B. VIII. 14.

ORVOSI HETILAP

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM SEBÉSZETI KLINIKA KÖNYVTÁRA SZEGED

ALAPÍTOTTA: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-BEN

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

SZERKESZTI ÉS KIADJA A VALLÁS- ÉS KÖZOKTATÁSÜGYI MINISZTER ÚR TÁMOGATÁSÁVAL ÉS MEGBIZÁSÁBÓL A MAGYAR ORVOSI FACULTÁSOK SAJTÓBIZOTTSÁGA:

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

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM SEBÉSZETI KLINIKA KÖNYVTÁRA

FELELŐS SZERKESZTŐ:

VÁMOSSY ZOLTÁN

EGYETEMI TANÁR

1931.

HETVENÖTÖDIK ÉVFOLYAM

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM
Sebészeti Klinika Könyvtára
Leltári napló: VI. 6. Lsz.: 13
csoport: szám.
F/13.

CENTRUM KIADÓVÁLLALAT R.-T.
BUDAPEST
1931

TARTALOM

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

oldal

Abrodillel végzett intravenás pyelographiáról 1
Acrosclerosis és tünetcsportja. (Ujabb scleroderma vizsgálatok) 333
Addison kor mellékveseetetésre javult, 2½ éve észlelt esete . 671
Adrenalinérzékenység idült polyarthritisben 954
Adrenalin hatása a vértejsavra 1108
Agyvelő mozgató vidéken meszes daganatok 917
Akromegaliás betegeken hormonvizsgálatok 1040
„Alcacyl" pharmakologiai vizsgálata 82
Allergiás megbetegedések nálunk 587
Allonal mérgezés (halálos) . . 1068
d'Amato-féle haemoklasiás-reactio és a Gouin-féle leucocyta reactio syphilisnél 1207
Anaemia perniciosa familaris megjelenése 481
Anyagcserezavarok pemphigus kórképében 682
Aortanyomás klinikai meghatározása 605
Appendicitis és terhesség . . 206
Aranytherapia dermatologiai vonatkozásban különös tekintettel a syphilisre 533
Arteriitis obliterans mint familiaris megbetegedés 1044
Ascheim—Zondek reactio áttételes chorionepithelioma kapcsán 651
Ascites állandó drenageje . . 562
Asthma bronchiale kezelése lépdiathermiával és villamosfényszekrénnyel 762
Atropinnak a szívverésre való paradox hatásáról 208
Állcsontok dentalis cystái és csonthártyalobjai 669
Ásványvízforgalmunk 1930-ban 473
Ásványvizek jellemzésének nemzetközi szabályai 465
Balanitis specifica (luetika) . 680
Balaton-környék vízellátásának hidrogeologiai lehetőségei . . 441
Bárzsingsérülés (halálos) kardnyelés következtében . . . 236
Belső incarceratio eddig ismeretlen fejlődési rendellenesség kapcsán 392

oldal

Bessau-féle ismételt tuberculinreactio használhatóságáról felnőtt tüdőbetegeknél . . . 926
Biotropismus a bőrpathologiában 256
Bojtorján conjunctivitis . . . 1041
Bőrbetegek nitrogenanyagcsere disfunctióinál újabb kísérleti eredmények 922
Bőrérnyomás a gyermekkorban 783
Bőr idiopathicus multiplex pigment sarcomája 853
Bronchiectasia universalis cystica 807
Callusképtződés befolyásolható-e C-vitamin adagolással? . . 1141
Castratio után támadt essentialis thrombopenia 906
Megjegyzés a cikkre 931
Válasz a megjegyzésre 960
Chinin használhatósága a szülészetben, különös tekintettel végbélben való alkalmazására 1055
Chinin resorciven intravenás injectiója utáni súlyos szövődmények 317
Megjegyzés a cikkre . . . 352, 432
Válasz a megjegyzésre . . . 434
Chlorzink mérgezés (halálos) . 1087
Choanalis polypusokról . . . 277
Cholecystographiás eljárás diagnostikai értékeléséről . . . 88
Choreás és athetozisos mozgászavar paralysis progressivánál 154
Choreás gyermekek vérnyomás görbéje 1111
Coeliakiáról 503
Cohabitatio a gyermekágyi láz aetiologiájában 701
Concentrált cukoroldat értéke a csecsemők vízveszteségének kezelésében 181
Conjunctivitis vernalis aetiologiájához és therapiájához . . 366
Constitiutio szerepe a késői syphilises elváltozások, elsősorban aortitis kifejlődésére . 842
Corpus ciliaréból kiinduló Fuchs-féle jóindulatú epithelioma 393
Corpus luteum hormontermeléshez 901
Cukorbajjal szövődött méhrák 584

oldal

C-vitamin adagolással befolyásolható-e a callusképtződés . 1141
Csecsemő otogen meningitisének műtéttel gyógyult esete . . 589
Csecsemő ritka szájfejlődési rendellenessége 288
Csecsemősepsis micrococcus tetragenus okozta 713
Csecsemők vízveszteségének kezelésében a concentrált cukoroldat értéke 181
Csecsemők vizeletének bacterium tartalma 535
Csontvelő reactiója natrium nucleinicumra idült polyarthritisben 510
Dermoid kystoma 186
Diathermia üvegtesti homályok ellen 10
Diaeta hosszantartó dyspnoenál 361
Diffusiós sebességek emberi szövetekben 262
Diphtheritis gyógysavók hatékonyságának hatásairól 1124, 1147
Diphtheria védőoltások eredményéhez 960
Dysenteria-E esetek sporadikus előfordulása Szegeden . . . 414
Dyspnoenál diaeta 361
Duodenalis szonda gyomorszonda és kettős szonda . . 56, 84
Egészséges és exudativ diathesisben szenvedő csecsemők parathormon eosinophiliája . 284
Egypetéjű ikrek lepényében lévő ú. n. harmadik vérkeringés jelentőségéről . . . 1169
Eklampsia kezeléséről 11 év tapasztalatai alapján 893
Elemi iskolások egészségügyi vizsgálata . . . 497, 524, 552
Megjegyzés a cikkre 958
Válasz a megjegyzésre 1030
Elkülönítő kórismei eljárás a vérsavóban 549
Endarteritis obliterans . . . 709
Endocrin eredetű arthralgiáról 1031
Epehólyag kiürülésére vonatkozó duodenalis sondával végzett vizsgálatok 1012
Epekőbetegség egy új radiologiai tünetéről 808
Epekőbetegség a gyermekkorban 955

oldal

Epilepsia és terhesség 249
Ergosterin készítmények toxicitása 751, 775
Erythema nodosum pathogenesise és aetiologiája 184
Erythema nodosum és tuberculinhatás 879
Erythrocyta jel a terhesség korai diagnostikájában . . . 907
Essentialis thrombopenia castratio után 906
Extensiós készülék kisgyermekek combtörésének kezelésére 370
Extrapyramisos kórkép (fojtogatáshoz csatlakozó) . . . 816
Extrauterin graviditás létrejöttéhez 1188
Farkastorok operálásáról . . . 1065
Fájásgyengeség a szülés tágulási szakában 609
Fiatalkori végtagelhalásokról . 225
Foglalkozási szembetegségek . 33
Fojtogatáshoz csatlakozó extrapyramisos kórkép 816
Formaldehyd mérgezés (halálos) 237
Fürdőink és üdülőhelyeink látogatottsága 1929-ben 470
Fürdőügy és nevelés 474
Galactose próbával máj-vesefunctiós vizsgálatok 1144
Garatfali aneurysmákról . . . 397
Garatmögötti tályog ritka esete 187
Gänsslen-féle injiciálható májkivonat hatásáról anaemia perniciosánál 395
Gerincvelőkompresszio felismerésének és lokalizálásának újabb módszereiről 149
Gégerák sugaras kezelése . . . 1023
Glaucoma absolutum dolorosum és más szembajok gyógykezelése retrobulbaris alkoholinjectiókkal 63
Gonorrhoea röntgensugaras és diathermiás provocatiója . . 61
Megjegyzés e cikkre 124
Gover—Hardmann-féle loryngoskopiás szívás gégediphtheriánál 705
Granulocyták jelentősége az antianyag képzésben 521
Granulosasejt daganatok esettanához 581
Guttadiaphot a szülészet és nőgyógyászatban 979
Gyenge ingerrel kiváltott kaloriás nystagmus és részjelenségeinek felhasználása az otoneurologia diagnostikájában 252
Gyermekágyi láz aetiologiájában a cohabitatio 701
Gyomor- és bélfekélyek insulin-bismut per os kezelése . . . 1127
Gyomorfekély diaetás kezelése 763
Gyomor röntgenvizsgálatok fehérje és zsírtartalmú kontrastanyaggal 157
Haemophil családok (magyarországi) 177

oldal

Haemorrhagias cystitis kezelése a bakteriumtartalom megváltoztatásával 1078
Halálos emboliák műtét után 353, 384
Halálos tüdőemboliák 228
Halálos tüdőemboliák szaporodásáról 30
Harmadik vérkeringés jelentőségeiről egypetéjű ikrek lepényében 1169
Hazai hévvizek jelentősége a csont és izületi gümőkór gyógyításában 476
Heine—Medin járvány az orthopaedia szempontjából . . . 1100
Hozzászólás a cikkhez 1235
Válasz a hozzászólásra . . . 1237
Herzog-féle vérnyomás mérési eljárással nyert eredményekről 873
Heveny tüneteket okozó gyomorfekély diaetás kezelése . . . 763
Hirsutismus és virilizmus kórtanához 476
Histamin reactio és anaphylaxiás schok analógiájához . 359
Hódmezővásárhelyi diphtheria elleni védőoltásokról . . . 861
Hólyagba perforált adnextumorokról 649
Hormonvizsgálatok akromegaliás betegeken 1040
Húgycső sarkomája 1121
Húgyhólyagban vadszőlőinda . 160
Húgyutak hámjának felismerése vizeletüledékben 780
Hüvelyben fejlődött chorioepithelioma gyógyítása radiummal 205
Hydroa gestationisról 1202
Hydrogenion concentració befolyása a gombák növekedésére táptalajon és bőrön 59
Hydronephrosisról klinikai és kisérleti tapasztalatok alapján 125
Hyperalgeziás zónák az urologiai diagnosztikában . . . 970
Hypertensiós betegségek balneo és klimatotherapiája . 461
Hypophysis pars anterior kivonattal megszüntetett asospermismus és utána fellépő graviditás esete 310
Idegentestek és kóros elváltozások vetületének meghatározása a bőrön röntgen átvilágítás közben 1068
Ikermagzatok összeakadása . . 339
Ikerszülés érdekes története . . 826
Influenza bacillus okozta genyes meningitis esetek csecsemőkorban 315
Injectiós venathrombosis veszélyének csökkentésére szolgáló műfogás 452
Injiciálható máj-gyomor készítmény alkalmazása vérszegény tüdőbetegeknél 767
Insulin-kezelés alatt fellépő anaphylaxiaszerű állapot megelőzéséről 735

oldal

Insulinhypoglycaemia vizsgálatok Addison-kórban 967
Intravenásan adagolt Natriumhydrocarbonát hatása a vörösvérsejtszámra 655
Intravenás pyelographia Abrodillel 1
Iskolás gyermekek gümőkóros fertőzöttsége Pécs városában 898
Kahn praecipitatiós luesreactiójával szerzett tapasztalatok 1062
Kankós mellékheregyulladás 951, 976
Megjegyzés e cikkre 1007
Kapillarmikroskopos megfigyelések a verejtékelválasztás zavarairól 920
Katatoniás és postencephalitises mozgási zavarokról 1160
Képzelt terhesség esete . . . 943
Két hónaljban mért hőmérsék közötti külömbségről válizületi gyulladásoknál 9
Kiterjedt bélresectio 312
Klima és tuberculosis 446
Klimacterium vasomotoros zavarainak gyógykezelése cholin készítménnyel 279
Klinikai tapasztalatok perparinnal 1016
Kongóvörös a typhusos bélvérzés csillapításában 363
Koponyaalapi és koponyaboltozati törés pneumokephalus intracerebralissal szövődve . 1205
Kor szerepe és a sugaras kezelés eredményessége a mola és chorioepithelioma therapiájában 77, 106
Korai intrauterin terhes méh spontán rupturája 12
Körömscopulariopsis újabb esetei 287
Középfülgyulladás következményei és azok megszüntetése . 273
Lencsetok és a lencse cysteinreactiójáról 1086
Lenyelt rozskalász vándorlásának esete 163
Lipoidok mennyisége a bőr hámsejtjeiben bőrelváltozások esetén 1060
Liquor cerebrospinalis leletek értékeléséről 611
Liquorgát permeabilitásáról sodokú fertőzésnél 645
Lueses ideg és érrendszeri megbetegedések és vércsoportok közti összefüggés 6
Luetin reactio jelentőségéről . 1020
Lúgmérgezéssel kapcsolatban nagykiterjedésű és súlyos bőrfelmaródás 978
Lúgmérgezettek vizeletének kémhatása 1067
Lupuscarcinoma okairól . . . 1224
Lymphadenitis gummosa esete 1190
Magnesium peroxid secretio csökkentő-e? 1151
Magyar arzenobensol készítményről 1088

oldal

Magyar balneologia multjáról . 438
Magyarországi haemophil családok 177
Magyarország klimatologiai viszonyai különös tekintettel Budapest fürdővárosra . . . 467
Manoiloff-féle terhességi reactio gyakorlati értékéről . . 1058
Manoiloff-féle terhességi reactio értékéről 1167
Massage hatása a vérkeringésre 450
Máj állapotának hatása a hydraemiára 1082
Máj-vese-functiós vizsgálatok fracionált galactose próbával . 1144
Máltaláz esete 417
Mellékheregyulladás (kankós) 951, 976
Meningitis basilarist okozott opticus tuberculosis esete . . 865
Mesterséges légmell néhány ritkább complicatiójáról . . . 555
Meteorolgiai, lakás, talajviszonyok és a tbc. az Alföldön . 1222
Méhenkívüli terhesség (ovarialis) 885
Méhenkívüli terhesség felismerése röngensugarakkal . . . 132
Méhnyak értágulatairól és szüléssel kapcsolatos életveszélyes vérzéseiről 1075
Méh nyakcsatornájával összenőtt kocsányos myomákról . 259
Méhsarcoma szokatlan áttételekkel 848
Méhszáj tágítás szüléskor Bossi-féle dilatatorral 795
Mérőkészülék a koponya vastagság mérésére 616
Micrococcus tetragenus okozta csecsemősepsis 713
Mola és chorioepithelioma therapiájában a kor szerepe és a sugaras kezelés eredményessége 77
Morbus Pfeifferri 823
Mucoceléről 134
Műtéttel meggyógyított pajzsporctörés 711
Műtét utáni halálos emboliák 353, 384
Myodegeneratio cordis primaer vulvovaginitis diphtheritica kapcsán 903
Nagykiterjedésű és súlyos bőrfelmaródás öngyilkossági lúgmérgezéssel kapcsolatban . . 978
Narkolepsia gravidarum . . . 1106
Nephritis cryptoccoccica . . . 53
Nevelés és fürdőügy 474
„Négy csomó" módszer hydrokele műtéteknél 65
Nitrogenanyagcsere disfunctioi bőrbetegeknél 922
Noma faciei kezelése 1209
Női végbélgonorrhoeáról . . . 112
Nyaki bordákról 1037
Nyaki gerincoszlop fejlődési rendellenességével (atlas-assimilatio) kapcsolatos öreglyuk

oldal

szükülés és nyúltvelő összenyomatás 729, 755
Nyelvráknak különösképen a nyelv gyökerén ülő ráknak radium-sebészi gyógyítása . 530
Nyújtókészülék csonttörések kezelésére 67
Ombredanne-féle aetheraltató készülékkel szerzett tapasztalatok és annak szerkezeti módosítása 933
Operált meszes daganatok az agyvelő mozgató vidékén . . 917
Orrplastica (új) 646
Orthopaedia szempontjából az idei Heine—Medin járvány . 1100
Ovarialis méhenkívüli terhesség 885
Pachon-féle oscillométerrel végzett mérések dysbasia intermittens angiosclerotica-ban szenvedő betegeken 35
Pajzsmirigy eredetű elmebajok . 936
Pajzsporctörés műtéttel gyógyítva 711
Pancreasnecrosis (recidiváló) . 846
Pantocainról 652
Paraganglion caroticum daganatának kiirtása 1149
Paraldehyd mérgezés (halálos) 1022
Paralysis progressiva lázkezelésének therapiás értéke . 673, 697
Pemphigus kórképében anyagcserezavarok 682
Perparin nevű készítménnyel szerzett klinikai tapasztalatok 685
Perparinnal klinikai apasztalatok 1016
Pertussis vaccina kezelése . . 1189
Petefészek gümősödés esete . . 941
Pletysmogrophiás vizsgálatok a kar ereinek térfogatváltozásáról különböző manzsetta nyomás mellett 639
Pneumokephalus intracerebralissal szövődött spontán gyógyult többszörös koponyaalapi és koponyaboltozati törés 1205
Pneumotorax készülék (egyszerűen kezelhető) 864
Polyarthritisben az adrenalinérzékenység 954
Pontos versejtszámlálás tényezőiről 617
Porcszövet előfordulása méhkaparékban 301
Porphyrismus esete 1102
Primaer vulvo veginitis diphtheritica kapcsán kifejlődött myodegeneratio cordis . . . 903
Prostatások veseelégtelensége . 1164
Psoriasis mangánkezeléséről . . 1018
Pyrifer a paralysis therapiájában 614
Raunaud-kór tünettanához . . 1172
Recurrens-immunsavó hatása a spirochaeta pallidára . . . 130
Reflex kalapács 136
Renumbral magyar contrast, intravenás pyelographiák céljára 686

oldal

Residium nélküli prostatások veseelégtelensége 1164
Reticulo-endothel szerepe a vér megalvadásában 1183
Retrobullaris alkoholinjectiókkal kezelt glaucoma absolutum dolorosum 63
Revivalról 80 friss lueses eset kapcsán 563
Revival alkalmazása lueses eredetű elme és idegbajnál . . 532
Rheumás megbetegedések vérkeringési sebességéről . . . 506
Rheumatismus és tonsillectomia 1110
Rhinitis atrophicans pathogenesiséről 109
Riva—Rocci-féle vérnyomásmérés megbízhatóságáról térfogatmérés alapján 559
Röntgensugarak haszna a méhenkívüli terhesség felismerésében 132
Sajátvérkezelés értéke a tüdőgümőkórnál 988
Megyjegyzés e cikkre 994
Válasz a megjegyzésre . . . 1051
Sajátserum kezelés szemtuberculosis ellen 821
Salicyllal nem befolyásolható polyarthritis kezelés trypaflavinnal 390
Schick reactióról és a diphtheria activ immunizálásról . . 837
Scleroderma gyógyítása pancreassal 13
Schleroderma vizsgálatok . . 333
Secretio csökkentő-e a magnesium peroxid? 1151
Serumbilirubin meghatározó eljárásról 161
Sielés az orthopaedsebészet szempontjából 368
Skarlát otitisek statisztikai megvilágításban 995
Somnifen mérgezés 316
Spondylitises bénulásokról . . 484
Spondylitis tuberculosa okozta hidegtályog áttörése a tüdőbe 341
Spontán rupturája egy korai intrauterin terhes méhnek . . 12
Stomoxys calcitrans biologiája . 738
Stomoxys calcitrans járványtani jelentősége 801
Sugárgombákhoz hasonló testecskék előfordulása a mandulákban 1085
Súlyos szövődmény intravenás chinin-resorciven injectió után 317
Megjegyzés a cikkre . . 352, 432
Válasz a megjegyzésre 434
Synthetikus papaverin származékok hatása 949
Syphilis re- és superinfectio problémájához 101
Syphilises exanthema sajátszerű viselkedéséhez külső behatásra 1119
Szegedi typhus tej-járvány . . 405
Szem melanosisáról két eset kapcsán 1226

oldal

Szemcseppek konzerválása . . 973
Szemfenéki megfigyelések fejfájás és szédülésről panaszkodó arteriosclerotikus betegeknél 416
Szemzugi szalag megereszkedése. (Blepharophimosis medialis) 307
Szervezet vegyhaásának befolyása a kísérleti tuberculosisra 833, 858, 881
Szénhydratfogyaszást követő várcukoremelkedés mechanismusa 408
Szénkészítmények adsorbeáló hatásáról 924
Szilárddá tett csukamájolaj antirachiticus hatásáról . . . 642
Megjegyzés a cikkre 696
Válasz a megjegyzésre . . . 725
Szíveredetű fájdalmak diathermiai kezelése 825
Szokatlan nagyságú ureterkövek 765
Szülés alatt keletkezett néhány érdekesebb magzati sérülésről és azok kezeléséről . . 773, 803
Szülés alatti thymuitrin injectio és expressio után bekövetkezett méhrepedés gyógyult esete 1000
Tejpangás kezelése 998
Tejsavvizsgálatok májbetegségekben 260
Teljes epehólyag torsio esete . 369
Terhesség és appendicitis . . 206
Terhesség és epilepsia . . . 249
Terhesség alatt a tüdőgümőkór-gyógyítása 411
Terhesgondozás jelentősége az anya- csecsemővédelem szempontjából 1034
Testi és lelki épség mint az egyéni és a nemzeti lét alapja 961
„Toldin" tápszer pharmacologiai vizsgálata 1129
Tonsillectomia és adenotomia hatása a phlyctaenás szemgyulladásra 304
Tonsillectomia és rheumatismus 1110
Többször recidiváló pankreasnecrosis 846
Tömeges mérgezések vanilia fagylalttal 286
Triamiddal egy új magyar antipyreticummal nyert tapasztalatok 1210
Tuberculosis és klima 446
Tuberculosis bacillus kimutatása az agygerincfolyadékban . . 939
Tuberculosis bacillus tenyésztése különböző újabb táptalajokon 313
Tüdőemboliák (halálos) . . . 228
Tüdőemboliák (halálos) szaporodásáról 30
Tüdőgümőkór gyógyítása a terhesség alatt 411
Tüdőtuberculosis activitására vonatkozó vizsgálatok . . . 281
Tüdővérzés csillapítása Calcium és Parathyral együttes alkalmazásával 782

oldal

Megjegyzés a cikkre 853
Typhusos bélvérzés csillapításában a kongóvörös 363
Ulcus cruris therapiájában alkalmazott eljárásokról . . . 183
„Uj liquor reactio meningitis tbc.-nél" című cikkre (megjelent 1930. évi 49. számban) megjegyzés 27
Urachus-carcinoma 1043
Ureterkövek (szokatlan nagyságú) 765
Urologiai sebészi tuberculosis Sauerbruch—Herrmannsdorfer—Gerson-diaetás kezelése 1130
Üvegtesti homályok ellen diathermia 10
Vadfájások mechanismusáról . 759
Vadszőlő inda férfi húgyhólyagban 160
Vastagbél polypus esete . . . 1064
Vállízületi gyulladásoknál a két hónaljban mért hőmérsék közötti különbségéről . . . 9
Vesegümőkór műtéti kezelésének késői eredményei . . . 813
Végbélgonorrhoaeák (női) . . 112
Végtagelhalásokról (fiatalkori) 225
Vércukor befolyásolása chromvegyületek adagolása által . 819
Vércsoportok és lueses ideg- és érrendszeri megbetegedések közti összefüggés 6
Vérkatalase és vörösvérsejttérfogat 1185
Vérsavó vegyhatásának befolyása a növényi csira fejlődésére 202
Vérserum savban oldódó phosphortartalmának viselkedése chorea minornál 162
Vértejsavra az adrenalin hatása 1108
Vértejsav vizsgálatok Basedowkórban 1171
Világrahozott syphilis fogstigmái 1219
Vizelet összes szénsavának és bicarbonatjának meghatározása 234
Vizeletvizsgálatok Sauerbruch — Herrmansdorfer — Gerson diaetán tartott tuberculoticus gyermekeknél 1090
Zsírok szerepe a hyperaciditas és ulcus therapiájában . . . 883

Rövid közlések a törvényszéki orvosi gyakorlatból.

Agyrészletek a légutakban koponyasérülés esetében . . . 92
Aspirinnal elkövetett öngyilkosság 888
Arteria subclavia szúrási sérüléséből eredő aneureysma megrepedése folytán létrejött elvérzés 486

oldal

Bélfodor gyökerének csavarodása 10 napos csecsemőben . 487
Borotvával végrehajtott nyakmetszések érdekes esete . . 398
Bőr súlyos felmaródása lúgmérgezés esetében 92
Bőrdarabok bűnjelként való megőrzése 785
Combverőér sértésének érdekes esete 138
Combverőér-tágulat repedése hirtelen halál esetében . . . 716
Emberharapás és karmolás utáni halálos kimenetelű vérméregzés 785
Feltünő sok sérülés metszéssel elkövetett öngyilkosság esetében 418
Gerincagy gliosarcomája . . . 42
Gyanus vérzések hirtelen elhalt nő nyaki lágyrészében . . . 209
Hajtótengely és hajtószíj okozta sérülésekről 981
Helyszíni szemle jelentősége . 115
Helyszíni szemle lőfegyverrel okozott sérülés esetében . . 14
Holttest ruházata átvizsgálásának fontossága 1112
Kisterjedelmű zúzódás következtében kifejlődött zsírembólia . 419
Közös fejverőér repedése a nyak szúrási sérülése nyomán . . 1025
Különös körülmények között beállott főérrepedés 343
Lelki izgalom folytán beálló hirtelen halál 715
Lórugás okozta szívsérülés . . 828
Lőfegyverrel elkövetett bűncselekmények 138
Makacs öngyilkosok 42
Makacs öngyilkosok és kombinált mérgezések 139
Meglepő lelet lőfegyverrel okozott sérülés esetén 688
Megtévesztésre alkalmas fejlődési rendellenesség a koponyaboltozaton 188
Megtévesztésre alkalmas összekötözés öngyilkosság esetén . 513
Megtévesztés céljából elcserélt lőfegyver 210
Metszésnek vélt lövési sérülés. 866
Mérgező anyagok halmozása. . 43
Nagyfokú széngázhatás lőfegyverrel okozott sérülés bemeneti nyilásának környezetében 372
Nemnek meghatározása a gégeporc vizsgálata utján . . . 453
Neodorm mérgezés esete . . . 743
Nőként házasságban élő férfi . 114
Öngyilkosság különös lőfegyverrel 742
Öngyilkosság varrótűvel . . . 487
Poller-féle mintázó eljárása bünügyi gyakorlatban 886
Rejtélyes úton létrejött széngázmérgezés 115

oldal

Ricinusmag okozta mérgezés érdekesebb esete. 371
Schweinfurti-zöld mérgezésnek hat nap alatt lefolyt esete . 689
Sérülést előidéző eszköz meghatározásának kérdése . . 827
„Somben" mérgezés esete . . 514
Symmetriás coitussérülések a hüvelyben 399
Szokatlan eredetü nyelőcsőtágulat 343
Ujszülöttek halála mennyi idő mulva következik be folyadék és táplálék teljes megvonása esetén? 1026
Várható-e eredmény a holttest kiásásából és a boncvizsgálatból? 1113
Villanyárom sérülés 188
Vinol mérgezés esete 92

KLINIKAI ELŐADÁSOK, ÖSSZEFOGLALÓ SZEMLÉK, ORVOSTÖRTÉNELEM

oldal

Allergiás megbetegedések az Egyesült Államokban . . . 567
Angolkór gyógyítása és megelőzése 725
Appendicitis a gyermekkorban 381
Betegélelmezés megszervezése tüdőbeteg gyógyintézetekben 912
Beriberi kórképe és gyógyítása 891
Bőrlymphogranulomatosis klinikai képe 987
Bőr praecarcinomás bántalmairól 1051
Budapesti—angyalföldi elme- és ideggyógyintézet muzeuma . 629
Egyetemi rektori intelmek az 1794. évből 146
Egészségvédelmi rendszerről, a védőnőkről és a hatósági orvosokról 121
Válasz a cikkre 245
Megjegyzés a választra 248
Első cholerajárvány története és gyógymódja 1217, 1233
Fertőző betegbejelentés új rendjének kritikai ismertetése 24
Fertőző-e, örökölhető-e és gyógyítható-e a rák? 574
Füleredetű sérülések 913
Gombás bőrbetegségek pathologiai, biologiai és therapiás kérdéseiről 73
Homloklebeny működési jelentőségéről 1199
Kormány és egyetemek tudománypolitikai együttmükdödése 543
Máj és epeutak megbetegedéseinek balneotherapiája . . . 298
Masszázs és a gimnasztika alkalmazása a vérkeringés betegségeinek gyógyítására . . 749
Modern csecsemőgyógyászat és Heim Pál 1179
Müllersheimi Molnár János . 1137
Orvosi titoktartás az elmegyógyászatban 296
Orvosok szerepe a halálesetek körüli nyomozásban 197
Orvostörténelem korszakainak vázlatos áttekintése 49
Pestvármegyei scorbut endemiák története 789
Placenta praevia 173
Sao Paulo állam küzdelme a mérges kígyók ellen . . . 929
Sclerosis multiplex vaccina kezelése 637
Szívbajok klinikájának néhány érdekesebb kérdéséről 1095
Szülészet nőgyógyászat nélkül és viszont 985
Táplálkozástan és élelmezéstan 792
Terhesség diaetetikája különös tekintettel a gestosisokra . . 870
Terhesség és szívbaj szövődménye 1139
Testileg fogyatékosok országos összeszámlálása és a socialis védelem előkészítése . . . 771
Tévedések és hibák a heveny mérgezések gyógykezelésében 1006
Thrombosis elmélet kialakulásának történelmi áttekintése . 218
Tonsillectomiának belorvosi indicatiói 329
Tüdőtuberkulosis röntgendiagnostikája 793
Ujabb irányzatok és problémák a szülészetben 1007

ÉLETRAJZOK, NEKROLOGOK, UTI LEVELEK, KONGRESSZUSI JELENTÉSEK, ORVOSI ÉS KÖZEGÉSZSÉGI KÉRDÉSEK

oldal

Alsógödi biologiai kutatóállomás 1178
† Basch Imre 53
Baseli magyar orvostanhallgatók 748
Beszámoló külföldi tanulmányutamról 324, 348
† Batthyány—Strattmann László herceg 125
Drezdai hygiene kiállítás tanulságai 852
Falu egészségügyének jelentősége 220
Falu orvosi propagandájáról . 195
Falu testi fogyatékosai . . . 1135
Gépkocsivezetők látása . . . 668
Hét orvos tanári kinevezés . . 872
Internacionális Orvosszövetség kongresszusa 947
† Kenézy Gyula 1159
Két németországi kongresszusról 832
Levél a szerkesztőhöz 149
Lyoni egyetem újjáépült orvosi fakultása 724
Magyar Orvosi Nagyhét . . . 100
Magyar orvostanhallgatók Basel egyetemén 604, 634
Mégegyszer az egészség védelemről 271
Megjegyzés a cikkre 273
Nemzetközi balesetügyi kongresszus 873
Nemzetközi neurologiai kongresszus 986
Német Nőgyógyász - Társaság XXII. nagygyűlése 668
I. Nemzetközi Somatologus kongresszus 946
Orvosi Nobel-díj 1117
Orvosi nyelvünk magyartalanságai 170
Perzsiai levél 773
Válasz a cikkre 1158
Semmelweis serlegbeszéd . . . 147
Stockholmi Rádiumhemmet szervezete és működése 194
Székesfővárosi diaetás étterem 99
Tapasztalatok a berlini urulogiai osztályokon, különös tekintettel a St. Hedvig krankenhusra 746
Társadalombiztosítás szemészeti vonatkozásai Németországban 459
† Trendelenburg Pál 196
Üres tanszékek, üres intézetek . 893
Zeiles esetek 694

NÉVMUTATÓ

oldal

v. Ambrus József 262
Angyal Lajos . . 1160
Artz Lipót . . 987
Ács Miklós . . 649
Babarczy Mária . 281
Bajkay Tibor . . 277
Bajusz Mihály . 1135
Bakay Lajos . . 476
Bakó József . . 432
Bakos Jenő . . 782
Balázs Gyula 139, 236 286, 316, 978, 1006, 1022, 1067, 1068, 1087.
Balogh Artur . . 846
Barok László György . . . 819
Bartok Imre . . 1137
Batisweiler János 701 1075.
Bäcker István . 312
† Bálint Nagy István 1217, 1233.
Bárdos Tibor . . 488
Bence Gyula . . 461
Benedek László . 616 645.
Beőthy Konrád . 399 1027, 1113.
Berencsy Gábor . 853
Berkesy László . 763, 1016.
Berkovits Gyula . 960
Berndorfer Alfréd 288
Bézi István 729, 755
Bielek Tibor . . 958
Blazsó Sándor 6, 82
Bochkor Ádám 92, 486, 514, 785, 888.
Bodon György . 29
Bolla István . . 885
Boross Ernő . . 160
Boros József . . 522
Bosányi Andor . 696
Böckh Hugó . . 441
Bősze Lajos . . 1055
Brana János . . 416
Breuer Béla . . 808
Bud György . . 893
Buday László 510, 954
Büben Iván . . 194
Campián Aladár . 711
Csapó József . . 1090
Cseh Imre . . . 1114
Csapody István . 307
Csáktornyai Lajos 434
Csillag Gyula . . 891
Czimbalmos József 484
Dabasi Halász György . . . 1141
deési Daday András . . . 789
Dalmady Zoltán . 465 749.
Dallos József . 1226
Darányi Gyula 405, 832
Darvas György . 744

oldal

v. Dániel Gábor . 807 988, 1052
Dávid Lajos . . 549
Dekker Endre . 967
Deutsch Mátyás . 125
Dobszay László . 864 898.
Doczy Gedeon . 184
Duboczky Béla . 352 617, 655, 767.
Dusóczky Andor 1210
Duzár József . 1179
Dvorák József 906, 960 1062.
Dzsinich Antal . 359
Egerváry Tibor . 1008
Engel Károly . 329
Epstein Tibor . 417
Erdős József . . 819
Ernst Zoltán . , 408
Falta László . . 236
Farkas Jenő . . 709
Farkas József . 208
Fazakas J. Gyula 1027
Fátyol Csongor . 933
Fejér Gyula . . 63
Fekete Károly . 998
Fekete Sándor 248, 609
Felber Lipót . . 473
Ferenci István . 441
Fernbach József . 202 967.
Feldmann Ignác . 981
Filep Aladár 941, 979
Finánczy Ernő . 228
Flesch Ármin 503, 725
Flesch Péter . . 181
Fodor Erzsébet . 315
Folkmann János Pál 53
Follmann Jenő . 680
Forfota Erich . 685
Frey Antal . . 170
Friedrich László . 1012
Friesz Jenő 260, 1108
Fridli László . . 344
Frigyesi József . 147 173, 1139.
Fritz Gusztáv 82, 197, 1129.
Fülöp Gyula . . 533
Fülöp Ilona . . 861
Gaál Aurélia . . 885
Gál Félix 205, 584
Gálóczy Ernő . . 433
Geber Ödön . . 1205
Gerlóczy Géza . 1183
Germán Tibor . 252
Gidró László . . 1149
Goreczky László . 780
Gőczy Lajos 279, 1059
v. Gönczy István 36
Görög Dénes . . 188
Göttche Oszkár . 751 775.
Grigássy Pál . . 514
Grósz Emil 668, 724, 853, 893.
Grün György . . 873

oldal

Guszman József 1051 1119, 1219.
Gyárfás Kálmán . 619
Györgyi Géza . 1064
Győry Tibor . . 635
Haintz Ödön . . 883
Hajós Károly . . 587
Hallay Imre . . 1185
Haranghy László 371
Hasenfeld Artur 1095
Heinrich Emil . 196
Herczeg Árpád 49, 147
Herman János . 1
Herman Károly . 803
Hetényi István . 234
Héray Andor . . 924
Hidassy Dezső 93, 716 828.
Hofhauser János . 1085
Holló Gyula . . 234
Hollós Lajos . . 395
Horn Zoltán 642, 725
Hornyánszky Károly 101
Horváth Boldizsár 368
Horváth Mihály . 771 1100, 1238.
Huzella Lajos . . 898
Huzella Tivadar 1178
Illés Péter . . . 10
Incze Gyula . . 236
Issekutz Béla . 949
Ivánovics György 313 414.
v. Jancsó István . 995
Jezsovics Kálmán 807
Jó János . . . 629
Johan Béla 121, 249, 274.
Kaló Andor . . 1043
Kasztriner Iván . 746 970.
Katona István . 453 786.
Katz Traján 970, 1164
Kaulich László . 1068
Keller Lajos . . 248
Kellner Béla 751, 775
Kenyeres Balázs 15, 115, 116, 138, 139, 197, 689.
Kerekes György . 589
Keresztes Gyula . 532
Kinczler Mihály . 187
Kirchner József . 826
Kiss Pál . . . 903
Klein Miklós . . 973
Klimkó Dezső . 652
Klobusitzky Dénes 929
Kolb Endre . . 1202
v. Kolta Ervin . 157
Korányi András . 685
Kovács Ferenc . 301 476, 1007.
Kovács László . 694
Kovácsics Sándor 221 273.
Kramár Jenő . . 713

oldal

Krepuska István . 913
Kubányi Endre . 177 218.
Kulcsár Ferenc . 645
Kulitzy Géza 907, 943
Künsztler Mór 56, 84
Laib Tivadar . . 995
Lazarovits Lajos 842
Láng Adolf . . 530
Lederer Emil . . 284
Lehoczky Tibor . 816 917.
Lenárt György . 284
Leszler Antal 341, 522
Lévai Mihály . . 1127
Liebmann István 669 773, 803.
sz. Lieberman Tódor 646, 1065
Lőrincz Ernő . . 1169
Luka István . . 1018
Lükő Béla . . . 562
Magyari Zoltán . 547
Mandel László . 555
Mansfeld Géza 642, 725
Margitay Becht Endre 510, 1040
Martin András . 281
Marx József . . 1141
Massány Ernő . 467
Meczner László . 1082 1144.
Melczer Miklós . 130
Melly Béla 1, 951, 976
Menyhárd Irén . 183
Mező Béla . . . 452
Mészáros Gábor . 149 361, 763, 870.
Mészáros Károly 65, 67 144, 559.
Milkó Vilmos 317, 370 381, 435, 873.
Miklós Andor . . 1041
Miklós László 651, 901 1040.
Minder Gyula . 125
Mohos Ernő 260, 1108 1171.
Moll Károly . . 9
Molnár István . 921
Molnár Vilmos . 782
Morelli Gusztáv . 947
Móritz Dénes . . 879
Nádory Béla . . 795
Nagy Géza . . 932
Nagy György . . 848
Neuber Ede 73, 497, 524, 552, 962, 1030 1031, 1159.
Nógrády László . 474
Noszkay Aaurél . 686
Ormos Pál 861, 1188
Ornstein László . 1023
Orsós Jenő . . 225
Országh Oszkár . 446
Paku István . . 256
Pap Zoltán . . . 154
bilkei Pap Lajos . 450 506, 1031.

oldal

Pauliczky László . 883
Pákozdy Károly . 149
Pálfy Ella . . . 1090
Páll Gábor . . . 339
B. Pártos Alice . 1110
Pásztor Béla . . 689
Pásztor Jenő . . 43
Pernyész Sándor 955
Petrányi Győző . 898
Petres József . . 39
Pély Mihály . . 363
Péteri Ignác . . 1189
Péterffy Gusztáv 313
Péterfy Mária . 1090
Pilau Gusztáv 563, 1190
Pleskó Lajos . . 705
Pollák János . . 249
Puhr Lajos 392, 853
Purjesz Béla . . 549
Rakonitz Jenő . 988
Raisz Dezső 186, 411
Ranschburg Pál . 673 698.
Ratkóczy Nándor 793
Rausch Zoltán . 298 481, 762, 825.
Razgha Andor . 605
Ráth A. Zoltán . 936
bátaszéki Romeiser Ferenc . . . 1159
Rosenberg László 99
Róth Imre . .. 1102
Salacz Pál . . . 1034
Salamon Ernő . 1037
Salamon István . 864
Sarbo Artur . . 637
Sarudy Elemér . 359
Sas Loránt . . . 1078
Sághy Ferenc 738, 801
Sándor Gyula . . 759
Schaffer Károly 1199
Schiff György . 416
Schiffbeck Emil . 988 1052.
Schill Imre 639, 735, 761.
Schmidt Albin . 765 813.
Schneider Károly 821
Scholtz Andor . 157, 1171.
Schranz Dénes 343, 373, 399, 420, 888.
Sellei József 13, 333
Siminszky Ervin . 954
Simon Géza . . 281
Simon László 42, 419
Simon Sándor . 1118
Sipos Károly . 1224
Somogyi Zsigmond 53
Soós Aladár . . 792
Stefancsik Szilárd 580
Steiner Béla . . 611
Steiner Lajos . 369
Strausz László . 390
Sulyák István . 1020
Surányi Gyula . 162
Sülle József . . 161

oldal

Sümegi István 88, 834, 858.
Sümegi József . 470
Szabó György 393, 865
Szabó József . . 669
Szabó Zoltán . . 12
Szarka Vilma . . 1172
Szarvas András 1222
Szathmáry Zoltán 77 106, 259, 324, 348, 353, 384, 1106, 1167
Szálka Vilmos László . . . 109
Szegő Pál . 310, 1018
Szellő Ferenc . 132

oldal

v. Szentmihály Lajos . . . 1000
Szentkirályi Zsigmond 1088
Székács István . 460
Székely László . 206 352.
Szénásy József . 248
Szilágyi Aladár . 780
Szilárd Zoltán . . 1151
Szirmai Frigyes . 837 1124, 1147.
Szold Endre . . 1130
Szőke Károly . 1183
Tanárky Árpád . 948

oldal

Tauffer Vilmos . 437
Temesváry Miklós 112
Temesváry György 682, 922.
Teveli Zoltán . . 535
Thurzó Jenő 27, 136
Thurn—Rumbach István . . . 1121
Tóth Aladár 134, 304
Treer József . . 273
Udvardy László 1103
Ujsághy Pál . . 939
Vanik Vince . . 61
Varga Aladár . 1207

oldal

Varga Gyula . . 1055
Vágó János . . 1209
Vámos László . . 59
Vámossy Zoltán . 101 125, 873.
Várady-Szabó Miklós . . 89, 397
Vásárhelyi Katalin 926
Verebélÿ Tibor . 573
Verzár Frigyes . 604 748.
Vértes Lajos . . 296
Völgyi J. R. . . 567
Weinstein Pál 366, 1086

oldal

Weiss István 202, 835 858, 881.
Weisz Manó . . 287
Wietrich Antal 92, 189 210, 487, 716, 743, 867.
Winkler Pál 783, 1111
Wlassics Tibor . 1060
Zahumenszky Elemér 163
Zárday Imre . . 605
Zemplényi Imre . 26, 1237.
Zilahy Miklós 605, 912
Zinhobel Károly 88
Zsakó István . . 629

75. évfolyam. 1. szám. Budapest, 1931 január 3.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HŐGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY AGOSTON

Szerkesztőbizottság:

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNO

TARTALOM:

Hermann János és Melly Béla: Abrodillel végzett intravenás pyelographiáról. (1—5. oldal.)
Blazsó Sándor: A vércsoportok és lueses ideg- és érrendszeri megbetegedések közti összefüggés. (6—9. oldal.)
Moll Károly: A két hónapban mért hőmérsék közötti különbségről vállizületi gyulladásoknál. (9—10. oldal.)
Illés Péter: Diathermia üvegtesti homályok ellen. (10—12. o.)
Szabó Zoltán: Egy korai intrauterin terhes méh spontán rupturája. (12—13. oldal.)
Sellei József: Scleroderma gyógyítása pancreassal. (13. oldal.)
Kenyeres Balázs: Helyszini szemle lőfegyverrel okozott sérülés esetében. (14—15. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (1—4. oldal)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet és nőgyógyászat. — Szemészet. — Gyermekorvostan. — Urologia. (15—19. oldal.)
Könyvismertetés (19. oldal).
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei (20—23. oldal).
Zemplényi Imre: A fertőző betegbejelentés új rendjének kritikai ismertetése. (24—26. oldal.)
Thurzó Jenő: Megjegyzés az „Uj liquor reactio meningitis tbc.-nél" című cikkre. (27—28. oldal.)
Vegyes hírek (32. oldal és a borítólap III. oldalán).

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem urologiai klinikájának (igazgató: Illyés Géza dr., egyet. ny. r. tanár közleménye.

Abrodillel végzett intravenás pyelographiáról.

Irták: *Herman János dr.* és *Melly Béla dr.*, tanársegédek.

A gyógyszerchemia haladására jellemző, hogy egy-egy újabb medicamentum megjelenése után számos lényegében hasonló gyógyszer kerül rövid időn belül piacra. Az utóbbiak hol jobban, hol rosszabbul sikerülnek, s így minden alkalommal felmerül a kérdés, vajjon gazdasági, kereskedelmi szempontokon kivül van-e létjogosultsága az újabb szernek. Erre vonatkozólag azt mondhatjuk, ha csak lényegtelen chemiai változtatás mellett a gyógyszer hatása nem, csak elnevezése változott meg, a kerdés elveszti orvosi jelentőségét. Ezzel szemben, ha az új gyógyszer hatása előnyösebb, kevesebb kellemetlen melléktünetet okoz, egyszerűbben alkalmazható, vagy olcsóbb, feltétlenül megérdemli, hogy vele foglalkozzunk.

Az urologiai sebészet egyik legaktualisabb kérdése a kiválasztásos pyelographia. Az urologiai klinikáról *Minder* ez év február hó 8-án számolt be, a Kir. Orvosegyesület ülésén, a *Lichtenberg* és *Swick* által bevezetett, *Uroselectannal* végzett intravenás pyelographiával szerzett tapasztalatairól. Szeptember hóban már egy újabb kontrastanyaggal, az Abrodillel végeztünk vizsgálatokat.

Mielőtt tapasztalatainkat ismertetnénk, hangsúlyozni kívánjuk, hogy az uretercatheteres töltés és inravenás pyelographiás módszereket egymással összehasonlítani helytelen. A kiválasztásos vesemedencetöltés sohasem érheti el az uretercatheteren át felfecskendezett kontrastanyag concentratióját. Ennek következtében a kép nem olyan konrastos, nem válik el mindég élesen a bélgázoktól, ezért felületes következtetéssel könnyen tévútra vezetheti a vizsgálót. Tekintettel arra, hogy a kontrastanyag kiválasztása aktiv vesetevékenységhez kötött, rossz vesefunctio esetén gyenge vagy semmiféle árnyék sem keletkezik. Kérdéses azonban, hogy a veseműködés zavara állandó vagy csupán átmeneti jellegű-e. Ma, amikor a műtéti beavatkozás lehetőleg minden esetben a vese conserválására törekszik, elengedhetetlen feltételnek tartjuk a veseüreg alakjának pontos ismeretét. Ilyen esetekben csak a töltéses pyelographiára támaszkodhatunk.

A tumorok diagnostikájának legfontosabb része a pyelum és a kelyhek rajzolatának szabálytalan kiesése, vagy compressiója. Ennek a kérdésnek eldöntésére éles, intensiv árnyékra van szükség. Érthető, hogy a gyakorlott urologus nem szivesen állítaná fel, kevésbbé éles, elmosódott határú kiválasztásos kép alapján, a vesedaganat súlyos következményeket jelentő kórjelzését. Ha a módszer fejlődése folytán elektive fel tudja majd tüntetni a veseparenchymát legértékesebb tényező lehet a tumorok felismerésében.

A kiválasztásos pyelographia mai formájában nem versenyezhet a töltéses módszerrel, de azokban az esetekben, ahol az uretercatheterezésnek akadályai vannak, vagy azt valamilyen okból elvégezni nem akarjuk (solitär vese, súlyos hólyagfolyamat, etc.) nagyon értékes vizsgálómódszernek bizonyul. A kiválasztás intensitásából, rithmusából a vesék functionalis értékére is következtethetünk. Súlyos hiba volna azonban, ha valaki egyedül a pyelographiás képből műtéti indicatiót kísérelne meg felállítani.

Az utóbbi időkben tanulmányozott pyelovenosus reflux jelenségének vizsgálata tárta fel azokat az utakat, melyeken a fertőzés a vesemedence felől egy csapásra a veseparenchymába, a kéregbe, a vena renalisba kerülhet. Ennek a jelenségnek a tanulmányozása is nagyban hozzájárul, hogy sokan a kiválasztási pyelographiának túlzott jelentőséget tulajdonítanak. A gyakorlat ezzel szemben azt mutatta, hogy kellő asepsissel kiméletesen végzett töltéses pyelographiát ritkán kísérik kellemetlen utókövetkezmények. Bizonyos, hogy komoly ok nélkül nem kell pyelographiát végezni és a vese bizonyos fajta megbete-

gedésénél, például tuberculosisnál kerülni tanácsos. De nincs is szükség pyelographiára a vesegümőkor felismerésére. Olyan vesefolyamatoknál pedig, ahol a veseparenchyma szívós, heges, a veseürege tágult, nem keletkezik könnyen reflux. A töltésnél nem szabad durván eljárni és a beteg legkisebb telődési érzésére meg kell szüntetni a további befecskendezést. Megemlítik még azt is, hogy a töltéssel végzett pyelographiánál mesterséges feszülés alá kerül a vesemedence, másodszor a catheter, a befecskendezett kontrastanyag izgató hatására fokozott contractiók keletkeznek. Gyakorlati szempontból a pyelum és kelyhek atoniája, tágulata fokozott ingerek mellett még nagyobb bizonyító erővel bír. A tágulat nagyságára vonatkozó megállapítások is megbízhatóak. Műtétnél mindig a pyelographikus képnek megfelelő tágulatot találjuk.

Azokban az esetekben, ahol az uretercatheterismus elvégezhető és éles pyelographiás képre van szükség, az uretercatheteres töltés marad a választott eljárás.

A kiválasztásos pyelographia jön szóba a gyakorlati urologiában: 1. ha a beteg bizonytalan deréktáji fájdalmakról panaszkodik és sem a vizeletben, sem a hólyagban kóros elváltozást nem találunk, de a vese hibás fekvése folytán keletkezett panaszokat, ptosist dystopiát ki akarjuk zárni.

2. Elsőrendű szerepe van az intravenás pyelographiának azokban az esetekben, ahol az ureter elzáródása jó vesefunctio mellett következett be. Jó kiválasztás és akadályozott kiürülés mellett, kontrastos, a töltéses pyelographiával vetekedő képeket kaphatunk olyan esetekben, melyeknél eddig pyelographiát egyáltalában nem tudtunk végezni. A köves elzáródásnál gyakori nephritis aposthematosa feltárásánál szívesebben tartjuk meg a vesét, ha annak functionalis értékéről a contrastanyag jó kiválasztásával is meggyőződtünk.

3. Értékesen egészítheti a prostata hypertrophiások functionalis vizsgálatát is a kiválasztásos pyelographia, ismét új, eddig a pyelographia számára legtöbbször hozzáférhetetlen területen.

Mint látjuk, nagy terrenum nyílik az urologiai sebészetben a kiválasztásos módszerek előtt. Fontos azonban, hogy már az első tapasztalatok után helyes irányban használjuk fel az eljárást, mert ellenkező esetben csak kedvezőtlen eredményeket érhetünk el vele, vagy ami még veszedelmesebb, téves következtetéskre jutunk.

Az *Abrodil*, chemiai összetétele szerint: monojodmethansulfonsavas natrium, mely a gyár adatai szerint több mint 50% jodot tartalmaz erős kötésben. Kristályos por alakjában kerül forgalomba. Destillált vízben némi keverésre víztiszta oldatot ad. Tekintettel arra, hogy fény iránt kissé érzékeny sötét üvegben kell tartani. Oldata a bomlás veszélye nélkül sterilizalható.

Intravenás injectio céljára 20%-os vizes oldatát használjuk. Per os 20 gr. substantiát 200 gr. vezetéki vízben oldottunk. A betegek a kissé sós ízű folyadékot minden undor vagy kellemetlenség nélkül isszák meg. Rectais kísérletekben a 10%-os oldatból 200 ccm. adtunk be, 25 csepp opium tincturával keverve, előzetes tisztító beöntés után.

Az intravenás injectióra készített oldatot első eseteinkben egyszerűen sterilisaltuk. A betegek magát az injectiót jól türték, de 10—15 perccel utána kisebb-nagyobb fokú borzongás, rázóhideg fogta el őket. Ha az oldatot forralás előtt megszűrtük, sem a fecskendezéskor, sem utána nem okozott kellemetlenséget.

Megemlítésre méltónak tartjuk azt is, hogy a késztímény paravenásan sem okoz reactiót. Nagyobb mennyiségű folyadék befecskendezésénél elkerülhetetlen, hogy néhány csepp paravenásan ne menjen, különösen, ha rossz, szakadékony venái vannak a betegeknek.

Az Uroselectan befecskendezését gyakran kíséri: melegérzés, szomjúság, száraz nyelv, olykor hidegrázás, kisfokú részegség, izgatottság vagy ami a legkellemetlenebb karfájdalom. A megszűrt Abrodil oldat injectiója tapasztalataink szerint semmiféle reactiót nem okoz. Alkalmaztuk gravid nőbetegnél, súlyos kétoldali vesefolyamatnál, gyermeknél és egyik alkalommal sem látunk kellemetlen kísérő tüneteket.

Másik positiv előnye az Abrodilnek az Uroselectannal szemben, hogy míg utóbbi injectiója után a vizelet fajsúlya 1030—1040-ig emelkedik, Abrodilnél csak 1020—1025-ös vizelet fajsúlyt találunk, Veseinsufficientia esetében a nagy feladat, melyet a hatalmas fajsúlyemelkedést okozó Uroselectan injectio ró a vesékre, nem kívánatos.

A betegeket az intravenás pyelographiára fokozott gonddal kell előkészíteni. A kontrast gyengébb, mint a töltéses pyelographiánál, tehát a belek gáztartalma sokkal nagyobb mértékben zavar. A szokásos ricinus purgálás mellett, melyet reggel beöntés követ és carbo animalis szedésén kívül a beteg az injectio előtt 12 órát nem vehet folyadékot magához, hogy a kontrastanyag bő vizelettel fel ne higulhasson.



1. ábra.
Normalis veseüreg. 15 perccel az injectio után készült felvétel. A jobb vesét bélgáz fedi.

Az injectiót lassú tempóban legcélszerűbben vékony tűvel folyamatosan adjuk be. Dacára annak, hogy a gyár vizsgálatai szerint 40 gr. sem mérgező, megelégedtünk az ajánlott 20 gr. mennyiséggel, melyet 100 ccm. destillált vízben oldottunk.*

Normalis veseműködés esetén öt perccel a befecskendezés után már röntgenen jól észlelhető árnyékot kapunk. 15 perc mulva, ha kifogástalan a functio legintensivebb az árnyék. Természetesen minél nagyobb mértékben gyengült a veseműködés, annál hosszabb idő alatt éri el a kiválasztott kontrastanyag a szükséges concentratiót. Rossz veseműködés esetén kiválasztást egyáltalában nem észlelünk ezen idő alatt. A kiválasztás gyorsaságából a vese functionalis értékére általános következtetéseket lehet vonni.

A következőkben röviden ismertetjük néhány esetünket, melyekben kiválasztásos pyelographiát végeztünk. A per os és per rectum úton nyújtott Abrodillel még nem sikerült kielégítő eredményt elérnünk. A felszívódást iparkodunk gyorsítani, mert lassú felszívódás mellett nem lehet a vizeletben a kívánt concentratiót elérni.

* Utóbbi időben 80—60 cm³ vízben oldjuk. Gyengébben befecskendezve a befecskendezést kisfokú torokszárazság és melegérzés kíséri.

1. Gy. A. 27 éves háztartásbeli. Három hete jobb vesetáji fájdalom. Gyakori vizelési ingerek; gyengén fejlett és táplált, különben ép szervek.

Cystoskopia: vizelet: homályos,. foszlányos; capacitás: 150 ccm.

Ép holyagnyálkahártya. Ép ureterszájak. Trigonum mérsékelten hurutos.

Uretercatheter mindkét oldalt felvezethető.

Indigocarmin i. v. 10 ccm.

Minkét oldalon: 3 perc mulva megjelenik.
5 perc mulva intensiv kék.

Jobb △ : *1.74.* *Bal* △ : *1,60.*

Üledékekben semmi kóros alakelem nincsen.



2. ábra.

Jobb oldalt normalis veseüreg. Bal oldalon alsó szakaszában kövel elzárt ureter, egy helyen megtörik. Veseüreg erösen tágult.

Intravenás pyelographia 20 gr. Abrodil injectiója után. A kontrastanyagot oldottuk és forraltuk. A befecskendezés után 20 percre a beteget kirázta a hideg. Hőemelkedést nem észleltünk. A vizelet fajsúlya: 1025, 1020.

Röntgen felvétel 15 perc mulva: jobb veseüreg intensiven telődik a III.—IV. lumbalis között. Bal veseüreg telődik a II. lumbalis magasságában.

Ureterekben telődés nyomai.

30 perc mulva: az előbbi felvétellel lényegében megegyező lelet.

Ebben az esetben mindkét vese functiója kifogástalan, úgy a kryoskopia, mint az indigokiválasztás egyenértékű veseműködést mutat. Kóros alakelem az üledékekben nem volt.

Az intravenás pyelographia eredménye egybehangzó a többi vizsgálati eljárás eredményével.

2. Sz. J. 34 éves, földmives neje. Két éve jobb vesetáji fájdalmai vannak.

Cystoskopia: vizelet: zavaros, capacitás: normalis. Nyálkahártya általában hurutos. Bal ureterszájadék ép, jobb szájadék helyén bullosus oedema.

Jobb ureterszájadék nem catheterezhető.

Indocarmin i. v. 10 ccm.

Jobb oldalt gyengén szivárgott.

Bal oldalt 3 perc mulva kék; 5 perc mulva intensiv kék.

Intravenás pyelographia 20 gr. Abrodillel. 15 perc mulva hidegrázás.

Röntgen felvétel 15 perc mulva: jobb veseüreg az I. lumbalisnál, halványan telt, mérsékelten tágult szabálytalan kelyhek, az ureternek csak a felső része telődik; bal veseüreg I—II. lumbalis között, szabályos kelyhek, ureter felső része telt.

30 perc mulva: az előbbivel mindenben megegyező képet kaptunk. A bal ureter alsó része is kitelődött.

A klinikai kép alapján a jobb vese részleges elzáródását állapítottuk meg. Az indigo actiók helyett csak gyenge szivárgás alakjában ürült. Az elzáródást jelezte a szájadék körül felismerhető bullosus oedema. Uretercatheter a szájadékban elakadt.

A jobb oldalon az intravenás pyelographia deformált veseüreget mutatott. Gyengült veseműködésre mutat, hogy a kiürülés akadályozottsága mellett olyan intensiv sem volt az árnyék, mint a szabad lefolyású bal oldalon. Jó veseműködésnél, ha a kiürülés akadályozott az ép oldalnál intensivebb és nem halványabb árnyékot kellett volna kapnunk.

Az intravenás pyelographia egyik leghálásabb feladata, nem csak az elzáródás fokát, de annak következményeit is megmutatni olyan esetben, mikor uretercatheterismus kivihetetlen.

3. G. M. 25 éves, földmives neje. Három hete fájdalmas vizelési ingerek. Egy hónap óta jobb vesetáji fájdalom. Általános vizsgálat: kóros lelet nékül.

Cystoskopia sacralis anaesthesiában; vizelet: zavaros, capacitás: 80 ccm. Hólyagnyálkahártya általában hurutos. Jobb ureterszájadék magasan ül, oedemásan duzzadt, a bal mérsékelten duzzadt. A hólyag fundusában főleg a jobb oldalon, bársonyos alapon kölesnyi gümök.

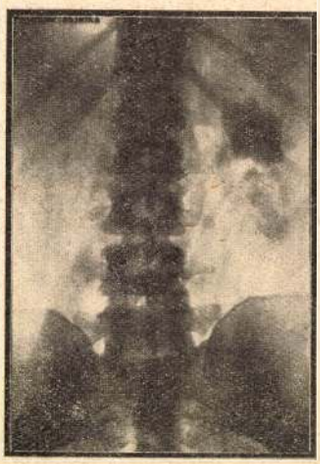
Uretercatheterismus: mindkét oldalt a szájadékban megmegakadnak a catheterek.

Chromocystoskopia: indigocarmin 10 ccm. i. v.

Jobb oldalt: 10 perc mulva vékony sugárban megjelenik.

Bal oldalt: Nem jelenik meg 30 perc mulva sem.

Intravenás pyelographia: 20 gr. Abrodil.



3. ábra.

Jobb vese nem választ ki (tbc.). Bal oldalon terjedelmes caverna, tágult kelyhekkel, vastag ureter.

Röntgen felvétel 5 perc mulva: a jobb vese a XII. dorsalis és IV. lumbalis között rendesnél hosszabb, pyelum tág, rajta bogyószerűen ülnek a tágult kelyhek. Bal vesében csak a kelyheknek megfelelő foltos szabálytalan telődés látszik.

15 perc mulva: az előbbi felvétellel teljesen megegyező kép.

A cystoskopos kép alapján mindkét vese gümős megbetegedésére volt gyanú. Uretercatheter a szájadékokban elakadt és így csak az indigo kiválasztásra támaszkodhattunk, mely a jobb oldalon hiányosan a bal oldalon egyáltalában nem jelent meg.

A klinikai leletet az intravenás pyelographia minden tekintetben megerősítette.

4. D. L. 22 éves, háztartásbeli. IV. hónapos gravida, 2 hete húzó jellegű, részben a vesetájra localisált hasi fájdalmak, 8 kg.-t fogyott. Láz, hidegrázás.

Cystoskopia: vizelet: homályos; capacitas: 150 ccm. Ép hólyag, a hátsó falon terhességi impressio, kissé duzzadt ureterszájadékok.

Uretercatheterek felvezethetők.

Indigocarmin 10 ccm. i. v.

Jobb oldalt: 4 perc mulva megjelent; 6 perc mulva intensiv kék.

Bal oldalt: 6 perc mulva halvány kék; 10 perc mulva sem intensiv.

Jobb △: 1.74, semmi kóros.

Bal △ : 1.10, 100—120 genysejt.



4. ábra.

Jobb oldalt ép vese. Bal oldalon pyelitis gravidarum, kisfokú tágulással.

Intravenás pyelographia: 20 gr. Abrodil. Dacára a terhességi pyelitisnek a szürt oldat befecskendezése semmiféle reactiót sem okozott.

Röntgen felvétel 5 perc múlva: kifejezett kiválasztás a jobb oldalon, normalis pyelum alig tágult kelyhek, ureter normalis. Bal oldalon kifejezett kiválasztás, kissé tágult kelyhek, helyenként lapos papillák, ureter végig mérsékelten tágult atoniás.

20 perc mulva: jobb oldalt kissé fokozott tonusú veseüreg, intensiv kiválasztás. Bal oldalon kissé intensivebb, de lényegében változatlan kép.

A terhességi pyelitis által okozott finom elváltozásokat jól feltüntette. Steril retentio gyanújánál a catheterismus olykor elkerülhető lesz. Positiv lelet mellett, ahol a catheter therapiás beavatkozást jelent, semmi célja az intravenás eljárásnak.

5. B. P. 53 éves, háztartásbeli. 4 éve jobb oldalon gyakran ismétlődő, napokig tartó görcsök, a rohamok után többször köveket vizelt, egy alkalommal mogyorónyi kő is távozott. Vizelete időnkint véres.

Cystoskopia: vizelet: homályos; capacitas: normalis. Általában ép hólyag. Ureternyilás jobb oldalt lobosan duzzadt.

Uretercatheterismus: jobb oldalt 2 cm.-re elakad, bal oldalt felvezethető.

Indigocarmin i. v. 10 cm.

Jobb oldalt: Cystoskopos controllal sem indigo, sem actio nem észlelhető.

Bal oldalt: 5 perc mulva halvány kék; 10 perc mulva sem lesz intensiv kék.

Bal △: 1.23, semmi kóros.

Vér δ: 0.61.

Intravenás pyelographia: 20 gr. Abrodil.

Röntgen felvétel 5 perc mulva: jobb oldalt a vese nem választ ki contrast anyagot, bal oldalon a kiválasztásnak elmosódott, halvány nyomai.

20 perc mulva: jobb oldalt kiválasztás nincsen, bal oldalt a vese a I—IV. lumbalis között, a rendesnél nagyobb; maga a pyelum kicsi, tágult, kehelyszárak, lapos szabálytalan papillák, a felső polusban tojásnyi egyenetlenül tágult üreg. Ureter kis újjnyi széles.

Az injectio után dacára az insufficiens veseműködésnek, reactio nem volt.

A jobb vese nem catheterezhető. Állapotáról csak az intravenás pyelogramm útján győződhettünk meg; indigokiválasztás nem látszott. Az intravenás felvétel a jobb veseműködés teljes kiesését mutatta. A bal vese gyengült functio mellett — amire a késői telődés is utal —, nagyfokú tágulatot tüntet fel. A magas 0.61 vér δ-nak is teljes magyarázatát adta tehát a pyelographia.

6. S. L. 69 éves, háztartásbeli. 5 nap előtt vérvizelés és erős görcsös fájdalom a bal vesetájon.

Cystoskopia: vizelet: zavaros; capacitas: normalis. Ép hólyag. Bal ureterszáj lobosan duzzadt.

Uretercatheterismus: jobb oldalt felvezethető, bal oldalt a szájadékban elakad.

Indigocarmin 10 ccm. i. v.

Jobb oldalt: 3 perc mulva kék; 5 perc mulva intensiv kék.

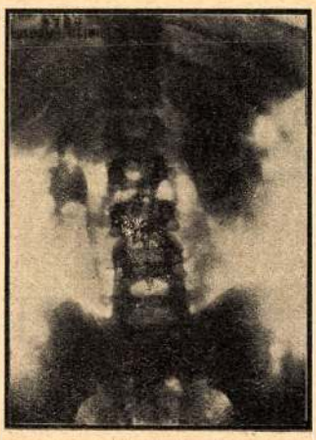
Bal oldalt: 10 perc mulva sem jelenik meg.

Intravenás pyelographia: 20 gr. Abrodil. Reactio nem volt.

Röntgenfelvétel 20 perc mulva: a jobb vese XII. dorsalis és IV. lumbalis között, rendes, tágult pyelum, normalis kelyhek. Ureter rendes. Bal vese a XI. dorsalis és III. lumbalis között, rendes, halvány telődést mutat. Bal ureter alsó szakaszában kis kő árnyéka.

1½ óra mulva: jobb oldalt halványabb telődés, alak változatlan, bal oldalon intensiv telődés, tágult pyelum, alaktalan, gömbszerűen tágult kelyhek. Végig széles ureter, mely a vese alsó polusnánál lateral felé megtörik.

Bal oldalon elzárt vese, az első felvételen a bal vese képe a jobbnál gyengébb, hoszabb idő mulva az elhuzódó kiválasztás miatt intensivebbé válik.



5. ábra.

Jobb vese pyeluma tágult. Bal vese alaktalan zsák, 8 óra mulva sem ürül ki. (9 éves fiu.)

Az elzáródás oka kis bal oldali ureterkő, mely mellett a következő vizsgálatnál uretercathetert sikerült felvezetni.

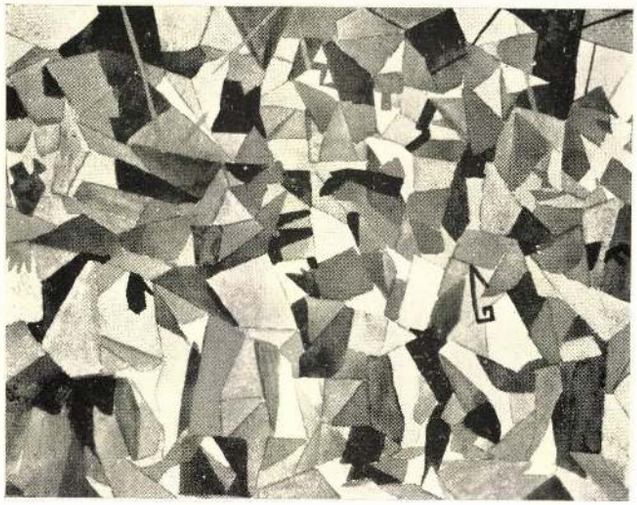
7. P. L. 15 éves tanuló. 5 hete gáttájára esett, vizelni nem tudott, sectio altát végeztek nála vidéken. Vizelete a gáttáji sipolyokon át is ürül. A pars membranacea urethraeban átjárhatatlan szükület.

Intravenás pyelographia: 12 gr. Abrodil.

Röntgen felvétel: 10 perc mulva jobb oldalt jó kiválasztás, de a veseüreg alakja, a sok bélgáz miatt nem differenciálható el, bal oldalt jó kiválasztás, rendes alakú veseüreg.



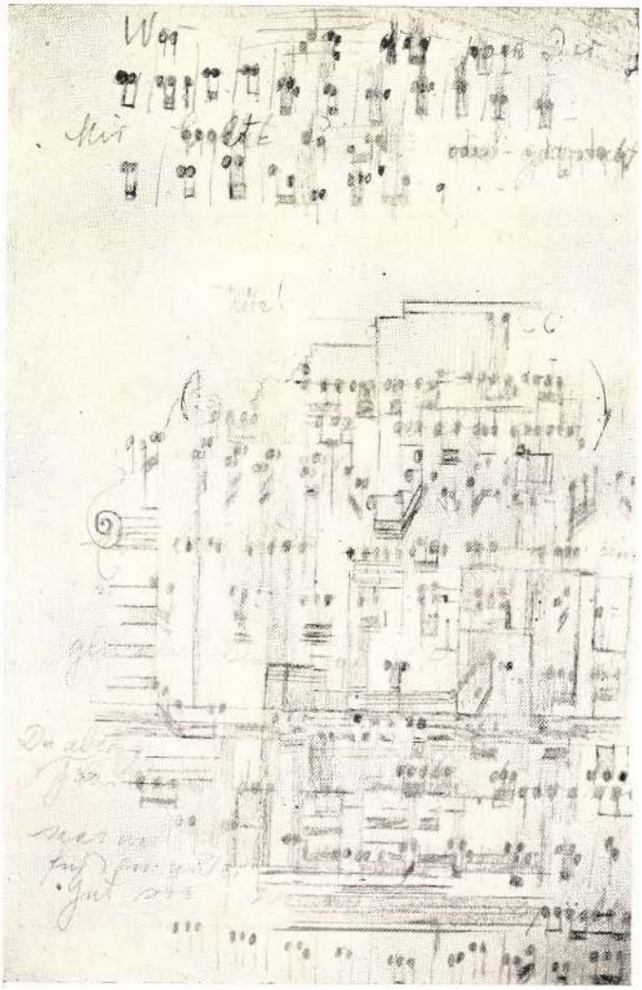
3. ábra.



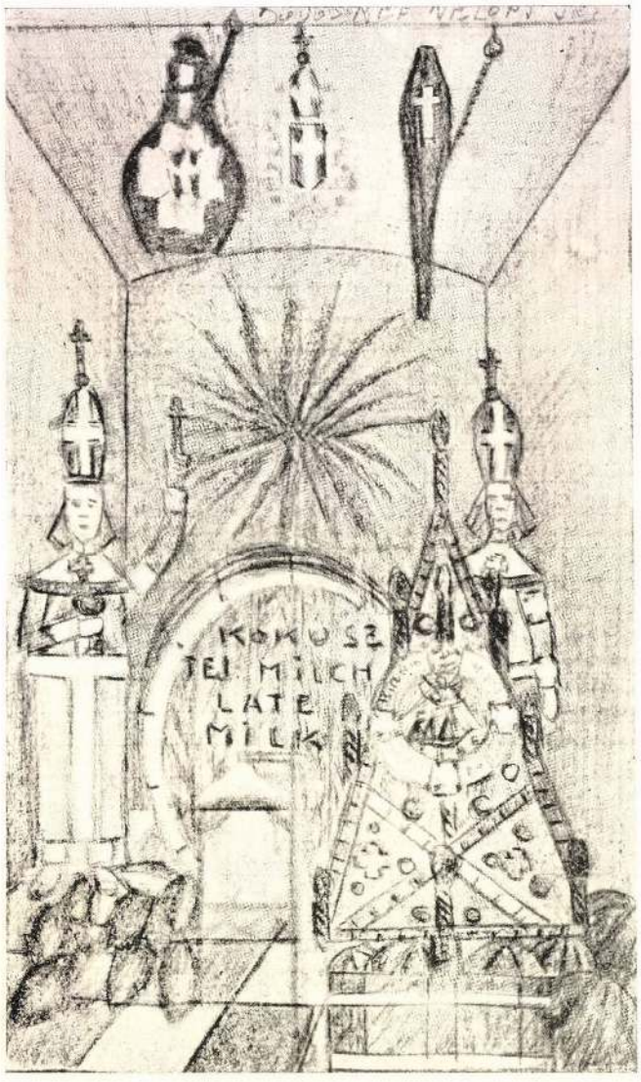
3. a) ábra.



4. ábra.



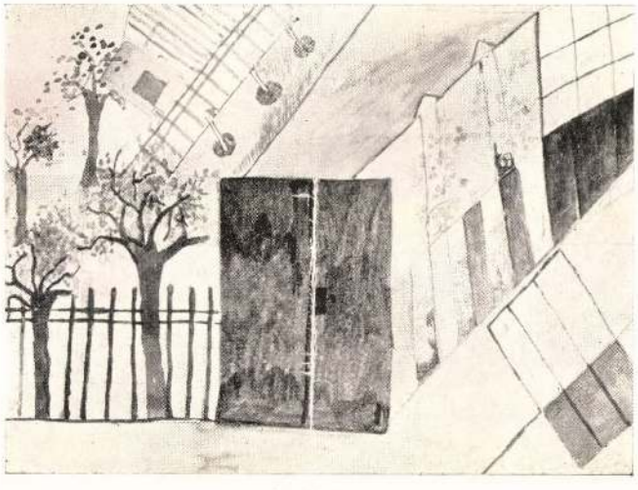
5. ábra.



8. ábra.



8. a) ábra.



9. ábra.



10. ábra.

45 perc mulva: kiválasztás már egyik oldalon sem látszik.

Ebben az esetben a veseműködésről csak a vér vizsgálata vagy intravenás pyelographia útján szerezhetünk felvilágosítást, mivel az urethra állapota mindennemű eszköz bevezetését lehetetlenné tette.

Tekintettel a gyermek korára, 12 gr. Abrodilt fecskendeztünk csak be. Semmiféle reactio sem kísérte a vizsgálatot, mindkét vesében felismertük a kiválasztást és dacára annak, hogy jobb oldalt a bélgázok zavarták a képet a kontrastanyag gyors eliminálásából, 45 perc mulva telődés egyik oldalon sem látszott, mindkét vese kifogástalan működésére következtethetünk.

8. Sz. Gy. 28 éves földmíves. 3 éve fokozott vizelési inger. Utóbbi időben óránkint vizel. Húgycső, hólyagtáji fájdalmak. Epidydimitis tbc. Tenesmusok.

Az összes vizeletben: Koch positiv. Higitás: 1007—1002. Vér δ: 0.60.

Hólyagcapacitas rossz, 75 ccm.

Chromoskopia: 25 perc mulva halvány kék; 30 perc mulva is halvány kék.

Intravenás pyelographia: 20 gr. Abrodil.

Röntgen felvétel 5 perc mulva: kiválasztás nem látható; 15 perc mulva: jobb oldalt kiválasztás nem látszik, bal oldalon halvány szabálytalan nyomok. 30 perc múlva jobb vesében igen halvány nyomok, bal vesében szabálytalan, eléggé intensiv foltok, a veseüreg alakja azonban nem vehető ki.

Klinikailag az összes vizelet Koch positiv volta jelezte a betegség gümős természetét, amivel a romlott capacitas, tenesmusok is összhangban voltak. A rossz veseműködést mutató higitás, chromoskopia és emelkedett vér δ alapján két oldali folyamatra lehetett gondolni, de a cystoskopia és uretercatheterismus nem volt elvégezhető a hólyag állapota és tenesmusok miatt.

Az intravenás pyelographia alapján kiderült, hogy mindkét vese kifejezettebb mértékben, de különösen a jobb vese erősen gyengült működést mutat ugyannyira, hogy minden operativ beavatkozás céltalan volna.

9. Cs. J. 55 éves altiszt, három éve vizelési panaszok, két hete véres a vizelete, szomjazik.

Prostata diónyi, jobb lebenye tömött, környezetével összekapaszkodik, dudoros felszinü.

Higitási próba: 1011—1009.

Intravenás pyelographia: 20 gr. Abrodil.

Röntgen felvétel 5—15 és 45 perc mulva: telődést nem mutat. Az intravenás pyelographia szerint is súlyos veseelégtelenséget kell felvennünk. Dacára a súlyos veseinsufficientiának semmiféle reactio sem kísérte a vizsgálatot.

10. D. M. 38 éves háztartásbeli. 2 év óta gyakori fájdalmas vizelés. Löwenstein kultura: Koch positiv.

Cystoskopia: vizelet: zavaros; capacitas: 50 gr. A jobb ureternyilás helyén granuloma mögötte sarjak. Jobb oldalon uretercathetersmus nem végezhető.

Indigocarmin i. v. 10 ccm.

Jobb oldalt: Nem jelenik meg.

Bal oldalt: 5 perc mulva halvány kék; 7 perc mulva intensiv kék.

Bal △: 0.80, 18—20 genysejt.

Jobb: ———

Vérsavó: 0.59. Maradék nitrogen: 29 mg.

Intravenás pyelographia: 20 gr. Abrodil.

Röntgen felvétel: 15 perc mulva, jobb vese a II—V. lumbalis között, ptotikus, nagyobb. Galambtojásnyi pyelum, tág, bunkószerű kelyhek. Kissújjnyi széles kanyargós ureter; bal vese az I.—III. lumbalis között. Kicsiny spasticus pyelum kelyhek csak foltosan telődnek. Ureter kezdete normalisan telődik.

45 perc mulva: az előbbi felvétellel lényegében megegyező, de annál intensivebb kép látható mindkét oldalon.

Eredmény a klinikai lelettel egyértelmű.

11. B. S. 64 éves, bankigazgató. 3 éve dysuriás, retentioja miatt több izben csapolásra szorult. Vizelete éjjel elcsurgott.

Residualis vizelet: 700 ccm. Megnagyobbodott prostata.

Cystoskopia: Vizelet zavaros; capacitás: normalis.

Residuum: 950. Trabecularis hólyag, orificium int. simán bedomborodó, felül közti vályú.

Higitás: 1006—1004. Chromoskopia: 40 perc mulva nincsen elszineződés.

Vér δ: 0.60. Maradék nitrogen: 48 mg.

Intravenás pyelographia: 20 gr. Abrodil.

Röntgen felvétel 15 perc mulva: a jobb veseüreg telődése nem mutatható ki. A jobb vese határai a bélgázoktól nem látszanak, bal vese a XII. dorsalis és III. lumbalis között, nagyobb a rendesnél. Erősen tágult nagy pyelum, széles kelyhek, lapos papillák. Ureter végig kis újjnyi.

1 óra múlva: telődés egyáltalában nem látszik a jobb oldalon, a bal oldalon változatlan kissé intensivebb kép. Megfelel a klinikailag észlelt rossz functiónak.

Több esetben használtuk fel az intravenás Abrodilos pyelographiát ambulanter orientációs vizsgálat céljaira, minden izben kielégítő felvilágosítást nyújtott. Reactiomentes volta miatt ambulanter aggodalom nélkül használható.

A felsorolt néhány esettel részben az Abrodil használhatóságát akartuk bizonyítani, részben példákat akartunk adni, hogy milyen értelemben használható a kiválasztásos pyelographia.

Ha végül összefoglaljuk tapasztalatainkat, a következőket mondhatjuk:

1. Az Abrodil hasonlóan az Uroselectan nevű készítményhez, intravenás pyelographia céljára, jól használható kontrastanyagnak bizonyult.

2. Előnye az Uroselectannal szemben, hogy míg annak befecskendezését gyakran kellemetlen melléktünetek követik, az Abrodil szürt, steril oldata minden mellékhatás nélkül adható.

3. A szürést a forralás előtt végezhetjük, oldata víztiszta, paravenásan sem okoz kisebb mennyiségben reactiót.

4. A vizelet fajsúlya nem emelkedik hatalmasan az injectio után, tehát praeuraemiás betegnek is nyugodtan adhatjuk.

5. A kiválasztás gyors tempóban történik, 5—15 perc az optimalis idő a felvételre jó functio esetén.

6. rectalis, peroralis adagolással nem sikerült még kielégítő eredményt elérnünk.

Végül mégegyszer kiemeljük, hogy a kiválasztásos pyelographia kiegészítője és nem rivalisa a töltéses módszernek, mai alakjában. Ahol egyik határai végződnek, kezdődik a másik eljárás jelentősége.

Ilyen felfogásban az intravenás pyelographia megtalálja a megilletö helyét az urologiai sebészet vizsgálómódszerei között és azokban az esetekben, ahol az uretercatheterezésnek legyőzhetetlen akadályai vannak, legértékesebb vizsgálati mód lehet.

Ez mai formájában a kiválasztásos pyelographia terrenuma, melyen szép eredményeket érhetünk el vele, de ha a jól bevált vizsgáló eljárások mellőzésével egyedül ennek alapján kíséreljük meg a kórjelzés felállíttását számos tévedésnek és hibának lehet okozója.

A kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. belklinikájának (igazgató: báró Kétly László dr., e. ny. r. tanár) közleménye.

A vércsoportok és lueses ideg- és érrendszeri megbetegedések közti összefüggés.*

Irta: *Blazsó Sándor,* szigorló orvos.

Ha az egyéneknél észlelt individualis immunitás, vagy fogékonyság okát meg akarjuk fejteni, vagy ha magyarázatát akarjuk adni a különböző biológiai varietásoknak, tekintetbe kell vennünk a fejlődés és faji adaptatio principiumait s fel kell használnunk ennek segédeszközeit. Az ily irányú kutatások egyik legismertebb és legobjectivebb segédeszköze a vércsoportok ismerete.

A normalis emberi vérben *Landsteiner* már mintegy 30 éve felfedezte az úgynevezett isoagglutineket. E felfedezés jelentősége azóta mind szélesebb tért nyert s ma már különösen a constitutiós-pathologiában, de az orvostudomány egyéb ágában is fontos szerepe van. Az e felfedezéssel kapcsolatos kutatások tárgya, az első évben inkább ennek theoreticus elemzésében és a vértransfusióban való szerepének vizsgálatában merül ki.

Moss, Dungern, Hirszfeld, Jansky és *Lattes* voltak különösen azok, akik nemcsak a vérátömlesztésnél szereplő fontos momentumban, a vért adó kikeresésében látták az isoagglutinatiós phenomén jelentőségét, hanem azzal, mint nagyszerű segédeszközzel, az antropológia, a constitutiós-pathologia, stb. körébe tartozó problémákat igyekeztek megoldani. *Moss, Jansky* és *Lattes* különösen az antropológiai vonatkozásokat kutatták. Itt említhetjük *Hirszfeldet* is, aki nagy és részletes munkával vizsgálta különböző fajoknál a vércsoportok megoszlását. *Dungern* és ugyancsak *Hirszfeld* és tanítványai, különösen a vércsoportok és a betegségek közti correlatiókat tanulmányozták. Nekik köszönhető pl. a diphtheria immunitás és a vércsoportok közti összefüggés felderítése.

A vércsoportok ismeretének, ill. az isoagglutinatiós phenoménnek sokoldalú felhasználhatósága közül, minket az a részlet érdekel, amelyben ezt a therapiával kapcsolatban, vagy a constitutio, ill. constitutiós-pathologia körébe tartozó kérdésekben tárgyalják. A vércsoportoknak a therapiával való kapcsolata szorosan véve a transfusio lehetőségein és indicatióin belül tárgyalható. A constitutióval foglalkozó kutatásokkal azonban részletesen kell fogalkoznunk, mert ezek egy része összefüggésben van a mi kutatásunk irányával.

Alapvető törvényszerűséget talált *Hirszfeld* a vércsoportok öröklődésénél. Ezt az észleletet a constitutiós-pathologia fundamentumának is nevezhetjük. Észleletei szerint a vércsoportok öröklődése, a *Mendel*-törvény szerint igazodik. Az öröklődés tehát genotypiás és mindig dominantiát mutató formában jelentkezik. Recessiv jelleget sohasem vesz fel. *Hirszfeld* szerint a vércsoportok genesise összefüggésben van a *Morgan* által kutatott chromosomával. Érdekes összehasonlítást végzett a *Kretschmer*-féle constitutiós beosztás és a vércsoportok között *Hilgers, Wohlfeil* és *Knötzke*. Összefüggést a két constitutiós faktor között nem találtak. Fontos azonban az az észleletünk, hogy az astheniás constitutiónál, félreismerhetetlenül túlsúlyban van az „A" csoport.

Ugyancsak ők azt találták, hogy az „O" csoportba tartozók serumának *Widal*-reactiót adó agglutinatiós titere, typhusos és paratyphusos esetekben, az egyéb vércsoportba tartozókénál, magasabb értékű volt.

* Az 1929—30. tanévben egyetemi pályadíjat nyert dolgozat.

Hirszfeld a már fentebb említett kutatásaiban, a diphtheriával kapcsolatos immunitás és a vércsoportok közti összefüggést, a következőkben találta. Minden vércsoporton belül van diphtheriára érzékeny és ellenálló individuum. S ha most az anya és az apa *Schick*-positiv reactiót adnak, úgy leszármazottaik mind *Schick*-positivok. Ha a szülők egyike immunis, a másik érzékeny, akkor a szerint, hogy a gyermek melyik szülő vércsoportját örökölte, lehet fogékony, vagy ellenálló. Ha pedig mindkét szülő *Schick*-negativ, úgy a gyermekek csak igen ritka esetben *Schick*-positivek. Vagyis az immunitás és fogékonyság, az izotestekkel öröklődik.

Francia kutatók a tuberculósissal kapcsolatban is nagy jelentőséget tulajdonítottak a vércsoportoknak. Feltevéseiket azonban *Connert, Holló* és *Lénárt,* valamint *Ernst* kutatásai megcáfolják.

Nem fogadjuk el *Alexander* kutatásainak eredményét sem, aki azt találta, hogy az „O" és „B" vércsoport rosszindulatú tumorra disponál. De *Johannsen* észleleteit sem, aki viszont a „B" és „AB" csoportba tartozóknál, azt észlelte, hogy ezek tumor iránt nem fogékonyak. *Buchanan* és *Higley, Weitzner* és még többen, sokkal nagyobb anyagon végzett kísérleteikben, az előbb említett kutatókkal ellentétben, a daganatok és vércsoportok közt semmiféle correlatiót nem találtak.

Psychosisos kórképeknél *Dölter* és *Heimann* szerint,, a „B" és „O" csoportok dominálnak. Hasonló az észlelete *Pilcznek* és maniaco-depressivás betegeken *Fr. Meyernek* is. *Proescher* és *Arkush* is látnak bizonyos arányt a kórképeknél. *Gundel* vizsgálatai alapján azonban arra a konkluzióra jut, hogy e kórképek vércsoporteloszlásának a normalistól való eltérése, nem vehető számításba. *Kating* és *Weidemann* leprásokat vizsgáltak, de a normalis vércsoport eloszlástól különösebb eltérést nem talált. *Pöhlmann* dermatologiai vonatkozású kutatásaiban arra az eredményre jutott, hogy psoriasisnál, az esetek igen nagy százalékában szerepel az „O" csoport. Az e csoportba tartozóságot *Pöhlmann* a psoriasis egyik dispositiós faktorának tartja.

Érdekes a paroxysmalis haemoglubinuriának vércsoportokkal való magyarázata. *Witebsky* szerint ugyanis az „A" vércsoportba tartozó vörös vérsejtek, lipoid antitesteket tudnak termelni, amelyek oldják az egyén vörösvérsejtjeit is. Az ilyen esetekben a beteg seruma haemolysalta az ugyanazon vércsoportba tartozók vörösvérsejtjeit is. *Wichmann* és *Paal* eredményei szerint azok, akik az „AB" és „B" csoportba tartoznak (vagyis ott, ahol a „B" receptort találták) hajlamosak hypertensióra.

Többen gondoltak és foglalkoztak a maláriával. *Wethmar, Pilcz, Hermanns, Kronberg, Wendelberger,* a maláriának a vérsejttel való összefüggéséből, a vércsoporttal való correlatiót valószínűnek látták. Valamennyien ezt találták. Az oltott malária incubatiós ideje, ha a maláriát vivő vér nem homolog vércsoportból való, sokkal hosszabb, mint egyébként.

Végül rátértünk a kutatások ama részére, amely már szoros kapcsolatban van a mi munkánkkal. Elsőnek *Amsel* és *Halber* azt kutatták, hogy a lues és a vércsoportok között lehet-e összefüggés. Megállapításuk szerint evvel összefüggő lues resistentia, vagy dispositió nincs. *Strasynszky* ellenben azt találta és *Gundel* pedig igen nagy beteganyagon bizonyította, hogy *Amselék* felfogása nem helyes. Azoknál a betegeknél ugyanis, akik az „AB" *(Strasynszky)* és „B" csoportba tartoznak *(Gundel),* az antilueses kúra kevesebb eredménnyel jár, az „O" csoportba tartozókénál ellenben, a *Wassermann*-reactio jóval hamarabb vált negativvá. *Gundel* százalékos arányai szerint, míg az „AB" és „B" csoportoknak csak kb. 9—11 százaléka, addig az „A" és „O" csoportnak 41%-a lett a

kúra hatása alatt Wa-negativvá. Ugyanilyenek az észleletei hereditaer lueses esetek kapcsán, *Kiss*nek és *Skroppnak* is. *Gundel* a normalis vércsoport eloszláshoz viszonyítva, ugyancsak a kezeléssel resistensebb csoportok, különösen a „B' csoport prioritását találta tabes dorsalis, paralisis progressiva és lues cerebri esetében. Ez a véleménye *Kreuse, Sachs, Pilcz* és *Wilczkowsky*-nak is.

Amint ez utóbbi adatokból látjuk, igen sokan foglalkoztak azzal, hogy ama megbetegedés, amelyet köznyelven vérbajnak neveznek és a vércsoportok közt, milyen összefüggés van. Az eredmények egyik része az amelyet a vércsoportoknak az antilueses kezeléssel illetve annak eredményességével kapcsolatban találtak. A másik az, amelyben a vércsoportok és a lues következményes megbetegedései között, bizonyos fokú correlatiót tudtak kimutatni.

Részben megerősíti a fentieket *Pöhlmann* legújabban közölt vizsgálatainak eredménye. E vizsgálatok szerint éppúgy, mint azt *Gundel* is találta, a Wa reactio az „A" és „O" csoportoknál könnyen, az „AB" és „B" csoportoknál pedig nehezebben befolyásolható. Érdekes az a megállapítás is, hogy a „B" csoportba tartozóknál, gyakoribb a serológiás recidiva, mint a többi csoportoknál és ugyane csoportbelieknél, gyakoribb a lues harmadik stadiumának a megjelenése.

E kísérletekből kiindulva, azt igyekeztem különösebben kutatni, hogy a luesher társuló megbetegedésekben, nagy vonásokban, van-e összefüggés. vagy ha itt nincs, akkor a megbetegedésekben szereplő symptomákban találok-e bizonyos kapcsolatot. A kérdés egyik részére. már kaptunk bizonyos eredményeket más nemzetre vonatkozólag. Ezek szerint *szoros* összefüggés a lueses megbetegedések és a vércsoportok között nincs. Ennek ellenére, bizonyos correlatiók ezek között el nem vitathatók. Eme részleges eredményeket részben annak tulajdonítottam, hogy olyan általánosítható diagnosis, mint tabes, olyan nagy tünetcomplexumot rejt magában, amely szükségessé teszi, hogy pl. a tabes megjelenési formáit e vizsgálatoknál csoportokba osszuk. Különösnek tartottam ugyanis azt, hogy nem minden tabes kísérő tünete a „crisis", vagy pl., hogy nem minden esetben észlelhetünk atrophia nervi opticit. Ugy gondoltam, hogy a diagnosis eme finomabb differenciálásával, tisztábban láthatom az összefüggést. Ezek alapján azt néztem, hogy az individualis tünetek nem a vércsoportokkal összefüggő constituionalis jelenségek-e; hogy nem társul-e már a foetalis életben, az egyénhez olyan ectodermalis, vagy mesodermalis adottság, amelynek alapján a lueses eredetű megbetegedések egy megjelölt formája, vagy e formákon belül, egy symptomára disponáló momentum fejlődhetik ki?

Mivel az irodalmi adatok szerint a vércsoportok karaktere sohasem változik meg, de megváltozhatik a serum haemagglutinatiós titere (lázas megbetegedések, graviditas, stb.), kísérleteimet mindig egy standard serummal végeztem, a *Pápai*-féle haemotesttel, amely a bécsi Serol. Inst. ellenőrzésével készül.* A kísérleteket a lehető legegyszerűbben végeztem. A beteg újját megszúrtam és a seb véréből a meghatározáshoz szükséges vért, tárgylemezre téve, elegyítettem a megfelelő csoport serumokkal. A vércseppeket a serummal a tárgylemez mozgatásával igyekeztem elkeverni. Az agglutinatio így kb. 1—5 perc alatt tökéletesen kifejlődött és szabad szemmel is igen jól lehetett látni. Az agglutinatio létrejöttét mikroskóp alatt nem vizsgáltam, egyrészt azért, mert az agglutinatio amúgy is jól látható, másrészt azért hogy a *Lattes* által leírt, részben csak mikroskóp alatt látható pénztekercsszerű elrendeződés, amit a legújabb vizsgálatok szerint *(Kubányi)* nem tartanak agglutinatiónak, ne zavarjon. A vizsgálatokat a vérvétel idejében azonnal végeztem. Összesen 350 beteget észleltem. A betegek közül tabesben 85, paralysisben 109, lues cerebriben 48, különböző megjelenési formájú endarteritisben 31, arthropathia tabeticaban 27, atrophia nervi opticiben 31 beteg szenvedett, crisis-t pedig 20 esetben találtam.

A betegek legnagyobb részét, kb. 190 esetet, *Sarbó Arthur* tanár úr szíves engedélyével, a Szt. István-kórház ideggyógyászati osztályán észleltem, akinek e helyen is köszönetet mondok.

Először az ideggyógyászati szempontból typusos megbetegedési formák, a tabes, paralysis és lues cerebri és a vércsoportok közti általános, már többek által, de más rassokon belül megállapított általános összefüggést néztem. Fontosnak gondoltam eme már vizsgált relatiókat, magyarországi viszonylatban is megállapítani.

Összehasonlításul a normalis vércsoport elosztódáshoz, az általánosan elfogadott *Verzár—Weszeczky*-féle táblázatot használtam fel.

Az alábbi táblázat a *Verzár—Weszeczky* által normalis esetekre megállapított arányokat ábrázolja. Ehhez viszonyítottam az én eseteimet.

I. táblázat.

Vércsoport	A B	A	B	O
Százalékos megoszlás	12·2	38·0	18·8	31·0

A magyarországi normalis vércsoport eloszlás.
(Verzár—Weszeczky.)

A lues cerebrinél azt találtam, hogy az „AB", de különösen az „A" csoport, igen csekély számban vesz részt a megbetegedés e formájánál. Ez esetek igen nagy százaléka tartozik azonban az „O" és a „B" csoportokba. E csoportok százalékos aránya jóval nagyobb a normalisénál. Paralysises betegeknél az „AB" csoport igen kis százalékban fordul elő. Az „A" csoport kb. a normalisnál talált értékeknek megfelelő. A normalisnál valamivel kisebb a „B", de jóval magasabb az „O" csoport százaléka. Tabeses eseteknél az „AB" csoport nem sokban különbözik a normalistól, az „A" csoport azonban több, mint háromszorosa a normalis százalékszámnak. (Tabeses eseteimben csak különösebb kísérő tünet nélküli eseteket használtam fel.) A „B" és „O" csoport érdekesen alacsony számban fordul elő.

Az alábbi táblázatokban a felsorolt eseteket próbálom szemléltetni.

II. táblázat.

Vércsoport	A B	A	B	O
Százalékos megoszlás	7·14	3·56	42·9	46·4

Lues cerebri esetei.

III. táblázat.

Vércsoport	A B	A	B	O
Százalékos megoszlás	1·64	18·03	34·5	45·8

A paralysises esetek.

* E helyütt kell köszönetet mondanom a „Pápai serumtermelő" int. igazgatóságának, amely készséggel bocsájtotta rendelkezésemre a kísérleti anyagot.

IV. táblázat.

Vércsoport	A B	A	B	O
Százalékos megoszlás	8·1	58·7	16·6	16·6

A tabeses esetek.

Ezek az eredmények a magyarországi átlagos százalékos vércsoport eloszlástól eltérnek.

Különbséget különösen a „B" és „O" csoportban találtunk. A „B' csoport viselkedése majdnem azonos a *Gundel* által közölt eredményekkel. Az „AB" csoport növekedését azonban seholsem tapasztaltam. Érdekes jelenség azonban tabes dorsalisnál az „A" csoport jelentős prioritása. Ezt egyetlen szerző sem írja le. *Fr. Meyer* tapasztalt csak hasonló „A" csoportbeli kiugrást, paralysis progressivánál. E kórképnél mi nem ezt tapasztaltuk. Paralysisinél a „B" csoport kisebb, az „O" csoport nagyobbfokú emelkedését láttuk. Lues cerebrinél kb. ugyanazt tapasztaltuk, mint paralysis progressivánál. A különböző szerzőknél nem találtam azonkívül azt sem, hogy az „O" csoport olyan nagy százalékban szerepelt volna a megbetegedéseknél.

A következőkben az endarteritis luetica pregnánsan jelentkező eseteinek százalékos eloszlását láthatjuk.

V. táblázat.

Vércsoport	A B	A	B	O
Százalékos megoszlás	6·25	12·5	62·5	18·75

Lueses eredetü endarteritisek.

Itt már sokkal erőteljesebben látjuk érvényre jutni a „B" csoport dominantiáját, mint az előbbi esetekben. A *Gundel*-féle feltevés, hogy a lueses eredetű megbetegedések nagy százaléka a „B" csoportba tartozik, ez esetekben is igazolódik. Ugy látszik a „B" receptor jelenléte e betegeknél nem bizonyos körlethez, vagy rasshoz társuló változó jelenség, hanem egy esetleges dispositiós faktor.

A fentiekhez hasonló eseteket találunk arthropathia-tabetica és a különböző crisis-ek eseteiben is. Amint látjuk, ezeknél is mintegy programmszerű a „B" vércsoport túlsúlyba jutása. Érdekes, hogy az arthropathia-tabetica eseteiben, az „O" csoport milyen kis arányszámmal vesz részt.

VI. táblázat.

Vércsoport	A B	A	B	O
Százalékos megoszlás	12·5	18·7	56·3	12·5

Arthropathia tabetica esetei.

VII. táblázat.

Vércsoport	A B	A	B	O
Százalékos megoszlás	9·6	9·6	45·4	35·4

A crisis-ek esetei.

Ezen táblázatokból azt láthatjuk, hogy nemcsak az eddig már vizsgált megbetegedések, hanem symptómáik is kisebb-nagyobb egyéb irányú kilengésekkel ugyan, de a lueses eredetű megbetegedésekre, eddig megállapított vércsoport eloszlást követik. Eme vércsoporteloszlás ugyan nem pregnánsan characteristicus, de még a különböző rassok figyelembevétele nélkül is észrevehetően jelentkezik. Ez a jellemző tulajdonság pedig főleg a „B" csoport dominanciájában lelhető fel.

Különös és érdekes jelenséget észleltem azonban lueses eredetű atrophia nervi optici eseteiben. Ez annyira meglepő, hogy egyelőre csak fenntartással közölhetem az eseteket. Azt tapasztaltam ugyanis, hogy az atrophia nervi optici-ben szenvedők, akiknél e tabeses tünet az, amely orvoshoz vezeti a beteget, vagyis a tabes ebben a megjelenési formában tombolja ki magát, majd mind az „A" csoportba tartoznak. E jelenség észleleténél mindjárt arra gondoltam, hogy ez talán az egyéb eredetű opticus atrophiákra is jellemző tünet. Egyéb (ólommérgezés, alkoholos stb.) eredetű eseteket is néztem tehát, de ezeknél hasonló vércsoporteloszlást nem találtam .

VIII. táblázat.

Vércsoport	A B	A	B	O
Százalékos megoszlás	3·4	93·2	0·0	3·4

Atrophia nervi optici esetei.

Ilyen esetet összesen 31-et észleltem, ezek közül az „A" csoportba tartozott 28, három pedig egyéb csoportba. E kettőnél is vannak olyan anamnesticus adatok, amelyek arra engednek következtetni, hogy ezek nem lueses eredetű atrophiák. Nevezetesen az egyik beteg chronicus alkoholista volt, a másik pedig a betegség kezdetén olyan erős salvarsan kúrát kapott, hogy több hétig ezután ágybanfekvő beteg volt és e kúra után nemsokára észrevette, hogy látása romlani kezd. Sajnos, az esetek száma igen kevés és lehet, hogy különös véletlen az, ami 28 ilyen esetet így elém hozott, de azt hiszem, ha nem is ily tiszta formában, de e kevés eset ellenére is mondhatjuk, hogy az atrophia nervi opticinél, lueses anamnesis mellett, az „A" csoport dominál.*

Ha most végignézzük az összes különböző esetek és az általános vércsoportok közti eloszlást és párhuzamot próbálunk vonni, azt láthatjuk, hogy az, amit *Gundel* és *Stasinszky*, majd mások is, de csak részben észleltek, kiegésztíve és más megvilágításban, mi is bizonyítani tudjuk. A lueses eredetű megbetegedések tünetei és a vércsoportok közt van összefüggés. Ez esetekben a vércsoport mint constitutionalis factor is szerepelhet. Külön meg kell még említeni azt, amit egész kísérletem folyama alatt tapasztaltam. A lueses eredetű megbetegedések ama eseteiben ugyanis, amikor ezek igen súlyos tünetekkel jelentkeztek, ha betegség bármilyen formája fordult elő is, a betegek az „A" csoportba tartoztak. Nem ilyen irányú, de hasonló észleletet közölt *Hültl* is. *Hültl* azt tapasztalta, hogy eltekintve a többi vércsoportok normalis arányától és a lueses eredettől, a kísérletek alatt észlelt súlyos betegei legnagyobb része az „A" csoportba tartozik. Ezt a vércsoportok ugyancsak érdekes constitutionalis sajátságának tarthatjuk.

Összefoglalás.

I. A lueses eredetű megbetegedéseknél a „B" vércsoport százalékos növekedése jellemző, kivéve a tabeses eseteket, ahol az „A" csoport a dominans.

* E dolgozat megírása után észleltem még két beteget, akiknek ugyancsak a. n. o.-jük volt, akik közül az egyik ugyancsak „A", a másik „O" cs.-ba tartozott.

II.. A symptomákat véve alapul, az atrophia nervi optici eseteiben, az „A" csoport prioritása elvitázhatatlan. Egyéb symptomáknál, éppúgy, mint a megbetegedéseknél, a „B" csoport dominál.

Irodalom: 1. *Alexander:* Brit. Journ. of Exp. Pathol. 2., 66., 1921. — 2. *Amsel és Halber:* Zeitschrift f. Immunitätsforsch. u. exp. Ther. 42., 1925. — 3. *Berliner Max:* Klin. Woch. 1927. — 4. *Buchanan és Higley:* Brit. Journ. of Exp. Ther. 2., 247., 1921. — 5. *Connerth:* Beitr. z. Klinik d. Tuberk. Vol. 64. — 6. *F. Ernst:* Klin. Woch. 1927., No. 22. — 7. *Fürst:* Münch. Med. Woch. 1925., No. 12. — 8. *Forró E. és Gajzágó D.:* Orvosi Hetilap, 1929., II. szám. — 9. *M. Gundel és A. Tornquist:* Arch. f. Psichiatrie, 1929. — 10. *M. Gundel:* Münch. Med. Woch. 1928., No. 3. — 11. *M. Gundel:* Klin. Wochenschr. 1927., No. 36. — 12. *Hirszfeld L.:* Konstitutionsserologie u. Blutgruppenforschung, J. Springer 1928. — 13. *Hirszfeld és Brokman:* Klin. Wochenschr. 1924., No. 29. — 14. *Hirszfeld:* Ergebn. d. Hygien. 1926. 8. — 15. *Von Dungern és Hirszfeld:* Münch. Med. Wochenschr. 1910. — 16. *Holló és Lénárt:* Referat: Klin. Woch. — 17. *Hültl:* Referat: Klin. Woch. 1928. — 18. *Heimann vgl. Sachs:* Jahreskurs f. ärtzl. Fortb. 1925. zit. — 19. *L. Hermanns és J. Kronberg:* Münch. Med. Woch. 1927. — 20. *Hirszfeld:* Klin. Wochenschr. 1927. — 21. *Johannsen:* Cpt. ren. de la soc. de biol. 1925., 92. — 22. *Jansky:* Kliniky Szbornik. 1906. zit. — 23. *B. Kallabis:* Hohenweise. Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose Bd. 66. — 24. *G. H. Kloverkorn és A. Simon:* Derm. Zeitschr. 1927., 50. — 25. *K. Umagi és Nambo:* Klin. Woch. 1928. ref. — 26. *Kiss P. és Skropp F.:* Jahrb. h. Khk 1928., 120. — 27. *Lattes:* Die Individualität des Blutes, etc. J. Springer, 1925. zit. — 28. *Landsteiner:* Wien. Klin. Woch. 1901. — 29. *Moss:* Bull. of Johns Hopkins Hosp. 21. 63., 1910. zit. — 30. *Fr. Meyer:* Deutsch. Med. Woch. 1928., No. 35. — 31. *Pöhlmann:* Münch. Med. Woch. 1927., II. — 32. *F. Proescher és A. S. Arkush.:* Journ. of Nerv. a. Ment. Disease. 1927., Bd. 65. — 33. *Palmieri:* D. Zeitschr. f. d. ges. Med. 1928., 12. — 34. *Pilcz:* Klin. Woch. 1927., 29. sz. — 35. *Pilcz:* W. Klin. Woch. 1927. — 36. *Straszynszky:* Klin. Woch. 1925., 4., 41. — 37. *H. Sachs:* Klin. Woch. 1927., II. — 38. *Snyder zit.:* Wichmann—Pall d. Arch. f. Klin. Med. 1927., 154. — 39. *H. Sachs:* Münch. Med. Woch. 1927., I. 4. — 40. *Water és Raphalkes:* Zentralbl. f. inn. Med. 1927. — 41. *W. Weidemann és A. Kating:* Klin. Woch. 1927., No. 29. — 42. *Witebsky:* Klin. Woch. 1927., No. 19. — 43. *E. Wilczkovsky:* Klin. Woch. 1927. No. 4. — 44. *Wichmann és Paal:* Münch. Med. Woch. 1926., No. 15. — 45. *R. Wethmar:* Klin. Woch. 1927., No. 41. — 46. *E. Wichmann és H. Paal:* Klin. Woch. 1928, No. 21. — 47. *E. Wichmann és H. Paal:* D. Arch. f. Med. 1927., 154. köt. — 48. *Verzár és Weszeczky:* Bioch. Zeitschr. 126., 33., 1921. — 49. *J. Warnovszky:* Münch. Med. Woch. 1927., No. 41. — 50. *Kubányi E.:* A vérátömlesztésről. Budapest, 1926. — 51. *König és Lénárt:* Klin. Woch. 1928. — 52. *W. E. Hilgers, T. Wohlfeil és F. Knötzke:* Klin. Woch. 1927., No. 7. — 53. *A. Pöhlmann:* Münch. Med. Woch. 1930., No. 24.

A Máv. B. B. I. vitéz nagybányai Horthy Miklós magánkórház fiziko-hydrotherapiai osztályának (kórházigazg.-főorvos: Pásztor Sándor dr.) közleménye.

A két hónaljban mért hőmérsék közötti különbségről vállizületi gyulladásoknál.

Irta: *Moll Károly dr.*, Máv. kórházi oszt. főorvos, hévízfürdői fürdőorvos.

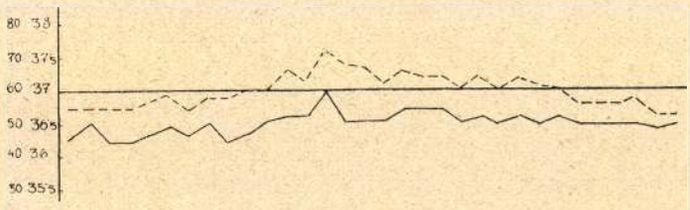
A két hónaljban mért testhőmérsék fiziológiás körülmények között gyakorlatilag egyforma, úgy hogy nem szoktunk azon gondolkodni, a jobb vagy a bal hónaljban hőmérőzzük-e meg a beteget, valamint nem gondolunk arra sem, hogy parallel hőmérőzést végezzünk mind a két hónaljban ugyanazon betegnél, mert nincs okunk feltételezni azt, hogy az egyik hónalj alatt lázas hőmérséket, a másik alatt pedig rendeset mérhetünk. Arról tudunk, hogy a bőr hőmérséklete a test különböző pontjain fiziológiás körülmények között sem egyforma, amennyiben a vérbő szervek feletti bőrterületeken valamivel magasabb a bőr hőmérséke (pl. a máj felett), mint másutt, Ismeretesek azok a vizsgálatok is, melyek szerint egy-egy gyulladt izület feletti bőr hőmérsékét — főleg egyes pontokon — a normalisnál jóval magasabbnak találták, de izületi gyulladás kapcsán a két hónalj alatti hőmérsék olyan különbözőségéről, ami már diagnosticai tévedés kútforrása lehet, feljegyzést nem találtam, csupán féloldali activ tüdőfolyamatoknál írtak le két hónaljban különböző hőmérséket.*

Évekkel ezelőtt egy betegemnél, kinek acut rheumás vállizületi gyulladása volt és akinél hőmérőzést rendeltem el, kiderült, hogy a két hónaljban nem egyforma hőmérséket mutatott a hőmérő, hanem a beteg vállizület oldalán a hőmérséke néhány tized fokkal állandóan magasabb volt, mint az ép oldalon és a különbség olyan volt, hogy míg az ép oldalon teljesen normalis hőmérsék mutatkozott, addig a beteg oldalon subfebrises hőemelkedés volt mérhető. Minthogy e körülmény diagnosticai tévedések oka lehet, azóta hasonló betegeimnél állandóan figyelemmel kísértem külön-külön a két hónalj alatti hőmérséket és kiderült, hogy e jelenség az egyoldali acut vállizületi gyulladásnál nagyon gyakran észlelhető. Az ilyen okból származó diagnosticai tévedésekre való utalással érdemesnek tartom ezen esetek közül néhánynak a közlését.

A hőmérőzés a betegeknél vagy egy hőmérővel történt szigorúan azonos körülmények között, előbb az egyik, majd a másik hónalj alatt, vagy két, előzetesen kipróbált, pontosan egyformán mutató hőmérővel, egyszerre a két hónalj alatt.

A közlésre szánt eseteim rövid kórleírása a következő:

I. K. L. 45 éves tanítónő, 5 hónap óta fáj a j. vállizülete, fájdalmai különösen az utóbbi hetekben fokozódnak. *Status pr.:* A jól táplált beteg belső szervei, idegrendszere épek. J. vállizületének mozgásai nehezítettek, rotatio és nyujtás kissé korlátolt. A vállizület nyomásra érzékeny. Más izületén elváltozás nincs. *Röntgenlelet:* a vállizület rése középtág. Az izkontúrok simák. A humerus fejében a structura acut atrophiát mutat. A tuberculum maius tövén a tok tapadásának megfelelően apró csontfelrakódás. Az acromionon ugyancsak a tokszalag tapadása mentén éles szélü lencsényi ritkulás. Az acromioclavic. izület rése középtág, az izcontúrok simák. Dg.: Omarthritis *(Hrabovszky Z. dr., kórh. főorvos).* — Egy év mulva újabb röntgenfelvételt végeztünk, ugyanekkor a beteg vállizülete már nem fájdalmas, mozgásai jóformán teljesen szabadok, hőmérsékkülönbség a két hónaljban nincs. E felvétel a ritkulások jobb elhatárolódását mutatja. A toktapadás mentén a mészfelrakódás fokozódott. Ezek alapján az elváltozás omarthritis chronicának felel meg. *(Hrabovszky dr.)*



1. ábra.

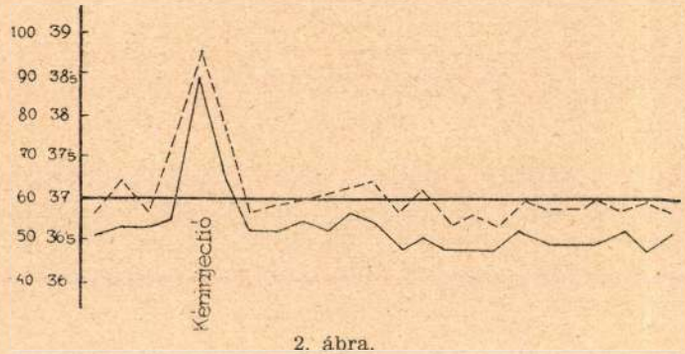
II. H. J. 57 éves tisztviselő j. vállizülete és karja fáj 5 hete. — *Status pr.:* a közepesen táplált férfibeteg szívtompulata rendes, szívhangok tompák. Tüdő, has, idegrendszer ép. — A j. vállizület mozgása erősen nehezített, minden irányban kissé korlátolt, nyomásra nagyon érzékeny. — *Röntgenlelet:* a j. humerus fejecs kissé ellapult, contúrja sima. Kisfokú atrophián kívül egyéb eltérés nem látható. Dg.: Omarthritis. *(Hrabovszky dr.)*

III. Sz. A. 73 éves férfibeteg, j. karja és válla fáj 3 hónap óta, a j. karját használni nem tudja. — *Status pr.:* A sovány, anaemiás beteg szívtompulata balra kissé nagyobb, szívcsúcson a systole megnyúlt, zörejes, pulmonalis II. ékelt. J. tüdőcsúcs kissé rövidült, felette érdesebb légzés. Has, idegrendszer *0*. A j. vállizület mozgása erősen nehezített, fájdal-

* *Grgrina A.*, Zágráb, 1927. és *Csáktornyai Lajos* O. H. 1930., 48. sz.

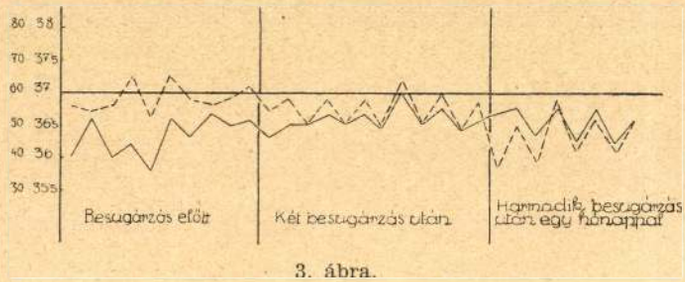
SZEGEDI EGYETEM SEBÉSZETI KLINIKA KÖNYVTÁRA

mas, passiv mozgatása szabad. Nyomásra is érzékeny. — *Röntgenlelet:* A j. humerus nyakának medialis fele teljesen elpusztult. A csont egész vastagságán a tuberculumokba is terjedő nagy gócos ritkulások. A fejecsben subchondralis nagyfokú atrophia és lyukszerű apró ritkulásos gócok. A cavitas glenoidalisban, az acromionban, a clavicula distalis harmadában mély, éles szélű, csaknem kerek ritkulásos gócok. Az izület conturja előboltosuló. Ugyancsak apró ritkulások szétszórtan a csontváz többi csontjaiban is, a koponyában is. Dg.:



2. ábra.

Myelosis. *(Hrabovszky dr.)* Wassermann: negativ. Vérsejtsüllyedés 140 mm 1h alatt. Bence-Johnes: negativ. Vörösvérsejtszám: 3,520.000, fehérvérsejtszám: 6100. Sahli corr. 60%. Index: 0.80. Eosinophil 2%, pálcamagvú 2%, segmentált 48%, kis lymphocita 30%, nagy lymphocita 18%.



3. ábra.

A közölt esetek lázgörbéiből láthatjuk, hogy a két hónalj hőmérséke közötti különbözet legtöbbször 3—5 tized C°-t tesz ki, de mértünk néhányszor egy egész foknyi különbséget is (a III. sz. esetnél). A két hónalj hőmérséke a napi ingadozásokban párhuzamosan halad. E parallelizmus főleg a rheumás eredetű vállizületi gyulladások kapcsán mutatkozó hőmérsék-differenciáknál következetes, a III. esetnél (myelosis) a két görbe nem mindenkor párhuzamos.

A II. számú beteg lázgörbéje annyiból érdekes, hogy észlelése folyamán protein therapiában is részesítettük. A protein okozta lázas reactióban erős gócreactio (heves fájdalom) mutatkozott és azt vártuk, hogy a láz csúcspontján épen a gócreactio miatt a két hónalj-görbe 3—5 tized foknyi differentiája meg fog növekedni. De a hőmérsék különbözet több ízben észlelt proteinreactioban sem volt nagyobb, mint reactiomentes időben. Ebből annyi következtetést vonhatunk le, hogy a gócreactio lényegében a fájdalom fokozódásából áll a protein okozta lázas állapotban, de nem fokozza a beteg izület külön gyulladásos elváltozását, mert ha fokozná, a hőmérsék differentiának vagy a láz tartama alatt vagy utána meg kellene növekednie.

A III. sz. eset lázgörbéje annyiból tanulságos, mert azt igazolja, hogy nemcsak gyulladásos izületi elváltozások okoznak localis hőmérsékemelkedést, hanem okozhat a vállizületet alkotó csontok neoplasmája is. Érdekes az utóbbi lázgörbe annyiból is, mert a röntgenbesugárzás therapiás hatását szemléltetően demonstrálja. A beteg a j. vállizületére 3 ízben kapott nagy dosisú besugárzást (jan. 1., 14., febr. 8.), kettőt az elülső, egyet a hátsó mezőre. A lázgörbe első része abból az időből származik, amidőn a beteg therapiás besugárzást még egyáltalán nem kapott. A lázgörbe ezen részletében állandóan több tized, sőt olykor egy egész foknyi differentiát is észleltünk. A lázgörbe második részlete az első két therapiás besugárzás megtörténte utáni időből való, egy héttel a második besugárzás utántól fogva. A lázgörbe ezen részletében a két hónalj közti hőmérséklet alig mutat 1—2 tizedfoknyi differentiát, sőt a görbék sokszor csaknem teljesen egybeesnek. A harmadik besugárzás megtörténte után a beteg jobb vállizülete úgy subjective, mint objective lényeges javulást mutat, fájdalmai teljesen megszüntek, az izület mozgathatósága jobb. De ebben az időben a bal vállát kezdi fájlalni és a jobb vállizületet érő harmadik besugárzás után egy hónappal felvett parallel-lázgörbe az előbbiekhez viszonyítva fordított képet mutat, amennyiben a bal hónalj javára észlelhetünk következetesen 1—2 tizedfoknyi hőmérséknövekedést. Az ezen időből származó röntgenfelvétel a jobb vállról az összes ritkulások határozott demarcálódását mutatja, a humerus nyak nagy ritkulása reactiv csontszegélyel övezett és a többi ritkulások nagyobb része is új képzett csontállománnyal kitelődött. Ugyanekkor a bal vállizület röntgenfelvétele a humerus fejben és az acromion lateralis végében több borsónyi ritkulásos gócot mutat. *(Hrabovszky dr.)* Vagyis — a hőmérséknek megfelelően — a jobb vállizület csontjai a gyógyulás, a balé pedig a metastasisok fejlődésének jeleit mutatják.

A közölt esetekből látjuk, hogy a vállizület különböző aetiologiájú megbetegedése, ha egy oldali az, az éphez viszonyítva néhány tized, sőt olykor egy egész fokkal képes a megfelelő hónalj hőmérsékletét felemelni. E tény jelentős diagnosticai tévedések forrása lehet. Ha csak az egyik vállizület beteg, nem valószínű, hogy a beteg éppen a fájdalmas váll hónalja alá tegye a hőmérőt, — bár az sem kizárt. De nagyon súlyos tévedésekre vezethet az, ha esetleg mindkét vállizület beteg és *csupán localis okból* mindkét hónaljban állandóan magasabb hőmérsékletet mérünk a normalisnál, ami koránt sem jelenthet az egész szervezetre jelentőséggel bíró lázas állapotot. Gondolnunk kell tehát a hosszú ideig tartó subfebrilitásoknál arra, nincs-e a hőemelkedéseknek localis oka. Ha a beteg más okból áll észlelés alatt és véletlenül ilyen vállizületi megbetegedése van, mely localisan a hónaljban hőemelkedést okoz, a makacs subfebrilitás okát hiába keresnők másutt (tüdő, tonsillák, fogak, stb.).

Adott esetben tehát sok fölösleges és fárasztó vizsgálatot takaríthatunk meg úgy a betegnek, mint magunknak, ha gondolunk arra, hogy a hónaljban mért hőemelkedésnek a leírtak alapján localis oka is lehet.

A vállizület szempontjából a hőmérsék különbözet a vállizületi megbetegedés activ voltára vall, amiből a therapia mikéntjére nyerhetünk útbaigazítást.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem I. számú szemklinikájának (igazgató: Grósz Emil dr., egyet. ny. r. tanár) közleménye.

Diathermia üvegtesti homályok ellen.

Irta: *Illés Péter dr.*

A szemészeti therapia egyik legnehezebb feladata: az üvegtesti homályok feltisztítása. Az általánosan használatos gyógyító eljárások: NaCl injectió, inunctio, jódkészítmények, a tuberculoticus eredetű homályoknál végzett tuberculin cura, az újabban alkalmazott röntgenbesugárzás és más eljárások eredményei nem olyan jók, hogy ne kereshetnénk újabbakat.

Már elméleti elgondolás alapján is alkalmasnak látszik erre a diathermia, mint olyan gyógymód, amelyet izzadmányok, vérzések felszívódásának elősegítésére az orvostudomány többi ágában már régebb idő óta alkalmaznak. A szemészetben való alkalmazása eddig még csak a kísérletezés stadiumában van, habár *Krückmann* a heidelbergi szemészgyűlésen 1911-ben már felhívta reá a figyelmet és azóta is sok szembetegségnél, egyes esetek kapcsán az üvegtesti borússágoknál is jó eredményekről számoltak be. A hatás nem más, mint az electromos áram által létrehozott mély hőhatás.

Az electromos áram ugyanis, miközben áthalad az organicus szöveteken és legyőzi azoknak ellenállását, energia átalakulást hoz létre, ez pedig melegtermelésben nyilvánul meg. Ez az úgynevezett *Joule*-féle meleg. Létrejön egyenáram és alacsony frequentiájú váltakozó áram alkalmazására is, de ilyenkor electrolyticus hatás is jelentkezik, úgyhogy az áramerősség a szövetek károsodása nélkül nem fokozható annyira, hogy számbajövő melegmennyiség keletkezzék.

Másképen áll a helyzet, ha magas oscilláló számmal bíró váltakozó árammal hozzuk létre a hőt. Ilyenkor minden kellemetlen mellékhatás nélkül igen magas hőmérsékket érhetünk el.

Ilyen magas váltakozású áram létrehozására szolgálnak a diathermiás készülékek. A készülékhez két electrod szükséges: egy nagyobb felületű úgynevezett inactiv electrod, ezt a nyakra erősítjük és a szemre alkalmazott úgynevezett activ electrod. Ez utóbbinak helyes megválasztása a szemészeti diathermia egyik legnehezebb kérdése. Régi törekvés, hogy nyitott szemmel végezzük a diathermiát és ezáltal kiiktassuk az áram útjából az electromos áramot igen rosszul vezető szemhéjat. Ezt a kérdést igyekszik megoldani *Bucky* az általa construált üvegkamraelectroddal. Az electrod kis üvegkamra, melyet gummi szalaggal megerősítve a fejen, híg sóoldattal töltünk meg és az áramot átvezetjük a folyadékon. A betegek érzéstelenítés nélkül nyitva tartják szemüket a folyadékban, alkalmazását azonban az teszi csaknem lehetetlenné, hogy az üvegkamrát igen erősen be kell szorítanunk az orbitába, ezt az erős szorítást pedig az aránylag hosszú ideig tartó kezelés alatt kevés beteg tűri el. Több esetben megkíséreltem az electrod használatát, de csak egy beteg tűrte el az egész kezelés folyamán.

Többi esetemben a kezeléseket csukott szemhéj mellett végeztem. Egyenletesen összehajtogatott és 0.8%-os NaCl oldatba mártott vattát helyeztem a zárt szemhéjak fölé és erre kb. az orbita nagyságának megfelelő vékony ovalis ólomlemezt alkalmaztam electrodként. Az ólomlemezt gummicsővel erősítettük meg a fejen. Az electrod elcsúszását és ezáltal bőrégést egy esetben sem tapasztaltam.

A meleg jelzését a betegre bíztam, hőmérőt a conjunctiva zsákba nem alkalmaztam. Az egyén reagáló képességének megfelelően meglehetősen tág határok között ingadozott az áramerősség és ezzel arányos meleg, amit a betegek eltűrtek.

Vizsgálatokat arra nézve, hogy a conjunctiva zsákban milyen hőmérsékváltozás jön létre diathermia alkalmazására, nem végeztem. *Waldmann Iván* 1914-ben végzett erre vonatkozólag kísérleteket az I. számú szemklinikán. Azt találta, hogy a conjunctiva zsákban normalis körülmények között 35.5° C hőmérsék uralkodik, diathermiával 42° C-t ért el. Tekintettel arra, hogy az üvegtest hőmérséke csak kb. 1 fokkal alacsonyabb a conjunctiváénál, ezek a vizsgálatok azt mutatják, hogy az üvegtest temperaturája is lényegesen emelhető a diathermiás árammal.

A kezeléseket másodnaponkint végeztem, 15—20-szor ismételtem meg. A kezelés tartama eleinte 10, majd 15, makacsabb esetekben 20 perc is volt.

29 olyan betegnél végeztem diathermiát, ahol a kórképen az üvegtesti borússág dominált. Négy beteg egyidejűleg más therapiában is részesült, az ezeknél elért eredményt tehát kimutatásomban nem vehetem figyelembe. 13 betegnél észleltem vagy az üvegtest teljes feltisztulását, vagy a visusnak lényegesebb javulását. Kisebb javulást találtam 7 betegnél. 5 beteg állapotában semmi változás nem mutatkozott.

Következőkben ismertetem röviden a betegek kórleírását:

1. 44 éves férfi beteg. 4 év óta romlik mindkét szemének látása. Diagnosis: Uveitis chronica, opacitates corporis vitrei oculi utriusue. Visus jobb szemen: 1 méterről ujjolvasás; bal szemen: 2 méterről ujjolvasás. Mindkét szemen sűrű üvegtesti borusság, szemfenék nem ítélhető meg. *Bucky* electródjával végzett 10 diathermia után visus: jobb szemen: 5/20, bal szemen 4 méterről ujjolvasás. Mindkét oldalt uszkáló homályok az üvegtestben. Bal szemfenéken chorioiditises gócok, jobb épnek látszik.

2. 30 éves férfi, 3 év óta lát rosszul mindkét szemén. Diagnosis: Uveitis chronica; synaechiae post. opac. corp. vitr. oculi utriusque. Állítólag eddig 100 NaCl injectiót kapott. Visus: jobb szemen: 2 méterről ujjolvasás, bal szemen: 5/30. A jobb szemet kezdtem először kezelni. 10 kezelés után visusa ezen a szemen 5/70-re javult. Ugyanekkor visus a bal szemen maradt 5/30. Megkezdtem a bal szem kezelését. 12 diathermia után visus bal szemen: 5/15, jobb szem változatlan.

3. 40 éves nőbeteg. Jobb szemen sy.-et occlusio pup. glauc. sec. miatt iridectomia, a felszívódni nem akaró hyphaema miatt két ízben punctio corneae. Három héttel a műtét után visus: tárgylátás nincs, fény-loc jó. Szem belsejéből vörös visszfény nem nyerhető. 12 diathermia után visus: három méterről újjolvasás, üvegtest teljesen feltisztult. Szemfenéken mély glaucomás excavatio.

4. 32 éves férfi. Nyolc hó előtt romlott meg mindkét szemének látása. NaCl injectiókat kapott, mire látása némileg javult. Bal szemén ismertelen mütétet is végeztek. (Üvegtestpunctio?). Kezelés megkezdésekor visus jobb szemen: 5/30, bal szemen: 1 méterről ujjolvasás. Diffus borusság, bal szemen vörös visszfény is alig nyerhető. 15 diathermia után visus: jobb szemen: 5/15, bal szemen változatlan.

5. 26 éves nőbeteg. Egy nap előtt romlott meg hirtelen jobb szemének látása. Diagnosis: Opacitates corp. vitr. verosimiliter post haemorrhagiam. Diffus üvegtesti borusság. Visus: fél méterről olvas ujjakat. 15 Diathermia után visus: astigmaticus correctióval 5/10. Üvegtest teljesen feltisztult, szemfenék ép.

6. 25 éves férfi. Mindig rövidlátó volt. Pár hét előtt hirtelen elvesztette bal szemének látását. Diffus üvegtesti borusság. Szemfenék nem látható. Visus: fél méterről ujjolvasás. 10 diathermia után üvegtest teljesen feltisztult. Visus: két méterről újolvasás, üveg nem javít. Atrophiás gócok a macula lutea körül.

7. 44 éves férfi. Jobb szemen két év előtt cat. compl. miatt Graefe-mütét. Visus: tárgylátás nincs, fény-loc. jó. Diagnosis: Aphakia, cat. sec., opac. corp. vitr. oculi dextri, 15 diathermia után visus: + 10 D-val 5/70. Uszkáló homályok, sok secundaria.

8. 61 éves nőbeteg egy hét előtt hirtelen elvesztette jobb szemének látást. Diagnosis. Opac. corp. vitr verosimiliter post haemorrhagiam oculi dextri. Szemfenék nem ítélhető meg. 15 diathermia után visus: 5/5. Üvegtest teljesen feltisztult. Szemfenék ép.

9. 34 éves férfi. Három év óta van recidiváló episcleritise, azóta rosszabbul lát a bal szemével. Sürü üvegtesti borusság. Visus: három méterről ujjolvasás. 15 diathermia után visus: 5/15. Uszkáló homályok az üvegtestben.

10. 32 éves nőbeteg. Egy év óta romlik jobb szemének látása. 20 NaCl injectiót kapott eredménytelenül. Diagnosis: Opacit. corp. vitr. oculi dextri. Diffus borusság. Visus: 2 méter ujjolvasás. 15 kezelés után visus: 5/20. Üvegtest még borus, de a szemfenék már jól látható, épnek látszik.

11. 40 éves nőbeteg. Két év előtt voltak gyulladásban a szemei. Három hó előtt jobb szemen occlusio pupillae bal szemen synachiae posterioris miatt iridectomia történt. Mindkét szemén diffus üvegtesti borusság. Visus: jobb szemen 5/20; bal szemen 5/15. 15 Diathermia után visus: jobb szemen: 5/15, bal szemen: 5/7. Mindkét oldalt szemfenéki chorioiditises gócok.

12. 50 éves férfi. 20 év alatt 15-ször volt rheumaticus iritise. Utoljára hat hó előtt. Diagnosis: Uveitis chronica; opacitas corp. vitrei; coloboma artefactum iridis oculi utr. Diffus üvegtesti borusság. Visus: j. sz. 5/30, bal szemen: két méter ujolvasás. 12 kezelés után visus: jobb szemen: 5/15, bal szemen: 5/70.

13. 40 éves nőbeteg. Jobb szemén 15 év előtt cat. compl. miatt extractio. Tuberculoticus uveitisben elpusztult bal szemét ugyanakkor enuclealták. Diffus üvegtesti borusság, kevés secundaria Visus: + 10.0 D-val 5/50. 20 diathermia után visus 5/20.

Ezek voltak azok az esetek, ahol a javulás a legnagyobb mértékü volt. Még hét esetben észleltem a visus kisebb mértékű javulását. Ide számítom azokat az eseteket, ahol a látásélesség 5/50-ről 5/30-ra, 5/15-ről 5/10-re stb. javult. Öt betegemnél semmi javulást sem észleltem. Ezek között négy évek óta tuberculoticus eredetű uveitisben szenvedett és minden eddigi therapiás beavatkozás is eredménytelen volt. Az egyik idősebb nő betegnél egy év előtt volt intraocularis haemorrhagia, itt a kezelés hatástalanságának az oka valószínűleg az üvegtesti vérzés szervülése volt.

Ezen eredményeknek alapján mondhatjuk azt, hogy a diathermia aetiologiára való tekintet nélkül jó hatású az üvegtesti homályok ellen. Tapasztalataim szerint vérzéses eredetű homályoknál fiatalabb egyéneknél, nem tulságosan régi esetekben jobbak az eredmények. Ugylátszik azonban érdemes a diathermiával minden esetben megpróbálkozni, még akkor is, ha egyéb therapiás kísérletek felmondják a szolgálatot.

A hatás módjára vonatkozólag valószínű, hogy magas hő hyperamiát hoz létre, ez fokozza a sejtek anyagcseréjét és ez által elősegíti a homályok felszívódását.

Irdalom. *J. Waldmann:* Archiv. Aug. B. 76. 1914. S. 1. — *Koeppe:* Diathermia und Lichtbehandlung des Auges. — *G. Bucky:* Einleitung zur Diathermiebehandlung.

Egy korai intrauterin terhes méh spontán rupturája.

Irta: *Szabó Zoltán* dr., szülész-nőgyógyász.

A tubának az átjárhatósága leggyakrabban az abban lefolyt gyulladások következtében szenved zavart. A csillószőrös hám tönkre megy, a csillószőrök elvesztik mozgékonyságukat, sőt le is kopnak. A tuba nyálkahártyája megduzzadhat, hurutos vagy genyes váladék foglalhat benne helyet, kiemelkedések, polypusok képződhetnek benne, a nyálkahártya össze is tapadhat. Másrészt a tubán kivül eső tényezők is létrehozhatják lumenének a megszükülését, parisalpyngiticus kötegek megtörhetik a tubát, kivülről összenyomhatják.

Az extrauterin graviditas létrejöttében szerepet játszhatnak még fejlődési rendellenességek, mellék tubák, diverticulumok, a tubából kiinduló vak járatok, izomzatának csökevényessége. Mindezen tényezők okai lehetnek annak, hogy a tuba ampullaris részében megtermékenyített pete nem tud eljutni a méh üregébe, hanem valahol útközben megtapad és ott kezdi meg a fejlődését.

Az általam tárgyalandó esetben ezen okok egyike sem szerepel.

Mindenek előtt egy rövid anamnesist adok:

H.-né. 28 éves, másodszor van férjnél. Első menstruatiója 13 éves korában jelentkezett és azontúl négy hetenként három napig tartó vérzései vannak. A menstruatiók teljesen simán folynak le, sem előtte, sem alatta görcsöket nem érez, fejfájása sincs, közérzetében zavar nem mutatkozik, a vérzés, mely normalis mennyiségű, észrevétlenül jelentkezik és ugyanúgy múlik el. Nulli para, egy 6—7 hetes spontan abortusa öt évvel ezelőtt, teljesen sima lefolyással. (Az uterus üregében vissza maradt mogyoró mekkoraságú peterészt curettel óvatosan távolítottam el a bő nyakcsatornán keresztül, Hegar tágítás nélkül). Évekkel ezelőtt appendectomiát végeztek nála, mely után csekély összenövések miatt kellemetlenségei, apró-cseprő fájdalmai voltak, de diathermiás kezelésre teljesen rendbe jött. A megbetegedése előtt utolsó rendes mestruatiója 1928. VII. 1—4-ig tartott. VIII. 17-én és 26-án coitus után pár csepp vér jelent meg, evvel a panasszal keresett fel a beteg. A VIII. 26-iki status: vulva kissé livid, portio erösen felpuhult, majdnem lúdtojás mekkoraságú anteflexio-versioban levő gömbölyü puha uterus, mindkétoldali parametriumok és adnexák szabadok, nem érzékenyek. Tükörkép: livid portio, a külső méhszáj körül pengőnyi, finom, bársonyos, könnyen vérző erosio, mérsékelt tapadó fluor. Emlők duzzadtak, kifejezetten erösen mirigyes tapintatúak, az emlő enyhe nyomására a bimbón colostrum csepp jelenik meg. A vizsgálat nyomán kétségtelenül megállapítottam a két hónapos normalis graviditást. Azonkívül a beteg telve volt subjectiv panaszokkal, reggelenként éhgyomorra való hányás, a főtt és sült hús, valamint a dohányfüst szagát nem bírja, étvágya romlott, kedvtelen, ideges, hamar kifárad.

IX. 3-án erős alhasi fájdalmak, görcsök miatt a lakására hivat. Két nap óta rendkívül bőzös, nyákos, gyakori hasmenésről és tenesmusról panaszkodik. A beteg bevall egy súlyos diaeta hibát. (Ugorka-saláta, őszi barack, aludt tej, sör). Apró hőemelkedések 37.3 C-ig kombinalt vizsgálattal csak azt tudtam megállapitani, hogy a gravid uterus és környezete teljesen rendben van, ellenben a colon egész lefutása menten nyomásra igen érzékeny. Szigorú diaeta, könnyü hashajtás után egy-kétszer ópium csepp és carbo animal. tabletták. A következő három napon a colitis rohamosan javul, de az alhasi fájdalmak továbbra is fenn állanak. IX. 7-én, mivel a fájdalmak lényegesen megnövekedtek és a temperatura 38.0 fok C körül mozog, újból vizsgálok és a meglepő leletem a következő: a nagy uterus jobb oldalán kifejezett puposodást észlelek, a méh mögött és tőle jobbra exsudatum kezd kialakulni, a méh még teljesen elhatárolható, korlátoltan mozgatható. A fájdalom ellen amidopyrin-belladonna végbélkupokat és Prisnitz-féle borogatásokat rendeltem, jeget nem lehetett alkalmazni az alig megnyugodott colitis miatt. IX. 11-én a gravid uterus teljesen be van ágyazva exsudatum massába, a corpusa külön nem határolható el. IX. 15-én a láz alábbszáll, a fájdalmak csökkennek, állandó tartós javulás. A IX. 23-án megejtett vizsgálatnál az uterus felső egyharmada már elkülöníthető, de a többi része még szorosan összefügg az emberfejnyi exsudatum massával, feltünő azonban az, hogy az uterus még most sem látszik nagyobbnak, mint egy két hónapos terhes méh, pedig a graviditásnak már majdnem három hónaposnak kellene lenni, emlőben böven savó, de a reggelenkénti hányások elmaradnak.

X. 20-án rendes 4 napig tartó görcsök nélküli menstruatio. A menses után a belső vizsgálat eredménye: az uterus a rendesnél alig valamivel nagyobb, tömött, kemény, melynek jobb oldalával szorosan összefügg egy jó férfi ökölnyi, mozgatható, éles határú nem érzékeny tumor. Fájdalmok nincsenek, étvágy jó, bélmüködés rendes. A müvésznő figyelmeztetésem ellenére dolgozik, 8—10 órát áll naponta a festő álványa előtt. 10 diathermiás kezelés után (férfi tenyérnyi ólom electrod a tumor felett és hőmérővel ellátott vaginalis electrod a hüvelyben a jobb boltozatban, egy kezelés 20 percig tartott, 45—46° C hővel), a tumor teljesen változatlan, ezután áttértem intravenás calcium adagolására, 10%-os öt ccm-es Richter-féle Brómcalcosol készítményt kapott. Amire a tumor rohamosan kisebbedett, úgy, hogy 1929. IV. 13-án a resistentia helyén már csak egy kis megvastagodást tudtam megállapitani, teljesen panaszmentes, tökéletes munkabírás.

A továbbiak már nem tartoznak az érdekes megbetegedéshez, mégis megemlítem, hogy V. 27-én mindent rendben találtam, csak a bal, tehát a megbetegedéssel ellenkező oldali tuba van újjnyi vastagságúra megduzzadva, mely azonban nem érzékeny.

Betegemet nem láttam egészen 1930. IV. 3-ig, amikor is a bal oldalon egy nagy a méhre is ráhajló hosszúkás falu sactosalpyngset találtam, mely a V. 30-án történt újabb vizsgálatig valószínűleg megpattant, mert teljesen eltünt és az alhasban mindent a legnormalisabbnak találtam.

Visszatérve az eredeti kórfolyamatra, véleményem szerint egy isthmicus terhességről lehetne talán szó, mely az exsudatum fellépése előtt még egy kiboltosodás alakjában sem nyilvánult meg és akkor rupturálhatott, amikor már az exsudatum teljesen kifejlődött, így compressio folytán vérzés sem volt a hasüregbe, elmaradt a collapsus, az ájulás, az exsudatum miatt a tünetek teljesen elmosódottak. Hogy a hasüregbe jutott vér és pete nyomtalanul felszívódott, az nem tartozik a ritkaságok közé.

Az idő fogja csak eldönteni, hogy egy jobb oldali rupturált isthmicus terhesség és egy bal oldali megpattant sactosalpinx után lesz-e conceptio és normalis graviditás?

A Charité poliklinika bőrosztályának (főorv.: Sellei József dr.) közleménye.

Scleroderma gyógyitása pancreassal.

Irta: *Sellei József dr.*

A scleroderma gyógyításában ajánlott pancreas ferment therapia (Orvosi Hetilap 1930. 10. sz.) újabban néhány kiegészítéssel bővült. Az eredetileg már naponta 8—9 darabban megállapított *pancreas tabletták* száma felnőtteknél továbbra is megmaradt, vagyis naponta 3—4-szer 2—3 Richter-féle pankrin tablettát (à 0.25 gr) adatok. Gyermekeknél a dosis pro die 3—4 tabletta. Ezenkívül *nyers pankreast* is adunk. Bouillonban, rántott levesben, lehetőleg fűszerekkel készítjük el. A bönyéktől megszabadított hasnyálmirigyet a húsdarálóban finom péppé örlik és *langyos levesbe* keverik. A napi nyers pankreasmennyiség felnőtteknél minimum 100 gr, de ezt a mennyiséget 200 gr-ig is fel lehet emelni. Gyermeknek 30—50 gr mennyiséget ajánlok szintén levesben elkészítve. A nyers pankreast a rendes reggelizés előtt ajánlom. Utána csak 1—1½ órával engedem meg a reggeli kávé vagy tea elfogyasztását; sőt ahol csak lehet, ezt elhagyatom. A nyers pankreas, tehát a pankreasos leves után 1½ órával *sósavas pepsin bevételét* tartom szükségesnek. A sósavas pepsint tablettákban, vagy pedig kanalas orvosságban rendelem. (Rp.: Acidi hydrochlor. diluti, Pepsini germ. aa 10.0 + Aquae dest. 150.0 DS. 3×1 evőkanállal. Gyermekek 3×1 teáskanállal, vagy ennél kevesebbet, a kor szerint.) Tekintettel arra, hogy a legtöbb sclerodermás beteg — mint erre először *Buschke* utalt — an- vagy hypacid, néha achyliás is, azért felette szükséges a sósavas pepsinnel ezt a hiányt pótolni. Érdekes, hogy anaemia perniciosánál is ilyen lelettel találkozunk, és újabb gyógyítása is analogiákra figyelmeztet. A diéta a gyomorsósavhiánynak, vagy csökkent mennyiségnek megfelelően lehetőleg zsírszegény legyen és könnyen emészthető ételekből álljon. A *pankreas tablettákat* délelőtt, ebéd után, délután és az este folyamán rendelem. Ujabban a pankreason kívül a *gyomorból és a duodenumból* előírásom szerint készült tablettákat is használok. Ezeket a tablettákat a Richter-gyár *„tabl. gastrothelini“* (gyomor) és *„tabl. duothelini“* (duodenum) néven hozza forgalomba. A gyomor praeparatumból naponta 4—5 darabot rendelek olyformán, hogy étkezés után a pancreas tablettákkal együtt egyszersmind 2—3 darab (gyomor) gastrothelin tablettát is adatok, a többit pedig estefelé. Hetenkint 2—3 napon a duodenum készítményt (tabl. duothelint) is használom a pankrin, illetve gastrothelin tablettákkal. (Meg kell jegyeznem, hogy gyomor- és duodenum készítményeket már jóval az amerikai szerzők ilynemű therapiája előtt (anaemia perniciosánál) alkalmazok és kb. 3 év óta készít ilyent számomra a Richter-gyár.) Első közleményem óta (Orvosi Hetilap 1930. 10. sz.) a pancreas ferment therapiával gyógyított esetek száma 14-re emelkedett. Az esetekről bővebben később kivánok beszámolni. Ez alkalommal csak a therapia terén szükségesnek mutatkozott ujításokat akartam felemlíteni annak a megjegyzésével, hogy mint a múltban, most is *csakis a typusos sclerodermás esetekben láttam az új eljárástól eredményt*, vagyis csak azokban az esetekben, ahol a bőr, illetve bőralatti kötőszövet kemény *(„deszka-, csontkemény“). Sem a zsugorodott sclerosus kötőszöveti*, főképen pedig az izomzat bevonásával keletkezett *myosclerosus csomók, sem az atrophiás stadiumba jutott bőr nem gyógyulnak meg többé*, sem pedig a más betegséggel combinált esetek. A *Raynaud-féle betegséggel combinált scleroderma* esetén a sclerodermás, kemény telepek ugyan felpuhultak, azonban a Raynaud szindromák, a fehéres (synkope), cyanoticus, oedemás, de *nem deszkakemény* bőrelváltozások, mint a sclerodaktylia, az álarcszerű arc, zsugorodott száj, továbbá a gangraena stb. *nem változnak meg*. A circumscript esetek a typusos „lilac ring“-el szintén nehezebben gyógyulnak, mint a más körülírt telepek. *A ferment therapia hatása sclerodermánál igen lassú* és csak néhány (4—5) heti alkalmazás után mutatkozik. Egyik esetemben 6 hét múlva kezdődött a sclerodermás telepek felpuhulása. Addig semmi változást nem láttunk. *Azután is igen sokáig, 4—6 hónapig, sőt némelykor tovább is eltart, míg a gyógyulás, vagyis a felpuhulás és a sclerodermás telepek eltünése végleg megállapítható.* Néhány esetben, bár a legtöbb sclerodermás telep eltünt, maradtak vissza egyes zsugorodott telepek, kötegek, melyek kemény, sclerosus tapintatuak. Ezeket a sclerosus, többnyire myosclerosus kötegeket a betegség *következményes* tüneténck, de már *nem sclerodermás* elváltozásnak minősíthetjük. Az új gyógyítóeljárás eredményének elbírálása némelykor talán azért nehéz, mert tudvalevően a sclerodermás telepek *spontán* is visszafejlődhetnek. Azonban ilyen nagy kiterjedésű spontán visszafejlődések nem szoktak előfordulni, azután igen kiterjedt esetekben azt is tapasztaltuk, hogy a már megkezdett gyógyeljárásra szinte egyszerre megindul a felpuhulás és pedig azt lehet mondani, majdnem az összes telepekben. Viszont, *ha a ferment therapiára a gyógyulás megindult, sehol eddig recidivát, új sclerodermás telepet nem találtam.* Ez nyilván annak a bizonysága, hogy a ferment therapia nem egyes indurált telepekre, hanem arra a *folyamatra* hat, amely a sclerodermát előidézi. Természetesen a sclerodermás elváltozás fokától is függ a gyógyulás, tehát a felpuhulás és a felszívódás további menete. Vizsgálataim alapján már kezdettől fogva az volt a véleményem, hogy *a scleroderma patho-mechanismusában fermentativ zavarok* fordulnak elő. A pancreas fermenteken kívül a *sósavas pepszinnel*, valamint újabban a *gyomor* és *duodenum* készítményekkel is igyekeztem a *„ferment productio zavarait“* megszüntetni.

RÖVID KÖZLÉSEK A TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSI GYAKORLATBÓL.

A budapesti Törvényszéki Orvostani Intézet közleménye.

Helyszini szemle lőfegyverrel okozott sérülés esetében.

Az alább ismertetett, nemkülönben nehány más, közlésre előkészített hasonló esetet azért vettem fel rövidre fogott közléseink közé, mert tanuságot tesz arról, hogy a kellő alapossággal végzet helyszini szemle és bűnjeleknek vizsgálata a bűnügy szempontjából döntő fontosságú, olyan kérdéseket világíthat meg, amelyeket egyébként tisztázni nem lehet.

Féltékeny férj a konyhában dagasztással foglalkozó feleségét, akivel egy pár nap óta közös barátjuknak lakásán együtt lakott, agyonlőtte s azután a csendőrségnél jelentkezett. Előadása szerint a cselekmény napjának reggelén a konyhával szomszédos és azzal ajtó útján közlekedő lakószobában, több csésze rumos teát és több pohár likört fogyasztva töprengett szerencsétlen sorsa felett, amikor megpillantotta lakásadójának a szoba egyik sarkába támasztott fegyverét. Hirtelen támadt fel benne az a gondolat, hogy feleségét agyonlövi; lakásadójának vadásztarisznyájából, amely nyitott szekrényben lógott két töltényt vett ki, a fegyvert megtöltötte s azzal előbb a küszöbön állva, vállhoz fogott fegyverrel, majd közelebb lépve, leeresztett fegyverrel feleségére kétszer rálőtt. A sértett összerogyott, orrából, szájából bugyogott a vér, mire ő elmenekült és a csendőrségen jelentkezett.

A másnap délben megejtett szemle alkalmával — a magunk számára kidolgozott szabály betartásával — előbb futólagos szemlét tartottunk a halott feltalálása helyén. Az elhalt némileg baloldalára fordulva a padlón feküdt. Körülötte főképen a fejnek és a bal vállnak környezetében hatalmas vértócsa látszott, amely mint halálokot, az elvérzést valószínűsítette. A halott mögött lévő fehérre mázolt — a konyhából a kamarába vezető — ajtón, álló ember fejének magasságában szétszóródva beékelődött söréteket, nagy erővel oda csapott vérnek szétfreccsent nyomait találtuk. Megemelve a halott fejét, annak arca baloldalán sörétek által okozott számos sérülést találtunk s a bal vállon a ruházat átluggatását is megállapíthattuk. A sörétek szóródásának terjedelme függélyes irányban mintegy 27, harántirányban mintegy 18 cm-t tett ki, de az utóbbit kiegészítette kb. 40 cm. átmérőjű körré az ajtón lévő sörétnyom.

A halott további megvizsgálása alkalmával a hason, a köldök felett fekvő ruházaton egy gyermektenyér nagyságú, kerek anyaghiányt találtunk, amely a hasfalon lévő, kb. hasonló nagyságú anyaghiányhoz vezetett.*

A fentebbiekből meg volt állapítható az, hogy az elhaltat söréttel töltött, fegyverből eredő két lövés érte, hogy a bűnjelként szereplő fegyver valószínűleg duplacsövű vadászfegyver volt; meg volt állapítható az is, hogy az arc baloldalát és a bal vállat sértő lövés valamivel nagyobb távolságból, kb. az ajtónyílás távolságából jött, hogy az elhalt ekkor fenn álló helyzetben a kamara ajtó előtt állott, testének bal felével fordulva a tettes felé, hogy a másik lövés kisebb, mintegy két arasznyi távolságból, leeresztett fegyver mellett keletkezett. Mindezek a megállapítások teljesen összeegyeztek a tettesnek vallomásával. A halottnak további megvizsgálása alkalmával a hason lévő ruházat szakadásának megszagolásakor igen erős kéndyoxyd szagot lehetett érezni, ami arra utalt, hogy a fegyver fekete (tehát kéntartalmú) lőporral volt megtöltve. Ezzel a megállapítással szemben meglepő volt az, hogy a ruházaton, annak szakadása környezetében füstnélküli lőpornak csészealakú, olyan szemcséi tapadtak, amilyenek az osztrák-magyar hadsereg katonai töltényeiben szoktak előfordulni. Fokozódott meglepődésünk, amikor egyrészt a ruházatból, másrészt a sérülésekből és azok környezetéről még más három fajta füstnélküli lőpornak szemcséi is előkerültek. Kézi nagyítóval végzett vizsgálat alkalmával a fekete lőpor szemcséin és a Mannlicher szemcséken kívül a német hadsereg által használt lőpornak, vastag grafitréteggel bevont szögletes szemcséi a bolgár hadsereg által használt lőpornak alig grafitozott, a némethez hasonló, de nagyobb szemcséi és az olasz hadsereg által használt füstnélküli lőpornak, rövid cső alakú szemcséinek jelenléte volt megállapítható. Meglepő volt a lelet azért, mert a lőfegyvereket rendesen csak egy fajta lőporral szokták megtölteni s a hátultöltő fegyvereknek is úgy a gyárilag, mint a házilag készítettek töltényei csak egyfajta lőport szoktak tartalmazni s épen ez ad módot arra, hogy a lőpor fajtából a használt fegyverre következtethessünk.

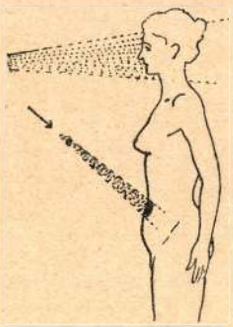
Ugyanilyen öt féle lőporfajta keveréket találtunk a tettes lakásadójának vadásztarisznyájából kiszedett töltényekben.

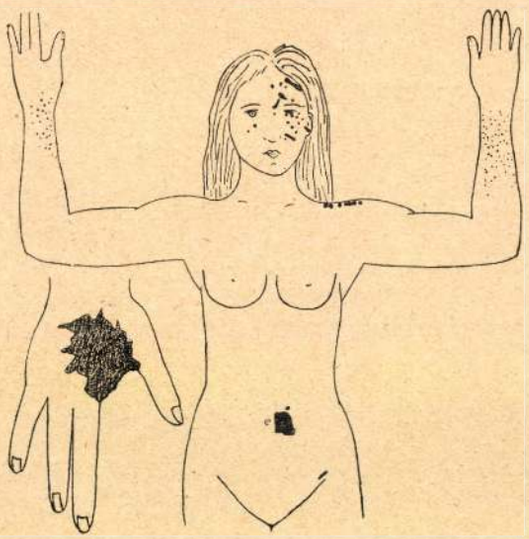
A holttest említett sérülésein kívül a jobb kéz mutató újjának lövés általi leszakítása volt megállapítható, amelyet a tenyér felől a kéz háta felé irányuló lövés hozott létre, továbbá az elhalt mindkét alkarjának hajlító oldalán a kézcsukló felett igen sok lőporszemcse volt beékelődve.

Az ügynek leglényegesebb kérdése volt a praemeditatio kérdése, annak kutatásával, hogy a tettes előre készült-e a cselekményre, vagy pedig megfelel a valóságnak az az állítása, hogy a feleségének megölése gondolata lelkében hirtelen fogamzott meg. Eleinte az ügy tényleg az előbbi feltevéssel gyilkosság címén indult meg és csak azután változott át erős felindulásban elkövetett emberöléssé, amelyért az elsőfokú bíróság a tettest nyomatékos enyhítő körülmények szerepeltetésével jogerős ítélettel egy évi börtönre ítélte. Ebben része volt az orvosszakértői bizonyításnak is a fegyver töltényeihez használt lőporkeveréknek megjelölésével. A vizsgálóbíró által a helyszínére szólított házi gazda a bünjelként szerepelő fegyverben saját duplacsövű vadászfegyverét ismerte fel, azt pedig, hogy a töltényekben, amelyeket szintén sajátjaként ismert el, különböző lőporfajta szerepelt, azzal magyarágta, hogy mint vadászattal foglalkozó ember lőpor dolgában meglévén szorulva, azt vásárlás útján szerezte meg a harctérről hazatért katonáktól, akik ott különböző töltényekhez jutva hozzá, azok lőporát összegyűjtötték és áruba bocsátották. Ennek bizonyítására be is mutatott egy két liter űrtartalmú üvegdugós porüveget, amely majdnem színültig tele volt olyan lőporral, amelyben az öt féle fajta lőpornak szemcséit találtuk fel. Ezzel beigazolást nyert, hogy a tettesnek abbeli vallomása, hogy a fegyvert, illetve töltéseket hirtelen vette elő, a valóságnak megfelel. Ha a szakértői vizsgálat a lőporfajták meghatározására ki nem terjed, legalábbis kétség maradhatott volna fenn a tekintetben, hogy a tettes esetleg magával hozott töltényeket használt, tehát a bűncselekményre tudatosan előkészült. A helyszini szemle, nemcsak ezt a fontos kérdést tisztázta, hanem az eset lefolyásának részleteit is megvilágította. Megállapította a szakértői vizsgálat már a hely-

* A fentebbi, csak hozzávetőleges méreteket a halott későbbi részletes megvizsgálása alkalmával természetesen pontosabb adatokkal pótoltuk. Mérés alkalmával a hasfali sérülés 57x31 mm. átmérőjűnek bizonyult.

színén, hogy az elhaltat söréttel töltött fegyverből eredő lövés ölte meg, hogy két lövés érte, hogy a fegyver duplacsövű fegyver, tehát vadászfegyver volt, hogy az egyik lövés az elhaltat fején és vállán, fennálló helyzetben, vízszintesen előre nyújtva és magasan tartott fegyverből a kamara ajtó előtt érte, hogy ennél a lövésnél a tettes a konyhába vezető ajtónál, tehát az elhalttól egy pár lépésnyi távolságban volt elhelyezve, hogy a másik lövés elhalt hasát kisebb, egy-két arasznyi távolságból érte, tehát a tettes az első lövés után az elhalthoz közeledett és a fegyvert leeresztette, megállapítható volt már a helyszínén, hogy az elhalt a lövési sérülések következtében, még pedig elvérzés folytán halt meg, a kezén tapadó tésztamaradványokból, hogy halála bekövetkezésekor tésztagyúrásával, dagasztásával foglalkozott. A jobb kéz újjának leszakítása, valamint az alkarok hajlító oldalán észlelt lőpor beékelődési nyomok abban lelik magyarázatukat, hogy az elhalt kezeit a fegyverrel szembe, mintegy védekezésül előre nyújtotta (l. az ábrát).





A helyszini megállapítások tökéletesen egyeztek a terheltnek és az eset egyetlen tanújának, egy 13 éves cselédnek vallomásával, aki a konyhában tartózkodva az első lövést látta és megijedve az udvarra futott s ekkor hallotta az első lövést nyomon követő második lövésnek durranását.

Teljes mértékben beigazolta a helyszini megállapítások helyességét a boncolás is, amely sem kiegészítő, sem pedig olyan adatot, amely a helyszíni megállapítások módosítását kívánta volna, nem is szolgáltatott, eltekintve annak — a nemi részeken végzett ondó szálcsákat kereső vizsgálatnak nemleges eredményétől, amelyet utólag annak a kérdésnek tisztázása érdekében végeztünk, vajjon az elhalt halála előtt nem vett-e részt nemi érintkezésben.

A fentebbiekhez hasonló megállapításokat a helyszíni szemlék hivatalos résztvevőitől mindig meg lehetne és az igazság érdekében meg kellene követelni, annyival is inkább, mert azok, amint a fentebbi esetből is kitűnik, aránylag egyszerű eszközökkel megszerezhetők.

Mint szokatlan különös körülményét az esetnek említhetem, hogy a ruházaton a fekete lőpor robbanás termékeinek szagát még 28 óra múlva is jól lehetett érezni s hogy a lőfegyver töltéseként öt féle lőpor szerepelt.

Kenyeres Balázs dr., egyet tanár.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Halálesetek vértransfusio következtében. *Prof. Wildegans.* (Deutsche Med. Wochenschrift. 1930. 48. szám.)

Vértransfusio következtében ma már ritka a halálozás. Átlag 1000 transfusióra esik 2 halál. A halál oka lehet tévedés a vércsoport megállapításban, autoagglutinatio (haemolyticus icterus, pneumonia, kachexia és syphilis eseteiben kell erre különösen vigyázni), panagglutinatio, haemolysis, thrombosis, embolia, légembolia, ismételt esetben anaphylaxiás schock, hirtelen előálló tüdőoedaema, pneumonia, vérzések a serosákon és nyálkahártyákon rendesen toxicus alapon. Előfordulhat, hogy azok a szervek, melyeknek a testidegen anyagokat eliminálni kellene, a megterheléstől insuffitiensek lesznek (szív, vese, máj). Ritka az, hogy a donor vére nem tud kellőleg felhigulni a recipiensben, ami nagyon kivérzett egyéneknél fordulhat elő. Utóbbi esetek figyelmeztetnek arra, hogy a transfusiót sem túlságos vérmennyiséggel, sem nagyon gyorsan ne csináljuk. *Kleiner György dr.*

Az agranulocytosis kérdéséhez. *Nipperdey.* (Deut. med. Woch. 1930. 47. szám).

Agranulocytosis diagnosisát állapította meg betegénél, akinek anamnesisében számos angina, kórképében pedig septicus tünetek, foghús necrosisok, angina, leukopenia (1200), a myelod elemek eltünése (csak 1% fiatal és 1% pálcika alak volt különben 96% lymphocyta és 2% mononuclearis) volt jelen. A beteg omnadin, polyvalens streptococcus serum, hepatrat és röntgensugár kezelésben részesült. Felgyógyult, vérképe normalis lett.

Az agranulocytosis okát constitutioban keresi olyan alapon, hogy az ilyen egyéneknél valamely külső infectio anaphylaxiát, illetve allergiát vált ki. Ezen az alapon friss eseteket gyógyithatni gondolja a szervezet áthangolásával (Umstimmung), melyet fehérje testekkel, serumokkal, saját vérrel és röntgen sugárral lehet elérni. A feltétel természetesen az, hogy a beavatkozás még abban az időben történjen meg, amikor a szervet reactioképes. *Kleiner György dr.*

Pyramidon, mint gyulladásgátló. *Winternitz—Korányi.* (Deutsche med. Woch. 1930. 42. szám).

A pyramidont gyulladásoknál, mint tüneti kezelést régen adják. Kantharissal való hólyaghúzás segitségével bizonyitja, hogy a pyramidon a gyulladást csakugyan csökkenti is. Gyulladásos folyamatoknál ugyanis a hólyagban sokkal több sejtet talált pyramidon kezelés előtt, mint azután. Ezek között is kezelés előtt jóval több leukocyta volt, míg utána a lymphocyták felé tolódott el a kép. A hólyag fehérje tartalma néha csökkent, máskor változatlan maradt, de emelkedett is. A fehérje emelkedés egybe esett azokkal az esetekkel, ahol sok leukocyta tünt el, tehát ezzel együtt sok proteolyticus forment is. *Kleiner György dr.*

Parenteralis májtherapia súlyos anaemiáknál. *Achard és Hamburger.* (La Presse Medical 1930. 76. szám.)

Vészes vérszegénység olyan eseteiben, mikor a máj vagy májkivonat per os szedése nem eléggé hatásos, vagy amikor a beteg nem türi a májétrendet, intramuscularisan befecskendezett májkivonatkezeléssel értek el jó eredményt. Egy eset kapcsán leirják a kezelés módját, naponta 450 gr friss májnak megfelelő kivonatot fecskendeztek be. Az injectiók fájdalmasak, egy esetben elgenyedt. A vörösvérsejtek száma 16 nap alatt emelkedett arra a szintre, amilyenre egy korábbi per os kezeléssel csak 38 nap mulva jutott. Intravenásan is megkísérelték adni a fehérje és lipoidmentes kivonatot, kutyakísérletek tanulságain okulva azonban, csak igen kis mennyiséget mertek nyújtani. *Paul dr.*

Az elhízottság kezelése. *Prof. J. Bauer.* (Klin. Wochenschr. 1930. 46. szám.)

A kóros elhízottság pathogenesisében a legnagyobb szerepe kétségtelenül a constitutiós hajlamnak van, és csak rit-

kák azok az esetek, ahol az elhízottság oka tisztán exogen, tehát túltáplálás. A tisztán túltápláláson alapuló obesitásnál a diaetás kezelés teljes sikerrel jár: a kaloriabevitelt a kalória-szükséglet fokára csökkentve, a hízás megáll. (Bilanztherapia.) Miután sohasem tudjuk biztosan, hogy egy bizonyos beteg elhízottságában mennyi szerepe van a túltáplálásnak, szabály az, hogy a kezelést mindig ú. n. bilanztherapiával kell kezdeni. Minél több az elhízottságban a costitutiós factor, annál kevésbé lesz sikeres a diaetás kezelés; ilyenkor más eszközökhöz kell folyamodnunk. A diaetás kezelésen kívül rendelkezésünkre álló eszközök kétfélék: 1. Olyanok, melyek az anyagcserét élénkítik. 2. Olyanok, melyek a szervezet víztartalmát csökkentik. Ez utóbbi eljárás azáltal hat, mert a szervezet lypophyliája rendszerint együttjár egy bizonyos fokú hydrophyliával.

1. Az anyagcsere élénkítésére szolgáló suveren szer a pajzsmirígykivonat. A thyreoidea adagolást azonban csak akkor szabad elkezdeni, ha előzőleg sikertelenül kísérleteztünk diaetás kezeléssel. Legalkalmasabb naponta 0.3 gr. Thyreoidin Mercke-t adni, természetesen állandóan ellenőrizve a beteg pulsusszámát és általános állapotát. Ezt az adagot a legtöbb beteg 2—4 héten át jól türi; ilyen cyklus után hosszabb szünetet kell tartani. A pajzsmirígyadagolás hatása fokozható közbeiktatott heteroprotein (tej-) injectiókkal. A thyreoideatherapiát mindig össze kell kötni diaetás megszorításokkal, mert különben a beteg a fokozott anyagcserének megfelelőleg többet fog enni és nem fogy.

