

# ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GEZA. HÖGYES ENDRE. LENHOSSÉK MIHÁLY. SZÉKELY AGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC  
VÁMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA  
POOR FERENC

GORKA SÁNDOR  
REUTER KAMILLÓ

BELÁK SÁNDOR  
HÜTTL TIVADAR

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

## TARTALOM:

**Rausch Zoltán:** A vesediathermia hatása a renalis hypertoniákra. (385—388. oldal.)

**Kulesár Ferenc:** Összehasonlító vizsgálatok ideg- és elmebeteg cisternalis és lumbalis liquorával. (388—393. oldal.)

**Batisweiler János:** A terhességi anaemia pathológiája és therapiája. (393—397. oldal.)

**Guszich Aurél és Findeisen László:** Electrodiographia alkalmazása a gyakorlati sebészetben. (397—399. oldal.)

**Böhm Sándor és Vámos László:** Esophylaxia és reticulo-endothel-rendszer. (400—401. oldal.)

**Melléklet:** Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (62—72. oldal.)

**Lapszemle:** Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. — Urologia. (401—403. o.)

**Könyvismertetés:** (403—404. oldal.)

**Egyesületek ülésjegyzőkönyvei:** (404—408. oldal.)

**Vegyes hírek:** (408. oldal és a borítólap III. oldalán.)

A kir. magy. Pázmány Péter Tud. Egyetem III. belklinikájának közleménye (igazgató: báró Korányi Sándor ny. r. tanár).

## Vesediathermia hatása a renalis hypertoniákra.

Irta: Rausch Zoltán dr., tanársegéd.

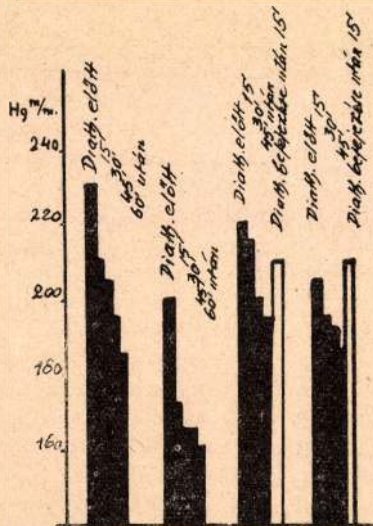
Vesebetegségekben a diathermia alkalmazása nem újkeletű; már régóta folynak erre vonatkozó vizsgálatok, azonban, amint az eddig megjelent közleményekből látjuk, ezen eljárás therapiás értékéről még nem alakult ki egységes nézet. Míg Nagelschmidt kedvező tapasztalatai alapján úgy acut, mint chronicus nephritisnél dicséri a vesediathermiát, addig Bucky és Kowarschik tartózkodó álláspontra helyezkednek és Liebesny a nephritiseket egyáltalán nem sorozza a diathermia indicatioi közé. A későbbi vizsgálatok azonban mindinkább Nagelschmidt-nek adnak igazat: Bronner és Schüller chronicus nephritisnél a diuresis fokozódását, az albuminuria eltűnését és az általános állapot javulását constatatálták s a hatást azzal magyarázzák, hogy a diathermia kitágítja a veseereket, fokozza az epithel-functiót és oldja a reflectoricus görcsöket. Kolischer glomerulonephritisnél és nephrosclerosis-nál dicséri a diathermiát, mely a vesecapilarisatiót fokozván, csökkenti a N-retentiót és serkenti a folyadék kiválasztást. Legújabbán Eppinger és iskolája, valamint Ewig és Gautenberg foglalkoztak behatóan a vesediathermia kérdésével s az általuk közölt therapiás eredmények és a hatás mechanizmusára vonatkozó fejtegetések nagyban hozzájárultak ezen eljárás gyakorlati értékének tisztázásához. Ezek a vizsgálatok acut nephritisekre vonatkoznak, therapiás eredményük az anuria megszüntetésének és a decapsulatio elkerülésének a lehetősége, elméleti értékük a diathermia hatásának az analysise. A diathermia ugyan hat a vesékre, hogy activ hyperaemiát hoz létre és csökkenti az erek tonusát, aminek a következménye, hogy az időegység alatt több vér áramlik át a veséken és a sejtek több oxygenhez jutnak. A capillarisationnak a javulása secretiofokozódást eredményez. Ép vesékben, ahol a ke-

ringést optimalisnak kell feltételeznünk, a diathermiától csak csekély hatást várhatunk. Gautenberg, Ewig és saját vizsgálataim igazolják ezen feltevést, amennyiben kitűnt, hogyha egészséges veséket diathermiázunk, úgy gyorsul ugyan a vizelet kiürülése, anélkül azonban, hogy a napi mennyiség, vagy a szárazanyagtartalom jelentékenyen emelkedne.

Ha a vesék betegek, úgy a diathermia hatása attól függ, hogy milyen természetű és foku pathológiás állapot uralkodik a vesékben. A hatásfoknak a mértéke azonban nem lehet egyedül a vesefunctionnak, hanem elsősorban azoknak a klinikai tüneteknek a viselkedése, melyek legtöbbször megelőzik, de mindig kísérik a veseműködésben beálló kóros elváltozásokat. Ilyenek elsősorban a kórosan fokozott vérnyomás és a rendszeren általa fenntartott subjectiv panaszok, mint amilyenek a fejfájás, szédülés, psychicus nyugtalanság, álmatlanság, stb. Korányi professor hívta fel a figyelmemet arra, hogy vizsgáljam meg a vesediathermiának ebből a szempontból a hatását, mert elgondolása szerint nephritisnél és nephrosclerosis-nál a hypertoniára az a vasodilatatiohoz vezető eljárás lesz hatásos és a szív munkáját meg nem terhelő, amely az érszűkületet magában a vesékben szünteti meg. Ilyen irányú vizsgálatokra vonatkozó adatokat az irodalomban nem találtam, csak néhány közleményt, mely az általános diathermiának a hypertoniára való hatásával foglalkozik. Így Humphris azt találta, hogyha a praeseroticus stadiumban alkalmazta a diathermiát, sikerült az arteriosclerosis kifejlődését, ill. progressióját késleltetni. Cotton renalis hypertoniánál nem, csak vascularis vérnyomásemelkedésnél látott a diathermiától kedvező eredményeket. Wilson Justina szerint a hatás csupán symptomaticus, amit Bauwens a diathermiázás alatt képződött nitrogyeületek belégzésének tulajdonít.

Mi a vizsgálatainkat nephrosclerosisban és chronicus nephritisben szenvedő hypertoniás betegeknél végeztük. Ezen kísérleteknek elsősorban célja volt eldönteni, hogy a veséknek diathermiával egy bizonyos ideig való átmelegítése befolyásolja-e és ha igen, milyen mértékben a kórosan fokozott vérnyomást? A vesék dia-

thermiázását úgy végeztük, hogy mindkét vese vetületének megfelelően egy-egy 60 cm<sup>2</sup>-es electrodot helyeztünk a costo-vertebralis sarkokba s azokat a test saját súlyával rögzítettük. Szemben az aktív electrodokkal a hasfal felső részére egy 200-as lemezt erősítettünk homokzsákkal. Evvel biztosítottuk az áramvonalaknak a vesékben való koncentrációját. A vizsgált betegeket — az electrodok elhelyezése után és a Riva Rocci-készülék manchettájának felerősítése után — 15—20 percig pihentettük majd megmértük a vérnyomást és bekapcsoltuk az áramot. Az áramerősség mértéke a beteg subjectiv melegezése volt és átlag 1—2 A. között ingadozott. A diathermiázás alatt 15 percnként ellenőriztük a vérnyomást, 45—60 perc múlva kikapcsoltuk az áramot, de a beteget még további 15 percig változatlanul fekdüni hagytuk és ezután még egyszer megmértük a vérnyomást. A vesediathermiát a betegek kivétel nélkül jól tűrték s kellemes és megnyugtató eljárásnak minősítették. Egy ilyen vesediathermiának a vérnyomásra való hatását a mellékelt (1. sz.) ábra szemlélteti, melyen négy esetnek a görbéi vannak feltüntetve. Ebből láthatjuk, hogy a vérnyomás már 15 perc után csökken s a maximális sülyedés a kezelés végén következik be. Átlagban a vérnyomás csökkenése egyszeri vesediathermiázás alatt 20—40 Hg mm-t tesz ki. Ha az áram kikapcsolása után újból kontrolláljuk a vérnyomást, úgy azt látjuk, hogy az ismét felemelkedik s többnyire eléri a kezdeti értéket, amiből kétséget kizárólag következik, hogy a vérnyomás sülyedését a diathermiának a vesékre való direct hatása hozza létre. Erre mutat az is, hogy ha pl. kezelés közben hirtelen kikapcsoljuk az áramot, úgy a már sülyedésben levő vérnyomás azonnal emelkedik, míg ha ismét bekapcsoljuk, újra csökken. Ha a beteget a vesediathermia alatt valamilyen psychicus trauma éri, arra könnyen vérnyomás-emelkedéssel reagálhat, ami azonban csak muló jelenség és a vesediathermia végső eredményét nem befolyásolja. A vesediathermiának a renalis hypertoniákra gyakorolt vérnyomást csökkentő hatása elég általános és csak ritkán találkozunk olyan esetekkel, melyek ezen eljárásra nem reagálnak. A reactio nagyságában azonban már nagyobb eltérések mutatkoznak s e tekintetben vizsgálataink-



46—60' diathermia hatása a kórosan fokozott vérnyomásra.

