a hatósági orvosnak más állása?

Kérdés: Van-e olyan törvénycikk, vagy ministeri rendelet, amely megtilthatja, vagy egyenesen megtiltja, hogy hatósági orvos — jelen esetben törvényhatósági kerületi tisztiorvos — Társadalombiztosító Intézeti körzeti orvos lehessen, ha a tisztiorvosi megbízatással járó kötelezettségeknek minden tekintetben eleget tesz és mindkét megbizatása egy és ugyanazon törvényhatósági kerületre szól?

Felelet: A hatósági orvosok mellékfoglalkozásai tekintetében az új közigazgatási törvény (1929:XXX. tc.) 72. §. 6. pontja intézkedik: „A tiszti főorvos és a járási orvosok magángyakorlatára a vármegyei vagy városi szabályrendelet, illetőleg az illetékes minister rendelkezései irányadók“. A városi kerületi tisztiorvos a járásorvossal egy tekintet alá esik.

Nincs semmiféle törvény vagy rendelet, mely megtiltaná, hogy hatósági orvos ne lehessen egyúttal az O. T. I. szerződéses orvosa is.

Némely törvényhatóság azonban szabályrendeletben mondja ki, hogy tisztiorvosai magángyakorlatot nem folytathatnak. Az ilyenek természetesen O. T. I. orvosi állást sem vállalhatnak. Amely törvényhatóságban ez az intézkedés nincs meg a szabályrendeletben, ott a tisztiorvos vállalhat szerződéses orvosi állást az O. T. I.-nél.

A népjóléti ministerium álláspontja az, hogy több állása a hatósági orvosnak ne legyen, részint a hivatalos teendők helyes ellátása, részint az álláshalmozások megakadályozása végett. Maga a tisztiorvosi szolgálat ugyanis annyi teendőt ró a tisztiorvosra, hogy más állást nyugodt lélekkel nem is vállalhat hivatali teendői sérelme nélkül.

Szerk.

73. évfolyam 47. szám. Budapest, 1929 november 23

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA POÓR FERENC
GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR HÜTTL TIVADAR

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Neuber Ede (Klinikai rész.), és **Bodnár János** (Chemiai rész.): A higanyhatás magyarázása a syphilises szervezetben, különös tekintettel a szervezetbe vitt higanynak felhalmozódására az ép és a kóros bőrszövetben. (1162—1165. oldal.)

† **Teveli László**: A fül- és nyaki függelékekről. (1165—1167. old.)

Pákozdy Károly: A kreatininanyagcsere a diabetes insipidusban. (1167—1169. oldal.)

Kolb Endre: Vércsoportvizsgálatok bőrbetegségeknél 332 eset kapcsán. (1169—1170. oldal.)

Fodor Géza: A gonococcus és záradéktest. (1170—1172. oldal.)

Bársony Tivadar és **Schulhof Ödön**: Mészlerakódások a csontok belsejében. (1172—1175. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (185—188. oldal.)

Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Gyermekorvostan. — Szemészet. — Urologia. (1175—1178. oldal.)

Könyvismertetés. (1178. oldal)

A Budapesti Királyi Orvosegyesület november 16-i ülése. (1178—1179. oldal.)

A Charité Poliklinika november 1-i ülése. (1179. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület ideg- és elmekórtani szakosztályának november 8-i ülése. (1179—1180. oldal.)

A Magyar Orvosok Röntgen-Egyesületének október 30-i ülése. (1180—1182. oldal.)

Manninger Vilmos: A Magyar Tudományos Orvostársulatok válsága. (1182—1183. oldal.)

Neuber Ede: Milanói levél. (1183—1184. oldal.)

Herzum Alfonz: Egyszerű mellkascsapoló-eszköz. (1184—III. borítékoldal.)

Vegyes hírek. (III—IV. borítékoldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikájának (igazgató: Neuber Ede dr. egyet. ny. r. tanár) és a debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem orvosi-vegytani intézetének (igazgató: Bodnár János dr. egyetemi ny. r. tanár) közleménye.

A higanyhatás magyarázása a syphilises szervezetben, különös tekintettel a szervezetbe vitt higanynak felhalmozódására az ép és a kóros bőrszövetben.

Klinikai rész.

Írta: *Neuber Ede dr.* egyet. ny. r. tanár.

Már 1900—1909-ben foglalkoztam a *higany-*, *arsen-* és *jódhatás* magyarázásával, amikor kísérleteim alapján arra a meggyőződésre jutottam, hogy a higanytherapia a szervezet védőanyagainak képződését kedvezően befolyásolja, amennyiben a *complement*, a különböző *immunanyagok*, a *phagocyták* bizonyos időre a kéneső-nek a szervezetbe való jutása után fokozottabb mértékben termeltetnek, tehát már akkor annak a felfogásnak adtam kifejezést, hogy a higanyhatás a szervezet mechanismusát nagy mértékben befolyásolja, megfelelő adagokra a szervezet természetes ellenállóképessége megnövekedik, ilyen módon a higanynak s egyéb antiluetikumoknak *„nem specifikus"*, *sejtizgató* hatást tulajdonítottam és azt a benyomást nyertem, hogy a nyugvó szervezetet védekezésre ingerlik a felszabadított védőanyagok útján. Később (1910) *Metschnikoff* laboratoriumában megfelelő higanykezelés következtében a *phagocytosis* kedvező befolyását láttam. Szóval már ekkor *„omnicellularis"* hatásra gondoltam, mindenesetre *stimulans* nomenclaturával. A higanynak ma már senki sem tulajdonít spirochaetocid hatást, hisz tudjuk, hogy még a legenergikusabb kezelésnél is legfeljebb 1 : 1,000.000, vagy még nagyobb higításban található a szervezetben; ez a felfogás még akkor sem nyer talajt, ha a higanynak egyenlőtlen eloszlását képzeljük el a szervezetben, azaz egyes szervekben, vagy syphlises képletekben nagyobb mennyiséget tételezünk fel belőle, mint erre alább részletesebben kitérek. Az utóbbi évek irodalmában a higanyhatást a legkülönbözőbb alapon magyarázták, ezekre a theoriákra e helyen nem térhetek ki, régebbi munkáimban részletesen foglalkoztam velük. Régebbi munkáimban csak a beteg, vagy a kísérleti állat vérsavójából figyeltem, illetve figyelhettem meg — higanyhatás alatt — a szervezet áthangolását, így különös tekintettel voltam a *complementfixatiós anyagok*, az *agglutininek*, a *complement*, az *opsoninek*, a *fehérvérsejtek*, a *vörösvértestecskék* viselkedésére, azonban nem kaptam felvilágosítást arra nézve, hogy higanyhatásra az egyes szervek, de különösen a kóros szövetek miképen viselkednek a védőanyagok termelése szempontjából, sőt eddig az sem volt ismeretes, hogy a vérbajos szervezetben a bevitt higanymennyiség quantitative miképen oszlik meg. Ennek a munkának a keretében főleg a második kérdésre akarok felelni.

A higany eloszlásának tanulmányozására a szervezetben két út áll rendelkezésünkre: 1. a higany kimutatása *histo-biochemiai* úton, 2. *quantitativ* analysissel. A szervezetbe vitt fémsók eloszlásának, elraktározásának és kiválasztásának tanulmányozására mindkét eljárás használatos, azonban irányaik és eredményeik nem fedik egymást, mert a histo-biochemiai kimutatás csak bizonyos fokig tekinthető quantitativ eljárásnak, vele a fémszemcséknek elhelyeződését figyelhetjük meg a különböző sejtekben és szövetféleségekben, ezzel szemben a quantitativ analytikai methodusokkal erre nem kapunk feleletet, hanem bizonyos súlyú ép vagy kóros szövetben megkapjuk a kérdéses fémsónak, illetve fémnek a súlyát. E munkának keretében minket elsősorban a higanynak quantitativ meghatározása érdekel, azaz kísérleteimből arra kívántunk feleletet kapni, vajjon syphilises kivirágzásokban (pl. condyloma latum) több, kevesebb vagy ugyanannyi higanymennyiség foglaltatik-e, mint ugyanannak a betegnek hasonló súlyú ép szövetében?

Legelőször *Ehrlich* hívta fel a figyelmet arra, hogy

a gyógyszerek eloszlása a szervezetben elsősorban azoknak chemiai structurájától függ, a pharmakologiai hatás is nagyobbára ezen az alapon magyarázható. Gyógyszereink nagy részénél a hatásmechanismust még ma sem ismerjük; therapiás balsikereink kétségkívül a gyógyszerek eloszlásának meg nem figyeléséből származnak, valószínűleg csakis ilyen irányban végzett kísérletekkel nyerhető mélyebb bepillantás a bonyolult kérdésbe és építhetők fel új irányelvek a therapiában.

Ehrlich még a mult század végén (1885—1895) foglalkozott behatóan ezzel a munkakörrel, főleg *festékanyagok* (methylenkék, bismarckbarna) eloszlását figyelte meg a szervezetben, makro- és mikroskopos eljárásokkal. *Ehrlich* már akkor meggyőződött arról, hogy a festékanyagok és az alkaloidák bizonyos szervekkel, szövetféleségekkel szemben különböző affinitást árulnak el. Ez volt az első lépés, amely a szervezetbe vitt idegen (festék-) anyagoknak egyenlőtlen eloszlását mutatta ki. *Ehrlich* különösen a festőanyagokat tartotta akalmasnak a szervezetben való eloszlás tanulmányozására, ma azonban már beigazolást nyert, hogy pontos quantitativ-chemiai kimutatásra nem igen alkalmasak. *Ehrlich* által megjelölt irányban rövidesen számos munka látott napvilágot, amelyek nemcsak az egészséges szervezetben számolnak be festékanyagoknak, de különösen gyógyszereknek egyenlőtlen eloszlásáról, hanem különösen kiemelik azt, hogy a beteg szervezet, illetve a beteg szervek bizonyos gyógyszerekkel szemben kifejezett megkötőképességet árulnak el, azaz a szervezetbe vitt, majd a vérben és a nyirokban keringő anyagokból, illetve gyógyszerekből affinitásukhoz mérten megfelelő mennyiséget megkötnek, elvonnak s bizonyos időre elraktároznak. A fémek kimutatása histo-chemiai úton már régóta ismeretes, a chemia és a histochemia fejlődésével azonban az utóbbi 2—3 évtizedben e téren hatalmas lendület észlelhető, úgy, hogy ezek a methodusok már nagyobbrészt alkalmasak annak a kimutatására, hogy mily sejtek veszik fel, raktározzák el és választják ki a szervezetbe vitt fémeket. A histochemiai eljárás feltételei: az absolut specifitás és a szép contrastfestés.

A *higany* és az *arsen* histochemiai kimutatásával már a mult század végén *Justus* foglalkozott, aki kétségkívül úttörő e téren. Hosszas és fáradságos kísérletezések után a higany kimutatására egy methodust dolgozott ki, melynek segélyével kisebb-nagyobb *higany-sulfid*-szemcséket tudott kimutatni a veseglomerulusokban, a májban, a bélben, a szívizomrostokban, a bőrben, de különösen a vér leukocytáiban és a vörösvértestecskékben. *Justus* után *Pollio*, *Fischel*, *Sieber*, *Almkvist*, újabban pedig *Christeller* és mások foglalkoztak e kérdéssel, azonban úgyszólván valamennyien saját eljárásukkal dolgoztak és így érthető, hogy egységes eredményre nem jutottak, még ma is parázs vita folyik e kérdés körül. A *bismut* histochemiai kimutatása körül különösen *Christeller*, majd *Komaya Gingi* szerzett érdemeket, aki a quantitativ analysis céljaira szolgáló *Léger- (Léger-reagens*: cinchonin 1·0, jódkalium 2·0, aquae destill. 100) és H_2S-methodust histochemiai vizsgálatokhoz átalakította, illetve módosította. A szervezetben a *bismut* 3—4 órára a bevitel után, főleg a parenchymás szervekben: máj, lép, vese található fel, egyebütt csak kisebb mennyiségben. *Shusaku Kurosu* egészséges állat szervezetébe vitt *arany*-készítményeket *(sanokrysin)* különösen a kiválasztó szervekben, így főleg a bélben, a vesében, továbbá a májban, lépben, tüdőben és bőrben találta felhalmozva, ezzel szemben a gümőkóros állatokon főleg a megbetegedett szervekben (tüdő, máj, lép és nyirokcsomók), azonban nem a gümőkóros gócokban, hanem azok szomszédságában találta meg.

Loeb quantitativ chemiai vizsgálatai szerint az egészséges szervezetbe vitt *jódkáli* az agyban, a zsírban és a gerincvelőben egyáltalában nem található, ezzel szemben a máj, a here, a belek már jól kimutatható, a vér, de különösen a pajzsmirigy igen nagy mennyiséget tartalmaz belőle. *Loeb* és *Michaud* a *jód* eloszlását a gümőkóros, tehát beteg szervezetben (nyúl, tengerimalac) tanulmányozták és azt találták, hogy a gümőkórban megbetegedett szervek több, kb. 1—3-szor annyi jódot tartalmaznak, mint az egészségesek. Főleg a kifejezetten gümőkóros, de leginkább az egészen elsajtosodott szervek, illetve szervrészek tartalmaznak legnagyobb mennyiségben jódot. *R. von den Velden* rákban szenvedő betege, közvetlenül halála előtt, intramuscularisan nagyobb mennyiségű jódot kapott. A rákos képletek kisebb-nagyobb jódmennyiséget tartalmaztak, ezzel szemben az egészséges szövet jódmentesnek bizonyult. *Jacoby* és *Biondi* egészséges szervezetbe vitt *salicylsavból* legtöbbet a vérben és a parenchymás szervekben találtak, az egészséges szervezetben az izületek egyáltalában nem mutattak a salicylsavval szemben különösebb affinitást; teljesen megváltozott a kép, ha az állatokat staphylococcussal fertőzték, amikor az izületek tetemesen több salicylsavat kötöttek meg, noha az izületekben kóros elváltozások nem mutatkoztak, sőt a salicylsav sem okozott ilyeneket. *Müller* egy *higany*tartalmú vegyületnek, a *salyrgan*nak az eloszlását figyelte meg az egészséges szervezetben. A csonthártyában, a csontokban és az agyban higanyt nem talált, azonban a máj, a lép, a zsír, a hasnyálmirigy, a vékonybél, a gyomor, a vér, a vizelet, a vese, a vastagbél, az epehólyag fokozatosan nagyobb mennyiséget tartalmaztak. Legújabban *Bodnár* és *Karell* a bismutot 0·02 érzékenységgel határozták meg vizeletben és különböző szervekben (1929).

A fenti kísérletekből kétségkívül kitűnik, hogy a gyógyszerek eloszlását a szervezet áthangolása nagy mértékben befolyásolja, láttuk a fenti irodalmi adatokból, hogy ilyen szempontokból a beteg és az egészséges szervezet teljesen másképen viselkedik. Még a mult század végén kimutatta *Ehrlich*, hogy valamilyen szervvel affinitást nem mutató anyagnak vagy gyógyszernek ezt a tulajdonságát meg lehet változtatni azáltal, hogy ha megfelelő chemiai csoportokhoz kötjük s így mintegy a kívánt szervhez vagy szövetféleséghez kormányozzuk, kalauzoljuk az anyagot, illetve a gyógyszert. *Ehrlich* ugyancsak rámutatott arra, hogy a *methylenkék* bizonyos idegvégződéseket csak akkor fest meg, ha hozzá a triphenylmethan csoportból nem festőanyagokat kötünk.

E tekintetben véghetetlenül érdekesek *Heubner*nek aranykészítményekkel végzett vizsgálatai. Szerinte egészséges szervezetbe (nyúl) vitt *aranycolloid (Goldprotasin)* különös affinitást mutat az endoreticularis szövettel szemben, így különösen a májban, a lépben, az epében nagy mennyiségben talált aranyat, ezzel szemben az *arany* nem colloidalakban, hanem *complexkötésben* (pl. sanokrysin, lopion) egyéb szervekben és szövetféleségekben is volt található, természetesen a máj aranytartalmának rovására. *Heubner* kísérletei kétségkívül azt bizonyítják, hogy az aranykészítmények eloszlásában nem is maga az arany mint *fém* játssza a főszerepet, hanem a chemiai kötése (colloid vagy complex) szabályozza ezt. *Loeb* a nem neurotrop jódot lipoidoldó anyagokhoz kötötte s ilyen módon az agyban, a gerincagyban, sőt a zsírszövetben is tudott a szervezetbe vitt jódból nagyobb mennyiséget kimutatni. Ehhez a kísérlethez különösen *jodoformot*, *jodanilint* és *jodaethylt* használt. Ilyen irányú kísérletek — gyógyszereknek, mérgeknek és egyéb anyagoknak histochemiai és quantitativ kimutatása — az utóbbi évben nagy számmal jelentek meg, e helyen ezekre nem térhetek ki, csak az úttörő munkákra szorítkozhattam.

Alábbi vizsgálatainkból tehát arra vártunk feleletet, vajjon *higannyal (sublimat)* kezelt betegnek syphilises kivirágzásaiban és ugyanolyan súlyú ép bőrében bizonyos idő mulva mennyi raktározódik fel a szervezetbe vitt higanyból, azaz felvilágosítást kívántunk nyerni aziránt, hogy a syphilises és az egészséges bőrszövet affinitása a higanyvegyületekkel szemben miképen viselkedik. E célból condyloma latumban szenvedő betegeknek 2—4 hét alatt intramuscularisan 15—20 cg *sublimátumot* adtunk, már enyhe mérgezési tünetek (kifejezettebb stomatitis, diarrhoea, nyomokban fehérje stb.) jelentkezésére a higanykezelést beszüntettük s az utolsó *sublimat*-injectiót követő 3—4. napon a széles alapon

ülő függölyöket sebészeti úton eltávolítottuk s az egészséges bőrből összehasonlító vizsgálatok céljaira ugyanolyan súlyú anyagot vettünk. A methodikáról *Bodnár* professor számol be. Állaton (nyúl) a syphilis klinikailag, biologiailag, morphologiailag, sőt therapiailag is sok tekintetben eltér az embersyphilistől, ennélfogva kizárólag emberanyagra szorítkoztunk. Érthető tehát, hogy az anyaggyüjtés sok időt vett igénybe, mert a nagyobb terjedelmű szöveteltávolítások (főleg az ép bőrből) csak a beteg beleegyezésével történhettek meg.

Kísérleti jegyzőkönyv.

Sorszám	Ép bőrszövet		Syphilises bőrszövet (condyloma)	
	vizsgálati anyag súlya g	talált higany γ (1 γ = 0·001 mg)	vizsgálati anyag súlya g	talált higany γ (1 γ = 0·001 mg)
1	5·550	2·97	5·550	22·75
2	1·56	3·78	1·56	12·68
3	2·1521	1·29	2·1521	1·23
4	1·721	nyomokban*	1·721	10·50
5	1·010	16·90	1·010	22·18
6	4·053	1·02	4·053	3·60
7	13·310	3·85	13·310	4·86
8	—**	4·77	—**	43·46

* Quantitative nem volt meghatározható.

** A 8-ik számú kísérletben is egyforma súlyú ép és kóros szövetanyagot vizsgáltunk, azonban a súlyokat feltüntető jelzések kísérlet közben letörlődtek.

A táblázatban a *sorszámok* alatt az ép és a syphilises bőrszövetek súlya és a bennük foglalt higanytartalom egy és ugyanazon betegtől van feltüntetve. A könnyebb áttekinthetőség szempontjából a szervezetbe vitt higany mennyiségének, az injectiók számának, a köztük levő intervallumoknak külön feltüntetését a fenti táblázatban elhanyagoltuk, miután csak összehasonlító, relativ értékekről van szó, azaz teljesen hasonló körülmények között ugyanolyan súlyú syphilises és ép szövet felraktározott higanytartalmáról egy és ugyanazon betegnél.

A fenti táblázatból tehát kitűnik, hogy 8 eset közül 7 esetben a syphilises kivirágzásokban nagyobb mennyiségű higany raktározódott fel, mint az ép szövetben. Ez a felhalmozódási különbség egyes esetekben igen nagy, így pl. az 1., 4. és 8. kísérletben majdnem tízszeresére rúg, míg a többiekben a súlykülönbség kisebb, a 3. kísérletben pedig csaknem egyenlő.

Milyen következtetések vonhatók le kísérleteinkből? Kétségtelen, hogy a syphilises szövetnek fokozottabb megkötőképessége van a higannyal szemben. A syphilises képletek tehát a vér- és a nyirokáramból nagyobb higanymennyiséget foglalnak le maguknak, illetve kötnek meg, azaz olyan mennyiségeket, amelyek a kóros képletekbe egyenletes eloszlás mellett a higanymérgezés veszélye nélkül nem juthatnának, azaz a beteg szervezet bizonyos gyógyszerekből az egészségesnél nagyobb mennyiséget bír el, mert ennek egy része a beteg szövetekben halmozódik fel s így az életfontosságú szervekhez (agy, gerincvelő) kevesebb jut. Ennek a felfogásnak az értelmében a jövőben tehát olyan higanykészítményeket (per analogiam más antisyphilitikumot, pl. arsent, bismuthot..., errevonatkozó kísérletek még az irodalomban ismeretlenek) adnánk, amelyek chemiai structurájuk következtében igen nagy affinitással bírnak a syphilises szövettel szemben s így talán elérhetnénk azt, hogy az ilyen szempontból előnyös chemiai structurával bíró antisyphilitikumok nagyobb mennyiségben halmozódnának fel a kóros szövetben. Különben még azt sem tudjuk, hogy a különböző higanykészítmények a kóros szövetből mennyi idő alatt választatnak ki, van-e a chemiai structurának erre is befolyása? Igaz, hogy nem mindig a hosszú ideig deponált gyógyszerek a leghatásosabbak, de a higanytherapia hatásossága par excellence kumulativ hatáson alapszik s a gyakorlatból tudjuk, hogy csak a legritkább esetben lépnek fel recidivák, amíg higany van a szervezetben (vizeletvizsgálat). Kísérleteinkből erre természetesen feleletet nem kaphattunk, de lehetséges volna hasonló irányú kísérletekből meggyőződni — t. i. a felhalmozódás nagyságából és időtartamából —, hogy milyen vegykötésű higanykészítmények legalkalmasabbak syphiliskezelésre, amelyekből a betegnek talán jóval kisebb mennyiséget kellene adnunk, hogy a kóros szövetek hasonló, vagy esetleg nagyobb mennyiségű higanyt raktározhassanak el, ami által a szervezetet a higany mérgező hatásától nagy mértékben megóvhatnánk. Igen érdekes volna annak a kérdésnek eldöntése, vajjon nem syphilises, de egyéb gyulladásos, granulatiós vagy neoplasmás szövet higanyaviditása miképen viselkedik a szervezet nedveiben keringő higannyal szemben? Kísérleteinket e kérdésre nem terjesztettük ki, az irodalomban sem találunk erre nyomot, de valószínűleg más aetiologiával bíró megbetegedések, illetve kóros szövetek is bizonyos fokig hasonlóképen viselkednek, amelyekkel „Az antisyphilitikumok aspecifitásáról" szóló munkámnak „nem vérbajos eredetű megbetegedések gyógyítása antisyphilitikumokkal" című fejezetében foglalkoztam, ahol rámutattam arra, hogy főleg a *szemészet* (sympathiás ophtalmia, iritis plastica, chorioiditis, retrobulbaris neuritis, panophtalmitis stb.) és az *ideggyógyászat* (pseudotumor cerebri, glyoma, sarkoma stb.) körében nem syphilises eredetű megbetegedések jól befolyásolhatók higanytherapiával. A *verruca vulgaris*-nak higanytherapiára való gyakori gyógyulása talán szintén ilyen módon magyarázható.

Távol álljon tőlünk, hogy fenti kísérleteinkből végleges és nagyobb horderejű következtetéseket mernénk vonni, ezek csak egy szemet akarnak képviselni abban a kísérleti sorozatban, amely az antisyphilitikumok hatásának magyarázására irányul s amelyet két évtized előtt megkezdettem, amikor a higany spirochaetocid hatásáról kevés kivétellel, úgyszólván még minden szerző meg volt győződve. E munka keretében végzett vizsgálatokból csak az tűnik ki, hogy a syphilises kivirágzások (condyloma latum) a szervezetbe vitt sublimatból az egészségesnél nagyobb mennyiséget tudnak megkötni, de semmiesetre sem oly nagy mennyiséget, amely spirochaetocid hatást tudna kifejteni. Azt hisszük, hogy a syphilises sarjszövetben nagyobb mennyiségben felhalmozott higany a sarjsejteket izgatja, activálja s ezáltal a beteg szövet nagyobb mértékben termel specifikus védőanyagokat, amelyek ezekből a gócokból a nedvkeringésbe jutva az egész szervezetet elárasztják. A védőanyagoknak a syphilises gócokban történő túltermelésével — higanykúra alatt és után — már régebben foglalkozunk, e kísérletek még folyamatban vannak, de úgy látszik, hogy a fenti felfogásunkat minden tekintetben támogatják.

Chemiai rész.

Írta: *Bodnár János dr.*

Tekintettel arra a fontos szerepre, amelyet a higany és vegyületei a therapiában betöltenék, számosan foglalkoztak a higanynak vizeletben, váladékokban és szervek-

ben való mennyileges meghatározásával. Erre a célra szolgáló eljárások közül kiemelendő a *Vámossy* és *Schönfeld*[1] által kidolgozott higanymeghatározó eljárás, amelylyel egyszerűen és pontosan lehet kis higanymennyiségeket gravimetriásan (HgJ_2 alakban) meghatározni. Ez az eljárás a vizsgálat tárgyát képező ép és syphilises bőrszövetek higanytartalmának a meghatározására azonban nem volt használható, mert ezek a szövetek olyan kis higanymennyiségeket tartalmaznak, amilyeneket gravimetriásan meghatározni nem lehet. Igen kis higanymennyiségek meghatározására *A. Stock* és *W. Zimmermann*[2] dolgoztak ki egy kolorimetriás eljárást, amely még 0·04 γ (1 γ = 0·001 mg) higany meghatározására is alkalmazható, hátránya azonban ennek az eljárásnak, hogy igen körülményes és a megadott kísérleti feltételektől való legkisebb eltérés is már nagyobb hibának lehet az okozója.

Hosszabb kísérletezés után sikerült *Szép Ödön* gyakornokommal együtt egy olyan egyszerű, pontos, gyors és közvetlen higanymeghatározó módszert kidolgozni, amelylyel 0·04—10 γ higanyt lehet meghatározni. Módszerünk lényege abban áll, hogy a vizsgálati oldatból, amely a higanyt kaliumchloridos oldatban mint mercurichloridot tartalmazza, nascens rézzel választjuk le a higanyt (a higany mellett rezet is tartalmazó vizsgálati oldatba állított vasdrótra a rézzel együtt igen gyorsan, 1—2 perc alatt, leválik a higany is) és a vasdrótról ledestillált higanyt centrifugálással egy cseppé egyesítve, mikroskop alatt megmérjük a higanycsepp átmérőjét, amelyből aztán a higanycsepp súlyát egyszerűen ki lehet számítani. Ezt az eljárást alkalmaztuk az ép és syphilises szövetekben foglalt higanynyomok mennyileges meghatározására. Az eljárás keresztülvitelének részletes leírása *„A higany ultramikrometghatározása"* cím alatt megjelent a Magyar Orvosi Archivum 1929. évi 3. füzetében, miért is felesleges annak e helyen való ismertetése, fontos azonban annak a közreadása, hogy milyen módon történt a szöveteknek a vizsgálathoz való előkészítése.

Az egyenlő súlyú syphilises és ép szöveteket *Fresenius* és *Babo* eljárása szerint kaliumchloráttal és sósavval roncsoltuk el. Minthogy az el nem roncsolódó zsír jelentékeny mennyiségű higanyt, illetve mercurichloridot tart vissza, ennek elkerülésére szükségesnek mutatkozott az anyagnak *Ludwig* és *Zillner*[3] szerinti kezelése. Evégből a finoman elaprított szöveteket 100 cm³-es visszafolyó hűtővel ellátott *Erlenmeyer* lombikban 20 cm³ conc. sósavval 2 és ½ órán át forraltuk. A lombik tartalmát 50 cm³ -es üvegcsészébe öntöttük és a sósav feleslegének eltávolítása végett vízfürdőn eredeti térfogatának körülbelül ⅓-ára bepároltuk (e művelet nem jár higanyveszteséggel). Ezután következett az anyagnak *Fresenius—Babo* szerinti elroncsolása. E célból a sósavas oldathoz, amelyet destillált vízzel 10—15 cm³-re higítottunk, vízfürdőn való enyhe melegítés közben addig adtunk szilárd kaliumchlorátot (1 g szövetre számítva körülbelül 0·2 g-ot) apró részletekben, míg az oldat maradandóan világosbarna színű lett. A chlor elűzése végett az oldatot ezután még 1 és ½ órán át (az elpárolgó víz pótlása mellett) melegítettük vízfürdőn. A chlor teljes eltávolítására szilárd kaluimcarbonatot adtunk az oldathoz, hogy az abból fejlődő szénsav a chlornak még visszamaradt nyomait is kiűzze az oldatból. A chlormentes oldatot átmostuk rövid széles kémcsőbe, hozzáadtunk 0·2 cm³ 0·5%-os rézsulfatoldatot és vízfürdőn való melegítés közben kénhydrogengázt vezetünk belé öt órán keresztül. A rézsulfat hozzáadása azt a célt szogálta, hogy a kénhydrogen hatására kicsapódó nagyobb mennyiségű rézsulfid a keletkező igen csekély mennyiségű és finom eloszlású higanysulfidcsapadékot magával rántva annak leválását tökéletesebbé tegye. A csapadékot Pregl-szűrőn (Halogenfilterröhrchen) leszűrtük s a kénhydrogen hatására kicsapódó és a szűrőn visszamaradt organikus anyagoknak a sulfidok mellől való kioldására a csapadékot meleg ammoniumpolysulfid-oldattal, majd vízzel kimostuk. A szűrőn levő és tisztán réz- és higanysulfidból álló csapadék oldására kaliumchlorat és sósav elegyének néhány cseppjét öntöttük a szűrőre s a szűrőcső alá helyezett 25 mm széles és 30 mm magas mérőedénykébe leszívattuk. A szűrő utánamosására 2—3 cm³ vizet használtunk. A mérőedénykében lévő higany- és réztartalmú oldatot ezután a chlortól kellett megszabadítani. Evégből a mérőedénykét vízfürdőre téve, az oldatot csaknem szárazra bepároltuk (a jelenlevő kaliumchlorid megakadályozza a mercurichlorid elillanását) és néhány darabka kaliumcarbonatot szórtunk belé. Majd a maradékhoz körülbelül 2 cm³ vizet adtunk és capillaris pipettából egy csepp methylorange indikatorral megfestve ismét vízfürdőre tettük. Ha a methylorange elszíntelenedett, a bepárolást és a kaliumcarbonat hozzáadását megismételtük. Ezután a mérőedénykében levő körülbelül 0·5—1 g-ra bepárolt mercurichloridot, rézchloridot és kaliumchloridot tartalmazó vizsgálati oldat súlyát lemértük és körülbelül 100 mg-os részletében határoztuk meg a higanyt az ultramikroeljárással.

[1] Magy. Orv. Arch., 1914. XIV. k.
[2] Zeitschr. f. angew. Chem., 1928. 41. k., 546. l.
[3] Zeitschr. f. analyt. Chem., 1891. 30. k., 258. l.; Wien. klin. Wschr. 1889. 45 sz., 1890. 28. sz.

Irodalom: *Le Blanc:* Über die Wirkung der Sanocrysins. Münch. Med. Wschr. 1926. 73. k., 313. o. — *Bodnár J.* és *Karell A.:* Die Bestimmung kleiner Wismutwengen im Harn und in Organen. Bioch. Z. 1928. 199. k., 29. o. — *Bondy* és *Jacoby:* Hof. Beitr., 7. k., 10—11. f., 514. o. — *Christeller Erwin:* Histochemischer Nachweis des Wismuts in den Organen. Med. Klin., 1926. 116. k. — *Komaya, Gingi:* Über eine histochemische Nachweismethode der Resorption, Verteilung und Ausscheidung des Wismuts in Organen. Arc. f. D. u. Syn., 1925. 149. k., 277. o. — *Hansborg:* Untersuchung über Zirkulation, Ausscheidung und Ablagerung des Goldes bei Sanocrysinbehandlung. Acta tub. Scan., 1925. 1. sz., 255. o. — *Wolfgang Heubner:* Experimentelle Untersuchungen über einige Goldpräparate. Kl. Wschr., VIII. évf., 9. sz., 393. o. — *M. Jacoby* u. *Bondy:* Beitr. zur chem. Physiol. u. Path., 7. k. 10—11. f. — *M. Jacoby:* Über ein neues pharmakologisches Grundgesetz. Zschr. f. Chir., Sonnenburg-Festschr., 1908. — *Skusaku Korusu:* Ein histochemischer Goldnachweis, zugleich ein Beiträg zur Frage der Verteilung und Ausscheidung des Sanocrysins im gesunden und tuberkulösen Körper. Zschr. f. die. ges. Exper. Med. — *O. Loeb.* Die Jodverteilung nach Einfuhr verschiedenen Jodverbindungen. Arch. f. Path. u. Pharmac., 56. sz., 320. o. — *Loeb* u. *Michand:* Über die Verteilung des Jods beituberkulösen Tieren. Biochem. Zschr., 3. k., 307. o. — *O. Loeb:* Die Jodverteilung nach Einfuhr verschiedenen Jodverbindungen. Schmied. Arch., 57. sz. — *Müller:* Über die Verteilung des Quecksilbers auf die verschiedene Organe von Hunden nach Salyrganinjectionen. Deutsche Med. Wochenschr. 1928. 54. k., 45. sz., 1881. o. — *R. von den Velden:* Weitere Beiträge zur Jodverteilung. Biochem. Zschr., 21. k., 123. o. — *R. von den Velden:* Zur Jodverteilung unter pathologischen Verhältnissen. Biochem. Zschr., 9. sz. — *Vámossy* és *Schönfeld:* Kismennyiségű kéneső meghatározása. M. O. A., 1914., XIV. k. — *Neuber:* Befolyásolja-e a kénesőkezelés a szervezet védőanyagait? O. H., 1910. — *Neuber:* Befolyásolja-e a kéneső- és az arsenkezelés a szervezet opsoninos erejét? O. H., 1911. — *Neuber:* Ueber die Unspezifität der Antisyphilitica. Archiv f. Dermat. u. Syph., 1924., 147. k.

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

A fül- és nyaki függelékekről.

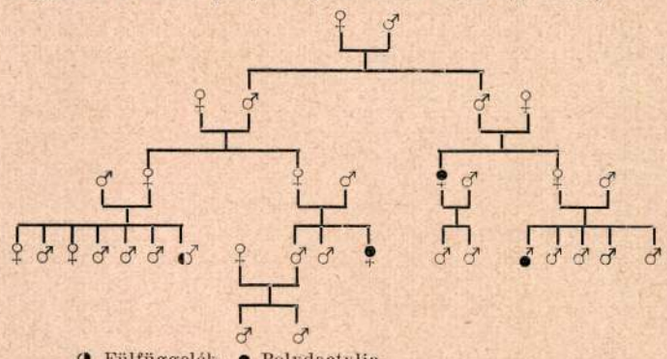
Írta: †*Teveli László dr.**

Régóta ismeretes, hogy a fül környékén, főleg a fül előtt, az arcon, s a nyak elülső részén különböző alakú, változó nagyságú képletek fordulhatnak elő, amelyeket eredetükre nézve észlelőik legnagyobb része a garatívekkel hozott összefüggésbe. A nyaki függelékeket már *Hippokrates* ismerte, azonban ezek később feledésbe mentek, s csak a XIX. század második felében találkozunk velük ismét sebészeti és gyermekgyógyászati tankönyvekben. Aránylag ritkák. *Siemens* 1921-ben csak mintegy 50 közölt esetről tud. A fül környékén előfordulók lényegesen gyakoribbak. Ezeket is régóta ismeri az orvostudomány. 1826-ban *Meckel* magzatnál atresia ani és végtagfejlődési hibák mellett a jobb fül előtt négy, a bal előtt pedig egy függeléket talál. 1841-ben *Otto*, 1847-ben *Ammon*, 1849-ben pedig *Vrolik* számolnak be ilyen képletekkel bíró magzatokról, amelyeknél ugyancsak más fejlődési hibák is voltak jelen. Később, amikor nagyobb lesz az idevonatkozó észlelések száma, kitűnik, hogy fülfüggelékek olyan egyéneknél is előfordulnak, akiknél más fejlődési hiba nem található.

Elmult esztendőben az I. sz. sebészeti klinikán három ízben volt alkalmunk észlelni fül-, illetőleg nyaki függelékeket. Ezek közül egyik különösen figyelemreméltó, amennyiben azok közé a ritka esetek közé tartozik, melyeknél az említett képletek öröklődtek. Az eset a következő:

1. eset. S. I. 18 éves tanuló nyakán lévő mirigymegnagyobbodása miatt kereste fel 1928 október havában a klinikát. A jól fejlett és táplált beteg vizsgálatánál feltűnt, hogy annak bal füle előtt; ½ cm-nyire a tragustól, 8 mm hosszú szarvalakban hajlott, végén megvastagodott, ép bőrrel fedett képlet foglal helyet, amelynek tapintata a füléhez hasonló, s tengelyében porctapintatú léc érezhető. 3 mm-rel előtte, s alatta körülbelül 4 mm hosszú szemölcsszerű növedék van, amelynek belsejében porcmagot nem tapintottunk. A nagyobbik képlet kirtása közben annak tengelyében fehér fénylő porclécre jutottunk, amely hátrafelé a mélybe haladva a fülporcogóval látszott összefüggésbe lenni. A metszés kicsiny volta miatt a porcmagot egész hosszában követni nem tudtuk. A kisebbik képletben porcot nem találtunk. Szövettani vizsgálatnál ép bőr és bőralatti szövet alatt typusos rugalmas porcogót találtunk, amelyet erősen fejlett, élesen határolt porchártya vett körül. A porc alapállománya rugalmas rostok sűrű hálózatát tartalmazta.

A beteg anyai nagynénjének jobb tragusa előtt, másodunokatestvérének pedig a bal előtt volt ugyancsak egy-egy függeléke. Ezenkívül a családnak ismét más tagjánál a kézen polydactylia állott fenn. (l. ábra.)



◑ Fülfüggelék. ● Polydactylia.

Csak egész röviden ismertetjük a másik két észlelt esetet, amelyek közül az egyik a képletnek sajátságos elhelyeződése, a másik pedig a nyaki függelékeknek általában való ritkasága miatt érdemel említést.

* A cikk írója az I. sz. sebészeti klinika fiatalon elhúnyt ambitiosus gyakornoka volt.

2. eset. K. Gy. 45 éves szabósegédnél a jobb fül teljes épsége mellett a bal oldalon, a tragus helyét mintegy 2 cm hosszú a fültől derékszögben elálló, keskenyebb nyéllel bíró végén bunkószerűen megvastagodott képlet foglalta el, amelynek belsejében porcot tapintottunk. Kimetszés. Szövettani kép: rugalmas porcogó, amely a fülporchoz mindenben hasonló.

A beteg családjában, sem hasonló, sem pedig más fejlődési rendellenesség nem fordult elő.

3. eset. F. Á. 30 éves tisztviselő nejénél a nyak baloldalán, a sternoclavicularis izület fölött 2 cm-nyire és attól kissé kifelé borsónyi dudoros felszínű képlet foglalt helyet, amely fölött a bőr elmozdítható, s amely az alatta levő izomzattal összefüggésben nem volt. A beteg a kis tumor kimetszésébe többszöri kérésünkre sem egyezett bele, úgyhogy kénytelenek voltunk attól elállani. Családi előfordulás ebben az esetben sem volt.

A fül- és nyaki függelékeknek alakja sokféle, igen változatos. Előfordul, hogy laposan a bőr alatt helyezkednek el; alig láthatók, csupán tapinthatók. Alakjuk részben különbözik föllépési helyük szerint. A fül előttiek többnyire szarvalakban hajlottak és vagy hengeralakúak, vagy végükön bunkószerűen megvastagodottak. Többnyire borsónyi, babnyi, szemölcsszerűen kiemelkedő növedékek alakjában lépnek föl. Néha széles alapon, máskor nyélen ülnek.

Leggyakrabban a fül előtt s általában a fül környékén fordulnak elő, még pedig a tragus, a crus helicis előtt, azokkal összefüggésben, vagy azokon, továbbá az incisura intertragicaban, a fülcimpán, vagy a fül egyéb részein. Kevésbbé gyakoriak a fültől távolabb: az arcon, a parotistájon s a fül mögött a proc. mastoideus környékén. A nyaki függelékek a nyak elülső vagy oldalsó részén ülnek, gyakran a m. sternocleido-mastoideus fölött, máskor előtte, s főleg a nyak középső, vagy alsó felén a sternoclavicularis izület fölötti részen találhatók. A fül környékén fellépők majdnem mindig egyoldaliak s többszörösek; kétoldali fellépésük igen ritka. A nyaki függelékek ezzel szemben aránylag gyakrabban találhatók kétoldalt, részarányosan; bár ezek is többnyire egyoldaliak. Utóbbiak általában nagyobbak a fülfüggelékeknél, alakjuk is változatosabb.

Ezeknek a képleteknek szerkezete egyszerű, teljesen hasonló a külső füléhez. Epidermisből, cutisból, esetleg subcutisból és porcból állanak. Ha kicsinyek, hiányozhatik belőlük a porcmag s ilyenkor csak egyszerű bőrkettőzetekkel van dolgunk. *Borst* szerint elcsontosodás is fordulhat elő bennük, erre vonatkozó észlelést azonban mindössze *Manznál* találunk. Az azokat fedő bőr rendesen változatlan, gyakran finom szőrszálakkal borított, máskor vérbő; *Tröltsch* szerint egyes esetekben festenyzett is lehet. A cutis és subcutis néha dús érhálózattal bír, máskor a subcutisban sok zsírszövet található. Idegeik is vannak, hogy azonban melyik főtörzsből származnak azok, nem tudjuk. Izmot bennük embernél — mint azt *Froehner* kecskéknél leírta — sohasem észleltek. Csak *Poirier* és *Retterer* említik, hogy ők finom platysma-rostokat láttak ilyen növedékbe belépni. A porcmagot meglehetősen vastag porchártya veszi körül, amelyben gyakran két réteget lehet megkülönböztetni. A porc, amely soha sincsen mélyen fekvő porcos (pajzsporc) vagy csontos (nyelvcsont) képletekkel összefüggésben, benyúlik az alatta fekvő kötőszövetbe, s abban szabadon végződik. A porc az esetek túlnyomó többségében rugalmas porcogónak bizonyult, amely szerkezetében a normalis fülporcnak teljesen megfelel. (*Virchow, Schultze, Bidder, Buttersack, Siemens* és mások). Mi is mindkét esetünkben rugalmas porcogót találtunk. Csak igen kevés esetben írtak le rugalmas porcogótól eltérő szöveti képet. Ezekben az esetekben is, nagyon könnyen lehet, hogy a szöveti kép megítélése volt téves.

A fül- és nyaki függelékeket ép és hibásan fejlődött

fülkagylókkal egyaránt megtalálhatjuk. Másrészről *Virchow* felhívja a figyelmet arra, hogy a külső fül torzképződései és ezek közt a függelékek, az első garatívből fejlődő részek kiterjedtebb hibáival szoktak szövődni. Ilyen hibák: az arc hasadékképződései, nyúlajk, farkastorok, uvula bifida, állkapocs-hypoplasia, fogfejlődési hibák (kettős fogsor) stb. *Virchow* után a szerzők legnagyobb része (*Kostanecki* és *Mielecki*, *Ahlfeld*, *Hennes*, *Marx* stb.) említi ezeknek a szövődött eseteknek gyakoriságát. Utóbbiak előfordulása az újabb észlelések alapján sokkal ritkább, mint azt eleinte hitték.

Ha ezek a képletek bizonyos távolságokban vannak a fültől s különösen ha megfelelő nagyságot érnek el, polyotia benyomását kelthetik. Valódi polyotia azonban embernél igen ritkán fordul elő. Van szerző, aki nem is ismeri el annak létezését. *Gradenigo* véleménye szerint az irodalomban polyotia néven szereplő észlelések nagy része téves; ezekben az esetekben is csupán bizonyos nagyságot elért függelékekről volt szó, nem pedig számfeletti fülekről (*Stark*, *Birkett*, *Broca* stb. esetei). A fül hiányos kifejlődésénél (mikrotia) annak helyén a függelékekkel teljesen analog porcos képletek fordulhatnak elő. Amennyiben pedig a fül normalis helyének megfelelőleg semmiféle képlet sem található, többnyire abban az esetben sincsen a fülkagyló hiányáról szó, hanem a fül csak el van onnan helyezve és pedig vagy előre az arcra, vagy pedig lefelé a nyakra. A fülkagyló teljes hiánya embernél igen ritka.

A fül- és nyaki függelékek keletkezésére vonatkozólag többféle nézettel találkozunk. Már első észlelőik felvették — amit később a szerzők legnagyobb része is magáévá tett —, hogy ezek a garatívek rendellenes származékai és hogy keletkezésük a garathasadékok záródási zavaraival van összefüggésben. A garatívekből való származás elismerése mellett nézeteik nem egységesek abban, hogy e képletek melyik garatívből, s az ívnek mely részéből fejlődnek. *Max Schultze* általa ismertetett kétoldali fülfüggelék keletkezését úgy magyarázta, hogy vagy az első garatív rendellenes nyujtványából fejlődött az, vagy mindkét oldalt számfeletti garatív volt jelen. Ezzel szemben *Heusinger* azt mondja, hogy minden garatívből képződhetnek ilyen növedékek. Hasonlóan nyilatkoznak *Poirier*, *Retterer* és *Broca* is. Utóbbi nézete az, hogy a IV. garatív centralis porcogója, amelyből sem porcos, sem csontos rész nem fejlődik és amely *Cusset* szerint normalisan csak bizonyos magzati időszakban van meg, — rendellenes módon fennmarad. *Callender* szerint ilyen porcnövedékek abból a porcból lesznek, amelyből a nyelvcsont és a gégeporc fejlődnek. A garatívekből való közvetlen eredetet képviselő nézetekkel szemben áll *Gradenigo* felfogása. Említett szerző azt találta, hogy embernél a magzati élet bizonyos szakában — néhány emlős állatnál pedig kifejlődött állapotban is — a helix fölhágó részének kezdetétől ferdén le- és előrefelé haladva nyujtvány húzódik, amelyet ő crus anti- vagy praetragikumnak nevez és amelyet azonosnak tart a *His*nél crus supratragikum név alatt szereplő nyúlvánnyal. Utóbbi az embryonalis élet bizonyos szakát elérve, többé-kevésbbé teljesen visszafejlődik. Tökéletlen visszafejlődésének volnának maradványai *Gradenigo* szerint a fülfüggelékek, amelyek — ha többes számban vannak jelen — olyan sorban szoktak elhelyezkedni, amely említett nyúlvány lefutásának megfelel. A legtöbb szerző a fülsipolyok keletkezésében is nagy szerepet tulajdonít ennek a képletnek. Amint látjuk tehát, *Gradenigo* a fülfüggelékek keletkezésének időpontját nem a magzati élet elejére teszi, hanem felveszi, hogy azok másodlagos fejlődési folyamatok következtében jönnek létre a magzati életnek valamely későbbi időszakában. Csak érdekessége miatt említem a sok közüi *VanDuysen*nek a felsoroltaktól teljesen eltérő mechanikus magyarázatát. Ő úgy vélte, hogy a függelékek régi amniotikus összenövések termékei. A kora magzati életben az amnion és magzat között összenövések jönnek létre, s az amnionfolyadék felszaporodása miatt azokon a helyeken, ahol az amnion odatapad a magzat bőréhez, utóbbi kúpalakban felemelődik. Ezután az amnionszalagok elszakadnak, elsorvadnak, vagy megmaradnak fonalak alakjában.

Nem bocsátkozhatunk annak részletes tárgyalásába, hogy említett szerzők nézetei miért nem adnak kielégítő magyarázatot a függelékeknek létrejöttére vonatkozólag. Csupán *Gradenigo* felfogásával kapcsolatban mondunk annyit, hogy az csak közvetlenül a fül előtti, tehát a crus antitragicum helyének megfelelő függelékek keletkezését igyekszik magyarázni.

Miből fejlődnek tehát ezek a képletek? A feleletet megadni erre az arc és a nyak bonyolult fejlődési viszonyai miatt, igen nehéz. *Kostanecki* és *Mielecki* arra a megállapításra jutottak, hogy a fül előttiek az I. garatívből, a nyakon lévők a II. garatív kopoltyúfedő-nyujtványából fejlődnek. A függelékeket pedig azoknak a részeknek „heterotopikus retproductiójaként" fogják fel, amelyekből a fülkagyló fejlődik.

Ha a nyak fejlődését szem előtt tartjuk, — tekintve a nyaki függelékeknek általában felületes elhelyeződését — a III. és IV. garatív szerepe (*Heusinger*, *Broca*) ezek keletkezésében tényleg kizárható. *His* vizsgálataiból ugyanis tudjuk, hogy az utóbbi két garatív csak a nyak mélyebb részeinek fejlődésében vesz részt. Minthogy pedig a fülnek egy része, s az arc az első garatívből fejlődnek, a nyak elülső és oldalsó felének felületes részei pedig a II. garatívből, az következik, hogy a fül előtti, s az arcon található függelékek az I., a nyakon előfordulók pedig a II. garatívből kell hogy származzanak. Ennek megfelelőleg a nyaki függelékek porcmagjánál egyízben sem észleltek mélyebb porcos vagy csontos képletekkel (pajzsporc, nyelvcsont) összefüggést. Ezek mindig szabadon végződnek az alattuk lévő kötőszövetben. Ez a viselkedés és az a tény, hogy nyaki függelékek esetében a zsigeri vázon elváltozásokat sohasem észleltek, zárja ki zsigeri vázból való származásukat. Mind a fülelőttiek, mind pedig a nyakon előfordulók fellépés, külső és finomabb szerkezetüket illetőleg egyeznek egymással. Minthogy pedig növekedésük, tapintatuk, szerkezetük stb. a fülkagylóéhoz mindenben hasonló, s minthogy másrészről a fül az I. és II. garatívből fejlődik, az következik, hogy eredetüket a fülkagylóéval közösnek kell felfognunk. Ezekben az esetekben valamilyen okból a fejlődés igen korai stadiumában a később fülképzésre szolgáló sejtek kisebb-nagyobb csoportja elkerül eredeti helyéről, s új helyén azután ugyanolyan növekedési energiával, mint amellyel normalis helyén nőtt volna — fejlődik tovább.

Hogy ezt a folyamatot elképzelhessük, néhány szót kell a fül fejlődéséről mondanunk. A fülkagyló őstelepe, *a fülmező*, a magzat felszínét borító kétrétegű hámból és az alatt helytfoglaló pluripotens mesenchymsejtekből áll, amelyeknek felületesen fekvő csoportjából a fülkagylót borító cutis és subcutis, a mélyebben elhelyezkedőkből pedig a fülporcogó fejlődik. A további fejlődés folyamán az I. garathasadék hátulsó része körül fejlődnek ki ebből a fülmezőből az ú. n. füldudorok, amelyek a kétrétegű hámmal borított mesenchyma előboltosulásából állanak. A mesenchyma eleinte a dudorok területében is egynemű, s csak később különülnek el azokban a cutis és subcutis fejlődésére szolgáló felületes sejtrétegtől, a du-

dor tengelyi részében helyetfoglaló *elastochondroblastok* (*Krompecher I.*) — a későbbi porcsejtek.

Nézetünk szerint a fül- és nyaki függelékek keletkezésénél a fülmező mesenchym-sejtjeinek kisebb-nagyobb csoportja kerül el valamely okból eredeti helyéről. Ha az ezt előidéző károsodás csak hámalatti, tehát felületesen fekvő sejteket ért, egyszerű bőrkettőzetekből álló képletek jönnek létre, hogyha pedig az előbbi a mélyebb réteg sejtjeire is kiterjedt, porcmaggal bíró függelékek keletkeznek. Ilymódon megérthető, miért van egyik függelékben porcmag, s miért nem fejlődik az ki a másikban, továbbá, hogy miért kisebbek az utóbbiak. E képletek keletkezésénél tehát a fülkagyló képzésére szolgáló mesenchymának fejlődési zavaráról van szó. Ez a körülmény magyarázza meg, hogy a függelékekben néha dús érhálózat, máskor sok zsírszövet található.

Az arcon, a nyakon, a fejlődés folyamán rétegek tolódnak el egymás fölött és egymás mellett, hasadékok záródnak stb., mind olyan folyamatok, melyek különösen alkalmassá teszik ezeket a helyeket fejlődési hibák létrejöttére.

A fül- és nyaki függelékek aetiologiája nem tisztázott. Érdekes, hogy *Hippokrates* alkati jelentőséget tulajdonított nekik. Előfordulások mindkét nemnél egyforma gyakorisággal történik. Ami öröklésüket illeti, azt a legtöbb szerző nem ismeri el. Ezzel szemben *Siemens*nek sikerült az irodalomból hét esetet összegyüjtenie, amelyeknél öröklés, illetőleg családi föllépés szerepelt. Ezekhez ugyancsak *Siemens*, mint saját esetét, egy nyolcadikat csatolt, amelyet a többi héttel együtt a következő táblázatba állított össze:

1. *Duret*	a beteg, anyja és nagybátyja	nyaki függelékek.
2. *Engelmann*	apa és fia	nyaki függelékek.
3. *Thomson*	2 nővér	egyoldali függelék a tragus közelében.
4. *Rohrer*	2 fivér	egyiknél 3 függelék a jobb fülön, másiknál a jobb tragus előtt 1.
5. *Hunt*	6 testvér közül 5	fülfüggelékek(egyoldali)
6. *Ostmann I.*	fiú és nagyapa	egyoldali fülfüggelékek.
7. *Ostmann II.*	4 másodunoka-testvér	egyoldali fülfüggelékek.
8. *Siemens*	anya és fia	egyoldali fülfüggelékek.

Első esetünkben, a fülfüggelékeknél ugyancsak családi fellépés szerepelt, amennyiben a család három tagjánál voltak ilyen képletek jelen. Ez tehát a *kilencedik* eset, amelyben családi előfordulás ismeretes.

Az öröklés, a családi föllépés különösen a fülfüggelékeknél talán nem is lesz olyan ritka mint az eddig látszott, ha erre a körülményre nagyobb figyelmet fognak fordítani.

Sokkal állandóbb az öröklés némely háziállatnál (disznó, juh, különösen pedig kecske) a nyakon — kivételesen a fül előtt is — előforduló függelékeknél. Fontosabb eredményekre azonban ezekkel kapcsolatban az összehasonlító bonctani vizsgálatok eddig nem vezettek.

E képleteknek gyakorlati jelentősége csupán kosmetikus szempontból van. Csak kivételesen okoznak más panaszokat. Egyedülálló *Buttersack* betege, akit kétoldali nyaki függelékének kimetszése fix ideájától szabadított meg. *Duplay* betegénél pedig az egyik oldali nyaki függelék földörzsölődése olyan nagy fájdalmakat okozott, hogy annak kimetszése vált szükségessé.
minden esetben már születéskor megvannak. Növekedésük a test általános fejlődésének megfelelő. Csak *Zahn* hitte, hogy állandó de mérsékelt növekedés lehetséges azoknál. Olyan eset pedig, amikor valódi daganatok fejlődtek volna belőlük, nem ismeretes.

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

A kreatininanyagcsere a diabetes insipidusban.

Írta: *Pákozdy Károly dr.*, tanársegéd.

Vizsgálataim végzésére azok a megfigyelések ösztönöztek, amelyeket a parkinsonismusban szenvedő betegek kreatininanyagcseréjére vonatkozólag tettem.[1] Az ott észlelt jelenségekből azt a következtetést kellett levonnom, hogy a kreatininanyagcsere több esetben tapasztalt labilitása vagy tartós megváltozása idegrendszeri befolyásra, mindenek szerint az enkephalitises és a paralysis agitansos elváltozások lokalizációs területébe beletartozó középagy működési zavarára vezethető vissza. Az insipidusos betegek kreatininanyagcseréjének vizsgálata annál is inkább érdemesnek látszott, minthogy az insipidusban a só- és vízforgalom megváltozásán kívül újabb időben más anyagcseretermékek képződésében és kiválasztásában is észleltek zavart: *Schteingart*[2] a purintestek kiválasztásának fokozódását, *Estallier y Costa*[3] az allantoinkiválasztás nagyfokú megszaporodását, *Camus* és *Gournay*[4] a vizelet húgysavtartalmának csökkenését és a purinok összességének egyidejű megnövekedését észlelték; az utóbbiak megállapításait ugyan *Kayser* és *le Breton*[5], a húgysavkiválasztást illetőleg pedig *Schteingart* sem tudták megerősíteni, *Cipriani* és *Moracchini*[6] azonban ugyancsak a húgysavkiválasztás megfogyását, pituglandol-injectiókra pedig annak nagyobbodását találták normalis vérhúgysavtartalom mellett.

Az insipidusos kreatininanyagcserére vonatkozó vizsgálatokról a rendelkezésemre álló irodalomban sehol sem találtam említést, s így szorosan fejtegetéseim körébe csak *Dias*nak[7] az az egy adata tartozik, hogy egy insipidusos betegen pituitrin hatására a vér kreatinintartalmának fokozódását észlelte.

Vizsgálataimat öt insipidusos betegen végeztem s közülük az egyiken (1. sz.) alkalmam nyilt a vizsgálati sorozatot három hónap multán meg is ismételni. A betegek valamennyien hyper- illetve normochloraemiásak voltak; elsődleges polydipsia a hosszabb időn át tartó klinikai megfigyelés, a szomjaztatási és konyhasókiválasztási kísérlet stb. révén minden esetben kizárható volt. Hypophysis-kivonat adagolása minden esetben kifejezett hatással volt a diuresisre, a betegek tehát úgy viselkedtek vele szemben, mint ahogy általában a hyperchloraemiás esetek szoktak. A kreatinin meghatározása az *Autenrieth* és *Müller* előírása szerinti colorimetriás eljárással történt húsmentes étrend és az egyébként szükséges kautelák szigorú betartása mellett. A testsúlykilogrammra vonatkoztatott átlagcoefficiens 4—5 napos vizsgálati sorozat középértéke.

A vizsgálatok összegezett eredményét a következő táblázatba foglaltam össze:

---

[1] Magy. Orv. Arch., 1927, 5. füz.

[2] Cpt. rend. des séances de la soc. de biol., 1925, 93. köt., 1135. o.

[3] Cpt. rend. hébdom. des séances de l'acad. des sciences, 1928, 186. k., 650. o.

[4] Cpt. rend. des séances de la soc. de biol., 1924, 91. k., 1137. o. — Cpt. rend. hébdom. des séances de l'acad. des sciences, 1925, 1925, 180. k., 172. o.

[5] Cpt. rend. hébdom. des séances de l'acad. des sciences, 1925, 180. k., 1794. o.

[6] Ref. Zbl. f. inn. Med., 1925, 39. k., 126. o.

[7] La Presse Méd., 1928, 78. sz., 1236. o.

Sor-szám	Nem	Napi vizelet cm³	Napi kreat. kiválasztás g-okban	Testsúlya	Koeff. középérték mg	Vizsgálati napok száma
1. I.	nő	6,200— 7,000	1.118—1.426	53·5	25·83	4*
1. II.	„	5,325— 6,500	1.359—1.518	53·3	26·87	4**
2.	„	10,200—11,800	1.530—1.829	75·7	21·86	4
3.	„	3,410— 4,940	1.551—1.690	48·6	33·46	5
4.	fi	11,300—13,400	2.496—2.712	59·2	44·25	4
5.	„	13,700—17,300	2.422—2.712	66·3	38·22	4

* 1928. XI. 30—XII. 3.
** 1929. II. 27— III. 2.

A táblázat adatai kétségtelenül arról tanuskodnak, hogy *a kreatininkiválasztás az insipidusos betegeken általában lényegesen fokozott.* Számos egészséges, illetőleg szervi bajban nem szenvedő emberen valamint igen nagyszámú postenkephalitises és paralysis agitansos betegen végzett meghatározásaim alkalmával a talált legnagyobb átlagcoëfficiens férfin 33·02, nőn 26·21 volt. Ezt a maximális számot csak a 2. sz. nőbeteg átlagcoëfficiense nem éri el, az elsőé körülbelül ennek felel meg, a 3. sz. nőé és a két férfié pedig igen lényegesen meghaladja.

Minthogy a kreatininanyagcsere megváltozását a föntebbi meghatározások kétségtelenné tették, vizsgálataimat kiterjesztettem abban az irányban is, hogy miképen befolyásolja azt az insipidusos anyagcserezavar másirányú megnyilvánulására hatással bíró pituitrin. Evégből a betegek a 4—5 napos meghatározás után folytatólagosan 2—6 napon át pituitrin-injectiókat kaptak, átlag 3×½ cm³-t naponta. Mindegyik esetben a klinikánkon leghatásosabbnak bizonyult Parke—Davis-féle készítményt használtam. A *pituitrin* betegeim mindegyikének diuresisét erősen csökkentette, de várakozásomnak megfelelően *prompt hatással volt a kreatinin kiválasztására* is, amennyiben azt a normalis coëfficienst mutatott 2. sz. eset kivételével minden egyes esetben szintén *lecsökkentette*, néha nemcsak a legnagyobb normalis határértékig, hanem még az alá is. Az 1. sz. beteg coëfficiensének középértéke az I. vizsgálati sorozatban 25·83-ról 17·13-ra, a II. sorozatban 26·87-ről 20·73-ra, a 2. sz. betegé 21·86-ról 21·45-re, a 3. sz. betegé 33·46-ról 27·35-re, a 4. sz. betegé 44·25-ről 33·57-re és az ötödiké 38·22-ről 20·49-re csökkent.

A kreatininkiválasztás megfogyása tehát minden esetben igen lényeges volt a 2. sz. beteget kivéve; ez az a beteg, akinek a kiválasztása a pituitrin adása előtt sem látszott fokozottnak. Egészen biztosan azonban ez az eset sem mondható refracternek a pituitrinnal szemben, mert éppen itt csak két napon át tudtuk azt adni a beteg hirtelen távozása miatt; nem lehetetlen, hogy csak később lett volna nyilvánvalóvá a kreatininkiválasztás csökkenése, minthogy több ízben csak fokról-fokra vált kifejezettebbé a pituitrin ilyen irányú hatása.