2. A víztelenítésre sok módszer áll rendelkezésre, melyek közül talán a legfontosabb a folyadékbevitel megszorítása; ez hathatósan segíthető elő sószegény étrenddel. Hatalmas folyadék-mobilisálószer a Salyrgan, melynek intravenásan adagolt 1—2 ccm-e nagy diuresist okoz és tetemes súlycsökkenéshez vezethet; fontos azonban, hogy a beteg a diuresist követő időben ne engedjen a fokozott szomjúságérzésnek, mert különben hamarosan ismét felhalmozza az elvesztett vizet. Ezt legjobban azáltal akadályozhatjuk meg, ha a Salyrganinjectiót követő napokon Thyreoideát adagolunk, mert ez szintén mobilizálja a vizet.

A kóros elhízottság therapiája a leghatásosabb akkor lesz, ha a leírt három gyógyeszközt, a diaetát, az anyagcsere fokozását és a víztelenítést combináljuk. *Czoniczer dr.*

Sebészet.

Van-e összefüggés az aethernarcosis és a postoperativ tüdőcomplicatiók közt. *Stahnke*, Berlin-Neuköln. (Ztrbl. f. Chir. 1930. 49.)

A legsúlyosabb vád az aethernarcosis ellen a tüdőcomplicatiók gyakorisága. *Stahnke* ebből a szempontból az utolsó 10 év anyagát vizsgálta meg 5571 gynekologiai esetre vonatkozólag. Tüdőcomplicatiónak csak az számít, ha a folyamat a műtét után a hatodik napon lép fel. 3284 nagy gynekologiai műtét után súlyos tüdőcomplicatiókat ritkán észlelt. Bronchopneumonia 0.88%-ban. pneumonia 0.12%-ban fordult elő, egy beteg halt meg pneumoniában. A műtét helyének sokkal nagyobb jelentősége van a fenti szövődmények létrejöttében, mint a narcotisaló eljárásnak. Így vaginalisan operáltak 3.5%, appendicitis után 9%, Alexander—Adams-f. műtét után 10.3%, hernia- és laparatomia után 14%-ban lépett fel tüdőaffectio. Ha ezeket a számokat összehasonlítjuk, látható, hogy a kbségek oka nem lehet sem a műtéti shock, sem a mélyebb narcosis; hanem, úgy látszik, a beavatkozás miként jének is van befolyása eme szövődmények előidézésében. Alátámasztja ezt *Mandl* véleménye, aki sacralis műtétek után — vagyis a genitalis regióban operálva — u. a. a %-os eredményt kapta, mint szerző a vaginalis műtétek után. 300 esetben vizsgálta *Stahnke* a kor befolyását az eathernarcososra; azt találta, hogy idősebb korban nem volt gyakoribb a tüdőszövődmény, mint a fiatalabb korúaknál. Az aspiratiós pneumoniát szokták az aethernacosis legnagyobb bünének betudni. Érdekes, hogy szerző asszonyoknál ezt egy esetben sem észlelte, lehetséges, hogy a medence felpolcolásának következményekép. Nagyobb aether quantumok után sem lépett fel több tüdőcomplicatió, mint kis aether mennyiségek után. Morphin-atropinos előkészítés után Roth—Dräger-készülékkel adagolva az aethert, teljesen veszélytelennek tartja az aethernarcosist a tüdőbeli szövődmények szempontjából. Ha súlyt helyezünk az aether mennyiségének csökkentésére, a basis-narcoticumokat ajánlja, melyek alkalmazására az aetherfogyasztás akár 50%-os reductiója is elérhető.

Guszich Aurél dr.

Foglalkozás és arthritis deformans. *Dr. Kruchen.* (Die Medizinische Welt, 42. sz., 1930.)

A munka racionálása és az egyre fokozódó helyettesítése az emberi erőnek gépekkel sok olyan betegségformát hozott a felszínre, melyek azelőtt kevésbé voltak elterjedve, vagy legalább is a foglalkozással nem voltak olyan feltünően összefüggésbe hozhatók. Ilyen példának okáért az arthritis deformans, mely bányamunkásoknál a kéztő izületekben a gerincoszlopon és az alsó végtag nagy izületein lényegesen gyakoribb, mint az elmult időkben. Az arthritis deformans fokozódása mindenesetre indokolja azt az óhajt, hogy a rheumás, ischiásos és neurasthéniás betegeknél a csont és izületi rendszert a legpontosabb vizsgálat tárgyává tegyük. A betegség megakadályozása rendszerint nagy nehézségbe ütközik, mert a munkások nem szivesen cserélik munkájukat, melyben bizonyos ügyességre tettek már szert csak azért, hogy az állandó egyoldalú megterhelés változtatásával csökkentsék a deformálódás lehetőségét. *Horváth Boldizsár dr.*

Lehetséges-e a hosszú csöves csontok töréseinek kezelési methodusait egyszerűsíteni? *Prof. Ed. Birt*, Schanghai. (Arch. klin. Chir. 161. kötet, 3. füzet.)

A törések nyújtó kezelése a legjobb müködési eredményeket adja, de a siker egyik előfeltétele a jó technikai felszerelés (állítható sinek, nyújtókészülékek) és jól iskolázott segédszemélyzet. Ahol ezek a lehetőségek hiányzanak, ott a nyújtókezelést az ú. n. suspensiós-extensióval lehet helyettesíteni. A felszerelés igen egyszerű és az ágyak felett felszerelhető könnyü fakeretből áll, melyre csigákat alkalmazhatunk. A felerősítésre a *Bardenheuer*-féle ragtapaszkötést alkalmazza. Tapasztalata szerint a vérömlények felszívódását és az esetleges nyílt sérülésekből származó gyulladásokat előnyösen befolyásolja az így alkalmazott nyújtás. A töres helyének rögzítődése gyorsult, mert az állandó húzás elősegíti a calluskéződést. Azonkívül az izületi merevedéseket megátló activ mozgatást is hamar elkezdheti a beteg.

Horváth Boldizsár dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Terhesség alatti oedemakészség kísérletes vizsgálata. *Baráth—Magyary.* (Zentralbl. f. Gyn., 1930. 39. sz.)

A terhesség kapcsán, főleg a terhesség végén elég gyakran lehet oedemákat találni olyan esetekben, ahol a vesefunctio vizsgálata semmi kóros eltérést nem mutat. *Seitz* az ilyen terhességi oedemákat és a kimutatható veseműködési zavar nélkül fellépő kisebbfokú terhességi albuminuriát terhességi toxicosis következtében létrejövő extrarenalis eredésü megbetegedésnek tartja. Ilyen vesemegbetegedést nem mutató oedemás terheseknél az extrarenalis oedemakészséget tették vizsgálat tárgyává. Vizsgálataikat az Aldrich—Mc Clure-féle intradermalis reactióval végezték, mely 0.2 cm^3 0.8%-os NaCl. oldatnak befecskendéséből áll; a duzzanat egészséges egyénnél 50—60 perc alatt szívódik fel, vizenyőnél a felszívódás gyorsabb. Ezenkívül egyes esetekben a vér fehérjefractióit és a vérsavó onkoticus nyomását is meghatározták. Vizsgálataikból az derült ki, hogy a terhesség előrehaladtával a NaCl. oldat felszívódása gyorsul, a befecskendezett oldat a bőrből gyorsan eltünik és a bőr alatti kötőszövetbe kerül, amelynek vízmegkötőképessége eszerint emelkedettnek tekinthető. Előrehaladt terhességnél a vér globulin és fibrinogen reactiója nő, az albumin-globulin hányados csökken, ennek megfelelően a kolloid onkoticus nyomás szintén csökken. Igy a vérkolloidok duzzadási képességének csökkenésével s a szöveti kolloidok vízmegkötőképességének emelkedésével az intra- és extravascularis víz egyensúlya az utóbbi javára tolódik el. Ezekben az esetekben a veséknek semmi feltünő zavara nem volt jelen, ezért a terhesség utolsó hónapjaiban gyakran jelenlevő kisebb oedemákat a szöveti kolloidok fokozott vízmegkötőképességére lehet visszavezetni. Terhességi toxicosisos eredet mellett szól az, hogy ikerterhesség, hydramnion stb. mellett az albuminuria s az oedemák gyakrabban fordulnak elő. *Biró István dr.*

Ritka késői complicatio a vena cava lekötése után. *Fels és Bettinger.* (Zentralbl. f. Gyn., 1930. 39. sz.)

A gyermekágyi pyaemia kezelésére szolgáló venalekötés értéke felől a vélemények megoszlók, egységes azonban az a felfogás, hogy az eljárást elvileg elvetni nem szabad. A breslaui klinika nem hive a korai lekötésnek, de bizonyos esetekben az eljárást eredménnyel alkalmazták. Eredményes lekötés után keletkezett késői szövődményről számolnak be, melyhez hasonló eddig még nem ismeretes az irodalomban. 29 éves I. P. 8 órai vajudás után keresi fel a klinikát, ahol néhány óra mulva spontan szül. Belső vizsgálat nem történt; a gyermekágy 4 napján lázas lesz, ettől kezdve reggeli remissiók után 39—40° a hőmérsék, büzös lochia. Első hidegrázás a 8. napon. 10. napon vértransfusio, 12. napon relativ jó állapotban 40° fölötti hőmérsék mellett venalekötést végeznek. Lumbalanaesthesiában hasmetszés, spermaticák jobboldalt újjnyi vastagok, bennük thrombusok érezhetők. A spermaticák magas lekötése után a peritoneumot meghasítva, felkeresik a vena cavát s vastag selyemfonállal kötik le az elága-

zódás előtt. Benne thrombusokat nem tapintanak. Mivel a méhfalban tályogokat találnak, méhkiirtást végeznek a jobboldali plexus pampiniformis kiirtásával együtt. A hüvely felé gazecsikkal, has felé gummicsővel draineznek. A beteg a műtét után jól van, hőmérséke 38—39° pangásos tünetek nincsenek, 13. naptól kezdve láztalan. 23. napon hőmérsék 40°ra szökik fel, hirtelen collapsus áll be, jobboldalon a köldök alatt kétökölnyi infiltratio tapintható. Appendicitis gyanuja miatt laparotomia: az egész hasat óriási retroperitonealis vérömleny tölti ki, a beteg egy óra mulva meghal. Boncolás: a vena cava a lekötés helyén egész szélességében átszakadt, centralis csonkja visszahúzódott, üres. Alatta a thrombussal telt iliacák találhatók. Tehát a centralis részben nem képződött thrombus, aminek oka az lehet, hogy a belégzésnél a vena cava centralis csonkja kiürült, kilégzésnél megtelt, s így a véralvadás feltétele, a véroszlop nyugalmi helyzete nem állt fenn. Emellett a pitvarösszehúzódásnál venás pulsatio is létrejött, ami a lekötés helyére erős nyomást gyakorolt, mivel nem oszolhatott el a vena cava területén. Ezek a körülmények okozták a lekötés átvágását 3 héttel a sikeres műtét után. Ezért nem ajánlatos a lekötést selyemmel végezni, catgut igen gyorsan szívódik fel; legalkalmasabb volna talán a fascia latából kivágott szalaggal kötni le az eret, ez a szalag tetszés szerinti szélességben készíthető, így nem vág át s amellett a szervezetre nem idegen, ennélfogva nem szívódik fel gyorsan. *Biró István dr.*

A pyelitis és pyelonephritis therapiája. *Hryntschak.* (Wiener Med. Woch. 1930., 39. sz. — Orvosi továbbképző előadás.)

A therapiát aszerint határozza meg, hogy az infectio coli vagy staphylococcus által jött létre. A coliinfectio therapiáját illetőleg 2 fegyverünk van: az alkali-savtherapia és az urotropin. A coli csak neutralis közegben érzi jól magát. Ha tehát a táptalajt (vizeletet) erősen alkalizáljuk (étszódát nagymennyiségű folyadékkal nyújtva), majd hirtelen erősen megsavanyítjuk (ammoniumchlorid szomjaztatással), nagymértékben gátoljuk a coli szaporodását. Az így legyengített bacteriumok azután könnyen áldozataivá válnak második fegyverünknek, az urotropinnak, melyből három napon át 10.5 g-ot adunk (az első két napon 3—3, az utolsón 4—5 g-ot). A fájdalmak csillapítására végbélkúpokat ajánl. Ha a fájdalmak elviselhetetlenek, ½ liter limonádét itat a beteggel, de ezzel a savperiodus is véget ér és a kura megszakad. A staphylococcus-infectiónál kitünő szer a neosalvarsan 0.15 g-os adagokban intravenásan 2 napos időközökben háromizben. Ha eredmény nem mutatkozik, a további adagolástól elál. Ajánlja a spirocid-tablettákat is, de ha hasmenés mutatkozik, adagolása azonnal beszüntetendő. Amennyiben a folyamat rendkívül makacsnak mutatkoznék (hidegrázások, magas lázak), az operativ eljárást (decapsulatio, nephrostomia) tartja helyénvalónak. *Ács Miklós dr.*

A hólyagba történt ureterimplantatio eredményei. (Reflux az implantált ureterbe.) *Stoeckel.* (Ztrbl. f. Gyn. 1930., 40. sz.)

Azok között a szkeptikusok között, akik az ureterimplantatio mtüétének első idején óvatosak voltak a végleges műtéti eredmények elfogadásával szemben, szerző is szerepelt. Már akkor hangsúlyozta, hogy a látszólag kitünő eredményeket csak állandósulás esetén lehet elismerni. Tény, hogy az ureter ferde beszájadzását a legkitünőbb operativ technika sem utánozhatja tökéletesen, nem is szólva az idegösszeköttetések helyreállításának lehetetlenségéről. Két műtéti módozat ismeretes: az egyiknél az uretert lehúzzák a hólyagba úgy, hogy a hólyag belfelületén gombszerüen kiemelkedik, a másiknál az uretervéget két ajakra hasítják és ezeket kétoldalt rögzítik a hólyagfalhoz. Az első esetben stenosisra való hajlam, a másodikban refluxra való készség mutatkozik. Előfordulhat azonban, hogy az első esetként említett uretercsonk mellett is reflux a következmény. Ilyen példát közöl a szerző egy betegével kapcsolatban és leszögezi, hogy ureterimplantatio minden esetben a műtéti eredmény controllja céljából cystogramm, röntgenátvilágítás és intravenás pyelogramm végzendő. *Ács Miklós dr.*

Tapasztalatok gravitollal, egy új haemostypticummal a gynaecologiai praxisban. *Hanser.* (Wiener Med. Wochenschrift, 1930. 41. sz.)

Sajnos, még mindig rá vagyunk szorulva arra, hogy symptomaticus therapiát alkalmazzunk mindazon esetekben, mikor ismeretlen aetiologiájú női vérzésekkel állunk szemben. Bár az ovariumok dysfunctiója és endokrin zavarok esetén újabban sokat haladtunk a gyógykezelésben a standardizált ovariumkészítmények előállítása révén, mégis a therapia ezen ágazata eléggé kiépítve nincsen. Örömmel köszönti tehát a secalekészítmények és az ergotamintartarat után a gravitolt, melynek előnye az, hogy egyesíti a nevezett szerek előnyeit és híjával van azok kellemetlen mellékhatásainak. A gravitol syntheticus termék, mely a guajacolból vezethető le és ilyen értelemben semmi köze a secaléhoz. Az állatkísérletek és klinikai tapasztalatok egybehangzóan a gravitol nagy értéke mellett szólnak. A szerző is 21 esetében kipróbálta, főleg menorrhagiák és metrorrhagiák eseteiben. Kitünő hatását tapasztalta, bár végleges kritikát nem mond. Dicséri a szer olcsóságát és állandóságát, veszélytelenségét, valamint megbízhatóságát, melyek az orvos gyakorlatában mind fontos tényezők. *Ács Miklós dr.*

Szemészet.

Pangásos papilla és intraocularis nyomás. *A. F. Rumjanzewa dr.* (Zeitschr. f. Aghk. 72. köt., 391. l.)

63 különböző aetiologiájú pangásos papilla közül 24-nél a szem tensióját is megvizsgálta. Ezt a radicalis és decompressiv műtét előtt és után, sőt egyes betegeknél lumbal punctio előtt és után megmérve azt találta, hogy műtét előtt 10—18 hgmm. közt ingadozik, műtét után pedig 30—35 hgmm.-re emelkedik, tehát az agynyomással fordított viszonyban van. Ha az agynyomás többé-kevésbbé normalissá válik a szembeli nyomásdifferentia is kiegyenlítődik. Azt tartja, hogy a kissé csökkent szemnyomás a pangásos papillával fejfájással, szédüléssel együtt az emelkedett agynyomás egyik symptomája, ezért a differentiál diagnosisban segítségünkre lehet. Magasabb agynyomásnál a tensio csökkenését az agyi erek összenyomásával magyarázza. Ilyenkor az agy nem pulsál, arteriák szükek, minek következtében az art. ophth., mely az érhártyát és sugártestet táplálja, kevesebb vérmennyiséget szállít a szembe, csökken a szembeli folyadéktermelődés, ezáltal a nyomás is. Ezzel szemben trepanatio utáni első napokban agyhyperaemia s ugyanígy fundushyperaemia is keletkezik, minek következtében a folyadéktermelődés szaporodik a szemben és emelkedik a nyomás.

Polányi Magda dr.

A kötőhártya vizsgálata és kezelése szemműtétek előtt. *Jahnke.* (Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde, 85. köt.)

A műtét utáni infectio lehetőségét normalisnak látszó kötőhártya esetén az egyes szerzők különféleképen bírálják el. Bár kétségtelen, hogy ebben a klimatikus viszonyok, a betegek intelligentiája, s a műtéti technika is szerepet játszanak, mégis legnagyobb fontossága a kötőhártya bacterium florájának van. Ezért szerző minden műtét előtt a könyutakat átfecskendezi, s minden esetben gondos bacteriologiai vizsgálatot végez. Az azonnali és hozzávetőleges tájékozás céljából tárgylemez praeparatum készül, a részletes vizsgálatra pedig culturális vizsgálat. Ez utóbbira a *Schottmüller*-féle vértáptalajt használja, mely 2 ccm embervérből és 5 ccm agarból áll. Ilyen eljárással az operálandó betegek kötőhártyáján 43%-ban talált virulens csírokat és pedig pneumococcusokat, haemolyticus és nem haemolyticus streptococcusokat, haemolyticus és nem haemolyticus staphylococcus aureust, valamint haemolyticus staphylococcus albust.

Argentum nitricum ecseteléssel, zincum sulfuricummal, optochinnal sokszor hetekig sem sikerült a kötőhártyát a pathogen bacteriumoktól megtisztítani, ellenben a *Betti*-féle eljárás alkalmazásával (a szem bekötése 2%-os sárga kenőccsel), a bacteriumok egy-két nap alatt eltünnek. A kenőcs a szemet nem izgatja, de negativ bacteriologiai lelet esetén kis kötőhártyavérbőség nem contraindicálja a műtét elvégzését, mivel a vérbőség még emeli a conjunctiva védekező képességét. A *Betti*-féle kenőccsel teljesen egyenértékü a *Schweissinger*-féle sárga higanykenőcs. *Székács dr.*

Gyermekorvostan.

Besugárzott ergosterin antirachitises és toxicus hatásának párhuzamos voltáról. *Schultz és Meyer.* (Zeitschr. f. Kinderhlk. 50. köt., 84. o. 1930.)

Általános nézet szerint úgy az antirachitises, mint a toxicus hatás a besugárzott ergosterinnek tulajdonítandó, egyik vagy másik jelentkezése csak adagolási különbségekre vezetendő vissza. Amennyiben a toxicus hatás valóban a hypervitaminosis következménye (vagyis csak fokozott gyógyszerhatás), úgy a D vitamin biologiai standardizálása állatkísérletben toxicus adagokkal könnyen keresztülvihető lenne. *Heubner* és *Haffner*, továbbá *Warkany* szerint nagy adag besugárzott ergosterinre az anorgános vérphosphornak állatoknál rendszeresen fellépő emelkedése ilyirányú vizsgálatokra különösen alkalmas. Szerzők e kísérletek utánvizsgálásánál ellenkező eredményre jutottak. Szerintük már a vizsgálati methodus kiindulási pontja is helytelen, amennyiben az antirachitises és toxicus hatás egymástól teljesen független, a toxicus jelenségek csak a besugárzás elkerülhető mellékhatásainak tulajdonítandók és biztosra vehető, hogy előállíthatók olyan besugárzott ergosterinkészítmények is, melyek

tisztán vagy csaknem tisztán antirachiticus hatásuak és toxicus hatástól teljesen vagy csaknem mentesek.

Lenart György dr.

Congeritalis tuberculosis egy esete. *Steffy Feilendorf dr.* (Klin. Wschr. 41. sz.)

A kórkép lefolyása a következő volt: Normalis gyermekágy és szülés után a 17 éves primipara anya sajtos pneumoniában a b. f. lebenyben caverna képződéssel exitál. A klinikai képet a sectio is megerősítette.

Az újszülöttet csak a 7. napon különítették el az anyától s egészen a 6. hétig kielégítő gyarapodást mutatott. Hőmérséklete a 4. hétig normalis volt, ettől kezdve subfebrilis, majd a 6. héttől állandóan magas temperaturák. A 3. héten nézett röntgenvizsgálat a b. f. lebeny infiltartióját mutatta, amely csak a 6. héten volt fisicalisan is kimutatható. Ekkor nagyfokú lép- és májduzzanat lépett fel icterusszal, az 51. napon dyspepsiás jelenségek és nagy súlyesés után exitus.

Tekintettel az anamnaesisre, kezdettől fogva *Pirquet*-reactiót és *Mantouxt* végeztek, amely azonban csak a 87. napon lett positiv.

A sectiós lelet: nagy részben elsajtosodott nyirokcsomók a porta hepatis körül, számos mogyorónyi gümőconglomerátum a májban és a lépben, valamint a vese kéregállományában. A tüdőben is számos borsónyi góc, amely azonban valószínüleg időben később keletkezett. A tracheobronchiális nyirokcsomók szintén elsajtosodást mutattak. Az agy ép volt.

Tekintettel a sectiós leletre, a klinikai lefolyásra, hosszú incubatiós időre és a *Pirquet*-reactio viselkedésére, valószínü, hogy a köldökvenán keresztül egy haematogen infectio jött létre, vagy szülés alatt, vagy rövid idővel a születés előtt.

Nem zárható ki azonban, hogy a haematogen infectiót egy aerogen követte a tüdőben s a röntgen által kimutatott infiltatio a primaer góc körül kifejlődött perifocalis gyulladásnak felelhetett meg.

Feltóthy dr.

A B. C. G. vaccina ártalmatlanságának kérdéséhez. *R. Kraus.* (D. M. W. 44. sz., 1930.)

Chileben provisoricusan megszakított vaccinatiót szerző óvatossági rendszabálynak mondja és a rendelkezés indokolására számos kísérletet idéz: *Hutyra* állatkísérletei szerint intercurrens infectiók virulenssé tehetik a B. C. G.-t. *Hormaeche* streptococcus fertózés után milliaris tbc.-t látott vaccinált állatoknál. *Aristia* egy vaccinált gyermeket észlelt, aki 18 hónapos korában tüdő tbc.-ben halt meg. Talán a cong. lues és az intercurrens pertussis activálhatták a B. C. G.-t. Szerző eddig vallot nézete, hogy a B. C. G. virus fixe lenne, modificatiora szorul. A jövőben ajánlatos lenne *Hutyra* propositióját követve, a vaccináltakat minden resistentiát áthangoló befolyástól fokozottan óvni. Ilyen cautelák mellett remélhető, hogy a B. C. G.-től káros hatást nem fogunk látni és aztán exact munkával el lehet dönteni a B. C. G. igazi értékét.

Calmette válasza:

Kraus által idézett kisérletek még megerősítésre szorulnak, *Neufeld* kísérleti hibának tartja őket. Az *Artista*-féle gyermek ápolónője tüdő és vese tbc.-ben szevedett, a gyermek pedig, bár a sectió tbc.-s gócot is mutatott, bronchopneumiában halt meg. A chilei betiltást a lübecki katastrofa visszahatásának tartja és szerencse, hogy ez a rendelkezés csak átmeneti jellegü. Végül ismét *Neufeld* oslói jelentését idézi, mely szerint a B. C. G. vaccina a tudomány mai állása szerint a maximum, amit tbc. ellenes vaccinatiótól várhatunk.

Kerpel Ödön dr.

Konyhasó és cukor adagolás hatása a csecsemő vízanyagcseréjére. *Luntz.* (Zschr. f. Kkh. 49., 731. old.)

Egészséges csecsemők 74%-ánál 0.3—1.0 gr. NaCl adagolás után 4 óra alatt a vízleadás a normalisnak ⅓—½-ére csökkent. Az első trimenonban levő csecsemők nagyobb %-ánál észlelt vízvisszatartást. Az első trimenonban levő, vizet visszatartó csecsemőknek csakis a vizeletmennyisége csökken, a perspiratio insensibilis nem változik, ezeknél a vízvisszatartás tehát csakis renalis. Nagyobb csecsemők vízvisszatartása úgy renalis, mint extrarenalis, utóbbiaknál úgy a vizelet mennyisége, mint a perspiratio insensibilis csökkent. A NaCl a vizet retineáló és vizet nem retineáló csecsemőknél nagyjában egyforma gyorsasággal ürül ki, a só és vízretentio nem halad párhuzamosan.

15 gr nádcukor adagolására 7 csecsemő közül 6 csökkent vizeletkiválasztással és ennek következtében vízretentióval felelt, az extrarenalis vízkiürítés cukor adagolására legtöbbször nem változott.

Teveli Zoltán dr.

A vér alkalirezervtartalma csecsemő- és gyermekkorban. *Burtscher és Niederwieser.* (Zschr. f. Khk. 49., 693. old.)

A vér alkalirezervének csökkenése súlyos cukorbajnál, nagy izommunkánál, anaphylaxiás shocknál, egyoldalú hústáplálásnál, savanyú táplálék bevitelénél régóta ismeretes.

Van Slyke módszerével vizsgálták egészséges és beteg csecsemők vérének alkalirezervtartalmát. Egészséges csecsemők és gyermekek vérének alkalirezervtartalma kisebb, mint felnőtteké. A vér alkalirezervje a korral párhuzamosan növekedik. Viszonylagosan csökkent értékeket találtak csecsemőkori táplálkozási zavaroknál és reconvalescentiában. Az alkalirezerv a későbbi gyermekkorban sokszor súlyos, lázas betegségeknél is normalis, életveszélyes állapotoknál inkább csökkent.

Cukorbajnál, nagy izommunkánál szerzők is csökkent értékeket találtak. Gyermekkori gümőkóros betegségeknél, csont, izületi-, tüdő-, agyhártya-, mirigytuberculasisnál a vér alkalirezervtartalma megnövekedett. Eccemánál csökkent az alkalirezerv.

Teveli Zoltán dr.

Activ vörhenyvédőoltás. *Herholz.* (Zschr. f. Khk. 49., 667. old.)

A lochstädti tüdőbeteg gyermekek gondozó intézetében több év óta fennálló vörhenyjárvány meggátlására activ vörhenyvédőoltásokat végzett. A védőoltásokhoz a *Dick* és *Dochez* törzsekből nyert toxinkeveréket, később keletporoszországi törzsekből származó kevert toxint használt. Minden újonnan felvett gyermeket active immunizált. Eleinte 5 oltást, összesen 2000 bőregységet, később 3 oltást, összesen 12.000 bőregységet adott. Gümőkóros gyermekeknél a védőoltások nem jártak kellemetlen következményekkel, bár legtöbb szerző ellenjavaltnak tartja a gümőkórosok activ vörhenyimmunizálását.

A nem védoltott gyermekek közül 44%, a védoltott gyermekek közül csak 3% betegedett meg vörhenyben. *Dick* positiv gyermekek 13.5%-ánál a *Dick*-test positiv maradt. A vörhenyimmunizálással elért eredmények megítélése a genius epidemicus változása miatt nehéz, észleletei azonban azt bizonyítják, hogya vörhenymegbetegedések száma activ védőoltásokkal nagy mértékben csökkenthető.

Teveli Zoltán dr.

Urologia.

Hólyagdiverticulum nőknél. *F. W. Schacht, J. L. Crenshaw.* (The Journ. of Urol. XXIV. köt. 4. sz.)

A hólyagdiverticulumok két csoportot képeznek. Egyikbe valódi, másikba áldiverticulumok tartoznak. Az áldiverticulum pericystitis, mütéti beavatkozás, urachus nyitvamaradása vagy egyéb fejlödési zavar folytán keletkezik vagy pedig hólyagsérv esetén jön létre. A valódi diverticulum congenitalis vagy acquirált lehet.

Hólyagdiverticulum nőknél ritkán fordul elő (3%); eddig 95 eset ismeretes. Szerzők 18 újabb észlelésről számolnak be. Ezek között 13 valódi és 5 áldiverticulum szerepelt, mely utóbbiak közül 1 szülési trauma és 4 hasüri és kismedencebeli mütét után lépett fel. A tünetek részben a hólyag fertözöttségével, részben a diverticulummal kapcsolatos szövödményekkel (kő, daganat) állanak arányban.

Sas Lóránt dr.

Urachusdaganat esete. *C. R. Lane, A. C. Morson.* (The British Journ. of Urol. II. köt. 3. sz.)

44 éves férfibetegnél észlelték, ki egy hó óta fennálló vérvizelés és egyre fokozódó *látásromlás* miatt kereste fel a klinikát. A betegnek a hólyag vertexét elfoglaló s a megvastagodott urachus mentén felfelé terjedve 5 cm-rel a köldök alatt végződő körtealakú daganata volt, melyet a hólyag felső és hátsó falának egy részével együtt távolítottak el. Mütét után a látásromlás fokozódott, majd cerebrális tünetek léptek fel és 16 nap mulva bekövetkezett az exitus. Szövettanilag a lebenyekre osztott daganat vaskos kötöszövetes stromájában hámsejtszigetek foglaltak helyet. A sejtek nyákkal telt vakuolákat tartalmaztak (pecsétgyürüalak). Boncolásnál az aorta körül, fel egészen a tüdőhylusig, mirigypaquetteket s a bal occipitalis lebenyben daganatáttételt találtak. A gerincoszlop előtti daganattömeg és a gerincoszlop között összefüggést kimutatni nem lehetett. Ez amellett bizonyít, hogy a tumor nem urachus és hólyagáttételt képezett chordomának — melynek szövettani képe jelen daganatéval megegyezik —, hanem valódi urachusdaganatnak felel meg. Chordomához való hasonlósága azzal magyarázható, hogy az urachus éppen úgy, mint a chordoma is entodermalis eredetü. Egyébként a chordoma kiterjedt áttételeket nem szokott képezni és hólyagáttételt okozott chordomát edidg csak egy izben észleltek *(Convay)*. Ezek szerin a daganatot urachus eredetünek kell tartanunk.

Sas Lóránt dr.

Húgycsőgonorrhoea kezelése gonococcus-bouillonfiltratum intracutan befecskendésével. *B. C. Corbus, V. J. O'Conor.* (The Journ. of Urol. XXIV. köt. 3. sz.)

Besredka mutatta ki, hogy bizonyos mykrobákkal szemben activ immunizálás csak akkor lehetséges, ha az antivirus

a szervezetnek specialisan fogékony antitestképző setjtjeivel kerül közvetlen érintkezésbe. Pl. staphylococcus és streptococcussal szemben immunitást kizárólag *intracutan* vaccinálás esetén remélhetünk. E meggondolásból kiindulva és *Müller* észlelése alapján, mely szerint a bőr és húgycsőnyálkahártya között kétségtelenül correlatio áll fenn, szerzők megkísérelték a húgycsőkankót gonococcus bouillonfiltratumának intracutan befecskendezésével kezelni. Néhány esetben meglepően jó eredményt értek el, többször előfordult azonban, hogy a vaccina hatástalan volt. Valószínűnek látszik, hogy a kezelés folytán bizonyos fokú immunitás bekövetkezik; a complementkötési reactio azonban az esetek 80%-ában 1.0 cc. bouillonfiltratum 3—4-ik befecskendezése után is positiv maradt! Az eljárás therapiás és főleg prophylacticus és diagnosticus értékére nézve további vizsgálatok vannak folyamatban.

Sas Lóránt dr.

Kétoldali hydronephrosis conservativ sebészi kezelése. *A. J. Scholl.* (The Journ. of Urol. XXIV. köt., 3. sz.)

38 é-ves férfibeteg kórlefolyását közli, kit kétoldali hydronephrosis miatt vett kezelés alá. A pyelogramm mindkét, de különösen a baloldalon erős tágulást mutatott. A vesemüködés is mind a két, főleg baloldalt lényegesen csökkent. A beteg rendszeres vesemedenceöblítés és retentio leszívás után subjective javult ugyan, de a residuum még inkább fokozódott. Erre előbb a bal, majd 2 hónap mulva jobb vesén conservativ mütétet, nevezetesen részleges decapsulatiót, az ureteropelvicus határnak összenövések közül való felszabadítását és magas rögzítést végeztek. Mütét után a residuum baloldalt 90 cc-ről 15, majd 8 cc-re, jobboldalt 25 cc-ről 5 cc-re csökkent; ezzel egyidejüleg a vesemüködés is javult és a pyuria megszünt. Egy évvel a mütét után a beteg eredeti testsúlyát visszanyerte és teljesen munkaképes, de tekintettel a normalisnál magasabb vérureum értékre, nitrogenszegény diétán él

Szerző köves hydronephrosisnál mindig előbb a jobb müködésü vesét szokta operálni, de jelen esetben, minthogy a mütét minősége és főleg annak sikere kérdéses volt, a rosszabbul müködő bal vesét operálta előbb.

Sas Lóránt dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Röntgendiagnostik der Knochen- und Gelenkerkrankungen in tabellenform. *E. Markovits.* (G. Thieme kiadása, Lipcse. 155 oldal 246 ábrával. Ára 14 Márka.)

A röntgendiagnostikának táblázatokba való összeállítása szerencsés gondolat, mely a megbetegedések útvesztőjében tiszta áttekintést és könnyü eligazodást nyújt. A munka helyes beosztásából folyólag a hasonló tünetekkel járó betegségek egymással szembe kerülnek és a differentiál-diagnostikai különbségek a táblázatok egyes rovataiban erös contrastot képezve, nagyon feltünővé válnak.

A magyar szerzőnek ez már a második tabelláris diagnostikája. Az elsöt, a belgyógyászati diagnostikát követi most a jelen munka: a csontok és izületek diagnostikája. A munkát a normalis anatomiáról szóló rész vezeti be, amelyben külön említésreméltó az ossificatiók és összecsontosodások időpontjáról szóló táblázat. Ezt követi az általános rész, mely a lobos csontbetegségekről, azután a mésztartalom zavarairól, tumorokról, a rendszermegbetegedésekről, a növekedési zavarokról és az izületek megbetegedéseiről szól. A részletes rész külön tárgyalja az egyes csontok koponya, fogak, gerincoszlop stb.) és az egyes izületek megbetegedéseit.

A munka nem tankönyvnek készült, hanem amellett, hogy az egész anyag felett kiváló áttekintést nyújt, hirtelen és biztos tájékoztató, dolgozás közben is egyes nehezebben elintézhető kérdésekben. A könyv kiállítása mintaszerü.

Kelen prof.

Nervenärztliche Gutachtertätigkeit. *Von Dr. Max Serog.* Thieme. Leipzig, 1931. 60. oldal. 3.60 márka.

Szerző kis könyvecskéjében azokat az előadásait foglalja össze, amelyeket az ezévi orvosi továbbképző tanfolyamon tartott az idegorvosi szakértői ténykedéséről. Bevezetőleg a szakértői ténykedésről általában, majd a neurologiai szakértői s végül a psychiatriai szakértői ténykedésről mondja el hossz praxisából leszürt tapasztalatait, amelyeket jellemző példákkal magyaráz. Könyvét a praktizáló orvosnak szánja, akik könnyü, egyszerü fejtegetéseinek hasznát is vehetik. Szakemberek részére semmi újat sem mond.

Somogyi dr.

Psychoanalyse und seelische Wirklichkeit. *Dr. Paul Maag.* (I. F. Lehmann kiad., München, 1930. 1—228. lap. Ára füzve 8, kötve 10 márka.

Szemben a *Freud*-féle psychologiával, mely a neurosis gyökerét a tudattalanba helyezi, szerző 30 éves gyakorlaton alapuló kutatásaiból úgy látja, hogy éppen a neuroticus psyche bizonyitja legvilágosabban mind az ép, mind a kóros psychében a tudatosnak uralmát. A *Freud*-féle psychoanalysis tanait sorra tárgyaló fejezeteiben igen ügyes, józan s nem egyoldalúan elfogult mérlegeléseibe szerző theisticus vitaelemeket is belévon, aminek szerintünk kór- és gyógytani munkában ugyanúgy nincsen helyén, mint a mindig végeredményben orvosként psychologizáló, biologizáló és filozofáló *Freud* munkáiban a legújabban már nevelési programmként hirdetet atheismus. „*Freud* massiv naturalismusa — mondja szerző — arra csábítja öt, hogy minden létezönek ösokát, az élő istent agyrémnek nyilvánitsa. Az oly világszemlélettel, mely létünk értelmét tagadja, nem tudunk, mit elkezdeni. Ha létünknek ez az értelme nem volna, akkor neurosis sem lenne." *Minden valódi neurosis* (hysteria, kényszer- és félelmi neurosis) alapját *Maag lelkiismereti conflictusban találja* s neurosist csak a keresztény culturkör hatásterületén tud felfedezni, míg szerinte a mohamedánok, hinduk és az animista felfogást valló pogányok körében a neurosis ismeretlen. A neuroticus szerinte valóban beteg, az öt környező világgal való együttéléstől és együttmunkálkodástól elszigetelödött ember, aki kezelésre szorul. Érdekes, hogy *Freuddal* egyetértöen, *Adlerral* s *Junggal* ellentétben szerző is *minden neurosis gyökerét a sexuális ösztönösségben s annak folyományaiban találja.* Szerintünk is alig van neurosis sexuális vonatkozások nélkül, de azok legtöbbször *aligha oki jellegüek.* A neurosis legkoraibb gyökérszálai *Maag* szerint a gyermekkor masturbatoricus actusaira nyulnak vissza, melyekre az egyént öröklött terheltség vagy a környezet vezették rá. Halmozott pollutiók nemkülönben normalis sexualis tevékenykedéssel való abusus is hajlamositanának neurosisra, soha ellenben a nemi tartózkodás. Nueroticus alkat esetén tapasztalásunk alapján ezt az utóbbi állitást túlzottnak kell mondanunk, amennyiben a neuroticusan terheltek egy nem is csekély hányadára nem állja meg a helyét. Ellenben helyesnek véljük szerző abbéli állitását ‚hogy nincs neurosis az inkretio zavara nélkül, ámbátor itten is hiba volna e zavart általánositva, a neurosis okaként odaállitani. De igenis, ahogy szerző állitja, tartós önfertőzés is az incretio zavaraival jár együtt, melyek akár saját erejükből, akár egyéb tényezők közrehatásával neurosisban végződhetnek. E közreható okok között *Maag* vezetőszerepet tulajdonit a tudattalannal szemben éppen a tudatos lelkiismereti conflictusoknak, melyek mindig ethikaiak. Az én kényszerüen elégit ki ösztönigényeket, melyeket az ethos viszont elitél. Az emberi alkat a maga mélyében valóban rejti a jót és a gonoszat, ha ez utóbbi nem sublimáltatik, könnyen esik az én, az ösztönök szolgaságába. De mindez tudatosan történik, mert minden psychés tudatos és a tudattalanná vált tartalmaknak már nincsen kapcsolatuk a tudatossal. Bár már 20 év előtt tagadtuk, hogy a *Freud*-féle elfojtás tudattalan mechanismus volna, szerző ezen állitását túlzásnak kell declarálnunk. Nagy fejezetben részletesen ismerteti és cáfolja továbbá szerző *Freudnak* a normalis egyének elszólásainak, téves olvasásainak és elirásainak emlékezési tévedéseinek magyarázatára adott tanát, mely szerint mindezeknek, valamint az ú. n. symptomás cselekvéseknek is, alapjuk nem-tudatos, még pedig a tudatossal ellentétes irányú akarás volna. Bíráló már két évtized előtt, s azóta is egyre megismétlödve, cáfolta *Freud* ezirányú tanitásainak érvényességét. Mindezen hibákat a felfogás, emlékezés, olvasás, irás stb. terén kisérletileg bármikor tervszerüen tudjuk a nem-tudatos közreműködésének kizárásával előidézni; ez irányú, túlnyomólag német nyelvü közléseit, úgy látszik, a szerző nem ismeri.

Maag is osztja *Freud* felfogását, hogy a beteget be kell avatnunk betegségének szerkezetébe s fel kell öt világositanunk, hogyan került bele annak szövedékébe s fel kell előtte tárnunk lelki conflictusának lényegét. De *Maag* a neuroticust igen helyesen minden esetben testi betegnek is tekinti s a lelki vezetés, úgyszintén az akaraterősítés és figyelemelvonás minden fajtáját egyesitő psychotherapián kivül a gondosan adagolt hydro- és aerotherapiás rezsimet irja elő. A chemiai vagyis gyógyszeres therapiát ellenben a legsúlyosabb tünetek alkalmi leküzdésétől eltekintve, szerző nem is említi. Pedig a psychés kezelésnek a kellő talajt az esetek túlnyomó részében csak a jól megválogatott vegyi therapia tudja megteremteni; az egyébként végtelen psychés kezelést leginkább ez tudja megrövidíteni, a beteg igazi lelki önállósításához is ezen át visz az út s a szakadatlan visszaesésektől is a javult neuroticust az időszakos psychés ellenőrzés mellett a helyesen megválogatott sedáló-tonizáló és esetleg az incretió-t szabályozó kezelés óvja meg. Kár, hogy a szerző prophylaxisos és higiénás tanácsadásai kissé kerülik az élet valóságaival való nyilt szembenézést s nagyon is általánosságban mozgva, sem az orvosnak, sem a nevelőnek nem adnak — a vallás-erkölcsös nevelésnek tulajdonitott nagy jelentőségen kivül — világos és a főleg terhelt gyermekeknél mindenütt és egyre jelentkező nehézségekkel szemben megfelelő útmutatást.

Ranschburg.

Budapesti Kir. Orvosegyesület gynaekologiai szakosztályának november 20-i ülése.

Tóth I. elnök az ülést megnyitva bejelenti, hogy az Orvosi Hetilap a szakosztályi jegyzőkönyvek közléséért, azok terjedelmének megfelelően díjazást kér.

Temesváry kéri, hogy e jegyzőkönyveket ne rövidítsék meg lényegesen, mert ezek fordítása jelenik meg a Verhandlung-ban.

Bud Gy.: *Hernia diaphragmatica spuria congenita* klinikailag és bonctanilag érdekes esetét mutatja be. A szülés alatt hol gyorsuló, hol meg lassúbbodó szívhangok voltak észlelhetők. A magzat expressióval jött a világra és hat napig élt. Ezen idő alatt többször volt erős cyanosisa. A boncolás kiderítette, hogy baloldali rekeszsérve van, úgy hogy a belek és — ami még érdekesebb — a baloldali vese is convexitásán a colon descendenssel a bal mellkasfélbe került, dislocalta a szívet. A szívhangok intrauterin változása a nyomásváltozás okozta szívdislocatióval magyarázható, hasonlóan az újszülöttön észlelt cyanosis is (a bal tüdő compressiójával), amely a belek teltségétől függvén, hol fokozódott, hol meg csökkent. Érdekes, hogy az újszülött hat napig ilyen módon élhetett.

Kende B.: *Prophylactikus fejrefordítás farfekvésnél.* Nem végérvényesen eldöntött problema, hogy farfekvésnél végezzünk-e prophylacticus fejrefordítást, vagy sem. Két esete volt, amelyekből meritett impressiója az, hogy a fejrefordítás indicalt, ha az elég könnyen megy. Indokai a következők: Normalis esetben indicalt azért, mert a farfekvéses szülések prognosisa ceteris paribus kedvezőtlenebb, mint a koponyafekvéses szüléseké.

Könnyebb a szülés prognosisának és programmjának megálapitása koponyafekvés, mint farfekvés mellett; könnyebben állíthatjuk fel esetleg a prophylactikus sectio caesarea indicatióját is. Ha viszont per vias naturales szülés mellett döntünk, akkor lehetséges, hogy a) tényleg simán megy a szülés. Ezen esetekre ugyanaz áll, mint általában a normalis esetekre; b) a fej nem megy át a bemeneten; biztosabban szánjuk rá magunkat a szülés lefolyása által igazolt sectio caesareara; c) a fej átmegy a bemeneten, de azután be kell fejeznünk a szülést. Fogó jobb prognosisú, mint nehéz extractio farfekvésnél — és fogóval befejezhető a szülés olyan stadiumban, amelyben a befejezés indicatiója farfekvésnél nehéz problema elé állít, vagy belekényszerít egy rosszabb prognosisú sectio caesareaba; d) a szülést daraboló műtéttel kell befejezni; ez könnyebb koponyafekvésnél, mint farfekvésnél.

Temesváry M. néhány gyakorlatilag jól használható műszert mutat be.

Schey G.: *Adatok az ecclampsia kezeléséhez.* Nagyon fontos a praeeclampsiának vagy Essen—Möller szerint az ecclampsismusnak korai diagnostizálása. A már fellépett ecclampsiánál kétféle kezelési mód uralkodik. Az egyik az activ, a másik, a conservativ kezelés, amikor *Stroganoff* szerint adjuk a narcotimokat előzetes vérlebocsátás után. Az utolsó három évben eredményes kísérleteket végeztek a szülés siettetésére thymophisinnel. A szer intramuscularis vagy subcutan alkalmazásánál vérnyomásemelkedés nincs. Vannak újabban készítmények, amelyek még intravenásan sem emelik a vérnyomást, amelyeket a hypophysis hátsó lebenyének kettéválasztásával nyertek, mint az orasthin, pitocin, myopituigan, uteritrin és metrophysin, de minthogy az uterus izomzatára való hatásuk gyengébb a thymophisinénál, az utóbbit használták. Öt esetben próbálták ki a szülés gyorsítását thymophisinnel ecclampsiánál és minden esetben a szülés gyorsan folyt le; két esetben spontan, két esetben kimeneti fogóval és egy ízben halott magzatnál craniotomiával. A szülések 4—8 óráig tartottak (öt kórtörténet kivonat). Az eljárás kipróbálását ajánlja.

Fekete S.: Ecclampsiánál nem ajánlatos hypophysiskészítmények adagolása még akkor sem, ha azok a vérnyomást kifejezetten nem emelik. A hypophysiskivonat hatása ugyanis nem merül ki a vérnyomás emelésében, hanem a vízforgalomnak ecclampsiásoknál amúgy is meglévő zavarát még fokozza s ezáltal magát a kórfolyamatot is károsan befolyásolja.

Szathmáry Z.: Külföldi tanulmányútja tapasztalatairól számol be. (Egész terjedelmében közlésre kerül az Orvosi Hetilapban).

A Királyi Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztályának november 18-iki ülése.

Bemutatások.

1. **Zoltán I.:** *Traumás eredetű garat-gégehüdés.*

47 éves férfibeteg 5 méter magasból a fejére esett, 2 napig eszméletlen. Utána baloldali garat és velum hüdés lépett fel, a hátsó garatfal függönyszerüen húzódik jobbfelé. Nyelvdeviatio baloldali n. recurrens hüdés a gégében. Baloldali abducens hüdés kettős látással. Hypaesthesia pharingis. A bénulások agyalapi haematomára vezethetők vissza. Therapiás szempontból a nyugalom fontos és esetleges mesterséges táplálás a félrenyelés elkerülése végett. A bénulások 3 hét után némi javulást mutatnak.

Liebermann T.: A két hangszalag között nincsen niveaukülönbség. A betegnél nem áll fenn teljes recurrens bénulás.

Dörner D.: *Trypaflavinnal kezelt gümös gégefekélyek.*

Három beteget mutat be, akiknek gümös gégefekélyét trypaflavinnal kezelte. Ezeken észlelhető, hogy a trypaflavin gyógyító hatása függ a betegség súlyosságától és a szervezet regeneráló képességétől. Mindhárom esetben erős fájdalomcsillapító hatás és szövetregeneratio volt látható, mely sarjadzásban mutatkozott és heges gyógyuláshoz vezetett. I. 29 éves nő, akinek kiterjedt infiltratio közepette két lencsényi fekélye 1928. IV. 4-től IV. 30-ig hetenkint háromszori trypaflavin bedörzsölésre granulátiókkal annyira kitelt, hogy a gége lumene szükült, emiatt a kezelést abbahagyta. E granulatio lassú elhegesedése útján a lumen tágult. X. 16-tól XII. 10-ig recidivamentes heges gyógyulás állott be.

II. 41 éves férfi. Nagy infiltratio közepette az epyglottis egy harmadára kiterjedő fekély, trypaflavin kezelésre a fájdalmak hamar csökkennek, 1929. XII. 23-tól 1930. II. 7-ig heges gyógyulás állott be. 1930. V. 3-tól V. 14-ig újabb kis fekély hegesen gyógyult. Azóta recidiva nincs.

III. A. J. 41 éves, súlyos gégefolyamat és nagy gégeinfiltratio mellett fillérnyi mély fekély. Trypaflavinra 1930. II. 2.—III.9-ig hegesen gyógyult. 1930. IX. 17.—III. IV, stad, ulcerocavernosus tüdőlelettel újabb gégefekély és féi fillérnyi nyelvfekéllyel újból jelentkezik, a beteg most közel van az anergiás stadiumhoz, ezért a fekélyek trypaflavinra csak lassú szövetregeneratiót mutatnak, de fájdalommentesek.

Okolicsányi Kuthy D.: A vegyes fertőzés jelentőségeiről tuberculosisnál évtizedekkel ezelőtt folyt vita azzal záródott, hogy tényleg súlyosítja a gümös megbetegedést. E szempontból egy a pyogen társbacteriumokra károsítólag ható szernek a tbc. gégefekély kezelésében kétségtelen jogosultsága van. Ehhez járul a bemutató úr által kiemelt dysphagiát szüntető hatása a trypaflavinnak, mely a beteg táplálását teszi lehetővé. Igy a karyon injectiók által még febris alta mellett is meghozott étvágy a beteg fájdalma miatt nem fog kárba veszni. Helyesen hangsúlyozta a bemutató úr, hogy fekélygyógyulásokat csak produktiv esetekben látott olyanokban, ahol — mint ezt nemrégen *Safranek* tanár kifejtette — az egyén általános immunitási állapota kielégítő.

Safranek J.: Megerősítheti a bemutató észleleteit annyiban, hogy az akute progredialó esetek kivételével a productiv-ulceratiós folyamat kórformákban, melyek fybrosus szövetképződésre való hajlamot, tehát gyógyulási tendentiát mutatnak, erősen bactericid hatású organicus festékanyagok (pyoktanin, trypaflavin) localis alkalmazására a fekélyek feltisztulása és besarjadzása gyorsul. A progredialo exsudativ kórformákban azonban a szervezet reactióképtelensége miatt a fekélyek begyógyulása nem várható. A trypaflavinos kezelés fájdalomcsillapító hatására vonatkozóan nem osztja a bemutató optimizmusát; a Szent János kórház óriási tuberculosis beteganyagán tartós és mélyebbre terjedő hatást nem látott tőle.

Liebermann T.: Kérdi, hogyan végzi bemutató trypaflavin bedörzsölést.

Dömer D.: Sokkal kevesebb az esetek száma és sokkal rövidebb az idő, mintsem hogy végleges eredményről beszélni lehetne, mindamellett a bemutatott esetekben ez kétségtelenül megállapitható. A trypaflavin a genykeltő bacteriumok okozta gyulladásokra hat elsősorban, de úgylátszik a tbc. bacillusokat is elöli. Ez irányban kísérleteket folytat. A bedörzsölést úgy kell végezni, hogy a fekély megtisztítása után annak minden zugában elérjen a trypaflavin, mert csak akkor érhető el jó eredmény. Cocain vagy anaesthesin érzéstelenítés

előzőleg alkalmazható, de nem okvetlenül szükséges, mert kb. 5 perc múlva úgyis beáll az anaesthesia.

3. **Csillag S.**: *A baloldali arckoponya nyílt törésének szövődmény utáni gyógyulása.*

49 éves nőbeteget mutat be, kinél autóbalesetből kifolyólag a baloldali arckoponya nyílt törése volt megállapítható. Fracturált a Highmoor üreg mellső, medialis és hátsó fala; az orbita alsó és lateralis fala, valamint a maxilla proc. alveolárisa.

Tekintettel, hogy a Highmoornak az orrüreg felé való széles drainageára, mely a trauma folytán létesült, a leszakított lebenyt három kis nyilást hagyva, primára bevarrja. Lágy rész seb primán gyógyult, orbitalis haematoma lassan felszívódott. Fertőzéses szövődmény nem volt és a beteg — bizonyos látási zavartól és a kemény szájpad defectusától eltekintve — gyógyult.

4. **Lénárt Z.**: *Fistula oeaophagobronchialis.*

22 éves, lúgos nyelőcső szűkületben szenvedő nőbetegnél sondázás következtében oesophagobronchialis fistula képződött. A lenyelt ételt azonnal kiköhögi s a nyál nyelésénél is görcsös, fullasztó köhögés lepi meg, ezért 1929. áprilisában gastrostomiát végeztek nála. Azóta gostrostomiás nyíláson át táplálkozik. Állandóan igen sok genyes, büzös köpetet ürít, a beteg lehellete is büzös. Az egész jobb tüdő felett érdes légzés szörty zörejek, ropogás hallhatók. Testsúlya 45 kg. *Oesophagoskopia:* A fogsortól 32 cm-nyire tölcsérszerűen szűkülő strictura, melynek fenekére a legvékonyabb csővel sem lehet bejutni; a bronchus felé vezető sipolynyilás nem volt feltalálható. Bemutatónak néhány év előtt egy oesophagobronchialis sipolyt parraffin körülfecskendéssel sikerült véglegesen elzárnia, ami azért volt lehetséges, mert a diaphragmaszerű hegben meg lehetett a sipolynyilást találni. Miután ez jelen esetben nem volt keresztülvihető, folyó évi junius 9-én gyomorsipolyon keresztül végnélküli sondázást kezdett. Augusztus elején már egy 2 mm. vastag draincső volt bevezethető. A beteg azóta akadálytalanul, köhögés nélkül tud a száján át táplálkozni. Októberben már 11 mm-es cső is levezethető volt, állandóan per os táplálkozik, bronchitis teljesen megszünt, a beteg testsúlya 56 kg. Ekkor a gastrostomiás nyilást begyógyulni engedte s a sondázás 30 számú oesaphagus sondával per os folytatta. A beteg megtanulta a sonda levezetését, amit otthonában hetenként egyszer kell végeznie, az eredmény biztosítása érdekében. A bronchooesophagealis sipoly következményeinek megszünése annak tulajdonítható, hogy a tüdő felé vezető járat szük s a kellőképen kitágított oesophagus mellett nem jut bele táplálék és nyál. Ezen alapszanak azok a jó eredmények is, amelyek oesophagusdiverticulumoknál a nyelőcső systematikus sondázásával elérhetők.

5. **Némai J.**: *A hangszalagok függőleges irányú mozgásáról.* (Gégekészítmény bemutatás).

Ha a hangszalagok széttérnek, ugyanakkor emelkednek is, ha pedig a középvonalhoz közelednek, akkor egyszersmint lejebb is szállanak. A bénult hangszalag tehát hangoztatáskor rendszerint magasabb szinten marad, mint az ép oldali. Ugy látszik, hogy a megfeszülő hangszálak a feláramló légoszlop nyomásának hathatósabban bírnak ellentállni, ezért izomzatuk ereje lefelé vonja őket.

Lénárt Z.: A bemutató által levont következtetések klinikailag nem helytállók.

Az Apponyi Poliklinika Orvosai Tudományos Társulatának december 5-i ülése.

Bemutatás:

1. **Gondos B.**: *Igen nagy colon-diverticulum* érdekes esete. Kilenc leány kórelőzményében nagyfokú obstipatio és a jobb hasfélbe localisalt görcsök szerepelnek. A has megtapintásánál a légző mozgást követő határozatlan resistentia érezhet-. Gyomor bél és bélbeöntéses röntgen-vizsgálatnál megállapítható, hogy a flexura hepatica szögletében strucctojásnál nagyobb diverticulum van, mely a colon descendenssel függ össze. Papayonou hasonló esetét ismerteti, mely eddig mint egyedülálló eset szerepelt az irodalomban.

2. **Berger E.**: *Haemolysises sárgaságnak lépkiirtással gyógyult esete.* A bemutatott betegnél műtét előtt nagyfokú anaemia, erős acholuriás icterus, urobilinogenuria, amellett nagy léptumor és a vérsejtresistentia csökkenése volt megállapítható. Vérképében aniso-poikylocytosis; magvas vörösvérsejtek nem voltak. Állapota a therapiásan adott májdiaeta és vértransfusio dacára is haemolysises rohamok kapcsán erősen romlott. 980.000 vörösvérsejtszám mellett lépkiirtás. Műtét után a sárgaság megszünt, vörösvérsejtszám 3,000.000-ra emelkedett és a vérsejtresistentia csökkenése megszünt. Ez arra utal, hogy a megbetegedésnél a reticuloendothelialis rendszer betegszik meg elsődlegesen.

3. **Hollós L.**: a) *Szövettanilag igazolt gyomorlues.*

b) *Szokásos májkezeléssel szemben resistens anaemia perniciosa eredményes gyógykezelése Gänsslen-féle májextractummal.* (Kézirat nem érkezett).

Előadás:

Grün Gy.: *A Herzog-féle vérnyomás-mérési eljárással nyert eredményekről.* A Herzog-féle vérnyomásmérővel a bőrerekben uralkodó nyomást határozzuk meg. Herzog a bőrérnyomás mértékének azon nyomást veszi, mely már lassítja a bőrereknek vérrel való telődését. 25 egészséges és 103 beteg emberen végzett több mint 200 mérésnél a következőket tapasztalta: 1. b bőrérnyomás az arteriás nyomásnál állandóbb. (Egészséges embernél 35—50 Hg. mm.) 2. a bőrérnyomás az arteriás nyomástól bizonyos mértékig független és az utóbbi változásával nem változik arányosan, 3. a bőrérnyomás változása számos betegségben és bizonyos, az érrendszerre ható szerek adagolása után (adrenalin, acetylcholin, hystamin) mindig egyirányban jött létre, ami az eljárás használhatóságát bizonyítja. 4. A mérés egészséges embereken csaknem kivétel nélkül, betegeken az esetek 90%-ban keresztül vihető. 5. Az eszköz érzékenységét bizonyítják azok a mérések, amelyek a hőmérséklet hatását mutatták ki a bőrereken. Ezek alapján az eljárást a keringési viszonyok megítélésének szempontjából igen használhatónak tartja.

Rajka: A Herzog-féle eszköz tulajdonképen az art. digitalisban uralkodó nyomást méri és a hajszálerekben, illetőleg a praecapillarisokban levő nyomási viszonyokról nem nyújt felvilágositást. Az eszközzel egészséges embereken mért átlagos 40 Hg. mm.-es nyomások valószinüleg megfelelnek az art. digitalisban uralkodó tényleges nyomásnak. Az arteria brachiaristól az art. digitalisig 120-ról 40-re esik a nyomás és az art. dig.-tól a hajszálerekig 40-ről 1—2 Hg. mm.-re. A hajszálerekben, mint azt *Török—Rajka—Wessely*-féle capillartonometerrel kimutattuk, igen alacsony a nyomás. A Herzog-féle eszközzel kis arteriákban mért helyes nyomási értékek is mutatják, hogy hasonlóan magas capillárnyomási értékek nem lehetnek helytállók. Ilyen magas értékeket a vékonyfalu hajszálerekben el sem lehet képzelni.

A Magyar Szemorvostársaság december 5-i ülése.

Bemutatás:

1. **Csapody I**: *Egyszerű tükröző lámpa.* Szemtükrözéshez olyan karos állványú lámpát ajánl, amely forgatható és a rajtalévő gömbégő fele függőleges osztással feketére van festve és a foglalata függőleges tengely körül forgatható.

2. **Schramm O.**: *Két cm. hosszú corneoscleralis seb gyógyult esete.* Sérülés üveggel, prolapsus iridis. A sérült szemet sikerült sclera-varattal megmenteni.

ifj. Imre J.: Bemutat egy 10 hó előtt sérült gyermeket, akinek 13 mm-s corneoscleralis sebzését a sérülés után hat nappal varrta össze. Sima gyógyulás. Az ilyen esetek a primaer enucleatio indicatiójának némi megszükítését engedik.

Grósz E.: A bemutatott eredmények igen szépek s minden jel oda mutat, hogy tartósak is lesznek. Ellenőrzés azonban szükséges, mert néha hónapok, sőt évek mulva is behúzódó heg keletkezik, s a szem újból izgatottá válik.

Csapody I.: Hogy a bemutatott esetben cyclitis nem támadt, avval magyarázható, hogy sérülés a sugártestet épúgy nem érte, mint cyclodialysisnél.

Blaskovics L.: Corneoscleralis varratok céljaira női hajszálat ajánl.

Előadás:

1. **Grósz E.**: *Amerikai benyomások.*

2. **Köteles M.**: *Tapasztalatok az „Euphakin"-nal.* A budapesti I. számú szemklinikán két és fél éven át 78 beteget kezelt „*euphkin*"-nal, 48 esetben a látásélesség nem változott. Vonatkozik ez különösen a még jó látásélességű kezdeti cataractákra. Ellenőrzésül 15 olyan beteget is észlelt, akiknek egyik szeme már operálva volt és igy a hályog érési ideje ismeretes volt.

Fejér Gy.: 10 esetben szintén alkalmazta az Euphakint. Az esetek felében a cataracta progrediálása megállott.

Rötth A.: A seniumban fellépő lencsehomályt kevés kivétellel senilis elfajulásnak tartja. Alig valószínű, hogy senilis jelenséget megállítani lehessen.

Csapody I.: Egy esetben a kezelés elején a betegnek palpitatiós rohama volt, amely az *Euphakin* thyreoidea tartalmára volt visszavezethető, a szer tehát nem tekinthető minden esetben indifferensnek.

Brana J.: Az Euphakint jódkurával felváltva adja. 24 betege közül nyolcról vannak hosszabb észlelései: ezek közül háromnál a visus két év után sem változott, öt beteget egy egy év óta észlel, ezek közül háromnál a visus nem romlott.

Hollós L.: Ha endokrin kivonatokkal akarunk célt érni, akkor ajánlatos a betegnél endokrin vizsgálatot előbb végezni és a kezelést ahhoz alkalmazni.

Grósz E.: *Köteles Mária* optimusmusa mellett jogosult a skepsis is, de végleges vélemény csak nagyobb számú eset észlelése után alakulhat ki. Az észlelést előítélet nélkül kell végezni.

Licskó A.: Két esetet észlelt euphakin adagolással, mindkettőben a cataracta gyorsan progrediált.

3. **Fazekas S.**: *A könnypont áthelyezése, mint könnyezés elleni műtét.* (Megjelenik egész terjedelemben).

A debreceni Orvosegyesület november 27-i ülése.

Előadás.

Bókay J.: A diphtheria története Bretonneautól (1826) kezdve. (Egész terjedelmében megjelenik).

December 4-i ülése.

Bemutatás:

Bäcker I.: *Kiterjedt bélresectio.* (Kézirat nem érkezett).

Előadás:

Zempléni V.: *A terhességi hányás gyógyítása calciummal.* (Egész terjedelmében megjelenik).

Bősze L.: Igaz, hogy *Kehrer* statisztikája szerint a terhességi hányás 54%-ban fordul elő, de különbséget kell tenni a terhesek hányása és a terhességi hányás között. Az igazi súlyos toxicosis ritka. Gyakran látjuk, hogy ha a beteget lefektetjük, minden therapia nélkül nehány nap alatt meggyógyul. A terhesség kétségtelenül nagy zavart okoz a szervezet háztartásában, de ezek egyének szerint különbözők. A legtöbb egyénnél rövid kibillenés után helyreáll az egyensúlyi állapot, ezek az ú. n. könnyebb esetek (muló hányások) és csak kis százalékban jön létre súlyos toxicosis. Ami viszont a vér calcium és phosphor, terhesség alatti megcsökkenését illeti, az csak a terhesség második felében ér el biztosan kimutatható értéket, de semmi szín alatt sem a harmadik hónap előtt, amikor éppen a terhességi hányások gyakoriak.

Beznák A.: Parathyreopriv tetaniás kutyák vérsavójában csökken a negativ complex-Ca. mennyisége. Mivel a parathyreopriv tetaniában a vérsavó negativ töltésű részecskékben szegényebb lesz, növekszik a vörösvérsejtek süllyedési sebessége. A terhesség folyamán a süllyedési sebesség mindig növekszik, egyes esetekben pedig tetaniás tünetek is lépnek fel. Arra lehet tehát ezekből következtetni, hogy a terhesség hypofunctio van jelen. Ha feltesszük, hogy a terhességi hányás a parathyreoideák hypofunctiója folytán felszaporodott anyagcsere mérgek folytán áll elő, remélhető, hogy parathyreoidea, hormon injectiókra, amely nemcsak a Ca-niveaut emeli, hanem a parathyreoideák egyéb hiányzó functióját is pótolja, a terhességi hányások javulást fognak mutatni.

Fekete K.: Nem fogadja el azt a lehetőséget, hogy minden terhességi hányás toxicus eredetű. A gestosisnak meg vannak a jellemző tünetei, amelyek viszont nagyon sok terhességi hányásnál nem mutathatók ki. Söt még azt sem kell okvetlenül felvennünk, hogy minden terhességi hányást az endokrin milieunek pathologiás elváltozása idéz elő. Mert a vegetativ idegrendszer tonusvariánsainak összehasonlító vizsgálatai alapján megállapítható, hogy terhességi hányásban szenvedő betegeink jórészénél terhességen kívül is olyan elváltozások mutathatók ki a vegetativ idegrendszer részéről (amphotonia, hypoamphotonia, dissociatio), melyek a hormonalis súlypontnak a terhesség alatt physiologiás határok között való eltolódása mellett is megmagyarázzák a vegetativ idegrendszer pathologiás reactióját.

Probstner A.: A terhességi hányás keletkezésénél van szerepe az idegrendszernek. *Zempléni* esetei mind könnyüek voltak. Toxicosisra valló jelekről nem számolt be. A gyógyeredményeket suggestiónak tartja. A terhesség elején a Ca. nem kevesbbedik meg a vérben. Akkor látná meggyőzőnek a Ca. gyógymódot, ha a hyperemisisnél a Ca. hiány volna kimutatható. Ami a petefészekkivonatokkal való gyógykezelést illeti, az abból a feltevésből indult ki, hogy a terhesség alatt a petefészek nem működik. Ma tudjuk, hogy ez nem így van. Ezért a petefészekkivonatokkal való gyógyitástól nem is lehet eredményt várni, hacsak nem suggestiv hatást.

Zempléni Vilmos Gy.: Ha a könnyü és súlyos esetek között csak fokozati különbséget látunk, nincs szükség különböző aetiologia felvételére. Calcium befecskendezést nem tekinti subtitutiós therapiának. Az ionconstellatio módosítása segíti a szervezetet a vegetativ idegrendszer — anyagcsene és endokrin systema megzavart egyensúlyának helyreállításában.

December 11-i ülése.

Bemutatás:

Juhász Á.: *Mellkasi nyársalás.* (Kézirat nem érkezett.)

Bősze L.: *Központi gátsérülések.* A szülési központi gátsérülések ritka elváltozások. Intézetünkben kb. 10.000 szülésre esik egy. Az elváltozás úgy jön létre. hogy a gát közepe a szülés alatt bizonyos okok folytán megreped, anélkül, hogy a végbél és a hüvely záróizma megsérülne. Ritkán ezen a repedésen keresztül születik meg a magzat és néha a lepény is. Keletkezésében túlerős fájások, a nemirészek fejletlensége, medence elváltozások és kóros hüvely folyamatok játszanak szerepet. Két esetet mutat be vetített képekben. Mindkettőnél a medence és nemiszervek fejletlenek voltak. A harmadiknál szülés után a gát közepe a gyermekágy ötödik napján elhalt és kilöködött. Az irodalomban hasonló elváltozást nem találva, az elvátlozást necrosis centralis perinei post partum névvel jelölte.

Zempléni V.: 18 évre visszamenőleg négy vagy öt centrális gátrepedésre emlékszik. Nem tartja véletlennek, hogy ezek közül kettő hátsó koponyatartásnál fordult elő. Ennél a tartásnál a harmadik fordulásnak fokozott flexióban kellene jelentkezni. Ez majdnem lehetetlen lévén, a fej a végbél irányában feszíti a gátat. Magas vagy feszülő gátat szivesen bevág. Ha észrevehetőbb, hogy a gát centralisan kezd repedni, gyors episiotomia a végbél megmentése érdekében különösen fontos.

Bősze L.: A *Zempléni* kollega előadásához vonatkozó adatokat az irodalomban nem találtam.

Előadás:

Jáky Gy.: *A kiválasztásos urographia.* A kiválasztásos urographia történetének vázolása után foglalkozik a Pyelognosttal, az Uroselectannal és az Abrodillal. Ismerteti vegyi szerkezetüket, alkalmazásuk módjait. Nem ajánlja a pyelognost alkalmazását, mert a lazán kötött jód a szervezetben lehasad és súlyos tüneteket idéz elő a húgyutak röntgen ábrázolása pedig bizonytalan. Az uroselectan használhatónak bizonyult, mert minden követelménynek megfelelő. Az abrodil valamivel halványabb árnyékot ad, mint az uroselectan. Részletesen ismerteti mit várhatunk az eljárástól. Számos esetet mutat be s a húgyutak normalis urographiás képét, hydronephrosisnál, pyelitisnél, tuberculosisnál, vesetumoroknál, pyelitisnél, tuberculosisnál, vese-, pyelon-, urether-köveknél, kis medencebeli daganatoknál, terhességnél, prostata hypertrophiánál talált elváltozásokat demonstrálja. Az uroselectan kiválasztódás körülményeinek tárgyalása után azzal a kérdéssel foglalkozik, hogy felhasználható-e functionalis vizsgálatra. Észlelései szerint a röntgenképen kívül klinikai célokra a vizelet fajsúlyának és mennyiségének viszonyai és a négy óra utáni vérjódmaradék meghatározásának adatai használhatók fel. Összefoglalja az intravenás urographia javallatait és ellenjavallatait. A peroralis és rectalis urographia kérdésével foglalkozik s az utóbbit alkalmas eljárásnak tartja. Gazdagabb lett kiválasztásos urographiával az orvosi diagnostika.

A szegedi Egyetem Barátai Egyesület orvosi szakosztályának december 4-i ülése.

Bemutatás:

1. **vitéz Berde K.**: *Egy új trichophyton válfaj.* Az 1929. év óta két ízben találkozott a szegedi bőrklinika anyagában egy eddig még le nem írt fonálgombafajjal, melyet a trichoph. gypseum granulasum III. sz. válfajának tekint és tr. gypseum subfuscumnak nevez. Bemutatja a gomba makro- és mikrokulturáit, valamint az azzal fertőzött állatokat.

Győrffy I. a bemutató figyelmébe ajánlja a botanikusok azon megállapodását, hogy csak a latin nyelvű új elnevezés kerül be a nemzetközi nomenklaturába.

Megköszöni a botinikus részről elhangzott figyelmeztetést és hangsúlyozza a dermato- mykologiai nomenklatura egységes rendezésének szükségességét.

2. **Kolb E.**: *Lupus vulg. anyánál és gyermekénél.*

A 33 éves anyánál 20 éve, 7 éves gyermekénél 4 éve áll fenn lupus. Mindkettőnél a topographiai viszonyok is ugyanazok. A gyermek tehát nemcsak a tbc.-re való dispositiót, hanem ugyanazt a szervdispositiót is örökölte. Hogy a tbc. mindkettőnél a lupus kórképében nyilvánul, ez arra mutat, hogy mindkettő bőrében a virus ugyanazon immunbiologiai folyamatokat váltja ki, vagyis, hogy mindkettő bőre ugyanazt a talajt képezi a virus számára. A Pirquet reactio nem egyforma fokától arra következtetünk, hogy a gyermek bőre csökkentebb resistentiájú a virussal szemben, mint az anyáé.

b) *Hydroea gestationis.* 21 éves háromszor szülő nő. 1. terhesség 1928. ápr.-ban fejeződik be. Sem a terhesség alatt, sem a gyermek ágyban bőrén elváltozások nem mutatkoztak. 2-ik terhesség VI. hónapjában kiütések lepik el testét, amik a szülés után hat héttel elmúltak. Jelenlegi 3-ik terhességének 5-ik hónapjában léptek fel kiütései. Bővérű alapon víztiszta bennékű girlandszerű vonalban rendeződöttek, részint isoláltak. Ezek tartalma megzavarosodik, majd a hólyagok pörkké száradnak be. Pörk lehullása után, bővérű folt, pigmentatio marad vissza. Predilekcio nincs. Kiütések jönnek-mennek, de nem attaqueokban. Nyálkhártyák szabadok. Hőmérséklet: láztalan.

Előadás:

Szent-Györgyi A.: *Biologiai oxydatiók és a mellékvese kérgének működése.* (Kézirat nem érkezett be.)

2. **Bálint Nagy I.**: *Jordán Tamás élete és jelentősége az orvostudományban.* (Kézirat nem érkezett be).

December 11-iki ülése.

Bemutatás:

1. **Tóth J.** *Dysenteriához szövődött nagyfokú anaemia esetét mutatja be.*

Kilenc éves fiú gyermeknél súlyos vérhas folyamán a vörös vérsejtek száma 1,300.000-re és haemoglobin érték 26 %-ra esett. A betegnél négy trasfusio és pro die 2 x 0.01 gr. Cobalt hatására hat heti kezelés után a vérsejt szám 4,600.00-re, a haemoglobin érték 56%-ra emelkedett.

2. **Kassay D.**: *Lipiodolos töltéssel diagnostisalt sinusitis maxillaris catarrhalis chronika* eseteit mutatja be. Ezenkívül eseteivel jellemzi az orrmellégüregek feltöltéses vizsgálatának használhatóságát. Bővebben közlemény alakjában jelenik meg.

Előadás:

1. **Ormos P.**: *A difteria elleni védőoltások Hódmezővásárhelyen.*

1930. év folyamán a város 10.000, 1—15 év közötti gyermekéből ellátták 5777 gyermeket védőoltással. Az oltáshoz a Közegészségügyi Intézet által előállított Ramon-féle anatoxint használták. Az eredmény eddig is feltünő. Azóta Hódmezővásárhelyen alig fordul elő difteria, s az is csak a nem védőoltottak között. Az oltottak között tizenháromszor kevesebb a megbetegedés, mint a nem oltottak között. A védőoltással járó reactiók igen enyhék, csak nagyobb gyermekeknél láttak ritka esetben 1—2 napig tartó lázas reactiót. A még nem oltott gyermekek is el lesznek látva védőoltással.

2. **Szentkirályi Zs.**: *Megfigyelések egyes bőrbetegségek balneotherapiája terén.*

Ismerteti a hódmezővásárhelyi határban levő kakasszéki tó vizének *Keisler* és *Rigler* által végzett analysisét. Az összehasonlító vizsgálatok igazolják, hogy ennek a tónak a vize az összes alföldi szikes vizek közül a legtöbb oldott alkatrészt tartalmazza. Vetített képek bemutatásával ismerteti azokat az eredményeket, melyeket a kakasszéki tó vizének és a napfénynek együttes alkalmazásával psoriasisnál, prurigónál és gümös bőrmegbetegedéseknél (tbc., cutis. colliquativa, papulonecrotica) sikerült elérni.

vitéz Berde K.: A kakasszéki tavat rég ismeri és viszonyaink között jelentőséget tulajdonít neki a csont-, mirigy- és bőrtuberculosis gyógyitása terén. A psoriásisra és prurigóra vonatkozólag nem látja még tisztázottnak a tóvíz különösebb hatásáa.

3. **Genersich A.**: *A sebészeti gümőkór balneotherapiájának* régi tapasztalatok alapján való részletes indokolása után ismertette a sebészeti gümőkór elleni küzdelmet hazánkban. Bemutatta a kakasszéki tó partján 350.000 pengő államsegélyből épitendő sebészi gümőkóros szanatórium terveit és a röntgen felvételekről, fotografiákból készült diapositiv másolatok bemutatása mellett referált 160 sebészi gümőkórban szenvedett kórházi betegén elért gyógyeredményeiről. A betegek részben 1927—28 évben a közkórházban, részben 1929—30. nyarán a kakasszéki tó partján létesített ideiglenes kórházi üdülő telepen részesültek balneotherapiai kezelésben a kakaszéki tó vizének és iszapjának felhasználásával.

Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztályának december 15-i ülése.

Bemutatás:

Soós J.: *A hypophysis eosinophil sejtjeinek festése.* Egyik festési eljárását ismerteti, mellyel elektiv módon sikerül feltüntetni a hypopysis eosinophil granulatióját. A fixálás chrom-sublimat oldattal történik, a festés gentiana és orange oldattal. Ezzel sikerült a terhességi sejtek hasonló granulatióját az eosinophil sejtek granulatiójától histochemiai úton elkülöníteni, továbbá az eosinophil tumorokban érett és éretlen granulatio között különbséget tenni.

Előadás:

Rhorer L.: *Röntgen therapiás kisérletek carcinománál, superponalt dosisokkal.* Az úgynevezett massiv dosisokkal (teljes HED egy ülésben) való besugárzások általában nem váltották be a hozzájuk fűzött reményeket s ezért a rosszindulatú daganatokat ma különbözőképen elosztott dosisokkal szokták besugározni. A tapasztalás azt mutatja, hogy naponként 25—30% H. E. D.-nek megfelelő adagokban a szokásos keménysugárzásból 2—3 hét alatt a H. E. D.-nek 4—5-szöröse adható, anélkül, hogy a bőrön két hét alatt simán gyógyuló follicularis hyperaemián kívül egyéb elváltozás jönne létre, amit előadó betegbemutatással igazol. A carcinoma különböző fajai közül ezen eljárásra is legjobban reagálnak a bőrrákok; a bemutatott három beteg közül az elsőnél a jobb orrszárnyat s részben a septumot lerágó, a másodiknál az orrháton ülő diónyi, s harmadiknál a fülön és fül előtti tájon lévő tenyérnyi kiterjedésü, mély fekély simán, kozmetikailag is kifogástalan heggel gyógyult. Bemutatásra került még három ajak rák, egy tonsilla és egy bronchialis carcinoma. Előadó hangsúlyozza, hogy az idő rövidsége miatt a bemutatott betegeknél egyelőre csak tünetmentességről lehet szó, nem pedig gyógyulásról, mégis az a benyomása, hogy ezen superponalt dosisokkal jobb eredmények érhetők el, mint a régebben alkalmazott massiv dosisokkal.

Scipiades E.: Örömmel látja azokat a szép eredményeket, melyeket előadó felületesen fekvő rákoknál elért s reménységgel is, hogy talán ez a methodika odáig lesz terjeszthető, hogy vele mélyen fekvő rákoknál is eredmények lesznek elérhetők. A fractionalt röntgen dosisokkal való méhrákkezelést Rhorer ajánlatára klinikáján is megpróbálta, sajnos azonban vele a tünetinél több eredményt elérni nem tudott, vagyis nem többet, mint a régifajta kezeléssel, melyhez képest hátránya, hogy a beteget sokkal tovább, kb. 20 napig kényszeriti intézeti kezelésbe, ami jelentékeny anyagi megterhelést jelent. Ennek ellenére a jövőbeli esetleges eredmények érdekében a kísérletek folytatandónak tartja.

Angyán J.: Fontosnak tartja azt, hogy a tüdőrák egy esetében röntgen kezelés után némi javulás állapítható meg, mert tapasztalása szerint a tüdő tumorai röntgenbesugárzás után gyakran rosszabbodnak. Valószínünek tartja, hogy az egyes carcinomaféleségek röntgen sugárral szemben különböző érzékenységüek.

A fertőző betegbejelentés új rendjének kritikai ismertetése.

A népjóléti minister 36500/1930. sz. rendeletével a fertőző betegségek bejelentésén gyökeres változásokat létesít, az egész országra kiterjedő hatállyal, Budapest kivételével. A terjedelmes rendeletet a legnagyobb alaposság és szakszerűség jellemzi, stilusa egyszerű és világos. Hogy még sem tudunk róla az absolut elismerés hangján nyilatkozni, azt az ismertetés végén fogjuk megindokolni.

*

Az első szakasz a kötelezőleg bejelentendő fertőző betegségeket sorolja fel, szám szerint 25-öt, melyek után a febris puerperalis, tetanus, pellagra, anchylostomiasis és trichinosis bejelentésének külön szabályozását érinti. Eltérés a régi renddel szemben a következő: (1894. 91954. sz. B. M. rend., mely a forgalomba levő fertőzőbeteg-bejelentő levelezőlapokra van nyomtatva.)*

1. Nem kötelező az új rend szerint a 10. pontnak jelzett járványos fültőmirigylob bejelentése.

2. A gyermekágyi láz a számszerinti felsorolásban nincs benne, erre külön rendelet irányadó. A régiben a 13. sorszámot viselte. (1894-es minta).

3. A régivel szemben ezentul bejelentendők a rendes, sorszámszerint felsorolt következő betegségek:

2. pestis, 3. sárgaláz, 4. lepra, 7. bárányhimlő, 12. szövődményes influenza, 13. nyilt gümőkór (tüdő, gége, mirigy, csont és bőr), 15. paratyphus és ételmérgezés, 17. visszatérő láz, 18. váltóláz, 20. járványos agyvelőlob, 21. Heine Medin-kór, 23. lépfene, 24. takonykór, 25. veszettség.

A 2. szakasz hangsúlyozza, hogy az 1876. XIV. tc. 80. szakasza értelmében a betegségi bejelentés kötelezettsége mindenkire kiterjed, aki a baj fertőző, vagy arra gyanús voltáról tudomást szerez. A bejelentés az I. fokú közegészségügyi hatósághoz intézendő, közvetlenül, vagy a községi előljáróság útján, amely a beteg (hulla) hatósági orvosi vizsgálatáról azonnal intézkedik.

3. szakasz a bejelentés és nyilvántartás módjáról szól. A bejelentésre kötelezett orvos egy, a rendelethez mellékelt A) minta szerinti piros, kettős „Orvosi bejelentő lap" c. nyomtatványt 12 órán belül két példányban tartozik kitölteni, egyiket az Orsz. Közeg. Intézetnek, a másikat

1. községekben: *a)* ha az orvos nem hatósági orvos: a hatósági orvos lakhelyének előljáróságához;

b) ha hatósági orvos, az I. fokú közegészségügyi hatósághoz,

2. városokban *a)* ha nem hatósági orvos, a polgármesteri hivatalnak, ha *b)* hatósági orvos, a II. fokú közegészs. hatóságnak tartozik beküldeni.

Idegen helyről érkezett beteg fertőző bajáról az illetékes hely közeg. hatóságához is hasonló bejelentő lap küldendő (harmadik példány).

Az esetleges diagnostikai tévedés a téves bejelentés keltére való hivatkozással ugyanúgy jelentendő, mint a megbetegedés (2—3 példányban).

A fertőző betegek törzskönyvelésére csak a hatósági orvosok kötelesek.

A bejelentőlap-minta 21 adat leírását teszi szükségessé a megjegyzésen kívül. A kettős lap másik fele a bejelentést ellenőrző lap. A bejelentés első példányához az I. vagy II. fokú hatóság ellenőrző lapja tartozik, mely az Orsz. Közeg. Intézetnek küldendő, a másikat az Orsz. Közeg. Int. küldi ahhoz a hatósághoz, melyhez a bejelentés másik példánya szól.

A rendelethez csatolt második minta az „Orvosi kijelentő lap", amely természetesen azonos elvek alapján 2—3 példányban töltendő ki. Ez 18 adat bejegyzését kívánja a laboratoriumi vizsgálat fajának és eredményének leírásán, valamint a megjegyzéseken kívül.

A II. fejezet a hatósági orvosok fertőzőbeteg nyilvántartásának vezetéséről szól, a C) minta szerinti törzskönyv adatainak kitöltése révén. Ez a könyv 15 rovatban 24 adat bejegyzését kívánja, amelyek az egész betegség lefolyására vonatkozó időbeli és személyi adatokat, intézkedéseket felölelik. (A nyilvántartást a községi és körorvosok, a járási és városi tiszti orvosok és a városi és megyei tisztiorvosok végzik).

A 4. szakasz távirati vagy telefonjelentést rendel el cholera, pestis, lepra, variola, exanthematicus betegség, ill. annak gyanúja, valamint több poliomyelitis megbetegedés esetén, az Orsz. Közeg. Int. címére. A távirat és telefon díjának viseléséről a 40700/1930. sz. N. M. rend. 7. szakasza intézkedik, amennyiben, ha az orvos a díjat előlegezni nem tudja, úgy a költség megtérítése helyett a község előljárósága fizeti a táviró vagy telefondíjat.

Az 5. szakasz azon betegségeket sorolja fel, amelyek gyógyulásáról kijelentőt kell kiállítani (l. fentebb). Ezeknek száma 15. Nem kell kijelenteni ezek szerint a következő bejelentendő betegségeket:

7. bárányhimlő, 8. kanyaró, 11. pertussis, 12. szövődményes influensa, 13. nyilt gümőkór, 17. visszatérő láz, 18. váltóláz, 20. járványos agyvelőlob, 22. trachoma, 25. veszettség; gyermekágyi láz, tetanus, pellagra, anchylostomiasis, trichinosis.

A 6. szakasz a kijelentés módját szabályozza a D) minta szerint, említett kettős, zöldszínű „Orvosi kijelentő lap" c. nyomtatványon. A 2. bekezdés azt rendeli el, hogy ha az orvos a beteget nem kezeli gyógyulásáig, utasítsa őt vagy hozzátartozóit a gyógyulás és elkülönítő idő leteltével nála való jelentkezésre, a kijelentőlap kitöltése céljából. A szakasz a beteggel szemben alkalmazható kényszerről nem intézkedik.

A II. fejezet a hatósági orvosok (törzskönyvezők) kijelentés körüli teendőivel foglalkozik. A szakasz szerint a hatósági orvos csak a kijelentők beérkezése után, *a hatóság* felhatalmazása, ill. utasítása alapján intézkedhet a zárófertőtlenítés és az elkülönítés, zárlat megszüntetése iránt.

A 7. szakasz a megtörtént be- és kijelentés igazolásáról szól, ami a be- és kijelentő orvos értesítéséből áll. Az ellenőrző lapokat (l. fentebb) az átvevő orvos hatósága küldi vissza a be- és kijelentést eszközlő orvosoknak. Ha ez négy nap alatt nem érkezik vissza, a be- vagy kijelentést meg kell ismételni, mindaddig, amíg az ellenőrző lap vissza nem érkezik.

A melléklet E. mintája a járás, város és megye tiszti (fő) orvosai által vezetendő „fertőzőbeteg kimutatás", amely 27 rovatot tartalmaz a Megjegyzésen kívül, melybe ugyancsak az egész betegség lefolyásáról tájékoztató összes adatok bevezetendők.

A 8. szakasz az I. fokú közegészségügyi hatóság be- és kijelentés körüli teendőivel foglalkozik. A kezelő orvos jelentései a hatóságon át kerülnek a II. fokú hatósághoz. Az I. fokú hatóság félhavonkinti E. minta szerinti összesített fertőzőbeteg kimutatása vezetésére és terminusra való felterjesztésére köteles (a II. fokú egészségügyi hatósághoz). Negativ (üres) jelentés is elküldendő. Telefon és távirati jelentés ugyanígy továbbítandó. Az I. fokú hatóság az előző pontban leírt módon intézkedik a zárlat feloldásáról, fertőtlenítésről, a II. fokú hatóságnak jelenteni tartozik a járvány ellenes óvóintézkedéseket, állati eredetű fertőző betegség esetén értesíti az illetékes hatósági állatorvost.

* Ujabb lapok is vannak forgalomban, melyekre a tbc. is rá van nyomtatva (1912. óta bejelentendő).

A 9. szakasz a II. fokú hatóság hasonló teendőit szabályozza. Eltérés az I. fokú hat. munkájától az, hogy cholera, pestis, lepra, himlő és exanthematicus fellépése esetén hetijelentés szerkesztésére és beküldésére is köteles, mening. cerebrospin. járvány esetén telefon v. táviró jelentésre köteles az Orsz. Közeg. Intézetnek, félévenkint trachomajelentést tesz a népjóléti ministeriumnak, nyomtatványokkal látja el körzetét.

A 10. szakasz az Orsz. Közeg. Int. teendőivel foglalkozik. Ez a munka: administrativ, felügyeleti, ellenőrző, feldolgozó, kormányzat tájékoztató és irányító, javaslattevő.

A 11. szakasz a rendelkezés áthágóinak büntetéséről szól (mely 600 pengőig terjedhet), valamint a fellebbviteli eljárásról.

A rendelet 1931 jan. 1-ével lép életbe és ekkor a más e tárgyú rendeletek hatályukat vesztik.

*

A bejelentendő betegségek terén a tropicus betegségek felvételét feleslegesnek tartjuk, ezt csak a népszövetségi sablon teheti szükségessé, ami semmi esetre sem éri meg a fölösleges betűket és üres rovatokat, amelyek a sokféle nyomtatvány árában jelentős összeget tesznek ki. Nem tartjuk indokoltnak a bárányhimlő bejelentését, mert ez enyhe megbetegedés, ellene immunisaló eljárás nem használatos, kötelező fertőtlenítés nincs elrendelve, ismert aequivalense a herpes zoster, ez pedig szintén nem esik bejelentési kötelezettség alá. A nyilt gümőkór bejelentésének kérdésében a gömös bélhurut, tehát a bélgümőkór, valamint a húgyutak gümőkórja is nyilt lehet, tehát ez is bejelentendő volna. A kriterium kétségtelenül a bacillus ürítés, a fertőző állapot, mert ez igényel hatósági beavatkozást: kórházbantartást, elkülönítést és fertőtlenítést. Az ételmérgezéssel kapcsolatban kérdéses, hogy ez alatt bacillaris vagy toxicus betegségek értendők-e, avagy mindkettő; itt tehát tájékoztatóra lett volna szükség (fertőzött, romlott, hamisított, mérgezett, mérgező ételek, gombamérgezés) annyival is inkább, mert a trichinosis és lépfene külön pontot alkot. Ugyancsak helyénvaló lett volna egy kis tájékoztató a nehezen diagnostizálható és ritka, de kibúvónak felhasználható rubeola és IV. betegség dolgáról. Véleményünk szerint járványos időben ezeket is jelenteni kellene. Szövődményes influensa esetén fel kellene sorolni azon szövődményeket, melyek a bejelentést szükségessé teszik: véleményünk szerint a septicus állapotokat, encephalitist. Váltóláz esetén feltüntetendő volna annak faja (tropicus, vagy nem tropicus), lépfenés megbetegedés esetén annak localisatiója (bőr, tüdő, bél). Veszettség esetén a bejelentést fölöslegesnek tartjuk, mert a beteget a Pasteur kórházba utaljuk, ahol a szükséges vizsgálatok és intézkedések megtörténnek.

A 2. szakaszra vonatkozóan a bejelentési kötelezettségnek a laikusokra való kiterjedését csak abban a formában tartjuk helyesnek, hogy a laikus csak az orvosnak tegyen jelentést a fertőzőgyanús megbetegedésről, ennek is csak akkor, ha a beteg nem áll orvosi kezelés alatt és nem hajlandó orvoshoz fordulni. Ilyen esetben a laikus csak hatósági orvost vehessen igénybe, mert ennek van joga a beteget akarata ellenére is megvizsgálni. Kívánatos volna, hogy a vaklárma és rosszhiszeműség büntettessék.

A 3. szakasz szerint az orvos olyan adattömeget kénytelen szolgáltatni és azt, még le is másolni, ami tőle ellenszolgáltatás nélkül a jog és igazság szellemében akkor sem volna követelhető, ha erre elegendő ideje volna is nyomorúságos anyagi viszonyai nem kényszerítenék őt tömegpraxisra. Ha ezt a nagy munkát az állam a tisztiorvosokra rója, akiknek elsősorban ez a feladata, ám tegye, bár helytelenül teszi, mert irnokká süllyeszti őket és elvonja számos más fontos orvosi teendő végzésétől. De hogy az állam ezt a nagy írásbeli munkát gyógyító orvosokra is kirója, köztük magánorvosokra, az nyilván reactiót fog okozni, mert az orvosi mentalitás, klinikai nevelés, gyakorlat egyformán távol áll a bürokratizálástól, viszont a kritika az orvos és a beteg szempontjából elegendőnek tartja a név, lakhely és betegség bejelentését, a hatóság azután teljesítse úgy a maga kötelességét a járvány körül, ahogy azt a törvény parancsolja, vagy a felsőbbség *statisztikai szempontból* kívánja. Miután a rendelet elsősorban a vidékre, falvakra nézve óhajt haladást biztosítani, számolnia kellene a vidéki viszonyokkal. Tudjuk, hogy ma is vannak nagy orvosi körök, melyek nem oszthatók meg a falvak koldus szegénysége és az orvosi lakás hiánya miatt, amelyek az orvos megélhetését ezért nem biztosíthatják. Az előírt körlátogatások három nap — három hónap közti időkben eszközlendők, a gyakori körlátogatás fizikai képtelenség a távolsági és útviszonyok, valamint a községek száma folytán. A parasztlakások sokszor nem teszik lehetővé a be- és kijelentőlap helyszini kitöltését: nincs írószer, asztal és szék, kellő világítás és ezért a receptet sem a helyszínen írja fel az orvos.* Nincs semmi hatalmunk arra, hogy a fertőző betegeket orvoshoz fordulásra, a rendszeres orvosi kezelés igénybevételére, a felgyógyulás jelentésére bírjuk, hogy a beteglátogatásra induló orvos kellő számú be- és kijelentőlapot Di. és Ty. tartányt vigyen magával minden útjára (mert soha sem tudhatja, hogy hol milyen fertőző beteget talál) és ugyancsak lehetetlennek tartjuk, hogy egyetlen paraszt beteget is végigkezelhessen a távol lakó körorvos úgy, ahogy azt a tárgyalt és a 4070/1930. sz. N. M. rendelet megkívánja: 1. bejelentés, 2. váladékvétel, 3. kijelentés, 4. I. bacillusgazda-vizsgálat, 5. ennek megismétlése, 5. zárlatfelszabadítás, 7. esetleges ismétlések. A hatósági orvos mindezeken felül még törzskönyv vezetésre és félhavi jelentés szerkesztésére is köteles, tehát a helyszínen felvett adatokat otthon újra leírni is tartozik. Ha mindehhez hozzávesszük az idegenből érkezett beteggel járó 33%-os munkatöbbletet, minden kisebb járvány esetén kétségtelenül látjuk azt, hogy a rendelet lelkiismeretes és pontos megvalósítása, illetve végrehajtása lehetetlen. Teljesen hasonló a helyzet a betegpénztári praxisban is, ahol a téli félév nagyobb betegforgalma idején az orvos sem a szükséges kiszállásokra, sem az előírt írásbeli munkák, ismételt vizsgálatok végzésére nem képes. Saját praxisomból említhetem, hogy egyetlen napon 300 ambulans beteget kellett megvizsgálnom és 36-ot bejelentenem (az 1929-es influenza járvány alatt), ami az új rendszer mellett lehetetlen. Kanyarós beteget is jelentettem egy nap 14-et, ami szintén csak az orvosi munka rovására menne, ha a tárgyalt rendelet szerint volna eszközlendő. Ilyenkor eddig a hatóság megelégedett a név, kor, lakás és diagnosis adatait tartalmazó névsorral, ami kétségtelenül elegendő alap a megfelelő hatósági intézkedések számára.

A távirati és telefonjelentések vidéken szintén nehézséggel járnak a táviró és telefon esetleges hiánya vagy a szolgálat korlátolt ideje miatt; az orvosnak nincs ideje járványidőben ilyesmire, nincs küldönce, a telefon és távirdahivatalokban való idő töltésre vagy a kifizetett díjak körülményes visszatérittetésére.

A kijelentésről szóló rendelkezés (5. szakasz) tárgyában azt kell mondanunk, hogy ez még kevésbbé teljesíthető, mint a bejelentés, mert az orvos csak akkor ér-

* Nem írtak-e sokszor háború alatt jelentéseket állva, jegyzőkönyvük fölött zseblámpa vagy gyújtó mellett s rövid recepteket még inkább —; ez tehát nem lehet ellenvetés, de tény. *Szerző.*

tesülhet a fertőző beteg gyógyulásáról, ha azt végig észleli. Ez pedig a falusi gyakorlatban helyben lakó betegnél is ritkaság, távolinál lehetetlen, mert a rendszeres orvosi kezelést azok sem veszik igénybe, akiknek arra joguk vagy módjuk van, komolyabb bajoknál pedig az orvosok változtatása a rendszer, mert a nép nem érti azt, hogy a typhus hat hétig tart. A bejelentő orvos tehát a betegek jórészét elveszti a szeme elől, azok a kijelentő megszerkesztése céljából nem fognak hozzá 20 km.-ről besétálni, sem pedig a gyógyult beteghez nem fognak 20 km-ről orvost hozatni, mert ennek értelmét nem látják és ezért anyagi áldozatra sem hajlandók. (Ami igazán nem csoda.)

A rendelet további szakaszai a különböző egészségügyi hatóságok teendőivel foglalkozván, azokkal szemben álláspontunk indifferens.

Általánosságban azt kell mondanunk, hogy jó az a rendelet, amely egyszerű, rövid és teljes egészében végrehajtható, amit a 36500/1930. N. M. rendeletről nem lehet elmondani, miután complicalt, terjedelmes és a fentebbiek szerint a távoli falvakban és a tömegpraxisban végre nem hajtható. Az orvosi kar szempontjából a rendelet hatalmas munkatöbbletet jelent, melyet jelentékeny büntetés terhe alatt rónak ránk — *közérdekből* —, minden anyagi és erkölcsi ellenszolgáltatás nélkül, pedig erre a mai orvosnyomor és orvosi munkanélküliség mellett égető szükség volna.

A rendelet a haladást kívánja szolgálni, de az orvosi imperium és a bürokrácia csökkentése szempontjából nem jelent haladást. Már pedig a mai *indirekt kormányzat*, amelyben a felelős szakember csak tanács és véleményadó hatáskörrel bír, intézkedési joga pedig csak a laicus hatóságnak van, amelyet működésében csupán administrativ formalitások, hatásköri, illetékességi kérdések irányítanak, *csupán félmunkát végezhet.*

Kétségtelen, hogy a rendelet végrehajtása a jelentős anyagi áldozatba fog kerülni, főleg a vidéken érintendő, idevágó 40700 és 40701/1930. N. M. rendeletek miatt. Nemcsak rengeteg nyomtatványra, levelezésre, tartányra és laboratóriumi anyagra lesz szükség, hanem munkaerők alkalmazására is, főleg az administrativ rész lebonyolításában. Teljesen igazságtalan tehát az a rendszer, mely az orvosokat hatalmi szóval elüti a kirótt munka ellenértékétől, ezen munkák kellő honorálásától, sem pedig e célra megfelelő egészségügyi személyzetet rendelkezésére nem bocsát. De nem intézkedik a rendelet arról sem, ami pedig sokkal inkább szolgálná az ügy érdekét, hogy a fertőző betegek kórházba szállíttassanak, hogy a mentőautó szolgálat kiterjesztessék, hogy a papiron már meglevő községi járványkórházak életre keltessenek és az ügy szolgálatába állíttassanak, hogy a veszélyeztetett pontokra járványorvosok küldessenek kis laboratoriumi felszereléssel, hogy a viszonyok a helyszínen ne félnapos kiszállásokkal, hanem ottantartózkodással tanulmányoztassanak, hogy a betegségek elleni activ immunisálás és a bacillusgazda keresés indokolt esetekben rendszeresíttessék.

Jól tudjuk, hogy erre a stereotyp válasz: „Nincs költségvetési fedezet". De ha tényleg olyan rettenetesen szegények vagyunk, akkor *érdemes-e* statisztikai célok szolgálatára, administrativ munkára *azt a nagy összeget kiadni,* amibe a 36.500, 40.700, 40701 sz. rendeletek végrehajtása kerül, mikor a fentiek szerint a rendelet céljának elérése nem várható, az eredmény csupán a bajok jobb feltárása lehet, azon fekélyeink mutogatása, melyekre pénzt, mint egyedüli gyógyszert „a lelkiismeret és belátás felébredésétől" eddig is hiába vártunk? *Meggyőződésünk szerint nem* és a közegészségügyi reálpolitika a fertőző betegségek terén javulást csak a kiterjedt activ immunisálástól és járványkórházi elhelyezéstől várhat; a bejelentés formasága ezek mellett teljesen háttérbe szorul és a súly a fertőző betegek felkutatására — az orvosi munkára — fog helyeződni, igen helyesen. Enélkül a bejelentés csak formaság, nem orvosi tényked és. (A fertőző betegek felkutatása a gyermekvédelmi, iskolaorvosi munka és az időszakos általános orvosi vizsgálatok feladata, persze a kellő alaposság biztosítása esetén.)

Végezetül röviden ismertetni óhajtjuk az ismételten érintett 40.700 és 40701 sz. rendeleteket. Az első a fertőző betegségekkel kapcsolatos laboratóriumi vizsgálatokról szól, melyeket elvben az Orsz. Közeg. Int. végez, fiókjai segélyével. A rendelet a vizsgálatokat a) kötelező, b) ajánlatos és c) igénybevehető csoportra osztja, az a) és b) alatti vizsgálatok díjtalanok, a c) pont esetében csak szegények részére. Klinikák és kórházak a kötelező vizsgálatok végzésére csak engedély alapján vállalkozhatnak (saját betegeiken).

Az orvos cholera, pestis, lepra, variola, typhus abd. és exanth, diphtheria, antrax, malleus esetén köteles a rendeletben előírt módon, a gyógyszertárból beszerzett tartányban, a megfelelő kísérőlap kitöltése mellett az Orsz. Közeg. Int.-nek, illetve illetékes fiókjának egyszer vagy ismételten beküldeni. (1. szakasz, *a)* pont).

Dysenteria és mening. epid. esetén ajánlatos a váladékvétel (*b)* pont).

Lehetséges a hivatalos vizsgálat tbc., lues és egyéb fertőző bajok esetén (*c)* pont.

Ha a vizsgálati anyag vételének akadálya van, ezt a kezelőorvos az I. f. közeg. hat.-nak jelenti, amely a váladékvételről intézkedik. (4. szakasz.)

A 7., 8., 9. szakasz az 1. *a), b), c)* pontbeli vizsgálatokat részletezi. A 10. szakasz a fiókintézetek körzeti beosztását adja, a 11. szakasz a büntetéseket sorolja fel:

1. betegség vagy gyanú esetén a kötelező vizsgálat elmulasztásáért;
2. gondatlan beküldésért;
3. felszólításra újabb beküldés elmulasztásért;
4. a váladékvétel akadályának be nem jelentéséért;
5. az előírt távirati jelentés elmulasztásáért: cholera, pestis, variola, exanthem. és malleus esetén;
6. tartályok más célra használása esetén a büntetés 600 pengőig terjedhet.

A rendelet ugyancsak újévkor lép életbe.

A 40701/1930. sz. rendelet a vizsgálati anyag beküldésére szolgáló tartályok gyógyszertárban való tartását, igénylését, kiadását, kezelésüknek a gyógyszertárvizsgálatokkal kapcsolatos ellenőrzését és a gyógyszerész felelősségét (200 pengőig terjedhető pénzbírság, a kiadás megtagadása esetén 600 P) szabályozza.

A gyógyszerész ellenszolgáltatás nélkül köteles ezen tartányokat tartani, kezelni, értük anyagilag felelős, a hiányzó D tartányért 55 fil., a Ty tartányért 1.50 pengő összegben. A kiadás receptre történik, ezért a gyógyszerész expeditiót nem számíthat, a receptekkel újabb igényléskor beszámolni tartozik, két példányban rovatos kimutatásban. (1931. jan. 1-étől).

*

Mint látjuk, a három ismertetett rendelet egy nagy és szerves egészet képez, amelyet minden orvosnak eredetiben és teljességében alaposan kell tanulmányoznia, ha a mindenfelől fenyegető büntetések alól mentesülni akar. Meggyőződésünk szerint a 3. rendeletben érintett sok probléma indokolttá tenné, hogy *ezen rendeletek* úgy mint a szülészeti rendtartás, *először csupán az egészségügyi mintajárásokban léptessenek életbe,* az orvosi kar pedig megfelelő rövidebb tanfolyamon ismerkedjék meg azokkal a teendőkkel, melyeket a rendelet értelmében végeznie kell, persze gyakorlati alapon.

Zemplényi Imre dr., bányaorvos.

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

Megjegyzés az „Új liquor reactio meningitis tbc.-nél" című cikkre.*

Irta: *Thurzó Jenő dr.*, egyet. magántanár.

Az O. H. múlt évi 49-es számában „Uj liquor reactio meningitis tbc.-nél" c. közleményben *Palcsó* egy új egyszerű reactiót ajánl a gyakorló orvos számára, amellyel a meningitis serosát a mening. tbc.-től könnyen elkülöníthetjük. A liquor diagnostika terén tapasztalattal rendelkezők, azt hiszem, egyértelműleg azon a véleményen vannak, hogy nem szabad még a qualitativnak mondható és legérzékenyebb kolloid reactiók eredményérlő sem azt mondanunk, hogy „a reactio alapján" egyes betegségeket „könnyen elkülöníthetük". *Még a kliikai gyakorlatban is hangsúlyozandó, hogy a liquor részletes vizsgálatának eredményét csakis a klinikai betegségi kép keretében szabad diagnostikailag értékesítenünk.* A gyakorló orvos számára pedig egyenesen veszélyes is egy kevéssé megalapozott megállapítást nyújtani, hogy egy egyszerű, a betegágynál elvégzett liquor reactióval a meningitis serosát és tbc.-t „könnyen elkülöníthetjük". A liquor egyes reactiói lehetnek igen értékes segédeljárásaink az elkülönítő kórjelzésben, de csakis az *egész* liquor leletnek és a klinikai képnek egybevetett helyes értékelése alapján.

Az „új" liquor reactio módszertani szempontból szintén az *„egy-csöves"* kolloid reactiókhoz tartozik. A reactio technikájával az alábbiakban csak azért foglalkozom röviden, mert kissé szokatlannak tünik fel az, hogy a szerző egyáltalában nem tartotta szükségesnek megjegyezni, miszerint a liquor vizsgálatára állati szén suspensiójával végzett kolloid-reactiók már régen ismeretesek. Az O. H.-ban 1929 júniusában részletesen beszámoltunk a debreceni ideg- és elmegyógyászati klinika laboratoriumában éveken keresztül végezett vizsgálatainkról, amelyeknek eredményeképen a gerincvelői folyadék tus-reactióját dolgoztuk ki. E módszerről a Magyar Elmeorvosok Egyesületének 1928. évi congressusán is beszámoltunk.

A tus-reactióról szóló közleményben az olvasó figyelmét nem kerülhette el az, hogy e módszernél egy finom szén-suspensióból álló kolloid reactióról van szó, amint azt a közleményben félre nem érthető szavakkal jeleztük is. Még utalok arra is, hogy már az O. H. 1926. évi 51-es számában közölt *oxydatiós reaktiónál* is megemlítettük a liquornak szén-suspensióval végzett vizsgálatainkat. Csak röviden utalok arra, hogy a szén-suspensiók 1, 2 és 3%-os oldataival kolloidchemiai és elektrophysikalis szempontból is igen részletes vizsgálatokat végeztünk és ezek alapján a forgalomban lévő állandó vegyi összetételű és finom szénszemcséket tartalmazó tus-oldatot az egyszerű állati szénből készült suspensiónál sokkal alkalmasabbnak találtuk a liquor vizsgálatára.

Téves a szerzőnek az a megállapítása, hogy az állati szénből készült suspensióban „többé-kevésbé *egyenlő* nagyságú szénrészecskék *egyenletesen* oszlanak el". Az ilyen suspensio igen nagy mértékben heterolog kolloid rendszernek tekintendő. A tus-reactióhoz használt 1% tus-oldat (*Günther—Wagner*-féle gyöngytusból) ezzel szemben sokkal kevésbbé heterolog rendszer. Emellett a szerző új reactiójának rövid módszertani leírásában egyáltalában nem emlékezik meg arról, hogy az egyszerű szénsuspensio mennyire kevéssé stabil oldat. Tapasztalataink szerint a szén-suspensio hosszasabban egyáltalában nem tartható el, mert már szobahőmérsékleten való állás folytás is, minden külső behatás nélkül a koloid részecskéknek részleges, vagy teljes kicsapódása következik be.

A közölt új reactiónál az *ammonium causticum* hozzáadása csak annyiban képvisel más módszertani változatot, hogy a szénrészecskék kolloid kicsapódása az alkalikus kémhatású 2—3 csepp *amm. caust.* miatt más *pH.* concentratio mellett megy végbe. A reactiónak ilyen módszertani beállítása azonban egyáltalában nem mondható szerencsésnek. A pontosság először is megkívánná, hogy ne „2—3 csepp *amm. caust.* hozzáadását' írjuk elő. A reakció eredményére nézve ugyanis nagyon lényeges különbséget képvisel az, hogy az egész kolloid rendszer alkalicitását mennyire fokozzuk egy erősen lúgos vegyhatású szer 2, vagy pedig 3 cseppnyi mennyiségével. Ismeretes ugyanis, hogy a liquor különböző fehérjefractióiból ilyenkor *alkaliproteinátok* képződnek és ezek vesznek részt a reactióban. Az *amm. caust.*-val való alkalizálás révén csak azt éri el a szerző, hogy a reactio érzékenységét egyes fehérje fractiókkal, így az *euglobulinokkal* és *pseudoglobulinokkal* szemben nagy mértékben csökkenti, míg az *albuminok* és *fibrinoglobulin* iránt megmarad az érzékenység. Nem látszik azonban egyáltalában célszerűnek az ilyen módszertani beállítás, amelynél kifejezetten kóros liquorok sem adnak semmiféle eltérést, amint azt a szerző a dem. paral. tabes, stb. megbetegedésekre nézve megemlíti.

Tévesnek kell mondanunk azt a megállapítást is, hogy e módszer *„fibrinogen"* reactiónak volna mondható. Ezt a kísérletet, amelynél a szerző 10%-os kálilúggal a *„fibrinogent"* kicsapja és így a reactiót negativvá teszi, nem értelmezte egészen jól. A fibrinoglobulinnak a liquorból való *elkülönített* kicsapására a 24%-os *ammonium sulfattal* való telítés a megfelelő eljárás. Az *ammonium sulfatot* természetesen megfelelő módon a kicsapott fibrinoglobulinnal együtt külön kell azután választanunk. Az említett kísérletnél a szerző nem is jeölöli meg, hogy a kálilúgra nézve ez megtörtént-e? A leírt kísérlet útján esetleg a liquornak egy még fokozottabb alkalizálást, a *pH* oly növelését érte el, hogy a különben is kevéssé érzékeny szénsuspensio, most már a nagy fehérjetartalmú meningitises liquorral szemben sem mutatott kicsapódást.

A klinikánkról közölt tus-reactióval a központi idegrendszer különböző megbetegedéseinél már 843 liquort vizsgáltunk meg. A reactio a liquornak jóformán minden legkisebb kóros elváltozását is megmutatja. Régebbi közlésünkben azt is megemlítettük, hogy meningitis tbc. és purulentánál jellemző módon mindig *K. V. I.* = 6 (kolloid védési index) eredményt kaptunk.

A tus-reactióval nyert eddigi tapasztalatainkat számos külföldi klinika és intézet észlelései is megerősítik. Csak felemlítem külföldi szerzők közül a tus-reactio irodalmából *José Sacristan, Salas* és *Luis Fanjal* spanyol, továbbá *P. Syring* német szerzőket. A reactio módszerére nézve az O. H.-ban megjelent első közlésünkre utalok. A klinikánkon végzett nagyszámú tus-reactiókról ezenkívül más közlésekben is beszámoltunk. A reactio egyébként igen egyszerű technikájánál nagyobb figyelmet és gndosságot igényel az 1%-os használati tus-oldatnak az eredeti tus-oldatból való elkészítése aqua dest.val higítás útján. A törzsoldatból szükségelt mennyiség leméréséné kell különösen ügyelnünk, mert a tus visszafolyása a pipetta belső falán tapadó tus-réteg miatt nem vehető észre. Kellő gyakorlat útján azonban az 1% oldatot mindig pontosan tudjuk elkészíteni. Erre a célra egyébként klinikánk laboratoriumában *Piróth* egy egyszerű és megfelelő precisiós pipettát is szerkesztet és az így pontosan végzett tus-reactióval nagy anyagon nyert eredményeinkről a közeljövőben fog beszámolni.

* Megjelent az O. H. 1930. évi 49. számában.

A meningitisek különböző formáinak elkülönítése szempontjából fontosabbak a kolloid reactiók és az „*egycsöves*“ kolloid módszerek, valamint a tusereactio is többet mondanak, mint a globulin reactiók. Még sem volna helyes azonban, ha a gyakorló orvos a globulin-reactiókat elhanyagolná. Ha csak lehetőség fennáll, a cytologai vizsgálat is elvégzendő. A cukor és chlorid tartalom megállapítása pedig úgy kórjelzési, mint kórjóslati szempontból is fontossággal bír. Meningitis tbc.-nél a fibrinháló képződésére is nagy figyelemmel kell lenni. Ez az igen fontos diagnosticus jel leginkább moningihtis tbc.-nél fordul elő. Megjegyezni kívánom azonban, hogy éppen nem ritkán magas fehérje tartalmú liquoroknál paralysisnél is észleltük a fibrinháló képződését. A cukortartalom megfogyásánál is jellemzőbb tapasztalataink és számos külföldi szerző szerint is, a chloridoknak megfogyása, 0.5—0.6% chlorid-tartalom jóformán csak meningitis tbc.-nél fordul elő. *Greenfield* szerint is 0.58%n-ál kevesebb chloridtartalom meningitis tbc. fennállására majdnem olyan biztos támpontot nyújt, mintha a *Koch*-féle bacillusokat mutattuk volna ki a liquorban. A cukortartalom jelentős megfogyása 0.11—0.27‰ *Mestrezat* szerint és 0.42‰-ig *Eskuchen* szerint szintén meningitis tbc.-re jellemző. A cukor teljes eltünése azonban gyakrabban fordul elő heveny genyes meningitiseknél, mint tbc.-és agyhártyagyuladásnál. Egyes szerzők ellenkező megállapítását az újabb vizsgálatok és saját észleléseink is megcáfolták. Heveny genyes agyhártyagyulldásnál a liquor állásával is hamarabb tünik el teljesen a liquor-cukor.

A liquor chemismusa szempontjából a meningitis tbc. elkülönítő kórismézésénél ezekre óhajtottam a gyakorló orvos figyelmét felhívni. A szén-suspensiós liquor-reactiókra csak azért tértem ki részletesebben, mert a szerző eljárást „új“-nak mondja.

VEGYES HÍREK

Közkórházi Orvostársulat 1931. január 7-iki ülésének tárgysorozata: *Bemutatások: Farkas Jenő:* Coronaria thrombosis esete. Három órával a halál előtt felvett electrocardiagramm bemutatása. *Müller Ferenc:* Hideg urticaria esete. — *Előadások: Brezovsky Emil:* Salvarsan dermatitisről. *Müller Ferenc:* A magyar arsenobensol készítmények.

A Magyar Röntgentársaság január 12-i ülésének tárgysorozata: *Bemutatás: Weisz Márton:* Tapasztalatok az Egger-féle Cholumbrallal és Tetrajodphenolphthaleinnal. — *Előadás:* 1. *Fischmann Mihály* (Békéscsaba): Reflexiók egy újabb halálos röntgen-balesethez. 2. *Vidor Jenő:* A primaer és secundaer tüdőtumorok röntgenformái.

A Belvárosi Orvostársaság 1930 december 16-án tartotta évi rendes, tisztújító közgyülését, amelyen az 1931—32. évekre az alábbi tisztikart választották: Örökös tb. elnök: *Haberern J. Pál dr.;* elnök: *Schmiedlechner Károly dr.;* alelnökök: *Libermann Leo dr., Schuschny Aurél dr.;* főtitkár: *Oravecz Pál dr.;* titkár: *ifj. Gmelin Ottó dr.;* pénztáros: *Korányi Sándor dr.;* számvizsgáló: *ifj. Fleischer Elemér dr.;* választmányi tagok: *Bass Imre dr., Báthory Mária dr., Boross Ernő dr., Brósz Sándor dr., Dalmady Zoltán dr., Doctor Károly dr., Fáykiss Ferenc dr., id. Fleischer Elemér dr., Friedrich Vilmos dr., Fritz Sándor dr.. Gámán Béla dr., Gerlóczy Zsigmond dr., Halmi István dr., Hültl Hümér dr., Madarász Erzsébet dr., Mansfeld Ottó dr., Melly József dr., Marikovszky György dr., Mihalkovics Elemér dr., Pákozdy Károly dr., Parassin József dr., Párdány Emil dr., Schatz Róbert dr., Schütz János dr., Szily Jenő dr., Wallheim Béla dr.*

A Rockefeller—Fundation Kalkuttában egy hygieniai intézetet állíttat fel, melynek hivatása India egészségügyi viszonyainak kutatása lesz s összeköttetésben fog állani Kalkutta más rokon intézeteivel.

Az amerikai Egyesült Államokban a születési statisztika adatai szerint 1929-ben 1000 lakósra 18.9 születés esett. Eddig 1915. óta ez a legalacsonyabb arányszám. A gyermek halandóság aránya szerint egy év alatt 1000 újszülött közül 68 halt meg. Londonban 1929-ben szintén csökkent a születések száma, 1000 lakósra 15.8 születés esett. London lakósainak száma ugyanezen évben 5,524.000-röl 5,430.000-re esett, aminek okát főleg az influenza járványban s a fővárosból a vidékre történő elköltözésekben látják.

A londoni Wellcome Historical Medical Museum fényes ünnepségeket és a maga nemében páratlanul gazdag kiállítást rendezett abból az alkalomból, hogy kb. háromszáz éve annak, hogy európaiak először alkalmazták tudatosan therapiás célokra a cinchona kérgét és ezzel megvetették a malária chininnel való kezelésének alapját. A három század alatt, mely eltelt azóta, hogy *Juan de Vega* a perui alkirály udvari orvosa, cinchona kéreggel meggyógyította *Francisca Henriquez de Ribera* alkirálynő, Chinchona grófnőjének súlyos maláriáját, számos millió ember életét mentették meg — különösen tropusi vidékeken — ezen fontos drog hatóanyagai. A grófnő neve nyomán először Linnae által cinchona officinalisnak nevezett növény — melynek ma már igen nagyszámú válfaja ismeretes és használt — három évszázadának történetét állítja elénk a kiállítás, botanikai, pharmakologiai, orvostörténelmi, gyógyszer-chemiai, gyártási és kereskedelmi, valamint külön a malaria és annak therapiája szempontjából igen élénken megvilágítva. A kiállítók között szerepelnek, a spanyol király, az összes chinintermelő államok, francia, holland, olasz svájci de főleg igen nagy számban angol tudományos intézetek és társaságok, hatalmas gyógynövénytermelő cégek és tekintélyes magányosok. A kiállított növények, a termelés, szállítás, hatóanyag előállítás fejlődését és jelenlegi menetét bemutató gyüjtemények, a chininre és annak készítményeire vonatkozó, történelmi jelentőségü kéziratok, okiratok, irott és nyomtatott tudományos jegyzetek és munkák, eredeti festmények, rajzok és photographiák

BARBONAL



Phenylaethylbarbitursav Egger

Souverén sedativum,
Hypnoticum,
antiepilepticum.

Tabletta
10×0.1 . . P 1·40
10×0.3 . . . 3·30

Injectio
6×1 ccm. P 4·70

Dr. Egger, Budapest VI.

75. évfolyam. 2. szám. Budapest, 1931 január 10.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC ISSEKUTZ BÉLA GORKA SÁNDOR BELÁK SÁNDOR
VÁMOSSY ZOLTÁN POÓR FERENC REUTER KAMILLÓ HÜTTL TIVADAR
FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Bodon György: A halálos tüdőemboliák szaporodásáról (29—35. oldal.)
vitéz Gönczy István: Pachon-féle oscillométerrel végzett mérések dysbasia intermittens angioscleroticában szenvedő betegeken. (35—39. oldal.)
Petres József: Adatok a foglalkozási szembetegségekhez. (39—42. oldal.)
Simon László: A gerincagy gliosarcomája. (42. oldal.)
Pásztor Béla: Makacs öngyilkosok. — Mérgező anyagok halmozása. (42—43. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (5—8. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet és nőgyógyászat.. — Gyermekorvostan. — Urologia. (43—45. old.)
Könyvismertetés (45—46. oldal).
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei (46—49. oldal).
Herczeg Árpád: Az orvostörténelem korszakainak vázlatos áttekintése. (49—52. oldal és a borítólap III. oldalán.)
Somogyi Zsigmond: Dr. Basch Imre † (1863—1931. és a borítólap III. old.)
Vegyes hírek (a borítólap III. és IV. oldalán).

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. kórbonctani intézetének (igazgató: Buday Kálmán dr., egyet. nyilv. rendes tanár) és a székesfővárosi Szent István-közkórház prosecturájának (főorvos: Zalka Ödön dr., egyet. magántanár) közleménye.

A halálos tüdőemboliák szaporodásáról.

Irta: *Bodon György dr.*

A tüdőemboliák szaporodásának kérdése még ma is a kórboncnokok és klinikusok érdeklődésének középpontjában áll. Elsősorban azért, mert noha a szaporodás ténye ma már kétségtelen és számos statisztikai közlemény által bizonyított, mégis a szaporodás oka közmegelégedésre tisztázva a mai napig sincsen. Míg *Lotheissen* — aki az irodalmat 1902-ig összeállította — saját eseteivel együtt összesen 55 halálos tüdőemboliáról számol be, addig ma talán ugyanekkora, sőt nagyobb az e kérdéssel foglalkozó statisztikák és közlemények száma. Ha összevetjük a különböző szerzők adatait, elsősorban feltünik az, hogy mennyire eltérő az egyes szerzőknél a szaporodás mértéke. Ennek részben a feldolgozott anyag különbözősége az oka. Ez azonban egymagában nem elegendő magyarázat, a nagy differenciák oka, azt hiszem, elsősorban az anyag feldolgozásában rejlik.

A statisztikák általában három csoportra oszthatók. Tisztán klinikaiakra, oly klinikaiakra, melyek sectiós bázissal bírnak, és végül kórbonctaniakra. A statisztikák egy része az összemboliákat számolja, tehát nemcsak a halálosakat, hanem besorozza az infarctusokat is, más részük csak a halálos emboliákat veszi tekintetbe. A tisztára klinikai statisztikák a dolog természete folytán adnak nagyon különböző értékeket, az emboliák és thrombosisok klinikai diagnostisálhatóságának megbízhatatlansága miatt. Hogy csak két adatot említsek, *Adolph-Hopmann* belbetegeken 3.4‰, *Martini-Opitz* ugyanazon években 5.7%-ban talált halálos emboliát. Másik része a statisztikáknak csak a kórbonctanilag beigazolt embolia eseteket használja fel. Egy részük azonban ezt a mű-tétek számára vagy a betegforgalomra, másrészük az összboncolásokra százalékolja. Az adatok különbözősége nyilvánvaló. Legmegbízhatóbbak természetesen a kórbonctani statisztikák. Itt is azonban nagy különbségek mutatkoznak az anyag feldolgozásának módjában. A szerzők egyrésze egyszerűen emboliáról beszél, nem említve, hogy vajjon csak a halálos emboliákat vagy az infarctusokat is beleszámítja-e. Természetesen ez igen nagy különbségeket okoz. Másrészről pedig nem találjuk mindíg pontosan körülírva, hogy mit számítanak a halálos tüdőemboliák közé. Hogy ismét csak két esetet említsek, *Höring* halálos emboliának ismeri el azon eseteket, ahol a tüdőknek legalább ⅓-a kiesik a keringésből és a klinikai tünetek is megfeleltek hirtelen keringési vagy légzési elégtelenségnek. *Domrich* azokat az eseteket számítja, ahol az embolus vagy a főtörzsben, vagy főágak egyikében volt található, ezenkívül mindazon eseteket, ahol megfelelő klinikai kép mellett a boncolás több lebenyben, kiterjedt emboliákat mutatott. Egyik meghatározás sem állja meg a szigorú kritikát. Nem egyszer találni boncolásnál egyik főágban szervült, obturáló embolust, tehát a légző felület ½-e kapcsolódott ki és a beteg halálát még sem ez okozta. Másrészt helytelen a klinikai tünetcsoportnak előtérbe állítása. Mert hiszen ezek szerint egyik esetben ha véletlenül orvos jelen volt a halál beálltánál — a kórbonctani diagnosis is halálos tüdőembolia lesz, ha azonban orvos nem láthatta a keringési vagy légzési elégtelenséget —, az eset a statisztikából ki fog maradni. E durva eltéréseken kívül számos más hibája is van a statisztikáknak, ezekre saját methodikánk ismertetése kapcsán fogunk majd rámutatni.

Anyagunk felöleli a Szent István-kórház és fiókjainak presecturáján (+ 1919—1922. Zita-kórház) észlelt halálos tüdőembolia eseteket az 1911—13. és 1918—28. évekre, tehát összesen 14 évre terjedően. A Szent István-kórház és fiókjainak beteganyaga osztályok szerint következőképen oszlott meg: 6 belosztály 792, 3 sebészeti osztály 350, 3 szül. nőgyógyászati osztály 340, 1 bőrgyógyászati osztály 225, 1 idegosztály 104, 1 gyermekosztály 106, 1 szemészeti, 1 orr-torok-gége, 1 fülészeti osztály egyenkint 10 ágyszámmal. Statisztikánkba nem vettük

be sem az egyszerű infarctusokat, sem a gennyes infarctusokat. Az előbbenieket azért nem, mivel a halál előtt keletkezett infarctusok esetleg nyom nélkül felszívódhatnak és így boncolásnál nem észlelhetők, az utóbbiakat pedig azon okból, mert itt nem az infarcerálódás, hanem a genyedés, a sepsis képezi a halál okát. Halálos emboliának vettük azokat az eseteket,melyekben vagy a törzs,vagy a két főág volt elzárva, illetve számos, mindkét tüdőfélre kiterjedő kisebb embolus volt található. Mindeme esetekben súlyt helyeztünk a hirtelen fulladásos halál morphologiai jeleinek jelenlétére, nevezetesen az acut tüdőemphysemára, diffus cyanosisra májban, lépben és vesében és folyékony vérre a szívben és a nagy vénatörzsekben. Legtöbb statisztika az emboliák mellett a thrombosisokat is számolja. Mi ezeket nem vettük számításba egyrészt, mert a hullának minden venáját kipraeparálni, minden esetben lehetetlenség, másrészt pedig az a kórboncnok, aki a thrombosis kérdésében érdekelve van, több esetben fog thrombosist találni, mint az, aki csak a véletlenül szemébe ötlő thrombosisokat jegyzi fel.

A kórbonctani statisztikák általában az emboliákat egyszerűen az évi nyers boncolási számokra százalékolják, anélkül, hogy ezt a nyersanyagot analyzálnák. Mi csak a 15 éven felüli boncolásokat vettük számításba, ezáltal kihagytuk az emboliák szempontjából lényegtelen csecsemő- és gyermekboncolásokat. Az a körülmény, hogy ezt eddig az embolia statisztikákban nem vették figyelembe, ismét egyik fontos okát adja az egyes statisztikák adatai között található eltéréseknek. Mert az egyes prosekturáknak nagyobb vagy kisebb gyermek-, illetve csecsemő-anyaga lényeges differentiákat adhat az embolia százalékokban. Feldolgoztuk boncolási anyagunkat kor és nemek szerint, az előbbenieket 5 éves közökre osztva. Tettük ezt azért, hogy az emboliák korok szempontjából vett gyakoriságának megállapítása céljából, ne az emboliákat egymás között hasonlítsuk össze, mint ahogy az általában szokásos, hanem azokat a megfelelő korosztály boncolási számára vonatkoztathassuk. A nemek szerinti felosztást azért végeztük, hogy a férfi, illetve női emboliákat ne az évi összboncolásra százalékoljuk, hanem a férfiakat, a férfi, a nőket a női boncolási számokra. Megállapítottuk ezenkívül külön-külön az évi belgyógyászati, műtéti és szülési boncolások számát, hogy a megfelelő embolia kategoriákat, ne megint az összboncolásokra, hanem a megfelelő boncolási kategóriára vonatkoztathassuk. Ennek a körülménynek a mellőzése könnyen érthető okokból a statisztikákban szintén eltérésre adhat okot. A bel és műtéti emboliák kórtörténeteit — amennyiben arra mód volt — szintén tanulmány tárgyává tettük, hogy a boncolási lelelet a klinikai képpel kiegészítve tökéletesebb képet nyerhessünk.

Eredményeink ismertetése.

Az I. táblázat első két rovatában világosan látszik az évi összboncolások és a 15 éven felüli boncolások száma közötti különbség. A 15 éven felüli évi átlag 918 boncolás. A női boncalások száma némileg meghaladja a férfiakét (átlagban évi 467 nő, 451 férfi). 1911—13 között az emboliák a 15 éven felüli boncolások 0.3%-át teszik átlagban, 1918—28 között az átlag 1.12%. A női emboliák átlaga 1911—13-ban 0.6%, 1918—28 között 1.7%. A férfiaké 1911—13-ra 0.1%, 1918—28 között 0.46%. Tehát az emboliák száma a háború előtti évekhez képest átlagban 4-szerre emelkedtek. Érdekes, hogy noha számszerint a női emboliák vannak túlsúlyban, szaporodás szempontjából viszont a férfi emboliák szerepelnek nagyobb értékkel, mert míg a női emboliák a háború előtti átlagérték kétszeresére emelkedtek, a férfi emboliák négyszeres értékre szaporodtak. A vizsgált 14 esztendő alatt összesen

I. tábla.

Év	Összes boncolások száma	15 éven felüli esetek száma			Összes embolia esetek száma			Összes embolia esetek %-a 15 éven felüli boncolásokkor	Férfi ill. női emboliák %-a, a fi ill. női boncolásokra vonatkoztatva	
		összes	fi	nő	összes	fi	nő		fi	nő
1911	894	804	440	364	4	1	3	0·49	0·22	0·85
1912	836	836	429	361	1	0	1	0·11	0	0·27
1913	948	872	463	409	5	1	4	0·57	0·21	0·97
1918	1063	1004	551	453	0	0	0	0·00	0	0
1919	1158	1068	473	595	1	0	1	0·09	0	0·17
1920	1231	1022	438	584	8	1	7	0·78	0·22	1·19
1921	1203	1038	456	582	15	4	11	1·44	0·87	1·89
1922	1089	946	435	511	5	1	4	0·52	0·22	0·78
1923	1062	902	429	473	11	4	7	1·21	0·93	1·47
1924	954	767	357	410	8	0	8	1·04	0	1·97
1925	987	788	387	401	9	1	8	1·14	0·25	1·97
1926	1033	784	392	392	10	1	9	1·27	0·26	2·24
1927	1190	948	479	469	22	6	16	2·32	1·25	3·41
1928	1388	1128	591	537	16	4	12	1·41	0·68	2·23
Összesen	15083	12861	6320	6541	115	24	91	0·89	0·37	1·39

1911—13	Összes emboliák átlaga	0·30 %
1918—28		1·12 %
1911—13	Női emboliák átlaga	0·60 %
1918—28		1·70 %
1911—13	Férfi emboliák átlaga	0·10 %
1918—28		0·46 %

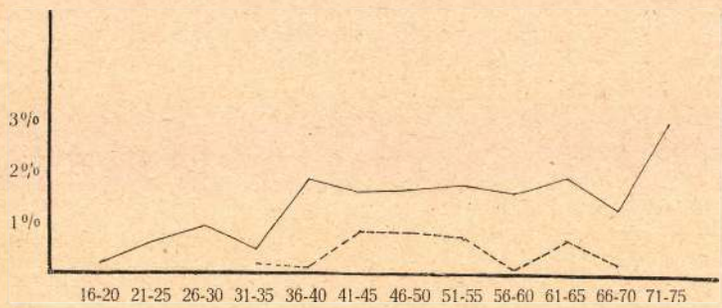
12.861 boncolás volt 115 halálos emboliával, ami megfelel a boncolások 0.9%-ának. Közel áll ez az érték *Domrich* és *Mc. Cartney* által talált értékekhez, kik a boncolások 0.8%-ában találtak halálos emboliát. A szaporodás mértékének összehasonlítása körülményesebb, mert az egyes szerzők statisztikáikban a legkülönbözőbb éveket használják fel. Csak a halálos emboliákat számoló és kórbonctani statisztikákból akarok néhány adatot kiragadni. *Kuhn* 1919—27 között négyszeres emelkedést talál. *Fahr*

II. tábla.

Év	Emboliák száma	Betegfelvétel száma	Emboliák %-a	Halálozás száma	Emboliák %-a
1911	4	14161	(0·02)	1742	(0·22)
1912	1	16272	(0)	1729	(0·05)
1913	5	19574	(0·02)	1936	(0·25)
1918	0	24695	(0)	2444	(0)
1919	1	24604	(0)	2116	(0)
1920	8	24570	(0·03)	2052	(0·39)
1921	15	23470	(0·06)	1926	(0·77)
1922	5	23356	(0·02)	2085	(0·24)
1923	11	24061	(0·04)	2098	(0·52)
1924	8	25100	(0·03)	2094	(0·38)
1925	9	24664	(0·03)	1960	(0·45)
1926	10	25848	(0·03)	1868	(0·59)
1927	22	26796	(0·08)	2036	(1·08)
1928	16	23037	(0·06)	2023	(0·78)

1915—27 között 10-szerest. *Höring* 1922—27 között négyszerest. A háború előtti és utáni éveket összehasonlító statisztikák közül *Oberndorfer* kétszeres, *Schleussing* négyszeres emelkedést talál. A női nem praevaleálását a kórbonctani statisztikák közül csak *Kuhn*-nál találjuk, *Fahr, Schleussing, Oberndorfer, Höring, Klinge* a két nem között különbséget nem találnak.

A II. táblázatban az emboliákat a betegfelvételi és a halálozási számokkal (Zita-kórház nélkül) hasonlítottuk össze. A háború előtti átlag, a háború utánihoz viszonyítva, mindkettőre vonatkozólag négyszeres emelkedést mutat éppen úgy, mint azt a boncolásra vonatkozólag láttuk.



1. ábra.

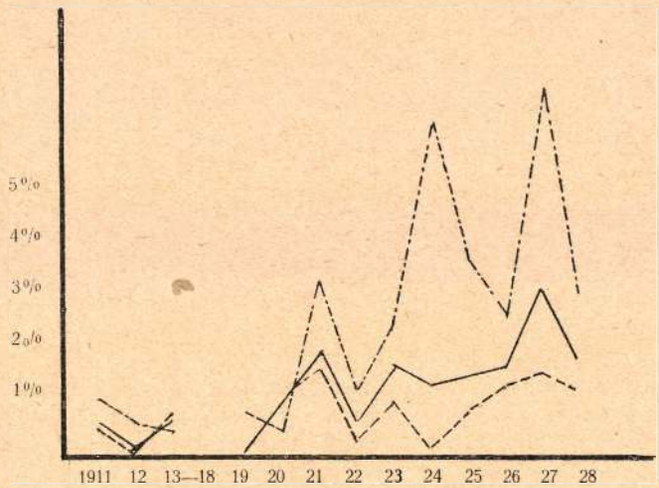
——— női embóliák. — — — férfi embóliák.

Az 1. ábra emboliák kor és nem szerinti elosztását ábrázolja a megfelelő évek boncolási számára százalékolva. Ugy a férfi, mint a női emboliák leggyakrabban a negyedik és hetedik évtized között fordulnak elő. Ebben saját észleleteink egyeznek a többi eddig közölt statisztikával.

III. tábla.

Év	Emboliák eloszlása								
	Emboliák		Műtéti emboliák			Bel emboliák			Szülészeti emboliák
	fi	nő	összes	fi	nő	összes	fi	nő	nő
1911	1	3	1	0	1	3	1	2	0
1912	0	1	1	0	1	0	0	0	0
1913	1	4	1	0	1	4	1	3	0
1918	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1919	0	1	1	0	1	0	0	0	0
1920	1	7	2	1	1	6	0	6	0
1921	4	11	5	2	3	10	2	8	0
1922	1	4	3	0	3	2	1	1	0
1923	4	7	5	2	3	5	2	3	1
1924	0	8	7	0	7	1	0	1	0
1925	1	8	5	1	4	4	0	4	0
1926	1	9	4	0	4	6	1	5	0
1927	6	16	13	3	10	8	3	5	1
1928	4	12	6	1	5	9	3	6	1
Összesen	24	91	54	10	44	58	14	44	3

A III. táblázatban az emboliák műtéti, belgyógyászati, illetve szülészeti eloszlását látjuk. A műtéti emboliák közé számítottuk a nőgyógyászati műtétek után fellépett emboliákat is. Legfeltünőbb, hogy a szülés utáni emboliák milyen elenyésző kisebbséggel szerepelnek (21.077 szülés, 192 szülészeti boncolás, 3 embolia). Számszerint a belgyógyászi emboliák valamivel nagyobb számmal szerepelnek, mint a műtétiek. Ez azonban csak az absolut számokra vonatkozik, mert mint látni fogjuk, a százalékolásnál az arány megfordul. A belgyógyászati, illetve műtéti emboliák praevaleálása az egyes statisztikáknál különböző. A szerzők egyrésze túlnyomóan belgyógyászi *(Axhausen, Kuhn, Pfleiderer, Oberndorfer, Fahr, Höring, Schleussing)*, másrészük inkább a műtéti emboliák gyakoriságát latta. *(Martini, Mc. Cartney, Lister, Domrich, Klinge.)* Ebben a differentiában kétségtelenül nagy szerepe van a feldolgozott anyagok különbözőségének.



2. ábra.

——— össz embólia. — — — bel embólia.
— . — . — műtéti embólia.

Mielőtt részletesebben foglalkoznánk a bel-, illetve sebészeti emboliákkal, vessünk egy pillantást a második ábrára, ahol a bel-, műtéti-, illetve összemboliák görbéjét látjuk feltüntetve. A görbe az embolia százalékokat fejezi ki az egyes kategorióknak megfelelő boncolási számokra százalékolva. Mindjárt feltünik, hogy a műtéti emboliák százalékaránya a legnagyobb. A másik feltünő, hogy az emboliák szaporodása nem egyenletesen, hanem ugrásszerűen történik. Ezt a jelenséget mások is, így *Martini, Axhausen, Kuhn, Adolph-Hopmann* is megfigyelték. Míg *Kuhn* ennek nagyobb fontosságot tulajdonít, sőt aetiologiai következtetéseket is von le belőle, addig a többi szerzők ezt inkább a véletlennek tulajdonítják. Továbbiakban a bel-, illetve sebészi emboliákat külön-külön dolgoztuk fel. A szülészeti emboliákkal kis számuk miatt tovább nem foglalkozunk.

A IV. táblázat a műtéti emboliákat a műtéti boncolások, illetve a műtétek számára százalékolja (Zita-kórház nélkül). A műtétek közé csak az emboliák szempontjából számbavehetőket vettük figyelembe, másrészt idesoroztuk a nőgyógyászati műtéteket is. Nem vettük a műtétek közé a műtéti naplókban szereplő kisebb beavatkozásokat, így furunculus megnyitást, ujjperc eltávolítást tályog punctiót stb. A vizsgált 13 esztendő alatt (1911-re vonatkozó műtéti adatokat nem találtunk) összesen 34.651 műtét volt, melyre 0.14% embolia esik. Összesen 2693 műtéti boncolás 1.8% emboliával. Az 1911—13 közötti átlag a műtétekre vonatkozólag 0.06% a műtéti sectiókra vonatkozólag 0.6%. Az 1918—28-as átlag 0.14%, illetve 2.3%. Tehát a műtéti emboliák a műtétekre vonatkoztatva két és félszeres, műtéti boncolásokra vonatkoztatva négyszeres emelkedést mutatnak. Megfelelnek ezek a számok *Domrich* és *Detering* adatainak, kik boncolási anyagukra vonatkoztatva szintén négyszeres emelkedést találtak. Valamivel magasabb *Linhardt* értéke, aki ötszörös emelkedést talál. A műtétekre vonatkoztatva *Oehler* a mienkhez hasonlóan háromszoros emelkedést talál. Az emboliák leggyakrabban a műtét utáni 1—15 nap között jönnek

IV. tábla.

Év	a) Műtétek száma	b) Műtéti sectiók száma	Műtéti emboliák száma	Embolia % a)-ra	Embolia % b)-re
1911	—	117	1	—	0·85
1912	1117	174	1	0·08	0·57
1913	2446	232	1	0·04	0·43
1918	1891	149	0	0	0
1919	1914	140	1	0·05	0·71
1920	2124	206	1	0·04	0·48
1921	2555	201	5	0·19	2·48
1922	2522	201	2	0·07	0·99
1923	2128	215	4	0·18	1·86
1924	3245	154	7	0·21	4·54
1925	2966	180	5	0·16	2·77
1926	3213	197	4	0·12	2·03
1927	3754	260	13	0·34	5·00
1928	4776	267	6	0·12	2·24
Összesen	34651	2693	51	0·14	1·89
1911—13 / 1918—28	átlag a műtétekre vonatkoztatva			0·06 % / 0·14 %	
1911—13 / 1918—28	átlag a műtéti sectiókra vonatkoztatva			0·60 % / 2·30 %	

létre, leggyakrabban az ötödik napon. Hasonlóak *Martini* és *Mc. Cartney* észleletei. *Höring* 3—4, *Prochnow* 6—14, *Henderson* a 11. napon találta a legnagyobb embolia-frekvenciát.

Ami a műtétek nemét illeti, leggyakrabban hasfali műtétekkel kapcsolatban (laparatomia, sérvműtét) találtunk tüdőemboliát.

Laparatomia:

hasfali sérv	12
uterus	11
gyomorbél	10
epehólyag	4
Bassini	6
alsó végtag amp.	3
varix lekötés + exc.	3
egyéb	5

A tápláltsági állapot a műtéti emboliáknál a következőképen oszlott meg: kövér 18, jóltáplált 4, közepesen táplált 9, sovány 4, kachexia 0. Adatot nem találtunk 17 esetben, tehát a kövérek, illetve jóltápláltak túlsúlyban vannak.

Thrombosist legnagyobbrészt az alsó végtag, illetve kis medence venáiban találtunk.

V. femoralis + saphena	31
v. hypogastrica	6
plex. prostaticus	2
plex. uterinus	4
v. iliaca	3
szív	1
műtét helyén	12
nem találtatott	13

A műtét helyén talált thrombusok legnagyobbrészt tehát az alsó végtagokra, illetve a kis medencére vonatkoztak.

Műtét utáni helyi infectio kórbonctani jeleit találtuk 5, általános infectio jeleit 6 esetben, tehát összesen az emboliáknak $^1/_5$-énél.

Ami az esetek klinikumát illeti, 36 esetben történt meg élőben a pulmonalis embolia diagnosisa. A 42 klinikai kórtörténet adatai szerint 13 esetben lépett fel láz műtét után, 29 esetben láz nem mutatkozott. 6 esetben említ-szik meg a kórtörténet intravenás injectióról. Klinikailag thrombosist 9 esetben észleltek.

V. tábla.

Év	Bel-boncolások száma 15 év felett	Bel emboliák száma	Bel emboliák %
1911	687	3	0·43
1912	616	0	0
1913	632	4	0·63
1918	838	0	0
1919	912	0	0
1920	794	6	0·75
1921	814	10	1·22
1922	731	2	0·27
1923	675	5	0·74
1924	600	1	0·16
1925	593	4	0·67
1926	569	6	1·05
1927	671	8	1·19
1928	844	9	1·06
Összesen	9976	58	0·53
1911—13 / 1918—28	bel emboliák átlaga		0·35 / 0·70

Az V. táblázat tartalmazza a belemboliákat a 15 éven felüli belboncolásokra százalékolva. Az összes belboncolások 0.53%-ban találtunk emboliát. Az 1911—13-as átlag 0.35%, 1918—28 között 0.70%, tehát az emboliák száma kétszeresre szaporodott. *Adolph—Hopmann* szintén kétszeres emelkedést talált, ezzel szemben *Morawitz*, a háború előtti érték ötszörösét találta.

Belemboliáknál, mint az alábbi kimutatásban látni fogjuk, a keringési szervek megbetegedései uralkodnak olyannyira, hogy alig találtunk embolia esetet, ahol a cardio-vascularis rendszer ép lett volna.

Keringési szervek:

chr. vitium	16
ac. endocarditis	5
aortitis lu.	3
arteriosclerosis	19
tüdőemphysema	15
agylágyulás (vérzés + emb.)	13
Tüdő tbc.	9
rosszind. dag.	5
cholecystitis	3
egyéb	3

Feltünő az agylágyulásoknak nagy száma. E körülményt *Rupp* és *Axhausen* szintén kiemelik statisztikájukban. Az ágylágyulás voltaképen másodlagos jelenség és arteriosclerosissal, illetve endocarditissel kapcsolatban azoknak következményeképp lép fel, ezért a keringési szervek megbetegedései közé soroztuk. A 13 agylágyulásos eset közül 10 esetben a lágyulás időpontja csak rövid idővel előzte meg a tüdő emboliát, úgyhogy a lágyulás által előidézett újabb keringési zavarnak, része lehetett a thrombus keletkezésében, illetve leszakadásában. A keringési szervek bántalmazottságának túlsúlyát más betegségek felett belemboliáknál a legtöbb szerző hangsúlyozza. *Kuhn* 78%-ban, *Martini—Opitz* 65%-ban, *Schleussing* és *Morawitz* majdnem kizárólagosan csak keringési szervek betegségeinél láttak emboliákat. *Martini, Adolph—Hopmann, Fahr, Möller* szintén hangsúlyozzák a keringési szervek megbetegedéseinek fontos szerepét.

Thrombosist belemboliáknál, mint a statisztikák általában, mi is az alsó végtag, illetve a kismedence venáiban találtunk.

v. femoralis + saphena . . .	39
v. hypogastrica	1
plex. prostaticus	7
plex. uterinus	4
v. iliaca	6
v. cava inf.	2
szív	4
nem találtatott	8

A vena cava inf. thrombusai mindkét esetben az alsó végtag felől tovavezetett thrombusok voltak.

Az esetek klinikumát röviden a következőkben foglalhatom össze. Az 58 belembolia közül csak 6 lett élőben diagnostizálva. Érdekes a különbség itt a sebészi és a belosztályok között. A sebészek műtét utáni halálnál, mely jólét közepette hirtelen köszönt be, elsősorban tüdőemboliára gondolnak. Ezzel szemben a belgyógyászok hirtelen halál esetén, tekintve, hogy mint láttuk, az emboliák majdnem kizárólagosan a keringési szervek bántalmazottságánál fordulnak elő, inkább agyvérzésre, illetve szívbénulásra teszik a diagnosist. Mi is leggyakrabban ezzel a diagnosissal kaptuk belosztályokról az emboliákat.

Intravenás injectio 5 esetben volt kimutatható. Láztalan kórlefolyás 32, lázas 10 esetben. Thrombosis klinikailag 7 esetben észlelve.

Tápláltsági állapot következőképen oszlott meg: kövér 5, jóltáplált 9, kp. táplált 7, sovány 15, cachexia 4, nincs adat 18. Érdekes sebészeti esetekkel összehasonlítva a két kategoriánál nyilvánuló különbség. Míg a sebészieknél a kövérek, illetve jóltápláltak vannak túlsúlyban, addig a belgyógyászatiaknál inkább a rosszultápláltak szerepelnek nagyobb számmal. Ennek részben kétségtelenül a két beteganyag különbözősége az oka, mert míg a belemboliák chronicus betegségeknél szerepelnek, addig a sebészieknél acut betegség után, a műtéti beavatkozás kapcsán kapták az emboliát. A kövérek praedispositióját emboliára néhány szerző, *Hamer—Oltmans, Prochnow, Snell, Payr, Klinge* hangsúlyozzák. Adataik azonban inkább csak műtéti emboliákra vonatkoznak.

Az embolusok anatomiai localisatio szempontjából következőkép oszlottak meg.

Belemboliáknál a főtörzs 12, mindkét főág 32, egyik oldalon főág, másik oldalon sok apró ág, 10 esetben volt elzárva. Mindkét tüdőfélre kiterjedő számos kisebb embolust 4 esetben találtunk, „Schubweise"-embolát 8 esetben állapíthattunk meg.

Műtét utáni emboliáknál a főtörzs elzáródását 24, mind a két főágét 25, mindkét tüdő fél számos apró ágainak elzáródását 5 esetben találtuk. „Schubweise" emboliát 1 esetben láttunk.

Míg műtéti emboliáknál a főtörzs és a főágak elzáródása kb. egyforma számmal szerepelnek, addig a belembóliáknál a kétoldali főág elzáródása a gyakoribb jelenség. Ennek oka kétségtelenül abban a körülményben rejlik, hogy belembóliáknál a keringési viszonyok régibb idő óta fennálló megváltozásával állunk szembe. A műtét utáni esetekben ezzel szemben a keringési viszonyok megváltozása a műtéti beavatkozással kapcsolatos.

*

Az emboliák szaporodásának kérdése szorosan összefügg a thrombosisok szaporodásával, illetve a thrombosisok keletkezésének okával.

Thrombosis keletkezésének három feltétele van:

1. a vér összetételének megváltozása;

2. az érfal laesiója;

3. a keringési viszonyok megváltozása. Valószínű, hogy mint *Hueck* is legutóbb kifejtette, ezen feltételek egyikének jelenléte nem elegendő thrombosis létrejöttéhez, hanem mind a három tényező összejátszása szükséges hozzá. Viszont e három tényező annyira összefügg egymással, hogy az egyiknek kifejezett adottsága a másik kettő megváltozását is maga után fogja vonni. Igy pl. az érfal laesiója egyrészt meg fogja változtatni a localis keringési viszonyokat, másrészről a sérült érfalból a vérbe kerülő anyagok megváltoztatják ott annak összetételét is. Hasonlóképen súlyos keringési zavarnál egyrészt szenvedni fog az érfal, másrészről a vér összetétele is megváltozhatik.

Mint említettük, a szerzők legnagyob része megegyezik abban, hogy belemboliáknál a keringési szervek megbetegedése a túlnyomó. Közelfekvő tehát a kérdés, hogy vajjon a thrombosisok megszaporodásának oka ezen csoportnál nem a keringési szervek megbetegedésének megszaporodásában rejlik-e.

A statisztikák általában nem foglalkoznak ezzel a kérdéssel. *Fahr* és *Adolph—Hopmann* szerint e betegségek nem szaporodtak meg, azonban számbeli adatokat errevonatkozólag nem közölnek. Azt az incongrueniát, hogy t. i. a keringési szervek megbetegedése nem szaporodott meg, viszont a megszaporodott belemboliáknál majdnem kizárólagosan keringési betegségeket találtak, arra a gondolatra vezette a szerzőket, hogy ezt a hézagot egy újabban szaporodó factorral egészítsék ki. Igy *Fahr, Oehler, Höring, Linhardt* az intravenás injectiókat okolják, mások az influenza járványt. *(Bircher, Dieden, Butzengeiger.)* Mások ismét ezeket mint aetiologiás momentumokat nem ismerik el *(Martini, Syller, Oberndorfer* stb.). *Oberndorfer* az utóbbi évek hatékonyabb szívtherapiájában látja az okot. Szerinte ugyanis a szívbetegek most megélik thrombosisaikat, illetve emboliájukat. Hasonló álláspontot foglal el *Moravitz* is. *Adolph—Hopmann, Pfleiderer* a háború utáni fokozott alkohol és nikotin abusust okolják.

A kérdés eldöntése céljából összeszámoltuk az 1911—13, illetve 1918—28. évekre terjedően a keringési megbetegedéseket. Az összeállításban az a szempont vezérelt bennünket, hogy csak azokat az eseteket vegyük számításba, melyek thrombosis keletkezése szempontjából számbajöhetnek. Csak azokat az eseteket tehát, melyek

a keringés akadályozottságával járnak. Zsinórmértékül a pangásos szervek jelenlétét vettük, melyek morphologice legpregnánsabb kifejezői a keringés akadályozottságának. Természetesen ezen esetekből is csak a 15 éven felülieket vettük számításba.

helyezkedünk, hogy thrombosishoz vezető infectio a boncolás időpontjáig nyomtalanul meggyógyult *(Aschoff)*, még akkor is igen feltünő jelenség, hogy a thrombusok majdnem mindig a mostoha keringési viszonyokkal bíró alsó végtag, illetve medencei venákban találhatók.

VI. tábla.

Év	Boncolási anyag eloszlása pangás szempontjából					
	a) Boncolások száma 15 év felett	*b)* Vitium ( )% *a)*-ra	*c)* arteriosklerosis ( )% *a)*-ra	*d)* aortitis syphilitica ( )% *a)*-ra	Tüdőemphysema zsugorvese stb. ( )% *a)*-ra	Összes pangás ( )% *a)*-ra
1911	804	55 (6·80)	50 (6·20)	0	35 (4·30)	140 (17·40)
1912	790	46 (5·82)	55 (6·96)	0	26 (3·29)	127 (16·07)
1913	872	47 (5·38)	30 (3·44)	0	27 (3·09)	104 (11·93)
1918	1004	48 (4·78)	16 (1·59)	25 (2·49)	34 (3·38)	123 (12·25)
1919	1068	59 (5·52)	35 (3·28)	40 (3·74)	39 (3·59)	173 (16·19)
1920	1022	79 (7·72)	21 (2·05)	42 (4·10)	38 (3·71)	180 (17·62)
1921	1038	54 (5·22)	23 (2·21)	38 (3·66)	43 (4·14)	158 (15·22)
1922	946	74 (7·82)	14 (1·48)	36 (3·80)	66 (6·97)	190 (20·08)
1923	902	74 (8·20)	40 (4·43)	30 (3·32)	67 (7·42)	211 (23·39)
1924	767	81 (10·56)	26 (3·38)	28 (3·64)	53 (6·64)	188 (24·56)
1925	788	64 (8·37)	42 (5·32)	37 (4·69)	50 (6·34)	193 (24·49)
1926	784	93 (11·86)	33 (4·20)	38 (4·84)	66 (8·41)	230 (29·33)
1927	948	86 (9·07)	57 (6·01)	47 (4·95)	103 (10·86)	293 (30·40)
1928	1128	114 (10·10)	78 (6·91)	65 (5·76)	129 (11·43)	386 (34·21)

Ha összehasonlítjuk egymással a VI. táblázat adatait, világosan látszik, hogy a keringés akadályozottságával járó megbetegedések a háború előtti évekhez viszonyítva igenis megszaporodtak. Külön-külön véve az egyes rovatokat, a szaporodás mértéke különböző. Az arteriosclerosisnak különös viselkedése, hogy a háború után közvetlenül erős csökkenést mutat a háború előtti értékekhez képest, és azután ismét emelkedik, hogy végre a legutóbbi esztendőkben ismét elérje a békenívót, csak látszólagos és oka abban a körülményben rejlik, hogy az 1911—13-as kórbonctani jegyzőkönyvekben arteriosclerosis és syphilis nem szerepelnek elkülönítve. Az 1918—28 százalékos középértéke az összpangásra vonatkozólag az 1911—13-as értékhez képest kb. kétszeres emelkedést mutat, ami megfelel a belemboliák hasonló mértékű megszaporodásának. Nyilvánvaló tehát, hogy a belthrombosisok, illetve emboliák az utóbbi években észlelt szaporodásának oka a keringési szervek gyakoribb megbetegedéseiben keresendő. Hangsúlyozzuk azonban, hogy ez csak a bélemboliákra vonatkozik. A sebészi emboliák esetén a keringési szervek megbetegedését elenyésző kicsiny számban láttuk. Tehát itt ez nem lehet a thrombosis oka.

A sebészi emboliáknál a thrombosis okát általában műtét utáni infectióban, műtéttel kapcsolatos érelváltozásokkal, intravenás injectiókkal hozzák kapcsolatba. Az infectio szerepe a tüdőembóliák aetiologiájában újabban mind többet veszít jelentőségéből. Nem fogadhatjuk el mi sem a halálos pulmonalis emboliához vezető thrombosisok keletkezésének oka képen. Anyagunkban egyetlen halálos embolia esetben sem találtunk inficiált thrombust. Számos tapasztalat *(Symonds, Stöhr—Kazda, Brown, Payr* stb.) bizonyítja, hogy inficiált thrombus masszív emboliához nem vezet, legfeljebb infarctusokhoz. Maradna az infectio általános hatása következtében létrejövő táv thrombosis. Anyagunkban a sebészi emboliák $^1/_5$-énél találtuk kórbonctanilag infectio nyomait. Ez magában véve is kis szám, de még akkor is, ha arra az álláspontra

Az intravenás injectio szerepét a legtöbb újabb statisztika szintén tagadásba veszi *(Martini, Köhler, Prochnow, Payr* stb.). Anyagunkban intravenás injectio alkalmazását elenyésző csekély számban láttuk.

Boshamer vizsgálatai szerint műtét után a thrombin mennyisége nő a vérben. *Heusser, Syller, Starlinger—Sametnik* stb. úgy találták, hogy műtét után a vérplasma labilitása fokozódik. Mindenesetre, ha el is fogadjuk ezen elváltozások lehetőségét, még mindig megoldatlan marad az a kérdés, hogy vajjon miért szerepelnek leggyakrabban az alsó végtag venái a thrombusok keletkezésének helyeképen. Hiszen ha a vér összetétele megváltozik, akkor ez nem szorítkozhatik éppen csak ezen venákra. Tehát ez egymagában véve kétségtelenül nem elegendő. *Starlinger—Sametnik* szerint thrombus csak akkor keletkezik a műtéttel kapcsolatos fehérje eltolódás következtében, ha a véráramlás sebessége is leszáll. Tehát a sebészi emboliáknál is elsősorban a keringési viszonyok megváltozásában kell a thrombosis okát keresni. Mint láttuk, úgy a saját, mint általában minden sebészi statisztikának első helyén a hasfali műtétek állanak. Ennek következtében — mint arra *Lister* és *Payr* is rámutattak — a hasi izomactio és a diaphragma összehúzódása gyengül. Ez azután maga után vonja a keringés bizonyos fokú roszszabbodását, melynek hatása elsősorban az amúgyis mostohább keringési viszonyokkal bíró alsó végtag, illetve kismedencei venákon fog jelentkezni. Valószínű, hogy emellett műtéttel kapcsolatos vérelváltozásoknak és még inkább alkati tényezőknek (adipositas) is fontos szerepe lehet.

Összefoglalás.

1. Az egyes statisztikák adatai között megnyilvánuló nagy különbségeknek az oka, főleg a feldolgozás módjának hibás voltában rejlik. Csak a 15 éven felüli boncolásokat szabad összehasonlítás mértékéül venni. Különkülön meg kell állapítani az egyes nemekre, illetőleg

korokra eső boncolási számot. Külön-külön kell meghatározni a belgyógyászati, műtéti, szülészeti stb. boncolási adatokat, hogy az embolia kategoriákat a megfelelő csoportokra százalékolhassuk.

2. Statisztikánk felöleli az 1911—13, illetve 1918—28. években előfordult halálos tüdőembolia eseteket. (Összesen 12.861 boncolás 115 halálos embolia.)

3. A halálos emboliák átlagban az 1911—13-as érték négyszeresére emelkedtek. Az emboliák nőknél gyakrabban fordultak elő, mint férfiaknál, viszont az utóbbiaknál a szaporodás mértéke nagyobb. A műtéti emboliák százalékos száma nagyobb a belgyógyászatiakénál. Szülés utáni emboliák elenyésző kis számban szerepelnek.

4. A műtéti emboliák a műtéti sectiókra százalékolva négyszeres, a műtétek számára vonatkoztatva két és félszeres emelkedést mutatnak. Leggyakrabban a műtét utáni 1—15 napon keletkeztek. Túlnyomóan hasfali műtétekel kapcsolatban. Elhízottak nagyobb számmal szerepelnek.

5. A belgyógyászati emboliák kétszeres értékre emelkedtek. Majdnem kizárólagosan keringési szervek megbetegedésénél fordulnak elő. Túlsúlyban vannak közepesen tápláltak, illetve soványak.

6. A pangással járó keringési megbetegedések százaléka az 1911—13-as átlagérték kétszeresére emelkedett. Hasonló mérvű szaporodást láttunk a belgyógyászati emboliáknál is. Minthogy belgyógyászati emboliák majdnem kizárólagosan a keringési szervek megbetegedésénél fordulnak elő, az emboliák szaporodásának okát a keringési megbetegedések szaporodásával hozzuk összefüggésbe. Intravenás injectiók, influenza, infectiónak aetiologiai szerepét nem látjuk bizonyítva.

7. A sebészi emboliák okát a hasfali műtétekkel kapcsolatos rekesz, illetve hasizom functio gyengeségében és az ezáltal előidézett keringési zavarban látjuk. Elősegítő tényezőként szerepelhetnek műtét utáni vérösszetételelváltozások, illetve alkati tényezők.

Irodalom. *Adolph-Hopmann:* Med. Klin. 1928., 46. sz., 1722. l. — *Axhausen:* Virchow's Arch. 1929., 274., 188. l. — *Boshamer:* Klin. Wochenschr. 1927., 6., 740. l. — *Brown:* Arch. of Surgery 1927., 15., 245. l. — *Mc. Carney:* Arch. of Path. 1927., 6. sz., 921. l. — *Detering:* Brun's Beitr. 1928., 144. sz., 416. l. — *Domrich:* Dtsch. Ztschr. f. Chir. 1930., 222. sz., 20. l. — *Fahr:* Klin. Wochenschr. 1927., 46. sz., 2179. l. — *Hamer—Oltmans:* Zentralbl. f. Path. 1925., 36. sz., 136. l. — *Henderson:* Arch. of Surgery 1927., 15. sz., 231. l. — *Heusser:* Dtsch. Zeitschr. f. Chir. 1928., 210. sz., 132. l. — *Höring:* Dtsch. Ztschr. f. Chir. 1928., 207. sz., 360. l. — *Hueck:* Dtsch. med. Wochenschr. 1929., 47. sz., 1990. l. — *Klinge:* Dtsch. med. Wochenschr. 1929., 47. sz., 1991. l. — *Köhler:* Münch. med. Wochenschr. 1929., 76. sz., 1665. l. — *Kuhn:* Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1929., 41. sz., 329. l. — *Linhardt:* Zentralbl. f. Chir 1926., 46. sz., 2921. l. — *Lister:* The Lancet 1927., 1. sz., 111. l. — *Lotheissen:* Brun's Beitr. 1902., 32. sz., 655. l. — *Martini:* Arch. f. Klin. Chir. 1928., 153. sz., 495. l. — *Martini—Opitz:* Münch. med. Wochenschr. 1928., 16. sz., 683. l. — *Oehler:* Münch med. Wochenschr. 1927., 39. sz., 1662. l. — *Payr:* Dtsch. med. Wochenschr. 1929., 47. sz., 1990. l. — *Pfleiderer:* Münch. med. Wochenschr. 1928., 20. sz., 859. l. — *Prochnow:* Arch. f. Klin. Chir. 1928., 151. sz., 99. l. — *Rupp:* Arch. f. Klin. Chir. 1921., 115. sz., 672. l. — *Schleussing:* Klin. Wochenschr. 1929., 46. sz., 2125. l. — *Snell:* Arch. of Surgery 1927., 15. sz., 237. l. — *Starlinger—Sametnik:* Klin. Wochenschr. 1927., 27. sz., 1269. l. — *Stöhr—Kazda:* Dtsch. Ztschr. f. Chir. 1928., 208. sz., 105. l. — *Syller:* Brun's Beitr. 1928., 145. sz., 222. l. — *Symonds:* Brit. med. Journ. 1918., 1. sz., 344. l.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem III. sz. belklinikájának (igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyet. ny. r. tanár) közleménye.

Pachon-féle oscillométerrel végzett mérések dysbasia intermittens angiosclerotica-ban szenvedő betegeken.*

Irta: vitéz *Gönczy István* dr., egyet. tanársegéd.

A Pachon-féle oscillometer nem egyéb, mint egy igen érzékeny Recklinghausen-féle tonometer. Érzékenységét a mutatóval ellátott Marey-féle dobnak köszönheti, amely lehetővé teszi azt, hogy vele nem csak a vérnyomást mérhetjük, hanem a pulsus amplitudó nagyságát is megkapjuk különböző manchettanyomás mellett. Oscillometriás indexnek nevezik azt a számot, melyet a oscillometer mutatója legnagyobb kilengése alkalmával jelez. Ha valakinél, akinek dysbasiás panaszai vannak, a kórosnak tartott végtagon alacsonyabb indexet kapunk vagy az oscillatiók hiányát észleljük, ebből arra következtetünk, hogy a kérdéses végtagon érszűkület áll fönn; ez az érszükület a keringési sebességet a szövetek minimalis oxygen szükséglete alá szállította le s ez váltotta ki az ischaemiás panaszokat.