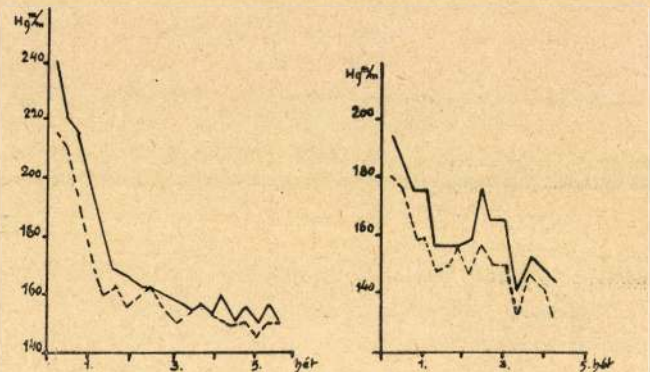
1. ábra.

ból azon megállapításra jutottunk, hogy minél távolabb van a kórosan fokozott vérnyomás értéke a normalistól, annál nagyobb a vesediathermiára bekövetkező vérnyomás csökkenés.

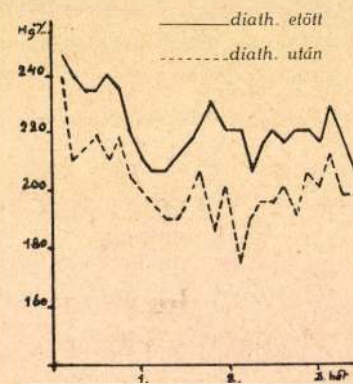
További vizsgálataink arra irányultak, hogy lesz-e a rendszeresen folytatott vesediathermiának a hyperto-

niára tartós és a kisérő klinikai tünetekre valamilyen kedvező hatása? Ennek eldöntésére különböző aetiologiájú és különböző stadiumban levő hypertoniáknál végeztünk folytatólagos vesediathermia-kezeléseket, melyeknek eredményeit 3 csoportban foglaltuk össze.

Az első csoportba tartoznak azok a korai stadiumban levő nephrosclerosisok, melyeknél a vérnyomásemel-



Sz. L. Nephrosclerosis (labil hypertonia) R. A. Nephrosclerosis (labil hypertoxia) 1931. IX. 15.—X. 26.



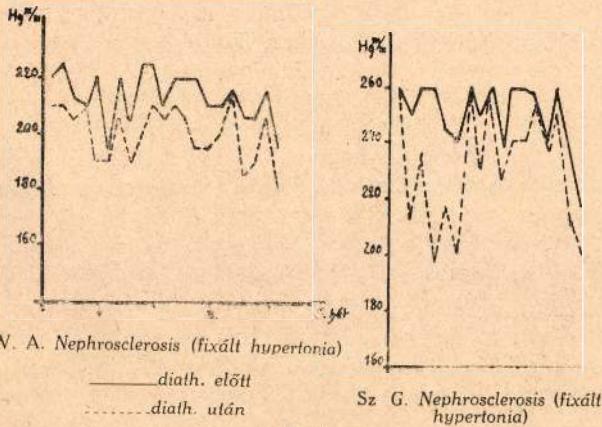
Z. A. Nephrosclerosis (labil hypertonia)

2. ábra.

kedés nagy labilitást mutat, de a vesefunctio még intact és főleg subjectiv panaszok állanak előtérben. Ezen betegknél a kezelést úgy végeztük, hogy az első időben — 1—2 hétig — naponta, majd később másodnapként alkalmaztuk 1/2—1 óráig a diathermiát mindkét vesére s úgy a kezelés előtt, mint után megmértük a vérnyomást s a kapott értékekből görbéket szerkesztettünk. A kezeléseket a napnak mindig ugyanazon időpontjában végeztük s a betegeket a diathermián kívül semmi más kezelésben nem részesítettük. A vizsgált betegek egy része klinikánkon feküdt, másik része ambuláns volt. A rendszeres vesediathermia-kezelések labilis hypertoniánál a vérnyomásnak tartós sülyedését eredményezték. Amint a mellékelt görbéken (2. sz. ábra) láthatjuk, a vérnyomás már többnyire az első hét után alacsonyabb szintre száll le és kisebb-nagyobb ingadozásokkal azon meg is marad. Nagyon jól láthatjuk a görbéken, hogy amíg a vérnyomás magas, a diathermia alatti csökkenés mennyivel kifejezettebb, mint amikor már alacsonyabb szinten mozog. Az itt demonstrált 3 esetben a vérnyomás a sülyedés legmélyebb pontján sem éri el ugyan a normalis értékhatárt, azonban a csökkenés igen jelentékeny, 40—60 Hg mm között mozog. A kezelések tartama ezen eseteinkben 4—12 hét volt aszerint, hogy milyen gyorsan és milyen mértékben reagáltak a diathermiára. A kúra beszüntetése után továbbra is igyekeztünk a betegeket kontroll alatt tartani, hogy ellenőrizhessük az utóhatás tartósságát. Ott, ahol ez sikerült, azt találtuk, hogy a vesediathermia után a vérnyomás szintjében bekövetkezett csökkenés még hetek,

sőt hónapok mulva is megmaradt, vagy csak kisebb, az eredeti magasságtól még távolálló emelkedéseket ért el. A vérnyomásra való hatásánál is kifejezettebb a vesediathermiának a befolyása a subjectiv panaszokra. *Már néhány kezelés után megszűnnek a szédülési rohamok, a fejfajás, fejfájás és vértódulás, enyhül az általános ingerlékenység, az álmatlanság és a nyugtalan alvás.* A subjectiv állapotnak ez a nagyfokú javulása is tartós s a panaszok csak akkor térnek vissza, ha a vérnyomás újból emelkedni kezd. Ha ilyenkor megismételjük a diathermiakezelést, úgy a tünetek megint gyorsan visszafejlődnek s a beteget hosszú időre ismét tünetmentessé tehetjük.

A második csoportba soroztuk a merev hypertoniával járó nephrosclerosisokat, melyeknél a vérnyomás rendszeren magas értékeken fixálódott, nem mutat extrem ingadozásokat s a vesefunctionak már kifejezett zavara áll fenn. Ha az ilyen betegeknek végzünk sorozatos vesediathermiakezelést, úgy nem látjuk azokat a szép eredményeket, mint az előbbi csoportnál. A tensio ugyan ezeknél is leszáll a diathermiázás alatt — sőt a csökkenés igen tetemes is lehet (3. sz. ábra) — azonban a vérnyomás szüntje tartósan nem, vagy alig változik. Egyedül a subjectiv panaszok azok, melyekre itt is kedvező hatással van a vesediathermia s e tekintetben az eredmény elég tartósnak

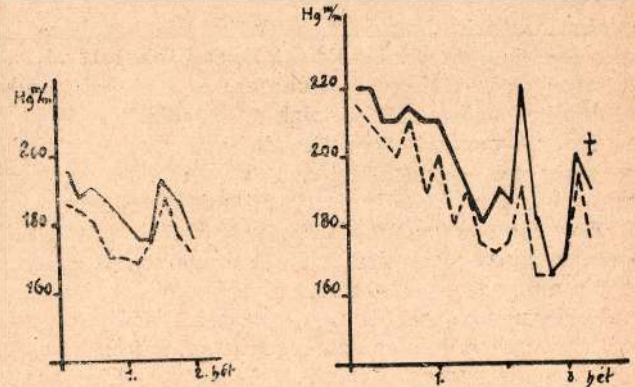


3. ábra.

is bizonyul. A vesefunctio kifejezett javulását azonban 3—4 hetes kezelés után egy esetben sem észleltük.

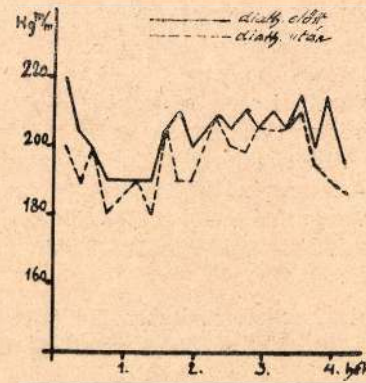
Nagyon hasonlóan viselkednek a harmadik csoportba tartozó chronicus nephritisek is. Ezeknél a diathermia alatt aránylag a legkisebb a vérnyomás csökkenése — 10—20 Hg mm — s néha ez is elmarad. Könnyebb esetekben, ha nap-nap után folytatjuk a kezelést, sikerül ugyan a vérnyomás szintjét lejjebbállítani, azonban, amint kihagyjuk — ha csak 1—2 napra is — a diathermiát, úgy a vérnyomás ismét az eredeti értékre emelkedik (4. sz. ábra K. A.). Súlyosabb esetekben az eredmény még kevésbé tartós (4. sz. ábra K. S.). Praeuraemiás stadiumban levő nephritiseknél szintén értünk el átmeneti eredményt s amint a mellékelt görbéből (4. sz. ábra K. Ö.) láthatjuk a vérnyomáscsökkenés az első hét után tetemes fokot ért el, azonban itt is a diathermia kihagyása azonnali visszaesést eredményezett. Újból alkalmazva a kezelést, a vérnyomás ismét közel 160 Hg mm-ig csökkent, mégis pár nap mulva bekövetkezett az exitus. *Nagyon jó hatással van azonban a vesediathermia a chronicus nephritisnél is a subjectiv tünetekre s különösen a tartós fejfájások azok, melyek igen jól és elég tartósan reagálnak ezen kezelésre.* Egyik súlyos esetünkben (4. sz. ábra K. S.) dacára, hogy a vérnyomás nem mutatott kifejezett reactiót, azért folytattuk négy héten keresztül a kezelést, mert általa a beteget ezen idő alatt majdnem tünetmentesen tudtuk tartani, ami viszont eddig semmi más eljárással ilyen mértékben nem sikerült. Ez a betegünk a

kura befejezése után is még néhány hétig aránylag jól érezte magát, de csakhamar visszakерült a klinikára praeraemiás tünetekkel. Ez a tény, hogy vesediathermiával