A pituitrin hatásmódjába való jobb betekintés céljából részletesebben közlöm a 4. sz. betegünk adatait:

Vizsgálat napja	Vizelet cm³	Kreat. mg %	Napi kreat. kivál. g	Testsúly	Gyógyszer
1929. III. 7.	11,300	24	2·712	59.2	—
III. 8.	12,650	21	2·657	—	—
III. 9.	12,800	19·5	2·496	—	—
III. 10.	13,400	19·5	2·613	—	—
III. 11.	7,050	32	2·256	60·0	3×½ cm³ pituitrin
III. 12.	3,000	69	2·070	—	3×½ cm³ pituitrin
III. 13.	4,300	45·5	1·957	—	3×½ cm³ pituitrin
III. 14.	2,650	74	1·961	—	3×½ cm³ pituitrin
III. 15.	3,100	59	1·829	—	3×½ cm³ pituitrin

Ehhez az esethez hasonlóan a többiben is fokról-fokra csökkent a kreatinin kiválasztása a pituitrin adagolása folyamán, csak az 5. sz. betegen észleltem annak hirtelen extrém leesését, majd újbóli mérsékelt megszaporodását, aminek ebben az esetben alighanem a diuresisre és evvel együtt nyilván az egész anyagcserére gyakorolt rendkívül erős, shokszerű hatásban van a magyarázata. Itt a napi vizeletmennyiség a pituitrin adása előtt 13.700—17.300 cm³, a napi kreatininkiválasztás 2,466—2,712 volt; pituitrinre a vizelet mennyisége 1490—1720 g-ra, a kreatininé pedig az első pituitrines napon 1,041 g-ra csökkent, míg a második és harmadik napon újból emelkedett 1,342 illetve 1,600 g-ra.

Kérdés, vajjon közvetlenül befolyásolja-e a pituitrin a kreatininkiválasztást, vagy pedig közvetve azáltal, hogy magára az insipidusos anyagcserezavarra van hatással? Nyilván a második eshetőség a helytálló, amit igazol az is, hogy amidőn egészen hasonló vizsgálati eljárásnak vetettem alá egy-egy szervi bajban nem szenvedő férfi- és nőbeteget, a pituitrinnek egyik esetben sem volt a legkisebb hatása sem. A nőbeteg adatait az alábbi táblázat tünteti fel:

Vizsgálat napja	Vizelet cm³	Kreat. mg %	Napi kreat. kivál. g	Gyógyszer
1929. V. 28.	945	131	1,238	—
V. 29.	605	169	1,022	—
V. 30.	490	230	1,127	—
V. 31.	670	157	1,052	—
VI. 1.	805	144	1,159	2×½ cm³ pituitrin
VI. 2.	355	292	1,037	3×½ cm³ pituitrin
VI. 3.	430	266	1,148	3×½ cm³ pituitrin

A gyógyszernélküli napok coëfficiensének középértéke 23·31, a gyógyszeres napoké 23·43.

A pituitrinhez hasonló hatása lehet azonban az insipidusosok kreatininkiválasztására, úgy látszik, más olyan tényezőknek is, amelyek az insipidusos anyagcsere egyéb megnyilvánulásaira befolyással vannak (láz, lumbalpunctio). Lázas időszakban nem volt alkalmam insipidusos beteget vizsgálni, a 3. számú betegen azonban egyízben lumbalpungálást végeztünk, amit a beteg diuresisének átmeneti megcsökkenése követett: 1500—1700 cm³ lett szemben az egyébkénti 3½—5 literrel. A kreatinincoëfficiens háromnapi átlagértéke ebben az időszakban 30·12 volt a pungálás előtti 33·46-tal szemben.

Az insipidusos betegek fokozott kreatininanyagcseréjének magyarázásakor két lehetőségre gondolhatunk. Vagy maga a fokozott diuresis válthatja azt ki, vagy pedig idegrendszeri befolyás, amely a hypophysis és a tuber cinereum részéről támad. Az első föltevés ellen szól az, hogy máseredetű polyuriában nem észlelhető a kreatininkiválasztás fokozódása, de különösen ellene szólnak *Marshall*[8] vizsgálatai, aki kutyákon valamint egészséges embereken vízzel való megterhelés után a kreatininkiválasztást változatlannak találta, noha az ureum kiválasztása nagymértékben, olykor 80%-kal is növekedett. Nem marad tehát más hátra, mint hogy a kreatininanyagcsere megváltozását az insipidusos anyagcserezavar részletjelenségének tekintsük a hőszabályozás, a víz- és konyhasóforgalom, valamint a purintestek anyagcseréjének már említett megváltozásához hasonlóan. Támogatják ennek a feltevésnek a valószínűségét a postenkephalitises és Parkinson-kóros betegeken végzett vizsgálataim, ahol az esetek egy részében észlelt rendellenességek magyarázásakor hasonlóképen a középagy megbetegedése okozta működési zavarra kellett gondolnom. A kreatininanyagcsere megváltozása a vizsgált enkephalitises betegek kis hányadánál volt csak észlelhető, az insipidusban azonban az anyagcserezavar — bár eseteim viszonylagos kicsi száma miatt nem minősíthetem azt állandónak —, mégis jóval gyakoribb és nagyobb mértékű. Érthetővé teszi ezt a két kórfolyamat anatomiai localisatiójának eltérő volta; az enkephalitises elváltozások nyilván csak ritkábban terjednek arra a területre is, ahol mai ismereteink szerint az insipidusos jelenségek

[8] Journ. of pharmacol. a. exp. ther., 1920, 16. k., 141. o. — Ref. Zbl. f. inn. Med., 1921, 16. köt., 275. o.

keletkezésének helyét kell gondolnunk. Az összefüggés illetőleg átmenet a két kórfolyamat között nem ritka, számos eset ismeretes már, ahol a postenkephalitises elváltozásokhoz a neurohypophysis illetve a tuber cinereum megbetegedésének kétségtelen tünetei: dystrophia adiposo-genitalis, secundaer diabetes insipidus társultak.

A kreatininanyagcsere megváltozását nem kell mindenképen egy különálló agyvelői központ megbetegedésére visszavezetnünk. Amint azt legutóbb *E. Spiegel*[9] is meggyőzően fejtegeti, a középagy valamennyi anyagcserefolyamatnak a szabályozója; az innen kiinduló vegetativ idegrendszeri és endokrin impulzusok megváltozása esetén az egyes anyagcserefolyamatokban észlelhető és különböző csoportosulásokban előforduló eltérések oka nem egyes különálló központok izolált sérülésében keresendő, hanem azok csak következményei annak az egyensúlyzavarnak, amely az egymással szorosan összefüggő anyagcserefolyamatok correlatiójában létrejött.

A szegedi m. kir. Ferenc József-Tudományegyetem bőr- és nemibeteg klinikájának közleménye (igazgató: Poór Ferenc dr. egyet. ny. r. tanár).

Vércsoportvizsgálatok bőrbetegségeknél 332 eset kapcsán.

Írta: *Kolb Endre dr.*, klinikai gyakornok.

Ha a vércsoportokkal kapcsolatos sok-sok vizsgálatot figyelemmel kísérjük, felvetődik az a kérdés, vajjon a vértypus, mint egyéni tulajdonság, milyen szerepet is tölt be a betegségek pathogenesisében? Vajjon van-e olyan jelentősége, ami e kérdés köré csoportosuló szorgos munkálkodásokat indokolttá tenné? Mit várhatunk ezen vizsgálatoktól? Vajjon a vértypusnak, mint egyéni tulajdonságnak, van-e olyan szerepe, mint egyéb egyéni tulajdonságnak, melyeknek jelentőségét már megtanultuk értékelni. A dermatologiában jól ismeretesek olyan egyéni tulajdonságok, melyek a köztakaró reactióira egyenesen determináló hatással vannak. Ilyen tulajdonság például a túlérzékenység, ami a különböző ingerekre bekövetkező reactiókat az ekzema typusában engedi lezajlani vagy vele rokontulajdonság: a photodinamikai sensibilisatio, ami az actinotoxikodermák reactióit eredményezi.

Ha az eddigi vércsoportvizsgálatok eredményeit tekintjük, úgy látjuk, hogy nem reactiotypusok kialakulása, hanem a dispositio kérdésének tisztázása és prognostikus törekvések az az irány, amelyben ez a kérdés a megoldás felé halad.

A szerzők túlnyomó része a dispositio szolgálatába igyekszik állítani e problemát és sajátságos, hogy ebből a szempontból nézve nem kielégítőek az eredmények. Mert ha eltekintünk *Hirszfeld*nek és *Brokman*nak a diphteriánál, *Kubányi*nak és *Moritsch*nak a haemophiliánál elért eredményeitől, azt látjuk, hogy a legkülönbözőbb betegségeknél: a gümőkórnál, malignus tumoroknál, fertőző megbetegedéseknél, psychosisoknál, syphilisnél és metasyphilises betegségeknél stb. a dispositióra irányuló vizsgálatok vagy teljesen eredménytelenül végződtek, vagy pedig a különböző szerzők oly eltérő eredményekre jutottak, hogy ezeknek egybevetése az értékelést szinte lehetetlenné teszi.

A másik irány, amelyben e problema jelentőségét igyekeztek felderíteni: a prognosis. Az itteni eredmények respektabilisak. Igaz ugyan, hogy egyetlen egy betegség: a syphilis szolgáltatta az eredményeket, melyek a syphilisnek úgy az acquirált, mint congenitalis alakjánál megegyezőek. Annál inkább érdekesek ezek az eredmények, mert számos szerző aránylag igen tekintélyes anyagon végzett vizsgálatai syphilisdispositio kérdésében eredményt szolgáltatni nem tudtak. Ezek szerint: specifikus kezelésre legkönnyebben veszítik el a positiv Wassermann-reactiót a O- és A-csoportbeliek és ugyanazon kezelésre a legnehezebben a B- és AB-csoportbeliek. Tehát a syphilis prognosisa a O- és A-csoportbelieken sokkal kedvezőbben alakul, mint a másik két csoportba tartozó egyéneknél.

A szoros értelemben vett dermatologiai megbetegedéseknél kevés vizsgálat történt a vércsoportkérdésben. Ezen vizsgálatok is mind egy irányba voltak beállítva: csoportdispositio meghatározására. A vizsgálatok anyagát a legkülönbözőbb bőrbetegségek alkották. Egyes szerzőknek nem sikerült eredményt elérniök. *Nardelli* 262 esetében azt találta, hogy a vércsoportszázalék a különböző bőrbetegségeknél megegyezik a lakosságéval. *Diamantopoulos* ugyanerre az eredményre jutott a görögországi gyakori betegségeknél. *Perkel* és *Israelson* szintén a tertiaer syphilises vizsgálataiknál. Eredményt értek el: *Omichi* szerint a B-csoport gyakori verruca vulgarisnál, bőrcarcinománál és lepránál. *Narducci* szerint az A-csoport gyakori acut ekzemánál és a B-csoport gyakori a chronikus ekzemánál. A positiv eredmények legnagyobb kontingensét azonban a psoriasis szolgáltatja. *Pochlmann* 268 esetben a O-csoportot látta praevaleálni és levonja azt a határozott consequentiát, hogy a O-csoport tagjai psoriasisra disponálnak. Szintén a O-csoport praevaleálását constatálta *Nardelli*. Míg *Preininger* (100 eset) és *Narducci* (10 eset) az A-csoport dominans szerepére hívják fel a figyelmet. Prognostikai irányban való megfigyelésekre utalást a szerzőknél nem találunk.

Saját vizsgálataim ekzemára, lupus vulgarisra és psoriasisra irányultak. Összesen 332 esetben végeztem csoportmeghatározást, és pedig:

176 ekzemánál,
72 lupus vulgarisnál,
84 psoriasisnál.

Ezen kívül 150 meghatározást végeztem oly célból, hogy a csoport-percentuatiót megállapítsam. Vizsgálati eredményeimet az alanti táblázat tünteti fel:

Betegség	Vércsoport % O	A	B	AB	Összesen	Index $\frac{A+AB}{B+AB}$
Normalis	38 = 25·3%	70 = 46·6%	30 = 20%	12 = 8%	150 = 99·9%	1·9
Ekzema	44 = 25%	83 = 47·1%	34 = 19·3%	15 = 8·5%	176 = 99·9%	2
Lupus vulg.	18 — 25%	33 = 45·8%	15 = 20·8%	6 = 8·3%	72 = 99·9%	1·9
Psoriasis	14 = 16·6%	50 = 59·5%	13 = 15·4%	7 = 8·3%	84 = 99·8%	2·8

Ha tehát az eredményeket szavakba akarnám foglalni: sem ekzemánál, sem lupusnál semmi különösebb percentualis differentiát nem találtam. A nyert eredmények nem engednek semmiféle constitutionalis correlatióra következtetni. Psoriasisnál szembeötlik az A-csoport praevaleálása. Itt eléggé jelentékeny a percentualis különbség. Azonban az átvizsgált esetek számát oly kicsinynek tartom, hogy éppen emiatt nem volna helytálló egy olyan következtetés, mely az A-csoport tagjainak psoriasisra való disponáltságot akarná praecizirozni. Ugyanis könnyen megtörténhet, hogy az átvizsgált esetek folytatólagos növelésével a most adódott százalékos eltérések nivellálódnának.

Ha a vértypusnak egyáltalán van szerepe abban a viszonylatban, ami az egyén és betegsége között áll elő, a dispositiónál talán nagyobb jelentőséget lehetne tulajdonítani ennek a relatiónak az egyén szempont-

[9] Med. Klin., 1929, 34. sz., 1259. o.

jából: a prognosis kialakulását illetőleg. Vizsgálataim alkalmával a problémát igyekeztem ebben az irányban is megvilágítani: szerettem volna valamilyen kapcsolatot találni a vértypus és a betegség megjelenési formája, lefolyása, gyógyulása között. Ezt annál inkább megtehettem, mivel klinikánknak megvannak a lupusos és psoriasisos betegei, akik már évek óta klinikánkon gyógykezeltetik magukat, s akiknek mindenkori állapotát a pontos kórtörténeti feljegyzések hűen registrálják.

Lupusos betegeinken a kis isolált gócoktól a nagy, peripheriás terjedésű laesiókon át egész a destructióig a kórképnek széles scalaja jut szemünk elé. Nem szólva az idősebb kór lupusáról, ez a betegség a kora fiatalságtól végigkíséri hordozóját az egész életen át, legszerencsésebb esetben: nyomaival. Prognosis szempontjából a laesio kiterjedése nem esik oly nagy súllyal a latba, mert hisz kezelésünkre a gyógyulás rendesen bekövetkezik: a kiterjedés nagysága: csak időkérdés. Súlyosabb prognosis szempontjából a recidivák jelentkezésének gyakorisága és legsúlyosabb a terjedési tendentia, ami a góc localisatiója szerint esetleg elkerülhetetlenné teszi a torzító destructiókat. Ha a prognosis kérdését a vértypussal vonatkozásba hozzuk, azt látjuk: hogy minden vértypusnak megvannak a maga súlyos prognosist nyujtó esetei és megvannak a jobb prognosisú esetei. Nem mutatkozik semmi olyan törvényszerűség, ami bizonyos vércsoporthoz fűzné a kedvezőbb és más vércsoporthoz a komoly prognosist nyujtó eseteket.

Psoriasisnál az isolált gócoktól a sűrű laesio-elemekkel bíró generalizált exanthemáig variálódik a kórkép, ami kezdődhetik már a fiatalabb életkorban, vagy akár jóval később is. Prognosis szempontjából szóbajön: a kiterjedés, a kezelésekre bekövetkező reactiók: vannak kórképek, melyek kezelésre promptabbul reagálnak és vannak, melyek kezelésünkkel szemben resistensebbek, szóbajön továbbá az, hogy az elért tünetmentesség után mennyi idő mulva jelentkezik az új eruptio. Ezen szempontokból nézve nemcsak a különböző egyének kórképei mutatnak eltéréseket, hanem nagy a variatio ugyanazon egyén kórképében is úgy az exanthema kiterjedése, mint az egymást követő eruptiók közti időtartam kialakulásában. Még leginkább standard jellege van a kezelésekre bekövetkező reactióknak. Ha ezen jelenségekre figyelemmel vagyunk és összefüggést keresünk a vértypus és prognosis közt: törekvésünk eredménytelen marad. Vizsgálataim közben semmi támpontot nem találtam arra vonatkozólag, hogy bizonyos vértypus esetén a gócok kevesebb számban jelentkeztek, kezelésre jobban reagáltak, az újabb eruptiók később jelentkeztek volna.

Az ekzema szeszélyes kórképet nyujt acut és chronikus jellegével, az acut és chronikus gyulladási jelenségek kórbonctanilag változatos kiképződéseivel, kiterjedésével, az esetlegesen jelentkező attaque-jaival, máskor monoton voltával. A prognosis csak a gyógyulás időtartamát illetheti. A kórkép megjelenési formájával, lefolyásának változatosságával, gyógyulási tendentiájával, a vértypustól teljesen független.

Ha felidézzük a vércsoportok szerepét a transfusiónál, a törvényszéki orvostan és a fajbiologia terrénumában, ahol is nem az egyén és betegsége vannak egymással szembeállítva, hanem a faj egyes egyedei, illetőleg a különböző fajoknak egymás közt kialakult kapcsolatai — és amidőn azt látjuk, hogy itt a vércsoportok eminens jelentőségre emelkednek, akkor, amikor az egészen specialis egyéni tulajdonságok érvényre jutni nem tudnak —, önkéntelenül is felvetődik az a gondolat, hogy a vércsoportok annál jobban kiélik jelentőségüket, minél jobban el vannak vonatkoztatva az individualis szervezettől s talán ezen az alapon az egyén életében mint egyéni tulajdonság nem töltenek be olyan szerepet, ami indokolttá tenné ama combinatiókat, melyek — mint tisztán egyéni színezetű momentumokkal —: a betegségekkel kapcsolatosak.

Irodalom: *Amsel* és *Halber:* Z. Immun. forsch., 1925, 42. köt., 89. old. — *Straszynski:* Klin. Wochenschr., 1925, 4., 41. sz., 1962. old. — *Gundel:* Klin. Wochenschr., 1927, 6., 36. sz., 1703. old. — *Hirszfeld:* Klin. Wochenschr., 1924, 26. sz., 1180. old. és 46. sz., 2084. old. — *Hirszfeld* és *Brokman:* Klin. Wochenschr., 1924, 29. sz., 1308. old. — *Kiss—Pál—Skrop:* O. H., 1928, 8., 203. old. — *Klövekorn* és *Simon:* Dermat. Z., 1927, 4. füz., 294. old. — *Omichi:* Ref. Zbl. f. H. u. Geschl. Kr., 1928, 28. köt., 5—6. füz., 265. old. — *Narducci:* Ref. Zbl. f. H. u. Geschl. Kr., 1928, 28. köt., 13—14. füz., 768. old. — *Nardelli:* Ref. Zbl. f. H. u. Geschl. Kr., 1928, 28. köt., 13—14. füz., 768. old. — *Perkel* és *Israelson:* Ref. Dermat. Wochenschr., 88. köt., 172. old. — *Diamantopoulos:* Ref. Zbl. f. H. u. Geschl. Kr., 1929, 29. köt., 11—12. füz., 636. old. — *Poehlmann:* Zbl. f. H. u. Geschl. Kr., 1929, 29. köt., 1—2. füz., 1. old. — *Preininger:* Bőrgy.-urol.-vener. szemle, VI. évf., 1. sz., 1. old.

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

A gonococcus és záradéktest.

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

Mult évben a „Szemészet" című folyóiratban záradéktesteket tartalmazó ophthalmoblennorrhoea neonatorun eset kapcsán „Gonococcus és záradéktest" címen rövid közleményben számoltam be. Ezen esetet azért tartottam érdemesnek közölni, mivel az anya genitalis váladékában csak gonococcusokat találtunk s oly képletet, melyet mint átmenetet jeleztem a gonococcusból a záradéktesté.

Ezen körülményt kétféleképen igyekeztünk magyarázni. Egyrészről felvehető, hogy a gyermek mindkét kórokozóval — gonococcus és záradéktest — fertőződött, csak a gonococcus a Credé-féle prophylaktikum által elpusztult. Másrészt a Herzog-féle theoriával próbáltuk magyarázni az esetet.

Ezen idő óta háromízben volt alkalmam Einschlussblennorrhoeás újszülött anyjánál genitalis váladékot vizsgálni, melyeknél ugyancsak gonococcusokat találtunk a váladékban. Természetesen ezen esetek megítélése nehéz mert a genitalis váladékban sok más bakterium mellett az esetleges kezdeti testek s a kisebb záradéktestek felismerése esetleg lehetetlen. Hogy ezen eseteknél a feltételezett átalakulása a gonococcusoknak záradéktestekké a genitaliákon vagy a fertőzött conjunctiván az incubatiós idő alatt megy végbe, az kérdéses.

Azonban talán a kérdés megoldásához közelebb visz a legutóbbi két eset. Az egyiket a tübingeni szemklinikán észleltük. Újszülöttnél gonorrhoeás ophthalmoblennorrhoea. A gyermeket 5%-os protargollal ritkábban 1%-os lapis-cseppekkel kezelték. A betegség negyedik hetének végén, a váladék csökkenésekor, a hámkaparékban nagymennyiségben kezdtek mutatkozni a záradéktestek. Sajnos, ezen esetet nem eléggé pontosan észleltük kezdettől fogva. Csak mikor a gonococcusok kevesbedésével egy-egy készítményt huzamosabb ideig kellett átvizsgálni, tűnt fel, hogy a *Gram* szerint festett praeparatumokban a hámsejtekben, a mag mellett, a magnál valamivel élénkebb pirosra festődött záradéktestek vannak. A záradéktestek megjelenési ideje az ophthalmoblennorrhoea határozott javulásával összeesett. Záradéktestek az első észleléstől számított hét nap mulva a gonococcusokkal együtt eltűntek. Ezen készítményekben egy-egy hámsejtben typikus gonococcusok mellett gonococcus involutiós ala-

kok voltak, melyek mint kezdeti testecskék foghatók fel, ugyanabban a hámsejtben a gonococcusok egy csoportban tömöttebben rendezkedtek el, azonban még a coccusszerű szerkezet jól kivehető s ugyancsak ebben a hámsejtben typikus záradéktest is volt.

Nem lehet említés nélkül hagyni azon körülményt, hogy serum agarra történt oltáskor gonococcustelepek nem fejlődtek ki, amikor pedig a conjunctivaváladék még igen sok gonococcust tartalmazott. Egyben majomoltásokkal is kísérleteztünk a legtöbb záradéktestet tartalmazó időszakban negativ eredménnyel.

Természetesen ezen esetet is fel lehet fogni mint „vegyes fertőzést", mivel a záradéktestek okozta blennorrhoea incubatiós ideje hosszabb s így a záradéktestek megjelenése későbbi időben következik be, azonban a négyheti incubatiós időt mégis kissé hosszúnak kell tartani.

A második esetet az I. számú egyetemi szemklinikán észleltem.

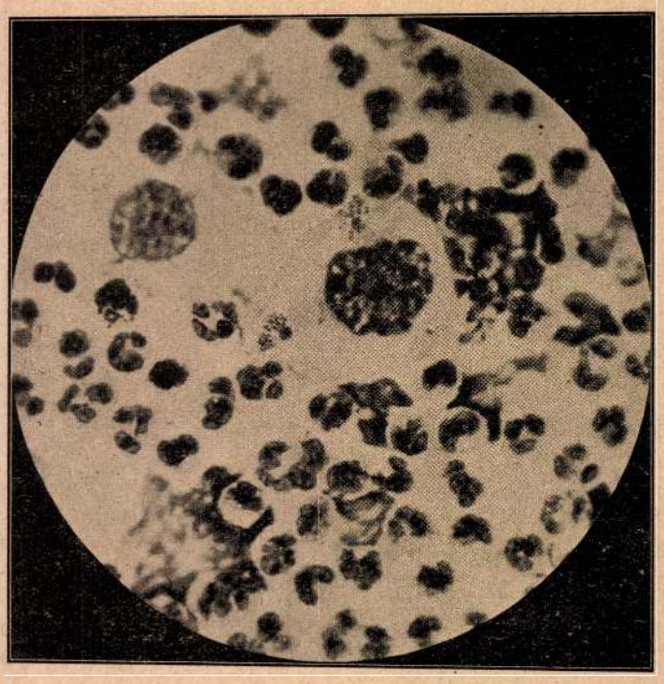
Ez év május 9-én 31 éves nőbeteg jelentkezik a klinika ambulantiáján azzal, hogy bal szeme három napja van gyulladásban. Jobb szem ép, bal oldalon ophthalmoblennorhoea. Bő genyes váladékban sok gonococcus. Localisan protargol szemcseppeket kapott. Egy hét alatt háromízben adtunk 10 cm³ tejinjectiót, melyre azonban a szem állapota nem változott s a váladékban még több gonococcus volt, mint feltvételkor. Majd kétszer 2 cm³ omnadin alkalmazására s a lapisecsetelés bevezetésére a betegség kezdetétől számított 20 napra a chemosis megszűnt, a váladékképződés apadt, azonban a conjunctika feltűnő módon hypertrophiás lett. Ily gonoblennorrhoeás esetet, mely ennyire refractaer módon viselkedjék a tejinjectióra, nem tapasztaltunk.

A klinikára való felvételtől kezdve mindennap váladékvizsgálatot végeztünk, úgy a *Gram* mint a *Giemsa* szerint festett készítményekben. Az első 10 napon sok intra- és extracellularisan elhelyezkedett gonococcus, záradéktest nincs. A 10. naptól kezdve a gonococcusok főképpen a nagy hámsejtekben találhatók. Eleinte szétszórtan, később szorosabban vannak összehalmozva, azonban még a diplococcus elrendeződés jól kivehető a coccusok nagysága egyenlő. Majd a diplococcusok elrendeződése is megszűnik a coccusok nagysága különböző, melyek kis halmazokba tömörülnek s melyek később úgy összefolynak, hogy alig vehető ki valamelyes szemcsézettség (1—2. ábra). Ezen képleteket körülbelül egy hétig találtuk meg, melyek azonban nem érték el a záradéktestek átlagos nagyságát s elemi testek sem voltak találhatók. Egy hét mulva a gonococcusokkal együtt a váladékból eltűntek. A szétszórtan és extracellularisan álló gonococcusoknál is megfigyelhető bizonyos változás. Egy-két párnál a coccusokat finom vonalak kötik össze, úgy, hogy inkább bipolarisan festődött bakteriumoknak, initial-testeknek, tekinthetők. Ezen vázolt átalakulást a leukocytákban nem észleltük.

Mint az előbbi esetet, úgy ezt is lehet vegyes fertőzésnek tartani, annál is inkább, mivel ezen képletek megjelenése éppen egyezik a záradéktest conjunctivitis incubatiós idejével. A legtöbb szerző az ily eseteket tényleg vegyes fertőzésnek tartja.

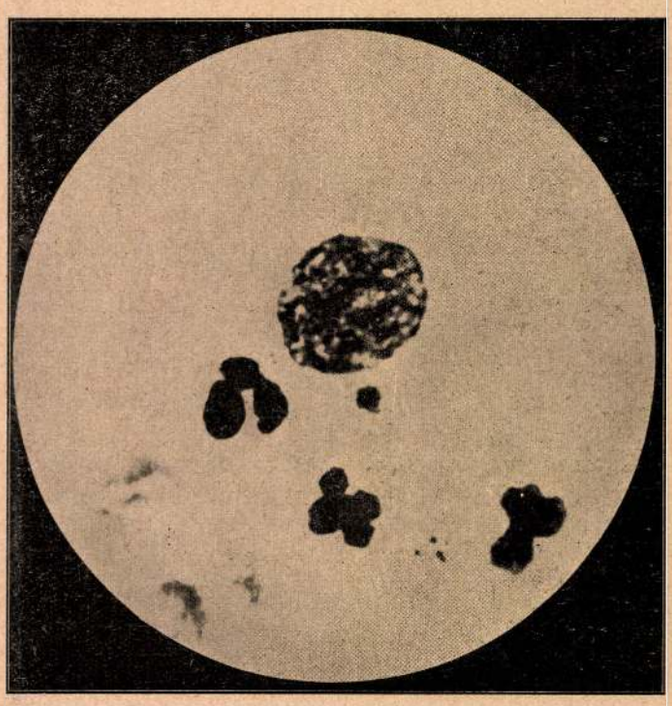
Abban a szerencsés helyzetben voltam, hogy az utóbbi esetből származó praeperatumokat alkalmam volt *Lindner* professor úrnak bemutatni. Ő az egyszerű *Giemsa* festési eljárást s a száraz fixatiót, a záradéktestek finomabb structurájának feltüntetésére nem találja kielégítőnek, azonban az általam kijelölt záradéktesteket s a szabad kezdeti testecskéket szintén annak tartotta, egynek kivételével, melyet gonococcusoknak tekint. (Lásd 3. ábra.) Azonban éppen ezen képletek képeznek átmenetet — nézetem szerint — a záradéktestekhez. Egy-egy halmaz szélén ezeknél egy-két gonococcus csakugyan jól kivehető, a közepe fele az elrendeződés szabálytalan a coccusok nagysága különböző s általában kisebbek, több helyen összefolynak.

Említettem, hogy ezen záradéktestek nem érték el az átlagnagyságot s egy-egy készítményben egy-két ily képletet találtunk csak. Ennek okául részben az erélyes kezelést lehet felhozni, részben pedig fel lehet venni, hogy ez az átalakulás nem egyszerre illetve egy conjunctiván megy végbe, hanem hosszabb folyamatnak az eredménye.



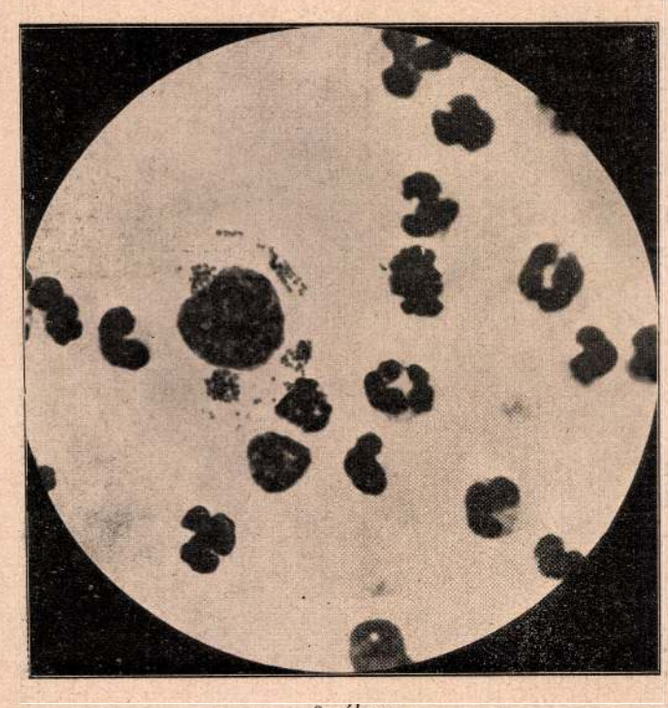
1. ábra.

Sokan említik *Herzog* theoriájával szemben, hogy a gonococcusok és záradéktestek együttes előfordulása egyáltalában nem gyakori. Ez az ellenérv a Herzog-féle theoriát nem gyengíti, mivel nincs minden gonococcustörzsnek olyan tulajdonsága, hogy átalakuljon záradéktestté. Felhozzák még ezen theoria ellen, hogy *Herzog*nak nem sikerült gonococcust tartalmazó genynyel és gonococcustenyészettel, melyek a *Herzog* által jellegzetesnek tartott formákat tartalmazta, majom-oltásokkal sem trachomát, sem záradéktestet tartalmazó conjunctivitist előidézni. *Herzog*nak sikerült emberi con-



2. ábra.

junctiván 12 napos, urethralis gonnorrhoeából származó, gonococcus színtenyészettel súlyos ophthalmoblennorrhoeát előidézni, melynél 14 nappal a betegség kitörése után, typikus záradéktestek voltak kimutathatók. Ezen kísérletnek bizonyító erejét *Heymann* azzal próbálta gyengíteni, hogy feltételezte azt, hogy gonococcustenyészet trachoma- illetve záradéktest-anyagot tartalmazott. Eltekintve attól, hogy *Heymann*nak ezen ellenvetése kissé nehézkes, a gonococcustenyészetben jelentkező involutiós alakok pathogen képességét, oly értelemben, hogy azok képesek legyenek trachomát, de még valamelyes záradéktestes conjunctivitist is létrehozni, ha nem is kizártnak, de a legritkább esetnek lehet tekinteni. Még a conjunctiván gonococcusokból átalakult záradéktestek sem képesek trachomát előidézni. Több conjunctiva passage-on kell keresztülmenni ezen záradéktestekké alakult gonococcusoknak, míg képesek záradéktesteket tartalmazó acut conjunctivitist létrehozni.



3. ábra.

Lindner professor az orvosi továbbképzés központi bizottsága által 1929 június havában rendezett orvosi továbbképző cursuson „Trachoma" címen előadást tartott. A záradéktestes megbetegedések különböző klinikai megjelenésének okait s egymáshoz való viszonyát fejtegette. Záradéktestek genitalis eredetű kórokozók s a trachoma elterjedési idejében a trachoma ily genitalis eredetű záradéktestek útján terjedt. Ebben az időben a trachoma acutabb formában jelentkezett. Később a záradéktestek conjunctiváról-conjunctivára oltatva elvesztették a virulentiájukat s kifejlődött a chronikus trachoma. A genitalis trachoma azonban most is fennáll s ezek: az acut trachoma, az újszülöttek záradéktest-conjunctivitise s az uszodai kötőhártyahurut, melyek jó prognosisú megbetegedések. Amilyen viszony van a trachoma és az ú. n. genitalis trachoma között, oly viszonyt lehet feltételezni a gonococcus által okozott blennorrhoea és az újszülöttek záradéktest-conjunctivitise vagy az uszodai kötőhártyahurut között. Eleinte tiszta gonorrhoeás fertőzésnél jelentkeznek ezen involutiós alakok, melyek egy további passage után tömegesebben s typikusabb záradéktestek alakjában mutatkoznak, azonban még a gonococcus fő tényezője a betegségnek. A gonococcusok az involutio következtében egész háttérbe szorulnak, virulentiájukat elvesztik s létrejön a tiszta záradéktesteket tartalmazó conjunctivitis. Ezen fokozatos involutio bekövetkezhetik a genitaliákon vagy a conjunctiva passageon. A „vegyesfertőzésnek" a különböző alakjai, melyeknél egyik esetben gonococcusok, másik esetben a záradéktestek vannak előtérben, jól értelmezhető ezen átalakulási folyamattal. Több esetet ismerünk s klinikánkon is előfordultak oly esetek, ahol az első szemen „vegyesfertőzés", a másik szemen tiszta záradéktestek által előidézett blennorrhoea volt.

23 napos újszülöttet hoznak a klinikára. A jobb szem a születés után egy hétre, a bal szem 8—10 napra az első szem megbetegedése után jött gyulladásba. Orvosa argyrol-cseppekkel kezelte. Jelen állapot opthalmoblenorrhoea oculi utriusque, suppuratio corneae oculi dextri. Mindkét oldalon a tarsalis conjunctivák vastagok, kevés, de sűrű váladékkal fedettek. Jobb szem váladékának bakteriologiai vizsgálata: kevés gonococcus, záradéktest nincs. Bal szemen gonococcus nincs, egy-két záradéktest. Ezen esetet a gonococcus és a záradéktestek a fentebb vázolt összefüggése nélkül csak úgy lehetne magyarázni, hogy a Crede-féle prophylaktikum csak az egyik szemnél volt hatásos. Valószínűbbnek tartható, hogy a másik szem a már kezelt s így virulentiájában még a conjunctiva passage-on is gyöngült, átalakulófélben lévő gonococcusok által fertőződött s fejődött ki az Einschlussblennorrhoea.

E fejtegetések végeztével még egy körülményre szeretném felhívni a figyelmet. Úgy a tübingeni szemklinikán észlelt, valamint ezen legutóbbi eset csak protargol, illetve argyrollal kezeltetett. A második esetünk pedig a három tejinjectióra is nagyon refractaer módon viselkedett. Talán a kevésbbé intensiv kezelésnek, vagy az eset makacs voltának, melynek oka talán a beteg constitutiójában is lehet, van befolyása ezen átalakulási folyamatra. Ezen feltevés megegyzik *Hoór*nak azon tapasztalatával, hogy a kevésbbé intensiv kezelés után látott acut ophthalmoblennorrhoeából kifejlődni oly chronikus blennorhoeákat, melyekhez pannus- és hegképződés társult.

Természetesen klinikai esetek megfigyelésével a trachomakutatást illetőleg csak theoriákat lehet alátámasztani. Eseteink magyarázatát a legtöbb szerző azon álláspontjára is lehet alkalmazni, mely szerint ezen két kórokozónak ily természetű összefüggése nem állhat fenn. Viszont a Herzog-theoria elleni érvek sem olyanok, melyek teljesen megdönthetik ezen theoria helyességét. Itt tulajdonképen meggyőződésekről s benyomásokról lehet beszélni, melyek végleges eldöntéséhez oly kórokozó felfedezése szükséges, mely a Koch-féle hármas követelménynek megfelel.

A Charité Poliklinika Röntgen-intézetének közleménye. (Főorvos: Bársony Tivadar dr.).

Mészlerakódások a csontok belsejében.

Írták: *Bársony Tivadar dr.* és *Schulhof Ödön dr.*

A rendszeres Röntgen-vizsgálatok mind gyakrabban fednek fel oly csontelváltozásokat, melyek azelőtt ismeretlenek voltak, vagy csak mint ritkaságok szerepeltek a kórbonctani irodalomban. Egy ily kórbonctani ritkaság az a körülírt mészfelhalmozódás a csont belsejében, melyet *Virchow* egy a tibiában talált eset kapcsán mint *enostosist* írt le. *Virchow* ez enostosisának Röntgen-képét csak a mult évben ismertük meg. *Salinger* közölt öt esetet a Röntgen-Fortschrittében. Röviddel ezután *Leopold* mutatott be egy esetet a Magyar Röntgentársaságban.*

* Gyógyászat, 1929.

Amióta ily módon figyelmünk a csont belsejében elhelyezkedő körülírt mészlerakódásokra irányult, több oly esetet volt alkalmunk észlelni, melyeket közlésre érdemesnek tartunk és amelyekből néhány további következtetést szeretnénk levonni.

1. eset. 34 éves férfi. 1905-ben állítólag hastyphuson esett át. 1908-ban kétoldali pleuritise volt, mely kétizben kiújult. 1911-ben nyaki lymphomák, melyekkel egyidejűleg jelentkeztek elsőízben derékfájásai. 1914-ben járásnál derék- és csípőfájdalmak, melyek salicylre javultak. 1916-ban sebesülten orosz fogságba került, ahol öt hónapig súlyos derék- és csípőfájdalmak és 40 C°-ig emelkedő lázak miatt betegen feküdt. Azóta szinte minden tavasszal különböző súlyosságú visszaesések. 1923-ban tályog a jobb sacroiliacalis izület felett. Az 1927 áprilisában megejtett vizsgálat eredményéből a következőket kell kiemelni: nyomási érzékenység a jobb sacroiliacalis izület és a bal trochanter felett, utóbbi terület duzzadt. A bal alsó végtag izomzata atrophiás. A tüdőben régi kétoldali fibrosus tüdőcsúcsfolyamat maradványai és a rekeszek felett pleuralis összenövések mutathatók ki. Vérkép normalis, vérsejtsüllyedés 99 mm. Wassermann negativ. A keresztcsontról készült Röntgen-felvételen a sacroiliacalis izület alsó részén diónyi felritkult terület látható. Mirion-injectiók és Röntgen-besugárzás után támasztó fűző viselése mellett 1½ évig jól érzi magát. Amikor 1928 december 3-án újból jelentkezik, panaszai a bal trochanter tájékára irányulnak. Az általános vizsgálatnál a már régebben megállapított elváltozásokon kívül a vizeletben fehérjét és genyet találunk. Az urologiai vizsgálat *(Unterberg)* jobboldali vesetuberculosist mutat ki, melynek kórokozójaként bovin-typusú tuberculosis-bacillusok voltak kitenyészthetők *(Gozony-Lénárd). A bal csípőizületről készült Röntgen-felvételen (1. ábra) a trochanter majorban felritkulások és conturhiányok láthatók. A csont belsejében, a trochanter minor felső szélének magasságában, köralakú foltos condensatio van jelen. A flexióban és abductióban készült felvételen (Lauenstein szerint) ugyancsak köralakú condens-árnyék látható a csont belsejében.* A beteg panaszai Röntgen-besugárzásra megszűntek.

Ez eset kapcsán mindjárt itt kiemelhetjük, hogy egy therapiásan könnyen befolyásolható tuberculotikus betegnél, tuberculosisos csontgócok közelében, a femur proximalis metaphysisében (a diaphysis szivacsos csontállományú részében, az epiphysisvonal közelében) két egymásra merőleges sugárirányú felvételen köralakú árnyék látható. Abból, hogy az árnyékok mindkét projectióban körvonalat adnak, arra következtetünk, hogy az alapjukat képező tömörülés a csont belsejében gömbfelületen helyezkedik el.

2. eset. 61 éves férfi. Az anamnesisben vándorló „rheumás" fájdalmak szerepelnek, melyek azonban soha nem értek el különösen nagy intensitást. A beteg évek óta köhécsel, anélkül, hogy tulajdonképen betegnek érezné magát. Néhány hónapja álmatlanság, forróságérzés, éjjeli izzadás és étvágytalanság lépett fel nála. Ezen idő alatt testsúlya nem csökkent és hőemelkedése nem volt. A beteg fia négy év óta disseminált tüdőtuberculosisával áll kezelés alatt. A vizsgálati eredmények néhány adata a következő: Vérkép és vérsejtsüllyedés normalis. Wassermann-reactio negativ. Vérnyomás maximuma 170 mm. Reflexek kissé fokozottak. Az 1929 január 4-én eszközölt Röntgen-vizsgálatnál (átvilágítás és felvétel) a tüdők részéről emphysemán kívül elváltozás nem volt észlelhető. *A tüdőfelvételen a jobb felkarcsontban egy intensiv árnyék tűnt fel, amelyik további felvételeken mint egy közel tyúktojásnyi, mészintensitású, foltos képlet volt ábrázolható (2. ábra).* Ez az árnyék a diaphysis és metaphysis határán foglal helyet, kb. 5 cm hosszú és a corticalistól minden irányban jól elkülöníthető. Az árnyék határa szabálytalan, egyenetlen és belőle mindenfelé nyúlványok húzódnak a környező spongiosába. Az árnyék szerkezete durván foltos, benne helyenkint világosabb foltok láthatók. Minthogy a különböző vetületekben azonos képeket kaptunk, fel kell vennünk, hogy ebben az esetben a mészlerakódás az egész elváltozott tér belsejét kitölti. E felett a képlet felett az egész csont kissé felfúvódottnak, a corticalis pedig elvékonyodottnak látszik. A betegnek sem azelőtt, sem azóta, hogy a mi megfigyelésünk alatt áll, nem voltak ezirányú panaszai. A három hónappal később készült ellenőrző felvételen változatlan viszonyok mutathatók ki. A beteg jelenleg is teljesen panaszmentes.

Ebben az esetben a jobb felkarcsont proximalis metaphysisében tyúktojásnyi mészfelhalmozódás volt észlelhető, mint véletlen melléklet, egy olyan betegnél, akinek a jobb karjára soha panaszai nem voltak. E mészlerakódás közelében a csont csekély másirányú elváltozást is mutat.

3. eset. 64 éves nő. Több év előtt gyomorfekély miatt operálták. Gyakran voltak „rheumás" fájdalmai a keresztjén. Néhány hét óta heves fájdalmak az os coccygeum tájékán és véres széklet. A vizsgálat a véres széklet okaként haemorrhoidalis csomókat derített ki. A gerincoszlopról készült Röntgen-felvételen az ágyéki csigolyák sarkain osteochondropathiás csücskök láthatók. *Jóval a fájdalmas terület felett a teljesen ép*



1. ábra. A trochanter majorban felritkulás és contourhiány; a trochanter minor magasságában köralakú foltos condensatio.

contyrú 12. háti csigolya testében mogyorónagyságú árnyék látható, mely tömör magból és köréje rétegezett levelekből összetettnek látszik. Egy fél évig tartó „antirheumatikus" kezelésre a beteg fájdalmai megszűnnek. Két évvel ezután teljesen jól érzi magát.

Ebben az esetben a gerincoszlopnak egy panaszmentes részén, egy csigolyatest belsejében, sajátságosan rétegezett árnyék volt észlelhető, mely a betegnek kellemetlenséget nem okozott.

4. eset. 27 éves férfi, aki rövid idő alatt 5 kg-t fogyott. Tüdőben, szíven, gyomorban kóros elváltozás nem észlelhető. Vérkép és vérsejtsüllyedés normalis. Wassermann-reactio: negativ. *Átvilágításnál az ötödik borda elülső részében babnyi mészfelhalmozódás tűnik fel.* A felvételen ez az árnyék nem mindenütt élesen határolt, hanem helyenkint nyúlványokkal bír, melyek a borda környező szivacsos állományában vesznek el.

Itt, mint egy tüdővizsgálat véletlen mellékletét, az 5. bordában oly meszesedést találtunk, mely a betegnek soha panaszt nem okozott.

5. eset. A bal váll fájdalmassága miatt kerül vizsgálatra. A vállban Röntgen-felvétellel kóros eltérés nem mutatható ki. A tüdőátvilágításnál és felvételen mindkét felső lebeny fibrosus folyamatának jelein kívül *az 5. bordában, kb. a scapularis vonalnak megfelelően*

tömör árnyék látható. Ez az árnyék körülbelül 3 cm hosszan majdnem az egész borda szélességét kitölti.

Egy biztosan tuberculosisos beteg bordájában, teljesen panaszmentes helyen, körülírt meszesedést találtunk.

Salinger öt, ebbe a csoportba tartozó esetet közölt, az általa talált elváltozásokat mint olyan finoman foltos, szabálytalanul szivacsos, egy esetben pedig homogen árnyékokat jellemezte, melyek tömörségüknél fogva a környező normalis csontszövetből kitűnnek. Ezen élesen határolt árnyékok környezete az ő eseteiben, egy kivétellel teljesen ép volt. *Salinger* ezeket a képeket a *Virchow* által leírt *enostosis*ok röntgenologiai correlatumának tartja és az a véleménye, hogy ezen képletek daganatjellege nincs minden esetben bebizonyítva, hanem gondolnunk kell arra is, hogy ezek gyulladásos folyamatok végtermékei is lehetnek. *Salinger* végső



2. ábra. A felkarcsontban foltos árnyék látható, melyből nyúlványok húzódnak a környező spongiosába, a corticalis kissé előboltosul és elvékonyodott.

következtetésében arra utal, hogy ezen Röntgen-képek alapját képező elváltozások jóindulatúak és nem igényelnek rögtöni műtéti beavatkozást. *Leopold* teljes mértékben csatlakozik *Salinger* felfogásához. Eseteiket röviden a következőkben ismertetjük:

1. eset. A jobb térdizület arthritise mellett, tenyérnyire az izületi rés felett a combcsontban, a corticalistól el nem különíthető, a csont belsejében ülő egynemű árnyék látható.

2. eset. Egy diabeteses és tuberculosisos betegnél a combcsont alsó harmadában, a kéregállománytól minden irányban jól elkülöníthető, diónagyságú árnyék van jelen.

3. eset. Más helyre localizált fájdalmak mellett a fibula fejecsében kb. cseresznyenagyságú szabálytalan árnyék látható, mely a csont belsejében ül és a corticalist sehol sem töri át.

A 4. és 5. esethez *Salinger* nem mellékelt ábrákat. Leírása szerint a 2. esetéhez hasonlóak voltak az elváltozások a femur alsó harmadában. *Salinger* 4. esetében a corticalis kissé előmomborodott.

Leopold esetében ez egyik térd fájdalmassága miatt készült mindkét térdről összehasonlító felvétel. Kb. tenyérnyivel a nem fájdalmas izület felett, a femur belsejében a corticalistól jól elkülöníthető, finomabb és durvább foltocskákból álló árnyék látható, melynek szélei mindkét egymásra merőleges vetületben tömörebbnek látszanak a belsejénél, ami arra enged következtetni, hogy az árnyékot adó szemcsés anyag nagyrésze egy ovoid felületén van elhelyezve. A beteg kórelőzményében nem található oly adat, mely ezen árnyékot adó elváltozás létrejöttének magyarázatául szolgálhatna.

A leírt elváltozások mind nálunk, mind *Salinger*- és *Leopold*nál mint véletlen mellékletek kerültek észlelésre és semmilyen összefüggésben sem voltak a betegek actualis panaszaival. A kórelőzményben sem találunk utalást az elváltozások létrejöttére, kivéve a mi első esetünket, amelyben a betegnek már több év előtt voltak fájdalmai azon a helyen, amelyen mi az elváltozást találtuk.

Míg *Salinger* eseteinek közös vonásaként azt emeli ki, hogy mind csöves csontokban fordulnak elő, addig mi arra helyeznők a hangsúlyt, hogy az elváltozásokat mindenütt szivacsos csontállományban, vagy annak a határán találtuk, ez is az oka annak, hogy az oly különböző helyeken (femur és humerus metaphysis, csigolyatest, borda) localizált elváltozásokat egy közleménybe foglaltuk össze. *Salinger* és *Leopold* eseteiben is hasonló localisatiót találtunk.

A leírt meszesedések megjelenési formáját két nagy csoportba osztanók. Az egyik csoportba a foltos-szemcsés, vagy más structurát mutató esetek tartoznak, a másikba pedig a homogen-compact árnyékúak. Az egyenetlen árnyékot adó elváltozások maguk között sem egyformák, mert míg egyesek az egész elváltozott teret teljesen kitölteni látszanak, addig másoknál úgy tűnik, hogy csupán kéregszerűen veszik azt körül, végül a mi 3. esetünk egészen sajátságos, egymást hagymalevélszerűen fedő rétegeket mutat.

A radiologiai képek tehát sem a mi eseteinkben, sem pedig az idézettekben nem egyenlőek, úgy, hogy fel kell vetnünk a kérdést, vajjon egyáltalán egységes elváltozáscsoporttal állunk-e szemben? A választ megadni későbbi vizsgálatok hivatottak.

Mielőtt a leírt elváltozások aetiologiájának tárgyalására térnénk át, szeretnénk rámutatni arra, hogy a homogen árnyékot adó esetek, különösen a mi 4. esetünk, a szivacsos csontállományban előforduló, gyakran leírt és általánosan ismert compactaszigetekre emlékeztetnek, habár az irodalomban nem találtunk leírva bordában előforduló compactaszigeteket, melyek oly nagyságot értek volna el, mint a mi 4. és 5. esetünkben leírt meszesedések. Lehetséges, hogy a mi eseteink és a compactaszigeteknek nevezett, de lényegükben felderítetlen csontelváltozások között átmenetek vannak. A typusos helyen előforduló compactaszigetek sem mindig lencse-borsónagyságúak és nincsen mindig símán lekerekített határuk, amit egy esettel szeretnénk illustrálni:

Egy fiatalembert röviddel az elszenvedett trauma után fractura-gyanú miatt hoztak Röntgen-vizsgálatra. Törés nem volt kimutatható, ellenben az *os cuboideumban datolyamagnagyságú meszesedés látható, melynek árnyéka homogen és amelyikből gerendaszerű nyúlványok hatolnak a környező spongiosába, melyben elvesznek.*

Rendkívül nagyságú compactaszigetet találtunk tehát, mely felett napirendre térhetnénk, ha nem hasonlítana annyira a mi 4. és 5. eseteink képeihez. Ebben az esetben a compactaszigetek és az ú. n. enostosisok közti határok összefolyni látszanak.

Saját eseteinkre visszatérve, megismételjük, hogy mindannyi mint véletlen melléklelet került észlelésre, a vizsgálat idejében nem bírtak klinikai fontossággal és gyógyító beavatkozást nem igényeltek. A klinikai

dignitásuk ezzel el is lenne intézve, azonban a kórtani jelentőségük nem. Utóbbi irányban egyenlőre még csak feltevésekre vagyunk utalva, de hisz még a kórboncnok, *M. B. Schmidt* kórbonctani vizsgálatokon alapuló dolgozatában is csak valószínűségről szól. A mi következtetéseink igen közel állanak *Schmidt*- és *Salinger*éihez és eseteink az ő felfogásuk megerősítésére és további fejlesztésére szolgálhatnak. *Schmidt* azon állításához, hogy az ú. n. enostosisok egy részét úgy kell tekintenünk, mint lezajlott lobos folyamatok zárókövét, a mi 1. esetünket hozhatjuk fel példának, amelyiknél minden okunk megvan arra, hogy a Röntgen-képen ábrázolt elváltozást egy régi tuberculosisos góc elmeszesedett határfelületének tartsuk, minthogy ennél a betegnél más jóindulatú, gyógyulásra hajló csonttuberculosis jeleit is megtaláljuk. A mi 2. esetünkben nem találunk ugyan a szervezet más részén tuberculosisos elváltozást, ellenben a corticalis megvékonyodásával és a csont felfúvódottságával járó localis kép annyira emlékeztet a rövid csöves csontok spina ventosájára, hogy nem zárkózhatunk el annak a felvétele elől, hogy itt is régi tuberculosisos osteomyelitis elmeszesedett maradványaival van dolgunk.

A mi 3. és 4. esetünkben nem sikerült tuberculosist kimutatni, az 5. betegünk azonban manifesten tüdőbeteg. *Salinger* 2. betegének progrediáló tüdőtuberculosisa volt és az ő 5. esetének anamnesisében is szerepel a tuberculosis.

Említettük, hogy betegeinknek az elváltozás helyén sem a vizsgálat idején, sem a multban panaszaik nem voltak, de a fájdalmakat illetően a negativ anamnesis értékelésében nagyon óvatosnak kell lennünk, mert többször előfordul, hogy a betegek igen fájdalmas betegségekről is teljesen megfeledkeznek az idők folyamán. A negativ tüdőlelet sem képezhet tuberculosis elleni bizonyítékot, mert nagy anyagon végzett rendszeres vizsgálataink azt mutatták, hogy kifejezett csont- és izületi tuberculosisban szenvedő betegeink túlnyomó többségének teljesen negativ volt a tüdővizsgálati lelete. Ismeretes, hogy a tuberculosisos fertőzés generalisatiós szakában, minimalis vagy teljesen negativ tüdőlelet mellett, gyakran lépnek fel a különböző szervekben, így pl. a nyirokcsomókban és különös előszeretettel a mesenterialis nyirokcsomókban, oly foltos árnyékot adó meszesedések, amelyek sokban hasonlítanak a mi eseteink egy részének intraossalis foltos mészfelhalmozódásaihoz. Talán az esetek egy részében a hasonló képeket azonos folyamat is hozza létre.

Gondolatmenetünk egy további támaszaként említjük meg azt, hogy a csonttuberculosis leggyakrabban a szivacsos állományú csontokban localizálódik és a hosszú csöves csontokban gyakran éppen a metaphysisben lép fel, tehát ott, ahol a mi eseteink meszesedéseit is találtuk.

Rosszindulatú osteoplastikus tumorokkal szemben a differentialdiagnosist a klinikai tünetmentesség, a környező csontszövet épsége és a kép változatlansága hosszabb időközökben megismételt ellenőrző vizsgálatok esetén dönti el.

Észleléseinknek és következtetéseinknek sok a közös vonása *Salinger*éivel és *Salinger*nek azon nézetét, „hogy gyulladások utáni végállapotok is tekintetbe jönnek“ az ú. n. enostosisok aetiologiájában szeretnénk nyomatékosan aláhúzni és oly értelemben kibővíteni, hogy az eseteknek túlnyomó többségében lobos folyamat maradványáról van szó és hogy a tuberculosis az az aetiologiai tényező, amely a legtöbbször szerepel.

Összefoglalás: 1. Öt esetben észleltünk a csontok szivacsos állományában körülírt mészlerakódást, melyet lobos folyamatok (tuberculosis?) gyógyult vég stadiumának tartunk.

2. Leírt eseteink az irodalomban közölt hat esettől eltérő localisatiót mutattak:

3. Ez elváltozások a beteg sorsára nézve jelentőséggel nem bírnak, műtéti beavatkozást nem igényelnek.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Múló glykosuria világítógázmérgezésnél, vércukoremelkedés nélkül. *Greinacher.* (Deutsch. Arch. klin. Med., 165. k., 3—4. f.)

Ugyanilyen tünetekkel járó veronálmérgezést közölt szerző: Deutsche Arch. klin. Med., 160. k., 3—4. füzetben. (Ref.: O. H., 1929. 9. sz.) A most észlelt világítógázmérgezésnél a vizeletben 1% szőllőcukrot és kevés acetont talált, acetecetsav nem volt. A vércukor éhgyomorra: 83 mg-%. Klinikai statusban változás nem volt, a következő napon a vizeletvizsgálat negativ (fehérje, urobilin és urobilinogenre is). 50 g dextrose után cukor nem jelenik meg, vércukor aznap: 51 mg-%. Mint a veronalmérgezéssel kapcsolatban közölt esetben, itt is a vese szűrőapparátusának zavarára gondol, szóba jöhetne még centralis-cerebralis hatás is.

Molnár István dr.

Mikromegfigyelések az emberi bőr izzadságelválasztásáról contrastfestés alatt. *Jürgensen.* (Deutsch. Arch. klin. Med., 165. k., 3—4. f.)

Vizsgálatait ujjon végezte és vértelenítés után három secretióstypust különböztet meg: normalis secretiót, hypohydrosist és hyperhydrosist, melyeket a vérkeringés megszüntetéséről a secretio megszűnéséig eltelő idő (Hemmungszeit) és a vértelenítés megszűnése után alkalmazott ingertől az izzadtságelválasztás megkezdéséig nyúló időszak jellemez. Minél rövidebb a vértelenítéstől az izzadtságelválasztás megszűnéséig tartó idő, annál kifejezettebb az atropinhatás, ami az atropinhatás alatt fellépő izzadtságelválasztás szünetelésének idejével mérhető és viszont. Az atropin az izzadtságmirigyek secernáló sejtjeire ható méreg: az egyes mirigytypusok kifejezői a mirigyek egyéni tulajdonságainak, azaz organikus alapúak; az atropin pedig az egyes typusokra egyforma hatást gyakorol; hatáskülönbséget látunk azonban a különböző sejtű apokrin és ekkrin mirigyeket illetőleg. Ugyanez áll a keringésre is: az atropin nem az idegvégződésre, hanem a símaizomsejtre hat. Az atropinhatás főkép a secretióstypustól és az alkalmazás módjától (subcutan, peroralis, rectalis) függ kevésbbé az adag nagyságától. A vérkeringés (pulzus, vérnyomás) változása legtöbbször a secretiós képben megfigyelhető maximalis atropinhatással egyidőben jelentkezik. A subcutan injiciált atropin után fellépő keringési változások intravenás strophantininjectióval percek alatt megszüntethető, a secretióváltozás e mellett zavartalan marad.

Molnár István dr.

Vérnyomás és vérnyomásreflex. Prof. *A. Hirschbruch.* (Klin. Wochenschr., 1929., 43. sz.)

Szerző felhívja a figyelmet a vérnyomás mérésénél észlelhető, de eddig nem méltatott jelenségekre. Ezek közül csaknem állandóan észlelhető az, melyet ő „tétlenségi tüneménynek“ nevez; a jelenség abban nyilvánul, hogy a systolés vérnyomást különböző manzsettanyomásnál találjuk aszerint, hogy a kis nyomásnál kezdünk-e hallgatódzni és innen emelkedünk felfelé, míg az érhang eltűnik, avagy előzőleg túlnyomást létesítünk, a manzsettában és a nyomás süllyedésénél jegyezzük fel azt a határt, ahol az érhang megjelenik. Ez utóbbi esetben a vérnyomást alacsonyabbnak fogjuk találni. Nagyobb jelentősége van az ú. n. „vérnyomásreflex“ jelenségének. A jelenség a következő: Ha a rendes vérnyomásmérés elvégzése után a nyomást a manzsettában rövid időre igen magasra emeljük (pl. 300 mm-re), és ezután mindjárt ismét megmérjük a beteg vérnyomását, úgy azt most 20—30 mm-rel magasabbnak fogjuk találni, mint

néhány perc előtt és egyúttal az érhang charaktere is megváltozik. A tensioemelkedés nemcsak azon a karon észlelhető, amelyen a manzsettával a túlnyomást gyakoroltuk, hanem a másik karon is, annak bizonyítékául, hogy a kar leszorítására beálló vérnyomásemelkedés reflexes úton jön létre. Ez a „vérnyomásreflex" az érrendszer kórosan fokozott ingerlékenységét jelzi, tehát pathologiás jelenség. *Czoniczer dr.*

Tanulmányok a vér és a szövetnedvek húgysavtartalmát illetőleg. *Scherk.* (Zeitschrift f. klin. Med., 111. kötet, 2.)

A vérnek és a kantharidintapasszal húzott bőrhólyag nyiroknedvének húgysavtartalmát vizsgálta különböző esetekben. Ezen utóbbi folyadék összetételében nagyon közel állana a szövetnedvhez. Ennek húgysavtartalma anyagcserebetegségben nem szenvedő embereknél mindig magasabb volt, mint a véré. Magasabb volt polyarthritis rheumatica, arthritis chron. deformans és arthritis urica eseteiben is. Atophan hatására a húgysavtartalom úgy a vérben, mint a szövetnedvben csökkent, míg a vizeletben nagymértékben növekedett. A szövetnedvben azonban ilyenkor is többnyire nagyobb maradt, mint a vérben. Két esetben, melyekben súlyos veseelváltozások voltak jelen, elmaradt az atophanhatás. Ez amellett szól, hogy az atophan támadási pontja nem a kötőszövetben, hanem a vesében van. *Paunz Lajos dr.*

Sebészet.

Egyszerű bőrplastika a hypospadiasis kezelésére. *H. Meyer.* (Arch. f. klin. Chir. 155. k., 4. sz.)

A hypospadiasis kezelésére ajánlott módszerek nagy része nem vált be. Új módszert ajánl, melynek lényege, hogy a fitymát felfejtve, a makkot a hímvessző bőrének háti oldalán ejtett nyíláson átbuktatja és ezáltal a fitymát a hiányzó húgycső helyére hozza. Pár hét mulva a fitymából képezi az új húgycsövet. Az új eljárást sikerült ábrák magyarázzák. A műtétet szerinte 10—12 éves korban végezzük. *Schmidt dr.*

Hasi vérzések felismerése. *Lange.* (Zbl. f. Chir. 1929, 36. sz.)

Kétes, nehezen eldönthető esetekben értékes symptomának találták hasi vérzésnél a hasfal többé-kevésbbé kifejezett kopogtatási érzékenységét, a hasfalizomzat védekező feszülése nélkül. Májvérzéseknél ez a tünet nem olyan jellegzetes, mert ott még májnedvek is keveredtek a vérhez. Az ajkak halványsága sokszor hiányzik, minthogy a fej capillaris hálózata sokáig megtartja vérét. Sokszor pedig cyanosis fedi a sápadtságot. Az érlökés akárhányszor lassú és telt, amit talán vagusizgalom idéz elő. A Cullen—Hellendal-féle jelet, a köldök elszíneződését 51 eset közül csak egyszer ismerhették fel. *Oehlecker* tünete, a rekeszizom-izgalom miatti vállfájdalom, szintén nagyon gyakran hiányzik. Azért a fenti tünetet, amely 36 esetükben sohasem hiányzott, tartja a szerző a legmegbízhatóbb diagnostikus jelnek. *Marx József dr.*

A venák szerepéről pyaemiás folyamatok továbbterjesztésénél. *A. Läwen* és *E. König.* (Deutsch. Zeitschr. f. Chir., 218. köt., 1/6. füz., 1. old.)