Az a kérdés, hogy a pulsus amplitudó csökkenését jogosan hozhatjuk-e okozati összefüggésbe az érszükülettel? Ennek a kérdésnek a tárgyalásánál a haemodynamika olyan részleteit fogjuk érinteni, melyek szorosan összefüggnek az oscillometriás vizsgálatok lényegével.

A szív a keringést az erek, elsősorban pedig az arteriák segítségével tartja fenn oly módon, hogy az arteriák rugalmasságuknál fogva a szív pulsaló mozgását átveszik és szakaszonként továbbítják.

Mi történik akkor, ha a véráram pulsaló mozgása megszünik. Szüntessük meg míg a radialis pulsus egészen eltünik. Ekkor *Korányi* professor elmélete szerint, amit *Bencurnak*[1], továbbá *Rusznyáknak*[2] velünk végzett vizsgálatai igazoltak, keringés a vérnyomásmérő manchettájától distalisan még mindig van, mert *Gärtner* tonométerrel az art. digitalisban positiv, de alacsonyabb nyomást kapunk annál a nyomásnál, melyet ugyanitt a manchetta fölfúvása előtt mértünk. Végeredményben kétféle haemodynamikai változást idézünk elő, egyrészt a pulsáló áramlást egyenletessé tesszük, másrészt leszállítjuk a keringési sebességet.

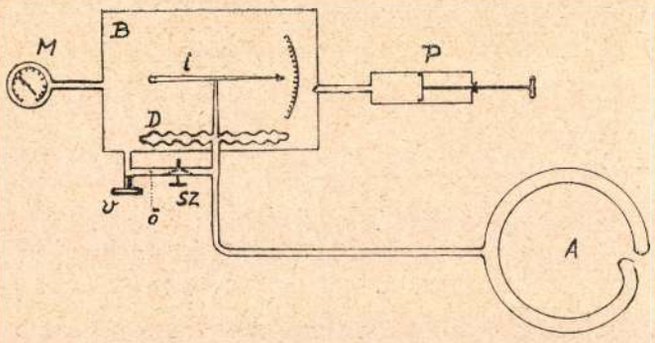
A fenti kísérleti viszonyokat tüntetik fel azon pathologiás állapotok, melyeknél a pulsus érfalelváltozás következtében megkisebbedik, esetleg tapinthatatlanná válik. Ez az elváltozás lehet functionalis vagy organicus jellegű, esetleg a kettőnek a combinatiója. Mindez lokalisan csökkenti a keringési sebességet, ami helyben savanyú bomlási termékek felhalmozódására fog vezetni. Ez a localis acidosis subjective fájdalomban, objective pedig az ischaemia jól ismert jeleiben fog megnyilvánulni, úgy mint a végtag hüvösségében és sápadtságában, továbbá a végtag-izomzat functiozavarában: mozgási gyengeségében, illetőleg mozgási képtelenségében.

Oscillometriás eljárással ilyenkor nemcsak azt dönthetjük el, hogy meddig terjed az ér organicus laesiója, hanem azt is, hogy hol csatlakozik ehhez és meddig terjed fölfelé a spasmus. Ez nem egyéb, mint a magassági localisatio fölállítása az oscillométer segítségével, ami nagy fontosságot kölcsönöz ezen eljárásnak, főleg akkor, ha sebészi beavatkozásról, amputatióról van szó.

---

* A kir. magy. Orvosegyesület május 17-iki ülésén tartott előadás.

Ezek után áttérünk a műszer ismertetésére.

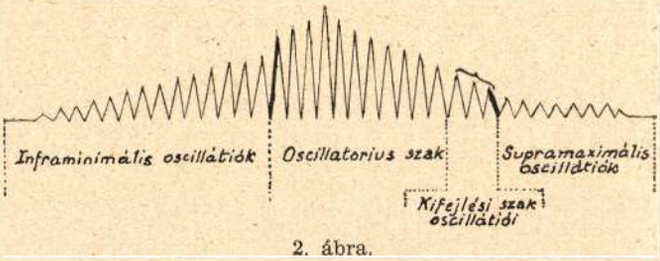


1. ábra.

Jelmagyarázat:

A = manchetta B = lémtok D = Marey-dob
l = mutató s = skála P = szivattyú
M = manometer v = szelep ö = összekötőcső
sz = szelep g = gummicső

A műszer két részből áll. Az egyik részt egy nagyobb fémtok képezi, mely manometerrel van ellátva. Ebben a tokban foglal helyet, a kisebb rész, egy vékony falu *Marey-dob*. E kettő kivül egy gummicső segítségével egyrészt egymással, másrészt a karra illeszthető manchettával közlekedik. A rendszerben pumpa segítségével tetszés szerinti nyomást állíthatunk elő, melynek nagyságát a manometer jelzi, viszont módunkban van a nyomást le is szállítani egy csavar segítségével, mellyel levegőt bocsáthatunk ki a dobozból. A *Marey*-dobra egy érzékeny mutató van szerelve, mely egy fél centiméterekre beosztott skála előtt leng ki. Ha most levegőt fuvok be a pumpa segítségével, úgy a fémtokban, mint a *Marey*-dobban azonos nyomás áll elő. A *Marey*-dob mutatója ilyenkor nem leng ki azért, mert a dob rezgését meggátolja a fémtokban foglalt levegő ellenirányú nyomása. A dobban pulzáló mozgás csak akkor jön létre, amikor az összeköttetést a fémtok és a rendszer többi része közt egy szelep segítségével megszakítom. Ekkor a manchettában létrejövő pulsáló mozgás csak a dob falát fogja rezgésbe hozni, minek következtében a dob mutatója, azaz az oscillometriás mutató ki fog lengeni azon pulsus-amplitudónak arányában, mely a rendszerben előállított nyomásnak éppen megfelel. Ha tehát a nyomást 0-tól fölfelé emelem, akkor az oscillatiók változó sorozatát fogom kapni, melyet a következő rajz szemléltet.



2. ábra.

A görbe azon pontjai, ahol az oscillatio hirtelen növekszik, illetőleg kisebbedik, felelnek meg — tapasztalás szerint — a maximalis, illetőleg minimalis nyomásnak. Ismeretes, hogy a maximalis nyomás palpatorius és oscillatorius meghatározása közt bizonyos differentia van: a kettő nem esik össze. T. i. az oscillatiók előbb kezdenek hirtelen nagyobbodni, mielőtt még az első pulsus hullám érezhető lenne. A két pont közé esnek — a „kifejlési" szak oscillatiói, vagy ahogy a franciák nevezik: la phase des grandes oscillations, non pulsatoires.

Ezentúl kifelé folytonosan kisebbedő ú. n. supramaximalis oscillatiók következnek, melyeket a pulsushullám a manchetta széléhez való ütődésével okoz. Ezeket a francia *Gallavardin* úgy próbálta kiiktatni, hogy a manchetta széléhez egy másik manchettát illesztett, mely az előbbinek a szélét elfedi. Ezáltal tényleg kisebbednek az ú. n. supramaximalis oscillatiók, de teljesen el nem tünnek. A görbe túlsó végén fokozatosan kisebbedő oscillatiókat látunk, ezek az inframinimalis oscillatiók. A görbe legfontosabb szakasza a középső rész, melynek határait a maximális és minimális nyomásnak megfelelő oscillatiók jelzik.A kettő közt fokozatosan növekedő,illetőleg csökkenő oscillatiókat látunk. A culminatiós pont felel meg az oscillatiós indexnek. A maximalis oscillatiónak a minimalis nyomással kellene összeesni, mert ilyenkor kellene az érfalnak tökéletessen ellazulnia, ezért maximálisan kilengenie. Hogy ez nem így van, ennek oka az érfal ellenállása, mely hozzáadódván az éren belüli nyomáshoz, az optimalis oscillatiós pontot a minimalis nyomás helyétől a maximalis nyomás helye felé fogja eltolni.

Az a kérdés, hogy normalis viszonyok mellett menynyi az oscillatiós index az egyes végtagokon. Az erre vonatkozó adatokat, amelyek a francia *Heitznak*[3] 50 egészséges egyénen végzett mérésein alapulnak, a következő táblázat tartalmazza.

	Oscillometeres index (1 egység = ½ cm)
1. Art. brachialison (könyök felett) . .	10.1
2. Art. radialison	3.8
3. Art. femoralison (térd felett) . . .	10.7
4. Art. tibialison (boka felett) . . .	5.2

Mint látjuk, az index az alsó végtagon nagyobb, mint a felső végtag megfelelő részén. Különösen kifejezett a különbség az art. radialis és az art. tibialis között. Itt 5.2, ott pedig 3.8 az index. *Heitz* az esetek 50%-ában találta nagyobbnak az indexet az alsó végtagon, 40%-ában egyenlőnek és csak 10%-ban találta nagyobbnak a felső végtagon, mint az alsó végtagon.

Ritkán találjuk azt, hogy a két parallel végtagon mért index tökéletesen egyezik. Ez óvatosságra int akkor, amikor a két végtagon nyert indexek mérlegeléséről van szó. Ezért csak az igazán nagy eltéréseket szabad mérlegelni. Ha ilyenkor valamely végtagon alacsony oscillatiós indexet kapunk vagy nincs oscillatio, akkor el kell dönteni, hogy organicus vagy functionalis érbántalomról van-e szó. Ebből a célból a vizsgálatokat forró fürdő után meg kell ismételni. A beteg mindkét végtagját 5 percre 40°-os vízbe teszi. Ha az index fürdő után normalis lett, akkor az index-csökkenést a spasmus okozta. Ellenkező esetben organicus laesióról van szó, amikor meghatározandó a laesio magassága, amit a végtag különböző segmentumain végzett mérésekkel fogunk elérni.

34 dysbasiában szenvedő betegen végeztünk oscillometriás méréseket. Ezek közül 7-nél a kezelés folyamán és végén is a kezelés eredményének ellenőrzése céljából. Betegeinken a dysbasia mindhárom alakját volt alkalmunk megfigyelni és pedig a sclerosison, spasmuson és arteriitisen alapuló formáját.

Francia szerzők a dysbasiának még két alakját írták le. Egyik ezek közül a *Déjerine*[4]-féle claudication intermittende de la moelle épinière, melynél *Déjerine* az intermittáló sántítás okát a lumbo-dorsalis gerincvelő segmentum arteriitese által okozott ischaemiában látja. Ennél az index még roham alatt is normalis. Mindössze az idegrendszer részéről jelennek meg muló pathologiás tünetek

és pedig reflexfokozódás, lábclónus, *Babinski*-tünet a kóros oldalon, melyek a roham után nyomtalanul eltünnek. Ezeknél a betegeknél, ha nem kezelik őket a paralysis spinalis spastica képe szokott kibontakozni. Ezért német klinikusok *(Erb, Oppenheim* stb.) a claudicatio ezen alakját az *Erb*-féle sapsticus spinalis paralysis első stadiumának tartják.

A másik pedig azon alakja a claudicationak, amely a mozgás és meleg által előidézett vasodilatatióban nyilvánul. A dysbasia ezen alakját a francia *Bogaert*[5] testvérek észlelték a mult évben két betegnél, kiknek könnyű diabetesük volt, azonkívül, hogy az egyik heredosyphilitika, a másik pedig climacteriumban lévő nő volt. Ezeknél a betegeknél a mozgás az egyik alsó végtagban fájdalmat és hyperaemiát idézett elő, melyek csak akkor tüntek el, amikor a beteg megpihent vagy a lábát hideg földre tette. *Bogaert*-ék az egyiknél experimentalisan is

I. táblázat.

I. Dysbasia angiosclerotica.	
Arteriosclerosis	18
Arteriosclerosis + diabetes mellitus	8
Arteriosclerosis + lues	3
Arterioscler. + diabetes mellitus + lues	1
Esetek száma	30
II. Dysbasia angiospastica.	
Esetek száma	2
III. Endarteritis obliterans.	
Esetek száma	2

I. Az első csoportba tartozó 30 beteg közül 18-nak volt arteriosclerosisa, 8-nál az arteriosclerosis diabetesszel, 3 esetben luesszel, 1 esetben diabetesszel és luesszel combinálódott. A dysbasia súlyosságát az oscillometriás

II. táblázat.

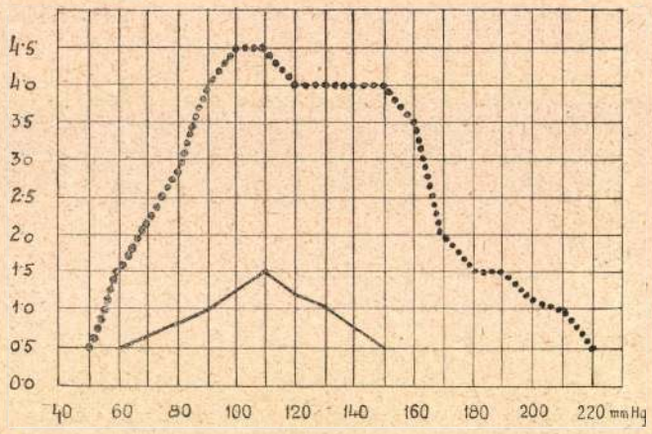
Az esetek száma	Név és diagnosis	Összcillometriás index (Egység = 1/2 cm)	
		fürdő előtt	melegfürdő után
2	P. K. Arteriosclerosis Lues Diabetes mellitus	J. l. 1·5 (110 mm Hg) B. l. 1·2 (100 „ „)	1·4 (100 mm Hg) 1·2 (100 „ „)
15	A. J. Arteriosclerosis	J. l. I. 0·6 (80 mm Hg) II. 2·0 (90 „ „) B. l. I. — II. 0·5 (100 mm Hg)	1·2 (100 mm Hg) 2·8 (120 „ „) — 0·6 (90 mm Hg)
8	P. F.-né Arteriosclerosis	J. l. I. 2·5 (120 mm Hg) B. l. I. 0·5 (100 „ „)	5·1 (120 mm Hg) 0·4 (100 „ „)
23	K. O. Arteriosclerosis	J. l. I. 2·2 (90 mm Hg) II. 2·0 (110 „ „)	0·7 (80 mm Hg) 6·0 (130 „ „)
28	D. L.-né Diabetes mellitus Arteriosclerosis	J. l. I. — II. 2·0 (100 mm Hg) III. 2·5 (170 „ „)	— 0·6 (130 mm Hg) 1·5 (160 „ „)
29	M. J.-né Arteriosclerosis	B. l. I. 4·0 (150 mm Hg)	1·5 (140 mm Hg) 20 perc séta után 2·2 (120 mm Hg)
19	H. I. Endarteritis obliterans	J. l. I. — II. 1·0 (90 mm Hg) III. 5·8 (110 „ „) B. l. I. 4·5 (90 „ „)	— 0·7 (90 mm Hg) 9·0 (110 „ „) 6·0 (30 „ „)
3	F. K. Endarteritis obliterans	B. l. I. — II — III. — J. l. I. 5·0 (130 mm Hg)	— — — —
4	P. I. Arteriosclerosis	B. l. I. 1·2 (100 mm Hg) II. 3·0 (120 „ „) III. 8·0 (140 „ „) Kezelés után: B. l. I. 3·0 (100 mm Hg) II. 4·0 (90 „ „)	0·5 (80 mm Hg) 1·8 (100 „ „) 10·0 (120 „ „) 4·0 (100 mm Hg) 5·0 (90 „ „)

Jelmagyarázat: J. l. = jobb láb. B. l. = bal láb. I. = boka felett. II. = térd alatt. III. = térd felett.

bebizonyították, hogy a mozgás az oscillatio növekedését idézte elő. Hogy az index mozgással kapcsolatos megnövekedése fájdalommal járt, ez csak úgy érthető, hogy ezeknél a betegeknél a járás nem idézte elő a keringési sebességnek mozgás megkívánta növekedését. Mi a claudicatio ezen két alakjával észlelésünk folyamán nem találkoztunk. Betegeink közül 30-nak volt arterioscleroticus, 2-nek spasticus jellegű, 2-nek arteriitisen alapuló dysbasiája, mint ezt a következő táblázat is mutatja.

vizsgálat eredménye a legtöbb esetben hűen visszatükrözte. Ez megnyilvánult egyrészt az index megkisebbedésében, vagy az oscillatio hiányában, másrészt az oscillometriás görbe pathologicus alakulásában. Rendes körülmények közt a registrálható oscillatiók 18—20 higany cm-nél kezdődnek és 3—4 cm nyomásnál végződnek. Dysbasiás eseteinkben az oscillatiók sokkal alacsonyabb nyomásnál kezdődtek és magasabbnál végződtek, miáltal az oscillatiós görbe rövidebb és laposabb lett.

Az indexet több esetben 0-nak vagy igen kicsinek találtuk. Ha ilyenkor az index meleg fürdő után sem nagyobbodott, akkor organicus elváltozást vettünk fel az érfalban, mint pl. a 2. számú esetben, ahol az index az egyik lábon 1.5, a másik lábon 1.2, meleg fürdő után 1.4, illetőleg 1.2 volt. A praktikusan értékelhető., 0.5-öt kitevő oscillatiók 150 mm-nél kezdődtek és 60 mm-nél végződtek, vagyis a görbe alacsonyabb és rövidebb volt a rendesnél, amit különben a görbe is szemléltet.



3. ábra.

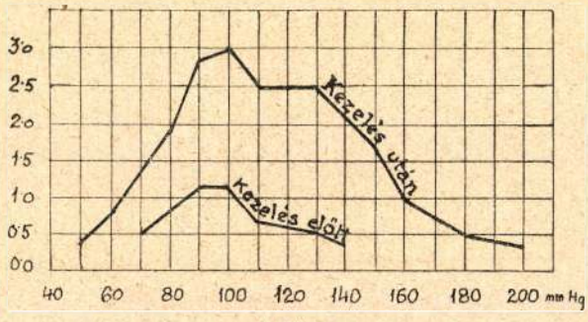
Az is előfordult, hogy az index, mely különben igen alacsony volt, meleg fürdőre megnagyobbodott, de mégsem érte el a normalis magasságot. Ezekben az esetekben organicus érbántalom mellett spasmust is fel kellett tételezni. Ilyen pl. a 15. számú eset. Itt az index a jobb boka felett 0.6, meleg fürdő után 1.2; térd alatt 2.0, fürdő után 2.8 volt, vagyis az index melegre tetemesen növekedett, de nem lett normalis. Olyan eseteink is voltak, ahol az egyik alsó végtagon spasmus, míg a másik végtagon organicus laesio volt. Ilyen a 8. számú eset, ahol az index a jobb boka felett 2.5 volt, meleg fürdő után 5.1-re emelkedett, tehát normalis lett. Ezzel szemben a bal boka felett az indexet, mely fürdő előtt 0.5 volt, fürdő után 0.4-nek találtuk, tehát nem változott. Ennél az esetnél tehát a jobb lábon spasmus volt, míg a bal lábon organicus laesio. Más esetekben a végtag alsó részén organicus, a magasabb segmentumon spasticus bántalmat találtunk, amit az mutatott, hogy az index a végtag magasabb részén meleg fürdőre normalis lett. A 23-ik számú esetben az index a jobb boka felett meleg fürdő előtt 2.2 volt, fürdő után 0.7-re csökkent. Ezzel szemben az index térd alatt 2.8-ról 6.0-ra emelkedett, jeléül annak, hogy a betegnél az art. tibialisban organicus laesio volt, melyhez térd alatt spasmus csatlakozott.

II. A spasticus jellegű dysbásiának kétféle alakját ismertük meg eseteinkből. Egyik az volt, melynél organicus laesio és spasticus elváltozás egymás mellett állottak fenn. Ennek jeléképen az indexet valamely végtagon, vagy segmentumon meleg fürdő után is csökkentnek találtuk, míg a másik végtagon vagy a magasabb segmentumon az index melegre normalis lett. Ilyen esetünk több volt.

A spasticus dysbásia másik ú. n. tiszta alakjánál az index fekvő helyzetben normalis, időnkint azonban, továbbá meleg fürdő vagy járás után csökkent volt. Ebbe a csoportba tartozik a 29. sz. eset. Ez egy 49 éves nőbeteg volt, akinek lábfájdalmai járással állottak kapcsolatban. Dacára a jellegzetes anamnesisnek, indexe 4.0, azaz normalis volt. Ekkor járattuk a beteget, egészen addig, amíg a lábában fájdalmat nem jelzett. A fájdalom tetőfokán megismételtük az oscillometriás vizsgálatot. Ekkor kiderült, hogy mégis dysbásiáról van szó, amennyiben az index járásra 2.2-re csökkent. Az indexnek még nagyobb csökkenését észleltük meleg fürdő után, amennyiben az index 1.5-re szállott le. (L. táblázat.)

III. Az endateritis obliteranssal összefüggő dysbásiának két esetét láttuk. Az egyik egy 31 éves tisztviselő volt, kinél a jobb lábon a boka felett oscillatio nem volt, térd alatt az index 1.0, meleg fürdő után 0.7 tett ki, térd felett az index csökkent volt. de theramalis behatásra normalisan változott (5.8 <— 9.) A bal lábon eltérés nem volt (19. sz. eset). Ezek szerint a betegnek a jobb láb arteriájában organicus laesiója volt, melynek felső határa térd fölött volt. Ezen felül egy spasticus zóna következett, melyet meleggel normalisan lehetett befolyásolni. A másik egy 33 éves kereskedelmi alkalmazott volt, kinél a ballábon teljes hosszanti érlaesiót kellett felvenni, minthogy itt mérhető oscillatio nem volt akkor, amikor a jobblábon normalis indexet kaptunk (3. sz. eset). Hogy gangraena ilyen és hasonló esetben nem következik be, az természetesen a collaterialis arteriák és capillárisoknak köszönhető, melyeknek működéséről az oscillometriás methodus nem nyújt felvilágosítást.

Az oscillometriás eljárás nemcsak az ischaemiás zavarok biztos felismerését teszi lehetővé, hanem ezenkívül sok esetben a javulás mértékéről is tájékoztat. Ez pedig igen becsessé teszi ezt az eljárást, mert segítségével a therapiát irányíthatjuk és a prognosist biztos alapra fektethetjük. A rövidség kedvéért csak egy 52 éves férfi esetére (4. sz. eset) hivatkozom, akinek a lába már nyugalomban is türhetetlenül fájt. Ballába két kis ujja cyanoticus és hüvös volt. Az oscillometriás vizsgálat azt mutatta, hogy az index a boka felett 1.2, térd alatt 3.0, térd fölött 8.0 volt. Meleg fürdőre az index 0.5-re, térd alatt 1.8-ra csökkent, míg térd felett 8-ról 10-re ment fel. Tehát az index térdtől lefelé kifejezetten csökkent és melegre még kisebb lett. Ebből organicus bántalomra következtettünk. Görbéje a következő volt.



4. ábra.

Mint látjuk, a görbe 140 mm-nél kezdődött és 70 mm-nél végződött, vagyis rövid és lapos volt. Kezelés után, mely 35 — 10-%os NaC.-oldat i. v. injectiójából állott, állapota a következőképen változott. (4. sz. eset.)

Az index boka felett kezelés után 3, vagyis majdnem normalis lett, míg térd alatt 4, azaz normalis volt. Ezenkívül normalis lett a thermalis reactio is, amennyiben az index meleg fürdőre 3-ról 4-re emelkedett s az oscillometriás görbe is, mert két végpontja 200 és 50 mm közé esett. Az index növekedése azonban nem mindig halad parallel a subjectiv panaszok és a járóképesség javulásával. Sokszor az index alig nagyobbodik akkor, amikor a fájdalom enyhül és a munkaképesség szembetünően fokozódik. Ez olyan fogyatékossága a methodusnak, mely a műszer tökéletesítésére kell hogy ösztönözzön.

Összefoglalva a következőket mondhatjuk: A Pachon-oscillometerrel 34 dysbásiás betegen végeztünk mérése-

ket. A betegek közül 30-nak volt arterioscleroticus, 2-nek spasticus jellegű, 2-nek endarteriitis obliteranson alapuló dysbasiája. A műszer jó szolgálatot tett részben a dysbasia felismerésénél, részben súlyosságának megállapítása, továbbá a kezelés eredményének ellenőrzése tekintetében, ami a műszernek nagy fontosságot kölcsönöz az érdiagnostica terén. Fontos továbbá az is, hogy a műszer segítségével pontos localisatiós és magassági dyagnosist állíthatunk fel, aminek a végtagsebészetben van nagy jelentősége. Nagy előnye a methodusnak az, hogy a műszer segítségével az ér thermicus és dynamicus reactióját is mérhetjük, ami az érfunctio vizsgálatát oly időben is lehetségessé teszi, amikor a betegnek panaszai alig vannak. Ennek pedig az érbetegségek prophylaxisa tekintetében lehet igen nagy jelentősége.

Irodalom. 1. *Benczur:* D. m. W. 1910. 22. sz. — 2. *Rusznyák—Gönczy:* Kl. W. 1924. 40. sz. — 3. *Heitz:* Arch. mal. Coeur, 1916. — 4. *Déjerine:* Rev. neur. 8. sz. 341. oldal. — 5. *A. et L. van Bogaert:* Press. Méd. 1929., 75. sz.

Az Országos Társadalombiztosító Intézet (főorvos-igazgató: Barla Szabó József dr. egyet. m. tanár., m. kir. e. ü. főtanácsos) közleménye.

Adatok a foglalkozási szembetegségekhez.*

Irta: *Petres József* dr., II. sz. szemészeti rendelés vezetője.

Tudjuk, hogy a foglalkozási szemártalmak kérdése nem új keletű, hisz már *Paracelzus,* de később *Barnadino Ramozzini* is tesznek említést olyan szembajról, aminek a keletkezését a betegek foglalkozásával hozták összefüggésbe. A következőkben az Orsz. T. B. Intézet második számú szemészeti rendelésének 1929-ből származó érdekesebb, ilyen irányú észleléseit leszek bátor néhány szóban megemlíteni.

Figyelemreméltó körülmény, hogy, noha nem vagyunk nagy ipari állam, ennek dacára napról-napra több az olyan megbetegedések száma, ahol az okot a beteg foglalkozásával járó káros anyagokban vagy a munkával járó mellékkürölményekben találjuk meg. Azt mondhatjuk, hogy a foglalkozási szemártalmat előidéző ok két csoportra osztható.

Az elsőbe sorolhatjuk azokat a feldolgozásra szánt ipari anyagokat, amelyek minden körülmények között károsak a szemre, ha a munkás hosszabb ideig dolgozik vagy foglalkozik ilyen anyagok feldolgozásával. Ilyenek pl. az állati és növényi mérgek, a fémek közül az ólom, a higany, az arsen, stb., az organikus vegyületek közül a petróleum, a benzin, a kátrány, az acetylen-gáz, a chloraceton, stb., az organikus savak közül a hangya-, az ecetsav, a párolgó-zsírsav, stb., az aromaticus anyagok közül a bensol, a pikrinsav, a nitrobensol, az anilin, stb., a terpentin-félék közül a terpentinolajat érdemes említeni. Ez természetesen nem öleli fel az ipari megbetegedések teljes forrását, hisz még igen sok anyag van, ami ártalmas lehet a szemre, csupán a gyakrabban előfordulókból soroltam fel néhányat.

A második csoportot képező ok nem a feldolgozásra szánt anyagokhoz kötött, hanem a foglalkozási szemártalom forrása a környezet. Ez elsősorban az üzem- és műhelyhelységek hygienikus viszonyaira vonatkozik. Sajnos ezen a téren hazánkban igen kedvezőtlen a helyzet, ha tekintetbe vesszük, hogy a nyugati és amerikai nagy ipari üzemek egészségügyi szempontból mennyire tökéletesek.

A műhely levegője, annak tökéletlen ventillatiója az így felszaporodó gőz és gáz, az átmenet nélküli meleg és hideg váltakozása, a szűk helységekbeni összezsufoltsággal járó különféle infectiók lehetősége, mind-mind elősegítik a foglalkozási szemártalmak keletkezését.

A foglalkozási szemártalmak között a por által okozott különféle bántalmak igen tekintélyes helyet foglalnak el. Az ipari por, vagy a feldolgozásra szánt anyagból kerül ki, vagy a tisztátalan műhelyekben lerakódott kevert port a gépek okozta légáramlat kavarja fel. A portól származó szemártalom különféle lehet. Ha az ipari por nem fertőzött, akkor csak mechanikus izgalmat vált ki, a huzamosabb ideig ilyen levegőben dolgozók szemén. Azonban a tiszta porártalom ritkább, mint az, amikor különféle ipari melléktermékekkel keveredik az üzemi por. Az ilyen por a szemre már chemiai úton is ártalmat jelenthet.

A porártalom hatásfoka tekintetében más és más aszerint, hogy mennyire telített a levegő, amiben a munkások tartózkodnak, de különbséget jelent az is, hogy mennyi ideig van kitéve a szem a por káros hatásának.

Ha azt is mondtuk, hogy ritkán beszélhetünk tisztán egyféle porféleségtől származó szemártalomról, ennek dacára a különféle ipari foglalkozások szerint mindig más porféleség jut túlsúlyra a műhely levegőjében. Ha ilyen szempontból nézünk egy pár foglalkozási ágat, úgy azt látjuk, hogy pld. a reszelőkészítő, a köszörűs, a rézés bronzműves, az eszközkovács, a nyomdász, a lakatos, az esztergályos, stb. többnyire a foglalkozása közben keletkező *fémpor;* a porcellánmunkás, a kőfaragó, a kőmíves, a szerelő, a bányász, az épületmunkás, a chemiai gyárak munkásai *ásványi por;* a pék, a molnár, a cukrász, a dohánygyári munkás, a takács, a gazdasági mezőmunkás, stb. *növényi por;* a szűcs, a kefekötő, a kalapkészítő a timár, a vágóhídi munkás, stb. *állati por* és végül az utcaseprő, a kohómunkás, a napszámos, a kocsis, stb. *kevert porral* fertőzheti a szemét. Ez a néhány említett foglalkozási ág is azt mutatja, hogy alig van olyan iparág, ahol ne kellene számolnunk a károssá válható üzemi porfejlődéssel.

Az O. T. I. II. számú szemészeti rendelésén 1929-ben 15.175 új beteg volt, akik közül 2630 volt az olyan kötőhártyagyulladásos, akinek a foglalkozása megerősíti azt a feltevésünket, hogy a kötőhártyahurutja szoros összefüggésben van a műhelyi és üzemi viszonyokkal. Ez a szám az újonan jelentkezettek 16.8%-a. Ez a százalék nagyobb értéket képvisel, ha tekintetbe vesszük, hogy a fenti létszámból 9948 beteg látáspanasza miatt kereste fel a rendelésünket. Ilyen számítás szerint 5227 beteg között 2630 volt a különféle alakú és fokú kötőhártyahurutos, ez pedig 50.3%-nak felel meg.

Az ismeretes, hogy a kötőhártyahurut következményeiben nem tartozik a súlyosabb kimenetelű szemártalmak közé, de a velejáró kellemetlen subjectiv tünetek miatt a munkás, ha átmenetileg is, de keresőképtelenné válik. Ha a rendelésünkön 1929-ben munkaképtelenség miatt kezelésünkben részesült és nyilvántartott 424 beteget nézzük ilyen szempontból, úgy azt találjuk, hogy ezek között 115-nek volt olyan a baja, akiknél elfogadható a foglalkozási porártalom. Ez már csak 27.12%. Igy is elég jelentős azoknak a száma, akik a munkahelységek ahygienikus viszonyai és az egyéni védekezés módjának nem tudása miatt, ismétlem, ha átmenetileg is, de keresőképtelenekké váltak.

Az üzemi porfejlődéstől keletkező kötőhártyahurut más- és másképen játszódik le aszerint, hogy milyen fokú volt a fertőzés. Ha a por a mechanikus izgalmon kívül más, esetleg bacterialis fertőzést nem okozott, az ilyen ritkább esetben, már a munkahely pár napi elhagyása után is megnyugszik a szem és hamarosan gyógyulhat, jeléül

* Előadta a Magyar Szemészorvos Társaság 1930. évi XXII. tudományos nagygyülésén.

annak, hogy bajnak csupán a portól származó állandó izgalom volt az oka.

Ha azonban a por mechanicus izgalmon kívül, amint említettem, chemiai és bacteriumos ártalmat is közvetít, úgy hosszas és makacs kötőhártya bántalomnak válhatik okozójává.

Megfigyelésünk is igazolja azt a tapasztalatot, hogy a sűtőiparosok között igen gyakori a szemhéjszéli elváltozásokkal kevert acut hurut. A pék, a lisztmunkás, a molnár állandóan lisztporos levegőben dolgozik. A könnyel keveredő liszt csirizszerű anyaggá válik, ami eldugaszolja a szemhéj izzadság és faggyúmirígyeinek kivezető csövecskéit. Talán ezzel magyarázható meg a fentemlítetteknél észlelt gyakori szemhéjszéli megvastagodás, a hordeolum, chalazeon, de néha a fekélyképződés is.

Az olyan foglalkozás, ahol az üzemi por állandó izgalomban tartja a szemet, a fertőző szembajok statisztikájában is nagyobb számmal szerepel. Az ilyen esetekben az ipari porártalom praedisponáló momentum lehet, mintegy előkészíti, alkalmassá teszi a kötőhártyát a fertőzésre. Itt első helyen említem a szűcsmunkásokat, akik között igen sok az állati eredetű szőröktől származó chronicus hurut. A hurutjuknak a kiujulása vagy súlyosbodása pontosan összeesik munkájuk szezonjának a kezdetével, amit maguk a betegek is tudnak.

Nem tudom, hogy csupán a véletlen körülmények összejátszása az ok vagy szintén a munkájukkal járó és említett állandó szemizgalom az okozója, hogy a rendelésünkön kezelt szücsmunkások között aránylag több volt a trachoma klinikai kórképével teljesen azonos kórfolyamatosok száma is. Az bizonyos, hogy ezeknél is az elsődleges az állati szőröktől keletkezett conjunctivitis. Azonban, hogy ezeknél milyen módon fokozódik a baj és milyen más mellékkörülmények játszanak közre, hogy későbben némelyiknek a baját, a mai tudásunk szerint, a trachomások közé kell sorolnunk, arra nehéz volna határozott feleletet adni.

A fentieknél súlyosabb, amikor a szaruhártyát éri az ipari porártalom. Különösen a fémpor fejlődéssel járó foglalkozásúak között gyakori a szaruhártya felszinét borító, szétszórt, apró forradások száma, amit pld. köszörülés közben a szaruhártyának csapódó fémszemcsék okoznak. Erre vonatkozóan *Samoljloff* közöl igen értékes adatokat, aki a fémporral foglalkozók 20%-nál talált szaruhártyabeli forradásokat, sőt friss fekélyeket is. Ehhez hasonló elváltozásokat találunk az üveggyári munkások és kőfaragók között is.

Felemlítésre azonban annál érdemesebb szaruhártyaelváltozást figyelhettünk meg, ami az alábbi ok miatt és módon keletkezhetett. A beteg évekig dolgozott matráctöméshez használt tengeri fűvel. Igen szűk, zárt helységben végezte ennek az igen poros száraz anyagnak tisztítását, a mi nála állandó szemgyulladást okozott. Pár év után azonban a látása is romlani kezdett. Amikor felkereste rendelésünket, már mindkét szarúhártyáján avascularis jellegű, felszínes forradások voltak. Minden irányban elvégeztettük az ok felderítését célzó vizsgálatokat, de ez negativ eredménnyel járt. Ez és a kórkép szokatlansága, a primaer degenerativ folyamat, valamint az, hogy, amióta a beteg nem dolgozik az említett ártalmas porral telített levegőben, állapota javul, csak megerősíti fenti feltevésünket.

A fentiekben már röviden rámutattam azokra az okokra, amiknek a foglalkozási porártalom aránylag gyakori előfordulásában jelentős szerepük van. Nem lenne azonban teljes ez a kép, ha nem soroznók ide az *egyéni védekezés hiányát* is. Az errevonatkozó kérdezősködéseink is arról győztek meg, hogy igen kevés az olyan munkás, aki az ipari porfejlődés káros hatására gondol. Különösen a pornak a szemre való ártalmasságát csak olyan esetben figyelik meg, amikor a por valamilyen melléktermékkel, pld. füsttel, elégett olaj- és benzinszármazékkal is keveredik, ami a munkásnak subjective is kellemetlen csípő vagy égető érzést okoz. Ezzel a részben tudatlansággal, részben nemtörődömséggel magyarázható az, hogy igen kevés azoknak a száma, akik különös gondot fordítanak a por szemtől való távoltartására. Ha az ipari porfejlődés miatt keletkezett szemártalom átmenetileg is csökkenti, néha teljesen megszünteti az egyén munkateljesítő képességét, akkor úgy a köz, mint az azt alkotó dolgozók hasznát célozza minden olyan gondolat és tanács, ami elsősorban a szakemberek tudásából fakad és a lehetőség határain belül a foglalkozási szemártalmak csökkentését vagy megszüntetését célozza.

Az első és könnyebben keresztülvihető védekezés a felvilágosítás, az egészségügyi oktatás volna, ami az ipari porártalom lehetőségeire, következményeire és az ellene teendők módozataira vonatkoznék.

A védekezés második és nehezebben megoldható része az üzemi és műhelyi egészségügyi viszonyok megjavítása lenne. *Práger* és *Vlasits* adataiból tudjuk, hogy hazánkban igen elhanyagolt ez a kérdés. Ha lehetnek műhelyek és üzemek, ahol évekig nem meszelnek és az ipari hulladékok nagyrésze szintén évekig heverhet a műhely egyik sarkában, akkor elképzelhető, hogy az ilyen irányú magasabb követelményeket még kevésbbé tartják szem előtt az arra illetékesek.

A másik dolog a grafikai iparban észlelt chronicus ólommérgezések néhány esete. *Teleky* szerint az összes ilyen eredetű megbetegedések között 95%-os magas számmal szerepel. A mi viszonyaink is hasonló arányszámot mutatnak. A foglalkozási megbetegedések balesetkénti kártalanításával és a kötelező bejelentésével az 1928 január 1-én életbe lépett Lex Vass I. foglalkozik. A törvény érvényességének első évében összesen 44 igénybejelentésről szerzett tudomást a Társadalombiztosító Intézet illetékes osztálya. Ezek közül 36 ólommérgezésről vagy annak gyanujáról szólott. A 36 ólommérgezés gyanuja miatt vizsgált beteg között 24 volt a nyomdai munkás.

Ezek az adatok is azt demonstrálják, hogy nálunk az ólomártalom miatt, foglalkozásukkal összefüggően, legnagyobb százalékban a grafikai munkások betegednek meg. Ez szokatlan és a külföldi ilyen irányú statisztikai adatokkal nem egyező. Az amerikai és angliai kimutatásokban az accumulatorkészítők között, Németországban *Heymann—Kaup* szerint, az ólomfestékgyárak munkásai, azonkívül a festők és mázolók között van legtöbb ólommérgezéses megbetegedés.

Tudjuk, hogy az ólom a szervezetbe különféle módon és utakon kerülhet, de ma már többnyire elfogadott tény, hogy a főveszedelem az ólomanyagok *elporlódásában* van. A mérgezés tehát az ólomporral történik, ami vagy rárakódik a kézre és étkezés közben lenyeléssel jut a szervezetbe vagy a műhely levegőjéből belégzés útján fejti ki káros hatását. A többi felszívódási lehetőség igen kis mértékben játszik szerepet. Ha tehát a fertőzés lehetősége a különféle ólomanyagok porlódásával van összefüggésben, akkor itt is ipari porártalomról beszélhetünk, de itt a szemre vonatkozó hatás közvetett, távoli.

Ismeretes, hogy a chronicus ólommérgezés a szemen igen változatos formában jelentkezhetik és a szerzők által közölt esetek semmiféle rendszerességet nem mutatnak.

Felesleges hangsúlyoznom, hogy a chronicus ólommérgezés gyanuja miatt vizsgált betegek látáspanaszainak elbírálásakor a legnagyobb óvatosságra és körültekintésre van szükségünk. A betegek tudják, hogy a

positiv ólomártalom esetében, ha az foglalkozásukkal összefügg, bizonyos kártérítési összegre tarthatnak igényt. Ezért igen sokszor túlozzák a bajukat.

Az általam megvizsgált 18 beteg legtöbbjének, ha volt is valamilyen szembeli elváltozása, de minden más ok kizárása után csupán 4-nél lehetett az ólomártalmat, mint okot elfogadni.

Az első beteg, D. J. 36 é. nyomdai segédmunkás, aki 18 éve dolgozik nyomdában. A beteg előadta, hogy évek óta romlik egyik szemén a látása, de amióta emlékszik, mindig gyenge volt a szeme és két év óta közelre nézéskor kancsalít.

A beteg, mint segédmunkás kevésbé lehetett kitéve az ólomártalomnak, de, tekintve a fenti elég hosszú időt, amióta nyomdahelyiségben dolgozik, mégis meg volt a lehetőség a chronicus ólomártalom lassú kifejlődésére.

A beteg általános állapota a következő: halvány, vérszegény egyén, akinek erős tremora és megismétlődő ólomkólikája van. Makacs székrekedése hasmenéssel váltakozik, feje állandóan fáj. Visusa: bsz: k. m. l. jsz.: 8/o—4.50 D.= 50/o. A betegnek kétoldali abducens bénulása van; a vérvizsgálat negativ eredménye, úgyszintén a többi lehetőségi okok kizárására és a fenti általános állapota elfogadhatóvá teszik a musculus externusok ólommérgezéstől származó bénulását. A beteg myopiáját és a balszemen lévő cat. zonulárisát már nehéz volna az ólom káros hatásával megmagyarázni.

A második beteg U. N. 44 é. kézi betűszedő, aki 32 éve foglalkozik ezzel a szakmával. A beteg előadja, hogy egy és fél év óta az alább elmondandó általános panaszain kívül, szeme a fényt egyáltalán nem tudja elviselni. Az állandó könnyezés és fénykerülés miatt képtelen dolgozni. A visusa: jsz.: 25/o és bsz.: 15/o. Mindkét szemén 1 D-nyi myopia, de üveg nem javítja a látását. Igen kifejezett photophobiája és könnyezése van. állandóan chronicus hurut és ciliaris belöveltség látható mindkét szemén, ami egy év óta tartó kezelés dacára is változatlan. A bal cornea hámja időnkint szurkált. A pupilla fényre, alkalmazkodásra jól reagál, törőközegek tiszták, szemfenék ép. Ugy a tárgy, mint a színes látótér 15°-os concentricus szűkületet mutat. Sárga és zöld centralis relativ szinskotomát is találtam a betegnél. Tekintettel arra, hogy 32 éve kézi betűszedő, dohányzik is, az ólomfertőzés lehetősége erős. Általános állapota ezt igazolja is. Tremora van, a szorító erő csökkenésével. Fogai rosszak, foghúsa gyulladt, vérző, gyakran megismétlődő ólomkolika és fejfájás kínozza. Vérvizsgálat luesre negativ, vörös vérsejtje 5.300.000, fehér vérsejtszáma 5600; vérfesték 94%. Festett vér képében egy-egy *basophil punctatiós* vörös vérsejt, vérnyomás 120 Hgm.

A chronicus ólommérgezések vérképének a vizsgálata, amit többen végeztek *(Moritz, Silbert, Ottó* és *Zinn)*, azt mutatja, hogy a vér alakelemei megváltoznak. A vörös vérsejtek megfogyásán és a fehér vérsejtek számának megnövekedésén kívül a legfontosabbnak a vérsejtek basophil punctatióját tartják. Amint láttuk, a beteg általános állapotán kívül a vérkép is arra mutat, hogy általános *saturnismussal* állunk szemben. A szem állapota azonban nem mutat az ólommérgezésre nagyon jellemző elváltozást. Az igaz, hogy *Hessberg* szerint, amint említettem, a chronicus ólommérgezés éppen a szemen a legváltozatosabb formában nyilvánulhat meg. Ebben az esetben is a relativ szinskotoma, a kisfokú concentricus látótér-szükület és a ciliaris belöveltség az első pillanatra nem hozható összefüggésbe sem egymással, sem a saturnismussal. Azonban, ha tekintetbe vesszük, hogy az ólom általános sejtméreg, mely a szervezet szövetrendszerének bármelyikét megtámadja és hogy a szervezetbe jutott ólom milyen makacs organodepositor, úgy a fenti általános ólommérgezéstől nehezen lehet elválasztani és más okra visszavezetni a szem állapotát. A gyenge látást az ólomnak éppen az idegszövetekkel szembeni affinitásával magyarázhatjuk, ami itt *neuritis retrobulbaris* klinikai kórképében nyilvánul meg. A szem állandó izgalmát pedig a szövetelemekben lerakódott ólom jelenléte magyarázná meg, hisz *Vámossy* szerint „a mérgezett individualitásától függ, hogy egyik-másik esetben mely szernek vagy szövetrendszernek bántalma lesz súlyosabb és praevaleáló a klinikai kórképben".

A következőkben olyan beteget említek, akinek sem az általános állapota, sem a szembeli elváltozása nem nevezhető súlyosnak. A beteg Ch. Gy. 44 éves és 16 éve szedő. Teljes foghiány, erős tremor, cikázó fájdalmak a felső karban. A látása jsz. és bsz.: 10/o — 1.50 D. — cyl. 0.50 D. tng. 90° = 50/o anisokoriája és renyhe fényreactiójú pupillája van. Lues: negativ, szemfenék ép, látóterek szabadok. *Neiding* és *Feldmann* 310 nyomdai munkást vizsgáltak, akik közül 27-nek volt anisokoriája és renyhe fényreactiójú pupillája. Ők a fenti jelenség okát a mag körüli állomány vascularis laesiójában látták. *Janovski* és *Fitz* ugyanezt a sympathicus féloldali bénulásának tartják, amit az ólom okozna. Szerintük azért szűkül annyira össze a pupilla, mert a sphincter hatása túlsúlyra jut.

Végül a következő és utolsó beteg azért érdemes említésre, mert aránylag igen kisfokú objectiv szemelváltozás dacára látása mindkét szemén fokozatosan romlik. A beteg W. Gy. 46 éves és 18 éve kéziszedő, aki előadta, hogy 1929 áprilisában jobb lábában tűrhetetlen cikázó fájdalmak jelentkeztek, ami miatt felkereste a III. sz. belklinikát, ahol chronicus ólommérgezést találtak nála. Közben romlani kezdett a látása és emiatt átküldték a II. sz. szemklinikára. Ott 1929. XI. 16-án a következőket állapították meg e beteg szemén. Visusa: jsz.: 40/o, bsz.: 50/o = ü. n. j. Mindkét szemfeneken a macula-táj enyhén elmosódott, macularis reflex nincs, hanem finoman pigmentziláltság. Bal szemen a papillától temporalisan és kissé lefelé ¼ papillányi sárgás terület Diag.: pigmentrarificatio in reg. mac. lut. ou. A baj előrehaladásának megfigyelésére berendelték és XII. 16-án a beteg szemének állapota ugyanaz volt.

A beteget a saturnismusa miatt azóta is kezelik, de állapotában javulás nem állott be. Rendelésünket amiatt kereste fel, hogy látása állandóan romlik és olvasni is nehezen tud már.

A mi vizsgálatunk eredménye is teljesen ugyanaz, amit már előbb említettem, azzal a különbséggel, hogy a visusa most: jsz.: 15/o, bsz. 25/o, ü. n. j. tehát lényegesen rosszabb. Mindkét pupillája gombostűfejnyire szűkült, fényre renyhén reagál. Látótere tárgyra és színre is normalis, centralis színérzése jó. A szervezetbeli jelen statusa elég súlyos, a szorító erő csökkent, felsőfogakon kifejezett ólomszegély, az alsók kihullottak. Gyakori ólomkolikája és tremora van. A vérképben basophil punctatio. Ehhez tartozik annak a megemlítése, hogy a saturnismusán kívül semmiféle kóros eltérést nem találtak a beteg szervezetében. Tehát olyan eset, ahol a súlyos saturnismus mellett, amint említettem , aránylag enyhe szembeli objectiv elváltozás dacára egy év óta fokozatosan romlik a beteg látása. A pupilla állapotát ebben az esetben is a sympathicus bénulásával hozhatjuk összefüggésbe. A szemfenéki elváltozás nem jellemző az ólomártalomra, de *Uthoff* szerint, bár ritkán, de előfordul a macula tájékának finom foltos, degenerativ megbetegedése is. Láttuk, hogy a beteg általános állapota évek óta fennálló ólomtoxicosis,

tehát itt sem lehet elválasztani a látásromlást az ólomártalomtól. Csupán az a kérdéses, hogy ebből mennyi írható a szemfenéki elváltozás rovására és mennyi az esetleges centralis magkörüli idegállomány bántalmára.

Az elsorolt esetek is azt demonstrálják, ami már ismeretes, hogy az ólommérgezéstől származó szemtünetek igen változatos kórképet mutatnak. Tudjuk, hogy az esetleg fellépő látásromlás lehet az opticus perifericus idegelemeinek közvetlen ártalma, de a cerebralis idegállomány kóros elváltozása is tekintetbe jöhet. Hosszas volna azonban felsorolni azokat a részben bénulásos, részben toxicus tüneteket, amelyek bár nem okoznak látásromlást, de sokszor maradandó következményekkel járnak.

Tudom, hogy az ipari megbetegedések nagy complexumának csak egy kis részletkérdése, amiről megemlékeztem, de ezzel is rá akartam mutatni azokra a nehézségekre, amivel szembetalálja magát a szakember, ha hasonló esetekben döntenie kell afelől, hogy vajjon a kérdéses szembeli elváltozás milyen összefüggésben van a beteg foglalkozásával.

Irodalom. *W. Uhthoff:* Graefe—Saemisch XI. 2. a. — *Vámossy dr.:* Gyógyszertan 238. old. — *Práger dr.:* Ipari mérgezések. — *Koelsch und Ilzhöfer:* Münch. Med. Wschr. 1925., 1466. — *Samojloff:* Klin. Monatsbl. Augenhlk. 77., 523. — *Topolanski:* Graefes Archiv. 41, 198. — *Hessberg:* Ref. Zb. Augenheilk. 48. 298. (1922.); Ref. Zb. Augenheilk. 61., 141. (1927.) — *Guillery:* Archiv f. Augenheilk. 58. 77. (1907.) — *Lottrup—Andersen:* Ref.: Zbl. 18, 511. (1927.) — *Steindorff:* Klin. Mbl. Augenheilk. 1927. 551. — *Walther:* Augenheilk. 42.

RÖVID KÖZLÉSEK A TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSI GYAKORLATBÓL.

A Budapesti Törvényszéki Orvostani Intézet közleménye.

A gerincagy gliosarcomája.

Kórház belgyógyászati osztályának második emeletéről öngyilkosság szándékával leugrott férfi holttestének boncolásakor a gerincagy alsó részén daganatot találtunk. A kórházi diagnosis tabes dorsalis. A kórházi kórtörténet szerint az elhalt mindig egészséges volt, 1918-ban syphilist szerzett, amelyet befecskendezésekkel és bedörzsölésekkel gyógyítottak. 1926 óta lábszáraiban mindkét combjában és gerincében heves fájdalmai vannak, járása bizonytalan volt. Több ízben hányással kapcsolatos heves gyomorfájdalmai voltak. Felvették 1927 XI. 27-én. Ekkor megállapították, hogy a pupillák kerekek, egyenlők, közép tágak, fényre, alkalmazkodásra jól reagálnak. Patella reflex hiányzik, Babinszky positiv, Romberg + WAR. +++. Vérbaj ellenes gyógykezelés dacára 1927 XII. 2-án WAR. változatlan. Eleinte a gastricus crisiseket morphium enyhítette, később a fájdalmakat alig csökkentette. A kórházi kezelés 1928 VII. 27-ig tartott, amikor a beteg a lépcsőházban leugrott és pár óra mulva meghalt.

A halott boncolása, mint halál okot koponyatörést és agyrázkódást állapított meg. Egyébként a szervezet eléggé épnek látszott, nevezetesen vérbajnak betudható változások nem voltak feltalálhatók. A gerinccsatornában, annak a XI. háticsigolyától a II. ágyéki csigolyáig terjedő részében a gerincvelő duzzanatot képez. Burkai erősebben tapadnak s rajtuk régebbi szervülő és friss vérzések voltak feltalálhatók. A burkokat lefejtve előtünik a daganat, melynek teljes hossza kilenc cm., kezdetétől 4 cm. távolságig fokozatosan vastagodik, úgy hogy ezen a helyen már 9 cm. a körfogata s egy szabálytalan orsó vagy inkább körte idomot képez. A háti részen egyenetlen hepe-hupás és itt a viszér négy mm-nyire tágult, erősen kanyargós lefutású. A daganat teljes vastagságának kezdetén a háti felszínen a középvonalban 20 filléres nagyságú, sötét vérzéses, nagyjában köralakú területen a gerincvelő állománya besüppedt. Ennek a területnek a két oldalán, tehát a gerincvelő jobb és baloldalának megfelelő helyen az idegtörzsek gyökereinek kilépési helye közt ugyancsak kisebb-nagyobb, szétesett vérzéses területek találhatók. A gerincagy tapintata általában tömött, csak a vérzéses helyeken puhább. Ahol a fokozatos duzzanat a daganatba átmegy, ott szabad szemmel láthatóan elkülönül a daganatos rész az épnek látszó szövettől barnás-vöröses rózsaszínű, helyenként sötét vörös rajzolattal. A daganat előtti fokozatosan duzzadó részen a szürke és fehér állomány jól felismerhető, egészben véve azonban nagyobb tömegű.

A metszlap barnás-rózsaszínű, teljesen egynemű, szivacsos állományúnak látszik. A daganatból paraffinos eljárással metszetek készültek s ezek vizsgálatából kitűnik, hogy a készítményben számos apró kerek plasmaszegény sejt van. Helyenként a sejtek gyérebbek, nagyobbak, csillagszerűen elágozódó rövid rostokkal bírnak. A rostok meglehetősen vaskos kötegeket képeznek, melyek között kisebb-nagyobb üregek találhatók. Másutt pedig olyan területek vannak, melyek állománya a sejtekkel egyetemben szétesett és a sejttörmelékek közt sűrűn vörös vérsejtek találhatók fel. Ilyen vérzéses területek igen sűrűn fordulnak elő, s egyik másikát sejtdús szegély veszi körül. Kevés kivétellel az egész készítményben mindenütt erősen tágult újonnan képződött erek találhatók, melyek némelyikének fala a vérzéses területen a környező szövetekkel összefolyik s azoktól el nem különíthető. Általában a sejtmagok különböző nagyságúak, túlnyomóan orsó alakúak. A köteges rostok között helyenként rozsdabarna pontszerű képletek találhatók, melyek minden valószínűség szerint elhalt, degenerált idegrostok.

A górcsövi készítményben találtak alapján a daganat kifejezetten gliosarcomának tartható. Ezen leletünket az ideg kórtani klinika is megerősíti.



Említésre érdemes az is, hogy a klinikai leletben a WAR. erősen positiv, míg a boncolás alkalmával luesre utaló elváltozásokat feltalálni nem sikerült.

Maga a daganat nyomása foytán megmagyarázza azt a morphiummal nem csillapítható fájdalmat, mely a halálos kimenetű öngyilkossághoz vezetett.

Simon László dr., tanársegéd.

Makacs öngyilkosok.

A szándékuk mellett konokul megmaradó öngyilkosoknak nem mindennapos példáját szolgáltatta A. B. hajadan. Múlt ev februárjában a háztartásban használatos marólúgnak töményoldatával megmérgezte magát. Hosszas gyógykezelés után sikerült őt az élet számára megtartani. A súlyos — lúdtoll számára is nehezen átjárható

— heges nyelőcső szűkület kapcsán beállott táplálkozási zavarok leküzdésére gyomorsipolyt készítettek. Az elhalt tápláltsága, erőbeli állapota a gyomorsipolyon keresztül történő táplálkozás útján kielégítőnek mutatkozott. Az öngyilkossági kísérlet elkövetése után hét hónappal, tehát múlt év szeptemberében lakásán ismeretlen méreggel megmérgezte magát. A boncvizsgálat alapján bódító méreggel történő mérgezésre gondoltunk. A vegyvizsgálat az elhalt holttestében morphiumot, ezenkívül narkotint, szóval ópiumbasisokat talált. Az ópiumnak a szervezetbe való bejuttatása a táplálkozás céljait szolgáló műtéti gyomorsípolyon keresztül történt.

Mérgező anyagok halmozása.

Érdekes, hogy az öngyilkosjelölt hosszú időn keresztül apránként a különféle gyógyszereknek, illetőleg mérgeknek milyen mennyiségét képes összegyűjteni. Erre C. D.-né öngyilkossági esete szolgáltatott példát.Múlt év szeptemberében lakásán holtan találták. A boncvizsgálat adatai, nevezetesen a lágy agyburkok bővérűsége, a tüdőkben jelenlévő vérsülyedés, a húgyhólyag telt volta bódítómérgezésre engedtek következtetni. A vegyi vizsgálat a hullarészekben nagyobb mennyiségű barbitursavat, bomlatlan bromuralt és a vizeletben igen sok bromot talált. A helyszíni vizsgálatok alkalmával az elhalt kézi táskájában a következő anyagokat találták: 17 porcaps. és papirzacskóban Veronal 20 porcaps. Bromural; 3 porcaps. Luminal; 3 porcaps. Luminal-antipyrin coff.-citr.; 7 porcaps. Antipyrin coff.-citr.; 7 porcaps Adalin; 2 porcaps. Aspyrin; 11 tabl. Sedormid; 1.5 tab. Dicodid; 2 ccm. Insulin. *Pásztor Béla* dr., tanársegéd.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Spondylitis ankylopoetica két testvérnél. *Weil és Allolio.* (Deutsche Med. Woch. 1930. 48. sz.)

Spondylitis ankylopoeticában két fivér betegedett meg. A betegség comb, majd fokozatosan a nyakig felfele terjedő fájdalmakban és gerincoszlop merevségben nyilvánult. A röntgenfelvételeken a csigolyákon kapocsképződés és a ligamenta interspinalia elcsontosodása volt látható. Sem atrophia, sem az izületi felszínek elkeskenyedése nem látszott.

Valószínű, amit már a kórkép leírója, *Bechterew* is említ, hogy a kór keletkezésében az öröklésnek, dispositionak szerepe van. *Kleiner György dr.*

Agyi tünetek coma diabeticumnál. *Kestermann.* (Deutsch. Med. Woch. 1930. 48. sz.)

Obductióra is került betegénél coma diabeticum alatt előbb izomrigiditás, mely az összes végtagokra kiterjedt és passiv mozgatásra nem változott, később baloldali paresis, ugyanezen oldalon gyengült reflexekkel, végül tonicus-clonicus rángások voltak megfgyelhetők. A boncolás ezen tüneteknek semmi agybeli magyarázatát nem tudta megadni.

Kleiner György dr.

Eupaverin. *Wolfes és Kreitmair.* (Deutsch. Med. Woch. 1930. 40. sz.)

Az eupaverin syntheticus készítmény, melynek hatása a papaverinéval azonos, illetve simaizomtónus csökkentő hatása kétszerese a papavernénak, míg mérgező hatása csak a fele. Chemiailag methylendioxybenzyl—methyl—methylendioxy—isochinolin. Klinikai alkalmazása mindazon esetekben helyénvaló, ahol a simaizmok görcsös állapotban vannak (bélhuzam, epevezeték, urogenitalis szervek stb. ilyen elváltozásainál).

Kleiner György dr.

A sphyncter Oddi spasmusa mint az elbúzódó icterusok oka. *Nanu—Muscel* és *Pavel.* (La Presse Medical 1930. 75. sz..)

Két eset kapcsán arra a következtetésre jutnak, hogy sokáig tartó icterusoknál, amelyeknél cholelithiasis, chronicus pancreatitis és pancreasfej carcinoma kizárható, gondolni kell a sphynctergörcs létrehozta icterusra. Görcsoldószerek és duodenalis szondázás a megfelelő therapia szerintük.

Paul dr.

Sebészet.

Az ú. n. „kétszakaszos" léprepedés. *Kment,* Prága. (Ztrbl. f. Chr. 1930. 35.)

Mindkét betegénél a mellkast és hasat ért trauma következtében eszméletlenség, majd hányás és óriási fájdalmak léptek fel, melyeknek punctum maximuma az epigastrium bal oldalán volt. A fájdalmak a bal vállba sugároztak ki. Annak dacára, hogy a hasüregben szabad folyadék nem volt kimutatható, a gyanu lépsérülésre irányult. Nyugodt fektetés után a betegek állapota javult. Egyik betege a 2-ik napon, a másik 10 nap mulva hirtelen collabált; óriási, a bal vállba kisugárzó, fájdalmak mellett deszkakemény volt a has, a beteg hányt. Azonnali műtétkor a vérömleny kitakarítása után a 2 nap mulva rosszul lett beteg lépén egy nagyobb s több kisebb berepedést észlelt a tok egyidejű sérülésével, másik betegénél sérült lépállomány melelt subcapsularis haematomat talált, mely a tokot gyermektenyérnyi területen leválasztotta. A tokon kis repedés volt kimutatható. Exstirpatio után a betegek gyógyultak. A klinikai lefolyás mindkét esetben azonos volt; a műtéti indicatiót adó vérzés váratlanul lépett fel, annak ellenére, hogy az anatomiai lelet különböző volt. Valószínűleg mindkét esetben egy óvatlan mozdulat indította meg a vérzést, egyrészt a véralvadék meglazítása által, másrészt az erősen feszült léptok megrepedését okozva. *Herfarth* 25 ilyen kétszakaszos lépsérülést közölt, más szerzők 17 hasonló esetről számolnak be. A trauma és az operatio ideje néhány óra és 14 nap közt váltakozik. *Engelmann* és *Hitzler* féléves intervallumot is észlelt. *Guszich Aurél dr.*

Nem specificus csontbetegségek. *Walter,* Münster. (Ztrbl. f. Chir. 1930. 35.)

Az epiphysis necrosis, osteochondrosis, osteochondropathia etc. tartoznak ide, melyek *Köhler, Perthes, Schlatter* etc. megbetegedések alatt ismeretesek. A felfogások különbözősége folytán nehéz ezeknek közös nevezőre hozatala, u. i. egyik szerző localis másik viszont csontrendszerbántalomnak tartja. Többnyire az önálló csontosodási maggal bíró csontrészlet megbetegedéséről van szó, melyet porcos-csontos határ választ el a csont testétől. A betegség lényegét képező pathologiai folyamat megállapítását megnehezíti az a körülmény, hogy a kórjelzés csakis kifejlett betegség esetén lehetséges. A mai felfogás a csontszövetnek valószínűleg emboliás alapon támadt asepticus necrosisát veszi fel. Ez alatt nem csiramentes, ú. n. bland embulust kell érteni, hanem idetartoznak azok a necroticus csontgócok, csontinfarctusok is, melyek bacterium tömegeknek a csontba jutásának következményei; azonban csak localisált szövetkárosodást okoznak, anélkül, hogy osteomyelitis. tbc-s vagy luesos elváltozás fejlődnék ki. Éppen ezért tévesztető össze gyakran a *Perthes*-betegség a combcsont felső növekedési vonalában fellépő strepto- vagy staphylococcus okozta elváltozással. *Marchand* által észlelt és *Köhler* betegségnek tartott elváltozás a naviculare tbc.-jének bizonyult microscopiailag. Természetesen ennek a fordítottja is előfordul. Némelyek endarteritis obliterans következményének tartják ezeket a betegségeket, mások viszont pluriglandularis insufficientiával magyarázzák. Valószínűleg a hormonok megváltoztatják a constitutiót, így az egész csontrendszert, melyen azután egy osteochondriticus góc kedvező talajra talál és csak egy másik, localis ártalom ad alkalmat a baj kifejlődésére. A therapiában a conservativ elveket ajánlja: a statika megváltoztatása kötések, eszközök segélyével; kímélés, tehermentesítés, jó táplálkozás quarz, esetleg röntgenbesugárzás. *Guszich Aurél dr.*

Művi hüvelyképzés újabb eljárás szerint. *M. Kirschner* és *G. A. Wagner.* (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 225. köt.)

A művi hüvelyképzés akkor kerül szóba, ha a mütő a hüvely veleszületett hiányával, vagy annak betegség vagy trauma (baleset, nehéz szülés) okozta teljes roncsolásával áll szemben s ez a még fiatal paciens súlyos lelki depressióját okozza. A cél oly hüvelynek képzése, hogy az lehetőleg a normális cohabitatioval egyenértékű közösülést tehessen lehetővé. Az eddig használatos módszerek — melyeknél főleg kimetszett vékony-, vagy vastagbél részletek használtattak fel, s melyek csak ritkán és tökéletlenül sikerültek, bár néhány esetben közösülés és szülés is lehetséges volt — leírása után, szerzők új módszerüket közlik, melyet tökéletesnek tartanak, mindez ideig azonban csak egy esetben alkalmazták. 21 éves nő azzal keresi fel szerzőt, hogy még nem menstruál. A genitalis vizsgálat ép külső nemi szervek mellett a hüvely és méh teljes hiányát deríti fel. Tekintettel arra, hogy a beteg férjhez óhajt menni, a felvilágosítás dacára, hogy a beavatkozás igen súlyos, a műtét elvégzését kívánja. Narkosisban először eltávolítják az introitus helyén levő nyálkahártyát s az ép hyment, majd a húgycsövet és hólyagot a végbéltől élesen leválasztják. Az ily módon nyert úr a lig. latum kettőzetének lemezei közé és oldalfelé tompán tágítható úgy, hogy kb.

12 cm. hosszú és elég széles üreg jön létre. Már a műtét előtt gummiszivacsból phallus alakú hengert vágtak ki, melynek közepébe megerősítésül stetoszkop csövét dugták be s néhány percig kifőzték. A comb belső felszínéről ú. n. „epidermis" gyaluval egy darabból álló *Thiersch*-lebenyt távolítanak el, mely kb. 30 cm. hosszú és 8 cm. széles és ezt az előbb említett prothesisre illesztik oly módon, hogy az ép felület a prothesisre, a sebfelület pedig kifelé kerül. A *Thiersch*-lebenyt a prothesisre 3 vékony catgutfonállal kötik rá s az egészet az előbb képzett üregbe helyezik s 4 selyemöltéssel a bőrszélhez rögzítik. A kiálló stethoszkop csövét ragtapaszcsíkokkal erősítik meg. Állandó katheter behelyezése. 8. nap. a prothesist eltávolítják s a *Thiersch*-lebeny majdnem teljes egészében már megtapadt. Négy további napra a protesist ismét visszahelyezik, majd végleg eltávolítják. Néhány napon át olajba mártott tamponokkal töltik ki éjjelenként a művi hüvelyt s a beteget gyógyultan elbocsájtják. Utókezelés gyanánt a beteg otthon éjszakára megfelelő nagyságú bougiet — melynek bevezetését előzőleg megtanulta — vezet be művi hüvelyébe s azt T pólyával rögzíti. Három hónap mulva megejtett vizsgálatnál a hüvely 8 cm. hosszú, két ujj számára kényelmesen átjárható; a vizsgálat már nem okoz fájdalmat.

Valér Ferenc dr.

Thyroxin-Parathormon therapia postoperativ tetaniánál. *Stocker.* (Wiener Klin. Wochenschr. 1930.)

Parathormon és thyroxin combinalt kezelésével sikerült súlyos tetaniás megbetegedést, amely golyvaműtét után lépett fel, meggyógyítani. Az előbbi rövid idő alatt helyre állitotta a szervezet mész tartalmának zavarát, az utóbbi megszabályozta a hyperphosphatämiát, melyet parathyreoid kivonatokkal elérni nem lehetett. Mindkét készítmény kiegészitő hatásának tudja be az elért eredményt. A tetaniás tünetek hamarosan megszüntek. Ezen eredmény megerősíti a szerzőnek állatkisérleti eredményeit.

Demjanovich dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Apróságok a szülészet köréből. *O. Pankow.* (Zentralbl. f. Gyn. 1930. 29. sz.)

Néhány szülészeti kérdés felöl az irodalomban ellentmondások vannak. Három példát sorol fel. 1. A cervix viselkedése primiparáknál. *Bumm* szerint a nyakcsatorna a szülés megindulásáig teljesen zárt. *Zangemeister* szerint legtöbbször kifejtett egészen a külső méhszájig. *Opitz* a középutat foglalja el. Szerző saját eseteiben a kivételektől eltekintve, Bumm vizsgálatait erősiti meg. 2. A lochia váladék. 704 gyermekágyas megvizsgálásból a következő eredményeket vonja le: normalis szülések után nagyon gyakran még a kilencedik napon is véres a folyás. A 3—11-ik napig tart legtöbbször a húslészerü folyás és a kilencedik napon az eseteknek csak mintegy $\frac{1}{3}$-ában van világos folyás. 3. A placenta praevia kezelése külső fordításával. Stockellel szemben ajánlja a Baum—Zalevszky által ezelött 20 évvel ajánlott eljárását, mely abból áll, hogy különösen olyan esetekben, ahol a Brackston—Hicks-féle lábrafordítás feltételei nincsenek megadva és a fellépö erös vérzés miatt beavatkozásra van szükség, külső müfogással fordítsunk lábra és ezután hozzuk le a lábat. Szerző szerint nagyon sok esetben sikerül, tekintettel arra, hogy az ilyen magzatok többnyire kicsinyek, legtöbbször multiparával van dolgunk, ahol a laza hasfal miatt könnyü a fordítás. 4. A gátvarrást szerző a következő kissé hosszadalmas, de jobb eredményeket adó módon végzi: 3—4 csomós öltést tesz az egyesitendő hüvelybe, majd az igy összehozott dalmas, de jobb eredményeket adó módon végzi: 3—4 csomós öltés után ugyanigy jár el. A hüvely ellátása után a gátat varrja össze. 5. Egy új hajlitott, a végén kis gombbal ellátott kést ajánl császármetszéseknél a fej megsértésének elkerülésére.

Rhemann Ferenc dr.

A húgycső jóindulatú daganatairól fibroma urethrae egy esetével kapcsolatban. *F. Moraller.* (Archiv f. Gyn. 1930. 142. kötet, 1. füzet.)

Betegénél a külső urethrális szájadék felső circumferentiáján mogyorónagyságú tumor fejlödött, melyet operativ úton távolitottak el. 15 év mulva recidiva, mely alkalommal szerző kis tyúktojásnagyságú daganatot talált a clitoris és orificium urethrae externum között. Mivel betege a mütétbe nem egyezett bele, az esett további sorsát egy jövendő közlemény számára tartja fenn.

Az első tumor histologiai lelet szerint sejtdús fibroma, mely az urethra kötöszövetes részéből fejlödött. Szerző hangsúlyozza, hogy a húgycső jóindulatú újképletei is rendkivül ritkák és hogy leggyakrabban fibromákkal és tiszta myomákkal találkozunk. Minden életkorban előfordulhatnak, de leggyakrabban, szinte feltünő gyakorisággal a 30-ik év után. 1900 óta 18 esetet ismer az irodalom. Aetiologiája természetesen époly ismeretlen, mint általában a neoplasmáké. Nagysága mogyorónyitól ökölnyi nagyságig váltakozik. *Porro* esetében gyermekfejnagyságot ért el. Praedilectiós helye a húgycső külső szájadéka. Klinikai tünetei kismérvüek, sohasem oly hevesek, mint papillaris, polyposus angiomák esetében. Gyakran tévesztik össze prolapsussal. Symptomatologiája a vizeletürités megzavarásában, dysuriában, incontinentiában, húgypangásban és a vizeletsugár eltérülésében, illetőleg kettéoszlásában áll. Ehhez társul elég gyakran még nehézség, nyomás, viszketés, égetés érzése a hüvelyben, járáskor fájdalom, közösüléskor akadály. Vaginismust is észleltek. Therapia sebészi, prognosis absolut jó.

Cikkének befejezéseül szerző utólagosan közli, hogy a bevezetőleg tárgyalt beteg a mütétnek váratlanul alávetette magát. Primán gyógyult és a második tumor is benignusnak bizonyult.

Ács Miklós dr.

Szemészet.

A xanthelasmák gyógykezelése Thorium X Degeaval. *Meerhoff.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde 85. kötet.)

A xanthelasma classicus gyógykezelése a mütéti eljárás. Tekintettel azonban arra, hogy föképen nöknél fordul elö, akik pedig főleg cosmeticus célból végeztetik a kezelést, már pedig a mütét után gyakran maradnak vissza hegek és a recidivák keletkezésének lehetösége is fennál, érthető, hogy sokan foglalkoztak a mütét nélküli kezelés kérdésével. Vannak esetek, amidön a daganat olyan kiterjedt, hogy az operatiónak technikai nehézségei is vannak.

Egyes szerzők a rádiumbesugárzásos kezelést ajánlották. Hátránya, hogy drága, alkalmazása kényelmetlen és főleg, hogy a kezelés után gyakran csunya pigmentáltság, angiomák vagy börsorvadások maradnak vissza. Szerző ezért a Thorium X sugárzással való kezeléssel próbálkozott és pedig olyan módon, hogy a besugározandó területre egy kis gaze csikot helyezett és ezt a Thorium vizes oldatának egy cseppjével itatta át. A cseppentést egy ülésben 4—5-ször ismételte. A kezelést addig folytatta, mig a börreactio jelentkezett. Mivel az alpha sugárzás 14 nap alatt practice teljesen megszünik, fontos, hogy a kezelésre mindig egészen friss oldatot használjunk. Szerző igen jó eredményekről számol be, bár elismeri, hogy a recidiváktól ez a kezelési mód sem mentesit, viszont ezen esetben egy újabb besugárzás ismét gyors és biztos gyógyulást eredményez.

Székács dr.

A vér és szövetek közötti nedvkicserélődés jelentősége glaucománál. *W. Wegner.* (Arch. f. Augenheilkunde 1930. 511. oldal.)

A glaucoma egyesek szerint a szemnek localis betegsége, mások szerint részjelensége a szervezet valamilyen általános elváltozásának. Szerző az utóbbi nézethez csatlakozik és foglalkozik *Marx* által bevezetett vizmegterhelési vizsgálatokkal, amelyekkel *Schmidt* a glaucoma simplex csaknem minden esetében azt találta, hogy vizitatás után függetlenül a felvett viz mennyiségétől, a tensio emelkedik, éspedig parallel a vér felhigulásával. Általában a folyadékfelvétel után ½ órával csökkent a vér haemoglobin-tartalma, tehát a plasma felhigult és a tensio emelkedett, 2 óra mulva egy második plasmahigulás és tensioemelkedés volt észlelhető. Szerző ezen vizsgálatokat csak részben tudja megerősiteni, de mindenesetre a vizsgált glaucomás betegek 70%-ában a vizháztartás zavarát találta, ami részben összefüggésben áll a tensio váltakozásával. Hogy e vizforgalmi labilitást a capillárisok endotheljének elváltozása (a szervezetben mindenütt vagy csak a szemben), avagy a vizregulatio centrumának alteráltsága, vagy az endokrin mirigyrendszer dysfunctiója okozza-e, azt vizsgálataival eldönteni nem tudta.

Weinstein Pál dr.

Gyermekorvostan.

Pneumonia és tuberculosis. *Kochmann.* (Arch. f. Kinderheilk. 91 köt. 4 f.)

Szerző statisztikai adatokkal bizonyitja, hogy a gyermekkori pneumonia csak a legritkább esetben súlyosbitja a már meglevő tuberculotikus folyamatot és az ő véleménye szerint a tuberculotikus gyermekek pneumoniája még akkor is, ha empyemával komplikálódik sokszor könnyebb lefolyást mutat, mint a tuberculosissal nem fertözött gyermekeké.

Ismerteti a tuberculosis és a pneumonia közötti differential diagnostikai nehézségeket a csecsemö és a gyermekkorban. Acut hilus infiltratio teljesen hasonló kórképet tud elöidézni a croupos pneumoniához, sokszor a helyes diagnosis felállitása röntgen felvétel nélkül lehetetlen. Hirtelen magas lázzal kezdödik, mint a croupos pneumonia, a láz remittáló jellegü. E lázas állapot nem szokott egy hétnél tovább tartani.

A láztalaná válás kritikusan is történhetik, subfebrilitást azonban heteken, esetleg hónapokon keresztül észlelhetünk. Ennél még sokkal nehezebb lobaris epituberculotikus infiltratiót elkülöníteni lobaris pneumoniától. Ennél az elváltozásnál sokszor a röntgen felvétel is hasonló képet mutat. Éppen ezért minden tüdőelváltozásnál gondos klinikai vizsgálaton kívül köpet vizsgálatot, tuberculin próbát és többszöri röntgenvilágítást kíván, hogy el tudja különíteni a pneumoniát a tuberculosistól. *Kálmán Krisztina dr.*

A hányásnál jelentkező alkalosisról és az előrehaladott vesebetegségeknél kimutatható acidosisról *Drake, Marsh* és *Gamble.* (Am. Journ. of Diseases of Childr. 40 kötet, 705 oldal, 1930.)

Szerzők részletes sav-basisegyensulyvizsgálatokat végeztek duodenalis elzáródásnál. A hányás folytán a szervezet jelentékeny mennyiségü natriumot és még több chlort veszít s igy a plasma chemiai structurája jelentékenyen megváltozik. Az összbasis mérsékelten, a chlor erösen csökken, a ketontestek az éhezés folytán felszaporodnak, a bicarbonat emelkedik. Igy áll elö az az eset, amikor a ketontestek dacára a szervezetben kompensalt alkalosis lép fel. A sav-basisegyensúlyzavar megszüntetésére legalkalmasabb a konyhasó és cukorinfusio. Hasonló structuralis elváltozást észleltek a plasmában pylorus stenosisnál és neurotikus hányásnál. 2. Uraemiánál nagyfokú acidosist konstatáltak. A bicarbonat a minimumra redukálódott, a chlor normalis vagy mérsékelten csökkent, feltünö a savcomponensek közül az úgynevezett ismeretlen factor (fehérje + organikus sav) igen nagyfokú emelkedése. A cukor és bicarbonatinjectiók dacára mindkét beteg exitált. *Csapó dr.*

A csuklás. *Peiper.* (Monatschrift f. Kinderheilk. 48 kötet, 5. füzet.)

Mig *Dumpert* a csuklás céljául, az alacsonyabbrendü gerincesek analogiájára, a hasi vénás vérkeringés gyorsitását veszi fel, addig *Mackenzie, Cushny, Rechnitzer* és a szerző maga is inkább a légzéssel lát kapcsolatot. Előbbiek felnötteknél, szerző koraszülöttnél *Cheyne Stokes* légzésnél, söt teljes apnoenál látta fellépni, mintegy a légzés pótlásaként. Ismeretes, hogy a csuklás már embryonalis korban is fellép. Gyermekeknél roham alakjában jelentkezik és egészséges állapotban alig zavarja a közérzetet. A légzéssel való kapcsolata grafikonra vezetve kimutatható. Az egyes singultusok különböző számú légvéttel vannak elválasztva egymástól és mindig pontosan két légvét közé esnek, tehát mintegy azt pótolják, bár lefutásuk jóval gyorsabb. Előfordulhat az is, hogy a légvét teljesen szünetel és csak a csuklás végzi a gázcserét. Ilyen esetben nem lép fel cyanosis és a reflex ingerlékenység megmarad. A csuklásos légzés igen hasonlít a kapkodó (terminalis) légzéshez. A kettő között a különbség az, hogy míg az előbbinél az egyes csuklások között csak pillanatok, az utóbbinál percek is eltelhetnek és hogy kapkodó légvétnél a reflex ingerlékenység szünetel. A csuklás tehát egy alacsonyabbrendü légzés. Felnöttnél a csuklás peripherikus inger által is kiváltható. *Lederer Emil dr.*

Egy igen hatékony, injiciálható májkivonat. *Gänsslen.* (Klinische Wochenschrift. 1930. 45. sz.)

A per os adott májpraeparátumoknak nagy hátrányuk, hogy bevételük kellemetlen, drágák és gyakran hatástalanok. A szerző egy igen hatékony injiciálható májextractumot állitott elő, melyből a rendes napi adag csak 5 gr. friss májnak felel meg, míg a per os adott májkészitmények napi adagja 300—600 gr. friss májból készül. Összehasonlitva a két eljárás eredményeit, azt látjuk, hogy az extractumkezelés általában jobb, de legalább is oly jó eredményt ad, mint a per os adott májkészitmények. A vörösvérsejtek és a haemoglobin mennyisége primaer anaemiáknál igen gyorsan, secundaer anaemiáknál valamivel lassabban emelkedik. Májresistens esetek nincsenek. A kúra napi 2 cc. extractum i. m. befecskendezése mellett 6—8, makacs esetben 10—12 hétig tart és az anaemia biztos gyógyulásával végződik. A kúra alatt a testsúly is igen tetemes gyarapodást mutat, miért is a szerző az extractumot reconvalescenseknél és legyengült betegeknél hizlaló kúrára is alkalmasnak tartja. *Andor László dr.*

Melléktünetek insulin alkalmazásánál. *Kaufmann.* (D. M. W. 46. sz. 1930.)

Az insulin használata mellett fellépö kellemetlen melléktünetek *a)* nyomásérzékenység az injectio helyén, *b)* u. itt infiltratumok, melyek *c)* kiterjedhetnek és phlegmonosusakká válhatnak, s *d)* urticariaszerü exanthemak, mely az injectio infiltralt helyéröl indul ki. A kellemetlen tünetek leginkább első kuránál, egyébként a bőrérzékeny egyéneknél lépnek fel és függetlenül a gyártmánytól. Szerzőnek három esetben sikerült 4—6 J. E. intracutan iniectiójával a szervezet desensibilisálása és igy a kúra folytatásának biztositása. *Sándor Klára dr.*

Urologia.

Gonorrhoeás pyelonephritis. *F. J. Parmenter, A. G. Foord, C. J. Leuteneggger.* (The Journ. of Urol. XXIV. köt. 4. sz.)

Az irodalomban eddig 60 olyan gonorrhoeás pyelitis, pyelonephritis vagy pyonephritis van leirva, melyeknél a megbetegedés gonorrhoeás eredetét laboratóriumi vizsgálattal tisztázták. A szerzök tárgylemezkészitmény, kultura, fermentatio és agglutinatio útján kétségtelenül igazolt újabb négy esetet ismertetnek. Ezek közül két férfi és két nöbeteg volt. Kettőnél kétoldali pyelitis, egyiknél jobbaldali pyelonephritis és egynél jobboldali pyonephrosis szerepelt. Ez utóbbinál nephrectomiát végeztek.

Az irodalmi adatok és saját eseteik tunúsága szerint gonorrhoeás pyelonephritisnél sem a cystoskopos, sem a szövettani kép nem mutat olyan elváltozást, melyet gonococcusra specificusnak tarthatnánk. A megbetegedés ritkán fordul elö, idültté válásra erösen hajlamos és általános vagy helyi kezelésre alig reagál. A gonorrhoeás ureterszükület igen ritka szövödmény. *Sas Lóránt dr.*

A vese és vesemedence felhágó fertőzése. *Ch. M. Gruber, J. Rabnovitch.* (The Journ. of Urol. XXIV. köt. 3. sz.)

Gruber régebbi vizsgálatai szerint az ureterovesicalis billentyü kimetszése kutyánál az uterszájadékon tátongást, majd hydroureter képződést eredményez. Ujabb kisérleteikkel szerzök azt akarták tisztázni, hogy ugyanolyan kisérleti feltételek mellett és bacteriumcultura intravesicalis bevitele után felhágó fertözés bekövetkezik-e? A hólyag fertözésére 24 órás coli-culturát használtak s ezt — higanymanometer ellenörzése mellett — olyan nyomással vitték be a hólyagban, hogy reflux ne jöhessen létre (22—100 Hg mm.) A befecskendezésnek 2—5-szöri ismétlése után az állatot megölték, a vérben és a vesemedencetartalomban bacteriologiai vizsgálatot végeztek, majd az uterszájadékot átjárhatóság szempontjából megvizsgálták s ezt, valamint az uretert, vesét és hólyagot szövettanilag feldolgozták.

15 állat közül 11-nél az operált oldalon tátongó uterszájadékot találtak, 12-nél pedig uretertágulás fejlödött ki. 14 esetben ugyancsak az operált oldalon súlyos pyelitis 10 esetben (71%) a vese körülírt vagy diffus lobosodása, genyedése volt jelen; az ép oldali vesében viszont macroskopos laesio egyszer sem szerepelt és szövettani vizsgálattal is csak ötször lehetett lobos elváltozást kimutatni (33%). Kétségtelen tehát, hogy az ureterovesicalis billentyü kimetszése után felhágó fertözés bekövetkezik. A fertözés nyilvánvalóan az ureter lumenén át történik nem pedig a vér vagy nyirokáram közvetitésével, mert ez esetben a folyamat kétoldali lenne. Az operált oldalon az ureter elzáródása vagy beszükülése sohasem jött létre s igy a fertözés veseelzáródással nem magyarázható. A microorganismusok feljutását a vesébe vagy ureterantiperistaltika vagy a microbák activ mozgása segiti elö. *Sas Lóránt dr.*

KÖNYVISMERTETÉS

Soziale Krankheit und soziale Gesundung. *V. v. Weizsäcker.* (Springer, Berlin, 1930. 52 oldal. 2.80 M.)

Szerzőnek külön intézete van a socialneurotikus betegek kezelésére, s könyvével ennek a létjogosultságát igyekszik bizonyitani. Tárgyalja azt az összefüggést, amely a socialneurotikus beteg individualis helyzete és az általános társadalmi fogalmak, mint: munka, akarat, szabadság, jog, stb. közt fennállanak. Szerinte a munkaképesség fogalma nehezen határozható meg, mértéke nincs, s az orvos félig hivatalnok (pénztárorvos) félig birói (véleményező) minőségben áll vele szemben. Nehezíti a helyzetet az, hogy a klinikai pathologia a beteg szervekkel, a munkaképesség épen maradt szervek teljesitőképességével foglalkozik. A munkaképesség szempontjából feltétlen szükségesnek tartja a socialneurotikus „situatió"-jának orvosi tanulmányozását és a therápiánál ennek figyelembevételét is, igy a therapia nem psychotherapia lesz csupán, hanem „situatióstherapia."

A socialneurosis keletkezésében a balesetnek nem causális jelentősége van, hanem történeti s a baleset nem okozza a betegséget, hanem csak a *„beállitottságot"* teremti meg. A járadék csak fixálja a tüneteket, míg a situatiós therapia megszünteti. Socialpolitikai szempontból a testi és szellemi elváltozásokból nem itélhetök meg helyesen a betegségi okok s ebből a szempontból helyesebb volna a munkaképesség helyett a symptomákat tenni meg a biztosítás alapjául. *Somogyi dr.*

Insulin-therapie. *E. Frank* és *A. Wagner.* (G. Thieme. Leipzig, 1931. 99 old. 4.80 M.)

A könyvecske a „Therapie in Einzeldarstellungen" kere-

tében jelent meg. Ismerteti a diabetes mellitus insulin-therapiájának elméleti és gyakorlati tudnivalóin kívül a hízlalókúrák, a parenchymás májbetegségek, hányás, exsiccosis, hyperthyreosis, infectiók és trophiás-zavarok insulinkezelését. Szerzők biztos kézzel válogatták ki az óriási irodalmi adathalmazból mindazt, ami a kérdések helyes megvilágításához szükségesnek látszott és mindenre kiterjedő figyelemmel adnak gyakorlati útmutatást. *Gerloczy dr.*

Gesundung. *F. Gudzent.* (I. köt. Stoffwechselkrankheiten und Ernährungsschäden. H. S. Hermann, Berlin. 1930. 90 old. Ára: 2 M.)

Az illusztris kiadó célja, hogy az e könyvecskével megindúló sorozatban a testről és a test functióiról, egészségről, betegségről helyes ismeretekkel szolgáljon a laikus közönségnek. Ma, amikor az orvostudomány tisztes hírnevét egyre több kuruzsló és hirdetésekkel dolgozó sarlatán veszélyezteti, csak helyeselni lehet, hogy 36 nagytekintélyű orvos és tudós s közöttük az első füzet szerzői: Prof. *Mangold*, prof. *Brugsch*, *Kürten* és prof. *Strauss*, vállalkoznak a népszerüsítés és felvilágosítás munkájára. *Gerloczy dr.*

Blutung und Fluor. *H. Runge.* (Medizinische Praxis Sammlung für Artzliche Fortbildung. IX. köt. 1930. T. Steinkopff, Dresden. Ára: 8 M.)

E főleg gyakorlati célból írt könyv úgy a nőorvos, mint az általános praxist üző orvos részére kitünő útmutatást nyújt a női betegségek két laggyakrabban előforduló alakjánál, a genitalis vérzéseknél és fluornál. Maga a téma olyan, hogy e két kérdés alapos ismerete nélkül orvos alig képzelhető el. Fontosságát elismeri mindenki, mert saját tapasztalataiból láthatja, hogy e két kórtünet s a vele összefüggő kórelváltozások kezelése sokszor nagy gondot ad s mily gyakran fordul elő, hogy a kiinduló ok fel nem ismerése miatt a kezelés eredménytelen marad!

A vérzések és folyások kezelése az utóbbi években hatalmas átalakuláson ment keresztül. Mióta a különböző hormonvizsgálati eredmények rámutattak arra, hogy a genitalis vérzések és a petefészek működése között mily szoros összefüggés van, azóta e betegek gyógyításában a hormonkezelés egész különálló ágat képezett. Hasonló átalakuláson ment keresztül a fluor kezelés is. Mióta tudjuk, hogy a helybeli okok mellett mennyi más tényező játszik szerepet s képezi a folyás kiinduló okát, azóta a helyikezelés mellett mindinkább előtérbe lép más szervek működésének pontos megfigyelése és ellenőrzése. A nőgyógyászat e két fontos fejezetét foglalja magában e 108 oldalas könyv, mely gyakorlati útmutatást ad az újabb modern vizsgálati eredményekből leszürt kezelési módokra s egyúttal magyarázatot ad e két fontos kórkép keletkezési okaira.

A rendellenes vérzések tárgyalása IX. fejezetre van osztva. A bevezetést követő élettani részben szépen összefoglalt áttekintést kapunk a méh és petefészek correlatiós működéséről s az újabb hormonvizsgálati eredményekről. A III. fejezetben a rendes tisztulással, a IV.-ben a túlerős, vagy túlsoká tartó havivérzésekkel foglalkozik, külön tárgyalva a kórkép okát, a vérzéscsillapítás mechanikus zavarait, a kórisme felállítását s a betegek kezelését. Hasonló felosztás mellett írja le az V—VI. fejezetben a ritkán jelentkező és túlgyakori vérzéseket. A VII. fejezetben az atypusos, hosszabb vérzésekkel foglalkozik. E fejezetben külön ismerteti a hüvelyből, a cervixpolypusokból és portióról eredő vérzéseket (elkülönítő kórismézés a rákkal szemben), valamint azokat az eseteket, hol a vérzés fellépésének ideje összeesik a tisztulás megindulásával. Az endometritises vérzéseket két részre osztja: az első csoportba tartoznak a szervezet csekélyebb ellenállóképessége mellett fellépő, ascendáló fertőzésekhez társult vérzések, a második csoportba sorolja a traumás úton sérült nylákahártya valódi endotmetritiseit. Hat kisebb csoportban tárgyalja a méh üregében levő vérzési okokat: az endometritis post. abortummal, a submucosus myomákkal, a méhtest nyálkahártyapolypusaival és corpus carcinomákkal, valamint a glandularis hyperplasiával összefüggő vérzéseket. Külön csoportot képeznek még a fokozott vérzési hajlamossággal kapcsolatos, a különböző ritkább sérülésekhez társuló, valamint a terhességgel szövődött vérzések. A VIII-adik fejezetben a vérző nők megvizsgálásával a kórelőzmény fontosságával és a talált lelettel foglalkozik a szerző, majd az utolsó fejezetben a hormonkészítmények gyakorlati alkalmazását s az adagolás módját írja meg.

A könyv második felét a kieli klinika sok tagjának éveken át végzett fluorvizsgálatai képezik. A physiologiás viszonyok ismertetése után a vestibularis, vaginalis, cervicalis, corporalis, tubaris és terhességi folyásokat tárgyalja a szerző, külön kiemelve az okokat, a viszgálati leletet s főleg a kezelés módját.

A 18. ábrával díszített könyv, mely a gyakorló orvosnak ép úgy kitünő szolgálatokat tesz, mint a szakembernek, élvezetes, könnyü stilusban van megírva úgy, hogy a német nyelvben kevésbbé jártas kartárs is élvezettel és tanulsággal olvashatja. *Szathmáry dr.*

A Királyi Orvosegyesület orr- és gégeszakosztályának december 16-iki ülése.

Elnök ismerteti az Orvosi Hetilap szerkesztőségének levelét, amely szerint az Orvosi Hetilap a szakosztályi ülés tudósításait csak abban az esetben közölheti, ha a nyomdaköltséget a szakosztály fedezi. Kéri, hogy a szakosztály tagjai erre vonatkozólag nyilatkozzanak.

Lénárt Z.: Feltétlenül szükségesnek tartja az ülés tudósításának közlését. A költségeket a tagdíjakból befolyó összegből kellene fedezni.

Elnök hasonló véleményen van; ha ez az összeg nem volna elegendő, úgy önkéntes adományokkal kellene a költségekhez hozzájárulni.

A szakosztály úgy határoz, hogy egyelőre közölteti az üléstudósításokat. A költségek fedezetének miként jéről akkor dönt véglegesen, ha pontos adatok lesznek a taglétszámról és a tagdíjakból befolyt összegekről.

Lénárt Z. közli, hogy a nemzetközi oto-rhino-laryngologiai társaság scleroma bizottságot alakított, melynek magyarországi képviselői *Lénárt* és *Neuber*. *Belinoff*, a nemzetközi bizottság elnöke felkéri *Lénártot*, hogy Magyarországon külön országos bizottság alakittassék. *Lénárt, Paunz, Safranek, Pollatschek, Kelemen* és *Laub* tagtársakat ajánja a bizottság tagjainak.

A szakosztály az indítványt elfogadja.

Bemutatások.

Szende B.: *Influenzás heveny pansinusitis kapcsán fellépett orbitalis szövődmény esete.*

10 éves fiugyermeknél influenza kapcsán hidegrázás kíséretében baloldali nagyfokú szemhéj oedema és exophtalmus lépett fel, heves szem, homlok, orrgyöki és belsőszemzugi fájdalom kíséretében. Ehhez kemény infiltratio csatlakozott a belső szemzúgban, mely a szemet ki- és oldalfelé nyomta. Kettőslátás. T. 40.1°-ig F. v. s. 14.000. Pangásos papilla. Visus 5/7. bo. A röntgenfelvétel a bal arc, rosta és homloküregeket árnyékoltnak mutatja. Az orrnyálkahártya intensiv anaemisálása, Highmoor-punctio, hőlég fürdők és általános antisepticus kezelés dacára a tünetek súlyosbodtak. Rostacsont kitakarítást végzett és az orrot tamponálta. Mütét után az orbitalis infiltratio fokozatosan 2 hét alatt gyógyult az összes tünetekkel együtt.

Lénárt Z.: A tamponálást ilyen esetben nem tartja helyénvalónak.

Paunz M.: A gyermekkorban a következményekkel járó heveny melléküreg genyedések elég gyakoriak, főként influenza és scarlatina következtében. A vörheny kapcsán fejlődő melléküreggennyedések gyakran járnak csontnecrosissal, nevezetesen a homloküregben és a rostacsontüregekben. Ezen esetekben nem szabad visszariadnunk a külső megnyitástól, mert csak így biztosíthatjuk a sikert. Ha a gyermekek közérzete jó, a láz nem túl magas, akkor conservative járhatunk el; magas láz, rossz közérzet mellett csak külső mütétet szabad végezni.

Szende B.: Az orrot nem tamponálta szorosan, csupán vékony csikot vezetett be.

Erdélyi B.: *A teljes gégekiirtás gyógyulása femoralis trombosis és embolia szövődménye után.* Esete azért érdemli meg a bemutatást, mert a fej-nyakon végzett operatiók után rendkívül ritka a thrombosis. A statisztikák ugyan eltérőek, de tízezernyi operatióra csak 0.2—0.3% jut; gégeoperatio után thrombosist pedig az irodalomban nem is talált, úgyhogy valóságos unicumnak tekinthető.

70 éves férfi, 3 éve beteg, kb. 1 éve biztosan diagnostizált gégecarcinomával, mely lassan nőtt s végül majdnem teljesen elzárta subglotticusan a gége lumenét. Magas kora ellenére, tekintve kitünő erőbeli állapotát, jó szivét, tüdejét, veséjét és vérképét, 1930 június 7-én totalexstirpatiót végzett nála, localis érzéstelenítésben; a classicus Gluck-féle mütétet némi változtatással hajtotta végre. Per piramam gyógyulás. Mütét után a tizedik napra jobboldali femoralis thrombosis lépett fel, 38°-os lázzal, 2 nappal utána a baloldali saphena parva thromsosis, majd a thrombosis utáni 10 napon, vagyis a mütét utáni 21-ik napon emboliás infarctus a bal tüdő alsó

lebenyében, 38°kal, amely infarctus pár nap alatt enyhe bronchopneumoniába ment át; de simán gyógyult. Conservativ eljárással: nyugalom, borogatás, morphin, transpulmin stb. kb. 3 hét alatt mind a 3 kóros folyamat meggyógyult.

Jelenleg ½ év után a beteg kitünően van, oedemái nincsenek, jól légzik és nyel, hízott, recidivának metastasisnak nyoma sincs közérzete kitünő.

Zoltán I.: A thrombus mindig endothelsérülés helyén képződik s egyéb tényezők segitik elő növekedését. *Mac Kenty* statisztikája szerint (amerikai) gégeexstirpatiós anyagában 1.6%-ban figyelt meg emboliát.

3. **Wein Z.**: *Röntgenbesugárzásra ¾ év óta gyógyult gégerák.*

62 éves férfibeteget mutat be, aki 1928 április 24-ike óta áll észlelése alatt gégerákkal. A beteget a daganat fejlődésének és operabilitásának minden stádiumában látta, azonban a beteg a többszörösen és nyomatékosan ajánlott műtétnek nem vetette magtá alá, mignem a daganat 1929 december 9-én a gégefőn át a fossa pyriformisba is áttört és a gége lumenét csaknem elzárta. Fuldokolva hozták be a Vöröskereszt kórházi osztályára. Ekkor tracheotomiát végzett, majd 1930 január 16-án gégekiirtást kísérelt meg, azonban a műtétet a gége sceletizálásánál tovább nem folytathatta, mert úgy a pajzsmirígy mindkét fele, mint a pajzsporc a daganatos beszürödöttség benyomását keltette. 1930 február 3., 6. és 8-án röntgenbesugárzást végeztetett a nyak három oldaláról 100%-os P. D.-vel (Kelen sz.), mire a daganat 3 hét alatt meggyógyult és a gége, eltekintve kisebb heges elváltozásoktól, rendes alakját és mozgékonyságát visszanyerte. A tumornak ma nyoma sincsen, a gégefő átjárhatósága tökéletes annyira, hogy a beteg éjjel-nappal bedugaszolt légcső canüle-vel légzik, melytől babonából nem akar megválni.

Felhivja a figyelmet minden inoperabilis, vagy valamely oknál fogva nem operálható gégerák esetében feltétlenül megkísérelendő röntgenbesugárzásokra, ami nemcsak enyhülést eredményezhet a tumor kisebbedése és a collaterális oedema csökkenése révén, hanem elvétve legalább átmeneti gyógyuláshoz is vezet.

Lénárt Z.: Az elért eredmény, amint azt az idevonatkozó statisztikák is mutatják, rendkívül ritka. Röntgent csak inoperabilis esetekben szabad alkalmazni.

Dörner D.: A Hohlfelder-klinikán az utóbbi időben kedvező eredményeket tapasztalnak röntgenbesugárzástól.

Kalocsai G.: Tisztázni kellene, hogy inoperabilis esetben röntgen- vagy radiumtherapiát kell-e alkalmazni?

Wein Z.: Ismételten hangsúlyozza, hogy kizárólag inoperabilis esetben van a röntgentherapiának létjogosultsága, egyébként röntgenezéssel az időt veszíteni és ezáltal a műtéti kilátásokat rontani, hiba lenne. Kétségtelen, hogy a daganat szövetérzékenységén kívül a szervezet egyéni, biologiai reactivitásának és gyógyhajlamának is döntő szerepe van a daganat elleni küzdelemben. Nézete szerint a sugarak adagolása is igen fontos, de még mindig nem teljesen kialakult kérdés; manapság az irányzat az, hogy inoperabilis esetben gyors egymásutánban nagy adagokat alkalmazzunk, mely elv a bemutatott esetben is bevált.

A Magyar Orvosok Röntgenegyesületének december 17-i ülése.

Bemutatás.

1. **vitéz Varga L.**: a) *Polypus ventriculi esete.* Három lencsényi, fillérnyi kiesést mutató gyomorfelvételt demonstrál, amelyek typusos képe a gyomornak egyébként teljesen intact voltával a tumornak jóindulatusága mellett szólnak. Minden tekintetben alátámasztják a klinikai laboratóriumi vizsgálatok (vörösvértestsülyedési sebesség, Weber-reactio, gyomorsav vizsgálat, a vér tejsav és cholesterin tartalma), aminek igen nagy s elengedhetetlen fontosságát hangoztatja. A diagnosist úgy a sebészeti, mint a kórszövettani lelet megerősítette.

b) *Elkövesedett ecchinococcus cysta a májban.* Egy teljesen csonttá és börré soványodott 48 éves asszony gyomorfelvételét mutatja be, hol jókora gyerekökölnyi kiesés látható azon. Emellett a máj közepén jókora diónyi, teljesen a contrastpéppel azonos tonusú és elosztódású folt látható, amit nem tudott értékelni és mire magyarázni. A sectio elkövesedett ecchinococcus cystát tárt fel.

Turnai O.: A Máv. központi rendelőjének röntgenosztályán az utóbbi hetekben három polypus ventriculi esetet volt alkalma észlelni. A betegek műtétre kerültek, mely igazolta a diagnozist.

Előadás.

2. **Gaál A.**: *A németországi röntgenintézetek szervezettségéről és munkásságáról.*

Előadó hosszú idei külföldi tartózkodásának általános jelentőségü megfigyeléseit ismertette. Kitért arra, hogy az összes európai államok közül Németországban emelkedett a röntgenologia leginkább arra a magas fokra, amely őt mindenütt megilletné. Ennek elsősorban az az oka, hogy Németországban a röntgenvizsgálatok hasznosságát és a röntgensugárkezelés eredményességét sokkal szélesebb körben ismerik és értékelik, mint bárhol másutt. Ugyancsak szerepet játszik a nagy fejlődésben az is, hogy a megfelelő állami és városi szervek átérzik a röntgenologia által szolgáltatott munka értékét és annak megfelelően támogatják is a röntgenintézeteket.

A német röntgenintézetek beosztása és berendezése a forgalomhoz mérten gazdag s a kor követelményeinek megfelelően modern. Bár a magyarországi intézetek forgalma aránylagosan jóval nagyobb, a berendezésük absolut értelemben véve is összehasonlíthatatlanul szegényebb és alig egy-két hely kivételével régies is.

A német röntgenintézetek eredményes munkásságához nem kis mértékben hozzájárul az a körülmény, is, hogy az intézet megfelelő számú technikailag elsőrangúan képezett segéderök felett rendelkezik. A technikai segéderöket két esztendeig tartó kurzus alatt képezik ki az ú. n. „Schwester-Schule"-ban, aminek a szervezete mintaszerü. Ily lehetőségek mellett a német röntgenologus munkássága nem aprózódik el orvosi ténykedések elintézésében és ez is csak a munka eredményességét emeli.

A német röntgenintézetek munkásságának ismertetésekor sok megfigyelése közül leginkább azt emelte ki az előadó, hogy ott a tápláló és emésztőcsatorna diagnostikájában az utóbbi időben mind nagyobb szerepet kezd betölteni a nyálkahártyarelief-vizsgálata. Ezen vizsgáló módszer, amelynek első bevezetője megboldogult *Elischer Gyula* volt, annyira elterejdt, hogy sok helyen már a vizsgálat súlypontja is erre tevődött át. Ugyancsak elég nagy jelentőségre tett szert a különböző üreges szervek levegőbefuvás melletti röntgenvizsgálata.

Részletesebben ismertette előadó a német röntgentherapiás intézetek munkásságát. A röntgensugarakban rejlő energiát a legkülönbözőbb eredetű és a legkülönbözőbb helyeken székelő heveny- és idült gyulladásos betegségek gyógyításában szép eredménnyel és kiterjedten alkalmazzák. Ugyancsak nagy szerepe jut a röntgensugárkezelésnek a különböző belső elváltozású mirigymegbetegedések kezelésében.

A rosszindulatú daganatok kezelésénél a régi ú. n. nagy carcinoma dosissal való kezelést az utóbbi időben egyrészt a *Pfahler*- és a *Holfelder*-féle ú. n. feltöltéses módszerek, másrészt a *Regaud—Coutard*-féle gyakori apró dosisokkal való kezelési módszer kezdi kiszorítani. A R. C.-módszernek különös előnyei, hogy rövid idő alatt az ép szövet sérülése nélkül horribilisnek nevezhető sugármennyiség vihető be a tumorszövetbe; a beteg 3 hét alatt 5—7 HED-nak megfelelő bőrdosist és felületesebben fekvő daganatoknál esetleg 3—4 HED-nak megfelelő gócdosist is kap. Másik előnye az, hogy a sugárzás homogenebb és keményebb, mivel a kezelés 2—3 mm rézszürő és 60—100 cm focusbőrtávolságból történik. Az ilyen elemekkel való besugárzás mellett ⅓ dosis leadása a régi 6—8 perccel szemben 50—60 percig tart, aminek következtében ez a kezelési mód a rádium-therapia elvét közelíti meg, amelynek amint tudjuk, az a lényege, hogy minden tumorsejtet a mithosis állapotában érjen a röntgensugárzás. R. C. kezelési módszerének létjogosultságát a vele elért eredmények igazolják legjobban — a francia iskola már több mint 6 esztendő óta dolgozik eszerint. A módszer itthoni bevezetésének elsősorban szintén anyagi akadályai vannak, mert az itthoni szegényesen felszerelt intézetekben nehezen vihető keresztül az, hogy néhány ilyen tumoros beteg kezelése esetleg egész délelőttre lefoglalja az intézetnek sokszor egyedüli therapiás gépét és a kevés számú személyzetet.

Györgyi G.: *Az irrigoscopiás vizsgálat technikája különös tekintettel a vastagél nyálkahártyaredőzetének vizsgálatára.*

A contrastbeöntésnek a hanyattfekvő betegen való, általában szokásos keresztülvitele helyett, ajánlatosabb e vizsgálatot hasonfekvő helyzetben elvégezni. Ezen testhelyzetben egyrészt az intraabdominalis nyomás fokozódása, másrészt az ampullának a többi bélrészeknél magasabb szinten való elhelyezkedése következtében a vizsgálat lényegesen csekélyebb contrastanyagmennyiséggel végezhető, mint hátonfekvésnél,

ennélfogva ez a vizsgálati mód a betegek számára is kevesebb kellemetlenséggel jár. A vastagbél teljes kitöltése után az átvilágítás hanyattfekvő helyzetben, azonkívül a szükséges ferde sugárirányokban is elvégezendő. A colonnak oly nagyfokú kitágulása mellett, mint amilyen a contrastbeöntés alkalmával jön létre, a nyálkahártyarajzolat finomabb elváltozásai, valamint kisebb, passagezavart nem okozó tumorok a vizsgáló figyelmét könnyen elkerülhetik. Megfelelő methodikával lehetővé válik, hogy ezen, a vastagbél anatomiájával csupán távoli vonatkozásban álló mütermék helyett olyan röntgenképeket nyerjünk, amelyek az élő bélnyálkahártya anatomai sajátságait tükrözik vissza. Finom elosztású gummi arabicumos baryumsuspensio alkalmazása mellett, egyszeri defaecatio után is, sok esetben, szépen előtünik a vastagbélnyálkahártya rajzolata, azonban a vastagbél hypermotilitással járó állapotai esetén célszerübb a contrastanyagnak az átvilágító ernyő controllja mellett való lebocsátása. A normalis colon belső képe hossz- és harántredők rajzolatának combinatiójából áll. Az egyes haustrumokon belül inkább a haránt — a haustrumokat összekötő szükebb bélrészeken viszont a hosszirányú redőzet dominál. A colon distalis szakaszán főként hosszirányú redőket látunk. A redőzet képe a muscularis mucosae állapotától függ. A colon nyálkahártyaredőzetének vizsgálata a tumorra gyanus esetekben döntő fontossággal bír. Neoplasmás megbetegedés csak abban az esetben zárható ki, ha a colonról egész lefutásában jól látható nyálkahártyarajzolatot mutató képet sikerül készíteni. Nagy jelentőséggel bír ez a vizsgáló eljárás a vastagbél acut és chronicus gyulladásos megbetegedéseiben is, diagnosticai és prognosticai szempontból egyaránt.

A debreceni Orvosegyesület december 18-i ülése.

Bemutatás.

Benedek L.: *A paralysis progressiva- és tabes dorsalisnál activ immunisálás céljából végzett spirochaeta pallida oltásokról* számol be, amelyeket a berlini psychiatriai klinikán röviddel ezelőtt szerzett informatiók alapján alkalmazott a debreceni idegelme klinika beteganyagán. Az anyag egy részét a korai syphilisnél való kipróbálásra a börklinikának bocsátotta rendelkezésre. Az oltóanyag prof. *Hilgermanntól* származik és a porosz közegészségügyi intézetben készült; 37° C-on formalinnal az *Obermeyer—Pick*-féle elv szerint elölt tripanosomákat tartalmaz. Az oltásra felhasznált anyag, az általános reactio és javulási tendentia szerint, 0.1—1 cm^3 között mozog. Az oltási sorozat utolsó tagjainál a *Hilgermann*-féle véres spirochaeta nyert alkalmazást. Referál a „góci"-nak felfogott reactióról az oltások után, egyben két esetet mutat be, amelyeknél meglepő javulás mutatkozott kizárólag az activ immunisálási eljárás rendjén: a lancináló fájdalmakban és crisisekben, ezen kívül egy pp. expansiv formájának esetében is szembetünő remissio lépett fel.

Rámutat „az áthangolás" jelentőségére a paralysis származástani theoriáiban. Moulage-on luetin reactiókat mutat be pp.-nél.

Benedek L.: *A Foix, Chavagni és Lévi-féle syndromára, a pseudothalamusos tünet-complexre* nézve esetet mutat be és ezenkívül a mozgászavarnak: main thalamique-nek jellemző képét mozgó fényképeken egy régebbi időszakból. A 36 éves nőbetegnél már három év előtt észlelt sclerosis multiplex klinikai képe van jelen, amelynek keretében két hónap előtt főleg a jobb kézben zsibbadás kezdődött, amely lassankint az egész testre kiterjedt. Előbb a jobb, majd a bal kézben sajátszerü mozgások léptek fel fokozatos intensitással, amelyek az athetosisos és choreás mozgások közötti átmeneti jelleget mutatják. Mindkét felső végtagon a felületes érzésekre nézve ingadozó „küszöblabilitas". A discriminatio jobb oldalt csökkent tactilis agnosia, ezenkívül a testschemának eltolódásából eredő zavarok. Főleg a jobb oldalra nézve az utóbbi két hétben javulási tendentiát mutató apraxia, ideokineticus typusban, főleg a „reflexiv" mozgások zavaraival. Ezen tüneteket a betegen demonstrálja. Acalculia nem észleltetett nála; „ujj-agnosiá"-ra emlékeztető jelenségek folytatólagos munkánál a kézujjakban. A thalamusos complex-sel szemben a fájdalomérzés megtartottsága és spontán fájdalmak hiánya különíti el, egyebeken kívül, a tüneti képet. Ujabb kutatásokról számol be a thalamus és hypothalmus bonc- és élettanát illetőleg.

A hypothalamus élettanával kapcsolatban a szervezet fertőzés ellen védelmi üzemének regulatiója tekintetében, kritikailag foglalkozik *Scalweit* legutóbbi munkálataival a *neutro* index és klinikai javulás discrepantiája, továbbá a „negativ lymph. anergia" megjelenése tekintetében. A cellularis elhárító eszközök, mint biologiai védelmi működések, a központi ideges mesodienkephalos szabályozó mechanizmusoknak épségéhez vannak kötve. Még általános szervi bántalmazottság miatt invalid agyvelő is, úgy látszik, képes a (vértitertől független) immun anyag termelésére; utal *Plaut* és mások állatkisérleteire.

Az ú. n. „paranoid-hallucinatoros" átalakulásra mutat be sajátszerű metamorphoticus, üldöztetéses és hypochondriás paranoid téves eszmékkel, élénk érzékcsalódásokkal jellemezett esetet, — az infectiosus kezelések után. Az észrevevési világ tulajdonképeni tartalmi anomaliái mellett érdekkel bír az érzelmi qualitásoknak eltolódása, ezen kívül enyhébb schizophren gondolkozási zavarok is jelentkeztek. A kép stationaer, majd lassan progressiv jelleget öltött. A *Jacob* „benignus-malignus" reactio typusairól, a szövettani kép értékesíthetőségéről a klinikai állapotképek kérdésében, továbbá a *Gertsmann, Sträussler, Koskinas*-féle leletekről, a *Spielmeyer—Plaut*-féle ellenvetésekről a saját álláspontjának körvonalozása mellett emlékszik meg.

Orsós F.: A somaticus folyamatok körében régebben ismeretes, hogy az egyén örökölt qualitás — vagy quantitásbeli plusszal vagy minussal — rendszerint az utóbbiak — lényegesen megmásíthatják a typusos kórképet és ú. n. pseudosymtomákat produkálnak. Érdekesek pl. azok a chronicus lues-casusok, melyeknél gummák és általában látható szövetelhalások hiánya dacára az egész kötőszövetrendszer általános sclerosisa vagy pedig általános amyloidosis fordul elő. Az előbbi esetben nyilván az ismert, kötőszövettermelésre hajlamos habitus nyer kifejezést. Az amyloidosis ezen esetei pedig újabb szempontok alapján *(Leoschke)* örökölt, egyénileg fokozott antitest-képződésre vezethetők vissza. Mint a somaticus rendszerben egy természetesen a psyche symptomáiban is érvényesülniök kell a constitutionalisan csökkent vagy fokozott somaticus vagy psychikai factoroknak. A pseudosymptoma elnevezés ilyenkor a *symptoma-praedominantia* terminussal volna kicserélendő. A szövetfolyamat spontán vagy kezelésre beálló változása természetszerüleg alkati mozzanatoktól függetlenül is módosíthatja a kórképet.

Benedek L.: A somaticus alkatnak a paralysis progressiva származástani kérdéseiben való szerepét vázolja, főleg *Naecke, Raymond, Sibelius* adatai és a *Stern*-féle „habitus paralyticus"-sal kapcsolatban.

Előadás.

Benedek L.: *A paralysis progressivának japán patkányharapási (Sodoku) lázzal való gyógykezeléséről.* Indokolja, hogy miért van szükség többféle fertőzéses kezelésre. Számadatokat közöl Magyarország és külföldi államok legújabb állami statisztikái alapján. Kiszámítja a gazdasági deficitet, amelyet pl. Schweizra és Magyarországra nézve az intézetekben elhelyezett paralyticus betegek jelentenek. Megemlékezik a tryparsamid kezelésre vonatkozó tapasztalatairól, amelyeket norvég klinikákon tett. A különböző fertőzéses kezeléseknek a liquor barrière-ra feltehető differens hatására utal. Vázolja és bemutatja a sodoku-kezelést és a sodokú lázaknak és a tüneti képnek fejlődését betegeken, moulage-on. Demonstrálja a spirillum minus Carterit, illetve spirillum minus varietas morsus muris Ruys-t tus készítményben és „sötét mezőben". Ezenkívül az általa okozott helyi reactiót és az exanthemáknak sajátszerű variatiót betegen és moulage-készítményeken; a betegség klinikai képét leírja klinikai tapasztalatai alapján. A lappangási idő: 8—10 nap; ezután 2—3 napig tartó lázas rohamok jelennek meg, amelyek néha subintrans jelleget s ölthetnek. A lázas rohamok közötti intervallum a betegség tartamával nő és az egyes lázas paroxysmusok intensitásban csökkennek. A beteg sajátszerü kachexás szint nyer. Az injectio helyén gyakran a lázas rohamok alatt, sőt közvetlenül ezeket megelőzően is fokozódó duzzadás, cyanosis jelentkezik, esetleg a regionalis mirigyeknek megduzzadásával. Néha a localis reactio körül kokárdaszerüen exanthemák mutatkoznak, olykor az *Unna*-féle syphilidek typusában. A lép megnagyobbodása ritkább. Szívszerekre csak alig van szükség. A lázak salvarsannal és kolloid aranypreparatumokkal könnyen elnyomhatók. Bemutatja összehasonlítólag a *Schilling—Arneth*-féle haemogrammoknak változását a sodoku és más fertőző kezeléseknél a saját esetanyagára vonatkozólag. Az egyik esetben a *Schilling*-féle index eltolódását demonstrálja. Más esetben *Skalweit* adatait látszik megerősíteni a lelet. Demonstrálja a sodoku következtében beálló liquorgörbe javulásokat goldsol és bicolorált mastix reactiókkal. Górcsövi készítményeket mutat be a fertőzéses kezelésekkel kapcsolatban beálló változásokról a pathohistologiai képben. A paralysis genesisének újabb elméleteivel kritikailag foglalkozik, összeköttetésbe hozva azokat a különböző gyógykezelési irányokkal.

A szegedi Egyetem Barátai Egyesület orvosi szakosztályának december 18-i ülése.

Bemutatás.

Troján E.: *Vasúti gázolásból eredő medencetörés gyógyult esete.* 25 éves lakatos segédet mutat be, aki öngyilkossági szándékból a vonat alá vetette magát. A mozdony hóhányója alá került, amely a sínre szorította és néhány métert maga előtt tolta. Mindkét oldali csípőlapát darabos *nyílt törése* volt jelen. Seb kitakarítása után másodlagosan gyógyult. Lovagló nadrágfolt alakú érzéskiesés maradt fenn, továbbá a jobb quadriceps részleges paresise. Az irodalom a gyakori zárt medencetörések mellett csak igen kevés nyílt törést mutat fel.

Liszka I.: *Natr. hydrocarbonattal kezelt tetanus esetet* mutat be, melynél az incubatio 1 hétnél rövidebb volt, igen rohamosan kifejlődött a betegség legsúlyosabb alakja, azonban a *Heim Pál-féle natr. hydrocarbonát kezeléssel* combinált serumtherapia hatására egy hét után lényeges javulás és két hét után gyógyulás következett be.

Előadás.

Fazekas Gy.: *Bemutatások a törvényszéki orvostan köréből.* Három esetet mutat be a Törvényszéki Orvostani Intézet anyagából, amelyek mindegyikében bélátfúródás következtében beálló általános hashártyagyulladás volt a halál okozója. Élőben a bélátfúródást egyik esetben sem ismerték fel. Az egyik esetben 16 éves földmíves fiúnál a hasfalat érő tompa erőművi behatás (cölöpre esés) repesztette meg az egyik telt vékonybélkacsot. Egy másik esetben művi eredetűnek feltételezett abortus után egy hónapig sepsis ellen kezeltek egy 24 éves cselédleányt vidéki kórházban, amikor exitált. Boncolásnál: typhusos bélfekélyek átfúródását lehetett találni következményes hashártyagyulladással; a nemi szerveken művi beavatkozásra utaló elváltozásokat nem találtunk, állapota az abortus utáni állapotnak felel meg. A harmadik esetben 16 éves cselédleánynál előbb typhust, majd pedig betegsége harmadik napján bekövetkező abortus után művi elvetélésből származó hashártyagyulladást állapítottak meg. A boncolásnál derült ki, hogy a hashártyagyulladást. idült gyulladás jeleit is mutató féregnyujtvány átfúródása okozta.

Kulitzy G.: *Biologiai vizsgálatok a hypophysis mellsőlebeny hormonnal.* Kb. 2—3 év óta ismeretes, hogy a mellsőlebeny hormon a sexualis functiók motorjának, a petefészek fölé rendelt sexualis hormonnak tekinthető, amely körülmény a *Zondek—Ascheim*-féle terhességi reactión kívül genitalis functiozavarok gyógyításában gyakorlatilag felhasználható. A hormontherapia bevezetése előtt azonban a készítményeket — amelyek közül több még kidolgozás alatt áll és nincsen forgalomban — ki kellett vizsgálni a hatásosság szempontjából. Infantilis nőstény fehér patkányokkal végzett kísérleteiben a mirigyből készült magyar és terhesek vizeletéből előállított német készítményeket használt. melyek közül leghatásosabbnak a Sächs. Serumwerke *Horpan*-készítménye bizonyult. Végül a genitalis functiozavarok keletkezésében szereplő egyéb tényezőkről szól. (Macroscopos készítmények és microphotogrammok bemutatása.)

ORVOSTÖRTÉNELEM.

Az orvostörténelem korszakainak vázlatos áttekintése.*

Irta: *Herczeg Árpád dr.*, egyet. magántanár.

Ha ethikai szempontból tekintünk az orvostudomány történetére, úgy megállapíthatjuk, hogy azonos erkölcsi hálózat fűzi össze az orvostudománynak egész történetét: a legkülönbözőbb korszakok tudós orvosainak az a közös törekvésük, hogy a tudományos igazságot felderítsék, az ember természetét megismerjék és ezáltal közvetve az embernek rövid életét egészségesebbé tegyék és meghosszabbítsák. Ezért az orvostudomány küzdelmes történetének megismerése igen jelentékeny inspirativ és *erkölcsi* nevelő hatást is gyakorol a fogékony lélekre. Mert amint a nemzeti történelemnek a hazafias nevelés szempontjából van elsősorban nagy jelentősége, úgy az orvostörténelemmel való megismerkedés az orvos tudományos kutató és gyakorlati működésének *ethikai* irányát ojthatja az emberbe.

Az orvostörténelemnek nemesítő hatását csak részletes tárgyalással érhetjük el, de olyan fontosnak tartom, hogy már e vázlatos áttekintés bevezetésében is erre hívom fel a figyelmet.

Az orvostörténelemnek anyagát több módon oszthatjuk fejezetekre. Én a *kronologiai* felosztást szándékozom követni, részben azért is, mert bizonyos korszakoknak éles elkülönítése már *didaktikai* szempontból is szükséges; hiszen enélkül a kezdő nem tudná megkülönböztetni pl. az asklepiosi, hippokratesi, alexandriai, római, sőt az újkor hajnaláig terjedő bizanci kort sem, mert e korok mindegyike tulajdonképen *görög korszak*, az orvostudománynak görög tudósok által görög nyelven irodalmilag is művelt korszaka, valójában pedig e korszakokban az orvostudomány sok tekintetben más és más irányban haladt. Bár e különbözőség dacára a görögök munkája olyan maradandó volt, hogy *a modern orvostudományt görög forrásból eredőnek* minősíthetjük. Dacára annak, hogy tudományunknak multja két-három ezer éves, nomenklaturánk még ma is görög-latin és általában még ma is minduntalan a régi görög orvosokat idézzük, vagy idézhetnők. Más népeknek (sumeri, assyriai, babyloniai, egyptomi, chinai, indus stb.) orvostudománya nem bizonyult fejlődőképesnek és csak későn vált ismertté.

Ezért, ha az orvostudomány korszakairól akarunk beszélni, akkor tulajdonképen a görög eredetű orvostudománynak korszakairól kell szólanunk, ámbár igaz, hogy az aegei tenger partjaira hazájukba bevándorló ógörögök is már igen sokat átvettek hazájuk őslakóinak, a mikeneieknek és szomszédaiknak, pl. a tengerentúli egyptomiaknak a kultúrájából.

I. Az Asklepios-kultusz és a bölcsek korszaka.

A legrégibb görög korszaknak *Asklepios-kultuszában* is egyptomi befolyás érvényesült *(Imhotep)*. Az Asklepios-kultusz már jóval *Hippokrates* kora előtt virágzott. Ekkor *papok* gyógyították és *bölcsek* tanulmányozták az embert. A *Hippokrates* előtti korszakot némi fenntartással az Asklepios-kultusz és a bölcsek orvostörténelmi korszakának nevezhetjük. Bár a mythologiai korba nyúlik vissza az Asklepios-kultusz, mégsem szünt meg *Hippokrates* felléptével, a görög tudományos orvoslás megalapításával és fénykorával, hanem vele párhuzamosan tovább fennállott, sőt később a tudományos orvoslással együtt *Alexandriába* és a *római* birodalomba is bevonult. Az Asklepios-kultusz jelentősége csak a Krisztus utáni időkben csökkent; *Nagy Konstantin* római császár végül 335-ben K. u. egészen beszüntette az asklepieidák működését. Ezek helyett Nagy Konstantin anyja, Heléna keresztény valetudináriumok létesítését mozdította elő. Amint azelőtt Asklepios papjai kies fekvésű ligetekben levő forrásoknak *(Cos, Epidauros* stb.) tényleges és suggestiv gyógyító hatását használták fel, úgy később, mai napig is keresztény szerzetesek fürdő- és gyógyhelyeket tartanak fenn.

* Magántanári próbaelőadás 1930 szeptember 26-án.

Amíg Asklepios papjai inkább csak *psychotherapiát* műveltek, addig a Hippokrates előtti görög bölcsek, főleg miletosi *Thales* (639—544) és samosi *Pythagoras* (580—489), akik Egyptomban tanultak, továbbá agrigentumi *Empedokles* (504—443), clazomenae-i (Kis-Ázsia) *Anaxagoras* (500—428) és mások, természettudományilag kutatták az embert. *Pythagoras* Crotonban (Délitália) orvosi iskolát is alapított.

II. A Hippokratesi korszak.

II. vagy *Nagy Hippokratesnek*, „az orvostudomány atyjának" (460—377? K. e.) felléptével új korszak kezdődik. Hippokrates asklepiada-családból származott; az asklepiada-családokban ugyanis a fiú az apától örökölte a gyógyításnak hivatását és ismereteit. Hippokrates a Krisztus előtti 5. és 4. században Cos-szigetén, a mai Stanco helyén élt. Az ő kora a görög orvostudománynak a fénykora, amely összeesik az egész görög kultúrának fénykorával, *Perikles* korával, és mondhatjuk, hogy a görög függetlenségnek elvesztéig tartott.

Hippokrates személye nem mythologiai, úgy mint Asklepiosé, hiszen *Plato* is nagy tisztelettel ír Hippokratesről, mint emberről. Bár Hippokrates még az emberi anatomia, élettan és kórbonctan megteremtőinek kora előtt élt, mégis zseniális klinikai érzékről és megfigyelő képességről tanuskodnak azok a művek, amelyeket Hippokratesnek tulajdonítanak (Prognostikon), főleg pedig az *aphorismák* és a *sebészeti* nagyszerű művek. Legmeglepőbb azonban, hogy milyen *magas erkölcsi* színvonalon állott Hippokratesnek orvosi ethikai tanítása, amelynek az ú. n. „hippokratesi eskű" a legékesebb tanubizonysága. Mint *Garrison* is kiemeli, Hippokratesnek három főérdeme van: 1. az orvostudományt *elválasztotta* a theurgiától és a philosophiától, amit *Celsus* is felemlít; 2. a cosi és cnidosi orvosi iskoláknak rendszertelen ismereteit *tudományos rendszerbe* foglalta össze; 3. a legmagasabb *erkölcsi inspiratióban* részesítette az orvosi rendet. Hippokratesnek tanait később a dogmaticus iskola követte, amelyhez Hippokratesnek fia, *Thessalus* és ennek sógora, *Polybus* is tartozott, legfőbb képviselője pedig karystosi *Diokles* volt, aki Athenben élt.

Még Hippokratesnek öreg napjaiban, a Krisztus előtti 4. században kezdte meg stagirai (Chalkidiké) *Aristoteles* (384—322) a biologiai ismeretek korszakának megalapozását; tanítványa és utóda eresosi (Lesbos sziget) *Theophrastus* (372—285) volt; ennek utóda a lampsakusi *Strato* (288—240), aki eleinte az atheni lyceumban, azután pedig Alexandriában tanított; főleg mint physicus ismeretes.

III. Az alexandriai iskola korszaka.

Néhány évtizeddel Hippokrates halála után az orvostudománynak új korszaka kezdődik. Ekkor (331. K. e.) alapította Aristotelesnek neveltje, a macedoniai *Nagy Sándor* (élt 356—323, uralk. 336—323) az egyptomi Alexandriát. Hippokrates halála után itt folytatódott a görög orvostudomány fénykora. Nagy Sándor hadvezére *Ptolemaios* és utódai, akik Alexandriában uralkodtak, sok megértést tanusítottak a tudományok iránt általában és az orvostudomány iránt is. Alexandria főiskolája, museuma és serapeuma, főleg pedig *könyvtára* (900.000 könyvtekercs) páratlan volt akkor a világon. Alexandriában működött *Euklides* (K. e. 3. sz.) a mathematicus, *Hero* (K. e. 100 körül) a physicus és *Claudios Ptolemaios* (K. u. 140 körül) a csillagász is, a görög orvostudománynak nagyjai közül pedig *Euklidesnek* kortársa kalkedoni (Bithynia) *Herophilus* (335—280), „az anatomia atyja" és julisi (Ceos sziget) *Erasistratos* (K. e. 310—250), „az élettan atyja". Mindketten évszázadokig fennállott orvosi iskolákat alapítottak. Az itteni igen nagy számú neves orvostudós közül, akiket *Daremberg* névszerint is felsorol, még csak *Herophilusnak* tanítványát, a cosi *Philinust* (280 körül K. e.) és az alexandriai *Serapiont* (250 körül K. e.) említem, akik a cnidosi befolyás alatt álló alexandriai ú. n. empiricus iskolának (280—117 K. e.) a megalapítói. Az empiricus iskolához tartozók bizonyos ellentétben voltak a dogmaticus iskolával.

A *Ptolemaiosok* uralma alatti önálló Alexandria kb. száz évvel élte túl a görög függetlenséget; *Cleopatra* (68—30 K. e.) halálával a Ptolemaios-család kihal és Alexandria is a római világbirodalomnak a tartománya lesz. Az orvosi iskola azonban görög szellemben tovább működött; innen került ki *Galenos* is. A kereszténység első századaiban a hanyatló Alexandriát és a klassikus kultúrát *Julianus (Apostata)* (331—363) császár vette védelmébe. Az alexandriai iskola korszaka K. u. 643-ban zárult le, amidőn az arabok terjeszkedésük közben Alexandriát elfoglalták. Az utolsó itt működött görög orvos aeginai *Paulus* volt, aki azután Byzancban dolgozott. A hódító arabok az egész alexandriai főiskolát, gyűjteményeivel és könyvtárával együtt elpusztították. Igaz ugyan, hogy később (846-ban) *Motowakkel* kalifa új főiskolát alapított itt.

IV. A római korszak.

Még több századdal Alexandriának hanyatlása előtt *Rómába*, illetőleg a római Byzancba vonult be a görögöknek orvostudománya. Ugyanis még Görögország függetlenségének idejében hódította meg a görög Asklepios-kultusz a rómaiakat, akik ezt egy súlyos járvány idejében már 294-ben Krisztus előtt *Aesculap-kultusz* néven befogadták. Rómában az aesculapi papok folytatták az asklepiosi papok gyógyítási módjait.

Az első képzett görög orvos, aki Rómában letelepedett, a peloponnesi *Archagatus* volt, aki K. e. 218 táján, a második pún-háború idejében jött Rómába. Az első görög orvosok azonban nem találtak szives fogadtatásra Rómában. Leginkább *Marcus Porcius Cato* (234—149 K. e.), a censor ellenezte a görögök bejövetelét. *Archagatus* részint véres gyógyeljárásainak, részint az ellenszenves közhangulatnak köszönhette, hogy „Carnifex" nevet adtak neki és végül száműzték Rómából.

Miután azonban a rómaiak a gyógyítást rabszolgai foglalkozásnak, „negotium sordidumnak" tartották, végül mégis nagyrészt a görögök látták el az egészségügyi szolgálatot. A görög orvostudomány főleg akkor szivárgott be a római birodalomba, miután *Mummius* római hadvezér Korinthust meghódította (K. e. 146.) és egész Görögország Achaia néven római tartománnyá lett.

Már néhány évtizeddel Korinthusnak elpusztulása után a bithyniai Prusából származó *Asklepiades* (124—56 K. e.) nevű görög orvos, aki mint sebész is ismeretes, Rómában orvosi iskolát alapított, amelyben Hippokratesnek humoralpathologiai irányzatával szemben a „solidismus" tanait hirdette; ő az ú. n. asklepiadesi iskolának a feje.

Csakhamar görög szellemű más orvosi iskolák is létesültek Rómában. Ilyen másik irány volt a *methodista* irány, amelyet Asklepiadesnek tanítványa laodikeiai (Kis-ázsia) *Themison* (Kr. u. 12 körül) alapított. A methodisták tagadták a természetnek gyógyító erejét és az anatomia szükségét. Themisonnak tanítványa *Thessalus* volt, aki Nero császár idejében élt. Ehhez a methodista irányzathoz számítjuk az ephesusi *Soranust* (2. sz. K. u.) is, aki főleg mint nőorvos ismeretes az orvostörténelemben. Soranus Hippokratesnek az életrajzát is megírta;

ezért őt tekintik az orvostörténelem első szakszerű művelőjének. *Soranusnak* tanítványa, *Moschion* az első bábakönyvet írta meg. A methodista irányzat hatása még a későbbi századokba, mélyen a középkorba is belenyulik. Attaliai (Kilikia) *Athenaios* (Kr. u. 69 körül), akinek munkáiról *Galenus* és *Oribasius* emlékezik meg, a „*pneumaticus*" iskolát alapította. Ezen iskola későbbi hívei közé két ismert sebész, *Heliodorus* (Archigenesnek a kortársa) és *Antyllus* (Kr. u. 300 körül) tartozott. Az eklektikus iskolához tartozott ephesusi *Rufus* (élt Traján és Hadrián császár idejében Rómában) és az ó-kor egyik legnagyobb orvosa, apameai (Syria) *Archigenes* (élt Traján császár idejében), továbbá cappadociai *Aretaeus* (élt kb. 30—90 vagy még később Kr. u.), aki a Hippokrates és Galenus közti kor legkiválóbb orvosa volt.

A legjelesebb görög orvos Rómában pergamoni *Galenos* (129—201 Kr. u.) a kísérleti élettannak megalapítója volt. Ő már majmokat és disznókat is boncolt. Hatása késői századokra is kiterjed. Született római orvostudós Aulus Cornelius *Celsus* (30 Kr. e. — 14 (38) Kr. u.), a „Cicero medicorum" volt, aki azonban encyklopaedista irodalmi munkássága dacára orvosi gyakorlatot nem folytatott. A Comoban (Milano mellett) született Caius *Plinius* Secundus (27—79), éppen úgy, mint Celsus, encyklopaedista tudós volt, míg az Anazarbából (Cilicia) származó Pedanius *Dioscurides* (90 K. u.) a gyógyszertan történetében korszakalkotó.

Az ókor vége, illetőleg a középkor kezdete táján a görög orvostudomány három nagy (konstantinápolyi, keresztény nyugateurópai és mohamedán) ágat hajtott, amelyek kb. egyidőben a középkor végével, a 15. század második felében értek véget, de amelyeknek mindegyike más, még pedig egymást követő korszakokban érte el virágzásának korát.

V. A byzanci korszak.

A legkorábban és talán a legsilányabbul *Byzancban* (a mai Konstantinápolyban) virágzott az orvostudomány. A byzanci korszakot némelyek *Nagy Konstantin* (274—337) római császárnak 324. évi trónralépésétől, mások az 529. évtől, amidőn *Justinianus* (482—565) kelet-római császár az atheni egyetemet bezáratta, számítják.

Nagy Konstantin császár (uralk. 324—337) a római birodalom kulturájának székhelyét 324-ben Byzancba telepítette át. Utóda, *Julianus (Apostata)* császár (331—365) arról is nevezetes, hogy — mint már említettem — a hanyatló alexandriai főiskolát védelmébe vette. Byzancban is görög orvosok művelték az orvostudományt, különösen miután *Nagy Theodosius* (364—395) császár 395-ben nyugati és keleti félre osztotta a római birodalmat és miután a nyugati birodalmat 476-ban a germánok megsemmisítették. Byzancban azonban az orvosok alig alkottak valami újat, ők csak megőrizték a népvándorlás viharai közepette a nagy elődök alkotásait. E kor első három évszázada aránylag még a legtermékenyebb volt. Ekkor működött itt pergamoni *Oribasius* (324—403), Julianus császár orvosa, továbbá a már keresztény hitű trallesi *Alexandros* (525—605), a sebészi munkásságáról ismeretes amidai (Mezopotamia) *Aetius* (VI. sz. K. u.) és aeginai *Paulus* (625—690), aki Alexandriában tanult és mint szülész a hódító arabok között is nagy hírnévnek örvendett.

Később Byzancban is teljes elfajulásnak indult a görög orvostudomány. *Madáchnak* konstantinápolyi jelenete az akkori orvoslás haszontalanságaira is vonatkoztatható.* Ezt a kort a mysticismus jellemzi: Hippokratesnek, Galenosnak és a többi nagynak örökébe az amulettekkel, incantatioval, bűvös italokkal, pentagrammal, talismanokkal és egyéb szemfényvesztéssel való gyógyítási mód lépett. A byzanci kor Konstantinápolynak 1453-ban bekövetkezett elestével ért véget.

VI. A kolostori orvostudomány korszaka.

A byzanci korszakkal párhuzamosan a népvándorlás első időszakának lezajlása után a keresztény emberszeretet tanoknak terjedésével a keresztény papság és a szerzetesek vették kezükbe nemcsak az orvoslásnak hivatását, amelyet kivülük főleg zsidó orvosok töltöttek be, hanem az ógörög orvosi irodalomnak megőrzését és másolását is. Ez a *kolostori orvostudomány* az V—X. századig virágzott, de vajmi kevés gyümölcsöt termett, mert a középkort jellemző autoritásbálványzás és a feudalismus a tudományos kutatás és haladás feltételét, a kritikát megtiltotta. A pápa végül az 1163. évi toursi conciliumban műtétek végzésétől is eltiltotta a szerzeteseket azzal a kijelentéssel, hogy „ecclesia abhorret a sanguine." A sebészi működés megvetett foglalkozás volt; a boncolást is eltiltották. Mindamellett elévülhetetlen érdemük a szerzeteseknek, hogy másolásaikkal megmentették az utókor számára az ógörög orvostudományi irodalmat.

Ilyen keresztény fellegvára a régi görög orvostudománynak a nursiai szent Benedek által 529-ben alapított és Nápolytól északra fekvő *Monte Cassino* zárda volt. A legkiválóbb szerzetes-orvosok *Cassiodorus* (?480—520), *Hrabanus Maurus* (776—856), a fuldai apát és mainzi érsek, továbbá a későbbi időszakban bingeni szent *Hildegard* (1099—1179) volt.

VII. Az arab korszak.

Mialatt a nyugati népek között a kereszténység közvetlen befolyása következtében a görög orvostudomány fennmaradt, sőt, mint később látni fogjuk, a XIII. században úttörőkre találva, virágzásnak is indult, addig *Keleten*, Ázsiában a mohamedán vallásból fakadt az az erő, amely egyesítette az arab törzseket, amelyek azután világhódító útra indultak. Már 643-ban elfoglalták az egyptomi Alexandriát, amelynek óriási könyvtárát a tudomány örök és pótolhatatlan kárára felgyújtották. *Tarik* vezérlete alatt 710-ben az arabok átlépték a cadixi tengerszorost; az itt levő hegyet mai napig is Gibraltárnak, Gebel al Tariknak, azaz Tarik sziklának nevezik. 711-ben a Xeres de la Frontéra melletti győzelmük óta a nyugati gót birodalomban a pyrenaeusi félszigeten fészkelték meg magukat az arabok, akiket további előhaladásukban *Martell Károly* (720—741) frank háznagy tartóztatott fel: az arabok ugyanis Galliába is betörtek, Martell Károly azonban 732-ben Toursnál és Poitiersnél döntően megverte őket, úgy hogy a mai Spanyolország területére vonultak vissza. — Bár az arabok Toledot már 1085-ben Cordovát 1236-ban elvesztették, Bagdadot pedig 1258-ban Dzsingisz khán unokája *Chalagu* elpusztította és Granada visszafoglalásával 1492-ben végleg kiűzték őket Spanyolországból, az araboknak világtörténelmi szereplésük az orvostörténelemben is korszakalkotó.

Bölcs uralkodók, nevezetesen *Al Mansur* (uralk. 754—775), *Harun al Rasid* (u. 786—802) és *Al Mamun* (u. 812—833) alatt a meghódított területeken az arab irodalom és tudomány virágzásnak is indult.

Az orvostudományt, még pedig Hippokrates, Galenos és a többi görög orvos tanait a Konstantinápolyból eretneksége miatt kiűzött *nestorianusi* keresztény sekta ismertette meg az arabokkal. A nestorianusoknak Edessában (Mezopotamia) nagy kórházuk is volt, de innen is kiűzetve Nisibisbe és Perzsiába menekültek, ahol a

---

* „. . . kisszerű harc büszke tudományban"
„S az ember korcs volt . . ."

a gondesapuri orvosi főiskolán tanítottak. A legjelesebb nestorianusi orvos *Honain ben Isaac*, más néven *Johannitius* (809—873) volt. A perzsa és arab orvosok mohón szívták magukba mindazt a tudományt, amit a nestorianusok a görög szerzők nyomán előadtak és a nestorianusok által syriai nyelvre lefordított görög munkákat arab nyelvre fordították és kommentálták.

Az arab világbirodalom keleti felében Bagdadban (alap. 762 K. u.) volt jeles orvosi főiskolájuk az araboknak, ahol *Razes* (860—932), *Haly ben Abbas* († 994), *Avicenna* (980—1036), *Isaac Judaeus* és mások tanítottak és működtek irodalmilag is; a birodalomnak nyugati felében, a pyrenaeusi félszigeten Cordova (amelynek kalifátusát 755-ben, főiskoláját 980-ban alapították), Sevilla és Toledo orvosi iskolái voltak a legnevezetesebbek, ahol *Albucasis* (XI. század), *Avenzoar* (1070—1162), *Averroes* (1126—1198) és mások működtek.

Az araboknak minden kulturközpontjukban páratlan gazdagságú könyvtáraik is voltak. — Igazán kiválóak a mathematika, csillagászat, chemia *(Geber)* és gyógyszertan terén voltak; az anatomia, élettan és kórtan tekintetében egy lépéssel sem vitték előbbre az orvostudományt; a heveny lázas kiütéses betegségek és a diaetetika terén azonban mégis érdemeket szereztek maguknak; míg a görög klasszikusoknak sokszor rossz arab fordításai, amelyeket a nyugat-európai főiskolák még rosszabb latin fordításban használtak fel, nagyon megakasztották a nagy görög orvosok józan tanácsainak helyes megismerését. Az arab nyelvű orvostudomány a XI. század végével érte el virágzásának befejezését.

VII. *A salernoi korszak.*

Az arab kulturával párhuzamosan az orvostudománynak a *nyugateurópai keresztény* kulturállamokban megindult hajtása is tovább fejlődött. Ennek egyik korszaka, amely már a IX. század közepén kezdődik, a Nápolytól délre fekvő *Salernoban* játszódott le. A salernoi orvosi főiskolán nemcsak bencésrendi szerzetesek, hanem világi orvosok is működtek. Az itteni orvosok közül csak a legkiválóbbat, a carthagoi születésű *Constantinus Africanust* (kb. 1020—1087), „Orientis et Occidentis doctor" említem. Salernoban már állatokat is boncoltak és a középkor első felében egyebütt lenézett sebészetet is fejlesztették, úgy hogy ha nem is érte el a salernoi főiskola Hippokrates korának színvonalát, mégis némi joggal nevezhette magát *„Civitas Hippocratica"*-nak.

Salerno tekinthető a nyugateurópai népek első orvosi főiskolájának. A salernoi főiskola, amely a IX. század közepe táján létesült, a XI—XIV. században virágzott, de több viszontagság után még a XIX. század elején (1817-ig) is megvolt.

IX. *A késői középkor.*

A salernoi főiskola létesítését csakhamar más főiskolák létesítése is követte: *Páris* 1110-ben nyitotta meg egyetemének kapuit, a luccai *Hugo Borgognoni* az 1113-ban alapított hires *bolognai* egyetemnek orvosi karát szervezte meg; ez az orvosi főiskola az anatomiai és sebészi oktatásnak volt a góca; 1167-ben kezdte meg az *oxfordi* egyetem működését; ezen *Roger Bacon* (1210—1292) is tanított; *Montpellier* 1181-ben, Pádua 1222-ben, *Nápoly* 1224-ben alapította egyetemét.

A XIII. században már szinte a virágzás koráról beszélhetünk; ekkor élt Bolognában a már említett Hugo Borgognoninak a fia *Theodoricus Borgognoni* (1205—1296), a sebész-püspök és *Mundinus* (Mondino de Luzzi kb. 1275—1290), aki anatomusi működéséről nevezetes. Ugyanebben az évszázadban élt *Guiglielmo Salicetus* (kb. 1210—1277) és a milanoi származású *Lanfranchi*, aki a Guy de Chauliac előtti középkornak legnagyobb sebésze volt. *Arnoldus de Villanova* (1235—1312) és *Henri de Mondeville* (1260—1320) is e századnak szülöttei. Mindezek után *Guy de Chauliac* (1300—1368) következett, aki már abban a korban élt, amikor a *bécsi concilium* (1312) a toursi conciliumnál is jobban megszorította a szerzeteseknek orvosi működését.

X. *Az újkor.*

A középkori nagy *járványok* (justinianusi pestis, az 1348. év körüli pestisjárvány, a lepra, stb.) tanulmányozása és leküzdése felébresztette az orvosoknak kutató és kritikai szellemét; az *arabok* politikai uralmának hanyatlásával, a nyugateurópai *egyetemek* felvirágzásával, *nagy elméknek* felszínre kerülésével és a kritikai *reformszellemnek (Roger Bacon, Petrarca)* terjedésével újra elővették a classicus görög és római szerzőknek eredeti műveit. Az autoritásbálványzás, amely olyan fejlett volt a középkorban, *kritikai szellemnek* engedte át a helyét; *a könyvnyomtatásnak* feltalálása, a nemzetközi *forgalomnak* megélénkülése, *Amerika* felfedezése és az egyház *reformatiója* minden tekintetben, nevezetesen pedig az orvostörténelem szempontjából is új kort nyitott meg.

Ettől a *renaissance-kortól* számítva az az orvostudósoknak és tanítóknak olyan nagy tömege bukkant fel, az orvostudomány a többi természettudománnyal együtt olyan óriás léptekkel indult meg a felfedezéseknek útján, hogy szerény véleményem szerint ettől az időtől kezdve korszakokat olyan értelemben, mint az előző évszázadokban, önkényesség nélkül körülírni nem lehet. Mindamellett különböző szerzők különböző szempontok szerint mégis időszakokra szokták ezt az új kort is felosztani. *Garrison* a tudományos kutató munkának egyéni vagy szervezett volta szerint osztályozva a XVI. századot a renaissance, a XVII. századot az egyéni tudományos vizsgálódás, a XVIII. századot az egyéni elméletek és rendszerek, a XIX. századot a szervezett tudományos munka és végül a jelen századot a praeventiv orvosi irányzat korszakának nevezi. Vele szemben *Singer*, aki szerint az orvosi renaissancenak a kora 1700-ig tartott, az 1700—1825-ig terjedő kort a konszolidálódás, azaz a kialakulás korszakának, az 1825-től kezdődő és mai napig is tartó kort a specializálódás korszakának nevezi. *Sudhoff* az újkor időszakát a XIX. század előtti fejlődési és az 1800 körül kezdődő ú. n. legújabb korra osztja.

Tény az, hogy az újkorban is megkülönböztethetünk bizonyos rövidebb-hosszabb ideig fennállott *orvosi irányzatokat* (iatrophysika, iatrochemia, animismus, vitalismus, természetbölcseleti, természetrajzi, stb. orvosi irányzat); voltak az újkorban is virágzó *orvosi iskolák* (leideni, bécsi első és második iskola stb.) bizonyos nagy *felfedezések* vagy az orvostudomány *újabb ágainak* keletkezése is újabb korszakokat nyit meg.

Ezúttal az újkor orvosi nagyjai közül csak azokat említem fel, akik korszakot alkotóknak tekinthetők, sőt ezek közül is csak egynéhányat. *Paracelsus* (1493—1541) az újkor kezdetén a legjellegzetesebb egyéniség, az orvostudomány minden ágában reformátor. Az anatomiában *Andreas Vesaliusnak* (1514—1564), a sebészetben *Ambroise Parének* (1510—1590), a „francia sebészet atyjának" és *Pierre Franconak* (1500 körül), a szülészetben pedig Paré tanítványának *Jacques Guillemeaunak* (1550—1613) a működése korszakalkotó. A vérkeringés felfedezése és ezzel az élettannak a renaissancea *William Harveynek* (1578—1657) az érdeme; neki köszönhető az embryologia megalapítása is (Omne vivum ex ovo). *Alfonso Borelli* (1608—1679) a

iatrophysikai, *Jean Baptiste van Helmont* (1577—1644) a iatrochemiai és *Georg Ernst Stahl* (1660—11734) az animisticus tannak a megalapítója. A nagyítóüveg használata nemcsak *Antonj van Leeuwenhoekot* (1632—1723), a „mikrographia atyját" tette naggyá, hanem *Marcello Malpighinek* (1628—1694) is lehetővé tette a vörös vértestecskének, a capillaris vérkeringésnek és a növényi sejtnek a felfedezését. *Thomas Sydenham* (1624—1689), *Friedrich Hoffmann* (1660—1742) és *Hermann Boerhaave* (1668—1738) még kórbonctani ismeretek nélkül váltak a betegágyi vizsgálatoknak és a klinikai oktatásnak újjáalapítóivá, hiszen *Giovanni Battista Morgagni* (1682—1771) kutatásai csak később vetették meg a kórbonctannak az alapjait. Boerhaavenek köszönhető a dicső leideni és közvetve az ú. n. első bécsi orvosi iskola létesítése is, mert *Gerhard van Swieten* (1700—1772) Boerhaave tanítványai közül került ki. Ehhez az első bécsi iskolához tartozott *Leopold Auenbrugger* (1722—1809), a kopogtatásnak a feltalálója, míg a hallgatózásnak a feltalálása *René Théophile Hyacinthe Laennec*nek (1781—1821) köszönhető, aki viszont *Marie François Xavier Bichatnak* (1771—1802), a histologia megalapítójának volt a kortársa. Minden művelt ember tudja, hogy új korszakot nyitottak meg *Semmelweis, Lister, Pasteur* és *Koch*. — Az orvostudománynak még sok más úttörője van, de akiknek csak névszerinti felsorolása is hosszadalmas volna, munkájuknak méltatása pedig több órát venne igénybe.

Dr. Basch Imre.

(1863—1931.)

A természet kérlelhetetlen rendje, hogy a generatiók váltsák fel egymást a munkában, hogy az öregek célkitűzésein azután tanítványaik dolgozzanak. És mégis fájdalmas tiltakozás fog el bennünket, ha rendünk egy-egy oszlopa kidől.

Az orvostudomány és a magyar orvosi rend legújabb vesztesége *Basch Imre* dr. m. kir. egészségügyi főtanácsos, az antiveneriás küzdelem miniszteri biztosa, ny. székesfővárosi közkórházi igazgató főorvos, ki 67 éves korában, január 3-án hagyot itt bennünket. Élete egy volt a munkával, már medikus korában az egyetemi élettani intézetben volt gyakornok, 1887-ben, doktorrá avatása után pedig tanársegéd. Dermatologiai kiképzését minden évi külföldi tanulmányútjain kívül *Schwimmer* professor oldalán nyerte, aki mellett az egyet. klinikán hosszú ideig mint I. tanársegéd működött. 1910-ben a székesfőváros közkórházaiba főorvosá nevezték ki, 1917-ben a Zita-kórház, ennek megszüntével pedig a Szent István-kórház igazgató-főorvosa lett, s végezte a rendkívüli és nehéz időkben az igazgatással járó súlyos és felelősségteljes feladatokat egészen a múlt évben történt nyugalomba vonulásáig. Eme nagy munkát igénylő állása mellett is készséggel vállalta a megbízást, hogy 1925-ben az Antiveneriás Bizottság elnöke legyen és e positióban, 1929 óta pedig, mint miniszteri biztos a nemi betegségek elleni küzdelmet irányítsa. Nem mindennapi nehézség volt — a szűkös fedezet mellett — a vidéki nemibeteg-gondozók megteremtése, s csak az ő páratlan munkaszeretete, egyéniségének varázsa, igazi úri tárgyalási modora tette lehetővé, hogy eme Egészségvédő Intézetek ma már virágzó tevékenységet fejtsenek ki.

Mi, akik munkájában résztvehettünk, tudhatjuk csak, mennyi szeretettel végezte feladatát, betegen is hogy utazott éjjel-nappal az országban és bámultuk, hogyan tud jósággal, előkelő bánásmóddal ellenállást leküzdeni, annyi ellentétet elsimítani. Mert mintaképe volt ő a nobilis, régi jóságos orvosnak,ezért siratjuk őt, mint egy letünt szép kor képviselőjét, aki azonban életideálját nem az üres reprezentálásban, hanem a munkában látta: elárvult iróasztalan ott találtuk a kéziratot, melyet alig néhány órával azelőtt korrigált, mielőtt sebész és belgyógyász barátai az utolsó consiliumra mentek hozzá!

El nem muló emléke mindig példa legyen előttünk!

Somogyi Zsigmond dr.

VEGYES HÍREK

Előfizetések megújítása vagy tartozások kiegyenlítése céljából múltheti számunkhoz csekket mellékeltünk. Kérjük jük Kartársainkat tartozásaik rendezésére, illetve előfizetésük pontos beküldésére, mert egyre növekedő kintlevőségeink komoly zavarokat okoznak hetilapunk fentartásában.

Egyuttal értesítjük olvasóinkat, hogy az 1931. évi Orvoskari naptárunkat e hét elején minden előfizetőnknek megküldöttük.

A Budapesti kir. Orvosegyesület 1931. jan. 10-i tudományos ülésének napirendje: *Bemutatások: 1. Schey Géza* és *Erös Gedeon:* Osteogenesis imperfecta esete. 2. *Gál Félix:* Mikrokephal magzat, a terhesség alatt történt röntgenbesugárzás után. *Előadások:* 1. *bilkei Pap Lajos:* Az ú. n. rheumás megbetegedések vérkeringési sebességéről. (Az V. tudományos ülésről elmaradt előadás.) 2. *Vas J. Jenő:* Adatok a hepatitis infectiosa epidemiologiájához.

A Közkórházi Orvostársulat 1931 január 14-én tartja évzáró közgyülését a Budapesti kir. Orvosegyesület *Semmelweis*-termében. Elnöki megnyitót *Borszéki Károly* mond, az ünnepi Semmelweis-előadást pedig *Wenczel Tivadar* „A méhenkívüli terhességről" címmel tartja.

Magyar orvosok keleti tanulmányútja. Ritka alkalmú keleti utazás indul 1931. szept. 18-án Egyptomba a luxori és assuani, bagdadi és babiloni kirándulási lehetőségekkel az őskultura, a fáraók. szfinszek és piramisok hazájába. Az utazást az egyiptomi kartársak meghivása folytán az Orsz. Orv. Szöv. nyugdij- és segitő intézete rendezi.

Utirány: Budapest — Fiume — Brindisi — Patras — Korinthusi szoros — Athen — Kréta szigete — Alexandria — Cairo — (Luxor, Assuan) — Suez — Cantara — Jeruzsálem — Názáret — Kána — Tiberias — Kafarnaum — Genezáret — Damaskus (Mezopotámia: Bagdad, Babilon) — Baalbeck — Beyrouth — Haifa — Larnaca — Korinthusi szoros — Brindisi — Triest — Budapest.

A résztvevőknek alkalmuk nyilik Athent, Kréta szigetét, azután még a hét napos cairoi tartózkodás alatt a hires egyptomi muzeumot (Tuth Ankh Amon), Citadellát, mosékat, kalifa sirokat, a gizehi évezredes piramisokat, a szfinszkszet, Sakkarát, Serepheumot, Ptahotep Mastabát, állatkertet, Memphist (Ramses), Heliopolist, a Nilus-mentét megtekinteni. Egy külön kirándulási lehetőséggel Luxorban a karnaki világcsodát, Thébét, a királysirokat (Tuth Ankh Amon, Ramses, stb.) Deir el Bahrit, Kurnát, Medinet Habut, Memnon kolosszusokat, Assuanban Phile szigetét, a nilusi hires nagygátat. Majd Egyptom után a Suezi csatornán kompon átkelve s expressvonattal a Szentföldet elérve, Jeruzsálemet, ezután Betlehemet, a Holt tengert, Jordánt. Autóval tovább északnak tartva Nazártetet, Kánát, Tiberiast, Kafarnaumot, Genezáret tavát. A syriai határt szintén autóval átlépve, az igazi Kelet Gyöngyét, Damaskust, ahol ma is még Ábrahám idejéből való viseletben járnak az emberek.

A syriai tartózkodás alatt alkalom nyilik a Tigris és az Euphrat völgyében fekvő Bagdadnak és Babilonnak felkeresésére is.

A Libanon tövében vezet majd az autóút a kikötőállomásra Beyrouthba s a visszautazásnál alkalom nyilik Haifát a hires Carmel hegyével megtekinteni, majd pedig Haifa—Brindisi vonalon Larnacában kikötni.

Elegendő számú résztvevő jelentkezése esetén, a kedvezményes részvételi díj II. b) osztályban 1285.— pengő; II. a) osztályban 1550.— pengő; I. osztályban 1950.— pengő.

A II. b) osztály utasai az európai, ázsiai és afrikai vasutakon III. osztályt, Fiumétől Alexandriáig a hajón a II. osztályt, visszautazásnál Beyrouthtól a hajón a III. osztályt használják.

A II. a) osztályban az utazás vasuton és hajón II. osztályon történik.

Az I. osztály részvevői csupán a hajón használják az I. osztályt, egyébként a vasutakon a II. osztálybeliekkel együtt utaznak.

A részvételi díjban bentfoglaltatnak az összes vasuti és hajóköltségek, a kifogástalan szállodai és élelmezési, valamint a programmszerinti összes autóturák dijai, a be- és kihajózási illetékek, idegenvezető, podgyász-szállitás és a borravaló költségek.

Akik az egyhetes egyptomi tartózkodás alatt Luxorba és Assuanbba is óhajtanak ez expressel lerándulni, ezért külön a II. osztályon 280.— pengő, I. osztályon 360.— pengő összköltséget fizetnek.

Akik pedig a Syriai tartózkodás alatt Bagdadba és Babylonba óhajtanak külön kirándulni, azok ez autóútért (2000 km.) 560 P összköltséget fizetnek.

A szükséges vizumok egységes ellátását a hajózási társaság budapesti irodája fogja vállalni, hol a kabinhelyek rajzai is megtekinthetők.

Jelentkezni lehet junius 1-ig. Tekintettel a korlátozott létszámra, célszerü a részvétel komoly szándékát a Magyar Orvosok Keleti Tanulmányútja rendezősége számlája javára a Magyar Országos Központi Takarékpénztár RT. erzsébetvárosi (MOKTÁR) Budapest, Rákóczi-út 28., *50 P* jelentkezési díj beküldésével mielőbb biztositani. A részvételi díj részletekben is fizethető. Az útra vonatkozó részletes programmot a rendezőség meg fogja küldeni. Jelentkezéseket elfogad az Országos Orvos-Szövetség titkári hivatala (A Magyar Orvosok Keleti Ttanulmányútjának Rendezősége) Budapest, IV., Városház u. 14.

Továbbképző tanfolyamok orvosok számára.

A rheumás megbetegedések kór- és gyógytanáról tartandó tanfolyam (január 12—17) órarendje:

	HÉTFŐ 12.	KEDD 13.	SZERDA 14.
d. e.	III. sz. belklinika VIII. Ludovíceum-u. 2 (KORÁNYI)	III. sz. belklinika VIII. Ludoviceum-u. 2 (KORÁNYI)	I. sz. sebészeti klinika VIII. Üllői-út 78 (VEREBÉLY)
10—11	DÁLMADY Bevezető-előadás	BENCZUR Betegvizsgálat	VEREBÉLY Csontbetegségek
11—12	NACHTNEBEL Kórbonctan	BENCZE Polyarthritis rheumatica acuta	
12—1		PÁKOZDY Fertőzéses polyarthr.	SAILER Sérülések szerepe
d. u.	III. sz. belklinika VIII. Ludovíceum-u. 2 (KORÁNYI)	Vöröskereszt-kórház I. Győri-út 17—19	I. sz. sebészeti klinika VIII. Üllői-út 78 (VEREBÉLY)
4—5	RATKÓCZY Röntgen	SCHULHOF primaer chronicus polyarthritis	HORVÁTH Statikai megbetegedések
5—6		bilkei PAP Mechanotherapia	
6—7	DALMADY Izomcsúsz		BÁNYAY Munkaképesség

	CSÜTÖRTÖK 15.	PÉNTEK 16.	SZOMBAT 17.
d. e.	III. sz. belklinika VIII. Ludoviceum-u. 2 (KORÁNYI)	II. sz. sebészet VIII. Baross-u. 25 (BAKAY)	III. sz. belklinika VIII. Ludoviceum-u. 2 (KORÁNYI)
10—11	MANNINGER Tuberculosis	bilkei PAP Arth. Deformans	DALMADY Gyógyszeres therapia
11—12	GUSZMAN Lues	BAKAY Gerincoszlop	RUSZNYÁK Ingertherapia
12—1	CSÉPAI Endroktn-rendszer	DALMADY Idegek	RATKÓCZY Röntgen
d. u.	Szent Gellért-Gyógyfürdő	Gyógyfürdők megtekintése	Vöröskereszt-kórház I. Győri-út 17—19
4—5	SCHULHOF Iszapkezelés		bilkei PAP Elektrotherapia, besugárzások stb
5—6	BENCZUR Balneo, -hydro thermo, - herapia		
6—7			ZÁRÓELŐADÁS

A diaetás gyógymódok egyhetes tanfolyama január 18-tól 24-ig tart. A tanfolyamot vezeti: *Soós Aladár dr., egyetemi magántanár.* D. e. ½9—10-ig: Elméleti előadás a III. sz. belklinika diaetás tantermében. 10—12-ig: Előzetes beosztás szerint a klinikai elosztó tálalók üzemeinek megtekintése. 12—1-ig: Az elosztó tálalókat vezető tanársegédek intézetük specialis diaetatikájának ismertetése. — D. u. 1—3-ig: Közös ebéd, melyben a résztvevők díjtalanul részesülhetnek. 3—5-ig: A székesfővárosi kórházi konyhák és egyéb élelmezési üzemek megtekintése. 6—8-ig: Diaetikai gyakorlati főzőtanfolyam, amelyen a résztvevők vacsorájukat maguk készítik és közösen fogyasztják el.

A medikusbál rendezősége lapunk megjelenése napján, 10-én, szombaton este gyüjti egybe az orvostársadalom előkelőségeit és a vidám ifjúságot. A bál védnöke *Bakay Lajos* professor, a közszeretetben álló Csaba-magister. A királyi Fenségek gyengélkedésük miatt az idén nem jelenhetnek meg. A bál szeretett védnöke körül bizonyára a tanári kar számos tagja fog csoportosulni, hogy az estély fényét és tekintélyét emelje.

Nemzetközi kórházcongressus Bécsben. A második nemzetközi kórházi congressus ügyvezető bizottsága a napokban tartotta meg alakuló ülését, melynek határozata értelmében a congressust, melyen a világ minden részéből fognak orvosok és kórházi szakemberek részt venni, junius 8-tól 14-ig Bécsben tartják. A congressussal kapcsolatban *nemzetközi kórházi kiállítást* is rendeznek. Az *Internationa Hospital Comitee* által rendezendő kiállítás és a congressus ügyvezetését a *Bécsi vásár* vezetősége intézi.

A congressus ünnepi megnyitása junius hó 8-án lesz a Hofburg dísztermében, az üléseket a vásár palotájában fogják tartani.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat értesiti tagjait, hogy *Stoeckel* szülészeti tankönyve megjelent. Kéri a hátralékban levőket, hogy az előfizetési díjat az 1930. évre (Budapesten 35, vidéken 36 P) küldjék meg, mert az Eggenberger cég (IV., Kossuth Lajos-utca 2. sz.) csak ennek megtörténte után szállithatja a könyveket. Egyúttal értesít az Országos Társadalombiztosító Intézet vidéki szerződéses tagjait, akik példányaikat az Eggenberger cég főbizományos útján kapják meg, hogy a 2 P portódíjat (kötött példányok igénylése esetében 6 P-t) mihamarabb küldjék meg, hogy az 1930-ban megjelent összes kiadványokat megkaphassák. Utánvétellel a könyvek nem szállithatók.

Hoffmann Oszkár dr. San Remóban ismét rendel.

Budapest székesfőváros közegészségügyi állapota 1930. év december második felében.

Hasi hagymáz	32	4	Gyermekágyi láz	3	3
Küteges	—	—	Bárányhimlő	148	—
Hólyagos (ál-) himlő	—	—	Járv. fültőmirigylob	68	—
Kanyaró	51	—	Vérhas	12	—
Vörheny	150	2	Járv. agygerincagyhártyalob	2	—
Szamárhurut	57	4	Trachoma	36	—
Roncsoló torok és gégelob	187	6	Veszettség	—	—
Influenza	5	4	Lépfene	—	—
Ázsiai kolera	—	—	Paralysis infant.	—	—

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Lapunk mai számához mellékeljük dr. Egger Leo és Egger I. vegyészeti gyár *Ovophysin és Sexormon*-ról szóló prospektusát.