K. A. Nephritis chronica.

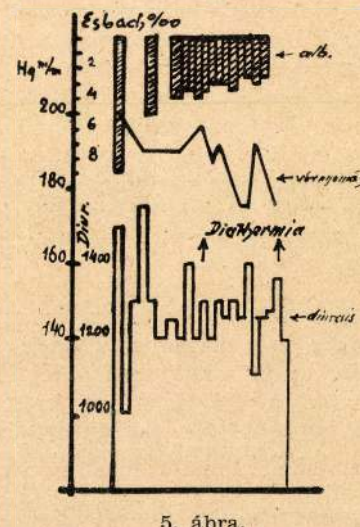
K. Ö. Nephritis chronica 'praeraemiás'



K. S. Nephritis chronica (gravis)

4. ábra.

chronicus vesegyulladásban a vérnyomásnak hacsak átmeneti csökkenését és a tüneteknek tartósabb javulását el is tudjuk ugyan érni, anélkül azonban, hogy a progressiót is befolyásolhatnánk, arra mutat, hogy a diathermia a vesefunctiót serkenteni már nem képes. Ez legfeljebb könnyebb esetekben volna várható, ahol még elég ép parenchyma áll rendelkezésünkre, amely a tökéletesebb capillarisationra fokozott secretióval reagál. Egy könnyebb betegünkben (5. sz. ábra) tényleg constatalni tudtuk a vese-



5. ábra.

diathermia után az albuminuria kislejű javulását. Arra nézve, hogy a csökkent Cl, vagy N-tolerantia számszerűleg fokozható-e vesediathermiával, eddigi vizsgálataink nem

adnak biztos feleletet, de remélni lehet, hogy friss esetben kellő hosszú ideig alkalmazott kezelés eredménnyel fog kecsegtetni.

Összegezve vizsgálataink eredményeit, arra a megállapításra jutunk, hogy a vesediathermia kezeléssel sikerül a renalis hypertoniáknál a kórosan fokozott vérnyomást bizonyos mértékben csökkenteni és a kísérő klinikai tüneteket kedvezően befolyásolni. A vesediathermia hatásának az értelmezését megnehezíti, hogy a hypertonia lényege sincs még teljesen tisztázva. A vesébajok hypertoniájának csökkenése a vesék diathermiás kezelésének hatása alatt *Korányi Sándor* felfogásának igazolása a vesebajos hypertoniák pathogenesis felől. A hypertoniát ma már mindenki a fokozott periphericus akadályhoz alkalmazkodó szívműködésnek tulajdonítja. A fokozott akadály két részből áll: a renalisból és az extrarenalisból. *Korányi* szerint az extrarenalis vasoconstrictiot a beteg vesék ischaemiájával összefüggő inger váltja ki. Az így keletkező nagy kiterjedésű collateralis érszűkület a véráram renalis és extrarenalis része közti viszonyt a renalis javára módosítja és ha a szív a keringésnek fokozott akadályához teljesen alkalmazkodott, akkor a szervezet eléri azt, hogy a vesebeli erek állapotának következményeit a collateralis érösszehuzódás, az egész rendszerét pedig a fokozott szívműködés korrigálja. A vesediathermia e mechanismusnak a megindítójára hat: a vesékben létrejövő értágulat a reguláló vasoconstrictiót oldja meg és az akadály e változásához alkalmazkodó szív mérsékli működési energiáját.

A hypertonia kezdeti szakában az érösszehuzódások rendszeren tisztán functionalis természetűek és csak ha a vérnyomást fokozó behatás hosszabb ideig áll fenn, kerül sor az intima szöveti megbetegedésére. Elsősorban a vese arteriolái azok, melyek sclerotisálódnak és ezáltal a keringés akadályát tovább növelik. Ebben az esetben azonban az érösszehuzódás nemcsak a primär megbetegedett szervben, hanem a compensatio szolgálatában álló collateralis erekben is tovább fokozódik, mint amennyire a kóros folyamat és annak compensatiója megkívánja. Ekkor tehát a hypertonia két componensre bontható, és pedig *Korányi* szerint egy obligatra és egy járulékosra, illetve egy compensatoricusra és egy pathologicusra. Utóbbi ingadozásaival okozza a legtöbb subjectiv panaszt s miután minden tekintetben káros, a helyes therapiának lehetőleg ez ellen kell irányulnia. A vesediathermiával elért eredmények ezen feltevés helyességét igazolják, mert azt látjuk, hogy vesediathermiára a vérnyomást csak bizonyos határig tudjuk leszállítani és a hypertonia egy bizonyos fokig mindig megmarad s ez a diathermiára már nem reagál. Ez utóbbi az obligat része a hypertoniának s az, ami leszállítható a járulékos, amit bizonyít az is, hogy vele együtt a subjectiv panaszok is eltűnnek. A merev hypertoniák majdnem tisztán obligatak lévén, érthető, hogy a vesediathermia hatása itt csekély és ott, ahol mégis javulás mutatkozik, fel kell vennünk, hogy járulékosan complicalódott.

Chronicus nephritisben *Volhard* szerint a hypertoniát vagy a vesekeringés és a normalisan functionalis szövetállomány reduciója, vagy a különben kielégítő állományú veseparenchyma ischaemizálódása folytán bekövetkezett functio-csökkenés okozza. Itt a vesediathermia talán ugyan, hogy a vérkeringést lokálisan javítva csökkenti az ischaemiát és fokozza a functiót s ezáltal indirect leszállítja a vasomotorcentrum tülengerlékenységét, aminek következtében a consensualis érterületekben is csökken a keringési akadály. Evvel volna magyarázható, hogy vesediathermia hatására chronicus nephritisnél is szűnnek a fejfájások és az egyéb agyi tünetek.

Vizsgálataink alapján tehát a vesediathermia gyakorlati értéke igazolást nyert és indicatiós területe a renalis hypertoniákkal bővült. Rendszeres alkalmazása a nephrosclerosis korai stadiumában objectiv, előrehaladott nephrosclerosisnál és chronicus nephritisnél pedig legáltalább is symptomaticus javuláshoz vezet, ami legtöbbször jobb és tartósabb, mint az eddig használatos eljárásokkal elért eredmények

A m. kir. Tisza István Tud. Egyetem ideg- és elmeklinikájának közleménye. (Igazgató: Benedek László ny. r. tanár.)

## Összehasonlító vizsgálatok ideg- és elmebetegek cisternalis és lumbalis liquorával.\*

Irta: *Kulcsár Ferenc* dr., tanársegéd.

*Mikó Eskuchen*<sup>1</sup> az 1923-ik évi müncheni dermatologiai congressuson a discussio kapcsán először ismertette a suboccipitalis punctio módszerét, mint arra egy évvel később írt dolgozatában kitért — a congressus résztvevői mosolygással és felháborodott fejszóválással fogadták szavait. A kritikának ez a sajtószerevény megnyilvánulása a sp.-val szemben localis jellegű maradt és az 1—2 évvel később megjelent közleményekben *Wartenberg*<sup>29</sup>, *Pfister*<sup>12</sup>, *Nonne*<sup>11</sup>, *Hartwich*<sup>7</sup>, *Besch*, valamint magyar részről *Benedek*<sup>4</sup>, *Jánossy*<sup>8</sup>, *Sarbó*<sup>13</sup>, *Thurzó*, *Schuster*<sup>16</sup>, stb. mellette foglaltak állást. Kedvezően hatott az sp. gyors elterjedésére az a körülmény is, hogy időközben ismeretessé vált *Ayer*, *Essick* és *Wegeforth* ú. n. direct módszere, valamint nagy számmal végzett sikeres punctiója és nemkülönben az a körülmény, hogy a Sicard-féle lipiodolos myelographia igen értékes diagnostikai segédeszköznek bizonyult a spinalis passage zavar kimutatására.

1928-ban a Magyar Elmeorvosok értekezletén az sp. jelentőségéről tartott előadásomban már 14 ezer punctióról emlékezhettem meg részben klinikánk és az idevágó irodalom adatai alapján. Ez a szám azóta természetesen lényegesen emelkedett; így az általunk végzett punctiók száma az utolsó 2½ év alatt 1400-ról 3200-ra ugrott fel. Ugyanakkor már érintettem azt a kérdést, hogy vajjon a cisternalis liquor vizsgálata általában juttat-e bennünket oly értékes adatok birtokába a központi idegrendszer megbetegedéseit illetőleg, mint a lumbalisé. A jelenleg rendelkezéseimre álló 150 klinikailag észlelt betegnél végzett kettős punctio alapján némiképp feljogosítva érzem magam az önálló állásfoglalásra, mivel ez a szám *Teschler*<sup>17</sup>, *Baumann*<sup>3</sup>, *Memesheimer*<sup>10</sup>, *Schenk*<sup>14</sup>, *Schönfeld*<sup>15</sup>, összeset számának kb. ¾ részét teszi ki. Az esetek diagnosis szerint a következőképen oszlanak meg: dem. pp. 50, tabopp. 6, tabes 14, lu. cerebri 7, sclerosis multiplex 14, myelitis, meningomyelitis 12, compressió myelitis 9, encephalitis chr. 3, tumor cerebri 4, egyéb ideg- és elmebaj 31.

A punctiókat majdnem kivétel nélkül ülő helyzetben egymásután végeztük, előbb cisternalisan, majd lumbalisán. A liquor vizsgálata a sejtszámoláson kívül, a Pándy, Nonne-Apelt, Weichbrodt, schellack, goldsol, bicolorált mastix és Wassermann reakciókra terjedt ki. Azonkívül az esetek egy részében fehérje (Nissl csőben és diaphanometriás eljárással) és cukor (Mestrezat) meghatározást is eszközöltünk.

