

ORVOSI HETILAP

Alapította **MARKUSOVSKY LAJOS** 1857-ben.

Folytatták: **ANTAL GÉZA, HÓGYES 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:

Rohrböck Ferenc: Gyermekek cerebros spinalis liquorának nyomása kóros viszonyok között. (889—892. oldal.)

Kalledey Lajos: Az interstitialis terhességről. (892—897. oldal.)

vitéz Varga Lajos: A neutrophil toxikus granulatiók és a degeneratiós jelek értékelése a vérképben. (897—901. oldal.)

Simonovits Sándor: Lábgangraena a gyermekágyban. (901-904. o.)

Teveli Zoltán: A Bacillus Breslaviensis mint csecsemőkori furunculosis és genyes agyhártyagyulladás kórokozója. (904—906. oldal.)

Szepesi Kálmán és Potocky Dezső: A chronicus bronchitisek diathermiás kezelése. (906—908. oldal.)

Csipkay János: Képzelt terhesség két esete. (908—909. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (141—144. oldal.)

Lapszemle: Sebészet. — Szülészeti és nőgyógyászat. — Fülgyógyászat. — Szemészet. — Urologia. — Elméleti tudományok köréből. (909—912. oldal.)

Könyvismertetés. (912. oldal.)

A Deutsche Dermatologische Gesellschaft XVI. congressusa. (Reflexiók a Gerson-féle diétáról.) (912—913. oldal.)

Mayer Ferenc Kolos: Kéry (Bittner) Imre mint choleraorvos. (913—915. oldal.)

A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók soproni vándorgyűlése. (915—916. oldal.)

Vegyes hírek. (916. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti Stefánia gyermekkórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinika közleménye (igazgató: Bókay János dr. egyet. nyilv. r. tanár).

Gyermekek cerebros spinalis liquorának nyomása kóros viszonyok között.*

Írta: *Rohrböck Ferenc dr. egyet. tanársegéd.*

A liquor cerebros spinalis nyomásának mérésére az eredeti Quincke-féle módszeren kívül a szerzők egész sora (v. Artl, Bier, Grosse, B. König, Pockhammer, Tomaschewsky stb.) különböző műszereket konstruált. Egy részük Hg-manometert alkalmazott, nagyobb részben azonban e műszerek vízcentiméterekben mutatták a nyomást. Legtöbbjük azonban megegyezett lényegileg abban, hogy különböző módosítással a csapos (1 vagy 2 csappal ellátott) lumbal punctiós tűhöz az első liquoresepek megjelenése után gumicsővel összekötött manometert kapcsolnak, amelynek beosztott vagy be nem osztott csövén mérték le a nyomás állását. Ezen methodusok egyik hátránya, hogy a nyomás csak az első liquoresepek megjelenése után jut mérés alá, tehát azután már, hogy a zárt üreg a külvilággal jutott érintkezésbe. Így a zárt üregben levő nyomás hű képét e módszerek bármelyike is csak megközelítőleg adhatja meg. További, bár kisebb hátránya, hogy a gumicsővel összekötött manometerek kezelése nehezebb, rendszeren még egy második személyre van szükség, aki ezt tartja, emellett a manometer-csőnek a mérőlegestől való kisebb szögeltérése is, ha ugyan nem nagy mértékben, de a pontos eredményeket mégis befolyásolhatja. Jóllehet, e kisebb hibák a liquor nyomását lényegesen nem befolyásolják, mégis vizsgálatainkhoz az eddigi mérőeszközök egyike sem látszott alkalmasnak, már csak azért sem, mert a könnyen kezelhetőség, különösen sorozatos vizsgálatoknál, elsősorban tekintetbe kell, hogy jöjjön. Éppen ezért részben az egyszerű és könnyű kezelhetőség, részben pedig vélemény-

nyünk szerint a pontos eredmények szempontjából legjobbnak látszott a melsingeni Braun-féle liquor nyomásmérő, amelyet egyúttal therapiás célra is jól lehet alkalmazni.

A műszer tulajdonképpen három részből áll. Egy troicartból, amely egy gyűrűvel erősíthető rá a második középső részre, amely kettős, egymásba esiszott fémhengerből áll. Közülük a külső henger egyik végén a troicarttal, így tehát a subarachnoidalis üreggel van állandó direct összeköttetésben, másik végén a belső henger elcsavarása által esetleg a külvilággal hozható kapcsolatba s így, mivel recordfeeszkendő-illesztéssel végződik, gyógyszer intralumbalis alkalmazásakor használható fel. A belső henger úgy felfelé, mint lefelé csőszzerűleg végződik. A lefelé ágazó végződés a liquor lebecsátására szolgál, a felfelé menő végződés a ráalkalmazható, 1/2 cm-ekre beosztott üvegesővel, mint manometer, a liquor nyomás direct mérésére szolgál. Ezen összesen 30 cm-re beosztott manometer a műszer 3. része és egy másik hasonlóan beosztott toldalékesővel szükség szerint 50 cm-re hosszabbítható meg. A belső henger a rajta lévő fogantyú segítségével a külső hengerben forgatható el s állítható be a külső henger peremén jelzett vonásokra, amik a két henger közti összeköttetés milyenségét mutatják. A belső henger a fogantyú segítségével így pillanat alatt csavarható el nyomásmérésre, a liquor lebecsátására vagy therapiás illesztékre. Az egész műszer fémből lévén, könnyen sterilizálható. Nagy előnye a rendkívül könnyen kezelhetősége.

Az összeállított műszerrel lege artis behatolva, amint érezzük, hogy a troicart a kívánt helyen van, a belső henger felső illesztékébe helyezve a nyomásmérő csövet, a mandrin óvatos kihúzása közben a belső hengernek 45°-os elfordításával a liquor máris a felszálló csőbe jut, még pedig kisebb gyakorlattal, úgy, hogy a liquorból egy csepp is veszendőbe jutna. Ezenkívül, minthogy az illesztékes manometer direct a műszerbe helyezhető, így a műtő egy kézzel a nyomásmérővel kombinált lumbaltűt egymaga tudja tartani, másik személy felesleges, a nyomás állását könnyen bármikor leolvashatja s ha ez túl magas (30 cm-t meghaladja), a toldalékeső egyszerű ráhelyezésével folytatólágon mérhető. Előnye e műszernek továbbá az is, hogy a megállapodott nyomás pontos leolvadása után a belső henger fogantyújának egy kis elfordításával tetszés szerinti liquor mennyiséget engedhetünk le a műszer alsó végén s ugyanezen fogantyú visszafordításával ismételtlen a manometerbe száll fel a liquor. Így tehát a lumbal punctio végzése közben rendkívül könnyen ismételtlen mérhetünk nyomást, sőt bármikor minden előkészület nélkül a fogantyú egy újabb átfordításával therapiás célra állíthatjuk be s az előre elkészített serumot vagy gyógyszert egy ülésben szinte

* Előadta a „Magyar Gyermekorvosok Társaságának” 1929 május 6—7-én Budapesten tartott V. nagygyűlésén.

beadhatjuk. Emellett egy csepp liquor sem megy veszendőbe.

Mindezek előrebocsátását szükségesnek tartottuk azért, mert az igen ügyesen konstruált műszer véleményünk szerint eredményeink pontosságát nagy mértékben biztosította. A liquornyomás tanulmányozása végett 278 esetben 133 gyermeknél végeztünk a lumbalpunkcióval kapcsolatosan nyomásmérést. Az esetek kórformák szerint a következők:

Klinikai diagnózis	A gyermekek száma	A nyomásmérések száma
1. Hydrokeph. chron. int. congen	22	40
2. Hydrokeph. cum meningocela	2	3
3. Hydrokeph. rachiticus	7	18
4. Hydromikrocephalia	2	2
5. Eklampsia spasmophilia	10	15
6. Tumor cerebri	1	1
7. Meningitis tbc.	60	149
8. Meningitis epidem.	5	9
9. Meningismus	3	5
10. Meningitis serosa	2	4
11. Chorea minor	4	6
12. Epilepsia	5	16
13. Hypothyreoidismus	2	2
14. Purpura rheumat.	1	1
15. Typhus abdominalis	2	2
16. Pneumonia crouposa	4	4
17. Uraemia	1	1
Összesen:	133	278

Tekintve a nagy anyag terjedelmét, az egyes csoportokban talált értékeket nem tudjuk részletesen közölni, ehelyett a különböző kórformák jellegzetes sajátosságait a nyomásméréssel kapcsolatban külön-külön fogjuk kiemelni.

A hydrokephalus int. cong. csoportjában 22 gyermeknél 7 hó és 4½ év közötti korban összesen 40 esetben mértünk lumbalpunkcióval kapcsolatban nyomást, és pedig 10 gyermeknél egy ízben, 6 gyermeknél 2 ízben, 6 gyermeknél 3 ízben, 2–3 hónapos időközben. A legkisebb nyomás (egy esetben) 16 cm, a legmagasabb 50 cm volt. Az 1. punkciónál 16 esetben a nyomás 40–50 cm közt, 4 esetben az 1. punkciónál 30–40 cm közt ingadozott, egynél 26, egynél 16 cm volt a nyomás. Úgy a 2., mint a 3. punkciónál a nyomás minden esetben 40 cm felett volt, a legtöbbször 50 cm-hez közel, sőt több ízben, műszerünkkel már nem mérhetőleg, 50 cm feletti értékeket is láttunk. A lebocsátott liquor mennyiség átlagban 30 cm³ körül volt. A liquor lebocsátása közben időnkint mért liquornyomás a legtöbb esetben maradandó volt, a fenti mennyiség lebocsátása után is alig 5–6 cm-rel kisebb nyomást találtunk.

A meningoceléhez társult hydrokephalusnál 2 gyermeknél (3–5 hónapos korban) 3 esetben végezve nyomásmérést, 46–50 cm közt nyomást találtunk, utóbbi érték a punkciónak egy héttel később történt megismétlésekor is ugyanaz maradt.

A hydromikrocephalia 2 esetében (2½–3 éves gyermekek) már lényegesen alacsonyabb nyomást (22–30 cm) constatálhattunk.

Hét rachitises gyermeknél 12–24 hónapos korban constatált hydrokephalus esetében 18 ízben végeztetett lumbalpunkció, és pedig egynél egy ízben, egynél két ízben, ötnél három ízben. Az ismételt punkciók 6–8 heti időközökben történtek. A legalacsonyabb nyomás az egy ízben pungáltknál volt: 36, a több ízben pungáltknál minden alkalommal 40–50 cm közt ingadozott a nyomás. Hasonlóan magas nyomást talált ily esetekben *Bohe* is.

Spasmophilia, illetőleg eklampsia miatt 10 gyermeknél 5–10 hónapos korban 15 ízben mértük a lumbalis folyadék nyomását. És pedig 5 gyermeknél egy ízben, 5-nél két ízben. A nyomás legalacsonyabb értéke 34 cm, leg-

magasabb értéke 50 cm volt, átlagban azonban inkább 40 cm-en felül.

Tumor cerebri egy esetében egy ötéves gyermeknél a fekvő helyzetben végzett lumbalpunkciónál talált nyomás 31 cm volt.

Legérdekesebbek a meningitisek adatai. Meningitis tbc. miatt 60 gyermeknél 1½–12 éves korban összesen 149 punkciót és nyomásmérést végeztünk, és pedig 12 esetben egy ízben, 45 esetben két ízben, 33 esetben három ízben, 8 esetben négy ízben és végül 3 esetben öt ízben. Az 1. punkciónál a 60 eset közül a legalacsonyabb volt a nyomás 3 esetben (25, illetve 26 cm), 16 esetben a nyomás 30–40 cm között, 23 esetben 40–50 cm között ingadozott, míg 8-nál az 50 cm-t is meghaladta. A 2. ízbeni punkciónál 45 eset közül kettőnél aránylag igen alacsony volt a nyomás (12, illetve 13 cm). Már itt jegyezzük meg azonban, hogy mindkettő a nyomás mérésekor előrehaladott paresises állapotban volt. Négy esetben 30–40 cm közt nyomást találtunk, míg 39 esetben a nyomás 40–50 cm közt ingadozott. A három ízben pungáltknál 33 eset közül hatnál 40 cm alatti nyomás volt constatálható (28–36 cm), míg a többi 27-nél 40–50 cm közt nyomást mértünk, sőt közülük 4 esetben a nyomás az 50 cm-t is meghaladta. A négy ízben pungáltak 9 esete közül 3-nál 32–36 cm közt volt a nyomás, míg 6-nál 40–50 cm közt találtuk azt. Az öt ízben pungált 2 eset nyomása 45, illetve 48 cm volt.

Ha a meningitis lefolyását a punkciónál talált liquornyomás adataival hasonlítjuk össze, összeállított táblázatainkból az tűnik ki, hogy a meningitis kezdeti szakában a nyomásemelkedés közepes, míg az excitációs szakában a liquornyomás a maximumát éri el, viszont mennél jobban jut a paresis állapotába, annál inkább csökken ismét a nyomás. Evvel magyarázható, hogy míg sok esetben ismételt kaptunk 50 cm körüli nyomást, addig másoknál a kezdeti magas nyomás a punkciók ismétlésekor lényegesebb csökkenést mutatott. Így kiemelünk két esetet, ahol az első nyomás mérésekor 32, illetve 50 cm-es nyomást találtunk, míg a két nap múlva megismételt punkciónál, mikor a betegek a paresises állapotban voltak, a nyomás 13, illetve 12 cm-re szállott alá. E szempontból szinte egymás kópiaja volt e két eset. Különösen érdekes egy esetünk, amit azért említünk meg, mert eseteink között több ilyen nem fordult elő. A nyolcéves gyermek igen előrehaladott paresises állapotban jutott felvételre. A megejtett punkciónál a nyomás 17 cm-nél állapotott meg, ami a gyermek teljes nyugalmi állapotában (tehát préselés, sírás nélkül) lassan felemelkedett 37-re, s anélkül, hogy egy csepp liquort lebocsátottunk volna, egyszerre hirtelen leesett 12 cm-re. Ekkor, tekintve a gyermek igen elesett voltát, csak pár csepp liquort engedtünk le, amennyi a diagnostikus reakciók elvégzésére elég volt, s a punkciót és nyomásmérést abbahagytuk. A gyermek ezután 10 perc múlva exitált. Maga a lumbalpunkció — liquor lebocsátása nélkül — a halál közvetlen oka nem lehetett. Ellenben a liquor nyomásának a véletlen folytán tapasztalt praemortalis viselkedése különösen érdekes és tanulságos. Megjegyezni kívánjuk, hogy a gyermek sectiós lelete csak a szokott képet mutatta. Az összes meningitis tuberculosishoz az egyes punkciók és nyomásmérések között 2–4 nap telt el, a lebocsátott liquor mennyisége itt is 20–30 cm³ közt ingadozott.

A meningitis epidemica 5 esetében (10 hó és 4 év közötti gyermekek) egynél egy ízben, egynél két ízben, háromnál három ízben történt punkcióval kapcsolatban nyomásmérés. Az első ízbeni punkciónál volt a legmagasabb nyomás, 47–50 cm közt, a másodikban végzett mérés 32–50 cm közt volt, míg harmadikban a nyomás már alacsonyabb volt (26–32 cm). Tehát a folyamat előrehaladásával a nyomás is alacsonyabb. Ismerve a meningitis

cerebrospinalis pathológiáját, ezt elég könnyen meg is érthetjük. Hiszen közismert, hogy a betegség előrehaladása mellett az összenövések miatt később néha alig kapunk liquort a lumbalpunctiónál.

Meningitis serosa illetve meningismus összesen öt esetében (3½—10 éves korban) 9 ízben végeztünk punctióval kapcsolatosan nyomásmérést, és pedig egy eset kivételével esetenként kétízben. Minden esetben a nyomás emelkedett volt ugyan, de még a legjobban kifejezett időben is átlagban alacsonyabb volt, mint a meningitis tuberculosinál, illetve cerebrospinalisnál. A nyomás ugyanis 26—41 cm közt ingadozott. Ezt szem előtt tartva és a liquor egyéb, chemiai és bakteriologiai leleteit összevetve, az elkülönítő diagnózis szempontjából a nyomás nagysága, mint kiegészítő tényező, szintén tekintetbe vehető.

Chorea minoros 6—9 év közötti 4 gyermeknél 2 esetben egyszer, 2 esetben pedig kétszer mértünk liquornyomást, ami csak közepes emelkedést mutatott, 29—36 cm közötti ingadozással.

Epilepsia 5 esetében 3—12 év közti korban összesen 16-szor végeztünk punctióval kapcsolatosan nyomásmérést, és pedig egynél kétízben, kettőnél kétízben, kettőnél pedig háromízben. A nyomás minimuma 19 cm, maximuma 44 cm volt. Az ismételt punctióknál azt találtuk, hogy a kezdetben kisebb emelkedésű nyomás az ismételt punctiónál sem mutatott lényegesebb emelkedést, míg fordítva, a kezdeti magasabb nyomás a punctiók megismérlése eseteiben is nagyjában azonos niveauun maradt.

Érdekes a hypothyreoidismus két esetében végzett punctiók nyomásmérése. Mindkettőnél aránylag magas (40—42 cm) nyomást találtunk.

Purpura rheumatica egy esetében szintén kisebb nyomásemelkedést (25 cm) találtunk.

Kephalikus tüneteket mutató typhus abdominalis két esetében volt alkalmunk (8—10 éves korban) a liquor nyomását mérni. Jóllehet a kephalikus tünetek igen kifejezettek voltak, a nyomásnak csak mérsékelt emelkedését konstatálhattuk. Kephalikus pneumonia crouposa 4 esetében (3—9 éves korban) végezve punctiók nyomásmérést, a liquor nyomását, hasonlóan a typhus abdominalis kephalikus alakjaihoz, szinte mérsékelt, sőt az előbbinél kisebbfokú nyomásemelkedést mértünk. A nyomás minimuma 18, maximuma 28 cm volt.

Végül egy uraemiásnál is alkalmunk volt lumbalpunctiót és vele kapcsolatban nyomásmérést is végezni. A 8 éves gyermeknél feltűnően magas, 50 cm-es nyomást találtunk.

Ha a most közölt adatokat nézzük, azt látjuk, hogy úgy a különböző kórformáknál, mint az egyes esetben is a nyomásviszonyok sokszor lényegesen eltérők. Sokszor a koponya nagy deformálásával párosult excessiv hydrokephalusnál nem találunk olyan nagy nyomást, mint feltételezni lehetett volna és viszont hydromikrocephaliák nál is a hydrokephalus a nyomás kifejezett emelkedésével jelezte önmagát. Vizsgálataink végzése előtt gyakran láttuk, hogy nyomásmérés nélkül az egyszerű Quincke-tűvel végzett lumbalpunctiónál a liquor szinte fecskenedezve ürült, a sectionál pedig nem találtunk oly nagyfokú hydrokephalust, ami a fecskenedezve ürülő — nagyfokúnak látszó — nyomást magyarázta volna. Fordítva pedig a liquornak csak cseppekben való ürülése mellett is néha sectionál nagyfokú hydrokephalust találtunk. Vizsgálataink elvégzéséhez tulajdonképpen ezen tények adták meg az impulsust, hogy lehet-e a liquornak a lumbáltűn való megjelenési formájából (a kis vagy nagy cseppek lassú vagy gyors egymásutánjában való megjelenése vagy fecskenedezése) a valóságos nyomásra követ-

keztetni, amely álláspontnak főleg *Marfan* volt a képviselője. Nyomásmérési vizsgálataink közben többször végeztünk összehasonlítást a tényleg mért nyomás és a liquor távozásának módja közt és azt találtuk, hogy bár az esetek jórésztében nagyobb nyomásnak gyorsabb ürülés felel meg, de viszont sokszor előfordul, hogy a kettő közt nincs meg a biztos parallelismus.

A liquor nyomásának viselkedése és annak magyarázata normalis és pathológiás viszonyok közt már régen a szerzők egész sorát foglalkoztatta. A legrégebben *Grashey* tisztán elméleti okoskodás alapján igyekszik a liquor nyomásának magyarázatát adni, aminek azonban az utána következő szerzők (*Walther, König, Krausz, Proping* stb.) részben élő emberen, borjún, részben hullákon végzett vizsgálatait ellentmondani látszanak. A hullavizsgálatok azonban a liquor nyomásának kielégítő magyarázatát egyedül nem adhatják, mert a hullákon talált viszonyok nem alkalmazhatók az élőkre. Míg ugyanis a hullákon tisztán a physikai, így a hydrostatikai törvények érvényesülnek, addig az élőnél még számos más, physiologiai és pathologiai körülményt kell tekintetbe venni. Különbséget kell tehát tennünk a liquor valódi nyomása és a liquor mennyisége közt. Amíg ugyanis az excessiv hydrokephalusoknál igen nagymennyiségű liquor esetében a liquor nyomása nem okvetlen excessiv magas is, mert a folyadék a tágult koponyaüregben relative jobban tud elhelyezkedni, mint pl. a hydromikrocephalia esetében, addig az agyi vérbőséggel járó folyamatoknál az arteriás és venás nyomás emelkedése, mint a hydrostatikai nyomáshoz társult komponens a liquor valódi nyomását lényegesen emelni képes. Hogy ez így van, adataink sorával bizonyíthatjuk. Igen nagyfokú hydrokephalusoknál az ismételt nyomásméréskor 40—44 cm közötti nyomást találtunk. Itt a nyomás létrejöttében legnagyobb részt a hydrostatikai nyomás érvényesült. A meningitisek sorozatában a legtöbbször az előbbinél lényegesen magasabb nyomást mérhettünk, mert az acut hydrokephalus mellett, amikor a hydrostatikai nyomás játszotta a főszerepet, igen számottevő komponensként szerepelt az agyi vérbőség és így az arteriás és venás nyomás localis emelkedése is. Hasonlóképpen a liquor magasabb nyomását érhetjük el a nyaki erek compressiója által is, amikor az utóbb említett componens ismét szerepet játszik. Tanulságosan mutat erre a meningitis tuberculosinál már kiemelt eset, ahol közvetlen a halál előtt végzett lumbalpunctiónál a nyomásnak hirtelen változását illetőleg csökkenését láttuk, ami a szív erejének és így az arteriás és venás nyomás nagymérvű csökkenésének tudható be. Kétségtelen, hogy ez esetben a liquor mennyisége másodpercek alatt nem csökkent s így a hydrostatikai nyomás sem változhatott meg, hanem a másik componens emelő ereje csökkent és így a nyomás egészben véve redukálódott. Ha már most a nyomás nagyságát ez esetben egyedül a liquor ürülésének módjából akartuk volna meghatározni, (amint az a legtöbb tankönyvben van leírva), bizonytalanság volna szemünk előtt a nyomás változásának ezen érdekes jelensége, mindezek mellett a mechanikai akadályok (pl. az egyszerű Quincke-tűnek egy szövetcsatlakozással való részleges elzáródása is) elegendők ahhoz, hogy a liquor ürülésének módja megváltozzék s így a nyomásra helytelen következtetést vonjunk le. A mondottakból tehát arra következtetettünk, hogy bárha a liquor ürülésének módja legtöbbször a valódi nyomásra enged következtetni, helyesen és biztosan csakis a punctióval kapcsolatos nyomásméréssel tudjuk a valódi nyomás mértékét meghatározni.

A másik dolog, amire vizsgálataink eredményei kapcsán rámutatni szeretnénk, a liquor nyomásának viselkedése az egyes betegségek lefolyása alatt. Itt különösen a

meningitis tuberculosist emeljük ki. Már *Pfaundler* hangsúlyozza a lumbalpunkciónál írt alapvető dolgozatában a liquor nyomásának különböző viselkedését a meningitis tuberculosist lefolyása alatt és a nyomás középértékét az izgalmi stadiumban 48, az agnyomás stadiumában 52, a bénulásos szakban pedig 24 mm-ben állapítja meg. Ő még postmortalisán is végzett több esetben nyomásmérést, aminek eredménye az in vivo mért nyomásnál minden esetben lényegesen kisebb volt. A mi vizsgálati eredményeink ugyancsak azt mutatják, hogy a kezdeti szakban a nyomás igen erősen emelkedett, míg a betegség előrehaladása alatt a paresises állapotban a liquor nyomásának sokszor feltűnő csökkenése konstatálható. Az egyes meningitisek liquornyomási viszonyait egymással hasonlítva össze, azt találtuk, hogy általában a legnagyobb a nyomásemelkedés a meningitis tuberculosistnál, míg a meningitis serosánál, meningismusnál a nyomásfokozódás sokkal kevésbé kifejezett, mint az előbbinél. Ennek tudomásulvétele hasznos azért, mert kétes esetekben az első lumbalpunkciónál a liquor egyéb vizsgálata előtt már bizonyos mértékben a liquornyomás nagysága is tájékozthat a betegség milyensége felől. Éppen ezért nem oszthatjuk *Lange* véleményét, aki szerint a nyomás mértéke a diagnosis előrevitelében semmi szerepet nem játszhatik. Az egyéb kórformák közül a typhus abdominalis és a pneumonia crouposa kephalikus alakjait emelhetjük ki, bár e két kórformánál csak kevés alkalom adódott indikált lumbalpunkciót és vele kapcsolatos nyomásmérést végezni. Azonban feltűnt e pár esetben is a nyomásnak, a meningitistől eltérőleg, csak kis mértékben emelkedett volta. Mivel éppen a kephalikus tünetek kifejezettsége miatt e két kórformánál a diagnosis felállítása néha nehézséget okozhat, a liquornyomás viselkedése jól használható fel az elkülönítő diagnosis eseteiben.

Különösen érdekes az egyetlen uraemiás esetünk, hol a rendkívül magas liquornyomás az előbb említett módon, a vérnyomás nagyfokú emelkedésével magyarázható meg.

Összefoglalás: 1. A liquor cerebrospinalis valódi nyomására a lumbalpunkciós tűn lebocsátott liquor ürülési módjából biztosan következtetni nem lehet. — 2. A liquornyomás viselkedése az elkülönítő diagnosisban sokszor mint támpont jól felhasználható. — 3. A liquornyomásnak a viselkedéséből — sorozatos punctióknál — sokszor az egyes betegségek lefolyására is következtetni lehet.

Az interstitialis terhességről.*

Irta: *Kaldehy Lajos dr.*

Habár az utóbbi évek irodalmában aránylag sűrűn találkozunk interstitialis terhességi esetek leírásával, a szövettanilag átvizsgált esetek száma oly kicsiny, hogy már ez a körülmény is indokolja, hogy az esetemet itt ismertetem. Általában a méhen kívüli terhességek 0·5—2%-ában találtak a szerzők interstitialis elhelyeződést, de pl. *Werth* a Winkel-féle kézikönyvben írt tanulmányában említi, hogy ő 120 eset között egyet sem látott. *Littauer dr.* dissertációjában 215 esetet gyűjtött össze 1925-ig, de ezekből csak alig 70 állja meg az erősebb kritikát, amely szám az azóta leközölt esetekkel (*Berecz, Schmitt* stb.) még mindig 80 alatt van, de ezeknek csakis egy részét vizsgálták át pontosan szövettanilag.

Esetemben egy 36 éves nőről van szó, kihez d. e. 10 órákor hívtak egy sanatoriumba. Az asszonyt teljesen kivérzett állapotban találtam, részben tőle, részben kör-

nyezetétől megtudom, hogy 16 évvel előbb egyszer rendszeren szült, sima lefolyású gyermekágy után teljesen egészségesnek érezte magát. Soha azóta terhes nem volt, míg 3 hó előtt a menses kimaradt, hányni kezdett, úgy, hogy terhesnek tartotta magát. Addig állítólag semmi nemű méhüri kezelést nem kapott. Hat hét előtt felkeresett egy nőorvost, aki abrásiót végzett nála, állítólag sok, 2 hónapos terhességnek megfelelő mennyiségű, kaparékot távolított el. Az abrásió után semmi vérzése nem volt, a gyomorpanaszok azonban továbbra is fennállottak. Reggel 4 órától kétízben erős baloldali görcsök lepték meg, melyeknek folyamán elájult; a 7 órákor előhívott collega felismervén a rupturált méhen kívüli terhességet, sanatoriumba szállíttatja az asszonyt, hová azután engem is kihívtak, 6 órával az első tünetek után. Az asszony sápadt, bőre viaszszárga, nyálkahártyái kékesfehérek, teljesen elesett. Bőrének tapintata mindenütt hideg, radiálisan egyáltalán nem tapintható az érverés, carotison gyenge, igen szapora, percenként 180—200 üres lüktetés érezhető. Has mérsékeltén elődomborodik, diffúz-érzékenység, benne folyadék tapintható. Sensorium zavart, nyugtalan. Azon néhány perc alatt is, míg fentieket megtudtam, szemmel láthatólag annyira romlott az asszony állapota, hogy a belső vizsgálatról elállunk és haladéktalanul a műtéthez kezdünk. Aether-, később Roth—Dräger kombinált, narkosisban hasmetszés a linea alba mentén. A peritoneum megnyitása után sok folyékony és gyengén alvadt friss vér ürül. Az omentumot felhajtván, szemünk előtt fekszik egy férfőkölnyi livid tömlőszerű képlet, melynek a középvonaltól kissé balra eső, igen bőven erezett, csúcsán fillérnyi szakadás látszik, melyben magzatrészt — placenta — és igen élénk vérzés látható. A beteg állapota — a tapintó kéz mögött csak gyengén pulzáló aorta — lehetlenné tett minden egyéb megfontolást, körültekintést, s a pillanat részei alatt, a tömlő mellett jobboldalt benyúltam s minthogy arra nem találtam méhet, jobboldali graviditásnak tartva, lefogtam a jobb lig. infundibulopelvicumot, majd a másik szélén, közel a tömlőhöz — minthogy erre sejtettem a méhet — lefogtam a tubasarkot. Csak ezután lehetett részletesen áttekinteni a helyzetet. A tömlőnek vélt tumor a méh testének bizonyult; a kerek méhszalagok a méh két oldalán tapadtak, rendesek voltak, a bal kissé megnyúlt és vastagabb. Az erősen convex fundusivnek legfelsőbb pontján volt a perforációs nyílás, valamivel lejjebb attól 2—3 cm-re a bal tubasarok s a Lummitzerrel lefogott bal tuba. Az erek lefogása után élénk méhtevékenység indul meg, melyben az egész méh koncentrikusan résztvevett. Fájások hatása alatt a perforációs nyílás nagyobbodik, állandóan vérzik s csakhamar láthatóvá válik a burkon keresztül a gyenge mozgásokat végző magzat — 3. hónapos —, mely rövidesen a kezembem megszületett. A beteg igen rossz állapotára való tekintettel, aláöltések után supravaginalisan amputáltam a méhet a jobb, corpus luteumot tartalmazó adnexumokkal. Peritonizálás után a vért benthagytam s varrtam a hasat. Bőr alá kis drainsövet helyeztem be. Már műtét alatt konyhasós infúsiók, adrenalin, coffein, camphor-aether, camphor-injectiók s utána Katzenstein. Műtét után harmad napra magasbódó hőmérsékek mellett genyes bronchitis, majd bronchopneumonia lépett fel a jobb oldalon az alsó lebenyben, mely csakhamar oldódik. Genyes bronchitis magas délutáni hőmérsékekkel 5 hétig szobában tartják a beteget. Hasseből harmadnapra kivettém a drainsövet, nyolcadnap a fennálló bronchitissal a beteg az ágyból kikelt. Hason linearis hegvonal, csont szabad. Azóta teljesen egészségesnek érzi magát.

A kivett méhet a cervixnyílástól a repedéshelyig — a leghosszabb vonalban — metsztem fel.*

A készítmény makroszkopos leírása:

„A méhen rajta van a jobboldali méhkürt és petefészek. Ezeknek helyzetét összehasonlítva a feltárt méhtestür hossz tengelyével, kiderül, hogy a méhfenék bal fele, a bal tubasarok erősen kinyúlt, elődomborodik a jobb tubasarokhoz képest. A kiirtott méh harántul 8 cm, a test hossz tengelye irányában 7 cm hosszú, elülről hátrafelé 5 cm átmérőjű; a felvágott méh izomzata átlag 2½ cm vastag. A méhtest üregének hossz tengelye éppen

* Kellemes kötelességemnek teszek eleget, amikor *Buday* professor úrnak és intézete személyzetének itt is hálás köszönetet mondok kedves előzékenységükért, mely-lyel engem munkámban segítettek.

* Az Orvosegyesület gynaekologiai szakosztályának 1929 ápr. 25-i ülésén tartott előadás.

a bal tubasarok erős kiemelkedése folytán majdnem harántul látszik haladni. A méhtest ürege nem tágult, sőt szinte abnormisan szűknek mondható, a méhfénék felé nem szélesedik ki. A méhtest nyálkahártyája harántredőket vet, de különösebben megvastagodva nincs. A méhfénék azon részén, amely a bal tuba beszájadási helye fölött fekszik, a hashártya felől egy táguló üreget lehet látni, amelynek fenekét a méh megvastagodott izomzata alkotja, míg az üreg hashártyai nyílásának széleit kártyapapírvastag falak alkotják, amelyek a hashártyán kívül alig 1–2 cm vastag izomrétegmadványból állanak. Ezen repedéses üreg sem a bal tubával, sem a méhtest üregével kimutathatólag nem közlekedik. Ez az üreg, amelyben a magzat feküdt, harántul 5 cm, mellhátsó irányban 4–5 cm kiterjedésű, mélysége az izomzat felé nem ítéhető meg pontosan az elvékonyodott szélék összeesése miatt, de lehetett megközelítőleg 4 cm s mellső határán tőle pár mm-nyi távolságban fut a bal tuba, a lig-rotandum az üreg lateralis oldalán tapad. Az üreg alapját igen egyenetlen, göröngyös süppedékekkel ellátott méhizomzat képezi, amelynek göbös, apró kiemelkedései nagyrészt szürkék, néhol azonban fakósárgák, mint egy elzsírosodottak; itt-ott sötétvörös véralvadékok tapadnak. Az üreg elvékonyodott széléi a repedés körül zegzugosak. A bal méhkürtnek a méh felőli vége mintegy 2½ cm hosszúságban rajta van a készítményen és a fundustól lefelé halad, további folytatása hiányzik, mert a műtétkor átvágatott; éppen úgy benthagyatott a hasüregben a bal petefészek is. A jobb petefészek közep-nagy, benne egy 10–12 mm átmérőjű corpus luteum van. A jobb méhkürt kissé kanyargós, aránylag rövid, 6 cm hosszú, fimbriája szabad. Kötőszövetes alszalag sem a méhkürtöt, sem a petefészeket, sem a méh hashártyáját nem borítja. A parametrium sebvonala jobb oldalt 3 cm, baloldalt 6 cm hosszú.

A burokból levő magzat hossza a fejtetőtől a farig egyenesen mérve 5½ cm, míg a test hátsó felületén végigfektetett mérőszalaggal mérve 8 cm, tehát a harmadik hónap második felének felel meg. A magzat hasi oldalán lévő tömeges chorion frondosum 3–4 cm átmérővel bír, bolyhai fehérek, finomak, kivételesen sárgások s csak itt-ott vannak véralvadékkal fedve. A magzat oldalán és hátsó felületén lévő magzatburkokat néhány elszórt, hosszúkoesányú magzatboholy fedi. *Prof. Buday.*

Fenti leírás szerint és a műtét elmondásánál említettek szerint, a méhen semminemű barázda vagy behúzó-dás, mely azt a terhességi zsáktól elválasztotta volna, nem volt. A magzatágy szélesen függ össze a méhvel, határ nélkül megy abba át és semmiképp attól kívülről el nem különíthető. A műtét alatt, mikor még a magzat az üregében volt, feltűnt a repedéshez közelebb fekvő méhrészletnek erősebb erezettsége, de ez a terhességi retrahálódása után is még a friss készítményen, különösen a hátsó felületen látható volt. A készítmény hossz tengelye, melyben azt felmetszettük kb. 45 fokban tér el a méh üregének hossz tengelyétől. A méh oldalán lehaladó két vonal, mely rendes körülmények között egy a cervix közepe táján végződő hegyes szögben találkozik itt derékszögnél nagyobb tompaszöveget képez. A két tuba közötti méhfénék a has megnyitásakor egy tojásalakú körvonalnak felét tette ki, így magzat nélkül valamivel kisebb és laposabb. E vonalból való kiemelkedés a terhessáknak felel meg, míg a ferdén lefelé eső rész a tulajdonképeni fundusvonal. A fundusvonal e ferdeségét leírói után Simon-Ruge-féle jelnek nevezik és az interstitialis terhesség feltétlenül szükséges tünetének tartották. *Glaesmer* szerint e tünet nélkül is lehet interstitialis terhesség. A fundusvonal ferdesége onnan ered, nézetem szerint, hogy a fejlődő pete

ha az elég mélyen és az intramuralis tubarész belső két-harmadában tapadt a méhfénék illetve az egész méh izomzata egyenlően vesz részt a terhességi fejlődésben, a terhesség előrehaladásával már csak a fundus és csak a pete nagysága emeli fel a terhes oldali tubasarkot, a másik oldallal szemben. Ha a pete a külső harmadban, különösen annak felső a peritoneum felé eső falában tapad meg, úgy elsősorban csak annak a falnak és a közvetlen környezetének izomzata teng túl, ilyenkor azután a fundusvonal megtörik az eredeti vízszintes vonal egyáltalán nem vagy csak kevésbé lejtős lesz s kiemelkedő dudorként fejlődik a petezsák. Ennek oka minden valószínűség szerint a vérellátás eloszlásában keresendő. A fundus legnagyobb részét az uterina felől kapja táplálékát és abba beleesik nagyrészt a méhsarok is, míg a tuba és a méhsarok külső része inkább a spermatica felől kapja nagyobb részben táplálékát. Ilyen eset többek közt a legutóbb *Zimmermann* által leközölt két eset közül az első.

A kerekméhszalag tapadása is különböző a szerint, hogy a pete a tuba intramuralis részének mely pontján tapad meg. Ha a középső vagy a belső harmadban, akkor a terhességi lateralis szélén tapad, s aszerint, hogy a belső végéhez közel vagy távol, nem vastagszik meg vagy felpuhul és résztvéve a terhességi elváltozásban, néha igen vérbő és duzzadt. Míg a külső harmadban tapad meg a pete, úgy a rotundum a petezsákon vagy annak medialis felén tapad.

Esetemben a lateralis oldalon tapad a kerek méhszalag és csak valamivel vastagabb a másik oldalánál, fentiek szerint tehát a pete a belső harmadban tapadt meg. A függelékek a nem terhes oldalon rendes helyen tapadnak, szabadok, rajtuk rendellenesség nem látható. A bal tuba a petezsák alsó részébe torkollik be, mérsékelten megvastagodott és fellazult, rajta semminemű kóros elváltozás vagy összenövés nyoma nem látható. Feltűnő a tube beszájadás és a lig. avarii proprium tapadási helyének egymástól való távolsága, mely 3½ cm. A készítmény legmagasabb pontján levő koronányi repedés zegzugos szélű. A repedést körülvevő izomszövet igen elvékonyodott, alapján a méhizomzat gerendázata látszik, közte helyenként véralvadékok és boholydarabok láthatók. Az eddig észlelt és leírt interstitialis terhességi eseteknél kevés kivétellel a hátsó falon volt a repedés. *Werth* ezt azzal magyarázza, hogy a tuba a hátsó falhoz közelebb fekszik és így hamarabb vékonyodik el és reped meg. A tuba intramuralis része, mint azt még részletesen kifejtem, felülről, hátulról, oldalról lefelé, előre és közép felé halad. Minél közelebb tapad az interstitialis terhesség az ampullához annál közelebb fekszik a hátsó serosához. Nem áll azonban *Werth* megállapítása az uterinalis beszájadáshoz közel megtapadt petékre. *Seitz* esetében a mellső falon, *Schmitt* esetében a hátsó falon, illetve a poluson volt. Általában ha a repedéseket amennyire azt a közölt esetekben lehetséges, e tekintetben mérleljük, két különböző kategóriára kell azokat osztanunk. Olyanokra, hol a pete nagybodása következtében a gyors növekedésre kevésbé berendezett fal reped meg s olyanokra, ahol a chorialis sejteknek az izomzat szétválása és degenerálódása révén, a fal usurálása mutatható ki. Esetenként nehéz s csak ritkán sikerül a kettőt szabad szemmel elkülöníteni, mert hiszen a tágulás következtében is elvékonyodik a szövet mielőtt megreped; csak a szövettani vizsgálat döntheti el ezt a kérdést. *Ravenstein* tanulmányozta részletesebben a tubaátzakadás okát. Az összeszedett irodalom és saját esete alapján, hol a tágulás okozta a rupturát, ő is a fenti két okot állapította meg, úgy mint a foetalis elemek berágódását és a tágulást. *Aschoff* leírta a tuba nyálkahártyájának átváltozását deciduává. Sok vizsgáló ezt tagadja, így *Poppel*, *Freund*,

Kwostansky, Peukert és Fuchs igen részletes vizsgálataikban sohasem látták ezt. A fent elmondottak alapján és a még elmondandó szövettani vizsgálataim alapján legalább is valószínűtlennek látszik a deciduaképződés lehetősége és csak egész kivételesen fordulhat elő, mert hiszen a decidualis határ lehetetlenné tenné a chorialis elemek berágódását, amit pedig minden szerző konstataált. Esetemben, hol a poluson ülő szakadásban bolyhok türemkednek elő: és ahol az egyenletes — úgyszólván a szakadt szélről $1\frac{1}{2}$ cm szélességben egy elvékonyodott fal látható, már szabad szemmel is megállapítható volt, hogy nagy valószínűséggel a bolyhok berágódása és az izmok degenerálódása volt a repedés oka. Ezt mint majd látni fogjuk, a szövettani vizsgálat megerősítette. *Schmitt* esetében mindkét repedési okot egymás mellett láthatni. Esetében az interstitialis terhesség az 5-ik hónapban ruptált s súlyos anaemiával került műtetre mikor is kiderült, hogy a terhesszák két helyen repedt meg. A hátsó falon ülő repedésen a magzat, a póluson ülőn placenta bújt elő. Ott nem is lehet a második — a póluson ülő — repedésnek más magyarázatot adni, mert hiszen a hátsó falon keletkezett repedés már megszüntette vagy legalább is csökkentette a feszülést, ha pedig a feszülés tovább fennáll, ennek a repedés megnagyobbodása s a magzat kilökődése volna a rationalis következménye. Fentiekből is következtethető tehát, hogy az interstitialis terhesség — mint minden más ektopiás terhesség — sorsa attól függ, hogy hol tapadt az meg és merre felé esik a beágyazódása. *Berec* három interstitialis terhességi eset leközlése kapcsán részletesen foglalkozik e kérdéssel és az irodalom adatait is összefoglalja. Az én esetem a harmadik hónap második felében vagyis a placentaképződés szakában ruptált. A felső falon ágyazódván be a pete az aránylag vékony felső falat usurálta és repesztette át.

Szöveti vizsgálat.

„A méhfenékben lévő megrepedt üregnek az alapját képező méhizomzat az üreg közelében tatóngó vérereket tartalmaz. Ugyanitt az üreg falát körülvevő izomrostok közé a magzati hámsejtek elég messze benyúlnak, sőt helyenként a vérerekbe is betörnek. Így találunk jókora összefüggő trophoblast-sejthalmazokat, amelyekben a Langhans- és syncytium-sejtek majdnem olyan elrendeződésben vannak, mint a chorionepitheliomában, ugyanis a Langhans-sejtek tömegei körül vannak véve és át vannak szöve syncytium-sejtekkel. Ily magzatboholyhám (trophoblast) solid kötegei pár mm-nyire benyúlnak az izomrostok közé anélkül, hogy tipusos magzatabolyhokat képeznének. Ezen sejtekben mérsékelt polimorphia látszik, itt-ott vannak vacuolák a sejtekben, de magoszlások nincsenek. A magzathám-elemek különösen az izomnyalábok közti kötőszöveti résekben nyomulnak előre s tömegeikkel az izomzatot mintegy feldarabolják; másutt a Langhans-sejtek inkább hosszorokat alkotnak. A magzathám-sejtek mélybe nyomulása különösen *Van Gieson* szerint festett készítményeken szembetűnő. Az izomzat kötőszöveti szöveteiben az erek körül még lymphocytákból és nagyobb phagocytaszerű sejtekből álló halmazok is vannak. Az utóbbi sejtek Sudán-festéssel zsírral is megvannak rakodva; kevesebb zsírt találunk magukban az izomrostokban, amelyek különben helyenként elpusztulnak és kötőszövet által helyettesítettnek. Leukocyták csak kis mennyiségben találhatóak“. (*Prof. Buday.*)

A chorionbolyhok az izomzat mélyébe nyulva tehát nem tartották meg szöveti szerkezetüket, bár alkotó elemei felismerhetők. A Langhans-sejtek nem mindenütt alkotnak összefüggő sort, hanem csoportosan syncytium-sejtekkel vagy azok nélkül mutatkoznak. Ha a környi izomelemeket nézzük, úgy első

pillanatra is feltűnik helyenkint nagy sejtszegénység; ahol még mag feltalálható az kevésbé festődik, benne nagy hólyagok, vacuolák láthatók, helyenkint már csak a mag váza ismerhető fel. A rostok szerkezete eltűnt, az egynemű élénken festődő fibrinszerű anyaggá változott. Itt az izomelemek kétségtelen destruktíóját láthatni, mely észlelést még támogatja a nagy és sudán-festéssel sok zsírszemcsét feltüntető phagocyták jelenléte. A még összefüggő típusos chorionbolyhok körül semminemű decida nem látható, a trophoblast-sejtek az izomrost-csoportok közé nyulnak be, gyakran betörnek venába, de legnagyobb-részt az adventitia mentén terjednek. Az izomrostok közt is, de különösen az egyes rostocsoportokat körülvevő kötőszövetben gömbsejtek és sejtgranulák között feltűnnek, nagy — jól festődő — magvú sejtek, melyek hasonlítanak a decida-sejtekhez. Ezeket a sejteket *Glaesmer* is leírja s ő csatlakozva az addig uralkodott felfogáshoz, azokat deciduaszerűen reagált izomsejteknek tartja; nem dönti el azonban határozottan vajjon ezek izom, kötőszövet vagy chorialis eredetűek-e. Ezzel ellentétben *Bosse*, ki ilyen deciduaszerűen elváltozott sejteket nagy tömegben látott az izom között, el sem tudja képzelni, hogy ezek ne ott változtak volna át az izomsejtekből. *Werth* a morfológiai különbséget, ami a tényleges deciduasejtek és az ektopiás terhességek körül feltalálható sejtek között van, igen részletesen tanulmányozta és kimutatta, hogy a deciduasejteknek világosabban festődő, igen finom szemcséjű protoplasmájuk van az itt feltalálható sejtekkel szemben, viszont kisebb magjuk van, amelyben granulák alig láthatók. Ő egész határozottsággal állítja, hogy e sejtek foetalis eredetűek, már csak azért is, mert deciduaképződést izomszövetben még sohasem láttak. Ugyanezen felfogást bizonyítja *Schmitt* is, aki az izomzat és bolyhok között egész tekintélyes vastagságú fibrinoid-csíkot írt le. Készítményeimben a syncytium és Langhans-sejtek követhetőleg hatolnak az erek, nyirokutak és izomközi kötőszövet mentén. Behatolnak az izomrostok közé is. Kétségtelenül látható, hogy nemcsak izomelem-szétoszlás, hanem azoknak degenerálódása és felszívódása constatálható. Az ilyen regressiv elváltozást mutató izomelemek között feltalálható deciduaszerű sejteket én is inkább foetalis eredetűnek tartom, mint az izomszövetből eredőnek. Legnagyobb részben meg lehet találni a nyirokrést, melynek útján azok egy boholysejt-csoporttól eltávolodtak. Az ilyen követés révén, mint azt *Schmitt* is leírja, fokról-fokra látható a syncytiumsejtek ily arányú elváltozása. A chorionbolyhoktól távolabb levő izomszövet igen sejt- és nedvdús, bőven erezett s közte sok lymphocytás és kis gömbsejtes beszűrődés látható. A Nitabuch-féle fibrinoid-csíkot én készítményeimben említésreméltó mennyiségben nem találtam.

„A bal méhkiirt falából a méhi végtől mintegy 15 cm-re kimetszett darabkán jól látszik a hengerhámsejtekkel kibélelt tuba ürege, de a lumen kerekded, a tuba szokott redői hiányoznak. A tuba izomrétege megtartott, de ettől kifelé lymphocytá-beszűrődés között éppoly trophoblast-sejttömegek látszanak, mint a méhizomzatban és előnyomulásuk is főleg a vérerek mentén történik. Magoszlást ezen sejttömegekben nem láttunk. A repedési helyen magán ugyanilyen sejtek roncsai láthatók fibrinszálak fonadékával“. (*Prof. Buday.*)

Ezen trophoblastsejtek között igen sok atypusos sejt van, melyek megegyeznek a *Bosse*, *Glaesmer*, *Werth*, *Maresch* és legutóbb *Schmitt* által leírt deciduához hasonló sejtekkel. Azon körülmény, hogy így távol a tuba mentén több ilyen sejt található, lényegesen alátámasztja azon feltevést, hogy ezek foetalis eredetűek.

„A chorion frondosum magzatabolyhai nem különböznek lényegesen a normalistól, tengelyi részük laza ko-

esonyás kötőszövetből áll, a Langhans-sejtek szabályosan helyezkednek el, a syncytiumsejtek nem nagyok és nem nagyszámúak. A boholyhámsejteken abnormis burjánzás nem állapítható meg.

A méhtestből készült metszetben a nyálkahártya felzínes compact rétege hiányzik, csupán a substantia spongiosa tág mirigyei látszanak, köbös hámmal kibérelve, sőt néhol csupán a mirigyeknek az izomzatban levő basisa maradt meg. Az izomnyalábok közti kötőszövetben lymphocytákból és eosinophil-sejtekből álló beszűrődés látszik. (Prof. *Buday*.)

Feltűnő jelenség, hogy 6 héttel a méhkaparás után, az aránylag egészséges méhben, a nyálkahártya nem regenerálódott, hanem egy hámfosztott helyenkint beszűrődött izomfelület maradt meg. Én ezt a corpus luteum belsejének állapotával illetve a tüszőérés szünetelésével vélem magyarázhatni. Tudtommal ezt a tünetet még eddig nem írták le.

A méhen kívüli terhesség aetiologiájának igen nagy irodalma van. *Hoehne*, ki a méhen kívüli terhesség aetiologiáját igen behatóan tanulmányozta, kategorikusan megállapította, hogy egyes, egészen kivételes, ritka esetektől eltekintve, gyulladás vagy a gyulladás nyomán képződött szöveti elváltozás oka a pete tubaris megtapadásának. *Werth* a pete interstitialis megtapadásának okát a salpingitis isthmica módosában vélte megállapíthatni. Szerinte ilyen alapon képződnek mellékjáratok, melyekbe a pete belejutva ott megtapad. *Lahm* szerint az ok nem egyöntetű, szerinte ezek a járatok túl szűkek ahhoz, hogy a pete belejuthasson, ő több esetet alaposan átvizsgált és ilyen paratubaris járatokat nem talált. Azt hiszi, hogy a corpus luteum hatásaként a tuba és a mellékjáratok nyálkahártyája néha erős decidualis átváltozás következtében a petét beágyazódásra serkentik és így jön létre az ektopiás megtapadás. *Schridde* és *Schönholz* számos esetet részletesen átvizsgálva, semmiféle meglévő vagy lezajlott gyulladásos tünetet nem találtak, ellenben minden esetben kimutattak hurkokat és diverticulumokat. Ők ezeket fejlődési rendellenességeknek tartják, úgy vélik ezekben a pete eltérése így jön létre az interstitialis megtapadás. *Schridde* és *Schönholz* számos esetet *Leopold*, *Sidney*, *Harvey* és *Schuffmann* után *Schmitt* talán az első, aki szövettanilag bizonyította, hogy esetében nagy valószínűséggel „tuba-zug-adenoma“ (*Recklinghausen*) az interstitialis terhesség oka. Átvizsgálva a leközölt interstitialis terhességről szóló közleményeket, láttam, hogy azoknak csak igen csekély részét vizsgálták át szövettanilag kellő körültekintéssel. *Schmitt* pontosan átvizsgálta esetében úgy a terhes, mint a nem terhes oldalon „tuba-zug-adenomát“ talált, melyet mint említettem, okozati összefüggésbe hoz az interstitialis terhesség keletkezésével. A „tuba-zug-adenomát“, melyet *Recklinghausen* írt le, *Meyer Robert* számos munkájában igen alaposan áttanulmányozta és ennek alapján kétségtelenül megállapította, hogy az gyulladás után keletkezik.

A tuba intramuralis részét *Fraenkel* biztatására *Hermstein* és *Neustadt* vizsgálták alaposan, részben Röntgen-képeken, előzetes töltés után, részben keményített méhek sagittalis keresztmetszetein. E célból megfelezték a méhet belső méhszáj felett egy nyaki és egy testi részre és akkor a tuba beszájadási helyétől a középvonal felé egy-két mm-nyi távolságban sagittalis metszeteket készítettek. A metszeteken lemérték a tubanyílás távolságát a fundustól és azt felrajzolták. 15 így megvizsgált méh közül 46%-ban egyenesen vagy kissé meghajlott vonalban ferdén halad intramuralisan a tuba, míg 54%-ban kihúzott „Z“ alakban megtörik és úgy torkollik a méhbe.

Én 10 méhet metszettem így fel 3 gyermektől származót, hol teljesen egyenes vonalú lefutást találtam és

7 felnőtt — 2 0.-para és 5 m.-para — méh közül kétszer találtam kihúzott Z-alakú intramuralis tubalefutást. A tuba intramuralisan az abdominalis harmadban a fundushoz és a hátsó serosához közel halad innen ferdén lefelé, mellfelé halad a méh üregébe. Lefutása tehát hátulról, felülről, oldalról, előre, le és a középvonal felé halad. Minden szerző, *Hoehne*, *Hermstein*, *Neustadt* után magam is azt tapasztaltam, hogy a tuba intramuralis lefutása mindkét oldalt egyenlő.

Ezen vizsgálataim után elhatároztam, hogy esetemben a nem terhes oldalon sorozatos metszetekben átvizsgálom a tuba lefutását és viselkedését. A bemetszett méhsarkot 27.5 mm vastagnak találtam, a tuba beszájadásától mérve 22.5 mm vastag tömbből sorozatos metszeteket készítettem. Egy-egy metszet 50 mikrontávolságra esik a másiktól. A lupeval átvizsgált sorozatból kitűnik, hogy a tuba a belépési helyén a fundustól 2.4 mm mélyen haladó keskeny nyílás, 1—1.1 mm átmérőjű, melynek nyálkahártyája eima, helyenként néhány egészen alacsony, hosszráncot látni benne. A tuba 2.2 mm-nyi, igen kevésbé ferdén lefelé való haladás után a fundustól 3.7 mm mélyen hirtelen merőlegesen megtörve egyenesen lefelé halad, úgy, hogy újabb 0.6 mm-rel mélyebben a fundustól 11 mm mélyen találjuk. Ezen alsó szögletnél hosszában 2—2.5 mm szélességben 1 mm-nyi világosabb területen fut a már lupeval is alig meghatározható tubacső. 0.3 mm-rel mélyebben ez a terület a fundustól 15 mm-re ér le, 5—6 mm hosszú, 1.6 mm széles hólyagos rész látható, melyben a tuba lefutása lupeval csak esetlegesen határozható meg. További 8.5 mm részben e terület, melynek nagyságát pontosan nem sikerül meghatározni, mert a két részben összesen 21 mm mély tömbön is túlhalad, végül 2 mm átmérőjű kerek nyílással betorkollik a méhbe.

Góresövi vizsgálatnál feltűnő az abdominalis beszájadáshoz közel eső részlet szűk volta s a nyálkahártya redőzetlensége. Legnagyobb részben simán az izomzatra feküdvén minden ráncozottság nélkül borítja azt be. Hámja normalis magasságú, mindenütt vérbő, helyenkint kifejezett lymphocytás és eosinophilsejtekből álló beszűrődés látható. Az alsó szögletnél a tuba nyálkahártyája már kifejezetten ráncozott, hámja helyenként 2—3 sorban került a metszetre. A tuba hámja csaknem mindenütt igen vérbő, sok infiltrációs góc látható benne. A környező izomszövetben nagy vér- és nedvbőség látható, helyenként infiltratumok. A mirigyesövek körül a széli részeken nagymagvú, igen kis protoplasmájú sejtek tömege látható, melyek rendszeren a nyirokutak és kiserek mentén helyezkednek el. Ezen sejtek között igen sokféle magalakulatot és magoszlást is lehet találni. A tuba lefutását követve ezen mirigyesövek hirtelen igen megszaporodnak, a közti állomány rohamosan fogy, úgy, hogy mirigyeső mirigyeső mellett látszik. A széleken az izomelemekhez közel fekvő mirigyesövek hámja jól festődik, míg a középső lumenek hámja halvány, rosszul festődő, bennük vacuolák láthatók. Egyes járatok a tömegtől 1—1.5 cm-re is fellelhetők, ezeknek a tubából való eredése a sorozatos metszeteken kimutatható. A tuba lumene a mirigyeconglomeratum közepén mindig jobban elvész s végül is csak sejteni lehet, hogy melyik az eredeti tuba-lumen. Az abdominalis részen az izomzat megtartotta normalis elrendezettségét és vaskos körkörös izomzat jelezte a tuba lefutását, it a mirigyesövek szétolják az izomrostokat, de különben is abban semmi rendezettség nem lelhető fel. Az uterinalis beszájadásnál ismét elkülönül a tuba lumene a többtől s már néhány mm-rel az uterinalis végtől befelé tág nyílásként látszik, mely kürtszerű tágulással torkollik a méh üregébe. Rekonstruálva tehát amit az intramuralis részben talál-

tam: a kihúzott Z-alakú lefutású tubáknak az alsó megtörésnél egy — amennyire az a két részben felmetszett tömbből pontosan meghatározható — 1,5 cm hosszú, 2—8 mm vastos adenomás képletet mutattam ki a tuba körül, s amely hámosöveknek lumene a tuba lumenével összeköttetésben áll.

Ezen szokatlanul nagy intramuralisan elhelyezkedett képlet a széli részeken megfelel a *Recklinghausen* által leírt „tubazug-adenomának“, középső részeiben oly sűrűn helyezkedtek el a járatok, hogy az izom és kötőszöveti elem alig, vagy egyáltalán nem látható s a kép inkább valódi tumor benyomását kelti. Ezen részeken a hámelemeknek degenerálódási hajlandósága látható. A magok elmosódottak, benne és a protoplasmában nagy vacuolák láthatók. A széli részeken mindenütt jelenlevő nagy vérbőség és infiltráltság mellett a differentiatlan — epitheloidszerű — sejtek inkább amellett látszanak szólni, hogy itt nem fejlődési rendellenességről — tehát egy congenitalis állapotról — van szó, hanem egy fejlődő folyamatról. *Recklinghausen* szerint is, de *Franqué*, *Micholitsch*, *Hermstein* és *Neustadt* s a magam vizsgálatai szerint is a tuba intramuralis része mindkét oldalt egyenlően viselkedik. Ha tehát ez egy *Recklinghausen* szerinti fejlődési rendellenesség, úgy annak kétoldalnak kell lennie. Nehezen képzelhető el, hogy mindkét tubasarokban oly nagy képlet ül, mely a rendes vastagságú méhizomból kiáll, és az asszony teljesen egészségesnek érzi magát, sőt rendszeren szül. Ez a körülmény alátámasztja a szövettani leletet, mely azt látszik bizonyítani, hogy itt legalább is nagyobb részben gyulladási folyamatról, vagy annak következményeképpen fejlődött rendellenességről van szó. Nem lehet kizárni, hogy eredetileg a Wolff-féle testek maradványaként járatok voltak, melyek összeköttetésben voltak a tuba lumenével, ugyanazon gyulladási folyamaton mentek keresztül, hozzájárultak az elváltozás kifejlődésének lehetőségéhez és növelték annak mértékét. Készítményeimben, melyeknek részei rövidebb-hosszabb ideig, egyes részei igen hosszú ideig voltak formalin és alkoholban, csillószórt nem találhattam, de annak jelenlétében sem tudom elképzelni, hogy petesejt keresztülhatolhasson ezen a mirigyjárat-tömegben. Minthogy pedig a beteg egyszer normalisan szült, ez az állapot abban az időben csak igen kis valószínűséggel állhatott fenn. Bár az analógiák szerint a másik oldal adenomás elváltozására így is lehetett volna következtetni, a makroszkopias készítmény lehető kímélésével kimetszettem a terhességi zsák és a méh ürege közti részből egy szeletet. Itt is teljesen a másik oldalnak megfelelő képet kaptam. A tuba méhi végének megfelelőleg egy stromanélküli mirigyes-tömegből álló képletet találtam, mely mellett nedvdús infiltrált szövet látható. Ezen mirigyek jól elkülöníthetők az uterinalis mirigyektől. Finomabb részletek e metszeteken, minthogy igen hosszú ideig voltak conserváló folyadékban, nem láthatók.

Esetemben tehát harmadik hónapos interstitialis terhesség állapítható meg, mert:

1. a terhességi zsák szélesen függ össze a méh testével;
2. a méh a terhes-zsákkal együtt tojásalakú, rajta semminemű behúzódnak vagy barázda azt ketté nem osztja;
3. a függelékek assymetriásan torkollanak a méhbe, és pedig a terhesoldali jóval magasabban;
4. a terhesoldali tuba a terhes-zsák alsó részébe torkollik;
5. a kerek méhszalag a terhes-zsák lateralis oldalán tapad;
6. a tuba lumene a terhes-zsákba — kimutathatólag — nem folytatódik;

7. ugyancsak nem mutatható ki a terhes-zsák közlekedése a méh üregével;

8. a terhes-zsák és a méh ürege közt egy izmos válaszfal van;

9. a terhes-zsákban decidua egyáltalán nem mutatható ki.

Ezek alapján kétségtelenül beigazolt az interstitialis terhesség, melynek áttanulmányozásánál a következők voltak megállapíthatók:

I. A harmadik hónapban történt repedést a placenta képződésénél túlmélyen berágódó syncytium usurálása okozta.

II. A műtét előtt hat héttel végzett méhkaparás után a nyálkahártya úgyszólván teljesen hiányzott, az tehát hat hét alatt nem regenerálódott, amit a terhességi corpus luteum belső elválasztásának, illetve a tüsző-érés szünetelésének kell tulajdonítanunk.

III. A choralis sejteknek az anyai szövetekbe való hatolását, úgy látszik, az összefüggő decidua korlátozza, melynek hiányában a terhességtől messzire, pl. a tuba peripheriás részén, 1,5—2 cm-nyire a terhes zsák szélétől is nagy tömegben kimutathatók ilyen sejtek.

IV. Esetemben a nem terhes tuba intramuralisan Z-szerűen megtörve fut le s ebből következtetve, a terhes oldali tuba is nagy valószínűség szerint ugyanilyen lefutású volt.

V. A nem terhes tuba második megtörésétől egész a méhbe való benyúlásáig sűrűn, helyenként úgyszólván kötőszövet nélkül, egymás mellett elhelyezett mirigyesövekből álló, — 1,5×0,2×0,8 cm nagyságú — adenoma találtatott, melyben a tuba lumene alig különíthető el. Ezen mirigyesövek sorozatos metszeteken kimutathatólag kommunikálnak egymás lumenével s a tuba lumenével is. Hámjuk a széli részeken jól festődik, bennük magoszlások is láthatók; a közepén inkább regressiv elváltozások láthatók. Úgy a tubában, mint ezen mirigyesövekben a bőven erezettség és infiltratumok mellett a kötőszövetnek oly elváltozása látható, melyből a gyulladás szerepe kétségtelenül megállapítható. Fenti csőjáratok igen mélyen behatolnak az izomszövetbe, egyet 1,5 cm-re sikerült követni.

VI. A szövettani kép, de az adenomás képlet nagysága is igen valószínűvé teszi, hogy az a terhesség alatt nőtt.

VII. A terhes oldalon is sikerült a kürt méhi vége körül ugyanilyen adenomát kimutatni.

VIII. Mindkét tubában és ezen adenomák körül feltehetőek voltak a gyulladás jelei.

IX. Ezen adenomák részben megfelelnek a *Recklinghausen* által leírt „tubenwinkél-adenomáknak“. Intramuralis elhelyezkedésük, középső részeiben a mirigyesövek sűrűsége, illetve a kötőszövet esekély volta s a hámelemek regressiv elváltozásai, olyan tünetek, melyek nem illenek be az eredetileg leírt képbe.

X. A középső részeken talált regressiv elváltozások és különösen a széli részeken látható lobtünetek igazolni látszanak azt a felfogást, hogy ha az adenomák létrejöttében a Wolff-féle testeknek van is szerepük, ugyanolyan, vagy még nagyobb szerepük van a gyulladásnak.

XI. Miután a terhes oldalon ki is lehetett mutatni az intramuralis tuba-adenomát és az asszony egyszer normalisan szült, fel kell tennünk, hogy abban az időben a tubák beszájadásának ilyen súlyos elváltozása nem állhatott fenn.

XII. Esetemben az interstitialis terhesség oka, nagy valószínűséggel, a kétoldali intramuralis tuba-adenoma.

Irodalom: *Aschoff*, *Poppel*, *Freund*, *Peukert*, *Fuchs*, *Kwostansky* idézve *Ravenstein* lenti művében. — *Berecz*

János: O. H. 1926. — Bosse P.: Zschr. f. Geb. u. Gyn. 52. k. — Franqé Ottó: Zschr. f. Geb. u. Gyn. 42. k. — Glaesmer Erna: Archiv f. Gyn. 93. k. — Herstein és Neustadt: Zschr. f. Geb. u. Gyn. 88. k. — Hoehne Otto: Archiv f. Gyn. 107. k. — Leopold: Arch. f. Gyn. 58. k. — Littauer Käte: Ztrbl. f. Gyn. 1925. 25. és Dissertatio, Lipece. — Micholitsch: Zschr. f. Geb. u. Gyn. 49. k. — Meyer Robert: Zschr. f. Geb. u. Gyn. 44. k. és Ztrbl. f. Gyn. 1923. — Recklinghausen Friedrich: Adenomyome der Uterus und Tubenwandung. Berlin, 1896. — Ravenstein H.: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 44. k. — Schiffmann: Arch. f. Gyn. 58. k. — Schmitt Walter: Zschr. f. Geb. u. Gyn. 89. k. — Sidney Harvey és Lahm: idézve Schmitt fenti munkájában. — Werth Winkel: Handb. der Geburtshilfe., 11. k., 2. rész. — Zimmermann R.: Ztrbl. f. Gyn., 1925, 29.

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

A neutrophil toxikus granulatiók és a degenerációs jelek értékelése a vérképben.

Írta: vitéz Varga Lajos dr. tanársegéd.

Azok a vizsgálatok, amelyeket Parrisius és Schlopsnies citratos és hirudinos vérrrel in vitro végeztek a fehérvérsejt elhalásának vizsgálatára,¹⁷ igen érdekesek a fertőző folyamatok s egyéb betegségek kapcsán fellépő degenerációs jelek megértésére, illetőleg értékelése szempontjából. Már 1926-ban ismertettem azokat az elváltozásokat, amelyeket 38 betegnél végzett praes- és postmortalis vérképeknél megfigyeltem¹⁸ s már akkor hangoztattam a Nágeli, Schilling, Rieux által olyan fontosnak tartott toxikus elváltozások figyelembevételét, amelyeket azonban az egymásután megjelent cikkek sorozata különböző klinikákról és szempontból figyelmen kívül hagynak, amelyeket én nem mulasztottam el a vérkép értékelésében állandóan hangsúlyozni¹¹⁻¹⁵.

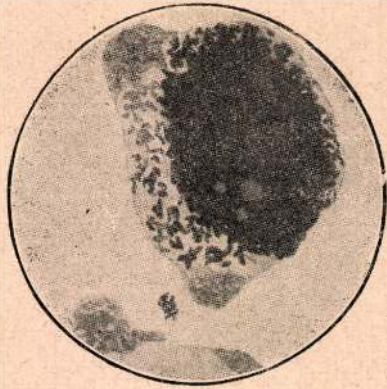
Hogy a granulatio jelentősége mi, az homályos, de ha a sejtelet irányítója s legfontosabb része a mag, ezeknek szülőanyja (Maximoff, Nágeli, Komotzkzy,

Arnold), nyilván ezek rendeltetése is fontos. Ha figyeljük a különböző súlyos infectiosus folyamatokban azok viselkedését, elosztódásukat, akkor tényleg láthatjuk, hogy valami fontos szerepük lehet a védelemben akár mint toxinkötő, akár mint védőanyagtermelő. Működésüket bizonyítaná s fontosságukat a különböző folyamatokban található különbözőségük. Tény az, hogy a szervezet életében annak megtámadásakor a tinctorialis viselkedése élénk activ munkát árul el. Ez a különbözőség rögtön feltűnik, ha az ember különböző megbetegedés, vagy akár egy betegség különböző phasisában a vérképet figyelemmel kíséri. De nemcsak különböző időben más és más a granulatio, hanem egyazon időben festett ugyanabban a készítményben is különböző. Ezekből, még ha nem is ismert, a granulatio jelentősége és fontossága a diagnosis és prognosis szempontjából eléggé szembeszökő, amelyet elmellőzni, figyelmen kívül hagyni nem lehet. Miért látszanak a granulatiók egészséges embernél, miért nagyobbodnak meg súlyos fertőzésnél azok intenzitása, toxicitása szerint; miért van egy sejtben sötétfestésű granulatio, mellette ugyanott halvány; miért lesz a granulatio a mag túlsegmentálódása folytán erős, durva, a sejt működését is bénító befolyásnál porszerű, tompa? Ezek mind a sejtek functió állapotja s a fertőzés súlyossága szerint alakulnak ki, összefüggésben van egyrészt a granulocyták rendeltetésével, azok korával, reakcióképességével, úgyszintén a maggal, amely ezeknek keletkezési helyét látszik szolgálni^{10, 15}.

En 1923-tól 834 betegnél 2842 vérképet kísértem figyelemmel a granulatiót illetőleg. Ezeknél azt találtam, hogy a granulatio milyensége igen sok tényezőtől függ. Függ a betegség phasisától (kezdeti, végstadium), a szervezet reakcióképességétől (a csontvelő reakciós képessége milyen), a toxin milyenségétől a sejtek functió állapotától, végül a sejtek korától. Az alábbi táblázaton egymással szembeállítva látszanak a durva és finom granulatiót mutató betegségek nagy vonásokban.

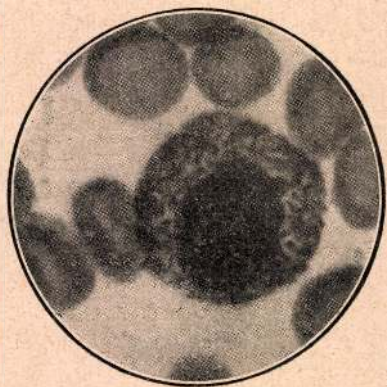
Betegség Stadium	Durva granulatio	Hő: 38 C° felett	Leukocytosis 12.000 felett	Erős balra eltolódás	Vörösvérteststülledés 40 %/a felett	*Vacuolák	Thrombocytosis	Vörösvérteststülledés 40 alatt	Csekély balra eltolódás	Leukopenia	Hő: 38 C° alatt	Finom, apró granulatio	Betegség Stadium
Sepsis: febris intermitt.	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Sepsis: agoniában gyógyulás felé
Scarlatina	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Scarlatina: reconv.
Pneumonia	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Pneumonia: „
Erysipelas	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Erysipelas
Malleus	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	—
Peritonitis	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	—
Diphtheria	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Diphtheria
Purpura fulminans	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	—
Anthrax	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Anthrax: reconv.
Leukaemia myeloica	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Leuk. myeloic. Röntgen után. Fvs. 6000
Typhus	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Typhus: reconvalesc.
Pyopneumothorax	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Pyopneumo. Agonia-post mortem.
Mening. purulenta	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Mening. purulenta agoniában
Appendicitis	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	—
Gangraena pulm.	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Gangr. pulm. agonia-post mortem
Endocarditis acuta	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Endocardit. chronika agonia-post mortem
Suppuratiós folyam. nyílt	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Suppuratiós folyamatok: zárt
Morbilli	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Morbilli: reconvalesc.
Malaria	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Rec. gyógyulás
Haemoptoe	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	A vérköpést követő napokon
Echinococc., áttört	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Echinococc. zárt
Hodgkin, maligna	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Hodgkin; praes és post mortem.

Látni ebből, hogy mindkét granulatio jelen lehet ugyanazon betegségnél, annak különböző phasisában. Látszik azonban az is, hogy sem vörösvértestcsüllyedésel,¹⁴ sem a hővel, sem a balra eltolódással abszolút érvényű szabályosságot nem mutat. Általánosságban el



1. ábra.

lehet fogadni mégis, hogy ezeknek kifejezettebb voltánál durva, alacsony érték mellett pedig finom a granulatio. Egy pár nagyobb csoportot kiragadva, a következőket lehetett megfigyelni: tuberculosinál 611 vérképben azt talátam, hogy magas láz, magas vörösvértestcsüllyedés, erős balra eltolódás, súlyos klinikai tünetek mellett durva a granulatio, de ugyancsak finom pálcás, porszerű granulatiót is lehetett találni, főleg agoniában. Apicitisnél rendszerint elég éles, sokszor durva granulatio volt látható. Exsudatum pleuriticum tuberculosum, peritonitis tuberculosa, polyserositisnél magas vérsüllyedés, láz mellett kezdetben elég éles, néhány nap múlva porszerű, finom granulatio volt található. Az összes fertőző betegségeknel a balra eltolódással parallel az acut stadiumban durva, jól festődő granulatiót (2. ábra), azután kisebbedő, finomodó szemcséket lehetett látni. A granulatio mekkorasága, durvasága, festhetősége a fertőző ágens virulentiájától s ezzel kapcsolatban a szervezet reakcióképességétől függött. Legkifejezettebbek voltak: pneumoniánál (131 vérkép), sepsisnél (50), orbánc (10), scarlatina (24), malleus (28), appendicitisnél (17). Már kevésbé kifejezett az enyhébb kezdetű, nem olyan súlyos toxicitású egyéb fertőző betegségeknel: tuberculosus (61), influenza (67), typhus (153), morbilli (23), varicella (2), ahol kezdetben bár kifejezett volt, de a magot elfedő tusfeketeségű,



2. ábra.

durva göröngyöket ezeknél nem lehet megtalálni. A többi nem fertőző betegségeknel az ágens erőssége, mennyisége szerint más és más volt. (Echinococcusnál zárt tömlő esetén porszerű, sipolyos áttört esetben durvább.) Finom porszerű granulatio mellett fellépő complicatio esetén a granulatio azonnali megnagyobbodá-

sát, durvulását lehetett megfigyelni, feltéve, ha a hosszszas fertőző betegség a fehérvérsejtek reakciós képességét nem senyvesztette el.

Egy sublimat-mérgezett vérképe tán a legérdekebb és legtanulságosabb.¹³ A súlyos méreghatás, ami a leukopoetikus apparatust izgatta s a lymphás systemát mindvégig blocad alatt tartotta, a granulocytákat védekezésre sem hangolja. Dacára az erős balra eltolódásnak, sem a plasma, sem a granulatio nem mutat olyan elváltozásokat, ami akár jó regenerációra, akár degenerációra mutatna. A három nap múlva meg-ejtett boncolásnál is megmaradt a sejtek közötti arányszám, a neutrophil-sejtek jól kivehetők, mutatva, hogy leukolysis alig van jelen. A másik, egy 1926-ban észlelt myeloid leukaemiás beteg vérképe. A myelocytában, promyelocytában a granulatio nem gömbölyű, hanem durva pálcáalakot mutat (1. ábra). Jól lehet látni, hogy a maggal ezek a gerendák összeköttetésben vannak. Sőt azt is meg lehet figyelni, hogy az egész mag a súlyos megtámadás miatt felrostozódik, a chromatin szép gerendákba rendeződik, legtöbbször a nucleolus körül. Komotzky¹⁰ ugyancsak durva granulatiót figyelt meg leukaemiánál, a mag ezzel szemben halványul. Ő a granulatiót a magból származtatja. Más egészen a tuberculosinál megfigyelt pálcás granulatio, amely finom, vékony, rövid, halvány festésű, sokszor alig látható, szemben az előbbivel.¹⁵

Mindezek szerint tehát a mag a csontvelő reakciós képessége szerint mutathat regenerációs sajátosságokat (myeloblast, fiatal-, pálcikamagvú), igen sokszor azonban vagy gátló hatás révén, vagy a kimerülés következtében több nem jelenik meg, hanem csak öreg sejtek keringenek, melyet rendszerint lymphocytazuhanás követ. Másfelől a fokozatos támadások során a kezdeti, erős, durva granulatio készítésére lassankint elhasználtatván, mindinkább feldarabolódik úgy, hogy igen sokszor számtalan rügből van összetéve. Máskor meg teljesen elhalványul. A plasma vacuolásan degenerál, a fertőzés súlyossága s annak gyors lefolyása szerint, másfelől szétesik, a granulatiót szerteszórja (essaimage), mint rones vagy magárnyék jelenik meg, amelynek tömeges fellépése rossz prognostikus jel.

Acut, súlyos infectiosus folyamatoknál megfigyelhető, milyen durva a granulatio. Annyira, hogy sokszor a magot elfedi (2. ábra), máskor meg kicsapódások, csoportosulások keletkeznek vacuolumképzés mellett (3., 5. ábra). Ez a durva granulatio a gyógyulás felé halványul, apróbbá lesz, valamint a prognosis rosszra fordulásakor is. Ugyanekkor igen fontos a plasmaelváltozás is, határelmosódás, vacuolaképzés. Schilling² szerint különösen gyakori a purpuránál, acut sárga májsorvadásnál, ahol a nagy lép, kis máj, esetleg fellépő bőrvérzések, hypoleukocytosis, lymphopenia, regenerativ eltolódás a vacuolás segmenttel együtt a diagnosit biztosíthatják. Az igen súlyos esetben a lymphocytában megjelent azur granulatio, ha nagy tömegben lép fel, szerintem ugyancsak komoly prognosis jeleként fogható fel, mint a Rieder-lymphocytá megjelenése nagy tömegben, amelyet Rieux igen komoly jelnek tekint.¹ Ezekből világos, hogy a tinctorialis viselkedésük akár a különböző toxikus agensekkel szemben, akár functiós állapotuk szerint annyira különböző, hogy mutatja, mint a szervezetben végbemenő elváltozások indicatora, azok fontosságát, túlfelől mutatja, hogy a szervezetben valami, az infectio alatt elfoglalt védőszerepet töltenek be. A leukocyták annyi fermentum és antitest szülőanyjai lévén, feltételezhető, hogy a granulatio a toxinnal chemiai kötésbe lépő olyan factor, mint Ehrlich elgondolásában az amboceptor.

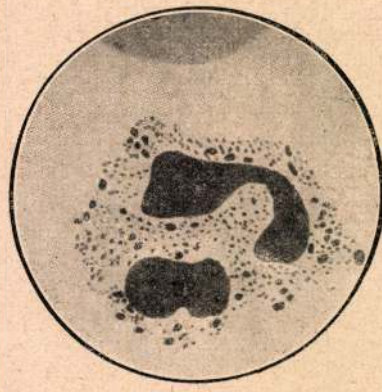
Az utóbbi években megjelent cikkek nem méltatták figyelemre sem a granulatiót, sem a plasma elváltozásait, csupán a mag milyenségét s ebből vontak le következtetéseket, pedig a granulatio és plasma elváltozásaira már az 1900-as évek elején többen rámutattak (*Helly, Cesaris-Demel, Schleip, Türck, Schilling*). Ráműtattak, hogy durva csomósodások léphetnek fel leukocytosisnál, fertőzős betegségeknél. Leginkább *Nägeli*³ hangoztatja fontosságukat, amennyiben az eset súlyosságának megítélésében igen jól értékesíthetők. Ő igen sokszor meglátta a súlyos kimenetelt egészen kicsiny, localis lelet mellett, máskor pedig súlyos klinikai tünetek dacára jó prognosist adott a toxikus jelek hiánya miatt. 1923-ban *Freyfeld* az ő külön festési módszerével kimutatja, hogy egészségesnél toxikus granulatio nincsen.⁵ Ráműtat arra, hogy ugyanazon eljárással a sejtek és a granulatiók különbözőknek mutatkoznak. Ezeket én 1923 óta kísérem figyelemmel s 1926-ban említést is teszek róluk a prae- és postmortalis vércépekről szóló cikkemben.¹³ Ezeket a festési differenciákat normalis vérben is meg lehet találni, mint a sejtek physiologiás állapotának és korának következményét. A granulatio durvasága nemesak a magtöredéssel, hanem a sejtek secretiós, fermentativ tevékenységével is összefüggésben van.^{1, 6, 15, 17}

Elias Mattis két csoportot különböztet meg.⁵ A nagy, durva, intensiv kék festésűeket és finom, pont-hálószerű granulatiókat, amelyek a plasmában szabályosan vannak elosztva. Ezeket sokszor alig lehet látni. Az elsőt acut, a másodikat chronikus fertőző betegségeknél észlelte. A fertőző betegségeket külön-külön vizsgálva, 122 vércép alapján a fenti eredményre jutott. Tuberculosisnál azonban néhány esetben a súlyos állapot dacára sem talált toxikus granulatiót.

Tényleg előfordult sok esetben nálam is, hogy igen súlyos klinikai tünetek mellett a granulatio nem volt kifejezett. A minuciosus successiv vizsgálattal azonban vagy azelőtt volt durva granulatio észlelhető s a folyamat rosszabbodásával lassanként eltűnt, feloldódott vagy felaprózódott, vagy pedig apró granulatiós stadiumban kapván a képet, a granulatio különböző helyeken való rendetlen csoportosulása volt feltűnő, részben pedig a plasma, mag elváltozása segített a helyzet értékelésében. Fenti szerző⁵ a toxikus granulatiót degeneratiós jelnek veszi, mint a fehérvérsejt-degeneratio kifejezőjét. Vannak tényleg kimondott degeneratiós folyamatok, pl. vacuolumképzés, fehérvérsejt-szétesés, granulatio-szétszóródás, de a jó védekezés erejét kifejező toxikus granulatiókat nem lehet csak degeneratiós jelnek tekinteni. A toxikus granulatio természetesen a vércép értéke mögött marad, hiszen csupán egy jel a vércépben szereplő annyi sejtféleség mellett. Ahol toxikus granulatio kevés, ott a haemogramm nagy-jelentőségű. Egészségesnél s nem fertőzős betegségnél toxikus granulatiót nem talált. Ahol kifejezett, ott súlyos fertőzősra kell gondolni s a többi degeneratiós jelek mellett a prognosis mindig komoly. Normalis fiatal sejtekben lehetnek vacuolumok (myeloblast, myelocyta), de eosino-, neutro-, basophilban soha (*Nägeli*).

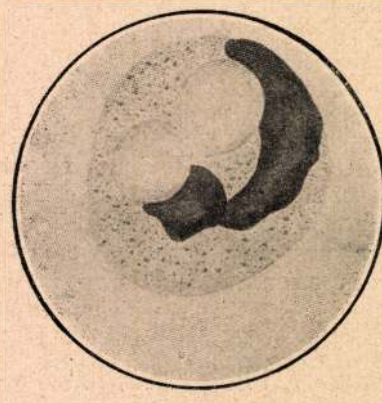
Parrisius és *Schlopsnies* úgy normalis, mint kóros leukaemiás vérnél azt találták, hogy a segmentben lépnek fel leghamarább degeneratiós jelek, a vacuolumok (12 óra mulva már) 70 óra mulva már mint roncok, míg az eosinophilek, lymphocyták, myeloblasták még hosszú időn keresztül (50–60 óra) változatlanok maradtak, sőt 170 óra mulva is találtak ép lymphocytát. De nemesak a plasma vacuolizálódik, hanem a magchromatin is olyan elváltozásokat mutat, amelyeket részben

fenti szerzők, részben a granulatio eredetével foglalkozva már 1926-ban megfigyeltem,¹⁵ ahol súlyos elváltozásoknál myelocyták chromatinjának lassankénti fel-darabolódása, felgerendázódása (1. ábra), a fiatal- és pálcamagvuakban pedig igen durva granulatio volt



3. ábra.

található, a magvak ezek arányában való megkisebbedésével, fragmentálódásával. Szerzők 24 óra mulva már észlelik a chromatin felrostozódását, majd később összecsomósodnak, szerkezetnélkülivé alakulnak át, majd pyknosis, sötét golyók lépnek fel. Ezeket többször megfigyeltem különböző genyedések segmentjében, ahol sokban csupán igen erősen festődő golyók, másban a mag mellett ugyancsak ezt találtam alig észrevehető granulatio mellett. Ez igen érdekes abból a szempontból is, hogy a tulajdonképeni küzdelem majdnem kizárólag a segmentekre, illetőleg a már granuláltakra esik. Mintegy azt lehetne mondani, hogy az aktivitása, védekező ereje a sejtnak csak a granulatio fellépése után indul meg, amikor activálódva, különböző ferment-, antitoxin-képző stb. szerepét végezve a támadó agenssel szemben sorompóba lép, annak áldozatul esik. Igen érdekesek ebből a szempontból ifj. *Jancsó* vizsgálatai,¹⁶ amelyeket a reticulo-endothelialis kapcsolatban végzett. Arsenes-savval és tussal dolgozva, a reticulo-endothelben a tussal megrakott sejtek magvai s plasmája súlyos degeneratiós elváltozást, nekrosist mutatnak. A sejtek sok zsírt tartalmaznak, zsugorodottak, a mag rosszul festődik, vagy egyáltalában nem. Leginkább a granulocyták esnek áldozatul, főként a neutrophilek. A mag tömör, homogen golyókra esik szét, a



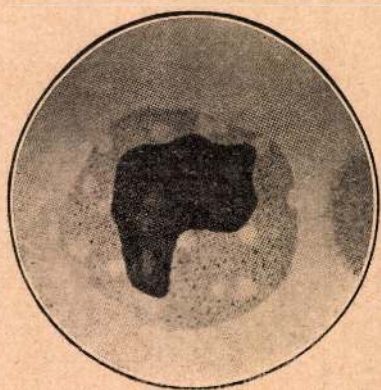
4. ábra.

sejt egészében megkisebbedik, a szemcsészet rendetlen lesz és eltűnik, a mag, plasma és granulatio ezen diminiútiója két-három maggolyócskát tartalmazó, vörösvértest mekkoraságú alakokon át olyan formában éri el a tetőfokát, amelyek a thrombocytánál alig nagyobbak stb. Jellemzők a magtalan, eosinophil szemcsék-

kel telt korongocskák is.¹⁶ A myeloblasták megjelenése a peripheriás vérben tehát nem más, mint a vérképző rendszer hyperfunctiója, zavara, amely nem lévén elég harcosa, az inger mekkoraságának megfelelően éretlen, alig valamit érő sejteket is kénytelen kidobni.

A degenerációs jelek tehát egyben a védekezés milyenségének fokmérői, amikor is a vérképző rendszer igyekszik mindent megtenni a szervezet megvédése érdekében, addig egyben az erősebb elhasználódás és megtámadás miatt fellépő degenerációs jelek a gyorsabb pusztulás útját mutatják a normalis, lassú, alig észrevehető physiologiás elhasználódással szemben. Szerzők úgy találták, hogy a sejtek érettségük szerint vesztik el resistentiájukat. A segment gyorsabb pusztulását magyarázná még a sok fermentatív functio (jodophilia, phagocytosis, antitoxikus, oxydáló, proteolytikus hatás).^{1, 6, 17} A legvalószínűbb az autolysis gondolata.¹⁷ A myeloblastban valószínű a ferment még nines activált állapotban.

Weinand kísérleti vizsgálatai a leukocytaresistentiáról oda concludálnak, hogy embernél az infectiosus-toxikus állapotok a fehérvérsejt-resistentia csökkenéséhez vezetnek. Azt találta, hogy az éretlen sejtek mutatnak főleg kisebb resistentiát. Az agoniás és postmortalis vérképpel foglalkozva, P. Dwijkoff 9 eset kap-



5. ábra.

csán azt találta,⁸ hogy post mortem a lymphocytá kivételével a fehérvérsejt-formákat alig lehet megkülönböztetni. Strassmann pedig 6½ hó utáni exhumálásakor jól festhető lymphocytát talált.⁸ Ezekre vonatkozólag én 1926-ban a segment pusztulására s a postmortalis lymphocytosisra vonatkozó álláspontomat kifejtettem.¹⁸

A prae- és postmortalis vérképek hasonlítanak az infectiosus vérképekhez.¹⁸ A fehérvérsejtek, a plasma, granulatio, mag súlyos elváltozásokat mutatnak. A leg-súlyosabb formáknál a plasma határát veszti, ugyanakkor a granulatio porszerűvé válik, itt-ott csoportosul (ezt én igen fontosnak tartom), másutt bevonatik a vacuolálás degeneratív folyamatba, eltűnik (5. ábra). A mag pedig lassanként az exitus felé való közeledéskor a küzdelemben a chromatinja legnagyobb részét a granulatióképzés számára feláldozva, a széteső plasmával együtt ő is kiesik a védelem szolgálatából s magárnyékká süllyed. Máskor pedig a sejt szétesésekor a szervezet számára más, thrombocytá alakjában válhatik használhatóvá.^{10, 15} Erős sejtszétesésnél ennek megfelelően a thrombocytá-szám megszorodását meg is figyeltem.^{1, 15} Ahol a betegség gyors lefolyású, a granulatio durva volt, magtöredezés sokszor olyan fokot érhet el, hogy az egész mag durva chromatinrögökből összetettnek látszik. A plasma szintén lépést tart a degenerációval az ártalom súlyosságával s míg kezdetben súlyos infectiónál vagy intoxicationál alig van valami elváltozás, a folyamat rosszabbodásával az egész sejt szinte hólyag-

csoporttá alakul át (5. ábra). Máskor meg a plasmában különböző alakelemek jelennek meg a súlyos toxinhatás eredményeként, amelyeket többen megfigyeltek. Nálam egy purpura fulminans, paralysis progressivás betegnél jelentek meg a vérben vörösvértetek phagocytálva a fehérvérsejtben, illetőleg a vörösvértetek épségét figyelve valószínűbb, hogy a tönkrement, resistentiájában nagyon megesőkent fehérvérsejtekbe a vér áramlása a vörösvérteteket belesodorta, vagy pedig a felkenéskor mechanice dörzsöltetett bele. Legyen azonban bármikép, csak igen súlyos elváltozásoknál rendszerint praemortalisan lehet megfigyelni (4. ábra). Sokszor pedig a szétszóródó granulatióval együtt mutatják azt az utat, ahogyan a granulocyták eltűnnek, ronccsá, magárnyékká válnak. A vacuolák magyarázására legplausibilisebb lenne annak a feltevése, hogy ezek mind a degenerációs folyamat kapcsán keletkezett lipid-szemcsék, az ugyancsak lipid granulatiókat magukba vonván, a fixálás közben kioldódnak. (Neumann szerint a granulatio lipidot tartalmaz. Rieux degeneratio granulograisseeuse, melyet Sudan III-mal ki is mutattak.) Sok vacuolát azonban súlyos degenerációs jelekkel nem chronikus folyamatoknál, hanem gyors lefolyású súlyos fertőző megbetegedésnél észleltem. Megfelelőbb emiatt a feltevése annak, hogy ez a Jemma által leírt toxin által termelt leukolysin következtében jönne létre a protoplasma elfolyósodása miatt. Ezek azonban többé-kevésbébbé hypothetikus dolgok, amelyek mellett vagy szemben csupán a tinctorialis viszonyok figyelembevétele mellett állást nem foglalhatunk. (Cit. Rigler-emplékkönyv.¹⁹) Rendkívül fontosak a toxikus jelenségek megértésére azok a vizsgálatok, amelyek a granulatio chemiájára vonatkoznak.⁶ Ezek vízben, alkoholban, glicerinben oldódnak (Pappenheim, Ehrlich). Schilling folyékonyan tartja őket, csak a halál után merednek meg alvadás útján. Neumann szerint többnyire kerek formájúak. A neutrophil granulatio pathologiás állapotoknál elváltozásokat mutat, physico-chemiai sajátosságuk szerint, amelyet ezen folyamatok felismerésére Alder, Nägeli ajánlanak. Egyik csoportja a kutatóknak a festést chemiai reakciónak minősíti, a másik physico-chemiai phenomennek, ahol elektromos töltések s adsorptio is szerepet játszanának. Igen lényeges azonban a festékek diffusiosebessége. Müller-Jochmann a granulatiót fermenthordozónak Parrisius és Schlopsnies azt találták, hogy in vitro az érett sejtben autolysis áll be, amelynek okát ők a granulatióban keresik (Arnold, Ciaccio, Pal).⁶ Schwarz zsírreactiót kapott. Comessati az infectiós betegségeknel található zsír-szemcséket a fehérvérsejtben a granulatiókkal azonosnak tartja. Cesaris-Demel szerint (cit. 1. 6) ugyanabban a segmentben degenerációs folyamat következtében zsírgranulatio és valódi specialgranula jelen lehet. Savini kimutatta, hogy a neutrophil és eosinophil granulatio scarlatvörössel jól festődik, ami ezek lipoproteid tulajdonságára mutatna. Rieux szerint súlyos infectiós betegségeknel a degenerációs folyamatot jellemzi: a) a jodophilia, b) a degenerációs granulograisseeuse, amely aszerint több, amilyen súlyos a betegség, c) a fragmentatio, jobbra eltolódás, pyknosis, karyolysis, karyorrhesis, a neutrophil granulatio eltűnése, a plasma vacuolizálása (Sabrazés). Infectiós betegségnél a thrombocytá megszorodását észlelte, leginkább kritikus lázleesésnél, amikor igen nagy, durva a thrombocytá (Aynaud, Mouzon). Petrynek roncsolás útján sikerült Millon-reactiót kapni, Neumann-nak pedig xantoprotein, ninhydrin és Millon-reactiót. Möhlendorf szerint a basikus festékek a sejtbe hatolva a protoplasma anyagában részben feloldódnak, részben a savi

hatású lipoidokban diffundálva a granulatio festésére a megmaradt anyag pedig a plasma-alapanyag festésére szolgálnak. Szerinte és Schulemann szerint az egész egy physico-chemiai folyamat s a festékek diffusióképességétől, dispersitásától s lipoid oldékonyságától függenek.

A granulatio durvasága s a mag mekkorasága egymással fordított viszonyban állanak. Úgy látszik, hogy az elváltozás súlyosságának, a sejtek megtámadásának jele a magfragilitás fokozódása, ami a granulatióképzés kapcsán fellépő erősebb védőberendezkedést szolgálna. A sejt pedig lassan elveszti plasmáját, szétesik, a mag a structuráját, s lassan minden chromatinja felhasználva magáryékként tűnik el a vérkeringésben és a kiválasztásban.

Röviden összefoglalva azt találtam, hogy a granulatio durvasága parallel halad: 1. A toxin vagy infectio erősségével. — 2. A szervezet jó reactióképességével. — 3. A sejtek hibátlan functió állapotával s azok fajával. — 4. A klinikai állapottal: amennyiben súlyos esetben az előbbi feltételek mellett a granulatio durva, jól festhető. — 5. Más és más a granulatio a fertőző betegségek különböző phasisában. (11, 12) Acut lázas szakban súlyos toxinhatás alatt durva, láztalan szakban, reconvalescentiában finom apró, sokszor porszerű. Nem infectió betegségek-nél mindig ez utóbbit találjuk. — 6. Általában parallel halad a vérsüllyedéssel. Magas vérsüllyedésnél kifejezett, bár rendszer benulásnál, agoniában rendszertelenséget mutat. (14) — 7. Kifejezett erős balra eltolódásnál, bár sokszor nem mutat semmit, a többi degenerációs jelek útbaigazítanak. — 8. Hyperleukocytosisnál rendszerint durva granulatio van jelen, bár leukopeniába való átcsapáskor is megmarad. Hosszú időn át fennálló igen súlyos toxinhatás a granulatio felaprózódását s a plasma súlyos elváltozását hozhatja létre. — 9. A hővel nagyjában parallelismust mutat. — 10. Durva granulatio és degenerációs jelek mellett rendszerint a thrombocytaszám megszaporodása volt észlelhető.

Tény az (Nägeli, Schilling, Matis), hogy kétes esetekben a toxikus granulatio infectió betegség mellett szól. Rendszerint a vérkép elég a helyzet megítélésére, azonban súlyos infectiónál a prognosis miatt a toxikus granulatio mint lényeges kiegészítő eszköz tekintendő s ezt figyelemmel kell kísérni.

Látjuk, egyes jelenségek mennyi tényező befolyásoló hatása alatt állanak. Minden experimentálásnak kell számolni sok olyan körülménnyel, amelyet előre tudni nem lehet és amelyek sokszor tévútra vezethetnek. Mindaddig, míg a matematikával szemben lesz olyan elméleti tudomány, amely csupán a subjectiv szemlélő agyon keresztül alakul ki s fejlődik, mindaddig az élet bármilyen egyszerű legyen is, a kutatók lelkes táborának szemüvegén keresztül ezer színben fog megjelenni.

Irodalom: ¹ Rieux: Haem. Clinique, 1923, 146., 327., 339. sz. — ² Schilling: Das Blutbild u. s. klin. Verwertung, 1926. — ³ Nægeli: Blutkrankh. u. Blutdiagn., 1923, 179. sz. — ⁴ Schittenhelm: Die Krankheiten des Blutes u. der blutbild. Organe, 1925. — ⁵ E. Matis: Über die toxischen Granulationen der neutr. Leukozyten. Fol. Haem., XXXVI., 3-4. füz., 398. o. — ⁶ A. Neumann: Fol. Haem., XXXVI., 1. füz., 95. o. — ⁷ J. Weinand: Klin. u. exp. Untersuch. über Leukozytenresistenz. Fol. Haem., XXXIV., 244. o. — ⁸ P. Dwijkoff: Zur Morphologie des agonalen u. postmortalen Blutes. Fol. Haem., XXXV., 249. o. — ⁹ Donath und Perlstein: Über die Veränd. des perif. Leukozyt. Blutbildes durch den eintretenden Tod. W. A. f. i. M., 1925, IV. — ¹⁰ Komotzky: Virchows Arch. f. path. Anat. u. Physiol., 1924. — ¹¹ v. Varga: Adatok a malaria vérképéhez. O. H., 1927, 26. sz., 729. o. — ¹² v. Varga: Az 1925. év tavaszán fellépő influenzás megbetegedések vérképe. O. H., 1926, 43. sz., 1169. o. — ¹³ v. Varga: Rigler emlékkönyv. 1926, 170. o. A halált közvetlenül megelőző és követő vérképekről. — ¹⁴ v. Varga: Párhuzam a Schilling-Arneth-féle vérkép és a vörösvértestek süllyedési sebes-

sége között. O. H., 1928, 47. sz., 1313. o. — ¹⁵ v. Varga: Az Arneth-Schilling-vérkép diagnostikai és prognostikai jelentősége. Pályamunka. 1926. Kézirat. — ¹⁶ Ifj. Jancsó Miklós: Új pharmacologiai hatástypus a reticuloendothelre. O. H., 1927, 12. sz., 310. o. — ¹⁷ Parrisius u. Schlopsnies: Über die Absterbevorgänge an den weissen Blutkörperchen in vitro. Fol. Haem., XXXIV., 90. sz.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter-tudományegyetem II. számú női klinikájának közleménye (igazgató: Tóth István dr. egyetemi nyilvános rendes tanár).

Lábgangraena a gyermekágyban.*

Írta: Simonovits Sándor dr. klinikai tanársegéd.

A gyermekágyi spontan gangraena igen ritka megbetegedés, mely klinikánkon eddig még sohasem fordult elő. Az irodalom 93 ilyen esetet ismer: hozzá akarván járulni az irodalom kibővítéséhez, teljes részletességgel közöljük a 94-iket. Bár meg kell jegyeznünk, hogy itt a számszerűség kérdésében meglehetősen zavar uralkodik, mert p. o. Bartels és Estrinnek¹ egy évvel ezelőtt megjelent munkájában közölt hasonló esetet, mint az eddig az irodalomban ismert 63 esethez csatlakozó 64-iket mutatják be s általában az e tárggyal közleményekben foglalkozó orvosok véleménye e számokat illetőleg ellentétes.

1928 február 24-én 35 éves, férjezett, először terhes nő keresi fel klinikánk szülőosztályát. Kiállott betegségekre nem emékszik. Első menstruációját 14 éves korában kapta, azóta rendszeren, négyhetenkint jelentkező, 3-4 napig tartó, közepes vérzéssel jár, görcsök nélkül. Utolsó tisztulása 1927 május 9-én. Először érzett magzatmozgás ideje szeptember 17.

Általános állapota felvételkor: közepesen fejlett és táplált, 165 cm magas, terhes nő, ép izom- és csontrendszerrel. Bőr színe normalis. Látható nyálkahártyák élénk pirosak. Tüdő, szív ép. Idegrendszer kóroselváltozást nem mutat. Mindkét alszáron kisfokú vizenyő; varicositas nincs. Vizeletben: igen csekély mennyiségben fehérje; nyenyet, cukrot nem találunk. T.: 36-8. P. 84.

A medence normalis nagyságú. Genitalis lelet: kétujnyi méhszáj, nagyrészt kifejtett nyakcsatorna, álló burok, előlfekvő rész a koponya kis segmentummal a

Renyhe fájások. 12 óra múlva burokrepedés. A fábemenetbe nyomva. Conjugata diagonalis nem mérhető. Jások erősítésére ½ g chinint adunk per os, majd intravenásan, mire 3 óra múlva — miután előzőleg a magas rigid gáton episiotomiát végeztünk, — megszületik spontan az 51 cm hosszú, 3300 g súlyú, 36½ cm fejkerületű, érett fiúmagzat a II. koponyafekvés mechanizmusa szerint. 15 peres múlva spontan távozik az ép lepény, hiánytalan burkaival, magzati felszínnel. Az episiotomia sebet műtőasztalon, ½%-os novocain anaesthesiában lege artis varrjuk. Vérvesztés a szülés alatt jelentéktelen. A méh jól összehúzódott. Atonia nincs.

A gyermekágy első napja láztalan. Rendelés: priessnitz, ergotin- és Strauss-diaeta.

A 2. nap a T. d. u. 38-2-re emelkedik, P.: 96. Gastrikus panaszok. Többször hányt. 3. nap a T. maximuma 37-4 P.: 80, fundus két harántujjal van a köldök alatt, véres folyás. Vizeletben kóros alkatrészeket nem, Strauss-diaetát megszüntetjük.

4. nap: T. maximuma 37-6, P.: 80. Fundus magasága nem változott, a folyás véres, ezért 3-szor 20 csepp gynergent rendelünk. Wassermann-reactio negativ. 5. nap a folyás még véres. 6. nap: a fundus még mindig csak 4 harántujjal van a köldök alatt s a folyás változatlanul véres, ezért 3-szor 30 csepp gynergent kap. T.: 37-6, P.: 80. 7. nap: változatlan a lelet. 8. nap: fundus három ujjal van a symphysis felett. A folyás hűslészerűvé válik. T. maximuma 37-0, P. 84. Az asszony jól érzi magát.

9. nap: változatlan genitalis lelet mellett kisebb húzófájdalmak, mérsékelt érzékenység lép fel a bal láb-száron, ami a gastrocnemiusok felett a legkifejezettebb,

* Előadta a Budapesti Kir. Orvosegyesület gynaecologiai szakosztályának 1928 május hó 21-én tartott tudományos ülésén.

¹ Zbl. f. gyn. 1927.

ugyanitt kistokú vizenyő is észlelhető. T. 36.9 s bár a P. száma 88, a lábat óvatosságból nyugalomba helyezük, felpoekoljuk s páraötést alkalmazunk. Varratki-szedés: a gát alsó része felületesen szétvált s kissé lepedékes. 10. nap: T. 38.0-ig emelkedik, P. 100. A fundus még mindig két ujjal van a symphysis felett, folyás



húslészerű. Az érzékenység, valamint a vizenyő változatlanul csekély. 11. nap: hasonló a lelet. 12. nap: méhfenék két ujjal a symphysis felett tapintható. Húslészerű folyás. Gátseb fetisztult. T. 37.4, a P. száma azonban felszökik 120-ra s délelőtt 11-től fokozódó intenzitású hasogató fájdalmakról panaszodik a bal lábon. Az alszáron elváltozást nem találunk, a vizenyő nem fokozódott. Pár óra múlva a fájdalmak rendkívül hevesekké válnak, gelonida s allonal ismételt adagolására sem szűnik meg s 8 óra múlva is még oly kínzó, hogy 1 cm³ domatrint adunk intramuscularisan, mire kissé enyhülnek. Az alszár kékesen színezett, hűvös, főképp az ujjak, érzékenységük csökkent, a tűszúrást alig érzi. A láb activ mozgathatósága korlátozott. A gynergen-adagolást beszüntetjük. Két óra múlva tűrhetetlen fájdalmak miatt újabb domatrin injectio.

13. nap: rossz közérzet. Reggeli T. 38.0, P. 120, fundus a symphysis felett két ujjal. Húslészerű folyás. Az



alszár alsó része, a bokatáj hideg tapintatú és kék színű. Az alszár vizenyője nőtt s a combra is ráterjed. Az arteria dorsalis pedis nem pulzál, hasonlóképpen nem érezzük az arteria poplitea lüktetését sem, a bal arteria femoralis pulsatiója lényegesen gyengébb, mint a jobb oldalon. Sebésszel való (Matolay adjunctus) consultálás alkalmával az embolektomia gondolata is felmerül, azon-

ban a bizonytalan localisatio miatt ez nem jöhet számításba. Rendelés: a láb melegítése. Délben a fájdalmak erősen fokozódnak. Délután a T. 38.2, majd 39.9-re emelkedik, a pulzusszám pedig 152. A lividitás még kifejezettebb. Fehérvérsejtszám 10.600, különben a vérkép normalis. Belgyógyászati lelet: sine morbo interno.

14. nap: a hőmérséklet, pulzusszám nagyjában változatlan, hasonlóképpen a lábfej is, mely változatlanul hideg, szederjeské. A gangraena kezd kialakulni. A vizenyő fokozódik. A két alsó végtag közti különbség a comb felső részének niveaujában 11 cm, a boka táján 2 cm. A délután folyamán úgy látszik a melegítés hatására a keringés kezd visszatérni, az arteria poplitea lüktetése kezd érzékelhetővé válni, a lividitas felső határa, mely az alszár középső és alsó harmadának határán futott, lejjebb szállt, a láb kezd átmelegedni. A bőr alatti vénák látható erősebb kitágulása a collateralis keringés helyreállítására utalnak.

15. nap: T.: 37.8. P. 134, az egész lábfej átmelegedett és szederjés színe helyett piros árnyalatot vett fel. Tapintata meleg, csupán az öregujj és a szomszédos első ujj (második) tartotta meg szederjés sötétkék színét és hideg tapintatát. E két ujj lividitása az ép rész felé éles vonallal van elhatárolva, felette a bőr laza, ráncba emelhető és kevésbé érzékeny, míg egyebütt tapintásra elég kifejezett érzékenység áll fenn.

18. nap: T. maximuma 38.1, a pulzus leszállt 120-ra, jóllehet a vizenyő fokozódott. A láb nem fájdalmas. Az alszár alsó harmadán, de különösen a talpon a bőr hólyagokban felemelkedik. Felszúrjuk és xeroformmal hintjük be.

Ami a további lefolyást illeti, a közérzet állandóan javul, a gangraena mindinkább kifejezettebb. A lábujjak egészen feketék és kemények s a talp többi részétől élesen elhatároltak. A vizenyő egy ideig még változatlanul fennáll, a gyermekágy 22. napján azonban esőkenni kezd s nyolc héttel a szülés után a comb duzzanata teljesen megszűnt s az alszár csak 3 cm-rel vastagabb, mint a jobb láb. E duzzanat azonban újabb keletű s az asszony felültetésének s a láb mozgatásának a következménye. Ez idő alatt a hőmérséklet egy-két közbeeső fellobbanástól eltekintve, fokozatosan 37°C alá szállt, a pulzusszám pedig 80 alá. A felhólyagzások begyógyultak s az asszony teljesen jól érzi magát.

A felvételek közül egy a gyermekágy 15. napján, egy pedig a 60. napon, tehát 45 nappal az első felvétel után készült, amikor a keringési zavar okozta szederjés elszíneződés már csak két ujra szorítkozott.

Áttekintve az eddigi lefolyást, megállapíthatjuk a következőket: a méh a gyermekágy harmadik napjától kezdve subinvolvált, fundusa a negyedik nap is még két harántujjal van a köldök alatt s a folyás véres. Ezért naponta háromszor 20 csepp gynergent kap s a hatodik nap a gynergen-adagot ugyanezen okból háromszor 30 csepre emeljük fel. A kilencedik napon — tehát az állandó gynergenadagolás hatodik napján — lappangva kezdődik a folyamat, a betegnek eleinte apró húzó fájdalmak egy idő múlva a tűrhetlenségig fokozódnak s a lábnak, illetve ujjaknak szederjés elszíneződése, hideg volta azok elhalásához vezet.

Diagnosisunk: gyermekágyi gangraena, melyhez ugyanezen lábnak a thrombosisa társul.

Diagnosisunk felállításánál az aetiológiát illetőleg szóba jöhettek volna a különböző fertőző betegségeken (typhus, scarlatina, diphtheria, pneumonia, influenza stb.) kívül az arteriosklerosis, diabetes, lues, továbbá a thrombosis, embolia és végül a gyögyszerhatás.

Fertőző betegségek felvételére azonban semmilyen támpontunk nem volt.

A szív normalis nagysága, a tiszta szívhangok, a szívverés rhythmusa, a verőerek állapota s a pulzus minősége, mind arteriosklerosis ellen szóltak. A vizeletben cukrot nem találtunk, a vér Wassermann-reactiója negatív volt, úgy, hogy diabetezzel, sem luesel nem állhattunk szemben.

Nem óhajtjuk a differentaldiagnosiz szempontjából szóba jöhető összes tüneteket felsorolni, mert ez egyrészt felesleges is, hisz a kórkép az első benyomásra is kizárta az eddig felsorolt betegségek fennállását, másrészt azonban egy pár egész durva, de a kórképet bizonyító,

arra különlegesen jellemző tünet felsorolását, illetőleg azok jelen nem létét a teljesség kedvéért szükségesnek tartjuk megemlíteni.

A thrombosis és embolia kérdésével már részletesebben kell foglalkoznunk. *Wormser*nek² a beosztásából, mint legcélszerűbből indulunk ki. Ő a gyermekágyi gangraena három formáját különbözteti meg s arteriosus, venosus és vegyes formáról beszél.

Az arteriosus formánál a gangraena oka az arteriás elzáródás, mely vagy elsődleges, vagy másodlagos s melynek oka vagy septikus, illetve toxikus alapon fejlődött arteriitis, illetve endarteriitis és thrombosis, vagy aseptikus thrombosis, vagy végül embolia. A thrombosisok ily módon aetiologiai alapon való kettéválasztása azonban még nem egészen tisztázott kérdés s igen eltérőek a nézetek afelől, hogy egy gyermekágyban fellépett thrombosis minden esetben — mint a „gyermekágyi láz“, tehát egy sebfertőzés egyik megnyilvánulásának tekintjük-e, vagy beszélhetünk-e a gyermekágyban fellépett aseptikus thrombosisról olyankor, amikor semmiféle vizsgálattal sem sikerül alapot találni fertőző esirák által okozott eredet felvételére. Ez utóbbi álláspont védelmezői *Bumm*, *Olshausen*, *Fehling*, *Krönig*, *Aschoff* és mások.

Bármiként áll is a helyzet betegünknel, az infekciót illetőleg, az elsődleges vagy másodlagos arteriás thrombosis, mint gangraenát kiváltó okot el kellett vetnünk, függetlenül attól, hogy a thrombosis septikus, vagy aseptikus.

Ha ugyanis elsődleges aseptikus arteriás thrombosis lett volna a gangraena oka, úgy az arteria femoralis lüktetését nem érezhetjük volna. Az elsődleges arteriás thrombosis ugyanis vagy a méhlepény helyéről, vagy pedig magából az arteria uterinából indul ki, az arteria hypogastrikan át továbbterjedhet az arteria iliaca communisig s innen az arteria iliaca externába s az arteria femoralisba; vagy esetleg felemelkedve az aortáig, a másik oldali arteria iliaca communist is elzárhatja.

Ha pedig elsődleges endarteriitis következtében beállt thrombosisal álltunk volna szemben, úgy az előzőleg nem pulzáló arteria poplitea lüktetése másnap nem lett volna érezhető; ilyen rövid idő alatt a thrombus nem zsugorodhatik össze.

A gangraena oka másodlagos arteriás elzáródás sem lehetett; mert másodlagos arteriitis esetében az arteriát egy szomszédságában futó vénából kiinduló gyulladás vagy genyedés támadja meg. Thrombophlebitis — periphlebitis — periarteriitis — endarteriitis jelzi a folyamat tovaterjedésének útját. A helyzet a gangraenát illetőleg ugyanaz, mint ha az ok elsődleges arteriitis következtében beállt thrombosis volna.

Ha pedig a méhlepény helyéről indul ki a gangraenát előidéző másodlagos thrombosis, úgy az arteria femoralis lüktetését ez esetben sem érezhetjük volna.

A másodlagos arteriás thrombosis oka lehet még a vénás keringés teljes megszűnése, ez esetben azonban a vizenyőnek meg kellett volna előznie a gangraenát.

Bumm a septikus thrombophlebitishez csatlakozó vétagangraena létrejöttét úgy magyarázza, hogy egy — a combvenában levő thrombosis következtében a távollévő érterületeken lévő keringés megszűnik, különösen akkor, ha mint egyes betegségeknél, szívujjoknál, anaemiáknál stb. az arteriosus vérnyomás csekély.

A venosus formánál a gangraena oka a vénák elzáródása. Itt a gangraena keletkezése azonban csak az

összes vénák elzáródásával lenne magyarázható, amint ezt *Wormser* és *Guggisberg* is hangsúlyozzák. Ez pedig — tekintve a láb igen bő collateralis hálózatát — csak igen ritkán jöhet létre, továbbá egyrészt itt is meg kellett volna a vizenyőnek előznie a gangraenát, másrészt pedig a vizenyőnek igen nagyfokúnak kellett volna lenni, már pedig az általunk közölt esetben a gangraena az elsődleges s a vizenyő a gangraena megjelenésekor még igen csekély.

A vegyes formánál a gangraena az arteriás és vénás érrendszer egyidejű elzáródásával magyarázható. Ez esetben is azonban meg kellett előznie a vizenyőnek a gangraenát, vagy legalább is azzal egy időben kell jelentkeznie.

Hogy a gyermekágyi gangraena a legtöbbször az alsó és nem a felső végtagon jelentkezik, arra egyéb hajlamosító tényezőknek is szerepe van, amellyel jelenleg foglalkozni nem óhajtunk, csak éppen megemlítjük, hogy ilyen ok lehet a vénás visszafolyás akadályozottsága folytán meglágyodott vérkeringés vagy talán egy már fennálló thrombophlebitis által okozott érkörűlgyulladás egy arteriának, amely endarteriitishez vezet, amely mellett septikus embolusnak a megtapadása s az ekörűl fejlődő arteriás thrombosis könnyen elképzelhető.

A gangraena oka — mint említettük — embolia is lehet, amely ismét elsődleges vagy másodlagos.

Az elsődleges embolusok legnagyobb része, — amint ez *Wormser* összeállításából is kitűnik, — endocarditis következtében megbetegedett szívbillentyűktől származik.

A másodlagos embolus nyitott foramen ovale esetében ezen keresztül jut a vénás vércsőből az arteriás vércsőbe.

Esetünkben elváltozások a szív részéről nem voltak kimutathatók. Különböző is egyrészt igen tekintélyes embolusnak kellene lennie annak, amely a femoralist illetve popliteát teljesen elzárja, másrészt az embolia következtében beálló gangraenánál az elváltozások rendkívül gyorsan jelentkeznek esetünkben a gangraena aránylag lassúbb kifejlődése is az embolia ellen szól.

Esetünkben tehát a gangraena keletkezésének itt eddig felsorolt összes lehetőségeit el kellett vetnünk.

Hátra van még a gyógyszerhatás.

Már régen ismeretes a secale cornutumnak az a hatása, hogy nőknél heves méhösszehúzóásokat vált ki. E hatás főelőidézője a *Barger* és *Dale* által vegytisztán előállított ergotoxin, amely mellett p. hydroxylphenyl-aethylamint és imidazolyl-aethylamint talált. 1918-ban *Stoll*nak sikerült előállítani az ergotamin, mely az ergotoxinnál húszszorta erősebb. A gynergen pedig az ergotamin borkősavas sója.

Tudjuk, hogy a secale cornutum egyike e legerősebb sympathicus-izgatóknak hatására úgy a méh, mint az érfalak síma izomelemei tartós contractióba jutnak, mely legkifejezettebb a peripheriákon. Tudjuk ugyanis, hogy régebben, mikor az anyarozs még kedvelt magzatúzó szer volt, néha járványszerűen lépett fel az ú. n. ergotismus gangraenosus, mely az egyes végtagok száraz üszkösödéséből állt, melynek oka az érösszehúzás egyes helyein állandósult érgöres volt. Az ergotoxin s az ergotamin hasonló hatásáról már több közlemény számolt be. *Guggisberg*, újabban *Caffier*⁴ egy nagyobb tanulmányban közölt erre vonatkozó adatokat. Ugyancsak értékes adatokat nyerünk a gynergen ily irányú hatásáról azokból a közleményekből, amelyek *Heyer*⁵ s leg-

² Zbl. f. gyn. 1900, 44. sz.

³ Zbl. f. gyn. 1901, 4. sz.

⁴ *Caffier*: Zschr. f. Geb. u. Gyn. 92. sz.

⁵ *Heyer*: Zbl. f. Gyn. 1928, 10. sz.

újabb *Brandess*⁶ és *Kienlin*⁷ tollából láttak napvilágot klinikai esetek kapcsán s melyek mind a gynergenhatás következtében beállt végtaggangraenáról számolnak be.

Az alábbi megokolás alapján mi egy gynergenadagolás következtében beálló gyermekági spontán gangraenát nem tudunk teljes bizonyossággal kizárni.

Betegünknel az erős subinvolutio, a még hetedik napon is fennálló véres gyermekági folyás miatt kilenc napon keresztül (a gyermekági negyedik napjától a tizenkettedik napig) gynergent adagoltunk. Így ez esetben a gynergenadagolás időtartama az átlagos ergotina-adagolás idejénél hosszabb volt s ezen felül — tekintettel a méh összehúzóadásának állandó renyhességére, — az adagot napi 30 cseppre emeltük fel, *ezzel azonban még mindig nem haladtuk túl azt a mennyiséget, amit a gyógyszerelőállító gyár, mint napi maximális mennyiséget jelöl meg.*

Esetünkben a gynergennek a hatását s az egyik lábra való localisatióját — mit különben az irodalomban közölt esetek is bizonyítanak, — elősegíthette e végtag érrendszerének valószínűleg fennálló kóros elváltozása, hisz az anamnesisből tudjuk, hogy már a terhesség előtt is gyakran léptek fel e végtagon kellemetlen érzések, zibbadások. E végtag tehát a gynergennel szemben mintegy locus minoris resistentiae szerepelt s érthetővé válik, hogy a gynergenhatás e végtagon kóros elváltozást idéz elő akkor, amikor a többi végtag érrendszere kórosan még nem reagál s amikor egy tulajdonképeni ergotismusról az egész szervezetet illetőleg még nem beszélhetünk. Az általános kórtan számos analogiája a bizonyítéka annak, hogy egy méreghatás egyelőre biztosan nem ismert okok folytán csak egyes helyeken jut érvényre.

Igen tanulságos a *Heyer* által közölt eset, ahol a gynergenadagolás következtében keletkezett végtaggangraena miatt a lábat amputálni kellett; itt az összes arteriáknak igen erős contractiója volt jelen.

Bár az ergotismus gangraenosusra jellemző tünetek egy csoportja hiányzik a kórképből, mégis az összes egyéb lehetőségek kizárásával azt kell mondanunk, hogy a gynergen — ha nem is kizárólagos oka, de a valószínűleg fennálló kóros elváltozások mellett lehetséges, hogy egyik kiváltója volt a gangraenának, s a gyakorlat szempontjából ez fontos.

A gynergen egy megbízhatóan működő, ezért igen fontos és áldásos szer, különösen a szülés harmadik szakában, főképen atoniáknál, amikor gyors segítségre van szükség. Az adagolást illetőleg azonban elővigyázatossággal kell eljárni s itt hivatkozom irodalmi adatokra (*Heyer*), melyek azt bizonyítják, hogy a gynergen már kis adagokban is kellemetlen tüneteket okozhat, sőt veszélyessé is válhat.

A mi megfigyeléseink is azt mutatják, hogy e mellékünetek tényleg gyakran következnek be. Amióta gynergent adunk, feltűnően megnövekedett a lábfájások száma. Az asszonyok a gyermekági V—VI. napján arról panaszkodnak, hogy fáj a lábuk. A fájdalmakat főleg az alszárakra localizálják. A láb ilyenkor nem duzzadt még, bár nyomásra érzékeny. Az óvatosság helyénvaló. A lábakat nyugalomba helyezük s a gynergenadagolást megszüntetjük. A tünetek lassan visszafejlődnek, az asszony meggyógyul. Meg kell jegyeznünk, hogy e lábfájások gyakrabban fordultak elő olyan asszonyoknál, akiknek már előzőleg phlebitisük vagy varixaik voltak, ahol tehát az érfal bántalmazottsága, kisebb ellenállóképessége nyilvánvaló.

Mindent összevetve azt mondhatjuk, hogy:

1. A gynergen igen jó, hatásában az eddigieket felülmúló méhösszehúzó szer.

2. A gynergen nagyobb adagban sok esetben érgöresöt s eddig néhány esetben következményes gangraenát is okozott.

3. Ezért szükség esetén is csak kis mennyiségben nyújtunk s ha már maximális dosist adunk, akkor sem tartósan.

Ami az alkalmazási módját illeti, az intramuscularis injectiókat csak akkor használjuk, ha gyors hatás elérésére van szükségünk, a *Mikulitz—Radetzky*⁸ ajánlotta intravenás injectiók alkalmazásától pedig — tekintve a tanulságul szolgáló esetek kis számát — egyelőre tartózkodunk.

A therapiát illetőleg hőhatásokkal, a peripheriás erek kitágításával a folyamatot megállíthatjuk, sőt igen lényeges javulást idézhetünk elő.

A rendelkezésünkre álló egy eset alapján is ellent kell mondanunk *Wormsernek*, aki szerint minden gangraenát feltétlenül operálni kell. Statistikája szerint 24 operált (amputált) beteg közül meghalt 6 s a 30 nem operált mind. Ezzel szemben véleményünk: nem szabad általánosítani. Mi csak egy esetre hivatkozhatunk, azt nem operáltuk s mégis megmaradt. Az amputációval a javulás lehetőségének végső határáig várunk kell, mert egy elcsúszott amputatio soha be nem hozható kárt okoz; viszont saját esetünkben is látjuk, mit az utóbbi időben *Brandess*, *Kienlin* eseteivel is megerősíthetünk, hogy az igen súlyos kórkép megfelelő kezelés, kellő türelem mellett lényegesen javulhat s a mi esetünkben az asszony egy ujj elvesztése árán a lábát is megtarthatta.

A Stefánia gyermekkorhízzal kapcsolatos budapesti egyetemi gyermekklinika közleménye (igazgató: Bókay János dr. egyet. nyilv. rendes tanár).

A Bacillus Breslaviensis mint csecsemőkori furunculosis és genyes agyhártyagyulladás kórokozója.*

Irta: *Teveli Zoltán dr.*

A paratyphusenteritis bakteriumcsoport tagjai közül a bacillus paratyphi A serologialag és biochemialag különálló bakteriumfajt képvisel és a bacillus enteritidis *Gärtner* serologiai különállása sem kétséges. A paratyphusenteritis bakteriumcsoport többi tagjainak, a tágabb értelemben vett paratyphus B csoportnak, systematikája részben még ma is vita tárgyát képezi. *Schottmüller* typhusos megbetegedések egy részének kórokozójául Gram-negatív, élénken mozgó, szőlőcukrot gázfejlődés közben bontó, tejcukrot nem erjesztő pálcát ismert meg. A *Schottmüller-féle bacillus paratyphi B* receptorkészülékében kétségtelenül közel áll embernél észlelhető, húsmérgezés okozta gyomor-bélhurutok kórokozóihoz, amelyek különböző néven (*Bacillus enteritidis* Breslau, *Bacillus Breslaviensis*, *Bacillus Aertryck de Nobèle*, stb.) szerepelnek az irodalomban, közel áll továbbá állatok béltractusában fellelhető parasita és saprophyta jellegű bakteriumokhoz. (*Bacillus typhi murium*, *bacillus abortinoequinus*, *Bacillus suipestifer* stb.)

A *kieli iskola*, nevezetesen *Trautmann*, *Bitter*, *Reiner Müller* hangsúlyozta először azt, hogy a legtöbbnyire typhusos kórképet okozó *Bacillus paratyphi B* bakte-

⁶ *Mikulitz—Radetzky*: Klin. Woch. 1927.

* Előadta a Magyar Gyermekorvostársaság 1929. évi nagygyűlésén.

⁶ *Brandess*: Zbl. f. Gyn. 1928, 10. sz.

⁷ *Kienlin*: Zbl. f. Gyn., 1928, 10. sz.

riológiai és főleg serológiai különállásánál fogva nem sorozható a húsmérgezést okozó baktériumokkal azonos fajba. *Uhlenhuth, Seiffert, Barth, Elkeles* a húsmérgezés eseteiből tenyésztett paratyphusbacillusokat a *Bacillus paratyphi B* minusvariansának tekintik, a két baktériumféleség között átmenetet és variációt láttak.

Manninger nagyszámú paratyphus baktériumtörzsen végzett receptoranalízis alapján az úgynevezett paratyphus B-csoporton belül három különálló baktériumfajt különböztet meg: *Bacillus paratyphi B*, csak emberre pathogen, legtöbbször typhosus kórképet idéz elő. *Bacillus Breslaviensis*, embernél legtöbbször gyomor-bélhurttal járó megbetegedést okoz, azonkívül különböző állati járványok kórokozója. *Bacillus suipestifer*, embernél húsmérgezést okoz, azonos a sertés béltractusából sertésvész eseteiben tenyésztendő baktériummal. A három fajnak közös receptorai is vannak, a *Bacillus Breslaviensis* receptorban szegényebb, a *Bacillus suipestifer* receptorban legszegényebb. Bizonyos törzssel készített agglutináló savó összes agglutininjét csak fajazonos baktérium köti le.

Blühdorn, Salés és Vallery-Radot, Gildermeister és Bärthlein figyelmeztet arra, hogy a csecsemőkori paratyphusmegbetegedések nem ritkák, holott az irodalomban 100-nál alig több paratyphusmegbetegedés közöltetett. A csecsemőkori úgy a *Bacillus paratyphi-B*, mint a *Bacillus Breslaviensis* okozhat megbetegedést és mindkét baktériumféleség a legkülönbözőbb kórformák előidézője lehet. *Goebel* igen súlyos, gastroenteritissel járó *Bacillus Breslaviensis* okozta járványt észlelt.

Weil és Saxl, majd *Malyschen* serológiailag a *Glaesser-Voldagsen*-csoportba tartozó, septikaemiát okozó törzseket írják le. *Langwill* *Bacillus paratyphi-C* néven, *Ssokoloff, Matroseff, Fedorejef* *Bacillus paratyphi N* néven tesznek közlést hasonló genyedet okozó paratyphustörzsekről. Mindezeket a baktériumokat *Manninger* részben saját serológiai vizsgálatai, részben az irodalmi adatok kritikái mérlegelése alapján a *suipestifer* fajba sorozza.

Bacillus paratyphi B okozta genyedések is szerepelnek elvéve az irodalomban. Ismeretes a *Bacillus paratyphi B* által előidézett pyelitis, cystitis, nephritis, cholecystitis, osteomyelitis, arthritis, meningitis, otitis, pyoovarium és pleuritis. A gyermekkorban *Arzt és Boese, Boonacker és Gorter, Wordley, Artom, Tillgren és Troell, Voigt, Wagner, Franz, Lewis, Brahdny és Bernard* írtak le genyedéses megbetegedéseket, melyeket a *Bacillus paratyphi B* okozott.