A szerzők egy klinikai eset kapcsán tárgyalják a venák szerepét a fertőzések továbbszállításában. Sokan végeztek már kísérleteket annak a megállapítására, hogy különböző bakteriumok bejuthatnake a vena falán keresztül a vérpályába s ezen az úton terjed-e az infectio vagy a nyirokpályák útján. *Uffenrode* az utóbbi, *Fränckel* az előbbi elméletet tartja helyesnek. A szerzők kísérleteiket két csoportra osztották. Az elsővel azt kívánták tisztázni, hogy venakörüli fertőzés és thrombusképződés esetén kimutathatók-e a véráramban bakteriumok? Kísérleteik kivétel nélkül thrombusképződéshez vezettek hat órán belül, de sem a thrombusokban, sem a véráramban nem sikerült bakteriumokat kimutatniok. Ebben annak a sokak által vallott nézetnek megerősítését látták, hogy a thrombust nem maguk az érfalon keresztül jutott bakteriumok, hanem azok toxinjai okozzák s így a thrombusok a szervezet védekezésének tekintendők, mellyel az a toxinoknak a vérpályába való bejutását igyekszik meggátolni.

Kísérleteik második részében azt mutatták ki, hogy a vena közvetlen közelébe juttatott méreg (strychnin) körülbelül egy óra alatt a vena falán keresztül bejut a szervezetbe s ott erős görcsöket és pár percen belül halált okoz. A vena előzőleges lekötése csak annyi eredménynyel járt, hogy az exitus pár perccel később következett be. Így a vena lekötését, mint eredményre nem vezető eljárást nem ajánlják, hanem a beteg testrész lehető korai megnyitását, tamponálását s az esetleg thrombotizált venarészlet eltávolítását tarják a helyes kezelésnek. *Gerő dr.*

Sérülés és cukorbaj a cukoranyagcseretöréseknél. *Hundsdörfer.* (D. Zeitschr. f. Chir. 1929. 218. köt.)

Ismeretes, hogy valamely sérülés a fennálló cukorbajt súlyosbítani, a lappangót pedig állandósítani képes. Vizsgálatainak célja töréseknél a szénhydrat anyagcsereváltozásait megfigyelni. Azt találta, hogy töréseknél és koponyasérüléseknél szabálytalanságok vannak a hyperglykaemiás reactio lefolyásában, anélkül, hogy a vizeletben a megterhelési próba előtt vagy után cukrot lehetne kimutatni. Szükségesnek tartja oly további vizsgálatok elvégzését, mely kimutatná a hyperglykaemia viselkedését a szervezet savbasis háztartásához viszonyítva. *Somogyi László dr.*

Cholecystographiánál eddig nem méltatott tünet klinikai jelentősége. *Blond.* (Klin. Wochenschr. 1929, 34. sz.)

12 órával a szokásos contrastanyag intravenás befecskendezése után az epehólyag árnyékán kívül a vastagbélben, a flexura hepatica szintjében is látunk contrastanyaglerakódást (depôt). Ezen észleléshez szerző jelentős következtetéseket fűz. 1., úgy élettani, mint 2. kórismézési szempontból.

1/a. Az eddigi megállapításokkal ellentétben a máj az éhségszakban is (éjjel éppúgy mint nappal) üríti contrast-epét a bélbe és így az epehólyagizomzat és a sphincter Oddi antagonismusáról szóló hypothesis tarthatatlan, mert bár az éhségszakban az epehólyag kiürülése nem mutatható ki, a papilla Vaterin át contrastanyag ürül a bélbe.

1/b. A béldepôt a máj működésének Röntgen-képen látható jele.

2/a. Normalis epehólyagárnyék és normalis béldepôt a papilla Vateri átjárhatóságát bizonyítja (kő és heg a hepatico-choledochusban kizárható).

2/b. Gyenge epehólyagárnyék és nagy depôt vagy az epehólyagnyálkahártya felszívóképességének csökkenését, vagy a valvula Heisteri szűkületét, esetleg a hepatico-choledochus kóros tágulását jelenti. Ha epehólyagárnyék nincs, ez béldepôt jelenlétében a ductus hepatico choledochus és a papilla Vateri átjárhatóságának és az epehólyag megbetegedésének jele. *Szabó István dr.*

Gyermekorvostan.

Nyúlra átvitt spirochaeta pallida latens syphilisben szenvedő csecsemő nyirokcsomójából. *Hamburger.* (Monatschrift f. Khlk., 42. k., 1/5. f.)

Öthónapos mesterségesen táplált, atrophiás csecsemőnél hónaljkúpban, inguinalis hajlatban, a mellkason az elülső hónaljvonalban, a 4. borda magasságában, a poplitealis és a cubitalis tájon, a kulcscsont alatti és feletti árkokban, a tarkó és az áll alatti tájon, a fül előtt és a fül mögött köles-borsónagyságú mirigyek léptek fel, melyeket jól el lehetett mozgatni, nem voltak fájdalmasak. A vérserum Wassermann-, Meinicke- és Sachs-Georgi-féle reactiója positiv volt, de semmiféle más lueses tünet nem volt nála. Az anyja kétszer ment férjhez, az első férjétől öt élő, egészséges gyermeket szült, a második férjétől ez az egy kihordott 3500 g-os magzata lett, ezenkívül kétszer abortált. Nyulak herélébe inoculálta a cubitalis és inguinalis hajlatból kimet-

szett nyirokcsomókat és a venás vért. A két első nyúl fertőződött, a harmadik nem.

Esete az első, amelyiknek a kapcsán sikerült kimutatni, hogy a lues congenita latens alakja is lehet fertőző, amit a gyakorlat számára fontosnak tart ismertetni. *Kiss Pál dr.*

A lues congenita kezelése spirociddal. *Tuscherer.* (Monatschrift f. Khlk., 45. k., 1. f.)

Eseteinek nagyrészét kizárólag spirociddal kezelte s csak néhánynál adott mellette Hg-t is. A spirociddal elért eredményei semmivel sincsenek az azelőtt alkalmazott salvarsan- és higany-, vagy bismuth-kezelés megett. Adagolása 3 napon át 1 × ¼ tabletta a 0·25 g-os tablettákból, 3 napon át 2 × ¼, 3 napon át 3 × ¼, 3 napon át 4 × ¼, 3 napon át 3 × ½, 3 napon át 4 × ½, 20 napon át 3 × 1 tabletta. A kezelés időtartama 41 nap s ezalatt összesen 21 g spirocidot adott a betegeknek. Ezután hat hét szünetet tartott s ekkor végezte az első kezeléssorozathoz teljesen hasonlóan a második kezeléssorozatot. Fontosnak tartja a kezdeti kis adagot s a fokozatos, megszakítás nélküli emelését az adagoknak, hogy az arsen (a spirocid 27% arsent tartalmaz) sorozatos bevitele ne szakadjon hirtelen meg. A klinikai tünetek a kezelés 3—4. hetében eltűntek, a vérserum Wassermann-reactiója a legtöbb esetben már az első kezeléssorozat után negativ lett. *Kiss Pál dr.*

Az empyema kezeléséről. *Haas* (Zeitschrift f. Kinderhlk., 48. kötet.)

A müncheni gyermekklinikán 1908—1922-ben a két éven aluli gyermekek empyemájának kezelése 77% halálozással járt. Újabban *Bülau* módosított eljárását használják. Eredményeik meglepően jók, mert a halálozás csupán 22·2%. Az eljárás legnagyobb előnye, hogy elkerüli a pneumothoraxot, a műtéti beavatkozás csekély fokú, a genylefolyása biztosított. *Steiner Béla dr.*

Szemészet.

Calciumtherapia a kezdődő szürkehályognál. *Hildesheimer.* (XIII. internationalis szemészcongressus.)

Az öregkori szürkehályag minden kezelés nélkül is stationaer maradhat; lefolyása és befolyásolhatósága az egyes formái szerint nagyon különböző. Előadó 10 év óta ad rendszeresen belsőleg jódkaltidot (jód- és calciumcombinatio), továbbá ana 2—3%-os Na. jodat. és Ca. chlorat. szemcseppeket. Incipiens senilis katarakta 80, állandó megfigyelés alatt álló esetében a folyamat nem, illetőleg alig haladt előre, úgy, hogy extractióra egyszer sem került sor. Az, hogy jód-calcium használat után a lencsemyopia csökkent és néha a homályok is tisztultak, arra utal, hogy a csarnokvízbe jutott anyagok vízszívó hatással voltak a lencsére, amelyből a folyadékkal telt rések és cseppecskék tartalma kidiffundált. Tekintettel arra, hogy fiatalkori kezdődő hályognál latens tetania gyakran kimutatható — ami szintén a Ca-anyagcsere zavarára mutat —, szerző arra gondol, hogy öregkori kezdődő hályognál is a parathyreoidea elváltozása lesz található. *Dallos József dr.*

Hortega-sejtek a retinában és a látóidegben. *E. Lopez.* (XIII. internationalis szemészcongressus.)

Az ép retinában egyéb sejtféleségek mellett aránylag háttérbe szorul a mikroglia. Sejtjei azonban, ha közvetlenül nem is érintkeznek egymással, nyúlványaikkal összefüggő hálózatot alkotnak. Hasonlóak a viszonyok a látóidegben és a chiasmában is. Az ideghártyának főleg belső plexiformis rétegében, továbbá a ganglionsejtben és idegrostrétegben találhatók; ez a három legbelsőbb ideghártyaréteg képezi együtt a Hortega-sejtek zónáját. Kóros folyamatoknál a mikroglia sejtjei feltűnően megszaporodnak, nyúlványaik megrövidülnek, sejttestük duzzad, alakját veszíti, amellett számtalan phagocytált zárlatot tartalmaz. A mikroglia élettani szerepe bizonyára a szétesett szövetek eltakarítása; így jönnek létre a különböző: pálcikás, rácsos, zsírcseppes sejtformatiók. Minden olyan kórfolyamatnál, ahol a szövetek degenerálnak, beolvadnak, ilyen sejtalakok mindenkor találhatók. Előadó csatlakozik *Rio de Hortega* felfogásához, amely szerint a mikrogliasejtek a központi idegrendszer makrophagjai. *Dallos József dr.*

Hasábos szemüvegek a concomitáló kancsalság korai gyógyítására. *C. H. Sattler.* (XIII. Internationalis Szemészcongressus.)

Előadó olyan kancsal gyermekeknél, akiknek kancsalsága nem volt nagyfokú, akiknél azonban törési hibájuk teljes correctiója sem szüntette meg tökéletesen a kancsalítást, correctiós üvegüknek hasábbal való combinatiója által (akár 20°-nyi mindkét oldalt) megkísérelte a binocularis látást és helyes mélységbecslést elérni, a fusiókényszert erősíteni és a fusióközt (Fusionsbreite) tágítani. Ily módon képes volt kancsalsági amblyopiákat visszafejleszteni és a visszaesést megakadályozni. 135 prismás szemüveget hordó gyermek közül 57-nél biztosan kimutatható volt a jó binocularis, sőt stereoskopos látás; ezek közül 27-nek régebben erős kancsalsági amblyopiája volt. Utóbbiaknál a hordott prisma erőssége átlag 12°-nyi volt. Minél régebb óta áll fenn a kancsalság, annál nehezebb binocularis látást elérni, a kancsalságnak tehát már kezdeti szakában kellene hasábos szemüvegeket hordatnunk. *Dallos József dr.*

Oligodendroglia a látópályákban. *E. Lopez.* (XIII. Internationalis Szemészcongressus.)

A Rio de Hortega-féle oligodendrogliát, amely a fibrosus és protoplasmaticus glia mellett a központi idegrendszerben ezektől független és velük egyenrangú harmadik gliaféleséget képez, előadó a corpus geniculatumtól egészen a lamina cribrosáig a látópályákban is ki tudta mutatni. Az oligodendroglia sorokba rendezett sejtjei kerek, chromatindús magvúak, protoplasmájuk kevés. Nyúlványaik számosak, kilépésük után hamarosan T-alakúan kettéágazva finom hüvelyként veszik körül a velőshüvelyű rostokat; az oligodendroglia különben is a peripheriás idegek Schwann-féle sejtjeivel homolog és ezekhez számtalan átmenetet képez.

Dallos József dr.

A glaukoma kísérletes gyógytanáról. *Groenholm.* (XIII. nemzetközi szemészcongressus Amsterdam, 1929.)

Felszólaló Helsingforsban kipróbálta glaukománál az adrenalin subconjunctivalis injectióját 61 esetben. Ezek közül 36-nál levált a tensio, 11 esetben emelkedett és 14-nél nem változott. Általában inflammatorius glaukománál közömbös vagy rossz volt a hatás, glaukoma simplexnél pedig mindig jó. Jó hatást látott tensioemelkedéseknél a szemteke massálásától is, amikor természetesen a medicamentosus therapia is alkalmazandó. A glaukomás betegek ne legyenek sötétben, náluk a védőüveg kerülendő. A fény általi pupillaszűkület jó hatással szokott lenni glaukománál. *László György dr.*

Urologia.

Az ureterovesicalis billentyűről. *Ch. M. Gruber.* (The Journ. of Urol., XXII. köt., 1. sz.)

Az ureterszájadék záródásában és a regurgitatio meggátlásában három fontos tényező szerepel. Az első az intramuralis ureterrész ferde lefutása, második az ureterovesicalis billentyű, mely tulajdonképen az ureternyílás külső és belső ajka között vitorlaszerűen kifeszülő vékony nyálkahártyalemez és harmadik a Bell-féle izom, mely a billentyű záródását elősegíti. Miután a reflex létrejöttének feltételeiről egységes nézet még nem alakult ki, szerző ilyen irányban vizsgálatokat végzett. Kísérleteit kivágott emberi és állati (kutya, macska, majom, tengerimalac és házinyúl) húgyhólyagon végezte, melyet úgy távolított el, hogy az a húgycsővel és az ureterek egy részletével összefüggésben maradjon. Ezután a húgycsövet lekötötte s a hólyagon ejtett kis metszésből a jobb ureterszáj ventralis felét eltávolította, majd a hólyagsebbe fémtubust helyezve, fölötte a hólyagfalat szorosan elzárta. A hólyag töltése phys. NaCl. vagy Ringer-oldattal történt a tubus egyik oldalesövével összekötött edényből, melynek emelésével, vagy süllyesztésével az intravesicalis nyomást fokozta vagy csökken-

tette. A tubus másik oldalcsöve, valamint az ureterekbe szorosan rögzített fémcanuleök egy-egy manometerrel voltak összekötve. Az intravesicalis és intraureterikus nyomás változását elektromágneses írószerkezet registrálta. A kísérletekből kiderült, hogy a sértett ureternyíláson át regurgitatio bármely nyomás mellett bekövetkezik s az ezen oldali ureterben a nyomásfokozódás pontosan követi az intravesicalis nyomás fokozódását. A sértetlen oldalon nyomásfokozódás az ureterben nem következik be, vagyis itt regurgitatio nem jön létre. Kivételt csak házinyulak képeztek, mert ureternyílásuk zárókészüléke (Bell-féle izom) hiányosan fejlett.

Régebbi szerzők hasonló kísérleteiket túlsok folyadék felhasználásával, tehát igen magas nyomással és narkosisban végezték, ami egyrészt a billentyű elégtelenségéhez, másrészt a síma izmok elernyedéséhez vezetett. Ezért tudtak refluxot ép ureternyílás mellett is előidézni.

Sas Lóránt dr.

A pyelographiás eljárások kapcsán látható vesemedenceextravasatumok kérdéséhez. *F. Fuchs.* (Zeitschr. f. Urol. Chir., 23. köt., 3. füz.)

Pyelographiánál szerző és mások a kelyheken túlterjedő árnyékot találtak némely esetben. Véleménye szerint, mint már egy régebbi közleményében is kifejtette, valószínűtlen, hogy a contrastfolyadéknak a venákba való átjutása pyelographián látható legyen, mert egyrészt a feszülés érzésekor a töltést megszüntetik, másrészt mert a véráram az esetleg oda bejutott contrastanyagot azonnal tovaviszi. Ily árnyékot adó eseteknél corrosiós praeparatumokkal való összehasonlítása után azt találta, hogy ezek egy része initialis pyelum extra vasatumok nagyobb része pedig kifogástalanul teledő húgycsatornácskák által adott árnyékok. Az eddigi irodalomban ismertetett szabálytalan árnyékképződéseket öt csoportba osztja: ú. m. 1. szarvalakú árnyék, melynek alapja a fornix calicis (initialis sinus extravasatum); 2. Árnyékvonalak, melyek az előbbinél lényegesen hosszabbak, a kehelyfaltól a kéreg felé haladnak, vastagságuk nem változik (lymphspaltfüllung); 3. Nyaláb- vagy ékalakú árnyék, ami a papilla csúcsától indul ki s a kéreg fele szélesedik, (tubulus injectio); 4. Ívelt lefutási árnyékvonalak, melyeknek domborulatán radialis elhelyeződésű lágy árnyvonalak helyezkednek el (pyelovenosus reflux); 5. Nem világos, homályos képek, az 1—4 combinatióig. Extravasatumok jelenlétekor pyelographiánál a fájdalmak fokozódhatnak, — egy esetét ismerteti, melynél pyelographia után collapsus lépett fel. Különböző szerzők casuistikájából idéz, miből kitűnik, hogy a vesemedence extravasatumok fellépését megkönnyíti különféle anatomiai elváltozásokat előidéző megbetegedések.

Kertész László dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Wissen und Glauben in der Medizin. *Von Prof. Dr. Otfried Müller.* 1929. Verlag von Ferdinand Enke in Stuttgart. 44 oldal. Ára fűzve 2·50 *M.*

A tübingai egyetem belgyógyászati klinikájának igazgatója a stuttgarti Vörös Kereszt Egyesület közgyűlésén tartott előadásában a hitnek az orvosi tudományban való szerepével foglalkozik. Kijelenti, hogy az idealismusnak és a hitnek ellenzői, a nagy realisták és exact tudósok az előtt a dilemma előtt állanak, hogy vagy skeptikusokká válnak és lemondanak arról, hogy a lét lényegébe betekinthessenek, vagy pedig olyan ideálokat és hitelveket ismernek el, amelyek hajlamuknak leginkább megfelelnek. Olyan választ előtt már több ízben állott az emberiség. Így midőn a negativistikus görög philosophiától *Jézus* positiv ideáljaihoz menekült és másodszor, midőn *Kant* belátta, hogy *Humenak* skepsise hosszabb időre nem tudja kielégíteni az emberi lelket. A therapia újabban ismét vallási momentumokat illeszt be működési körébe, különösen a psychotherapia minden ága, legyen az akár psychoanalysis, akár a sokféle suggestio bármely válfaja. Mindegyiknél el kell ismernünk, hogy a hit gyógyít. *Müller* különösen *Pál* apostol leveleiből idéz erre vonatkozó olyan kijelentéseket és tanácsokat, amelyek a legmodernebb therapiában is helyet foglalhatnak. Előadásai végén *Goethet* idézi, aki *Eckermann*nal folytatott beszélgetéseiben sokszor foglalkozott a hitnek gyógyító hatásával.

Vajda Károly dr.

Magenkrankheiten, ihre Diagnose und Therapie. *O. Porges.* (Urban és Schwarzenberg. Bécs—Berlin, 1929.) Ára fűzve 8 *M*,; kötve 9·60 *M.*

Ezen 180 oldalra terjedő munka tulajdonképen a szerzőnek a bécsi orvostovábbképző tanfolyamokon tartott előadásainak összefoglalása. A kizárólag gyakorlóorvosoknak írt könyv 12 előadásban tárgyalja a gyomorbetegségek diagnostikáját és therapiáját. A diagnostikai résszel meglehetős röviden foglalkozik, de ezen rövidség mellett is megtaláljuk mindazt, ami egy helyes diagnosis megállapítására nélkülözhetetlen. A pathologiás rész tárgyalásánál az egyes kérdéseket könnyen érthető módon világítja meg; több kérdésben pedig egyéni felfogásával találkozunk. Így a gyomorsecretio zavarai a hyperaciditás, hypersecretio és gyomornyálkahártya egymáshoz való viszonyát érdekes, új egyéni felfogásával fejtegeti. Ugyancsak egyénileg és szigorú kézzel bánik a gyomorneurosis kérdésével. A mindvégig érdekes, fontos gyakorlati értékű s legmodernebb tudással megírt könyvet melegen ajánljuk kartársaink figyelmébe.

F. E. dr.

Leitfaden der Medizinisch-Klinischen Propädeutik. *F. Külbs.* (Julius Springer, Berlin, 1929.) Ára 6·60 *M.*

A szerző ezen könyvével igen értékes vezérfonalat adott a hallgatóság kezébe, melyből könnyen tájékozódhat a belgyógyászat alapfogalmairól. Világosan és könnyen érthetően foglalkozik mindazzal, ami a propaedeutika körébe tartozik. A könyv két részre tagozódik; az általános és specialis diagnostikára. Első részében a legnagyobb alapossággal tárgyalja a percussio, auscultatio, inspectio és palpatio tünettanát s ugyanilyen alapos a specialis részben az egyes szervekkel kapcsolatos diagnostikus kérdésekben. Ezen fejezetben foglalkozik a laboratoriumi vizsgálatokkal is. Vannak azonban fejezetek, melyek túlrövidek, így az anyagcserebetegségek s az idegrendszer megbetegedéseinek diagnostikáját úgyszólván csak „schlagwortok"-ban tárgyalja. Nagy előnye azonban a könyvnek a számos és igen szemléltető ábra, amivel megkönnyíti a klinikumban még járatlan hallgató tanulmányát.

F. E. dr.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület november 16-i ülése.

Elnök napirend előtt kegyeletes szavakkal emlékezik meg az Egyesület elhúnyt egykori tagjáról, *Szontagh Félix* professorról, majd üdvözli a vendégelőadót, prof. *Ferdinand Sauerbruch*ot és felkéri előadásának megtartására.

Előadás: *Fortschritte in der Lungenchirurgie.* Őszinte örömmel állapítja meg, hogy a háború után a különböző nemzetek közti kapcsolatot elsősorban az orvosok tapasztalataiknak kölcsönös kicserélésével mozdítják elő. A tüdősebészet e század elején még igen szerény keretek között mozgott; a világháború és az azt követő ú. n. spanyol influenzajárványok alatt szerzett tapasztalatok a tüdősebészet terén az orvosok felfogását és tudását lényegesen gazdagították és a sebészek feladatait nagyon kibővítették. Rövid történeti áttekintés után felhívja a figyelmet arra a nagy különbségre, ami a hasüregben és a mellüregben lezajló physiologiás és kóros folyamatok között fennáll, t. i., hogy míg a hasüri sebzések többnyire rostonya kiválásával összetapadnak, addig a mellüregben létrejövő sérülés kapcsán mindig savós izzadmány fejlődik. Ennek az a következménye, hogy a mellüreg sérüléseinél sokkal könnyebben lépnek fel oly szövődmények, amelyek a gyógyulást veszélyeztetik. Újabb kutatások alapján megállapítást nyert, hogy a bronchiektasiák, amelyek oly súlyos szövődményekhez vezetnek, az alsó tüdőlebenyek veleszületett fejlődési rendellenességeiben lelik magyarázatukat és a gyermekkorban végzett bal alsó lebenykiirtás (ez a megszokott helye) radicalis gyógyulást eredményez. A különböző tüdőelváltozások sebészi kezelésének ismertetése közben kifejti, hogy a tüdőtályogok a genyüregnek megszűkítése által elhatárolódnak, kifelé törnek és így sebészi kezelésük jó eredménnyel kecsegtet. Előadja azon esetet, amely ezen eljárásra az eszmét adta. Egy 63 éves kartársának középső tüdőlebenyében tályogja volt, előadó paraffinplombával az üreget nyomás alá helyezte, ezáltal a fal

elhalt, a tályog megnyilt, a geny kiürült és a beteg meggyógyult. A bronchiektasiák, nézete szerint, veleszületett tüdőtömlők. Ha ezen tömlőket idejében sebészi beavatkozással kihámozza, a betegek teljesen meggyógyulnak. Hangsúlyozza, hogy a tüdőrák-esetek nagyon megszaporodtak, klinikai megkülönböztetésük a tüdőtályogtól igen nehéz. A tüdőrákok gyakoribb előfordulását a városok nagy automobilforgalmával, illetve a benzinégési termékeknek a tüdőkre gyakorolt káros hatásával magyarázza, hasonlóan mint a paraffin- és kátránnyal dolgozó gyárimunkások tüdejében könnyen rák fejlődik. Előadó határozottan állást foglal az egyoldali tüdőtuberculosisnál használatos mesterséges légmell erőszakos alkalmazása ellen a tüdő nyugalomba helyezése céljából. Az a tapasztalata, hogy a tüdőszövet gyakran beszakad a légmell készítésekor és ez könnyen vezet fertőzéshez és elgenyedéshez; az így kezelt betegek nagyrésze pár év alatt elpusztul. Elítéli azon álláspontot, hogy a belgyógyászok végezzék ezen sebészi beavatkozást, mert nem rendelkeznek a szükséges sebészi előképzettséggel. A tüdőechinococcus új sebészi kezelésének lényegét az az eljárás alkotja, amelyet Spanyolországban a pásztorok végeznek, hogy t. i. a tömlőket éles kanállal kikaparják. Ezt csinálja ő is és műtétei kitűnő eredményt adnak. Végül rátér a tuberculosisnak *Gerson* és *Herrmannsdorfer* által kidolgozott diactás gyógykezelésére. Nincs azon véleményen, hogy ezen gyógykezelést mint a legnagyobb csodát állítsa oda az eddig gyógyíthatatlannak látszó lupus- és egyes csont- és izülettuberculosis-esetekben, mint azt a napilapok híreszteltek. Nemrégen *Jezionek* egész sorozatát mutatta be az azelőtt gyógyíthatatlan lupuseseteknek, amelyek a diaetás gyógykezeléssel teljesen meggyógyultak. Ami a tüdőtuberculosist illeti, klinikáján hat éve folynak diaetás kísérletek, de végleges következtetéseket még nem szabad levonni. Annyit mondhat, hogy eleinte a diaetás kezelést egyedül alkalmazták, most azonban arra vonatkozólag folynak kísérletek, hogy a diaetát más kipróbált eljárásokkal együtt alkalmazzák. Az előadást Röntgen-felvételek bemutatása fejezi be.

A nagy tetszéssel fogadott rendkívül érdekes és tanulságos előadást Elnök meleg szavakkal köszöni meg.

(Az előadás egész terjedelmében az „Orvosképzés"-ben jelenik meg.)

A Charité Poliklinika november 1-i ülése.

Bemutatás.

1. **Balassa L.:** 28 éves nőbeteget mutat be, akinél rendes lefolyású terhesség és szülés után 4 héttel a bal arcfélben környéki jellegű facialis paresis jelentkezett, majd az ezt követő egy hét alatt az összes végtagokra átterjedő paresis, és az összes idegtörzsek igen fájdalmasak lettek. A neurologiai vizsgálat baloldali környéki facialis paresis maradványát, az összes végtagok petyhüdt paresisét, a felkar inreflexeinek renyheségét, az alsó végtagok inreflexeinek hiányát, az idegpontok fájdalmasságát mutatta ki. Kóros reflexek nem voltak.

A betegség a polyneuritisek dyskrasiás csoportjába tartozik, nem septikus alapon kifejlődő polyneuritis puerperalis.

Gál H.: Megemlíti, hogy a terhesség alatt is fordulnak elő néha neuritisek. Két esetet észlelt, amelyeknél a nervus trigeminust érte a bántalom, a panaszok az egész terhesség alatt fennállottak, minden kezeléssel dacoltak és csak a szülések megtörténtével szűntek meg. A petéből származó toxikosis oka az ilyen neuritiseknek, úgy, mint sokan az eklampsiát is így magyarázzák.

2. **Bruckner E.:** Polyneuritis néha már a terhesség alatt is felléphet, rendszerint súlyos hyperemesis kíséretében. Főkép a nev. medianus és az ulnarisra szorítkozik. Míg a gyermekágyi polyneuritis legtöbbször az alsó végtagokon veszi kezdetét és innen terjed fölfelé. Súlyos esetekben puerperalis infectio az oka. Graviditas alatt csakis sürgős megszakítás jöhet tekintetbe.

Előadás.

Cserna I.: *Thromboangiitis obliterans.* A klinikailag és pathologiájában teljesen egységes kórkép tüneteit, diagnostikáját és kórbonctanát ismerteti. A tüneteket, melyeknek alapján a diagnosis igen egyszerű, a *Charité* poliklinikai osztályán fekvő és ambulantiáján kezelt betegeken mutatja be. A kórszövettani elváltozásokat egy régebben közölt, boncolásra került esete és amputatiók kapcsán nyert szövettani készítményeken demonstrálja. A betegség ismeretére vonatkozó irodalom ismertetése kapcsán a kórokra vonatkozó különböző felfogásokat világítja meg, melyek a betegség aetiologiájára nem adnak elfogadható magyarázatot, minthogy a kórkép keletkezésében endogen factorok játsszák a legjelentősebb szerepet. Az alkati változások kapcsán a csökkent szöveti gázcserét igazoló kísérleteiről is beszámol, melyekben az arteriás és venás vér oxigentartalma közötti különbség thromboangiitis obliteransban szenvedő betegeknél a normalistól igen eltérő viselkedést mutat. A therapia eddigi állásáról is összefoglaló ismertetést nyujt.

Gellért E.: Három eset kapcsán a thromboangiitis balesetügyi vonatkozásait világítja meg.

Körmöczi E.: A Charité kórházában az utóbbi két év alatt két thromboangiitisben szenvedő beteget ápoltak. Konyhasóbefecskendezéssel sikerült a fájdalmakat csökkenteni és a betegség egy darabig latenssé lett.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület ideg-és elmekórtani szakosztályának november 8-i ülése.

Zerkowitz A. (mint vendég): *Koponyaüri folyadékelvonás gyógyszeres úton.* Vizsgálta egyrészt a bőr és a központi idegrendszer vízforgalmának viszonyát, másrészt a vér osmosisos nyomásváltozásának hatását a koponyaüri folyadékmennyiségre. *McClure* és *Aldrich* módszerével az intracutan injiciált sóoldat felszívódási idejét mérve, a bőr és a központi idegrendszer vízforgalma között gyakorlatilag felhasználható összefüggést nem talált. Viszont a vér osmosisos nyomásával a koponyaüri folyadékmennyiség is megváltozik. *Sarbó* ajánlatára peroralis konyhasóetetést és hypertoniás szőllőcukorinfúziót alkalmazott (50% glukose-oldatból 20—100 cm^3). Konyhasót egyes hydrokephalus esetekben adott. A szőllőcukor-infúsió agydaganatokra, hydrokephalusra, epilepsiára, érgörcsös állapotokra, agyoedemára igen kedvező hatást gyakorolt. *Licskó* bemutató egyik betegénél a szemfenék 6 illetve 8 dioptriás pangásának mindkét szemen két dioptriával való csökkenését észlelte, öt perccel az 50 cm^3 50%-os glukose befecskendezése után.

Ranschburg P.: Osztályán két éve alkalmazzák a folyadékelvonás valamennyi módszerét. Epilepsiánál megbízható eredmény nem mutatkozott. Chronikus hydrokephalus esetei sem javultak sem cukor-, sem sókezelésre. Acut esetben, 21 éves leánynál, a pangásos papilla, fejfájások, szédülések eleinte glucovenre feltűnően javultak, de a gyógyulást az intensiv csapolás hozta meg. Luesmentes, tuberculosises lánynál tumorszerű fejfájások, súlyos pangásos papilla- és látásromlás bismuthkezelésre rapide gyógyultak.

Sarbó A.: Kiemeli a vízelvonásos eljárásoknak agydaganatok esetében való alkalmazását. Előnyük, hogy eltüntetve az általános agynyomásos tüneteket, localis kórjelzés lehetőségét segíti elő, másrészt az operativ beavatkozást az agynyomás csökkentése útján könnyebbé, illetve az agynak műtét közben előforduló előesését elkerülhetővé teszi.

Fejér A.: Francia szerzők 30—40 cm^3 dest. víznek venába való fecskendése által a liquor nyomáscsökkenését idézték elő. Hypertoniás dextrose intravenás adásakor a vér felhigulása következik be, valamint akkor is, ha a *Sarbó* inaugurálta peroralis konyhasómódszert alkalmazzuk (*Veit*).

Keller K.: Hypertoniás oldatoknak intravenás bevitelére a vérpálya felé történő folyadékáramlás még akkor is csekély, ha a hypertoniás oldat osmosisos nyomása szokatlanul magas (lásd *Keller* 1921-ben a Jendrássik-klinikán végzett vizsgálatait). Az oldat u. i. a hajszálerekben alig fejtheti ki vízszívó hatását, mivel az oldott anyag nagy része már az első negyedórában az oldószerrel együtt átlép az érfalon és a szövetnedv osmosisos nyomását fokozva, ellenirányú folyadékáramlást indít meg a vérpálya felől a szövetnedvbe. A *Sarbó* által bevezetett tartós peroralis konyhasóadagolás jó hatását úgy értelmezi, hogy a szervezetben folytonosan szaporodó konyhasó idővel oly vízkötést tart fenn, mely hypertoniás oldatoknak intravenás bevitelével legfeljebb állatkísérletben hozható létre.

Sandelhausen M.: Ajánlatosnak tartja a papilla vizsgálatával kapcsolatban a szem tensiójának vizsgálatát. Az ily irányú kísérletek szerint hypertoniás NaCl vagy dextrose-oldat intravenás injectiója után a szem tensiója is lényegesen csökkent. Egyébként is igen közelálló a csarnokvíz és a liquor cerebrospinalis vegyi párhuzama.

Lehoczky T.: *A gerincvelő traumás sérülésének egy esete.* 30 éves férfibetegét három évvel ezelőtt hátbaszúrták. A betegnél jelenleg atypusos Brown—Séquard-syndróma észlelhető, amely abban áll, hogy a spastikusan bénult végtagon is van érzészavar. A gerincvelői sérülésnek a 10. háti szelvény magasságában kellett történnie. A mélyérzés zavarának hiánya a hátsó kötelek ép voltát, az azonos oldali érzészavar a túloldali spinothalamikus pálya sérülését bizonyítja. Utal arra a kérdésre, hogy az érzőrostok ezen pályán belül milyen elrendeződésben futnak. Sebészi beavatkozásnak — a Röntgen- és a lipjodolos töltés tanúsága szerint — esetében semmi értelme nincs.

Ranschburg P.: Többszáz esetben sérült idegtörzsek endoneuralis lysise alkalmával végzett villamos vizsgálatai meggyőzték arról, hogy a különböző érző illetve mozgató rostok határozott topographiájú csoportokban vonulnak az idegekben (*Stoffel*). Ezért logikus követelménynek tartja, hogy bizonyos topographikus rend álljon fenn a gerincagy kötegeiben is.

Schaffer K. Jelenleg 40 éves asszony 4 év előtt a jobb lapocka táján érzett erős, fej felé sugárzó fájdalmakat. Két év előtt ezek a jobb karba is lesugározva, a járás kezdett romlani, mely három évvel a klinikai felvétel előtt, teljes paraplegia lumbalisba ment át. Felvételkor még a felső végtagok gyengesége, továbbá a 4. háti dermatomáig terjedő és minden qualitást igénybevevő anasthesia volt megállapítható. Vizeletét nagy erőlködéssel volt képes üríteni, makacs obstipatio. A gerinccszlop, bár a hátiszelvényben kopogtatásra érzékeny, de Röntgen-képen semmi elváltozást nem mutatván, tekintve a bántalomnak négy év alatt való előrehaladását és az idegállapot súlyos voltát, intraduralis, de egyúttal extramedullaris daganatra történt diagnosis, mert érzésdissociatio tünete nem volt jelen. A lipiodolos stopp az 5—7. csigolyák magasságában volt kimutatható. *Verebély* professor által végzett műtét alkalmával a gerincoszlopoknak az előrejelzett helyen (4. háti és a legalsó nyaki csigolya között) történt feltárásakor a dura feszes volt és felmetszve egy 7 cm hosszú, 1½ cm széles sárgás daganat ült a gerincvelő háti felszínén; a szövettani vizsgálat szerint sarkoma. Síma gyógyulás után a beteg egyre jobban visszanyeri motilitását, mely ma egészen rendes, szintúgy rendesek lettek a sensibilitas viszonyai is. Az utóbbi hetekben gyomortáji panaszok jelentkeztek, melyek alapjául a Röntgen-vizsgálat hasüri daganatot jelez, mely ha az intraduralis daganatot elsődlegesnek vesszük, másodlagosnak tekinthető.

Krausz S.: Sikerrel operált (*Lobmayer*) extraduralis gerincvelői daganata kapcsán kiemeli, hogy esetében a rossz előzetes kilátások ellenére, a sebészi beavatkozás nagyfokú javulást eredményezett. A tumor kórszövettanilag a dura által physiologiás körülmények között is termelt csontlemez hypertrophiának bizonyult.

Ranschburg P.: *Krausz* esetében a durát teljesen épnek, a tumort 10—12 mm hosszú, 6—7 mm széles, sarjszövettel fedett, csontkemény, teljesen merev tömegnek találta. Ezzel szemben egy későbbi boncolatnál a kórbonenok által a spinalis dura belfelületén demonstrált csontszerű lemezkét legfeljebb 1/10 mm vastagságúnak és 3×4 mm kiterjedésűnek találta. Az irodalomban nem talált adatot arra, hogy ily lemezkék hypertrophia útján klinikailag tumorszerű tünetekhez vezettek volna.

Sarbó A.: A *Krausz* által említett sarjszövettel kapcsolatban utal arra, hogy a *Horsley* által operált legelső gerincvelői daganatban, valamint saját első ilynemű esetében tuberculosus sarjszövet volt észlelhető.

Donáth Gy.: 1898-ban leírt erős ijedtség után fellépő görcsös eszméletlenségi rohamot 23 éves fiatalembernél. A beteg órákig tartó status epileptikusban halt meg. Boncolásnál galambtojásnyi osteomát találtak, mely a polus frontalistól 2 cm-nyire kezdődött és a sulcus Rolandii-ben végződött. Agyhártyával, vagy koponyacsontokkal nem állott összefüggésben.

Minich K.: A keményburok lemezei között, különösen a sarlónyulványban gyakran észlelhetők olykor valódi csontszövetből álló, akárhányszor több centiméter hosszú, keskenyebb és szélesebb, közepükön 2—3 mm-nyi vastag, egyenetlenül csipkés, tövises szélű lemezek. Ezek legtöbbször klinikai tüneteket nem okoznak. A gerinccsatornában csak egészen kisterjedelmű és vékony tojáshéjra emlékeztető meszes lemezeket talált, de az agyi keményburokhoz hasonló csontosodásokat nem észlelt. Lehetségesnek tartja, hogy a polyklinikán észlelt esetben azon körülmény, hogy a csontos lemez az aránylag szűk gerinccsatornában jutott kifejlődésre okozta a klinikai tüneteket. A szövettani leletben nincs szó arról, hogy a csontszövet körüli sarjadzásszövet milyen természetű, ezért az eset nem tekinthető teljesen tisztázottnak.

Minich K.: *Horpadásos lyukasztó koponyatörés esete.* Esetében, amelyben a halál szívszúrás következtében állott be, a bíróság az iránt intézett kérdést, vajjon a sérült az egyidejűleg elszenvedett koponyatörés és mellkasi sérülés elszenvedése után a földről felkelhetett és 12 illetve 23 lépésnyi utat megtehetett-e. Az exhumált koponya vizsgálata alapján kétségtelen, hogy a horpadásos lyukasztó törés a bal falcsont azon helyén jött létre, ahol az agyvelőben az ellenoldali felső végtag mozgató központja van. Mivel pedig a lyukasztó eszköz legalább 25 mm-nyi mélységig hatolt a koponya ürébe, kétségtelen, hogy az ellenoldali felső végtag bénulása a mozgató központ roncsolása következtében az ütés elszenvedésével egyidejűleg állott be, tehát a sértett a kezében tartott kést egyidejűleg kiejtette a kezéből, de a szenvedett szívsérülés dacára nemcsak fel tudott kelni a földről, hanem akár 23 lépésnyi utat is megtehetett.

A Magyar Orvosok Röntgen-Egyesületének október 30-i ülése.

1. **Mészöly P.:** *Koponyatörés nagy impressióval.* A beteg fejére fél éve munkaközben nagyobb kő esett. Eszméletlenül feküdt néhány napig vidéki kórházban, azóta gyakori fejfájásai vannak, de más panasza nincs. A kétirányú felvételen a koponyatetőn egy körülbelül ezüst ötkoronás nagyságú csontlemez ívalakúlag benyomódott, a benyomódás a legmélyebb ponton majdnem másfél, a széleken körülbelül fél centiméternyi. Érdekes eset, hogy ilyen nagyterületű koponyatörés gyógyult és fél év mulva gyakori fejfájáson kívül más tünetet nem okozott.

2. **Pavlik M.:** *Tüdőlues esete.* A szerzett syphilis a kórboncnokok szerint igen ritkán hoz létre tüdőelváltozásokat. Két formája lehet: interstitialis chronikus gyulladás és gummák. Localisatiójuk a hilustájék, jobb középső és az alsó lebenyek. A Röntgen-kép a kórbonctani felosztásnak megfelelő. Interstitialis gyulladásnál a hilustól sugárszerűen szétágazó vaskos kötegezettség, esetleg nagyobb infiltratio; gummánál élesen határolt, kerek árnyék.

Az eset a Szt. Rókus-kórház Röntgen-laboratoriumában került vizsgálatra. 51 éves férfi nehézlégzéssel—köhögéssel kerül észlelésre az I. számú belosztályra. Anamnesis: 16 éves korában lágyfekély, első feleségének három abortusa volt. Klinikailag a hilusok felett hátul tompult kopogtatás, gyengült légzés. Nagyerek hangja ékelt. Köpetben Koch negativ, Wassermann erősen positiv. Többnyire láztalan, ritkán és atypikusan subfebrilis. Röntgen-vizsgálat: mindkét hilus táján kisökölnyi, elmosódott, egyenetlen szélű homály, jobb oldalon ettől lefelé kb. két kisujjnyi árnyék vonul a rekeszig, melyen belül kötegezettség vehető ki. A tüdők többi része fátyolozott. Antilueses kúra megkezdése után 2 hét mulva: baloldalt a homály teljesen eltűnt, jobboldalt megkisebbedett, hilusok durván kötegesek. Dyspnoë alig van, bőséges köpet. A kúra befejezése után a lelet további javulást mutat, a hilusok kötegezettsége jól határolt. A dyspnoë teljesen megszűnt, a közérzet jó.

Nádor—Nikitits I.: A bemutató differentialdiagnostikai fejtegetései során megemlítette azt, hogy a Röntgen-felvételek látható képe nem jellemző tuberculosisra, mert a csúcsok szabadok. Hozzászóló megjegyzi, hogy a tüdőcsúcs fogalma, bár klinikailag és röntgenologiailag nem azonos fogalmak, azonban *Aschoff* legutóbbi közvetítő ajánlata alapján közelebb állunk már. Ez alapon megfigyelt többezer vizsgálat után azt kell mondania, hogy az úgynevezett tüdőcsúcs elég gyakran, még a súlyos esetekben is szabad lehet, amint ezt különben számos szerző már kifejtette. *Assmann, Reecker, Simon, Kayser—Petersen, Baemeister, Lysttin* stb. többszörösen hangsúlyozták, hogy a tüdőcsúcs jelentősége a tüdőtuberculosis pathogenesisét illetően nem tagadható, de fontosságát még mindig sokszorosan túlértékelik.

3. **Nádor Nikitits I.:** *Korai subclavicularis tuberculosis infiltratum képében megjelenő tüdőinfarctus esete.* A bemutatott fölvételen a jobb kulcs alatt ékalakú intensiv, fölfelé elmosódott szélű homály látszik, melynek csúcsa a hilus felső részén nyugszik. A homályban egyenetlen szélű, diónyi felritkulás vehető ki. Ennek alsó részében horizontalis a felritkulás határa, szabad folyadékra jellemzően.

Amíg csak a Röntgen-képet vettük figyelembe, diagnosisunkat sequestrálódás stadiumában lévő korai tbc. subclavicularis infiltratumra tettük. A klinikai vizsgálat a megfelelő területen tompulatot, vegyes typusúba, hörgihez közelálló szétágazást jelzett. Az előzményekből megtudtuk, hogy a beteget 1 hét előtt hirtelen kirázta a hideg, azóta láza 38—39 C° napi maximum között ingadozik, remittálóan. Előbb bőségesen, majd mind kevesebb véres-rozsdás köpetet ürített. A jobb lapocka táján mérsékelt szúrást érzett. A hidegrázás föllépte előtt 2 héttel esett át cholecystektomián, közben 8 napig már teljesen láztalan volt. A klinikai diagnosis ezek alapján pneumonia, infarctus és korai tbc. subclavic. infiltratum között ingadozott (a beteg a pestújhelyi tbc.-kórházban operáltatott és észleltetett).

A pneumonia a Röntgen-kép alapján könnyen kizárható volt. A korai infiltratum ellen csak az a körülmény szólott elfogadható bizonyítékul, hogy annál a felritkulás, a cavumképződés (közel 50 esetből leszűrt tapasztalat alapján) csak a második hét végén indul meg legkorábban. A felvételen látható kép pedig a 3—5. hétben levő stadiumnak felelt volna meg.

A korai tbc. infiltratumok egyébként kb. 60%-ban hidegrázással, magas lázzal kezdődnek. A fájdalom, véres köpet ritkább.

Végeredményben a diagnosist a tüdőinfarctus csak a betegség további észlelése és lefolyása tette biztossá.

Bemutató részletesen kitér a Röntgen- és a klinikai differentialdiagnosisra *Kollmann, Bochm* és *Kühne, Chaoul, Zimmermann, Liebmann, Unverzagt* észleléseivel kapcsolatosan.

4. **Róna A.:** *Ritkább állcsonti leletek* között *a) állcsonti follicularis fogcystáról* számol be. A follicularis cysta a leendő fog folliculusából indul ki, míg a gyökércysta a gyökérfeletti granulómából veszi eredetét, amely rendszerint a fog körüli periodontium gyulladásának eredménye. Míg a radicularis cysták 80%-ban, addig a follicularis cysták csak 20%-ban fordulnak elő. A follicularis cysta képződésében az egész fog-folliculus résztvesz, főkép a folliculus burka és a zománcképződmény. A follicularis cysta a csont belsejében ülő, gömbalakú, élesen elhatárolt üreg, melynek fala teljesen síma és a cysta belső falát egy epithelréteg fedi. Tiszta, világossárga, néha kissé barnás folyadékot tartalmaz, amelyben cholesterinkristályok vannak. A cysta falának síma folytonosságát rendszerint a cystába beboltosuló fog megakasztja. *Magitot* és *Dupuytren* eseteiben számfeletti fogak okozták a cystát. Az is lehetséges, hogy a cystában több fogat találunk, ha fogcsíratúlproductióval állunk szemben.

A cysta növekedése igen lassú és fájdalmatlan. Mindig a kisebb ellenállású hely felé törekszik a cysta növekedése. Fejlődhet a Highmor-üreg felé is, ekkor a Highmor-üreg alapja benyomul annyira, hogy csak igen vékony lemez választja el a cystatömlőt a nyálkahártyától.

A cystatartalom elgenyedhet és ekkor a gyulladásos tünetek lezajlása után egy állandó kis fistulán keresztül zavaros váladék ürül. A fog fejlettsége, amely a cystában van, attól függ, hogy a fogfejlődés mely stadiumában érte a cystikus degeneratio. Miután a fog nem tud a felszínre kerülni, de állandóan előre törekszik, az akadályokra gyakorolt nyomás folytán a cysta falán lévő érhálózat mindig több cystafolyadékot választ ki. Így képződik a typikus follicularis cysta. *Perthes* szerint leggyakrabban a caninusok, majd a bölcsességfogak fordulnak elő a follicularis cystában. A kezelés tisztán sebészi *Partsch* szerint, aki azon alapgondolatból indult ki, hogy a cystaepithel genetikailag a szájüreg epitheljével rokon: maradandó communicatiót idéz elő a cystaüreg és szájüreg között azáltal, hogy a cysta elülső falát eltávolítja.

A bemutatott eset 30 éves nőbeteg, akinek elül a metszőfogak tájékán az ajak kissé elődomborodik, erősebb nyomásra fájdalmas.

A Röntgen-felvételen kitűnik, hogy a két első metszőfog gyökerei a nyomás következtében kissé széjjeltérnek, felettük a csont structurája nem látszik, a cysta határa élesen követhető, a cysta üregében két fogcsíra, a fejlődés kezdeti stadiumában. Két hónappal, később készített Röntgen-felvételen már műtét után van a beteg, a fog-folliculusok el lettek távolítva, fájdalmai nincsenek, az ajak elül már nem duzzadt, a maradandó fogakkal jól tud rágni. Az eset azért sorolható a ritkább follicularis cysták közé, miután számfeletti két fogcsíra okozta a cystát.

b) *Osteomyelitis* kiindulási helye a csontvelő, de létrejöhet haematogen úton is. Az állcsontban továbbterjedhet gyulladásos periodontalis folyamat folytán, vagy traumatikus alapon. Acut osteomyelitis a kezdeti stadiumban a Röntgen-felvételen alig mutat elváltozást. A második héten életlenül körülhatárolt, foltos, felhőszerűen rajzolt területek jelennek meg a csont belsejében. Hetekkel később demarkálódnak a levált sequesterek, amelyek a Röntgen-felvételen sötét vonallal határoltatnak. A heveny osteomyelitis rendszerint igen hamar az állcsontok kisebb-nagyobb területeinek elhalását okozza, máskor a hevenytünetek visszafejlődnek és chronikus gyulladásos tünetek mellett sipolyok támadnak a nyálkahártyán és a bőrön. — 25 éves férfi baloldali praemolaris és molaris táján az alveolaris csontrész a gingivától teljesen lecsupaszított és az áthajlási redőre gyakorolt nyomáskor bűzös, genyes váladék ürül. A Röntgen-felvételen a molaris és praemolaris táján a csontban harántul húzódó sötét vonalalakú árnyék húzódik az I. praem.-tól a II. molarisig. A fogak eltávolítása után a Röntgen-felvételen sötét vonallal határolt csontrész könnyen bevált a maxillából és egy nagy üreg maradt vissza, mely azonban két hét után teljesen behámosodott, úgyhogy a betegnek panaszai nincsenek.

c) Idegentest a Highmorban. 48 éves férfi jobb felső I. molaris foga fájdalmas. A Röntgen-vizsgálat disto-approximalisan nagyobb cavitást mutat a fogban közel a pulpához. E mellett azonban mint mellékletet a Highmorban idegen anyag árnyéka látszik; az anamnesisből kiderült, hogy 13 évvel ezelőtt állcsonti lövés érte, azóta a projectil a Highmorban volt, anélkül, hogy panaszokat okozott volna. Jelen panaszokat is csak a molarisban levő ideg gyulladása okozta.

Hrabovszky Z.: Radicularis cysta képében jelentkező epulis esetéről beszámolva, figyelmeztet a nalignitas lehetőségére.

5. **Györgyi G.:** *Duodenalis diverticulum.* A duodenalis diverticulum egységes klinikai tünettanát eddig megállapítani még nem sikerült. A betegek subjectiv panaszai részben ulcus, részben cholecystopathia, vagy carcinoma gyanúját keltik. A diverticulumok egy része panaszt egyáltalán nem okoz. A duodenalis diverticulum körjelzése kizárólag csak a Röntgen-vizsgálat segítségével lehetséges. A diverticulum lehet veleszületett és szerzett. A veleszületett diverticulum falának alkotásában a szerv minden rétege résztvesz. A szerzett diverticulumok a muscularis gyengített helyein — a vérerek és a mirigyek kivezető csöveinek átlépési helyein — a mucosa és a submucosa sérvszerű előreboltosulása által jönnek létre. A diverticulum keletkezésében pulsios és tractiós tényezők egyaránt résztvehetnek. A diverticulumban létrejövő pangás a diverticulum gyulladásos megbetegedéséhez, diverticulitishez vezethet. A gyulladásnak a környezetre való átterjedése következtében összenövés, peridiverticularis gangraena, abscessus, phlegmone, pankreasnekrosis, sőt általános peritonitis is felléphet. A duodenalis diverticulum Röntgen-tünetei a következők: a duodenum környezetében látható, éles, megmaradó árnyékfolt, ami mellett a pép többi része aboralis irányban továbbhalad. E folt a hátsó hasfallal szemben elmozdítható, rajta néha peristaltica mutatható ki. Néha a ductus choledochus és a ductus pankreaticus is kitelődik. A duodenalis diverticulumok az ulcusos alapon keletkezett áldiverticulumokkal szemben ama körülmény által különíthetők el biztosan, hogy a duodenum oly helyein keletkeznek, ahol ulcus pepticum nem szokott fellépni. A diverticulumok általában idős egyéneknél kerülnek észlelésre. A bemutatott három eset közül egyiknél hasmenéses panaszok állottak előtérben, a másik kettőnél a panaszok a has jobb felső quadránsában székelő megbetegedés gyanúját keltették. Az egyik esetben, a flexura duodenojejunalis diverticulumában, a contrastpép 48 órán túl időzött. A diverticulumok közül azok, amelyeknél nagyobbfokú pangás mutatható ki, műtétre valók. Kisebb diverticulumoknál a belgyógyászati therapia eredményei kielégítők. Azok a betegek, akiknél duodenalis diverticulum megállapítást nyert, orvosi ellenőrzés alatt tartandók avégből, hogy a netalán bekövetkező complicatiók esetén a műtéti beavatkozás halasztást ne szenvedjen.

Hrabovszky Z.: Nagy anyagában duodenum diverticulumot elég gyakran lát. A leggyakrabban előforduló Vater-papilla diverticulumok a duodenum helyzetének megfelelően (ptosis, adhaesiák okozta kihúzottság) a pars descendesen látszólag különböző magasságban találhatók. Differentiálás szempontjából figyel-

meztet 1., a pars horisontalis superior duodeni girlandképzésére, mely elég ritka rendellenesség, tapasztalata szerint többször nézték diverticulumnak. A tévedéstől megóv a duodenumnak is minden irányban való vizsgálata; 2., az epehólyag műtét utáni telődésére; 3., a duodenum körüli concrementumokra, meszesedésekre. Ezekre vonatkozó, valamint több duodenum-diverticulum célzott és seriafelvételeit demonstrálja. A diverticulumok célzott felvételére a Markó-féle ejtőkazettát, míg telődésük, alakváltozásuk, esetleges peristaltikázásuk demonstrálására a duodenalis seriakazettát tartja legalkalmasabbnak.

6. **Udvardy L.:** *Haemangiomás csontelváltozás a koponyatetőn.* 40 éves munkás körülbelül 3—4 m magas szalmakazal tetejéről leesett s eszméletét vesztette. Eszméletlenül hozták be a pécsi sebészeti klinikára; pulzusszám percenként 50, légzésszám 14. A beteg hörög, nagyfokú motorikus nyugtalanság észlelhető. Mindkét szemen, főleg a bal on, nagyfokú exophtalmus; a reflexek kiválthatók, erősen fokozottak; Babinsky mindkét oldalt positiv. A koponyatetőn a regio parietalis legfelsőbb részletén jókora férfiökölnyi haematoma. A Röntgen-felvételen látható, hogy a bal falcsont darabosan összetört s a törés középpontjáról sugárirányban repedési vonalak futnak; a saggitalis felvétel mutatja, hogy a lamina interna körülbelül 3—4 cm hosszú területen betört és a koponyaüreg felé benyomott. Látható még egy körülbelül kisdiónyi árnyék, mely nagyon emlékeztet körülírt csontathrophiára, de ennek magyarázatát adni nem tudtuk. A beteg állapota feltűnő gyorsan rosszabbodott, pár óra mulva meghalt. Sectio alkalmával a koponya megnyitásakor kiderült, hogy a koponyatetőn óriási haematoma van, melynek megnyitása után jól látszott a törés a belőle kiinduló fissurákkal; azonban a törés mellett körülbelül ötkoronásnyi nagyságban a csont egészen szivacsszerű, vérrel átitatott volt, teljesen elmorzsolódott; e terület szélén a csontállomány elvékonyodott. A koponyatetőt összehasonlítva a Röntgen-felvétellel ezen szétmorzsolódott szivacsos terület, helyzetét illetőleg is pontosan megfelel a fent leírt athropiás területnek. A kórszövettani vizsgálat eredményeképen athropiás csontvelőben igen nagy mennyiségű tágult capillarisokat talált, mely haemangiomának felelt meg. Ezen haemangiomából eredő vérzés volt oka a trauma után fellépő nagyfokú bevérzésnek a koponyaüregbe, amely azután a beteg halálához vezetett. Haemangiomák a csontrendszerben eléggé ritkák. Még leggyakrabban a csigolyákon észlelték, legtöbbször posmortalisan. A koponyaüregben lágyrészekből kiinduló haemangiomákat több ízben észleltek, melyek főleg az arteria meningea mediából indultak ki. Magának a koponyacsontoknak a haemangiomája igen ritka; az irodalomban eddig hat eset van leírva. A haemangioma a koponyatetőn helyzeténél fogva rosszindulatú, mert kis trauma után súlyos vérzéseket és agynyomási tüneteket okozhat.

A Magyar Tudományos Orvostársulatok válsága.

Írta: *Manninger Vilmos.*

Az 1918 június 1-én tartott orvosegyesületi közgyűlésen *Jendrassik Ernő* akkori elnökünk a következőket mondta:

„A világ helyzete a legutóbbi közgyűlésünk óta sem változott, most is háttérbe szorul a tudományos élet, sőt fokról-fokra mindinkább megszokjuk a háborús állapotot is és ha reméljük is a háború végét, mindinkább kezdünk félni a békétől, amely nem a régi, a tudományos búvárlatra, tudományunk fejlesztésére annyira alkalmas időket fogja visszahozni, hanem olyan gazdasági, politikai krisiseket, amelyek befolyása egész életünkre, culturánkra kiszámíthatatlan. Európa mindinkább közeledik a teljes tönkrejutáshoz, eltűnik az a háború elején várt felbuzdulás reménye is, a nehéz idők után majdan bekövetkező békében."

Amit *Jendrassik* látnoki szemmel jósolt, bekövetkezett. A gazdasági, politikai krisiseken valahogy átvergődtünk, de a „régi, tudományos búvárlatra, tudományunk fejlesztésére annyira alkalmas idők" csak nem tudnak megjönni. Ez a kedvezőtlen befolyás minden téren, győzőknél, legyőzötteknél egyaránt látható. Talán az egyetlen kivétel Amerika, mely már a háború alatt, de annak befejezése óta még fokozottabb mértékben próbálja magához ragadni a tudományos hegemoniát, főleg a természettudományok terén.

Az általános visszaesés, amely Európában mindenütt látható — talán fokozottabb mértékben — megvan minálunk is. Nemcsak az ország lakosságának, területének csökkenése, a gazdasági helyzet állandó válsága, hanem culturalis intézeteink, egyetemeink egyre nehezbedő anyagi fenntartása oly feladatok elé állította a kormányzatot, amelyeknek idealis megoldása a mai viszonyok mellett lehetetlennek látszik.

Hogy ez az általános depressio tudományos társulataink életén is nyomot hagyott, azon csodálkoznunk nem lehet. Inkább az a csodálatos — és ez mutatja a magyar cultura hihetetlen élniakarását és szívósságát —, hogy az általános összeomlásból mily gyorsan tudtak lábraállni tudományos intézményeink.

A figyelmes szemlélő azonban az első nagy nekilendülés után ezen intézményeink életében oly tüneteket lát meg, amelyek — ha az utolsó évek jelenségei folytatódnak — tudományos egyesületeink válságához vezetnek. *Korányi Sándor* professor, mint a kir. Orvosegyesület elnöke, az igazgatótanács évzáró ülésén ezen aggályosnak látszó tünetekre rámutatott. Figyelmeztetett arra, hogy az Orvosegyesület üléseinek programját az egyre csökkenő érdeklődés miatt mily nehezen lehet biztosítani, és utalt arra is, hogy a nagy számban működő szakosztályok mint vonják el a plenumtól a bemutatások, előadások anyagát. A szavait követő vitában az összes hozzászólók igazat adtak elnökünknek a tény megállapításában, az okok felkutatásában azonban eltérők voltak a vélemények. Az igazgatótanács engem bízott meg azzal, dolgozzam ki e kérdést és tegyek javaslatot az őszi első igazgatótanácsi ülésnek.

A kérdés, minél többet foglalkoztam vele, annál bonyolultabbá vált, olyannyira, hogy a szűknek látszó feladatból, miként lehetne az Orvosegyesület munkarendjét biztosítani, az összes tudományos társulatok üdvös megszervezésének problemája alakult ki. Eleve is tisztában kellett lenni azzal, hogy a tudományos munkát megszervezni nem lehet. Az, mint minden élő szervezet, megy a maga útján. Befolyásolják külső tényezők, de minden szervezésnek csak egy feladata lehet: ezen külső tényezőknek olyatén beállítása, hogy minél kevesebb súrlódásba, minél kevesebb energiaveszteségbe ütközzön munkájában a kutató.

Ezen külső tényezők legtöbbje az ország anyagi teherbíróképességének mértékétől függ. Nem valószínű, hogy e téren — különös tekintettel a három új fölszerelendő egyetem berendezésére és fönntartási költségeire — belátható időn belül lényeges változás volna várható. Ha a jelek nem csalnak, az elkövetkező években csak még szigorúbb megszorítások várhatók e téren.

Egyetlen egy tényezőt tudok, amely ma minden tudományos munka nehéz kerékkötője és amelynek helyes irányítása jól megszervezett munkával megoldható volna: lehetőleg teljes orvosi folyóirat és monographiakönyvtár beállítása. Sem az Orvosegyesület, sem az orvoskari tanári könyvtár egymagában mai dotatiójuk mellett ezt a kérdést megoldani nem tudja.

Az Orvosegyesület igazgatótanácsának ülésén ez a kérdés felmerült annak a kapcsán, hogy még a mostani szegényes folyóiratgyüjtemény is oly túlkiadással terheli az egyesületet, amely a teljes anyagi romláshoz vezet. A megoldás egyik módjára (és ez vált határozattá) az merült fel, hogy az orvoskari tanári könyvtár és az orvosegyesületi könyvtár cooperatióra lép oly módon, hogy amaz fogja járatni az elméleti, emez a gyakorlati szakmák periodikáit. Ha azonban azt nézzük, hogy a tanári könyvtár évi dotatiója 6000 P, az Orvosegyesület ministerialis segélye 1800 P. és hogy csak ez évben az eléggé szegényes orvosegyesületi könyvtár fedezetlen számlája októberig hozzávetőlegesen 25.000 P., belátható, hogy e téren valami radicalis segítségre van szükség. Az Orvosegyesület a folyóiratszámla megnöve-

kedése folytán kénytelen volt elhatározni, hogy könyvet ezentul nem vásárol. Elfogadható az az álláspont, hogy az ú. n. szakkönyveket (kézikönyv és gyüjtőmunkát) minden szakorvos szerezze be magának. (Ezt könnyebb elhatározni, mint megtenni, mert miből?!) Arra azonban még a legjobban kereső szakorvosnak sincs elég jövedelme, hogy a ma horribilis árra felszökő monographiákat mind megszerezze. Csak egy példát említek. Megvan birtokomban *Sauerbruch* tüdősebészetének első kötete. A másodikat meg sem hozattam, mert közel 300 P-be kerül. *Nordmann* Chirurgie-ja, amely most fejeződik be, 600 P-be kerül. Ezek oly összegek, amik a mai átlagos kereslet határát erősen meghaladják.