A táblázatokon a csoportosítás a diagnosis szerint történt. A „p” jelzés pathológiás értéket jelent, az „n” pe-

\* Előadva a Magyar Elmeorvosok XI. Értekezletén 1931. június 2-án.

dig normalisat. A p/n megjelölésnél a pathológiás érték aszerint vonatkozik a cisternalis, illetve a lumbalis liquorra, amint a megfelelő rovat felett a cist., vagy lumb. liquort jelző c., vagy l. van a nagyságot feltüntető <-jel szárai közt. A — n a + értéket mutatja.

A sejtszámnál határérték gyanánt az eddig általánosan elfogadott 5 szám helyet 8/3-at vettem, mivel *Kafka*<sup>9</sup> újabb megfigyelése szerint a fehérje relatiók viszonyának vizsgálata sok olyan pathológiás esetől, amelyek liquor vizsgálati eredményét eddig a normalis esetek csoportjába kellett sorolni, — kiderítette, hogy fehérje relatiójuk kóros és a sejtszám ilyenkor 8/3-nál nagyobb. Különben ez a 8/3 határérték megfelel *Neel* adatának is. A globulin reakciók rovata alatt összefoglalólag a Pándy, Nonne-Apelt és Weichbrodt reakciók értendőek. A WaR-t kitérítve végeztük. A kolloid reakciónál a két csőre terjedő kis eltéréseket is figyelembe vettük; az „e” jelzés a kiesési maximum megnagyobbodását jelenti, a „j. e.” jobbra eltolt görbére utal, „b. e.” pedig a baloldali zónába mutatkozó elváltozást jelzi.

A pp. eseteknél (1. táblázat) a c. és l. liquor a sejtszám szempontjából a következő azonos, illetve eltérő vizsgálati eredményt adta: a c. liquor sejt tartalma nagyobb volt az l. liquorénál 8 esetben, ezek közül egyszer mindkettő normalis értékkel bírt, míg 7-nél pathológiás értékek álltak szemben egymással. A l. liquor több sejtet tartalmazott a c.-nél 40 esetben. Ezek közül normális volt mindkét liquor sejttartalma 9 esetben, kóros volt a l. liquor sejttartalma normalis c. sejttarték mellett 9 ízben és 22-szer úgy a c. mint l. li. pathológiás sejtszámmal rendelkezett. Két esetben egyezett a liquorok sejttartalma pozitív, illetve negatív sejttarték mellett. A Pándy, Nonne-Apelt, Ross-Jones, Weichbrodt reakciók eredményei a következőképpen oszlottak meg: egy esetben voltak a c. liquor globulin reakciói pozitívak, szemben a l. liquor negatív globulin r.-val; kérdéses jelzésűek voltak a c. liquor-ral végzett globulin reakciók három esetben, amikor a l.

1. táblázat.

Dem p. p. 50	c > l			l > c			c = l	
Sejtszám	n n 1	p n 7	p p 7	n/n 9	p/n 9	p/p 22	n 1	p 1
Globulin r.	p/n 1	p/p		p-n 1	p/n 3	p/p 18	n 27	p
Schellack r.	p n	p/p 2		p n	p/p 1		n 1	p 38
Wa. R.	1 2 3 4 5 p/n p/n 3 1			1 2 3 4 5 p/n p/p 2 2 6 2			n 7	p 20
Fehérje	3			13			6	
Cukor	12			11			17	
Aranysol r.	e 13	j. e. 1	b. e.	e 17	j. e. 3	b. e.	n 2	p 4
Bicol. mastix r.	e 17	j. e. 1	b. e.	e 26	j. e.	b. e.	n 1	p 5

liquor r.-a pozitív eredményű volt; míg a c. li.-ban teljesen negatív globulin reakciók mellett 18 esetben mutattak az l. li. globulin reakciói pozitívítást. 27-szer egyforma erősségekben voltak pozitívak, egyszer pedig egyformán negatívak, úgy a c., mint a l. liquorban a globulin reakciók.

A schellack reakciók eredményei kétszer voltak erősebbek a c. liquorban, egyszer a l.-ban és 38-szor úgy a c., mint l. liquor egyforma pozitívítással rendelkezett, egy esetben pedig egyformán negatív volt. Kiemelendő tehát a schellack r. rendkívüli egyezősége. A fehérje tartalom

2. táblázat.

Tabopp. 6	c > l			l > c			c = l	
Sejlszám	n n	p/h	p p 3	n/n	p/n 1	p/p 1	n	p
Globulin r.	p/n 2		p p	p/n 2		p p	n	p 2
Schellack r.	p n		p p	p n		p p	n	p 6
Wa. r.	1 2 3 4 5 p/n p p 2			1 2 3 4 5 p n p p			n	p 3
Fehérje	2							
Cukor	3			3				
Aranysol r.	e 3	j. e.	b. e.	e	j. e. 1	b. e.	n	p
Bicol. mastix r.	e 3	j. e.	b. e.	e 2	j. e.	b. e.	n	p

hat ízben egyezett, háromszor a c. liquornak volt nagyobb fehérje tartalma és 13-szor l.-nak. A cukor tartalom 17 esetben volt egyforma a két helyről vett liquorban, 11 esetben a l. bírt nagyobb értékkel és 12 esetben a c. liquor. A WaR. a paralyticus liquoroknál három esetben volt egy higitási fokkal magasabban pozitív és egyszer két fokkal a c. liquorban. A l. liquor 12 szer volt egy higitási fokkal, kétszer két higitási fokkal, hatszor három és kétszer négy, tehát összesen 22 esetben mutatott erősebb pozitívítást. Egyforma erősségű volt az alacsonyabb titerekben is a WaR. 20 esetben, míg hétszer mindkét helyről vett liquor egyaránt negatív eredményt adott. A goldsol reactio a c. liquorban 13-szor volt erősebb és egyszer adott emellett még jobbra eltolt kiesést. A l. liquor 17 esetben rendelkezett nagyobb pozitívítással és azonfelül három esetben a görbe jobbra eltolódott volt. Négy esetben egyforma mély volt úgy a c., mint a l. liquor görbéje és végül két esetben teljesen negatív görbét kaptunk mindkét részről.

Itt megjegyezni kívánom, hogy paralyticus betegeknek nagyrésze különféle lázas kezeléseken (malária, recurrens, sodoku, pyrifera, neosaprovitan) esett át és ez magyarázza, hogy a négyes reakció egyik vagy másik tagja, vagy valamennyi negatív eredményt adott.

A hat taboparalysises eset (2. táblázat) közül a kóros sejtszám nagyobb volt a c. liquorban háromban, egy esetben normalis c. sejtszám mellett az l. liquor tartalma pathológiás értéket adott és végül két esetben lumbalis liquor sejttartalma mutatott erősebb szaporulatot. A globulin reakciók egyformán pozitívak voltak két esetben; nagyobb volt a pozitívítás a l. liquorban kétszer és két esetben negatív globulin reakciókkal szemben a cisternalis részen volt kóros globulin szaporulat. Schellack reakció egyformán pozitív volt mind a hat esetben. A WaR. háromszor volt egyformán pozitív a c. és l. liquorban, egyszer csak egy higitási fokban és kétszer három higitási fokban mutatkozott nagyobb pozitívítás a l. liquor részéről. A cukorérték háromszor a cisternalis és három-

szor a lumbalis liquor részéről volt magasabb. A goldsol r. görbéje három esetben volt mélyebb a c. liquorral. A l. liquor egyszer jobbra eltolt görbét adott. A mastix r. hasonlóképen háromszor adott mélyebb kiesést c. liquorral, kétszer volt a l. liquor részéről mélyebb görbe és egyszer jobbra eltolt.

14 tabeses eset (3. táblázat) közül 12-nek a sejtszáma következőképen oszlik meg: a c. liquorban a pathológiás sejtszám egyszer volt magasabb, a lumb. hatszor, azonkívül normalis cisternalis sejtszám mellett pathológiás értékeket találunk a l. liquorban kétszer és a normalis értéken belül egyszer. A két esetben egyező sejtszám közül egyszer normális és egyszer kóros érték szerepelt. A globulin reakciók a c. liquorban egyszer voltak erősebbek; a lumbalisban hasonlóan egy ízben, míg öt esetben egyező pozitívást mutatott mindkét érték, azonkívül háromszor egyformán negatívok voltak. A l. liquorral a schellack reakció kétszer volt erősebben pozitív, kilenc ízben egyforma pozitív reakciókat kaptunk mindkét liquorral és kétszer negatívot. WaR. háromszor volt egyformán pozitív, négyszer negatív. Egy esetben a negatív cisternalis liquorral szemben a lumbalis liquor a magasabb titerekben +es pozitívást mutatott és azonfelül egy esetben a cisternalis li. pozitív-negativitása mellett a lu. li. ++es pozitív volt. A goldsol görbe a cisternalis liquorral egyszer volt mélyebb, a lumbalissal ötször és azonfelül még egy esetben jobbra eltolt. Egyformán pozitív volt két ízben és negatív háromszor. A mastix reactio kicsapódási zónája a cisternalis liquorral öt esetben volt nagyobb, a lumbalissal nyolcszor és csak egyszer volt mindkettő negatív. A fehérje tartalom egyforma volt egy esetben, míg négyszer a l. liquoré volt magasabb. A cukor a c. liquorban hatszor volt magasabb százalékban jelen, kétszer a l.-ban és egy ízben mindkettőnek egyenlő volt az értéke.

Lues cerebri esetekben (4. táblázat) normalis értékek mellett nagyobb volt a c. liquor sejtszáma egyszer,

3. táblázat.