A *Bacillus Breslaviensis* genyedet okozó tulajdonságáról nem találtam közlést.

A *Furunculosis paratyphosa* tudtommal csak egyszer szerepel az irodalomban. *Geilinger* 1909-ben felnőtt férfi nyaki furunculusból tenyésztett ki paratyphusbaktériumot, a baktérium azonban nem tiszta tenyészetben volt jelen a furunculus genyében. A *Geilinger*-féle törzs faji hovatartozása serológiai viselkedése alapján nem határozható meg, nem valószínű azonban, hogy *Aertryck-Breslau*-typusú törzs volt.

Furunculosisban és következményes genyes agyhártyagyulladásban szenvedő csecsemő bőralatti tályogjainak genyében és gerinevelőfolyadékában tiszta tenyészetben találtunk Gram-negatív, Endo-féle agarlemezen fehér telepeket képező, élénken mozgó, szőlőcukrot gázfejlődés közben bontó, tejet nem alvasztó pálcát. A csecsemő széklete mindig normalis volt, hányás nála nem mutatkozott, hőmérséklete a meningealis tünetek fellépéséig 36° és 37,4° között ingadozott, a me-

ningealis tünetek fellépésével egyidejűleg 39,5°-ig terjedő láz lépett fel. A csecsemő születésétől fogva mérsékelten tápláltatott. Háromhetes korában furunculosis, hatodik életévében láz és meningealis tünetek léptek nála fel. Ismételt gerincesapolásnál zavaros gerinefolyadék ürült. A beteg vérsavója a gerinefolyadékból tenyésztett baktériumot 1:200 hígításban agglutinálta. A csecsemő hathetes korában exitált. Sectionál (*Zalka Ödön dr. egy. magántanár*) a béltractus és az epehólyag részéről elváltozás nem volt kimutatható. A sectio kapcsán a bakteriológiai vizsgálatot megisméltük. Az epehólyag tartalma steril volt, a bőr alatti tályogok genyéből és a lépből tiszta tenyészetben nyertük a fentemlített baktériumot. A csecsemő fertőződésének módját biztosan nem tudtuk megállapítani, az anya az anamnesis felvételekor már nem élt (suicidium), utolsó terhessége alatt sem typhosus, sem hasmenéses megbetegedésben nem szenvedett.

A továbbiakban az volt a feladatunk, hogy a baktérium faji hovatartozását megállapítsuk és azt más rokon törzsekkel összehasonlítsuk.

Az agglutinációhoz szükséges savókat és törzseket *Manninger* tanár úr volt szíves rendelkezésünkre bocsátani. A genyedésből tenyésztett törzssel végzett serológiai vizsgálatok egy részét a következőkben ismertjük:

Pty. törzsgeny:	1:50	1:100	1:200	1:400	1:800	1:1600	1:3200	1:6400
B. pty. A savó: titer: 1:4000	—	—	—	—	—	—	—	—
B. enter. Gärtner savó: titer: 1:4000	—	—	—	—	—	—	—	—
B. pty. B savó: titer: 1:4000	+	+	+	+	+	+	+	+
B. Breslav. savó: titer: 1:12800	+	+	+	+	+	+	+	+
B. suipestifer savó: titer: 1:10000	—	—	—	—	—	—	—	—

A fenti táblázat szerint a kérdéses törzset csak a *Bacillus paratyphi B* és *Bacillus Breslaviensis*-savó agglutinálta, még pedig a *Bacillus Breslaviensis*-savó a végtiterhez legközelebb eső hígításban. Tekintettel azonban az eredmény rendkívüli ségére és a paratyphusbacillusok receptorainak variabilitására, a receptoranalízist is szükségesnek tartottuk.

Castellani-féle kimerítési kísérlet 1:50 hígítású Bac. Breslaviensis savóval (titer: 1:12.800):

I. phasis: *Bacillus suipestiferrel* kimerítés.
 II. phasis: Agglutinatio Bac. suipestiferrel: 0.
 „ Bac. Breslaviensis-sel: 1: 800-ig pos.
 „ Bac. paratyphi B-vel: 1: 400-ig pos.
 „ geny. pty. bac.-sal: 1: 800-ig pos.

I. phasis: *Bacillus Breslaviensis-sel* kimerítés.
 II. phasis: Agglutinatio Bac. suipestiferrel: 0.
 „ Bac. Breslaviensis-sel: 0.
 „ Bac. paratyphi B-vel: 0.
 „ geny. pty. bac.-sal: 0.

I. phasis: *Bacillus paratyphi B-vel* kimerítés.
 II. phasis: Agglutinatio Bac. suipestiferrel: 0.
 „ Bac. Breslaviensis-sel: 1: 800-ig pos.
 „ Bac. paratyphi B-vel: 0.
 „ geny. pty. bac.-sal: 1: 800-ig pos.

I. phasis: *geny. pty. bac.-sal* kimerítés.
 II. phasis: Agglutinatio Bac. suipestiferrel: 0.
 „ Bac. Breslaviensis-sel: 0.
 „ Bac. paratyphi B-vel: 0.
 „ geny. pty. bac.-sal: 0.

Castellani-féle kimerítési kísérlet 1:50 hígítású Bac. paratyphi B savóval (titer: 1:4000):

I. phasis:	<i>Bacillus suipestiferrel kimerítés.</i>	
II. phasis:	Agglutinatio	Bac. suipestiferrel: 0.
	"	Bac. Breslaviensissel: 1: 200-ig pos.
	"	Bac. paratyphi B-vel: 1: 800-ig pos.
	"	geny. pty. bac.-sal: 1: 100-ig pos.
I. phasis:	<i>Bacillus Breslaviensissel kimerítés.</i>	
II. phasis:	Agglutinatio	Bac. suipestiferrel: 0.
	"	Bac. Breslaviensissel: 0.
	"	Bac. paratyphi B-vel: 1: 800-ig pos.
	"	geny. pty. bac.-sal: 0.
I. phasis:	<i>Bacillus paratyphi B-vel kimerítés.</i>	
II. phasis:	Agglutinatio	Bac. suipestiferrel: 0.
	"	Bac. Breslaviensissel: 0.
	"	Bac. paratyphi B-vel: 0.
	"	geny. pty. bac.-sal: 0.
I. phasis:	<i>geny. pty. bac.-sal kimerítés.</i>	
II. phasis:	Agglutinatio	Bac. suipestiferrel: 0.
	"	Bac. Breslaviensissel: 0.
	"	Bac. paratyphi B-vel: 1: 800-ig pos.
	"	geny. pty. bac.-sal: 0.

A fentiek szerint tehát a genyből tenyésztett paratyphustörzs serologiaiilag azonosan viselkedett a Bacillus Breslaviensissel. Minthogy a Phylaxia Serumtermelő Intézet nagyobb mennyiségű Breslau-savót volt szíves rendelkezésünkre bocsátani, ezzel a savóval háromszor volt alkalmunk receptoranalízist végezni, úgyhogy a furunculus genyéből tenyésztett törzset a gerinefolyadékból és lépből tenyésztett törzsszel helyettesítettük. Kisebb quantitativ különbségektől eltekintve, mindig ugyanazt az eredményt kaptuk, ezek a kisebb eltérések pedig a paratyphus-bacillus receptorainak ismert variabilitásával magyarázhatók.

A genyből tenyésztett törzs bakteriologiaiilag és az állatkísérletben is a Bacillus Breslaviensissel azonosan viselkedett. Agar-lemezen és Endo-lemezen szobahőmérsékleten nyálkasánc-képződést nem mutatott. A 24 órás ferdeagar-tenyésztéssel megetetett fehéregér 2 nap múlva septikaemiában elpusztult, az állat szívveréből és lépből tenyésztett bakteriumot a Breslau-savó 1:6400 hígításban agglutinálta.

Sonnenschein olyan bakteriophagot nyert, amely az ő vizsgálataiban csakis a Bacillus paratyphi B telepein okozott bakteriophagiát. A Sonnenschein-féle diagnostikus bakteriophagot eddig alkalmam volt 8 Bacillus Breslaviensis-, 4 Bacillus paratyphi B-, 15 coli- és 15 typhus-törzsön alkalmazni. Mind a 4 Bacillus paratyphi B-törzs telepein kifejezett bakteriophagiát láttam, a többi említett törzs és a genyből tenyésztett bakterium telepein bakteriophagia nem volt megállapítható.

Végül megemlítem azokat az állatkísérleteket, melyeket fehér patkányokon végeztem a furunculusból tenyésztett Bacillus Breslaviensis-törzsszel és 3 másik Breslau-törzsszel. Egy 24 órás ferdeagar-tenyészetet 5 cm³ physiologiás NaCl-oldattal emulgeáltam és ebből az emulsióból oltottam patkány bőre alá 0.5–3.0 cm³-t. Az egyes törzsek virulentiája között különbség nem volt kimutatható, az állatok 2–5 nap alatt septikaemiában elpusztultak. Az injectio helyén keletkezett véres savós exsudatumból, az állatok szívveréből és lépből tenyésztett bacillusokat a Breslau-savó végtiteréhez közel agglutinálta.

Irodalom: Appelbaum: Arch. Pediatr., 1925, 607. l. — Artom: Peditria, 1923, 515. l. — Arzt és Boese: Wien. klin. Wschr., 1908. — Barth: Med. Klin., 1927, 1397. l. — Baruch: Neue Deutsche Chir., II. rész, 1923, 369. l. — Birger és Dukelskaja: Zbl. f. Bakt., I., 1924, 491. l. — Bitter: D. med. Wschr., 1926, 1409. l. — Boonacker és Gorter: Arch. de med. des enfants, 1911, 366. l. — Brahdry és Bernard: Arch. of Peditria, 1925, 550. l. — Buchholz:

Med. Klin., 1907. — Cordua és Keck: Zbl. f. Gynek., 1926, 2747. l. — Elkeles: Zbl. f. Bakt., I., 98. — Fedorejeff: Arch. f. klin. Chir., 1928, 415. l. — Franz: Zschr. f. Laryng., Rhin. u. Otol., 1928, 307. l. — Geilinger: Zbl. f. Bakt., 1909, 497. l. — Goebel: Arch. f. Kinderhk., 1927, 181. l. — Grauwitz: M. med. Wschr., 1928, 560. l. — Hesse: M. med. Wschr., 1924. — Hirschfeld: Zbl. f. Bakt., Ref. 70. — Langwill: Lancet, 1921, 1158. l. — Lewy és Schiff: Berl. klin. Wschr., 1919. — Lewis: Brit. med. Journ., 1927, 1080. l. — Matyschen: Zbl. f. Bakt., I. Ref., 1924, 257. l. — Manninger: Zbl. f. Bakt., I., 1924, 93., 371. l. — Manninger: A Magy. Tud. Akad. Matem. és Természettud. Értesítője, Budapest, 1928, 45. köt. — Matroeff: D. Zschr. f. Chir., 1926. — Neukirsch: Zschr. f. Hyg., 1918, 85., 103. l. — Oikawa: Zschr. f. Immunit. u. exp. ther., 50, 212. — Pesch: Med. Klin., 1922, 1227. l. — Pesch és Maschke: Klin. Wschr., 1928, 401. l. — Seiffert: M. m. Wschr., 1928, 501. l. — Seiffert: Zbl. f. Bakt., 97., 264. l. — Solly és Henderson: Brit. med. Journ., 1926, 421. l. — Sonnenschein: Zbl. f. Bakt., I., 1925, 97., 312. l. — Ssokoloff: Beitr. zur klin. Chir., 1925, 321. l. — Tillgren és Troell: Wien. klin. Wschr., 1913, 880. l. — Uhlenhuth: Zbl. f. Bakt., I., 97., 212. l. — Ulmer: Arch. f. Kinderhk., 82. l. — Voigt: Mschr. f. Kinderhk., 1922, 23. l. — Wagner: Berl. klin. Wschr., 1913. — Weil és Saxl: Wien. klin. Wschr., 1917, 519. és 1061. l. — Wordley: Lancet, 1920, 794. l.

Az O. T. I. miskolci kerületi pénztárának közleménye.
(Főorvos: Áts Nagy István dr.)

A chronicus bronchitisek diathermiás kezelése.

Írták: Szepesi Kálmán dr. és Potocky Dezső dr. rendelésvezető orvosok.

A chronicus bronchitis egyike azoknak a megbetegedéseknek, amelyek úgy a beteg, mint az orvos türelmét a legnagyobb mértékben igénybe veszi. Hiszen leggyakrabban vagy mint foglalkozási betegség jelentkezik, vagy valamilyen szervezeti elváltozással van kapcsolatban. A fentiekből következik, hogy ha bizonyos ideig tünetmentessé tehetjük is betegeinket, minthogy az aetiologiai tényezőt legtöbbször nincs módunkban kiküszöbölni, előbb-utóbb visszakapják betegségüket.

Így, míg az acut bronchitis, eltekintve a csecsemő és öregkori megbetegedésektől, amikor komoly, sőt végzetes szövődeményekkel jelentkezhetik, általában könnyű lefolyású, sőt legtöbbször spontán gyógyul, addig a chronicus bronchitisek, főleg szegény embereknél, akiknek életmódjukat nem áll módjukban megváltoztatni, egész halálukig tartó megbetegedést jelentenek, amely több-kevesebb intenzitással állandóan kínozza őket.

Már maga az ajánlott gyógyszereknek és gyógyító eljárásoknak rendkívüli nagy száma is azt bizonyítja, hogy egyetlen biztosan ható gyógyszerünk sincs, hanem csak próbálgatásokra vagyunk kényszerítve.

Éppen az ilyen esetekben kell azonban minden gyógy-eljárást szívesen fogadni, amelyikkel vagy gyorsabban, vagy nagyobb százalékban, vagy pedig tartósabban tudunk eredményt elérni, minthogy egyelőre sajnos, nem rendelkezünk olyan eljárással, amellyel a betegeket véglegesen megszabadíthatnánk betegségüktől.

Mi azon tapasztalatok alapján, hogy a legjobb eredményeket a chronicus bronchitisek therapiájában tulajdonképpen a meleg alkalmazása által lehet elérni, akár olyan módon, hogy nedves, meleg levegőjű klimatikus helyre küldjük betegeinket, akár meleg inhalatiók, vagy elektromos fényfürdők által; megpróbáltuk a chronicus bronchitisek diathermia által való kezelését, azon megfontolás alapján, hogy eddigelé a diathermiás kezelés az, amely által a legkíméletesebben, lehet localisan a legnagyobb meleget előidézni és általa a meleg therapiás hatását legjobban kihasználni.

A rendelkezésünkre álló irodalomban meglehetősen kevés adatot találtunk erre a kezelésre vonatkozólag. Különösen keveset a hazai irodalomban, ahol csak egy rövid utalásra akadtunk. A német szerzők közül igen jó eredményről számolnak be *Nagelschmidt, Hess, Braun, Kowarschik, Grünsfeld*, akik különösen a hatás gyors beálltát hangsúlyozzák, s tapasztalataik szerint már az első kezelés után jelentékenyen csökken a dispnoé, csillapodik a köhögési inger, és az expectoratio megkönnyebbül.

Mi 33 betegnél alkalmaztuk a kezelést, még pedig úgy a betegség úgynevezett száraz alakjánál, a bronchitis siccánál, mint a nedves, a mucopurulens alaknál. A 33 beteg közül 6 csak egy ízben jelent meg a kezelésen úgy, hogy ezeket az összefoglalásból ki kellett hagyni, mint-hogy semmit sem tudunk további sorsukról. A 27 beteg legtöbbször 4–8 kezelésben részesült. Egy beteg 16, egy 24 s egy harmadik 27 kezelést kapott. Az aetiológiai tényező a legtöbbször foglalkozási ártalom. A betegek legtöbbször pék, molnár, pincér, textilmunkás, cipész. Egy tizennégy éves anaemiás, astheniás iskolás kislánynál direct expositio ártalmat felvenni nem lehetett. A betegek között volt egy 13 hónapos csecsemő, akinek 4 kezelés után a bronchitise elmúlt, étvágya megjött.

A kezelés folyamán meggyógyult 20 beteg, olyan értelemben, hogy subjective tünetmentesek lettek, vagyis elmúlt a dispnoéjuk, kénzó köhögésük és az expectoratio. Bár némelyiknél még lehetett a tüdők felett hallgatósággal néhány sípolást és bűgást hallani. Őtnek az állapota jelentékenyen megjavult. Egy beteg állapota, kinél túlnyomólag psychikus momentumok szerepeltek az aetiológiában, lényegesen nem változott. Egy beteg, kivel később még részletesebben fogunk foglalkozni, romlott.

Egyénenként nem tartjuk lényegesnek ismertetni az eseteket, mindössze összefoglalóan annyit szeretnénk megjegyezni a gyógyeredmények értékeléséhez szempontjából, hogy a betegek valamennyienél régi, sokszor évek óta fennálló megbetegedésről volt szó, emellett a legtöbb semmi egyéb gyógykezelésben nem részesült, sem az életkörülményeiken nem történt semmi változtatás, mindössze néhány betegnél parallel intravenás calcium-injectiókat adtunk.

Ami a körlefolyást illeti, a mi észlelésünk is megegyezik a fentemlített német szerzők jó és prompt eredményével, amennyiben már az első kezelés után lényeges megkönnyebbülésről számoltak be a betegek. A kezelés után azonnal könnyű és bő expectoratio lépett fel. A nehéz légzés lényegesen megjavult.

A hatás magyarázásánál fel kell tenni, hogy a kezelés által előidézett hőhatás következtében a mellkasi szervekben jelentkező hyperaemia keringési változások, bővebb nedváramlás, az idegek és szövetek jobb táplálkozása és megnyugvása az oka a fellépő kedvező jelenségeknek.

A kezelés technikája az volt, hogy igyekeztünk az egész mellkast lehető legintenzívebben átmelegíteni. Elektrodot két nagy, az egész mellkast betakaró ólomlemez használva, kezdetben óvatosan adagoltuk a meleget, s ha erre kellemetlen hatás nem következett, második alkalommal már annyira fokoztuk az áramot, ameddig a beteg kellemetlen érzés nélkül bírta. Az így eltűrt áram igen individualis, sőt ugyanaz a beteg egyszer erősebb, máskor gyengébb áramot bírt el. A kezelési idő rendszeren 10 és 30 perc között váltakozott. A kezelés gyakorisága szintén a betegek egyéni sajátosságaihoz alkalmazkodott, és tapasztalatunk szerint főleg a betegek sajátosságaihoz való alkalmazkodás egyik főkövetelménye a jó eredményeknek. Egyeseknél elég hetenként egyszer kezelni, míg másoknál minden második nap kell alkalmazni a diathermiát.

Maga a kezelés egyáltalában nem veszedelmes eljárás. Nem képezik contraindicatióját a szív mérsékelt elváltozásai, hiszen a legkülönbözőbb szívbetegségeknél jó eredménnyel alkalmazzák a diathermiás kezelést.

Ideges alapon fennálló bronchialis hurutoknál az eredmény, mint minden egyéb eljárás sikere is bizonytalan és előre nem látható.

Véleményünk szerint igen fontos a tüdő tbc.-s elváltozásának a kizárása. Eme felfogásunk alátámasztására legyen szabad részletesebben tárgyalni egy betegünk kórtörténetét, akiről fentebb már megemlítettem, hogy a kezelés kapcsán rosszabbodott az állapota.

L. G. 28 éves tisztviselő. Előadja, hogy „már évek óta igen erős köhögés kínozza. Sokat köp, sípol a tüdeje és igen gyakran elfullad”.

Vizsgálati lelete a következő: Kissé sovány, de jól fejlett nőbeteg. Látható nyálkahártyái halványak. Kopogtatással a jobb tüdőcsücs felett kissé tompult, bal csücs felett rövidült kopogtatási hang mutatható ki. Mindkét tüdő felett végig érdes be- és érdes, megnyúlt kilégzés mellett számos bűgő és sípoló zörej hallható. Hőmérséklete 37–37,5 °C között. Röntgenvizsgálat lelete: A jobb subclavicularis térben finom kötegek. Rekeszek jól mozognak. Szívárnyék rendes (*Preusz dr.*).

A betegnél bár egy jobboldali kétségtelen tbc.-s elváltozás volt kimutatható, a kiterjedt bronchialis hurutra való tekintettel diathermiás kezelésre határoztuk el magunkat, annál is inkább, mert több német szerző jó eredményekről számol be a tüdőtuberculosis diathermiás kezelésénél.

A beteg az első kezelése alatt igen jól érezte magát, a fulladása javult, a köpete csökkent. A 8. kezelés után hirtelen 39 fokos láz lépett fel. Vizsgálati lelete: A jobb tüdő felső része felett intenzív tompulat, csaknem bronchialis jellegű légzés és számos, részben esengő szörtyözrej. Bal csücs felett is kifejezettebb a tompulat és nedves szörtyözrejek hallhatók. Röntgen-lelet: Jobb felső lebeny felett durva, foltos árnyékoltság, bal oldalon subclavicularisan egy-két finom, elmosódott szélű parenchimas árnyék (*Preusz dr.*).

A beteg nagy fokban elesett, igen sokat köp, a köpetben számos gümöbacillus.

Ebben az esetben fel kell tételezni, hogy a diathermiás kezelés kapcsán fellépő hyperaemia és az ezzel járó fokozott véráramlás a tbc.-s gócoakat átmosta s belőlük hirtelen nagymennyiségű toxint és bacillust juttatott a keringésbe s így a jobboldali bronchopneumoniás góco egyrészt mint a tbc.-s góco körül túlérzékenység folytán létrejött perifocális infiltrációk, másrészt mint haematogen metastasisok foghatók fel. Ugyanígy haematogen metastasisnak képzelhetők el a bal oldalon keletkezett új góco is. Vagyis az egész folyamat úgy fogható fel, mint egy túladagolt tuberculinkúra eredménye, ahol azonban a tuberculintoxint maga a szervezet szolgáltatja.

Ezen észlelésünk megegyezik *Bier* tapasztalataival, aki már hangoztatja, hogy tbc.-s szövetben activ hyperaemiát előidézni contraindikált. Igaz ezzel szemben, hogy *Rautenberg* és *Kalker* tüdőtuberculosisist is kezeltek diathermiával jó gyógyeredménnyel, sőt *Kalker* egy eklatans objectiv javulásról is beszél. Hiszen elméletileg elképzelhető egy olyan kedvező fokú hyperaemia, amely pontosan csak a gyógyuláshoz szükséges mennyiségű tuberkulint mozgósítja, ez azonban határozottan véletlennek nevezhető. Egyelőre a tbc. diathermiás kezelése veszedelmesnek mondható és nem ajánlatos.

Összefoglalva az eredményt: a chronicus bronchitisek diathermiás kezelése mindazokban az esetekben ajánlatos, amikor a betegnek nincs módjában foglalkozását abbahagyva klimatikus gyógyhelyre utazni. A hatás gyors, már az első-második kezelés után jelentkezik. Az eljárás nem veszedelmes, mindössze arra kell ügyelni, hogy egy esetleges tüdő-tbc. jelenlétét kizárjuk, mert az erős hyperaemia a folyamat activálását, illetve rohamos terjedését okozhatja.

Képzelt terhesség két esete.

Írta: *Csipkay János dr.*, az O. T. I. miskolci pénztárának szakorvosa.

A képzelt terhesség már régóta ismert kórforma. Nagyon ritkának nem nevezhetjük, különösen nem az egészen fiatal képzelt terhességi eseteket. Mindnyájunk gyakorlatában sokszor előfordult már, hogy „megijedt” nők, különösen akik házasságon kívül élnek nemi életet, a menstruatio elmaradása vagy késése esetén kifejezett terhességi jelekkel (undor, hányás, emlők teltsége) és kész diagnosissal keresik fel rendelésünket, anélkül, hogy tényleg gravidák volnának. Tisztán csak a hallottak és olvasottak útján szinte suggerálják magukba a tüneteket, amiket a lehetőségtől való félelem, vagy a szégyen természetesen még csak fokoz. No és milyen hamar megszűnik ez a „terhesség” az összes jeleivel, ha a vizsgálatlalt megnyugtattuk afelől, hogy nincs másállapotban. Többször előfordul azonban — különösen vidéken —, hogy a beteg a legalaposabb vizsgálat dacára sem hiszi el, hogy nincs másállapotban s elmegy a családi bábához, ki megvizsgálja s kijelenti, hogy „a méhszáj csukott” és így másállapotban van. Egyik esetem élénken illusztrálja ezt.

A képzelt terhesség ritkább esetei azok, mikor az illető a terhesség második felében, sőt a terhesség végén lévőnek gondolja magát. Egyik esetemben ily makacs hívővel találkoztam, kinek ritkább esetét a következőkben ismertetem:

I. 40 éves asszony; 20 éve van férjnél. Első menstruatio 14 éves korában, azóta négyhetenként 4–5 napig vérzik a legkisebb kellemetlenség nélkül. Gyermekkorában kanyarója volt, különben teljesen egészséges. Utolsó menstruatio december 4-én. Soha másállapotban nem volt. Február közepén felkeres rendelésemre azzal, hogy segítsék rajta, mert ő kéthónapos terhes s a sok hányás igen kínozza. Jól táplált, jól fejlett; vulvája, vaginája halvány; a portio körülbelül 1½ cm hosszú, kemény; a külső méhszáj a nem szült méhszájnak megfelelő. A méh anteflectált, rendes nagyságú, környezete teljesen szabad. Tükörben portio sima, nem livid. Az emlőkből kevés savó nyomható ki. Miután az asszonynak megmondom, hogy nem gravida, a legnagyobb esodálkozással veszi tudomásul, de azonnal ki is jelenti, hogy nem hiszi el, mert akkor miért hány, miért van „tej a mellében” s miért hízik. Hiába volt minden megnyugtató ékesszólásom, nem hitte el. Augusztus elején legnagyobb esodálkozásomra gúnyos mosollyal jelenik meg ismét rendelésemre azzal, hogy „kérem, mégis nekem volt igazam, mert én a jövő hónapban szülni fogok s eljöttem, hogy vajjon jól fekszik-e a gyerek”. Megvallom, egy pillanatra elszégyeltem magam, az asszony felöltözve, erősen meghívza tényleg úgy nézett ki, mint aki gravida. Megvizsgálom; külsőleg a has kerülete 84 cm, erősen hájas, magzatot azonban nem tapintok. Hüvelyén, majd végbélén át is, nehezen bár, de kitapintom a rendes nagyságú kemény méhet s megmondom, hogy nem gravida. Az asszony csak hogy össze nem esik s hosszú hallgatás után kijelenti, hogy nem hiszi el, mert hisz ő május elején határozottan érezte megmozdulni a magzatot, az azóta is mozog s hasa állandóan nő. Különben is most már megmondja, hogy miután február elején nálam volt s én nem találtam őt gravidának, elment egy bábához, ki őt kéthónapos terhesnek találta. Majd az első mozgások megérzése után egy orvost is felkeresett, ki öthónapos gravidának mondotta. Megtudtam, hogy az asszony igen vágyódott a gyermek után, sőt miután május elején az orvos öthónapos gravidának mondotta, a babakelengyét is megcsináltatta, felkérte a keresztülőket, az egész rokonság és ismeretség tudott állapottól és várták az eseményt. Mindezen körülmények folytán annyira beleélte magát terhes voltába, hogy nem is akart hinni nekem. Miután én megmaradtam kijelentésem mellett, újra nem bízva diagnosisomban, elment. Néhány hónappal később tudtam meg a következőket: Röntgen-felvételt is csináltatott magáról s miután ez sem mutatott természetesen semmit, felment Budapestre egy szakorvoshoz, ki ugyancsak nem találta gravidának,

de egy méhkaparást végzett nála. Ezek után elhitte, hogy nincs másállapotban.

II. Másik esetem, mely igen hasonlít az elsőhöz, a következő: A Stefánia-Szövetség terhes-rendelésén jelentkezik egy 38 éves munkásnő azzal, hogy 6 hónap előtt volt az utolsó menstruatioja s kb. másfél hónap óta érzi a magzat mozgását. Vizsgáljam meg, „rendben van-e minden”. Két rendes szülése volt, az utolsó hat évvel ezelőtt, de mindkét gyermeke gyomorbelihurutban halt el s férje azzal fenyegetőzik, hogy elválk tőle, ha nem lesz több gyermeke. A méhet a hasfalon keresztül tapintani nem lehet. Belsővizsgálatot végzek s miután egy rendes nagyságú retroflectált, fixált méhet tapintok, az asszony nak megmondom, hogy nem gravida. Ez sem hitte el, mert, mint mondta, egy bába s egy orvos is megvizsgálta s mind a ketten gravidának találták, csak a bába kijelentette, hogy öthónapos másállapotos, de a méhet igen nehéz megtalálni, mert hátra van „csúsztatva”. Az asszonyt a védőnőkkel különösen figyeltem s vagy két hónap múlva ismét eljött hozzám — hosszas rábeszélés után —, de persze újból nem hitte el, hogy nem terhes. Felajánlottam neki, hogy beviszem a klinikára s megvizsgálattom ott is; ebbe nem egyezett bele s csak várta a szülés idejét. Mikor ez is elérkezett, sőt el is múlt, a védőnő ismét behozta. Most azzal áltatta magát, hogy a bába elszámította magát s körülbelül négy hete hiányzik még a szüléshez. Hosszas rábeszélés után végre beleegyezett, hogy elvigyem a klinikára, hol megboldogult *Bársony* professor is constatálta, hogy nem gravida. Erre nagy sírásban tört ki, mondván, hogy akkor az ura el fog tőle válni s a szomszédok ki fogják nevetni.

Mindkét esetben a gyermek utáni vágyakozás volt az elképzelés alapja, mit nagyban támogatott és elősegített mindkét esetben az ismerősök és rokonokkal szemben érzett felsülés, a második esetben pedig a férj magatartásától való félelem.

Kehrer szerint a képzelt terhességnél a somatikus és psychikus elváltozásoknak combinatioja tapasztalható. Az esetek egy részében előbb a somatikus elváltozások lépnek fel s a psychikusok csak másodlagosak. Leggyakoribb és majdnem minden megfigyelő által leírt elváltozás a meghízás, mely rendszeren általános, máskor csak egyes testrészekre szorítkozik, mint pl. a csipőkre vagy emlőkre, azért is nevezte el ezt *Bauer* „circumscript lipophiliának”. A meghízásnak legnagyobb valószínűsége szerint a fokozott testi és lelki nyugalom az oka. A képzelt terhesség ugyanis leginkább a 30. éven túl, sőt a climaxhoz közeledő olyan asszonyoknál fordul elő, kik soha teherben nem voltak, de akik igen óhajtják a terhességet s azt híven, hogy terhesek s egyrészt lelki leg nyugszanak meg nagyon, másrészt hogy valami bajuk ne essék, testileg is igen óvják magukat s természetesen elhíznak. Hasüri dagánatok, melyek a szonizációs szervekre, pl. a belekre nyomást gyakorolnak s ezáltal azokat felpuffasztják, szintén képzelt terhességhez vezethetnek.

Majdnem minden képzelt terhes érzi, azaz képzeli a magzatmozgásokat, ami rendszeren csak egy gázzal telt bélkaos mozgása, vagy a has izomzatának rángatózása, mint azt *Hofstätter* és *Krumacher* magyarázzák. Sőt vannak az irodalomban olyan esetek is leírva, mikor a képzelt terhes a szülőágyba is lefeküdt s várta a szülést.

Igen érdekes, hogy a képzelt terhességnél az arc, a linea alba, az emlők pigmentáltságát, vagy az orr, avagy az áll megvastagodását, szóval a valódi terhesség valószínű jelét is észlelték; ezeket az elváltozásokat *Hofstätter* a hypophysis elülső lebenyének biológiai elváltozásával magyarázza. Máskor a psychikus jelenségek dominálnak s a somatikus jelenségek esetleg egészen hiányzanak. Minden esetben azonban mint legfőbb és állandó jelenség van meg a menstruatio kimaradása.

Leggyakrabban a gyermek utáni vágyódás az alapja a képzelt terhességnek s a többi körülmény — menstruatio elmaradása, a hízás, lelki behatások — természetesen csak fokozzák az elképzelését annak, amit

örömmel várt volna szegény asszony. S ha még ezekhez — mint az én két esetemben megtörtént — a szakembereknek kedvező véleménye is hozzájárul, az elképzelés a nőben szinte bizonyossággá válik.

A terhes nők vizsgálójának nem szabad tehát magát a nők bemondása által befolyásoltatni, vagy plane ez alapon ítélni. Amennyire elveszti az ily képzelt terhes bizalmát az orvosall szemből, mikor annak diagnózisra sok szép reményétől fosztja meg, éppoly sokszorosan visszatér az, ha az idők múlása igazolja a diagnózis helyességét.

L A P S Z E M L E

Sebészet.

Hólyag- és prostataműtétek localis infiltrációs anaesthesiája. Prof. *Wischnevsky*. (Zentralbl. f. Chir., 1929, 41. köt.)

A sectio altánál használatos infiltrációs anaesthesia, ha szövödmények tűnnek elő, nem engedi elég nyugodtan dolgozni a műtőt. Azért új eljárást dolgozott ki, amellyel kitűnőek az eredményei. Módszere a következő: 1. A megtöltött hólyagú, kőmetszési helyzetbe hozott beteg anusába vezetí kesztyűs bal mutatóujját a műtő. A bőr előzetes érzéstelenítése után a rimától előre és oldalfelé egy harántujjnyira szúrja be hosszú tűjét és ujj-controll mellett a 10 g-os feeskendő folytonos ürítésével a cavum ischiorectaleba vezetí azt. Ha az ujj a prostata hátsó felszínét érintve érzi az infiltráló oldatot, úgy tovább nem hatol, de 100 cm $\frac{1}{4}$ %-os novocaint ide bead 4 esep adrenalinna. Ugyanez történik a másik oldalon is. 2. A sectio altánál szokásos helyzetbe hozza a beteget és a bőrt és boralatti kötőszövetet infiltrálja a tervezett metszsvonalban, ezután rögtön behatol a rectushüvelyig és 3. az aponeurosis alá és a cavum Retzii mélyébe feeskendez, utóbbiba 50—100 em-t adva. Eljárása azonkívül megkönnyíti a technikáját is a műtétnek, amennyiben a rectum és hólyag közé adott nagytömegű folyadék prokteurynter módjára in toto felemeli a hólyagot. A cavum Retziibe adott infiltratum pedig a peritonealis redőt tolja nagyon jól félre. Bizonyos gyakorlattal a „per anum“ controll is elmaradhat az alsó befecskendésnél. *Marx József dr.*

A radiusfejec töréseinek klinikája és gyógykezelése. Dr. *B. Pfab*. (Deutsche Z. Chir. 216. köt., 5—6. füz.)

50 eset közül 25-ször véres beavatkozásra volt szükség és 25 esetben vértelen úton lehetett kezelni a radiusfejec töréseit. Fissurák, infraetiók és eltolódás nélküli letöréseknél elegendő a conservatív kezelés rugalmas pólyákkal, korai hőlég- és massagekezeléssel. Dislocált törvégeket műtéttel kell helyretenni és rögzíteni és csak ha az nem sikerült, indokolt az exstirpatio. Ha a törvéget sikerült helyretenni, akkor jó eredményt várhatunk. A letört darab eltávolítása után sokkal gyakrabban marad mozgáskorlátozás vissza. Ennek megakadályozására ajánlatos az operatiót úgy végezni, hogy az eltávolítás után a visszamaradó csonkot szabadon átültetett fasciával borítjuk be. *Horváth Boldizsár dr.*

A közérzeti radioulnaris ízület félficamának jelentősége az orsócsont kezelésében. Dr. *Schnel*. (Deutsche Z. Chir. 216. köt., 5—6. füz.)

Az orsócsont töréseinél igen gyakran eltolódás áll elő az alsó radioulnaris ízületben, melynek következménye az az alaki eltérés, melyet találoán traumás Madelung-féle deformitásnak neveznek. Az ízfelszíneknek incongruentiája mozgáskorlátozásokhoz vezethet, különösen a megrövidült pronator quadratus zsugorodása folytán. A subluxatio megakadályozására a következőkre kell figyelni. Pontos repositio kiadós húzás segítségével a hüvelykujjon és az oldaleltérés kifogástalan kiegyenlítése. A törvégek akkor maradnak pontosan a helyükön, ha a spatium interosseumnak megfelelően kérhíti és tenyéri botocskát alkalmazunk a kötésen belül és szilánkos töréseknél még állandó húzást is teszünk a hüvelykujjra. *Horváth Boldizsár dr.*

A caecum bélelzáródás nélküli volvulusa. *Makkas*. (Zentralbl. f. Chir., 1929, 13. köt.)

Olyan caecum volvulust volt alkalma operálni, mely minden eddig közölt esettől annyiban tért el, hogy a volvulus csak a caecum vak tasakjára vonatkozott az ileum bevonása nélkül, úgyhogy a bélpassage nem volt zavarva. Praedisponáló momentum volt a caecum abnormalisan hosszú volta; a bélsárral teli, Douglasba lógó caecumot — esetében — a terhes uterus maga mögé szorította és nem engedte kiegyenlíteni a véletlenül létrejött torsióját. Feltűnő, hogy az eddig leközölt 42 caecum volvulus között 10 terhes nő szerepel, bizonyítékául a terhes uterus ezen kórképét létrehozó jelentőségét. *Marx József dr.*

Szülészet és nőgyógyászat.

A faj és környezet hatása a nőgyógyászat és szülészet keretében. *Rummel*. (Zbl. f. Gyn. 1928, 32. sz. 2006. o.)

Azok a constitutiós jelek, amelyek nálunk pl. az astheniás typusra illenek, a délkinai Cantonban mint a fajtához tartozóak foghatók fel. Innen van, hogy az „astheniás“ typusú kínai nők a szülési nehézségeket sokkal könnyebben állják ki, mint az európai asthenikák. A délkinai nők medencebemenete inkább kerekded, szűk medencéjű nők ritkák, valószínűleg mert a rachitis is ritka. Feltűnően gyakoriak a tömlős petefészekdagatok, valamint az emlőrákok is. A méhrák ritkábban fordul elő, mint Németországban. Az abortusok, de különösen a septikus abortusok, valamint bizonyos functionális zavarok (vaginismus stb.) száma esodálatosan esékély, amit a kínai nő lelki dispositiójával magyaráz, mert Kínában a terhességet és szülést természetes könnyedséggel viselő női typus a praevaleáló. Bár az átlagos szülési szám nagy és a gyermekágy általában rövid, mégis a genitális prolapsusok ritkák. Húgykövek frequentiája nagy. Feltűnően ritka az appendicitis és epekő; igen gyakori a bél- és hashártya-tuberculosis, aminthogy általában a tuberculosis igen kiterjedt. A gyakori tuberculotikus eseplesz és ileocecalis tumorok sok diagnostikai nehézséget okoznak. Gyakori és jellegzetes a symphysis-tuberculosis okozta retrosymphysae abscessus. Az urogenitalis tuberculosis már ritkább. Faji jellegűnek kell tartanunk a petefészekdagatok rendkívüli hajlamát az intraligamentaris növekedésre, ezért a kocsányesavarodás is ritka. Az igen gyakori gonorrhoea kezelését a polygamia szinte lehetetlenné teszi. Bár a gonorrhoea rendkívül elterjed, mégis a méhenküli terhesség aránylag ritkának mondható. Gyakrabban fordul elő újszülöttek szemblennorrhoeája és kisleányok gonorrhoeás vulvovaginitise. Az ott gyakori malaria gyógyító hatását a gonorrhoeára nem tapasztalta. A lueses beteg Cantonban igen sok és az alkalmazott elégtelen kezelések dacára is a koraszülések, halott magzatok, valamint lueses újszülöttek száma feltűnően esékély. Meta- és neurolues gyakori. Az exotikus betegségek gyógyítása a nőorvos fontos szerepét képezi. Különösen sok menstruatiós, gestatiós zavart és sterilitást okoznak. A kínai nő rendkívül fél az amenorrhoeától, nemkülönbben a sterilitástól, pedig a malaria, ankylostomiasis, beri-beri, nemkülönbben a lepra, a hasihagymáz és tuberculosis gyakran okozói ezeknek. A chronikus dysenteria, filariasis s az igen gyakori cirrhosis hepatis a hasi panaszok okának felfedését illetőleg sok nehézséget okoznak. A primaer májrák is gyakori. A filariasis gyakran intermittáló chyluriát okoz, genitális elephantiasis ritka. A puerperalis septikus megbetegedések diagnózisát sokszor megnehezíti a terhesség és szülés alatt fellépő malaria és typhus. Cantonban a terhességben fellépő typhus távolról sem oly ritka, mint azt Európában *Rokitanski* és *Curschmann* tanították. Osteomalaciát, rachitist jóformán nem lehet látni, annál gyakoribb az oedemák, cardiovascularis és multiplex neuritissal járó beri-beri. Bár beri-beri-ben főképen férfiak betegszenek meg, a betegség a nőkre azért veszélyes, mert szülésnél, operatiók után hirtelen lépnek fel szívelégtelenségek, légzomjak stb. Rachitis és osteomalacia állítólag Északkelet-Kína szegény lakói között nagy számban fordul elő. Hogy a

kínai fajta szapora és erős a sok betegség, éhség és éiemi csapások dacára, azt főképen az ősi, egészséges családi életnek köszöni. Az újabb forradalmi tanok hatása női emancipációra vezetett, aminek következtében a terhesség és szüléstől való félelem, a conceptio megakadályozása, a művi abortus utáni vágyódás mindinkább tért hódít.

Bud György dr.

Fülgyógyászat.

A nem genyes sinus thrombosis tünettánáról. *Hilpert.* (Klin. Wochenschr. 1929. I.)

A nem genyes sinus thrombosis diagnosisa igen nehéz. Szerző öt idevonatkozó esetet közöl. A betegek életkora 20 és 58 év közt váltakozott. Legtöbbször hysteria diagnosissal kezelték a betegeket. A betegség kezdetén jellegzetesek voltak pszichikai zavarok, valamint fejfájdalmak és szédülés. Jellegzetes volt továbbá az enyhe pszichikus zavarok (érdeklődés hiánya, határozatlanság stb.) súlyos psychosisokká való változása (paranoid jellegű kényszerképzetek, katatonias állapotok), valamint benuások és epileptiform rohamok jelentkezése, melyek után rövidesen exitus következik. A vérkép gyakran mutat leukocytosist lymphopeniával. A lumbal punctatum csak az esetben mutat elváltozást, ha vér jutott a subarahnoidaleis üregbe. Előfordul a liquor nyomás emelkedése másodlagos hydrocephalus következtében. A pszichikai zavarok organikus substratum a legfelsőbb agyréteg (kérgei réteg) vérzéseiben található meg. Motorikus zavarok csak akkor lépnek fel, ha a vérzések mélyebb kérgei rétegekbe is betérjednek. A diagnosissal szemponjtából fontos, hogy sinus thrombosis lehetőségére egyáltalán gondoljunk, mint pl. fejsérülés, intravenás injectiók, puerperium stb. eseteiben. Diagnosissal esetében szerző szerint a műtéti beavatkozásnak sikerrel kell járnia.

Germán Tibor dr.

Tapasztalatok mucosus-otitisről. *Vogel.* (Zeitschr. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. 1929. 22. köt.)

288 operált heveny középfülgyulladás közül 52-ben fordult elő a pneumococcus, illetőleg streptococcus, mucosus. A streptococcus mucosusnak jelzett kórokozót a III. típusú pneumococcus-serum kivétel nélkül agglutinálta. A coccusok igen nagy egérvirulentiával bírtak. Az esetek nagy részében férfiak betegedtek meg, nők és gyermekek sokkal kisebb arányszámmal. Az esetek felében dobhártyaperforatio egyáltalán nem volt jelen. A felnőtték otitise a megszokott módon zajlott le, jóformán tünet nélkül, azonban előrehaladó jelleggel. Az esetek felében hőemelkedés nem volt. 25 esetben hallásvesztésen kívül nem volt más tünet. A megbetegedés kezdete és a műtét közti idő gyermekeknél 1–3 hétig volt, felnőtteknél 3 hónapig terjedt, egy esetben 7 hónap volt. Gyermekeknél gyakori volt a subperiostealis tályog. 27 esetben koponyaüregbeli szövődmények léptek fel, 9 esetben halálos meningitis következett be jóindulatúnak látszó kórkép mellett, 5 esetben a mastoiditis Bezold-typusú volt. Halálozási százalék 24. A csecsnyúlvány pneumatikus rendszerének különleges fejlettségét, illetőleg az általa teremtett hajlandóságot mucosus fertőzésre szerző nem tapasztalta.

Germán Tibor dr.

A hallójárat genyének lüktetése és az extraduralis tályog. *Oppikofer.* (Arch. Ohrs. Heilk. 120, 73–76. 1929.)

Ha a heveny csecsnyúlványmegbetegedés tünetei conservativ kezelésre nem fejlődik vissza, gondolni kell extraduralis tályog jelenlétére. *Marx* szerint a hallójárat genyének lüktetése többhetes középfülgyulladásnál, avagy a lüktetés újból való megjelenése a legnagyobb valószínűség mellett extraduralis tályog fennállására utal, amennyiben a koponyaüreg és a barlang között szabad összeköttetés áll fenn. Szerző saját tapasztalatait közli, melyeket 39 operált extraduralis tályog eseteiből nyert, melyekben a középfülgyulladás több mint egy hónapja tartott, ezek közül 18-ban hiányzott a lüktetés. Viszont olyan esetekben, melyeknél a geny lüktetését észlelte, extraduralis tályog nem volt jelen. Eseteiből azt a követ-

keztetést vonja le, hogy a hallójárat genyének lüktetéséből az otitis media többhetes fennállása ellenére sem lehet extraduralis tályog fennállására következtetni, sőt csecsnyúlvány felvadásához sem elegendő ok a lüktetés, mert ezen esetek némelyike műtét nélkül is gyógyulhat. A hallójárat genyének lüktetését tehát nem lehet mint az agy lüktetésének továbbvezetését felfogni, csupán azt jelelti, hogy a dobüregi nyálkahártya erősen lobos. A geny lüktetése a 4. héten, vagy azontúl azért mégis értékes tünet, mert a dobüreg nyálkahártyájának intenzív lobja a csecsnyúlvány empyemájára utal s ilyenkor inkább végezzük el a csecsnyúlvány felvadását, főleg ha a conservativ kezelés nem vezet gyors eredményre.

Germán Tibor dr.

Szemészet.

A hámsejtzárlatokról trachománál. *I. A. Bengston.* (Amer. Journ. of Ophth. 1929. 637. old.)

A *Prowaczek* és *Halberstaedter* által trachománál leírt sejtzárlatokat a felfedező protzooszerű mikroorganismusként (chlamydozoon), mások bakteriumokként tartották; ismét mások viszont tagadták és tagadják, hogy a záradékok kórokozók, élőlények legyenek, és a leírt képleteket secundaer sejttermékeknek fogják fel. Szerző 230 trachomás betegnél részint a kötőhártyaváladékból kikent praeparatumokban, részint a beteg conjunctivából metszett szövettani készítményekben az esetek 50%-ánál talált sejtzárlatokat. A záradéktestek különböző megjelenési formáit szerző egy Gram-negatív diplobacillus pleomorph modifikált alakjainak tartja, amely bacillust nemcsak izolálni és kitenyészteni, de tengerimalac conjunctivájára átoltani, sőt itt a különböző záradéktestformációkhoz hasonló képleteket létrehozni is sikerült (culturában nem). A giemsával kékre festődő bacillus a sejtbe hatolva szaporodik; a sejt védekezése egyelőre csak odáig terjed, hogy ellenáll a felszaporodó bacillusok szétszóródásának a sejt protoplasmájában. Később azonban a reactióként keletkező bakteriolytikus anyagok (lysozymek) a bakteriumtömeget megtámadják és fokozatosan feloldják. Így jön létre a „chlamydozoon egyenemű kék alapanyaga a benne foglalt pirosas, coccoid *Prowaczek*-féle elemi szemcsékkel, amelyek eszerint degenerált alakjai a bacillusoknak. Az elemi szemcsék sokszor kifejezetten páros elhelyezkedése azt bizonyítja, hogy a diplobacillusokból származnak (?), emellett kétségtelenné teszi, hogy hasadás útján szaporodó, parasitaer élőlényekkel állunk szemben. Hasonlóképpen involutiós alak a bipolaris festődésű *Lindner*-féle initialis test is, amelyhez a pálcikaalakú, egyneműen festődő bacillustól fokozatos átmeneti alakok találhatók. Minthogy bakteriumoldó védekező anyagokat nemcsak a szöveti és sejtmedvek tartalmaznak, de maga a könnyfolyadék is, a *Lindner*-féle szabad initialis testek keletkezése is magyarázatra talált. Szerző 34 szép mikrophotogrammal illusztrálja figyelemreméltó, bár novumnak éppen nem mondható elméletét.

Dallos József dr.

Urologia.

Hypernephroma és a tápésatorna. *A. Hock.* (Zeitschrift f. Urol., 23. köt., 6–7. füz.)

Israel hívta fel először a figyelmet arra, hogy rosszindulatú vesedaganat távolhatásaképen súlyos gyomorpanaszok léphetnek fel s így tévdiagnosissra adhatnak alkalmat. Szerző egy esetet észlelt, melynél a gyomortünetek ú. m. gyomor-fájás, hányás, teljes étvágytalanság (húsdor), a daganatos vese eltávolítása után egy csapásra megszűntek. Ok lehet a gyomor helyzetváltozása, peripylorikus összenövés, a sülyedt vese tengelycsavarodása és acut congestio, vagy vérzések, melyek a vese teriméjét hirtelen megnövelik. *Israel* szerint daganat-toxinok felszívódása is szerepelhet.

A gyomorpanaszok fellépése hypernephroma korai jele, miért is ilyen tüneteknél erre gondolni kell. Korai diagnosissal ilyen módon gyakrabban lehetne felállítani, különösen ha gyomorfekélyre, vagy ce-ra gyanús beteg vizeletében fehérje- és vörösvérsejtek találhatók.

Sas Lóránt dr.

Transvesicalis prostatektomia tapasztalatai. A. Götzl. (Zeitschr. f. Urol., 23. köt., 6—7. füz.)

Prostatatültengés első időszakában a csapolás nehézségei és gyakori kizúzó ingerek, erős vérzés és ismétlődő tot. retentio teszik javalltá a műtétet. Hiányos veseműködés esetén állandó kathetert alkalmaz s epycystostomiát csak akkor végez, ha állandó katheteres kezelés valamilyen ok miatt kivihetetlen. A műtétet lehetőleg egy ülésben végzi. A vese állapotáról conc. és hígítási próbával, az indigokiválasztás vizsgálatával és rest. N. meghatározás útján győződik meg. Műtétnél a prostatát jobb kézzel tompán kihámozza, ugyanekkor a bal kéz a rectumban ellennyomást gyakorol (Freyer eredeti eljárása). Utána tamponbehelyezés, Heberdrainage. Állandó kathetert nem helyez be! A Heberdrainen át hólyagöblítést végez, majd a drainet a negyedik napon eltávolítja és Pezzer-katheterrel helyettesíti. Ezután a tampon naponta kijebb húzva egyre rövidíti és 6 nap alatt teljesen eltávolítja. Tizenkettedik napon Pezzer-eltávolítás. Szövődmények közül 5 vérzés, 1 paranephritis, 4 thrombophlebitis és 3 tüdőembolia fordult elő, 2 halálos volt. Gyógyulás átlag a 16—20. napon következik be. Észlelése 65 operált betegre vonatkozik. Röntgen-kezelést hátrányosnak tartja.

Sas Lóránt dr.

Az ureter juxtavesicalis részén végzett ureterolithotomia nőnél. R. Oppenheimer. (Zeitschr. f. Urol., 23. köt., 6—7. füz.)

Ha a vese és a beteg kielégítő állapota mellett ureterkő nagysága és configurációja olyan, hogy spontan távozás lehetséges, úgy conservatív kezelés javallt. A bekelődő kövek 51%-a az ureter juxtavesicalis részében akad meg. Minthogy éppen ezek veszélyeztetik a vesét legjobban, ilyenkor műtéti eltávolítás jön szóba. A műtét technikai kivitele nehéz. Számos eljárást dolgoztak ki. A nehézség oka a medence mélysége és nőnél az art. uterinával való keresztvezetés. A v. uterinák villaszerűen fogják közre az uretert s lefutásuk egyéni (Liepmann). A juxtavesicalis ureterrész tompa kifejtése gyakran még hullán sem sikerül; könnyen keresztülvihető azonban, ha a szorosán fölötté haladó v. uterinát átvágjuk.

Szerző három esete és hullán végzett vizsgálatai alapján a juxtavesicalis ureterrész tompa kifejtése ellen foglal állást, annál is inkább, mivel az egyik a. uterina lekötése az uterus tápláltatását nem zavarja. Ha köeltávolítás után az uterust varrni nem sikerül, szövődmenytől nem kell tartanunk.

Sas Lóránt dr.

Ureterkövek eszközös megoldása. F. Schlagintweit. (Zeitschr. f. Urol., 23. köt., 6—7. füz.)

Technikája nőknél a következő volt: A hólyagba bevezetett cystoskop mellett s azzal párhuzamosan Mathieuféle köfogót vezet a hólyagba s a cystoskop controllja mellett az ureterbe tolja. Ezután a cystoskopot eltávolítja s a vaginába vezetett újjal ellenőrizve a fogót a köig vezeti fel, azt megfogja és ilyen módon eltávolítja. 15 esetéből 5-ször sikerült így követ extrahálni. A beavatkozást érzéstelenítés nélkül végzi. Két ízben a követ összetörve valóságos lithotripsia ureteralist végzett. Egyik esetében azonban, midőn sikertelen extractió után műtétet kellett végezni, kiderült, hogy a kő az ureteren kívül helyezkedett el. Ennek az lehetett a magyarázata, hogy az extractió kísérletnél az ureterfal megsérült s a műtét alatti újabb manipulatio következtében a kő e sérülésen át az ureter mögé került. A követ eltávolítani nem lehetett. Műtét után 6 héttel inguinalis uretersipoly lépett fel, melyet csak újabb műtéttel: nephroureterektomiával lehetett megszüntetni.

Az eset tanúsága szerint, ha egyáltalán endoureteralis köfogó eszközzel dolgozunk, úgy az olyan legyen, hogy egyszeri sikertelen kísérlet után a legesekélyebb erőszak kifejtése nélkül simán vissza lehessen húzni. Legcélszerűbb olyan eszköz alkalmazása, mely a köig felolva az alatta levő ureterrészt tágitja. Legfeljebb az eszköz folytatást képező filiformist szabad a kő fölé vezetnünk. Célszerű sikertelen próbálkozás után az eszközt fekvőre hagyni s csak a következő napon végzett ureter-

olithotomia útján a követ együtt eltávolítani. Vagyis kell, hogy az eszköz vizeletet átbocsásson (vagy az mellette lefolyhasson) és egyezzersmind a cystoskop eltávolítása mellett helybenhagyható legyen. A tapasztalat a műtéti megoldás előnyességét bizonyítja.

Sas Lóránt dr.

Urachuscarcinoma. L. Kielleuthner. (Zeitschr. f. Urol., 23. köt., 6—7. füz.)

Az irodalomban 25 eset ismert, melyek között 18 rosszindulatú daganat s ezek között 8 kocsonyás rák szerepel. Szerző esetében az urachus beszájadzása helyén, a hólyag vertexén gesztenyényi, finoman bolyhos daganat foglalt helyet. Minthogy az urachus többi része elzáródott, tovaterjedés felfelé nem következett be. Szövettanilag a daganat hasonló volt a bél kocsonyás rákjához s a hólyagizomzatba beleburjánzott, de a serosára nem terjedt rá. Azon körülmény, hogy a kocsonyás hólyagrakok nagyon ritkák, viszont kocsonyás urachuscarcinomák gyakoriak, továbbá a daganat elhelyeződése azt bizonyítja, hogy itt valódi elsődleges urachusrákkal állunk szemben.

Újabb vizsgálatok szerint az urachus tulajdonképpen hólyagszármazék, melynek felső, köteggé keskenyedő részletét képviseli.

Sas Lóránt dr.

Kétoldali primaer vesedaganatokról. G. Nikolich. (Zeitschr. f. Urol., 23. köt., 6—7. füz.)

Kétoldali vesesarkomák túlnyomó része a vér és nyirokképző szervek rendszerbetegedése, tehát lehet leukaemia, lymphogranulomatosis vagy lymphosarkoma. Bizonyítja ezt lymphosarkomák fellépése a vesében, holott a vese sem foetalisan, sem pedig postfoetalisan nyirokszövetet nem tartalmaz. Az elváltozás a nyirokcsomókban esontvelőben és lépben, ha makroszkoposan nem is, de gócsóval mindig kimutatható (Lubarsch). Egyes szerzők viszont azt tartják, hogy kétoldali valódi primaer vesesarkoma előfordul. Feltétlenül primaerek egyéb szerkezetű kétoldali vesedaganatok. Idetartoznak a gyermekkori vegyes tumorok; továbbá kétségtelenül elsődleges a vesedaganat akkor, ha szerkezete jobb és bal oldalon különböző. Pl. egyik oldalt hypernephroma, másik oldalt orsósejtű sarkoma (Wagner).

Diffusan infiltráló gömbsejtű sarkomák kórismézése igen nehéz, sőt gyakran egyéb szervek részvétele folytán, ezekre terelődik a vizsgáló figyelmé. Szerző két esetet közöl, melyek közül az első lymphosarkomának, tehát rendszerbetegedésnek, a második kiszögömbsejtű sarkomának, vagyis primaer vesedaganatnak felelt meg. Előbbinél jellemző volt a szétesés nélküli diffus lymphoid beszűrődés a vesestructura teljes megkímélésével. A másodiknál a tapintható tumor, typosus pyelogramm, nyirokcsomóáttétel, lefolyás (cachexia) és végül a szövettani kép: az alapszövetet kiterjedten pusztító növekedés amellet szól, hogy itt primaer valódi kiszögömbsejtű vesesarkomával állunk szemben. Tehát mindkét alak, ú. m. rendszerbetegség és primaer daganat, előfordul.

Sas Lóránt dr.

A húgycsősarkomáról. H. Puhl. (Zeitschr. f. Urol., 23. köt., 6—7. füz.)

Nyolchetes csecsemőnél észlelte, kit tot. retentióval szállítottak a klinikára. A gáton jókora diónyi körülírt, tömött tapintatú, jól mozgatható daganat foglalt helyet. Röntgennel a pars bulbosa telődési kiesése látható. A daganatot perinealis metszésből eltávolította. Síma gyógyulás. Szövettanilag a daganat óriássejteket és mirigyjáratokat tartalmazó rhabdomyosarkomának felelt meg, mely valószínűleg a húgycső falából indult ki. A csecsemő 14 hónapos korában recidivamentes.

Sas Lóránt dr.

Elméleti tudományok köréből.

A vér epesavtartalma. Charlet. (Biochem. Z. 1929, 210. köt.)

Szerző a kísérleteket ember, macska és patkány vérében végezte Aldrich és Bledsoe módszere szerint. A kísérletek alatt a májat fokozottabb működésre ingerlő táplálékot (fehérjét) adott. Ennek hatására a vér epesav-

tartalma az átlagos 35–38 mg-%-ról 6·2 mg-%-ra emelkedett. Szerző szerint a májhormon, ami a szív működést szabályozza, azonos a vérben keringő epesavakkal.

Starker József.

A vizelet reakciója elfáradásnál. *Resnitschenko.* (Biochem. Z. 1929. 210. köt.)

Nehéz munka (8–10 km gyaloglás, 10 perces földön-csúszás) a vizelet H-ionconcentrációját általában növeli, de jól gyakorolt és erős egyénekben nem, sőt ezeknél a vizelet lúgosabbá válása is előfordulhat munka közben. A vizelet kémhatásának változása tehát nagyon függ az individuumból. Minél fárasztóbb a munka, annál nagyobb a H-ionconcentratio növekedése.

Láng.

K Ö N Y V I S M E R T E T É S

Syphilitische und syphilogene Magenerkrankungen. Prof. Roman Luria. (Kasan) (Gastrolues) mit 27 Abbildungen im Text. Berlin, 1929. Verlag von S. Karger. Ára 9·80 M.

A szerző érdekes kísérletet tesz a 13 ívre terjedő monographiájában, hogy a syphilis által létrehozott valamennyi gyomor zavart áttekinthetően összefoglalva ismertesse. Kétségtelenül nehéz feladat, mert a gastrolues fogalma körül ma még a legnagyobb zavar tapasztalható. A régi iskola hívei ma is még igen szűkre szabják a lueses gyomorbajok körét s főként csak a késői, durva anatómiai elváltozásokat (gumma s annak másodlagos következményei) ismerik el lueses gyomorbántalomnak. Ezzel szemben a legújabb idők szerzői, élükön az amerikaiak, igen messze terjesztik ki a gastrolues fogalmakörét s számos, tisztán functionális gyomor zavart is beleszorítanak a „syphilogen” gyomorbajok csoportjába. Véleményünk szerint az a körülmény, hogy most egyszerre halmozottan, igen nagy számban közlik a gastrolues eseteket, mindenestre nagy óvatosságra int. Mégis nagy hiba volna, ha a gastrolues fogalmát csakis anatómiailag megfogható elváltozásokhoz kötnék s a finomabb, functionális eltéréseket már eleve a syphilitis től függetleneknek tartanák. Nyilván sok érdeme van tehát a szerzőnek, amikor nagy beteganyagára s a máris nagyra nőtt irodalomra támaszkodva a gyomor lueses eddig bizony szűkös kereteit bővíteni óhajtja. Ennek kifejezést ad, amikor a gastrolues válfajainak áttekinthetősége céljából új osztályozást javasol, melyben 4 főcsoport [korai (I., II. lues), késői (III. lues és lues congenita tarda), metasiphilises és neurolueses gyomorbetegségek] keretén belül a gastroluesnek nem kevesebb mint 14 fajtáját kívánja determinálni. A páratlan szorgalommal összegyűjtött adatok persze nem képesek mindenképpen meggyőzni e sokfajta „syphilogen” gyomorbántalom elkülöníthetősége, kórismézhetősége, valamint egyik-másik kóralak (pl. syphilitis gastritis) gyakorisága felől, hiszen a szerző maga is bevallja, hogy a gyomor luesnek pathognomonikus klinikai tünete nincsen, de annyi bizonyos, hogy e classificatióval sok olyan körülményre irányítja a figyelmet, amelyre eddig az orvosok általában ügyet sem vetettek. A monographia mindenestre sok impulsust adhat, hogy syphilidologus és belorvos együttesen újabb revisió alá vegye a gastroluesnek nyilván nehéz és nyílt kérdéseit.

Guszmán prof.

Ursprung und Verbreitung des Menschengeschlechtes. Fr. Koch, G. Fischer, Jena.

F. Wegener genialis elmélete a continensek keletkezésére vonatkozólag sokkal nagyszerűbb volt, semhogy a geologia keretei között megmaradt volna. Egymásután válnak világossá mindazon eddig megfejthetetlen geographiai, paleontológiai, antropológiai és az összes geneológiai jelenségek, amelyekre ezideig csak a legcomplicáltabb feltevésekkel lehetett magyarázatot találni.

Wegener elmélete, *Süss* bécsi geologusra támaszkodva, ugyanis azt mondja, hogy a mai continensek valamelyik a geológiai őskorban egy egységet képeztek, amelyek a keletről nyugatra húzódó ós Földközi-tenger által voltak csak egy északi és déli részre különülve. Ennek a tengernek a maradványai a mai Földközi-tenger, a Perzsa-öböl, Káspi-tó, Takla-Makán és Góbi-sivatagok és fönt északon a Bajkál-tó. Ez az egész tömb, mint egy jéghegy az Óceánon úszott, a mai óceánok fenekét képező silícium- és magnésium-rétegen, lévén az silícium és aluminium összetételénél fogva könnyebb. Eddig terjedt

Süss elmélete. Itt kezdődik *Wegener* azon állítása, hogy ez a continens az ós-rög, a föld forgása következtében a számkorszakban kettépedt és a rotatiónál fogva a töredékek nyugat és az aequator felé megkezdtek a vándorlásukat. Az amerikai continenseken ez a vándorlás hozta létre a nyugati szélén a Kordilleráknak a hatalmas felgyűrődését, míg az ósrög ellentett oldalán, ahol a nyomás északkeletről délnyugatra irányult, a nagy tibeti fennsíkot emelte. A continensek vándorlása azonban a föld súlypontján nagy változásokat hozott létre, ami főleg az északi sarknak a vándorlásában nyilvánult meg és így a jégkorszakok váltakozásában. Az Eozenben pl. a Sark jóval Kamesatka alatt feküdt. Az Oligozenben és Pliozenben, majd a Diluviumon keresztül Észak-Amerikának keleti, Grönland déli és Eurasia északi részén át vándorolt egy hurkot leírva. A vándorlás mindenestre nem egyenletesen, hanem lökészerűen történt. A polusoktól jobbra és balra feküdtek délkeleti Ázsiában és Dél-Amerika nyugati részén az ú. n. nyugvó területek. A continenseknek a kettéválása a kőszénkorszakban képződött, amidőn a földön az élet már el volt terjedve és az Eozenben még nem volt teljes, amidőn már complicált lények töltötték be azt.

Fr. Koch az egyes növény- és állatfajok kialakulásában és a magasabbrendű élet keletkezésében a sarkvándorlást látja főtenyezőnek. Ez a tétel nemcsak a növény- és állatvilágra vonatkozik, hanem elsősorban az emberre is. Maga az ember az európai continensen keletkezett, mert csak itt voltak lehetségesek azok a feltételek, amelyek az ő sajátosságait mintegy kitenyészették. Az emberiség azonban szaporodott és lassan terjedt. Ezen terjedése, azonban egy meghatározott irányt tartott és pedig kitért, mint minden élőlény az ú. n. nyugvóterületekre, tehát Ázsiába és Dél-Amerikába. Az ősfajokat Európában a geológiai korszakok, a sarkvándorlás azonban magasabb rendbe emelte, ezek erősebbek, a harcra és kultúrára termettebbek voltak mint a régi fajták, úgyhogy azokat kiszorították (a nyugvó területekre) vagy kipusztították. A nyugvó területek azonban időközökben leszakadtak vagy eltávolodtak, úgyhogy az újabb és újabb beözönléstől és a létért való küzdelemtől el voltak vágyva, minek következtében megtartották ősi, primitív voltukat. Az európai, afrikai, ázsiai continensen azonban továbbtartott a küzdelem: visszavándorlások, új fajok keletkezése, az előbbieket felülregezték, beléjük olvadtak. De új kultúrákat csak ott tudtak létrehozni, ahol az északi faj megtartotta tisztaságát. Ő azokat a sajátos convergentia jelenségeket, amelyekkel az egyes nagy kulturákban találkozunk, ezzel a ténnyel magyarázza. Sőt odáig megy, hogy egyedül ezt az északi fajtát, „die nordische Rasse” tartja kulturára és civilizációra képesnek. A nordische Rassenak a hazáját a mai Németország északi részében állapítja meg más kutatók alapján és éppen ezért tartja Németországot hivatottnak arra, hogy megmentse a mai világot. Azonban Németországban is nagy a veszedelem, mivel a magát korlátlanul önfeláldozó északi faj állandóan fogy és az a veszély fenyegeti, hogy vagy beleolvadjon a keletivel és így értéktelemből elenyészik, nihilismusra hajló, orosz fajba, vagy pedig az ellaposodott angol-szász népbe, akiket egy helyen nem átalja *Nietzsche* alapján szőke bestiáknak nevezni. Ezt a szép és gondolatokban gazdag könyvet megütközéssel rakjuk le.

A. E. dr.

A Deutsche Dermatologische Gesellschaft XVI. congressusa.

(Königsberg, 1929 augusztus 4–10-ig.)

Reflexiók a Gerson-féle diatáról.

Az idei königsbergi dermatológiai congressus programján három főthémán kívül legalább 100 előadás szerepelt, természetesen ezek nagyobbik fele az idő rövidsége miatt elmaradt. A három főthéma a következő volt:

1. *Az öröklés a dermatológiában.* Az általános rész előadója *Köhler*, a königsbergi zoológiai intézet tanára, a bőrgyógyászati vonatkozások előadója *Siemens* (Leyden) volt. *Höfer* (Münster) filmen demonstrált változatokat mutatott be a bőrbetegségek fejlődéséről. *Veress* (Kolozsvar) „Érdekesebb körömváltozásokat” mutatott be. Igen érdekes volt *Heller* (Berlin) előadása arról, hogy már a legrégebbi culturánépek is foglalkoztak a nemibetegségek veszedelmes volta, amit egykorú képekről és szobrokról készült felvételekkel illusztrált. Nagy érdeklődést keltett *Bommer* (Giessen) előadása a

Gerson-féle diétáról, bőrtuberculosisnál. Számos vetített képen mutatta be a beteg állapotát kezelés előtt és után. Kétségtelen, hogy az új terapia eredményei nagyon szépek, bár a kezelés időtartama igen hosszú (3–12 hónap). A hozzászólók közül *Wichmann* azt hozta fel ellene, hogy anatómiai és bakteriologiai szempontból nem lehet teljes gyógyulásról beszélni, mert *tbc.*-bacillusok bár gyéren, de kimutathatók a szövetségben. Ezzel szemben megemlítem itt a Berlinben, *Sauerbruch* klinikáján tett látogatásom alkalmával szerzett impressióimat, melyek megerősítik a giesseni klinika jó eredményeit lupusnál. A *Gerson-féle diéta* sok fehérjéből, zsírból és kevés szénhidrátból áll s ezért sok főzeléket, salátát és gyümölcsöt is ír elő. Ezenkívül Ca- és magnesiumsóból álló „*mineralogen*” adnak. A nyers kosztot főképp a vitaminok, fermentek és katalasek miatt adják. A betegek továbbá naponta 45 g phosphor-csukamájolajat is szednek. Az eljárás tehát meglehetősen sokirányú. A giesseni klinikán eleinte még fénytherapiát is alkalmaztak, utóbb azonban ezt elhagyták. Így is azonban nehezen állapítható meg, hogy voltaképpen mi a fő hatóanyag a Gerson-féle terapiában, a diéta, a mineralogen vagy a phosphortartalmú csukamájolaj?

Hermansdorfer (*Sauerbruch* klinikáján) a megengedett és tilos ételek következő jegyzékét állította össze: (L. bővebben *Mimicia u. Adolf Hermansdorfer: Praktische Anleitung zur Kochsalzfreien Ernährung Tuberculöser*, Verlag I. A. Barth Lipse, 1929.)

1. *Tilos ételek:* Konyhasó, conservek, füstölt vagy fűszerezett húsfélék (kolbász, sonka), füstölt vagy sós halak, bouillonkocka, levesmártások és kivonatok.

2. *Korlátozott ételek:* Liszt: sótalan kenyér, rozskenyér, kétszersült, metélt, makaróni, tésztafélék.

Cukor (barna, kandicukor), méz, bors, ecet, sör, édes borok, vörös-, fehérbor, kávé, tea, kakaó.

3. *Megengedett ételek:* Friss hús (600 g hetenkint), zsigerek, friss halak, tej (1–1½ liter naponta, főképp nyersen), savanyútej, kefir, joghurt, sótalan sajt, tej puddingben, vagy rizzsel, tejfel. *Zsírok:* Vaj, olívaolaj, disznósír, szalonna. *Gyümölcs:* Sok nyers, vagy főtt, szárított gyümölcs és befőttek, marmelád, limonádé, gyümölcskenyér. *Saláta és főzelék:* A főzeléket nem leforralni, hanem csak párolni, friss főzelék, paradicsom, sárgarépa, burgonya, vörösrépa, spárga, kalarábé, vörös- és fehérkáposzta, savanyúkáposzta, kelkáposzta, saláták, citrom, spenót, bors, bab, lencse, gombák, uborkák, tök, dinnye. *Tojás:* Majonéz, puddingok, rántotta, rizs, dara, tápióka. *Fűszerek:* Mindenféle fűszer, hagyma, petrezselyem, fokhagyma, Schnittlauch, kömény, majoranna, retek, vanília, fahéj, ánizs, mandula, dió, rosina. *Gyógyszerek:* 1. Phosphor 0-025 + ol. jeocolis aselli 300-0, ebből naponta 45 g. 2. Mineralogen („Farma”-gyógyszertár, Berlin—Charlottenburg). Háromszor egy kávékanállal.

A berlini sebészeti klinikán nemcsak az eddig eredménytelenül kezelt lupusos betegek, hanem izület- és esontgümőkórnak gyógyításával is foglalkoznak. Sőt a tüdőtuberculosisnál szerzett eredményeikkel is meg vannak elégedve. Néhány erre vonatkozó röntgenogramot láttam a gyógyítás megkezdése előttől és néhány hónapi diétás gyógykezelés után. Persze sok optimizmus szükséges ahhoz, hogy az ember a Röntgen-képek alapján gyógyulásról is beszélhessen, de azt hiszem, hogy a kellő lehiggadás után a Gerson-féle diéta eljárás megfelelő értékelése is ki fog alakulni. A congressus 2. főthemája: *a veszületett syphilis és annak gyógyítása.* Előadója *Erich Hoffmann* (Bonn) volt, akinek felfogása tudvalevően az, hogy nincs germinatív syphilises fertőzés, vagyis az embryo fertőzése *csakis az uterusban* a beteg anyag spirochaetái által történik, legfőbbnyire az 5. hónapban, a placentán, illetve a köldökzsinóron keresztül. A veszületett syphilis felismerésére vonatkozóan *Hoffmann* szükségesnek tartja a vér és liquor Wa-vizsgálatán kívül a nyálkahártyák, vagy a mesterségesen okozott bőrhólyagok savótartalmának és a köldökzsinórnak spirochaeta vizsgálatát, valamint a csontok Röntgen-átvilágítását. A congenitalis syphilis gyógyítására a salvarsan-injectio helyett a spirocid-tablettákat ajánlja, bismuth- vagy higanykezeléssel kombinálva. *Stein* (Wien) a Feer-féle betegségről számolt be. Ennek tünetei sokban hasonlítanak a Basedow-betegséghez és a thallium-mérgezéshez. A bőrtünetek közül megemlítenedők a nagyfokú éjjeli és nappali izzadás hideg és meleg időben egyaránt. Valószínűleg az izzadás következtében keletkezik a kanyaró- és scarlatszerű exanthema; erős viszketés. A haj fénytelen, szürkül, nagy csomókban kihull. A körmök törekenyek, leválnak: a nyelven és a szájnálkahártyán rosszul gyógyuló fekélyek támadnak. *Jessner* (Breslau) az 1928-ban a *burjátok között Ros-siánskival* (Moszkva) együtt végzett *syphilis-expeditio-*

ról számolt be. Az expeditio kb. 3000 embert vizsgált meg, az összes biologiai methodusokkal, valamint ideggyógyászatiilag és a vizsgálatok azzal az eredménnyel végződtek, hogy az *agy és gerincvelő syphilises betegségeknek percentszáma* a cultura alacsony fokán álló népeknél sem kisebb, mint nálunk. Vagyis bebizonyosodott, hogy a *salvarsan alkalmazása nem segíti elő e két idegbetegség kifejlődését*, sőt az aortitis fejlődésére sincs a korai salvarsankúra befolyással.

A 3. főthema referense *Jadassohn* volt, aki a *gonorrhoea gyógyulásának megállapításáról* értekezett. Ismételtlen figyelmeztetett az összes vizsgálati és ellenőrző eljárások lelkiismeretes keresztülvitelére. A gyógyulás csak a megfelelő provocatiós eljárások után, göresövi, culturalis, esetleg vér- (immunbiologiai) vizsgálattal állapítható meg.

Az előadások nagy tömegéből csak néhány fontosabbat ragadhattam ki. *Scholtz Walter* prof., a königsbergi klinika igazgatója, munkatársaival valóban sokat fáradozott a congressus sikere érdekében. Külön meg kell emlékezni a congressus szórakoztató programjáról, mely nemcsak a tagok pihenését szolgálta, hanem a vendéglátók nagyon ügyesen és elmésen minden egyes ilyen alkalmat is felhasználta arra, hogy bizonyítsák Kelet-Poroszország mai tarthatatlan helyzetét. Mindenütt nagy faliabrákon tettek szemléltetővé, hogy milyen volt Kelet-Poroszország azelőtt és milyen az úgynevezett „békekötés” óta. Ilyen kisebb térképeket minden congressusi látogató is kapott, és ha az utazás alkalmával még nem ismerte meg a lengyel corridort, az ábra megtekintése után elmélkedhetett annak áldásairól. Nem kell mondanom, hogy minden szónok felhívta nemcsak a honfitársakat, hanem az idegeneket is, hogy fáradozzanak az áldatlan állapotok megszüntetésén és működjenek közre abban a propagandában, mely az elszakított Kelet-Porosz provincia egyesítését célozza. Így voltaképpen a königsbergi dermatologiai congressus hatalmas propaganda-actio volt, melyből mi magyarok sokat tanulhattunk.

Sellei József dr.

ORVOSTÖRTÉNELMI JEGYZETEK

Kéry (Bittner) Imre mint choleraorvos.

Írta: *Mayer Ferenc Kolos dr.*

Nemrég egy megfakult levelű, öreges betűkkel teieirt fűzetre akadtam, *Kéry Imre* dr.-nak 1871-ben megírt önéletrajzára. Önéletrajzok általában lebilincselők és érdekesek közvetlenségükkel fogva. Ez azonban a személyes küzdelmek érdekfeszítő leírásán kívül annyi körtörténeti vonatkozást és a régi Magyarország egészségügyének állapotáról annyi élénk színű képet tartalmaz, hogy érdemes volna az egészben való közreadásra is. Ez alkalommal csak éppen legszükségesebb életrajzi adatait és azon élményeit közöljük, melyeket *Kéry* az 1831-es cholerajárvány idején szerzett.

Kéry Bittner Imre 1798 november 12-én látott először napvilágot a szepességi Késmárkban, ahol Jácint nevű atyja 30 éven át „az első diák grammatica tanítója”, majd pedig városi tanácsnok volt. Késmárkon, Miskolcon és Kisztebenben végzi iskoláit. Majd Kassára megy jogot tanulni (1816). Közben az abaujmezei főorvos két fiának korrepetitora volt. Kedvet kap gazdájától az orvosi pályára, s bár szülei eredetileg papnak szánták, ő egyik volt jogtanárának ajánló soraival Pestre jön, ahol *Lenhossék Mihály*, akkor az élettan tanára, lett protektora. 1825 december 12-én orvosdoktorrá avatják. *Bene Ferenc* professor beajánlja nemsokára az aradmezei gróf *Königsegg János*hoz uradalmi orvosnak. Boros-Sebesen telepszik meg véglegesen s az akkori közegészségügyi állapotok nehézségeivel küzdök. Arad és Déva között ő az egyetlen orvostudor. 1829-ben Arad megye közgyűlése a megye nagy kiterjedésére való tekintetből, a helytartótanács engedélye alapján, második megyefőorvossá őt választja meg.¹

¹ *Bálint Nagy István:* Kolerajárványok Csanád vármegyében című könyvének 85. oldalán a 23. jegyzetben tévesen Arad város főorvosának írja. Másol, helyesen, megyei főorvosnak nevezi.

Mint minden gyakorlóorvosnak életében, nála is a cholera első megjelenése olyan időszakot képezett, melyet önéletrajzában sem hagyhatott megemlítés nélkül. A biographia 14. oldala az 1831-es cholerajárványra vonatkozik.

Báró Orczy Lőrinc ekkor az aradmegyei főispán, s egyben Csanád és Csongrád megyék kormánybiztosa, aki a cholera-veszedelem közeledtekor választmányt alakít maga körül. Ebbe a választmányba beletartozott ugyan a két megyei főorvos is, de a cholerától féltő magistratus nem sokat hederített rájuk. Így pl. bár *Kéry* szót emelt a megye kordonnal való felesleges elzárása ellen, az alispán kimondta a sentenciát, hogy „itt mi határozzunk“, s a két főorvost bízták meg a contumacialis házak felügyeletével. A megyei urak még abba is nehezen egyeztek bele, hogy a főorvosok egyike a cholerától már meglepett megyék valamelyikébe tanulmányútra menjen.

A királyi biztos *Kéryt* menesztí Pest felé tanulmányútra azzal az utasítással, hogy tapasztalatairól másodnaponként sürgős híradást küldjön.² *Kéry* egy úti patikával, előfogati utalvánnyal és királybiztosi útlevéllal ellátva egyik járási seborvos kíséretében útnak indul annak ellenére, hogy chininnel alig csillapítható váltóház kínozza éppen akkor. Makóra érkeztek³ a i Karok és Rendek éppen gyűléseztek a megyeházán, ahonnan előfogati kérése céljából kihívják a főszolgabíró (Ferenczy), aki azonban „oda nyilatkozott, hogy a megye magát a cholera ellen védendő a csongrádi határt elzárta, de még is lovat kirendel azon feltétel alatt, ha tán erre vissza is jönnénk, vesztegzár alá fognak helyeztetni“.

Kérynek azonban az volt a meggyőződése, hogy a cholera nem érintéssel vagy levegővel ragályoz, s ezért nem egyezik a feltételbe, hanem az alispántól rendelkezésre bocsátott megyei lovas útján Pécskára levélben panaszt tesz a kir. biztosnak. Közben az alispán felkérésére *Hoffmannal*, a csanádmegyei főorvossal egy makói beteg megvizsgálására siet, kiról az utóbbi az alispánnak már előzőleg „azt jelenté, hogy choleraiban fekszik“. Az alispán azonban saját főorvosának nem akarta elhinni, hogy Makón cholera lehessen.

„Elmentünk — írja *Kéry*. — Én még cholera- esetet nem láttam, de már az unalomig olvastam róla annyit, hogy azt félreismerni lehetőknek nem tartottam. Eddigél már 5. cholerajárványt éltem meg, de kifejezettebb cholera alakot nem láttam, mint éppen ezen makói eset volt. Feltettük ez értelemben véleményes jelentésünket, aláírtuk s a főorvos collegám azt az alispán úrnak elvitte“. Makón tehát ezek szerint 1831 július 25—27-én volt az első biztos choleras megbetegedés.⁴

Kéry ezen észleletét sebész útitársával közölte, aki belesápadt a hírbe. A beteglátogatás dél felé történt. *Kéryt* délután újból elővette a már utazásának megkezdésekor meglévő váltóláza; hányingert érzett. A hányatagot küldött társa azonban a patikában azt híresztelte róla, hogy a beteglátogatásnál cholera-ba esett. Nagy lett persze a riadalom az egész városban. Félóra mulva már jött a pápaszemes, szürkekabátos főbíró, megállott *Kéry* szobája küszöbén, s amikor a kereveten heverésző főorvos felemelkedve a bíró üdvözlésére sietett, ez botjával „hat vágás tempóban“ hadonászva *Kéry* orra előtt szó nélkül elinalt. Az e fölött esodálkozó, már jobban levő főorvost az őt később meg-

látogató alispán világosította fel, aki kérdezősködött, valóban a cholera bántja-e a megye vendégét. *Kéry* tagadó válaszára az alispán azt erősítette, hogy a délelőtti eset sem volt cholera, s aki azt meri állítani, az csalódik.

Hogy az alispán hitetlensége stratégia volt-e csupán, avagy hiúsági kérdés, nem tudjuk. *Kéry* mindenesetre oly szilárdan állítja önéletrajzában e július 27-i esetről a cholera-diagnosist, hogy a megbetegedés valódi természetétől kétségünk nem lehet.

Július 27. éjjel felé két levelet kézbesít ki neki a zsinóros megyei hajdú: az egyiket a kir. biztos Csanád megye rendjeihez írta, akiket szigorúan megleckéztet, hogy hivatalos közegészségügyi útjában a főorvost feltartóztatni merészték, s meghagyja, hogy azonnal indítsák útnak. „Másnap korán kocsin voltunk — írja *Kéry* — és Csongrádmegye felé hajtottam a határos Holdmező Vásárhelyre (!), örülvén, hogy ezen akadékos városból kiindulhattam.“⁵

A szomszéd vármegyébe azonban nem volt oly egyszerű az átmenet. A sorompó a megyehatárnál le volt eresztve. Az országút mellett jobbra állott egy jókora nagy vendéglő, vele szemben az út túloldalán egy fabódé, melyben egy a Csanád megye orvosrendőri intézkedéseinek végrehajtásával és a veszteglővé átalakított vendéglő felügyeletével megbízott fiatal esküdt lakott. A csanádi lovakat az esküdt visszatartotta, s Csongrád megye sorompón túl tanyázó parasztbiztosait utasítá, hogy szerezzenek be a főorvos részére Hódmezővásárhelyről lovakat. A lovak érkezéséig eltelt pár óra alatt a veszteglőt szemlélte meg *Kéry*. Ide azok kerültek tíz napra, akik Csongrád felől jöttek. Éppen akkor kb. 20 lakója volt a veszteglőnek. Ágynemű helyett tiszta szalma szolgált, s táplálék híján sem panaszkodhattak azok, akik fizethettek.

Egészen véve azonban *Kéry* annyira primitívnek és tapintatlannak találta ezt a helyet, hogy azonnal sürgőnyt menesztett a kir. biztoshoz, amit a gondjaitól való megszabadulás reményében az esküdt az „akadékos“ Makó megkerülésével indított útnak. A sürgöny eredménye volt, hogy a kir. biztos a veszteglőt valóban már pár nap mulva szétkergette.

Július 28 délutánján ér *Kéry* az akkor 30.000 lakosú Hódmezővásárhelyre, miután már három szembejövő és „nagy fedeles deszkaládával“ felszerelt társzeker előre jelentette, hogy itt javában arat a cholera-halál. *Horváth* főszolgabíró „istenek gyanánt“ fogadja a két orvost s előadja, hogy tíz nap óta tombol a járvány, s átlag napi 100—120 az áldozatok száma; segítő orvosi kéz pedig csak három volt: a megye másodfőorvosa, *Topponczér Tamás*, egy *Klein* nevű fiatal pesti orvos és a járási sebész. Bizony, ez nagyon kevés ellenállás volt a halállal szemben! De érthetővé teszi a silány orvosi ellátást az, hogy pl. *Kéry* elsőéves medikus korában csak 24 volt a hallgatók száma az első évfolyamon, s ez a kisdied csapat is leolvadt a IV. évfolyamban már az apostolok, az V-ikben pedig az evangelisták számára.

A vásárhelyiek nyomora és kétségbeesése igen nagyfokú. Aki tehette, tanyájára vagy a szántóföldön rögtönzött kunyhójába menekült a városból. Az öt bátor orvos sorshúzással kiosztja egymásközt és nyakába veszi a várost. Minden orvos mellé a városrész bírása, valamint egy tizedes és még egy megyei legény volt kirendelve. Ez utóbbiaknak kocsija az orvosé előtt járt; az ő feladatuk volt, hogy utcánként a cholera-betegek házaik kijelöljék. Az orvos napjában kétszer járta be városrészét. *Kérynek* éppen „a város legromdább, legszegényebb és legposványosabb része jutott“, az ú. n. újváros, hol éppen kezdődött és legnagyobb mérvben pusztított a járvány.

A lakosság azonban nem szívleli az orvost. Hidegen

² *Bálint* id. mű 113. o. tévesen azt írja, hogy előadások vagy pedig a choleraesetek valóságának megállapítása céljából indították útnak *Kéryt* (v. ö. 85. o. 23. jegyz.).

³ *Kéry* nem jegyezte fel érkezésének napját. Reggel ért a városba s másnap már továbbutazott. *Bálint* id. mű 37. o. leírja *Kéry* egy vizsgálatát július 27. dátummal. Mivel az önéletrajz szerint ez a megérkezés napján történt, bizonyos, hogy *Kéry* 1831. július 27-én járt először Makón és nem július 20-án *Orczy* kíséretében, mint ahogy *Bálint* állítja. (V. ö. id. mű 34. o.)

⁴ Ezzel szemben *Bálint* id. művének 37. oldalán áll *Hoffmann* főorvos jelentése, mely *Kéry* idézett szavait megcáfolni látszik. Tény, hogy *Kéry* az esetet cholera-nak állította, s diagnosisa annyival inkább helyes volt, mert saját állítása szerint a cholera tüneteit jól ismerte. Feltehetjük tehát joggal, hogy az első makói choleraeset nem augusztus 3-án fordult elő, ahogy *Bálint* említi. (V. ö. id. mű 67. old.)

⁵ *Bálint N. István* tehát téved, amikor így ír *Kéry*-*Bittner* hódmezővásárhelyi útjáról: „Hiába írt át a vármegyéhez *Orczy Bittner* érdekében. *Bittner* megúnván a várakozást, visszautazik Aradra, a vármegye pedig a kir. biztos fenyegető levelére azt válaszolja, hogy *Bittner* uramat szívesen engedték volna át a kordonon, ha át szándékozott volna menni és nem is a rendszabályok pontos betartása, hanem a „félsz“ tartotta vissza...“ (V. ö. id. mű 43. o.) — A *Kéry*-féle jellemeknek nem tulajdonságuk a félsz!

fogadják, haragosan felelnek, a tanácsokat semmibe veszik, aminek az a nép közt terjedőben levő halvélemény volt a magyarázata, hogy az orvosok a szegény parasztokat megmérgezik és pusztítani akarják. Ezt a gyanúsítást csak megerősíteni látszott az a különös körülmény, hogy a városban a járvány kezdete óta úrfajta még csak beteg sem lett. Az orvos iránti ellenségeskedés csakhamar tettekben is megnyilvánul. Egy családját veszített asszony a kocsin ülő *Kéry* felé döf hosszú konyhakéssel e szavak kíséretében: „egész házam népét megölted!” De *Kéry*nek csak a kabátujja lyukadt át a halálosnak szánt szúrástól. Majd egy suhanc, hóhérnak titulálva a főorvost, vasvillával rohan rá, amit a megyei legény csavar ki a kezéből és fordít a támadó ellen. Azután meg nyolcan is elállták az orvos kocsijának útját, úgyhogy teljes vágatással lehetett csak az embereken keresztülhajtani.

A főszolgabíró természetesen a zendülésről jelentést tett *Babarczy* megyei alispánnak, aki viszont a kir. biztost és *József* nádot értesítette. A nádor nevétséges utasítása így szólt: „Severam animadversionem adhibendam esse!” De mit tehetett az alispán parancsának engedelmeskedő 30 megyei legény 30.000 ember ellen! A feszültséget végül is a kérlelhetetlen és nem válogató végzet oldotta meg. Meghalt a főbíró egyik rokona, s még egy sör főbb ember, ami igazán észre tudta téríteni a lakosságot.

Körülbelül augusztus második feléig marad Hódmezővásárhelyen *Kéry*, mint járványorvos. Ekkor már ott szünőfélben van a vész, s bár Arad megyében még mindig nincs baj, hazafelé igyekszik. Természetesen újból Csanádon át, ahol a határkordon még mindig örködött, de csak a desinfectio jogát gyakorolta. *Kéry* előre jelentéskészítését *Sátor*, csanádi alispánnak, aki lovakat küld eléje a csongrádiakat felváltandó. De a főorvosnak és társának előbb át kell esniük a desinfectiáláson, csakúgy mint a főorvosi hintónak is. Ez abból állott, hogy egy ázott gödör fölé kellett lépniük, melyben parázstűz volt, s erre salétromot szórtak az örök, hogy annak gőze füstölje ki belőlük a cholérát.

Kéry Makón átutaztában betér a megyei urakhoz is, akik azonban mind elhúzódnak tőle — az egy megyei főorvos kivételével — a terem közepén levő asztal mögé. Ez annál érthetőbb, mert a járvány ekkor már Csanádban is javában pusztított, ahonnan hamarosan átesett Arad felé, ahol késő őszig nem is aludt ki.

Ennyi *Kéry Bittner Imrének* feljegyzése a „nagy” choléráról. Utána csendesen eldegélt Boros-Sebesen, kúriájában. Elzúgott feje felett az 1848-as forradalmi idők vihara, melyből legszebb élménye volt *Kossuthnéval* mint pácienssel való találkozása. (Erről máskor.) Igen értékes tudományos munkásságot fejtett ki oly időben, mikor a hazai orvostudományi irodalom el volt hanyagolva. Érde-meieért a Magyar Tudományos Akadémia 1858-ban levelező tagjává választja meg. Majd királyi tanácsosi címet és egyéb kitüntetések is kap. Mint numismatikus is ismeretes. Becses éremgyűjteményét 1879-ben a késmárki ev. lyceumnak ajándékozta. Szülővárosával különben — ahogy a Karpathenpost 1887 május 19-i számából látszik — állandóan fenntartotta a kapcsolatot és a jó viszonyt. Az atyja által alapított késmárki lövészegyletnek is protoktora maradt 1887 május 15-én Boros-Sebesen bekövetkezett haláláig.

Magyar Orvosok és Természetvizsgálók soproni vándorgyűlése.

Nagy érdeklődés közepette zajlott le Sopronban augusztus 28–31 közt a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók vándorgyűlése, melyen körülbelül 500 résztvevő jelent meg, köztük gróf *Klebensberg Kuno* kultusminister, *Herrmann Miksa* kereskedelmi minister, valamint a politikai és tudományos világ számos kiválósága. A gyűlést *Dollinger Gyula dr.* egyetemi tanár, a választmány elnöke nyitotta meg. Üdvözölte a vendéglátó Sopront, az Urbs Fidelissimát, a vallás- és közoktatásügyi ministert, majd örömmel állapította meg, hogy az előadók nagy számával százan vonultak fel azok közül, akik orvosi és termé-

szettudományi tanító és búvárkodó intézeteinknek részint vezetői, részint pedig majdan a mostani vezetők nyomdokaiba lépő fiatalok. Beszédében a természettudományi intézményeink fejlődését s azoknak fontosságát fejtegette, majd áttért az egyetemi hallgatóság létszámszökkenésének szükséges voltára, melyben biztositva látja a kiképzésnek eddigénél is jobb eredményét, megemlékezik az egészségügyi intézményeink gyors ütemű kiépítéséről, majd megköszönve a kultusministernek az orvosi, természet-tudományi és búvárkodó intézményeink felőli gondoskodását, felkéri őt elnöki beszédének megtartására.

Ezután *Klebensberg Kuno* gróf vallás- és közoktatásügyi minister mondotta el beszédét. Méltatta a tudományos vándorgyűlések célját és hasznát, majd a kulturpolitika feladatairól beszélt, hangoztatva, hogy a kor kívánalma szerint minden kulturpolitikának a nemzetnek abban az időben fellépő igényeihez kell alkalmazkodnia. A minister beszédét hosszantartó taps és ünneplés követte.

Thurner Mihály dr. polgármester, *Boleman Géza* a Bánya- és Erdőmérnöki Főiskola rektora s *Király Jenő dr.* a soproni Orvosszövetség elnökének üdvözlő beszéde után *Zelovich Kornél* műegyetemi tanár „Széchenyi István, a nemzet legnagyobb építőmestere” címmel tartott előadást.

A nagy tetszéssel fogadott előadás után *Dollinger Gyula* elnök átnyújtotta az előadónak a vándorgyűlés legnagyobb kitüntetését, a *Kovács József aranyérmét*.

Utána *Tauffer Vilmos dr.* egyetemi tanár tartott előadást a *szülészeti rendtartásról*. Rámutatott arra, hogy a népjóléti és munkaügyi minister által kezdeményezett szülészeti rendtartás kiépítése annyira előrehaladt, hogy a törvényhatóságok egy részében a rendtartás szervezése már a számonvétel munkájáig fejlődött.

Dollinger Gyula dr. elnök, köszönetet mondva az előadónak, a congressus résztvevőinek ünneplése közben átadta a vándorgyűlés *Bene-Bugát aranyérmét*.

Az ülés *Gorka Sándor dr.* egyetemi tanár titkári jelentésével ért véget. Utána a vándorgyűlés résztvevői megkoszorúzták Széchenyi szobrát. Délután a város közvetlen környékén tettek sétát a congressus tagjai, akiket este a város látott vendégül vacsorán.

A vándorgyűlés második napja változatlan érdeklődés mellett folyt le. Az együttes ülésen megtartott orvosi vonatkozású előadások közül ifj. *Imre József dr.* pécsi egyetemi tanár tartotta az elsőt, a belső elválasztás és a szembajok kapcsolatáról. A magas színvonalú előadásért *Dollinger Gyula* mondott köszönetet és átadta az előadónak a *Chyser Kornél emlékérmét*.

Utána *Scipiades Elemér dr.* pécsi egyetemi tanár tartott felolvasást az orvosi hivatásról és az orvosi pályáról általában, különös tekintettel a magyar viszonyokra. Rámutatott arra, hogy *Magyarországon ma 6442 orvos van, tehát 1265 lakosra esik egy. Budapesten az orvosok száma 2927, úgyhogy a fővárosban minden 365 lakosra egy orvos jut.* Sajnos, még mindig 2542 olyan község van, amelyben orvos egyáltalán nincs.

A betegség miatt távolmaradt *Winternitz Arnold dr.* budapesti egyetemi tanár helyett *Beck Soma dr.* bécsi egyetemi tanár tartott előadást a tuberculosissal és a hideg egymásra hatásából származó bőrelváltozásokról.

Az előadások befejezésével megalakították az egyes szakosztályokat, melyeknek ülésein az első napon 38 előadás hangozott el. Délután a vándorgyűlés tagjai Nagycenkre mentek, ahol megkoszorúzták Széchenyi István gróf sírját.

A gyűlés harmadik napján, a gyűlés résztvevői Sopron archaeologiai nevezetességeit és gyártelepeit tekintették meg, majd folytatták az együttes ülést, melyen az első előadó *Blaskovich László dr.* egyetemi tanár, a budapesti II. számú szemészeti klinika vezetője volt, aki a szemizomgyulladások eseteiről és kórmeghatározásairól tartott élénk figyelemmel fogadott szakelőadást.

Ezután *Adám Lajos dr.* egyetemi tanár, a budapesti III. számú sebészeti klinika vezetője, az érzéstelenítés kérdéséről értekezett az újabb szerek nézőpontjából. Ezen előadás után az együttes ülés véget ért és a szakosztályi

ülések következtek, melynek bőségét jellemzi, hogy összesen 54 előadó tartott a város különböző helyein tudományos szakelőadást.

Délután a vándorgyűlés tagjainak egy része Kismartonba rándult ki, ahol az Esterházy hercegi kastélyt, parkot és levéltárat tekintették meg, egy másik rész Balf gyógyfürdőbe, valamint a brennbergi kőszénbányába rándult ki.

A vándorgyűlésnek utolsó napján a Városi Moziban tartott együttes ülésen *Balogh Ernő* dr. egyetemi tanár, a budapesti II. számú kórbonetani intézet igazgatója tartott előadást a morfológia szerepéről és hivatásáról. Ezután *Huzella Tivadár* debreceni egyetemi tanár tartott előadást „Új nézőpontok az organisatio kérdésében a kísérleti-biológiai vizsgálatok alapján” címmel, vetített képekkel.

A vándorgyűlés együttes ülései ezzel be is fejeződtek; utána következtek a szakosztályok záróülései, amelyekben 49 előadó tartott előadást.

Délután volt az ünnepies záróülés a Városi Színházban vitéz *Simon Elemér* főispán elnöklésével. A főispán elnöki megnyitójában köszönetet mondott a vándorgyűlés tagjainak s különösen meleg szavakkal emlékezett meg *Dollinger Gyula* dr. elnök és *Gorka Sándor* dr. titkár fáradhatatlan tevékenységéről. Indítványára a kormányzó, a miniszterelnököt és *Esterházy Pál* herceg tiszteletbeli elnököt táviratilag üdvözölték.

Ezután *Gorka Sándor* dr. egyetemi tanár, a vándorgyűlés szervező titkára számolt be a nagygyűlés lefolyásáról.

A záróülés a nagyválasztmány előterjesztéseit egyhangúan elfogadta és a többi között elhatározta, hogy *Taufer Vilmos* dr. egyetemi tanár indítványára feliratban kéri a közoktatásügyi, népjóléti és belügyi minisztereket, hogy a magyar anyák és újszülöttek egészségének megmentése érdekében törvényhozás útján emeljék a babaügyet olyan etikai és társadalmi nívóra, hogy a magyar középosztály hölgyei is felkereshessék ezt a pályát. Ezért a *szülésznői állást szervezzék át köztisztviselői állássá.*

Ezután *Fáy Aladár* ny. államtitkár tartotta meg a *Tóth Lajos*-előadást a tuberculosis átörökléséről, amiért a záróülés a *Tóth-aranyéremmel* tünteti ki.

Dollinger Gyula dr., a nagyválasztmány elnöke, meleg szavakkal köszönte meg a város vendégszeretét és elismeréssel méltatta vitéz *Simon Elemér* főispán kiváló egyéniségét. *Thurner Mihály* dr. polgármester felszólalása után vitéz *Simon Elemér* főispán, elnök, bezárta a vándorgyűlést, amelynek résztvevői vasárnap *Esterházy Pál* herceg meghívására a kapuvári hercegi kastélyt, ipari és gazdasági telepeket tekintik meg.

VEGYES HÍREK

Intelem a Chinába készülő orvosoknak. Az alábbi fontos értesüléseket kiváló hazánkfiaitól, dr. *Reiss Frigyes* egyetemi rendkívüli tanártól vesszük, kit a chinai kormány a Shanghai-ban felállított „Central National University” bőrgyógyászati klinikájának megszervezésével bízott meg, mihez neki, régi előfizetőnknek hazafias büszkeséggel gratulálunk. Levelét azon alkalomból intézi hozzánk, hogy egyszerre négy collega akart minden basis nélkül nekivágni a nagy útnak és letelepülésnek Chinában, ami mint az alábbiakból kiderül, nagyon kalandos vállalkozás lett volna.

Chinában — írja *Reiss* professor — a kikötővárosokat leszámítva, majdnem kizárólag missionárius orvosok működnek, akiket otthoni missiójuk kitart. A nagyobb városokban, mint pl. Honkong, Shanghai, az orvosi praxis ú. n. orvos céheknek kezében van. Ez alatt az értendő, hogy az idegen colóniak megfelelő nemzetiségű orvosai: angolok, amerikaiak, franciák csoportosulva céheket, társulásokat alkotnak és évi szerződéseket kötnek a kereskedelmi és hajózási társulatokkal. Mivel a magyar és csztrák colóniaknak nincsenek nagy üzletei és hajóstársaságai, hazánkfiai a megélhetés e

lehetőségeitől teljesen elesnek. Ami Shanghai specialisan illeti, itt körülbelül 150 európai orvos működik, ezenkívül circa 300 chinai. A specialistaság minden ága 3—4 éves képviseletre van, úgyhogy 1—2 évet kell várni, míg a praxis valahogy megindul, amihez legalább 2000 amerikai dollár kell. Kórházakban vagy egyéb állami intézetekben csak kivételesen kap nem angol vagy francia ember állást. A tropusi betegségek ismerete feltétlenül szükséges és ennek megszerzésére ajánlatos egy hamburgi, párizsi vagy londoni 3 hónapos cursus. Betegségek közül endemics a typh. abdom., bacillaris és amebás dysenteria, variola vera, filariasis, anchylostomiasis, lepra és malaria. Az angol nyelvbéli jártasság feltétlenül szükséges. Ily helyzetben, különösen a mai zilált politikai viszonyok mellett pozitív állás nélkül nagyon merész vállalkozás a letelepülés. Az ezek ellenére is vállalkozóknak *Reiss* professor szívesen szolgál bővebb felvilágosítással, valamint rendelkezésünkre áll 1. a Shanghai Medical Society; 2. Health Department of the Sh. M. C. s végül 3. Dr. *Maxwell*, Editor of the China Medical Journal.

Orvosok megtelepedésével és tengerentúli orvosi viszonyokkal foglalkozik még *Haberland* professor kis könyve: „Aerztlicher Streifzug durch die Welt”, mit 1928. évi 32. számunkban ismertettünk, s amiből megtanulhatja mindenki, hogy ma már alapos képzettség nélkül sehol sem lehet letelepedni, s még így is állni kell és anyagiakban bírni a versenyt.

Vasvármegye és Szombathely város közkórházát a kormányzó és a főméltóságú asszony jelenlétében *Vass József* dr. népjóléti miniszter avatta fel szeptember 1-én. A közkórház 800 fekvőbetegre tud befogadni és a gyógyító orvostudomány minden szakmája elhelyezést nyert benne. A közkórház a természeti szépségű Gyöngyospatak mindkét partján épült 10 holdnyi területen. Úgy a külső, mint a belső kiképzés az összes épületeknél derűs, nyugodt hangulatot biztosít ezen nagy gyógyító intézménynek. A belső berendezése a modern technika minden vívmányának figyelembevételével volt eszközölhető, úgyhogy az ország minden részéről nagy számban összegyűlt szakemberek megállapítása szerint ezen közkórház megalkotása úgy architekturájában, mint belső berendezésében tökéletesen sikerült. A népjóléti miniszter ünnepi beszédében nagy elismeréssel adózott a vármegye és város közönségének, valamint a közkórház orvosi karának, akik a nyugati trianoni határon a tudomány és béke fegyvereivel szolgálják a magyar jövőt.

A Budapesti Orvosok Szövetségének Sajtóbizottsága — tekintettel a közelmúltban a napilapokban megjelent orvosi tárgyú közleményekre és az ezekre vonatkozóan a collegák köréből a sajtóbizottsághoz érkezett felszólalásokra, ezúton is közli a kartársakkal, hogy a napilapokban, főképen közegészségügyi ismeretterjesztő közlemények megjelentetése kívánatos, mint amilyenek voltak például az egészségügyi kormányzat kívánságára a nyári csecsemőhalandóság tárgyában — a közönség felvilágosítását célzó — prophylactikus intenciójú közlemények. A szorosabb értelemben vett orvostudományi cikkek megjelentetésében igen nagy óvatosságot kell tanusítani, mivel az ilyenek, kivált ha ezekben therapiás tanácsokat is ad a cikkíró és a cikket névalírásával, címével signálja, reklámcélnak tűnhetnek fel. A sajtóbizottság minden egyes ily cikkel behatóan foglalkozik és hogy a reklámcélnak ily természetére nem minden egyes esetben mutatott reá az illető napilapban, ezt a jóhiszemű collegák kímélése érdekében tette. *Figyelmezteti azonban a sajtóbizottság a collegákat, hogy az ily cikkek elhelyezésétől óvakodjanak, mert ellenkező esetben kénytelen lesz a sajtóbizottság — a Szövetség rendtartása értelmében — ellenük a legnagyobb szigorral eljárni.*

Amennyiben a collegáknak — nézetünk szerint — a sajtóbizottság céljait szolgáló érdemleges mondani-valójuk volna, kérjük, hogy a cikket a sajtóbizottsághoz sziveskedjenek elküldeni, mely a megfelelő cikkek elhelyezéséről gondoskodik.

Szabadságon vannak: *Gerlóczy Zsigmond* dr. aug. 5-től szeptember 15-ig. — *Paunz Márk* dr. augusztus 4-től szeptember 7-ig.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A méhenkívüli terhesség nehezen felismerhető alakjai.

A méhenkívüli terhesség diagnosztikáját megnehezíti, ha jellegzetes tünetek hiányoznak, vagy ha szokatlanul intenzív módon nyomulnak előtérbe egyes sensatiók. Belső vérzésnél, nagy anaemia mellett is látunk néha igen alacsony pulzusszámot (40–50); ilyeneknél arra kell gondolnunk, hogy a hashártya izgalma vagus-izgalmat s a szívlökések ritkulását váltja ki. Hiába keressük egyes esetekben a Douglast kitöltő folyadékot: régebbi összenövéses következtében a Douglas-rés elzáródott, a folyadékot, vért nem képes befogadni. Ilyeneknél a Douglas-punctio sem biztosítja a helyes diagnosztikát.

Máskor feltűnően csekély tünetet okoz még a súlyos vérvesztés is, inkább a belső vérzést kísérő fájdalom és shock hatása mutatkozik, akárcsak cysta-torsiónál vagy cysta-repedésnél. A peritonealis izgalom jelei különösen lassan fejlődő belső vérzésnél dominálhatják a kórképet. Ezeknél a hasfal érintése olyan fájdalmas, hogy a beteg a takarót sem tűri, s a legkisebb megmozgatás is kínzó fájdalmat okoz. A tubaris abortus vagy a terhes kürt megrepedése megtévesztően hasonlíthat az appendicitishez; máskor a váll és epehólyag felé kisugárzó fájdalmak cholecystitis, pleuritis vagy pneumonia irányába terelik a diagnosztikát. A rectum körüli vérömleny kínzó tenesmust, a hólyag körül elhelyezkedő vér vizelési panaszokat okoz s e tünetek elterelik a figyelmet az alapjelenségről.

Egyes esetekben, különösen ha a belső vérzés nem túlságosan rohamos, a bélkaesok közt elhelyezkedő vér csakhamar a belek részleges vagy teljes paresisére vezet, meteorismus, hányás lép fel. Ez a tünet annyira szembeszökő lehet, hogy ileus gyanúját kelti.

Megnehezítheti a diagnosztikát, ha a méhből nagyobb-mennyiségű véres váladék ürül, göresök kíséretében. Ez abortus vagy dysmenorrhoea membranacea irányába tereli a figyelmet. Különösen nehéz a helyzet, ha ilyen téves alapon már más oldalról orvosi beavatkozás (curettage) történt, mert akkor méhátfúrásra, ascendáló septikus gyulladásra is gondolni kell.

Mindennapos a kérdés, vajjon tubaris abortussal vagy kezdődő adnexumgyulladással állunk-e szemben. Ezt elég biztosan el tudjuk dönteni a tünetek kellő mérlegelése és az eset klinikai megfigyelése után. Nehéz a helyzet, ha a folyamat már régebbi idő óta áll fenn s amikor a hasüri vérömleny fertőzött, — itt a belső vérzés tünetei már elmosódtak s a gyulladás, fertőzés lép előtérbe.

A diagnosztikai tévedés a betegre végzetes lehet, ha a műtéti beavatkozás kellő idejének elmulasztására vezet, vagy ha a külső vérzés által félrevezettetve, méhkaparással akarja az orvos a beteget meggyógyítani.

A tévedések elkerülésében nagy segítségünkre van, ha hasi sensatiók esetén extrauterin terhességre gondolunk. De még az exact diagnosztikánál is fontosabb, ha a gyógyító hasmetszés indicióit keressük. Mert akár méhenkívüli terhesség, akár cysta torsio vagy cysta megpukadása váltja ki a tüneteket, egyformán operálnunk kell. Viszont acut adnexumgyulladásnál a műtéttől tartózkodunk. Az anamnesis ismételt kikérdezése a gyanúkok irányában való kiterjesztése, a beteg inté-

zetbe szállítása, megfigyelése legtöbbször kisegíti a zavarból. A bimanualis vizsgálat mellett a legértékesebb eljárásunk a megfigyelés és az összenyomás mérlegelése. Megnehezíti a vizsgálatot a fájdalmasság, vastag, feszes hasfalak, régebbi elváltozások az adnexumokon, összenövéses. Hasznos útmutató a hőmérsék, vörösvérsejtszüllyedés és a fehérvérsejtek száma. Hirtelen kezdődő gyulladásnál, appendicitisnél magas fehérvérsejtszámot találunk, míg a vörösvérsejtek süllyedési sebessége csak napok múlva változik kifejezetten; terhességnél csak mérsékelt gyorsulással találkozunk. Nincs még kellőképpen megállapítva, mennyire használható a bilirubin kimutatása a serumban s az urobilin-reactio a vizeletben.

Szólnunk kell a Douglas-punctio jelentőségéről. Éppen a kritikus esetekben sokszor cserbenhagy vagy félrevezet. Ha a Douglasban összenövéses vannak, nem jutunk be a tüvel a hasüreg azon részébe, ahol a vér van. Ha serumot kapunk, annak többféle eredete lehet (cysta, magzatvíz, ascites). Kifejezett retroflexio esetén a punctio nem vihető keresztül. Segítségünkre van a punctio, ha genyet húz ki a fecskendő, vagy ha vért kapunk. A diagnosztika azonban még ilyenkor sem absolute biztos, hiszen a geny fertőzött méhenkívüli terhességből is származhatik, a vér pedig venából, ovarialis haematomból.

Fekete Sándor dr.

egyet. magántanár, főorvos.

Calmette tbc. elleni szerének (BCG) értéke.

Ha a Calmette-féle védőoltás értékéről véleményt akarunk magunknak alkotni, mindenekelőtt a tuberculosis ellen való immunitás néhány alapvető tényével kell tisztába jönnünk. S itt tudnunk kell, hogy a tuberculosis ellen való immunitás ú. n. infectiós immunitás, vagyis kötve van ahhoz a cardinalis feltételhez, hogy a védőoltásra használt anyag a beoltott szervezetben infectiót hozzon létre, még pedig nemcsak biológiai kölcsönhatást az oltóanyag és a szervezet között, hanem valóságos anatómiai, illetve morfológiai elváltozást. Ebből aztán az a rendkívül fontos tény következik, hogy tuberculosis ellen való immunitást — mint ahogyan azt sokan megkísérelték — holt anyaggal előidézni nem lehet, hanem csupán élő és legalább is annyira virulens anyaggal, amelyik még infectió létrehozására alkalmas. A esőkkent virulencia azért obligát követelmény, mert az infectio által kiváltott anatómiai, illetve morfológiai elváltozásnak oly csekélyfokúnak kell lennie, hogy ez a szervezetet hosszasan, vagy mélyrehatóbban ne károsítsa. Az ilyen módon bekövetkezett infectio kapcsán létrejött immunitás különösen két jelenségben nyilvánul meg: az egyik a tuberculinallergia, vagyis az a jelenség, hogy az azelőtt negatív tuberculin-reactio az eredményes infectio után pozitív válik, a másik — s ez a lényeges —, hogy egy későbbi superinfectio vagy egyáltalában nem tapad meg többé, vagy ha megtapad, akkor az sokkal enyhébb formában történik, mint a nem immunis szervezetben.

Lássuk már most, hogy a Calmette-féle szer az eddigi tapasztalatok alapján mennyiben felel meg ezeknek a postulatumoknak. A Calmette-féle szer élő, bovin-typusú bacillusokból áll, amelyekkel állatokon típusos

gümőkóros elváltozásokat lehet előidézni. Ezeknek az elváltozásoknak azonban az a sajátosságuk, hogy egyfelől a bacillusok megtapadásának a helyén és a hozzája tartozó mirigyekben körülírtak maradnak, s hogy másfelől nagy és gyors a gyógyulási képességük, úgy, hogy már néhány hónappal az infectio után nyomtalanul eltűnnek. Ez a Calmette-féle szert alkotó vírus csökkent virulentiájára mutat. Az ily módon inficiált állatok — mint ahogy azt az idevágó kísérletek túlnyomó része tanúsítja — egyfelől érzékennyé válnak tuberculinnel, másfelől bizonyos védelemre tesznek szert egy későbbi superinfectióval szemben, mely védelem rendszerint abban nyilvánul meg, hogy a superinfectióval szemben vagy teljesen refractaerek maradnak, vagy pedig — s ez gyakoribb eset — a superinfectio által kiváltott elváltozások sokkal kevésbé súlyosak, mint az ellenőrzés céljára használt B. C. G.-vel nem kezelt állatokon. Ez a védelem azonban rendszerint csak akkor áll be, ha az oltóanyagot parenteralisan alkalmazzuk, peroralis alkalmazás esetében — közismert, hogy *Calmette* újabban csecsemők immunizálására kizárólag a peroralis alkalmazást ajánlja — az eredmény bizonytalan. Ez a bizonytalanság abban nyilvánul meg, hogy a per os adott szer az esetek egy részében sem infectiót, sem allergiát, még kevésbé immunitást nem idéz elő.

Amint ebből látható, a Calmette-féle szerrel állatkísérletekben azoknak a postulatumnak valóban eleget lehet tenni, melyek a tbc. ellen elérhető immunitásnak alapját alkotják. Már sokkal nehezebb ezeknek a viszonyoknak a megítélése embereken, nevezetesen pedig csecsemőkön eszközölt kísérletekben. A nehézség abban van, hogy míg állatkísérletekben a megtörtént infectio és a superinfectio eredményét, tehát az immunitás fokát, sectióval és histológiai vizsgálatokkal kifogástalanul meg lehet állapítani, addig csecsemőkön eszközölt kísérletekben erre a célra csupán csak az allergia vizsgálata és a csecsemők további sorának megfigyelése áll rendelkezésre. Ami az allergiát illeti, a csecsemőkön eszközölt kísérletekben is bebizonyosodott, hogy a szer peroralis alkalmazása bizonytalan eredménnyel jár, az allergia csak egyes esetekben jelentkezik. Erre vonatkozólag *Calmette*nek az az álláspontja, hogy tuberculin allergia azért nem jelentkezik, mert infectio sem következik be, különben is az allergia nem obligát kísérő jelenség, vagy tulajdonsága, vagy alkotórésze az immunitásnak. Az ő szerével kezelt csecsemők infectio és allergia nélkül is immunisokká válnak egy későbbi tbc. és infectióval szemben s ennek bizonyítékát abban látja, hogy a több tízezer esetre kiterjedő statistika tanúsága szerint a B. C. G.-vel kezelt csecsemők tbc. betegedési és halálozási aránya sokkalta kedvezőbb, mint a B. C. G.-vel nem kezeltké.

Ha ezt a felfogást kritikai bonékos alá vesszük, azt kell mondanunk, hogy az immunitásról való eddigi tudásunk szerint úgy az infectio, mint a tuberculin allergia obligát előfeltétele, illetve kísérőjelensége a tbc. immunitásnak s *Calmette* eddig nem szolgáltatott oly bizonyítékokat, amelyekkel ezt a megállapítást megdöntötte volna. A statistikai adatok nem tekinthetők abszolút megbízható bizonyítéknak, főképen azért nem, mert a B. C. G.-vel kezelt csecsemők betegedési és halálozási arányának kedvező alakulásában a kezeléson kívül más tényezők is szerepet játszanak. Emellett német szerzők kétségbe vonják, hogy a francia csecsemők összhaltalozási arányszáma, melyhez *Calmette* a B. C. G.-vel kezelt csecsemők arányszámát viszonyítja, oly magas volna, mint ahogy azt egyes szerzők feltűntetik s joggal hivatkoznak arra is, hogy a nem tbc.-ben elhalt B. C. G.-vel

kezelt csecsemők haláloka nincs felderítve, mert sectio csak kivételes esetben történt.

Mindent összefoglalva, a tényállás tehát az, hogy a B. C. G.-vel eszközölt állatkísérletek eredményei nem mindenben igazolják *Calmette* felfedéseit s nincsen abszolút megbízható bizonyítékunk arra, hogy a B. C. G.-nek csecsemőkön való peroralis alkalmazásával valóban és minden esetben immunitást lehet elérni. Ha most még figyelembe vesszük, hogy egyfelől állatokon eszközölt kísérletek szerint a B. C. G.-vel elérhető immunitás csak korlátolt ideig tart s így az immunitás fenntartására újraoltásokra van szükség, s hogy másfelől még mindig nyitott kérdés az, vajjon a B. C. G.-t alkotó, csökkent virulentiájú bacillusok nem válhatnak-e a szervezetben újból virulensekké, azt kell mondanunk, hogy a B. C. G.-vel való védőkezelés az általános gyakorlatba még nem vezethető be.

Geszti József dr., igazgató-főorvos, Debrecen.

A kéz fertőzései és gyógyítása.

A kéz fertőzései közül gyakorlatilag legfontosabb a panaritium (körömméreg). A panaritium a kéz és főként az ujjak külső behatásoknak leginkább kitett tenyéri felszínén fellépő, genyeltő baktériumok által okozott kötőszöveti gyulladás. A kézen szenvedett legcsekélyebb sérülés, horzsolás, zúzódás, vágás, szúrás és megfelelő fertőzőanyag jelenléte panaritiumot okozhat. A baj megelőzése elérhető volna fertőzőtt anyaggal dolgozóknál kesztyűk hordásával, egyébként a kéz felületének sérülése esetén azonnali benzinnel kimosás és jódozás által. Ha így, szabályszerű sebellenzárással felületes sebzésnél a fertőzést többnyire el is hárihatjuk, mély sebzésnél (szúrás) rendszerint mégis kifejlődik a panaritium. A fertőzések túlnyomó részénél a bőralatti kötőszövetben, annak függőlegesen futó merev rostjai által körülzárt kis fészkekben képződik egy kis tályog. Ennek jele elsősorban a heves, lüktető spontán és főként nyomási fájdalom, mely mellett a vastag szaruréteggel borított bőr pirossága és melegsége kezdetben hiányzik. Pihen korai időszakban a baj egy egyszerű kis bemetszéssel gyógyítható. A bemetszés lehet rövid, akár csupán 4–5 mm hosszú, de mindenesetre eléggé mély legyen, az 1–2 mm vastag bőrön (irha) áthatoló. Az ilyen kis beavatkozás úgy a heves fájdalmak megszüntetése, mint számos súlyos következmény elhárítása által egyik leghálásabb területe a sebészetnek. Mik lehetnek a fel nem ismert vagy sebészi kezelésbe nem vett bőralatti panaritium következményei? A genyedés tovaterjed a bőr alatt fekvő inhuvelybe, a csontra, az ízületre helyileg, másrészt, különösen streptococcus-fertőzésnél, a vér- és nyirokereken útján lymphangitis, thrombophlebitis lymphadenitis léphet fel. Ezen súlyos szövödményeknél is nagyfontosságú a megfelelő sebészi kezelés. Az inhuvely-panaritiumnál, különösen, ha az a hüvelyk- vagy kis-ujjon lép fel, melyek inhuvelyei a nagy tenyéri inhuvely-tömlővel közlekednek, több apró metszéssel kell feltárunk a fertőzés egész csatornáját az újjhegytől a tenyérig és pedig minden ujjpercen a hajlító-ín ellenkező oldalán, a tenyéren az ín medialis oldalán. Minden metszési helyet külön drainálunk egy-egy steril gaze-csíkkal, az áthidaló drainage, mivel éppúgy inelhalást okozhat mint egy hosszú metszés, elvetendő. Egy hosszú metszés bőrhegedést, inelhalást, contracturát eredményez, ezért hacsak életmentő szerepe nincs, kerülendő. A csont-panaritium aránylag jóindulatú, kevésbé virulens fertőzéseknél lép fel elhanyagolt esetben. Itt a sipolyt vagy sipolyokat alaposabban feltárjuk, az esetleg

leválóban levő sequestert eltávolítjuk, de az eltávolítást nem erőszakoljuk, nehogy ép csont is veszendőbe menjen. Ha a panaritium akár beható szűrés fertőzésével közvetlenül, akár az ízületben résztvevő valamelyik esontról ráterjed az ízületre, a gyulladás többnyire az ízület ankylosisával végződik. Az enyhébb esetekben a végtagot sínre helyezük és pára-kötéseket alkalmazunk. A kéztőizület súlyosabb fertőződésénél az ízület trans-lunaris drainage-a vagy típusos resectiója által kerülhetjük csak el az amputatiót. Természetesen ilyenkor a kéztőizület és a kéz ujjainak működése nagy mértékben szenved. Kevésbé súlyos következményei vannak a lig. carpitransversum átmetszésének. A hüvelyk- és kisujj inhuvelyi panaritiuma esetén ajánlatos ezen szalagot átmetszeni s a metszést kissé az alkarra vezetni, ezen eljárás nagy fokban gyorsítja a gyógyulást és az inak működőképességét nem rontja. Ezen súlyos esetekben különösen fontos a seb utókezelése; szép eredményeket ad a Carrel-féle óránként való seb-irrigatós eljárása műtétet követő 2—4 napon át éjjel-nappal alkalmazva, kevésbé bonyolult s majdnem ilyen jól hártja el az inak kiszáradását és elhalását, ha a tamponokat különböző illó olajokba itatjuk. Szintén igen fontos a működés lehető megőrzése szempontjából az extenziós utókezelés és a korai zanderezés. Ha az élet megmentése végett mégis kénytelenek vagyunk néha túlhosszú metszéseket alkalmazni, mikor is a leggondosabb utókezeléssel sem sikerül elkerülnünk a contracturákat, ezeket is megjavíthatjuk plastikai műtétekkel, különösen, ha azok bőr- vagy inhegedésen alapulnak. Az ízületek, esonatok ankylosisnál a plastikának kevesebb a sikere, de azért ily esetekben is meg kell kísérelnünk a hasznavehetetlen ujj vagy kéz működésének műtéti megjavítását, mielőtt az ujj vagy pláne a kéz csonkítására szánánk el magunkat. Míg a kéz tenyéri oldalán a panaritiumok, a kéz háti oldalán a furunculások képviselik a pyogen fertőzést. Nem sok mondanivaló van róluk. Nem szoktak helyileg a mélybe terjedni, ellenben lymphangitisek, thrombophlebitisek, lymphadenitisek kézháti furunculus után nem ritkák. Kis folliculitisek pára-kötésre visszafejlődhetnek. Ha azonban már perifollicularis szövetelhalás lépett fel, tanácsos, még mielőtt a szétfolyósodás, elgenyedés fellépne, a bemetszés. Sok fájdalomtól és esetleg veszélyes szövődményekről kímélhetjük meg így a beteget. Az ily bemetszett furunculások gyógyhajlama igen jó, 7—8 nap alatt kitelődnek. Fontos feladat az újabb furunculások fellépésének elhárítása, evégből minden kötést váltásnál a környezetet 1%-os salicyl-alkohollal lemossuk és kenőccsel bekenjük.

A kéz másodsorban leggyakoribb fertőzése a gümőkór. Előfordul az ujjperc- és kézközépsonatokon mint spina ventosa, a kéztőizületben és annak apró esontjaiban, továbbá kissé ritkábban a lágyrészekben, a bőrben és az inhuvelyekben. Mindezen gümős bántalmaknál igen fontos a korai felismerés, főként, mert ilyenkor conservatív, kíméletes kezelési módok is jó eredményre vezetnek. Legfontosabb a nyugalombahelyezés, quartz- és napfénykezelés, roborálás. Így sokszor csirájában szüntethetjük meg a bajt. Ha mégis körülírt szövetelhalás jön létre, hideg tályogok fejlődnek, idejében, mielőtt még a bőr meglobosodna, finom tűvel pungáljunk, a geny kiszívása után jodoform-glycerint, Calot-oldatot vagy zinksulfatot fecskendezve be. A punctiós kezelés az activ sebészi beavatkozások közül még mindig aránylag a legjobb eredményeket adja, természetesen, ha vigyázunk a sterilítésre, hogy a hideg tályogot genykeltőkkel be ne fertőzzük. Csak a legelhanyagoltabb sipolyos esetekben jöhet szóba nagyobb sebészi beavatkozás, itt is azonban

jobb, ha a local-immunitás szövetgátján belül maradunk, a sipolyok mentén felhasítással, kikaparással távolítjuk el az elhalt szöveteket. Az utókezelésnél igen fontos a sínre rögzítés, a szorgalmas quartz- és napfénykezelés. Mindez főként a csont-izületi bántalmakra vonatkozik, itt csak a körülírt spina ventosánál vagy egyéb solitaer esontgócnál lehetünk sebészileg activabbak. Ilyenkor megkísérelhető a fedett góc feltárása, kitakarítása és prima zárása a siker meglehetősen reményével. Az inhuvely-gümőkórnál, ha az még zárt is, szabály szerint sebészi beavatkozást végzünk, a gümős sarjszövetet gondosan, alaposan kiirtjuk, mikor is az inak aggály nélkül lecsupaszíthatók; ha minden kóros szövetet eltávolítottunk és prima gyógyulást értünk el, az eredmény kifogástalan.

Elég gyakori fertőzések megbetegedése a kéznek a gonorrhoea is, amely legfőként a kéztőizületet támadja meg. Hirtelen fellépő igen heves fájdalom, némi láz, vizenyős, meleg duzzanat jellemzi. Teendő: sínre helyezés, borogatás, pára-kötés, specifikus vaccina- (artigon) és esetleg heteroprotein-kezelés. A működési eredmény rendszerint jó, néha azonban ankylosis következik be, azért a fájdalmas időszak enyhülésekor korai mozgatás ajánlatos. Jó hatású a diathermia is.