Hogyan nyilatkoznak a klinikák, kórházak és orvosok a BILVIVID -ről.

(Irodalmi kivonatok.)

74 esetünk közül 72 meggyógyult és csak két esetnél vált szükségessé az epehólyagnak és a beékelt kőnek sebészi uton való eltávolítása. Tapasztalataink alapján arra a megállapodásra jutottunk, hogy mindazon esetekben, amikor sürgős sebészi beavatkozásra nincs szükség a BILVIVID-therapiát feltétlenül kezdjük meg. Kivételt képeznek azon epehólyag- és epeútmegbetegedések, amelyek diabeteshez vagy basedowhoz társulnak. Szt. Margit kózkórház belgyógy. osztály *Czirbesz László dr.* közkórh. alorvos s. k.

Dr. BAYER és TÁRSA, gyógyszervegyészeti gyár. Bpest IX.

Centrum Kiadóvállalat Rt. Budapest, IX., Köztelek-utca 1. Igazgató: Bornemisza Gábor.

75. évfolyam. 3. szám. Budapest, 1931 január 17.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:
ANTAL GÉZA, HŐGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY AGOSTON

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC, ISSEKUTZ BÉLA, GORKA SÁNDOR, BELÁK SÁNDOR
VÁMOSSY ZOLTÁN, POÓR FERENC, REUTER KAMILLÓ, HÜTTL TIVADAR

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Folkmann János Pál: Nephritis cryptococcica. (53—56. old.)
Künsztler Mór: Uj duodenalszonda, gyomorszonda és kettősszonda. (56—59. oldal.)
Vámos László: A hydrogenion concentratio befolyása a gombák növekedésére táptalajon és bőrön. (59—61. oldal.)
Vanik Vince: A gonorrhoea röntgensugaras és diathermiás provocatiója. (61—63. oldal.)
Fejér Gyula: A glaucoma absolutum dolorosum és más szembajok gyógykezelése retrobulbaris alcoholinjectiókkal. (63—65. oldal.)
Mészáros Károly: Az ú. n. „Négy csomó" módszer hydrokele műtéteknél. (65—67. oldal.)
Mészáros Károly: Uj nyujtókészülék csonttörések kezelésére. (67. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései (9—12. oldal).
Lapszemle: Sebészet. — Szülészet és nőgyógyászat. — Szemészet. — Gyermekorvostan. — Urologia. — Elméleti tudományok. (67—70. oldal.)
Könyvismertetés (70—71. oldal).
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei (71—73. oldal).
Neuber Ede: A gombás bőrbetegségek pathologiai, biologiai és therapiás kérdéseiről. (73—76. oldal és a borítólap III. oldalán.)
Vegyes hírek (a borítólap III. és IV. oldalán).

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A borsodvármegyei Erzsébet közkórház (igazgató: Köllner Károly dr. e. ü. főtanácsos) laboratóriumával kapcsolatos m. kir. Országos Közegészségügyi Intézet (igazgató: Johan Béla dr. egy. rk. tanár) miskolci állomásának közleménye.

Nephritis cryptococcica.

Irta: *Folkmann János Pál dr.*, vm. közkórházi főorvos.

Az emberi szervezetre kórokozó növényi élősdiek között az ú. n. gombák jelentékeny szerepet játszanak. A bőr, a bőrképletek, belső szervek kóros folyamatainál gyakran találkozunk gombák aetiológiai szerepével. *Virchow* a gombás elváltozásokat mykosisnak nevezte, azokat az anatomiai elváltozásokat, histologiai folyamatokat pedig, melyeket a megtámadott szervezetben sarjadzással, blastospórákkal, szaporodó gombák idéznek elő, a botanicus *Naegelli* ajánlatára blastomycosis néven ismerjük. Az elnevezés inkább practicus orvosi, mint botanikai.

A tizenkilencedik század végéről számos irodalmi adatunk van, melyek az emberi pathologia és a sarjadzó gombák közötti kapcsolatra igyekeztek világosságot deríteni, számos kutató foglalkozott e gombák élettani tulajdonságaival, kórnemző szerepével, az alapvető megfigyeléseket, ezekből levont törvényszerűségeket mégis *Busse—Buschke—Gilrichst*-nek köszönhetjük. (1894.)

A sarjadzó gombák botanikai besorolása, felosztása körüli viták még nem jutottak nyugvópontra. *Buschke és da Roche Lima* egyszerű, főképen klinikai szempontból figyelemreméltó, beosztása két nagy csoportjukat különbözteti meg:

I. tulajdonképeni élesztőgombák (sacharomyceták).

II. élesztőgombához hasonló microorganismusok.

Az első nagy csoportnak két kisebb alcsoportja van: *a)* tömlőt képező (ascogen) és *b)* tömlőt nem képező (anascogen). E két alcsoport tagjai az európai blastomykosis előidézői. A második nagy csoportba sorolják *Buschke* és *Rocha da Lima* az amerikai blastomykosis (*Gilrichst*-féle cryptocc.) a trópusi blastomykosis és a lovak limphangitis epizooticájának (cryptocc. farcim.) kórokozóit.

Az első nagy csoport *b)* fajtái, a tömlőt, spórát nem képező gombák kevésbé tanulmányozottak, mint a tömlősspórás fajták, bár *Sasakowa* és *Buschke* szerint a legtöbb emberre pathogen gomba ezekhez sorozható.

Az anascogen gombákat *Guilliermond* és *Tanner* öt törzsre osztják, melyek közül az *V. genus a Cryptococcus Kützing Vuillemin.*

A cryptococcusok általában 2—15 μ nagyságú kerek, blastospórákkal szaporodó, táptalajjal szemben igénytelen, buján növekedő, változatok szerint más biológiai tulajdonságú gombák.

Szilárd tápanyagokon barnás-sárga, fényes, kenhető, kissé nyúlós koloniákban élnek. Cukrokat bontó tulajdonságuk változó: activ és inactiv törzsek ismeretesek. Állatpathogenitásuk különböző. Van törzs, mely kisebb laboratóriumi állatot, intravenás adagolás után, néhány nap alatt kachexia kíséretében megöl.

Az emberi szervezetben támadáspontjuk a bőrre, bőrképletekre, belső szervekre terjed ki. *Castellani* „Furunculosis cryptococcica" néven két esetet ír le. Közönséges furunculustól klinikailag el nem különíthető jelenségeket látott, melyek gennyéből cryptococcust tenyésztett ki. *Torbadó* és *Arciniega* tüdőtuberculosis klinikai tüneteivel beteg 15 éves gyermek köpetében cryptococcusokat látnak, kitenyésztik, identificálják. A rendkívül buján növekedő törzs tengerimalacra, házinyúlra nem pathogen. *Freemann* és *Weidmann* részletesen leírják letalisan végződött esetüket, melyben a *Weidmann* által identificált és elnevezett cryptococcus cerebrilocularis volt a kórokozó. A gomba először csak véres talajon tenyészett, későbbi átoltások bármilyen cukros táptalajon buja kulturát eredményeztek. A törzs tömlőt, fonalat nem képezett, cukrokkal szemben mérsékelt activitást mutatott. *Freemann* és *Weidmann* egyébként a többek által közölt gombás fertőzések leírásának tanulmányozása után arra a következtetésre jutnak, hogy a kórokozók a cryptococcus fajtához tartoznak. A leírt esetek valószínűleg a generalisált blas-

tomykosisok csoportjába sorolandók: a belső szervek elváltozásai metastaticus úton fejlődtek ki. *Freeman* és *Weidmann* a tonsillákat tartják behatolási kapunak, de ilyenkép szerepelhetnek, a bőr elsődleges blastomycetás fertőzésén kívül, — a tüdők is. Hasűri szervek fertőződése is rendszerint metastaticus, bár leírtak eseteket, melyeknél a behatolási kaput felderíteni nem lehetett és a hasüregi folyamatot elsődlegesnek kellett tartani. Ilyen volt *Corseli* és *Frisco* peritonealis, mesenterialis mirígy blastomykosisa, ide kell sorolni *Blanchard* peritonitis blastomykotikáját (gennyes massza a hasüregben).

Esetünket, melyhez hasonlót a magyar irodalomban nem találtam, tulajdonképen az elsődleges hasüregi blastomykosisokhoz kell soroznunk, mert a gombák behatolási kapuját csak feltevésekkel tudjuk megjelölni. Az eset ismertetéséhez foglalkoznunk kell 1. röviden a klinikai előzményekkel (az adatokat a beteg kezelőorvosának, *Fürész Jenő dr.* kórházi főorvos úrnak köszönhetem), 2. a vizeletvizsgálat kapcsán felmerült kérdésekkel, 3. a kitenyésztett kórokozóval.

A beteg 27 éves szöllőbirtokos. Antisyphiliticus kúra alatt állott. 1930 tavaszán külföldön járt, hol dermatitise fejlődik, melynek okát a br.... i dermatológiai klinika vezetője salvarsan intoxicatióban találja. Hazajön és kórházunkban szakkezelés alá kerül. Kórházi tartózkodása alatt tonsillitist kap, melyet kifejezett haemorrhagiás nephritis követ.

Néhány hetes kezelés után elhagyta az osztályt. Vér Wa. R., Meinicke T. R., Kahn R.: negativ, liquor Wa. R. 0.2—1 ccm-ig negativ, Goldsol Lange: normalis görbe.

Az urina vizsgálata a nephritis kezdetétől a klinikai javulásig egyhangú vizsgálati eredményeket adott. Az állandóan savanyú (pH 4.5—5) vizeletben 0.5—3 ezrelék fehérje, igen sok vér, az üledékben a látóteret zsúfolásig kitöltő vörösvérsejtek mellett elszórtan vesehámsejtek. A klinikai javuláskor a kép megváltozik. A fehérje opalescentiáig csökken, a vérfesték kimutatására használt guajakgyantás reactio erősen positiv (tinta kék). Az üledékben a vörösvérsejtek megritkultak (látóterenkint 4—5!!),ellenben számos, szemcsével, vakuolával megrakott vesehámsejtet, sok cylindert és cylinder törmeléket és *igen sok 1.5—3 μ átmérőjű fénytörő, kettős conturu, koronga-alakú képletet találtunk.* A sejtes cylinderek között számos olyan van, melyben a vesehámsejtek közötti hézagokat ezek a kicsiny képletek töltik ki és több cylindert találtunk, mely tisztán a kis korongokból áll. A cylinderek némelyike tekintélyesen hosszú. A képlet néhol oly tömegben van, hogy a látóteret teljesen elfedi. *A morphológiai kép alapján gombafélességre gondoltunk és arra tekintettel, hogy a frissen (a laboratóriumban) ürített, sterilen felfogott vizelet üledéke sorozatosan ugyanezt a képet mutatta, a gombaszerű képletek és a vesehámsejt cylinderek közötti organicus kapcsolat is állandó jelenség volt, sőt az ilyen gomba-vesehámsejt cylinderek megszaporodtak: a gombák és a vesegyulladás között oki kapcsolatot vettünk fel.* A kórokozó identificálására sterilen felfogott és steril centrifuga csövekben ülepített vizelet sedimentumát glycerines burgonya, szöllőcukros húsleves-marhaserum, *Plaut*-féle szöllőcukros agaron szélesztettük. A lemezeken három napos szobahőmérsékleten való tenyésztés után gombostűfejnyi, krémsárga kolóniák nőttek, melyek cryptococcus féleségnek bizonyultak. A kitenyésztett törzs leírását alább adjuk, előbb foglalkoznunk kell a vizeletvizsgálat kapcsán felmerült kérdésekkel.

Említettük, hogy a vérfesték kimutatására használt guajakgyantás reactio kifejezetten positiv (tintakék) volt akkor, mikor a vizelet üledékében csak néhány, 4—5, vörösvérsejtet találtunk. Joggal gondolhattunk arra, hogy a guajakgyantaoldat színváltozását nem haemoglobin katalyticus hatásának köszönheti, hanem azt a vizelet más anyaga okozza. A gyér számú vörösvérsejt mellett igen sok gomba lelet önként kínálta annak a gondolatnak a felvételét, hogy a gombák fermentuma, a peroxydase, hasítja le a hydrogen hyperoxydból az oxygent. A fermentumok elpusztítása céljából felforralt vizelet csak 40″-nyi forralás után veszítette el catalyticus hatását.

A guajakgyanta reactio szin intensitásának mérésére mosott vörös vérsejtekből higított sorozatot állítottunk be és azt találtuk, hogy a vizelettel végzett reactio kék szine olyan vörösvérsejt suspensio reactiójának felel meg, melynek centrifugált üledékében látóterenkint 150-nél több vörösvértest van. (A guajakgyanta oldat kék színeződése a higítással csökkent, határát a látóterenkint 8—10 vörösvérsejtet tartalmazó suspensiónál állapíthattuk meg.) Centrifugálással, szűréssel megtisztított vizelet a reactiót csaknem olyan erősséggel adta, mint a tisztítatlan, 40″ forralás után a reactio kimaradt. A vizelet spectrumában a haemoglobinra jellemző elnyelési csíkokat nem találtuk meg.

Tudjuk, hogy a vérfesték kimutatására használatos guajakgyantás, benzidin, aloin, stb. reactiók chemismusa az, hogy a haemoglobin mint peroxydase a reactióhoz adott H_2O_2-ből activ oxygent hasít le, mely a guajaconsavat, a benzidint színes oxydatiós termékké alakítja át. A hydrogen superoxydból activ oxygent azonban nemcsak a haemoglobin hasít le, hanem úgyszólván minden állati és növényi sejtben jelenlévő ú. n. katalase is.

Az elmondottakból arra következtettünk, hogy a reactio positivitását nem haemoglobinnak, hanem a gombák endo-ektokatalasejának köszönhette.

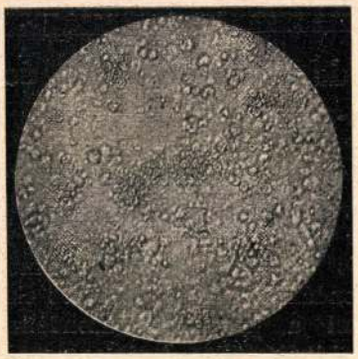
Esetünk kivizsgálásakor a benzidin és guajakgyantás reactiók értékelhetőségének tisztázására kísérleteket végeztünk. Mindenekelőtt meggyőződhettünk *Lugerrel ellentétben,* hogy számos növényi anyag van, mely nyers és felhevített állapotban positiv benzidin és guajakgyanta reactiót ad. Többek között: liszt, burgonya, kalarábé (héjja és belseje), sárgarépa, színes levelek. *A nyers növényi anyagok katalyzator hatása érthető, azonban felhevített állapotban azok positiv reactióját nem lehet fermentativ hatással magyarázni.* A guajakgyanta és benzidin reactiók mellett beállítottuk az eddig erre a célra nem használt benzidinsulfatot is. (A benzidinsulfat $C_6H_4—NH_2/_2\ H_2SO_4$ fehéres-szürke vízben, ecetsavban, alkoholban nehezen oldódó por; alkoholos oldata vér jelenlétében 6% H_2O_2 adagolása mellett szép kék-zöld színű lesz. A vérfesték higításokkal megejtett vizsgálataink szerint a benzidinsulfat érzékenysége a guajakgyanta oldatnál valamivel csekélyebb. A benzidin 1:40.000, az alkoholos guajakoldat 1:25.000, az alkoholos benzidinsulfat 1:16.000 higításban jelezte a vérfestéket.) *Arra a meglepő eredményre jutottunk, hogy míg az említett növényi anyagokkal mind a három reagens erős reactiót adott, addig a vizelettel csak a guajak tinctura és az ecetsavas benzidin kékült meg, a benzidinsulfát nem.* Eddig még nem sikerült a jelenség elfogadható magyarázatát adni. Lehetséges, hogy a benzidinsulfátnak a reactio lezajlására haemoglobinra van szüksége (az említett növényi anyagoknál chlorophyllre, illetőleg ennek praeformált alakjára).

A sterilen vett, sterilen felfogott és centrifugált vizelet üledékéből glycerines burgonyán, szöllőcukros húsleves-marhaserum lemezeken tenyésztett kétszer huszonnégy órás cryptococcus koloniák gombostűfejnyiek, vagy ennél valamivel nagyobbak. Krémsárgák, fényes, rajzolatnélküli, felszínnel, síma széllel. Kenhetőek. Növekedésük különösen cukrot tartalmazó serumlemezen buja: nagyobb felületen történt szélesztések két-három nap alatt bőséges vegetatiót eredményeztek. Szaporodásuk cukor nél-

küli embervér agaron lassúbb, a koloniák kisebbek, szárazabbak, általában sima felszínűek, azonban a kolonia domborulatának tetején kicsiny bimbócskát kap. A tenyészet a vérfestéket bőségesen oldja. Folyékony táptalajon nehezebben szaporodnak, a folyadékot opalescenssé zavarosítják, felszínen hártyát nem képeznek, hanem a cső fenekére sülyednek. A közeg vegyhatásával szemben nem érzékenyek: savanyú-neutralis, -lúgos közegben egyformán növekednek.

Ebből arra lehetne következtetni, hogy az egyedek nem sima korongalakúak, hanem, a vörösvérsejtekhez hasonlóan, a sejt közepén mélyedés van, melyet a tuss kitölt. Serumlemezeken és glycerines burgonyán tenyésztett gombák nagyjában egyező morphologiai tulajdonságúak, azonban a glycerines burgonya tenyészetében több a gyűrű alak és az anyasejtek némelyike sötét vonallal kettéosztott.

A törzs cukrokat hasító tulajdonságait *Andrade*



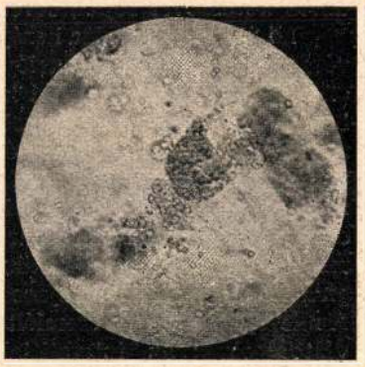
1. ábra.
Nativ készítmény a vizelet üledékéből. Cryptococcusok.



2. ábra.
Nativ készítmény a vizelet üledékéből. Vesehámsejt cylinder cryptococcusokkal.

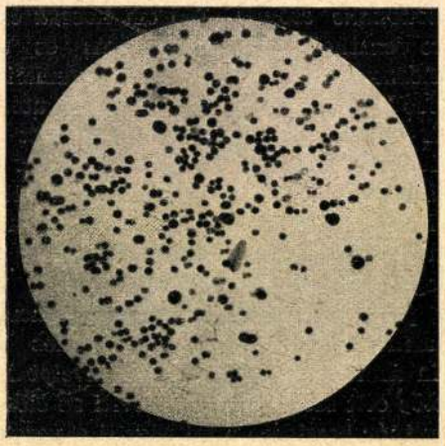


3. ábra.
Nativ készítmény a vizelet üledékéből. Cryptococcus cylinder.



4. ábra.
Nativ készítmény a vizelet üledékéből. Cryptococcus cylinder.

Az egyedek alaki tanulmányozására legalkalmasabbnak bizonyult az élő állapotban megfestett gombák nedves készítménye (nedves készítményeknél úgy jártunk el, hogy óraüvegen kevés konyhasós vízzel félkacsnyi kulturát elkevertünk és ugyanannyi 1% vizes fuchsinoldatot adtunk hozzá. Az óraüveget lefedtük és 10 percig festettünk, ennyi idő alatt a gombák nagyrésze a festé-



5. ábra.
1% vizes fuchsin oldattal intravitalisan festett cryptococcusok. Glycerines burgonya tenyészet. Nedves készítmény.

ket felvette.) A photogramon láthatjuk a sötétebbre festődött nagyobb anyasejteket, közöttük a leányegyedeket. Az utóbbiak között számos olyan van, melynek csak a külső hártyaszerű része festődött meg, míg a belső protoplasma állomány világosabb és finom sötét granulát tartalmaz. Az anyasejtek között több sarjadzó alak is van. Sarjadzás közben az anyasejt korongalakját elveszíti és a blastospora miatt piskóta, borospalack alakú. Sötét látótérben vizsgálva, a cryptococcusok gyűrűs alakot mutatnak, tuss készítményben is sok a gyűrű alakú példány.

indicatoros pepton vizes cukorsorozatban vizsgáltuk. Gázképződés egyetlen csőben sem következett be. A cukros pepton víz kiindulási hydrogenion concentratiója pH 7.2 volt, szöllőcukros és tejcukros csövekben 21 napos incubatio után a pH 6.4 (colorimetricus meghatározás). A két csőben az indicator halvány rózsaszínű. *Russel*-féle háromcukros agar felszíne vékony csíkban rózsaszínű, a szúrási csatorna és környéke változatlan. Erélyesebb cukorbontást *Langer* nedves kamra módszerével sem kaptunk.



6. ábra.
Oltás után tizedik napon eltávolított here.

Élénk activitást mutatott a törzs coagulált fehérjével szemben. *Löfler* táptalajon a három napos koloniák először a felszín alá süppednek, a következő huszonnégy-negyvennyolc óra alatt a tápanyag a tenyészet alatt és körül áttetszővé válik, majd lassan elfolyósodik, úgyhogy a hatodik-hetedik napon az eredetileg szilárd tápanyag a kémcső fenekére sülyed, sűrűn folyó, tiszta.

A törzs élettani tulajdonságai közé kell sorolnunk az urina vizsgálat kapcsán leírt tekintélyes peroxydasképződést is.

A törzs állatpathogenitását szokásos módon tengerimalacon és fehér patkányon vizsgáltuk. Eredményt csak aránylag nagymennyiségű gombasuspensiónak herébe való befecskendezésével értünk el. Subcutan, intramuscularisan, intraperitonealisan, intracardialisan történt injiciálásokat az állatok jól tűrték: egy-másfél napos gubbasztás után teljesen rendbejöttek. Helyi reactiót nem láttunk. Ismeretes, hogy *Buschke* sarjadzó gombát fecskendezett tengerimalac heréjébe és három hét után tekintélyes heretumort látott. A here megnagyobbodást esetében a gombák extrém szaporodása okozta kevés gyulladásos kötőszövet fejlődésével.

Mi jól fejlett malac heréjébe fecskendeztük az embervéragar tenyészet suspensióját. Az oltást követő harmadik napon a here duzzadni kezdett, ötödik napon jól láthatóan elődomborodott, tömött. Az oltást követő tizedik napon eltávolított here az éphez viszonyítva nagyobb, tömöttebb, tokja belövelt, feszes. Az elülső heredomborulaton vörös udvarral körülvett kötőszövetes-fibrines cafat. A here metszéslapjáról a rendesen igen kifejezett mirígyesvelős szerkezet eltünt, a metszéslap a crupos pneumonia szürke májasodás állapotára emlékeztet. A microphotogramm szemléltetően mutatja a finomabb elváltozásokat: az interstitialis kötőszövetben kiterjedt lobos mozgalom, mely rostonyás átivódásban, bőséges leukocytás, limphocytás, - phagocytás beszűrődésben jelentkezett. A herecsatornácskák egy részénél csak a membrana propria látszik, a parenchyma sejtek magfestése eltünt, másoknál a spermatocyták 10—12 magvú syntitiumot képeznek. A spermiogenesis egyébként teljesen megszünt. *Van-Gieson* szerint festett készítményekben a gyulladásos kötőszövet fix sejtjeiben sok fénytörő, élénk vörösre festődő, hyalinszerű szemcse, rögöcske. Gram festéssel sok gombát találtunk a beszűrődött kötőszövetben és számos cryptococcus van a herecsatornácskák lumenében. A gombák egyrésze nagy phagocytákban van. *A nagyjában vázolt gyulladásos degenerativ jelenségeket, melyeket a here egészében megtaláltunk, a pathogenitás kétségtelen jelének kell tartanunk.*

Beszámolónk elején említettük, hogy az abdominalis blastomykosisok rendszerint metastaticus úton fejlődnek. *Freeman* és *Weidmann* szerint a gombák behatolási kapuja a tonsilla. *Troisier* és *Achalme* súlyos angina esetében isoláltak blastomycetát, *Bertarelli* és *Calamida* tonsillaris hypertrophia négy esetében mutatták ki a tonsilla szövetében a gombákat. A betegünk nephritisét tonsillitis előzte meg, *lehetséges,* hogy a folyamat innen indult ki. Az utólagos tenyésztési kísérletek a feltevést nem erősítették meg.

Meg kell említenünk, hogy beteg, jód készítményeket kapott és bőségesen Salvator vizet. (Az utóbbit a vizelet lúgosítására, bár a cryptococcusok a közeg vegyhatásával szemben érzékenységet nem mutattak, tapasztalat szerint a savanyú medium szaporodásukra kedvezőbb.) A rendszeres jódtherapia a folyamatot sanatióhoz vezette: az albuminuria teljesen megszünt, a gombák a vizeletből fokozatosan eltüntek, ezzel párhuzamosan a vizelet catalyticus hatását elvesztette, vesealakelemek a sedimentumban elvétve láthatók csak, a beteg kitünő közérzettel folytatja munkáját, súlygyarapodásnak indult.

Összefoglalásnak elmondhatjuk, hogy 1. a magyar irodalomban eddig egyedülálló esetünkben acut nephritises beteg vizeletében igen sok, vesehámsejt cylinderekkel organicus kapcsolatban álló, önálló cylinderként is megjelenő, alaki tulajdonságaik után gombának tartott képletet láttunk.

2. A kórokozót sikerült kitenyészteni és az cryptococcusnak bizonyult. A törzs haemolyticus, proteolyticus, cukrokkal szemben mérsékelten activ, bőségesen termelt katalyticus fermentumot, tengerimalacra pathogen.

3. A gombák fermentuma a vizeletben a vérfesték kimutatására használatos reagensekkel erősen positiv eredményt adott. A fermentumot benzidinsulfattal sikerült a vérfestéktől elkülöníteni.

Irodalom. *A. Buschke:* Die Sprosspilze. — *H. Meissner:* Limphangitis epiz. Hdb. d. path. Mikroorg. Kolle, Kraus, Uhl. III. kiadás, V., VI. köt — *Oppenheimer:* Grundr. d. Physiologie. — *Abderhalden:* Lehrb. d. phys. Chemie. — *Ballagi:* Bőrgyógyászati mykológia. — *Luger:* Grundr. d. klinische Stuhlunters. — *Hári:* Élet és kórv. Zblatt f. Bakteriologie etc. és a Zblatt f. Allg. Path. idevonatkozó referatumai. — *Mágocsy—Dietz:* A növények táplálkozása.

Új duodenalis-szonda, gyomorszonda és kettős-szonda.

A vékony szonda szerepe a modern pathologiában.*

Irta: *Künsztler Mór dr.,* kórházi főorvos.

Jelen munkának kettős célja van: egyfelől meg akarja ismertetni az új szondákat másfelől rövid és éles vonalakban rá akar mutatni a protrahalt szondának diagnostikai és therapeutikai indicatióira. A cikk második része természetesen felöleli az új szondák által elérhető új lehetőségeket is.

ELSŐ RÉSZ.

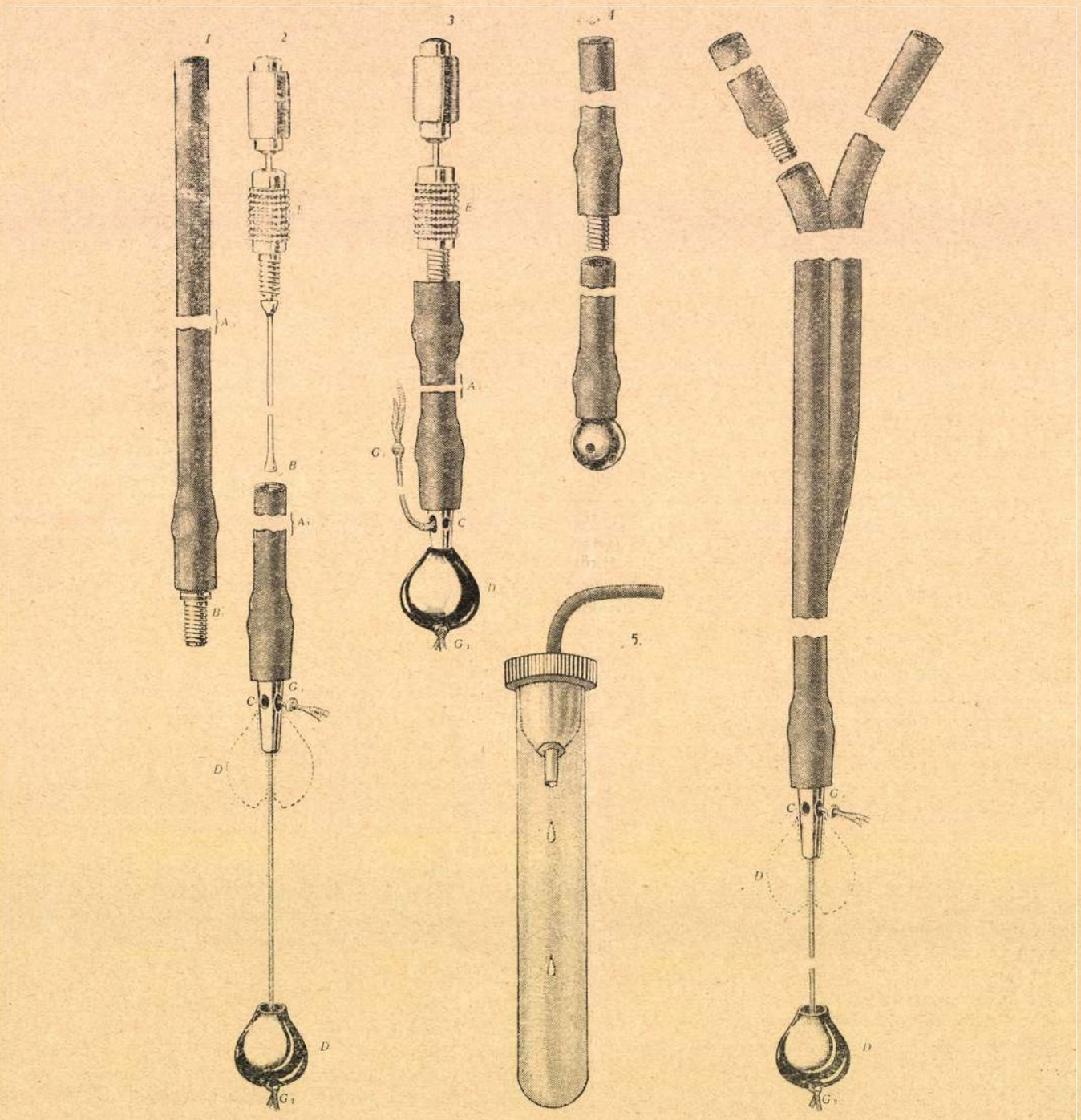
Az új szondák.

Valamenyi közismert szondánál két nehézséggel kell megbírkóznunk: az egyik a szondának a gyomorba való körülményes bevitele, a másik pedig a hosszú és bizonytalan időtartam, amely a szondának a gyomorból a duodenumba való bejutásával jár. Az új szondák ezt a két nehézséget teljesen kiküszöbölik. Ezáltal lehetővé vált, hogy a duodenalis szondát a gyakorló orvos is használhassa.

A duodenalis szonda. 165 cm hosszú és 70 cm-nél két részre osztható: előszondára A_1 és utószondára A_2. Az előszonda egy 70 cm hosszú gummicsőből és a hozzátartozó 73 cm hosszú mandrinból, az utószonda csak egy 95 cm hosszú gummicsőből áll. A két szondarészt egy csavarpáros kapcsoló B_1 B_2 köti össze. Az olivának C a szokásos nyílásokon kívül két furatja van egy fehér és kicserélhető selyemzsinór felvételére, amelyet két végén egy-egy csomó határol G_1 G_2. A szondának lényeges alkatrésze egy körtealakú vezetéksúly D, amely pontosan ráillik az oliva csúcsára és az említett zsinór segítségével az olivához van kötve. A mandrin markolatán egy rögzítőhüvelyt E. találunk, amely kettős célt szolgál: megmerevíti az előszondát és a felhúzott zsinór becsipése által rögzíti a vezetékkörtét az oliva csúcsán (3. ábra). A szakaszos próbareggelihez 18 cm-nyi, intraduodenalis bevezetéshez ellenben 12 cm hosszú zsinórt használunk. Valamennyi szondának külső átmérője 4.5 mm, űrtartalma 8 ccm. Kalibrálásuk a következő: 48 cm-nyire az olivától egy V (ventriculus) látható, 56 cm-nél egy P (antrum pylori) és végül 80 cm-nél egy 8. A vezetéksuly átmérője 8.5 mm, súlya 3.20 gr. Az előszondák többféle kivitelben készülnek: közvetlenül az oliva fölött két oldalablakkal, 6 apró lyukkal és végül zártan. Legajánlatosabb a két oldalablakos szonda használata.

* Az Arch. f. Verd.- und Stoffw.-Krankh. 1930 októberi füzetében megjelent nagyobb munkának rövidített alakja.

Intraduodenális bevezetés. Használat előtt valamennyi előszondát 1 ccm. glicerinnel, vagy olajjal át kell fecskendezni — legcélszerűbben egy szemcseppentő segítségével. Ezután bevezetjük a mandrint az előszondába, a vezetékkörtét a G_1 csomó segítségével felhúzuk az oliva csúcsára, majd pedig becsavarjuk a rögzítőhüvelyt az előszonda kapcsolófelébe. A mandrin most megmerevítette az elsőszondát, de egyúttal a zsinórnak az oliva fenekén való leszorítása által rögzíti a körtét az oliva csúcsán (3. ábra). Az orvos most már az ilyeténképen megmerevített előszondát betolja a beteg gyomrába, majd pedig a mandrin eltávolítása után hozzácsatolja az utószondát az előszondához. Abban a pillanatban, amint a mandrint kihúzzuk, a körte a gyomorban saját súlyánál fogva leválik az oliváról (2. ábra) és a gyomorperistaltika segítségével a duodenum felé igyekszik. Most a beteg tovább nyeli a szondát 56 cm-ig (P), majd pedig 6—8 percig jobboldalára fekszik. A gyomorperistaltika ezen idő alatt beviszi a körtét a patkóbélbe. *Ez a lényege az egész eljárásnak, minden egyéb csak másodlagos és ennek folyománya. Az előresiető körte 1—2 percen belül maga után húzza a szondát a duodenumba.* Az említett 6—8 perc letelte után a beteg lassacskán tovább nyeli a szondát. Mire 75 cm-ig eljutott, a szonda már fel is bukkan a patkóbélben. Ha a garat-



inger kisfokú és a beteg könnyen nyeli a szondát, akkor az *egész* intraduodenalis bevezetés nem tart tovább 8—10 percnél. A közismert szondák csak akkor hatolnak be a duodenumba, ha csúcsuk — az oliva — *véletlenül* bejutott a pylorusba. De ha convex ív alakjában jelent meg a pylorus előtt, akkor nem bír bejutni. *Az új szonda lényegét abban látom, hogy egy szabad solitaer test leválik az oliváról, hogy mint előfutár besiessen a duodenumba és a szondának útmutatóul szolgáljon.*

Intraventricularis bevezetés. Szakaszos próbareggelinél a 48 cm-ig letolt szondát csak 56 cm-ig (P) kell továbbnyelni. A beteg itt is 6 percig jobb oldalára fekszik, hogy a körte könnyen behatolhasson a duodenumba és a zsinórt az *Einhorn*-féle zsinórpróba megejtése végett a pylorusra fektesse. Ezen 6 perc alatt kiszivattyúzzuk az éhgyomortartalmat. Ezután hanyatt fekszik a beteg és a testhőmérsékre felmelegített ingerfolyadékot (0.20 gr Coffeinum natriosalicyl, vagy 15 ccm Alkohol 300 ccm vízre) egy nagyobb (100 ccm) fecskendő segítségével a szondán keresztül befecskendezzük a gyomorba. Most lege artis elvégezzük a próbareggelit. Ennek befejeztével a szonda kihúzása után jól szemügyre vesszük a zsinórt, hogy a zsinórpróba eredményéről meggyőződjünk. A zsinór proximalis vége szintelen maradt, distalis része megsárgult (duodenum, epe); a kettő találkozási pontján *juxtapyloricus* vérző fekély estében vérpiros foltot látunk. Ennek a tünetnek bizonyos esetekben értékes differentialdiagnosticai jelentősége lehet (juxtapyloricus ulcus, oesophagusvarixok májcirrhosisnál).

A gyomorszonda (4. ábra).

Ez a szonda is két részből áll és a kapcsoló segítségével összeköthető. Gömbölyű olivája van, de nincs vezetékkörtéje. A már ismertetett mandrin segítségével megmerevíthető és a gyomorba letolható.

A gyomorszondát a gyulladt epeutak pontos intraduodenalis diagnosticájánál használjuk. A duodenalis szonda mellett bevezetjük a gyomorba, állandóan ott is hagyjuk, hogy segítségével eltávolítsuk a gyomortartalmat, nehogy az a patkóbélbe bejusson és az epét kicsapja. A bevezetés a következőképen történik. Ha a duodenalis szonda már 70 cm-nyire behatolt a patkóbélbe, akkor a gyomorszonda megmerevített előcsövét 48 cm-ig mellette bevezetjük a gyomorba. A mandrin eltávolítása után hozzácsatoljuk az utószondát. Most a beteg a két csövet együttesen továbbnyeli. A két szonda bármelyike a másik rögzítése mellett visszahúzható, úgyhogy a két szondának egymástól való távolsága tetszés szerint szabályozható. A bevezetés és az utánnyelés minden nehézség nélkül sikerül.

A gyomorszonda természetesen úgy is használható, mint a közismert duodenalis szondák. De ha a szakaszos próbareggelit a gyomorszondával — nem pedig az új duodenalis szondával — ejtjük meg, akkor ezzel lemondtunk a zsinórpróba lehetőségéről.

A kettősszonda (6. ábra).

Ez tulajdonképen az új 165 cm hosszú duodenalis szondából áll, amely 42 cm-nyi hosszúságban egy vékony gyomorcsővel van összekötve. A duodenalis szonda 24 cm-nyire az olivától felveszi a gyomorcsövet és együtt halad vele 66 cm-ig. 70 cm-nél ez is ketté van osztva és a kapcsolóval összekötve.

A tulajdonképeni duodenalis szondát a mandrin segítségével megmerevítjük és az oliva csúcsán ülő körtével együtt bevezetjük a beteg gyomrába. Utána pedig a már vázolt módon a patkóbélbe irányítjuk. 75 cm-nyi behatolásnál az oliva a papilla Vateri előtt fekszik, a gyomorszonda vége az antrum pyloriban (51 cm). A gyomorcsövön keresztül állandóan kiszívjuk a gyomortartalmat, hogy a duodenumba be ne juthasson és intraduodenalis epediagnostikánkat ne zavarja.

A szonda intraduodenalis fekvése.

Röviden meg kell emlékeznünk azon ismertető jelekről, amelyek a szondának a patkóbélbe jutását bizonyítják. Ha átlátszó aranysárga epét, vagy szintelen alcalicus váladékot kapunk, akkor kétség nem fér hozzá, hogy a duodenumban vagyunk. De gondolnunk kell arra, hogy a duodenumba több mirígy üríti váladékát (gyomor, duodenum, máj, hasnyálmirígy). Ha a papillasphincter zárva van, akkor könnyen megesik, hogy a duodenumból semmiféle váladékot, vagy pedig savanyú gyomortartalmat kapunk. Az irodalomban lefektetett sokféle jelre nem akarok kitérni. Csak két teljesen megbízható jel létezik.

1. A röntgen előtt feltünik a duodenumba behatolt szondának jellegzetes alakja. Ha a szondát óvatosan kifelé húzzuk, akkor az oliva a duodenumban fölfelé száll, tehát nem jobbról halad balfelé (mint a gyomorban), majd pedig hirtelen lebukik a pylorusról az antrumba. Még szebben követhető ez a jelenség a szabadon álló körtével.

2. A következő műfogást ajánlom, amely még sohasem hagyott cserben. A duodenum minden mennyiségben vesz fel folyadékot, vagy levegőt, de alig ad vissza valamit abból. Ha 50—60 ccm levegőt fecskendezünk be a duodenumba, akkor a fecskendő segítségével alig nyerünk vissza 2—10 köbcentimétert. Ugyanez a jel *átmenetileg* az antrum pyloriban is található, de csak egy peristaltica phasisa alatt. Ha az oliva az antrumban fekszik, akkor ismételt kísérletnél mégis csak sikerül egy interperistalticus szakot ellesnünk és akkor a levegőt, illetve folyadékot a maguk teljességében visszanyerhetjük. Ez a duodenumban sohasem sikerül.

A sikertelen esetek.

A szondának sima intraduodenalis behatolása a következő két föltételhez van kötve: először is nem szabad a pyloruson semmiféle organicus-mechanicus akadálynak lenni (heges szűkület, lefűződés, deformitas), másodszor pedig a vázolt 6—8 perc alatt gyomorperistalticanak kell jelentkeznie, amely ténylegesen beviszi a körtét a duodenumba. Peristaltica nélkül nem létezik intraduodenalis szondázás. Az új szondának sincsen saját motilitása. Minden szonda a gyomor peristalticájára támaszkodik, bele kell ebbe illeszkednie. Sikertelen esetben röntgen előtt a körtét, olivát és a szondát a gyomor jobb alsó kaudalis részében látjuk mozdulatlanul feküdni. Gyomormozgásnak nyoma sincs. A szonda ily esetben a gyomor proximalis elernyedt részében fekszik; ettől distalisan az antrum pylori, illetve a pylorus tonicus contractióban van. Sikertelenség esetén mindenekelőtt 56 cm-ig újból vissza kell húzni a szondát és itt ismét egy darabig fekve hagyni. Utána pedig a következő műfogásokhoz folyamodhatunk.

1. Sokszor elegendő a szondát 6—8 perc tartamára 56 cm-ig visszahúzni. A második, esetleg harmadik kísérletnél behatol. 2. Hypersecretiónál gyakran beválik, natrium bicarbonicum-suspersiónak intraduodenalis befecskendezése. 3. A fecskendő segítségével szívó hatást fejtünk ki a szondára. Ezáltal mechanicusan izgatjuk a gyomrot, amire az nem ritkán peristalticával felel és beviszi a szondát. 4. Gyakran sikerül az antrum-spasmust 0.5—1.0 mgr atropin, vagy 8—12 cgr papaverin subcutan alkalmazásával megoldani. 5. Olykor 0.5—1.0 mgr physostigminnek bőr alá fecskendezése provokál peristalticat.

Azonban nyomatékosan rá kell mutatni arra, hogy ezen műfogások egyike sem absolute megbízható. Soha nem lehet előre tudni, melyik válik be ezek közül, illetve nem hagy-e valamelyik cserben. Láttam már órák hosszat fennálló functionalis homokóragyomrot, amely 1.0 mgr atropinnak és 12 cgr papaverinnek egymást követő injectiójára sem oldódott meg. Még egy dolgot kell szem előtt tartani. Mindezen alkaloidák nagy mértékben befolyásolják egyúttal az epeutak neuromuscularis apparatusának ingerlékenységét is. Atropin és papaverin csökkentik, physostigmin fokozza. Erre gondolnunk kell, nehogy

az epeutak mesterségesen befolyásolt motilitásából hamis következtetést vonjunk le. Éppen ezért az alcaloidák segítségével a duodenumba bevitt szonda az epeutak minutiosus diagnosticájára nem használható.

Összefoglalás.

1. Az új szondák mindegyikét a kevésbbé gyakorlott orvos is nehány (5—15) másodperc alatt be tudja vezetni a beteg gyomrába.

2. A vezetékkörte a gyomorperistaltica segítségével 6—8 perc alatt behatol a duodenumba. Az előresietö körte aztán 1—2 perc alatt a duodenumba vezeti a szondát.

3. Az új szonda a beteg epeutak számára — a vezeték-körte súlyánál fogva — nagyobb ingert jelent, mint a szokásos szondák. Ict. cat.-nál és cholangitisnél a blokkirozott expulsios mechanismus az új szonda ingerére úgyszólván mindig működésbe jön. Ennek nagy differentialdiagnostikai és therapeutikai jelentősége van.

4. Szakaszos próbareggelinél egy fehér selyemzsinór fekszik a pyloruson, miáltal az Einhorn-féle zsinórpróba automaticusan jelentkezik. A zsinór középső része *juxtapyloricus* vérző fekély esetében véres foltot mutat.

5. A duodenalis és gyomorszonda együttes alkalmazása lehetővé teszi a pontos epediagnostica keresztülvitelét azáltal, hogy a gyomorszonda segítségével levezetjük a gyomortartalmat.

6. Az új szonda segítségével a gyakorló orvos is elvégezheti a szakaszos próbareggelit. A gyulladásos epemegbetegedések diagnosticája és therapiája számára is hozzáférhetővé vált.

Az orvos teljesen független a beteg magatartásától, active léphet fel. Az intraduodenalis szondázás időtartama a minimumra redukálódik.

(Folytatjuk)

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

A hydrogenion concentráció befolyása a gombák növekedésére táptalajon és bőrön.

Irta: *Vámos László dr.*, egyet. tanársegéd.

A táptalaj valódi aciditásának (hydrogenion concentratiójának) befolyása a gombák, de különösen a bacteriumok növekedésére már régen ismeretes.

A szerzők legnagyobb része bacteriumokkal foglalkozot, rámutatva a különböző hydrogenion concentratiójú természetes (bőr), vagy mesterséges táptalajoknak a bacteriumok megtapadására és növekedésére gyakorolt hatására.

Hogy embernél a betegséget okozó gombák számára a megtámadott bőr helyi körülményei nagy szerepet játszanak, mutatja, hogy bizonyos gombafélesége k főleg bizonyos testtájakat támadnak meg, így például az epidermophyton és a mikrosporon minutissimum főleg a hajlatok táját.

Gundersen, Malilnckrodt, Kadisch foglalkoztak közelmultban a táptalajok aciditása és a gombák növekedése közötti összefüggéssel.

A talált értékek általában elég nagy fokban különböztek egymástól; az eredmények pontosságát feltétlenül befolyásolták, hogy a táptalajok különböző fokú savanyítására és lugosítására nem ugyanazon anyagot, hanem ecetsavat, illetve nátronlúgot használtak. Ily módon a táptalajok kémiai összetétele is megváltozott, ami viszont a gombák növekedését egymaga is befolyásolhatja.

Spanyár a problemát olymódon oldotta meg, hogy aequivalens mennyiségű, de különböző arányú savanyú, illetve lúgos alkaliphosphatot adagolt a használatos maltose-s táptalajokba, amiáltal elérte, hogy a táptalajok hydrogenion concentratiója a táptalajok összetételének megváltoztatása nélkül tolódott el savi, illetve lúgos irányba.

A táptalajokat körülbelül pH 4.30-tól pH 9.0-ig készítettük, átlag pH 0.20—0.50 különbséggel.

Vizsgálataink kezdetén alacsony hőfokon szilárduló táptalajokat, így gelatina-s táptalajt használtunk.

Előnye volt a *Sabouraud*-féle táptalajokkal szemben, hogy a pH mérése pontosabban és egyszerűbben volt eszközölhető és, hogy ezen táptalaj pH-jának nagy szélességben való megváltoztatása általában könnyebben volt keresztülvihető, mint a maltose-s táptalajoknál. Az utóbbi táptalaj ugyanis még erős savanyítás, illetve lúgosítás ellenére is magas puferhatást mutatott és pH 6.0 körül igyekezett stabilizálódni. A talált értékek a maltose táptalajon találtakkal általában megegyeztek. legfeljebb az egyes gombák culturájában volt lényegtelen alaki eltérés.

Vizsgálatainkat mikrosporon, epidermophyton, trichophyton, achorion, azonkívül különböző, az emberi bőrre nem pathogen penészekkel (penicillium stb.) végeztük.

1. Mikrosporon Audouini. A gomba-telep pH 4.30 alatt elpusztul, pH 5.0 alatt ugyan vegetál, de fejlődésnek csak nehezen indul; pH 8.30 felett szintén elpusztul, pH 8.0—8.30 között pedig fejlődésnek nem indul. — Igen érdekes a gomba viselkedése pH 5.0—8.0 között. pH 5.0—6.5 között a gombák növekedése az egyes gombatelepek között igen szembetünő nagyságbeli különbséget mutat, pH 6.5—7.2 között, tehát neutralis és kissé savanyú irány felé a gombatelepek növekedése a maximálist mutatja, ugyanazon idős telepek a pH 5.0—5.20 telepek 15-szörösét is. pH 7.20—8.0-ig a telepek nagysága már állandóan kisebbedik, pH 8.30 felett a telepek elpusztulnak.

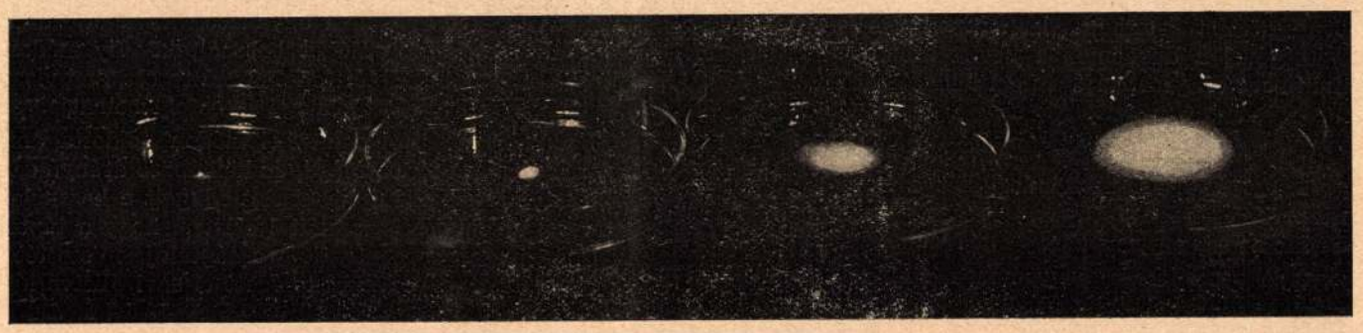
Vagyis a mikrosporon Audouininél a gombatelepek maximalis növekedése pH 6.50—7.20 között van; savi irányban a növekedés pH 1.80—2.0-vel; lúgossági irányban pedig pH 1.0-gyel eltolódva még kielégítő. pH 4.30 alatt, illetve pH 8.30 felett a gombatelepek elpusztulnak. (1. ábra.)

2. Epidermophyton inguinale-nál pH 4.80 alatt a gomba növekedése már megindul, pH 6.0 felett igen tettemes, mint az előbbi gombánál; pH 7.0 körül már a telepek a pH 5.0 körüli telepek 15-szörösét is elérik, pH 8.0 körül a növekedés erősen csökken.

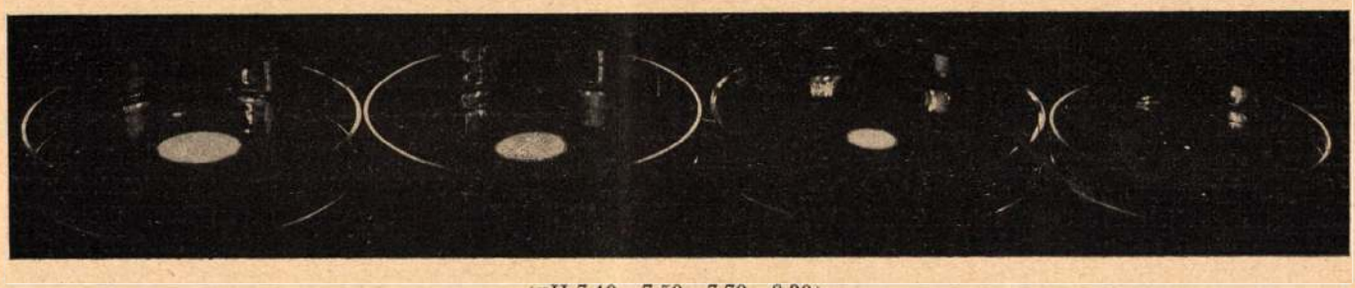
Mindkét gombafajnál (mikrosporon Audouini, epidermophyton inguinale) ki kell emelni, hogy a gomba az egyes hydrogenion concentratio közötti különbséget igen nagy fokban megérzi, kifejezett optimalis hydrogenion concentratiós zónája van, amely alatt és felett a gomba növekedése nagy fokban csökken. (3. ábra).

3. Különféle trichophyton törzseket (trichophyton gypseum, trichophyton rosaceum, trichophyton violaceum stb.) vizsgálva, úgy találtuk, hogy a trichophyton gypseum megtapadása és növekedése a táptalajon általában gyors, a növekedési latidude szélesebb, mint mikrosporon-nál. legjellemzőbb, hogy az egyes gombatelepek körülbelül egyformák, kifejezett optimalis növekedést nem látunk. A ritkábban előforduló trychophyton rosaceum, violaceum megtapadása nehezebben történik, a gomba fejlődése igen lassú, optimalis növekedés nincsen.

A szondákat a Katheterreform—Willy Rüsch cég hozza forgalomba Stuttgart — Cannstattban.



(pH 4.30—5.00—6.20—7.00)



(pH 7.40—7.50—7.70—8.30)

1. ábra. Mikrosporon Audouini.

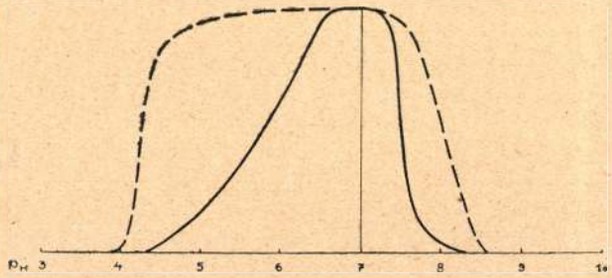


(pH 4.00—6.00—7.00—7.60—8.40)

2. ábra. Achorion Schönleini.

4. Achorion Schönleini-nél a megtapadási és növekedési latitude szintén szélesebb, mint a mikrosporon-nál. A gomba nehezen fejlődik, egyes gombatelepek között különböző pH mellett lényeges nagyságbeli különbséget nem találunk. (2. ábra).

Vagyis a trichophyton és achorion törzseknél, ellentétben a mikrosporon és epidermophyton törzsekkel, bizonyos aciditás felett, illetve aciditás alatt a gombatelepek általában egyformák, optimalis-növekedést náluk nem találunk. (3. ábra).



3. ábra.

A táptalaj aciditásának pH befolyása a gombák növekedésére.

——— Mikrosporon (Epidermophyton.)
— — — Trichophyton (Achorion.)

Végül vizsgáltuk a mindenütt előforduló és emberre rendes körülmények között nem pathogen, közönséges penészeket (penicillium, stb.). Ezek pH 4.0—9.0 között a említett gombáknál gyorsabban növekedtek, különböző pH táptalajokon körülbelül egyforma nagyságú telepeket alkotnak, pH 4.0 alatt és pH 9.0 felett is jól növekedtek.

Vizsgálataink második részében a különböző korú egyének, különböző testtájain talált hydrogenion concentratiójából és bizonyos gombás betegségeknek (mint mikrosporia, epidermophytia, erythrasma) a pubertas utáni megjelenéséből, vagy öngyógyulásából próbáltunk bizonyos következtetéseket levonni.

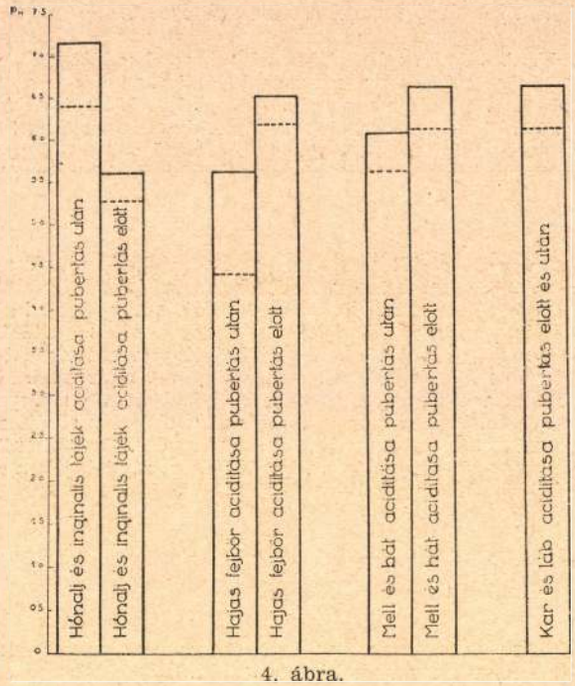
Marchionini és *Schade* vizsgálatai szerint a bőr aciditása pH 1.8—5.7 között mozog, vagyis elég savanyú; ezen izzadság rétegnek igen nagy fontossága lenne, mint egy köpenynek a szervezetnek, illetve a bőrfelületének a bacteriumoktól való megőrzésében.

Marchionini újabb vizsgálataiban már a bőr pH-t jóval kisebb fokban találta savanyúnak, értékei pH 4.0—6.5 között mozogtak. Klinikánkon *Spanyárral Schade* és *Claussen* methodusával végzett vizsgálataink szerint a bőr pH értékei még jobban a lugos határ körül mozognak. Átlag pH 5.50—7.0 között váltakoznak.

Először *Marchionini* figyelte meg és az apokrin mirigyek kifejlődésével hozta összefüggésbe, hogy a hónalj és inguinalis tájékon a bőrfelület gyermekeknél erősen savanyú (pH 5—6); pubertas után pedig pH 7.0 fölé emelkedik. Kísérleti eredményeit vizsgálataink is megerősítik, amennyiben a hónalj aciditását gyermekkorban átlag pH 5.27—5.60-nak; felnőtt korban pedig pH 6.40—7.12-nek találtuk. (4. ábra.)

Ha az epidermophyton növekedési optimumát nézzük, úgy látjuk, hogy a növekedési optimum körülbelül ezen

pH-nak felel meg és talán részben ez is magyarázza, hogy ezen gombafajt, mint kórokozót olyan ritkán látjuk gyermekkorban, viszont elég gyakran felnőttkorban, különösen a hónalj és inguinalis tájon.



4. ábra.

A bőrfelület különböző helyeinek aciditása (pH)
——— maximális érték.
------- minimális érték.

Neuber professzor egyik cikkében írja, hogy egy infantilis typusu felnőtt egyénnek mikrosporia-ját hormonalis szerekre (glanduovin) a havi vérzésnek és másodlagos nemi karakternek megjelenésével látta gyógyulni.

Hogy a pubertas idejében a hajas fejbőr milyensége megváltozik, feltétlenül mutatja többek között a seborrhoea megjelenése.

Mint vizsgálatainkból látjuk, a mikrosporon, ellentétben a trichophyton-nal és achorion-nak optimalis növekedési zónát mutat, amely pH 6.50—7.20 között van. Ezen pH-nak megfelelő gombatelepek és a pH 5.20—6.50 közötti telepek között lényeges különbség látható nagyságbeli szempontból. Vizsgálatainkat oly irányban folytattuk, hogy amint a hónalj és inguinalis tájék bőrének pH-ja megváltozik pubertas után, így nem jön-e létre egy hydrogenion concentratiobeli eltolódás ivarérés után a hajas fejbőrnél is. A felnőtteknél a hajas fejbőrön talált pH 4.50—5.60-al szemben, gyermekeknél pH 6.15—6.50-et találtunk. pH 5.0 alatt a mikrosporon fejlődésnek nem indul, pH 6.0 alatt a gomba kulturák satnyák.

Talán érdekes megemlíteni, hogy nemcsak a hajas fejbőr, de a seborrhoea többi praedilectiós helyei felnőtteknél szintén erősebben savanyú értékeket mutattak, mint gyermekeknél.

Pubertas idején a mikrosporia öngyógyulásából és a mikrosporon gomba növekedési görbéjéből arra akarunk rámutatni, hogy a pubertas idejében a haj milyenségének megváltozásán kívül, valószínüleg a hydrogenion concentráció megváltozásának is nagy befolyása van a mikrosporia öngyógyulására.

Vizsgálatainkat összegezve:

1. Szilárd táptalajon trichophyton, mikrosporon, achorion, epidermophyton törzsek átlag pH 5.0—8.0 között fejlődnek.

2. Az emberre általában nem pathogen penészek ezen pH alatt és felett is jól növekednek.

3. A mikrosporon és epidermophyton telepei optimalis növekedési zónát mutatnak, amely átlag pH 6.50—7.20 között van.

4. A hajas fejbőr felnőtt korban erősebben savanyú pH-t mutat, (pH 4.50—5.60) mint gyermekkorban (pH 6.16—6.50).

5. A mikrosporia capitis öngyógyulásának pubertas idején egyik oka valószínüleg a pH-nak pubertas idején savanyú irányban való eltolódása.

Irodalom. *Neuber Ede:* Orvosi Hetilap 1929. 44. — *E. Kadisch:* Dermat. Zeitschr. 1929. V. — *Mallinckrodt—Haupt.:* Dermat. Zeitschr. 1929. V. — *Schade* und *Marchionini:* Archiv f. Dermat. 1928. 154. — *Marchionini:* Archiv f. Dermat. 1929. 158.

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

A gonorrhoea röntgensugaras és diathermiás provocatiója.

Irta: *Vanik Vince* dr., klinikai gyakornok.

A gonorrhoea gyógyulásának megállapítása, mint tudjuk, nem tartozik a könnyű feladatok közé, mert nem ritkán a betegség klinikailag teljesen gyógyultnak látszik ugyan, de mégis lehetnek egyes elrejtett gonococcusgócok, melyek előbb-utóbb kellemetlenségeket okoznak. Számos módszer áll rendelkezésünkre, mellyel ez utóbbiakat mobilisálhatjuk, sőt provocálhatjuk, azonban egyik sem nyújt tökéletes biztosítékot arra, hogy a gonococcusmentességet teljes biztossággal megállapíthassuk. A legáltalánosabban használt provocatiós eljárásokról: a mechanikai, chemiai, specificus és nem specificus anyagok által kifejtett provocativ hatásról megoszlanak a vélemények. Legtöbben e methodusokat combinálják, vagy egyéb eljárásokkal egészítik ki, a legkülönfélébb tapasztalatok és eredmények mellett. Ezek közül egyik sem felel meg tulajdonképen teljesen a célnak, eltekintve attól, hogy a legkülönfélébb kellemetlen szövődményekhez vezethetnek, mint pl. a nagy töménységű chemikaliákkal történt forcierozott provocálás s ennek következtében létrejött gyulladás postgonorrhoeás folyásokat, beszűrődéseket és szükületeket okozhatnak. Igy pl. a chemiai provocatio egyikmásik esetben sikertelen maradhat azért, mert az általa kiváltott nyálkahártyaduzzanat az egyes beöblösödések és bemélyedések felett alagútszerű elzáródást okoz, ami által az esetlegesen ott rejtőző gonococcusokat elzárja. Hasonló eredménytelenségre vezethet pl. a mechanikai expressiós methodus, hogyha a bevezetett eszköz valamely mirigy kivezető járatának nyilását elzárja, melyben történetesen éppen gonococcusok tanyáznak. Sőt ilyen módon a kifejtett mechanikai nyomás a gonococcusokat még mélyebb szövetrészekbe is benyomhatja.

Néhány esztendővel ezelőtt *Kémeri, Deutsch* és *Wetterer* a röntgensugarakat alkalmazták provocatiós célokra, ami a röntgensugarak természetét és biologiai hatását ismerve, nagyon ideális elgondolásnak látszott. *Kémeri* 14 esetet ismertet, *Deutsch* több mint 100 esetről szerzett tapasztalatairól számol be s mindketten azt tapasztalták, hogy a röntgensugarak provocativ hatása az összes eddig ismert provocáló eljárásokat felülmulja. *Wetterer,* aki a röntgensugarakat a gonorrhoea gyógyítására használta fel, szintén azt észlelte, hogy a röntgensugarak nemcsak gyógyítólag, hanem provocálólag is hatnak. Három esetet közöl, ahol arthigonnal történt negativ eredménnyel járó provocatio után röntgenprovocatióra gonococcusokat ta-

lált a húgycső váladékban. E szerzők többnyire a besugárzás után egy—tíz nap múlva erősen fokozott váladékképződést és sok esetben a vizelet zavarosságát észlelték, melyet a régebben fennállott, de visszafejlődött complicatiók újbóli fellángolása is gyakran kísért.

Az utóbbi időben mi is végeztünk a debreceni bőr- és nemikórtani klinikán kísérleteket röntgensugarak provocaló hatásával. Összesen *53 gonorrhoeás férfin* alkalmaztuk e methodust. A gonorrhoeás folyamat betegeink túlnyomó részénél nem volt sima lefolyású, hanem szövődmények (lymphangitis, epididymitis, prostatitis, cystitis, spermatocystitis) kísérték azt. *Kísérleteinkre csak olyan betegeket használtunk fel, akiknél a kezelés abbanhagyása után hosszabb ideig gonococcusokat kimutatni nem tudtunk és számos más egyéb provocáló eljárásra is, mint magasabb töménységű ezüstvegyületekre, sondázásra, Kollmann tágitókra, gonococcus vaccinákra, prostata massage-ra, tejinjectiókra, a gonococcus lelet hosszas és gyakori vizsgálat után is állandóan negativ maradt.*

Abból a feltevésből indultunk ki, hogy a röntgenprovocatiónak csak akkor van gyakorlati jelentősége, ha egyéb más provocáló eljárásokkal szemben fölényben van. Kivitele u. i. körülményesebb s azonkívül nem áll mindenütt röntgenkészülék és röntgenszakorvos rendelkezésre, az eljárás hosszabb ideig elhuzódik, költséges, sőt veszélyyel is járhat, ami ugyan hozzáértő kézben ma már alig jön számításba. A herék érzékenysége azonban röntgensugarakkal szemben kétségkívül oly nagyfokú egyéni ingadozásokat mutat, hogy ismeretesek olyan esetek is, amikor a herék gondos takarása mellett, csupán a szétszórt sugárzás folytán, asoospermia következett be.

A besugárzás technikájában és dosirozásában a lehetőségig alkalmazkodtunk a beteg állapotához, constitutiójához, stb., szóval egyénileg jártunk el. Általában minél régibb volt a folyamat, annál magasabb dosist alkalmaztunk. A besugárzást 3—4 mezőben végeztük, szintén a betegség természete szerint. Ha a prostata is résztvett a kórfolyamatban, akkor az egyik besugárzást a végbélnyilásra eszközöltük széthúzott farpofákkal, térdkönyökhelyzetben; a másikat a gáttájékra, kengyelbe helyezett lábak és ad maximum felhúzott herezacskó mellett; a harmadikat pedig a hímvessző alsó felületére végeztük letolt herezacskó és a hasra fektetett hímvessző mellett, természetesen a combok és herék gondos takarásával. Némely esetben ezeken kívül még a hímvessző felső felületét is besugároztuk. Ha a prostatát egészségesnek találtuk, akkor a végbél felöli besugárzást elhagytuk és csak a gátat, a hímvessző alsó és felső felületét sugároztuk be. A dosis ⅓—¾ H. E. D. között váltakozott 1—3 mm. aluminium szürővel 25 cm. bőr-focus távolságból. A besugárzást sokszor kétszer, pár esetben háromszor is megismételtük három hetes időközökben.

Kísérleteink általában nem adtak olyan jó eredményeket, amint azt a fenti szerzők közlései alapján vártuk. Kifejezett bő váladékképződést csak egy esetben nyertünk. A reactio legfeljebb csak egy egész csekély, reggelenként kipréselhető savós váladékképződésben, a vizelet kisfokú zavarosodásában és bőségesebb szálcsaképződésben nyert kifejezést, melyek rendszerint a besugárzás utáni második-hatodik napon jelentkeztek. Sőt négy esetben a besugárzás előtti, reggelenként jelentkező, csekélyfokú váladékképződés teljesen megszünt, a periurethralis oeszürődés jelentékenyen csökkent és a betegeknek addig fennállott kisfokú subjectiv kellemetlenségei is, mint bizsergés a prostatában, viszkető érzés a húgycsőben, a mellékheréknek időnkénti nyilalásai, megszüntek. Három esetben viszont kisebb-nagyobb fokú gócreactiók léptek fel, főleg prostatafájdalom, kifejezett hereérzékenység, erős vizelési inger, mely pár nap alatt elmult. A besugárzást követő 10 napon keresztül naponta vizsgáltuk úgy a húgycsőváladékot, mint a vizeletszálcsákat gonococcusra. Az addigi negativ gonococcus lelet négy esetben vált positivvá.

E négy positiv eset egész rövid kórtörténete a következő. A legkifejezettebb volt az első eset.

1. K. I. 37 éves kocsifényező. Gonorrhoeáját 1917-ben szerezte. Ugyanabban az évben jobboldali mellékhere gyulladás. 1920-ban prostatagyuladás. Orvosi kezelésre tünetmentes lett. 1926-ban újból jobboldali mellékhere-gyulladás, 1928-ban prostatagyulladás. Azóta, különösen erősebb munka után többször megduzzadt és fájdalmassá vált a jobb heréje s időnként ugyancsak égető, fájdalmas érzéseket tapasztalt a prostata körül és a húgycső hátsó részében. Vizelete ilyenkor zavaros, húgycsőből kevés váladék nyerhető. Első alkalommal 1928. augusztus 10-től augusztus 22-ig, második alkalommal 1929. ápr. 9-től július 10-ig, mint fekvő beteget klinikánkon kezeltük. Ugy ezen, mint a közbeeső s utána következő időben húgycső és prostata váladékában a provocatiós eljárások többszöri megismétlése után sem lehetett gonococcusokat kimutatni sem methylenkékkel, sem a *Gram* f. eljárással. 1929. október 30-án röntgenbesugárzás a gáttájékra és a penis alsó felületére. Utána sem subjectiv sem objectiv elváltozást nem észleltünk. Gonococcus továbbra is negativ. December 2-án ismételt röntgenbesugárzás a végbéltájékra, a gáttájékra és a penis alsó felületére. A besugárzást követő nap a húgycsőből sürű, savós, genyes váladék volt préselhető, majd másnap, különösen vizeléskor, erős égető, szúró fájdalmakat érzett az egész húgycsőben, főleg annak hátulsó részében. A vizelés végén kevés vér jelent meg, a vizelés kezdetén pedig a húgycsőből nagyobb kocsonyaszerű képletek löködtek ki. A vizelet első és második része zavaros, genyes, szálcsás. A váladékban intra és extracellularis gonococcusok, genysejtek és egyéb bacteriumok voltak kimutathatók.

2. O. I. 19 éves gazdálkodó. Gonorrhoeája 1928. májusában kezdődött, melyhez kétoldali mellékheregyulladás társult. Kezelésre a tünetek visszafejlődtek. 1929. december 15-én közösülés után újból folyás jelentkezett, baloldali mellékheregyulladással és hólyaghuruttal. Klinikánkon kezelésre gyógyult. Provocatiós eljárások után gonococcus vizsgálat állandóan negativ. Február 10-én röntgenbesugárzás a penis alsó és felső felületére és a gáttájékra. Február 14-én minimalis váladék, gonococcus positiv.

3. É. I. 23 éves oh. Gonorrhoeája 1929. okt. 14-én kezdődött, amihez prostatitis, cystitis, arthritis szövődött. 1929. november 4-től 1930. febr. 2-ig klinikánkon kezeltük. Két heti váladékmentesség után a provocatiós sorozatot csináltuk végig, mely negativ eredménnyel végződött. 1929. január 25-én röntgenbesugárzás a prostatára, a gáttájékra és a penis alsó felületére. Január 31-én gonococcuslelet positiv.

4. W. L. 25 éves kereskedősegéd. Első gonorrhoeája 1928-ban volt, prostatagyulladással, kétoldali mellékhere gyulladással és ondóhólyag gyulladással. Hosszas kezelésre gyógyult, de azóta herei többizben kissé megduzzadtak, melyek pár nap alatt visszafejlődtek és érzékenységük is megszünt. Jelenleg hosszú idő óta váladéka nincs, vizeletben egykét szálcsa és némelykor a prostata kissé érzékeny. Az összes provocativ eljárások hosszú idön keresztül negativ eredményt nyújtottak. 1930. március 29-én röntgenprvocatio. Besugárzás a végbélnyilásra, gáttájékra és penis alsó felületére. Április 2-án minimalis reggeli váladék az urethrából, erős vizelési inger és prostata érzékenység. Gram f. készítményben gonococcus positiv.

Tudjuk, hogy egy bizonyos provocatiós eljárás előnyének és tökéletesebb voltának megállapítása egyéb provocatiós eljárásokkal szemben nehéz s kétségkívül nagy óvatosságot és lelkiismeretességet igényel. Nem tévesztendő szem elől, hogy a provocatiós eljárásoknak egy betegen való sorozatos alkalmazásokar annak a methodusnak vannak nagyobb lehetőségei és előnyei, amellyel a sorozatos provoncatiós eljárást megkezdtük. A helyes megítélést a későbben alkalmazott provocatiós methodusoknál még az a körülmény is zavarja, hogy a gonococcusok ilyenkor már rendszerint igen megfogytak, továbbá a provocatiós eljárásoknak aránylag gyors időközökben való alkalmazása után nem dönthetjük el teljes biztossággal azt, hogy melyik methodus váltotta ki a positiv provocatiót. Ilyen értelemben eseteinkben a röntgen-

sugaras provocatió folytán létrejött positiv gonococcus lelet e methodusnak fölényét jelentené a többiekkel szemben, mert hisz ezt csak akkor végeztük, amikor már az összes, hosszú ideig elhuzódó, más provocatiós eljárások teljesen negativ eredményt adtak. S talán bizonyos fokig ebből magyarázható az is, hogy mi a röntgensugaras provocatió után jóval kevesebb positiv eredményt kaptunk, mint a fenti szerzők.

Hogy a röntgensugaras provocaló eljárás értékéről minél tisztább képet nyerjünk, ezért nyolc esetben röntgensugárral kezdtük a provocatiót, majd mikor ez negativ eredménnyel járt, 15 nap mulva 3%-os albargin provocatióra tértünk át. E nyolc röntgenprovocatióra negativ eset közül két esetben az albarginprovocatióra positiv gonococcus leletet kaptunk.

Tizenkét esetben pedig az összes, negativ eredménnyel végződött provocatiós eljárások után — beleértve a röntgenprovocatiót is — egy bizonyos idő elteltével, átlag 2—3 hét mulva, diathermiás + chemiai provocatiót végeztünk. Ez utóbbit akként hajtottuk végre, hogy az egyik elektródot (sondát) a húgycsőbe, a másik lapelektrodot a kereszttájékra helyeztük, majd utána a lapelektrod helyett prostata elektródot helyeztünk a végbélbe, vagy pedig úgy folytattuk az átmelegítést, hogy az egyik elektrod a végbélbe, a másik lapelektrod pedig a hólyagtájékra került. Az átmelegítés ideje átlag 20—30 perc volt, ½—2 Amp. áramerősség mellett az elektrodok helyzete szerint. Az átmelegítés után 2—4%-os albarginoldatot fecskendeztünk a húgycsőbe. Ezen 12 eset közül, vagyis amikor a chemiai, mechanicai, vaccinás, parentheralis és végül röntgensugaras provocatiók után sem kaptunk positiv eredményt, három esetben a röntgenprovocatió után két hét múlva végzett diathermiás + albarginos provocatióra extra és intracellularis gonococcusokat találtunk a váladékban.

Rövidség kedvéért csak főbb vonalakban ismertetem ezen esetek kórtörténetét.

1. T. R. 38 éves hadirokkant. Urethritis totalis chronica gonorrhoicával, prostatitissel vettük fel a klinikára 1929. szeptember 16-án. Két heti váladékmentesség és negativ gonococcuslelet után november 15-én röntgenbesugárzás a végbélnyilásra, a gáttájékra és a penis alsó felületére. Gonococcuslelet 15 napi állandó vizsgálat után negativ. December 1-én 3 százalékos albarginos provocatio. A húgycsőváladékban gonococcus positiv.

2. Sz L. 24 éves főiskolai hallgató. Diagnosis: urethritis totalis gonorrhoica, epididymitis l. s. A kezelés abbanhagyása és három heti negativ gonococcuslelet után 1930. február 18-án röntgenbesugárzás a gáttájékra, a penis alsó és felső felületére. Gonococcus 15 napi állandó vizsgálat után negativ. Március 5-én 3%-os albargin provocatió. Március 6—10-ig gonococcus negativ. Március 10-én 28-as fémsonda és 500 millió csirát tartalmazó arthigon i. v. Március 11-én gonococcus positiv.

3. L. L. 30 éves napszámos. Urethritis totalis gonorrhoicával és jobboldali mellékheregyulladással állott klinikánkon kezelés alatt. Két heti váladékmentesség után megkezdtük a provocatiós eljárásokat: 3%-os albargin, 23-as fémsonda, 500 millió csírát tartalmazó arthigon i. v., prostata massage, melyek negativ eredményt adtak. November 22-én röntgenprovocatió. Utána gonocossus szintén negativ. December 15-én diathermiás + albarginos provocatio. Váladékban gonococcus positiv.

4. Sz. Á. 30 éves cipész. Hosszú ideig állott klinikánkon kezelés alatt urethritis totalis gonorrhoica, prostatitis diagnosissal. Miután nála egyéb provocatiós eljárásokat elvégeztük, március 20-án röntgenbesugárzást eszközöltünk az anusnyilásra, gáttájékra és penis alsó felületére. Mindezen provocativ eljárások után gonococcus negativ. 1930. április 8-án diathermiás + albarginos provocatió. Április 9-én vizsgált váladékban gonococcus positiv.

5. M. Gy. 33 éves szobafestő. Kankós húgycsőhuruttal és prostata gyulladással kezeltük klinikánkon. A kezelés abbanhagyása és három heti negativ gonoccus lelet után 2%-os albarginnal, 23-as fémsondával, 500 millió csirát tartalmazó arthigonnal i. v., prostata massage-val és 10 ccm i. gl. tejinjectióval provocáltuk, melyek után negativ eredményt kaptunk. 1930. április 3-án röntgenprovocatio. Besugárzás a végbélnyilásra, a gáttájékra és a penis alsó felületére. Utána a prostata kissé érzékenyebb lett, de különben sem objectiv, sem subjectiv elváltozás nem lépett fel. Gonococcus 15 napi állandó vizsgálat után negativ. Április 20-án diethermiás + 3%-os albargin provocatio. Április 21-én a váladékban extra és intracellularis gonococcusok.

Ezen eredmények tehát amellett szólanak, hogy a röntgensugaras provocatiós eljárás nem múlja felül a többi provocatiós eljárásokat, sőt úgylátszik, hogy a diathermiás + chemiai provocatió hatásosabb a rötgensugaras provocatiónál. Ezt talán úgy magyarázhatjuk, hogy a diathermiás átmelegítés kifejezettebb vérbőséget okoz az urogenitalis tractusban, mint a röntgensugár, aminek következtében a gonococcusok számára az életfeltételek megjavulnak, azok megszaporodnak, a fokozott vér és nyirokáramlás folytán mobilabbakká válnak, majd ezen megszaporodott és mobilisalt gonococcusokat a gyógyszeres provocatio következtében létrejött fokozott secretio a felszínre hozza és a húgycsőből kisodorja.

Vizsgálatainkból tehát azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a rötgensugaraknak provocativ hatása nem múlja felül az egyéb provocativ eljárásokat. A röntgensugaras provocatiót, kivitelének nehézségei, hosszadalmasabb volta s esetleges veszélyei miatt a mindennapi gyakorlatban a többi provocaló eljárásaink mellé beiktatni nem látjuk megokoltnak s legfeljebb csak azon esetekben vennők igénybe, amikor minden más provocatiós eljárás negativ eredményt ad, de gyanunk van arra, hogy valahol a mélyebb szövetekben eltokolt gonococcus gócok rejtőznek. Tapasztalataink alapján azonban azt ajánljuk, hogy még ezekben az esetekben is, nagyobb bizalommal fordulhatunk a diathermiás + chemiai provocatióhoz.

Irodalom. *Kémeri:* O. H. 1923. 400. old. *Deutsch:* Börgyógyászati Urol. Vener Szemle 1929. 2. sz. *Deutsch:* Gyógyászat 1922. 28. sz. *Wetterer:* Strahlentherapie 12. köt. 2. sz.

A glaucoma absolutum dolorosum és más szembajok gyógykezelése retrobulbaris alkoholinjectiókkal.

Irta: *Fejér Gyula dr.,*

A neuralgia nervi trigemini gyógykezelésében már hosszú idő óta használják az alkoholinjectiót. A ganglion Gasserinek trepanatio útján való kiszakítása vagy átmetszése sok veszéllyel jár, a mortalitás igen nagy, ezzel szemben az alkoholinjectiókban — mint azt *Vidakovics* professor pár hó előtt megejlent terjedelmes dolgozatában említi —, „különösen a Gasser ducba adott alkoholinjectiókban olyan eljárással rendelkezünk, mely kiállja a versenyt a nagy intracranialis véres műtétekkel, melyekkel szemben még az a nagy előnye is van, hogy ezeknél egyszerűbb és veszélytelenebb". A trigeminus egyes ágainak környékére adott alkoholinjectiók után többször láttam kellemetlen melléktüneteket a szemen, magam is közöltem már 1913-ban és 1921-ben két esetet, egyiknél abducens hüdés, másiknál oculomotoricus paresis, pupillatágulat és alkalmazkodási hüdés lépett fel. Jelentenem kell, hogy az abducens hüdés pár hó alatt visszafejlődött, de a részleges oculomotorius hüdés állandó maradt. Nincs igaza *Picklernek,* aki azt mondja, hogy az injectio telje-

* Előadta a Magyar Szemorvostársaság debreceni nagygyülésén 1930 június 28—29-én.

sen veszélytelen, mert *Krönicke* látóidegsorvadást is írt le és több esetben keratitis neuroparalytikát. *Kulenkampff* 1919 óta trepanatiót nem végzett és azt állítja, hogy trophicus zavarokat — azaz ilyen alapon kifejlődött keratitis neuroparalyticát — nem látott, azt mondja, hogy kettős képek mutatkoznak ugyan, de azok hamar eltűnnek. Pár hó előtt láttam egy esetet, melynél *Kulenkampff* maga adott a Gasser-ducba alkoholinjectiót. A fájdalom megszünt, de a szaruhártyában keratitis neuroparalytica typicus kórképe fejlődött ki. Kettős képek léptek fel, a szaruhártyafolyamat pár hónapig eltartott, megfelelő helyi kezelés mellett a cornea részben feltisztult, a neuralgia megszünt, de a cornea alsó harmadában egy 6 mm hosszú és 1.5 mm széles vízszintesen fekvő heg maradt vissza, mely látását 5/25 ?-re csökkentette. A conjunctiva és cornea érzékenysége csökkent.

Megvakult szemeknek fájdalmassága ellen először *Grüter* marburgi szemorvos alkalmazta a retrobulbaris alkoholinjectiókat; az 1918-as heidelbergi szemorvosgyűlésen tartott e themáról előadást. Ugyanakkor írta le a módszert is, mely szerint az injectiókat végezte. Az irodalomban közlemény alig foglalkozott ezen eljárással. Eljárása a következő: a kötőhártya kokainozása után hajlított Siegrist-tűvel először jobb és balról a szemteke mellett novokain 2%-os oldatából 1 köbcentimétert fecskendezett be a szemteke hátsó polusának környékére. 5 perccel később ugyanazon helyre és ugyanazon módon 80%-os alkoholból ugyanannyi menyiséget fecskendezünk be. 15 másodperc alatt a szemteke teljesen érzéketlen. A szemteke összes izmai hüdöttek lesznek, a beteg szemhéját nem képes emelni, szemét egyirányban sem tudja mozgatni. Az orbitalis kötőszövet meggyullad, a szemteke protrudál, chemosis, fájdalmasság lép fel. Nem fogadhatom el *Grüternek* azon állítását, hogy az egyszerű beavatkozást a rendelő órák alatt el lehet végezni, bár a betegnél általános tünetek nem lépnek fel, mégis kellemetlen beavatkozást jelent és csak kórházban fekvő betegnél ajánlom ennek kivitelét. Az injectiók után fellépő hűdési tünetek visszafejlődéséről eseteim ismertetése alkalmából fogok referálni. E tapasztalatok alapján határoztam el magam arra, hogy bizonyos esetekben kísérleteket teszek a retrobulbáris injectiókkal — különösen *Bielschovsky* a mult évben nálunk tartott továbbképző előadásában is melegen ajánlotta és hívta fel reá a figyelmet. E célra legalkalmasabbnak találtam a lehetőleg idősebb egyéneket, kik fájdalmas glaucoma absolutumban szenvednek és kiknek sem physicuma, sem lelkiállapota nem bírná el egy ilyen fontos szerv eltávolítását. Az ilyen szemek nem is képeznek okot egy sympathiás gyulladás kitörésére, mert sérülés nem ment előre.

1. Első esetem egy 59 éves asszonyra vonatkozik, kinél 1929 szeptember havában glaucoma inflam. subacut. o. d. miatt szabályszerű iridectomiát végeztem, de a szemteke nem puhult meg, látása nem tért vissza. 2 csep aminglaukosannal is kísérletet tettem, a szem változatlanul kemény és fájdalmas maradt, majd punctio corneaet végeztem, de ezen műtéttel sem sikerült a szemet megpuhítani, a fájdalmat csökkenteni. Fényérzése bizonytalan, fénylocalisatióját teljesen elvesztette. Fájdalmasság miatt a beteget november hó végén újra felvettem osztályomra és a leírt módszer szerint 2 köbcentiméter retrobulbaris alkohol- (80%) injectiót kap. Másnapra fájdalmai megszünnek, chemosis és exophthalmus fejlődik és 5 nap alatt teljes oculomotorius hüdés jelentkezik, a szemteke állandóan divergens állásban van. Az exophthalmus és chemosis miatt a hüdés egyes részleteit csak a retrobulbaris gyulladás lezajlása után lehet pontosan észreveni. A beteget hosszabb ideig észleltem, a hüdés kezdett lassan visszafejlődni, a szemteke és ennek környéke fájdalmas nem volt és a beteg állapotával meg volt elégedve, másik teljesen ép szemét munkájában semmi sem zavarta. A beteg örvendett, hogy vak szemét nem kellett eltávolítani és fájdalmai megszüntek.

2. Második esetem egy hetvenöt éves csendes psychosisban szenvedő nőre vonatkozott, kinek glaucomában megvakult kőkemény jobb szemében állandó kínos fájdalma volt, — de balszemében is ugyanazon betegség miatt nagyon keveset látott. Családja hallani sem akart a műtétről, különösen az enucleatioról. De a beteg sem akart semmilyen beavatkozásba beleegyezni, úgyhogy az injectiót illetőleg is félre kellett vezetni. A beavatkozást elég jól tűrte. nála is kifejlődött a teljes oculomotorius hűdés, a cornea és a conjunctiva érzéketlensége, de fájdalmai megszüntek. A szem — magától értetődik — tovább is kemény maradt, a hűdés lassan visszafejlődött és a beteg örvendett azon körülménynek, hogy nem kellett a szemtekét eltávolítani. Hónapokkal később tudakozódtam a beteg állapota után és azt jelentették, hogy fájdalma jelentéktelen. Jelen esetben — igazán — nagyon fontos szerepet játszott azon körülmény, hogy egy súlyos idegbeteg nőnél nem kellett a szemet enuncleálni, emellett állandó kínzó fájdalmát meg tudtam szüntetni.

3. Harmadik esetem egy testi és elmebeli fejlődésében visszamaradt leányra vonatkozott, kinek jobb szeme gyermekkorában kezdődött iridocyclitis következtében ment tönkre, majd láta-zár, szövődményes hályog és másodlagos fájdalmas glaucoma fejlődött. Ezen elváltozások következtében még fényérzéssel sem bírt. A beteg balszemén nagyfokú rövidlátóság van és ezzel összefüggő chorioretinitisben és üvegtesthomályokban szenvedett. Leírt módszer szerint kap 2 köbcentiméter alkoholinjectiót, fájdalma részben megszünt, de a helyireactio igen nagy, az oedema még a jobb arcfélre is kiterjedt. Érdekes, hogy jelen esetben a nervus aducens teljesen hűdött, az oculomotoriusnak csak néhány ága tangált. A leány 14 napig tartózkodott osztályomon, a helyi reactio visszafejlődött, a fájdalom enyhült, de az abducens hűdés megmaradt. A leány hazautazik, de 6 hét mulva újra visszatér azon panasszal, hogy fájdalom mutatkozik úgy a szemben, mint annak környékén. Elvégzem az enucleatiót, *Kovács Endre dr.*, kórházunk boncnoka vizsgálja a bulbust, kinek lelete röviden a következő:

„A bulbus megtartotta kerek alakját, kifejezettebb quadrálódást nem mutat. A szemteke belsejét csaknem teljes gömbalakjában vékony ½-től 1 mm vastag csontlemez béleli. Szövettanilag az iris, a sugártest az ér- és recehártyában a lefolyt gyulladás nyomai, illetőleg következményei (kötőszöveti rostnyalábok, pigmentképződés, hegesedés és nagyfokú csontképződés) mutatható ki és így a gyulladás természete, aetiologiája meg nem állapítható, de annak specificus (tbc. lues) jellege csaknem teljes bizonyossággal kizárható, mert gömbsejtes beszűremkedés, óriássejteket a metszetben sehol nem lehetett felfedezni." Mint látjuk, tehát ebben az esetben contképződés váltotta ki a fájdalmat, az alkoholinjectio necrotisálta a ganglion ciliare-hoz tartozó összes idegszálakat, de a szem teljes sorvadása haladt tovább.

4. Negyedik esetem egy 63 éves hajósra vonatkozik, kinek balszemét már másfél év előtt enucleálni akartuk, de nem egyezett bele. Balszemén a glaucoma absol. doloros. typicus kórképe látható szövődményes cataractával. Fényérzése nincs, a szem keménysége 70 Hg. mm.-nek felel meg. Alkoholinjectiót kapott a leírt módszer szerint, másnapra a fájdalmasság megszünik. Minimális chemosis, a conjunctiva és cornea érzéstelen, szemeit minden irányban tudja mozgatni, csak felfelé kissé akadályozott és felső szemhéja teljesen hűdött. A felső szemhéj teljes ptosisa heteken keresztül nem változik és ilyen állapot-

ban hagyja el a kórházat. A beteget 6 hó mulva újra láttam, fájdalma lényegtelen, a cornea érzékenységét részben visszakapta, ptosisa teljesen visszafejlődött. A szem puhább nem lett.

A négy eset kórlefolyásából kiviláglik, hogy az alkohol nem egyformán tangálja az idegeket és a ganglion ciliaret. Három esetben az oculomotorius törzsét éri az alkohol, egy esetben főként a nervus abducenst. Az oculomotorius által beidegzett izmok közül legtöbbet szenved a levator, mert a ptosis mindig a legnagyobb fokú, a beteg szemhéját legkésőbb tudja emelni. Ugy látszik a levatortellátó idegrostok a legkülső rétegben feküsznek és ezeket éri legintenzivebb módon az alkohol és itt fejlődik ki perineuritis vagy a kémiai necrosis. A szaruhártya érzőképessége is csak hetek mulva tér vissza, más elváltozást a szaruhártyán nem láttam, bár *Atkin* retrobulbaris injectio után fekélyeket is látott.

5. Legérdekesebb azonban utolsó, azaz ötödik esetem, mert gondolkodásra késztet, hogy csak olyan esetekben végezzük az alkoholinjectiót, midőn az elsődleges alapon fejlődött glaucoma absolutum diagnosisához semmiféle kétség nem fér és biztosak vagyunk abban, hogy a glaucomát nem intrabulbáris daganat okozta, mert utóbbi esetben műhibaszámba megy, ha az enucleatióval egy percig is késlekedünk. Sajnos, velem történt ilyen eset, melynek kórtörténete a következő: 55 éves nő azon panasszal keresett fel, hogy balszemén 3 év óta nem lát, ugyanakkor állítólag recehártya leválás miatt megoperálták, 2 és ½ hónapja a szemben és környékén erős fájdalma van. Jobbszeme ép, visusa — 6.0 D-vel 5/10 ?, balszeme a glaucoma absolut. dolor. kórképét mutatja, a tág pupilla területén egynemű szürke cataracta massza, fényérzése nincs, szem kőkemény, 60 Hg. mm. A beteg enucleatioba beleegyezni nem akar és így a szokásos módon alkoholinjectiót végeztem. Az injectio után első két nap a fájdalom szünetel, protrusio és oculomotorius hűdés fejlődik, később a fájdalom csökkenő mértékben újra jelentkezik. Eltávozik a kórházból, de nyolc nap múlva visszatér és az enucleatióba beleegyezik, mert nyilaló fájdalmai erősbödnek. Az enucleatiónál a megvékonyodott sclera megsérül és a sclera seben át sötétbarna rögös massza tódul ki. Rögtön észrevettük, hogy a bulbus daganatot tartalmaz és ezért a nervus opticust egészen hátul metszettük át és megvizsgáltuk, nincs-e valahol egy retrobulbaris metastasis jelen. A histologiai vizsgálatnál kiderült, hogy a szem belsejét egy sötétbarna, csaknem fekete, lágy szakadékony szövettömeg tölti ki, mely a bulbus héjjaival több helyen szervesen összefügg, így a sugártest alig kivehető maradványaival. Szövettanilag kevés rostos kötőszöveti vázon felépült igen sejtdús szövetnek felel meg, melynek sejtjei ovalis maggal bírnak, elég egyformák, magoszlást nem mutatnak. A szövetek közt sötétbarna pigmentrögökből álló halmazok vannak. A daganat az uvea közeléből látszik kiindulni, de a sclera rostjaiba is beterjed és azt részben infiltralja. Diagnosis: melanosarcoma fusocellulare. A kórszövettani vizsgálatot *Kovács Endre* dr., kórházunk boncnoka végezte. Ilyen eseteket nevezünk kryptosarcomának, midőn egy más betegség elrejti előlünk a malignus daganatot. A szemészetben ritka jelenség.

De használták a retrobularis alkoholinjectiót látó szemeknél is, fájdalom enyhítése céljából. *Wecker* alacsonyabb concentratiójú alkohololdattal (20-tól 40%) kezelt olyan szembajokat, melyek fájdalmat okoznak és más gyógyszerek nem tudták a fájdalmat megszüntetni, pl. iritis glaucomatosánál. Sajnos az eredeti közleményt nem tudtam megszerezni, csak kivonatát olvastam és így nem tudom léptek e fel hüdési tünetek, vagy sem, az azonban biztos, hogy én nem merném megkockáztatni egy látó szem épségét egy ilyen retrobularis alkoholinjectióval, sőt, senkinek nem ajánlom.

Ujabban blepharospasmus essentialis és entropium spasticumnál is kísérletet tettek 80%-os alkoholinjectióval. *Van Lindt* kezdeményezte, *Wecker* és *Safar* folytatta, mindhárman jó eredménnyel. Különösen *Safar* nyilatkozik biztatóan és állítja, hogy a műtétet félő és kórházi tartozkodást nem kedvelő öreg betegeknél bejárólag el lehet végezni e csekély fokú beavatkozást, sőt strabismus gyógyítására is használtak alkoholinjectiót jó eredménnyel *(Salvati)*. A kancsalságot előidéző izmot nem metszette át, hanem kokainnal kevert 2 ccm absolut alkoholt fecskendezett be annak hüvelyébe.

Ugy a retrobulbaris, mint palpebralis alkoholinjectiók alkalmazásának tág tere nyilik, érdemes vele foglalkozni és vele óvatosan kísérleteket végezni. Mint előbb is kifejtettem, látószemek látóidegeinek közelségébe nem merném az alkoholt befecskendezni, sőt legyünk óvatosak absolut glaucoma kórképét mutató esetben is, hátha a szövődményes cataracta háta megett neoplasma van és az idézi elő a nagyfokú tensio-emelkedést és a következményes fájdalmat.

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

Az u. n. „Négy csomó" módszer hydrokele műtéteknél.

Irta: *Mészáros Károly dr.*, tanársegéd.

A hydrokele testis radicalis műtéti therapiájában a leghasználatosabb eljárás ma is még a *Bergmann*-féle és a *Winkelmann*-féle technika. Mindkét módszer immáron több, mint 30 éves multra tekinthet vissza. Időről-időre újabb és újabb indítványok merültek fel, amelyek részint a két legrégibb technika elvein alapuló módosítások *(Juliard—Kocher*-féle eljárás: a tun. vag. propriának részleges resectiója; a *Klapp*-féle ráncoló varratok; a zsákfalnak felsodrása *Oehlshausen* szerint, stb.), részint új megoldási lehetőségeket keresnek (a *Walzberg*-féle eljárás:a zsák belső serosus felületének lekaparása; a *Wederhake—Kirschner*-féle eljárás: ablakkészítés a zsák falán a képződő folyadéknak a tun. dartoson keresztül való állandó levezetése céljából; az *Ahrens*-féle módszer: a zsák belső felszínének tunica dartos-lebennyel való kibélelése).

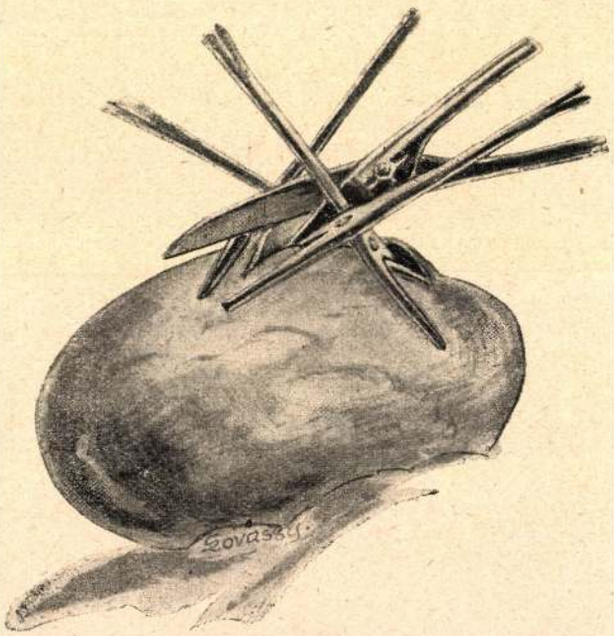
Ha a módosítások és új megoldási lehetőségek keresésének okát kutatjuk, akkor azt nem a régebbi technikák végeredményeinek ki nem elégítő voltában, hanem ezek után a műtétek után közvetlenül fellépő sebgyógyulási szövődmények gyakoriságában találjuk. Ezeknek a szövődményeknek kiindulópontja az utóvérzés, mely mind a *Bergmann-*, mind pedig a *Winkelmann*-féle technika után sűrűn látható.

A vérzés eredhet azokból a szálagos összenövésekből, melyek — különösen chronicus gyulladásos anamnesis esetén — a hydrokele-zsák és a tun. communis között képződnek és amelyek a zsák kibuktatásakor elszakadnak. Az így keletkező vérzés azonban rendszerint nem nagy tömegű. A komolyabb, nagytömegű utóvérzések inkább magának a hydrokele-zsáknak sebéből származnak, amely mind a *Bergmann*, mindpedig a *Winkelmann*-módszernél a vérzés szempontjából könnyen maradhat hiányosan ellátva. A műtét alkalmával természetesen minden látható vérzést lekötünk. A műtét után azonban a seb-stupor, a novokain-adrenalin-hatás elmultával a nyomás alól hirte-

len felszabadult erek olyan kis ágacskákból is rendkívüli módon vérezhetnek, melyeket a műtéti vérzéscsillapítás alkalmával a leggondosabb figyelem dacára sem vettünk észre.

Az utóvérzés óriási arányokat érhet el, úgyhogy a scrotum 2—3 nappal a műtét után emberfejnyire megnövekedhet. Az ilyen scrotumok tartalma nem csupán vér, hanem egészen bizonyosan igen jelentős mértékben vesz részt a tartalom növelésében a visszamaradó zsákrészletek secernatuma is. Minden hydrokeleműtét után észlelhetjük a scrotumnak hosszabb-rövidebb ideig fennálló oedemáját, mely azt mutatja, hogy a továbbra is képződő folyadék transportja szempontjából a tun. dartos és a subcutis érhálózata egyelőre még nem elégíti ki a szükségletet. Ha most már a secernatum tömegét az utóvérzés is növeli, akkor az érhálózat már teljesen lehetetlen feladat elé van állítva.

Az ilyen scrotumokkal szemben a sebész is meglehetősen tehetetlenül áll. Kétféle eljárási lehetőség kínálkozik, minkettő azonban az utókezelés rendkívül hosszú időre való elhúzódását jelenti. Megkísérelhetjük a haematomát eltávolítani, ami azonban egyszerű eljárással, mint amilyen a punctio, a legritkább esetben sikerül. Érdekes megfigyelni, hogy ilyenkor mily gyorsan alvad meg a vér, úgyhogy punctiós tűnkkel csak elenyésző kis savómennyiséget tudunk a scrotumból felszínre hozni. Kitakaríthatjuk a haematomát a seben keresztül. Ez tökéletesen sohasem sikerül, ellenben a seb feltétlenül befertőződik, ami hosszadalmas per secundam intentionem való gyógyulást jelent. A másik lehetőség az, hogy a haematomát sorsára hagyjuk, a spontán felszívódás reményében. Ez azonban ugyancsak hosszú időt vesz igénybe, mert az extrem módon feszülő drainálo rétegek ereiben a keringés rendkívüli módon megnehezített s az érujdonképzés szempontjából is rosszak a viszonyok. Emellett a tükörsimán fénylő felhám megrepedezik, eczemák, decubitalis fekélyek nehezítik meg a kezelést.



1. ábra.

Klinikánkon általában a *Winkelmann*-féle eljárást használtuk. A hydrokele műtétek legnagyobb tömegét természetesen a klinika fiatalabb tagjai végzik. Hogy az utóvérzést elkerüljük, olyan egyszerű módszert dolgoztunk ki és tanítunk be, amely lényegében a *Winkelmann*-féle elven alapszik, a kivitelben attól abban tér el, hogy az utóvérzés lehetőségét kiküszöböli. Ez az úgynevezett „négycsomó methodika", mely röviden a következőkben vázolható:

A bőrmetszés a can. ingu. külső nyílásának magasságában kezdődik és folytatódik lefelé a scrotum legnagyobb domborulatán. A fedőrétegek átmetszése után a hydrokele-zsákot a sebvonalba emeljük ki. Troicart-ral, vagy ahol — mint nálunk is — rendelkezésre áll, szívóapparátussal a folyadékot lebocsátjuk, a punctiót mindig a herével szemben lévő zsákfalrészlet legnagyobb domborulatán végezve. A folyadék leengedése után a punctiós nyílást kissé tágítjuk és ezen keresztül hosszirányban felhelyezett két pénce között a zsákfalat felhasítjuk. Az így nyert nyílást tágítjuk egy ellenkező irányban felhelyezett pénce-pár között vezetett ollócsapással (1. ábra), Az így nyert nyílás csupán akkora, hogy rajta keresztül a here kiemelhető (2. ábra). A here kiemelésénél arra



2. ábra.

ügyelünk, hogy ne csak a here kerüljön a tömlőseb fölé, hanem hogy a herének magasabbra való kiemelésével a zsák egész belvilága kifordúljon. Ezután a négy pénce által fogott zsákfal-sebszéleket en masse lekötjük, illetőleg aláöltjük (3. ábra). Amikor már mind a négy csomózást elvégeztük, akkor a zsák eredeti sebnyilása teljesen összezárul és künnreked a here s a tömlő kifelé fordulva marad. A négy csomó annyira egymásra szorul, hogy úgy tünik fel, mintha csak két csomó volna. Ezután a herét



3. ábra.

a kifordult zsákkal együtt a scrotumba reponáljuk és a sebet rétegesen zárjuk.

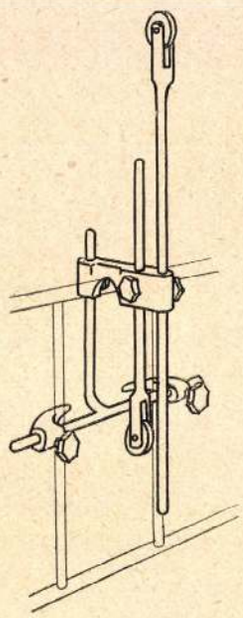
A methodika lényege, hogy a hydrokele-zsák sebének legkisebb részlete sem marad lekötetlen s így a vérzés főforrása a legegyszerűbb módon ellátást nyert s az utóvérzés lehetősége kiküszöbölődött. A technika hydrokele

funiculi esetén nem használható, mert a hosszanti irányban megnyúlt tömlő a kis tömlőseben keresztül nem fordítható ki tökéletesen. Hydrokele testisnél azonban kitünően bevált; az utóbbi négy esztendőben az így operált esetek közül egyiknél sem lépett fel utóvérzés és egyetlen recidiva sem jelentkezett. Emellett a műtét alig néhány percet vesz igénybe, úgyhogy ezeket az előnyöket tekintve az eljárást kipróbálás végett ajánlhatjuk.

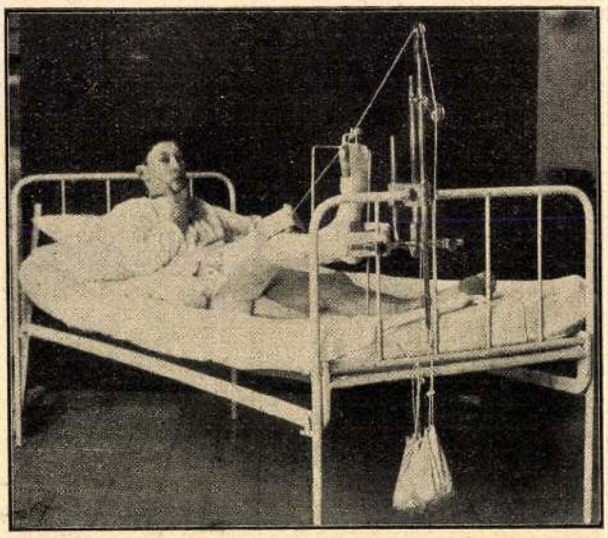
Új nyujtókészülék csonttörések kezelésére.

Irta: *Mészáros Károly dr.*, tanársegéd.

Kisüzemek, amelyek nem engedhetik meg maguknak azt a luxust, hogy mindenfajta törés kezelésére construált extensiós stativokat tartsanak készenlétben, nagy üzemek, melyek éppen üzemük nagyságánál fogva nem képesek minden igényt specialis apparatussal kielégíteni, rend-



1. ábra.



2. ábra.

szerint a *Betz*-féle universalis extensiós felszerelést használják. Ezen készülékeknek az a hátránya, hogy rendkívül rongálják az ágyat, sohasem elég stabilak, úgyhogy deszkák, spárgák hozzák létre a szükséges stabilitást, igen fáradságos a felszerelésük, napról-napra meglazulnak és emellett durva exteriőrjük egy jól gondozott sebészi környezetben nem nyujtanak túlságosan esztetikus látványt. Ezeknek a kellemetlenségeknek a kiküszöbölésére konstruáltam egy egyszerű apparatust (1. ábra), amely az ágyra pillanatok alatt, a legnagyobb könnyűséggel felszerelhető, az ágyat nem rongálja, mert csak ráfekszik az ágyvégre, de sehol sem szorítja, emellett stabilitása tökéletes és a legcomplicáltabb extensiós kezelésre is alkalmazható, azonkívül külsőleg is tetszetősebben illeszkedik a sebészi környezethez (2. ábra). Klinikánkon egy év óta van használatban s ez ideig minden várakozást kielégített.

* A készüléket a Nagy Károly Frigyes műszerész cég (Budapest, Apponyi-tér 1.) készíti.

LAPSZEMLE

Sebészet.

Phrenicus exairesis utáni halálos tüdővérzés. *Naegeli*, Bonn. (Ztrbl. f. Chir. 1930. 48. sz.)

Typusos exairesist végeztek 23 éves egyénnél local anaesthesiában. (12 cm hosszú darabot távolítottak el.) A következő éjjel erős haemoptoe, amely morphin, gelatina, afenil adására csak keveset csökkent; a 3-ik napon heves tüdővérzésben pár perc alatt exitált a beteg. A sectio a jobb középső lebeny carnificáló pneumoniáját mutatta, ezenkívül a főbronchus fala a középső lebenynek megfelelően körülírtan elpusztult és benne szögletes, hegyes végü idegen test volt, amely arrodálta a szomszédos pulmonalis ágat. Sem a nyirokcsomókban, sem a tüdőben még microscopicusan sem volt lehetséges a tbc. bacillus kimutatása. A vérzés oka tehát *nem tudó tbc. volt.* Az idegen testet illetőleg, lehetséges az, hogy azt az illető aspirálta, vagy egy elmeszesedett nyirokcsomó tört be a bronchusba, de az sincs kizárva, hogy a chr. pneumonia következtében támadt sec. bronchiektásiában képződött a kő. Az anatomiai lelet alapján a beteg nem az operatio következtében halt meg. Csak akkor hozhatták volna kapcsolatba a mütéttel, ha közvetlenül a mütét után lépett volna fel a halálos vérzés; u. i. akkor az ideg kitépésekor egy thrombus leszakítására gondolhattak volna. Látható ebből, hogy milyen nehéz lehet még beható vizsgálat mellett is sokszor egy tüdőlelet értelmezése. A rtg. felvételen látható mészárnyékot mindenki nyirokcsomónak tartotta és nem idegen testnek. Bronchiektasiás alapon támadt súlyos vérzésekre akkor kell gondolnunk, ha ismételt köpetvizsgálat is negativ eredményt ad Koch-bacillusokra vonatkozólag.

Guszich Aurél dr.

Műtét utáni keloid kezelése. *Mátyás*, Kolozsvár. (Ztrbl. f. Chir. 1930. 49. sz.)

Kosmeticus okból végzett struma mütét után csunya keloid keletkezett, jóllehet a platysmát finom catguttal, a bőrt kapcsokkal egyesítette, melyeket a 2ik napon eltávolított. A keloid tulajdonképen fibroma durum a feszes vagy megvékonyodott epidermis alatt. Okát senki sem tudja, valamint azt sem, hány %-ban fajul el a heg keloidosan, melyek a praedilectiós helyei és miért lép fel egyszer csak az egyik testfélen. *Mátyás* a keloid kimetszése után két 24 órára radiumot alkalmazott igen jó eredménnyel. Minél fiatalabb a keloid, annál biztosabb a gyógyulás. Az eljárás abból áll, hogy 2 mg. radiumot tartalmazó 1 mm. platina filterü tubust helyez a heg hosszába olyképen, hogy a távolság a bőr és a radium közt 3 mm. legyen; 24 óra mulva kivágja jól az épbe vezetett metszéssel és a bört igen sürün és finom fonállal varrja. Mütét után a friss sebvonal hosszában a fenti módon újból radiumot applicál egy vagy két 24 óráig. Amint lehet a varratokat eltávolítja. Összesen *133 mg. óra radiumot* sugároztat be. Ha a keloid csak néhány napos, illetve ha észrevesszük, hogy a heg kezd pirosodni és elemelödni, nem szükséges azt kimetszeni, hanem a fenti módon 24 órán át radiummal besugároztatni. Sem a radium alkalmazása, sem a mütét előtt a bört jóddal bekenni nem szabad, mivel a bört izgatja és nem bocsátja át a radiumsugarakat. *Guszich Aurél dr.*

Traumás parotiscysta. *Hubrich*, Breslau. (Ztrbl. f. Chir. 1930. 35.)

Traumás, illetve súlyos arcphlegmone okozta parotiscystáról számol be. Egyik esetében nem sokkal a szürt seb gyógyulása után a bal arcfélen puha, fluctuáló, félgömbszerű, a fülkagyló előtt elhelyezkedő képlet keletkezett; másik esetben tévedésből 10%o-s formalinnak a gingivába fecskendése következtében támadt súlyos arcphlegmone miatt pusztult el

a duct. Stenonianus. Utóbbi esetben a gyulladásos tünetek visszafejlődése után, kb. 6 hét mulva a bal fülkagyló tövében a fentihez hasonló terimenagyobbodás támadt. Mindkét esetben a duzzanat ismételten megtelt, dacára a gyakori punctióknak. Az elpusztult és hegbe ágyazott kivezető cső felkeresése és két végének egyesítése a lehetetlenséggel határosnak látszott, ezért *Desault* szerint járt el. A regio parotidea és a szájüreg közt troicart segítségével communicatiót hozott létre, amelyen keresztül vékony gummicsövet vezetett; ezen keresztül a nyálka az új mirígyjárat kiképződéséig a beteg mellényzsebébe elhelyezett kémcsőbe folyt. Kb. fél évig viselték a betegek az ismételten cserélt és tisztán tartott gummidraint, melynek végleges eltávolítása után teljesen panaszmentesekké váltak; a nyálelválasztásban, illetve levezetésben zavarok többé nem voltak. Mindkét esetben retentiós cystáról volt szó. Az elzáródást többnyire heg okozza, ritkán veleszületetten is előfordul. A gyógyítás vagy abból áll, hogy totalisan exstirpáljuk a cystát, vagy a cystafalat részlegesen resecáljuk a szájüreggel való communicatio elérése céljából. A váladékképződés csökkentését célzó n. auriculotemporalis resectiója előtt mindenkor ajánlja a fenti egyszerű eljárás megkísérelését. *Guszich Aurél dr.*

Fejősök panaritiuma. *Kittinger*, Wien. (Ztrbl. f. Chir. 1930. 48. sz.)

Peisser hívta fel a figyelmet a gazdaságokban fejéssel foglalkozó egyének sajátságos panaritiumára. Ez az eminenter foglalkozási megbetegedés a chr. gyulladás képét mutatja. Feltünő a tenyéri és hajlító felszin erős kérgesedése, az esetek egy részében flexiós contractura. A bőr itt-ott megrepedezik és a szörszálak állandó izgató hatása következtében gyulladásos gócok támadnak, amelyek *Lauener* vizsgálata szerint idegen test tumoroknak felelnek meg; plasmasejtekből, granulatiós szövetből és hajmaradványokból állanak. Az idegen testnek a pusztító componensei mozgatáskor jutnak érvényre. *Kittinger* betege a jobb hüvelykujj radialis oldalán szúró fájdalmakat érzett, nemsokára egy harmadával megduzzadt az ujj, azonban munkájában nem gátolta. Egyszer azután a dorsalis oldalon az interphalangealis izület magasságában nyilás támadt, melyből híg geny ürült; mivel fájdalmak léptek fel, orvoshoz fordult. Az elváltozást ossealis panaritiumnak tartotta, a rtg. viszont *rarefikáló ostitist* mutatott; u. i. az utolsó perc distalis részén ovalis nyílás volt. Volaris oldalon behatolva a körömpercen levő nyíláson keresztül kikanalazta a granulatiós szövetet és vele együtt két 15—20 mm. hosszú hajszálakból álló csomót. A beteg 3 hét mulva munkaképessé vált. A csomók a *Lauener*-féle leletet mutatták. Tehát a volaris oldalon bejutott szörszálak a feszes és vastag bőr alatt a folytonos munka folytán a csontot állandóan nyomták, periostitist okozva következményes ostitissel. A szőrök a csont elpusztulása után a dorsalis oldalra vándoroltak. *Guszich Aurél dr.*

Szülészet és nőgyógyászat.

A magzati asphyxiák befolyásolása szülés alatt operativ beavatkozás nélkül. *E. N. Stahnke.* (Zentralbl. f. Gyn. 1930. 29. sz.)

Az anya gyógyulását mindig károsan befolyásoló szülészeti műtétek helyett — amelyeket legtöbbször a magzati szívhangok rosszabbodása miatt végeznek — ajánlja a következő eljárásokat. *Seitz* volt az első (1903), aki a szívhangok lassubbodásánál a chloroformnarcosist ajánlotta. Szerző az aethert alkalmazta igen jó eredménnyel. A jó hatást a méhnek a narcosis okozta ellazulására vezeti vissza, amely miatt a fej és a lepény nincs oly erős nyomásnak kitéve. *Siedentopf* két-három cm^3 digalentól látott jó hatást. Szerző saját kísérleteiben a cardiasoltól látott majdnem minden esetben igen jó eredményt. Egy cm^3 cardiasol subcutan alkalmazása után pár perc mulva rendeződnek és feljavulnak a már 100 alá szállt szívhangok. Ha azonban kb. 10 perc mulva még nincs javulás, műtét jöhet csak számításba, valamint azon esetekben is, ahol a szívhanglassúbbodást mechanicus okok (előesett küldökzsinór stb.) hozzák létre. *Rhemann Ferenc dr.*

Szülések a méh feljődési rendellenességeinél. *K. Daubenspeck.* (Zentralbl. f. Gyn. 22. sz. 1930.)

A két Müller-cső hiányos záródása által a legkülönbözőbb fejlődési rendellenességek jönnek létre. Sokszor lefolyik a szülés spontan, legtöbbször azonban a terhesség alatt is már abortus vagy koraszülés jön létre. A szülés alatt gyakori a méhrepedés (pl. hiányosan kifejlődött kétszarvú, vagy kettős méh esetén). A lepényi szakban gyakoriak a lepény leválásának zavarai (atonia). Szerző két érdekesebb esetet közöl. Tizenegy hónap tóa férjnél levő asszony dysmenorrheás panaszokkal jelentkezik. A vizsgálatnál kiderül, hogy kettős hüvelye, egy nagyobb jobb és egy kisebb bal portiója s ennek megfelelőleg két méhe van. Laparotomia útján a hiányosabban kifejlődött bal szarvat az adnexumokkal együtt az összenövésektől leválasztotta és eltávolította, majd átnyergelés után a hüvelyben levő válaszfalat távolította el. Az asszony — miután panaszai teljesen megszüntek — három hónap mulva terhes lett és rendes időben 2400 g súlyú magzatot szült. A második esetben az ugyancsak dysmenorrheás panaszokkal jelentkező asszonynál uterus bicornist talált. A leletet a később fellépő abortusnál végzett betapintás megerősítette. Három és négy év mulva két spontan szülés. Feltünő volt mind a két esetben a magzatoknál jobboldali pes varus. *Rhemann Ferenc dr.*

A placenta praevia kérdése. *E. Puppel.* (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1930. 4. sz.)

Szerző 73 placenta praevia-esetet dolgozott fel. E szövődmény aetiologiájának és tüneteinek említése után beszámol a kezelésről. A tamponade csak a szállítás tartamára engedhető meg. A *Braxton—Higs*-féle lábrafordítás különösen a gyakorlóorvos kezébe való, intézetben a magzat életére való tekintettel és a vérzés jobb csillapítása miatt a császármetszést ajánlja. A vaginalis császármetszést különösen kifejlődött magzatnál elveti, mert a hasmetszés útján végzett császármetszéstől jobb eredményeket látott. 47 vaginalis császármetszésből 5 halálesete volt, míg laparotomia útján egyet sem veszített el. *Rhemann Ferenc dr.*

Méhrepedés uterus bicornis unicollisnál. *H. Meyer.* (Zbl. f. Gyn. 22. sz.

30 éves II. P.-t méhrepedéssel szállítottak a klinikára, Kezelőorvosa előadja, hogy a szülés rendesen folyt le, de mikor a szülés után a hét órán túl tapadó lepényt le akarta választani, baloldalt ököl számára átjárható méhrepedést constatált. Az asszony rossz állapotára való tekintettel a kezelés csak drain felvezetéséből állt. Öt nap mulva peritonitises tünetek között beállt a halál. A sectiónál kiderült, hogy baloldalt hiányosan kifejlődött méhszarv volt hypoplasticus adnexumokkal. A macroscopos vizsgálat régi hegeket derített fel a rendes nagyságú bal szarv megrepedt részén. Igy az első szülésnél bajt nem okozó fejlődési rendellenességhez a második szülésnél már meglevő perimetritis okozta hegesedés idézte elő a méhrepedést. Ez esetben tehát a méhrepedés két okra vezethető vissza: egyrészt régi gyulladásból eredő hegesedésre, másrészt fejlődési rendellenességre. *Rhemann Ferenc dr.*

A művi abortus kezelése a gyakorló orvos által. *Klar.* (Wiener Med. Wochenschr. 1930. 39. sz.)

Szerző mesterséges abortust intézetben végez el két ülésben. Bimanualis vizsgálat után *Hegar*-tágítás mellett (9-ig) glycerines gazecsíkot vezet a belső méhszáj fölé, amely eljárás előnye a laminariával szemben, hogy láz sohasem lépett fel. Majd fájáskeltőnek chinint ad. 18 óra után 18—19-es Hegar-ig kitágítva a nyakcsatornát, ujjal leválasztja a petét, amelyet ha lehet, a külső kézzel gyakorolt expressio útján távolít el és csak ha ez nem sikerül, alkalmazza az abortusfogót. Jódos törlés után 6 órára gazecsíkot vezet fel. Három hónaposnál idősebb esetekben burokrepesztés után Winter-fogót alkalmaz. *Rhemann Ferenc dr.*

Szemészet.

Az intraocularis tuberculosis localisalódásáról és a juvenilis angiopathiáról. *Axenfeld.* (Klinische Monatsbl. 85. köt. 465. l.)

A szerző előadását a skrofulás recidiváló keratoconjunctivitis phlyctenosával kezdi. Szerinte a phlyctenák keletkezésénél a latens tuberculosis miatti „allergia" az alap ok; különböző helyi izgalmak mint kiváltó tényezők szerepelhetnek. Fontos tapasztalati tényként említi, hogy a phlyctenások később más destruáló tuberculosisban nem betegednek meg. Ezt a megállapitást magára a bulbusra is vonatkoztatja. Majd az iris, corpus ciliare, chorioidea tuberculosisára tér át. Említi a chorioidea különleges viselkedését miliaris tuberculosisnál, amikor is a szemben egyedül itt keletkeznek tuberculumok. Hagsúlyozza a chronicus tuberculoticus uveitisek gyakoriságát. Megemlíti diagnosisát és az összefüggését a szervezet más szerveiben levő tuberculoticus gócokkal. Végül beszél a retina tuberculosisáról, ahol eddig még direct megbetegedést nem találtak. Egyik megbetegedési formája az angiopathia juvenilis, azaz a periphlebitis retinae tuberculosa. Ismétlődő üvegtesti vérzések jellemzik. Fiatalabb egyéneknél lép fel: 20—30 év között leggyakrabban. Szerző *Meller* nézetét, mely szerint valamely elülső uvealis gócból bacillusok kerülnének a retinalis venák lymphhüvelyébe, kizárja a histologiai

lelettel: uvealis megbetegedést ilyen esetekben csak nagyon ritkán lehet találni. Felteszi, hogy a véráramból a retinális venák falán keresztül jutnak a tuberculosis bacillusok a lymphhüvelybe. Hogy milyen okok miatt válnak épen ezek az erek bacterium áteresztővé és miért telepednek meg a bacteriumok éppen itt a nyirokhüvelyen, szerző megokolni nem tudja. *Szabó György dr.*

A szembetegségek fénykezelése a focalis ultraibolya lámpa II. modelljével. *Adolph Guttmann.* (Klin. Monatsbl. für Aug. 1930. 85. köt. 782. l.)

Néhány év előtt egyszerű és olcsó szembesugárzó lámpát konstruált. Fényforrásul Wolfram-testet választott, amelyet ultraibolyaátengedő üveggel burkoltatott be. Hogy a káprázta tást elkerülje, szűrőül 1 mm vastag uviol lemezt alkalmazott. Ujabb modelljében 20 D-ás quarz-lencsét használ a sugarak koncentrálására. Ezzel eléri azt, hogy a sugárzás nem az egész szemre, hanem annak tetszés szerinti részére irányítható. A következőkben közli, hogy milyen szembetegségeknél és hogyan végzi a besugárzásokat. Szemhéj és szemhéjszéli eccemánál egy alkalommal az erythema dosisnak 30—50%-át adja. A szemhéjszéleket 2%-os fluoreszein-oldattal sensibilizálja. Idősült kötőhártya hurutnál és lympathicus hurutoknál a szemhéjak kifordítása mellett végzi a kezeléseket. Különösen helyén való a focalis ultraibolya besugárzás phlyctaenás szaruhártyagyulladásoknál. Jó eredményeket látott ulcus serpensnél, ha annak már kezdeti szakában napjában 2-szer besugárzásokat végzett. A cornea szövetének mélyebb gyulladásainál, söt iritisnél is jó hatású a besugárzás ugyanis a lámpa által kibocsájtott sugár complexumban egész 500 $\mu\mu$-ig terjedő hullámhosszúságú sugarak is vannak. Specificus hatású a sugárzás herpes corneaénál és keratitis superficialisnál, jó hatású különböző eredetű episcleritiseknél.

Illés Péter dr.

Hypotensio okozta pangásos papilla. *A. Eppenstein* (Klin. Mbl. f. Augenheilk. 85. köt. 672 oldal).

A szerző már Kyrieleis experimentalis kisérletei előtt megfigyelte, hogy csökkent nyomás emberi szemeken gyulladás nélkül is pangásos papillát idázhet elő. Leirja, hogy 79 éves férfi beteg bal szemén acut glaucomás rohamban érzéstelenités után vibratiós massaget végzett és egy nap múlva a tensio 28-ról 7 Hgmm-re szállt alá. A második napon tensio két csepp pilocarpinra 5 Hgmm-re csökkent. A hetedik napon a papilla 1.5 D-ra kiemelkedik, oedemás, érhálózata telt. Ezen a napon szem nyomása normalisig emelkedett. A pangásos papilla ezután lassan visszafejlödött és a betegség kezdetétől számított egy hó múlva a szemfenéki lelet normalis. A csökkent tensión kívül tehát egyéb symptomák, melyekkel a pangásos papillát meg lehetett volna magyarázni nem voltak. Kórfolyamat magyarázata, hogy az opticus rostokban levő normalis liquornyomás a csökkent intraocularis nyomás csekélyebb ellennyomása következtében a papillát előrenyomta ugyanúgy, mint ahogy azt a magasabb liquornyomás teszi. *Polányi Magda dr.*

Gyermekorvostan.

Gyümölcsdiaeta gyermekek acut táplálkozási zavarainál. *Fanconi.* (D. M. W. 1930. 46. sz.)

Szerző 1 évnél idősebb gyermekek acut táplálkozási zavarainál kellő cautelák mellett adott nyersgyümölcs-diaetával nagy sikereket ért el. Első 2 nap csak gyümölcslevet, áttört banant vagy almát ad 500 gr-ig. A széklet hamar válik összeállóvá, aromás szagú lesz, de tömeges marad. Az étvágy gyorsan javul, 4. nap ennek egyrészét elhagyja s részben ehelyett, részben hozzá ad cukornélküli írót, fehérjés mandulatejet. Első hét végén ad savanyú tejet, yoghurtot. Ebbe a diaetába csúsztatja lassan bele az áttört főzelékeket, és fokozatosan tér át aztán vegyes étrendre. A diaeta hosszas alkalmazása mellett egyes esetekben fellépö rachitis, ill. anaemia megfelelő kezelésre hamar javul. 1 évnél fiatalabb gyermeknél az eredmények változók és bizonytalanabbak, de itt sikerrel adott az íróba cukor helyett áttört banant, vagy éheztetéskor narancslevet. Óva int az édes teljes tej túlgyors bekapcsolásától az étrendbe. *Sándor Klára dr.*

Tonsillektomia és adenotomia hatása a diphteria elleni immunitásra. *K. B. Gedie. Amer.* (Journal of Diseases of Children 40. köt. 1031. old.)

Általános tapasztalat, hogy tonsillektomizált gyermekek ritkábban kapnak diphteriát. *Schick* és *Topper* azt találták, hogy tonsillektomia előtt positiv Schick-reactiót mutató gyermekek (1 és 13 év közt) 82%-a 6 hónappal a tonsillektomia után negativ *Schick*-reactiót adott. Ebből azt következtették, hogy a tonsillektomia elősegíti a humoralis immunitást. Más lehetőségként jelölték meg: 1. hogy a negativvá váló gyermekek közvetlen a tonsillektomia után enyhe fertözésen mentek át; 2. hogy tonsillektomia utáni más infectiók hatására szaporodnak fel a diphteriaellenes antitestek oly mértékben, hogy a *Schick*-reactio negativvá válik. Szerző e kérdést a 20.000 lakosú Rochesterben tanulmányozta és azt találta, hogy 6 éven alóli gyermekek közül azok, akik tonsillektomián estek át, kivétel nélkül positiv *Schick*-reactiót adtak, míg azok közt, akik nem voltak tansillektomizálva előfordult 4% negativ gyermek is. 13 éves korig összegezve, az eredmény annyiban változik, hogy a tonsillektomizáltaknál 7.2%-kal több *Schick*-negativ gyermek fordult elő. Előzőleg toxoiddal, vagy toxin-antitoxin keverékkel immunizált gyermekeknél viszont tonsillektomia után 1.2%-kal több positiv *Schick*-reactiót talált, mint a nem operáltaknál. Mindebből azt állapitja meg, hogy anyagában érdemleges különbség tonsillektomia hatására nem mutatkozik. Hangsúlyozva anyagának számbelileg a nagyvárosi statisztikákhoz képest kicsiny voltát, utal arra, hogy a gyermekek kis lakósszám melletti fogékonysága egyes fertöző betegségekkel szemben egészen más, mint nagyvárosban, ahonnét *Schick* és *Topper* észleletei származnak. *Surányi Gyula.*

A köldök diphteriája. *I. C. Montgomery.* (Amer. Journal of Diseaeses of Children. 40. köt. 968. old. 1930.)

43 napos normalisan született csecsemö addig kielégitő fejlödés után hirtelen nyugtalanná vált, legyengült, fejét nem tudta tartani. Hőmérséke normalis. Köldöke körül a bör tenyérnyi területen barnásvörösen elszineződött, tapintásra diónyi csomó észlelhető, mely a köldökkel összefügg. Légzése szapora, tisztára bordai jellegü, az abdomenen légző mozgásokat nem lehetett megfigyelni. Izomtonusa erösen csökkent, patellareflex nem volt kiváltható. Fokozódó dyspnoe tünetei közt csakhamar exitus következett be. Még életében köldökváladékából számos diphteriabacillus volt kitenyészthető. A torok és orr ismételt vizsgálata negativ eredményt adott. Sectiós diagnosis: parenchymás degeneratio a szivizomban s a thymusban, centralis cirrhosis a májban. Sectio alkalmával a szivből vett vérből diphteriabacillus nőt ki. Utólag derült ki, hogy születésekor a gyermekkel foglalkozó ápolónő 3 hónappal azelőtt elhalt gyermekének diphteriája volt. Szerző szerint jelen közlemény az első, mely köldökdiphteria után fellépő bénulásról és szivizomdegeneratióról számol be oly esetben, ahol orrban és torokban diphteriás elváltozás nem volt. *Surányi Gyula.*

Avitaminosis a gyermekkorban. *Frank.* (Klinische Wochenschrift. 1930. 45. sz.)

Az *A* vitamin a zsírban oldódó antikeratomalációs faktor, hiánya okozza a keratomaláciát, amely létrejön akkor, ha a táplálék nem tartalmaz elég *A* vitamint (iró, erös tejhigitások és főleg lisztártalom) vagy ha a táplálékzsírhoz kötött vitamint a szervezet nem tudja értékesíteni (hasmenés, májfunctio zavar) Létrejöhet *A* vitamint tartalmazó étrend dacára is, pajzsmirigy, Pitu-, Ovo-, Thymoglandol etetés mellett is, amikor a belső-secretiós folyamatok vagy az *A* vitamin szükségletet növelik vagy a szervezet *A* vitamin készletét gyorsan kimeritik. Egyesek az *A* vitaminnak növekedést előmozditó hatást is tulajdonitanak. A keratomalácia therapiájában főleg csukamájolajat, vajat, tojássárgáját, paradicsomlevet adunk. A *D* vitamin épúgy, mint az *A* vitamin zsírban oldódó, de míg ultraviolettsugarak hatására a csukamájolajban az *A* vitamin tönkremegy, a *D* nem és igy a keratomalácia besugárzás által nem befolyásolható, míg a rachitis igen jól. Prophylaxis és therapia szempontjából magaslati napfénykezelés és kvarcbesugárzás, másrészt besugárzott tej, csukamájolaj és besugárzott ergosterin adagolása jönnek szóba. Óvakodni kell a túladagolástól hypervitaminonsis veszélye miatt. A *B* vitaminnál megkülönböztetünk hőt nem álló, antineuroticus factort és hőálló vízben oldódó pellagra factort. Az antineuroticus factor hiánya okozza a beriberit, amely túlnyomóan rizzsel táplálkozó népeknél fordul elő. Igen gyakori a *B* vitaminnal hiányosan táplált anyák szoptatott gyermekeinél, néha anélkül, hogy maguk a betegség jeleit mutatnák. *B* vitamin bevitelére néhány óra alatt tetemes javulás áll be.

A pellagra factor hiánya pellagrát okoz amely hasonlóképen mint a beriberi, főleg a szopós csecsemöknél fordul elő. Gyümölcslé és főzelék bevitelre gyorsan gyógyul. A *C* vitamin a hőérzékeny, vízben oldódó antiscorbutos factor. Hiánya a *Möller—Barlow*-kórt okozza. Oka főzelékszegény étrend vagy a sokáig tartó tejforralás. *Meyer* szerint a scorbut kifejlödésének lényeges (kor, constitutio), lényegtelen (infectio) és specificus előfeltételei vannak. Gyógyszerül frissen sajtolt citromlé, narancslé és paradicsomlé szolgál. Mindezen vitaminhiány által okozot betegségek különböző gyakorisággal fordulnak elő. A scorbut a csecsemöt 5—6 hónapos koráig megkíméli, míg keratomalácia már az első hónapok-

ban felléphet. Az egyes rachitises csontelváltozások szintén korhoz vannak kötve: craniotábes főleg az első, thoraxrachitis a második félévben, végtag rachitis pedig a második év első felében fordul elő. *Andor László dr.*

Urologia.

Idült prostatitis és vesiculitis bacteriologiája és a kórokozók electiv localisatiója. *A. C. Nickel.* (The Journ. of Urol. XXIV. köt. 4. sz.)

Bacteriologiai vizsgálat tárgyát képező 3500 esetben prostatitis mellett gyakran egyéb localis megbetegedés (ulcus ventr., sclerosis multipl. myositis, arthritis, neuritis, bőrbaj) is szerepelt. Ugy az egészséges, mint a kóros prostata váladéka vegyes bacteriumflórát tartalmaz. Hosszúláncú streptococcusok rendszeresen fellelhetők, de jelenlétük még nem bizonyít amellett, hogy a fertőzés focusa a prostatában van; számos streptococcus telep kifejlődése és főleg rövidláncú, haemolyticus alak jelenléte azonban már valószínűvé teszi, hogy a fertőzés a prostatából indul ki. Streptococcus viridans az állatoltásnál kifejezett localisatiós hajlamot mutatott, amennyiben az állati szervezetnek ugyanazon helyein telepedett meg és okozott kóros elváltozást mint a betegnél, kinek prostatájából az eredeti törzset kitenyésztették. Igy pl. arthritises betegből származó törzs intravenás állatoltás esetén 67%-ban izületi localisatiót mutatott. Ezenkívül 70%-ban az állat prostatájában és vesiculáiban is jelen volt; más esetekben ismét *csak a prostatában* találtatott. E helyekről a törzset tiszta culturában lehetett kitenyészteni; egyéb szervek bacteriologiai vizsgálata negativ eredménnyel járt. Ha a prostataculturát nőstény házinyulba fecskendezték, az összes szervek sterilek maradtak, kivéve az uterust, melyben az eredeti törzs tiszta culturában volt jelen. Ha a betegnél prostatitisen kívül nem volt objectiv elváltozás úgy a kitenyésztett törzs az állati szervezetben localisatiós hajlammal nem rendelkezett.

A vizsgálatok szerint a bacteriumos prostatitis jelentősége általános fertőzés szempontjából a fertőzött tonsillával aequivalens. Autovaccina csak kivételesen használ és akkor is csak localis prostatakezelés mellett eredményes. A prostatából származó törzsek aerob módon való tenyésztése 59%-ban sikertelen volt. *Sas Lóránt dr.*

Az intravenás pyelographia fontosságáról. *H. P. Winsbury White.* (The British Journ. of. Urol. II. köt. 3. sz.)

30 éves férfibetegénél a jobb ureter tyuktojásnyi hólyagdiverticulumba szájadzott, miért is ureterkatheter felvezetése nem sikerült. Indigocarmin jobboldalt 5 percre csak halványan jelentkezett. A diverticulum kiirtása s a jobb ureter reimplantatiója után a beteg simán gyógyult, de vizelete továbbra is erősen zavaros volt, amit a hólyag állapota nem magyarázott. Ekkor intravenás pyelographia történt, melyből kitünt hogy a betegnek jobboldali hydronephrosisa van az ureter felső szakaszának szöglettörésével. Nephrectomia.

A hydronephrosis hosszabb idő óta való fennállását nemcsak a praeparatum, de a felső ureterszakasz szöglettörése s a csökkent indigókiválasztás is bizonyítja; a hydronephrosis fertőződése viszont kétségtelenül az ureterbeültetés után lépett fel. A betegséget valószínüleg egyetlen mütéttel meg lehetett volna oldani, ha a pyelographia kezdetben megtörtént volna. Ascendáló pyelographiát azonban kivinni nem lehetett, az intravenás pyelographia pedig a beteg első felvételekor még nem volt ismeretes. *Sas Lóránt dr.*

Elméleti tudományok.

Aluminium edények használata és az egészség. *Lehmann.* (Archiv. f. Hyg. 102. kötet.)

Amerikai szerzők szerint az aluminium edényekből az ételbe kerülő aluminium oka lehet gyomor-, szivbetegségeknek és ráknak. *Lehmann* vizsgálatai szerint az egy nap alatt elfogyasztott táplálék is tartalmaz kb. 20 mg aluminiumot, amelyhez még hozzájárul az edényekből származó (általában igen kevés) aluminium is és ez semmiféle kárt nem okoz az emberek nagy tömegénél. Állatkísérletekben is ártalmatlannak bizonyult kis mennyiségü aluminium.

Láng Sándor dr.

Percutan phosphorhatás. *Zernik.* (Zeitschr. f. d. gesammte exper. Med. 70. köt. 1930.)

Széndisulfidban és tetrachlormethanban oldott sárga phosphort tengeri malac bőrébe bedörzsölve halálos mérgezés jön létre. A bedörzsölés helyén szörkiesés, elhalás, genyedés és vérzés látható, a belső szervekben pedig vérzések. Dichloraminadagolással a mérgezés meggátolható.

Láng Sándor **dr.**

Az insulin hatása narkotizált állaton. *Horsters és Brugsch.* (Naunyn-Schmiedebergs. Archiv. 147. kötet. 1930.)

Altatószerek, narcoticumok, továbbá curara az insulinhypoglykaemiát kisérő görcsök kifejlődését akadályozzák, a vércukorsülyedés azonban megvan, sőt igen erös az idegközpontok müködésének zavara miatt. Ha a narcosist coffeininjectióval félbeszakitották, a hypoglykaemiás görcsök is jelentkeztek. A görcsöket viszont narcoticumok vagy curara rögtön megszüntették. *Láng Sándor dr.*

Ujabb adatok a besugárzott ergosterinről. *Holtz és Schreiber.* (Hoppe-Seylers Zeitschrift. 191. köt. 1930.)

Az ultraibolya sugarakal besugárzott ergosterin nagyobb adagai után toxicus hatásokat észleltek, amelyet legtöbben hypervitaminosisnak tartanak. Ezzel szemben a szerzők kimutatják, hogy a toxicus hatást nem a túladagolt D-vitamin, hanem egy szintén a besugárzáskor keletkező atomcsoport idézi elő. Sikerült u. i. a besugárzott ergosterinnek oly származékát előállitani, melynek antirachiticus hatása nincs, de toxicus hatása megmaradt. Ezzel a készitménnyel előidézhetők az ergosterinmérgezés összes tünetei: általános tünetek; bágyadtság, erőtlenség, szomjúság, hányinger; jellegzetes veseelmeszesedés, hypercalcaemia, hyperphosphataemia, vérkeringési zavarok (vérpangás, vérzések az emésztőcsatornában). Ismeretes az ergosterin jó hatása a tetania parathyreoprivára. Ha ezt a hatást a serum Catartalmának emelkedése idézi elő, akkor annak a vitaminmentes készitmény hatására is elő kell állnlia. A szerzőknek sikerült is készitményükkel a tetaniát kedvezően befolyásolni. Az antirachiticus és a toxicus hatás tehát két különböző factor müve; utóbbit a szerzők calcinosis-factornak nevezik. *Frenreisz István.*

A fájdalom hatása a mellékvesére és a vércukorra. *Schtscherbakov, Simnitzky és Dimitrijew.* (Pflügers Archiv. 224. kötet. 1930.)

Szerzők a fájdalomokozta hyperglykaemia eredetének tisztázására a *Tournade—Chabrol* által bevezetett methodust használják; anastomosist létesitenek egy kutya vena suprarenalisa és egy másik kutya vena jugularisa között. Ha az első kutya ischiadicusának centralis csonkját izgatják (fájdalominger), a másik kutyán hyperglykaemia jött létre. Ellenben a venae suprarenales lekötése, illetve a splanchnicus átvágása után az ischiadicus centralis végének izgatása nem okozott hyperglykaemiát. Tehát kétségtelennek látszik, hogy a fájdalomhyperglykaemiát a fájdalom által reflectoricusan (per vias nervi splanchnici) kiváltott adrenalin-secretio okozza. Hogy ez tényleg tisztán a mellékvese útján jön létre, azt mutatja az is, hogyha az egyik kutya ischiadicusának centralis részét izgatjuk és ugyanekkor annak vena suprarenalisából vért veszünk és azt egy másik kutyába fecskendezzük, akkor utóbbinál hatalmas hyperglykaemiát találunk. A fájdalom tehát a központi idegrendszerhez vezetve a nervus splanchnicuson keresztül fokozza az adrenalinsecretiót és ezáltal mobilizálja a glykoset. *Marsovszky Pál dr.*

KÖNYVISMERTETÉS

A szülészet tankönyve. *Stoeckel W.* (Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat. 1930. Ára: füzve 65.—, kötve 70.— P.)

A szülészeti oktatás szempontjából nagyjelentőségü és örvendetes eseményről számolunk be. *Stoeckel* könyvének III. legújabb kiadása megjelent magyar fordításban. A fordítást a budapesti egyetem II. sz. női klinikájának adjunctusa, *Batisweiler János dr.* és *Gál Félix dr.* tanársegéd végezték a klinika orvosainak közremüködésével. A fordítást *Tóth* tanár átnézte és előszót irt a magyar kiadáshoz.

A tankönyv megfelel mindazoknak a nagy igényeknek és várakozásoknak, amit ma a szakemberek és *Stoeckel* müködésének ismerői *Stoeckel* valamely alkotásához méltán füznek. A könyvnek összeállitásában, munkatársainak megválasztásánál, az egyes fejezetek terjedelmének meghatározásánál látszik csak igazán, hogy milyen nagy *Stoeckel*, mint tanító. Precizebben, szabatosabban elválasztani a fontosat a kevésbbé fontostól, határozottan elkülöniteni a gyakorlatban és intézetben követendő szülészeti teendőket, valamint megjelölni a ma még egyes részekben szakemberek előtt is vitás határokat nem lehetne, mint azt könyvében *Stoeckel* teszi.

Nem csoda, hogy ma, amikor Németországban sok jó és elsőrangú szülészeti tankönyv van forgalomban, *Stoeckel* könyve rövid időn belül a III. kiadást érte meg. A tankönyvben az oroszlánrészt, a klinikailag legfontosabb fejezeteket *Stoeckel* maga irta; éspedig: a normális szülés, normális gyermekágy, a szüléseknél előforduló kóros vérzés, méhrepedés, vetélés, méhenkívüli terhesség, az emlők müködése s azok megbetegedései a húgyszervek elváltozásai s végül a

szülészeti mütétek fejezetét. De könyvének magas szinvonalát azáltal is biztositotta, hogy nagyon szerencsésen választotta meg munkatársait. Hiszen alig lehetne ma hivatottabb szerzőt keresni és találni a terhesség élettanának és kóros biologiájának megirásáre, mint a mainafrankfurti *Seitz* professort, aki e tan nagyrészének úgyszólván megalapitója. És nem lehetett volna hivatottabb szerzőt találni a többi fejezetre sem, mint a zürichi *Walthardt-ot*, ki a szülési asepsist, antisepsist és a kóros gyermekágyat irta. *Hoehne* greifswaldi professort ismét, mint elsőrendü tanárt ismerjük meg, ha olvassuk, milyen érthetően, élvezhetően irta meg a szülőutak és medencebeli szervek anatomiáját és a pete fejlődésének fejezetét. Példáját adja ezekben a fejezetekben, mint kell tulajdonképen klinikai anatomiát irni és mennyire nem felesleges a klinikai szakmunkák elején az ú. n. alkalmazott bonctannak az ismertetése és előadása. A rendellenes szülés fejezetét és az újszülött kórtanát a giessení *Jaschke* prof. irta meg mesterien, akiről tudvalevő, hogy a freiburgi professzorral, *Pankow*-val együtt irt rendkivüli sikerült és népszerü tankönyvet, ami szintén egymásután érte meg Németországban a II. és III. kiadást. A szülészeti jog kérdéseire vonatkozó fejezetet maga az idősebbik *Döderlein*, a müncheni klinika világhirü professora irta, akinek a véleményét ma méltán tekintik világszerte ezekben a jogi kérdésekben döntő értékünek. Nagy nyeresége az újabb kiadásnak, hogy a lipcsei *Bessau* prof. az újszülött élettanát és gondozását és *Ottow* prof. a fájáskeltő szerek, valamint a szülészet történeti fejlődését megirta.

Tóth tanár a magyar forditáshoz irt előszavában elmondja, hogy *Kubinyi* tanár halálával elmaradt a már évek óta készülő magyar szülészeti tankönyv megjelenése és egy újabb munkának a megirása ismét évekre halasztotta volna a szülészeti tankönyvnek a megjelenését. Bizonyos, hogy meglevő tankönyvnek a forditásával az oktatásban már nagyon is érezhető tankönyv-hiányon gyorsan segithetünk. Ehhez azonban még hozzáfüzöm, hogy *Stoeckel* tankönyve nagytapasztalású, zseniális embereknek és lelkiismeretes tanitóknak olyan ritkán sikerült alkotása, hogy idegen nyelvre való átültetése még akkor is érdemes, ha véletlen körülmények nem teszik különösen indokolttá és sürgössé annak kiadását.

A szöveget 614, köztük igen sok színes, szövegközti ábra teszi rendkivül szemléltetővé és élvezetessé. Az ábrák közt sok az eredeti felvétel. A szerzők igen sok kiváló ábrát más meglevő könyvekből gondosan választottak ki és vettek át. Egy pillanatra talán az az agodalom merülhetne fel, hogy a könyv gyakorló orvosnak, szigorlatra készülő orvostanhallgatónak túlnagy. Ez azonban csak látszólagos, mert a szülészeti rész és a szorosabb értelemben vett klinikai és mütéttani rész általában nincs terjengősen, sem túlságos részletesen irva. A könyvnek látszólag nagy terjedelmét a sok ábra és néhány olyan fejezet teszi, melyet ma már az orvostanhallgatónak is el kell legalább olvasnia, ha az nem is tartozik szigorúan a semesterek alatt megtanulandó fejezetek közé. Magam is azon a véleményen vagyok, hogy klinikai tárgyak és ezek között is főképen a szülészetet nem lehet compendiumokból és jegyzetekből tanulni, mert ilyenekből a szóról-szóra, betüről-betüre való tanulás a tanulót a szöveghez való ragaszkodáshoz szoktatja és nem a lényeghez, a tárgyal kapcsolatos logicus gondolkodásra.

Alig van német és magyar nyelven megjelent tankönyv, melynek több fejezetét előadásaim előtt át ne néztem volna. Ezek közül az esetek túlnyomó részében *Stoeckel* tankönyvet és egyes esetekben *Jaschke—Pankow* könyvének fejezeteit használom fel előadásaimban. Az oktatástól eltekintve pedig úgy a gyakorló orvosnak, mint a szakorvosnak, alig tudnék jobb, a kor szinvonalán álló, jól áttekinthető és minden lényegest magában foglaló, de amellett a felesleges tudományos részletektől mentes könyvet ajánlani, mint *Stoeckelét*.

A fordítók a rendelkezésre álló, aránylag rövid idő alatt nagy és derék munkát végeztek. Aki ismeri egy klinika személyzetének tanév közti nagy elfoglaltságát, az tudja csak kellően méltányolni ezt a munkájukat, melyet aránylag gyorsan kellett elvégezniök. Elismerés illeti ezért a fordítókat. A magyar szöveg jól érthető, nem nehézkes és hüen adja vissza a német szöveg értelmét, bár a latin kifejezések sok helyen, a már ismert és használt magyar kifejezésekkel lettek volna helyettesithetők.

A könyv kiállitása, az ábrák, a papiros, valamint nyomás gyönyörüek és büszkék lehetünk rá, hogy a mai nehéz viszonyok között is, nyomdaiparunk ilyen könyvet állit elő.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat az igazán csekély tagdíjakhoz képest ezzel a kiadásával ismét megmutatta, hogy bölcs vezetés mellett, a szó szoros és nemes értelmében vett altruista intézmény mire képes! Szomorú példája szegénységünknek, hogy még ma sincs minden orvos abban a helyzetben, hogy az Orvosi Könyvkiadó Társulat tagja lehessen. *Frigyesi prof.*

A Budapesti Kir. Orvosegyesület január 10-i ülése.

Bemutatások:

1. **Schey G.** és **Erős G..:** *Osteogenesis imperfecta esete.* Szokatlan koraszülésről számol be. 21 éves egészséges, először terhes nő terhességének hatodik hónapjáig a graviditas normalis volt. A hetedik hónap elején néhány nap alatt nagy oedema lépett fel az alszárakon, kezeken és az arcon. Ugyanakkor a magzatvíz is megszaporodott. A vizelet normalis. A vérnyomás 110 Hgmm. Fektetésre és diaetára az oedemák nem csökkentek. A magzati szívhangok jól hallhatók; két hét múlva a burok megreped és feltünően sok magzatvíz folyik el. Kb. 24 órai várakozás után kis dosis tymophisin adagolással iparkodtunk a szülést megindítani, sikertelenül. 12 óra után újból tymophisin. Öt injectio után az első tolófájásnál a koponya megrepedt és a hüvelyből a magzat agyveleje freccsent ki. Utána néhány tolófájásra megszületik a macerált magzat. A koponya üres volt, csontok nem voltak kifejlődve. A koponyát a törzzsel csak egy kis bőrhíd kötötte össze. A has fel volt repedve és a repedésen át a máj és a belek lógtak ki. A köldökzsinór két darabban esett ki. Közvetlenül a magzat megszületése után teljesen szétmállott placentarészlet szinte kifolyt a hüvelyből. A többi nagytömegü placentarészletet csak nagy tompa curettel és méhüri mosással tudta eltávolitani. A gyermekágy simán folyt le, az oedemák három nap múlva teljesen eltüntek. Az asszony azóta teljesen egészséges. Wasserman negativ. Az anamnesisben feltünő, hogy az asszony anyai nagynénjénél a gyermekágyban psychosis lépett fel és azóta nem beszámitható, jelenleg már 62 éves. Anyjának egy másik testvére suicidiumot követett el 21 éves korában egy elmegyógyintézetben; egy harmadik férfitestvére tabeses. Apai részről egy testvér szintén suicidiumot követett el.

A magzat kórbonctani és kórszövettani vizsgálatánál osteogenesis imperfectára jellemző és szokatlanul nagyfokú csontelváltozásokat találtak. Az agykoponya csontjai közül csak az os ethmoidale, az os sphenoidale teste és a két squama occipitalis van porcosan kifejlődve, a többi koponyacsont helyét kötőszövetes hártya foglalja el. A végtagcsontokon, amelyek igen csökevényesek, a jellemző elferdülések, callusképződések, törések vannak. Szövettanilag: nagy fokban hiányos csontképződés és fokozottabb csontfelszívódás, zavartalan porcelőkészítés és mészlerakódás mellett. Érdekes, hogy a belső secretiós szervekben is találtak elváltozásokat: a rendes előrehaladottabb érettség jeleit a pajzsmirigyben, mellékvesében, herében, thymusban, továbbá tömeges mészlerakódást a hypophysisben. A belső secretiós szervek ezen elváltozásait, amelyeket, a demonstrált hypophysis elváltozás kivételével, osteogenesis imperfectánál már mások is észleltek, figyelemreméltónak tartják.

Kopits I.: Egy esetében csak a sipcsontokra localisálódott a folyamat, melyek elgörbültek. Ékalakú osteotomiával sikerült az elgörbüléseket kiegyenlíteni és egy évvel a mütét után a röntgenkép a folyamat teljes gyógyulását mutatta. Az eltávolított csontékek histologiai vizsgálata alapján az osteogenesis imperfecta tarda diagnosist állitotta fel, bár az anamnesisben csak egy spontán törés szerepelt. Feltételezi, hogy az előadó által bemutatta súlyos osteogenesis imperfecta congenita eset és a saját, könnyü osteogenesis imperfecta congenita esete közé a könnyebb-súlyosabb eseteknek egész skálája sorakozik, melyeknek közös anatomiai substratumát a hiányos osteoblasttevékenység képezi. Valószinü, hogy az övéhez hasonló esetek rachitis és egyéb téves diagnosis alatt szerepelnek.

Steiner B.: Az osteogenesis imperfecta és rachitis gravis elkülönítő diagnosisával foglalkozva rámutat, hogy kivételesen teljes törések rachitisnél is előfordulnak. Osteogenesis imperfecta és rachitis együttes előfordulásánál az osteogenesis imperfactára jellemző szénhydrat anyagcserezavar továbbra is kimutatható a rachitis gyógyulás után, míg ha csak rachitis okozta a teljes töréseket, az angolkór gyógyulásánál a szénhydrat assimilatio is normalis értékeket mutat.

Erős G.: *Kopits* esetét a szövettani kép alapján szintén osteogenesis imperfecta késői formájának tartja.

2. **Gál F.:** *Mikrokephal magzat, a terhesség alatt történt röntgenbesugárzás után.* Öt hetes gyermeket mutat be, akinek anyját a terhesség első felében külföldön téves diagnosissal gyógyító célzattal röntgenbesugárzásnak vetették alá. A gyermek a terhességi időszámitás szerint kiviselt, de feltünően kicsiny és mikrokephal. Az eset mutatja, hogy a terhesség alatt intensiv besugárzások kerülendők.

Mansfeld O.: Hasonló esetről számol be, hol a terhesség ötödik hónapjában a gravid méhet daganatnak nézték és öt therapiás dosisnak tették ki. A gyermek csodálatos módon nem károsodott és azóta is ismételten ellenőrizve jól fejlődik. Ez azonban kivétel és valószínüleg a sugáradagok kicsinyek voltak. Kérdés, vajjon szabad-e ivarérett korban levő nőket ideiglenes kastrálásig sugározni, nem kockáztatjuk-e meg azt, hogy egy később újraérő és termékenyülő petesejtből korcs magzat fog születni? Még nincs, de nem is lehet véglegesen tisztázni, mert állatkísérletek alapján lehetséges, hogy a degeneratiók csak későbbi generatiókban fognak jelentkezni. Éppen ezért ezt az eljárást nagyon is kockázatosnak tartja és csakis adnextuberculosis esetében alkalmazza.

Ratkóczy N.: 1. Jól vezetett röntgenintézetekben a besugárzást sohasem a röntgenorvos, hanem a besugárzásra utaló megfelelő szakorvos indicalja. 2. A terhes méhet érő „besugárzás" csak akkor ártalmas a magzatra, ha az a bizonyos minimális mennyiséget meghaladja. Ez csak a therapiás célból adott besugárzásnál lehetséges. Diagnostikai (átvilágítási, felvételi) sugárzásoknak a mélybe (a magzatra) jutó mennyisége nem jelent veszélyt a magzatra.

Schey G.: Olyan esetekben, ahol conservativ kezeléssel genitalis gyuladásoknál célt nem érünk, a radicalis műtét előtt temporaer castratiót ajánl megkísérelni. Hozzászóló hét esetben végezte ezt teljes sikerrel. Besugárzott 39, 34, 31, 30 és 23 éves nőket.

Deutsch D.: Röntgensugarak hatására a csirasejtek öröklési anyaga oly elváltozásokat szenved, amelyek az utódokban mutatiókra vezethetnek. E mutatiók esetleg csak több generatio múlva mutatkoznak és kevés elváltozásokban is megnyilvánulhatnak.

Gál F: Álláspontja teljesen egyezik *Mansfeldével*. A diagnosticus röntgenátvilágítást terhesség alatt szintén nem tartja ártalmasnak, azonban igen huzamos és ismételt átvilágítások theoreticusan nézve aggályosak lehetnek. *Schey* hozzászólására megjegyzi, hogy a temporaer castratiót csak kivételes esetben tartja végzendőnek, mivel fiatal asszonyra nézve rendkívül káros, ha — mint nem egyszer előfordult — a catratio véglegessé válik.

Előadások:

1 **bilkei Pap L.**: *Az ú. n. rheumás megbetegedések vérkeringési sebességéről.* Periferiás vérkeringési sebesség tanulmányozására a legalkalmasabb a vérgázanalytikai módszer. Minél gyorsabban kerül át az arteriás vér a venákba, annál kevésbbé változik meg. Lassú áramlás esetén a vér capillaris zónákban többet veszít oxygenjéből és jobban megrakódik szénsavval. Az arteriás és venás vér oxyhaemoglobin értékeinek különbsége mindenkor a periferiás vérkeringési sebesség mértékéül vehető. A hibaforrások kellő cautelák betartása mellett kiküszöbölhetők (lelki és testi nyugalom, punctio egyhelyzetben, egy időben, ugyanazon temperatura mellett, éhgyomorra). Az arteriás vér mindig egyformán, optimalisan telített oxyeggel (94—96%). Alacsonyabb értékeket csak kiterjedt tüdőaffectiók esetében, emphysemánál, infarctusnál és pneumoniánál észlelt. A venás vér oxygen tartalma a legkülönbözőbb lehet. Normal értékeknek a venákban az vehető, ha az oxygen az összkapacitásnak 60—70%-a. Vannak a venákban jóval e feletti és ez alatti oxyhaemoglobin értékek. Ebben a variálódásban a vérkeringési sebesség különbözősége jut kifejeződésre. Az oxygen differentiák szerint mondjuk azután, hogy a keringési sebesség a periferián a normalisnál gyorsabb vagy lassúbb. A vér keringési sebessége a szívmunkának, a vérerek állapotának, a periferiás ellenállásoknak, a sejtek oxygen vágyának és a vér összetételének függvénye. Ez a tétel adja meg a vérkeringési sebesség kérdésének fontosságát. A vizsgált 100 „rheumás" beteg közül 41 arthritis, 22 arthritis deformans, 22 myalgia, 8 neuralgia és 7 diffus rheuma volt. A 100 eset közül 26 esetben normalis, 42 esetben gyorsult, 23 esetben lassúbb és 9 esetben gyors egymásutánban változó labilis keringést talált. Nagy általánosságban, sematisalva: a vérkeringés polyarthritis infectiosánál gyorsult, arthritis deformansnál normalis, myalgiáknál gyakran feltünően lassúbb, neuralgiáknál, főként polyalgiáknál labilis. A vérkeringési sebesség gyorsulása arthritisnél egy védekező functiója a szervezetnek és feladata az anaemia compensálása nagyobb és frissebb vérmennyiség szállitása. A gyorsult vérkeringés a szivet és az érrendszert túlságosan igénybe veszi. Vizsgálatai szerint a gyakorlóorvosnak, a fürdőorvosnak a „gyógyult" arthritisek érrendszerére, a szív tehermentesitésére az utókezelésnél nagyobb gondot kellene fordítaniok. Az arthrosisoknál leirt keringési zavarokat a szervezet jól kompenzálja, mert a karokban rendszerint normalis az oxyhaemoglobin értéke. A myalgiánál észlelt lassúbb vérkeringés a szervezet spasmophiliájának kifejezője. A néhány rheumásnak tartott esetnél észlelt labilis keringést vasoneurosisnál már leírta. Ezen megbetegedéseknek a neuropathiával való összefüggése, ennek a rokonságnak objectiv igazolása diagnostikai és therapiás szempontból fontos. Némely ilyen fájdalmas állapot, ez a psychalgia sokszor csak psychotherapiával közelíthető meg. Vizsgálta ezenkívül, hogy monarthritiseknél mikép gyorsul rendszerint a beteg oldalon a vérkeringés, vagy hogy egyoldali karideg zsábák, bénulások, milyen asymmetriás keringési változásokat hoznak létre a karokban. Előadó vizsgálatai a rheumás betegségeknek haemodynamikájába, sőt protoplasmadynamikájába némi betekintést engednek.

Benczur Gy.: *Pap* előadása érdekes perspektivája, hogy a vérkeringés sebességének mérése esetleg egyik módja lehet a valódi rheumának, az érgörcsön alapuló betegségeknek gyuladásos ízületi, izom- és idegbetegségektől való megkülönböztetésének.

2. **Vas J. J.**: *Adatok a hepatitis infectiosa epidemiologiájához.* A budapesti egyetemi gyermekklinika ambulatióján a háború vége óta veszik észre az icterus esetek szaporodását. Különösen 1921-ben és 1929-ben volt feltünő az icterus esetek epidemiaszerű fellépte. Kifejezett icterusesetek mellett észleltek ú. n. hepatitis sine ictero eseteket. Praedilactiós kor az iskolaköteles kor. A megbetegedések zöme az őszi és a téli hónapokra esett. Már ez magában is alátámasztja azt a felfogást, hogy nem alimentaris ártalommal, hanem infectiósus bántalommal állunk szemben, mely primaer módon a májat éri.

Közkórházi Orvostársulat január 7-i ülése.

Zsigmondy Z. elnök kegyeletes szavakban emlékezik meg *Basch Imre* főorvos elhunytáról, aki a társulatnak alapitása óta tagja volt és 2 cikluson át mint alelnök a társulat müködésében élénk tevékenységet fejtett ki.

Bemutatás:

1. **Farkas J.**: *Coronariathrombosis esete.* Három órával a halál előtt felvett electrocardiogram bemutatása. Bemutató először a koszorúér elzáródásáról beszél általában, kór okát, localisatióját mondja el. Majd klinikai tüneteire tér át, alátámasztva a jellegzetse röntgen és elektrogardiographias képpel. Prognostica és therapia közlése után megemlíti azon általános véleményt, hogy utóbbi időben a coronaria elzáródás esetei megszaporodtak. — 60 éves rajzoló esetét mutatja be, vetítve annak electrocardiogramját is, melyen a jellegzetes conorar T. csipke támogatta a diagnosisát. Sectiónál a bal coronaria ramus descendensében ült a thrombus, elzárva a septum ventriculorum alsó részét a vérkeringés elöl s itt 2 pengönyi területi myomaláciát és incomplett rupturát vonva maga után. A kipraeparált szivet szintén bemutatja.

Hasenfeld A.: Hangsúlyozza, hogy a thrombosisok és emboliák általánosan tapasztalt elszaporodásával lépést tart a szív és érbetegek thrombosisának és emboliájának gyarapodása. Azután kiemeli, hogy utóbbiaknál ezen gyarapodásnak speciális okai is vannak. 1. Szívbajok szaporodása. 2. Szívbetegek további életbenmaradásának lehetősége. 3. Esetleg az energicus szivtherapia. Említi a conoraria thrombosis számbeli emelkedésének különleges okait, a baj felismerésének prognosticus jelentőségét és a kórképnek a betegágynál való felismerhetőségének legegyszerübb módjait. (A fájdalmak megfelelő therapiára sem reagálnak, a vérnyomás lesülyed, az attaque-ot követi súlyos collapsos.) A baj prognosisa tekintetében néhány megjegyzést tesz és az életbenmaradottak további sorsáról is megemlékezik. A therapiában hangsúlyozza az angina pectoris gyógykezelésénél szokásos gyógyszerek hatástalanságát és a vasomotoros szerek alkalmazását állitja előtérbe. A lezajlott attaque-okat követő időben alkalmazni szokott ú. n. szívhormonok hatásáról sceptikusan nyilatkozik.

Rozenák István: *Idegen testek a gyomorbélhámban.*

Előadások.