Tabes dors. i4	c > l			l > c			c = l	
Sejtszám	n/n 1	p/n 1	p/p 1	n/n 1	p/n 2	p/p 6	n 1	p 1
Globulin r.	p/n		p/p	p/n		p/p 5	n 3	p 5
Schellack r.	p/n		p/p	p/n		p/p 2	n 2	p 9
Wa. R.	1 2 3 4 5			1 2 3 4 5			n 4	p 3
	p/n p/p			p/n p/p	1 1 2 4	p/-n 1		
Fehérje				4			1	
Cukor	6			2			1	
Aranyosol	e 1	j. e. 1	b. e. 1	e 5	j. e. 1	b. e. 1	n 3	p 2
Bicol. mastix r.	e 5	j. e. 1	b. e. 1	e 8	j. e. 1	b. e. 1	n 1	p 1

magasabb volt a pathológiás sejtszám a c. liquorban ugyancsak egyszer, míg a l. liquor sejtszáma a normalis határon belül kétszer volt nagyobb, normalis c. sejtartalom mellett a l. liquor pathológiás sejtértékkel bírt egyszer és végül a sejtszám kóros fokozódása a lumbalis ré-

szben egy ízben volt magasabb. Normalis egyenlő érték szerepelt mindkét részen egy esetben. A globulin reakciók háromszor egyezően negatívok voltak, egyszer pedig pozitívok. Nagyobb volt a globulin szaporodás a l. liquorban két esetben. Míg kérdéses jelzésű l. globulin reakciókkal

4. táblázat.

Lues cerebri	c > l			l > c			c = l	
Sejtszám	n/n 1	p/n 1	p/p 1	n/n 2	p/n 1	p/p 1	n 1	p 1
Globulin r.	p/-n 1		p/p	p/n		p/p 2	n 3	p 1
Schellack r.							2	3
Wa. R.	1 2 3 4 5			1 2 3 4 5			n 3	p 1
	p/n p/p			p/n p/p	1 1	1		
Fehérje							1	
Cukor	1						3	
Aranyosol r.	e 1	j. e. 1	b. e. 1	e 2	j. e. 1	b. e. 1	n 1	p 1
Bicol. mastix r.	e 1	j. e. 1	b. e. 1	e 6	j. e. 1	b. e. 1	n 1	p 1

szemben a c. liquor kifejezetten pozitív eredményt adott egy ízben. A schellack reakció kétszer egyezően negatív és háromszor pozitív eredményt adott mindkét liquorral. WaR. háromszor volt egyformán mindkét helyen negatív, egyszer + és egyszer pozitív. Teljesen negatív c-liquorral szemben l. liquor a 0.3 hígítástól kezdve +, illetve ++es volt egy esetben, míg egy másik esetben mindvégig magasabb pozitívással bírt a l. liquor. A fehérjetartalom egy ízben egyező volt. A cukortartalom háromszor volt egyforma, egyszer a c. részen magasabb. A goldsol görbe mélyebb volt a c. liquorral egyszer, a lumbalissal egyszer és egyformán negatív egy esetben. Míg a mastix reakció a c. liquorral csak egyszer adott mélyebb kiesést, addig a lumbalissal hat ízben.

A sclerosis multiplex liquorokból (5. táblázat) két normalis és két pathológiás sejtszám érték mellett nagyobb volt a c. liquor sejtartalma, négyszer volt nagyobb a normalis sejtszám a l. liquorban, három esetben kaptunk normalis c. sejtszám mellett pathológiás értékeket a l. liquorban és három esetben volt erősebben megszorodott a pathológiás sejtszám a l. liquorban. A globulin reakciók a c. liquorban egy esetben mutattak pozitívást a rendes l. globulin tartalommal szemben; a negatív c. globulin reakciók mellett egy esetben pozitívek voltak a l. részen; kérdéses c. liquor mellett két esetben volt pozitív a l. liquor; hat esetben a globulin szaporulat a l. liquorban kifejezetten volt; egyezően negatív volt két esetben a l. és c. liquor és egyszer pedig mindkettő egyaránt pozitív. A schellack reakció eredménye nagyobb pozitívást mutatott a c. liquorban egyszer, a l.-ban négyszer, az egyformán pozitív volt nyolc esetben. A WaR. úgy a l., mint a c. liquorban negatív volt. A goldsol reakció erősebb volt a c. liquorban kétszer, jobbra eltolt görbét kaptunk egyszer, l. liquorban négy esetben volt nagyobb a kiesés és hat esetben egyformán negatív. Bicolorált mastix reakció görbéje a c. liquorban négyszer volt mélyebb, a l.-ban kilenc esetben és egyszer jobbra eltolt volt a görbe. A

fehérje tartalom a c. liquorban egyszer volt nagyobb, a l.-ban négyszer és egyszer egyező. A cukorérték kétszer volt magasabb a c. liquorban, a l.-ban hatszor és egyenlő volt két esetben.

5. táblázat.

Sclerosis multiplex 14	c > l			l > c			c = l	
	n/n 2	p/n	p/p 2	n/p 4	p/n 3	p/p 3	n	p
Sejtszám								
Globulin r.	p/n 1		p/p	p/n p/n 1 2		p/p 6	n 2	p 1
Schellack r.	p/n		p/p 1	p/n		p/p 4	n	p 8
Wa. R.	0			0			0	
Fehérje	1			4			1	
Cukor	2			6			2	
Aranysol r.	e 2	j. e. 1	b. e.	e 4	j. e.	b. e.	p 6	p
Bicol. mastix	e 4	j. e.	b. e.	e 9	j. e. 1	b. e.	n	p

Myelitis. meningomyelitis esetekben (6. táblázat) a sejtszám többnyire kóros volt. A c. liquorban a normalis értéken belül egy ízben, pathológiás értékek mellett pedig ugyancsak egy ízben volt magasabb a sejtszám. A kóros sejtszám szaporodás kifejezettebb volt a l. részen öt esetben. Normalis és pathológiás sejtszám 1—1 esetben volt egyező mindkét részen. A l. liquor negativ globulin reakcióival szemben a c. liquorban positiv reakciókat kaptunk egy esetben. Hasonlóképpen a l. li.-ban egy ízben mutatko-

6. táblázat.

Myelitis, meningomyelitis 12	c > l			l > c			c = l	
	n/n 1	p/n	p/p 1	n/n	p/n	p/p 5	n/n 1	p 1
Sejtszám								
Globulin r.	p/n 1		p/p	p/n 1		p/p 4	n 1	p 4
Schellack r.	p/n 1		p/p 1	p/n 1		p/p	n 2	p 4
Wa. R.	0			0			0	
Fehérje				1			3	
Cukor	2			4			1	
Aranysol r.	e 2	j. e. 2	b. e.	e 3	j. e. 3	b. e.	n 1	p
Bicol. mastix r.	e 5	j. e.	b. e.	e 2	j. e. 5	b. e.	n	p

zott globulin szaporodás a c. liquor negativ globulin reakcióival ellentétben. Erősebbek voltak a globulin reakciók lent négy ízben. Egy esetben úgy a c., mint l. liquorban negativak voltak a globulin reakciók és négy esetben egyformán positivak. A schellack r. a cisternalis liquorban

egy alkalommal volt positiv, míg lent ugyanakkor negativ. Nagyobb positivitást észleltünk a c. liquor részéről egy esetben. Negativ c. reakcióval ellentétben a l. liquor positiv eredményt adott egy esetben. Egyik részen sem mutatkozott positivitás két esetben, míg négy ízben a positivitás egyforma erősségű volt. WaR. minden esetben negativ volt. A fehérje tartalom egy ízben volt a l. részen magasabb, háromszor pedig egyforma. A cukorérték nagyobb volt a c. liquorban kétszer, a l.-ban négyszer és egyező egy alkalommal. A goldsol r. görbéje mélyebb volt c. liquorban kétszer, jobbra eltolt kétszer, az l. részen mélyebb kiesést kaptunk három alkalommal és jobbra eltolt görbét ugyancsak háromszor. Normalis diagramm mindkét részről egy esetben származott. A bicolorált mastix reakcióval a c. liquor öt esetben adott nagyobb kiesést, a l. kétszer, jobbra eltolt volt ötször.

Compressios myelitis, illetve radiculitises esetekben (7. táblázat) az esetek 1/3-ban észleltük a l. liquor sárga elszíneződését, két ízben spontán coagulatio is fellépett a liquorban. A lipiodographia segítségével mind a kilenc esetben részleges, vagy teljes passage zavar volt kimutat-

7. táblázat.

Myelitis compr. 9	c > l			l > c			c = l	
	n/n	p/n	p/p	n/n	p/n	p/p	n	p
Sejtszám				n/n 5	p/n 1	p/p	n 2	p
Globulin r.	p/n		p/p	p/n 9		p/p	n	p
Schellack r.	p/n		p/p	p/n p/n 1 2	p/n 1	p/p	p 1	p 1
Wa. R.	0			2 × gátlás			—	
Fehérje				2				
Cukor				3				
Aranysol r.	e	j. e.	b. e.	e 1	j. e. 4	b. e.	n 4	p
Bicol. mastix r.	e	j. e.	b. e.	e 1	j. e. 4	b. e.	n 3	p

ható. A c. és l. liquor közötti nyomáskülönbségek, a Queckenstedt tünet viselkedése hasonlóan értékes felvilágosítást nyújtott a liquor circulatio minőségét illetőleg a spinalis canalisban. Itt csak utalok Ayer<sup>1</sup>, Eskuchen<sup>5</sup>, Peter<sup>6</sup>, Schuster és Hajnal<sup>16</sup>, nemkülönben Thurzó<sup>18</sup> idevágó közleményeire. A normalis határon belül a sejtszám öt esetben volt nagyobb a normalis liquorban az ugyancsak normalis értéket mutató c. liquorral szemben. A l. liquor sejt tartalma kórosan megszorodott egy esetben, két ízben egyformán normalis értéket kaptunk. A globulin tartalom mind a kilenc esetben a l. részen volt kóros.