Gyakori fertőzések betegsége a kézen az erysipeloid, míg a valódi erysipelas igen ritka. Az erysipeloid leginkább állati anyagokkal, hússal, csontokkal, bőrökkel stb. foglalkozó egyéneknek (szakácsok, szakácsnők, mézszárosok, timárok) lép fel. Ezeknél apró, sokszor észre sem vehető sebésziből kiinduló piros folt támad, mely égető, viszkető érzés kíséretében terjed az ujjhegyről az ujjak tövé, majd a kéztő felé láz fellépése nélkül. A kezelés egyszerű: kenőcsös pára-kötés, esetleg sínrehelyezés. Gyógytartam rendszerint 4—5 nap. A valódi erysipelasnál az ismert súlyos tünetek (láz, hidegrázás) észlelhetők. Teendő: a fentiekén kívül ágynyugalom és serum-kezelés. Legjobb a skarlat-streptococcus-savó, szükségből a diphtheria-savó vagy a közönséges lósavó is megfelel. Anaphylaxiás tünetek elhárítására 2 órával a főinfectio előtt adjunk $\frac{1}{2}$ —1 cm³-t.

Ritkán fordul elő, de nehéz felismerése miatt megemlítjük a kéz fertőzései között a lueses elsődleges sklerosist. Ezt legtöbbször paronychiával vagy gyógyulóban levő infiltrált furunculussal tévesztik össze. Ha azonban egy paronychiaszerű gyulladás nem gyógyul, a sarjak renyhék, nem hámosodnak, egy furunculus infiltrált marad, se ki nem fakad, se vissza nem fejlődik, továbbá mindkettő feltűnő fájdalmatlan, luesre kell gondolnunk. Ha azután kemény, fájdalmatlan lymphangitises kötegek, könyöktáji nyirokesomók jelennek meg, nem kétséges többé a diagnosis. Könnyű a lues harmadlagos elváltozásainak a felismerése, amilyen pl. a dactylitis, syphilitica, a phalanx-esonatok gummás felfúvódása, különösen örökölt luesnél. Természetesen a lues bármely alakjánál a kezelés antilueses, sebészi beavatkozástól óvakodjunk.

Szintén ritkán fordul elő, főként cukrászoknál, cukorporral dolgozó szakácsnéknél a sarjadzó-gombák (élesztő stb.) által okozott chronikus paronychia. Ez a betegség sorra támadja meg az ujjakat; a körömágy genyvedzeni kezd, lassanként a köröm lehull s deformált új köröm nő ki, hogy az ismét elpusztuljon. Ilyenkor a legfőbb teendő a foglalkozás megváltoztatása vagy védőkeztüben való munka. Helyileg igen jó hatása van a higanykenőcsös vékony körömágy-tamponokkal kombinált pára-kötéseknek. Ezáltal sokszor sikerül a köröm megmenteni.

A kéz fertőzései között, teljesség kedvéért, csak éppen megemlítjük a nálunk elő nem forduló sporotrichosist és a leprát.

Ami a kézen fertőzés miatt végzett műtéknél az érzéstelenítést illeti, a legtöbb igen jól elvégezhető tutocain (novocain) helyi érzéstelenítésben, különösen az ujjakon vezetéssel érzéstelenítés alakjában. A tenyér heveny genyedéseinél néha célszerűbb a chloraethyl-aether-bódulatban való műtét.

Valkányi Rezső dr. egyet. tanársegéd.

Kezelhető-e otthon a paralytikus beteg?

Ez a kérdés rendszerint olyankor vetődik fel, amikor családfenntartó, kenyérkereső egyén betegszik meg paralysis progressivában. Ilyenkor a hozzátartozókat kettős veszteség éri, az elmaradt kereset és az intézeti kezelés költsége. De szóba jöhet ez a kérdés akkor is, ha sikerül a folyamatot a legkezdetibb fokán felismernünk s a beteg érthető módon nem szívesen megy kórházba, vagy amikor a kórkép teljesen kibontakozott ugyan, de a beteg még eléggé socialis viselkedésű ahhoz, hogy családi ápolásban otthon legyen tartható. Ha a beteg ön- vagy közveszélyes és antisocialis, otthoni vagy ambulans kezeléssel szó sem lehet. Figyelembe kell venni azt, hogy az expansiv paralytikus terveket kovácsol, merész vállalkozásokba kezd, esztelenül tékozol, találmányokat főz ki, hivatalokban kiléncsel stb. Ily esetben szintén a legjobb, ha mielőbb zárt intézetbe, vagy legalább is ideiglenes gondnokság alá jut a beteg, még mielőtt mindenét elfecsérelve családját is a tönk szélére viszi.

Igen alkalmas otthoni kezelésre a paralysis progressiva egyszerű formája, amikor a beteg szellemi képességei bizonyos mértékben csökkentek ugyan, de tájékozódása még jó, kritikája nagyobb mértékben nem szenvedett, magaviselete, befolyásolhatósága pedig a családi felügyeletben való kezelés elé nehézségeket nem gördít.

Annak eldöntése, hogy családjában hagyjuk-e a beteget, vagy pedig intézetbe vigyük, attól is függ, hogy milyen kezelést tartunk szükségesnek. Malaria-kezelést semmi esetre se végezzünk otthon. Ha a beteg szíve ép, az intézetben való tartózkodás idejének megrövidítése okából beolthatjuk az egyént ambulánsan is, de gondoskodjunk arról, hogy mihelyt az első lázroham jelentkezik, (kb. 8–10 nap múlva) azonnal intézetbe jusson. Az oltás után naponta többször hőmérőzzünk.

A specifikus kezelést végezhető el a legkönnyebben odahaza, ez azonban inkább mint utókúra, illetve mint a láztherápia segítő eszköze jöhet számításba.

A lázkeltező szerek közül legjobb és legegyszerűbb az intramuscularisan adagolt sterilizált tehéntej. Az első adag 4–5 cm³ legyen, Négy-öt napos időközökben, adagként 2–3 cm³-rel emelkedve, kb. 10–12 lázroham kell ahhoz, hogy kielégítő eredményt érjünk el. A hőmérséknek 38 C° fölé kell emelkednie. Lehetőleg délelőtt kapja meg az injectiót a beteg, hogy a legmagasabb hőemelkedésen még aznap délután átessék. Ajánlatos óránként, sőt néha félóránként ellenőrizni a láz fokozódását; a főfájást, a beszúrás helyén jelentkező érzékenységet hűvös borogatással enyhítsük. A hozzátartozók ily szempontból való kioktatása azért fontos, mert már megessett, hogy malariával beoltott paralytikus beteg a főfájása csillapítására a lázroham tetőpontján titokban chinint vett be, amivel aztán a malariát egyszersmindenkorra meg is szüntette.

A lázas állapot alatt természetesen ágyban tartjuk a beteget. Öt napnál nagyobb szüneteket ne iktassunk az egyes tejinjectiók közé, nehogy anaphylaxiás sokkot

idézzünk elő. A családtagokat fel kell világosítani néha arról is, hogy zsirembóliát is kaphat a beteg, bár ez kellő technikai óvatosság mellett ritka szövődmény. Megtörtént már az is, hogy a beteg a lázkezelés folyamán ictus paralyticust szenvedett el. Ilyenkor is ki kell oktatni a hozzátartozókat, nehogy azok az orvost tegyék felelőssé az ilyen, a kórfolyamat természetéből következő incidensért.

Ha a tej, illetve a többi nemspecifikus növényi és állati fehérjetermékek nem váltanak ki kellő magasságú lázat, megpróbálkozhatunk a Neo-saprovitan B. intravenás befecskendezésével. Itt még óvatosabban kell eljárunk, mert aránylag hirtelenül, 2–3 órán belül, igen magas, 40,5–41 C°-os láz, esetleg collapsus léphet fel. Nagy-kiterjedésű ajakherpes jelentkezését ismételtén észleltük. Írtak le halálesetet is.

Szóba jöhet a typhusvaccinával való lázkeltés is.

Gyakran megesik az, hogy a beteg a lázrohamok alatt hallucinál, nyugtalan lesz. Ilyenkor feltétlenül tanácsolunk kell a kórházi kezelést.

Még legalkalmasabb ambulans vagy otthoni kezelésre az a beteg, aki már láztherápián átesett, remittált és utókúra gyanánt kombinált salvarsan-bismuth-kezelést vagy egyszerű arsen-roborálást végez. Ily esetben mindazok az elvek irányadók, amelyeket hasonló kezeléseknél általában be szoktunk tartani, illetve, ha a psychés defektusok nagyobb fokúak, azokat az intézkedéseket tesszük meg, amelyeket az elmebetegnek homofamiliaris ápolása megkíván. *Miskolczy Dezső dr.*, egyet. tanársegéd.

Az asthma bronchiale kezelése glykoseval.

Az asthma bronchiale egyike a legkellemetlenebb betegségeknek. Kellemetlen voltát elsősorban az asthmás rohamoknak köszöni, mely kínzó fulladásérzésével nagyon megkínóztatja a beteget. Természetes tehát az igyekezetünk, hogy a rohamok csillapítására minél több és minél jobb gyógyszer álljon rendelkezésünkre. A meglévő régi gyógyszerek mellé most egy előnyös hatású, ebben az alkalmazásában új gyógyszert ajánlhatunk.

Ha az asthmás roham idején intravenásan 10 cm³ 40%-os glykose-oldatot adunk, a roham pár perc múlva szűnik és 24–48 óráig nem ismétlődik. Naponta adott glykose-injectióval az asthmás betegek legsúlyosabbikát is rohammentesen tudtuk tartani, sőt úgy tapasztaltuk, hogy kb. 10 injectio adása után a betegek hosszabb időre rohammentesek maradtak. Újabban a gyógyszert intravenásan másodnaponként adagoljuk 2–4 héten át s több oly esetben értünk el jó eredményt, akiknél a többi gyógyszerek már mind esődtö mondtak. Az injectio semmi kellemetlenséggel sem jár és már ezért is előnyben részesítendő az eddig használatban lévő legelterjedtebb gyógyszerekkel szemben (tonogen, atropin, Ca, stb.). Teljesen ártalmatlan szer, így prophylactice is bármikor adagolható.

A glykose tapasztalataink szerint az asthmás rohamot mindig oldotta, de alig befolyásolta a secundaer bronchitist és természetesen nem tudta megváltoztatni a következményes emphysemát sem. Véleményünk szerint azonban mégis nagy nyereség, hogy végre oly gyógyszer is van birtokunkban, mely minden mellékhatás nélkül szünteti meg az asthma bronchialeban szenvedő betegek rohamát, ezt a kínzó, ezt a kellemetlen fulladásérzést, nem is szólva arról, hogy az új gyógyszerrel betegeket tartósan rohammentessé tehetünk.

Jánossy Gyula dr., tanársegéd, Debrecen.

ORVOSI HETILAP

Alapította **MARKUSOVSKY LAJOS** 1857-ben.

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

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA 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:

Szathmáry Zoltán: A rendes helyen tapadó lepény korai leválásáról. (917—923. oldal.)
Ballagi István: Adatok a dermatomykosisok klinikájához. (Kettős fertőzés.) (923—924. oldal.)
Rejtő Sándor: A labyrinthus teljes kilökődése cholesteatoma következtében. (924—925. oldal.)
Engel Károly: A syphilis mai therapiájának kritikája a belső szervek folyamatok szempontjából. (925—929. oldal.)
Jánossy Gyula és Simon Jenő: A hypophysaer diabetes insipidus kezeléséről. (929—931. oldal.)

Beöthy Konrád és Szalay József: Velezületett kétoldali mellékvesehiány járulékos mellékvesével. (931—934. oldal.)
Pollner Kálmán: Phosphor gyógyszeres adagolása okozta állcsont-elhalás. (934—936. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (145—148. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Urologia. (936—939. o.)
Könyvismertetés. (939—940. oldal.)
A Német Orvos- és Természettudományi Történelmi Társaság congressusa. (940—IV. borítékoldal.)
Vegyes hírek. (IV. borítékoldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. női klinikájának közleménye (igazgató: Tóth István dr. egy. ny. r. tanár.)

A rendes helyen tapadó lepény korai leválásáról.

Írta: *Szathmáry Zoltán dr. tanársegéd.*

A rendes helyen tapadó lepény korai leválása a súlyosabb esetek kiszámíthatatlan következményei miatt a szülés legkellemetlenebb szövödményei közé tartozik.

E kérdéssel sokan foglalkoztak. A régi traumatikus okon alapuló vélemény tudományunk haladásával lassan átalakult s ma göresövi, állatkísérleti, valamint physiko-chemiai vizsgálataink alapján a korai leválás leggyakoribb okának a terhességi toxicosisokat tartjuk. E téren azonban még korántsem jutottunk el végleges eredményre, közös megállapodásra. A legnagyobb nehézséget az adta, hogy egységes, nagyobb anyag senkinek sem állott rendelkezésre, mert e körkép — mint klinikánk utolsó 18.148 szüléséből látjuk — csak aránylag gyérebben, mindössze 42-szer fordult elő (0.23%).

Míg e szülési szövödmény klinikai képe nagy súlyt helyeztek s elég jól ismerték, addig a kiinduló okot rejtő kórbonctani elváltozások alig találtak méltánylásra. E kérdésnek főleg az utóbbi részét dolgozták ki az újabb kutatók, s ezért csak alig néhány éve annak, hogy e munkák eredményeiből levont következtetések ismeretesebbek lettek. Az okot magyarázó elváltozást nemcsak a lepényben keresték, mint régebben, hanem a méhben is, s elsősorban a méh deciduává átalakult nyálkahártyájában. A vizsgálatok folyamán főleg statisztikai összeállításokból arra jöttek rá, hogy e szülési szövödmény legtöbbször terhességi toxicosisokkal függ. Össze, s voltaképpen ezek részjelenségeként kell felfognunk.

Behatóbb vizsgálatunkra az adott impulsust, hogy számos ily irányú külföldi cikkel szemben magyar folyóiratban sehol sem találtunk hasonló tárgyú munkát, s hogy véleményünk az eddigi közlemények nagy részétől

eltér. Ez okból átvizsgáltuk klinikánk fentemlített utolsó 11 évi szülészeti anyagát, melynek egyszerű számadatait a következőkben adjuk. Súlyosság szerint 42 esetből halálos kimenetelű volt 4 (10%); életveszélyes állapotban volt, de meggyógyult 8 beteg (19%); súlyosabb lefolyással találkozunk 11 (26%); s könnyebb kimenetellel 19 esetben (45%). A betegek 35%-a először, 65%-a többször szülő volt. Koruk átlaga 30 év. Kórelőzményükben az előző születéseknél 5 ízben szerepelt fogóműtét, kétszer harántfekvés, egyszer farfekvés s egy alkalommal placenta praevia.

Eseteink között két harántfekvést, öt medencevégű fekvést találtunk. Egy alkalommal homloktartás, két ízben pedig arctartás zavarta meg a szülés rendes lefolyását. A köldökzsinór rendellenességei között egy valódi köldökzsinórcsomó, egy túl rövid (28 cm) s egy előesett köldökzsinórt említhetünk fel.

Külső vérzés állott fenn 32 alkalommal, ezek közül 18 súlyosabb, nagyobb fokú volt. Vérzés közben véralvadás távozott az esetek 61%-ában. A leghosszabb ideig tartó vérzés a szülés előtt három héttel indult meg. Több esetben a szülés alatt nem volt vérzés; ezeknél csak a lepényt fedő, szívósan tapadó véralvadékokból s a lepényen látható véralvadék-lenyomatokból állítottuk fel a korai lepényleválás kórisméjét.

Renyhén húzódott össze a méh (atonia) az esetek 21%-ában. A vérzés négy alkalommal olyan fokú volt, hogy az anaemia miatt hypodermoklystist adtunk. Mindezek ellenére egy későn beszállított esetben már nem segíthettünk, a nagy vérvesztés következtében a beteg felvétele után két órával meghalt.

Vérzésen kívül a betegek 57%-ánál fehérjét találtunk a vizeletben, mely kilenc esetben 5‰-nál nagyobb volt. Már a vizeletben talált fehérjének ily gyakori előfordulása is amellet szólni, hogy az ezt okozó veseelváltozás s a korai lepényleválás között feltétlenül összefüggés van. Támogatja ezt az a tény is, hogy eseteink közül három alkalommal eklampsiával szövődött a magzat halálát előidéző korai lepényleválás. Szülés után a vizeletben talált fehérje aránylag gyorsan, legtöbbször már a 3—5. napon eltűnt. A betegek felénél kifejezett oede-

mákat találtunk. A savós duzzadás 8 esetben oly nagyfokú volt, hogy nemcsak a végtagokra, hanem a has bőrére, sőt arca is ráterjedt.

A 42 szüléssel kapcsolatban, a következő műtéteket végeztük:

sectio caesarea transperit. cerv.	1
sectio caesarea vaginalis	1
perforatio	4
lábrafordítás	5
méhüri betapintás	2
kolpeurynter behelyezés	2
metreurynter behelyezés	1
burokrepesztés	9
vesedecapsulatio	2

(az urológiai klinikán).

Ha a fenti számadatokat összehasonlítjuk a világirodalomban talált százalékos összeállításokkal, úgy azt találjuk, hogy nálunk a rendes helyen tapadó lepény korai leválásának gyakorisága 0.23% arányszámával az eddig közölt statistikák között középhelyet foglal el. Míg a régebbi kutatók aránylag ritkábbnak vélték e szövödményt (*Gaston* 0.1%, *Harrar és Lobenstine* 0.11%, *Brandt* 0.16%, *Herzfeld* 0.18%), addig az újabb, pontosabb vizsgálatok sokkal nagyobb számokat tüntetnek fel. (*Essen—Möller* 0.64%, *Colclough* 0.48%, *Hesselberg* 0.5%, a dublini Rotunda-kórház anyagában 0.74%, *Williams* 0.85%, *Dorman* 0.86%, *Leopold, Mayer, Ahlbeck* 0.94%, *Hartmann* 500 lepényen végzett rendszeres vizsgálata azt mutatta, hogy — a korai lepényleválás legkisebb nyomát is beszámítva, — a gyakoriság 6% felett mozog. A százalékszámok fenti gyors növekedése valószínűleg nem a gyakoribb előfordulásból ered, hanem kétségtelenül abban találja magyarázatát, hogy a számos közlemény felhívása alapján a mestani időkben nagyobb gonddal vizsgálják át a szülés után távozott lepényt, s e szövödmény klinikai kórképére is több figyelmet fordítanak.

A rendes helyen tapadó lepény korai leválása már régóta ismeretes. Visszafelé lapozgatva a történelem lapjait, már a XVI. század elején találunk erre vonatkozó említést. Először *Bourgeois* (1609), *Raynal* (1634), *Primrose* (1665), *Mauriceau, Cosme, Viardel* (1671), *La Motte* (1746) írtak e kórképről. *Rigby* 1776-ban megjelent ilyen tárgyú munkája öt kiadást ért el. *Denman* (1786) és *Burns* (1807) leírásai már nem oly világosak, mint elődeiké. Később nagy népies érdeklődést keltett s számos casuistikus közlésre adott alkalmat IV. György angol király egyetlen leányának, *Sarolta hercegnőnek* halála, ki állítólag korai lepényleválás miatt vérzett el. Ez adott impulzust *Baudeloquenak* és *Deneuxnek*, kik „*Traité des hémorrhagies internes de l'utérus*” című közleményükkel megnyerték *Bosqueutnak* *Sarolta hercegnő* halálával kapcsolatban alapított díját. E munka felölelte az összes méhvérzéseket.

1861-ben, 30 évi sünet után *Braxton-Hicks* közöl egy esetet, melyhez még az irodalomból összegyűjtött 22 esetet csatolt. E közlemény részletesen tárgyalta a kórkép tünettanát, felismerését, sőt a tennivalókra is pontos utasítást adott. 1870-ben *Goodel* 106 eset kapcsán felhívja a figyelmet a nagy anyai (50%) és magzati halálzásra (95%). Rámutat egyúttal arra is, hogy e szövödmény veszélye a szülés lefolyásával még nem szűnt meg s a gyakran fellépő atonia sok anyát vitt a sírba. Utána *Weatherly, Winter, Storer, Bagot, Weiss, Smyly, Macan, Tweedu, Holmes* közleményei vitték előbbre e súlyos kórkép klinikai ismeretét.

A rendes helyen tapadó lepény korai leválásának tünetei nem mindig egyformák. 42 esetünkben 10 alka-

lomma semmi sem jelezte e veszedelmes szövödmény jelenlétét, s hogy valóban jelen volt, az csak a lepény kiürülése után vált nyilvánvalóvá. (*Bayer* szerint a vérzés az eseteknek mintegy 5%-ában hiányzik).

A tünetek közül legjellemzőbb a vérzés. Ez uralkodik a klinikai kórképen, ennek kimenetelétől függ a szülés további sorsa, a magzatnak s nem ritkán az anyának élete is.

Általában a szülés alatt fellépő vérzések mindig komoly szövödmény jelzői s észlelésük, értékelésük nagy körültekintést kíván.

Az első gondolat, mely ilyenkor az orvos szeme előtt lebeg, természetesen legtöbbször a placenta praevia lehetősége. Gyakoriság szempontjából a rendes helyen tapadó lepény korai leválása s a placenta praevia tünetei között nincs oly nagy különbség. Míg az előbbi a szülések 0.74%-ában fordul elő, addig az utóbbi gyakorisága 0.56%-ot tesz ki (a dublini Rotunda-kórház anyagából). *Williams* 2000 szüléséből 17 korai lepényleválásra 14 placenta praevia esik. Az elkülönítő kórismézésnél tehát a gyakoriság nem lehet mérvadó. Lényeges szerepet játszik azonban a méh nagyfokú feszülése, növekedése, fájdalmassága, mely placenta praevianál hiányzik.

A két kórformát belső vizsgálattal könnyen elkülöníthetjük. Ha a placenta praevia, vagy mélyen tapadó lepény felvétele kizárható, s a külső nemzőszervek sérülései sem adnak felvilágosítást, úgy *Barchet* szerint még három lehetőség áll fenn: 1. méhenküli terhesség; 2. méhrepedés és 3. a rendes helyen tapadó lepény korai leválása. *Barchet* nézetével ellentétben az elkülönítő kórismezés szempontjából nem tartjuk olyan jelentősnek a két első szövödményt. Ezek tünetei ugyanis nem oly összefolyóak, hogy pontosabb vizsgálattal ne lennének elkülöníthetők.

Méhenküli terhességnél már maga a terhesség tartama valószínűtlenné teszi az összetévesztést. Kiviselt méhenküli terhesség ugyanis igen ritka s egész más tünetekkel jár.

Az áthatoló méhrepedés kórformája viszont olyan kézenfekvő, hogy — mint *Freund* mondja — „nemesak általános gyakorlattal bíró orvosok, hanem bábák is legtöbbször felismerik”. Már nehezebb elkülöníteni az incomplet uterus rupturát, melynek képe sokszor elmosódott. A pontos kórelőzmény azonban itt is kisegít.

Előfordulhat még, hogy a tágulási szak alatt kellőképpen ki nem tágult méhszájon áthaladó fej a méhszájat berepeszti. Ilyen repedéseknél — habár ritkábban — mégis előfordulhat, hogy a vérzés erősebbfokú s mindaddig tart, míg a szülés be nem fejeződött. Szóba jöhet e szövödmény többször szülőknél, különösen akkor, ha az előző szülések utáni méhszájsérülések hegesen gyógyultak. A kitolási szaknak e ritkábban észlelt, habár kétségtelenül gyakrabban előforduló szövödménye nem egyszer hozhatja zavarba a szülést vezető orvost. Ily esetekben nagy súlyt helyezünk a magzati szívhangok gondos észlelésére. Ha ez romlana, úgy mielőbb fejezzük be a szülést.

Legkönnyebben összetéveszthető a korai lepényleválás a lepény sinus circularisának megrepedésével. Mivel azonban a kimenetel szempontjából lényeges eltérés nincs, közös elbírálás alá esnek.

A klinikai kórkép előterében tehát a vérzés áll. Vannak ugyan esetek, hol a lepény és a méhfelület közötti vérömleny lezáródva, nem ürül ki a méhürből; ez azonban a ritkaságok közé tartozik. Épp oly ritkán történik a vérzés csak kifelé. Legtöbbször a kettő együttes fellépése jellemző. Az esetben, ha a belső vérzés nagyobb-

fokú, sokszor csak a vérvesztés tüneteivel hívják fel figyelmünket a közelgő veszélyre. Az anaemia csakhamar feltűnővé válik, a test bőre, az arc halványabb lesz, a végtagok hűvösebbek, hideg verejték veri ki az asszonyt, légzése szaporább, felületesebb, esetleg légszomjról, félelemérzésről panaszkodik, nyugtalan, izgatott, ájuldozik, s ami a legfontosabb: érverése szapora, kishullámú, néha alig tapintható. E vérzés nem egyszer olyan fokú lehet, hogy annak megszüntetésére irányuló minden igyekezetünk eredménytelen marad. Ilyen későn beszállított, halálosan végződő, rendkívül tanulságos példát nyújt az alábbi körlefeljárás.

1918 március 25-én teljesen kivérzett nőt hoznak a mentők klinikánkra alig tapintható érveréssel (fejlsz. 462/402). A 44 éves betegre vonatkozólag mindössze annyit tudunk meg, hogy „még a fájások fellépte előtt erős vérzése volt, mely azóta tart”. E miatt bábát hívatnak, ki tamponálja s klinikánkra szállíttatja a kivérzett asszonyt. Felvételkor magzati szívhangokat nem hallunk. Vizeletben sok fehérje. A hüvelyből kilógó, véresen átívódott gaze-csikót eltávolítjuk. Belső vizsgálat: kétujjnyi méhszáj, álló burok, koponya a bemenetre illeszkedve. Mivel a szülést rögtön be kell fejezni, a méhszájat ujjal tágítjuk, s a koponya megfúrása után kihúzzuk a magzatot. A lepény azonnal távozik; felületét szívósan tapadó véralvadékok borítják. Hypodermoklysis, autotransfusio, szívizgatók, majd újabb hypodermoklysis, azonban mind eredménytelenül, mert a beteg beszállítása után két órával anaemia tüneteivel meghalt. A kórbonctani jegyzőkönyvből a következőket emeljük ki: igen nagyfokú anaemia és parenchymás degeneratio az összes szervekben. Tágult, petyhüdtfalú méh. Acut léptumor. Sepsis?

Korai lepényleválásnál az említett vérzéstől és az esetleges anaemiától eltekintve, a klinikai tüneteknek még egész sorával találkozhatunk. Ezek közül elsősorban a méh megnövekedésére, megnagyobbodására mutatunk rá. Eseteink közül is többen fordult elő, hogy a méh nagysága nem felelt meg a terhesség számított idejének. VII–VIII. hónapos terhességnél, koraszüléskor IX. hónaposan megfelelő nagyságú méhet találtunk. Több olyan esetünk is volt, hol a méh nagysága szinte a szemünk előtt növekedett. Ily esetekben külsőleg látható vérzést nem okozva, egyre fokozódó mennyiségben gyűlt össze a vér a lepény mögött s növelte a méh nagyságát. Ennek további következménye az, hogy tapintásnál, a magzat fekvésének vizsgálatánál a has szokatlanul nagy érzékenységet mutat. Ha a vérzés nagyfokú, hirtelen lép fel, úgy a méh üregének gyors kitágulása folytán a kerek szalagok megfeszülnek, s mint fenyegető méhrepedésnél látható, vastag kötegekként húzódnak a méh egyik, vagy mindkét oldalán. Attól függően, hogy a lepény a méhnek mely részében tapad, változik meg a méh alakja is. Főleg a kürtcsarkó lepényeknél találkozunk szokatlan méhalakkal. Az itt tapadó lepény mögötti vérömleny ugyanis a méhnek csak egy részét, csak egy sarkát tágítja ki, mely ilyformán kissé ferde lefutású s uterus arcuatushoz hasonlít. (Bayer.)

A méh tapintásánál talált érzékenység változó. Míg egyes esetekben teljesen hiányzik, máskor oly kifejezett, hogy minden vizsgálatot meghiusít. Volt olyan esetünk is, hol az érzékenység kifejezetten csak a méh balfelére szorítkozott. Feltevésünket — mely szerint a lepény időelőtti leválása e helyen következett be — teljesen igazolta a császármetszésnél talált lelet.

A nagytömegű véralvadék miatt megnagyobbodott méhben csak ritkán tapinthatunk magzatrészeket.

A tünetek közül utolsónak hagytuk a fájásgyengeséget. Ha a lepény leválását fájások előzték meg, úgy ezek a lepény leválása után gyengülnek s legtöbbször teljesen kimaradnak. Előfordul azonban, hogy

szakaszos összehúzódások hiányában a fennálló állandó contractio deszkakeménnyé teszi a méhet.

Ha most azt a kérdést tesszük fel, hogy mi okozza a fájásgyengeséget, úgy gondolatunk elsősorban mechanikus okokra, az izomrostok fokozott kinyúlására irányul. Az elvékonyodás maga után vonja az erek kinyújtását, ez meg viszont az izomszövet gyengébb tápláltságát. A hiányos vérellátás miatt a különben is elvékonyodott izomrost nem képes munkáját zavar nélkül végezni, ami végül fájásgyengeséghez vezet. Ez a részleges oka különben annak is, hogy időelőtti lepényleválás után aránylag jóval gyakrabban fordul elő atonia (42 esetünkben 9 alkalommal).

Az említett mechanikus okok mellett a fájásgyengeségnél feltétlenül lényeges szerepet játszanak a terhességi toxicosisnál keletkezett mérgező anyagok is. Ezek útját és hatásmódját még nem ismerjük közelebbről, de jelenlétüket igazolják azok a súlyos ér-, izom- és deciduaelváltozások, melyeket e szövődemény mellett a méh izomzatában találtak. Korai lepényleválás miatt meghalt asszonyoknál, valamint ily okból végzett hasi műtéteknél azt látták, hogy az izomzatot sok helyen nagykiterjedésű vérzés járta át. E vérzés egyes esetekben oly fokot ért el, hogy emiatt a méhet esonkolták, vagy több alkalommal teljesen kiirtották (Williams, Heidenhain, Hofmeier, Frankl, Hiess, Thaler, stb.).

Habár a magzat méhenbelüli elhalása nem tartozik szorosan a korai lepényleválás klinikai tüneteinek közé, mégis felelőtlenül ezt, mert a kórisme felállításában sokszor segítségünkre lehet. A lepény korai leválásával ugyanis romlik, sőt megszűnhet a magzat élenyítettése. Ha az ily módon tápláléforrásától elszakított magzat nem születik meg gyorsan, rövidesen elpusztul. E szempontból azonban a magzat elhalásának jelzője, a magzati szívhang nem lehet mindig mérvadó. A magzatot elfedő véralvadék pastosus anyaga ugyanis nem egyszer felfoghatja a szívhangokat annyira, hogy azokat a leggondosabb észlelés mellett sem halljuk. Éppen ezért — bár ritkaság — mégis több olyan élveszületett magzatot észleltek, hol előzőleg szívhangokat nem hallottak.

A magzatok tekintélyes része, sajnos, a legjobb igyekezet dacára is elpusztul. Eseteinkben a 44 (23 érett és 21 kora) gyermek közül mindössze 17 született élve, vagyis a magzatok elsődleges halálózása 62%! Hasonló nagy halálózást mutatnak fel a külföldi közlemények is. (Pragernél az anyai halálózás 8%, a magzati 62%!) Ezt az óriási számot enyhíti némileg az, hogy a 27 halott gyermek között 3 életképtelen torz, 3 macerált magzat, 17 kora s egy syphilitikus gyermek volt.

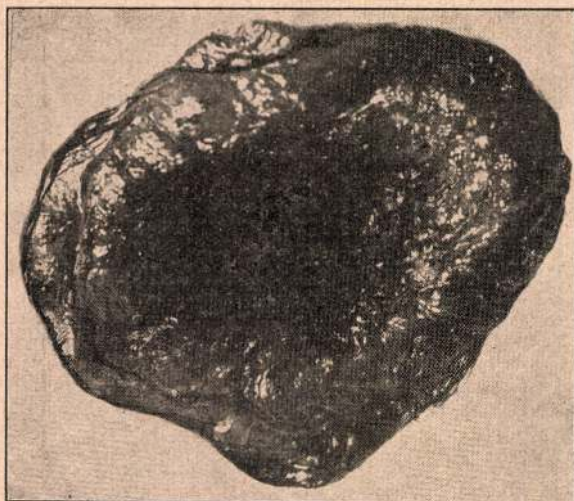
A rendes helyen tapadó lepény korai leválásának legfőbb bizonyítéka a lepényen látható elváltozások sora. Főleg olyan esetekben játszik ez szerepet, hol előzőleg klinikai tünetek nem voltak. Ilyenkor legtöbbször a lepényen szívósan tapadó véralvadékok hívják fel figyelmünket a korai leválásra. A véralvadékok alatt az esetleg síma felületű lepény egyes cotyledói az alapszíntől elütő sötétvörösek, véresen átívódtak. E vérzéses gócek vízzel jól lemosott lepények felületén láthatók szépen, ezért sohasem mulasszuk el a lepények alapos lemosását. Lemosott felületű lepényeken ugyanis sokkal jobban szembetűnik minden kis szakadás, hiány, színváltozás, cotyledovérzés, melyet különben a tapadó véralvadék elfedne.

Hogy mily gyakran fordul elő a lepényben vérzés, mutatják Ahlbeck vizsgálatai, ki korai leválás kifejezett alakjainál a lepények 90%-ában, a rendes lepényeknél pedig azok 60%-ában talált kisebb-nagyobb vérzést

a bolyhok állományában. Tehát az ú. n. „lepényi apoplexiák“, vagy helytelenül „vörös infarctusok“-nak nevezett területek korai leválásnál igen gyakran fordulnak elő.

Ha a vérzések nagyobbak s régebbi keletűek, úgy az állandóan összehúzódó méhfal a véralvadékokat mintegy belepréseli a lepény szövetébe. Ily módon mély ágy képződik, melynek élesen elhatárolt széle a véralvadékok teljes plastikai lenyomatát tükrözi vissza (lásd az 1. ábrát).

Az összenyomtatás helyén a lapos lepényszövet tömöttebb. E területen a lepény átmetszete a tüdő croupos pneumóniájához hasonló (L. Mayer). Az ilyen eszeszerű benyomatok nagysága rendkívül változó. A nagyobb terjedelmű s régebbi lenyomatok alján a cotyledo-barázdák eltűnnek; sokszor vékony fibrinréteg béleli a véralvadék ágyát. Ha az ilyen összenyomott lepényszövetet görcsö alatt megvizsgáljuk, azt találjuk, hogy a bolyhok szövetállománya vérbő, az erek kitágultak, vérrel teltek, lumenük több helyen folytonossági hiányt mutat, állományukban kiterjedt szö-



1. ábra. A lepény közepén lévő mély vajúlat a 2. ábrán látható véralvadék lenyomata.

vetközi vérzések vannak; mind kétségtelen bizonyítéka a lepényi vérkeringés mechanikus zavarának.

A rendes helyen tapadó lepény korai leválásának előidéző okait két főcsoportba oszthatjuk: 1. mechanikus, 2. toxikus okok.

Az első csoportba tartoznak: a) a külsőleg ható traumatikus ingerek, b) túlrövid köldökzsinór, c) azok az esetek, hol a túlságosan kitágult méh izomzata (hydramnion, ikerterhesség) a részleges kiürülés (burkrepedés) után összeesve eltolódik, összehúzódik a lepény tapadása felett s ezzel annak korai leválását okozza.

A második csoportba a terhességi toxicosisokat soroljuk.

Régebben a traumákat tartották a korai lepényleválás egyedüli okának. Amennyire az irodalmat követni tudjuk visszafelé, számos közleményt találunk arra vonatkozólag, hogy a kívülről jövő erő a lepény szülés előtti leválását idézte elő, mely miatt a magzat elpusztult, a szülés megindult s „egyes súlyosabb esetekben az anya is meghalt elvérzés tünetei között“.

A régi idők traumás felfogása lassan átalakult s ma már ez az ok alig játszik szerepet. Azonban még sem vehető el teljesen, mert amint minden nagyobb közleményben (Kouwer, Champetier, de Ribes, Guérard,

Kühl, Askanasy, Queisner, stb.), úgy saját anyagunkban is találunk olyan esetet, hol a rendes helyen tapadó lepény korai leválása kétségtelenül a méhet érő külerőszak következményének fogható fel. Hasraesés, az alhasat érő ütés, rúgás, szarvasmarha öklelése, ló rúgása nem egyszer okozott korai lepényleválást, melyre eseteink között is találunk egy szép példát.

1928 szeptember 27-én vérző asszonyt hoznak be klinikánkra vidékről. A 43 éves, harmadszor szülő nő elmondja, hogy előző este összeveszett részeg férjével, ki dulakodás közben csizmás lábával erősen hasbarúgta. Utána — dacára, hogy fájásai nem voltak — kisebb vérzés indult meg. Ez idő óta nem érezte magzatát mozogni. Felvétele előtt 3 órával indultak meg fájásai s mivel a vérzés fokozódott és nagy véralvadékdarabok estek ki hüvelyéből, orvost hivat, ki klinikánkra szállíttatja. Bejövetelekor a koponya már mutatkozott a szeméremrészben s néhány perc múlva megszületett a halott, kora leánymagzat lepényével együtt, nagymennyiségű régebbi véralvadék kíséretében. A lepény anyai felszínének több mint felét szívósan tapadó véralvadék borítja. A magzat boncolásánál a mellékvese állományában s a környéki kötőszövetben kiterjedt vérzéseket találtak.

Mivel az asszony hasának balfelén, a köldök mellett féltényérenél nagyobb kékes-vörös véraláfutásoktól elszíneződött területet találtunk (a rúgás helye), kétségtelen, hogy ez esetben a lepény korai leválását a rúgás okozta, mely után az asszony rögtön vérezni kezdett, anélkül, hogy fájásai lettek volna.

Úgy a leírt, mint az irodalomban talált eseteknél a lepény leválását úgy képzeljük el, hogy a külerőszak behatása helyén körülírt területen a lepény lazaszövetű decidualis alapján egy-két kisebb ér elszakad, szövetközi vérzés keletkezik, mely növekedve, lassan leválasztja a lepény egy részét. Az ily módon felgyülemlett vér egy része megalvad, másik része — utat találva a burkok és a méhfal között — kiürül s külsőleg is látható vérzéshez vezet. A mechanikus okok második csoportját a túlrövid, vagy erősen feszülő köldökzsinór képezi. Mayer L., Graefe, Rousseau-Dumarcet, Königstein s másokkal együtt mi is észleltük egy alkalommal, hogy a túlrövid (28 cm) köldökzsinór miatt korai lepényleválás következett be a kitolási szakban (fejlsz. 1702/1567/1921). Sok szerző Schickele, Levret és Essen-Möllerhez csatlakozva, tagadja e felvétel lehetőségét. Felfogásukat Levret hasonlatával úgy magyarázzák, hogy amint lehetetlen szakadás nélkül közepénél fogva leemelni a nedves papírlapot tapadó alapjáról, éppúgy lehetetlen a köldökzsinór húzásával leválasztani a lepényt. Ily módon mi is lehetetlennek tartjuk a lepény korai leválását. Magunk részéről azonban a köldökzsinór megfeszülése esetén egészen más kép magyarázzuk a leválás módját; mert amint kétségtelen, hogy a lepényt a nedves papírlaphoz hasonlóan csak széli részénél fogva lehet alapjáról lehúzni, éppoly valószínű, hogy a köldökzsinór erős megfeszülése esetén a köldökzsinór alatti lepényszövetben, illetőleg deciduában kisebb vérzések keletkeznek. A kezdetben talán csak pontszerű kis vérzés növekedve, mind kiterjedtebb lesz, a felgyülemelő véralvadék mind nagyobb lepényrészt választ le alapjáról, ami viszont megint a vérzést növeli. Ily circulus vitiosus mellett nagyobb lepényrészek leválását is lehetségesnek tartjuk. E feltevés szerint azonban a lepény leválása nem a széli részről indul ki, hanem a lepény középső részét érő, a köldökzsinór megfeszülését követő vérzésből. E vérzések legtöbbször a kitolási szakban jelentkeznek s nem annyira a túlrövid köldökzsinórral hozhatók kapcsolatba — mert ez aránylag ritkán fordul elő —, hanem inkább a magzat nyaka, teste körül esavarodott köldökzsinór erős megfeszülésével vannak összefüggésben. Hogy nem

okoznak gyakrabban bajt, azt a rendszerint rövidebb kitolási idővel s a köldökszínór nyújthatóságával magyarázzuk.

A késői burokrepedéssel kapcsolatos korai lepényleválást nem tartjuk valószínűnek. Nehezen tudjuk elképzelni, hogy a szeméremrésben megjelenő burok anyyira maga után húzza a rendes helyen tapadó lepény alsó részét, hogy annak idő előtti leválását okozza. Maga a burok is nyúlik bizonyos mértékben s ha feszítése oly nagy volna, hogy a húzás miatt a magasan tapadó lepény széli részét leválaszthatná, úgy még mindig előbb tételezhető fel a burok elszakadása, mint a lepény időelőtti leválása.

A mechanikus okok utolsó csoportjába a túlságosan kitágult s hirtelen összeesett méhvel kapcsolatos korai lepényleválások tartoznak.

Tudjuk azt, hogy rendes szülésnél is úgy következik be a lepény leválása, hogy az összeeső, összehúzódó méhizomzat eltolódik az összehúzódásra nem képes lepény felett. A méhfal és lepény között levő lazaszövetű decidua basalis szivacsos rétegében átszakad s így a lepény leválik. Ugyanez következhet be hydramniónnál a magzatvíz kiürülése után s ikerterhességnél, miután az egyik magzat megszületett. Az irodalomban erre vonatkozó adatot alig találunk (Barchet).

Saját anyagunkban háromszor észleltünk hydramniónnal kapcsolatos korai lepényleválást:

I. (121/1919.) 34 éves VII. P.: Terhessége végén spanyol influenzában feküdt, mely idő alatt „hasa igen nagyra nőtt meg”. Felvételnél elmondja, hogy a burokrepedéskor igen nagy mennyiségű magzatvíz folyt el s egyúttal vérzés indult meg anélkül, hogy fájásai lettek volna. Ez idő óta nem érez magzatmozgást. Magzati szívhangokat nem hallunk. Felvétele után 4 órával megszületik az aretartás mechanizmusa szerint az 1500 g súlyú halott, feltűnően vérszegény, torz magzat (anencephalus, palato-, rachischisis).

II. (1125/1921.) 29 éves III. P. Két hónap óta végtagjai erősen megduzzadtak, alig tud járni. Hasa 6 héttel ezelőtt hirtelen növekedésnek indult. Jelenleg nehezen lélekzik, járni nem tud. Haskörfogata 125 cm, magzati szívhangokat nem hallunk. A vizeletben fehérjét találunk. Burokrepedéskor 5½ liter magzatvíz ürül. Közvetlenül utána vérzés indul meg, mely mind erősebb lesz s végül hatalmas véralvadékok távoznak. Félórával burokrepedés után megszületik az asphyxiás, feltűnően halvány magzat; feléleszteni azonban már nem tudjuk. A magzat megszületésével majdnem egyidőben ürül ki a lepény, nagy véralvadékok kíséretében.

III. (1379/1922.) 23 éves IV. P. Jelenlegi terhessége alatt tüdőgyulladás volt. Felvételnél a 137 cm körfogatú, fluctuatiót mutató has felett magzati szívhangokat nem hallunk. Mivel az asszony nagyon nehezen lélegzik, burkot repesztünk (8 és ½ liter magzatvíz ürül) s a kezünkbe kerülő egyik lábat lehozzuk. Csakhamar vérzés indul meg, majd nagyobb véralvadékok távoznak. Lepényszövetet a vizsgáló kézzel sehohsem találunk. A mechanizmus nélkül megszületett torz magzattal egyidejűleg távozott az ép lepény is, melynek felületét tenyérszerű területen szívósan tapadó véralvadékok borították. Az almányi enterokeleval bíró anencephalusnak az egész gerincoszlopra kiterjedő rachischisis is volt. Wassermann-reactio negatív.

Amint a leírásokból látjuk, mindhárom esetben közvetlenül a magzatvíz elfolyása után vérzés lépett fel, mely kétségtelenül a méh gyors összeesésének következménye volt. A túlságosan kitágult méhizomzat, a nagymennyiségű magzatvíz kiürülése, valamint a méh térfogatának gyors megkisebbedése után összehúzódott s eltolódva helyenként a tapadó lepény felett, annak korai leválását idézte elő. Feltűnő volt a magzatok halványsága.

Ugyanezen ok szerepel ikerterhességnél is. Az első magzat megszületése után térfogatában csökkent,

összeesett méh izomzata eltolódik a még meg nem született magzat lepénye felett s ily módon ennek korai leválását okozhatja. E feltevés igazolására szolgáljon az irodalmi adatokon kívül két alábbi esetünk.

I. (388/1923.) 32 éves, VII. P.-t veszünk fel a kitolási szak végén. A koponyatartásban megszületett, első élő magzat után erős vérzés indult meg. Belső vizsgálatnál a hüvelyt kitöltő ökölnyi véralvadékokat s a bal csípőtányérba kitért fart találunk. Burkot repesztve, kihúzzuk a második, 2480 g súlyú, asphyxiás, vérszegény magzatot, mely lepényével együtt születik meg. Néhány perc múlva a magzat alig látható szív működése is megszűnik. Feltűnő a két lepény közötti színkülönbség! Míg az egyik sötétvörös, élénk színű, addig a másik vért alig tartalmaz, halvány. Ez esetben feltehető, hogy az első magzat megszületése után a második magzat lepénye már részben levált. Bizonyítja ezt a lepény elváltozása, a második magzat feltűnő halványsága, a szülés alatt fellépő vérzés s a második gyermekkel egyidőben megszületett lepény.

II. (36/1920.) 39 éves VII. P.-nál a kétperetű ikermagzatok közül a másodiknak lepényén hatalmas véralvadékokat találunk. E lepény s a vele összefüggő magzat egyidőben született meg.



2. ábra. A közepén látható nagyobb véralvadék sötétebb színétől élesen elüt a lepénynek még tapadó széli gyűrűje, mely megakadályozta, hogy a vér utat törve magának kiürüljön. Az ily módon visszamaradt vértömeg leválasztotta a lepény legnagyobb részét s a magzat elhalásához vezetett.

A második főcsoportba tartozó, leggyakrabban előforduló toxikus okok a terhességi nephropathia körébe tartoznak. Hogy a veseelváltozások mily lényeges szerepet játszanak a jellemzett kórkép keletkezésénél, azt az alábbi szám adatok igazolják: Prager 64%, Brandt 73%, Muus 56%, Lavonius 45%, Essen-Möller 38%, Ahlbeck 51%, Williams 65% s mi 24 alkalommal, vagyis esetünk 57%-ában találtunk fehérjét a vizeletben. A 24 beteg közül 9-nél a fehérje mennyisége meghaladta az 5‰-ot, tehát súlyosabb fokú volt. Betegeinknél kétszer eklampsiust, három alkalommal eklampsiát s egy esetben retinitis albuminuricát észleltünk. Tekintettel, hogy eklampsiával szövődött korai lepényleválást aránylag ritkábban közöltek, részletesebben ismertetjük betegeink kórtörténetét.

I. (248/1923.) 32 éves, I. P. Terhességének utolsó heteiben alszárjai megduzzadtak. Férje bemondása szerint hirtelen rángógöresöket kapott az asszony, mely 4–5 perc múlva lassan oldódott s a beteg teljesen magához tért. Ezután 15–20 perces időközben még öt roham lépett fel, melyből már alig tért magához a beteg, „majd megfuladt”. Orvost hívtak, ki klinikánkra szállíttatja. Felvételnél a vajudó öntudata homályos, szája vérviz, nyelv-

vét megharapta. T.: 37,5, Pulsus: 90, feszes, peckelő. Vizeletében 18‰ fehérjét, görcsö alatt igen nagy mennyiségű vörösvérsejtet, vesehámsejtet s néhány cylindert találunk. Magzati szívhangok jók. Belső vizsgálatnál ujjnyi méhszájat találunk: a burok áll, a koponya a medencebemenet felett mozgatható. Azonnal Stroganoff-kúrát kezdünk. Mivel újabb roham nem jelentkezik, a további beavatkozástól elállunk. Felvétele után 4 órával kevés vérzés indul meg, a magzati szívhangok rövidesen kimaradnak, nem hallhatók. A beteg mélyen alszik, megindult fájásai 10 percnként jelentkeznek, pulsusa nagy határok — 60 és 120 — között ingadozik. Egy órával a fájások megindulása után a levált lepénnyel egyidőben megszületik a halott, 1800 g súlyú magzat, nagy véralvadékok kíséretében. Az ép lepénynek több mint felét szívósan tapadó véralvadékok borítják. Vérzés nincs, a méh jól húzódott össze. Az első napi vizelet mennyisége mindössze 100 cm³. Újabb roham nincs. A második napon pulsus 160, könnyen elnyomható, a légzés hangosan hörgő. A beteg állandó comában, öntudatlanul fekszik s egy pillanatra sem tér magához, Katzenstein-hypodermoklysis. A III. napi vizeletmennyiség 140 cm³, a pulsus tovább romlik. A IV. napon, anélkül, hogy az asszony magához tért volna, beáll a halál.

Boncolásnál poutszerű vérzéseket találtak a mellhártyán, a gyomor- és hólyagnyálkahártyán, az agy sub-



3. ábra. Eklampsiával szövődött korai lepényleválás. A macerált magzattal még összefüggő, egyidőben megszületett lepény közepén tenyérnél nagyobb vájulat, a szívósan tapadó véromlenny lenyomata foglal helyet. A lepény képe a véralvadékok eltávolítása után. Jól látható a haematoma ágya, mély benyomata.

corticalis állományában, a méh hashártyaborítéka alatt s a méh izomzatában. Szétszórt, zsíros elhalások a májban. Pleuritis adhaesiva l. d. Bronchitis et bronchiolitis purulenta. Hypostasis pulmonum et pneumonia hypostatica.

Az elmondottakból kétségtelen, hogy a lepény korai leválása a súlyos terhességi toxicosissal, eklampsiával függött össze.

II. (57/1925.) 21 éves, I. P. Terhességének kiviselése előtt fájások léptek fel. Másnap orvosa eklampsiás rohamot észlve, Stroganoff-kúrát kezd s mivel vérzés is áll fenn, az asszonyt klinikánkra szállíttatja. Felvételnél T.: 37,5, pulsus: 112, feszes, peckelő. A végtagok savósan átívódtak, duzzadtak. A vizeletben 9‰ fehérjét, görcsö alatt vesehámsejtet, valamint szemcsés cylindereket találunk; vörös vérsejtek nincsenek. Belső vizsgálat: elűnt méhszáj, kifejtett nyakesatorna, nem álló burok, koponya az üreg mélyén, a hüvelyben nagyobb véralvadékokat találunk. Bemetszve a gátat, megszületik az élő fiúmagzat. Közvetlenül utána nagyobb véralvadék kíséretében távozik az ép lepény, melynek széli részét félholdalakban szívósan tapadó véralvadék fedi. A lepény e része kissé lelapított. A szülés után még 10 roham lépett fel úgy, hogy 40 órán belül összesen 15 rohamot észle-

tünk. A gyermekágy első napjaiban a beteg teljesen öntudatlanul feküdt s még a VIII. napon is annyira zavart volt sensoriuma, oly nyugtalan volt, hogy állandó felügyelet alatt tartottuk. A XIV. napon távozott.

Ez esetben is a nagyfokú terhességi toxicosis játszott szerepet a lepény korai leválásánál.

III. (1473/1928.) 25 éves, I. P. 137 cm magas, kyphoscoliotikus nő. Rachitikus, lapos medencével, 10,5 cm conj. diagonalissal. Lógó has, koponyatartás, prominentia nincs, magzati szívhangokat nem hallunk. Belső vizsgálatnál mindössze ujjnyi méhszájat találunk, a burok áll. A vizelet fehérjemennyisége 4‰; görcsö alatt néhány vörösvérsejtet, vesealakelemet látunk; cylinderek nincsenek. Fájások alig vannak, vérzés nincs. Burokrepedés után az asszony hirtelen nyugtalan lesz, szeméit forgatja, hánykolódik. Pulsus 120, peckelő. Eklampsiától tartva, a szülést igyekszünk mielőbb befejezni. Mialatt perforatóhoz mosakodunk, megszületik a halott, macerált, 3100 g súlyú leánymagzat. Mielőtt a köldökzsinórt lefoghattuk volna, mintegy kiesik a csatolt 3. ábrán látható lepény, közepén hatalmas véralvadékkal. Ezzel szinte egyidőben typosos eklampsiás roham lép fel, mely mintegy 3 percig tart. Azonnal megkezdjük a Stroganoff-kúrát. Több roham nincs. A méh jól húzódik össze.

A magzat teste mintegy 2—3 napos maceratiót mutat, koponyaesontjai lötyögők, bőre nagy cafatokban húzható le.

A magzattal összefüggő lepény anyai felszínének közepe férfitenyérszerű terjedelmű mély benyomatot mutat, mely véralvadékokkal van kitöltve. E besüppedt területen a cotyledok lelapultak, a lepény szövete a széli részek vastagságának felét sem éri el. A szívósan összeálló vöröses-fekete véralvadék pontosan beleillik a 3. ábrán látható lepény lenyomatába.

A fenti eset világosan igazolja, hogy a korai lepényleválást terhességi toxicosis okozta. Ritkán találunk ilyen szép, pontosan lépésről-lépésre követhető példát. A magzat 2—3 napos maceratiója s a véralvadék színe, lenyomata azt igazolja, hogy a lepény leválása és a magzat elhalása egyidejű volt, illetőleg a leválás a magzat halálát valamivel megelőzte.

Érdekes, hogy sem a tágulási, sem a kitolási szakban nem volt vérzés. Ez is azt bizonyítja, hogy a régebben levált lepény vérző területe teljesen körül volt zárva jól tapadó lepényszövetrel, (mint az a 3. ábrán is látható). De igazolja egyúttal azt is, hogy a leválás, illetőleg a vérzés csak egyideig állott fenn, mert a megalvadó vér, mint nagytömegű véralvadék, állandó nyomást gyakorolt az alatta lévő lepényszövetre. Nyomta egyrészt a lepény szövetét, melyen mély benyomatot hagyott, de nyomta másrészt az alatta lévő méhfalrészletet is, melynek ereit bizonyos mértékben összenyomva, elősegítette a vérzés megszüntetését. Ily módon a vérzés nem növekedett tovább s nem tört utat kifelé. A gyermekágy simán folyt le s a vizelet a hatodik napon már fehérjementes volt.

A fenti példák is azt igazolják, hogy az előidéző ok a korai lepényleválásnál ugyanaz, mint eklampsiánál. Kerrilly és Bar teljesen az eklampsiának megfelelő máj-elváltozásokat láttak korai lepényleválásnál. Ahlbeck 1015 pontosan átvizsgált esetében azt találta, hogy úgy korai lepényleválásnál, mint eklampsiánál a lepényben található vérzések arányszáma teljesen egyforma: 77%. Nevezett vizsgáló különben 158 esetében 6 eklampsiát és 6 eklampsimust látott.

Az a felfogás, hogy a korai lepényleválások nagy része toxæmia gravidariummal függ össze, — csak lassan alakult ki. A gondos leírású boncolt esetek gyarapodásával, a korán levált lepények pontos átvizsgálásával s újabban állatkísérletekkel mindinkább bebizonyosodott, hogy az esetek nagy többségében a kiváltó ok a terhességi toxicosis. A nephritis chronica-nak tulajdonított nagy szerep az idők folyamán mind kisebb lett. Hiszen csak arra kell gondolnunk, hogy mily aránytalanul nagy a terhességi toxicosisok száma a már terhesség előtt is chronikus nephritisben szenvedő, másállapotba jutott asszonyok csekély számához képest! A chronikus nephritis inkább az idősebb kor betegsége s így a fiatalabb, fogamzóképes nőknél aránylag ritkábban fordul elő. De

ha előfordul is, úgy e betegek jó részénél a terhesség idő előtt megszakad.

Éles különbséget kell tennünk a chronikus nephritis és a terhességi vese kórképe között. Míg az utóbbi a szülés után néhány nap múlva rendszerint nyomtalanul eltűnik, addig az előbbi továbbra is megmarad. (Folytatjuk.)

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

Adatok a dermatomykosisok klinikájához.

(Kettős fertőzés.)

Írta: Ballagi István dr.

Sabouraud régebbi felfogása, miszerint különböző dermatophyton gombák olyannyira tipusos kórfolyamatokat okoznak, hogy a kóros elváltozásokból a gombafajra jóformán teljes bizonyossággal következtethetünk, az utolsó évtized mykologiai kutatásai alapján, módosításra szorult. Kitűnt ugyanis, hogy némelykor ugyanaz a gombatorzs a tipusos kórképtől egészen elütő tüneteket is képes létrehozni, úgyhogy ilyen esetekben a kórokozóra való következtetés nem jár eredménnyel és csak a tenyésztés nyújt a folyamat mibenlétére vonatkozólag kellő felvilágosítást. A mikrosporon Audouini a gyermekek hajás fejbőrén fellépő, alig hyperaemiás, korpásan hámló mikrosporia előidézője, kivételes esetekben gyulladással, genyesedéssel járhat és az állati eredetű trichophyton gombákhoz hasonló kerion Celsit is okozhat, mint azt *Chable*, *Lewandowsky*, *Arzt* és *Fuhs*, *Fischer* stb. megfigyelték. Eppen így állunk a trichophyton-gombákkal is, többek között *Sabouraud* is észlelte, hogy a trichophyton violaceum és rosaceumfajok genyesedéssel járó trichophytia profundat is okozhatnak. *Ambrosoli* is látott trichophyton rosaceum által előidézett kerion Celsit. *Langer*, *Rosenbaum*, *Harry* a genyesedéssel járó trichophyton gypseum asteroidest epidermophytiaszerű felületi folyamatból tenyésztette ki. *Pautrier* és *Rietmann*, valamint *Kambayashi* szerint a trichophyton gypseum granulosis trichophytia profundán kívül superficialist is okozhat. Az epidermophytia is változatos tünetekben nyilvánulhat meg, úgyszintén a favus is, bár ez utóbbi betegség nyújtja a legállandóbb képet.

A dermatophyton-gombák e sajátos viselkedését a szerzők többféle okra vezetik vissza. A legtöbben a gombatorzs virulentiájának megváltozásában keresik ennek okát. *Sabouraud* szerint megoldatlan problema még a gombák virulentiájának a változása; ő arra gondol, hogy a gombák által termelt toxinok pyogenképessége nem állandó, hanem időnként változik. Mások nagyfontosságú szerepet tulajdonítanak annak a bőrterület állapotának, amelyen a gomba megtelepszik és fejlődik. *Jadassohn* pl. azt észlelte, hogy Röntgen-sugárral kiváltott gyulladás következtében a felületi mikrosporia kerion Celsivé alakult át. *Chiurco* a mykosisok létrejöttében a társfertőzésnek is szerepet tulajdonít. Így pl. azt észlelte, hogy trichophyton gypseum + pyogenbakteriumokkal injektált tengerimalacoknál a reactio, illetőleg kóros elváltozás sokkal erősebb volt, mint pusztán gypseumtörzsszel beinjektáltaknál. *Hartmann* trichophytia superficialisból trichophyton gypseum mellett kephalosporiumot is tenyésztett.

1924-ben megjelent dolgozatomban* a legtöbbször kétségtelenül pontosan tudtam következtetni a klinikai tünetekből a kórokozó gombafajra, mindazonáltal kivételeket

is észleltem. Mikrosporon Audouini által okozott kerion Celsit négy gyermekemnél találtam, az egyiknél azonkívül a törzsön még mikrosporidek is mutatkoztak. A vaccinás ojtásra positiv reactio jelentkezett. A nálunk gyakori trichophyton violaceum legtöbbször tipusos elváltozást okozott, azonban némelykor valóságos kerion Celsi is fejlődött, éppen így a trichophyton crateriforme is két esetben kerion Celsiből tenyésztett ki. A trichophyton gypseum asteroides kétszer epidermophytiaszerű elváltozásból, kétszer trichophytia sicca barbaeből volt kitenyészhető. Mindezeket figyelembevéve az összefoglalásban ki is emeltem, hogy legtöbbször ugyan a klinikai kórképből pontosan következtethetünk a gombafajra, azonban némelykor endothrix-gomba pyogen-jelenségekkel járhat, viszont ektothrix egészen felületi, genyesedés nélküli elváltozásokkal is.

Az 1927/28. tanévben mykologiai vizsgálataimat folytatva, különös súlyt helyeztem arra, hogy az atypusos kórformák eredetére vonatkozólag adatokat nyerjek. E vizsgálataim során azt a megállapítást tehettem, hogy atypusos folyamatoknál a legtöbbször társfertőzések esatlakoznak a gombás betegséghez. Leginkább sarjzató gombák és staphylococcus esatlakoznak az alapfolyamathoz. Két atypusos mikrosporiánál a kórokozó fajon kívül egy-egy sarjzató gombát, egyszer staphylococust tenyésztettem. Négy atypusos trichophytianál a trichophyton-gombán kívül három esetben sarjzató gomba, egy esetben staphylococcus tenyésztett ki. Négy atypusos epidermophytianál pedig részben staphylococcus, részben saccharomyces-fajok szennyezték a táptalajt. Két ekzema impetiginosumszerű favusból pedig az achorion Schönleini tenyésztete mellett staphylococcus növekedett. Három esetben, mikor a klinikai képből a kórokozó gombafajra következtetni nem tudtam, ugyanabból a laesióból egyszerre két különböző dermatophyton-gombát tenyésztettem ki. Ezekben az esetekben tehát a kórfolyamatok előidézésében egyszerre két gombatorzs játszott szerepet, azoknak egymásra való hatása következtében jött létre az atypusos mykosis.

Ugyanazon egyéneken egyszerre két vagy több, egymástól azonban egészen különállóan fejlődő mykosis gyakran észlelhető (pityriasis versicolor + erythrasma, pityriasis versicolor + epidermophytia, intertrigo mycosique ± epidermophytia stb.) *Bodin* favus capitis mellett az arcon tipusos trichophytia superficialist látott fellépni; hasonló észlelést közölt *Brault* és *Viguier*, továbbá *Lombardo*. *Bresciani* szakálltrichophytia mellett (kórokozó trichophytia violaceum) körömykosis is észlelt, melyből a mikrosporon Audouinit tenyésztette, stb. Ugyanazon gócból azonban egyszerre két különböző gombatorzs kitenyészése már a ritkaságok közé tartozik. *Sabouraud* közölt néhány esetet, amikor a hajás fejbőrön már előzőleg mikrosporiában megbetegedett gyermekeknek trichophyton crateriformeal való infectio is előfordult. *Karrenberg* legújabbán egy esetet közölt, mikor is neki ugyanazon gócból két különböző trichophyton-törzs (trichophyton cerebriforme + denticulatum) kitenyészése sikerült.

Az első esetben ugyanazon gócból kitenyészett kórokozók a mikrosporon fulvum és trichophyton rosaceum voltak, 38 éves földművesnél a szakálban és a jobb kéz háton mutatkoztak mykotikus elváltozások. A szakálban szétszórtan kerek hámló foltokat találtunk, helyenként gyulladással és pustulaképződéssel, beteg hajszál mindössze néhány volt kihúzható, mely kalilúgos vizsgálatra endoektothrix-gombát tartalmazott, úgyhogy e vizsgálat alapján leginkább trichophyton cerebriformeal való infectióra gondoltam. A jobb kéz háton 4–5 cm átmérőjű, infiltrált kerek plaque mutatkozott, mely leginkább az

* Nékám L. jubilaris könyv.

ekzema en plaque-ra emlékeztetett, a hámló pikkelyekben azonban a gombafonalak kimutatása sikerrel járt. A betegnél a trichophyton-injectio, melyet intracutan a felkarba adtunk, nem járt pozitív eredménnyel. A kéz- és szakálevlőváltozásokból vett anyagot külön-külön maltose- és glucose-agarra oltva, valamennyi csőben azonos, de egyben atypusos gombatorzs tenyésztett ki, mely kifejlődve 4–5 cm átmérőjű lapos, rövidbolyhú, fehéres színű korongot alkotott, közepében pontszerű kiemelkedéssel. A gombát az ismert fajok közé nem tudtam besorozni. Továbbjótásokra azután azt tapasztaltam, hogy többé nem mutatkozott az előbb leírt atypusos cultura, hanem az egyik csőben könnyen meghatározható mikrosporon fulvum, a másikban typosus trichophyton rosaceum tenyésztett. A Grütz által feltételezett és a dermatophytonokra sokszor jellemző mutatóról esetünkben nem lehetett szó, mert két törzsünk egymástól botanikailag lényeges eltérést mutat, hanem inkább két különböző gombatorzsnek ugyanazon területen való megtelepedéséről és továbbfejlődéséről. Két gombatorzsunk egymásra, növekedésükben mindenesetre hatást gyakoroltak, ennek a tanulmányozására függő csepp-praeeparatumokat készítettem és pedig úgy, hogy ugyanazon cseppbe mind a két törzsből ojtottam egy-egy darabkát. Bizonyos idő elteltével azt tapasztaltam, hogy mindkét gombatorzs megfogamzott, növekedésük megindult, azonban ez nem történt olyan mértékben, mint mikor külön-külön kultiváltam őket. Ebből az következett, hogy a két különböző gombafaj növekedésükben egymásra gátló hatást gyakorolt; a virulensebb gombafaj jelen esetben a mikrosporon fulvum intesivebben nőtt, azonban az orsók száma a normalisnál sokkal kisebb mennyiségben keletkezett. A trichophyton rosaceum csak myceliumokat alkotott, spóráképződésre csak elvéve került sor. A két gombatorzsnek egymásra való gátló hatásával magyarázhatjuk esetleg meg az atypusos mykosis kifejlődését is, amennyiben mindkét gombatorzs növekedik ugyan, azonban egyik sem tudja kifejteni teljesen hatását.

A második esetünkben epidermophyton és trichophyton megalosporon együttes infectiója szerepelt, azaz szintén egymástól botanikailag élesen elkülöníthető gombatorzs. Nyolcéves tanuló nyakán és jobb hónaljában halvány rózsaszínű, éles határú, hámló, egészen felületes néhány follicularis pustulát és vesiculát mutató kerek foltot okozott, mely leginkább a mikrosporia cutishez hasonlított. A pikkelyekből kitenyésző gomba eleinte egészen bolyhos volt, majd később egyik oldalán porossá változott, később citromsárgásan pigmentálódott. A bolyhos és poros culturát izolálva a továbbjótások folytán egyrészt trichophyton megalosporon, másrészt epidermophyton *Sabouraudi* tenyésztett. A két törzs egy-egy kis darabját ugyanazon függőcseppbe beoltva, vizsgáltam azoknak egymásra gyakorolt hatását. Mindkét gombafaj növekedése megindult, azonban fructificatiós organumaik csak gyér számban fejlődtek, azaz kétségtelenül gátlást gyakoroltak egymásra. A függőcseppben ugyanis mindössze néhány, az epidermophytonnak megfelelő orsót találtam és a trichophyton megalosporonra jellemző sporaláncok is aránylag kis mennyiségben fejlődtek.

A harmadik esetben két trichophyton-törzs együttes infectiója szerepelt, mégpedig a trichophyton fumatum és a trichophyton gypseum asteroides. 22 éves földművesnő, jobb alszárán 10 cm átmérőjű, élénk hyperamiás, szélein vesicula-koszorúval bíró kerek plaqueot okozott. Diagnózis: Trichophytia superficialis. A plaque környékén szétszórva néhány vesiculosus-pustulosus kiütés, mely leginkább lymphogen-úton kifejlődött trichophytidnek felelt meg. A hámló pikkelyekben kálilúggal a gombafonalak kimutathatók voltak. Ez esetben a táptalajokon

mindkét gombatorzs külön-külön tenyésztett ki, a vesiculosus, illetőleg pustulosus váladékból a trichophyton gypseum asteroides, míg a hámló pikkelyekből a trichophyton fumatum nőtt ki. Függőcseppbe ojtva a két gombatorzset, a gátlás itt is kimutatható volt. A trichophyton fumatum fonalai alig-alig fejlődtek, a trichophyton gypseum asteroides már bőségesebb fejlődést mutatott: szőlőfürtök, továbbá igen nagy számban spirálisok keletkeztek, míg ellenben orsót, egyetlenegy sem találtam, úgyhogy a gypseum gomba függőcseppi képe is eltért rendes megnyilvánulási formájától.

Összefoglalás:

1. A dermatomykosisok klinikai képéből legtöbbször következtethetünk a kórokozó gombafajra. Következtéseinket azonban mégis mindig csak bizonyos óvatossággal végezhetjük. A pontos diagnosishoz tenyésztés minden esetben elkerülhetetlenül szükséges.
2. Az atypusos kórformák egyik okát a társfertőzésekben találtam, amikor legtöbbször sarjazó gomba, illetőleg bakterium társult a gombás fertőzéshez.
3. Az atypusos kórformák létrejöhetnek akként is, hogy egy és ugyanazon bőrfelületen egy időben vagy egymásután két különböző gombatorzs tapad meg és fejlődik tovább, azaz úgynevezett kettős gombás fertőzés jön létre.
4. Ugyanazon függőcseppbe ojtott két különböző gombatorzs fejlődését vizsgálva azt tapasztalhatjuk, hogy azok egymásra gátló hatást gyakorolnak.

Az Új Szent János-kórház fülbetegosztályának közleménye.

A labyrinthus teljes kilöködése cholesteatoma következtében.

Írta: *Rejtő Sándor dr.* egyet. c. rk. tanár, kórházi főorvos.

Gyermekkori scarlatinás heveny középfülgyenedések következtében gyakrabban láthatunk teljes labyrinthus sequestereket. Felhőtteknél tuberculosos alapon fennálló régi középfülgyenedések okozhatják a csigának partialis elhalását és kilöködését. Cholesteatoma okozta teljes labyrinthus sequestert még nem láttam, nem is olvastam hasonló esetről, már azért is érdemesnek tartom az esetet részletesebben ismertetni. De ezenkívül érdekes tanulságot vonhatunk belőle a középfülgyenedések kezelésére nézve is.

H. E. 29 éves, erős parasztleány, 1929 január 16-án jelenkezett osztályomra régi középfülgyenedésével. Balfüle 16 éve folyik. 1921 óta több ízben felkereste a falujához közel eső városi kórházat, ahol fülét mindannyiszor kiöblítették és otthoni kezelésre H₂O₂ cseppeket írtak fel neki, amit ő sok éven át használt is. Tavaly favasszal igen rosszul érezte magát, „csak járt-kelt otthon fájalmában, de munkára képtelen volt.” Ugyanakkor arca mintegy három héten át ferde volt. Tavaly nyáron javult közérzése, hat hétig dolgozott is, de állapot azután ismét rosszabbodott és szeptemberben arca megint ferde volt néhány héten át.

Jobbfüle kistökű hurutos elváltozásokat mutat, a sütoget 3 m-ről hallja. Balfüle tele van bűzös, törmeléken gennyel, amelynek kitisztítása után a hengvezető cső mélyén sok polypus látszik. Balfüle teljesen siket, a bal labyrinthus statikai része sem kaloriásan, sem forgatással nem ingerelhető. Spontan nystagmus és félremutása nincsen. Romberg negatív, a beteg nem szédül. A bal facialis kistökben hűdött.

A beteg állapotja egy régebben lezajlott leabyrinthitis mellett szólt, mert a tönkrement labyrinthus egyensúlyozó zavarai már compenzálódtak. Valószínű, hogy akkor folyt le a labyrinthus tönkrementése, amikor a beteg egy év előtt oly rosszul érezte magát.

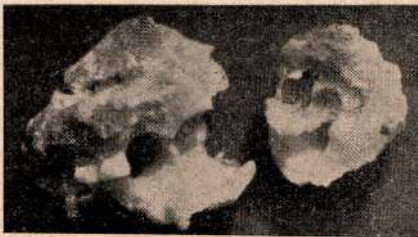
Január 19-én a beteg fülön radikális műtétet végeztünk, amikor is az eburneált proc. mast.-ban cholesteatomától erősen kitágult antrumot találtam. Az atticust és

aditust szintén nagy cholesteatoma massa töltötte ki. A labyrinthus dobüri falát a sok vérzékeny sarj miatt pontosan nem észlelhettem, erőlyesebb kikaparástól a facialis érdekében tartózkodtam, de a sondával éreztem, hogy az érdes csigafalon perforatio van: a folyamat a promontoriumon át betört a labyrinthusba. A labyrinthust *Hinsberg* szerint felülről nyitottam meg, (elülről a cholesteatoma már elvégezte) s a felső ívjáratból geny bugygyant elő.

Az utókezelés soká tartott. A dobüreg kitisztított sarjszövege napok alatt újra fejlődött, a váladék állandóan igen bő és bűzös volt. Sondával érezhető volt a promontorium környékének érdessége, s ezért a csiga kilökődését vártam. Jó három héttel a radicalis műtét után az eddig gyengén hűdött arcideg hirtelen teljes bénulást szenvedett, úgyhogy ennek érdekében február 14-én újabb műtétet végeztem. A középső és hátsó agygyödör duráját feltárva azt mindenütt épnek találtam. A labyrinthusból sok cholesteatomát távolítottam el, s e közben észrevettem, hogy az egész labyrinthus-complexum mozog. A mozgó csontrészt a környezetből kiszabadítván, erős csipesszel két darabban sikerült azt eltávolítanom.

A mellékelt ábrán látható a két csontdarabka képe, amelyeken jól felismerhető a kitágult vestibulum és a csiga néhány részlete. A csonton az aqueductus vestibuli is jól észlelhető. Műtét után a seb rövidesen begyógyult és a beteg ferde arccal bár, de teljesen munkaképes állapotban ment haza március 2-án.

Másik érdekessége ennek az esetnek az a körülmény, hogy útmutatást nyújt nekünk a cholesteatoma növeke-



désére nézve. Említettem már, hogy szerfelett sok cholesteatoma volt a középfül üregeiben és hogy a labyrinthust is cholesteatoma töltötte ki. Azt is megemlítettem, hogy a beteg fül kezelése vizes fecskendezésekből és vizes fülcseppekből állott, ami ma általánosan alkalmazott kezelési mód. Ennek az esetnek a kapcsán kezdtem figyelni a cholesteatomás esetek anamnaesisére és máris több esetet találtam, ahol szintén vizes kezelés alatt állott a középfül, s e mellett nagy ronesolásokat végzett a cholesteatoma.

Kisszámú megfigyelésem nem elegendő ahhoz, hogy végleges következtetéseket vonjak le belőlük a cholesteatoma növekedése és a vizes kezelés összefüggését illetően, de elegendők arra, hogy felhívjam kartársaim figyelmét ennek a körülménynek tanulmányozására.

Ha szem előtt tartjuk a mesterséges szövettenyésztés tanulságait, s ha megszívleljük *Lautenschläger dr.* vizsgálatainak eredményeit, amelyek mind azt mutatják, hogy a *cholesteatoma fejlődését nagyban elősegíti a nedvesség*, akkor revideálnunk kell az idősült középfülgyenyedések terapiáját. Logikusan az következik mindebből, hogy nem szabad a cholesteatomás középfülgyenyedéseket vizesen kezelnünk: tilosak a vizes öblítések és a vizes cseppek használata, s a gyógyításban csakis a szárító eljárások alkalmazhatók. Az atticus fecskendezések csak abszolút alkohollal végezhetőek, a fülcseppek is (bóros, salycilos vagy egyéb) abszolút alkoholos oldatból állhatnak, s fel kell használnunk a meleg levegővel vagy fénykezeléssel történő szárító eljárásokat is.

Melegkezelésre, szárításra a cholesteatoma zsugorodik, megnyugszik s talán gyógyul is; nedves kezelésre duzzad, gyorsan fejlődik és feszítő erejével nagyfokú ronesolásokat végez, mint azt jelen esetünkben is láttuk.

A gróf Apponyi Albert Poliklinika belgyógyászati osztályának közleménye.

A syphilis mai terapiájának kritikája a belső szervi folyamatok szempontjából.*

Írta: *Engel Károly dr.* egyet. c. rk. tanár.

A syphilisellenes kúra belorvosi kritikája hatalmas thema. Sok tárgyat foglal magában, sokféle szempontból lehetne hozzászólni. Az egyik volna a syphilisellenes gyógyítószeres és gyógyító eljárások folytán előálló és a belorvostan körébe tartozó ártalmak ismertetése. A jódnak, a kénesőnek, a bismutnak és a salvarsannak sok mellékhatása van. Ezen mellékhatás lehet egészen enyhe, néha úgyszólván csak kellemetlen tünet, mint amilyen pl. a jódnáta, a bismutszegély, a kénesőkezelés kapcsán mutatkozó ingyulladás, a salvarsan befecskendezése után mutatkozó vasomotoros tünetesoport, máskor jelentősebb vagy komoly betegség, sőt olyan, amely az életet is veszélyezteti. Ilyen a jódbasedow, a kéneső okozta fekélyes vastagbélgyulladás és vesedegenerálás, a salvarsan okozta, illetőleg kiváltotta májdegenerálás az ú. n. salvarsanikterus, a salvarsanos bőrgyulladás, a salvarsanenkephalitis stb. Mindezek azonban eléggé, sőt mondhatnám nagyon is ismeretesek, legalább is tünettanilag, habár egyes, sőt talán a legtöbb ilyen többé-kevésbé önálló betegségi képben mutatkozó ártalmak pathogenesisét ma még egyáltalában nem látjuk teljesen tisztázottnak.

Éppen így szólani lehetne a felvetett themán belül a syphilisellenes gyógyításhoz újabban felvett más eljárás, pl. a lázat okozó eljárás, elsősorban a malariával való gyógyítás okozta ártalmakról. Ez utóbbiról kivált akkor kellett volna részletesebben szólani, ha a malariával való beoltás, mint gyógyító eljárás bevált volna már a syphilis másodlagos stadiumában úgy, ahogy azt *Finger* és *Kyrlé* elképzelték. A malariával való gyógyítás nem veszedelem nélküli. Tudjuk, hogy ez az eljárás a paralysis ellen alkalmazva különböző szerzők szerint 5–15% halálozást ad. Nyilvánvaló, hogy ez a veszedelem a korai syphilis kezelésében összehasonlíthatatlanul kisebb volna, hiszen akkor nincsen még meg azon szív- és ütőérelváltozás, amely a malariás halálozás tulajdonképeni oka. Azonban *Kerlnek Finger* és *Kyrlé* anyagán végzett revisiója szerint, valamint több más syphilidologus tapasztalata szerint a korai syphilis malariával való kezelésének jogosultsága nincsen és így ezen tárgy feldolgozása sokat veszített jelentőségéből.

A címben felvetett tárgykörön belül foglalkozni lehetne továbbá azon kérdéssel, hogy miképpen módosul a syphilisellenes kúra akkor, ha a gyógyítandó syphilises beteg valamilyen más belorvosi betegségben szenved. Ezen kérdést rendkívül fontosnak is kell mondanom, ha meggondoljuk azt, hogy a syphilisben szenvedőnek kivált idősebb korban, úgyszólván mindig van valami olyan belső baja, amely a syphilisellenes gyógyítás programjának megállapításában figyelmet érdemel. Talán első helyen kell itt megemlítenem a tuberculosis, az arteriosklerosist és a májbajokat, de nem szabadna megfeledkezni a különböző gyomor- és bélbajokról, a syphilistől független vesebajról, a belső elválasztási mirigyek megbetegedése okozta zavarokról stb. Hálás feladat volna ezen kérdéssel is foglalkoznom, de ennek a kérdésnek ma semmiféle olyan actualitása nincsen, hogy e helyen kellene rátérnem.

Éppúgy nem akarok foglalkozni azon kérdéssel sem, amelynek a jelentősége pedig szintén igen nagy, hogy miképpen kell módosulnia a syphilisellenes kúrának

* A Magyar Dermatologiai Társulat I. nagygyűlésén tartott referatuum.

aszerint, hogy a syphilitikus betegség székhelye mely belső szervben van. Ha minden esetben, amire természetesen törekednünk kell, optimalis módon akarunk eljárni, akkor egészen másnak kell lennie a syphilitikus szerek adagolásának, kombinálásának, sorrendjének aszerint, hogy a syphilitikus betegség székhelye szerint milyen tünetet okoz, hogy mennyire fenyegető a baj, illetve, hogy mennyire fenyegetővé válhat a syphilitikus szerek okozta reactio, mondjuk a *Herxheimer-reactio* formájában. Hogy ennek a jelentősége egészen más a bőrön, más a csontjárást, ezen is más ott, ahol pl. ideget vesz körül a csontjárat, más az ütőereken és ezeken is más a különböző jelentőségű szerveken, pl. az agy, a szív ütőerein stb., arról e helyen részletesen nem kell szólnom.

A mai alkalommal szorosán a referatum címében körülhatárolt azon kérdéssel óhajtanék foglalkozni, hogy a belorvos mily kritikát mondhat, a syphilitikus mai gyógykezeléséről. Meg lehet-e elégedve a belorvos a syphilitikus mai gyógykezelésének eredményeivel, jobbaknak látja-e azokat ma, amikor a syphilitikus ellen több gyógyítószer veszünk igénybe, mint 20–30 év előtt? Részletezve úgy is vethetném fel a kérdést, hogy kevesebb syphilitikus belső bajban szenvedőt lát-e a belorvos ma, mint régebben, könnyebb-e ezen esetekben a betegség lefolyása, jobb-e a betegség kórjelése ma a modern kezelés idejében, mint régebben? Röviden felelek ezekre a kérdésekre. A belorvosnak — és hozzátennem az ideggyógyosznak — semmi oka nincsen arra, hogy a syphilitikus mai gyógykezelésével meg legyen elégedve. Örömmel veszi tudomásul a belorvos a bőrgyógyászok azon megállapítását, hogy az utolsó években a friss fertőzések száma kifejezett módon csökken, ami elsősorban annak tulajdonítandó, hogy a fertőzéses stadium az újabb gyógyítószer hatására folytán erősen megrövidül, és hogy ez a syphilitikus, mint népbetegségnek, valamikor való megszűnését illetően a legszebb reményekkel kecsegtet. Ezzel szemben azonban az a körülmény, hogy ma a belorvos sokkal több syphilitikus belső baj, nevezetesen aortitis kórjelést kénytelen megállapítani, mint régebben, komoly aggodalmat támaszt benne és kételyt az irányban, hogy belorvosi szempontból a syphilitikus modern kezelése helyes irányban halad-e? Ilyen belorvosi és ideggyógyászati szempontot vett tekintetbe a nemzetek szövetségének a syphilitikus foglalkozó egészségügyi szakosztálya akkor, amikor tavalyi *Jadassohn* elnöklété alatt tartott gyűlésén sajnálattal kellett megállapítani azt, hogy a syphilitikus tanának a kóroktan és a kórjelés terén tett óriási haladásával szemben a therapiás eredmény egyáltalában nem felel meg a várakozásnak.

Ezen belorvosi szempontból az utolsó évek syphilitikus irodalmának egyik legaktualisabb kérdésével szeretnék a mai alkalommal foglalkozni.

Az utolsó években több kiváló syphilitológus, elsősorban *Finger* hangsúlyozta, hogy a syphilitikus képe az utolsó néhány évtizedben megváltozott. Hogy eltűnt a bőrgyógyászati osztályokról a tertiaer ronesoló bőr- és csontmegbetegedések nagy tömege és hogy ezzel szemben annál bővebben vannak a belosztályokon és az ideggyógyászati osztályokon a belső bajokban, elsősorban az aorta megbetegedésében, valamint a központi idegrendszer megbetegedésében szenvedő syphilitikusok. Mai tárgyam a syphilitikus gyógyítószer belorvosi kritikája című előadásban ezzel a témával annál inkább kell foglalkoznom, mert sok egészen kiváló szerzőnek az az álláspontja, hogy a syphilitikus képe ezen megváltozását a syphilitikus modern therapiája hozta létre, amely ilyen módon sok syphilitikus egyén betegségének lefolyását tulajdonképpen súlyosbítja. Hallgatóim mindégylake előtt jól ismeretes az, hogy ideggyógyászok, elsősorban *Willmans*

és *Steiner* foglaltak állást amellett, hogy a múlt évszázad második felében és a most lefolyt három évtizedben terjedt el tulajdonképpen oly nagyon a tabes és a paralysis ott, ahol modern civilizatio van és ahol ennek szabályai szerint erélyes kénéső-kúrával kezelték a syphilitikus. Primitív népeknél, ahol a sokkal gyakoribb syphilitikus megbetegedés forrása a semmiféle kezelésben soha nem részesült syphilitikus egyén, ahol azután a syphilitikus voltaképpen betegségnek sem tekintik, ennek folytán magára is hagyják és nem kezelik, ott *Willmans* és *Steiner* szerint a tabes és paralysis ismeretlen, vagy legalább is nagyon ritka. *Willmans* szerint ennek oka az, hogy a kénéső-kezelés megváltoztatja a spirochaetikus biológiáját, azok megszűntek dermatotropok lenni és neurotropok váltak. De nemcsak a higanyra vonatkozik az általom e vádjá. Vonatkozik ez, ha más alakban is, a salvarsanra is, neves más neurologusok szerint a salvarsankezelés óta korábban és súlyosabb alakban mutatkozik a paralysis, valamint az idegrendszerbeli syphilitikusnak más alakja is, pl. a korai gummás agyhártyagyulladás. A kérdés ezen neurologiai része nem tartozik mai tisztán belorvosi referatumomban, nem is óhajtok vele foglalkozni. A belorvost azonban nagyon is érdekli az, hogy belorvosi, valamint kórbonctani tapasztalat szerint az utolsó két évtizedben vált annyira gyakorivá az aortitis syphilitica, hogy ma egyike a legfontosabb belorvosi syphilitikus megbetegedéseknek, azon rém, amely a syphilitikus fertőzöttét még sokkal nagyobb gyakorisággal és amellett sokszor éppen olyan előrehaladó halálos betegséggel fenyegeti, mint a paralysis. Ezzel a betegséggel pedig a mai referatumomban azért kell foglalkoznom, mert sok neves szerző szerint az aortitis syphiliticának az utolsó időben való gyakoribbá válását a modern syphilitikus kezelés, elsősorban a salvarsankezelés okozza.

Az aortitis syphilitica jelentőségével ma már teljesen tisztában vagyunk. Tudjuk, hogy a belorvosi syphilitikus betegségek közül feltétlenül ez a leggyakoribb, és hogy amellett minden más belorvosi vagy ideggyógyászati syphilitikus betegség gyakori kísérője. Tudjuk, hogy a mellkasi aorta aneurysmái mind az aortitis syphilitica fal-eltávolozása alapján keletkeznek. Tudjuk, hogy az angina pectoris egyharmada, sőt fele aortitis syphilitica alapján keletkezett. Tudjuk, hogy a 40-es évek után mutatókozó aortabillentyűelégelenség csak 5–25%-ban arteriosklerosisos eredetű, a többit aortitis syphilitica okozza. Tudjuk, hogy az összes szívbajokozta haláleseteknek $\frac{2}{3}$ -e, sőt némely szerző szerint annál is több, aortitis syphiliticára vezethető vissza. Az aortitist sűrűn állapítja meg ma a belorvos, úgy ambulantiáján, mint az osztályon fekvő anyagán, nagy anyagon évente több százat is láthat. Mai tudásunk szerint az aortitis syphilitica egyike a legfontosabb belorvosi betegségeknek és tegyük hozzá mindjárt, egyike a leggyakoribb belorvosi haláloknak is. Ha ezzel szemben végignézzük valamely belklinikai 20 év előtti kórtörténeteit, úgy aortitis syphilitica kórjelést egyáltalán nem találunk. A 20 év előtti belorvosi tankönyvek is éppen hogy csak megemlékeznek a bajról, dacára annak, hogy tulajdonképpen a betegség úgy kórbonctanilag, mint klinikailag már régebben volt ismertetve. Ma ezzel szemben a belorvosi könyvek írói hosszú fejezetet szentelnek e betegségnek, a kórtörténeteken pedig mind gyakrabban jelenik meg az aortitis syphilitica kórjelése. Mi ennek az oka? Mi, akik klinikai osztályon nevelkedtünk az elmúlt 20–25 esztendőn át, bizony mondhatjuk, hogy ennek kétségtelenül egyik fontos, a magam részéről mindjárt e helyen rögzíteném le, legfontosabb oka az, hogy ma jobban ismerjük a betegséget, illetve, hogy csak az elmúlt két évtizedben és annak is kivált a második felében tanultuk meg, hogy miképpen

kell e betegséget megismerni. Minden belorvos, de me-rem mondani, gyakorlóorvos is egész biztosan emlékszik több olyan betegére, akit 15—20 és még több év előtt látott és akire visszamenőleg ma biztosan meri megállapítani az aortitis syphilitica kórjelzését, holott akkoriban a korai arteriosklerosis kórjelzésével könyvelte el. Legfeljebb azt mondtuk akkoriban, azt írták a tankönyvek, hogy syphillisnek fontos a szerepe a korai arteriosklerosis kóroktanában. *Broadbrent*nek, a híres angol szív-specialistának 1906-ban megjelent, a szívbetegségről szóló könyvében pl. egy syphilis okozta korai szívarteriosklerosist feltüntető szövettani ábrát találtam, amelyet mai tudásunk szerint a legtipusosabb aortitis syphiliticának kell mondanom. Aortitis syphiliticában szenvedő betegek tehát biztosan nagy számmal voltak két évtized előtt is, csak nem ismertük fel bajukat. Az aorta aneurysma kórjelzését ugyan meg tudtuk állapítani már akkor is, de arról meg nem tudtuk, hogy az aortitis luetica okozza. Azóta sokat tanultunk. A belorvost az aortitis syphilitica klinikai képének megalkotásában első-sorban a kórbonctani tapasztalat, azután a Wassermann-reactio jelentőségének megismerése vezette, nem csekély mértékben azután is, hogy megállapíthatta azt, hogy a syphillisellenes gyógyítás, kivált a salvarsannal való kezelés az ilyesfajta aortaelváltozás okozta tüneteket aránylag sokszor befolyásolja, annyira kedvező mértékben, hogy a fajlagos syphillises elváltozás gondolatát nem tudta elutasítani.

Kétségtelen, hogy a diagnostikában való tökéletese-dés oka annak is, hogy a kórbonenok is gyakrabban állapítja meg ma az aortitis syphilitica kórjelzését, mint régente. Nyilvánvaló, hogy a kórbonenok is úgy járt, mint a belorvos. Egészen bizonyos, hogy, mint a belorvosnak, úgy minden nagytapasztalatú kórbonenoknak emlékezetében is egész tömege van azon eseteknek, amelyekre visszamenőleg ma az aortitis syphilitica kórjelzését állapítja meg, holott a bonejegyzőkönyvben az arteriosklerosis diagnosisát írta be. Sokáig tartott, míg a kórbonenokok mind elfogadták *Heller*nek és *Doehl*nek azon idestova 40 éve tett megállapítását, hogy a felhágó aortának aránylag korai években, de később is mutatkozó elváltozásának bizonyos alakja a szenvedetben kimutatható minden egyéb syphillises elváltozás nélkül is syphillises eredetre vezethető vissza. Úgy vélem, hogy az ilyesfajta esetek közül nem egyben az egyszerű makroszkopiai vizsgálat néha még ma sem dönti el biztossággal a kórjelzést.

Azt tehát biztosra vehetjük, hogy az aortitis syphilitica mai annyival gyakoribb kórjelzésének egyik fontos — meggyőződésem szerint legfontosabb — oka az, hogy a betegséget ma jobban ismerjük. *Haustein* nagy syphilis-statisztikájában a syphillishalálzásnak az utolsó évtizedben való megkettőződését csakis erre vezeti vissza. Úgy vagyunk nyilván az aortitis syphiliticával is, mint ahogy az elmúlt évszázad kilenevenes éveiben és ezen évszázad első évtizedében a betegség megismerése folytán egyszerre általánossá vált az appendicitis kórjelzése, mint ahogy a contrastanyaggal végzett Röntgen-vizsgálat megmutatja azt, hogy a gyomor-fekély-, a cholecystographia pedig azt, hogy az epekö-betegség még sokkal gyakoribb, mint gondoltuk, pedig ezekről tudtuk, hogy elég gyakoriak.

Gyakoribbá lett az aortitis syphilitica az utolsó két évtizedben azért is, mert egyrészt a háború miatt, másrészt a lakosságnak a városokba való áramlása miatt kétségtelenül nagyobbfokúvá lett a lakosság syphillises fertőzöttsége.

A kérdés azonban az, hogy vajjon azon körülmény, hogy az aortitis syphiliticát ma úgy a klinikus, mint a

kórbonenok jobban tudja megállapítani, mint 20 év előtt, valamint a lakosság intenzívebb syphillises fertőzöttsége elég magyarázatát adja-e annak, hogy az aortitis syphiliticát ma olyan gyakran látjuk. Nem kell-e arra is gondolni, hogy a betegség egyszersmind gyakoribbá is lett oly értelemben, hogy pl. 1000 syphillises beteg közül több kap ma aortitist, mint 20 év előtt. E kérdésre azért kell törekednem felelni, mert sok klinikus és kórbonenok csakugyan azon a véleményen van, hogy az aortitis syphilitica gyakorisága ma olyanfokú, hogy azt a kórjelzés tökéletesedése önmagában nem magyarázza. Azt kell mondanom, hogy e kérdésre teljes biztossággal nagyon nehéz, sőt lehetetlen felelni. Egy és ugyanazon területen a ma aortitisben szenvedők számát nem lehet egybevetni a 15—20 év előtti számmal. Hiszen ma sem ismerjük e betegségben szenvedők abszolút számát, még kevésbé ismertük 20 év előtt. Az utolsó években sok, nagy gondossággal összeállított népesedési syphillistatistika jelent meg, ezek közül azonban az aortitisben szenvedők száma egyikben sincsen feltüntetve, így pl. a pár év előtt megjelent svájci statistikában sem. Hogy régebben a syphillises fertőzött közül hány kapott aortitist, azt persze nem tudjuk. De nem tudjuk biztossággal azt sem megmondani, hogy a syphillisesek közül hányan kapnak ma aortitist. A különböző szerzők adatai e tekintetben oly hihetelen módon térnek el (az adatok 14 és 80% között ingadoznak), hogy ezen óriási eltérés már önmagában kételyt támaszt mindennemű ilyen statisztika helyességében. Kifogást nem tűrő, abszolút értékű összehasonlító adatok a régi és a mai időre vonatkozólag e tekintetben nem állnak tehát rendelkezésünkre. A kérdés az, hogy vajjon e viszonyokba való némi betekintést nem engednek-e meg nagy anyagból megállapított oly pontos kórbonctani statistikák, amelyek megállapítják a syphillises stigmát feltüntető hullák és a bennük kimutatott aortitis közötti arányszámot régebben és ma? Ilyen statistikát a német irodalomban többet találunk. Így *Gürich*ét, aki a hamburgi-eppendorfi kórház 1914 és 1924 között végzett 23.179, és *Langer*ét, aki a berlini Virchow-kórház 1906 és 1925 között végzett 23.015 boncolás anyagát dolgozta fel. Az első 806 syphillises egyénről, a másik 1268-ról csinált statistikát. Mindkettő szerint az aortitis syphilitica a syphillises stigmát feltüntető hullákon az utolsó évtizedben mind gyakrabban és gyakrabban volt megállapítható, így *Langer* statistikája szerint 1906—7-ben 33%-ban, 1925-ben 83,8%-ban. Ez tehát csakugyan azt jelentené, hogy ma több syphillises kap aortitist, mint régente. Az ilyesfajta statistikával szemben skeptikus azonban jogosan veheti fel ezen adatok ellen azon érvet, hogy hullán első-sorban az aortitis azon stigma, amely az egyént syphillissé bélyegzi, tehát az aortitis tökéletesebb diagnostikai megállapítása révén lett naggyá azon syphillises anyag, amelyből azután természetesen oly naggyá lett az aortitis arányszám. Az aortitis syphiliticának a syphilliseken való aránylag is gyakoribbá válását illetőleg abszolút bizonyítéknak ezen statistikákat magam nem is merném tekinteni.

Az osztrák irodalomból is felsorolhatnánk néhány, első-sorban klinikai anyagon megállapított statistikát, amely az aortitis syphiliticának syphilliseken gyakoribbá válását törekszik bebizonyítani.

Nálunk Magyarországon is összehasonlíthatatlanul gyakoribbá vált a háború utáni években az aortitis klinikai kórjelzés, és megállapításom szerint sokkal nagyobb lett az aortitis syphiliticában meghaltak száma is. Ezen megállapításom alapja nem kórbonctani statisztika, hanem a statisztikai intézetnek a halálzásra vonatkozó hivatalos adatai. Megkíséreltem ugyanis *Leredde*

ismeretes statisztikai meghatározása alapján az aortitisben meghaltak számát úgy megállapítani, ahogy azt a syphilis mortalitására vonatkozó szép tanulmányában Doros tette. Ezek szerint szervi szívbajban Nagy-Magyarországon az 1910–14. év között lefolyt időben évenként átlag 13.512 ember halt meg, 1915–18-ban 15.048. Csonka-Magyarországra e szám 1919–23-ra 9373, 1924–27-re 10.878. Ha ebből *Leredde* számítása szerint az esetek $\frac{2}{5}$ -ét syphilises eredetűnek és így elsősorban aortitis syphilitica által okozottnak vesszük, akkor a megfelelő számadatok az 1910–14 időközre 5405, az 1915–18-as időközre 6017, az 1919–23-asra 3749, az 1924–27-es időközre pedig 4351. Ha az összlakosságra Nagy-Magyarországon 18.5 milliót, Csonka-Magyarországon 8.2 milliót számítunk, úgy az aortitisben meghaltak száma 1910–14-ben 100.000 lakosra számítva 30 volt, 1915–18-ban 33.4, 1919–23-ban 40.4 és 1924–27-ben 53, tehát majdnem a duplája, mint 1910–14-ben. Jól tudom, hogy az ilyesfajta meghatározás számadatai csak megközelítő tájékoztatást adnak és egyáltalában nem adnak arra vonatkozólag felvilágosítást, hogy a syphilisesek közül több hal-e meg ma aortitis syphiliticában, mint régente, nem tartom feleslegesnek mégsem e kis statistika összeállítását már csak azért sem, mert felvilágosítást ad arra, hogy kb. hány ember hal meg évente Csonka-Magyarországon aortitis syphilitica folytán.

Az eddig elmondottak alapján a conclusio ezek szerint a következő: Kétségtelen, hogy Németországban, Ausztriában és nálunk az aortitis syphiliticában megbetegedettek és meghaltak száma tetemesen emelkedett. Nem látom ezzel szemben teljesen bebizonyítottnak, mint ezt sok szerző határozottan mondja, legfeljebb sok valószínűséggel bírónak azt, hogy ma több syphilises betegszik meg aortitisben, mint régente. De tegyük fel, hogy ez csakugyan így van. A minket ma érdeklő thema szempontjából a legfontosabb kérdés az, hogy mi lehet ennek az oka?

Az aortitis pathogenesisét ma még sokkal kevésbé ismerjük, mintsem hogy erre biztosan tudnánk felelni. Az aortitis folelváltozását mindenek szerint azon spirochaeták okozzák, amelyek a syphilisnek még az elsődleges stadiumban való általánossá válásakor minden egyes esetben bekerülnek az aorta falába. Az elváltozás lassan, évek, évtizedek alatt fejlődik ki, első tünetei az elsődleges stadium után kb. 20 évre mutatkoznak. A kérdés már most az, tudjuk-e, hogy az egyik syphilises emberen miért fejlődik ki az aortitis, a másikon nem. Erre vonatkozólag még nagyon keveset tudunk. A constitúciónak e tekintetben feltétlenül van szerepe, sőt nézetem szerint jelentős szerepe. Az erek megbetegedésére különben is hajló családok tagjai az irodalmi adatok szerint gyakrabban kapnak aortitist. Talán ez az oka annak is, hogy az aortitis oly gyakran szövődik már aránylag korai korban is az arterioskerosissal. Nagyon is elfogadhatónak tartom az arabok syphilisét olyan jól ismerő *Lacapère* azon állítását, hogy elsősorban az arabok constitúciója, vérmérsékletüknek sokkal nyugodtabb volta, a vérnyomásemelkedésre való hajlamosság hiánya okozza az alkoholtalmon kívül azt, hogy az arabok syphilise teljesen magára hagyatva is csak nagyon ritkán okoz aortitist. Az ütőerek megbetegedésére hajlamosító sok más conditionalis tényezőnek is nagy jelentőséget kell tulajdonítanunk. Ezen tényezők befolyásának kutatásánál okvetlenül említésreméltónak kell mondanom azt, hogy az utolsó évek syphilis-irodalmának áttekintésekor azon meglepő eredményt kapjuk, hogy az aortitis syphiliticának gyakoribbá válását elsősorban a német, az osztrák és a magyar irodalom hangsúlyozza. Egyéb külföldi, nevezetesen a francia, angol és amerikai iro-

dalomban erre vonatkozó statisztikai adatot alig találunk. Említik ugyan a német irodalomból átvett adatokat, de ezzel szemben neves szerzők mind sűrűbben szólalnak fel az ellen, hogy az aortitis syphilitica kórjelzését túlgyakran és jogos indok nélkül állapítják meg. Ennek jelentőséget kell tulajdonítanom, mert talán némi felvilágosítást ad ez akkor, amikor az aortitis gyakoribbá válásának okát próbáljuk megadni. A magam részéről nagyon is valószínűnek tartom, hogy ebben a háborúnak, kiváltképp pedig az utána következő idők rettentő szerencsétlen gazdasági viszonyainak szerepe van. Már az a körülmény, hogy az aortitis férfin a különböző statisztikák szerint 4–5–6-szor oly gyakori, mint nőn, tehát sokkal gyakoribb, mint amely arány a syphilisenek a két nemen való gyakoriságának megfelel, bizonyítja, hogy az aortitist elősegítő tényezők befolyásának igen nagy a jelentősége. Ezek közül elsősorban a megerőltető testi munkát, az alkohollal és nikotinnal való visszaélést, leginkább pedig a keringési szerveket, elsősorban az aortát annyira megviselő kedélymegrázkódtatásokat, hosszan elhúzódó terhes gondokat, az oly gyakorivá vált anyagi összeroppanást kell említenem. Mindezek a háború alatt, kivált pedig az utána következő években sokkal intenzívebben érvényesültek Németországban, Ausztriában és nálunk, mint a háború előtti időkben és a háborúban résztvevő egyéb országokban.

Ha ezen tényezőknek talán fontosabb szerepük van is az aortitis előidézésében, döntő és kizárólagos szerepük valószínűleg nincs. Ha tovább kutatjuk a kóroki tényezőket, akkor most rá kell térnem a tárgyunk szempontjából elsőrangú fontosságú azon véleményekre, amelyek szerint az aortitisnek ma gyakoribbá való válását a syphilis modern, erélyesebb kezelése okozza. *Schlesinger* pl. tavaly megjelent kiváló monográfiájában azt mondja, hogy az aortitis syphilitica megszaporodása majdnem biztosan az erélyesebb kezelésre, elsősorban a salvarsannal való kezelésre vezethető vissza. Azt kell mondanom, tisztelt hallgatóim, hogy a rendelkezésre álló adatok alapján az ilyesfajta kijelentéseket bebizonyítottan egyáltalában nem látom, éppúgy azokat sem, amelyek szerint a salvarsankezelés megkezdése óta az aortitis tünetei súlyosabb alakban jelentkeznek, mint régen. Az aortitis gyakoribbá való válásának egyik első kutatója, *Fränkel*, az eppendorfi kórház bórbonenoka, már a salvarsan előtti időkre teszi az aortitis gyakoribbá való válásának kezdetét. Statisztikája szerint ugyanazon anyagon 1909-ben 10, 1910-ben 17, 1911-ben 26 és 1912-ben 50 volt az aortitisek száma.

Ugyanezen eredményre jutott egy másik kórbonek, *Heller* is, aki összehasonlította a berlini Charité-kórház boncolási anyagából az aneurysmák relativ számát az 1857-től 1870-ig és az 1910-től 1914-ig terjedő időszakra vonatkozólag és a későbbi időszakban 4.4-szer annyi aneurysmát talált, mint az elsőben. Az aneurysmák jelentős szaporodását tehát szintén már a salvarsanera előtti időre állapította meg. Hogy a salvarsanera első idejében végzett és mai tudásunk szerint nagyon is tökéletlenül végzett salvarsankezelésnek mi az eredménye az aortitis szempontjából, arra nézve, úgy gondolom, csak a most következő évek munkálatai fognak felvilágosítást adni. Nézetem szerint ezideig biztonsággal legfeljebb azt tudnók mondani, hogy ez a salvarsankezelés nem tudta meggátolni az aortitis kifejlődését, mert ma már látunk, habár kis számban is, olyan syphiliseket, akinél a fertőzés a salvarsankezelés első idejére esett, aki részesült az akkori idők salvarsankezelésében és akinél ma már az aortitis biztonsággal megállapítható. Hogy azonban ezen salvarsankezelés, amelyet, ismétlem, ma retrospective teljesen hiányosnak kell

mondanunk, elősegítette volna az aortitis kifejlődését, az lehet egyik-másik szerző anyagán nyert egyéni impressiója, de mint tudományos tétel, nézetem szerint, egyáltalában be nem bizonyítható. Ez irodalmi adatok áttekintésekor valósággal az a gondolat kél az emberben, hogy hát akkor az aortitis szempontjából legjobban járnak azon syphilitisek, akik egyáltalában semmi kezelésben nem részesülnek. Hogy ez azonban nem áll meg, azt bizonyítja azon statistika is, amelyet a gróf Apponyi Albert-poliklinika második belgyógyászati ambulanciájának anyagán *Lazarovits* poliklinikai assistensem állított össze és amely szerint az utolsó két évben észlelt aortitis syphiliticában szenvedők 40%-a nem részesült semmiféle kezelésben. E statistikából kiderül továbbá, hogy aortitisben szenvedő betegek közül csak kevés, összesen 12% részesült salvarsankezelésben, a salvarsannak az aortitist elősegítő hatását tehát anyagunkon megállapítani nem tudtuk. Nagy óvatossággal emlékeznék még meg az irodalomban található azon észlelésekről, amelyet talán a mi statistikai adataink is támogatni látszanak, hogy egyes esetekben hiányos salvarsankezelés után talán korábban mutatkoztak az aortitis tünetei, mint ahogy azok közönségesen jelentkezni szoktak. Bebizonyítottunk ezt a megállapítást sem tekintem még, az erre irányuló vizsgálatokat folytatjuk.

Előadásomnak végére járok, tisztelt hallgatóim. Azt kell mondanom, hogy az aortitis gyakoribbá válásának, kivált pedig ennek a kezeléssel való összefüggésének problémáját megoldottnak nem látom. Óriási fontosságúnak és egyszersmind elengedhetetlenül szükségesnek tartom az ezirányú szorgalmas, tovább való dolgozást. Ezideig csak annyit mondhatunk biztosan, hogy a mostan aortitisben szenvedők tanulmányozása azt mutatja, hogy *semmiféle, az elmúlt két évtizedben végzett syphilisellenes kúra az aortitis kifejlődését meggátolni nem tudta.* Így tehát legnagyobb erővel azon kell dolgoznunk, hogy a syphilis korai stadiumában jobban gyógyítsuk betegeinket, mint ahogy ez idáig sikerült.

Előadásom rövid összefoglalásául szabadjon végül conclusiómat a következőkben összeállítani.

Az aortitis syphiliticában megbetegedettek és meghaltak száma az utolsó két évtizedben erősen megnagyobbodott. A szám megnagyobbodását elsősorban a betegség jobb megismerésének tulajdonítom és annak, hogy a lakosság syphilitis fertőzöttsége intenzívebbé lett. A gyakoribbá válást azonban, úgy látszik, talán az is okozza, ezt a kijelentést már sokkal óvatosabban fogalmazom meg, hogy a megbetegedés és az ez okozta halál a syphilitisek között gyakoribbá vált. Ha ez így van, úgy ennek okát legalább részben abban látom, hogy a háború és a háború utáni idők aortitist elősegítő hatása jóval jelentősebb volt, mint a háború előtti idő. Sok szerző azon állítását, hogy a gyakoribbá válást a syphilis modern kezelése, elsősorban pedig a salvarsankezelés okozza, nem látom bebizonyítottnak. A syphilisellenes gyógyításra vonatkozólag belorvosi szempontból a következőket mondanám: amióta az aortitis syphilitica gyakoriságát és jelentőségét megismertük, nyomósan kell hangsúlyoznunk, hogy a syphilitisek a közelmúltban végzett kezelésének eredményeivel megelégedettnek semmiképpen nem lehetünk, sőt az aortitis syphiliticában megbetegedettek és meghaltak óriási száma e tekintetben minket nagy és jogos aggodalommal tölt el. A gyógyítást a késői belorvosi complicatiók, elsősorban az aortitis szempontjából jelentősen kell javítanunk. Nagy bizodalommal nézem e szempontból a dermatologusoknak mai azon álláspontját, hogy a syphilist lehetőleg a primaer seronegativ stadiumban abortív módon kell törekednünk meggyógyítani. Bel-

orvosi szempontból is erre helyezném a fősúlyt. Ha erre nem volt alkalom, mert a beteg későbbben jelentkezett, úgy kezeljük a beteget a primaer sero-positiv stadiumban is a legnagyobb intenzitással elsősorban salvarsannal, de combinált módon is már a kiütés megjelenése előtt. Azt, hogy az aortitis megelőzése szempontjából várjuk meg, míg a secundaer stadiumban kiütés mutatkozik, szükségesnek nem tartom, sőt az ilyen eljárást vészthozó idővesztésnek tartanám. Minden esetben végezzük azonban a syphilis kezelését következetesen és intenzív módon. Felületes, hanyag kezelésnek a későbbi belorvosi szövődmények, nevezetesen az aortitis szempontjából, nagyon rossz hatást tulajdonítok. A korai időben végzett erélyes salvarsankezelésnek az aortitisre, illetve az aortitis megelőzésére való hatását tovább kell tanulmányoznunk. Addig is azonban nem tartom célszerűnek, sőt veszedelmesnek vélem annak túlságos hangoztatását, hogy az aortitis syphilitica mai gyakoribbá válását a salvarsankezelés okozza, nemcsak azért, mert e be nem bizonyított állítás kockáztatja a fertőző stadium gyors megrövidítése révén elért értékes eredményt, a friss syphilitis esetek ritkábbá való válását, hanem azért is, mert sok orvost haborzóvá tesz és visszartart az aortitis syphiliticának salvarsannal való kezelésétől is, amelyre vonatkozólag pedig azt kell mondanom, hogy az aortitis kezelése kétségtelenül leghatásosabb módjának tartom.

A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem belklinikájának közleménye (igazgató: †Csiky József dr. egyetemi ny. r. tanár).

A hypophysaer diabetes insipidus kezeléséről.

Írták: *Jánossy Gyula dr.* tanársegéd és *Simon Jenő dr.* gyakornok.

A hypophysaer diabetes insipidusnak elkülönítését a nem hypophysaer diabetes insipidustól más helyen már tárgyaltuk. (*Jánossy és Magoss*). Itt csak azon körülményre óhajtunk rámutatni, hogy míg a hypophysaer diabetes insipidus ellen legeredményesebben hypophysis-készítményekkel küzdhetünk, addig a nem hypophysaer diabetes insipidusok a hypophysis-készítményekkel alig befolyásolhatók. A hypophysaer diabetes insipidus e hypophysis terapiája a legtípusosabb substitúciós terapia. Elméleti elgondolás alapján az egyedüli rationalis gyógymód, gyakorlati keresztülvitelénél azonban gyakran kerülhetünk szembe olyan nehézségekkel, melyek a gyógymód eredményességét komolyan veszélyeztetik.

Ha hypophysaer diabetes insipidusban szenvedő betegnek hypophysist adagolunk, a hatás kétféleképpen mutatkozhat:

1. A vizelet mennyisége csökken, fajsúlya nagyobb lesz, amíg a hypophysis-készítmény hatása tart. A hypophysis adagolásának beszüntetésekor ellenben visszatér a régi kóros állapot.

2. A hypophysis-készítmény többheti vagy többhónapos adagolása után a kóros állapot nem tér teljesen vissza, tehát a vizelet mennyisége nem oly sok, fajsúlya pedig nem lesz oly kicsiny, mint a terapia megkezdése előtt, a beteg állapota tehát hypophysis-készítmények tartós adagolására lényegesen javul, esetleg gyógyul. Ez utóbbi körülmény teszi éppen fontossá a hypophysis-készítmény tartós adagolását.

Nem minden hypophysis-készítmény tartalmazza azonban a hypophysis antidiuretikus anyagát. Fontos pedig, hogy antidiuretikus anyagot tartalmazó készítményt adagoljunk.

A hypophysis-készítmények antidiuretikus hatását nagyon egyszerűen megvizsgálhatjuk egészséges emberen is. Volhardt-féle hígítás-concentrációs próbát végeztünk: reggel 8 órakor 1—1½ liter vizet itatunk az egyénnel éhgyomorral, ugyanekkor 1 cm³ hypophysis-készítményt kap subcutan. Ha a hypophysis-készítmény legalább 2—4 órával késlelteti a víz kiválasztását és ez időtartalomra a vizelet fajsúlya is nagy, a hypophysis-készítmény tartalmaz antidiuretikus anyagot.

Számos vizsgálataink közül csak egy táblázatot ragadunk ki, mely a pituisan antidiuretikus hatását mutatja. 1 cm³ pituisan subcutan adagolására a vízkiválasztás 4 órát késik. (1. táblázat.)

1. táblázat.

Idő	Vizelet-mennyiség	Fajsúly	J e g y z e t
8 óra	103	1020	8 ó. 1 liter víz és 1 cm ³ pituisan subcutan
8—10	35	1020	
10—12	170	1012	
12—2	509	1001	

Mi ezen eljárást sokkal alkalmasabbnak tartjuk arra, hogy a hypophysis-készítmények antidiuretikus hatását meghatározzuk, mint a *Benkovits és Fernbach* módszerét. Ők a hypophysis-készítmények vérnyomást emelő hatásából következtetnek az antidiuretikus hatásra. Vizsgálataik alkalmával azt találták, hogy a vérnyomás-emelkedés és antidiuretikus hatás közt parallelismus van. Az ő módszerük tehát indirect vizsgálati módszer, a fenti eljárás ellenben magának az antidiuretikus hatásnak a vizsgálatát teszi lehetővé pontosan és könnyen keresztülvihető módon. Tehát az általunk is követett eljárás direct vizsgálati módszer. Ha pedig jó direct vizsgálati eljárás van valaminek a megvizsgálására, azt feltétlen előnyben kell részesíteni az indirect vizsgálati eljárásokkal szemben.

Mi több hypophysis-készítmény antidiuretikus hatását vizsgáltuk meg. Hatásosnak bizonyultak:

Glanduitrin (Richter);
Hypophysis pars posterior (Richter);
Pituisan (Chinoin);
Pituglandol (Hoffmann—La Roche).

Ezeknek az alkalmazását tehát a hypophysis diabetes insipidus kezelésére ajánljuk.

A készítmények azonban per os adagolva hatástalannak. Intravenásan a hatás igen rövid ideig tart, még 1 cm³ adagolása is legfeljebb 1—2 órával késlelteti a víz kiválasztását. Jó hatást látunk subcutan adagolásakor. Ilyenkor a vízkiválasztás 2—4 óráig legalább csökken. Hasonló hatást észleltünk per rectum adagolásakor. A hypophysis-készítmény intracisternásan adagolva az antidiuretikus hatás a legerősebben érvényesül, rendszeren csak 12 óra múlva kezd a megivott víz kiválasztódni.

Az orvosi gyakorlatban azonban idegenkedünk attól, hogy a hypophysis naponta huzamosabb ideig intracisternásan adagoljuk s gyakran jutnak a betegek olyan helyzetbe is, hogy nem adathatnak maguknak naponta többször subcutan injectiókat sem. A per rectum-adagolás is nagyon kényelmetlen s a legtöbb beteg idegenkedik tőle. Ezért különböző szerzők a hypophysis-készítmények adagolásának más, a gyakorlatban könnyebben keresztülvihető és mégis hatásos módját igyekeztek alkalmazni. *Blumgart*, *Choaj*-testvérek, *Adlersberg* és *Porgess*, *Baráth* és *Borbély* az intranasalis (pernasalis) adagolást ajánlják. A hypophysis-anyagot leginkább poralakban szívadják a beteg orrába tubák formájában. Mi és tőlünk függetlenül *Baráth* és *Borbély*

spray alakjában, porlasztó-készülék segítségével, oldatban juttatjuk az anyagot az orrüreg nyálkahártyájára.

Először azt akartuk eldönteni, hogy hatásosak-e a fenti hypophysis-készítmények akkor, ha intranasalis adagoljuk őket. A kérdés eldöntésére 10 kísérletet végeztünk 10 külön egyénnel. Az egyének a legkülönbözőbb könnyű betegségben szenvedtek, lázas egyik sem volt, diabetes insipidusos sem. Egyik napon 1500 cm³ vizet itatunk meg velük és figyeltük a vízmennyiségnek kiválasztását. Pár nap múlva az éhgyomorral adott 1500 cm³ víz megívásakor ugyanazon egyénnek 2 cm³ hypophysis-készítményt adtunk intranasalis spray alakjában a fent elsorolt valamelyik készítményből Wiesbadeni rendszerű porlasztókészülék segítségével. A spray bevitele egy fél óráig tartott. Két esetben a sorrendet megfordítottuk. Az előző napok egyikén adtuk a hypophysis-sprayvel egyidejűleg a félliter vizet, s a későbbi napokon végeztük el a rendes Volhardt-féle próbát hypophysis adagolása nélkül. A hatás mind a 10 esetben egyöntetű volt. A fenti hypophysis-készítmények spray alakjában való adagolására minden esetben érvényesült az antidiuretikus hatás. A vizeletkiválasztás és hígítás 3—5 óra múlva indult meg, míg a hypophysis nélkül végzett Volhardt-féle próbák teljesen normalis lefolyásúak voltak. Érdekes jelenség, hogy a hypophysis hatásának lezajlása után a kiválasztott vizelet fajsúlya legfeljebb 1005-re csökkent, míg a hypophysis nélkül végzett Volhardt-féle hígításnál ugyanazon egyéneknél 1002—3 fajsúlyt is észleltünk. Ezen kísérleteknél hypophysis pars posterior 5, pituisant 4 és pituglandol 1 alkalommal használtunk. A 10 eset közül az alábbi 2. táblázat mutatja a hypophysis-készítmény spray alakjában való adagolására létrejött tipikus hatást. A 8 órakor megivott 1500 cm³ víz, az ugyancsak 8 órakor intranasalis beadott pituisan spray hatására csak 11 órakor kezd kiválasztódni s maximumát 1—3 óra közt éri el. A vízkiválasztás tehát nemcsak később kezdődik meg, hanem még ezután is elhúzódó, a vizelet fajsúlya pedig csak 1005-ig csökken.

2. táblázat.

Idő	Vizelet-mennyiség	Fajsúly	J e g y z e t
8—9	135	1020	8 ó. 1500 cm ³ víz és 2 cm ³ pituisan spray. Ebéd: 2 tojás, 50 g sajt, 50 g kenyér. Vacsora: 50 g riza, 100 g hús, 50 g kenyér, 200 cm ³ víz.
9—10	63	1022	
10—11	50	1018	
11—12	185	1010	
12—1	213	1005	
1—3	453	1007	
3—5	90	1016	
5—7	62	1026	
e. 7—r. 8	420	1023	

Miután így meggyőződünk arról, hogy a hypophysis készítmények intranasalis hatásosak, megkíséreltük hypophysis diabetes insipidusos betegeknek intranasalis adagolt hypophysis-készítményekkel való gyógyítását. Fontosnak tartottuk ezt azért, mert a hypophysis-készítményeket spray alakjában saját otthonában, önmagának is tudja adagolni, használata egyáltalában nem kellemetlen, mert a készítmények szagtalanok s eddig még az adagolás következtében az orr nyálkahártyáján következményes hurutot nem észleltünk. Tanácsos volna azonban még koncentráltabb hypophysis extractumok készítése, hogy minél kisebb tömegben vihetnénk be az orrüregbe s így a sprayzés művelete is rövidebb ideig tartana. A készítmények porlaszthatóságát is lehetne még fokozni.

Két diabetes insipidusos betegnél kísérleteztünk

eddig. Naponta kétszer adagolt 2 cm³ hypophysis-spray hatására a napi vizeletmennyiség körülbelül felére csökkent. A hypophysis-hatás elmúltával azonban egyelőre még mindig visszatért a régi kóros állapot.

Az alábbi 3. táblázat egyik diabetes insipidusos betegünk napi vizeletkiválasztását mutatja hypophysis-spray hatására. Hypophysis-adagolás nélkül a napi vizeletmennyiség 7½–8–9 liter közt mozgott, vér NaCl 502 mg százalék volt, a hypophysis-kúra megkezdése óta a szomjúságzérzés feltűnően alábbhagyott, a vizelet mennyisége 3½–5 literre csökkent, míg kúra előtt a vizelet fajsúlya 1003–4 között ingadozott, addig a spray hatására 1009-ig emelkedett s a beteg közérzete is feltűnően javult. Másik betegünkön a hatás hasonlóképpen jó volt, napi átlagosan 10 liter vizelet egyharmadára csökkent a hypophysis adagolására.

3. táblázat.

Idő	Vizeletmenny.	Fajsúly	Na Cl		J e g y z e t
			‰	g	
9—11	310	1007	0'234	0'75	Sótlan diæta + 3 g só. Hypophysis pars posterior-Spray adagolás: reggel 9-kor, d. u. 6-kor 2—2 cm ³ .
11—1	228	1008	0'703	0'16	
1—5	1108	1006	0'117	1'33	
5—6	525	1004	0'469	0'26	
6—11	521	1009	0'141	0'75	
11—12	526	1007	0'117	0'64	
12—2	538	1006	0'703	0'39	
2—9	1150	1004	0'141	0'66	

A hypophysis-készítményekkel végzett intranasalis spray-therapia a hypophysis diabetes insipidus kezelésében igen jó módszernek bizonyult, mert a diabetes insipidus kellemetlen tüneteit bárki önmagának csökkentheti, esetleg meg is szüntetheti, s nem szorul injectiók vagy más körülményes adagolási módok alkalmazására. Az intranasalis spray-therapiával a gyakorlati belorvostan könnyen alkalmazható és eredményes eljárással gazdagodott, mely eljárás más indicatiók alapján meggyőződsünk szerint nagyobb elterjedésre is számíthat.

Irodalom: Jánossy és Magoss: O. H., 1928, 10. sz. — Jánossy: O. H., 1926, 16. sz.; Z. f. Kl. Med., 103. kötet. — Adlersberg u. Porges: W. Kl., 1928, 42. sz. — Blumgart.: Arch. int. Med., 1922, 29. sz. — Baráth és Borbély: Kl. W., 1929, 13. sz. — Benkovic és Fernbach: O. H., 1929, 12. sz.

A pécsi m. kir. Erzsébet Tudományegyetem kórbonctani intézetének (igazgató: Entz Béla dr. egy. ny. r. tanár) és szülő- és nőbeteg klinikájának (igazgató: Scipiades Elemér dr. egy. ny. r. tanár) közleménye.

Veszületett kétoldali mellékvesehiány járulékos mellékvesével.

Irták: Beöthy Konrád dr. és Szalay József dr.

A mellékvesének többféle fejlődési zavara ismeretes. Gyakoriak elhelyezkedésének rendellenességei, melyek Miloslavich szerint veszületettek és szerettek. Az előbbieket a vese tokja alatt foglalnak helyet és egészben vagy részben subcapsularisak. A szerettek közé pedig az extracapsularis elhelyezkedésűek sorolandók. Poll a járulékos mellékveséket is az elhelyezkedés rendellenességei közé számítja, azoknak szokványos helyéül a vesetájat, az intermedialis szakaszok retroperitonealis terét és a nemi szervek tájékát jelölvén meg. Bizonyára ezek közé számítandók — legalább részben — azok az esetek is, melyekben a leírók a mellékveséket megszokott helyükön nem találván, azok hypoplasiájáról vagy hiányáról szóltak.

A mellékvesének további fejlődési rendellenessége abban juthat kifejezésre, hogy ez nem éri el teljes kifejlő-

dését, hanem ennek bizonyos fokozatán megáll. Ezt a féleséget leginkább olyan újszülötteken észlelték, akik egyidejűleg a központi idegrendszer valamilyen fejlődési zavarával születtek, minők pl. az anenkephalia, hemikephalia, akrania, cyclopia, hydrocephalia stb.

Ugyancsak a központi idegrendszer fejlődési zavarai kapcsolatban észlelték még más rendellenességeket is a mellékvesében. Anton pl. agyhypertrophiával kapcsolatban a mellékvese tömlős elfajulását, Otto pedig enkephalokele mellett a két mellékvesének egyrészt egymással való összenövését, másrészt azoknak ugyancsak tömlős elfajulását figyelte meg.

A mellékvese fejlődési rendellenességeinek megint egy másik módját írták le Luksch és Lemberger, kik a mellékveséknek pillangószerű egybeolvadását találták, ami fejlődéstörténetileg a patkóvese analogonjának fogható fel. A fejlődési rendellenesség további, elég ritka csoportját egyik vagy mindkét mellékvesének vesezületett hiánya alkotja. Közülük az egyoldali mellékvesehiányra megbízhatónak az irodalomban egyedül Miloslavich¹ megfigyelése tekinthető, aki azt egy 72 éves aszszonynál a jobb vese, a megfelelő húgyvezér s a hozzátartozó erek hiányával együtt több más fejlődési rendellenesség jelenlétében észlelte. A többi ezirányú közlés is a jobboldali mellékvese hiányáról számol be, kétízben ugyancsak a jobb vese hiányával együtt s ezek mindegyike egybehangoz az Addison-kórnak megfelelő klinikai körképet rajzolja.

Mindkét mellékvese teljes hiányát többet írtak le. Hogy azonban azok mindegyike csakugyan hiánynak számít-e, nem tudjuk igazolni, mert azok leírói nem bizonyították be, vajjon ezen esetekben nem a meglévő mellékvese kóros elpusztulásáról volt-e szó, illetőleg a halál után beállott ellágyulásos folyamatáról; sem azt, hogy a mellékveséket csak rendes helyükön nem találták meg, s hogy azok másutt dystopiásan nem voltak-e jelen.

Azt, hogy a mindkétoldali mellékvesehiány az élettel össze nem egyeztethető, Virchow észleléseiből tudtuk meg először. Ezt Brown—Sequard, Nothnagel s Tizzoni² állatkísérletei is megerősítették, mert a mindkét mellékvesétől megfosztott állatoknál fellépő kiesési tünetek a mellékvese működéshiányát teljesen fedték s a halál igen rövid idő alatt bekövetkezett. Ezen észleléseket később a klinikus megfigyelések is megtámogatták. Egész sorát ismerjük ugyanis emberre vonatkozólag az olyan közléseknek — közülök különösen Simmonds közlése emelendő ki —, melyeknek eseteiben a mellékveséket haemorrhagiás infarctus, trauma folytán támadt vérzés, thrombosis, embolia, elgenyedés pusztította el, s amelyekben a betegek a mellékvesék működésének heveny kiesését követő tünetek, nevezetesen: izomgyengeség, étvágytalanság, hasmenés, lesóványodás, vérnyomáscsökkenés, testhűsüllyedés, elesettségek, convulsiók, tetania, delirium, benulás, somnolentia, coma stb. mellett igen hamar elhaltak. Ezek közé számít klinikánknak is egy idevágó tapasztalása, melyben egy eklampsiaszerű göresök között hirtelen elhalt csecsemőnél az egyetlen kórbonctani lelet a mellékvesékben talált olyan vérzés volt, mely azoknak állományát elroncsolta.

Ezen kísérletek és észlelések óta joggal tartjuk tehát a mellékvesét életfontos szervnek, bár ha működését teljes részleteiben ma még nem is ismerjük. Utóbbira vonatkozólag Biedl kísérletes vizsgálatai óta azonban annyi mégis bizonyosnak látszik, hogy a kéregállománynak az anyagcsere- és izomműködés káros termékeit méregtelenítő hatása a velőállománynak adrenalin termelésével legalább is egyenértékűnek vehető.

¹ Virch. Arch. 1914, 218. k.

² Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. 1889, 6. k.