2. **Brezovszky E.**: *Salvarsandermatitisről.* Salvarsan injectiók kapcsán fellépő bőrelváltozások lehetnek: 1. futólagos erythemák, urticariák; 2. tartós vagy hosszabb ideig fennálló erythemák v. dermatitis képét mutató bőrelváltozások. Az elsők oka *Jadassohn* szerint a szöveteknek helyi túlérzékenysége. A 2-ik csoport okaként felveszik *a)* a salvarsan készitmények előállításánál előforduló gyári hibákat; *b)* vízhibákat; *c)* túlérzékenységet, melyet *Bruck* az anaphylaxiára vezet vissza, szerinte a salvarsan dermatitis anaphy-

laxiás börjelenség.Mások szerint pedig allergiás elváltozásnak lehet felfogni, mely lehet épp úgy veleszületett, mint szerzett túlérzékenység. Ezzel magyarázhatjuk meg azon gyakorlati észlelésünket, hogy míg a legtöbb beteg nagy adag salvarsanra sem kap semmi kellemetlen elváltozást, addig némelyek már kis adagra is súlyos dermatitissel reagálnak. A késői dermatitiseket előidéző okok között szerepelnek még vesesérülések és májsérülések is. Viszont mások az egész szervezet dispositiójában keresik az okot (lymphaticus constitutio) — a huzamosabb és fokozottabb salvarsankezelés után a börbe bejutott és lerakódott arsénmennyiség a bört más behatásokkal szemben is érzékennyé teszi. A salvarsan dermatitis elleni küzdelem négy csoportra osztható: 1. a betegnek pontos megfigyelése minden injectio után; 2. a betegek elökezelése, illetve a salvarsan iránti érzékenység kipróbálása, nem vált-e ki már igen kis adag angioneuroticus tüneteket; 3. az arsenobenzol készítmény helyes megválasztása; 4. az oldóanyag helyes kiválasztása. Felvetődik még az a kérdés, hogy salvarsan dermatitis lezajlása után egyáltalán adhatunk-e és ha igen, mikor, újabb salvarsan injectiót? Véleménye szerint leghelyesebben úgy járunk el, ha a salvarsannal már többé nem kísérletezünk és a már egyszer lezajlott salv. dermatitis után óvakodunk további injectiót adni. Azonban ha mégis kell adni, úgy a legnagyobb elővigyázat mellett adjunk csak és igen kis adagokban. Mivel az egyes arsenobenzol készítmények toxicitása különböző. Örömmel kell fogadnunk minden egyes gyár által készített újabb praeparatumot, amelyet alapos kipróbálás és észlelés után, ha a gyakorlatban beválik, jóindulattal kell kezelni.

3. **Müller F.:** *A magyar arsenobenzol készítményekről.* Történelmi adatok alapján ismertette az atoxyllal folytatott első kísérleteket majd *Ehrlich* vizsgálatait, melyek öt a salvarsan felfedezéséhez vezették. Megismertük a salvarsan jó hatását és súlyos hátrányait, amelyeket a neosalvarsan már nagyrészt nélkülöz. A neosalvarsan egyeduralmát lassankint megtörték a különböző külföldi készítmények. A lengyel revivállal (neosolután) számos helyen elért jó eredmények indították arra a magyar *Egyer* gyógyszervegyészeti gyárat, hogy ennek nyomán előállítsa a régóta nélkülözött magyar arsenobenzol készítményt, melyet szintén *Reviválnak* neveztek el.

73 betegnek adták a magyar revivált a lues különböző stadiumaiban. Primaer sclerosisból 0.15 gr. m. revivál után 24—48 óra alatt, de legkésőbb harmadnapra a spirochaeták eltüntek, a fekélyek 2—3 inj. után behámosodtak. Roseolák és plaque muqueuse átlag 2—4 inj., a papulák 4—5 inj., a condyl. lata pedig 4—6 inj. után teljesen visszafejlődtek. A seronegativ esetek végig Wa. negativek maradtak, a lues I. és II.-nál az erösen positiv Wa. r. a kúra végén legnagyobbrészt negativvá vagy gyengén positivvá vált. Az injectiókat a betegek jól türték. 37.3° C-on felüli láz csak ritkán fordult elő. *A magyar revivál tehát legalább is egyenrangú a legjobb külföldi arsenobenzol készítményekkel.* A készítményt ajánlja s mivel magyar készítmény támogatása hazafiúi kötelességünk.

Rosmanics L.: Az OTI egyik börgyógyászati rendelésén a magyar revival adása kapcsán nem láttak több salvarsan complicatiót, mint neosalvarsan adásakor. (Statisztikai anyaga feldolgozva nincs.)

KLINIKAI ELŐADÁS

A gombás bőrbetegségek pathologiai, biologiai és therapiás kérdéseiről.*

Irta: *Neuber Ede dr.*, egyet. ny. r. tanár.

A gombák növényi élő lények, leveletlenek és testükből hiányzik a chlorophyl. Ez utóbbi tulajdonság következtében a gombák tenyésztéséhez nem szükséges a fénynek jelenléte, sőt egy bizonyos mértékben növekedésükben károsan befolyásolja őket. E ténnyel magyarázható, hogy a gombák egy része nemcsak a köztakaró felületén, hanem a növényi és az állati szövetekben is képes vegetálni s azokban betegségeket előidézni.

Darier szerint a köztakarón normalis viszonyok között is rendkívül sok saprophyta gomba tanyázik, amelyek azonban gyulladásos, vagy egyéb kóros jelenségeket spontán nem okoznak, a bőr mélyébe és a tüszőkbe sem hatolnak. Klinikailag jelenségeket legfeljebb csak akkor váltanak ki, ha külső, vagy belső ártalmak (pl. physikai, chemiai, thermicus stb.) következtében a köztakaró természetes ellenállóképességét elveszíti. E kóros jelenségek többnyire a banális gyulladás jellegét mutatják s az ok megszüntével a jelenségek is rendszerint eltünnek.

A gyakorlat szempontjából minket elsősorban a *pathogen* gombák érdekelnek, így elsősorban: 1. a *hyphomyceták* (fonalas gombák), 2. *ascomyceták* (tömlős gombák), 3. *blastomyceták* (sarjadzó gombák). A *phycomyceták*-nak (moszatgombák) a dermatologiában alig van komolyabb szerepük.

Az utóbbi időben a *fonálgombás* betegségek diagnostikájában és therapiájában kétségkívül nagy haladás történt; még nem is olyan régen, néhány évtizeddel ezelőtt, teljesen tehetetlenül állottunk a gombás bőrbetegségek egyik-másik alakjával szemben, főleg azokkal, amelyeknél a parasiták a folliculusokba hatoltak s azt, valamint a hajgyökeret ellepték; abban az időben a therapia számára csak a beteg hajszálak egyenkénti kitépése, vagy a brutalis kátránysapkakezelés állott rendelkezésre, ami az orvos és a beteg számára egyaránt nagy megpróbáltatást jelentett s végeredményben a hetekig-hónapokig tartó szenvedés, gyötrelem ára a feltartózhatatlanul beköszöntő recidiva volt. A legnagyobb elővigyázatosság ellenére megtörtént ugyanis, hogy egyik-másik hajszál a folliculusban eltört, ilyenkor az egész kezelés értékét veszítette, mert az eltört haj- vagy szőrszálban és a folliculusban visszamaradt parasiták újból elszaporodtak s rövidesen klinikai tünetek okozóivá váltak. A röntgen-aera beköszöntése a gombás bőrbetegségek történetében az *újkort* jelentette, legalább is a therapia teljes megújhódását a régivel szemben.

A gombás bőrbetegségek az orvosi gyakorlat szempontjából már csak azért is igen fontos fejezetet jelentenek, mert a hozzájuk klinikailag igen hasonló, azonban sokkal súlyosabb prognosist jelentő kórfolyamatoktól (pl. syphilistől, tuberculosistól) el kell különítenünk.

A gyakorlatban — főleg a therapia szempontjából — a hyphomycetás bőrmegbetegedéseket tulajdonképen két nagy csoportba oszthatjuk: 1. a parasiták a bőrfelületen vagy a szaruréteg legfelsőbb rétegeiben tartózkodnak, tekintet nélkül arra, hogy gyulladást okoznak vagy sem, 2. a kórokozók nemcsak a köztakaró felületén élnek, hanem behatolnak a szőr- vagy hajtüszőbe és ott burjánzanak. Itt ismét két eshetőség áll fenn: *a)* follicularisan és perifollicularisan csak igen mérsékelt, vagy egyáltalában semmiféle gyulladást nem okoznak, *b)* többé-kevésbbé erősebb gyulladást provokálnak, amely klinikailag hyperaemia, papula vagy pustula alakjában nyilvánul. E két csoport nem mindenkor választható el egymástól élesen, mert elég gyakran találunk átmeneti typusokat is.

Az első csoportba tartoznak: a *pityriasis versicolor*, az *erythrasma*, az *epidermophytia* kórokozói, amelyek a szarurétegen, vagy annak felsőbb rétegeiben élnek, gyulladást alig, vagy egyáltalában nem okoznak s így bizonyos fokig saprophytáknak tekinthetők, a folliculusba sohasem hatolnak, csak a hám legfelsőbb rétegeiben találják meg az életfeltételeiket, ennélfogva a *prognosis* szempontjából is a jóindulatuság jellemzi őket. A szőr- és hajmentes bőrterületeken a trichophyton-, a microsporon- s az achorionfajták is hasonlóan viselkednek — kétségtelen azonban, hogy a pehelyszőrök tüszőibe is hatolhatnak —, a szőr- és hajdús bőrterületeken azonban megváltozhatik, sőt rendszerint meg is változik ez a helyzet, mert ilyenkor a parasiták a folliculusokba vándorolnak s e véde-

* Részben előadva 1930 május 9-én a Budapesti Királyi Ovrosegyesületben.

tebb helyen a therapia számára már jóval nehezebben hozzáférhetők, ami természetesen a prognosis kilátásait is lényegesen lerontja. Az utóbbi csoportba tartozó gombák egy része — az emberi eredetű microsporon (m. Audouini), az emberi eredetű favus (achorion Schönleini) s az emberi eredetű trichophytonok (pl. tr. acuminatum, tr. crateriforme s bizonyos fokig a tr. violaceum) — a folliculusban kifejezettebb gyulladást nem okoz, mert az idők folyamán az emberi szövethez annyira hozzászokott, annyira acclimatisalódott, hogy abban rendszerint különösebb reactiót kiváltani már nem tud. Kivételt képezhetnek az epidemiák, amikor igen rövid idő alatt történnek a passage-ok, ami a virulentiát fokozza és így gyulladásos jelenségeket is kiválthat. Human eredetű fonálgombás fertőzéskor többnyire minimalis szövetbeszűrődés mellett a tüszőben vagy magában a szőr- vagy hajszálban a parasiták nagy tömege található, máskor a haj körül fehér lepel, a hajas fejbőrön pedig korpázó hámlás alakjában észlelhetők. Tulajdonképen száraz, reactiomentes *folliculitis*-t okoznak, amely subjective nem jár kellemetlenséggel s ez a tulajdonság különösen alkalmassá teszi nagyobb epidemiák kiváltására, s így melegágya az iskolabetegségeknek.

A szövetreactiónak teljes részvétlensége a spontán gyógyulást természetszerűleg károsan befolyásolja, ami immunbiologiai meggondolással könnyen érthető; a be nem következett vagy felette gyenge szövetreactio következtében a fajlagos védőanyagképződés elmarad, vagy lényegtelennek bizonyul s így a szervezet természetes ellenállóképességének fokozása nem következhetik be.

Nem így az állati eredetű fonálgombás (trychophyton, achorion és microsporon) fertőzések eseteiben. Ilyenkor a gombaantigenek nemcsak a hámban és az irhában okoznak hevesebb reactiós jelenségeket, hanem a szőr- és hajtüszőben folliculitis + perifolliculitis alakjában igen heves gyulladást, granulatiós szövetképződést, esetleg genyes beolvadást. Az állati eredetű trichophytonok által kiváltott reactio következtében fajlagos reaginek keletkeznek, melyek spontán is teljes gyógyuláshoz vezethetnek, fajlagos therapiára pedig rendszerint igen könnyen gyógyulnak.

Ma már teljesen szakítottunk azzal a régi felfogással, hogy a gombás bőrbetegségek helyi jellegűek. A kifejezettebb szövetreactióval járó gombás bőrbajok a beteg vérsavójában többnyire már a laboratoriumi eljárások számára is kimutatható védőanyagokat: complementkötő anyagokat, agglutinineket, opsoninokat, stb. tartalmaznak, noha tudjuk, hogy ezek a laboratoriumi eljárások — főleg a mycologiában — eléggé durva eljárásoknak tekinthetők.

De nemcsak fajlagos védőanyagokat találunk a vérsavóban, hanem egyes esetekben a betegség generalisálódása klinikailag is megnyilvánul, amikor az egész köztakarót ellepő jelenségeket — gyakrabban fiatalokon, ritkábban idősebbeken — ú. n. *mykid*-eket: *favid*-eket, *trichophytid*-eket, *microsporid*-eket észlelhetünk (régebben lichen trichophyticus, stb.), amelyek a syphilis másodlagos elszórt kivirágzásaihoz hasonlóan a törzsön, végtagokon erythemák, papulák, pustulák vagy az erythema nodosum-hoz hasonló csomók, igen ritkán scarlatiniform kiütések alakjában jelennek meg s többnyire általános jelenségekkel (láz, leucocytosis, lép-, májfájdalom, mirigy- és izületi duzzadások) járnak. A disseminált exanthemákat a véráramba jutott gombák vagy azok toxinjai váltják ki, amelyek kétségtelenül a bőr allergiás reactióinak tekinthetők, amint ezt analog módon a tuberculidek pathobiologiájában feltételezzük.

Az emberi élet bizonyos szakaiban az egyes hyphomyceták a fertőzés szempontjából igen eltérően viselkednek. A kritikus időszak a *pubertas* idejére esik. Különösen érdekes e tekintetben az *emberi eredetű* microsporia viselkedése, amely a pubertas idejében spontán meggyógyul; leánygyermekeknél rendszerint az első menses után. A favus is csak a fiatalabb korban acquirálható, azonban a köztakarón acclimatisalódva a betegnek egész életén át hű kísérője lehet, hasonlóképen az emberi eredetű trichophytonok nagy része, amely tulajdonképen iskolás gyermekek betegsége. *(Sabouraud.)*

A pubertas beálltakor kétségkívül az emberi bőr mint talaj változik meg bizonyos fonálgombák számára; lehet, hogy belsősecretiós mirígyek, főleg az ivarmirígyek (here, petefészek) működése védi a bőrszövetet egyes fonálgombás törzsek behatolásával és megtelepedésével szemben, lehet azonban, hogy a bőrnek már régen feltételezet belsősecretiós mirígyműködése változtatja meg a talajt. Az emberi szervezet e tulajdonságának az ismerése az orvos számára nemcsak a prognosis, hanem a therapia szempontjából is igen fontos. A fertőzés szempontjából azonban nemcsak az emberi bőr, mint táptalaj jön számításba, hanem a fonálgomba virulentiája is.

Ujabb vizsgálatok szerint az egészséges bőrön — úgy a meztelenen, mint a szőrrel, vagy hajjal fedetten — nemcsak a saprophyta gombák nagy tömegei tanyáznak, hanem pathogen gombák is saprophyta alakban; nem minden egyén hajlamos arra, hogy e különben pathogen gombák rajta kóros jelenségeket okozzanak. *Tehát nemcsak bacillus-gazdák vannak, hanem gomba-gazdák is;* erről mindenki meggyőződhetik, ha saját, vagy bármelyik betege ép bőrének kaparékából culturákat készít; ilyen módon saprophyta,de pathogennek ismert hyphomycetákat is találhat, különösen pathogen gombával fertőzött beteg környezetében. Saprophyta alakban élő pathogen hyphomyceta virulentiája többnyire kicsiny, ez azonban tetemesen fokozódik, ha a parasitának alkalma van rövid időközökben gazdát cserélni, azaz, amikor rövid időközökben több passage-on megy át. Ennek a tüneménynek a beigazolását elsősorban microsporiás iskolai fertőzések terjedésénél látjuk, amikor pl. az első microsporia eset kirobban, rendszerint csak hetek után következik a második és harmadik, de azután rövidesen hatalmas epidemia fejlődik ki. A hyphomyceta ilyenkor activálódott. Ez a jelenség a parasitologiában különben is ismeretes, mert egyéb nem gombás folyamatoknál is észlelhetjük. Különösen az iskolaorvos számára fontos ennek a tüneménynek az ismerése, mert az első eset rögtöni elkülönítésével úgyszólván az egész iskolát, de legalább is annak nagy részét megmentheti a fertőzéstől.

A hyphomycetás megbetegedések nagy része nem helyi jellegű, hanem az egész szervezetet, de különösen az egész köztakarót érintő betegség; a bőrbe hatolt parasiták — természetesen csak azok, amelyek kóros jelenségeket okoznak — annak immun- és allergiás apparátusát mozgósítják, abból a célból, hogy a későbben behatolni akaró kórokozók ellen védekezzenek, esetleg azokat megsemmisítsék és minden későbbi behatolást meghiusítsanak.

Hyphomycetás fertőzés csak akkor jöhet létre, ha a fertőzés a felhámon történik, vagy ha magát az anyagot a felhámba dörzsöljük, mert a fonálgombák kizárólag a bőrszervre vannak beállítva, csak itt tudnak megtapadni, szaporodni, kóros elváltozásokat kiváltani és allergiás reactiókat provokálni.

A hyphomycetás megbetegedéseknél észlelünk szerzett immunitást, ez főleg a mély trichophytiák után következik be, amikor újabb (pl. experimentalis) fertőzésre 24—48 óra mulva a beojtás helyén hatalmas gyulladás (amycoticus gyulladás) keletkezik s pár nap alatt teljes gyógyulás. A szervezet tehát allergiával védekezik

újabb fertőzésekkel szemben. A szervezet bőrének tehát csak kis része fertőződik, mégis az egész bőr allergiássá válik, nem szenved tehát kétséget, hogy a primaer gócból az antigen felszívódik és a véráram útján az egész szervezetbe kerül, azonban a szövetek, a sejtek csak ott szenvednek el áthangolást, ahol megfelelő receptorokra akadnak, ebben az esetben csak a hámrétegben. A természetes fertőzések alkalmával a *bőr* jut érintkezésbe a pathogen gombákkal, a behatolni akaró hyphomycetákkal szemben tehát ő maga védekezik s így ő maga akarja a gombák behatolását megakadályozni (esophylaxia).

A felületes hyphomycetás megbetegedéseknél is, de főleg a mélyebbeknél, többnyire sikerül megfelelő antigennel (gombaextractum) *allergiás* reactiókat kiváltani. Ez a reactio fajlagosnak tekinthető; a csoportreactio mindenesetre a specificitás rovására könyvelhető el (pl. favusantigen trichophytiás betegen positiv reactiót adhat és viszont), úgyszintén gümőkóros betegek gombaantigennel szintén positiv allergiás reactiót adhatnak, tehát a belső vagy bőrgümőkórt minden esetben ki kell zárnunk.

Differentialis diagnosticai célokra különösen az *intracutan* eljárás alkalmas, mely *helyi, általános* és *góc*-reactiók alakjában mutatkozhatik. Ezek a reactiók nemcsak diagnosticai szempontokból használhatók fel, hanem megfelelő antigennel és methodicával a specificus therapia a gombás bőrbetegségeket meg is gyógyíthatja.

A hyphomyceták által okozott gombás bőrbetegségek *gyógyítása* a dermatotherapiában ma már nem tartozik a nehezebb feladatok közé. A hyphomyceták kimutatása olyan egyszerű s olyan szerény laboratoriumi berendezést igényel (melegítés 30—40% kálilúggal), hogy e vizsgálatokat ma már a gyakorlóorvosnak sem szabad mellőznie. Az orvosi gyakorlat számára a therapia szempontjából — még akkor is, ha a fonálgombás betegségek (favus, microsporia, trichophytia, epidermophytia, erythrasma, pityriasis versicolor) csoportján belül biztos diagnosist nem tudunk felállítani — a fonálgombás bőrbetegségeket két nagy csoportra oszthatjuk: 1. felületes, a foliculusba nem hatoló, 2. mély, a folliculusba hatoló folyamatokra. Therapiás szempontból e két csoport között lényeges különbség áll fenn. A felületes megbetegedéseknél — még akkor is, ha a hyphomyceták a hám mélyebb rétegeiben találhatók — a legegyszerűb hámlasztó gyógyeljárások is célhoz vezetnek, mert ilyenkor a hyphomyceta teljesen védtelenül áll a therapiával szemben. A fonálgombáknak gyógyszerekkel való elölése még a hám legfelsőbb rétegeiben is nehezen képzelhető el — legalább is sokkal nehezebben, mint a pyogen és egyéb bacteriumoknak —, mert a gombák chemiai, fizikai stb. behatásokkal szemben rendkívül ellenállók; elölésükre rendkívül erős, bizonyára a bőr szövetét is súlyosan károsító gyógyszereket kellene alkalmaznunk. Gyakorlati szempontból erre nincs is szükség, elegendő a fertőzött hámrétegeket megfelelő hámlasztó gyógyszerekkel (tinctura, kenőcs, pasta, máz, stb.) eltávolítanunk, mert a leváló hámrétegekkel magát a köztakarót is megszabadítjuk a gombáktól. Tehát a bőr felületes fonálgombás megbetegedéseinél elegendő *parasitifug* (hámlasztó) és nem szükséges *parasiticid* eljárásokat alkalmaznunk.

Ezeken az általános irányelveken kívül azonban még egyéb szempontok is irányítják a gyógykezelést, mert e betegségek lehetnek gyulladásos jellegűek és teljesen reactiómentesek, többnyire aszerint, hogy állati, vagy emberi eredetű hyphomyceta szerepel az aetiologiában, azonban más tényezőnek is van erre befolyása. Az erős gyuladással és beszűrődéssel járó esetek kezelésében egyelőre ellenjavalt a *parasiticid* és a *parasitifug* szerek alkalmazása, mert ezek a gyulladást még inkább fokoznák, ami semmiesetre sem volna kívánatos; ilyenkor enyhe adstringens borogatások (híg Burow-, plumb. acet. bas. solut.-oldat stb.) javaltak s csak a heveny gyulladás lezajlása után adhatók ugyancsak adstringens, csillapító paszták, vagy kenőcsök (10% sol. aluminii acet. vagy 50% aqua plumbi pasztában vagy kenőcsben), majd végül a bőrnek teljes megnyugvása után alkalmazhatók csak a parasitifug gyógyszerek, amelyek gyógyszerkincsünk hámlasztó és redukáló csoportjaiból származnak.

E gyógyszereknek és töménységüknek megválasztása változik aszerint, hogy a köztakaró melyik része betegedett meg, mert a türőképesség gyógyszerekkel szemben a bőr bonctani szerkezete szerint is igen különböző (a hajlatok bőre pl. sokkal érzékenyebb, mint a has, a hát vagy a végtagok bőre). A kor, a nem, esetleg egyéb betegségek szintén befolyással vannak a bőr türő-, illetve reactióképességére.

A kenőcsös kezelés előtt tincturákkal (jódtinctura), tömény carbolsavval ecseteljük meg a bőrt, ami szintén szövetáthangoló, hámlasztó hatást fejt ki s károsan befolyásolja a hyphomyceták életfeltételeit, rendszerint azonban nem tudja elölni őket. Csak ezután térünk át erősebben hámlasztó, redukáló anyagokra pasztában vagy kenőcsben (pl. 10% acid. salicyl. + 10% sulf. sublim. vagy lac sulfuris, vagy 10% hg. praecipitat., vagy 5—15% ichthyol stb.). A felületes, többnyire csak a szarurétegre szorítkozó fonálgombás megbetegedéseknél a fajlagos vaccinakezelés nem sok reménnyel kecsegtet, még a mélyebb hámrétegekben tanyázó hyphomyceták is alig reagálnak a bőrszervbe (intracutan) vitt fajlagos antigenre.

Teljesen más therapiát kell követnünk a folliculusba hatolt gombás megbetegedéseknél. A régebben használt tincturás, kenőcsös, tapaszos, kátránysapkás stb. kezelések itt eredménytelenek, mert a folliculus mélyében tanyázó gombára alig, vagy egyáltalában nincsenek hatással; tulajdonképen maga a szőr- vagy a hajszál zárja el az utat a gyógyszer számára. A haj- vagy szőrszál eltávolítása felnőtteken kizárólag röntgenepilatióval történik (600 R, 1 mm. al. filter); a haj- vagy szőrszálak eltávolítása nagyobb területen szőrtépő csipesszel ma már műhibának tekinthető, kivételt képeznek mindenesetre azok a genyes szőrtüszőgyulladások, amelyeknél a haj- vagy szőrszálak spontán, esetleg enyhe húzásra eltávoltíhatók s amely bőrterületre a röntgenbesugárzás az erős gyulladás miatt ellenjavalt.

A röntgenbesugárzással tulajdonképen hármas célt érünk el: 1. a hajszálat eltávolítjuk; 2. a sarjszövetet, tehát a kóros szövetet gyorsabb felszívódásra bírjuk; 3. a röntgenhatás okozta szövetszétesés következtében felszabadult enzymek a kórokozókat életfeltételeikben súlyosan veszélyeztetik. A röntgenepilatio javalata különösen a hajas fejbőrön gyakori. Jelszó: minél nagyobb területet epiláljunk, mert sohasem tudhatjuk, hogy melyik folliculusban élnek pathogen hyphomyceták saprohyta életet, amelyek alkalomadtán eredeti életképességüket visszanyerik s rövid időn belül recidivát okozhatnak. Ellenjavalt a röntgenepilatio gyulladt szövetben, mert ilyenkor a gyulladást még inkább fokozzuk, ami természetesen a folyamat súlyosbbodásához vezethetne, sőt a bőr túlérzékenysége miatt röntgenkárosodást okozhatnánk. Ilyenkor a fent említett adstringens folyadékokkal és kenőcsökkel a reactiós szövetet megnyugtatjuk s csak azután részesítjük a beteget röntgenepilatiós kezelésben.

A röntgenepilálás technikája nagyobb gyakorlatot igényel, mert pontosan az epilatiós adagot kell leadnunk; kisebb dosisra az epilatiós hatás elmarad s legfeljebb resorbeáló hatást érünk el, ezzel szemben túlmagas adagra végleges kopaszságon kívül szövetelhalás, fekély-, hegképződés stb. követheti a röntgenkezelést.

Gyermekeknél a pubertas koráig történhetik az epilálás *thalium aceticum-mal.* Egy kg. testsúlyra 8 mg. thalium aceticumot adunk. Magasabb adagok súlyos mérgezési tünetekkel, sőt halállal járhatnak (klinikámon az előírás lelkiismeretes betartása ellenére egy haláleset-ről és több súlyosabb mérgezésről számolhatunk be). Az utóbbi időben elég jól beváltak a ½ röntgenepilatiós + ½ thalium acet. adagok, amelyek hatás tekintetében jól kiegészítik egymást s ezáltal a röntgenkárosodás és thalliummérgezés veszélye is tetemesen csökkent.

Erősen gyulladásos, főleg haj- vagy szőrtüsző gyulladást (folliculitis + perifolliculitis) okozó hyphomycetás megbetegedések *fajlagos vaccina*-kezeléssel is kedvezően befolyásolhatók, sőt meg is gyógyíthatók, mert a szervezetbe vitt antigen (vaccina) hatására keletkezett védőanyagok a beteg területek gyógyulását elősegíthetik. Az *autovaccina* hatása kétségkívül a legactivabb és a legmegbízhatóbb, de ma már gyárilag készült *polyvalens vaccinák (Hoechst*-féle *trichophytin, Pápay*-féle *trischosan, trichosycon* — Kalle) is vannak forgalomban. A vaccinákat az *intracutan (Mantoux—Roux)* technikával adjuk; ebben a formában a legkedvezőbb gyógyhatás várható.

A gombás bőrmegbetegedések egy igen érdekes fejezete a *mycoticus intertrigo* és a *dysidrosis* kórképe. Különösen a dysidrosis áll ma az érdeklődés központjában. Még alig néhány évvel ezelőtt *Tilbury Fox* felfogása talált leginkább megértésre, aki a betegség okát a verejtékmirígyeknek irritatiós hypersecretiójára vezette vissza. A pathogenesis szempontjából ma a dysidrosisnak általában 3 typusát különböztetjük meg: a gombás, a bacteriumos eredetűeket, továbbá az idiopathiás alakjait, azaz olyan typusokat, amelyeknek az aetiologiájáról bizonyosat nem tudunk, csak azt gyanítjuk, hogy toxicus eredetűek, esetleg valamilyen exogen vagy endogen antigen allergiás reactioi. Az első két typust *parasitaer dysidrosis* néven szoktuk összefoglalni.

Ezzel szemben mások *(Sicoli* és követői, nálunk *Kémeri)* valódi és áldysidrosist különböztetnek meg; az előbbihez tartoznának a heveny és idült fertőző megbetegedések (rheuma, tonsillitis, tonsillaabscessus, odvas fogak stb.), az utóbbihoz a különböző gombafeleségek által feltételezett elváltozások. E tekintetben *Kémeri* megfigyelései igen érdekesek és tanulságosak, aki odvas fogak eltávolítása után évekig fennálló súlyos dysidrosist rövid idő alatt eltünni látott s újabb eseteiben a focalis infectióban látja a dysidrosis kóroktanát, legalább is az esetek nagy részében.

A gombás eredetű intertrigok és dysidrosisok között különösen az *epidermophyton inguinale* szerepel, amely fonálgomba *Kaufmann—Wolf Mária* vizsgálatai szerint az összes eczema dysidroticum esetek ⅓-ában, mint kórokozó szerepel, *Alexander* szerint 50%-ban, az amerikai szerzők közül sokan valamennyit gombás eredetűnek tartják.

Hogy a dysidrosis pathogenesisében az epidermophyton tényleg szerepet játszik, ezt különben *Graffenfried* vizsgálatai bizonyítják legjobban, aki élettani konyhasó oldattal macerált lábujjakat epidermophyton-tenyészettel fertőzni s dysidrosisra jellegzetes tüneteket kiváltani tudott, csak az vitás még, hogy milyen körülmények között válik pathogenné, mert saprophyta alakban egészségesnek látszó kéz és láb bőrén is található, sőt igen gyakran dysidrosis-ból kigyógyultakon. Ez a betegség az utóbbi években kétségkívül hatalmas fellángolást mutat külföldön és nálunk *(Rajka)* egyaránt.

Gombás eredetű dysidrosisokat még *oidium-*, továbbá *monilia*-fajok is okozhatnak *(oidiomycosis interdigitalis, Kaufmann—Wolf),* mások szerint élesztőgombák: saccharomyces, debaromyces-fajok szerepelnek az aetiologiában *(erosio interdigitalis blastomycetica, Fabry).*

A bacterialis eredetű dysidrosis esetekben kórokozóként különösen a *staphylococcus* szerepel; még e kérdésben is teljesen tájékozatlanok vagyunk afelől, hogy saprophyta alakban való előfordulásán kívül milyen körülmények között válik pathogenné. *Milian* a dysidrosist syphilises eredetünek tartja, ez a felfogás ma már teljesen talajt veszített.

A *dysidrosis* kórképében a fentebb felsorolt kórokozók *oki* szerepe ma már nem vitatható el, csak a fertőzés mechanismusát nem látjuk tisztán, nem tudjuk, hogy a bőrszervnek mint táptalajnak milyen áthangolást, átalakulást kell elszenvednie, hogy e kórokozók rajta megtapadhassanak, ott burjánozzanak s kóros jelenségeket kiválthassanak. Az a meggyőződésünk, hogy normalis bőrön ezek a parasiták kóros jelenségeket csak kivételes esetekben tudnak kiváltani, macerált vagy egyéb módon insultált bőrön a fertőzési lehetőség inkább meg van adva s így érthető, hogy e betegséget elsősorban mosónők, szakácsnők, takarítónők, gyári munkások kéz- és lábbőrén látjuk leginkább.

Klinikailag bizonyos fokig elkülöníthető a parasitaer és a nem parasitaer dysidrosis (eczema dysidroticum); az előbbinél solitaer, disseminált, vagy serpiginosus alakban látjuk a hólyagokat elrendezve *(Graffenfried, Rajka),* míg az utóbbinál az elrendeződés szabálytalan. A parasitaer eredetű többnyire a lábon kezdődik s egyoldalú, az idiopathiás (toxicus) inkább a kézen észlelhető és symmetriás. A trichophytidekhez hasonlóan *epidermophytid*ekről is tudunk *(Williams),* amikor generalisált exanthema is felléphet (scarlatiniform, *Rajka).*

Valamennyi igen makacs megbetegedés. A therapia igen energicus legyen (a hólyagok felnyitása, ecsetelés jódtincturával, 3—5% salicylsavas kenőcs, röntgen). A szervezetben lappangó fertőzéses góc felkutatása és gyógyítása, továbbá minden olyan folyamatnak a kezelése, amely a bőr allergiáját fentartja, vagy fokozza (toxicus folyamatok, anyagforgalmi zavarok stb.).

Nálunk Magyarországon agricultur államban elég gyakran észlelhető az *actinomycosis,* amely kórfolyamat gyógykezelésében a szokásos therapián kívül különösen az arany- és a malária-therapiától láttunk említésre méltó eredményeket.

A *mycetoma* (maduraláb) nálunk felette ritka, gyakorlati szempontból alig jön számításba, 1908-ban *Verebély* két esetet észlelt s a kórkép megjelölésére a mycetoma elnevezés helyett a „hyphomycosis pedis" elnevezést ajánlotta.

Az *ascomyceták* (tömlős gombák) a hyphomycetákkal szemben a bőr kórtanában tulajdonképen csak alárendelt szerepet játszanak. Általában „penészgomba" néven ismeretesek, a növény- és állatvilágban úgyszólván mindenütt feltalálhatók, főleg az elhalt szervezet szöveteiben találják meg életfeltételeiket. A legkülönbözőbb behatásokkal szemben rendkívül ellenállók s mindenkor nagy életképességet árulnak el. A penészgombák szerepe az egészséges és a beteg bőrön főleg az utóbbi időben nyert méltánylást, nálunk *Ballagi* foglalkozott e kérdéssel. Az ép köztakarón saprophyta alakban a penészgombák nagy tömegei élnek, amelyek kóros jelenségeket rendszerint nem is váltanak ki, legalább is a gyakorlat ezt mutatja. A kóros jelenségek kiváltása itt is kétségkívül két tényezőtől függ: 1. az emberi bőrtől mint táptalajtól; 2. a penészgombák virulentiájától. A penészgombák szerepe tulajdonképen a köztakaró megbetegedésével lép előtérbe, amikor az hámtól fosztott, pörk- és vartömegektől borított és a sebkezelés elhanyagolt. *Ballagi* szerint különösen idült eczemás plakkokból tenyészthetők ki nagy számban, ahol azonban saprophyta alakban vegetálnak, csak egy esetben észlelt önálló mycosist.

A *tömlős gombák* közül a legismertebbek a *penicillium-*, az *aspergillus-*, ritkábbak a *scopulariopsis-* és a *sterigmatocystis*-fajok.

A *blastomyceták* (sarjadzó gombák) által okozott bőrmegbetegedéseket ma 3 csoportba oszthatjuk: 1. a *Busse—Buschke*-féle európai mély, 2. a *Gilchrist*-féle amerikai szintén mély typus, 3. a felületes blastomycosisok (erosio interdigitalis blastomycetica, *Fabry* és az oidiomycosis interdigitalis, *Kaufmnan—Wolf)*, amelyekről már a dysidrosis tárgyalásakor megemlékeztem. A két első typus igen ritka megbetegedés; *Buschke*-nak és *Gilchrist*-nek 1894-ben leírt első esetei óta aránylag kevés újabb eset ismeretes, főleg a *Busse—Buschke*-féle typus ritka, a *Gilchrist*-féle typus valamivel gyakoribb, azonban csak Amerikában.

Nálunk Magyarországon már többen írtak le és mutattak be a mély typushoz tartozó *blastomycosis*-betegeket, akiknél a kóros szövetben vagy a genyben blastomycetákat találtak, sőt azokat ki is tenyésztették, ezen esetek nagy része azonban a szigorú kritikát nem állja ki; nem elegendő ugyanis a mély *blastomycosis* kórismézjének felállításában a klinikai kép, sőt a kórokozók kimutatása és kitenyésztése sem biztosítja a diagnosist, mert köztudomású, hogy a blastomyceták saprophyta alakban az ép köztakarón, de különösen a bőr hámtól fosztott területein rendkívül nagy mennyiségben tanyázhatnak. A diagnosis komolysága megkívánja, hogy az állatojtások positivak legyenek, vagy legalább is a kóros képletekből kitenyésztett blastomyceta-culturával fertőzött bőr az eredeti jelenségekkel azonos képet adjon, vagy kifejezett allergiás jelenségeket váltson ki.

1924-ben a debreceni bőr- és nemikórtani klinikán egy *Gilchrist*-typusú mély blastomycosis esetet észleltünk, amelyről az O. H. hasábjain (1924) be is számoltam, amelynél nemcsak a reinoculatio volt positiv, hanem blastomyceta-antigennel a beteg savója is positiv complementkötést adott. Fajlagos antigennek, „blastomycosin"-nak intracutan ojtásával positiv allergiás reactiókat nyertem, sőt fajlagos vaccinával a beteg meg is gyógyult, aki már évek hosszú sora óta számos kórházban sikertelenül részesült egyéb gyógykezelésekben. Ezek a vizsgálatok igazolták tehát, hogy a blastomycosis-beteg *(Gilchrist*-féle typus) vérsavójában complementfixáló anyagok alakjában reaginok találhatók, tehát semmiesetre sem helyi megbetegedés, amit különben a fajlagos allergiás reactiók és a sikerrel járó vaccinás therapia legjobban bizonyítottak.

VEGYES HÍREK

Krompecher professor arcképének leleplezése. E hét szerdáján kegyeletes ünnepség keretében leplezték le a II. sz. kórbonctani intézetben *Krompecher Ödön* professornak az intézet volt vezetőjének arcképét. Az ünnepségen megjelent a Rector Magnificus, az orvoskari Dékán, az orvosi facultás tanári kara s az elhúnyt nagynevű professornak tanítványai s tisztelői. Az ünnepi beszédet *Balogh Ernő* professor, az intézet jelenlegi vezetője mondta.

A budapesti kir. Orvosegyesület január 17-i tudományos ülésének tárgysorozata: *Bemutatások:* 1. *Miklós László:* Ascheim—Zondek reactio áttételes chorionepithelioma kapcsán. 2. *Kopits Jenő:* Világrahozott súlyos lábdeformitás ritkán előforduló esete. 3. *Gerlóczy Géza:* Feltünő therapiás eredmény CO_2-belélegzésre súlyos thrombopeniánál. — *Előadás: Kiss Ferenc:* A nervus vagus és sympathicus viszonya.

Közkórházi Orvostársulat január 21-iki ülésének tárgysorozata: *Előadások: Zalka Ödön:* Lépkiírtás és reticuloendothelialis systema. Kísérlet a reticuloendoteliál és capillaris systema befolyásolására. *Biró Sándor:* Urethritis non gonorrhoica.

A Budapesti Önkéntes Mentő Egyesület orvosainak január 20-i ülésének napirendje: 1. *Rácz Lajos* és *Korbuly Dezső:* „Az adsorbensek méregkötő értéke és gyakorlati haszna" című pályamüvek összefoglalása és ismertetése. 2. Érdekesebb esetek megbeszélése.

A budapesti egyetem klinikáinak igazgató-tanárai a kultuszminiszternél. A budapesti egyetem orvosi facultásának klinikus tanárai, az egyetemi gazdasági bizottság elnöke, s az egyetem gazdasági igazgatója e hó 8-án kihallgatáson voltak *Klebelsberg Kunó gróf* vallás- és közoktatásügyi miniszternél. *Szabó József dr.* egyetemi tanár, a klinikai bizottság ez évi elnöke nyujtotta át a klinikai igazgatók fölterjesztését, melyben a kultuszminiszter támogatását kérik a klinikák eredményes működését fenyegető költségvetési reductio elhárítására. A takarékossági törvény által előirt reductio következtében a betegek felvételét meg kellene szorítani, úgyhogy több száz ágyat kellene üresen tartani, ami egyrészt a közegészségügyre s az oktatásra nagy hátrány volna, másrészt nem is volna gazdaságos. A klinikák igazgatói azt kérték, hogy a klinikák ép úgy mentesittessenek a reductio alól, amint az a kórházakkal történik.

A miniszter nagy megértéssel fogadta az előterjesztést s behatóan megtárgyalta a tanárokkal a segités lehető módjait.

A klinikai bizottság a pénzügyminisztertől is kihallgatást kért, hogy felajánlja közreműködését arra, hogy az ország súlyos pénzügyi helyzete által előirt takarékosság más alkalmasabb formában érvényesüljön. A budapesti egyetem tanárai ezúttal is hangsúlyozták a vidéki egyetemek tanáraival való solidaritásukat.

A medikus-bál mult szombaton zajlott le a Vigadó termeiben az ifjúság és buzgó rendezőség nagy örömére úgy erkölcsi és anyagi sikerekben, mint szépségekben gazdagon és fényesen. Távol maradtak ugyan ez alkalommal a királyi Fenségek, de Rendünk annál nagyobb számban és tekintélyben volt képviselve. Illő tisztelettel és ünnepélyességgel fogadták az orvos-Rector Magnificust, *Nékám Lajos* professort, ki *Szily Kálmán* államtitkár társaságában érkezett, s kiket a bál védnöke, *Bakay* professor üdvözölt a rendezőség nevében. Miután helyüket a díszes emelvényen elfoglalták, hat ifjú pár megnyitotta a táncot, melyben ritkán gyönyörködött annyi professor, mint az idén. Ott láttuk a Rectoron és védnökön kívül a Dékánt is, *Farkas Géza* professort s a kari jegyzőt, egyben a klinikai bizottság elnökét, *Szabó József* professort. Megjelentek még *Bókay, Vámossy, Kenyeres, Balogh, Winternitz, Kelen, Gerlóczy, Dollinger B., Rejtő* professorok és a magántanári karból is sokan. Ellenben a tanársegéd és gyakornok urak csekély kivétellel távolmaradtak, s igy a komolyabb táncosokra vágyó lányok a megjelent ügyvédjelöltekkel, mérnökökkel és közgazdászokkal voltak kénytelenek megelégedni. Emelték még a bál fényét a bálelnök édesapja, *Benárd Ágoston* volt egészségügyi és népjóléti minister kartársunk, *Buzáth János* alpolgármester, *Haás Aladár* min. tanácsos, *Doby Géza* és *Rybár István* egyet. ny. r. tanárok.

A bál a jó kedven és egy szép este emlékén kivül, úgy látszik, a szegény sorsú medicus ifjuságról is elég szépen gondoskodott. Ennek mértéke azonban csak majd a szintén közlendő végelszámolásból fog kitünni.

A budapesti orvosok kamarazeneegyesülete f. hó 23-án pénteken este ¾8 órakor az Orvosegyesület Semmelweis-termében az *Orsz. nyomorenyhítő actio* javára hangversenyt rendez. A hangverseny védnöke: a Kormányzóné ő főméltósága, ki az estélyen személyesen is meg fog jelenni. Müsor: 1. Megnyitó előadás. Tartja: *Tóth István* professor. 2. Mozart: Concertante D-dur. Előadják: *Halász Annie, Belohorszky Gábor* és *Manninger Vilmos.* 3. Ady—Kerntler-dalok. Előadja: *Győri Pál.* 4. Schubert: Vonósnégyes (1 tétel). Előadják: *Peregi J., Ittzés Jenő, Schäfer László* és *Schilling Aladár.* 5. Oberthür: Tündérlegenda. Hasselmans: Patrouille. Előadja: *Szarvas Klári.* 6. Dohnányi: Népdalátiratok. Előadja: *Győri Pál.* 7. Liszt: Rákóczi-induló. 2. zongorára. Előadják: *Kerntler Jenő* és *Milkó Vilmos.* Felülfizetések a nemes célra való tekintettel köszönettel fogadtatnak.

A „Honvédorvos" szerkesztősége kéri a háborúban résztvett orvos és gyógyszerész bajtársakat, hogy a háborus egészségügyi tapasztalataikról szóló összeállításaikat a *Honvédorvos* szerkesztőségének (Budapest, IX., Gyáli-út 17.) rendelkezésére bocsájtani sziveskedjenek. Tervük, hogy ezen háborus tapasztalatokat beosztási hely szerint (csapat, hadosztály-egészségügyi oszlop, stb.) csoportosítva, bő feldolgozás tárgyává tegyék és lapjukban, esetleg külön munkában közöljék, természetszerüleg az anyag beküldőinek nevét megfelelő helyen mindig feltüntetve. Vázlatok és fényképek mellékelése igen kivánatos. Ezek, épúgy az eredeti feljegyzések kivánatra visszaküldetnek, ellenkező esetben kegyeletteljesen megőriztetnek.

Bővebb felvilágositással szolgál a *Honvédorvos* szerkesztősége (J. 418—87., vagy J. 446—49.).

Párisi tanulmányút. A Párisi Magyar Diákegyesület Utazási Osztálya, mely a MEFHOSz tanulmányútjait rendezi f. évi február hó 1-én 15 napos párisi tanulmányutat rendez. Utvonal: Budapest—Bécs—Buchs—Basel—Páris. Résztvételi

díj: 300.— P. Köztisztviselőknek 290.— P. Diákoknak: 240.— P.

Rendez továbbá tanulmányutat a tavasz folyamán: Észak-Afrikába, Egyptomba, Olaszországba, Konstantinápolyba, a francia Rivierára és Spanyolországba.

Az erre vonatkozó prospectust az érdeklődőknek legnagyobb készséggel díjmentesen küldi meg a Párisi Magyar Diákegyesület Utazási Osztálya (Budapest, IX., Ferenc-körút 38., földszint 2. Telefon: 872—74. Hivatalos órák: hétköznapokon d. u. 4—6-ig.)

Magyar orvosok keleti tanulmányútja. Ritka alkalmú keleti utazás indul 1931. szept. 18-án Egyptomba a luxori és assuani, bagdadi és babiloni kirándulási lehetőségekkel az őskultura, a fáraók, szfinkszek és piramisok hazájába. Az utazást az egyiptomi kartársak meghivása folytán az Orsz. Orv. Szöv. nyugdij- és segitő intézete rendezi.

Utirány: Budapest — Fiume — Brindisi — Patras — Korinthusi szoros — Athen — Kréta szigete — Alexandria — Cairo — (Luxor, Assuan) — Suez — Cantara — Jeruzsálem — Názáret — Kána — Tiberias — Kafarnaum — Genezáret — Damaskus (Mezopotámia: Bagdad, Babilon) — Baalbeck — Beyrouth — Haifa — Larnaca — Korinthusi szoros — Brindisi — Triest — Budapest.

A résztvevőknek alkalmuk nyilik Athent, Kréta szigetét, azután még a hét napos cairoi tartózkodás alatt a hires egyptomi muzeumot (Tuth Ankh Amon), citadellát, mosékat, kalifa sírokat, a gizehi évezredes piramisokat, a szfinkszszet, Sakkarát, Serepheumot, Ptahotep Mastabát, állatkertet, Memphist (Ramses), Heliopolist, a Nilus-mentét megtekinteni. Egy külön kirándulási lehetőséggel Luxorban a karnaki világcsodát, Thébét, a királysirokat (Tuth Ankh Amon, Ramses, stb.) Deir el Bahrit, Kurnát, Medinet Habut, Memnon kolosszusokat, Assuanban Phile szigetét, a nilusi hires nagygátat. Majd Egyptom után a Suezi csatornán kompon átkelve s expressvonattal a Szentföldet elérve, Jeruzsálemet, ezután Betlehemet, a Holt tengert, Jordánt. Autóval tovább északnak tartva Nazártetet, Kánát, Tiberiast, Kafarnaumot, Genezáret tavát. A syriai határt szintén autóval átlépve, az igazi Kelet Gyöngyét, Damaskust, ahol ma is még Ábrahám idejéből való viseletben járnak az emberek.

A syriai tartózkodás alatt alkalom nyilik a Tigris és az Euphrat völgyében fekvő Bagdadnak és Babilonnak felkeresére is. A Libanon tövében vezet majd az autóút a kikötőállomásra Beyrouthba s a visszautazásnál alkalom nyilik Haifát a hires Carmel hegyével megtekinteni, majd pedig Haifa—Brindisi vonalon Larnacában kikötni.

Elegendő számú résztvevő jelentkezése esetén, a kedvezményes részvételi díj II. b) osztályban 1285.— pengő; II. a) osztályban 1550.— pengő; I. osztályban 1950.— pengő.

A II. b) osztály utasai az európai, ázsiai és afrikai vasutakon III. osztályt, Fiumétől Alexandriáig a hajón a II. osztályt, visszautazásnál Beyrouthtól a hajón a III. osztályt használják.

A II. a) osztályban az utazás vasuton és hajón II. osztályon történik.

Az I. osztály részvevői csupán a hajón használják az I. osztályt, egyébként a vasutakon a II. osztálybeliekkel együtt utaznak.

A részvételi díjban bentfoglaltatnak az összes vasuti és hajóköltségek, a kifogástalan szállodai és élelmezési, valamint a programmszerinti összes autóturák dijai, a be- és kihajózási illetékek, idegenvezető, podgyász-szállítás és a borravaló költségek.

Akik az egyhetes egyptomi tartózkodás alatt Luxorba és Assuanbba is óhajtanak ez expressel lerándulni, ezért külön a II. osztályon 280.— pengő, I. osztályon 360.— pengő összköltséget fizetnek.

Akik pedig a Syriai tartózkodás alatt Bagdadba és Babylonba óhajtanak külön kirándulni, azok ez autóútért (2000 km.) 560 P összköltséget fizetnek.

A szükséges vizumok egységes ellátását a hajózási társaság budapesti irodája fogja vállalni, hol a kabinhelyek rajzai is megtekinthetők.

Jelentkezni lehet junius 1-ig. Tekintettel a korlátozott létszámra, célszerű a részvétel komoly szándékát a Magyar Orvosok Keleti Tanulmányútja rendezősége számlája javára a Magyar Országos Központi Takarékpénztár RT. erzsébetvárosi fiókjánál (MOKTÁR) Budapest, Rákóczi-út 28., *50 P* jelentkezési díj beküldésével mielőbb biztositani. A részvételi díj részletekben is fizethető. Az útra vonatkozó részletes programmot a rendezőség meg fogja küldeni. Jelentkezéseket elfogad az Országos Orvos-Szövetség titkári hivatala (A Magyar Orvosok Keleti Tanulányútjának Rendezősége) Budapest, IV., Városház u. 14.

Internationalis cursust tart 1931 márciusában Berlinben Prof. *Bruhns, Nöller, Claus Schilling* és *Ziemann* az „Exoticus pathologia és parasitologia"-ból, valamint „Kosmopolitikus bőr, nemi és fertőzőbetegségek"-ről. Érdeklődőknek fölvilágositással szolgál: Prof. *Ziemann*, Pathologiai museum, Berlin.

Előfizetések megújitása vagy tartozások kiegyenlitése céljából első számunkhoz csekket mellékeltünk. Kérjük Kartársainkat tartozásaik rendezésére, illetve előfizetésük pontos beküldésére, mert egyre növekedő kintlevőségeink komoly zavarokat okoznak hetilapunk fentartásában.

Egyuttal értesitjük olvasóinkat, hogy az 1931. évi Orvoskari naptárunkat múlt hét elején minden előfizetőnknek megküldöttük.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

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

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

Lapunk mai számához Richter Gedeon vegyészeti gyár rt. Budapest, *Acitophosan—Kalmopyrin—Hydropyrin*-ról szóló prospektusa van mellékelve.

Erősebben baktericid, nem hamisitható, gyártásban ellenőrzött, nem mérges, bőrnek s műszernek nem árt s ezért ideális antisepticum, az új szabadalom szerint készül. **LYSOFORM** Szab. szám 93189.

METALIX **témröntgenlámpa**
Barta és Székely Rt., Budapest, IV. ker., Múzeum-körút 37. sz.

Gyógyszergyár keres **propaganda** látogatásokra **orvost.** Ajánlatokat kérünk „Orvospropaganda" jeligére Petőfi Irodalmi Vállalathoz, Budapest, VII. ker., Kertész-utca 16. sz.

Diujodin PASTILLI THEOBROMINI JODATI

Centrum Kiadóvállalat Rt. Budapest, IX., Köztelek-utca 1. Igazgató: Bornemisza Gábor.

75. évfolyam. 4. szám. Budapest, 1931 január 24.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:
ANTAL GÉZA, HŐGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY AGOSTON

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC, VÁMOSSY ZOLTÁN, ISSEKUTZ BÉLA, POÓR FERENC, GORKA SÁNDOR, REUTER KAMILLÓ, BELÁK SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR
FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR
SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

SEMMELWEIS ORVOSTUDOMÁNYEGYETEM SEBÉSZETI KLINIKÁJA KÖNYVTÁRA

TARTALOM:

Szathmáry Zoltán: A kor szerepe és a sugaras kezelés eredményessége a mola és chorioepithelioma therapiájában. (77—82. oldal.)
Fritz Gusztáv és Blazsó Sándor: Az „Alcacyl" pharmakologiai vizsgálata. (82—84. oldal.)
Künsztler Mór: Uj duodenalis szonda, gyomorszonda és kettős szonda. (84—88. oldal.)
Zinhobel Károly: A cholecystogarphiás eljárás diagnostikai értékeléséről. (88—89. oldal.)
Várady-Szabó Miklós: Füleredetű halántéklebenytályog. (89—91. oldal.)
Bochkor Ádám: Vinol mérgezés. (92. oldal.)
Wietrich Antal: A bőr súlyos felmaródása lúgmérgezés esetében. (92. oldal.)
Hidassy Dezső: Agyrészletek a légutakban koponyasérülés esetében. (92—93. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (13—16. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet és nőgyógyászat. — Szemészet. — Gyermekorvostan. — Urologia. (93—95. oldal.)
Könyvismertetés. (95—96. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei. (96—99. oldal.)
Rosenberg László: A székesfővárosi diaetás étterem. (99—100. oldal.)
Sz.: Magyar orvosi nagyhét. (32. oldal és a borítólap III. oldalán.)
Vegyes hírek. (A borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A berlini egyetemi női-klinikának (igazgató: Stoeckel W. dr. egy. ny. r. tanár) és a Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. női klinikájának (igazgató: Tóth István dr, egy. ny. r. tanár) közleménye.

A kor szerepe és a sugaras kezelés eredményessége a mola és chorioepithelioma therapiájában.

Irta: *Szathmáry Zoltán* dr., tanársegéd.

I. RÉSZ.

A chorioepithelioma sugaras kezelése.

Hogy pontosabb bírálatot nyerhessünk a chorioepithelioma eddigi kezelésének eredményeiről, összeállítottuk a chorioepithelioma rendelkezésünkre álló irodalmát. *Saenger* 1889-ben leírt első esetétől a mai napig 1054 közleményt sikerült összegyüjtenünk. Ezekben a cikkekben leírt *1412 chorioepitheliomából azonban csak 500 volt olyan, mely vizsgálatainkhoz szükséges összes adatokat tartalmazta* (kor, szülések-, vetélések száma, mi után lépett fel a chorioepithelioma, kezelési mód, műtét, áttételek, kimenetel). A többi 900, nagyrészt kivonatosan referált esetből egy, vagy több adat hiányzott úgy, hogy ezeket nem használhattuk. Az eddig megjelent, nagyobb anyagot összegyüjtő közlemények legnagyobb része a chorioepitheliomának csak a mola, vetélés és szülés után fellépő százalékos arányszámait tartalmazták, de nem tüntették fel a halálozást, műtéti eredményeket, gyógyulást, kor szerinti lényeges különbségeket stb. Kimerítőbb, részletesebb adatokat tartalmazó munkák legtöbbnyire csekélyszámú eset alapján készültek s így általános következtetésre nem igen használhatók.

A mola és chorioepithelioma összefüggését vizsgálva, több kutató anyagából összegyüjtöttük a szülések és molák arányszámát. *Essen—Möller* gyüjtőmunkájában szereplő 75.000 szüléshez hozáadva saját anyagunk 53.000 szülését, 0.74%-os arányszámot kapunk, vagyis 1347 szülésre esik egy üszökterhesség. Ilyen irányú összeállítás csak kevés található az irodalomban. *Galabin* és *Stevens* úgy véli, hogy kb. 2000 szülésre esik egy mola. *Brücke* nagyobb anyagból összeállított statisztikája szerint 1790 terhes nőre jut egy mola. A berlini egyetemi női klinikán az utolsó 4 év alatt 15.600 terhesség mellett csak 6 üszökterhesség került megfigyelésre. Egy régebbi összeállításom szerint a budapesti II. sz. női klinikán felismert első chorioepithelioma óta 32 üszökterhesség fordult elő, vagyis 1700 terhesre egy mola esett. Az üszökterhesség tehát aránylag ritkábban előforduló megbetegedés s előfordulása a kor szerint meglehetős eltéréseket mutat. Nagy különbséget találunk ugyanis a molák megoszlásánál az idősebb és fiatalabb asszonyok között. Az idősebbek sokkal hajlamosabbak molára; *Kehrer* szerint e betegek 36%-a, *Essen—Möller* szerint 44%-a 40 éven felüli nőkre esik. Ha elgondoljuk, hogy 40 éven felül mily nagymértékben csökken a fogamzás s mennyire ritka a terhességek száma, úgy az említett magas számarány méltán hívja fel figyelmünket az idősebb asszonyok molás hajlamosságára. Az üszökterhességet nem számították régebben a komolyabb betegségek közé. Lassan azonban kitünt, hogy e lényegtelennek tartott elváltozás korántsem oly veszélytelen, mint azt kezdetben hitték s a gyakori súlyos fertőzések mellett az erős vérzések sokszor halálos kimenetele meglehetős magas halálozást eredményezett. *Hitschmann* gyüjtő-statisztikája alapján *a molás betegek átlagos halálozása az egyes szerzők szerint 10—12% között ingadozik!* Hasonlóképen nagy jelentőséggel bír s méginkább növeli a mola veszélyességét az a régi tapasztalat, hogy a visszamaradó lepényszövetből gyakran keletkezik rosszindulatú s kimenetelében gyakran halálos chorioepithelioma. A chorioepithelioma — mint ismeretes — szoros összefügésben van az üszökterhességgel. Nem akarjuk részletezni az eddigi vizsgálatok idevágó százalékos adatait, mindössze *Hitschmann* gyüjtőmunkájának eredményeit említjük meg. *Hitchmann* szerint a chorioepithelioma 48%-a üszökterhesség, 26%-a vetélés és 25%-a rendes szülés után keletkezik. Az eseteknek tehát közel felében mola előzi meg a chorioepitheliomát.

Fenti számadatokhoz saját eredményeink nagyon közel állanak. *500 chorioepitheliomából összeállított statisztikánk szerint 235 esetben (47%) üszökterhesség, 133 alkalommal (26.6%) vetélés, 99 betegnél (19.8%) rendes szülés és 33 asszonynál (6.6%) méhenkívüli terhesség után lépett fel a chorioepithelioma.* Az utolsó szám kissé magas; itt ugyanis valószínűleg az összes méhenkívüli terhesség kapcsán fellépett chorioepithelioma szerepel, melyet mint ritka szövődményt legtöbben részletesen közöltek, míg az üszökterhesség, vetélés és szülések után fellépő esetek nagyrésze csak hiányosan, vagy egyáltalán nincs leírva.

Az üszökterhesség után fellépő chorioepitheliomák gyakorisága széles határok között ingadozik. *Sunde* 2.5%-ra, *Meyer R.* 5%, *Seitz* 6.5%, *Hitschmann, Frankl, Christofoletti* 7.5%, *Solowij, Zweifel* 10%, *Pestalozza* 14%, *Findley* 16%, *Essen—Möller* 25%-ra teszi a molák után keletkező chorioepitheliomák számát.

Statisztikánk alapján a betegek átlagos kora 34 év, *Mc. Kenna* szerint 33, *Ladinski* szerint 32 év.

A molások legnagyobbrésze többször szült nő. *Hitschmann* adatai alapján az esetek 80%, *Kehrer* szerint 67%, *Schweizer* szerint pedig 82%-a többször szülőre esik. *Teacher* munkájában 5%-ot, *Briquel* összeállításában 21%-ot tesz ki az először szülők száma. 500 esetünkből a szülések átlagos száma 4.4.

Az operált esetek gyógyulási eredményei az egyes szerzők szerint meglehetős ingadozásokat mutatnak. *Hitschmann* összefoglaló munkájában 50%ra becsüli az operált s a műtét után 2 év mulva is teljesen egészséges betegek számát. A műtéti eredmények tehát lényegesen jobbak, mint a méhnyakráknál. *Összeállításunk szerint az 500 beteg közül megoperáltak 373-at (74.6%); az operáltak közül meghalt 18, vagyis a műtéti halálozás 50%!*

Az egyes műtétek a következőképen oszlanak meg: 210 exstirpatio uteri per vaginam *(56.2%)*, 100 exstirpatio ut. per lap. *(26.7%)*, 39 esetben csak a hüvelyi gócot távolították el *(10.7%)* s 24 alkalommal mindössze méhkaparást végeztek *(6.5%)*.

A műtéti kezelés dacára az 500 beteg közül meghalt 311 (62.2%), meggyógyult 189 (37.8%)! Teacher statisztikájában 188 beteg közül meghalt 121, vagyis 64%. *Meyer R.* anyagában a halálozás 60%. Ha azonban leszámítjuk azokat az eseteket, hol a chorioepithelioma a mola kiürülésével egyidejüleg, tehát azonnal megállapíttatott, úgy a visszamaradó esetek halálozása 80%-ot tesz ki. *Sunde 36%, Polano 50%, Eiermann 53%, Harsthorn* 65%, *Pollosson* 73% műtéti gyógyulást ért el.

A 62.2%-os halálozási szám természetesen a mai idők eredményeinek nem felel meg, mert összeállításunkban lényeges számot tesznek ki azok az esetek, melyek még a háború előtti időkből származnak, mikor az operativ kezelés eredményessége távol állott a mai idők műtéti gyógyulásától. *A halálozás azonban még mindig nagy s ebben a chorioepithelioma késői felismerése játssza a legnagyobb szerepet.* Sok beteg teljesen leromlott állapotban, kivérezve, septicus lázaktól agyongyötörve, kachexiás állapotban kerül a szakorvos kezei közé, mikor a gyógyítás lehetősége már csekély, helyesebben elveszett. Pedig e daganat korán felhívja az orvos figyelmét a közelgő veszélyre.

A chorioepithelioma első tünetei recidiváló lepényi polypussal téveszthetők össze. Mindkettő kórképét a vérzés jellemzi. A kérdés rendszerint akkor dül el, mikor a megejtett szövettani vizsgálat a rosszindulatúság gyanú, vagy biztos jelét adja. *Ha leszámítjuk az 1 évnél tovább lappangó eseteket, akkor statisztikánk szerint leggyorsabban kiviselt terhesség után (átlagban 7.5 hétre) lép fel a chorioepithelioma. Míg üszök után 10.2 hétre, addig vetélés után 12.6 hétre jelentkezik ez a daganat. Ennek magyarázata valószínűleg az, hogy rendes szülés után sokkal nagyobb a lepény tapadási felülete s így nagyobb az elsődleges góc keletkezési lehetősége.* Hozzájárul ehhez még az is, hogy a kihordott terhesség hosszú ideje alatt az asszony is többet szenved, szervezete legyöngül, ellenállóképessége kisebb.

Attól függően, hogy a chorioepithelioma mennyi ideig állott fenn, a velejáró vérveszteségek is különbözők. Az ilyen vérzést voltaképen úgy foghatjuk fel, mint a visszamaradt lepényrészek utáni vérzéseket. Nagyságuk sokszor oly mérvű lehet, hogy a vörösvérsejtek száma akár 600.000 alá is sülyedhet s a haemoglobin mennyisége 10%-ra fogy *(Goldschmidt)!* Ilyen esetekben természetesen nemcsak a vérveszteség, hanem a daganatos kachexia is szerepet játszik.

A chorioepithelioma leggyakoribb szövődménye az albuminuria, mely sokszor igen magas százalékos mennyiséget ér el. Ennél azonban sokkal kellemetlenebb complicatio a láz, a fertőzés. Fertőzés chorioepitheliománál gyakran fordul elő, mert a daganatos gócot úgy tekinthetjük, mint egy visszamaradt lepényszövet maradékát, mely rendkívül könnyen fertőződhet s hol a fertőzés — a legtöbbször nyitott nyakcsatornán át — csak idő kérdése. Az ilyen helybeli fertőzés azután nem egyszer válik általánossá, ami az amúgy is gyenge beteg sorsát legtöbbször megpecsételi, menthetetlenné teszi. Azok a szerencsétlenek, kik nem kerülnek idejekorán megfelelő kezelés, műtét alá — az áttételektől eltekintve —, vagy a nagyfokú vérveszteségnek, vagy a fertőzésnek esnek áldozatul.

*

Amint az első, részletesebben leírt esetek tisztázták a chorioepithelioma rosszindulatú voltát, a kezelés kérdése is eldőlt. Később azt vették észre, hogy nem egy esetben a részleges góc kiirtása is teljes gyógyulást eredményezett. Ezek az esetek azonban nem változtatták meg a therapia irányát s a klinikusok továbbra is a méh teljes kiirtása mellett maradtak. Az elért műtéti eredményekre már rávilágítottunk. Az összeállított 500 esetből 373-at operáltak meg (74.6%). Dacára, hogy a 373 műtétből 310 volt teljes méhkiirtás *(83%)*, mégis az operált betegeknek *50%*-a meghalt. *Teacher* statisztikája jobb eredményeket mutat ugyan (99 radikalisan operált betegből meghalt 37%), de itt nincs feltüntetve az, hogy a műtét után nem következett-e be kiújulás s ennek következtében exitus? Ezt hozzá számítva — mert hozzá kell venni — bizonyára sokkal rosszabb végeredményt kapott volna.

Mivel a műtéti beavatkozás után gyakran lépett fel kiújulás, ezért — mint a rosszindulatú daganatoknál — megkísérelték a sugaras kezelést. Ez az eljárás azonban nem sok követőre talált s lassan teljesen feledésbe ment. Pedig az idők folyamán *több olyan inoperabilis eset gyógyult meg sugaras kezelés hatására, melyről már teljesen lemondtak.*

S hány beteg halt meg műtét nélkül, hol a sugaras kezelés hatásos lehetett volna még! *Statisztikus összeállításunkban 127 asszony, vagyis több, mint az esetek ¼ része minden kezelés és műtét nélkül pusztult el.*

Lényeges szerepet játszik a sugaras kezelés háttérbe szorulásánál, helyesebben elfeledésénél az, hogy a sugarasan kezelt betegekről szóló néhány közlemény annyira szétszóródott az irodalomban, hogy az eredményes esetekről csak nagy ritkán került szó. Tekintettel arra, hogy az irodalomban több olyan meggyógyult esetet közöltek, hol műtéti beavatkozás nem jöhetett volna szóba s hol a beteget legtöbbször csak „solaminis causa" vették sugaras kezelés alá, *összegyűjtöttük azokat az eseteket, hol a*

sugaras kezelés részben, vagy teljesen eredményes volt. Összegyűjtöttük s rövid kivonatban ismertetjük ezeket a kórtörténeteket azért, hogy *nyomatékosan felhívjuk a figyelmet a röntgen- s főleg a radiumkezelés eredményességére s rámutassunk arra, hogy nem egy esetben a legleromlottabb állapotban levő, kiterjedt áttételekkel bíró betegeknél is csodával határos gyógyulást értek el.*

Csupán röntgenkezeléssel gyógyultak:

1. *Klein esete:* 24 éves, 4 hónapos terhes *0* P.-át vesznek fel erősen kivérzett állapotban. Vizsgálatnál a húgycsőnyílás alatt olajbogyónagyságú, feketésvörös, málékony daganatot találnak, mely érintéskor letörik s helye erősen vérzik. A kicsiny méhtől jobbra egy narancsnagyságú daganat foglal helyet. Rendes szív- és tüdőlelet. A letört daganatszövet górcső alatt typusos chorioepitheliomának felelt meg. Műtétnél a kicsiny méh mellett a jobboldali kürt ujjnyira kitágult s egy almányi haematocele-be megy át. A baloldali környezet szabad. A jobboldali kürt eltávolítása után 5 napra erős vérzés indul meg a hüvelyi góc helyéről. A mandulanagyságú képletet kauterisatióval távolítják el. 9 nappal később újabb erős vérzés indul meg; a hüvelyi daganatot — mely most már zölddiónagyságú — kimetszik. A nagyfokú vérveszteség miatt vérátömlesztést végeznek. Tekintettel az állandó kiújulásra, röntgensugaras kezelést kezdenek. A többszörös kezelést a legkeményebb sugarakkal a hüvely és hasfal felől végzik (180 KV. teljes HED). Mivel a műtét után 3 hétre tüdőáttételek képződnek, erélyes tüdősugárzást végeznek. A nem várt gyógyulás meglepő gyors. *A beteget egy év mulva teljes egészségben látják viszont; nemzőszervei kóros elváltozást nem mutatnak, a tüdők szabadok.*

2. *Naujoks* esetében egy 38 éves asszonynál 3 szülés után üszökterhesség keletkezett, melyet kitakarítottak. 5 héttel később a jobboldali kürtsarokban ülő chorioepithelioma már áttételeket képezett a hüvelyben és tüdőben. *Az asszony kivérzett és leromlott állapota miatt műtét nem jöhetett szóba, ezért röntgenkezelést végeztek* (sarkomadosis). „Solaminis causa" a tüdőket is besugározták s egyszeri kezelés után a beteget hazabocsájtották. *3 hónappal a kezelés után úgy a tüdő-, mint a hüvelyi áttételek eltüntek, vérköpése és mellkasi fájdalom megszüntek* s 5 kilót hízott. 7 hónap mulva újra látják: teljesen egészséges.

3. A berlini Nőorvostársaság 1917. V. 18-iki ülésén *Lehmann* bemutatásával kapcsolatban *Mackenrodt* említi, hogy egy operált, de később kiújuló esetében az *áttételek röntgenkezelésre teljesen eltüntek* s a beteg meggyógyult.

Wintz négy esete:

4. 27 éves betegnél 1920 juliusában molaterhességet találnak. Ugyanez év novemberében chorioepithelioma miatt eltávolítják a méhet. Három hónap múlva a hüvelycsonkon kiújult a képlet. 1921. jan. 19-én sugaras kezelés. 1927. dec.: a beteg egészséges.

5. 43 éves beteg. 1921. novemberében vetélés. 1922 juniusában choriepithelioma miatt teljes méhkiirtás hüvelyi úton. 1922. novemberében ismét vérzés. A hüvelycsonkon egy narancs nagyságú recidiva képződött. A puha vérzékeny képlet szövettanilag chorioepitheliomának felel meg. 1922. nov. 17: sugaras kezelés (90% HED). 1927: gyógyult.

6. 33 éves betegnél 1925. májusában vetélés következik be. Két év múlva vérzéses panaszok mellett diónyi, tömöttebb, jól mozgatható daganatot találnak az introitusban, mely mellett még több cseresznye nagyságú góc látható. Kimetszés: chorioepithelioma. 1927. juliusában sugaras kezelés (85% HED). 1927. október: egészséges.

7. 39 éves beteg. 1926 aug. 5-én vetélés. Négy hét mulva méhkaparás. A kaparék lelete: chorioepithelioma. Azonnal sugaras kezelés (85% HED). Két hónap mulva újabb kezelés (90% HED). 1927 októberében egészséges.

8. Az említetteken kívül még *Masieri* ismertetett egy esetet, hol az operált beteg tüdőáttételek mellett röntgenezésre meggyógyult.

A leírt, reménytelennek látszó példákban a sugaraskezelés hatására a kiinduló gócon kívül kiterjedt, klinikai vizsgálattal és röntgenfelvétellel megállapított tüdőáttételek is visszafejlődtek.

Radiummal kezelt betegek.

A radiumsugaras kezelés eredményességéről a régebbi időkben meglehetősen megoszlottak a vélemények. Míg *Aschheim* és *Minder* egy betegénél teljes méhkiirtás után kiújulásnál 6000 mgr-óra mesothorium mellett is hatástalan maradt a kezelés, addig *Clark* ugyanily módon kezelt betegénél csodálatos eredményt mutatott a sugárhatás: a vérzések megszüntek s a daganat egész kis tömegre zsugorodott össze.

A budapesti II. sz. női klinikán még 1914—15-ben két olyan inoperabilis beteg került megfigyelésre, kiknek egészségét a radiumkezelés adta vissza. *Az irodalom szerint ezek az első chorioepitheliomás betegek, kiket radiummal kezeltek s kik e kezelésre teljesen meggyógyulva évek multán is egészségesek maradtak.*

1. *N. J.-né.* 38 éves, VII. P. 1914 január havában orvosa szerint mintegy 4—5 hónapos magzatot vetélt, mely után „nagymennyiségü üszök" távozott. Vérzése nem szünt meg s ezért felvétele előtt három héttel ismét orvoshoz fordult, ki „valamit' kivágott hüvelyéből s azt ismét összevarrta (áttétel?). Felvételkor (1914. V. 20.) az erősen kivérzett nőbetegnél régi lezajlott tüdőfolyamatot állapithattunk meg. Nögyógyászati lelete a következő: középtág hüvely; közvetlenül a húgycsőnyílás mögött, a hüvely jobb oldalán, mandulanagyságú, puha, kékesvörös egyenetlen felületü, vérzékeny növedék foglalt helyet mely a szeméremcsont felett még kissé elmozgatható. A hüvely falán máshol, vagy a vaskos, ép hámmal fedett portion hasonló elváltozást nem látunk. A méh kicsiny, retroponálva foglal helyet, környezete szabad. A vörösvérsejtek száma 2,600.000, a fehérvérsejteké 8000, Hgl. 60%, testsúly 48 kg.

Tekintettel arra, hogy a sok vért vesztett s nagyon gyenge lázas beteg állapota miatt a daganat és méh teljes kiirtása nem jöhetett szóba, ezért V. 28-án a paravaginalis kötőszövetbe elég mélyen beterjedő daganatot éles kanállal eltávolítjuk s a vérzést részben Paquelin-égetővel, részben alákötésekkel csillapítjuk. Tamponade. A daganatból kimetszett szövet górcső alatt a chorioepithelioma atypusos alakját mutatta.

A mütét után hatodik napra a kimetszett terület helyén ismét egy körülbelül diónyi, kékesvörös, málékony, vérzékeny daganat képződött. Látva az előbbi sikertelenséget s a beteg állapotának további romlását, radiumkezelést kezdünk. Első alkalommal 2600 mg-óra sugármennyiséget alkalmazunk. A kezelést követő nyolcadik napon a chorioepithelioma helyén — mely mintegy kétkoronásnyi terjedelmü volt — már csak lencsényi hámfosztott terület látható. A két hét mulva végzett méhüri kaparékban górcsövileg csak szétesett, magfestődést nem mutató szövetfoszlányokat találunk. Közben a beteg általános állapotának javítására kakodyl-injectiókat adunk. Június 12. II. radiumbesugárzás: 100 mg. a hüvelyi gócra, összesen 2400 mg-óra mennyiségben. Öt nap mulva *a hüvelyi góc már teljesen behámosodott.* Június 26. III. kezelés: 50 mg. a hüvelybe, 50 mg. a méhürbe, összesen 2400 mg.-óra sugármennyiségben. Július 7. IV. kezelés: 2400 mg.-óra, testsúly 59 kg. Július 16. V. kezelés: 1200 mg.-óra. Az öt kezelés alatt összesen 11,000 mg.-óra sugármennyiséget kapott a beteg, mely teljes gyógyuláshoz vezetett, amennyiben a kezelés után 1½ évre egészségesen láttuk viszont, testsúlya 59 kg. volt. *1925-ben,* tehát 11 évvel a kezelés után levélbeli érdeklődésünkre az asszonytól azt a választ kaptuk, hogy továbbra is jól érzi magát, még jobban meghízott s kezelése óta teljesen panaszmentes.

2. *A budapest II. sz. női klinikán előfordult második gyógyult eset a következő: V. J.-né,* 43 éves, VIII. P. 1915. XI. 28-án üszökterhességet ismertünk fel. Ballontágítás után és glanduitrin adagolásra jó fájások lépnek fel s a mola spontán távozik. Utána betapintunk s néhány kis szövetcafatot hozunk még ki. Gyermekágy subfebrilis. Távozáskor kicsiny anteflexióban lévő méhet találunk, zárt méhszájjal, szabad környezettel. Kevés világos folyás. December 21-én erős vérzéssel a mentők szállítják be klinikánkra. A beteg teljesen kivérzett, leromlott, állni sem tud, szédül, homályosan lát. T.: 38.3°. P.: 126. Az elülső hüvelyfal alsó harmadában diónyi, kékesfekete, taplószerü, rendkívül érzékeny, a felületről kiemelkedő s környezetével összekapaszkodott, megmozdíthatatlan daganatot találunk. A portio vaskos, a nyakcsatorna ujjnyi; a méh ökölnyi, alig mozgatható. Diagnosis: chorioepithelioma malignum. A vizsgálatot csak egész felületesen végezhetjük, mert közben igen erős vérzés indul meg az elülső hüvelyfal daganatgócából. Terpentines gazecsík, tamponálás. A vérzés szünik. Két nap mulva ismét erös vérzés indul meg, de most már a méh üréből is; méhüri mosást végzünk hideg vízzel. A szövettani diagnosis a klinikai kórismét mindenben megerösítette.

Tekintettel az asszony nagy gyengeségére, a radicalis mütéttől elállunk; különben is alig valószinü, hogy a környezetével összekapaszkodott hüvelyi góc és az alig mozgatható

méh eltávolítható. Ezért inkább „solaminis causa" radiumkezelést kísérelünk meg, mely nem várt gyors javulást s végül teljes gyógyulást eredményezett. Első alkalommal három darab à 28 mg. radiumot tartalmazó tubust helyezünk a méh ürébe s a nyakcsatornát jodoformos gazeval tamponáljuk; majd kitömjük a hüvelyboltozatot s hüvely felső részét, hogy a hüvelygócra alkalmazott 98 mg.-nyi radium hátra ne csúszhasson. Másnap eltávolítjuk a tubusokat s méhüri mosást végzünk Az említett területet tehát 22 óra alatt 3950 mg.-óra sugármennyiség érte. A kezelés után a beteg aránylag jól érezte magát, láza nem volt, nem vérzett. A hetedik napon azonban egy óráig tartó hidegrázás után 41°-ra emelkedett hőmérséklete. Másnap a láz csökkent s harmadnapra már láztalan volt. A tizedik napon kevés kávéaljszerű hányadék s erös hidegrázás után ismét 40° fölé emelkedik a hőmérséklet. Feltárás mellett vizsgálva a beteget, azt látjuk, hogy a hüvelyfal alsó részében helyetfoglaló. diónyi, kékesfekete daganat eltünt, csak kevés sarjszövet fedi helyét. A méh is kisebb, jól mozgatható, parametriumok szabadok. Méhüri mosást végezve, kezdetben csak kevés szennyes váladék ürül. majd hirtelen erös vérzés indul meg, melyet csak tamponálással tudunk megszüntetni. Másnap ismét hidegrázás. A további nyolc nap alatt, a büzös folyás miatt, még két izben mossuk ki a méhet. Testsúly 52 kg. Január 12-én saját kívánságára távozik. Elbocsájtáskor a hüvelygóc már behámosodot. a méhszáj záródott; a méh maga kicsiny, környezete szabad.

Február 8-án második kezelés, mely alkalommal 2550 mg.-óra sugármennyiséget kap. Állapota annyira javult, hogy rendesen dolgozik. Testsúly 55 kg. Március 24-én harmadik kezelés, 2000 mg.-óra, testsúly 57 kg. Április 24-én negyedik kezelés. 2800 mg.-óra. 1917 február 22-én ötödik kezelés, 3400 mg.-óra, október 25-én hatodik radium, 2000 mg.óra, vagyis összesen 16.500 mg.-óra.

A beteg már a harmadik kezelés előtt teljesen jól érezte magát, semminemü panasza nem volt. Genitalis lelete elváltozást nem mutatott. csak a hüvelygóc helyét jelezte az alapnál világosabb színü hegszövet. Utoljára 1923 októberben, tehát *8 év mulva láttuk, teljesen egészségesen.*

3. *Jung* a sweizi Nőorvostársaság 1915. évi egyik ülésén egy mesothoriummal meggyógyított chorioepitheliomás beteget mutat be. A hüvelyben egy ökölnyi és több diónyi daganatgóc volt, mely kétszeri besugárzásra (mindössze 940 mg.-óra!) teljesen eltünt. A beteg egy későbbi közlemény szerint *6 év mulva is teljesen egészséges* s 20 kilót hizott.

4. *Sellers* esete: 22 éves I. P.-nál erös vérzés miatt Barnes-ballonnal kitágítva a méhet, kiürítik a mólát. A nagyfokú vérzés miatt 500 cm^3 vért ömlesztenek át (1.700.000 vörösvérsejt, 40% Hgl.). Szövettanilag a mola mellett chorioepitheliomát találtak. Mivel a beteg kivérzett és leromlott állapota miatt nem lehetett szó mütéti beavatkozásról, radiummal kezelték (2300 mg.-óra). Néhány nappal a kezelés után már 3,125.000 a vörösvrésejtek száma s 65% a haemoglobin mennyisége. 3 hónappal később, mikor a beteg már lényegesen jobban érezte magát, hasmetszés útján távolították el a kürtöket, petefészkeket, méhet és a féregnyúlványt. Szövettanilag idült kürtgyulladást, sorvadt petefészkeket találtak. A méh kötöszöveti állománya megszaparodott, *chorioepitheliomának azonban nyoma sem volt.* Ez esetben a gyógyulást kétségtelenül bizonyítja a mütétileg eltávolított méh szövettani lelete.

5. *Siredey, Brocq, Monod, Richard* esete: 27 éves nőnél mola kitakarítás után fél évvel 20 filléres nagyságú vérzékeny fekély keletkezet a méhszájon. Egy év után belső vérzés tüneteivel, méhenkívüli terhesség gyanujával veszik fel. A hasra jégtömlöt tesznek, mire a folyamat visszafejlödik. Később azonban a méh ismét növekedni kezd s újból felléphenek a belső vérzés tünetei. Mütét: a méhfenék hátulsó falán egy repedés látható, ¾ liter vér a hasüregben, reménytelen eset. A csonkolt méh szövettanilag chorioepithelioma képét mutatja. Két hónappal a mütét után véres vizelet ürül. A hüvelyben és méhnyakcsonkon több áttétel foglal helyet, a baloldali parametrum is infiltrált. Az első radiumkezelés után 4 hétre már csak kis fekély maradt vissza a méhnyakon. *A második kezelés után két hónapra már minden elváltozás visszafejlödött s a beteg meggyógyult.* Két évvel később 8 kilót hizott, teljesen egészséges volt.

6. *Turolt* esete: 29 éves I. P.-nál üszökterhesség kitakarítása után 4 hétre erös vérzés lépett fel, szédüléssel, köhögéssel, szemcsés-véres köpettel. Diagnosis: chorioepithelioma. A tüdők röntgenlelete számos. közel almányi nagyságú, áttételes gócot mutatott. Az introitus felett, valamint a hüvelyben egymás mögött fekvő diónyi, mandulányi, egész a méhszájig terjedö áttételek láthatók. A méh nagyobb, puhább, jobboldali környezete szabad, a baloldali jóval tömegesebb, fájdalmas. 30 mg. radium 15 órára (450 mg.-óra!). A beteg állapota tovább romlik s fokozódó kachexia mellett egy hónap mulva meghal. Boncolásnál áttételeket találnak a májban, tüdökben és pajzsmirígyben. A retroperitonealis nyirokcsomókban sajtos tuberculosis állapítható meg. *A hüvelyben chorioepitheliomának nyomát sem találják.* Ez esetben kétségtelen, hogy a klinikai tüneteket okozó tüdőáttételek már a kezelés előtt fennálottak s így a radiumsugárzás már nem lehetett eredményes. *Feltünő, hogy a hüvelyben lévő góc teljesen eltünt.* Hasonló eseteket közöltek *Schauta, Hörmann* és *Oberndorfer* is. Ezen közleményekből is kitünik, hogy *az áttételek miatt meghalt betegek elsődleges méhüri-, vagy pedig a radium számára hozzáférhető hüvelyi-gócai a kezelés után nyomtalanul eltüntek.*

7. *Schimmel* esete: 29 éves III. P.-nál 8 hónapos koraszülés folyt le. A lepényt a szülés után 3 óra mulva exprimálják. A gyermekágyban 4 heti vérzsé után méhkaparást végeznek s visszamaradt lepényrészeket távolítanak el. nat hét mulva (ismét 4 heti vérzés után) újabb méhkaparás végeznek, melynek szöveti vizsgálata ép úgy, mint előbb, csupán decidualis szövetet mutatott, sok chorialis hámmal, bolyhok nélkül! Három héttel később erősen kivérzett állapotban jelentkezik ismét felvételre. Vizsgálatnál a nagyobb méhben puhább szövetrészletek tapinthatók; az elülső méhszájon kékes, szétesö, vérzékeny szövetfelrakódás ül. Ujabb méhkaparás! A méhszájon lévő, elhaló szövetekben daganatképződésre utaló elváltozást találnak! Két hét mulva e megnövekedett góc szövettanilag chorioepitheliomára gyanus képet mutatott! Fentiek után radium-, majd röntgenkezelést végeztek (3970 mg.-óra). *Két héttel a kezelés után kóros elváltozást nem találnak; a jobboldali hüvelyboltozatban mindössze kevés heg jelzi a daganatgóc helyét.* Hasonló a lelet két hónappal később; a beteg 9½ kilót hizott. Négy hét mulva újabb vérzés. Vizsgálatnál a méhszáj hátulsó ajkán kékes-vörös, vérzékeny, szilvanagyságú daganatot észlelnek. Az elülső ajak — hol az előző góc ült — teljesen sima. A méh hüvelyi kiirtása után a beteg meggyógyult. *A radiummal kezelt elülső ajakban az elhegesedett szövetekben daganatsejteket nem találtak.*

A leírt esetekben nemcsak a kiterjedt helyi folyamatok, hanem legtöbbször már klinikailag megállapított tüdőáttételek miatt is, a műtéti beavatkozás nem volt lehetséges; a betegek mégis — két eset kivételével — meggyógyultak. Habár kétségtelen, hogy a hatástalanúl, eredménytelenül kezelt esetek nagyrészét nem közölték, mégis feltünő, hogy a chorioepithelioma sugaras kezeléséről alig találunk több adatot a felsorolt eseteknél. Pedig — amint a leírt példák mutatják — a röntgen- és főleg a radiumkezelés eredményei sokszor a csodával határosak. Dacára annak, hogy az irodalomban talált leírások kétségtelenné teszik a spontán gyógyulás lehetőségét, ennek fennforgása a felsorolt példákban mégis kizárható. Azt is tudjuk, hogy néha aránylag kis beavatkozásra kiterjedt folyamatok visszafejlődtek, eseteinkben azonban legtöbbször kiújulásoknál, többszörös műtéti beavatkozások eredménytelensége után folyamodtak a gyógyulást hozó sugaras kezeléshez. E szép eredmények dacára mégis azt látjuk, hogy az összeállított 500 esetből 127 alkalommal legkisebb beavatkozás nélkül pusztultak el a betegek. Minden kezelés nélkül haltak meg e szerencsétlenek, mert a műtét kivitele már nem volt lehetséges.

Ha végig nézünk e 127 kórtörténeten, úgy feltünő, hogy az általános áttételekben, daganatos kachexiában elpusztult betegek száma aránylag kisebb, mint azt gondoltuk; viszont nagyobb számot képvisel a fertőzésben, sepsisben és elvérzésben meghalt asszonyok tömege. S e pontnál elérkeztünk a sugaras kezelés javallatához. Nemcsak jogosnak, de *feltétlenül szükségesnek tartjuk a sugaras kezelést minden esetben, hol a műtét kivitele nem lehetséges s hol e kezelés még kivihető.* E szempontból elsősorban — a daganat kiterjedése miatt — a műtétre alkalmatlan esetek jönnek számításba. E betegeknél nem veszíthetünk már semmit, segíteni azonban sokat segíthetünk. Bármily ritkán is legyen e segítség eredményes, mégis kétségtelen, hogy a sugaras kezelés rendszeres használata mellett sokkal több asszony lesz megmenthető, mint az irodalomban talált 10 eset.

A műtétet akadályozó tényezők közül lényeges szerepet játszik a fertőzés és vérzés. A sugaras kezelés szempontjából a vérzés képezi a legfontosabb alkalmazási területet. *Ott, hol a kivérzett beteg leromlott állapota miatt a műtéti beavatkozás nem jöhet szóba, ott nyílik legtöbb tér a radium és röntgenkezelés lehetőségének. A chorioepithelioma gyors növekedése miatt nem várakozhatunk a beteg állapotának javulásáig, mert ez idő alatt az esetleg még helybeli folyamat oly mértékben terjedhet tova és képezhet áttételeket, hogy a műtéti megoldás minden további lehetősége elesik. A minduntalan kiújuló vérzés pedig az ellenállóképességet állandóan csökkenti s ha elvérzés nem is következik be, a rohamosan kifejlődő kachexia rövid idő alatt végez a beteggel.*

Átnézve statisztikus összeállításunkat, azt látjuk, hogy *az eseteknek több mint felénél a beteg leromlott, kivérzett állapota miatt halasztódott, vagy maradt el véglegesen a műtét.* Hány asszonyt lehetett volna még ezek közül megmenteni röntgennel és radiummal? *A chorioepithelioma nagyfokú sugárérzékenysége a radiummal kezelt és szövettanilag megvizsgált esetekből kétségtelenül kitünik.* Bizonyíthatjuk ezt még azzal is, hogy a javulást mutató s meggyógyult esetekben, dacára annak, hogy nem egyszer szokatlanul kicsiny radiummennyiségekkel kezelték a betegeket, a besugárzott gócok mégis feltünő gyorsan fejlődtek vissza. *Schauta, Adler, Hörmann, Krönig, Oberndorfer, Turolt* eseteiben — hol már a fennálló tüdőáttételek miatt a betegek meghaltak — górcső alatt is megállapítható, hogy a helybelileg radiummal kezelt gócok daganatos sejtelemei elpusztultak s helyüket lassan hegszövet foglalta el. *Oberndorfer* leírása szerint a radiumsugár hatáskörébe eső magzati hámelemek közül a *Langhans*-sejtek hamarabb pusztúlnak el. E sejtalak gyors feloldódásával szemben a syncytium nagyobb ellenállást mutat s helye a lerakódott mészsók rácsalakú felhalmozódása folytán még hosszú idő mulva is felismerhető.

A gyógyulás ideje — amint a leírt kórtörténetekből látható — meglepően rövid. A radium kivétele után 2—3 hétre a kifekélyesedett, széteső hüvelyi áttételek legnagyobb része már behámosodott s 4—6 hét mulva már csak behúzódó szürkés heg jelzi a chorioepithelioma helyét. A megnagyobbodott méh s a közvetlen környezetében lévő daganatgócok is rohamosan kisebbednek. A legfeltünőbb az, hogy e javulást nem egyszer szokatlanul kis radiummennyiséggel érték el.

Kérdés ezek után, milyen sugármennyiséggel kezeljük ezeket a legyengült, kivérzett asszonyokat? Dacára annak, hogy a tapasztalat szerint aránylag kis dosisokkal is eredmény érhető el egyes esetekben, mégis célszerűbbnek látszik, ha — a gyorsabb és biztosabb hatás elérése végett — nagyobb, erősebb sugármennyiségeket használunk. *A leírt esetek tanulsága alapján azt ajánljuk, hogy a chorioepithelioma inoperabilis eseteiben is teljes rákadagú sugármennyiségeket kapjanak a betegek.* A 6000—7000 mg.-óraegységet két-három ülésre osztva, 6 hetes időközökben adjuk. Nem tartjuk célszerűnek a sugaras kezelés előtti kisebb műtéti beavatkozásokat. Már régebben is feltűnt, hogy az operált betegek, ha nem gyógyultak meg, úgy pusztulásuk sokkal rohamosabb volt, mint a nem operált, áttételekkel bíró, halálra ítélt asszonyok lassú kachexiás halála. E kérdést *Hitschmann* világította meg közelebbről. Munkájának statisztikus táblázataiban kimutatta, hogy az operált és nem operált betegek áttételei között igen nagy különbségek vannak. Habár a műtét nélkül sorsukra bízott nők boncolásánál majdnem mindig találtak tüdő és hüvelyi áttételeket, mégis feltünő, hogy a többi szervekben csak ritkán volt áttételes göb. Az operálatlanok e csoportjával szemben *meglepve látjuk sokszor, hogy a jó állapotban, betegségük kezdetén lévő asszonyok, kiknek áttételeik még nem voltak, az aránylag kedvező körülmények között végzett műtét dacára, néhány hét alatt menthetetlenül elpusztulnak.* Már a műtét után néhány napra áttételek jelentkeznek; az egyik góc rohamosan követi a másikat s a rövid idővel előbb még viruló asszony 3—4 héten belül általános áttételekben hal meg. Ha e klinikailag igen rosszindulatúnak látszó esetekben pontosan végig követjük s összehasonlítjuk a betegek kórtörténetét és boncolási jegyzőkönyvét, úgy kétségtelen, hogy a kettő közötti összefüggés, a betegek gyors pusztulását a műtét magyarázza meg. *Mivel ezek a nagyszámú szerváttételek az operálatlanul meghalt nőknél hiányoznak s csak olyan esetekben találhatók, hol előzőleg műtétet végeztek, kétségtelen, hogy az áttételképzésben a műtétnek, a műtéti traumának van legnagyobb szerepe. A vérpályán tovaterjedő chorioepitheliománál a műtét alkalmával a vongálás, húzás következtében leválasztjuk az ér falán tapadó daganatrögöket, vagy pedig a műtéti területből egyenesen belevisszük a daganatot a vérpályába s így sokszor mintegy beoltjuk az asszonyt a chorioepithelioma csíráival.* Ez okból kifolyólag hangsúlyozta *Döderlein* a sugaras kezelés fontosságát s mutatott rá arra, hogy a méh kiirtásával kapcsolatos mozgások rendkívül nagyfokban elősegítik a leváló s a vérpályában tovasodródó daganatrészletek áttételképzését.

Ha tehát a daganatgóc, illetve a méh műtéti kiirtása nem jöhet szóba, úgy a fennti okból kifolyólag ne sokat vesztegessük az időt kis excisiókkal, mert a hüvelyi gócok kimetszésével — amint már számos példa mutatta — nagymértékben növeljük az áttételképződés lehetőségét s ezzel veszélyeztetjük a sugaras kezelés eredményességét. Ha a gócok visszafejlődése nem következne be a szokott módon és mértékben, úgy a radium támogatására a röntgenkezelést is felhasználhatjuk. Kétségtelen, hogy elképzelés szerint a legjobb hatást a két sugárfaj együttes használata nyujtaná. Kellő, ezirányú tapasztalattal azonban még nem rendelkezünk.

A röntgen ott lép előtérbe, hol a műtőkés és radium számára hozzá nem férhető áttételek vannak. Tekintve, hogy a tapasztalat szerint *az áttételképződés leggyakoribb helye a tüdő, rendkívül fontos, hogy ennek átvilágításával a mellkasi szervek épségéről mielőbb meggyőződjünk.* Habár tüdőáttételek esetén a sugaras kezelés hatása nagymértékben csökken, a reményt mégsem szabad feladnunk, mert mint közleményünk első négy kórtörténete is mutatja, meglepő gyógyulás következett be olyan elveszettnek vélt esetekben is, hol a mellkasi fájdalmak, vérköpés és röntgenfelvétel a tüdőkben már kiterjedt áttételképződést mutatott. Tüdőmetastasisok therapiás kezeléséhez *Klein, Naujoks, Masieri* tapasztalatai alapján a *sarcomadosis* látszik legmegfelelőbbnek.

Még nagyobb szerepet játszik a röntgensugár a betegek műtétutáni prophylactícus kezelésében. Ugy mint méhráknál, hasonlóképen chorioepitheliománál is végezzünk kivétel nélkül minden esetben prophylacticus besugárzást. Tekintettel arra, hogy műtét közben épp chorioepitheliománál gyakran válnak le a mechanikus insultus folytán kisebb daganatrészek, ezért kétszeresen jogosult és javalt a műtét utáni sugaras kezelés. Ne mulasszuk el ilyen esetekben a mellkasi szervek átvilágítását, mert a laza tüdőszövetben gyorsan növekedő áttételes gócok aránylag korán, nem egyszer már a klinikai tünetek fellépte előtt kimutathatók röntgennel. Áttételek esetén a tüdők sugaras kezelése természetesen elengedhetetlen követelmény.

A chorioepitheliomások radium- és röntgenkezelése a felsorolt kórtörténetek és eddigi tapasztalatok alapján tehát feltétlenül szükséges és javalt:

1. *inoperabilis áttételek mellett;*

2. *kivérzett, leromlott s előreláthatólag nagyobb műtétet ki nem bíró betegeknél;*

3. *műtétek után, prophylacticus célból.*

A sugaras kezelést a legreménytelenebb esetekben se adjuk fel, mert a tapasztalat szerint számos olyan beteget sikerült radium- és röntgennel meggyógyítani, kikről már teljesen lemondtak.

(Folytatjuk.)

A kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem gyógyszertani intézetének (igazgató: Vámossy Zoltán dr., egy. ny. r. tanár) közleménye.

Az „Alcacyl" pharmakologiai vizsgálata.

Irták:

Fritz Gusztáv dr., egyet. magántanár és *Blazsó Sándor dr.*

Az alábbiakban azokról a vizsgálatokról óhajtunk beszámolni, melyeket a „Wander" gyár felkérésére az általuk gyártott és forgalombahozott „alcacyl" nevű salicylkészítménnyel végeztünk. Az „alcacyl" lényegében véve calciumacetylosalicylicumnak és a gyár által forgalomba hozott „alucol" néven ismert colloidalis aluminiumhydroxidnak keveréke, mely anyagokból tablettánkint egyformán 0.5 gr-ot tartalmaz. A gyárat a preparátum szerkesztésében kétségtelenül az a gondolat vezette, hogy olyan salicylkészítményt állítson elő, amely túlérzékeny, hyperacid, főleg ulcusos embereknek sem okoz gyomorpanaszokat.

A gyomorpanaszok előidézője valószínűleg a gyomoremésztés kapcsán lehasadó több-kevesebb szabad salicylsav. Akár az acidum-acetilosalicylicumot, akár annak sóit alkalmazzuk, belőlük a gyomor sósavának hatása alatt minden esetben keletkezik szabad salicylsav, bár *Dreser*[1] szerint ez a mennyiség nem haladja meg 2 órás emésztés alatt (acidum acetylosalicylicum esetében) a 0.2%-ot. Ennek a felszabaduló salicylsavnak káros hatását küszöböli ki az aluminiumhydroxid, melynek hatását részben a nyálkahártya, illetve az ulcus bevonásában, részben adsorbtiós erejében kell keresnünk. Hogy a szer vizsgálata kapcsán eldönthessük az „alcacyl" feltételezhető előnyeit a tiszta calciumacetylosalicylicummal szemben a következő vizsgálatokat véltük szükségesnek.

1. Milyen módon befolyásolja az „alcacyl" a gyomornedv pH-ját?

2. Hogyan viselkedik az „alcacyl" a calciumacetylosalicylicummal szemben

a) a gyomoremésztés kapcsán?

b) a bélemésztés kapcsán?

3. Milyen az „alcacyl"-ból a calciumacetylosalicylicummal szemben a salicyl componens felszívódása?

Vizsgálataink első csoportjában, melyben a gyomornedv pH-jában a szerek hatására létrejövő változást vizsgáltuk, a következőképen jártunk el. Mesterséges gyomornedvnek (100 ccm n/100 HCl + 0.1 g Pepsinum absolutum „Grübler" 1:3000), pH-ját potentiometerrel constans temperaturánál pontosan meghatároztuk. Ehhez az anyaghoz vagy 1 tabletta „alcacylt" vagy ennek megfelelő calciumacetylosalicylicumot adtunk, s a keveréket többször jól felrázva, 15 perc múlva pH-ját újra meghatároztuk.

Meghatározásainkban a mesterséges gyomornedv pH-ját 3.26-nak találtuk, amely szám az alcacyl alkalmazása után 4.62-re, calciumacetylosalicylicummal 4.41-re emelkedett. Ezen adatokat 5 teljesen megegyező kísérlet alapján közöljük. A pH emelkedése a két anyagra nem azonos mechanismus következménye, mert míg „alcacyl" esetében főleg az aluminiumhydroxid componens hatására jön létre, addig a calciumacetylosalicylicumnál ennek oka cserebomlás, melynek eredményeként abból acidum acetylosalicylicum és calcium chlorid keletkezik és így a HCl csökkenése vonja maga után a pH emelkedését.

Ennek a cserebomlásnak eredményét szembeszökően mutatták controll kísérleteink, melyeket az erősebb n/10 HCl-ben végeztünk. Ebben a concentráltabb oldatban a Ca sónak már 93%-a hasad le acidum acetylosalicylicummá és ennek eredményeként a n/10 HCl pH-ját (2.19) a cserebomlás 30 perc után 5.91-re emeli. A pH emelkedése itt azért olyan nagy, mert a keletkező acid. acetylosalicylicum rosszul oldódván vízben, kiválik és az oldatban úgyszólván tiszta $CaCl_2$ szerepel. Hogy a pH eltolódása „alcacyl" esetében más mechanismus eredménye, ezen feltevés mellett az alább közlendő emésztési kísérleteink bizonyítanak.

A pH változásoknál is jobban érdekelt minket és a salicyl therapia szempontjából fontosabb is a készítmény viselkedése a különböző emésztési fázisokban. A vizsgálatok lényege annak megállapítása volt, hogy egyrészt a tiszta calcium acetylosalicylicumból, másrészt ezzel equivalens mennyiségű „alcacylból" az emésztés kapcsán mennyi acetylsalicylsav képződik, illetve mennyi az emellett változatlan megmaradó calciumacetylosalicylicum, ami a gyomorból, illetve a bélből felszívódásra kerülhet.

A lehasadó szabad salicylsav meghatározását feleslegesnek tartottuk, mert a gyomoremésztést illetőleg *Dreser* kimerítő vizsgálataiból tudjuk, hogy az acidum acetylosalicylicumból csak 0.2% szabad salicylsav képződik 2 órás emésztés alatt. Ha pedig az emésztési periodust hosszabbra vesszük, úgy a szabad sav képződése arányosan emelkedik. Igy a szabad savat kiszámíthatjuk a lehasadt acidum acetylosalicylicum mennyiségéből, mert a calcium acetylosalicylicumból a gyomorban, s valószínűleg a belekben is ez képződik.

A bélben lehasadó salicylsav mennyiségére részben ugyancsak *Dreser*[1] és pontosabban *Katz* és *Biondi*[2] kísérletei adnak felvilágosítást. Ezek szerint 2—4 óráig terjedő kísérletekben a bélben az acetyl-salicylsavból lehasadó salicylsav 25—50%-ra tehető. A cél érdekében elégséges volt tehát a calcium mellől felszabadult acetylsalicylsav meghatározása.

A meghatározások menete a következő volt: 100 ccm n/100 HCl + 0.1 g pepsinhez adtuk a vizsgálandó anyagot (vagy 1 tabl. „alcacylt vagy 0.5 g calciumacetylosalicylicumot). A keverékeket jól összerázva 38° C thermostatba helyeztük és időnkint ismételten felráztuk. 3 órai emésztés után az anyagot a thermostatból kivéve lehűtöttük, majd NaOH-val neutralisaltuk (congó) és aetherrel extraháltuk a calciumhoz nem kötött salicylátokat. A kirázást 5-ször egymásután ismételtük, hogy minden aetherben a salicylsavnál nehezebben oldható salicylátot is megkapjunk. A kirázás előtt azon elegyhez, amelyikben az „alcacylt" vizsgáltuk, még a neutralizálás után híg ammonia oldattal az esetleg adsorbealt salicylátokat kimostuk. Aetherben oldódnak az összes salicylatok, de a calcium-só csak nyomokban. Az aetheres rázadékot kevés vízzel bepároltuk, majd híg lúggal s ezután híg savval főzve az összes salicylátokat salicylsavvá alakítottuk át. A salicylsavat újból aetheres extractióval isoláltuk. Az aetheres rázadékot az esetleges sósav szennyezés eltávolítására még vízzel is kiráztuk. Az aethert bepárolva, az 1—2 ccm aetheres maradékhoz 30 ccm 96%-os alcoholt adva, az egészet vízzel feltöltöttük 100 ccm-re. Az így kapott anyagot phenolphtaleinnel titráltuk n/10 NaOH-val (1 ccm n/10 NaOH-nak megfelel 0.0138 g salicylsav).

Az alábbi kapott eredmények tehát salicylsavban kifejezve adták a lehasadt salicylátok mennyiségét.

I. táblázat.

100 cm³ n/100 HCl + 0·19 pepsin + 0·5 g Ca. ac. salic.	100 cm³ n/100 HCl + 0·19 pepsin + 1 tabl. „alcacyl".

3h 38°C thermostat.

Kisérlet száma	A titrálashoz elfogyott n/10 NaOH cm³	Az elbomlott Ca. ac. sal. %	Kisérlet száma	A titrálashoz elfogyott n/10 NaOH cm³	Az elbomlott Ca. ac. sal %
1	6·9	28·8%	1	2·8	11·5%
2	7·9	32·83%	2	2·0	8·18%
3	8·2	34·2%	3	2·6	10·9%
4	8·0	33·3%	4	2·1	8·7%
5	8·0	33·3%	5	2·0	8·18%
6	7·8	32·42%	6	1·6	6·67%

Mint a fenti táblázatból látható 3 órás gyomoremésztés kísérleteink a tiszta calciumacetylosalicylicumból 6 kísérlet átlageredményeként 32.47% lehasadó salicylátot kaptunk, míg az „alcacyl"-ból csak 9.12% salicylát keletkezése volt kimutatható, sőt ammoniás kimosás nélkül még ennél is lényegesen kisebb eredményeket kaptunk. Az eredményekből máris kitünik, hogy az „alcacyl"-nak a gyomorérzékenység szempontjából jelentős előnyei vannak egyéb salicylkészítményekkel szemben, mert belőle a gyomorban acetylsalicylsav és salicylsav alig hasad le. Ennek magyarázatot adni több módon lehetne (védőcolloid hatás, a pH megváltozása ...) biztosat mondani azonban nincs módunkban.

Kísérleteink következő részében a bélemésztés, illetve bizonyos bélemésztési fractióknak hatását néztük. *Normal bélnedvnek* a következő keveréket használtuk: 100 ccm 1%-os Na HCO₃ + 2 tabl., pankreatin + 2 ccm epe. Vizsgáltuk azonkívül a bélemésztés componenseinek hatását egyenkint is. Nevezetesen pankreatint epe hozzáadása nélkül, azonkívül trypsines és trypsin + epés közeg hatását. A kísérletben használt methodika csak abban különbözött a gyomoremésztésnél használtnál, hogy extractio előtt az anyagokat megszürtük és a neutralisálást (congo) sósavval végeztük.

II. táblázat.

100 cm³ 1%-os Na H CO₃ + 2 tabl. pankreatin + 2 cm³ epe + 0·5 g Ca. ac. salic	100 cm³ 1%-os Na H CO₃ + 2 tabl. pankreatin + 2 cm³ epe + 1 tabl. „alcacyl".

3h 38°C thermostat.

Kisérlet száma	A titrálashoz elfogyott n/10 NaOH cm³	Az elbomlott Ca.ac. sal. %	Kisérlet száma	A titrálashoz elfogyott n/10 NaOH cm³	Az elbomlott Ca.ac. sal. %
1	7·1	29·5%	1	2·0	8·4%
2	11·7	48·64%	2	6·7	28·0%
3	8·9	37·0%	3	3·0	12·5%
4	9·3	30·34%	4	1·8	7·2%

Ebből a táblázatból azt láthatjuk, hogy *pankreatin + epe* emésztésnél „alcacyl"-ból átlag 10.0% salicylát hasad le, calcium acetylosalicylicumból pedig 38.8%. Tehát „alcacyl"-ból a salicylátok lehasadása ebben a közegben is gátolt.

Pankreatinos, de epe nélküli közegben eredményeink a következők.

III. táblázat.

100 cm³ 1%-os Na HCO₃ + 2 tabl. pankreatin + 0·5 g. Ca. ac salic.	100 cm³ 1%-os Na HCO₃ + 2 tabl. pankreatin + 1 tabletta „alcacyl".

3h 38°C thermostat.

Kisérlet száma	A titrálashoz elfogyott n/10 NaOH cm³	Az elbomlott Ca.ac. sal. %	Kisérlet száma	A titrálashoz elfogyott n/10 NaOH cm³	Az elbomlott Ca.ac. sal. %
1	4·6	19·1%	1	0·9	3·5%
2	4·9	20·4%	2	1·0	4·1%
			3	1·2	5·01%

Amint láthatjuk, az eltérés itt nem olyan nagy, mint ha ehhez a pankreatinos közeghez epét is adtunk. A calciumsó lebontása az előbbinél kisebb, 19.75%, de még mindig jóval nagyobb az „alcacyl"-éval szemben, amelyben a lebontás foka átlag csak 4.2%.

Csaknem eltünik ez a különbség *tiszta trypsines* közegben végzett emésztésben, ahol a calcium acetylosalicylicumból 12.0%, az „alcacyl"-ból 8.5% hasadt le. (l. IV. tábl.)

IV. táblázat.

100 cm³ 1%-os Na HCO₃ + 0·1 g trypsin + 0·5 g Ca. ac. salic.	100 cm³ 1%-os Na HCO₃ + 0·1 g trypsin + 1 tabl „alcacyl".

3h 38°C thermostat.

Kisérlet száma	A titrálashoz elfogyott n/10 NaOH cm³	Az elbomlott Ca.ac. sal. %	Kisérlet száma	A titrálashoz elfogyott n/10 NaOH cm³	Az elbomlott Ca.ac. sal. %
1	3·0	12·5%	1	2·0	8·4%
2	2·8	11·5%	2	2·1	8·6%

Lényegesen megváltozik ez a viszony, ha a trypsines közegbe epét is teszünk. Az elbontás itt majdnem eléri azt a fokot, mint a pankreatin + epe milieuben. A calcium só lebontása 33.62%, míg az „alcacyl" 10.33% átlagérték. A fentebbi, valamint ezek az adatok arra engednek következtetni, hogy a salicylátok lebontásában az epe komponenseknek igen nagy szerepük van.

V. táblázat.

100 cm³ 1%-os Na HCO₃ + 0·1 g trypsin + 2 cm³ epe + 0·5 g Ca. ac. salic.	100 cm³ 1%-os Na HCO₃ + 0·1 g trypsin + 2 cm³ epe + 1 tabl. „alcacyl".

3h 38°C Thermostat.

Kisérlet száma	A titrálashoz elfogyott n/10 NaOH cm³	Az elbomlott Ca.ac. sat. %	Kisérlet száma	A titrálashoz elfogyott n/10 NaOH cm³	Az elbomlott Ca.ac. sal. %
1	8·7	36·16%	1	2·7	11·1%
2	6·3	26·18%	2	1·8	7·2%
3	9·9	41·15%	3	2·2	8·9%
4	7·2	30·0%	4	3·4	14·12%

Ha ezek után összevetjük úgy a gyomor, mint a bélemésztés kapcsán kapott eredményeinket, azt a következtetést vonhatjuk le, hogy az emésztési folyamatok hatására az „alcacyl"-ból a salicylátok lehasadása a tiszta

calcium acetylosalicylicuméval szemben akadályozott. Ennek a jelenségnek magyarázására már a gyomoremésztés tárgyalása kapcsán több lehetőséget hoztunk fel. Így a pH viszonyok megváltozását, védőcolloid hatás vagy az aluminium hydroxid adsorptiv hatását. E lehetőségek közül a béleméstés eredményeinek figyelembevétele után a savanyúsági pH viszonyok megváltozása elesik, mert ennek csak a gyomoremésztésnél lehet lényeges szerepe. A védőcolloid hatás valószínűtlen, mert ilyen hatás crystalloidokra bizonyítva még nincs. Marad tehát a harmadik, *az adsorptiós hatás*. Erre bizonyos támpontjaink is vannak, amennyiben a gyomoremésztés kísérleteink kapcsán megfigyelhettük, hogy a lehasadó salicylátok egész mennyiségét csak akkor kaptuk meg, ha a csapadékot a neutralisálás után még ammoniával kimostuk. Ennek az adsorptiós hatásnak a salicylkészítmény gyomorpassageja során kétségtelenül nagy előnyei vannak, mert egyrészt akadályozza a Ca-só elbomlását, másrészt a mégis keletkező szabad salicylsavat adsorptio útján megköti és így megakadályozza a nyálkahártyákra gyakorolt nem kívánatos hatását. Ennek fontosságát hyperaciditas esetén, de különösen ulcus esetében felesleges hangsúlyoznunk. A gyomor szempontjából tehát az „alcacyl" határozott előnyökkel rendelkezik.

Szükségszerűn felmerült azonban az a gondolat, hogy vajjon ez az adsorptiós hatás nincs-e kárára a kívánatos salicylhatásnak, amennyiben a bélpassage kapcsán a salicylátok felszívódását gátolja. Ez kétségtelenül eminens fontosságú kérdés, melynek eldöntése nélkül a szer használhatóságéről véleményt mondani nem lehet.

A kérdés eldöntésére embereken végeztünk kísérleteket, melyek technikája a következő volt. A kísérleti egyének két csoportba osztva étkezés után 5 órával egyenlő mennyiségben vettek per os részben 1 gr calciumacetylosalicylicumot részben ennek megfelelően 2 tabletta „alcacyl"-t. Még a kísérlet megkezdése előtt valamennyiüknél controlláltuk a vizeletet ferrichloriddal azért hogy az esetleges salicyl nyomokat vagy a későbbi reactiót zavaró egyéb anyagokat kizárhassuk. A készítmények bevételétől számított 15 percenkint ellenőriztük a vizeletet ugyancsak ferrichloriddal mindaddig, míg a vizeletben a salicylt határozottan kimutathattuk. A salicylnek a vizeletben való megjelenése után a kísérleti egyének vizeletét 14 órán keresztül nem controlláltuk, mert előző orientatiós kísérleteinkből tudtuk, hogy a salicyl kiürülése körülbelül 16—18 óra alatt következik be. 14 óra elteltével óránkint vizsgáltuk a vizeletet mindaddig, míg a reactio negativvá nem vált.

Az így nyert két adatból éspedig egyrészt a vizelet salicylsav reactiójának positivvá válásából, másrészt ennek eltűnéséből következtetni tudtunk a salicylátok felszívódási viszonyára.

Eredményeinket az alábbi táblázatban közöljük.

	1 g Ca. ac. sal. per os XII/12 d. u. 6h 30'				2 tabl. „alcacyl" per os XII/12 d. u. 6h 30'			
Idő	1	2	3	4	1a	2a	3a	4a
15'	+	+	—	+	+	+	+	—
30'	+	+	+	+	+	+	+	+
	XII. 13-án d. e. 8h után							
13h 30'	+	+	+	+	+	+	+	+
14h 30'	+	+	+	+	+	+	+	+
15h 30'	—	+	—	+	+	—	—	—
16h 30'	—	nyomok	—	—	+	—	—	—

A fenti táblázat adatai szerint, mint látjuk, a két anyag alkalmazása után a salicylnek a vizeletben való megjelenése és eltünése közt időrendben igen minimalis, tulajdonképen számba nem vehető különbség mutatható csak ki. Teljes joggal feltételezhető tehát, hogy az activ salicylátok felszívódása az „alcacyl"-ból egyáltalán nem, vagy csak igen kis mértékben akadályozott. Ezek a külömbségek az individualis sajátságok hibahatárain belül mozognak.

Végzett vizsgálataink alapján pharmakologiai szempontból az „alcacyl"-t nagy előnyökkel bíró salicylkészítménynek mondhatjuk, melyet a következő tulajdonságai tesznek értékessé.

1. Az „alcacyl" aluminiumhydroxid componense csökkenti a gyomor savtiterét.

2. Az „alcacyl"-ban a salicyl componens elbomlása gyomoremésztés kapcsán erősen akadályozott, minek folytán a benne foglalt calciumacetylosalicylicum legnagyobb része mint változatlan molekula kerül a belekbe. Szabad salicylsav keletkezése csak olyan kisfokú lehet, hogy ez helybeli izgató hatást nem fejthet ki.

3. A gyomoremésztéshez hasonlóan a béleméstésnek is nagy mértékben ellenáll úgy, hogy felszívódásra legnagyobbrészt maga a calciumacetilosalicylicum kerül.

4. A hatékony salicylátok felszívódása az „alcacyl"-ból nem nehezített.

Új duodenalis-szonda, gyomorszonda és kettős-szonda.

A vékony szonda szerepe a modern pathologiában.

Irta: *Künsztler Mór dr.*, kórházi főorvos.

MÁSODIK RÉSZ.

A vékony szondának diagnosticus és therapeuticus alkalmazása.

A vékony szondának meg van az a nagy előnye a vastag Kussmaul-szondával szemben, hogy épen vékony voltánál fogva hosszabb ideig benn hagyható a tápcsatornában. Összes előnyei első sorban erre vezethetők vissza. Alkalmazási lehetőségei a következőkben foglalhatók össze:

A szakaszos próbareggeli: Amíg az Ewald—Boas-féle probareggeli a gyomor chemismusának csak egy pillanatfelvételét adja, addig a szakaszos próbareggeli a teljes lefolyást — filmet — jelenti. Néha a gyomorelválasztás csak 50 perc múlva indul meg. A régi eljárásnál ezen eseteket az achlorhydriak közé sorozták, most pedig ezen esetek is megismerhetők. A vékony cső sokkal kíméletesebb eljárást jelent a beteg számára, mint a Kussmaul-szonda. Köztudomású, hogy a frakciókat 10 percenként kiemeljük. A talált szabadsósav- és összaciditas-értékeket graphikai görbe alakjában rögzítjük.

A histaminpróba. Az achlorhydriak egy része nem jelenti a gyomormirigyek pusztulását, hanem csak functionalis eredetű. Ezen achlorhydriák nagy része 0.5—1.0 mgr histamin subcutan bevitelére sósav elválasztással felel. A fractiókat 15 percenként teljesen kiszívjuk. A váladék mennyiségét, valamint a szabadsósav és összaciditas értékeket szintén görbe alakjában regisztráljuk. De a histamin sem jelenti még az utolsó szót. Még mindig vannak a histaminnal szemben refraktaer viselkedő esetek, amelyek húslevesre és tojásra sósavelválasztással reagálnak.

A zsinórpróba. Ezt a vizsgálati módszert *Einhorn* vezette be a klinikára. Az olivával, vagy üveggyönggyel

megterhelt selyemzsinórt este lenyeleti a beteggel és reggel kihúzza. Ez a próba kivitelének körülményes voltánál fogva nem talált visszhangra. Az új szondánál ez a vizsgálat nem involval külön eljárást: a szakaszos próbareggelinél magától adódik. A zsinórpróba a pylorusnak hű képét adja positiv és negativ irányban. Olykor igen értékes differential-diagnosticai útbaigaztást ad.

Az intraduodenalis és intraventricularis táplálás. Néha igen makacs gyomor-, illetve duodenalis fekélyek gyorsan gyógyulnak intraduodenalis táplálásra. Eszméletlenül fekvő és nyelési bénulásban szenvedő betegeket átmenetileg „Katzensteinnal" lehet táplálni. De protrahalt táplálás ez uton még sem vihető keresztül. Ily esetekben az orron át bevezetett catheterrel szokás a táplálékot bevinni. Az új gyomorszonda segítségével azonban ezt a célt sokkal hamarább tudjuk elérni. A megmerevített gyomorszondát — a nyelv előrehúzása után — hanyatt és oldalfekvésben is nehány másodperc alatt be tudjuk vezetni a gyomorba.

A hasnyálmirigy külső secretiójának vizsgálata. A duodenalis szonda segítségével el tudjuk nyerni a pankreas külső secretumát, hogy azt fermenttartalmára qualitative és quantitative megvizsgáljuk. A hasnyálmirígy működése azonban emésztési szakon kívül szünetel. Ezért néhány ccm aethert szokás a duodenumba bevinni, amely ingerre az elválasztás az esetek nagy részében megindul.

A doudenalis szonda szerepe az epeutak gyulladásos megbetegedésének diagnosticájában és therapiájában.

Az eddig felsorolt alkalmazási lehetőségek kétségen kívül nagy haladást jelentenek. De ezeket messze túlszárnyalják azok a szolgálatok, amelyeket a szonda az extrahepaticus epeutak gyulladásos megbetegedéseinél nyújt. Az eredmények a vékony cső következő két tulajdonságára vezethetők vissza: a szonda a gyulladt epeutak számára nagy ingert (Fremdkörperreiz) jelent; másodszor pedig megadja a lehetőséget, hogy segítségével epehólyag-kontrakciókat előidéző szereket vigyünk a duodenumba.

A májnak kiválasztási működése állandó, interdigestiv állapotban sem szünetel. Az epehólyag a májepét befogadja , concentrálja és az emésztés idejére reservalja. *Lütkens* szerint a choledochus tartalmát rythmicus ejaculatiók alakjában továbbítja az epehólyagba. Ha a gyomor által előkészített táplálék megjelenik a duodenumban, a choledochus-, máj- és hólyagepe egymásután behatolnak a duodenumba, hogy az emésztésből kivegyék részüket.

A májepe 10—20 mgr. % bilirubint tartalmaz, a hólyagepe pedig legalább 400 mgr. %-ot *(Kalk)*. Egy működésre képes epehólyag tehát 800—1000 ccm májepét képes concentrálni és reserválni.

Ha az epehólyag bármely oknál fogva ki van rekesztve (cholecystectomia, cysticuselzáródás, koncentrálási képtelenség, nagyfokú zsugorodás), akkor a következő folyamat megy végbe. Egy ideig a májepe állandóan folyik a duodenumba, a choledochus kitágul, az Oddi-sphincter incontinens. Néhány hét múlva azután az esetek egy részében (28%) a choledochus átveszi a hiányzó epehólyag működését: *tonicusan* kitágul, a májepét concentrálni tudja (de csak 100—150 mgr. % erejéig) és újból felveszi ejaculatiós motilitását. Az esetek nagy részében azonban a choledochusnak ezen vicariáló működése nem áll be.

Diagnostica.

A szonda megadja a lehetőséget, hogy a choledochus-, máj- és epehólyag-fractiókat külön-külön felfogjuk; továbbá hogy a choledochus és epehólyag motilitátását a legkisebb árnyalatig megfigyelhessük. Nagyon ajánlatos a következő berendezést használni. Egy kémcsőállványt veszünk 24 epruvettával, a szondát minden öt percben más kémcsőbe tesszük. Nagyon bevált egy axialisan átfurt fémdugónak (5. ábra) alkalmazása, amelynek tengelyén úgy dugjuk át a szondát, hogy egy rövid darabja szabadon lógjon be a kémcsőbe. Egészséges epeutaknál emésztési szakon kívül a sphincter papillae zárva van. Az epe nem a duodenumba, hanem a hólyagba folyik. Le kell azonban szögeznem azt a tényt, hogy a papilla gyulladt epeutaknál is zárva lehet, de csak abban az esetben, ha a concentrátiós apparatus sufficiens: a hólyag maga, vagy a vikáriáló choledochus. A szonda a hepatico-choledochusra vonatkozólag a következő diagnosticai lehetőségeket nyújtja:

a) Amíg gyulladásmentes állapotban a choledochus fractiója tiszta, átlátszó és nyákmentes, addig *acut* gyulladások esetében (ict. cat., cholangitis) igen bőven tartalmaz fínom jellegzetes nyákot, amely külsejénél fogva első pillanatra élesen megkülönböztethető a gyomor és a duodenum dúrva nyákjától.

b) Ép choledochus rythmicus ejaculatio alakjában ürül. Öt perc tartama alatt egyszer-négyszer látunk 1—8 ccm epét energicus sugár alakjában megjelenni. Acut gyulladásoknál a motilitás teljesen fel van függesztve, az epeürülés teljesen szünetel. Chron. gyulladásnál az ejaculatiók száma lényegesen csökkent: 2—3 órás vizsgálat alatt alig látunk 3—4 ejaculatiót, esetleg egyetlen egyet sem. Az epe csak cseppenként ürül. A bő nyálkaképződés acut gyulladásra jellegzetes, az ejaculatio zavara chron. gyulladásra.

c) A ki nem tágult choledochus 8—12 ccm epét tartalmaz, tágult állapotban 12—20 ccm-t is kitehet az A-fractio.

d) A közös epevezeték epéje aranysárga. Abban az esetben azonban, ha átveszi a kirekesztett epehólyag működését, sötét concentralt epét nyerünk. Természetesen hiányzó vikariáló működés esetében szintén világos epe folyik állandóan az incontinens sphincteren át.

Mindezen diagnosticus eredmények elérésére azonban föltétlenül szükséges, hogy a choledochus-fractiót a maga érintetlenségében megkapjuk. Ha tehát a duodenumba jutva zárt Oddit találunk és epét nem nyerünk, akkor türelmesen meg kell várnunk, amíg a papilla a szonda ingerére megnyilik. Ez 5—60 percen belül be szokott következni. Ha türelmetlenségből bármily cholekinetikumot viszünk be a duodenumba, akkor felhigítjuk evvel az A-fractiót és igen sok diagnosticai lehetőségről mondtunk le (choledochusnak vikariáló működése).

Az epehólyag motilitásának és hólyagepe minőségének vizsgálatához epehólyag-contractiót kell provokálnunk. E célból a következő eszközök állnak rendelkezésünkre: 2 ccm pituitrin subcutan, 50 ccm 33%-os $MgSO_4$-oldat, vagy pedig 30 ccm olaj intraduodenalisan.

1. A pituitrinnak megvan az a jó tulajdonsága, hogy utána a hólyagepe tisztán és minden higítás nélkül jelenik meg. Ezért minutiosus vizsgálatokra nagyon jól használható. Ellenben könnyen vált ki görcsös összehúzódást a záró izmok mentén úgy, hogy a motilitási viszonyok diagnostice nem nagyon értékelhetők. A pituitrin latens szaka 5—60 percig tart.

2. $MgSO_4$ 33%-os concentratióban igen hatásos cholekinetikum. Nagy hibája azonban, hogy teljesen megbízhatatlan. Éppen ezért eredménytelenségéből nem szabad diagnosticai következtetést levonni. Latens szaka 1—10 perc. Itt az epe tisztán, de felhigítva jelentkezik. Éppen ezért alkalmas pontos vizsgálatok elvégzésére, csak a bilirubin-megállapítás nem vihető keresztül.

3. Az olaj physiologicus cholekinetikum és valamennyi között a legmegbízhatóbb. Az a kérdés, hogy egyáltalában nyerhető-e hólyagepe, legbíztosabban az olaj-

reflex-szel dönthető el. Az ily módon kapható epe azonban zavaros és ezért pontosabb vizsgálatra nem alkalmas, ellenben jól tanulmányozható a hólyag motilitása. Az olaj bevitele után a szondát 10 perc tartamára le kell szorítani, enélkül eredménytelenül elfolyik az olaj. A latens szak itt 10 percet vesz igénybe.

A hólyagepe megjelenése azt jelenti, hogy a cysticus átjárható és hogy a hólyag összehuzódásra képes. Az epehólyag epéje sötétbarna, barnásfekete. Tiszta és átlátszó. A diagnosticus szonda itt a következő lehetőségeket adja:

a) Az ép hólyag epéje nem tartalmaz nyákot; heveny gyulladásnál nagymennyiségben ugyanazt a nyákot találjuk, mint a choledochusnál.

b) Gyulladás esetén a hólyag concentráló képesssége csökkent, vagy teljesen elveszett. Ezt a következő módon tudjuk bebizonyítani. A cholekinetikum használata után a megszokott 2—15 ccm-nyi fractiók után hirtelen nagyobb mennyiségű epe jelenik meg úgy, hogy 2—4 fractio alatt összesen 40—100 ccm világos epét nyerünk. Ez a nagy mennyiség csak a hólyagból származhatik. Ily módon tehát a hólyag csökkent, illetve hiányzó concentráló képességét is fel tudjuk fedezni. Utána ismét a megszokott kis fractiók következnek.

c) Egészséges hólyag térfogata 30—70 ccm-t tesz ki. Tágulás esetén 100—120 ccm-et nyerhetünk. A negativ lelet azonban nem bizonyít, az epehólyag tágult lehet és tartalmának mégis csak egy részét üríti ki.

d) Az ép epehólyag erőteljes áramban üríti ki tartalmát, a beteg csak erőtlenül, vagy cseppenként.

e) Gyulladt hólyag latens szaka sokkal hosszabb, mint az egészségesé. Néha olaj után 20—40 percig kell várni a hólyagepe megjelenésére. Sőt lehetséges, hogy egyáltalában nem reagál a cholekinetikumra.

A choledochus és a hólyag fractióit pontosan meg kell vizsgálni *makroskopice,* microskopice, bacteriologice és vegyileg (bilirubintartalmára). Nagy súlyt kell helyezni a szabad szemmel való megvizsgálásra, mellyel a jellegzetes nyákot minden további nélkül meg tudjuk ismerni. Az epéket friss állapotban kell megvizsgálni, mert az alakelemek már egy órával a kiürülés után elvesztik konturjaikat. Ha gyulladást találunk, akkor az úgyszólván mindig kiterjed, épúgy a hólyagra, mint az epeutakra. Piros vérsejtek jelenléte, sok hámsejt, sok gennysejt és nyák gyulladás mellett szól. Kevés bacterium ellenben távolról sem jelent még gyulladást; bacteriocholia még nem azonos betegséggel klinikai értelemben. Sok bilirubin- és cholesterinjegec, továbbá egy jellegzetes mikroskopicus törmelék friss epében kőre, vagy praecalculosus állapotra utal. Minden cholekinetikum bevitele után először egy refractaer szak jelentkezik — latens stadium —, amikor az epeutak bezárulnak és semmiféle epét nem látunk; csak azután jelentkezik a hólyagepe.

Mindezen mechanismusok, a különböző epefajták összetétele csak a duodenalis szonda segítségével állapítható meg. De ehhez föltétlenül szükséges, hogy két szondával, vagy pedig kettős szondával dolgozzunk. Ezzel le bírjuk vezetni a zavaró gyomortartalmat, hogy a duodenumba be ne jusson és az epe összetételét ne zavarja meg. Ellenkező esetben kicsapódik az epe és az epeutak kinetikáját sem látjuk tisztán.

A tipicus kórképet: a classicus rohamot a kísérő intensiv icterussal a szonda segítségével a legkisebb részletig szét tudjuk boncolni, analysalni. Három lehetőséggel, illetve ezeknek combinatiójával kell számolnunk: *a)* az epeutak gyulladása; *b)* a cysticus kőelzáródása és végül *c)* kőelzáródás a choledochusban.

ad *a)* A gyulladt epeutak a szondának a duodenumban való megjelenésére azonnal újból felveszik expulsiós működésüket, esetleg 10%-os $MgSO_4$-mal elősegítjük a motilitást. Az A. és B. fractiókban megtaláljuk a jellegzetes nyákot.

ad *b)* Megjelenik a choledochus- és májepe, de nem kapunk hólyagepét.

ad *c)* Sem a puszta szondára, sem cholekinetikumra egyáltalában nem jelentkezik epe.

A cholecystographia.

Ez eljárás kiegészíti a szonda-vizsgálatot, amennyiben felvilágosítást ad az epehólyag alakjáról, nagyságáról és helyzetéről. Bemutatja a már összehúzódott epehólyagot, de az összehúzódás mechanizmusáról, miként-jéről semmiféle tájékoztatást nem nyújt. Nem ritkák az oly esetek, ahol árnyékot nem kapunk, a szonda segítségével azonban sikerül sötét epét nyerni. A két vizsgálati módszer együttes használata kiegészíti egymást.

A szonda szerepe a gyulladt epeutak gyógykezelésében.

Az epeutak megbetegedésében kő és gyulladás játsza a főszerepet. A kőhordozó csak a kő vándorlása, vagy a complicaló gyulladás következtében lesz beteggé. Ha gyulladás áll fenn, akkor az úgyszólván mindig ráterjed épúgy a vezetési, mint a concentráló rendszerre. Heveny gyulladás legpregnánsabb jele az expulsiós apparatus teljes megbénítása az ő összes klinikai következményeivel (ict. cat., cholangitis). Az icterus azonban nem úgy jön létre, hogy a duzzadt nyálkahártya elzárja a lument, hanem úgy, hogy a functio laesa a szó klasszikus értelmében a gyulladások egyik cardinalis tünete. A gyulladás nem szorítkozik a nyálkahártyára magára, hanem ráterjed a vezetékek falára és megtámadja a sympathicus meg a parasympathicus rostjait, az intramuralis rendszert az izmokkal együtt. Ezek után érthetővé válik a motilitás teljes beszüntetése. Gyulladások esetében a táplálék physiologicus ingere nem elégséges az expulsiós apparatus megindításához (zsírok, peptonok). Ellenben a szonda idegentest-ingere képes az egész rendszert mozgásba hozni. Tapasztalataim amellett szólnak, hogy az új duodenalis szonda az eddiginél nagyobb ingert jelent a beteg epeutak számára, mivel itt a vezetékkörte fokozza az ingert. Ennek az ingerére a gyulladt epeutak icterus cat. és cholangitis esetében kivétel nélkül expulsióval reagáltak. A choledochus játéka 10%-os $MgSO_4$ öblítésével fokozható. E szernek azonkívül cholereticus hatása is van. Eleinte úgy van, hogy a choledochus csak addig dolgozik, amíg a szonda a duodenumban fekszik. Ennek eltávolítása után szünetel az epefolyás, a szék újból acholiás lesz. De ha egy sorozatát a kezeléseknek elvégeztük — 4 vagy 6 —, akkor ezzel sikerült a neuromuscularis apparatust annyira megindítani, hogy aztán autonomaticusan tovább fut. Ezáltal eltávoznak a gyulladás termékei, az icterus rohamosan csökken, az egész kórkép jobbra fordul. De e célból a szondát a szokottnál hosszabb ideig kell bennhagyni: 2—5 óráig. A naponként alkalmazott drainage által az icterus 4—5 nap alatt elveszti intensitásának 70—80 százalékát. Mindezekből látható, hogy az icterus cat. nem primaer parenchymás májmegbetegedés, hanem egy jóindulatú cholangitis. A functionalis diagnostica a legkisebb részletig ugyanazon tüneteket adja mindkét esetben. Ez természetesen nem zárja ki, hogy az infectio párhuzamosan az epeutakkal a májat is meg ne támadja, vagy az epeutak mentén fel ne szálljon. Az infectió haematogen, enterogen, vagy a porta útján jut az epeutakba. A bacteriumok az esetek nagy hányadában a májfilteren áthaladnak, hogy az epeutakhoz eljussanak. Sokszor anékül, hogy a májat magát megtámadnák, máskor persze a máj maga is megbetegszik. De az ict. cat. megszokott jóindulatú képét nagy út választja el a máj súlyos parenchymás

megbetegedéseitől. Heveny gyulladások esetén a teljesen megbénult motilitás feltünő gyorsan indul meg: már a negyedik-ötödik szondázás után.

Az epeutak kezelése után most az epehólyagra magára kerül a sor. Ezt cholikinetikumok segítségével összehúzódásra kényszerítjük, hogy gyulladásos termékei kiürüljenek és felfüggesztett motilitását újból felvegye. Kezdetben a beteg hólyag nem reagál a kinetikumokra. Ha azonban e kísérletet négyszer-ötször megismételjük, akkor végül mégis csak összehúzódik és hólyagepét kapunk. Acut esetekben eleinte világos a hólyagfractio, de a hólyag rövidesen újból felveszi concentráló működését: a negyedik-ötödik szondázás után. Therapeuticus célból legjobban megfelel az olaj, ez a legártatlanabb és legmegbízhatóbb kinetikum. Valósággal physiologicus inger. 30 ccm-t adunk belőle testhőmérsékre felmelegítve. A $MgSO_4$ 33%-os higításban nagyon energicus szer, de ellene szól megbízhatatlansága. De a pituitrinnak therapeuticus alkalmazása határozottan contraindicalt. Hátrányai: hosszú latens szaka, gyenge hatása, az a körülmény, hogy a hólyagnak bizonyos teltségét involválja. Legnagyobb hibái azonban kellemetlen mellékhatásai: szívdobogás, hasmenés, sőt órákig tartó sulyos collapsus.

Idült gyulladásoknál is nagy szolgálatot tesz a drainage és a hólyagnak provokált kiürítése. Ezáltal eltávoznak a pangó gyulladásos termékek, a megzavart motilitás újból rendbe jön. A conservativ intraduodenalis therapiának igen nagy értéke van.

Műtét. Recidivák.

A műtéti indicatió felállítása előtt mérlegelni kell az összes diagnostikai és therapeutikai lehetőségeket. Ha egy kirekesztett és működésre képtelen epehólyagot irtottunk ki, akkor functio szempontjából a szervezet semmit sem vesztett. Egy bizonyos egyensúlyi állapot már a műtét előtt kifejlődött. Ha azonban egy sufficiensen dolgozó epehólyagot távolítottunk el, akkor ez igen nagy beavatkozást jelent. A condensáló aparatus igen fontos szervnek a szerepét tölti be. Ezen differential-diagnostikai kérdések a szonda segítségével a legkisebb árnyalatig eldönthetők. Műtétek utáni recidivák nagyon gyakoriak. Ezalatt nemcsak a classicus rohamot értjük, hanem a bizonytalan lárvált panaszokat is. Ha gyulladás esetén eltávolítottuk az epehólyagot, akkor a gyulladt hepaticocholedochus éppúgy okozhat panaszokat, mint műtét előtt. Minél nagyobbak a kiirtott epehólyag objectiv elváltozásai, annál jobbak a műtéti eredmények és viszont.

Operálandók: 1. súlyos septicus cholecystitis vitális indicatióból; 2. kő által feltételezett és intraduodenalis kezelésre nem reagáló choledochuselzáródás; 4. chronicus és szondázásra nem javuló gyulladás.

Kirekesztett epehólyag panaszok esetén eltávolítható. De átjárható cysticus mellett concentralni tudó és összehúzódásra képes epehólyagot kiirtani nem szabad. Műtét esetén eltávolítanók a még életképes condensáló rendszert. Még egy élesen elhatárolt kórképre kell rámutatni. Vannak esetek, amikor gyulladás nem forog fenn és a vándorkő szemünk előtt zárja el a cysticust. Ilyenkor rövid várakozás után el kell távolítani a hólyagkövet, de benn kell hagyni az epehólyagot, hogy a sűrítő rendszert a pusztulástól megmentsük. A műtéti indicatiót azonban itt sem szabad elhamarkodni. Láttam egy kő által feltételezett 41 napig fennálló cysticus-elzáródást megszünni. Az epehólyag megőrizte a maga teljességében működési képességét: a hosszú elzáródás dacára tovább is tudott concentrálni és contrahálódni. Recidivák conservativ therapiára nagyon jó reagálnak és ezért szondázással kezelendők.

A dyskinesis.

Létezik egy kórkép a bizonytalan panaszoktól kezdve, egészen a classicus rohamokig, amikor a sebész a műtőasztalon az epehólyagon semmi elváltozást nem talál. Nagy zavarában nem tudja, mit kezdjen az epehólyaggal. Sok szerző a Lütkens- és Westphal-féle gondolatmenetet követve azt hiszi, hogy az epeutak ezen megbetegedése hormonalis, vegetativnervosus és lelki alapon kiváltott kóros innervatión alapul. Ez képezné szerintük magát a betegséget. De minden valószínűség amellett szól, hogy a vezetékek ezen dysharmonias motilitása csak kísérő tünetcsoport és nem jelenti magát a betegséget. Csak a visceroviscerális reflex szerepét játsza. A kiváltó ok az esetek legnagyobb részében maguknak az epeutaknak gyulladásos megbetegedése, amely ezt a dysharmonicus kinetikát kiváltja. Az epeutak akkor is gyulladtak lehetnek, ha a sebész tapintás által a hólyagon gyulladást megállapítani nem képes. Kórbonctani leletekkel ez a kérdés meg nem oldható, mert ez a kórkép gyógyítható. Már maga az a körülmény, hogy a dyskinesis a szondára — az epebetegségek classicus gyógykezelésére — oly szépen reagál, amellett szól, hogy a dyskinesis a gyulladásoknak csak egy kísérő syndromáját alkotja. Láttam egy laparotomizált, de meg nem operált beteget, akinél a műtét után egy idővel súlyos cholecysto-cholangitis lépett fel magas (39—40°) lázzal, amely a szondára aztán szépen javult. Az operált dyskinesisek igen sok recidivával járnak. Ez érthető, mert megfelel annak az elgondolásnak, hogy az epeutak gyulladásánál a hólyag eltávolítása után a visszamaradt gyulladt choledocho-hepaticus továbbra is panaszokat okozhat. A dyskinesis therapiája azonos a gyulladások gyógykezelésével: drainage és cholekinetikum.

Összefoglalás.

1. A duodenalis szonda megadja a lehetőséget, hogy segítségével az epeutak gyulladását a legkisebb részletig megállapítsuk:

a) A choledochus-, máj- és epehólyag fractiói különkülön felfoghatók. Ezen epék macroscopiai, microscopiai, bacteriologiai és chemiai megvizsgálása által következtetést vonhatunk a kérdéses vezetékek esetleges gyulladására.

b) A kiürülés pontos megfigyelésével meg tudjuk állapítani a choledochus és a hólyag motilitási viszonyait.

c) A fractiók nagyságából a choledochus és a hólyag esetleges tágulására tudunk concludálni.

d) A hólyagepe bilirubintartalmából annak concentráló képességét meg tudjuk állapítani. Bilirubindus choledochus-fractióból megismerjük a choledochus vikariáló müködését.

2. A szondának intraduodenalis alkalmazása nagy gyógyítási lehetőségeket nyújt:

a) Az epeutak acut és chronicus megbetegedéseinél a teljesen blokkirozott, vagy kórosan befolyásolt expulsiót meg tudja indítani és javítani.

b) Cholekinetikumnak a patkóbélbe való bevitele által összehúzódásra, illetve kiürülésre bírhatjuk a hólyagot.

Ezáltal kiürülnek a pangó gyulladásos termékek és a motilitás újból megindul.

3. Az új szondák a diagnosticus és therapeuticus eljárást megkönnyítik, leegyszerűsítik és meggyorsítják.

4. A szondát néhány másodperc alatt be lehet vezetni a gyomorba. A gyomorperistaltica 6—8 perc alatt beviszi a vezetékkörtét a patkóbélbe; ennek eltelte után a körte 1—2 perc alatt a szondát a duodenumba vezeti.

Ezáltal ez a hálás és eredményekben gazdag munkakör a gyakorló orvos számára is hozzáférhetővé vált.

*

A szerző e munkáját a budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem III. számú belklinikáján dolgozta ki. — E helye hálás köszönetet mond a klinika igazgatójának, báró *Korányi Sándor dr.*, nyilv. r. tanár úrnak a szives és nagyrabecsült támogatásért.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. belgyógyászati klinikájának (igazgató: báró Kétly László dr., egyet. ny. r. tanár) közleménye.

A cholecystographiás eljárás diagnostikai értékeléséről.

Irta: *Zinhobel Károly* dr., egyet. gyakornok.

A *Graham* és *Cole*-féle cholecystographiás eljárás az epehólyag és a környező szervek megbetegedéseinek differentioldiagnostikáját jelentős lépéssel vitte előre. Az addig használt eljárások — contrast nélküli felvételek, a vastag bél felfúvása, pneumoperitoneum — csak ritkán, leginkább positiv árnyékot adó kövek esetén adtak biztosan értékesíthető eredményeket.

Az irodalom áttekintésekor feltünik az a meglehetősen nagy véleménykülönbség, amely az eljárás diagnostikai értékelhetőségét illetően — főként a nem telődött epehólyagokra vonatkozóan — az egyes szerzők felfogása között fenntáll. *Pribram, Grunenberg, Strauss* szinte törvényszerűnek tartják az ép epehólyagok megtelődését és amennyiben intravenás eljárás mellett a telődés nem következik be 16—30 órán belül, a legnagyobb valószínűséggel következtetnek a ductus cysticus kővel való elzáródására, a hólyagnyak átjárhatatlanságára vagy a hólyagnak kővel való kitöltöttségére. Már 1925-ben *Friedrich*, majd *Graham* és utána mások is felhívták a figyelmet operált esetek kapcsán arra, hogy az i. v. eljárás mellett nem telődött epehólyagok több esetben teljesen épnek bizonyultak. Ujabban pedig a szomszédos hasi szervek megbetegedéseinél — ulcus duodeni és ventriculi, tumorok, appendicitis, pyosalpinx — irtak le hasonlóképen negativ eredményü cholecystographiás eseteket, melyeknél az epehólyag operativ controll mellett épnek bizonyult. *Kaulich, Dellipiane* és mások terhességnél — az 5-ik hónaptól felfelé a terhességi hónapszámmal arányosan — számolnak be ép epehólyagnál talált negativ eredményről.

Hogy a kérdés tisztázásához hozzájáruljunk, a II. sz. belklinika operált beteganyagából összeállítottuk azokat az eseteket, melyeknél az epehólyag i. v. eljárás mellett egyáltalán nem, vagy csak halványan telődött, szem előtt tartva azt az általános véleményt, hogy biztos következtetések csakis operativ controll mellett vonhatók le az említett kérdések tárgyilagos megítélésében. A felvételek a beteg szabályos előkészítését követően, 12—16 órával a contrast anyag i. v., vagy peroralis adagolása után 45—50 KV. feszültséggel, 60 mA. áramerősséggel, fekvő helyzetben, dorsoventralis vagy szükség esetén ventrodorsalis sugárirránnyal *Bucky* ráccsal történtek. A nem telődött epehólyagokról a felvételt peroralis alkalmazás esetén mindig, i. v. eljárásnál — többnyire — 8—10 nap mulva i. v. megismételtük. Eljárásainknál a *Merck*-féle tetrajodphenolphtaleinnatariumot (6 cgr. pro kg. testsúly) a szokott módon i. v. fecskendezve és az oral-tetragnostot, újabban pedig a magyar *Egger* gyár által forgalomba hozott Cholumbral nevü készítményt használtuk,mely utóbbi i. v. és peroralis alkalmazásra is egyaránt alkalmasnak bizonyult és feledtetni tudta az előbbieket.

Az összesen 68 operált esetet az alábbi táblázatban közöljük:

Röntgen lelet	Műtéti lelet	Szám
Epehólyag nem telődött, kőárnyék nem látható	tumor vesicae felleae	9
	cysticus, choledochus zárókő	12
	kővel kitöltött epehólyag	27
	d. cysticus megtöretése	2
	papilla Vateri szükülete	1
	acut, vagy chr. gyulladás	2
	tályog az epehólyag mellett	1
	máj echinococcus az epehólyag mellett	1
Nem telődött, kőárnyék látható	kövek az epehólyagban vagy a d. cysticusban	4
Halványan telődött, kőárnyék nem látható	összenövés a környezettel	2
	kövek az epehólyagban	3
	hydrops.	1
Halványan telődött, kőárnyék látható	kövek az epehólyagban	3

Amint a táblázatból látható, a nem telődés mindig megmagyarázható mechanicus okokkal, az epehólyag acut, vagy chronicus gyulladásával, illetve daganatos elváltozásával. Az 1—1 esetben talált tályog és echinococcus közvetlenul az epehólyag mellett foglalt helyet és nyomása révén gátolta annak megtelődését. A részben kővel kitöltött epehólyagok nyálkahártyája hegesen zsugorodott, vagy bársonyosan duzzadt volt, a két kő nélküli eset pedig szintén oly mérvű heges zsugorodást, illetve acut gyulladásos jelenségeket mutatott, melyek mind elfogadható magyarázatát adják a nem telődésnek. Hasonló módon magyarázhatók a halványan telődött esetek is.

Ezek szerint az epeútelzáródások és a kővel teljesen kitöltött epehólyagok mellett, elég nagy számmal szerepelnek kővel csak részben kitöltött, de bársonyosan duzzadt, helyenként hámfosztott, tehát acut, valamint hegesen zsugorodott, többnyire a környezettel is összenőtt chronicus gyulladás állapotában levő epehólyagot mutató esetek, ami egyúttal rávilágít arra is, hogy milyen fontos feltétele a telődés lehetőségének a nyálkahártya épsége. Ez — amint *Friedrich* és *Pflaumer*, valamint mások vizsgálatai mutatják — sok esetben csak a mikroskop alatt kórosnak bizonyult, külsőleg teljesen épnek látszó epehólyagokra is vonatkozik. Nevezett szerzők hat makroskopiailag ép, előzetesen nem telődött epehólyag közül 5-nél mikroskop alatt pathologiás elváltozásokat (subchronicus gyulladás), valamint híg, 50—460 bilirubin egységet tartalmazó epét találtak. Számos ép epehólyagnál műtét közben végzett punctióval nyert epe 470—3000 B. E.-et mutatott, amiből azt a következtetést vonják le, hogy a csak mikroskopos kóros elváltozást mutató epehólyagok is elveszthetik concentraló képességüket. Az ép nyálkahártyával és jó nyirokérrendszerrel rendelkező epehólyag a híg májepét főként víztartalmának felszívása útján eredeti térfogatának kb. egytized részére sűríti be. Ez a koncentráló képesség nemcsak a makroskoposan is látható gyulladásoknál és hegesedéseknél, hanem — úgy látszik — a csak mikroskoposan diagnostizálható gyulladásoknál is oly fokban csökkenhet, hogy a contrastanyagot tartalmazó epe nem tud a röntgen felvételen való láthatóság fokát jelentő 470 B. E.-en túl besűrűsödni.

A szomszédos hasi szervek pathologiás elváltozásainál talált nem telődött, ép epehólyagok kérdését illetőleg

sem egységes a szerzők felfogása. *Bársony* és *Koppenstein, Kaulich, Knoflach, Taterka,* stb. szerint teljesen ép epehólyagoknál is kimaradhat a telődés ulcus ventriculi és duodeni, pancreatitis, appendicitis, pyosalpinx és hasi tumorok esetén. Adataikat a részben végzett operativ controllal is alátámasztják, a telődési hiány okát a jelzett, kórosan megváltozott szervek részéről reflex úton kiváltott sphincter *Oddi* görcsre vezetik vissza. Ezzel szemben áll *Pribram, Grunenberg, Strauss, Eisler* stb. ismert felfogása, valamint sok más szerző, így *Krinsky, Kirklin* és mások ugyancsak operatios controllal nyert tapasztalata, mely szerint negativ eredménynél mindíg passage-akadály volt kideríthető, illetve ulcus duodeninél mindíg kaptak jó telődést, ha egyúttal az epehólyag ép volt.

Klinikánkon, ulcus ventriculi és duodeni diagnosissal fekvő betegeknél, mi is végeztünk cholecystographiás vizsgálatokat, melyek túlnyomó többségben telődést mutattak. 52 esetben csak 8-nál nem láttunk telődést az első alkalommal. Megismételt i. v. eljárásnál ezek közül is négy telődött, a négy nem telődöttnél viszont nem volt kizárható a cholelithiasis, vagy cholecystitis fennállása. Ezek egyike műtétre is került és az operatiónál valóban zsugorodott, a környezettel is összekapaszkodott epehólyagot találtak néhány kővel. Meg kell azonban jegyeznem, hogy a négy, csak megismételt esetben telődött epehólyogú betegnél, az első felvétel az ulcus heves klinikai tüneteket okozó (fájdalom, hányás, hányinger) állapotában történt. A később, többnyire 10—14 nap múlva megismételt és ekkor már normalis telődést mutató vizsgálatnál, a betegek panaszai a kezelés következtében már lényegesen enyhültek. Viszont több olyan esetet is észleltünk, melyeknél hasonlóképen heves tünetek mellett első alkalommal is már telődést láttunk.Mindamellett nem lehet kizárni annak az álláspontnak a helyességét,hogy ulcusos betegeknél a telődés heves klinikai tünetekkel járó állapotban reflektoros úton kiváltott epehólyagnyak-görcs miatt kimaradhat, főleg erre idegrendszerileg hajlamos egyéneknél, azzal a megszorítással azonban, hogy később, a reflex úton görcsöt kiváltó szerv nyugodtabb, vagy gyógyult állapotában megismételt cholecystographiás eljárással ezek az egyébként ép epehólyagok is telődhetnek. Magyarázatát adhatják az ulcusnál talált nem telődésnek azok a megfigyelések is, melyek szerint az ezeknél végzett epehólyagmotilitási vizsgálatok hypermotolitást mutatnak *(Bronner)*. Ezek az epehólyagok tehát hajlamosabbak a gyorsabb kiürülésre, melyet az ulcusos hányinger, vagy valamely más nem physiologiás inger még a felvétel előtt kiválthat.

Az elmondottakat röviden összefoglalva:

az epehólyag megbetegedéseinek diagnostikájában a cholecystographiás vizsgálat a legmegbízhatóbb diagnostikai segédeszköz. Értéke első sorban nem a negativ kövek kimutatásában van — ami aránylag ritkán sikerül — hanem abban, hogy nagy valószínűséggel rámutat arra, hogy az ismételten végzett cholecystographiás vizsgálatnál nem telődött epehólyagok kóros állapotban vannak; az így helyes irányba terelt diagnosis más oldalról is megerősítve, csak a legritkább esetben — ami pedig minden más diagnostikai segédeszköz alkalmazásánál sokszor még nagyobb számmal is előfordulhat — fog téves eredményre vezetni. Ulcus ventriculinél és duodeninél lehetségesnek tartjuk, hogy a reflex úton kiváltott sphincter *Oddi* görcs következtében — erre idegrendszerileg fogékony egyéneken — a telődés, acut klinikai tünetekkel járó állapotban, kimaradhat.

A debreceni m. kir. gróf Tisza István Tudományegyetem fül-, orr-, gége klinikájának (vezető: Verzár Gyula dr. c. rk. tanár) közleménye

Füleredetű halántéklebenytályog.

Irta: *Várady-Szabó Miklós* dr., tanársegéd.

A füleredetű agytályog prognosisa nem annyira a műtéti beavatkozás, illetve megoldási mód elégtelen volta miatt, mint inkább a tályog okozta egyéb sokféle gyorsan és gyakran kifejlődő szövődmények miatt mondható válságosnak. A legsúlyosabbak e szövődmények közül füleredetű agytályogoknál az általános genyes agyhártyagyulladás és főként kisagyi folyamatokhoz társuló sinus sygmoideus thrombosisa. Ez utóbbira vonatkozólag *Germán* megjegyzi, hogy az agytályog és sinus thrombosis együttes jelentkezése különösen rendkívül súlyos szövődménytársulást jelent; a közölt statisztikája szerint 17 eset közül 15-öt, tehát 88% vesztettek el. A szövődmények arányszámai egyes szerzők szerint igen különbözőek, annyiban azonban a statisztikák mind megegyeznek, hogy az általános genyes agyhártyagyulladás a leggyakoribb.

A minden szövődmény nélkül fennálló agytályog tünetei rendkívül változatosak, még inkább áll ez azonban az olyan esetekben, amidőn a tályoghoz egy vagy több szövődmény is társult. A kórisme felállítása ilyen esetekben rendkívüli nehézségekbe ütközik.

A halántéklebenyi tályogok diagnosisát, amelyek a füleredetű nagyagytályogok túlnyomó részét képezik, nagy mértékben elősegítik a nagy percentben kifejlődő s kimutatható beszédzavarok. A sensoriás beszédközpont ugyanis, amely a beszéd megértéséhez szükséges emlék, illetve hangképeket tartalmazza, feltéve, hogy az illető jobbkezes, a bal felső halántéktekervényben székel.

Sonntag 1927-ben közölt statisztikája szerint 177 eset közül 155 esetben, tehát 87.5%-ban talált beszédzavarokat baloldali halántéklebenyi tályogoknál s megemlíti hogy e percentszám még nagyobb lenne, ha pontosabban és gyakrabban történnének az észlelések. Megemlíti továbbá, hogy gyakran csak a műtét után jelentkezik az aphasia, részben mert előtte még eszméletlen a beteg, részben pedig, mert a tályogüreg kiürülése következtében hirtelen beálló nyomásváltozás folytán oly eltolódások következnek be az agyállományban, amelyek szintén okai lehetnek a functio kiesésnek.

A tapasztalat továbbá azt is mutatja, hogy a tályog nagysága sincs biztos hatással az aphasia kifejlődésére, amennyiben már mogyoró nagyságú tályog esetén is észleltek igen súlyos aphasiás tüneteket; ezzel szemben *Sonntag* három tyúktojás nagyságú tályogot említ, amelyek aphasiás tünetek nélkül zajlottak le. Talán legfontosabb szerepet játszik az aphasia kifejlődésében az a tény, hogy a tályog letokolt-e vagy pedig, hogy a környező agyrészletekben gyulladásos, avagy lágyulásos góc van-e. Nem zárható ki azonkívül az agytályognak toxicus hatása sem a többi agyrészletekre, amely természetesen nem letokolt tályog eseteiben még inkább oka lehet az aphasia kifejlődésének.

K. I. 10 éves gyermeket 1930. január 12-én azon panasszal veszik fel a debreceni tudományegyetem fül-, orr-, gége klinikai osztályára, hogy a három év óta genyesen folyó bal füle két hete fájni kezdett. Betegségének harmadik, negyedik napja lázas. Egy nap óta bágyadt, levert, hőmérséklete magas, éjjel álmában felsikolt, fejét nagyon fájlalja. Nyaka megmerevedett.

Jelen állapot. A korához képest rendesen fejlett, közepesen táplált fiú beteg, elesett, lázas, temp. 38.5. Sensoriuma erősen zavart, a hozzá intézett kérdésekre nem válaszol. Aluszékony, azonban már a legkisebb érintésre is igen heves ellenálló mozdulatokat végez. Mellkasi s hasi szervek kóros elváltozás nélkül. Pulsus: 96.

Jobb hallójárat, dobhártya ép. Bal hallójáratból genyes törmelékes, rendkívül büzös váladék törülhető ki. Dobhártya elülső alsó kis szegély kivételével teljesen hiányzik. A dobhártya hiányzó részén át a promontoriumot borító bársonyos megvastagodott, belövelt dobüregi nyálkahártya látható. Hátsó felső sarokból cholesteatomás tömeg csüng ki. Pontosabb az acusticusra s vestibularisra vonatkozó vizsgálat a beteg nagyfokú elesettsége miatt nem volt végezhető.

Idegrendszeri vizsgálat. (*Nagy* dr.) Pupillák középtágak, kerekek, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak, egyformák. Szemmozgások szabadok. Nyugalmi bulbus nyugtalanság, mely extrem oldalra nézéskor fokozódik. Facialis jól innervált. Felső végtagok in-periost reflexei élénkek. Patella reflex igen élénk, kóros reflex nincs. Kernig, Hayniss, Brudzinsky tünet positiv. Nagyfokú tarkómerevség. Általános hyperaestesia. Koponya ütögetésre fájdalmas. Bal parietalis tájékon kifejezett repedtfazék zörej. Pontosabb vizsgálat a beteg nagyfokú elesettsége miatt nem végezhető.

Szemészeti lelet: Szemfenék, papilla nervi optici normalis.

E súlyos kóros tünetek mind a baloldali idült genyes cholesteatomás fülfolyással összefüggő intracranialis megbetegedésre utaltak. Különösen az agyhártyákat érintő tünetek jelentkeztek oly pregnansan, hogy a szövődmények további differenciálását csupán a műtéti beavatkozás tette lehetővé.

A még aznap elvégzett műtétnél a következők találtattak. Az ép corticalis eltávolítása után a duzzadt nyálkahártyával bélelt sejteket éles kanállal kitakarítva, antrumot megnyitjuk, belőle nagy nyomással pár csep rendkívül büzös cholesteatomás törmelékkel kevert geny ürül. Radicalis üreget kikészítjük, a még megmaradt kalapács fejét és nyakát a dobhártya maradványaival eltávolítjuk. Csontos ívjárat jól látható, ép. Szabad sinus nincs. Hallójáratlebenyképzés *Stacke* szerint. A tegmen tympani és antrit fedő csont feketés szürkésen elszineződött. Éles kanállal megkaparva a tegmen egy babnyi darabja leválik, mögötte a dura mellől pár csepp sürü büzös geny ürül. A halántéklebeny duráját kb. pengőnyi nagyságban szabaddá tesszük. Amint a tegmen tympani még megmaradt necroticus csontrészeinek eltávolítására került a sor, a durán a genyes felrakódással borított részletén át a halántéklebenyben lévő tályogot megnyitjuk. Az agytályogba Mikulicz fogóval behatolunk s a hígan folyó, büzös genyes flocculusokkal telt bennékét a tályog nyilás tágítása után kiürítjük. Agytályog üregét, mely kb. dió nagyságúnak imponál jodoform gazéval tamponáljuk.

A műtét után megejtett lumbalpunctiónál rendes nyomással rendkívül sürü, tejszerüen zavaros, büzös, zöldes-sárgás színü, kb. 20 cm^3 liquort bocsátunk le elapadásig.

Liquor vizsgálat: (*Kulcsár* dr.) Pándy és Nonne Appelt ++++. Cytologiai vizsgálat: sejtszám nem állapítható meg, mivel a látótér tömve van főként leucocytákkal. Bicolorált mastix reactio görbéje három punctatummal végezve paralytikus jellegü kiesést mutat, amilyen elő szokott állani akkor is, amikor nagy agyszövet pusztulásáról van szó. Wassermann a magasabb titerekben nem specificus +++ kötést adott.

I. 13-án kötés váltás. Műtéti seb feltisztult, úgyszintén helyenként a szabaddá tett dura. Tályogüregből a tampont eltávolítjuk s ismét jodoform gazéval tamponáljuk. Lumbalpunctiónál az előző napihoz hasonló sárgás-zöldes szinü petyes csapadékot tartalmazó zavaros liquort kapunk. Bár kissé aluszékony, de sensoriuma feltisztult s az elvégzett vizsgálatnál kitünik, hogy sem motoros, sem sensoriás aphasiája nincs. Gyakran erős nyugtalanság vesz rajta erőt. Nystagmus mindkét szemen mindkét oldalra való tekintéskor észlelhető. Temp. 38.7.

I. 14-én műtéti seb, valamint a szabaddá tett dura részlet teljesen feltisztult, élénkpiros sarjakkal borított. Tályogüregből a tampon eltávolítása után geny nem ürül. Ujra tamponáljuk. Cysternásan lebocsátott liquor büzös genyes sárgászöldes pelyhekkel telt s annyira sürü, hogy a felfogó kémcsőbe szinte bealvad. Intracysternasan 1 gr. urotropint adagolunk. Sensoriuma időnként zavart, kötés után hosszabb időre néhány órára teljesen feltisztul. Szivműködése az esti órákban gyengül, amely coffein. majd lobelin adagolásra megjavul. Temp. 38.4. Pulsus: 105.

I. 15-én egész nap eszméletlen. Fedőkötésváltás. Az elapadásig lebocsátott liquor hasonló az előző napihoz. Intracysternasan 1 gr. urotropin. Szivműködése fokozatosan gyengül, temp. 40,5°, puls. 145. Délután 4 óra 45 perckor exitus.

Boncolásnál (Prof. *Orsós*) a következők voltak megállapíthatók. A koponyatető bal felületén jobboldalt a durát vékony rostonyás lepedék borítja. Az agy kivétele után szembetünik, hogy a baloldali középső koponyagödörben a dura belfelületén tömeges sárgás-fehér genyes rostonyás lepedék tapad, mely alapjáról könnyebben levonható. A tegmen tympani fölött a kemény burok fillérnyi kerek alakú területen hiányzik, a hiány széle duzzadt, vörhenyes, a nyiláson keresztül a dobüregbe jutunk. A koponya alapi viszeres öblökben laza véralvadék és kevés folyékony vér található, fenti sinusok thrombosist nem mutatnak.

Az agy formalinos keményítés után vétetett tüzetesebb vizsgálat alá. A lágyburkok középvastagok, bövérüek, nedvdúsak. Szembetünő a jobb agyféltekén a lágyburkoknak zavarodása. Gyrusok közti sulcusok sárgás-fehér zavaros, rostonyás genyel vannak ktöltve, mely legtömegesebb a Sylvius árokban futó vérerek mentén. A bal agyféltekén enyhe tejszerü zavarodás észlelhető csupán, a sulcusok mentén futó véredények körül. Az agyalapon legszembetünőbb, a nyúltagy körüli liquor öblök tejfelszerü genyel való kitöltöttsége. A híd és az agykocsányok, továbbá a nyultagy elülső felszínének megfelelően 3—4 mm. vastag, sárgás-fehér rostonyás, genyes izzadmány található a lágyburok hézagaiban, melybe az art. bas. és vertebralis ágai be vannak ágyazva úgy, hogy utóbbi véredények az őket borító genyes rostonyás köpeny miatt elmosódottan látszanak. Az agykocsány közti liquoröböl fölött a lágyburok haránt irányban elszakadt és az öblben átlátszó folyadék foglal helyet. A chiasma opticum és a szemmozgató ideg, genyes rostonyás izzadmányba vannak ágyazva.

A bal halántéklebeny alsó felszinén, a lebeny elülső polusától hátrafelé 5 cm-nyire, oldalsó szélétől 1 cm-nyire, vagyis a tegmen tympani elülső részének megfelelően a lágyburkokon és az agyállományon nagyjában kerek alakú, cafatos szélü 1 cm. átmérőjü anyaghány van, melynek széle és belfelülete, fakó barnás-sárgán elszineződött. Az anyaghiányon keresztül fölfelé egyenesen 5 cm-nyire, előrefelé pedig 5.5 cm-nyire lehet kutasszal behatolni, a halántéklebeny belsejében helyet foglaló tályog üregébe, melyből a kutaszolás előtt 1.5 m. hosszú, 3 cm. széles barnán elszineződött gazecsikot távolítottunk el.