A schellack r. általában kisebb mértékben volt positiv, mint a globulin reakciók, tehát némi dissociatio állt fenn közöttük. A c. liquor negativ schellack reakciójával szemben egyszer volt positiv és kétszer kérdéses a l. liquorral, egyszer a kérdéses c. liquor schellack reakcióval ellentétben ugyancsak positiv volt a l. liquor. 1—1 esetben úgy fent, mint lent negativ, illetve positiv értéket kaptunk. A WaR. a spontán coagulatiót mutató magas fehérje tartalmu liquorban ++-es kötést adott, két ízben a lumb. részen azonban a liquor controllban is hasonló gátlás mutatkozott. A fehérje tartalom mindig a l. liquorban

volt nagyobb, ugyszintén a cukorérték is. A goldsol reactio görbéje l. liquorral erősebb volt egyszer, jobbra eltolt négy esetben. Egyformán negativ volt négyszer. A mastix reactio a l. részben egyszer volt erősebb, ötször volt jobbra eltolt a görbe és három esetben egyformán negativ. Megjegyezni kívánom, hogy két alkalommal sajátságos kettős kieséssel bírtak a l. liquor goldsol és mastix görbéi, mintha egy abortiv paralyticus görbe kapcsolódott volna össze mély meningitises görbével.

Három encephalitis chronica (8. táblázat) esetből kétszer volt a normalis értéken belül a l. liquor sejtszáma nagyobb, egyszer egyformán negativ. Kétszer mutattak a globulin reactiók a l. liquorral enyhe positivitást, míg egyszer teljesen negativ volt mindkettő. A schellack reactio egyszer volt mindkét helyt positiv, egyszer negativ és egyszer kérdéses. WaR. minden esetben negativ volt; a goldsol görbe kétszer egyformán negativ, egyszer a c. rész görbéje volt valamivel mélyebb. A bicol. mastixnál egyszer volt negativ úgy fent, mint lent a görbe; egyszer a l. részen erősebb és egyszer jobbra eltolt. A cukortartalom a c. részen volt magasabb.

Tumor cerebri (9. táblázat) esetekben a normalis értékeken belül kétszer volt a l. liquorban magasabb a sejtszám és kétszer kórosan szaporodott ugyancsak lent. A c. liquor negativ, illetve kérdéses globulin reactióval ellentétben a l. liquorban positiv eredményeket kaptunk 1—1 esetben; nagyobb positivitást mutatott a l. liquor egy esetben és egy ízben egyformán negativak voltak. A schellack reactio részben egyező volt mindkét részen, részben a l. részen valamivel erősebb. A cukorértékek egyformán oszlottak meg. A goldsolgörbe két ízben volt mélyebb a l. liquorral, kétszer egyformán negativ. A bicol. mastix reactio mind a négy esetben a l. liquorral adta a nagyobb kiesést.

Egyéb ideg- és elmebetegségek közt szerepelnek neurasthenia, hemiplegia, ischiás, syringomyelia, dem. arteriosclerotica, mania, schizophrenia, psychopathia. A kapott értékkülönbségek általában minimálisak, a normá-

8. táblázat.

Encephalitis chr. 3	c > l			l > c			c = l	
	n/n	p/n	p/p	n/n	p/n	p/p	n	p
Sejtszám				2			1	
Globulin r.	p/n		p/p	p/n		p/p	n	p
Schellack r.	p/n		p/p	p/n		p/p	pp/-n	1
Wa. R.		0			0			0
Fehérje		—			—			—
Cukor					1			
Aranyosol r.	e	j. e.	b. e.	e	j. e.	b. e.	n	p
Bicol. mastix r.	e	j. e.	b. e.	e	j. e.	b. e.	n	p

lis határon belül vannak, a lumbalis liquor olykor kissé magasabb sejtszámában mutatkoznak, egyébként teljesen negativok voltak az összes reactiók.

A c. és l. liquor közötti különbséggel foglalkozó közlemények közül az alábbiak tartalmazzák a legtöbb eset-

számot és foglalkoznak az eredmények systematicus csoportosításával. Így *Teschler* 14 esetben — köztük kilenc tabes dorsalis — végzett összehasonlító vizsgálatokat és azt találta, hogy passage zavarok nélkül is a sejtszám, globulin reactiók az esetek nagyobb részében a l. liquor-

9. táblázat.

Tumor cerebri 4	c > l			l > c			c = l	
	n/n	p/n	p/p	n/n	p/n	p/p	n	p
Sejtszám				2	2			
Globulin r.	p/n		p/p	p/n	p/-n	p/p	n	p
Schellack r.	p/n		p/p	n/-n		p/p	nn/-p	
Wa. R.		0			0			0
Fehérje		—			—			—
Cukor			1			1		
Aranyosol r.	e	j. e.	b. e.	e	j. e.	b. e.	n	p
Bicol. mastix r.	e	j. e.	b. e.	e	j. e.	b. e.	n	p

ban erősebbek, a WaR. nem csak az alacsonyabb titerben volt positiv, hanem akkor is, amikor a c. liquorral teljesen negativ eredményt adott. Mikor a tabeses folyamat az agyidegek részéről okozott tüneteket, a sejtszám és globulin reactiók a c. liquorban erősebbek voltak, amit azzal magyarázott, hogy kóros elváltozás közeléből vett liquor természetesen inkább mutatja a localis elváltozást. *Schenk* 32 psychoticus egyénél végzett vizsgálatai ugyancsak azt mutatják, hogy a l. liquor sejttartalma kb. 1/3-ával nagyobb és globulin reactiók erősebbek. A WaR. minden esetben egyező volt, goldsol és mastix görbék minimalisan mélyebbek voltak, a l. liquorral. *Memmesheimer* 60 börgyógyászati betegénél 72 ízben végzett kettős punctiót; köztük 16 nem volt syphilissel fertőzött. A syphilis II. eseteknél, ha a c. liquor WaR. + eredményt adott, a l. liquor biztosan positiv volt, valamint a sejtszám és globulin reactiók is erősebb elváltozást mutattak. Kifejezettebben jelentkeztek az eltérések lu. latens és lu. cerebri esetekben, ahol gyakran a WaR. csak a magasabb titerben mutatott positivitást, a sejtszám csak a fele volt a lumbalisnak és e kiesések a goldsol reactiónál is kisebbek voltak. Kisfokban positiv Pándyt is tekintetbe kell venni, esetleg még lumb. punctiót végezni. A 10/3 sejtszám cisternalisan és a 012 100 kiesés a goldsolnál már kórosnak veendő. *Baumann* összeállításában 63 ideg- és elmebeteg szerepel, köztük 23 pp.-s, egy lu. cerebri és egy lu. latens. Míg a Nonne-Apelt, Ross-Jones r. 82.5%-ban egyezett, a Weichbrodt r. 95.5%-ban. A differáló eredmények az esetek többségében a l. liquor javára szóltak. A l. liquor általában sejtűdúsabbnak mutatkozott. A WaR. tökéletesen fedte egymást. Haemolysin r. 45-ször volt egyenlő és csak egy esetben volt positiv a c. liquorban, ellentétben a lumbalissal. A goldsolnál minimalis különbségek voltak. A c. liquor vizsgálati eredményei, a betegségi képpel egy esetben sem voltak incongruensek. *Schönfeld* 35 betege közül két lu. cerebri, három tabes és egy pp. juvenilis volt, a többi syphilis I., II. stádiumában szenvedett. Az a kö-



rülmény, hogy pathológiás esetekben a c. liquor negativ lelete mellett lumbalisan Nonne-Apelt, Pándy r. positivak voltak és a sejtszám is megszorodott, valamint a WaR. néhány esetben positiv eredményt adott, bőrgyógyászok számára a l. liquor vizsgálatát tartja megfelelőbbnek. *Ayer* és *Solomon*<sup>2</sup> normalis esetekben a l. és c. liquor fehérje tartalom, sejtszám és goldsol reactiót egyenlőnek találta, csak a ventriculusokból származó liquor bírt nagyobb cukorértékkel. Paralysisnál a c. liquor vizsgálata egyező értékű, mivel a különbségek csak a l. liquor kissé nagyobb sejtszámában és fehérjetartalmában mutatkoznak.

Összevetve a mi eredményeinket az irodalom idevágó adataival arra a meggyőződésre jutunk, hogy normalis esetekben a c. liquor kissé magasabb cukortartalmában és a l. liquor valamivel nagyobb sejtszámában jutnak kifejezésre a különbségek. A központi idegrendszer megbetegedéseinek ezek még kifejezettebbek és az esetek többségében a l. liquor magasabb sejtszámában, nagyobb globulin tartalmában mutatkoznak, azonfelül olykor a WaR. és kolloid reactiók a c. részen valamivel csekélyebb positivitást mutathatnak. Ha ezt a körülményt figyelembe vesszük nem lesz nehéz adott esetben a c. liquor vizsgálati eredményéből a l.-nál várható elváltozásra következtetni és ilyen elgondolás alapján a c. liquor határértékeit pathológiásnak tekinteni. A c. liquor csaknem 100%-ban majdnem olyan értékes adatokat nyújt, mint a l. liquor vizsgálata. Ha szem előtt tartjuk azt a tényt, hogy a góc közelében lévő liquor mutatja a legnagyobb elváltozást, kézenfekvő lesz az a törekvés, hogy a gerincagy, vagy gyökök affectióinál a cisterna punctión kívül a lumbal-punctiót is el kell végezni a Wechseltmann, vagy Dattner-féle tüvel, mert csak a két különböző helyről vett liquor nyomás és chemiai vizsgálata alapján nyerhetünk tiszta képet a kórfolyamat jellegét és helyét illetőleg. Ideg- és elmebetegéknél tehát mindig cisterna punctiót végzünk, mert ezután meningismus nem áll elő és a vizsgálati eredmények ugyanúgy felhasználhatók, mint a l. liquoréi és csak kiegészítésképpen eszközünk lumbal-punctiót, ha azt különleges okok indokolják.