Mivel tehát a mellékvesék hiányát követő tünetekre vonatkozó ismeretek még sokban kiegészítésre szorulnak, nagyon indokoltnak tartjuk egy olyan esetünk ismertetését, melyben a mellékvesék kétoldali veleszületett hiányának tüneteit 62 órán keresztül klinikailag pontosan megfigyeltük. Erdemesnek tartjuk pedig ismertetését annál inkább, mert kellőleg igazolt ilyen esetet az irodalomban nem találtunk, másrészt azért is, mert eddig a mellékvese fejlődési zavarát mint önálló kórképet nem is ismerjük. Ezt ugyanis minden esetben más szervek vagy szervrendszerek, legtöbbször a központi idegrendszer egyidejű fejlődési rendellenességével észlelték. Éppen ebből a tényből jutottak arra a következtetésre, hogy a mellékvesék fejlődési zavara a központi idegrendszer fejlődési zavara nélkül sohasem fordulhat elő, azaz hogy e kettő koordináltan jön létre, illetőleg, hogy a központi idegrendszer fejlődési zavarának okául a mellékvesének fejlődési zavarát, mint elsődleges tényezőt, kell tekintenünk. Ezen eddigi felfogással ellentétben viszont esetünkben semmi lényegesebb szervi eltérést sem találtunk, legalább is olyanokat nem, melyeknek az eddigi megfigyelésekkel kapcsolatban a mellékvesék veleszületett hiányával okozati összefüggésben kellene állaniok.

Betegünk, (K. A.-né), kinek előző terhességeiből csak egy gyermeke maradt életben, egy magzata halva született, három pedig pár nappal a születés után halt el, VI. terhességének utolsó napjaiban (1928., X. 3-án) kereste fel klinikánkat, ahol X. 6-án, 6 és fél órával a fájások kezdete, 15 perccel a burokrepedés után egy 4200 g súlyú, 53 cm hosszú, 36 cm fekerületű s 38 cm vállkörfogató élő, fiúmagzatot szült. A magzat megszületése után 10 órával hirtelen cyanotikussá vált s légzési nehézségekkel küzdve, végtagjaival göresösen rángott. Dyspnoés állapota azon-



1. ábra. A kikészített erek, melyekből rendszeres körülmények között a mellékvesék ágait kapják. 1. art. diaphragmatica; 2. art. ren. dextra; 3. art. ren. sinistra; 4. a hasi függőér hátulról felnyitva.

ban 1—2 perc múlva magától oldódott. Az első rohamtól számított 5 órán belül aztán még 14 hasonló rohamot észleltünk. A gyermekklinikáról tanácskozásra kért szak-

orvos hypothermián kívül (35,8 C° a végbélben) semmi más rendellenességet nem tudván találni, melegítést rendelt. Az ezután állandó felügyelet alatt tartott újszülött az utolsó rohamot követő 18 óra alatt rohammentes volt, azonban feltűnően sokszor hányt, gyakori híg s vizes széklet ürített. Ezen idő elmúltával 4 órán belül ismét 6 göresös dyspnoés roham jelentkezett, melyek még az előzőknél is erősebbek voltak, két-három percig tartottak s csak bőringerekre oldódtak. Utánuk az elesett magzat nagybeteg benyomását keltette, hőmérséklete 35,5—36,5 C° között mozgott, normalis érverés mellett (100). Az ekkor újból tanácskozásra kért gyermekorvos eklamptiform-göresöket állapított meg, anélkül azonban, hogy mint az esetünk további részletezéséből természetesen következik, azok okát tisztázni tudta volna, s a nagy folyadékvesztésre tekintettel félóránkénti theáztatást s 3 óránkénti szoptatást rendelt további observatio mellett. Erre ismét 8 órás rohammentes szak következett. Ezt követően azonban 18 órán át 1—2 órás szünetekkel újra állandó rohamesportok jelentkeztek, melyekből az újszülött már csak a legerélyesebben végzett mesterséges lélegeztetés után tért magához, melyek közben két ízben lobelint is kapott, valamint az állandóan gyengülő szív működés stimulálására analeptikumokat. Végül is azonban az élet 62. órájában egy ilyen súlyos apnoéból nem tudtuk többé feléleszteni.

A halál bekövetkezése után 21 óra múlva végzett boncolás aztán a következőket derítette ki:

A 3700 g súlyú jól fejlett és táplált fiúcsesemő külvizsgálata semmi rendellenességet nem állapított meg. Belvizsgálatnál: a fejtető bőre közepvastag, kissé vérbő. A koponyacsontok közepvastagok, a nagykutaacs a középső ujjat befogadja. A kemény burok szorosan tapad a koponyacsontok belterületéhez. A hosszanti öbölben sok higan folyó, sötétvörös vér van, úgyszintén az agy alatti öbölben is. A lágy burkok közepvastagok, vérbőek. Az oldalkamrák rendes tágasságúak, bennük kevés átlátszó sárga savó van. Az érfonatok rendes vastagságúak és vértartalmúak. Az agy lágy, keményítő-csíríz-szerű. A kéreg- és a velőállomány határa éppen hogy kifejezett, metszési lapján a pontokban megjelenő sötétvörös vér csakhamar szétfolyik. A központi dúcok, a kisagy, a nyúltagy olyanok, mint a nagyagy. A hypophysis rendes nagyságú.

A hashártya síma, fénylő, tükröző; a hasi szervek rendes elhelyeződésűek. A hasüregben evókanálnyi sárgás átlátszó savó van. Rekesz-állás jobboldalt a IV. borda alsó, baloldalt az V. borda felső szélénél van. A csesemőmirigy két lebenyből áll, sötétvörös, bővérű. A szívburok ötkoronásnyi területen fekszik szabadon, benne kávéskanálnyi tiszta, sárga savó van. A szív középnagy, csúcsát a balkamra alkotja, üreiben nagyon kevés vegyes alvadék és híg sötétvörös vér van. Állománya világosvörös, kissé petyhüdt, közepes vértartalmú. A behártya síma, közepvastag. A billentyűk vékonyak, hártásak. A petealakú lik nyitott, a Botall-vezeték átjárható. Mindkét tüdő szabadon fekszik a mellkasban, mellhártyájuk síma, fénylő, középpállásban van. Az állományuk dunnapintatú, világos, húsvörös, szívós. Metszési lapjukról bőségesen kaparható le habos savóval kevert vér. A hörgőkben kevés nyálka található. Nyálkahártyájuk közepvastag, közepvértartalmú. A hörgőkörül nyirokesomók babnyiak, vörösek, puhák. A pajzsmirigy lebenyei babnyiak, szürkésvörösek, tömöttek, közepvértartalmúak. A nyelőső nyálkahártyája közepvastag, közepes vértartalmú. A lép rendes nagyságú, tokja síma, állománya sötétszederjes, rajzolata nem egészen kifejezett, puha. *A bal mellékvesét nem találtuk meg a megszokott helyén.* Ennek keresése közben a balvese felső pólusába bemetszettünk. A bal vese rendes nagyságú, tokja könnyen levonható, ébrényien lebenyezett. Állománya sötétszederjes vörös, a kéreg- és velőállomány határa kifejezett, kissé bővérű. A vesemedence és a húgyvezér rendes tágasságú, nyálkahártyájuk síma, közepvastag. A jobb vese olyan, mint a bal. A máj középnagy, tokja síma, szélei élesek, állománya szederjesbarna, rajzolata nem kifejezett, közepes vértartalmú. *Jobb lebenyének alsó felszínén keresve a jobb mellékvesét, azt ott nem találtuk, sem pedig a jobb*

vesének felső pólusán, illetve annak szomszédságában. A herék mogorónyiak, világosszürkés vörösek, puhák.

Mint hogy egyik oldalon sem találtuk meg a mellékvesét, a hasi szerveket egymással összefüggésükben vettük ki és úgy vettük vizsgálat alá. Retroperitonealisan,



2. ábra. A bal vese csúcsánál közelében talált mellékvese mikroszkopos képe.

a bal vese felső csúcsától ventralisan, a has középvonala felé találtunk egy 4 mm hosszú és $2\frac{1}{2}$ mm széles szürkés-sárga képletet anélkül, hogy az ahhoz vezető ereket szabad szemmel megtaláltuk volna. Ezután a hátulról felmetszett hasi függőér felől megsondáztuk azokat az ereket, melyekből a mellékvesék ágaikat kapják, nevezetesen az arteria phrenica inferiort (arteria suprarenalis superior), az arteria renalist (arteria suprarenalis inferior) és kerestük az aortából kiinduló arteria suprarenalis mediát is, de egyiket sem találtuk meg. (L. 1. ábrát.) Hasonlóképpen átvizsgáltuk a vena renalist és a vena cava inferiort is, de itt sem találtunk semmi olyan szájadékot, mely a mellékvese ereinek megfelelt volna.

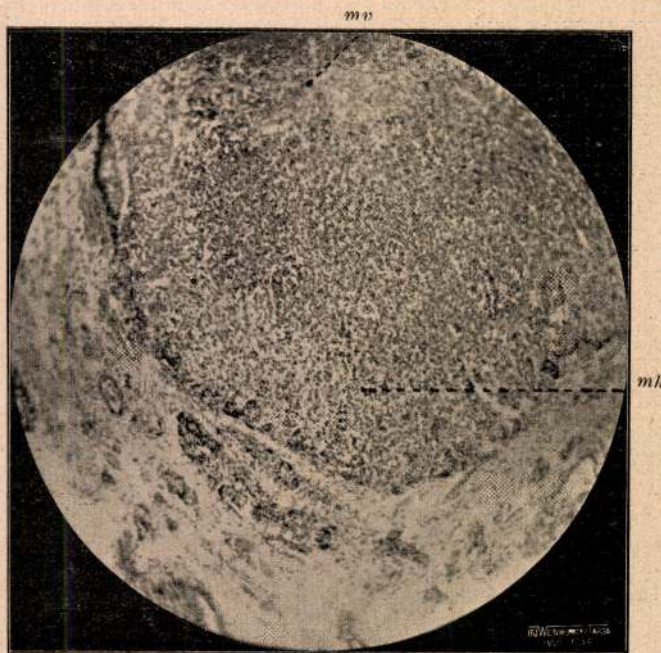
Ugyancsak retroperitonealisan a jobb veseerek mögött, a vese hilusától 2 cm-nyire a középvonal felé egy lencsényi szürkésvörös képletet találtunk a veseereket körülvevő kötőszövetben. A vesékben, a herékben, az ondóvezetékekben, a kismedencében és a hashártya mögötti térben ilyen apró, elszórt képleteket többet nem találtunk. Ezenkívül szövettanilag megvizsgáltuk a csecsemőmirigyet, a pajzsmirigyet, a heréket, a glomus caroticumot és coccygeumot, az agyvelőfüggelékét. Az utóbbiban található vérbőségen kívül a felsorolt szerveken nem találtunk semmiféle elváltozást.

A bal vese csúcsánál közelében talált képletből készült haematoxylineosinnal festett metszetek szövettani vizsgálata a következőket eredményezte: (l. 2. ábrát.) A 4 mm hosszú, 2,5 mm széles szervet vérerekben gazdag kötőszövet veszi körül, melytől magának a szervnek vékony kötőszövetes tokja élesen elhatárolva nincsen. A szerv kötőszövetes tokjából finom gerendák nyomulnak be a szerv belsejébe, melyek csaknem annak közepéig követhetők. A szervben magában nagyjából 3, egymástól élesen el nem határolt réteget ismerünk fel. A tok felé eső részeken a kötőszövetes gerendák lapos, többékevésbé kifejezetten köbalakú hámsejtekből álló oszlopokat határolnak, melyek a szerv felületére részben merő-

legesen, részben párhuzamosan helyezkednek el. Feltűnő a hámsejtgerendák között a nagyszámú, vékonyfalú, vértelt telt hajszálér, melyek az 5–12 hámsejtből álló oszlopokat egymástól szét tartják. Eme gerendákat alkotó sejtek magjai nagyok, hólyagosak, bennük a chromatinhálózat jól felismerhető. Ezután a szerv belseje felé haladva egy második réteg következik minden éles határ nélkül. Ennek sejtjei a már leírtakhoz hasonlóak, de itten a sejtek alkotta gerendák rendezettebbek, egyesebbek, hosszabbak, egymásmellett helyezkednek el s a szerv vastagságának mintegy a felét teszik ki. Sejtjeik protoplasmája egyneműen pirosra festődik. Itt a vérellátás feltűnő, különösen a szerv közepe felé haladva. Ez a réteg átmeny egy hálózatos rétegbe, melynek sejtjei hasonlóak a leírtakhoz. A csomóeska közepén, annak központi részében eme sejteken kívül még számos hosszúkás, orsóalakú sejtet is találunk, valamint egy véretekben dús laza kötőszövetet, hol szétszórtan megtaláltuk a kéregállományt alkotó sejteket is önálló fészkek alakjában, ezenkívül egy rugalmas rostokból álló nagyobb terület is volt a csomóeska közepén, mely annak horogszerűen meggyűrűlt felső részében volt a legkifejezettebb; inuen elvékonyodva az ellenkező irányban húzódtott végig a csomóeska s egy erős magfestődéssel bíró sejtekből álló durva, rostos kötőszövetben gazdag, ovalis tokkal körülvett képlettel állott összefüggésben, melynek parenchymáját a kéregállománynak megfelelő sejtek alkották. Tokja felől erősen festődő 4–6 sejtéből álló csoportok nyomultak be a csomóeska belsejébe, melyeknek egy része összefüggésben állónak látszott a szerv felületéről benyomuló hasonló sejtkötegekkel. A többi pedig, mint önálló képlet, foglalt helyet a szerv belsejében. (Lásd a 3. ábrát.)

A jobb veseerek mellett talált képlet nyirokcsomónak bizonyult.

Esetünkben tehát a mondottak szerint a mellékvese fejlődésének olyan zavarával állottunk szemben, ahol a



3. ábra. Ugyanaz kéregállománya, a velőállomány egy részletével.

mindkét oldali mellékvese hiánya mellett csupán egy olyan járulékos mellékvese volt kimutatható, mely a fejlődésnek azon a fókán állott meg, mikor egyrészt még csak a kéregállomány kifejlődése történt meg, másrészt a sympathikus képzősejteknek a bevándorlása még csak

alig volt kifejezett s azok még nem szorították ki a közep-pontból a kéregállomány sejtjeit és nem alakultak át chromaffin-sejtekké.

Tekintetbevéve, hogy ugyanezen szülőknek már negyedik magzata halt el röviddel a születés után hasonló tünetek között, egy pedig halvaszületett, megkíséreltük ennek okát az anamnesisben keresni. Idevágólag ezért megvizsgáltuk az asszonyt, férjét s az egyetlen életben levő kisleányt is. A bel- és idegrendszeri vizsgálat egyiknél sem tudott bármi kórosat kimutatni. Átöröklődő betegségek közül a leest mindhárom személy negatív Wassermann-reactiója és klinikus vizsgálata zárta ki. Tuberculosis felvételére szintén nem volt semmi támpont. A nagyszülők részben aggkorban előttünk ismeretlen betegségben, részben agyvérzésben haltak meg. Az I. és II. fokú rokonságban beteg nem volt. Örökölt betegségre a vércsoportmeghatározás eredménye sem adott semmiféle támpontot, amennyiben a meghalt fejlődési rendellenességben szenvedő és az egyetlen élő, egészséges gyermek vörösvérsejt tulajdonságai egyformán lapangó (recessivus) jelleget mutattak, míg a teljesen egészséges apa az A, anya pedig B, tehát a megvizsgálható utódoktól eltérő vércsoportokat mutattak. Egyedüli pozitív adatként így a fejlődési rendellenesség származásának magyarázására kezünkben csupán a férj és feleség vérrokonsága (első unokatestvérek) maradt, melyben, tekintettel a vérrokonság házaságából származó utódok elég gyakran előforduló degenerációs stigmáira, méltán kereshettük a fejlődési rendellenesség okát.

Tehettük pedig ezt annál inkább, mert ha nem hagyjuk figyelmen kívül azokat a tüneteket, melyek az előzőleg elhalt három gyermek megszületése után felléptek, s amelyek — igaz nem szakembereknek, hanem csak az intelligens szülőknek részletes bemondása alapján rekonstruálva — feltűnően hasonlóak voltak a most elhalt eseményéhez, arra kell gondolnunk, hogy mint ez a mostani, úgy az előbbi három rövid élet után elhalt újszülött is ugyanazon életfontos szerv működésének hiánya miatt volt életképtelen.

Érdekes még arra is rámutatni, hogy a mellékvese nélküli magzat élve született s közel három napig a születés után még életben is maradt annak ellenére, hogy a mellékvese az életre nélkülözhetetlenül szükséges. Ennek lehetősége talán azzal magyarázható, hogy intrauterine az anya mellékveséjének hormonjai, melyek *Neu* szerint a terhesek vérében úgyszólván fokozottabb mértékben vannak jelen, látták el a magzatot életének megmaradására elegendő mellékvese-hormonnal, talán oly mértékben, hogy azok hatása a születés után többé-kevésbé még 62 órán át is kitartott. Ezért, míg az anyai vérből kapott mellékvese-hormonhatás a születés után elégséges volt, az újszülött méhen kívüli életét zavartalanul tudta folytatni, annak fokozatos felhasználásával párhuzamban azonban fokozatos intenzitással állottak be a kiesési tünetek: hányás, hasmenés, az asthmás rohamokhoz hasonló dyspnoe, testhőszüllyedés, szív-működéscsökkenés stb., mind-megannyi tünete a sympathikus idegrendszer lecsökkenésének, míg nem aztán a kisbronchusok spastikus görese s ezek nyálkahártyájának szelepszzerű összefekvése által létrehozott apnoében az arteriális vérnyomás a vénás vérnyomáshoz süllyedt s a kettő között normalis viszonyok mellett fennálló különbség kiegyenlítődésével beállott a halál.

Összefoglalva észleleteinket: a mellékvese kétoldali veleszületett hiányát sikerült biztosan kórisméznünk. S miután ezen fejlődési rendellenesség mellett minden más szervnek kóros elváltozása hiányzott, kétségtelen, hogy ez a fejlődési rendellenesség önálló kórkép alakjában is előfordulhat. Esetünk bizonyosságot szolgáltat

vábbá arra is, hogy mindkét mellékvesének hiánya az étellel össze nem egyeztethető, vagyis tehát, hogy mindkét mellékvese hiánya felnőttkorban veleszületetten nem fordulhat elő. Esetünk végül szaporítani látszik azon adatokat, melyek alapján felvesszük, hogy vérrokonság házasága az utódok fejlődési rendellenességének lehet okozója.

Az Irgalmasrend budapesti kórháza sebészeti osztályának közleménye (főorvos Sailer Karoly egyet. m. tanár).

Phosphor gyógyszeres adagolása okozta állcsontelhalás.

Irta: Pollner Kálmán dr.

Az ipari higiénia előrehaladása és a sárga phosphoros gyújtók gyártásának nagymérvű redukálása a phosphorgőzök által okozott állcsontelhalást mind ritkább körképpé tették úgy, hogy az újabb évtizedek sebészeti rendelesein alig volt alkalom hasonló elváltozásokat észlelni, illetve gyógykezeltetni. Az alábbiakban egy páratlanul ritka esetről óhajtanék beszámolni, mely azért tarthat számot különösebb érdeklődésre, mivel itt a kóros elváltozásokat nem phosphorgőzök belehelése, hanem phosphor gyógyszeres adagolása okozta.

Folyó év április hó első napjaiban az Irgalmas-kórház sebészeti ambulanciáján 44 éves asszony jelentkezett, azon panaszokkal, hogy körülbelül 1 év óta fájdalmakat érez felső állcsontja bal felében. Ezen a helyen foghúsa megduzzadt, lepedékessé vált, majd fogai meglazultak, mellőlük bűzös geny ürült és részben maguktól hullottak ki, részben pedig 5 hónap előtt az Irgalmas-kórház fogászati osztályán távolították el. A fogak kihúzatása után hyperolos szájöblítéseket végzett, ennek dacára a folyamat nem fejlődött vissza, hanem előrehaladva a foghús visszahúzódott és szabadon hagyta a felső állcsont fogmedri nyulványát, amely egyenetlen felszínű, piszkos-szürkeszínű képlet alakjában meredt a szájüregbe, állandó fájdalmakat, időnként felfolbanó környéki gyulladást és undorító foetort okozva. Kikérdezve az asszonyt előző betegségeiről elmondja, hogy 18 éves korában vért hányt, majd gégebajról kezelték. Férjét 25 éves korában állítólag tuberculosisban vesztette el. Mensését 13 éves korában kapta meg, 4 abortusa és 3 partusa volt. Gyermekei közül egy él és egészséges, 6 év előtt vérbajt állapítottak meg nála és azóta több ízben használt antiluetikus kúrát, legutóbb két hét előtt végeztünk Wassermann-vizsgálatot, amely negatívnak bizonyult. 4 év előtt erős köhögéses és fulladásos rohamai miatt egyik budapesti belgyógyász collegához fordult panaszával, aki pilulákat rendelt neki azon utasítással, hogy negyedóránként, rohammentes időben félóránként vegyen be egy szemet. Ezen gyógyszert azután kevés megszakítással 4 hét előtti jóformán állandóan szedte. Köhögése csillapodott, rohamai megszűntek, de egy év óta fájdalmakat érez felső állcsontja bal felében, amelyek fokozatosan a már említett szájüregi elváltozáshoz vezettek.

Alacsony termetű, gyengén fejlett, kachexiás küllemű nőbeteg. Arca sápadt, látható nyálkahártyái haloványak. Mindkét mellkasfél légzészor egyenletesen tér ki, a Krönig-terek egyenlő és rendes tágasságúak. Rekesz-állás mindkét oldalon a 12. háti csigolya tövisnyulványának magasságában található. A rekeszek légzészor renyhén mozognak. A tüdők felett dobozkopogtatási hang s bizonytalan jellegű alaplégzés mellett sípolásbűgás hallható. Szívcsücslökés az 5. bordaközben, a baloldali medioclavicularis vonalban tapintható. A szívtoppulát határai: balra a csücslökés helye, jobbra a szegycsont jobb széle, felfelé a harmadik borda. A szívhangok tiszták, a nagy erek kellően ékeltek. A pulzus kp. telt, rhythmusos, száma percenként 120. Vérnyomás: 110—90 RR. Májtoppulát a negyedik bordánál kezdődik, a májszél két harántujjal haladja meg a bordaívét, göbös felszínű s kemény tapinthatú. A hasban nyomási érzékenység nincs. Idegrendszer ép.

Bal arcféle duzzadtabb, ezen oldali szembűjak oedemások, a szemrűsből genyes váladék ürűl, a belső szemzugban fillűrnyi területen a bűr piros, duzzadt, feszes és fájdalmas. A bal felsű állcsont proc. zygomaticusának és a fossa caninának megfelelőleg nyomási fájdalmasság észlelhető. A szájbűl erős foeter érzik, a felsű állcsont

proc. alveolarisának nyálkahártyája a buccalis felszínen, a jobb első praemolaristól a baloldali második molarisig, egészen az áthajlási redőig kiterjedőleg hiányzik; hasonlóképpen a palatinalis oldalon is a nyálkahártya leemelt, gyulladással kísért nyálkahártya megvastagodott, úgy, hogy a felső állcsont fogmedri nyúlványa mintegy sceletizálva, érdes nekrotizált csont alakjában áll előttünk. A fogak a már említett jobb első praemolaristól a baloldali második molarisig hiányzanak. A fogmedri nyúlvány széle helyenként kitérőzött, másutt megvastagodott periostalis felrakódásoktól egyenetlenné tett, málékony és könnyen tördelhető. (1. ábra.)

A palatinalis felszín nyálkahártyája elemelődött, reactiv lob következtében körülbelül egy cm-nyire megvastagodott, a lecsupaszkodott proc. palatinus részben szabadon fekszik, részben a megvastagodott nyálkahártyával takart. Alája sondát bevezetve körülbelül 2 cm-nyire hatolhatunk be és mindenütt lecsupasztott, érdes csontot tapintunk. A felső állcsont meglévő fogai lazák, mellőlük sárgás, bűzös eves geny ürül, a fogak és foghús határán sárgásszürke lepedék látható. Mindkét alsó orrjáratot és az orr-bemenetet vérezkeny sarjak töltik ki.

Vérkép: haemoglobin 52%, vörösvérsejtszám 3,460.000, fehérvérsejtszám 7700, neutrophil 1-64%, eosinophil 1%, basophil 0%, lymphocytá 33%, monocytá 2%. A vizeletben geny nyomokban, fehérje pedig $\frac{2}{100}$ mennyiségben található, az üledékben néhány vörösvérsejtet, fehérvérsejtet és finoman szemcsézett cylindert látunk. Röntgen-átvilágításnál a tüdőmezők a rendesnél világosabbak, a rekeszek renyhén mozognak; a szív aorta-typusú, kissé megvastagodott, az aorta kistokban tágult, a mediastinum szabad.

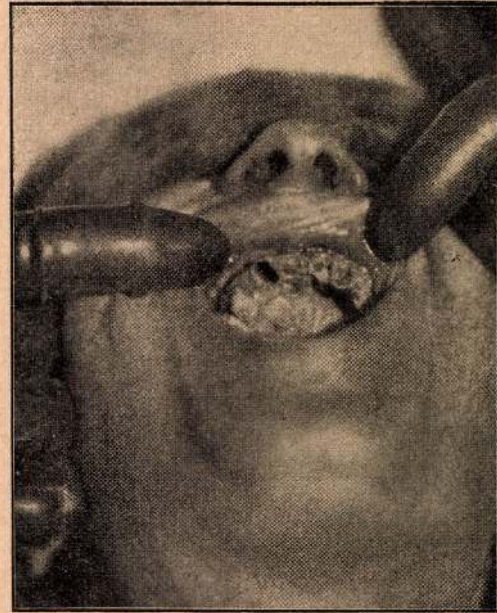
A szájban észlelt elváltozások alapján eleinte pyorrhoea súlyosabb alakjára gondoltunk, látva azonban a nagyfokú elhalást és a nagyszámban jelenlevő osteophytákat, phosphoros elhalásra gyanakodtunk és ezirányban tovább kutattunk az asszony anamnesisében. Mivel kémiai és gyufagyárban sohasem dolgozott, a szedett gyógyszer receptjeit vizsgáltuk át és ekkor kiderült, hogy a pilulák, amelyeket négy év óta kisebb megszakításokkal jóformán állandóan szedett, phosphoros pilulák, amelyek mindegyike 1-2 mg phosphort tartalmaz. Ezen pilulákból orvosa rendelésére negyedóránként, illetve félóránként vett be egy szemet s így naponta kb. 30-40 pilulát fogyasztott el, ami megfelel napi 3-4 centigramm phosphornak. A phosphor maximalis adagja pro die 3 mg lévén, a beteg által fogyasztott phosphormennyiség borzalmasan soknak mondható és méltán csodálkozhatunk azon, hogy a beteg ezt a horribilis adagolást éveken át letalis következmény nélkül bírta.

Kórisménket orrgégészeti vizsgálattal és Röntgenfelvétellel iparkodtunk alátámasztani. Az orrgégészeti vizsgálat a felső állcsonti elváltozást szintén phosphor okozta elhalásnak tartja. A készített Röntgenfelvételt mellékeltem közlöm; feltűnő rajta a megbetegedett csontrészek mészszegénysége és szerkezetüknek elmosódottsága. (2. ábra.)

Mivel az elhalás már előrehaladt és a sequestrálódás befejezettnek volt tekinthető, a kifejezett környéki gyulladás dacára műtetre határoztuk el magunkat, amelyet 1929 május 4-én el is végeztünk. A baloldali második molaris eltávolítása után a nyálkahártyát a palatinalis és buccalis oldalon az elhalt csontrésztől letoltuk és azután a sutura palatina mediánában vésővel meglazítva a két felső állcsont összeköttetését, a baloldali majdnem egészen elhalt maxillát könnyen sikerült kiemelni. Az eltávolított csontrészt az egész proc. palatinus, a corpus maxillae nagyrésze, a proc. alveolaris és proc. zygomaticus alkoták, míg a proc. frontalis levált és továbbra is megmaradt eredeti összeköttetésében. A megnyílt arcöbölből bűzös, zöldes váladék ürült, nyálkahártyája lepedékes, cafatokban elhalt, ezért az egészet kikapartuk és a kistokú vérezést jodoform-tampon behelyezésével csillapítottuk. A beteg jelenleg láztalan, subjective jól érzi magát és minden reményünk megvan arra, hogy a sarjadzás megindul s

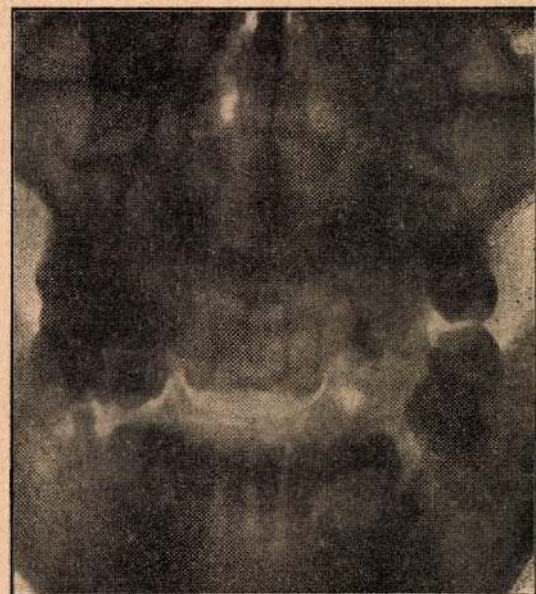
alkalmas feltételeket teremt egy későbbi plastikus műtét beavatkozására.

A chronikus phosphormérgezés okozta állcsont-elhalást először 1845-ben Lorinser írta le, aki elsőnek hozta



1. ábra.

okozati összefüggésbe az általa észlelt állcsontelváltozásokat a phosphorgőzök huzamosabb ideig való belélegzésével. Észleleteit gyufagyári munkásoknál végezte, főként azoknál, akik a gyufának a masszába való bemártásával, szárításával és csomagolásával foglalkoztak. Azt tapasztalta, hogy ezen munkások közül is csak azok betegedtek meg, akiknek szuvas fogaik voltak és szájukat tisztán nem tartották. Az elváltozás létrejöttét szuvas fogak jelenléte nélkül Kocher és mások kizártnak tartják. Szerintük elősegítik olyan általános, a szervezet ellenállóképességét lecsökkentő tényezők: mint lues, terhesség, gümőkór és emésztési zavarok.



2. ábra.

Az állcsontelhalás létrejöttét többféleképpen magyarázzák: Strohl felfogása szerint a nyálban feloldódott phosphor mint phosphoros sav izgatja a csontot; Ris szerint a phosphor mint fogkő rakódik le és mint hypophosphat jut a csontra és indítja meg a kóros folyamatot. Ma általánosan elfogadott Yost-Riedel-Kocher azon el-

mélete, melyszerint a kóros elváltozás tulajdonképpen két folyamatból tevődik össze: a bejutott phosphor izgatva a csontot, azon ostitist okoz, az utólagos fertőzés a szuvas fogakon át az ostitikus csonton elhalást hoz létre. A phosphorostitis részben helyi izgató hatásra, részben pedig a felszívódott phosphornak a csontokra való hatására vezethető vissza. A phosphornak a csontokra való hatása *Stubenrauch* szerint a csontok megkeményedésében áll, ami a csontok megvastagodását és a csöves csontokon a dia- és epiphysisek korábbi összeolvadását vonja maga után. Mások chronicus phosphormérgezésnél a csontok törékenységét (fragilitását) észlelték. *Wegner* és *Rose* amputált alszárcsontokon jellemző phosphorostitist figyeltek meg, amely azután esontelhaláshoz vezetett. Néhány szóval legyen szabad megemlítenem azon állatkísérletek eredményeit, amelyeket *Bibra* és *Wegner* végeztek és azt észlelték, hogy phosphor belső adagolásánál általános csontsklerosis fejlődött, míg phosphorgőzben tartott állatoknál ugyancsak megtalálták ezen diffus csontsklerosist, de ez azokon a csontokon nagyobb mértékű volt, amelyek valamely fekélyen vagy hiányon át a phosphorgőzökkel közvetlenül érintkeztek. Esetünkben Röntgen-felvételt készítettünk a jobb lábszár és comb csöves csontjairól, de azok kóros elváltozást egyik irányban sem mutattak.

Kórbonetanilag a folyamat négy tényezőtől tevődik össze: az első egy produktív csontgyulladás, amelynek kapcsán periostalis osteophyta-réteg képződik, amely később sklerotizál. A második genyes csonthártagyulladás, amely reáterjedhet a velőüregre is, és melyet legtöbbször a szuvas fogakon át bejutott genykeltő baktériumok okoznak. A keletkezett geny felemeli a periosteumot és esontelhalást eredményez. A képződött sequesterek igen különbözők, néha kicsiny corticalis elhalások, legtöbbször azonban nagyobb csont-sequesterek, melyek a syphilitikus esontelhaláshoz hasonlóan néhol tömörülést, másutt ritkulást mutatnak. Az elhalt csont körül azután élénk regeneratio indul meg, amely néha az alsó állsonton oly nagyfokú, hogy egészen új állkapocs-csontot termel. A felső állsonton a regeneratio legtöbbször csak kismértékű, amint az esetünkben is látható.

A betegség lefolyása legtöbbször kedvezőtlen. Csak ritkán távolodik el spontán a sequester, ami gyógyuláshoz vezet. A genyes periostitis tovaterjedésre rendkívül hajlamos, reáterjedhet az arera, a koponyaalapra és igen sok esetben meningitist okoz. A lenyelt eves váladék táplálkozási zavarokat, idült gyomor- és bélhurutot, a váladék aspiratiója pedig bronchitist, broncho-pneumoniát esetleg tüdőtályogot eredményezhet. Mindez megmagyarázza, hogy *Yost* szerint még kezelt esetekben is 15% a halálozási százalék.

Kezelése kizárólag sebészi, amelyben három módszert alkalmaznak. Az első, az expectativ methodus, melynek követői megvárják a megbetegedett csont rész teljes elhatárolódását és csak azután távolítják el a sequestert. Jelen esetünkben is ezt alkalmaztuk. A második, a subperiostalis resectio, amely a beteg csont részlet korai eltávolítását célozza. A harmadik e kettő között áll: a *Rose* által ajánlott subosteophyta resectio, amellyel kettős célt iparkodnak elérni. Egyrészt, hogy megrövidítsék a fájdalmak idejét, másrészt, hogy jó regeneratiót érjenek el. E célból addig várnak, amíg el nem dönthető, hogy meddig terjedt a csont nekrosisa és azután az elhalt részt a fiatal osteophyták lehető megkímélésével eltávolítják.

Esetünket azért tartottam leközlésre érdemesnek, mert a rendelkezésemre álló irodalom legmondosabb átkutatása után is csak egy helyen találtam rövid utalást a phosphor gyógyszeres adagolása következtében fellépett állcsontelhalásra.

L A P S Z E M L E

Belorvostan.

Thrombosisok és emboliák szaporodásáról az utóbbi években; spontan-thrombosisok fellépése. *B. Singer.* (Deutsche Arch. klin. Med. 164. köt., 3-4. füz.)

A lipcei belgyógyászati klinika adatai szerint a thrombosisok száma 1926—1928-ig két- és félszeresével, a halálos tüdőemboliák száma több mint négy- és félszeresével emelkedett az előbbi évekhez viszonyítva; a nem halálos tüdőemboliákban nincs lényeges változás. A legtöbb thrombosis 60—70 éves korra esik, de már 30—40 éves korban kezd gyakrabban fellépni, nőknél gyakoribb, mint férfiaknál; utóbbiaknál azonban 1926—1928-ig lényeges emelkedés látható. A háború előtti években a légző- és keringési szervek betegségei kb. egyenlő számban szerepeltek a fertőző betegségekkel a thrombosisok és emboliák keletkezésében, 1926—1928-ban viszont többet okoztak az előbbieket. A thrombosisok leggyakoribb székhelye az alsó végtagok nagy venái; a baloldali gyakoribb előfordulást anatómiai helyzettel magyarázhatjuk. Szerző statistikája szerint a thrombosisok és az intravenás injectiók száma között nem látunk párhuzamosságot. Feltűnő a spontanthrombosisok számának növekedése az utolsó három évben; ezeknek közös vonásuk a megelőző fertőző betegség, magyarázatuk az érfal sensibilizálódása, amihez kiváltó okként egy ki nem mutatható második infectio járul.

A rendelkezésünkre álló kiváló diuretikumok a szervezetet relative kiszáradtá teszik és ez a keringési zavar mellett alkalmas helyzetet teremt a thrombosisok keletkezéséhez. Úgy a fentemlített érfalsensibilizálódás, mint a szervezet kiszáradása szerepel a tbc.-nél, melynél feltűnő gyakran látjuk a thrombosisot. Az érfallaesio (malignus tumor, infectio, tbc. stb.) által megzavart plasmafehérje-egyensúly elősegíti a vérlemezkék agglutinációját.

Molnár István dr.

A gyomor és duodenum abnormalis csiratartalmáról. *Seeber.* (Dtsch. Arch. klin. Med. 164. kötet 5—6 füz.)

Achlorydrias chronikus gastritisnél a gyomor és duodenumban rendszerint kóros baktériumflorát találunk (*coli*, *enterococcus*, *stercococcus haemolyticus*). A baktériumflora nagyjában egyezik a hasmenéssel járó esetekben és az ettől mentesekben, az összaciditás értéke nem befolyásolja. Biermer-féle anaemiában főleg colibaktériumokat talált, ritkábban *enterococcus*okat, májdiatára beálló remissionál a baktériumflorában változást nem észlelt. Normalis savviszonyokat mutató hasmenésekben gyakran talált a gyomor és duodenumban *enterococcus*okat, lehet, hogy ezek a kórokozók; kívánatos volna ilyen esetekben a manapság még kivitethetlen vastagbélbaktériumfloravizsgálat. A duodenum bakteriologiai vizsgálata néha adatokat szolgáltat homályos kórképek felderítésére. A duodenum savanyítása még nagy adag sósavval is csak igen rövid időre sikerül, jobb eredményt látunk a felső vékonybélszakasz savanyításának kísérleteiben chlorezüstkovasav-készítményektől (*silargen*, *ad-sorgan*) és citromsavtól.

Molnár István dr.

Fractionált jódagolás a hyperthyreosisok gyógykezelésében. *L. Dautrebande.* (Presse méd. 59. sz.)

A jódag alkalmazásával igen jó eredményeket ért el akkor, ha az alapanyagcsere kezdeti süllyedése után beálló újbóli emelkedéseknél az adagot emelte és ezt apró részletekre osztotta el. Így például 8—10, sőt 20 részletre oszthatjuk el a napi adagot, amikor is tapasztalatai szerint a betegek jobban tűrik a jódot és az eredmény jóval kedvezőbb. Eljárása a következő: 10 : 100-ra jodium purum és 20 : 100-ra KJ keverékéből naponta 2×5 cseppet kezd adagolni; ha az eset súlyos, 2×10 cseppet ad. Amint az alapanyagcsere kezdeti süllyedés után újból emelkedni kezd, akkor napi 5 vagy 10 részletre osztja el a fenti adagot. Gyakran maga a fractionálás elengedő arra, hogy az emelkedőben lévő alapanyagcsereértékeket újból le-süllyessze. Ha ezen eljárás mellett az alapanyagcsere nem süllyed, vagy tovább emelkedik, a jódot 20, esetleg

30 részletre osztja el és a dosist emeli; legtöbbször azonban nem kell túlhaladni a napi 30 cseppet ahhoz, hogy az eredmény kedvező legyen. Szerző és *Lemort* észleletei szerint ezen eljárással 76–79%-ban igen jó eredmény érhető el. Műtét előkészítésére is igen használható eljárásnak mondják módszerüket.

Baráth dr.

Halálesetek az anaemia perniciososa teljes remissiója alatt. I. Zadek. (Klin. Wochenschr. 1929. 33. sz.)

A szerző már a májtherápia felfedezése előtt hangsúlyozta, hogy az anaemia perniciososa lefolyása közben előfordulnak abszolút remissiók, olyanok, melyek alatt a *Naegeli* által annyira jellemzőnek tartott hyperchrom megalocytosis is hiányzik. Most, hogy a májtherápia hatására a remissiók gyakoriabbakká váltak, alkalma volt két olyan perniciosos beteg autopsiáját látni, kik egy abszolút remissio alatt intercurrentis betegségben haltak el. Az autopsia teljes mértékben igazolta felfogását: a beteg csontvelője ugyanis teljesen épnek látszott és benne sem makroszkopice, sem mikroszkopice nem volt nyoma a megaloblastos átalakulásnak.

Czoniczser dr.

A mellékveseelégtelenség súlyos tüneteinek pathogenesiséről. G. Maranon. (Presse méd. 1929. 63. szám.)

Az Addison-kór képeben kifejezett mellékveseelégtelenség tünetcsoportjában olyan súlyos rosszabbodást jelentő acut tünetek állhatnak elő, amelyek elég gyakran hirtelen halállal is járhatnak. Különösen érdekesek az enkephalopathia képeben lefolyó súlyos eszméletlenséggel, göresökkel, magas lázzal, hányással járó állapotok, amelyeknél a boncolásnál talált agyi elváltozások alig számottevők. Igen érdekes, hogy hasonló súlyos képek figyelhetők meg m. Addisoniban szenvedő betegek némelyikénél insulin kis adagjainak befecskendezése után. Ez utóbbi tény *Maranont* arra a gondolatra készítette, hogy az acut súlyosbodások pathogenesisében talán a hypoglykaemia játssza a főszerepet. E gondolatot azonban számos megfigyelés alapján el kellett ejtenie. Bebizonyosodott azonban, hogy a súlyos rosszabbodással járó állapotoknál csaknem mindig a szervezet savbasisegységének megbomlása van jelen: a betegek vérének alkali-reserveje erősen lecsökkent. Ugyanez a tünet található olyan betegeknél is, akiknél az insulininjectio váltott ki acut rosszabbodást. Úgy látszik tehát, hogy a mellékveseelégtelenség terminalis állapotánál az acidosis játszik fontos szerepet; ezért feltűnő gyakran a hasonlatosság az ugyancsak acidosisal járó májinsufficiencia tüneteivel. Az acidosisnak szerző megfigyelései szerint ezen állapotok előidézésében tehát fontos, bár nem kizárólagos szerep jut. Hasonló acidosis figyelhető meg különben kísérleti állatoknál is a mellékvesék kiirtása után. Valószínű, hogy emellett még a hypoglykaemia, hyperviscositás és más dolgok is közrejátszanak a súlyos toxikus tünetek előidézésében. Kezelésükben szénhidrátok bőséges adagolását, kis dosis insulinbefecskendezését, utána következő glukoseadagolással (25 g) kell megkísérelnünk.

Baráth dr.

Familiaris purpura haemorrhagica thrombopenia nélkül. Rothman és Nixon. (Journ. Amer. Med. Assoc. 93. köt., 1. sz.)

Glanzmann írt le gyermekeknél vérzésekkel, főleg orrvérzéssel járó állapotokat, amelyeknél minden kisebb traumát nagy kiterjedésben jelentkező ecchymosisek követnek. E kórkép gyakran familiarisan észlelhető, mindkét nembeli gyermekeknél. A vérkép különösebb eltérést nem mutat, mint azt, amelyet minden vérzések után következő anaemiás állapotnál megtalálhatunk. A vérlemezkék száma is teljesen normalis. *Glanzmann* ez állapotokat haemorrhagiás thromboasthenia névvel jelölte meg. Hasonló esetet észleltek szerzők 13 éves fiúnál, akinek egyik testvére 3 éves korban vérzések hajlammal. E gyermeknél purpura lépett fel gyakori ismétlődéssel, anélkül, hogy a vérképben vagy a vérlemezkék számában és minőségében valami eltérést találtak volna. A vérlepény visszahúzódása a kibocsátott vérben azonban nem állott be és 24 óra múlva is alig néhány csepp vér-

savó képződött. A thrombocyták száma és minősége azonban semmi különösebb eltérést nem mutatott. Szerzők sorra veszik azon eljárásokat, amelyekkel vérzések esetén a betegek állapotán segíteni lehet. A splenektomia hatástalan, éppen úgy, mint a máj Röntgen-besugárzása; súlyos esetekben vérátömlesztés jöhet szóba.

Baráth dr.

Sebészet.

Pankreas-cystának transduodenalis anastomosisa a duodenummal. Kerschner. (Bruns Beitr. 147. 1.)

Gyermekefejnyi, retroduodenalis fejlődött pseudo-pankreascystát volt alkalma operálnia, amely a pars descendens duodentit maga előtt tolta és erősen beszűkítette. Előzetes g. a. után transduodenalis anastomosis a duodenum hátsó falán ejtett metszéssel egyszerűen összekötötte a hátsó fallal lapszerint összenőtt cysta üregét a bél üregével. Műtét után panaszmentes lett a beteg. Ennél a módszerrel nem lépett fel később pankreasecretum, vagy cystabennék miatti varratelégtelenség, minthogy anastomosis-varrat tulajdonképpen nincs is. A cysta ürege pedig a hasüregi nyomás folytán állandóan kisebbedik; az anastomosis nyílása pedig bizonyára fennáll addig, amíg a tömlő váladékot képez. Ez az egyszerű és veszélytelen módszer alkalmazható különben bizonyára mindazon tömlőknél, melyek a gyomor hátsó falával, vagy pedig valamely bélkaccsal összenöttek.

Marx József dr.

A radiusfejes elülső ficamának műtéti kezelése. Prof. Sommer. (Bruns Beitr. 146. 2.)

Szalmakazalról nyújtott karral a kéz hátára esett 18 éves leány hajlításos singsconttörést és szövödményképen orsócsontfejes ficamodást szenvedett. Minthogy többszörös repositiós kísérletekre eredmény nem mutatkozott, azért lateralis Kocher-metszéssel arterotomiát végzett, amikor is kitűnt, hogy a lig. annulare az ízületi tok elülső részével sapkaszzerűleg türemkedik a radiusfejes el, valahányszor azt reponálni akarják. Ezt a darabot excindálta és a bal comb Maissiat-aponeurosisából vett 15 cm hosszú és 3 cm széles darabot az orsócsont fejecse közé vezette, keresztülhúzva azt az alkar feszítő izomzatának eredésénél. Ezután reponálva a fejecset, szorosan összevarrta az új szalagot és réteges sebzárás után extensziós sínbe helyezte a kart. Síma sebgógyulás után 3 hét múlva mozgatni kezdte a 4 hét múlva teljesen functióképes végtagot.

Marx József dr.

Totalis oesophagoplastica a vastagbél segítségével. Sternberg. (Bruns Beitr. 147. 1.)

A következő eljárás 4 ülésben alkalmazva, egyik Witzel-sipolyos betegénél teljes sikerre vezetett: 1. Pararectalis metszéstől resecálta a coecumot, colon ascendens, flexura hepaticát és a colon transversum proximalis felét az a. colica media és az arkadok gondos megtartásával; a coecalis vastagbélvéget vakon zárva, a resecált bélrészlet elvezető részét beülteti a gyomorba: oldalsó anastomosis a legelső ileum és az elvezető colon transversum között. Ezután a proc. xyph. sternit exstirpálva, egy hosszú magfogóval tágas alagutat képez a bőr és szegycsont között egészen a bal kulcsesontig, ahol az egyidejű kis ferde bőrseben keresztül átböki a magfogót. Ezután fönről vezetve be a műszert, a resecált, csak a kolika medián lógó bélrészletet a coecummal az élen keresztülhúzza az alagúton és a vakbelet a bőrnyíláshoz szegve ki, a hasfalat drainage nélkül zárja. Negyedik napon megnyitva a coecumot, ezen keresztül tejet juttatott akadálytalanul a gyomorba. 2. A nyak b. o. kipaeparálva az oesophagust, azt átvágta, az aboralis lument dohányzaeszkóval elvarrta és a medialis sebzugba bevarrta nyálsipoly elkerülése céljából. A proximalis bárzsingrészt a lateralis sebzébe varrta, 6–8 cm-re a coecumnyílástól. 3. Bőresőkiképzés; ennek egyik végét az oesophagussal, másik végét a coecummal egyesítette körkörösén, az egészet pedig a bal emlőből vett igen széles bőrlebennyel fedte oly módon, hogy a

bőrvarrat ne kerüljön éppen az alatta lévő bőrcső végének körkörös varrata fölé. A 8. napon akadálytalanul ment le a tej, a későbbi hetekben pedig rendes kosztion volt a beteg. 6 hónap múlva azonban a bőrcső és felső oesophagus-vég közötti varratnál egy, a nyílást teljesen elzáró strictura képződött, amelyet egy 4. ülésben excindálva, a tág oesophagus miatt könnyűszerrel készített, amivel a beteg végleg meggyógyultnak volt tekinthető. Ennek dacára azonban a Witzel-sipolyt csak 9 hónap múlva hagyta zárulni.

Marx József dr.

Kötésváltások és narkosisok utáni tetania. Prf. Salomon. (Bruns Beitr. 146. 2.)

A tetaniát veleszületett constitutionalis rendellenességnek tartja; az ilyen emberek idegrendszere az endokrinrendszer, de főképen a mellékpajzsmirigy valamiféle zavara miatt állandóan felfokozott állapotban van. Tetaniakészségnél akármilyen kicsiny beavatkozás után (kötésváltás, injectio, punctio, anaesthesia, psychikus izgalom) rohamra lehetünk elkészülve. Ennek az ú. n. apathyreopriv formának a prognosisa sokkal jobb a mellékpajzsmirigy sérülése kapcsán fellépő parathyreopriv formánál. Exitushoz csak akkor vezet, ha az alapbetegség maga is nagyon súlyos, mint pl. ileus, peritonitis. Igen gyakran összeeserélik a ritkán előforduló kórképet a tünetekben hozzá nagyon hasonló tetanussal, azért kívánatos volna, ha a sebészeti tankönyvek felvennék tárgyalási anyagukba ezt a kórképet.

Marx József dr.

Fokozódik-e a rákhalandóság? Hadda. (Bruns Beitr. 146. 2.)

Erre a kérdésre szerzőnek az a válasza, hogy Boroszlóban az utolsó 20 évben nem nőtt a rákhalandóság. Ez csak látszólagos tünet, amely az átlagos életkor emelkedésében bírja magyarázatát, ezáltal eltolódás következett be a korosztályok csoportosításánál a magasabb korosztályok javára. Előrehaladott korban pedig gyakoribb a rákhalandóság. Teljesen céltalan nyers halálozási számokból álló statisztikát összeállítani, ahogy azt az utolsó évtizedekben számtalanszor láthattuk. Csak a korok szerinti csoportosításra való vonatkoztatás bír értékkel. Azért ezt az anyagot egységes szempontok szerint elbírálván, csakis nemzetközi megbeszélés alapján lehetne statisztikailag feldolgozni.

Marx József dr.

A kétoldali nephrolithiasis műtéti kezelésének indikációi. Kraas. (Bruns Beitr. 146. 2.)

A kétoldali nephrolithiasis összehasonlítva az egyoldali vesekővel, különálló jelentőséggel bír. Az előbbinél feltűnően gyakori a recidiva. Lehetőleg ne operáljunk, mert az eredmények nem nagyon kielégítőek. Feltétlenül javallatot képeznek az anuria, uraemia, vagy a septicus pyonephrosissal szövődő esetek. Ha operálunk, úgy pyelotomiát végezzünk, mert ez az eljárás a legkíméletesebb a szövetekre nézve.

Marx József dr.

A tövisnyujtvány izomhatás folytáni törése. Boss. (Bruns Beitr. 146. 2.)

Az igen ritkán — eddig összesen 13 esetet írtak le — előforduló processus spinosus törések egy esetét volt alkalma észlelhetni. Az erős izomzatú fiatalember 20 mázsányi vasdarab eltolása után hirtelen éles fájdalmat érzett ropogás kíséretében a két lapockája között hátul. A Röntgen az első hátesigolya tövisnyujtványának törését mutatta, aminek megfelelően a vállöv mozgása korlátozott volt. Nyakcsigolya-tövisnyujtvány töréseknél a fej mozgása befolyásolt. 3–6 heti ágynyugalom után rendszerint teljesen elmúlnak a tünetek, úgy, hogy a betegek nehéz testimunkájukat folytathatják.

Marx József dr.

A kismedence metastatikus és tovavezetett genyedeiséiről. Haim. (Bruns Beitr. 147. 1.)

A medencecsontok, illetőleg a medencében elhelyezett szervek megbetegedéseiben, azonkívül a gerincoszlop magasabb részeiből kiinduló megbetegedésekből származó genyedeéseken kívül előfordulhat egész típusos, metasta-

tikus genyedés is a kismedencében, melyek a test akármelyik részében bírhatják elsődleges okukat és mint iliacalis abscessusok jelentkeznek, a poupart-szalag felett duzzanatot, resistentiát, esetleg thrombosisot és kífokú peritonealis izgalmat képezve. Minthogy sokszor az eredeti megbetegedés egyedüli tünete az ilyen tályog, azért igen fontos annak korai felismerése, megnyitása és kiadós drainálása. Localisatiójuk kb. olyan típusos, mint a paranephriticus abscessusoké, furunculusok, carbunculusok után. Szerző utal azonkívül egy érdekes esetre, amelyiknél a bartolinitisből kiinduló és a kismedencebe és tovaterjedő genyedésézés zsgugorodó heggel gyógyulva, olyan fokú végbélszűkületet idézett elő, hogy a rectumot reseceálni kellett.

Marx József dr.

Urologia.

Az intramuralis ureterpapillomák kórismézése és kezelése. E. Pflaumer. (Zeitschrift f. Urol., 23. köt., 6–7. füz.)

Az alsó ureterszakasz papillomája relative gyakori és többnyire a hólyagból áttétel útján jön létre. A megbetegedés cystoskopiával és Röntgen-vizsgálattal tisztázható. Kétségtelen a kórisme, ha az ureterszájadékon papillomakoszorú vagy a szájadékból actio közben kinyomuló boholy látható. Indirect jele a papillomának a véres actio, az ureterdomb előboltosulása, az ureterszájadék tátongása, functionalis kiesés és vese- vagy uretertáji nyomásérzékenység. Pyelographia gyakran nem vihető keresztül, máskor meg kifogástalan Röntgenkép sem ad kellő felvilágosítást. Az ureterpapilloma veszedelme: 1. coccus elfajulás; 2. a vese elzáródása és 3. a hólyag implantatiós áttétele. *Miután coagulatióval tartós eredményt sohasem lehet elérni, ezért intramuralis ureterpapillománál nephroureterektomia javallt.*

A műtétet két ülésben végzi: előbb a vesét távolítja el, s 8–14 nap múlva az uretert. Ilyenkor természetesen az ureter intramuralis része is eltávolítandó, ami legcélszerűbben kívülről történik tompa kihámozással. Minthogy műtét közben a tájékozódás nehéz s az ureter könnyen leszakadhat, szerző egy specialis eszközt, „traktort” szerkesztett, mely a beavatkozást lényegesen megkönnyíti. A műtét következő módon történik: az ureterbe előzetesen behelyezett vastag ureterkatheterbe acéldrótot vezetünk, melyhez a közepén, felül lapos fémgolyó van erősítve. Az ureter feltárása után, a mütő a traktort a rajta levő golyóval együtt felülről a húgyesövön át a hólyagba húzza, úgy, hogy a golyó lapos végével az ureter-szájadékhoz szorosan hozzáfeküdjék. Ezután az uretert erősen odaköti a traktorhoz s csak az utóbbira gyakorol húzást az ureter kifejtése közben. Mikor a hólyaghoz ért, az ureter körül a hólyagizomzatot tompán letolja, mire a már csupán nyálkahártya által fedett fémgolyó átlép a hólyag falán. Erre a golyó mögött a nyálkahártyát leköti, átvágja s fölötte a hólyagfalat dohányzacskóvarrattal zárja. A műtét ilyen módon egyrészt aseptikusan végezhető, másrészt könnyen lehetővé teszi az ureterrel együtt a szájadék s a környező nyálkahártya eltávolítását.

Műtét előtt az ureterszájadékról a papillomákat égetéssel eltávolítja és a húgycső kaliberét meghatározza. Célszerű a beavatkozást avertin-narkosisban végezni.

Sas Lóránt dr.

A vizelet aciditásának meghatározása és annak gyakorlati értéke a sebészi vesemegbetegedések kórismézésében. M. Grauhan és H. J. Lauber. (Zeitschr. für Urol. 27. köt., 4–6. füz.)

Szerzők a legkülönbözőbb esetekben elvégezték a Rehn-féle savbasis-próbát, mely abból áll, hogy a beteg reggel 300 g coffeinmentes kávé elfogyasztása után per os kap 20 csepp híg sósavat; majd ureterkatheter felvezetése után meghatározzák a separat és a hólyagvizelet H⁺ ionconcentrációját. Ezután 50 cm³ 4%-os sodalodatot fecskendeznek a venába, mely után a vizelet lúgos kémhatásúvá válik s a pH-érték 1.8–2.1 egységgel esökken teljesen normalis viszonyok mellett. Ezt graphi-

kailag ábrázolva kilengéses görbét kapunk, mely általában normalis vesefunkciónak felel meg.

Ha ellenben merev görbét kapunk, vagyis ha nincs meg a normalis pH-differentia, úgy ennek értelmezése már nehézségekre ütközik. Nem lehet mindjárt vesefunkciót kórismérni, mivel ezen próbát extrarenalis tényezők is befolyásolhatják; így pl. ha valahol a szervezetben nagyobb sav-, illetve basisszükséglet jelentkezik, úgy ezen anyagok kifogástalan veseműködés ellenére is a szervezetben visszatartatnak. Ezért mondja *Rehn*, hogy eljárásának előnye éppen az, hogy a beteg előbb egyébe, nem veseműködés szempontjából is pontosan megvizsgálható, mivel a talált értékeket csak így lehet helyesen értelmezni.

A legfőbb értéke ezen próbának a vesemegbetegedés localisatiójának meghatározása, amikor vagy csak a tubulusokban, avagy csak a glomerulusokban van a laesio. *Rehn* szerint ugyanis izolált glomerulus megbetegedéseknél a vizelet savi, tubularis megbetegedéseknél lúgos reactiójú marad savbasi megterhelés után.

Lenhof Antal dr.

Az urológiai radium- és Röntgen-therapiáról. *Dr. Hugo Schüller.* (Zeitschr. f. Urol. 27. köt., 4–6. füz.)

A hólyagdaganatok sugaras therapiája még nincs kellőképp kidolgozva.

Szerző bemutat 3 nagy kiterjedésű hólyagpapillómát, melyek átlag 10 Röntgen-besugárzásra tökéletesen meggyógyultak. Egy 64 éves nőbetegnél pedig az egész trigonumot és ureterszájadékokat elfoglaló, klinikailag malignus tumort vegyes sugaras kezelésben részesített; kétszer helyezett be endovesicalisan 48 órára radiumot, majd a közbeeső időben röntgeneztette. A tumor nyom nélkül gyógyult, mindössze a két ureternyílás került egymáshoz közelebb. A gyógyulás óta 6 hó telt el.

Lenhof Antal dr.

A vese solitaer cystáira vonatkozó megfigyelések. *Ch. F. Branch.* (The Journal of Urol., XXI. köt., 4. sz.)

A cysta mindig unilateralis s a vese pólusán — főleg a felső póluson — helyezkedik el. Átmérője 4 cm-et rendszeren meghaladja. Fala vékony és rostos kötőszövetből áll, bélése egyrétegű köbhám, néha hengerhám; tartalma szalmasárga, alacsony fajsúlyú savó. A szomszédos veseszöveten nyomási sorvadást idéz elő. Ritkán fertőződik. Eredete valószínűleg embryonalis (*Harpster*). Tüneteket rendszeren nem okoz és klinikai diagnózisra ritka.

Sas Lóránt dr.

A daganatos vese elváltozásai a daganattól távolabb eső részeiben. *Dr. N. J. Kukudschanow.* (Zeitschr. für urologische Chirurgie, 27. köt., 4–6. füz.)

Neoplasmáknál a daganattól távolabb eső részekben a veseparenchymában beálló elváltozások tág határok között ingadoznak, sőt elvéve a parenchyma teljesen intact maradhat.

A kórbontani elváltozások az esetek legnagyobb részében nephrosisos (60%) és interstitialisak (50%). Ezek az elváltozások nem érintik az egész megmaradt veseállományt, hanem különösen annak kérgi részében göcszerűen fordulnak elő.

A tumor nagysága és az elváltozások kiterjedése között nincs összefüggés. Az elváltozások részben mechanikus eredetűek (a daganat nyomása, stasis, vizeletretentio), részben pedig a daganatsejtek bomlástermékei idézik azt elő.

Lenhof Antal dr.

Nephrektómia utáni gyors kőképződés a megmaradt vesében. *K. Fischer.* (Zeitschr. f. Urol., 23. köt., 6–7. füz.)

Négy esetben a nephrektómia után már a beteg lábadozása alatt az ellenkező oldali vesében phosphátkő képződött, mely 7 nap–13 hét alatt anuriához vezetett. Ennek megszüntetésére három ízben nephrostomiát végeztek s a vesemedencét igen jó eredménnyel *Nélaton* kathereten át normolactollal (tejsavas pufferkeverék) öblítette azon célból, hogy a köveket részben oldja, részben egymásközi összefüggésüket meglazítsa s így eltávolításukat elősegítse.

A kőképződés aetiologiájában fontos tényező a vegetatív idegrendszer befolyása a vizeletelválasztásra. Phosphaturias betegnél reflektorikus alkali és polyuriát lehet kiváltani. Uratos betegnél viszont alkalibevittel a vizelet savanyúsága nem befolyásolható (*Säurestarre*) s a vizelet koncentrációja változatlan marad. Ennek megfelelően phosphaturias betegnél vagotoniát, uratos betegnél sympathikotoniát kell felvinnünk. Előbbi fokozott gyomorsavelválasztáshoz, tehát a szervezet H-ion vesztéséhez és fokozott calciumkiürítéshez vezet, aminek további következménye a vizelet alkalikus vegyhatása s a calciumphosphat kicsapódása. E tényezőkön kívül fontos szerep jut a vizeletben oldott colloidoknak is, melyek hiányával vagy korai kicsapódásával a szervezetlen sók kicsapódása együtt jár. Minthogy valószínűleg ez is idegrendszeri befolyásra jön létre, a kőképződést a vese *secretiós neurosisának* foghatjuk fel. Lényeges befolyást gyakorol végül a fertőzés, szerepe azonban csak másodlagos.

Sas Lóránt dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die sociale und klinische Berechtigung zum künstlichen Pneumothorax im Kampf gegen die Tuberkulose. *Dr. G. Katz* (Tuberkulose-Bibliothek, Leipzig, 1929, 34. sz. J. A. Barth kiadása.) Ára 4.50 M.

A Berlin-moabiti városi kórház 723 pneumothorax-esetének tanulságait foglalja össze. A szokásos klinikai tanulságokat egy jelentős szemponttal egészíti ki; az indicatiókat és gyógyeredményeket socialis szempontból is mérlegeli. Nem lehet közömbös gazdasági szempontból sem az a gyógymód, mely 2–300 ezer fertőző tüdőbeteg nagy részét segíti rövid úton ahhoz, hogy köpetét elveszítse és munkaképességét visszanyerje. A klinikai részben ismételtül utal arra, hogy a tüdőtuberculosis az esetek 80%-ában egyoldalt kezdődik az ú. n. korai beszűródés formájában. Ez pedig, ha magától hamarosan nem javul, a pneumothorax-kezelés leghálásabb területe, hol már fél év alatt jelentős eredményt lehet elérni. Kellő indicatio mellett a tüdőbetegek fele válik pneumothorax-kezelésre alkalmassá. Régebben nem alkalmazták kellő időben mégis adatai szerint a rossz sorban élők egyharmada, a jó körülmények közt levők fele vált munkaképesé. *Katz* még a kezdő esetekben is fél éves intézeti kezelést ajánl s műhibának tartja a kezelés ambulans kezdetét. Németországban, ahol a tüdőbeteg gondozók száma a békebeli ötszázról annak ötszörösére emelkedett és 35.000 ágy áll a tüdőbetegek rendelkezésére, ez keresztülvihető. Nálunk ettől a szigorú elvtől sokszor el kell tekinteni s ez mégsem válik a beteg kárára. A könyveske táblázatos áttekintést ad a klinikai eredményeken kívül a munkaképesség változásairól, a kereseti viszonyokról, melyet párhuzamba állít a kezelés költségeivel. Nem eléggé méltányolható szempont akkor, ha tekintetbe vesszük, hogy Németországban szerző szerint a tuberculosis évente félmilliárd márkával csökkent a nemzeti vagyont. Szakorvosoknak és socialhygienikusoknak ajánlható olvasmány.

Gergely Jenő dr.

Abrosio und Probeexcision in der Hand des praktischen Arztes. Prof. Dr. *W. Lahm.* (Medizinische Praxis. Sammlung für ärztliche Fortbildung, VI. kötet.) Ára 11 M.

E 175 oldalra terjedő könyv — melyet a nőgyógyászati kórszövettan egyik legkiválóbb és legismertebb szakembere írt — főleg a magánygyakorlattal bíró nőorvos érdekeit szolgálja. A könyv első fejezetében a méhkaparás kórismező és gyógykezelő jelentőségét ismereti. Részletesen leírja e műtét kivételét, a kaparék megőrzését, szövettani feldolgozását, majd a méhkaparás utáni nyálkahártya újlagos kifejlődését. A méhkaparás kiegészítéseképpen foglalkozik a méhüri öblítésekkel és befeeskenedésekkel, a méhösszehúzó és edző szerek bevitelével s végül az e téren elért eredmények statisztikájával.

A második fejezet a méhtest és méhnyak nyálkahártyájának élettanát öleli fel.

A harmadik fejezet a legnagyobb, négy részre tagozódik. Az első részben az ép méhnyálkahártya különböző szövettani képeivel, a rendes havivérzéssel, a kisebb vérzési kilengések tüneteivel, a rendetlen idejű és mértékű vérzésekkel, valamint a magtalanság okaival foglalkozik a szerző.

A harmadik fejezet második részében a sorvadót és túltengő nyálkahártyával kapcsolatos elváltozásokat tárgyalja.

A harmadik rész a nyálkahártya gyulladási betegségeit öleli fel. Részletesen kitér a tünetekre, a klinikai kórképre, a fertőzés tovaterjedésére s a függelékek gyulladási betegségeire.

A negyedik részben a nyálkahártya túltengését, a függőlyöket, a rosszindulatú adenomákat és rákokat írja le.

Az utolsó fejezet az ékkimetszés jelentőségét hangsúlyozza, rámutatva a méhrák korai felismerésének nagy jelentőségére. A rák elleni prophylaxissal kapcsolatban kitér a rákot előidéző mechanikus és kémiai ingerekre, a hüvely, méhnyak és méhtest praecarcinomás elváltozásaira, a nagy felvilágosító propagandára s a méhrák elleni küzdelem eredményeire.

A méhkaparásból és próbakimetszésből nyert szövetek göröcsövi képe rendkívül nagyjelentőségű nemcsak a kórisme és kórjósolat, hanem az egyes betegségek kezelése szempontjából is. A gyakorlóorvos igényeit tartotta szem előtt a szerző, mikor az egyes betegségek mellé egy-két jellemző kórtörténetet s kórlefolyást csatolt a könnyebb szemléltetés céljából. A gazdag tapasztalatokat mutató, sok jó tanácsal szolgáló szép munka egyúttal magában foglalja a szakszerűen csoportosított, rendkívül gazdag kórszövettani irodalmat is.

Melegen ajánljuk e hézagpótló munkát minden gyakorló- és szakorvosnak.

Szathmáry dr.

Die Personallehre in der Naturphilosophie von Albertus Magnus. Von dr. Mayer Ferenc Kolos. Sonderdruck aus Kyklos. (Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin. 1929. II. köt. 191—257. o. G. Thieme, Lipse.)

Hasábjainkról jól ismert magyar szerző nagyobbterjedelmű monographiája a középkori természettudósok legjelesebbjének, *Albertus Magnus*nak természetbölcseleti irataiból mindazt, ami a középkori orvostudomány constitutionális világszemléletére jellegzetes, vizsgálat tárgyává tette és párhuzamba állította az alkatra vonatkozó mai ismereteinkkel.

Különösen érdekes és teljesen a mai orvosi fel fogásnak megfelelő az, amit az Albertus-féle elmélet a genotypusról, a nemeknek a modern belsősecretiós magyarázatokra élénken emlékeztető determinálódásáról, az öröklésről, továbbá a phaenotypusnak a szerveorrelatiók, siderikus, geobiologiai és táplálkozási befolyások hatása alatt történő változásairól közöl.

A monographia egyrészt *Albertus Magnus* és a scholastika tudománytörténeti jelentőségére vet új fényt, másrészt mint a constitutionális orvostudomány múltját tárgyaló rendszeres tanulmány érdemel figyelmet.

(sz.)

A Német Orvos- és Természettudományi Történelmi Társaság congressusa.

A Német Orvos- és Természettudományi Történelmi Társaság a népjóléti miniszter és a vallás- és közoktatásügyi miniszter meghívására az idén Budapesten rendezte ezévi congressusát, melyet az Iparművészeti Múzeum nagytérében esütörtökön délelőtt 9 órakor nyitott meg *Vass József* népjóléti miniszter.

A congressus legkimagaslóbb, egész nemzetünkre kiható s orvostársadalmunkat legközvetlenebbül érintő pontja pénteken délben zajlott le *Semmelweis Ignác* Erzsébet-téri szobra előtt, ahol a congressus tagjai megjelentek, hogy lerójják hálájukat és kifejezésre juttassák hódolatukat a nagy magyar orvosprofessor emlékezeté előtt. A német tanárok és orvosok mintegy százan helyezkedtek el a szobor előtt. A német vendégeken kívül a magyar tudományos és közélet kiválóságai közül résztvett az ünnepségen *Träger Ernő* miniszteri tanácsos, a miniszterelnök képviselője, *Dréhr Imre* népjóléti államtitkár, a népjóléti miniszter képviselője, *Győry Tibor* h. államtitkár, *Csilléry András* volt miniszter, *Ketty László* báró orvoskari dékán, *Korányi Sándor* báró, *Tóth István*, *Bókay János*, *Tauffer Vilmos* professorok, *Johan Béla*, a Közegészségügyi Intézet igazgatója, *Hódossy Gedcon* ny. miniszteri tanácsos, országgyűlési képviselő, *Berczell Jenő* alpolgármester, *Andréka Károly* főkapitányhelyettes, *Sárközy Róbert* miniszteri titkár, a congressus titkára, valamint katonaoorvosok és a mentők küldöttsége.

A német orvosokat *K. Sudhoff* lipcei professor, a tudós társaság elnöke vezette, s ugyancsak ő ment elsőnek *Semmelweis* szobra talapzatára s alábbi mélyen-szántó beszédben áldozott a nagy tudós emlékének:

Mindnyájuknak meleg köszönetet mondunk azért, hogy hódolatunknak a Német Orvos- és Természettudomány Történészek Congressusának keretében beillesztett eme bemutatásán megjelenni szíveskedtek. E symbolikus ténynek jelenlétük, hogy ne mondjam közreműködésük adja meg csak teljes ünnepi súlyát és hódolatunk teljes jelentőségét. Hálás köszönet érte!

Összegyűltünk e helyen, hogy illő tiszteletünket lerójjuk a legnagyobb és eredményekben leggazdagabb magyar orvosok egyikével szemben és még inkább azért, hogy róla megemlékezzünk, magunkat becsüljük meg. Hiszen ő, *Semmelweis Ignác Fülöp*, a halhatatlan kutató és orvos, akinek műve szüntelenül árasztja áldását az emberiségre, ő alig szorul a mi tiszteletteljes elismerésünkre, amely különben is az ő műve nagyságán mérve, mód fölött szerény!

Boldogok Önök és boldogok vagyunk mi és boldog az orvosi rend, ha nagyjaink emlékét szívesen megújítjuk, illetőleg megújítja! — És ő a legnagyobbjaink közül való volt!

A legmélyebbre ható és tág területeket érintő kérdések közé tartozik és megoldásában alapvető fontosságú és jelentőségű az a kérdés, hogy nagy, jelentékeny férfiak és nők mennyiben sarjadjanak saját nemzetük életéből és talajából. Nem lehetséges, hogy e kérdést ma behatóan vizsgáljuk, vagy éppen el is döntsük. De azt itt felvetnünk épp nekünk — történészeknek — tartozó kötelességünk, nekünk, akik ily vizsgálatot — éppen *Semmelweis* esetében — teljes joggal önmagunk kutatási körébe esőnek ítélnünk.

E szinte egyedülálló esetben, elsősorban és különösen mihozzánk illő, hogy az anyanemzet és a géniusz közötti szoros összefüggést megállapítsuk s hogy őszinte hódollal hajoljunk meg ama nemzet előtt, amelynek kebeléből e férfi származott s amely az ő személyében pazar ajándékot adott saját magának s az egész emberiségnek. Az orvosi érdekkörön alig van rá eset, hogy az egész világ orvosai részéről nagyobb és teljesebb joggal hódolat illethetne meg egy nemzetet, mint *Semmelweis* esetében a magyart, amely nemzet-től az igazi népboldogítás e herosa kikerült. Rajtunk, a természet- és orvostudomány német történészein kívül aligha van még más nemzeti alakulat, amely szívesebben és őszintebben róná le e hódolatot a magyar nemzet iránt, mint mi, — és pedig anélkül, hogy erre más ösztönzést nyertünk volna mint azt, amely abban rejlik, hogy felismertük a nagy magyar orvos művének értékét és követtük szívünk parancsoló sugallatát!

„Bölcséséged meglátja a jövőt:
Nem halad el mellőled a múlt...”

Vajjon kire lehetne e látnoki mondást nagyobb joggal vonatkoztatni, mint arra a nagy orvosra, akinek — nem mondhatjuk, hogy ölébe hullott, — de igenis mélyreható kutató munkája árán megadatott, hogy az összefüggések meglátásával szert tegyen a hippokratészi prognostika teljességére. Különösen nagyknak kell neveznünk azt az orvost, aki a prognostika meglátó képességével fel tudja ismerni az oki tényezők megkülönböztető meglátását, aki az értelmi erővel megpillantotakból következtetni képes a megelőző cselekvés módjára és valóra tudja váltani az előrelátó beavatkozás áldásait. Ilyen orvos volt az, akinek márványalakja itt áll előttünk!

Vajjon én vázoljam-e ma Önöknek még egyszer *Semmelweis Ignác Fülöp* életrajzát és művét? Úgy érzem, hogy ezzel majdnem megbántanám Önöket, Hisz Önök, mint a magyar szellemi élet és politikai erő első képviselői, elegendőképpen ismerik legnagyobbjaik egyikének egyéniségét és művét, nemzeti büszkeségük ez osz-

lopát. Hogy ez így van, mutatja ez emlékmű, amely alatt összegyűltünk.

Nincs viszony e földön, mely bensőség tekintetében össze volna hasonlítható azzal, amely az anyát gyermekéhez köti. Különösen bensőséges ez a kapcsolat, mert az első hetekben és hónapokban a természet követelményei által van feltételezve, hogy az éppen ebben az időben meg ne szakadjon: erre törekedett *Semmelweis*. Hogy az ebben az időszakban mind a kettőjükre leselkedő, sötétlen fenyegető veszedelmek elháríttassanak, ezen munkálkodott ő tág látókörű és messzire kiható tudásával, s páratlan sikerrel. Hogy Magyarországon az ő nagy művének lényegi értékét csakugyan felismerte: ezt az előttünk álló csodaszép márványalkotás mutatja. Alig több, mint 80 esztendő múlt el azóta, hogy *Semmelweis* megtette a felfedezését, de az ma is éppoly időszerű, mint volt akkor, amidőn azt küzdelmei közt megtette. Millió és millió anyának és még annál is több gyermeknek vált ez a felfedezés az üdvére. Mindkettőjüknek száma, akiket megmentett és megtartott, ma is óráról-órára nő, — nő szinte a végtelenségig. Ezért nőtt *Semmelweis*, az anyák megmentője, az Önök és a magyar nők szívéhez és az egész magyar nemzetéhez. Am ezen áldásaiban párját ritkító és semmivel össze nem hasonlítható életértéket képviselő cselekedetével *Semmelweis* érdeme még korán sincs kimerítve. Amit az ő nagy szelleme és éles tekintete a megelőző orvosi tudomány és művészet szilárd alapjául világosan megjelölt, az még jóval továbbmenőleg bír nagy jelentőséggel.

Ő azonban felismerte, hogy mi biztosíthatja ama sebek gyógyítását, amelyeket az áldás órája ejt a női testen, ami magában véve is felbecsülhetetlen értékű cselekedet: Ő az ismereteket feltáró eredményeiben még lényegesen tovább jutott és ezt itt, ez ünnepélyes órában határozottsággal ki kell emelnünk, mert azt egyesek még mindig el akarják homályosítani, sőt elegenden vannak azok is, akik azt hiszik, hogy ezt el nem szabad ismerniök. *Semmelweis* világosan felismerte, hogy vagy nőknél keletkezett vagy ejtett sebekben mi okoz komoly, nem egyszer halálos veszedelmet és felismerte azt is, mi módon lehet az az előbb elkerülhetetlennek hitt fertőzéses sebajokat biztosan megelőzni. *Semmelweis Ignác Fülöp*nek világosan szembeszökő érdeme, való igaz, a gyermekágyi láz biztos megelőzése. Alapjában véve azonban az egész antisepsis és asepsis meglátása és gyógytani jelentőségük felismerése, más szóval: azok megelőző hatalmának teljes megértése: ez *Semmelweis* műve. Ő nemcsak hézag nélkül ismeri fel, hogy az ártalmas folyamat miben áll, hogy miként jön létre, hanem azt is, hogy miként kell azt megelőzni. Világos egyszerűséggel fejtette ki mindezt *Semmelweis*. Ezen áldást terjesztő cselekedete s e mélyeséges igazság megismerése sodorta őt utóbb heves küzdelmekbe, és érette szenvedett tudományos martíriumot is. Ez az ő tragikumuma, amely megkapja szívünket és mélyen megrendülve érezzük, hogy tettei biztosítják halhatatlanságát mindaddig, míg a föld a nap körül forog: *Semmelweis* és az ő műve élni fognak az idők végéig!

És mi, a természet- és orvostudomány történeti kutatásának és mélysegeiben való feltárásának német képviselői, örömteljesen tesszük le babérkoszorúkat a nagy magyar orvos emlékművére és mélyeséges tisztelettel fejet hajtunk az ő geniusa és művének nagysága előtt.

Am éppen *Semmelweis*-szal szemben nem elegendő e hűvös babér. Legyen szabad tehát felkérnem Magyarországon — és ezzel az egész világon — egész női nemének egy képviselőjét: vonja be a fakadó élet melegségével, ékes virágkoszorúval e babért, hogy teljes legyen hódolatunk.

(Ennek megtörténte után, vagyis, amidőn *Hutyra Magdika* a felhívásnak eleget tett, *Sudhoff* így folytatta beszédét):

Hálásan köszönöm ezt Önnek, a szép nemnek bájos képviselője! Csak most vált teljessé a hódolat, amely megilleti az anyák megmentőjét és virágzó gyermekrajok megáldóját!

És most legyen szabad felkérnem Önöket ez ünnepi ténykedés illő befejezésére.

Hagyjuk most el ez újólag felékesített emlékmű symbolumát, amely testté alakítva állítja elének az ő halhatatlanságát, mely a szárnyrakelő újabb és újabb nemzedékek üdvére napról-napra megújítja az ő termékeny gondolatait s azoknak soha meg nem szakadó tetekre váltását, a

„*vivitur ingenio*“

eme kézzelfogható megtestesülését, — és menjünk el az ő hamvaihoz, amelyek összekötik őt mindnyájunkkal, akiknek meg nem adatott, hogy szellemileg úgy éljünk tovább e földön, mint ahogy ő él: induljunk földi maradványai nyugvóhelyéhez!

A meleg ovációval fogadott beszéd után *Tóth István* professor mondotta el német nyelven a következő beszédet:

Mélyen tisztelt ünneplő társaság!

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem orvosi karának megbízásából és ennek nevében köszönöm a „*Deutsche Gesellschaft für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften*“ tagjainak azt a lelket felemelő ünnepet, amit a mi dicső *Semmelweis*ünk szobránál rendeztek s elsősorban köszönöm azt a gyönyörű beszédet, ami az Önök szónokának, *Geheimrat Sudhoff*nak ajkáról hangzott el.

Annak a tanártestületnek a nevében jöttem ide, mint *Semmelweis* törpe epigonja, amelynek elődei olyan fényesen cáfolták meg éppen *Semmelweis*-szel szemben a közmondást, hogy „*nemo profeta in patria sua!*“ Karunknak azon időben tagjai nemcsak az elsők voltak, akik *Semmelweis* igazságát felismerték, hanem a sorsüldözött *Semmelweist* maguk közé fogadták, kathedrára ültették s mint díszüket becsülték meg: *Balassa, Markusovszky, Sauer, Bókay* senior s velük együtt az egész tanártestület, sőt az egész magyar orvosi rend megértette, követte *Semmelweis* tanítását akkor, amikor az ú. n. „művelt külföld“ jóformán kigúnyolta. Ennek a testületnek örök érdeme a *Semmelweis* elismertetése.

De *Semmelweis* dicsősége nemcsak az orvosi rendé, hanem az egész magyar nemzeté. *Semmelweis* idegen neve s évszázadokkal előbb idegenből ideszármazása dacára ízig-veérig magyar volt. Nemcsak hogy magyar nyelven tanított kathedráján akkor, amikor az nem volt kötelező, hanem magyar ruhában járt akkor, amikor az tüntetés volt a hatalommal szemben, de magyar volt egész eszejárásában, tanításában. *Semmelweis* tanítása kikristályosodott igazság, ami rendületlenül áll a tudomány viharaiiban; az ő tanítása egyszerű, világos, mint a magyar ember eszejárása; az ő szerénysége, amíg nem bántják — az ő orkánszerű kitörése, amikor látja küzdelmeinek hiábavalóságát —, a magyar ember természete, indulata, haragja.

De ha nem is érte meg, az ő igazsága győzött: az ő tanítása, neve betölti a föld egész keretét s mi gyöngye epigonok, büszkén tekintünk föl Magyarországon egyik legnagyobb fiára s velünk együtt érez annyi és annyi hálás anyai szív.

S ezt a kis nemzetet, mely a világ költészetének adta *Petőfit*, a világ muzsikájának *Liszt Ferencet*, a népek szabadságának *Kossuth Lajost*, a világ anyáinak *Semmelweist*, — ezt a nemzetet eltörölni, kiirtani nem lehet.

A magyar cultura őseréjének nincs szebb és bizonyítóbb symboluma, mint e szobor; e piedestálon *Semmelweis* nemes alakja megtestesülése a magyar igazságnak, a reá hálásan feltekinthető nő nemcsak az anyai szeretetnek, hanem a magyar hazaszeretetnek is symboluma; a karjában tartott pompás gyermek a magyar jövő; a szobrot átölelő koszorúja, az Önök társaságának pedig jelképe a magyar és német nemzet őszinte barátságának, amelyben a mi szívünk összedobban, egy hite és egy reménye van! Isten áldja meg Önöket, uraim, azért, hogy eljöttek ide erről tanúságot tenni!

Beszédét a Magyar Hiszekeggyel fejezte be s aztán megkoszorúzta *Semmelweis* szobrát. A főváros nevében *Berczell Jenő* alpolgármester tett koszorút a szoborra rövid beszéd kíséretében.

Sudhoff titkos tanácsos bejelentette ezután, hogy

a német orvosok deputatiója kimegy a Kerepesi-temetőbe is, ahol megkoszorúzza *Semmelweis Ignác* sírját. Majd sürgönyt olvasott fel, amelyet Párizsból küldött a Nemzetközi Orvosszövetség elnöke, s amelyben felkéri *Sudhoffot*, hogy a világ összes orvosainak és a francia orvosoknak a hódolatát is tolmácsolja a Semmelweis-ünnepség keretében.

Tormay Cecile piros-fehér szekfűből álló hatalmas csokrot tett a szobor talapzatára a *Magyar Asszonyok Nemzeti Szövetsége* nevében, utána Semmelweis leánya, özv. *Lehoczky Kálmánné* koszorúzza meg a szobrot, majd *Csilléry András*, az Országos Orvos Szövetség elnöke és *Kéty László* báró koszorúzza meg a szobrot és köszönte meg a német tudósoknak a meleg ünnepelést.

A pénteki napot bezáróan; a Semmelweis-ünnepség után a congressus négy küldöttje: *Haberling Vilmos* egyetemi tanár (Düsseldorf), *Malade Theo* dr. (Bad-Kösen), *Brunn Walter* egyetemi tanár (Rostock) és *Sárközi Róbert* dr. kimentek Semmelweis sírjához, ahol *Haberling* tanár a következő beszéd kíséretében helyezte koszorút a nagy tudós síremlékére:

Kedves Semmelweis Atyánk! Mialatt az Erzsébet-téri nagy emlékművednél dicsőségedet az egész világ előtt hirdetik, minket arra választottak, hogy a legnagyobb eszünkben síroddnak szent helyére ezt a koszorút helyezzük, annak jeléül, hogy a német orvostörténelmi társaság becsületbeli kötelességének tartja azt, hogy ne hagyja dicsőséged napját soha lenyugodni. Mi német egyetemi tanárok azonban, kik rendünk történetét és művészetét tanítjuk, a tanulóifjúságunkat mindég újból és újból a Te egyedülálló egyéniségedre és működésére fogjuk figyelmeztetni. Te, akinek képe minden igaz anyának szobáját kellene hogy díszítse, Te a halálveszedelemből Mentő, hagyd szellemedet továbbra is az orvosok soraiban működni, hogy nagy felfedezéseidet tovább fejlesszék. A gyermekágyi láznak halál-angyala még mindig nincs elűzve, anyák még mindig halnak, mert tanításaidat, ó Semmelweis, nem követik. Légy üdvözölve, mert Te nem haltál meg, ha tested minden földi fáradságot ki is pihen. Te élsz s örökké fogsz élni minden igaz orvos szellemében, működésében és minden anya szívében.

A megható ünnepség befejezéseken a küldöttség *Semmelweis* apróduteai szülőházát koszorúzza meg.

VEGYES HÍREK

Személyi hírek. A kormányzó *Baló József* dr. egy. ny. rk. tanárt, a szegedi tudományegyetem kórbonctani tanszékére egyet. ny. r. tanárrá; *Kiss Ferenc* dr. magán-tanárt, a budapesti tudományegyetem I. sz. anatómiai intézet adjunctusát a szegedi tudományegyetem anatómiai tanszékére ny. r. tanárrá kinevezte.

Felhívás a magyar orvosokhoz. A magyar orvosi kar mindig előlhaladt, ha arról volt szó, hogy az ország gazdasági és erkölcsi erejét növeljük. A VIII. ker. Orvostársaság a magyar munkát óhajtotta megbecsülni, a magyar munkást törekedett támogatni akkor, amidőn mozgalmat indított azon magyar gyógyszerek érdekében, amelyek a külföldiekkel minden tekintetben felvehetik a versenyt. Büszkén állapíthatjuk meg: gyógyszeriparunk fejlett és készítményei a külföldiekkel felvehetik a versenyt. S hogy mégis alulmaradnak még nálunk is a versenyben, azt annak tulajdonítsuk, hogy nem ment még jóságuk a köztudatba. Ezúttal az Orvosi Hetilapban hívjuk fel a magyar orvosokat arra, hogy nemzeti kötelességünk magyar gyógyszereket írni és használni. Ezáltal egyrészt nemzeti öntudatunkat erősítjük, másrészt kenyerhez juttatunk magyar munkásokat. A magyar orvosoknak meg kell mutatniok: egységesek, erősek, és tudnak, akarnak is a köz érdekében cselekedni. *VIII. kerületi Orvostársaság.*

Szabadságon van: *Sarbo Artúr* dr. augusztus 27-től szeptember 31-ig.

Továbbképző tanfolyamok orvosok számára. Az orvosi továbbképzés központi bizottsága által ez év őszén rendezendő orvosi továbbképző tanfolyamok programja megjelent. Ezúttal a következő tanfolyamok lesznek: a gróf Apponyi-poliklinikán, a Szent István-kórházban, a Pesti Izraelita Hitközség kórházaiban, a magyar királyi Országos Közegészségügyi Intézetben kéthetes socialis egészségügyi tanfolyam tisztiorvosok és gyakorló-orvosok számára, továbbá az Országos Stefánia-Szövetség mintaintézetében kéthetes tanfolyam egész éven át, ezenkívül az egyetemi klinikákon négyhetes tanfolyamok egész éven át. A részletes programot az érdeklődőknek az orvosi továbbképzés központi bizottsága irodája: VIII. Mária-utca 39. (I. sz. egyetemi szemklinika) írásbeli megkeresésre készséggel megküldi.

Japán nyugati részében álmokkörepidemia lépett fel. Eddig 600 esetet jelentettek, mely közül 160 halálos végű volt.

Kiadványainkat olesón kapják meg kiadóhivatallunktól 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— „
<i>Az orvosi tudomány magyar mesterei.</i> Kiadja a Markovszky 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 portó költséget is felszámítjuk.

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.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

LEGTÖKÉLESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGEZ BŐRNEK ÉS MŰSZERNEK NEM ÁRT

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

METALIX FÉM RÖNTGENLÁMPA
BARTA ÉS SZÉKELY
Budapest IV, Múzeum-körút 37.
Telefon: Aut. 840-97.

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

DR. PAJOR-SANATORIUM
VIII, Vas-utca 17.
Szívbeteg-osztálya Electro-Cardiograph

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

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Csecsemők és kisgyermek végbél-előesésének kezelése.

A végbélelőesés a csecsemőkor és a korai gyermekévek elég gyakori, egyben igen súlyos megbetegedése nemcsak azért, mert még a könnyen visszahelyezhető előesésnél is azért, hogy minden székelés után a visszahelyezési kísérleteknél a végbél nyálkahártyája roncsolódik és a gyermek folytonos vérvesztéséget szenved, következményesen leromlik, hanem azért is, mert az ilyen gyermek a székeléskor bekövetkező előeséstől félvé, széket napokig visszatartja, ami szintén hozzájárul a végbélgyulladásos, fekélyesedő elváltozásához.

Amilyen gyakori azonban az élet első éveiben a későbbi évekhez viszonyítva a Douglas mély állása a végbél egyenes lefutása miatt, éppen olyan arányban hajlandó arra ebben a korban, hogy különösebb beavatkozás nélkül, megfelelő kezelésre ismét rendbe jöjjön, így főleg a rachitisen, súlyos emésztési zavarokon alapuló — legyen az akár hasmenés, akár székrekedés — előesés. A statisztikai adatok szerint ebben a korban 80–90% is meggyógyulhat műtét nélkül.

Már maga ez a magas százalék is megmutatja az irányt, amelyet szem előtt kell tartanunk az előesés gyógyításában, ha helyesen akarunk eljárni. Mindenekelőtt arra kell törekednünk, hogy távoltartsuk a gyermekektől mindazt, ami az előesés létrejöttét előmozdíthatja; így elsősorban a gyakori hasmenéseket, ami főleg rachitises gyermekeknél szokott előfordulni s ilyenkor nem elég a hasmenést megszüntetni, hanem a rachitist is gyógyítani kell. Nem kevésbé fontos a rendszeres székrekedés leküzdése is; ügyelni kell arra, hogy a gyermekek ne sokáig üljenek az edényen, hasprésüket ne működtessék túlzottan és fölöslegesen. Phimosi, hólyagkő, bélférges, végbélpolypos, veleszületett végbélszűkület a hasprés túlzott működéséhez szokott vezetni s így alkalmat ad az előesés keletkezéséhez. Éppen ezért ilyenkor az említett betegségek meggyógyítására kell elsősorban törekednünk.

Ha az előesés kifejlődött, olyan körülmények közé kell hoznunk a gyermeket, amelyek megakadályozzák vagy legalább is megnehezítik az előesést, mert mint ismeretes, ha sikerül a belet két-három hétig benn tartani, a betegség meggyógyul.

Elsősorban ügyelnünk kell arra, hogy a székelés megfelelő helyzetben történjék. *Bókay* az edényen lógó lábbal ülteti a gyermeket, *Mummery* guggoló helyzetet ajánl, mert így a végbél erősen meghajlik; *Vidakovich* telt hólyag és nyitott szájjal való légzés mellett végezteti a székelést, hogy a hasprés működése ne érje túlzottan a végbelet. A legkedvezőbb a fekvő helyzetben történő székelés. Ilyenkor a hólyag csak utóbb ürül ki, s így a *Vidakovich*-féle követelésnek is eleget teszünk, a hasfali izomzat kinyújtott állapotában a hasprés működése tökéletlen s a gluteusok egymáshoz szorítottsága erőművileg is megakadályozza a végbél előnyomulását.

A gluteusok egymáshoz szorítottságát állandósíthatjuk is és pedig a *Basewi*-féle ragtapaszos kötéssel, amelynél cseréptetőszerűleg egymásra rakott, egyik trochantertől a másikhoz vezetett ragtapaszcsikkokkal a farpofákat egymáshoz szorítjuk. Ugyanaz a tapaszokötés napokig megmaradhat s mellette a végbélkörnyék tisztántartása is lehetséges.

Valahányszor előesik a végbél, mindannyiszor vissza kell azt helyezni. A visszahelyezést a legjobb hasfekvésben vízszintes helyzetben végezni oly módon, hogy bórvaselines gaze-zal beborítva a belet, arra koncentrikus nyomást gyakorolunk a végbélnyílás felé. Kíméletesen, óvatosan járjunk el, lehetőleg várjunk, míg a gyermek nem sír és mindig a legutoljára előesett részt helyezzük először vissza. Ha az előesett rész kiszorult, narkosisban tompán tágitjuk a sphinctert, vagy ha az nem lehetséges, bemeteszük, esetleg teljesen át is vágjuk s azután repónalunk. A gyulladt, beszűródött, esetleg fekélyes nyálkahártyát helybelileg enyhe összehúzószerekkel kell kezelni, hogy a szövetek rugalmasságukat minél előbb visszanyerjék. A legcélszerűbbnek erre a langyos kamillatheás gyenge nyomású beöntéseket tartom, amelyeket naponta egyszer-kétszer megismételünk. Ezáltal a végbél rendszeres kiürüléséről is gondoskodunk. Felülről hajtani nem célszerű. Ha a végbél már néhány napig bent maradt, megkezdhetjük a *Thure-Brandt*-féle masszaget, amellyel a medencefenék elpetyhüdt izmainak megerősödését érhetjük el. Vannak különféle készülékek is a végbél visszatartására, azonban ezek alkalmazása nem sok eredménnyel kecsegtet.

Osztályomon az előesésben megbetegedett gyermeket gyógyulása tartamára ágyba helyezem; állandó vízszintes fekvésben hagyom, a székelés szintén vízszintes helyzetben történik. A *Basewi*-féle ragtapaszos kötés helyett, mely főleg a csecsemők érzékeny bőrét felszívhatja, kendővel szorítjuk össze a gluteusokat, melyet a hason csomózunk, de a combokat és térdeket is összekötjük, hogy a gyermek azokat fel ne húzassa. Kizárólagosan folyékony és pépes táplálékot adunk, hogy székük könnyű legyen, ügyelve arra is, hogy az esetleges hasmenést rögtön megszüntessük. A végbelet kamillatheás beöntésekkel kezeljük s a végbélnyílást bórvaselines gaze-vel borítjuk. Általában véve az ilyen gyermek igen gondos és figyelmes, lehetőleg intézeti ápolást igényel.

Kivételes esetekben, ha a conservatív eljárás három hét alatt célhoz nem vezetett, műtéti eljárásához kell fordulnunk. Tekintettel a gyermek leromlott állapotára, műtétünk legyen mindig olyan, amely egyszerű, gyorsan végezhető s így a legveszélytelenebb. A pararectalis abs. alkoholos (*Roux*) és paraffinos (*Kephallinos—Spitzky*) injecciókért, illetőleg behelyezésért, bármennyire hatásosaknak és veszélyteleneknek mondják is szerzőik, lelkesedni nem tudok. Annál inkább méltányolom *Thiersch* (1891) elgondolását, aki az elpetyhüdt végbélzáróizom helyettesítésére erős ezüstsodronyt vezetett subcutan a végbélnyílás körül. A *Thiersch*-féle eredeti eljárás azonban gyakran genyedet, sipolyokat, következményes heges szűkületet idéz elő, máskor a székelésnél tűrhetetlen fájdalmak lépnek fel s ezért ajánlatos az ezüstsodrony helyett autoplastikusan vett fasciacsíkot használni, mint azt *Henschen* csinálta először. A *Brun*-féle eljárást tartom a legjobbnak, ez a következőképen történik: a comb oldaláról, a fascia lataból megfelelő hosszú és széles csíkot hasítunk ki, amelyet néhány finom varrat segítségével vastag fonállal sodrunk össze, déchamps-tübe fűzük és két kis bőrmetszéssel át, melyeket a középvonalban a végbél előtt és mögött egymással szemben ejtünk, a végbélnyílás körül vezetjük, ügyelve arra, hogy sem a végbél nyálkahártyáját, sem a bőrt át ne szúrjuk. A fasciacsík két szarát erősen meghúzzuk, úgy, hogy ele-

gendő végbélnyílás maradjon s a két szarát e helyzetben egymással varratok segítségével rögzítjük. A bőr kis sebeit egy-két öltéssel zárjuk.

Ez eljárást annyiban módosítottam, hogy kitapintom a záróizmot és a fasciacsikot mindenütt a záróizmon kívül vezetem, úgy, hogy a zárást tulajdonképpen maga a sphinkter végzi a fasciagyűrűn belül s mivel így túltágulni nem tud, petyhüdttségéből ismét magához jöhet.

Míg felnőttéknél a Thiersch-féle eljárás önmagában elégtelen, csecsemőknél és gyermekeknél teljes eredményt érünk el vele s más műtéthez csak irreponabilis prolapsusnál kell fordulni. Ilyen a Mikulicz-féle totalis resectio.

Fáykiss Ferenc dr., közkórházi főorvos.

A lepény művi leválasztása.

Normalis körülmények között 10–15 percen belül a lepény magától a méh munkája következtében megszületik. Lepényi időszakban tehát az orvos tevékenysége csupán arra szorítkozzék, hogy méh fundusára helyezett kézzel ellenőrizze annak munkáját, azonban azt masszírozni, dörzsölni nem szabad. Mindaddig, amíg a méh gömbölyű, a lepény még nem vált le.

A lepény művi leválasztása egyike a legveszélyesebb szülészeti műtéteknek, azért, mert a frissen szült méhbe felhatoló kéz a hüvely bakteriumait beoltja arra a hatalmas sebfelületre, ahol a lepény tapadt. Lepény művi leválasztása után az eredmények nagyon rosszak. Ebből az következik, hogy még mielőtt ezen veszélyes beavatkozáshoz fognánk, minden rendelkezésünkre álló eljárást meg kell kísérelnünk, hogy a lepényt megszületésre bírjuk. Ha a Baer-, vagy Credé-eljárást helyesen alkalmazzuk, legtöbbször célt is fogunk érni. Mielőtt azonban a lepény eltávolításához fognánk, el kell döntenünk, mi okozza annak retentióját. Néha telt hólyag, telt végbél, túlnagy lepény, vagy esetleg a méh retroflexiója. Nem egyszer a hólyag tartalmának leboocsájtása, a méh kiegyenesítése, vagy a méh összehúzódását előidéző gyógyszerek (glauclitrin, hypoglandin) befeekszése után sikerülni fog Credé-eljárással a lepényt kinyomni. Credé-műfogást akkor alkalmazzunk helyesen, ha a méh lapos, ha fundusa tarajos és kemény, tehát contractióban van. Gömbölyű, puha méhet nyomni nem szabad, mert annak kifordulását vagy a lepény részleges visszamaradását idézhetjük elő.

A lepény művi leválasztására legtöbbször csak akkor kerül a sor, ha az részben, vagy egészben a méh falához van növe. Miután a lepény odanövését legtöbbször lefolyt endometritis, főleg kankós endometritis után észleljük, így a beavatkozás veszélye a fertőzés szempontjából kézenfekvő. Amíg régente két óráig vártunk a lepény művi leválasztásával, addig ma egyesek 3–4, sőt 24 órára is kitolják a beavatkozás idejét. Leghelyesebb négy óráig várni a beavatkozással. Nem kell attól félni, hogy a belső méhszáj annyira záródik két óra után, hogy kezünkkel nem tudunk felhatolni a méh üregébe, mert narkosisban a méh elernyed és könnyen tudunk kezünkkel felhatolni a méhbe. A várakozás alól csak a vérzés tesz kivételt, mert ilyenkor azonnal ki kell üríteni a méhet. Nagy vérzést akkor látunk, ha a lepénynek csak egy része vált le, ilyenkor a leválás helyéről, a megnyílt erekből származik a vérzés.

Hogy a lepény művi leválasztásának rossz eredményeit, vagyis a fertőzés veszélyét csökkentjük, helyes a következő szabályokat szem előtt tartani:

A külső nemirészek leborotválása és bejódózása után a hüvelyt kijódozzuk, majd tisztára mosott kezünkre steril gumikesztyűt húzunk és azt jódtincturával beecseteljük.

Másik kezünk a méh fundusára kerül és a méh fenekét jó mélyre lenyomjuk, hogy a méhszáj az introitusba kerüljön. Ennek rendkívül nagy fontossága van a fertőzés csökkentése szempontjából, azért, mert a másik kezünkkel özfejserű tartással közvetlenül a méhszájba tudunk hatolni anélkül, hogy a hüvelyt érintené a felhatoló kezünk. Ezután külső kezünkkel a köldökzsinórt megfeszítjük és ennek mentén kúszunk fel a méh üregébe. Csak midőn a belső kezünk elérte a lepény szélét, eresszük el a köldökzsinórt. Majd a méhet dörzsölve, azt contractióba hozzuk azért, hogy a belső kezünk a kemény méh falától jól meg tudja különböztetni a lepény szivacsos állományát. Apró fűrészelő mozgásokkal igyekszünk a lepényt leválasztani a méh faláról, oly módon, hogy a kéz háta a méhfal felé, a tenyér pedig a méh ürege felé tekintsen. Ha a lepény lap szerint tapad, fűrészelő mozgásokkal alapjáról leválasztva hozzuk azt ki, ha szálagosan tapad, akkor mutató- és hüvelykujjainkkal szakítsuk át a szálagokat, ügyelve arra, hogy mindig a lepényt, ne pedig a méh falát tépjük ki. Mindaddig tilos a kezünket a méh üregéből kihúzni, amíg a lepényt le nem választottuk, amíg gondosan nem revideáltuk a méh üregét, hogy nem maradt-e vissza a lepényből valami. Minden méhüri beavatkozás után, így a lepény művi leválasztása után is, hosszú steril hüvelycső felvezetésével langyos egy ezrelékes kalium permanganicum-oldattal öblítsük ki annak üregét. Közvetlenül szülés után, valamint a gyermekágyban adjunk 4–5 napon át bőven méhösszehúzó szereket (háromszor naponta 20 csepp ergotint, vagy háromszor naponta 10 csepp gynergent).

Ha nem az egész lepény, hanem annak csak egy része maradt vissza, annak a leválasztása ugyanazon szabályok szem előtt tartásával történik, mintha az egész lepény maradt volna vissza. A lepényrészeknek visszamaradását felismerjük elsősorban a lepény gondos megvizsgálásával, de felismerjük a szülés után fellépő súlyos vérzésből is. Cotyledoretentionál vérzik az asszony néhány órával szülés után, nem egyszer pedig csak a gyermekágy hatodik vagy tizennegyedik napján. Akár bizonyosan tudjuk, hogy a lepényből valami visszamaradt, akár csak gyanakszunk arra, kötelesek vagyunk azonnal szülés után a méh üregét letapintani. Közvetlen szülés után a tisztasági szabályok gondos betartása mellett végzett méhüri letapintás veszélye sokkal kisebb, mintha a gyermekágyban vagyunk kénytelenek a visszamaradt cotyledont a fellépő nagy vérzés miatt eltávolítani. A gyermekágy negyedik napjától kezdve csaknem minden méhüreg fertőzött, éppen ezért a késői beavatkozás veszedelme nagyon nagy. A gyermekágy negyedik napján majdnem kivétel nélkül minden gyermekágyas méhürege tele van strepto- és staphylococcusokkal. A felhatoló kéz a lepényszívet tapadási helyére beoltja az ott levő bakteriumokat, ami súlyos, sokszor halálos kimenetelű fertőzésnek lesz a kútforrása.

Sztehlo István dr., tanársegéd.

Hasi fájdalmak értékelése a sebészi kórismézésben.

E nehéz kérdés megválaszolására csak azért merek vállalkozni, mivel rendelkezésemre áll *Verebélj* professor úr hasonló című cikke, úgy, hogy az alábbiakban tulajdonképpen az ő munkájának referatúráját adom.

A mindennapos tapasztalat bizonyítja, hogy a gyakorlóorvos gondolatmenetét leghatározottabban a betegek panasza, a fájdalom irányítja. A fájdalom mint működés, az idegrendszer egyik ingeralakja, melyet a spinális idegek, a sympathicus és parasympathicus törzsek vezetnek. A hasüregi fájdalmak diagnostikus értékelé-

sének nehézsége az egyéni fájdalomérzékenység különbözőségében, a fájdalom-minőség bizonytalanságában és a hasüri beidegzés bonyolult bonctani és élettani viszonyaiban rejlik.

A hasi fájdalmakra vonatkozólag bizonyos általános törvények vezethetők le, amelyek a fájdalmak értékelését könnyebbé teszik. 1. A hasi fájdalmak hashártyaiak és zsigerek; 2. A peritoneális fájdalmat a spinális idegek közvetítik s vezetik a gericagay megfelelő szelvényéhez, ahonnan a megfelelő izomcsoportra tevődik át (defense musculaire), a szelvény érzőidegeire kiterjedve körzeti fájdalmakat vált ki (Head-féle zónák), a zsigereken pedig reflexet (Bergmann); 3. A zsigeri fájdalmat a sympathicus rostok vezetik a plexus coeliacus-hoz, mely már mint fájdalmat adja tovább. A plexus coeliacusban az itt összefutó összes zsigeri sympathicus rostokon és a határkötegek mentén elterjed a felette és alatta levő zsigeri központokra is. Ebből magyarázható, hogy a hevesebb hasi fájdalmak általános és localizált hasi folyamatokon át egyaránt csaknem minden esetben a köldöktájjra vetítve indulnak meg, amit az egész hasra kiterjedő fájdalmas szak követ s csak ezután localizálódik a fájdalom a tulajdonképeni beteg góc helyére. Ez magyarázza meg, hogy a hasüregi fájdalmak kiterjedése a sympathicus mentén a hasüreg alatti testtájakra, valamint felfelé a mellkasra gyakran észlelhető. Viszont ezen tájékok fájdalmait vetítheti ezen összeköttetés a hasüregre; 4. Egyes gyakrabban létrejövő társulások diagnosztikus jelentősége ismeretes, így a vesekökolika kísüregzése a húgycső végébe, az epekökolikát kísérő fájdalmak a jobb hátfélbe és a felső végtagba.

A hasi fájdalmakat elterjedtekre (diffus) és körülírtakra (localizált) oszthatjuk. Az elterjedt hasfájdalmak nagy csoportjában három elvileg különböző lehetőséggel kerülhetünk szembe. Az első lehetőséget azok a folyamatok jelentik, melyeket a nagy hasi katasztrófák neve illet: az ileus, a peritonitis és a neurovascularis zavarok. A beteget lenyűgözi a fájdalom és a shok és collapsus veszélye fenyeget. Az orvost pillanatnyi elhatározás kényszere elé állítja, mert választásától függ a beteg sorsa. A második csoport a localizált hasüri folyamatok bevezető szakában a ganglion coeliacumba jutott izgalom kivételése a peripheriára (appendix, epeutak, pankreasvezeték, petevezeték részéről). A harmadik csoport az extraabdominalis fájdalomingerületeknek hasi projectiójából kerül ki. A medence, ivarszervek, mellkasi fájdalmak kivételése a hasüregre, rohamok utáuzói lehetnek.

A localizált hasi fájdalmak az egyes tájékok domináló kórképeihez kapcsolódva mint jellemző fájdalom-typusok élnek már a köztudatban. A jobb csipótányér az appendicitisnek, a jobb bordaív az epeköbetegségnek, az epigastrium a különböző gyomorbetegségeknek, a köldöktájék a bélbajoknak jellemző megnyilatkozási helye. Ennek az azonosításnak a hatása alatt áll a vizsgáló orvos is, amikor a defense-al társult körülírt nyomási érzékenységet elegendőnek tartja a kórkép biztosítására.

Czeyda-Pommersheim Ferenc dr.
egyetemi tanársegéd.

A morphinismus, cocainismus és kezelésük.

A csökkent értékű idegrendszer, a psychopatha, a létfenntartás terheit mámorban felejtí s a bódulatot követő euphoria megszerzése törekvéseinek egyetlen célja. A beteg idegrendszer, ha egyszer a morphium vagy cocain hatásával megismerkedett, azt visszakívánja, az átélt euphoriát feledni nem képes, arról lemondani nem tud és nem is akar. Azokat az egyéneket,

akik bódítókkal szemben ellenállhatatlan vágyódást érzének, vagy azokról lemondani nem képesek, narkomaniasoknak vagy toxikomaniasoknak mondjuk. A narkomania ijesztő szaporodása az orvosi feckendő fel-találásához és a gyógyszerészeti chemia tökéletesedéséhez fűződik, az orvostudomány fájdalomcsillapító és helyi érzéstelenséget előidéző eszközei számos család erkölcsi és anyagi romlásának, karrierök összeroppanásának eszközévé válhatnak, újabb oki tényezőkkel szaporítva az öngyilkossági statistika rovatait. Az alkaloidák közül nálunk az opium és derivatumai (opiophagia, heroinismus, enkodalismus), továbbá a cocain terjedtek el psychopathiásaink körében. Morphium feckendezésén kívül leginkább még az opium-tinctura ivásával találkozunk. A morphiumot az orvosi feckendő avatta az élvezeti cikkek sorába, ezzel szemben a cocain diadalmos hódító útjára a fél- és művészvilágból indult ki. A toxikomanianak ez az alakja ma már annyira elterjedt, hogy nem egyszer gymnasisták, sőt serdületlen lányok soraiban is találhatjuk híveit. A fiatal-ságot lelketlen üzerek substitutióra újabban cocain-mámorban esábitják. Miután a narkomanias szervezet az alkaloidákat csakhamar megszokja és azok mennyiségét állandóan fokozni kell, hogy a kívánt euphoria bekövetkezzék, aránylag rövid idő alatt a beteg a halálos dosis többszörösét feckendezi be magának. Egy ismert esetben a morphinista naponta 14 g morphiumot feckendezett. Saját gyakorlatunkban nem ritka, hogy cocainisták napi 3-4 g-os adagokat feckendeznek. Hogy milyen pusztításokat végez az utóbbi években a narkomania, arra, sajnos, magyarországi adatok híján felhozom, hogy Berlinben 1910. és 1920. év között a morphinisták száma négyszeresre, az 1925. évig terjedő 5 évben pedig 20-szorosra emelkedett. 1925-ben porosz elmeegógyintézetekben a morphinisták az egész beteglétszám 87%-át tették ki, emellett még cocainistákra 07% esett. Hogy mily nagy számok ezek, csak akkor látjuk, ha elgondoljuk, hogy zárt intézetekbe a toxikomaniasoknak csak elenyésző kis száma kerül. Ilyen elterjedt a narkomania Németországban csakúgy, mint nálunk és mindez az 1912-es nemzetközi opiumegyezmény, 1920-as népszövetségi határozat, 1923. évi német-birodalmi ópiumtörvény ellenére. A zúgkereskedők érdeke harcol itt nemzeti és socialis érdekek ellen, hiszen a cocainüzerek 1 kg cocainon 4-5000 arany márkát keresnek. Legszomorúbb, hogy az áldozatok 70%-a a közepeosztályból kerül ki.

A narkomanias, ha arról van szó, hogy bódítószerhez jusson, felejt családot, kötelességet, hivatást, becsületet; receptet hamisít, ha kell lop, nincs oly büntetendő eselekmény, melytől visszariadna. Emellett a maga euphoriája nem elégíti ki, de másokat is a méreg élvezetére esábit. A narkomanias, hogy a ránézve kellemetlen ellenőrzést, szemrehányásokat elkerülje, házastársát, menyasszonyát, lakótársát a bódítószer élvezetére esábitja, sőt előfordul, hogy az elvonás alatt állónak éppen házastársa esempész be morphiumot, vagy cocaint. Ha a beteg existenciája megrendült, családi élete felbomlott, a bódítóra szükséges pénzt előkeríteni nem képes, akkor elvonókúrára határozza el magát. Azt hangoztatja, hogy önszántából veti alá magát az elvonásnak és így majd maga szabja meg annak menetét. Esküdjök, hogy alkaloida nincs nála, de csakhamar előkerül az oldat és feckendő. A narkomanias az alkaloida elrejtésében nagy leleményességet árul el, kivájt ruhakefe, dupla cipőtalp, morphiumos fogpor, opiumtincturás tinta, cocainnal kevert hajkenőcs, sőt a végbélbe rejtett feckendő sem tartoznak a ritkaságok közé. A használt alkaloidának persze csak tört ré-

szeit vallják be, s az igazság csak az abstinencia alatt derül ki, mikor a beteg azzal érvel, hogy ilyen nagy adagok használata mellett azonnali elvonás életveszélyes és lehetetlen.

Ma a divatosabb toxikomania a cocainismus. Kezdők orrkenőcs vagy szippantás alakjában élvezik, a vérbeli cocainista fecskendez. Cocainismusra a kezdőlépést az éjjeli mulatók hölgyei vagy pincérei szokták megadni. Az első cocain-injectióra a narkomaniást kellemes melegség önti el, nagyszerű tervei támadnak, sokat mozog, kedvesen fecseg, nemi ösztöne fokozott, az euphoria mennyei magaslatára emelkedik. Ez a cocainrészezség. Az izgalmi állapotot elernyedés követi, az izomzat petyhüdtté válik, a mozgások gyérülnek, a vidámságot egykedvűség váltja fel, a potentia csökken, éhség és szomjúság érzése kihál, majd mély álom következik be. A mámor multával vasomotoros zavarok állanak előtérben, a beteg hol pirul, hol sápad, hideg verejték veri ki, szíve rendületlenül ver, ájulásszerű érzések, félelem, szorongás, halálsejtelmek kínozzák. A nyomottság és kellemetlen sensatiók egyetlen gyógyszere a cocain, melynek hatása alatt a beteg 1—2 hónap alatt csonttá és bőrré fog, bőre turgorát veszti. Beáll a cocainos marasmus. A marantikus beteg reszket, arca öregessé, ráncossá válik, alig vonszolja magát, pulzusa szapora és rendetlen, bágadtan mozog, szellemi műveletei renyhülnek, nehézkesen beszél. Ilyen állapotban a beteg, hogy testi és lelki kínjaitól megszabaduljon, kénytelen a fecskendőhöz nyúlni, annál is inkább, mert a cocain gyengíti az akarat-erőt. A cocain-mámor gyönyörűsége eltéphetetlen szákkal fűzi magához áldozatát. A cocainista jelleme gyengül, férfiasága vagy nőiessége kihál, szemérmelenné válik, emlékezőképessége értelmisége csökken, erkölcsi érzése elvész. A marasmus tetőfokán, gyakran még előbb is, kifejlődik a cocainos elmezavar. A beteg izgatottá válik, félelem és nyomottság lepi meg, öngyilkossági gondolatokkal foglalkozik, majd üldöztetési és hűtlenségi téves eszméket nyilvánít. A lehangoltságot kellemetlen tartalmú érzékesalodások fokozzák, így például a beteg úgy látja, hogy a környezetben lévő nagytömegű tetvek és nyüvek fel akarják őt falni, emellett esontvázakat, halálfejeket, undorító és félelmes alakokat lát, fenyegető és ócsárló hangokat hall stb. Jellemző a Magnan-féle tünet, mely abban áll, hogy a beteg bőre alatt mozgó férgeket, kis tárgyakat, golyókat, kristályokat érez. Elvonás alatt a psychosis csakhamar megszűnik. A cocainista szenvedését fokozza, hogy psychosisa alatt öntudata végig tiszta marad.

A morphinismus testi és szellemi tünetei alattomosan fejlődnek. A morphium a központi idegrendszer érzőközpontjait bénítva, mint fájdalomcsillapító szer hat és ezért a morphinista tényleges, vélt vagy hangoztatott fájdalmai hatása alatt nyúl fecskendőhöz, különösen akkor, ha már előzőleg orvosi beavatkozás folytán részesült a morphium gyönyöreiben. Az euphoria egyszeri beköszöntése már lejtőre viszi a psychopathát vagy elmebetegét, mert ellenállhatatlan vágyat szül alkalmas talajon a morphium iránt.

Az euphoria kedvéért a beteg mindenről lemond és még akaraterejének teljes birtokában is áltatja magát, hogy az adagot csökkenteni fogja, önként leszokik, hiszen a végső következményekkel már eleve tisztában van. Az elhatározás elhatározás marad és a morphium adagjai szédületes gyorsasággal emelkednek. Ehhez járul, hogy a morphium kezdetben csalóka módon a szellemi műveleteket élénkíti, az akarat- és

elhatározási erőt — kivéven magát a morphiumot — fokozza, javítja a közérzést és munkaképességet. A morphiumbódulatot morphiuméhség követi, melynek ki-elégítésére a morphinista, csakúgy, mint a cocainistánál láttuk, mindenre képes. A morphium huzamosabb használatára lesoványodás, reszketés, izom- és idegfájdalmak, étvágytalanság, erőtlenedés, kachexia, a jellem megváltozása, az erkölcsiség meglazulása, hazudozásra való hajlam, félelmi, megsemmisülési érzések lépnek fel. Az adag fokozatos emelkedését hosszú időn át súlyosabb következmények nélkül csak kevesen bírják el. Mikor pedig a jövedelmi források kimerülnek, a beteg előtt két út áll: az öngyilkosság, vagy leszokás: előbbit a morphinista gyakran választja.

Mindkét betegség gyógyítása elvonáson és az akarat edzésén alapul. Leszoktatást eredményesen csak zárt intézetben vihetünk végbe. Sajnos, ez pedig csak a narkomaniás beleegyezésétől függ, amennyiben a magyar törvények értelmében az ilyen betegek akarat elhatározással bírnak. Az ilyen beteg internálásába pedig csak akkor nyugszik bele, ha már minden kötél szakad. Kezdetben sír, könnyörög, el akarja hagyni az intézetet, törvényes megtorlással fenyegetődik, s mikor látja, hogy semmire sem megy ezzel, csak akkor nyugszik meg. A megvonást hirtelen végezzük, vagyis amint a beteg az intézetbe kerül, többé alkaloidát nem kap. A beteget állandó bódulatban tartjuk és csak az étkezések tartamára keltjük fel. Ha a szív állapotát gondosan ellenőrizzük, akkor collapsustól tartanunk nem kell. Szükség esetén adhatunk coffeint, vagy peroralisan valamely camphor-készítményt (cardiazol, coramin). Ügyeljünk beöntések adásával arra, hogy a beteg kellőleg kiürüljön. Ha kell, katheterezzünk. A borzongás és hasmenések okozta kimerülés ellen jó hatású a naponként esetleg többször adott melegfürdő. Az elvonás befejeztével adjunk a betegnek tonizáló szereket: arsenit, strychnint, nyujtsunk bőséges és caloriadús táplálékot. A teljes elvonást a rohamos súlygyarapodás jelzi, mely 20—25, sőt extrem esetben 30 kg-ot is kitehet. Ha a teljes testi és szellemi frissesség bekövetkezett, a beteg kikívánczik az intézetből. Ekkor kell tekintélyünket teljes mértékben latba vetni, mert ilyenkor még igen nagy a visszaesés lehetősége. Hónapokig tartson, míg helyes psychotherapiával, főleg persuasióval, arra való esetben pedig hypnosissal, a beteg akaraterejét és a csábítással szemben való ellenállását kellőképpen megedzettük. Sajnos, utóbbiak gyakran anyagi eszközök hiányán, vagy a hozzátartozók kellő meg nem értésén feneklenek meg.

A narkomaniást hiába gyógyítottuk meg, ha a lelki ismeretlen csábítás az első conflictus alkalmával megint kezükbe adja a fecskendőt. Nemesak a beteget kell meggyógyítanunk, de a visszaesés lehetőségét is meg kell akadályoznunk. Ez pedig csak törvényhozási úton lehetséges. Ha ki lesz zárva annak a lehetősége, hogy avatatlanok orvosi fecskendőhöz vagy alkaloidákhoz juthassanak, akkor a morphinismus és cocainismus leküzdésében nagy lépéssel haladtunk előre. Küzdenünk kell, hogy elismertessük azt a ténnyt, hogy a narkomaniás önrendelkezési képességgel nem bíró elmebeteg, tehát zárt intézetbe internálható. Így megrögzött narkomaniásokat tehetünk ártalmatlanokká és csökkenthetjük a csábítás veszélyét. A köztudatba kell vinnünk, hogy a morphinismus és cocainismus elleni küzdelem nemesak orvosi, hanem égető társadalmi kérdés is, melynek megoldása eminens nemzeti és socialis fontosságú.

Büchler Pál dr., egyetemi tanársegéd.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták: ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY GÖSTON

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

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:

Winternitz Arnold: A tüdőcavernák sebészi kezelése plombákkal. (941—947. oldal.)

Országó Oszkár: A tüdőgümőkór gyógykezelése plombával. (947—951. oldal.)

Róth Miklós: Tüdőplombával kezelt esetek indicatiói és eredményei. (951—954. oldal.)

Gergely Jenő: A tüdőplombáról. Indicatiók és gyógyeredmények. (954—958. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (149—152. oldal.)

Szathmáry Zoltán: A rendes helyen tapadó lepény korai leválásáról. (Második, befejező közlemény.) (958—961. oldal.)

Lapszemle: Belorvosán. — Sebészet. — Szülészeti és nőgyógyászati. — Szemészet. — Urologia. (961—963. oldal.)

Könyvismertetés. (963. oldal.)

Zemplényi Imre: Congressusi gondolatok. (963—964. oldal.)

Antal Lajos: A német orvostörténelmi congressus jelentősége és tanulságai. (964—III. borítékoldal.)

Vegyes hírek. (III—IV. borítékoldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A székesfővárosi Szent István-kórház sebészeti osztályának közleménye.

A tüdőcavernák sebészi kezelése plombákkal.*

Írta: Winternitz Arnold dr. egyet. rk. tanár.

Rendkívül megtermékenyítőleg hatott a tüdőtuberculosis terapiájára a beteg tüdő „nyugalombahelyezésének” gondolata, mely ma az *Immobilisationstherapie*, *Einengungstherapie*, *Collapstherapie* nevek alatt ismeretes.

A collapstherapie gondolata kétségtelenül nem mint „aprioristicus” idea jelent meg, hanem *Adams*, *Stokes*, *Hongston*, *Bach*, *Potain*, *Traube* és *Spengl* klinikai észleleteiből sarjadt ki. Ezen szerzők már régebben figyelmet fordítottak arra, hogy huzamos időn át fennálló spontán pneumothorax és pleuralis exsudatumok előnyösen befolyásolják a tüdő tuberculosisát. A jó hatás oka gyanánt elsősorban a tüdő nyugalombahelyezésére, compressiójára és a légzésből való kirekesztésére kellett gondolni, oly tényekre, melyeknek jó hatása más szervek tuberculosisánál (izületek, gége, hólyag, végbél) már ezelőtt is ismeretes volt.

Hogy a beteg tüdő compressiója, nyugalombahelyezése *mi módon hat* a betegség folyamatára, az rendkívül bonyolult kérdés, amely ma még egyáltalában nincs tisztázva. Kétségtelennek látszik, hogy e kérdésben a tüdőcompressio által megváltozott vér- és nyirokkeringés és csökkent tüdő-oxidation kívül, még autoimmunisatiós folyamatok is szerepelnek.

A tüdőt „megszűkítő”, „nyugalombahelyező” eljárásoknak ma öt főrepresentánsa van, és pedig:

1. A pneumothorax,
2. a thorakoplastika,
3. a phrenicotomia,
4. az extrapleurális plomba,
5. a Jacobäus-féle műtét.

* Előadta a „Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesületének” nagygyűlésén, 1929 jún. 23-án, Kecskeméten.

Hatásfokok szerint ezen eljárásokat két csoportba lehet osztani. Az első csoportba tartoznának azon eljárások, melyekkel *nagykiterjedésű* tüdőterületeket, esetleg egy egész féltüdőt tudunk comprimalni, illetve nyugalombahelyezni, és ide tartoznak: 1. a pneumothorax és 2. a thorakoplastika. A második csoportba sorozandók azon eljárások, melyeknek hatása mindig csak *körülírt* tüdőterületekre terjed ki és sohasem az egész féltüdőre. Ide tartozik: 1. a phrenicotomia, 2. az extrapleurális plomba, 3. a Jacobäus-műtét.

Már ezen beosztásból kiderül, hogy a két csoport methodusai *hatásfokok szempontjából nem egyenértékűek* és így a gyakorlatban nem concurrálhatnak egymással, nem helyettesíthetik, legfeljebb kiegészíthetik egymást, a betegségek által adott viszonyok szerint. Ebből következik, hogy azon esetekben, midőn a betegség a féltüdő jelentékeny részére kiterjed, és ezenfelül még progressióban is van, csakis azon eljárások jöhetnek szóba, melyek a tüdő jelentékeny részének, esetleg az egész féltüdőnek collapsusát biztosítják, vagyis: 1. a pneumothorax; 2. az extrapleurális thorakoplastika; míg azon eljárások, melyek csak részleges collapsust biztosítanak, ilyen esetekben tárgytalanok lesznek, vagy legfeljebb mint „kiegészítő” műtétek mérlegelhetők.

Az egyes eljárások alkalmazásánál elsősorban azok *teljesítőképeségével* kell tisztában lennünk és azokat az egyes kóresetek kiterjedése szerint kell megválasztanunk.

A megválasztásnál a főelv az legyen, hogy adott esetben az az eljárás van helyén, amelyik a megbetegedett tüdőrészt a *legkisebb kockázat árán, a legnagyobb fokban képes comprimalni anélkül*, hogy nagyobb kiterjedésű *ép tüdőterületeket* feleslegesen kizárna a légeseréből. Más szóval: *a compressio lehetőleg a beteg részeken érvényesüljön, az ép tüdőrészek lehető szabadon hagyása mellett.*

Lássuk most már, hogy ezen követelményekből az egyes eljárások mit és hogyan tudnak beváltani?

I. A pneumothorax kétségtelenül a legenyhébb eljárás, így egyszerűségében valamennyi eljárás fölött áll.

Ha a tüdőtuberculosisban szenvedő betegek pleurái mind *szabadok, összenövésmentesek* lennének és a pneumothorax mindeniknél megvalósítható volna, úgy

ez nagy áldás lenne az emberiségre és a többi műtéti módok soha ki sem fejlődtek volna; hisz ilyen körülmények között minden tüdőtuberculosist, bármilyen kiterjedésű és elhelyezkedésű legyen az, pneumothoraxszal egyszerűen befolyásolni lehetne. Sajnos, ez távolról sincs így!

Pleuratis összenövések és a tüdőtuberculosis iker-testvérek, és az összenövések úgy követik a tuberculosist, mint a fényt az árnyék. Egy „totalpneumothorax“ tüdőtuberculosisnál eseményszámba menő ritkaság. De ez még nem volna nagy baj. A nagyobb baj ott van, hogy az összenövések, a dolog természete szerint a leginkább és legrégebben megbetegedett tüdőterületek feletti pleuraszakaszokon fejlődnek ki, itt a pleurarést elzárják és a beteg tüdőrészt a bordákhoz rögzítik. A pleurarésbe bebocsátott levegő, gáz, vagy folyadék tehát csak ott helyezkedhet el, ahol nyitott rést talál, de oda el nem juthat, ahol útját szívósabb összenövések elállják. Teljesen laza pókhálószerű összenövések között néha napok, hetek alatt továbbterjedhet, egyes erősebb adhaesiókat kötegek, szalagok alakjában sokszor ki is nyújthat, de lapszerűtől erősebb, heges, régi adhaesiók a gázhólyagnak teljesen útját állják és a compressiót részben vagy teljesen meg hiúsíthatják. Mivel pedig a pleuralis adhaesiók a leg súlyosabban megbetegedett tüdőterületek fölött a leggyakoribbak és legkiterjedtebbek, érthető, hogy éppen azon területeken hiúsul meg leggyakrabban a gázhólyag elhelyezése, amelyeknek összenyomása a leginkább kívánatos volna. Mindennapos jelenség például, hogy az alsó pleuraszakaszokban jelentékeny gázhólyagot lehet elhelyezni, a felső beteg csúshoz azonban, ahol a folyamatot domináló és fenntartó infiltratumok és cavernák ülnek, az összenövések miatt a gázhólyagból alig valami, vagy semmitem sem jut el és így ezen területek compressio nélkül maradnak.