E téren valamit kell tenni, mert az a veszély fenyeget, hogy kellő könyvtár híján egész orvosirodalmi művelődésünk kátyúba jut.

Volna egy megoldás, ami kisegíthetne a bajból. De ennek felvetése első hallásra is oly recensust keltett, hogy keresztülvitele alig várható. Felvetettem azt a kérdést, nem lehetne-e a különböző klinikákra járó folyóiratokat, amelyek mint manuálék nélkülözhetők, az év végével egy központi könyvtárba beszolgáltatni. A legtöbb archivum oly tartalmú, hogy félév — egyéves késés alig jelent komoly munkaakadályt. A kérdést à limine elutasították, sőt discussio tárgyává sem engedték tenni, mert a klinikákon dolgozó fiatal kutatók nagy elfoglaltságuk miatt nem érnek reá távoleső könyvtárba járni! (ad exemplum: a klinikai telepről a tanári könyvtárba, vagy az Orvosegyesületbe).

Amikor a magyar orvostudomány vitalis kérdéséről van szó, az ilyen argumentatiót nem fogadhatjuk el. De meg kell hajolnunk orvosi facultásunk vezetőinek akarata előtt, mert ezeket a könyvtárakat nem a magyar állam, hanem a klinikák igazgatói tartják fenn a különszobákból befolyó honoráriumokból. Itt vitának vagy pressiónak helye nincs.

Maradna még két lehetőség.

Az egyik a cultuskormány, amely minden tudományos célra tudott előteremteni nagy pénzeket. A baj csak az, hogy ezt a mondatot kénytelen voltam „végzett jelenben" megírni. Ahogy a mostani költségvetési tárgyalások menetéről értesültem, újabb állandó tételt ily célokra a ministertől alig remélhetünk. A kísérletre azonban érdemes volna egy audentiát megpróbálni. A másik forrás, amelyre gondolni lehetne, ugyancsak apadófélben van és ez az amerikai tudományos pénzsegély. Úgy érzem, hogy ott is bajok vannak.

Marad egy modus: *Szövetkezeti alapon* járatni a folyóirat-könyvtárt és a szakosztályokkal a monographiákat beszereztetni. Azt, hogy egyesek járatnak folyóiratot és az év végén beadnák a könyvtárba, technikai okokból nem lehet keresztülvinni, mert egy-egy füzet elkallódhat s annak pótlása sok pénzbe kerül. Csak úgy lehetne ezt keresztülvinni, ha minden szakosztály tagjai egy-egy folyóirat előfizetési díját — amelyet egyébként maguknak járatnának — az év elején befizetnék a könyvtáralapra. Hála fejében nevük, mint adományozóké, a borítéklapra kerülhetne, emlékeztetőül későbbi, remélhetőleg boldogabb generatióknak, hogy milyen nyomorúságba vetett bennünket a nagy világháború.

Nem vagyok már elég optimista, hogy ennek az egyszerű és nem nagy áldozatot igénylő tervnek keresztülvitelében komolyan hinni tudnék.

Ami ezenkívül kellene: a könyvtárórákban (d. u. 6—9-ig) állandó könyvtáros, mert az altiszt az egész könyvtár rendbentartására elégtelen.

Kérek e kérdésre meditatiót és jó ötleteket!

A kitérés e kérdésre első látszatra talán fölöslegesnek tűnik. Meggyőződésem azonban, hogy a szakirodalom hiánya egyik igen fontos tényezője megcsappant tudományos munkánknak.

A belső, egyéni tényezőkre, a tudomány hitelének romlására, a tudományos munka folytonosságának megszakítására, a megélhetés gondjainak bénító hatására csak utalnom kell. Ezeken semmiféle szervezéssel segíteni nem tudunk.

(Folytatjuk.)

Milanói levél.

Még a nyár elején a milanói egyetem öt orvosprofessora meglátogatta Magyarországot, felkeresték a budapesti és a debreceni egyetemeket s azokat több napig tanulmányozták. Nálunk *Debrecen*ben mindössze egy napot töltöttek s így alig mutathattuk be ifjú egyetemünk épületeit, felszerelését, gyüjteményét, s úgyszólván csak röpke pillantást vethettek klinikáink tudományos életébe. Mondták — de ezt úgy is láttuk rajtuk —, hogy nagy hatást tett rájuk a város zajától távolfekvő, hatalmas tölgyerdőben épült debreceni klinikai telep, ahol a beteget nem zavarják, idegesítik a modern forgalom búgó, fúvó, tülkölő hangjai, hanem madárdalra ébred, a tölgyerdő leveleinek susogására húnyja be szemét és nyer üdítő álmot. (E lyrai mondat egyik olasz collegánktól származik.) Ez impressiójukat legkevésbbé sem titkolták előttünk, sőt biztosítottak minket arról, hogy a debreceni orvosegyetem kétségtelenül Európa legszebb klinikai telepei közé tartozik. Ezek a benyomások, továbbá az igen barátságos eszmecserék, amelyek nemcsak tudományos és társadalmi kérdéseket merítettek ki, hanem bizonyos fokig politikaiakat is érintettek, kétségtelenül az olasz-magyar barátság kimélyítésének érdekében folytak, s olasz collegáinkat arra indították, hogy Milanóba hívjanak saját egyetemük bemutatása céljából. Ez a meghívás ez év szeptember elején meg is történt a milanói egyetem serotherapiás intézetének közvetítése útján. A magyar orvosokból álló társaság (*Csillér*y és *neje*, *Orsós*, *Berde*, *Nyáry*, *Szász Sándor* és *neje*, *Mozsonyi*, *Sellei*, *Somogyi*, *Kémeri*, *Steiger-Kazal*, *Szabó*, *Goldmann* és *neje* és jómagam) (szeptember 23—26) négy szép és felejthetetlen napot töltött *Milanó*ban, tanulmányozván a milanói egészségügyi intézményeket.

Meglepetésünk igen nagy volt. A régebbi, háború előtti tapasztalatokra támaszkodva nem sokat várhattunk az olasz egészségügyi intézetektől és berendezésektől s így természetesen a milanói egyetemi teleptől sem. Be kellett azonban látnunk, hogy a világháború ezt az országot nem hogy gyengítette volna, hanem hatalmassá, virágzóvá tette s a mai rendszer a legnagyobb teljesítésekre minősítette. Olaszország kétségkívül a háború egyik legnagyobb győztese, főleg gazdasági téren.

Milanói tartózkodásunk alatt megtekintettük a hatalmas, impozáns forgalmú *serotherapiás* intézetet. Az intézet forgalmának anyagilag különösen az olasz neosalvarsan: a *neojacol* adott nagy lendületet. A 20—30%-kal drágább német neosalvarsan Olaszországban úgyszólván bojkott alatt áll, az olasz egészséges sovinismus nem tűri meg az egyenértékű olasz készítmény mellett.

Különösen ki kell emelnem a minden kívánságot kielégítő, teljesen modernül épült, gazdagon és célszerűen felszerelt theoretikus intézeteket, úgyszintén a 4000 ágyas városi közkórházzal *(ospedale maggiore)* hat év előtt fuzionált klinikákat, amelyek az egymilliós városban maguk látják el az egész betegforgalmat, ennek megfelelően egy-egy klinika 300—600 ággyal s ennek megfelelő orvosi és segédszemélyzettel rendelkezik. Ennek a berendezésnek az előnye különösen a tanításban nyer kifejezést, az előadó tanár az egyes fejezeteket megfelelő beteganyaggal egységesen tárgyalhatja le, s nem kénytelen a napi ambulans beteganyaghoz alkalmazkodni.

Különös méltatást érdemel a *rákintézet*. Állami intézmény, azonban nagyobbára nemeslelkű, gazdag emberek alapítványainak köszönheti születését és fennállását. Az intézet közel 1½ g radiumot nevezhet a magáénak. Az intézet sebészei vállvetve azon dolgoznak, hogy a *radium*-kezelés számára nehezen hozzáférhető daganatokhoz milyen sebészeti műtétekkel juthatnának a legbiztosabban és a legelőnyösebben. Néhány újabb, az intézetben kidolgozott eljárást bemutattak, azonban tudomásom szerint minden rákintézetben a *radiumsebészek* hasonló irányú munkát folytatnak,

ami rövidesen különálló tudománnyá növi ki magát. A sebészeti osztály betegei között főleg hólyag-, nyelv-, végbélrákban szenvedő betegeket láttunk. A rákintézet dermatologiai osztályának különös érdekessége, hogy főleg a nagyon elhanyagolt, úgyszólván kilátástalan, továbbá a minden egyéb kezeléssel, még a Röntgen-sugarakkal szemben is refractaeren viselkedő, ú. n. „ázsiai" eseteket veszik kezelésbe. Nagyobbára csak színes felvételben — kezelés előtt, alatt és után — mutattak be súlyos eseteket, melyekben késett az orvosi segítség. Megnyugvásunkra szolgált, hogy a betegek indolentiája, íme, nincs földrajzi fekvéshez kötve. Engem, mint dermatologust, elsősorban a bőrrák radiumkezelésének technikája és eredménye érdekelt. A színes felvételek és a mellékelt kórtörténetek szerint a gyógyulás időtartama elég rövidnek mondható, teljes gyógyulás — amint ezt színes felvételből következtetni lehetett — elég gyakran következett be, főleg méltánylandó az a körülmény, hogy csak igen elhanyagolt és minden egyéb kezeléssel dacoló eseteket gyüjtöttek össze.

Az idő rövidsége miatt a klinikák közül csak a *sebészeti* és a *bőr- és nemikórtani* klinikát tekinthettük meg. A sebészeti klinika földszintjén lévő műtő felett, üvegfallal elválasztva, több, meredeken egymás fölé helyezkedő padsorban foglal helyet a hallgatóság. A vastag üvegfal úgyszólván hermetikusan zárja el a műtő helyiségét a hallgatóságtól s így nem kell tartaniok attól, hogy felülről sebfertőzés következik be. A hallgatóság az üvegtetőn keresztül *felülről* néhány méternyire látja a műtéti színteret s így a legapróbb részletekig figyelheti meg a műtétet. Ilyen módon a látás és hallás kérdését a legtökéletesebben oldották meg. Műtét után a tanár és a hallgatóság összekötő folyosón átmegy a vele szervesen összefüggő, modernül megépített és jól felszerelt tanterembe, ahol folytatódik az előadás, illetve a bevégzett műtét megbeszélése.

Pasini professor vezetése alatt álló milanói *bőr- és nemikórtani klinika* kétségkívül a kontinens legnagyobb, leggazdagabban és legcélszerűbben felszerelt klinikái közé tartozik. A millió lelket számoló *Milanó* járó és fekvő bőr- és nemibetegei csak e helyen részesülhetnek kezelésben és ápolásban. Fekvőbetegük 350—400 között ingadozik. A klinika építkezésében első pillanatra feltűnik, hogy ez a nagyszámú beteg aránylag kicsiny, de sok kórteremben nyer elhelyezést. Ez a beosztás tényleg idealis, ahol nem kell takarékoskodni a hellyel és pénzzel. Megvan a lehetőség arra, hogy külön teremben helyeztessenek el a fertőző és nem fertőző bőrbetegek, az utóbbiak is lehetőleg kóroktani csoportosításban. Két-háromágyas szobákban a súlyos betegek, az undort keltő, nyugtalan, jajgató betegek teljesen elkülönített helyiségben feküsznek. A nemibetegeket szintén a fertőzés természete (syphilis, ulcus molle, gonorrhoea) szerint csoportosítják, külön-külön mosdóberendezéssel, fürdővel és mellékhelyiségekkel. Igen tanulságos a női nemibetegek osztályozása. Teljesen isolálják az erkölcsileg lezüllött puellákat, külön helyezik el az alkalmi vétkezőket, vagy akiknek rendes foglalkozásuk (pincérnő, szobalány) van, vagy háztartásbeliek. Nagy gonddal különítik el a jóravaló, lelkileg úgyszólván romlatlan nőket, akik csábításnak estek áldozatul, vagy a házasság kötelékében kaptak nemi fertőzést. A beosztott személyzet (főleg ápácák) különös gondot fordít arra, hogy e három csoport tagjai egymással ne érintkezhessenek. Ugyancsak külön helyezik el a nemibetegségekben szenvedő gyermekeket.

A bőr- és nemikórtani klinikával szerves összefüggésben áll a: *Scuola-Laboratorio Alessandrinia Ravizza* és a *Pia Opera Valetudo*. Mindkettő alapítványi socialis intézmény, amely arra hivatott, hogy a klinikán huzamosabb ideig ápolás alatt álló férfi, női vagy gyermekbeteget munkaalkalomban vagy tanításban részesítse. Így pl. a kétemeletes *Pia Opera Valetudo* épületében négyosztályos elemi iskolát tartanak fenn, továbbá külön helyiségek szolgálnak zene, rajz, ipari, háztartási ismeretek stb. oktatására, a beteg értelmessége és hajlama szerint. Ezeknek az intézeteknek üdvös hatása főleg abban nyilvánul, hogy az antiveneriás kezelésüket befejezett betegeket nem kell a kezelés befejezése után rögtön kibocsátani, hanem ezekben az intézetekben addig maradhatnak, amíg a recidiva veszélye el nem múlik. Hisz minden venerologus tudja, hogy pl. milyen nehéz annak a megállapítása, hogy chronikus gonorrhoeában szenvedő beteg mikor gyógyul, mikor pusztul el az utolsó gonococcus. Így vagyunk a lappangó syphilissel is. Szülői beleegyezéssel itt főleg antiveneriás kezelésben részesült gyermekeket helyeznek el, ahol megfelelő időközökben vizsgálat alá vetik s szükség szerint hónapokig, sőt egy-két évig itt tartják őket. A megfigyelési idő alatt ez intézetekben elhelyezett és diplomás apácák vezetése alatt álló iskolákban nyernek oktatást. A hivatásos puellákon kívül a női nemibetegeket saját kívánságra a kezelés befejezése után szintén felveszik, részben betegségük ellenőrzése szempontjából, részben ki akarják ragadni könnyelmű környezetükből, jóságos és megértő bánásmóddal igyekeznek a jó útra téríteni, hogy testileg és lelkileg egészségesen adják vissza a társadalomnak.

Külön figyelmet érdemel a *foto-radio-* és *radium*-berendezésük, mely áll két eredeti *Finsen-*, egy *Finsen—Reyn-*, öt különböző gyártmányú (köztük milanói is) *Röntgen-*, két *Kromayer-*, három *diathermiás* készülékből és több *Bach*-lámpából. A radiologiai berendezés legértékesebb része kétségkívül az ½ g radiumbromát. A laboratorium a legszigorúbb kritikát megállja; több és kisebb helyiségekre helyezik a súlyt, ami a zavartalan és nyugodt munkát biztosítja.

Az olasz collegákkal érintkezésünket nemcsak a kötelező kartársi tisztelet, hanem az őszinte és meleg barátság jellemezte. Mindent elkövettek, hogy jól érezzük magunkat és méltó viszonzással feleljenek nyári fogadtatásukra. Ünneplésekben, díszebédekben és vacsorákban ugyancsak nagy részünk volt.

Aki békében is ismerte Olaszország klinikáit, kórházait s egészségügyi berendezéseit, az minden kétséget kizárólag megállapíthatja, hogy az utóbbi években e téren nagy haladás történt. Nemcsak egészségügyi téren, de általában mindenütt. Az egész nép és nemzet alkati áthangolásáról van szó, amelynek üdvözítő fermentuma kétségkívül a nagy és hatalmas *Duce*.

Neuber Ede dr. egyet. ny. r. tanár.

Egyszerű mellkascsapoló-eszköz.

A ma leginkább használatos és minden tekintetben legmegfelelőbbnek bizonyult Potain- és Stinzing-féle zárt mellkascsapoló-készülékek, intézeti therapiás eszközök, mert nagyságuk miatt nehezen hordozhatók és magas áraik miatt az orvosok szélesebb rétegei számára nehezen elérhetők. Bár a Dieulafoy-készülék e két előbbi hibától nagyrészt mentes, mint mellkascsapoló eszköz mégsem tudott az orvosi magángyakorlatban nagyobb népszerűségre szert tenni. Mint tudjuk, *Dieulafoy* készüléke egy 150 cm^3-es fecskendő. Conusa Y-alakban végződik, az elágazódás magasságában egy csappal, melynek jobbra vagy balra forgatásával a jobb-, illetve baloldali elágazódás lumene záródik. Ezáltal elérhető, hogy a mellkasból a fecskendőbe szívott folyadékot a csap elforgatásával egy felfogóedénybe juttassuk. Azonban a Dieulafoy-fecskendővel végzett mellkascsapolás kivitele meglehetősen nehézkes, dugójának húzása nagy erőt vesz igénybe és végzőjére nagy munkát ró. Ezen szempontok figyelembevételével szerkesztettem meg készülékemet, melyet Gröger Nándor* orvosi műszerész készített el.

A készülék magvát egy 20 cm^3-es fecskendő alkotja, melynek conusa T-alakban végződik. Választásom több fecskendővel való próbálgatás után azért esett a 20 cm^3-esre, mert dugójának húzása símán, könnyen megy és mert — hordozható műszerről lévén szó — kisterjedelmű. Hogy

* Budapest, Baross-utca 32.

a csapnak ilyenformán gyakori forgatását és a velejáró időveszteséget elkerüljük, a T-alakú elágazódásban szeleprendszer van elhelyezve oly módon, hogy a fecskendő kihúzásakor a mellkas felé vezető szelep nyílik és az elvezető karban elhelyezett szelep záródik, a fecskendő betolásakor pedig az elvezető szelep nyílik és a mellkas felé álló szelep záródik be. A T-alakú cső mellkas felé néző végére kerül a punctiós tű, elvezető karjára pedig tetszésszerinti hosszúságú gumicsövet helyezünk. A készülék szeleprendszere fémből készült, tökéletesen zár és jól sterilizálható. A csőrendszer részekre bontható és a szelepek egyszerűen tisztíthatók.

A mellkascsapolást természetesen a rendes előkészítés után végezzük (sterilizálás, érzéstelenítés). Ha a mellüregben vagyunk, a fecskendő dugójának egyszerű ki- és behúzására a folyadékáramlás megindul és a folyadék az elvezető gumicsövön keresztül a felfogóedénybe folyik. 1000—1500 cm³ folyadék lebocsájtásához 50—75 húzásra van szükségünk, ami, ha tekintetbe vesszük a fecskendő igen könnyű járását, nem okoz különösebb nehézséget.



1000 cm³ serosus exsudatum lebocsájtása 9 percig, ugyanakkor a Potain-féle készülékkel 6 percig tart. Genyes exsudatum lebocsájtására a készülék, tekintettel a folyadék sűrű voltára, nem ajánlható.

E készülék nem akar versenytársa lenni az intézetekben használt, automatikus szívórendszerrel működő csapoló készülékeknek, hanem olyan eszköz a gyakorlóorvos kezében, melyet kis ára folytán könnyen beszerezhet és melynek hordozhatósága, könnyen kezelhetősége lehetővé teszi, hogy szükség esetén a mellkascsapolást a beteg lakásán is tökéletesen elvégezhesse.

Herzum Alfonz dr.

VEGYES HÍREK

Személyi hírek. A népjóléti és munkaügyi minister *Imre József dr.*, a pécsi tudományegyetem nyilv. r. tanárát a budapesti királyi szemkórház igazgatójává kinevezte. — *Prof. Heubner*, a düsseldorfi egyetem pharmokologia tanára, Heidelbergbe történt meghívását elfogadta.

A gyermekgyógyászati tanszék ügyében a budapesti kar ugyanazt a bizottságot küldte ki, amelyik *Bókay János* nyugalombavonulása alkalmával foglalkozott a tanszék betöltésével. A bizottság tagjai *Kétly László* báró, prodékán elnöklete alatt *Korányi Sándor, Tóth István, Herzog Ferenc* és *Bakay Lajos*.

A Budapesti Orvosok Szövetségének sajtóbizottsága közli: A napilapok az olvasóközönségnek nagymérvű érdeklődését egészségügyi kérdések iránt kielégíteni igyekezve, ily kérdések mind gyakrabban tárgyaltatnak a napisajtóban. Kétségtelen, hogy a közegészségügy javulására irányuló actiók között igen jelentékeny szerep jut az egészségügyi ismeretek hírlapi terjesztésének (kivált a praeventio terén) s a napisajtó ama felvilágosító munkájának, amellyel az egyes tudományágak vívmányait és felfedezéseit mind szélesebb néprétegekkel ismerteti meg. Szükséges azonban, hogy az egészségügyi ismeretterjesztésnek ez a módja *irányíttassék*. A B. O. Sz. választmánya ezzel a sajtóbizottságot bízta meg, melynek egyik feladata, hogy a nagyközönséget a nyilvánosság elé való közérdekü orvostudományi, illetve közegészségügyi kérdésekben a napisajtó útján informálja. E feladatot általánosságban a sajtóbizottságnak a napilapok szerkesztőségeinél működő tagjai, a lapok orvosmunkatársai látják el, míg egyes *fontos actualis kérdésekben a bizottság a szóbanforgó kérdésekben különösen járatos, véleményadásra hivatott szaktekintélyeket kéri fel, hogy a nagyközönséget a napisajtó útján tájékoztassák*. Az ily nyilatkozatok a nyilatkozó tetszése szerint, az illető neve alatt, avagy neve nélkül, a B. O. Sz. sajtóbizottsága nevében jelennek meg. A közönség eme tájékoztatására feltétlenül szükség van, mert a napilapok a hírszolgálat terén fennálló vetélkedés miatt a különböző hírforrásokból, igen gyakran külföldről nyert híranyagot közölni kénytelenek s csak az említett módon lehetséges, hogy helyesbíttessenek, vagy kellő értékükre leszállíttassanak a sensatiót hajhászó avagy csakis ügyes reklám szolgálatában álló hírek, melyek közlése a közönségnek, de az orvostársadalomnak is kárára van.

A sajtóbizottság eme actiójával természetesen a legkevésbbé sem kíván akadályt gördíteni az elé, hogy *bármely kartárs a saját nevében nyilatkozatot, vagy cikket közöljön*, ha erre a napilapok szerkesztőségei felkérik. Felhívja azonban a bizottság a kartársak figyelmét arra, hogy közleményeikben kellő óvatosságot tanusítsanak, *nehogy nyilatkozatuk a Szövetség új orvosi rendtartásának idevágó pontjaiba ütközzék*. E tekintetben a sajtóbizottság készséggel szolgál a kartársaknak felvilágosítással. Figyelmezteti továbbá a bizottság a kartársakat arra is, hogy az esetleges intervju alkalmával adott nyilatkozatokat a napisajtó olykor nem híven reprodukálja. Követeljék tehát a kartársak, hogy nyilatkozatuk szövegét megjelenés előtt nekik bemutassák.

A Szövetség orvosi rendtartása szerint tilos: gyógyító módszerek *felkínálása* hírlapokban; egyik módja ennek — így tehát tilos — kórtörténeteknek és az illető orvos által végzett műtéteknek ismertetése nem orvosi lapokban; ugyancsak tilos az illető orvos által használt gyógyszerek, műtéti módok és kezelési eljárások előnyeinek a nagyközönség számára írt lapokban való fejtegetése, illetve dícsérése. Tisztán orvosokra vonatkozó szakkérdéseknek, így különösen még vita tárgyát képező gyógyítási módszereknek megvitatása napilapokban kerülendő. *Reklámcikkeknek* nem csupán megjelentetése, hanem a felajánlott ily cikkeknek az elfogadása, illetve azok megjelentetésében való közreműködés ethikai vétséget képez.

A B. O. Sz. választmánya a sajtóbizottságot szigorúan utasította, hogy állandóan figyelemmel kísérje a napilapokban megjelent orvosi vonatkozású cikkeket, a nagyközönség megtévesztésére alkalmas közleményeket cáfolja meg, a reklámcélzatú cikkek ily természetére mutasson rá és minden egyes ily esetről a Szövetség választmányának haladéktalanul jelentést tegyen.

Az Országos Orvosszövetség november hó 24-én délelőtt ½12 órakor a Kir. Orvosegyesület Semmelweis-termében *ádámosi Székely Agoston* egyetemi tanár, az Országos Orvosszövetség néhai elnöke arcképének leleplezése alkalmából *emlékünnepélyt* rendez a következő programmal: 1. Hiszekegy: éneklik az Egyetemi énekkarok; 2. Elnöki megnyitó: mondja dr. *Csilléry András*, az Országos Orvosszövetség elnöke; 3. Emlékbeszéd: mondja dr. *Marikovszky György*; 4. Zárszó: mondja dr. *Gerlóczy Zsigmond*, a Budapesti Orvosok Szövetségének elnöke; 5. Himnusz: éneklik az Egyetemi énekkarok.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november hó 23-i tudományos ülésének napirendje: *Előadás: Róth Miklós* és *Winternitz Arnold:* A tüdőtuberculosis sebészi kezelésének mai állása.

A Magyar Orvosok Röntgen-Egyesülete november hó 27-i tudományos ülésének tárgysorozata: *Bemutatás: Markovits Imre:* Ostitis fibrosa cystica generalisata esete. *Előadások: Mészöly Pál:* Bordafejlődési rendellenességek a gyermekkorban. *Hell Ferenc:* A koponya Röntgen-vizsgálatának indicatiói és technikája. I. rész.

A Magyar Szemorvostársaság november 29-i ülésének *tárgysorozata:* Bemutatások: 1. *Horváth B.:* Krönlein-műtéttel eltávolított opticusdaganat; 2. *Pelláthy B.:* A szemgolyó tompa ütés utáni ritka szemfenéki változása; 3. *Cs. Mócsy Márta:* Új skotometer; 4. *Dallos J.:* Melanosis bulbi két esete; 5. *Liebermann L.:* Ritka szemhéjsérülés; 6. *Fejér Gy.:* Carcinoma metastaticum chorioideae normalis látású szemen; 7. *Papolczy F.:* A conjunctiva ritka lueses megbetegedése. *Előadások:* 1. *Kretz T.:* Heterochromia iridis és iridocyclitis; 2. *Dallos J.:* Az érintkező kagylók használatáról. A tudományos ülés előtt rendkívüli közgyűlés.

A Magyar Urologiai Társaság november hó 25-i tudományos ülésének tárgysorozata: *Bemutatás. Sas Lóránd:* Elsődleges hererák esete. *Előadások. Szondy Lipót:* Az ivarmirigyek belsősecretiós vonatkozásai. *Lakatos Viktor* (Baden) mint vendég: A here belsősecretióját javító műtéti eljárások.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika Tudományos Társulásának november hó 27-én tartandó ülésének programja: A) *Bemutatások.* 1. Böhm István: Szokatlanul nagy parovarialis cysta terhesség alatt. 2. *Lazarovits Lajos:* Ritkán előforduló mediastinalis tumor. 3. *Krausz Sára:* Intraduralis gerincvelőtumor műtétileg gyógyított esete. 4. *Ranschburg Pál:* Kisagyi tumor agyi tünetekkel. B) *Előadás. Kollár Vera:* A guttadiaphotról (mult ülésről elmaradt).

Törökországban legújabb rendelet alapján, még honorarium nélkül is csak török diplomával rendelkező orvos rendelhet. Ellenkező esetben elzárással és súlyos pénzbüntetéssel sujtják az illetőket.

Az „Orvosképzés" 1929. évi 6-ik rendes füzete s két különfüzete e hó folyamán jelenik meg. Az előfizetők a három számot együttesen kapják meg.

Helyreigazítás. Multheti számunkban a könyvismertetés rovatban az 1157. oldalon a második hasáb 13. sorában thyrosin helyett *thyroxin* olvasandó.

Budapest székesfőváros közegészségügyi állapota az 1929. év november első felében.

Hasi hagymáz	92	17	107	Gyermekágyi láz	—	3	2
Küteges hagymáz	—	—	—	Bárányhimlő	128	—	85
Hólyagos (ál-) himlő	—	—	—	Járv. fültőmirigylob	13	—	8
Kanyaró	93	1	121	Vérhas	24	4	70
Vörheny	92	1	97	Járványos agygerinc-agyhártyalob	—	—	1
Szamárhurut	14	5	15	Trachoma	4	—	23
Roncsoló torok- és gégelob	204	9	202	Veszettség	—	—	—
Influenza	11	1	8	Lépfene	—	—	1
Ázsiai kolera	—	—	—	Paralysis infant.	—	—	—

A zárójelben levő számok a halálozást, a harmadik rovat pedig a mult félhavi megbetegedést jelenti.

Kiadványainkat olcsón kapják meg kiadóhivatalunktól hátralékban nem lévő előfizetőink. A pénz előre beküldése után azonnal bérmentve küldjük meg az alábbi igen hasznos könyveket:

	Bolti ár	Enged. ár
Soós Aladár: Étrendi előírások. II. kiad. 195 oldal	5·— P	helyett 4·— P
Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei. 215 oldal	6·50 „	„ 5·50 „
Vászonba kötve	8·— „	„ 7·— „
Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala. 86 oldal	2·50 „	„ 2·— „
Az orvosi tudomány magyar mesterei. Kiadja a Markusovszky Társaság. 196 oldal	4·— „	„ 3·50 „
		15·— P

Ha valaki mind a négyet egyszerre veszi meg, a 15 P kedvezményes ár helyett csak 14 P-t fizet; illetőleg kötött fürdőkönyv rendelése esetén 16·50 P helyett csak 15 P-t. — A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel való rendelésnél a portóköltséget is felszámítjuk.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

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

Lapunk mai számához a Chinoin gyógyszer- és vegyészeti termékek gyára r.-t., Újpest, *Hosal*-ról szóló prospektusa van mellékelve.

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

Dr. JUSTUS Kórházi főorvos
BŐRGYÓGYITÓ ÉS KOZMETIKAI INTÉZETE
IV, Ferenc József-rakpart 26. Telefon: Aut. 846-37.

TRIASKOP
ÁTVILÁGÍTÓSZERKEZET
BARTA ÉS SZÉKELY r.-t.
Budapest IV, Múzeum-körút 37. sz.
Telefon: Aut 840—97.

DR PAJOR-SANATORIUM
VIII, Vas-utca 17.
Szívbeteg-osztálya Electro-Cardiograph

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

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

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

ORVOSOK FIGYELMÉBE!
Független jómegjelenésű úrinő orvosi rendelőbe, mint fogadóhölgy ajánlkozik. Cím megtudható: HAASENSTEIN ÉS VOGLER R.-T. hirdetőirodában V, Dorottya-u. 11.

Orvosi műszerész csődtömegéből származó különböző használatlan műszerek jutányosan eladók. Megtekinthetők V, Hold-utca 27. I. em. ügyvédi irodában, hétköznapokon délután 1—2 óra között.

Neurolin Balla

Királyi Magyar Egyetemi Nyomda 1929. Budapest VIII. Múzeum-körút 6. — (Dr. Czakó Elemér.)

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. rk. tanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos.

A Schilling-vérkép és jelentősége.

Schilling az Arneth-féle vérképet részben egyszerűsítette, részben a klinikai vizsgálatokra alkalmassá tette. Vizsgálatainál a neutrophil sokmagvúak *magszerkezetére* van tekintettel és főleg a balra való eltolódást veszi figyelembe. A sokmagvúaknak négy alosztályát különbözteti meg: ezek a segment- vagy lebenyezett alak, a pálcika-alak (Stabkernig), a fiatalkori alak (Jugendform) és a myelocyták. A segmentált magvú neutrophilek mintegy a 63%-ban, a pálcikaalakúak pedig, ha 3—5%-nál többet nem tesznek ki: normalisnak tekinthetők. A vérkép balra tolódott el (újabban regeneratióról beszél), ha az atypusos alakok jelennek meg a vérben és ennek fokát az szabja meg, hogy ezek milyen százalékban találhatók. *Schilling* felosztását még nem fogadták el általánosan és kivált *Naegeli* ellenzi azon indokolással, hogy a mag alakjából annak érett vagy fiatal voltára egymagában következtetni nem lehet. Gyakorlati szempontból azonban ezen osztályozás eléggé bevált és ma számos bántalomnál, az állapot megítélésénél, az eset prognosisának felállításánál, sőt esetleg a műtéti beavatkozás mérlegelésénél is jó hasznát vehetjük. A neutrophil sokmagvúak magvának histologiai vizsgálata mellett *Schilling* a teljes haemogrammra is súlyt helyez, azaz tekintettel van a vörösvérsejtek számára, esetleges alaki elváltozásaira, a Hb-ra, a festési indexre és a fehérvérsejteknél azok száma mellett (amit sokszor csak hozzávetőlegesen becsléssel állapít meg) a neutrophileken kívül a többi sejtféleségek százalékos számára is.

A heveny és idült fertőzések a fehérvérsejtek tevékenységét kisebb-nagyobb mértékben veszik igénybe. Ilyenkor a Schilling-féle vérkép a fertőzés súlyossága a szervezet ellenálló ereje és a csontvelő regeneratív képessége szerint különböző képet mutathat. A könnyű esetekben a hyperleukocytosistól eltekintve normalis a lelet és nem mutat más eltolódást, mint hogy a segmentált magvúak száma a 70%-ot meghaladja. Az esetek második csoportjában, amelyet egyszerű vagy hyporegeneratív eltolódásnak nevez, a St. magvúak száma több mint 5%. Ez minden oly bántalomnál előfordulhat, amely a neutrophileket izgatja, tehát azoknál is, amelyek a neutrophil magképleteken súlyos elváltozásokat létesíthetnek. A vérkép azonban ilyenkor mindaddig nem változik meg szembeötlően, amíg a kórokozó virulentiája csekély, a beteg ellenállóképessége elég nagy, vagy a folyamat kedvező localisatioja miatt nem gyakorol súlyosabb hatást a vérképző szervekre. A kisebbfokú mageltolódás azonban gyakorlatilag azért fontos, mert így lehet a fertőzés fennforgását megállapítani vagy klinikailag veszélyesnek látszó esetekben a vérkép alapján lehet kedvezőbb véleményt nyilvánítani. Vannak olyan esetek, amelyekben a fehérvérsejtek nagyobb szaporulata mellett az eltolódás nagyobb mértékű (*Schilling* hyperregenerativ eltolódásról beszél). Ilyenkor a fiatal alakok és a myelocyták is erősen meg vannak szaporodva, annyira, hogy a vérkép leukaemoid lehet. Különösen súlyos a prognosis, ha a fokozott vérsejtpusztulás illetve szétesés vagy a csontvelő működési képességének csökkenése miatt a fehérvérsejtek száma is csökken. (Arneth-féle anisohypoleukocytosis.) Súlyos sepsisnél, átfúródó hashártyagyulladásnál, pneumonia crouposánál találkozunk vele, többször agoniás állapotban is. A neutrophil küzdelmi szakot neutrophil leukocytosis, balra eltolódás, eosino- és lymphopenia jellegzi. Toxikus esetekben a fehérvérsejtek nincsenek nagy mértékben megszaporodva és számuk már kezdetben alig haladja meg a normalisat. Ilyenkor a qualitativ vérkép elemzése fontos, mert csak ez mutatja az eset súlyos, sokszor infaust voltát. Máskülönben egyszerű vérsejtszámlálás alapján a klinikai tünetek ismerete nélkül kedvezőnek ítélhetnők meg az ily esetet. Ily quantitativ szempontból normalis vérkép főleg súlyos sepsissel complikált vakbélgyulladásoknál szokott előfordulni, továbbá, ha valamely egyébként leukopeniával járó bántalom pl. typhus abdominalis tüdőgyulladással complikálódik. Ha a szervezet a fertőzést leküzdötte, akkor a csontvelő működésének normalissá válását és általában a vérképzésnek a rendes mederbe való terelődését az fogja mutatni, hogy a hyperleukocytosis csökkenése mellett főleg a monocyták kezdenek szaporodni (monocyta leküzdési szak). Majd a relativ lymphocytaszám szaporodik és az eosinophilek is megjelennek (lymphocyta gyógyulási szak). A javulás a Schilling-féle vérképben főleg abban nyer kifejezést, hogy a segmentált magvúak százalékos aránya fokozatosan emelkedik a súlyos eltolódást mutató esetekben, azután az ST-alakúak száma fokozatosan csökken, a myelocyták és a J-alakok pedig teljesen eltűnnek a vérből. A neutrophil sejtféleségek egymásközti arányának a normalishoz való közeledése mellett tehát az eosinophilek, a lymphocyták és a monocyták szaporulata mutatja azt, hogy a szervezet a fertőzést leküzdötte és a küzdő szakból a nyugalmi felé közeledik. Azon idült fertőzéseknél, amelyeket alacsony láz szokott kísérni, a nagyobbfokú mageltolódás hiányozhat és csak a leukocyták állandó szaporulata és az eosinophilek ingadozása utal a fertőzés fennállására. Ily esetekben azután, ha a folyamat exacerbál, a pálcika alakúak mindjárt megszaporodnak, a fertőzés további folyamán pedig a neutrophilek magvainak eltolódása a küzdelmi szakra fog emlékeztetni. Idült fertőzéseknél, különösen gümőkórnál megtaláljuk ugyanazon három stadiumot mint heveny lobnál, csak az egymásutáni következés sokkal lassúbb. Ennek megfelelőleg a gyógyulást itt is a lymphocyták és eosinophilek megszaporodása jelzi.

A fertőző betegségek s a fehérvérsejtek közötti összefüggés alapján a haematologiai vizsgálat illetve haemogramm a diagnosis biztosításában hathatósan segít. Ezzel deríthetjük ki a complicatió fennállását is, pl. typhusnál vagy influenzánál, amely fertőzéseknél a lymphocyták relative megszaporodtak és leukopenia áll fenn. A hozzájuk szegődő gyulladás, pl. pneumonia esetében, a leukopeniát hyperleukocytosis válthatja fel, amelynek azonban, kivált kezdteben, nem kell nagyobb fokúnak lennie. Ilyenkor a vérkép balra fordulása fogja a complicatio felléptét elárulni, amennyiben a túlnyomólag segmentált neutrophilek helyébe a pálcika alakú és a fiatalkori alakot mutató sejtféleségek lépnek, illetve csökkentik a segment-magvúak normalis százalékát. A vérképanalysis segélyével látszólag gyógyult, valójában azonban csak latenssé vált fertőzés fennállását is ezen a módon lehet megállapítani.

A vérkép felállításánál és megítélésénél a relativ százalékra fektetjük a fősúlyt. Klinikailag ezen arány megállapítása könnyebb és ismertebb, mintha absolut számokkal dolgoznánk. De a százalék jobban is kifejezi az egyes leukocytaféleségek egymáshozi viszonyát. Nem a sejtek absolut száma a fontos, hanem az egyes sejtféleségeknek a normalishoz képest nagyon magas vagy túl-

alacsony száma, amire a százalékmeghatározás célszerűnek és megbízhatónak bizonyult. Ennek segélyével sokkal könnyebben lehet tájékozódni, mint az absolut számokkal. Ha a neutrophilek száma kevés, akkor a mageltolódási index is felhasználható a tájékozódásra. Ezalatt az összes fiatalkori magalakoknak (myelocyta, Jugend és Stab) a segmentekhez való viszonyát értik. Ez rendesen 4/64 = 1/16. Ha pl. a neutrophilek összes száma 22 és ezek közül csak 11 a segment, akkor az index egy lesz, azaz az eltolódás tetemes. Az index kizárólagos felhasználása azonban homályossá teszi a histologiai képet.

Schilling a neutrophilsejtek magszerkezetén kívül a degenerativ elváltozásokra is figyelemmel van, minők a protoplasma szemcsézettsége, a vacuolák vagy a mag egyenetlen festődése. Ilyesmi rendesen akkor szokott előforulni, ha a fertőzés súlyos és már hosszabb ideje fennáll és a magpusztítás miatt a leukocyták száma is fogyni kezd. Ezért fontos a látszólag normalis vagy csak kissé emelkedett leukocytaszám mellett a degenerativ elváltozásokra is ügyelni. Ez előfordulhat akkor, ha pl. typhus sepsissel complikálódik, továbbá idült sepsisnél, endocarditisnél, a gümőkór secundaer fertőzéseinél.

Heveny és idült folyamatoknál kedvező prognostikai tünet, ha a vérkép a fenti stadiumoknak megfelelő szabályszerűnek mondható elváltozásokon megy át; míg az ettől való eltérés complicatio illetőleg elhúzódás jele.

Bár sokszor már az egyszeri vérvizsgálat a klinikai tünetek számbavétele mellett elég tájékozódást nyujt, mégis ajánlatosabb a betegség folyamán rendszeres vérvizsgálatokat végezni, amelyek eredményét egy görbében lehet szemléltetővé tenni. Ily módon jobban ellenőrizhetjük a betegség lefolyását, megfigyelhetjük a szervezet küzdelmét a kórokozóval szemben. A szövődmények felléptét avagy már javulóban levő állapot visszaesését szintén a haemogramm árulja el.

Lehetnek oly viszonyok is, amidőn a haemogramm cserben hagy. Ez inkább a chronikus fertőzéseknél fordul elő, amidőn a szervezet reactióképességét elvesztette, anergiássá vált avagy a folyamathoz hozzászokott. Olyan eset azonban alig akad, ahol súlyos klinikai tünetek dacára valamely heveny fertőző betegségben a vérkép elváltozásokat nem mutatna, avagy ellenkezőleg: klinikai alap híján a vérkép súlyos állapotnak felelne meg.

Torday Árpád dr., egyetemi rk. tanár.

Az ekzema gyógykezelése az általános orvosi gyakorlatban.

Az ekzema a megfelelően disponált bőrszerv aseptikus gyulladásos reactiója (dermatitis) az őt ért belső és külső ártalmakkal szemben. A gyógykezelésnek tehát arra kell törekednie, hogy általános kezeléssel a belsőeredetű ártalmakat kiküszöbölje, a praedisponált talajt megváltoztassa és így megadja a lehetőséget a helyi gyógykezelés eredményességének.

Az általános kezelés célja az autogen ártalmak kiküszöbölése. Az általános vagy nagykiterjedésű acut eruptio minden bizonnyal jele annak, hogy a bőrszervet nagymennyiségű káros anyag érintette. Ilyen esetben az étkezés megfelelő rendezése, vérmosások és gyulladásellenes gyógyszerek alkalmazása szükséges. Az étrend lactovegetabilis. Ha a beteg nagyobb mennyiségű tiszta tejet nem bír, úgy fogyasszon kephirt, yoghurtot vagy aludttejet, teljes intolerantia esetén nagyobb mennyiségű víz helyettesítheti egy ideig a tejet. A főzelékeket „franciásan" készíttessük el (gyengén sós vízben főtt zöldség vajjal). A vérmosás *(Poór)* 200—500 cm³ élettani sóoldat másodnaponkint intravenásan (néha hidegrázást okoz). A gyulladást és a subjectiv kellemetlenségeket jól befolyásolják a magas töménységű sóoldatok intravenás vagy intramuscularis befecskendezése (10%-os calciumchloratum vagy bromatum, natrium thiosulphat, calciven, dermosalvan, rossz venájú egyéneknél calcium Sandoz). A subacut és chronikus alakoknál az emésztőtractus zavarainak (hypo-hyperaciditas, obstipatio stb.) rendezése főleg megfelelő étrenddel és belső gyógyszerekkel szükséges. Vesebetegeknél, köszvényeseknél, érelmeszesedésnél kellő belgyógyászati kezelés. Az endokrinzavarokban szenvedőknél — különösen az ovarium és thyreoidea hyper- és hypofunctióinál — megfelelő szervkivonatok igen hasznosak. A menstruatióval és climaxszal kapcsolatban levő, rendesen körülírt és igen kínzó ekzemák néha rövidesen gyógyulnak ovariumkészítmények adagolása után. Hasznos segédeszköze az ekzemakezelésnek a nem fajlagos ingerlés (heteroproteintherapia), melynél egy-egy ingerlő adag által okozott áthangolódás után néha rohamos javulást látunk (actoprotin, phytoprotin, de főleg 5—10 cm³ steril-tej).

Az ekzema belső gyógykezelésének nincsen pontosan körülírt „szabálya", még kevésbbé meghatározott gyógyszere. Tapasztalat szerint a dohány, alkohol, thea, kávé, fűszeres ételek, nehéz húsok ártalmasak, egyszerű, könnyű és fűszermentes étkezés előnyös. A bőr „edzése" napfény, enyhe quarzbesugárzás, tengeri vagy magaslati klima különösen a régi ekzemáknál igen hasznos.

A belső gyógyszerek közül régen használatosak a gyógytheák, mint amilyen a

Rp. Gentanae
Saponariae
Menthae pip. aa.-keverék.

A theák hatását főleg a nagy mennyiségben fogyasztott folyadékban keressük (lavement intestinal).

Ugyancsak tapasztalati alapon nyugszik a

Rp. Chinini sulf. 0·20,
Natrii bicarb.,
Pulv. rad. Rhei aa. 3·00.
M. div. in dos. aequ. No. X. DS. 3 port naponta.

Poór-keverék használata is. Nyugtalan alvásnál, subjectiv panaszoknál brom-sók — különösen bromcalcium — hasznosak.

A helyi kezelés alapelve: heveny ekzemánál enyhe, gyulladásellenes kezelés, idült eseteknél erélyesebb hatású gyógyszerek alkalmazása. Mindenik alaknál fontos a külső ártalmak távoltartása. Külső ártalomnak számít a másodlagos fertőzés is, melynek leküzdése — különösen nedvező ekzemánál — elengedhetetlen. A beteg területet fedő szenny, var, idegen anyag eltávolítása történhet olajjal vagy szappanos meleg vízzel. Az alapos letisztítás után, különösen a hajas bőrön, vagy a hajlatokban levő ekzemánál gyakran rövidesen önmagától is sokat változik a kórkép. Az elhanyagolt, kenőcsökkel, szennyel fedett betegnél egyáltalán nem kell félnünk az egyszeri szappannal és meleg vízzel való lemosástól. A mosdási tilalom általában véve nem olyan szigorú, mint ahogy régebben képzelték. Természetesen a bőr feláztatása, szappannal való rendszeres mosdás igen káros. Az ekzemások között kevés az absolut víz-intoleransok száma, igen sokan ezzel ellentétben éppen a zsíros anyagokat tűrik rosszul. A chamillafőzetet, keményítőoldatot, korpás vizet (egy marék búza- vagy mandulakorpa egy liter vízre befőzve) a legtöbb beteg nemcsak igen jól tűri, hanem subjective igen kellemesnek találja. Ilyen főzetekkel nemcsak a napi tisztálkodást végeztethetjük, hanem egész vagy fél fürdőket is adhatunk.

A helyi kezelés menete általánosságban a következő:

Heveny gyulladásnál (erythema, kevés és apró hólyagok) hintőpor-kezelés:

Rp. Magnesii carbon.
Talci veneti
Zinzi oxyd. aa.

Igen kiterjedt esetekben pouderágyba fektetjük a beteget. (Behintett lepedőre fektetve a beteget, beszórjuk hintőporral és becsavarjuk a lepedőbe.) Igen kellemes és tiszta a rázókeverék, mely fennjáró betegnél alkalmas:

Rp. Aquae calcis
Talci veneti
Zinzi oxydati
Glycerinae
Sp. vini diluti aa. DS. használat előtt felrázandó.

A nedvező ekzemánál, vagy kiterjedt hólyagképződés esetén plumbum aceticum basicum solutummal (két evőkanállal egy liter felforzött és lehűtött kút- vagy vízvezetéki vízre) borogatunk. A borogató ruhát csavartassuk ki és 10—15 percenként válttassuk. Fontos a borogató ruha időnkénti kifőzetése (bomló savó kellemetlen szaga, másodlagos fertőzések). Az izgalmi állapot szűnése után kenőcs- és pastakezelés következik. A zsíros alapanyagokat a beteg sokszor rosszul tűri, ilyenkor a kevés zsírt tartalmazó eucerint, mitincrémet vagy glycerin-amylumkeveréket használhatjuk (140 g glycerin és 10 g amylum lassú tűzön főzve). Hasonlóképen zsírmentes a

Rp. Glycerinae,
Zinz oxydati aa 40·0,
Dextrinae
Aquae dest. aa 20·0 lassú tűzön elfőzött keverék is.

Az alapanyagokhoz keratoplastikus és redukáló hatású gyógyszereket keverünk emelkedő mennyiségben (acidum salycilicum, resorcin, kátrányolaj, thumenolammonium, ichthyol stb.). *Fontos szabály az, hogy hajas vagy szőrös területre pastát sohase rendeljünk*, mert a szőröket összetapasztja és nehezen távolítható el.

Az idült ekzemák rendesen körülírtak, vagy chronikusan nedvezők, vagy szárazak, de minden esetben mély beszűrődésekkel járnak. A helyi gyógykezelés célja tehát egyfelől az epidermis vizenyőjének és ezzel együtt a nedvezésnek megszüntetése, másfelől a beszűrődések eloszlatása. Mielőtt valamely gyógyszert használnánk, célszerű egész kis területen való alkalmazásával a beteg tűrőképességét kitapogatni.

A nedvezés megszüntetésére alkalmas a 2—5%-os argentum nitricum-oldattal való ecsetelés. A beszűrődések eloszlatására 2—5%-os kátránykenőcsöt, higított unguent. Wilkinsoni sulfuratumot, cadogelt, 5—8%-os pyrogallol spiritust használhatunk. A testtájékok szerint változik a kezelés, mivel egyes tájékokon levő ekzemák bizonyos gyógyszerekre eltérően reagálnak. A hajas fejbőr és a fül mögötti tájék ekzemáinál igen jól beválik az 1%-os Hg. bichlorat. corros. spiritus, 1—3%-os salicylspiritus, 3—5%-os kénes rázókeverék. Az arcekzema gyakran absolut víz intolerans (zsíros lemosások, unguent. emollienssel), máskor éppen a zsírt nem tűri. A seborrhoeás alkatra legyünk figyelemmel és ilyenkor Hg. sulphurat rubrumot alkalmazunk igen alacsony töménységben (0·05—0·15 : 25·0). A szemhéjak ekzemájának régen ismert és kitűnő gyógyszere a Hg. oxydat. flavum-kenőcs. Az ajkak és szájzug berepedezett ekzemáinál 2%-os lapisecsetelés válik be. A kezek és lábak chronikus ekzemáinál elsősorban a fenntartó külső tényezők kikapcsolása (mosás, mosogatás, szappan, soda, foglalkozási ártalmak, viszértágulás stb.) elengedhetetlenek. Állandó kesztyűviselésről és megfelelő cipőről gondoskodjunk (magas fűzőscipő helyett sandál). A tisztogatást olajjal vagy az említett főzetekkel végeztessük, esetleg absolut tiszta benzint is használhatunk. A tenyér és talp ekzemájánál igen jó az unguent. diachylon Hebrae. A kéz és lábujjak közötti ekzemánál végeztessünk fonálgombavizsgálatot. Itt éppúgy, mint a fejbőr pediculosisánál, gyakori a diagnostikus tévedés. A lábujjak közötti igen viszkető ekzemánál 3%-os salicylspiritus kitörlés után tannoformba mártott kötözőgyapotot helyezünk be. A fertőzött láb- és kézháti ekzemáknál időközönkinti *forró* fürdő kalium hypermanganatum, háromezrelékes rivanol, pl. acet. basic. solutumoldatban ajánlatos. A kenőcsös kezelésnél előbb hűtőkenőcsöt adjunk, pl.

Rp. Aquae calcis
Adipis lanae
Unguenti acidi borici aa.,

melyből zink. oxyd. és talcum venet. aa hozzáadásával jó pastát nyerünk. A rendesen igen makacs analis és genitalis ekzemák kezelésénél fontos az izzadtság, székmaradványok, fluor rendszeres eltávolítása. Nedvező alaknál borogatás, ecsetelés lapisoldattal. Nedvezés szűntével cadogel 10, majd 33%-os, 0·5—1%-os acidum carbolicum kenőcs, makacs száraz esetekben 10%-os kalilúgecsetelés. Az éjjeli kínzó viszketést igen jól befolyásolja a helyileg alkalmazott meleg (fön, thermophor, zacskóba öntött forró só).

Gyakorlati tapasztalaton alapszik a makacs gócok provokálása. Az eljárás, melynek célja hevennyé változtatni és így mintegy mobilizálni a gócot, történhet tömény kátrányolajjal, chrysarobinnal (1—2%), pyrogallus savval (1—3%). Igen jó és kényelmes a szénsavhófagyasztás, mellyel a góc kezelése a környező ép részek bántalmazása nélkül történhet. A heves hólyagképződés után a régi makacs gócok védőkötés alatt behámosodnak, vagy finom heggel gyógyulnak.

A modern ekzemakezelés szinte nélkülözhetetlennek mondható segédeszköze a Röntgen-besugárzás. A gyógyító Röntgen alkalmazását azonban végezze a Röntgenszakorvos, mivel az eredményes kezelés nemcsak igen nagy tapasztalatot és teljes hozzáértést igényel, hanem felelősséggel is jár. Ne jelentse ez azonban azt, hogy az ekzema kezelését teljesen a röntgenologusra bízzuk és a gyógyulást csak a Röntgentől várjuk. Bármennyire is meglepő az a tény, hogy egy-egy ekzemás góc már az első besugárzásra behámosodik, a gyakorlóorvos mégse felejtse el *Gourgerot* classikus mondását: „L'ekzeme est une toxicodermie autogéne."

Szentkirályi Zsigmond dr. kórh. főorvos.

Műtét utáni rögösödések megelőzése.

A legnagyobb veszedelmeknek egyike a műtét utáni visszérrögösödés, illetőleg a rög leválása folytán keletkezett tüdőérelzáródás. Bár hasműtéteknél a rögösödés csak 2·3%-ban, embolia 0·86%-ban, egyéb műtéteknél pedig 0·9%-ban fordul elő, mégis rettegett szövődménye a műtéteknek. Oka: 1. Az érfalak elváltozása (visszértágulás, érműtétek); 2. A keringés meglassúbbodása (szívműködés zavarai, tampon nyomása); 3. A vér összetételének megváltozása (fehérjék felszívódása, fertőzések, diabetes).

Első tünet a fájdalom az alszárban anélkül, hogy vizenyő vagy a végtag megvastagodása észlelhető volna. Legkorábban a boka duzzad meg, majd az alszár, legvégül a comb. A két végtag közti különbség — kivéve természetesen a kétoldali rögösödést — mérőszalaggal lemérhető. A rögösödő saphena jól kitapintható, a vena femoralis csak a lágyékhajlat alatt. A rögösödés hőemel-

kedés nélkül is fennálhat, a subfebrilitas a megszokott, de lehet a beteg lázas is. A rendes hőmérséklet mellett a pulzusszám emelkedett, amit a rögösödésre jellemzőnek tartanak. Teljes visszérelzáródásnál a végtag szederjes és igen fájdalmas.

A rögösödés kezelése egyúttal a leválás lehetőségét is hivatott megakadályozni. A beteg végtag felpolcolása, teljes nyugalom, alapfeltételei a kezelésnek. A borogatás hatása, amely művelet a végtag állandó mozgatásával jár, sokak véleménye szerint, nincs arányban a belőle származó veszedelmekkel. Óvjuk a beteget minden felesleges és hirtelen mozdulattól. Az ápolószemélyzet az ágyazásnál, a mindennapi szükséglet elvégzésénél legyen a beteg segítségére és kímélje meg minden erőlködéstől. A fektetést négy hétig kell folytatni.

Hogy ezen kellemetlen és veszedelmes szövődménytől betegeinket megkímélhessük, a következőket végezhetjük el megelőzés céljából: 1. A visszeres beteg végtagjait műtét után pólyázzuk be vagy 2., a végtagok mozgatásával 3., masszírozásával küzdjünk a vér megalvadása ellen. 4., Gondunk legyen a szívműködés rendben tartására, hogy a vérkeringés zavarai ne lehessenek okai a rögösödésnek. 5., A műtéti területről történő felszívódás fokozza a rögösödés lehetőségét. Ezért fontos a pontos vérzéscsillapítás, hogy haematoma ne keletkezhessék, s fontos, hogy a vérzéscsillapításnál nagymennyiségű szövet ne kerüljön lekötésre, mert ezek felszívódása is idegenné vált fehérjével terheli meg a keringést. 6. Küzdjünk a fertőzés ellen, mely a környéki visszerek útján viheti el a rögösödést a nagyobb erekre. Gyakran látjuk, hogy a rögösödés a fertőzött területről indul ki. 7. Nagy gondot és körültekintést igényel a tamponálás kérdése. Durván elhelyezett, nagymennyiségű tampon nyomást gyakorol a nagy visszértörzsekre, ez viszont pangást hoz létre a mögötte fekvő erekben. Az akadály megszüntetése, mely rendszerint együtt jár a beteg szabadabb mozgásával, oka lehet a rög leválásának. Talán ez is hozzájárul ahhoz, hogy epekőműtétek után látjuk leggyakrabban a rögök leválását. 8. Számos kimutatás bizonyítja, hogy az utolsó években a rögösödések és emboliák megkétszereződtek, sőt megháromszorozódtak. És ez nemcsak az operált esetekre vonatkozik, hanem a belbetegekre is. Ennek okát abban véljük feltalálni, hogy a mai modern gyógyszertechnika a legtöbb készítményt befecskendésre alkalmas módon állítja elő, sőt a legtöbbet az érrendszerbe való befecskendezésre. Ezen intravenás injectiók nemcsak helybelileg lehetnek okai a rögösödésnek, hanem a gyógyszer, különösen az olajos készítmények a vér alvadékonyságára is hatással vannak. 9. Bizonyos esetekben sebészi úton is küzdhetünk a rögösödés terjedése és annak veszélyei ellen. A saphenának idejekorán való lekötése minden esetben gátat vet úgy a terjedésnek, mint a leválásnak.

Czeyda-Pommersheim Ferenc dr.
egyetemi tanársegéd.

Újszülöttek és csecsemők oedemái és azok kezelése.

Az orvosi gyakorlat nem mindennapos esetei a csecsemők, főleg pedig az újszülöttek oedemái, amik a gyermekek és felnőttek oedemáitól abban különböznek, hogy a nephritises oedemával a legtöbb esetben semmi közösségben nincsenek. E vizenyők lehetnek veleszületettek és szerzettek. A veleszületett vizenyők a ritkaságok közé tartoznak és mivel az ily újszülöttek igen gyengék, alig életképesek, a gyakorlat szempontjából nem jönnek számításba. A szerzett vizenyők közül a leggyakoribb az általános *idiopathiás oedema* (vagy *essentialis hydrops*). A bőralatti kötőszövetben felgyülemlett vizenyő különböző fokú lehet és teljesen utánozhatja a nephritises hydrops képét azon különbséggel, hogy a vizenyők a vesével semmi összefüggésben nincsenek. A vizeletben fehérjét vagy egyáltalán nem, vagy csak nagyon ritkán tudunk kimutatni, ám még a kivételes esetben constatált minimalis fehérje is csak extrarenalis eredetűnek tekinthető. Ez esetekben az osmoregulatiós mechanismus különös zavara áll fenn, aminek különböző oka lehet. Néha acut vagy chronikus infectiók okozzák (dysenteria, lues), legtöbbször súlyosabb táplálkozási zavarok idézhetik elő. Más esetben pedig az ételeknek minimalis sózása, vagy a hosszas egyoldalú táplálkozás (lisztártalom) lehet az oedemák okozója. Ezen kiváltó okok mellett valószínűleg a constitutiós hydrolabilitásnak is szerepe van a hydraemiák keletkezésénél. Kezelésüknél az alapbajnak, így legtöbbször a táplálkozási zavaroknak megszüntetésére kell törekednünk. Az oedemák visszafejlődésénél természetesen nagy súlyesésekkel kell számolnunk. A vesebetegségeknél használatos gyógymódok (izzasztás, húgyhajtók) e kórképnél céltalanok és hatástalanok.

A gyakrabban fellépő *oedema neonatorum* tulajdonképen szintén mint korán fellépő idiopathiás oedema tekintendő és leginkább koraszülötteknél fordul elő, akiknek anyageserefunctiója még nem tökéletes s ennek megfelelőleg a csecsemő erősödésével, gyarapodásával ezen oedemák is lassanként maguktól visszafejlődnek, kezelésre tehát nem szorulnak.

A csecsemők oedemáinak igen komoly formája a *sklerema adiposum* és a *sklerema oedematosum*, vagy másképen *skleroedema*. Míg az előbbi oedemák puha tapintatúak és hasonlítanak a nephritises oedemákhoz, addig ezen oedemák tapintata tömött. A skleroedemás bőr hullaszínű és tapintatú. Az alsó végtagokon kezdődik és fokozatosan terjed felfelé. Sokszor az egész test és a fej bőre is skleroedemás, kivéve a scrotumot és szemhéjakat, ami különösen elválasztja e kórképet a veseoedemáktól. E mellett a test hőmérséke subnormalisra süllyed (34, sőt 30° analis temperatura nem ritka), ennek megfelelően a csecsemő életműködése is igen lecsökkent, a pulzus alig tapintható, a légzés felületes s a csecsemőnek csaknem mozdulatlan merevségével az egész kép hullához hasonló. Ezzel szemben a sklerema adiposumnál inkább magas temperatúrát látunk, a csecsemő nyugtalan, a bőr oedemája a zsírok túlképződése folytán nem massirozható el, ellentétben a skleroedemával, ahol a bőralatti kötőszövet sárgás folyadékkal van átitatva s az oedema elmassirozható. Keletkezésük magyarázatára csak egymással ellentétes hypothesisek vannak biztos támpont nélkül. A betegség eredete így ma még teljesen homályos. Kezelés szempontjából elsősorban a gyenge életfunctiók fokozása a fontos. A skleroedemások rendkívüli subnormalis temperaturája ellen forró fürdők, meleg pakkolások, esetleg couveuse ajánlatos. Egyes szerzők a teljesen felöltöztetett csecsemőt gummipapírba csomagolják, mások a vattával fedett alsó végtagokat guttaperchával borítják be. Ajánlják még a végtagok massage-át is. Természetesen emellett a táplálás legerőteljesebb forszírozása a legfontosabb és ha ez nehézségbe ütközik, az orron át való táplálás is szóba jöhet. Tápanyag csakis az anyatej lehet. Mindezek mellett a cardiacumokkal takarékoskodni nem szabad. Így járva el, mai tudásunk szerint némi remény mégis van, hogy e súlyosan megbetegedett csecsemők kis százalékát a leggondosabb ápolással meg tudjuk menteni.

Rohrböck Ferenc dr. egyet. magántanár.

73. évfolyam 48. szám. Budapest, 1929 november 30

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA POÓR FERENC
GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR HÜTTL TIVADAR

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Vámossy: Üdv az olvasónak! (1185—1186. oldal.)
Grósz Emil: Agysebészeti indicatiók szemészeti leletek alapján. (1187. oldal.)
Rihmer Béla: A bal ureter kettéágazása és egyik ágának a vaginába szájadzása következtében 17 éves korig fennálló vizeletcsurgás. (1188—1189. oldal.)
Haranghy László: Kimutathatók-e a typhusbacillusok kútvízben? (1189—1192. oldal.)
Probstner Arthur: Méhrepedés öt esete hypophysis-készítmények helytelen adagolása után. (1192—1194. oldal.)
Sauerbruch Ferdinand: A sebészet jelentősége az általános kultúrában. (1194—1196. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (189—192. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet és nőgyógyászat. — Szemészet. — Urologia. (1196—1199. oldal.)
Könyvismertetés. (1199. oldal.)
A Budapesti Királyi Orvosegyesület november 23-i ülése. (1200. o.)
A Magyar Szemorvostársaság november 1-i ülése. (1200—1201. o.)
A Közkórházi Orvostársulat november 20-i ülése. (1201—1202. o.)
Zemplényi Imre: Rendszeres egészségügyi propaganda. (1202—1204. oldal.)
Manninger Vilmos: A Magyar Tudományos Orvostársulatok válsága. (1204—1206. oldal.)
Szerk.: Az Erzsébet-sanatorium házbéradója. (1206—1207. oldal.)
Vegyes hírek. (1207—1208. oldal.)