**Irodalom:** 1. *Ayer*: Zbl. f. d. g. Neuer. u. Psych. 35. köt. 117. o. — 2. *Ayer et C. Solomon*: Zbl. f. Haut u. Geschlechtskr. 20. köt. 1926. — 3. *Baumann*: Münch. med. Woch. 1927. 4. sz. — 4. *Benedek—Thurzó*: Münch. med. Woch. 1926. — 5. *Eskuchen*: Klin. Woch. 3. évf. 41. sz. — 6. *Goebel és Peter*: Med. Klin. 44. sz. 1923. — 7. *Hartwich*: Zbl. f. innere Med. 1924. 24. sz. — 8. *Jánossy*: Med. Klin. 21. évf. 2. sz. — 9. *Kafka*: Die Zerebrospinalflüssigkeiten. 1930. (F. Deuticke Leipzig). — 10. *Memmesheimer*: Münch. med. Woch. 1927. 35. sz. — 11. *Nonne*: Med. Klin. 1924. 27. sz. — 12. *Pfister*: Münch. med. Woch. 1924. 19. sz. — 13. *Sarbó*: Orvosi Hetilap 69. évf. 49. sz. — 14. *Schenk*: Zeitschr. f. d. g. Neuer. u. Psych. 111. köt. 724. old. — 15. *Schönfeld*: Münch. med. Woch. 1928. 22. sz. — 16. *Schuster és Hajnal*: Orvosi Hetilap 1925. — 17. *Teschler*: Orvosképzés 1925. — 18. *Thurzó*: A lipiodolos myelographia. Gyógyászat 1929. — 19. *Wartenberg*: Med. Klin. 1924. 20. sz.

A kir. magy Pázmány Péter Tud. Egyetem II. női klinikájának közleménye. (Igazgató: Tóth István ny. r. tanár.)

## A terhességi anaemia pathológiája és therapiája.

Irta: *Batisweiler János dr.*, adjunktus.

(Folytatás.)

A gyermekágyban életbenmaradt eseteknek további sorsa csak kevés számú közlés alapján ismeretes. Ezért van a nagy ellentmondás az egyes statisztikák halálozási arányszámai között. *Esch* 1927-ben megjelent összefoglaló referatumban 12 végleges gyógyulásról ír, megjegy-

vén, hogy ez a szám jelentéktelen, mégis jogosan tételezhető fel, hogy mindazon esetek, amelyek a gyermekágyból gyógyultak bocsáttattak el, mint végleges gyógyulások foghatók fel. Ezt támogatják azok az adatok, melyek szerint ezideig egyetlen eset sem vált ismeretessé, hol a terhességi perniciososa gyógyulása után terhességen kívül recidivált volna, továbbá az is bebizonyosodott, hogy újabb terhességek alatt csak elvétve lépnek fel recidivák. Bár *Esch* kétségtelenül recidiváló terhességi perniciosáról nem tud, mégis azt kell tartanunk, hogy vannak esetek, amelyek recidiváknak foghatók fel. Így *Schaumann* hivatkozik két recidivára *Lequeux* és *Pontano* adatai alapján. E szerint *Lequeux* egy előszörszülőnél 420.000 vörösvérsejtszám mellett szülés után gyógyulást látott; az asszony újból teherbe jutott és recidiva lépett fel, a vörösvérsejtszám ismét szokatlanul alacsony: 450.000 volt, a szülés után másodszor is gyógyulás következett be. *Pontano* esetében a 34 éves hatodszor szülőnél a terhesség hatodik hónapjában súlyos anaemia tünetei lépnek fel perniciosára jellemző vérképpel: Vvs.: 0.87 millió, Hb: 25%, Fi: 1.52. Koraszülés a nyolcadik hónapban. Gyógyulás. 2½ év múlva újabb terhesség, melynek már a harmadik hónapjában jelentkeznek a perniciososa tünetei: Vvs.: 0.73 millió, Hb: 20%, Fi: 1.36, spontán abortus, mely után a vérkép gyorsan regenerálódik, *Vermelin* és *Vigneul* esetében szintén recidiva jelentkezett újabb terhesség alatt. A 29 éves IV. gravida első terhessége normalis volt. A második terhesség 5. hónapjában perniciososa fejlődött ki, amely arsen és haemostyl-kezelés ellenére a kilencedik hónapig rosszabbodott. Ekkor spontán halott magzat született minimalis vérveszteséggel. Ezután gyors javulás. Egy év múlva harmadik terhesség spontán két hónapos abortussal. Ezután három hónap múlva negyedik terhesség, melynek első felében a beteg panaszmentes; a 6. hónapban anaemia tünetei jelentkeznek, a 7. hónapban perniciosára jellemző vérkép. Arsen- és haemostyl-kezelésre átmeneti javulás után 14 nap múlva erősen leromlott állapotban, 1,400.000 vvs. mellett méhszájtágítás és a szülés megindítása bougieval; a szülés vérveszteség nélkül folyik le, két nap múlva exitus. Ez a recidiva olyan beteg lépett fel, aki klinikailag és haematologiailag teljesen gyógyult volt. A recidivat okozó fogamzás, illetőleg terhesség másfél évvel az első perniciososa után lépett fel. Ujában *Lakomcsik* közül recidivát terhességi perniciosával kapcsolatban, úgyhogy eddig négy esetben beigazolódott a recidiva lehetősége. *Oettingen* esetében szintén recidivát tételez fel az anamnesis adatai alapján. Ezen tapasztalatokra támaszkodva végzett *Reist* és *Oettingen* ismételve szülőnőknön, többgyermekes asszonyokon tubasterilizációt.

Ezzel szemben vannak kétségtelen terhességi perniciososa után gyógyult és hosszú ideig recidivamentesen maradt esetek, melyek újabb terhességek alatt sem recidiváltak (*Esch*, *Larrabee*, *Naegeli*, *Reist*, *Vallois* és *Carrera*, *Vermelin* és *Vigneul*).

A vita tehát még nincs eldöntve és minden további megfigyelés és tartós észlelés hasznos adatokat szolgáltat a fenti elvi jelentőségű szempontok elbírálásához.

A *therapia actualis* kérdésében két elvi álláspont áll egymással szemben. A régi felfogást még *Gusserow* fogalmazta meg classicusan 1871-ben, mondván, hogy a terhesnők nagyfokú anaemiája a terhességnek specifikus szövödménye, mely a terhesség előrehaladásával folyton romlik s ezért hasonló esetben a mesterséges abortust, ill. koraszülést meg kell indítani, mivel sem a gyógyszeres kezeléssel, sem a legtöbbet ígérő vératömlesztéssel gyógyulás nem érhető el. Ez a felfogás vonul végig az irodalom minden közleményében, csupán az a tény okozott sok zavart, hogy a terhesség művi

1. táblázat.

	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	
Beteg kora — — — — —	27	24	31	35	25	21	19	34	
Terhességek száma — — — —	3	2	6	4	4	2	1	5	
Betegség kezdete (terhességi hónap)	3	5	6	7	6	4	3	8	
Felvétel (terhességi hónap) — —	7	6	8	9	7	7	5	p. p.	
Vörösvértestek száma (milliókban)	0,600	0,720	0,740	1,060	1,190	1,250	0,680	0,630	
Haemoglobin % — — — — —	8	15	18	23	33	28	12	23	
Festődési index — — — — —	0,66	1,0	1,28	1,08	1,5	1,16	0,88	1,8	
Thrombocyta } ezer — — — —	44,	—	—	—	114,	40,	—	—	
Leukocyta } — — — —	13,	7,9	8,6	36,9	5,	21,	6,6	22,5	
Qualitativ vérkép	Myelocyta % — — — —	2	1	—	—	—	1	12	
	Neutrophil. % — — — —	85	93	75	83	74	70	76	
	Eosinophil. % — — — —	2	—	—	—	—	—	2	
	Basophil. % — — — —	—	—	—	1	—	—	—	
	Monocyta % — — — —	1	1	10	2	3	6	—	2
Lymphocyta % — — — —	10	4	25	14	23	32	29	8	
Anisocytosis — — — — —	+	+	+	+	+	+	+	+	
Poikilocytosis — — — — —	+	+	+	+	+	+	+	+	
Polychromasia — — — — —	+	+	+	+	+	+	—	+	
Makrocytosis — — — — —	—	—	—	—	+	+	+	+	
Megalocytosis — — — — —	—	—	—	—	—	—	—	—	
Normoblast — — — — —	+	+	—	+	—	+	—	+	
Megaloblast — — — — —	+	—	—	—	—	—	—	+	
Reticulocyta % — — — — —	—	—	—	—	0,8	—	5,0	1,8	
Serumbilirubin mg. % — — — —	0,750	—	—	—	0,500	0,890	0,561	0,765	
Vércholesterin mg. % — — — —	—	—	—	—	—	0,065	0,125	—	
Urobilinogen (vizeletben) — — —	—	—	+	0	—	0	0	0	
Gyomor- } Szabad sósav % — — — —	7	—	—	—	—	37	40	0	
nedv } Összaciditás % — — — —	35	—	—	—	—	61	60	8	
Szemfenék — — — — —	—	—	—	retina- vérzések	—	retina- vérzések	0	—	
Therapia	Tartama — — — — —	6 nap	1 nap	2 nap	1 nap	4 nap	25 nap	10 hét	
	Módja — — — — —	As. HCl.	—	—	—	As. HCl. Ventrepar. Perhepar.	As. Fe. Pro- cythol. Velő. Translusio (250)	As. Fe. HCl. Máj. Ventrocythol	—
ante	Eredménye — — — — —	±	—	—	—	±	++	+++	
partum	Lefolyás — — — — —	spontan	spont.	spont.	Ballon perforatio	spont.	spont.	spont.	spont.
Partus	Vérzés — — — — —	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.	
	Magzat — — — — —	h.	h.	é.	mac.	h.	é.	mac.	é. é.
Therapia	As. — — — — —	+	+	+	—	+	+	—	
	Fe. — — — — —	—	—	—	—	+	+	+	
	HCl (pepsin) — — — —	Thyreoidea	—	—	—	+	—	—	
	Vértransfusio — — — —	100 cm <sup>3</sup>	300 cm <sup>3</sup>	420 cm <sup>3</sup>	300 cm <sup>3</sup>	250 cm <sup>3</sup>	—	—	
	Máj-kivonat — — — — —	—	—	—	—	Perhepar Campolon	Procythol	Procythol Campolon	Procythol
post	Gyomor-kivonat — — — —	—	—	—	—	Ventrocythol	Ventrocythol	Ventrocythol	
Beteg	Gyors gyógyulás — — — —	—	—	—	—	—	+++	++++	
	Lassú gyógyulás — — — —	—	—	—	—	—	—	—	
	Utolsó észlelés p. p. — —	20 nap	20 nap	20 nap	1 nap	13 nap	1 év	5 hónap	1 1/2 év
sorsa	Meghalt p. p. — — — —	20 nap	20 nap	20 nap	1 nap	13 nap	—	—	
Boncolás eredménye — — — —	Endometri- tis septica Anaemia perniciosa Chorio- epithelioma	—	Pneumonia Anaemia perniciosa	—	Anaemia perniciosa	Endometri- tis septica Anaemia perniciosa	—	—	