A bal halántéklebeny alsó felszinén a tegmen tympani felett ülő áttörés elülső széle előtt, mintegy 1 cm-el készített metszésnél a következő viszonyok láthatók. Az áttörés helyétől felfelé és egyszersmint előrefelé terjed a nagyjában dió nagyságú, de elnyúlt tályogüreg. Befelé a tályogüreg nagy, mandulamagnál nagyobb kiterjedésben egybeolvadt a bal alsó szarvval, mely szemcsés, genyes barna törmelékkel kitöltött. Az összes oldalkamarák kissé vörhenyes árnyalatú genyel kitöltöttek. A tályogüreg falát egyenetlen morzsás, szenyes vörhenyes barna, kevés szétesett agyszövet határolja. A tályog elülső végén (az infundibulum frontal sikjában) három kiöblösödést mutat, amelyek közül az egyik a bal insula alsó részének kéreg állományában fekszik, illetve ezt elpusztítva szabad érintkezésben áll az insula résével és lágy burkával.

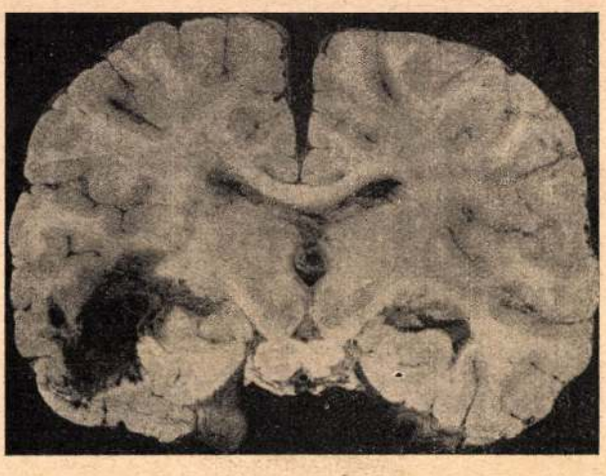
A nyultvelő legmagasabb pontján vezetett frontalis metszéslapon kitünt, hogy a IV. agykamra szembetünően tágult, tojásdad keresztmetszetü és sürü vörhenyes árnyalatú genynyel kitöltött.

Epikrisis. A kórbonctani leletből valószínüleg feltehető, hogy egy hosszabb idő óta fennálló idült tályoggal állottunk szemben, amely tünetmentes állapotban volt. A fertőzés a tegmen tympani és antri csontos falának gennyes beolvadása a necrotisalódása következtében jött létre.

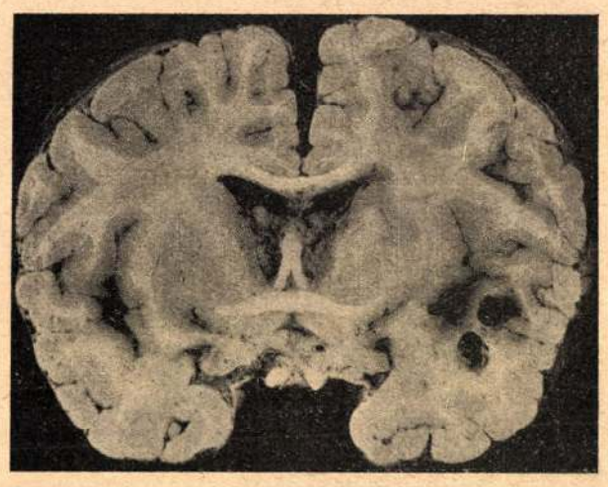
A mellékelt ábrák, melyek *Orsos* professor úr engedelmével a kórbonctani intézetben készültek s amelyekért a Professor Urnak e helyen is hálás köszönetet mondok, úgy a tályog topographiai helyzetét, az agykamrák genyes fertőzöttségét, valamint az áttörést az oldalkamrába s az insulába, kitünően szemléltetik.

A műtét elvégzése, a tályog megnyitása s az erősen fertőzött liquor lebocsátása után a beteg állapotában lényeges javulás mutatkozott, amidőn igen értékes megfigyeléseket eszközölhettünk. A beteg a műtét utáni napon I. 13-án a nap legnagyobb részét félig alvó állapotban, de tiszta öntudattal töltötte s kérdéseinkre pontosan s helyesen válaszolt. A nap több órájában vizsgáltuk így a beteget, különösen az aphasias tünetekre vonatkozólag. A feltett kérdésekre mindenkor helyesen válaszolt, parapha-

siát nála nem észleltünk a szeme elé tartott tárgyakat, ceruzát, poharat, ollót, stb. felismerte, nevén nevezte. Felszólításunkra szemét, orrát megérintette. Olvasási s irási próbát a beteg korára való tekintettel nem végeztünk.



1. ábra.



2. ábra.

A műtét utáni harmadik napon I. 14-én délig kötésváltásig az öntudatzavar ismét jelentkezett, úgy hogy vizsgálatainkat nem folytathattuk. Kötésváltás, valamint cysterna punctio után promt javulás jelentkezett. A beteg már a műtőasztalon figyelni kezdett, öntudatát visszanyerte s az ekkor megejtett vizsgálatok során ismételten kétséget kizáróan megállapítható volt, hogy a betegnek sensorias aphasiája nincsen. Az aznap délután hirtelen fellépő szívgyengeség következtében az öntudat is teljesen elhomályosult, amely azután a reá következő nap I. 15.-én bekövetkezett haláláig többé fel sem tisztult.

Az észlelt tüneteket egybevetve, megállapíthatjuk, hogy a betegnél, ki öntudatát a műtét utáni nap visszanyerte, az agytályog megnyitása után 20 órával már aphasiás tüneteket nem észleltünk. Az exitus előtti napon bekövetkezett teljes öntudatlanság sajnos a további vizsgálatokat meghiusította. Hogy vajjon a műtét előtt a betegnél milyen mértékben, s fennállott-e valamelyes beszédzavar, a beteg eszméletlen volta miatt pontosan nem volt megállapítható.

A gyanított intracranialis szövődmény pontosabb meghatározása végett az ideggyógyászati vizsgálat során a Benedek-féle koponya-kopogtatási módszer is alkalmazást nyert. (Zts. f. d. ges. Neur. u. Psich. 1924. Band 80). A külső hallójárat felett, előrefelé a bal os temporale hátsó alsó részén kb. 5 pengőnyi területen, amelynek alakja ellipszisszerű, hossz-tengelyével fronto-occipitalis irányban nem éles, kissé rövidült kopogtatási hang volt hallható. Erősebb ütögetés mellett magával a reflex kalapáccsal ugyane terület széléről és szomszédságáról kifejezett doboz hangszinezet mellett, repedt fazék zörej volt hallható. A Benedek-féle kopogtatási módszerrel tehát egy feltételezett tályog helyét pontosan localizálni lehetett, amely localizáció teljesen megegyezett úgy a műtétnél, mint a sectiónál feltárt tályog helyével és kiterjedésével.

A beszédzavarok gyors gyógyulását több szerző észlelte. *Beck* s *Heine* már hat órával a műtét után, illetve a tályog megnyitása után észleltek teljes gyógyulást; azonban az esetek legnagyobb részében a gyógyulás hetek, sőt hónapokig eltarthat, sőt gyakran az aphsiának bizonyos változata maradandóan meg is maradhat. Arra, hogy jelen esetben a műtét előtt volt-e aphasia vagy, hogy az aphasia a műtét következtében gyógyult-e, pontos választ a beteg műtét előtti eszméletlen állapota miatt nem adhatunk.

A füleredetű halántéklebenyi tályogra a beszédzavarok közül a sensoriás beszédzavar a jellemző, olyannyira, hogy isolált motoros beszédzavar esetében még ha positiv fülleletet is találunk, nem füleredetű tályogra vagy méginkább enkephalitisre vagy meningitisre kell gondolnunk. A sensoriás aphasia különböző formái közül különösen az amnesiás aphasia fordul elő gyakran. Amennyiben pedig a beszédzavarban a paraphasia nyomul előtérbe, úgy a folyamat már rendszerint mélyebbre terjedt s arra kell következtetnünk, hogy a tályog már nemcsak a harmadik tekervényt pusztította el, hanem átterjedt a második tekervényre is.

Isolált motoros beszédzavar füleredetű halántéklebenyi tályogoknál igen ritkán szokott előfordulni. *Henschen* 78 eset közül csupán négy esetben észlelt kifejezett isolált motoros beszédvazart. Több szerző azon a véleményen van, hogy a motoros beszédzavar enyhébb formái mint amilyen a vontatott beszéd, szófukarság s dadogás, otogén halántéklebenyi tályognál is előfordulhatnak. Erre vonatkozólag megjegyezni kívánjuk, hogy a klinikánkon az utóbbi időben több ízben volt alkalmunk otogen halántéklebenyi agytályog lefolyását észlelnünk s ez észelések minden akalommal különösen kiterjedtek az esetlegesen fennálló beszédzavarokra. Mindegyik esetben a tályog megnyitása előtt az erősen apatikus betegnél a szófukarságot, vontatott beszédet s a feltett kérdésekre a válaszolás készségének erős csökkenését volt alkalmunk megfigyelni. Ilyen s hozzá hasonló esetekben a tünetek értékelése igen megfontolandó s kissé merész volna ez észlelésekből a motoros beszédzavar e könnyebb fajtáinak fennállására következtetni. Azon a véleményen vagyunk, hogy az említett tünetek a betegnél nagy mértékben meglévő apathiának csupán részlettünetei; annál is inkább,mert úgy jobb, mint baloldali otogen halántéklebenyi tályogoknál volt alkalmunk e tüneteket észlelni s amelyek a tályog megyitása után s az apathia csökkenésével promt javulást mutattak.

Irodalom: *Alexander, Marburg:* Handb. d. Neur. d. Ohres. *Benedek:* Zts. f. d. ges. Neurol. u. Psich. 1924. B. 80. *German:* Orvosi Hetilap, 1926. 40. 41. sz. *Sonntag:* Zts. f. Hals-Nasen-Ohrenheilk. 1928. B. 19.

RÖVID KÖZLÉSEK A TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSI GYAKORLATBÓL.

A budapesti Törvényszéki Orvostani Intézet közleménye.

Vinol mérgezés esete.

A két és fél éves fiúgyermek szőlőpermetezéshez használt Vinol-oldatból ivott. A kezelőorvos vallomása szerint erős hasmenése és magas láza jelentkezett, nyelni alig tudott, később soporosussá vált és harmadnap meghalt. Az apa ellen gondatlanság címén indult eljárás során a gyermek holtteste boncolásra került. Ennél a nyelőcső felső részében a nyálkahártyának felülről lefelé fokozódó lágyulásos elhalása, a nyelőcső alsó részében annak teljes hiánya nyert megállapítást a nyelőcső többi szövetrétegének vizenyős beszűrődésével. A gyomorban erős lúg hatásának megfelelő változások voltak, amennyiben a gyomorfalzat a savóshártyáig a nyelőcsőtől kiindulóan főleg a kis görbület mentén jókora gyermektenyérnyi területen sötétbarna vörös, tömött, merev, törékeny pörkké lett. A pörk környezetében helyenkint az elhalt nyálkahártya részletének megfelelő szürkésbarnás lágyulásos szigetek is mutatkoztak. A boncolási lelet tehát teljesen megfelelt annak az alkali-haematinos beivódással kapcsolatos elhalásnak, amely lúgok hatása folytán szokott fejlődni. A nyelőcsőben és a gyomorban észlelt elhalásokon kívül a szívizom, a máj és vesék zavaros elfajulása volt kimutatható. Ezt a szövettani vizsgálat is bebizonyította, sőt Sudannal való festéssel a vesék egyenes csatornáinak hámsejtjeiben és a májsejtekben zsírszemcsék is feltaláltattak. Apró vérzések mutatkoztak a szívizomban, a májban és a vesékben.

A vegyi vizsgálat, amelyet az országos bírósági vegyészeti intézet végzett, a bűnjelt alkotó üvegedényben még megmaradt folyadékban natrium carbonat és ammonia mellett 32½% natron lúgot mutatott ki.

A „vinol"-t nem magában használják a mezőgazdaságban, hanem úgy, hogy belőle 0.5%ot kevernek a bordeaux-i léhez (mésztej és rézszulfat) — azért, hogy az utóbbi tapadását fokozzák.

Bochkor Ádám dr., adjunctus.

A bőr súlyos felmaródása lúgmérgezés esetében.

A lúggal történt mérgezések igen gyakoriak, számuk intézetünk nyilvántartása szerint évenkinti emelkedést mutat. Ezek némelyikében ugyan előfordult, hogy az arcon, a száj körül és az állon kisebb-nagyobb étetési nyomok jelentkeztek, de olyan kiterjedésű sérülés, amilyent az alábbiakban közölhetünk, a ritkaságok közé sorolható.

A közelmultban 21 éves háztartási alkalmazott holttestét szállították intézetünkbe, a nyomozati iratok azon megállapításával, hogy öngyilkossági szándékból lúgkővel magát megmérgezte és szokatlanul rövid idő alatt, már a kórházba szállítás közben meghalt.

A holttest vizsgálata alkalmával, az arcon, nyakon, a mellkas felső részén, a háton a lapockák közepéig terjedő, olyan sárgás-barnásan elszíneződött és pergamentszerűen beszáradt terület volt látható, amelyen az erek élénk vörös hálózatos rajzolata tünt elő, számos gombostűfej-tűszúrás nagyságú vérzéses pont mellett. A sérült terület széle az ép bőr felé, szabálytalan öblös szélekkel határolódott el és mindkét vállon az előbbiekhez minden tekintetben megegyező, csakhogy 2 filléres-ezüstpengős nagyságú, több különálló beszáradás mutatkozott. Ezen sérülési nyomok annyira utánozták az égési, tehát láng behatásakor létrejövő sérülést, hogy külön beható vizsgálat alá kellett vennünk a hajzatot és ruházatot, arra gondolva, hogy elhalt maga, esetleg más valaki, ki a szerencsétlen segítségére, sietett ijedtében valamely világítóeszközt — gyártyát vagy gyujtót — ejtett rá, melytől a ruha meggyúlva, az észlelt elváltozásokat idézte elő. Ezt a feltevésünket azonban sem a ruházat, sem a hajzat vizsgálata nem igazolta, mert azon égésnek, perzselésnek vagy füstösödésnek nyoma sem mutatkozott, ellenben a bőrre helyezett vörös lakmusz papiros, a lúgtól való eredet bizonyságául, rögtön megkékült.

A belső vizsgálat alkalmával a szájüregben, a nyelőcsőben, a gyomornyálkahártyáján és a légcsőben, sőt a két főhörgben is szokatlanul súlyos felmaródásos kép mutatkozott, amelyek magyarázhatóvá tették az elhalálozás gyors bekövetkezését.

A külső sérülések keletkezési módjának megfejtése végett megszemléltük elhaltnak lakását, hol egyrészt a munkaadó ismertetéséből, másrészt a változatlanul megmaradt szobában való szemlélődés útján meglehetett állaptiani, hogy elhalt egész nap nagymosással foglalatoskodott és este szobájába térve, magával vitt egy papiroszacskóban mintegy fél kg. diónyi darabokból álló lúgkövet, melynek csaknem egész mennyiségét elfogyasztotta, mivel a zacskóban levő maradék alig volt 5 dg. Az ágyon, amelyen fekve találták és az ágy előtti padlón barnásvörös, részben beszáradt, részben megfagyott hányadékból álló nagy kiterjedésű folt mutatkozott, amelyben néhány mogyorónyi lúgkő darabot és ételmaradékot lehetett felismerni. Hasonló színű hányadékkal volt átivódva elhalt ruhája is, melyet a kórházba szállítás alkalmával levetettek. Az éjjeli szekrényen levő vizes pohárban — amely délután állítólag még félig vízzel telve láttak — egy harántujjnyi jeget találtunk. A pohár tartalmának vegyi vizsgálata 3½% NaOH oldatot mutatott ki. Ez a lelet is amellett szól, hogy elhalt a lúgot szilárd állapotban vette be, mivel a szobában más edényt feltalálni nem lehetett. A víz csekély lúgtartalma arra enged következtetni, hogy az már a méreg elfogyasztása után juthatott a mérgezett itatásakor szája vagy nyála útján a pohárba. Égésre utaló elváltozást felfedezni nem sikerült.

Most már nem volt kétséges, hogy a szokatlanul nagy kiterjedésű bőrsérülés a hányás alkalmával a testfelületre került lúgtól eredt. Ez a megállapítás azért is figyelemreméltó, mivel számos szerző a lúgmérgezésnél feltalálható csekély terjedelmű külső felmaródásokat ajánlja a savmérgezésektől való eredés elkülönítésére.

Wietrich Antal dr., egyet. tanársegéd.

Agyrészletek a légutakban koponyasérülés esetében.

A sérülés életben keletkezésének egy ritka bizonyítékát találtuk a Törvényszéki Orvostani Intézetben végzett egyik boncolás alkalmával. H. S. 9 éves fiúgyermeket — miközben az úton átfutott, teherautó elgázolta, úgyhogy a helyszinén meghalt. Holttestét az intézetbe szállították s a budapesti rendőrfőkapitányság boncolását rendelte el. A boncolás alkalmával — abból a körülményből, hogy a fej harántirányban össze volt lapítva, de a testen egyébként alig mutatkoztak sérülések, — meg lehetett állapítani, hogy a járműegyik kereke ment át a fejen. A koponyaboltozatnak darabos törése, az agy-

nak kiterjedt roncsolása mellett a koponyaalapon harántul áthatoló törések voltak. A légzőutak boncolása alkalmával kiderült, hogy a gége és a légcső egész hosszában agytörmelékkel volt kitöltve és ugyanolyan agytörmelék töltötte ki a bal tüdő hörgét is. Finom agytörmelék található volt még a másodrangú hörgökben is. Az erősen puffadt tüdőkben vérbeleheléses szigetek is voltak, a vér mindenütt alvadék nélküli folyékony állapotban volt és a boncolási lelet egyébként is a fulladásnál észlelhető változásokat szolgáltatta. A fennebbi leletből nyilvánvaló, hogy a roncsolt agyállomány nemcsak az elgázoló jármű nyomása folytán, hanem egyrésze vérrel együtt belégzés folytán került a mélyebb légutakba, ami viszont azt bizonytíja, hogy az elhalt a sérülések elszenvedése alkalmával légzett.

Az eset bizonyítja, hogy koponyaalapi sérülések esetében nemcsak a vérbelehelés, hanem agyállomány belehelése is bizonyíthatja a sérülés életbenvaló keletkezését, aminek annyiban van jelentősége, hogy a sérülések területében létrejövő vérbeszűrődések csekély volta a sérülés életben keletkezésére megnyugtató bizonyítékot sokszor nem szolgáltat.

Hasonló lelet aránylag ritkán kerül észlelésre. Az irodalomban 4 esetre akadtunk, amelyeket a müncheni törvényszéki orvostani intézet közöl (Deutsche Zeitschrift für ger. Med. XV. kötet 398. oldal. *K. Walcher:* Über Aspiration und Verschlucken von Gehirnstücken ais Zeichen intravitaler Enstehung schwerer Verletzungen.)

Hidassy Dezső egyet. gyakornok.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A Basedow-kór és a hypertyreosis kezelése fluorral. *Leon Goldemberg.* (La Presse Medical 1930. 102. sz.)

Szerző két éve folytat kisérleteket fluornatriummal. 2%-os oldatból háromszor napjában 10—50 cseppet adott igen jó eredménnyel. Tekintettel arra, hogy sok betegnél gyomorpanaszok, hányinger, hányás lép fel, hosszabb kezelés után, fluorammoniummal próbálkozott teljesen kielégítő eredménynyel. Sőt fluornatrium steril vizes oldatát intravenásan is befecskendezte és nagyobb adagoknál néhány percig tartó hasi görcsökön kívül, semmi kellemetlen mellékhatást nem észlelt. Ujabban kezelt 7 eset kapcsán összefoglalva eredményeit, azt találja, hogy fluorral kezelt Basedow-kórban és hypertyreosisban szenvedő betegek, akár per os, akár intravenás kezelésre, igen szépen javulnak, illetve gyógyulnak, testsúlyok nő, pulsusszámuk leszáll, tremoruk megszünik és alapanyagcseréjük is visszatér a normalis szintre. *Paul dr.*

A gyomorbetegek alcali-therapiájának eddig kevésbbé figyelembe vett hátrányairól. *Mayer.* (Arch. f. Verdauungs-Krankh. XLVIII. köt. 5—6. füz.)

Claude Bernard első állatkisérletei óta ismeretes, hogy az alcaliák kis dosisban a gyomor secretiós müködését fokozzák, nagy dosisban pedig csökkentik, illetve a secretumot közömbösítik. Az elcali-therapia az ú. n. Sippy-kúra formájában ismét erősen hódit, ennek theroeticus alapját *Bálint* vizsgálatai adták meg. *Bálint* szerint nem a gyomornedv közömbösítése, hanem a vér- és szövetnedvek reactiójának alcalicus irányban való eltolása szünteti meg az ulcusos fájdalmakat, ezen célból célszerübb az alcalit intravenásan adagolni. Szerző ellene van az alcali-therapia mai túlhajtott formájának. Szerinte az alcaliák túladagolása, ahogyan azt ma csinálják, előbb-utóbb mérgezési tünetekhez vezet, melyek általános gyöngeségben, álmosságban, fejfájásban, étvágytalanságban, hányingerben nyilvánulnak s a sav-basis egyensúly felbillenésének a következményei. A hannoveri kórház nagy anyagán ezenkívül azt is tapasztalta, hogy a hónapokon, sőt nem ritkán éveken át folytatott s túlhajtott alcali-therapia achyliához vezet, különösen fiatal gyomorbetegeknél. Az achylia többnyire histaminnal szemben is resistens volt s csak az az alcaliák elhagyása után hónapok, esetleg évek mulva indult meg újból a savelválasztás. Az ulcus, vagy gastritis pedig, dacára a savhiánynak, továbbra is fennállott. A túlhajtott alcali-therapia következtében szerző tapasztalatai szerint a gyomornyálkahártya laesiója következik be, amit a fájdalmak typusának megváltozása, kellemetlen általános tünetek, végül achylia követ. Az alcali-therapiát a mai formájában jogosulatlannak tartja s helyette belladonna készítményeket és kímélő diaetát ajánl. *Egedy Elemér dr.*

Felszívódik-e a tejcukor a bőrön át. *Bauke.* (Deutsche Med. Wochenschr. 1930. 44. sz.)

Kenőcs alak segítségével még 160 gr tejcukor bedörzsölése után sem mutatható ki tejcukor a vizeletben, míg oldatát subcutan adva már 1 gr után is megjelenik. Közbevetőleg a tejcukor bőrön át számbavehető mennyiségben nem tud felszívódni és ilyen úton, mint tápanyagot nyujtani nem lehet.

Kleiner György dr.

Érmassage fekvő betegeknél és reconvalescenseknél. *Prof. Böttner.* (Deutsche Med. Wochenschr. 1930. 44. sz.)

A sziv ritmicus összehúzódásaival, mint massage is, fontos a szervezetre, különösen annak rugalmasan tartására. *Franke* ú. n. érgymnastikája abban áll, hogy az ereket ismételten mesterségesen megtelíti, majd kiüríti. Az így előidézett értágítás, érszükítés és vérmennyiség változás activ massageként hat. Gyakorlatilag úgy viszi keresztül, hogy először felemelteti a karokat, majd amikor mintegy tíz másodperc mulva a lábakban feszülő érzés jelentkezik, lefekteti a kezeltet és lábatit 7—8 percre felemelteti. Ezt négyszer-ötször egymásután megismételteti naponta akár háromszor is.

Böttner szerkezete olyan, hogy vele a lábakat emelni és sülyeszteni lehet, ezzel lehetővé válik a tornát súlyos ágyban fekvő betegeken is alkalmazni. Ha a torna előtt a beteg ülni vagy állni tud, úgy több hatást várhatunk.

A kezelési mód hatása abban nyilvánul, hogy még súlyos ágyban fekvő betegeknél is rugalmasan tudjuk tartani a testet és az ereket. A reconvalescentia megrövidül, a betegek hosszú fekvés után is frissen kelnek fel az ágyból. Statisztikája azt mutatja, hogy a thrombosis veszélye az így kezelteknél sokkal kisebb. Nagyon ajánlja még varicositásra való hajlamnál is. *Kleiner György dr.*

Bronchoskópiás eljárás a tüdőtályog kezelésében. *Leon—Kinberg—Soulas.* La Presse Medical 1930. 94. sz.)

A heveny, chronicus és az inveterált tüdőtályogoknál egyaránt ajánlják a bronchoskópiás kezelést, mielőtt mütétre határoznák el magukat. Óvatosan minden tracheo-bronchiális trauma gondos kerülésével a tályogból kiszivják a genyet és eucaliptus olajat vagy lipijodolt fecskendeznek be. 9 ismertetett esetükben már az első kezelés után a láz leesett, a köpet erősen kevesbedett és büzösségéből is vesztett. 10—14 napi időközben ismétlik a kezelést mindaddig, míg a röntgenfelvétel is a tályog teljes gyógyulását mutatja. 9 eset közül 6-ban teljes gyógyulást értek el, 3 esetben pedig időleges javulás után a tályog recidivált. *Paul dr.*

Sebészet.

Az emlőplastikáról. *Biesenberger,* (Ztrbl. r. Chir. 1930. 48).

A kosmetikai emlöplastikának célja a deformitást megszüntetve, fiatalos, szép melliforma képzése, a felső test méreteinek megfelelően. Igen fontos a megkisebbített emlő méreteinek megfelelőn az emlöbimbó és bimbóudvar elültetése. Az emlőbimbó feletti metszésektől mindenkor óvakodni kell. Hangsúlyozza az egy ülésben való operálás fontosságát. A mütét bármely fajta deformitásnál elvégezhető, legyen az akár petyhüdt, zsíros vagy hypertrophiás lógó mell. Az emlöbimbó a megkisebbített bimbóudvarral együtt mindig megtartható és az újonnan képzett emlő kúpjára helyezendő. A plastika következtében a vérellátás sem szenved nagyon, bizonyítja az a tény, hogy sem totalis, sem partialis necrosist sohasem kaptak. Az emlő functióját illetőleg a mütét után nincsenek tapasztalatai, mivel 32 betege közül eddig egy sem esett teherbe. Elméletileg nincs akadálya a lactálásnak. mivel az emlőállomány fele teljesen intact marad. *Biesenberger* S alakú resectiós metszést végez, közelebb vagy távolabb a középvonaltól a nagyságí viszonyoknak megfelelően. A symmetria az emlő formát és a mamillát illetőleg különös nehézség nélkül kivihető volt; egy esetben sem kellett a metszést az emlőbimbó felett vezetni. A mütét tartama 1—1½ óra, melyet mindig egy szakaszban végez. Utólagos correctiót alig kellett végezni, többnyire a mamilla hegének elhúzódása, vagy a varrás okozta bőrpúp miatt kellett beavatkozni. Az újonnan képzett emlő mérsékelt lesülyedését bőrcsík kimetszésével helyi érzéstelenítésben corrigálta. Genyedés egyik esetében sem fordult elő.

Guszich Aurél dr.

A hólyagkövek diagnosisa és megítélése *Hirt.*, Breslau. (Bruns Betr. 150. 2.)

Hólyagkő gyanuja esetén igen jó segédeszköznek tartja szerző a kösondát, amely sokszor azonnali diagnosist biztosít, de persze sem a kövek számáról, sem nagyságáról felvilágosítást nem nyújt. Igen nagy biztonsággal adja a kőrismét a cystoskop, de azért néha ezzel sem jutunk eredményre, főképpen ha kedvezőtlenül fekszik a kő, vagy pedig a beteg nagyon feszít. 1—2 nap mulva megismételt tükrözésnél néha azután azonnal felfedezhető. A röntgen igen kényelmes és biztos eljárás; tévedések elkerülésére azonban nagyon ajánlatos a Bucky-blendével egy nagy áttekintő felvételt készíteni a vesékről, ureterekről és hólyagról, mert vesekövek sokszor ugyanolyan tüneteket okoznak, mint a hólyagkövek. Kicsiny, egészen datolyamag nagyságú kő sokszor magától távozik. Öreg embereket, ha nincsenek türhetetlen panaszaik, inkább ne operáljunk. De azért szerző mégis inkább a radikálisabb műtéti megoldás mellett van, mert sokszor nagyon kellemetlen panaszokat okoznak a kövek és azonkívül nem is olyan ritkán carcinoma okozói. Ha választania módjában van, úgy lithotripsiát végez. De ha késiszonyban szenvedő beteg előzetes beleegyezését az esetleg rögtön kiviendő sectio althoz nem birja, úgy lithotripsiát sem végez. Kemény kövek nem képeznek ellenjavallatot a zúzáshoz. A kövek nagyságának megítélésében legbiztosabban a röntgenre támaszkodhatunk, mert cystoskopisálásnál a kő nagysága a prizmától való távolságával arányosan változik, azért könnyen tévedhetünk véleményünkben. Ha a hólyag olyan nagy, hogy a jól megfogott követ az eszközzel szabadon mozgathatjuk, úgy bármilyen nagyságú követ összezúzhatunk. Az idült hólyaghuruttól nem kell tartanunk, a vesemedencegyulladás már meggondolandóbb ok, kimondottan rossz vesemüködésnél legjobb, ha egyáltalán nem operálunk. *Marx József dr.*

A familiáris acromegaliához hasonló csontvázmegbetegedésről. *Prof. Walther Müller*, Königsberg. (Bruns. Beitr. 150. 4.)

Szerző az irodalomban harmadiknak leírt esetükkel kapcsolatban leszögezi, hogy van olyan familiáris jellegü, mindig a pubertás vége felé megjelenő hyperplasiája a csontszövetnek, valamint a lágyrészeknek — főképpen a végtagokon térdtől és könyöktől lefelé —, melynek valamely hypophysiselváltozással való összefüggését mindezideig kimutatni nem sikerült, de amely okát bizonyára valamilyen belső elválasztású zavarban birja; az ú. n. osteoarthropathiához ennek a kórképnek semmi köze sincs, amennyiben egészen jellegzetesen különbözik töle. A megbetegedés szerző szerint is igen ritka, azért, ha a párhuzamos testvérmegbetegedést nincs alkalmunk észlelni, diagnostizálása — mint az ő esetükben is eleinte — nagy nehézségekbe ütközhetik. *Marx József dr.*

Gerincoszlopelváltozások neurofibromatosisnál. *Michaelis*, Breslau. (Bruns. Beitr. 150. 4.)

Klinikailag a spondylitishez hasonló esetekben nem nehéz a neurofibromatosis diagnosisát megállapitani akkor, ha a röntgen atypicus csigolyagyulladásos elváltozásokat mutat. Gondosan át kell vizsgálnunk a bört naevusokra, pigmentanomáliákra, tumorokra; a nagy idegtörzseken megvastagodásokat kell keresnünk; ezek nem olyan ritkák, mint ahogy ma gnodoljuk. Az ő eseteikkel is meg tudják erősíteni régebbi szerzők abbeli tapasztalatait, hogy erősebb csontelváltozásoknál a bör neurofibromatosisa kisebb szokott lenni, úgyszintén a belső szervek nagyobb neuromája is legtöbbször hiányzik ilyen esetekben. *Marx József dr.*

Szülészet és nőgyógyászat.

Semmelweis és **Virchow.** *Orvostörténelmi tanulmány.* (Archiv f. Gyn. 142. kötet, 2. füzet.)

A szülészet történetének egyik legszégyenteljesebb fejezete *Semmelweis* meddő küzdelmeinek korszaka.

Ugyanazon hónapban, melyben *Semmelweis* könyve megjelent, a bécsi II. sz. női klinikán 101 szülőnő közül 36 halt meg gyermekágyi lázban. Ugyanazon évben Stockholmban 16%, Strassburgban 17%, Prágában 4% volt a mortalitas!

Akkor a gyermekágyi lázat epidemiás betegségnek tartották s aetiologiáját atmosphaerás, cosmicus és telluricus befolyásokra (hiányos ventillatio, kórházi miasma, genius epidemicus), valamint ú. n. fibrinosus crasisra (pl. purulens diathesisre), plethorára, hydraemiára, gastricus noxákra, az idegrendszer megrázkódtatásaira vezették vissza. *Semmelweis* 1847-ben mint 29 éves assistens a nagy bécsi szülészeti klinikán fedezte fel a gyermekágyi láz okát, felismerte a prophylaxis döntő jelentőségét és higított chlormész oldatot ajánlott desinficiensül.

Semmelweis inductiv úton jutott el felfedezéséhez. Feljegyzéseit nyomon követni igen tanulságos, mert ebből látni tisztán, mennyit ér a klinikai statisztikák helyes értékelése.

Semmelweis előszeretettel viseltetett statisztikai munkálatok iránt. Ez ép oly jellemző rá, mint nagy szenvedélyessége, mellyel az anyák életéért harcolt. Elsősorban érző, segíteni akaró orvos volt s csak másodsorban tudós. Ez magyarázza támadásainak hevét az akkor uralkodó gynaekológus professzorokkal szemben.

1847-ben közölte *Hebra* a cs. és kir. orvostársaság folyóiratában *Semmelweis* felfedezését s 1850 májusában a bécsi orvosegyesületben *Semmelweis* személyesen is előadta tapasztalatait. Ezután 10 évig hallgatott, mely idő alatt szülész professzor lett Budapesten. 1860-ban jelent meg nagy müve, melyben összes ellenfeleivel leszámolt.

A tudományos ellenfelek közül *Virchow* volt a leghatalmasabb, három évvel fiatalabb nála és nagyon érdeklődött szülészeti és gynaekológiai kérdések iránt. Különben ismeretes, hogy Virchow pathológiai tanulmányai mellett sem feledkezett meg praxisáról s így szülészettel is foglalkozott. 1860-ban már általánosan ismeretes volt Virchow tétele a celluláris pathológiáról. Az egy principiumból kiinduló magyarázat azonban ép oly kevéssé oldotta meg a gyermekágyiláz okát, mint a humoralpathologia krasis tana, melynek előharcosa *Rokitansky* volt. Virchownak érdeme a pathogenesis fázásainak felderítése, az aethiologiáig azonban nem jutott el. *Virchow* egyébként a febris puerperalis okát időjárási viszonyokra és egyidejü megbetegedésekre vezette vissza.

1861 kezdetén, mikor *Semmelweis* főmüve már megjelent, a német természetbúvárok és orvosok Speyerben tartott gyülésén *Virchow Semmelweis* tanait nyilvánosan elutasította. Később többször megismételte ezt, bár 1864-ben egyszer így nyilatkozott Berilnben: Nem tagadom az infectio lehetőségét, de nem írom alá minden esetben. Nem tagadja *Semmelweis* érdemét, de meg van győződve, hogy az infectio jelentőségét túlbecsülte.

1865 augusztus 13-án *Semmelweis* meghalt. Az orvosi lapok csak röviden emlékeztek meg haláláról. *Virchow* is hallgatott — 14 évig. Csak *Pasteur* felfedezése után ismerte be *Virchow:* „Elismerem, hogy a bizonyítékok mindjobban halmozódnak." A szülész professzorok közül csak hárman ismerték el *Semmelweis* igazságát: *Michaelis, Lange* és *Veit.*

Virchow mondta egyszer: „Az orvostudomány fejlödését minden időben főleg két körülmény gátolta: a tekintélyek és a rendszerek." *Virchow* azonban maga is dogmaticus volt. „Reden über Leben und Kranksein" c. müvében ilyen tanáccsal szolgál: Először megfigyelés és kisérlet, azután gondolkozás autoritásos befolyásolás nélkül, végül előítélet nélküli vizsgálat." *Semmelweis* mindezen postulatumoknak megfelelt. A végzet úgy akarta, hogy *Virchow* a nagy pathológus a „tények logikáját", amelyet nagyon respectált, *életében egyetlenegyszer* elnézze. Alapjában véve sohasem ismerte el *Semmelweist.* Ezzel szemben elégtétellel olvashatjuk *Lister* szavait: *„Semmelweis* nélkül az én müködésem semmi sem volna. Magyarország e nagy fiának köszöni az újab sebészet a legtöbbet." *Ács Miklós dr.*

Az uretercompressio jelentősége és technikája a kiválasztási pyelographiánál. *J. Ziegler.* (Deutsche Med. Woch. 1930. 42. sz.)

A kiválasztási pyelographia methodikája ma már teljesen biztos eljárásként szerepel. Belorvosok és urologusok egyaránt kiterjedten alkalmazzák. A vesemedence és húgyutak láthatóvá tételének 2 módja lehetséges: chemiai és mechanikai. Szerencsés véletlen, hogy a két módszer előnyösen találkozott és így megoldódott a pyelographia problémája. A chemiai eljárás lényegében adva van Roseno pyelognostja, azután az uroselectan előállításával s újaban az abrodilban, melyet az I. G. gyárt. A mechanikai eljárás abban áll, hogy az uretert az articulatio sacroiliaca magasságában comprimáljuk, s ezáltal húgypangást létesítünk.

Az uretercompressio még ma is conditio sine qua non-ja nemcsak a perorális vagy rectális módszernek, hanem az intravenásnak is. Uretercompressio nélkül ugyanis sohasem kapjuk a húgyutak és vesemedencék ürterének tiszta öntetét, hanem a kép minden esetben hiányos marad. Hátránya, hogy a peristaltica megfigyelhetőségét kizárja. Ezen azonban segit a pyeloskopia vagy kinographikai felvétel. A kiválasztási pyelographia főleg morphologiai és csak másodsorban functiós vizsgálat! Műtéti indicatiók felállításában tehát a kép relativ értékénél fogva óvatosak legyünk! A compressio technikája egy külön e célra szerkesztett compresszorium alkalmazásából áll. *Ács Miklós dr.*

Szemészet.

Gondolatok és megfigyelése az uveitisek aetiologiájához különösen az ú. n. „Ismeretlen eredet"-re vonatkozólag. *W. Gilbert.* (Klin. Monatsbl. f. Augenhk. 85. köt. Beilagenheft, 65.)

Az uveitisek aetiologiája még ma is csak 70—85%-ban tisztázódik. Szerző 500 esetéből készített statisztika szerint kereken 83% tisztázódott, míg *Bielschowsky* és *Hofe* statisztikájában 30% a tisztázatlan esetek száma. Örömmel állapítja meg, hogy a tuberculosis mellett a belsősecretiós anomaliáknak is kezdenek újabban nagyob jelentőséget tulajdonitani. 20 évvel ezelőtt jelent meg 3 közlemény *Gilbert, Erdmann* és *Komotó* tollából: vitiligoval kapcsolatban fellépő uvea és látóideg megbetegedésről számoltak be. Azóta több — főleg japán — szerző ismertetett eseteket, ahol súlyos kétoldali uvealis elváltozásokkal együtt allopetia, vitiligo, peliosis és dysakusis volt észlelhető. Ilyen esetekben a szerző az endocrin mirigyek insuffitientiájára, főleg pedig a nemi functiók felfüggesztődésére hívja fel a figyelmet.

Szabó György dr.

A cornea primaer amyloid degeneratiójának esete. *E. F. Lewkojawa dr.* (Klin. Monatsbl. für Augenhk. 85. köt. Beilagenheft, 117.)

Két 14 és 12 éves testvérnek 6 éves kora óta előrehaladó cornea elborulás miatt, mindkét szemén romlott a látása. Mindkét fiú máskülönben egészséges. A vizsgálat alkalmával az idősebbiknél egyedül positiv *Pirquet*-reactiót találtak. Ugyanez a vizsgálat után rövid idővel később kisagytumor következtében meghalt. A szerző a corneában amyloid elfajulást talált. A substantia propria corneae nagyrésze helyén erezett granulatiós szövet foglalt helyet, melyben részint az erekkel, összefüggésben, részint ezektől függetlenül volt a homogen, amyloid elváltozás található.

Szabó György dr.

Gyermekorvostan.

A Calmette-féle tuberculosis elleni védoltás. *Berghaus.* (Deutsche Medizinische Wochenschrift. 1930. 42. sz.)

Ma már kétségtelen megállapítható a B. C. G. veszélytelensége, úgy az állatokra, valamint az emberekre nézve. A rossz tapasztalatok a B. C. G. szenyezésétől származtak.

Calmette statisztikai adatai a tuberculosis halandóság csökkenését igazolják, amit a védoltás alkalmazásának a javára ír. Véleménye szerint az újszülöttek tuberculosis halandósága 40—50%-kal csökkent, amióta azokat védoltották.

Wolf, valamint *Neufeld* tapasztalataik alapján *Calmette* statisztikai adatait teljesen hibásnak tartják és azt egyáltalán nem fogadják el. *Berghaus Calmette* statisztikai adatait utána vizsgálta, igyekezve a statisztika súlyos tévedési hibáit kiküszöbölni. A badeni viszonyokat vizsgálva azt találta, hogy Baden tuberculosis halálozásának a görbéje párhuzamosan halad az egész birodalom tbc. halálozási görbéjével.

Berghaus statisztikája alapján bebizonyítja, hogy ma már szó sincs arról a nagy tbc. halandóságról, melyről az orvosok általában beszéltek, mert hisz a gyermekek 98% más betegségben hal el. Másrészt *Neufeld* bebizonyította, hogy a *Calmette*-féle oltás védő hatása nagyon csekély és így alkalmazását szükségtelennek tartja.

Meglehetünk és meg kell elégednünk tehát, hogy a jelenlegi methodusainkkal a tbc. halandóságot ennyire csökkentettük, sokkal fontosabb, a tbc. leküzdése a fiatal korban 15 és 30 év között, hol a tbc. a halálesetek 35%-át teszi ki.

A gyermek tbc. legjobb kezelési módja az általános testi jólét és hygienicus viszonyok emelése, vagyis az, amit a felnötteknél az életstandard emelésének nevezünk.

Ezek azok a tényezők, melyeknek köszönhetjük a tuberculosis halandóság csökkenését, úgy a gyermekeknél, valamint felnötteknél az összes kulturállamokban.

Peierberger Gyula dr.

Koraszülöttek szellemi és fizikai fejlődése *G. Mohr* és *Barthelme.* (Amer. Journ. of Diseases of Children 40. köt. 1000. old. 1930.)

130 koraszülött gyermeken (8 hó és 7 év között) végzett tanulmányok eredményeképen megállapítja, hogy, ha figyelembe vesszük a testi fejlődésben való hátrányukat, nem maradnak el psychikai fejlődésükben a normalis időben születettektől. Ez a megállapítás nem vonatkozik természetesen azokra ,akiknél intracranialis vérzés, vagy egyéb szülési károsodás következményei szerepelnek. Ezek a szellemi fejlődésnek a koraszüléstől független akadályai. A *Kuhlmann—Binet*-féle schema „személyi-szociális" szempontjából a koraszülöttek átlaga felülmulta a rendes időre születettekét. Ennek okát a különleges gondozásban és figyelembe való részesítésben látja.

Surányi Gyula.

Urologia.

Tévedések és ritkaságok a vesesebészetben. *Dr. S. P. Fedoroff.* (Zeitschr. f. Urol. 24. köt. 8 füzet.)

Ritka veseképződményeknél, mint: fibromák, lipomák, osteomák vér- és dermoidcystáknál néha a pontos diagnosist nem lehet felállítani, mert jellemző klinikiai tüneteik hiányoznak. Gyakran azt is nehéz eldönteni, hogy a daganat a veséből vagy környékéről indul-e ki. Előfordul, hogy sem functionális módszerrel, sem pyelográphia, sem röntgen segítségével pontos diagnosis nem állapítható meg. Szerző azt ajánlja, hogy a hasüreg mindazon képződményeinél, ahol a klinikai tünetek kétségesek, mindig szükséges a pyelográphia és a színpróba elvégzése, még akkor is, ha a vese ép, mert ily módon sikerül a vese részvételét a kérdéses megbetegedésnél kizárni.

Szerző saját eseteiből nyolcat ismertet:

I. Tapintás és pyelográphia vesetumor mellett szól. Vesecysta diganosist nem lehetett felállítani. A vese convexitásáról kiinduló cysta következtében a vese helyzetváltozást szenved és haránt irányban helyeződik el. Röntgen képen az ureter a gerincoszlophoz volt nyomva és a vese felett elhaladva, felfelé convex ívet képezett.

II. Vesekő kórismével kerül a beteg műtétre. Műtétnél kiderült, hogy a vese convexitásából két cysta indult ki, melyek sem egymással, sem a pyelummal nem közlekedtek s a kő az alsó tágult vesekehelyben feküdt.

III. A petefészekből kiinduló dermoidcystája volt a betegnek. A műtét előtti valószínű diagnosis köves-dystópiás vese volt.

IV. Jobboldali ureter és vesetumor volt a valószínű kórisme. A műtétnél haematonephrosist és haemato-uretert találtak. A szövettani vizsgálattal a vesében és az ureter beszájadzásánál carcinomás szövetet lehetett kimutatni.

Ebben az esetben i. v. pyelographiával — ami azonban nem történt meg — a vese és ureter tágulását ki lehetett volna mutatni.

V. A betegnek a job vese alatt egy harmadik accessorius veséje volt és ebben elmeszesedett osteoid sarcoma képződött. Harmadik ureter szájadék nem volt. Pyelographiával csupán azt lehetett kimutatni, hogy a jobb vese nem normalis elhelyeződésü, a medence conturja szabálytalan és az ureter tágult. Ebben az esetben a pyelographia sem tisztázta volna a kórképet, legfeljebb egyszerű felvétel adhatott volna felvilágositást.

VI. Retroperitoneális daganata volt a betegnek, amely dermoid-cystának felelt meg és amelynek eltávolítása nem volt keresztül vihető. A daganatból szörpamatot lehetett eltávolítani, minek utána a beteg subjectiv panaszai csökkentek.

VII. A cystoscopos kép alapján hólyag-papillóma kórképet állapitottak meg, mely a bal ureter beszájadzásánál ült, csak a műtétnél derült ki, hogy az ureter intramuralis részében ülő köve volt a betegnek. A másodlagosan fellépett granulatiók következtében a kórismét papillómára tették. A kórismét hólyag-röntgen felvétellel lehetett volna tisztázni.

VIII. Ennél a betegnél az ureter alsó szakaszában ülő kis kő volt, mely az uretert nem zárta el. Emellett azonban a medence és ureter hatalmas tágulását találták. Lehetséges, hogy ebben az esetben a kő éveken át ventilszerüen működött s az ureter időnkint elzárva, atóniát idézett elő, ami a tágulást megmagyarázza.

Rochlitz dr.

KÖNYVISMERTETÉS

S. O. S. Utmutató a szocialis, karitativ és közhasznú intézményekhez és eljárásokhoz. Irta: báró *Szentkereszthyné Nyegre Rózsi.* (Ára 5 pengő).

E nagy szorgalommal és hozzáértéssel összeállított, hézagpótló könyvecskében részletes felsorolását és leirását találjuk mai Magyarország valamennyi szocialis és embervédelmi szempontból jelentős intézményének. Az anya, csecsemő és gyermekvédelemtől az ifjúsági védőintézményeken át a felnőttek védelmét szolgáló összes jogi, gazdasági,munkaügyi, oktató és *egészségügyi* berendezésekig. A könyv lexicon módjára tömören, de teljes alapossággal tájékoztat az említett intézmények céljáról, szervezetéről és működéséről. Foglalkozik ezenkívül a házasság, haláleset, rokkantság, munkanélküliség stb. esetében követendő eljárásokkal, lakásüggyel, szegénygyvédelemmel, ápolónőképzéssel, megtanit a különböző okmányok beszerzésére, azok alkalmazására, a kórházba, menhelybe, otthonokba stb. való felvétel módozataira stb. stb. Ilyenformán nemcsak minden vonatkozásban megbecsülhetetlen tanácsadója a tájékozatlan, segítségre, védelemre szoruló

embereknek, de értékes segédkönyve a socialis kérdésekkel foglalkozó szakembernek is. A közegészségi, kulturális és társadalmi szempontból egyaránt fontos tájékoztató munkát nagy elismerés illeti meg s annak minél szélesebb körben való elterjedését kivánjuk. *Milkó dr.*

Tehetségproblémák. A gyermektanulmányi és gyakorlati lélektani társaság psychologiai szemináriumában előadták: *Balassa László dr., Hermann Imre dr., Imre Sándor dr., Kernstock Károly, Kosztolányi Dezső, Lénárt Edith dr., Máday István dr., Nagy László, Nemesné M. Márta, Rajniss Ferenc, H. Révész Margit dr., Szondi Lipót dr., Varró Margit.* Budapest, 1930. Merkantil-nyomda, Havas Ödön).

Vitathatlanul szerencsés ötlet volt a gyermektanulmányi és gyakorlati lélektani társaságnak a tehetség problémájának felvetése és szintúgy örvendetes tény általánosságban, hogy a gondolat megtestesitését sikerültnek lehet mondanunk. Mert bár egyes részletek dolgában vitázni lehetne, vajjon mennyiben volt szükséges az ezekkel való foglalkozás, de el kell ismernünk, hogy a társaság a legtöbb kérdést helyesen hozta felszinre és találóan, alaposan, egyik-másikát igen eredetien tárgyalta meg. Jelen ismertetés iróját nagyon kielégitette a könyvecske utolsó fejezete, „A tehetség sorsa és a társadalom" Imre Sándor dr. tollából. Szerző arra a meggondolásra, hogy vajjon miért van olyan nagyon előtérben a tehetség nevelésének kérdése, igen helyesen feleli: „Tudományos oka az, hogy az egyre mélyülő lélektani belátás a rendszeres kutatás eredményeként megnövekedett az emberek megkülönböztetésének képessége", mihez hozzáfüzi a másik gyakorlati okot: „az a tapasztalás, hogy ezeket a követelményeket ma nem igen lehet kiépíteni". Igen találóan mondja, hogy nem egyoldalú vezető nevelés kell, hanem olyan egyetemes szempontú nevelés, amely mindenféle tehetség kifejlődését lehetővé akarja tenni, mert „külön vezetőkké való nevelés majdnem ugyanaz, ami a lángésztenyésztés", ez pedig szerinte veszedelmes úgy az egyénre mint a közösségre nézve és hozzátehetjük, kivihetetlen. Nem követhetjük ezen ismertetés keretében a szerzőnek rendkívül világos és találó fejtegetéseit, mert akkor ezzel a cikkel véges-végig kellene foglalkoznunk; megjegyzéseinkkel csupán a figyelmet óhajtjuk ráterelni. *Révész Margit dr.* a tőle megszokott világossággal és körültekintéssel fejtegeti „A tehetség általános problémái"-t *Szondi Lipót dr.* az ő közismert leegyszerüsitő, de emellett az idevágó biologógiai fogalmak találó alkalmazásával tárgyalja a „A tehetség biologiájá"-t. *Balassa László dr.* „A tehetség psychopathologiá"-jával foglalkozik főképpen *Lange—Eichbaum* nyomdokain haladva; *Nagy László* „A tehetség kifejlődésének föténye zői"-t ismerteti igen alapos cikkben és beható, tiszta megkülönböztetésekben gazdag tanulmányban taglalja „A zenei tehetség"-et *Varró Margit.* Két szerzőről kell még különösen megemlékeznünk. *Kernstock Károly* „A képzőművész" cimen megkapóan értekezik, részben önélmények alapján a teremtő munkáról, a művész alkotókényszeréről, taglalván a művész typusú determináló vonásait. *Rajniss Ferenc* „A szervező" cimü cikkében ritka közvetlenséggel szól a nagy tehetség, illetve a lángésznek egy teljesen modern hajtásáról, melynek képviselője egy *Rockefeller,* egy *Ford,* egy *Stinnes.* Ennek a typusnak a lényegét a következőkben ismeri fel: „A tudása csak eszköz, a szellemi habitusa csak szolga; ura és parancsolója azonban a racionalis cselekvés, az ökonomia, a siker, az eredmény nevében" és hozzáteszi: „Minél több embert, minél nagyobb energiákat, minél rövidebb idő alatt tud valaki egy nemes cél szolgálatába állitani, annál nagyobb culturális szervező képességről tesz tanuságot".

Egészben véve érdekes tartalmú, jól tájékoztató és általánosságban igen jól megirt munka, mely az érdeklődőknek figyelmébe ajánlható. *Schaffer prof.*

A Budapesti Kir. Orvosegyesület január 17-i ülése.

Bemutatások:

1. **Miklós L.:** *Aschheim—Zondek reactio áttételes chorionepithelioma kapcsán.* 34 éves nőbeteg első terhesége üszögterhesség, amely után félév múlva chorionepithelioma miatt hüvelyi méh- és függelékkiirtást végeztek. Egy év múlva a tüdőben áttételek. A többszöri röntgenbesugárzás dacára a beteg két évvel a méhkiirtás után meghalt. A rövid idővel azelőtt végzett Aschheim—Zondek reactio és a bemutató által ismertetett élesztővel végzett vizsgálat positiv volt. Hólyagos üszög és chorionepithelioma esetén a terhességi reactio végzésének fontosságát hangsulyozza.

Földes L.: A Z. A. reactio egyike a legnagyobb újabb nőgyógyászati sikereknek, nemcsak azért, mert ezzel a terhességet korán lehet konstatálni, hanem különsen a chorionepithelioma recidivájának kimutatására. Fontos azonban, hogy a vizelet útján való ellenőrzés rendszeresen történjék lagalább egy évig. S ha a reactio positiv, keresni kell a recidiva helyét.

2. **Kopits J.:** *Világrahozott súlyos lábdeformitás ritkán előforduló esete.* Nagyon ritkán előforduló lábdeformitást mutat be, mely a gyermekklinika orthopaediai rendelésének 25 éves statisztikájában előforduló 3940 világrahozott deformitás között az egyetlen. A deformitás *pes-abductus-reflexusnak* nevezhető. A lábak sarokrésze teljesen lúdtalp állásban van, míg azok eleje derékszögben ki- és felfelé hajlik, a talpak szögbetörésének a csúcspontjában erösen kiálló csontdudor van. A gyermek úgy jár mint, akin Chopart-műtétet végeztek. A röntgenfelvétel az ugrócsont nagyfokú helyzetváltozását mutatja, hosszanti tengelye a láb hossztengelyére derékszöben áll s feje a sajkacsont és sarokcsont közé nyomult. A deformitas öröklött és családi, mert atyjának s egyetlen növérének is ugyanilyen lábdeformitása van, csak kisebb fokban; mint ilyen a csira hibás fejlődéséből származottnak tekinthető. Az egyik láb már mütét által korrigálva van, mely az ugrócsont fejecsének, iletve nyakának a resectiójából állott. Az eredmény úgy alakilag, mint functionalisan nagyon jó.

3. **Gerlóczy G.:** *Feltünő therapiás eredmény CO_2 belégzésre súlyos thrombopeniánál.* Az 51 éves férfi nyaki furunculusa két heti fennállás után incisióra került. A beavatkozást komoly vérzés követte. Az alaposabb megvizsgálásnál kiterjedt bőr- és szájnyálkahártyavérzések voltak megállapithatók. Ezen állapothoz csillapithatatlan orrvérzés is társult. Banális vérzéscsillapitók hatástalanoknak bizonyultak s ezért pontosabb kivizsgálás céljából beszállitották a klinikára. Itt igen súlyos klinikai kép mellett nagyfokú thrombopeniát állapitott meg; diagnosis: valószinü septicus eredetü heveny thrombopeniás purpura. Mielőtt a lépexstirpatióra határozta volna magát, *Stuber* és *Lang* állatkisérleti eredményeire támaszkodva kisérletet kivánt tenni CO_2 belégeztetéssel. A gázt az operatiós narcosisok kapcsán szokásos módon alkalmazta. A vérlemezke száma már a belélegezés alatt több mint kétszeresére szökött fel (21,000—56,000). Összesen három egymástkövető napon alkalmazta a széndyoxidot. A harmadik napon már 150,000, további két nap múlva 400,000 értéket kapott. A beteg a belélegeztetési kúra megkezdését követő ötödik napon gyógyultan távozott. Néhány nap előtt ellenőrizte és a vérlemezke szám e controll alkalmával is normalisnak bizonyult. A CO_2 kúra azóta egy Frank-féle thrombopeniás chronikus esetben *(Pajor dr.)* eredménytelen maradt, ami azt mutatja, hogy javallata csak bizonyos — úgy látszik heveny esetekre érvényesithető.

Előadás:

Kiss F.: *A nervus sympathicus és a nervus vagus viszonya.* Előadó átvizsgálta az emberi n. vagus törzsében és összes ágaiban található idegrostokat. A vagus törzsében a koponyaüregen belül túlnyomó részben vékony, kisebb számban vastag velőhüvelyes rostokat talált, velőtlen (sympathicus) rostokat egyáltalában nem. Ezen utóbbi rostok nagy számban lépnek fel a vagus törzsében a ganglion nodosum alatt. E rostok valamennyien a felső nyaki dúc és a ganglion nodosum közötti összeköttetéseken át jutnak be a vagusba a sympathicusból, tehát itt vendégrostok. Előadó ismerteti ezen 6—8 összekötő ág rostjait. Ezen rostok tulnyomó részben velőtlenek, kisebb számban vékony velejüek.

A nervus vagus ágaiban levő rostok alakilag a müködés szerint változnak, úgy amint azt előadó és *Mihalik P.* 1928-ban közölték egyéb idegekre nézve. A vagus-törzs hasi szakaszában kb. 8/10 részben velőtlen, 2/10 részben vékony velőhüvelyes rostok vannak, vastag velejü rostokat itt előadó nem talált.

A szövettani vizsgálatokban előadó az emberi n, vagus ú. n. „parasympathicus" rostjainak felvételére morphologiai alapot nem talál. A hasi vagus 8/10 részben vendék (sympathicus) rostokból áll, a 2/10 részt kitevő vékony velőhüvelyes rostok pedig előadó szerint érzőek, mivel a vagusnak a gyomorban van érző szerepe, az érző rostok pedig előadó korábbi közlései szerint mindig vékony hüvelyüek.

A kérdés további tisztázására előadó a párisi összehasonlító anatomiai intézetben makroskopos tanulmányokat végzet a gerincesek összes osztályain. Bemutatja ezen tanulmányok alatt készült ábráit. Eladó különösen arra fordította figyelmét, hogy milyen a vagus és sympathicus egymáshoz való viszonya a hasüregben. Erre nézve azt találta, hogy a vagus csupán az emlősök nagyobb részében éri el a gyomor cardialis részét, a többi osztályokban, sőt az alsóbbrendü emlösökben is a nyelőcső alsó végén megszünik s a hasüreg szerveihez csakis a truncus sympathicusból futnak idegek, melyekkel természetesen együtt haladhatnak a gerincvelőből származó s a

r. communicansokon át becsatlakozó érző rostok is. A vagusból csupán az emésztő csatorna felső végéből származó légző szervekhez, valamint az ezek közelében fejlődő szívhez futnak még zsigeri ágak, melyek azonban mindig kevertek sympathicus rostokkal.

Szövettani és összehasonlító anatomiai vizsgálatai alapján a következő eredményekre jutott:

a) Szövettani eredmények: 1. A vagus úgy lép ki az agyból, mint egy közönséges agyideg, melynek általános képe (keresztmetszete) az érző (hátsó) gerincvelői gyökerével azonos. 2. A velőtlen (sympathicus) rostok megjelennek ugyan, a vagus törzsében a ganglion nodosum alatt, de ezek itt csupán vendégrostok, melyek valamennyien a nyaki sympathicusból származnak. 3. A ganglion nodosum vagi és a gangl. nerv. sup. (sympathici) közötti összeköttetések ugyanúgy fogandók fel, mint a közönséges rr. communicantes. 4. A velős (fehér) összekötő ágak vékony velőjű rostjaikkal praeganglionaris rostoknak fogandók fel, ami azonban nem jelenti azt, hogy ezek eredetileg is a vagushoz tartoznak, sőt valószínűen a XI.-ből származnak (r. internus). 5. A rr. cardiaci et abdominales vagi nagyrészt velőtlen (sympathicus) rostokból állanak, melyek a vaguson kívül erednek; ezen rostok semmi morphologiai alapot nem nyújtanak az ú. n. „parasympathicus" felvételére.

b) Összehasonlító anatomiai eredmények: 1. A n. vagus az embryonalis emésztő csatorna felső végének, az abból származó légző szerveknek és a szívnek közönséges érző idege. A belőle származó mozgató rostok nem eredeti vagus rostok, hanem kísérleti és anatomiai eredmények szerint a XI. idegből kerültek beléje. 2. A vagusnak ugyanolyan viszonya van a sympathicushoz, mint a gerincvelői idegeknek általában. 3. A hasi szervek motoricus és secretoricus idege kizáróan a sympathicus. 4. A ganglion coeliacum, valamint az összes para- és praevertebralis ganglionok kizáróan a sympathicushoz tartoznak. 5. A „parasympathicus" felvételére a hasüregben nincs anatomiai alap. A „parasympathicus" tünemény csupán a sympathicus negativ állapotaként fogandó fel. 6. Per analogiam, a hasüreg beidegzése alapján, semmi jogunk sincs feltételezni, hogy más zsigerek kettős (sympathicus és parasympathicus) beidegzés alatt állanak. A zsigerek érző idegei cerebrospinalis, mozgató és elválasztó idegei pedig sympathicus eredetűek.

Lenhossék M.: Elismerését fejezi ki az előadónak azért az értékes munkáért, amit a vagus és sympathicusnak összehasonlító anatomiai irányban való vizsgálatával végzett. Annál értékesebb a munka, mert e téren még nagyon kevés adattal rendelkezünk. Nem tud azonban az előadóval egyetérteni abban, hogy vizsgálatai elég alapot szolgáltatnak arra, hogy parasympathicus hatású rostok létezését kétségbevonjuk. A „parasympathicus" elsősorban nem anatomiai, hanem physiologiai és pharmacodynamikai fogalom s az anatomiai az ő egyszerű módszerével háttérben kell, hogy maradjon a kísérleti kutatással megalapozott tényekkel szemben. A vagus és sympathicus viszonyát illetőleg felhivja az előadó figyelmét egy 1890-ben megjelent közlésre, melyben egy esetet ír le, ahol a bal alsó gégeideg nem a vagusból, hanem egy, az aorta íve alatt levő sympathicus dúcból eredt, mely a sympathicussal csak egy vékony ág által függött össze. Végül sok szerencsét kíván az előadónak az autonom idegrendszerre vonatkozó anatomiai kutatásainak további folytatásához.

Józsa J.: A klinikusok mindig érezték a sympathicus és parasympathicus (vagotonia, sympathicotonia) működésbeli antagonistakép való beállításának bizonyos erőszakoltságát. A klinika már régóta látja e tannak heroiszticus voltát sok tekintetben. A klinikai megsejtés előadó anatomiai histologiai eredményeit, amik a vagus hasürbeli szerepének detronizációját jelentik, évek előtt még érezte. *Sziemborovsky* a háború alatt irta a vagotoniáról, hogy e fogalom nem a a vagusinnervatio erősebb voltát, hanem csak azt jelenti, hogy a sympathicus tónusa kórosan csökkent. Ahogy pl. egy baloldali arcideghüdésnél jobbfelé huzódnak a lágyrészek, mert a bal idegbéna oldalon csökkent az innervatio s nem azért, mert az ép oldalon fokozódott.

Vámossy Z.: Csatlakozik *Lenhossék* óvatosságához, hogy nem lehet még a sympathicus és parasympathicus rendszer létezését feladni. Hiszen szerveink ellentétes beidegzése megdönthetetlenül áll. Ne építsünk úgy, hogy rombolunk. Egyelőre nem tudná feladni és nélkülözni a pharmacologia tanításában a parasympathicus rendszer létezését. Megkapta az, hogy parasympathicus vasodilatatio nincs az előadó szerint, mert ugyanerről kezdenek intézetében is meggyőződni. De hogy van az, hogy ilyen egységes sympathicus vasoconstrictio mellett adrenalinra mindig csak tágulnak a coronariák? Talán az izmok elhelyezése olyan, hogy összehuzódásuk kitágítja az edényt? Kétségtelen, hogy a kétféle beidegzés iskolapáldái mellett nagy zürzavar uralkodik e téren. Eddig csak a pharmacologia tudott ide elective mérgei segítségével bepillantani. Örvend, hogy most *Kiss* professor a sokkal biztosabb úton, a morphologia segítségével kezd bevilágítani.

Jendrassik L.: Az előadó vizsgálatainak nagy jelentősége, hogy tisztázza és helyreigazítja a vegetativ idegrendszernek agyi kapcsolataira vonatkozó ismereteinket. Eredményei szerint a parasympathicust nem állíthatjuk szembe, mint bulbosacralis rendszert a sympathicussal. Minthogy azonban a szervekhez vivő vegetativ rostok egy része a sympathicussal ellentétes hatású ingerületet közvetít, továbbra is célszerű lesz ezeket, akár a sympathicus (vegetativ) rendszer egy részeként, mint parasympathicust vagy antisympathicust megkülönböztetni. *Gaskell* és *Langley* felosztása alól már előbb kihullott a pharmacologiás alap, egyrészt a kivételek túl nagy száma következtében, másrészt, mert a vegetativ pharmakák innerváció nélküli szervekre (pl. amnion) is éppen úgy hathatnak. Az előadó vizsgálatai a morphologiás alapot szüntetik meg. A physiologiás antagonizmus mégis szükségessé teszi a terminologia fenntartását. Téves azonban az előadó azon nézete, mely szerint a sympathicussal ellentétes irányú beidegzés nem is léteznék, s a szervek állapotát a sympathicustonus positiv és negativ irányú ingadozása befolyásolná. A vagusingerlés az isolált, ergotaminozott (tehát sympathicushatás nélküli) szívet is megállásra készteti.

Lenhossék M.: Utal a ganglion ciliareről írt, 1911 és 1912-ben megjelent dolgozataira, amelyekből kiderül, hogy a dura a sympathicus és cerebrospinalis dúcoktól eltérő szerkezetű és kapcsolatú különleges parasympathicus ganglion. Idegsejtjei nem teljesen egyező typusúak a sympathicus dúcok elemeivel. Igazi gyökere csak egy van, ez a n. oculomotoriusból eredő rövid gyökér. Ennek szélesvelőhüvelyű rostjai végeikkel a dúcsejteket fogják körül; a dúcban új neuron kezdődik, melynek keskeny velőhüvelyű neuritjei a pupillaszükítő és alkalmazkodási izomra hatnak. Egyes emlősállatokban és sok submammalis gerincesben a dúc a n. oculomotorius lefutásába van iktatva; a sympathicusnak csak felületes vonatkozásai vannak hozzá, legtöbbször semmi vonatkozásuk nincs a dúchoz. Itt tehát a parasympathicus morphologiailag is kifejeződik.

Tuszkai Ö.: Orvosnövendék koromban, vagy 40 év előtt, mint *Mihalkovits* tanár anatomiai tanszékének gyakornoka, foglalkoztam a vagus és sympathicus közötti összefüggés keresésével. Az első idevonatkozó nagyobb készítményt Onodyval együtt csináltuk kutyán és már ekkor feltünt, hogy ú. n. vegyes ágak, melyekről eladó mint vendégszövetüekről emlékezett meg, nagy számban és nem szövevényes lefutásban kötik össze a vagust a plexus hypogastricus inferiorral. Világossá vált előttem az is, hogy a vagus a gyomor mellső és hátsó falának plexusaiban végágakra bomlik, amelyek a gyomor nyálkahártyáján idegi végkészülékekhez hasonló képleteket mutatnak. Ezeket később szövettani vizsgálók meg is találták és *Webster*, valamint mások is a *Pacini—Vater*-féle testecsekhez, vagy a *Krause*-féle véggömbökhöz, illetőleg a *Meissner*-féle testecsekhez hasonlónak találták. A tiszta sympathicus ágak, valamint a vegyesek az uterus harántcsikolt izomsejtjeinek magvaiban mint velőhüvely nélküli idegszálak végződnek. Egyenes összeköttetés tehát a plexus gastricusok és az uterus között nincs. Azonban a hypogastricus inferior és a ganglion solare útján egyes anastomosisok követhetők a vagusnak gyomron felüli részleteihez. Ezeket az anastomosisokat kikerestem és ötnek lefutását megállapítottam (anast. spermatica, pudendo-haemorrhoidalis, cutaneocavernosa, utero-coeliaca és utero-spinalis) és az idevágó készítményt *Thanhoffer* professor kérésére emberi hullán kidolgoztam. Az előadó tanár úrtól nagy örömmel hallottam, hogy mindegyik készítmény használható állapotban van még ma is az anatomiai intézet múzeumában. Mindezt főleg azért említettem, mert rá akartam mutatni az előadó témájának rendkivüli *gyakorlati* fontosságára. Sok évtized óta nagy megfigyelők által megállapított tény ugyanis, hogy olyan gyomorbántalmak, melyek mindenféle belorvosi kezeléssel dacolnak, sőt azokra romlanak, egyszerre megjavulnak, ha a női genitáliák betegségeit megjavítjuk vagy meggyógyítjuk. Igy pld. ha egy deflektált uterust corrigálunk. Ezért kívánják nagy gynekológusok évtizedek óta *(W. Freund, Emmet, Hegar,* v. *Winckel)*, valamint nagy internisták, hogy minden gyomorpanaszos beteg nő nőorvosi szempontból feltétlen vizsgáltassék meg. Akármelyik szerv legyen primaer beteg, könnyen okozhatja a másik szerv betegségét. Legtöbbször azonban a méh betegszik meg elsősorban és a gyomorbaj ennek következménye. Ezt az összefüggést a méh és gyomorbántalmak között alig tudjuk másként megérteni, mint ha a vagus és sympathicus között szoros anatomiai összefüggés van. Ha egy palpabilis gyomorbaj a primaerbántalom és ez okoz pld. *Glénard*-féle gastroenteroptosist, akkor inkább a hasürben

bekövetkezett intraabdominalis nyomásváltozás, tehát a statikai viszonyok megváltozása, valamint a két szerv függesztőkészülékeinek egyensúlyzavara okozza a méh elhajlásait.

Az előadó úrnak, mint hivatott anatomusnak nagy érdekességű adatai és megállapitásai annak dacára, hogy az általam talált viszonyokat nem mindenben igazolja, mégis alkalmasak arra, hogy a gyomor- és méhbántalmak közötti összefüggés tényét bonctani alapon megérttessék, amely tény már arra is jó, hogy nem késztet minket az endokrinologiához való menekülésre a bajok magyarázatakor. Ez pedig azért nagyon fontos jelenség, mert a kitünő előadás erős és hangos figyelmeztetés arra nézve, hogy a betegségek és azok közötti összefüggés megértésére van még anatomia és az erre alapított élettan és nem szükséges a belső secretiós mirigyeket egyedül felelősségre vonni.

Lobmayer G.: Rámutat az ideg átmetszete és müködése közötti összefüggésre. A müködő ideg bizonyos vastagságával szemben a nem müködő ideg atrophiát mutat. Erre vonatkozó adatokat nem talált a physiologiákban. A n. phrenicuson szerzett klinikai tapasztalatai megerősítették fenti megfigyeléseit. Az előadó is utalt erre.

Kiss F.: A klinikai irodalomban a *Józsa* főorvos úr által említetteken kívül valószinüen több olyan adatot lehetne találni, mely a parasympathicus létezését nem igazolja. *Zien Vorowsky* említett fejtegetései egyeznek vizsgálataim eredményeivel. *Vámossy* prof. úr felszólalásával egyetértőleg én is elismertem, hogy functionalis különbségek észlelhetők a szerveken, de azok nem kettős beidegzés eredményei, hanem a sympathicus különböző állapotai folytán jönnek létre. A kisérletező *előzőleg* vizsgálja ki és elemezze azon ideget, melyen kisérletezni óhajt. A mérgek támadási pontjait nem ismerjük, mint említettem egyugyanazon pálya prae- és postganglionaris szakaszai is különbözőképen reagálnak, ezért az adrenalin különböző hatásai nem dönthetik meg a bemutatott morphologiai adatokat. *Jendrassik* kartárs kiegyezési ajánlatát nem fogadhatom el. A kivett szivben helyi ganglionok s ezekkel kapcsolatban prae- és postganglionaris rostok vannak, de az említett kisérleteknél valószinüen nem állapitották meg, hogy ezek közül mire hatottak. *Lenhossék* professor úrral egyetértöen én is úgy találom, most folyó vizsgálataimban, hogy a gang. ciliare főgyökere az oculomotoriusból ered. A nn. ciliares vékony velejü rostjai, melyeket már *Gaskell* is leirja 1885-ben vagy praeganglionaris rostok melyek dúcai még periferikusabban vannak, vagy pedig a trigeminusból (a hosszú gyökéren át) jövő érző rostok. A ggl. ciliare gyökerei és ágai is most vannak vizsgálataim alatt. A *Tuszkai* kartárs dolgozataiban leirt klinikai észleletek is a hasüreg egységes beidegzését igazolják. *Lobmayer* tanár úr vékonyabb phrenicusait vagy közönséges inaktivitási atrophiának, vagy mellékprhenicus jelenlétének kell tartanom.

Közkórházi Orvostársulat január 14-i évzáró közgyűlése.

Borszéky K.: Elnöki megnyitó:

A közkórházi Orvos Társulat életében az évzáró közgyülés mindég egy ünnepet jelent. A hétköznapi munkában megpihenve visszanézünk az elmult esztendőre és magunkba szállva vizsgáljuk, hogy törekvéseinket mennyiben tudtuk megvalósitani. Mert, hogy mindnyájunkban meg volt a törekvés és az akarat, hogy mindennapi gyógyitó munkánkon kivül a tudomány haladásával lépést tartsunk, sőt hogy annak előbbrevitelét saját erönkhöz képest mi is elömozditsuk: annak annyira tudatában van mindenki, hogy azt vizsgálni felesleges. A mi tudományos munkánk tükre üléseink szinvonala és örömmel állapithatom meg, hogy ez a szinvonal az elmúlt esztendőben csak emelkedést mutatott. Megbecsülni ezt a körülményt csak az tudja, aki ismeri azt az intensiv állandó munkát, amely a közkórházakban folyik. Az óriási beteganyag lelkiismeretes ellátása a csekély számú orvosi személyzet minden idejét és erejét annyira igénybe veszi, hogy tudományos buvárkodásra, a beteganyag tudományos eldolgozására alig jut idő; a kórházi administratio, a folyton szaporodó irásbeli munka: látleletek, statisztikai kimutatások, bizonyitványok, különböző jelentések a biztosító intézeteknek, stb., stb. mind az orvosok vállaira nehezednek és idejüket majdnem teljesen lefoglalják, energiájukat felemésztik. Ha még ehhez hozzáveszem, hogy a főváros kedvezőtlen anyagi helyzete következtében az önálló, különösen kisérleti munkák végzésére a rendelkezésre álló helyiségek, vizsgáló eszközök és felszerelések még a legszerényebb igényeket is alig tudják kielégiteni: mindenki be fogja látni, hogy amit mi tudományos téren produkálunk, az a mostoha vsizonyok között erönk megfeszitésével született.

Pedig ha valamikor, úgy most van szükség arra, hogy a gyógyitás és a tudományos búvárkodás terén a legjobbat produkáljuk, mert az orvosi tekintély legfőbb faktorai ezek. Az orvosi tekintély elődeink céltudatos munkájával szilárdan megépitett várának fala repedezik; az orvosi munka devalválódásának jelei mutatkoznak, minden oldalról támadásokat intéznek ellene. A gazdasági krizis, az orvosi túlproductio és az elhelyezkedési nehézségek nagyon alkalmasak az ellentállás csökkentésére. De társulatunk tagjainak tudományos teljesítménye biztos jele ennak, hogy a fiatal orvosi generatióban van még erő és akarat; az ő lelkes munkájuk és tudományszeretetük az orvosok megbecsülésének és tekintélyének legjobb biztositéka.

Az elnöki megnyitó után kegyeletes szavakkal emlékezett meg *Basch Imre* igazgató-főorvosról, aki a társulat ügyét melegen felkarolta, annak érdekében sokat buzgolkodott és egy üléscicluson át annak alelnöke is volt.

Torday A. titkári beszámolójában előadja, hogy az elmult évben 21 rendes ülést tartottak. Azonkívül a szemészorvostársasággal két, az urologiával egy együttes ülésük volt. Ezen üléseken a neuritis retrobulbaris aetiologiáját és causalistherapiáját vitatták meg (referensek *Liebermann, Panz M.* és *Sarbó A.)*, azután a pangásos papilla mütéti indicatióit (ref.: *Grósz E.)*, továbbá a retinitis gravidarum kérdését *(Licskó A.* és *Raisz D.)*, *az* urologiai együttes ülés tárgyát pedig a pyonephrosis képezte (előadó: *Rihmer B.)*. A rákról tartott sorozatos előadások referensei *Bézi I., Wolff K., Torday A., Guszman J.* és *Kelen B.* voltak. Az őszi ülésszakban a Semmelweiss teremben *Pleskó Lajos* a suctio és a Jackson-féle laryngoskopiáról tartott egy gyermekgyógyászokat és laryngologusokat érdeklő előadást a gégediphteriával kapcsolatban. Az egyes bemutatások a következőképen oszlanak meg: belgyógyászat 6, sebészet 3, börgyógyászat 12, gégészet 1, gyermekgyógyászat 1, nőgyógyászat 11 serologia és bacteriologia 3 urologia 1, röntgen 1, fülgyógyászat 1, kórbonctan és kórszövettan 2.

Az előadások közül belgyógyászati volt 10 ,sebészeti 3, börgyógyászati 4, bacteriologiai és serologiai 3, gyermekgyógyászati 2, ideg- és elmekórtani 1, szülészeti és nőgyógyászati 9 és a röntgen körébe tartozott 1 előadás.

A *Szili Jenő*-féle nőgyógyászati és szülészeti jutalomdíjat az igazgatótanács *Orentsák Aladár* Uj szent János-kórházi alorvosnak itélte oda. Főorvossá történt kinevezésük által az igazgatótanács tagjaivá lettek: *Czunft Vilmos, Karcag László* és *Kollárits Béla.* 19 régi tag jelentette be kilépését. Uj tag gyanánt 52-en jelentkeztek, akiket a közgyülés megválasztott. Taglétszám 706. A társulat kiadta az évkönyvet, amely az ülésjegyzőkönyveket, a tisztikart és a tagnévsort tartalmazza. Azonkívül a jegyzőkönyv németül is megjelenik a Verhandlungen der Ungarischen Aerztlichen Gesellschaften című *Alföldi Béla* főorvos által szerkesztett folyóiratban. A társulat intensiv tevékenységét a főváros által nyújtott segély hathatósan támogatta, amelyre azonban a jövőben alig számithatnak, mert a belügyminisztérium a segélyt törölte és csak *Borszéky* elnök közbenjárására utalt ki a polgármester segélyt a pénzügyi egyensúly megőrzésére.

Hochenburger pénztáros jelentése, a felmentvény megadása és a jövő évi költségvetés bemutatása után a választást ejtették meg. Az igazgatótanács egyhangulag *Guszman József* eddigi alelnököt választotta meg elnöknek. Alelnök lett *Furka Sándor,* I. titkár *Torday Árpád.* A közgyülés ezután egyhangulag a tisztikart a következőkép egészitette ki választás után. Üléselnökök: *Barabás Zoltán* és *Demjanovich Emil.* Ellenőr: *Balázs Gyula.* Jegyzők: *Pásztay Jenő* és *Roth István.* A számvizsgáló bizottság tagjai: *Halka Lajos, Raisz Aladár* és *Vámos Gyula.*

Ünnepi *Semmelweis*-előadás: **Wenczel Tivadar:** *A méhenkivüli terhesség. Semmelweisről* megemlékezvén, a szent Rókus-kórház szülő- és nőbeteg osztályának 10 évi méhen kivüli terhes anyagát, 367 esetet összefoglalva, ismerteti. 1921-ben 18, majd évről-évre mindig több és több esetet, 1929-ben már 67 esetet vettek fel. A betegek közül legtöbb — 145 — 26 és 30 életév között esett ezen bajba. Vérzésük 63.8%-ban késve, 18.7%-ban a rendes menstruatiós időre és 13%-ban a rendes időnél korábban jött meg, 36 nő azelőtt még nem volt teherben, 127 egyszer, 204 többször volt gravid. Az azelőtt még teherben nem volt betegek közül különösen sok van olyan, akik bár hosszabb idő óta rendes nemi életet éltek, addig mégis meddők maradtak, akik pedig azelőtt voltak teherben, azoknál ilyen körülmények között hosszú az előző terhességi pausa. 341 laparatomai között 17-szer operáltak az ellenkező oldalon megismétlődött tubaris terhességet, ugyanazon az oldalon a méhenkívüli terhesség megismétlődését egyszer látták az előző mütétnél visszamaradt tuba-

csonkban. Egy intrafollicilláris ovariális terheségről is beszámol. 341 extrauterin gravid laparatomiánál 144-szer tubai rupturát, 114-szer abortust láttak, 84-szer régi haematomiával operálták a betegeket. Domináló eljárásuk az operativ gyógyítás. A terhes méhkürtöt a méhsarkokon ékalakban metszik ki, nehogy tubacsonk visszamaradással alkalmat adjanak a bajnak ugyanazon az oldalon a megismétlődésre. A terhes oldal ovariuma, ha megtartható, kímélik, úgyszintén az ellenkező oldali méhfüggelékeket is. Azonban ha ezeken kóros elváltozásokat találnak, akkor eltávolítják, főleg a beteg tubát, hogy a terhesség ellenkező oldali megismétlődésének is elejét vegyék. Az összes 367 esetükben 341-szer laparatomia útján operáltak, ötször az elgenyedt haematomát hüvelyen át nyitották meg. 21 beteget conservative kezeltek. A 341 laparatomiánál 168-szor a gravid tubát egymagában, 126-szor a beteg ovariummal együtt exstirpálták. 39szer a túloldali adnexákat is részben vagy az ovariummal együtt eltávolították. 4 megrepedt interstitiális eset közül 2-ben az erősen sérült méhet is eltávolították. A méhet még ötször exstirpálták, 4-szer myománál, 1-szer carcinománál, 10szer egyben ovariális cystát is operáltak, 17-szer lobos adhaesiókat szabadítottak fel, 7-szer a beteg appendixet távolították el egy ülésben. 75.5%-ban a betegek simán gyógyultak, 13.9%-ban lázasan. 21 beteg meghalt, ezek közül azok legszámosabban, akiknek olyan bajuk is volt a méhenkívüli terhességük mellett, amely egymagában is halálos lehetett volna, pl. magzatelhajtás céljából elkövetett manipulatióból támadt sepsissel beszállított eset, tüdőcavernás haemoptoes beteg stb., a halálozási százalék 3.1%.

A székesfővárosi diaetás étterem.

Irta: *Rosenberg László* dr. vezető-orvos.

A diaetás étterem szükségessége a diaetás életmódra utalt, magánháztartással nem rendelkező betegek ambulans módon való ellátására, önként merült fel. A mindinkább fejlődő diaetika nemcsak egyes acut megbetegedésnek gyógyító eszköze, hanem számos chronicus megbetegedésnek fontos, sőt egyetlen gyógymódja lett. Az elhuzódó diaetás kezelésnek a szakácsművészet érdekkörébe kellett vágnia, mint amely hivatva van arra, hogy minden konyhatechnikai feladatot az izlés érdekében oldjon meg és a hosszantartó diaetát elviselhetővé, sőt élvezhetővé tegye.

Amublans étkeztetésre évszázadok óta a vendéglő rendezkedett be, amelynek prosperitása attól függött, hogy egy *heterogen* összetételű, származású, korú, vagyoni helyzetű, stb. tömeg izlésének milyen tág határok között tud megfelelni. Egész berendezkedése, systemája ezt a célt szolgálja. Nyersanyagkészlete, begyakorolt személyzete, felszerelése lehetővé teszi számos ételnek pár percen belül való elkészítését (à la minute) az előre elkészített ételek sorozata pedig az izlés kivánalmainak egész skálája. A service asztal, amelyen só, paprika, bors, mustár, olaj, ecet, O-K mártás, stb. foglalnak helyet, egy heterogen ízlésű tömeg kívánalmainak lehető egyszerű technikával igyekszik megfelelni.

Amíg a közönséges vendéglőnek egyetlen célja az izlés kielégítése, tekintet nélkül a beteg egészségi állapotára, addig a diaetás étterem *mind e két feladatnak igyekszik* megfelelni, természetesen az orvosi követelményeket tartván mindenek felett szem előtt.

Amíg a vendéglőben az italon van a hangsúly, amely a rezsiköltségnek nagyrészét behozza, a diaetás étterem kénytelen átvenni a közönséges vendéglő üzletre beállított rezsiköltségeit, anélkül, hogy tisztán haszonra törekednék. Ezért, mint hasznothajtó magánvállalkozás rentabilis nem lehet.

Egészen más a helyzet a *Székesfővárosi diaetás étteremnek a felállításánál*, amely nem haszonra törekszik, hanem, mint *intézmény* orvosi szaktanács* irányítása és ellenőrzése mellett karolja fel ezt a kérdést, kidomborítva ennek socialis és közegészségügyi jelentőségét is. Az a rendszer, amelyet meghonosítottunk, tudtunkkal teljesen új és nem csak orvosi, illetve diaetikai szempontból igyekszik megfelelni a legkényesebb klinikai követelményeknek, hanem socialis érdekből minden járni és dolgozni tudó ambulans beteg számára a diaetás étkezést lehetővé teszi.

Berendezésünk és munkarendünk a következő:

A diaetás étterem berendezése semmiben sem tér el a rendes éttermi berendezéstől csupán a hygenikus követelményeknek fokozottabb betartása jellemzi. Minden igyekezetünk odairányul, hogy a diaetás éttermet felkereső betegek a megszokott vendéglői környezetben, a diaetás étkezés kényszerérzése nélkül fogyasszák el ebédjeiket, tehát semmi olyan változtatást nem eszközöltünk, amely a rendes éttermi berendezéstől eltér. A terem befogadó képessége óránként 50 ember. Az asztalok sem megszámozva, sem betegségek kategóriái szerint megjelölve nincsenek.

A konyha berendezése sem tér el a jól felszerelt vendéglői konyháétól. A diaetát képzett szakács készíti el, de működése nincsen élesen különválasztva a normal konyhától. Ez nem is volna helyes. A diaetás szakács a normal konyha produktumait is felhasználhatja megfelelő indicatiók alapján, amely az étlapot nemcsak változatossá teszi, hanem ezáltal megközelítheti azt a nívót, amelyet a vendéglőkben étkezők megszoktak és megkívánnak. A diaetás szakács munkájának részletes leírása nem tartozhat e cikk keretébe, mert ez magában foglalja a dietás konyhatechnika egész studiumát.

A diaetás étkeztetés gerincét képező étlapot egy hétre előre állítjuk össze. Az étlapon szereplő összes ételeknek qualitativ és quantitativ tulajdonságait ismerjük és recepturában fektetjük le. *Felfogásunk szerint lényeges újítás ez a diaetás konyha működésében* és elvitathatatlan gyakorlati értéke abban áll, hogy a szakács konyha művészetébe nem szólunk bele, az ételeknek elkészítését előzetes elméleti megfontolások alapján nem korlátozzuk.

Valóban úgy van, hogy minden nagyobb étterem étlapjából, számos diaetát szolgáltathatnak ki, ha az ételeknek chemiai és egyéb tulajdonságait ismernők. Ha már most mi az étlapot az ételeknek ismert értékeivel a cél érdekében állítjuk össze, úgy teljesítő képességünk a lehetőség határán mozoghat. Ha pl. minden levesünknek, főzelékünknek, tésztánknak, stb. szénhydrat értékét ismerjük, cukorbetegünknél nem kell egy merev menü-sémához ragaszkadnunk, hogy megfelelő quantitativ étrendjét kiszolgáltassuk.

A gyakorlat megmutatta, hogy csupán az ú. n. „könnyű vegyes étrendet" kell étlapra vetnünk, amelynek elkészítése az általános diaetikus konyhatechnikai szabályoknak megfelelő, valamint a sótalan étrendet és a teljes szénhydrátmentes diaeta érdekében a cukorbeteg tésztát. Az ételeket úgy válogatjuk össze és olyan konyhatechnikával készíttetjük el, hogy azokból számos más étrendet ki tudjunk hozni. Igy minden nehézség nélkül előállíthatjuk ebből a hachéepurée étrendet, a durva kosztot, a fűszerezés differentiálásával a hyparacid és hyp. v. anacid diaetát, a folyadék- vagy fehérjeszegény étrendet és a cukorbeteg étrendet.

Az az étrend, amelyet mi „könnyű vegyes" étrendnek nevezzük, megfelelne *Jürgensen „Meso-diaetájának"* (Normalkost für Kranke: Allgemeine Krankenkost; Mittlere

* A felügyeletet gyakorolják: *Csordás Elemér* dr., a székesfőváros tisztiorvosa és *Szécsi Ernő* dr. tisztifőorvoshelyettes. Szaktanácsadók: *Benczur Gyula* dr. és *Soós Aladár* dr. egyetemi tanárok.

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM KÖNYVTÁR

Diaet). De míg *Jürgensen* szerint „ez a mesodiaeta a diaetának legszélsőbb részletig való szabályozását jelenti forma, methodika, tartalom és technika tekintetében, quantitativ, quanti-qualitativ és qualiativ külön tendencia nélkül, szerinte tehát ez a diaeta megfelel mindazon betegségeknek, ahol különös diaetás kívánalmak (Diaetansprüche) nincsenek, addig a mi étrendünk *éppen a vendéglői rendszer productiv erejénél fogva,* valamint a „diaetás directricek" réven e kívánalmaknak is megfelelhet.

A vendéglői rendszer productiv ereje, mint már említettük a jól felszerelt konyhával, képzett személyzettel és nyersanyagkészlettel függ össze, amely lehetővé teszi egy-egy ételnek gyors elkészítését vagy diaetás követelményekhez mért átalakítását. Külföldi fürdőhelyek merev menürendszerrel dolgozó diaetás éttermeinek, illetve azok konyháinak is meg volna az a képessége, hogy étlapjaikat az adott diaetás követelményeknek megfelelően mobilisalják, az ételeket szükség szerint átcsoportosítsák és átalakítsák, *ha meg volna az összekötő kapocs a beteg, konyha és orvos között.*

Ez az összekötő kapocs: a *diaetás directrice.* A diaetás directriceket, *Soós* ajánlatára 1924-ben nekem volt alkalmam először az ambulans diaetás étkezők szolgálatába állítani. E diaetában képzett egyének érintkeznek közvetlenül a betegekkel. Ők végzik a kész ételekben eszközlendő esetleges változtatásokat, a különleges elkészítési módokat a konyha részére és jelentik az orvosnak a beteg állapotában beállott változást, amely a diaetának teljes megváltoztatását vonhatja maga után.

A jelentkezés a diaetás orvosnál történik. A beteg vagy volt orvosnál és akkor a kezelő orvosától részletes étrendi előírást hoz, illetve diagnosist, amelynek alapján az étrend felírható vagy pedig orvosnál még nem volt. Ez utóbbi esetben megalkuvást kell tennünk és a beteg diaetáját az anamnesis alapján állapíthatjuk meg, bár a beteg megvizsgálása nélkül teljes felelősséggel ez meg nem történhetik. A beteg jegyfüzetének felzetére írja az orvos a jelentkezés alkalmával, mindazon megjegyzéseket, amelyek a diaetát determinálják, pl. Hyperaciditas, fűszerezett leves, passirozott főzelék „könnyű vegyes".

A diaetás nővér átveszi a beteget és az előírásnak megfelelően irányítja azután tovább a diaetát. Diaetás éttermünkben jelenleg 50 beteg jut egy diaetás directricre. E precisitásánál fogva nagy munkának lebonyolítását az a módszer könnyíti meg, amellyel a directricek a betegek diaetáját felírják és amely szervesen belekapcsolódik a konyha *gazdasági működésébe is.* A betegnél lévő jegyfüzet felzetén a betegségre vonatkozó adatok szemelőtt vannak. E jegyfüzetbe írja be másolattal egy nappal előre a diaetás directrice a megfelelő diaetát, miközben, vagy miután a beteg ebédjét elfogyassza, illetve elfogyasztotta. Az eredeti előírást kitépi és ezeknek összesítése alapján történik az anyagkiszabás és anyagrendelés, a másolatot a megfelelő „bon"-okkal, amelyekkel a konyhában átvett fogásokat nyugtázza az éthordó, a füzetben hagyja, ezt másnap maga a beteg tépi ki és adja át az éthordónak. Ily módon a diaetás nővérek előírásai határozzák meg a rendelt nyersanyag mennyiségét, erről egységes és teljesen pontos képet alkothatnak, pazarlás nem történhet és a kész ételek távozását a konyhából a „bon"-okkal ellenőrizhetjük.

E módszernek jelentősége kidomborodik abban is, hogy az egyes ételeknek önköltségi árait ismervén a diaetás nővér tisztában lehet azzal, hogy a rendelt ételek értéke nem lépte-e tul azt az összeget, amelyet a betegek azért fizettek. A nyersanyag áraihoz jelenleg fix rezsiköltséget számítunk, tehát bizonyos, hogy erről teljesen tiszta képet nem alkothatunk, hiszen az egyes ételek rezsiköltsége is számos körülménytől függ és változik. Tervbe vettük tehát a Soós-féle *„index-rendszer"* bevezetését, amelynek a diaetás directricekkel való együttdolgozás révén, akik ennek a rendszernek gyakorlati alkalmazását a klinikán megtanulták, akadálya nem lesz. Az erre irányuló előmunkálatokat meg is tettük.

Tisztában vagyunk azzal, hogy a szerény keretek között megindult és még fiatal üzemnek a működéséből az egyes betegségek ambulans diaetás kezelésére vonatkozóan meszemenő következtetéseket levonni nem lehet. Meg van azonban az *alkalmunk* arra, hogy az ambulans étkezőkre vonatkozó megfigyeléseinket naponta feljegyezhessük s így a kezelőorvos előírt diaetájának hatásáról szakszerű felvilágosítást kaphat. Ezeket az adatokat úgy orvosi, mint statisztikai szempontból rendezzük s ha úgy érezzük, hogy azok már kellő értékkel bírnak, nyilvánosságra hozzuk.

Csak azt jegyezzük még meg, hogy a diaetás étteremnek közegészségügyi és socialis jelentőségén kívül *educativ* hatása is van. Az itt étkezők megtanulják diaetájukat, sőt az evés általános hygeniáját. A diaetás étteremnek ezt a tevékenységét ugyancsak úttörő munkásságnak tekinthetjük. Ugy az evés, mint a konyha hygeniája sok tekintetben még ma is ismeretlen fogalmak és különösen a konyhaszemélyzet munkájának e cél irányában való beállítása sok nehézségbe ütközhet tudatlanság és rossz szokások miatt. E hibáknak kiküszobölése is szorosan programmunkba tartozik.

Magyar orvosi nagyhét.

Az orvostudomány — mint minden élő szervezet — az evolutio folyamán a specializálódás felé halad. Ennek köszöni azt a hatalmas lendületet, melyet fejlődése az utolsó emberöltők alatt vett. De ennek, a már szinte tulságbamenő differentialódásnak, megfelelő integrálására van ma szükség. Ezt célozza az a munkaközösség, amelynek „Magyar Orvosi Nagyhét" nevet adta a Magyarországon országosan megszervezett tudományos szakegyesület vezetőiből megalakult Elnöki Tanács. Az együttműködés elgondolásában az volt a vezető elv, hogy minden egyes szaktársaság megtartja teljes függetlenségét, csak egyidőben, párhuzamos ülésekben rendezi nagygyüléseit, ami lehetővé teszi azt, hogy oly kérdések megbeszélésére, amely több szakot érdekel, együttes vitaüléseket is rendezhessen.

Ama szerkesztőségünkbe beküldött előzetes programm, amely a május 31—június 6-ika közötti hétnek munkabeosztását tartalmazza, ez az elgondolás már formát is öltött. A június 1-ére kitűzött együttes ülés, amelyre a belorvosok, elmeorvosok, nőorvosok és sebészek társasága kért fel előadókat, *Kiss Ferenc* (Szeged) a vagus és sympathicus morphológiáját tárgyalja a klinikus szempontjából, majd *Zalka Ödön, Gerlóczy Géza, Kubányi Sándor* és *Szathmáry Zoltán* a thrombosis és embolia kérdését ismerteti. Június 2-án a sebész és urologiai társaság a vese, urether és hólyagkövek kérdését vitatja (ref.: *Illyés Géza* és *Rihmer Béla).* Június 3-án a belorvos és sebész társaság a gyomorfekély kezelésének eredményeit tűzte ki közös tárgynak (ref.: *Entz Béla* (Szeged), *Szinnyei József* és *Hüttl Tivadar* (Debrecen). Június 6-án a szem és rheuma orvosok az iridochorioditisek aethiologiájáról tárgyalnak. A délutáni üléseken és a szabadon maradó napokon a szaktársaságok párhuzamos üléseken különleges themáikat tárgyalják. Az ülésekre a munkaközösségre lépő társulatok összes tagjaikat, mint vendégeket szivesen látják. (A társulatok tagsági igazolványai jogosítanak belépésre). Olyan orvosok, akik nem tagjai a 11 egyesület valamelyikének, napi 1 P, vagy

heti 5 P résztvevői jegygyel hallgathatják a tárgyalásokat.

A „Magyar Orvosi Nagyhét" ezen integráló célon kívül azt tűzte ki feladatául, hogy a vidéken működő kartársaknak, akik főleg kisebb kórházakban kénytelenek a rokon szakmákkal is foglalkozni, módot nyújtson, hogy az őket érdeklő kérdések megvitatásában rövid időre tömörítve, résztvehessenek.

A „Magyar Orvosi Nagyhét" első ülésszakának elnökéül báró *Korányi Sándor* professzor urat kérte fel. A M. O. N. irodája, IX., Gyáli-út. (O. Közegészségügyi Intézet).

Szívből kívánjuk, hogy e szép terv beváltsa azokat a reménységeket, amelyet annak megszervezői hozzá fűznek. *(Sz.)*

VEGYES HÍREK

Személyi hír. A győri közkórház szemészeti osztályának vezető-főorvosává *Komondy Pál dr.*, v. egyet. szemklinikai tanársegédet kinevezték.

A Budapesti kir. Orvosegyesület január 24-iki tudományos ülésének tárgysorozata: *Bemutatás: Burger Károly:* Terhességi hányás súlyos esetei. *Előadások:* 1. *Raisz Dezső:* A tüdőgümőkór gyógyítása terhesség alatt. 2. *Frigyesi József:* A szülés alatti fájdalomcsillapítás különböző módjai.

A Budapesti kir. Orvosegyesület orr-gégegyógyászati szakosztályának január 27-iki tisztújító és tudományos ülésének napirendje: 1. Enlöki beszámoló. 2. Titkári jelentés. 3. Pénztári jelentés. 4. Tisztújítás. — Tudományos ülés: 1. *Campián Aladár:* A nyelőcső egész hosszára kiterjedő dilatatio. (Mult ülésről elmaradt.) 2. *Laub László:* a) Typhus utáni gégehegesedés műtét útján gyógyult esete. *b)* Megnagyobbodott thymus okozta stridor röntgenbesugárzással gyógyult esete. 3. *Stamberger Imre:* Beékelődött idegen test esete 9 hónapos csecsemő gégéjében.

A Magyar Szemorvostársaság január hó 30-án délután 6 órakor a II. sz. egyet. szemklinikán (VIII., Szigony-utca 36. sz.) *tudományos ülést* tart.

Az Országos Balneologiai Egyesület négy évtizedes fennállásának ünneplésére április 24—26 közt rendezi jubilaris congressusát és közgyülését. A congressus napirendjén szerepelni fognak előadásaikkal úgy a balneologiának, mint a rokon tudományoknak neves szakemberei. A congressus keretén belül tervbe van véve a budapesti gyógyfürdők, ásványfürdők, árványvizek hivatott vezetés mellett történő bemutatása. Vidéki résztvevők számára az egyesület vezetősége kedvezményes menettérti vasúti jegyet és ingyen lakást szerez.

Minden kérdésben felvilágosítással szolgál a főtitkár: *Frank Miklós dr.*, Budapest, I. Attila-körút 19.

Magyar Tüdőbeteggondozó és Gyógyintézeti Orvosok Egyesülete január 22-én, d u. 6 órakor a Társadalomegészségügyi Múzeum (VI., Eötvös-utca 3.) előadótermében szakülést tart. Tárgy: *Sebestyén Gyula:* A tüdősebészet újabb problemái műtéti esetek bemutatásával.

Az Apponyi Poliklinika Orvosai Tudományos Társulásának január hó 23-i ülésének tárgysorozata. *Bemutatások: Engel Sándor:* a) Ostitis cystica humeri. b) Multiplex diverticulumok az oesophagusban. *Epstein Tibór:* Máltaláz esete. — *Előadások: Epstein Tibor:* A higanyos hugyhajtók rectalis alkalmazásáról. *Lazarovits Lajos:* A konstitutio szerepe a késői syphilises megbetegedések, — elsősorban az aortitis syphilitica keletkezésében.

A „Magyar Pathologusok Társasága" f. évi január 14-én tartotta alakuló közgyülését. A közgyülésig 166 tag jelentette be csatlakozását, akik közül az alakuló közgyülésen 81-en jelentek meg. Az alakuló közgyülés elfogadta az előterjesztett alapszabályokat s megválasztotta a Társaság intéző szerveit: Elnök lett: *Buday Kálmán,* alelnök: *Entz Béla.* Az alakuló közgyülésen *Orsós* professzor felkérte a társaság tagjait az Internationalis Geographiai Pathologiai társaság munkájában való részvételre. A Magyar Pathologusok Társaságának célja a pathologiával foglalkozók és az iránta érdeklődők tömörítése. Belépésre vonatkozó felvilágosítást *Nachtnebel Ödön* titkár ad. I. sz Kórbonctani Intézet, Üllői-út 26.

Helyreigazítás. *Bécsnek* francia neve *Vienna,* azonban ugyanilyen nevü város délkeleti Franciaországban is van, úgyhogy francia forrásmunka nyomán, ha csak nem nyilvánvaló a helyzet, könnyen össze lehet cserélni a két várost. Az O. H. ez évi 2-ik számában az 52-ik lap második hasábjának 6. sorában én is francia forrásmunkára támaszkodva, *viennei concilium* helyett tévesen bécsi concilliumot irtam, mert nem lévén kellő járatosságom a zsinatok és az egyház történelmében, nem volt előttem nyilvánvaló, hogy ez a zsinat (1312-ben) nem Bécsben, hanem Franciaországban volt. Ez az eset is igazolja, hogy az orvostörténelemmel foglalkozónak a legkülönbözőbb segédtudományok között még az egyháztörténelem részleteit is ismernie kell. Köszönöm jóakaró és figyelmes olvasómnak, hogy erre az összecserélésre engem és az O. H. olvasóit is figyelmeztette. *Herczeg Árpád dr.*

Magyar orvosok keleti tanulmányútja. Ritka alkalmú keleti utazás indul 1931. szept. 18-án Egyptomba a luxori és assuani, bagdadi és babiloni kirándulási lehetőségekkel az őskultura, a fáraók, szfinkszek és piramisok hazájába. Az utazást az egyiptomi kartársak meghivása folytán az Orsz. Orv. Szöv. nyugdij- és segitő intézete rendezi.

Utirány: Budapest — Fiume — Brindisi — Patras — Korinthusi szoros — Athen — Kréta szigete — Alexandria — Cairo — (Luxor, Assuan) — Suez — Cantara — Jeruzsálem — Názáret — Kána — Tiberias — Kafarnaum — Genezáret — Damaskus (Mezopotámia: Bagdad, Babilon) — Baalbeck — Beyrouth — Haifa — Larnaca — Korinthusi szoros — Brindisi — Triest — Budapest.

A résztvevőknek alkalmuk nyilik Athent, Kréta szigetét, azután még a hét napos cairoi tartózkodás alatt a hires egyptomi muzeumot (Tuth Ankh Amon), citadellát, mosékat, kalifa sírokat, a gizehi évezredes piramisokat, a szfinkszszet, Sakkarát, Serepheumot, Ptahotep Mastabát, állatkertet, Memphist (Ramses), Heliopolist, a Nilus-mentét megtekinteni. Egy külön kirándulási lehetőséggel Luxorban a karnaki világcsodát, Thébét, a királysirokat (Tuth Ankh Amon, Ramses, stb.) Deir el Bahrit, Kurnát, Medinet Habut, Memnon kolosszusokat, Assuanban Phile szigetét, a nilusi hires nagygátat. Majd Egyptom után a Suezi csatornán kompon átkelve s expressvonattal a Szentföldet elérve, Jeruzsálemet, ezután Betlehemet, a Holt tengert, Jordánt. Autóval tovább északnak tartva Nazártetet, Kánát, Tiberiast, Kafarnaumot, Genezáret tavát. A syriai határt szintén autóval átlépve, az igazi Kelet Gyöngyét, Damaskust, ahol ma is még Ábrahám idejéből való viseletben járnak az emberek.

A syriai tartózkodás alatt alkalom nyilik a Tigris és az Euphrat völgyében fekvő Bagdadnak és Babilonnak felkeresére is. A Libanon tövében vezet majd az autóút a kikötőállomásra Beyrouthba s a visszautazásnál alkalom nyilik Haifát a hires Carmel hegyével megtekinteni, majd pedig Haifa—Brindisi vonalon Larnacában kikötni.

Elegendő számú résztvevő jelentkezése esetén, a kedvezményes részvételi díj II. b) osztályban 1285.— pengő; II. a) osztályban 1550.— pengő; I. osztályban 1950.— pengő.

A II. b) osztály utasai az európai, ázsiai és afrikai vasutakon III. osztályt, Fiumétől Alexandriáig a hajón a II. osztályt, visszautazásnál Beyrouthtól a hajón a III. osztályt használják.

A II. a) osztályban az utazás vasuton és hajón II. osztályon történik.

Az I. osztály részvevői csupán a hajón használják az I. osztályt, egyébként a vasutakon a II. osztálybeliekkel együtt utaznak.

A részvételi dijban bentfoglaltatnak az összes vasuti és hajóköltségek, a kifogástalan szállodai és élelmezési, valamint a programmszerinti összes autóturák dijai, a be- és kihajózási illetékek, idegenvezető, podgyász-szállítás és a borravaló költségek.

Akik az egyhetes egyptomi tartózkodás alatt Luxorba és Assuanbba is óhajtanak ez expressel lerándulni, ezért külön a II. osztályon 280.— pengő, I. osztályon 360.— pengő összköltséget fizetnek.

Akik pedig a Syriai tartózkodás alatt Bagdadba és Babylonba óhajtanak külön kirándulni, azok ez autóútért (2000 km.) 560 P összköltséget fizetnek.

A szükséges vizumok egységes ellátását a hajózási tár-

Pilulae kalii jodati perennes Szőllősi

saság budapesti irodája fogja vállalni, hol a kabinhelyek rajzai is megtekinthetők.

Jelentkezni lehet junius 1-ig. Tekintettel a korlátozott létszámra, célszerű a részvétel komoly szándékát a Magyar Orvosok Keleti Tanulmányútja rendezősége számlája javára a Magyar Országos Központi Takarékpénztár RT. erzsébetvárosi fiókjánál (MOKTÁR) Budapest, Rákóczi-út 28., *50 P* jelentkezési díj beküldésével mielőbb biztosítani. A részvételi díj részletekben is fizethető. Az útra vonatkozó részletes programmot a rendezőség meg fogja küldeni. Jelentkezéseket elfogad az Országos Orvos-Szövetség titkári hivatala (A Magyar Orvosok Keleti Tanulányútjának Rendezősége) Budapest, IV., Városház u. 14.

Berlinből súlyos influenzajárványról adnak hírt. Naponta 100—120 beteget szállítanak a kórházakba. A kórházi ágyszámok hiánya máris érezhető. Érdekes megemlíteni, hogy míg egy gyermekkórházat kiürítettek az influenzás betegek számára, úgy másik két kórházat bezártak. Bécsben ugyancsak influenza járvány van, ami azonban a nagyszámú megbetegedés mellett (a lakosság 30%-a) könnyű jellegű.

Samarkandban (Turkestan) orvosi egyetemi fakultás nyílt meg. Eddig 150 hallgató iratkozott be. Egyidejűleg ugyanitt orvosi propedeuticus kurzusokat tartanak.

Hollandiában a gyermekeket rendszerint 2—4 éves korukban ojtják be himlő ellen, tehát később, mint a többi államokban. A rotterdami himlővédőojtást terjesztő egyesület a Hollandiában gyakran előforduló postvaccinás enkephalitist a késői ojtásokkal hozza összefüggésbe. Hollandiában 1 postvaccinás enkaphalitis 4000 első ojtásra, Angliában 48.000 és Németországban 750.000 első ojtásra esik.

Orvostanhallgató magyar orvosi munkák francia fordítását vállalja. Cím a kiadóban.

Az Orvosi Évkönyv 1931. évfolyama rövidesen lezárul, felkérjük tehát mindazon orvos urakat, kiknél az adatok (lakás, telefonszám, stb., stb.) megváltoztak, hogy ezt velünk a már több ízben szétküldött kérdőívek útján *sürgősen* közöljék, nehogy *téves adatok* szerepeljenek nevük mellett. Kérdőíveket kívánatra küldünk. „Magyarország Orvosainak Évkönyve és Címtára" szerkesztőség: Budapest, VII., Kertész-utca 16. Telefon: J. 406—47.

Budapest székesfőváros közegészségügyi állapota

1931. év január első felében.

Hasi hagymáz	16	(—)	Gyermekágyi láz	1	(—)
Küteges „	—	(—)	Bárányhimlő	123	(—)
Hólyagos (ál-) himlő	—	(—)	Járv. fültőmirigylob	83	(—)
Kanyaró	32	(—)	Vérhas	12	(—)
Vörheny	81	2	Járv. agygerincagyhártyalob	2	2
Szamárhurut	62	6	Trachoma	40	(—)
Roncsoló torok és gégelob	120	8	Veszettség	—	(—)
Influenza	*	5	Lépfene	1	(—)
Ázsiai kolera	—	(—)	Paralysis infant.	—	(—)

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

* A megbetegedések száma nem állapítható meg, miután a bejelentés nem kötelező.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Lapunk mai számához dr. Egger Leo és Egger I. vegyészeti gyár Budapest, *Eggoplast*, *Idealplast* és *Tegoplast*-ról szóló prospektusa van mellékelve.

Hogyan nyilatkoznak a klinikák, kórházak és orvosok a BILVIVID -ről.

(Irodalmi kivonatok.)

Kérésükre készséggel közlöm, hogy a kapott BILVIVID mintát egy már a műléljébe beleegyező epeköves betegemnek adagoltam, azóta csaknem mindennapos görcsei elmaradtak, a beteg dolgozik s más gyógyszert nem szed. Vizelet urobilinogen — negativ, széklet: normális, Icterus 0.

Budapest, 1930. dec. 28. Dr. Stöckl Rezső s. k. cgyet. orvos, belgyógyász, szakorvos.

Dr. BAYER és TÁRSA, gyógyszervegyészeti gyár, Bpest IX.

PÁLYÁZAT

A Fejérvármegye tulajdonát képező székesfehérvári Szent György-közkórház bőr- és nemi betegosztályának lemondás folytán üresedésbe került rendelői főorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma ez idő szerint évi 960 pengő tiszteletdíjban van megállapítva. Rendelő-főorvos feladata lesz a nemibeteg-osztály rendelésén kívül a létesítendő venereás gondozó intézet vezetését is ellátni.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy orvosdoktori oklevelüket, szakorvosi minőségüket, irodalmi működésüket, eddigi esetleges közszolgálatukat igazoló, valamint személyadataikat tartalmazó okmányaikkal (magyar állampolgárság, születési anyakönyvi kivonat, curriculum vitae) felszerelt kérvényeiket Fejérvármegye főispánjához címezve hozzám 1931. évi január hó 30-ig nyújtsák be.

Székesfehérvár, 1930. évi december hó 27-én.

12.028/1930. sz. *Havranek József* dr., s. k. alispán.

Hódmezővásárhely th. város tulajdonát képező „Erzsébet" közkórháznál a törvényhatósági közgyűlés 170/1930. kgy. sz. határozatával szervezett 4 (négy) segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A segédorvos javadalmazása a XI. fiz. osztály 3-ik fokozata *A)* csoportja szerint járó fizetés — egy bentlakásra alkalmas külön szoba, fűtés, világítás élvezete és I. oszt. élelmezés. Az I. oszt. élelmezés önköltségi árának 50%-át a segédorvos köteles a közkórház részére havonkint megtéríteni.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy képesítésüket, eddigi gyakorlatukat, életkorukat, egészségi állapotukat, erkölcsi magaviseletüket, valamint a román megszállás és a kommün alatti maguktartását igazoló irataikkal felszerelt s a városi főispánhoz címzett pályázati kérelmüket 1 P 60 filléres okmánybélyeggel ellátva — 1931. év február hó 14-ik napjának déli 12 óráját a polgármesteri hivatalnál adják be, illetőleg oda küldjék meg.

Az elkésve beérkező, vagy kellően fel nem szerelt pályázati kérelmeket nem vesszük figyelembe.

Hódmezővásárhely, 1931 január hó 10-én.

84/1931. eln. *Soós István* dr., polgármester.

A dohányzás nem ártalmas, csak a nikotin!

A magyar királyi dohányjövedék **minden gyártmánya** és a legtöbb külföldi gyártmány kapható **az egészségre ártalmatlan nikotinmentesített** minőségben is.

Jelzésünk:

NIKOTEX

Aromájuk éppen olyan, mint a normál-gyártmányoké, izük még egyenletesebb, kellemesebb.

Áruk alig magasabb a teljes nikotintartalmu gyártmányok áránál.

MINDEN DOHÁNYTŐZSDÉBEN KAPHATÓK.

A legmodernebb, szabadalmazott elektrothermikus kezelés és utónedvesítés után *csak az az áru kerül forgalomba*, mely a sorozatos vegyvizsgálatok eredménye szerint a *hivatalos előírásoknak mindenben megfelel.*

Gondoljon egészségére, szívjon NIKOTEX-et!

Centrum Kiadóvállalat Rt. Budapest, IX., Köztelek-utca 1. Igazgató: Bornemisza Gábor.

75. évfolyam. 5. szám. Budapest, 1931 január 31.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:
ANTAL GÉZA, HŐGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY AGOSTON

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC, VÁMOSSY ZOLTÁN, ISSEKUTZ BÉLA, POÓR FERENC, GORKA SÁNDOR, REUTER KÁMILLÓ, BELÁK SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR — SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Hornyánszky Károly: Adatok a syphilis re- és superinfectio problémájához. (101—106. oldal.)
Szathmáry Zoltán: A kor szerepe és a sugaras kezelés eredményessége a mola és chorioepithelioma therapiájában. (106—109. oldal.)
Szálka Vilmos: A rhinitis atriphicans pathogenesiséről. (109—112. oldal.)
Temesváry Miklós: A női végbélgonorrhoeáról. (112—114 oldal.)
Kenyeres Balázs: Nőként házasságban élő férfi. — A helyszíni szemle jelentősége. — Rejtélyes úton létrejött széngázmérgezés. (114—116. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (17—20. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. Szülészet és nőgyógyászat. — Szemészet. — Gégészet. — Urologia. — Elméleti tudományok. (116—118. oldal.)
Könyvismertetés: (118. oldal.)
A budapesti Kir. Orvosegyesület jan. 24-i ülése. (118—121. o.)
Johan Béla: Az egészségvédelmi rendszerről, a védőnőkről és a hatósági orvosokról. (121—124. oldal.)
Deutsch Mátyás: Megjegyzés Vanik Vince dr.: „A gonorrhoea röntgensugaras és diathermiás provocatiója" című cikkére. (O. H. 3. sz.) (124. oldal és a borítólap III. oldalán.)
Vámossy Zoltán: Dr. Batthyány-Strattmann László herceg. † (a borítólap III. oldalán.)
Vegyes hírek: (a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A szegedi m. kir. Ferencz József Tudományegyetem bőr- és nemibeteg klinikájának (igazgató: Poór Ferenc dr., egyet. ny. r. tanár) közleménye.

Adatok a syphilis re- és superinfectio problémájához.

Irta: *Hornyánszky Károly dr.*, tanársegéd.

A re- és superinfectio problémája, minthogy tulajdonképen ez a syphilis gyógyulásának kérdése, a syphidologusok között mindenkoron élénk érdeklődés tárgya volt. E kérdéssel behatóbban foglalkozó autorok részletes felsorolását mellőzve, pár szóval csak azon kimagaslóbb uralkodó nézeteket szándékszom vázolni, melyek a kérdés felfogásának hullámzásában megnyilvánultak.

A XIX. század folyamán *Ricord* után indulva, a szerzők többsége tagadta a syphilis gyógyulásának s így a reinfectiónak lehetőségét. Felfogásukat később kissé módosítva, a reinfectiót legfeljebb csak mint egészen kivételes ritkaságot fogták fel, mely kifejezésre jutott *Fournier* azon mondásában, hogy „sauf exceptions prodigieusement rares, la vérole ne se double jamais". Noha e nézettel szemben az élén *Didayval* számosan állást foglaltak, mint *Lhoste, Hutchinson, Neumann, Kaposi, Finger* stb., mégis *Ricord* tanai terjedtek el leginkább a mult század folyamán, azokat vallották *Fournier, Mauriac, Brocq* iskoláiból kikerültek, továbbá *Baerensprung, Sigmund, Hebra, Drysdale* stb.

A XX. századnak a syphilis terén elért nagy fölfedezéseivel új periodus, újabb viták indulnak meg és a szerzők csaknem egyöntetűen kezdik elismerni a syphilisreinfectio lehetőségét. Különösen a salvarsan bevezetése után emelkedik egyszerre a közölt reinfectiós esetek száma, ámbár a közöltekből számos eset, az elégtelen salvarsan kezelés következtében, recidiva volt.

Ha az utolsó évtized, a syphilis modern kezelés idejének munkásságát nézzük, úgy látjuk, hogy annak ellenére, hogy majdnem minden szerző felteszi a reinfectio lehetőségét, kételyek most is vannak. A kísérletek lueses egyének felülfertőzhetőségét bebizonyították. A superinfectio azonban, ha a szervezet nincs éppen allergiás állapotban, teljesen az első fertőzés képében folyhat le. Nincs tehát semmi positivumunk a syphilis gyógyulásában, s így állandóan ott áll előttünk a kérdés, hogy re- vagy superinfectio van-e jelen?

Bernard az 1926-ban Brüsselben tartott 3. derm. congressuson a kérdésről részletesen referálva, sokkal gyakoribbnak gondolja a superinfectiót, mint reinfectiót. Minthogy azonban nem ismerjük a syphilis gyógyulásának biztos jelét, nem tudjuk, hol végződik a superinfectio és hol kezdődik a reinfectio, legmegfelelőbbnek tartja, ha ezen elnevezés helyett „reinoculatio"-ról beszélünk.

Kísérleti kutatások.

A kísérleti kutatásokkal, különösen, amikor azok a spirochaeta és seroreactiók felfedezésével exactabb alapra kerültek, azáltal, hogy sikerült bebizonyítani syphilises emebrek superinficiálhatásának lehetőségét, lényegesen előbbre jutott a re- és superinfectio problémája. E téren értékes munkásságot végeztek: *Roux* és *Metchnikoff, Finger* és *Landsteiner, Neisser, Deermanx, Queyrat, Sabarenanu, Pinard,* majd legújabb időkben *Bogdanoff, Lipskeroff, Capelli,* a japán iskolából *Akatsu* és *Yokoto,* különösen pedig *Hashimoto.* Ezek és még számos szerző kísérletei noha itt-ott ellentmondásokat tüntetnek fel, mégis azon közös eredmény vonható le belőlük, hogy:

a superinfectio a syphilis folyamán lehetséges, azonban a syphilis stádiumai szerint nem egyforma gyakorisággal és a superinfectio megnyilvánulása rendszerint azt a stádiumot mutatja, melyben az illető syphilises szervezet éppen van. Korai stádiumban, a II. incubatiós idő kezdetéig (a primaeraffectio megjelenésétől kb. 10—12 napig) gyakran sikerül a superinfectio, mely az incubatiós idő megrövidülésével typicus sclerosis formájában jelenik meg és amit gyakran kísér secundaer adenopathia. Mentül inkább közeledik a II. stádium, annál ritkább a felülfertőzés és ha meg is jelennek az inoculatio helyén roseolás foltok vagy papulák, azok nem igen mutatnak speci-

ficus jelleget és adenopathia nem szokta őket követni. A III. stádiumban a superinfectio megint gyakoribb, a primaeraffectio a III. luesnek megfelelő syphilidet mutat, amit általános tünetek rendszerint nem kísérnek. Mindazonáltal latens esetekben, különösen ha azok a korai stadiumban energicusan lettek kezelve, látunk oly felülfertőzéseket, melyek valódi reinfectiónak néznek ki.

A bőr immunitási viszonyai ugyanis, melyek a szervezet activ spirochaetáinak jelenlététől függnek, nem szabályszerűek a syphilis folyamán, talán csak egyesek nél, hanem különböző hullámzásokat mutatva csak abban nyilvánulnak meg, hogy az újólag bekerült spirochaetákkal szemben a bőrszerv megváltozott reactióval, *allergiával* viseltetik. A védekezőképesség hullámzása pedig befolyásolva van az első fertőzéstől, ki lehet téve egyéni ingadozásoknak és függ a spirochaeták virulentiájától is, melyeket mind lényegesen megváltoztathatnak a nyujtott antilueticumok. Az immunitási viszonyok megváltozhatósága magyarázza tehát, hogy latens syphilis bizonyos eseteiben a felülfertőzés reinfectio képében jelenhet meg. Ennek ellenére nem sorolhatjug még sem a superinfectiók körébe azon eseteket, melyek az első fertőzés után több hónapra vagy több évre, előzetes teljes tünetmentesség mellett, az első fertőződés typusos tüneteivel jelennek meg, hanem ezek azon esetek, amiket mint tulajdonképeni reinfectiókat kell felfognunk.

Pseudoreinfectio.

A re- vagy superinfectio bizonyos esetekben könnyen összetéveszthető a pseudoreinfectio néven ismert elváltozásokkal: a reinduratióval és sankerszerű tertiaer syphiliddel.

A *reinduratio (chancre redux)* oly módon jön létre, hogy az előző primaeraffectio helyén vagy a nyirokutak révén hozzátartozó környezetében visszamaradt spirochaeták isolált recidivát idéznek elő. A reinduratio többnyire elégtelen antilueticumok adása következtében a II. stádiumban fordul elő, kivételesen észlelték csak a fertőzés utáni későbbi években. Histologiailag nem mutatja a typusos sclerosist és spirochaetát nem igen tartalmaz.

A salvarsan, általában az energicus combinált curák bevezetése óta egyes szerzők szerint gyakrabban látni reinduratiókat, melyek a reinfectio képében jelennek meg. *Finger, Thalmann, Veress* és mások szerint, az intensiv kezelésre a spirochaeták a szervezet egyéb helyein elpusztulván, tönkremennek a védőerők is, az in loco maradt spirochaeták könnyebben felelevenedhetnek, úgyhogy a sclerosisszerű elváltozás majdnem steril szervezetben fejlődvén ki, teljesen a reinfectio megjelenési képét mutathatja. Ha tehát ilyen esetekben a második primaeraffectio ugyanazon helyen van, mint volt az első, nincs semmiféle mód annak elkülönítésére, hogy auto- vagy exogenfertőzés történt. Ha az első primaeraffectio nem járt nagyfokú infiltratióval, nyomában nem maradt kifejezett hegesedés, nem tarthatjuk valószínűnek, hogy teljes tünetmentességet létrehozó energicus kezelés után spirochaeták maradnának vissza a fertőzés helyén.

A *sankerszerű tertiaer syphilid* localisatiója és a typusos formája által összetéveszthető a superinfectióval. A spirochaeták hiánya, az elváltozás tertiaer jellege, mirígy megnagyobbodás hiánya mellett a superinfectiótól való differenciálás gyakran csak azáltal lehetséges, hogy az anamnesisben új fertőződés lehetősége nem szerepel.

Super- és reinfectio.

Superinfectio felvételénél absolut bizonyossággal kell megállapítanunk, hogy a beteg az első fertőzés befolyása alatt áll, vagyis még az első infectióból származó spirochaeták vannak a szervezetében. A superinfectio létrejötte az immunitási viszonyoktól függ. Amint a kísérletekből látjuk, friss esetekben, ha csak a beteg erélyes kúrán nem ment előzőleg keresztül, ritka a superinfectio, késői latens vagy III. stádiumban gyakoribb.

A gyakorlatban a superinfectio felvételénél ép oly nehézségekkel találjuk magunkat szemben, mint a reinfectio felállításánál. Két fertőzésről van ugyanis itt egyszerre szó, nem mindig tudjuk eldönteni, hogy az állítólagos új fertőzés nem az első fertőzés recidivája-e. Továbbá a legtöbb esetben nincs positiv bizonyítékunk arra, hogy az első infectio fennáll-e még. A superinfectio manifest tünetek mellett a legnagyobb ritkaság. A többi tünetekkel pedig úgy vagyunk, hogy pl. a seroreactiókból nem is tudjuk biztosan, hogy következtethetünk-e a syphilis kórokozójának jelenlétére. A syphilis bizonyos tünetei és jelei, melyek a betegségre utalnak, nem jelentik azt, hogy ezen betegség még fenn áll (pl. lues congenita stigmái, vagy éredénymegbetegedések, tabes stb., ha nem progrediálnak, a szervezet a syphilisből gyógyult lehet).

Mindezek ellenére a superinfectio létezésében kétség nincs. Addig azonban, míg a gyógyulás megismeréséhez biztos kriteriumunk nincs, gyakorlatilag nem minden esetben tudjuk a superinfectiót a reinfectiótól vagy akár a pseudoreinfectiótól elkülöníteni.

A *reinfectiónál* felvesszük, hogy a syphilises fertőzés egy előbbi syphilisből meggyógyult szervezetben jön létre. Minthogy tudjuk, hogy nincs absolut kriteriumunk a syphilis gyógyulásának megismeréséhez, szükséges, hogy az összes tünetek hiányából tegyük valószínűvé a syphilis gyógyulását.

Bernard a brüsseli congressuson 1926-ban 15 feltételt állapított meg a reinfectio felvételéhez:

1. Az első syphilis diagnosisa biztos legyen.
2. A kezelésnek energicusnak és kielégítőnek kell lennie.
3. Klinikai és serologiai tünetek hiánya.
4. Minden biztosítékunk meglegyen az első syphilis gyógyulásához,
5. amit a reactivitási próbának is meg kell erősíteni.
6. Az első és második syphilis között nem szabad recidivának lenni.
7. Elegendő idő teljen el az első syphilis kezelésének befejezésétől a második fertőzésig.
8. Meg legyen a fertőződés (coitus) lehetősége.
9. A fertőző és fertőzött szembesítése.
10. A második primaeraffectio biztos legyen: normalis incubatio, spirochaeták, negativ majd positiv W.-R.
11. A sclerosisoknak különböző legyen localisatiójuk,
12. és különböző nyirokterületen üljenek.
13. Környéki mirígyek megnagyobbodása.
14. Másodlagos tünetek kifejlődése megerősíti a reinfectiót.
15. Mindkét syphilist ugyanaz az orvos, vagy megbízható orvosok diagnostizálják.

A reinfectio felvételéhez szükséges követelményeket az alább ismertetett esetekkel kapcsolatban tesszük kritika tárgyává.

1. B. Béla, 26 éves nőtlen szabósegéd. 1923 jan. 15-én jelentkezett klinikánkon a penis sulcus coronariusában a középvonaltól kissé balra ülő, két hét óta fennálló lencsényi nagyságú indurált alapú erodált elváltozással. A baloldali ingui-

nalis mirigyek babnyi nagyságúra megnagyobbodtak. Spiroch. lelet positiv, W.-R. neg.

A beteg, egyik hazai bismuth készítményünk értékének kipróbálása végett, tisztán bismoluol inj.-okat kapott, még pedig 12 x 2.0 cm³-t 4½ hét leforgása alatt. A sclerosis gyógyulását gyorsan követte az inguinalis scleradenitis visszafejlődése és a W.-R. kúra alatt és után tartósan neg. maradt. II. kúra klinikai tünetmentesség és neg. W.-R. mellett 1923. április hóban 10 x 2.0 cm³ bismoluol inj.-ból állott. A kúra közben, majd jul. 13-án W.-R. neg.

1923 okt. 23-án a beteg azzal a panasszal keresi fel újból klinikánkat, hogy augusztus végén és szeptember elején ugyanazon növel többizben közösült, az utolsó coitusnál a frenulum berepedt és négy hét óta ezen a helyen sebe van. A frenulumon babnyi nagyságú, infiltrált alapú, éles szélű erosio látható, melyből spirochaetát sötét látótér megvilágításban bőven ki lehet mutatni. A baloldali inguinalis mirigyek fájdalmatlanul megnagyobbodtak, a mellkason néhány lencsényi nagyságú roseola van. W.-R. ++++ positiv. *(I. reinfectio).*

Az I. kúrában a betegnek 10 x 2.0 cm³ bismoluol inj.-ót adtunk, mely után a W.-R. neg. lett, a II. kurában 1924. január és február hóban 6 x 0.45 gr. neosalvarsan + 6 x 2.0 cm³ intrasol inj-ót, a III. kúrában 1924. dec. hóban 10 x 2.0 cm³ bismoluol + 6 x 0.45 gr. neosalv. inj.-ót. A beteg az I. kúra után tünetmentes lett s azóta W.-R. több ízben és utoljára 1925. okt. 15-én megvizsgálva mindig neg. eredményt. adott.

1925. nov. 23-án harmadszor keresett fel a beteg azon panaszával, hogy penisén seb van. Az anamnesis alapján hetekre visszamenőleg számos coitus történt különböző nőkkel és a „seb" két hét óta áll fenn. A sulcus coronariusban a középvonalban fillérnyi nagyságú typusos sclerosis székel, melyből látótérenkint számos spirochaeta látható. Mindkétoldali inguinalis mirigyek babnyi nagyságúra megnagyobbodtak. Nov. 23-án W.-R. neg., nov. 27-én + positiv, dec. 1-én +++ pos., dec. 8-án neg. *(II. reinfectio).* A 7 x 2.0 cm³ bismoluol + 8 x 0.45 gr. neosalv. inj.-ból álló kurát aznap bevezetjük még.

A beteg többet klinikánkon nem jelentkezett.

Ezen eset, melynél az előzetes klinikai és serologiai tünetmentesség után a nem ugyanazon helyeken megjelenő typusos primaeraffectiók, az I. reinfectiónál a friss secundaer exanthemák roseolás alakjainak megjelenése pos. W.-R. mellett, a II. reinfectiónál pedig a vérsavónak időközben positivvá válása alapján gyakorlatilag a reinfectió felvételéhez kétség nem fér — két szempontból érdemel különös figyelmet. Az egyik, hogy az I. reinfectio pusztán bismuth kezelés után keletkezett. Az irodalomban nem sok ily megfigyelést találunk *(Gougerot—Fernet, Haxthausen, Heymann, Hoffmann, Lauerbach),* amit azonban nem a bismuth rovására kell írnunk, hanem inkább annak tulajdonítható, hogy a lues modern abortiv kezelését combinált kurákkal végezzük. Másik érdekessége az esetnek, hogy ugyanazon egyénnél két ízben észlelhettünk reinfectiót. A többszörös reinfectio ezen esete bizonyítékul szolgál annak, hogy a syphilis fertőzés leküzdésére keletkező immunanyagok, noha a spirochaetáktól, azoknak virulentiájától függnek, elsősorban ebben mégis a szervezetnek constitutionalis reactio képessége játszik szerepet. Az erős védekezőképességű szervezetek azok, ahol abortiv vagy esetleg spontan gyógyulás jöhet létre. A többszörös fertőzésekről szóló közlések az irodalomból gyér számmal ismeretesek (háromszoros syphilis fertőzésről *Brunetti, E., Hoffmann, Orphanides* és még néhányan számolnak be; négyszeres fertőzést *Ahman* közöl).

A következő esetünknél a körülmények véletlen összejátszása folytán alkalmunk volt arra, hogy a seronegativ I. lueses betegnél a normalis incubatio után (5 hét) megjelenő secudaer tünetek észlelésével megerősíthessük a reinfectio felvételét.

2. V. Julia, 26 éves kéjnőt 1926. máj. 20-án lues II. diagnosissal vettük fel a klinikánkra. (Exanthemata maculo-papulosa. Scleradenitis universalis). A primaeraffectio vagy annak helye látható nem volt. Spiroch. lelet pos. W.-R. ++++ pos.

10 x 2.0 cm³ bismosalvan + 5 x 0.30 gr. neosalv. inj. után a beteg tünetmentes lesz. W.-R. neg. II. kúra két hónapi szünet után neg. W.-R. mellett 10 x 2.0 cm³ bismosalvan + 8 x 0.30 gr. neosalv. inj.-ból állott. Azóta a beteg vérsavóját átlag havonta vizsgáltuk W.-R.-ra, utoljára 1927. febr. 23-án és mindig neg. eredményt mutatott.

1927. márc. 3-án a beteg a clitoris tájon levő „dörzsöléssel", melyet egy nap óta vesz észre, jelentkezik nálunk. Közvetlen a clitoris felett lencsényi nagyságú éles szélű elváltozás látható, pos. spiroch. lelettel. Adenopathia nincs. W.-R. neg. A beteg megíjedve az újból bevezetendő antilueses kúrától, szemünk elől eltünik. 1927. április 6-án ismét megjelenve előadja, hogy mégis kéri a kezelés bevezetését, mert a „dörzsölés" március hó folyamán fokozatosan nagyobbodott és egy nap óta egyéb kiütései is megjelentek. A március 3-án észlelt sclerosis öt hét alatt fillérnyi nagyságúvá nőtt, éles szélű, infiltralt alapú, spirochaetákat bőven tartalmaz. A nagy- és kis szeméremajkakon számos kölesnyi nagyságú nedvező papula látható. Inguinalis és cubitalis mirigyek kifejezetten megnagyobbodottak. W.-R. ++++ pos.

A bevezetett antilueses kúrára a lues I—II. tünetei rohamosan eltüntek.

3. M. Eszter, 17 éves cselédlányt 1921. máj. hóban lues latens miatt antilueses kúrában (10 x 1 és ½ cm³ 10% hg. salic. + 8 x 0.30 gr. neosalv.) részesítjük. A diagnosist több ízben és különböző helyeken megismételt ++++ pos. eredményt adó W.-R. és cubitalis adenopathia alapján állapítottuk meg. Antilueses kúra után W.-R. neg. Cubitalis mirigyek nem tapinthatók.

1926-ban M. Eszter kéjnőnek megy s ettől kezdve évenkint több ízben nézeti vérét, mely W.-R.-ra állandóan neg.

1928. febr. 9-én, mint kéjnőt a rendőrség a jobb nagyajkon ülő babnyi nagyságú éles szélű typusos sclerosissal utalja klinikánkra. Spiroch. vizsgálat pos. eredményt ad. Inguin. mirigyek fájdalmatlanul megnagyobbodtak. W.-R. + pos. febr. 12-én ++ pos., febr. 18-án ++++ pos.

4. B. Márton, 17 éves nőtlen borbélysegéd 1926. ápr. 6-án keresett fel először klinikánkon a fityma bellemezén a középvonaltól jobbra ülő lencsényi nagyságú élesszélü indurált alapu erosióval. Mindkétoldali inguinalis mirigyek kissé megnagyobbodtak, fájdalmatlanok. Spiroch. lelet pos. W.-R. neg. 10 x 2.0 cm³ bismosalvan + 8 x 0.45 gr. neosalv. inj.-ra klinikailag a beteg tünetmentes lesz, W.-R. kúra alatt, majd befejezése után neg. marad.

1926. aug. 24-én a beteg második kúrára jelentkezve, phimosist találunk nála. Az anemnesis szerint két hete fekélye jelentkezett penisén, 2 nap óta fitymáját nem tudja hátrahúzni, julius hó második felében közösült utoljára. Mindkétoldali inguinalis mirigyek babnyi nagyságúra keményen megnagyobbodottak, mirigypunctióval spiroch. kimutatható. W.-R. neg. Pár bismuth és neosalv. inj.-ra a ftyma hátrahúzható és a sulcus coronariusban a dorsalis részen már hámosodásnak induló infiltrált alapú typusos sclerosis észlelhető.

A bevezetett antilueses kúra alatt W.-R. neg. marad.

A pos. spiroch. lelet a mirigypunctatumban nagy mértékben ellene szól egy reinduratiónak.

Az alább ismertetett további két betegnél, noha ezek a második syphilisükkel a vérsavó pos. W.-R.-a mellett kerültek észlelésünk alá, szintén a reinfectio eseteit kell feltételeznünk.

5. G. Ilona 22 éves kéjnőnél 1926. szept. 18-án klinikánkon megállapított diagnosis: Sclerosis portionis vaginalis. Exanthemata maculo-papulosa. Scleradenitis universalis. Spiroch. lelet pos. W.-R. ++++ pos.

Az első kúra után, mely 10 x 2.0 cm³ pentabi inj.-ból állott a W.-R. + pos.-vá ment le. A II. kúrát, 12 x 2.0 cm³ pentabi + 5 x 0.30 gr. neosalv. inj.-ót, klinikai tünetmentesség és neg. W.-R. mellett 1927. jún. hóban adtuk a betegeknek. Szept. 15-én W.-R. neg.

1927. okt. 27-én G. Ilona a jobb nagyajkon ülő fillér nagyságú és alaku, keményen beszürödött elevált fényes felszínü erosióval kerül klinikánkra. A jellegzetes sclerosisból spiroch.-t bőven ki lehet mutatni. Jobb inguinalis mirigyek babnyira megnagyobbodottak. W.-R. ++++ pos. A primaeraffectio fennállásának idejét az anamnesisből, mint kéjnőtől nem tudjuk meg, a sclerosis tömöttségéből és nagyságából ítélve azonban már jó néhány nappal azelőtt keletkezhetett.

A bevezetett 10 x 2.0 cm³ pentabi + 6 x 0.30 gr. neosalv. inj.-os kúrára a sclerosis rohamosan gyógyul, a mirigyek visszafejlődnek és W.-R. neg. lesz.

6. F. József 31 éves elvált szabósegédnél 1925. nov. 12-én a frenulumtól balra a praeputiumon székelő lencsényi nagyságú infiltralt primaeraffectiót diagnostisálunk. Spiroch. lelet pos. W.-R. neg.

6 x 1.0 cm³ 10% hg. salicyl + 6 x 0.45 gr. neosalv. inj-ot adtunk a betegnek, utólagos bemondása alapján kúráját másutt folytatta tovább és még 6 bismuth + 6 x 0.45 gr. neosalv. inj.-ót kapott.

1926. febr. 26-án felülvizsgálatra jelentkezve klinikailag tünetmentesnek találtuk, W.-R. neg. volt.

1926. márc. 16-án azzal a panasszal jön hozzánk, hogy legutóbbi nálunk léte után pár napra, kb. 2 héttel ezelőtt, a penis tövén seb keletkezett. A mons pubison, közvetlen a penis felett, pengőnyi nagyságú és alaku, éles szélü infiltrált typusos sclerosis foglal helyet. Spiroch. pos. W.-R. ++++ pos. Közösülés utoljára febr. elején volt, egy előtte ismeretlen nővel.

Az 5. és 6. számú betegnél a már jelen levő pos. W.-R. alapján kétségbe lehetne vonni a reinfectio felvételét. Minthogy azonban a második syphilissel való jelentkezésük előtt az 5. sz.-nál 6 héttel, a 6. sz. betegnél nem egész 3 héttel a W.-R. még neg. volt, primaeraffectiójuk pedig jelentkezésükkor már kb. 2 hét óta fennállhatott, természetesnek kell vennünk a W.-R.-nak időközben pos.-vá válását.

Összfoglalóan kritika tárgyává téve az eddigi 1—6. sz.-ig ismertetett eseteket, látjuk, hogy ezek gyakorlatilag a reinfectio felvételéhez szükséges követelményeknek megfelelnek. A betegek mindkét syphilise között, melyek klinikánkon absolut biztossággal lettek diagnostisálva, recidivák nem voltak és a második infectiók, előzetes teljes klinikai és serologiai tünetmentesség mellett, nem ugyanazon helyeken fellépő typusos spiroch. pos. sclerosisokkal, typicus adenopathia kifejlődésével, egyeseknél a W.-R.-nak rövid ideig tartó időközbeni pos.-vá válásával, jelentek meg. Az első két betegnél megerősítette a reinfectio diagnosisát még a másodlagos tüneteknek kifejlődése. Szembesítés a fertőzöttek és fertőzők között ugyan nem történt, ezen eseteknél azonban ez fontossággal nem is bír. A kéjnők foglalkozás révén állandóan ki vannak téve syphilises fertőzésnek, a három nőtlen férfi anamnesisében pedig, akik rendszeresen folytattak közösülést előttük ismeretlen s így nyilván fertőzött egyénekkel is, szererepelt a másodszori fertőződés normalis incubatiós idejének megfelelő gyanús coitus. A localisatiója a fekélyeknek mindegyik beteg mindkét syphilisénél nem ugyanazon helyen volt, noha a férfi betegeknél, tekintve, hogy genitalis fertőzések történtek, azonos nyirokterületekbe estek. Ami az első syphilis kezelésének befejezésétől a második infectióig eltelt időt illeti, egyes szerzők megkívánják, hogy ez az idő elegendő hosszú legyen (*Hell* több hónapot, *Gennerich* és *Zimmern* 30 hónapot, *John* 5 évet kíván meg.) A mi eseteinkben ez az idő kettőnél 3 hónap, kettőnél 8 hónap, majd a többinél 1—2 és 7 év volt. Az első syphilis kezelésének befejezésétől a második fertőzésig eltelt időhosszt nem tarthatjuk olyan jelentőségűnek, mely a reinfectio diagnosisának felvételét befolyásolhatja. Vagy sikerül ugyanis abortive meggyógyítanunk a syphilist, vagy nem. Amennyiben sikerül, úgy ezen gyógyulási idő egész rövid lehet s nem szükséges még további idő, hogy reinfectio keletkezhessék. Mindenesetre, ha hosszú időn keresztül észlelhetjük a beteget s az tünetmentes, amint ezt a 3. sz. betegnél láttuk, akinél 7 évig észlelhettük a teljes tünetmentességet, a gyógyulást biztosabban felvehetjük. A betegek mindegyike első syphilis fertőződésénél korai stadiumban, seroneg. I. lues vagy legkésőbb a secundaer exanthemák megjelenésének korai alakjai mellett intensiv kezelésben részesült s így feltehető, hogy az ismételt fertőzések az első syphilisből abortive kigyógyított szervezetekben jöttek létre. Ezzel természetesen nem akarom azt mondani, hogy a friss esetekben bevezetett intensiv kezelés azt jelenti, hogy abortiv gyógyulás történik, hiszen nagyobb jelentőséget kell tulajdonítanunk a szervezet védekezőképességének, mint a gyógyszeres kezelésnek, mégis a friss esetekben bevezetett gyors és energikus kezelések a gyógyulási kilátásokat kedvezőbbé teszik, emelik a reinfectio felvételének valószínűségét.

Az alább következő 7—9. számú eseteket, mint superinfectiókat kell felfognunk:

7. K. Ferenc, 24 éves nőtlen napszámosnak 1924. szept. 30-án lues I—II. miatt 8 x 0.45 gr. neosalután inj.-ót adtunk. A babnyi nagyságú sclerosis a fityma bellemezén a középvonalban székelt, általános adenophathia mellett a törzs sürün tele volt szórva follicularis papulákkal. Spiroch. pos. W.-R. ++++ pos.

A neosalután kúrára a sclerosis és exanthemák meggyógyultak, kisfokú adenopathia azonban még fennállott és W.-R. ++++ pos. maradt. A beteget tovább kezelni és figyelni távozása miatt nem tudtuk.

1926. szept. 3-án jelentkezve ismét a beteg, előadja, hogy két évvel azelőtti syphilisét folytatólagosan másutt nem kezeltette, kiütései azóta nem voltak, egészségesnek érezte magát, vérét nem vizsgáltatta. Aug. hó elején több ízben közösült ugyanazzal a nővel és most pár nap óta penisén seb van. A fityma külső részén baloldalt babnyi nagyságú livides piros színü elmosódott szélü infiltralt alapú elváltozás látható, melynek közepe erodált. A mirigyek testszerte fájdalmatlanul megnagyobbodottak, kemények. W.-R. ++++ pos. Az affectióból spiroch. könnyen kimutatható.

10 x 2.0 cm³ pentabi inj.-ra a primaeraffectiónak gyors visszafejlődése észlelhető, W.-R. ++ pos. válik.

A nem intensiv kúra után az első syphilisnek a fennállása az adenopathia és pos. W.-R. alapján kétségtelennek vehető. Itt tehát a superinfectiónak mástól való eldifferentiálásánál csak a reinduratio jöhet szóba. Reinduratio elégtelen kúrák után többnyire már pár hónap múlva szokott jelentkezni s elsősorban in loco a sclerosisnak. Az exogen fertőzéshez a lehetőség meg volt és a primaeraffectio noha nem mutatta a typusos papulás elváltozást, typusos sclerosisnak sem imponált.

8. P. Ferenc 19 éves nőtlen finánc először szerzett syphilise még a Kolozsváron tartózkodó klinikánkon lett diagnostisálva 1914-ben. A makkon levő sclerosis, törzsön elszórt roseolás foltok, ++++ pos. W.-R. miatt 2 x 0.45 gr. neosalv. + 15 x 1.0 cm³ 10% hg. sal. inj.-t kapott, majd két hónapi szünet után még 5 hétig tartó hg. kenőkúrában részesült.

Azóta a beteg több antilueses kurában nem részesült, mindig egészségesnek érezte magát, állitólag 1920-ban nézette vérét a katonaságnál és neg. eredményü volt.

1928. szept. 27-én a már Szegeden elhelyeződött klinikánkon keresett fel azzal a panasszal, hogy 2 nap óta penisén „kiütés" van. A beteg számitása szerint pontosan 15 nappal a „kiütés" megjelenése előtt közösült utoljára egy előtte ismeretlen nővel. Az első fertőzés helye a makkon, mint lencsényi nagyságú sima heges elváltozás ltáható. A fityma szélén a dorsalis részen a bellemezre ráterjedő borsónyi nagyságú infiltrált nem erodált papulás elváltozás észlelhető. Mirigyek megnagyobbodva nincsenek. Spiroch.-t kimutatni „sötétlátótér megvilágitásban" nem tudunk. A beteget egy héten keresztül megfigyelés alatt tartjuk. A borsónyi nagyságú göbös elváltozás babnyi nagyságúvá nő, melyből naponkinti spiroch. vizsgálat neg. A W.-R. több ízben megismételve hol ++ positivat, hol +++ positivat mutat. Inguinalis mirigyeket alig lehet tapintani.

A bevezetett 10 x 2.0 cm³ pentabi + 8 x 0.45 gr. neosalv. inj.-ból álló kúrára az elváltozás rohamosan visszafejlődik és kúra közepétől kezdve a W.-R. tartósan negativ.

Az elváltozás tertiaer jellege, a pos. W.-R. a késői lues latensben levő superinfectio mellett szól. Tuberosus syphilid ellen szól a mirigyek ámbár kisfokú, de megindúló megnagyobbodása és a 15 nappal azelőtti coitus.

G. Anna 25 éves cselédlány 1925. máj. 11-én lues II. miatt (Papulae hypertroph. ad gen. Scleradenitis univ. W.-R. ++++ pos. Sprich. pos.), klinikánkon kisérletképen recens syphiliseseknél bevezetett, malária oltásos gyógykezelésben részesült. A 10 lázroham után a beteg egy hétre (a váltóláz elfolytása után) 10 x 0.30 gr. neosalv. inj.-ót kapott.

A rohamokra a papulák eltüntek, az adenopathia és a compl. pos. W.-R. azonban megmaradt. A neosalv. inj.-ra a mirigyek visszafejlődtek, W.-R. tovább ++++ pos. volt és csak négy hétre a váltóláz-salv. kúra befejezése után láttuk +++ pos.-ra csökkenését. A beteg további megfigyelésünk

elöl eltünt és 1926 március hóban jelentkezett újból, amikor is klinikailag és serologiailag teljesen tünetmentes volt. Azóta gyakrabban vizsgálhattuk a beteg vérsavóját, mely W.-R.-ra mindig neg. eredményt adott.

1927. nov. 4-én azzal a panasszal kerül osztályunkra, hogy pár nap óta „dörzsölése" van. A malaria + salv. kúra óta antilueses kezelésben nem részesült, kiütései azóta nem voltak. A jobb szemérem nagyajkon fillérnyi nagyságú és alakú kissé infiltrált alapú eléggé éles szélü erosio látható, melyből spiroch. könnyen kimutatható. Jobb oldali inguinalis mirigyek fájdalmatlanul megnagyobbodottak. W.-R. neg. A fertőzés forrását a gyakori közösülések miatt megállapítani nem lehetett. A beteget megfigyeljük:

1927. XI. 10-én W.-R. neg.

1927. XI. 18-án W.-R. neg.

1927. XI. 25-én W.-R. ++ pos.

1927. XII. 2-án W.-R. ++ pos.

1927. XII. 9-től W.-R. ++++ pos.

XII. 10.-ig a primaeraffectio spontan visszafejlődött, amit azután a jobboldali ingu. mirigyek visszefejlödés is követett.

További megfigyelésünk elől elkerülve a beteg, 1928. nov. 1-én jelentkezik a nagyajkakon levő pár nap óta fennálló számos köles-lencsényi nagyságú nedvező papulákkal. Inguinalis mirigyek minkét oldalt megnagyobbodottak, kemények. Spiroch. lelet pos. W.-R. +++ pos.

10 x 2.0 cm³ pentabi + 6 x 0.30 mgr. neosalv. inj.-ra a beteg tünetmentes lesz. W.-R. neg.

Ennek az esetnek különös érdekességet ad az immunitási viszonyoknak az a megváltozása, melyet nyilván az előző syphilis váltólázas gyógykezelése következtében tüntet fel a másodszor syphilisszel fertőzött szervezet. Klinikánkon a korai stadiumban levő lueseknél kipróbált malaria oltásoknál alkalmunk volt már megfigyelhetni, hogy ezen kezelés az immunitási viszonyokat mily egészen különösképen befolyásolja. *(Berde-Pogány:* Gyógyító kísérletek a syphilisnél váltólázzal. Dolgozatok *Rigler Gusztáv* emlékére. Szeged. 1926.) Az akkori kísérletek eredményei alapján a tiszta váltólázas kezelésre a bőr- és nyálkahártya tünetei teljesen visszafejlődtek. Ennek dacára 25%-ban, még mielőtt salv. kaptak volna a betegek, oly korai gyors recidivák léptek fel, melyek a recidiv kiütések megszokott képeitől eltérést mutattak. Az adenopathiára és W.-R.-ra pedig malaria oltásokra semmiféle befolyást észlelni nem lehetett. Noha ez utóbbinak értékelése közvetlen malaria után nem lehetséges (syphilis nélkül is adhat pos. kötést malariás beteg vérsavója), mégis figyelemre méltók a W.-R.-nak a salv. adása után hónapokkal később látott lassú, fokozatos neg.-vá válása.

Az immunitási viszonyok megváltozásának megmaradását tapasztalhatjuk G. A. betegnek a malaria kezelés után kb. 2 és fél évre történt újbóli syphilises fertőzésénél. Egészséges szervezetnél normalis körülmények között a spiroch. fertőzéssel kifejlődő, az első stadiumban megnyilvánuló allergiás állapot után egyensúlyi állapot áll be a virus és védekezőképesség között, majd bizonyos késéssel, ennek áttörése által mint általános manifestatio nyilvánul meg újból. Az immunbiologiai folyamatok pedig jelenlegi reactiós vizsgálatainkkal átlag a fertőzés után 5 hétre mutatnak elváltozást. G. A. vérsavója W.-R.-ra a primaeraffectio fennállásától számítva fokozatosan és több mint öt hétre vált csak complet pos.-vá, mialatt a sclerosis spontán visszafejlődött. Általános manifestatio normalis incubatio után nem következett be, hanem egy évre rá jelentek meg a genitalen papulák, nem is teljes kötést adó W.-R. mellett. A klinikai és serologiai reactióknak a syphilis folyamán észlelt ily megváltozott képe tehát a másodszori syphilist, dacára, hogy az 1 és ½ évi tünetmentesség után, neg. W.-R. mellett typusos sclerosis formájában jelent meg, superinfectiónak kell felfognunk. Recidivára gondolnunk nem lehet, primaeraffectio az előző syphilis alkalmával a külső genitalen nem volt és egyébként is meg volt a lehetősége a fertőzésnek.

A gyakrolatban a re- vagy superinfectio felvételéhez szükséges követelmények gyakran oly gyér számmal vannak jelen, hogy differenciálni nem lehet. Ezen esetek közé tartoznak a 10. és 11. számú betegek.

10. F. Ferenc, 24 éves nötlen nyomdásznak 1922. febr. 16-án diagnostisalt, a frenulumon ülő borsónyi nagyságú spiroch. pos. seronegativ sclerosis miatt 16 x 1.0 cm³ 2% subl. + 8 x 0.45 gr. neosalv. inj.-ból álló kúrát vezettünk be. Kúra alatt a beteg tünetmentes lesz, W.-R. neg. marad.

1923. márc. 9-én a beteg phimosissal jelenik meg klinikánkon. Az egy évvel ezelötti luesét klinikánkról elkerülve másutt nem kezeltette, vérét nem vizsgáltatta, kiütései nem voltak. Jan. végén és febr. elején is több izben volt közösülés. Két héttel ezelött vette észre, hogy penisén seb keletkezik és két nap óta fitymáját nem tudja visszahúzni. Status pr.: Harangalaku penis, lágyékmirigyek babnyi nagyságúra megnagyobbodottak. Mirigypunctióval spiroch. kimutatható. W.-R. ++++ pos. Pár bismoluol és neosalv. inj.-ra phimosisa és a makkon és fityma bellemezén a középvonaltól jobbra egy-egy babnyi nagyságú hámosodásnak induló typusos sclerosis látható.

11. T. Mária 19 éves kéjnő 1926. szept. 16-án kerül osztályunkra syphilises roseolákkal és a szemérem ajkakon levő papulákkal, melyből spiroch. lelet pos. W.-R. ++++ pos.

10 x 2.0 cm³ bismosalvan + 8 x 0.30 gr. neosalv. inj.-ból álló kúra után a W.-R. ++ pos.-ra esik. 1927. febr. 5-én a beteg klinikailag tünetmentes, W.-R. ++++ pos. 10 x 2.0 cm³ pentabi + 5x0.30 gr. neosalv. inj.-ra W.-R. neg. lesz és május, augusztus, majd utoljára október hó 22-én megejtett vérsavó vizsgálat W.-R. neg. eredményt mutatott.

1927. dec. 28-án a beteg a külső genitalen levő lencsényi nagyságú spiroch. pos. nedvező papulákkal kerül ismét hozzánk W.-R. ++++ pos.

Minthogy abortiv kezelés az első syphilisnél nem történhetett, superinfectióra gondolunk, azonban recidiva is mutathat hasonló képet.

Ha feltesszük a kérdést, hogy syphilisszel fertőzötteknél létre jöhet-e a syphilisből való teljes kigyógyulás után újra fertőzés, vagy pedig csak super- vagy autoinfectio történhetik, úgy válaszunk az ismertetett esetek alapján is amellett szól, hogy a reinfectio lehetőségnének felvételében kétségünk nem lehet.

A salvarsan, általában a modern energikus kurák óta gyakoriak azon esetek, ahol a korán bevezetett intensiv kezelésre a sclerosisok rohamosan eltünnek, a vérsavó reactiói negativak maradnak és éveken keresztül észlelhetjük a betegek teljes tünetmentességét. Kétségtelen, hogy nagy részénél ezen eseteknek a syphilis abortiv gyógyulása jött létre. És ha ilyen egyéneknél, új fertőzési alkalom után, normalis incubatiós idő elteltével nem a régi helyen fellépő typusos spiroch. pos. sclerosisok keletkeznek, melyeket adenopathia kifejlődése, vérsavónak pos.-vá válása, majd a secundaer tünetek megjelenése követ — reinfectióról beszélhetünk. Régebben a legenergikusabb higanyos, jodos és u. n. nem specificus kezelések mellett, amikre a syphilis klinikai és serologiai tünetei csak sokára, nehezen múltak el, ily megjelenési alakjait a másodszori fertőzésnek ritkán lehetett látni, hanem azok inkább a megváltozott immunitás viszonyainak megfelelő superinfectio képét mutatták.

Feltételezhetjük tehát, hogy a korai stadiumban bevezetett mai intensiv kezeléssel gyakran sikerül elérnünk a spirochaeták teljes elpusztítását, a szervezet meggyógyítását. Előfordulhat azonban, hogy egyes spirochaeták elbújva maradnak a szövetekben és ha momentán intactivságuk folytán, mint kórokozó agensek nem is szerepelnek, a szervezet gyógyultnak tünik fel, bármikor fellángolhatnak. Ezért tehát ha reinfectióról beszélünk, nem mondhatjuk azt, hogy az oly szervezetben jött létre, melyben egyetlen egy spirochaeta sem volt, hanem csak annyit jelent, miként *Pinard* mondja, hogy oly talajon történt az ismételt fertőzés, mely a gyógyulás összes jeleit mutatta. Ennek dacára gyakorlatilag fontos a re- és super-

infectio megkülönböztetése, melyeknek klinikai megjelenésük más. A *Mendes da Costa* és *Bernard* által ajánlott *„második fertőzés"* (infection seconde), majd *„reinoculatio"* közös terminusokat akkor használjuk, ha nincsenek mindazon követelmények meg, melyekkel gyakorlatilag a reinfectiót, superinfectiót és pseudoreinfectiót egymástól biztosan elkülöníthetjük.

A berlini egyetemi női-klinikának (igazgató: Stoeckel W. dr. egy. ny. r. tanár) és a Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. női klinikájának (igazgató: Tóth István dr. egy. ny. r. tanár) közleménye.

A kor szerepe és a sugaras kezelés eredményessége a mola és chorioepithelioma therapiájában.

Irta: *Szathmáry Zoltán* dr., tanársegéd.

II. RÉSZ.

Az idősebb nők molája és chorioepitheliomája.

Régóta ismeretes, hogy a mola az idősebb korban a terhesség gyérülő számához viszonyítva aránylag gyakrabban fordul elő. E gyakoriság okát többen kutatták már, de közelebbi magyarázatot még nem találtak. Tekintve, hogy a chorioepithelioma aetiologiájában mint kiinduló ok az üszökterhesség mintegy 50%-ban vesz részt, érthető, hogy az idősebb korban a chorioepithelioma aránylagos gyakorisága is nagyobb. Összegyüjtött anyagunkat 40 éven felüliek és aluliak csoportjába osztályozhatjuk. E csoportosítás szerint az 500 beteg közül 153 volt 40 évnél idősebb *(32.7%)*. Ez az aránylag magas szám középhelyet foglal el az eddigi vizsgálók adatai között *(Schweizer* 18%, *Kehrer* 22%, *Bloch* 28%, *Häberlein* 32%, *Essen—Möller* 44%). *Statisztikánk részletes összeállításából az tünik ki, hogy e két korosztály között a chorioepithelioma lefolyásában lényeges, sőt mondhatjuk, igen nagy különbség van. 40 éven felül a chorioepithelioma ugyanis nem csak, hogy gyakoribb, hanem sokkal rosszabbindulatú, hamarabb vezet a beteg pusztulásához.* Ezek az asszonyok, kik már közel, vagy már benne vannak a klimacterium idejében, elérték a rosszindulatú daganatok átlagos korhatárát. Ebben az időben lép fel a legtöbb genitalis carcinoma, sarkoma, ebben az időben fajul el a legtöbb petefészektömlő rosszindulatúvá. Ugyanilyen szerepet játszhat *a kor* a chorioepithelioma aetiologiájában is.

A kor mellett lényeges szerep jut *a szülések számának is.* Statisztikánk alapján *40 éven felüli betegeink átlag nyolcszor jutottak teherbe.* Az ilyen nyolcszor szült méh, mely a szülések miatt gyakran volt nagyobb inzultusnak kitéve, bizonyára kevesebb ellenállásra képes, mint egy fiatal nő egészséges szerve. Szerepet játszik továbbá a *klimax.* A nő szervezete ebben az időben mintegy elveszti belső működési egyensúlyát s ezzel együtt ellenállóképessége is lényegesen csökken. A rosszindulatú daganatoknak fellépésével sokkal hamarabb fejlődik ki ebben az időben a kachexia is, mely azután rövidesen pusztuláshoz vezet. Ezért itt kell keresnünk az okát annak, hogy miért lép fel az üszökterhesség ebben a korban gyakrabban s ha fellépett, miért alakul át oly nagy százalékban aránylag rosszabbindulatú chorioepitheliomává?

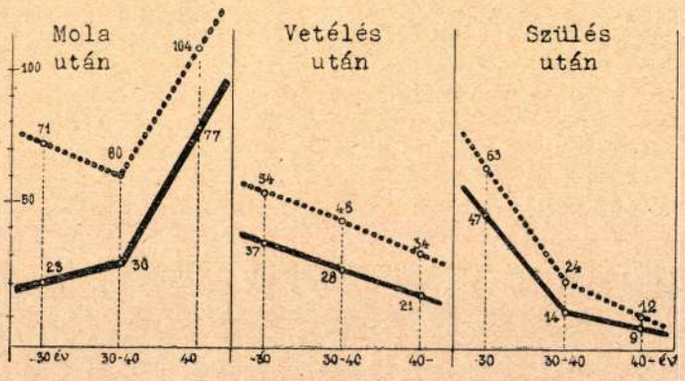
A chorioepitheliomák prophylacticus elkerülésével kapcsolatban az eseteket két csoportba kell osztályoznunk. Az egyik csoportba tartoznak azok a mólából keletkező esetek, hol a chorioepithelioma fellépésére tapasztalataink alapján már bizonyos százalékban előre is számíthatunk. Míg az üszökterhességgel összefüggő esetekben aránylag sokat tehetünk, addig a vetélésekkel és szülésekkel kapcsolatos chorioepitheliomák megelőzésére és kikerülésére, sajnos, nem sok lehetőség mutatkozik. Egyelőre még sejtelmünk sincs, hogy az említett vetélésekkel és szülésekkel kapcsolatban mik az indítóokai a szerencsére ritkán fellépő betegségnek? Még kevésbbé ismerünk oly tüneteket, melyek alapján a fenti kórelőzmény esetén a chorioepithelioma fellépésétől tarthatnánk.

Máskép áll azonban a helyzet üszökterhességnél. Itt tudjuk, hogy az asszonyok egészsége sok esetben a méh kitakarítása után is veszedelemben forog. Számos kutató vizsgálta e kérdést. Habár a véleményeltérések elég széles határ között mozognak, mégis e számok és eredmények felhívták a figyelmet arra, hogy az üszökterhességhez elég gyakran chorioepithelioma társul. A kis anyagból származó 0.1—33%-os szélsőségektől eltekintve, *Meyer R.* és *Hitschmann* 5%-ra becsülik a molákból képződő chorioepitheliomák számát, tehát minden 20 mólára esik egy chorioepithelioma. E százalékos arány azonban — mely az összes esetekre vonatkozik — lényegesen megváltozik, ha az eseteket nagyobb anyagból összeállítva kor szerint csoportosítjuk. *Az 5%-os arány 40 év felett háromszorosára emelkedik,* ami tekintve az idősebb kort, fontos változtatást vont maga után a kezelés módjában is.

Ha a statisztikánkban összeállított anyagot kor szerint két csoportba osztályozzuk, úgy az 500-ból 153 chorioepithelioma esik a 40 évesnél idősebb aszonyokra (32.7%) s csak 347 a fiatalabbakra. A kinduló okra vonatkozólag az alábbi táblázat ad felvilágosítást.

Az 500 esetből	Chorioepithelioma keletkezett			
	mola után	vetélés után	szülés után	méhenkívüli terhesség után
40 éven alul volt 347 beteg. Átlagos szülés szám IV. P.	131 (37,7%)	99 (28,5%)	88 (25,4%)	29 (8,4%)
40 éven felül volt 153 beteg. Átlagos szülés szám VIII. P.	104 (68,—%)	34 (22,2%)	11 (7,2%)	4 (2,6%)

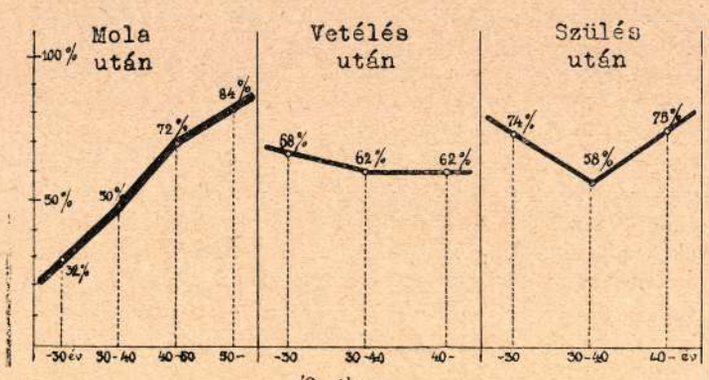
A táblázat szerint az idősebb és fiatalabb nők chorioepitheliomái között lényeges kölönbség mutatható ki. Míg 40 éven felül a vetélések száma ¼-del, a szülések és méhenkívüli terhességekkel kapcsolatos chorioepitheliomák száma ¾-del csökken, addig a mola után fellépő esetek száma közel kétszeresére emelkedik. Szemléltetőbben látható e nagy különbség az 1. és 2. ábra megfelelő görbéinek lefutásából.



1. ábra.

A chorioepitheliomák száma kor szerint: .....
Az ebből meghalt esetek száma: ———

Még fontosabb adatokat kapunk, ha az üszökterhesség, vetélés és szülési rovatokat az egyes csoportok nagysága, halálozási száma (1. ábra) és százalékos aránya (2. ábra) szerint rögzítjük.



2. ábra.