ÜDV AZ OLVASÓNAK!

Mindennel meg tudunk küzdeni, csak a közönnyel nem!

Egy hónap választ el attól, hogy az Orvosi Hetilap 74-ik évfolyamába lép. Markusovszky alapítása óta milyen sorozata az eredményes kultúrmunka éveinek! Csak egyszer ingott meg zászlónk: a nagy háborút követő sorvasztó évek alatt; — de Kultuszministerünk bölcsesége és a magyar orvosok lelkes sorakozása, kik első felhívásunkra megduplázták előfizetőink számát, — megmentette azt, sőt hat éven át rohamban vitte előre a fejlődés útján mai színvonaláig. Ma már nemcsak hogy megfelelünk abbeli hagyományos hivatásunknak, hogy a négy egyetem klinikai tudományos munkásságának hű tükre és hirdetője vagyunk és büszke örömmel sorakoztatjuk e mellé egyre fejlődő és szaporodó kórházaink, egészségügyi intézményeink, sőt a magángyakorlatból is feltörő buzgó kartársaink értékes tudós munkásságát, hanem ellátjuk minden tekintetben az orvosi gyakorlat igényeit is bőséges és szakszerűen megválogatott *referatumainkkal* (5—6 hasáb), *összefoglaló ismertetéseinkkel* és kitűnően szerkesztett *gyakorlati mellékletünkkel*, melyben az orvosi gyakorlatnak úgyszólván minden problemája előfordul egy évben s azokat kiváló klinikusaink tárgyalják röviden és világosan. E négyoldalas mellékletek külön lapszámmal és tárgymutatóval évfolyamonként oly értékes segédkönyvet adnak a gyakorlóorvos kezébe, aminek hasznát intensiven fogja érezni felelősségteljes munkája közben, sokszor szomorú magárahagyatottságában.

A mi sikerünk és az a szolgálat azonban, amit az orvostársadalomnak tehetünk, egyenes arányban áll azzal a támogatással, amiben Hetilapunkat orvostársaink részesítik. Anyagi lehetőségek nélkül nincs fejlődés és a mi helyzetünkben még a megállás is katastropha. Ne áltassuk magunkat azzal, hogy ez a jó papír, ez a 36 oldal, ez a ma még elfogadható, sőt dícséretes tartalomgazdagság elég lesz már most a jövőben is, sőt talán örökre. Nem! — nekünk lépést kell tartanunk orvosi kultúránkkal: a négy egyetemmel, az egyre nyíló modern kórházakkal, azzal a lázas munkával, ami ott folyik, s ami ontja ide a szerkesztőségbe a kéziratokat, sokszor évek fárasztó munkájának eredményét; becses, tanulságos észleleteket és tapasztalatokat, miket fájó szívvel kurtítgatunk, hogy beleférjenek mai kereteinkbe, s még fájóbb szívvel hevertetni vagyunk kénytelenek néha 5—6 hónapig is, míg sor kerül rájuk.

Mi lesz ennek a szomorú következménye? Az erők szétforgácsolódása. A kényszerűségből visszautasítottak, a megnyirbáltak, a megvárakoztatottak másfelé orientálódnak, inkább lemondanak a Hetilap tekintélyének díszéről, a sokezres példányszám nyilvánosságáról és kis lapokhoz menekülnek, sőt új alapítások zászlaja alá szegődnek. De ez még a jobbik eset; a katastrophalis az, hogy elkedvetlenednek és látva munkájuk hiábavalóságát vagy csigalassú eredményét, abbahagyják a küzdelmet. Ez pedig kultúránk súlyos

sérelme és vesztesége, ha még oly kezdők is ezek a félbenmaradt kutatók, mert nem lehet tudni minek a csíráját hordozták magukban.

Magyar Orvosok! Hozzátok fordulunk. Ti, akik már egyszer felemeltétek a hanyatló zászlót, nem hagyhatjátok azt cserben most sem, a rossz gazdasági viszonyok, a megcsappant kereset elkedvetlenítő ködében és a közöny fagyos szélcsendjében. Egyszer már két év alatt 800-ról 2000-re szaporítottátok támogatóink számát; mi lenne, hová tudnánk fejlődni, mit tudnánk nyujtani olvasóinknak, ha most csak 1000-rel szaporodnék is előfizetőink száma! 7000 magyar orvos van már e kicsiny országban és ennek csak alig a felét számoljuk táborunkban. De hányan vannak még az ország határán túl, idegen hazában, messzi tengereken túl is, akiknek nemcsak realis, szakmabeli haszon, hanem öröm és büszkeség kellene hogy legyen e lap; vígasztalás és összekötő kapocs a régi Hazával, az Alma Materrel, amit ők sem felejthetnek el soha egy percre sem, mert annak köszönhetik tudásuk magvát, alapját, amire sikerrel építettek, amiből ma élnek és gyarapodnak; és ami után örökké visszavágyódnak, mint a fiatalság után.

Lehet-e, szabad-e valakinek akár idegenben, akár e Hazában, materialis okokból megfosztania magát ettől a kapocstól, a magyar orvosi kultúra forrásától, ami odabuzogtatja neki hetenként mindazt a segítséget, önképzést, amire szüksége van és mindazt az értéket, amit a magyar orvosvilág termelt és amire büszke lehet itthon és idegenben? Szabad-e ezt tennie magyar orvosnak, mikor a támogatás és hűség, mit tőle kérünk egy évben nem több, mint egy pár cipő ára, vagy egynapi pesti tartózkodás és egy negyedben sem nagyobb, mint egy baráti vacsora költsége a „Fehér Szarvas"-ban? Minden orvos az önmaga befolyását és tekintélyét gyarapítja, ha rendi intézményeit, összefogásait, reprezentativ szerveit támogatja. Szégyenkezve álljunk-e a mérnökökkel és jogászokkal, a jegyzőkkel avagy a néptanítókkal szemben, kik a miénknél mind nagyobb terjedelmű és példányszámú folyóirattal rendelkeznek? Milyen a lelkiismerete annak a Kartársnak, aki itt él közöttünk, a Magyar Állam, a magyar közönség honoráriumaiból és e 74 éves magyar kultúrtörekvés tisztes lapjait ajkbiggyesztve tolja félre, s nyúl a nagy német lapok után, mondván: „hiába! a Münchner Medizinische-vel vagy a Berliner Klinische-vel még sem állja a versenyt az Orvosi Hetilap . . ." és beáll 20,000-dik vagy talán 40,000-dik előfizetőnek odaát?! Hej! collega úr, de jó, hogy közel négyezer magyar orvos nem így gondolkozik; pedig ezek is olvassák a nagy német, sőt talán angol lapokat is . . ., de azért a magyar kultúrától nem tagadják meg áldozatkészségüket. Ezek nélkül az igazi hazafiak nélkül nem tudtunk volna 7 év alatt 8 oldalról 36 oldalra gyarapodni és a magyar orvostudománynak (mert kérem ez is van; nemcsak orvostudomány) ezt a mai publicitást biztosítani.

Bocsássa meg az Olvasó, ha szokatlanul hosszadalmas voltam és kiöntöttem azt, mi szívemen feküdt. Hétévi lelkes munka eredményét nem így képzeltem, különösen nem, mikor e jó öreg Hetilap élén, mint új ember elindultam. Az az érzésem, hogy meg kellett ezt egyszer tennem, hogy megértsenek, hogy felhívásunk necsak sablonos legyen, hanem lélekbe találjon, hogy megtörjem egyszer azt a halálos közönyt, amivel minden igyekezetünk, minden kérésünk, minden jószándékunk találkozik.

És végül néhány szóban programmot. Terjedelmünket nem emelhetjük, de emelni akarjuk tartalmunk gazdagságát és értékét. A jövőben különös gondot akarunk fordítani egyre bővülő és nehezebben áttekinthető tudományunk fejezetenkénti vagy actualis themaszerinti ismertetésére. *Klinikai előadások* megírását kiváló klinikus professoraink, az elméleti kérdések *összefoglaló ismertetését* theoretikus professoraink vállalták. Emellett az apróbb gyakorlati kérdéseket *lapunk melléklete* fogja didactiv módon tárgyalni, *referátumaink* hat hasábnyi terjedelemben a legújabb külföldi irodalomról a legszakszerűbb megválogatásban tájékoztatják olvasóinkat és *tudományos társulataink üléseiről*, sőt a külföldi nevesebb congressusok quintessentiájáról is a legrövidebb idő alatt teszünk jelentést. Nincs egy számunk sem, amely egy *közérdekű themával*, actualitással, orvostársadalmi megmozdulással vagy eseménnyel ne foglalkoznék, míg „*orvostörténelmi jegyzeteink*" a multakba vezetik érdeklődésünket. *Vegyes híreinkben* a hét ülésprogrammjait, személyi híreket és minden az orvosközönségre fontos híradást megtalál az olvasó. *Orvoskari tárca-naptárunkat* az idén is minden előfizetőnknek megküldjük karácsony hetében és *hasznos kiadványainkat* az ezen számhoz csatolt levelezőlapon feltüntetett igen kedvezményes árban kapják meg portómentesen.

Különös előzékenységet azáltal akarunk tanusítani **új előfizetőink** iránt, hogy amint valaki előfizetési díját a számunkhoz csatolt chequen beküldi, **számára azonnal megindítjuk a Hetilapot és dec. 31-ig ingyen küldjük.**

Előfizetési díjainkat nem emeltük, noha az előállítási költségek 17%-os emelkedése bőven indokolta volna azt. Előfizetni lapunk külső fejlécén olvasható combinatiókban és árakban lehet az ide mellékelt chequen. *Kérjük rögtönös elintézését*, hogy el ne kallódjék és feledésbe ne merüljön.

Bizalommal és sok reménnyel fordulunk Kartársainkhoz, kérve őket, hogy necsak a maguk Hetilapjáról gondoskodjanak, hanem igyekezzenek nekünk barátokat, előfizetőket szerezni pártfogó rábeszélésükkel; nemcsak barátaik körében, hanem mindenütt: kórházakban, casinókban és orvosok által látogatott helyiségekben. *Mert okvetlen biztosítanunk kell 74 esztendős Orvosi Hetilapunknak a további fejlődés lehetőségét!*

Kartársi üdvözlettel

Vámossy.

Tabl. OVARII RICHTER, Inj. GLANDUOVIN, Inj. GLANDUOVIN FORTE

Friss petefészek-kivonatok. 1 tablettában, illetve ampullában 1 gramm friss ovarium hatóanyagai. A Glanduovin forte 2 cm^3-es ampullákban 5 gramm friss anyagot tartalmaz.

Indikációk: Ovariumkiesési tünetek, klimakterium, dysmenorrhoea, amenorrhoea, sterilitas, schizophrenia, depressiók, hysteriás psychosisok.

Adagolás: 3-szor napjában 1—3 tabletta, vagy kétnaponként 1 subcutan injekció.

Tabl. et inj. CORPUS LUTEUM RICHTER

A corpus luteum összes hormonjait tartalmazza. 1 tabletta vagy 1 ampulla megfelel 1 gramm friss anyagnak.

Indikációk: Hypoluteinismus, hypermenorrhoea, osteomalacia, sexualis túlérzékenység.

Adagolás: 3-szor naponta 1—2 tabletta, vagy kétnaponként 1 subcutan vagy intravenás injekció.

Tabl. OVAKLIMAN

Brom, ovarium, theobromin, papaverin és calcium lacticum kombinációja. A klimakterium összes tüneteinek aetiologiás és symptomás gyógyszere.

Adagolás: 3-szor napjában 1—2 tabletta.

Tabl. et inj. GLANDUBOLIN

Izolált sexualhormont tartalmazó készítmény. Ampullánként 40 és tablettánként 100 egéregységet tartalmaz.

Indikációk: Amenorrhoea, oligomenorrhoea, hypomenorrhoea, klimakterialis és művi castratiót követő zavarok, belsősecretiós zavarokkal összefüggő bőrbajok, akne, rosacea, ekzemák és klimakterialis szembajok (keratitisek stb.).

Adagolás: Amenorrhoeánál, a menstruatio utáni első héten másodnaponként, a második héten naponként egy ampulla subcutan, a harmadik héttől kezdve naponként egy ampulla intravenásan. Egyéb esetekben heti 3—6 injekció, lehetőleg intravenásan, vagy napjában 3×1—2 tabletta.

Tabl. et inj. COLUTOID

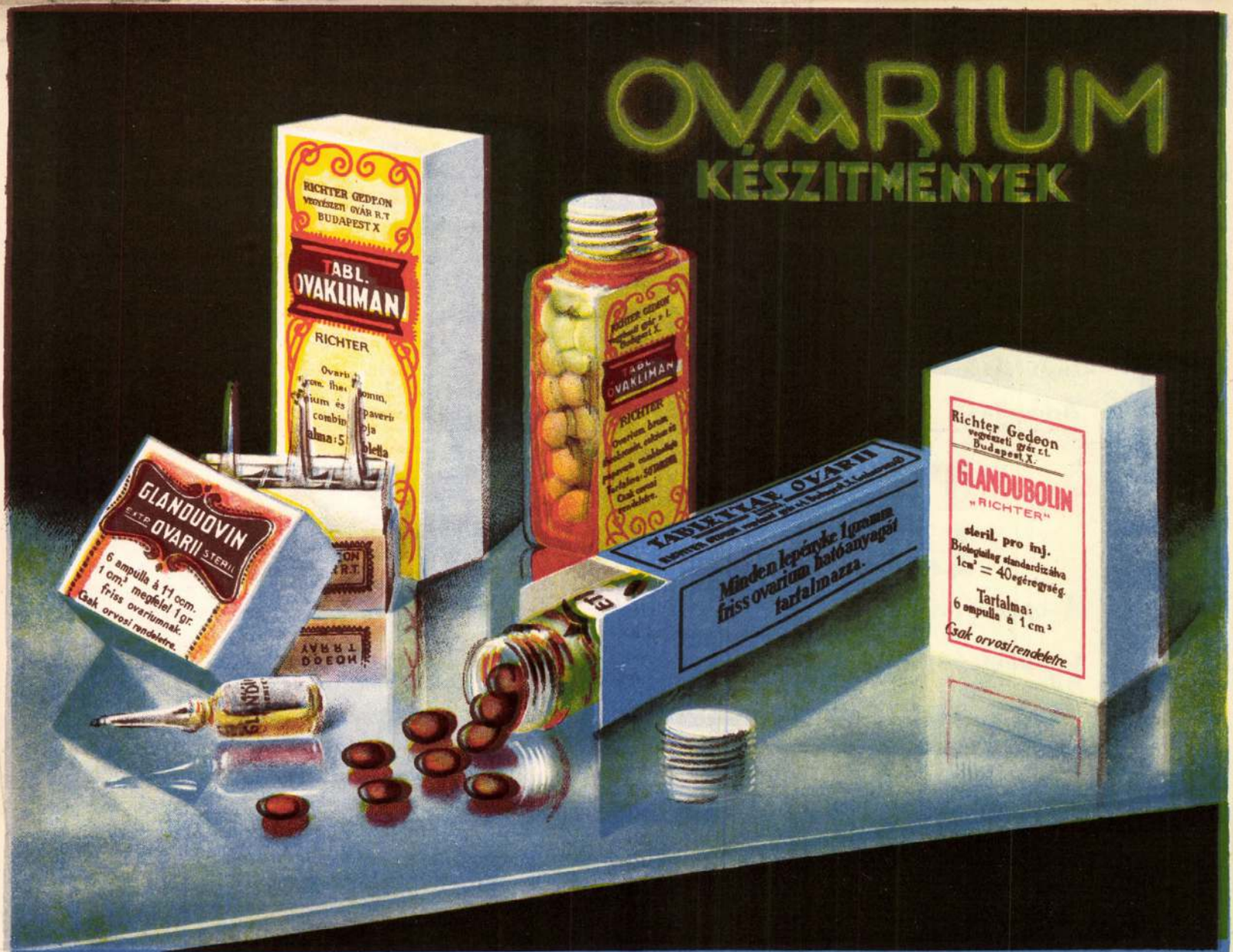
A corpus luteumnak a (következő) peteérést gátló és a nemi szervek (különösen a méhnyálkahártya) fejlődését szabályozó lipoidokhoz kötött hormonjait tartalmazza.

Indikációk: Pubertáskori vérzések, functionalis eredetű menorrhagiák.

Adagolás: Két héttel a várható menstruatio előtt kezdjük az adagolást és adjunk a tablettákból 3-szor napjában 1—2 darabot, vagy minden második-harmadnap egy intramuscularis injekciót. A menstruatiót megelőző 4 napon és a menstruatio idején kettőzött adagot adjunk. Ha a vérzést már rendes mederbe tereltük is, még mindig adjunk a menstruatiót megelőző utolsó napokban 3-szor napjában 1—2 tablettát vagy 2—3 injekciót egynéhány hónapon keresztül.

1610

KLÖSZ GY. ÉS FIA BUDAPEST.



Tabl. OVARII RICHTER

1 tabl. = 1 g. friss anyag

Inj. GLANDUOVIN RICHTER

1 cm^3 = 1 g. friss anyag

Genitalis hypoplasia, petefészek kiesési tünetek, oligo-hypomenorrhoea, amenorrhoea, chlorosis, anaemia, sterilitas, ovarialis dysfunctiók, dysmenorrhoea és klimakterialis zavarok kezelésére

Inj. GLANDUBOLIN RICHTER

Az izolált sexualhormont tartalmazó standardizált készítmény

Inj. GLANDUOVIN CUM ARSENO RICHTER

1 cm^3 = 1 g. friss ovarium és 0·05 g. natr. kakodyl.

Tabl. OVAKLIMAN RICHTER

Ovarium, brom, theobromin, calcium és papaverin kombinációja a klimakterium gyógyitására

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

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Agysebészeti indicatiók szemészeti leletek alapján.

Írta: *Grósz Emil dr.* egyetemi ny. r. tanár.

A pangásos papillának agybántalmakkal való összefüggését *Graefe Albrecht* 1860-ban állapította meg. A koponyaürben fokozódó nyomás a látóidegfő oedemájára, pangására vezet s így a pangásos papilla a koponya ürbeli nyomás emelkedését okozó agydaganat egyik legállandóbb tünete: 95%-ra becsülik előfordulását. Minden esetben, amikor az agydaganat legtávolabbi gyanúja fennforog, a szemtükri vizsgálat feltétlenül szükséges. A diagnostika tökéletesedésével nem tartott lépést a therapia. A pangásos papillában szenvedő betegek nagy része hónapok alatt megvakult, s nagyon sokan az alapbántalom, az agydaganat áldozatai lettek. A gyógyszeres kezelés higanybedörzsölésekből s jódkalium szedéséből állott, de nagyon ritkán volt eredményes.

A gyógyítás új utait nyitotta meg *Horsley*, ki 1890-ben azon tapasztalatát közölte, hogy a pangásos papilla olyan esetekben is meggyógyul, amikor az agydaganat eltávolítása nem sikerült, tehát már maga a koponyaür megnyitása a pangás megszűnésére, ezzel a papilla lelohadására s a látás megmentésére vezetett. Németországban *Hippel* foglalt állást amellett, hogy a korai palliativ trepanálás által a látóidegfő következményes sorvadását el kell hárítani. Harminc év előtt a budapesti kir. Orvosegyesületben tartott előadásomban a pangásos papilla mechanikus keletkezése mellett foglaltam állást s ezzel kapcsolatban a palliativ trepanatio indicatióinak kiterjesztését javasoltam.* Ez idő alatt az agychirurgia hatalmas fejlődést mutat. Az agydaganat localizálását a vizsgáló módszerek tökéletesedése mindgyakrabban tette lehetővé, ez viszont a radicalis műtétek számát növelte, a palliativ trepanálás azonban nem nyert nagy elterjedést. Ennek részben a következményes agyherniák voltak az okai, de főleg az a körülmény, hogy későn alkalmazva nem is felelhetett meg a hozzáfűzött várakozásnak, azaz nem menthette meg a látást. Pedig erről van szó. Ez eljárástól nem várható az alapbántalom gyökeres gyógyítása, különösen nem, ha az agynyomást okozó daganat helye nem volt meghatározható. De nem kicsinyelhető azon hatása, hogy a látást az élet fogytáig megtartja; még az esetben is, ha az csak 1—2 évre terjed, ez a betegre nézve nagy mértékben áldásos. Vannak esetek azonban, amikor ez eredmény tartóssága hosszú éveken át fennmarad.

A tapasztalatok azt mutatják, hogy minnél korábban történik a palliativ trepanatio, annál kisebb a műtét közvetlen veszélye s annál hatékonyabb a pangásos papilla visszafejlődésére s a látás megmentésére. Ennek ellenére mindenütt, de különösen nálunk a palliativ trepanatio az esetek túlnyomó számában igen előrehaladott állapotban történik, minek az az oka, hogy előbb kísérleteznek felszívókezeléssel, legtöbbször higannyal s csak ha az összes felszívókezelési módok sikerteleneknek bizonyulnak, kerül a sor a trepanatióra. Csakhogy ilyenkor már a látás megromlott, megindult a látóideg sorvadása s az rendesen feltartóztathatatlanul tovább halad. A pangásos papillára s az azt okozó agydaganatra csak akkor van e szereknek hatásuk, ha a baj lueses eredetű; ez pedig aránylag ritkán okoz typikus pangásos papillát, hanem sokkal gyakrabban izzadmányos papillitist. Ilyen körülmények között az szükséges, hogy a pangásos papilla minden esetében a belorvosnak, sebésznek és szemorvosnak együttes tanácskozás alapján kell megfontolás tárgyává tenni, hogy a decompressio ideje mikor következzék be.

Az utolsó években az intracranialis daganatok olyan csoportja vált operálhatóvá és gyógyíthatóvá, mely azelőtt hozzáférhetetlen volt. Ezek a sella turcicában vagy afölött ülő daganatok. A betegek elsőízben látáspanaszokkal fordulnak az orvoshoz. Ilyenkor a gondos szemvizsgálat helyes diagnosishoz vezet, különösen a látótér vizsgálata adhat útbaigazítást. A bántalom kezdetén a tárgylátótér még szabad lehet, de a színes látóterek már temporalis szűkületet mutathatnak. A színes látóterek szűkülete évekkel megelőzheti a tárgylátóterek megkisebbedését. *Borel* svájci orvos igen tanulságos eseteket közölt: medikus, kinek panaszait kiváló szakemberek neurastheniának tartották, saját maga rajzolta le bitemporalis dyschromatopsiáját, négy év mulva hemiachromatopsiát találtak, hat év mulva heteronym bitemporalis hemianopiát, a halál 12 évvel utóbb következett be, az ok hypophysis fölött székelő glioma volt. Másik esetben a színes látóterek bitemporalis szűkületéhez amenorrhoea társult, a halál 12 év mulva 40 éves korban következett be. A sectio sarkomát derített ki a hypophysis fölött. Harmadik esetben a bitemporalis dyschromatopsiát 12 év mulva követte a hemianopia, 20 év mulva halál, daganat következtében. Mindez eléggé igazolja a színes látóterek felvételének nagy fontosságát. A bitemporalis heteronym hemianopsia a chiasma keresztezett rostjainak bántalmára vall. A szemfenéki lelet kezdetben normalis lehet, de előbb-utóbb megjelenik a papilla decoloratiója s kifejlődik az atrophia nervi optici simplex képe.

A helyes localisatióra nagy segítség a Röntgenvizsgálat, mely a sella turcica állapotáról ad felvilágosítást. Az intra- és suprasellaris daganatok megkülönböztetése nagy nehézségekbe ütközik, sőt sokan azt vitatják, hogy ez csak ritkán sikerül. A látótér gondos vizsgálata erre is ad néha feleletet. Ha a látótérkiesés az alsó negyedben kezdődik, ez a suprasellaris daganat mellett szól. *Igersheimer* arra figyelmeztet, hogy az anosmiát is fel lehet használni a diagnosis biztosítására. Az ilyen módon felismert daganat operálását ma már nagy számban végzik. *Hirsch* már 163 műtétéről számol be s az utolsó 105 műtét mortalitása 5% volt. Különösen a sinus sphenoidealis felé növő daganatok valamint a cystikusok férhetők hozzá, míg az agyalapba belenövekvő dganatok nem operálhatók. Az utókezelésre a radiumot veszi igénybe. *Harvey Cushing*, az agysebészet nagymestere az utolsó 10 évben 186 transfrontalis operatiót végzett.

A daganatok egy része craniopharyngioma, másik része hypophysis adenoma, harmadik csoportja meningioma.

Az operálások eredményeit kétségtelenül befolyásolja a nagy gyakorlat. Erre nálunk azért nem volt alkalom, mert nem fejlődött ki a hasonló esetek concentrálása. Az agychirurgiának ilyen concentrálása van Amerikában *Harvey Cushing* kezében. A methodus teljes elsajátítására és tökéletessé fejlesztésére ez kívánatos.

Az operativ gyógymód mellett tért foglal a Röntgentherapia, melynek máris számbavehető eredményei vannak. A besugárzások után még látásjavulás s a látóterek kitágulása is várható, s a bajnak több éven át való stagnálása.

A legközelebbi feladat az, hogy a Röntgen-therapia és az operativ beavatkozás indicatiói az eddiginél pontosabb megállapítást nyerjenek. Ez újból csak a különböző orvosi szakmák képviselőinek együttműködése útján lehetséges. A specialis szakmák túlságos különválása után most már azok képviselőinek összefogása szükséges, ezt kívánja a tudomány további fejlődése, de ezt kívánja a betegek életérdeke is.

---

* O. H., 1897. Az agydaganatok kíséretében keletkező papillitis pathogenesise és jelentősége.

Az Új Szent János-kórház urologiai sebészeti osztályának közleménye.

A bal ureter kettéágazása és egyik ágának a vaginába szájadzása következtében 17 éves korig fennálló vizeletcsurgás.*

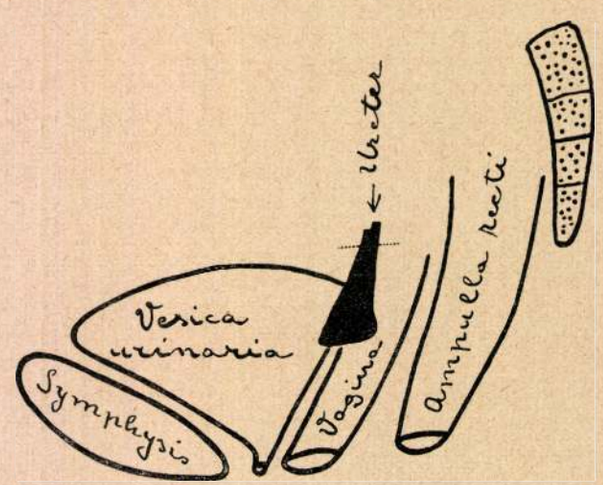
Írta: *Rihmer Béla dr.* egyetemi rk. tanár, osztályos főorvos.

Az alábbiakban egy fejlődési rendellenességet mutatok be, mely példátlanul ritka és amelynek operativ ellátása úgy a sebészt, mint a gynaekologust és urologust egyaránt érdekelheti.

Folyó év július 25-én egy tizenhétéves leány azon panasszal kereste fel osztályomat, hogy amióta visszaemlékszik, vizelete csurog, de amellett rendesen tud vizelni. Ezen baja miatt 8 éves korában kórházba került, ahol villanyozták. A jól fejlett, de kissé anaemiás leány szeméremrésének környéke incrustált fekélyekkel van tele. Az intact hymen incrustált, a vaginából vizelet csurog. A circularis hymenen keresztülvezetett speculummal incrustatiót látunk a vaginában. A vesék nem érzékenyek és nem tapinthatók. A vizelet megtört színű, 1024-es fajsúlyú, fehérjét nem mutat. Vizeletben látóterenkint 5—10 leukocyta. Az első dolgunk, hogy draint vezetünk a vaginába és a vaginát irrigáljuk, a szeméremtájat bórvaselinnal bekenjük. A vaginalis drainen a vizelet napi mennyisége 300—350 g, a hólyagon át 1300 g vizelet ürül. A vaginán át tehát a napi mennyiség ¼-e ürül.

Cystoskopiával mérsékelt cystitis trigonalist találunk, a hólyag többi része ép. A jobb ureterdomb és az ureternyílás normalis, a bal ureterdomb elsimult, az ureternyílás nincs a rendes helyén, azt sokkal lejjebb, a trigonum szélén találjuk meg egy kerek kis rés alakjában, közel a belső szájadékhoz. Amíg jobboldalt az ureterkatheter akadálytalanul felvezethető, baloldalt 2 cm-re elakad. A baloldali ureterkatheteren keresztül nem jött vizelet, ezért visszahúzzuk, a hólyagba katheter helyezünk be és a vaginába draint. A beadott indigocarmin a jobb oldalon rögtön jelentkezik, a hólyagon keresztül felfogott vizeletben pedig egyáltalán nem, ugyancsak a vaginán keresztül sem. A vaginalis incrustatiók eltűnésekor 2 és ½ hét mulva feltárjuk a vaginát s a fornixban baloldalt fent gombostűfejnyi nyílást találunk, melyen keresztül vizelet ürül, a bevezetett ureterkatheter ½ cm-re elakad. Indigocarmint lövelve be ebbe az ureterkatheterbe és cystoskoppal figyelve a hólyagot, az rögtön a hólyagbeli bal ureternyíláson át jelentkezik, megfordítva a bal ureternyílásba helyezett katheteren keresztül indigocarmint fecskendezve be, az rögtön megjelenik a vaginában. Ezen az alapon a hólyag mellett bifurkáló uretert kellett felvennünk, melynek egyik szára a vaginába szájadzik, a másik a hólyagba. Tekintettel arra, hogy ilyen abnormalis szájadékok mögött gyakori a felső húgyutak tágulása és esetleg a vese hydronephrosisa, vagy a vese sorvadása; a vaginából nyert és a hólyagba fektetett katheteren gyüjtött vizeletben pedig az indigocarmin hiánya arra utaltak volna, hogy valóban itten egy erős functionalis csökkenés van, leghelyesebben látszott, ha a vizeletcsurgást egy nephrektomiával szüntetnők meg. Tekintettel azonban arra, hogy ilyen ureter fejlődési rendellenességhez a vese fekvésének rendellenessége is csatlakozhatik (esetleg ektopiás vese a medencében), először igyekeztünk a vesék helyét meghatározni, miután bimanualisan tapintható egyik vese sem volt. Jobb oldalon ez pyelographiával könnyen sikerült s mint láthatják, a jobb vese a helyén volt. A bal oldalon a contrastanyag éppen úgy, mint az indigocarmin kifolyt és nem ment fel a vesék felé és így egy *oxygénes pneumographiát* csináltunk, amely meglepetésünkre teljesen normalis helyen levő, normalis vese képét nyujtotta.

Ezt összevetve azzal, hogy a vaginán át mégis a napi vizelet ¼ része ürült, nem lumbotomiát végeztünk, hanem egy alsó, Israel-metszéssel feltártuk az uretert (október 7-én) azzal a célzattal, hogy ha az uretert normalisnak, azaz nem dilatáltnak találjuk, a lehetőség szerint kínálkozó conservativ műtétet végezzük. A bal uretert az iliaca externával való keresztezése helyén kerestük fel és egy, teljesen normalis ureterre találtunk. Ezt az uretert anélkül, hogy környezetéből kihámoztuk volna, lefutásában a hólyagig követtük. (L. ábra.) Közvetlen a hólyag mellett, kb. attól 3 cm-re az ureter kiszélesedett és alapjával lefelé, a hólyagtájék felé mutató háromszöget alkotott, amely háromszögnek felső oldala a hólyagfenék felé vonult, az alsó oldala pedig a vagina teteje felé. Evidens, hogy itt



ebben a részben közös adventitiával borítva vált ketté az ureter. Az első dolgunk az volt, hogy a felső oldalon a hólyag felé vezető részen egy kis nyílást ejtettünk és ezen keresztül lefelé sondát vezettünk be, azonban a hólyagba jutni nem tudtunk. Ez az ureter tehát szűkült volt és ezzel elesett annak a conservativ műtétnek a lehetősége, hogy ebből a háromszögből a vagina felé menő ágat kipraeparáljuk és lekössük. Így aztán a háromszög csúcsa alatt ½ cm-rel átmetszettük az uretert, kb. 2 és ½ cm-nyire a hólyag és vaginába való torkolása, azaz a háromszög alapja felett. A metszlapon két egymásmellett fekvő lumen volt látható. Az egyik a hólyag felé vezető szűk és vékonyfalú, a másik a vagina felé vezető teljesen normalis lumenü és fala is normalis vastagságúnak látszott. Az ureter átmetszése után a felső csonkon visszamaradó ½ cm-nyi darabját a hólyag felé vezető résznek megsondáztuk felfelé és kiderült, hogy vakon végződik. A communicationak a két ureter között, amelyet az indigocarminpróba jelzett, tehát valahol alább az említett háromszögben kellett lennie. Az alsó csonkot lekötöttük, a környező fasciával beborítottuk, a felső csonkról lepraeparáltuk azt a kis ½ cm-nyi vak részt; az uretert két oldalt bemetszettük és lefutása irányában a hólyagon ejtett kis sebbe a lebenyekbe fűzött catgutfonalak segélyével belehúztuk és a hólyag falához fixáltuk. A neoimplantált uretercsonkhoz egy gaze-zel körülvett kis draint helyeztünk el, a hólyagba pedig állandó kathetert tettünk.

* Bemutatta a Kir. Orvosegyesület 1929 október 26-i ülésén.

Az első három napon keresztül a drainen valamelyes vizelet szivárgott, a 4. napra a kötés száraz volt, az 5. napon a draint elvettük. A seb primára, a drain helye sarjadzással gyógyult. *A műtét pillanatától kezdve a leánykának vizeletcsurgása többé nem volt.* Október hó 14-én a hólyagba inplantált ureternek a fonalak segélyével behúzott két lebenye demarkálódott volt már, jó tág új nyílása volt látható és így lehetővé vált a kétoldali ureterkatheterismus és functionalis vizsgálat. Ez a következő eredményt mutatta:

Jobb oldal.	Bal oldal.
Indigocarmin: 4 perc halvány	Indigocarmin: 4 p. halvány
5 „ intensiv	5 „ intensiv
Kryosc. 0·46	Kryosc. 0·45
Ureum 0·36%	Ureum 0·24%
Ga: 5—10 friss vörösvérsejt néhány leukocyta, kevés coli bakterium	Ga: nihil.
Bakt. kitenyésztés: coli bakterium	Bakt. kitenyésztés: nihil

A két vese tehát egyformán jól működött. Hogy mért nem jelentkezett a műtét előtt baloldalt az indigó, nem tudom. A műtét utáni functiós vizsgálat, a conservativ eljárást igazolta.

Ezután még azt kellett megvizsgálni, hogy ez a neoimplantált ureter, attól a természetes zárókészülékétől, amellyel a hólyagot ferdén átfúró ureter bír, a műtét által megfosztva mutat-e zárási elégtelenséget felfelé a vese felé, azaz refluxszerű tünetek vannak-e jelen. Spontan a beteg ilyeneket nem jelzett, ennek következtében a szokott refluxvizsgálatot végeztük; megtöltöttük indigocarminnal a hólyagot, azután a hólyagot faradizáltuk, utána kimosva az indigót, rögtön ureterkathetert vezettünk fel a vesemedencébe, innen az indigocarmin nem jelentkezett. Ugyancsak egy második kísérletünk árnyékot adó anyaggal azt mutatta, hogy az ureterbe nem jut fel contrasanyag. *Ez a neoimplantált ureter tehát teljesen zár felfelé.* Csak mellékesen jegyzem meg, hogy mennyivel jobban kell zárni a normalis lefutású ureternek és, hogy ez az eset is mutatja, mint azt itt már más alkalommal kifejtettem, hogy milyen kevés szerepe van a refluxnak az ascendáló infectiók kifejlődésében. Hiszen itt a jobb, azaz ép oldal vesemedencéje colival fertőzve volt a műtét után, az implantálté steril maradt.

Ez az eset, amennyire én ismerem, példátlanul áll az irodalomban. Az, hogy az ureter felfelé kettéágazik (ureter fissus), nem is oly nagy ritkaság. Ritkább, de többször észleltek egyik vagy mindkét oldalon feles számú uretert. Ez az ureter beszájadzhat a rendes mellett a hólyagba; beszájadzhat férfinél a pars prostaticába, vakon végződhet a hólyagfalban, benyilhat vagy a vesicula seminalesba vagy a ductus deferensbe, szóval az ős vesevezeték maradványaiba; nőkben beszájadzhat az urethrába, vaginába, sőt a vulvába is. Ilyen ektopsiás esetek műtéteiről a magyar irodalomban már régen beszámoltak *Tauffer* tanár és *Winternitz* professor. Újabban mind több esetet közölnek. *Az azonban, hogy egy ureter lefelé kettéváljon, önmagában véve is óriási ritkaság,* én mindössze egy sectiós esetet tudok. *Gruber* a Lichtenberg-féle Handbuch f. Urologie III. kötetében közli *Block* egy esetét, amelyben 6 hónapos csecsemőhullában a hydronephrosisos vesének megfelelő ureter legalsó szakaszában 2½ cm hosszúságban az ureter kettős volt, a két csövet közös izomréteg borította és egymás mellett nyiltak a hólyagba. Ugyancsak ő közli *Duerck* sektiós esetét, amelyben a jobboldalon kettős uretert találtak, az egyik felfelé vakon végződött és izmos falában a másik ureterrel össze volt nőve és úgy látszott, hogy a vese felől egy ureter megy el, mely lent két ureterre hasadt. Ez talán felfelé vakon végződő kettős ureter volt. *Előben felismert és megoperált lefelé bifurkáló ureter esetére az egyik ág ektopiás szájadzásával nem találtam az irodalomban.*

Nem vagyok hivatásos embryologus és így nem vállalkozom a fejlődés ezen még példátlan rendellenességének magyarázatára. Igyekeztem, tehát a vizsgálatok és operativ autopsia által nyert képet az embryologusok számára híven leírni. Ezek a vizsgálatok, amint látni méltóztattak, egyszersmind lehetővé tették, hogy ne egy mutiláló műtéttel, hanem conservativ úton a vese megtartásával szabadítsuk meg a beteget a vizeletcsurgástól. Hogy ezek a modern vizsgálati methodusok mily nagy haladást jelentenek, azt tán legjobban *Tauffer* tanár ismerheti el, aki már akkor (1889), amikor még ezen vizsgálati módszerek közül a klinikus csak a kezdetleges cystoscoppal rendelkezett, genialis intuitióval conservativ műtéttel szüntetett meg egy harmadik ureter ektopiás beszájadzásából eredő vizeletcsurgást. Ő a külső húgycső mellett nyíló ureterbe sondát vezetett, ezt a hólyagfenékhez nyomta és a hólyagon át rámetszett, így a hólyag és a mellette futó harmadik ureter között összeköttetést létesített; az ureter peripheriás részét pedig paklénnel elroncsolta.

Van ennek az esetnek általános orvosi jelentősége is. Ha egy fiatal leánynak, mióta eszmél, vizeletcsurgása van és amellett rendes időközökben vizel, az kórjelző ektopiás ureternyílásra. Az ilyen esetet nem villanyozni kell, hanem a fent leírt vizsgálatoknak kell alávetni.

A m. kir. Országos Közegészségügyi Intézet (igazgató: Johan Béla dr. egyetemi rk. tanár) bajai állomásának és Baja thjf. város közkórházának (igazgató: Róna Dezső dr.) közleménye.

Kimutathatók-e a typhusbacillusok kútvízben?

Írta: *Haranghy László* dr., az Országos Közegészségügyi Intézet bajai állomásának vezetője, kórházi főorvos.

A hygienikusnak azt a gyanuját, hogy valamely ivóvíz typhusbacillussal van fertőzve, ma is főleg csak az általános epidemiologiai tapasztalatokra alapíthatja, mert a typhusbacillusokat a kútvízben csak ritkán sikerül kimutatni. Éppen ezért már megteszi a szükséges óvóintézkedéseket a laboratoriumi vizsgálatok elvégzése előtt. Érthető az is, hogy ha a bakteriologiai intézetektől távoleső vidéken egy kút annak gyanujába kerül, hogy a typhusjárvány elterjedésénél szerepet játszott, a kút lezárását és fertőtlenítését rendesen minden vizsgálat nélkül, azonnal elrendelik. Természetszerűleg ilyenkor eldöntetlen marad, hogy a kútvíz ténylegesen fertőzött volt-e, vagy sem, ami a typhus epidemiologiai kutatásának szempontjából mindenesetre hátrányosnak tekinthető, mert tudjuk, hogy ezen a téren ma is sok kérdés még tisztázatlan.

Az ivóvíz, mint a typhusfertőzések forrása, régóta gyanú alatt áll, azonban ezen gyanú bakteriologiai vizsgálatokkal csak igen kevés esetben nyert igazolást. Ezen körülményt általában azzal magyarázzák, hogy olyan eljárásunk, mellyel a typhusbacillusok a víz bakteriumai közül elektive kitenyészthetők volnának, nincsen, és így a negativ eredmények a tökéletlen technika következményei. A vizsgálatok tényleges értékének elbírálása laboratoriumi kísérletekkel biztosan nem eszközölhető, mert a mesterségesen typhustenyészettel fertőzött vizek a való állapotot nem mutatják s nem rekonstruálják azokat a meteorologiai, chemiai, physikai és biologiai állapotokat, melyek a szabad vízben, kútban, iszapban uralkodnak. Hogy tehát az ivóvizek

typhussal való fertőzöttségének bakteriologiai igazolását az eljárás tökéletlensége akadályozza-e meg, vagy az ivóvizek, kutak ténylegesen csak ritkán tartalmaznak virulens typhusbacillusokat, az csak epidemiologiai megfigyelésekkel egybevetett rendszeres bakteriologiai ivóvízvizsgálatokkal dönthető el.

Baja városában a typhusesetek kisebb-nagyobb számban évről-évre megjelennek. Miután a városban vízvezeték nincs s olykor a megbetegedések kifejezetten egyes utcákra vagy házcsoportokra lokalizálódtak, ezen helyek ivóvizeinek, közkútjainak typhusfertőzöttség szempontjából vizsgálata a kérdés megvilágítására igen alkalmasnak látszott.

A typhusos vizsgálatokban egységes eljárás kialakulva nincsen. Abban valamennyi megegyezik, hogy lehetőleg nagytömegű, egy-két liter vizet igyekszik a vizsgálatkor feldolgozni. Egyesek chemiai anyagokkal, vagy typhus-immunsavóval csapadékot állítanak elő a vízben és a csapadékot használják föl a szokásos typhusos táptalajokra való felkenés útján a kitenyésztésre. Mások a vizet bakteriumszűrőn viszik át és a szűrőn maradó bakteriumokat oltják valamilyen electiv táptalajra. Ismét mások a coli- és a többi bakteriumok szaporodását gátló, a typhus fejlődését előmozdító anyagokat kevernek a vízhez és 24 órai tenyésztés után electiv táptalajokon igyekeznek a typhusbacillusokat kimutatni. *Ficker* és *Hoffmann* mind a három módszert egyesíti a következő eljárásban: 900 cm³ vizsgálandó vízhez 110 cm³ olyan steril vizet adunk, melyben 10 g nutrose, 5 g coffein és 0·1 g kristályibolya *(Höchst)* van. Ezen 37 C°-on tartott culturaoldatból 12 óra mulva keveset lacmus-tejcukor-agarlemezekre oltunk, a folyadék egyik felét typhus agglutináló serummal kicsapjuk, másik felét *Ficker* vassulfatos csapadékmódszere szerint kezeljük s mindkettőből a csapadékot agarlemezekre oltjuk.

Vizsgálataimban eleinte *Ficker* és *Hoffmann* egyesített eljárása után indultam, ettől azonban később eltértem. Arra törekedtem, hogy a typhusbacillusok minél előbb, a reájuk nézve legjobb táptalajba, az epébe jussanak. Hogy a jelenlévő egyéb bakterium fejlődését visszatartsam, coffeint és malachitzöldet adtam az epébe. E két vegyszer bizonyos concentratióban gátolja egyéb bakteriumok fejlődését, míg a typhusbacillusokra nézve jelenlétük nem káros.

Vizsgálataimnál, melyekben *Ficker* és *Hoffmann* eljárásán kívül *Ditthorn*, *Gildemeister* és *Baumgärtel* methodusát használtam fel, a következő eljárást alkalmaztam: A vízvételhez a következő oldatot visszük magunkkal: *A)* 5 g nutrose 80 cm³ steril vízben feloldva *B)* 20 cm³ 25%-os coffein-oldat. *C)* 10 cm³ 0·2%-os frissen készített vizes malachitzöld-oldat. Az *A)* oldat úgy készül, hogy 5 g nutroset Koch-fazékban elhelyezett lombikban, 80 cm³ vízben addig főzünk, míg teljesen feloldódik, azután lehűtve, szűrés nélkül használjuk. A *B)* coffeines oldat forró steril vízben frissen készül. A helyszinen a magunkkal vitt spirituslámpán a coffeines oldatot addig melegítjük, míg a lehülés folytán kivált coffein újra oldódik s a tejfehér folyadék víztiszta lesz. Ezután a coffeines oldatot a nutroseoldattal — a sterilitásra ügyelve — összeöntjük, jól összerázzuk és a folyadékot a szabályszerűen vett 1 liternyi vízmintához 4—5 részletben, rázás közben hozzáadjuk. Utána a steril kémcsőben készen tartott 10 cm³ malachitzöld oldatot hasonló módon a mintához öntjük.

A leírt eljárás után a vizet mindjárt a laboratoriumba visszük, ahol a „Seitz-Művek ÉK" szűrőlapjain átszűrjük. A szűrés tartama alatt maga a minta mindig 37 C°-os költőszekrényben áll. Mivel különösen az erősen iszapos vízben a szűrőlap hamarosan eltömődik, a lapokat óránként cserélni kell. A sterilen kiemelt szűrőlapokat széles szájú Erlenmayer-lombikba elhelyezett marhaepés táptalajba dobjuk és a táptalajt már az első lap behelyezése után thermostatba tesszük. A marhaepés táptalaj úgy készül, hogy Conrádi-féle marhaepéhez (90 cm³ epe, 10 g pepton, 10 g glycerin) 0·4% vegytiszta coffeint és 0·1% malachitzöldet *(Höchst)* adunk. A coffeint és malachitzöldet előzőleg 10 cm³ steril vízben oldjuk s a coffeinoldatot meleg, a malachitzöld oldatot hideg állapotban összerázás közben adjuk a már kész és sterilizált epéhez. A táptalajt utólag nem sterilizáljuk. Az epés táptalajból a szűrőlapok befogadására 200 cm³-t veszünk. A lapokat tartalmazó epe az utolsó lap behelyezésétől számítva 12 órán át thermostatban áll. Ezután a táptalajt felrázva, steril pipettával kiemelt 5 cm³-rel két Petri-csészében Knorre-féle kititrált malachitzöld-agarral lemezpárt öntünk. A lemezöntést 4—4 óra mulva három ízben megismételjük s végül az utolsó szűrőlap epébe való elhelyezésétől számított 36 óra mulva még egy utolsó lemezpárt készítünk. Összesen tehát 25 cm³ táptalajból öntünk lemezt, az utolsó szűrőlap behelyezésétől számítva 12, 16, 20, 24 és 36 óra mulva. A Knorre-féle malachitzöld lemezeken nőtt gyanus telepek egyik részével próbaagglutinatiót végzünk s amennyiben továbbra is gyanusnak látszanak, előbb ferde agarra, majd lacmus-tejsavóra, tejre, szőlőcukros agarra és Endora oltjuk és egyidejűleg az agglutinatiót is elvégezzük.

A vizsgálat célszerű időbeosztása az, hogy a mintát reggeli órákban vesszük, a szűrést a nap folyamán végezzük. Másnap reggel, délben, délután és este, továbbá a következő nap reggel malachitlemezeket öntünk, majd a kinőtt telepeket identifikáljuk.

Ezen eljárással 1924—29-ig összesen 18 különböző typhussal fertőzöttségre gyanus kút vizsgálatát végeztem és positiv eredményt, — annak dacára, hogy a vizsgálatokat többször, két, sőt három ízben is megismételtem, — csak egyszer kaptam. Két vizsgálatunk érdekesebb adatokat szolgáltatott arra nézve, hogy a typhusbacillusok a kútvízben kimutathatók-e; ezeket közlöm.

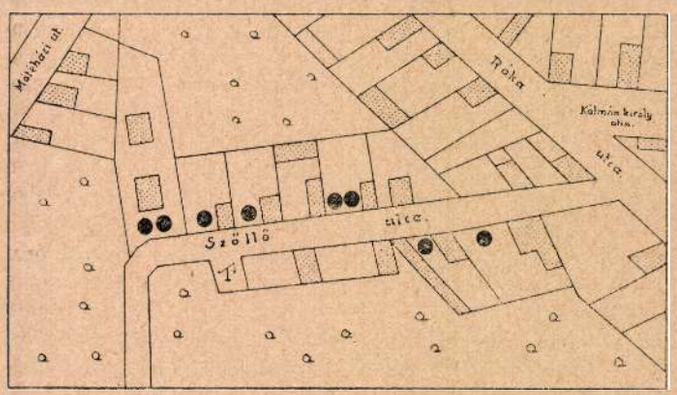
1927 augusztus elején a bajai Zrínyi Miklós-utca 39. sz. ház melletti közkút közelében fekvő házakban, csaknem egyidőben négy typhusos megbetegedés jelentkezett, pedig typhus a város többi részén nem volt. A tiszti főorvos ivóvízfertőzésre gondolt. A kút vizsgálatánál kitűnt a következő: A 9·5 m mély, csigarendszerű kerekes kút piszkoszöld téglákkal burkolt aknájának keleti oldalán a földszintől 50 cm-nyire kezdődő, 30 cm széles, a vízfelszinig terjedő becsorgási sáv volt látható. A kút keleti oldala mellett 2·5 m távolságban a Zrínyi Miklós-utca 39. számú ház kerítése feküdt, amelyhez egy pöcegödrös klozet támaszkodott. A kút aknájától tehát 3 m távolságban, becsorgási csík irányában pöcegödör feküdt. A kútban 120 cm magas vízoszlop volt. Az erősen kemény (71·5 német fok) frissen színtelen, átlátszó víz chemiai vizsgálatánál igen magas chlortartalom (410·1 mg), erős ammoniák-reactio és igen magas oxygenfogyasztás (41 liter mg) volt kimutatható. A víz bakteriumainak számát 1 cm³-ben szobahőmérsékleten 1,240.000-nek találtam. A coli titer 0·001 cm³, a thermophilen titer 0·001 cm³ volt. A laboratoriumi vizsgálat és a helyszíni adatok szerint tehát megállapíthattuk, hogy a kútvíz bélsáranyaggal, pöcegödörszüredékkel nagymértékben szennyeződik. A kútfenék iszapját megvizsgálva, azt találtuk, hogy az első malachitzöld lemezpáron gyanus telep nem tenyészett, ellenben a másodikon és a harmadikon aránylag sok

gyanus telep volt található, melyeket identifikálva, ezek jellegzetes typhusbacillustelepeknek bizonyultak. A negyedik lemezpáron tenyésztett telepek nagy tömegében csupán két typhustelepet lehetett isolálni s az ötödik lemezpárt elborító telepek között typhustelepek feltalálása nem sikerült. E vizsgálatban érdekesnek tartom azt a jelenséget, hogy a typhusbacillusok epéből való kimutathatósága aránylag rövid ideig tartott. Ugyanis a malachitlemezek közül sok telep csak a 16—20 órás átoltásokon mutatkozott, ellenben a 36 órás lemezen a typhusbacillus már kimutatható nem volt, mert a kísérő bakteriumok elszaporodása a typhusbacillus kimutatását még a titrált malachitlemezen is megakadályozta. Szükséges tehát, hogy a lemezöntés ne sablonos módon 24 óra mulva, hanem az ismertetett módon történjen. Az ismertetett esetben a typhusbacillusok aránylag rövid ideig tartó kimutathatóságát bizonyára a kísérőbakteriumok (coli) igen nagy száma okozta, azonban ez a typhusgyanus vizek legnagyobb részénél rendesen így van. A vizsgálatot két nap mulva megismételtem. Ezen vizsgálatban egyrészt a felszines vízből, másrészt a kútfenék iszapjából vettem próbát úgy, hogy egy súllyal megterhelt szélesszájú üveget a kútfenék iszapjába engedtem süllyedni. Ezután az üveg súllyal megterhelt dugóját a ráerősített zsineg segítségével eltávolítottam s miután az üveg iszapos vízzel megtelt, függőleges állásba hozva, gyorsan felhúztam. A felszines vízből typhusbacillusok kimutathatók nem voltak. Ellenben az iszapból beoltott malachitlemezek közül a harmadik, negyedik, sőt az ötödik lemezpáron is aránylag igen sok jellegzetes typhustelep volt található. *A vázolt vizsgálat tehát határozottan arra mutat, hogy a typhusbacillusok kimutathatóságának szempontjából a fenékvíz, az iszap feldolgozása a legeredményesebb.*

A kutat a tisztiorvosi hivatal még a vizsgálatok megkezdésekor lezáratta s ezek befejezése után fertőtleníttette, s ezután megbetegedések a környéken többet nem fordultak elő. Az eset tehát egyike azoknak, ahol határozottan meg volt állapítható, hogy a typhusmegbetegedések forrását a kútvíz képezte. Hogy hasonló esetek nem gyakoriak, azt a bajai vizsgálatok is mutatják. Baja városnak vízvezetéke nincs. A lakosság túlnyomó része közkutak vizét issza. Ezek különösen a 95 megbetegedéssel járó 1928. évi járvány alkalmával többizben typhussal fertőzöttség gyanujába kerültek, ezzel szemben a bakteriologiai vizsgálatok mindig eredménytelenek maradtak. Ezek alapján úgy látszik, mintha a víz typhusfertőzöttségének bakteriologiai kimutatása nem sok reménnyel kecsegtetne. Ha azonban a vizsgálatok kiindulási pontját képező epidemiologiai jelenségek további sorsát figyeljük, határozottan arra a meggyőződésre juthatunk, hogy a negativ eredményű bakteriologiai vizsgálatok a való állapotot mutatták. A tisztiorvosi hivatal rendszeres járványtani vizsgálatai a fertőzés forrását az esetek nagy többségében nem a közkutakban, az ivóvízben találta meg, hanem bacillusgazdák stb. szerepét mutatta ki vagy tette valószínűvé. Egy ilyen esetet, ahol a kezdeti megbetegedések vízfertőzés gyanuját kelthetik, valójában azonban szorosabb értelemben vett kúteredetű fertőzésről beszélni nem lehet, jellemzően tár elénk az alábbi példa.

A város szélén levő és meglehetősen félreeső Szőlő-utcában 1929 szeptember első napjaiban két typhusmegbetegedés jelentkezett. A megbetegedéseket szeptember 10-én egy újabb követte, majd csakhamar öt újabb eset mutatkozott. A keskeny mellékutca lakói a 9. számú ház mellett álló gémes közkút vizét itták. Miután a megbetegedések körülbelül egyidőben nagyobb számban léptek fel, annál is inkább kútvízfertőzésre kellett gondolni, mert az itteni tejet nem fogyasztó, otthoni kenyeret evő, szegényebb néposztálynak csak egy közfogyasztási cikke van: a víz. A kutat a tisztiorvosi hivatal lezáratta és az összes megbetegedéseket az öt eset jelentkezése után kórházba szállíttatta. Mivel a félreeső utcában kút máshol nincs és a legközelebbi közkút pedig távolabb fekszik, az utca lakói az egészségügyi intézkedéseket be nem látva és be nem tartva, a kutat újra használatba vették, mindaddig, míg a tisztiorvosi hivatal erről tudomást szerezve, a kútvíz használatát a fertőtlenítés végrehajtásáig teljesen lehetetlenné nem tette.

Baja t. h. j. f. város, Szőllő-utcai typhusesetek.



Magyarázat: ● = Typhus abdominalis megbetegedés.

A szóbanforgó kút a talaj kissé kiemelkedő helyén fekszik. Mélysége 14 m, falazata tégla. Az akna falán becsorgási nyomok nem láthatók. A legközelebbi pöcegödör a kúttól 12 m-nyire van. A chemiai vizsgálat adatai szerint a 28·2 német fok keménységű víz chlortartalma 60·35 liter mg, salétromsavtartalma 28·4 liter mg s benne salétromossav és ammoniak ki nem mutatható. A kútvíz 1 cm^3-éből szobahőmérsékleten kitenyésztett bakteriumok száma 12.000, a colititer 0·01 cm^3. A kétszer egymásután elvégzett bakteriologiai vizsgálat alkalmával typhusbacillusok kitenyészthetők nem voltak s így az eset azok közé volna sorolható, ahol a nevezett bacillusok kimutatása a vizsgálati módszerek tökéletlensége miatt nem sikerült. Az összes megbetegedések kórházba való szállítása után azonban újabb eset nem jelentkezett, holott — amint az utólag kiderült — az utca lakói a vizet még jó ideig tovább itták. A meglehetősen isolált mellékutca lakosai szinte egy nagy családot képeznek, akik a kútnál rendszeresen találkoznak. Itt mindenki egy és ugyanazt a vedret használja és a kút melletti szokásos esti beszélgetéseknél a közvetlen érintkezésre bőséges alkalom van. A betegek egy része a betegség kezdeti idejében szomszédjaival tovább érintkezett, mint ahogy a 16. szám alatt lakó férfi jellemzően mondja, hogy muszáj volt a házi dolgot végezni, vizet hordani, mert más nem volt erre a munkára és csak 8—10 napi lázas állapot után feküdt az ágyba. Amint az összes betegek az utcából kikerültek, a fertőzések is megszűntek. A fertőzéseket tehát a betegek, nem pedig a tovább is használatban tartott kút közvetítette. Az egyáltalában nincs kizárva, hogy a betegek által megfogdosott kútvederrel a kútvízbe bacillus is jutott, de hogy itt virulens állapotban meg nem maradt, azt a további fertőzések kimaradása is igazolja. Mert az utca lakói között bizonyára akad még typhusfertőzésre hajlamos egyén, akik valószínűleg megbetegedtek volna, ha a kútvíz lett volna a fertő-

zések okozója. Ezek szerint a járvány terjedésében a kút szerepet játszhatott, de csak közvetve, mert az egészségesek és a betegek egymással való érintkezésére, a kútveder útján a fertőző anyag továbbvitelére alkalmat adott. Valójában kút útján való fertőzésről beszélni itt nem is lehet, mert nem a kút vizének szennyezettsége a fertőzések oka. Ily esetben természetesen még a legpontosabban végzett bakteriologiai vizsgálattal sem lehet a kútvízből typhusbacillusokat kimutatni s momentán a vederhez tapadó, vagy a kútvízbe jutó bacillusok felkeresése éppúgy keresztülvihetetlen, mint a bármi más módon, ruhák, élelmiszerek által közvetített fertőzéseknél.

A bajai vízvizsgálatok adatait a járványtani jelenségekkel egybevetve, végeredményben arra a véleményre jutottam, hogy *a kutak fertőzőképes typhusbacillusokkal való elárasztása a ritkább járványtani jelenségek közé tartozik.* Igazolni látszik ezen feltevést az a körülmény, hogy Baján, ahol vízvezeték nincs és ahol a typhustól különösen erősen szenvedő városrészekben a lakosság nagyrészt nyitott közkutakat használ, csupán egyszer sikerült biztos kúteredésű typhusfertőzést kimutatni. Ellenben 17 olyan esetben, ahol kezdetben a kút fertőzöttségére volt gyanú, a további járványtani jelenségek a megbetegedések egyéb úton terjedését mutatták ki, vagy tették valószínűvé. Még leginkább előfordulhat szorosabb értelemben vett typhusos kútfertőzés ott, ahol a vizet bélsáranyag fertőzi. Ebben az esetben azonban bakteriologiai vizsgálattal a bacillusok valószínűleg ki is mutathatók. Az ilyen irányú bakteriologiai vizsgálatok céltalannak és eleve kilátástalanoknak tehát nem tekinthetők és *a negativ eredmények az esetek jó részében a való állapotot tüntetik fel és nem a bakteriologiai módszerek rovására irandók.*

A debreceni Tisza István Tudományegyetem szülészeti klinikájának közleménye (igazgató: Kenézy Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár).

Méhrepedés öt esete hypophysis-készítmények helytelen adagolása után.

Írta: *Probstner Arthur dr.* egyet. magántanár.

A hypophysis hátulsó lebenyének kivonatát a fájások erősítésére *Hofbauer* alkalmazta először. Jó eredményeit 1911-ben közölte.[1] Rövidesen a közlemények egész sorozata jelent meg, melyek e szerrel való próbálkozásokról számoltak be és melyeknek legnagyobb része igazolta a kivonat hatásosságát és használhatóságát. A jó hatás mellett egyik-másik közleményben hátrányos mellékhatásról találunk feljegyzéseket. Sőt egyesek veszedelmes következményeket is észleltek. E kellemetlen vagy veszedelmes mellékhatásoknak oka kezdetben az volt, hogy a szert úgyszólván válogatás nélkül alkalmazták. A szülés különböző szakaszaiban, különböző adagokban. Különböző kellemetlen mellékhatásokról referáltak. Előfordult a magzati szívhangok jelentékeny lassúbbodása, a magzat fulladozása, elhalása. Az anya részéről: fülzúgás, szédülés, elsápadás, sőt collapsus. Görcsös méhösszehúzódások, korai lepényleválás, méhrepedés. Ezek a bajok kezdetben, míg a szer hatásmódja stb. nem volt eléggé ismeretes, elkerülhetetlenek voltak. A nagyszámú és különböző intézetekből származó tapasztalatok alapján azután lassacskán kialakult a szer helyes alkalmazásának módja. Kialakultak a javallatok és ellenjavallatok is. Az adag helyes megválasztásának kérdése is rendbejött. És azáltal, hogy nemzetközi megegyezés következtében a kivonat erősségének egységes megállapítása megtörtént, a pontos adagolás lehetségessé vált.

A hypophysis-készítmények alkalmazása a fájásgyengeség leküzdésére ezután hamarosan nagyon elterjedt és általánossá vált. A nagymértékű elterjedés közben azonban sokan megfeledkeztek a javallatok és ellenjavallatok pontos betartásáról és idővel polypragmasia fejlődött ki. Sőt olykor a javallatot a szülés idejének megrövidítése, a szülés gyorsítása képezte. Jó fájások mellett is adtak befecskendezéseket, amivel azután bajt idéztek elő. Fájásgyengeség és hypophysis-készítmény alkalmazása pedig szinte összetartozó fogalmakká váltak, az eset körülményeinek kellő mérlegelése nélkül.