Ezen példákából láthatjuk, hogy a pneumothorax legnagyobb gyengéje az, hogy röviden szólva: „nem dirigálható oda, ahová elhelyezni akarnók“, vagyis nincs teljesen hatalmunkban, hanem elhelyeződése a véletlen játéktól, illetve a pleura kiszámíthatatlan adhaesióitól függ, nem is szólva arról, hogy nagyon sokszor egyáltalában nem sikerül őt a pleurarésben elhelyezni.

Ennél a kérdésnél kissé meg szeretnék állni. Nagyszámú thorakoplastikáim között gyakran találkoztam esetekkel, amelyeknél a kezelőorvosok bemondása szerint pneumothorax semmiféle úton-módon, ismételt kísérletek dacára, elhelyezhető nem volt, — mégis műtét közben a hátsó perióst defectusaiban szabadon fekvő vékony fali pleurán át a tüdő teljesen szabad mozgásai jól láthatók voltak, vagyis az illető betegeknek mégis voltak kiterjedt szabad pleuraterületek.

Ez azon pont, ahol, nézetem szerint, még sok tenni-való van hátra! Óhajtanódnak tartanám, ha kutatások történének azon irányban, mint lehetne pleuralis összenövések helyét, fokát, kiterjedését a betegen pontosabban, biztosabban meghatározni, hogy ezáltal a betegek minél nagyobb száma részesülhessen a pneumothorax áldásaiban, és elkerülhetővé váljanak a súlyosabb sebészi eljárások, elsősorban a jelentékeny beavatkozás-számba menő thorakoplastika. Óhajtanó ez nemcsak azért, mert a pneumothorax valamennyi eljárás között a legkisebb és legenyhébb beavatkozás, hanem főleg azért, mert a pneumothoraxnak megvan az az óriási előnye, amely fölött semmi más eljárás nem rendelkezik, nevezetesen, hogy bármikor megszüntethető és a comprimált tüdőterületek újból felszabadíthatók. Vagyis: a pneumothorax-kezelés végén a tuberculosis gyógyultával funkciójuknak visszaadhatjuk azon tüdőterületeket, melyek compressio előtt épek voltak vagy a compressio alatt épek maradtak.

A pneumothoraxnak óriási előnye, hogy csak a kezelés tartamára, tehát csak „időlegesen“ rekeszt ki ép tüdőterületeket, míg a többi eljárásnál a dolog úgy áll, hogy amit egyszer comprimáltunk, azt a légszék többé visszaadni nem tudjuk. Ezen nagy előnyök mellett még egy kis gyöngéje van a pneumothoraxnak, és ez az, hogy az általa elérhető nyomásértékekkel, nagyobb kiterjedésű, tömött, sajtos pneumoniás infiltratumok nem comprimálhatók eléggé és erősebb intézkedéseket, vagyis plasztikát követelnek.

A pneumothorax használhatóságának korlátaival már annak első ajánlója is tisztában volt, Carl Spengler már 1890-ben ajánlotta, hogy ahol a pneumothorax meg nem valósítható, a tüdőt kifeszítve tartó bordák „extrapleurális“ csonkolásával kellene a beteg tüdőrészeket collapsusra bírni. Az „extrapleurális thorakoplastika“ elnevezés is tőle származik.

Az extrapleurális thorakoplastika azon elgondolás alapján született meg, hogyha nem sikerül a tüdőt a merev thoraxfal alá bepréselt gázhólyag segítségével, tehát „intrapleurális“ úton összenyomni, úgy el kell távolítani a tüdők fölött elhúzódó merev bordákat, hogy a tüdők egyrészt centripetális tendenciájú elasticitásuknál fogva, másrészt a környi légnyomás hatása alatt összeeshessenek. Így született meg az extrapleurális plastica, amely az első időkben, mint „partialis“ plastica került alkalmazásba.

Csakhamar azonban kiderült, hogy a „részes“ plasticák hatása csak körülírt tüdőterületekre terjed ki, amennyiben a nem resecált többi valódi bordák a mellkasfal többi részének besüppedését megakadályozzák. Ezért, ha nagyobb tüdőterületek vagy a féltüdő compressiójára van szükség, a mellkasfal „összes valódi bordáinak“ I—X-ig való resectióját kell végezni, hogy ezáltal a féloldali mellkasfal stabilitása megszakíttatván, az operált mellkasfél „in torto“ besüppedhessen. Brauer és Sauerbruch fejlesztették tovább az eljárást, amely ma az „extrapleurális paravertebrális thorakoplastika“ néven ismeretes, mellyel az egész féltüdőt tudjuk comprimálni és nyugalomba helyezni.

Természetesen az eljárás jelentékeny beavatkozás, hiszen az összes valódi bordákat I—X-ig csonkolni kell. Volt idő, midőn az eljárást lehetőleg „egy szakaszban“ végzendőnek tartották. Ennek oka az volt, hogy akkoriban a műtétnek szűkebb határokat szabunk és csak jobb erőben levő betegeket operáltunk. Újabban a műtét indiciói kibővültek, mind súlyosabb eseteket vagyunk kénytelenek operálni, kiknél igen kívánatos a műtétnek két szakaszra való elosztása, ami annak veszélyét jelentékenyen csökkenti.

A thorakoplastika főleg nagy kiterjedésű féloldali folyamatoknál indikált, melyeknél pneumothorax nem alkalmazható, vagy ha alkalmazható volt is, alatta a folyamat nem nyugodott meg kellőképpen.

Indikált a thorakoplastika:

- 1., súlyos, progressióban lévő diffus féloldali folyamatnál;
- 2., középsúlyos féloldali folyamatoknál, melyek intézeti kezelésre nem javulnak;
- 3., középsúlyos féloldali folyamatoknál, melyeket erős vérzések súlyosbítanak;
- 4., súlyos „stationär“ féloldali folyamatoknál, hol hosszantartó intézeti kezelés anyagi okokból kivihetetlen, vagyis socialis indicatio kényszeríti a műtétre;
- 5., nagy csücs cavernáknál progressióval, vagy progressio nélkül, ha a túloldal ép.

Általában azt mondhatjuk, hogy a pneumothorax és thorakoplastika indiciói nagyjában fedik egymást a betegség foka és kiterjedése szempontjából, azzal a meg-

toldással, hogy a *thorakoplastika csak akkor lép jogaiba, ha a pneumothorax meg nem valósítható*. Valami különbség a két műtét indicatiója között azért mégis van, nevezetesen az, hogy a thorakoplastika, mint „*nagyobb beavatkozás*” mégis jobb általános erőbeli állapotot és a másik tüdő *practice intactabb* voltát igényli. A thorakoplastika ugyanis mint nagyobb compressiót adó beavatkozás az ellenoldali tüdőt erősebben *megterheli* és ha az nem volt teljesen ép, úgy a meg nem nyugodott gócek progressióját könnyebben kiválthatja, mint a kisebb megterheléssel járó és egyébként is „*dosirozható*” pneumothorax.

Ezért, ha az ellenoldal sem teljesen ép, úgy óvatosan kell eljárni, előbb csak egy phrenocotomiával kell kezdeni és csak ez után lassan, két szakaszban előhaladva szabad a thorakoplastikának következni.

Contraindikálva van a thorakoplastika, ha az ellenoldalon, különösen a *hilus* tájékán progressív folyamatok vannak. Contraindikált: *spondylitisnél, béltuberculosisnál, súlyos diabetesnél, kétoldali vesetuberculosisnál és „mélyreható” gégetuberculosis mellett.* „*Felületes*”, a perichondriumig nem terjedő gégefekélyek, egyoldali vesetuberculosis, könnyebb diabetes, *nem contraindikálják* a műtétet, mert kiterjedt tapasztalatok szerint a thorakoplastika után ezek is gyógyulhatnak.

Az extrapleurális „*totalis*” thorakoplastika révén az egyik mellkasfelet és vele a féltüdőt $\frac{1}{3}$ – $\frac{1}{4}$ -ére tudjuk megszükiteni. Diffus féloldali folyamatoknál ez feltétlenül szükséges is. Nagyon gyakoriak azonban olyan esetek, melyeknél az alsó és középső tüdőmezők úgyszólván teljesen épek, csak a *csúcsban ülő cavernák*, ú. n. „*isolált csúcscavernák*” dominálják a képet. Legtöbb esetben ezek a cavernák hónapokig, évekig „*stationaerek*”, mert a felső lebenyek lefelé húzódo bronchusai révén a természet által jól vannak *drainezve*. Ezek a betegek éppen e miatt rendszerint könnyen köpnek és a cavernák a Röntgenképen is úgyszólván mindig üresek.

Ezek a cavernák *állandó bacillusfészkek*, melyek a többi bronchusokat állandó infectióval veszélyeztetik. Ezeket a pleurakúpához fixált nagy cavernákat eddig csak „*totalis*” thorakoplastikákkal tudtuk collapsusra bírni, mert pneumothorax-kezelésnek a környező adhaesiók miatt csak ritkán hozzáférhetőek.

Ilyen esetekben eddig az történt, hogy a csúcsban ülő ilyen „*isolált*” caverna miatt kénytelenek voltunk féloldali *totalplastikákat* végezni, vagyis egy *isolált csúcscaverna miatt kénytelenek voltunk a tüdő alsó lebenyét is comprimálni és ezáltal őket egyszersmindenkorra a légzésből kirekeszteni*. Ha meggondoljuk, hogy ezáltal tetemes terjedelmű ép tüdőterületeket áldoztunk fel, úgy el kell ismernünk, hogy ez az eljárás nem volt ideális.

Eppen emiatt örömmel kell üdvözölnünk és fel kell karolnunk minden olyan eljárást, amely az izolált csúcscavernák collapsusát egyszerűbb módon, *ép tüdőterületek fölösleges feláldozása nélkül is képes megvalósítani*.

Ilyen eljárásnak ígérkezik az „*extrapleurális plomba*”.

A sebészek harca a cavernák ellen nem új, sőt igen régi keletű. Már *Boerhave, Sharp, Poutau* a XVII–XVIII. században ajánlották a cavernák *punctióját, megnyitását és gyógyszeres kezelését*. A múlt század 80–90-es éveiben jónévvű modern sebészek, mint *Tuffier, Sonnenburg, Krecke, Runeberg* újból a cavernák megnyitása mellett foglaltak állást. Az eredmények rosszak voltak: *Tuffier* 26 betege közül csak 1 gyógyult, *Runeberg* 19 esete mind meghalt. De az eredmények nem is lehettek jók, hisz a műtétnek semmi értelme, semmi

hatása nincsen. Említettem fentebb, hogy a csúcscavernának, a felső lebeny lefelé futó bronchusai révén *már a természet által jól vannak drainezve* és a Röntgen alatt is kevés kivétellel csaknem mindig üreseknek találjuk őket, vagyis bennük retentio úgyszólván sosem fordul elő. A megnyitás csak akkor jöhetne szóba, ha a bronchus-hálózattal való hiányos közlekedés folytán a cavernákban *septikus, bűzös retentio keletkezik*. Ez a complicatio azonban igen ritka jelenség, csak a végstadiumban, az elerőtlenedett, felköhögni nem tudó betegnél fordul elő, — én még nem találkoztam vele.

Reclus, Tuffier, Roux, Doyen, tehát főleg francia szerzők megpróbálkoztak a tüdőcsúcsok „*resectiójával*” is. *Doyen* betegét kivéve egy sem élte túl a műtétet. Ezeket a műtéteket *sebészi* kisiklásoknak kell tekinteni. egyrészt, mert túlságosan nagy és veszélyes beavatkozások, másrészt, mert nem számolnak azzal, hogy a tüdőtuberculosis nem szigorúan a csúcsra lokalizálódó betegség. A radicalis principiumok (megnyitás, resectio, exstirpatio) cserben hagytak. Más oldalról kell tehát a csúcscavernákat megtámadni.

Említettem fentebb, hogy a csúcscavernákat csak úgy lehet gyógyulásra bírni, ha gondoskodunk arról, hogy *összeeshessenek*. Ezt, — ha megy, pneumothoraxszal, — ha nem megy, úgy thorakoplastikával lehet elérni. A csúcscavernák gyógyulásának egyetlen fő akadálya az, hogy *felsőkupolájuk a pleuralis adhaesiók révén a bordákhoz van rögzítve*, és ezáltal állandóan kifizítve tartatik.

Ha valami úton-módon gondoskodunk arról, hogy a cavernák felső, a bordákhoz rögzített kupolája az összenövésekből kiszabadíttassék, úgy megadtuk a lehetőségét annak, hogy összeeshessenek és hegesen gyógyulhassanak.

A hannoveri chirurgus, *Schlange* volt az első, aki súlyos *caverna-vérzés* esetében a tüdőcsúcsot extrapleurálisan leválasztotta, az üreget tamponálta és így a vérzést elállította. Az eljárást *Tuffier* és *Friedrich* továbbfejlesztették. Úgy jártak el, hogy egy kis bordaresectiós nyíláson át ujjal „*extrapleurálisan*” a subpleuralis laza kötőszövetben előhaladva, a fali pleurát és vele együtt a tüdőcsúcsot a bordák felszínéről leválasztották. *Tuffier* „*extrapleurális pleurolysis*”-nek, *Friedrich* „*apicolysis*”-nek nevezte el ez eljárást.

Ilyen módon csekély beavatkozással tényleg le lehet a tüdőcsúcsot a benne ülő cavernával választani és a caverna kupoláját mobilissé tenni. A leválasztás után természetesen a dislokált csúcs és a bordák között egy „*extrapleurális üreg*” marad vissza, amivel valamit tenni kell.

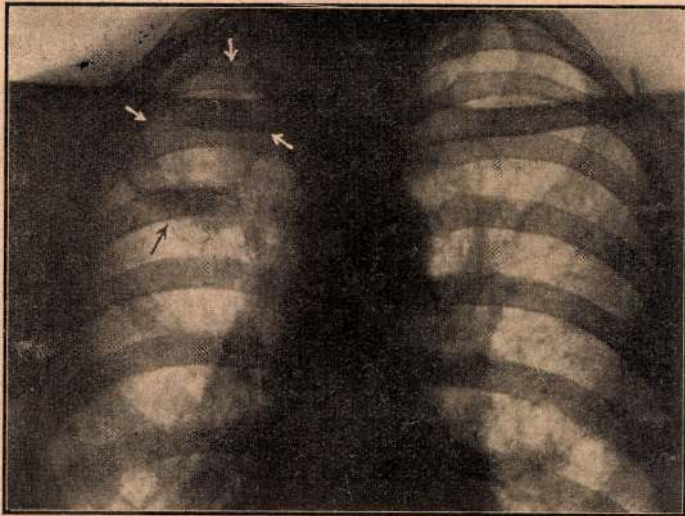
Tuffier, hogy az üreget eltüntesse, *zsírszövetet*, vagy ha kéznél volt, *lipomát* implantált az üregbe. Az idea nem volt szerencsés, mert az ilyen átültetett nagyobb tömegű zsírszövetből, az inficiált caverna szomszédságában könnyen inficiálódhatnak és kigenyedhetnek. *Tuffier* eseteinek túlnyomó többségében ez be is következett. Eppen emiatt az eljárás nem is terjedt el.

Hogy a zsírszövet-plombát el lehessen kerülni, *Jessen* ezt ajánlotta, hogy egyszerűen tamponáljuk az üreget, *Gwerder* pedig egy behelyezett *colpeurynterrel* igyekezett a tüdő compressióját fenntartani. Egyik eljárás sem vált be, mert a nyitva tartott üregben meginduló sarjadás és heges zsugorodás következtében a dislokált tüdőcsúcsok újból a bordákhoz fekszenek vissza és a comprimálva volt cavernák ismét kifizülnek.

Az extrapleurális üreget tehát mindenképen fenn kell tartani. Bár ezen célból paraffinból álló plombot hozott javaslatba, amely 48 C°-on olvadó paraffinból áll, melyhez 0.05% *vioform* és 0.5% *bismuthum carbo-*

nicum-neutrum van keverve, hogy a Röntgen-képen árnyékot adjon.

A vegyileg tiszta paraffin teljesen indifferens anyag, mit a szövetek reactio nélkül jól tűrnek. Maga

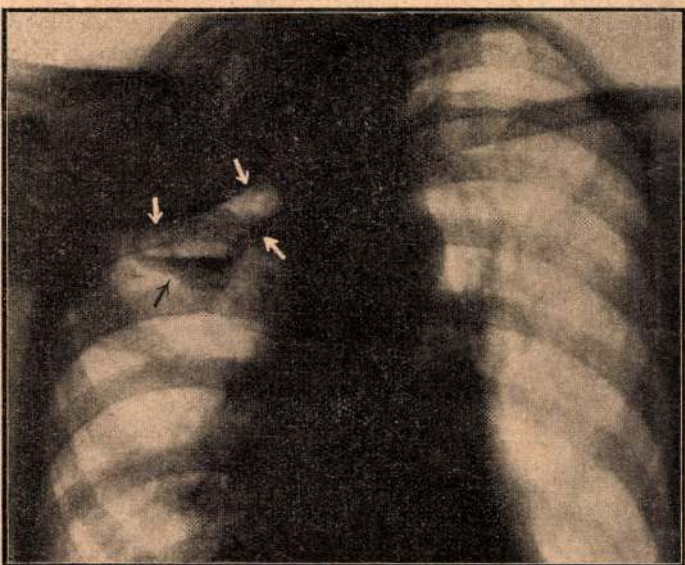


1. ábra. T. A. 43 éves, 8 éve beteg, többszöri súlyos tüdővérzések. Nagy csüscaverna, lenne alul folyadékniveau. Napi köpet 150–260 g.

a massa többszöri sterilizálása után tézstaszerűen gyúrható állapotban lesz az üregbe beletömődve. Testhőmérséken ez a massa nem kemény, hanem „kitt”-szerű gyúrható consistenciával fekszik a tüdőcsücs fölött.

Az eljárás lényege röviden az, hogy hátul a III. bordából egy kis 3 cm-nyi darabot resecálunk, a bordához odanőtt tüdőcsücsöt extrapleurálisán a bordáról leválasztjuk, lefelé toljuk és az így keletkezett üreget a Bär-féle paraffin-plombával kitömjük, hogy a beteg tüdőcsücs comprimálva tartassék és előbbi helyére vissza ne térhessen. *A compressio maradandó; a plomba egyszer és mindenkorra ott marad.*

A modern sebészi tisztaság és asepsis szerint behelyezett plombok reactio nélkül begyógyulnak. *Sauerbruch* szóbeli közléséből tudom, hogy legrégebb plom-



2. ábra. T. A. a műtét után. A nyilak között az egyharmadára összenyomott caverna. Fölötte a sötét árnyék a plomb.

bája 14 év óta reactio nélkül benn fekszik. Ezt a tényt mások is, mint *Eiselsberg*, *Ranzi*, *Brunner*, *Bär*, *Hauke* is constatatálták, tehát ez vitán felül áll. Az én 43 plomba-

esetemben a plombák egytől egyig mind zavartalanul begyógyultak és hangsúlyoznom kell, hogy e tekintetben eddigelé a legcsekélyebb zavart sem tapasztaltam. Ez annál meglepőbb, mert *Sauerbruch*nak 1920-ban közölt első 40 esete közül 16 esetben a plombok genyedés miatt kilöködtek. *Brunner*, aki *Sauerbruch* eseteit több közleményben ismertette, ezen complicatiókat azzal magyarázza, hogy: „die Kranken waren zum grossen Teil in einer Zeit operirt in der man noch keine Erfahrung mit dem neuen Verfahren besass, und man namentlich bei verlorenen Kranken, mit der Anzeigestellung sehr weit ging.

Lehet, hogy ez a magyarázat helyes, lehet, hogy nem helyes. Az én meggyőződésem az, hogy ha a szöveteket nem izgató idegen test, aminő a szóbanforgó paraffinplomba, *kigenyed*, — ott rendszerint infectio szerepel. Viszont tény az, hogy a plombák körül, különösen, ha azok jelentékeny nagyságúak, a plombát környező résben, az ú. n. „plomba-ágy”-ban (*Plombenbett*, *Sauerbruch*) néha egy aseptikus *scrosis exsudatum* keletkezhetik (*Plombenexsudat*, *Sauerbruch-Stöcklin*). Ezek az aseptikus plombaexsudatumok punctióval kiürítendők és a plomba begyógyulását nem szokták zavarni. *En eddig egy ilyen exsudatumot sem láttam*, pedig ezek mindjárt a műtét után szoktak jelentkezni.

Theoretice elképzelhető, hogy a plombák a caverna felől *lymphaticus úton* *infiálódhatnak* és ilyen módon később, hónapok, évek múlva is kilöködhetnek. Ez minden a szervezetben eltolódva fekvő idegen testre nézve áll és áll a plombára is, vagyis a késői kilöködések lehetőségét tagadásba venni nem lehet. *Sauerbruch* észlelt ilyeneket és valószínűleg én is fogok velük találkozni. Eddig nem láttam.

Azok a plomba-kilöködések, melyek röviddel a műtét után jelentkeznek, meggyőződésem szerint az *asepsis* rovására írandók és *nem az eljárás principiumát, hanem a műtét magát terhelik.*

Idegentest-implantatiók, minő a plomba, az asepsis szempontjából kényes műtétek, melyeknél a legnagyobb körültekintéssel kell eljárni nemcsak az asepsist illetőleg, hanem ki kell zárni minden olyan momentumot, ami az *infectio kifejlődését elősegíti*. Ilyen momentum elsősorban a sebüregbe való *bevérzés*, a haematoma. Minutiosus pontossággal kell a vérzést csillapítani. Aki ez ellen vét, annak nem lesznek jó eredményei.

Sauerbruch első eseteinek sorozatában előfordult kétszer, hogy a leválasztás közben a *pleura beszakadt*. Ez annyiban kellemetlen, mert ilyenkor *nem szabad a plombát behelyezni*, nehogy plombadarabok kerüljenek a pleura-ürbe, mert ott exsudatumot okoznak. Plombát „*intrapleurálisán*” *semmi körülmények között nem szabad elhelyezni, mert a pleuraüreg a plombát nem tűri meg*. Tudjuk a pneumothoraxról, hogy milyen gyakran kíséri azt pleuralis exsudatum. Ha a pleura beszakadt, akkor *Überdruckot* kell alkalmazni, a levegőt ki kell nyomni és vagy egy másik alkalomra kell a plombát hagyni, vagy pedig thorakoplastikára kell áttérni.

Sauerbruch első seriesében előfordult továbbá, hogy leválasztás közben a *caverna beszakadt*. Ez bizony nagy baj, mert a cavernatartalom a sebüreget azonnal *infiálja* és a plombálásról szó sem lehet. Ilyenkor nem lehet mást tenni, mint a leválasztott terület fölött az összes bordákat resecálni és az egész üregt tágan kinyitni és tamponálni.

Ezek a complicatiók őszintén szólva „*technikai hibák*”, miknek ezután nem szabad előfordulni. Minden műtét történetében megtaláljuk a vevjáró technikai hibák és nehézségek történetét is. Csak hálásak lehetünk

Sauerbruchnak ezért a férfias nyíltságáért, mellyel ezen complicatiókat bevallotta és rájuk figyelmeztetett.

A tüdőcsúcs és vele együtt a cavernák leválasztása néha meglepően könnyű, máskor rendkívül nehéz. Operáltam betegeket, hol a csúcs leválasztása két percig sem tartott, máskor meg egyórai keserves munkát vett igénybe. A leválasztás nehézsége a cavernák korától és fekvésétől függ. Minél felületesebbek és mennél régebbiek azok, annál szívósabb pleuralis és extrapleurális kérgék rögzítik azokat a bordákhoz. Ilyenkor az *intercostalis erek és idegek* kötegei is bele vannak az extrapleurális kéregbe ágyazva és a tüdő kifejtését rendkívül megnehezítik, úgy kell őket késsel, ollóval a kéregből kiválasztani, mire azután a további lefejtés könnyen megy. Sokszor a caverna az infiltrált tömött tüdőben mint *puha besüppedő terület* jól tapintható. Ha ezt újjal megnyomjuk, sokszor *szörtyögő, sípoló* hangot lehet hallani. Erős kérgesedésre, nehéz leválasztásra, vagyis nehéz műtetre lehetünk elkészülve oly betegeknél, kiknél *elöl a mellkason retractionok látszanak*.

A cavernák rendszerint nem a csúcsban magában, hanem kissé lejjebb a „*subapex*“ hátsó medialis részeiben, a *costo-vertebralis* szöglet tájékán ülnek. Néha a kérgesedések oly erősek, hogy ujj helyett raspatoriumot kell igénybe venni. Ezzel a szerszámmal azonban rendkívül kell vigyázni, nehogy a caverna beszakadjon. Éppen ezért a leválasztás mindig újjal és óvatosan történjék. Nekem eddig mindig sikerült a caverna beszakítását elkerülnöm, pedig mint majd méltóztatnak a fényképek látni, igen nagy és vékonyfalú cavernákat operáltam.

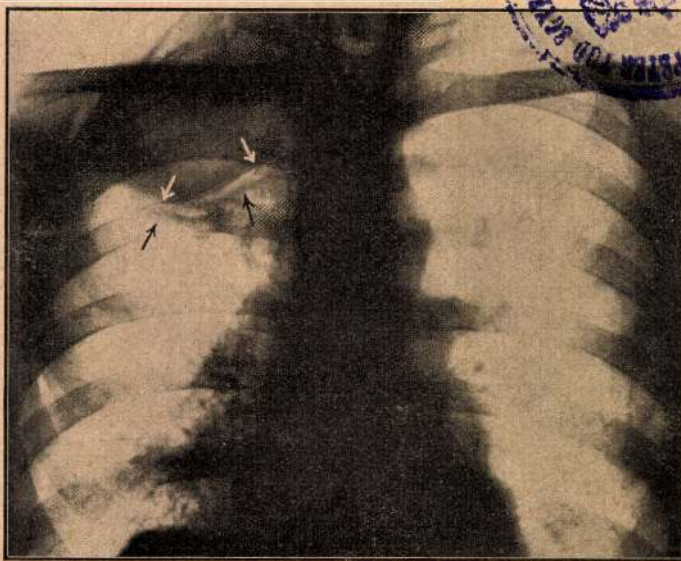
Figyelmeztetem a collegákat, kik ezen műtétet végezni óhajtják, hogy előbb ép tüdejű hullákon, azonkívül tüdővészben elhaltak hulláin gyakorlatokat végezzenek, hogy ujjunkban legyen az az érzés, ami az ép és kóros tüdők leválasztásához szükséges, továbbá, hogy tájékozva legyenek a csúcs anatómiai viszonyai, méretei, továbbá az *arteria subclavia*, *plexus brachialis* és *sympathicus* köteg helyzete felől is. A leválasztást magát látásból megtanulni nem lehet, mert az egy kis nyíláson át a tapintó-érzés controllja alatt teljesen a sötétben történik.

A csúcsot lehetőleg egész terjedelmében le kell választani, hogy a caverna felső kupolája mobilissá váljék és jól beeshessen. Ez, sajnos, nem mindig sikerül ideális mértékben. Nagyon erős pleuralis kérgesedések mellett előfordul, hogy a csúcsot nem lehet a thorax-kupolából teljesen kiválasztani és meg kell elégedni a hátsó és oldalsó részek mobilizálásával. Ilyenkor a plomba nem a caverna fölé, hanem a mögé kerül és vele hátulról előre az elülső bordákhoz szorítjuk a cavernát.

Legjobban lehet a vékonyfalú felületű cavernákat comprimálni, azokat, melyeknek környezete nincs erősen infiltrálva és éppen emiatt jól összeesnek. Tömött, infiltrált göbös környezetben fekvők természetesen nem süppednek be olyan jól. De a cavernák teljes, vékony réssé való compressiója a gyógyulás szempontjából nem is feltétlenül szükséges, sőt a teljes compressiót a magam részéről bizonyos fokig veszélyesnek is tartom. Minden caverna tulajdonképpen inficiált genyes tályog, melyet ha *capillaris* réssé szorítjuk össze, megeshetik, hogy a kivezető bronchusnyílások *szájadékat* elzárjuk és a cavernában *acut retentio* keletkezhet. Nincs kizárva a lehetősége annak, hogy az ilyen teljes réssé való compressiója a cavernáknak, *lymphaticus* úton a szomszédos plomba infectióját elősegítheti.

Ne feledjük el, hogy a plombálásnál nem a compressio nagyságán van a hangsúly, nem a plombán magán, hanem a „*pleurolysis*“, a caverna kupolájának a bordákról való leválasztásán. A plomba csak azért van benn, hogy a leválasztott caverna kupolája régi helyére

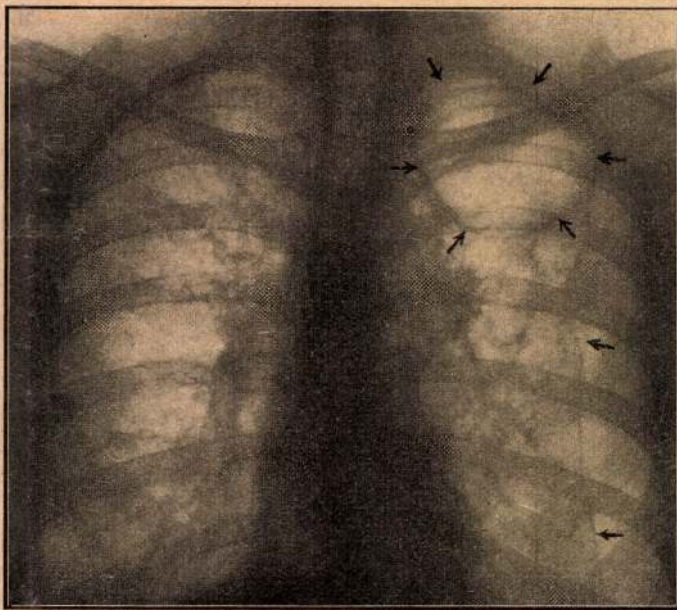
megint vissza ne feküdjön. A csúcs leválasztása megadjuk a lehetőségét annak, hogy a caverna összeeshessen és később hetek, hónapok alatt teljesen megszűnjen. Ez bekövetkezik akkor is, ha nem volt teljesen



3. ábra. T. A. hat hónappal a műtét után, a cavernából már csak egy egész keskeny rész látható. A beteg teljesen köpet- és bacillusmentes.

comprimálva, mint azt Röntgen-felvételekkel igazolni is fogom. *Jessen* egyszerű pleurolysis után „*plomba nélkül*“ is látott cavernákat gyógyulni, ami szintén azt bizonyítja, hogy a hangsúly nem a plombán, hanem a pleurolysisen van. A pneumothorax sem nyomja össze *capillaris* réssé a cavernát, mégis gyakran látunk pneumothorax alatt is cavernagyógyulást. (Lásd 1., 2., 3. számú ábrákat.)

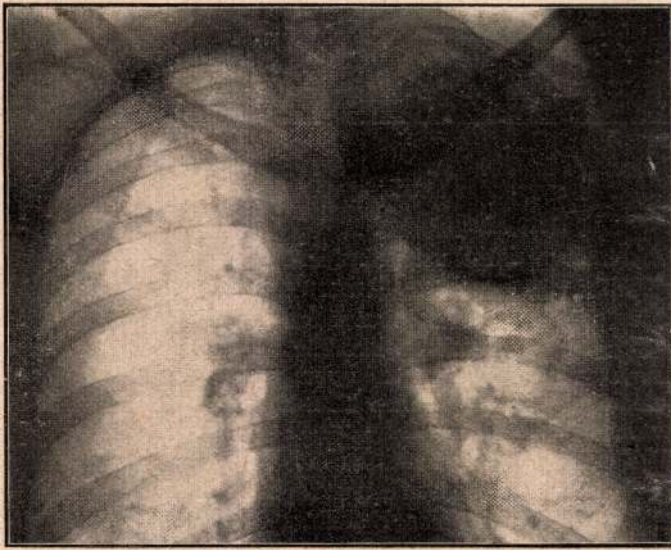
Éppen ezért nem tartom helyesnek igen nagy plombák alkalmazását és nehezen leválasztható esetekben a műtét túlságos forcírozását. Ez a pleura és a cavernák beszakadásához vezethet, amit minden körülmények között el kell kerülni. Ha a leválasztás túlságosan nehezen



4. ábra. Cs. T. Óriási csúscaverna, alatta jobbra pneumothorax, mely a cavernát nem befolyásolja. meg, úgy jobb az eröltetni és plomba helyett plasztikára áttérni. Én 200–300 g-os plombákat elegendőnek tartok és csak egy esetben tettem be 380 g-ot egy széles mellkasú egyénnél. *Sauerbruch* is ellenzi a nagy plombá-

kat, egyrészt, mert könnyebben adnak okot infectióra, másrészt mert nyomást gyakorolhatnak a mediastinumra, vena cávára, szívre stb. Ilyen okból egyszer kénytelen volt egy 800 g-os plombot sürgősen, még a műtét napján, eltávolítani.

Eppen ezért nem osztom Hauke nézetét, aki 400–1000 g-os plombákat helyez be. Hauke nemcsak izolált csüescavernánál, hanem a felső lebeny kiterjedtebb folyamatainál is helyénvalónak tartja a plombát. Ez túlzás! A plomba hatása csak helyi, vele tehát csak körülírt folyamatok befolyásolhatók. Ha nagyobb területeket akarunk befolyásolni, azt nem szabad a plomba nagyságának növelésével elérni akarni, hanem inkább plastikát kell végezni. Nagy plomba fokozza a kilökődés veszélyét és a nagy plomba számára szükséges kiterjedt leválasztás fokozza a mellésérülések lehetőségét. Hauke 32 esete közül háromszor beszakította a cavernát és „néhányszor“ (hogy hányszor, azt nem mondja meg) beszakította a pleurát, amelyen nem esodálkozom, ha 400–1000 g-os



5. ábra. Cs. T. öt hónappal a műtét után, a csüescaverna teljesen comprimálva.

plombokat akar behelyezni! Én 43 plomb- esetem közül egyszer sem szakítottam be sem a cavernát, sem a pleurát, miből következik, hogy ezen sérülések az általam kijelölt indicatiós határon belül elkerülhetők.

Minden műtét történetében találkozunk tendenciákkal, melyek az indicatiós határok kitolásával azt helytelen irányba igyekeznek terelni. Ezek kilengések, melyek igaz, hogy a fogalmakat tisztázzák, de sajnos, mindig egy csomó ember egészsége és élete árán. Így lesz ez a plombával is. Ezért józan ésszel nem szabad tőle többet várni, mint amit beváltani képes és csak a neki szóló határokon belül szabad alkalmazni. (Lásd a 4., 5. ábrát.)

A plomba kiterjedt tüdőszakaszok, egész tüdőlebenyek, pláne az egész féltüdő compressiójára nem alkalmas! — ezt nem lehet eléggé hangsúlyozni.

Maga Bär 1913-ban azzal a javaslattal ajánlotta a plombát, hogy: „die extrapleurale Plombirung ist ein „vollwertiger“ Ersatz der bisher geübten thorakoplastischen Operationen mit gleicher Indicationsbreite“, — azaz ő a plombával teljesen helyettesíteni, kiszorítani akarta a thorakoplastikát. Sauerbruch rögtön tisztában volt ezen álláspont helytelenségével és egy évre rá, 1914-ben már így replikázott Bärnek: „Die Ansicht Bär's, dass die extrapleurale Plombirung ein vollwertiger Ersatz der bisher geübten thorakoplastischen Operationen, mit gleicher Indicationsbreite sei. — können wir als richtig nicht anerkennen.“ És ez az álláspont

a helyes! *A plomba csak ott akarja kiszorítani a totalis thorakoplastikát, ahol egy „izolált csüescaverna“ miatt kár volna az ép alsó tüdőrészeket is a légből egyszer és mindenkorra kirekeszteni.*

Aki a plomba határait messze kitolja, az discreditalni fogja az eljárást, ami a maga indicatiós határain belül minden figyelmet megérdemel. Azok után, amit magam láttam, a plombának feltétlenül nagy jövőt jósolok, de csak a következő indicatiós határok között és igen jó sebészi technika mellett:

Absolut indicatiók:

1. Pneumothorax által nem befolyásolható „izolált“ csüescavernánál, ha az alattuk lévő tüdőmezők épek.

2. Előrement thorakoplastikák után visszamaradt és teljesen összeesni nem tudó cavernánál, ha a betegek nem köpet- és bacillusmentesek.

3. Pneumothorax által nem befolyásolható kétoldali izolált, stationaer csüescavernánál, ha a többi tüdőmezők épek.

Relativ indicatiók:

1. Egyoldali plastika után, vagy egyoldali fennálló pneumothorax mellett, ha a másik csüescaverna keletkezett és pneumothorax nem alkalmazható, egy „kisméretű“ plomba, mint egyetlen mentség megkísérelhető.

2. Egyoldali csüescavernánál, ha az alsó mezők könnyebb fokban szintén betegek, úgy felül plomba, alul phrenicotomia megkísérelhetők.

3. Egyoldali csüescavernánál, ha az alsó mezők erősebben betegek, felül plomba, alul partialis plastika, mint enyhébb eljárás megkísérelhető, különösen leromlott egyéneknél, vagy olyanoknál, kiknél a másik oldal sem idealisan ép. Ezeknél ajánlatos lesz előbb egy phrenicotomiát, azután egy alsó plastikát végezni és végül felül a plombot behelyezni, hogy így gradatim előhaladva a műtét súlyossága elosztassék.

Fennálló pneumothorax mellett plomba nem alkalmazható! Plomba és pneumothorax nem férnek meg egymás mellett, mert a plombának a pneumothoraxszal érintkeznie nem szabad. Ez esetben ugyanis a plomba a leválasztott fali pleuralemezen, a léghólyag fölött fekszik, azt usurálhatja és beleeshetne a pneumothoraxba. Ezért ilyen esetben, ha az alsó szakaszok épek, a plomba alkalmazása előtt a pneumothoraxot le kell szüntetni.

A hilstájak és az alsó tüdőlebenyek cavernáinak compressiójára a plomba nem alkalmas. Ilyen elhelyezkedésű cavernák túlnagy plombát igényelnek, melyeknek alkalmazása fent részletezett okokból nem tanácsos. Ezeknél plastikát kell végezni.

Említik, hogy a plombák évek múlva is betörhetnek a cavernába és ezt a cavernafalnak a plomba által való usurálódásával magyarázzák. Ez a magyarázat nem plausibilis, mert a plomba körül, különösen ott, ahol a két pleuralemez fekszik, egy 2–3 mm vastag kéréses gyűrű szokott keletkezni. Én azt hiszem, hogy a késői áttörések inkább úgy keletkeznek, hogy a caverna valamely pontján a tuberculosos nem gyógyul ki teljesen, hanem tovább terjedve eléri a plombát, az inficiálódik és közlekedésbe lép a cavernával. Ilyen eshetőségek természetesen fennállanak. Ez esetben a plombot el kell távolítani és plastikát kell végezni.

Ezekben voltam bátor a tisztelt nagygyűlésnek a plombáról beszámolni. Az eddig elért eredményekről Gergely, Roth és Ország tagtárs urak, kiknek betegeit operáltam, fognak beszámolni. Az észlelési idő még rövid, mert a legrégebbi plombánk csak hathónapos, úgyhogy egyelőre csak impressiókról beszélhetünk, melyek feltétlenül kedvezőek.

A budakeszi Erzsébet királyné-Sanatorium közleménye.

A tüdőgümőkór gyógykezelése plombával.*

Írta: Országk Oszkár dr. igazgató-főorvos.

A rendelkezésemre álló irodalmat kiegészítve az elhangzott előadásokkal a tüdőplomba értékelésére vonatkozólag a következő statistikát állíthatom fel. Összesen 33 közlemény közül 18 önállóan is értékes gyógyeljárásnak minősíti. Más műtéttel (pneumothorax, phrenicus-exairesis, thorakoplastika) kapcsolatban 10 szerző szerint bizonyult hasznosnak, kedvezőtlen véleményt róla pedig összesen öten nyilvánítanak.

A tüdőplomba technikai kivitelének kérdésével nem foglalkozom, minthogy azt *Winternitz* már előttem ismertette.

Az immár 16 éve használatos gyógyeljárástól szövdményei, a plomba kigenyedése, kilökődése s a kezelt caverna esetleges átfúródása miatt féltünk, mióta azonban *Sauerbruch*nak sikerült a műtéti technikát fejleszteni és nálunk Budapesten is nagy ügyességgel végzik a műtétet, fel tudtuk állítani a műtét indicióját és így alkalmunk volt értékét illetőleg tapasztalatokat szerezni.

Eddig összesen 14 esetet láttunk, részben az Erzsébet Királyné Sanatorium fekvő-, részben elbocsátott betegek között.

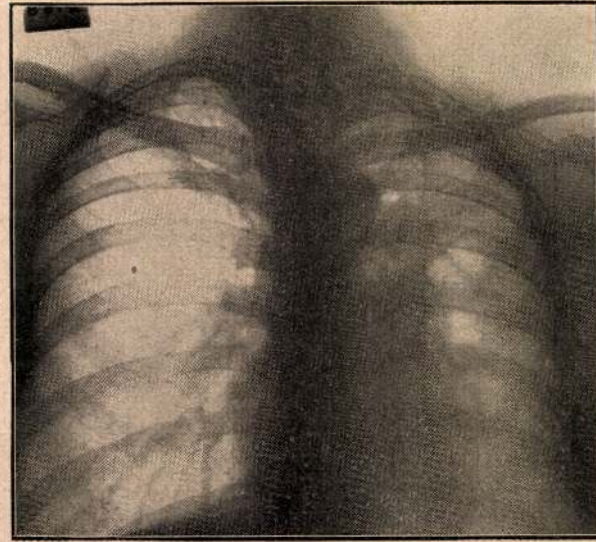
Ezek közül egy a műtét óta nem jelentkezett, háromnál a műtét csak rövid idővel ezelőtt történt, úgy, hogy ezeknél az eredményeket még nem értékelhetjük. Összesen 10 oly esetünk van, ameyek 2–8½ hónapig terjedő idő előtt operáltattak meg.

Első esetünket 1928 október hó 9-én Berlinben operálta meg *Sauerbruch* tanár, később *Winternitz* végezte el a műtétet.

I. eset. A 42 éves nő betegsége 24 esztendővel ezelőtt vércöppéssel kezdődött, amelyet *Gleichenberg*ben gyógyítottak. Később 15 évig tünetmentes volt. 10 esztendővel ezelőtt állítólag spanyol influenza után lázas maradt és több ízben volt tüdővérzése. Tüdőbaját ekkor 2 évig a Tátrában és 2 évig Olaszországban gyógykezelték. 6 év óta 1928 február 2-ig tünetmentes volt. Ekkor hatalmas tüdővérzése támadt. Forlanini-műtétet végeztem nála, majd az Erzsébet Királyné Sanatoriumba vettem fel. A felvétel alkalmával baloldalt a kulcs alatt, a hilus közelében kiterjedten heges elváltozások voltak kimutathatók, melyek között cavernára gyanús terület látható; a légmell csak részleges volt, miért is 3 hónapi kezelés után a töltést abba kellett hagynunk. (1. ábra.) A beteg köpetében állandóan Koch-féle bacillusok voltak kimutathatók. Tekintettel erre, valamint azan körülményre, hogy a beteg anamnesisében több ízben szerepelt súlyos tüdővérzés, a kitűnő állapotban levő beteg kúróját nem tekinthettük befejezettnek, hanem azt tanácsoltuk neki, hogy *Sauerbruch* berlini tanárral operáltassa meg magát. A beteg előadása szerint a műtét alkalmával 950 cm³ paraffint helyeztek el bal mellkasában. A köpetmennyiség, amely a műtét előtt 20 cm³ volt, a műtét után 50 cm³-re emelkedett, majd fokozatosan csökkent, úgy, hogy jelenleg 8–10 cm³. A műtét előtt állandóan pozitív köpet 9 héttel a műtét után negatívvá vált. A műtét előtt a hőmérsék 37,3 C° volt, azóta teljesen láztalan. A műtét óta 5 kg-ot fogyott, majd ismét gyarapodott 2 kg-mal. A beteget utánvizsgálva, baloldalt a kulcs és a tövis felett, valamint a kulcs alatt a szívig, hátul az interscapularis tér alsó harmadáig tompult, illetőleg rövidült kopogtatósi hang mutatható ki, hasonlóképen rövidülés mutatható ki a jobb kulcs, illetőleg tövis felett, valamint a kulcs alatt. A légzés kissé érdes, baloldalt gyengült. A Röntgen-átvilágítás és photographia hatalmas kerek plombot mutat a bal tüdő felső lebenye felett. (2. ábra.)

II. eset. A 33 éves férfitbeteg 6 esztendővel ezelőtt betegedett meg. Kötőszövetes beszűrődése és cavernája van a jobb tüdő felső lebenyében. Ez ellen először

Forlanini-műtétet, majd phrenicus-exairesist végeztünk, melynek eredménytelensége miatt december 22-én *Winternitz* tüdőplombaműtéttel operálta meg. A műtét után a plomba minden irányból történt átvilágításnál teljes mértékben fedi a kóros területet, a caverna nem látható.



1. ábra.

5 hónapi megfigyelés után a 37,3 C° hőmérséklet megszűnt, köpete negatívvá vált, az 1/1. dettweiler-mennyiség 10 cm³-re csökkent, ami a 3. ábrán látható.

III. eset. 42 éves férfitbeteg, 1928 augusztus 30-án vétetett fel. Kórelőzménye szerint 24 év előtt betegedett meg, 1½ évi kezelés után teljesen panaszmentes, egészen az 1917. évig, akkor heves vérzése és nagy láza volt. 1928. év márciusában láza emelkedett, sokat köhögött és köpött. A felvételkor a jobb felső lebenyben a kulcs magasságában jókora caverna volt kimutatható, a rekesz lenövést mutatott. Eredménytelen pneumothorax-kezelés után phrenicus-exairesist végeztettünk nála, amely azonban szintén nem bizonyult eredményesnek, utána csak némi tüneti javulás mutatkozott. 1929 január hó 10-én tüdőplombaműtétet végeztettünk nála, melynek megtörténte után a Röntgen-vizsgálat azt mutatta, hogy a caverna alsó széle nem került compressio alá, mindazonáltal a beteg állapotában javulás állott be. Köpete negatívvá vált, hőemelkedései megszűntek és köpetmennyisége lé-

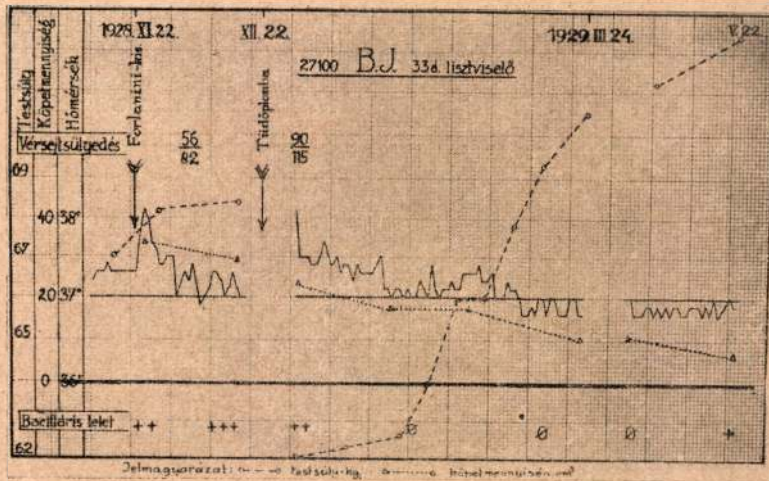


2. ábra.

nyegesen csökkent. A vérszűrés eredetileg 40–50-ről 70–95-re, majd 44–60-ra változott a láztalanodás bekövetkezése után, 5 hónappal a műtét után azonban 20–50-re csökkent.

IV. eset. A 26 éves nőbeteg 1928 október hó 2-án vétetett fel. Akkor előadta, hogy 2 év óta beteg, hőemel-

* A Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesülete XI. nagygyűlésén tartott bemutatás.

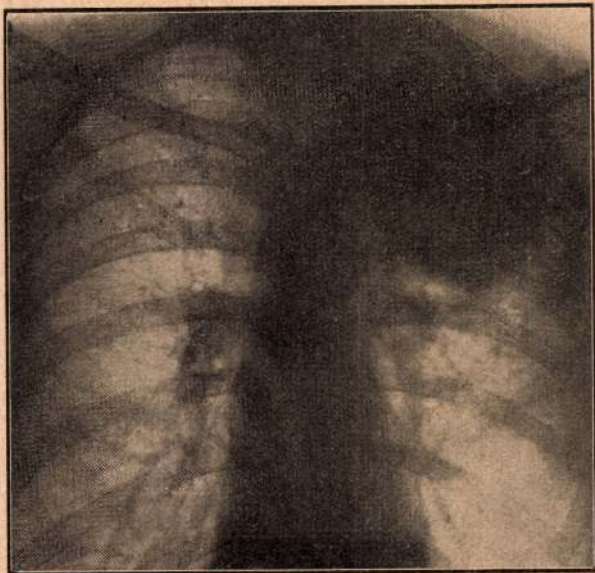


3. ábra.

kedései vannak, sokat köhög, köp és sok vért is ürít köhögés közben. A vizsgálat baloldalt, részben a kulescsont magasságában, részben alatta nagy cavernát mutatott. Némí disseminatio volt a bal és kevésbé a jobb tüdőben kimutatható. A november 30-án végzett phrenicus-exaíresis eredménytelennek bizonyult, miért is január 14-én plombamütét végeztetett a Szent István-kórházban. A műtét után a dorsoventralis átvilágítás, illetőleg photographia is mutatja, hogy a plomb a caverna túlnyomó részét szabadon hagyja. A beteg állapotában csak annyiban mutatható ki változás, hogy köpetének mennyisége némileg csökkent.

V. eset. A 27 éves férfi betegsége 8 év előtt kezdődött tüdővérzéssel, akkor a bal tüdő felső lebenyében caverna volt megállapítható. (4. ábra.) Intézetünkbeli való távozása után klimatikus gyógyhelyeken tartózkodott, 3 év óta azonban gyakrabban ismétlődött vércöpe, miért is 1928 nyáruatóján a gyulai sanatoriumba vétette fel magát, ahol mesterséges pneumothoraxot létesítettek. 1929 január 10-én orvosa ajánlatára plombot létesítettek nála a Szent István-kórházban. A beteg állapotában annyiban mutatkozik javulás, hogy hőmérséke és köpetének mennyisége valamivel csökkent, azonban abban Koch-bacillusok még nagy számban mutathatók ki. Testsúlya gyarapodott. A beteg átvilágításánál a kerek plomba előtt a cavum széle kivehető. Frontalis átvilágításnál azonban jól látható, hogy a több rekeszből álló caverna nagy része nincsen összenyomva. (5. ábra.)

VI. eset. 26 éves férfi, 10 év óta beteg, 3 év előtt állott a sanatorium kezelése alatt, akkor gyengeségről



4. ábra.

panaszkodott. A vizsgálat jobboldalt a kules alatti területen diónyi cavernát, baloldalt több heges göbését mutatott. A sanatoriumi hygiénés-diaetás kezelés folyamán a beteg teljesen tünet- és panaszmentes lett. 1928 decem-

ber hó 15-én visszatérve elmondotta, hogy ez év márciusában

typhus- és vesemegbetegedése után panaszai kiújultak és a törökbálinti sanatoriumban feküdt. Tekintve hőemelkedését és gyengülését, később sanatoriumunkba vettette fel magát, ahol a jobb tüdő felső lebenyében a csúcs alatt nagy caverna volt megállapítható. (6. ábra.) Ekkor január 12-én mesterséges pneumothorax végeztetett nála, amely azonban eredménytelennek bizonyult, a caverna kissé zsugorodott. (7. ábra.) Április 2-án tüdőplombmütét végeztetett nála a Grünwald-sanatoriumban. A Röntgenvizsgálat a plombot a jobb tüdő felső lebenyében a caverna felett mutatja (8. ábra), azonban a ferde síkban való átvilágításnál látható, hogy a plomb a caverna jó részét oldal felé szabadon hagyja. (9. ábra.) Utóbb a caverna zsugorodása megfigyelhető. A beteg hőmérséklete 4 hónapi megfigyelés alatt némileg emelkedett, utóbb csökkent, köpetmennyisége szintén csökkent, bacillaris lelete alig változott, a vérsejtszűnyedés az eredeti 5-14-ről 17-37-re emelkedett.

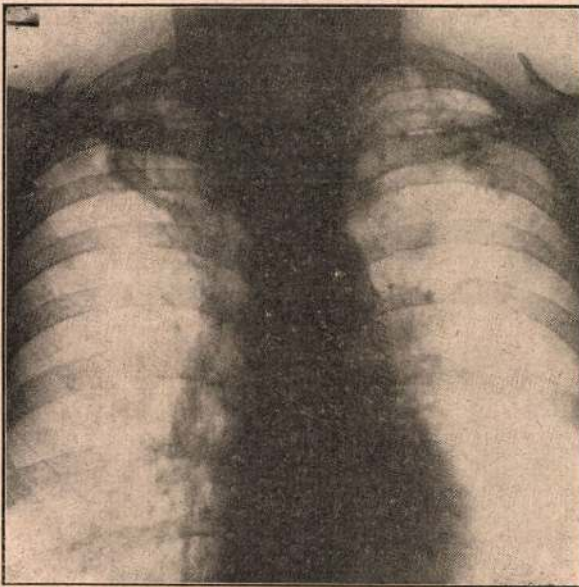
VII. eset: A, 35 éves nő 1 év óta beteg, 1929 február hó 8-án vétetett fel, amikor előadta, hogy betegsége a múlt esztendőben kezdődött. A vizsgálat a jobb tüdőcsúcsban cavernát, alatta pedig szétszórt göbéséket mutatott. Bár köpete negatív volt, a caverna összeesésének elősegítése céljából mesterséges pneumothorax kíséreltetett meg, amely azonban az összenövések miatt nem sikerült. Április 5-én jobboldalt tüdőplombmütét végeztetett nála a Szent István-kórházban. A műtét után az átvilágítás mutatta, hogy a plomb a cavernát kifogástalanul összenyomja, a beteg hőemelkedései megszűntek, köpete negatív lett, mennyisége talán kevéssel emelkedett, a vérsejtszűnyedés 21-40, 86-99 majd 57-81-re változott.

VIII. eset: 23 éves nő 5 év óta beteg, akinél a bal tüdő felső lebenyében nodosus-fibrosus elváltozások között caverna volt kimutatható, a rekesz nem tért ki, jobboldalt pedig tenyérnyi mellhártya-megvastagodás volt látható. A március hó 6-ji pneumothorax-kísérlet eredménytelen volt, április 6-án plomba-mütét történt. A műtét után az átvilágítás azt mutatta, hogy a plomba árnyéka fedi a caverna árnyékát, de utóbbi azon keresztül is látható, a caverna tehát összenyomva nincsen. (10. ábra.) Ferde síkban történt átvilágításnál látható, hogy a cavernának több mint a fele összenyomva nincsen. (11. ábra.) 3½ hó után a beteg köpetének mennyisége emelkedett 10 cm³-ről 80-90 cm³-re, a műtét előtt negatív köpet pozitívá vált, a vérsejtszűnyedés 20-38, 56-93 és 28-60-ra változott.

IX. eset: 40 éves férfibeteg 13 év előtt állott a sanatoriumban már régebben kezdődött és a jobb felső lebenyben kimutatható fibrosus-cavernosus folyamata miatt gyógykezelés alatt. Az intézetből való távozásakor panaszmentessé vált. 1929 januárjában influenzán esett át, mely után hőemelkedései maradtak, többet köhögött és köpött. Ezért ismét a sanatoriumba vétette fel magát, ahol április 11-én a tüdőplombmütét indikációját állítottuk fel. A műtét után dorsoventralis átvilágításnál is látható volt, hogy a cavernának alsó része nincsen össze-



5. ábra.



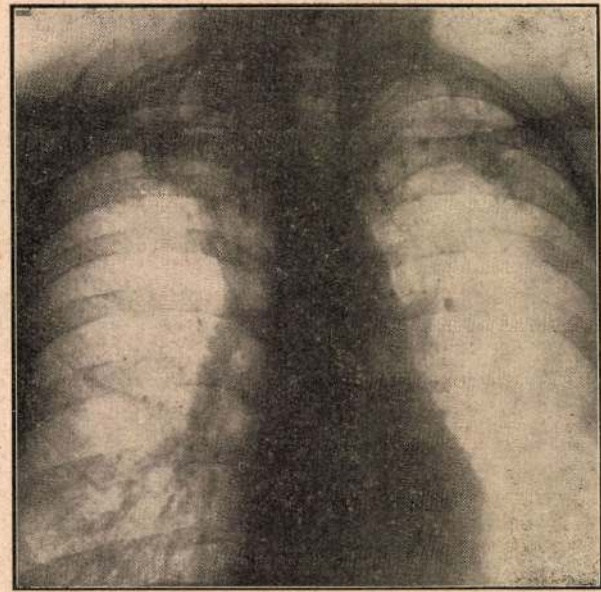
6. ábra.

nyomva, mindazonáltal $3\frac{1}{2}$ hó után a zsugorodás jelenségei megállapíthatók. A köpetmennyiség 14 hét alatt 100 cm^3 -ról 40 cm^3 -re csökkent. Az afebrilis beteg bacillaris lelete nem változott, a véresejtsülyedés 83 – 102 -ről 53 – 85 -re, majd 37 – 60 -ra csökkent.

X. eset: 27 éves férfibeteg, 1923-ban vétetett fel először a szanatoriumba, ahonnan egészen tünetmentesen távozott. Ezután 1923 áprilisában, 1924. szeptemberétől 1925 júliusáig (eredménytelen pneumothorax és phrenicus-exairesis), majd 1926 szeptemberétől 1927 július haváig és 1928 február 11-től augusztus 27-ig volt ápolás alatt. A beteg a közbeeső idoban mindig munkaképes volt és panaszai nem voltak. Utolsó távozása óta hőemelkedései voltak és köhögött, miért is 1929 április 1-én a szanatoriumba vétette fel magát, ahol a jobb tüdő lebenyében egy hatalmas caverna és alatta cirrhotikus elváltozások voltak kimutathatók, a szív teljes egészében a jobb mellkasba volt áthúzva. Hőmérséke 37.3 – 37.5 C° volt. Köpetének mennyisége 80 – 100 cm^3 , bacillaris lelete $+++$. Az április 24-en végzett tüdőplomb-műtét után látható volt, hogy az óriási cavernának csak egy része felett mutatható ki a plomba és alatta a caverna-bennének niveauja is megfigyelhető. A beteg állapotában három hó után semmi változás nem volt észlelhető, a véresejtsülyedés 61 – 84 , 71 – 103 , majd 46 – 68 -ra változott.

Az ismertetett esetekben elért eredmények megítélésénél két jelenséget tartok döntőnek, az egyik, hogy a beteg láztalan lesz, a másik, hogy a köpet negatívvá válik. Egy a közelmúltban megjelent közleményben, „A tüdőtuberculosis sebészeti gyógyításáról“ (Tuberculosis 1. sz.), hangsúlyoztam, hogy a testsúlygyarapodásnak és a köpetmennyiség fogyásának nem tulajdonítok nagy jelentőséget. A tüdőgümőkór műteti eredményeinek megítélésénél statisztikai táblázatban mutattam ki, hogy e két jelenség olyan betegnél is megállapítható, akinél gyógyulásról nem szabad szólnunk. A köpetnek tartósan negatívvá válása és a láztalanodás azonban rendszerint együtt jár a kóros folyamat lényeges javulásával, vagy gyógyulásával. Az előzően említett jelenségek csak a tüneti javulásra lehetnek jellemzőek. Hangsúlyoztam azonkívül azt is, hogy értékes gyógyeljárás alkalmazásakor az esetek nagy részében már 3 hónapon belül láthatjuk a kedvező fordulatot és az a gyógymód, amely e jelzett időn belül nem mutat semmi eredményt, rendszerint később is csak kivételesen vezet a beteg gyógyulásához.

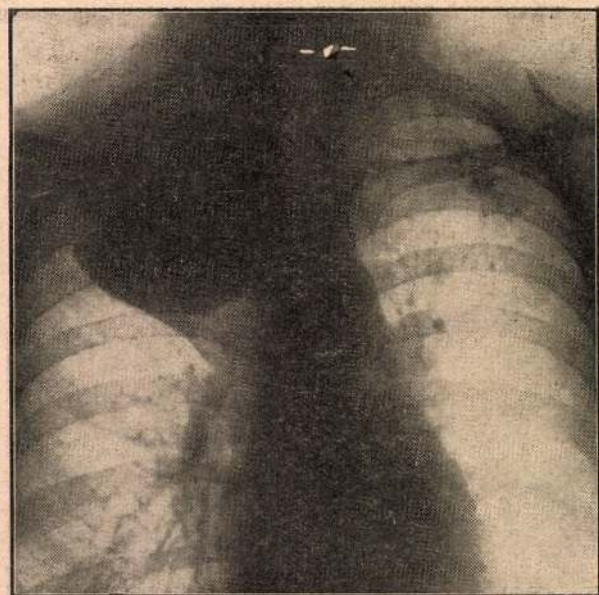
A bemutatott esetek közül a javultak eredménye 7–9 hét után megállapítható volt. Ilyen volt négy eset, ezek közül háromnak láza és köpetének Koch-bacillus-



7. ábra.

tartalma megszűnt. Egy eset a műtét előtt is negatív volt. E négy eset közül háromnál a plomba tökéletesen összenyomta a kezelésre került cavernát, egynél pedig szinte teljes mértékben. E négy eset 3– $8\frac{1}{2}$ hónapi időt állt észlelés alatt. Három eset, amely 3–4 hónapja áll észlelésünk alatt, javulást, egy amely négy hónapja van megfigyelés alatt, semmi javulást és kettő $3\frac{1}{2}$ –4 hónapi megfigyelés után rosszabbodást mutatott. Az utóbb említett hat esetben a plomba nem nyomta össze a cavernát.

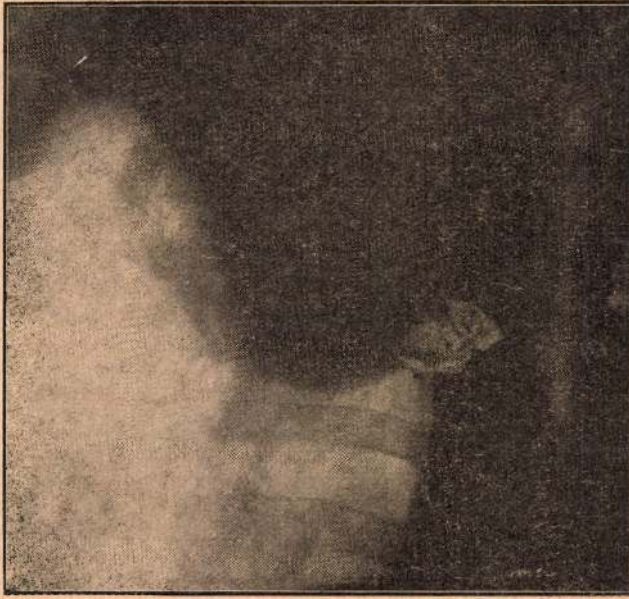
Mint ez esetekből látható, a műtét indicióját eléggé elhatárolt, különböző nagyságú cavernák képeztek. Természetesen közelfekvő, hogy nagy caverna összenyomása nagyobb nehézségbe ütközik és nagyobb mennyiségű paraffinplomba alkalmazását teszi kívánatossá. Mindazonáltal nagyobb caverna esetében is láttunk kedvező eredményt. A tapasztalat valószínűleg azt fogja mutatni, hogy ezen esetekben nagyobb mennyiségű pa-



8. ábra.

raffin alkalmazása lesz szükséges. A külföldön szokásos 700 – 900 cm^3 -nek megvan azonban az a veszedelme, hogy könnyebben lökődik ki, s így az eredmény kétségesse válhatik.

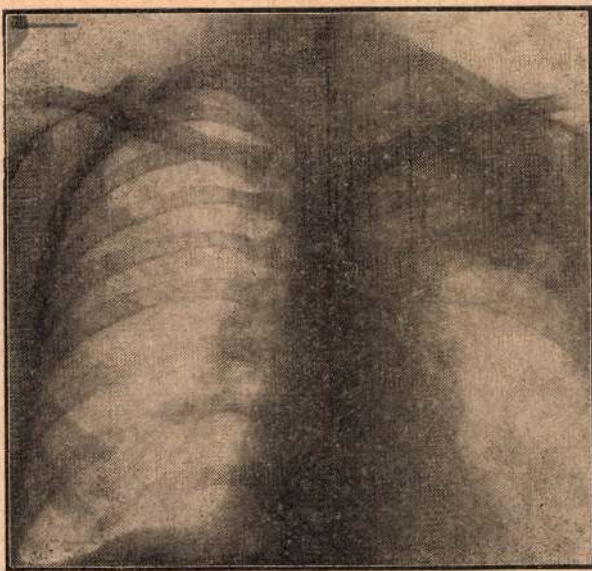
Érdekes a véresejtsüllyedés viselkedése: a műtét elvégzése után a *Westergreen* erősen felszökken és csak nagyon lassan tér vissza a normalisra. Még oly esetben



9. ábra.

is, ahol a láztalanodás beáll és a köpet negatívvá válik, sokáig észlelhetők a magasabb értékek. Tekintve azt, hogy a beavatkozás nem nagy, ezt vagy azzal magyarázhatjuk, hogy a plombából szívódnak fel bizonyos anyagok, amelyek a vér colloidlabilitására befolyással vannak, vagy pedig a nyomás alatt levő cavernából szívódnak fel bizonyos a köpés által ki nem ürített köpetalkatrészek.

Az a körülmény, hogy a legjobb eredményt azokban az esetekben láttuk, amelyekben nemcsak a *pleurolysis*, hanem a *caverna összenyomása* is tökéletesen történt, amellel szól, hogy a műtétnél utóbbira is súly helyezzessék. Tekintve azt, hogy a sagittalis irányú átvilágítás, illetve photographia nem teszi egymagában lehetővé a caverna helyének pontos megállapítását, sőt még



10. ábra.

a műtét után is csalóka lehet a kép akkor, amidőn a plomb a cavernát elfödni látszik, a *caverna helyét frontalis és ferdeirányú átvilágítással is meg kell a műtét előtt állapotunk, éppúgy mint a lövegek helyének kere-*

sésénél. Sőt a műtét után sem elégedhetünk meg az egyszerű dorsoventralis átvilágítással az eset megítélése céljából, hanem a leírt módon kell kizárnunk azt, vajjon nem esik-e a caverna és a plomb vetülete tisztán véletlenségből egymás fölé. Egyébként a klinikai kép elárulja azt, hogy a caverna nincsen összenyomva, mert ez esetben a láz nem csökken és a köpet pozitív marad. A tapasztalat ugyan azt mutatja, hogy az össze nem nyomás esetében is zsugorodhatik a caverna és csökken a köpet mennyisége, de tudjuk, hogy ez spontan is bekövetkezhetik, amint a bemutatott eseteink közül kettőben a műtét előtt is láttunk zsugorodást (lásd 6. és 7. ábrákat) és amint a *Barát* és *Jezsovics* által bemutatott caverna esetekben is észlelhetjük ezt.

Bár elismerjük, hogy a pneumolysis, mint műtét a zsugorodást elősegíti, mégis lehetőleg arra kell törekednünk, hogy compressio legyen, mert a *lassan zsugorodó caverna mindazon veszélyeket rejt magában, mint a nem zsugorodó és reá is vonatkoztatható az a német mondás, hogy a caverna olyan a szervezetben, mint egy lőporos hordó, amely bármikor felrobbanhat. Másrészt a leválasztott*



11. ábra.

pleura visszatapadása és a caverna tágulása könnyebben következhetik be a plomba elégtelensége esetében.

Valószínűnek tartom, hogy hosszabb idei megfigyelés után arra a következtetésre fogunk jutni, hogy elégtelen compressio esetén a *műtét megismétlendő* lesz a mellső oldalon, azért itt, mert jelenleg a műtétet rendszerint a mellkas hátsó falán végzik el.

További megfigyelések fogják eldönteni azt a kérdést, vajjon a plombot csakis a caverna gyógyítására, vagy elég körülírtnak mondható beszűrődéses folyamat gyógyítására is eredménnyel használhatjuk-e.

Mindenesetre nagyon örvendetes, hogy az ismertett esetekben semmiféle complicatio nem volt észlelhető és így az operáló sebész ügyessége bizalmat kelthetett a nálunk új műtét iránt és megadta azt a lehetőséget, hogy segítsünk betegeinken, anélkül, hogy a műtéttel veszélyeztetnők életüket. Ebben a körülményben látom én a plombműtétnek nagy jelentőségét és mondok a tüdőtuberculosis gyógyításával foglalkozó orvosok nevében őszinte köszönetet azért, hogy *lehetővé tették egyes makacs és kétségbeesettnek látszó esetek gyógyítását.*

Tüdőplombbal kezelt esetek indiciói és eredményei.

Irta: Róth Miklós dr. igazgató-főorvos.

Schlange 1907-ben egy esetet közöl, ahol egy cavernából származó súlyos vérzést úgy sikerült megszüntetni, hogy három borda resectiója után a cavernát extrapleurális jodoform-gáze-val comprimálta. Ezen sikeres műtét hatására ajánlotta Tuffier,² mint első, az odanőtt tüdőcsúcsok, illetve kérges pleuralemezeknek a mellkas belső felületéről mechanikus leválasztását, a pneumolysist. Tuffier a leválasztás után keletkezett üreget a hasfalból, vagy a combból vett zsírszövettel, izomszövettel, majd Beck-féle pastával, vagy paraffinnal töltötte ki. 1913-ban Tuffier 15 ilymódon operált betegről számolt be. Ezek közül 1 meghalt, 4-nél a töltőanyag kilöködött, de 10 jelentékenyen megjavult. Methodusával mások, így Wilms³ is megpróbálkozott, aki plombáló anyagnak a bordaresectióval nyert csontdarabkák alkalmazását ajánlotta.

Tuffier gondolatát Baer⁴ fejlesztette tovább. Ő a pneumolysissnél nyert extrapleurális üreget paraffinnal töltötte ki, egy olyan anyaggal, mely nem szívódik fel, mint az organikus plomb, amellert megmerevedése után is elastikus marad, s nagyságát nem változtatja. Baer 1913-ban 8 így operált betegről referál. A következő évben Sauerbruch⁵ 15 ilyen esetet ismertet. Az eredmények nem túlságosan biztatók. 1914-ben Brauer⁶ a hamburgi tuberculosis továbbképző cursuson saját tapasztalataira támaszkodva nem ajánlja a paraffin-plomba alkalmazását. „Eine nicht unbeträchtliche Anzahl dieser Plomben kam nach einiger Zeit wieder zur Abstossung, ein Vorgang, der nicht besonders wundernehmen kann, da doch zunächst eine eventuell beträchtlich sezernierende Wundhöhle geschaffen werden muss, da in den gelösten Schwarten zweifellos häufig noch Keime enthalten sind, ganz abgesehen davon, dass endlich die zunächst nach aussen weit offen Wundhöhle, die später die grosse Paraffinmasse aufnehmen soll, bei den Manipulationen sehr leicht infiziert werden kann. Wenn ich mich auch durch Augenschein und Bericht davon überzeugen konnte, dass in einzelnen Fällen eine Einheilung des grossen Fremdkörpers eintritt, so kann ich doch diesem Verfahren nicht das Wort reden, solange nicht Weite bessere Erfolge vorliegen. Jedenfalls habe ich mich bislang nicht zu dieser Art des Vorgehens entschliessen können.“

Ez is maradt a felfogás az utóbbi időkig. Nálunk Winternitz⁷ 4 évvel ezelőtt tartott referátumában csak megemlíti a plombát, eredményeit kétségesnek véli, azonban ő is tapasztalatok gyűjtése mellett van. Míután a Sauerbruch-iskola folytatta ezirányú működését, Winternitz nálunk is megpróbálta a methodust, a Sauerbruchék ajánlotta methodikával, paraffin plombaanyaggal, s az első kedvezőnek látszó eredmény folytán mi is elhatároztuk annak megkísérlését.

A plombálás alapja az extrapleurális pneumo, illetve apicolysis. Ennek feltétele, hogy két pleuralemez össze legyen egymással növe. Jól megválasztott esetekben a műtétnél, amelynek első részét hátul a paravertebrális és hátsó hónaljvonal között a III.-ik bordának resectiója

képezi, egy kérges, heges szövetet találni, amelyben mindkét pleura lemeze bennfoglaltatik, úgyhogy azokat egymástól elválasztani nem lehet. Az apicolysis ezen kérges szövetet az alatta levő tüdővel a bordák belső oldaláról a tapintóújj segítségével olyan mélyen választja le, amilyen mélyen akarjuk a tüdőt comprimálni. Míg azonban thorakoplastikánál a compressio nagysága a tüdő elasticitásán és zsugorodási viszonyain múlik, addig a pneumolysissnél egy idegentest (plomb) segítségével tetszésszerinti nyomást gyakorolhatunk a tüdőre.

Maga a plombálás kis műtét, megelőszik egy bordának a resectiójával és ami igen fontos eltérőleg a thorakoplastikától a légzésnek a mechanismusát nem befolyásolja.

Hátránya az, hogy nagy területre nem alkalmazható, mert minél nagyobb mennyiségű a beviendő plomba-massa, annál inkább szerepel az, mint idegentest és inkább jöhet számításba annak kilöködése.

Mint indiciók a Brunner összefoglalásában említettek voltak azok, amelyekhez kezdeti eseteiben alkalmazkodtunk.

Ezen indiciók a következők:

1. A felső lebenyre localizálódó productiv cirrhotikus tuberculosisnál, amelyekben kis cavernák vannak, amelyeknek összenyomatása az összenövések következtében pneumothorax-szal nem vihető keresztül. Kétoldalúság ezen indiciónak nem akadály.

2. Cirrhotikus, egyébként jóindulatú folyamatoknál a csúcsban levő nagyobb rigid vagy fixált cavernával.

3. Thorakoplastika kiegészítésénél olyan esetekben, amikor a thorakoplastika nem alkalmas arra, hogy a zsugorodó folyamat egyes cavernákat comprimálni tudjon. Ez azonban csak akkor jöhet szóba, ha a thorakoplastika után marad annyi rigid mellkasfal, amire a plomba támaszkodhatik.

4. Vérzéseknél, amelyek kiindulási pontja a csúcsnak cavernája.

Mi is ezen indiciók szigorú szemelőttartásával választottuk meg eseteinket, amelyeket Winternitz professor operált meg. A műtétnek technikai része sebészeti kérdés, éppen ezért ezzel foglalkozni nem akarunk, hanem rátérünk eseteinknek ismertetésére, ezek közül csak a paradygmákat részletezve:

1. A. G. 14 éves tanuló, betegsége felvétele előtt 6 hétel lázzal, köhögéssel, kevés köpéssel és gyors lefolyással kezdődött. A jól fejlett, anaemiás betegnél jobboldalt, elől intenzíven tompult a kopogtatási hang a III. bordáig, hátul a scapula közepéig. Hallgatózási lelet: elől a kulcs felett hörgi légzés és ropogás, a kulcs alatt hörgi jellegű légzés, számos csengő jellegű nedves zöreje, a II. bordaközben a légzés érdeesebb és néhány ropogás hallható. Hátul a spina felett és magasságában hörgi jellegű, lejjebb érdes a légzés, számos ropogással és részben nedves zörejjel. Jobb rekesz mozgása korlátozott. Bal csúcsban kistokú rövidülés és érdes légzés hallható. Láztalan, kevés köpetében Koch-bacillusok találhatók. Vérséjsúlyyvedése 24 perc Linzenmayer szerint.

Az 1928 november 6 án létesített pneumothoraxnál az insufflált levegő részben oldalt, részben pedig a csúcsban helyezkedett el, a teljes collapsusnak azonban a III. borda magasságában levő adhaesiók akadályát képezték. Két hónapon át fenntartott pneumothorax-kezelés folytán 6 kg-ot gyarapodott, egyébként azonban nem változott. Tekintettel arra, hogy a pneumothorax által a beteg jobb felső lebeny nem comprimálható kielégítően, a plombaműtétet látjuk javultnak és a december 31-én utolsó ízben utántöltött levegő nagy részét eltávolítottuk, azonban kis residualis pneumothorax a csúcsban még mindig látható.

Plombaműtét január 19-én. A parietalis pleura könnyen leválasztható, 200 cm³ paraffin. A műtét után néhány napig lázas, majd deferveskál. Köhögése napról napra csökken, köpetürítés megszűnt. Testsúlya foko-

¹ D. Gesellsch. f. Chir., 1907, 36.

² Archiv med. chir. de l'appar. resp., B. 1.

³ M. M. W., 1914.

⁴ M. M. W., 1913.

⁵ Beiträge zur. Klin. Chir., Bd. 90.

⁶ Tuberkulose Fortbildung, 1914.

⁷ Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesülete munkálata, 1923.

zatosan gyarapodik s ezen gyarapodás a műtét óta május havában 6 kg-ot tesz ki. Ugy objective, mint subjective kitünően van. Vérsejtsüllyedése 2 óra 20 percere emelkedett.

A Röntgen- és physikalís vizsgálat a műtét teljes eredményességét igazolja.

2. K. I. 23 éves, betegsége 2 év előtt haemoptoival kezdődött, azóta állandóan subfebrilis, köhög és köp. Haemoptoéja többízben megismétlődött. A közepesen felett betegnél a jobb mellkasfél felett tompult a kopogtatási hang elől a III. bordáig, hátul a scapula alsó harmadáig. A tompulat felett érdes légzés, számos ropogás, a kules alatt és a spina magasságában apró hólyagú nedves zörejekkel. Bal csúcs felett kiskokú rövidülés és érdes légzés, a lingua táján igen kifejezett érdes légzés hallható.

Hőmérsék max. 37.4 C°. Napi köpetmennyiség 15 cm³. Koch-bacillusokat és rugalmas rostokat bőven tartalmaz. Vérsejtsüllyedés 1 óra 22 perc Linzenmayer szerint. Vizelet kóros alkatrészeket nem tartalmaz. 1928 szeptember 20-án jobboldalt mesterséges pneumothoraxkezelést kezdtünk, amelynek folyamán a csúcsban elhelyezkedő rigidfalú caverna nem volt comprimálható, miért is december közepén az utántöltéseket abbahagytuk és plombmütét látunk javultnak.

Plombmütét január 19-én, a III. borda resectiója után a parietális pleura könnyen leválasztható, a pulmonban levő caverna jól tapintható, 200 cm³ paraffin. Műtét után néhány napig lázas, majd lassan defervescál, majd chronicus subfebrilis lett. Köhögése csökkent, köpetürítés csaknem teljesen megszűnt. A köpet rugalmas rostokat és bacillusokat nem tartalmaz. A vérsejtsüllyedés, amely bejövetelekor 45 perc volt, műtét után 35 percere süllyedt, azután pedig 1^h 34', súlya műtét óta 2 kg 80 dekát emelkedett. Röntgen-képen a caverna compressiója teljesen látszik, physikalísan gyengült légzés mellett szörtyzörejek nem hallhatók.

3. J. G. 20 éves leány. Betegsége 1927 tavaszán haemoptoival és magas lázzal kezdődött. 1927 július 2-án vettük fel első ízben intétetünkbe és baloldali, túlnyomórészt productív jellegű, cavernosus folyamata miatt mesterséges pneumothoraxkezelést kezdtünk. Az incomplet pneumothoraxot 5 hónapon át tartottuk fenn, amely azonban a csúcsban elhelyezkedő cavernát kiterjedt adhaesiók miatt nem comprimálta és így 1928 február 2-án phrenicus exairesist végeztünk. Tíz hónapi sanatoriumi tartózkodása alatt köhögése, köpete, láza csökkent, azonban napi 15–20 cm³ köpete Koch-bacillusokat tartalmazott. Itt tartózkodása alatt több ízben voltak kisebb haemoptoéi. Hathónapi otthontartózkodása alatt haemoptoéi több ízben megismétlődtek, mindinkább fokozódó mennyiségben, köpete erősen megszaporodott, súlyát tartotta.

Felvételkor a 61.70 kg súlyú, anaemiás beteg bal mellkasa légzésnél visszamarad, ugyanítt elől tompult kopogtatási hang a III. bordáig, hátul a csücsstől a IX. b. magasságában fixált rekeszig. Jobboldalt a csúcs felett elől és hátul kiskokú rövidülés. Baloldalt elől és hátul gyengült alaplegzés mellett az egész tompulat felett bőven hallható ropogások, a clavicula alatt és a spina magasságában csengő zörejek. Jobboldalt diffuse érdesebb légzés. Hőmérséké max. 37.5 C°. Napi köpetmennyisége 120 cm³, sok Koch-bacillus és rugalmas rost. Vérsejtsüllyedése 1 óra 8 perc Linzenmayer szerint. Vizelet rendes. Kéthónapi sanatoriumi tartózkodása alatt többször volt tüdővérzése, köpete szaporodott, testsúlya csökkent.

Plombmütét 1929 január 19. A parietális pleura nehezen választható le, utána napokig lázas. Súlyja közvetlen a műtét után csökkent, azután rohamosan visszanyeri, köpetmennyisége, amely 160 cm³-t is kitett, 2 cm³-re száll alá, megelőzőleg gyakran előforduló haemoptoéi megszűnnek, a köpetben a műtét óta sem Koch-bacillusok, sem rugalmas rostok nem mutathatók ki. Physikalísan a compressio teljes eredményű, a szörtyzörejek megszűnnek és plomb felett, amelynek mennyisége 200 cm³ volt, gyengült légzés hallható.

Teljesen megegyező

4. R. A. 16 éves beteg esete.

5. S. J.-né 22 éves nő. Betegsége 1927-ben, graviditása 4. hónapjában köhögéssel, hátfájással kezdődött. Felvétele előtt 5 héttel újabb 5. hónapban levő graviditását megszakították. Állandóan subfebrilis, háta fáj, sokat köhög, bő genyes köpete időnként véres csíkot tartalmaz. Hangja rekedt.

Jól táplált, súlya 80 kg, a bal mellkasfél felett elől a III. bordáig, hátul az interscapularis tér közepéig tompult kopogtatási hang, igen érdes légzés, ropogások és diffúzebűgások hallhatók. A jobb csúcs felett kiskokú rövidülés, érdesebb légzés és bűgások hallhatók. Röntgen szerint a szív balra áthúzott, a bal csúcsban gyermekökölnyi ovalis caverna, a tüdőmezőben számos szétszórt apró gócéárnyék látható, jobboldalt dús meszes góccokat tartalmazó hilus. Temperatura normalis. A napi 40 cm³-nyi köpetben Koch-bacillusok és rugalmas rostok bőven találhatóak. Vérsejtsüllyedés 1 óra 36 perc Linzenmayer szerint. Vizelet kóros alkatrészeket nem tartalmaz. A gégében mindkét hangszalag infiltrált, interaryterületen exulcerált kiemelkedő infiltratum. A két hónapon keresztül folytatott pneumothoraxkezelés folyamán, amelyet múltó exsudatum komplikált, a bal csúcsban székelő nagy cavernát comprimálni nem sikerült. Az 1929 február 7-én végzett phrenicus exairesis után a bal rekesz egy bordával magasabban áll, nem mozog.

Jelenleg percussió lelet általában ugyanaz, csak baloldalt a basisig terjed a tompulat, a bal rekesz magasabban áll, nem mozog. Auscultatiós lelet: baloldalt elől határozatlan, gyengült a légzés, néhány ropogással és nyikorgással, hátul a felső parti felett gyengült, lejjebb érdes légzés és néhány ropogás és nyikorgás hallható. Jobboldalt diffuse érdesebb a légzés. Temperatura maxima 37.1 C°. Napi köpetmennyisége 20–25 cm³, Koch-bacillusokat és rugalmas rostokat tartalmaz. Vérsejtsüllyedés 2 óra 32 perc. Röntgen-lelet a felvételinek megfelelő, csak a bal rekesz, a phrenicus műtét után magasabban áll. Larynx-lelet ugyanaz. A beteg súlya az eddigi kezelés folyamán 4 kg-ot gyarapodott. A pneumothorax által nem comprimálható, rigidfalú bal csúscaverna miatt plombmütét alkalmazását tartjuk indikálnak.

A műtét 1929 március 6-án történt. A pleura könnyen leválasztható, 240 cm³ paraffin-plomb. Műtét után lázas lesz, köpete 22 cm³-ről 35–40 cm³-re emelkedik. A műtéteredmény nem kielégítő, a caverna compressiója nem sikerült teljes mértékben. A beteg leláztalanodik, azonban a köpetben a savallók változatlanul megvanak.

Nagyon tanulságos a következő eset:

6. G. K. 27 éves, 1924–25–26. években ápolgatott intétetünkben. Első ízben 1924 május 29-én került hozzánk a bal felső lebenyre localizált, kifejezetten productív jellegű elváltozással, magas lázakkal, pozitív köpettel. Három hónapon át folytatott incomplet pneumothorax hatására leláztalanodott, köhögése, köpése lényegesen csökkent, 5 kg-ot gyarapodott. 1924 október 30-án távozott az intézetből. Hónapokon át jól érezte magát, míg 1925 júliusában többször megismétlődő haemoptoét kapott és ezután lázasan, leromolva került vissza hozzánk, amikor is baloldalt a subclavicularis térben kb. gyermekökölnyi friss, vékonyfalú, kerek cavernát találunk benne folyadékjal. A folyton megismétlődő kisebb vérzések miatt 1925 szeptember 3-án phrenicus exairesist végeztünk, majd az abbahagyott pneumothoraxkezelést folytattuk 10 hónapon át. Ez idő alatt állapota lényegesen javult, cavernája azonban nem volt comprimálható és belőle változatlanul bőven expectorált. Ezért az igen jó állapotban levő betegnél 1926 november 17-én extrapleurális thorakoplastikát végeztünk (*Winternitz* prof., Szt. István-kórház), az egyes bordákból I–3, II–8, III–12, IV–13, V–13, VI–11, VII–11, VIII–11, IX–9, X–7 cm-es bordadarabokat resecálva. Műtét után hőmérséke csökkent, köpete megkevesbedett, de se a cavernája nem comprimálódott teljesen, se bacillusai nem tűntek el. Kisebb haemoptoéi is ismétlődtek. Otthon testi conditióját kevés pihenés mellett megtartotta, de változatlanul bacillustartalmú köpetet ürített és időnként kisebb vérzései voltak. Plastikás oldalán fájdalmai nincsenek, dyspnoét nem érez.

Jelenleg a plastikás oldalon elől-hátul intensív a tompult kopogtatási hang, a légzés általában gyengült, a felső partik felett részben nedves zörejek, lejjebb ropogások és frictiók hallhatók. Bal rekesz magasabban áll. Jobb apex felett kiskokú rövidülés, végig érdesebb légzés és hátul a bal oldalról átvezetett pattogások hallhatók. Röntgen-felvétel: Balra convex háti skoliosis, bal mellkasfél erősen beszűkített, resecált bordarészek helyén újonképzett, elég erős csontlécek, a sternalis bordavégek mélyen süllyedtek. Az egész bal tüdőmező diffúze homályos, az V–VII. bordáknak megfelelően kb. ötkoronányi területen fordított a csepp alakú cavernaárnyék. Jobb-

oldalt igen dús hilusárnyék. Bal rekesz a X., jobb a XI. borda magasságában áll. Hőmérséke max. 37,3 C°. Napi köpetmennyiség 25–30 cm³, benne Koch-bacillusok és rugalmas rostok bőven találhatóak.

Öt év óta fennálló baloldali folyamat kezdetben elég benignusnak bizonyult, rövid ideig tartó légmellkezelésre megnyugodott. Rövid nyugalmi szak után súlyos exacerbatio friss cavernaképződéssel, amely phrenicus exairesissal, újabb pneumothoraxszal, majd extrapleurális thorakoplastikával teljesen megnyugodott, a cavernát azonban még így sem sikerült comprimálni. A folytonosan fennálló bacillustartalmú köpetürítés és az időnként jelentkező kisebb vérzések miatt a caverna plombbal való compressióját tartjuk indikálnak.

Plombmütét 1929 április 12-én. Behatolása az V–VI. bordánál és a VI. borda resectiója után az összenövések között nehezen lehet leválasztani úgy a fali pleurát, hogy a caverna felett megfelelő rés képződhessen, amelybe 150 cm³ paraffin behelyezve, a cavernának compressiója sikerült. Közvetlen a mütét után lázas, az első időben fog, azonban egy hónap alatt eredeti testsúlyához képest 2 kg-mal gyarapszik, a napi köpetmennyiség 5 cm³, benne rugalmas rostok és Koch-bacillusok nem találhatóak.

7. Z. I. 35 éves tisztviselő, budapesti lakos, 1929 március 20-án vétetett fel intézetünkbe jobb felső lebeny cavernosus pthisise miatt. 11 év előtt haemoptö, amelyhez pleuritis esatlakozott, nem köhögött, nem köpött. Egy és félévig részben sanatoriumban, részben klimatikus helyeken tartózkodott, ami után munkaképesnek nyilvánították. Öt évig tünetmentes, dolgozott. 1924-ben ismét kisebb haemoptöek, amelyek menses alkalmával ismétlődtek. Ezóta köhög és köp, de láztalan, öt ízben volt különböző sanatoriumban gyógykezelésben. Közben a jobb oldalon megkísérelt pneumothoraxkezelést 2 hónapi fennállás után kiterjedt adhaesiók miatt abbahagyták, egyébként ez idő alatt tisztán híg, diéta kezelésben részesült. Nálunk első ízben 1928 október 15-től november 22-ig ápoltatott. Ez idő alatt jobboldalt phrenicus exairesist végeztettünk és ennek dacára a rekesz, korlátozottan bár, de légzési kitérést mutatott.

Jelen állapot: Közepesen fejlett, anaemiás küllemű, 50-90 kg súlyú nőbeteg. Jobb mellkasfél légzésnél visszamaradt, jobboldalt elől tempult a kopogtatási hang a III. bordáig, hátul az interscapuláris tér alsó harmadáig, baloldalt a csúcs felett elől-hátul kisértékű rövidülés, jobb rekesz egy ujjal magasabban áll, korlátozottan mozog. Tempulat felett jobboldalt elől-hátul gyengült, kissé hörgi színezetű légzés, ropogások és nyikorgások, hátul részben nedves zörejek is hallhatók. Baloldalt a légzés kissé erősebb, a lingua táján néhány ropogás. A Röntgen-átvilágítás és felvétel: középpárnék, trachea jobbra áthúzott, jobb rekesz egy ujjal magasabban áll, sinus kitöltött, a jobb apexben kisalmányi, alatta a felső tüdőmezőben 3 diónyi caverna látható, jobboldalt a basis felett és a bal tüdőmezőben szétszórtan számos apró, éles szélű góeárnyék. Hőmérsék max.: 37,5 C°. Sokat köhög, napi sputummennyisége átlag 100 cm³, benne Koch-bacillusok és rugalmas rostok bőven találhatóak. Vérsejtsüllyedés 54 perc Linzenmayer szerint. Wassermann-reactio negativ. Kétheti sanatoriumi tartózkodása alatt 2-40 kg-ot gyarapodott.

11 év óta fennálló, jobb felső lebenyre localizált stationaer multiplex cavernosus pthisis, mely sanatoriumi kezeléssel csak átmenetileg, rövid ideig való pneumothorax-kezeléssel, majd phrenicus exairesissal befolyásolható nem volt.

Plombmütét 1929 április 6-án, a IV. borda resectiója után 200 cm³ paraffin behelyezése után átmeneti lázas állapot és sputum mütét után 100 cm³-ről 40 cm³-re csökkent, azonban a mütét teljes sikerrel nem járt, mert a caverna teljesen comprimálva ninesen. A köpetben rugalmas rostok és saválló bacillusok még kimutathatók.

8. M. I. 23 éves betegnél a bal csúcs cavernáját a plomba a mütét után nem nyomta kielégítően össze, négy hét után a cavernából egy félhold alakú árnyék látható, ami azonban további két hét alatt lényeges zsugorodást mutat, úgy, hogy annak teljes eltűnése remélhető.

9. F. L.-né 31 éves betegnél a felső lebenyben levő caverna mellett az alsó lebeny folyamata phrenicus exairesissal való combinatiót tesz szükségessé. Egymagában a plomba sem járt kielégítő eredménnyel.

10. Sz. L.-né 27 éves betegnél a plomba a VII–VIII. borda magasságában centralisan fekvő cavernát nem

nyomta össze. A mütét óta eltelt 6 hét alatt azonban a caverna zsugorodása volt észlelhető.

11. E. M. 32 éves betegnél teljesen hasonló viszonyok.

Ha a mütéti eredményeinket áttekintjük, úgy az 11 esetünkben a következőképpen alakult:

Teljes eredmény, láztalansággal, a köpet megszűnésével, vagy minimalissá válásával, a caverna compressiójával, súlygyarapodással, negativ bacillaris lelettel	4 eset.
Jelentékeny javulás	3 eset.
A javulás kétségtelen, azonban vagy nem sikerült teljes compressio, vagy a tüdő más részének folyamata az eredményt nem teszi kielégítővé	4 eset.

Kétségtelenül megállapítható, hogy a mütét kivitelének technikai része feltétlenül tökéletesebb lett, mert a rendelkezésünkre álló megfigyelési idő alatt (maximum 6 hónap) a plombának egyetlen kilökődését, elgyenyedését a pleura, vagy a caverna ürében való átörését nem észleltük. Egy esetben volt mint idegentest-izgalom 2 cm³-nyi exsudatum, mely egészen múló jelleggel bírt.

Eseteinkből látható, hogy a plombmütét elsősorban a csúscavernáknál válik be, amelynek rigidsége a plombbal való compressiót még megengedi. Kedvező effectusainak határait a folyamat kiterjedésének mélysége is befolyásolja. Ha a caverna mélyebben fekszik az V–VI. borda alsó széleinél, akkor is az apicolysisnél nem érhető el a plomb nyomóhatása alól a caverna kikerül. Éppen úgy kétséssé válhatik az eredmény, ha a caverna nehezen comprimabilis. Mindenesetre nem szabad megelégedni a felülről való kizárólagos összenyomással, hanem súlyt kell helyezni az oldalról való compressióra is.

Kétségtelen jó hatását tapasztaltuk az olyan csúcsinfiltratumoknál, amelyekben apró cavernák vannak. Bizonyosan megállapítható, hogy még olyan esetekben is, ahol a mütétnél a compressio nem volt teljes s a caverna alsó pereme szabadon maradt, későbbben a szabadon maradt cavernaszél is zsugorodik. Az eredményt a köpet mennyiségének csökkenése, esetleg teljes megszűnése, a köpetből eltűnnek a saválló bacillusok s a rugalmas rostok. Physikalisan is lényeges változás állapítható meg. A plomb feletti tempult terület felett gyengült, határozatlan, esetleg hörgihez közelállóvá válik a légzés, az esetleges szörtyörejek, az amphorikus légzés s a cavernosus pthisis egyéb physikalikus symptomái eltűnnek. Sokszor egy sajátságos zörej válik maradandóvá, amit legjobban a papíros sercegésével lehetne összehasonlítani, ez a plombának a dörszölődéséből származó zörej. A betegek híznak, a vérsejtsüllyedés, amely a mütéti shock után kezdetben romlik, későbbben megjavul, a munkaképesség kielégítőbb, sőt egyes esetekben egészen visszatér.

Legjobb az első négy esetünk, ahol szigorúan ragaszkodtunk indicatióinkhoz, hogy a folyamat a csúcsra localizálódjék. Mennél inkább terjesztettük ki ezen indiciót, annál inkább csökken a mütéti eredmény. Ebben feltétlenül kell, hogy szerepet játszon a plombmassa mennyisége, s úgy látszik, ezekben az esetekben 200 cm³ nem elegendő. Mindenesetre meg kell próbálkozni az ennél nagyobb mennyiségekkel is.

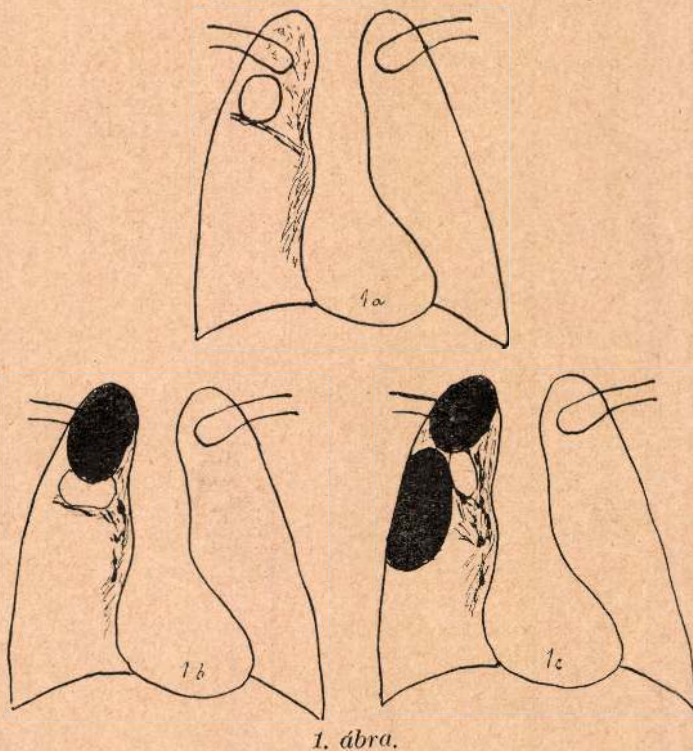
Eseteink száma és az aránylag rövid megfigyelési idő kötelezővé teszi, hogy véleményünkben óvatosak legyünk. De az tagadhatatlan, hogy minden alap megvan arra, hogy ezen mütéti eljárás tovább folytattassék s az eddigi eredmények biztatónak látszanak, hogy a jó indiciós esetek megválogatásával tapasztalatainkat továbbra is gyűjtjük.

A tüdőplombáról. Indicatiók és gyógyeredmények.

Írta: *Gergely Jenő dr.*, sanatoriumi főorvos.

Azok a kérdések, melyekre a plombaműtét kapcsán belgyógyászati szempontból adhatunk feleletet, a következők: I. Miképp reagálnak a szövetek a plomba anyagára? II. A plomba, mint compressió módszer, hogyan befolyásolja a gümős folyamatot? III. Mikor javallt a plombaműtét és IV. milyenek a gyógyeredmények?

I. A plomba anyagául szolgáló *paraffin hatása* a szervezetben a környező szövetekre régóta ismeretes. A folyós paraffin, mint kenőcsök és injektók alapanyaga, kötőszövetburjánzást okoz. *H. Pinkerton* a légutakba fecskendezve, ott észlelt fibrosist a paraffintól és növényi olajoktól. A pleuraürbe juttatott folyós paraffin — mint azt a nemrég megjelent *oleothorax* cikkemben részleteztem — megvastagítja a pleurát és az össze-

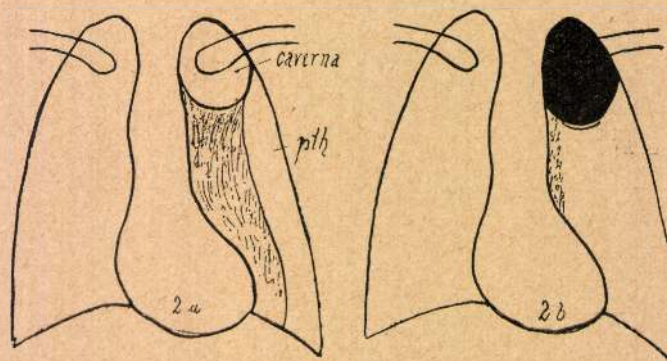


1. ábra.

növéseket. A tüdőtályogműtéteket újabban plombával készítik elő. Ha ott nyolc nap múlva kivesszük a paraffinplombát, friss kötőszöveti burrok marad vissza a helyén (ezért is alkalmazzák, hogy a szabad pleurát izolálják). *Eiselsberg*¹ már 21 év előtt alkalmazott egy csüscavernas betegénél plombát. A beteg meggyógyult. Évekkel később baleset áldozata lett a beteg s a boncolás a plombát kötőszövetesen betokolva a helyén találta, az összenyomott caverna pedig be volt gyógyulva. *Sauerbruch*nak is vannak évek óta a helyén maradt plombái. Úgy látszik, hogy a szövődmények, melyekről *Stöckel* és mások tesznek említést (cavernaátfúródás, plombaikilökdés, genyedések stb.) nem a plomba anyagára, hanem anatómiai okokra s a gümős folyamat terjedésére vezethetők vissza. A paraffin csak a kötőszöveti betokolást segíti elő, káros hatása egyébként nincsen.

II. A plomba a gümős folyamatra úgy hat, mint bármilyen más localis compressio, azaz mint egy partialis plastika, oleothorax vagy pneumothorax. Ezekről nem a hatás mikéntje, hanem az alkalmazás lehetősége és módja választja el. Ha a plomba eldugaszolja a folyamat géocpontját képező cavernát, egyrészt megszünteti a

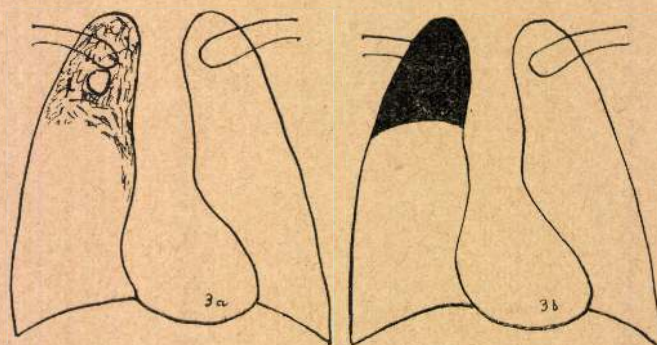
cavernából származó köpetet s a közvetett általános tüneteket (láz, romlás), másrészt útját állja a cavernából kiinduló contagiosus és metastasisos terjedésnek. Külö-



2. ábra.

nösen ez utóbbi fontos; a pleuralis összenövésekbe ágyazott caverna az áttéti terjedés biztos forrása. Magától értetődően a plomba nem befolyásolja a plomba hatásterületén kívüleső gümős folyamat contagiosus terjedését és tüneteit. A plomba localis gyógyítóeljárás, egymagában csak körülírt folyamatokat gyógyít, kiterjedtebb folyamatoknál vagy más műtéti eljárás kell, vagy a plombát más módszerekkel kell kombinálni.

III. A plombaműtét javallatairól *Winternitz*² 1924-ben közös referatumban a következőket mondotta: „A plombaműtét indikált 1. tisztán a csüscra localizálódó kisebb többszörös cavernáknál, hol a másik oldali tüdőcsücs is meg van támadva és emiatt thorakoplastika nem végezhető. 2. Thorakoplastikák után mint kiegészítő műtét, a csücsben visszamaradt merevfallú, összeesni nem tudó cavernák compressiója céljából.“ A második javallat ma is változatlanul fennáll (*Sauerbruch, Brunner, H. Alexander, Resen—Steenstrup* stb.). Az első javallat azonban hövithető. *Sauerbruch* és iskolája a plastika kiegészítésén kívül javallják 1. productiv cirrhotikus, főleg a felső lebenyre szorító tuberculosisknál, melyek a cavernák miatt spontan nem tudnak gyógyulni. Ilyenkor ők plastikát nem alkalmaznak, mert nem akarják az alsó lebeny lélekzését feláldozni. Nem akadály a másik tüdőcsücs productiv folyamata, sőt kétoldalt is elvégezhető a műtét, ha a folyamat már hegesen gyógyult, csak kis merevfallú üregek maradtak vissza. 2. Ajánlják lassan progrediáló, vagy már megállapodott, kiterjedtebb folyamatoknál egy caverna comprimálására, ha feltételezhető, hogy onnan származik a köpet, vagy 3. vérzésnél, ha az ismert cavernából származik. Nem ajánlják na-



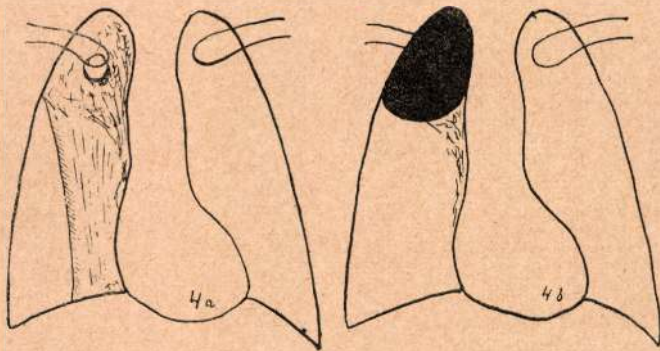
3. ábra.

gyon leromlott betegnél, exsudativ típusú folyamatnál, mert plomba után toxinok árasztják el a szervezetet. Nem ajánlják nagy- és vékonyfallú fali fekvésű cavernáknál, mert azt a plomba előbb-utóbb átlyukasztja. Nem

¹ Zbl. f. Chir. 56., 20.

² Gyógyászat, 1924. 40—41.

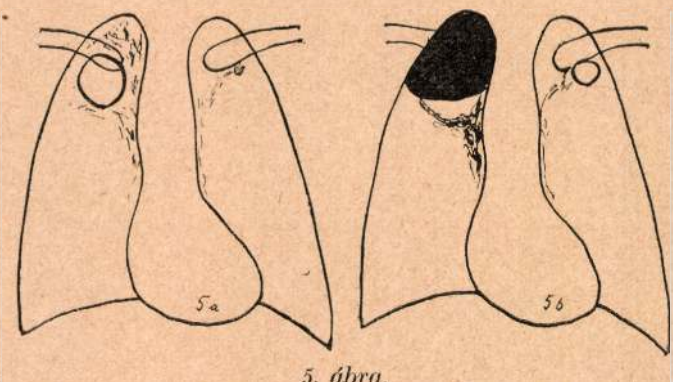
tanácsolja partialis pneumothorax mellett, mert akkor alulról nincs tartása a plombának. *W. Neumann*³ a plombát a „tuberculosis cavitaria stationaria“ eseteiben



4. ábra.

ajánlja, „ha a cavernák túlnagyok és más módon nem érhető el az üreg teljes obliterációja. Ha a mesterséges pneumothorax elkészítésének lehetősége megvan, akkor az pompás szolgálatokat teljesít. Ha ez ismételt kísérlettel sem sikerül, akkor a tüdőcsúcsok plombálását kell elvégezni“.

Baer,⁴ aki szerint a plomba hatása a tüdőben primaeren jelenlevő zsugorodási hajlam kihasználásán alapszik, a legjobb indíciónak a körülírt zsugorodó hajlamú folyamatot tartja, ahol a teljes zsugorodásnak anatómiai akadályai vannak. Fontos azonban, hogy másutt ne legyen activ tuberculosis a tüdőben és legyen még elég functióképes tüdő. Falifekvésű caverna szerinte sem alkalmas a plombára. *Baer* szempontjai a leghelyesebbek, hisz a tüdőtuberculosis minden operatív módszere csak akkor ígér eredményt, ha a spontan gyógyulás útját egyengeti, annak anatómiai akadályait küszöböli ki és még reconstructióképes szervezetre támaszkodik. Minden más esetben csak kísérlet, mely eredménnyel járhat. A magam eseteiben nem ragaszkodtam mindig a leghálásabb műtéti anyaghoz, a hegesedő cavernás folyamathoz, eredménnyel operáltattam exsudatív folyamatokat és fali fekvésű, vékonyfalú cavernákat is. Így több volt a kockázatom, ha ugyan annak lehet nevezni egy egyébként nem gyógyuló phthisikus beteg operáltatását, de annál jobban értékelhetők az eredmények. Kiterjedtebb folyamatnál sikerrel járt a plastikával való combinatio. A másik tüdő és az egész szervezet részéről felmerülő contraindikáló szempontok azok, mint a többi plastikus műtétnél. Ezeket a már említett referatumban részleteztem. Megemlíthetem még

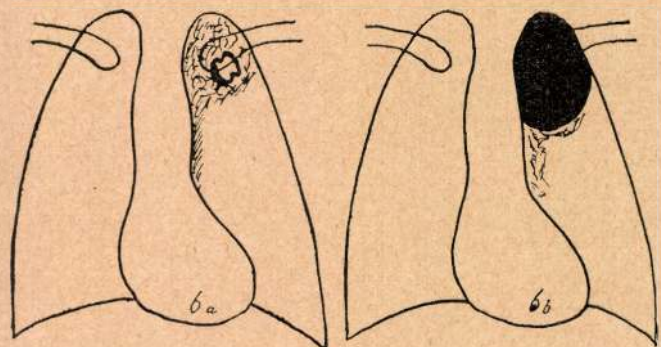


5. ábra.

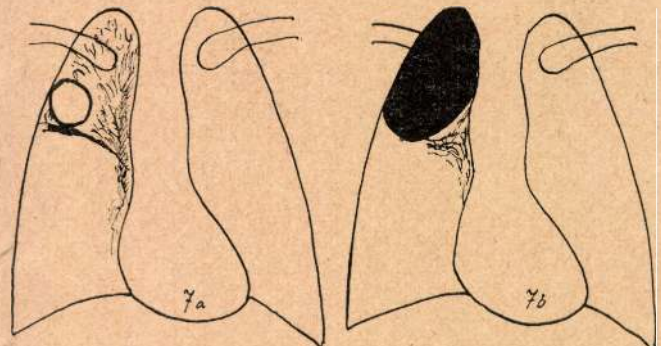
*Stöcklinnek*⁵ azon nézetét, hogy partialis pneumothorax mellett is lehet eredményes a plomba, ha az összenövé-

sek legalább egy bordaköznyível meghaladják a beteg tüdőréz területét. Ezt a felfogást magam is osztom. Ha azonban az alsó lebeny ép, a részleges pneumothorax fenntartása felesleges és az megszüntethető. Ha azonban az alsó lebeny kitágítása kockázatos, akkor az ott lévő pneumothoraxlevegőt folyós paraffinnal kell pótolni, azaz oleothoraxszá kell átalakítani.

IV. A gyógyeredmények a régebbi irodalomban meglehetősen rosszak. *Sauerbruch* 1920-ban még csak 40 esetről számol be. Kedvezőtlen adatait már idézték. Az újabb eredményei, melyekről még nem számolt be, aránytalanul jobbak. *Schreiber* és *Stöcklin* 13 esetéből 5 javult, 5 nem változott, 1 rosszabbodott, 2 a műtét után egy héttel halt meg. *Ranzi*⁶ 10 esetéből 3 lényegesen, 1 kevésbé javult, 2 nem változott, 4 rosszabbodott. *Brunner* 10 plombás betege közül 1 gyógyult, 5 lényegesen javult, 1 átmenetileg javult, 3 rövidebb-hosszabb idő után elhalt. *Resen—Steenstrup*⁷ betegei közül 3 olyan javult, illetve bacillusmentessé lett.



6. ábra.



7. ábra.

akiknél zsírszövettel plombált, 3 paraffinplombás betege közül egy meghalt, egynél kilöködött a plomba, egynél meg ki kellett azt venni. *Kalb* 3 bronchiektasiás betegénél is próbált plombát, szélesen leválasztva a pleurát. Kettőnél jó eredmény volt. *Hauke*⁸ tavaly 32 esetről számolt be. Ebből 13-nál kiterjedt kétoldali, 19-nél inkább egyoldali folyamat volt. A kétoldali súlyos csoportból 3 javult, 1 köpet- és bacillusmentes lett; az egyoldali esetek közül 9 köpet- és bacillusmentes lett, 6 javult. Nagyon jó eredmények, ha meggondoljuk, hogy előadása szerint a vékonyfalú caverna és a vékony pleura „rendszerint beszakad“ és 10 esetben ilyen ok miatt hagyta abba a műtétet. Ezidőszereint műtététechnikailag, complicatio mentesség és eredmény szempontjából *Winternitz* esetei a legjobbak. Általa operált 10 esetemről — köztük a legelső ilyen műtétekről — az alábbiakban számolok be röviden. Az eddigi észlelés szerint lényegesen javult 5 (gyógyulásról az aránylag rövid idő után még nem le-

³ Klinik der beginn. Lungentbe, Wien, 1923.

⁴ Münch. M. W. 1921. 49.

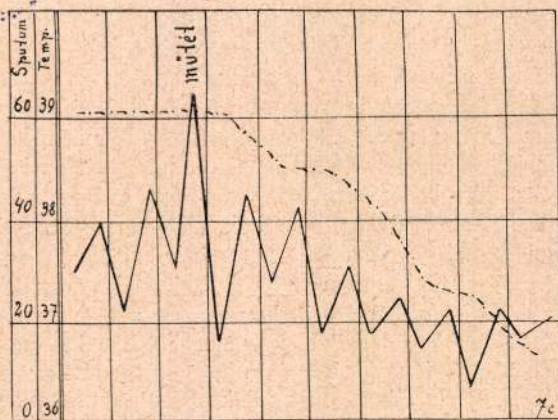
⁵ Z. Tbk. 35. 4.

⁶ Wiener M. W. 1922. 48.

⁷ Ztbl. Tbc. XXVI.

⁸ Ztbl. Chir. 56. 20.

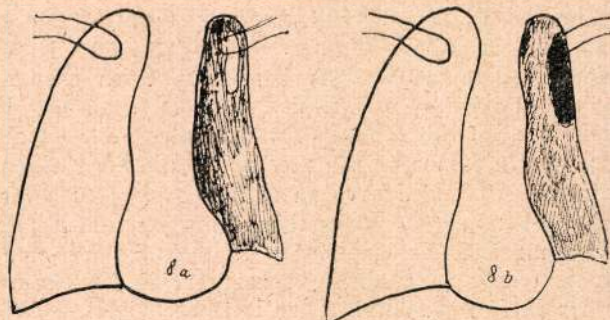
het bevezetni, javult 2, eddig még nem változott 2, az operált oldal és az általános tünetek javulása mellett a másik oldal rosszabbodott egy esetben.



7c. ábra.

1. K. V. 20 éves tisztviselő. Betegsége egy év előtt kezdődött hirtelen rekedtséggel, lázzal. Azóta bőven köhög és köp. Tavaly sanatoriumi kezelésben, ott pneumothoraxszal kísérleteztek, amit a nehézségek miatt hamar abba kellett hagyni. Akkor phrenikus exairesist végeztek, azután megnyugodott az állapota, leláztalanodott, 6 kilót hízott, hőmérséklete 37.4-re csökkent. Hazamenet újra berekedt, megint lázas lett, köpete és köhögése megszorodott. Leromlott szervezetű aphoniás leány. A jobb felső lebenyben tompulat és bőséges csengő szörtyözések. A Röntgen a jobb felső lebenyben kis gócos beszűrődést mutat, a lebeny alsó részében kismélységi caverna, melynek alsó szélé lebenyközi kérgen nyugszik (1. a) ábra). A műtét — az első plombaműtét Magyarországon — 1928 dec. 13-án volt, 200 g paraffinplombát kapott. A műtét a cavernát egészében lejjebb helyezte, de alig préselte (1. b) ábra). Január 10-én a további compressio céljából oldalvonalból 230 g plombát kapott. A caverna most már jobban comprimált, de még látható üregű (1. c) ábra). A beteg a műtét után még hetekig lázas s köpete változatlan, hangja rekedt. Most kezd lassan deferveszkálni, 37.4 C°-os maximumai vannak, köpete csökkenőben, hangja már egészen tiszta. Úgy látszik, hogy a caverna az összenövéséből egészen felszabadítva spontán gyógyulhat, akkor is, ha műtét után az ürege nincs is egészen eltüntetve.

2. Cs. T. 27 éves szigorló, 8 éve beteg. Többször volt sanatoriumi kezelésben, 1928 szeptemberében pneumothoraxot kapott és rendszeresen töltötték. Első vizsgálatkor erősen dyspnöös, hőmérséke 37.8 C°, sokat köhög, bő sputum. Dobos kopogtatási hang a bal tüdőn, a felső lebenyben amphorás színű légzés mellett bőséges csengő szörtyölés. Az alsó lebenyek fölött gyengült légzés. A Röntgen a csücsöt kitöltő férfőkölnyi, fali fekvésű, vékonyfalú cavernát mutat. Az oldalalon széles pneumothorax, mely azonban csak az elvékonyodó cavernáig ér (2. a) ábra). A cavernát nem comprimáló pneu-

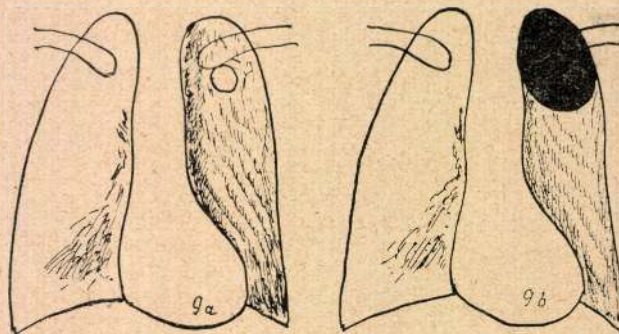


8. ábra.

mothoraxot feladtam. Január 15-én plombaműtét. A vékonyfalú caverna leválasztása igen jól sikerül. 310 g plombát kap. A műtét után lassú leláztalanodás. A Röntgen még kis részt mutat a cavernából, mely azonban az összenövéséből kihámozva zsugorodást mutat és tel-

jes eltűnése várható (2. b) ábra). Köpete máris tizedére csökkent.

3. B. J. 32 éves tisztviselő. 1924 februárjában cavernás productiv jobb felső lebeny folyamata miatt pneumothoraxot kísértem meg nála, mely a vastos adhaesiók miatt nem volt eredményes. Egy hónappal később phrenikus műtét, mely után gyorsan tünetmentes lett. Évekig dolgozott. Célszerűtlen életmód mellett újra

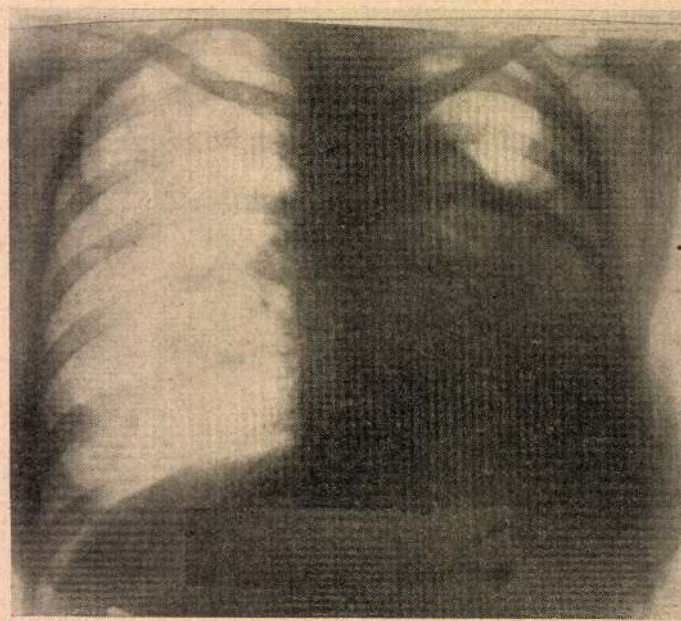


9. ábra.

jelentkeztek a tünetek; diónyi kerek caverna képződött a jobb felső lebenyben (3. a) ábra), melyet egy 250 g-os plomba (XII. 23-án) teljesen comprimál (3. b) ábra). Gyors tünetmentesség.

4. P. F. 38 éves tisztviselő. Incomplet pneumothoraxszal kaptam kezelésbe, mely mult év decembere óta állott fenn. Oldalfali pneumothoraxa van, a cavernás csücs nincsen comprimálva (4. a) ábra), ott bőven szörtyöl, 50-60 cm³ köpete van, 38 C°-ig mér. Ismételt töltési kísérlet sem javít a csücscompression. Május 24-én 200 g plombát kapott (4. b) ábra). Köpete műtét után még 80 cm³, lassan csökken. Három héttel a műtét után csak kevés garatnyákokat köp, leláztalanodott, hőmérséke hosszasan gyalogút után sem éri el a 37 C°-ot. A tüdők fölött semmi zöreje sem hallható.

5. S. A. 26 éves munkás. Az újpesti József fhg. tüdőbeteg-gondozóban ambuláns kezelésben. Évek óta fennálló folyamat, az utóbbi időben gyorsabb romlással. Subfebrilis. A jobb felső lebenyben tompulat és bőséges szörtyölés. Röntgen-lelete: a jobb felső lebenyben számos apró puha gócarányék és a 3. borda felső szélétől az 5. borda alsó széléig érő vékonyfalú caverna. A bal kules alatt mogorónyi gócarányék légzési eltérés nélkül (5. a) ábra). Március 10-én 200 g paraffinplomba. A műtét után a caverna egyharmada alul még látszik, mely



10/a. ábra.

a további controll szerint megkisebbedésre hajlamos. Az operált oldalon szörtyölés nem hallatszik, deferveskált. Az újabb controll a másik oldali kules alatti góce helyén diónyi, friss vékonyfalú cavernát mutat (5. b) ábra). Ez az egy eset, ahol a másik oldalon egy már meglévő puha

góc szétesett és megnövekedett. Ez semmiesetre sem írható a műtét rovasára, ez kíméletes pneumothorax-kezelés mellett is előfordul. Baloldalt esetleg légmell-kezelést kezdünk.

6. *P. J.-né 34 éves földmives neje.* Évek óta köhög és köp. Lassan romlik. A bal felső lebenyben bőséges szörtyölés, a Röntgen ott interlobaris kéreggel határoltan cavernás zsugorodó folyamatot mutat (6. a) ábra). Május 3-án 260 g plombót kap. Utána lassan csökken a hőmérsék és a köpet. Azonban még most is subfebrilis és felére csökkent köpete van. Az összenövéséből jól ki-hámozott csúcsbeszűrődés további zsugorodása várható, a caverna teljes eltűnésével (6. b) ábra).

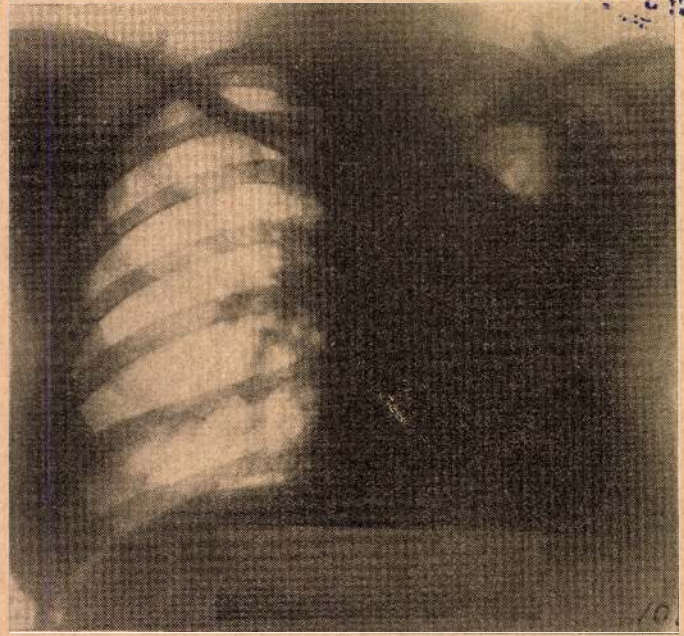
7. *J. B. 19 éves tanuló.* Két hónapja beteg, gyorsan romlik és állandóan 38° körüli hőmérséke van. Két sikertelen pneumothorax-kísérlet. Astheniás alkatú, leromlott szervezetű flú. Tompulát és bőséges szörtyölés a jobb tüdő cranialis felében. A Röntgen interlobaris kérgen ülő kismányi cavernát mutat (7. a) ábra). Június 5-én 250 g plomba, mely nem tünteti el nyom nélkül a cavernáját (7. b) ábra), mégis egy héttel a műtét után már láztalan, köpete lassan tűnik (7. c) ábra). Itt sem tűnt el — eddig még — egészen a cavernaüreget, mégis gyors tünetmentesség a kiadós pneumolysis következtében.

8. *T. J. dr. 28 éves tisztviselő.* 1918 óta beteg, 1920-ban már cavernája és + köpete volt. Massiv baloldali összenövéses folyamatánál pneumothorax nem kerülhetett szóba. Lassú romlás, emelkedő lázak. 1922 novemberében phrenikus exairesis, ami a romlás tempóját egy időre csökkentette. Azontúl csak subfebrilis, köpete is kevesebb. Az egész bal oldal továbbra is szörtyöl. A Röntgen homogen árnyékot mutat egész baloldalt, a rekesz a 6. bordáig emelkedett. A massiv beszűrődés összenyomására 1924 január 31-én *Winternitz* együletes totalis plastikát végez. A plastika óta, rövid időszakokat leszámítva, állandóan láztalan, de köpete alig csökkent. 1925 eleje óta gégefolyamata is van, ami szakszerű kezelésben lassan elhegesedik. A Röntgen a plastikával összenyomott tüdő csúcsában hosszú keskeny rést mutat (8. a) ábra), ami nem comprimált üregnek felel meg. Május 3-án plombaműtét, amikor 60 g plombával kitölthető, a csúcsban látható világosabb területet (8. b) ábra). Láztalan, de köpetmennyisége változatlan és bacillusokat tartalmaz. A hónaljkiúban szörtyölés még hallható, úgy látszik, ott még van egy nyitott és plombára váró, de Röntgennel ki nem mutatható üreg. A másik tüdő mindvégig ép.

9. *K. F. 27 éves gazdász.* Évek óta fennálló, lassan progrediáló, sokat vérző folyamat. 1927 novemberében végzett phrenikus exairesis óta kevesebbet vérzik és csak subfebrilis. A jobb oldalon végig szörtyölés, a bal alsó lebenyben száraz, pattogó zörejek. Ez utóbbiak a többhónapos észlelés alatt sem jellegüket, sem számukat nem változtatták, ezért a műtétet nem contraindikálták. 1928 november 22-én az 5–10. bordákon thorakoplastika (9. a) ábra). A plastika után az alsó lebenyben szörtyölés nem hallható, a felső lebenyben változatlanul, bár ennek azelőtt diónyi cavernája kétségkívül kisebb. 1929 május 8-án a csúcsba 180 g-os plomba. A plomba után a caverna nem látszik (9. b) ábra), szörtyölés nem hallható, köpete 2–3 naponként egy (baloldal?). Láztalan.

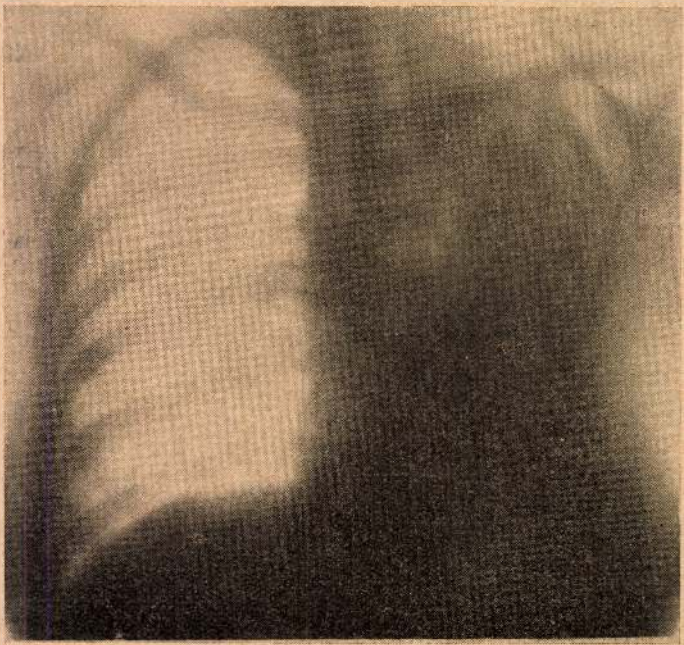
10. *B. A.-né 35 éves háztartásbeli,* 10 éve beteg, szakaszokban romlik. Tavaly másutt phrenikus műtét, plastikába nem egyezett bele. Tavasszal leromlottan, magas lázakkal tért vissza. Az egész bal oldalon massiv tompulat fölött temérdek csengő szörtyözörej. A Röntgen szerint (10. a) ábra) az egész bal oldal tömören beszűrődött, a felső lebeny nagy része egy nagy vékonyfalú, falifekvésű cavernába olvadt be, mely a csúcstól a 6. bordáig ér. Május 8-án az 5–10. bordákon plastika, mely után a hőmérsék egy egész fokkal csökken, azaz $37.8-38^{\circ}$ átlagú. Az alsó lebeny nem szörtyöl. Június 3-án végzi *Winternitz* tanár a rendkívül nehéz csúcsplombát (220 g). A felső lebeny nagy cavernája rendkívül erősen össze van növe a környezetével, nehézségek árán szabadítható ki a hegek közt ülő plexus brachialis és a felső intercostalis ágak. A beteg a műtét után igen gyenge, napokig vannak idegfájdalmak, melyek fokozatosan szűnnek. Négy hét alatt deferveskál, köpete a napi $140-160$ cm³-ről fokozatosan csökken, most már csak 15 cm³. Csupán mellől a kules alatt hallható kevés szörtyölés, hová a cavernát a plomba szorította. Teljes tünetmentesség várható. A mostani Röntgen (10. c) ábra) a cavernából már semmit sem mutat.