A halálozás görbéje kor és % szerint.

A két ábra görbesorozatában a szülések és vetélések aránya, valamint az ezekkel kapcsolatos halálozás is közel egyforma. Lényeges eltérést mutat azonban az üszökterhesség.

Az 1. ábra középső rovatában feltüntetett vetélésekkel kapcsolatos chorioepitheliomák száma (pontozott vonal) legnagyobb a fiatal 30 éves asszonyoknál: *54*. Később az előfordulás mértéke lassan fogy, 30—40 év között: *45* és 40 éven felül már csak: *34*. A korral összefüggő fokozatos csökkenés természetes és érthető, mert a fogamzás s az ezzel kapcsolatos vetélések száma a kor előrehaladásával mindíg kisebb lesz; e mértéknek megfelelően a halálozások száma is csökken (kihúzott vonal). *A halálozás százalékos aránya a kor szerint alig változik, sőt inkább a fiatal korban magasabb* (lásd a 2. ábra középső rovatát). *A vetélések után fellépő chorioepithelioma tehát közel egyforma halálozással jár úgy a fiatal korban, mint az idősebb aszonyoknál.*

Hasonló, de még nagyobb csökkenést mutat az utolsó rovatban lévő, szülésekkel összefüggő chorioepitheliomák száma. Amíg 30 éven alul *63* eset fordult elő, addig 40 éven felül már csak *12*-őt találtunk. Közel párhuzamosan fut e görbével a halálozások száma is; viszont *a halálozás százalékos aránya* — hasonlóan a vetéléshez — *közel egymagasságban marad úgy a fiatal, mint az idősebb korban.* A szülésekkel összefüggő esetek nagyfokú esése szintén az idősebb kor fogamzóképességének csökkenésével hozható kapcsolatba. Az eltolódás azonban itt még kifejezettebb, mint a vetéléseknél.

Utoljára hagytuk a legfontosabb csoportot, az üszökterhességgel összefüggő eseteket. Szám szerint 30 év alatt *71*, 30—40 év között *60*, és 40 év felett *104* eset fordult elő. *A görbe tehát kezdetben csökkenést, de 40 év felett nagyfokú emelkedést mutat* (pontozott vonal az 1. ábra első rovatában). *E hirtelen emelkedés élesen szemben áll a vetélés és szülésekkel kapcsolatos összehasonlítás fokozatosan csökkenő, lefelé haladó görbéivel. Itt tehát nem áll az a szabály, hogy a korral párhuzamosan csökken az esetek száma; sőt ellenkezőleg! Amint moláknál, úgy itt, a molából fejlődő chorioepithelomáknál is feltünő, hogy az idősebb korban — a csökkent fogamzás ellenére —, az esetek száma igen nagy mértékben emelkedik. Azonban még ennél is nagyobb eltérést mutat a korral számbelileg rohamosan emelkedő halálozási görbe* (kihuzott vonal)! *Míg a 30 évnél fiatalabb 71 betegből csak 23 halt meg, addig a 40 évnél idősebb 104 asszonyból 77 pusztult el!*

Még előnyösebben szemlélteti a halálozás emelkedését a százalékos összeállítás görbéje (a 2. ábra első rovata). A fitalabb kor *32%*-os számaránya *50*, *72*, majd *84%*-ra ugrik! *A mola után keletkező chorioepitheliomáknál tehát az idősebb korban több, mint kétszer annyi beteg pusztul el, mint a fiatalabb asszonyok közül. Dacára minden kezelésnek és műtétnek, 40 év felett a betegeknek közel ¾ része, 50 felett pedig több mint ⅘ része hal meg!*

A halálozási százalék 40 éven felül oly nagy, hogy önkéntelenül is felmerül a kérdés, nem lehetne-e az ilyen idősebb asszonyokat prophylaktikusan megvédeni a rájuk váró veszélytől? A vetéléssel és szüléssel összefüggő esetekben — amint említettük — nem tehetünk semmit, mert nem tudjuk, hogy mikor lép fel a chorioepithelioma; de itt, a molával kapcsolatos, leggyakrabban előforduló esetekben — hol a feltüntetett számadatok szerint igen magas a halálozás —, nagyon sokat tehetünk!

Mivel előzhetnők meg a chorioepithelioma keletkezését s mivel védhetnők meg az idősebb kor asszonyait a rájuk váró veszélytől? E szempontból elsősorban a szövettani vizsgálat jön szóba. Tekintve, hogy chorioepithelioma fellépése előtt a mola már rendszerint tüneteket okoz, ne késlekedjünk ennek gyors eltávolításával s lehető pontos szövettani vizsgálatával.

E kérdésben a szövettani vizsgálat a legfontosabb, de egyúttal a legnagyobb és legnehezebb feladat. A gynaekologiai szövettan terén seholsem ütközünk oly nehézségbe, mint ép a chorioepithelioma kórisméjének felállításánál. Különösen nehéz az elbírálás, ha üszökterhesség utáni darabkákból, vagy korai vetélés után visszamaradt placentaris polypusból kell diagnosist mondanunk. Hány eset adódott már, hol a téves kórismézés miatt fiatal, fogamzóképes nők teljes belső nemzőszerveit kiírtották s hányszor fordult elő, hogy ugyancsak a hiányos felismerés miatt a beteg elpusztult?

E tévedések azonban sokszor nem csodálhatók, mert nagyobb, bővebb tapasztalatokkal sajnos csak kevés ember rendelkezhetik. A chorioepithelioma aránylag ritkán fordul elő s tisztán kórszövettannal foglalkozó szakemberek, valamint nagyobb klinikák gyűjteményében is csak elvétve találunk néhány esetet. Hogy adjon tehát potos bírálatot e kérdésben egy fiatalabb, kisebb tapasztalatokkal bíró egyén akkor, mikor a határesetek széles terén sokszor a legnagyobb nevű szakemberek is vitatkoznak?

Többen megkísérelték üszökterhességnél a jó és rosszindulatú esetek elkülönítését a szövettani kép alapján. Ily irányú vizsgálatokat először *Neumann J.* végzett. Megfigyelése szerint olyan moláknál, hol a burjánzó syncytialis sejtelemekből később chorioepithelioma képződött, nemcsak a boholy felületén növekedtek s képződnek kisebb-nagyobb szigetek, hanem a hámsejtek benyomultak sok helyen a boholy tengelyébe, kötőszöveti állományába is. *Neumann* e bevándorolt sejteket a rosszindulatúság jelének tartotta s ennek alapján a molákat jó- és rosszindulatú csoportba osztályozta.

Neumann felfogását a legtöbb szerző nem fogadta el, sőt *Meyer R.*, *Hofbauer* és *Hitschmann* a bolyhokban lévő sejtelemek syncytialis természetét is kétségbe vonva, kötőszöveti eredetűnek nyilvánították e sejtszármazékokat.

Hogy némi áttekintést nyújtsunk e téren, idézzük *Hitschmann* közleményéből egyes vizsgálók véleményeit: *Van der Hoeven* rosszindulatúnak tekinti a molát akkor, ha a magzati hámsejtek a Nitabuch-féle nyalábot több helyen, széles területen áttörik. *Gottschalk* és *Vogt* rosszindulatú üszökterhességnél a syncytiumsejtek magvainak nagyfokú chromatintartalmára hívta fel a figyelmet. *Aschoff* véleménye szerint a rosszindulatúság megállapítása csak közvetlenül a méhfalról lekapart szövetekből lehetséges, melyekben az anyai szövetekbe behatoló sejtelemek mennyiségét és mélységét közelebbről megbírálhatjuk. *Schmauch* szerint minél nagyobb a Langhans-

sejtek proliferatiója, annál valószínűbb a rosszindulatúság. *Butz* a mola rosszindulatúságára szintén a syncytialis elemek nagymértékű szaporodásából és mélybetöréséből következtet. Véleménye szerint a kis bolyhokból álló mola gyanús, különösen akkor, ha részletekben lökődik ki. Támaszul veszi még azt, ha előzőleg a betegnek súlyosabb endometritise volt. *Durante* a jó- és rosszindulatú esetek között annyiban talál eltérést, hogy utóbbiaknál a syncytialis sejtalak rendellenes módon burjánzik és széles nyalábokat, nyúlványokat bocsájt az anyai szövetek közé. *Meyer R.* tapasztalata szerint az erősebb leukocytás beszűrődés mindég gyanús chorioepitheliomára.

Dacára e véleményeknek, a mola szerkezetéből ennek későbbi klinikai lefolyására ezideig semmi módon sem tudunk biztosan következtetni s a fenti meghatározások klinikus szempontból eredménytelenek maradtak. Sajnos még ma sem ismerünk szövettani téren egyetlen olyan jelet sem, mely némi útmutatással szolgálna a további kórlefolyásra. A szövettani kép alapján tehát a „jó-, vagy rosszindulatú mola" elnevezés — amint azt *Neumann* gondolta —, nem állja meg a helyét. Beszélhetünk azonban rosszindulatú moláról más elgonodolás alapján.

Szövettani értelemben „mola maligna"-nak, vagy rosszindulatú üszökterhességnek csak azokat az eseteket tekinthetjük, hol a mola mellett már minden kétséget kizáró chorioepithelioma található.

Az ilyen rosszindulatú üszökterhesség azonban nem más, mint valódi chorioepithelioma, mely mellett még kisebb-nagyobb mennyiségű üszök található; ilyenkor természetesen a klinikai tünetek is a chorioepithelioma képének felelnek meg. Az átmenet az egyszerű mola burjánzó hámjától a rosszindulatú chorioepitheliomához nincs élesen elhatárolva. Vannak ugyan esetek, hol részben már a daganat kifejlődése és jellegzetes szövettani képe semmi kétséget sem hagy a rosszindulatúság mellett, gyakran találkozunk azonban olyan átmeneti képpel, hol bizony igen nehezen tudjuk eldönteni azt, hogy a szöveti szerkezet még jóindulatú mola hámburjánzásának, vagy pedig már a chorioepithelioma górcsövi képének felel meg? Ilyen esetekben mindég a subjectiv szempont dönt, mert az objectiv elhatározás — a vizsgálók minden szakképzettsége mellett is — sokszor lehetetlen.

Klinikai szempontból az elhatárolás már némileg könnyebb. *Meyer R. álláspontja szerint három héttel a méh kitakarítása után már nem maradhat vissza semmiféle burjánzó chorialis sejt.* Ha tehát szabályos méhkaparás után újólagos kitakarítás szükséges s ez alkalommal élénken szaporodó és növekedő magzati sejtelemeket találunk, úgy a rosszindulatúságra nincs semmi kétség. A chorioepithelioma rendkívül gyorsan növekedik; ezért ha klinikai szempontból valamire gyanúnk van, úgy akár már két hét mulva is megismételhetjük a méhkaparást.

Klinikai meghatározásunkhoz utóbbi időben értékes és elengedhetetlenül szükséges segédeszközt nyertünk a visszamaradt magzati sejtelemek kimutatására alkalmas *Zondek* és *Aschheim*-féle vizeletpróbában. *Aschheim, Zondek Evans, Smith, de Snoo* és utóbb a Stoeckel-klinikán *Rösslernek* munkáiból kétségtelenül kitünt, hogy a kórosan burjánzó hám úgy molánál, mint chorioepitheliománál a hypophysis elülső lebenyének hormontermelését igen nagy mértékben fokozza. *Ez az egyszerű biologiai vizsgálómódszer — melynek segítségével bármikor megállapítható az, hogy a szervezet tartalmaz-e életképes magzati hámelemeket —, megbecsülhetetlen értéket képvisel a mola és chorioepithelioma kórismézésének felállításában és további kezelésében. A Zondek és Aschheim-féle eljárással képesek vagyunk megmondani, hogy kitakarított molás méh után, valamint chorioepitheliomának műtéti eltávolítása után maradt e még vissza hosszabb idő után is chorionhám a méh ürében, illetőleg a méh teljes kiirtása után vannak e még áttételek a szervezetben, melyek klinikai tüneteket nem okoznak?*

Sajnos ez a vizsgálati eljárás, mely az utóbbi években lényegesen előbbre vitte ezt a kérdést, koránt sincs még annyira elterjedve, hogy minden eset kivétel nélkül megvizsgálható legyen. Pedig *az elérendő cél az volna, hogy minden chorioepitheliomára és molára gyanús beteg vizeletét e próbának alávessük s hosszabb időn át ellenőrizzük.* Ha e kérdés megoldást nyerne s ha a szövettani kórismézés az átmeneti esetekben biztosabb alapokon nyugodna, úgy jóval közelebb jutnánk a helyes megoldáshoz és kezeléshez.

Mit csináljanak azonban az olyan intézetek, hol az említett hormonvizsgálatra nincsenek berendezve, kiknek nincs Meyer Róbertük és nincsenek pathologus professoraik, kik nagy tapasztalatukkal és birálatukkal az esetek legnagyobb részét már szövettani kép alapján eldöntenék? Vagy mit tegyenek azok, akik messze esnek pontos véleményt adó kórszövettani szakembertől? E kérdésre csak egy felelet lehet: az ilyen betegeket szállítsuk olyan szülészeti intézetekbe, hol e vizsgálatokhoz szükséges felszerelést és az ebből kapott eredmények kellő elbírálására alkalmas szakembert találunk.

*

Visszatérve az idősebb molás betegek prophylactikus kezeléséhez, az irodalomban több adat áll rendelkezésünkre. A chorioepithelioma kifejlődésének megakadályozására *Solowij* ajánlotta először a molás méh kiirtását olyan esetekben, hol a molás terhesség az ötödik hónapot elérte. Véleménye szerint az ilyen előrehaladott terhesség mellett nem lehet a méhet annyira kitakarítani, hogy ne maradjanak vissza magzati hámelemek. *Solowij* és *Schumann* ajánlata, minden idősebb, vagy mélyebbre hatoló üszökterhességnél, nem talált sok követőre. E radikális eljárással szemben azonban a régi exspektativ kezelés is — kórbonctani ismereteink gyarapodása és a biologiai vizsgálatok előtérbe helyezése miatt —, lényegesen megváltozott.

Tekintve a chorioepithelioma és mola szoros összefüggését, nem csodálható, hogy a kezelés terén olyanok is akadtak, kik a legradikálisabb eljárás mellett foglaltak állást. A tapasztalat azonban azt mutatta, hogy az üszökterhesség lefolyása legtöbbször kedvező; főleg a fiatal korban, mikor minden igyekezettel azon kell lennünk, hogy betegeink fogamzóképességét megtarthassuk. *Essen—Möhler* szerint a méh részleges vagy teljes kiirtása csak akkor jogos, ha a kórszövettani lelet és a klinikai kórlefolyás minden kétséget kizárva rosszindulatú elváltozást mutat. Ilyen okból kifolyólag nyolc alkalommal volt kénytelen a méhet eltávolítani, tekintet nékül a betegek fiata korára. *Stoeckel* a berlini Nőorvostársaság 1927. május 27-iki ülésén két olyan esetről számol be, hol az üszökterhességgel kapcsolatos nagyfokú vérzés miatt életmentés céljából végzett méheltávolítást. Hasonló okból kifolyólag végeztek teljes méhkiirtást *Masieri* (három esetben), *Malfatti*, *Schwitzer* (két-két alkalommal) és még mások.

E ritka kényszerítő körülményekkel szemben az idősebbkorú betegek radikális műtéti kezelése az idők folyamán mindjobban polgárjogot nyert. Ebből az okból kifolyólag javasolta 1925-ben *Essen—Möller* a 45 éven felüli betegek molás méhének csonkolását, mert az idősebb aszszonyok között az üszökterhesség után fellépő chorioepitheliomák arányszáma jóval nagyobb, mint a fiatalabb korban (*Essen—Möller* szerint 22%). Véleménye alapján az idősebb korban mola után keletkező chorioepitheliomák risikója sokkal nagyobb, mint egy egyszerű műtét

veszélye. Hasonló okból kifolyólag javasolja *Pestalozza* a méh eltávolítását olyan 40 évnél idősebb molás betegeknél, hol

1. a terhességi toxicosis mellett a beteg szervezete leromlott, a méh gyorsan növekedett, vagy hüvelyi áttételek képződtek,

2. a mola kilökődése közben fellépő nagyobb vérzésnél,

3. az üszök távozása után is fennálló, hosszabbidejű vérzésnél és hiányos méhösszehuzódásnál.

Stoeckel, Meyer R. és *Malfatti* hasonlóképen a molás méh eltávolítása mellett foglaltak állást a fogamzási idő határát elért nőknél. *Forrsner és Gordon* viszont a sugaras kezelést helyezték előtérbe (ezirányú tapasztalataik azonban még nem ismeretesek).

Habár a méh teljes kiirtása mai időkben már veszélytelen eljárás, mégis a nagyobb beavatkozások közé tartozik, melytől az asszonyok legtöbbször húzódoznak, sőt sokszor egyáltalán nem egyeznek bele a műtét kivitelébe.Vannak esetek, hol viszont a műtét nem jöhet szóba a kivérzett, lázas betegek leromlott állapota, vagy szervi hibája miatt.

Tekintettel közleményünk első részében leírt, sugaras kezeléssel gyógyult esetekre s hivatkozva a magzati hámelemek klinikailag és szövettanilag is igazolt nagyfokú sugárérzékenységére, felvetjük a kérdést, nem volna-e célszerű az éppen e korban gyakran bekövetkező chorioepithelioma elkerülése végett az idősebb molás betegeknél prophylaktikus radiumkezelést végezni? Feltevésünknél főleg olyan esetek jöhetnek számításba, hol a hosszabb idejű pontos megfigyelés és biologiás ellenőrzás nem vihető keresztül s hol a betegek a műtéti megoldásba nem egyeznek bele.

Megjegyzés a korrecturánál: 1931. I. 10-én *Gál Félix* mutatott be ar Orvosegyesületben klinikánkról egy radiummal gyógyított hüvelyi chorioepitheliomát; ezzel eseteink száma *háromra* emelkedett.

Irodalom: Tekintettel arra, hogy statisztikánk összeállításánál felhasznált 1412 közleményt felölelő irodalom 45 oldalas terjedelme miatt nem közölhető, alábbiakban csupán azokat a cikkeket gyűjtöttük össze, melyeknek szerzőit közleményünkben idézzük. — *Aschheim:* Zbl. f. Gyn. 1928. 602. old. — *Aschheim* és *Meidner:* Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 77 köt. 103. old. — *Aschoff:* Zbl. f. allg. Path. u. pathol. Anat. 1902. 425 old. — *Briquel:* Thèse de Nancy. Páris. 1902—1903. *Brücke:* Zbl. f. Gyn. 1920. 1229 old. — *Butz:* Arch. f. Gyn. 1901. 64 köt. 176 old. — *Döderlein:* Zbl. f. Gyn. 1914. 1222 old. — *Durante:* Bull. de la soc. et obstétr. de Paris. 1907. 244. old. — *Eiermann:* Gräfes Samml. Halle. 1897. I.. köt. 1. füz. — *Essen—Möller:* Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1925. 360 old. — *Evans* és *Long:* Proc. of the nat. acad. of sciences. 1922. 8. köt. 38 old. — *U. a.:* Harwey Lectures 1925. — *Findley:* Journ. of. med. assoc. 1904. nov. 5. — *Galabin* és *Stevens:* London Obst. Transact. 45 köt. 241 old. — *Goldschmidt:* Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 39 köt. 254 old. — *Gordon:* Surg. gyn. and obstetr. 36 köt. 2 füz. — *Hinschmann:* Zbl. f. Gyn. 1924. 537 old. — *Hitschmann:* Halban-Seitz, 7 köt. II. rész, 333 old. — *Hitschmann* és *Christofoletti:* Wiener klin. Wochenschr. 1929. 19. szám. — *Hofbauer:* Americ. journ. of. obst. and gyn. 1925. 10 köt. 1 old. — *Van der Hoeven:* Arch. f. Gyn. 62 köt. 316 old. — *Hörmann:* Zbl. f. Gyn. 1914. 1128 old. — *Jung:* Gyn. Rundschau. 1916. 10 köt. 351 old. — *Mc. Kenna:* Edinb. med. Journ. 1901. 9 köt. 422 old. — *Klein:* Arch. f. Gyn. 1927. 129 köt. 662 old. *Ladinski:* Americ. journ. of obst. and gyn. 45 köt. 465 old. — *Lehmann:* Zbl. f. Gyn. 1918. 628 old. — Mackenrotdt: Zeitschr. f. Geb. 1918. 80 köt. 703 old. — *Malfatti:* Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 77 köt. 177 old. — *Masieri:* Riv. ital. di ginecol. 1923. 1 köt. 355 old. — *Meyer Róbert:* Berl. klin. Wochenschr. 1909. 25 szám. — *U. a.:* Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1906. 58 köt. 138 old. — *U. a.:* Zeitschr. f. Geb. 1907. 59 köt. 72 old. — *U. a.:* Ergebn. d. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 1911. 432, 561 és 649. old. — *U. a.:* Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1912. 70. köt. 33. old. — *U. a.:* Arch. f. Gyn. 1913. 100. köt. 1. old. — *U a.:* Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1913. 71. köt. 221. old. — *U. a.:* Arch. f. Gyn. 1924. 122. köt. 795. old. — *U. a.:* Arch. per la scienze med. 1927.. 50. köt. 279. old. — *U. a.:* Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1927. 92. köt. 259. old. — *Naujoks:* Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1922. 189. old. — *Neumann:* Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1897. 17. old. — *Novak:* Zbl. f. Gyn. 1926., 2913. old. — *Oberndorfer:* Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1927. 36. köt. 659. old. — *Pestalozza:* Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 41. köt. 275. old. — *Polano:* Zbl. f. Chir. 1913., Münch. med. Wochenschr. 1913. 2803. old., Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1913. 75. köt, 1, füz, — *Polloson* és *Violet:* Ann. de gyn. et d'obst. 1913. 258. old. — *Seitz:* Winkels Handbuch der Geb. Wiesbaden. 1904. 2. köt. — *Sellers:* The amer. journ. of obst. and gyn. 1925. 10. köt. 740. old. — *Siredey, Brocq, Monod, Richard:* Rev. franc. de gynécol. et d'obstétr. 1925. — *de Snoo:* Zbl. f. Gyn. 1928. 2703. old. — *Solowij* és *Krzyszkowszky:* Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1900. 15. old. — *Stoeckel:* Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1927. 92. köt. 235. old. — *Sundel:* Zbl. f. Gyn. 1920. 208. old. — *U. a.:* Norsk. magaz. f. leagevidenskaben. 1920. májusi füz. — *Szathmáry:* O. H. 1926. 20—21. szám. — *Schauta:* Zbl. f. Gyn. 1914. 963. old. — *Schimmel:* Zbl. f. Gyn. 1925. 2469. old. — *Schmauch:* New-Yorker med. Woch. 1904., Zbl. f. Gyn. 1906. 676. old. — *Schweizer:* Zbl. f. Gyn. 1909. 820. old. — *Schwitzer:* Med. Klin. 1922. 1113. old. — *Teacher:* Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Empire. 1903. 4. köt. — *Tóth:* O. H. 1909. 2—3. füz., Zbl. f. Gyn. 1910. 1156. old. — *Turolt:* Zbl. f. Gyn. 1924. 926. old. — *Vogt:* Zbl. f. Gyn. 1928. 2791. old.

A székesfővárosi Uj Szent János közkórház orr-, torok- és gégebeteg osztályának (főorvos: Safranek János dr., egyet. rk. tanár) közleménye.

A rhinitis atrophicans pathogenesiséről.

Irta: *Szálka Vilmos László* dr., adjunctus.

Az ozaena aetiologiája és pathogenesise az utolsó évtizedek szorgos kutatásai ellenére is még teljesen homályos. Több elgondolás és nem egy elmélet igyekezett megfejteni az ozaena mibenlétét, az ezek alapján bevezetett therapiás eljárások azonban nem hozták meg a kívánt eredményt s így azok csupán kísérletezések, az elméletek pedig feltevések maradtak. A betegség keletkezésének és fejlődésének oka tehát még mindíg ismeretlen.

Az atrophiás rhinitis keletkezése szerint megkülönböztetünk *primaer* vagy *genuin* és *secundaer* atrophiás rhinitist. A klinikai tünetek szerint pedig meg szokás különböztetni rhinitis atrophica *foetidát,* amelyet más szóval *ozaenának* nevezünk és rhinitis atrophica *simplexet,* aszerint, hogy a jellegzetes foetor megvan-e vagy nincs. *Seifert* és *Zarniko* histologiai vizsgálatai szerint csak abban különböznek egymástól, hogy a simplex folyamatnál a hám-metaplasia hiányzik, vagy csak jelentéktelen mértékben van meg. Egyébként a kettő között csupán átmenet van és a simplex atrophia végső stadiuma az ozaena. E szerint az utóbbi megkülönböztetésnek pathogenesis szempontjából jelentősége nincs.

A genuin ozaena kórokozója ismeretlen, bár sok híve támadt a *Perez*-féle *fertőzési (bacillaris)* theoriának, amely szerint az ozaena infectiosus, sőt contagiosus baj, amelynek kórokozója a *Perez* által talált cocco-bacillus foetidus. *Hofer* megerősítette Perez állítását és ezek alapján *Korlerr*rel az ozaena specificus therapiáját vezette be a *Perez*-féle bacillussal való activ immunisatióval. E gyógyítási móddal az esetek jelentékeny százalékában kedvező eredményt értek el (nálunk különsen *Safranek*) s ez eljárásnak ma is számos híve van, de hatását a szerzők egy része nem tartja specificusnak, hanem a vaccinatiót a *nem fajlagos* ingertherapiás eljárások közé sorozza. Igen régi előrehaladott oezena esetekben *Marschik* jó sikert látott egy vegyes vaccina *(„Kapselbacterienvaccine")* alkalmazásától.

A secundaer atrophiás rhinitis aetiologiája nem egységes. Okozhatják azt nagy roncsolással járó műtétek, specificus gyulladások, mint pl. lues, tbc., sőt még az orrmelléküregek idült gennyedése is. Ennek aetiologiai kezelése kielégítő eredménnyel jár.

Eltekintve az ozaena említett vaccinatiós kezelésétől, a rhinitis atrophicans *újabbkori* orvoslás-módjainak egy másik csoportját azok az *újabb műtéti eljárások* alkotják, amelyeknek lényege *a tág orrüreg* megszűkítése. Ez volt célja a már régebben végzett submucosus paraffin-injectióknak, míg az újabb eljárások alapját a *Lautenschläger*-féle műtét szolgáltatta. *Lautenschläger* azt véli, hogy az ozaena oka gyermekkori fertőző betegségek kapcsán keletkezett orrmelléküreg-gyulladás (főleg a Highmor-üreg és a rostasejtek gyulladása). Eljárásának lényege, hogy a Highmor-üregnek oralis úton való kitakarítása után az orrüreg lateralis falát medialis irányba luxálja és ilyen helyzetben rögzíti; ha a rostasejtek betegek, ezeket is a Highmoor-üregen át takarítja ki. Igen előrehaladott esetekben az orrfenéket csontlemezkék submucosus implantatiójával felemeli és megszűkíti az orrbemenetet is. E műtétet számosan módosították s utóbb maga *Lautenschläger* is eljárását a *Wittmaack*-féle műtéttel combinálta. *Wittmaack* ugyanis a ductus stenonianust implantálta a Highmor-üregbe, úgyhogy a parotis-nyálka a Highmor-üreg természetes nyílásán át az orrüregbe folyt. *Safranek*nek az a véleménye, hogy a *Lautenschläger*-féle műtéttel és annak módosításaival elért kedvező eredmények magyarázata a beavatkozást követő protrahált reactio és legfőképen az orrüreg térfogatának megszűkítése.

Ezért az említett műtéteknél kisebb beavatkozással járó és kevésbbé veszélyes *Eckert-Möbius*-féle eljárás hódított tért: decalcinált spongiosus marhacsontdaraboknak submucosus, subperiostealis implantatiója. Nálunk különösen *Lénárt* alkalmazta és eredményeit *Campián* ismertette. *Safranek* osztályán számos ilyen műtétet végeztünk és azt tapasztaltuk, hogyha egy-két kis darab csont berakásával jelentékenyen be tudtuk szűkíteni az orrt, az eredmények nálunk is kielégítőek voltak. Nem mondhatjuk ugyanezt a súlyosabb esetekben végzett műtétekre, mert ez esetekben az implantált csontok néhány hónap múlva többnyire kilöködtek és végeredményben csak jelentéktelen, rövid ideig tartó javulást érhettünk el.

Vannak műtétek, amelyekkel a *vasomotoros idegek hatását iktatjuk ki* (sympathicotomia, sympathectomia), hogy ezáltal az orrkagyló és a nyálkahártya pangásos duzzadását idézzük elő. A műtét elég súlyos, éppen ezért nem is nagyon szokták végezni, mert a vele elért eredmény nincsen arányban a műtét esélyeivel, amellett hosszabb-rövidebb idő elteltével visszatérnek a beteg panaszai.

Ujabb pathogeneticus theoria a *Glasscheib vitaminos elmélete*. *Glasscheib* előbb az A-vitamin, később — *Birkholz* észrevételére — a D-vitamin hiányával magyarázta az ozaena létrejöttét. Erre az elméletre nézve csak azt jegyezzük meg, hogy nekünk D-vitaminos kezeléssel ozaenás beteget meggyógyítani ez ideig nem sikerült. Az a csekély eredmény, amit ezzel el lehet érni, nem tulajdonítható specificusnak, amint azt már *Fleischmann* is hangsulyozta. E helyütt nem hallgathatjuk el azonban azt a nézetünket, hogy a vitaminoknak az ozaena pathogenesisében mégis van szerepük, csakhogy ez nem egyszerű D-vitamin hiányában nyilvánul.

Erősen tartja magát az a felfogás is, amely az *autonom idegrendszer megváltozott működéséből* igyekszik megmagyarázni a kór lényegét. Igy pl. *Reinus* azt találta, hogy az ozaenás betegek magas százalékánál az autonom idegrendszer hypotoniája van jelen, főleg pedig a parasympathicus-rendszer hypotoniája, azonkívül megfordított nemi-reactió. *Delie* vizsgálatai során arra a megállapításra jutott, hogy az ozaena gyógykezelésének célja a parasympathicus idegrendszer izgatása és ezért pilocarpint ajánl. Valószínűleg a hatás fokozására rendeli még a thyreoidea-tablettákat és a megfordított nemi-reactio gyógyítására az ovariumot. Ilyen módon osztályunkon csak egy pár beteget kezeltünk és e kevésszámú eset alapján végleges véleményt nem is mondhatunk. Betegeinknek nem volt türelmük e gyógykezelés hatását kivárni és ezért műtétet kértek. E gyógyszerektől e rövid idő alatt különösebb hatást nem láttunk. Egyébként maga *Delie* is e gyógyszeres kezelés mellett még *Eckert-Möbius* műtétjét is ajánlja.

A felsorolt beavatkozások egyike sem mondható *causalis* gyógykezelésnek, ezért nem is járhattak teljes sikerrel. Minduntalan vissza kell térnünk azokhoz az egyszerű régebbi kezelési módokhoz, amelyek segítségével a váladékot mechanikailag eltávolítjuk s az orrnyálkahártyát izgatjuk (orröblítés, lugol-oldattal való ecsetelés, tamponade, stb.). Ide sorozhatók azok a szerek is, amelyeknek célja a sejttevékenység „áthangolása", a protoplasma activálása. A különböző fehérjekészítmények vagy a beteg saját vérének befecskendezése olykor kielégítő eredménnyel jár.

Lássuk már most, vajjon *mennyiben hozhatók ezek a látszólag eltérő elgondolásokon felépült kezelési módok közös eredőre? Elképzelhető-e egységes pathogenesis? Van-e ezeknek a gyógyitási elveknek valami közös alapjuk? Mi a magyarázata a különböző kezelések után beállott javulásnak?* Ha ezekre a kérdésekre választ akarunk, egy biztos alapot kell keresnünk, mert csak ennek alapján vonhatunk helyes következtetéseket. Minthogy a physiologia és a kórbonctan az alapja a betegségek megismerésének, természetes, hogy e tudományágak leszűrt eredményein kiindulva folytathatjuk vizsgálódásainkat.

A kórbonctani elváltozásokat Runge így foglalja össze: „A betegségre jellemző: *a)* a hengereshám metaplasiája; *b)* kis-sejtes infiltratio; *c)* kötőszövet-képződés; *d)* a vérerek falának megvastagodása és atrophiája és a cavernás üregek falzatának eltünése; *e)* a nyákképző mirígyek pusztulása; *f)* a periosteum változása és csontpusztulás." E kórbonctani lelet alapján *Lautenschläger* joggal gondolhatta, hogy *e megbetegedést gyulladás indítja meg.* Én is magamévá teszem *Lautenschläger*nek ezt a nézetét és megállapítását, de klinikai észleléseim alapján tovább megyek: *a gyulladás nemcsak megindítója, de fentartója is a bajnak.* Ennek az elgondolásnak megvan a kórbonctani alapja: az alterativ gyulladás és az elváltozásoknak magyarázatát is tudjuk adni.

A genuin ozaenában szenvedők megbetegedésének kezdetét és módját nem sikerült megállapítani, a betegség kifejlődésének egyes fázisait nem ismerjük. Elénk ugyanis rendszerint csak a kifejlődött betegséggel jönnek, azért az elmélet alátámasztására a *secundaer ozaena kifejlődését kíséreljük megfigyelni és elemezni.* Nem a specificus gyulladások által okozott ozaenát tesszük vizsgálatunk tárgyává, mert a kérdés megítésésénél esetleg a specificitas zavarhat, hanem a *műtét után keletkező ozaenát.* Próbáljuk tehát megmagyarázni és levezetni magunknak *miképen fejlődhetik ki a rhinitis atrophica simplex kórképe orrműtét után?*

Az orr a műtét után tág lesz, a kagylókon, nyálkahártyán roncsolások keletkeznek. A gyógyulás emiatt pörk alatt következik be. Néhány nap múlva a pörkösödés megszűnik és szépen sarjadzó sebfelületet láthatunk, amely csakhamar behámosodik. A gyógyulásnak ez a normalis menete megváltozik mindazon endonasalis beavatkozásoknál, amelyek az orrképletek nagyobbfokú eltávolításával, a nyálkahártya kiterjedtebb roncsolásával járnak. Ilyenkor a pörkképződés rendkívül erős, amely egyedüli tünete a gyógyulás megakadásának. A nagyfokú pörkösödés alapja a bőséges izadmányképződés. Ennek oka az igen erős és nagy felületet érő mechanikai insultus, a roncsolással járó műtét, a sebváladékban bőségesen jelenlévő bacterium-flóra. E hatásokra a gyógyulás helyett *heveny gyulladás* lép fel minden tünetével.

A gyulladás területen fellépő hypertonia, a H-ion-concentratio emelkedése, az aciditas a sejtek működésére már magukban véve is káros hatással vannak: a sejtek zavaros duzzadását és zsíros degeneratióját idézhetik elő. Ehhez járul a fermentumok működésének súlyos zavara. *(Schade). A gyulladás megmagyarázza tehát a nyálkahártyában végbemenő degeneratiós folyamatok keletkezését, a gömbsejtes beszűrődést és alapját adja a kötőszövetproductiónak.* Fel kell tételeznünk azt is, hogy a *gyulladás állandó.* Erre mutat az a körülmény, hogy ott, ahol megszünik a gyulladás, ott meg is gyógyul az ozaena. (Pl. a syphilises ozaena specificus kúrára meggyógyul). *E permanens gyulladás egyik oka lehet az orr tágassága,* amely nyilvánvalóan *az orr physiologiás működését változtatja meg.* Az orr respiratiós szakaszának physiologiás feladata ugyanis a belégzett levegő temperaturájának szabályozása, vízzel való telítése és a corpuscularis elemektől való megszabadítása. E munkának elvégzése sajátságos configuratiójához és nyálkahártyájának structurájához van kötve.

Az orr tágasságával több levegő jut az orrba és ennek a felmelegítése nagyobb munkát kíván. A felmelegedés a normalis viszonyokhoz képest tökéletlen, mert hiszen az orr felülete a műtét után jelentékenyen megkisebbedett: hiányoznak a duzzadó, barlangos testek, amelyek a hideg levegő behatásakor mintegy védelmül elzárják az orrt; minthogy a nylákahártya megduzzadása az erek kitágulása által következik be, ily módon normalis viszonyok között kedvezőbbé válik a nyálkahártya vérellátása és a sejtek táplálkozása, ami ellensúlyozza a káros külső hatást. A hidegnek állandó hatása *Schade* vizsgálatai szerint az orr nyálkahártyájának elülső részén az *eukolloidítást megváltoztatja geloid irányba.* Lehetséges, hogy ez is fokozza a kötőszövet víztartalmának csökkenését (vagyis a kolloidok vízmegkötőképességének csökkenését és a geloid irányba való megváltozását okozza). *Ez által a szövetek vitalitása is csökken, az infectio ellen való védekezésük nem kielégítő, úgy hogy a gyulladás gyógyulása nem következik be.*

A metaplasia keletkezésének oka a kórbonctan tanítása szerint a szövetek életfeltételeinek megváltozása. „Elsősorban tartós ingerek, vegyi, erőművi behatások, idősült gyulladások okoznak metaplasiát" *(Buday).* Az orrban a fentjelzett viszonyok között valóban megtaláljuk a metaplasia keletkezésének okát. Az az inger, amelynek hatása a kötőszövet kolloidjának geloid irányba való átalakulás, a hámsejteknél is érvényesül. A gyulladás átterjedésének lehetősége a periosteumra különösebb magyarázatot nem kíván. A keletkező hegesedést a gyulladás természete szabja meg. A nagyfokú hegesedés táplálkozási zavarokat is idézhet elő, amelyek a folyamatnak kedvezőtlenebbre való fordulását elősegítik.

Ezek szerint tehát a *műtét után beállott permanens alterativ gyulladás magában rejti mindazon feltételeket, amelyek az ozaena kifejlődését megindítják és teljessé teszik.*

Lássuk már most, hogy *az egyéb károkok által létrehozott megbetegedés mennyiben helyezhető e felfogás keretébe? A mellüregek genyedése miért nem vonja maga után minden esetben az ozaena keletkezését? Mi az eredete a genuin ozaenának?*

Az első kérdésre könnyen megfelelhetünk, ha rámutatunk *a kötőszövet constitutionalis elváltozására.* Ismeretes többek között, hogy a kötőszövet vízmegkötő képessége egyénenként változik. Ennek analogiájára feltehető, hogy a kötőszövetnek savmegkötő képessége is különböző lehet. A savaknak hiányos megkötése pedig fontos szerepet játszhatik a kórkép kialakulásában. *Ezért van az, hogy sokszor évekig tartó mellüreggenyedések nem okoznak ozaenát, máskor meg igen.* Tekintetbe jön azonkívül a *bacteriumok virulentiája, az orr tágassága, a sejtek vitalitását csökkentő betegségek, hypovitaminosis, külső behatások.* Erre vonatkozóan érdekesek *Proby* kísérletei. Ő ugyanis Friedländer-f. pneumococcust oltott állatba és azt találta, hogy a kísérleti állat — ha sepsisben el nem pusztult — csak akkor kapott orrában pörkösödést és a nyálkahártyájában sorvadást, ha az oltással egyidőben a nyálkahártyát croton olajjal vagy karcolásokkal megsértette.

Ha a *genuin ozaena pathogenesisét* az előbb elmondottak alapján akarjuk megmagyarázni, úgy fel kell tennünk, hogy itt is valamiféle *gyulladás a baj megindítója.* A lobos ingernek nem is kell valami erősnek lenni, úgy hogy a beteg és környezete a jelentéktelennek látszó tüneteket figyelembe sem veszi és csak évek múlva a már többé-kevésbbé kifejlődött kórkép kerül szemünk elé. *A lobos folyamat itt is alterativ jellegű és permanens.*

A permanens lobos inger átalakító hatással van a szövetekre. Ez természetes, ha meggondoljuk, hogy már a tartós functionalis megterhelés is a szövetek, szervek átalakulásához vezethet, nem pedig hypertrophiához. Ez utóbbinak keletkezéséhez ugyanis csak a rövid ideig tartó és nem tulságosan erős functionalis megterhelés és inger alkalmas. Ez a szabályszerűség különösen a fiatalabb években van meg, mert a fiatalabb szövetek sokkal inkább érzékenyebbek a tartós és fokozott functióval szemben. *(Lange, Baetzner, W. Müller).* Igy válik érthetővé, hogy az *állandó gyulladásos inger hatására az orrban* nem hypertrophia, hanem *atrophia* fejlődik ki. A rhinitis hypertrophica keletkezésének feltétele, a fentiek szerint, a rövid ideig tartó nem állandó gyulladás, amikor tehát a catarrhusok között hosszabb-rövidebb intervallum van.

Amint láttuk, a secundaer atrophias rhinitist különböző microorganismusok által keletkezett gyulladás idézheti elő, azért feltételezhetjük, hogy a *genuin ozaenát kiváltó gyulladás kórokozója sem egységes.* A kérdésnek a lényege tehát nem is a különböző microorganismusok szerepének tisztázása, hanem inkább *azon körülményeknek a vizsgálata, amelyek elősegítik a permanens gyulladást,* azaz amelyek a gyógyulás bekövetkezését megakadályozzák.

A permanens lob elősegítője lehet — a fentiek szerint — az *orr tágassága.* Ezenkívül további elősegítője *a beteg vitaminellátásában fellépett zavar.* Nem is egyfajta vitaminnak hiányában kell látnunk az okot, mert hiszen a vitaminoknak egymáshoz való aránya, a táplálékok egyik-másik vitaminban szegényebb volta, az egyoldalú hiányos táplálkozás már kóros elváltozásokat válthat ki, de mindenesetre a szövetek, sejtek ellenállóképességének csökkenését okozhatják. És itt elsősorban a növekedésben, valamint a vízforgalomban fontos A- és B-vitamin szerepére kell rámutatni. E két vitaminnnak együttes jelenléte és hatása a gyógyulásnak egyik jelentős feltétele. A D-vitaminnak — nézetem szerint — nincsen olyan jelentősége, a baj gyógyulásában, mint ahogyan azt *Glasscheib* vallja, de ehelyett részletesebben nem foglalkozom a kérdéssel, mert ez dolgozatom kereteit meghaladná, hanem erre egy más alkalommal még visszatérek.

A kórkép kialakulásának rövid vázolása után áttérhetünk annak megvitatására, hogy a *therapiás beavatkozások mily módon segítenek a betegen és mennyiben támogatják eme felfogást?*

Az orr szűkítését célzó műtétek az orr tágasságával járó hátrányokat, kellemetlenségeket küszöbölik ki. Minthogy azonban a permanens gyulladást okozó tényezők közül csak egyet sikerült ezzel az eljárással megszüntetnünk, nyilvánvaló, hogy végleges gyógyulást nem is várhatunk.

A sympathectomia a vasomotorok bénulásával, illetőleg azoknak kikapcsolásával hat. Az orr nyálkahártyájában pangás keletkezik és ez a bő vérellátás az aciditás közömbösítését, a fokozott anyagcseretermékek elszállítását segítik elő. Természetes, hogy míg ez a hatás tart, amely — sajnos — csak időleges, a betegek jól érzik magukat, javulnak, állapotuk kielégítő. A tisztán pangásos therapiát újabban *Heermann* ajánlja. A pangást készülékével meglehetős egyszerű módon lehet előidézni.

Mondottuk, hogy különböző okoknál fogva a szövetek, sejtek vitalitása csökken. Ezt a gyógyszeres kezelés is igazolja, amennyiben a *vitalitást fokozó szerek* igen jó hatással vannak az ozaenás betegre, amint azt osztályunkon több alkalommal is megfigyelhettük. A jódkaliumos oldattal való ecsetelés, tamponálás, a D-vitamin hatása ugyancsak az *inger-therapiához* sorolható. A *Delie* és mások által ajánlott *parasymphaticus szerek* a vasodilatorok izgatását célozzák, aminek következménye a bővebb vérellátás. E therapiás eljárás eredménye, a sympathectomia eredményével azonosnak tekinthető és ugyancsak a felfogás helyességét támasztja elá.

Egybevetve tehát az eddigieket, mondható, hogy az *ozaenát gyulladás okozza és tartja fenn. A gyulladás állandó és alterativ jellegű. Az állandó gyulladás oka lehet az orr tágassága, azonkívül hypovitaminosis.* Ezt a felfogást a klinikai tapasztalatok és az eddig gyakorlott therapiás eljárások megerősítik és remélhető, hogy a további kutatások is igazolni fogják.

A női végbélgonorrhoeáról.*

Irta: *Temesváry Miklós dr.*,
a Weiss Alice Gyermekágyas-Otthon rendelő főorvosa.

A női végbélgonorrhoeára vonatkozó, rendelkezésemre álló aránylag nagy anyag feldolgozását két okból tartottam célszerűnek. Egyrészt, hogy rámutassak arra, hogy a legtöbb esetben a rectális gonorrhoeát gondosan keresni kell, ha aránylag gyakori előfordulásáról meggyőződni akarunk, másrészt pedig, hogy szükséges is a keresése és gyógyítása, ha azt akarjuk, hogy a nő egyéb gonorrhoeás megbetegedéséből is kigyógyuljon.

Breslaui assistensi működésem alatt feltünt nekem, hogy oly gyakran mutathattunk ki a végbélben gonococcust, amikor pedig az irodalomban oly keveset olvasunk a végbél kankójáról és ekkor is többnyire csak 1—2, rendszerint súlyos complicatiókkal járó esetről. Ezért osztályunk anyagán ezirányban feldolgoztam, ami annál inkább is volt hálás feladat, mert kórházunk, az „Allerheiligen-Hospital" azon kivételes helyzetben volt, hogy nőgyógyászati osztályán külön 24 ágy volt kizárólag gonorrhoeában szenvedő nem-puella publicák, valamint vulvovaginitises kisleányok számára fenntartva. Az anyag, amelyet összeállítottam, az ottlétemig terjedt utolsó 8 évet foglalja magában.

A francia *Hecker* volt az első, aki 1789-ben a figyelmet a végbélgonorrhoeára felhívta és mindjárt megjegyezte, hogy nem tartja nagyon ritka, sőt inkább gyakori megbetegedésnek. Ennek dacára 70 év telt el, míg *Förster* (1860-ban) kórbonctani tankönyvében ismét említi a bajt s még azután is elterjedt tankönyvekben, mint *Zeisslé* (1888), *Lesseré* (1890), *Neumanné* (1888) és *Fingeré* (1893) nem történik arról említés, sőt egyes nagytapasztalatú venerologusok, mint *Juliusburger* (Neisserklinika), *Diday, Simonet* a 80-as években külön hangsúlyozzák, hogy egyetlen ily esetet sem láttak még. 1884-ben *Bumm* és *Fritsch* közöl egy-egy ily esetet nőnél; de még azután is, dacára annak, hogy *Neisser* a gonococcust tudvalevőleg már 1879-ben felfedezte, oly ritkaságnak tartották ezen megbetegedést, hogy mint már említettem, minden egyes esetet közlésre érdemesnek tartottak. *Neisser* maga is csak két ilyen esetet közölt 1889-ben. Nálunk az első kettőt 1895-ben *Róna* közölte, majd az ő osztályáról *Huber* 1898-ban még kettőt (mindannyi prostituáltnál fordult elő), majd a 20-as évek elején *Földes Lajos* és *Gál Hugó* közöltek egyet-egyet,, amely condylomákkal járt, illetőleg stricturához vezetett, majd *Dóczy Gedeon* (1927) nagyobb anyagon a női gonorrhoeások 25%-nál talált rectalis gonorrhoeát, s végül legújabban *Mansfeld* osztályáról került ki ilyen s pedig halállal végződött eset. A külföldi idevágó irodalomban talált kb. 120 közlemény legtöbbje is csak 1—2 eset említésére szorítkozik. S csak újabban, amidőn a váladékvétel nagyobb gondossággal és alapossággal történik s már nem elégszenek meg egyetlen negativ vizsgálattal, közölnek nagyobbszámú ily esetet; így *Almkvist* 9, *Berndt* 11, *Harlsse* 14, *Mermet* 38, *Baer* 67, *Eichhorn* 72, *E. Ruge* 75, *Boas* 88, *Mucha* 120, *Pölchen* 190 és *Burger* 196 saját észlelésű esetről tesz említést; a megbetegedés gyakoriságát illetőleg a különböző szerzők szerint a gonorrhoeában szenvedő nők 10.8%—41.3%-a szenved egyúttal végbélgonorrhoeában is. Az általam talált ezen arányszám, mint látni fogjuk: 22.1%, melynek alacsony voltát talán azon már említett körülmény magyarázza, hogy osztályunkra csak kivételesen kerül puella, már pedig *Rollet, Martineau, Neuberger, Horand , Mucha, Róna* hangsúlyozzák, hogy a baj prostituáltaknál gyakoribb; *Mucha* anyagában pl. 120 végbélkankóban szenvedett nő közül 42 volt prostituált. A férfi és a nő genitaliáinak egymástól lényegesen eltérő topografiája érthetővé teszi, hogy sokkal több nő szenved a bajban, mint férfi; így *Mermet* az előbbiek arányszámát 77.5%-nak, *Pölchen* 87.6%-nak, sőt *Berndt,* igaz, hogy csak 13 esetből, 93.5%-nak találta.

Ami a *fertőzés módját* illeti, az leggyakrabban a hüvelyből kifolyó gonorrhoeás váladéknak a végbélbe való bejutása útján történik s ezért oly gyakori a megbetegedés már szült nőknél, különösen pedig gyermekágyas nőknél, vagy be nem gyógyult gátrepedésnél; egy másik fertőzés lehetőségét adja a gonorrhoeás váladékkal szennyezett végbélcső *(Glingar),* hüvelycső *(Murray),* végbéltükör és tágító *(Róna),* hőmérő, stb. használata, sőt közöltek egy esetet, ahol a fertőzés egy végbél-suppositoriumnak gonorrhoeásan szennyezett újjal való bevezetése vagy egy másik eset, ahol az ilyen újjal való babrálás útján (obstipatiónál *Rollet)* történt. Talán a leggyakoribb fertőzési útnak a gonorrhoeás nők irrigálását tekinthetjük, amikor ugyanis a gonococcust tartalmazó folyadék a hüvelyből való távozásnál az anushoz és innen a végbélbe kerül; harmadik fertőzési mód gonorrhoeásan megbetegedett belső nemi szerveknek vagy Bartholini-mirígynek áttörése a végbélbe (secundaer infectio) s végül negyedik módja a fertőzésnek a peno-analis coitus; a pederastia passziv mediuma közismerten gyakrabban nő, mint férfi.

Említett kórházunkban 1919-től 1926-ig összesen 1182 fekvő beteg nőnél volt gonococcus kimutatható; a sokkal nagyobb számú ambulans betegtől eltekintek, mert ezek pontos észlelésre nem alkalmasak. Ezen 1182 gonorrhoeás nő között 261-nek, vagyis 22.1%-ának volt rectalis gonorrhoeája is.

Ugyanezen idő alatt a vulvovaginitis gonorrhoicában szenvedő 256 gyermek közül 74-nek, azaz 28.9%-nak volt rectalis gonorrhoeája is. Utóbbi csoportot azonban ez alkalommal teljesen figyelmen kívül hagyom, de remélem,

* Előadta a Budapesti kir. Orvosegyesület gynaekologiai szakosztályának 1930 június 5-én tartott ülésén.

hogy ezen anyagról is még lesz alkalmam beszámolni, amikor a vulvovaginitisről külön fogok értekezhetni.

A 261 nő következő korú volt:

16—20 éves	85 nő
21—25 éves	111 nő
26—30 éves	47 nő
31—35 éves	8 nő
36—40 éves	5 nő
41—45 éves	5 nő

A gonococcus kimutatása a rectum váladékból nehezebb, mint a női genitaliákéból és az urethráéból. Módszerül ugyanis a kulturális eljárást nem lehet használni, mert mint tudjuk, a végbélben található különféle bacteriumok nagy tömege sokkal előbb burjánozza túl a táptalajt, mintsem hogy egy továbboltásra alkalmas gonococcus-koloniát találhatnánk. A Bordé—Gengou-féle complementkötési próba pedig, noha tudjuk, hogy komplikált gonorrhoea eseteiben positiv eredményt mutat, de amint *Fischer*rel a Jadassohn-klinikáról együtt végzett vizsgálataim is mutatták, a rectalis gonorrhoea maga nem elegendő ahhoz,hogy ezen serumreactio positivvé váljék. Nem marad tehát más hátra, mint a váladéknak tárgylemezen való vizsgálata. Tapasztalatunk szerint nem szükséges a még legutóbb is *Franz* által: „Die Gonorrhoe des Weibes" című monographiájában ajánlott módszer, hogy t. i. végbéltükröt vezessünk be *(Calmann* e célra a Simon-féle tükröt ajánlja), hogy vizsgálatra alkalmas váladékot kapjunk, sem pedig az általa is ajánlott felhigítása a végbéltartalomnak Nélaton-catheter útján odajuttatott vízzel, hanem a váladékvételre a női genitaliákon általában legalkalmasabbnak talált tompa Asch-féle kanál itt is a legcélszerűbb. A kanállal való váladékvétel azért is részesítendő előnyben a platinakaccsal szemben, mert előbbivel a nyálkahártyán és ennek redői között letelepedett gonococcust is sikerül tárgylemezre kapnunk. De az így vett rectum-váladékból sem mindíg könnyű a gonococcust kimutatni, mert bizony az általam feldolgozott 261 eset közül csak 88-nál volt már az első váladékban gonococcus található, míg ehhez

2	vizsgálat	kellett	39	esetben
3	„	„	34	„
4	„	„	23	„
5	„	„	16	„
6	„	„	14	„
7	„	„	15	„
8	„	„	7	„
9	„	„	7	„
10	„	„	8	„
11	„	„	5	„

12—15 és 18 vizsgálat kellett 1—1 esetben, amíg gonococcust kimutathattunk.

Azon esetekben, ahol semmi gyanú nem volt rectalis gonorrhoeára, a rectum kimélése céljából csak kétszer hetenként vettünk váladékot és ezért néha csak hónapok múlva sikerült a gonorrhoea kimutatása, amikor a beteg már más localisatiójú gonorrhoea miatt feküdt osztályunkon. Volt azonban eseteink között 11 oly eset is, ahol éppen a rectumból vett váladékból volt a gonorrhoea kimutatható, sőt ezek közül volt hét oly eset, ahol — dacára 15—20-szori váladékvételnek a cervixből és az urethrából —, ezekben nem volt gonococcus kimutatható; ezen szervekben tehát már kigyógyulhatott a gonorrhoea, míg ez a végbélben még nem zajlott le.

Ami a végbélgonorrhoea *tüneteit* illeti, ezek különösen hevenyés esetekben az anus tájékán fellépő viszkető, égető érzésben, s néha a székürülésnél jelentkező kisebb-nagyobb fájdalmakban nyilvánulnak, objective pedig erythemában, eczemában, a végbél nyálkahártyájának beléveltségében és vérzékenységében, a nyálkahártya oedemásan duzzadt ráncainak előredomborodásában, genyes kifolyásában, majd condylomata accumatában, ritkán fissurákban, felületes fekélyekben; néha paraanális infiltratumok is tapinthatók. A legtöbb esetben azonban a baj úgyszólván semmi subjectiv vagy objectiv tünettel nem jár s mondhatjuk, hogy a tünetekkel járó esetek képezik a ritka kivételt. Összes eseteim közül 250 quoad rectum teljesen tünetmentes volt és csak 11-nek volt kisebb vagy nagyobb panasza és pedig öt esetben székelésnél fájdalom, két esetben égés a végbélben, két esetben fájdalom a végbélben, székelésen kívül is, egy esetben gennyes folyás; ezeken kívül objectiv lelet csak négy esetben volt és pedig egyben fistula a hátsó commissura mögött, egyben ulcus a sphincter nyálkahártyáján és kettőben hegyes condylomák.

Sokan úgy vélik, hogy ahhoz, hogy ulceratio vagy strictura keletkezzék, nem elegendő egyszerű rectalis gonorrhoea, mert a gonorrhoeás folyamat a nyálkahártya felületén játszódik le és sohasem hatol mélyebbre; viszont a végbélfekélyekben gonococcus tényleg sohasem mutatható ki. Valószínű, hogy ilyen mélyreható elváltozásokhoz szükséges,hogy valamilyen vérkeringési zavar is álljon fenn, vagy pedig valamely gyulladásos folyamat játszódjék közre. Igy pl. egy esetleg fennálló haemorrhoidalis csomónak gyulladása is alkalmassá lehet az ilyen elváltozás bekövetkezésére. Az általam említett egyik ilyen esetben is, ahol ulcust észleltünk, ezen helyen egy régibb haemorrhoidális csomó felületes ulceratiója terjedt a sphincteren át egészen az ampulla recti-ig.

A legtöbb szerző szerint a gonococcusok a Lieberkühn-féle kriptákban telepednek le és a periglandularis kötőszövetet támadják meg (perifolliculitis recti).

A végbélhüvelysipoly természetesen mindíg periproctitis következménye.

Ha azt nézzük, hogy kik hajlamosak a rectalis gonorrhoeára, mindenesetre feltünő, hogy anyagomban aránylag olyan sok nő szült már. A 261 eset közül ugyanis 85 nő már egyszer vagy többször szült és ezek közül 25 közvetlenül szülés után volt. Abortus után pedig nyolcan voltak. Sajnos nem áll rendelkezésemre azon adat, hogy a többi gonorrhoeás nőnél szintén ilyen magas százalékban ment-e már előre szülés; ez azonban nem valószínű, mert legtöbbjük nem volt férjezett. Ezen körülmény azért fontos, mert mint a gyermekeknél, ezeknek aránylag rövid gátja folytán nagyobb számban fordul elő rectalis gonorrhoea, mint a felnőtteknél, úgy könnyen érthető, hogy szült nők is anatomiailag praedisponáltak rectalis gonorrhaeára, egyrészt, mert egy esetleg be nem gyógyult gátrepedés közelebb hozza a vaginát az anushoz, más részt pedig mert a gyermekágy maga is alkalmas arra, hogy az esetleges gonococcussal fertőzött lochiák a végbélnyilás felé folyjanak s itt a rectumba jutva rectalis gonorrhoeát okozzanak. Az Allerheiligen-Hospital gyermekágyas osztályán minden nőnél a gyermekágy alatt a Wassermann-reactio megállapításán kívül legalább kétszer vettünk váladékot gonorrhoeára való vizsgálat céljából és pedig természetesen nem a hüvelyből vagy cervixből, hanem az urethrából és a rectumból. Azon idő alatt, midőn a gyermekágyas osztályon voltam beosztva, 11 oly nőnél tudtam így gonorrhoeát kimutatni, akiknek nem volt tudomásuk gonorrhoeás megbetegedésükről. Ezen 11 eset közül 7-nél találtunk a rectumban is, vagy csak a rectumban gonococcust.

Hogy egyéb gonorrhoeás complicatióknak, eltekintve az áttöréssel járt folyamatoktól, valamilyen szerepük volna a rectalis gonorrhoea keletkezésénél, nem valószínű. Adnex-tumor aránylag nagy számban volt található és

pedig 187 esetben, amit az magyaráz, hogy többnyire régi, elhanyagolt esettel volt dolgunk. Bartholinitis viszont nyolc esetben, pelveoperitonitis hat esetben, condylomák a vulván négy esetben és coxarthritis egy esetben volt jelen.

Szabadjon most már rátérnem a rectalis gonorrhoea *prognosisára*. A rectalis gonorrhoeáról nyugodtan állíthatjuk, hogy úgyszólván az összes gonorrhoeás megbetegedések között a legkönnyebben kigyógyítható, de csak abban az esetben, ha a kezelést radikálisan végezzük. A rectum helyzete és az a tény, hogy az infectio csak a rectum alsó részére szokott localisálódni, teszik a bajt könnyen hozzáférhetővé. Régebbi évek tapasztalatai alapján egy bizonyos séma szerint végeztük a kezelést, amely abból állott, hogy reggel 150 gramm 2 ezrelékes trypaflavin-oldatot bocsájtottunk székelés után a végbélbe irrigátorcsővel, este pedig a következő kenőcsöt nyomtuk egy külön e célra készült fecskendő segítségével a végbélbe: Arg. nitr. 1.0, Bals. peruv. 10.0, Vaselin flav. ad 100.0. A 261 eset közül csak öt esetben van a kórlapon felemlítve, hogy a nő nem türte a kezelést, amikor azután 1%-os Targesint adtunk, vagy pedig egy liter vízbe öntött egy evőkanálnyi Burrowoldattal öblítést végeztünk és pedig olymódon, hogy miután a folyadék ⅔-át a végbélbe bocsájtottuk, a harmadik harmadhoz a bebocsájtás előtt 15 csepp opiumtincturát adtunk.

Ami a *kezelés tartamát* illeti, 149 esetben elegendő volt egy kúra, amely körülbelül 30—40 napig tartott, viszont 11 esetben 40—50 napig, öt esetben 50—60 napig, 18 esetben 60—70 napig, 10 esetben 70—80 napig és négy esetben 90—100 napig kellett a kezelést folytatni, illetőleg azt újból felvenni a váladék gonococcus-positiv volta miatt. Egyes kivételes esetekben oly makacs volt a rectalis fertőzés, hogy 111, 120, 130, 131, 140, 176 napos kezelésre is volt szükség annak teljes kigyógyulásához.

Természetesen nagyon nehéz megmondani azt, hogy hány váladékvizsgálat elegendő ahhoz, hogy biztonsággal állíthassuk, hogy az illető nő tényleg kigyógyult. Hogy a befejezett kezelésű esetek közül hány esetben s hányszor állott módunkban controllvizsgálatot eszközölni, azt a következő számok mutatják:

7 esetben	1 negativ	6 esetben	10 negativ	1 esetben	18 negativ
16	„	2	„	14	„	11	„	2	„	20	„
12	„	3	„	14	„	12	„	1	„	21	„
17	„	4	„	5	„	13	„	1	„	22	„
7	„	5	„	6	„	14	„	2	„	23	„
11	„	6	„	9	„	15	„	2	„	25	„
14	„	7	„	2	„	16	„	1	„	26	„
17	„	8	„	4	„	17	„	2	„	28	„
14	„	9	„	4	„	18	„	1	„	29	„

31 esetben egy utóvizsgálat sem volt végezhető. Ezen esetekről, valamint azon itt említettekről, ahol a betegnek a kórházból való elbocsátása s újból nem jelentkezése miatt csak néhány kevés utóvizsgálatot végezhettünk, természetesen nem mondhatjuk határozottsággal, hogy véglegesen meggyógyultak.

Megjegyezni kívánom itt, hogy tekintettel azon körülményre, hogy betegeink a kórházi ápolásból való elbocsájtásuk után is hónapokon, sőt éveken át, ambulanter tovább vizsgáltattak, csak elenyészően csekély lehet azon esetek száma, ahol később recidiva lépett fel. Egy hétnél rövidebb ideig csak 56 esetben maradt az illető nő kórházunkban megfigyelés alatt, míg 18 esetben 1—2 hétig, 38 esetben 2—4 hétig, 53 esetben 1—2 hónapig, 21 esetben 2—3 hónapig és 17 esetben 3 hónapnál tovább voltunk abban a helyzetben, hogy recidiva- vagy reinfectiomentességről meggyőződhessünk.

Bizonyos vagyok benne, hogy nőnél sok esetben egy tünetmentes és ezért elhanyagolt rectalis gonorrhoea az oka a genitalis gonorrhoeák reinfectiójának.

Az idevágó esetek nagy száma, amelyet oly osztálynak egészben nyolc évi beteganyagából gyűjthettem, amelynek főnöke megboldogult *Robert Asch* tanár volt, aki úgyszólván egyik életcéljául tűzte ki a női gonorrhoea leküzdését, igazolttá teszi azok feldolgozását és talán elég nyomós okot nyújt ahhoz a feltevéshez, hogy érdemes minden gonorrhoeás nőbetegnél a rectal-gonorrhoea után is kutatni és ennek fennállása esetén azt gyógyítani, ha csak a gonorrhoeás nemi megbetegedést egyáltalán nem akarjuk a magától való kigyógyulásnak, úgy hiszem, nagyon kis százaléknyi lehetőségére bízni.

RÖVID KÖZLÉSEK A TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSI GYAKORLATBÓL.

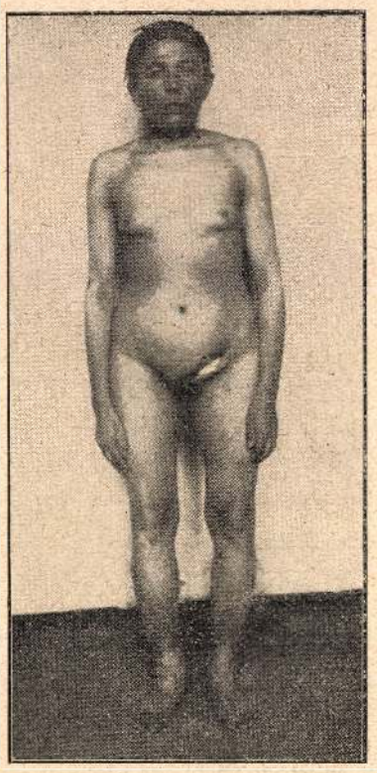
A budapesti Törvényszéki Orvostani Intézet közleménye.

Nőként házasságban élő férfi.

Az utóbbi észleléshez nem hatósági megbízás folytán, hanem a beteg gyógykezelő orvosának szíves figyelmeztetése folytán jutottam. A 25 év óta házasságban élő 48 éves nő, orvoshoz fordult azzal a panasszal, hogy bal lágyékhajlatában nagyon fájdalmas daganata keletkezett, s ekkor merült fel a gyanú, hogy az illető férfi és hogy a fájdalmas daganat beszorult és gyulladt here. Kikérdezésekor az illető egyén előadta, hogy már régen észre vett bal lágyékhajlatában egy galambtojásnyi daganatot, de ezzel, minthogy soha sem fájt, nem törődött. Körülbelül egy félév óta a daganat időnként fájdalmassá lett, fájdalmai fokozódtak úgy, hogy nyolc nap előtt kénytelen volt orvoshoz fordulni. Az orvos megpróbálta a daganatot hasába benyomni, de ez nem sikerült. A nyomkodás nagyon fájdalmas volt és azóta állapota lényegesen rosszabbodott. Előadja, hogy 25 év óta törvényes házasságban él. A közösülés mindig nagyon nehezen ment, de a végén férje beletörődött a dologba, orvosi vizsgálatra nem gondolt. Neki sem férfiak, sem nőkkel szemben nemi vágyai nem voltak. Havi baja soha sem mutatkozott. Három nő és két fiú testvére van. Fivérei katonák voltak. Nővérei férjesek, kettőnek gyermeke van, a harmadik 30 esztendő óta meddő házasságban él, rendellenességről tudomása nincsen.

Az illető mérsékelt erősségű izomzattal rendelkező, közepes táplálts ágú, közép termetű egyén. Haja gyér, fekete s azt a háta közepéig érő szánalmasan vékony, egy ujjnyi fonatba fonva hordja. Arcvonásai durvák, darabosak, megfelelnek egy bajusz, szakál nélküli napbarnított földmíves férfi arcvonásának, de a női ruházattal sem állanak feltünő ellentétben úgy, hogy az illetőt arcvonása alapján korán megöregedett földmíves nőnek is ellehet fogadni. A felső ajkon és az állon néhány dúrva szőrszál van. (Az illető állítása szerint azokat ki szokta tépni). A pajzsporc nagyobb mértékben nem emelkedik ki, a hang mélyebb alt hangnak megfelelő, de inkább nőies. Az emlők gyengén fejlett, illetve sorvadt női emlőkhöz hasonlóan némileg kidomborodnak. A bimbók borsónyiak, udvaruk alig van; abban nehány több cm. hosszú szőrszál nőtt és ugyanilyenek találtattak a szegycsont feletti bőrön is. A szeméremszőrzet gyér, felül élesen határolt. A bal lágyékhajlatban kisebb ökölnagyságú, érintésre fájdalmas, félgömöbölyű kiemelkedés van, amely felett a bőr el-

mosódott szélekkel feszes, fényes, vizenyősen duzzadt és megpirosodott. A bal lágyékhajlatban annak közepe táján egy galambtojás nagyságú, rugalmas, nyomásra érzékeny és herének mindenképen megfelelő, helyéből némileg kimozdítható daganat volt tapintható, illetve látható. A nemirész első pillantásra női nemző résznek látszott. Azon jól felismerhetően jelentkeztek két oldalt a szőrzettel borított nagy ajkak. Ezek felső végén, összetalálkozá-





suk helyén 4 cm. hosszú, mutató újnak megfelelő vastagságú, jól felismerhető, makkal ellátott, felül és oldalt fitymaszerű lebennyel fedett — tehát úgy megnagyobbodott csiklónak, mint hypospadiás hímtagnak egyformán megfelelő hengeres kiemelkedés mutatkozott. Ennek alsó felületén haladt sáncszerű barázda képében a húgycső, amely befelé fokozatosan szűkülő, 4 cm. mélységig kutaszolható kidomborodó lágyrészek által határolt tölcsérbe vezetett.

A végbélen át végzett vizsgálat alkalmával méhet nem lehetett kitapintani, dülmirigyet biztosan kimutatni szintén nem lehetett.

A sebészi osztályra utasított beteg bal lágyékhajlatának gyuladt, genyedő szövetei közül galambtojásnál nagyobb, herének minden tekintetben megfelelő képletet távolítottak el. Azon here, mellékhere és az ondózsinór jól felismerhető volt. A metszési lap rendes hereszövet metszési lapjának teljesen megfelelt és arról csipesszel az ondócsatornákat fínom fonalakként hosszúra ki lehetett huzni. A microscopos vizsgálat is herét állapított meg.

Kenyeres Balázs dr., egy. ny. r. tanár.

A helyszini szemle jelentősége.

A fiatal munkás férfit ágya mellett a padlón vértócsában fekve találták. A gyanú, amely később bizonyossá lett mindjárt kezdetben az illetőnek egyik hálótársa ellen irányult. A boncolás nyilvánvalóan fejszével ejtett és koponyába behatoló többszöri fejsérüléseket állapított meg, amelyek egyike a jobb halántékon a fejsze élével, a többiek a fejsze fokával, illetve fokának egyik szögletével idéztettek elő. A helyszíni szemle alkalmával az elhalt ágyának fejvégén és a vele érintkező falon ütőéres preckelés vérnyomai voltak feltalálhatók, ami bizonyította egyrészt azt, hogy a támadás a sértettet ágyban fekvő helyzetben érte, másrészt, minthogy a vérpeckelésre alkalmat adó sérülés csak egy volt (a jobb halántékon levő), azt is, hogy ezt a sérülést az elhalt ágyban fekvő helyzetében kapta. Az ágynemű megszemlélése alkalmával a takaróként használt vastag cserge feje végének szélén a szövet egész vastagságán áthatoló fejszevágást találtunk, amely megfelelt az elhalt jobb halántékán levő fejsze vágásnak. Mindezeknek alapján nemcsak azt lehetett bizonyítani, hogy az elhalt a jobb halántékon levő sérülést ágyban fekve kapta, hanem azt is, hogy a sérülés keletkezésekor a takaró feje fölé volt húzva, ami elejét vette annak, hogy a tettes a jogos védelemnek — hasonló ügyekben gyakran igénybe vett állításával elő állhasson.

Kenyeres Balázs dr., egyet. ny. r. tanár.

Rejtélyes uton létrejött széngázmérgezés.

A háború alatt szállodává átalakított két emeletes ház első emeletének egyik szobájában az ott lakó fiatal nőt ágyában fekve halva találták. Minthogy a helyszíni szemle alkalmával semmi olyat, ami mérgezés gyanúját indokolta volna, nem találtak, a holttesten bántalmazásnak semmi nyoma sem volt észlelhető, a rendőrség hirtelen halál címén kérte a boncolást. Ennél már a külső vizsgálat szénéleg mérgezésre utalt, amit a boncolás és a vérnek szinképelemző készülékkel végzett vizsgálata teljes határozottsággal beigazolt. Minthogy tudakozódásomra azt azt értesítést kaptam, hogy az illető szobában sem gázvezeték, sem fütőkészülék nincsen s a közben megejtett mérnöki vizsgálat sem talált szénoxyd bejutására magyarázatot, magam mentem el a szénéleg forrását kutatni. A kb. 6 x 3 m. átmérőjű keskeny szobában, amely egyetlen — felül két kis ablakkal ellátott ajtóval az épület belsején körül haladó rácsos folyósóra szabadon nyilt, tényleg sem gázvezetéket, sem fütőkészüléket nem találtam. Az egyetlen körülmény, amely a szemle alkalmával feltünt az volt, hogy a szoba menyezete meg van ereszkedve, középen befelé hajlik és hogy szélei mentén körösköril a vakolat megrepedezett. Végig tapogatva a falakat — meglepetésemre az ajtóval szemközt

fekvő keskeny — szobafal középső részét fornak találtam, kopogtatással pedig széles üreget lehetett kimutatni. Tudakozódásomra a kísérőmül szegődött házmester megmondta, hogy ott fut a souterrainban levő fűtés főkéménye, s kikottyantotta azt is, hogy a haláleset bekövetkezése idején először fűtöttek be. Látva, hogy helyes nyomon járok, megmondtam a szálló tulajdonosának, hogy a szobát egyelőre bérbe ne adja, másrészt, hogy diagnosisom helyességéről meggyőzzem és ezzel újabb szerencsétlenséget elhárítsak, este kalitkába zárt két fehér egeret helyeztem el a szobába azzal a kéréssel, hogy az ajtót csukva és zárva tartsák amíg másnap délelőtt újból eljövök. Másnap délelőtt megjelenve, meglepetésemre az állatokat életben találtam. Az okot nem kutatva létrát hozattam és a menyezetnek a kémény fölé eső szögletéből a megrepedt vakolat nehány darabját kiszedve megpróbáltam sétabotomat bedugni. A bot befelé és felfelé haladó irányban jóformán akadály nélkül haladt és majdnem fogantyújáig eltünt. A közelebbi vizsgálat megállapította, hogy a kéménynek a falán egy lyuk van, amely a megereszkedett menyezet gömbölyű gerendái közé vezetett. Ezután kimászva a háztetőre láttam, hogy hatalmas kémény halad annak a szobának hátsó keskeny fala mögött lefelé, amelyben a haláleset bekövetkezett.

A fennebbiek megfejtették a széngőznek a szobába jutását; egy tisztázandó kérdés azonban még maradt, nevezetesen, hogy mi a magyarázata annak, hogy a kéménynek magasabb hőmérsékű, tehát felfelé törekvő égési gőz termékei miért áramoltak halált okozó mennyiségben lefelé és miért nem jutottak a 2.-ik emeleten levő helyiségekbe. Ott senki rosszul nem lett, semmi gyanúsat nem észleltek. A magyarázatot a második emelet megszemlélése megadta. Ott ugyanis a haláleset szobája felett nyitott folyosó volt, amelynek hajópadlóját éppen akkor terrazóval pótolták. Ilyen módon a menyezet köznek közlekedése felfelé megszünt és így az oda jutott égési termékeknek lefelé, az elhalt szobájába kellett sülyedniök.

Kenyeres Balázs dr., egyet. ny. r. tanár.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A leucin és tyrosin kimutatása a vizeletben tüdődaganatoknál. *Asperger.* (Wien. klin. Woch. 1930. 42. sz.)

Leucin és tyrosin acut máj atrophiánál, újabb vizsgálatok szerint súlyos simplex icterusnál, anaemia perniciosánál, leucaemiánál, typhusnál, súlyos cachexiával járó betegségeknél és chloroform narcosisnál fordul elő a vizeletben. Szerzőnek sikerült több tüdő-, főleg bronchus- és pleuracarcinomás beteg vizeletéből is kimutatni a leucint és tyrosint. A l. és t. előfordulása tüdőtályog, gangrena és cavernosus folyamatoknál már régen ismert volt, ilyen esetekben a köpetből mutatták ki a l.-t és t.-t. Szerző a vizeletből való kimutatás diagnosticai értékét abban látja, hogy igen sok bronchus-, vagy pleuracarcinomás beteg semmi köpetet nem ürít, ilyenkor leucinnak és tyrosinnak a vizeletben való kimutatása a tumor diagnosisát fogja támogatni a fentebb felsorolt betegségek hiánya esetén. *Egedy Elemér dr.*

A cukor therapiás hatása szívelégtelenségeknél. *N. Kisthinios és D. M. Gomez.* (Presse Médicale No. 81.)

Már J. Müller és mások kísérleteiből ismeretes, hogy a szív működése közben cukrot absorbeál éspedig annál többet, minél erélyesebbek a szívactiók. Ezek alapján decompensált szívbetegeknek éhgyomorra 80 g telített cukorsyrupot és 20 perc mulva 4 E. insulint adnak. A kb. 8—10 napig tartó kezelés alatt a betegek lactovegetabilis és sómentes étrenden vannak. Mivel a kezelés tiszta tejdiéta mellett sem volt eredményesebb, szükségtelennek tartják a consistens tápanyagok megvonását. Számos esetet közölnek, csupán olyanokat, kiknél az előzetes digitalis therapia nem volt kielégítő, vagy teljesen csődöt mondott. Cukorsyrup és insulin mindezeknél frappáns hatással volt: már néhány órával, súlyosabb esetben 1—2 nappal a kezelés után szemmelláthatóan javulás áll be, a dyspnoe eltünik, a visceralis stasis visszafejlődik, a diuresis növekedik. Egy betegük 2 hó óta tartó bigeminismusa eltünt. A jó hatás nem tulajdonítható a fokozott diuresisnek, mert aortások és hypertoniások amúgyis normális vizeletmennyiségére a glycosenak hatása nem volt.

Pély dr.

A hypophysär bélzavarokról. *H. Strauss.* (Arch. f. Verdauungs-Krankh. XLIII. köt. 5—6. füzet.)

Az elmult évtizedben több olyan diabetes insipidusban szenvedő beteget észlelt, akiknél bélzavarok is voltak. Már *Biedl* is felhívta a figyelmet a dystrophia adiposogenitalisban szenvedő betegek fájdalmas diarrhoeaira. *Strauss* megfigyelései szerint a bélzavarok hasmenésre való hajlamban, coecumtáji fájdalmakban, némelykor viszont obstipatióban nyilvánulnak. Ezeken kívül a coecum mozgékonysága (c. mobile) és kifejezett nyomásérzékenysége (typhlocolitis) s nem ritkán a dystr. adip.-gen. tüneteti voltak kimutathatók. Az ember constitutiója belső secretiós alapon nyugszik. A hypophysis harmonja élénkíti a colon peristalticáját. A hormon hiánya folytán pedig typhlatonia lép fel, melynek következménye a typhlitis, a hasmenésre való hajlamosság. Az úgynevezett chronicus appendicitisek száma csökkenni fog, ha ezt a kórképet gondosan különválasztjuk. *Egedy Elemér dr.*

Sebészet.

Thrombosis és agyembolia intravenás „Dauertropfinfusio" következtében. *Orator és Schleusing,* Düsseldorf. (Ztrbl. f. Chir. 1930. 41.)

A betegség és a mütét következtében feltétlenül megváltozik a véráramlás és a vérösszetétel stabilitása, vagyis az a két factor, mely a thrombosis keletkezésében a legnagyobb szerepet játsza. A circulatiót gyógyszeresen serkentjük, a vérösszetétel megváltozását bőséges folyadékbevitellel igyekszünk a narmálishoz közelíteni. *Wildegans* és *Schönbauer* is a bőséges folyadékbevitelt tartják fontosnak a postoperativ thrombosis prophylaxisában. A rectalis klysmák, subcután infusiók és i. v. állandó cseppinfusio segítségével a beteg 24 óra alatt 6—7 liter folyadékot is kaphat. Állandó i. v. cseppinfusióhoz használt folyadék: 2 csésze babkávé 1 liter 2%-os glykose oldatra physiol. konyhasó oldatban. 150 esetben egyszer sem lépett fel complicatio. Legutóbb 62 éves egyénnél typusos Billroth I. resectiót végeztek; az igen szapora és kis hullámú pulsus miatt beállították az i. v. állandó cseppinfusiót is. A beteg a következő nap délelőttjén elvesztette eszméletét, előző görcsök nélkül, kis cyanosis lépett fel, petyhüdt izomzat, areflexia, később b. o. bénulás. Agyvérzés vagy agyembolia tünetei közt az infusiót követő 16. órában exitált a beteg. A halál oka a v. basilicában a cseppinfusio felett keletkezett thrombus volt, ahonnan a nyílt foramen ovalen keresztül az arteria cerebri media emboliája jött létre. Lehetséges, hogy az érbe vezetett kanül csúcsa okozta az intima sérülést, azonban az sincs kizárva, hogy a kart a sínben rögzítő pólya kívülről ható compressiója idézte ezt elő. Végeredményben az i. v. infusio — állandó cseppinfusio alakjában való alkalmazása — bizonyos risikóval jár, tehát nem mindennapi használatra való, ú. n. normál módszer, hanem csakis súlyos esetekben és szigorú indicatio alapján szabad használni. *Guszich Aurél dr.*

Az epigastrialis (praeperitonealis) lipomákról és herniákról. *Janssen,* Hamburg. (Bruns Beitr. 150. 3.)

Szerző közli klinikájuk 76 idevágó esetében szerzett tapasztalatait; 50 esetet ebből ő maga operált. Az epigastrialis hernia helyett ajánlja a fogalmat inkább fedő lipoma elnevezést. 62 esetünkből csak 14 volt igazi sérv, de ilyenkor is majdnem kivétel nélkül lipoma volt a tömlök tartalma. Képződésüknél sem a veleszületett hasadék-képződésnek, sem pedig a traumának nincsen szerepe. 50 utánvizsgált betegnél 8 ízben új lipómát talált a mütét helyétől lefelé. Ezek 1—4 évvel a mütét után képződtek. A primaer ok a linea alba igen kicsiny, valószínüleg az edények és idegek átlépésére szolgáló nyílásai. A linea alba kötőszövetének rostjai eltolódnak, ezzel ingerlik a praeperitonealis zsírt, mely ennek következtében daganatszerüen burjánozni kezd, esetleg maga -után húzva egy hashártyacsücsköt is. A mindig kiméletesen keresztülviendő mütét kilátásai jók. A fasciakettőzés elve alapján zárjuk harántul a vékony kocsányú lipómák kilépési helyét. A hashártya megnyitása csak ritkán szükséges; fontos, hogy az epigastrialis lipóma sokkal gyakrabban többszörös, mint eddig hitték. Gondosan át kell vizsgálnunk a kiirtott lipóma környékét is, mert benhagyott egész kicsiny zsírdaganatok később látszólagos recidivákhoz vezethetnek. Az ötven utánvizsgált esetnél csak 12%-ot talált eredménytelenül operálva. Ezek részben neuraszthéniások voltak, részben téves diagno-

sis, vagy nem tökéletes mütét áldozatai voltak. Valódi anatómiai recidivát hétszer észlelt. Ebből három panaszmentes volt, három jelentös javulást mondott be és csak egynél volt a mütét teljesen sikertelen. *Marx József dr.*

Szülészet és nőgyógyászat.

Az interstitialis terhességről. *H. Naujoks.* (Archiv für Gyn., 142. II. füz.)

Szerzőnek 7 esetben volt alkalma interstitialis terhességet észlelni. Minden esetben beható klinikai és histologiai vizsgálatot végzett. Ezeknek eredményét következőkép összegezi: az interstitialis terhesség aetiologiája nem egységes. Három esetben a tuba adenomyosisa, két esetben lefolyt adnexmütét, egy esetben a tuba atrophiája volt az interstitialis petebefészkelödés oka. Mint ritkaságot közli a szerző az interstitialis terhesség egy esetét. Egy asszonynál, akinek baloldali adnexumait évekkel azelött eltávolitották, ikerterhesség lépett fel, még pedig olymódon, hogy egyik pete, mely intrauterin volt, a bal tubasarokban telepedett meg, a másik pedig a bal kürt csonkjában. Szerző felveszi, hogy az intrauterin pete a jobb kürtön vándorolt be az uterusba és tubasarki elhelyezkedésével elzárta a baloldalról bevándorolt pete útját s igy közvetlen oka volt a másik pete interstitialis megtelepedésének. Az intrauterin fejlödő pete néhány hét mulva elhalt, az interstitialis pedig az ötödik hónapban uterusrupturához s az asszony halálához vezetett. Míg az extrauterin terhesség többi alakjainak aetiologiájában főleg gyuladásos folyamatok szerepelnek, addig az interstitialisnál gyuladásnak fontossága nincs. Ennek magyarázatát abban keresi, hogy lefolyt gyuladások után a tuba dystalis részleteinek elzáródása folytán a pete már nem is juthat az interstitialis részhez. Szerző rámutat arra is, hogy a tubák eltávolitása után, a gondos peritonizálás ellenére is terhesség létrejöhet. Ennek okát a peritonealis zsák meglazulásában kell keresni.

Blasek István dr.

A lázas gyermekágyi megbetegedések therapiája. *A. Schepetinsky.* (Archiv f. Gyn. 142. kötet. 2 füzet.)

A puerperális megbetegedések klinikája és therapiája az utóbbi években új felfedezésekkel gyarapodott és számos idevégő kérdés új értékelést nyert. Az infectiós felfogás, mely még ma is dominál, nem egészen kielégitő. Az infectio megtörténtén kivül még a mikroorganismus számos qualitása dönt.

230 esetet közöl, melyek mind therapeutikusan befolyásolt puerperalis megbetegedések. Minden alkalommal vérvizsgálat előzte meg és követte a therapiát s különös gondot fordított a festődési index carakterisztikumának meghatározására. Foglalkozik a colloidosan oldott nehéz fémek katalytikus és adsorptiv hatásával. Általános sepsis kezelésénél előnyben részesiti a combinált eljárást (antistreptococcus serum kezdetben, utána következő collargol és rivanoladagolással). A collargol gyógyhatása általános sepsisnél bizonytalan és minden egyes esetben az organismus reactiós képességétől függ. 1%-os collargol klysmák jó eredményt adnak az alszár és combok thrombophlebitiseinél. Általános sepsisnél rivanolkezelés után ingadozó a leucocyták száma. A combinált kezelés az összleucocyták jelentékeny szaporodására vezet. A serumtherápiát kisérő hőemelkedés nem mindig jellemző a reactio megindulására. A festődési indexértékek emelkedése antistreptococcus serum-collargol-rivanol-kezelés után általános sepsisnél prognostikailag kedvezőtlen, sülyedése kedvező. $CaCl_2$ és autohaemotherapiával élve localisalt infectiónál a festődési index a normalisig sülyed; általános infectiónál szintén bekövetkezik a sülyedés, azonban nem a rendes ingadozási szélesség keretén belül. Antivirusfiltratummal való kezelésnél a gyógyeredmény lényege a septicus fekélyek és üregek tisztulása, leukocyták fokozott odavándorlása és a kórokozók eltünése miatt. Urotropin, gonococcos vaccina kétirányu leukocyta eltolódást okozhat: szaporulatot és kevesbedést. A festődési index alig sülyed és a normalis latitüd keretein belül mozog. *Ács Miklós dr.*

A kiválasztási pyelographia abrodil alkalmazásával. *H. Köhler.* (Deutsche Med. Woch. 1930. 42. sz.)

Az abrodil organicus vegyület, mely kb. 50% kötött jódot tartalmaz. Monojodmethansulfosavas natrium. Fehér, kristályos por, mely 70%-ban oldódik vízben szobahőmésrékleten és semleges vegyhatású. Kisérletek tanusága szerint ártalmatlan. Ha injectio alakjában adjuk, a befecskendés után 15'-cel készitjük az első felvételt. Utána uretercompressio, mert csak igy kapunk tiszta öntetet. Intravenásan 0.14 g a testsúly-kilogrammonkint megszabott adag. Szükség esetén ez 02—03 g-ig emelhető. Felnötteknél átlag 15—20 g-ot adunk összesen. Perorális alkalmazásának előnye nagyon kellemes íze. Ilyenkor 30 g-ot egy pohár vízben feloldva itat. ½ óra mulva compressio, ezután 15 percre az első felvétel. Rectális eljárásra nagyon jó képeket nyerünk. Feltétel: uretercompressio. 20—25 g 50 ccm vízben, uroselectanból 40 g a 100 vízre. Nagy előnyét látja a rectális módszernek, mert kétoldali vesemegbetegedésnél mégsem közömbös nagyobb jódmennyiségnek az injectiója. 2 órával a pyelographia előtt beöntést ad. ¾ órával a felvétel előtt hólyagfecskendővel 10—15 csep ópium hozzáadásával a fenti oldatot nyomás nélkül befecskendi. Utána beteg ülve marad s 30 perc mulva következik a compressio. *Ács Miklós dr.*

Szemészet.

A hypophysis tumorok és azok kezelése. *Hirsch.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 85. kötet.)

Kórbonctanilag osztályozva előfordulnak adenomák (ezek a leggyakoriabbak) gliomák, chondromák, chordomák, endotheliomák és xanthomák. Histologiailag rendszerint jóindulatuak, s az általuk okozott roncsolások nyomási usuratiók, s ilyenkor maga a hypophysis is atrophisál. Sebészetileg vannak supraselláris, intraselaris, intracranialis és cysticus daganatok. A sebészeti beavatkozás szempontjából nagyon fontos, hogy még a mütét előtt tudjuk, hogy a jelzett daganatok melyikével állunk szemben. A hypophysis tumorok *diagnosisa* a következő tüneteken alapszik: 1. A habitus. Itt számitásba jöhet az acromegalia, a degeneratio adiposogenitalis, a hypophysaer cahexia, a hypophysaer törpeség és végül az ú. n. ocularis alak, amidön a legfontosabb tünet a látás megromlása, de gondos vizsgálattal egyéb, a hypophysis tumorra valló tünetek is kimutathatók. 2. A szemlelet. A látásromlás rendszerint a hypophysis tumorok mindegyikénél előfordul, de a látásromlás nem következik be szükségszerüen mindkét szemen egyszerre. A látótér elváltozásai közül a leggyakoribb a bitemporális vagy heteronym hemianopsia. Ritkábban fordul elő a homonym hemianoosia, ezenfelül észleltel centralis scotomát, s végül vannak nem characteristicus látótérkiesések is. Az opticus elváltozások közül leggyakoribb az opticus primaer atrophiája, nagyon ritkán neuritis opticit is észleltek. A látásromlás és látótérszükület nincsen együtt járnak a megfelelő szemtükri lelettel, de előfordulhat jó látásélesség kimondottan atrophiás papilla mellett is, vagy fordítva látásromlás látszólag ép szemtükri lelet kiséretében. 3. Röntgenlelet: Az intracranialis hypophysis tumornál a sella bejárata erősen kitágult, a dorsum sellae teljesen hiányzik és a processus clinoideus anterioresek megvékonyodtak. Ezzel szemben az intrasellaris tumornál a röntgenlelet teljesen normalis. Hibás az a felfogás, hogy a sella nagyfokú kitágulása mindig hypophysis tumort jelent. Ilyen kitágulás előfordulhat ugyanis hydrocephalusnál is, valamint minden olyan agytumornál, amely hydrocephalushoz vezet. A röntgenképen talált elváltozások tehát csak akkor értékesithetők teljes biztonsággal, ha azok az előbb leirt klinikai tünetekkel összhangban vannak.

A hypophysis tumorok gyógyszeres therapiája teljesen hatástalan. A röntgenbesugárzás egyes esetekben jó hatású, az eredmények azonban rendesen nem tartósak. A gyors látásromláshoz vezető esetekben egyedül a sebészeti beavatkozás mentheti meg a látást. Ez utóbbi történhetik a koponyán, vagy az orron keresztül. Ha a daganatot sebészeti beavatkozással nem sikerült eltávolitani teljesen, akkor utólagos radiumbesugárzás indokolt. Szerző ezután saját statisztikáját közli, mely szerint 10 év alatt összesen 103 esetet operált és a mütéti halálozás nem volt több 5%-nál.

Székács dr.

Gégészet.

Adenotomia után fellépett agyi tályogszövődmény. *Schatz* (Hamburg). (Archiv für Ohren, Nasen und Kehlkopfheilk. 1930. dec.)

Egy eset kapcsán referálja a világirodalomban ezideig elő nem forduló szövődményt. Adenotomia után néhány napra súlyos agyi tünetek léptek fel. Mütétnél a betegnél bal halánték tályogot találtak, 3 hét mulva újból súlyos agyi tünetek, mely a megismételt mütét dacára meningitishez és exitushoz vezetett. A szerző a megbetegedést a garattető venák thrombosisa után áttételes tályognak fogja fel. Miután adenotomiánál ilyen súlyos complicatio eshetősége áll fenn, indokoltnak tartja, hogy nemcsak az adenotomia végzését, de az indicatio felállitását is szakorvosra bizzák. *Szolnoky dr.*

Witmaach operatiós methodusa hangszálagok középállása okozta gége stenosisnál. *Bahre*, Wiesbaden. (Archiv für Ohren, Nasen und Kehlkopfheilk. 1930. dec.)

Esetek kapcsán részletesen ismerteti *Witmaach* methodusát, mely a hangszálagok között niveau különbséget teremt és a levegő számára ezáltal S alakú bő lument alkot. Az eljárás a canul eltávolitását lehetővé teszi. A mütét lényege, hogy tipicus laryngofissio után az egyik hangszálagot az

aryporcon való tapadásán leválasztja, úgyhogy a hangszálag elölről hátra felé lefelé halad a műtét után; a hangszálag ezen új helyzetéből kifolyólag a két hangszálag között S alakú tér alakul. A mellső commissura érintetlen marad.

Szolnoky dr.

Urologia.

Anuria calculosa solitaer vesénél és a kövekben coli bacillusok és leucocyták kimutatása. *G. Komoya és M. Kumashiro.* (Zeitschr. für Urol. 30. köt. 5—6. sz.)

Egy esetét közli, kinél korall kő miatt j. o. nephrectomiát végzett. Az ugyanakkor végzett röntgenfelvétel b. o. követ nem mutatott. 1½ év mulva a 63 éves beteget 4 napos anuriával hozták be a klinikára, melyet b. o. ureterkő okozott. Véleménye szerint solitaer vesénél conservativ kezeléssel nem szabad kísérletezni, hanem azonnal operálni kell, mert különben a veseelváltozások oly nagyfokúak lesznek, hogy a vesemüködés képességét elveszti. Esetében a vese a műtét utáni 35-ik napon nyerte vissza teljes müködését. Az átfüreszelt oxalat és phosphat kő közepéből festett praeperatumokat készitettek. E praeueratumokban coli bacillusokat és leucocytákat találtak. Feltételezi, hogy a vesemedencében levő gyulladásos folyamat termékei körül, mint váz körül épültek fel a kövek. Ezen leletével *Ebstein* kutatásait akarja alátámasztani, aki sejtette, hogy a kövek organicus váz körül épülnek fel, de tényleges lelettel bizonyitania nem sikerült.

Czaykowski dr.

Kettőzött ureter és vesemednce. *Dr. Hans Kohl.* (Zeitschr. f. urol. 24. köt. 8. füzet.)

Az ureter és vesemedenc kettőzöttsége ritkán fordul elő. Szerző 2 év alatt 833 sectiónál 27 duplicitást talált, szóval minden 30 esetnél volt egy anomália. Ezek között azonban csak két esetben volt valódi ureter kettőzöttség elválasztott beszájadzással a hólyagba. Egy esetben patkóalakú vesével hol a ureternek jobboldali teljes és baloldali részleges kettőzöttsége volt. Egy másik esetben baloldali teljes összetett ureter volt. Mindkét esetben nőnél.

A 27 duplicitásból 16 nő volt. 21 egyoldali duplicitásból 15 volt baloldali, 7 férfi, 8 nő, mindkét nem kb. egyforma arányban. Hat kétoldali vesemedence és ureter duplicitásból 5 nő volt. A kétoldali duplicitásnál a női eset a túlnyomó. Ezzel szemben megerösitve találja több szerző azon véleményét, hogy a patkóvese sokkal gyakoribb férfiaknál, mint nőknél. 833 sectiónál 4 patkóvese közül 3 férfi volt.

Szerző igazolva látja a Weigert-szabályt, mely szerint a mélyebben caudálisan szájadzó ureter mindig a fentebb craniálisan fekvő vesemedncéből ered.

Rochlitz dr.

Elméleti tudományok.

Insulin a vizeletben. *Brugsch és Horsters.* (Naunyn-Schmiedebergs Archiv 148. kötet. 1930.)

Embernél, állatnál normálisan is van insulin a vizeletben (endogen insulinuria) és a bőr alá fecskendett insulin egy része is megtalálható a vizeletben (exogen insulinuria). A vizeletben normalian kiürülő insulin mennyisége (fehér egéren biologiai titrálással mérve) 0.5—1 klinikai egység (100 cm^3-ben). Diabetesnél kevesebb insulint találtak a vizeletben. Cukorbetegek a befecskendett insulint lassan választják ki, tehát megnövekedett az insulinvisszatartó képességük.

Láng Sándor dr.

A vér insulintartalma. *Brugsch és Horsters.* (Naunyn—Schmiedebergs Archiv. 148. kötet. 1930.)

Egészséges ember és állat vérében kb. 5—6 egység insulin van száz köbcentiméterenkint. A periferiás venákba fecskendett insulint a gyüjtőeres vérben csaknem egész mennyiségében meg lehet találni, ellenben a vena portaeba fecskendett insulin lassan jut a nagy vérkörbe. A vena portaeba adott insulininjectio után a vércukor jelentősen emelkedik a vena hepaticaban. Insulin csakis a vérplasmában van, a vérsejtekben nincs. Az ember bőre alá fecskendett insulin csak ½—2 óra mulva mutatható ki a környéki gyüjtőerek vérében.

Láng Sándor dr.

Ergosterin etetés hatása nyúlra. *Page és Menschick.* (Biochem. Z. 221. kötet. 1930.)

Szerzők olajban oldott ergosterinacetatot adtak per os a nyulaknak annak eldöntésére, hogy az ergosterinesterek hatása ugyanolyan-e, mint az ergosteriné. Az ergosterinacetat jól fölszívódott a bélből. Az arterionecrosis nem volt olyan nagyfokú, mint ugyanolyan mennyiségü ergosterin után, tehát kevésbbé mérgező. A vizeletben nem volt ergosterin kimutatható. Az agyvelőben nagyobb mértékü ergosterinfölhalmozódás volt észlelhető, mint Vigantol-kezelés után.

Láng Sándor dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Mit kell tudni a vese- és hólyagbetegségekről? A vizelési szervek megbetegedéseinek tünetei. *Ujhelyi József dr.* Átnézte és előszóval ellátta: *Farkas Ignác dr.* (Budapest, 1931. Mai Henrik és Fia. 32 octav oldal.

Szerző célja ezen munka megirásánál az volt, hogy a laikus publikumot a húgyszervek bonctani, élettani viszonyairól s azoknak megbetegedéséről nagyjában tájékoztassa. Ezzel azt véli elérni, hogy a laikus beteg hamarább fordul orvoshoz s így egyes súlyosabb betegségi formák kifejlődésének elejét veszi.

A kis füzet jól van megírva s ezen céljának annyival inkább megfelel, mert rövid s részletekre nem terjed ki. A „népszerü orvosi zsebkönyvtár" sorozatában jelent meg.

Illyés prof.

„Állapota kielégitő..." subjectiv kórtörténet, *Karinthy F.* előszavával. Irta: *Puder Sándor dr.* (Genius kiadása 138. l. Ára 3.— P.)

Nem irodalom, nem tudományos munka, de feltétlenül érdekes és tanulságos kis könyv, különösen fiatal orvosok számára, akik tanulmányi idejük alatt, gyakran rászoknak arra, hogy a patiensben csak a beteganyagot lássák és közben elfelejtik a szenvedő embert. Régi igazság, hogy a tudományos képzettség egyedül nem elég ahhoz, hogy valaki igazán jó orvos legyen. Szív kell hozzá. De valahogy ez a régi igazság az orvosi technika fejlődésével feledésbe merült. *Puder* dr. a saját kárán tanulta meg — és volt erkölcsi bátorsága ezt be is vallani — hagy igen is a betegnek nemcsak orvosságra, hanem részvétre és meleg emberi szavakra is szüksége van, és nem lehet a beteget erélyes hangon meggyőzni és rábeszélni arra, hogy nem fáj, ami fáj. Köszönettel tratozunk *Puder* dr.-nak, amiért ezeket szóvá tette, és felhivta orvostársai figyelmét a betegséggel együtt járó idegmegrázkódtatásokra s azoknak szükséges figyelembe vételére. *Sz.*

Über Röntgenschäden und Schäden durch radioaktive Substanzen. *W. Flaskamp.* (Sonderband zur Strahlentherapie. XII. kötet. Urban und Schwarzenberg, Berlin, Wien, 265 old., 94 képpel, 36 táblázattal. Ára 30 márka).

A röntgenezésnek az orvostudományban mindszéleseb elterjedésével természetszerüleg szaporodtak a „meglepetésszerüleg" fellépő sérülések, amelyekkel szemben eleinte tanácstalanul állottunk, azokat az orvos hibáján kivül esö szerencsétlenségeknek tekintettük és minduntalan röntgenidiosynkraziáról beszéltünk. Kiderült, hogy az idiosynkrazia jóformán nem létező ritkaság, hanem az elégetéseknek az oka két körülményben keresendő: az egyik a dósismérés tökéletlensége, a másik pedig az, hogy a sugarak medicinalis dosisa igen közel áll a kártékony dosishoz. A maximál dosisnak 10%-kal való túllépése már égésekre vezethet. A röntgentechnika és dosimetria mai fejlettsége mellett a sérülések elkerülésének kérdése általában megoldottnak tekinthető. Törvényszéki esetekben elhangzott szakértői vélemények egymásközti ellentmondásaiból látjuk azonban, hogy úgy a sérülések prophylaxisa, mint fellépésének közelebbi okai, therapiája és prognosisa még sok tekintetben nyitott kérdés. Hasznos munkát végzett tehát szerző akkor, amikor saját tapasztalatai alapján a röntgen- és rádiumsugarak által okozott sérüléseknek az összes irodalmi közlésekre kiterjedő részletes monographiáját megírta. A munka felöleli a röntgensugár pharmacologiáját, biologiai hatásait, a reverzibilis és irreverzibilis hatások részletes tünettanát és lefolyását, a histologiát, a capillarmicroscopiát, az ulcusok kifejlődésének mechanismusát, a mélyenfekvő szervekre gyakorolt hatást (izom, csont, bél, vérképző szervek), a magzatsérüléseket, az általános tüneteket („Kater"). Tárgyalja a fisikalis factorokat, a besugárzás hibaforrásait, a helytelen kezelési technikát, a mérőeszközöket, elektromos hálózati ingadozásokat stb. A munka jól áttekinthető beosztással, érthetően van megírva, végén a kimerítő szakirodalom van felsorolva. Kiállítása kiváló, képei szép kivitelüek.

Kelen prof.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület január 24-i ülése.

Bemutatás:

Burger K.: *Terhességi hányás súlyos esetei.* Három súlyos terhességi hányás esetét ismerteti, amelyek közül az elsőnél a neuroticus momentum állott előtérbe. A beteg leromlott állapota, subicterusos külseje, májtáji érzékenysége mutatja, hogy a neuroticus alak ha a hányás fokozódik és inanitio kezdődik, toxicus alakba mehet át. Az esetet, kivételes módon

hypnosissal gyógyították meg. A két másik eset súlyos toxikosis képét mutatta. Mindkét esetben fokozódó icterus, májduzzanat, érzékenység. szapora 130 körüli pulsus és apathia volt. A serumbilirubin reactio, amely az első neuroticus esetnél negativ, a két utóbbinál positiv volt. Az egyik esetben a terhességet meg kellett szakítani, amidön a beteg állapota a consiliumba hivott belgyógyász véleménye szerint is válságos volt. Ez esetben különösen jól bevált a többi esetben is adagolt cukorinfusio insulinnal. A terhesség megszakítása után az icterus, a májduzzanat és érzékenység, továbbá a hányás is még egy hónapon keresztül fennállott, jeléül annak, hogy a terheség megszakítása alapos inditó okok alapján történt.

Miután a serumbilirubin reactió ez utóbbi esetben is jó útmutatásul szolgált a toxicitás azon fokának megállapítására, amelyen tul a beteg életének súlyos veszélyeztetése nélkül tovább várni már nem lehet. felhívja a figyelmet e vizsgáló eljárásra, amelyet a többi eddig ismert eljárással egybevetve célhoz vezetőnek tart.

Bőhm I.: Az Apponyi Poliklinika nőgyógyászati osztályán kilenc év alatt 11 esetben szakították meg a terhességet hyperemeis miatt. Két betegnél két ízben kellett művi abortust végezni, két esetben a hyperemesis tbc. pulm.-al szövődött, egy beteg előzőleg gyomorresectio és gastroenterostomia mütéten esett át. Ezeknél az eseteknél enyhébben kellett elbírálni az indicatio felállítását. Nagyon súlyos a terhesség második felében jelentkező hyperemesis, ilyen esetük egy volt. Egy betegnél grav. II. + cysta ovarialis miatt előbb laparatomiát végeztek s hat nappal ezután a terhesség megszakítását hüvelyi úton. Egy esetben a négy hónapos terhesség mellett fennálló csillapíthatatlan hányás a beteg állapotát annyira lerontotta, hogy a terhesség megszakítása után csak azonnali vérátömlesztéssel volt életben tartható.

Somogyi I.: A generatiós folyamatokkal kapcsolatos neurosisok közt nem ritka a terhességi hányás, amelyet jellemez, hogy a terhesség igen korai szakában szokott mutatkozni és hogy suggestive jól befolyásolható. Ezek a tisztára neuropathiás alapon jelentkező terhességi hányások azok, amelyekben hypnosissal prompt eredményt érhetünk el.

Burger K.: Ugy képzeli, hogy kezdetben minden esetben a neurotikus momentum áll előtérben. Az állapot súlyosbodása. az inanitio a máj szénhydrat tartalékának csökkenése következtében jön létre. Emiatt a máj méregkötő képessége is romlik s a toxicosis fokozódik. Azért hozták ide eseteiket, hogy demonstrálják a serumbilirubin reactió értékét, amely mint említette a többi ismert vizsgáló eljárásokkal egybevetve, úgy látszik jó útmutatásul szolgál. A leucin-tyrosinnak a vizeletben való megjelenését nem tartja alkalmas jelnek.

Előadások:

1. **Raisz D.:** *A tüdőgümőkór gyógyitása a terhesség alatt.* Nem célja a terhesség és tuberculosis kérdésének minden részletét felölelni, különösen nem a művi abortus indicatiójával tüzetesebben foglalkozni, csak a klinika észlelése és az irodalom idevonatkozó adatainak alapján akar rámutatni arra, hogy a terhesség megtartása mellett a sebészeti kezeléssel, főleg pedig pneumothorax kezeléssel a tüdötuberculosis e téren is olyan lehetőségek kínálkoznak, amelyek szükségessé tehetik a művi abortus kérdésében foglalt álláspontunk revisióját. E kérdés teljesen meg nem oldható még a mai viszonyok között, de sok tudományos érv szól amellett, hogy a tuberculoticus terhesek védelmét ebben az irányban kell kiépíteni.

Záborszky I.: Azt tapasztalta. hogy tüdőbetegséggel szakkezelés alatt álló és különösebb rosszindulatúságot nem mutató tbc-sek a graviditásukat elég jól türik. Tüdőbeli folyamatuk inkább a szülés után, a gyermekágyban szokott rohamosan romlani, mert ekkor hirtelen megváltoznak a mellkasi szervek nyomási viszonyai a tüdőbeli nyirok- és vérkeringési viszonyokkal együtt. A tüdőbeli tbc-s gócok szétszóródnak, ez a legnagyobb veszedelme a tbc-s graviditásnak. A progrediálás elkerülésére kétoldali azonnali pneumothorax létesítését javasolja. Két esetet említ, az egyik VII. hónapos gravida, ki kétoldali középsúlyos tüdőfolyamattal került osztályára. Spontan koraszülés után gyermekágyában a tüdőbeli folyamat rohamosan progrediált, a miliaris alakot öltött s a nő még gyermekágyi időszakban meghalt. Egy másik esetében IX. hónapos gravida gége tbc-ben is szenvedett. A szülés után rögtön pneumothoraxot létesített az egyik mellkasfélben, a lepény megszületése után a másik mellkasfélben is. A pneumothoraxot mindkét oldalt állandóan fentartotta.

Okolicsányi-Kuthy D.: A szülés után rögtön szükséges a bőségesebb reinsufflatio. A 17 évvel ezelőtt *Lobmayer* tanár úrral együtt operált gravidánál már igy akartak eljárni, sajnos a kevéssé intelligens vidéki beteg reinsufflatióra nem jött fel s igy az elért szép eredmény nem volt tartós. Figyelmeztet arra, hogyha müvi légmellet nincs módunkban készíteni. legalább phrenicotomiához folyamodjunk, melynek eredményei nem egyszer meglepően jók.

Bence Gy.: A tbc. gyógykezelésében a socialis viszonyok nagy jelentőséggel bírnak. Ha konservativ álláspontot foglalunk el, akkor módot kell nyujtanunk a betegnek arra, hogy a terhesség alatt megfelelő kezelésben részesüljön. Az előadó által említett pneumothoraxkezelés, habár ma lényegesen tágult indicatiójának köre, mégis csak az esetek kis számában alkalmazható. De ilyenkor éppúgy az utókezelés alatt, mint enélkül a tüdőbajos kezelése nélunk úgyszólván lehetetlen, mert a rendelkezésre álló szanatóriumi helyek száma igen csekély. Németországban már a háború előtt a betegpénztár keretein belül évente 30.000 beteg részesülhetett háromhónapos szanatóriumi kezelésben. Mi még a fertőző tüdőbajost, aki otthon családját fertözi. sem tudjuk elkülöniteni. Ha tehát tüdőbajos sorsa felől döntünk, tartsuk mindig szem előtt a socialis viszonyokat, mert kisebb tüdőelváltozás mellett is, ha visszaküldjük a beteget a terhesség, szülés, a megszületendő gyermek gondjával nyomorúságos viszonyai közé, betegsége sulyosabbra fog fordulni. A conservativ eljárás tehát csak akkor és ott lesz helyén, ahol a beteg terhesről kellő gondoskodás történhetik.

Schill I.: Pneumothorax kezelés folyamán terhessé lett két esetet említ. Mindkettőnél caseosus folyamat mellett láztalanodást és lényeges hízást lehetett elérni. Az egyiknek jó tüdőállapotát a graviditás végéig lehetett követni, a másiknál graviditásnak kétízbeni röviddel egymásután való bekövetkezése subfebrilitást és fogyást váltott ki. úgyhogy előbb a terhesség megszakításának, majd a második graviditás alkalmával a sterilisatiónak indicatióját kellett felállítani.

Zolnay S.: A gümőkór lefolyása nagy mértékben függ attól, hogy a betegnek milyen anyagi viszonyai vannak s hogy tudja-e a megbetegedett szervét nyugalomban tartani addig, amíg az a szerv meggyógyul. Osztályomon főleg azoknál a betegeknél volt szomorú végü tapasztalatunk, akik szoptattak, még pedig úgy, hogy amellett dolgozniok kellett, illetve nem pihenhettek eléggé. Fiatal anyáknál, akik biztosan gümőkórban szervednek, ha remény van arra. hogy megfelelő kezelés mellett visszanyerhetik egészségüket, a művi vetélés indokolásánál ne legyünk túlszigorúak, mert a fiatal anyák pár év mulva, mikor szervezetük mér legyőzte a gümös fertőzést, még mindig szülhetnek, ill. nevelhetnek egészségesen egészséges gyermeket. Az OTI-nál arra is tekintettel kell lenni, hogy a nem kereső, tehá csak férje révén biztosított anya kórházi ápolási idejének költsége néha túlmegy a biztosítási törvényszabta kereteken. A betegség leküzdésénél azonban mégis legfontosabb a bajmegelőzés, vagyis hogy a fertőző betegeket kivegyük környezetükből. Ideális viszonyok között a gümőkór teljes kiküszöbölése is elképzelhető.

Orentsák A.: Hazánkban is van külön szülőosztály a tbc-s szülőnők részére az Uj Szent János-kórházban. Az itt szerzet tapasztalatok szerint egyes tüdőbetegek állapota a terhesség kihordása alatt sem romlik. másoké a terhesség megszakítása ellenére is romlik. A tüdögyógyászok feladata lenne megállapítani, melyik az a benignus folyamat, amely mellett a terhesség kihordható, melyik az a rosszabbindulatú — tapasztalataink szerint az exsudativ alak —, melynél a terhesség megszakítása feltétlen indokolt.

Raisz D.: *Bence* tanár úr hozzászólása értékesen egészitette ki előadásának azt a részét, amelyben sürgetően szükségesnek mondta tuberculoticus terhesek elhelyezésére alkalmas szanatóriumok felállítását. A sacialis indicatió kérdésében az a felfogása, hogy a terhesség megszakítása után az asszonyt nem emeljük ki rossz socialis viszonyai közül, tulajdonképen nem sokat tettünk. De ha van lehetőség arra, hogy az ilyen asszonyt jobb viszonyok közé hozzuk, még inkább meg kell találni ezt a lehetőséget a terhes tuberculotikával szemben.

2. **Frigyesi J.:** *A rendes szülés fájdalmainak csillapítása bódítással, fájdalomcsillapító szerekkel és helyi érzéktelenítéssel.* Nagyon régi a szülés fájdalmainak csillapítására való törekvés. Tudományos alapja azonban a mult század közepe óta, illetve a chloroform feltalálása óta van és azóta actualis cca 25 éve, amióta *Krönig* és tanítványa *Gauss* a scopolaminnal igyekeztek a szülés alatt fájdalomcsillapítást, de félbódulatot (az emlékezőtehetség kikapcsolását) is előidézi. Ma már a fájdalomcsillapítást, ill. a félbódulatot többféle szer alkalmazásával próbáljuk elérni. Csaknem 25 év alatt szerzett tapasztalatai alapján a következőkben számol be: Rövidebb-hosszabb ideig tartó fájdalomcsillapítás elérhető: 1. *ál-*

talános bódítással. Ez vagy csak a fej kinyomulásának pillanatában végezhető, vagy hosszabb időn át a fájások kezdetén adott meg-megszakított (intermittáló) kis adagokkal végzett félbódulat alakjában. E célra legveszélytelenebb a nitrogen oxydul, használható még az aethylchlorid és aether is. Az aether tüzveszélyes, de egyébként kevésbbé veszélyes, mint az aethylchlorid.

Egyszerű fájdalomcsillapító szerek közül a novalgin,. kis adag morphin, metralginkúp és a szájon át adagolt tachin tabletta, valamint a scopan, a Sellheim által ajánlott formula szerint, jöhetnek több-kevesebb sikerrel szóba. *Félbódulatot előidéző szerek* közül az avertin, somnifen és pernocton közül a pernoctont tartja legmegbízhatóbbnak és legkevésbbé veszélyesnek. Hatása csak 1—2 óráig tart, ezért különösen a kitolási szak végén szokták adni. *Helyi érzéstelenítő eljárások* közül a kitolási szakban a szeméremideg érzéketlenítését vagy a gát infiltratióját lehet jó eredménnyel végezni. A tágulási szakban fájdalomcsillapításra általa ajánlott ú. n. hypogastricus anasethesiával másfél-két óráig tartó lényeges fájdalomcsillapítást lehet elérni.

E különböző módszereket szakember ma már úgy kombinálhatja, hogy veszedelem nélkül 3—4 és még többb óráig tartó nagyfokú fájdalomcsillapítást vagy 2—3—4 órára a fájdalmak teljes megszüntetését, ill. az öntudat felfüggesztését úgy az anya. mint a magzat veszedelme nélkül elérheti. Igy lehet egymással combinálni a pernoctont elötte vagy utána adott kis adag scopolaminnal, vagy a helyi érzéketlenítésnek szóbajövő valamelyik módjával, vagy mindezeket a fej kigördülése alatt bevezetett nitrogen oxydul, esetleg aethylchlorid bódítással. Haladásnak tekinti, hogy ma már semmi akadálya nincs annak, hogy a gyakorlóorvos a gyakorlatban s szülőfájdalmaknál legalább rövidebb ideig lényeges fájdalomcsillapítást, a szakorvos pedig hosszabb-rövidebb ideig tartó fájdalomcsillapítást tudjon elérni. Remélhetőleg a jövőben még ezek az eljárások tökéletesedni fognak s elérjük, hogy érzékeny, vagy megviselt idegrendszerü nőknek sem kell a következő szüléstől félniök.

Kessler (Kiel): Szülési fájdalmak enyhítését célzó eljárások fökövetelménye, hogy hatásos voltuk mellett az anyára és a magzatra teljesen ártalmatlanok legyenek. Hangsúlyozza, hogy ilyen eljárást nem ismerünk, akár klinikai, még kevésbé magángyakorlat részére. Lényegében véve kénytelenek az ú. n. „Durchtrittsnarcose"-ra szorítkozni. Kielben jó tapasztalata volt a kéjgázzal. A fájások alatt végzett narcosis idejében megértethetjük magunkat a vajudóval, amely körülmény a tolófájások irányításában fontos szerepet játszik. A tágulási szak végén fellépő néha igen fájdalmas contractiók alatt ugyancsak adhatunk gázt. A rektális narcosist (Gwathmay, avertin) abbahagyták. Ezzel szemben a nőgyógyászati műtéteknél az avertin mint basisnarcosis kitünően bevállt. Pernoctonnál félnek a motoros nyugtalanságtól, ennek combinatiója intramuscularis injectiókkal talán haladást jelent, úgy a narcosis tartamára, mint hatékonyságára vonatkozólag. A *Sellheim*-féle „Skopan" mint „Dämmerschlaf"-ot előidéző szer ismeretes. Jó eredmények mellett láttak hatástalanságot, sőt rossz eredményeket is. Néha nehéz az adagolás időpontját meghatározni; legjobbnak vélik az adag elosztását a szülés előtti 1, ill. ½ órára. Kielben, ha szülési narcosist végeznek, conservativ álláspontot foglalunk el s egyénenként járnak el. Nagy nyereség volna a klinikai szülészetre. ha a *Frigyesi*-féle helyi-érzéstelenítést a hosszabb ideig tartó hatással s a veszélytelenséggel egyesíthetnék.

Lehoczky-Semmelweis K.: A szülés alatti fájdalomcsillapítás kérdésével minden szülésznek, elsősorban tanintézetnek foglalkoznia kell. 3 szempontból szól hozzá az előadáshoz. 1. Szükséges-e a fájdalomcsillapítás sima szüléseknél? 2. Melyik eljárással történjék az? 3. A dolog socialis oldala. Az 1.-re vonatkozólag felhozza, hogy kb. 1 év óta egy ártalmatlannak vélt eljárást akar kipróbálni irrealis eredmények elkerülése végett, csakis válogatott esetekben: túlérzékeny, nyugtalan, túlfélénk asszonyoknál. Szülészeti anyaga kicsiny, mert nincs közös szülészeti osztálya, az adatokat mégis tanulságosnak tartja: 153 szülés közül mindössze 3 esetet talált alkalmasnak, a többinél felesleges lett volna a fájdalomcsillapítás. Pedig szülőnőinek túnyomó része a középosztályból való, akik rosszabbul szülnek, mint a mágnás vagy munkás asszonyok, s közöttük sok az idős először szülő. 2. Előadó és *Sellheim* azon véleményével szemben,, hogy a szülés alatti fájdalomcsillapítás módja már a megoldás útján van, hozzászóló *Stoeckelt* idézi, aki szerint még mindig csak a kísérletezés stádiumában van, amit bizonyít az eljárások és módosítások nagy száma. Nemcsak a kitolás és a fej kigördülése, hanem a tágulás vége fájdalmas, ekkor azonban a szülés befejezése még nincs kezünkben. Tudomása szerint eddig még nem sikerült kifogástalan módszert találni. Valamennyi csillapító eljárás, a pudendus és a gát helyi érzéstelenítését kivéve, együttal a méh reflectoricus ingerlékenységét is csökkenti, ennélfogva a szülés elhúzódhat, atonia, magzati asphyxia stb. léphet fel, a mütéti frequentia és a gyermekágyi morbiditás emelkedésével kell számolni. Ezen eshetőségek éppen a szülés alatti fájdalomcsillapítás főhátrányai. Előadó minderről alig emlékezett meg. Összehasonlítás végett kérdi, hogy hány %-ban végeznek fogómütétet előadó intézetében? Az elbódított szülőnő öntudatlansága veszélyezteti az asepsist; a klinikán látott pernoctonos szüléseket, amikor négyen fogták a vajudót. Éppen ezért, ha valaki mindenáron követeli, hogy szülése fájdalomcsillapítással vezettessék le, ezen hátrányok lehetőségére figyelmeztetni, kötelesség! 3. A fájdalomcsillapítás pillanatától kezdve a szülőnő állandó orvosi ellenőrzést igényel. Az eddigi módszerek nagyrésze nem való a gyakorlatba, csak intézetben alkalmazható. Sajnos, hol vagyunk még attól, hogy nálunk minden asszony intézetben szülhessen, vagy hány szülőnő engedheti meg magának, hogy a szülés egész ideje alatt orvos legyen mellette. Budapesten a helyzet jobb, a szülések 80%-a intézetekben folyik le. Ennélfogva ezidőszerint legfeljebb arról lehetne szó és ezt igazságtalannak tartja, hogy mindazok, akik szülőintézetekbe bejuthatnak, vagy akiknek anyagi helyzete megengedné, azok fájdalommentesen szüljenek, a többi szegény asszony pedig továbbra is fájdalommal hozza világra gyermekét. Az elhangzott előadás sem téríti el azon meggyőződésétől, hogy sima szülés esetén fájdalomcsillapításra csak ritka kivételekben van szükség.

Mansfeld O.: A szülési fájások fájdalmassága egyénileg rendkívül különböző. Ez nemcsak az alkat különbözőségében rejlik, hanem főleg attól függ, hogy szülés előtt, a terhesség idején milyen lelki befolyások érvényesültek. Káros hatással van már szült asszonyok rémítgetése. Kedvező a terhességben tanácsadó orvos vagy bába megnyugtató és felvilágosító befolyása. Hogy a suggestiónak, ill. az autosuggestiónak domináló szerepe van, az bebizonyosodott, mikor hozzászóló előadóval együtt a terhesség alatt hypnotisált asszonyoknál jóformán kivétel nélkül fájdalmatlan szüléseket tudott elérni. Ezen hypnosisos szüléseket főleg azért kellett abbahagyni, mert intelligensebb asszonyok jobban idegenkedtek a hypnosistól, mint a szüléstől. Pathologiailag ez érthető: a nők nem fogadhatják el, hogy az a szenvedés, mely őket oly magasra állítja a férfiak fölé, egyszerü kibeszéléssel (persuasio) vagy gyógyszerek nélküli kábítással megszüntethető legyen és inkább a szenvedést választják.

A scopolaminos kábálomról Freiburgban szerzett tapasztalatai szerint is az a meggyőződése, hogy az nem annyira a fájdalom csilapítója, mint a fájdalom elfelejtője. A scopolamin nem veszélytelen szer és nem szereti alkalmazni. A pernoctont főleg a hasi sebészetben próbálta ki. Olyan izgalmi állapotokat látott, hogy kénytelen volt beszüntetni. A hosszabb és valójában fájdalmasabb tágulási szak fájdalmainak eredményes megszüntetésére a suggestión kívül eddig hatékony és ártalmatlan szert nem ismerünk. Ezért a szülést vezető orvos vagy bába persuasiója, a szülést vezető egyénbe vetett hit és bizalom a leghatékonyabb szerek. A kitolási szakban a fájások alatt adott aetheradagok hypno-narcosis formájában a legcélravezetőbbek.

Fekefe S.: Két irányban igyekszünk a szülési fájdalmakat csökkenteni. Igyekszünk elsősorban a fájdalmas időpontot megrövidíteni. A szülőnő helyes előkészítésével, a fájások szabályozásával a szülés optimális lefolyására törekszünk. Sokat segítenek adott esetben a fájást fokozó szerek. Egy év óta sikerült olyan fájástfokozó szert összeállítani (uterothymin), amely a magzati szívhangokat nem befolyásolja s a tágulási szakban is adható. Ezáltal elérjük, hogy a szülés lehető rövid idő alatt megy végbe. A másik út a fájdalom csillapítása. Az utolsó két évben oxygennel kevert N_2O belélegeztetésével csillapítottuk a fájdalmat. Csak olyan esetben végeztük ezt az eljárást, ahol a szülőnő nagyfokú izgalmi állapota úgyszólván kényszerített erre. 8 olyan esetünk van (700 szülésből), ahol ½—3 órás altatást végeztünk, mindanyiszor kitünő eredménnyel. A helyesen adagolt N_2O a méhösszehúzódásokat rövid kezdeti szünet után nem befolyásolja, a fájdalmat megszünteti, a szülőnő legnagyobbrészt eszméleténél van, reflexei megvannak, a méhösszehúzódásokat, a haspréssel támogatja. Fájás közben tiszta levegőt lélegeztetünk be. Az eljárás a kitolási szakban igen jó. Természetesen külön személy végzi a narcosist és más észleli a szülést.

Lukács E.: Maga is foglalkozott és referált a kéjgáz, pernocton narcosisról és a percain anaesthesiáról. Azt hiszi, hogy a percain 6—8 órás időszaka a localanaesthesiában amúgy is gyorsult szülés időszakára elegendő lesz. Vérzést fokozó hatását tonogennel lehet gyengíteni. s ez viszont fájásfokozó hatású.

Frigyesi J.: *Kessler* hozzászólásából azt látta, hogy csaknem mindenben ugyanazon az úton haladnak és megegyezik az álláspontjuk. Örül, hogy *Schröder* professzort is ezen a véleményen tudja. Mint előadásából látszik és a kérdésnek nagy irodalmi actualitása is mutatja, az egyes részletek még mindig változnak és tökéletesednek. Látja és mások tapasztalatai is azt mutatják, hogy ma már több, kevesebb ideig, tán nem is a legideálisabb eszközökkel, de veszélytelen módon tudjuk a szülőnők szenvedéseit hosszabb-rövidebb időre megszüntetni. Sok esetben kísérleteztek az újabban ajánlott percainnal, azonban az esetek legnagyobb részében nem tapasztalta a sebészek által hangoztatott sokáig tartó (5—6 óráig) érzéketlenséget. Az átlagos tartam perkain érzéketlenítésnél is csak kb. 2 órára terjed. Komoly szerzők véleménye szerint a perkain nem veszélytelen szer. *Fekete* tapasztalásai megerősítik adatait. *Mansfeld* a scopolamin kábálomra vonatkozó tapasztalatai, melyeket több, mint 20 évvel ezelőtt szerzett, ma szinte tárgytalanok, mert hiszen az akkor általa tanulmányozott *Gauss*-féle scopolamin Dämmerschlafot szóló sem ajánlja s ma a modern jobb eljárások idejében alig végzi valaki. Hogy pedig pernoctonnal előkészített laparatomizált beteget osztályán őrizetlenül hagytak, azt nem helyesli. Különben a pernoktonnak mütéteknél való alkalmazásáról nem beszélt, azt nem végezte és nem is tartja célszerűnek. *Lehoczky* hozzászólásában sok az ellentmondás. Látszik rajta, hogy a kérdéssel nem sokat foglalkozott. Nem tudja, hogyan állapította meg, hogy 140 szülőnője közül csak háromnál lett volna szükség fájdalomcsillapítóra. Ezt az illető szülőnőktől kellett volna megkérdezni. A socialis szempont sem érthető, mert míg egyrészt 2 év alatt csak 3 esetben végzett fájdalomcsillapítást, másrész mégis azt kifogásolja, hogy nem minden szülőnő részesülhet ebben a nagy könnyítésben és hogy csak a kitolási szakban végezhetők ezek az eljárások, a tágulási szakban azonban nem. Ezzel szemben szóló éppen arra mutatott rá, hogy milyen módok állanak ma már a gyakorló orvos rendelkezésére is és kiemelte azokat a szereket és saját eljárását, melyek ép a tágulási szakban jó eredménnyel használhatók.

Egy tankönyvre való hivatkozás, egy még végleg le nem zárt kérdésben, nem helytálló. *Stöckel* tankönyvével szemben *Jaschke—Pankow* könyvében, a fájdalomcsillapításnak szólónál is melegebb ajánlása olvasható. De nem helyesen hivatkozott *Stöckelre* sem, mert *Stöckel* maga ajánlotta a keresztcsonti érzéketlenitést, könyvének legújabb kiadásában pedig az aethylchlorid és nitrogen-oxydul bódítást, mint veszélytelen eljárást említi meg. A pernoktonról pedig idézi mások tapasztalását, mely szerint: „Ugy látszik ártalmatlan szer." *Lehoczky* nélkülözi az ő előadásában a mütéti frequentiára vonatkozó adatokat, bár minden egyes szernél megemlítette, hogy melyik jelenlegi, vagy volt segéde számolt be annakidején róla. Szó sincs arról, hogy a mütéti frequentia nagyobb volna. Ezt csak egy eljárás alkalmazásában vette észre, nevezetesen a scopolaminnak pernoktonnal való combinatiójakor. Nem vizsgálta klinikájának elődei idejében való müködési és mütéti eredményeit. A szülészeti mütétek frequentiája az előbbi évekhez viszonyítva tényleg valamivel nagyobb, ezzel szemben ellenben sokkal kevesebb a halva született kiviselt magzatok száma. A megnövekedést az indicatiónak más, helyesebb szempontból való felállítása eredményezte. E szempontokat helyesnek tartja és a jövőben is be fogja tartani. Szülészeti mütéti frequentiája még így is kisebb, mint a legtöb külföldi egyetemi intézeté.

Azt a szülészt tartja conservativnak, aki néhány fogómütéttel többet végez, de ugyanannyival több magzatot ment meg a szülés alatti elhalástól. Ebben a kérdésben a szülési morbiditás és mortalitás a döntő. Ezeket tekintve pedig megelégedéssel hasonlítja össze anyagát és eredményeit, bármelyik hazai, vagy külföldi intézet eredményeivel.

Az egészségvédelmi rendszerről, a védőnőkről és a hatósági orvosokról.

(Egyben válasz Dr. Kovacsics cikkére.)

Irta: *Johan Béla dr.*

Az ország tiszti főorvosainak 1930. év tavaszán tartott értekezlete nyolctagú bizottságot küldött ki azzal a céllal, hogy a népjóléti kormány elé a tiszti főorvosi kar véleménye alapján javaslatot terjesszen arra vonatkozóan, milyen eljárás lenne legalkalmasabb a rendszeres egészségvédelem megalapozására és kifejlesztésére. Ez a bizottság a mult év őszén hosszan, minden oldalról megvitatta e kérdést és véleményét a népjóléti kormányzat elé terjesztette. A bizottság ezen véleményével szemben a bizottság egyik tagja, *Kovacsics Sándor dr.* különvéleményt terjesztett elő, amelyet az Orvosi Hetilap mult év december 27-iki számában is közzétett.

Az a tény, hogy ez a különvélemény közzététetett, indokolttá teszi, hogy közöltessék az is, ami e kérdésben a bizottság véleménye volt. De indokolt talán egyébként is, hogy e kérdés lényegével az Orvosi Hetilap olvasóközönségét megismertessem, mert hisz ma már minduntalan közlemények jelennek meg a lapokban, másrészt e kérdésektől távolabb állók is röpiratokat, memorandumokat kapnak, amelyek az egészségvédelem kérdését tárgyalják. Egyes ilyen közlemények úgy állítják be e kérdést, mintha itt egy — az egészségvédelem terén dolgozó egyesülettel szemben valami igazságtalanság történnék, ami ellen az illető egyesületnek a legfelsőbb fórumhoz is segítségért kell fordulnia.

A kérdés a körül forog, hogy miképen kell és pedig elsősorban miképen kell *faluhelyen* az egészségvédelmet ellátni. Mert az kétségtelen *Kovacsics* adatai szerint is, hogy a falun szomorúan állunk a csecsemőhalálozással, a tuberculosissal, az iskolásgyermekek egészségügyével ép úgy, mint számos más közegészségügyi kérdéssel. Az is kétségtelen, hogy eddig elsősorban, sőt majdnem kizárólag a városok egészségügyi kérdéseivel foglalkoztak és csak azután kezdtek reátérni és akkor is csak a *nagyközségek* egészségügyi szükségleteinek a kielégítésére. De érthető az is, hogy ezelőtt 10—15 évvel, az akkori külföldi példák alapján és azok szerint nálunk is elsősorban és szinte kizárólag az anyák- és csecsemők egészségvédelmével kezdtek foglalkozni (még pedig a városokban) és csak kisebb mértékben érdeklődtek például a tuberculosis iránt. Az iskolásgyermekek egészségvédelme pedig nálunk a mintajárásokon kivül eddig szinte kizárólag Budapesten folyik rendszeresen.

Ez volt a helyzet amidőn az Országos Közegészségügyi Intézet ezelőtt mintegy négy évvel *Scholtz Kornél* államtitkár megbízásából egyes járásokban a falvak közegészségügyével kezdett gyakorlatilag is foglalkozni. Az Intézet abból indult ki, hogy 1. *a járás egészségügyének vezetője a járási tiszti orvos lévén, az ő kezébe kell letenni az egész egészségügyi munkának — beleértve tehát az egészségvédelmet is — a vezetését, irányitását; 2. faluhelyen nem lehet ugyanolyan rendszer szerint és ugyanolyan eszközökkel végezni a közegészségügyi munkát, mint a városban.*

Az Orvosi Hetilapnak azt hiszem minden olvasója elfogadja ezt a két tételt. Ezzel szemben ma mi a helyzet? Ma a járási tiszti orvos csak az egészségügyi rendészeti kérdésekkel foglalkozik, mert az egészségvédelem *irányítása* (a mintajárások kivételével) nem tartozik ő hozzá. Az anya- és csecsemővédelmet a Stefánia Szövetség irányítja a budapesti központjából, a tuberculosis elleni küzdelmet pedig rendesen a létesített helyi egyesületek intézik el dispensairejeiken keresztül. A járási tiszti orvosnak ma csak *ellenőrzési joga van* és újabban erről negyedévenként jelentést kell készítenie a Stefánia Szövetség budapesti központja részére.

Egészségügyi törvényünk nagyon bölcsen a közegészségügyi munkát *decentralizálta*. Ennek a munkának szakközegei a törvényhatósági tiszti főorvosok és a járási tiszti orvosok. Ezzel szemben azt látjuk, hogy a közegészségügyi munka egyik igen fontos ága, az egészségvédelem, a tiszti orvosi kar kezéből fokozatosan kiemelődik azáltal, hogy ennek intézését országos és helyi tár-

sadalmi szervezetek vállalják el. Amennyire örvendenünk kell annak, hogy ebbe a nemzetmentő munkába a magyar társadalom értékes erői anyagi támogatással és önzetlenül végzett fáradozással bekapcsolódnak, annyira helytelennek kell tartanunk azt, hogy ebben a munkában az irányító, vezető szerep nem az arra legilletékesebbeknek, a hatósági tiszti orvosoknak jut. Ebből a körülményből fakadnak azután oly furcsaságok, aminőkről éppen *Kovacsics* kollégámtól (és másoktól is) értesültem, hogy amidőn egyszer bement a hatósága területén lévő egyik védőintézetbe, a vezető orvos azt kérdezte tőle, hogy tulajdonképen mit keres ő ott, mert ők társadalmi egyesület lévén, az intézetükhöz a tiszti főorvosnak tulajdonképen semmi köze. *Ide vezet a decentralizált közegészségüggyel szemben az egészségvédelmi munkának merev centralisatiója, ide vezet az egészségvédelmi munkának az irányítására, vezetésére hivatott kezekből való kikapcsolása.* Ezért nem értem, hogy miképen lehet *Kovacsics* kolléga mint lelkes tiszti orvos megelégedve azzal a „magasabbrendű hatáskörrel", a „felügyelettel és ellenőrzéssel", amelyet ő a mai helyzetében gyakorolhat. Azt írja *Kovacsics*, hogy „magukat degradálnák a hatósági orvosok, ha olyan egészségvédelmi rendszert valósítanának meg, amelyben az egészségügyi gondozás különböző ágainak munkája a hatósági orvosok részére volna kisajátítva, mert ezzel a felügyeleti és ellenőrzési — kétségtelenül magasabbrendű hatáskör — automatice lehetetlenné válna. Ettől eltekintve mind a két munkakört ellátni fizikailag is képtelenség."

Erre azt felelem: senki sem kívánja azt, hogy a tiszti orvosok „kisajátítsák" a maguk részére az egészségvédelmi munkakört (ép úgy, mint küzdeni kell az ellen, hogy erre akár egy társadalmi egyesület, akár más monopoliumot kapjon. De viszont kérdem, hogy „degradáltnak" érezné-e magát *Kovacsics* kollégám akkor, ha például ő vezetné a győri tuberculosis dispensairt. Kétségtelen, hogy nem. Ép úgy, mint más tiszti orvosok sem, akik hasonló védőintézeti munkát vezetnek. Sőt minden elismerés megilleti őket, akik ép úgy, mint *Kovacsics Sándor* lemondva az orvosi magángyakorlatról (és ezt átengedve magánorvos kollégáiknak) tisztán a közegészségügynek szentelik minden idejüket.

Az egészségügyi törvény nemcsak az egészségvédelem ellenőrzését, hanem a *gyógyító orvosi tevékenység ellenőrzését* is a tiszti orvosokra bízta. A hatósági orvosok legnagyobb része pedig (mivel oly gyengén van fizetve, hogy *csak abból* megélni teljesen képtelen) ma még orvosi magángyakorlatot is folytat. Ha tehát *Kovacsics Sándor* az egészségvédelemben tevékenykedő orvosnál inkompatibilitást talál, akkor ugyanazt kellene constatálnia a magángyakorlatot folytató tiszti orvosra vonakozólag is. *Kovacsics Sándor* ép olyan jól tudja, mint e sorok írója, hogy elsősorban arra kell törekednünk, hogy a *tiszti orvosoknak olyan fizetésük (vagy jövedelmük) legyen, hogy a magángyakorlatról lemondhassanak és egész idejüket a közegészségügynek (beleértve az egészségvédelmet is) szentelhessék.* Van- e annak hátránya, ha a magángyakorlattal nem foglalkozó tiszti orvos az így felszabadult idejében az anya- és csecsemővédő intézetet, vagy egy tuberculosis, vagy egy nemibeteg dispensairt vezet, amelyekben az oda bejövőkkel közvetlenül érintkezik? Elesik ekkor az a kritika is, amit az orvosi gyakorlatot nem folytató orvossal szemben néha hangoztattak, hogy t. i. csak irodai vagy elméleti ember lesz, nem fogja ismerni az életet, az embereket, a betegeket. Én azt a sok felügyeletet és ellenőrzést, — ami Kovacsics szerint elvi akadálya annak, hogy a hatósági orvos az egészségvédelemben active résztvegyen —, másodrendű fontosságúnak tartom. Közigazgatásunknak úgyis egyik baja az, hogy a közalkalmazottaknak túl nagy százaléka csak felügyel vagy ellenőriz. Messzebbre jutnánk, ha a sok felügyelés helyett, többen foghatnák meg az ekeszarvát.

Én tehát *Kovacsics Sándorral* szemben helyesebbnek találnám, ha a megfelelően fizetett járási tiszti orvos nem folytatna orvosi magángyakorlatot, hanem ehelyett kezébe adnók járása *egész* közegészségügyének az *irányítását, vezetését* (nemcsak felügyeletét és ellenőrzését). Az egészségvédelem (szűkebb értelemben az erre irányuló gondozói tevékenység) a közegészségügyi szolgálat szerves alkotóeleme s ezért meggyőződésem szerint a magángyakorlatáról lemondó hatósági orvos maga is végezhet egészségvédelmi tanácsadói munkát az egyik, szakképzettségeinek megfelelő védőintézetben. Az ellenőrzésre és felügyeletre pedig megmaradnak még mindig a tiszti főorvosok és a közegészségügyi felügyelők.

Ujabb időben olyan hírek hallatszanak, hogy a takarékosság címén ismét foglalkoznak a járási tiszti orvosi állások megszüntetésének a kérdésével. Ez ellen teljes erővel tiltakoznunk kell, de meglepődnünk nem nagyon lehet rajta, ha engedjük, hogy a járási tiszti orvos kirekesztessék oly munkakörökből, amelyek elvégzésére hivatottsága van.

Mi a közegészségügyi szolgálat *államosításától* várjuk az ország közegészségügyének a javulását, ezzel szemben ma a közegészségügyi munka *társadalmosítása* folyik. A szegénygondozás érdekében folyó socialis munka terén már reájöttek arra, hogy az eddigi, csak a társadalom jószívére alapított rendszer nem válik be és Debrecen, Eger és más városok egymásután városi irányításba veszik át a socialis munkát. Ezzel szemben a közegészségügyi munkában, — sajnos — ma azt a tendenciát látjuk, hogy ebből újabb és újabb ágazatokat engedjenek át az erre *hivatottak* (a tiszti orvosok) kezéből az erre *vállalkozók* kezébe. Távol áll tőlem, hogy *a társadalom munkáját* lekicsinyelném, sőt ezt *nagyra értékelem és nélkülözhetetlennek tartom*, de helytelennek tartom, hogy ez a munka sok téren a hivatott és felelős hatósági szakember irányítása nélkül folyik. Egyébként ide iktatom azt, amit *Kovacsics* erről a kérdésről mond: „A sociálhygienés munka minden philantropicus és caritativ jellege mellett nálunk csak akkor számíthat sikerre, ha megnyilvánulásában bizonyos hatósági jelleg domborodik ki.. A magyar mentalitás az engedelmesség imperativusába van beállítva s kevésbbé fogékony a határozatlanul és hivatalos jelleg nélkül alkalmazott propagativ ösztönzésre".

Rátérek ezekután annak az állításomnak a magyarázatára, hogy *faluhelyen nem lehet ugyanolyan rendszer szerint gyakorolni az egészségvédelmet, mint a városokban.* Válaszomnak ez a része nem szól *Kovacsics Sándor*nak, mert ő ismeri a falut, — hiszen sokáig élt ott —, tudja, hogy ott mit lehet megcsinálni és mit nem.

Ha az egészségvédelemnek csak azokat az ágazatait vesszük, amelyeket falun is mielőbb meg kell szervezni, úgy ezek: a csecsemők és kisdedek védelme, az iskolásgyermekek és a tuberculoticusok gondozása. Ha ezek a városokban és nagyobb községekben mostanáig meghonosodott és ott el is fogadható rendszer szerint szerveztetnének meg, úgy egy 3—4000 lakosú (vagy még kisebb) községben fel kellene állítani egy Stefánia védőintézetet az anyák és csecsemők védelmére, egy rendelő intéztetet az iskolás gyermekek gondozására, (mert a Stefánia Szövetség nem engedi meg, hogy a védőintézete e célra felhasználtassék) és ezen felül kellene még egy védőintézet a tuberculoticusok, esetleg még egy a nemibetegek gondozására is. Létesülne ezek következtében egy helyi Stefánia fiókszövetség, egy helyi tuberculosis egyesület és talán még egy helyi gyermekvédelmi egyesület is. Mindegyik védőintézetnek lenne külön személyzete, külön ad-

ministratiója, külön táncmulatsága és az államtól, törvényhatóságtól és községektől külön-külön (a vezetők befolyása szerinti összegű) hozzájárulása.

Kívánatos-e, célszerű-e racionalis-e ez az egészségvédelmi rendszer a falun? és egyáltalában megvalósítható lenne-e egy ilyen rendszer például a dunántuli vármegyék sok apró, 200—500 lakosú községeiben? Soha meg nem valósítható utópia az ily elgondolás s mégis támadások érik az Országos Közegészségügyi Intézetet azért, mert a lehetőség, a megvalósíthatás szempontjára figyelve ez ellen szót emel és mert példákkal bizonyította be azt, hogy lehet faluhelyen olcsón és célszerűen is megszervezni az egészségvédelmet. Monopóliumot követelnek a kis falvakban is, például a csecsemővédelem terén és úgy tüntetik fel, mintha ezt a monopóliumot az Országos Közegészségügyi Intézettel szemben kellene biztosítaniok, pedig az *általunk propagált rendszer szerint ezt nem az Intézet, hanem csak az erre hivatottak, a járási tiszti orvosok „veszélyeztethetik"*. Az Országos Közegészségügyi Intézet *maga* egészségvédelmi munkát nem végez, csak támogatja tanácsokkal és ha teheti anyagilag is a járásoknak, a községeknek azt a törekvését, hogy lakosságuk számára az egészségvédelmet megfelelően kiépítsék. *A járásokban folyó egészségvédelmi munkát nem az Országos Közegészségügyi Intézet, hanem a járási tiszti orvos kollégák vezetik,* ők létesítik az egészségvédelmi intézeteket, amelyek vezetése az ő kezükben van, ők rendelkeznek a személyzettel, ők tárgyalnak a helyi hatóságokkal, ők kapják kézhez a költségvetésükben számukra biztosított összegeket, ők intézkednek a védőintézetek munkabeosztása, stb. dolgában. Az Intézet feladatának csak azt tekinti, hogy támogassa az illetékes hatóságokat a *feladatukat képező* közegészségügyi (beleértve természetesen az egészségvédelmi) munka kiépítésében.

Nem kívánok e helyen külföldi példákra hivatkozni, de mégis meg kell említenem, hogy Bajorország egészségügyének egyik vezetője, aki pedig a mienknél jóval kulturáltabb területeken működik, ahol talán a falusi egészségvédelem specializálása még a lehetőségek körébe tartozik, egy hozzá intézett kérdésre ezekkel a szavakkal válaszolt: „Von einer Spezialisierung des Fürsorgediensten *am Lande* wollen wir weder hören, noch wissen".

Azzal is argumentálnak a jelenlegi úgynevezett specializált egészségvédelmi rendszer hívei, hogy hazánkban a csecsemőhalálozás olyan nagy problema, hogy emellett eltörpül a többi. *Szerintük egyelőre csak a csecsemővédelmet kell megszervezni,* s csak ha ez már meg van szervezve, akkor szabad mással (például a tuberculoticusok gondozásával, az iskolás gyermekek védelmével) foglalkozni. Szinte érthetetlen ez az elgondolás, hiszen éppen a csecsemővédelem eredményeit tennők semmivé, ha a három éves koráig nagy gonddal életben tartott kis gyermek további sorsával egyelőre senki sem törődnék. Világos továbbá, hogy ez a propositio elfogadása esetén azt jelentené, hogy például a tuberculosis jobban elterjedne, aminek hatása elsősorban éppen a csecsemőhalálozás emelkedésében is mutatkoznék. Az egyoldalú, csak egyik vagy másik szakmára szorítkozó egészségvédelmi munka önmagában kárba veszett fáradság és hiába való munka. De ha egymásután, bizonyos sorrendben szerveznők is meg a különböző egészségvédelmi munkát (amint azt egyesek javasolják), akkor is megint csak oda jutnánk, hogy faluhelyen két-három védőintézet kellene. Ezt nem bírták el a falvak nálunk gazdagabb államokban sem és nem bírnók el mi sem.

Azt hiszem a fentebb említett argumentum, — tudniillik, hogy a csecsemőhalálozás a legnagyobb problema —, éppen fordítva, amellett szól, hogy akkor nem gazdaságos a többi miatt *külön-külön* védőintézeteket felállítani, hanem *egybe kell kapcsolni őket a csecsemővédelemmel,* amint ezt a mintajárásokban teszik, s amint ezt az élet és a lehetőségek faluhelyen másfelé is majd kierőszakolják. *A kérdés tehát nem az, hogy faluhelyen fontos-e a csecsemővédelem, szükséges-e a csecsemővédelem (ezt mindenki elismeri), hanem csak az, hogy azt faluhelyen hogyan szervezzük meg.*

Olyan módon-e, mint azt a Stefánia Szövetség, mint külön szervezetet városokban és nagyközségekben megszervezte, vagy úgy amint azt ma már számos községben az egyéb közegészségügyi és egészségvédelmi munkával *kapcsolatban* megoldották. Az úgynevezett általános (vagy családi) egészségvédelem keretében is a járásokban természetesen igen nagy súlyt helyeznek a csecsemővédelemre és úgy látom, hogy az eredmény (bár az idő rövid arra, hogy erről már nyilatkozzunk) semmivel sem rosszabb, mint a specialis rendszer szerint legteljesebben megszervezett járásokban. De miért is lenne rosszabb? Hisz a csecsemővédelemnek ma már olyan jól ismert s az egész világon elfogadott elvei vannak, amelyeket amint elfogadnak a Stefánia védőintézetekben, ép úgy követnek az Egészségházakban folyó tanácsadásokon is. Annál kevésbbé kell ettől tartani, mert misem állja útját annak, hogy olyan területeken is, ahol az egészségvédelmi munka a családvédelem elvei szerint szerveztetik meg, az anya- és csecsemővédelem a Stefánia Szövetség szakembereinek bevonása útján a *lényegét illetőleg* egységes elvek szerint szerveztessék meg. Ez különösen könnyen megvalósítható, ha a Stefánia Szövetség, — mint erre ismételten felkéretett —, résztvesz az egészségügyi védőnők kiképzésében.

A Stefánia Szövetség azzal is érvel a specializált csecsemővédelem rendszerének nagyobb hatásossága mellett, hogy ott a védőnők *több látogatást végeznek.* Tényleg a Stefánia védőnők kötelesek a budapesti központnak napi 10 látogatásról beszámolni. Hogy ez részükre elő van írva, az természetes, mert Budapestről máskép nem lehet ellenőrizni, hogy a védőnő dolgozik-e? Lehet, hogy városokban el is lehet jól végezni ennyi látogatást, de nagyon kérdéses, hogy faluhelyen (ahol a védőnőnek több községet kellene ellátnia), ezt a penzumot kellő alapossággal elvégezhetné-e. Erről sok vidéki orvossal beszéltem, akiknek ugyanez volt a kételyük. *Nem a látogatások tömege a fontos, hanem az, hogy a védőnőnek ideje legyen arra, hogy a meglátogatott családdal tényleg foglalkozhassék is.* A mintajárásokban a járási tiszti orvos nem a látogatások *számát* vizsgálja, hanem azok *célját, tartamát és eredményét.* Ezt természetesen csak olyan rendszer mellett lehet megtenni, amelynél a munkát végező, azt kiosztó, azt megitélő és felülbiráló factor a *helyszínén van.* Hiszen éppen ez az előnye a decentralisatiónak. *Kovacsics Sándorral* tehát teljesen egyetértünk abban, hogy a „legfőbb principium pedig az egészséges decentralizálás legyen. Rossz lencséjű távcsöveken nem lehet látni a periferia szükségleteit. Csak decentralizált rendszer tud alkalmazkodni quadránsan az egészségügyi szükségletekhez."

Kovacsics Sándor belevonja e kérdésbe az egészségügyi védőnők *képzésének* a kérdését is. Ezt természetesnek is találom, mert hisz ha a védőnő a jövőben is csak az anya- és csecsemővédelemmel foglalkozna, úgy elég lenne a jövőben is csak anya- és csecsemővédőnőket képezni. Ha azonban a védőnőktől más munkát is kívánnak, úgy természetesen őket az egészségvédelem más ágaiban is ki kell képezni. Mivel még *Vass* miniszter idejében a minisztertanács hozzájárulásával egy külföldi szervezettel kötött szerződésszerű megállapodás eldöntötte azt a kérdést, hogy a falvakban úgynevezett egészségügyi védőnők, vagy u. n. „általános" egészségügyi védőnők (tehát az egészségvédelem különböző ágaiban kiképzett védőnők) fognak

munkába állítatni s ezért e célra állami iskolák is felállíttattak, — következik, hogy legalább a falvak szükségleteire képzett egészségügyi védőnőknek az anya- és csecsemővédőnőknél általánosabb és teljesebb kiképzést kell adni. Örömmel olvastam egyébként, hogy az úgynevezett specializált egészségvédelem hivei között is vannak, akik még az anya- és csecsemővédőnőknek is az eddiginél általánosabb kiképzést kívánnak adatni.

Kovacsics Sándor úgy állítja be cikkében, mintha a családi egészségvédelemnek a falvakban való megszervezése egy „új szervnek" a létesítését, beállítását jelentené, s ezt kifogásolja. Erre az a kérdésem, hogy *Kovacsics* faluhelyen a csecsemővédelmet sem akarja megszervezni? Hiszen a faluban ez is egy új szerv (a csecsemővédőintézet, csecsemővédőnő, stb.) beállítását jelenti! Cikkének más részéből azonban úgy látom, hogy ezt még akarja szerveztetni, tehát azt az „új szervet" mégis be kívánja majd állítani. Ugy látszik, hogy korábbi, a tárgyról szóló közleményeimet félreértette. Mi nem akarunk a kis falvakban a csecsemővédőnőn *kívül* még egy másfajta egészségügyi védőnőt beállítani. Hisz éppen ezért küzdünk most már évek óta, hogy ne állítsanak be a faluba több, különféle védőnőt, hanem azt propagáljuk, hogy a tisztán csak csecsemővédelemmel foglalkozó védőnő *helyett* olyat állítsunk be, aki az iskolás gyermekek védelmét és a tuberculoticusok gondozását is ellátja. Ebben tehát *Kovacsics* ellentmond önmagának, mert amikor azt kívánja, hogy szervezzék meg a falvakban is az eddigi specialis rendszer szerint a csecsemővédelmet, s azután foglalkozzanak majd a tuberculosissal és a „tudatlanságból eredő tisztátalansággal" akkor tulajdonképen épen ő kívánja, hogy a csecsemővédőintézet mellé még egy másik gondozó intézet, a csecsemővédőnőn kívül még egy „általános védőnő" állíttassék majd be. Kovacsics tehát míg egyrészt azt mondja, hogy ezt az újabb szervet a község nem bírja el, másrészt nem fogadja el az én javaslatomat, amely azt mondja, hogy a *falun csak egyféle védőnő legyen*. Egyébként és lényegileg azonban úgy látszik a *Kovacsics* felfogása közel áll az enyémhez. Ez kiderül a következő megállapításából: „A falvakban a csecsemőbetegségek, a gümőkór esetek, az iskolásgyermekek gondozása és a család keretében hiányzó tisztaság foglalkoztatja a védőnőt, akár általános, akár specialis elnevezéssel illetem, mert hisz ez utóbbi se tekinthet el azon körülménytől, amelyek a látogatás acut esetével összefüggésben vannak, vagy lehetnek". Teljesen igaza van: nem lehet a családban csak a csecsemővel foglalkozni s ha ott van egy tuberculoticus beteg, vagy egy gondozásra szoruló iskolásgyermek, azt mondani a családnak, hogy ez nem tartozik őreá, majd jön az a másik, vagy harmadik védőnő, akinek ez a dolga, szóljanak annak.

Egy falun dolgozó kollégám találóan mondta, hogy egy specialis csecsemővédődőnek a falura való kihelyezése ugyanazt jelentené, mintha egy községbe, ahol nincs még orvos, egy szülész specialistát telepítenének ki, ahelyett, hogy egy általános orvosi gyakorlathoz értő orvost küldenének oda. A falu egészségügyének főfactora az orvos. S amint, hogy kis községekben ez az orvos csak az orvosi szakmák mindegyikével foglalkozó, általános gyakorlatot folytató orvos lehet, úgy a melléje rendelt védőnőnek is az egészségügyi gondozás minden ágában járatos általános képzettségű védőnőnek kell lennie.

Mindezekután nézetem szerint világos az, hogy *milyen legyen a falusi egészségvédelemnek a rendszere.*

Mindenekelőtt megállapítható, hogy faluhelyen az egészségvédelem keretében elsősorban csecsemővédelemmel, az iskolás gyermekek gondozásával és a tuberculosis elleni küzdelemmel kell foglalkozni. A *Kovacsics* által még propagált tisztaságra való nevelés természetesen könnyen bekapcsolható e három főágazat révén a munkába. Ennek a munkának a központja az úgynevezett Egészségház. Egy kis község „Egészségház"-a vagy „Egészségközpont"-ja csak két szobából áll, ahol az összes intézeti gondozói munka lefolytatható. Ennek a vezetője rendszerint a községi, vagy körorvos lesz, aki mellett egy egészségügyi védőnő teljesít szolgálatot. Ez a védőnő segédkezik az orvosnak a különböző tanácsadásoknál és az orvos által elrendelt látogatásai alkalmával végzi az úgynevezett családgondozást (tehát megnézi a családban: a csecsemőt, a tuberculoticus beteget, vagy a gondozásra szoruló iskolás gyermeket).

A járás területén lévő községekben folyó egészségvédelmi munkát a járási tiszti orvos irányítja és vezeti. Ha a járási tiszti orvos lemond a magánorvosi gyakorlatról, úgy szakképzettsége szerint, egy vagy több védőintézet közvetlen vezetésével, az ottani tanácsadással is megbízandó lenne.

Ez dióhéjban összefoglalva az az egészségvédelmi munkarendszer, amelyet *a falvakban meg lehet és meg is kell szervezni*. Hazánkban falun egészségvédelmi munkát eddig még alig végeztek. Azok a „hosszú, sok évre kiterjedő tapasztalatok", amelyekre a specialis, részekre tagolt, egészségvédelmi rendszer egyes hivei hivatkoznak, azok főleg városokra, vagy nagyközségekre vonatkoznak, ahol igen sok tekintetben lényegesen mások a viszonyok, mint a kis községekben.

Az úgynevezett mintajárásokban immár közel négy éve folyó egészségvédelmi munka azt mutatja, hogy a *családi egészségvédelmi rendszer a falusi viszonyoknak jól megfelel, olcsó és azt a falusi lakosság megérti és szívesen fogadja.* A cikkem bevezetésében említett, az egészségvédelem kérdésével foglalkozó tiszti főorvosi bizottság (*Kovacsics Sándor* különvéleményével szemben is) azt a véleményét fejezte ki, hogy ez az a rendszer, amely szerint falusi lakosságunkat is részesíteni tudjuk az egészségügyi kultura áldásaiban.

Megjegyzés Vanik Vince dr.: „A gonorrhoea röntgensugaras és diathermiás provocatiója" című cikkére. (O. H. 3. sz.)

Miután magam részéről anterior-provocationál éles és megbízható eredményeket kaptam, nem tudok szó nélkül napirendre térni a röntgenes posterior-provocatio nem kielégítő eredménye fölött.

Én posteriorokkal magánpraxisomban nem igen rendelkezem, máshonnan beteganyagom nincs és nem is lehetne — így elnézést kérek, hogy *Vanik* adataival nem a magam, hanem *Kémeri* eredményeit állítottam szembe, a magam részéről csak elméleti fenntartással élek.

Vanik ellentétes eredményeiből én nem következtethetek a röntgenes provocatio szeszélyes és megbízhatatlan eredményeire, hanem — hibaforrásokra.

A hibaforrás vonatkozhatik 1. az adag elégtelenségére, mert bizonyos adag alatt nincs provocatio, de ugyanekkor pótadagra már van.

2. Előfordul, hogy a provocált gonococcusok csak néhány óráig mutathatók ki. Ha tehát nem minden vizelet előtt veszünk váladékot, hanem csak pl. napjában egyszer, már hamis eredményt kaphatunk.

3. Ha a sugarak nem esnek merőlegesen a gócra a legyengült röntgenhatás miatt az eredmény megbízhatatlan.

Posteriornál a góc pontos meghatározása nélkül könnyen előfordulhat, hogy kellő adag leadása mellett sem kapunk megbízható eredményt, ha a sugarak a gócot szóródottan és nem merőlegesen érték.

Vanik kartárs cikke csak bizonyos fokig ismeri el az 1922-ben először közölt eljárásom értékét, mégis hálás vagyok neki, hogy e kérdést kritikusan felvetette és ha nincs is nekem megadva a lehetőség, hogy cikkére megfelelő cikkel válaszolhattam volna, de talán ez a hozzászólás is hozzájárul ahhoz, hogy egy újabb vizsgáló is foglalkozik a még szerintem eldöntetlen kérdéssel.

Deutsch Mátyás dr.

Dr. Batthyány-Strattmann László herceg

Egy nagy urat temettek a nyugati határon; — ide neve mint kiváló kartársé, — de talán még inkább mint érző szívű, áldozatos emberé kerül. Hogy ki volt, hogyan élt, mit tett? — azt mindnyájan tudjuk és tisztelettel hajlunk meg a humanitás tiszta érzése előtt, ami e nagy ember lelkét eltöltötte. De a példa előtt, amit mutatott a felsőbb társadalomnak — sóhajtva állunk és nem sok bizalommal várjuk a példakövetőket.

Egy nagy úr, főméltóság és hatalmas birtokok ura tudományszomjat táplál lelke mélyén és családi politika és kötelezettségek közepette kiküzdi magának, hogy orvos lesz, még pedig szakmájában kiváló és most egész hatalmát, vagyonát eme nem öröklött, maga szerzette képességének szolgálatába állítja, hogy áldásává váljék annak a vidéknek és népnek, ahol él s amellyel szemben legközvetlenebbül érez nemes kötelezettségeket. Nem országos actióra, nem országos dicsőségre és hírnévre vágyott, — talán lelke finomsága riasztotta vissza az evvel járó küzdelmektől; de még inkább tudományának és operateuri művészetének szeretete tartotta őt meg csendes családi körében és otthonába gyűjtött betegei között.

Mily egyszerű és nemes példája volt az az igazi főúr kötelességérzetéből fakadt áldozatkészségének, amit ő nyújtott e szegény Hazának, sinylődő népének kórházával és annak oly idealisan tökéletes kiszolgálásával, amibe még családját is belevonta! — Milyen magasztos példamutatás ez ebben a nyomorult országban, mely még most se ébred az emberi élet és egészség legfőbb becsének tudatára és mikor meglevő kórházaiban földreteritett pótszalmazsákokon gyógyulnak és szülnek a boldog odakerültek, takarékosságból ezek bezárására, klinikai ágyak megszüntetésére gondol. — Az ország és a nemzet e kínos helyzetében gondolnak-e a latifundiumok, egyházi alapítványok és bankok nagyurai arra, hogy segítséget nyujtsanak, hogy kórházakat alapítsanak és tartsanak fenn, hogy radiumot vásároljanak, hogy kutatásokat támogassanak? Miért, hogy a terhet mind csak az államra hárítják és szégyenpír nélkül nézik, hogy Angliában nincsenek közkórházak, csak magánalapítványok; hogy a kutatóintézetek kezdeményezői, sokszor fenntartói is mindenütt magánemberek és a nemzetek társadalmai vetélkednek körülöttünk a nagy és humánus áldozatkészségben.

A nemes herceg im elköltözött az élők sorából, de egy emléket hagyott itt közöttünk, ami kötelez. — Adja Isten, hogy hazafias és humánus példája leolvassza a közöny kérgét azok szívéről, kik annak követésében cselekedni hivatottak. Nem kell ahhoz évek fárasztó készülődése és orvosi diploma, hogy segíteni tudjanak a szenvedőkön: a közvetlen segítést elvégzi ezernyi bölcs elme és ügyes kéz, csak legyen hol és miből hozzá az anyagiakat megtalálni. És midőn *Batthyány-Strattman László* herceget, a dicső orvoscollegát és jóttevő Nagyurat gyászolom, az orvoscollegákhoz fordulok: vessék jól lelkükbe példáját és igyekezzenek annak csíráját, magvát hatáskörükben mindenütt elhinteni: emberek szívében és közületek lelkiismeretében, hogy gyökeret verjen az ott Nemzetünk, szenvedő népünk javára!

Vámossy.

VEGYES HÍREK

Személyi hírek. † *Mezey Zoltán* e. ü. főtanácsos, dohánygyári igazgatófőorvos f. hó 17-én, hosszas szenvedés után elhúnyt. — † *Unger Géza* dr. a somogyi Kötcse közbecsülésében álló nyug. körorvosa, 84 éves korában január 11én elhúnyt. Az odaadó, csak betegeinek élő, puritán emberbarát-orvos mintaképe volt, ki a falusi élet magányában sem érezte magát sem elhagyatottnak. sem boldogtalannak, mert lépést tartott fejlődő tudományával. — Nagy és meleg részvét mellett temették.

A budapesti kir. Orvosegyesület január 31-én tartandó ülésének napirendje: Bemutatások: 1. *Habán György:* Aortatuberculosis esete. 2. *Horay Gusztáv:* Atrophia n. optici congenita familiaris. 3. *Schill Imre:* Insulinkezelés alatt fellépő anaphylaxiaszerű állapot megelőzése. — Előadások: 1. *Csépai Károly:* A magyar társadalombiztosítás actualis orvosi problemái. 2. *Kelemen György:* Embryonalis szövettenyészetek növekedésének befolyásolása tonsillaanyag által.

A Közkórházi Orvostársulat február 4-iki ülésének tárgysorozata: *Bemutatások:* 1. *Milkó Vilmos:* 48 órás totális léprepedés műtéttel gyógyult esete. 2. *Szarka Vilma:* Raynaudkór érdekes esete. — *Előadás: Flesch Ármin:* A chorea minor kezelése nirvanollal és luminallal.

Magyar Urologiai Társaság január 26-iki ülésének tárgysorozata: Bemutatások: 1. *Schmidt Albin:* Vesegümőkór és vesekő együttes előfordulása. 2. *Hentz László:* Medencetöréshez társult húgycsőszakadás, symphisisvarrathoz társuló húgycsőkővel és teljes incontinentiával. Műtét és annak eredménye. Előadás: 1. *Faragó Zsigmond:* A reflectoricus anuria kérdéséről több eset kapcsán.