Ez az oka annak, hogy jónak látom az utóbbi négy év alatt klinikánkra méhrepedéssel beszállított öt asszony esetét leközölni, mely esetek a fájáserősítő szerek helytelen alkalmazásának rovására írandók. Az alkalmat egyszersmind felhasználom arra, hogy a hypophysis-készítmények alkalmazásának javallatait és ellenjavallatait újra megbeszéljem. Szükségesnek tartom ezt azért is, mert nem mindegyik tankönyv tárgyalja a kérdést elég pontosan és kimerítően.

1. F. sz. 1139—991. *N. G.-né*, 1926. 37 éves, VI. P., öt rendes szülés. *Előzmény:* félnapi tágulási szak után burokrepedés. Egy órával a burokrepedés után a fej állítólag mélyen van az üregben, de a méhszáj még nem tűnt el. A szülés nem halad. Ismételt glanduitrin-injectiók, mert „a fájások erősek bár, de rövidek". Az injectio hatására a fej domborít. Egy igen erős fájás után a fájások kimaradnak. *Lelet* (a repedés után kb. 1 órával): Hőmérséklet 37·3, érverés 120. Nagyfokú vérszegénység. A méhfenék magasságában, a hasfal alatt közvetlenül magzati aprórészek. Szívhangok nem hallhatók. Rendes medence. B. v.: a méhszáj eltűnt. A fej a bemenetre nyomva. Vérszivárgás a hüvelyből. *Kórisme:* teljes méhrepedés. *Műtét:* perforatio, lepényleválasztás. A hashártyán is áthatoló repedés a méhnyak elülső részén van. Erős vérzés. Emiatt *laparotomia.* Amputatio supravag. A műtét végén az érverés nem tapintható, ritkuló lélegzés. Két óra mulva exitus (anaemia). A magzat méretei: 50 cm, 3100 g, 33 cm.

2. 1493—1142. 1927. *J. J.-né*, 35 éves, III. P., két rendes szülés. Fájások kezdete d. e. 8 órakor. D. u. 2 órakor a fájások nagyon erősek, de a szülés nem halad. Ekkor orvosa két subcutan, majd negyedóra mulva egy intravenás injectiót ad. Újabb negyedóra mulva igen heves fájások után az asszony rosszul lesz. Hányás, fokozódó gyengeség. Emiatt d. u. 7 órakor beszállítás a klinikára. *Vizsgálat* a repedés után kb. 6 órával. Nagyfokú vérszegénység, 36·4, érverés 140. A hasfal alatt magzati részek tapinthatók. A medence rendes. B. v.: A méhszáj eltűnt, a fej a bemenetre támaszkodik, fejtetőtartás. Litzmann-féle ferdetartás. A fej könnyen kimozdítható. A fej még a méh alsó szakaszában van, a magzat teste a belek között. *Kórisme:* teljes méhrepedés. *Műtét:* perforatio. Midőn a magzat fejét kranioklasttal meg akarjuk fogni, kitér a műszer elől és kicsúszik a méhből a belek közé. Az egész magzat a belek között van. A lábak felkeresése, fordítás, kihúzás. A lepény eltávolítása a belek közül. Vérzés, fokozódó vérszegénység. Laparotomia. Amputatio supravag. A hasfal zárása közben exitus. A magzat méretei: 54 cm, 2650 g, a megfúrt fej kerülete 36 cm.

3. 1723—1446. 1928. *T. F.-né*, 34 éves, V. P., két rendes szülés, egy műtétes, egy halvaszületett. Fájások kezdete november 17-én délelőtt. Másnap hajnali két órakor gyenge fájások miatt egy befecskendezés az izomba és ugyanekkor egy intravenásan. A befecskendezés után egy igen erős fájás, majd állandó fájásszünet. Azóta gyengül. Orvosa „méhfalelvékonyodás, fájásgyengeség" miatt délelőtt 7 órakor beszállíttatja. *Vizsgálat* a repedés után 6 órával. Igen vérszegény beteg. Hányás. 37·4. 132. I. kpf. a bemenetbe ékelt fej. Igen kemény, nagyon érzékeny méh, különösen annak alsó szakasza. Szívhangok nincsenek. Kissé szűkebb medence. B. v.: a méhszáj eltűnt, a fej a bemenetbe ékelve, vérzés nincs. *Kórisme:* méhrepedés. *Műtét:* perforatio, extractio kranioklasttal. A lepény magától meg-

[1] *Hofbauer:* Zentralbl. f. Gyn., 1911, 4. sz.

születik, utána kb. 800 cm³ részben aludt vér ürül. Baloldalt a méhnyakon nem áthatoló (nem teljes) repedés. Kitömés. Gyógyulás. A magzat méretei: 56 cm, 3650 g, 33 cm.

4. 1407—1197. 1929. *P. S.*-né, 33 éves, IX. P. 7 rendes szülés, egy vetélés. Egynapi vajudás után fájásgyengeség és keresztfekvés gyanúja miatt orvost hívnak. Orvosa mindkét combjába egy-egy injectiót ad. Erre a fájások erősödnek, majd a befecskendezés után mintegy 10 órával éles fájdalom után a fájások kimaradnak. Magzatmozgást nem érez, gyengül, csuklik, hány. Beszállítás. *Vizsgálat* a repedés után 7 órával. Nagyfokú vérszegénység, a magzat közvetlenül a hasfal alatt, dorsoanterior keresztfekvésben tapintható. Szívhangok nincsenek. Érverés 162, hőmérsék 37·2. A medence rendes. B. v: négyujjnyi méhszáj, keresztfekvés. Elölfekvő rész nem tapintható. A méhnyakon hatalmas repedés. *Kórisme:* teljes méhrepedés. *Laparotomia.* A magzat teljesen a belek között, valamint a lepény is. Eltávolításuk után supravaginalis amputatio. Műtét után a 4. napon exitus (sepsis). A magzat méretei 57 cm, 4600 g, 38 cm.

5. 1189—1052. 1929. *V. B.*-né, 39 éves, IV. P. Fájás gyengeség miatt *keresztfekvésnél* orvosa néhány befecskendezést végzett. Majd egy idő mulva a magzatot darabolva hozta a világra. A lepény leválasztásának kísérleténél teljes méhrepedést állapított meg. Haldokló állapotban beszállítva. *Lelet:* a hüvelyből köldökzsinór lóg ki. *Teljes méhrepedés.* Puffadt, érzékeny has. Nagyfokú vérszegénység. Érverés 156, hőmérsék 39. Szapora lélegzés. *Műtét:* laparotomia, reménytelen állapotban. A belek között levő lepény eltávolítása. A repedés jobboldalt a hengeres szalagig terjed a méhtestre. A belek közt sok vér. Vérzés már nincs. Amputatio supravag. A műtét végén exitus.

A kórtörténeteknek csupán legfontosabb adatait közöltem. A kórtörténeteknek az előzményre való adatai egyik-másik esetben meglehetősen hiányosak és nem is teljesen megbízhatók, mert nem minden beteggel hoztak részletes jelentést az orvostól. Volt olyan eset is, ahol a beteg minden kísérőírás nélkül jött be és csupán a hozzátartozóktól lehetett valamit az előzményekről megtudni. Az 1., 2., 3. és 4. esetben a helyzet fel nem ismerése, *téves kórismézés* tételezhető fel. Az 5. számú esetnél valószínűleg a helyzet *téves megítélése* volt a baj oka.

Az *első* esetben a nagy fejdaganat tévesztette meg az orvost. A fejdaganat alsó polusa már a medence fenekén volt, holott a fej legnagyobb kerülete még nem ment át a bemeneten és a méhszáj sem volt teljesen eltűnve. Fájások is voltak, nem is gyengék, csak rövidek. Nem lett volna szabad fájáserősítő befecskendezést adni, még kevésbbé ismételni az adagot. A *második* esetben a fájások erősek, de a szülés nem halad. Orvosa jó fájások ellenére fájáserősítőket ad, még pedig igen nagy adagban (két befecskendezést, majd negyed óra mulva egy újabb adagot intravenásan). A medence ugyan rendes, de a magzat nagy. (A megfúrt fej kerülete 36 cm.) A fej fejtetőtartásban illeszkedik be, tehát a rendesnél nagyobb átmérővel. Emellett Litzmann-féle ferde tartásban van. Tehát kedvezőtlen tartásban. Térarányatlanság van a magzat nagy feje miatt. Természetes, hogy miután a szülés útjában legyőzhetetlen akadály van, a maximalisan felfokozott fájások megrepesztik a méhet. A *harmadik* esetben az orvos nem ismeri fel a térarányatlanságot, mely a bár kisfokban szűk medence, de nagy magzat között fennáll. Az igen kemény és nagy fej a bemenetbe volt beékelve, tehát még nem haladt át a szűkületen. Az adagot is túllépte és egy befecskendezést a vivőérbe alkalmazott. A *negyedik* esetben valószínű a keresztfekvés. Az egy napig vajudó méh kifáradt. A fájásgyengeség miatt az orvos ismételten ad befecskendezést. A méh újra dolgozni kezd, 10 óra mulva megreped. Az *ötödik* esetben elhanyagolt keresztfekvésnél alkalmazza az orvos a hypophysis-készítményt, fájásgyengeség miatt. Felismeri a rendellenességet, de helytelenül alkalmazza a szert.

Az esetek végzetességét magyarázza az, hogy a betegek csak hosszú órák mulva (6—12 óra), nagyon kivérzett állapotban kerültek műtétre, ketten teljesen reménytelen állapotban. Egyik, ki a vérzést kiheverte, sepsisben pusztult el a műtét utáni negyedik napon. Hárman a súlyos vérveszteség következtében haltak meg, kettő a műtét végefelé, egy rövidesen a műtét után. Kétségtelen, hogy a halál bekövetkezéséhez egyik-másik esetben a repedésnél úgyszólván mindig meglevő fertőzés is hozzájárult (az ötödik esetben 39 C°-os lázzal vettük fel a beteget). Az öt közül csupán egy gyógyult meg, kinél a repedés nem volt áthatoló, amely az irodalom adatai szerint is lényegesen jobb kórjóslatú.

Nem minden esetben sikerült megtudni, hogy a vajudó milyen készítményt kapott. De ez nem is fontos, mert a bajt nem a szer, hanem a szer *helytelen alkalmazása* okozta.

A német irodalomban közölt esetek nem nagyszámúak. *Herz*[2] a pituitrin időszak kezdetén 20 é. I. P.-nak, lapos medencénél, 2 ujjnyi méhszájnál ad 1 cm³ pituitrint és kolpaporrhexist idéz elő (kitömés, gyógyulás). *Everke* egyaránt szűk medencés V. P.-nak ad 0·75 cm³ pituitrint. Két óra mulva collapsus, méhrepedés. A rögtön végzett műtét sem tudta az asszony életét megmenteni. *Lipscher*[3] arctartásnál alkalmaz pituitrint, bemenetben álló fej esetében: méhrepedés. A vajúdó sorsa ismeretlen. Sok esetet közöl a francia és amerikai irodalom. *Le Lorier* 1913—1921-ig 53 méhrepedést jegyzett fel (idézve *Cheinisse* után).[4] E szerencsétlen esetek miatt a francia nőorvostársaságok egyhangúlag hozzák azt a határozatot, hogy a pituitrint veszedelmes szernek jelezzék, bábák ne kaphassák kézhez és tiltassanak el használatától. A francia szülészek közt sok ellenzője van a hypophysis-készítmények alkalmazásának. *Josephson* a pituitrin egyetlen „legitim" javallatának a szülés utáni vérzést tartja. Az amerikai szerzők közül *Mundell*,[5] *Rucker*[6] és *Haskell* közölnek szerencsétlen eseteket.

Hogyan kerülhetők el a szerencsétlen esetek? Tudjuk, hogy a hypophysis-készítmények annál jobban hatnak, minél érzékenyebb a méh, minél jobban előrehaladt a szülés. Legjobban hat a kitolási szakban. Tehát csak ilyenkor szabad alkalmazni. Ekkor kerülhető el az a veszedelem is, mely a fájások görcsös jellege esetén a magzat életét fenyegeti. A szer befecskendezése után olykor látjuk, hogy a szer hatására keletkező első fájások némileg hosszabbantartók. A szünetek viszont rövidek, a fájások tehát kissé görcsös jellegűek. De többnyire hamarosan szakaszosak, rendesek lesznek. Kivételes esetekben a görcsös fájások állandósulnak (valószínűleg a méh különös és előre nem látható túlérzékenysége miatt). Ilyenkor a magzat veszedelembe jut, asphyxia fejlődik és a magzatot veszedelmes helyzetéből csak a szülés gyors befejezésével tudjuk megmenteni. A tágulási szakban ez lehetetlen az anya veszedelembe döntése nélkül. Még kérdés, hogy az újabban ajánlott thymuskivonatot is tartalmazó készítmény aggodalom nélkül adható-e a tágulási szakban is. A thymus kivonatának hozzáadásával állítólag elkerülhető a görcsös fájdalmak veszedelme és a szer jóval hosszabb ideig hat, mint az eddigi készítmények *(Temesváry)*.[7] További

[2] *Herz:* Zentralbl. f. Gyn., 1913, 20. sz.
[3] *Lipscher:* Therapia, Bratislaw, 1925, 7. sz.
[4] *Cheinisse:* Presse med., 1922, 28. sz.
[5] *Mundell:* Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1917.
[6] *Rucker* és *Haskell:* Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1921.
[7] *Temesváry:* Zentralbl. f. Gyn., 1926, 6. sz.

megfigyelések és klinikai kipróbálás fogja eldönteni e combinatio értékét. Ugyancsak klinikai megfigyelés fogja eldönteni azt, hogy a hypophysis-készítmények egész kis (0·2 cm^3), de többször ismételt adagban használhatók-e veszedelem nélkül a *tágulási* szakban. Klinikánkon most folynak ilyen irányú kísérletek.

Ami az *adag* nagyságát illeti, legjobb kisebb adaggal, ½ cm^3-rel kezdeni. Tehát 5 egységgel. Nemzetközi megállapodás alapján 1 cm^3-ben 10 ú. n. „Vögtlin"-egység van. Tehát a kivonatok standardizálva vannak. Ha a hatás nem elégséges, bizonyos idő (20—25 perc) mulva megismételhetjük a befecskendezést. Ekkor már tudjuk, hogyan reagált a méh a kis adagra és ismétléskor adhatunk *egy* cm^3-t is. Egy-két órán belül ne adjunk többet 2 cm^3-nél. *Az adagolás módja:* bőr alá vagy izomba, kivételektől eltekintve, melyekre mindjárt rátérünk. A *vivőérbe* csupán akkor adjuk, amikor a fej már majdnem megszületett és csupán egy-két fájásra van szükség, hogy egészen kigördüljön. Ilyenkor a szülés befejezése a kezünkben van. És ha az intravenás adagolás előidéz is görcsös fájást, fogóval gyorsan befejezhetjük a szülést, ha a szülés megakad és a magzat asphyxiássá válik. Vivőérbe adhatjuk a befecskendezést a szülés harmadik szakaszában, vagy a lepény megszületése után. Ha a méhet összehúzódásra akarjuk serkenteni és azt gyorsan akarjuk előidézni (rendesen vérzés miatt). Ilyenkor legcélszerűbb egy befecskendezést i. v. és egyet az izomba adni, hogy a hatás gyorsan következzék be, de tartós is legyen. Ajánlották a lepényi szak megrövidítésére minden szülőnőnek válogatás nélkül hypophysis-befecskendezést adni. Ettől a túlzástól óvakodni kell! A rendesen működő méhet nem szabad munkájában zavarni akkor sem, ha kifáradva hosszabb szüneteket tart. *Ne siettessük ok nélkül* munkáját, mert éppen azt idézünk elő, amit elkerülni akartunk: atoniát.

Általános ellenjavallat: szív és vesebaj, eklampsia, az erekre való szűkítő hatás miatt. A szülészi ellenjavallatok a javallatokból tulajdonképen önként adódnak. Ellenjavallat a téraránytalanság akkor is, ha méhnyakkinyúlás még nincsen. Téraránytalanság esetén a méh rendesen jól, sőt fokozottan dolgozik. Amíg dolgozik, hiba volna erősíteni a fájásokat. Ha a munkában kifáradt, akkor inkább pihentetni kell. Sokszor nem ítélhető meg, legyőzhető-e az akadály. Ilyenkor megfigyeljük a méh viselkedését, de erősítőszereket nem adunk. Erre csupán akkor kerülhet sor, ha a természetes szülőerők legyőzték az akadályt. Ha ezenközben a méhnyak kinyúlt, fájástkeltő szereket semmiesetre sem szabad adni. Egészen természetes, hogy a fenyegető méhrepedés szintén szigorú ellenjavallat.

Meg akarom még jegyezni azt, hogy az orvosnak, ha hypophysis-készítményt adott, kötelessége a vajudó mellett maradni addig, míg a szer hatása le nem zajlott. (Helyes javallat és megfelelő feltételek mellett adva a szert, hamarosan lefolyik a szülés!) A hatás ideje alatt gondosan kell észlelni a szülést, a fájások gyakoriságát, erősségét, a fájásszünetek tartamát, figyelni a méhnyakat, a szívhangokat. Így biztosan elkerülhetők lesznek az esetleges káros hatások, mert idejében felismerve a veszedelmet, meg lehet tenni a megfelelő intézkedéseket.

Ezek volnának az általános irányelvek. A gyakorlatban is és még inkább intézetben bizonyos körülmények között itt-ott el fogunk tőlük térhetni. De ezt jól meggondolva, az eset alapos mérlegelése után tehetjük csak, mert egy könnyedén adott befecskendezés halálos veszedelmet okozhat.

KLINIKAI ELŐADÁS

A sebészet jelentősége az általános kultúrában.*

Előadta: *Sauerbruch Ferdinand* prof. a budapesti I. sz. sebészeti klinikán 1929 november hó 18-án.

A XVIII. században súlyos rázkódások érték az európai kultúrát. Franciaország egy véres forradalom árán absolut monarchiából köztársasággá alakul át. Az összes államok belpolitikai életében, beleértve Ausztriát és Németországot is, erjedés és forrongás mutatkozik. Mindenütt áll a harc a népjogokért nemesség és papság ellenében. Ezen áramlatok a szellemi életet is nagy erővel ragadják magukkal. Az irodalom felszabadul az édeskés francia pásztorjátékok, s a levitézlett lyra hatása alól. Klopstock, Wieland, Lessing, majd a Sturm és Drang korszak után Goethe és Schiller lesznek a nap hősei. A művészet olyan nagyságokkal gazdagodik, mint Bach, Haendel, Gluck, Haydn és Mozart. Az új szellem az orvostudományt is hatalmába keríti. A művészetért rajongó Bécsben az ú. n. *régi bécsi iskolában* születik meg a modern orvostudomány. Az egész kort nagyszerű természettudományos felfedezések, találmányok és az a törekvés jellemzik, hogy a technika vívmányait az orvostudományban is értékesítsék. Sok ösztönzést ad az erősen terjedő természetbölcselet is.

E korszak aránylag rövid ideig tart, aminek főoka az orvosi kutatásnak az a mindinkább észrevehető törekvése, hogy a gyakorlati eredményeket biztosabb elméleti alapra helyezze. E törekvésnek a XVIII. században legkiválóbb képviselője *Haller Albrecht* volt, akit joggal nevezhetünk az első modern értelemben vett orvostermészetbúvárnak.

A boncolás- és élettannak a XVIII. században tett nagy haladása rendkívül üdvös hatással volt a sebészetre is. Ekkoriban az orvosoktól már kitűnő sebészeti képzettséget is kívántak és a megfelelő tanintézeteket a belgyógyászatiakkal egyesítették. Lehullt tehát az utolsó válaszfal is. Dacára ennek, a sebészet a XIX. század első felében még nem haladt lényegesen előre és nem volt kellő kapcsolata a rohamosan fejlődő belgyógyászattal és kórtannal. Általános színvonala sem valami magas, talán azért, mert hiányoznak a nagy vezető egyéniségek. A legtöbb ösztönzés Párizsból indult ki, mert itt élt és működött az új háborús sebészet megteremtője, *Larrey*, I. Napoleon udvari orvosa, továbbá *Dupuytren*, *Nélaton*, *Pravaz* és mások. A francia befolyás Németországban és Ausztriában is erős volt, s ez alól csak kevés önálló egyéniség, mint *Graefe*, *Dieffenbach*, *Stromeyer* tudta kivonni magát. A sebészet utolsó nagy, sőt talán legfényesebb korszaka a mult század második felében kezdődik. Az orvosi természettudományok általános haladása a chirurgiát is megtermékenyíti és itt is megkezdődik az egyetemes orvosi gondolkozás. Három nagyszabású esemény, a *narkosis*, az *antisepsis* és a *mesterséges vértelenítés* felfedezése e nagy kor határkövei.

Hogy mit jelentett a narkosis, arra szinte felesleges szót vesztegetni. Oly álom vált itt csodás valósággá, amelyről bizonyára sok sebész ábrándozott, de beteljesedésében alig mert hinni. A narkosis bevezetésével leomlottak a sebészet fejlődésének nagy korlátai, mert a fájdalommentesség addig nem ismert mértékben tette lehetővé a nyugodt és biztos operálást. Jelentőségében talán nem volt oly nagy, de mégis óriási befolyást gyakorolt az operativ sebészetre az antiseptikus sebkezelés, melynek már az ókorban is voltak előfutárjai. Hippokrates sebészetében pontos utasításokat ad a kéz és a műtéti terület megtisztítására. A műszerek gondozása, sőt már azok fertőtlenítése antiseptikus hatású szerekkel is ismeretes volt.

---

* Befejező részlete a nagyszabású történelmi előadásnak, mely egész terjedelmében az *Orvosképzés*ben fog megjelenni.

Ám a sebészet eme nagy kincse a századok folyamán teljesen veszendőbe ment. Még a mult század 40-es éveiben is voltak sebészek, akik egyben boncnant is tanítottak és egyenesen a boncteremből mentek szülést levezetni. Nem csoda tehát, hogy a gyermekágyi láz állandó lakója volt valamennyi szülőintézetnek. Ma már alig lehet megérteni, hogy miért kellett annyi gyűlölettel és ellenállással megküzdenie a nagy magyar orvosnak, *Semmelweis Ignác Fülöp*nek, aki először jött rá a gyermekágyi láz igazi okára, amikor kimutatta, hogy a fertőző anyagot az orvosok kezei és műszerei viszik át. Feltűnő az is, hogy *Pasteur* alapvető felfedezéseit a gyakorlati orvostudomány oly későn értékesítette, hiszen az angol *Lister* az antisepsisről szóló tanítását csak 1867-ben közölte. Ő volt az első, ki az antiseptikus sebkezelést ajánlotta, azon gondolatból kiindulva, hogy a genyedést tulajdonképen a levegőben tartózkodó alsórendű szervezetek idézik elő.

Igaz, hogy az antisepsis, mely erősen túllőtt a célon, eredeti alakjában nem sokáig tarthatta fenn magát és lassankint meg kellett hátrálnia a ma általánosan gyakorolt *asepsis* előtt, de azért *Lister* műve mégis döntő jelentőségű volt az egész sebészet továbbfejlődésére.

A modern sebészet harmadik fontos vívmányát: a végtagok leszorítását mesterséges vértelenítés céljából, *Esmarch Friggyes*nek köszönjük. Ezen eljárást is ismerték már az ókorban és a későbbi idők hadi-sebészei gyakorolták is, de azután feledésbe merült. Az újítás nagy előnyei főleg a végtagok sebészetében jutottak érvényre.

Leomlottak tehát, mintegy varázsütésre a mult idők összes akadályai. Mindennap új ösztönzést és új problemákat hozott, melyek megoldásra várakoztak. Gyönyör lehetett abban az időben élni és dolgozni. De akadtak férfiak is, akik lelkesedéssel vetették magukat az új feladatokra, mint a nagyműveltségű, szellemes *Langenbeck, Thiersch*, az átültetés tanának megalapítója. *Simon, Volkmann, Bergmann Ernő*, de főképen a zsenialis *Billroth Tivadar*. A sebészet új és új területei tárultak fel, a kórtannal és belgyógyászattal való szoros együttműködéssel pedig a sebészi betegségek felismerése és kezelése nyert biztosabb alapot. Még vezet a fiatal hassebészet, de csakhamar megkezdődnek az első tapogatódzó kísérletek a többi testüregek megnyitására is. Tökéletesebb diagnostika, a műtéti javallatok biztosabb felállítása és a technika egyszerűsítése biztosítják a műtétek sikerét. Az a tény, hogy a belgyógyászatnak a betegségek lényegéről táplált felfogása igen gyakran tévesnek bizonyult, a sebészetet önálló kutatásra serkentette. Így történt, hogy a műtőteremben szerzett tapasztalatok a kórtan számos fejezetét gyökeresen átalakították, hogy csak a vakbélgyulladást, az epehólyag és a gyomorbélcsatorna betegségeit említsük. A klinikai és műtéti tapasztalatokat experimentalis tanulmányokban tették további kutatás tárgyává. A legszebb és legjelentősebb nyereség azonban mégis az volt, hogy a sebészet a belgyógyászattal benső közösségbe került, s alighanem ez az utolsó 50 év gyógytudományának legnagyobb eredménye. A káprázatos haladást végül betetőzte a mult század végén *Röntgen* zseniális felfedezése, mely ismét újabb ösztönzést, új problemákat és új diagnostikai sikereket hozott felszínre.

A sebészet, mely rövid idő előtt még puszta mesterség volt, önálló tudománnyá nőtte ki magát és mint korának gyermeke, feldolgozta az összes actualis kérdéseket.

A XIX. század belgyógyászata és sebészete a természettudomány és technika jegyében állott. Valamint a renaissance korában az emberi szellem letépte magáról a középkor bilincseit s nagyszerű földrajzi és csillagászati felfedezéseivel és találmányaival (könyvnyomtatás), az emberiségnek új utakat jelölt ki, úgy történt ez most az orvostudományban is. Természettudományos gondolkozás és kutatás hatotta át az egész kulturális életet, tudományt és bölcsészetet egyaránt. Nagyszerű tudományos megismerések, mint az *erő megmaradásának törvénye, az átöröklés tana, a Darwin-féle elmélet* stb. tudományban és művészetben *a materialista irány* útját egyengették. A túlhajtott *materialismus* azonban az idők folyamán szükségképen babonára és tévtanokra vezetett. A sok elmélet és kísérletezés végül megteremtett egy új, reményteljes tudományt, az életről való tant. A *biologia* számtalan problemájával és a szellemi élethez való belső vonatkozásaival győzelmesen nyomult előre. E tannak óriási jelentősége volt az orvostudomány szempontjából és hosszú időkre ki is jelölte az orvosi kutatás irányát. Vele kezdődik tulajdonképen az a nagy fordulat is, amelynek a rohamos fejlődésre szükségképen következnie kellett. Az történt ugyanis, hogy éppen a természettudományos világszemlélet elhatalmasodása mutatta meg tudásunk határait és nyitotta ki szemeinket, hogy mintegy nagy kísérletben meglássuk a materialismus tévedéseit. Kezdtünk szerényen magunkba szállni, mert beláttuk, hogy a legnagyobb tudományos felfedezés sem adhat választ a végső és tulajdonképeni nagy kérdésekre. A tudományos kutatás eredményeit ki kell egészíteni a tisztán emberi és lelki dolgok belső megértésével. Ez az a felfogás, amely a mai orvostudományban is mindinkább útat tör magának. Rájöttünk arra, hogy a betegségek lényegét az egyoldalú kórbonctani szemlélet nem magyarázhatja meg teljesen. A bakteriologia kutatási eredményeit és különösen annak az infectióról szóló tanítását a sebészek túlbecsülték. A kórbonctani lelettel szemben nem vették kellőleg figyelembe magát a betegség folyamatát és azokat a tényezőket, amelyek a beteg ember sajátos lényéből fakadva határozzák meg a betegség természetét. Ma ismét tudjuk, hogy az orvostudomány tud ugyan *betegségeket* felismerni, de semmiféle tudományos módszer nem taníthat meg arra, amire a jó orvos érzésből, ösztönszerűleg is képes, *a beteg ember* megértésére.

A sebésznek, aki oly kitűnően tud segíteni ott, ahol valamely mechanikai probléma megoldásáról van szó (heges gyomorszűkület, bélelzáródás stb.) be kellett látnia, hogy művészete csődöt mond akkor, ha a betegség nemét és lefolyását bonyolult és nehezen felismerhető feltételek határozzák meg.

Azok a remények, melyeket sokan tudományunk további specializálódásához fűztek, nem váltak valóra. Ellenkezőleg, ez csak elhomályosította a nagy összefüggések meglátását s ezért hatásában végzetesnek bizonyult. Orvos és sebész ma ismét tudatában van annak, hogy tudása, amennyiben az csak józan és világos elképzelésekre szorítkozik, lényeges kiegészítésre szorul.

Tanulmányaiba egész lelkét bele kell tennie, mert e nélkül holt gépies műveletté fajul minden kutatás és vizsgálódás. Félreismeri az orvostan lényegét az, aki azt tisztán és kizárólag csak tudománynak tekinti. Minden tudás és képesség fölött, melyet a kortól ajándékba kapott, álljon magasan az orvos egyénisége, mert csak így válik az ő ténykedése művészetté. Ez az, amit a kor változó áramlatai nem érinthetnek s a mi végső eredményben a legszebb és legnagyobb értéke a mi hivatásunknak. Tudták ezt már a régiek is s ezért nevezték el a gyakorlati orvostudományt, nagyon helyesen, *gyógyítóművészetnek* (Heilkunst).

De felmerül a kérdés, vajjon mit várhatunk a jövőben az orvosi kutatás és gondolkodás eme átalakulásától? E kérdésre a történelem adja meg a választ. Azt mutatja ez a nagy tanítómester, hogy nincsenek absolut igazságok és örökérvényű törvények. Egyik rendszer felváltja a másikat s még a való és igaz dolgok sem állhatnak meg mindörökké. Igenis elképzelhető, bármily valószínűtlenül hangzik is, hogy hatalmas, a régi kultúrát felborító események semmivé tehetik a mi epochalis vívmányainkat is, amint ez egykor az alexandriai iskola fénykora után meg is történt. A mai kor orvostudománya is csak átmeneti jellegű. Már érezzük, hogy valami újnak kell jönnie, csak nem látjuk még tisztán, hogy mi lesz az? Ami a művészetben már beteljesedett és más tudományokban már útban van, az az orvostudományban is ki fog törni. A legközelebbi idő még csak az előkészület és várakozás korszaka lesz. Régi tapasztalat, hogy minden hatalmas evolutióra fáradság és ellanyhulás következik. Be kell látnunk, hogy ezúttal

sem lehet máskép. Eljön majd az új kor, új élettel és eszmékkel s az emberek éppúgy hisznek majd bennük, mint mi a magunkéiban. De ez az új idő, amelynek már sok előhirnöke van, végzetes is lehet. Minden nagy politikai és társadalmi átalakulás után, főleg ha az gazdasági bajokkal párosul, felüti fejét a *mysticismusra* való hajlam, ez a sírásója minden haladásnak. El kell ismerni, hogy az utolsó 50 év túlviharos fejlődése indokolttá teszi a reactio bizonyos mértékét, de azért óvakodni kell a túlhajtott speculatiótól és mystikus rajongástól. A mi kötelességünk tudományban éppúgy, mint a politikában, előkészülni, és készenlétben állni a jövőre. Mindannyian várva várjuk az új átfogó eszméket, amelyekre a sebészetnek különösen nagy szüksége van, de azokat nem lehet kikényszeríteni. Megjönnek azok a fejlődés során maguktól s egy szép napon ajándékba kapjuk őket. Akkor aztán ismét fellendül a tudományos orvosi tevékenység, mert megszűnik az eddigi aprólékos munka s a nagy gondolatokkal nagy feladatok is születnek.

Az új kor problemái előreláthatólag egészen másfélék lesznek, mint a mostaniak, több lesz bennük a speculativ elem és kevesebb az exact megállapítás.

A természettudományos világszemlélet, melyet eddig túlbecsültek, sokat veszít majd értékéből, ami könnyen elősegítheti a kritikanélküli mysticismus térfoglalását.

Ezen a ponton hárul reánk egy nagyon komoly kötelesség. Mi vagyunk arra hivatva, hogy az új nemzedéknek átadjuk és számára megőrizzük a kipróbált természettudományos methodikát. Ez szolgáljon továbbra is iránytű és kormányrúd gyanánt.

Ha az orvostudomány teljesíti ezt a kötelességét, akkor saját keretein túlnőve az egész kultúra útmutatójává lesz. Mindkettőnek, kultúrának és orvostudománynak kettős arculata van. Az értelemből fakadó tudásvágy mellett ott áll az érzelemszülte sóvárgás a segítő, emberbaráti tevékenység után. E két, egymással szemben működő erőnek harmonikus összeolvadásában rejlik úgy a kultúrának, mint az orvosi művészetnek tulajdonképeni lényege. Ritkán jön létre ez az összeolvadás az egyes emberben, még ritkábban és csak egészen különleges feltételek mellett az emberek összességében. De ha megtörténik, akkor az eredmény nagyszerű egyéni teljesítményekben, a kultúra és orvostudomány nagy föllendülésében nyilvánul meg. Erre tanít bennünket különös nyomatékkal a sebészet története.

És végül még egyet, tisztelt kartársaim. Történelmi áttekintésünk a sebészet fejlődése fölött megmutatta, hogy a gyógytudomány mindig saját korának a szülöttje, tehát kötve van a mindenkori kultúrához, és így mintegy személytelen visszatükrözője a kor uralkodó felfogásának.

Ezzel szemben a gyógyítóművészet lényegében mindig változatlan, a kultúra minden korszakától független, legszemélyesebb valami. Az orvos és betege közötti viszonyt sem a tudomány haladása, sem annak hanyatlása nem befolyásolhatja. Természetes azonban, hogy az orvosnak a mindenkori tudományos vívmányokat gyógyító munkája szolgálatába kell állítania, s ezt meg is fogja tenni, de csak bizonyos korlátozással.

Két ösztön lakozik az orvosban. Az egyikkel az életet és a betegség lényegét akarja felfogni és megérteni. Ebben szolgája neki az orvosi tudomány. A másik az a hő óhaj, hogy a szenvedőn segítsen. De éppen azért, mert segíteni akar, kötelessége, hogy a tudományos munka minden hasznavehető eredményét felhasználja betegei javára. Óvakodnia kell azonban, nehogy áltudományosság hálójába kerüljön, mely gyógyítóművészetét megfertőzi. A természettudomány a gyógyító orvos számára nem lehet öncél, hanem csak segítőtárs a betegágynál való feladataiban. Minden tudományos vizsgálatnál fontosabb a betegségnek a beteggel együtt való átélése, mert csak így lehet a gyógyítás *művészetét* elsajátítani. A beteggel való mindennapi érintkezés és a vele való bibelődés tanítja meg a fiatal orvost megélesedett érzékeinek használatára és arra, hogy lelkileg átérezze a beteg minden baját és fájdalmát. Aki Önök közül orvosnak született, az hamarosan felfogja ezt a különbséget az orvoslás és gyógyítóművészet között. De megértik majd tisztelt kartársaim azt is, hogy igazságtalanul kemény szemrehányás ér bennünket, amikor azt mondják, hogy az efféle tanítások hordják a vizet a mysticismus, a szélhámosság és a kuruzslás malmára. Nincs senki, akinek érzékei tisztábbak, gondolatai világosabbak, mint az igazi orvosnak, aki azokat célszerű cselekvésre használja fel. Az ilyen orvos arra törekszik, hogy a tudomány minden új vívmányát felvegye és feldolgozza magában. De orvosi ösztöne abban is biztosan vezeti, hogy a valódi igazságot a talmitól megkülönböztetni tudja. Felelőssége tudatában mindig felveti maga előtt a kérdést, vajjon szabad-e magát orvosi gyakorlatában bizonyos tudományos eredmények által befolyásoltatni.

Az Önök mestereinek egyik nagy feladata az lesz, hogy a természettudomány iránti érzékeiket a lehető legnagyobb mértékben kiélesítsék, később pedig megtanítsák arra, hogy önálló búvárkodással próbálják az orvostudományt előbbre vinni. De még fontosabb, szükségesebb és szebb feladatuk lesz az, hogy a betegágynál képezzenek Önökből olyan igazi orvosokat, akik a valódi tudományt a *gyógyító művészet* szolgálatába állítják.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Atropinkísérletek, vérsejtsüllyedés és thrombocytaszámlálás typhusban. *Hedwig Weiss.* (Deutsche Arch. klin. Med. 165. k., 1—2. füz.)

Angol szerzőkkel szemben megállapítja, hogy az atropininjectio a pulsus szaporaságát nem változtatja meg typhusban typusosan, differentialdiagnostikai vizsgálatnak más fertőző betegségekkel szemben nem használható. Míg *Mackenzie* 1 mg subcutan adott atropin után a bradykardiában nem látott változást, ő 6 közül 4 esetben szaporább pulsust észlelt. A vérsejtsüllyedés sebességét a Westergren-féle módszerrel vizsgálva azt találta, hogy ez az első hétben kisebb fokozódást, a 2—4. hétben kifejezett gyorsulást mutat. E vizsgálat differentialdiagnostikai értékeléséhez egyelőre még adatok gyüjtésére van szükség. A thrombocytaszámlálást a Flössner-féle módszerrel végezte (átlagérték férfiaknál: 760.000, nőknél: 682.000) s az eddig közölt adatokat megerősíti: eleinte thrombopenia, később thrombocytosis, utána visszatérés a normalis számhoz. A thrombopenia idején a kis és nagy vérlemezkék aránya a normalisnak felel meg, a regeneratio alatt a kicsiny alakok aránytalanul szaporodnak meg. A thrombopenia függ az eset súlyosságától; a fehérvérsejtek és vérlemezkék száma között összefüggést nem talált. Egy családhoz tartozó 3 typhusbetegnél a vérlemezkék száma alig változott. A vérlemezkék resistentiája igen változó, az esetek súlyosságától független. A thrombocytaszámlálásnak differentialdiagnostikai értéke nincs, a scarlat kivételével az összes lázas fertőző betegségben thrombopeniát találunk.

Molnár István dr.

A mitralstenosis zöreje vezetési arhythmiánál. *Prof. Schellong.* (Klin. Wochenschr. 1929. 44. sz.)

A mitralstenosisra jellemző praesystolés zörej keletkezési módjával sok szerző foglalkozott. Ma az általánosan elfogadott vélemény az, hogy ez a zörej a pitvari contractióval függ össze. Szerzőnek sikerült ezt a feltevést exact módon igazolnia egy oly mitralstenosisban szenvedő betegnél, kinek egyúttal vezetési zavaron alapuló arhythmiája is volt: minden 3—4. pitvarcontractio után elmaradt a kamra összehúzódása (Wenckebach-periodus). E betegen elektrokardiographikus felvételt csinált és egyúttal registrálta a szívhangokat. Kiderült, hogy a zörej oly pitvarcontractiókkal egyidejűleg is megjelent, melyek után nem következett kamrai összehúzódás, tehát csak a pitvarcontractióval függhetett össze. Azon szívrevolutióknál, ahol a vezetési idő hosszú

volt, tehát a kamraösszehúzódás hosszú idővel a pitvarcontractio után következett, a zörej is eltávolodott a systolés hangtól, tehát elvesztette szorosan vett praesystolés charakterét. Kiderült továbbá, hogy a praesystolés zörej nem tisztán crescendójellegű akkor, ha a zörej izoláltan hallható: ilyenkor a crescendóphasisra egy decrescendóphasis következik. Ezt a phasist azonban normalis körülmények között a rákövetkező dobbanó systolés hang elnyomja, úgy, hogy csak a crescendophasis jut érvényre. *Czoniczer dr.*

A jobb szív sondázása. *W. Forssmann.* (Klin. Wochenschr. 1929., 45. sz.)

Acut szívgyengeség esetében bizonyos gyógyszereknek közvetlenül a szívbe való bevitele életmentő lehet. A bevitel eddig használatos módja, az intrakardialis injectio azonban veszedelemmel járhat, mert a coronariák megsértése folytán abundans vérzéshez vezethet. Ez késztette a szerzőt arra, hogy oly methodust dolgozzon ki, melynek segítségével veszélytelenül vihető gyógyszer a szívbe. E célból hullán sondát vezetett egy könyökhajlati venába és azt enyhe nyomással tolta előre. A sonda a vena brachialisból minden ellenállás nélkül jutott a vena subclaviába és innen a vena anonymán át a cava sup.-ba, majd a jobb szívbe. Miután a kísérlet hullán eredménnyel járt, a szerző önkísérletet végzett. Saját maga vesesectiót végzett a bal könyökhajlat egy venáján és a nyíláson keresztül egy beolajozott 4 Charr. vastagságú kathetert vezetett be. A kathetert enyhe nyomással 65 cm-nyire tolta előre. Miután a bevezetés megtörtént, a szerző saját lábán ment a távolfekvő Röntgen-szobába és ott átvilágítással constatálták, hogy a katheter vége a jobb pitvarig hatolt előre. A szerző elmondja, hogy a katheter felvezetése közben nem érzett egyéb kellemetlenséget, mint egy kis forróságot a kulcscsontja mögött és enyhe köhögési ingert. Az önkísérlet után alkalma volt a methodust klinice is kipróbálni egy perforatiós peritonitisben szenvedő, haldokló betegen. Ennek a betegnek a jobb pitvarba vezetett katheteren át szőlőcukrot, adrenalint, strophantint adott. Mindez azonban csak rövid időre javított a beteg állapotán, aki 6 órával a katheter bevezetése után meghalt. A sectio kiderítette, hogy a venák, melyekben a katheter 6 órán át feküdt, sértetlenek maradtak, bennük thrombus nem keletkezett. Szerző a szív sondázási methodusától a physiologiai kutatás terén is sokat vár. *Czoniczer dr.*

Anaemia perniciosa kezelése szárított gyomor-praeparatummal. *C. Sturges* és *R. Isac.* (The Journ. of the Am. Med. Ass., 1929, 93. köt.)

Szerzők *Castle* azon megállapítása alapján, hogy egészséges ember gyomra oly anyagokat termel, mely képes a táplálékul felvett húsból vérképző anyagot kiválasztani, magának a gyomorszövetnek hatását tették tanulmányuk tárgyává. Kísérleteik anyagául szárított disznógyomrot használtak, mely úgyszólván íz és szagtalannak bizonyult. Napi 15—30 g-os adagokban alkalmazták anaemia perniciosás betegeiknél. Eseteikben a hatás hamarosan jelentkezett, a betegek étvágya erősen javult, a pathologikus vérkép eltűnt s az erythrocyták nagyfokban megszaporodtak. Ezzel *Castle* megállapítása megerősítést nyert. Az új organpraeparatum jelenleg „Stomopson" név alatt került forgalomba. További kutatások történnek annak eldöntésére, hogy a specifikus anyagot a gyomor mucosus, muscularis vagy mindkét rétege tartalmazza. *Fritz dr.*

Sebészet.

Érzéstelenítés golyvaműtéteknél, 4000 eset kapcsán. *J. L. De Courcy,* Cincinnati. (Amer. Journ. of Surg. 928., 5.)

A tökéletes érzéstelenítés, különösen Basedow-golyvánál, fontos tényező jó eredmények elérésében. A szerző szerint az 1%-os novocainérzéstelenítés nem elég arra, hogy a golyva kiemelésénél fellépő félelmetes fulladási érzést kikapcsolja és ennek megelőzésére általános érzéstelenítést is alkalmaz. A számbajöhető bódítók közül a dinitrogen-monoxyd + oxygen érzéstelenítést ajánlja, mert az aether alkalmazásakor zavar az erős salivatio, aethylennél pedig a fejfájás, ami az egyket ily módon végzett műtét után sokszor jelentkezik. $N_2OH + O_2$ altatásnál az elalvás és ébredés rögtön beáll, a bódulat nem mély, de kielégítő és az adagolás gyorsan és pontosan történhetik. A kombinált altatás technikája nem könnyű, jól képzett altatót és teljes figyelmet kíván. A vérnyomás, légzés és érlökés állandó ellenőrzése minden kellemetlen complicatiótól megóv, a műtőnek és altatónak pontos együttdolgozása pedig biztosítja a jó eredményt. *Hudovernig dr.*

Narkotikák hatása a májfunctióra. *S. Rosenthal* és *W. Bourn,* Montreal. (Curr. Res. in Anaest. and Analg.

25 kutya májműködését vizsgálták meg oly módon, hogy az intravenásan adott bromsulphalein után a vér bilirubinconcentratiót és a vizelettel kiválasztott urobilinogent határozták meg. A bromsulphalein epével gyorsan választatik ki, normalis körülmények között 15 perc mulva már nincsen a vérben. 5 mg p. kg-t adtak intravenásan és 5—10—15 perc mulva vizsgálták a vért colorimetrikusan *Meulengratsh* szerint.

A legsúlyosabb elváltozásokat kétségtelenül a chloroformnarkosis okozza. Félórai chloroformaltatás után bilirubinaemia és urobiligenuria lépnek fel, amely tünetek csak három nap mulva tűnnek el és térnek vissza a normalis viszonyok. A bromsulphaleinretentio nyolc napig tart. Kétórai chloroformaltatás után a vér bilirubintartalma tíz napig emelkedett volt és a színpróba két napig 100%-os retentiót mutat, hat hét után érvén csak el a normalis viszonyokat. Aetheraltatás után a színretentiós viszonyok sokkal kisebbek, mint ugyanolyan hosszú chloroformaltatás után. A különbség a kettő között főként abban van, hogy a narkosist követő első napon aether után a kiválasztás már normalis, míg chloroform után a retentio maximuma csak akkor lép föl. Az említettekkel ellentétben kétórai gáznarkosis után (dinitrogen monoxyd, aethylen) a májműködésben semmi zavar sem lép föl, csak abban az esetben, hogy ha asphyxia volna altatás közben. Asphyxia ugyanolyan ártalmakkal jár, mint a chloroformaltatás. Májmegbetegedéseknél tehát a gázaltatást kell előnyben részesíteni. *Hudovernig dr.*

Néhány kísérleti lelet az epehólyag kiürülésének kérdéséhez. *Potapow.* (Zentralbl. f. Chir. 1929, 31.)

Ezirányú kutyakísérleteik eredményeit röviden összefoglalva a következőkben adják: 1. Az epehólyag epéje az emésztés munkája alatt folyik be a ductus cystikus és ductus choledechuson keresztül a duodenumba; 2. A táplálkozási szünet alatt epe nem távozik a hólyagból; 3. Az epehólyag felszívóképessége lipiodollal szemben igen csekély; 4. Nézetünk szerint az epehólyag ürülését falának activ contractiója idézi elő; de nem függ az ürülés a légzőmozgásoktól, a duodenum szívó hatásától stb. Különben nem volna lehetséges, hogy egyik kutyájuk epehólyagja 24 órán keresztül telvemaradt, anélkül, hogy térfogatát változtatta volna és anélkül, hogy a megfelelő bélrészletben a lipiodolnak akár csak nyomát is fel lehetett volna fedezni; holott a kutya természetesen az egész idő alatt légzett. Az a körülmény, hogy műtétkor nem látni soha az epehólyag összehúzódását, abban bírja magyarázatát, hogy élettanilag akkor éppen nincsen szükség rá. *Marx József dr.*

Előhólyag képződése a prostata teljes gümős sequestrálódása következtében. *H. Boeminghaus.* (Arch. f. klin. Chir., 155. köt., 2. sz.)

A boncolási statistikák szerint a gümőkórt a húgyivarszervek közül a prostatában találjuk meg leggyakrabban. A prostata gümőkóros megbetegedése igen gyakran klinikai tüneteket nem okoz és rendesen csak akkor ismerjük fel, ha a húgyivarkészülék egyéb szervei is gümős elváltozásokat mutatnak. A prostata gümős megbetegedésének érdekes esetét ismerteti, melynél az egész prostata sequestrálódott és a helyét elfoglaló üreg a hólyagtól ép záróizom által elválasztva, mintegy elő-

hólyagot képezett, mely a beteg, tágult ductus deferens útján a jobb lágyéktájon képződött gümős tályoggal közlekedett. A kórismét jól sikerült jodipines Röntgenfelvétel segítségével tisztázta. *Schmidt dr.*

Szülészet és nőgyógyászat.

A női gonorrhoea kezelése malariával. *Weigand.* (Ztbl. f. Gyn., 1929, 45. sz., 2834. o.)

Régóta ismeretes, hogy az intercurrens betegségekkel járó láz a syphilises elváltozásokra kedvező hatással van. Ugyanezt a kezelési módot már gonorrhoeánál is használták. Mivel a többi eljárások nem vezetnek biztos eredményre, szerző is megkísérelte a malariás kezelést. *Vonkennel* technikájának megfelelően a tertiana törzset használta ojtási anyagul. A lappangási idő átlagban 4—5 napig tartott. Ha az első napok fehérje-láza után nem lépett fel typusos tertiana-láz, úgy provokáló eszközökhöz folyamodott (előzetes lépfaradizálás után 10 cm³ natr. nucleinicum-oldatot fecskendezett be intramuscularisan; ha ez is eredménytelen maradt, úgy a lépet ingerlő hatású Röntgen-dosisokkal sugározta be.) A kezelés ideje alatt a betegek vérsejtsüllyedését állandóan mérve, a süllyedés gyorsaságának csökkenéséből igyekezett következtetni a gyógyulás bekövetkezésére. Megfelelő ellenőrzés mellett, 9—10 roham után salvarsannal, vagy 25%-os solvochinnal cupierozta a malariát. Az eljárás alkalmazását csak idült, vagy legalább is hathetes esetekben tartja célravezetőnek. Nem javalt szívbajos betegeknél, tuberculosisnál, osteomyelitisnél, primaer és secundaer anaemiáknál, diabetesnél és előrement malariánál. Legtöbbször egyidejűleg Protagon, vagy kombinált Gonargin—Dispargen-kezelést is végzett. 30 betegénél a kezelés átlagos ideje 8—10 hétig tartott. Azok a betegek, kiket kombinált eljárással kezelt, mind meggyógyultak. A tisztán csak malariával kezeltek közül egy a kezelés után is positiv górcsövi leletet adott s csak később, helybeli kezelés után gyógyult meg. A betegek 60%-ánál talált adnextumorok javulást mutattak a kezelés következtében. Kibocsátás alkalmával az esetek felénél az adnexumok egyáltalán nem voltak már tapinthatók, a többinél is lényegesen megkisebbedtek e képletek. *Szathmáry dr.*

A thrombosisről és emboliáról. *Mayer. A.* (Ztbl. f. Geb. und Gyn., 1929, 44. sz.)

Felsorolva az eddigi közlemények statistikus adatait, megemlíti, hogy klinikáján az utóbbi évek alatt az emboliák száma rohamosan növekedett s a régi számnak mintegy háromszorosára emelkedett. Ennek okát keresve számos feltevés (gyengébb orvosi kiképzés, habitus, lues, vérzéscsillapítás, szívizgató készítmények) helytelenségére mutat rá. Feltűnik anyagában, hogy a gyermekágyi thrombosisok és emboliák legnagyobb része 30—40 éves többször szült nőkre esik, míg a szülések száma a 20—30 éves nőknél a legnagyobb. Az emboliák szaporodásának okát főleg a háborús, rosszul táplált betegek szívelváltozásaiban, a belsősecretiós mirigyek csökkent működésében s az érendothel fokozott érzékenységében keresi. Kiemeli a műtét utáni vérképnek, a vér physiko-chemiai összetételének megváltozását (fibrinogen és globulin megszaporodása). Felveti a kérdést, hogy az emboliák gyakorisága miatt ne végezzenek e nőorvosok is Trendelenburg-műtétet? (Az irodalom adatai szerint eddig hét sikeresen operált beteget mentettek meg.) Anyagában az emboliáknak száma 52 (közöttük 28 halálos) volt. Míg a műtétek utáni emboliáknak 70%-a volt halálos kimenetelű, addig a gyermekágyi emboliás betegeknek csak 32%-a halt meg. Az elpusztult betegeknek több mint fele az első percekben halt meg, ez esetekben persze a Trendelenburg-műtét kivitele nem is jöhetett szóba. Kérdéses azonban, hogy a meggyógyult esetekből a fenti műtét után hány beteget veszítenénk el? Számos esetben az eldugaszoló vérrög nem egy darabból áll, hanem több részből. Ily esetekben a műtét sem fog sokat segíteni s ha gyógyuláshoz is vezetne, még mindig fennáll a később fellépő (elég gyakori) második esetleg harmadik embolus veszedelme. Ajánlata szerint csak akkor végezzünk Trendelenburg-műtétet, ha solitaer góccal van dolgunk s ha már nincs mit veszítenünk. *Szathmáry dr.*

A placenta praevia therapiája. *Krukenberg.* (Klin. Wochenschr. 1929., 41. sz.)

A bonni klinika 150 esetéből a különböző kezelési methodusokkal összesen 9 anya halt meg = 6% és 86 magzat = 57%. Az eredmény nagyjából megegyezik más klinikák közleményeivel. Mindenek szerint nem egy haláleset lett volna elkerülhető, hogy ha a klinikai kezelés már előbb megkezdődhetett volna. Az a fontos, hogy általában mindjárt az első nagyobb vérzés után activ beavatkozás történjék. Ami a beavatkozás methodusát illeti: fordításnál az anya élete eléggé biztosítottnak látszik, míg a magzat veszélyeztetettsége igen nagy; kb. 80% meghal. Mivel azonban az előbbi a fontosabbik, a nagy gyakorlatban mielőbb ez a műtét végeztessék. *Császármetszés* természetszerűleg csak intézetben végezhető, amelynél azonban — tekintettel az igen sok fertőzött esetre — az anyai halálozás igen nagy, míg ezzel szemben a magzati élet csaknem biztosítottnak látszik. A tiszta, nem vizsgált és nem tamponált esetekben az anyai halálozás is lényegesen kisebb s így kétségtelen, hogy a legjobb eredményeket az adja, ha placenta praevia azonnal vizsgálat nélkül klinikára szállíttatik és ott császármetszés végeztetik. *Methreurysisnél* nagy a magzati halálozás; ha tekintetbe vétetik továbbá fertőzés és lepényi szövet további leválasztása kapcsán nagyobb vérzés létrejöttének lehetősége, továbbá az a körülmény, hogy rendesen még ezenkívül is van beavatkozásra szükség, úgy érthető, hogy ez az eljárás sem ajánlható az általános gyakorlatban. A tamponade — tekintettel a fertőzés veszélyére — kerülendő s legfeljebb csak azokban az esetekben végzendő, amelyek erős vérzéssel lesznek szállítva. *Liebmann.*

Szemészet.

Kötőhártyaplastika. *Rötth A.* (XIII. Internationalis Szemészcongressus.)

A kötőhártya kiterjedt pusztulásánál, valamint symblepharonnál előadó a következő műtétet ajánlja: 1. Előbb a hiányzó palpebralis kötőhártyát pótoljuk lehetőleg conjunctivával oly módon, hogy a szemgolyó és az áthajlás megmaradt conjunctiváját a limbustól kezdve lepraeparáljuk és Arlt-féle kantárvarratokkal alá-, illetve fölfelé a fornixra borítjuk; ez néha csak nyeles lebeny készítésével érhető el. 2. A lemeztelenített sklerát és fornixot szájnyálkahártyával pótoljuk. 3. A transplantatum zsugorodását egyrészt maga a feszes convexalap, a sklera gátolja, másrészt mi is akadályozhatjuk azáltal, hogy odavarrjuk a felső, illetve alsó egyenes izomhoz, vagy esetleg a Tenon-torokhoz. E módszer a legsúlyosabb symblepharonnál stb., úgyszintén akkor is használható, ha hegesedések, zsugorodások miatt prothesis nem viselhető. Az eredmény jó és tartós. *Dallos József dr.*

A Schlemm-féle csatornának és összeköttetéseinek bonc- és élettana. *Sondermann R.* (XIII. Internationalis Szemészcongressus.)

A szem folyadékcseréjében fontos szerep jut a Schlemm-féle csatornának. Régebb óta ismeretes már, hogy a Schlemm-csatorna a külső falából kiinduló finom (20—50 u. átm.) csatornaágak (Aussenkanälchen) révén összeköttetésben áll a mellső ciliaris venákkal. Előadónak fagyasztott metszeteken sikerült kimutatnia, hogy a Schlemm-csatorna belső endothelkibélelése is megszakításokat szenved, amennyiben ide még vékonyabb, 5—25 u. átmérőjű, igen finom csatornácskák (Innenkanälchen) szájadzanak. Ezek csak a Schlemm-csatorna hátsó falában találhatók, míg a külcsatornácskák a mellső falból indulnak ki. A belcsatornácskák a lig. pectinatum hézagaival, réseivel szabadon közlekednek. Az egész üregrésrendszer az újszülöttnél igen szűk, a korral nő, előrehaladt korban gyakran feltűnően tág, amikor is jól megfigyelhető, hogy a belcsatornácskákból kiindulva a lig. pect. hézagai ferde irányban befelémellfelé erősebben tágulnak, ami azt sejteti, hogy a folyadékáramlás iránya is ilyen. Ezt egy hirtelen elhalt

beteg szeméből metszett készítmények valósággal bizonyítják. Az illetőnél egy héttel a halála előtt iridektomia történt; a szívóban levő hyphaema vörösvérsejtjeinek útja a lig. pect. hasadékaiba, majd innen a belsatornácskákon át egészen a Schlemm-csatornáig volt követhető. Ép viszonyok közt az egész üregrendszert csarnokvíz tölti ki, de ha ennek levezetésében pangás áll be, vérrel is megtelhetik; ilyenkor azonban a Schlemm-csatornával többé-kevésbbé párhuzamos lefutású belcsatornácskák és lig. pect.-hézagok összenyomódnak, úgy, hogy vér a mellső csarnokba mégsem kerülhet be.

Dallos József dr.

Urologia.

Gonorrhoeás prostatatályog gyermeknél. *M. F. Campbell,* (The Journal of Urol., XXII. köt., 4. sz.)

Szerző észlelése 28 hónapos fiúgyermekre vonatkozik, ki 10 nap óta fennálló bő gonorrhoeás fluor, heveny balanoposthitis, súlyos vizelési panaszok és intermittáló haematuria miatt feküdt a klinikán. Az erősen distendált hólyag 90 cm³ residuumot tartalmazott, a prostata pedig 4—5-szörösére volt megnagyobbodva és fluctuált. A végbél felől gyakorolt erős nyomásra a prostatatályog a húgycső felé áttört. Kiürülését forró beöntésekkel siettették.

12 évnél fiatalabb gyermekek gonorrhoeás fertőzését eddig 52 esetben írták le. A fertőzés vagy eszközökkel, vagy gonorrhoeás egyénnel történt közvetlen érintkezés útján jön létre. Szövődmények gyermekeknél ritkák; kezelésük ugyanúgy történik mint felnőtteknél; ezért fenti esetben is, ha a tályog nyomásra ki nem ürül, perinealis prostatotomiát kellett volna végezni. Gondolnunk kell mindig húgycsőszűkületre is, mely szerző esetei közül egyízben 22 hónapos gyermeknél fejlődött ki.

Sas Lóránt dr.

Carcinoma miatt végzett totalis perinealis prostatektomia. *G. Smith.* (The Journal of Urol., XXII. köt., 4. sz.)

26 betegről számol be, kiknél carcinoma miatt totalis prostataeltávolítást végzett. A műtét *Young* eredeti előírása szerint történt, azzal a különbséggel, hogy a hólyagot a gát felé drainálta, miáltal a hólyagnyak-húgycsőcsonk varratát tehermentesítette. Ezáltal lényegesen gyorsabb, többször per primam gyógyulást ért el. A beavatkozás akkor végezhető, ha az érrendszer állapota a 90 perces műtétet s a gerincvelői érzéstelenítést nem ellenjavalja. Per rectum vizsgálatnál a prostata újjal körüljárható legyen. Nem végezhető a műtét, ha a daganat az ondóhólyagok fölé terjed, vagy ha az ureterszájadékokra ráterjedt.

18 betegnél a vizeletretentio egy év, vagy kevesebb idő óta állott fenn. A folyamat fennállása és a vizeletretentio foka nem jelzi a daganat kiterjedését, mert többnyire nem a carcinoma, hanem a kísérő prostatatúltengés következménye. Műtét előtt állandó katheter alkalmazandó, míg a veseműködés megjavult. *Young*gal egyetértve, helytelennek tartja a műtéti eltávolítással egyidejűleg radium alkalmazását (sipolyképződés). A mortalitás nem nagyobb, mint egyszerű prostatektomiánál. 17 betegnél spontan vizelés műtét után teljesen kielégítő volt. Ebben az irányban a húgycső sondázásával sokat segíthetünk. Jelenleg is 15 betegénél a műtét hat hónap — hat év előtt történt.

Sas Lóránt dr.

KÖNYVISMERTETÉS

A szembetegségek és szemtünetek összefüggése a szervezet egyéb betegségével. Írta: *Albrich Konrád dr.* A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat könyvtárának 117. kötete. Budapest, 1929. A M. O. K. T. megbízásából kiadta az Eggenberger-féle könyvkereskedés.

Sokszor emlegetik, hogy a szem orvostana a legspecialisabb szakma, amelyhez a gyakorlóorvosnak kevés köze van. Pedig a szemészet ezer szállal van az általános orvostudománnyal kapcsolatban. Ezek az összefüggések a szemészt és a gyakorlóorvost egyaránt kell, hogy érdekeljék. A szem pathologiájának kellő ismerete a belorvostan és különösen az idegorvostan művelőjének nemcsak kisegítő eszköze, hanem egyenesen nélkülözhetetlen szükséglete. Elég utalnunk a pupilla viselkedésének fontosságára, a látóideg, a szemizmok bántalmaira, amelyeknek ismerete és kellő értékelése nélkül egyes idegrendszeri bántalmak számos esetben meg sem lennének diagnoskálhatók. Ezért minden gyakorlóorvosnak szüksége van olyan munkára, amely ezekkel az összefüggésekkel foglalkozik. A mű szerzője hasznos munkát végzett azzal, hogy e téren ismereteinket összefoglalta. Munkájával érdemes, de egyúttal nagy feladatra vállalkozott, amelyhez általános ismereteken kívül igen bő irodalmi tájékozottságra is volt szüksége. Kitűnő külföldi szakmunkák állottak ugyan rendelkezésére, amelyeket forrásul használhatott fel, de ezeken felül a legújabb irodalmat is figyelembe kellett vennie, ha alapos munkát akart végezni. Kétségtelen, hogy tárgyának olyan nagy terjedelemben való feldolgozása, mint pl. *Groenouw* munkája a Graefe—Saemisch-féle nagy kézikönyvben, a mi viszonyainknak nem lett volna megfelelő. Az óriási számú irodalmi adatok száraz felsorolása sem lett volna célszerű. Szükség volt kellő összefoglalásra, útmutatásra, hogy a munka a benne utánalapozónak gyors felvilágosítást nyujthasson. E nehéz feladat megoldására a felkészültségen kívül odaadó buzgóság és alaposság kellett. *Albrich Konrád*ban ezek a kellékek megvannak. Műve áttekinthetőség dolgában is kifogástalan. A könyv 17 fejezetében az egyes szervek bántalmain kívül, a vér betegségei az anyagcsere és táplálkozás zavarai, a belső secretio hibái, mérgezések, káros fénybehatások és a fertőző betegségek összefüggése a szem bántalmaival, fontosságuknak megfelelő terjedelemben kerülnek tárgyalásra. A szem neurologiájának a szerző természetesen külön fejezetet szentel, amely a 456 oldalas könyvből 158 oldalt foglal el, tehát bőven a harmadát teszi ki. Ez helyes is, mert ez a fejezet kétségtelenül a legfontosabb. Ebben lesz a gyakorlóorvosnak legtöbbször szüksége megfelelő felvilágosításra. Az elmondottakon kívül egy-egy kisebb fejezet számol be az öröklődő szembajokról és az általános betegségek kapcsán támadó vakságról. A mű nálunk hézagpótló, érdeme azonban ennél jóval nagyobb. A részleteiben is szerencsés megoldású munka nemcsak a magyar orvosi irodalom gazdagodását jelenti, hanem külföldi viszonylatban is számottevő alkotás, amelyet minden orvos haszonnal forgathat. A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat a munka kiadatásával kiváló gyakorlati érzékéről tett tanubizonyságot. A szerzőben céljait megértő, kitűnő munkatársra talált.