Az itt felsorolt esetek egyike sem olyan, hogy az esetekből a plombaműtét végleges eredményt még lehetne ítélni. Mindegyik még évekig tartó észle-



10/b. ábra.

nyel, hogy a gyógyulást retrospectíven lehessen megállapítani. Ezek a különböző típusú esetek azonban kétségtelen eredményeket mutatnak. A legegyszerűbb alkalmazási módszer, a plastika maradéküregét kitöltő plomba, esetemben nem járt eredménnyel, ami csak annyit mond, hogy még van egy compressióra váró rejtett ürege. Incomplet pneumothoraxok hibáit corrigálta. Exsudatív típusú folyamatoknál, falifekvésű cavernáknál járt jó eredménnyel. Egyik esetben a másik oldali folyamat progressiójának nem oka, csupán megakadályozni nem tudta. Lényeges eredménynek tartom az alsó plastikával kombinált eseteket, különösen a legutolsót,



10/c. ábra.

hol hihetetlen cavernaméreteket tudott áthidalni az egész tüdőfél tömör beszűrődése mellett is. Általában e kevés eset tanulságaként is azt láthatjuk, hogy a plomba nem igényel feltétlenül stationær cirrhotikus folyamatot. Az



is látszik, hogy nem a plomba nagysága a lényeg, hanem a beteg terület minél tökéletesebb és kiadósabb felszabódítása, azaz a kiadós pneumolysis. A műtét sikeres keresztülvitelének elengedhetetlen kelléke a jó localizálást megengedő Röntgen-kép, melyet *Payr*⁹ tanácsára ferdesíki felvétellel is ki kell egészíteni, pl. ha maradéküreg nagyságát kell megítélni.

Winternitz tanár úrnak az összes műtétek tökéletes és szövödménymentes keresztülvitelért e helyütt is hálás köszönetem fejezem ki.

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. női klinikájának közleménye (igazgató: Tóth István dr. egy. ny. r. tanár.)

A rendes helyen tapadó lepény korai leválásáról.

Írta: *Szathmáry Zoltán dr. tanársegéd.*

(Második, befejező közlemény.)

Winter volt az első, ki a veseelváltozások s a korai lepényleválás közötti összefüggésre rámutatott. 1885-ben megjelent közleménye óta számos munkát találunk, mely felfogását megerősítette. Utána *Fehling* vizsgálatai derítették ki, hogy a lejátszódó folyamatban a fibrin kiválása az elsődleges, mely a beteg érfal elhalt hámbélése helyén lép fel. Később *Gottschalk* és *Barchet* mutatott rá arra, hogy a boncolt eseteknél talált veseelváltozások korántsem voltak annyira nagyfokúak, hogy szoros összefüggésben volnának a súlyos lepényelváltozásokkal. *Barchet* azonban még tovább ment s azt állította, hogy a vizeletben talált fehérje esupán a magzati anyagcsere toxikus termékeinek mértékjelzője.

A magzati anyagcsere-termékek mérgező anyaga a legkülönbözőbb szerveket támadja meg. A legsúlyosabb kórképet leggyakrabban a vesében láthatjuk. Megtámadja e méreg azonban a lepényt is, hol különböző elváltozásokat korai leválást hozhat létre. Azonban a vese elfajulásától eltekintve, még számos olyan jelet találunk, mely terhességi toxicosisra vezethető vissza. *Guérin-Valmale* ikterus gravidarummal, *Livon* és *Anderson* erős ptyalismussal, *Benicke* és *Häberlein* Basedow-kórral szövődött korai lepényleválásokat közölték. Vannak még haemorrhagiás diathesisekhez, haemophyliához társult esetek az irodalomban.

Főleg az utóbbi évek activ operatív irányzata folytán mindgyakrabban jelentek meg olyan közlemények, hol a korai lepényleválás miatt végzett hasmetszés alkalomával a terhes méhfal nagyfokú vérzéses átívódását látták. *E vérzés szintén nem más, mint a terhességi toxicosis egy megnyilvánulási formája.* Nagyon szép erre vonatkozó színes ábrákat találunk *Couvelaire*, *Zweifel*, *Zarate*, *Ahlström* és *Williams* cikkeiben. A kékes-vörös, véraláfutásos területekkel tarkított méhfalban helyenként kisebb-nagyobb vérzéses göcöket találunk. A vérzések nemesak a hashártya alatti rétegben láthatók, hanem a méhfal egész izomzatát átjárják. Az egyes izomrostokat széles, vérzéses területek, helyenként egész véralvadékok választják el egymástól. E vérzések néha oly fokot érhetnek el, hogy a hasüri folyadékot véresen elszínezzik (*Kouwer*, *Knauer*, *Engström*, *Weiss*, *Zweifel*, *Hicks*, *Lieven*, *Fraipont*, *Shaw*, *Essen-Möller* esetei). *A vérpályából kikerült vér kétségtelenül az érfal toxikus megbetegedésével függ össze.* A levált endothelsejtek alatt a rugalmas rostok szabályos elrendeződése felbomlott, sok helyen az érfal egész intimája, mediaja elpusztult s csak az adventitia rostjai vagy rétege ismerhető fel. Az ilyen erekben

a vér természetesen megalvad, thrombotizál, vagy a fokozott nyomás folytán a kisebb erek falát átszakítva a környéki szövetek közé jut. A véresen átívódott méhizomzat ezután nem képes kellő összehúzódásra, ami klinikailag fájásgyengeségben nyilvánul meg.

Az ezirányban végzett első vizsgálatok *Weiss* nevéhez fűződnek, ki már 1894-ben rámutatott arra, hogy terhességi vesénél a valódi nephritishez hasonlóan oly exsudatív elváltozások és sejtelfajulások lépnek fel a deciduában s főleg a méhfalban, melyek vérzésekhez vezetve, korai lepényleválást idézhetnek elő. Oly esetekben, hol a vizeletben fehérjét nem találtak, górosó alatt a méhizomzat, valamint nyálkahártya idült —, vagy friss gyulladást látták. Különösen az izomzat gyulladással elváltozásaira hívta fel *Weiss* a kutatók figyelmét. Még részletesebb *Seitz* leírása. Vizsgálatai szerint a lepény tapadása felett a méhizomzat kezdődő elfajulása tűnik szembe. A feszülésig telt erek hámbélése erős burjánzást mutat, mely az ér nyílását helyenként lényegesen megszükiti. Az izomzatot átjáró kereksejtes beszűrődés a méh hasi felülete felé mind kifejezettebb. A deciduában a sejtek elfajulása, majd teljes elhalása, az erek rögösödése, átszakadása, felszívódása, gyulladása (end-et mesarteriitis) a lepény oly helyén a legkifejezettebb, hol felette vagy szomszédságában ú. n. „infarctus“ van. Esetében talált acut haemorrhagiás nephritissel teljesen tisztázottnak látja a lepény korai leválásának okát. Hasonló véleményen volt *Gottschalk* is, ki szintén a decidua nagyfokú regressív elváltozásával s a deciduasejtek gyors necrobiosisával magyarázta a korai lepényleválást.

Később *Veit* és tanítványa *Schaeffer* egész más teoriát állítottak fel. Szerintük a leszakadt és tovasodort bolyhok tömegei jótsszák a legnagyobb szerepet a méh izomzatának vérkeringésében, Pangást hozhatnak létre, sőt a kisebb ereket teljesen el is zárhatják.

Schickele gyulladást nem találva, főleg a deciduában talált elhalásokra hívja fel a figyelmet. A rögösödött erek sok helyen annyira elpusztulnak, hogy nyomuk sem marad. Lényeges szerepet tulajdonít a deciduát borító fibrinhártyának is, mely helyenként egész vaskos kötegeket képez. Véleménye szerint a decidua táplálkozási zavarával összefüggő elváltozások okozzák a vérzéseket.

A terhesség vége felé látható degeneratív decidua-elváltozásokat már ő is rendes élettani következménynek tartotta s a lepény leválását e szövetréteg lassú elfajulásával hozta összefüggésbe. Ugyancsak ő említi fel a deciduával határos intervillusos ürök keringési zavarának jelentőségét.

Magunk részéről a rendes helyen tapadó lepény korai leválásának mechanizmusára vonatkozólag azt gondoljuk, hogy a legfontosabb szerepet a terhességi toxicosisokkal összefüggő ér- és deciduaelváltozások jótsszák. A terhesség vége felé amúgy is átalakult decidua szövetében az erek rögösödése, szakadása folytán kisebb vérzések keletkeznek. E kezdetben kicsiny vérömlenyek a fellazult deciduához tapadó lepényt részben leválasztják alapjáról. Az így keletkezett nyílásba az átszakadt anyai erekből mind több vér kerül, mely oldalirányban haladva, a leválást lassan, de biztosan fokozza. A vérzés s a leválás növekedésével végül a vér a burkok és méh között utat talál ki felé. *Ily módon léphet fel hirtelen a vérzés a magát különben teljesen jól érző asszonynál anélkül, hogy fájásai lettek volna. A lepény leválása azután legtöbbször megindítja a szülést is. Most már a fájások segítik elő a lepény további leválását. Az összehúzódásra nem képes lepény felett az összehúzódó méh izomrostjai eltolódnak s a sérült területnek széli részén mind nagyobb és nagyobb lepényszövet válik le lassan.* Az egész folyamat a gyakran idézett kinyújtott gummilapra csöppentett gyertyához ha-

⁹ Zbl. f. Chir. 56. 20.

sonlítható, hol a nyújtást megszüntetve, a gyertyacepp leválik összehúzó alapjáról. Teljesen ez a mechanizmus működik a lepénynél is, hol a lazaszövetű lepény, míg meg nem sérült, követi a méhösszehúzóásokat és így nem válik le alapjáról. Amint azonban a leválás megindult s kisebb vérömleny képződött, úgy e tömöttebb, összeállóbb szövet — hasonlóan a gyertyacepphez — nem képes a méhösszehúzóásokkal lépést tartani s contractiók alatt széli részein mint ék, behatol a még tapadó lepényszövet és decidua közé s folytatja a leválasztást. Hogy e leválás mily méreteket ölthet, mutatja az, hogy 42 esetünk-ből 22-szer a lepény a magzat megszületésével együtt távozott hatalmas vérárvadékok kíséretében.

A rendes helyen tapadó lepény korai leválása tehát — amint látjuk, — tisztán mechanikus következménye a toxikus okok által létrehozott vérzéseknek. Hogyan okozza azonban a vérzést létrehozó toxicosis a méhizomzat érelváltozását s a decidua basalis szövetfajulását? Erre csak az újabb idők állatkísérletei derítették fényt.

Browne 1923-ban kezdte vizsgálatait. Először terhes nyúlba bac. pyocyaneus emulsiót fecskendezett be intravenásan. Az intectio után 6 órával a toxikus hatásra vérzés indult meg a hüvelyből. Elaltatva és felnyitva az állat méhét, azt találta, hogy az elhalt foetusok mellett kifejezett lepénymögötti vérömleny képződött, ami teljesen megmagyarázta a vérzés kiindulási helyét s a magzatok elhalását. Ezután rendszeres vizsgálatokkal kimutatta, hogy úgy a coli-csoportba tartozó bakteriumokkal, mint egyes kémiai vegyületekkel előállíthatók a vesegyulladás idült és heveny alakjai. Vizsgálatait pontos vizeletellenőrzés mellett végezte s arra a következtetésre jutott, hogy, ha idült vesegyulladásban szenvedő állatnak terhessége alatt újabb natriumoxalátot és pyocyaneus emulsiót injiciált, úgy az esetek 100%-ában megszakadt a terhesség, a lepény idő előtt levált s retroplacentaris haematoma képződött. Vérzést kapott terhesség esetén akkor is, ha natriumoxalattal előidézett acut nephritisnél mikroorganizmusokat vitt a szervezetbe. A különböző mikroorganizmusok közül legmegfelelőbbnek, leghatékonyabbnak a bac. pyocyaneust találta. Oly esetekben, hol a vérzés bekövetkezett, a vizelet vértartalma mindig erősen fokozott volt, fehérjetartalma azonban nem egyszer hiányzott. Acut oxalát nephritisnél a vér vizeletretentiójának még nagyobb fokánál is előfordulhat az, hogy a vizeletben fehérje nincs. Browne tehát állatkísérletekkel is kimutatta, hogy úgy acut, mint chronikus nephritisek praedisponáló szerepet játszhatnak a lepényi „vörös infarctusok” s a retroplacentaris haematomák keletkezésénél. A korai lepényleválást kiváltó ok a toxemia, a szervezet belső mérgezése, mely a vérkeringés útján jut el a vesébe s okozhatja itt a talált elváltozásokat.

Fenti kutatóval majdnem teljesen azonos eredményre jutott nemrég Bompiani, ki ugyancsak natriumoxalattal idézte elő a korai lepényleváláshoz vezető chronikus interstitialis nephritist, illetve toxemiát, majd az előzetesen oxalattal kezelt terhes állatnak homolog lepénykivonatot injiciált a terhesség előrehaladottabb idejében, utolsó harmadában. 8 állata közül 5-nél következett be korai lepényleválás. Bompiani kísérleti eredményei is azt mutatják tehát, hogy a korai lepényleválás toxikus okok következménye.

Az állatkísérletek, valamint a korai lepényleválással kapcsolatos hasmetszéses leletek alapján a leválást előidéző okot mi is a terhességi toxicosisban találjuk. E mérgezést azonban egész másképpen értelmezzük, mint a régebbi kutatók. Véleményünk szerint a magzat anyagforgalmi termékei az anyai szervezetbe széthordva, legtöbbször nem egy szervet támadnak meg. Mindennapos tapasztalatunk azt mutatja, hogy míg az egyik betegnél a

vese szenved legtöbbet (terhességi vese), másíknál a máj (terhességi máj, ikterus, heveny sárga májsorvadás), harmadíknál a bőrelváltozások lépnek előtérbe (dermatosisek stb.). A betegek egy csoportjánál már a terhesség első felében kifejezésre jutnak a mérgező anyagcseretermékek (ptyalismus, hyperaemesis), másik csoportnál csak később lépnek fel egyes jól ismert, gyakran előforduló jelenségek (terhességi bőr- és vétagoedemák) s habár ritkábban találkozunk még más szervek megtámadására utaló tünetekkel (terhességi psychosisek, chorea-, tetania-, asthmapathia-, narkolepsia gravidarum), mégis kétségtelennek látjuk, hogy a fenti elváltozások mind terhességi toxicosira vezethetők vissza. Úgy képzeljük el a kórfolyamatot, hogy a szervezet egyes részeinek hajlamosága egyéneknél változik. Az egyik betegnek ez, másíknak az a szerve, vagy szervrendszere hajlamosabb, gyengébb. A terhességi toxicosis is ott támadja meg a terhes asszony szervezetét, hol legkevésbé ellenállásra talál. A különböző hajlamosságú szervek nemcsak valószínűleg, hanem egészen bizonyosan különböző fokú ellenállóképességgel bírnak. Csak így tudjuk megmagyarázni azt, hogy míg az egyik asszony semmit sem vagy alig szenved terhessége alatt, addig a másikat a terhességi hányástól kezdve a legsúlyosabb eklampsiáig végigkíséri a toxicosisek egész skálája.

A magzatok növekedése, fejlődése közel egyforma. Nem igen mondhatjuk, hogy az egyik több toxint termelne, mint a másik; arra sincsenek bizonyítékaink, hogy e termékekből az egyik lepény többet engedne át az anyai szervezetbe, mint a másik. Az ok kétségtelenül az anyában van. A különböző betegségeken átesett anyai szervezet egyes szervei időnként változó tökéletességgel végzik a terhesség által rájuk szabott fokozott munkát. Az első útmutatást is az szolgáltatta, hogy a terhességi nephropathia súlyosabb alakjait előzőleg már vesebetegségen átesett egyéneken tapasztalták. A szervezet egyes részei tehát épségüknek, hajlamosságuknak megfelelően, különböző módon reagálnak a terhességi toxicosisekkel szemben. Míg a teljesen ép, egészséges test minden zavar nélkül küzd meg e hatóanyagokkal, addig a hajlamosabb, vagy beteg szervezet csak ideig-óráig bírja a harcot s ha a küzdelemben kimerült, úgy a jól ismert tünetek lépnek előtérbe.

Bár eddig alig volt ismeretes, az újabb irodalom adatai között azonban mind gyakrabban találkozunk olyan közleményekkel, hol korai lepényleválással kapcsolatban a méhnek s különösképen a méh izomzatának s ereinek egy teljesen különálló kórképét írják le a vizsgálók. Az esetek száma még nem oly nagy, hogy teljesen pontos tájékozódást nyerhessünk, kétségtelen azonban, hogy ezek az elváltozások sokkal közelebbi felvilágosítást nyújtanak a korai lepényleválás okára, mint az eddigi jól ismert feltevések.

Mivel az esetek gyakran nagyfokú anaemiával függenek össze, ezért a szülés gyors befejezésére sokszor a hasmetszéses méhesonkolást, vagy teljes méhkiirtást, esetleg császármetszést találtak a legmegfelelőbbnek. Az ilyen, szemünk előtt fekvő méh rendkívül érdekes képet mutat. A terhes méh színétől eltérőleg vérárfutásoktól tarkított felülete s vérzésektől átjárt izomzata élesen elüt környezetétől. E kép rögtön megmagyarázza a szülés alatti nehezen leküzdhető fáradtságos okát. Ez az átverzett, érszakadásokkal átjárt izomzat szétválasztott rostjai miatt nem képes összehúzódsra. A szövettani lelet, melyet már előbb leírtunk, világosan igazolja, hogy a vese, máj s más szervek vércsöveihez és nekrosisaihoz hasonlóan itt is a terhességi toxicosis egy alakjával állunk szemben, mely ez esetben leginkább a méh ereire,

izomzatára és deciduájára szorított s mely tökéletesen megmagyarázza a korai lepényleválás okát.

A leírt méhizomvérzések azonban csak ritkán fordulnak elő önállóan; legtöbbször más szervek, főleg vesék elváltozásai kísérik. Ez az oka annak, hogy súlyosabb toxicosis mellett az esetek nagy számában fehérjét találtak a vizeletben s hogy az eklampsia is aránylag magasabb arányszámban esatlakozott a korai lepényleváláshoz. *A rendes helyen tapadó lepény korai leválásának kórképe tehát szerintünk a legtöbb esetben a terhességi toxicosis egy formája*, melyet eddig — mivel ritkán került közvetlenül szemünk elé — alig ismertünk. Felismerését az is megnehezítette, hogy a könnyű esetek nagy számában e méheltváltozás felismerhető tüneteket nem okozott. *Albeck* a megfigyelt esetek kétszeresére becsüli a tüneteket nem okozott, könnyebb toxicosisokkal kapcsolatos méheltváltozások számát. Hogy e szövödmény klinikai szempontból mennyire jelentős s kimenetelében mily veszélyes, azt már hangsúlyoztuk.

A súlyosabb esetek műtéti kezelésében nem volt eddig egységes nézet. Régebben inkább hüvelyi úton igyekeztek célt érni; újabban a hasmetszés lépett előtérbe. *Albeck* szavait idézve, „magas anyai és magzati halálozással, komoly utóvérzésekkel járó súlyos eseteknél valóban habozhatunk, hogy a szülés gyors befejezésére mely eljárást válasszuk. Mivel az anyag átnézése után látjuk, hogy ily komoly esetek után mily gyakran találunk utóvérzést, a jövőben hasmetszést fogunk végezni, mert így majd a méhfal állapotáról is meggyőződhetünk s ha ezt véresen átívódva találjuk, úgy eltávolíthatjuk a méhet, mielőtt még az asszonyt nagyobb vérvesztés fenyegetné“.

Két esetben mi is császármetszéssel oldottuk meg a nehéz helyzetet, mely az anya életét fenyegette. Egyik alkalommal hüvelyi úton, másik esetben hasmetszéssel végeztük a műtétet.

I. 613/1927. 29 éves *I. P.* Elmondja, hogy a fájásokkal egyidejűleg erős vérzés indult meg hüvelyéből. Mivel a vérzés elég tekintélyes volt s a vizelet bőven tartalmazott fehérjét, orvosai klinikánkra szállították a beteget. Az erősen oedemás asszonynál felvételkor zárt méhszájat találunk, a hüvelyből hig vér és véralvadék ürül. Fájások nincsenek, magzati szívhangokat nem hallunk. A vérnyomás 200/155 Hgmm *Riva-Rocci* szerint. Mivel a beteg látászavarokról panaszkodik (egy méter távolságról sem képes ujjakat számlálni), szemészconsilliarist hívunk, ki retinitis albuminuricát talál. Eklampsia kitörésétől tartva, *Stroganoff-kúrát* kezdünk s a szülést *vainalis sectio caesareával* fejezzük be. Átvágva az elülső és hátulós hüvelyboltozatot összekötő vastag nyálkahártyaredőt (vagina duplex), kör alakú metszést ejtünk az elülső hüvelyboltozaton s a hólyagot feltolva, felhasítjuk a nyakesatornát. Lázas állapot mellett perforáljuk a halott magzat fejét, majd kranioklasztal kihúzzuk a kora-magzatot. A magzattal egyidőben megszületett lepény felületét vastag, szívósan tapadó, mintegy 2 tenyérynyi véralvadék fedi. Mivel a műtét után 10 órával a vizeletkiválasztás nem indult meg, előzetes megbeszélés után az asszonyt az urológiai klinikára szállítatjuk, hol az egyik vesét azonnal decapsulálják. A vizeletkiválasztás azonban erre sem indult meg s ezért 2 nap múlva a másik vesét is decapsulálják, azonban eredménytelenül, mert a beteg a szülés utáni negyedik napon uraemia tüneteinek között meghalt. Ez esetben a korai lepényleválás a magzat, — a súlyos toxicosis pedig az anya halálát követelte.

II. 1525/1926. 1926. X. 26-án 31 éves *I. P.*-t erős vérzéssel szállítatja be báziorvosai klinikánkra. Az asszony hozzátartozói elmondják, hogy a betegnek gyermekkor óta mindig rendetlenül jelentkezett tisztulása. U. m.: február 26. (?) Terhessége rendszeren folyt le. Magzatát június vége felé érezte először megmozdulni. Eszerint tehát a terhesség már vége felé közeledett. Számítás szerint 1—2 hét választható el a szülés számított idejétől, midőn a beteg teljes jólét közepette étkezés után hirtelen rosszul lett, anélkül, hogy bármilyen panasz, fájsága vagy görcse lett volna. Beszállítás közben állandó tompa has-

fájdalmakról panaszkodott, többször hányt. A meg ottho a fellépett vérzés a szállítás alatt csak fokozódott, később azonban teljesen megszűnt. Felvételkor a kivérzett, halott-halvány asszony érverése 140, könnyen elnyomható, arythmiás. A vizelet fehérjetartalma 2^o/₁₀₀. A has erősen feszes s tapintásra, főleg a méhfenéktől balra, igen érzékeny. A nagyfokú érzékenység megnehezíti a vizsgálatot; a bemenet felett koponyát tapintunk, magzati szívhangokat nem hallunk. Belsőleg: álló burok mellett ujjnyi méhszájat találunk; lepényszövetet — ameddig a vizsgálóujjal felhatolhatunk — sehol sem érzünk.

Mivel a vérzés szemünklettára fokozódik s az asszony állapota rohamosan romlik, dacára annak, hogy a magzat elhalt, a szülést a nagy vérvesztésre s — először szülőre való tekintettel — a teherbejutás lehetőségének megtartása miatt transperitonealis cervicalis sectio caesareával fejezzük be.

Hasmetszésnél a szokottnál nagyobb mennyiségű, vörhenyesen elszíneződött savót találunk a hasürben. Letolva a hólyagot, felmetszve a méhet s eltávolítva a halott, 2600 g súlyú magzatot, látjuk, hogy a méhfenékben baloldalt a lepény majdnem teljesen levált s a méhürben mintegy 4 maroknyi régebbi véralvadék s friss vér foglal helyet. Feltűnő, hogy főleg a méh bal oldalán a hashártya alatt számos kisebb-nagyobb vérzéses góc foglal helyet a méh izomzatában. Elvárva a méh sebet, kitaraktjuk a hasüreget s a vérvesztés miatt 1 liter hypodermoklysiszt adva a mellkas bőre alá, zárjuk a hasat. A rendkívül nyugtalan beteg állapota, érverése csak lassan javult. Hosszabb ideig volt subfebrilis, a méh is renyhén húzódtott össze, úgy, hogy az asszony csak a szülés utáni 23. napon távozott klinikánkról.

Ez esetben a helyes kórismét rögtön a beteg felvétele után felállíthatjuk, mert a korai lepényleválásnak majdnem összes tünete megvoltak. Az asszony állapota igen súlyos volt, megmentése végett azonnal be kellett avatkoznunk. A magzatot, sajnos, már nem menthetjük meg.

Az egyszerűbb szövödmény nélküli esetek kezelését illetőleg leghelyesebbnek tartjuk a betegnek szülőintézetbe való szállítását, mert sohasem tudhatjuk előre, hogy a pillanatnyilag kedvezőnek látszó helyzet mikor válik súlyossá! Ha a beszállítás lehetetlen, vagy már elkészt, úgy *igyekezzünk a szülést mielőbb befejezni*. Ha a méhszáj még nem tágult ki, tágtitsuk azt. Helyezzünk be metreuryntert s ha ez megszületett, lábafordítással, extractióval, farfekvés esetén pedig a magzat kihúzásával fejezzük be a szülést. Ha a méhszáj kellő tágasságú s a fej már mélyebbre szállt, alkalmazunk fogót. *Legyünk azonban mindig elkészülve* a szülés harmadik szakának legkellemetlenebb, korai lepényleválásnál leggyakoribb zavarára, az *atonióra*.

Ami a korai lepényleválás súlyosabb eseteinek műtéti kezelését illeti, ezekre nézve a következőkben foglalhatjuk össze nézetünket: látva a fájásgyengeség súlyos következményeit, a gyakran fellépő s kimentelésben kiszámíthatatlan atoniát, a leírt toxicosisok súlyosságát, a külsőleg nem látható méheltváltozásokat, valamint a 10%-os halálozási számot, az a vélemény alakult ki bennünk, hogy a mai műtéti technika kiforrottsága mellett a terhesség és szülés e nem is ritka rendellenességével szemben *actívabbnak kell lennünk*. Helyesebbnek látszik az aktivitás a magzat megmentése céljából is. *Ha tehát a helyzet megköveteli, végezzünk császármetszést, hogy egyrészt élő magzatot nyerhessünk, másrészt, hogy ezzel a szülést az anyára nézve legkedvezőbben s legbiztosabban befejezhessük*. Tekintettel arra, hogy néha a beteg erősen kivérzett állapotban kerül kezeink közé s tudatában annak, hogy a lepényi szakban nem egyszer súlyos atoniás vérzés fenyeget, ami az amúgy is kivérzett anyára nézve halálos lehet, *a műtét alkalmával mérlegelés tárgyává kell tennünk azt is, hogy vajjon conservatív császármetszést végezzünk-e, vagy pedig az újabb vérzés lehetőségének kizárásával, méhesonkolással fejezzük be a szülést? E nehéz helyzetünkben és elhatározásunkban a*

beteg állapotán kívül mindenesetre lényeges befolyást gyakorolhat az a tény is, hogy először szülővel, vagy pedig többgyermekes anyával állunk szemben? Utóbbi esetben ugyanis — éppúgy, mint placenta praevianál — sokkal könnyebb radikális műtétre határoznunk magunkat.

Irodalom: Albeck: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1920. 231. o. — Aschkanasy: Zur Path. der vorzeitigen Lösung der normalsitzenden Placenta. Königsberg. 1902. — Aschner: Gyn. Rundschau, 1913. 715. o. — U. a.: Arch. f. Gyn. 1914. 102. köt. 181. o. — Barchet: Beitr. zur Geb. u. Gyn. 1912. 137. o. — Bayer: Hegar s Beitr. VII. köt. 3. füz. — Benicke: Zbl. f. Gyn. 1. — Bompiani: Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Geb. 1928. 852. o. — Browne: British med. Journal 1926. ápr. 17. sz. — Bumm: Arch. f. Gyn. 37. köt. — U. a.: Arch. f. Gyn. 43. köt. — Calman: Zbl. f. Gyn. 1916. 13. füz. — Champetier de Ribes: Zbl. f. Gyn. 1901. 1332. o. — Couvelaire: Ann. de gynéc. et de d'obst. 1911. 591. o. — U. a.: u. o. 1912. 486. o. — U. a.: u. o. 539. o. — Essen-Möller: Accidental haemorrhage, XVII. Nemzetközi Orvoscogr. 25. o. — Feinberg: Zbl. f. Gyn. 1893. 5. füz. — Fraipont: Ann. de gynéc. et d'obst. 1914. 200. — Frankl és Huess: Zbl. f. Gyn. 1921. — U. a.: Arch. f. Gyn. 104. köt. 2. füz. — v. Franqué: Deutsche med. Wschr. 1915. 29. és 30. füz. — U. a.: Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 37. köt. 277. o. — Gaston: Ann. de gynéc. et d'obst. 1906. 667. o. — Gottschalk: Verh. d. d. Ges. f. Gyn. 1897. — U. a.: Zbl. f. Gyn. 25. köt. 819. o. — Guérard: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1901. 619. o. — Haake: Arch. f. Gyn. 58. köt. — Haebelin: Zbl. f. Gyn. 1890. — Henry: Ann. de gynéc. et d'obst. 1891. 357. o. — Heidenham: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 51. köt. 3. füz. — Hevesi: Gynaekologia, 1906. — Hirschmann és Lindenthal: Arch. f. Gyn. 69. köt. 3. füz. — Hochne: Med. Klin. 1913. 3. füz. — Hofmeier: Winckel: Handb. d. Geburtsch. 1904. 1185. o. — Hüter: Arch. f. Gyn. 1888. — Jentler: Jahresh. f. Geb. u. Gyn. 1913. 800. o. — Knauer: Monatschr. für Geb. u. Gyn. 1903. 1279. o. — Kouwer: Zbl. f. Gyn. 1888. 28. füz. — U. a.: Zbl. f. Gyn. 1908. 755. o. — Kubinyi: O. H. 1925. 40. sz. — Levius: O. H. 1923. 49. sz. — Lieven: Deutsch. med. Woch. 1914. 103. o. — Lumbacher: Gynaekologia, 1907. M. Orv. Term. Munk. 1907. 163. o. — Lovrich: O. H. 1899. 30. füz. — U. a.: Gyn. Szakoszt. évkönyve, 1898. — U. a.: Gyn. Szakoszt. évkönyve, 1901. — U. a.: O. H. 1902. 3. sz. — U. a.: Der Frauenarzt, 1900. 15. köt. — U. a.: Pester med. chir. Pr. 1899. 34. sz. — U. a.: Ung. med. Pr. 1899. 32—33. sz. — Maslowsky: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 4. köt. — Münchmeyer: Arch. f. Gyn. 1888. 486. o. — Osiander: Arch. f. Gyn. 1888. — Queisner: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 37. köt. 529. o. — Prager: Zbl. f. Gyn. 1926. 1908. o. — Rühl: Zbl. f. Gyn. 1901. 47. füz. — Schickele: Beitr. z. Geb. u. Gyn. 1904. 337. o. — Seitz: Arch. f. Gyn. 1903. 71. o. — Soltész: B. K. 1902. 3. sz. — Spaeth: Deutsch. med. Woch. 1913. 1596. o. — Stoeckel: Jahreskurse f. ärztl. Vortbildung, 1917. július. — U. a.: Lehrb. d. Geb. 1923. — Dr. St. E.: B. K. 1917. 8. sz. — Thaler: Zbl. f. Gyn. 1921. 578. o. — Veith: Zbl. f. Gyn. 1903. 713. o. — U. a.: Berl. kl. Wochenschr. 1902. 22—23. füz. — Weiss: Arch. f. Gyn. 1894. 256. o. — Werner: Zbl. f. Gyn. 1919. — Williams: Surgery, gynecology and obstetrics, 1915. 541. o. Összefoglaló irodalom. Winckel: Handb. der Geb. Összefoglaló irodalom. — Winckel: Zschr. f. Geb. u. Gyn. 1885. 398. o. — Zatkalik: Gyn. 1918. 27—29. sz. — Zarate: Ann. de gynéc. et d'obst. 1915. 435. o. — Zweifel: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1912. 55. és 68. o.

LAPSZEMLE

Belorvosan.

A cutis marmoratáról: physiologiai és pathologiai jelentősége különös tekintettel az exanthemaképződésre. Mayer—List. (Deutsche Arch. klin. Med., 164. köt., 5—6. f.)

Vasoneurotikus egyének lassú lehűtésre cutis marmoratával reagálnak, egészséges ember libabőrös lesz. A hidegpontok elrendeződésének következménye a fehér színnel reagáló helyek foltszerű fellépése. Capillarmikroskoppal a cyanotikus helyeken fokozott capillarisrajzolat, összefüggéstelen részeknek látszó capillaris-kacsok láthatók, helyenként aneurysmaszerű tágulatokkal, a fehér helyeken a capillarisrajzolat igen gyér. Cutis marmoratánál a hidegátvitel a hidegpontokról a peripheriás edényekre csak idegek útján történhet, a direct behatást az erekre kizárhatjuk. Magyarázat talán az

ú. n. axonreflexben lehető (reflex, mely a sensibilis végkészülékekről direct a vasomotorikus pályára, vagy a contractilis elemekre tevődik át). Az axonreflexekre centralis pályák gátló hatást gyakorolnak. A legfinomabb erek betegségeinél úgy endogen (vasoneurotikus diathesis), mint exogen (vasomotorikus apparatus zavaráin alapuló) tényezők szerepelnek.

Ha cutis marmoratára hajló egyéneket hosszabb ideig meleg hatásának tesszük ki, úgy a cyanotikus részeknek megfelelően először hyperaemiát, majd pigmentációt látunk fellépni, mely pigment gyűrűalakban rendeződik a capillaris-kacsok körül. A pigment az időjárás viszonyosságai ellen nyújt védelmet. Az axonreflex-mechanizmus a test primitív önvédelmének tekinthető a hideg ellen. A cutis marmorata cyanotikus helyei locus minoris resistentiae-nak felelnek meg: úgy a gyógyszeres, mint a különböző betegségeken fellépő exanthemák, illetve bőrvérzések e helyeken jelentkeznek előszeretettel, a spirochaeták a pigmentált helyeken telepednek meg elsősorban. Foltszerű hyperaemiás fészkek találhatók ulcusosok gyomornyálkahártyáján és ajkán, gyulladásra hajló hólyagnyálkahártyán, legújabbán találtak hasonlókat izom- és agyszövet histologiai vizsgálatánál is.

Molnár István dr.

Vizes májkivonatok hatása. Porter, Williams, Forbes és Irving. (Journ. Amer. Med. Assoc. 93. köt., 3. sz.)

Minot és munkatársai a májkivonatok hatásosságának ellenőrzésére legalkalmasabbnak a reticulocyták mennyiségének ellenőrzését találták. Szerzők olyan vizes májkivonatot állítottak elő, amely a fenti ellenőrzés mellett vizsgálva igen hatásosnak mutatkozik. E kivonat úgy van standardizálva, hogy 30 cm³-e 210 g máj vizes kivonatának felel meg. Kivonatkából különböző mennyiségeket adagoltak, napi 3 részletre elosztva, narancslemben, csokoládében, és azt találták, hogy a leghatásosabb adag napi 90 cm³. 28 nap alatt olyan anaemiáknál, amelyeknél a vörösvérsejtek száma 1-5 millió, vagy ennél kevesebb volt köbmilliméterenként, az emelkedés átlagban 1-98 millió vörösvérsejtet tett ki (mm³-re számítva). Ha az átlagos adag csak 45 cm³ kivonat volt, akkor az emelkedés 1-64 millióra rúgott. Azt hiszik, hogy az erythroblastok érettéválásához való anyaguk bizonyos koncentrációban kell jelen lennie a szervezetben ahhoz, hogy az erythrogenesis lépést tartson a vörösvérsejtek physiologiai pusztulásával. Ezért függ a kivonatok hatása az adag mennyiségétől.

Baráth dr.

Sebészeti.

Nyálkő-recidívák. Boss. (Bruns Beitr., 146. sz., 2. o.)

Leggyakrabban a glandula submaxillaris- és sublingualisban, valamint ezek kivezető csöveiben figyelhetjük meg a nyálkakövek recidívait. A kö eltávolítása és annak újbóli fellépése közötti idő, néhány hónaptól öt évig változhat. A recidiva oka: 1. a nyálmirigy makroszkopikus és mikroszkopikus kimutatható betegségei; 2. a concretumok műtét közbeni bepréselése a nyálkamirigy kivezető csöveibe; 3. a kövek mobilisatio és kihúzása közbeni eltörése; 4. a kövek eltávolítása után a kivezető csövekben keletkező hegek. Sialolithiasis esetében therapeutikusan akkor járunk el helyesen, ha minden egyes esetben a mirigyét magát is eltávolítjuk (kivéve, ha a parotisról van szó).

Marx József dr.

Az acut pancreas-nekrosis diagnosa és therapiája. Walzel. (Bruns Beitr., 147. sz., 1. o.)

Véleménye szerint igazat kell adnunk a legújabb statistikáknak, melyek kimutatják a szoros összefüggést a hasnyálmirigyelhalás és valamilyen epebántalom között. Idevágó esetei között volt egy másik által is már fontos kiváltó tényezőként szerepeltetett duodenum-diverticulum is. Diagnostikailag a legfontosabb a Wohlgemuth-féle diastase-próba, amely a vizeletben 35 percig tart, de a vér citrát-plasmájában is igen hamar kivihető. Egyéb klinikai symptomák figyelembevétele mellett 256-on felüli diastase-értéket bizonyítónak fogadhatunk el. Kivételes esetekben nem, vagy csak keveset emelke-

dett diastase-értékek mellett, a hyperglykaemia vezet majd helyes nyomra a diagnózis felállításánál. Ilyen magas diastase értéket, szerző szerint, a vérzéses formánál találunk, szemben a tiszta zsírnekrosissal járó — elnevezése szerint — ú. n. száraz nekrosissal. A heveny pankreas-nekrosis therapiája, sajnos, nem tartott lépést a diagnózis tökéletesedésével. Szerző sem híve a korai műtétnak; inkább conservative viselkedjünk, kivéve, ha a diagnózis nem egészen bizonyos, vagy pedig alkaloidokra sem szűnő, elviselhetetlen fájdalmai vannak a betegnek. Újabban ajánlják az egyidejű cholecystectomiát, choledochus-drainage-zsal is. A más szerzőktől ajánlott egyezreléses chininoldattal való átöblítése a hasüregnek, nálunk sem adott jó eredményt. Véleménye szerint a heveny hasnyálmirigyelhalás gyógykezelésében sebészi eljárásoktól a mainál több eredményt nem várhatunk, de talán többet érünk majd el az egyelőre tökéletlen formájú immunizáló kezeléssel.

Marx József dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Az anyagcsere változása a menstruatio alatt. Eufinger. (Klin. Woch., 1929, 36. sz.)

A petefészkek működésének a havi cyklussal együttjáró belsősecretiós változásai az anyagcsere létlegesen befolyásolják. A praemenstrualis vérben keringő petefészkekivonat váltja ki a többi mirigy és parenchymás szervek alakú változásait is. A cyclus alatt a vizelettel nagymennyiségű ivarhormon választatik ki, ezzel párhuzamosan megduzzad a pajzsmirigy. Ugyanezen időben a legnagyobb mérvű az adrenalin kiválasztás is. A máj, az emlők, szintén gyakran megduzzadnak, a vér, a kalcium süllyed, calcium változatlan marad, globulin-tűkrök emelkedik, míg a felületi feszültség- és cholesterolérték csökken. Egyesek praemenstrualis acidosis-t is találtak. A havivérzés alatt víz és konyhasó visszatartásra való hajlam, vizenyőkészség mutatkozik. Az intermenstruum hősüllyedéssel jár. A vegetatív idegrendszer is befolyásolva van; a vagus ingerlékenysége fokozott, sok esetben hasmenésre való hajlam áll fenn. Az izzadság- és fagygyümölcsök elválasztása is rendszeresen fokozott. Valószínűleg a szénhidrat-anyagcsere is változást szenved, szintúgy a fehérje-anyagcsere is; kisfokú nitrogenvisszatartás. Szembetűnő, hogy a menstruatio alatt azok a rendszerek változtatják meg működésüket, amelyek a terhesség alatt is főbb szerepet játszanak, vagyis a cyclus alatt terhességre állítatik be a szervezet. Ha a corpus luteum degenerál, az eredeti viszonyok ismét helyreállanak, míg terhesség esetén az elváltozások ugyanez irányban tovább fokozódnak.

Liebmann dr.

Vizsgálatok a hüvelnyálkahártyán. Klaas Dierks. (Arch. f. Gyn., 1929, 138. köt., 1. füz., 111. o.)

Kétoldali petefészektömlő miatt castrált 19 éves nőnél végzett vizsgálatai alapján megerősíti azon újabb megfigyeléseket, melyek szerint a hüvelnyálkahártya mindazon cyclusos elváltozásokon átmegegy, mint az ovarialis befolyás alatt álló méhnyálkahártya. Több ízbeni excisio és szövettani vizsgálat szerint a castrált nő hüvelnyálkahártyája nyugalmi állapotban maradt. Sexualhormonnal (folliculin) kezelve a nőt, az ovarium cyclusos működésének megfelelően az a) intermenstrualis (nyugalmi) periodus, b) praemenstrualis periodus (proliferatiós, hyperaemizált, sejtd degeneratiós), valamint c) a menstruális periodus, (erősen hyperaemizált, duzzadt, hámló, a basalis sejtréteg kifejezett cylindrikus szerkezetével), kifejezetten előidézhető volt. Az egész folyamat synchron a genitalis apparatus egyéb helyein (méhnyálkahártya, tuba stb.) észlelhető cyclusos elváltozásokkal s határozottan az ovarium hormonalis befolyása alatt látszik létrejönni.

Pollák János dr.

A hüvely glykogenbontásának kérdése. Dr. H. Schultheisz. (Arch. f. Gyn., 1929, 136. o.)

A hüvely glykogenbontásának mechanizmusát vizsgálta a glykogen kvantitatív meghatározása és a H-ion-concentratio mérése által bakteriumtenyészetekben és

bakteriummentes hüvelyváladékban. A bacillus vaginalisnak glykogenbouillonban való tenyésztésében a glykogen-tartalom csökkent a H-ionconcentratio emelkedett. Pyogen-bakteriumok valamint bakteriummentes, NaCl oldattal hígított hüvelytartalom a glykogen-tartalom nem bontják fel.

Miklós László dr.

Szemészet.

A vércukortartalom szürkehályogban szenvedőknél. K. Mehlhose. (Klin. Monatsbl. f. Aug. 1929. LXXXIII. 97. oldal.)

Ismeretes, hogy egyes belsősecretiós betegségek, mint pl. tetania, diabetes, szürkehályog képződéséhez vezethetnek. Hogy a szürkehályog leggyakoribb alakja, a senilis katarakta, szintén összefüggésben áll-e a belsősecretiós zavarokkal, még nem bizonyított. Az öregkorban, min minden más szerv, az endokrinmirigyek is sorvadnak; a figyelem azonban újabban mindinkább a pankreasra, annak senilis involutiójára irányul, amennyiben a vércukor tükrének a Langerhans-szigetek csökkent működése folyán beálló emelkedése igen valószínű szerepet játszhatnék a hályogképződésben. Orosz szerzők a katarakta senilisben szenvedő betegeknek az esetek 35,7–57,9%-ában, amerikaiak 75%-ban találtak emelkedett vércukortartalmat. Mások ritkábban találtak a vér cukortartalmának fokozódását, viszont nagy számban csökkent cukortoleranciát. Szerző 50 olyan senilis katarakta esetében, melyeknél a cukor a vizeletben nem volt kimutatható, csupán három esetben (6%) talált 0,12–0,23% g-ig menő vércukortartalmat, 10 esetben végzett szőlőcukortolerancia-kísérlet pedig teljesen negatív eredménnyel végződött. Szerző ezek után hajlandó az öregkori szürkehályog keletkezésében a cukor anyagcserezavarának aetiologikus szerepet tulajdonítani és céltalannak találja a hályog képződésének, illetve továbbhaladásának megakadályozására ajánlott antidiabetikus diétát.

Dallos József dr.

Tuberkulotikus metastatikus ophthalmia. O. Schöpfer. (Klin. Monatsbl. f. Aug. 1929. LXXXIII. 30. o.)

Fulminans tuberculosis a szemben néha genyes panophthalmitis képében zajlik le és csak a szövettani készítmény ad a folyamat tényleges mivoltáról felvilágosítást. Szerző esetében, amelyet a budapesti egyetemi I. sz. szemklinikán észlelt, a folyamat 34 éves tuberkulotikus férfinél 6 hét alatt fejlődött ki és teljes megvakuláshoz vezetett a megtámadott jobb szemben. A hevesen belövelt szem mellső csarnoka feléig volt véres-genyes izzadmánnyal telve; a tensio emelkedett, a szem fájdalmas volt. A szövettani készítményben a szem mellső segmentumaiban diffus kissejtes infiltratio volt látható. Hátral a papilla structuráját epitheloid sejtthalmazok, Langhans-féle óriássejtek és erős kereksejtes beszűrődés teljesen szétzilálta; a chorioidea lymphocytás infiltratiótól kétszeresére megvastagodott. A teljesen nekrotizált retinában és az üvegtestben tömegesen voltak láthatók Koch-bacillusok. A folyamat ezek szerint masszív tubercillusfertőzés által kiváltott metastatikus ophthalmiának tekinthető. Az elsődleges megtelepedés helye a szemben bizonyára a papilla környéke volt, később az itt gyorsan növekedő gümő az üvegtestbe tört; ebben a Koch-bacillusok gyorsan elszaporodtak és toxikus termékekkel a retina elhalását és az ellenállóképesebb uvea reactivsejtes beszűrődését idézték elő.

Dallos József dr.

Urologia.

Incontinentia endovesicalis kezelése nőknél. E. Picard. (Zeitschr. f. Urol., 23. köt., 6–7. füz.)

Incontinens nőbetegnél a belső húgycsőszájadékot az uvula eltűnése vagy fellazulása s a sphincter alsó szélének concavitása jellemzi. A húgycső és hólyagnyak közt a határ eltűnik. Fokozza az elégtelenséget a sphincter urethrotigonialis laesioja s a süllyedt mellső hüvelyfal húzó hatása. Szerző Lewin eljárását módosítva a belső húgycsőszáj alsó és ennek megfelelő felső szélén 1–2 esetleg több helyen a nyálkahártyát coagulálta. Az étetés 8 naponként 2–3-szor ismételve, 14 esetből 13-nál

teljes eredményhez vezetett. Az eljárás tehát partialis incontinentiánál jól bevált. Előnye, hogy kis beavatkozás és teljesen veszélytelen.

Sas Lóránt dr.

A hátsó húgyeső friss és régi complet szakadásának kezelése anastomosissal. *H. Young.* (The Journal of Urol., XI. köt., 4. sz.)

Húgyesőszakadással szövődött medencecsonttörés 9 esetét közli. Mindegyiknél a lig. triangularenak megfelelően vagy amögött volt a ruptura. Legjobb eredményt a sérülés után azonnal operált esetekben látjuk. Ilyenkor a hiány zárása vagy anastomosis elvégzése s emellett perinealis drainage és Pezzer-behelyezés, biztos gyógyuláshoz vezet. A műtét elmulasztása folytán halálos kimenetelű fertőzés vagy súlyos szövödmények ú. m. vesico-perinealis, recto urethralis sipolyok vagy incontinencia léphetnek fel, melyek megszüntetésére nagy sec. műtéteket kell végezni. Idejében végzett pontos húgyeső-reconstructióval és megfelelő drainage al mindez elkerülhető.

Sas Lóránt dr.

KÖNYVISMERTETÉS

A m. kir. Ferenc József Tudományegyetem bőr- és nemikórtani tanszékének és klinikájának félszázados története. 1874—1924. 107. lap. *Vitéz Berde Karoly dr.* Számos ábrával. Szeged, 1928.

A Kolozsvárról Szegedre menekült Ferenc József Tudományegyetem 1922-ben ünnepelte fennállásának ötvenedik esztendejét, de a bőr- és nemikórtani tanszék és klinika fiatalabb lévén két évvel az egyetemnél, századik semesterehez csak 1924-ben érkezett el, amely ünnepi alkalommal az intézet adjunctusa, *Berde dr.* magántanár, összeállította a klinika félszázados, küzdelmes történetét. A kolozsvári régi és új, majd a szegedi klinikai épületek fényképmásolatát is magába foglaló, szerény kis füzet a „szegedi egyetem barátainak egyesülete” kiadásában az elmúlt évből hagyta el a sajtót, nagy nyereségére egyetemtörténetünknek. A hű munkatárs, szakmájának jeles művelője keresséte össze fáradságos munkával az intézetre vonatkozó félszázad történetét, amelyben a lemaradt levéltár adatait a még élő, idősebb professorok közlése pótolja. Itt is bebizonyosodott *Ramon-y-Cajal* azon megállapítása, hogy „a tudományos munka nem annyira az eszközökön, mint majdnem kizárólag az emberen múlik”. A hazai dermatologia kiváló művelőjének, *Géber Ede* professornak, az intézet első tanárának még tanterme sínes eleinte, egész tudományos életét két roskatag épületben elhelyezett klinikán tölti el. Egészségtelen, rozoga vályogházban volt elhelyezve tanterme, 7—7 ágyas betegszobája, melynek helyiségébe alacsony ajtón át magas lépcsőfok mélységéig lelép az ember, padozata veriföld, kiesiny ablakai pedig a szellőzést, világítást kétséssé teszik. Ilyen körülmények között szerzett *Géber* tanár országos nevet intézetének és a magyar dermatológiának. 1874—1891-ig tölti be a tanszékét, Utódának, *Marschalkó Tamás dr.*-nak már könnyebb volt a kitaposott utakon haladni. Az ő tanárkodása alatt épült fel az új bőrklinika, vált kötelezővé a bőrgyógyászat hallgatása és e tárgyból a szigorlat. 1915-ig, ez évben bekövetkezett tragikus haláláig díszle volt a tanári karnak. Halála után *Veress Ferenc*nek jut a katedra, aki 1922-ben családi okok miatt lemond és visszatér Erdélybe. A jelenlegi vezető, *Poór Ferenc*, dicső emlékü *Poór Imréné*nek, a magyar dermatologia úttörője fiának működése már kiesik e félszázad történetéből, de a halás tanítvány tisztelettel emlékezik meg jelenlegi mesteréről, akinek köszönheti e kis füzetcske is megjelenését.

Bálint Nagy István dr.

Entstehung und Entwicklung der Lungenschwindsucht der Erwachsenen. *F. Redeker und O. Walter.* (Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. 1929. Leipzig. Verlag von C. Kabitzsch.)

A tüdőtuberculosis keletkezését és fejlődését illetőleg az utolsó időkben nézeteink teljesen átalakultak. A sorozatos Röntgen-felvételek a tüdőtuberculosis genesisét egészen más világításba helyezték, s ezzel kapcsolatosan mások lettek a korai diagnostikának a nézőpontjai is. *Ranke* és *Aschoff* mellett elsősorban *Redeker* érdeme ezen új tan megalapozása. *Redeker*, *Walter*rel együtt írt könyvének értékét misem tanúsítja jobban, minthogy nyolc hónap alatt két kiadást ért meg. A második és bővített kiadás kimerítően, de mindenütt világosan és

áttekinthetően tárgyalja a kérdés mai állását, s a specialis részben a csúcs tuberculosist, a primaer gócos phthisist, a korai és másodlagos infiltratum fejlődését, az utánrajzás (Nachschub) kialakulását, a haematogen disseminált formákat, a pneumokoniotikus phthisis létrejöttét, s röviden, de érthetően a különböző formák prognosztikai jelentőségét. Mondanivalójukat szép Röntgen-felvételek illusztrálják. Minden belgyógyásznak és tüdőspecialistának el kell olvasnia e könyvet, amelynek segítségével jól tájékozódhatik az utóbbi évek phthisiologiai nomenklaturájának dsungelében.

Róth Miklós dr.

Congressusi gondolatok.

Az Országos Orvosszövetség idei pécsi congressusának igazi jelentőségét dr. *Vass József* népjóléti minister adta meg, aki nemcsak megjelent, *Scholtz* és *Dréhr* államtitkárokkal együtt, nemcsak felszólalt, üdvözölve a congressusnát a magyar orvostársadalmat, hanem közismert szónoki művészetén túl olyan bensőségesen nyilatkozott meg az orvosi kar előtt, ahogyan csak az előtt tudunk megnyilatkozni, akit tisztelünk, becsülünk, szeretünk, akivel szoros lelkiközösséget érzünk. — Lelket keresek és lelket adok, — ezt mondta és ezt éreztük. Ministerünk szavaival úgyis odaragadta magát a hallgatóit, ahova akarta. Egyik percről a másikra a legellenfőbb hangulatba ringatott, beszédének legnagyobb jelentőségét mégis két dolog adta meg.

Egyszer, szinte észrevétlenül, önfelédten, de természetesen azt mondta: *mi orvosok*, másodszor pedig bele engedett pillantani azokba a nehéz harcokba, melyeket azon tényezőkkal kell megvívnia, akik a socialis problémák iránt érzékkel ugyan nem bírnak, de háttérbe szorításukra annál inkább. Ebből megérthettük, hogy az orvosi kar jogos kívánságainak kielégítését nem a munkának megítélésére hivatott, hozzáértő szakministerium erélyének és jóindulatának hiányában, hanem abban a jogász, bürokrata és fiscalitásban tobzódó szellemben kell keresnünk, amely a mai, átalakulóban levő, hivatalos Magyarországon még túlon-túl erős. Ebből tehát az következik, hogy ministerünk kemény kezét nyújtja nekünk, bajtársainak tekint, akikkel közös fronton, együtt akar harcolni.

Engem legjobban szónoklatának talán nem is szándékos, aesthetikai értelemben vett, igazi mély humora ragadott meg, amely csak Arany János örökbecsű eposához, a Nagyidai cigányokhoz hasonlítható.

A breviumából kiragadott türelmes Jób példája ez, aki nyomorban a szemétdombra kerülve, egy cserédarabbal vakargatja számtalan sebeit, miközben barátai, az ápolásra, gondozásra szoruló gondosan esiszolt és hosszadalmas beszédekkel traktálják. A béketűrő Jóbban a magyar orvosi karra, a szemétdombban a magánpraxis romjaira, a kenetteljes vígasztalókban a sanálás értelmi szerzőire ismertem, akik pont a 146 járásorvost akarták sanálni és a községi és körorvosi kart a IX.-ből (a VIII. helyett) a X. fizetési osztályba rakták, miközben nem fukarkodtak a türelem, takarékoság és a jobb jövő hangoztatásával.

A minister beszédében az orvosi szakma eredetéről elmélkedett a német vendégeink congressusán hallottak kapasan. A kétféle felfogás közül az egyik (római) a görög rabszolgáktól, a másik (assir) a papoktól származtatja. A minister a papi eredet mellett nyilatkozott, mélyenszántó párhuzamot vonván a két hivatás hasonlóságai, gyakorlóinak elszigetelt, kimagasló társadalmi helyzete között. Mi azonban úgy érezzük, hogy a mai magyar orvosi rend a kettős eredet mellett szól, mert bár elméletben hivatásunk papjai vagyunk, a gyakorlatban a tudomány, a kötelesség és laikus parancsolóink rabszolgái.

A minister leghatározottabban lándzsát tört az orvos ethikai magaslaton való megtartása, tehát az orvosi rendtartás mellett, ami egyrészt fokozott nyomatékot ad az Orvosszövetség ezirányú elhatározásának, másrészt magának az Országos Orvosszövetségnek is.

Csilléry András az igaz magyar embert, a jó colle-

gát, a magas posztóban levő szakembert és a böles politikust egyesíti magában. Az Orvosszövetség az ő vállain nyugszik, a közel 3 milliós nyugdíjintézet az ő alkotása, a munkásbiztosítás átszervezésekor kimaradt collegák százai neki köszönhetik existenciájukat. Egyéniségének súlya hozta el a congressusra a sok magas vendéget, tette lehetővé az orvosi rendtartás *érvényesítését*, valamint azt, hogy csak szövetségi tag lehet társadalombiztosítóiintézeti orvos. Neki köszönhető tehát a Szövetség hatalmas megerősödése, aminek korszakalkotó jelentőségű állomása az egészségügyi propaganda irányításának az Orvosszövetség kezébe való letétele (a népjólét ministerium egise alatt). Mindez oda fog vezetni, hogy az erős Orvosszövetség belépésre és etikai alapon való működésre fogja kényszeríteni azokat is, akik erre idáig különböző okból nem voltak hajlandók. Így pedig feleslegessé válik a sokunk által éppen súly, etika és fegyelem dolgában kívánatosnak tartott kamara, megmarad a szabad társuláson alapuló, talán nagyobb függetlenséget biztosító szövetségi forma. Az elnöki exposé tömören hatalmas programot adott, mely kivonatos ismertetésre alkalmatlan, azt hallani kellett. Meg vagyunk győződve, hogy nem marad a pusztába kiáltó szó.

A congressus tudományos themája ezúttal a *lakásügy* volt, melyet a felkért neves előadók minden oldalról alaposan megvilágítottak. Nem tartjuk azonban szerencsésnek azt, hogy ez a thema, amelyről orvosoknak kevés újat lehet mondani, gyakorlati eredmények pedig nem voltak tőle várhatók, a congressus idejének legjavát vette el. *Kovrig Béla dr.* egy magántanár előadása, amely a nekünk idegen *elméleti* socialpolitika és philosophia mezején mozgott, erősen elhúzódott, igen sok kartársunk eltávozására vezetett, akiket a szorosan vett szakügyek bizonyára élénken érdekeltek volna.

K. Császár Ferenc építész-tanár előadása mélyen bevilágított közgazdasági életünk dzsungelébe, a tőke és kartellek rejtélyeibe, a Mérnök- és Építész-Egylet nemes, de eredménytelen harcába, melyek mai nehéz viszonyainkat megmagyarázzák.

Gerlóczy Zsigmond professor részletesen foglalkozott a falusi lakáskérdéssel, melynek óriási jelentőségét kifejtette, különösen hangsúlyozván a földbirtokreform és a falusi kislakásépítő actio jöveteletlen hibáit és az idejében felszólaló szakkörök követelményeinek mellőzését.

Parassin József dr. előadása olyan volt, mint egy elsőrendű szaklap érdekesen megírt, gondos tanulmányon alapuló cikke, meleg sikere volt.

Heim professor előadását közvetlenség és mélyes idealismusból fakadó ügyszeretet tette hatásossá.

Kerbalt László körorvos szomorú adatokat sorolt fel a körorvosok lakásviszonyai köréből, kiknek 1%-a még földes szobában, jórésze 1—2 szobás, nádfödeles parasztházban lakik. Ezzel a délelőtti tárgyalások be is fejeződtek.

A délután orvostársadalmi és adminisztratív kérdések tárgyalásával telt el. A legszomorúbb a körorvosok jeremiádája volt, akiknek sérelmei, ahelyett, hogy fogyának, állandóan szaporodnak. Lakás, fűtés, világítás, rendelő, fizetés, díjazás mind csupa fájó pont, melyet végre nem hajtott törvények, sorozatos igazságtalanságok és méltánytalanságok jellemeznek, ami pedig a községi és körorvosok számát és munkáját tekintve, a közegészségügy igen fontos sérelme. Nagyon sajnáljuk, hogy ezt már a minister nem hallotta személyesen. Az a szerénység, mellyel az orvosi kar a saját ügyeit még a congressus napirendjén is háttérbe szorította, a mai viszonyok között igazán nem helyénvaló.

Az előző napon megalakult *szakosztályok* működése, amint azt az elnök is kénytelen volt megállapítani, zökkenőkkel volt teljes. Az újonnan megválasztott elnökök egyrésze a délutánt be sem várva, elutazott, már pedig a szakosztályokban kellene az érdemi munkának lefolyni, a plenum dolga csupán a leszűrt eredmények ügyében való döntés volna.

A délutáni napirendből kiemelendők tartjuk az

orvosi rendtartás egyhangú, vita nélküli elfogadását, a külföldön lakó magyar orvosoknak kültagul való felvételét a szövetségbe — amivel együtt szerintem az ő nyugdíjintézetbe való felvételüknek is meg kellene valósulnia —, valamint a congressus által elfogadott különböző határozati javaslatokat.

Egészen szokatlannak, de annál öröndetesebbnek tartjuk azt a határozott és egyenes felszólalást, mellyel Győr megye közismert és szeretett tisztifőorvosa, *Kovácsics Sándor* követelte a hatósági orvosok számára azt a hatáskört és megbecsülést, amely eredményes munkájuknak elengedhetetlen feltétele.

A pécsi congressus tehát jelentőségben és eredményekben gazdag volt, munkája nemcsak a Szövetség történetében korszakalkotó, hanem a közegészségügy szempontjából is jelentőségteljes. Hogy ez a munka fényes külsőségek és kellemes, tartalmas kísérőprogramok keretében folyhatott le, az elsősorban az előkészítő helyi bizottság elnökének, *Entz* professornak az érdeme, akit ezért tisztelői, barátai és tanítványai meleg ünneplésben részesítettek.

A gavalléros vendéglátást *Nendtwich Andor* pécsi polgármesternek köszönjük.

Ha volt a congressusnak szépséghibája, úgy az a magyar orvosi kar számos közismert kiválóságának, elsősorban a pesti egyetem tanárainak elmaradása volt, mert úgy érezzük, hogy azok, akik az orvosi kart felnevelik, munkájukat a diploma kiadásával nem fejezték be, az orvosi rend nehéz harcában egyéniségük súlyára és szövetségi munkájukra szükségünk van.

Távolmaradásukat az elnöki előterjesztés is megállapította.

Zemplényi Imre dr.

A német orvostörténelmi congressus jelentősége és tanulságai.

A magyar királyi kormány meghívására ez év szeptember havában Budapesten ülésezett német orvos- és természettudománytörténészek congressusának rövid pár napja mindig nevezetes dátum marad a magyar orvostudomány történelmében. Az a mély gondolat, mely e congressusnak mintegy a lelki tartalmát megadta, szükségessé teszi, hogy az O. H.-ban megjelent, a congressusi ünnepeket ismertető jelentés mellett annak tudományos eredményeivel és nemzeti szempontból tekintett jelentőségével is behatóbban foglalkozzunk.

Hogy e német congressus ez évi székhelyéül éppen a magyar fővárost választotta, ez nemesak a két nemzet tudományos életének barátságos kapcsolatát és kölcsönös megbecsülését jelenti, hanem e tudományos kereteket túlmenőleg főhajtás a magyar teremtő genius előtt is.

A congressus kétségtelenül adott a későbbiekben részletesen is ismertetett újabb értékeket az orvostörténelem tudományának, azonban nekünk, magyaroknak még a tudományos jelentőségénél is fontosabbak mai megcsontottságunk mellett annak magyar vonatkozásai. A congressus egyik napja *Semmelweis* emlékének volt szentelve. Egy nagy, hatalmas culturnemzet tudományos képviselője eljött hozzánk a magyar *Semmelweist* ünneplni, hozzánk, kicsi, kifosztott országba, hódolni „ama nemzet előtt, mely személyében pazar ajándékot adott saját magának és az emberiségnek“.

A *Sudhoff* felvetette problémára: „megoldásában alapvető fontosságú és jelentőségű az a kérdés, hogy nagy, jelentékeny férfiak és nők mennyiben sarjadzanak saját nemzetük életéből és talajából“ — a felelet rövid: üldözött ország méhe adta, üldözött genius *Semmelweis*, az ő tragikus sorsa a magyar tragikus sors!

Semmelweis ünneplésén át a dicsőség egy sugara esik nemzetünkre is, bizalmat öntve szívünkbe, megmutatván, hogy a cultura nagy harcában a magyar szellem a maga katonáit mindig elküldötte, a maga áldozatait mindig meghozta.

A *Semmelweis*-szobor előtti ünnepség symbolikus tett volt. Symbolikus tett, mellyel a német és a tágabb

értelemben vett nemzetközi tudományos világ hivatalosan és ünnepélyesen elismerte *Semmelweis* magyar voltát.

E congressus, illetve a *Semmelweis* emlékműve előtt elhangzott ünnepélyes manifestatio *Győry Tibornak*, a *Semmelweis* magyarságáért folytatott évtizedes tudományos küzdelmeinek teljes elismerését és győzelmét jelenti. Hogy *Semmelweis* remélhetőleg már véglegesen mint magyar szerepelhet az emberiség nagy jóltevőinek sorában, ez szinte teljes egészében a modern magyar orvostörténelem nagy művelőjének, a *Semmelweis-pör* nagy ügyvédjének, *Győry Tibornak* érdeme. *Semmelweis* munkáinak összegyűjtésével, tragikus élete minden apró mozzanatának feltárásával, a *Semmelweis-Holmes* prioritás tisztázásával, *Lister*hez való viszonyának pontos megállapításával, azzal a céltudatos harcoss debattéri fevékenységével, melyet idestova harminc éven át folytatott a legkülönbözőbb hazai és külföldi folyóiratokban, szemlékben *Semmelweis* magyarságáért, — megbecsülhetetlen szolgálatakat tett a magyar orvostudományra és tágabb értelemben a magyar igazságnak. Hogy a *Semmelweis-pör* e congressussal minden valószínűség szerint lezártnak tekinthető, az *Győry* ezirányú munkásságának eredménye.

Rátérve a congressus által végzett tudományos munkára, legelsősorban érdemel említést a gyűlés elnökének, *Sudhoff*nak előadása, — „Toledo” c. értekezésében *Sudhoff* a toledoi és salamancai arab orvos- és természettudomány legősibb nyomait kutatva, feltárta azon összefüggéseket és inductív hatásokat, melyek azt a délfrancia és olaszországi egyetemek szellemével összekötik. *P. Dieppen* (Freiburg) az orvostörténelem tudományának fejlődéséhez szolgáltatott újabb adatokat. *I. Fischer* (Bécs) *Johannes Cuspinianus* (1473—1529) bécsi orvosprofessor kéziratoss Hippokratés életrajzát mutatta be. *Dr. Else Luise Habering* (Düsseldorf) vetített képekkel illusztrált előadásában a bábaképzés legrégibb németországi emlékeit ismertette. *Prof. W. Habering* (Düsseldorf) beszámolt a classikus korban annyira elterjedt lovaglási gyógyomódról. *Koch* frankfurti professor előadásában pedig az orvostörténelmi szemlének az orvosképzésbe való szorosabb bekapcsolását sürgeti. *L. Englert* (Lipsec) „Zur Frühgeschichte d. Qualitäten u. Säftelehre” címen tartott előadást. *O. Temkin* (Lipsec) értekezésének tárgya *Celsus* és a római orvostudomány volt.

A congressus német jellegéből következőleg azon csak kis magyar csoport vett részt, azonban előadói annál értékesebb munkát végeztek, egytől-egyig mind magyar vonatkozású problémákat érintettek. *Eckhardt Sándor* pragmatikus előadásában a háború utáni magyar történetírás fejlődését és irányát jellemezte. A német elnökség felkérésére tartott előadásában *Lux Kálmán* műegyetemi magántanár részletes áttekintést nyújtott Magyarország építészeti multjáról. *Mályusz Elemér* pedig országunk culturhistoriai szerepét világította meg a keleti és nyugati cultura viszonyában. *Verebélly László* műegyetemi tanár a tudós magyar *Jedlik Anyos* működését ismertette. Kimutatta, mily fontos szerepe volt *Jedliknek* az elektrotechnika tudományának megszületésében.

Ha az elhangzott előadásokat mérlegre tesszük, bátran elmondhatjuk, hogy azok mindegyike gondos, alapos kutatómunka eredménye, és külön-külön hozzájárulnak egy-egy orvostörténelmi probléma tisztázásához.

A congressussal kapcsolatban meg kell emlékeznünk az Iparművészeti Múzeumban *Ernyey József* igazgató-úr, *Korbuly György* segítségével rendezett orvostörténelmi kiállításáról is. A kiállítás ugyan nem vezet és nem is vezethet végig az egész orvostudomány történetén, de azért még így is rendkívül gazdag anyagot nyújt. *Magary-Kossa* gazdag orvosi arcképgyűjteménye, *Nékám* luesre vonatkozó könyvanyaga, *Petznek* a győri kórház multjára vonatkozó documentumai, *Deésy-Daday* 52 régi sebészeti diplomából álló gyűjteménye értékes és tanulságos látnivaló. A kiállításon szerepel *Fabudi Géza* majdnem teljesnek mondható, 2000 darabból álló orvosi érem- és plaquetgyűjteménye is.

* * *

Ez orvostörténelmi gyűlés alkalmával nem érdektelen rövid pillantást vetnünk a magyar orvosi történetírás jelenlegi helyzetére sem.

A magyar orvostörténelem oly elődök után, mint *Weszprémi István*, *Linzbauer Ferenc Xavér*, jelenleg *Győry*, *Magary-Kossa*, *Nékám*, *Bókay* neveivel dicsekedhetik. Azonban ez élő nagyok nyomdokait a mi fiatalabb orvosgenerációnk tagjai közül már csak kevesen tapossák. Pedig a történelmi cultus talán sehol egy tudományágban sem annyira fontos, mint az orvostudományban. Az orvostörténelem kritikára tanít. Önkritikára és mérsékletre, megtanítja a theoretikust és klinikust egyaránt, hogy ne tartsa teoriáját, tudását véglegesnek, csalhatatlannak, hanem azt csak mint kora szellemvilági törekvéseinek visszatükröződését tekintse, melyet egy újabb század szellemi eredményei úgyis elmoshatnak és átalakíthatnak. Kritikára int, mert kimutatja, hogy autohtonnak hitt tudományunk sem teljesen független a kor eszmei mozgalmaitól.

Számos magyar orvostörténelmi probléma vár tisztázásra, sok nyersanyag feldolgozásra, mely már részben az újabb generatio feladata is lenne. Azonban a fiatal magyar orvoskutatót elfoglalja az elhelyezkedés küzdelme, a kimaradástól, a lemaradástól való félelemérzete. Ha foglalkoznak is néhányan e problémákkal, kutatóhajlamaiknak csak lopva élhetnek, azt csak mellékfoglalkozásként üzhetik. *A magyar orvosi történetírás a legelhangyagoltabb, legkevésbé támogatott ága a theoretikus orvostudományoknak*. Nincs Magyarországon a kutatást rendkívül megkönnyítő és elősegítő oly orvostörténelmi organizatio, mely a magukban hivatottságot érző fiatalokat összegyűjtené, biztosítván számukra az egyéb theoretikus intézetekhez hasonlóan a minimalis anyagi életfeltételeket, mely intézmény számukra ösztönzőül és vezetőül szolgálhatna, concentrálván a jelenleg szétforgácsoló és divergáló orvostörténelmi kutatásokat. Megesonkítottágunk és szegénységünk mellett ha nem is merünk gondolni külön magyar orvostörténelmi intézet felállítására, annak a jobb, messze jövődben megcsillanó körvonalait már most kibonthatjuk. A szegénységből lassan talpraálló Magyar Tudományos Akadémia új, gazdag anyagi erőforrásaival, pályadíjak kifizetésével erőteljesen fellendíthetné a magyar orvostörténelmi kutatómunkát. A magyar orvosi történetírás jelenlegi nagyjai pedig állásuk és szavuk súlyával élére állva egy megalapítandó magyar orvostörténelmi egyesülésnek, maradandót alkotnának a magyar orvostörténelem jövőndő fejlődésére. Ez egyesülés Magyarország összes e problémáival foglalkozó kutatóit összegyűjtve, a tudományos kutatás organizálása és elosztása révén évtizedekkel előre biztosíthatná a magyar orvosi történetírás jövőjét.

Antal Lajos dr.

VEGYES HÍREK

A XIII. nemzetközi szemésczcongressuson, melyet *Amsterdamban* s *Hágában* tartottak, 1000-nél több tag vett részt. A congressust az anyakirályné nyitotta meg, a királyné nevében a királyi palotában férje *Hedrik* hereeg fogadta a tagokat, az anyakirályné *Sousdyk*-kastélyban adott soireet. A kormány a történelmi nevezetességű *Ridderzaalban* adott fogadtatást, melyen a kabinet tagjai a miniszerelnökkel élén jelentek meg.

A legközelebbi congressus 1934-ben *Madridban* lesz. A congressus alkalmából két nagy nemzetközi organizatio létesült, az egyik a vakságellenes küzdelem ligája, ennek elnökévé: de *Lapers Sone* párizsi egyetemi tanárt választották, a másik a trachomaellenes védekezés nemzetközi ligája, elnökévé: a magyar kormány delegátusát: *Grósz Emil dr. egyetemi tanárt* választották.

A második nemzetközi gyermekorvoscongressust 1930 augusztus 17—20-án *Stockholmban* tartják, melyre a magyar gyermekorvosokat is meghívták. Az előadások legkésőbb 1930 március 1-ig jelentendők be, a tárgysorozat, amennyiben ez szükségesnek mutatkoznék, megfelelő terjedelemben szakosztályokra fog elosztatni. Kívánatos, hogy a részvételre való jelentkezés a lehető leghamarább megtörténjék, hogy a résztvevők számáról idejekorán legalább hozzávetőleg, képet alkothassanak, az elszállások előkészítése megtörténhessék és hogy a kellemes ott-tartózkodás feltételei megteremthetők legyenek. A korai jelentkezés annál inkább kívánatos, mert *Stockholmban*

1930 nyarán svéd iparművészeti kiállítás fog megnyílni. A részvételi díj 20 svéd korona. Minden jelentkezés és egyéb közlés a következő címre küldendő: *Zweiter Internationaler Kongress für Kinderheilkunde, Stockholm*. Táviratcím: *Pediatric, Stockholm*. Cél szerű a jelentkezéssel egyidejűleg a részvételi díjat is akár csekk, akár postautalvány útján beküldeni. Félreértések elkerülésére ajánlatos a neveket és címeket nyomtatott- vagy gépirásban feltüntetni. További közlések később kerülnek nyilvánosságra.

A boroszlói egyetemi tanárok tudományos hete Budapesten. A folyó év június és júliusában Boroszlóban tartott magyar tudományos hét viszonzásul egyetemünk a boroszlói tanárokat német tudományos hét tartására hívta meg Budapestre. A meghívás értelmében a német tudományos hetet ez év október 1-6 közt tartják meg, melyen 33 egyetemi tanár vesz részt. Az orvostudományi karon tartandó előadások a következők:

1. *Friedrich Henke*: Carcinom und chronische Entzündung im Magen. (Vetített képekkel.) Tetszés szerinti időben.

2. *Otto Riesser*: Neuere Ergebnisse der Muskelforschung. Október 3. vagy 4-én.

3. *Ludwig Fraenkel*: Über die Nachgeburat anatomische, physiologische und klinische Studien. (Vetített képekkel.) Tetszés szerinti időben.

4. *Wilhelm Stepp*: Diagnostische und therapeutische Fortschritte auf dem Gebiete der Gallenpathologie. Október 1. 2. vagy 3-án.

5. *Carl Prausnitz*: Epidemiologie als Grundlage planmässiger Seuchenbekämpfung. Tetszés szerinti időben.

6. *Ernst Mathias*: Das Krankheitsbild des Internalsmus. (Vetített képekkel.) Tetszés szerinti időben.

Értesítés iskolaorvosi tanfolyamokról. A vallás- és közoktatásügyi miniszter 410-05-333/1929. sz. a. rendeletével újból szabályozta a már évek óta szünetelő iskolaorvosi tanfolyamok ügyét. (A középiskolai egészségtanári tanfolyam átszervezésére csak ezután kerül sor.) Az új rendelkezés gondoskodni kíván a megfelelő képzésű népi iskolai iskolaorvosokról, hogy hazánk összes népi iskolái minél előbb iskolaorvosi felügyelet alá kerülhessenek. A képzítés a négy hazai egyetem közegészségtani intézeteiben tartandó „Népi iskolai iskolaorvosi tanfolyam”-on nyerhető el. Az első ilyen tanfolyam a budapesti kir. magy. Pázmány Péter-tudományegyetemen folyó évi október hó 7-én reggel 10 órakor kezdődik. (A következő tanfolyam előreláthatólag ugyanez év november havában lesz.)

A tanfolyam tartalma a képesítő vizsgálatokkal együtt három hét. Egy-egy tanfolyamra legfeljebb 60 hallgató vehető fel.

Felvételét kérheti minden orvosdoktor, aki oklevele elnyerése óta legalább háromévi magánygyakorlatot, vagy kétévi klinikai, illetőleg kórházi gyakorlatot tud kimutatni, vagy két évet töltött valamelyik egyetem közegészségtani intézetében. A felvételi kérvényt az orvoskari dékánhoz címezve, a tanfolyam vezetőjénél kell személyesen benyújtani folyó hó 27. vagy 28-án délután 6 órakor az egyetem Közegészségtani Intézetében. Csatolni kell hozzá az orvosdoktori oklevelet, vagy hiteles másolatát, valamint az eddigi működést igazoló okmányokat.

A felvételtől a tanfolyam előadói álló bizottság dönt. A felvétel eredményét a tanfolyam vezetője folyó hó 30-án az intézet hirdetőtábláján kiírja. A felvett hallgatók a tanfolyam megnyitásakor (folyó évi október hó 7-én d. e. 10 órakor) jelentkezni tartoznak a tanfolyam vezetőjénél. (Intézet I. emeleti laboratóriuma. *Bejáró a Gólyavárral szemben a kert felől.*)

A felvett hallgatók az előadásokon, gyakorlatokon és iskolalátogatásokon (naponta d. e. 10-11-ig és d. u. 4-7-ig) szorgalmasan résztvenni tartoznak. A tanfolyam befejeztével a hallgatók képesítő vizsgára boesáttatnak s ha ezt kiállották, „népi iskolai iskolaorvosi képesítő bizonyítványt” kapnak, melynek alapján minden nép- és más alsófokú iskolánál iskolaorvosként alkalmazhatók. A képesítő vizsgálat tárgyai: a) általános higiénie; b) gyakorlati higiénie; c) iskolahigiénie.

A tanfolyam minden felvett hallgatója az első órán való jelentkezése alkalmával vizsgadíj és laboratóriumi díj fejében 85 pengőrt tartoznak lefizetni, az erre a célra szolgáló postai befizetési lap útján.

Hallgatók felvétele az egyetemek orvosi fakultásán. Az 1929-30. tanév I. felére a budapesti tudományegyetemen 202 első és 47 felsőévest, a szegedi tudományegyetemen 62 első és 21 felsőévest, a debreceni tudományegyetemen 60 első és 23 felsőéves hallgatót vettek fel.

A „Magánorvosok Szakosztálya” Pécsen, szeptember 7-én tartotta alakuló ülését. Az alakuló ülést dr. *Csilléry András*, az OOSz elnöke nyitotta meg, bejelentve, hogy e szakosztálynak ideiglenes megalakulása engedélyeztetett és az alakuló ülés elnökéül dr. *Schmiedlechner Károly* magántanárral kérte fel, előadóul pedig dr. *Siklós Armandot*, kiket egyszersmind az ideiglenes ügyviteli teendőkre is felkért a szakosztály végleges megalakulásáig. A Szakosztály megbízta dr. *Siklós Armandot*, hogy jelentést terjesszen az OOSz. kongressusa elé, mely azt tudomásul vette.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTAN.

Lapunk mai számához a „Chinoi” gyógyszer- és vegyészeti termékek gyára r. t., Újpest, *Hosal*-ról szóló prospektusa van mellékelve.

Középeurópa egyik legnagyobb gyógyszer-vegyészeti gyarának **PROPAGANDA** (tudományos osztályának) **VEZÉTOJE** reprezentálni tudó szakember, bevált organizátor, évtizedes gyakorlattal, a legjobb összeköttetésekkel és referenciákkal, német-magyar nyelvtudással

ÁLLÁSÁT VÁLTOZTATNI ÓHAJTJA.

Szíves ajánlatokat diszkrécióval »Speciális szakember 39« jelizégre kér »Petőfi« irod. váll., Budapest VII. Kertész-u. 16.

TÁTRA SANATORIUM

ÓTÁTRAFÜREDEN. STARY-SMOKOVEC. 1020 m
ELSŐRANGÚ DIAETÁSKONYHA. fekvőcsarnokok, szabadlégterem, szénsavas, fenyő-, forrólég-, fenyőfürdők, vízgógyintézet.

Indicatók: Basedow-kór, chlorosis, anaemiák, ulcus, dyspepsia, diabetes, hypertonia, neurasthenia, hysteria, reconvalescentia. — Tuberculosisok, fertőző és elmebajok kizárva. Sanatoriumi napi pászálár 65 Kestől fölfele. Egész évben nyitva.

Főorvos: dr. Szász Emil

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

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

TRIASKOP ÁTVILÁGÍTÓSZERKEZET BARTA ÉS SZÉKELY
Budapest IV, Múzeum-körút 37. sz.
Telefon: Aut. 840-97.

DR. BERGER IVÁN ORVOSI LABORATÓRIUMA
VI, Vilmos császár-út 37. Tel. L. 982-72

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

PÁLYÁZATOK.

Hódmezővásárhely thjf. város közkórházánál a belgyógyászati osztályon lemondás folytán megüresedett alorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A betöltendő állás javadalma az állami rendszerű XI. fizetési osztály III. fokozatának megfelelően megállapított havi illetmény, továbbá természetbeni lakás, fűtés, világítás és első osztályú ételmezés. Az ételmezés önköltségének 50%-a havonként előre a javadalomból levonatik.

Az állás ideiglenes, a pályázók közül az alorvost kétévi időtartamra a főispán úr nevezi ki, s ezen időel-telével a kórházigazgató javaslatára a kinevezés főispán úr által egy évre meghosszabbítható. Az alorvos köteles a közkórházban lakni s magánygyakorlatot nem folytathat.

Felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, egészségi állapotukat és erkölcsi magaviseletüket, valamint a kömmün alatti magatartást igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérelmüket a polgármesteri hivatalhoz 1929. évi szeptember hó 28-ik napjának délelőtti 12 órájáig nyujtsák be, illetve küldjék meg.

Hódmezővásárhely, 1929. évi szeptember hó 2. 3626-1929. eln. sz. Dr. Csáky Lajos, h. polgármester.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A hüvelyfal és méh lecsúszásának prophylaxisáról.

A nemi lágyrészek helyzetének kóros változásai a tartószalagok és a támasztóalap meglazulásából erednek; velük a gyermekkortól az aggkorig mindvégig találkozunk, amiért is prophylaxis szempontjából szemmel kell tartanunk már a leánygyermek nevelését. Már fiatal leányoknál is történnek olyan mulasztások, amelyek eredetét képezik a később kifejlődő betegségek; hány-szor látjuk, hogy mennyire elhanyagolják beleik kiürítését, 3, 4 sőt több napig sem székelnek. A ritkán vizelés is általános tulajdonságává válik a női nemnek. Pedig a telt hólyag a méh fundusát hátrafelé, a telt belek meg annak nyaki részét erősen mellfelé tolják, ezáltal egyrészt a genitáliák szalagainak túlfeszítése, másrészt a kismedence szerveiben támadt vérkeringési akadály okozta visszeres pangás és táplálkozási zavar folytán a szalagok meglazulnak, majd a méh állandóan és hibásan hátradől. Ez a hátradőlés azután az első lépés a nemi szerveknek a süllyedésére. Általánosan halljuk, hogy a leányok között el van terjedve az onania; a hosszú időn át sűrűn ismétlődő congestiók szintén petyhüdtté teszik a genitáliák rögzítő apparátusát. A nemi életet megkezdett asszonynál az ártalmakban elől jár a gonorrhoea, amely igen sokszor nem jut idejekorán gyógykezelés alá, terjed és chronikussá válik. A hosszasan húzódó ezen betegség sorvasztó befolyása úgy a hüvelyfalakra, mint a méhet felülről tartó izomelemekre kétségtelen. A chronikus lobos betegségek egyszer e sorvasztó befolyások, máskor azáltal készítik elő a hüvelynek és méhnek lefelé vonulását, hogy hátra levonják és ide szoktatják a méhet. A hátul maradt méh nyaki része belefekszik a medence diaphragma nyílásába, ilyenkor azután egy ugrás, emelés, nehéz székelés elegendő arra, hogy a helyéből úgyis kitért szerv — természetesen, ha a gyulladás gyógyultával megtartotta, vagy visszanyerte mozgékony-ságát — a kínálkozó nyíláson lassanként lejjebb jusson. Még nagyobb befolyásuk van a genitáliák megcsúszásának a kifejlődésére a nőket terhességük, szülésük és gyermekágyuk alatt ért ártalmaknak. A méhnek a terhesség végén előredőlése és süllyedése következtében a hasfalak erősen megfeszülnek és gondozás híján könnyen kitérnak annyira is, hogy szülés után állandóan petyhüdték maradnak. Ilyen hasfalak azután támasztó-képességüket elvesztették, igen sok panasznak adják az eredetét, a végeredményben pedig a hasi szervek megcsúszásának egyik alapokát képezik. A következő terhesség alatt a lógó has a súlyos méhet helyben-tartani sem képes, majd a szülés alatt az asszony mindenféle szövődményekkel küzdök. Szülés után a hüvely-gátrepedések, ha maguktól gyógyulnak, rendszerint hibásan gyógyulnak, nagyobb ilyen sérülések nyomán a hüvely tétovgó marad, por-piszok száll felfelé, ott állandó izgalomnak, folyásnak, egyéb kellemetlen bajnak a kútforrása; ezenfelül a hátsó hüvelyfal elvesztvén támasztó-képességét, a mellső hüvelyfal lesüllyed. A szülés alatt a gyermekágyban a tisztátlan bánásmóddal okozott fertőzés sok egyéb baj társaságában a genitáliák megcsúszását is előmozdítja, mert a genitáliák függesztő-apparátusának intermuscularis kötőszövetére is reaterjed, az izmok sorvasztásához, mint például a kankós fertőzés is hozzájárul. A gyermekágy első hetében a méh még nagy, súlyos, igen mozgékony az állandóan hát-on

fekvő testben, a kismedence vajúlatába könnyen hátrabukik, annál inkább, mert a petyhüdt hasfalak is reá-nehezednek és hiányos ápolás mellett a telt hólyag és telt belek is dislocálják. Ha most az asszony felkel, nemcsak a hátradőlés okozta rosszul involvált nagy és súlyos méhet kell a még kellőképen vissza nem fejlődött gyenge szalagoknak tartaniok, de a süllyedésre kiváltképen hajlamos retroversióval is meg kell küzdeniök. Az épen szült méh súlya 1000 gramm, a 2., 3. napon való felkelés és munkálkodás nem lehet indifferens sem a medence alapjának, sem a méhet tartó szalagoknak a visszafejlődésére.

Ezek számbavételével milyen prophylactikus óvintézkedésekkel lennének képesek a méh- és hüvelysüllyedésnek, vagy előesésnek már a kifejlődését meggátolni? Ügyeljünk arra, hogy a gondozásunkra bízott leány, vagy asszony mindennap székeljen, a habitualis obstipatióban szenvedőket gyógyítsuk meg ebből a bajukból. Figyelmeztessük őket, hogy 4—6 óránként vizeljenek, az ez irányban való nevelésre oktassuk ki a szülőket is. A kankós fertőzés meggátolására a nőorvos nem sokat tehet, annál nagyobb tere nyílik azonban a terhesség, szülés és gyermekágy alatt a nőket fenyegető és a descensusokat és prolapsusokat előmozdító okok prophylactikus elhárítására. A terhes állapotban még renyhébbek a belek. Tartózkodjék a terhes nő minden túleröltetéstől, különösen olyantól, amely a hasprés erőszakos munkájával van egybekötve. A 10. hónapban, amidőn a méh előredől és lejjebb süllyed, óvjuk a hasfalakat a túlságos kitágulástól hastámasztó öv alkalmazásával. A nehéz, sokáig tartó pl. szűkmedencés szüléseknél a lágy szülőrészek erősebb nyújtását, túlságos megfeszítését sokszor nem áll módunkban megakadályozni. A szüléssel járó ártalmakat ilyenkor csupán vitalis okok alapján mérlegelhetjük. Máskor azonban, leggyakrabban akkor, ha a magzat feje már mélyen ül és a húzóó kitolási szak alatt a medence diaphragmáját és a hüvelyt túlságosan nyújtja, a szülés tartamát képesek vagyunk megrövidíteni és a szülést prophylactikus fogóműtéttel idejében befejezni. Szüléseknél védjük meg a gátat a berepedéstől. Rigid, szűk szeméremrés mellett, magas gátnál oedemás külső genitáliáknál ez nem fog sikerülni, ezért célszerű a repedést episiotomiával megelőzni; a mesterségesen ejtett seb talán kisebb is, de mindenesetre síma szélű, a gyógyulásra jobb kilátást nyújt a magától támadt, zúzott, cefatos szélű repedt sebfelületnél. Minden, még egy centiméternyi repedést is varrjunk össze. Ha a varrás bármi oknál fogva nem történt meg, vagy a bevarrt seb szétvált és spontán per secundam gyógyulván a szeméremrés tétovgó, állítsuk helyre plastikával mihelyt lehet az eredeti állapotot. Szülésnél úgy, mint gyermekágyban is tiszta bánásmódunkkal kerüljünk el minden olyan infectiót, amely sok egyéb bajon kívül a genitáliákat süllyedésre disponálja. A gyermekágyas ne feküdjék a gyermekágy egész ideje alatt folytonosan hanyatt. Az első 1—2 napon ugyan, amikor a testnek, különösen a nemi részeknek nagy nyugalomra van szükségük, hanyatt fektetjük az asszonyt, a 3. napon pedig kezd duzzadni az emlő és ez a kellemetlen, fájdalmas állapot 5—6 napig eltart; az emlőkben a tejelválasztással kapcsolatosan jelentkező feszesség, fájdalomosság miatt nem dőlhet oldalra a gyermekágyas, ez időn túl azonban feküdjék időnként vigyázva oldalt is, hogy ezzel a méhet a hátrabukástól óvja. A genitáliák bizonyos fokú visszafejlődéséig tart-

suk ágyban az asszonyt. Ügyeljünk a gyermekágyban a hasfalak és nemi részek gyors és tökéletes visszafejlődésének az előmozdítására. A Priessnitz-kötésbe jól bepólyázott hasfalak régi tónusukat így jobban nyerik vissza, a súlyos és mobilis genitáliáknak pedig biztos támaszt nyújtva, azok involutióját a borogatással szintén elősegítjük. A nemi részek gyors visszafejlődésére a szoptatásnak nagyon jó hatása van. Mivel az előbb említett okok miatt a gyermekágyasnál könnyen bukik hátra a méh, a felkelő asszonynál győződjünk meg a méh helyzetéről és ha azt hátradőlve találjuk, előhozván támasszuk meg a tökéletes involutióra szükséges, a szüléstől számított 6 hét alatt gyűrűvel, ugyanannyi ideig viseltessünk vele hastámasztó övet és kiméljük őt mindennemű megérintéstől.

Miután a hüvely és méh megcsúsítása vagy előesése már kifejlődött, úgy a therapiánk vagy gyűrű behelyezése, vagy sebési módon történhet. A gyűrűtherápia tökéletlen, a gyűrűviselő által végleges gyógyuláshoz szó sem lehet; ezért a pessariumot csupán ritkán és szükségből, inkább csak öregeknél vesszük igénybe. Ha lehet, operáljuk meg mindig a beteget, még pedig minél előbb, már a bántalom kezdetén.

Wenczel Tivadar dr., egyetemi rk. tanár.

Appendicularis eredetű Douglas-tályogok felismerése és kezelése.

25–30 évvel ezelőtt, mikor az appendicitis korai műtéte még ritkaságszámba ment, sokkal több Douglas-genyedést láttunk, mint ma, amikor az appendicitises betegek nagyrésze már a roham első napján műtőasztalra kerül. A Douglas-tályog azonban még így is elég gyakori szövődménye az appendicitisnek, melynek kellő időben való felismerése és kiürítése sok szenvedéstől és veszedelemtől óvja meg a beteget. A gyakorlati orvos szempontjából különösen fontos e kérdés azért, mert a szükséges műtéti beavatkozás, mint látni fogjuk, oly egyszerű, hogy azt sürgős esetben, ha valamely okból specialistát nem vehet igénybe, akár maga is elvégezheti.

Douglas-genyedés felléphet az appendicitis minden stadiumában, sőt a féregnyúlvány kiirtása után is, ha a kismedencében már a műtét alkalmával fertőzött exsudatum volt.

Jellegzetes klinikai tünetei a következők: az előbb már láztalan, vagy subfebrilis beteg hőmérséke ismét felszökik, pulzusa szaporább lesz, a nyelv bevont vagy száraz, a fehérvérsejtszám magas. A has alsó része, főleg a köldök és symphysis közti területen állandóan kissé puffadt, később, ha már a növekedő tályog comprimálja a végbél ampullaris részét, többé-kevésbé kifejezett bélszükületi jelenségek mutatkoznak, fájdalom görcsök, korgás, bélmeredések alakjában, melyek kivételes esetekben a teljes bélelzáródás kórképéig fokozódhatnak. Legtöbb esetben azonban, még kolosszális nagyságú tályogok mellett sem szűnik meg teljesen a bélpassage, sőt éppen az a jellegzetes, hogy hasmenés lép fel, gyakori nyákos-véres ürülésekkel és tenesmusal. Ennek oka a végbél nyálkahártyájának a tályog közelsége által okozott hyperaemiája és vizenyős beszűremkedése.

Ha az itt vázolt tünetek gyanúkat Douglas-tályogra terelik, úgy haladéktalanul végbélvizsgálatot kell végezni, melynek eredménye minden kételyünket el fogja oszlatni. Douglas-tályog esetében ugyanis a végbél mellső falát jól ledomborító, feszes, érzékeny és többnyire már hullámzó daganatot tapintunk. A hullámzás kimutatását megkönnyíti az, ha másik kezünk

kel a symphysis felől ellennyomást gyakorlunk. Tévedések elkerülése végett a vizsgálatot feltétlenül üres hólyag mellett kell végezni.

A magára hagyott Douglas-tályog prognosisa úgy quoad vitam, mint sanationem legalább is nagyon kétes. Még a legkedvezőbb eshetőség az, ha a tályog a végbélbe tör át, amikor is legtöbbször spontan gyógyulás következik be. Sokkal nagyobb baj az, ha a tályog a szabad hasüregbe, vagy a hólyagba, illetve a hólyagon át a végbélbe perforál. Előbbi, szerencsére igen ritka esetben halálos kimenetelű peritonitis, utóbbi esetekben hólyag, illetve hólyag-vegbélsipoly lesz a következmény. Az esetek egy részében perforatio nem történik, de a betegek a hosszas genyedés-okozta sepsisben, kimerülésben, vagy bélelzáródás következtében pusztulnak el.

Mindezekből nyilvánvaló, hogy a Douglas-tályog egyedül helyes kezelési módja csak az idejében való kiürítés lehet. Vannak ugyan szerzők, akik jobbnak tartják bevárni a tályognak a végbélbe való spontan áttörését, ezt az álláspontot azonban, mely a beszézet alapelveivel ellentétben áll, nem oszthatjuk. Várakozásnak legfeljebb akkor lehet helye, ha az infiltratum még nagyon kemény és hullámzás nem mutatható ki, de mihelyt kifejezett fluctuatio mutatkozik, azonnal be kell avatkozni. A behatolás legegyszerűbben a végbélen (nőknél inkább a hüvelyen) keresztül történik, egyéb eljárások, melyek a tályogot felülről, a hasfalon át, perinealis, vagy parasacralis úton iparkodnak megközelíteni, technikailag sokkal nehezebbek és veszélyesebbek. A rectalis úton való kiürítés technikája a következő: A beteget kómetsző helyzetbe hozzuk. Rövid aethylchloridbódítás célszerű, de nem okvetlenül szükséges, miután a végbélnyílás az esetek nagyrésztében tátong (Läwen-féle jel), úgyhogy annak újjal való tompa tágitása, mely a műtét legfájdalmasabb része, mellőzhető. Kanalas nőgyógyászati tükörrel (Sims-lapoccal) lenyomva a végbél hátsó falát, előtűnik a mellső falat ledomborító cystikus daganat, melynek legmagasabb pontján 8–10 cm hosszú tűvel próbaszúrást ejtünk. Positív eredmény esetén következik a tályog megnyitása, melyet a fekvőhelyen punctió s tű mentén előretolt Paquelin-égővel vagy vékony hegyes késsel, legegyszerűbben azonban a nőgyógyászatban használatos hegyesvégű makkfogóval végezzük. Utóbbi eszközt egyetlen erélyes mozdulattal a tű mentén bedőfve, szárait szétterpesztjük, mire azonnal bőven ömlik a többnyire nagy nyomás alatt álló bűzös, coliszagú geny.

A tályogüreget sem öblíteni, sem drainezni nem szükséges. Ha mégis összetapadna a nyílás és genyretentio következne be, azt tompa makkfogó vagy Lumniczer-fogó segítségével bármikor újra kitérítjük. A szabály az, hogy e kis beavatkozás után a betegek állapota rohamosan megjavul. A láz azonnal leesik, a kínzó tenesmus és görcsök pedig egy csapással megszűnnek.

Meg kell még jegyeznem, hogy a tályognak végbélen át való megnyitása előtt minden esetben ki kell üríteni a hólyagot, mert különben megtörténhetik, hogy a tályog helyett a hólyagot nyitjuk meg, ami súlyos következményekkel jár. Fiatal sebész koromban velem is megesezt egy ízben, hogy a próbapunctiónál a hólyagba jutottam be, mert a beteg azon kijelentésében bízva, hogy közvetlenül műtét előtt vizelt, nem tartottam szükségesnek őt megcsapolni. Némi haematurian és fájdalmas hólyagtenesmuson kívül a tévedés komolyabb bajt nem okozott. Azóta azonban Douglas-tályog punctiója előtt nem mulasztom el a hólyagot megcsapolni soha.

Milkó Vilmos dr.
egyetemi magántanár.

A belső záróizommerevség kórképe és kezelése.

A hólyagbéli vizeletrekedés, melyet a prostatatúltengés okoz, eléggé ismeretes a gyakorlóorvosok előtt és ugyancsak tisztában vannak ma már azzal, hogy ezen vizeletrekedés, ha tartósan fennáll, az egyén életét fenyegető, súlyos vesemegbetegedést okoz. Sokkal kevésbé ismeretes, hogy ezen vizeletrekedés létrejöhet prostata-túltengés nélkül is és pedig a belső záróizomnak túltengése, merevsége, illetőleg hegesedése, sklerosisa folytán. A régebbi időben ezen megbetegedéseket, miután nagyobb prostatát nem találtak, prostataszugorodás gyűjtőnév alatt foglalták össze. A prostataszugorodás alatt azon kórképet értették, amikor a végbélen át kis, heges, a normálisnál kisebb, tömött prostata volt tapintható és igen gyakran ezeknél az eseteknél az ondóhólyagra gyakorolt nyomás folytán kifejezett megnagyobbodott telt ondóhólyagok voltak felismerhetők. A hólyag felé eső részen, a belső záróizom táján heges szűkülés volt érezhető, azonban a belső és középső, valamint az oldalsó lebenyeknek bedomborodása hólyagtükrön át nem észlelhető. A trigonum-táj jól látható, a bevezetett eszközt pedig a körülvevő záróizom erősen fogja, úgy, hogy nehezen mozgatható. E zsugorodottnak tartott prostatánál ugyancsak vizeletrekedés áll be és a következményei, valamint a betegség tünetei megegyeznek azzal, amit a prostata-túltengésnél találunk. A beteg vizeletét nehezen, vagy csak cseppekben a hasprés erős igénybevételével tudja kiüríteni. Kétségtelen, hogy vannak esetek, ahol ilyen megkisebbedett zsugorodott prostata, mely a húgycső urethralis részében fekszik, képezi a vizelet kiürítésének az akadályát. Azt hiszem azonban, hogy sokkal nagyobb szerepet játszik azon körülmény, hogy a belső záróizom szájadéka merev, nyitni nem tud. Hogy ezt világosan megértsük, tudnunk kell, hogy a belső záróizomnak az a fő szerepe, hogy a vizelet megkezdésekor nyíljék. Ha a záróizom rugalmassága akadályozva van azáltal, hogy az egész záróizom körfogata részben, vagy egészben körül van véve daganatos szövet által, melyet a túltengett, vagy atrophizált prostata okoz, akkor az nyitni nem tud, vagy csak igen nehezen nyílik. De ugyanez az eredmény jön létre akkor, ha a belső záróizom síma izomszöveve erősen túlteng, hypertrophizálódik s valamely inger folytán állandóan összehúzódott állapotban van. Ennek a kiindulási pontja lehet idegrendszerbeli is, mert hasonló állapotot találunk a tabes dorsalis bizonyos fajtáinál, állítólag a spina-bifida occultánál és talán még más, eddig nem eléggé tisztázott gerinevelőmegbetegedésnél; én a magam részéről észleltem gerincevelőt ért trauma után is. Létrejöhet továbbá a záróizomnak lefolyt lobo-sodása után, amelyet záróizomhegesedésnek, sklerosissnak nevezünk, s amely hosszú időn tartó prostata- vagy ondóhólyaggyulladásból kiindulólág tovaterjedés folytán jött létre. Ha a záróizom nyitni nem tud, úgy csak kis, szűk résen tud a vizelet kiürülni, amihez a hólyag izomzatának, a detrusornak, erős működése szükséges, melynek következtében létrejön a gerendázott, trabeculált hólyagfal; e kórképet tükrön át észlelhetjük. Ezen állapoton úgy segíthetünk, hogyha az állandóan összehúzódásban lévő, vagy megszőkülött, merev belső záróizmot részben, vagy egészben eltávolítjuk. A szerzők legnagyobb része a záróizom részbeni eltávolítása mellett (*Rihmer, Rubricius*) foglal állást, az ú. n. ékalakú kimetszés mellett, míg mások (*Marion*) a belső záróizom teljes eltávolítását ajánlják. Saját tapasztalatom alapján mondhatom, hogy az utóbbinak semmi hátránya nincs, magam is két esetben, záróizomhegesedés

miatt az egész belső záróizmot eltávolítottam, anélkül, hogy annak legkisebb hátrányát, pl. vizeletcsepegést észleltem volna. Különböen is leginkább ez utóbbitól (vizeletcsepegés) félnek a záróizom eltávolítása után, pedig ez férfinél semmi körülmények között nem következik be, mert tulajdonképpen a vizeletet a compressor urethrae tartja, mint azt prostatakiirtásoknál tapasztaljuk, ahol minden esetben az egész belső záróizmot eltávolítjuk. Nőknél ezen megbetegedés ritkábban fordul elő, ott azonban a belső záróizom kimetszése már okozhat vizeletcsepegést. Ezen megbetegedés aránylag fiatal egyéneknél, legtöbbször 40 és 50 év között, akárhányszor azonban a harmincas években, sőt egészen fiatal gyermekeknél is észlelhető és aránylag nem nagy műtéti beavatkozással, a záróizom kimetszésével teljesen meggyógyítható.

Műtét helybeli érzéstelenítésben végezhető, s 12–14 nap szükséges a teljes gyógyuláshoz.

Egyes amerikai szerzők a műtétet endovesicalis úton a záróizom egy részének elektrocoagulatio útján való kiégetésével végzik. Ez bár kisebb műtét, de nem jár oly biztos sikerrel, mint a fent leírt.

Farkas Ignác dr. kórházi főorvos.

Analís és genitális ekzemák gyógykezelése.

Az orvosi gyakorlatban igen gyakran találkozunk a genitális és analís tájékok oly elváltozásaival, amelyek szoros összeköttetésben vannak e testtájékok pruritusával, intertrigojával, ekzemájával; maradványuk pedig az ekzémának egy oly alakja lehet, amelyet számos szerző a prurigo-csoportba sorol: ez a neuroderma.

A pruritus (ani, seroti, vulvae) kezdeti szakában — egynehány vakarási nyomtól eltekintve — klinikailag objectív elváltozásokat nem észlelünk, de a beteg, főleg este és éjjel kínzó viszketést érez, ami őt ellenállhatatlanul vakarásra készíti. A viszketés oka főleg a haemorrhoidalis visszerek pangásában, habitualis obstipatióban, diabetesben, férfiaknál húgycsőszűkületben, prostatamegbetegedésben, esetleg onaniában, nőknél a klimakteriumban, esetleg castratióban, vagina-, uterus- és adnexmegbetegedésekben keresendő. Igen gyakran oxyurisok vagy ascarisok fosztják meg éjjeli nyugalomuktól a betegeket.

A pruritusok kezelésében legelsősorban arra kell törekednünk, hogy a kiváltó okot megszüntessük. Mint-hogy az okok száma — amint látjuk — igen nagy, azért gondosan át kell vizsgálnunk az egyes eseteket, és a talált lelet szerint mindenekelőtt az alapbajt kell kezel-nünk. *Pruritus ani* esetében gondoskodjunk a széklet szabályozásáról, adjunk olajos beöntéseket, külsőleg pedig viszketést-csillapító szereket. Ezek közül ajánlhatjuk: 1. Rp. Thymol 1·0, menthol 2·0–4·0, acid. carbol 3·0, glycerini puri 10·0, spiritus rectificatus (50%) ad 200·0, vagy 2. tumenolos kenőcsöt a következő összeállításban: Rp. tumenol, ammon. 5·0, bromocoll 10·0, menhol. 1·0, pastae zinci ad 100·0. Néha igen szép eredményeket látunk a naponként kétszer végzett tinctura benzoës-sel való ecseteléstől. Minthogy az egész elváltozás oka az analís nyálkahártyában keresendő, ezért egyidejűleg azt is kezel-nünk kell. Erre a célra a legalkalmasabbak az ichthyolos, illetőleg tumenolos végbélkúpok. Rp. ichthyoli 3·0–5·0 butyr. cacao. qu. s. ut. f. suppos. No. 10. A kínzó viszketés csillapítására igen gyakran elegendő a rövid ideig tartó melegvízes lemosás, esetleg meleg ülőfürdő, bár ez eljárásokkal néha izgalmak lépnek fel; ilyenkor ezek csak ritkán alkalmazandók. *Pruritus vulvae* esetében a beteget gynaekologiai vizsgálatban, illetőleg kezelésben kell részesítenünk. Szép eredményt érhetünk el 5% os

tumenollál (kenőcs vagy rázókeverék alakjában), egy-százalékos chrysarobinos pastával Minden körülmények között végezzünk azonban meleg hüvelyöblítést (alumen-nel, vagy 1%-os natr. bicarbonat-oldattal, permanganat-tal) és adjunk ichthyolos thigenolos globulusokat. Fenti testtájékok pruritusának összes alakjainál gondoskodjunk lágy székrel, fűszermentes diatáról, továbbá tilt-suk el a beteget az alkoholtól, pamutból készült fehér-nemű viselésétől és főleg a vakarástól. A legerősebb viszketési roham is csillapítható ecetes vagy alumenes lemosással, fenti kenőcsök alkalmazásával, vagy hintőporral. Belsőleg igen sokan arsen, atropint és pilocarpint ajánlanak, bár e szerektől nem sokat várhatunk; a bróm-strontium bencefekendézések azonban sokszor erősen csökkentik a kízó viszketést. Ideges alapon fennálló esetekben faradisatio és Röntgen-besugárzás jöhet szóba. A sebészi beavatkozást (total excisió, resectio, nervi perinei, nervi labialis post.) elvetendőnek tartjuk.

Úgy a genitalis, mint az analis tájon két bőrfelület fekszik egymásra és így a faggyú- és verejtékmirigyek fokozott működése esetén e mirigyváladékok bomló zsírsavai izgatják a két bőrfelületet. Ennek az a következménye, hogy a bőr beszűrődik, hámja levál, és a folytonos izgatástól élénkörös területek keletkeznek (*intertrigo*); a felső bőrrétegek leválásával nedvező és pörkkel fedett felületek láthatók. Így alakul ki a körülírt *ekzema képe*. A női genitáliákon az ekzema a nagy ajkakra és a combok belfelületére, férfiaknál a penis és scrotum bőrére szorítkozik. Az analis ekzema acut alakja az intertrigo, mely később száraz, de rhagadokkal ellátott, infiltrált alapú és igen erős viszketéssel járó ekzemába mehet át. A kiváltó okok (l. pruritus!) figyelembevételével az alapbaj kezelése mellett tekintsük legfőbb feladatunknak a nedvezés megszüntetését, amit aluminiumos, 1/4%-os resorcinos, vagy 1%-os tanninos borogatással érhetünk el. Erős gyulladás esetében meszes olajos borogatások és a „Fissan“-készítmények tesznek jó szolgálatot (Fissan-olaj, Fissan-pasta, Fissan-hintőpor, Deutsche Milchwerke A.-G., Zwingenberg). Ha a gyulladás nem erős, úgy a berepedéseket 3–5%-os arg. nitricummal ecsetelhetjük. A nedvezés megszüntével az egymásra hajló bőrfelületeket dermatolos hintőporba (Rp. dermatol 10,0, talci veneti 90,0) mártott gaze-darabokkal választjuk el egymástól. Ezután óvatosan rátérünk a szárító pastákra (Zink-pasta, 2%-os ichthyolos zink-pasta, 3–5%-os tannoform zinkpasta, 2–5%-os tumenolos zink-pasta, 5–25%-os naphtalan-pasta). Erős viszketéssel járó folyamatoknál 3% tumenol és 10% bromocoll-pastát aján-lunk. Fájdalmas, analis ekzemák eseteiben 10–20%-os anaesthesin kenőcs, recidiváló esetekben pedig az anthra-robin (Rp. anthrarobin 1,50, ol. tumenol, glycerin aa. 3,0, spir. rectific. (50%) 20,0, aether sulfur. 15,0) tehet jó szolgálatot. Makacs esetekben 2–5%-os pyrogallus, vagy 1%-os chrysarobin-pasta alkalmazható.

Ügyelnünk kell arra, hogy az acut és subacut stadiumban a szappanos vizes lemosásokat kerüljük; rövid ideig tartó híg kalium permanganatos ülőfürdőket azonban megengedhetünk, mert azok a viszketést legtöbbszörre jól csillapítják. Kenőcsmaradékok eltávolítására olajat (paraffin-, oliva-olaj) rendelünk. Subacut és chronicus esetekben Röntgen-besugárzás kísérleendő meg, amit 2–3 heti időközben összesen 3–4-szer megismételhetünk. Ha ez felmondaná a szolgálatot, úgy hetenként 1–2-szer enyhe kékfénykezelést végezhetünk.

Huzamosabb időn át tartó viszketés nyomán a bőr megvastagszik, beszűrődik és így a bőrreljolat szembe-ötlőbbé válik, vagyis a bőr lichenifikálódik; ezt az elvál-

tozást hívjuk neurodermának. A genitáliák szomszédságában fellépő *neurodermák* kezelésére Röntgen-besugárzást 10–15%-os salicyl-tapaszt, 10%-os chrysarobin colloidumot, vagy 15%-os kalilúggal való edzést ajánlhatunk. A kátrányos készítmények közül a magyar cadogel (Chinoin) és a francia inotyollal értünk el szép eredményt. Általános szabályok ugyanazok mint fent.

Preininger Tamás dr.
egyet. magántanár, Debrecen.

Mikor adjunk cukorbetegünknek insulint?

Azt hihetnők, hogy az insulin javallatának kérdésében ma teljes az egyetértés. Hogy ez nincs így, azt a mindennapi gyakorlat igazolja. Mily gyakran látjuk, hogy insulint adnak oly betegeknek, kiknek arra szükségük nincsen; de előfordul az is, hogy az insulintól való idegenkedés olyanokat foszt meg az insulin áldásától, akiknek veszélyes, kedvtelen életét az insulin egy csapással jóra fordítaná.

Ezért szükséges tapasztalataink gyarapodásával az insulinadagolás javallatának kérdésében is újra és újra állást foglalni. Mi az orvosi gyakorlatban jelenleg a következő esetekben ajánlanók az insulint:

1. *Coma diabeticum és fenyegető coma esetén.* (Lásd Az Orvosi Gyakorlat Kérdései 1928, 28. számát.)

2. „Alacsony“ tolerantiájú betegeknel. E kérdésben nehéz egy bizonyos határt rögzíteni (ú. n. „relatív“ indiciók). A döntést a következő tényezőktől tennők függővé:

a) *a tolerancia absolut fokától.* Tartósan 60 g alatt korlátoznunk a napi szénhidratbevitelt csak igen kivételes esetekben sikerül; ennél alacsonyabb tolerancia tehát általában javallat az insulin fecskendezésére. (A beteg diatáját ilyenkor legalább 100 g szénhidratban igyekezzünk megállapítani.)

b) *a beteg életkorától.* Míg fiataloknál diabetesnek minden esetben a teljes cukormentességre és a hyperglykaemia lehető leküzdésére törekszünk, idősebb egyéneknel nem fogunk insulint adni mérsékelt (1–2%-os) glykosuria esetében sem, ha az általános állapot egyébként kedvező;

c) *az erőbeli állapottól.* Sovány, legyengült, hamar elfáradó cukorbetegnek adjunk insulint, ha a diabetes rendezése egymagában nem képes a beteg erőbeli állapotát és tápláltsági fokát kielégítővé tenni.

3. *Gyerekeknel a pubertás koráig.* (Előbb-utóbb úgyis ráfanyalodunk!)

4. Az úgynevezett „sebészi szövödmények“ (*gangraena, furunculosis, egyéb fertőzések*) esetében. Sajnos, gangraenának sem kifejlődését megakadályozni, sem annak gyógyulását biztonsággal előidézni nem képes! Fertőzéses szövödmények eseteiben kedvező hatású, ha elegendően nagy adagokat adunk.

5. *Lázás betegségek idején.* Ezek többnyire a tolerancia romlását szokták maguk után vonni, ami azonnal elkezdett és a láz megszűnte után 2–3 hétig folytatott insulinkezeléssel rendszeren megakadályozható! Még egészen könnyű és rövid lefolyású lázas betegség is javallja az átmeneti insulinkezelést!

6. *Műtétek előkészítésére.* Ha van időnk, úgy adjunk a betegnek bőven (pro die 100–150 g) szénhidratot és annyi insulint, amennyi a tökéletes cukormentesség előéréséhez szükséges. Sürgős műtéti beavatkozás esetén adjunk közvetlenül a műtét előtt nagyobb mennyiségű (60–100 egység) insulint, műtét után 20–40 egységet szőlőcukorklysmával egyidejűleg.

Hetényi Géza dr. egyet. tanársegéd.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

T A R T A L O M:

Sümegei István és Juhász Antal: A Széchenyi-fürdő vizével végzett ivókúrák hatása a szervezet purinanyagcseréjére. (Első közlemény.) (965—968. oldal.)
Petrányi Győző: A vérmennyiségnek és a vérnek normal adatai a gyermekkorban. (968—971. oldal.)
Flesch Ármán: A csecsemők téli halandósága Budapesten. (971—974. oldal.)
Szenteh István: A calcium vérzéscsillapító hatása a szülésnél és a gyermekágyban. (974—975. oldal.)
Milkó Aurél: A Jacobaeus-mítetről. (975—977. oldal.)
Friesz Jenő és Mohos Ernő: Vértejsavmeghatározások myastheniánál. (977—978. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (153—156. oldal.)

Lapszemle: Belorvoson. — Sebészet. — Szülészet és nőgyógyászat. — Szemészet. — Urologia. (978—981. oldal.)
Könyvismertetés. (981. oldal.)
Grósz Emil: A XIII. nemzetközi szemészeti congressus Amsterdam—Hágában. (981—982. oldal.)
Heim Pál: A gyermekorvoson jelentőségéről és tanításáról. (982—985. oldal.)
Ország-h Oszkár: A tuberculosis Indiában. (985—989. oldal.)
Bálint Nagy István: Kéry (Bittner) Imre aradvármegyei főorvos szerepe az első csanadvármegyei cholerajárványban. (989—990. oldal.)
Mayer Ferenc Kolos: Válasz Bálint Nagy Istvánnak. (991. oldal.)
Vegyes hírek. (991—992. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

A Széchenyi-fürdő vizével végzett ivókúrák hatása a szervezet purinanyagcseréjére.*

Írták: Sümegei István dr. és Juhász Antal dr.

Amióta Garrod angol orvosnak 1848-ban a legprimitívebb laboratoriumi eszközökkel és felszereléssel sikerült köszvényesek vérében a húgysav megsaporodását kimutatni, a kutatók rendkívüli érdeklődéssel fordultak e kérdés felé. E hosszadalmas és kínzó betegség ugyanis, melynél a purinanyagforgalom zavara leginkább lép előtérbe, még e század elején is meglehetősen elterjedt volt úgy Angliában, valamint Hollandiában és Németországban Hamburg, Bréma és Köln környékén. Emil Fischer kémiai, Brugsch, Umber, Thannhauser, Schittenhelm alapvető physiologiai és klinikai tanulmányai révén a köszvény pathológiája és általában a szervezet normalis purinanyagforgalma egyikévé vált a legjobban kidolgozott kérdéseknek. Kiderült, hogy a húgysav, amely a purintestek nagy csoportjába tartozik és a nucleoproteidek legvégső anyagcsereproductuma (Wiechowszky, Umber) az anyagforgalomba két tényező révén kerül bele. Az egyik az a húgysav, amely a táplálékkal a szervezetbe kerülő purinanyagokból képződik, a másik pedig teljesen purinmentes táplálék mellett is a szervezet saját purinanyagaiból képződik. Az elsőt *exogen*, a másodikat pedig *endogen* húgysavnak nevezzük. Nem akarunk kitérni azon részletes irodalomra, amely a purintestek anyagforgalmával foglalkozik, csupán azt említjük meg, hogy endogen húgysav nemcsak purinmentes étrend mellett, hanem még teljes éhezésnél is állandóan képződik (Brugsch). Keletkezésében nagy szerepet játszik Hirschstein szerint a nagy emésztőmirigyeknek a bélsatornába ömlő váladéka; ennek természetesen éppen olyan jelentősége van, mintha az egyén

purintartalmú táplálékot fogyasztott volna. Szerinte az endogen húgysavnak 70%-a képződik ily módon. E ténnyől érthető, hogy ha a szervezetbe purinmentes fehérjét viszünk be nagyobb mennyiségben, az endogen húgysav-görbe felemelkedik. Ennek oka Hirschstein szerint az, hogy az emésztőmirigyekből ilyenkor lényegesen több purintartalmú váladék ömlik a béltractusba. Magából a húgysavmentes fehérjéből természetesen húgysav nem képződik.

Vizsgálat tárgyává tettük a Széchenyi-fürdő vizének hatását a szervezet purinanyagforgalmára. E célból egyes betegek vérének és vizeletének húgysavtartalmát vizsgáltuk különböző kísérleti beállításban. Hogy jól összehasonlítható értékeket nyerhessünk, szükséges volt természetesen az előbbi megfontolások alapján, hogy a betegeket olyan diatára állítsuk be, amelynek purintartalma lehetőleg minimalis. Emellett tekintettel voltunk arra is, hogy a diéta purinmentes fehérjetartalma lehetőleg állandó legyen. A betegek tehát valamennyi kísérlet előtt legalább 3 napig és a vizsgálatok tartama alatt is a következő diatát fogyasztották:

Étrend:

Reggeli: 2 deci tej.
Tízórai: gyümölcs.
Ebéd: hamis leves, burgonya, v. rizs, v. dara, v. főtt tészta, főzelékek, édes tészták, 1 tojás.
Ozsonna: tea, vaj (3 deka).
Vacsora: főzelékek, mint ebédre, tészta, 3 deka sajt, gyümölcs.
Kenyér egész napra: 20 deka. Vaj, zsír, cukor szabadon.
Ital: víz, ásványvíz.
Tilosak: hús, hal, szardínia, sonka; bab, borsó, lenese, paraj, kel, zöldborsó, kávé, cacao, csokoládé.

Három nap alatt az exogen húgysav kiürítése befejeződött és ily módon egyensúlyi állapot következett be, úgyhogy az ezután végzett húgysav-meghatározások a szervezet endogen purinanyagforgalmát regisztrálják.

A kísérletek céljaira általában a purinanyagforgalom szempontjából normalis egyének szolgáltak. Azon

* Az Országos Balneologiai Egyesület 1929. évi pályázatán pályadíjat nyert dolgozat.

betegségek közül ugyanis, amelyeknél a purinanyagforgalom zavara legszembetűnően forog fenn: a köszvény Magyarországon nem igen fordul elő. Nephritisek nem jöhettek szóba a nagyobb mennyiségű ásványvíz fogyasztása miatt. A vizsgálatok időtartama alatt észlelt leukæmiás betegek pedig, valamennyien vagy acut leukæmiában szenvedtek, vagy haemorrhagias diathesisük, vagy egyéb complicatiójuk miatt a nagyobb vízfelvétellel egybekötött vizsgálatokra nem voltak alkalmasak. A vizelethúgysav-meghatározások a 24 óráig pontosan gyűjtött vizeletben *Folin-Denis* módszere szerint történtek, Duboseq-féle colorimeterrel. A vizeletet az esetleg kicsapódott húgysavas sók feloldására minden alkalommal közvetlenül a meghatározásra való előkészítés előtt felmelegítettük. A vérhúgysav-meghatározások *Folin-Wu* szerint történtek. Az értékek reggel éhgyomorra vett vérre vonatkoznak. Ahol kísérlet közben, például vízázás után végeztünk vérhúgysav-meghatározásokat, ott arra külön hivatkozunk. Megemlítjük még, hogy általában a reggeli vizeletportiók, illetőleg vérhúgysavértékek a nap későbbi szakaihoz képest gyakran valamivel magasabbak. (*Hirschstein, Soetbeer.*) Alvás közben ugyanis a physiologiás húgysavretentio miatt a vérhúgysavszint, a legmagasabb értékeket a reggeli órákban éri el. Ügyeltünk arra, hogy a betegek között anacidok ne szerepeljenek.

Vizsgálatainkat két csoportra osztottuk: először azt vizsgáltuk, hogy a hosszabb időn át ivókúra formájában fogyasztott Széchenyi-fürdő vize befolyásolja-e a purinmentes diatétán tartott szervezet purinanyagforgalmát. Ezen betegeknél megvizsgáltuk azt is, hogy hogyan viselkedik a húgysavkiürítés ivókúra alatt purinterhelésre. E célból 200 g sült thymust fogyasztattunk el a betegeknél. A thymus ugyanis mint ismeretes, rendkívül sok nucleoproteidet tartalmaz és az ezekből keletkező húgysav rendszeren 1—2 nap alatt kiürül, ami a húgysav-görbék felemelkedéséből és leszállásából jól látható.

A nagymennyiségű vízbevitel után kiürített húgysavértékekre vonatkozó irodalmi adatok meglehetősen gyérek és főleg nem egyöntetűek. Régebbi vizsgálatokból az tűnik ki, hogy a fokozott vízbevitel az endogen húgysavanyagforgalmat nem igen befolyásolja. *Wendrin* azt találta, hogy a neuenahri Sprudel-forrás vize kissé fokozza az endogen-húgysavkiürítést, míg *Gilardoni* nem talált egyöntetű eredményeket. *Besser* és *Siebel*, *Umber*-osztályán pontosabb vizsgálatokat végeztek és köszvényes betegeknél úgy találták, hogy ezek thymusterhelésre az alimentaris húgysav-többletet jobban választották ki karlsbadi, illetve wiesbadeni vízzel együtt, mint különben. E vizsgálatok alapján köszvényes betegeknek *Umber* is ajánlja az ivókúrákat, ha keringési szerveik és veséik egészségesek. A köszvénynél ajánlott vizek általában alkalikus vizek. (Wiesbaden, Homburg, Kissingen, Karlsbad, Gastein stb.) Az alkali hatása a köszvényes anyagcsereire azonban még nincsen teljesen tisztázva. *Schade* vizsgálatai kimutatták, hogy a húgysav és a húgysavas sók az intermediaer purinanyagforgalomban nemcsak oldatok formájában, hanem colloidalis alakban, főleg mint nucleotidok és nucleosidok is szerepelnek. A colloidalis alak vízben rendkívül könnyen oldódik, de nagyon labilis és könnyen dissocíálható. Oldódását nemcsak a fokozott alkali-bevitel, hanem *His* és *Paul* szerint még a vér natr. chloridtartalmának változása is csökkenti. Az alkalikus ásványvizek jó hatása ezek szerint elméletileg még nem teljesen tisztázott; az évszázados tapasztalat mindenesetre azt bizonyítja, hogy fürdőhelyeken végzett kúrák köszvényes betegekre jó hatással vannak. A javuláshoz hozzájárul természetesen, mint azt már *Garrod* is régen kiemelte, hogy a fürdőhelyeken kellőleg képzett fürdőorvosok a betegekkal megfelelő diatétát

is tartatnak; a betegek azonkívül felhasználhatják mindazokat az előnyöket, amelyeket a modern fürdők nyújthatnak.

Az ú. n. „*uratos diathesis*“nél, amelynek a köszvényhez természetesen semmi köze sincs, ivókúrákat ugyancsak sokan ajánlanak (*Klemperer, Posner* és *Goldenberg*). A fősúlyt itt is alkalikus vizekre fektetik megfelelő diatétás beállítással. E vizek hatására *Klemperer* szerint kisebb uratkövek még fel is oldódhatnak. *Pfeiffer* is azt tapasztalta, hogy földes ásványvizek ivása után a vizeletben a húgysavas sók könnyebben oldódnak.

Vizsgálatainkat úgy kezdtük, hogy a betegek három napi purinmentes diatéta után Széchenyi-vízzel ivókúrákat kezdtek. Naponta elfogyasztott minden beteg délelőtt és a délután folyamán $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{2}$ liter Széchenyi vizet, függetlenül a napi egyéb folyadékfelvételtől.

A Széchenyi-fürdő artesi vize *Than* tanár analysisise szerint a következő alkatrészekből áll:

Calciumbicarbonat	0-57.303 g
Magnes. bicarb.	0-14.593 g
Natriumsulfat	0-17.359 g
Calciumsulfat	0-07.445 g
Kaliumsulfat	0-05.419 g
Strontiumsulfat	0-00.670 g
Bariumsulfat	0-00.010 g
Natriumchlorid	0-25.361 g
Magnesiumchlorid	0-04.632 g
Ammoniumchlorid	0-00.297 g
Lithiumchlorid	0-00.009 g
Magnesiumjodid	0-00.003 g
Magnesiumborat	0-00.393 g
Vasbicarbonat	0-00.163 g
Manganbicarbonat	0-00.107 g
Calciumfluorid	0-00.014 g
Calciumphosphat	0-00.012 g
Aluminiumhydroxid	0-00.008 g
Hydrogensilicat	0-07.228 g
Szabad szénsav CO ₂	0-46.125 g
Nitrogengáz N ₂	0-00.776 g
Kénhydrogen H ₂ S	0-00.077 g
Illékony szervi savak és nem illékony szervi anyagok...	

A vízben oldott anyagok összege: 188.014 g
A víz fajsúlya 15 C°-nál: 10013, hőfoka: 73-93 C°.