Magyar Orvosok Röntgen-Egyesülete január 28-iki ülésének tárgysorozata: Bemutatások: *M. Gaál András:* Pericarditis calcificata. *Ollé Imre:* Egyszerü mód a nyelőcsőbe szorult pénzdarabok eltávolítására. Előadás: *Györgyi Géza:* A colon relief vizsgálatának diagnostikai jelentősége.

Magyar tüdőbeteggondozó és gyógyintézeti orvosok egyesülete évi országos szakgyülését május hó 24—25-én (pünkösdvasárnap és hétfőn) Sopronban fogja megtartani. A szakgyülés referáló előadásai: 1. *Manninger Rezső:* A gümőkór elleni védőojtás kérdése a kisérleti kórtan nézőpontjából. 2. *Fekete Sándor:* Anya- és csecsemővédelem és tuberculosis elleni küzdelem. 3. *Pekanovich István:* A kórház szerepe a tuberculosis elleni küzdelemben. 4. *Blaskó Róbert:* A pneumothorax jelentősége a tuberculosis elleni küzdelemben. Előadások és bemutatások, melyek lehetőleg a referátumok tárgyával kapcsolatosak, április 1-ig jelentendők be a főtitkárnak *(Tomor Ernő dr.,* I., Pauler-u. 22.).

A szepesi Orvos-Egyesület pünkösdkor, május 24—28-ig rendezi III. németnyelvü orvosi továbbképző tanfolyamát a Magas Tátra fürdőtelepen. Az előadók között előreláthatólag ezidén már a magyar facultások is szerepelnek; a magyarországi előadókon kivül Berlin, Breslau, Lemberg, Bécs és Prága szerepel. Részletes programmot és teljes tájékoztatást a jövő hónap folyamán közlünk. Felvilágosítást a Szepesi Orvos-Egyesület titkára, *Teichner Ernő dr.,* Késmárk ad.

A III. nemzetközi radiologiai (röntgen) congressust júliusban Párizsban tartják, melyen a következő kérdések vannak napirendre tüzve: 1. A tápcsatorna nyálkahártyájának röntgenvizsgálata. 2. A húgyszervek contrastanyag kiválasztásával való röntgenvizsgálata. 3. A mellrák műtét előtti és utáni sugaras kezelése (recidivák és metastasisok kivételével.) 4. A gyulladásos bajok radiotherapiája. 5. A gyulladásos betegségek diathermiás kezelése. Fenti tárgyak mindegyikéről valamennyi együttes ülésén 30 perces referatumot tartanak. Minden résztvevő részletes közlések részére a szöveget küldje be és vegyen részt az általános vitában, beszámolván saját kisérleteiről és eredményeiről. A közlemények számára való összefoglaló kéziratok maximum 400 szóból állhatnak; francia, angol, vagy német nyelven gépírva április 1-ig beküldendők a titkársághoz. *Utazás és ott tartózkodás.* A résztvevők az oda- és visszautazáskor a francia vasutakon 50% kedvezményt kapnak. A congressus után tubbféle kedvezményes áru társas utazást rendeznek Franciaország különböző vidékeire, egybekötve a különböző gyógyhelyek meglátogatásával. A titkárság azokkal, akik a congressusi részvételre jelentkeznek, direkte fogja közölni az oda és visszautazás, valamint a congressus utáni utazások kedvezményeit. Hasonlóképen megküldi a párisi és franciaországi tartózkodásra vonatkozó felvilágosításokat, továbbá szobákat is lefoglal a részvevők számára. A kérelmek egyenesen a congressus titkárságához intézendők. A congressus július 26—31-ig tart. A beiratás 300.— francia frank a résztvevők részére és 50.— fr. frank a hozzátartozók részére. Minden levelezés a következő címre küldendő: Secrétariat du III-éme Congrés International de Radiologie 122 Rue La Boetie, Paris, 8-éme.

A Rockefeller alapítvány a sydney-i egyetem számára két millió márkás alapítványt tett orvosi tanulmányok céljára.

A berlini állami kórházakban az influenzás betegek száma karácsony óta 3000-el szaporodott.

A schweizi szövetség tanács a leyseni nemzetközi főiskolai tuberculosis sanatóriuma céljára 500.000 frankos alapítványt tett.

Kiadványainkat olcsón kapják meg kiadóhivatalunktól hátralekban nem lévő előfizetőink. A pénz előre beküldése után azonnal bérmentve küldjük meg az alábbi igen hasznos könyveket:

Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra és 16 oldal mümelléklettel . . .	7.— P
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 P helyett 5.50 P
Vászonba kötve	8.— P helyett 7.— P
Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala 86 oldal	2.50 P helyett 2.— P
Az orvosi tudomány magyar mesterei. Kiadja a Markusovszky Társaság. 196 oldal	4.— P helyett 3.50 P
	21.— P

Ha valaki mind az ötöt egyszerre veszi meg, a 21.— P kedvezményes ár helyett csak 20.— P-t fizet; illetőleg kötött fürdőkönyv rendelése esetén 22.50 P helyett csak 21.— P-t. A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel való rendelésnél a portóköltséget is felszámítjuk.

Az Orvosi Évkönyv 1931. évfolyama rövidesen lezárul, felkérjük tehát mindazon orvos urakat, kiknél az adatok (lakás, telefonszám, stb., stb.) megváltoztak, hogy ezt velünk a már több izben szétküldött kérdőívek útján *sürgösen* közölje, nehogy *téves adatok* szerepeljenek nevük mellett. Kérdőíveket kívánatra küldünk. „Magyarország Orvosainak Évkönyve és Címtára" szerkesztőség: Budapest, VII., Kertész-utca 16. Telefon: J. 406—47.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Lapunk mai számához az I. G. Farbenindustrie A. G. Leverkusen a. Rh. *Lacarnol—Theominal*-ról szóló prospektusa van mellékelve.

Svéd gyógygymnastikában
jártas hölgy (massage, gymnastika, orthopädia) több évi szanatoriumi praxissal (Tátra és Pöstyén) keres elhelyezkedést szanatoriumban vagy orvosnál. Angolul, franciául, németül és magyarul beszél. Megkeresések *„Elsőrangu"* jeligére **Petőfi Irodalmi Vállalat. Budapest, VII., Kertész-u. 16** kéretnek.

Erősebben baktericid, nem hamisitható, gyártásban ellenőrzött, nem **LYSOFORM** műszernek nem mérges, bőrneks ért s ezért ideális antisepticum, az új szabadalom szerint készül. Szab. szám 93189.

METALIX **fémröntgenlámpa**
Barta és Székely Rt., Budapest, IV. ker., Múzeum-körút 37. sz.

A
SEVENAL-CHINOIN
INJECTIO
formájában is rendelhető.
2·2 cm^3-es ampullák, 2 cm^3 = 0·33 g SEVENAL

⁂ ⁂ ⁂

SEVERIN-CHINOIN
KOMBINÁLT SPASMOLYTICUM
MINDENNEMŰ HYPERTONIA
KEZELÉSÉBEN!
Tabletta **Tabletta**

Neurolin Balla

Centrum Kiadóvállalat Rt. Budapest, IX., Köztelek-utca 1. Igazgató: Bornemisza Gábor.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Az anatoxin oltások eddigi eredményei a diphtheria prophylaxisában.

A védőoltások eredményességére általános felfogás szerint csak évtizedek tapasztalatainak a leszűrése után lehet végleges következtetést vonni. Ha egy olyan fertőző betegség megelőzési lehetőségeivel akarunk tisztába jönni, amelynek a járványszerű fellépésében szabályszerű periodicitas nem észlelhető, csakugyan évtizedekre terjedő statisztikai megfigyeléseket kell összegyüjtenünk, hogy az ellene alkalmazott prophylacticus eljárás értékét megismerhessük. Ilyen fertőző betegségnek tekinthetjük a vörhenyt.

A vörheny-járvány szabálytalanságával, szeszélyes kifejlődésével szemben szabályos periodicitas, emelkedés és sülyedés jellemzi a diphtheria járvány görbéjét. Ez a szabályosság nemcsak egyes országokra, hanem kisebb területekre is vonatkozik, még pedig olyan mértékben, hogy sok esetben már a nagyobb községek és városok járványgörbéjéből következtetést lehet vonni a diphtheria járvány országos fontosságára. Az utolsó öt évben meglepő szabályossággal növekedett a diphtheria esetek száma úgyszólván évről-évre az összes európai országokban. Ezek figyelembe vételével nem tarthatjuk túlkorainak azt, hogy egyesek már az eddigi eredményekből határozott következtetést vontak le az öt évvel ezelőtt megkezdett diphtheria anatoxin védőoltások prophylacticus értékére vonatkozólag.

Franciaországban — *Ramon* három hónappal ezelőtt megjelent összefoglalása szerint — 1930 júliusáig öt év leforgása alatt 1,600.000 egyén részesült háromszori diphtheria anatoxin oltásban. Ez a szám már egymagában elegendő volna annak a pontos megállapítására, hogy a védőoltásban nem részesült egyének megbetegedési arányszáma mennyivel magasabb az oltottakénál. Annál különösebb, hogy ez a statisztikai feldolgozás Franciaországban nem történt meg. Nem is történhetett meg, mivel a fertőző betegek bejelentését, nyilvántartását Franciaországban olyan módon viszik keresztül, hogy ez megbízható statisztikai összeállítás alapját nem képezheti. Intézeti és kórházi orvosok vállára hárult ezért itt az a feladat, hogy működési körük területén fellépett diphtheria járvány alkalmával összehasonlítsák az oltottak és nem oltottak megbetegedési arányszámát. Ezt az összehasonlítást az oltottak jelentékeny részére vonatkozólag számos orvos megtette. Közlésük szerint az oltottak között járványos időben is 90—95%-kal kevesebb diphtheria fordult elő, mint a nem oltottak között. Számos esetben bizonyították be ezenkívül a francia orvosok, hogy azokban a zárt intézetekben, amelyekben ismételt desinficiálás, bacillushordozó elkülönítés sem tudta megszüntetni a diphtheria esetek megismétlődését, a növendékek anatoxin védőoltása után néhány hét mulva a járvány teljesen megszünt. *Ramon* vizsgálatai szerint az anatoxin oltások után kifejlődött immunitás négy évnél hosszabb ideig is eltart.

Franciaország után Kanadában végezték a legtöbb diphtheria anatoxin oltást, hol 1929. év végéig összesen 684.983 egyént oltottak. Ebben az országban már meg volt a lehetőség arra, hogy gondos statisztikai adatgyüjtés alapján állítsák szembe az oltottak és a hasonló korú nem oltott gyermekek megbetegedési arányszámát. Általában 90%-kal kevesebb diphtheria esetet észleltek a háromszor anatoxinnal oltott gyermekek között. Igen érdekes adatokat közölt Toronto városra vonatkozólag *Fraser*. 1929-ben 17.209 háromszor oltott gyermek közül diphtheriában megbetegedett 14, ugyanannyi hasonló korú nem oltott gyermek közül 169. Még a kétszer oltottak között is jelentékeny reductio volt észlelhető a megbetegedések számában. 9385 kétszer oltott gyermek közül ugyanis megbetegedett 20, szemben az ugyanolyan számú nem oltott gyermekek között előforduló 92 megbetegedéssel.

Számos más országból közöltek hasonló kedvező megfigyeléseket, melyek alapján Olaszországban 1929 decemberében miniszteri rendelettel szabályozták az anatoxin védőoltások végzését. Ez a rendelet nemcsak ajánlja az anatoxin oltások széleskörű végzését, hanem feljogosítja az előljáróságokat arra is, hogy ha a közérdek kívánja, járványos területeken kötelezővé tehessék a védőoltásokat.

A magyarországi anatoxin oltások prophylacticus értékének megítélésére 1929 végén Szolnok vármegyében sikerült *Szaller* főorvos adatai alapján összehasonlítanunk a háromszor oltottak és a védőoltásban nem részesült gyermekek megbetegedési arányszámát. Mi is 96%-os reductiót észleltünk a védőoltások megbetegedési arányszámában.

1930 elején Magyarországon is nagyobb mértékben indult meg a diphtheria anatoxin immunizálás. Voltak olyan körzetek is, amelyekben az elemi iskolás és ovodás gyermekeken kívül a fiatalabb korú gyermekeket is beoltották. Ezek között volt Komárommegye gesztesi járása, amelyben a 2—9 éves gyermekek kevés kivétellel mindannyian védőoltásban részesültek (kb. 8000). Április közepén fejezték be a védőoltásokat és azóta csak a felnőttek között fordult elő néhány diphtheria eset, jóllehet, az oltások előtt a járás meglehetősen fertőzött volt. A szomszédos tatai járásban nagyobb számban fordultak elő a korai őszi hónapokban diphtheria esetek, amelynek következtében *Sajó* tiszti főorvos Esztergom és Komárom megye többi járásaiban is védőolttatta a 2—9 éves gyermekeket, még pedig szám szerint 25.000-t. Tekintettel arra, hogy ebben a megyében a diphtheriával szemben fogákonyak legnagyobb részét védőoltották, az egész megye diphtheria morbiditásában is mutatkoznia kell az eredménynek már a jövő évben.

Az egyes városok között 1930-ban Hódmezővásárhelyen végeztek aránylag legnagyobb számban anatoxin védőoltásokat. A városban élő 10.000 1—15 éves gyermek közül 5587-et oltottak háromszor. Ezek közül 2260 gyermek védőoltását fejezték be már a tavasszal. Azóta *Ormos* főorvos közlése szerint az év végéig csak egy gyermek betegedett meg a tavasszal oltottak közül diphtheriában, ez a megbetegedés is annyira enyhe volt, hogy csak a bacteriologiai lelet tette valószínűvé a diagnosist. A tavaszi oltások bejezése óta a nem oltott gyermekek között 42 diphtheriás megbetegedést észleltek, azaz arányba állítva 12-szer annyit, mint az oltottak között.

Nagyobb számú oltást végeztek Magyarországon még Hont és Nógrád megyében (14.000, Pestmegye déli részén és Bácsmegyében. Budapesten és környékén kb. 16.000, Pécsett 2500, Győrött, illetőleg környékén 2100 gyermek részesült anatoxin védőoltásokban. A védőoltottak száma Magyarországon 1930 végén 120.000-en felülire emelkedett már.

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy a diphtheria anatoxin védőoltások eredményessége zárt intézetekben fellépő járvány elfojtása szempontjából kétségtelenül be-

bizonyítást nyert. Elég adat áll rendelkezésünkre már annak a következtetésnek a levonására is, hogy az anatoxin immunizálás a diphtheria prophylaxisában igen értékes eljárás és hogy ha nem is kölcsönöz absolut immunitást, a diphtheria megbetegedések számát kb. 90%-kal csökkenti. *Tomcsik József* dr., főorvos.

A paratyphus klinikai diagnosisa és therápiája.

A typhosus megbetegedések egy nagy csoportját a paratyphus A, vagy B bacillusai okozzák.

A paratyphus A rendesen középsúlyos typhus képében zajlik le. Tünetei csaknem teljesen megegyeznek a typhus tüneteivel (bradycardia, láz, lép megnagyobbodás, leukopenia, roseolák). Gyakoriak még a gyomor-bélrendszer részéről fellépő tünetek: hányás, hasmenés vagy székrekedés, gyomornyomás, amelyek hastyphusnál ritkábban jelentkeznek. Lefolyása rendesen 1—2 hét, ritkábban hosszabb idő, recidivák előfordulhatnak. Amennyiben szövődmények nem lépnek fel, a betegség kimenetele jó.

A paratyphus B többféle alakban jelenhetik meg. I. typhosus alak, II. gastro-enteritises alak, s végül III. különböző szervek megbetegedése, ahol a gastro-enteritis tünetei háttérbe szorulnak.

A typhosus elváltozások a rendes typhustól abban különböznek, hogy igen rövid incubatiós szak után (néha csak néhány óra), néha hidegrázás, hányás, hasmenés, fejfájás lép fel. Láz continuus, de nem olyan szabályos, mint hastyphusnál. Roseolák, léptumor, bradycardia, leukopenia mellett herpes labialis is lehet jelen. Valamivel rövidebb ideig tart és bár általában kevésbé súlyos, halálos lefolyású is lehet. Recidivák, szövődmények (cholecystitis, pyelonephritis) stb. felléphetnek.

A gastro-enteritises alak igen könnyű bélhuruttól egészen a súlyos kolera nostrasnak nevezett kórképig váltakozhat. Vérhas-szerű colitisek is előfordulhatnak. Az ételmérgezések nagy részét a paratyphus B okozza. Rövid incubatio után heves hasi fájdalmak, hányás mellett collapsusszerű állapot fejlődik ki. A láz nem magas, érverés szaporább. Alkalmilag herpes labialist, sárgaságot, lépmegnagyobbodást találunk. Amennyiben az erőbeli állapot nem csökken rohamosan, a lefolyás kedvező.

A paratyphus B fertőzés ritkább alakjánál kisebb gastro-enteritises elváltozások mellett a beteg hosszabb ideig subfebril marad (gastro enteritis paratyphosa chronica). Kínzó fejfájások, éjjel fokozódó fájdalmak a csöves csontokban, mirígyduzzanatok, lépmegnagyobbodás állhat fenn. Heveny gócnephritis, súlyos anaemia fejlődhetik ki. A kórlefolyás általában kedvező.

Megbetegedhetnek végül localisan egyes szervek a bélcsatornán kívül is (pyelitis, cystitis, pyelonephritis, endometritis) paratyphusos fertőzés következtében. E fertőzések nem a bélcsatorna felől, hanem közvetlenül — urethra, vagina — történnek. A fertőzés azonban általánossá is válhatik.

A paratyphosus megbetegedések biztos kórjelzése csakis bacteriologiai, vagy serologiai úton történhetik, bár sok esetben mint fenn vázoltuk, a kórkép és kórlefolyás meglehetősen jellemző. A bactériumok kimutatásával, ill. a vérsavó agglutináló képességével tehetjük biztossá diagnosisunkat. A vérből oltás révén (agar-epecsövekre), főleg a megbetegedés kezdetén és később a székletből és vizeletből tenyészthetjük ki a kórokozókat. A kórokozó elkülönítése (typhus, paratyphus A, vagy B, esetleg coli), a bacteriologiában ismert különböző táptalajok segítségével lehetséges. A vérsavónak a kórokozó agglutináló képességén alapuló *Gruber—Widal*-reactio kb. a harmadik héttől kezdve csaknem mindig magas értékeket ad. A positiven agglutináló savó kisebb mértékben a typhus és a másik paratyphus törzshöz tartozó bacteriumokat is agglutinálja (csoport agglutinatio). Természetesen a kórokozó adja a legnagyobb értéket. A védoltásosak vére néha évekig szintén agglutinál, az ezeknél kapott értékek megítélésénél tehát óvatosnak kell lennünk.

A paratyphusos betegek therapiája megegyezik a typhusos betegekével, ha typhosus alakban lép fel. Teljes nyugalom, fokozott tisztaság, magasabb hőmérséknél lemosások. Antipyretikákat, magasabb hőmérséknél adhatunk kis mennyiségben (collapsus!). A betegek étrendje a legszigorúbban bélkimélő lesz. Heveny gastro-enteritises alaknál — ha a beteg erőbeli állapota is megengedi — étrendi előírásainkat kb. 24 órás koplalással vezetjük be. Ilyenkor gyenge teákon (kevés rum, cognac) ivóvizen kívül semmi egyebet nem adunk. Később, főleg híg és pépes ételeket adunk. Tej, tejszín, cacao, tejes tea, gyümölcslé, gelée, áttört burgonya, lágy tojás. A paratyphus koleriform alakjánál a beteg nagy folyadék veszteségét minden igyekezetünkkel pótolni kell. Per os adott folyadékon kívül, subcutan vagy intravenás physiologiás konyhasó infusiók is szóba kerülhetnek. Az ételek kaloriatartalmát vajjal és cukorral növelhetjük, azonkívül kevés szeszes italt (cognac, bor, rum) engedélyezünk. Minden esetben igyekeznünk kell, hogy a betegek erőbeli állapotát fenntartsuk. Ha a hasmenések igen kínzókká válnak, kis adag opiumot és tannint adhatunk. Székrekedés ellen viszont beöntéseket rendeljünk, hashajtókat lehetőleg mellőzünk, kivéve az acut gastro-enteritis képében fellépő paratyphus kezdeti szakánál, ahol néha néhány kis adag calomellal előnyösen befolyásolhatjuk a kórlefolyást (húsmérgezések). Nagy nyugtalanság, deliriumok ellen csillapítószereket (brom, stb.) adunk, csak igen súlyos esetekben nyúljunk a morphin fecskendőhöz.

Amennyiben kórszövődmények lépnének fel, úgy természetesen ezeket megfelelően kell kezelnünk.

Kolta Ervin dr., egyet. tanársegéd.

A glaucoma therápiájának mai állása.

A gyakorló orvos szempontjából a glaucoma diagnostikájának van elsőrendű fontossága. De fontos azon gyógymódok ismerete is, melyekkel a glaucoma s annak minden következmenye ellen küzdünk. A klinikai anyag változatossága, a nomenclaturák különböző volta a therapiai eredmenyek megbirálását rendkívül megnehezítik. Mégis a következőkben az általánosságban elfogadott eljárasokat fogom ismertetni.

A gyógyszeres therapia élén tagadhatatlanul a myoticák (2%-os pilócarpin ¼%-os eserin) állnak; hatásuk valószínűleg a csarnokzug szabaddátételén kívül valamely specificus befolyás a szem szöveteire és érhálózatára. Az adrenalin therapia (glaucosan), melyhez sokan nagy reményeket fűztek, nem tudta kiszorítani a parasympathicus izgatókat; de jól bevált iritis glaucomatosa eseteiben. Hatása valószínűleg a kezdeti vasoconstrictiót követő érbénulás, de talán direct sejthatás is. Az egész szervezetre ható szerek közül a symphaticusbénító ergotamin nem bizonyult megbízhatónak, úgyszintén a különböző szervkivonatok (Thyreoidea, ovarium, hypophysis) hatásos voltáról a nézetek még eltérőek. E téren leginkább a Cholin praeparatumok (Pacyl) váltak be, különösen magas vérnyomású betegeknél; hypertoniás sóoldatok, épen úgy, mint a többi belsőleg adott szerek egyedül nem állják meg helyüket, csak mint kiegészítő eljárások.

A hatás mértékének elbírálásához okvetlenül szükségesek a tonometriai görbék, melyek a naponta legalább kétszer, lehetőleg kora reggel is végzett szemfeszülés mérések eredményeit tárják elénk. A kérdés most már az, vajjon a röviden fölsorolt conservativ eljárások nélkülözhetővé tették-e, vagy legalább is második helyre szorították-e sebészi eljárásainkat? Határozott nemmel kell felelnünk. A sebészi beavatkozásaink különösen a chronicus formáknál pusztán palliativ természetűek. De ismereteink mostani állásánál el kell ismernünk, hogy a medicamentosus therapia sokat tehet, de a sebészt semmiképen sem helyettesítheti s ez áll elsősorban a prodrómás és acut stadiumban lévő gyulladásos glaucomákra. Hogy itt Graefe iridectomiájának absolut indicatiója van, az senki előtt sem kétséges. Bizonyos, hogy ezt a gyakorló orvos el nem végezheti; de éppen tőle függ, hogy a betegséget fölismervén, gyakori pilocarpin becsöppentéssel, morphium injectióval s a beteg szemészeti osztályra való elszállításával a korai operatio áldásos hatását kifejthesse. 1 csep 10%-os cocain subconj. injectioja a limbus közelében az irist érzéketlenné teszi *(Haab)*.

Amennyire eredményes ezen operatio itt, annyira cserben hagy a chronicus formáknál, mint azt *Graefe* is éles kritikájával hangsúlyozta. A chronicus gyulladásos zöldhályog gyógyításában cyclodialysist *(Heine)* vagy trepanatiót *(Elliot)* végezhetünk. Fistulaképző eljárás az utóbbi, mint amilyen Lagrange sclerektomiája vagy a skandináv államokban népszerű iridencleisis *(Hoith)*, melyek a csarnokvíz elfolyását segítik elő. Más elven alapszik a cyclodialysis, mely a suprachorioidealis űrt köti össze a mellső csarnokkal a sugártest leválasztásával, amikor is ez elsorvadván, csökken a folyadék termelése. A szemész válogathat a trepanatio és cyclodialysis között.

De a kedvenc methodust alkalmazni s mást elhanyagolni hiba, különösen a sekély csarnokkal bíró magas tensiójú esetekben és az erősen myopiás szemeken végzett trepanatio talán tartósabb eredményt ad, mint a cyclodialysis, mely különben a legveszélytelenebb a módszerek között. Igazi terrenuma a primaer glaucoma kórképénél van, secundaer glaucománál szóbajöhet (sub) luxált lencse esetén. Hatása nem olyan tartós, mint a trepanatióé, erős csarnok vérzéssel járhat, de késői stadiumban használható és többször megismételhető. Ha ennek ellenére sem száll le a tensio, úgy trepanáljunk. Állatkísérletek nyomán a trepanatio ellen fölhozták a heges elzáródást. De az empiria azt mutatja, hogy a trepán ejtette sclera hiányon az esetek többségében állandóan ürül a csarnokvíz a conjunctiva alá. Az utóinfectiót azonban ki nem zárhatjuk. Éppen ezért alkalmazása szűkebb térre szorul.

Glaucoma simplex (alig emelkedett tensio jellemző látótér kieséssel, papilla excavatio) eseteiben Lagrange iridosclerectomiáját végezhetjük, különösen pilocarpinra még reagáló kórformáknál számíthatunk eredményre.

Az ifjukori glaucoma (hydrophthalmus) esetei medicamentosusan nem befolyásolhatók s megkívánják a korai operativ beavatkozást. Sclerotomia anterior *(Wecker)* jön itt szóba, esetleg több ízben, de előrehaladott állapotban ez nem segít. A gyermekeken való operálást korhoz mért luminal adagolással könnyíthetjük. a műtét aphakiás szemben létrejött nyomásemelkedésnél is használható. Az elhanyagolt glaucoma végső fölvonása a degeneratio, amikor is a vak és fájdalmas bulbust enucleáljuk *Arlt* methodusa szerint. Meg kell még említenem a minden kezeléssel dacoló, hamarosan teljes vaksághoz vezető alakokat (gl. malignum), melyeknél megkísérelhetjük, mint utolsó segítséget a hátsó sclerotomiát.

Az aetiologiai kezelésre való törekvés az orvostudomány minden ágában elsőrendű fontosságú. A glaucoma aetiologiai kutatása a legnagyobb munkával folyik. Az anatomiai elképzelés csalódással járt s természetes, hogy általános-somaticus okokat keresvén a glaucomát a konstitutio tanába sorozták. A szem tensiója, melynek emelkedése e megbetegedés tagadhatatlanul kórjellemző symptomája, az általános circulatio, a vegetativ idegrendszer, az osmoticus kiegyenlítődés belső secretiós korrelatio befolyása alatt áll. Ezek közül döntő jelentőségűnek tartani egyetlen factort helytelen. A glaucoma pathogenesisében előbb-utóbb vissza kell térnünk magának a szemnek szöveteihez. És túlzottnak kell tartani azt a felfogást, mely kizárólagosan diaetás és egyéb általános kezeléssel igyekszik gyógyítani. Az anyagcsere, vérnyomás, idegrendszer, psyche és a többi factorok vizsgálata elengedhetetlen, sőt befolyásolásuk fontos kisegítő szereppel bírhat. De a glaucomás első sorban, szembeteg. A szem önálló „értartomány" *(Axenfeld)*, s ezért okvetlenül helyileg kezelendő. És ha az esetek többségében gyógyszeres kezelésre nem reagálnak a betegek, úgy ma is még a physiko-chemiai és constitutiós aera korában, a klinikai tapasztalatok alapján operáljunk! *Grósz István dr.*

A hólyagneurosis.

Hólyagneurosis alatt a hólyagnak azon zavarait értjük, amelynél sem a hólyagban, sem annak környezetében, sem pedig az idegrendszerben organicus elváltozást kimutatni nem tudunk. A régebbi időben igen sok, gyakori vizelési ingerrel járó megbetegedést, melynél a vizeletben genny nem volt kimutatható, ebbe a csoportba soroztak. Ujabban azonban ezen gyakoribb vizelési ingerek okát, különösen nőknél, megtaláljuk a hólyagnyak lobosodásában a hólyag körül lefolyó gyulladásos megbetegedésekben, milyenek az adnex gyulladásai, paraperimetritisek, a méh és környékének és ritkább esetben a beleknek gyulladása vagy daganata. Ugyancsak kikapcsolódtak azon vizelési panaszok is, melyek reflectorice az uréterek megbetegedéséből (kő) vagy a vesemedence megbetegedéséből származnak.

Az agy- és gerincvelőnek megbetegedései is igen gyakran járnak vizelési panaszokkal, és különösen a kezdeti stádiumban, mikor az idegrendszeri megbetegedést kimutatni nem lehetett, könnyen megtörtént, hogy a vizelési zavarokat szintén a hólyagneurosisok csoportjába sorozták, miután ezeknek hólyagtükri képében sem mutatkozott jellegzetes elváltozás. Csak az utóbbi évtized pontos urologiai megfigyelései vezettek arra, hogy a tabes, vagy sclerosis poliinsularis kezdeti szakának hólyagtünetét felismerhessük.

A *Schramm* által cystoskoppal észlelt tünetcsoportról is, mely a belső záróizom nyitott voltában nyilvánul — úgyhogy férfiaknál a tükrön át a húgycső hátsó része és az ú. n. veru montanum jó tisztán látható —, bebizonyult, hogy az bizonyos esetekben a gerincvelő organicus megbetegedésének a következménye. Igy sikerült hólyagtükör segítségével felhívni a figyelmet kezdődő gerincvelő megbetegedésre. Hogy a ma még a functionalis hólyagzavar csoportjába tartozó megbetegedéseknél hány esetben fogják idővel kimutatni az organicus elváltozást, azt — természetesen — most még nem tudhatjuk.

A tulajdonképeni hólyagneurosisoknak három főcsoportját különböztethetjük meg:

1. Az enuresis nocturna (éjjeli ágybavizelés gyermekeknél és felnőtteknél).

2. Pollakisuria, mely gyakori parancsoló vizelési ingerekben nyilvánul, melynek egy fokozatos tünete az állandó vizeletcsepegés.

3. Vizeletrekedés, sphincter spasmus.

1. Az enuresis nocturna rendesen az 5—10. életévben lép fel, tehát olyan gyermekeknél, kik egyéves koruktól kezdve a betegség felléptéig nem szenvedtek éjjeli ágybavizelésben. Ritkábban előforduló, de súlyosabb formája az, ahol a csecsemőkortól kezdve egyfolytában lép fel a betegség. Gyakran az elalvás utáni első órákban folyik el a vizelet, de felléphet több ízben is egy éj folyamán. Egyesek napközben normalisan ürítik vizeletüket, míg másoknál pollakisuria van. A pubertásig, de legkésőbb a 20-ig életévig, kivéve a túlsúlyos eseteket, a betegség megszünik. Fiúgyermekeknél gyakoribb, mint lányoknál. Régebbi időben a záróizom gyöngeségének tulajdonították *(Guyon, Ultzmann)*, ami azonban nem valószínű, mert hiszen akkor a betegek napközben sem tudnák rendesen tartani vizeletüket. Mások a detrusorok hypertoniájában látják az okot. A legvalószínűbb az, hogy ezen, különben is idegrendszerileg labilis egyének a detrusor és sphincter működésének az összhangzását éber állapotban jól tudják szabályozni, mély álomban azonban erre képtelenek, és így vizelési szempontból éjjel úgy viselkednek, mint a csecsemők, akiknél a detrusor és sphincter beidegzés tudatossága még nincsen meg.

A hólyagtükri vizsgálat rendszerint ép hólyagot mutat, azonban az esetek egy nagy részében a hólyag hátsó falán a detrusorizomzat megvastagodása, a hólyag falának gerendázottságában (trabecularisatio) mutatkozik, egyeseknél kisebbfokú beléveltség látható a hólyagnyakon, míg aránylag elég sok esetben veleszületetten rendellenes hólyag, citromalakú, vagy megnyúlt, vagy oldalra tolt hólyagkép észlelhető. Hosszú időn keresztül a gerinccsatorna fejlődési rendellenességében, spina bifida occulta-ban látták az okot *(Fuchs)*, ki ezzel kapcsolatosan myelodysplasiát vett fel. Későbbi vizsgálatok azonban ezt nem látták beigazoltnak. Túlságosan savanyú, vagy alkalikus vizelet, valamint a bélférgek *(Henoch)* befolyással bírhatnak a betegség kiváltására, de annak okául nem fogadhatók el.

2. *Pollakisuria.* A vizelési inger oly nagy mérvű lehet, hogy a beteg a ruháját is bepiszkítja és végül a betegség állandó vizeletcsepegésben is nyilvánulhat. Egyes szerzők szerint kivizelés után a vizeletben residuum mutatható ki, mások szerint nincsen residuum. A hólyagtükri vizsgálatnál rendszerint megtalálható a hólyag hátsó falának erős gerendázottsága, itt-ott a hólyagnyaknak beléveltsége. Ami az intravesicalis nyomás nagyságát illeti, egyeseknél az egész normalis, másoknál igen magas emelkedést mutat. Azon egyéneknél, kiknél az intravesicalis hólyagnyomás magas, még inkább érthető a gyakoribb vizelési inger, mint azoknál, kiknél normalis. Ezeknél valószínűleg a hólyag nyákhártyájának hyperaesthesiája van jelen.

3. Míg a pollakisuria és az enuresis inkább a neurastheniás csoportba tartozó egyéneknél észlelhető, addig a teljes vizeletrekedés a hysteriás egyéneknél fordul elő. Természetesen nem tévesztendő össze az organicus elváltozás által feltételezett (prostata túltengés, húgycső szükület, sphincter sclerosis, hólyagatonia) vizeletrekedésekkel, bár a tünetek teljesen hasonlóak. Itt a retentiót a belső záróizomnak görcse okozza, mely vizsgálatnál, a kathéterezésnél érezhető, s a bevezetett eszközt vagy nem bocsátja át, vagy pedig mereven fogja. A vizelet cseppekben ürül, sőt beállhat telt hólyag mellett állandó vizeletcsepegés is (Ischuria paradoxa). *Rost* vizsgálatai szerint a prostaticus résznek novocainnal való körülfecskendezése után a spasmus megszünik, tehát a belső sima izomsejtekkel bíró záróizom spasmusáról lehet szó, nem pedig a harántcsíkolatú külső záróizom görcséről, mivel a nervus pudendik-nak körülfecskendezése után, melyek a külső záróizmot látják el, a vizelés nem indul meg.

A hólyag functionalis zavarainak előidézésében sok külső és belső körülmény is szerepet játszik. Igy különösen ki kell emelni a hidegnek hatását, mely még normalis, de érzékenyebb egyéneknél is rögtön vizelési ingert vált ki (hideg fürdő, vagy mezitelen lábbal hideg talajnak érintése). A belső tényezők közül szerepet játszik a vesefunctio, továbbá, különösen nőknél a genitalis szerveknek menstruatio és terhesség alatti vérbősége.

Ami a fenti megbetegedések gyógykezelését illeti, úgy elsősorban legfontosabb, hogy különösen az enuresisben szenvedő gyermekeknél a régente alkalmazott drasticus eljárásokat, szigorú testi és lelki fenyítéseket, valamint az éjszakánkénti felköltéseket mellőzzük, mert ezeknek a különben is gyenge idegzetű gyermekekre igen rossz hatása lehet, amellett teljesen céltalan is. Száraz koszt, különösen a délutáni és esti órákban még a legcélravezetőbbnek bizonyult, valamint a *Cathelin* által ajánlott 20—30 cm^3 fisiologus konyhasónak epidurális injectiója. Hogy itt suggestiv hatás-e, avagy tényleg a gerincvelő idegeinek befolyásolása játszik-e szerepet, nehezen dönthető el. Makacs esetekben nagyon ajánlatos a tonsillák és adenoid vegetatiók eltávolítása. A hólyagnak instrumentalis kezelése, különösen mivel legtöbbször fiatalkorú egyénekről van szó, legtöbbnyire többet árt, mint használ. Több reménnyel kecsegtet az organotherapia, mert here, prostata és ovarium kivonatokkal és hypothyreoydismus vagy hypopituitarismus esetén a megfelelő szerv kivonattal már eddig is eredményeket értek el. A gyógyszeres kezelések közül különösen pollakisuriánál intravenás calciummal és *Schwarz* szerint magnesium injectiókkal (magnesium sulfat) egyes esetekben hosszabb ideig tartó eredményekről számoltak be. Tapasztalataink szerint a pyramidon, pantopon, vagy nagyobb dosisban a papaverin végbélkúp alakjában jó hatásúnak bizonyult. (0.20 gr pyramidon, 1—2 cgr. pantopon vagy ez utóbbi helyett 4—8 cgr-ig papaverin) gyermekeknél a dosis megfelelően redukálandó.

A hólyagneurosisok therapiájára éppen úgy, mint más functionalis neurosisoknál a gyógykezelés szempontjából nehéz általános érvényű szabályokat felállítani. Az egyik esetben neveléssel, másik esetben suggestióval, legyen az gyógyszeres vagy más természetű, — érhető el eredmény. Legfontosabb az egyéni kezelés A retentiós folyamatoknál glycerinnek hólyagba való fecskendezésével, esetleg az intravenás urotropinnal, a sphincter spasmusnál pedig inkább a papaverinnel érhető el eredmény. *Rost* több esetében a húgycső tágítását és a hólyagnyaknak novocainnal való körülfecskendezését végezte sikerrel.

Farkas Ignác dr., kórházi főorvos.

KÉRDÉS — FELELET.

Kérdés. *(S. Gy. dr.)* Az ictus után közvetlen, esetleg pár óra mulva is, minden magas vérnyomású betegnél javalt-e a venaesectio? Ha a beteg öntudaton marad, lehet-e ebből prognostikai következtetést vonni? Lehet-e ebből arra következtetni, hogy a kedvezőbb prognosis az érvágásnak köszönhető?

Felelet. Ujabban *Westphal* és követői az insultust oly érgörcsnek tartják, aminek csak befejező phasisa a vérzés; ez alapon az érvágást nem tartják causalisan indokoltnak. Ezzel szemben elvitathatatlan tény, hogy klinikai tapasztalatok szerint magas vérnyomással járó esetekben kiadós vérlebocsájtás (3 dl.) hasznos, tehát jogosult. Néhány órán belül való megismétlést nem lehet helyeselni. A hosszan tartó coma rossz, a megtartott öntudat jobb prognosist nyújt. Szívgyengeség, magas láz (főleg az 5-k nap körül), vagy éppen tartós subnormális temperatura rontják az esélyeket. Az érvágás adott esetben való értéke a *post hoc, ergo propter hoc* elve alapján bírálható csak el. *Szeri*

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A csecsemő zöld széklete.

Az ilyen színű széklet egy-két eshetőségtől eltekintve, mindig pathologiás. Az alábbiakban összefoglaljuk azokat az állapotokat, illetőleg folyamatokat, amelyekre a zöld széklet jellegzetes, valamint rámutatunk ezek aetiologiájára és jelezzük a therapiában követendő irányelveket.

1. Sötétzöld székletet tisztán vagy aranysárga anyatej széklettel keverten ürit a csecsemő az élet 1, illetőleg 2—5 napján. Az ilyen széklet nem pathologiás, nem más ez, mint a lassan kiürülő meconium.

2. Ha a csecsemő exsudativ diathesises, sokszor megesik, hogy tiszta anyatej táplálás ellenére is zöldes-darabos, sőt kissé nyálkás a széklete. Erre az állapotra jellegzetes, hogy a csecsemő láztalan, elegendő mennyiséget szopik, súlygörbéje is elég jó (legtöbbször egy kissé elnyúlt a súlygörbe). Therapia: egy kevés fehérjét vihetünk be (larosan, plasmon, nutrose, caphosein); a beavatkozás nem feltétlenül szükséges. Ha eljön a hozzáetetés ideje (4—6 hónap), a széklet magától is megjavul.

3. Zöld lehet a csecsemő széklete, ha a csecsemő éhezik. Éhezési dyspepsiának is hívják ezt a kórképet. Eldönti a diagnosist *a)* a csecsemő hőmérőzése: láz nincsen, *b)* a szoptatás előtti és utáni súlymérés elárulja, hogy a csecsemő kelleténél kevesebbet szopik s *c)* a feltünő tiszta sensorium melletti magas ingerlékenység, sírásra való készség. Therapia: a megállapított hiányt óvatos, de azért ne túlságosan lassú beépítéssel pótoljuk. Mesterségesen táplált csecsemőknél nincs annyira éles contrast különbség a székletek színe között. A physiologiás aranysárga anyatej széklet és a dyspepsiás zöld széklet között igen nagy a szindifferentia.

4. Zöldes, nyákos-darabos a széklet túltáplálásból eredő dyspepsiánál. Hogy biztosak legyünk diagnosisunkban, meg kell győződnünk arról, hogy valóban étrendi hiba történt-e már előzőleg, valamint arról, hogy semmiféle más baja a csecsemőnek nincsen. A túltáplálási dyspepsia lázzal, néha hányással jár s ha nem történik megfelelő beavatkozás, kialakulhat az alimentaris intoxicatio kórképe. Therapia: táplálék megvonás, hashajtás, esetleg gyomormosás, majd az eset súlyosságától függően a táplálék lépcsőzetesen történő újra beépítése.

5. Ha bármilyen acut lázas-infectiosus megbetegedésben: influenza, bronchitis, rhinitis, otitis, stb.-ben szenved a csecsemő, korrekt táplálás ellenére is 1—2 nap alatt erősen megromolhat a széklete s zöldes-nyákossá válhat. A táplálás módja: ha csak lehet, ne szorítsuk meg a táplálék mennyiségét. Jókötésű hydrostabil csecsemő súlygörbéje meg sem billen aránylag magas láz ellenére sem. Hibás constitutiójú, hydrolabil csecsemők azonban rövid idő alatt nagyot eshetnek súlyukban s a táplálék bevitelre hőemelkedéssel reagálhatnak. Ilyen csecsemőknél szorítsuk meg a táplálkozást; a toxicosisveszély lehetősége szem előtt tartandó. Ha az alapfolyamat gyógyul, a széklet magától megjavul.

6. Bőrgennyedésekből kiinduló sepsiseknél figyeltem meg egy különös zöld széklet megjelenését, amelyet *zöld tuss* székletnek nevezek. Rendkívül homogen, pépes állományú, haragoszöld színű széklet ez. A fehér ruhára űrített dyspepsiás széklet víztartalma, a szövet capillaritásánál fogva gyorsan szétfut s visszamarad a darabos, nyálkás alapmassza, ez a széklet azonban a kendőn paszta vagy festékszerűen egyenletesen kenődik szét. Ilyen széklet mellett tapasztalataim szerint a prognosis absolut rossz.

7. Nagy virulentiájú coccusokkal fertőzött tehéntej (főleg nyáron) súlyos vékonybél gyulladást okozhat. A kezdet alimentaris intoxicationak felel meg. Jellemző azonban, hogy a sensorium zavara sokkal mélyebb, az idegrendszeri tünetek sokkal elhúzódóbbak (amin hatás), mint közönséges acut alimentaris intoxicationál. Jóformán nem lehet desintoxikálni a beteget. A széklet sokszor haragoszöldes, cafatos, bűzös. Elhúzódó eseteknél a peritonealis tünetcsoport is felismerhetővé válik. A therapia feladata a kezdeti szakban: küzdeni a toxicosis ellen (dextrose, insulin, béldesinficiensek: állati szén, calciumphosphat, calcium carbonat, salol.) Ha tályog képződik s az eltokolódás jelei felismerhetők, sebészi beavatkozásra van szükség.

8. Néha a kiürített normális színű széklet rövid idő multával megzöldül. Legtöbbször olyan csecsemők űrítenek ilyen székletet, akik előzőleg már dyspepsiások voltak vagy chronikussá vált dyspepsiában szenvednek. Ezeknél tehát — amennyiben még tényleg meg van a dyspepsia — azt kell gyógyítanunk.

vitéz *Ambrus J.* dr.
egyetemi magántanár.

Húgycsővérzések okai és kezelésük.

Húgycsővérzés alatt általában csak az olyan vérzéseket értjük, melyek a vizelési aktustól függetlenek. Súlyos, tenesmusokkal járó hólyaghurutoknál előfordulhat, hogy a vizelés befejeztével a húgycsőből még néhány csepp vér szivárog ki, az ilyen állapot azonban a terminalis haematuria fogalmához áll közelebb s a vérzés eredete nem annyira a húgycsőben, mint inkább a hólyagnyak körül keresendő.

A gyakorlatban előforduló húgycsővérzések többnyire traumás eredetűek, gyulladásos, fekélyes, daganatos vagy egyéb folyamatokkal összefüggő húgycsővérzések sokkal ritkábbak.

A traumás húgycsővérzések felléphetnek: 1. Eszközös vizsgálatok után (sondázás, cystoskopia), nem ritkán megfelelő technika nélkül végzett catheterezésnél. 2. Külső crőművi behatásra (gátra való esésnél, vagy a hímvesszőt ért ütéseknél). 3. Erőszakolt vagy rendellenes coitusoknál.

Az eszközös vizsgálatok okozta vérzések általában — ha durva sérülést nem okoztunk — nem veszélyesek, többnyire 1—2 órán, legfeljebb 1—2 napon belül minden különösebb kezelés nélkül maguktól is megszünnek. E vérzések fellépténél az ú. n. fausses routes-ok, vagyis

álutak jelenlétének nagy szerep jut, mert az ilyen álutak (főleg stricturás, vagy catheter kezelés alatt álló betegeknél fordulnak elő) már enyhe érintésre is könnyen véreznek, ami csak fokozódik, ha megfelelő gyakorlat nélkül az eszközös behatolást tovább erőszakoljuk. Az ilyen vérzések néha napokig is eltartanak. Ugyancsak nagyobbfokú a vérzés, ha a catheterezés alkalmával friss álutat csináltunk.

A nyálkahártya állapota a vérzések létrejötténél máskülönben is nagy jelentőséggel bír, mert hiszen természetes, hogy egy gyulladt, illetve kóros állapotban levő nyálkahártya eszközös vizsgálatoknál sokkal könnyebben sérülhet meg, mnit az egészséges. Ezért látjuk, hogy előrehaladottabb szükületek már filiformissal való enyhe érintésre is véreznek. A prostatásoknál végzett hólyagtükrözéseknél is gyakran tapasztaljuk, hogy cystoskopia után a húgycsővérzés könnyebben lép fel és hosszabb ideig áll fenn, mint egyéb bajban szenvedő betegeknél, kiknél azonban a hátsó húgycső rendkívül vérbősége hiányzik.

A nyálkahártya ezen szerepe miatt a fenti, ú. n. belső trauma okozta húgycsővérzéseknél a vérzés fokából a trauma nagyságára következtetni nem lehet. Ezzel szemben a külső trauma okozta húgycsővérzéseknél bizonyos arányosság kimutatható. Nem szabad azonban ilyenkor sem elfelejtenünk, hogy a hólyagnyakhoz közel fekvő sérüléseknél a vérzés a hólyag felé is terjedhet.

A belső húgycsősérülés okozta vérzések súlyosabb következményekkel csak akkor járnak, ha a sérülés a nyálkahártya határait túllépte. Ilyenkor a sérülés helyén a periurethralis szövetek közé vér vagy vizelet szivárog, ami többnyire elgennyedő periurethrális haematomához, vagy vizeletbeszűrődéshez (urininfiltratio) vezet.

A külső erőművi behatásra fellépő húgycsővérzések az előbbieknél sokkal ritkábban fordulnak elő. Az ilyen vérzések következményei azonban többnyire súlyosabbak, mert nemcsak a húgycső, hanem a környéki szövetek is sérülnek. Periurethrális haematoma képződése úgyszólván elmaradhatatlan s teljes húgycsőszakadás (ruptura urethrae) fellépte sem tartozik a ritkaságok közé.

A rendellenes coitus okozta húgycsővérzések az előbb említett két csoport között foglalnak helyet s keletkezésük a genitaliák kóros állapotával is összefügg.

A nem traumás eredetű (daganat, fekély, varixok) húgycsővérzéseknél is többnyire kitünik, hogy a vérzés fellépte traumával, vagy legalább is a húgycső nyugalmi állapotának megváltozásával összefügg. Az ilyen vérzések többnyire coitusok, erectiók vagy vizelési actus közben lépnek fel. A traumás eredetű húgycsővérzésekkel ellentétben az ilyen vérzések rendszertelenebbül, de ismételten szoktak fellépni s csak ritkán érnek el nagyobb fokot.

A húgycsővérzések kezelése szempontjából mindenek előtt eldöntendő, hogy traumás vagy nem traumás eredetű vérzéssel állunk-e szemben. Előbbi esetben a vérzés nagysága és a kórelőzmény ismerete alapján eldönteni igyekszünk azt, vajjon a vérzést csak felületes nyálkahártyalaesio vagy pedig mélyebb sérülés okozta-e. A vérzés nagysága, illetve az alkalmazott gyógyeljárás szerint általában 3 csoportot különböztethetünk meg. 1. Felületes nyálkahártyalaesio okozta vérzések (cystoskopia, sondázás után) különösebb kezelést nem igényelnek, ha 1—2 órán belül nem szünnek meg, úgy ágynyugalom és hideg borogatások alkalmazására térhetünk át. 2. Közepes sérülés okozta vérzések, melyek a húgycső folytonosságát még nem szakították meg, de a sérülés már a mucosa mélyebb rétegeire is ráterjedt. Az ilyen vérzések maguktól csak lassan szünnek meg és vizelet beszűrődés veszélye is fennforog. Gyógyeljárásunk ilyenkor állandó catheternek a húgycsőbe való rögzítésében áll. Az ilyen állandó katheter alkalmazásával kettős célt érünk el, egyrészt csillapítjuk a vérzést, másrészt megakadályozzuk, hogy a sérülés helyén akár vizelet, akár nagyobbfokú vérbeszivárgás létrejöhessen. A kathetert a vérzés megszünte után eltávolítjuk, ami rendesen 1—2 napon belül szokott bekövetkezni. Vérzéscsillapító szereknek a húgycsőbe való fecskendezése nem ajánlatos, mert erős égetést okoznak, másrészt a húgycsőnek ép részleteit is feleslegesen izgatják. 3. Súlyos sérülés okozta vérzések, melyeket a húgycső folytonosságának részleges vagy teljes megszakítása kísér. Ilyenkor a húgycső átjárhatatlan lévén, a katheterezés kivihetetlen, azt erőszakolnunk nem szabad, hanem a sérülést, illetve vérzést sebészi feltárás útján látjuk el (primaer húgycsővarrat).

A nem traumás eredetű húgycsővérzéseknél természetesen a primaer baj kezelendő, ha az azonnal nem szüntethető meg, úgy a húgycsövet traumás vagy izgalmi behatásoktól megóvni igyekszünk. Ritka esetekben, ha a vérzés pontosan localisálható, úgy urethroscopon át a vérzés helyét coagulálhatjuk. Ezt azonban már csak szakorvos végezheti. A traumás eredetű húgycsővérzésekkel ellentétben állandó katheter alkalmazását lehetőleg kikerülni igyekszünk.

Minder Gyula dr., egyet. tanársegéd.

Gyakorlatilag fontos diagnostikai tévedések a szemészetben.

Közleményem célja, útmutatást adni a gyakorló orvosnak arra nézve, hogy mi módon tudja egyszerű eszközökkel — bacteriologiai vizsgálat nélkül is — megkülönböztetni a hólyagcsás kötőhártyahurutot az uszodaconjunctivitistől, a conjunctivitis vernalistól, a kötőhártya gonoblennorhoeájától, de különösen trachomától. Ezen differentialis diagnostika a gyakorló orvos fontos feladatai közé tartozik, mert a helyes kórismétől függ a prognosis, a helyes kezelés, az óvintézkedések elrendelése, tehát nagy jelentőséggel bír úgy az egyén, mint az összesség szempontjából. Hányszor tévesztik össze az említett betegségeket trachomával, elrendelik az óvintézkedéseket, kitiltják a gyermeket hosszabb időre az iskolából, vagy megfosztják a munkást kereseti lehetőségétől, végül hamis adatokat szolgáltatnak a statisztikának, mert azt állítják, hogy 3—4 hét alatt meggyógyítottak egy trachomás betegséget, ami persze képtelenség. A magyar szemorvostársaság 1930-iki nagygyűlésén két előadó *(Kreiker* és *Rötth)* referált arról a kérdésről, „mit nevezünk trachomának?" és mindketten, de a vitában résztvevők nagyobb része is azon nézetet vallották, hogy a trachomát csak körülírással lehet definiálni *(Rötth)*, a kórkép maga határozatlan, a trachomára vonatkozó minden tudásunk zavaros, mert a diagnosis a klinikai képen kívül az orvos tapasztalataira és „személyi egyenletére" támaszkodik *(Kreiker)*. Hogyan lehet tehát a gyakorló orvostól elvárni, hogy megállapítsa a határt, a differentiális jelenségeket, mikor elsőrangú szakemberek nyíltan bevallják, hogy „nem tudják, mi is a trachoma". E bizonytalanságot az okozza, hogy nem ismerjük biztosan a trachoma kórokozóját, ugyanis a vélt kórokozó kitenyésztése és az átoltási kísérletek nem jártak sikerrel. A *Provaczek*-képlet szerepe és diagnostikai jelentősége nincs tisztázva, ezért a diagnosis felállításánál nem használható *(Kreiker)*. A gyakorló orvostól különben sem lehet elvárni, hogy bacteriologiai vizsgálatokkal foglalkozzék, mikor erre sem ideje, sem berendezése nincs és rövid pár perc alatt kell döntenie, hogy az előtte ülő beteg szembaja ragályos-e vagy sem, ki kell-e neki tiltani a gyermeket az iskolából, a munkást munkahelyéről, vagy sem?! A rendelkezésemre álló szűk helyen tehát csak azt akarom gyakorló orvos

kartársaimnak előadni, hogy a kötőhártyának milyen objectiv elváltozásai alapján lehet az említett betegségeket egymástól megkülönböztetni és a tévedéseket elkerülni.

A heveny kötőhártyagyulladásnál, mely csoportba az uszodaconjunctivitis is tartozik, a kötőhártya piros és duzzadt, bő váladék jelentkezik, de szöveti megvastagodásnak sehol sincs nyoma, sem az átmeneti redő, sem a plica semilunaris megvastagodva nincsen, a szaruhártya ép, sima, fénylő és egyenletes, edények nem húzódnak reá.

A hólyagcsás hurutnál a tarsalis kötőhártya felületén és az átmeneti redőben egymásmellé sorakozott, kiemelkedő, néha gombostűfejnyi nagyságú víztiszta hólyagcsákat lehet találni, melyek között a conjunctiva részletek simák és vértelenek. A fiatalabb egyének — legtöbbször iskolás gyermekek — vérszegény külemmel bírnak. Kétféle kórképet különböztethetünk meg, ú. m. folliculosis conjunctivaet és conjunctivitis follicularist. Előbbit kezelni nem kell, sőt nem is szabad, a hólyagcsák az alkati betegség kezelése mellett önmaguktól eltünnek, utóbbinál a hurutot kell kezelni, enyhe adstringensek rövid időn belül eltüntetik a hurutot, hacsak a gyulladásos tünetek nem praevaleálnak. A gyakorló orvos legtöbbször a hóyagcsás huruttal téveszti össze a trachomát.

Az uszodaconjunctivitis vehemens tünetekkel, bő könnyezéssel, sok váladékképződéssel jelentkezik. A szemhéjak annyira meg vannak duzzadva, a szemrést oly mértékben megszűkítik, hogy még a gyakorlott szemorvosnak is jól meg kell nézni a kórképet, hogy megkülönböztesse heveny blennorrhoeától, vagy heveny trachomától és pontos diagnosist tudjon felállítani. A kórképnek főjellege abban nyilvánul, hogy a kötőhártya sehol szövetileg megvastagodva nincsen, felülete bársonyszerű és egyenletesen duzzadt, de sehol göbök és csomók nem láthatók. Az anamnesis, a tünetek gyors visszafejlődése — biztosítják a helyes diagnosist.

A conjunctivitis vernalis már nem ad oly sokszor okot a tévedésre, mert a betegség fellépése és visszatérése a meleg időszakhoz van kötve, nem jár heveny tünetekkel, hanem inkább idült lefolyása van, a limbus körül koszorúalakban fellépő kocsonyaszerű göbök és a tarsalis kötőhártyának porcszerű megvastagodása, felületének tejszerű kinézése annyira jellegzetes, hogy azt a téglaveres színű trachomacsomókkal és göbökkel összetéveszteni nem lehet.

A conjunctivitis gonoblennorrhoica már annyira jellegzetes tünetekkel jár, ú. m. a szemhéjak nagyfokú duzzanata, deszkakeménységű beszüremkedése, a bő tejfelszerű gennyes váladék, a szaruhártyában fellépő beszüremkedés, majd annak gyors szétesése, — hogy azt más betegséggel összetéveszteni alig lehet.

Mint bevezető soraimban említettem, a trachomát csak körülírással lehet definiálni. Mióta hazánkat megcsonkították, elvették tőlünk a trachomások két főfészkét, a Felvidéket és a Bánátot, Budapesten a trachomások száma csökkent úgy számszerűleg, mint súlyosság szempontjából. A főváros egyik legnagyobb szemészeti ambulantiáján szerzett tapasztalataim alapján állíthatom, hogy hónapok telnek el, míg egy súlyos esetet látok, amíg egy panus crassus kerül szemem elé. Ennek oka azonban nemcsak az, hogy a felvidéki tótok nem jönnek Budapestre dolgozni, hanem az is, hogy a vidéki egyetemek, vidéki kórházak, vidéki városok mindenütt kiváló szemorvosokkal vannak ellátva és ezek orvosi segítségét veszik igénybe. A legtöbb trachomás hegesedő stadiumban jelentkezik rendelésemen, úgyhogy sokszor abban a kellemetlen helyzetben vagyok, hogy nem tudok tanítványaimnak és az osztályra járó „könyveseknek" egy szép papillaris, vagy granularis esetet vagy fekélyesedő pannust demonstrálni.

A trachoma a kötőhártya szöveti megvastagodásával járó ragályos betegség. Az első stadiumban a göbök, a csomók, a papillák, a granulák jellegzetes tüneteit képezik, melyek nemcsak a tarsalis kötőhártyában, hanem az átmeneti redőben — különösen a felsőben — előszeretettel helyezkednek el. A második stadiumban a conjunctivalis hegek, a kötőhártya szövetének elvékonyodása, inszerű kinézése, a szemhéjporc alakváltozása, a sulcus subtarsalis hegesedési vonalának jelenléte, az ezzel járó entropium és trichiasis azonnal felkeltik az orvos figyelmét, hogy itt hegesedő processussal van dolga. Hegesedés más folyamatnál is van — mint pl. sérüléseknél, étetésnél, diphtheriánál, pemphigusnál —, csak nem ilyen általános; lehet nagyobbfokú, de részleges és nem terjed ki az egész conjunctivára és mindkét tarsusra. A pannus csak elősegíti a kórismét, de nem biztosítja, mert az scrophulosisnál is előfordul. A gyakorló orvosnak ki kell fordítani — ectropionálni — mindkét szemhéjat, sőt még a felső átmeneti redőt is meg kell tekinteni *Brana* kanál segélyével, mert csak így jutnak napvilágra az elrejtett göbök. Szöveti megvastagodás mindig gyanus, a megvastagodott kötőhártyába sülyesztett békapeteszerű sárgás granulák eldöntik a helyes diagnosist. Természetesen maradnak még mindig kétes esetek, mikor az orvos az első vizsgálatnál nem tud biztos diagnosist felállítani és csak pár napi megfigyelés szolgál útmutatással. Ha a gyakorló orvos a trachoma diagnosisát felállítja és bő váladék van, akkor bátran elrendelheti az óvintézkedéseket a ragályozás meggátlása szempontjából. Ha azonban hegesedő trachomával van dolga és nincs váladék, akkor kár volna a beteget óvintézkedések elrendelésével molesztálni, mert az úgysem fertőz. A gyakorló orvos nem tudja a záradéktestek vizsgálatát elvégezni, — elég szép tőle, ha klinikailag meg tudja állapítani a diagnosist. Erősítsük tehát a gyakorló orvost klnikai felfogásában és ne igyekezzünk őt a néha bizonytalan értékű és eredményű bacteriologiai és serologiai kutatások felsorolásával a félig-meddig biztos klinikai alapról eltéríteni.

Fejér Gyula dr., kórh. szemészfőorvos.

A gerincoszlop megbetegedéseinek röntgenképe.

A *traumás csigolyaelváltozások*, mint fracturák, fissurák diagnostizálása rendszerint nem szokott különösebb nehézséget okozni. Subluxatiók vagy luxatiók alkalmával fellépő dislocatiók is könnyen felismerhetők.

A *spondylitis acuta infectiosa* aránylag ritkábban észlelt csigolyamegbetegedés, melyet metastaticus genykeltő bacteriumok idéznek elő, rendszerint typhus, scarlatina után. Leggyakrabban a lumbalis csigolyákon lép fel. A csigolyán acutan világosabb góc képződik, mely gyorsan beolvad. Ezt destructio, csigolyaösszeroppanás követheti. A csigolyák közötti korongok természetesen ugyancsak szabálytalanokká válnak.

A chronicusan lefolyó csigolyamegbetegedések igen gyakori formája a *spondylitis tuberculosa*. Rendszerint az utolsó háti és a lumbális csigolyákon, ritkábban a nyaki- és felső hátcsigolyákon ül. Első röntgentünet az atrophia. Ezután a megbetegedett gócterület mindinkább beolvad, a góc helyén csontdestructio képződik. A csigolyatestek rugalmasságának csökkenésével az intervertebralis spatiumok elkeskenyednek. A destruált és relative túlterhelt csigolyák összeroppannak. A csigolyatestek ventralis részei hamarabb pusztulnak el, mint a dorsalis részek, minek folytán az összeroppanás majdnem mindig előrefelé történik s csak ritkán oldalfelé. A csigolyatuberculosisnál fellépő abscessusok kétfélék: sülyedéses tályogok és congestiós tályogok. A psoastályogok csak akkor

diagnostisálhatók röntgenképen, ha a musculus ileopsoas árnyékán kiboltosulásokat okoznak, vagy ha bennük mészszemcsék rakódnak le. A congestiós tályogok paravertebralisan ülnek, hosszúkás-ovális alakúak, élesszélűek, lágyrészintensitásuak.

A végtagizületek chronicus synovialis arthritisének megfelelő csigolyamegbetegedés a *spondylarthritis chronica ankylopoetica (Marie, Strümpell, Bechterew)*. Tulajdonképen a kis izületek gyulladás folytán beálló ankylosisa. A csigolyatestek intactak, a csigolyák közötti korongok normalisan megtartottak. Minden életkorban előfordulhat. A kis izületi porcok kopása és eltünése után a csigolyaszalagok elmeszesednek, elcsontosodnak, a kis csigolyaizületek synostotizálnak. Ezen elcsontosodások mint a gerinccsigolya két oldalán hosszan lefutó csontintensitású hidak és szalagok jelennek meg *(bambuszalak, Assmann)*. A normalis szélességű csigolyakorongok röntgenképben nem látszanak, mivel a csontos szalagok árnyéka eltakarja őket. A bordagerincszalagok elcsontosodása folytán a bordák medialis végei a normalisnál szélesebbek lesznek; a thorax merevvé válik, minek következtében a rekeszek kisfokú kilengéseket mutatnak.

A nem-gyulladásos, degenerativ csigolyamegbetegedés leggyakoribb formája a *spondylosis deformans*. Erre a kórképre jellemző: ankylosis széli exostosisok útján, a csigolyatestek és csigolyákközti korongok elkeskenyedése, valamint alak- és helyzetváltozása. Főleg idősebb individuumoknál és inkább férfiaknál fordul elő. Leggyakrabban a háti és ágyéki csigolyákra, ritkábban a nyaki csigolyákra localisált. A csigolyákközötti korongok mozgásnál, megrázkódtatásnál, éppen úgy működnek ütközőkként az egyes csigolyatestek között, mint a végtagok csöves csontjainak porcos részei ezen izületek csontvégei között. Az egymással szemben fekvő csigolyatestek felületei állandó traumáknak vannak kitéve s ezáltal állandóan károsodnak, kopnak, sérülnek. A spondylosis deformans első röntgentünete a csontújképződés, a csőr- és tüskealakú felrakódások, széli osteophyták a csigolyatestek egymásfelé néző alsó és felső felületein s ezek szélein. Az egymásfelé néző felrakódások megnövekednek, egymásba olvadnak, miáltal a csigolyákközötti rések felett csontos hidak képződnek. A csigolyatestek maguk is alacsonyabbak lesznek. A csigolyákközti korongok, illetve rések is elkeskenyednek, olykor asymmetricusak lesznek, mivel a csigolyák közötti korongok helyenkint összesülyednek.

A ritkább degenerativ csigolyamegbetegedésekhez tartozik a spondylitis traumatica, az intervertebralis calcinosis, a csigolyaarthropathiák, a spondylosis ochronotica és a *Scheuermann*-féle csigolyamegbetegedés. A *spondylosis traumatica (Kümmel*-kór) degenerativ, posttraumaticus, szerzett csigolyamegbetegedés. Kisebb traumák után csigolyaatrophia lép fel, majd a csigolyatestek összeroppannak, alacsonyabbak, biscuitalakúak lesznek. A csigolyákközti korongok asymmetricusak, szélesebbek és szabálytalanok lesznek. A megbetegedés majdnem mindenkor az ágyéki és alsó hátcsigolyákon ül. *Intervertebrális calcinosis*-nál a nucleus pulposusban élesen körülírt, mészintensitású, ovalis vagy hosszúkás-lineáris mészszigeteket találunk. *Csigolyaarthropathia* ritkán kerül észlelés alá. Röntgenképen a megbetegedett csigolyatestek deformatiója s a megbetegedett csigolyákhoz tartozó intervertebralis közök deformatiója észlelhető. A csigolyák normalis csontstructurája eltünik, apróbb-nagyobb csontdarabkák töredeznek le, valamint szabálytalan monstruozus csontburjánzás keletkezik, tehát hasonló folyamatok, mint a végtagizületek neuropathiájánál. *Spondylosis ochronotica*-nál pigmentált szemcsék csapódnak le a porcos részekben, melyek ezáltal sérülnek. A csigolyákközötti korongok elkeskenyednek, a csontokban cysticus részek és sclerosisok lépnek fel *(Bauer, Kienböck)*. A *Scheuermann-féle megbetegedésnél* — mely fiatal egyéneknél észlelhető — a megbetegedett csigolyatestek ékalakúak lesznek, elől alacsonyabbak, mint hátul, miáltal kyphosis képződik. Nagyon ritka megbetegedés.

A gerinccsigolyákon fellépő *tumorok* — különösen kezdeti stadiumokban — a csigolyatuberculosishoz hasonló képet mutatnak. Itt is az atrophia az első röntgentünet. Mig azonban csigolyatumornál a csigolya alakja összelapulás után is meglehetősen proportionalis, az intervertebralis spatiumok nagyjában szabályosak maradnak, addig tuberculosisnál a csigolyatestek nem proportionálisak s az intervertebrális rések szabálytalanok. A gibbus tumornál kisfokú, a csigolyatest meglehetősen egyenletesen ellapult s a szomszédos bordák, processusok gyakran ugyancsak tumorosan infiltráltak. Tuberculosisnál a gibbus erősen kifejezett, a csigolyatest ventralis fele erősebben destruált s a szomszédos bordák nem betegszenek meg. Az idők folyamán a gerincdaganat gyorsan progrediál, generalisálódik, a tuberculosis gyógyulhat s ilyenkor secundaer arthroticus jelek láthatók.

Az egész csontrendszerre kiterjedő megbetegedések tünetei természetesen a gerincoszlopon is láthatókká lesznek. Igy *osteomalaciánál* a csigolyatestek poroticusakká válnak, széli conturjaik elkeskenyednek, staticus megterhelés folytán kyphoskoliosisok lépnek fel, miáltal az intervertebrális közök is szabálytalanokká lesznek. Az *ostitis fibrosa cystica generalisata*-nál malaciás elgörbülések mellett szabálytalan pagetoid felrakódások és a structura fellazulása észlelhető.

Markovits Imre dr., röntgenszakorvos.

KÉRDÉS — FELELET.

Kérdés. *(K. S. dr.)* 32 éves férfibetegnél fél éve az alszárakon, has bőrén és keresztcsont tájon oedema lépett fel, mely azonban az arcon kezdődött és terjedt rá az egész testre. Akkor kezelőorvosai a dagadásokat nem tudták visszafejlödésre birni és kórházba utalták, ahol 3 hétig injectiókkal kezelték. Erre a kezelésre oedemái kisfokban csökkentek, de az 5-ik befecskendés után még jobban megdagadt. Ekkor jelentkezett nálam a beteg szeptember 26-án, vizeletében erös fehérje próbát találtam (sulfosalicyl), Wassermann-reactio erösen positiv, egyéb tünetet nem észleltem. Salvarsan kezelésre az oedemák csökkentek, majd ismét növekedtek. Erre a salvarsankezelést elhagytam, jódkálit irtam elő per os, mondhatni eredmény nélkül. Mit adjak ennek a betegnek, hogy munkaképességének egy bizonyos hányadát visszanyerhesse?

Felelet. Az kétségtelennek látszik, hogy lueses nephrosis esete forog fenn, bár %-os fehérjemeghatározás nem történt, de a sulfosalicyl próbánál túrós csapadék keletkezett. Az antilueses kúra igen óvatos legyen, gyakran vizsgálva a vizelet fehérje tartalmát. A neosalvarsan dosisát nagyobbra szabni, mint 0.15—0.30 gr. nem ajánlatos. Emellett 4-ed naponkint 2 cm^3 Bismosalvan vagy Neobismosalvan izomba fecskendezve (összesen 15 inj.) adható. Természetesen a nephrosisoknál feltétlenül javalt étrendi előírások betartása igen fontos. A vízbevitel és só mennyiségének megszigorítása eminens kötelesség. Ha teljesen NaCl mentesen kivánjuk tartani a beteget, úgy sópótlékot kaphat, pl. Hosal-t, napi 3—4 gr-t. Ezzel azonban ne főzessük ételeit. Ha az antilueses kezelésre lényeges javulás nem mutatkozna, arra is gondolni kell, vajjon nem-e egy előzetes syphilis véletlenül találkozott egy nem syphiliticus nephrosissal? Ebben az esetben ajánlatos pontos kivizsgálásra intézetbe küldeni a betegét. *Schaffler dr.*

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Helyi érzéketlenítés a nőgyógyászatban.

A helyi érzéketlenítésben való operálás a nőgyógyászatban sokkal később terjedt el, mint a sebészetben. Ennek oka részben az volt, hogy a nőgyógyászati beteg öntudatát a műtéthez való előkészítés, fektetés, feltárás céljából is, bizonyos mértékben tompítani kell, másrészt, hogy a nagyobb nőgyógyászati beavatkozások érzéketlenítését, különösen ha a műtétet a hasfalon át végzik, túlnagy területre kell kiterjeszteni. Dacára annak, hogy a nők érzékenyebbek a narcoticumok iránt és hogy legtöbbször könnyebben és kevésbbé veszélyes bódító szerekkel altathatók, mint a férfiak, nagy hiányt pótol a helyi érzéketlenítés a nőgyógyászatban is, mert sok köztük a kivérzett, gyenge, magas korú, anyagcsere, vagy más, organicus bajban szenvedő beteg, akiknél a narcosis határozottan fokozza a műtéttel járó veszedelmeket. De szükséges volt a helyi érzéketlenítés kiépítése azért is, mert más szakmákban való elterjedése folytán, mind többször találkozunk olyan betegekkel, akik szervi elváltozás nélkül is el akarják kerülni a narcosissal járó kellemetlen érzéseket és utókövetkezményeket.

A műtét előtt való megnyugtatást és az érzékenység tompítását helyi érzéketlenítésben végzett műtéteknél ugyanúgy végezzük, mint az általános érzéketlenítés előtt, de ép a narcosis elmaradása miatt az ilyenkor nyújtott szerekből többet adagolhatunk.

A legelterjedtebb módja a műtét előtti előkészítésnek a következő: műtét előtt este és reggel fél-fél gr. veronal, műtét előtt másfél órával és félórával két-két (0.02—0.02) cgr. domopon, vagy egy-egy (0.01—0.1) cgr. morphin, vagy három (0.03) cgr. narcophin és öt (0.0005) *deci*miligramm atropin. 10-nél nem fiatalabb és 50—55 évnél nem idősebb, szervi betegségben nem szenvedő betegeket a domoponon, vagy morphiumon kívül három-három (0.0003) decimiligramm scopolamin nyújtásával, szükség esetén a második scopolamin injectiónak csak a felével készítjük elő.

A betegnek műtéthez való ily előkészítése, avagy ennél nagyobb adag scopolamin nyújtása s így az ú. n. Dämmerschlafban való operálás, a leghumánusabb, úgy a műtét előtti, alatti, de különösen a műtét utáni lelkiállapot szempontjából.

Hogy az előkészítésnek ez a módja még általánosabb nem lett, annak oka, hogy a scopolamin nem közönbös szer és hogy hatása egyénenkint is bizonyos mértékben változó. Az említett határok között azonban hozzáértő ember adagolásából baj nem származhatik.

A ma használatos érzéketlenítő eljárások a következők:

I. *A külső nemiszervek műtéteinek érzéketlenítése:** 1. Körülírt kisebb daganatok kiírtását (pl. Bartholini tömlő) fél százalékos novocain-suprarenin oldattal való körülfecskendezéssel érzéketlenítünk, úgy mint ahogy a sebészetben valamely műtéti területnek Hackenbruch szerint rhombus alakú körülfecskendését végzik. Ilyenkor arra is figyelünk, hogy a kiírtandó daganat, illetve annak alapja alá is fecskendezzünk megfelelő mennyiségű érzéketlenítő szert. Igy érzéketlenítjük a körülírt kis képletek és daganatokon kívül a szülés utáni gátrepedést, episiotomiát, valamint a régi, egészen kisfokú gátrepedések egyesítését is. Az első beszurásokat, vagy a nyálkahártya felől, vagy a sebfelület felől végezzük. Episiotomiánál pedig azt ajánlottam, hogy a bemetszés síkját az episiotomia előtt szürjük be ½%-os novocain oldattal. Ezáltal nemcsak az érzéketlenítést egyszerűsítjük meg, hanem a bemetszés fájdalmától is megkíméljük a szülőnőt.

2. Az említett egészen kis területre szorítkozó beavatkozáson kívül a külső nemiszerveknek azokat a műtéteit, amelyek csak a hüvelyre és gátra szorítkoznak, a gátnak Braun szerint harántirányban való beszűrésével érzéketlenítjük. E célra Braun szerint a gáton, a középvonalban egy beszurási pontot duzzasztunk meg és az ezen keresztül képzelt harántirányú, illetve frontalis síkban végezzük a beszurást. A cavum ischio rectalen áthaladva egész az ülőgumókig. Ha a műtét magasan a hátsó hüvelyfalra is ráterjed, a fecskendő tűjét kellő feltárás mellett csaknem a Douglas redőig szúrjuk és így szűrjük be a hüvely és végbél közti szövetet is fél százalékos novocain-adrenalin oldattal. Végül egy-egy fecskendő tűjével jobbra-balra felfelé az ajkak irányában haladunk, hogy az oldat a vulvát villaszerűleg vegye körül.

A mellső hüvelyfalra terjedő plasticus műtétnél, magának a műtéti területnek a körülfecskendését végezzük. A gátnak *Braun* szerint való beszürését minden nagyobbfokú, nem teljes gátrepedésnél, vagy leszállt hüvelyfal műtétjénél végezzük.

Ugyanezen terület érzéketlenítésére némelyek a szeméremideg (nervus pudendus) érzéketlenítését ajánlják. Mi, a leírt érzéketlenítési technikát könnyebbnek és a vele elért érzéketlenséget megbízhatóbbnak tartjuk.

II. *A belső nemiszervek műtétjeinek érzéketlenítésére* két módszer áll rendelkezésre:

1. A méh melletti kötőszövet beszürése (parametran anaesthesia), amit ma általában a *Ruge* által leírt és *Thaler* által módosított eljárás szerint végeznek. A méhnyak mellett mindkét oldalt a hüvelyboltozat oldalsó áthajlási helyéről a medencefal felé irányított tűvel 3—5 cm-nyire hatolunk fel s 20—30 ccm. novocain-suprarenin oldatot fecskendezünk be, utána 10 cm-t adunk a mellső boltozat felé a méh és hólyag közé és ugyancsak annyit a hátulsó áthajlási redő felé. Igy teljesen jó érzéketlenségben végezhetünk: méhszájbemetszést, méhnyak tágítást (Hegar szerint), nyálkahártya alatti méhizomdaganat eltávolítását, kihámozását, III.—IV. hónapban levő terhes méhnek hysterotomia vaginalis útján, egy ülésben való kiürítését és egyéb hasonló, ezen területre szorítkozó műtéti beavatkozásokat. E műtéteknél a parametran érzéketlenítésnek könnyű és veszélytelen voltán kívül nagy előnye a műtéti területnek vértelenítése is. Tudnunk kell azonban, hogy a méh melletti érzéketlenítés hatása a méhnek csak hashártya alatti részére jó és nem terjed ki a tulajdonképeni hasűri részre.

2. Ugyanennek a területnek az érzéketlenítésére szolgál a *Braun*-féle keresztcsontmenti érzéketlenítés, míg azonban az előbbi főképen a méh körüli kötőszövetben levő Frankenhauser-féle fonat érzékenységét függeszti fel, addig a keresztcsonti érzéketlenítés az egész keresztcsontmenti fonat vastag ágait és a nervus pelvicus vezetését is felfüggeszti és így a méhhel együtt a hólyag, végbél és külső nemiszervek műtétjei is érzéketlenek lesznek. A keresztcsontmenti érzéketlenítéssel az idegvezetést ott függesztjük fel, ahol a keresztcsonti idegek a keresztcsont mellső felületén levő likakból kilépnek.

*Az itt leírt érzéketlenítő eljárások ábrákkal illusztrálva részletesen megtalálhatók a Helybeli Érzéstelenítés Kézikönyvének V. füzetében. (Frigyesi—Láng.)

SEBÉSZETI KLINIKA MŰSZERTÁRA TUDOMÁNYEGYETEM

A keresztcsontmenti parasacralis) érzéketlenítésnek előnye a kiterjedtebb terület miatt azoknál a műtéteknél van, ahol ezen nagyobb területek is bele esnek a műtét terrénumába. Ugyancsak előnye, hogy mint minden csontmentén vezetett érzéketlenítő eljárás, eredményében megbízhatóbb. Hátránya azonban, hogy kivitele nehezebb, körülményesebb és fájdalmasabb.

Ugy a méh melletti kötőszövet beszürése, mint a keresztcsontmenti érzéketlenítés, a nemiszerveknek csak a hashártya alatti részét érzéketleníti. Ha tehát olyan műtétek céljából végezzük, melyek a belső nemi szervekre, azok függelékeire is kiterjednek, úgy az eljárások kombinálandók a méhszalagoknak másodlagos beszűrésével (Frigyesi), vagy ugyancsak módszerem segélyével a hypogastricus fonat összekötő ágainak a felfüggesztésével. Akik az érzéketlenítésnek ezt a kiegészítését nem végzik (Braun, Thaler), azok a műtétnek erre a magasabb részére terjedő szakaszát, rövid bódításban végzik.

III. *A nőgyógyászati hasmetszések helybeli érzéketlenítése:*

A nőgyógyászati hasmetszések helybeli érzéketlenítésének a megoldása volt a legnehezebb feladat. Az e célból ajánlott módok még ma sincsenek nagyon elterjedve. A nehézséget az okozza, hogy e műtéteknél igen nagy területet és pedig háti, ágyéki és keresztcsonti idegeket kell vezetésükben felfüggeszteni. A teljes érzéketlenítésre azonban ez sem elegendő, mert e területeknek az együttérző idegrendszerhez (sympathicus idegrendszer) tartozó idegeit is érzéketleníteni kell. Részben a nőgyógyászati hasmetszések érzéketlenítésének nehézsége miatt gondolták helytelenül általánosítva igen sokáig, hogy a nőgyógyászati műtétek nem végezhetők helyi érzéketlenítésben. Az érzéketlenítésnek ez a fejezete még ma sem terjedt el nagyon, ezért a nőgyógyászok legnagyobb része a gerincvelői érzéketlenítést (Lumbal anaesthesia) vagy magas keresztcsonti érzéketlenítést (sacral anaesthesia) végzi. Mások pedig, különösen a helyi érzéketlenítéssel régen foglalkozó neves szerzők *(Lenander, Schleich, Finsterer, Braun, Ertl)* nőgyógyászati hasmetszések céljára a helyi érzéketlenítést az általános érzéketlenítéssel (narcosis) kombinálják. Érzéketlenítik ugyan a hasfalat, a műtéti területnek a hasfal minden rétegében való körülfecskendésével, majd bódításban keresik fel és különítik el az operálandó szervet és a bódítást abbahagyva végzik az előhelyezett szerven a tervbevett műtéti beavatkozást. Bár ez az eljárás nehézkes és semiképen sem mondható eszményinek, kétségtelen, hogy a célnak, nevezetesen a parenchymás szervekre károsan ható szerek csökkentésének részben megfelelt.

Mi, a nőgyógyászati hasmetszéseket is helyi érzéketlenítésben végezzük és pedig úgy, hogy 1. mozgatható tumorok operálásánál és minden olyan esetben, ahol a műtétnél előreláthatólag a ligamentumokhoz és a méh körüli kötőszövethez hozzáférünk, a műtét alatt a tervbevett hasseb körülfecskendését végezzük és a hypogastricus fonat, valamint a has megnyitása után a ligamentumoknak és a méh körüli kötőszövetnek másodlagos beszürését végezzük. (Frigyesi).

2. Azokban az esetekben, hol a helyzet olyan, hogy előreláthatóan a has megnyitása után nem juthatunk a ligamentumokhoz és a parametriumhoz (pl. nagy daganatok, intraligamentás kifejlődésű tumorok, összenőtt genyes adnextumorok, stb.) a hasfali és hypogastricus fonat érzéketlenítésén kívül, ugyancsak műtét előtt végezzük a parasacral érzéketlenítést is. Ezzel a módszerrel a legnehezebb nőgyógyászati műtétek túlnyomó többségét is teljes érzéketlenségben tudjuk elvégezni és az eseteknek kis részében (közel 20%-ban) volt csak szükség rövid ideig tartó, de legtöbbször nem is mély bódításra.

A narcosissal való kiegészítés minden esetre mind %-ban, mind mennyiségben kisebb, mint az ennél a módszernél sokkal veszélyesebb, de kivitelében gyorsabb és könnyebb gerincvelői érzéketlenítésben. Bár a leírt módon nőgyógyászati laparotomiát jól lehet helyi érzéketlenítésben végezni, érthető, hogy ennek az eljárásnak körülményes volta, a műtétek alkalmával felhasznált novocainnak nagy mennyisége miatt ma még nem terjedt el eléggé, sőt azok a nőorvos operateurök sem végzik olyan kiterjedten, akik a módszert ismerik. Ez annál is inkább érthető, mert ma a norcosisnak is több, aránylag kis veszélyű — egészséges szervezetre csaknem veszélytelen módja — között választhatunk. Magunk részéről ezeket a narcosisokat is lehetőleg kerülni akarván, régi álláspontunkhoz híven, a bódítást csak a helyi érzéketlenítés kiegészítésére használjuk.

A nőgyógyászati laparotomiáknak kiterjedten helyi érzéketlenítésben való végzése előreláthatóan csak akkor várható, ha e célra megbízható, egyszerű és nem túlnagy novocain mennyiség felhasználásával járó mód lesz a birtokunkban. Ezek a nehézségek azonban csak a nőgyógyászati hasmetszéseknek nehezebb, komplikáltabb eseteire vonatkoznak. Mint említettük, a nőgyógyászati műtétek túlnyomó része és különösen a hüvelyi műtétek ma már megbízható és egyszerű módon végezhetők helyi érzéstelenítésben. A helyi érzéketlenítésben végzett műtéteknek azonban valóban teljesen fájdalmatlanoknak kell lenniök. Az érzéketlenítést szakértelemmel, gyöngéden és türelmesen kell végezni. Fájdalmatlanságot nem lehet szuggerálni. Ha valamelyik műtétnek legkisebb része is fájdalommal jár, emberi kötelessége a műtőnek, hogy azonnal megszüntesse azt, a ma már rendelkezésre álló és néhány másodperc alatt ható bódító szerekkel. Aki nem így jár el, az nem kíméli a beteget, de ártalmára van és az érzéketlenítés tanának kárt okoz.

Frigyesi József, egyet. ny. r. tanár.

A láz hydrotherapiás kezeléséről.

A láznak vízgyógykezeléssel való gyógyítását utóbbi években mindjobban visszaszorították a jobbnál jobb, kész tabletta alakjában is kapható antipyreticus gyógyszerek. Ez érthető is, ha meggondoljuk, mennyivel egyszerűbb egy tabletta bevétele, mint egy — néha eléggé körülményes és ápolószemélyzetet igénylő — hydrotherapiás antipyreticum. A mindjárt említendő okoknál fogva mégis célszerűnek tartom a mai gyakorló orvost lázellenes vízgyógymódjainkra emlékeztetni.

Mindennemű beavatkozásnál, mely egyenesen a lázas állapot csökkentésére irányul, meg kell gondolnunk, hogy a láz nem önálló betegség, hanem a szervezetnek védekezése (akárcsak a lobnál a helybeli arteriás hyperaemia) a szervezetet támadó kórokozóval szemben. Enyhe láz esetén gyakran jobb a lázat magát nem kezelni, de mihelyt a láz, mint ilyen, többet árt a szervezetnek, mint használ, sőt életveszélyessé válik, mesterségesen le kell nyomnunk a szervezet betegesen emelkedett hőmérsékét. Némely, ritka esetben ez gyógyszeres úton nem, vagy csak nehezen, kis fokban sikerül, de hüvös vízgyógyprocedurákkal igen. Ez a lázellenes vízgyógykezelések egyik indicatiója. Néha, súlyos esetben a magas, életveszélyes láz oly makacs, hogy gyógyszeres és hydrotherapiás eljárások közös alkalmazásához kell nyúlnunk. Ez a vízgyógymód másik indicatiója. Leggyakoribb javalata azonban az, hogy a lázellenes hydrotherapiás eljárással egyidejűleg ne csak a test hőmérsékét csökkentsük, hanem a lázat kísérő más kedvezőtlen tünetet is célszerűen befolyásoljuk.

Melyek ama előnyös hatások, melyeket a lázellenes vízgyógykezelés a szervezetre a hőcsökkentésén kívül gyakorol? Mily hydrotherapiás eljárások állnak e célra rendelkezésünkre? Mely lázas betegségeknél nyomjuk le esetleg a lázat vízgyógymódokkal, melyek eme eljárások ellenjavallatai?

1. Thermicus eljárással a szervezetet a bőr felől ingereljük. A hőcentrumra gyakorolt befolyás is nemcsak a vér lehűtése, hanem a bőr felől gyakorolt reflex útján jön létre. De a bőrre gyakorolt inger elsőrendű értéke a lehűtésen kívül a vérelosztásra való befolyása. Akár milyen módon képzeljük el a vérnek a bőralatti szövetek, izomzat, zsigerek közti elosztását, kétségtelen, hogy minden, a bőrt érő kellő hideghatás után, főleg ha ezt mechanicus ingerrel, pl. dörzsöléssel egybekötjük, a bőr egészségesebb piros szint vesz fel, a köztakaró vérkeringése élénkebb lesz. Eme hydrotherapiás reactio, mely minden helyesen végzett lázellenes hidegalkalmazást kísér, kellemes, frissebb körérzettel is jár és érthető, hogy a betegség alatt esetlegesen renyhe keringési viszonyok javulása a szívműködést és a vérnyomást is előnyösen szabályozhatja. A hydrotherapiás lázellenes eljárás hideg inger gyanánt a légzést is — bár mulóan — kissé mélyíti és más életfunctiókra való serkentő hatása mellett, esetleg az étvágy előnyös befolyásolásával az idegrendszerre, a beteg sensoriumára szokott kitünően hatni. A hüvös lázellenes procedurák hatásai közül a hőcsökkentő, vérkeringést befolyásoló és a sensoriumot élénkítő áll előtérben. Közismert, hogy a lázellenes gyógyszereknek a hőcsökkentő hatáson kívül nincsenek meg az említett többi hatásai, — sőt a gyomrot, étvágyat inkább károsítják.

2. Nehéz rövid néhány mondatban fölsorolni mindama hydrotherapiás eljárásokat, melyeket lázellenes célból igénybe vehetünk. Mindenekelőtt ne felejtsük, hogy a láz kezelése nem azonos a lázas betegségek kezelésével. Hiszen utóbbiak kezelésére az itt röviden említendőkön kívül más eljárások is szóba jöhetnek. Ágyban fekvő betegnek láza csökkentésére hideg, vagy inkább hüvös vizes lemosásokon és ledörzsöléseken kívül, hüvös törzsborogatásokat adhatunk. Ez a leggyakrabban és jogosan használt lázellenes vízgyógykezelés. De ha két ágy, illetőleg divány, lepedő és a beteget emelő ápolók állanak rendelkezésünkre, úgy különösen hatásos a két fekvőhelyen fölváltva használt 10—10 percenkint megújított hidegvizes pakolás, melyet 5—6-szor egymás után megismételve néha igen jól csökkenthetjük a beteg hőfokát. Ez eljárást szükség esetén naponta 2—3-szor végezhetjük.

Értékesebb, mert a vérkeringést jobban befolyásoló eljárások a fürdők. A néhány évtized előtt használatos Brandt-féle hideg fürdőt kiszorította a fokozatosan lehűtött hüvös fürdő alkalmazása. Még régebben egészen brutálisan hóban fürösztötték a lázas beteget, ki e túlzott kezelést néha életével fizette meg. Különféle ajánlott módozatok közül csak a legjobbat, a *Ziemssen* szerinti lázellenes telifürdőt irom le. Kb. 30 C-os fürdőbe emeljük betegünket, ki e fürdőben vagy 15 percig marad, mely idő alatt hideg víz hozzáfolyasztásával 24—22 C°-ra hűtjük a vizet. Egész idő alatt dörzsöltetjük a beteg hátát, mellét, hasát, végtagjait, esetleg kis vödörkéből 22 C°-os vízzel le is öntjük a fürdőben, majd csak enyhén leszárítva visszafektetjük az ágyba. Az eljárást, melynek elengedhetetlen kelléke a vízben való dörzsölés, sőt esetleg erősebb bőrreactio elérése céljából kefével való dörzsölése, egy nap 2-szer meg is ismételhetjük.

Hasonló, de kissé enyhébben hőcsökkentő eljárás, a hasonló hőfokú, tehát 30-tól 22 C°-ra lehűtött félfürdő is, melynek fogalmában a ledörzsölés bennefoglaltatik. A félfürdőt is összeköthetjük kefével való dörzsöléssel. Említésre méltó lázellenes procedura a szénsavas fürdő, mely, ha a beteg otthonában, vagy kórodai osztályon keresztülvihető, kitünő hőcsökkentő. A szénsavas fürdő egyik lényeges élettani hatása, hogy benne még nyugodtan ülve is a víz egyébkénti közömbös hőfokánál alacsonyabb hőmérsék mellett (32—33 C°) sem fázunk. Mindamellett mégis jól csökkenti a betegesen emelkedett hőfokot, mert az oldatból fölszabaduló, lerakódó, majd elszálló szénsavhólyagocskák a szénsavas fürdőt a mozgó folyó fürdőhöz teszik hasonlóvá, mely természetesen sokkal jobban hűti a testet, mint az álló. Amellett a szénsavas fürdő önmagában, dörzsölés nélkül is nemcsak thermicus, hanem mechanikai ingert is képvisel. Végül megemlítem a ma már nemcsak elméleti értékkel bíró, bár a lázellenes fürdő gyanánt még nem teljesen kétségtelen értékű *Hauffe*-féle fokozatosan melegített tagfürdőket. *Hauffe* megállapította, hogy egy-egy nagyobb testfelület meleg fürösztése az egész bőrfelület ereit tágítja, továbbá, hogy a langyosan kezdett és néhány perc alatt fokozatosan akár 38 C°-ra vagy magasabbra melegített tagfürdő ártalom és kellemetlenség nélkül a meleg fürdő minden előnyével bír. Mint hőcsökkentőt azért ajánlja a fokozatosan fölmelegített tagfürdőket, mert segítségükkel károsodás nélkül erősebb edénytágulás érhető el a test kültakarójában, ami az említett vércirculatio-javuláson kívül az erősen átvérzett testfelületről fokozott hőleadást idéz elő. Akár igaz e föltevés, akár nem, a gyakorlatban lázellenes célból mégis jobban ajánlom a fokozatosan lehűtött, mint fölmelegített fürdőket.

Ama kérdésre, hogy mily lázas betegségeknél célszerű a lázat hydrotherapeutice kezelni, nem adhatunk általános érvényű feleletet. Többnyire a typhus abdominálist szokták példa gyanánt említeni, mint amely betegségnél lázellenes célból sokszor sikeresen használunk vízgyógymódot. Typhusnál a láz ily módon való kezelése feltünő jó hatással szokott lenni a betegek zavart sensoriumára. De nagy hiba volna, ha csak a typhusra és hasonló állapotokra szorítanók a lázellenes vízgyógykezeléseket. Sepsis, meningealis lázak, tonsilláris eredetű lázak, polyarthritis, lázas gyermekbetegségek, atypusos malariás lázak stb., stb. eseteiben is jogosult lehet a hydrotherapiás antipyreticus gyógymód. Ujból hangsúlyozom, hogy a láz vízgyógykezelése nem azonos a lázas betegség vízgyógykezelésével. Lázellenes célból a fölsorolt eljárások minden lázas betegségnél szóbajöhetnek, ha a fentemlített szempontok kivánatossá teszik és ha a — nem ép csekélyszámú — ellenjavalat nem forog fenn.

Ellenjavalat, legalábbis minden ágyonkívüli antipyreticus vízgyógymóddal szemben, ha a beteg súlyos állapota megmozgatását nem engedi, tehát vérzés, perforatio veszedelme, thrombus, embolia, természetesen acutabb endocardiális fölrakódás stb. Nem a betegséget okozó bacterium félesége, hanem a beteg állapota dönti el, vegyünk-e igénybe hydrotherapiás antipyreticumot. Általában a légző szervek hurutos állapotait (pneumonia, influenzás hurutok, stb.), nézetem szerint ne kezeljük ágyon kívül használt vízprocedurákkal. Igaz, hogy némely klinikus tapasztalatai alapján ezeknél is ajánlja a hydrotherapiás lázellenes eljárásokat. Óvatosságot igényel végül minden ily eljárás, ha erősebb veseizgalom forog fenn.

Összefoglalva tehát azt mondhatom, hogy a hydrotherapiás lázellenes eljárások az említett technika szerint végezve oly általános lázas betegségeknél, melyeknél fenti ellenjavalatok nem állanak fenn, hol a légzőszervek és vese megbetegedése nem áll a kórkép előterében, viszont a vérkeringés renyhesége, szívműködés labilitása, étvágy hiánya, az idegrendszer depressiója, sensorium zavara kifejezettebb, és ahol a viszonyok a gyógyszeres antipyreticumok adásánál kétségtelenül körülményesebb hydro-

therapia alkalmazását megengedik, akár önmagukban, akár gyógyszeres antipyreticumokkal együtt adva, gyakoribb alkalmazást érdemelnek, mint ma általában — nagyrészt kényelmi szempontból — szokásos.

Benczur Gyula dr., egyet. magántanár.

A neurosisok kezelésének irányítása.

Betegségek keletkezése — mint ismeretes — *endogen* és *exogen* okokra vezethető vissza. Ma az endogenitás kutatása áll előtérben. Endogen kórok az egyén constitutiójából ered, s mint ilyen, mai tudományos felkészültségünk mellett a gyógyítás számára hozzáférhetetlen, ám a preventio ilyenkor is sok bajt megelőzhet. Ideális preventio volna, ha széles körű intézkedések foganatosíttatnának olyirányban, hogy az ily endogen betegségek átöröklése megakadályoztassék. Ez azonban nagy feladat és gyakorlatilag egyelőre keresztül nem vihető.

A functionalis tünetek különböző módon való könnyű befolyásolása a szakemberek előtt közismert. Bár a kutatások jelenleg abban az irányban is folytatódnak, hogy valójában nincs-e organicus elváltozás is az úgynevezett functionalis tünetek mögött, kétségtelen, hogy a tisztán endogennek tartott karakter-elváltozásoknál is az ideggyógyász gyakran javulást érhet el. Ennek az a magyarázata, hogy az endogen elváltozásokhoz mindig exogen tényezők is társulnak, amelyeket módunk van befolyásolni.

E befolyásolás komoly, hozáértő szakember tevékenységével áldásos enyhülést hozhat, míg a hozzá nem értés, sőt — sajnos — azt kell mondanunk: nem egyszer a tudatos, a sarlatanismus képében jelentkező és önérdeket szolgáló gyógykezelések, oly veszedelmesek lehetnek éppen a rendkívül suggestibilis idegbetegek szempontjából, ami az endogenesen feltételezett bántalom exogen úton való súlyosbodásához fog vezetni.

Sanctionált kuruzslásokkal találkozunk úton-útfélen. A mai kor hiszékenységét, könnyű befolyásolhatóságát használják ki különböző fogásokkal, reklámokkal, megtévesztésekkel. Mi sem könnyebb, mint a tudatlan és bizonytalan alapon álló kétségbeesett embereket helytelen útra vinni. Tudjuk jól és kétségtelenül bebizonyítható, hogy nem is kell betegnek lenni ahhoz, hogy ma valaki ideggyógyász gyógykezelése, vagy legalább megfigyelése alá kerüljön. Ismeretes az is, hogy pl. psychoanalizissel nemcsak orvosok, de a társadalom széles rétegei is behatóan foglalkoznak. Igy tulajdonképen a lelki conflictusok megoldásába mindenki beleszólhat és ismerve az embereket, annak a szava, a véleménye a leghatásosabb, akinek a legerősebb a hangja. Már pedig az esetleg mutatkozó kisebbfokú lelki egyensúlyzavar helytelen irányítása zavarfokozódást válthat ki, amikor az illető tényleg már szakszerű irányítás mellett vezethető csak a helyes irányba. A psychoanalisist, mint irodalmi téren felhasználható művészeti tárgykört, akárki művelheti, de egészen más az orvosi alkalmazása. Csak szakember állapíthatja meg, hogy valakinek a gyógykezelése a modern psychiatriai eszközökkel, vagy conservativ módon vihető-e keresztül.

Kifejezett psychosis, mely zavartsággal jár és szakember szemében emberi értelemmel nem befolyásolható, analisisre gyógykezelés céljából alkalmas nem lehet. Elfogadható alapfeltétel az is, hogy csak értelmes egyén analizálható. Az analizis helyes megértése, értelmezése, a tünetek kellő módon való magyarázata csak egy bizonyos szellemi nívón álló egyén gondolatkörében válik használhatóvá. Másrészt az az analisis, amely hozzáértő irányítása mellett cselekedeteit világosan felfedi, helytelenül vezetve tág teret ad különböző magyarázatoknak; így nem megfelelő, nem szakavatott kezekben káros következményekkel járhat éppen psychopatha, hypochondriára hajlamos egyéneknél. (A szakavatott kéz alatt nem feltétlenül az egyoldalúan képzett és egyoldalúan gondolkodó orvost: az ú. n. analiticust, de a psychiatriban járatos, megfelelő érzékkel bíró ideggyógyász szakembert értem.) E körülményt ma annál fontosabb tényezőnek kell vennünk, mert az a súlyosan nyomasztó időben amúgy is depressióra hajlamos egyéneket, nemcsak munkaképtelenné, improductivvá teszi, de a kétségbeesés bizonytalanságában a helytelen vezetés esetleg helyrehozhatatlan hibákat von maga után. Főként a gyengébb szellemi qualitású egyén analisisében sok a téves eredmény. Ugyanez vonatkozik az individual-psychologiai gyógykezelésre is.

Az ideggyógyászati kezelés egy másik terrénuma, melyen ugyancsak sok nem orvos is működik: a hypnosis, a delejezés, a Zeileis-féle stb. különböző suggestiv befolyások rendkívül sokféle alkalmazása. E miliőben teljes készületlenséggel, tudás hiánnyal is boldogulhat az, aki az egyes emberek és a tömeg gyengéit kihasználva, minden ethikai érzés nélkül, felelőtlenül megtéveszti, hibásan befolyásolja, mondhatjuk, még jobban elvakítja a hiszékeny és önálló kritikára nem alkalmas médiumot. Ily eljárásokkal szemben a legszigorúbb óvintézkedés is jogosult.

Utoljára hagyom a tudományos alapon álló klinikai képzettséggel bíró ideggyógyászokat. A zárkózottság, a külsőségek megvetése hátrányba juttatják a praxisban az előbb említett ideggyógyító-zsonglőrökkel szemben. Szükséges, hogy az orvosi társadalom tudomást szerezzen arról, hogy a klinikus is rendelkezik azokkal a képességekkel és szükség szerint akár conservativ, akár modern-radikális módszerrel tudja kezelni a hozzá forduló neurotikus beteget, ha nem is ujságokban hirdetett hipnotizőr, vagy hivatalosan önmagát analizált és az analitikusok által elismert szakember is az illető.

Neurosist azonban csak feltétlen bizalom alapján lehet gyógykezelni. Ha kezelésünk első lépése a beteg felfogásával, meggyőződésével ellenkezik, egyszerűen máshol keresi gyógyulását annál, akinek a gyógymódja jobban tetszik.

A bizalom felkeltésében, az abbeli támogatásban nagy szerepe van a gyakorló orvos befolyásának.

A kezeléseknél, ha kezdetben a sűrűbb megbeszélés néha elengedhetetlen is, fokozatosan le kell csökkenteni a betegségi érzés tudatát, mely természetesen mindaddig megvan, míg valaki rendszeres gyógykezelés alatt áll. A végcél csak az lehet, hogy az egyén saját magát vezetni, irányítani, analizálni, szuggerálni tudja, figyelmét az önmegfigyelésről elterelje, mert az egyensúlyzavarok, a bizonytalanságok, az ismerethiány, vagy hibás ismeretek idéznek elő ideges panaszokat, amik viszont rossz vezetés mellett csak fokozódnak. A neuroticus beteggel foglalkozni kell, de csak annyit, amennyire az önvezetésig szüksége van. Helytelen kezelés, nemcsak inproductivvá teszi az egyént, hanem az orvosi kezeléssel szemben teljesen bizalmatlanná is úgy, hogy azután felelőtlen, reklámozott és tudatlan embereknél keresi állítólagos gyógyulását. Ekkor pedig már a későbbi eredményes kezelés felettébb nehéz és az elérhető eredmény rendkívül kétes és bizonytalan.

Sombor József Antal dr., szakorvos.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Tévedések a bőrgyógyászat terén.

A bőrbetegségek (dermatosisok) sokfélesége, a klinikai kép hasonlósága különböző eredetű megbetegedéseknél, a másodlagos fertőzések, stb. sokszor okozzák azt, hogy a kórjelzés felállítása hibás és a gyógykezelés vezetése helytelenül történik. Ne higyjük azonban, hogy a ritkábban előforduló dermatosisok azok, amelyeknél az általános gyakorlat gyakrabban tévedhet, annál is kevésbbé, mert a ritka bőrbetegségek efflorescentiái rendesen azonos, élesen körülhatárolt és jellemző elemekből állanak. Ellenkezőleg éppen a legközönségesebb és polymorph bőrmegbetegedéseknél több az alapvető diagnostikai tévedés és therápiai nehézség.

A tévedések oka kettős lehet. Előfordul az, hogy a diagnosis felállításánál nem voltunk eléggé körültekintők.

A tévedés másik oka az, hogy bár helyesen ismertük fel a bőrbetegséget, nem időszerű gyógymódot választottunk (pl. heveny tünetekkel járó eczémánál, kátránykenőcs), vagy elnéztünk olyan faktorokat, amelyek eliminálása nélkül a gyógykezelés eredménytelen marad (pl. tetvesség pyodermiánál).

A kórjelzés felállításánál ne feledkezzünk meg a megnyilvánulásában annyira polymorph és a bőr talajviszonyait megváltoztató szerzett és veleszületett luesről. Prof. *Genersich* szerint: „a syphilis mindenre képes". Már a régi lues-nomenclatura (psoriasis, impetigo etc. luica) mutatja, hogy a lueses efflorescentiák milyen feltünően hasonlítanak banalis megbetegedésekhez — nem beszélve arról, hogy legyengült egyéneknél a pustulákkal járó universalis varioliformis syphilid hány esetben okozott riadalmat a variola vera diagnosis felállítása miatt. Eltekintve az ilyen extrem esettől, a lues a szervezet áthangolása és a talajviszonyok megváltoztatása révén a dermatosisok klinikai képét nemcsak átszínezi, hanem a gyógykezelés sikerességét is lényegesen befolyásolja. Gyakran látjuk azt, hogy makacs genyes bőrgyulladások, javulni nem akaró eczémák néhány bismuth injectio, sőt néhány napi jódkali fogyasztás után is rohamosan gyógyulnak. Különösen érdekes megfigyelni, hogy universalis művi bőrgyulladások, a foglalkozással összefüggő bőrsérülések (pl. sómunkások fekélyei etc.) mennyire makacsul ellenállanak minden gyógyító kísérletnek a kezeletlen lueses egyénnél — míg az antilueses kezelés megkezdése után addig eredménytelen gyógyeljárásaink rövidesen meghozzák a kivánt eredményt.

Miután éppen a luesnél az anamnesis gyakran kevéssé megbízható, a complement kötési reactio elvégzése minden bőrmegbetegedésnél igen ajánlatos.

De nemcsak a lues felfedezése, hanem kizárása is eminens fontosságú; a luest fel nem kutatni mulasztás, azonban egy egészséges emberre reányomni a lueses fertőzöttség bélyegét — vétek. Pedig nem egyszer látunk pityriasis roseaban, buccalis lichenben, glossitis circinátában vagy lingua geographicában szenvedő betegeket, akik „állítólagos" luesük miatt öngyilkossági gondolatokkal foglalkoznak, vagy családi viszályok között tengődnek.

Hasonlóképen fontos a tuberculosis megállapítása és kizárása. A lupus erythematodes kezdetben hasonlíthat az acne rosaceához, erythema Basin az erythema nodosumhoz, — viszont banális folliculitisek, sycosisok tuberculidekhez. A hibás kórjelzés alapján bevezetett gyógykezelés — pl. erélyes napkurázás — pihenő gócokat aktiválhat.

Tekintettel a rendelkezésemre álló területre, következőkben csupán azokra a bőrbetegségekre kivánok reámutatni, melyeknél leggyakrabban esünk diagnosticus vagy therapiás tévedésekbe.

1. *Eczéma* — mely a leggyakoribb bőrmegbetegedés lenne, ha minden bőrbaj, melyet eczémának diagnostizálunk és mint ilyent kezelünk, valóban eczéma volna. A valódi — tehát endogen eredetű és exogen factorok által csupán provokált, esetleg fenntartott — eczéma nem mindennapi dolog. A legtöbb állítólagos „eczéma" arteficialis (professionalis) dermatitis, melynél ha keressük, meg is találjuk a külső okot. A haj és arcfestékek, ipari kozmetikusok, droguisták által adott szépítő kenőcsök, hámlasztó szerek, szájvizek stb. gyakran makacs fejbőr, arc és szájkörüli bőrgyulladásokat tartanak fenn. Ugyanígy áll a dolog a foglalkozási (ipari) ártalmakkal is. (Háztartásban foglalkozók, mosónők, ipari munkások stb. kezén, alkarján.)

Nem eczéma a seborrhoeás egyénnek eczématoidja, mely a status seborrhoicus megjavítása után gyógyul csak.

Ugyancsak nem eczéma a cukorbajosok hajlati, vulváris bőrgyulladása, mely mindaddig nem javul, amíg a diabetest insulinnal, diétával nem befolyásoltuk.

Téves diagnosison alapul a legtöbb, újjak közötti, talpakon, hajlatokban levő „eczéma" gyógykezelésének sikertelensége. Kövér nőknél a mammák alatt, kis gyermekeknél a hajlatokban, fül mögött levő hámfosztott, nedvedző folyamatok pyogen fertőzés következményei. Mosogató lányoknál az ujjak közötti nedvedző folyamat fonalgombás eredetű. Sérülések, zúzódások körüli területeken, különösen légmentesen záró kötések alatt bacterialis eredetű dermo-epidermitisek fejlődnek ki.

A valódi eczémák gyógykezelése terén is gyakori a tévedés, mivel megfeledkezünk az eczéma kezelés egyik alapfeltételéről: „heveny folyamatoknál (papulák, bullák-nedvezés) enyhe, — idősülteknél (beszűrődések, hámlás-nedvedzés) activ medicatio." Heveny eruptionál a betegre nézve nagy enyhülést jelent az ólomvizes borogatás; a zsíros, kátrányos kenőcs nemcsak panaszát fokozza, de a folyamatot is rontja.

2. *Pyogen* bőrgyulladások kórjelzésének felállításánál gondoljunk arra, hogy a genyes folyamat csupán másod-

lagos jelentőségű lehet. Felületes impetigonál — kivált ha az nők tarkóján helyezkedik el — tekintet nélkül a szocialis helyzetre, keressünk serkéket. Furunculosisnál, ekthymánál ruhatetvet, rüh-atka járatot. A hajas fejbőr és a szakáll területén lévő szőrtüsző gyulladásoknál vizsgáljunk fonalgombára. A tudományos kutatás mind több és több bőrbetegségnél deríti fel a fonalgombák pathogen jelentőségét. A beteg alapos vizsgálata sokszor érdekes felfedezésekhez vezet, — így pl. többszörös bőrtályog fecskendőjét tisztátalanul használó morphinistát leplez le.

Másfelől viszont igyekezzünk tisztázni a pyogen fertőzés elsődleges voltát. Eczémaszerű megbetegedéseknél pl. otitis mediánál gyakran fordul elő fülkörüli bőrgyulladás. A pyogen folyamatok bacteriologiai kivizsgálása katasztrofális tévedésektől menthet meg — kis leányok genyes vulvitise, szemhéj, kézujjak ecthymaszerű genyes, a cutisig hatoló bőrfolyamata lehet diphtheria; többszörös furunculushoz hasonló elváltozás anthrax-fertőzés.

3. *A tineák (favus, trichophytiasis, mikrosporiasis)* és egyéb fonalgombás eredetű bőrmegbetegedéseknél történő tévedések főleg negativumon — a bacteriologiai vizsgálat elmulasztásán — alapulnak. Ezért látunk mélyen bemetszett és sebészileg kezelt gyógyulni nem akaró, abscessusnak tartott Kerion Celsit, az eczéma kezelésre gyógyulni nem akaró palmaris-plantaris mykosist.

A fonalgombás folyamat képe korántsem mindig classicus, annyira nem, hogy a favus is idézhet elő kellő adottság mellett enyhén hámló és a mykotikus bőrmegbetegedésekre még csak nem is emlékeztető klinikai képet.

A therapiás tévedések oka is főleg negativum. A röntgen epilatio nem gyógyítja meg a tineát, szükségünk van hosszú ideig tartó fertőtlenítő kezelésre is, mellyel a gombákat elpusztítjuk. Vonatkozik ez főleg a favusra, mivel a trichophytiasis a hajszálak kihullása, mikrosporias pedig a serdülő kor túllépése után spontán is gyógyul.

4. *Urticariánál*, ha az exanthema az arcra, nyakra, karokra, lábszárakra localisalódik és egy-két napon át fix marad, gondoljunk házi poloskára. Olyan egyéneknél, akiket poloska még soha se csípett meg, sokszor bullosus urticaria-szerű kiütést látunk (faluról a városba jött cselédek).

5. *A toxicodermitisnél* — mely csoportba a gyógyszeres kiütések is tartoznak — a diagnosis felállítása sok esetben a therapiát is jelenti, mivel az ártalmas anyag elhagyása vagy kiküszöbölése önmagában is elég lehet a gyógyuláshoz.

A leggyakrabban brom, jod, arsen, kéneső, salvarsan, antipyrin stb. alkalmazása után látunk bőrelváltozásokat megjelenni, melyek képe igen változatos lehet (arsennál hyperkeratosis, bromnál, jódnál acne, salvarsannál, kéneső nél súlyos universalis exfoliatióval járó gyulladásos folyamatok etc.). Fontos tudni azt, hogy a kéneső és salvarsan-dermatitis között sokszor nincs klinikailag különbség — viszont a kéneső okozta erythema megtévesztésig hasonlíthat a vörhenyhez.

6. *A bőrön előforduló rosszindulatú daganatok* kórjelzése okoz gyakran nehézséget. Idős egyéneknél kifekélyesedő naevus, ajkakon levő, gyógyulni nem akaró, hámfosztott papula, beszűrődött alapú leukoplakia esetén gondoljunk carcinomára. Középkorban levő nőnek gyógyulni nem akaró emlőbimbó körüli „eczémája" lehet cancer en cuirasse kezdete.

Viszont az alsó ajkon levő erosio, fekély, 70 éves öregembernél nem mindig carcinoma, hanem lehet extragenitalis primaer affectio.

Szentkirályi Zsigmond dr., kórházi főorvos,
Hódmezővásárhely.

A hólyaggyulladás kezelése.

A hólyaghurut a leggyakrabban előforduló hólyagmegbetegedések közé tartozik és jó prognosisánál fogva kezelése a gyakorlóorvos legnálasabb feladata. A gyógyulás eléréséhez feltétlen szükséges a betegség pontos korismézése és a helyes kezelési mod megválasztása. A diagnosis teljes pontossággal csak cystoscopiai vizsgálat segítségével állapítható meg. Általánosságban a hólyaggyulladások infectiosus eredetűek szoktak lenni, így a vizelet bakteriologiai vizsgálata útbaigazításul szolgálhat a kezelési mód megválasztásánál. A vizelet genymenyniségéből következtethetünk a gyulladás kiterjedésére és fokára. A vizelet zavaros volta összefüggésben áll a vizelet bacterium tartalmával, különösen a pálcika alakú mozgó bacteriumok maradnak suspendálva benne. Acut esetekben nagyon gyakran találunk vért a vizeletben, sokszor szabad szemmel láthatólag, máskor — különösen chronicus esetekben — csak mikroskopiailag mutatható ki a vörös vérsejtek jelenléte. Azokban az esetekben, mikor a vérsejtek mellett bacteriumokat nem találunk, mindíg tuberculosisra kell gondolnunk és tuberculosis bacillus után kell kutatnunk. A cystitises vizelet kémhatása legtöbbször savanyú. Ha a vizelet vizeletbontó bacteriumokat (staphylococcusokat, a proteus törzshöz tartozo bacteriumokat) tartalmaz, csak akkor marad savi jellegű, ha a vizelet rövid ideig volt a hólyagban és így nem volt idő a bomlásra. Az ilyen vizelet levegőn való állás után hirtelen alkalikussá válik. Ha a hólyaggyulladás meleltt még retentio is van, akkor a vizelet nem csak alkalikus, hanem ammoniakalis is lesz. A pontos vizelet- és cystoscopiai lelet alapján módunkban áll a helyes kezelési mód megválasztása.

A therapia bevezetése akár acut, akár chronicus gyulladásról legyen szó, a diaeta megszabásával kezdődik. Az élelmiszerek közül minden olyan anyagot törülni kell, amely a beteg hólyagot izgatja kiürülés alkalmával. Bőséges folyadék felvétel szükséges, mert a híg vizelet kiürítése kevésbbé fájdalmas. A tej, a vegetabilis, a kevés fehérjét tartalmazó, sószegény ételneműek fogyasztása ajánlatos. Az alkohol, erős teák és fekete kávé, továbbá az összes fűszerek és a szénsavas víz fogyasztása eltiltandó. Ágynyugalomra csak abban az esetben van feltétlen szükség, ha a megbetegedés lázzal jár, vagy a vizelési ingerek igen gyakoriak. Ilyen esetekben az egyenletes meleg alkalmazása igen jó hatással szokott lenni. Nagy gondot kell fordítanunk a szék rendezésére, mert minden congestio a medenceűri szervekben, továbbá a telt végbél nyomása a hólyagra, izgatólag hat. A meleg italok fogyasztása két okból előnyös, először mert a vizelet általa felhigul, másodszor a meleg reflektorikusan megnyugtatólag hat a hólyagra. A hideg folyadékok a gyomor tonusát fokozzák és így a hólyagra is izgatólag hat-

nak. A diuresis megindítására alkalmasak az általában használatban levő húgyhajtó teák és az alkalikus ásványvizek, különösen, ha melegen fogyasztja el a beteg. A cystitisek infectiósus eredetére való tekintettel a gyógyulást elősegíthetjük belső desinficiensek alkalmazásával, melyek közül első helyen említhetjük a salycilsavas készítményeket, különösen a salol, aspirin együttes adagolását, továbbá az urotropin készítményeket, mely utóbbiaknak hatását erősen fokozhatjuk a vizelet savi jellegének emelésével. A coli bacterium okozta cystitisnél a vizelet lúgosítása van jótékony befolyással a folyamatra. Tapasztalataink szerint a legjobb eredményeket akkor kapjuk, ha a vizelet kémhatását megváltoztatjuk, ha savanyú, akkor lúgosítjuk, vagy megfordítva, ha lúgos akkor savanyítjuk, ezen eljárást többször ismételjük. Az aciditás fokozására acidum hydrochloricum dilutumot rendelünk, míg a lúgosítás szódabicarbónával történik.

Ezekután rátérek a hólyaggyulladások eszközös kezelésére, mely tulajdonképen két csoportra osztható: hólyogöblítésekre és instillatiókra (becseppentések). Ez utóbbinál a kezelés abból áll, hogy a különböző desinficiáló, megnyugtató, bevonó gyógyszerekből 5—10 ccm-t fecskendezünk a hólyagba és ezt bennhagyjuk hosszabb ideig. Ezen eljárást alkalmazzuk acut esetekben, amikor a gyulladás a hólyagfal nagyrészére kiterjed, a vizelési ingerek igen gyakran követik egymást és heves fájdalmakkal járnak. Ilyen esetekben a cystoscopiai vizsgálat is kivihetetlen. Ezekben az esetekben nagy hasznát vehetjük a pontos vizelet vizsgálatnak. Igen jó szolgálatot tesznek ilyenkor a vízben oldhatatlan desinficiensek és megnyugtató szerek, melyek egyszersmind jó bevonók is. Ilyenek az olajos készítmények a gomenol, eukupin menthol, guajakol, agoleum. Azokban az esetekben, mikor a vizelet feltünően sok genyet tartalmaz,a becseppentést mindig hólyagöblítéssel előzzük meg. A hólyagöblítésnek két célja van: egyrészt az öblítő folyadék mechanikailag tisztít, másrészt desinficiál. Amikor a hólyagban residualis vizelet van és az zavaros, genyes, akkor a hólyagöblítés elkerülhetetlen. Öblítés céljára legalkalmasabb a bórsav oldat, vagy az 1 ezrelékes oxicyanat oldat, az argentum mitricum különböző higítású oldatai, 1 ezrelékes oldattal kezdve, mindig magasabb concentratióban és a különböző ezüst készítmények pl. protargol, collargol, argentamin oldatai hasonló concentratióban.

Ha az előbb említett eljárásokkal nem tudjuk a kivánt eredményt elérni, úgy elsősorban a vese megbetegedésére kell gondolnunk és ha ezt a körülményt teljes biztonsággal ki tudjuk zárni, akkor jöhet szóba a hólyag állandó drainagea, mely történhetik catheter állandósításával, vagy súlyosabb esetekben hólyagsipoly készítésével. Különös megfontolás tárgyát képezi az egyéb műtéti eljárások indicatióinak felállítása, így a beteg nyálkahártyának a kikaparása, az ureterek kiiktatása a hólyag teljes nyugalomba való helyezése céljából, stb. Ezekhez az eljárásokhoz csak végső esetben szoktunk folyamodni, amikor a betegség gyógyíthatósága conservativ módon kilátástalan.

Kaló Andor dr., egyetemi tanársegéd.

A Jaksch-Hayem anaemia.

Ezen klinikailag és haematologiailag classicus kórforma aetiologiája nem egységes. Ujabb időben a haematologusok nem is tárgyalják önálló kórkép gyanánt, hanem inkább, mint különböző aetiologiájú secundaer anaemia feltünő megjelenési formáját említik. Ha figyelembe vesszük, hogy a betegség a csecsemő és kisgyermekkor (1½—3 év) vérképzőrendszerének legjellemzőbb alteratiója, fontosnak bizonyul a vele való foglalkozás gyakorlati szempontból is.

A túlnyomóan rosszulfejlett, normal súlyuk alatt lévő csecsemők anaemiás állapota az első pillanatban szembeötlő. A bőr színe általában sárgás, viaszszerű, olykor feltünően halvány, vértelen. Ezen színkülönbségeket egyrészt a zsírpárnák vastagsága, másrészt a mérsékelt bilirubinaemia befolyásolhatja, bár kifejezett icterus nincs, sőt a bilirubin egység sem haladja túl a legmagasabb physiologiás értékhatárt. A betegség igen súlyos eseteiben a keringési insufficientia, valamint az érfal tonuscsökkenésének, illetve direct károsodásának kifejezőjeként oedema jelentkezik, viszont az érlaesio és thrombopenia apróbb lencsenagyságú petechiák fellépésére vezethet. A szívhatárok alig szélesebbek a normalisnál. A szív teltségének, izom tonusának változott állapota folytán erősebb fokú anaemiánál a pulmonalis fölött, sőt néha a szívcsúcson is jól kifejezett systoles zörejt hallhatunk. A has általában jelentékenyen elődomborodó s élénk ellentétet képez a beteg rossz tápláltsági állapotával. A máj kevéssé, néha azonban akár három harántújjal is meghaladhatja a bordaívet. Ezzel szemben a lép legtöbbször erősen megnagyobbodott, a petyhüdt hasfalon át élesen kirajzolódik, abnormisan tömött, kemény s közel a symphisisig érhet. A vizelet mérsékelt urobilin kiválasztáson s egy pár vörös vérsejten kívül pathologiás elváltozást nem mutat. A szúrt sebből nyert vér világos, hydraemiás. Thrombopeniás esetekben megnyúlt vérzési idő mellett a plasma nem, vagy kevéssé retrahálódik s a Rumpel—Leede tünet positiv lehet. A vörös vérsejtek száma 3 millió alatt van. Poikilocytosis, anisocytosis, polychromasia s különböző magvas vörös vérsejtek mellett általában normoblastok tarkítják a vérképet. A leukocyták száma lehet magasabb, normalis, vagy valamivel kevesebb, köztük általában alacsony százalékban myelocyták s elvétve myeloblastok találhatók. Meglepő jelenség, hogy az anaemia gyakran oly magas foka dacára légszomj, dyspnoe soha nem észlelhető. Akadnak olyan ritka esetek, ahol a haemoglobin Sahli szerint nem mérhető s a vörös vérsejtek száma egymillió alá sülyedt. A haemoglobinnak 20—30%-ig, az erytrocytáknak két millió alá történő értékcsökkenése már nem tartozik a ritka jelenségek közé. A festődési index tág határok közt variál (0.4—1.6-ig). Olykor láthatunk kifejezett normoblastosist, alacsony festődési indexszel léptumor nélkül is, máskor nagyfokú léptumort, elenyészően csekélyszámú magvas vörös vérsejt mellett. Az esetek észlelése kapcsán az a benyomása a megfigyelőnek, hogy a szervezet reactiójának mértéke és milyensége individualisan különböző. A Jaksch—Hayem anaemia fejlődési phasisairól keveset tudunk. Az anamnesis alapján mégis az a benyomásunk, hogy ez a betegség éppen különös előszeretettel a súlyos formáknál nem protraháltan, hanem inkább rapide, pár hét alatt fejlődik.

A differential diagnosis szempontjából alimentaris és infectiosus alakokat lehet megkülönböztetni. Az elkülönítés nem mindig könnyű. Jól értékelhető az anamnesis, ha ebben az egyoldalú táplálás megállapítására súlyt helyezünk. A léptumor nagysága útbaigazítással alig szolgál, ha figyelembe vesszük, hogy az infectiosus anaemia, valamint a kifejezett symptomákkal járó zsigeri lues (természetesen az exanthema eltünése után) is tud oly nagy léptumort produkálni, mint az alimentaris. A haemoglobintartalom és a vérsejtek egymáshoz viszonyított aránya pontosabb adatokat szolgáltat, ha tekintetbe vesszük, hogy az infectiosus aetiologiáju Jaksch—Hayem anaemiánál a festődési index 1 fölé sohasem emelkedik, míg az alimentaris formánál az 1.6-os index érték sem ritka. Jól értékelhető differential diagnostikai tapasztalat a qualitativ vérképben a fehér vérsejtek viselkedése is. Ugyanis az *Arneth—Schilling* szerint balratolt vérképben a neutrophil leukocyták százalékos számarányának növekedése

infectiosus eredetre utal, viszont az alimentaris factorok által kiváltott anaemiáknál jól kifejezett relativ lymphocytosis dominál. Az anaemia infectiósus alakjánál a leukocyták száma általában 20 ezer körüli, míg az alimentaris formánál alig lépi át a normalis határt, sőt egyes esetekben valamivel ezen érték alá süllyed. A Wassermann reactio, a tuberculin próba, röntgen s a vér bacteriologiai vizsgálata minden tisztázatlan esetben elvégzendő, ezeknek segítségével gyakran sikerül a valódi aetiologiát felfedni. Azon formáit a Jaksch—Hayem anaemiának, amelyek léptumor nélküliek, a posthaemorrhagiás anaemiától könnyű lesz elkülöníteni a vérlelet alapján. Az anaemia perniciosa practice nem jöhet szóba. Tekintve, hogy a perniciosus anaemiához a vérstatust illetőleg teljesen hasonló alakja lehet a Jaksch—Hayem anaemiának, éppen ezért a perniciosus anaemia diagnosisánál a többi klinikai symptomákat is keresni kell: a Hunter-féle glossitist, achyliát és haematin megjelenését a vér serumában. Leukaemia ellen szól a kisfokú leukocytosis, a specialis vérlelet s a folyamat gyógyíthatósága. A pseudoleukaemiának egyik ismert alakja sem illeszthető be a kórképbe.

Kórbonctanilag a lép elváltozása a legfeltünőbb. Eredeti súlyának többszörösét túlhaladhatja, a tömött interstitialis szövet túltengése következtében.Emellett a lépben, nemkülönben a májban és a nyirokcsomókban különböző kiterjedésben myeloicus gócokot találunk. A csontvelő, lép s a nyirokszervek, igen sok normo- és megaloblastot, valamint neutro- és eosinophil myeloblastokat és cytákat tartalmaznak, kifejezőjeként az élénk csontvelő regeneratiónak. Ezek a leletek az individualis reactio és a betegség phasisai szerint változók.

A therapia a Jaksch—Hayem anaemiánál első sorban a pathogenesistől függő alimentaris, gyógyszeres, symptomás és specialis tulajdonságánál fogva tranfusiós. Ezt a majd minden esetben indicalt therapiát az esetektől függően röntgen, intramuscularis vér, vitamin és fénytherapia egészíti ki. Alimentaris a therapia elsősorban akkor, ha az anaemia oka az egyoldalú tejtáplálás direct károsításában keresendő, továbbá ott, ahol postinfectiosus anaemiában szenvedő gyermekek étvágytalansága, válogatása folytán csatlakozik hozzá az alimentaris factor. Ilyen esetekben kell helyt adni a nagyobb májdosisnak, valamint specialis gyógyszereink közül a vasnak. Jól hat a ferrum reductum napi ½ grammos adagja. Az alimentaris befolyásolásnak szerep jut akkor is, ha bármely ok folytán diarrhoea vagy obstipatio complicálja az esetet, ilyenkor a szokásos cautelák betartása mellett irót, savanyú soványtejet, illetve malátakészítményeket iktatunk a leredukált tej helyébe. A Jaksch—Hayem anaemia alimentaris alakjánál a gyógyulás a zsír megszorításának, csökkentett tejadagolásának s ennek helyébe a kevert táplálás bevezetésének, főzelék, gyümölcspüré, vagy nedv nyújtásának és specialis értékénél fogva a máj áthangoló hatásának következménye. A májból adagolhatunk főzve kb. két evőkanálnyit naponta, a specialis készítményekből viszonylagosan többet rendelünk. Az ergosterin készítmények egyrészt resistentiát fokozó hatást, másrészt antirachitikus befolyást gyakorolnak. Antilueses therapiát az adott esetben alkalmaznunk kell. Az arsen az újabb vizsgálatok nyomán, mint specificum, sokat veszített értékéből. A szerzők nagy része a vér transfusiót az infectiosus eredetű anaemiánál elengedhetetlenül fontosnak tartja s szinte souverain szerének tekinti. Postinfectiosus anaemiánál az adagolt vér egyrészének gyors tönkremenetele miatt gyakori — sokszor naponkénti — 15—30 ccm vérnek adagolása a racionalis. De indicalt a transfusio minden esetben, ha a szervezet ellenálló képessége kifejezetten lecsökken, ha egyéb therapiás befolyásokkal szemben refractaer viselkedik, vagy ha az erythrocyták száma másfél millió alá süllyedt. Az intramuscularisan adagolt vérnek különösen a csontvelőre gyakorolt inger hatása kifejezett, ennek folytán természetes, hogy ott, ahol a vérképző szervek túlhajtott működése áll fenn, az intramuscularis therapia ellenjavallt. Gyermekpraxisban legegyszerűbb és legalkalmasabb citrat vért adagolni kutacsba, nyaki, vagy cubitalis venába. A transfundált vér mennyisége a beteg vérmennyiségének legalább egyhatodát, de legfeljebb egyharmadát képezze, s 4—8 naponként a haemagglutinatiós cautélák betartása mellett ismételjük mindaddig, míg egy megfelelő haemostatust el nem értünk. A lép exstirpatio eredményei nagyon rosszak.

Könnyű esetek jól irányított kezelés mellett pár hét alatt gyógyulnak, a súlyosabb formáknál azonban a vérstatus reparatiója után is még évekig fennállhat a léptumor. A prognosist, még az alimentaris formáknál is, az anaemiával járó nagyfokú resistenia csökkenés és fogékonyság miatt az intercurrens betegségek gyakran súlyosan megzavarhatják.

Kulin László dr., egyet. tanársegéd.

Lovrekovich szerinti folyékony cukros táptalajok készítésének gyakorlati egyszerűsítése.

Bacteriumok cukrokat hasító tulajdonságainak vizsgálatához különböző cukrokat tartalmazó húslevest, peptonvizet használnak. Általános eljárás volt eddig, hogy a cukrot bizonyos százalékban hozzákeverték a táptalajhoz, Durham csövekbe töltötték és a sterilizálást, valamint a betétcsövecskében maradt levegőbuborék eltávolítását hővel végezték. Ez a módszer a bacteriumok cukrokkal szemben való activitásának elbírálásában sok zavart okozott, mert egyes cukorféleségek a sterilizáláshoz szükséges hőben hydrolysálódnak. A hővel való sterilizálás kiküszöbölésére *Lovrekovich* a Centrbl. f. Bakt. stb. 115. kötetében hasznos leírást közöl. Eljárásának az a lényege, hogy *cukoroldatot Seitz szűrőn sterilisálja* és az előzőleg gőzben csiramentesített, Andrade indicatort tartalmazó, 1% pepton vízhez keveri. Az eljárással elérte azt, hogy *hővel való kezelés nélkül steril cukros pepton vizet készített.* A táptalajt hőlégszekrényben sterilisált kicsiny méretű Durham csövekbe tölti és a *betét csövecskében maradt levegőbuborékot nem felmelegítéssel, hanem magas vacuumos készülékkel távolítja el.* Az eljárás igen egyszerű, letöltésnél a cső alig 0.5% szennyeződik, hátránya, hogy költséges magas vacuumos berendezést igényel.

Kisebb intézetek jól felhasználhatják azt az egyszerű fogást, mellyel mi a magas vacuumos készülék beszerzését feleslegessé tettük.

A táptalaj letöltésére 10 x 20 mm. kémcsöveket használunk. A betétcsövecske 12 mm. hosszú és 5 mm. belső átmérőjű, készítésénél arra kell gondot fordítani, hogy a beforrasztott végen a lumen ne csúcsban, hanem lekerekítve végződjék. A táptalajt Lovrekovich szerint elkészítjük és 1.0 ccm-nyi adagokban letöltjük. A kémcső alsó végét megütögetjük (fricskázzuk), hogy a betétcsövecskében rekedt levegőbuborék megmozduljon, majd a csövet, alsó végének enyhe ütögetése mellett kb. 15°-nyira döntjük: a levegőbuborék könnyen kifut a betétcsövecske be nem forrasztott végén. Ha vigyázunk a csövek méreteire, a letöltés pontos adagolására (mi büretát használunk) akkor döntésnél a vatta dugó nem nedvesedik át.

Ez az egyszerű fogás nemcsak nálunk vált be, hanem, értesülésünk szerint, már az Orsz. Közegészség. Int. (Lovrekovich) sem használja a magas vacuumos készüléket.

Folkmann János dr., vm. közkórh. főorvos, Miskolc.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A szénsav alkalmazása a narcosisban.

Henderson, Haggard és *Coburn* 1920-ban ajánlották a szénsavat, azóta a szerzők a legszélesebb körben kipróbálták és a legkülönbözőbb indicatiók mellett alkalmazzák.

Narcosisainknál minden momentumot meg kell ragadnunk, ami a narcosis veszélyeit csökkenti, minden eszközt, újítást fel kell haszálnunk, amellyel a beteg érdekét szolgáljuk. *Henderson* ajánlatában elment egész addig az aforizmáig: hogy altató szénsav nélkül annyit ér, mint sebész kés nélkül. Klinikánkon évek óta használjuk a szénsavat kitünő eredménnyel, ha nem is hendersoni értelemben és a szénsav inhalatiós narcosisainknál ma már tényleg igen fontos szerepet tölt be.

A szénsav a légzőközpont hatalmas ingere. A levegővel vagy oxygennel belélegzett szénsav öt százaléka általában mélyíti a légzést, öt százaléknál nagyobb concentratio ezenkívül szaporítja is a légvételeket. 2—8%-ig adott szénsav a légzésvolument a tízszeresével emelheti. Az optimalis concentratiót 3—6% közé teszik. Hatása 10—25 másodperc alatt áll be. Ez a szénsavnak legfontosabb hatása, ezzel lényegesen növeli az inhalatiós narcosis szabályozhatóságát, sietteti a narcosis bekövetkezését, gyorsítja az ébredést és a narcosis alatt fellépő, túladagolás folytán előálló légzési zavarokat a minimumra redukálja. Igy adódik is azután alkalmazási területe: a narcosis bevezetésénél, a narcosis tartama alatt, valamint a narcosis végén.

Szénsavval együtt adott narcoticum-oxygen vagy levegő keverék az emelkedett légzésvolumen következtében gyorsabban jut a szervezetbe, a szükséges narcoticum concentratiót hamarabb érjük el, tehát a beteget hamarább bealtathatjuk. A gyors bealvás következménye azután az excitatiós stadium csökkent volta, esetleg teljes hiánya. Egyébként is előnyös a beteg biztosított kiadós mély légvétele a narcosis kezdeti szakában, hiszen éppen ilyenkor szokott a légzés részéről a legtöbb zavar föllépni.

A narcosis tartama alatt adhatjuk a különböző légzési zavaroknál, ha azoknak okát nem a légutak mechanicus akadálya képezi.

Ezen keringést javító, vasomotor központot tonizáló szer, amely egyébként a szívnek működési ingere is, a beteg cyanosisos állapotát megszünteti. A légzési zavaroknál fellépő cyanosisnál szem előtt kell tartanunk, hogy ennek oka nem a szénsavnak a vérben való fölszaporodása, hanem az oxygencsökkenés. Az asphyxia kék színe sok sebészt visszarianszt a szénsav alkalmazásától, holott itt csak venosus pangásról van szó és az asphyxia egyedüli oka az oxygen szegénység, amelyhez még az altatószer bénító hatása járul. A szénsav javítja a keringést és ezáltal az ischaemiás centrum jobb vérellátású lesz, az altatószert kötődéséből bontja, miáltal csökken a bénító hatás és a légzőközpont csökkent ingerlékenységének fokozása révén mélyült és megszaporodott légvételek pedig több és elegendő oxygent juttatnak a légzőközponthoz. Természetes, ha a beteg nem légzik, úgy mesterséges légzéssel kell a szervezetbe bejuttatni a szénsavat. A légzőközpontnak ilyen esetben sok oxygenre van szüksége, annak mennyisége azonban nem fog csökkenni, ha egyidejüleg szénsavat is adagolunk, mert ha a belélegzett levegőhöz 8% szénsavat adunk — ami a maximalis légzésfokozásra elegendő — akkor a levegő oxygén tartalma 21 %-ról 20%-ra csökken, ez pedig nem játszik szerepet.

Adhatjuk a szénsavat különböző keringési zavaroknál, acut vérnyomássülyedésnél, shocknál. A peritoneum megnyitása a vegetativ idegrendszer izgalmát idézi elő, amely azután collapsushoz és shockhoz vezethet. Ez utóbbiak vérnyomássülyedése a splanchnicus erek vasomotor bénulásán alapszik. Szénsav adásra a súlyos tünetek enyhülnek, élénkebb lesz a keringés, a verő-volumen növekszik; itt a szénsavnak az erekre való direct hatása játszik szerepet, bár tekintetbe kell venni a fokozott légzéssel kapcsolatosan létrejövő hasizom feszülést (rectus), amely a máj és lép pangását jelentékenyen csökkenti. *(Doppler).*

A narcosis végén — a hasfalvarratnál — minden altató a gyors fölébresztésre törekszik. A szénsav belélegeztetésre beálló viharos légvételek révén a narcoticum jóval hamarabb távozik a szervezetből. Az ébredési idő jelentékenyen megrövidül. A nausea csökken. A tüdőventilatio hatalmasan fokozódik; a légutakban fölhalmozódott váladék kiürülését elősegíti és ezáltal a műtét utáni bronchitis és pneumonia leghatalmasabb ellenszere. Ezért sokan még a műtét utáni órákban is adagolják.

A szénsav természetes ingere még a bélmozgásnak is. *Sword* szerint 10%-os concentratióban nyújtott szénsav megszüntetheti a legmakacsabb bélparalysist. *Ross Mackenzie* prophylactikusan ajánlja postoperativ bélparalysis kifejlődése ellen.

Contraindicatiója *Fraken* szerint a nyitott has — ami természetes —, hiszen a fokozott légzés a belek előtolulását idézi elő, továbbá, ha szénsav adásra a beteg légzés szaporodás helyett légzés ritkulással reagál. *Ross* két gyermeknél látott epilepsiaszerű görcsöket, amelyek bő oxygen adásra megszüntek.

Adagolása történhetik a *Franken*-féle apparátusból, melynél pontos adagolás lehetséges, vagy *Dzialozynski* ballonjából, melynek ürtartalma 10 liter, vagy adhatjuk nagyobb 25—30 literes ballonból. A ballon csövét bevezetjük az orrba, vagy szájba, de elég, ha a szájnyilás mellett tartjuk. Általában öt percig adhatjuk szünetekkel, amit szükség szerint megismételünk.

Történhetik az adagolás a különböző altatógépekből (gázaltatás), amelyeket ú. n. visszalégzési rendszer szerint konstruáltak, amidőn a kilégzett szénsavat nem kötjük meg, hanem újból visszalélegeztetjük; továbbá az *Ombrédanne*-féle altatókészülékből. Mindkét eljárásnál a szénsavat az altatószerrel (aether vagy gáz) egyidejüleg és együtt adjuk.

A tág indicatio mellett való ajánlásnál azonban meg kell fontolnunk egy körülményt. A szénsavnak az egész narcosis tartama alatt való állandó adagolásával *(Ombrédanne,* vagy gázaltatás szénsavkötés nélkül) óvatosnak kell lennünk, mert a fokozott légzés és keringés mellett az altatószer túladagolását csak erősebb túladagolás esetén vesszük észre és ilyenkor csak ismételten nagyobb szénsavadagolásokkal lehetséges a légzőközpont izgatása, hogy kielégítő hatást érjünk el. Az ismételten adott szénsav izgató hatása mindig gyengébb *(Davies). Lendle* pedig olyan quantitativ viszonyokat talált a folytatólagos szénsavbelélegeztetés eredményeképen, hogy ezzel a legjobb légzést befolyásoló szert játszhatja el az ember akkor, amikor nincs is meg a vitalis indicatio.

Klinikánk tapasztalatai megegyeznek *Lendle* vizsgálataival. Mi a szénsavat a narcosis bevezetésénél egyideig, a narcosis alatt megfelelő indicatiók mellett, továbbá az ébredéskor alkalmazzuk, de sohasem adjuk folytatólagosan az egész altatás folyamán.

Vannak, akik az utóbbi időben megszaporodottnak mondott postoperativ thromboembóliákat a szénsav rovására írják. Ezt mi, jóllehet a szénsavat kiterjedten alkalmazzuk, nem tudjuk megerősíteni.

Klimkó Dezső dr., egyet. tanársegéd.

A skleroderma és gyógyítása.

Azon kórképek száma, melyeket egyik legjellemzőbb klinikai tünetük, t. i. a bőrnek csaknem deszkakemény merevsége után *sklerodermának* nevezünk, az egyes szerzők felfogása szerint változik. Míg a finomabban analyzáló szerzők három, sőt négy kóralakot különböztetnek meg e fogalom körén belül, a gyakorlat igényeit kellőképen kielégítjük akkor is, ha pusztán két typusra bontjuk fel a skleroderma képét éspedig a szétterjedő és a körülírt alakra. Sok érv szól amellett, amit *Ehrmann* is vall, hogy e két tipus nem is egy és ugyanazon betegség válfajainak, hanem két különálló „morbus sui generis"-nek tekintendő, azonban a még homályos aetiologia nehány inkább csak sejtett mozzanata s a megbetegedett bőrterület bizonyos sajátságai nagyon is szorosan egymás mellé kapcsolják még e két kórképet. Közös vonásuk, hogy csak a felnőttek bőrén jelentkeznek, hogy kóroktanuk valószínüleg összefügg az endokrin mirígyrendszer működészavaraival, melyeknek igen szembeszökő jeleit a szétterjedő alaknál mindíg, a körülírtnál igen gyakran megtaláljuk. Közeli rokonságuk mellett szól továbbá a megbetegedett bőrterület jellemző fizikai és macroscopikus, valamint szövettani és histochemiai sajátságainak több-kevesebb azonossága s e sajátságok kialakulásának azonos sorrendje, amennyiben tipikus esetekben mindkettőnél egy kezdeti merev duzzadásban megnyilvánuló *beszürődési szakot* vagy visszafejlődés, vagy a bőr tetemes megrövidülésével járó *sorvadásos szak* követi. Viszont igen nagy különbség áll fenn közöttük a köztakaró egészéhez, a bőralatti szövetekhez, a szervezet általános állapotához való viszonyuk s ez utóbbin át végeredményében a beteg sorsa és élettartama szempontjából is.

Az általában jó prognosist nyújtó körülírt alak, *a skleroderma circumscriptum (morphea)* a törzsön, ritkábban a végtagokon, rendszerint egymás után fellépő több, igen ritkán csak egyetlen gócban, mint cyanotikus-vörös, elmosódó határú, sima, kissé fénylő, igen tömött tapintatú folt jelenik meg. Subjective alig kellemetlen, annál feltünőbbé válik azonban viselője számára, amint szélein lassan terjedve ritkán csíkokban (S. en bande, Coup de sabre) rendszerint ovalis vagy kerek alakban csecsemő-, sőt férfitenyérnyi nagyságban a tipikus „lilac ring" képét ölti fel. Ennek az igen jellegzetes és igen könnyen felismerhető bőrelváltozásnak középső, idősebb szakasza kissé besüppedt és környezeténél hüvösebb tapintatú, elefántcsontszerűen fehér, fénylik, néha hámlik is, míg periferiás fiatalabb szakasza e középső zónát mintegy 1—1½ cm. széles, kissé kiemelkedő kékesvörös, fényes felszínű gyűrű veszi körül. Mindkét zóna érzékenysége normalis. Az egész képlet tapintata a bőrbe helyzett merev kártyalapéra emlékeztet, melynek *felszíne alatt azonban minden mélyebb szövet épen marad.* A bántalom tehát csupán a bőrre, szorosabban az irhára és epithelre localisalódik. Több ily góc összefolyása kozmetikai szempontból súlyosan torzító lehet, sőt ízületek környékén, penisen, stb. a fiziologiás functiókra is zavarólag hat, viselőjének munkaképességét, általános egészségi állapotát, élettartamát azonban nem befolyásolja. A beteg góc sorsa hónapok, évek mulva, néha minden gyógykezelés nélkül is a helyi bőrsorvadás hátrahagyásával történő felszívódás. Bár kétségtelen, hogy ezen kóralak aetiologiája is endogen természetű, tüneteiben elsősorban a bőr localis jellegű betegségeként nyilvánul meg.

Egészen más képet nyújt úgy klinikai, mint a beteg sorsa és jövője szempontjából is a szétterjedő alak, a *skleroderma diffusum.* Lényegében komoly prognosissal biró belső szervi megbetegedés, az inkretorikus mirigyek, anyagforgalom, általános erőbeli állapot mélybevágó zavaraival, melyekhez csak mint kivülről legszembetünőbb jelenség társul a köztakaró páncélszerű megkeményedése. Ritkább, *generalisalt,* az egész testfelszínre kiterjedő alakjának *acut* jelentkezése alig különíthető el a skleroedemától, midőn pár heti fennállás után vagy nyomtalanul elmúlik, vagy az általános állapot rohamos romlásával halálhoz vezet. *Subacut* vagy chronicus jelentkezése viselője számára évekig tartó kálváriát jelent, melynek végén általános kimerülés, marasmus vagy intercurrens más betegség révén következik be a halál. A bőrtünetek kezdetét mindhárom megnyilvánulási formánál néha enyhe, diffus erythema és paraesthesiák jelzik, máskor látszólag minden gyulladásos tünet nélkül válik duzzadttá, oedemássá a bőrszerv egész kiterjedésében. Ez a különös duzzadás azonban az ujjbenyomatot nem tartja meg, feszes, tömött, ráncba nem szedhető, emelllett sápadt és hüvös (hullabőr) tapintatú. A beteg mintegy páncélba szoríttatik, arca merev, szobor- vagy álarcszerű, arcjátéka megszünik, beszéde, táplálkozása, légzése, végtagjainak, főleg ujjainak mozgatása megnehezített. Gyógyulás ugyan még ily súlyos állapot után is lehetséges, a szabályszerű továbbfejlődés azonban rendszerint lassan kifejlődő, zsugorító, merev atrophiára vezet. A sorvadt bőrfelszin hegszerű lesz, hámlik, pigmentált és depigmentált foltokkal tarkázott, alatta pedig a zsugorodás állandó nyomásának következtében eltünik a subcutis, a zsírszövet, sorvadnak a pólyák, izmok, csontok; az orr, fül, újjak elvékonyodnak, kihegyesednek a hegszerű bőr szorosan tapad sorvadt alapjához, a vérrel való ellátás a köztakaró minden pontján súlyosan szenved, mély fekélyesedésekre adván ezáltal alkalmat mindenütt, ahol sebzés, nyomás vagy más traumák érik.

Gyakoribb és némiképen enyhébb alakja a *localisalt progressiv* folyamat. Enyhe gyulladásos kezdeti stadiumát a végtagokon látjuk leggyakrabban jelentkezni, hol utána lassankint a fentiekben leírt nagyterületű keményedés és atrophia alakul ki, de localisalt marad egy, vagy több végtagon (pl. sklerodaktylia). Máskor a folyamat a „lilac ring"-hez hasonló kékesvörös széli csíkkal lassan terjed proximal felé, sőt hosszú évek alatt, ritkán és nagyon rosszindulatú esetben akár az egész köztakarót belepheti. Jelentősége ilyenkor természetesen azonos a generalisalt alakéval.

Mivel remissiók, spontan javulások, sőt a korai stadiumokban nehány kisebb jelentőségű nyom árán akár a teljes gyógyulás is bekövetkezhetik, prognosisunk kezdetben quo ad sanationem sem lehet egészen reménytelen. Sajnos a gyógyulás lehetősége inkább a beteg szervezetének előttünk még rejtélyes folyamataitól semmint therapiás beavatkozásainktól függ, bár tagadhatatlanul ezeknek is látjuk néha szembetünően üdvös hatását. Ahol syphilis fennforgása bizonyított, mindenképen indokolt az antilueticus kúra bevezetése. A lues maga néha közvetett úton okozója e betegségnek. Nagy figyelem fordítandó a belsősecretiós szervek állapotára s a pajzsmirigy hypofunctiójánál ezen szerv kivonatával, menstrualis és klimaktericus zavaroknál ovariumkészítményekkel, férfiaknál herekivonatokkal, máskor a hypophysis hormonjával tegyünk kísérletet. *Sellei* pankrintabletták prolongált adagolását ajánlja, mások hormonkeverékektől láttak eredményt. Salicylsav-, arany- és arsen-készítmények belső adagolásának is vannak hivei, valamint az induratio kez-

detén a fibrolysin injectióknak is. Külsőleg rendszeres meleg fürdők és meleg pakolások, hőlégfürdő az azt követő masszázzsal (5%-os ichthyol- vagy jothion-kenőcscsel), helyileg diathermiás átmelegítések, kemény röntgensugár hoznak néha eredményt. Körülírt alaknál nem szorulunk reá, szétterjedő alakoknál azonban annál inkább reá vagyunk utalva a beteg általános hygiénés ápolására, roborálására, a következményes fekélyesedések s a kísérő, vagy alapbántalomként fennálló belszervi megbetegedések gyógykezelésére. Ezek kapcsán említhető fel, hogy napjainkban a konyhasómentes diaetának is vannak hivei a sklerodermák gyógykezelésében.

vitéz *Berde Károly* dr., egyet. magántanár.

Radiumkészítmények alkalmazása és értéke a rheumás megbetegedésekben.

Azon eljárások közé, amelyekkel a „rheuma" csoportjába foglalt, lényegében véve különböző természetű bántalmakra hatni tudunk, tartoznak a radioactiv anyagok is. Ezen anyagok bármilyen formában vigyük is őket a szervezetbe, a szétesésüknél felszabaduló α, β és γ sugaraiknak atomokat bombázó hatása révén hatnak, mely hatás egyrészt az atom electronmechanismusának befolyásolásában, másrészt ionisatiós folyamatok keltésében nyilvánul. Ennek folyománya — az ingerbehatás megfelelő intensitásánál — az atom activitásának fokozódása, a szövetek chemismusának változása, ami biologiai tekintetben a reactiv jelenségek gyorsabb lezajlásában, a localis és általános anyagcserefolyamatok fokozódásában, hyperaemia létrejöttében, általában a sejttevékenység élénkülésében jut kifejezésre.

Azon radioactiv anyagok közül, melyek a rheumás bántalmak gyógyításánál, alkalmazásra kerülnek, tekintetbe jön:

1. *A radiumemanatio,* mely a radiumelem első szétesési terméke s a nemes gázak sorába tartozó, színtelen, szagtalan, íztelen gáz. Tekintettel gáznemű halmazállapotára, vízben felfogva *per os* visszük be a szervezetbe (ritkábban *klysma* formájában *per rectum),* vagy valamely zárt helység levegőjét árasztjuk el vele s *belégzés* útján juttatjuk el a vérkeringésbe, végül „radiumos fürdő" alakjában is alkalmazzuk, amikor a fürdő vizéből elillanva, nagyrészt belégzés útján fejti ki hatásait.

2. A radium sói közül a *radiumchlorid,* vagy *radiumbromid* vegytiszta physiologicus konyhasóoldatát használjuk injectio formájában, melyet vagy a megbetegedett szerv (ízület) környékére, vagy a tompor izomzatába fecskendezünk.

3. A radioactiv anyagok *thorium* csoportjából a *radiothor* és a *thorium-X* oldatai kerülnek alkalmazásra intramuscularis vagy intravenás injectiók formájában. A thorium-X ivókúra alakjában is használható.

4. *Radiumsókat* vagy *mesothoriumot* tartalmazó párnák, a beteg szerv (ízület, izom, ideg) fölé erősítve, mint radiumos kötések heteken át viselhetők.

A szervezetbe kerülő *emanatio* a vérkeringés útján az egész szervezetet átjárja, annak minden sejtjéhez elkerül s így a vérben zajlanak le az emanatio bomlását kísérő explosiv jelenségek. Nevezetesen a szervezetben eloszlott emanatio 1%-a bomlik el óránként, még pedig α sugarak kibocsájtása közben radium „A" képződik belőle, ebből — ugyancsak α sugarak kibocsátása közben — radium „B" keletkezik, ez 27 perc alatt β és γ sugárzás közben felére esik szét és radium „C"-vé alakul, amely α, β és γ sugarakat emittál s kb. 20 perc alatt ugyancsak felére bomlik el. A további szétesési termékek gyógyhatás szempontjából nem jönnek tekintetbe. A radioactiv anyagok szétesésénél létrejövő sugarak igen erőteljes ionisatiós folyamatokat hoznak létre (0.001 mgrm. radium mp.-ként 1.36 millió α részecskét bocsát ki), a szervezet sejtjeihez eljuttatott sugárzó energia, a felvevő (kolloid) rendszer hatalmas kiterjedésű felülete folytán azonban rendkívül alacsony koncentratióban kerül oda s hatása éppen azért enyhe, lényegileg a physiologicus vagy pathophysiologicus okokból sensibilisalt sejtekre szorítkozó. A radiumsók hatása, tekintettel a radium lassú bomlására (a radiumelem felezési ideje 1600 év) practikusan évekig tart, amivel a radiumsók alkalmazásánál és dosirozásánál számolni kell. Ugyanígy a thorium-készítményeknél. A *radiothor* csak hónapok, a *thorium-X* pedig csak hetek múlva veszíti el a szervezetre való hatékonyságát. A szervezetben visszamaradt radioactiv anyagok főkép a csontrendszerben a csontvelőben, a májban és lépben kötődnek meg.

Ami már most a gyógykezelés gyakorlati keresztülvitelét illeti, úgy idült *myalgiáknál, neuralgiáknál* primaer és secundaer természetű idült *polyarthritis*-eknél, *arthrosis*-oknál (pld. *Bechterew, Strümpell-Marie* formáknál) a *radiumemanatióból* ivókura formájában 15000—30000 Mache egységnyi mennyiséget itatunk meg naponként, 4—6 héten át. Az emanatio fenti mennyisége eseteinknél — mindenesetre más eljárásokkal (fürdővel, iszappal, stb.) kapcsolatban — rendszerint elegendőnek bizonyult az épen elérhető optimalis hatás kifejtésére. Ha szükséges azonban, a r. emanatio adagja napi több százezer Mache-ig fokozható. A r. emanatiós vizet az említett alacsonyabb dosirozást feltételezve, legjobb 50 cm^3-es űrtartalmú üvegdugós üvegekbe elosztani úgy, hogy egy üvegben levő vízmennyiség 5000 Mache r. emanatiót tartalmazzon. A nap folyamán a patiens a vizet, három vagy négy részletben (minden alkalommal 1—2 üveggel) megissza. Az első adagot éhgyomorra vétetjük, a többit étkezések után, hogy ezzel is az emanatiónak gyors felszívódását s így a szervezetből való gyors eltávozást késleltessük. Köszvény esetén ajánlatos az ivókurát napi 3000—5000 Mache emanatióval kezdeni,az emanatióra könnyen fellépő túlerős reactiók elkerülése céljából. Az emanatiós vizet — radiumsók segítségével — előállító *készülékek* a kereskedelemben szerezhetők be, vagy pedig az emanatiós víz a kívánt dosisban használatra készen kapható az ilyen készülékek birtokában levő intézeteknél.*

A radiumemanatiónak *inhalálás* útján való alkalmazása a gyakorló orvos szempontjából ritkábban jöhet tekintetbe, minthogy az csupán az ú. n. *emanatoriumban* végezhető, amikor is a beteg naponta 2 óra hosszat literenkint 10—50 Mache egységnyi emanatiót tartalmazó levegőt inhalál. A kúra tartama 4—6 hét. Meg kell jegyeznünk, hogy az inhalatiós kúra némely esetben (különösen idült bántalmaknál) még akkor is hatásosnak bizonyult, amikor az ivókúra nem mutatott fel eredményt.

Mesterséges *radiumos fürdőknek* a gyakorlatban való alkalmazása nem célszerű és nem gazdaságos. A r. emanatiót sokkal biztosabban juttatjuk a el szervezetbe, ha azt a beteg megissza. Az ivókurával kapcsolatosan vett fürdőknél azután a fürdőhatás az emanatio hatásához csatlakozik. A radiumos fürdőnél szokásos emanatio különben 30.000—200.000 Mache között mozog.

A radium sóit és a radiothor-t a fent említett rheumás bántalmaknál 0.001—0.002 mgr-nyi mennyiségben szokás intramuscularisan injicialni, hetenként 2—3-szor, összesen 10—15 injectiót. *Thorium-X*-ből 10—20 elekt. stat. egységnyi mennyiséget adunk hetenkint 2—3-szor intramuscularisan, vagy naponta 10—50 elektr. st. egységet *ivó-*

* Adagonként 5000 Mache radiumemanatiót tartalmazó víz, jól záró üvegdugós üvegekben minden nap a Gellértfürdőben kapható.

kúra formájában, három-négy részletben, úgy mint azt a radiumemanatiós ivókúránál tárgyaltuk. (1 elektr. st. egység = 1000 Mache). A dosis nagysága ivókúránál, napi több száz elekt. st. egységnek megfelelően emelhető, mi azonban, akik a radioactiv anyagoknak a használatát mindig más physicalis eljárásokkal (fürdő, iszap, stb.) combináljuk, ennek szükségét nem látjuk. Minthogy a *thorium-X*, akárcsak a *radiumemanatio*, 3½ nap alatt felerészben elbomlik, úgy az ivókúrához, valamint az injectiókhoz szükséges anyagot mindig frissen kell beszerezni s a rendelésnél az elektro-statikai, illetve (radiumemanatio-nál) a Mache egységekben megadott dosis nagysága mellett az alkalmazás időpontját is fel kell tüntetni.*

A forgalomban levő *radiumos-kötések*, melyeket a fájós idegek, izmok, izületek fölé kötve heteken át szokás hordani, rendszerint olyan kevés radiumot tartalmaznak, hogy ettől gyógyhatás alig várható.

Azok a vérmes remények, melyeket a therapia a radioactiv anyagok felfedezése idején táplált, nem váltak be. Mindazonáltal a radioactivanyagok *gyógyhatását*, a rheumás bántalmak kezelésében értékesnek kell mondanunk. A myalgiák, neuralgiák, arthritisek azon eseteiben, amikor a gyógyszeres, vagy a physicalis therapia (fürdők, stb.) nem bizonyul eléggé hatásosnak és a bántalom egy helyben stagnál: nem egyszer a radioactiv anyagok alkalmazása adja meg azt a lökést, amely a pathologicus egyensúlyi helyzet megbontásához, a bántalom javulásához, gyógyulásához vezet. Tapasztalatunk szerint a radioactiv anyagoknak a rheumás bántalmaknál való gyógyhatása akkor optimalis, ha használatukat hőeljárásokkal combináljuk. Különösen a fürdőkkel, iszapborogatásokkal való combinatiójuk hatásos. Feltünő a kisebb dosisok (mindenesetre nem szabályszerű) fájdalomcsillapító hatása, ami bizonyára a radioactiv anyagoknak a lipoidokhoz való affinitásában leli magyarázatát. A gyógyeredmény az említett idült bántalmaknál nem következik be gyorsan s eléréséhez rendszerint több hét szükséges. Az alapbántalom befolyásolása mellett a radioactiv anyagok javára kell írnunk azoknak a szervezetet minden vonatkozásában *tonisáló* hatását, ami a betegségük folytán sokszor testileg leromlott betegeknél igen lényeges körülmény.

Simicska Gábor dr., főorvos.

A légcsőmetszés abszolut javalatai és kivitele.

A légcsőmetszés sok esetben a legsürgősebben elvégzendő beavatkozássá válik, mely bárhol és bármikor, gyakran megfelelő segítség és felszerelés nélkül végrehajtandó. Ilyenkor az orvos még azt sem döntheti el, hogy mi teszi oly sürgőssé a légcsőmetszés elvégzését. Az alábbiakban röviden felsoroljuk mindazon elváltozásokat, melyek a légcsőmetszést feltétlenül javalják.

1. A gégefő vagy légcső sérülései. És pedig: zúzódás, ficamodás, törés, lövés és az ezek következtében keletkezett vérzéses vizenyő.

2. Idegen testek a légutakban:

a) Idegen testek, melyek a gégefőt elzárják és felülről el nem érhetők.

b) Idegen testek, melyeknek egyéb módon való eltávolítására megfelelő felszerelés és gyakorlottság nem áll rendelkezésre.

3. A légcső és gégefő heveny gyulladásos folyamatai, ahol a nyálkahártya gyulladása, vizenyője, álhártyák okozzák az akadályt. Ide sorozhatók a szomszédos képletek (nyelv, mandula) gyulladások okozta vizenyők.

a) Diphtheria, amikor intubálás bármily oknál fogva kivihetetlen vagy elégtelen.

b) Glottisoedema, mely úgy közvetlenül marófolyadékok hatására, mint közvetve phlegmonek (száj-, szájfenék, angina Ludovici), orbánc következtében fejlődnek ki.

c) A porc körül gyulladások ugyanígy okozhatják a légutak elzáródását.

d) A gége felületes és mély genyes gyulladása (phlegmone).

4. Az idült gyulladások közül a gümőkór, a vérbaj, a skleroma adhat sürgős okot a beavatkozásra.

5. Szükület keletkezhetik sérülés, porc körüli gyulladás, gümős beszűrődés, vagy gummák gyógyulása helyén.

6. Szükület oka lehet a gégefő vagy légcső körül növekvő jó vagy rosszindulatú daganat (struma, carcinoma) gyulladás (phlegmone), ha a légutakat összenyomja.

7. A posticus bénulás belégzéses légszomjat okoz, mely sokszor teszi szükségessé a légcsőmetszést.

8. Végül ide tartoznak a gége és légcső daganatai.

A behatolás helye szerint végezhetünk tracheotomia superiort az I.—III. légcsőgyűrűn át, tracheotomia mediát az isthmus által fedett IV.—V. gyűrűn keresztül, tracheotomia inferiort az isthmus alatt a VI.—VIII. gyűrűn át. Rendszerint tracheotomia longitudinalist végzünk. A műtét technikája a következő:

A beteget félig ülő helyzetben, hátraszegzett fejjel helyezzük el. Az érzéstelenítést rhombus alakban végezzük. Sürgős esetekben érzéstelenítés nélkül végzendő a műtét, esetleg altatásban. A bőrmetszés a pajzsporc bevágásától a jugulumig terjed. A felületes nyaki bőnye behasítása után a két sternohyoideus belső széle közé jutunk, melyeket széthuzunk. A gyűrűsporc alsó szélén harántul átvágjuk a ligamentum suspensorium thyreoideaet, mire a pajzsmirigy isthmusa tompán letolható a légcsőről. A légcső mellső falát a II. légcsőgyűrűnél keskeny hegyes szikével átdöfjük és lefelé húzva a kést a középvonalban 1 és fél cm. hosszúságban végig hasítjuk. A nyílást két keskeny tompa kampóval széttárjuk és ezek közt betoljuk a canulet, melynek görbülete, vastagsága és hosszúsága az illető eset viszonyaihoz alkalmazkodik. Rendesen a felső légcsőmetszést végezzük. Az alsó légcsőmetszés inkább gyermekeknél jön szóba és a leírttól abban különbözik, hogy az isthmust felfelé huzzuk el.

A vérzést pontosan csillapítsuk, lehetőleg még a légcső megnyitása előtt. Erősebb vérzést a lobus pyramidalist ellátó arteriából vagy a pajzsmirigy viszereiből kapunk. A légcső megnyitása szabaddá teszi a légvételt, de egyuttal erős köhögési ingert vált ki, mely pillanatnyilag cocain ecseteléssel csökkenthető. A fokozott köhögés néhány napig áll fenn.

A légcsőmetszett beteg a leggondosabb utókezelést igényli. A canule kiesése, eldugulása veszedelmessé válhatik. A canule belső részét naponta kétszer vegyük ki, meleg vízzel és lúdtollal tisztítsuk meg a betapadt nyáltól. A kivétel és behelyezés a betegnek nem okoz kellemetlenséget. A sebet bevágott törlőkkel és *Billroth* köténykével védjük, melyet szalaggal a nyakra erősítünk. Legyünk figyelemmel arra, hogy kötésváltásnál a canule tartó szallagot el ne vágjuk.

A légzési nehézséget előidéző ok megszüntével a canule eltávolítható és a nyilás magától elzáródik. Ritkán marad vissza sipoly, mely műtéti beavatkozást igényel. A torzító hegek is javíthatók plasticus beavatkozással.

Czeyda Pommersheim Ferenc dr.
egyet. tanársegéd.

* Injectiós célra alkalmas radiumsók a thorium-X, physiologicus konyhasóban oldva, üvegampullákba forrasztva a budapesti Zoltán gyógyszertárban kaphatók. Ugyanitt szerezhető be az ivókúrára való thorium-X mennyiség is.