Blaskovics prof.

Betäubungsmittel und Rauschgifte. *Thoms H.* In allgemeinverständl. Form dargest. Berlin, Bécs. Urban & Schwarzenberg, 1929. (VII., 192 old. Ára 7·20 *M.*)

Ez a kis könyv azt a 14 előadást tartalmazza, melyet a gyógyszerészet nagynevű professora a berlini egyetem összes hallgatói részére a mult tanévben tartott. Ennek megfelelőleg laikus által is könnyen megérthető módon, élvezetes stylusban ismerteti a kábítószerek történetét, pharmakognosiáját, chemiáját, hatását. Tárgyalja az alkoholt, a coffeintartalmú drogokat, dohányt, az inhalatiós és localérzéstelenítőket, altatókat, opiumot, hasist és scopolamint. Különösen részletesen foglalkozik azokkal a károkkal és rombolásokkal, melyeket a kábítószerek az egyén és társadalom életében okoznak. Ezzel kapcsolatban bőven fejtegeti azokat a társadalmi, törvényhozási és nemzetközi mozgalmakat, melyek a bábítószerek termelésének, a velük való kereskedésnek és használatuknak kívánnak korlátot szabni. Véleménye szerint azonban az ilyen intézkedések egymagukban nem képesek a népben mélyen begyökerezett szokásokat kiirtani; nagyobb eredményt lehet remélni a népnek nemes szórakozásokra való ránevelésével, a kellemes otthon létesítésével és megszerettetésével. Az opium fejezetében, midőn Kína küzdelmét az angol opiumbehozatal ellen vázolja, megemlíti a kínai delegátus kemény támadását a brüsszeli opiumconferentián 1928-ban az angolok ellen, mert szerinte az opiumháborúk okozták népe megmérgezését s még most is gátolja Anglia és Japán Kínát az opiumcsapás elleni küzdelemben azáltal, hogy a concessiós területekről a csempészést elnézi; „egy népnek sincs joga jólétét a másik nép szerencsétlenségére építeni".

A könyvet, mint nagyon érdekes, tanulságos és igen sok, kevéssé ismert adatot felölelő olvasmányt, a legmelegebben ajánljuk orvosoknak, laikusoknak egyaránt.

Issekutz prof.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület november 23-i ülése.

Bien Z.: *„A hypophysis és a bordaporcok elváltozása a tüdő megbetegedésénél. Adatok az influenzához"* című, mult ülésen tartott előadásához. Hozzászól:

Rothbart L.: A sellan felismert elváltozások nem projectiós műtermékek; a szándékosan óriási módon elprojiciált képek egyikén sem mutatkoznak olyan elrajzolások, melyek csak a legtávolabbról is emlékeztetnének az általa észlelt és demonstráltakra. A proc. klin. ant. és post. közeledése, illetve összeérése anatomiai elváltozásoknak megfelelő Röntgen-lelet, melyet a csaknem ezer klinikailag kivizsgált eset közül mindig csak akkor talált, midőn a betegnek asthma bronchitis illetve bronchitis chronikusa volt. A sella-elváltozások súlyossága parallel halad a klinikai kép súlyosságával.

Előadás:

Róth Miklós és Winternitz Arnold: *A tüdőtuberculosis sebészi kezelésének mai állása* a) *Róth Miklós:* A tüdőtuberculosis sebészi kezelésének alapja a beteg tüdő nyugalomba helyezése. A nyugalomba helyezett tüdőnek nagyobb a gyógyulási lehetősége. A sebészi eljárások ezen nyugalmat vannak hivatva biztosítani. Közöttük első helyen áll a pneumothorax, amely a legkisebb és maradandó következményü nélkül járó beavatkozás. Hogy ennek sikere mennyire teljes, az mechanikai körülményektől függ, az összenövésektől, a cavernák összenyomhatási lehetőségétől. Megkísérteni azonban mindig meg kell, s a többi sebészeti beavatkozás indicatióját a kényszerűség adja. Sokszor a Jakobaeus-műtét vagy adhaesiolysissel teljessé vagy kielégítővé lehet tenni a művi pneumothoraxot. Az oleothorax még nem elterjedt eljárás, a phrenikotomia ritkán mint önálló műtét is beválik, főleg azonban mint kisegítő műtétnek van jogosultsága. A thorakoplastika jól megválogatva, kiváló eredményeket mutat, azonban nagy beavatkozás. Főleg csúcscavernáknál az extrapleuralis pneumolysissel egybekötött plomba biztosítja a collapsust. Mindezen műtétek kombinálódhatnak egymással, egyik sem helyettesítheti a másikat. Az eredmény legtöbbször relativ természetű, de évtizedekre terjedő gyógyulást jelenthet s ezzel együtt a munkaképesség visszatérését. Klinikailag a műtétnek következménye, hogy a gyorsult vérsejtsüllyedés, s a toxinhatással parallel oxygen fokozott fogyasztás a normalis értékhez tér vissza, mint positiv jele a műtét általános kedvező hatásának.

b) *Winternitz Arnold:* A thorakoplastika fejlődésének rövid áttekintése után kitér a műtét javallatainak ismertetésére, majd évek előtt operált teljesen gyógyultaknak tekinthető esetek Röntgen-képein demonstrálja a gyógyulási viszonyokat. Magasan a tüdőcsúcsokban ülő isolált, stationaer cavernákkal, ha az alsó tüdőmezők és az ellenoldal épek, elkerülhetőnek tartja a thorakoplastikát az újabban *Bär* által ajánlott extrapleuralis plomba alkalmazása által. Ismerteti az eljárás technikáját, körvonalozza annak indicatióit, contraindicatióit és operált betegek Röntgen-képein demonstrálja az eredményeket.

Dollinger Gyula: *Balassa* hangsúlyozta először az immobilizálás fontosságát az izületi tuberculosis gyógyításában.

(Az idő előrehaladottsága miatt a vita a következő gyűlésre marad.)

A Magyar Szemorvostársaság november 1-i ülése.

1. **Grósz E.:** *Az amsterdami nemzetközi szemészcongressus* tudományos előadásait ismerteti.

2. **Blaskovics L.:** *A Gonin-féle műtét öt gyógyult esete.* Az ideghártyaleválás gyógyításában nagy haladást jelent *Gonin* műtéte. Ha eddig nem mindenki boldogult vele, annak tulajdonítható, hogy az ideghártya repedése nehezen található meg és az ínhártya átégetése nem történt elég erélyesen. A repedés legtöbbször nem a leválás helyén, hanem az ora serrata közelében található meg. Az alakja nem mindig typikus, sokszor érhártyabeli góchoz hasonlít. Kétségtelen, hogy e hely átégetése friss esetekben jó eredményt ad. Fontosnak látszik azonban, hogy az átégetés után a thermokauter bezökkent végét 10 másodpercig behatni engedjük. Öt egymásután ilyen módon operált esetben teljes közvetetlen eredményt ért el. A leválás 1—2 hét alatt fokról-fokra megszünt, a középponti látás is nagyfokban megjavult. Ez az egyelőre csak ideiglenesnek mondható eredmény is sejtteti, hogy az ideghártya repedése a leválással oki összefüggésben lehet.

Csapody I.: Graefe-késsel pungált és galvanokauterkacsot használt; az áramot csak a benntartás alatt zárta. Jó eredmény.

3. **Blaskovics L.:** *Női hajszál és lószőr mint varróanyag.* A fonálgenyedésnek okát abban kereshetjük, hogy a fonál a sebváladékot magába szívja és a beléje jutott bakteriumok ebben megszaporodhatnak. A női hajszálnak és a lószőrnek ilyen hibája nincsen, állati anyag lévén, kevésbbé izgat. Az előadó néhány hónap óta ezt a varróanyagot használja. Az eredmény meglepően jó. A kötőhártyában alkalmazott varratok vörösséget, duzzanatot alig okoznak és nem lökődnek ki egyhamar. A fonalat jóformán tetszés szerinti időig benn lehet hagyni, sem gyulladás, sem reactio nem támad a fonál körül. Varróanyagul használható haj és lószőr eddig nálunk kapható nem volt. Az előadó gondoskodott arról, hogy a M. O. N. E.-műszergyár ilyeneket kellő formában elkészítsen és forgalomba hozzon. A fonalak három vastagságban kaphatók: kínai hajszál, sörényszőr és lófarokszőr. A fonalak natr. hydrocarbonicumos vízben könnyen sterilezhetők, szakadékonnyá válás nélkül többször is kifőzhetők. A női hajszálat legjobb duplán fogni a tűbe, csomózása így könnyebb. A szőrszálakkal annyiban van csak vesződség, amennyiben merevségüknél fogva szerteállanak és összecserélhetők. Ezen azonban segíteni lehet úgy, hogy behelyezésük után azonnal csomozzunk és a fonálvégeket levágjuk. Ha ez nem lehetséges, a bajt azzal kerülhetjük el, hogy csomózásig kis csiptetőbe fogjuk a fonalak végét.

4. **Fazakas S.:** *A nervus facialis bénulásának hatása a könnytermelésre és a könnylevezető apparatus működésére.* (Kézirat nem érkezett.)

Rötth A.: A könnymirigy kettős beidegzése miatt feltehető, hogy különböző ingerekre különböző váladék képződik. Legkülönbözőbb ingerekre nyert könnyfolyadék refractometriás vizsgálataiból hozzászóló megállapította, hogy a könnyfolyadék kb. állandó összetételű, tehát bizonyos, hogy a könnymirigynek csak egyféle secretorikus idege van.

Ifj. Imre J.: A Schirmer-féle próba csak hozzávetőleges felvilágosítást ad, éppen kétes esetekben kevéssé megbízható. Különösen facialis bénulásnál, de egyébként is nagy óvatosságra int a könnymirigy kiirtásával szemben. Azokat a nagyon makacs, huruttal magyarázott rossz érzéseket, melyek a könnymirigytől megfosztott betegeket kínozzák, a keratitis filiformis többé-kevésbbé kifejezett kórképe okozza.

5. **Luzsa E.:** *A blepharitisek Röntgentherapiája.* (Megjelenik egész terjedelemben.) Az I. sz. szemklinikán 31 betegen végzett besugárzások eredményeiről számol be. 14 teljesen gyógyult, 9-nél feltűnő volt a javulás. A blepharitisek röntgensugaras gyógyítását feltétlenül előnyösebbnek és célravezetőbbnek látja más gyógyszeres kezeléssel szemben. A legeredményesebb therapiás dosis a kéthetes időközben adott 30%-os HED.

Liebermann L.: A Röntgen-besugárzást csak akkor vegyük igénybe, ha valóban *minden* és kellő ideig folytatott gyógyszeres kezelés nem vezet célhoz. A beteg türelmetlensége nem ok. A kellő erélyes gyógyszeres kezeléshez tartozik a zinkes borogató víz, noviform-, rivanol-, sozojodol-zink-szemkenőcs (pl. Ebaga-szem kenőcsök) és néha tinct. jodi-, tinct. gallarummal való ecsetelés. Ha mindez nem használ, akkor ám alkalmazzunk Röntgent. De soha, ha a beteg a közelmultban zinkes vagy bismuthos kenőcsöt használt, a secundaer sugarak veszélye miatt.

Ifj. Imre J.: Egy röntgenezett esetben ptosis fellépését látta, ahol pedig a kezelőorvos óvatosságához és szakavatottságához szó sem férhet. Másfelől olyan esetekben, ahol később műtétre kerülhet a sor, a bőr élet-, illetőleg a regenerativ képességének csökkenése miatt kissé aggodalmasnak látja a besugárzást.

Horváth B.: A II. számú szemklinikán már több ezerre megy a röntgenbesugárzások száma, amelyek között nem észlelt röntgensérülést. Ha olyan therapiás eszközzel rendelkezünk, amely aránylag rövid idő alatt

célhoz vezet és amely nem okoz a betegnek bajt, akkor nincs miért a hosszabb kezelési módot választani. (*Imre prof.* megjegyzésére.) Nem saját, elfogult véleménye alapján állítja, hogy nem voltak röntgensérülései, hanem hivatkozik *Blaskovics* professzorra és a klinika egész személyzetére, akik mindnyájan ismerik az ő eredményeit.

Luzsa E.: *Liebermann* professzor aggályait a zinkoxydatos kenőcs előzetes használatát illetően nem tartja indokoltnak, mert nem tételezheti fel, hogy ha még vissza is maradt valami kevés zinkoxyd a szövetekben, az ilyen refractiv adag mellett veszedelmes secundaer sugárzást okozna. A blepharitisek előzetes gyógyszeres kezelését illetőleg minden kísérlet megtörtént és hiábavalónak bizonyult.

Liebermann L.: Észrevétele bármely fémoxydra, nemcsak zinkoxydra vonatkozik, pl. bismuthra is (xeroform, noviform!). Általános dermatologiai szabály ez.

5. **Papolczy F.:** *Az uvea sarkomáiról.* (Néhány megjegyzés *Wätzoldt* exenteratiós követelményére.) 15 uveasarkoma miatt enucleált bulbus seriás készítményeit vizsgálta át és azt találta, hogy a daganat mindegyik esetben betört az erekbe s a sclerát a praeformált utakon keresztül (erek, idegek mentén) vagy a lemezekkel parallel infiltrálta. A daganat csak négy esetben tört át a sclerán, de az extrabulbaris góc mindegyik esetben szorosan a sclera külső felszínéhez tapadt. Hangoztatja, hogy az uveasarkoma rosszindulatúságát elsősorban a beléje ágyazott érfalakkal szemben fennálló nagy infiltrativ készsége képezi, ami majdnem mindig az érfal teljes elpusztításához és ezáltal metastasishoz vezet. A sclera infiltratiója prognosis szempontjából legalább is csak másodsorban jöhet számításba és az előbbihez képest lényegesen kisebb jelentőségű. *Wätzoldt* exenteratiós követelményét (át nem tört uveasarkománál is exenteratio orbitae végzendő!), nem fogadja el, mert az orbitában „adenoid" szövet nincs. Szerinte az uveasarkoma normal műtéte csak az azonnali enucleatio lehet. Exenterálni csak akkor kell, ha a sclerális áttörés makroskopos, vagy a daganatsejteknek az orbitában való visszamaradása a bulbus seriás készítményeinek pontos vizsgálata után valószínű.

A Közkórházi Orvostársulat november 20-i ülése.

Bemutatás:

Doleschall Z.: *Tertiaer lues esete. (Brezovsky*-osztály.) Először általában a tertiaer luesről beszél, azután bemutatja betegét. 56 éves munkás, 12 év óta a hátán, valamint a mellkasán sötét lövésszerű hegekből és különböző pigmentált foltokból álló elváltozás mellett néhány gyógyult ulcerosus göbös syphilid látható. Wa. R. és Kiss + D: fekélyes tubero- serpiginosus syphilid.

Előadások:

1. **Hudovernig D.:** *A műtőterem építése és világítása Heller elvei szerint.* A műtőterem világítási berendezésének olyannak kell lennie, hogy nemcsak a felületen történő munkánál, de a mélyben is meg legyenek az optimalis látási lehetőségek. Az optimalis látás alatt nemcsak az egyszerű éles látást értik, hanem a gyors percipiálását s physikai feldolgozását mindannak, ami műtéti területen folyamatos munkánál elénk tárul időelőtti elfáradás nélkül. Hogy ennek a feltételnek megfelelhessenek, elsősorban az ablakok helyes építésével, másodsorban pedig a káros reflexiók kiküszöbölésével kell a világítási viszonyokon javítani. A felső homlokvilágításnak különféle combinatiói zsalukkal és a fehér színnek helyettesítésével valamilyen „Indatren" kék vagy szürke színnel, segítene az előbb említett célhoz. *Heller* elvei szerint eddig körülbelül 30 műtőt építettek át vagy újonnan Németországban s az északi Államokban, nálunk *Hültl* professzor 1913-ban épült vörös műtője is hasonló elgondolásból keletkezett.

2. **id. Somogyi I.:** *A hereditás jelentősége a gümőkórban.* Apai részről a magzat még akkor sem fertőződik, ha a sperma sok gümőbacillust tartalmaz. Anyai részről megvan a placentaris infectio lehetősége, de a fertőzött magzatok 84 napon elpusztultak, jelentősége tehát ennek a fertőzési módnak sincs. A fertőzött méhürből származó magzatok gümőkórral szemben bizonyos fokú védettséggel bírnak. Mivel idevonatkozó vizsgálatok kiderítették, hogy védettséget csak meglevő gümős góc biztosít, jogos a kérdés, hogy mi az, ami az első infectió támadó erejét elhárítja? *Fontés* vizsgálatai óta sok szerző felveszi, hogy a gümőbacillusnak is van egy ultrafiltrálható formája, mely áthatolhat az ép placentán s igen enyhe infectiót okozhat. Ez tehát a legnagyobb valószínűséggel az a tényező, mely az első infectio támadó erejét elhárítja. Mivel ez az infectio anyai részről érheti a szervezetet, ez megmagyarázza, hogy jobb indulatúak az anyai terheltséggel bíró esetek.

Okolicsányi-Kuthy D.: Három-négy évtized előtt még általános volt a gümőkór öröklékenységébe vetett hit, a Koch-bacillus felfedezése dacára. Egyike volt azoknak, akik e dogmát hevesen megtámadták s az extrauterin infectio útján való terjedés mellett foglalt állást. A hereditas ellen szóltak későbbi tapasztalatai is, melyekről 1000 maga által felvett kórtörténet alapján referált. A könnyű és középsúlyos eseteknek ugyanis 55% esett a nem terheltekre, ellenben a súlyos és legsúlyosabb esetek 67%-a, sőt a cavernás esetekből 73% nem tudott a családban előfordult tüdővészről. 12 betegnek apja-anyja tüdővészes volt, közülük 9 volt könnyű s csak 1 igazán súlyos betegen kilnczer fordult elő, hogy a szülők egyike florid tuberculosisban halt el, a tüdőbajjal jelentkezett kilenc utód közül csak egynek volt súlyos megbetegedése. A német statistika, hasonló eredményre jutott. Eszerint gümőkóros szülők leszármazottainak még bizonyos fokozott resistentiájuk volna a tuberculosissal szemben, amit több évtizeddel ezelőtt már *Reibmayr* állított s amit *H. Langer* szintén hangsúlyoz.

S most revideálni kell azon álláspontot, mely szerint a gümőkóros anya gyermeke egészségesnek születik. Ide kell correctio. Mert amióta *Fontés* Rio de Janeiróban 1910 körül a tuberculosis filtrabilis alakját felfedezte és *Vaudremer* rámutatott arra, hogy a gümőkóros virus kedvezőtlen viszonyok között elveszti savállóságát, *Couvelaire* a tuberculosis virus áthatolási képességét a placentán igazolta, sőt *Lumière*, *Vigne* és *Chevrotier* a gümős apáról is bebizonyították állaton a direct betegség átszármazását az utódra. Nagyon közelfekvő, hogy *Hayek*nek igaza van, midőn kérdi: „Az az emberi test, mely kilenc hónapon át növekszik gümős fertőzéstől átitatott anyában, valóban gümős fertőzéstől menten marad-e és csakis tuberculosisra való hajlamot hoz-e magával a világra? Ma, mikor tudjuk, hogy a gümőbacillusok vér- és nyirokerek útján terjednek tova és biztos tény az, hogy a beteg és főleg gümősen beteg placenta semmiképen sem szűrője a gümőbacillusoknak". Sok minden tünetet és jelenséget, tehát melyet eddig dispositióból eredőnek véltünk, úgy kell felfogni, hogy azok a korai és igen lassan kifejlődő fertőzés következményei. Ezért van valakinek bizonyos gyöngébb alkata, mert gümőkóros fertőzésben szenvedett már az intrauterin életben és nem azért lesz gümőkóros, mert megvan az alkata hozzá. Nem azért kap tüdőbajt a serdülő, mert magasra nőtt, hanem azért nőtt magasra, mert a benne lappangó gümős infectio a csigolyatestek magassági átmérőit meghosszabbította. E kérdésnél azonban szemben áll egymással két tényező: a korai infectio *védő* és *betegítő* hatása. Hogy melyik kerekedik felül, ez sok egyéb mellett az apa vagy anya betegségi fokától, természetétől, a csirasejtek mineműségétől, az individuum extrauterin életkörülményeitől s az őt érő reinfectióktól fog függni életkörülményeitől s az őt érő reinfectióktól fog függni. Lényegében tehát régi álláspontunk revisiója azt eredményezi, hogy az *extrauterin infectio fontosságának fenntartása* mellett elismerjük az *intrauterin fertőzés jelentőségét is*, mely az ú. n. öröklött dispositió alkati képét hozhatja létre.

3. **Váry Gy.:** *A női genitaliák functiója kapcsán fellépő dermatosisokról.* A bőrbetegségek tekintélyes részét képezik a női genitaliák functiója kapcsán fellépő dermatosisok. Bizonytalan eredetűek, s therapiás beavatkozásokra sokszor nem reagálnak. Ezen bőrbántalmak aetiologiájában legújabban hormonalis zavarokat vélnek találni. A *menstruationalis* eredetű bőrbajok a vérzés megindulása előtt lépnek fel, a vérzés idején a bőrelváltozások a legkifejezettebbek s annak elmultával megszűnnek, azonban periodikusan ismétlődnek. Megjelenésük a legváltozatosabb formákat utánozhatja. Elszórtan vagy bizonyos testrészen lépnek fel az arcon, háton sőt a törzsön, ritkábban a végtagokon. A *terhesség*

kapcsán jelentkező bőrbajok már súlyosabb jelentőségűek. Ilyen terhességi bőrbaj a pruritus gravidarum, amely a szülés után megszűnik, de újabb terhességnél ismét kiújul. Gyakran a külső genitaliákon vagy közvetlen azok környékén kezdődik s onnan elterjedhet az egész testre. Zavarja a terhest éjjeli alvásában a vakaródzással kapcsolatban secundaer infectiók léphetnek fel, amelyek a szülésnél megkövetendő asepsist nagy mértékben veszélyeztetik. Egy másik terhességi bőrbaj a purpura haemarrhagica. Lázzal, izületi fájdalmakkal, neuralgiával, bokák körüli vizenyővel kezdődik és a nyálkahártyákon is találhatók a petecsek. Az impetigo herpetiformis az előbb említetteknél súlyosabb természetű. Kezdődik hyperaemiás alapon csoportosan ülő zavaros bennékű pustulákkal. Előszeretettel az inguinalis és cruralis hajlatokban lép fel, ráterjedve a combokra, a hasra és később az egész testen feltalálható. A halál septikus tünetek kíséretében következik be. A *climax*ban is jelentkezhetnek kellemetlen bőrelváltozások. Bő izzadás, intertrigo, climakterialis pruritus következménye ekzemákkal és akne rosacea.

Ha localis kezelés nem vezet eredményre, mindig megkísérlendő a petefészek és ennek hatásos anyagának alkalmazása. A Kún-utcai bőr- és nemi osztályon több esettel kapcsolatban láttak jó eredményeket hormonalis therapiával.

Fischl Á.: 28 évvel ezelőtt a Szt. Rókus-kórházban látott extrauterin graviditással kapcsolatos rosaceát, amely a műtét után megszűnt.

Rendszeres egészségügyi propaganda.

Hogy a propaganda milyen óriási hatalom, azt a communismus mutatta meg, amely páratlan enegiával és tömegpsychologiai tudással megszervezve, képes volt hazánkban és Oroszországban egy alig pár emberből álló csoportot az ország élére állítani, hadsereget szétzülleszteni, antimilitaristákból katonákat sorozni, felmentetteket vágóhídra vinni, éhező tömegket fanatizálni és nyilvánvaló érdekeik ellen irányuló módon vezetni, sárba rántani mindazt, amit az emberiség tisztelt és szeretett.

Ha tehát a propaganda ilyen hatalmas fegyver a destructio kezében, úgy azt a constructiv közérdekű, tudományos és moralis alapon álló orvostudomány (közegészségügy) sem nélkülözheti és elsőrendű fontossággal bír azon módok megállapítása, melyek a propaganda legnagyobb hatásfokát biztosítják. A vörös példa azt mutatja, hogy első doguk az agitátorképző-iskola felállítása volt, ahol rátermett előadók oktatták a jelentkezőket a sikeres propagandamunkára. Szakmánkra vonatkoztatva ez azt jelenti, hogy nekünk is közegészségügyi agitátorképző-iskolára van szükségünk, tehát egy külön orvosi szakma kialakítására, melynek művelői egészségügyi propagandával foglalkoznak.

Az egészségtani ismeretek terjesztésének különböző módjai közül a szakértőnevelés és rendszeres oktatás — iskolai, később iskolánkívüli rendes tanítás — azok, melyek a legnagyobb eredményt biztosítják. A nevelés ugyanis szoktatás révén teszi természetes életszükségletté mindazt, amit az egészséges életmód megkövetel, az oktatás pedig, kellő terjedelem és eredmény elérése esetén, bizonyos egészséges világnézet kialakulására vezet, amely az egészséges életmódot nemcsak hasznosnak, hanem szükségesnek — tehát követendőnek — tartja. Ilyen világnézet kialakítása esetén az orvosi kar energiája nem a tudatlanság, babona, bizalmatlanság által okozott bajok, sokszor elkésett és tökéletlen rendbehozatalára fog irányulni, hanem teljes súlyával a prophylaxis irányában és az elkerülhetetlen bajok ellen fog küzdhetni. De ezenfelül a képzett és megértő társadalom azokat az anyagi lehetőségeket is vállvetett munkával, önként fogja előteremteni, melyek az orvosi kar magasztos céljainak eléréséhez nélkülözhetetlenek.

A propaganda végcélja tehát megfelelő világnézet, orvos-természettudományi gondolkodás kialakítása, ami azonban természetesen egyáltalában nem azt jelenti, hogy hypochondereket vagy kuruzslókat neveljen, csupán az orvos munkájának megértésére, megbecsülésére és megkönnyítésére tanítson. Ezért az egészségügyi propaganda nem lehet orvos-, vagy ápolókéuzés dióhéjban, annak teljesen külön nyomon kell járnia, aszerint, amint azt a propaganda kitűzött céljai megkívánják, tehát a betegségek okaival, következményeivel, socialis és gazdasági jelentőségével és megelőzésük kötelezettségével kell foglalkoznia, hogy mindazok megértése révén a tömegeket az egészségtan szabályainak megtartására, természetes életmódra, az orvosnak idejekorán igénybevételére, utasításainak pontos és lelkiismeretes követésére rábírhassák. A propaganda tehát nem foglalkozik tudományos viták, kialakulatlan elméletek és eljárások ismertetésével, még kevésbbé therapiás kérdésekkel, mert ezek és a belőlük levont következtetések változók lévén, csupán a laikus közönségnek az orvosi tudomány értékében vetett hitét ingatják meg, minden ellenérték nélkül. Évégből tehát igen fontos az egészségügyi propaganda anyagának és szellemének helyes kialakítása.

Míg az óvodai egészségtani propagandának a növendékek szellemi fejletlensége folytán jóformán kizárólag neveléssel, tehát tényleges physikai munkával: mosdatással, fogkeféléssel, szájöblítéssel, körömápolással, enni tanítással és ami rendkívül fontos, teljesen játékszerűen, ének- és zeneszóra végzett testneveléssel lehet csak foglalkoznia (a legmodernebb dán rendszer szerint), addig az elemi iskolában mindezek rendszeres továbbfejlesztése mellett maga az egészségtani oktatás is megkezdődhet. Ennek sikere érdekében elengedhetetlen dolog, hogy az óvónő-, tanító- és tanárképző-intézetek tantervében az egészségtan elméleti és gyakorlati oktatása, valamint az egészségügyi propaganda a szaktárgyakkal legalább is egyenlő mértékben és jelentőségben szerepeljen, előadásra pedig elsőrendű orvos-paedagogus-propaganda szakemberek kapjanak megbízatást. Az egészségügyi propagandával a legszorosabb összefüggésben van a sport és testnevelés ügye is, amelynek a tanszemélyzet körében intensivebb ápolására a testnevelési főiskolát egymagában elégtelennek kell tartanunk, miután a testnevelő tanárok sem óraszámuk, sem az intézet irányításába való befolyásuk révén nem tudják ellensúlyozni a testnevelés és egészségügy dolgában tájékozatlan tanártársaik sokszor egyoldalú és helytelen munkáját. Szükséges tehát, hogy az egészségtan és testnevelés az összes paedagogusok számára kötelező, szaktárgyukkal egyenrangú főtárggyá tétessék.

Az orvosnak a népiskolai életbe való szorosabb bevonásáról az idén kezdődő népiskolaorvosi tanfolyamok gondoskodnak. Az új népiskola-orvos azonban nem tanít, csupán elméleti és gyakorlati iskolaegészségtannal, orvosi teendőkkel foglalkozik.

A nevelés és tanítás a paedagogiában vannak elválaszthatatlanul egyesítve, aki tehát az egészségügyi propagandában sikert akar elérni, annak a paedagogus lelki készségeivel kell bírnia. Ezen szempont figyelmen kívül hagyását az orvosképzésben, illetve nevelésben is sokszor és erősen nélkülöztük és kimondhatjuk azt a tételt, hogy a tanár értékét tanítványai szabják meg.

Rendszerünk alapköve tehát az említett egészségügyi agitátorképző-intézet felállítása, elsősorban pedig az intézet tanári karának, majd növendékeinek kiválasztása, paedagogiai tehetségeik és hajlamaik megkövetelésével. Ez a központi szerv volna hivatva az egészségügyi propaganda egységes szellemben irányítására.

Miután azonban verebekre nem lőnek ágyúval, az egészségtan elemeinek oktatását sem végezheti mindenkinél az orvos maga, hanem erre a célra azon laikusok segítségét vagyunk kénytelenek igénybe venni, akik a legszélesebb népréteggel, elsősorban a gyermekekkel, intensiv érintkezésben állanak és a nép életében fontos irányító befolyásuk van. Ezek: a tanszemélyzet,

a lelkészek és a közegészségügyi igazgatásban túlságos szerepet játszó közigazgatási tisztviselők, valamint az immár sokfelé tagozódó egészségügyi segédszemélyzet.

Az egészségügyi propaganda második feladata tehát ezen foglalkozási ágak művelőinek gondos, alapos és tervszerű kiképzése, mert maga az orvosi kar sem számánál, sem idejének korlátoltságánál fogva nem képes arra, hogy az egészségtan követelményeit aprólékosan, egyénenként állandóan hirdesse, gyakoroltassa és ellenőrizhesse.

Fontosság sorrendjében a legelső az óvónők ilyenirányú alapos oktatása, egybekötve az általános óvodakötelezettség törvénybeiktatásával, amely kiterjesztendő volna mindazon gyermekekre, akiknek védőnői környezettanulmány alapján erre szüleik anyagi, erkölcsi vagy intelligentiai viszonyai folytán szükségük van. Kétségtelen ugyanis, hogy az óvoda az egészségügyi propagandának igen fontos hadszíntere, ha azt erre a célra berendezettsége és az óvónő kellő képességei teszik alkalmassá. Az óvodának az elemi iskola niveaujának emelésében mutatkozó hatásáról csupán annyiban óhajtunk megemlékezni, amennyiben az bizonyos egészségtani ismereteknek az I. elemibe való hozatalát is jelenti, tehát az oktatást és nevelést ezen a téren is megkönnyíti, így az I. elemi szorgalmi idejének nagy részét nem a fegyelmezésre és iskolázáshoz való szoktatásra, hanem a tanítási és nevelési anyag feldolgozására lehet fordítani.

Ezzel kapcsolatban szükségesnek tartjuk legnyomatékosabban hangoztatni, hogy az új népiskolai iskolaorvos munkájának sikerét csupán megfelelő imperium megadásával lehet biztosítani, amely őt meghatározott iskolahygieniai teendőknek, bizonyos általános elvek szerint megállapított átalányösszeg erejéig, saját hatáskörében való elvégeztetésére jogosítja fel. Így neki tartandó fenn fenyegető járvány esetén az iskolabezáratás joga is, ami a mai rendszer mellett olyan késéssel történik meg, ami azt már illuzórikussá teszi. Ugyanitt hangsúlyozzuk azt is, hogy iskolaorvosi tevékenység csak iskolai gondozónővér alkalmazása mellett járhat teljes eredménnyel, mert az iskolaorvos intézkedéseinek végrehajtását ellenőrizni máskép nem lehet. Végül még arra szeretnénk felhívni az illetékes körök figyelmét, hogy az iskolaorvos működésének eddig elhanyagolt, de annál fontosabb része a tanerők egészségtani oktatása és vezetése, ami a népiskolában azért bír kettős jelentőséggel, mert egyrészt az orvos a népiskolában nem tanít, másrészt pedig az egészségtani oktatást a tanító végzi, működésének irányítása és ellenőrzése tehát nélkülözhetetlen, mert anélkül a mai helyes egészségtani ismereteket nélkülöző tanítói kar munkája téves irányba terelődhet. A népiskolának és ezzel kapcsolatos iskolaorvosi intézménynek még fokozottabb jelentőséget ad a VIII. osztályos elemi iskola fokozatos kiépítése, ami lehetővé teszi az egészségtan anyagának jelentős bővítését és biztosítja az oktatás nagyobb, maradandóbb hatását. Ezzel kapcsolatban, ismerve irányító paedagogiai köreink ideologiáját, mely az egészségtant, még a középiskolában is, elégtelen tartambau, kedvezőtlen beosztásban előadott, kötelező, de rendkívüli tárggyá teszi (heti 2 óra délután a VII. osztály második és a VIII. osztály első félévében), hasonló a helyzet javitása érdekében az elemi iskolai olvasókönyveknek egészségtani vonatkozású — még pedig helyes tartalmú — kötelező olvasmányokkal megtűzdelését kívánjuk.

A népiskolaorvosi tanfolyamok szervezésével és a hosszabb szünet után új alapokon megindúló középiskolai orvosi és egészségtantanári tanfolyam előkészületeivel kapcsolatban arra következtetünk, hogy maga az egész középiskolai egészségtani oktatás is korszerű és régóta kívánatos rendezés előtt áll, melybe reménhetőleg az érdekelt szakköröknek is kellő beleszólása lesz. Ezért a különböző iskolák és szaktanfolyamok egészségtani oktatásával bővebben nem foglalkozunk, csupán azt kívánjuk, hogy ezeken, mint az egészségügyi propaganda sikerrel biztató hadszínterein az egészségtan tanítása kötelezővé tétessék, hogy ezen a réven azok is megfelelő rendszeres ismeretekhez jussanak, akik azt ilyen irányban hiányzó előképzettségük folytán másképen nem szerezhetik meg.

Itt kell szólnunk az iskolánkívüli népművelő tanfolyamokról is, amelyek országszerte élénk lendületet vettek, bennük azonban egyöntetűség nincs. Ezen kérdés rendezésében azt kívánjuk, hogy az egészségtan minden tanfolyamon taníttassék, valamint azt is, hogy a kellő hallgatólétszám biztosítása céljából ezen tanfolyamokon a különböző társadalmi egyesületek, elsősorban azonban a fegyelem alatt álló és irányítható leventék feltétlenül részt vegyenek.

Közegészségügyünk fogyatékosságaival foglalkozván, azok jelentősége szempontjából alig méltányoltnak látjuk asszonyaink háztartási és gazdasági téren való tudatlanságát, ami egyrészt népélelmezésünk silányságában, másrészt háztartásaink kedvezőtlen anyagi mérlegében mutatkozik. Ez a két körülmény pedig a közegészségügy megjavítását eleve kizárja. Így tehát azon javaslatom, melyben az iskolánkívüli népművelési action belül női népfőiskola felállítását sürgettem (az illetékesek közönye folytán idáig eredménytelenül), hiányt pótolna. Természetesen itt a főtárgyak a háztartástan, háziipar és gyermekgondozás volnának, mert ez azon alap, amelyre az egészségügyi propaganda biztosan támaszkodhat.

Az egészségügyi propaganda következő teendője a lelkészi kar bevonása volna. Az az óriási befolyás, melyet a mai, intensitásában és extensitásában egyre emelkedő vallási élet mozgatói, a lelkészek minden néprétegre gyakorolnak, nemcsak vallási téren mutatkozik, hanem az élet egyéb viszonylataiban is. Már maga az a hasonlóság is, amely az orvosi és papi hivatás között mutatkozik, amellett szól, hogy a két rend karöltve dolgozzék. Nem is lehet kifogásunk a lelkészek ellen ilyen téren, mert már tradicióiknál fogva is állandóan dolgoztak az egészségügy terén, amit különben hivatásuk is parancsol. Ezt a munkát azonban egységes és természettudományilag helyes alapokra kell fektetni, mert az csak így haladhat jó úton, mert csak így támogatja, segíti az orvosi munkát. Ennek pedig csupán egy módja van: a papnevelőintézetekben a legintensivebb egészségtani és socialhygieniai oktatás. Meg vagyunk róla győződve, hogy a lelkészek és orvosok együttműködése a közre éppen olyan áldásos lesz, mint a hitéletre és az egészségügyi propagandára. Feleslegesnek tartjuk külön hangsúlyozni, hogy a papnevelő-intézetekben nem elégedhetünk meg egyedül az elméleti egészségtani oktatással, hanem ott is megkívánjuk az intensiv, modern testnevelés bevezetését, tehát az egészséges életmód gyakorlati megvalósítását. Hisszük, hogy a modern egészségtan élénk vérkeringésének a papnevelésbe bekapcsolása csak intensivebbé teszi a lelkész és hívei közötti kapcsolatot és ezáltal megkönnyíti azt a lelki nevelőmunkát, melyet a vallás szelleme megkíván, annál is inkább, mert a modern egészségtan, a vallás és az erkölcs között ellentétek nincsenek, ilyeneket csupán tudatlan vagy rosszakaratú elemek próbálnak támasztani; akinek tiszta moralis felfogása van, az a tudományt és vallást mindig össze tudja egyeztetni, ez lelki műveltség dolga.

Mindezeknél semmivel sem kisebb jelentőségű a közigazgatási tisztviselők bevonása az egészségügyi propagandába, alapos egészségtani kiképzés révén. Már régebben hangoztattuk az egészségtan oktatásának szükségességét az óvodától az egyetemig, az egyén saját érdekében. Ezen az általános jelentőségen messze túlemelkedik a közigazgatási tisztviselők, elsősorban a jegyzők és főszolgabírák egészségtani oktatása, miután nemcsak a közegészségügyre vonatkozó, érvényben lévő törvények és rendeletek végre *nem* hajtása szárad az ő lelkükön, hanem a mai magyar közigazgatás bürokratikus és jogász-szelleme folytán, ők olykor a közegészségügy javítására irányuló tevékenység kerékkötői. Ma ugyan már érezhető olyan modern áramlat, amely a közigazgatást nem jogi, politikai és administra-

tiv gépezetnek szánja, hanem a gazdasági és társadalmi élet hatósági irányítójának — melynek feladata a közérdekű intézmények támogatása —, mégis azt látjuk, hogy a közigazgatási tisztviselők kiképzése a jogi szakon kívül csupán administrativ jellegű, a socialis érzék, közgazdasági és közegészségügyi tudás fejlesztése tanfolyamaikon nem szerepel.

Tehát addig is, amíg a közegészségügy érdemi munkáját végző orvos imperium hiányában háttérbe szorul, a közigazgatási tisztviselőkkel szemben nélkülözhetetlen, hogy azok megfelelő egészségtani kiképzés révén olyan ismeretekre tegyenek szert, amelyek az orvosi munka lényegének és céljának megértésére képessé és alkalmassá teszi őket. Teljes lehetetlenségnek tartjuk azt, hogy egy főszolgabíró szimpla jogvégzettség mellett, csupán „gyakorlat" útján elsajátíthassa mindazon ismereteket, amelyek igen sokoldalú és nagyfontosságú teendőinek méltó ellátásához okvetlenül megkívántatnak. Mindezt azonban a közigazgatás (vármegye) mostani reformjában nem látjuk biztosítottnak.

Sorrendben utolsónak maradt az egészségügyi segédszemélyzet kiképzésének, az egészségügyi propaganda kívánalmai szerint való kialakításának ügye, azért, mert ezen a téren már helyes alapon álló intézkedések történtek és várhatók a közeljövőben. Itt két elv küzd egymással: a specializálás és egységesítés. Magunk az egészségügyi segédszemélyzetet négy csoportba osztjuk:

I. Ápolószemélyzet (ápolók, gyermekgondozó nők, szülésznők).

II. Gondozó személyzet (védőnők, iskolanővérek, tüdő- és nemibeteg gondozónők, később létesítendő kórházgondozónők, lakásfelügyelőnők, alkoholista-gondozónők).

III. Administrativ segéderők (orvosi intézmények felügyelő- és irodai személyzete).

IV. Technikai segéderők (fertőtlenítők, orvosi laboratoriumi segéderők, Röntgen-laboránsok, műtősök, assistensek, fogászatban és rendelőkben).

Mindezek kisebb-nagyobb mértékben érintkezvén a közönséggel, az egészségügyi propaganda sikerének — helyes kiképzés és vezetés mellett — igen fontos tényezői. Jelenleg ugyan jórészük kuruzsol, főleg a fogorvoslás technikai személyzete, amely igen helytelenül, nagy függetlenséget és immár teljesen idejét múlt kedvezményeket élvez a közegészségügy rovására. Míg tehát az alapos kiképzés, mint említettük, mindnyájuknál egyenlően fontos, addig ezen általános követelményen felül a II. pont alá sorolt gondozószemélyzet tulajdonképen kizárólag egészségügyi propagandával foglalkozik és ezért még ezirányban specialis képzést is igényel. A magunk részéről a gyakorlatban az egészségügyi gondozás sikerének első feltételét abban látjuk, hogy a gondozónők

1. minél kisebb körzetet kapjanak;

2. azt minél alaposabban ismerjék.

Ez ugyanis a gazdaságos és intensiv munka első feltétele. Nyilvánvaló ugyanis, hogyha egy nagyobb területen a II. pontban felsorolt 7 intézmény tart külön gondozónőt, akkor például egy sokgyermekes alkoholista, tüdőbeteg, zsúfolt lakásban élő családhoz mind a 7 gondozónő járni kénytelen, ugyanazon környezetfelvételt hétszer fogják megcsinálni, tehát igen nagy és felesleges administrativ munkát fognak végezni, ami a családot méltán feszélyezi. De igen valószínű, hogy tanácsaik sem lesznek mindenben egyhangúak, ami a család bizalmát ingatja meg. Végül pedig a nagy körzetben az egyes gondozónők idejének igen jelentős részét a távolabbi helyek közötti járás fogja felemészteni, ami vagy a végezhető látogatások számát, vagy azok megkívánt időtartamát fogja kedvezőtlenül befolyásolni. Mindezt természetesen hétszeres administrativ terhek mellett. Így tehát az legyen a törekvés, hogy kis körzetbe osztva, egy gondozónőben egyesíttessék minden intézmény szolgálata. Természetes, hogy ehhez a gondozónőket kiképző intézményeknek is engedni kell a mást nem tekintő szakbeli elfogultságból — amely a részletekbe túlzottan elmélyed — és inkább a jelentkezők jó megválasztására és alapos általános socialhygieniai ismeretek megszerzésére, főleg pedig az ügyes gyakorlati kiképzésre kell a súlyt fektetnie.

Az eddigiekben vázolt rendszer lényege tehát az, hogy az egészségügyi propaganda egyedüli biztos alapja a mindenkire kiterjedő, céltudatos, alapos, rendszeres egészségtani oktatás és nevelés, a propagandával foglalkozók specialis kiképzése. Minden egyéb propaganda tehát: egyes előadások, népszerű orvosi könyvek, sajtóközlemények, képek, versek, falragaszok, színdarabok, irányregények, rádióelőadások, — csupán másodrendű tényezők értékével és jelentőségével bírnak, ami bár kétségtelenül szükséges és hasznos, de az elsőnek eredményét, az egészségügyi intelligentiát, nem pótolhatja. Ugyanis csupán alapos egészségtani tudás eredménye lehet az, hogy ki-ki adott alkalommal helyesen járjon el, megértse az orvos tanácsát, annak szükségét és hasznát; csak így remélhető, hogy a társadalom lelkiismerete felébred, hogy általánossá válik a magunkon és egymáson segítés kötelességének tudata, így válhat csak lehetővé az állam tehermentesítése és a rendelkezésre álló energiák más, nem kevésbbé jelentős célokra való összpontosítása. Az egészségügyi propaganda célja tehát a prophylaxis elvének az egész vonalon megvalósítása, ezáltal olyan életmód biztosítása, amely a lehetőségeknek és természeti törvényeknek keretein belül, minden energiánkat kulturánk fejlesztésére, ezáltal lehető emberi boldogulásunk előmozdítására, sőt elérésére koncentrálja.

Ebben a páratlan horderejű munkában absolut életcélt találnak azok, akik vele foglalkoznak, sikere érdekében azonban megértő közreműködésre van szükségünk mindazok részéről, akik arra a szervezetet és eszközöket rendelkezésünkre bocsátják, mert addig, amíg az orvosi kar mindezek jelentőségét a köztudatba vinni nem tudta — az állam, a tőke és a művelt társadalom támogatása nélkül — az orvosi kar is tehetetlen.

Zemplényi Imre dr., bányaorvos.

A Magyar Tudományos Orvostársulatok válsága.

Írta: *Manninger Vilmos.*

(Második, befejező közlemény.)

Ki kell térnem egy körülményre, amelynek a háborús leromláshoz semmi köze, amelynek azonban éppen orvosegyesületünk munkájának beállítására igen nagy befolyása van és ez az orvosi szakmák egyre fokozódó specializálódása. A szaktudományok egyre növekedő ismeretanyaga már jóval a háború kitörése előtt szükségessé tette külön szakosztályok létesítését. E szakosztályok egynéhánya ma is működik és ahogy az elmult tíz év programjainak áttekintéséből kiderült, a legszorgalmasabban működő szakosztályok adták a közös ülésekre is a legbővebb anyagot, az egy belgyógyászaton kívül, amely soha szakosztályt nem létesített és így előadásait csakis a plenaris üléseken helyezhette el.

Nem hiszem, hogy a szakosztályok lényeges anyagelvonást jelentenének a plenáris ülésekre. A sebészeti szakosztály, amely a háború óta szünetel, egyetlen oly bemutatást sem tartott, amely a nem szakorvost érdekelte volna. A működő szakosztályok programjainak részletes áttekintése is arról győzött meg, hogy ott is alig akadt oly tárgy, amelyet érdeklődés reményével lehetett volna a plenum elé vinni.

Körülbelül ugyanezt mondhatom az egyes orvosi szakmák országos egyesületeiről (sebésztársaság, szem-, gyermek-, elmeorvosok, tuberculosis stb. országos egyesületei), amelyek egyszer egy évben az Orvosegyesület ülésszakain kívül tartanak üléseket és amelyek tárgyai

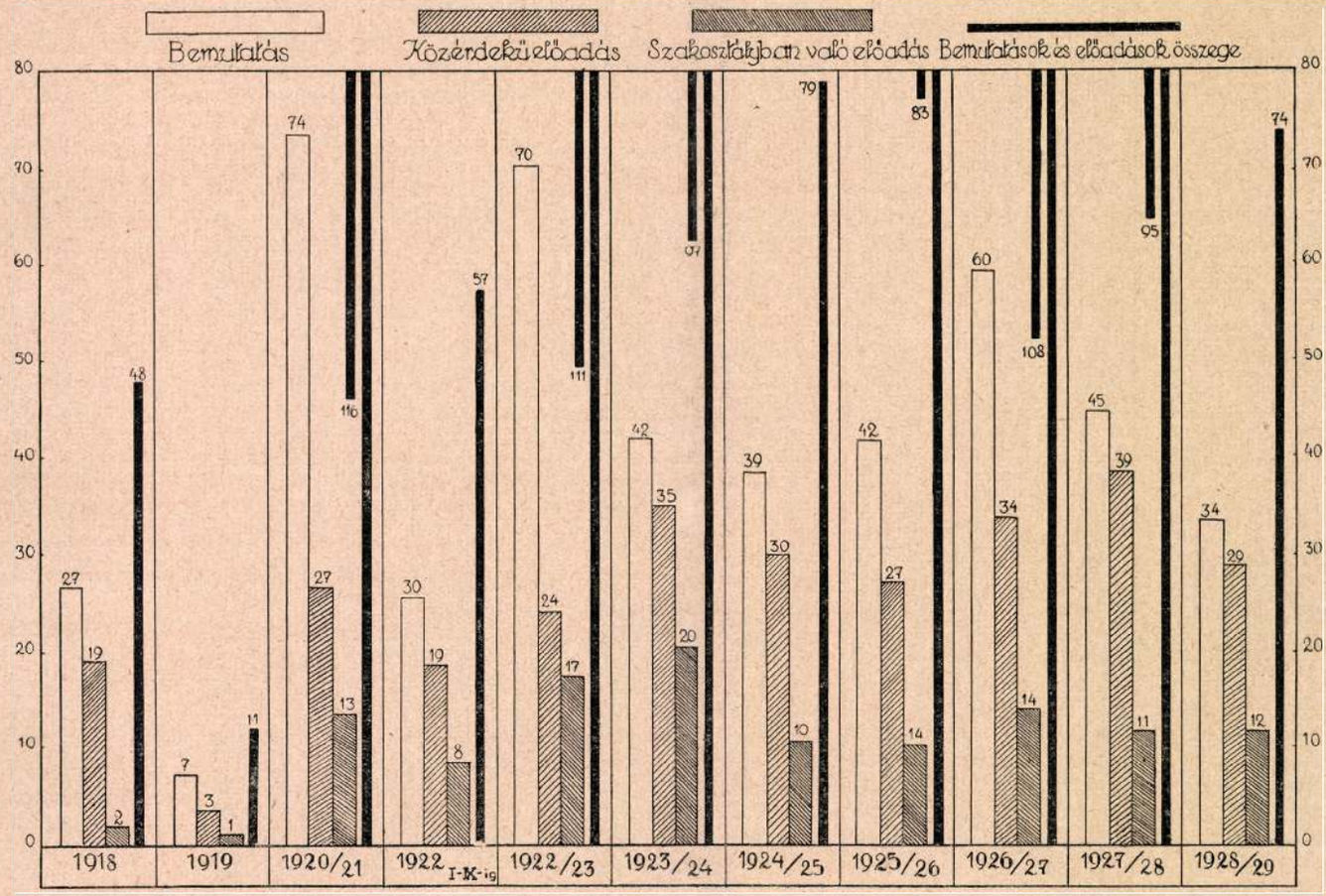
annyira különleges szakképzettséget igényelnek, hogy általános érdeklődésre számot nem tarthatnak.

Van azonban néhány orvosi társulás (orvosi kör, casino, poliklinikai, közkórházi orvostársulat), amelyek évről-évre fokozódó mértékben terjesztik ki orvostovábbképző előadásaik kereteit. Amennyire örvendetes ez a jelenség a (rendesen igen szűkkörű) hallgatóság szempontjából, az előadók lefoglalása folytán ezek komoly veszélyt jelentenek az Orvosegyesület munkájára. Ezen társulások agilis vezetői évről-évre a legkiválóbb előadókat kötik le esetleg több előadásra, ami becslésem szerint évenként hozzávetőleg 30—40 elsőrangú előadást jelent. Nem csoda, ha az így lefoglalt előadók, akik ezenkívül többnyire mint egyetemi előadók is le vannak kötve, nem könnyen szánják magukat arra, hogy még különösebb előkészületeket, fokozottabb studiumot igénylő előadásra vállalkozzanak az Orvosegyesületben.

hogy a szombati ülésen ott legyen. Minden klinikus számonkérte a legfiatalabb gyakornokig segédeit, ha egy ülést elmulasztottak. Minden kérdéshez, akárhonnét hozták azt, a klinikus vagy segédje kötelességének tartotta, hogy véleményével megtámassza vagy elutasítsa az előadóét.

Ma csak ünnepi alkalmakkor, ha valami külföldi celebritás vendégszerepel, vonul fel a vezérek kara. A dii minorum gentium előadásai, bemutatásai gyérszámú hallgatóság előtt, minden visszhang, minden vita nélkül peregnek le. Megszakadt a közösség érzése, megszakadt a cooperatio kötelességének tudata közöttünk.

Ha ezen subjectiv defectusok mellett az objectiv feltételeket nézem, amelyek a részvétlenség okai, azok egyikére fentebb már utaltam. Tudományunk annyira szétdarabolódott, annyira szétágazott, hogy a közös alap, a közös érdeklődés csappant meg. Sokszor már meg sem



Amikor mindezek előadása után az O. E. igazgatótanácsában előadtam javaslataimat, hogyan lehetne az Orvosegyesület egyre nehézkesebbé váló tárgyalásait új életre pezsdíteni, a javaslataimat követő vitában az a kívánság merült fel, hogy az elmondottakon kívül dobjam ki a porondra javaslataimat is, hogy az ebből keletkező vitából új ötletek, új javaslatok szülessenek meg, amelyek alkalmasak volnának, hogy újból fellendüljön legrégibb orvostársaságunk.

Igyekszem mindenképen tárgyilagos maradni, de másrészt minden személyes él nélkül, megpróbálom a hibákat, amik az Orvosegyesület életének színvonalát a háború óta lesüllyesztették, nyiltan és kíméletlenül feltárni, hogy lehető széleskörű vitát provokáljak és felkéltsem azok lelkiismeretét, akiknek elsősorban kötelessége a magyar orvostudomány irányítása, a vezérekét. *Korányi* professor találta fején a szöget, amikor a részvétlenség főokául a vezető körök és a fiatalság psychologiájában kereste a baj fészkét. A régi, fényes időben minden orvos, aki igényt tartott arra, hogy a tudomány activ művelői közé számítson, kötelességének tartotta, értjük egymás szavait. A másik hiba az, hogy éppen e túlzott specializálódás folytán igen gyakran annyira csak a legszűkebb szakembert érdekló kérdések kerülnek előadásra, amelyekhez a távolabb álló hozzá sem szólhat, hisz még a szűkebb szaktársak közül is csak egykettő mondhatna kritikát a hallott előadásról.

A mellékelt táblázatban megpróbáltam bemutatni az Orvosegyesület utolsó tíz évének munkaprogramját, abból a szempontból csoportosítva a columnákat, melyek azok az előadások, bemutatások, amelyek közérdeklődésre számíthatnak. A csoportosítást a magam érdeklődése szerint voltam kénytelen elvégezni, ami természetesen sokszor hibás lehet. De igyekeztem az utolsó rovatba csakis azokat sorolni, amelyek véleményem szerint kizárólag szakosztályba valók.

Az eredmény ily szempontból nem nagyon kedvező. A kommün utáni fellendülés első két évében bőven találunk bemutatásokat, amelyek — többnyire gyakorlati tárgyról lévén szó — a gyakorlóorvost inkább érdekelték, mint a leggyönyörűbb, a legtudományosabb, de mégis csak theoriás előadás. Vissza kellene nyúlni

arra a háború előtt általános szokásra, hogy a hét alatt fölmerült érdekes eseteket (hosszú commentár nélkül) az ülés előtt be lehetne jelenteni és bemutatni. Az előadókat pedig arra kellene utasítani, hogy kérnék fel vitára, hozzászólásra azokat a szaktársakat, akik a fölvetett kérdéssel foglalkoztak.

Az én véleményem az, hogy csak akkor számíthatunk nagyobb érdeklődésre, ha előadásaink tárgyait oly körből merítjük, amelyek általános érdekűek és olyan szakemberekkel tartatjuk, akiknek tárgyi áttekintése kétségen felül áll. Ha nem is lehet orvosegyesületünk főcélja az orvostovábbképzés, átmenetileg meg kell rendeznünk az előadásokat és a vitát. Nem szabad félnünk attól, hogy önképzőköri niveaura süllyesztjük előadásainkat, ha néhanapján egyszerű, gyakorlati kérdéssel jövünk az ülésekre. Az orvostudomány nemcsak physikalis-chemia és nemcsak laboratoriumi kutatás.

Minthogy az elnökség az eddig dívó szokással, egyéni propagandával a nemtörődömség és kényelem ajtait megnyitni nem tudta, fel kell használni a szakemberek forumait arra, hogy megfelelő, közérdeklődésre számottartható előadásokhoz jussunk.

Ezen meggondolások alapján a következő pontokban foglaltam össze javaslataimat:

1. Az Orvosegyesület elnöksége (illetőleg a munkaterv előkészítésére kiküldött bizottsága) a munkaév megkezdése előtt felkéri az összes orvosi szakmákat képviselő tudományos társulások (szakosztály vagy országos egyesület) elnökségét, jelöljék meg azokat a kérdéseket, amelyek az illető szakmában a legactualisabbak, de annyira ki vannak vizsgálva, hogy a nem szakember érdeklődésére is számot tarthatnak. Egyben javaslatot kér e vitakérdés előadójának (vagy előadóinak) személyére. Kívánatos volna azon legkorábbi időpont megjelölése is, amikorra a kérdéses előadás kitűzhető.

2. A beérkezett előadásoknak megfelelő sorrendben való beállításáról az elnökség dönt. Kívánatos volna, ha minden hónapra kb. két oly közérdekű előadás volna beosztható a fősaisonban, ami az orvosegyesületi ülések látogatottságát biztosítaná.

3. Kívánatos volna a szakosztályokhoz (szakegyesületekhez) intézett átiratban annak a kérdésnek kifejezést adni, hogy amennyiben lehetséges, ne csak egy előadót jelöljön ki a szakosztály, hanem, amennyiben a fölvetett kérdéssel többen foglalkoztak, a themát úgy osszák fel, hogy több előadó különböző tudományos vagy egyéni nézőpontról világosítsa meg a kérdést. Ez esetben kívánatos volna, ha a bevezető előadás 20 percnél hosszabb ideig nem tartana, a correferensek pedig 10—15 perces hozzászólási idővel érnék be.

4. Leginkább oly határkérdések volnának kívánatosak, amelyekhez lehetőleg több szakma képviselői szólhatnak hozzá. A tapasztalás azt bizonyította, hogy ezek a themák vonzottak legnagyobb hallgatóságot és jártak legtöbb haszonnal.

5. Célszerű volna diplomatikus formában főleg azokat a társadalmi orvosalakulatokat, amelyek sorozatos előadásokkal a legkiválóbb előadók egész sorát vonják el tudományos üléseinkről, felkérni, hogy ezen cyclusokat, amelyek évről-évre terjedelemben nőnek, oly minimumra redukálják, ami a társulások hallgatószámának megfelelő. — Tapogatózásomra az egyik alakulat elnöke megígérte, hogy e téren segítségünkre lesz.

Ezzel a javaslattal azonban csak egyik oldalát láttuk a kérdésnek és ez a budapesti egyesületi élet kérdése. Összefüggésben ezzel valahogy meg kellene szervezni egész Csonka-Magyarország tudományos munkásainak cooperatióját is. A legtöbb orvosi szakmának van már országos szervezete, kivéve a belgyógyászatot. Ez volt az akadálya annak, hogy mindeddig nem sikerült régi tervem kivitele, az „orvosi nagyhét" megszervezése. A többi tudományos társasággal való tárgyalások során az a terv merült fel, hogy e hét folyamán a délelőtti órákban a határterületek kerülnének referátumok alakjában tárgyalásra, míg a délutáni órák a szakelőadásoknak volnának fenntartva. Este vetítőelőadások, Röntgen stb. A láncot hozzávetőleg így képzeltük el: anatomia-biologia, belgyógyászat, sebészet-orthopaedia, urologia, gynaekologia-szülészet, gyermekgyógyászat, dermatologia, oto-rhino-laryngologia.

A legalkalmasabb időpontnak május utolsó hete ajánlkoznék, amikor már sem a fővárosi, sem a vidéki orvostársulatok nem működnek, az egyetemeken az előadások már bevégződtek, de a nagy szigorlatok még nem kezdődtek.

Az előnye ennek a nagyhétnek az volna, hogy nemcsak a vidéki egyetemek, hanem az összes közkórházak orvosai rövid idő alatt mindazt tömörítve megkaphatnák, amit személyes discussio és a nyilvános vita nyujthat. Hiszem, hogy az ily szervezéssel a túlságba menő specializálódás ellen is jó eszközt nyujthatnánk és ami ennél is fontosabb, a vidéki orvosnak, akinek viszont nem egyszer két-három szakmát kell ellátnia, módot adnánk arra, hogy az egyes szakmák vezetőegyéniségeivel megismerkedhessen és tárgyalhasson.

Az Erzsébet-sanatorium házbéradója.

A Budapesti Szegénysorsú Tüdőbetegek Sanatorium-Egyesületének alapítványai 28,389.747 korona összeget tettek ki. Ezek, valamint az Egyesület vagyona csaknem teljesen elértéktelenedtek. Intézeteiben összesen 721 beteget ápol oly módon, hogy az Erzsébet királyné- és Weiss Manfréd alapítványi sanatorium közös szobáiban 6 pengőt számít ápolási naponként, amely összegből a népjóléti minister az Országos Betegápolási Alap terhére ápolt betegekért 5 pengőt térít meg. A sanatoriumok üzeme nagyon költséges, mert a fővárosban kénytelenek szükségleteiket beszerezni és a meredek hegyiúton való szállítás, valamint a távoli fekvés folytán gépházi üzemének fenntartása is nagy mértékben növeli költségvetését. Súlyos tételként nehezednek reájuk a tüdőbetegek élelmezésével szemben felállított igények. A sanatoriumok gazdasági hivatala több mint 4000 caloriát szolgáltat naponként, amelyet változatos és különösen ízletes formában kell a betegeknek nyujtania. Hogy a Sanatorium-Egyesület e csekély ápolási díjból mégis fenn tudja tartani üzemét, azt a különszobás betegek által fizetett csekély többlet teszi lehetővé. De csak éppenhogy! — mert ez is alacsonyabb, mint amit a klinikák, közkórházak ily helyein számítanak. (A 4 ágyas különszobában 6 pengő 80 fillér, a kétágyasban 10 pengő.)

A szegénysorsú betegekért az ápolási díjakat részben az újabban létesített, de sajnos, csekélyszámú alapítvány, jótékony emberbarátok, vagy maga az egyesület, valamint az Országos Betegápolási Alap, a munkásbiztosító pénztárak stb. fizetik, úgy, hogy az 1928. évi kimutatás szerint a közös szobában fekvő betegek közül csak 7·3% fizette a maga erejéből az ápolási díjat.