Amint az analysisből kiderül, a víz hypotoniás oldat, amelynek fő hatóanyagai calcium- és magnesium hydrocarbonat, nagyobb mennyiségben tartalmaz azonkívül natriumsulfatot és natriumchloridot. Szabad szénsav-tartalma körülbelül a Szt. Lukács-fürdő kénes forrásának megfelelő; kénhydrogéntartalma még annál is jóval kevesebb. Kellemetlen íze nincsen, a betegek szívesen itták.

Az I. kísérletben 10 beteg szerepel. Az alant közölt és vizsgálataink eredményét összefoglaló táblázat első értéke háromnapi purinmentes diatéta után való első napi vizelet és reggel éhgyomorra vett vérhúgysavértékeket mutatja. Az ivókúra tartama 8 nap volt. Ezen idő alatt a betegek természetesen állandóan a fent leírt standard diatétán voltak. A vizelet húgysavmeghatározása naponta történt, mindig 24 órai gondosan gyűjtött vizeletben. Az ivókúra végén még egy vérhúgysavmeghatározást is végeztünk. (Lásd I. táblázat.)

Eredményeinket áttekintve, a következőket állapíthatjuk meg: Az ivókúra kezdetén a vizelettel kiürülő húgysav mennyisége általában felemelkedik. 10 beteg közül 8 esetben már az ivókúra legelső napján észlelhető ez az emelkedés, 2 esetben pedig (II. és V. beteg) csak a következő napon. Az emelkedés maximuma az első napi értékhez viszonyítva 240 mg-t tesz ki, a minimuma pedig 30 mg-t. A vizelethúgysavértékek megnagyobbodása 3 eset kivételével csak egy napig tart, azután a húgysav-értékek ismét leszállanak gyakran a kiindulási érték

• 1. táblázat.

Beteg	I.			II.			III.			Megjegyzés
	Vizelet		Vér	Vizelet		Vér	Vizelet		Vér	
	meny. nyi	hs mg	hs mg %	meny. nyi	hs mg	hs mg %	meny. nyi	hs mg	hs mg %	
4	600	194	3'17	750	145	4'85	650	165	4'03	ivókúra
5	1900	253		800	149		1100	194		
6	750	138		1200	206		1000	174		
7	1800	226		1400	183		1200	2'3		
8	1300	212		1000	144		850	234		
9	1500	279		1400	207		900	217		
10	1200	268		1100	200		1000	208		
11	1300	242		800	189		1000	196		
12	800	196	3'55	1000	205	3'55	1400	216	3'40	

Beteg	IV.			V.			VI.			Megjegyzés
	Vizelet		Vér	Vizelet		Vér	Vizelet		Vér	
	meny. nyi	hs mg	hs mg %	meny. nyi	hs mg	hs mg %	meny. nyi	hs mg	hs mg %	
4	800	200	5'88	450	220	3'84	1000	209	4'51	ivókúra
5	1800	290		900	149		1800	450		
6	1600	213		800	304		1600	500		
7	1000	250		500	156		1750	227		
8	1100	264		700	292		1800	250		
9	900	280		800	2'6		1200	209		
10	1600	265		800	189		1050	218		
11	1100	270		750	220		1500	195		
12	1400	230	3'90	550	190	3'55	1300	210	5'81	

Beteg	VII.			VIII.			IX.			X.			Megjegyzés
	Vizelet		Vér	Vizelet		Vér	Vizelet		Vér	Vizelet		Vér	
	meny. nyi	hs mg	hs mg %	meny. nyi	hs mg	hs mg %	meny. nyi	hs mg	hs mg %	meny. nyi	hs mg	hs mg %	
4	1500	350	2'03	1100	292	3'00	550	220	3'54	1000	165	3'80	ivókúra
5	2000	420		2100	348		1800	369		2000	241		
6	1900	270		1900	675		1600	370		1900	212		
7	1800	205		1100	273		1200	373		1800	223		
8	1700	225		1800	288		1500	229		1850	236		
9	1100	221		1700	292		1800	256		1700	211		
10	1800	206		1900	268		900	248		1600	220		
11	1200	218		1500	217		1300	255		1200	231		
12	1500	200	2'6	1400	255	3'40	1200	231	3'84	1500	16	3'90	

alá is, majd a következő napokban újra felemelkedve — kisebb-nagyobb ingadozásoktól eltekintve — a kúra végéig körülbelül a kiindulási értéknek megfelelő, vagy annál magasabb értékeket mutatnak. 3 esetben (VI., VIII., IX. beteg) az ivókúra hatására beállott fokozott húgysavkiürítés nem 1 napig, hanem 2, illetve 3 napig tart és az értékek csökkenése csak ezután következik be.

A vérhúgysavértékek változása ivókúra hatására alatt egyöntetű eredményt nem adott. Nagyobb, 1 mg százalékos meghaladó különbséget csak 3 esetben találtunk; ezek közül 2 esetben a vérhúgysavérték csökkent, egyben pedig a kiinduláshoz képest emelkedett. A többi 7 esetben kisebb-nagyobb ingadozástól eltekintve, a vérhúgysav százalékos koncentrációja lényeges változást nem szenvedett.

Ezekután azt vizsgáltuk, hogy ivókúra alatt hogyan viselkedik a szervezet purinmegterhelésre. A terhelés 200 g sült thymussal történt. Az eddig leírt hasonló irányú vizsgálatoknál a terhelés általában vagy thymussal, vagy 1 g ac. uricum i. v. injectiójával, vagy pedig natr. nucleinic. per os esetleg intramuscularis bevitelével történt. Mi legalkalmasabbnak a thymussal való megterhelést véltük, egyrészt azért, mert a physiologiás viszonyokat ezzel legjobban megközelíthetjük, másrészt, mert a hosszas purinmentes diétán tartott betegek egyhangú étrendjét ezzel is legalább egy napon változatosabbá tehetjük. A terhelést az I. táblázatban közölt 10 ivókúras betegnél

2. táblázat.

Beteg	I.			II.			III.			Megjegyzés
	Vizelet		Vér	Vizelet		Vér	Vizelet		Vér	
	meny. nyi	hs mg	hs mg %	meny. nyi	hs mg	hs mg %	meny. nyi	hs mg	hs mg %	
11	1300	242		800	189		1000	196		ivókúra
12	1800	196	3'55	100	205	3'55	1400	216	3'40	
13	1800	284		1800	216		1500	228		
14	1300	212	2'17	1600	144	2'97	1200	234	2'40	
15	1500	279	2'70	1000	207	3'57	1400	217	2'63	
16	1200	226		1200	200		1500	222		
17	1200	230		1400	196		1300	205		

Beteg	IV.			V.			VI.			Megjegyzés
	Vizelet		Vér	Vizelet		Vér	Vizelet		Vér	
	meny. nyi	hs mg	hs mg %	meny. nyi	hs mg	hs mg %	meny. nyi	hs mg	hs mg %	
11	1100	270		750	220		1500	195		ivókúra
12	1400	230	3'90	550	190	3'55	1300	210		
13	1600	410		800	355		1500	530		
14	1400	341	2'22	600	270	2'14	1200	225		
15	1300	264	3'08	700	252	2'88	1400	204		
16	1500	245		800	265		1300	220		
17	1200	250		750	292		1300	186		

Beteg	VII.			VIII.			IX.			X.			Megjegyzés
	Vizelet		Vér	Vizelet		Vér	Vizelet		Vér	Vizelet		Vér	
	meny. nyi	hs mg	hs mg %	meny. nyi	hs mg	hs mg %	meny. nyi	hs mg	hs mg %	meny. nyi	hs mg	hs mg %	
11	1200	218		1500	217		1300	255		1200	231		ivókúra
12	1500	200		1400	253		1000	231		1500	216		
13	1600	522		1300	620		1400	425		1200	345		
14	1400	205		1000	280		1500	185		1300	305		
15	1500	225		1500	298		1200	229		1000	80		
16	1200	340		1200	196		1300	240		1400	300		
17	1300	190		1300	255		1500	205		1200	165		

végeztük el oly módon, hogy az ivókúra 9-ik napján a betegek a rendes purinmentes reggeli (200 g tej) után még 200 g sült thymust fogyasztottak el. Az ivókúrát ezen a napon és a következő napokon is megszakítás nélkül folytatták. A vizelethúgysav meghatározása továbbra is naponként 24 órai gondosan gyűjtött vizeletben történt. Vervétel húgysavmeghatározáshoz 5 betegnél a terhelés előtti és a terhelés utáni, valamint az azt követő napon mindig reggel éhgyomorral történt. A vizsgálatok eredményét a 2. számú táblázat foglalja magában. Minthogy az ivókúrát a betegek folytatólagosan végezték, összehasonlításként és kiindulási értéknek az első táblázatban közölt 11-ik és 12-ik nap értékeit újra feltüntettük.

Az eredmények áttekintésekor a következőket állapíthatjuk meg: Purinterhelésre, kettő kivételével, valamennyi betegnél a kiürített húgysav mennyisége fel-emelkedett. Az emelkedés nagysága meglehetősen tág határok között mozog. A maximalis emelkedés 385 mg (VIII. sz. beteg), a legkisebb pedig 88 mg-nak felel meg (I. sz. beteg). Két betegnél (II. és III.) a húgysavkiürítés sem a terhelés napján, sem az utána következő napon lényegesen nem változott (11–12 mg emelkedés). A terhelés utáni napon, ugyancsak két beteg kivételével, valamennyinél körülbelül a kiindulási értékre szállt alá a kiürített húgysav mennyisége, sőt 3 esetben az alá, a következő napokon pedig a szokásos ingadozásoktól eltekintve kb. a kiindulási értékeknek felelt meg. A IV. sz. betegnél a kiürítés két nap alatt történt meg, a X. sz. beteg pedig három napon át ürített a kiindulási értékhez képest, bár nem lényegesen, de mégis több húgysavat.

3. táblázat.

Beteg Nap	VII.				VIII.				IX.			X.			Megjegyzés
	Vizelet		Vérhs.		Vizelet		Vérhs.		Vizelet		Vérhs.	Vizelet		Vérhs.	
	mennyi	hs mg	óra	mg %	mennyi	hs mg	óra	mg %	mennyi	hs mg	mg %	mennyi	hs mg	mg %	
3	1100	359		4'54	1900	292		5'25	1000	253		650	252		
			2	4'86				2	7'14						
4	1200	782		5'33	1800	622		7'57	1250	487		800	469		200 gr Thymus 2—4—8—11 óra m. vérhs.
			4	5'33				8	7'57						
			8	5'33				11	6'25						
5	1000	726		6'47	1500	546		7'90	900	366		500	545		
6	1200	422		5'25	1600	310		5'80	800	248		600	565		
7	1100	350			1000	356			1000	275		450	370		

Ami a vérhúgsav viselkedését illeti, azt látjuk, hogy a terhelés után 24 órával éhgyomorra vett vérhúgsavérték mind az 5 esetben kisebb a kiindulási értéknél. 48 óra múlva újra felemelkednek a húgsavértékek és vagy elérik, vagy megközelítik a kiindulást. A vérhúgsavnak e viselkedése meglehetősen független a vizelet húgsavértékeinek viselkedésétől; mert ugyanezt észleljük pl. a IV. sz. betegnél, aki a terhelésnél bevitt húgsavat kissé elkésve üríti ki, mint pl. az V. sz. betegnél, akinek kiürítése 24 óra alatt megtörténik. Hogy a vérhúgsavnak e meglehetősen állandó viselkedésére, összehasonlítást nyerhessünk, szükségesnek látszott, hogy néhány betegnél a vizelet- és vérhúgsavnak purinterhelésre való változását ivókúra nélkül is regisztráljuk. E célból a fenti táblázatban szereplő VII., VIII., IX. és 10. számú beteget miután az ivókúrák befejezése után 10 napig előbb vegyes étrenden voltak, újra purinmentes diatára fogtuk. Három nap múlva 24 óráig pontosan gyűjtött vizeletben húgsavmeghatározást végeztünk. A negyedik nap éhgyomorra a VII. és VIII. sz. betegnél vérhúgsavmeghatározás történt, majd pedig valamennyi beteg 200 g sült thymust fogyasztott el a rendes purinmentes reggelin (200 g tej) kívül. A vizelethúgsavmeghatározások ezután még három napon át történtek. A VII. és VIII. sz. betegnél pedig terhelés után 2—4—8—11—24—48 óra múlva végeztünk még vérhúgsavmeghatározásokat. Az eredményeket a fenti 3. táblázat tünteti fel.

Ha a vizelethúgsav értékeit az ivókúra alatti húgsavértékekkel összehasonlítjuk, akkor a különbség igen szembeötlő. A VII., VIII. és IX. sz. betegnél, akik ivókúra alatt a húgsavat prompt kiürítették, úgyhogy már 24 óra múlva ürített vizelethúgsavértékek megfeleltek a kiindulásnak, ivókúra nélkül a kiürítés 2—3 napig tartott. A X. sz. betegnél lényeges differentiat nem látunk.

Ami a vérhúgsavértékeket illeti, az ivókúra alatt-hoz viszonyítva, érdekes különbséget látunk, 24 óra múlva ugyanis mind a két betegnél a terhelés előttihez viszonyítva jóval magasabb húgsavértéket találunk szemben az ivókúra alatti kivétel nélkül alacsonyabb értékkel. 48 óra múlva a vérhúgsavérték a kiindulását éppúgy, mint az ivókúra alatt ismét megközelíti.

Eredményeinket összefoglalva az ivókúra hatásáról a következőket mondhatjuk: Purinmentes diatán állandó fehérjequantum mellett tartott betegek endogen húgsav kiürítését a Széchenyi-vízzel végzett ivókúra eleinte kétségtelenül emeli. 1—3 napi fokozott húgsavkiürítés után, kisebb-nagyobb ingadozásoktól eltekintve, az értékek újra állandósulnak. A vérhúgsavra az ivókúra, úgy látszik, lényeges befolyást nem gyakorol. Míg normális egyén a 200 g thymus formájában bevitt purintöbblet általában 1—2 sőt néha 3 nap alatt üríti ki, addig ivókúra alatt a húgsavkiürítés kevés kivétellel

1 nap alatt megtörténik. A vérhúgsav viselkedése, mint láttuk, terhelésre szintén más ivókúra alatt, mint anélkül. Míg ivókúra alatt a terhelés utáni napon a kiindulásnál alacsonyabb, addig ivókúra nélkül ugyanekkor jóval magasabb értékeket találunk. Ez utóbbi ténynek oka, mint arra már rámutattunk, valószínűleg az alvás alatt fiziologiásan csökkent húgsavkiürítésben keresendő, amihez még az is hozzájárul, hogy az elfogyasztott thymus következtében az emésztőmirigyek purintartalmú váladéka is fokozott mértékben ömlik a béltractusba, ahonnan felszívódván, az éjszaka folyamán nem ürült ki. A vérhúgsav különböző viselkedésének okát, minthogy a betegek azonos diatát fogyasztottak és a terhelés is ugyanolyan módon történt, tehát csak a fokozott folyadékbevitelben kereshetjük. A Széchenyi-fürdő artézi vize a fent leírt fiziologiás viszonyokat úgy változtatja meg, hogy a bevitt húgsavtöbblet a vizelettel gyorsabban kiürül és az egyensúlyi állapot hamarabb áll helyre. A vér húgsavtartalma így 24 óra múlva nemcsak hogy nem emelkedik magasabbra, hanem valószínűleg a fokozott nedvkeringés és diuresis következtében a kiindulásnál még alacsonyabb értékeket mutat.

(Folytatjuk.)

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

A vérmennyiségnek és a vérnek normal adatai a gyermekkorban.

Írta: Petrányi Győző dr.

A vérmennyiségvizsgálatot lassan hazánkban is kezdik a klinikai vizsgáló methodusok közé sorolni. Már annak idején, amikor nálunk az első ezirányú állatkísérleteket végeztük, — a vérmennyiség-meghatározást felhasználva az arsen és vas vértképző hatásának pontos kimutatására (1926) —, hangsúlyoztuk a vérmennyiségvizsgálat nagy előnyét a vérszámolás s a Hb-százalék meghatározással szemben. A vizsgálat maga oly egyszerű, s ha vele egyidőben vörösvérsejtszámlálást és quantitativ Hb-meghatározást is végzünk, számos igen értékes adat birtokába juthatunk.

Nálunk gyermekeken ilyen irányú vizsgálatokat először, az általunk is használt methodikával Rohrböck és Kiss publikáltak (1928). Ők hasonlóképen, mint mi, kik a pécsi gyermek-klinikán közel két éve végzünk vérmennyiségvizsgálatokat, a vizsgálatok teljes ártalmatlanságát tapasztalták.

A klinikán kezdetben a csecsemőkori anaemiák vizsgálatára (Kramár Jenő magántanárral) s egyes pathologiás esetek tisztázására használtuk fel a vérmennyiség-

meghatározást. A vizsgálataink előrehaladásával mindjobban éreztük a normalis adatok hiányát. Amerikai szerzők (*Lucas, Dering,¹ Bakwin és Kirkin²*) közölték ugyan az újszülött- és csecsemőkor normalis értékeit, de a gyermekkorra vonatkozólag ily irányú vizsgálataik nincsenek. Tudományos szempontból értékelhetők ugyan adataik, de amint tapasztaltuk praktikus klinikai hasznuk azért nincs, mivel a klinikán megforduló beteg csecsemőknél — főleg azoknál, kik vérkezelésre, transfúziók stb. szorulnak — a vérmennyiség jóval kevesebb a felállított normalisnál.

Majdnem egy éve, hogy a Kornfeld-beszámoló előadásán a gyermekkori normalis adatok kidolgozására az egyes klinikák collaborációjának szükségességét hangsúlyoztam. Azóta 10 a klinikán, hilus tuberculosos, chronicus appendicitis, stb. gyanújával felvett, de nem beteg; majd a klinika orvosi felügyelete alatt internatus 30 egészséges gyermekének a vérmennyiségét s normalis véradatait (vörösvérsejtszám, quantitativ Hb., átlag sejtvolumen, haematocrit, szín- és saturációs index) állapítottuk meg.

Mielőtt a vizsgálatok részletes eredményét tárgyalnánk, egy-két, a vizsgálatok hosszú során (eddig közel 100 meghatározás) leszűrt tapasztalatainkra szeretnék röviden rátérni. Hogyan értékelhetők eredményeink s milyen körülményekre kell különös tekintettel lennünk vizsgálataink során?

A plasmamethodussal tiszta képet csak a *keringő* vér mennyiségéről kapunk. Az abszolút vérmennyiséget egy methodussal sem határozhatjuk meg, mivel nem tudjuk, mi az arány a plasma- és a vörösvérsejtmennyiség között az úgynevezett vörösvérsejtszámokban. Sejtreservoir a lép és máj, plasmareservoir pedig a capillaris érhalózat. Ezért mindig csak a keringő vér összetételével számolunk s nincs tudomásunk a residualis vér pontos összetételéről. Egyenlő vizsgálati feltételek mellett, normalis viszonyok között azonban az innen származó különbség nem lehet lényeges.

A vitalis festékes eljárásoknál — a miúgy ez amerikai szerzők nagy összehasonlító munkájából kiténik — lényeges a festék megválasztása. Az injeciálendő festékek közül a legmegfelelőbb a „brilliant-vital-red“. Nem mérgező, nem bír nagy affinitással a testsejtekhez, sokáig kering a vérben, a vizelettel nem választódik ki, hanem a Cupfer-féle sejtek lassan eliminálják. A festékből a vizsgálandó egyén testsúlyának minden 5 kg-ja után 1 cm³-t kell befecskendeznünk. Kezdetben a felnőtteken végzett vizsgálataink éppen a kevés festék beadásán hiúsultak meg. A festékes plasma színintenzitásának kolorimetriás megállapítására *Brinckmann* compensációs kolorimeterjét ajánljuk. A meghatározáshoz csak 1 cm³ plasma szükséges, s a plasma sárgás színének esetleges intenzitásbeli különbsége az egymás fölé helyezett tartókkal teljesen compenzálható, az átvilágított összehasonlító folyadéktrétegek mindig egyenlők s így aránylati különbséget sem adnak. Az *Autenrieth*-kolorimeter hátránya, hogy empirikus grafikonnal s nagyobb vérmennyiséggel dolgozik. Jobbak ennél a *Duboisque* rendszerűek, vagy a *Zeiss*-féle Stufenfotometer. (Állatkísérleteimet az utóbbi műszerrel végeztem, előnyük az előbbivel szemben, hogy az eredmény százalékban olvasható le.)

Jelen vizsgálatainkat, tekintettel a collaborációra, a csecsemőkorban klinikai beteganyagban s a gyermekkorban 10 évtől felfelé egészséges gyermekeken vé-

geztük. *Kiss* és *Teveli* pedig parallel a vizsgálataikat 2—10 éves gyermekeken végezték.

Az egészséges gyermekek vérmennyiségét stb. ambulanter határoztuk meg. Reggel korán (6 ó. 30 p.-kor) jöttek be a klinikára, súlymérés után lefeküdtek a laboratóriumban s úgy várták a vizsgálat idejét. A vizsgálatok mindenkor éhgyomorral történtek.

A methodika részletes leírásával nem akarom az időt tölteni, inkább csak vázlatosan jelzem, mindenkor utalva az eredeti közleményekre.

Vérmennyiségmeghatározás: Az amerikaiak által kidolgozott s nem lényegében, inkább praktikus szempontból módosított „brilliant-vital-red“ methodust használtuk. [A methodika részletesen M. O. Arch. 1925. év IV. füzetében (*Petrányi*), O. H. LXXII. 43. számban (*Rohrböck* és *Kiss*) megtalálható.] A festéket *Grübler* készítette. Injeksióra mindig 1%-os steriloldatot használtunk. Gyermekeknél a vért felváltva a vena cubitalisból, csecsemőknél pedig a sinus sagittalisból vettük. Vizsgálatainkban az állatkísérleteinkkel ellentétben a csecsemőknél 3—5 cm³, a gyermekeknél 5—5 cm³ vért vettünk.

Vérsejtszámlálást Büreker-kamrában végeztük és 40 téglány középértékéből számítottuk ki az eredményt.

Quantitativ Hb.-meghatározás: Büreker methodusa szerint, az ő compensációs colorimeterének segítségével történt. Az eredményt g-ban kaptuk meg.

Atlagesejtvolumen: Az egyes sejtek átlagos volumenét megkapjuk, ha a köbmikronokban kifejezett haematokritot elosztjuk a vörösvérsejtszámmal.

Színindex: Gyermekekre vonatkozó normalis értékeink nincsenek s ezért a normák felállítása előtt értékeinket *Haldane*³ felnőttértékeihez hasonlítottuk. Ő a vörösvérsejtszámot 5,000,000-ban, a Hb.-t pedig (100 g vérré számítva) 15.6 g-ban állapítja meg. Színindex tehát $\frac{5,000,000}{15.6 \text{ g}} = \frac{100\%}{100\%} : 1$.

A **saturációs indexet** megkapjuk, ha a sejtek Hb.-százalékát elosztjuk a sejtek átlagvolumen-százalékával.

A **gyermekeken végzett vizsgálatainkat két táblázatban foglaltam össze.** Az elsőben a gyermekek súlyát, részben magasságát is, a haematokritot s az összvérmennyiség adatait, a másodikban pedig az összes többi adatokat összegezem.

A táblázat első részében 1—10 sorszámokkal a klinikán fekvő; új sorszámozással (1—32) pedig klinikai vizsgálatra ambulanter bejáró egészséges gyermekek adatait közlöm. A vizsgált klinikai gyermekek (8—13 év, nagyobb részét fiúk) 100 g testsúlyra számított vérmennyiségének középértéke 7.43 cm³. A szélső értékek 6.77 cm³—8.79 cm³. A haematokrit középértéke 42% volt, ami annyit jelent, hogy 10 cm³ vérből 4.2 cm³ esik a sejtmennyiségre.

A táblázat második részében a normalisnak vehető egészséges fiúgyermekek adatait közöljük. Egyes korok vérmennyiségének 100 g-ra eső középértéke a következő: 11. évben 8 cm³; 12. évben 7.71 cm³; 13. évben 7.65 cm³; 14—15. évben 7.27 cm³; 16. évben 7.73 cm³; 17. évben pedig 8.32 cm³.

Az egyes gyermekek vérmennyiségértékeinek ingadozása nem oly nagy, mint *Rohrböck* és *Kiss* beteg gyermekeinél. A talált szélső értékek: a legkevesebb 6.63 cm³ (14 éves fiú), a legtöbb 8.99 cm³ (13½ éves fiú). *Rohrböck*-ék által talált minimalis érték 6 cm³, maximalis pedig 12.2 cm³ volt. Ezen két adatból is láthatjuk, hogy a beteg gyermekek vérmennyisége sokkal inkább ingadozik.

¹ Americ. jour. of dis. Childr., 21. köt., 1. sz.

² Americ. jour. of dis. Childr., 27. köt., 340. o.

³ Journ. Americ. Med. As. 83. köt. 671.

I. táblázat.

Sorszám	Kor év	Súly kg	M cm	Haema- tocrit %	Össz. vér- mennyi- ség cm ³	Plasma- mennyi- ség cm ³	Sejtmennyi- nyiség m ³	100 gr. testsúlyra		
								vér cm ³	plasma cm ³	sejt cm ³
Klinikai esetek.										
1	8	21.5	—	43	1658	945	713	7.68	—	—
2	9	24.8	—	41.2	2150	1282	898	8.79	5.17	3.62
3	10	26.5	—	40	1981	1163	818	7.47	4.39	3.08
4	9	20.1	—	35	1600	1040	560	8.—	5.2	2.8
5	10	27.—	—	43.6	1828	1033	795	6.67	3.82	2.95
6	10	28.8	—	43.1	2200	1253	947	7.22	3.95	3.27
7	10.5	22.65	—	42	1613	931	782	7.1	4.1	3.01
8	12.5	32.6	—	44	2280	1272	1008	7.—	3.93	3.07
9	13	41.—	—	45.3	2846	1566	1289	6.94	3.8	3.14
10	13	45.75	—	38	3342	2073	1269	7.31	4.62	2.68

Ambulans esetek

1	11	30.6	—	38	2591	1607	985	8.46	5.25	3.21
2	11	33.1	140½	41	2758	1627	1131	8.35	4.91	3.44
3	11½	32.8	—	41	2408	1403	1005	7.34	4.27	3.07
4	12	32.—	137	48	2594	1338	1256	8.1	4.18	3.92
5	12	27.—	130	45	1988	1094	894	7.36	4.05	3.31
6	12½	31.7	—	39	2285	1394	891	7.2	4.4	2.8
7	12½	37.4	145½	37	3084	1443	1041	8.24	5.2	3.04
8	13	33.6	135	40	2593	1556	1037	7.71	4.63	3.08
9	13½	34.5	144	34	2401	1587	915	6.96	3.06	2.36
10	13½	42.5	163	46	3128	1688	1440	7.59	3.97	3.62
11	13½	48.—	—	39	3731	2268	1464	7.77	4.72	3.05
12	13½	36.4	147	40.2	2489	1489	1000	6.88	4.7	2.78
13	13½	40.—	—	38	3597	2231	1366	8.99	5.57	3.42
14	14	38.—	146	45	2556	1406	1150	6.83	3.7	3.13
15	14	49.—	163	44	3253	1821	1432	6.63	3.7	2.93
16	14	35.1	—	38	2343	1454	889	6.67	4.14	2.53
17	14½	44.5	149	40	3680	2208	1472	8.26	4.96	3.30
18	14½	34.6	—	42	2488	1451	1037	7.19	4.19	3
19	14½	45.7	—	41	3419	2017	1402	7.48	4.41	3.07
20	14	44.—	—	40	—	—	—	—	—	—
21	15	43.—	157	40	3384	2030	1354	7.87	4.7	3.17
22	16	55.7	168	41	4009	2365	1644	7.19	4.25	2.84
23	16	62.5	165	44	4636	2591	2045	7.42	4.14	3.27
24	16½	47.4	—	40	3562	2137	1425	7.53	4.5	3.03
25	16	44.7	—	42	3435	1482	1453	7.69	4.43	3.26
26	16½	57.4	171	38.5	4593	2824	1769	8.00	4.92	4.08
27	16½	52.—	163	44.6	4296	2380	1916	8.26	4.58	3.58
28	16½	61.6	178	45	4937	2750	2187	8.01	4.46	3.55
29	17	69.5	177	44	5897	3304	2594	8.49	4.74	3.75
30	17	58.—	171	44	5011	2806	2205	8.64	4.84	3.8
31	17	70.—	—	43	5640	3218	2422	8.05	—	—
32	17	59.5	—	42	4894	2837	2007	8.2	—	—

Ha az egyes korokban a sejteknek és a plazmának a haematokritban kifejezésre jutó viszonyát vesszük figyelembe (11. évben 40%, 12. évben 42%, 13. évben 40%, 14—15. évben 41%, 16. évben 42% és 17. évben 43% a középérték), azt mondhatjuk, hogy a normal haematokrit érték a gyermekkorban 40—43%. Mindenesetre ez a gyermekkorban talált normalérték *Haldanenak* a felnőtteknél észlelt 48%-os értékénél jóval kevesebb. A gyermekvér plazmadúsabb, mint a felnőtteké. A vizsgált korhatáron belül pedig némi besűrűsödési tendenciát mutat, 11 éveseknek 40, 17 éveseknek pedig 43% volt a vörsejtartalma.

Az eredményekből láthatjuk, hogy az egyes korok normájának középértékei között nagy különbség nincs. Nem tévedünk tehát, ha az egészséges gyermekeket 11—17 évig egy normállal fejezzük ki, mely az egyes korok normái középértékét véve, 100 g testsúlyra számítva 7.78 cm³. A tévedés ilyenkor sohasem nagyobb ½ cm³-nél.

A II. táblázatban a vérrre vonatkozó egyéb adatokat, ú. m. a vörösvérsejtszámot, a haemoglobint, az átlag sejtvolument, színindexet, saturációs indexet foglaljuk össze. A modern haematologia már nem elégszik meg pusztán a vörösvérsejtszámmal és a Hb.-százalékkal, hanem messzemenő következtetéseket von le a vér többi adataiból is.

Adatainkat, mint már említettük, *Haldanenak* a felnőttekre vonatkozó adataival hasonlítjuk össze. Szerinte egy felnőtt embernek normalis körülmények közt 5,000.000 vörösvérsejtje, 100 g vérben pedig 15.6 g Hb.-ja van, s az egyes vörösvérsejtnak átlagvolumene pedig 96 köbmikron.

A klinikai gyermekek vörösvérsejtszáma a normalisnak mondott 5,000.000-t sohasem érte el. Ha a kétségtelenül alacsony 4,000.000 aluli értéket a norma kiszámításánál figyelembe nem vesszük, akkor a középértéket 4,640.000-ben állapíthatjuk meg. A bejáró s minden tekintetben egészségesnek mondható gyermekeknel 5,000.000 felüli értéket csak két esetben, 4,000.000 alulit csak egy esetben észleltünk. *11—14 éves gyermekek normáját 4,600.000-nek, 14—17 éveseket pedig 4,550.000-nek vehetjük.* A gyermekkor tehát 1 normaladattal fejezhető ki, hiszen az eltérések oly lényegtelenek, hogy *4,600.000 vörösvérsejtszámot, a felnőtt érték 92%-át nyugodtan mondhatjuk normalisnak.*

A Hb. mennyiségét a klinikai eseteknél 100 g vérnél 15.3 g-ban, az egészséges gyermekeknel, 11—14 éveseknél 16.4, 14—17 éveseknél pedig 16.6 g középértékben állapítottuk meg. *A Hb. normája tehát az egészséges gyermekeknel (11 17 évig) 16.5 g, a felnőtt értéknek 10.5%-a.* A gyermekkorban tehát a felnőtteknél alacsonyabb vörösvérsejtszámot, de nagyobb mennyiségű Hb.-t találunk. Ebből az következik, hogy a színindexek legnagyobb része nagyobb az egységnel; mert ha az indexeket a mi normalértékeinkre számítjuk át, tehát

II. táblázat.

Sorszám	Vörösvér- sejtszám ezrekben	V.v.-s. %	Hb. g	Hb. %	Össz. Hb. gr.	Átlag sejt- volumen m ³ -ben	Volumen %	Színindex	Saturációs index
1	4890	97.8	14.—	89.7	467.9	98.7	102.8	0.92	0.95
2	4370	87.4	15.7	100.6	337.5	94.3	98.2	1.15	1.03
3	3600	72.—	12.1	77.5	193.6	97.2	101.—	1.08	0.77
4	4410	88.5	19.4	124.4	384.3	90.7	94.5	1.4	1.32
5	4770	95.4	—	—	—	91.4	95.2	—	—
6	4500	90.—	13.—	83.3	386.—	95.8	99.8	0.93	0.83
7	4700	94.—	20.—	128.8	322.6	89.4	93.1	1.37	1.38
8	4800	96.—	15.27	97.8	348.2	95.—	98.9	1.02	0.98
9	4675	93.5	14.5	92.—	412.6	96.9	100.9	0.99	0.91
10	3850	77.—	14.—	89.7	467.9	98.7	102.—	1.17	0.88
1	4700	94.—	15.6	100.—	409.2	80.8	84.1	1.06	1.19
2	4000	80.—	15.7	100.7	433.—	125.—	130.2	1.26	0.77
3	4890	97.8	16.6	106.4	399.7	83.8	87.2	1.09	1.22
4	4185	83.7	16.6	106.4	430.6	115.1	119.—	1.27	0.81
5	4580	91.6	18.3	117.2	383.7	98.2	102.2	1.28	1.14
6	4710	94.2	16.5	105.8	377.—	80.7	84.0	1.12	1.26
7	4040	88.—	14.7	94.2	453.3	91.6	95.4	1.07	0.99
8	4400	88.—	17.2	110.2	446.—	90.9	94.7	1.25	1.16
9	4070	81.4	15.8	101.2	379.4	83.7	87.1	1.24	1.16
10	5580	111.6	18.5	118.6	578.9	82.4	85.8	1.06	1.38
11	4320	86.4	16.5	105.8	615.6	90.3	94.—	1.22	1.13
12	4410	88.2	16.2	103.8	402.2	91.1	96.9	1.18	1.07
13	5915	118.3	14.7	94.3	635.6	64.4	67.1	0.88	1.40
14	4650	93.—	16.8	107.7	429.4	96.8	100.8	1.16	1.07
15	4580	91.6	17.5	112.1	569.3	97.8	101.8	1.12	1.10
16	4150	83.—	15.1	96.7	352.8	91.5	95.3	1.17	1.01
17	4770	95.4	15.7	100.6	587.8	83.8	87.2	1.04	1.15
18	4965	99.3	16.—	102.5	398.—	84.5	88.—	1.03	1.16
19	4700	94.—	16.9	108.3	577.8	87.—	90.6	1.15	1.19
20	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21	4650	93.—	15.8	101.2	—	86.—	89.5	1.09	1.13
22	5000	100.—	17.2	110.2	689.5	82.—	85.4	1.10	1.29
23	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24	3670	73.2	14.7	94.2	523.6	108.9	113.4	1.29	0.83
25	4640	92.8	16.3	104.4	559.8	90.7	94.4	1.02	1.11
26	4300	86.—	15.5	99.3	711.9	89.5	93.2	1.15	1.07
27	4590	91.8	15.3	98.—	657.3	96.9	100.9	1.07	0.98
28	4780	95.8	18.2	116.—	903.5	94.1	98.—	1.22	1.19
29	4500	90.—	17.3	110.8	1020.1	97.8	101.8	1.23	1.09
30	4880	97.6	18.2	116.6	906.—	90.2	94.—	1.19	1.24
31	4885	97.7	16.7	107.—	941.9	88.—	—	—	—
32	4100	82.—	15.4	198.2	753.7	—	—	—	—

$$\frac{16.5 \text{ g Hb.}}{4.600.000 \text{ vörösvérsejtszám}} = \frac{100\%}{100\%}$$

akkor a legtöbb esetben 1 körül ingadozó értéket kapunk.

Az átlagos sejt volumén a klinikai gyermekeknél 94.8 μ^3 , 11–14 éves egészséges gyermekeknél 90.6 μ^3 ; 14–17 éveseknél pedig 91.1 μ^3 . Nem tévedünk sokat, ha a vizsgált egészséges gyermekek vörösvérsejtjének átlagos volumenét 91.1 μ^3 -ban állapítjuk meg.

A saturációs indexet a klinikai anyagon 1.01, 11–14 éveseknél 1.13, míg 14–17 éveseknél 1.11-nek találtuk. Mit jelent a saturációs index? A saturációs index, mint említettem, a vér Hb.-százalékának és a sejtek átlagvolumén százalékának viszonyát fejezi ki s kifejezésre juttatja, hogy az átlagtérfogatú sejt mennyire van Hb.-al telítve. Ha az egységénél kisebb a saturációs index, akkor a sejtek egységi voluméntérfogata kisebb, ha nagyobb, akkor több Hb.-t tartalmaz.

Vizsgálatainkból láthatjuk, hogy a gyermekeknek a saturációs indexe a felnőttekéhez hasonlóan az egységénél nagyobb, ha tehát a gyermekek vörösvérsejtjeinek már kisebb térfogata is nagyobb Hb.-mennyiséget tartalmaz. A gyermekkor normal saturációs indexe egyenlő 16.5 g Hb. osztva 91.1 μ^3 sejtvol. egyenlő $\frac{100\%}{100\%} = 1$. A gyer-

mekkorban a szín- és saturációs index nagyobb a felnőttekéénél; ezt magyarázza meg a vörösvérsejtszám és a sejt voluménnek kisebb, a Hb.-nek pedig nagyobb normája. (Ha pl. a sejtek átlagvoluméne nagyobb volna, mint a felnőtteknél, úgy az egységénél nagyobb színindex mellett is kaphatnánk az egységénél kisebb saturációs indexet.)

Beteg csecsemőkön végzett vizsgálatainkat részletesen ismertetni nem akarom, mivel az más dolgozat keretébe tartozik. Jelenleg az eddigi vizsgálataink egy-két eredményét szeretném kiemelni, hogy azok a csecsemőkorra vonatkozóan egy-két értékelhető adatot nyújtsanak.

Vizsgálatainkat főleg anaemiás, de más atrophias, vitiumos, decomponált, lueses csecsemőkre terjesztettük ki. 21 1–16 hónapos beteg csecsemő vérmennyiségének középértéke 8.43 cm^3 . Súlyosan beteg, de nem atrophias, főleg anaemiás csecsemők 8 cm^3 -en alul, míg a gyógyultaké 8 cm^3 -en felül van. A talált szélső értékek 6.92–10.63 cm^3 . Az amerikai normalértékek ezzel ellentétben Lucas, Dering szerint 10.9, Bakwin és Kirkin szerint 10.1 cm^3 .

Úgy gondoljuk, hogy kisebb hibával fogjuk a transfusióra szoruló anaemiás vagy súlyos állapotú, de nem atrophias csecsemők vérmennyiségét kiszámítani, ha a testsúlyuk 100 g-jára 8, és nem 10.9 cm^3 -t számítunk. A többi adatból az esetek nagy különbözősége miatt egy-egy középértéket felállítani túlmerész volna s ezért csak minden következtetés levonása nélkül a talált szélső értékeket közöljük.

Vörösvérsejtszám: 2.470.000–6.500.000-ig, Hb.-g (100 g testsúlyra számítva): 5.57 g–19.1 g-ig. Átlag sejt volumén: 59 μ^3 –105.6 μ^3 -ig. Színindex: 0.49–1.29-ig. Saturációs index: 0.56–1.31-ig.

Összefoglalva a mi és más szerzőknek eddig végzett ezirányú vizsgálatait, próbáljuk a vérmennyiségnek a korral való összefüggését megvilágítani.

Az újszülöttek testsúlyhoz viszonyított vérmennyisége felnőtteknél aránylag sokkal nagyobb, a vérmennyiség inkább a felülettel, mint súllyal áll arányban. A születést követő napokban a keringő vérmennyiség 100 g-ra számított értéke leesik 14 cm^3 -ről 10.1–10.9 cm^3 -re. A gyermekkor folyamán pedig tovább 5–6 cm^3 -re kellene leesnie, mivel az ennek megfelelő vérmennyiség egyenlő a testsúly $\frac{1}{10}$ -ével, azaz a felnőtt értékkel.

Vizsgálatainkban fokozatos átmenetet kimutatni nem tudunk. Az bizonyos, hogy gyermekek vérmennyisége aránylag alacsonyabb a csecsemők vérmennyiségénél és szélső értékben néha megközelítik a felnőtteknél talált vérmennyiséget. Adataink szerint a pubertásig fokozatosan csökkent, majd — meglehetősen, a véletlen folytán — 17 évig újra emelkedő tendenciát mutat. Kénytelenek vagyunk tehát feltételezni, hogy a felnőtt normára való visszaesés ezen kor után következik be.

Pastikusabb csecsemők testsúlyhoz viszonyított vérmennyisége normalis viszonyok közt kevesebb, mint a lesoványodott, leromlottaké általában. Az atrophiasoké pedig jóval nagyobb, mint a koruk normája. Ugyanezt észleltük annakidején az arsenes kachexiában szenvedő kutyáknál is, melyeknek 100 g-ként 2–3 cm^3 -rel volt több vérük, mint a többieknek.

A magasság (súly-quotiensnek a normalhoz való viszonya) és a vérmennyiség között lényeges összefüggést kimutatnunk nem sikerült, hiszen a vizsgált gyermekek tápláltsága között extrém különbségek nem voltak. Lényeges különbséget szerintünk csak a vérben szegényebb zsírszövet felhalmozódása okozhat, s ezért az adiposus egyénekénél a fajsúly (súly-quotiens) vethetne esetleg fényt a vérmennyiségdifferentiákra, ha az előbbi meghatározása és kiszámítása nem ütközne nehézségekbe.

Összefoglalás. Az egészséges gyermekeknél 100 g testsúlyra számított vérmennyisége 7.78 cm^3 . Normal haematokrit-érték 40–43%. Normalis vörösvérsejtszám 4.600.000. 100 g vérnek normalis Hb.-tartalma 16.5 g. A sejtek átlagvoluméne pedig 91 μ^3 .

A csecsemők téli halandósága Budapesten.*

Írta: Flesch Armin dr. egyetemi magántanár, közkórházi főorvos.

Már régi idő óta ismeretes a csecsemők nyári halálzásának nagyobb számaránya, továbbá az is, hogy ezen nagyobb nyári csecsemőhalandóságot a táplálócatorna betegségei okozzák. A legrégebb feljegyzéseket a Kr. u. II. évszázadból találjuk a Kappadoziái Aretäusnál, majd a későbbi orvosi könyvek (az angol Harris, a svéd Rosenstein) is kiemelik, milyen sok gyermek hal el bélkólikában július közepétől szeptember közepéig.

A csecsemők nyári halálzásának igazi történetét azonban csak a XVIII. század végétől számíthatjuk. A vezetőszerző Észak-Amerikának jut, hol kitűnően megfigyelő orvosok pontosan leírták a cholera infantum tünettanát, rámutattak, hogy ez az Egyesült-Államok legtöbb nagyvárosában kiterjedten szedi áldozatait, továbbá, hogy gyakorisága és veszélyessége a külső hőmérsékkel áll arányban. Érthető egyébként az is, hogy miért éppen Amerikában ismerték fel a hőmérsék befolyását a nyári nagy csecsemőhalálzásra. Itt ugyanis olyanok a klímás viszonyok, hogy a hideg időjárás csaknem átmenet nélkül megy át a rendkívül forró nyárra.

Az amerikaiak után jóval később foglalkoztak a német, majd az angol orvosok e kérdéssel, úgy, hogy csak a múlt század ötvenes, hatvanas éveiben vált ez az orvosok közt közzismertté. Megmutatták a tapasztalatok azt is, hogy a táplálócatornának ezen súlyos nyári megbetegedései főleg a mesterségesen tápláltak közül és elsősorban a nagy ipari városokban szedik áldozataikat.

Nem célozom, hogy most a csecsemők nyári nagy halálzásával és annak okaival részletesen foglalkozzam, csak ki akarom emelni, hogy ezen tapasztalatokra és számos statistikára támaszkodva, egész az utolsó

* A Magyar Gyermekorvostársaság 1929. évi V. nagygyűlésén tartott előadás.

időig a csecsemőhalálozás görbéjének nyári nagyobb-méretű kiugrásáról, az ú. n. „Sommergipfel“-ről beszélünk és a tankönyvek is úgy tanítják, hogy a csecsemőhalálozásnak hónapok szerint összeállított görbéje a nyári meleg hónapokban, júliusban, augusztusban nagy kicsúcsosodást mutat.

Az utolsó években azonban mindinkább szaporodnak azok a munkálatok, melyek részben különböző nagyvárosokra, részben egyes országrészekre statisztikai összeállítás alapján kimutatják, hogy a csecsemők halálozásának eloszlása az év egyes hónapjaiban több éven át nem történik már mereven a most részletezett típus szerint. Így Lipcsében *Risel*⁸ összeállítása szerint még 1900–1911 közt a nyári nagy csecsemőhalálozás igen kifejezetten tűnik elő, 1915 óta azonban ez már csak alig vehető észre, az utolsó években pedig teljesen eltűnt. Hasonlóak a viszonyok *Flachs* szerint Drezdában. *Winkler*¹³ pedig Charlottenburgban észlelt 1912–20 közt „Wintergipfel“-t, mely egyes években a csecsemők halálozására döntőbb és tartósabb befolyású, mint a nyári nagy csecsemőhalandóság, majd *Roeste*⁹ a német birodalom 1921-i csecsemőhalálozásában észlelte, hogy a nyári emelkedés a forró nyár dacára kimaradt, amit a természetes táplálás nagyobb elterjedésével és a túltáplálás lényegesebb esőkként hozott összefüggésbe.

Különösen részletesen foglalkozik ezen kérdéssel *Hecker*.⁴ Adatai szerint Németországban 1912-től kezdve a csecsemők nagyobb nyári halálozása úgyszólván megszűnt. Ugyanez áll Münchenre is, ahol 1912 óta (kivéve 1914-et) a görbén a nyári kicsúcsosodást nem észleljük, ellenben látunk rajta tavaszi csúcspontra („Frühjahrs-gipfel“) tetőfokkal márciusban. Ezzel szemben a görbe az egész nyáron egy völgyet mutat. Tehát nem a nyár veszedelmes időszak a müncheni csecsemőkre, hanem a tavasz. Hasonló viszonyokat állapított meg *Hecker* Berlinre, Wiesbadenre, Stuttgartra, Nürnbergre, Stettinre és Chemnitzre. Ha még megemlítem, hogy *Hanauer*³ összeállítása szerint Frankfurtban 1906–1926 közt a csecsemőhalálozási görbén a nyári csúcspontra állandóan alacsonyabb lesz és a téli orom mindinkább magasabb és ha kiemelem azt is, hogy ennek oka gyanánt mindannyian a légutak betegségeit szerepeltetik, akkor ezekből is tisztán látjuk, milyen nagy a jelentősége a légutak hurutos megbetegedéseinek a csecsemők halálozásában.

Nálunk *Berend*¹ emelte ki első ízben, amidőn az 1908. évre egész Magyarországra vonatkozólag összeállította a két éven aluli gyermekek halálozását. Feltűnt, hogy ezen évben a halálozás tetőfoka nem július–augusztusra esik, hanem április hónapra. Kifejezetten azonban csupán ebben az évben látjuk, míg ha figyelemmel nézzük *Berend*nek azon táblázatát, melyben 1902–1906-ig állította össze Budapestre vonatkozólag a 0–1 éves halottakat hónapok szerint, akkor látni fogjuk, hogy a nyári emelkedés minden évben megvolt, kivéve 1906-ot, midőn a májusi halottak száma (342) valamivel nagyobb, mint a júliusi (326).

Ezzel szemben *Saile*,¹⁰ aki az 1919–1926. magyarországi csecsemőhalálozási adatokat állította össze, úgy nyilatkozik, hogy „a halandóság rendszerint júliusban és augusztusban a legmagasabb a csecsemők nyári hasmenése miatt, s ha a számszerű maximum némely évben történetesen más hónapban van is, a csecsemők nyári hasmenése a nyári hónapokban mégis mindig előidézi a halandósági arányszámok nyári emelkedését. Az emelkedés gyakran szeptemberre, sőt októberre is (1919) átterjed“. A szerző által leközölt táblázatban (Magy. Stat.

Szemle 1927. II. sz. XIV. tábl.) szembeötlő csakugyan a nyári kiugrás (kivéve 1924-et, midőn március a legrosszabb hónap), azonban az 1919–1923. évek mind-egyikében kifejezett az emelkedés egy, vagy több téli hónapban is.

Nagyon fontosnak tartottam ezek után, hogy lássuk, miként alakult Budapest csecsemőhalandósága az év egyes hónapjaiban. Minthogy *Berend* összeállításában 1906 az utolsó év, ezért törekedtem az azóta lefolyt időkről képet nyerni. Budapest székesfőváros statisztikai hivatalának vezetősége szíveskedett az adatokat rendelkezésemre bocsátani, *Molnár Olga Alice dr.* úrnő fő-tisztviselő nagy előzékenységét e helyen köszönöm meg. Kimutatást kaptam az 1908–09., 1912., továbbá az 1921–1928. évekre vonatkozólag.

Év	Jan.	Febr.	Márc.	Ápr.	Máj.	Jún.	Júl.	Aug.	Szept.	Okt.	Nov.	Dec.	Összesen
1908	291	269	286	279	256	274	308	262	252	206	251	274	3208
1909	281	302	314	260	255	221	349	429	296	294	218	218	3437
1912	253	258	279	285	281	256	389	334	222	228	223	275	3283
1921	283	260	250	265	256	241	289	287	238	228	239	313	3149
1922	369	330	316	250	217	234	376	309	206	176	168	195	3146
1923	223	222	286	289	250	196	295	298	220	209	171	187	2846
1924	205	223	263	251	217	211	238	200	177	204	183	139	2511
1925	178	207	212	206	156	160	180	187	173	173	174	151	2157
1926	186	194	195	173	135	120	149	160	152	169	137	147	1917
1927	231	178	211	180	152	146	195	207	157	133	121	142	2053
1928	136	128	202	189	188	173	161	246	198	151	153	140	2065

Ezen táblázatból a következőket olvashatjuk ki:

1908-ban kifejezett a nyári csúcspontra júliusban, de utána január és március következik, sőt még április is túlhaladja az augusztust.

1909-ben és 1912-ben magas nyári hullámhegyet észlelhetünk.

Más a kép a háború utáni években.

1921-ben a legtöbb csecsemő decemberben halt meg, utána július, augusztus következik, de január is elég nagy számmal szerepel. Tehát téli csúcspontra, nyári emelkedés.

1922-ben a halálozás maximuma júliusra esik ugyan, de január-februárban több halt meg, mint július és augusztusban együttvéve, mintegy folytatását képezve az előző évi decemberi nagy halálozásnak.

1923-ban hullámhegy július és augusztusban, de csak kevéssel magasabb a márciusi és áprilisi emelkedésnél.

1924-ben erősen vezet a március, de még április is, csak utánuk jön július hónap, míg február és május még augusztusnál is nagyobb számmal szerepel. Tehát nincs nyári csúcspontra, csak kisebb nyári emelkedés és nagyon magas a tavaszi hullámhegy.

1925-ben sines nyári csúcspontra, csak tavaszi: február, március, április hónapok mindenképpen több halt el, mint augusztusban, bár emelkedést itt is látunk.

1926-ban sines nyári hullámhegy, sőt nyári hullám-völgyről beszélhetünk, ellenben igen kifejezett orom lát-szik január, február, március és áprilisban, utánuk jön október és csak ekkor augusztus.

1927-ben is január, március vezet, de erős a február, április is, úgyhogy igen kifejezett a csecsemőhalálozás görbéjének téli kiugrása, de van nyári emelkedés is.

1928-ban van ugyan nyári csúcspontra, de március

szerepel a második halálozási számmal és igen nagy az emelkedés április és májusban is.

Ha összegezzük az elmondottakat, a három háború előtti év mindenikében a csecsemőhalálozás szokott nyári csúcspontját látjuk különösebb téli emelkedés nélkül (kivétel ez utóbbi tekintetében az 1908. év). Ezzel szemben a háború utáni években látunk ugyan egyes években (1922., 1923. és 1928-ban) nyári csúcspontokat, a legtöbb évben azonban téli, illetőleg tavaszi csúcspontokat találunk és még az említett három évben is, hol a csúcspont nyárra esik, a téli emelkedés rendkívül erős. Igen nagy a halálozási száma rendszeresen a március hónapnak, míg a legenyhébb a november.

Kétségtelen tehát, hogy Budapesten a háború óta igen nagy a csecsemők téli, illetve kora tavaszi halandósága, mely mellett a nyári mindinkább kezd háttérbe szorulni. Különösen szomorú jelenség e mellett, hogy ez a téli nagy halandóság rendszerint több hónapra terjed ki és ily módon az a helyzet alakul ki nálunk is, mint Németország említett nagy városaiban, hogy a budapesti csecsemőre is a nyári hónapok veszítenek jelentőségükből és a súlypont a téli hónapokra tolódott át.

Ha már most kutatjuk, miért csökkent a csecsemők nyári halandósága, az okot semmiesetre sem kereshetjük a meteorológiai viszonyok megváltozásában. Elkértem ugyanis a m. kir. orsz. meteorológiai intézettől a felsorolt évek július- és augusztusának hőmérséki viszonyaira vonatkozó adatokat, melyeket Réthlaky Antal dr. egyet. magántanár, főmeteorologus úr volt szíves rendelkezésemre bocsátani. Nem térhetek ki a részletekre, de az összehasonlítás mutatja, hogyha tagadhatatlan is, hogy forró nyáron, mint 1921-ben, 1923-ban és 1928-ban nagyobb a csecsemőhalálozás, párhuzamosságot még sem fedezhetünk fel, mert pl. esős nyáron (1912) és hűvösebb júliusban (1924) is lehet nagy emelkedés.

Tapasztalataink is mutatják egyébként, mennyire ritkán észlelünk a nyári hónapokban súlyos toxicosisokat. Nem valószínű, hogy ma a természetes táplálás gyakoribb lenne, mint 23 év előtt, midőn Schossberger-rel² összeállítottam a szoptatás elterjedésének viszonyait Budapesten, s a nagyobb csecsemőhalálozást nem erre, hanem a korai és célszerűtlen hozzátáplálásra vezettük vissza. Ha mégis ritkábbak a súlyos táplálkozási zavarok, ezt elsősorban annak tulajdonítanám, hogy a csecsemők táplálására, gondozására vonatkozó tudásunk bámulatos méreteken haladt előre és hogy sikerült ennek eredményeit a gyakorlatba és a köztudatba is átvenni. Egész bizonyos, hogy e tekintetben nagy érdemei vannak a Stefánia-szövetség működésének is.

Nem lehetünk azonban megelégedettek, ha Budapest csecsemőhalandóságát összehasonlítjuk más külföldi városokéval. Azt látjuk ugyanis, hogy bár Budapest csecsemőhalandósága fokozatosan látszik süllyedni az 1874. évi 34,92%-ról az 1927. évi 12,99%-ra, a külföldi városokéhoz viszonyítva még mindig igen nagy, annyira, hogy csupán Moszkva és Varsó csecsemőhalálozása van ilyen, míg pl. London, Hága, Amsterdam és Züriché 1927-ben 3,8–5,9% közt mozog. Torday^{11, 12} ezért fölveti a kérdést, miben keressük ennek okát, hiszen Budapest hygiénés viszonyai nem rosszabbak más nagyvárosainál. Szerintem talán az is szerepet játszhat, hogy a statistika készítése nem egyöntetű elvek szerint történik. Az egyes államokban ugyanis a születések bejelentésére különböző határidőt engedélyeznek és azon gyermekeket, kik ezen anyakönyvi bejelentés előtt halnak meg, halvaszületettnek tekintenek. Angliában pl. ez a határidő 42 nap. Elképzelhetjük, hogy ilyen módon az illető város, vagy

ország csecsemőhalandósága jelentősen kedvezőbb színben tűnhet fel, mint a miénk, hol minden újszülöttet az élveszülettek közé sorolunk, bármily rövid ideig élt is (Kovács Alajos⁶). Egyedül ez azonban nem magyarázza meg a nagy különbséget, mert Ausztriában és Németországban is ugyanolyan szempontból bírálják el az élveszülettséget, mint mi, mégis Wien, Berlin, München csecsemőhalandósága 10% alatt van.

Egész bizonyos tehát, hogy még más körülmények is nagy szerepet játszanak Budapest aránylagosan nagy csecsemőhalálozásában és hogy a tartós évről-évre megismétlődő téli, illetőleg tavaszi nagy csecsemőhalálozásoknak e miatt különös figyelmet kell juttatnunk. Hogy ebben a téli, illetőleg tavaszi csúcspontban és halálozási számemelkedésben milyen nagy szerep jut a légutak hurutos megbetegedéseinek és a súlyos tüdőloboknak, mutatja már a tapasztalat is, hogy mennyire halmozódnak osztályokon és a gyakorlatban is a tüdőlobok ezen évszakban. De némi világosságot vet rá a következő kis összeállítás is. Összeállítottam ugyanis, milyen volt Budapesten a két utolsó évben a 0–1 év közti csecsemők tüdőlob-halálozása hónapok szerint és összehasonlítottam a havi halálozások számával. (Lásd a táblázatot.)

	Jan.	Febr.	Márc.	Ápr.	Máj.	Jún.	Júl.	Aug.	Szept.	Okt.	Nov.	Dec.
Meghalt csecsemő 1927-ben	231	178	211	180	152	146	195	207	157	133	121	142
Meghalt tüdőlobban 1927-ben	78	50	66	40	30	25	22	29	24	18	18	25
Meghalt csecsemő 1928-ban	136	128	202	189	188	173	161	246	198	151	153	140
Meghalt tüdőlobban 1928-ban	33	23	59	56	51	48	23	30	20	23	34	25

Látjuk, hogy 1927-ben a januári és márciusi csúcspontnál igen nagy a tüdőlobhalálozás, míg a nyári hónapokban a magas halálozási szám dacára is a tüdőlobban elhaltak száma csekély. 1928-ban is a téli, illetve tavaszi hónapok nagyobb halálozásánál nagyobb számban szerepelnek a tüdőlobban elhaltak, de nem látjuk ezt júliusban és augusztusban.

Nem lehet tehát vita tárgya, hogy a légutak hurutos megbetegedéseinek, a súlyos tüdőloboknak igen nagy a jelentősége a csecsemők halálozásában. Ha már elértük a csecsemők halálozási számának csökkenését azáltal, hogy a gondos ápolásnak és célszerű táplálásnak nagy fontosságát a nagy tömegek köztudatába bevittük, oda kell törekednünk, hogy csökkentjük az ú. n. életgyöngeségben elhaltak számát, megelőzzük a hurutos megbetegedéseket, a tüdőlobokat és ezért a védelemnek ki kell terjednie mindazon részletre, melyek e tekintetben hatásosnak ígérkeznek.

Irodalom: ¹ Berend: A csecsemőhalálozás „magyar” okai, stb. 1910. — ² Fleisch és Schossberger: O. H., 1907, 17. sz. — ³ Hanauer: Tag. Frankf. Kinderärzte, 1928, III. 22. — Ref. Monatschr. für Khk., XXXIX., 560. — ⁴ Hecker: Münch. Gesch. f. Kdhlk., 1928. I. 26.; Monatschr. f. Khk., XXXIX., 176. sz. — ⁵ Hopmann: Münch. M. W., 1928, 48. sz. — ⁶ Kovács A.: Magy. Stat. Szemle, 1925, III. évf., 8. sz. — ⁷ Rietschel: Ergebn. f. inn. Med. u. Khk., VI., 369. sz. — ⁸ Riesel: Vereinig. Sächs. Thüring. Kinderärzte, 1926, XII., 5.; Ref. Deutsch. M. W., 1927, 557. sz. — ⁹ Roesle: Deutsch. M. W., 1924, 5. sz. 149. o. — ¹⁰ Saile: Magy. Stat. Szemle, 1927, 11. sz. — ¹¹ Torday F.: O. H., 1920. — ¹² Torday F.: Budap. O. U., 1929, 12. sz. — ¹³ Winkler: Öff. Gesundheitspflege, 1921, 4. f., Ref. Monatschr. f. Khk., XXIII., 517.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter-Tudományegyetem I. számú női klinikájának közleménye.

A calcium vérzéscsillapító hatása a szülésnél és a gyermekágyban.

Írta: Szenteh István dr.

Ismeretes, hogy a terhesség alatt, de különösen a terhesség végén a vér calciumtartalma jelentősen csökken. Az egyes szerzők vizsgálata szerint (Bock, Bokelman, Krebs és Briggs, Kehrer, Hetényi—Liebmann, Schultze, Plass és Bogert, Widows) a terhesség végén a vér calciumtartalma a rendes 10-20 mg %-ról átlagos értéket véve, 9-40 mg %-ig száll le. Az a körülmény, hogy a vér calciumtartalma a terhesség végére ilyen jelentősen fogy, arra a gondolatra vezet, hogy vajjon a vér calciumszegénysége nem okoz-e nagyobb vérzékenységet már a szülésnél is, de különösen a gyermekágyban, s hogy ez a vérzékenység calcium adásával miként befolyásolható? Vizsgálatomhoz azokat a szülőket válogattam ki, kiknél közvetlen a szülés utáni vérvesztés a 300 g-ot meghaladta. Ezeknél minden esetben végeztem véralvadási és vérzési időmérést, számos esetben pedig vér-calcium-meghatározást Kramer Tisdall módszere szerint. Mivel csupán relatív eredményre volt szükségem: úgy a véralvadási, mint a vérzési időmérést a legegyszerűbben keresztülvihető módon végeztem s csak arra ügyeltem, hogy minden esetben pontosan ugyanúgy járjak el. A vérzési idő meghatározásánál Franke-lándzsával az ujjbegyen szúrászt ejtve, stopperórával mértem az időt, hogy a szúrás helyéhez érintett itatospapírt meddig nedvezi, illetve színezi a vér. Nem terheseknél átlagosan 2 percrek találtam a vérzési időt. A véralvadási idő meghatározására a Schultze-féle capillarist használtam, amely esővecske gyöngyszemekben végződik; a vér felszívása után bizonyos időközökben letörünk egy-egy szemét s a véralvadást akkor tekintjük befejezettnek, ha a physiologiás konyhasóoldatba dobott gyöngyszemből nem oldódik ki többé vér. Az alvadási időt nem terheseknél 4—5 percrek találtam. Az általam vizsgált 40 szülőből közül 5-nél találtam a fenti rendes értéknél hosszabb, 8-nál azonos és 27-nél alacsonyabb vérzési, illetőleg alvadási időt, de minden esetben egyenes arányban volt a vérzési és alvadási idő egymással: hosszabb alvadási időnek hosszabb vérzési idő felelt meg, rövidebb vérzési idő esetén az alvadás is hamarabb állott be. Már a vér-calciummennyiség és a vérzési, illetve alvadási idő között nem sikerült ilyen összefüggést megállapítani, jeléül annak, hogy a véralvadás a calciumon kívül még egyéb tényezőktől is függ, pl. a thrombocita-szám, vér-fibrinogen stb. Így azt találtam, hogy míg a vér calciumtartalma szülőknél minden esetben alacsonyabb a rendesnél s megegyezik a fentemlélt szerzők adataival, addig a vérzési és véralvadási idő aránylag csak kevés, 40 eset közül 5 esetben haladja meg a rendes értéket.

Az intravenásan adható calciumkészítmények közül hazai gyártmányt, a Richter-féle 10%-os calcium-chloratumot használtam, egy-egy alkalommal 5 cm³-t adva. Óvatosan, lassan fecskendeztük az oldatot a kari vénába, többízben visszahúzza s vérrel felhígítva, hogy a calciumadással járó kellemetlen mellékhatásokat (forróságérzés, szédülés, hányinger) enyhítsük, vagy ami legtöbb esetben sikerült: teljesen el is kerüljük. Az injectio adása alatt az érverés valamivel lassabb, teltebb, majd 5—6 perc múlva ismét rendes, a vérnyomás pedig sok esetben lejjebb is szállt. Közvetlen az injectio adása után a méh összehúzódik, ami különösen akkor szembetűnő, ha a méh izomzata elernyedtebb, atóniásabb volt; ezzel egy időben a vérzés is alábbhagy, vagy teljesen megszűnik.

A véralvadási és vérzési idő, ha az eredetileg is rendes volt, calciumadásra nem változik; ha azonban a rendes értéket jelentősen meghaladta, úgy az injectio adása után valamelyest a rendes érték felé közeledik. Azokban az esetekben, amidőn a méhizomzat nagy fokban elernyedtebb volt, a calciummal együtt hypophysiskivonatot is adtam oly módon, hogy az 5 cm³ 10%-os calcium-chloratumhoz még 5 egység Richter-féle glanduitrint is felhúzza fecskendeztem vénába. A hatás sokkal kifejezettebb volt, mint azokban az esetekben, ahol csak glanduitrint adtunk. A calciumnak glanduitrinnel együtt való alkalmazásáról más alkalommal fogunk részletesen beszámolni.

Szülés utáni vérzésnél 40 esetben adtunk calciumot a fent leírt módon; vérzéscsillapító hatása mindenik alkalommal kielégítő volt.

A hatás mechanizmusát a következőkben kísérlném megmagyarázni: a calcium elősegíti a vérrögképződést, amely hatás különösen a gyermekágy folyamán lesz fontos, amidőn ha a thrombusképződés nem kielégítő, a lochia sokáig véres marad. De ezen thrombusképző hatás közvetlen a szülés után is előnyösen érvényesülhet olyan esetben, ha a vér csökkent calciumtartalma miatt az alvadás meghosszabbodik. Így volt 3 esetem, a midőn a méh kellő összehúzódása dacára is vérezgetett az asszony (sérülés nem volt), a vérvesztés kb. 500 cm³-t tett ki, a calciumtűkőr 9-10 mg % volt s a vérzési idő 6 perc: calciuminjectióra rögtön elállott a vérzés. Atoniánál a calciumnak mégis fontosabb lesz a méhizomzatra gyakorolt összehúzó hatása. Ennek a hatásnak a magyarázata már nehezebb. Egyes állatok túlélt méhe elernyed, ha calciumot áramoltatunk át, míg a calciumhiány összehúzókat hoz létre. Úgy látszik, az ember méhe életben másképp viselkedik a calciummal szemben s ennek magyarázatául fel kell venni azt, hogy itt a calciumnak nem annyira direct a méh izomzatára, hanem elsősorban a vegetatív idegrendszerre kifejtett hatása érvényesül, olyanformán, hogy a sympathicus idegrendszer izgatása révén (Dresel és Jakobovitz,¹ Baráth²) méhösszehúzókat hoz létre (hypogastricus). Általános katalizáló tulajdonsága révén pedig sensibilizálja a méhizomzatot a vérben keringő hypophysis hormonok számára s megmagyarázza azt a hatást, melyet a calcium glanduitrinnel együttesen fejt ki. Amidőn pedig a vérnyomás is csökken, ez már maga is előnyösen fog hatni a vérzés csillapítására.

Gyermekágyban összesen 60 asszonynál alkalmaztuk eddig a calciumot, kiknél a lochia még a IV. napon túl is véres volt, vagy ahol a méh visszafejlődése nem volt megfelelő. Az eredmény itt is nagyon jó volt: az injectio beadása után néhány órával a lochia világosabb színű, majd teljesen savós lett. 60 eset közül mindössze 7 esetben nem volt elégséges az egyízben adott calcium, itt vagy még egy újabb calciumot, vagy hypophysis-ergotint kellett még adnunk. A calciumnak vérzéscsillapító hatása különösen azokban az esetekben volt szembetűnő, ahol előzetesen hypophysissel, ergotinnal hiába próbálkoztunk. Már arra vonatkozólag, hogy a szájon át adott calcium miként befolyásolja a vérzést s a gyermekágyban a méh visszafejlődését, 50 gyermekágyas asszonynak napi 6 g calcium-lacticumot adagoltunk s figyelemmel kísértük a lochiát és a méh visszafejlődését. Összehasonlítva 50 calciumot nem kapott asszonnyal, arra az eredményre jutottam, hogy a szájon át adott calcium a méh visszafejlődését nem befolyásolja s a lochiára is csak nagyon kis hatással van, mert átlagos időt

¹ Klin. Wschr. 1922. 15. sz.

² O. H., 1925., 15. sz.

számítva, a calciumot nem kapott asszonyok lochiája csak félnappal volt tovább véres, mint azoké, akik calciumot kaptak.

Az utóbbi években oly nagy mértékben felszaporodott thrombosisok száma arra int, hogy a feleslegesen adott intravenás injectióktól az általuk okozott érendothel sértése miatt tartózkodjunk. De talán különösen áll ez a calciumra, mint olyan szerre, amely maga is elősegíti a thrombusképződést. Mi ugyan a calcium-injectiók alkalmával egyetlenegy esetben sem láttunk kellemetlen szövődmenyt s klinikánkon szerzett tapasztalataink alapján nem tudunk oki összefüggést találni az intravenás injectio és a thrombosis között, hiszen *Bársony* professor idejében klinikánkon majdnem minden szülőnő kapott sublimatot és általában több intravenás injectiót adtunk a klinikán akkor, mint *Bársony* professor után, a thrombosis pedig akkor sokkal ritkábban fordult elő, mint most, midőn kevesebb injectiót adunk, mindennek dacára is úgy gondolom, mégsem lesz talán felesleges, ha az intravenásan adott calciumot a következő esetekre korlátozzuk:

Szülésnél:

1. Kisebbfokú atoniás és parenchymás vérzésnél, ha az előzetesen adott hypophysis-ergotin eredménytelen.

2. Nagyobbfokú atoniánál rögtön az atonia fellépésekor hypophysis-kivonattal együtt.

3. Azoknál a megbetegedéseknél, amelyek a véralvadás csökkenésével járnak (thrombopenia, scorbut, haemorrhagiás diathesisek, egyes acut fertőző betegségek stb.).

Gyermekágyban

pedig, ha a lochia a negyedik napon túl is véres és egyéb ok kizárásával (polypus, placenta vagy burokviissamaradás stb.) a vér esőkkent alvadóképességét találjuk,

A davosi Guardaval-Sanatorium közleménye.

A Jacobaeus-műtétről.

Írta: *Milkó Aurél dr.*

A tüdőtuberculosis műtéli kezelését szolgáló eljárások közül a mesterséges légmellel való kezelést, az egyéb — csonkító — sebészi beavatkozásokkal szemben (részleges és totalis thorakoplastika, phrenicus exairesis), ideálisnak nevezhetjük, miután az „ad integrum restitutio“ lehetőségét nyújtja. Értékét két szempontból ítéltjük meg:

1., a beteg egyén és

2., a beteg környezete szempontjából.

A betegnek a gyógyulás lehetőségét nyújtja, amennyiben a természetes reparációs folyamat számára a legideálisabb helyzetet teremti: nyugalomba helyezi a beteg tüdőt, előnyösen változtatja meg annak vér- és nyirokkeringését, elősegíti illetőleg lehetővé teszi a zsugorodást és hegeseledést, és végül a fertőző secretio megszüntetése által egyrészt a fertőzésnek aspirációs úton való továbbterjedését gátolja meg, másrészt a beteget socialis szempontból hasznossá teszi, visszaadva neki a munkavállalhatóság lehetőségét. A beteg által veszélyeztetett környezetre nézve a mesterséges pneumothorax-szal való kezelés előnye a fertőzési forrás eldugaszolásából áll.

A kezelési módszer felsorolt előnyei igazolják az eljárás jogosultságát és egyszersmind magukban foglalják a mesterséges pneumothorax-szal szemben támasztott igényeinket. Ideális tehát az a pneumothorax, amely lehetőleg rövid időn belül a beteg részek collapsusát idézi elő, a cavernák bezáródásához vezet és megszü-

neti a betegre és környezetére nézve egyaránt veszélyes secretiót.

Ha el is tekintünk a mesterséges légmellel való kezelés folyamán az esetek bizonyos százalékában fellépő és előre nem látható complicatióktól (amelyek között az izzadmány és annak következményei a leggyakoribbak), igen sok esetben a complicatio nélküli pneumothorax sem nevezhető eszményinek és vagy egyáltalában nem vagy csak igen későn vezet a kívánt eredményre. Ezen eredménytelenség anatomiai-mechanikai okai: a túlságosan mozgékony mediastinum, az ú. n. merev falú cavernák, és végül a collapsust gátló összenövések. Természetes, hogy ezek az összenövések, amelyek igen sok esetben alkalmasak arra, hogy a légmellel való kezelést illusorikussá tegyék, leggyakrabban éppen a beteg tüdőrészeket rögzítik a mellkasfalhoz, miután a gümőkóros folyamat a beteg tüdőparenchymáról a szomszédos pleurára terjed át és helyi gyulladásokat idézve elő végül is kisebb-nagyobb kiterjedésben a zsigeri és fali pleura összenövéséhez vezet.

Ezen részleges és nem lapszerinti összenövések megszüntetése a *Jacobaeus* által megteremtett és róla elnevezett műtét, — a *thorakokaustika* vagy *pneumolysis* — célja. A műtéli eljárásnak ma különböző változatait gyakorolják, de az egymástól többé-kevésbé elütő módok közös alapelve: az *összenövések kauterrel való átégetése a thorakoskop ellenőrzése mellett*.

Az általunk gyakorolt eljárási mód a *Maurer*-féle, amelyet ezen intézet igazgatója teremtett meg és írt le „*Brauers Beiträge*“ 69. és 70. kötetében. Az eljárás három részből áll: 1., a thorakoskopnak az arra a Röntgen-kép alapján legalkalmasabbnak ítélt helyen való bevezetéséből; 2., a kauternek a thorakoskopiai lelet alapján a legalkalmasabbnak tartott ponton történő bevezetéséből és 3., a tulajdonképeni műtétnek, az összenövések átégetésének, a szem állandó ellenőrzése mellett történő elvégzéséből. A műszereknek a pneumothoraxüregbe való bevezetése a bordaközökben történik oly módon, hogy helyi érzéstelenítés után a megfelelő ponton trokárt döfünk be, majd a tövis eltávolítása után viisszamaradó tubuson át hatolunk be az eszközökkel. Az általunk rendszeresen alkalmazott thorakoskop, az *Unverricht*-féle, a kauter pedig a *Maurer* által konstruált és általa „*kombinált kauter*“ -nak nevezett eszköz, amely egy igen könnyen kezelhető kapcsolási berendezés segítségével *váltakozva mint diathermiás és galvanos kauter használható*. A hideg kauterrel előbb az égetendő helyeket coaguláljuk, majd az izzó kacs segítségével leválasztjuk. A coagulálás előnye a vérzés veszélyének kikapcsolása, ami egyrészt lehetővé teszi az erekben igen gazdag összenövések kockázat nélküli átmetszését, másrészt — és ez a főelőnye a kombinált eljárásnak — megengedi az összenövéseknek közvetlenül a mellkasfalról való leválasztását, miután a coagulálás a bordaközi erek esetleges megsértéséből származó és könnyen végzetessé válható vérzéseknek még a lehetőségét is kizárja. A mellkasfalról közvetlenül történő leválasztás viszont a tüdőszövet megsértését teszi, úgy szólván lehetetlenné és ezáltal az indicatiós területet bővíti ki, míg a vérzések elkerülése nem csupán a mellkasüregbe való elvérzést zárja ki, ami azelőtt is ritkaságszámba ment, hanem a kisebb vérömlenyek keletkezését is gátolja és ezáltal a postoperatív exsudatumok és empyemák számát a minimalisra csökkenti, elvonván a táptalajt (vért) a baktériumok elől. *A Maurer-féle kombinált diathermiás-galvanos eljárás által a pneumolysis ezentúl nem az összenövések átmetszését jelenti, hanem azoknak a mellkasfalról való leválasztását, illetőleg — szükség esetén — a mellkasfalból való kihámozását.*

A technikai készültségen kívül a műtét legnagyobb tapasztalatot igénylő része kétségtelenül a *thorakoskopiai kép helyes megítélése*, ami az operatio kivitelére nézve döntő jelentőségű, miután csak a thorakoskopiai képből ítélni lehet meg az operabilitást illetőleg, azt, hogy mily kiterjedésben választhatók le az összenövések és mely határig mehetünk el veszély nélkül a műtét folyamán. Hiszen a Röntgen-kép alapján csak az *esetleges* operabilitást állapíthatjuk meg, azonban sohasem biztonsággal azt, hogy a műtét elvégezhető-e, mert a Röntgen-képen nem látható, hogy az összenövés kötegszerű-e, vagy pedig a Röntgen-sugarak síkjába eső nyílás nélküli septum, hogy az adhaesio kötőszövetből áll-e, vagy pedig esetleg egészen a mellkasfalig terjedő kihúzott tüdő-kocsány képezi azt, továbbá, hogy az összenövés milyen vonatkozásban van a cavernafalhoz vagy egyéb szakadékony tüdőrészekhez, stb. Az imént elmondottakból kitűnik, hogy a *tulajdonképeni műtéti indicatio csakis a thorakoskop segítségével állítható, míg a Röntgen-kép alapján csak a thorakoskopiát szabad indikálnunk*. A javallat e szabályának szigorú betartása nemcsak az orvost kímélheti meg attól, hogy túlzott optimismusa által kellemetlen helyzetbe kerüljön, hanem a műtetre kiszemelt beteg is nagy csalódástól óvhatja meg: hiszen a hosszantartó betegség folytán a lelki ellenállóképességükben gyengült, és az optimismusra és pessimismusra egyaránt könnyen hajló egyének rendszeren nagy reménységgel tekintenek a műtét elé és annál nagyobb azután a csalódásuk, ha az operateur által constatált thorakoskopiai lelet a túlzott optimizmust nem igazolja és a műtét az inoperabilitást kénytelen megállapítani.

A műtét időpontját illetően a leghelyesebb, ha avval túlságosan nem sietünk, de nem is várunk vele túlhosszú ideig. A pneumothorax fennállásának negyedik hónapjától kezdve — tehát három hónap eltelte után — már indikálhatjuk a thorakoskopiát, miután ezen idő elegendő arra, hogy a collapsust gátló összenövések a Röntgen-képen láthatóvá váljanak és a műtét kívánalmainak megfelelően kihúzódjanak és megnyúljanak. Ezen idő egyszermind elegendő arra is, hogy a pneumothorax-kezelés esélyeit nagyjából megítélhessük, illetőleg lássuk azt, hogy az összenövések spontán — *nem pedig a veszélyes túl magas nyomások alkalmazása által előidézett* — elégséges megnyúlására van-e kilátás? A túlságos késlekedés a beteg türelmét teszi nagy próbára, a mesterséges légmellel való kezelés esélyeit rontja és ezenkívül oly esetekben, amelyekben a beteg általános állapota a localis lelete nem jó vagy éppenséggel rosszabbodó hajlamot mutat, e késedelmeskedés elkéséshez vezethet.

A thorakoskopia javallatának természetes előfeltétele, hogy a pneumothorax-üreg az eszközök bevezetésére alkalmas alakú és megfelelően tágas legyen.

A műtét a beteg általános állapotát rosszul sohasem befolyásolja, miután narkosist nem alkalmazunk, sem pedig vérvesztés vagy shock elő nem fordulnak. Így tehát minden olyan eset, amely a fenti követelményeknek megfelel és amelynél a pneumothorax további fenntartása megengedhető, illetőleg kívánatos, a műtetre is alkalmas.

Contraindicatiót, az intercurrents heveny megbetegedéseken kívül csupán a friss vagy lázzal járó exsudatumok képeznek, de nem az olyan régiebb nem genyes izzadmányok, amelyek a lebocsátásuk után az újraképződésre egyáltalában nem, vagy csak kevésbé mutatnak hajlamot.

Miután a műtét elvégzése sohasem oly sürgős, hogy avval szükség esetén hetekig vagy akár egy-két hónapig ne várhatnánk, mindenkor módunkban van a fentiek

alapján az összes körülményeket és kilátásokat alaposan mérlegelni és a műtét időpontját a beteg pillanatnyi dispositiójának megfelelően meghatározni.

A *complicatiók* közül a *vérzést* már említettem és hangsúlyoztam, hogy az a kombinált diathermiás-galvános eljárásnál nem fordul elő. Az *exogen empyemák* száma az asepsis e műtétnél egészen különleges szabályainak lelkiismeretes betartása mellett nem haladja túl azt az átlagos számot, amellyel egyéb a mellkast megnyitó műtétek statistikájánál találkozunk. A kombinált diathermiás-galvános eljárásnál ezen complicatio gyakorisága körülbelül 1½%-ra tehető, ami az egyéb eljárások szerint dolgozó műtévek statistikájához viszonyítva, nagyon alacsony szám. Hangsúlyoznom kell, hogy a kombinált eljárás bevezetése óta, a fenti százalékszámnak megfelelően, nálunk előfordult két empyema-eset egy idegen intézet két betegénél fordult elő, akiket nem saját műtőnkben operáltunk. Így jogosultnak látszik az a feltevés, hogy e complicatiók nem teljesen a mi statistikánkat terhelik és ha ezt az érvelést elfogadjuk, úgy a fenti amúgy is igen alacsony százalékszámot túlságosan pessimistikusnak mondhatjuk. Az *endogen nem tuberculotikus empyemák* a tüdő beszakadása vagy a cavernafalak megnyílása folytán jöhetnek létre. E complicatiót a thorakoskopiai kép helyes megítélése biztonsággal kizárhatja: vékonyfalú cavernák falán vagy azok közelében, továbbá emphysemás tüdőrészekben inseráló összenövések — *noli me tangere*. Őrizkedni kell azonban az olyan összenövések átmetszésétől is, amelyeknek a basisát maga a caverna kocsányosan megnyúlt része képezi. Elengedhetetlen feltétele tehát a műtét sikeres elvégzésének — amint azt már ismételt hangsúlyoztam — a thorakoskopiában való nagy jártasság, de nem kis szerepet játszik az éppen imént említett complicatio elkerülésében az operateur temperamentuma. Sehohsem annyira elhibázott dolog a mindenáron való operálás, mint éppen ennél a műtétnél és a műtétnek mindenkor kell annyi önmegtartóztatással rendelkeznie, hogy az anatómiai kép és az esetleges egyéb körülmények megfontolása alapján a műtét elvégzését megtagadni tudja. A *külső sipolyok* keletkezése biztosan elkerülhető, ha az esetleg jelenlevő izzadmány minőségét a javallatnál tekintetbe vesszük. Így az általunk operált esetekben ez az utóbbi complicatio egyszer sem fordult elő.

A *műtéti eredmények* mindenben megfelelnek azoknak a várakozásoknak, amelyeket az operatiohoz fűzhetünk. A collapsust gátló összenövés vagy összenövés leválasztása után a pneumothorax idealissá válik és minden tekintetben megfelel azoknak a követelményeknek, amelyeket a sikeres pneumothorax-szal szemben támaszthatunk és amelyeket e közlemény elején röviden már említettem. A reparatiós folyamat a tüdő nyugalombahelyezése és az ezáltal lehetővé tett hegesedés és zsugorodás következtében gyorsan halad. A sikeres műtét után rövidesen megszűnik a fertőző secretio, a toxinfelszívódás a minimalisra csökken, majd hamarosan teljesen eltűnik, aminek megfelelően a betegek általános állapota gyorsan javul. *Tapasztalataim szerint a pneumolysis által előidézett collapsus hatásossága semmiben sem marad el a kezdettől fogva kedvezően alakuló pneumothoraxé mögött*, úgy, hogy ezen esetek prognosisa — *ceteris paribus* — megegyezik a többi mesterséges légmellel kezelt eset kórjóslatával.

A műtét complicatióinak veszélye tehát elenyészően csekély az eredményekhez viszonyítva és ha azoknak számát és súlyosságát a nagy operatív beavatkozásoknál (thorakoplastika stb.) fellépő és gyakran végzetessé váló complicatiók statistikájához arányítjuk, úgy arra

a meggyőződésre kell jutnunk, hogy a műtét javallatával, illetőleg elvégzésével nem vétünk a „*nil nocere*“ mindenek fölé helyezendő elve ellen.

Hangsúlyoznom kell, hogy mindaz, amit a műtét eredményeiről, valamint az aránylagos veszélytelenségéről mondtam, a kombinált eljárásra vonatkozik és adataimat, valamint azt az állításomat, hogy ez az eljárási mód az egyedül jogosult, igazolni fogja az a részletes és minden szempontból teljes statistika, amely legközelebb fog megjelenni *Maurer* tollából a „*Brauers Beiträge*“ben és amely felöleli intézetünk egész anyagát.

A fentebb elmondottakból az alábbi következtetéseket vonhatjuk le:

1. a pneumolysis a kombinált eljárás formájában nagyrészt kiegészítője a pneumothoraxtherapiának;

2. indikálható a műtét minden olyan mesterséges légmellel kezelt esetben, amelynél a collapsus összenövés következtében nem tökéletes, a pneumothoraxkezelés folytatása kívánatos és az operabilitás a Röntgenkép alapján ki nem zárható, illetőleg contraindicatio esete fenn nem forog;

3. hibának tekinthető a műtét meg nem kísérlése minden oly esetben, amely a fenti követelményeknek megfelel és amelynél a pneumothoraxkezelést annak összenövés okozta eredménytelensége miatt feladni kényszerülnénk, ami által a beteget vagy szomorú sorsának lennének kénytelenek átengedni, vagy pedig csonkító műtét nagyobb veszélyének kitenni.

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

Vértejsavmeghatározások myastheniánál.

Írták: *Friesz Jenő dr.* és *Mohos Ernő dr.*

Myastheniánál az elfáradás *Herzog*¹ megfigyelései szerint, melyeket *H. Schäffer* és *H. Brieger*² is megerősítették, egészen más elektromos jelenségekkel jár együtt, mint egészségeseknél. *Herzog* professor felhívására végeztük el következő vizsgálatainkat, mert feltételezhető volt, hogy myastheniánál az izom kóros elektromos viselkedése mellett, annak anyagcserejében is van elváltozás.

Két myastheniás betegen meghatároztuk a vértejsavat nyugalomban és munka végzése után.

1. *L. F.*, 27 éves férfi. Évekkel ezelőtt volt kettős látása. Három éve izommunka végzése után igen hamar kifárad. Jelenleg is megvan ez a fáradékonyság, azonban hamar kipihen magát. Jobbra nézéskor kettős képek. Hosszabb ideig való felfelé nézéskor ptosisa támad. Elektromos ingerlésre típusos myastheniás reactio.

2. *T. E.*, 17 éves leány. Öt hónap előtt vette először észre, hogy száját rosszul mozgatja, majd nyelése is nehéz lett, végtagjai is igen hamar elfáradtak. Ptosisa támadt. Reggel aránylag mindig erősebbnek érezte magát. Felvételkor: bulbaris beszéd, nyelése igen rossz, száját, nyelvét igen rosszul mozgatja. Ptosis, kettős látás. Végtagjai néhány mozgás után képtelenek további mozgásra. Típusos myastheniás villamos reactio. A felvétel utáni második napon az állandóan észlelhető kiskökű nehézlégzése hirtelen rosszabbodott, úgyhogy a légzőizmok benuványa következtében meghalt. Boncolásnál a szervek általános vérbőségén kívül semmi kórosat sem találtunk makroszkoposan. Thymusa 32 gr. volt. Az zomzat élénkpiros volt, épnek látszott.

Minden izommunkánál az izomban glikogen használdódik el, még pedig úgy, hogy *Emden* szerint lacticidogen keletkezik, mely azonban tovább bomlik tejsavra, phosphorsavra és szénhidrátra. A keletkezett tejsav azután nagyobb részben újra resynthetisálódik glikogenné, kisebb részben pedig teljesen elég széndioxyddá és vízzé. Vizsgálat tárgyává tettük, vajjon, hogy visel-

kedik a myastheniások vértejsavtükre a végzett munkával szemben, összehasonlítva egészségesekkel. A tejsavat *Clausen* titrálásos eljárása szerint az anorganikus phosphort *Bell-Doisy*, a vércukrot *Folin-Wu* szerint határoztuk meg. A Ph-meghatározások elektrometriás úton történtek.

Meghatározásokat végeztünk reggel teljes ágynyugalomban éhgyomorral, vegyes étrenden tartott betegeken, a vért fecskendővel a vena cubitalisból leszorítással véve. Majd lépcsőn felmentek a 12 m magas második emeletre, megérkezés után azonnal, majd 10 perc múlva végeztük a meghatározásokat.

Első betegünkön háromszor ismételtük meg vizsgálatainkat ugyanazon körülmények között.

1. eset. I. Meghatározás: Testsúly: 70 kg. Egy perc alatt végzett munka: 840 mkg. A tejsavérték a vérben nyugalomban 7, munka után azonnal 14 és munka után 10 perc múlva 19 mg % volt.

II. Meghatározás. Testsúly: 70 kg. 1' 5" alatt végzett munka: 840 mkg.

	Tejsav mg %	Ph	Vércukor mg %	Anorganikus phosphor mg %
Nyugalomban.....	8	7.56	81	3.9
Munka után azonnal..	22	7.48	82	3.8
10 perc múlva	30	7.45	87	4.1

III. Meghatározás. Testsúly: 70 kg. 1' 5" alatt végzett munka: 840 mkg.

	Tejsav mg %	Ph	Vércukor mg %	Anorganikus phosphor mg %
Nyugalomban.....	9	7.52	100	3.8
Munka után azonnal..	19	7.38	99	3.6
10 perc múlva	21	7.46	98	3.5

2. eset. Testsúly: 47 kg. 1' 45" alatt végzett munka: 564 mkg.

	Tejsav mg %	Ph	Vércukor mg %	Anorganikus phosphor mg %
Nyugalomban.....	6	7.54	130	6.0
Munka után 10 p. múlva	13	7.52	131	4.6
30 perc múlva.....	10	—	129	3.4

A vértejsav tehát mindkét esetben nyugalomban rendes volt, viszont lényegesen, legalább a kétszeresére szaporodott meg munka végzése után azonnal, sőt a munka befejezte után 10 perccel értéke még tovább emelkedett. Ezen tejsavérték-emelkedés az első esetben jóval kifejezettebb, mert a beteg nagyobb munkát végzett rövidebb idő alatt. Második esetünkön második meghatározásunkat a munka befejezte után a körülmények folytán csak 30 perc múlva tudtuk elvégezni; ekkor a tejsavérték már csökkent. A vér Ph-ja mindkét esetben munka után csökkent, még pedig az elsőnél, hol a tejsavérték emelkedése is igen kifejezett volt, nagyobb mértékben. A vércukor és az anorganikus phosphortartalom egyik esetben sem változott meg munka után számbavehetően.

Összehasonlítás céljából ugyanazon vizsgálatokat elvégeztük három egészséges emberen is. Nyugalmi értékek voltak: 8, 7 és 10 mg %. Munkavégzés után pedig azonnal és 10 perc múlva az első esetben (900 mkg.) 8, illetve 10, a másodikban (1100 mkg.) 11, illetve 14, a harmadikban (840 mkg.) 12 illetve 14 mg %-ra emelkedett a vér tejsavtükre. A Ph-érték a második esetben 7.54-ről 7.52-re, a harmadikban pedig 7.58-ról 7.56-ra csökkent.

A véreukor és anorganikus phosphorértékek számbavehetően nem változtak. Adatainkkal megegyeznek *Hochrein* és *Meier*³ adatai, akik egészséges egyéneknél a vér tejsavértékét 47 és 92 mg-% között találták titráló eljárással. Csekély munka után a nyugalmi értékek kis százalékkal emelkedtek. *Hull, Long* és *Lupton*⁴ egészségeseknél csekély munka után a tejsavértékeket szintén csak kis mértékben találták magasabbnak.

Vizsgálataink szerint tehát myastheniánál nyugalomban rendes a vér tejsavtartalma, munka után azonban nagy mértékben megnő, ami összefügghet a myastheniás izom gyors kifáradásával.

A vértejsavértékek ezen kóros fokozódásának oka lehetne vagy a kórosan fokozott tejsavképződés az izomban, vagy pedig a rendes mértékben keletkezett tejsavnak glikogenné való csökkent visszaalakulása, resynthesisé. Izommunka közben glikogen használódik el, mely eddig csak részben ismert vagy feltételezett közbeeső átmeneti vegyületeken keresztül, végül részben tejsavra bomlik szét. Ép szervezetben azután ezen bomlási termékekből, részben a tejsavból, részben valószínűleg már a közbeeső vegyületekből a glikogen újra visszaalakul. Ezen visszaalakulás egészségeseknél gyorsan, részben valószínűleg már munka közben megtörténik. A tejsav resynthesisé újabb vizsgálatok (*Beckmann* és *Mirsalis*,⁵ *Schneider* és *Widmann*⁶) szerint csak a májban történik. A közbeeső glikogen bomlási vegyületek pedig már nagyrészt magában a működő izomban alakulnak vissza glikogenné.

Valószínűnek tartjuk, hogy a működő myastheniás izomban akadályozott a resynthesis, még pedig *Emden* lactacidogénjének, vagy a methylglyoxalnak a resynthesisé, aminek következtében ezek sokkal nagyobb mértékben bomlanak tovább egészen tejsavig, mint az ép izmokban. Ennek az a következménye, hogy az izmokban a tejsav erősen felszaporodik s innen azután diffúzió útján átjut a vérbe is. Nyugalomban viszont nem lévén glikogengelhasználódás, az izmokban normalis a vértejsav szintje.

Hogy esetünkben a vér anorganikus phosphor- és véreukortartalma nem fokozódott, az érthető, mert a lactacidogén bomlása után keletkező phosphorsav és szénhidrát valószínűleg már az izomban más kapcsolatba lép, illetőleg tovább bomlik, úgy, hogy a vér anorganikus phosphor- és cukorszintje számbavehetően nem változik.

Az irodalomban nem találtunk adatokat myastheniások munkavégzés utáni vértejsavértékeire vonatkozólag. *Kauffmann*⁷ vizeletben végzett myastheniásoknál tejsavmeghatározásokat és munka végzése után azt megspórolodtnak találta. Vérben két ízben határozta meg a tejsavat és azt 13.5 és 10.2 mg-%-nak találta. *Emden* és *Grafe*⁸ azt közlik, hogy munka után a phosphor-kiválasztás fokozódik. Legújabbán *G. v. Bergmann* és *Dresel*⁹ közölnek vértejsavértékeket hét myastheniás vizsgálata alapján. Vizsgálataikat *Mendel-Goldscheider* szerint végezték arteriás és venás vérben csak nyugalmi állapotban és a tejsavértékeket a venás vérben két esetben a normalis felső határán, a többi öt esetben pedig határozottan fokozottnak találták, ami ellentétben van saját megfigyeléseinkkel, mert mindkét esetünk vértejsavértéke nyugalomban normalis volt.

Összefoglalás.

1. Két myastheniás betegen a vértejsav értéke nyugalomban rendes volt, munka végzése után erősebben fokozódott, mint egészségeseknél és ezen fokozódás a munka után 10 perc múlva még kifejezettebb volt. 2. A vér Ph-ja munka után erősen csökkent. 3. A vér cukor- és anorganikus phosphortartalma munka után

számbavehetően nem változott. 4. A vértejsav megszáporodásának oka valószínűleg a glikogen bomlási termékei resynthesisének zavara magában az izomban. A myasthenia tehát együtt jár az izmok anyagcserejének zavarával, ami megegyezik működési áramuk kóros viselkedésével.

Irodalom: ¹ *Herzog*: Deutsch. Arch. klin. Med. 123. k. 76. o. — ² *H. Schäffer* és *H. Brieger*: Deutsch. Arch. klin. Med. 138. k. 28. o. — ³ *Hochrein* és *Meier*: Deutsch. Arch. klin. Med. 161. k. 59. o. — ⁴ *Hill, Long* és *Lupton*: Ref. Congr. ges. Med. 38. k. 1. o. — ⁵ *Beckmann* és *Mirsalis*: Deutsch. Arch. klin. Med. 159. k. 129. o. — ⁶ *Schneider* és *Widmann*: Klin. Wschr. 1929. 14. füz. — ⁷ *Kauffmann*: Monatschr. f. Psych. u. Neur. 20. k. 299. o. — ⁸ *Emden* és *Grafe*: Zeitschr. f. physiol. Chem. 113. k. — ⁹ *Bergmann* és *Dresel*: Z. klin. Med. 108. k. 120. o.

L A P S Z E M L E

Belorvostan.

Csökkent sósavválasztás diabetes mellitusban. *Wiechmann* és *Elzas*. (Deutsche Arch. klin. Med. 164. köt. 3—4. füz.)

Szerzők 25 diabetesesnél, kik addig insulint még nem kaptak, fractionált próbareggelít végeztek s 40%-ban találtak sub-, illetve anaciditást. A diabetes súlyossága és a talált gyomornedvértékek között összefüggést nem láttak, úgyszintén nem befolyásolja ezt a beteg neme sem. A gyomornedválasztás hormonális úton befolyásolható, mint ezt több belsősecretiós betegségnél kimutatták (diabetes, infantilismus, Addison-kór, polyglandularis insufficiencia, Basedow-kór, epitheltestek eltávolítása után, golyva). A diabetezzel alkalimilag egyidőben előforduló betegségek közül a cholecystopathiáknál látunk leggyakrabban achyliát. A legtöbb diabeteses anamnesisében találunk epeköre utaló adatot. Az epehólyag gyulladási folyamatai átterjedhetnek a hasnyálmirigyre. Epeköves roham alatt nem is nagyon ritkán glykosuriát figyelhetünk meg. Mivel epehólyagbetegségekben csökkent a gyomornedválasztás, a diabetes pedig gyakran kombinálódik cholecystopathiával, szerzők a diabetesnél talált gyakori an-, illetve subaciditást az epehólyag betegségeire vezeték vissza. A gyógyításnál nemesak a sósavadagolás jön szóba, hanem substitutiós terapiára (insulin) is kell gondolnunk.

Molnár István dr.

Polyarthrit. További vizsgálatok a sympathicus ganglionkimetszés és ramisektómia hatásáról. *Rowntrey* és *Adson*. (Journ. Amer. Med. Assoc. 93. köt., 3. szám.)

1927-ben közölték fiatal nőbetegüknél fennállott arthrités deformans miatt végzett lumbalis ganglionkimetszés eredményét, amely már kezdetben igen kedvezőnek látszott. A beteg 1928 októberében újból visszatért azzal az óhajjal, hogy a felső végtagjain jelentkező elváltozások miatt újabb műtétet végezzenek. Az első műtét eredménye igen kedvező volt; a hideg, kissé cyanotikus és nedvességgel borított, duzzadt ízületek lelohadtak, melegebbek lettek, a járás annyira könnyebb lett, hogy a beteg minden segítség nélkül nagyobb utakat tudott megtenni és hideg télen sem érzett fájdalmat. Felső végtagjain az ízületek szintén megdagadtak, fájdalmasak voltak, a kézszorítás alig volt kivihető, a könyökizület mozgása is korlátozott volt. Azonkívül a fenti vasomotoros zavarok is jelen voltak. A beteg határozott óhajára újabb műtétet végeztek, amely az alsó cervicalis és 1—2. dorsalis sympathicus ganglion eltávolításában állott, a sympathicus köteg közöttük lévő részének extirpációjával mindkét oldalon. Műtét után Horner-tünet és myosis állt be; a pupillák cocainbecseppentésre nem tágultak. A vérnyomás mindkét karon 175, az alsó végtagokon 180 Hgmm-re emelkedett, de néhány hét múlva az emelkedés eltűnt. A műtét eredménye igen jó volt: az ízületek duzzanatái lelohadtak, a felső végtagokban kellemes meleg érzés állott be. Az izzadás teljesen megszűnt s a karokon csak pilocarpinnal volt ki-

váltható. 6 hónap multán az ízületek állapota igen jó, a mozgékonyág lényegesen emelkedett volt. Az ízületek Röntgen-képe azonban az előbbiekhöz képest lényegesebb eltérést nem mutatott. Úgy látszik, az arthritis deformans kórképénél gyakran a sympathicus rendszer hyperaktivitása van jelen, vasomotoros zavarokkal, mint a klinikai kép mutatja. A műtét ezen esetekben kedvező eredménnyel járhat. Kevésbé kedvezőnek tartható a műtét végeredménye akkor, ha az ízületeket alkotó csontvégeken Röntgen-nel észlelhető súlyos elváltozások láthatók.

Baráth dr.

A gyomor- és bélsatorna enterococcusainak klinikai jelentősége. Gundel és Seeber. (Dtsch. Arch. klin. Med., 164. köt., 3—4. füz.)

Az enterococcusok a streptococcus acidi lactici csoportjához tartoznak; a gyomor- és bélsatornában két-féle formában jelennek meg, melyek közül a B-typus relativ egyöntetűséget mutat, míg az A-typusnál ilyen stabilitás nem mutatható ki. A két typus között minden átmenet megtalálható. Olyan betegségekben, melyekben a gyomor-bél nedvelválasztása zavart, majdnem mindig található enterococcusok, míg ép gyomornál és májbetegségekben nem mutathatók ki. Chronikus gastritisben csak a secretiozavarhoz csatlakozva secundaer lépnek fel. Ephólyagbetegségekben az enterococcusok kifo-gástalan kimutatása csak egyes esetekben sikerült, míg acut és chronikus hasmenéses esetekben gyakrabban tenyészthetők a nyombéltől. Valószínű az enterococcus kórokozó szerepe a colitis ulcerosánál, de a rendelkezésre álló csekély eset kapcsán biztos véleményt ezideig nem lehet mondani. Az enterococcusok a gyomor sósavával szemben kevésbé érzékenyek. Sepsis négy esetében sikerült enterococcusokat mint egyedüli kórokozót a vérből kitenyészteni.

Molnár István dr.

Sebészet.

A kéjgáz-narkosissal való tapasztalatok. Hauke és Baitz. (Bruns Beitr., 147. o.)

Szerzők 230 kéjgáz-narkosis esetükről számolnak be. Ebből 112 tüdő- és thorax műtétre esett. Eleinte tiszta gázzal altattak, de három asphyxia után hamarosan áttértek az oxygennel kevert altatásra (85 eset) és evvel gondoltak mindenáron mély narkosist elérni, ami azonban csak az esetek egész kis hányadában sikerült, úgyhogy jelenleg ha 5—10 pere múlva nem alszik a beteg, aether kevernek hozzá, 10—30 csepp aether elegendő óránként mély narkosis elérésére és fenntartására. A betegek ilyen csekély aethermennyiség után éppen olyan hamar ébrednek, mint a tiszta gázoxigenkeverékre és post-operatív bronchitis sem zavarta a gyógyulást egy esetben sem. Egy tüdőműtét kapcsán hirtelen halálesetüket légembóliára vezeték vissza. Külön hangsúlyozzák a narkosis eme fájának tüdőműtétknél való teljesen veszélytelen voltát. Altatásra a Haertelmódosította Zaaier-féle apparátust ajánlják.

Marx József dr.

Pernocton-narcosissal való tapasztalatok. Feist. (Bruns Beitr. 147. o.)

Tapasztalataik szerint a pernocton éppen olyan jól használható basis-narkotikum, mint az avertin, avval a különbséggel, hogy alkalmazásában sokkal egyszerűbb és ha az előírt adagot nem lépjük túl, úgy minden meg-gondolás nélkül bátran alkalmazhatjuk. 6-6 cm³-nél többet sohasem adtak. Műtét előtti este valamilyen hypnotikumot, műtét előtt félórával pedig Mo-t, avagy dilu-didot kapott a beteg. Az injección vasomotoros zavar el-kerülése céljából egészen lassan (2—3 percig) még az ágyban adták megfelelő suggestív megnyugtatás mel-lett. Egy halálesetük volt; nephrectomia után két órával szivgyengeség tünetei mellett vesztették el betegüket. Egy esetben kihagyott a beteg légzése, amely azonban lobeline és coffeinra hamarosan rendbejött. A vérnyomás és arc-szín azonban itt sem változott volt. Az ébredés 2—6 óra múlva következett be. Neuropathiás egyé-neknél néha ébredés után izgatottságot észleltek. Az

amnesia kezdettől fogva teljes volt mindig. Gyomor-resectiókat, cholecystektomiákat, uterus exstirpációt 40—60 g aether hozzáadásával meg tudtak csinálni. Általában 100—150 g volt az aetherfogyasztás nagy műtét-eknél. Álmatlanság súlyos eseteiben 2—3 cm³ pernoctont jó eredménnyel adtak intramuscularisan.

Marx József dr.

A próbaexcisio előnyei és hátrányai. Batzdorf. (Bruns Beitr., 146. sz., 2. o.)

Utóbbi időben sokan kikelték a próbaexcisio ellen. Nőgyógyászok méhráknál a próbakimetszés után súlyos fertőzéseket, rögsődéseket észleltek, melyek lezajlása közben a rák elvesztette operabilitását. Az a körülmény azonban, hogy ezeket az eseteket leközlök, bizonyítja ennek a szövödménynek ritka voltát. Sebészek is közöl-tek le sepsisben elpusztult mammaexstirpált betegeket, akiken néhány nappal a műtét előtt más helyütt próba-kimetszést végeztek. Azért ezt a kis beavatkozást is min-dig a legszigorúbb aseptikus cautelák mellett kell végez-nünk, és a megfelelő nagyságú darabot fagyasztási el-járással kell megvizsgálnunk, úgyhogy a radikális mű-tét malignus lelet esetén lehetőleg mindjárt kövesse a próbakimetszést. A fagyasztás egyéb híján aethylehlo-riddal is végezhető. Ha a fagyasztás nem ad tiszta ké-pet, úgy a minutiosusabb és pontosabb paraffinbeágya-zás végzendő, de ezután is rögtön műtenünk kell, ha szükséges. Mamma-tumoroknál mindig a fasciáig ter-jedő ékalakú darabot kell kimetszenünk pontos diagnosis megejthetése céljából. Bázis- és rectumtumoroknál különösen óvatosaknak kell lennünk, hogy a kérdéses részlet tényleg belekerüljön metszésünkbe. Hólyagdaga-natokból operatív cystoskoppal való próbakimetszés teljesen elvetendő, mert a kis fogó majdnem mindig csak nyákhártyát hoz ki. Egyébként újból hangsúlyozza szerző a régi tételt, hogy a pathologussal, ha kell sze-mélyesen is meg kell beszélnünk az egyes eseteket, mert sokszor igazán csak így tudunk helyes nyomra jutni. Végül szerző tagadja az egyesek által hangoztatott tételt, hogy a próbaexcisio lerontja a későbbi sugár-kezelés hatását.

Marx József dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A venalekötés ideje és technikája puerperalis pyaemiánál. Martens. (Deutsche med. Wochenschr., 1929, 29. és 30. sz.)

Mivel a thrombophlebitikus pyaemia korai műtét nélkül csaknem mindig halálos kimenetelű, már évek óta hangoztatja a venalekötés idejében való elvégzését. Az eljárás ellenzőinek rossz eredményeit annak tulajdo-nítja, hogy a műtétet rendszerint későn, 8—10 nappal az első hidegrázás után végezték. A pyaemiát a sepsis és más gyulladásozó állapotok kórképétől bonctanilag és klinikailag szigorúan el kell választani. A genyes thrombophlebitis gyorsan, napok, órák alatt terjedhet a szív felé, a felpuhult thrombusokból bakteriumokat bőven tartalmazó törmelékek jutnak a véráramba, átté-teleket okozva mindenfelé. Mivel a különféle chemiai, vagy serotherapiás eljárások nem bizonyultak alkalmas-nak a fertőzés leküzdésére, az infectio tovaterjedését a thrombophlebitikus vénák korai lekötésével kell meg-akadályozni. A műtéttel szemben támasztott ellenveté-sek: 1. Az infectio a venalekötés dacára is tovább ter-jedhet, nem bizonyított. Inkább valószínű, hogy a venát nem elég magasan az ép szövetben kötötték le; 2. Nem lehet a fertőzött terület minden venáját lekötni, ez igaz, de a gyakorlat mégis azt mutatja, hogy korai műtét esetében mégis sikerült az infectio tovaterjedésének gátat vetni; 3. A műtét nagy veszélyessége. Ez csak akkor áll fenn, ha későn és nem megfelelő technikával végzik; 4. Az indicatio csak 8—14 nap múlva állítható fel és ekkor a műtét a súlyos áttételek miatt már késő. Éppen a súlyos áttételek veszélye miatt nem szabad ilyen sokáig várni, hanem lehetőleg az első hidegrázás után operálni kell. Indicatióit a következőkben foglalja össze: Ha abortus vagy szülés után mindennemű vizsgálat, be-avatkozás, vagy a beteg szállítása nélkül, szigorú ágy-

nyugalom dacára magas hőmérsék áll fenn és emellett rázóhideg jelentkezik, más megbetegedés (pneumonia, endometritis) pedig kizárható s a parametriumban vagy a has alsó részén thrombusok tapinthatók, azonnali műtét végzendő. A műtét még metastasisok jelenléte esetén is megkísérlendő.

A technikát illetőleg két út lehetséges: a transperitonealis és az extraperitonealis eljárás. Előbbinek előnye a jobb betekintés és az, hogy egy metszéstől mindkét oldal lekötődhet. Hátránya, hogy a radix mesenterii, különösen kövér nőknél, akadályozhatja a vénák magas kpraeparálását s így nem mindig lehet az ép részben lekötni, másrészt a hasüreg fertőzésének veszélye is fennáll. Jobbnak találja az extraperitonealis eljárást, mely ugyan nehezebb, de kíméletesebb eljárás s a peritonealis shok, ileus és peritonitis veszélye elesik. Nagy előnye még, hogy parametritikus, periphlebitikus, retroperitonealis tályogok és phlegmonok megnyithatók és drainezálhatók. Kivitele: Riedel-metszéstől a hasizmok tompa vagy éles szétválasztása s a fascia átvágása után feltoljuk a peritoneumot, vele együtt az uretert s kpraeparáljuk a vénákat. Tapasztalatai alapján principálisan mindkét oldalon lekötő azokat a vénákat, melyeken a fertőzés terjedni szokott. Ez a két vena spermatica és a hypogastrica. Ha a thrombosis a hypogastricán túl is kiterjedt, lekötődhet a vena iliaca communis mindkét oldalon veszély nélkül, ilyenkor annak meggátolására, hogy az iliaca internából az iliaca externába kerüljön a thrombosis, az utóbbi venát külön is le kell kötni. Ha a thrombosis még tovább terjed, lekötődhet a vena cava is veszély nélküli a vena renalisok beszűkülésénél. Mind a négy így operált betege meggyógyult, sőt az egyik később szült is. Nyomatékosan hangsúlyozza, hogy nem a műtét mód megválasztása fontos, hanem a thrombotizált vénának az ép szövetben való korai lekötése.

Bíró István dr.

Szemészet.

A trachomáról. V. Hanke. (Wiener klin. Wochenschrift, 1929. XLII., 45. old.)

A trachoma aetiologiája ma még egyáltalában nem tekinthető tisztázottnak. Kórokozó mikroorganizmusok (záradéktetek), constitutio, geologiai viszonyok, hygiene, faj, mind olyan tényezők, amelyek közül nehéz kiválogatni azt, vagy azokat, amelyek a trachomát tényleg előidézni képesek. A kísérletileg létrehozott folliculusokkal járó conjunctivitisek nem tekinthetők igazi trachomának; a folliculus a kötőhártya adenoid-szövetének a legkülönbözőbb ártalmakra bekövetkező aspecifikus reakciója. Az igazi trachomát a kötőhártya-szemcsék közti szövetének diffúz gyulladással beszűrődése, illetőleg az erre visszavezethető papillaris hypertrophiák, majd hegképződés, továbbá a tarsus kocsonyás megvastagodása, később trichiasishoz vezető heges elgörbülése, végül még pannusképződés a corneán jellemzik. Acut klinikai formája legtöbbször (ha nem is mindig) tulajdonképpen egy más kórokozóval történt superinfectio a már chronikus trachomán. Chronikus alakja, bármennyire kifejezett kórképet mutat is a classikus megjelenési formájában, néha igen nehezen különböztethető meg más megbetegedésektől (folliculosis stb.). Kórbonctanilag a kötőhártyában és a subconjunctivalis kötőszövetben egyidejűleg egymás mellett található infiltratív, degeneratív és reparatív folyamatok jellemzők; gyakori a perivascularis plasmasejtes infiltratio. Tekintettel az egyes esetek változatosan különböző voltára, a therapiának is individualizálnak kell lennie. Az acut gyulladással szakban 2%-os lapiscsetelés, később a folliculusok mechanikus eltávolítása a betegség időtartamát és a további infectio veszélyét lényegesen csökkentik. A hegesezés szakában már gyakran műtétre szorulunk: a görbe tarsus, a beteg áthajlás, esetleg a befelé fordult pillaszőrök kiirtása, vagy ezt helyettesítő különféle plastikák jöhetnek szóba, amelyek a pannus képződését elősegítő és annak gyógyulását hátráltató trichiasis megszüntetésére irányulnak, de a beteg részek eltávolítása által egyszersmind az egész kórfolyamat gyógyulását is siettetik. Újabbban sugárzó ener-

giákkal (Röntgen, radium, ultraibolya-sugarak), továbbá specifikus immunizálással (vaccinae, autoserum-therapia) és localisan alkalmazott mélybe ható gyógyszereléssel. (Cu-iontophoresis, subconj. CuSO₄, Hg-oxycyanat stb. injectiók) kísérleteznek változó eredménnyel. A trachomát azonban nemcsak mint az egyes ember betegségét, de még inkább mint népbetegséget kell leküzdenünk, rendszeresen és céltudatosan. Az elszakított nyugatmagyarországi területeken pl. előbb az iskolásgyermeket, majd innen elindulva az egyes fertőzött családokat kutatták fel és vették ugyancsak kezelés alá; a gyógyultakat állandóan ellenőrzik. Ily módon a trachomás betegek arányszámát 20–45%-ról 8–0%-ra sikerült leszállítani.

Dallos József dr.

Metastasis a szemben sertésorbánc után. H. Peters. (Klin. Mbl. f. Augenheilkunde, 1929, LXXXIII., 25. old.)

19 éves asszonynál sertésorbánc-infectio okozta erysipeloid kapesán a bal szemén hirtelen látásromlás állott be. Sok üvegtesti homály miatt csak kanyargós erek és az elmosódott papillaszélek vehetők ki; nagy centralis skotoma. Két hét múlva a szem izgatottabb, praecipitatumok tűnnek fel. Ezután a folyamat lassan javul; a szemfenéken az előbbieken kívül a maculatáján másfél papillányi, kissé prominens, sárgásszürke gócs és nem messze ettől még egy kisebb hasonló gócs látható. A macula felé vonuló kis arterián számos apró fehér petty ül. A továbbiakban a folyamat lassanként visszafejlődik, a praecipitatumok eltűnnek és az izzadmányfoltok felszívódnak; a látásélesség fokozódik, a centralis skotoma esökken. Szerző az esetét metastatikus retinitisnek tartja és bár a kórokozót a vérből nem sikerült kitenyésztenie, a baj előidézőjének a sertésorbánc-bacillust tekinti, annál is inkább, mivel a súlyos genyes metastatikus ophthalmia helyett létrejött enyhe lefolyású septikus retinitist csak erősen esökkent virulentiájú, vagy emberre kevésbé virulens kórokozók idézhetik elő, mint amilyen a bacillus erysipelatos suis.

Dallos József dr.

Urologia.

A hólyagdaganatok elektrocoagulatioja. G. Kolscher. (Zeitschr. f. Urolog., 27. költ., 4–6. füz.)

A hólyagdaganatok hővel való kiirtása kétféle módon nyer alkalmazást: vagy drótelektróddal cystoskopen át, vagy pedig lapos elektroddal a hólyag megnyitása után.

Cystoskopen át való elektrocoagulatio csak feltétlen jóindulatú daganat esetén végezhető el, amikor a tumor kocsonyája vékony, maga a daganat pedig áttetszőnek látszik s környékén sem oedema-, sem nyálkahártyavérzés nincs. Ha ezen feltételek csak egyike is hiányzik, úgy a második eljárás szerint járnak el. A hólyagot villanykéssel (radioknife) harántirányban nyitják meg és szívókészülékkel kiszárítják, mely által nemcsak hogy csiramentes marad a seb, hanem egyúttal megakadályozza a daganatrészek implantatióját. Az elektrodot erősen odaszorítják a tumorhoz, miáltal a szikraképződés és az esetleges shok elkerülhető. A coagulatiót addig folytatják, míg a daganat és a környezet közötti nívau-differentia megszűnik. 15 éve követik ezt az eljárást. A primaer mortalitas nem egészen 10%, a végleges gyógyulás 60%; 7 recidivából 4 esetben volt tartós gyógyulás.

Lenhof Antal dr.

Hólyagközezelés tapasztalata és eredményei. S. Werhoff. (Zeitschr. f. Urol., 23. költ., 6–7. füz.)

A lithotomia és lithotripsia hívei ma is szemben állnak egymással. Casper klinikáján, ha lehet, lithotripsiat végeznek. Feltétele, hogy a húgyeső kellően átjárható (szűkület), hólyagbeli manipulatio kivihető (prostataültengés) és a kő megfogható, összezúzható legyen. Ellenjavallatot képez: súlyos általános fertőzés, az uropoetikuss rendszer heveny betegségei és a hólyagnyakon ülő diverticulum. A beavatkozáshoz alapos előkészítés szükséges. Elsősorban a hólyag fertőzöttségét kell helyi és általános kezeléssel megszüntetni. Tökéletesen hólyagkiürülés vagy zavart veseműködésnél állandó katheteren tartjuk a beteget. Szűkületnél is állandó

kathetert alkalmazunk tágitás céljából. Cystoskopiával a kő nagyságát, minőségét, a prostata állapotát s diverticulum esetleges jelenlétét kell tisztázni. Ügyelni kell, hogy követ és incrustált daganatot ne tévesszünk össze.

A műtét tropacocainnal végzett gerinevelőérzéstelenítésben történik. Néha parasacralis vagy epiduralis érzéstelenítést alkalmazott. Hólyagtöltéshez 100–150 cm³ 1‰-es protargolt használ. A medence mérsékelt emelésével a kő a hólyag legmélyebb pontjára terelhető. Miután a beavatkozást szokott módon elvégezte, a hólyagot arg. nitr.-el kiöblíti s műtét után 2–3 napi ágyynyugalmat rendel, mely idő alatt a beteget bő folyadékbevitellel és belső vizeletantiseptikumokkal, a 2-ik naptól kezdve hólyagöblítéssel kezeli. Prostatásoknál jelentkező vérzés állandó katheter után hamar megszűnt. Szövődménye a fertőzött prostatásoknál pyelitis és pyelonephritis felépése, ami komoly veszedelmet jelent. Kiújulás szempontjából a lithotomia hátrányosabbnak bizonyult a lithotripsianál. Ez utóbbi halálózása 2%, sectio altáé 15%.

Sas Lóránt dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die klinische und röntgenologische Untersuchung der Lungenkranken. Hans Philippi. (I. F. Lehmannus Verlag, München, 1929., 119. old.) Ara kötve: 650 M.

Turban jeles tanítványa, Philippi, több mint 30 esztendő óta foglalkozik tüdőbetegek gyógyításával. Könyvében a mesterétől tanultakat, saját tapasztalatait, valamint az irodalomból megismert adatokat felhasználva a tüdővizsgáló módszereit ismerteti. Minket magyarokat érdekelhet, hogy a *Korányi Sándor* által leírt tüdőcsúszvizsgáló módszert A. v. Korányi-sches Phänomen névvel jelöli meg és a „positiv”, illetőleg „negativ A. Kor.” rövidítés használatát ajánja. A jól áttekinthető, könnyedén és tömören megírt könyv a Röntgen, a felső légutak vizsgálata és a hőmérés fontosabb eredményeit is ismerteti. A régi vizsgáló módszerek felújítása különösen szükséges ma, amikor a Röntgen-vizsgálat kényelme és sok esetben kétségtelen fölénye a kopogtatás és hallgatóság módszereinek elhanyagolására csábítja a gondterhes és türelmetlen orvost.

Országh dr.

Handbuch der Neurologie des Ohres. Herausgegeben von G. Alexander und O. Marburg. Redigiert von H. Brunner. Mit 242 teils mehrfarbigen Abbildungen im Text und vier mehrfarbigen Tafeln. Urban und Schwarzenberg. Berlin—Wien, 1929, II. köt., 2. rész. Ara: 150.—M.

A rendkívül értékes kötet 72 ív terjedelmű. A következő fejezeteket tartalmazza: A. Jansen (Berlin): A belső fül gyulladásos megbetegedései; O. Bénesi és J. Sommer (Bécs): Neuritis toxica nervi octavi; F. Stern (Göttingen): Az agyvelő nem genyes gyulladásai; G. Alexander (Bécs): Az intracranialis otogen-megbetegedések pathológiája; G. Alexander: Az extracranialis otogen-megbetegedések; G. Alexander: A duralis otogen-megbetegedések; G. Alexander: A subduralis otogen-megbetegedések; G. Alexander: Az otogen infectiosus-genyes meningoenkephalitis; H. Brunner: A halántéklebeny otogen abscessusa; G. Alexander: A kisagyvelő otogen abscessusa; M. Schacherl: A nervus octavius syphilitis; M. Schacherl: A központi idegrendszer syphilitis (beleértve a tabest és paralyssist) és a nervus octavius; J. Fischer: A cochlearis-apparatus és a labyrinth-reflexív részéről észlelhető általános tünetek agydaganatoknál és agynyomásnál; G. Bonvicini (Bécs): A hangos beszéd zavarai a temporalis lebeny laesióinál; végül O. Marburg (Bécs): A halántéklebeny daganatai.

Természetesen nem ismertethetjük ezen a helyen részletesen az egyes fejezeteket s csak megemlítem, hogy Stern tanulmánya az enkephalitisről, Bonvicini-é az aphasiáról, Marburg-é a halántéklebeny daganatairól, Brunner cikke az otogen halántéki abscessusról, Alexander-é az otogen duralis megbetegedésekről, neurological szempontból abszolút értékű munkák, amivel persze távolról sem akarjuk a többi fejezet értékét kisebbíteni. Bonvicini aphasia-tanulmánya a maga tökéletességében igazán mintaképpül szolgálhat arra, hogyan kell egy ilyen, a legkülönbözőbb szempontokból feldolgozott tárgyat alaposan összefoglalni. Szerencsések a fülgyógyászok, hogy szakmájuk neurological vonatkozásait ilyen kiváló feldolgozásban kapják meg. Azt hisszük, hogy nemesak a fülgyógyász, hanem a neurologus is nagy haszonnal for-

dulhat útbáuzgatásért ehhez a könyvhöz. A szerkesztőknek, akik egyben munkatársai is a könyvnek: Alexander-nek, Marburg-nak és Brunner-nek a legnagyobb elismeréssel kell adoznunk, mert a kitűzött feladatot: „Zum ersten Male all das zu vereinigten, was die Forschung bisher in zum grössten Teil in getrennter Arbeit leistet hat”, a munkatársakkal egyetemben tökéletesen és kiválóan megoldották.

Schaffer prof.

A XIII. nemzetközi szemészeti congressus Amsterdam—Hágában.

A XIII. nemzetközi szemészeti congressust *Amsterdamban* az *anyakirályné* személyesen nyitotta meg. A congressusnak 1000-nél több rendes tagja volt, akiket 300 családtag kísért. A rendezés tökéletes volt, a vendéglátás minden képzeletet felülmúlt, az uralkodócsalád, a kormány, a törvényhatóságok és a társadalom a legmelegebb érdeklődést tanúsították; a tudományos tárgyalások igen magas színvonalúak voltak. A magyarokat — kis számuk ellenére, mindössze 8-an voltunk — a legnagyobb melegséggel, sőt mondhatnám, kitüntetéssel fogadták. Az érintkezés a különböző államok képviselői között igen szívélyes volt s az egész idő alatt a legkisebb dysharmonia sem zavarta meg az együttlétet. Pedig igazán az egész világ képviselve volt, mind az öt világrészről eljöttek a szemorvosok, sőt Amerika s talán a világ leghíresebb agysebésze, *Harvey Cushing* Bostonból a congressus kedvéért jött át Európába.

A congressust az anyakirályné nyitotta meg. A congressus elnöke, *J. van der Hoeve* leideni egyetemi tanár, a tudományos akadémia alelnöke, az edinburghi egyetem tiszteletbeli doctora, hollandul, angolul, franciául, németül, olaszul és spanyolul köszöntötte a vendégeket s tagokat.

Traccher Collins (Anglia), *Terrien* (Franciaország), *Krűckmann* (Német birodalom), *Lodato* (Olaszország), *Marquez* (Spanyolország), a svéd *Dalén* (a többi európai államok) nevében, *Wilmer* (Amerika), *Nakashima* (Ázsia) üdvözölték a congressust. Az egész szertartás, beleértve az orgonajátékot, 1 óra alatt véget ért. Utána a németalföldi szemorvostársaság theát adott a Vondel-parkban, még aznap este 8–11-ig bizottsági tárgyalások voltak, melyen a szemészet egyetemi oktatását, a szemész-spezialistaképzést, a chauffeurol, vasutasok stb. részéről megkívánható látásélesség mértékét, a látótér, astigmatismus jelzését stb. vitattuk meg.

A congressusnak három főthémája volt:

1. a glaukoma aetiológiája s nem operatív kezelése, ennek referensei *Duke Elder* (London), *Hagen* (Oslo), *Magitot* (Párizs) és *Wessely* (München) voltak. A vita igen élénk volt s általános volt az a vélemény, hogy *Wessely* referatuma volt a legteljesebb s legérdekesebb. Lényegében azt tartalmazza, hogy a miotikumok állának most is az előtérben, az egyéb belső orvoslások értékelése még vizsgálat tárgya s az operatív gyógy módot semmiképpen sem helyettesítheti.

A másik főthema a trachoma elterjedése s az ellene való küzdelem. A referenseken kívül *Grönholm* (Helsingfors), *Grósz Emül* (Budapest), *Maggiore* (Sassari), *Myashita* (Tokio), *Sobhy bey* (Kairo), *Soria* (Barcelona), *Wibaut* (Amsterdam) még 20 felszólaló volt. A trachomellenes védekezés legrégebbi organizációja a magyar, mely az 1886. V. törvényekben s az 1903-ból származó rendeleten nyugszik, de kétségtelen, hogy a legtükéletebb s a legnagyobb sikerű a japán, mely évente 7 millió egyén vizsgálatára terjed ki s melynek 1000 gyógyítóközpontja van s 350.000 yen költséget igényel.

A harmadik thema a suprasellaris daganatok diagnosztikája volt, melynek referensei: *Christiansen* (Kopenhága), *Harvey Cushing* (Boston), *Gordon Holmes* (London), *Van Bogaert* (Antwerpen) voltak. *Harvey Cushing* referatumanak tudományos tartalma, előadásának művészi volta, egyéniségének varázsa, osztatlan elismerést, bámulatot s lelkesedést keltett.

Ezenkívül 200-nál több szabad előadás volt s a világ legelső szemészei tudásuk javát terjesztették elő. A tudományos tárgyalások délelőtt 4 órahosszat, délután 3 órahosszat tartottak. Este az amsterdami magistratus csodaszép concertet adott, melyen *Beethoven* symphoniáját adták elő, másik este *Antony van Leewenhoek*-filmet mutattak be. Vasárnap a múzeumokat, Markenszigtét, a Zuider-tavat látogatták meg. Lunchre, estebédre nap-nap után meghívások. Szeptember hó 11-én az egész congressus átköltözött Scheveningenbe és pe-

dig négy úton: Haarlem, Leiden, Delft s Rotterdam megtekintésével. Itt volt a congressus nagy estebédje, melyen a congressus elnökén, *van der Hoeven* kívül *Harvey Cushing* (Amerika), *Charles Kenel* (Svájc) szó-laltak fel.

A királyné nevében *Heinrich* herceg a történelmi nevezetességű palaisban fogadta a congressus tagjait, az anyakirályné 150 meghívott vendég számára Soestdyk-kastélyban estélyt adott, a kormány a Ridderzaalban (hol a hágai tárgyalások is folytak) fogadta a congressust s a közoktatásügyi minister tartott beszédet.

Úgy az uralkodóház tagjainak, mint a ministereknek mélységes hálánkat fejeztem ki a magyar gyermekek iránt tanúsított szeretetért, áldozatkészségért s jóindulatért. *De Ruyter* admirális debreceni emlékét is felemlítettem.

Szeptember hó 14-én két nagy organisatio alakult meg. Az egyik a trachomaellenes küzdelem nemzetközi ligája, melynek elnökéül e sorok íróját választották meg, ez nem személyemnek szól, hanem elsősorban annak, hogy a trachomaellenes küzdelem első törvényét *Tisza Kálmán* 1886-ban nyújtotta be s a törvényhozás mint V. törvénycíkket emelte törvényerőre.

A másik nagy organisatio a vakságellenes küzdelem ligája, melynek elnökéül *de Lapersonne* párizsi egyetemi tanárt választották meg.

A congressusnak kétségtelenül nagy tudományos sikere volt, de ennél talán még értékesebb az öt világrész tudósainak személyes érintkezése. Ezt a multban is nagyrabecsülték, *Helmholtz*, *Pasteur*, *Virchow*, *Bacelli* a congressusok szorgalmas látogatói voltak. De mennyivel nagyobb szükség van ma erre, amidőn a háború, a forradalmak, a gazdasági válság a nemzetek együttműködését olyan nagyon megnehezítették. Az orvosi tudományok képviselői praedestinálva vannak arra, hogy a gyűlölködést enyhítsék. S ezt megtehetik anélkül, hogy saját nemzeti érzésüket feláldozzák. Manapság a nemzeti érzés hatalmas megerősödött, de egyetlen nemzet — még a leghatalmasabb sem — nélkülözheti más nemzetek tudományos munkájának gyümölesét.

A most lefolyt congressus e téren is igen sikerült volt. Kétségtelen, hogy ebben nagy része volt annak, hogy a hollandok a társadalmi érintkezés lehetőségét óriási anyagi áldozatokkal elősegítették. A congressus böles elnöke a záróülésen a kibékülés, az együttműködés elősegítésének szándékát nyíltan elismerte s ezzel magyarázta a sok meghívást, kirándulást s azt javasolta, hogy a jövőben újból puritán egyszerűsége törekedjünk.

A legközelebbi congressus Madridban lesz 1933-ban.

A spanyolok meghívását régi jusson fogadták el, bár Dániának s Magyarországnak is voltak kilátásai, de készségesen hozzájárultunk valamennyien, hogy újból neutralis államban legyen a legközelebbi összejövetel, hol az együttműködésre kedvező atmosphaerát találunk.

Grósz Emil dr.

A gyermekorvostan jelentőségéről és tanításáról.

Heim Pál dr. egyet. tanár tanszékfoglaló előadása (1929 szeptember 23).

Elsőízben van alkalmam ebben a teremben hallgatóimmal szemben állani. Első előadásomat tartom ezen a klinikán, amelynek 31 év előtt gyakornoka voltam és amelyen két elődöm volt: id. és ifj. *Bókay János*. Szakmám az orvosi tudományok fiatalabb ágai közé tartozik, és e szakma megalapozásában id. *Bókay János*, kifejlésztésében pedig ifj. *Bókay János*, a legkiválóbb külföldi klinikusokkal karöltve, az egész tudományos világban tisztelettel körülvéve, vezérnek elismerve, a magyar tehetség, szorgalom, becsületesség díszére vette ki hatalmas részét. És én úgy érzem, hogy becsületbeli kötelességem ma, hogy elsősorban azt szegezsem le, hogy mivel tartozik a magyar orvosi tudomány nagynevű két elődömnek.

Id. *Bókay János* előtt nem volt magyar gyermekorvostan. Őt egész fiatalon, mint kezdő orvost az Isten kegyelme egy igen nagy, igen kiváló ember mellé vezérelte, és ez *Schöpf Merey* volt. Hazánkban *Schöpf Merey* alapította az első gyermekorvostan. A Stefánia-kórház alapját ő vetette meg, és ez a kórház időbeli

sorrendben Európa negyedik gyermekorvostana volt. Ő volt id. *Bókay* mestere, és mikor a politikai viszonyok, a magyar szabadságharc leverése *Schöpf Merey* száműzetésbe hajította, az elárult kórházat id. *Bókay János* vette át, ő fejlesztette ezt naggyá és mai alakjában ő építette azt fel. Időbeli sorrendben a legelső magyar gyermekorvos *Schöpf Merey* volt, de e nagyra-hivatott férfiút a szerencsétlen külső körülmények letaszították a magyar porondról, de szerencsésjére nemcsak a magyar pediatriának, de általában a pediatriának nem gyenge, nem méltatlan utód vette kezébe a kicsavart zászlót, hanem kiváló, a Gondviselés-küldötte egyén. Id. *Bókay János* nemcsak a kórházát fejlesztette naggyá, nemcsak kiváló tanítványokat nevelve, megvetette a magyar gyermekorvosi iskolának alapját, hanem nagy tekintélyével tanszéket is vívott ki magának. Id. *Bókay Jánostól* a halál túlkorán fosztotta meg a magyar pediatriát. Tanszéke személyéhez volt kötve, fia, ifj. *Bókay János* csak a kórház igazgatóságában lett az utóda, a gyermekgyógyászati tanszék id. *Bókay János* halálával megszűnt. A fiatal, alig 26 éves ifj. *Bókay János* szilárd alapot örökölt a kórházban, de súlyos örökségképen nyomta fiatal vállait a nagy *Bókay* név. E nevet csak az irigyelhetette tőle, aki nem tudta, hogy mit jelentett a maga idejében id. *Bókay János* neve. Meg kell ahhoz öszülni, meg kell e szakma művelésében érní, hogy az ember a maga idejében, a maga teljességében értékelní tudja id. *Bókay János* egyéniségét. Nemes vonásai érebe öntve a Stefánia-kórház előtti bizonyítják az utókor háláját, melynek hasonlóképen le kellene róni adósságát *Schöpf Merey*vel szemben is.

A gyermekorvostan a belgyógyászat hatalmas fájáról szakadt le. Legelső művelői belgyógyászok voltak, akik a gyermekek betegségeivel, mint szakmájuk egyik ágával, előszeretettel foglalkoztak, amiképen ma is egyes belgyógyászok hatalmas szakmájuknak egyik részét, pl. a szív betegségeit, az anyagcsere, az emésztőrendszer zavarait, a vese megbetegedéseit különösebb tanulmány tárgyává teszik. Sőt igen kiváló, talán legnagyobb gyermekorvosaink abban az időben nem is az egyetemi tanárok soraiból fejlődtek ki, hanem az általános gyakorlattal, a házi orvosi praxissal foglalkozó gyakorlóorvosok rendjéből kerültek ki. Tanulmányaink során többször fogjuk hallani *Steffen*, *Camerer* nevét, mindketten kisvárosi gyakorlóorvosok voltak, és a kiváló *Biedertnek* sem volt soha klinikája. De még a későbbi időben is, pl. *Heubner*, a mostani *Berlini* professornak közvetlen elődje, a belgyógyászatnak volt rendkívüli tanára Lipesében, az ú. n. district poliklinikát vezette, és mint ilyen, hallgatóival Lipse legszegényebb családait kezelte otthonukban. Amint ön-életrajzában írja, tanácsait főleg e családok gyermekeinek betegségeiben kérték ki, főleg gyermekeket kellett kezelni, vizsgálni és gyógyítani és lassan-lassan mint Lipse legszegényebb családjainak házi orvosa szerezte meg a gyermekorvos kvalitásait és hírnevét, amely előbb a lipesei, majd a berlini gyermekorvostani tanszéket szerezte meg a számára. Ezekben az időkben, és ez volt id. *Bókay János* ideje, a gyermekorvostannak a fundamentumait kellett lerakni, ebben az időben fel kellett azokat a kórképeket állítani, amelyek a gyermekorvostan specialis megbetegedései, fel kellett fedezni azokat a különbségeket, amelyeket a felnőt korból ismert betegségek a gyermekorvostan mutatnak, tanulmányozni kellett a már jól ismert megbetegedések egész sorát, amelyek a gyermekorvostan egész más megítélés alá esnek és egész más jelentőséggel bírnak, mint a későbbi korban. Id. *Bókay János* új kórképeket írt le, és ha közülük csak a retropharyngealis tályogot, a garatmögötti mirigygyulladásokat, a csecsemőkorból észlelhető praepitium és a vulva cellularis adhaesióit említem, akkor ehhez hozzá kell tennem, hogy e megbetegedéseknek tünettanát, therapiáját úgy adta meg, hogy ahhoz azóta senki egy szót, sem hozzátenni, sem elvenni nem tudott. Majd ha kint lesznek az orvosi gyakorlatban és azt fogják tapasztalni, hogy dacára

annak, hogy tanulták, hogy tudják, hogy van retropharyngealis tályog, és ennek dacára megesik majd magukkal is nem egyszer, hogy még sem csinálják meg a helyes diagnózist, és akkor fogják csak igazán értékelni, hogy mit jelentett ennek és sok más kórképnek a felállítás.

Ifj. *Bókay János* működésének kezdete abba az időbe esett, amikor a gyermekorvostannak már megvoltak a keretei, de a kereteken belül nagy volt az összevisszaság. Nagy csomó nyersanyag volt összehordva mindenünnen, amit azonban fel kellett dolgozni. Ismervé *Bókay János* szerénységét, de tekintve ez alkalmat is, nem tartom illőnek, hogy az ő nagy és sokirányú tudományos működését méltányoljam, csak egyet szegezlek le és ez az, hogy amely kérdést *Bókay János* feldolgozott, és sok ilyen fejezete van a pediatriának, ezt annyira kidolgozta, oly pontosan és alaposan tanulmányozta, hogy amellett nem fog közömbösen elmehetni a késői utókor sem, ezek forrásmunkák maradnak mindenkor. És nem fejezhetem be előadásomban a személyi részt, hogy fel ne említsem, hogyha a magyar pediatria magas niveaujára, internationalis tekintélyére büszkén tekint fel minden magyar orvos, akkor tisztelettel kell meghajolni a debreceni klinika nagynevű vezetője, *Szontágh* professor előtt, akinek úttörő, egész új utakat mutató munkásságát csak a történeti távlat fogja kellően értékelni, és a hatalmasan előtörő, a legmodernebb irányban kutató szegedi gyermekklinika és annak vezetője, *Hainiss* professor előtt. Meg kell még emlékezni a magyar gyermekklinikák nagyszámú, kiváló neveltjeiről, akiket ha méltatni akarnék, rövid volna ez az előadás.

Ezek után fel kell vetnem önök előtt a kérdést, hogy mi tulajdonképpen a gyermekorvos? Nem alkalmazott belgyógyász, de amint *Schlossmann* kifejti, nem is specialismus a szó megszokott értelmében. Önök, kik reggeltől-estig egyik klinikáról a másikra mennek, gondolkodjanak egy percig azon, hogy mi az oka annak, hogy az adott esetben a beteg éppen ezt vagy azt a klinikát kereste fel és akkor látni fogják — és talán naivnak tetszik megállapításom, hogy a szemklinikán a szembetegek fekszenek, a női klinikán azok a nők találhatók, akik a női szervek betegségeiben szenvednek és így tovább, a sebészeti klinikát azonban azok a betegek keresik fel, akiknek betegségét operative kell gyógyítani és a belklinikán azok a betegek fekszenek, akiknek betegsége megállapításra szorul, akiknek betegségét belső szerekkel, diétaival, physikalis gyógyeljárásokkal, de nem operációval kell meggyógyítani. Ha azonban a gyermekklinikát keresik fel, akkor szembeteg, bőrbeteg, idegbeteg stb. gyermeket is fognak találni, és látni fognak olyan beteg gyermekeket, akiknek betegségét belső szerekkel, másokat operációval kell meggyógyítani. A gyermekklinika betegei nem azért vannak éppen a gyermekklinikán, mert egy bizonyos szervük beteg, nem is azért, mert egy bizonyos módon kell őket gyógyítani, hanem azért, mert gyermekek. A gyermekorvos tehát az emberi szervezet összbetegségeinek a tana a legfiatalabb életkorban. Evvel nem állítom azt, hogy mi, gyermekorvosok jobban tudjuk gyógyítani a gyermekek szembetegségeit, mint a szemész, nem is értjük oly jól a fül vagy a gége betegségeit mint a fül- és gége-specialista, operálni sem tudunk, és ezért van a klinikának sebész-főorvosa, van fülész, orthopäde és szemészspezialistája is, a külön gyermekklinika, a specialis kórházi gyermekosztályoknak egész más okból van létjogosultsága. Ha mi valamely betegnek és különösen gyermekbetegnek a betegségét meg akarjuk gyógyítani, és az orvosi tudománynak mégis ez a legelső és legfontosabb feladata, akkor ehhez nem elég hogy tudjuk, hogy mi a betegsége, nem elég hogy tudjuk, hogy ez mi mindenféle elváltozással jár a szervezetben, de nem elég az sem, hogy tudjuk, hogy ez ellen tudományunk mai állása alapján miféle gyógyító eljárásokat kell alkalmaznunk, hanem ha a beteget meg akarjuk gyógyítani, azt ápolni, gondozni, táplálni és egyéb testi, de lelki szükségleteiről is gondoskodnunk kell.

Fokozottabb mértékben áll ez a gyermekkorban és különösen a kis gyermek- és csecsemőkorban. A kis gyermek és a csecsemő többé-kevésbé önmagával tehetetlen lény, aki nem mondja meg mi fáj neki, mi tesz jót és mi kellemtelen neki, nem tudja közölni velünk, hogy mire vágyik és mitől fél, nem köszöni meg a segítséget, de nem is tiltakozik, ha érzi, hogy beavatkozásunkra állapota rosszabbodik, hanem háláját gyógyulásával, szemrehányását rosszabbodásával, esetleg halálával fejezi ki. A sebész kitűnően megoperálhatja a csecsemőt, az utánkezelés kifogástalan lehet, de egy nagyobb sebészeti beavatkozás insultus a csecsemő táplálékfeldolgozó képességével szemben, és ezzel számolnunk kell, mert ennek következtében felléphet egy táplálkozási zavar, amely állandósulhat, és kockára teheti a legbravurosabb sebész munkát. Az ápolás, a gondozás, a táplálás nagy jelentősége a csecsemő- és gyermekkorban bontakozik ki a maga teljességében. Nem is olyan régen, pár évtized előtt jai volt annak a csecsemőnek, akit sorsa klinikára, vagy kórházba kényszerített. Idősebb, most élő gyermekorvosaink, hogy közülük csak *Finkelstein* és *Schlossmann* professorokat említsem, azt írják, hogy amikor fiatal éveikben klinikákon, mint tanársegédek működtek, megtanulták azt, hogy a csecsemőt kórházi osztályra nem szabad felvenni, mert kórházban nem tartható életben. *Schlossmann* azt írja, hogy a régi aescopusi mesére kellett mindig gondolnia, amikor az öreg és elgyengült oroszán, mivel már nem tudott prédára vadászni, sorra meghívta magához az állatokat lakomára és felfalta őket. Csak a ravasz róka nem fogadta el a meghívást, mert bár az oroszán barlangjába sok lábnyom vezetett, de onnét elvezető lábnyomot nem látott egyetlenegy sem. Nulla vestigia retrorsum. Ezt kellett volna a régi klinikák és kórházak csecsemőosztályainak ajtajára felírni. Nulla vestigia retrorsum. Az odavezető úton meglátszottak a csecsemőket bevívó anyák lábnyomai, de a csecsemők a hátsó kapun, halottas kocsiban hagyták el a klinikát. És ha azután érdeklődünk, hogy miben is pusztultak el ebben az időben a csecsemők, akkor megtudjuk, hogy részben súlyos, genyes, nyálkás hasmenésekben, amelyek a csecsemőosztályok privilégiumai voltak, részben pneumoniákban és részben a legkülönbözőbb sepsisekben. Az oka ennek pedig a sablonos táplálás, a sablonos ápolás, a sterilitás hiánya és a legkülönbözőbb természetű házi infekciók voltak. Egy új fogalom, a csecsemőkori hospitalismus fejlődött ki, amely a nagy *Henochot* arra kényszerítette, hogy kimondja, hogy kórházi osztályon csecsemőt nem lehet életben tartani, és ezt megfogadta a legtöbb klinika és kórház, és nem mert csecsemőosztályt felállítani és csak a legégetőbb esetben, amikor nem tehetett másképp, vett fel egy-egy csecsemőt belosztályára.

De nagy didaktikai jelentősége van a gyermekklinikának általános orvosi szempontból is. Igen világosan fejti ki ezt *Schlossmann*, amikor felemlíti, hogy a gyermekklinika az egyetlen hely, ahol a hallgató láthat tüdő-tuberculosisban szenvedő gyermeket, de láthat gonitist, coxitis, spondylitis tuberculosát, ahol mutatnak neki vesetuberculosis, peritonitis és mastoiditis tuberculosát, és ugyanaz a tanár betegeken demonstrálhatja ezen igen különböző szerveknek, igen különböző jelentőségű, igen különböző eljárásokkal gyógyítandó betegségeit, amelyet ugyanaz a kórokozó vált ki, és amelyeknek összefüggését, egymásból való kifejlődését, egymás mellett bemutatott betegeken tanulmányozhatja. Itt láthatja a medikus a helytelenül táplált csecsemőt, és a tanár demonstrálhatja neki ennek a következményeit a későbbi csecsemőkorban, a kis és nagyobb gyermekkorban. Láthatja a congenitalis lüest az újszülöttkorban, de láthatja ennek a következményeit, ha akár a hibás diagnózis, akár az elégtelen kezelés következtében, a betegség reányomja bélyegét a gyermek testi és szellemi fejlődésére. Itten tanulja meg a jövő orvos a synthesist, és ezért egészíti ki a gyermekklinika szervesen a többi klinikát, ahol bizonyos fokban specializálódik a hallgató, ahol analysist lát.

De meg kell tanulni a jövődöbeli orvosnak valahol azt a specialis beállítottságot, amelyre szüksége van, ha gyermeket kezel, ha szülőkkel érintkezik. Majd lesz alkalom demonstrálni, hogy akárhányszor milyen nehéz egy műveletlenebb, vagy idegesebb, vagy könnyösebb anyából az okvetlen szükséges anamnesist kihozni. Majd látni fogják, hogy az orvosnak, ha gyermek ügyében kikéri a tanácsát, mily sokféle, mily komplikált kérdésekre kell megfelelnie. Gondoljanak arra, hogy az orvosoknak a legnagyobb része mégis az általános gyakorlattal foglalkozik és ebben a minőségében a legtöbbször mégis gyermekek érdekében veszik igénybe segítségét, nemcsak ha beteg a gyermek, de kérdeznak tőle nevelési dolgokat, kikéri a tanácsát a táplálás, a szórakozás, a tanulás kérdésében és számtalan, első pillanatra nem is orvosi vonatkozásúnak tetsző dolgokban. En úgy fogom fel a klinikus tanár feladatát, hogy neki nemcsak az a kötelessége, hogy tanítson, hanem neki hallgatóit nevelni is kell az orvosi hivatásra, a gyermekorvosi praxis pedig kiválóan alkalmas arra, hogy bizonyos általános orvosi erényeket megvilágítson, és a maga nagy jelentőségében élesen kiemeljen. Csak egy példát említek fel és pedig a legszomorúbbat. Sajnos, nem minden betegséget tudunk meggyógyítani, a legjobb orvos is veszít betegeket. Ha felnőtt meghal, nagy ür maradhat utána, sajnó fájdalom, amelybe bele kell nyugodni. Mindenki tudja, hogy szüleit egyszer elveszíti, a férj, a feleség, a testvér mind tudja, hogy vagy ő vagy a másik hal meg előbb, de gyermeket elveszíteni mindig természetellenes, és a szülők ebbe sohasem nyugszanak bele teljesen, keresik a hibát, keresik a mulasztást, és talán meg tudják bocsátani az orvosnak, ha tévedt, mentséget tudnak találni számára, ha valamit nem ismert fel, de sohasem bocsátják meg azt, ha úgy érzik, hogy hanyag volt, hogy nem vett elég fáradságot magának, ha kényelmét, vagy különösen szórakozását a beteg gyermek érdekének elébe helyezte. És figyelmeztetem Önöket, hogy e tekintetben rendkívül finom az anyai érzés.

Az ápolás és a gondozás nagyjelentősége is a gyermek és különösen a csecsemőkorban bontakozik ki leginkább a maga nagy jelentőségében. Megint csak egy példával illusztrálom azt. Berlinben van egy nagy intézmény, a Kaiserin Viktoria Auguste Haus, amelynek a rendeltetése, hogy a német birodalomban a csecsemőhalálozással szemben felvegye a küzdelmet. Ez az intézet gyönyörű csecsemőosztállyal rendelkezik, amelyben többek között csecsemőgondozónőket is nevel. A csecsemőosztálynak vannak közös termei és különoszobái is, amely utóbbiakba a kiképzés egy időszakában a jövődö gondozónőt egy csecsemővel izolálják, és ezen idő alatt a gondozónő csak ezt az egy csecsemőt gondozza, de kötelessége minden tekintetben azt úgy ellátni, ahogyan azt jövődö szolgálati helyén, a családban tenni fogja. Az intézet igazgatója beszélte el és meg is írta, hogy volt egy neuropathiás csecsemőjük, aki a közös osztályon egy vigkedélyű, kedves nővér gondozása mellett jól fejlődött, de amikor ennek a nővérnek a szolgálatát átvette egy másik, bár igen pontos, jóindulatú, de mogorva, rosszkedélyű nővér, a csecsemőnek először megállt a súlygörbéje, majd lassan, később gyorsabban esökkenni kezdett. Amikor visszaadták az előbbi nővér gondozásába, éles szögben felfelé fordult a súlygörbe. Erre a csecsemőt a második nővérrel a különoszobába helyezték el, semmi más feladata nem volt a nővérnek, mint ennek az egyetlen csecsemőnek a gondozása, és jöllehet pontos, lelkiismeretes volt, önérzete is a legnagyobb igyekezetre serkentette, a csecsemő újra csak fogyni kezdett, és a csecsemő érdekében fel kellett hagyni a kísérlettel, vissza kellett adni a csecsemőt az első nővérnek, akinek gondozásában gyorsan helyreállott a fejlődés.

Ha a pediatria fejlődését végigtekintjük, akkor meg kell állapítanunk, hogy megalapozását, a kezdeti fejlődését, amint az természetes is, és az orvosi tudomány minden ágában is így van ez, a gondos részletmunka lassúbb periódusa követte. A múlt század utolsó negyedében a paediatría, bár elismert szakma volt, de legkivá-

lább művelői sem voltak teljesen tisztában azzal, hogy további kifejlesztésére, önálló fejlődésére új alapot kell megteremteni, a specialis gyermekkori és csecsemőkori physiologiát. Ebben az időszakban a pediatria egy bizonyos fokban alkalmazott belorvostan volt, aminek bizonyossága, hogy legkiválóbb, vérbeli gyermekorvosaink magángyakorlatukban felnőtteket is kezeltek. Nem akar ez az akkori idők lebecsülése lenni, hiszen sok új és fontos dolog megismerése és a gyakorlatba való bevitele ennek az időszaknak az érdeme, hogy egyebet ne említek, a diphtheria serumtherapiája, az intubatio tana, a heveny fertőző betegségek klinikájának pontos kidolgozása, a csecsemőkori oly gyakori görcsös állapotok pathologiája, a coli cystitis és pyelitis aetiologiai tisztázása és még sok minden ennek az időnek az érdeme, de ebben az időben nem volt csecsemőgyógyászat. Hogy a csecsemőkori diätetika mennyire hátra volt még, annak az illusztrálására csak azt említem fel, hogy oly kiváló gyermekorvos, mint a berlini professor, *Heubner*, a csecsemőkori diätetikáról szólva azt hangoztatta, hogy „Probiere geht über Studieren“. A csecsemőkori diätetika ebben az időben nem volt sokkal magasabb nívőn, mint a művelt, sokat tapasztalt, sokgyermekes, sokunokás nagymamáé, aki éles szemmel figyelte meg a sokgyermekes családját és megfogadta *Heubner* tanácsát és az adott esetben bevált házi receptek szerint változtatta meg a csecsemők táplálékát. *Czerny*nek a ma élő pediaternek legnagyobbikának kellett eljőnnie, ki kellett mondania, és be kellett bizonyítania, hogy a gyermek nem kisebb kiadású felnőtt, és a csecsemő nem miniatűr-gyermek, hogy mindazt, amit a felnőtt korban igaznak, helyesnek és jónak megismertünk, azt nem lehet egyszerűen per analogiam a csecsemő- és gyermekkora átvinni, hanem nekünk előbb tanulmányozni kell az egészséges gyermek és csecsemő tulajdonságait, és az így megismert specialis physiologián alapulhat mint szilárd bázison a specialis gyermekkori és csecsemőkori pathologia. Óriási fellendülésnek indult ezzel a pediatria, most már valóban önálló ága lett a medikának, nem volt már többé alkalmazott belgyógyászat, amely új utakat nyitott meg az általános physiologiának és pathologiának. Hogy csak pár példát említek meg, felhozom, hogy a gyermekkori tuberculosishoz pontos tanulmányozása egészen megváltoztatta ennek a betegségnek az emberi szervezetben való fellépéséről és tovaterjedéséről nézeteinket, a normális só- és vízányagcseréről szóló alapismereteinket is elsősorban pediaterok munkásságának köszönhetjük, az éhezési, a só- és fehérjehyperthermiákat is gyermekorvosok írták le, az allergia fogalmát a serum beteg és újraoltott gyermekeken végzett vizsgálatai alapján a pediater *Pirquet* dolgozta ki, a constitutio nagy jelentőségét, amikor az még nem volt divat, *Czerny* és *Szon-tágh* állította be teljes élességgel az orvosi gondolkodásba, a savbasis egyensúlyáról a rachitis és spasmodyphia kapcsán, megelőzve más disciplinákat a gyermekorvosok vitatkoztak, nem is említve a rendkívül pontosan kidolgozott csecsemőkori gyógyító diätetikát.

A mondottak meg is szabják számomra, hogy miképpen kell nekem a tárgyat előadnom. Nem elégedhetem meg azzal, hogy egyszerűen eseteket demonstrálok Önöknek, megbeszélve a diagnostikát, és megadva a therapiát, nekem ki kell térnem a specialis csecsemőkori és gyermekkori physiológiára, meg kell Önökkel ismertetnem az egészséges csecsemő és gyermek tulajdonságait, igényeit, de ezenkívül fel kell hívnom az Önök figyelmét mindarra a specialis megfontolásokra, amelyek segítségével meg tudják érteni a csecsemő, a gyermek és az ezekre beállított szülők psychéjét.

En igyekezni fogok teljes erőmmel tanári kötelességemnek megfelelni, de cserébe kérem az Önök komoly igyekezetét és támogatását. Gondoljanak arra, hogy az orvos, amikor csecsemőt és gyermeket kezel, amikor ezek érdekében kikéri tanácsát a jövődö magyar generatio testé, ezenkívül szellemi és jellemi kialakulásába felelősségteljesen beleavatkozik. Sokszor gondolkoztam már azon, hogy vajjon helyesen járunk-e el, amikor valamely csecsemő- és gyermekvédelmi munka eredményességét

megítéljük, ha ítéletünket a halálozási szám nagyságára alapítjuk. A csecsemőknek és gyermeknek nemcsak testi, de szellemi és jellemi fejlődése is van, és ez függ ugyan és elsősorban a veleszületett constitutiótól, függ a neveléstől, a példától, tehát a szellemi milieutól, de függ a táplálkozástól, a lakástól, a betegségektől is, mászóval a higienikus milieutól is. Ha majd látni fogják az egészséges, jól táplált és gondozott rózsás csecsemő örökké mosolygó, derült arcoeskája mellett a durcás, a kedvetlen atrophias csecsemő rosszindulatú, azt mondhatnám fenyegető arckifejezését, ha majd látják, hogy a rachitises kis gyermek apathikus, egy helyben ülő, hogy egy a fejére tett papírlapot félóráiig is megtűr a fején, míg az egészséges kis gyermeket minden érdekl. mindent kérdez és mindent megpróbál, akkor be fogják látni, hogy a csecsemő és kisgyermekkor nemcsak a testi, de a szellemi tulajdonságok megalapozásának kora. De gondoljunk arra is, hogy a sokat betegeskedő, sokat ágyban fekvő, esetleg állandóan rossz közérzetű, fájdalmakat kiálló gyermeknek elromolhatik a jelleme is. Az ilyen gyermek elmarad testi erőben, ügyességben, elmarad a tapasztalatokban is, és ha nagyobb lesz, ha gyermekek közé kerül, ha iskolába jár, testi gyengeségénél, ügyetlenségénél, esetleges deformitásainál fogva, háttérbe szorul, de a gyermekben lévő érvényesülési vágytól hajtva nem a legnemesebb fegyverekkel küzd az észrevételért. Az álnok, az árulkodó, a rágalmozó gyermek sajátságos psychéjének okát sokszor itt, és nem is az öröklött jellemi constitutióban kell keresnünk. És ha mindezt átgondolják, akkor remélem be fogják látni, hogy ezzel a tárggyal foglalkozni nemcsak gyönyörűség, nemcsak általános emberi, de hazafias kötelessége is minden medikusnak.

A tuberculosis Indiában.

Ismerteti: *Országó Oszkár dr.*, az Erzsébet királyné sanatorium igazgató-főorvosa.

A tuberculosis Indiában régen ismeretes betegség, hiszen előfordulásáról és gyógyításáról a Buddha korát megelőző századokban már feljegyzések készültek az ú. n. Charaka és Susrata klasszikus munkákban. India területének hatalmas kiterjedése, a lakosság nagy részének elzárkózottsága és a pontos statistika felvételének nehézségei megakadályozták sokáig azt, hogy a betegség elterjedéséről tiszta képet alkothassunk. Indiában nagyszámú, különböző nép lakik és több mint 140 különféle nyelvet beszél, nem is szólva a sokszáz tájszólásról. Jellemző, mennyi különböző névvel illetik a tuberculosisist. Így pl. Észak-Indiában a mohamedánok a „gondterhes betegségnak“ (diqq-nek vagy sill-nek) nevezik, utóbbi szót az előrehaladott esetek, különösen a vérzők megjelölésére használják, a kevésbé művelt, urdu nyelvet beszélő nép *ghantsi bukharnak* vagy köhögéses láznak, az északnyugati határon lakó pathanok *loya tabanak*, nagy láznak, a perzsa nyelven beszélő afgánok *bad-i-khabirnak*, a legzomorúbb betegségnak. Radsputánában, ahol állítólag hún és szittya eredetű törzsek is laknak, a betegségek királyának nevezik. Ezen kívül még sok egyéb elnevezés is ismeretes, amely megnehezíti az egységes statistika felvételét. Valószínűnek kell tartani, hogy nem kevesebb, mint 900.000–1.000.000 ember hal meg évenként és hogy a halálozás 12–14%-a tuberculosis. A tuberculosis terjedése feltűnővé vált az utóbbi években. Egyes nagyobb városokról megbízható statistikai adatok állanak rendelkezésünkre. Így 1927-ben Madrasban 10.000 élöre számítva 30·5, Calcuttában 21·7, Bombayban 11·4 volt a halálozás az előző évi 27·0, 21·4 és 10·6 számokkal szemben. Általában az indiai keresztények halálozási arányszáma kisebb, mint a többi lakosokéi, azonban közöttük is eléggé el van terjedve a betegség, ami arra vezethető vissza, hogy nevelőintézeteikben könnyebben fertőzödéhetnek, másrészt a szegényebb keresztény indiai életviszonyai nem sokban különböznek hindu testvéreiktől.

Indiában tehát a tuberculosis fokozódó elterjedése és a halálozási arányszám növekedése kétségtelen, és minthogy ez ma az ismert és nagyon elterjedt acutabb természetű fertőző betegségek, mint a pestis, cholera, vérhas, malária stb. mellett is számottevő veszteséget okoz, mindinkább tért hódít az ellene való küzdelem szükségességének tudata.

Előadásomban a tuberculosis elterjedésének okait ismertetem, bár tudatában vagyok annak, hogy azok a tényezők, amelyeket hazánkban és Európában ismerünk meg, mint a tuberculosis előmozdítóit, Indiában is elsősorban jönnek számba a betegség elterjesztésében. Erdemesnek tartom a foglalkozást e tárggyal azért, mert India óriási területén, amelynek klimatikus és gazdasági viszonyai nem egyformák, az egyes területek, népfajok körülményeinek megismerése alapján szélesebb mederben tanulmányozhatjuk a kérdést, másrészt vizsgálat tárgyává tehetjük, milyen specialis körülmények azok, amelyek nálunk ismeretlenek és Indiában hozzájárulhatnak a tuberculosis elterjesztéséhez.

Indiában még ma is rengeteg oly terület van, mely szinte elszigetelt, amelyen tuberculosisist nem ismernek. Ezzel szemben látunk oly területeket és különösen oly nagyobb városokat, ahol a betegség sokkal nagyobb mértékben szedi áldozatait, mint hazánkban. Az elszigetelt területekről való egyének immunitással, ellenállóképességgel nem bírnak s ha fertőzött vidékre, vagy nagy városba kerülnek, nagyon könnyen esnek áldozatul a tüdővésznek. Ezek a megbetegedett egyének azok, akik utóbb betegen térve vissza hazájukba, forrásává válnak az ott később nagy pusztítást előidéző járválynak. A betegek visszatérnek otthonukba, mert rettenetesen félnek attól, hogy övéiktől távol haljanak meg, mert a hindu vallás az elhalálozás alkalmával szertartásokat ír elő, melyeket az elhunyt fiának kell elvégeznie. A betegség terjedését a nagy városok környékén rajzban élénken lehet ábrázolni, a központból a tuberculosis terjedése a különféle radiusok irányában mutatható ki. Hogy a már fertőzött nagy város mennyire veszélyes, az különösen a Közép-Indiából vagy Deccanból Bombaybe tanulni, vagy dolgozni menő ifjúság szempontjából közismert. Egészséges vidéken fekvő nagyobb városokban, amelyekben a tuberculosis azelőtt szinte ismeretlen volt, szintén elterjedt az a tökéletes vasúti közlekedésnek megindulása óta, a fertőzött vidékről származó bevándorlók megtelepedése következtében. Természetesen e városokból a fertőzés ismét átterjed a környező falvakba. Kimutatható, hogy 40 évvel ezelőtt még teljesen szűz vidék ma sok helyen súlyosan fertőzött. Általában véve a tuberculosis terjedésének a már említett vasúti és az automobilközlekedés bevezetésén kívül a városok iparosodása, a régi háziipar megszűnése és különböző nevelési és egyéb intézmények létesítése a főoka. A tuberculosis terjedését megkönnyíti az a körülmény is, hogy a lakosság egy része szakít ősi szokásaival, sok helyen lazul az egyes néprétegeknek, kasztoknak elkülönülése és az elszigetelésnek csökkenése következtében a betegség terjedése megkönnyítettik.

A fertőzés terjedése természetesen legkönnyebben ott történik, ahol a lakosság sűrűn lakik együtt, tehát a nagyobb városokban. Természetesen itt is kimutatható, hogy a tuberculosis elterjedése a lakosság azon rétegénél legnagyobb, amelynél több család lakik egy szobában és a statistikai szám annak arányában csökken, minél kevesebb család lakik egy, illetőleg több szobában. Indiában ugyanis a nősülő fiú feleségét szülei házába hozza és így abban szűk lakáviszonyok között is több család kénytelen együtt élni. Bombayban az összes családok 76%-ára átlag egyszobás lakás jut.

A lakosság túlsűrűsége szempontjából előnyösnek lehet minősíteni azt, hogy Indiában egyes fejedelmek, midőn a városokban való lakást különböző okokból megelégelték, egy újabb város építését rendelik el és a régi várost teljesen kiürítették. Delhi most a nyolcadik helyen épül. Jaipurnak lakossága pedig a közelében levő Amberből telepítették át. Jai-Shing radsa által.

E város látogatója valóban meglepődik, amidőn az új alapítás hatalmas széles utcáit látja. Közelfekvő az a gondolat, hogy a tuberculosis elterjedése e széles utcák következtében aránylag csekély, Jaipurnak hatalmasan

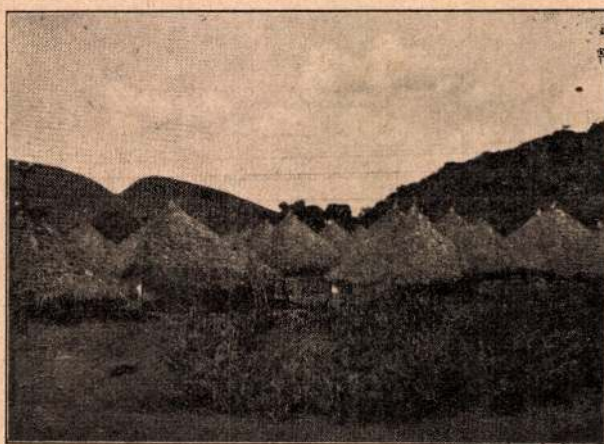


1. kép. Lakóház Észak-Indiában, előtte ágy.

fejlődő ipara azonban oly nagy bevándorlást eredményezett, hogy ma a legsűrűbben lakott városok egyike, nép-sűrűsége még Bombaynél is nagyobb, ezért a halálozási arányszám rendkívül szomorú.

A gazdasági tényezők egyik legfontosabbika a gazdagság, a termékeny vidékeken való gazdálkodás csak addig befolyásolja kedvezően a tuberculosis elterjedését, amíg a jólét következtében nem jön létre a lakosságnak túlságos koncentrációja, a termékeny vidék túlnépesedése. India legrosszabb tuberculosis vidékeinek egy-néhánya rendkívül gazdag és termékeny, de éppen ennek következtében túlszűfolt.

A szegénység, mint a tuberculosis terjedésének előfeltétele Indiában látszólag kevésbé jelentős, mint Európában, minthogy vidéken a meleg éghajlat következtében a téli hónapokban is többen tartózkodhatik a lakosság szabad levegőn (1. és 2. képek). Az északi részeken természetesen súlyosabb a szegény ember helyzete, mint-hogy az éjszaka hideg és így a lakást nem szellőztetve, bezárkózik sárkunyhójába vagy barlanglakásába, mely utóbbi különösen a határvidékeken látható. Ezen nagyon egészségtelen lakások elleni küzdelem előreláthatólag eredményesnek fog bizonyulni a tuberculosis leküzdése szempontjából, mert ma már a hatóságok és az intelli-



2. kép. Lakóházak Dél-Indiában.

gentia inkább fordítanak gondot a lakáskérdésre, mint annakelőtte. Ezt ugyan nem látszanak igazolni a két orvosi rendelőt mutató képek. (3. és 4. képek.)

Az élelmezés, melyhez a hindu lakosság hozzászokott, nem költséges, hiszen évezredek óta tartózkodnak a húsfogyasztástól, tejjel és növényi táplálékkal eléged-

nek meg. Az utóbbi években azonban az élelmiszerek drágulása természetesen hozzájárulhatott a tuberculosis terjedéséhez és az éhínségek, melyeknek Indiában az emberek hekatombái estek régebben áldozatul, a tuberculosis terjedését is elősegítették.

A köpködés szokása természetesen nagy mértékben terjeszti a betegséget. Aki a keleten járt, az nem felejt-heti el, mennyire színezett városban, falun egyaránt a kövezet, illetőleg a föld hatalmas fakóvörös foltokkal, amelyek a bethel-diót rágók szinte vérszínűre festett nyálának nyomai. Éppúgy láthatjuk ezt Bombay leg-előkelőbb európai negyedében, mint az előkelő póstagózós fedélzetén, mikor a kikötőben a szállítási vállalatok ügynökei és a rendőrök rajta tartózkodnak. Ott, ahol szinte nemzeti szokás a köpködés, természetesen nem esodálkozhatunk azon, hogy a tuberculositikus ember váladéka is minden-hova elkerül. Gyakori látvány, hogy a gümőkóros beteg ágya körül a falak színe a folytonos köpködés következtében teljesen megváltozott. A tisztatlanság következtében elszaporodott legyek természetesen a váladékban rejlő csirákat könnyen viszik el távolabbi helyekre is.

A tuberculosisra való hajlamot elősegíti az a rossz szokás, hogy az indiai mindig bekötözött orcával alszik és így tiszta levegő még akkor is nehezen jut légzőszerveihez, ha különben konyhójában türrhető levegő uralkodik (5. kép). A fertőzött kendőt pedig mások is használják. Hasonlóképpen rossz szokás, hogy egyes vidékeken



3. kép. Lakóház orvosi rendelővel Észak-Indiában.

férj, feleség és gyermekek mindannyian ugyanazon széles takaró alatt alszanak. Az előbb említett szokás egyes vidékeken arra vezethető vissza, hogy a hidegtől félve a hinduk azt hiszik, hogy a felmelegített lélegzet melegítőleg hat az egész testre. Más vidékeken a moszkító ellen védekeznek ily módon, de nagyon sokan azért követik, hogy fejüket a rossz szellemek támadásától óvják meg.

A ruházat annyiban segíti elő a tuberculosist, hogy Észak-Indiában úgy a férfiak, mint a nők oly szűk ruhát és alsóruhát viselnek, amely összeszorítja a mellkast és a tüdő kitéréseit gátolva, azt a megbetegedésre hajlamosabbá teszi. Hideg vidékeken több rétegben túlsok alsóruhát, sőt gyapjúmellvédőt is viselnek és így szervezeteiket elkényeztetik. Vannak Indiában egyes vidékek, ahol ugyanazt a fehér gyapotruhát, amely a fejet és a testet burkolja, viseli a családnak több tagja is.

A betegség terjedését elősegíti a közös tálból való étkezés vagy ivás, különösen a mohamedánoknál. Még előnyösnek tekinthető azonban az, hogy a hinduk ajkukkal nem érintik az edényt, viszont kanál és villa helyett ujjukat használják és a vizet tenyerükből isszák. Általános szokás, hogy a feleség és a leánygyermekek azt eszik meg, amit a férj és fiú meghagytak és azt ugyanazon edényből fogyasztják el, amelyből előzetesen azok táplálkoztak. Tudvalevő ugyanis, hogy a férj a feleségével csak egyszer az életben, az esküvő napján étkezik együttesen. A tejet nyersen nem isszák, mindig felforraltva, de természetesen nem zárható ki annak lehe-

tősége, hogy a forralás után a legyek által ne fertőztessek meg.

Birmában az ópiumevés, India többi részében a cocain, hasis és bethel túlnagy mennyiségben való fogyasztása, valamint sexualis túlzások nagyban elősegítik a betegség kifejlődését. Ugyancsak elősegíti azt, az ú. n. gyermekházasság, amelynek gyakorisága ugyan ma már lényegesen csökken, azonban még mindig előfordul, 14 éves lányoknak férjhezmenetele megengedett, India egyes részeiben a lányok legnagyobb része azonban 12–13 éves korában megy férjhez.

A nők soraiban észlelhető halálozás óriási. Számos városban több mint kétszerannyi asszony szenved tuberculosisban, mint férfi, holott pl. Punjabban 817 felnőtt nőlakos száma viszonylik 1000 férfiéhez, Európában, kivéve a háborús éveket, inkább a férfiak halandósága nagyobb, Calcuttában 1913-ban a lakosság 33%-a volt nő, a tuberculosishalottaknak pedig 45%-a tartozott a gyengébb nemhez. 33/10.000 halálzási szám viszonylik a férfiak 20/10.000-éhez. Általában a mohamedánoknál a legnagyobb a nők halálozása, a buddhistáknál viszont a férfiaké határozottan nagyobb. Annak az az oka, hogy előzőknél és a hinduknál a nők el vannak zárva az ú. n. zenanákban, az ú. n. purdah-rendszer miatt, mely a nők elkülönítését tűzi ki céljául. Ezért a szegények a kellőképpen fényben és szellőztetésben nem részesülő lakások-

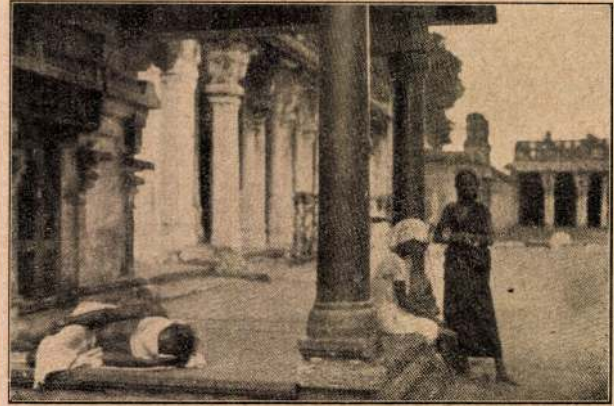


4. kép. Ablak nélküli orvosi rendelő Benaresben.

ban, a ház legegésztelenebb részében, kénytelenek élni. Egyik felvételemen látható, hogy még a maharadsák palotájának háremei is ablaktalanok és teljesen elzártak (6. kép). A szegény asszonyok legfeljebb a háztetőn tölthetnek némi időt a szabad levegőn.

A már említett korai házasság miatt a nők nagy százaléka korábban jut be a zenanába, étvágyát veszti, kedvetlenné válik és így hajlamosabbá válik a tuberculosisra, illetve elősegíti a már lappangó betegség kitörését. A rosszul fejlett, fiatal gyermekasszonyra nézve a terhesség, a szülés és a csecsemőtáplálás végzetessé válhatik. Magában véve a gyermekszülés is óriási megpróbáltatás, minthogy az asszonyt egy ablak nélküli, nagyon egészségtelen helyiségben helyezik el, azért mert a hindu vallás felfogása szerint ez időben tisztátalanná válik és mert azt gondolják, hogy a tiszta levegő veszdelmes az anyára és gyermekre nézve és a gyermekági láznak válik okozójává. A nem szellőztetett helyiség tehéntrágyával van bélelve, benne rossz olaj- vagy vajméceses világít és a legpiszkosabb pária-asszony nyújt gondozatlan kezével a szülésnél segítséget. Sok helyen a gondosan elzárt helyiségben szenet égetnek, hogy annak füstje a rossz szellemektől óvja meg a szülő nőt. Elképzelhető, hogy az e szülőhelyiségben 6–13 napon át tartózkodó asszony mennyire elgyengül, különösen azért, mert az első 5 nap alatt csak nagyon kevés vízhez jut, de táplálékot nem kap. Sok asszony korai halála e megpróbáltatásokra vezethető vissza, így Delhiben 1914-ben 1000 szülés közül 126 végződött halálosan.

Míg az asszonyoknál a gyermekági láz, úgy a mindkét nembeli egyéneknél nedves, mocsaras vidékeken a malária és a hidegebb tájékokon a meghűléses betegségek is elősegítik a tuberculosis kitörését és terjedését.

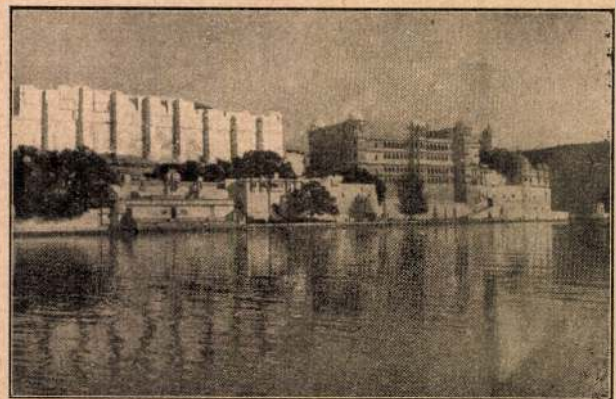


5. kép. Alvó hindu bekötött arecal.

A klímának alárendelt jelentősége van a tuberculosis terjedésében, így a nagyon kedvező és egészséges helyen fekvő Indoreban vagy Hyderabadban (Deccan) igen nagy a tuberculosis elterjedése. Az egészséges vidékekről származó egyének könnyebben betegednek meg a fertőzött területen s ha a betegséget behurcolják, a kedvezőbb klímájú helyen az épp annyira elterjed, mint az egészségtelenebb vidékeken. Teljesen egyforma éghajlatú helyeknek, így pl. Dél-India keleti vagy nyugati partjának nagyon különböző a tuberculosis-halálozása és tisztán a nagyobb forgalom adhatja magyarázatát annak, hogy a keleti partvidék sokkal kedvezőtlenebb statisztikai képet ad, mint a nyugati. Az elmondottaknak természetesen nem mond ellent az a tapasztalat, hogy a monszun kedvezőtlen, nedves szelei rossz hatást gyakorolhatnak a betegekre, épp úgy, mint a mi gyógyeredményeink is rosszabbak a hideg, nedves szelek uralkodásának idejében.

A tuberculosis terjesztésében azonkívül szerepet játszhat az a borsasztó por is, amely Indiában télen az eső teljes elmaradásának idején a városnak nagy részét betölti. Ma, amidőn már a gépkocsiközlekedés is megkezdődött, szinte rettenetes egy közép- vagy északindiai város utcáján tartózkodni.

Az Indiában űzött ipari foglalkozások közül különösen a szövés és a szabóság, tehát a textilipar köréből szedi legnagyobb számmal áldozatait. Azon egyének sorában, akik ősi szokásaikat a nyugati táplálkozással és



6. kép. Az udaipuri maharana palotája (az ablak-talan rész a hölgyek lakóháza).

ruházattal eszerélték fel, amelyek nem felelnek meg az éghajlatnak, különösen pusztít a betegség.

A bovin tuberculosis annyira ritka, hogy az állatorvosok nagy része nem is lát ilyen megbetegedést és csak Észak-Indiának néhány centrumában találtak könnyű mirigymegbetegedést. Az állatorvosi iskolák ál-

talában képtelenek oly klinikai vagy kórbonctani anyaghoz jutni, amelyet hallgatóiknak bemutatnának. Úgy látszik, hogy az indiai marhaállomány a ritka istállózás miatt természetes ellenállóképeséggel rendel-



7. kép. A pareli sanatorium Bombay mellett.

kezik a tuberculosis ellen. A bovin-typus a sebészi tuberculosisnak sem lehet oka, utóbbi Indiának főleg azon területein fordul elő, ahol a szabadlevegőn való tartózkodást az éghajlat megnehezíti és ahol a tüdőtuberculosis kevésbé gyakori.

A tuberculosis elleni küzdelemnek nagy jelentőségét a Brit-India egészségügyét intéző férfiak, bár elég későn, de felismerték. Már az 1912-ben Madrasban megtartott All-India Sanitary Conference-en vita tárgyává tették a kérdést, melynek következményeképpen az első két háborús évben kutatásokat folytattak a betegség elterjedése és okaira vonatkozólag. Különösen érdemes munkát végzett *Arthur Lankester*, az indiai kormány tiszti tuberculosis-orvosa, akinek adataira támaszkodtunk az előadottakban. A tuberculosis elleni törekvések látható eredménye néhány sanatorium, kórházi osztály és dispensaire.

A sanatoriumok és kórházi osztályok nem olyan monumentalis épületek, mint aminteket mi Európában és Magyarországon építünk, hiszen az angol sanatoriumok is kisebb épületek, mint a mieink. Első sanatoriumuk, a King Edward VII. Sanatorium 1912-ben épült közadakozásból Bhowaliban, az ú. n. Egyesült-Tartományokban. A kormány által támogatott intézményben 63 ágy áll a betegek rendelkezésére. A fizető betegek havonként 20 ru-

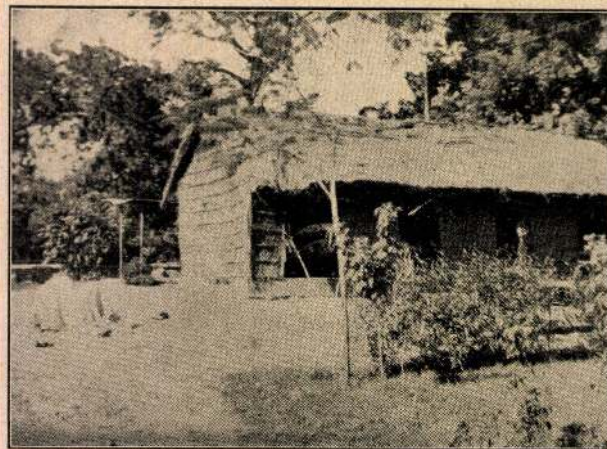


8. kép. A calcuttai belgyógyászati klinika tetején látható tuberculosis-pavillon.

piától 50 rupiáig terjedő összeget fizetnek. Ez intézmény a háború után a beteg katonák elhelyezése céljából kibővített. A 6000 láb magasságban fekvő sanatorium környékén az esős időszakban oly hatalmas esőzések vannak, hogy a betegek károsításának elkerülése céljából csak

olyan egyéneket vesznek ápolás alá, akiknek a hőmérséke nem emelkedik 100° Fahrenheit (37.78° C°) fölé, és akiknek pulsusa pihenés közben nem több, mint 110. A Himalaya és India egyéb vidékein vannak még kisebb sanatoriumok, azonban csekély ágyszámmal. Indiában megkönnyíthetné a sanatoriumok elhelyezését az a körülmény, hogy az óriási félszigeten mindenfelé hatalmas hegységek emelkednek, melyeken megfelelő helyek találhatóak tüdőbetegek ápolására s amelyeknek levegője üdítőleg hat a trópusi melegben elbágyadt szervezetre.

A Bombayban székelő King George V. Antituberculosis-League-el kapcsolatban álló és a Western India Turf Club adományából létesült 50 ágyas sanatorium Bombay mellett az ú. n. Parel-dombon, mint az a bemutatandó 7. képen látható, indiai stílusban épült, villaszerű ház, amely köröskörül virággal van ékesítve. Padozata gyönyörű színes márvány, a homályos termekben a betegek egész napon át ágyukban fekszenek. Fekvőfolyosója egyáltalában nincs, az épület emeletén körülvezető keskeny folyosó nem is volna alkalmas fekvőszékek felállítására és tulajdonképpen csak azt a célt szolgálja, hogy a trópusi napnak hevét a mögötte lévő szobáktól némileg távolartsa. A sanatoriumban nincsen állandóan bentlakó orvos, a dispensaire gondoskodik arról, hogy a betegek időnként orvost láthassanak. Az ápolónők angolok és nagy intelligenciájuk bizonyára megkönnyíti az orvos helyzetét akkor, amidőn betegeit



9. kép. A jaipuri kórház tüdőbeteg-osztálya.

reájuk bízva. A sanatoriumot Bombay kormánya és városi tanácsa állandóan anyagi támogatásban részesíti.

Indiában nem sokkal több, mint 500 ágy áll a tuberculotikus betegek kezelésére rendelkezésre. Körülből 10%-on ápolatnak azok, akik nem tudják megfizetni a költségeket, a többi legalább a táplálék beszerzésére fordított kiadásokat téríti meg, azonkívül a kezelésért és ágyért is fizet némi térítést. Ha tekintetbe vesszük, mily óriási a teljesen szegénysorsú tüdőbetegek száma Indiában és azt a felsorolt adatokkal egybevetjük, megállapíthatjuk, hogy a szegénysorsú tüdőbetegek sanatoriumi ápolásának kérdése ez országban teljesen megoldatlan problema.

Hasonlóan megoldatlan kérdés a tüdőbetegek kórházi elhelyezése. Az előrehaladott súlyos tüdővészések Bombayben a nagy elkülönítő kórházba küldetnek el, ha az a pestises vagy más súlyos fertőző betegek által nincsen igénybe véve. Érdekes kísérlet volt Calcuttaban kis tuberculosis-osztályok létesítése a Presidency General Hospital belgyógyászati klinikájának lapos tetején, melyet ugyancsak van szerencsém bemutatni. (8. kép.) Természetesen ennek elhelyezése és építkezése, kis barakszerűsége a nyári hónapokban kevés védelmet nyújt az erős napfény ellen és európai embernek szinte lehetetlenné teszi az ott-tartózkodást. Az ugyancsak bemutatott tüdőbeteg-pavillon a jaipuri kórházban, egyszerűségénél és olcsóságánál fogva ragadja meg figyelmünket. (9. kép.) Az egész ugyanis pálmaháncsból van

összefonva, ablaka, ajtaja nincs, illetőleg utóbbit nyílás helyettesíti és ha a beteg a szabadlevegőn óhajt pihenni, lekuporodik előtte a földre. A különben nagyon szép kórházi főépületben láttam gümös hashártyagyulladás-



10. kép. A colombói kórház tüdőbeteg-pavillonja.

ban szenvedő betegeket oly helyiségben feküdni, amelyekbe a napsugár nem jut el. Általában az volt a tapasztalatom, hogy a betegek a napot kerülik, fekvő-esernokot, vagy szabadban való fekvést sehol sem láttam. Az európai ízlésnek legjobban megfelelő volt a colombói nagy kórház tüdőbetegosztálya, amely oly módon épült hosszúkas, földszintes pavillon (10. kép), hogy a falak csak bizonyos magasságot érnek el és a levegő a kórtermek felső részén szabadon keresztül-áramolhat. Természetesen itt is gondoskodás történt arról, hogy a nap túlerős fénye és heve ne érhesse a betegeket.

A tüdőbeteggondozó intézetek száma, sajnos, szintén igen csekély. Hat nagyobb városban találhatjuk meg e célszerű intézményt. Az első 1913-ban Bombayben nyílt meg, a már fentemlített liga vezetése alatt. Azóta Bombayben egy második dispensaire is létesült, amely azonban nem oly tökéletes, mint az első, az V. György király nevét viselő. Szép és kifogástalan munkát fejt ki a colombói tüdőbeteggondozó intézet, amelyről készült felvételemet szintén bemutatom (11. kép).

A tüdőtuberculosis sebészi gyógy módjai kevésbé ismertek, pedig az indiai nép nem bízik az oly gyógyításban, amelynek eredményei nem elég gyorsan jelentkeznek. Így a sanatoriumok iránt sem mutatkozik nagy bizalom és ez a körülmény nagy mértékben adhatja ma-



11. kép. A colombói tüdőbeteggondozó intézet.

gyarázatát annak, miért létesülnek aránylag kis számmal ily intézmények egy oly országban, ahol sok a dúsgazdag és áldozatkész ember. A kórházi osztályok és dispensairek száma is túlságosan kevés, úgy látszik. Indiában csak népszerű előadások és a lakosság kioktatása

révén óhajtják a prophylaxist szolgálni, különösen az iskolák, ipari telepek higiénejeinek fokozásával és a fiatalság kioktatásával.

Mi magyarok elérkeztünk az egészségügyi culturának egy oly magas fokára, amelyre méltán büszkék lehetünk. Tuberculosis-intézményeink épületei, berendezése és orvosi szolgálata annyira tökéletes és a haladás oly fokán áll, hogy valóban nem szorulunk már arra, hogy ilyenek létesítése alkalmával csakis a külföldet tanulmányozzuk. Ősi hibánk, hogy nem tudjuk megbecsülni azt, amink van, ezért sokan még mindig azt hiszik, hogy az, ami a külföldön van, jobb, mint a miénk. Nekünk ma nem jobb, hanem több intézményre van szükségünk, mint ami van.

A 350 milliónyi lakosságú Indiának elmaradottsága a tuberculosis elleni küzdelemben, az intézmények elégtelen volta nem szabad, hogy összehasonlítás alapját képezze a mi viszonyainkkal, de meggyőzhet bennünket arról, mily nagy jelentősége van intézmények létesítésének a tuberculosis elleni küzdelem szempontjából. Nekünk nincs oly hatalmas embertartalékunk, mint Indiának, ahol évenként 1.000.000 lakosnak elpusztulása szinte észre sem vehető. Az indiai példa megmutatja, hogy a tuberculosis terjedésénél nem a klíma és nem a kevés táplálkozás játsza a főszerepet, hanem a fertőzés terjesztése, amely a legkönnyebben a szűk, egészségtelen lakásokban történik. Ezek ellen kell elsősorban küzdenünk és lehetővé tennünk azt, hogy a fertőzött egyének e lakásokból eltávolíthatók legyenek, akár sanatoriumba, kórházba vagy tüdőtelepre.

Kéry (Bittner) Imre aradvármegyei főorvos szerepe az első csanádvármegyei cholerajárványban.

(Válasz az O. H. „Kéry (Bittner) Imre, mint choleraorvos” című cikkére. (36. sz. 913. l.)

Mayer Ferenc Kolos a fenti orvostörténelmi közleménye keretében szokatlan módon annyi tévedést mutat ki egy pár jegyzetben *Cholerajárványok Csanád vármegyében* című, ez évben megjelent orvostörténelmi tanulmányomban, hogy kénytelen vagyok a helyzetet megvilágítani.

Háládatos és „szerény” orvostörténelmi irodalmunk javát szolgálja, hogy a szerző Kéry (Bittner) Imre aradvármegyei főorvos cholerajegyzeteire akadt, hiszen olyan kevés „megbízható”, naplószerű feljegyzés maradt fenn az első járvány után. A napról-napra bővülő cholerairodalom nem is szorul ezekre. Az Országos Levéltárban, Riegler professor gyűjteményében, Magyar-Kossánál, a vármegyei levéltárakban, jómagammal, a pestvármegyei járványra vonatkozólag dadai Dészynél, a pozsonyvármegyeire pedig Vámosy Istvánnál stb. annyi anyag van felhalmozva, hogy ezekhez hozzávéve a Linzbauer-codex jóformán csupa helytartótanácsi rendeletgyűjteményét, dátumokra, orvosok beosztására, a járvány lefolyására vonatkozólag „teljesnek és megbízhatónak” kell minősítenünk a részben már publikált, részben feldolgozásra, illetőleg kiadóra váró dolgozatokat.

Szokatlan azonban a történelmi kutatásban, hogy egy naplószerű füzetet, amelyet fölébe helyezünk a levéltári aktából felépült műveknek, ösmertetünk anélkül, hogy megjelölnénk a helyet, hol az mindenki számára hozzáférhető és hogy annak pontos leírását nem adjuk. Sokat levon annak nem értékéből, hanem „hitelességéből” pl., hogy a napló Kéry (Bittner) borossebesi nyugdíjas öreg napjaiban készült, amikor dátumszerű pontossággal már visszaemlékezni sem lehet a fiatalkori történetekre, ha az még oly nevezetes volt is, mint az első cholerajárvány (már pedig 1871-ben, 40 évvel a cholerajárvány után író-

dott), úgyszintén dátumbeli adatait akkor sem lehetne készpénznek venni, ha a járvány lefolyása után írta volna meg a különben tudós vidéki orvos, akinek életrajzát bőven közlöm *Csanád vármegye közegészségének története* című, nemsokára nyomdából kikerülő orvostörténelmi könyvemben. De az is szokatlan, hogy egy napló megbízhatóságát többre becsüljük egy rendszeres forráskutatás és forráskritika alapján megírt történelmi könyv adatainál és erről sorozatos „téved, tehát téved“ kitételeket állapítsunk meg anélkül, hogy az idézett levéltári actákat kikerestük és átnéztük volna. Nem kell ezekért Csanád vármegyébe lefáradni, az Országos Levéltár, Helytartótanács (Cholera) actái között csekély fáradsággal megtalálható a közölt acták eredetije, melyek áttanulmányozása után legfeljebb azt lehetett volna megállapítani, hogy *Kéry (Bittner)* naplója sok értékes, hangulatos és regényes orvostörténelmi feljegyzést tartalmaz az első cholerajárványra vonatkozólag, de adatai dátumszerűleg nem mindenhol egyeznek a „hivatalosnak elismert és ezek után megbízhatónak elfogadható“ levéltári acták dátumaival. *Kéry (Bittner)* annyira járatlan volt Csanád vármegyében, vagy annyira elfelejtette a nagyidők szereplő személyeit, hogy még a közigazgatás tisztviselőit sem ismerte. *Mayer* által közölt naplójában „pápaszemes, szürkekabátos főbíróról“, *Ferenczy*ről tesz említést. Ebben az időben Csanád vármegyében a főszolgabíró *Dániel János* volt 1829–1836-ig, szolgabírák pedig *Sánka Ferenc*, *Hervay István*, *Návay Mihály*, *Fejérváry Mihály* voltak. (L. bővebben *Barna-Sümeghy*: Nemes családok Csanád vármegyében, 233. l.) Az alispán *Tököly Péter* volt 1823–1832-ig, aki a járvány elől betegség ürügye alatt Bécsbe menekült, onnan küldte „ex staffetaliter“ haza a megye pecsétjét és bízta meg az alispáni teendőket ellátásával, mint helyettes (másod-) alispánt, *Sástor Jánost*. Ilyen hitelesek és megbízhatók a levéltári adatokkal szemben *Kéry (Bittner)* naplójának feljegyzései.

Erős kritika alá lehetne venni *Kéry (Bittner)* naplóját orvostörténelmi szempontból is, illetőleg hitelességének, megbízhatóságának tekintetében. Köztudomású, hogy Európában és hazánkban 1831-ben volt először cholerajárvány, — nem tudom, hogyan értelmezzük a napló ezen kitételét: „Eddigélé már 5 cholerajárványt éltem meg“ (talán a napló megírásáig [1871!]), vagy „már unalomig olvastam róla (a cholera)“). Az eddig megjelent cholera-összefoglalásokat és leírásokat az első járvány kitörésekor még nem lehetett megírni, mert a Helytartó Tanács hivatalos ismertetései (összesen két 5–12 oldalas füzet) és az országos főorvos, *Lenhossék Mihály* Animadversiones circa curandam Cholera Orientalem et alios Epidemicos morbos in regno Hungariae nunc vigentes... című hivatalos kiadványon kívül egyebet a cholera-ról olvasni nem lehetett. Különben ebben az időben még a híres bécsi egyetem tanári kara sem volt tisztában a cholera mivoltával, mint *Rigler* professor megírja 1911-ben az O. H.-ban (868. és köv. oldalak), nemhogy *Kéry (Bittner)* expressis verbis diagnosis-t mondhatott volna a makói első gyanús megbetegedésről, amelynek consultálására hivatalosan küldték Makóra. (Lásd erre vonatkozólag idézett munkám 37. és köv. lapjait.) Talán egy kizárt serves beteget néztek cholera-gyanúsának, amelyről *Kéry (Bittner)* aláírásával hitelesített, *Hoffmann Károly* csanádmezei főorvossal egyetemlegesen végzett vizsgálatról hivatalosan beterjesztett jegyzőkönyvben (1831 július 27-én) szóról-szóra ezt írja:

„A betegség tüneteit tekintve, nagyon gyanús és nagy a hasonlatossága a cholera-hoz, kivéve, hogy vizelet alkalmával semmi fájdalmat nem érez. Az éjszaka a beteget még kétszer megfürösztötték, ettől és a bevett gyógyszerektől éjfélre annyira jobban lett, hogy görcsei elmúltak, de egy két órai alvás után ismét visszatértek. Széke e napon legalább húszszor volt. 28-án a beteget ismét megvizsgáltuk és tapasztaltuk, hogy a görcsök végleg megszűntek, arca és szeme kevésbé összeesett, nyelve vékony, fehér nyállal bevont, étvágya kissé megjött, vég-

tagjai nem hidegek, gyengén verő pulzusa erősbödött, testi ereje visszatérőben van, erőltetés mellett már jár is. Most már minden remény megvan arra, hogy a beteg felépül, csak az a nagy kérdés, hogy valóban a ragadós nyavalyában sínylődött-e, vagy nem? Ha az összes tüneteket figyelembe vesszük, a hasonlatosság igen nagy és sok szerző nem is követeli meg a cholera betegtől, hogy vizeletének kiürítése közben feltétlen nehézségek álljanak be. Ha valóságos cholerasnak nem is lehet nevezni a beteget, de nagyon hasonlít hozzá. Az a körülmény, hogy a hirtelen fellépett görcsök oly erősek voltak az eddig betegségben nem szenvedő, életerős embernél és hogy a gyógyszerek és fürdők 36 órán át meggyógyították, azt bizonyítják, hogy nem a napkeleti epekörsággal állunk szemben. Különben is a beteg „bélszakadásban, vagy sérvésben“ régtől fogva szenved.“ (Csanád vármegye levéltára, 1020/1831. fasc. VI. latin kézirat magyar fordítása.)

Hogy lehet ezekből a határozatlan szavakból *Mayer*-nak azt következtetni: „tény, hogy *Kéry* az esetet cholera-nak állította s diagnosisa annyival inkább helyes volt, mert saját állítása szerint a cholera tüneteit jól ismerte“. (O. H. 36. szám, 914. lap, 4. jegyzet.) De nem lehet határozottan egy városban sem megállapítani, hogy a cholera mikor lépett fel először, midőn sehol sem ösmerték fel. A Helytartó Tanács hivatalos kimutatásának „mikor lépett fel először“ rovatába bejegyzett dátumot vagyunk kénytelenek hivatalosan elősmerni, nem pedig egy — már több adatáról bebizonyítottan — megbízhatatlan napló feljegyzéseit. Csanád vármegyében az első esetet valóban július 27–28-án észlelték először, de erről maga *Kéry (Bittner)* sem tud hivatalos jelentésében határozott véleményt mondani, csak már később, naplója írásakor, így megmarad az idézett művemben közölt dátum, augusztus 3-a, amely augusztus 10-én került a Helytartó Tanácshoz, a később megírt napló adata pedig csak feledékenységnél minősíthető, hogy rég meghalt, kiváló collegámat ne illessem a „tévedés“ vádjával. A cordon megszüntetéséről írott feljegyzései pedig csak jóindulatú tanácsok maradtak, mert ebben az időben 3–4 helyről érkeztek napoként a rendeletek (Helytartó Tanács, József nádor, kormánybiztosság, megyei parancsnokság), így nem lehet rajta csodálkozni, hogy az életképes tanácsok csak tervek maradtak, amelyek kivihetetlenek voltak. *Kéry (Bittner)* hódmezővásárhelyi útjára vonatkozólag pedig az a megjegyzésem, hogy *Mayer* olvassa át művem erre vonatkozó bőséges feljegyzéseit, levéltári acták másolatait, valamint az erre vonatkozó citált irodalmat, és meg fog győződni, hogy nemesak a *Kéry*-féle jellemek, hanem még felelősebb beosztásban levő tisztviselők és orvosok is elhagyták a „félsz“ miatt hivatalos beosztásukat. Ezt a díszítő jelzőt *Kéry*-ről a Csanád vármegyei Tekintetes Karok és Rendek szögezték le hivatalos iratukban, sokkal nagyobb tisztelettel viseltetem elhunyt collegáim iránt is, semmint hogy én találtam volna ki.

A forráskritika jelentőségének felismerése *Hóman Bálint* szerint az újkori történetírás érdeme. Már a középkori történetírók sem vették készpénznek a levelezés és naplók adatait és ezeknek erős megrostálása után készült most a *Hóman-Szegfű*: Magyar Történet, amely sok mindenben újat hoz és sok fejezetét a magyar történelemnek más színben tünteti fel. *Kéry* naplója többi részének megbízhatóságához nem tudok hozzászólni, mert nem ösmerem, *Mayer* pedig csak azon részeit közli, amely adatokat „hitelesnek“ véelve, könyvem több helyéről a „tévedést“ megállapíthatja.

A levéltárak adatait, amelyeknek lelőhelyére mindenhol hivatkozom, föléhelyezem az egyéni hangulatok és emberi indulatoktól erősen befolyásolt naplóirodalomnak, hitelességét a levéltári actákkal szemben kétségbevonom s nem fogadhatom el cáfolhatatlannak e napló adatait, amelyek alapján olvastattak reám „tévedéseim“.

Bálint Nagy István dr.

Válasz Bálint Nagy Istvánnak.

Kéry Bittner Imre életét és choleraorvosi működését értékesnek és érdekesnek találtam arra, hogy az akkori viszonyokat *Kéry* önéletrajzában talált adatokkal az életrajz élénk leírásában megelevenítsem. Az autobiographiát (nem naplót!) *Kéry* a Magyar Tudományos Akadémia számára írta. A helyet, ahol a kézirat eredetije található, *Bálint* collegának nemrég szóbelileg megjelöltem. Igaz, hogy az életrajzot 73 éves öreg írta, a közölt események után 40 év múlva. De öreg emberek tudvalevőleg élénken emlékeznek ifjúkoruk eseményeire. S az életrajz dátumai egyébként is összevágának a *Bálint* által közölt levéltári adatokkal, még a részletekben is.

Hogy a július 27-i megbetegedés cholera volt, azt nem én, hanem *Kéry* állítja. Lehet, hogy ennek a hivatalos jelentés ellentmond, s a forráskritika szabályai szerint ennek, mint mely az eseményt közelebbi időben rögzítette, nagyobb volna a hitelessége. De ha számba vesszük, hogy — amint *Bálint* könyve is említi — a megyék büszkeségi kérdéssé tették, hogy határórságukon át hozájuk a cholera nem tud beférkőzni; ha tudomásul vesszük, hogy a csanádi alispán éppen ezért nem akarta elfogadni az orvosok által megállapított diagnoszt, akkor érthető, hogy a bizonyos pressio hatása alatt készült hivatalos jelentés az orvosoknak a vizsgálat alkalmával szerzett meggyőződésével nem egyezik. *Kéry* a később cholerajárványok esetei között sem látott kifejezettebb formát a makóinál. (Az „eddigelé“ kifejezés érthetően 1871-re vonatkozik.)

Bálint könyvére szükségszerűen — köteles udvariasságból is — alludálnom kellett cikkemben, hiszen ugyanazon eseményeket írta le *Kéry* is; s csak e tisztos öreg orvos emléket védtem, minden személyes támadó célnak nélkül. Elvégre érthető, hogy minél több oldalról világítjuk meg a történelmi eseményeket, annál közelebb jutunk az igazsághoz. Tény, hogy közleményem jegyzeteiben mindenütt a harmoniát kerestem a *Bálint* által közölt levéltári adatokkal. Ahol eltérés van a megyei archivum és a biographia között, ott mégis inkább talán a biographiának lesz igaza és *Kéry* háromhetes hódmezővásárhelyi tartózkodásának talán mégis lesz valami nyoma a csongrádmegyei levéltárban. Kritikai apparatussal vizsgálva az önéletrajzot, nem volt semmi okom, hogy *Kéryt* confabulatióval vádoljam meg.

Bálint az önéletrajzot azért akarja megfosztani hitelességétől és azért gondolja *Kéryt* feledékenynek, mert ez utóbbi szerint július 27-én és nem augusztus 3-án volt Makón az első choleraeset. Ezen kérdés transeat! Prof. *Sticker*, az epidemiák ismert világhírű kutatója, a Budapesten nemrég lezajlott orvostörténelmi gyűlésen kijelentette előadásában, hogy teljesen lényegtelen és irracionális annak a firtatása, hogy 30-án vagy 31-én észlelték-e valamely járvány első esetét, mert nem az egyes és az egyéni a fontos itt, hanem a megbetegedés tömeges fellépése, s a járványtörténelmi kutatónak is ezt kell vizsgálnia. Az egyes megfigyelésben *Kéry* is, *Hoffman* is, de a hivatalos közeg, *Saátor* alispán is tévedhetnek.

Sokat lehetne arról írni, hogy valamely történelmi esemény chronologiai meghatározásában vagy lefolyásának leírásában melyik forrás értékesebb: a hivatalos feljegyzés-e vagy az egyéni. Tény, hogy a hideg hivatalos jelentésekkel a történetírónak sohasem szabad beérnie, mert ez egyrészt forrásbeli egyoldalúság, másrészt szüntelen, nem eleven történetíráshoz vezet. A hivatalos jelentés *maradvány*, az életrajz pedig *hagyomány*, s mint ilyen, természetesen subjectivebb, de az önéletrajzokban éppen ez a vonzó, sőt néha értékes. A *Kéry*-féle önéletrajz azonban nem tartalmaz olyan subjectív elemeket, amelyek alapján annak hitelességét kétségbevonni, vagy íróját feledékenységgel vádolni lehetne.

Mayer Ferenc Kolos dr.

VEGYES HÍREK

A Pázmány Péter Tudományegyetem megnyitóünnepét szeptember 17-én tartotta. A lelépő rector *Wolkenberg Alajos* nagy tetszést aratott beszámolójából a következő érdekes adatokat közöljük. A hallgatók száma az 1928/29. tanévben az *I. félévben 6058* (és pedig 119 a hit-, 2467 a jog-, 1418 az orvos-, 1841 pedig a bölcsészettudományi karon), a *II. félévben 5724* volt (és pedig 115 a hit-, 2298 a jog-, 1354 az orvos-, 1748 pedig a bölcsészettudományi karon). Gyógyszerész-hallgató volt az orvoskaron 124 (114), a bölcsészeti karon 89 (95).

Vallás szerint volt római katolikus az *I. félévben 4023*, a *II. félévben 3786* (66.4%, illetőleg 66.14%), görög katolikus 77 (78), görögkeleti 18 (17), református az *I. félévben 903*, a *II. félévben 861* (14.9%, illetőleg 15%), ág. evangélikus az *I. félévben 556*, a *II. félévben 525* (9.17%, illetőleg 9.1%), unitárius 40 (40), izraelita az *I. félévben 433*, a *II. félévben 409* (7.14%, illetőleg 7.11%), mohamedán 1, örmény katolikus 1 (1), baptista 6 (5).

Honosság szerint volt magyar 5999 (a *II. félévben 5665*), német 42 (45), tót 1 (1), bolgár 4 (5), szerb 1 (1), angol 4 (2), olasz 3 (3), török 1, horvát 3 (2).

Nőhallgató volt (az állami számviteletre beiratkozottakat nem számítva) orvos 90 (95), bölcsész 750 (709), gyógyszerész 77 (79), összesen 917 (883), a hallgatósnak 15.14%, illetőleg 15.42%-a.

Az *I. félévre* felvehető hallgatók száma volt 50 a hit-, 552 a jog-, 240 az orvos- és 410 a bölcsészettudományi karon, gyógyszerész pedig 77.

Doktoravatás volt 787. Ebből hittudományi 5, kánonjogi 3, jogtudományi 272, államtudományi 141, orvostudományi 307, bölcsészettudományi 56, gyógyszerész 3. A doktorok felavatása összesen 35 felavató ülésen történt.

Tandijmentességben az *I. félévben 2351*, a *II. félévben 2558* hallgatót (39%, illetőleg 45%) részesítettünk és az elengedett tandíj összege az *I. félévben 183.447*, a *II. félévben 195.993* pengő volt.

A vallás- és közoktatásügyi minister úr a tanév telén 40.000 pengőt adományozott szegénysorsú és jó előmeneteli hallgatók ösztöndíjára és ebből 443 hallgatót részesítettek segélyezésben.

A korona leromlása folytán a rectori hivatal kezelése alatt álló alapítványok elértéktelenedtek s ezek kiegészítésére a Rector Magnificus 4300 pengőt fordított. Ezenfelül restauráltatta a díszterem és tanácstermek olajfestményeit, s a még élő volt rectorok arcképfestésének megkezdésére 3000 pengőt adott az új rectoroknak. Művészi szavazóurnát készíttetett ezüstből, ékkövekkel kirakva és doctoravató beszédeit kinyomatva, azt tanártársainak és valamennyi új avatottnak megküldötte.

A lelépő rector ezután átadta jelvényeit az új Rector Magnificusnak, *Dolleschal Alfréd* büntetőjogi professornak, és beiktatta az új tanácsot. Az új rector — ki a nemzetközi büntető bíraskodás jogosulatlanságáról értekezett, s azt csupán a győzők hatalmi eszközének minősítette, mivel a számukra előnyös statust fenntartani igyekeznek, a közönség ismételten kitüntető tapssal köszöntötte. Alig volt még ilyen népes „veni sancte“ és díszközgyűlés; az egyetemi tanárok csaknem teljes számban ott voltak (el sem fértek a nekik fenntartott helyeken), emelte az ünnep fényét gróf *Klebsberg Kuno dr.* vallás- és közoktatásügyi minister, *Sipőcz Jenő* polgármester megjelenése.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület pályázata.

1. A „*Balassa-díjalap jutalomdíj*“-ra, 1927 szeptember 1 óta magyar nyelven megjelent, elméleti szakmájú, eredeti, önálló kutatások alapján készült tudományos becsű értekezések, hézagpótló monographiák vagy kézikönyvek jutalmazására;

2. A „*Dr. Mészáros Károly-féle alapítvány jutalomdíj*“-ra, 1927 szeptember 1 óta a bonetan, szövettan, vagy fejlődéstan köréből nyomtatásban megjelent legjobb magyar orvosi értekezés, hézagpótló monographia, vagy kézikönyv jutalmazására;

3. A „*Dr. Szenger Ede-féle orvostudományi pályá-*

díj"-ra. Magyarországon érvényes oklevéllel bíró orvosok részére az orvostudomány bármely szakmájából választott, önálló kutatások alapján készült, befejezett, magyar nyelven írt, még sehol meg nem jelent dolgozat jutalmazására;

4. A „*Dr. Widder Ignác-díjalap jutalomdíj*“-ra, az orvostudomány bármely szakmájából 1927 szeptember 1. óta önálló vizsgálatok alapján készült tudományos becsű munka jutalmazására. E jutalomdíjra jelégés levéllel, vagy álnéven is lehet pályázni s a pályázaton való részvételnek nem akadályozza az, hogy a munkát részben, vagy egészben nyomtatásban már megjelent.

A pályadíjakra számottartó munkák a cél megjelölésével 1929. évi október 15-ig küldendők be az Egyesület főtitkárának (VIII., Szentkirályi-utca 21.). A megjelölt lejáratú időn túl beadott dolgozatok nem vétetnek tekintetbe. A pályázatra benyújtott munkák a pályázat elintézése előtt nem vonhatók vissza. A pályázat elintézése után a beadott kéziratokat igazolt tulajdonosaik visszakapják. A pályázatok eredménye az 1929. évi decemberi közgyűlésen hirdettetik ki, ugyanakkor kerülnek kihirdetésre az „*Orvosi Hetilap-díjalap*“, a *Budapest-Józsefvárosi Orvostársaság Bókay János-émlékalapítvány*, a „*Friedrich Vilmos alapítvány*“, a „*Báró Herczel Manó-alapítvány*“ a „*Tauszk Ferenc-alapítvány*“ és a „*Néhai id. dr. Johan Béla-alapítvány*“ jutalomdíjakkal kitüntetett munkák, illetve előadás. A pályanyertes munkák szerzői az Orvosegyesülettől az alapítványok kamatainak elértéktelenedése folytán bronzplaquettet kapnak.

A boroszlói hét programja. Október 2-án, szerdán, délelőtt 10–11-ig:

Stapp Vilmos tanár: „Diagnostische und therapeutische Fortschritte auf dem Gebiete der Gallenpathologie“. III. sz. *belklinikán*.

Október 2-án, szerdán, délelőtt 11–12-ig:

Henke Frigyes tanár: „Carcinom und chronische Entzündung im Magen“. II. sz. *körbonctani intézetben*.

Október 4-én, pénteken, délelőtt 9–10-ig:

Fraenkel Lajos tanár: „Über der Nachbargebiete anatomische, physiologische und klinische Studien“. II. sz. *női klinikán*.

Október 4-én, pénteken, délelőtt 11–12-ig:

Mathias Ernő tanár: „Das Krankheitsbild des Interrenalismus“. I. sz. *körbonctani intézetben*.

Október 4-én, pénteken, délelőtt 12–1/2-ig:

Foerster Otfried tanár: „Die Topik der Gehirnrinde des Menschen“. *Elmekörtani klinikán*.

Október 5-én, szombaton, délelőtt 10–11-ig:

Riesser Ottó tanár: „Neuere Ergebnisse der Muskelforschung“. *Élettani intézet*.

Október 5-én, szombaton, délután 4–5-ig:

Prausnitz Károly tanár: „Epidemiologie als Grundlage planmäßiger Seuchenbekämpfung“. *Közegészségtani intézet*.

Érdeklődő orvoscollegák minden előadáson szívesen látott vendégek.

A Nemzetközi Orvosi Hydrologiai Társaság és a Rheumaellenes küzdelem Nemzetközi Szövetségének októberi nagygyűlése Budapesten. Fenti két egyesület ez év október hó 13–18-ig terjedő időben fogja tartani ezévi nagygyűlését. A nagygyűlés iránt a magyar orvostársadalom körében oly nagy az érdeklődés, hogy szükségesnek tartjuk olvasóinkat ezen egyesületek munkájáról, céljáról és ezidei budapesti nagygyűléseikről tájékoztatni.

A *Nemzetközi Orvosi Hydrologiai Társaság* (International Society of Medical Hydrology) 1920-ban Londonban alapított nemzetközi egyesület az ásványvizek és gyógyfürdők tudományos tanulmányozására. Jelenleg húsz nemzet kb. 400 taggal van az egyesületben képviselve. Magyarország az alapítás óta résztvesz e nagy jelentőségű mozgalomban és a magyarországi tagok száma jelenleg húszon felül van. Az egyesület székhelye London, elnöke Fortescue Fox, főtitkára E. P. Poulton, lapja az *Archives of Medical Hydrology*.

A *Rheumaellenes küzdelem Nemzetközi Szövetsége* (Ligue Internationale contre le Rheumatisme) az előbbi egyesület egy bizottságából 1925-ben önállóvá alakult nemzetközi szervezet a mozgási szervek peripheriás meg-

betegedéseinek tanulmányozására és leküzdésére. A megindított rheumaellenes mozgalom hatásaként 31 államban alakult rheumaellenes egyesület. Nálunk tavaly alakult meg a *Magyar Orvosok Rheuma-Egyesülete* báró Korányi Sándor dr. elnöklete alatt. A Rheumaellenes küzdelem Nemzetközi Ligájának elnöke ugyancsak Fortescue Fox, főtitkára Van Breemen. Az egyesület székhelye Amsterdam, hivatalos lapja az *Acta Rheumatica* (gépírásban).

Ezek az egyesületek collaborálva évről-évre megtartják évi nagygyűléseiket, mely a dolog természeténél fogva nagyszabású nemzetközi congressus jellegével bír. Mivel ezen egyesületek tagjainak jórésze és az egyes államok kiküldött hivatalos representánsai közismert és kimagasló tekintélyű orvosok, a congressust mindig és mindenütt kitüntető szívésséggel és megkülönböztetett figyelemmel fogadták. A nagyszabású római és a múlt évi londoni congressus méreteitől a budapesti nagygyűlés semmiképpen sem fog elmaradni, sőt reméljük, sikerében felülmúlja azokat. A kormány és a főváros átérzi a világ fürdőszakemberei és orvosai ötnapos látogatásának fontosságát a tudományos balneologia és Budapest fürdőváros és *gyógyhely* szempontjából és a nagygyűlést előkészítő magyar helyi bizottságnak (vezetője Vámosy Zoltán professor) mindenben messzeelőleg segítségére van és megfelelő anyagi támogatást nyújt.

Az egyesületek tudományos ülései délelőttönként lesznek az Akadémia és részben a Szent Gellért-fürdő dísztermében. A napirenden négy nagyjelentőségű thema szerepel, melyeknek külföldi kiváló előadói közül megemlítjük a következő neveket: Gabbi (Olaszország), Pinilla (Spanyolország), Strasser, Freund, Cuett (Ausztria), Race (Anglia), Dietrich, Limmer (Németország), Kalnsten (Svédország), Van Bremen (Hollandia). A bevezető referatumokat mind a négy gyűlésen magyar orvosok tartják: Dalmady Zoltán (A keserűvizek hatásáról), Schmidt Ferenc (Fürdő- és ivókúrák szerepe a vérkeringési bántalmakban), Benczur Gyula (Az acut és chronikus betegségek egymáshoz való viszonya) és bilkei Pap Lajos (Az ú. n. rheumas betegségek haematológiája és serológiája). Délutánonként és az utolsó napon a város nevezetességeinek, culturalis és egészségügyi intézményeinek és klinikáinak megtekintése, forrásainak és fürdőinek tanulmányozása van soron, esténként a magyar balneologiai egyesület, a főváros és a kormány bankettjei és az Opera díszelőadása van programon. Terve van véve az utolsó napon a Balaton megtekintése is. A kormányzó az egyesületek vezetőit a congressus első napján kihallgatáson fogadja.

Nagyfontosságú szerepe lesz a Nemzetközi Orvosi Hydrologiai Társaság budapesti közgyűlésének is, melynek egyik főtárgya a *Nemzetközi Fürdő- és Ásványvíz-Törzskönyv* megalkotása és bevezetése lesz. Ez a törzskönyv elsősorban az ásványvízelemzés nemzetközi egységesítését célozza és megakadályozza majd a jövőben értéktelen vizeknek és fürdőknek túlzott propagandáját. Nem érdektelen itt felemlítenünk, hogy az ásványvízelemzésnek standardizálására vonatkozó angol javaslat nagyrésztben tartalmazza azokat az elveket, melyeket Than Károly úttörő munkáiban évtizedekkel ezelőtt kimondott. Ugyancsak a közgyűlés feladata lesz az egyesület munkájának és hatáskörének kiterjesztése a klimatológiára, geológiára és forrástechnikára.

És ha végül elmondjuk, hogy ezen a nagygyűlésen adnak egymásnak találatát Európa legnevesebb physikotherapeutái, hogy a nemzetközi physikotherapeutikai congressusok felújításáról a háború után először Budapesten tárgyaljanak, még jobban kidomborodk előttünk a physikalís gyógymódok, a rheumakutatás, a tudományos balneologia, Budapest fürdőinek és Magyarország kellő megismerésének és értékelésének szempontjából ezen néhány októberi nap nagy jelentősége.

A congressus nagy nemzeti fontosságára való tekintettel a Magyar Balneologiai Egyesület és a Magyar Orvosok Rheuma-Egyesülete, melyek vezetősége a nagygyűlést előkészíti, ezúton is felkéri a fővárosi egészségügyi és tudományos intézetek, klinikák, kórházak és fürdők orvosvezetőit, hogy a congressus időtartama alatt a látogató külföldi orvoscollegákat szívesen fogadják. Felkéri ezenkívül a nagygyűlés iránt érdeklődő orvoscollegákat és colleganóket, hogy amennyiben a nagygyűlésen résztvenni óhajtanak, már most jelentkezzenek, mivel a tudományos üléseken és a nagygyűléssel kapcsolatos ünnepségeken a Nemzetközi Orvosi Hydrologiai Társaság tagjain kívül orvosvendégek csak korlá-

tolt számban vehetnek részt. Jelentkezési díj 20 pengő, mely **Frank Miklós dr.** pénztárnok címére (I. Attila-körút 17-21.) küldendő.

A congressusra vonatkozólag bárminemű felvilágosítást nyújt **Dalmady Zoltán**, a helyi bizottság főtitkára (IV. Prohászka Ottokár-utca 10.) és **bilkei Pap Lajos** (III. Szt. Lukács-fürdő).

Orvosdoktorra avattattak a budapesti kir. magyar Pázmány Péter tudományegyetemen 1929. évi szeptember hó 21-én: **Akkermann János, Biróczy József, Eszes Ferenc, Fáber Andor, Francsek Antal, Gulyás József, Kopasz Pál, Krompecher István, Klamartsik Aladár, Molnár Vilmos, Nagy Andor, Pogonyi Nándor, Radnai Pál Miklós, Stern Sándor, Simkó Béla, Szöllősy László, Thury Jenő, Vodrátska Béla és Verbók Géza.** Üdvözljük az új kartársakat!

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

Hasi hagymáz.....	189	36	135	Gyermekágyiláz.....	1	1	2
Küteges hagymáz ..	—	—	—	Bárányhimlő	14	—	20
Hólyagos (ál-) himlő	—	—	—	Járv. fültőmirigylob	6	—	6
Kanyaró	23	—	45	Vérhas	136	15	127
Vörheny	39	—	37	Járványos agygerinc-	—	—	—
Szamárhurut	18	3	28	agyhártyalob	—	—	1
Roncóló torok- és	—	—	—	Trachoma	19	—	28
gégelob	87	5	103	Veszetztség	—	1	1
Influenza	14	—	16	Lépfene	1	1	—
Ázsiai kolera	—	—	—	Paralysis infant. . .	—	—	—

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

Kiadványainkat olesón 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—
Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei. 215 oldal	6-50 „	„ 5-50 „
Vászonba kötve	8—	„ 7—
Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonalala. 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. Utánvételt való rendelésnél a portó költséget is felszámítjuk.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VAMOSSY 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 e heti számához **Novák Rudolf és Társa** orvosi szakkönyvkereskedés jegyzékét mellékeljük, melyre olvasóink nagybecsű figyelmét felhívjuk.

LEGTÖKÉLETÉSEBB, ERŐS BACTERICID NATÁSÚ ANTISEPTIKUM A
LYSOFORM
OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGEZ BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

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

TÜZMENTES RÖNTGENFILMSZEKRÉNYEK
BARTA ÉS SZÉKELY
Budapest IV, Múzeum-körút 37.
Telefon: Aut. 840-97.

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

DR. PAJOR-SANATORIUM
VIII, Vas-utca 17.
Zander- és ortopéd-sebészet

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

PÁLYÁZATOK.

A székesfőváros VIII. kerületében megüresedett **pályatorvosi állásra** pályázatot hirdetünk.

Felhívjuk a pályázni óhajtókat, hogy pályázati kérvényüket folyó évi október hó 5-én déli 12 óráig VIII., Kerepesi-út 3., I. em. 124. sz. alatti hivatalos helyiségben adják be, ahol a pályázati feltételeket és egyéb útbaigazításokat is megkaphatják.
24594/929—I. sz. *Budapesti Üzletvezetőség.*

Jász-Nagykún-Szolnok vármegye I. Ferencz József-kórházában 1 (egy) **segéd-(al)orvosi állásra** pályázatot hirdetek. Javadalom az 1926. évi 124.000 N. M. M. körrendelet 3 §-a és az 1927. évi 9000 M. E. sz. rendelet szerint havi 144.— P. állami rendszerű XI. fizetési osztály III. fokozata szerinti kezdő fizetés (de ha a kinevezett segédorvos szolgálati ideje beszámítva másutt, hasonló minőségben töltött idejét is, eléri a három évet, előléphet a X. fizetési osztály III. fokozatába), továbbá bútorozott lakás a kórházban, fűtés, világítás ingyen, I. oszt. élelmezés az önköltségi ár 50%-a fejében, ami most körülbelül 25—27 pengő körül van havonként.

A pályázati kérvényhez csatolandó: magyar egyetemi orvosi oklevél, születési bizonyítvány, rövid életrajz, továbbá igazolni kell a kömmün alatti magatartást, eddigi szolgálatot és esetleg szakképzettséget, szakminősítést, különösen sebészet terén.

Kérvény 1929 október 10-ig, méltóságos Almásy Sándor főispán úrhoz címezve, a kórháznál adandó be. Ki nevezés a pályázat sikere esetén egy vagy két évre fog történni, de aztán megújítható.

Szolnok, 1929 szeptember 10-én.

1422 k. i.—1929. sz.

dr. vári Papp Gábor sk.,
m. kir. eu. főtanácsos,
kórházigazgató.

Sószegény diaetához

HOSAL-CHINOIN

konyhasómentes

konyhasóízű

konyhasópótszer

15, 60 és 250 g-os üvegek. 1 kg-os hórházi csomagolás.

Igmándi

kúrák otthon

Reggelenként fél pohár Schmidthauer-féle

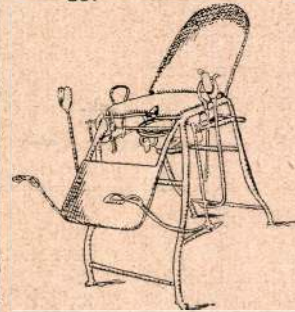
Igmándi keserűvíz

éhgymorra, langyosan használva, kitűnő eredménnyel pótolja a karlsbadi és marienbadi ivókúrákat bármely évszakban. Sok esetben elegendő már néhány evőkanállal is.

Magyarország részére kizárólagos egyedárúsító:

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. l. em.
Telefon: T. 115-13 és T. 115-19.

Orvosi berendezések elsősorban kivételben s igen méltányos árban. Kötszerek, sérv- és háskötők, finom gumiárúk, valamint az összes betegápolási cikkek állan-

dóan raktáron tartatnak. Külön osztályban a legkiválóbb külső és belföldi kozmetikai készítmények nagy választékban kaphatók.

Stilles, Stockholm rozsdamentes műszereinek magyarországi egyedárúsítója.
Műszerjavítás gyors, pontos és jutányos eszközlése.

Újdonság!

1929. AGEMA-féle DIATHERMIA 6 amp.

absolut üzembiztos.

Az összes elektrotherapiás készülékről kérje legújabb árjegyzékünket.

Újdonság!

QUARZLÁMPÁK

minden típusát raktárról azonnal szállítjuk gyári áron.

Mikroszkopok.
Kystoskopok.

Teljes, speciális kozmetikai felszerelések. — Olcsó árak.
Kedvező fizetési feltételek.

Vezérképviseltek:

KELETI J. orvosi műszer- és kötszergyár, Budapest IV, Petőfi Sándor-u. 17.

Neurolysin sec. dr. Pápay
bacterium autolysatum
neuralgiák, neuritisek és ischias kezelésére.

Proteinosan S. U. sec. dr. Pápay
tartalmazó tejkészítmény, proteíntherápia céljára
a legalkalmasabb

Parenterosan sec. dr. Pápay
5% caseint tartalmazó
készítmény, proteíntherápia céljára.

**DR. PÁPAY-FÉLE OLTÓINTÉZET ÉS SZÉRUM-
TERMELŐ R.T.,**
BUDAPEST IX, LÓNYAY-UTCA 12.

Járványos és fertőző betegségek ellen legjobb védekezés a

Szent László fertőtlenítő szappan

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

Megjelent a gyakorlóorvos kitűnő tanácsadója:

AZ ORVOSI VIZSGÁLATOK KOMPENDIUMA

„Hasznos útbaigazítója minden gyakorlóorvosnak, nélkülözhetetlen kézikönyve minden pénztári orvosnak, kinek a munkaképesség kérdésében is állást kell foglalnia.“

ÁRA **4** PENGŐ

Budapest IV. ker., Kossuth Lajos-utca 18. sz.

különös tekintettel a kórisme és munkaképesség megállapítására, valamint a színlelésre. Írta: LÉVAI DEZSŐ dr., a MÁV. ellenőrző orvosa. Kapható minden könyvkereskedésben, valamint

a K. M. Egyetemi Nyomda
könyvesboltjában

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A térdizületi sportsérülések.

A térdizület különleges bonctani berendezésével magyarázható, hogy az ízületben a működést fájdalmasan zavaró súlyos elváltozások keletkezhetnek anélkül, hogy a betegnek törése, vagy ficama volna. Ezen elváltozások egyrészt a térdizületet felépítő alkotóelemek veleszületett silányságára vezetendők vissza, másrészt erőművi behatásokkal hozhatók összefüggésbe, amelyek a köznapi életben, vagy pedig sportolás alkalmával érik a térdizületet.

A térdizületben, hasonlóan a könyökizülethez, csak nyújtás és hajlítás lehetséges. Míg a könyökizületben a túlnyújtást esontok érintkezése akadályozza, addig a térdizületben ezt a feladatot a szalagok, inak és a tok végzik. A térdizület behajlításánál az ízfelszínnek elcsúszását a keresztszalagok akadályozzák, amelyek a behajlítás fokozásával párhuzamosan és rostoként megfeszülnek és ellazulnak. A térdizület különlegességei közé tartozik, hogy az ízületben izületközi porcok helyeződnek el, ami ugyan nem egyedülálló berendezés a szervezetben, de nagyfotosságú azért, mert ezen porcok sérülései az ízület működésében komoly zavarokat eredményezhetnek. A félholdképzű porcok élettani szerepét több elmélettel iparkodtak érthetővé tenni, azonban egységes, az ízület mechanikája szempontjából minden kérdést megfejtő magyarázatot ezideig nem kaptunk. A porcok eltávolítását átmeneti kellemetlenségeken kívül izületi zavarok nem kísérik, sőt vannak esetek, ahol a porcaitól megfosztott beteg súlyos munkát illetőleg erős izületi teljesítményt igénylő sportot űz anélkül, hogy ez az erős igénybevétele az izületre káros következményekkel járna.

A térdizület belső sérülései közül gyakoriságuknál fogva a legfontosabb helyet a félholdképzű porcok sérülései foglalják el. Lényegesen ritkábban észlelhető a keresztszalagok szakadása, az ízfelszín porcának leválása, valamint az izületi égér. A félholdképzű porcok szakadását a mindennapi életben és nehéz testi munkát végzőknél látjuk, de különösen gyakoriak a sportolóknál. A sportok közül a labdarúgás okozza a legtöbb félholdképzű porcszakadást.

A félholdképzű porc szakadása az ízületben közvetlen úton (kódobás, cricketslabda, rúgás), vagy közvetve jön létre. A közvetett sérüléseknél a félholdképzű porcok a két ízfelszín által össze- vagy lepréselődhetnek, de leggyakrabban az alszár ki- és beforgatása következtében leszakadnak. A labdarúgással kapcsolatos porcsérüléseknél az alszár forgató erejének igen nagy szerepe van és a porcsérülések tetemes százaléka ily módon jön létre.

A kórisme felállításában az értelmes beteg által elmondott kórelőzmény pontos lerögzítése és az ebben elmondott adatok kellő értékelése a legfontosabb. A sérülés pillanatában a beteg erős fájdalmat érez és gyakran roppanást hall a térdizületében. Ezt a pattanásszerű hangot sok esetben nemcsak a beteg, hanem a környezetében állók is észlelik. A sérülés után az ízület többnyire rögzítődik és a beteg azt sem hajlítani, sem kinyújtani, nem tudja. A rögzítés oka az elszakadt és helyéből eltávolodott félholdképzű porcban keresendő. A beteg a lábát mindaddig használni nem tudja, amíg a porcot az alszár megfelelő mozgatásával vissza nem ugratjuk. Ezt a mű-

veletet olyan labdarúgók, kiknél a porc szakadása következtében a porc kificamodása már többször megismétlődött, az alszár ide-oda rángatásával már maguk is elvégzik, sőt egyes esetekben a játékot tovább is folytatják. A Röntgen a porcok állapotáról nem nyújt felvilágosítást. A porcok láthatóvá tételét az ízületbe fújt levegővel vagy oxigénnel kísérelték meg. Az eljárás nem veszélytelen és ezért, éppen mivel a közönséges Röntgenvizsgálattal szemben kevés előnyt nyújt, bátran mellőzhető. Hasonlóan vagyunk a térdizület endoszkopikus vizsgálatával, amely már műtétszámba vehető és korántsem egyszerű.

A félholdképzű porcsérülések kezelését illetően a sebészek álláspontja nem egységes. Vannak, akik minden esetben és rögtön operálnak, a másik szélsőséges álláspont képviselői pedig csak a conservatív kezelést ajánlják. Számos észlelt és operált esetem alapján a leghelyesebbnek tartom a középutat választani. Heveny esetekben a porcok repositiója megkísérelendő oly módon, hogy a térdizületet erős nyújtás után óvatosan behajlítjuk, majd 8–10 napi rögzítés után massage-val és hőkezeléssel az izomzat sorvadását iparkodunk megakadályozni. Minden esetben ajánlatos a sérülés után néhány hónapig gumitricot-szövetből készült térdsapkát hordatni, ami nemcsak kellemes érzést jelent és jó járást biztosít a betegnek, hanem a porc újabb kitérését nagy mértékben akadályozza. Ha a beteg porcszakadása ily módon meggyógyul, és ha módjában van magára vigyázni oly értelemben, hogy a porcszakadást előidéző sportokat kerüli, valószínű, hogy gyógyulása véglegesnek mondható. Másként áll azonban a helyzet, ha az illető foglalkozását folytatni kénytelen, illetőleg a sportolásról nem tud, vagy nem akar lemondani. Ezekben az esetekben a porc újabb elszakadásának lehetőségével kell számolnunk és valószínű továbbá az is, hogy betegsége állandósul, mert ezekben az idült esetekben nemcsak nagyobb erőművi behatásokra hagyja el a porc helyét, hanem lényegtelen, a köznapi élet szokásos mozdulataira is kitér.

A félholdképzű porcsérülés ezen idült esetei conservatív kezeléssel már nem hozhatók rendbe és ilyenkor feltétlenül műtétre kell folyamodnunk. Ezekben az esetekben a műtét elvégzése nemcsak azért fontos, mert a beteg megkíméli magát a további kellemetlenségektől, hanem tapasztalás szerint a helyéből kimozdult porc állandó izgalmat tart fenn a térdizületben, ami viszont az erre alkalmas ízület deformáló arthritiséhez vezethet.

A porcsérülés műtete a beteg porc eltávolításából áll. Vannak, akik a sérült porc összevarrását elegendőnek tartják. Az eljárás azonban nem mondható észszerűnek, mert porc nélkül is tökéletes az ízület működése, viszont a legjobban megvarrt porc újlag szétszakadhat.

A műtéttel elért eredmények általában igen jóknak mondhatók. Az operált labdarúgók közül sokan még évekig folytathatják kedvence sportjukat. Vannak azonban esetek, ahol a térd a fokozott igénybevételt nem bírja ki és az operált ízület másik porca is megbetegszik, vagy arthritissel deformáns fejlődik ki. Ezért az egyízben porcsérült betegnek polgári életmód ajánlása és az erősebb sportolástól való eltiltása ajánlatos.

Neuber Ernő dr. egyet. tanár, Pécs.

A gyomor-neurosis.

Diagnostikai ismereteink haladásával a gyomor-neurosisok gyakorisága lényegesen csökkent. Modern vizsgálóeljárásainkkal (functionalis és Röntgen-vizsgálat) ugyanis ma már meg tudjuk állapítani, hogy igen sok, régebben „ideges“-nek tartott gyomorbántalomnak, gyomor- vagy nyombélfekély, szabálytalan epehólyag-bántalom, sőt hasnyálmirigymegbetegedés az anatómiai oka. Ilyen szerves gyomorbántalmak lefolyásában azonban a functionalis és psychogen folyamatoknak is igen nagy szerepük van olyannyira, hogy sok esetben igen nehéz az anatómiai okot megtalálni és általában a szerves, a functionalis és a neurosisos gyomorbaj között az éles határt megvonni. De megtörténhetik az is, hogy szerves gyomorbántalom következtében fejlődik ki valamelyik gyomor-neurosis (pl. gyógyult fekély után sitophobia), vagy pedig gyomor-neurosis kapcsán szerves gyomorbántalom keletkezik (pl. ideges pylorus spasmus után gyomortágulás).

Már ezekből is látható, hogy a gyomor-neurosis kórisméjének helyes felállítása nem könnyű. Ha csak per exclusionem, egyéb elváltozás kizárása alapján kórismézzük a gyomor-neurosisot, akkor túlságosan gyakran fogjuk kórisméjét felállítani, de helytelenül. Diagnosizálásának megállapítása két tényezőtől, a beteg általános vizsgálatából egyrészt és másrészt gyomrának különleges vizsgálatából tevődik össze.

Már a betegek általános vizsgálatánál kiderül, hogy a betegek astheniások, neurastheniások, labilis vegetatív és vasomotoros ingerlékenységük van, „vegetatív stigmatizáltak“, ahogy őket *Bergmann* elnevezte. Az ilyen egyének szeméj fénylők, izzadásra, tachycardiára és apróbb hőemelkedésekre hajlamosak, nyakuk kissé duzzadt, pajzsmirigyük talán kissé nagyobb, vagy erősebben vascularizált. Ezek azok az egyének, akik neurosisokban szoktak szenvedni, vagy azokra hajlamosak. Már panaszai elmondásánál észrevehetjük azoknak rendszertelen és bizonytalan előadását, nagyítását, vagy kiszínezését és sokszor a jellegzetes részek elhallgatását. Míg a szervi bántalomban szenvedő kórelőzményét és panaszát tipikusan adja elő, addig a neurosisos kórelőzmények fontos részeit csak az orvos ügyes kikérdezése derítheti ki. Az orvosnak ezzel és a betegével való további beható foglalkozása közben, betege bizalmának különös megnyerése után sikerül csak a neurosis psychogen okának felismerése, ami az igazi ú. n. *psychogen neurosis* gyógyítása szempontjából a legfontosabb. A betegek általános (somaticus) vizsgálata közben találhatunk továbbá anatómiai elváltozásokat is az egyes szervekben, néha a májban, az epehólyagban, a vesében, de leggyakrabban a nemi szervekben, amely szerves bántalmak az ú. n. *reflex neurosisnak* lehetnek kiváltó okai.

A gyomor-neurosis kórismézésének másik tényezője a gyomor különleges vizsgálata összes ismert gyomor-vizsgáló eljárásainkkal. Ezek a vizsgálatok részben normalis adatokat szolgáltatnak, részben functionalis „kilengéseket“ a gyomor nedvelválasztó és mozgási működésében, vagy az érző körben. A gyomor-neurosisos esetében ezekre a functionalis elváltozásokra jellemző, hogy nemcsak depressiv és excitativ irányúak lehetnek, de egymással különbözőképpen kombinálódhatnak, még az ellentétes irányú zavarok is (pl. hypermotilitas és anaaciditas) és jellemző, hogy ezek a combinációk rövid időközön belül változhatnak is. A hyperaciditas átcsap-hat hypaciditássa az anaaciditas normalis aciditássa stb. Így a legkülönbözőbb tünetesoportok keletkezhetnek és

éppen ez a különbözőség és ennek változatossága kórjelző a gyomor-neurosisra. De találhatunk a gyomorban szerves elváltozásokat is, mert modern ismereteink szerint a szerves elváltozások jelenléte valamely neurosis fennállását nem zárja ki. Ilyen szerves elváltozás a leggyakrabban a gyomor-, vagy a nyombélfekély. Ilyen esetben elsősorban ez a szerves bántalom (az ulcus) gyógyítandó. Ennek gyógyítása vezet a neurosis gyógyulásához is.

A különböző gyomor-neurosisok tüneteinek leírása messzire vezetne, de lássuk még, hogy a fentebbiekből a gyomor-neurosisok therapiájára milyen általános irányításokat kaphatunk. Ezek a következők: 1. A neurosisban szenvedőnek nemesak egyes tüneteit, de mindig általános astheniás, vagy neurastheniás, „vegetatív stigmatizált“ alkatát kell javítanunk ismert roboráló és tonizáló eljárásainkkal (pihenő, esetleg hízlaló gyógymód, milieuváltoztatás, vidéki vagy szanatóriumi tartózkodás, physiotherapia, nervinumok, arsen stb.); 2. A tüneti kezelés a gyomor-neurosis tüneteinek nagy változatossága miatt nem lehet sémás, hanem mindig szigorúan egyéni; 3. Ha reflexneurosisal állunk szemben, a neurosisot kiváltó alapbántalom gyógyítandó, legyen az akár a gyomorban, akár más szervben; 4. A psychogen neurosis helyes gyógyítása a psychotherapia (*Bergmann*). A részletes psychoanamnesis és psychoanalysis a psychogen-ok (factor) felderítéséhez vezet. Ennek eltávolítása vagy megszüntetése a psychotherapia feladata, ami a neurosis gyógyulását eredményezi; 5. Ha pedig valamely „határ“-esetben nem tudunk dönteni szerves gyomorbaj és neurosis között, döntsünk inkább a szerves gyomorbaj mellett és annak a gyógymódja szerint gyógyítsuk betegeinket. A helytelenül felállított „ideges“ gyomorbaj kórisméje ugyanis sok kellemetlenséget okozhat a betegnek és az orvosnak is egyaránt.

Kern Tibor dr. egyet. magántanár.

Syphilis és házasság.

A mai idők családi életének boldogságát az emberek *ethikai* felfogásának és a *gazdasági* viszonyoknak a háború óta bekövetkezett megváltozásán kívül még a már régiebb, de a háború óta ismét nagyobb jelentőségűvé vált *egészségügyi* problémák is bonyolítják. A nemi betegségek ma már nemesak a nagyobb városokban bírnak mélyreható társadalmi jelentőséggel, hanem szélesebb néprétegekre terjedtek szét és a kisebb községek lakóinak családi életébe is befurakodtak; a gazdasági viszonyok következtében a házassági kor kitolódott, ami a nemi betegségek és köztük a syphilis elterjedését szintén előmozdította. Sokan syphilisük miatt nem mernek megházasodni; ezen aggodalmaskodók közül többen, miként a házasságon kívül szerették, úgy tovább is terjesztik a syphilist; mások megházasodnak és házasesetükbe viszik a bajt.

A házasesetben a syphilis azonban három oknál fogva bír igen nagy jelentőséggel: 1. A syphilises férj, illetőleg családapa syphilisének következtében idő előtt, sőt váratlanul *keresetképtelenné* válhatik, aminek folytán az egész család válságba juthat; 2. a syphilises házastárs a *másik házastársat* is megfertőzheti; 3. a syphilis a házasság által az *utódokra* is átszarmazhatik.

E lehetőségek nagy fontossága számos szaktudóst arra indított, hogy ezzel az ügyvel behatóan foglalkozzék. A különböző szerzők álláspontjának ismertetésére e hely szűk volta miatt nem terjeszkedhetem ki; így a házasságnak a syphilis és a heredosyphilis prophy-

laxisával kapcsolatos problémáit, a dajkaválasztásnak, továbbá a syphilisnek mint házasságbontó oknak kérdéseit kénytelen vagyok mellőzni és csak a leggyakoribb szükségletekre szorítkozni.

A gyakorlat szempontjából két részre szoktuk a tárgyat felbontani: I. Syphilises egyének házassági engedélyének megadása és II. az orvos magatartása, ha házas egyéneknél syphilist állapít meg. Általánosságban három vezérelvet kövessen az orvos, akár az egyik, akár a másik esettel áll szemközt: A) Arra vigyázzon az orvos, hogy a syphilis megállapítása által az érdekeltek között *ellentétet ne idézzen elő*, ellenkezőleg, arra törekedjék, hogy az egészségesek és a köz érdekét orvosi esküjének megfelelően a titoktartás határain belül védje meg. B) Az orvos általában ne adjon sem a) a betegség gyógytartamára, b) sem kezdetének *időpontjára* vonatkozólag pontos és határozott felvilágosítást. a) Ha ugyanis az orvos mindjárt az első alkalommal megmondja a betegnek, hogy legjobb esetben 4–5 évig nem házasodhatik, a beteg ezt az időt elviselhetetlenül hosszúnak fogja tartani; ezért eleinte csak határozatlanul jelöljük meg a gyógyulási időtartamot: „több hónapig kell majd kezelni...“ Mindemellett figyelmeztessünk minden beteget mindjárt a syphilis megállapításakor arra, hogy *orvosi engedély nélkül nem szabad megházasodnia*. b) Ha az orvos a betegség kezdetének pontos idejét mondaná meg a házastársától megfertőzött betegnek, akkor ez az orvos adataiból *vádakat* kovácsolhatna, ami által az orvos a házaselet nyugalmát céltalanul feldúlna. c) Az orvos *sohasem vállaljon teljes felelősséget* arra vonatkozólag, hogy a syphilis már *meggyógyult* vagy már *nem fertőzőképes*, mert ez a mai ismereteinkkel egy esetben sem számítható ki matematikai pontossággal. Ebből egyszersmind az is következik, hogy az orvos syphilises betegnek, főleg nőknek ne ajánlja, hanem csak ne ellenezze, legfeljebb engedélyezze a házassulást az alábbi feltételek (1–7.) mellett. Ne feledjük azt sem, hogy jegyes- és házastársak között extragenitalis fertőzés is jöhet létre.

I. Aránylag könnyű az orvos helyzete, ha egyik nem házas syphilises beteget a *házassulási engedély* megadásáért fordul hozzája, bár ilyen esetben is két, gyakran ellentétes érdeket áll egymással szemben: az orvoshoz bizalommal forduló betegnek kívánsága és a család, sőt a társadalom érdeke. Ha az orvos valamely ifjúnál syphilist (heredosyphilist) állapít meg, erről mindig világosítsa őt fel; jövőendő házassága szempontjából a syphilisszel (heredosyphilisszel) fertőzött nőnek (hajadon, elvált, özvegy) is érdekében áll, hogy neki mellékes körülmények miatt el ne titkoljuk a baját. A salvársan előtti korszakban *Fournier* a syphilisszel fertőzött férfinak csak akkor adta meg a házassulási engedélyt, ha a fertőzés óta legalább 4–5 év telt el, a beteg ezen idő alatt alapos higanykezelésben részesült, malignitásra valló idegrendszeri vagy szemtünetek és hosszabb idő (18 hónap) óta a syphilisnek semminemű tünetei nem mutatkoztak; syphilises nőbetegnek azonban csak nyole évvel a fertőzés után, ceteris paribus, engedte meg a házasságot. Ma, midőn a Wassermann-reactio és a salvársan áll rendelkezésünkre, némileg módosult a helyzet, mert *Gougerot* és mások is a következő feltételekhez kötik a házassági engedély megadását: I. Syphilises beteg megbetegedése után már 2–3 év múlva is megházasodhatik, ha az erélyes antisymphilises kezelést már a *seronegativ* időszakban, vagyis az initialaffectio fennállásának *15. napja előtt* kezdtük meg (sikeres abortív kúra); ha

azonban a kezelés megindításakor már positiv volt a Wassermann-reactio, most is, úgy mint *Fournier* idejében, férfi csak 4–5 év, nő pedig csak 8 év múlva házasodhatik meg. 2. A beteg rendszeres és erélyes kezelésben részesült. 3. Legalább két (nőnél 4–5) évi tünetmentesség. 4. Az egész kezelés ideje alatt arsenoresistentia vagy arsenorecidiva nem mutatkozott. 5. Semminemű syphilis-stigma (pupillafénymeredvség stb.) nincsen jelen. 6. A Wassermann-reactio negativ és provokálás után is ilyen marad. 7. Idegrendszeri syphilis legesekélyebb gyanúja esetén liquorvizsgálat is végzendő és ennek is negativnak kell lennie; azonban gyanús tünetek hiányában is ajánlatos a liquorvizsgálat végeztetése.

Heredosyphilises férfi is megházasodhatik fenti feltételek mellett; *heredosyphilises nővel* szemben azonban legyünk még szigorúbbak: nála a fenti vizsgálatokon kívül különös gondot kell fordítanunk a *belsősecretiós mirigyek* és a *medence* vizsgálatára; ne adjuk meg a házassulási engedélyt, ha e szervek dystrophiásak.

Az életben olyan lelkiismeretlen egyénekkal is találkozunk, akik nem alkalmazkodnak az orvosi tilalomhoz, annyira nem, hogy (hozomány, jó állás, összeköttetések stb. ellenében) még fertőzőképes tünetek dacára is megházasodnak. Ilyen egyénekkal szemben már nehezebb az orvos helyzete, mert esküje titoktartásra kötelezi. Egyesek azt tanácsolták, hogy az orvos ajánlja a veszélyeztetett fél családjának, hogy követeljék a vőlegénytől az *életbiztosítást*; ugyanis az ezzel járó orvosi vizsgálatból való félelem következtében a vőlegény, ha látható tünetei vannak, ezen óhajnak nem fog eleget tenni, ami gyanút kelt. Ez az eljárás azért sem megbízható, mert a *lappangó syphilis* így nem deríthető ki; *Gougerot* nem ítéli el azt az orvost sem, aki *anonym levélben* figyelmezteti a veszélyeztetett családot az ilyen lelkiismeretlen patiens-vőlegényre. Leghelyesebb volna, ha a köztudatba menne át, hogy a házassulandók (a menyasszony is) a házasság (sőt az eljegyzés előtt) magukat megvizsgáltassák és *orvosi bizonyítványaikat* egymásnak bemutassák.

II. A házas egyéneknél jelentkező syphilis eredete különböző lehet, aminek következtében az orvos is a legkülönbözőbb nehézségek elé kerülhet. Az orvos magatartása más és más lesz, aszerint, hogy a férj-e, vagy a feleség-e a beteg és a másik fél is megfertőződött-e, vagy sem; más az orvos tanácsa aszerint, hogy az egyik vagy a másik házastárs már a házasság megkötése előtt, illetőleg a házasság után extramatrimonialis közösülés avagy extragenitalis fertőzés által szerzte a syphilist. Más az orvos tanácsa, ha a férj és más, ha a feleség fordul hozzája. Gyakori eset, hogy a házas betegnek a házasság előtt szerzett syphilistről tényleg nem is volt tudomása a házasság megkötésekor, mert a kis erosio, vagy a mai tünetszegény syphilis tényleg elkerülte a figyelmét, vagy pedig az orvos nem ismerte fel a bajt; a másodszer házasodó asszonyt az első férje fertőzhette meg, de a mit sem sejtő asszony figyelmét a nőknél különben is módosult lefolyású syphilis elkerülte stb. Bármilyen is legyen a syphilis eredete, az orvos magatartásában *sohasem vegye fel az ítélkező bíró szerepét, hanem inkább dip-lomata legyen.*

Tegyük fel, hogy egy férj keres fel minket syphilis tüneteivel; betegségét még házassága előtt szerzte. Ilyen esetben elsősorban arra kell törekednünk, hogy a beteg az esetleg még egészséges avagy már megfertőzött feleségének őszintén *bevallja* betegségét, amelynek nemi eredetét eltitkolhatja, extragenitalisnak tün-

tette fel a bajt. Ha a feleség még nem fertőződött meg, akkor a teendő szempontjából hasonló a helyzet, mint a még meg nem kötött házasság esetében: a feleség megfertőzését szigorú és tartós (2—4 évi) abstinentiával kell elhárítani (lásd a fenti 1—7. feltételt). Ez azonban gyakran csak pium desiderium marad; kivihetetlensége esetében legalább a *fertőzőképes tünetek* elmúltáig mindennemű érintkezést meg kell tiltani (külön ág, pohár stb. is); ne riadjon vissza az orvos attól sem, hogy a vonakodó férjet a veszély *túlzása* által is a legsúlyosabb következményekre (feleség megfertőzése, syphilitikus utódok) figyelmeztesse.

Különösen nehéz helyzetbe jut az orvos, ha férje kísérete nélkül egy feleség fordul hozzája, akinél syphilitist diagnosztizál. Az orvosnak óvatosan feltett kérdésekkel meg kell tudnia nemcsak azt, hogy 1. az asszony *tudja-e*, hogy syphilise van, hanem további óvatos kérdésekkel azt is ki kell derítenie, hogy 2. az asszony *férjétől*, avagy *extramatrimonialisan* szerezte-e a syphilitist, nehogy az orvos az első esetben a férjnek, a másodikban a vizsgálatra berendelendő férj előtt a feleségnek az árulója legyen. Ha az asszony extramatrimonialisan vagy még a jelen házassága előtt kapta a syphilitist, akkor megmondhatjuk neki, hogy syphilisről van szó, a férjét pedig valamely ürügy alatt orvosi vizsgálatra kell hozzájuk berendelni. Ha a férj már megfertőződött a feleségétől, akkor *mondjuk meg a férjnek is, hogy syphilise van*, de ennek eredetét titkoljuk el, mert a feleségével szemben az orvosi titoktartás köt minket; különben is csak céltalanul feldúlnók a családi békét. Ezért extragenitalis eredésűnek tüntessük fel a férj baját. Ha ellenben nem betegedett meg a férj, akkor eskünk következtében a férjnek a felesége bajáról nem nyilatkozhatunk, az abstinentiát azonban, úgy mint a fenti esetben, mégis el kell rendelniük.

Milyen legyen a magatartásunk, ha egy asszony magányosan keres fel minket és nála nemcsak azt állapítjuk meg, hogy syphilise van, hanem azt is, hogy *férje fertőzte őt meg? Mi ne mondjuk meg az asszonynak, hogy syphilise van*, mert ezzel céltalanul férjét lepleznők le; hiszen a feleséget sem áruljuk el, ha a férj tőle kapta a syphilitist. A férjétől megfertőzött asszonyt azonban a megfelelő tanácsokkal el kell látnunk, de úgy, hogy ebből syphilisre ne következtethessen; a férjét rendeljük valamely ürügy alatt hozzájuk, világozatsuk fel, hogy mit követett el, hogy mindkettőjüket kezelni kell, hogy az *asszonynak nem szabad teherbe jutnia*. A családi béke, a környezet védelme és az orvosi titoktartás érdekében kénytelen az orvos erre a különben hozzá nem méltó „cinkosságra“ fanyarodni. Ezért az említett példa esetében is a leghelyesebb, ha a férj baját *megvallja* a feleségének, mert különben az asszony, aki nem tudja, hogy mi miatt kezelik, a gyógykezelésnek illetéktelenek előtt való leplezetlen elbeszélése stb. által önmaga árulja el baját.

De más típusú asszony is kereshet minket fel syphilis miatt: előfordul, hogy syphilitikus asszony valóper megindítása céljából *orvosi bizonyítványt* akar tőlünk beszerezni. Az orvos ilyenkor beszélje le az asszonyt a válásról (= a *syphilis lokalizálása*) és a pereskedésről, hangoztassa a bizonyítás nehézségeit és eredménytelenségét. A gyakorlatban ugyanis tényleg még syphilis fennforgása esetében sem a syphilisre való hivatkozással, hanem más válokok alapján bontják fel a házasságot. *Thibierge* azt tanácsolja, hogy az orvos *ne adja meg a kívánt bizonyítványt*, ha a betegnek fenti szándékát veszi észre.

Az elmondottak elsősorban az igen fertőzőképes korai syphilis tüneteire (initialaffectio, papulomaculosus kiütés) vagy általában az ezekre hajlamos tünetmentes időszakokra (első évek) vonatkoznak. Ne feledjük, hogy az úgynevezett *secundær tünetek későn is fel léphetnek*. Az aránylag kevésbé fertőző késői, úgynevezett *tertiær* tünetek fennforgása esetében *Thibierge* nem tartja szükségesnek sem a szigorú nemi abstinentiát, sem a diagnosis közlését a beteggel, illetőleg a házastárssal. Ilyenkor különben is sokkal egyszerűbb a helyzet, mert a fertőzés régi keletű lévén, eredete gyakran tényleg nem bizonyítható rá sem a férjre, sem a feleségre. *Gougerot* azonban *Landouzy* szomorú észleletei alapján késői (gummosus) syphilisnél is, legalább a tünetek elmúltáig, igen nagy óvatosságra figyelmeztet.

Amint látjuk, a syphilis sok bajt okoz a házasság szempontjából is, az orvos pedig gyakran dilemma elé kerül. Ezért a syphilis-okozta családi tragédiák meggátolásának gyökeres segítségét a nemi betegségek elleni általános küzdelmen kívül a *házasság előtti orvosi vizsgálat* és a házassági tanácsadás rendszeressé válásától várjuk. Ezt a felfogást széleskörű propaganda útján először a *köztudatba* kell átvinnünk, aztán jöhet a *törvény* útján való kötelezővé tétele.

Herczeg Árpád dr. egyetemi tanársegéd.

A heveny csontvelőlobkezelés.

A heveny genyeltők által előidézett megbetegedések gyógyításában chemotherapiás úton elért szép eredmények már évekkkel ezelőtt felbátorítottak arra, hogy a chemotherapiát az *osteomyelitis acuta infectiosa* esetében is alkalmazzam. 1925 óta ugyanis nem vésem fel az osteomyelitikus csontot, hanem ehelyett azt három-négy helyen megfúrom és a fúrási helyeken keresztül a velőüreget 10 cm³-es fecskendő segítségével az ezidőszerint legjobbnak bizonyult antisepticummal: 1‰ Rivanoldattal az esetek súlyossága szerint két-háromnaponként enyhe nyomás mellett átöblítem. Eddig 25 esetben végeztem a heveny csontvelőgyulladásnak illetően kezelését; két esetet kivéve, ahol már általános sepsis volt jelen, valamennyi meggyógyult anélkül, hogy az oly sok hátránnyal járó csontvésést kellett volna alkalmazni. Előnye ez eljárásnak az is, hogy a baj rövidebb idő alatt gyógyul, mint a felvéréssel. A technika roppant egyszerű: szabaddá tesszük egy hosszanti metszés segítségével a beteg csontot és azt három-négy helyen körülbelül 4—5 cm távolságokban kézi fúróval megfúrjuk. A fúrási helyekből előbuggyanó geny biztos jele annak, hogy a fúrás jó helyen végeztük. Fontos, hogy az egyes fúrási csatornák el ne duguljanak, hogy így egyrészt a befecskendezett folyadékfelesleg rajtuk keresztül kifolyhassék, másrészt pedig, hogy a beteg velőüreg átöblíthető legyen.

A Zentralblatt für Chirurgie 1928. évi 14-ik számában a varsói *Saidmann* ír hasonló eljárásáról, mint jól bevált kezelési methodusról. Nem célom a prioritást vitatni, csak azt jegyzem meg, hogy én már négy éve kezelem az osteomyelitiseket a fent leírt módon. Miután ez a gyógyító eljárás a régivel szemben haladást, a betegre nézve tehát előnyt, a sebészre pedig könnyebbséget jelent, legyen szabad a heveny csontvelőgyulladások e kezelési módját mélyen tisztelt sebészkartársaim szíves figyelmébe ajánlani.

Berzsenyi Zoltán dr.

Fejér vm. Szt. György-kózkórház
sebészeti oszt. vezetője