A Sanatorium-Egyesületnek nagynehezen helyreállott egyensúlyát azonban nagyrészben a szükségessé vált gépházátalakítási és felszerelési munkálatok, részben az *adókivetés fenyegeti* felborulással. A budapest-vidéki pénzügyigazgatóság az Erzsébet Királyné- és Weiss Manfréd-alapítványi sanatoriumra forgalmi adót és házbéradót vetett ki az eddig fizetett kereseti stb. adón kívül. Az adókivetés hivatkozott a K. H. Ö. 2. §-ának 9. pontjára, amely szerint állandó adómentesség csak a nyilvános kórházak és gyógyintézetek hivatalos helyiségeit illeti meg, illetőleg azokat, amelyekben szegénysorsú betegek egészen díjmentesen kezeltetnek. Az alapítványos helyre ingyenesnek felvett betegek után az intézetet adómentesség nem illeti meg!

Az egyesület vezetőségének fáradozása lehetővé tette, hogy a forgalmi adó felszámítása elejtessék; házbéradó címén azonban 32.000 pengő lett volna fizetendő. Újabb közbenjárásra a pénzügyminister a Weiss Manfréd sanatoriumi épületrészre eső adó fizetését elengedte, minthogy ezen épület tulajdonosa a kincstár s így ez adót a honvédelmi ministerium tulajdonát képező alapítványra óhajtotta hárítani, tehát ezt sem engedték el; és természetesen kérdéses, hogy viszont a honvé-

delmi ministerium nem fogja-e majd az adót a Sanatorium-Egyesület által visszatéríttetni. Töröltette egyszersmind az 1922—1927. évre kivetett házbéradót, *de jogerősen elrendelte, hogy az 1928—29. évekre 17.000 pengő befizetlessék Budakeszi község pénztárába*, ellenkező esetben 12% késedelmi kamat fizetendő. A Sanatorium-Egyesület vezetősége a kérdéses összeg felett nem rendelkezett, kénytelen volt azt a folyamatban levő gépházberendezési munkálatok elől elvonni, mert nem akarta nemfizetés esetén az adóvégrehajtó megjelenésével, illetőleg a végrehajtás botrányával a betegeket felzaklatni s a közfigyelmet ilyen formában intézeteire terelni. A kívánt összeg fedezetéről nem tud gondoskodni, mert nem számíthatja fel visszamenőleg az 1928. évre a házbéradótöbbletet sem volt ápoltjainak, sem a különböző jótékony fizetőtényezőknek, másrészt nem veheti igénybe a társadalmi jótékonyságot sem oly címen, hogy a befolyó összegek majd adó céljaira fordíttatnak.

Ez történik ma Magyarországon, amelynek nagy socialis érzékű népjóléti ministere és tuberculosis-kormánybiztosa van, s ahol a tuberculosis elleni küzdelem költségvetési tételét az újabb takarékossági hullámban is úgy emlegetik, mint megnyirbálhatatlant. Tehát ügyünk csupa jóakarattal és hatalmas protectorokkal van körülvéve, bizton számíthat a közhangulat támogatására is és ime, egy kaján adófináne kiszimatolja, hogy nem fizet *házbérjövedelme* után adót már évek óta, pedig hát lakást ad ki ez a csúful nyerészkedő vállalat, még pedig szegény tüdőbetegeknek, akik helyett mások, jótékony, de bizonyára gazdag emberek fizetnek: nosza hát, vegyük elő az adótörvényt, húzzuk rá az adóhátralék vizeslepedőjét és vágjuk talán zsebre még az ily felfedezések után járó jutalékot is. — Nagy a riadalom; a legrosszabbkor jött! Megindul a kapacitálás; engednek a jó urak, fel a pénzügyministerig, itt is, ott is egy kicsit, áthárításokkal ügyeskednek..., de a principium ellen egy szót se lehet szólni, mikor pedig éppen ez a principium a szégyenletes. Fizetni kell tehát, mint a köles és ezután ha valaki áldozni, alapítványt tenni akar, jól meggondolja! — mert a tuberculosis elleni eredményes és tettekben nyilvánuló küzdelem *fényűző szórakozás*, csak a szavak és acták adómentesek. Ilyenek vagyunk mi, hála rövidlátó törvényeinknek és megrögzött bürokratiánknak! Angliában és Amerikában nincs állami jótékony kezdeményezés, de ha a társadalom egy ily célra 100 fontot áldoz, akkor a kormány azt megduplázza s az intézménynek 200 fontja lesz. Itt megadóztatják! Szomorú, szomorú. Valamit tenni szeretnénk ellene. *Szerk.*

VEGYES HÍREK

„Heim Pál" emlékalap és „Heim Pál" anya- és csecsemővédő intézet. Imponáló módon nyilvánul meg a magyar társadalom és csecsemővédelmi intézmények szeretete, elismerése és áldozatos kegyelete az elhúnyt *Heim Pál* professor iránt. Mintha az ő cselekvő, teremtő lelke szállta volna meg az embereket, hogy összefogjanak és megvalósítani igyekezzenek egyet és mást az ő álmai, tervei közül. Az *Országos Stefánia Szövetség*, mint hivatott végrehajtója a közakaratnak, a belügyminiszter engedélyével országos gyüjtést indít meg a *Heim Pál*-emlékalapra, miből a székházunkban elhelyezendő mellszobron kívül ágyalapítványokat akarnak tenni, esetleg egy külön osztályt felállítani. Akik a gyüjtésben részt akarnak venni, forduljanak gyüjtőívekért a Szövetséghez (VIII., Vas-utca 10.). Mint hírét vesszük, az első napok alatt is már ezrek gyűltek össze, s az adakozók között ott találjuk egyaránt aristokratáinkat, orvosainkat, gazdag és szegény anyák és apák hálaadományait és a szerény fizetésüket felajánló gondozónőket.

Tragikusan elhúnyt kartársunk iránti tisztelet és szeretet indít bennünket arra, hogy e gyüjtés munkájából részünket kivegyük és kérjük kartársainkat, hogy ha külön gyüjtőívet maguknak nem kértek, adományaikat az Orvosi Hetilap gyüjtőívén jegyezzék, egyenesen a főszerkesztő címére vagy kezeihez juttatva el az erre szánt összeget. Mindent az Orvosi Hetilapban nyugtázunk, kívánatra névtelenül.

Még egy megható és a nagy halott emlékét megtisztelő gesztusról kell számot adnunk. Elhatározott dolog volt, hogy a pécsi anya- és csecsemővédelmi központi intézetet Vass Józsefről, az ügy törhetetlen buzgalmi magas pártfogójáról fogják elnevezni. És ím, ettől a nemesen gondolkodó, tisztaszívű embertől leirat érkezett, melyben elhárítja magától ezt a már elfogadott elismerést és arra kéri a pécsieket, hogy intézetüket lelkes alapítójáról, a csecsemőmentés legbuzgóbb apostoláról: *Heim Pálról nevezzék el.* Valóban ritka szép és nemes gondolat; elismerése annak az önzetlen munkának, mit *Heim Pál* végzett országnak és nemzetnek, mint a minister úr egészségügyi és socialis politikájának cselekvő, teremtő részese.

Székely Ágoston arcképének leleplezése alkalmával november 24-én kegyeletes emlékünnepélyt rendezett az Országos Orvosszövetség. Az ünnepély az Orvosegyesület Semmelweis-termében zajlott le, mely a Hiszekegy eléneklésével vette kezdetét. Utána *Csillér y András*, az Országos Orvosszövetség elnöke mondotta el megnyitó beszédét, majd *Marikovszky György* az elhúnyt volt tanítványa emlékezett meg a puritán jellemű tudós, a Haza csendes, de kitartó munkásáról, ki mindannyiunk lelkében el nem mosódó emléket hagyott. Az emlékbeszéd után *Gerlóczy Zsigmond* a Budapesti Orvosszövetség elnöke mondotta el záróbeszédét, majd a Himnusz akkordjainak elhangzásával véget ért a kegyeletes ünnepély.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat az *1928.* évben tudvalevőleg 3 kötetet adott tagjainak: *Albrich* szemészeti, *Hári* életvegytani és *Matthes* belorvosi diagnostikai könyvét, összesen több mint 1650 oldallal. *1929-re* már megjelent *Ballagi* Bőrgyógyászati mykologiája, *Magyary-Kossa* Orvostörténelmi emlékek I. kötete és sajtó alatt van *Verebély* Sebészetének I. kötete. *1930*-ra tervbe van véve — kellő számú előfizető esetén — *Magyary-Kossa* és *Verebély* műveinek II. kötete, *Korány*nak A vese betegségeiről szóló könyve, *Stoeckel* Szülészete, esetleg *Blaskovics* Szemészeti műtéttana. Az *1931/33.* évekre terjedő újabb hároméves félcyclus alatt a Társulat egyebeken kívül *Verebély* munkájának III. (utolsó) kötetét, *Bakay:* Törések és ficamok, *Bakay—Horváth—Kopits:* Orthopaedia, *Fáy* és számos társszerző: Társadalmi hygiene, *Rigler—Darányi—Fenyvessy—Johan:* Közegészségtan, *Illyes:* Urologia, *Nékám:* Dermatologia, *Lenárt:* Orr-, torok-, gégebetegségek, *Krepuska:* Fülészet, ezenkívül *Manninger—Grósz:* Orvosi encyklopaedikus szótár c. műveket szeretné kiadni.

Az illetmény terjedelme mindig az előfizetők számától függ. Minden 100 előfizető 200 oldallal emeli a kiadványok számát, 1000 előfizetőnek 2000 oldalt, 1200 előfizetőnek 2400 oldalt adhatunk, ha a mai viszonyok nem változnak. Beiratkozni csak legalább félcyclusra, tehát 1928—30-ra, 1931—33-ra stb. lehet. Noha az 1928-ra szóló illetmény bolti ára 74 P, az *1929 december 31-ig belépők* még megkapják azt 34 pengőért. Az 1929-es kiadványok ára a fővárosban kézbesítve 35 P, postai szétküldés mellett 36 P. *1930 január 1-től ezek a kedvezményes árak megszűnnek* és a bolti árak lépnek érvénybe. Ha a tagok száma 1000 fölé emelkedik, az 1929-es illetményhez még egy negyedik kötetet csatolhatunk, talán *Blaskovics* Szemészeti műtéttanát, vagy *Szél Tivadar* Orvosi statistikáját. *Ha viszont a tagok száma alászáll, akkor valószínűleg csak annyi példányt nyomatunk, ahány előfizetőnk van és nem bocsátjuk a könyveket bolti forgalomba.* Az összes könyveket kizárólag aranynyomású, egész vászonkötésben szolgáltatjuk ki.

A Társulat csak állami támogatás mellett képes kiadványait ily olcsón kibocsátani, mert az önköltségi árat messze nem fedezi az előfizetési díj, mely a legminimalisabbra van calculálva és így abból engedmény, halasztás vagy részletfizetési kedvezmény nem adható. *Belépni kizárólag úgy lehet, hogy folyó évi december 31-ig az Eggenberger-féle könyvkereskedéshez (Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 2. a 16.600 sz. postai chequeszámlára) befizet a régi budapesti előfizető 35 P-t, a régi vidéki előfizető 36 P-t, a most belépő budapesti előfizető (1928—29-re) 69 P-t, a most belépő vidéki előfizető (1928—29-re) 70·60 P-t. 1930-ra az előfizetési díj (beleértve a tagsági*

díjat, bekötési és kézbesítési költségeket) az eddigi előfizetők számára Budapesten 35, vidéken 36 P lesz. Mindezek az árak azonban csak az 1929 december 31-ig belépő tagok részére érvényesek.

Nyomatékosan kérjük az 1928-ban beiratkozott kartársakat, hogy az 1929. évre szóló előfizetésüket újítsák sürgősen meg (a könyveknek budapesti kézbesítése esetén 35, postai szállítás mellett 36 P), mert különben nem tájékozódhatunk a kiadható ívek és példányok számát illetőleg. *A M. O. K. T. elnöksége.*

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november hó 30-i ülésének napirendje: *Hozzászólások: Róth Miklós* és *Winternitz Arnold:* „A tüdőtuberculosis sebészi kezelésének mai állása" című mult ülésen tartott előadásához. *Bemutatás* 1. *Matolay György:* Esetek a tüdősebészet köréből; 2. *Verebély Tibor:* Elsődleges májrák operált esete. *Előadás: Somogyi István:* Adatok a zenei képesség agyi localisatiójához.

A Magyar Dermatologiai Társulat legközelebbi tudományos ülését december hó 6-án este ½7 órakor az egyetemi bőrklinikai tanteremben tartja.

A Közkórházi Orvostársulat december hó 4-i ülésének tárgysorozata: Bemutatások: *Ferdinándy György:* Arteria poplitea aneurysmája; *Strausz László* és *Zsigmond Pál:* Sepsist utánzó malleus esete. Előadások: *Bézi István:* Az experimentalis rákkutatás eredményei; *Schwertner Richárd:* Újabb adatok a croupos pneumoniák pathologiai és klinikai megítéléséhez.

Sorozatos előadások a rákbántalmak köréből. A *Közkórházi Orvostársulat* Igazgatótanácsa elhatározta, hogy ezen ülésszakban a rákbántalmak köréből sorozatos előadásokat rendez, amelyek a *Kir. Orvosegyesületben* lesznek megtartva. Ezen előadások tárgysorozata a következő: *Bézi István:* Az experimentalis rákkutatás eredményei. *Wolff Károly:* Rákstatistikák újabb adatai; *Frigyesy József:* A rákproblema a nőgyógyászatban; *Torday Árpád:* Fontosabb rákos megbetegedések a belgyógyászatban; *Guszman József:* A bőr rákja és az ú. n. praecarcinomás bántalmak; *Kelen Béla:* A rák sugaras kezeléséről.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti egyetemen 1929. évi november hó 23-án: *Bognár Tibor, Bojárszky Béla, Csillag István, Gugi Tibor, Joós István, Kincses Miklós, Markovits Emil, Meggyes József, Odor Béla, Salamon Margit, Urr Ida.* Üdvözöljük az új kartársakat!

Az Orvosi Évkönyv 1930. évi 40. évfolyamának *kérdőívei* már mind szétküldettek. Felhívjuk mindazon t. orvos urakat, kik kérdőívet bármely oknál fogva nem kaptak, vagy elvesztették, hogy egy példányt adataik pontos beiktatása érdekében levelezőlap vagy telefon útján mielőbb bekérjenek. *„Magyarország Orvosainak Évkönyve" szerkesztősége.* Budapest, VII, Kertész-u. 16. Telefon: József 406—47.

Kiadványainkat olcsón kapják meg kiadóhivatalunktól hátralékban nem lévő előfizetőink. A pénz előre beküldése után azonnal bérmentve küldjük meg az alábbi igen hasznos könyveket:

	Bolti ár	Enged. ár
Soós Aladár: Étrendi előírások. II. kiad. 195 oldal	5·— P	helyett 4·— P
Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei. 215 oldal	6·50 „	„ 5·50 „
Vászonba kötve	8·— „	„ 7·— „
Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala. 86 oldal	2·50 „	„ 2·— „
Az orvosi tudomány magyar mesterei. Kiadja a Markusovszky Társaság. 196 oldal . .	4·— „	„ 3·50 „
		15·— P

Ha valaki mind a négyet egyszerre veszi meg, a 15 P kedvezményes ár helyett csak 14 P-t fizet; illetőleg kötött fürdőkönyv rendelése esetén 16·50 P helyett csak 15 P-t. — A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel való rendelésnél a portóköltséget is felszámítjuk.

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

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

Lapunk mai számához Richter Gedeon vegyészeti gyár rt. Budapest, *Ovarium-készítményekről* szóló prospektusa van mellékelve.

TÁTRA SANATORIUM
TÓTÁTRAFÜREDEN. STARY-SMOKOVEC. 1020 m
ELSŐRANGÚ DIAETÁSKONYHA. fekvőcsarnokok, szabadlégtorna, szénsavas, fenyő-, forró-lég-, fenyőfürdők, vízgyógyintézet.
Indicatiók: Basedow-kór, chlorosis, anaemiák, ulcus, dyspepsia, diabetes, hypertonia, neurasthenia, hysteria, reconvalescentia. — **Tuberculosusok,** fertőző és elmebajosok **kizárva.** *Sanatoriumi napi pauszálár 65 Kc-tól fölfelé.* **Egész évben nyitva.**
Főorvos: dr. Szász Emil.

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

Dr. JUSTUS BŐRGYÓGYÍTÓ ÉS KOZMETIKAI INTÉZETE
Kórházi főorvos
V, Ferenc József-rakpart 26. Telefon: Aut. 846-37.

DIAX RÖNTGEN
BARTA ÉS SZÉKELY részv.-tá's
Budapest IV, Múzeum-körút 37
Telefon: Aut. 840—97.

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

BIBLIOGRAPHISCHES BÜRO DR. STEINHAUS
Wien VIII, Langegasse 63.
Orvosi közlemények
NYOMDAKÉSZ FORDÍTÁSÁT
német, francia, angol, olasz, spanyol nyelvre vállaljuk.
Szabatos, szigorúan szakszerű kivitelért felelünk.

Állami forrás
Nieder-Selters
A természetes Selters-víz
régóta ismert és bevált gyógyvíz a légzőszervek és a torok megbetegedései ellen. Tüdőbetegségeknél csillapítólag hat.
Kapható gyógyszertárakban, drogériákban és a vezérképviseletnél:
Ásványvíz kereskedelmi r.-t., Budapest VI, Király-utca 12.
A forrás kimerítő ismertetését a Nieder-Selters központi irodája, Berlin W8, Wilhelmstrasse 55, bármikor ingyenesen rendelkezésre bocsátja.
A Nieder-Selters állami forrás Hessen-Nassauban az egyetlen gyógyvíz Selters néven, mely csakis eredeti állapotban kerül töltésre és szétküldésre.

Pilulae kalii jodati perennes Szőllősi

A zalamegyei trachomás vidéken most azon feltevés alapján, hogy „a műtőasztalt a fertőzött falvakba kell kivinni", hogy ott az egyszerűbb trachomaellenes műtéteket, mint a kicsomózást (expressio) helyszínen is lehessen végezni, gyakorlatilag is keresztülvitte a kormány azzal, hogy ennek elvégzésére egy szemész szakorvost küldött ki, aki a fertőzött községeket bejárja és a szükséges expressiókat ott helyben elvégzi. A kiváló szaktudással rendelkező szemész szakorvos kiküldetése mindenesetre nagy hasznára válik a trachoma elleni védekezés ügyének, azonban ez az eljárás nem új dolog és sajnos, nem a gyógyító panacea. A trachomacsomók kinyomása régtől fogva hozzátartozik a trachoma gyógykezeléséhez és ezt egyszerűbb formájában, a körömhátak közti kinyomkodást, már néhai *Feuer Natheniel* tanár ajánlotta a mult század 90-es éveiben. A kicsomózás jó hatású a trachománál, azonban a javulás csak időleges, a csomók újra képződnek és az expressiót többször meg kell ismételni. Ezt pedig a kezelőorvosnak kell megtenni, akinek ez a kis műtét bele keil hogy tartozzék kezelési technikájába.

Mégis rendkívül hálás lehet a közigazgatás, amelynek annyi nyüge, baja a trachomajárvány, *Scholtz Kornél* államtitkár úrnak kiváló intézkedéséért, aki egyben mint szemésztanár, felismerte annak célszerű voltát, hogy mennyire szükséges volt egy teljes szakismerettel bíró szemész szakorvos kiküldetése a trachomával erősen fertőzött zalai végekre, aki egyrészt szakszerű gyógykezelésre oktatja a trachomakezelő orvosokat, másrészt ellenőrzi a gyógyítást és a trachoma elleni védekezést. A kormány ezen intézkedése erősen feljavítja ugyan a fertőzött vidéken a gyógykezelés niveauját, azonban mégis csak azon eddig is jól bevált elvnél kell maradnunk, hogy a súlyosabb trachomaeseteket szemkórházakban, a könnyebb és középsúlyos eseteket pedig a vidéken működő trachomaorvosok által kell kezeltetni.

Hogy ez a gyógykezelési módszer cél- és okszerűen oldassék meg, ahhoz elsősorban az szükséges, hogy az általános szemvizsgálatnál talált trachomások közül ki kell válogatni az erősen váladékos és súlyos eseteket és ezeket azonnal szemkórházba kell utalni. Ezzel az eljárással eliminálnánk a legfertőzőbb ragályterjesztőket és sok munkás ember szemevilágát mentjük meg az idejében alkalmazott kórházi beutalással. A közelünkben levő perlaki állami szemkórházat, amely ezt a célt kitűnően szolgálta, sajnos, a jugoszláv foglalás által elvesztettük. Ennek pótlására most épül a nagykanizsai városi közkórház 64 ágyas szemkórháza, amely a jövő esztendőben átadható lesz rendeltetésének.

Végezetül pedig utalok arra, amit közleményem elején írtam, hogy a betegek gyógykezelését az orvos teljesen önállóan végzi. Ez a szentenciám azonban a trachoma gyógykezelésére nézve nem mindenben áll meg. Minden betegségnél a beteg bizalma az orvoshoz nem kicsinylendő segítő eszköze a sikeres gyógyításnak. A bizalom már fél gyógyulás, így szokták mondani. A trachomás betegek nagy része azonban nem akarja magát gyógykezeltetni és rendszerint a gyógykezelő orvos iránt sincs bizalommal. A trachomagyógykezelés többé-kevésbbé kényszergyógyítás, hiszen tudják, hogy a köznép önszántából nem hajlandó magát gyógyíttatni és ezt csak hatósági kényszerrel cselekszi meg. A trachomagyógykezelő orvos tehát orvosi munkájában is a közigazgatás segedelmére szorul, sőt sok esetben arra is, hogy a hatóság rákényszerítse a renitens betegeket, hogy gyógykezelésre járjanak. A trachomagyógykezelő orvosnak viszont módot kell nyujtani a hatóságnak, hogy a renitens betegekről tudomással bírjon és azokat a kezelésre való megjelenésre kényszerítse. Ezt a célt szolgálják a trachomagyógykezelési naplók, amelyekben a betegek gyógykezelésen való megjelenése vagy meg nem jelenése pontosan ki legyen tüntetve és amelyek a hó végén az előljáróság igazolásával az elsőfokú hatóságnak beküldendők, hogy az indokolatlan mulasztók ellen a kihágási eljárás folyamatba tehető legyen.

A trachomagyógykezelés hosszú időt, gyakran éveket igénybe vevő fáradságos munka, mely egyképen próbára teszi a beteg és gyakran az orvos türelmét is. Ma még mindig ott tartunk, hogy sem a trachoma kórokozóját nem ismerjük, sem biztosan gyógyító specialis gyógyszerrel a trachoma meggyógyítására nem rendelkezünk. Mégis a mostani, bár nem tökéletes módszerrel is érhetünk el eredményeket. Fiatalkorúaknál számos esetben érünk el teljes gyógyulást, súlyos és középsúlyos esetekben olyan fokú javulást, amely a betegeket újra keresetképesekké teszi, de mindenek fölött az erélyesen keresztülvitt gyógykezeléssel skerrel csökkentjük a továbbfertőzés veszélyét.

A trachoma továbbterjedésének meggátlása pedig megéri ezt a nagy munkát, amelyet erre az orvosi kar és a közigazgatás karöltve áldoz.

VEGYES HÍREK

Személyi hírek. Prof. *E. Leupold* a greifswaldi kórtani intézet igazgatóját a kölni egyetem kórtani-kórbonctani tanszékére hívták meg. — *H. Burchhardt* marburgi professort a kiewi (Ukrajna) egyetem belorvostani osztályára nyilvános rendes tanárrá hívták meg. — *Meghaltak: Kaiser Károly dr.* az Országos Közegészségügyi Intézet jogelődjének, a Központi Bakteriologiai és Közegészségügyi Vegyvizsgáló állomásnak nyugalmazott igazgatója, a műegyetem rendkívüli tanára 65 éves korában; *Selig Árpád dr.* a m. kir. állami angyalföldi elmegyógyintézet igazgatója, az igazságügyi orvosi tanács tagja 49 éves korában.

A budapesti egyetem orvosi facultásának tanárai teljes számban kihallgatáson jelentek meg gróf *Klebelsberg Kuno* vallás- és közoktatásügyi miniszternél, hogy a facultás helyzetét feltárja s a minister támogatását kérje intézeteinek és klinikáinak karbantartása s a szükséges fejlesztése érdekében. A kérelemnek actualitast adott az állami költségvetés reductiója. *Ilyen reductiót a budapesti orvosi facultás intézményei és klinikái annál kevésbbé viselhetnek el, mivel a budapesti egyetem dotatiója és fejlesztése visszamaradt.* A küldöttség tagjai felajánlották közreműködésüket a minister culturprogrammjának támogatására.

A minister válaszában hangsúlyozta annak szükségét, hogy Budapest székesfőváros, úgy mint a vidéki városok, az egyetemet anyagilag is támogassa. A klinikai tanárok reámutattak arra, hogy a budapesti klinikán a székesfőváros betegeinek ezreit ápolják, a járóbeteg-rendeléseken tízezreit látják el segéllyel s így indokolt volna, hogy legalább e réven nyerjenek a fővárostól támogatást.

Úgy a minister, mint a küldöttség tagjai a vidéki egyetemekkel való solidaritást kiemelték. Hiszen a vidéki egyetemek tanárainak nagy része a budapesti egyetem neveltjei s a budapesti egyetem a vidéki egyetemekről egészíti ki magát.

Végül a küldöttség az orvosképzés reformjáról tett a ministernek előterjesztést.

Az Országos Balneologiai Egyesület és a Magyar Orvosok Rheumaegyesületének 1930. évi congressusa április hó 25-én és 26-án lesz Budapesten. Az egyesületek rendes közgyűléseit április 27-én tartják. A congressus tudományos üléseire az előadások *Benczur Gyula dr.* igazgató-főorvos, Szent Gellért-fürdő (balneologiai előadások) és bilkei *Papp Lajos dr.* főorvos, Győri-út, Vörös Kereszt-kórház (rheumatologiai előadások) címére jelentendők be

Nemzetközi Physiotherapiai congressus. A jövő esztendőben, szeptember 14—18-ig, Liègeben, (Belgiumban) rendezik a physikai gyógymódok V. nemzetközi congressusát. Liègeben ugyanakkor világkiállítás lesz, a belga függetlenség százéves jubileuma alkalmából. A Physiotherapiai Congressus öt szakosztályban tárgyal, ú. m. kinézitherapiai (massage, gymnastika, stb.) radiologiai, elektrologiai, hydrologiai és thermotherapiai, végül actinologiai szakosztályban. A részvételi díj 150 belga frank. Felvilágosítással szolgál a központi titkárság: Docteur *Dubois-Trépagne*, 25, rue Louvrex, Liège, vagy a magyarországi bizottság titkára: *Dalmady Zoltán dr.* IV., Prohászka Ottokár-utca 10. (Telefon: 834—68.)

A Közkórházi Orvostársulat január 8-i ülésének tárgysorozata. *Schwertner Richárd:* Újabb adatok a pneumonia crouposa pathologiai és klinikai megítéléséhez. *Kitreiber János:* A clauden tüdővérzésnél. *Kerekes György:* A Lermoyez-typusú szédülésről. *Bodon György:* Primaer szívsarkoma esete. — Jan. 15-i ülésének tárgysorozata. *Baintner Magda:* Újabb eredmények a Kiss-reactióval. *Steinert Gyula:* Syphilisreactiók terheseknél és szülőnőknél. *Szili Sándor:* Refractometriás vizsgálatok a vesefunctio megállapítására. *Kiss Gyula:* Wassermann-proba activ serummal.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti Pázmány Péter-Tudományegyetemen 1929. évi december hó 21-én: *Andor László, Bak Mihály, Baróti Sándor Géza, Bartha László Lehel, Bittera Zoltán Fábián, Deák Barnabás András, Elchlinger István, Fábián Kamill József, Gedeon Ferenc Róbert, Győrffy Lénárd, Halmos Béla, Hechst Béla, Jakab Vencel, Király József, Kürthy István, Lajer Vilmos, László Ernő, Losonczi Nándor, Merétey Károly, Polgár Jenő Ervin, Puky Pál Gyula, Siftár Kamilla, Szekeres Ernő Lóránd, Szentgyörgyi Nándor Zoltán, Szklenkay Zenobius Dániel, Székács Sándor, Vértessy György Ferenc, Both Lajos Sándor, Sprenger Menyhért és Villax Ernő Ferenc.* — A pécsi tudományegyetemen december hó 19-én: *Szabó Erzsébet, Jankovits Katalin, Bernát Aurélné Pártos Alice, Hammer Sarolta, Róka Antal, Danielisz Ernő, Szegeczky Dezső, Tirheimer Ferenc, Osztheimer Géza, Vass István, Krausz József, Berndorfer Alfréd, Friedmann László, Blumenthal László, Biró György, Szinetár Ernő.* Üdvözöljük az új kartársakat!

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

Kiadványainkat olcsón kapják meg kiadóhivatalunktól hátralékban nem lévő előfizetőink. A pénz előre beküldése után azonnal bérmentve küldjük meg az alábbi igen hasznos könyveket:

	Bolti ár	Enged. ár
Soós Aladár: Étrendi előírások. II. kiad. 195 oldal	5·— P	helyett 4·— P
Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei. 215 oldal	6·50 „	„ 5·50 „
Vászonba kötve	8·— „	„ 7·— „
Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala. 86 oldal	2·50 „	„ 2·— „
Az orvosi tudomány magyar mesterei. Kiadja a Markusovszky Társaság. 196 oldal . .	4·— „	„ 3·50 „
		15·— P

Ha valaki mind a négyet egyszerre veszi meg, a 15 P kedvezményes ár helyett csak 14 P-t fizet; illetőleg kötött fürdőkönyv rendelése esetén 16·50 P helyett csak 15 P-t. — A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel való rendelésnél a portóköltséget is felszámítjuk.

Lapunk mai számához Richter Gedeon vegyészeti gyár r.-t., Budapest, *Richter-féle phenylchinolincarbonsavas készítményekről* szóló prospektusa van mellékelve.

TÁTRA SANATORIUM
ÓTÁTRAFÜREDEN. STARY-SMOKOVEC. 1020 m
ELSŐRANGÚ DIAETÁSKONYHA, fekvőcsarnokok, szabadlégtorna, szénsavas, fenyő-, forró-lég-, fenyőfürdők, vízgyógyintézet.
Indicatiók: Basedow-kór, chlorosis, anaemiák, ulcus, dyspepsia, diabetes, hypertonia, neurasthenia, hysteria, reconvalescentia. — **Tuberculosusok,** fertőző és elmebajosok **kizárva.** *Sanatoriumi napi pausálár 65 Kc-tól fölfelé.* **Egész évben nyitva.**
Főorvos: dr. Szász Emil.

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

Dr. JUSTUS Kórházi főorvos
BŐRGYÓGYITÓ ÉS KOZMETIKAI INTÉZETE
IV, Ferenc József-rakpart 26. Telefon: Aut. 846-37.

DIAX RÖNTGEN
BARTA ÉS SZÉKELY részv.-társ.
Budapest IV, Múzeum-körút 37.
Telefon: Aut. 840—97.

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

BIBLIOGRAPHISCHES BÜRO DR. STEINHAUS
Wien VIII, Langegasse 63
Orvosi közlemények
NYOMDAKÉSZ FORDÍTÁSÁT
német, francia, angol, olasz, spanyol nyelvre vállaljuk.
Szabatos, szigorúan szakszerű kivitelért felelünk.

RADIUM chlorid sulfat carbonat-ot
légmentesen elzárt üveg- vagy fémcsövecskékben, 1—50 mg hivatalosan igazolt bizonyítványokkal, beszerez és jótállás mellett szállít Konz. Fa BAUER & CO. Prag. II. Václavské nám. 7.

Diujodin
PASTILLI THEOBROMINI JODATI

Sószegény diaetához
HOSAL-CHINOIN
konyhasómentes konyhasóízű konyhasópótszer
15, 60 és 250 g-os üvegek. 1 kg-os hórházi csomagolás.

Királyi Magyar Egyetemi Nyomda 1929, Budapest VIII, Múzeum-körút 6. — (Dr. Czakó Elemér.)

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. rk. tanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos.

Az emlőképzés javalatai és eredményei.

Életmentő műtétek javalatai felett a mai sebészi készültség mellett le van zárva a vita. Ha az életet fenyegető elváltozás kórismeje fel van állítva, legfeljebb a beavatkozás időpontjának megállapítása körül lehet egyéni tapasztalat szerint véleménykülönbségről szó. Az agynyomást rohamosan fokozó vérömleny lebocsátásának, a hasüreg épségét fenyegető üszkös féregnyúlvány kiirtásának, a hasüreget már fertőzött gyomorfekély ellátásának vagy bevarrásának szükségessége ma már általánosan elismert. A műtéti eredmények esetlegesen szomorú statistikája nem annyira a műtéti technika, mint inkább a műtét időpontjának helytelen megállapításának rovására írandó.

A *prophylaktikus* műtétek javalatai már kevésbbé szoríthatók általánosan elismert szabályokba, amennyiben nemcsak a gyakorlóorvost, hanem a sebészt is döntően befolyásolhatja a műtétek eredményének statistikai elbírálása. Talán kevésbbé áll ez a tisztán bonctani elváltozások, amilyenek pl. a sérvek, bizonyos golyvák műtéteire, mint inkább azokra az elváltozásokra, amelyek szervi működések átalakítását célozzák. Ez utóbbiak jellemző és sok tekintetben vitás példái a kiterjedt gyomorkiirtások jogosultsága a gyomorfekélyek kezelésében, a pajzsmirigy megkisebbítése Basedow-kórnál, az ivarmirigyek műtéti átalakítása a nemi élet kóros változatainak módosítására.

Legnehezebb az állásfoglalás a *javító (plastikus)* műtétek kérdésében, ahol a beavatkozás jogosultsága legkifejezettebben függvénye a műtét veszélytelenségének és az elérhető eredménynek. Habár a vita itt is főleg a működést javító-pótló műtétek jogosultsága körül forog, vitás lehet már bonctani elváltozások javításának kérdése is. Az utóbbiak között ismét legnehezebben megindokolható olyan testi hibák javítását célzó műtétek javalata, amelyek ruházattal, pótlékokkal eltakarható, kiegyenlíthető, igen sokszor csupán a hiúságot zavaró hibák javítására végeztetnek.

Ez utóbbiak közé sorolható a *lógó emlő (mamma pendens)* javítására végzett emlőplastika, amely különösen technikájában az utolsó évtized női divatjának nyomása alatt egyre gyakrabban foglalkoztatja a sebészeket. A feleletet a jogosultság kérdésére a plastikus műtétek általános keretében megnehezíti még az is, hogy a műtét valószínű kozmetikus eredményét a technikán kívül nem csekély mértékben befolyásolja az emlőlógás pathogenesise is. E tekintetben öt esztendő előtt megjelent közleményemben utaltam arra, hogy a lógó emlőnek több alakját különböztethetjük meg, amelyeknek ismerete nemcsak a műtéti technika és javalat, hanem az igérhető eredmény szempontjából is fontos.

A túltengett lógó mell (mamma pendens hypertrophica) az emlő szövetének zsíros, vagy mirigyes megszaporodása, amit mindenkor az emlő kötőszövetének heges kérgesedése kísér; az emlő lecsúszását ilyenkor az emlő súlya okozza, amely terhével hordozóját valósággal elkeseríthetí. A fiatalabb korban inkább világrahozott hajlandóságnak következménye, éppen ezért gyakran öröklődik; a későbbi korban jelentkező túltengés viszont vagy általános elhízás részletjelensége, vagy az emlőkre szorítkozó belsősecretiós elváltozás tünete. Minthogy a műtét a felvarráson kívül szükségképen az emlő nagyfokú megkisebbítésében kell hogy álljon, s minthogy a bimbónak emelése 15—20 cm-nyi eltolást is igényelhet, a legnehezebben megoldható fajtája a lógásnak. Nagy súlya az emlő alapját sokszor lapos, keskeny kocsánnyá húzza ki a mi a kérges emlőszövetnek egyébként is rossz tápláltatásával együtt a felemelt bimbó életképességét veszélyezteti. Éppen ezért olyan esetekben, ahol a bimbó megtartása az elérendő céllal — a törzs és mellkas felszabadításával — szemben háttérbe szorul, az emlőplastikának bimbónélküli technikáját, amint azt először *Küttner* ajánlotta, hozom szóba a beteg előtt. Ha ilyetén megoldásba beleegyezik, a bimbóplastika megkísérelhető, mert a bimbó elhalása esetén is legfeljebb azt eredményezi, amit a bimbónélküli plastika nyujt.

Ennek a typusnak ellentéte a *fonnyadt lógó mell (mamma pendens atrophica)*, amelynél a mellnek csomós-göbös állománya petyhüdt, ráncos bőrzacskóban fekszik. Könnyebb eseteiben a nők elvirításának, öregedésének első jele, súlyosabb esetei sorvasztó, hosszantartó betegségek, nagyobbmérvű lesoványodás kapcsán jelentkeznek; jellemző reá, hogy a bimbó az emlő legalsó csúcsán foglal helyet, ami az emlőnek az állati tőgyhöz hasonló alakot ad.

Hasonló hozzá az *elhasznált lógó emlő (mamma pendens functionalis)*, amely egyszeri, rendesen többszörös szoptatás után akkor lép fel, ha a bőr rugalmasságának visszatérése nem tart lépést a tejelő emlőszövet visszafejlődésével. Az emlő ilyenkor többnyire körtealakú és főleg kocsánya tájékán ráncos, bimbója az alsó csúcs elülső felszínén fekszik.

Ennek a sorvadásos emlőnek harmadik faját jelenti az *alkati lógó mell (mamma pendens asthenica)*, amikor a rendes nagyságú és keménységű emlő egészében lejjebb csúszva vongálja kocsánnyá alapját, s egyúttal tengelye körül csavarodva bimbójával felfelé fordul. A lecsúszott bimbó alatt az emlőnek 2—3 ujjnyi szelvénye fekszik.

Ellentétben a túltengett lógó mellel ez a három typus adja a kozmetikailag legkifogástalanabb eredményt, amennyiben legkevésbbé veszélyezteti a felfelé eltolandó bimbó életképességét. 75 eddig végzett emlőplastikám közül kétharmad esik erre a háromra, s ezek közül egyetlenegyszer sem zavarta meg a jó eredményt a bimbó elhalása, bár az emlő jó alakja érdekében kisebb-nagyobb emlőrészletek eltávolítása ezeknél is szükséges volt. Ezzel szemben a másik egyharmadra eső hét, sajátságosan mindig egyoldali bimbóelhalás a túltengett lógó emlő rovására írandó; a 25 idetartozó eset közül csupán 18 gyógyult zavartalanul.

Az emlőlógásnak különleges két formája a daganatos és az egyoldali lógó mell. *A daganatos (mamma pendens neoplastica)* aránylag ritka, minthogy az emlő megtartásáról és plastikus ellátásáról csakis jóindulatú daganatok esetén lehet szó, ami pedig a lógást kiváltó többszörös adenofibromák és mammomák ritkasága folytán szinte kivételes. *Az egyoldali (mamma pendens asymmetrica)* túltengés kettős eredetű lehet: vagy egyoldali tényleges túltengésnek, vagy a túloldali emlő csökkent kifejlődésének következménye. Mindkét esetben tehát úgy a daganatos, mint az asymmetrikus lógó mellnél a bimbó helyes beállításához szükséges eltoláson kívül emlőpótlás lehet javalt, ami szabad zsírátültetést igényelhet.

Az emlőplastikának kozmetikus igényei egyrészt, a bimbóelhalás lehető elkerülése másrészt egyre újabb eljárások kigondolására ösztökéli a sebészeket. Figyelemmel kísérve az ezirányú irodalmat, úgy vélem megállapíthatni, hogy kozmetikusan a klinikámon végzett eljárás kétségtelenül a legjobb eredményeket adja, a bimbó életképességének szempontjából pedig egyik eljárás sem nyujt nagyobb biztonságot, mint az itt említett.

Összefoglalva 75 eseten szerzett tapasztalataimat, azt mondhatom, hogy bár az emlőplastika jelentékeny sebzéssel járván, nem csekély beavatkozás, bimbóelhalás esetén sem életveszélyes. A bimbóelhalás veszedelme 10% valószínűséggel fenyeget, de csupán a legnagyobb mértékben túltengett emlők plastikájának rovására írandó. A jól sikerült gomblukplastika kozmetikus eredménye igen jó és tartós. A plastikusan operált emlők közül két esetben van tudomásom az utólagos szoptatásról, amely semminemű zavart a műtéttel nem szenvedett. Habár így a műtét maga veszélytelennek és kozmetikailag kielégíthetőnek mondható, javalatának felállításában az említett 10% tekintetbevételével a jövőben is óvatosságot ajánlok. A mai kor divatja az orvosi felelősség kiélezése, a nem sikerült kozmetikus műtétért előszeretettel hibáztatja a közönség a sebészt, akit a bírói ítélet túlságos könnyen sújt kártérítési kötelezettséggel. Az operálandó betegek nyílt felvilágosítását az eshetőségekről, a műtét lelki indítékainak pontos mérlegelését, az emlőplastikák javalatánál elengedhetetlenül szükségesnek tartom.

Verebély Tibor dr. egyetemi ny. r. tanár.

A medencemérés jelentősége a szülészeti gyakorlatban.

A szülés mechanismusa elsősorban két tényezőtől függ. Az egyik a szülőcsatorna, amelyen a megszületendő magzatnak keresztül kell haladnia, a másik a megszületendő magzat. Hogy a szülés kilátásait mérlegelhessük, e két tényező adatait kell ismerni és összehasonlítani.

Általános útmutatásul szolgál a normalis női medence külső méreteiről szóló ismeretünk, amelynek értelmében a spina anteriorok közti távolság 26 cm., a cristák közötti 29 cm, a trochanterek közötti 31 cm, az ú. n. conjugata externa hossza pedig 20 cm. Ezek a számok a nagy medencére vonatkoznak s így természetesen csak némi tájékozódást nyujtanak, mert a szülésnél a főszerep a kismedencének (bemenet, üreg, kimenet) jut. Ugyancsak befolyásolja ezeket a számadatokat a medencecsontok vastagsága, a bőr alatti zsírpárnának különbözősége. Ezekből a számadatokból nemcsak a medence méreteire, hanem alakjára is következtethetünk. Így pl. minden olyan esetben, amidőn a conjugata externa 18 cm-nél rövidebb, lapos medencére gondolunk. Ha a spinák és cristák egymástól való távolsága közti különbség három centiméternél kisebb, ugyancsak lapos valószínűleg a medence, lévén annak haránt feszülése nagyobb. Egyaránt szűk medencénél valamennyi méretet arányosan kisebbnek találjuk.

A külső méreteknél pontosabb felvilágosítást nyerhetünk a belső medencemérés által, amidőn ujjunkkal körüljárva a kismedence falát, meggyőződhetünk annak alakjáról, a promontorium minőségéről, a symphysis magasságáról, porcának minőségéről stb. Ujjunkkal azonban, sajnos, csak az ú. n. conjugata diagonalist tudjuk mérni, és nem közvetlenül a verát. Ennek kiszámítását sematikusan úgy eszközöljük, hogy belőle átlag 1½—2 cm-t vonunk le.

A belső medencemérés céljára különféle eszközök is rendelkezésünkre állanak. (*Hoerder, Bilinsky, Gauss* stb.) mindezeknek hátrányuk azonban, hogy alkalmazásuk fájdalmat okoz. A pontos medencemérés nehézségeit volna hivatva pótolni a Röntgen-felvétel segítségével való mérés, de ma még nem eléggé kidolgozott és megbízható ahhoz, hogy pontos tájékozódást nyujtson a helyzet felől, de meg nem is mindenki számára hozzáférhető. A conjugata vera hosszának alapján a medencéket négy csoportba szokták osztályozni. Ennek az osztályozásnak elsősorban tudományos szempontból van jelentősége, vagyis az eseteknek csoportokba, rendszerbe való foglalása szempontjából. A gyakorlati életben azért használjuk őket, mert tájékozódást nyujtanak. Így tudjuk, hogy elsőfokú szűkületnél aránylag sok a spontan szülés, s az előforduló kisebb szövődmények esetén is csaknem mindig élő magzat születik. A másodfokban szűk medence kiviselt magzat esetén már a szülésnek nehezebben leküzdhető akadályát képezheti s ezért e csoportban már gyakrabban kerül sor műtéti beavatkozásra. A harmad- és negyedfokú szűkület esetén a szülőcsatornán keresztül élő érett magzatot világra hozni nem lehet s így ez utóbbi két csoportnál, megfelelő körülmények között, a császármetszés az uralkodó műtét.

A kisfokú medenceszűkületeknél lefolyó szüléseknél a tapasztalat azt mutatta, hogy csupán a medenceméretekből a szülés prognosisát felállítani nem lehet, mert ilyenkor sok függ a magzati fej alakuló képességétől és a szülőfájások minőségétől. Mindezeket a tényezőket tekintetbe veszi s a medencemérés előbb említett nehézségeinek elkerülésére volna hivatva az ú. n. *functionalis vizsgálat*, amely annak megfigyeléséből áll, hogy a magzati fej képes-e áthaladni a szűkületen. Ez bizonyos ideig tartó vajudás után megállapítható. Vannak azonban bizonyos körülmények, melyekből már előre is következtethetünk. Ha azt látjuk pl., hogy a koponya először szülőnél a terhesség végén még nem rögzült, éppúgy szűk medencére gondolunk, mint akkor, ha többször szülőnél a kitolási szakban jó fájások esetén nem halad át a fej rövidesen a bemeneten. Ugyancsak a functionalis vizsgálatnak fontos tényezője volna a Peter—Müller-féle fogás, amely abból áll, hogy a fejet igyekszünk kezünkkel a medencebemenetbe nyomni. Ha ilyenkor a fej a symphysis felett kiemelkedik (promineál), úgy téraránytalanságra gondolunk. Nehéz a helyzet azokban az esetekben, amidőn az említett prominentia nem kétségtelen, avagy oly kisfokú, hogy bizonyos mértékben előrement vajúdás nélkül a helyzetet megítélni nem lehet, mert az ilyenkor leglényegesebb factor, a fejnek configuratiója, még számításon kívül esik.

Láthatjuk tehát, hogy minden esetet individualisan kell elbírálni. A medencemérés nagyfontosságú ugyan az esetek csoportosítása szempontjából, de kisebbfokú szűkületeknél egyedül annak alapján prognosist állítani nem lehet, mert két igen fontos tényezőt, a fej nagyságát, illetve alakulóképességét és a fájások minőségét nem fejezi ki. Mindezen körülmények tekintetbe jönnek a functionalis vizsgálatnál, amelynek értelmében azt kell megfigyelni, hogy áthalad-e a fej a szülőcsatornán, avagy pedig nem. Végeredményben tehát ez dönti el minden esetben a szükséges tennivalót.

Fontos volna, hogy a medencét legkésőbb a szülés alatt, de lehetőleg már a terhesség alatt szakember pontosan megvizsgálja, a medenceméreteket megállapítsa s a szülés kilátásait ez alapon mérlegelje. Ahol ez valamely okból nem történik meg, a gyakorlóorvos a pontos medencemérés nehézségeit az említett functionalis vizsgálat alapján a szülés lefolyásának észlelésével pótolhatja.

Frigyesi József dr. egyet. ny. r. tanár.

A spirocid therapiás és prophylactikus értéke.

(Egyben válasz dr. K. J. kartárs hozzánk intézett kérdésére.)

A *Stovarsol = Spirocid* a 3-amino, 4-oxy-phenyl-arsensav-acetylat, melyet már *Ehrlich* is tanulmányozott, akinek sorozatában ez az 594-es számot viselte. *Ehrlich* nem találta eléggé hatásosnak és így elejtette. Később *Fourneaux* újra előállította, *Levaditi* pedig bevezette a syphilis therapiájába. A szernek óriási irodalma van és kétségtelenül igen sok közlemény dícséri úgy therapiás, mint prophylactikus tekintetben. Negyedgrammos tabletták alakjában kerül forgalomba és a salvarsankészítményektől eltérőleg a gyomron át alkalmaztatik. A spirocidnak előállítója a Bayer-Meister Lucius cég, melynek magyarországi képviselője szétküldötte a szert dícsérő véleményeket, úgyhogy közönségünk ma behatóan, de egyodalúan van informálva.

Az igazságos elbírálás céljából kénytelenek vagyunk emlékeztetni arra, hogy az anyagnak tudományos átkutatásaúgy a Kolle-féle intézetben, mint a német Reichsgesundheitsamtban nem járt kedvező eredménnyel. *Levaditi* szerint ugyanis (1923) a spirocid nyulaknál és majmoknál az infectió után két órától hét napig adva megakadályozta a fertőzés kitörését; ezzel szemben az ellenőrző vizsgálatok azt mutatták, hogy az esetek egy nagy részében az infectió mégis kitört; *Bruns* azt is kiderítette, hogy a látszólag meggyógyult esetekben sem szakadt meg az infectio, csak úgynevezett Schankerimmunitát, vagyis tünetmentesség keletkezett, az egyén azonban fertőzött maradt és másokat is fertőzött, amint ez pl. *Audry* egy esetében nyilvánvaló volt, ahol egy extramatrimonialisan fertőzött férj spirocid bevétele miatt tünetmentes lett ugyan, de csókkal mégis megfertőzte a nejét.

Az ilyen múlékony immunitás lehetősége már régóta ismeretes; *Lesser* a háború alatt Varsóban is látott ilyent, amikor prophylactikusan havonkint salvarsannal kezelte a kéjnőket, tekintet nélkül arra, hogy voltak-e tünetek, anélkül azonban, hogy ezzel igazi mentességet vagy fertőzőképtelenséget ért volna el.

A spirocidnál még más baj is van: az, hogy a dosis curativa nagyon közel áll a toxicához. Ennek következtében könnyen keletkeznek mérgezések, a felszívódás ugyanis a bélállapotoktól függ és így hol nagyon sok, hol túlkevés jut a vérbe. Ismételten észleltek ezenkívül ilyenkor arsen, illetőleg spirocid megszokást, ami a szernek hatását még bizonytalanabbá tette. A spirocid hatása ugyanis nagyon complikáltan, úgy alakul ki *Schumacher* szerint, hogy az öt vegyértékű arsennak először három vegyértékűvé kell redukálódnia, azután p. oxy-m. amino-phenyl-arsenoxyddá átalakulnia, ami azonban húszszor mérgesebb a salvarsannál; viszont ez az átalakulás *Lockemann* szerint nem megy végbe tökéletesen és így a hatás is kiszámíthatatlan lesz. A spirocid hatását a német Reichsgesundheitsamt megbízásából *Manteufel* osztályán *Worms* is megvizsgálta; szerinte a spirocid a nyúlspirochaetosis és a Nichols-törzs ellen kifejthet gyógy- és védőhatást, a többi törzs azonban ellenállóbb, annyira, hogy az embernél a gyógy- és prophylactikus kezelésben nagyon kétes a spirocid megbízhatósága. A *Levaditi* által ajánlott adagok túl nagyok és mérgesek. Az állatok egyéni tolerantiája igen különböző. A fertőzéstől megóvott állatoknál, ahol tehát sikeresnek látszott a gyógykezelés, gyakran testsúlycsökkenés, lassú arsenmérgezés és néha halál állott be. Ennek alapján *Manteufel* azt írja, hogy a spirocidnak a forgalomba korlátozatlanul való bocsátása veszélyes lenne, mert a hatás nagyon egyenetlen, mérgezésre és megszokásra egyformán vezethet, a szer tehát csupán ott ajánlatos, ahol a beteg szoros orvosi felügyelet alatt áll és ahol az injectiós és különösen az intravenás salvarsankezelés nem vihető keresztül.

Ezt a véleményt megerősíti az a tény, hogy a spirocid a gyakorlatban nagyon különböző adagokban alkalmaztatik; a franciák eredetileg egy-egy kúrában összadagnak 10—16 g-ot ajánlottak, később fokozatosan felment *Scherber* 25, *Crosti* 50, *Golossowker* 40—60 g-ra; *Spiethoff* férfiaknál 112, nőknél 84 g-ig emelkedett.

Ezekután nem lehet meglepő, hogy többen észleltek idiosynkrasiát, így *Ossipjanz* már 2 tabletta = ½ g-nál hányást, hasmenést, 40 C°-ig emelkedő reactiót; *Bender* papulás, urticariás kiütéseket, *Richl* exanthemát, *Bassevitz* súlyos exanthemákat és dysenteriaszerű tüneteket észlelt. Végeredményben *Mulzer* elveti a spirocidot, mint nem megbízhatót, különösen a korai syphilis gyógykezelésénél. *Jadassohn* pedig azt írja: „gegen die allgemeine Freigabe des Spirocid zur Prophylaxe erheben sich wegen der Gefahr zu häufiger uncontrollierbarer Verwendung zumal es ein recht differentes Mittel ist, Bedenken."

A nemibetegségek elnyomása az utóbbi években némi sikert mutatott azért, mert a kezelés nagyobb gonddal, az orvosok személyes cselekményeként, nem pedig a betegre bízott kenések vagy pilulák beszedése alakjában történt. Mint az előrebocsátottakból látható, a spirocid még nem egészen megbízható szer, melynek értéke ma még klinikánkon sem látható világosan. Ha a jövőben még a gyógykezelés gondossága is csökkenni fog és az orvosi felügyelet is meglazul, akkor előreláthatólag visszaesés fog bekövetkezni a nemibetegség leküzdése terén.

Nékám Lajos dr. egyetemi ny. r. tanár.

Újszülöttek felkarsérülései.

Nem ritkán sérül meg az újszülött karja szülés közben vagy ápolás, különösen fürösztés alatt, ha az nem történik kellő gondossággal. A szülés közbeni sérülés a magzat rendellenes fekvésének a következménye, mely orvosi beavatkozást tesz szükségessé, amidőn a fordításnál, fogó alkalmazásánál vagy a felcsapott karok lehozásánál következik be a sérülés. Az újszülött karját szülés után tehetetlenül lelógatva tartja, mozgatni egyáltalán nem tudja vagy csak az ujjai mutatnak némi mozgást, ha felemeljük karját és mozgatni próbáljuk, fájdalmasan felsír. Manualis, tüzetesebb vizsgálatnál a felkaron rendellenes mozgást s crepitatiót találunk a törés jeléül, melyet Röntgen-felvétellel pontosan tudunk localizálni. Nagyon sokszor törés nélkül is látjuk ugyanezen tüneteket, ha a vállizület szenvedett distorsiót vagy a felkarfejecs epiphysise levált. A kar ilyenkor kifejezetten befelé fordult és adductióban szorosan a mellkas mellett fekszik, az alkar pronatióban van, behajlított kéztőizülettel és ujjakkal. Máskor a kulcscsont törése okozza a bajt. A sérüléseknek, miután az rendesen a karfonat kisebb-nagyobb laesiójával jár, megszokott kísérője a kar izomzatának a bénulása. Az epiphyseolysis és a vállizület distorsiója azonban, a kar mozgási képtelenségével, sokszor csak utánozza a bénulást, mely ha maradandóvá válik, a tokszalag zsugorodásával beálló contractura miatt a mozgási képtelenség is állandósul (pseudoparalysis). *Lange* a szülési bénulások 76%-át ilyen eredetűnek tartja.

A sérült újszülöttet azonnal kezelésbe kell venni. A vállizület distorsiójánál és epiphyseolysisnél a felkart, derékszögben behajlított könyök mellett, 90°-nyira abdukáljuk s egyben a homloksíkban kifelé rotáljuk, mely

helyzetében gypssínnel rögzítjük. *Lange* e helyzetben gypságyat készít, mely befoglalja a törzset és a fejet is, s ebbe fekteti az újszülöttet. A kar e helyzetében van adaptálva a felkarcsont testének törési felszíne a levált de helyén maradt, epiphysis felszínéhez. A rögzítés három hétig tart s utána kezdjük meg a massage-kezelést s a kar óvatos mozgatását.

A felkar testének a törésénél *Dollinger* sen. kiválóan bevált módszerét használjuk. A felkart mintegy 45°-nyira abdukálva s könyöknél meghúzva a törési végeket reponáljuk és ily helyzetben gypssínnel rögzítjük, mely kiszélesedett végével a mellkas oldalán támaszkodik, keskenyebb felével pedig a felkar medialis oldalán vonul végig és a derékszögben behajlított könyökön át az alkar hajlító oldalán fut, a kezet is megtámasztva a tenyérben. Másik, a felkar hosszának megfelelő sínt a felkar lateralis oldalára fektetünk, hogy a felkar törési végeinek érintkezését még jobban biztosítsuk. A sineket mullpólyával rögzítjük a testen. A törés ilyen kezelés mellett könnyen ellenőrizhető s kifogástalanul gyógyul. A bénulás kezelését is megkezdhetjük már a második hét után massage és faradozással, mert a kart az egyik sín eltávolítása könnyen hozzáférhetővé teszi, mialatt a kar a másik sínen fekszik. A törés gyógyulása három hétig tart, mire a rögzítést elhagyjuk s újabb három héten belül a bénulás is rendbe szokott jönni.

Ha e töréseket idején nem gyógyítjuk meg, úgy ferdén gyógyulnak s később reinfractióval vagy műtéttel nehéz tökéletesen rendbehozni a kart.

Kopits Jenő dr., egyetemi rk. tanár.

Mit értünk specifikus dynamikai hatás alatt?

Rubner, az anyagcsere élettanának nagy kutatója, specifikus dynamikai hatásnak nevezte el azt a jelenséget, hogy táplálkozás után az anyagcsere illetve az annak megfelelő energiatermelés nagyobb, mint az alapanyagcsere, illetve energiatermelés. (Lásd: Az alapanyagcsere. Az Orvosi Gyakorlat Kérdései, 1929, 1. sz.) „Specifikus" a hatás azért mert az egyes tápanyagok anyagcserét fokozó hatása az illető tápanyagra jellemző nagyságú, a „dynamikai" szó pedig arra utal, hogy a táplálkozás az energia vagy „erő"-forgalmat fokozza. A fehérjék specifikus dynamikus hatása legnagyobb, míg a szénhydrátoké csekély és a zsíroké úgyszólván semmi.

Mérése: Az alapanyagcsere meghatározása után 50 g vajjal sütött 200 g húst, 50 g kenyeret és egy csésze theát fogyaszt a beteg, Ezután 1, 2 és 3 óra mulva újból megmérjük az anyagcserét. Normalisan 15—30 százalékkal emelkedik az anyagcsere az alapanyagcsereérték fölé.

Éppúgy mint az alapanyagcsere, a specifikus dynamikus hatás is a belső elválasztású mirigyek működésével van összefüggésben. Legnagyobb hatása a hypophysisnek van és pedig elülső lebenyének hormonja szükséges ahhoz, hogy a specifikus dynamikus hatás normalis legyen. E mellett az ivarmirigyeknek és talán a pajzsmirigynek is van hatása. Ezért a normalisnál kisebb vagy elmarad a specifikus dynamikus hatás dystrophia adiposogenitalisban és más hypophysis eredetű elhízásban, castratio után, néha myxoedemában, ritkán kimutatható ok nélkül is. Bár a specifikus dynamikus hatás összefüggése a hypophysis betegségeivel még nem eléggé tisztázott, azért hiányát vagy csökkenését egyéb hypophysisre való tünetek mellett diagnosisunk megerősítésére néha felhasználhatjuk.

Ernst Zoltán dr. egyet. tanársegéd.

Eljárás ebmarás esetén.

Kérdés. Ebmarás esetén az eljárás eddig az volt, hogy csak a veszettségre gyanús esetekben oltott a Pasteur-intézet, a nem gyanús esetekben a maró eb állatorvosi megfigyelésben részesült; ha ezen idő alatt elszökött, vagy bármily betegségben kimúlt, vált csak szükségessé a megmart egyén activ immunizálása.

Legutóbb két esetben, melyek mindegyikében állatorvos által megvizsgált és megfigyelt, egészségesnek talált kölykes ebek martak, kijelentettem a sérülteknek, hogy a védőoltás felesleges, és hogy a Pasteur-intézet is csak gyanús esetekben olt; a sérültek mások tanácsára mégis jelentkeztek az ebek egészséges voltát bizonyító állatorvosi bizonyítvánnyal a Pasteur-intézetben és ott egyenkint 6—6 védőoltásban részesültek.

Kérdem tehát, mi legyen a követendő eljárás ebmarás esetén? (Részben a betegek érdekében, részben, hogy magunkat betegeink előtt ne compromittáljuk). Minden esetben, — tehát nem gyanús esetekben is — ajánlandó-e a védőoltás?

Dr. J. J.

Felelet. A veszettség ellen való védojtás eredményessége annál biztosabb, minél korábban történik. A központi idegrendszerbe már beékelődött fertőzést megsemmisíteni nem, hatásában legalább közömbösíteni is ritkán sikerül, szerencse, hogy a fejmarásokat kivéve, a veszettség fertőző anyaga elég lassan terjed az agy felé. Korán kezdett védojtás dacára a multban évenként több, most alig 1—3 veszettség fordul elő, késői védojtás eseteiben a mentesítés kilátásai a késéssel arányban mindig kedvezőtlenebbek.

Már *Nocard* és *Roux* a veszettséggel való fertőzést a maró állat veszettségének kitörése előtt 3—8 nappal lehetségesnek, sőt bizonyosnak vélte, amióta *Conrádi* kimutatta, hogy a később veszettségben megbetegedett állatok nyála már 14 nappal előbb is tartalmaz fertőző anyagot. Több mint másfél évtized óta a budapesti Pasteur-intézetben is fokozottabb éberséggel járunk el a marás idejében látszólag egészséges állatok marási eseteinek megbírálásában, különösen ha ezek súlyosak.

A látszólag egészséges és nem veszettgyanús körülmények között maró állatok marásai esetében általánosságban a marott védojtásra küldendő: ha a marás az arcon vagy a koponyán, bár felületesen is történt; ha a kézen, az alkaron nem felületes horzsolást-zúzódást okozott, hanem mélyebbre hatoló volt a marás; végül, ha bárhol a testen az izomzatot is éri a sérülés.

A könnyebb és a ruhán át történő marások eseteiben is igen gondosan kell a marás körülményeit — mint például, hogy véletlenül és mint ismeretlent érte-e az illetőt a marás, a maró állat harapós volt-e azelőtt is, harapóssága, ingerlékenysége az utóbbi időben fokozódott-e, előfordult-e a legközelebbi szomszédságban, de még a községben is a közvetlen előző hat hét alatt veszettség vagy se, stb., mérlegelni, mielőtt — az előbb említettek miatt — az esetleg később mégis szükségessé váló védojtásra a jelentkezést elhalasztanók. A budapesti Pasteur-intézetben is a könnyen marottakat és a valószínűen nem fertőzötteket (ez évben már 3300-on felülit) utasítással azonnal elbocsátjuk; a súlyosan marottakat — mint amilyen a szóbanforgó két eset volt — a megfigyelés első heténeк leteltéig rendszeresen oltjuk s azután, ha a maró állatról kedvező állatorvosi jelentés érkezik és minthogy bizonyos — jelenlegi eljárásunk szerint közepes mentesség már biztosítva van — az illetőt azzal bocsátjuk el, hogyha a maró állat egy héten belül akár megveszne, akár bármily módon elhullana vagy eltűnik, továbbá ha a megfigyelés bármily okból akadályozott, teljes védojtásra újból jelentkezzék.

Ezt történt a kérdésre indító két esetben is!

Dr. Ajtós E. Imre, Pasteur-intézeti főorvos.