megszakítása után is sokszor tovább romlott az állapot és a halálos kimenetelt nem lehetett feltartóztatni. Így Beckmann, Nordentoft, Offergeld, Pomini, Volpe, Heim esetében a szülés megindítása, ill. a terhesség megszakítása nem járt megfelelő eredménnyel. Ezek az esetek azonban csak azt bizonyítják, hogy a beavatkozás későn jött és nem érintik azt az elvi álláspontot, hogy a megszakítás, ill. a terhesség spontán megszakadása után az állapot általában javulni szokott. E vitának praktikus jelentőségéből sokat von le az a körülmény, hogy igen sokszor csak közvetlenül a szülés alatt vagy csak az után ismerték fel a betegséget. De még ha idejében is került észlelésre a beteg, a régi therapiás eljárásoktól a terhesség alatt lényegbevágó javulást vagy gyógyulást nem észleltek, ezért Esch még legutóbbi referatumban is jogosultnak tartja a terhesség művi megszakítását. Winter is azt javasolja, hogy a terhességet minden esetben szakítsuk meg, ha a vérkép igazolja a megbetegedést. Szerinte csak akkor indokolt a várakozás, ha a beteg az utolsó hónapban kerül észlelésre: ilyenkor meg lehet várni a terhesség végét.

Felmerül már most a kérdés, milyenek voltak a gyógyulási eredmények a májtherápia felfedezése előtti időben és mennyiben változott a helyzet azóta?

2. táblázat.

Dátum	Vvs. (millió)	Hb <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	Fi.	Thr.	Fvs.	My.	N.	Eo.	Ba.	Mo.	Ly.	Rc. o/0	Sbi. mgr. %	Ubg. (vizelet)	Gyomor	Therapia
V. 14.	1,19	33	1,5	114,000	5,000	—	74	—	—	3	23	0,8	0,500	neg.	—	Ventrepar
16.	1,00	—	—	—	4,000	—	73	1	—	4	24	0,7	—	—	—	Perhepar
17.			P a r t u s p r a e m a t u r u s													
18.	0,95	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Transfusio (250 cm <sup>3</sup> )
19.	1,12	32	1,45	31,000	—	—	—	—	—	—	—	1,2	—	—	—	Campolon
26.	1,20	—	—	—	11,900	—	82	3	—	—	15	8	—	—	—	"
27.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9,8	—	—	—	Procythol, majd Ventricythol
30.				E x i t u s												
												5,6				

Régebben a therapia eszközei voltak a ma is használatos arzénen (Burger) és vason kívül a vérinjecciónknak különböző formái. Sokan kis adag vérnek intramuscularis befecskendezésével, valamint a beteg saját vérenek az injecciónjával kísérleteztek. 19 esetben találtam erre vonatkozó feljegyzést. Az eredmények különbözőeknek bizonyultak. A nagydosisu vérátömlesztést már Gusserow is megkísérelte és azóta 37 terhességi perniciósa kapcsán végeztek nagy adag vérrel transfusiókat. Egyesek az átömlesztés terén igen radikálisak voltak és 3—4—500 cm<sup>3</sup>-es adagokat két, három, sőt négyszer is megismételték károsodás nélkül. Így Reist egyik esetében 10 napon belül háromszor adott transfusióban összesen 2.200 cm<sup>3</sup> vért. Másik esetében 700 cm<sup>3</sup>-t adott egyszerre. Larrabee egyik betegének 2000 (4x500), másik betegének 3700 cm<sup>3</sup> vért adott átömlesztés útján. Mindkettő meggyógyult. Rumpf egyszerre 800 cm<sup>3</sup>-adott s utána javulást látott. Arra nézve több adat van, hogy 500—800 cm<sup>3</sup> vérnek egy ülésben való átömlesztése nem veszélytelenebb, mint a kisebb adagokkal való kísérletezés. Haemolysiról egyetlen esetben sem tesznek említést. A bizalom a vértransfusio iránt egyre nagyobb mértékben nyilvánul meg, úgyhogy a vértransfusio ma a leggyorsabban ható eszközeink közé tartozik az anaemia elleni küzdelemben.

Csak megemlítem még, hogy Clivio és Offergeld szarvasmarha (borjú) friss vörös csontvelejének etetésé-

től, Clauser colloidalis antimontrisulfidnak intravenás adagolásától láttak javulást. Benda és Larrabee egy-egy beteget lépkiirtás után gyógyult meg. Atzerodt és Recasens pedig a hosszú csöves csontok röntgenbesugárzásától vélték javulást elérni. Végül Seitz egyik betegén thorium-adagolást kísérelt meg.

A terhesség megszakítását 22 esetben végezték vaginalis úton és három esetben abdominalis császármetszéssel.

Az ismertetett therapiás eljárások eredményét a következő számok fejezik ki: 103 beteg közül meggyógyult 63, vagyis 61% és meghalt 40, vagyis 39%. Ez a százalékos arány jobb, mint amit eddig az irodalmi közleményekben olvashattunk, melyek szerint Esch 23 esetre vonatkoztatva 70 %-os és Seitz 43 esetre vonatkoztatva 50%-os halálozási arányt kapott (Lennér). Nyilván itt is érvényesül a nagyobb számok statisztikai jelentősége.

De míg ezek a számok is igen súlyos megbetegedések tüntetik fel a terhességi perniciósa, addig a májtherápia felfedezése és következetes alkalmazása óta megváltozott a helyzet. Eddig 44 terhességi perniciósa esetében alkalmazták a máj- és gyomorkészítményeket, melyeknek eredménye meglepő: a 44 beteg közül 37 meggyógyult, ami 84% gyógyulást jelent s mindössze 7 beteg

halt meg, ami 16% mortalitásnak felel meg. Ezen halálosan végződött esetek közül is csupán Allan esete sorolható a „tisztá“ terhességi perniciósa közé, mert Haschnoffnak hat májjal kezelt s halálosan végződött terhes nője a perniciósa kívül még maláriában is szenvedett. Hogy a májjal kezelték között milyen súlyos megbetegedések is előfordultak, arra talán abból következtethetünk, hogy nyolc esetben a májkezelésen kívül vérátömlesztést is végeztek, míg a többi esetekben a gyógyulást transfusio nélkül is el lehetett érni; csak egyetlen esetben kellett a terhességet megszakítani, a többi spontán szülés volt mindennemű zavar nélkül. Allannak azon aggodalmát, hogy a betegség tulságosan gyors lefolyása miatt nincs idő a hatás elérésére, eloszlatja az a tapasztalat, hogy éppen a vérátömlesztésben olyan eszköz áll rendelkezésünkre, amivel átsegíthetjük a beteget súlyos állapotán s ezzel időt nyerhetünk a májtherápia huzamosabb alkalmazására.

A májtherapiának többirányú elvi jelentősége van. Elsősorban lehetővé teszi a terhességi perniciósa hathatós gyógyítását már a terhesség alatt, miáltal lehetővé válik a terhesség továbbviseleése azon időpontig, míg életképes magzat születhetik. A májtherápia birtokában előreláthatólag nem lesz többé szükség sem a terhesség művi megszakítására, sem a sterilisatióra, hiszen a gyógyítás eszközei kezünkben vannak és így a beteget súlyos állapo-

tábol kísérvítve az esetleg spontán bekövetkező koraszülés veszélyeit elháríthatjuk, ill. olyan állapotba hozhatjuk, hogy a szülés utáni rosszabbodást leküzdheti. Éppen ezek a szempontok adják meg a nagy fontosságát a terhességi perniciosára vonatkozó további vizsgálatoknak és éppen ezen fontos és aktuális szempontoknak tanulmányozásához szolgáltat klinikánk anyaga is értékes adalékokat. *Habának* 1926-ban klinikánkról közölt három esete azóta új adatokkal és nézőpontokkal bővült. Részletes ismertetésüktől eltekinthetünk, csupán az összehasonlítás érdekében foglalom össze fontosabb adataikat a táblázatnak I—III. rovatában:

Mind a három eset klinikai lefolyásában, haematologiai elváltozásaiban és a két boncolt eset boncolási leletében a terhességi perniciosára minden jellemvonása megtalálható. Közös mindegyikben a nagyfokú oligocythaemia, a rendkívül alacsony haemoglobinnérték és a terhességgel való összefüggés: a megbetegedés a terhesség alatt kezdődött a tipikus tünetekkel, spontán korán megszakadt rövid szülőtevékenység után, feltűnően kevés vérzés kíséretében. Mindegyik esetben a gyermekágy alatt rosszabbodás következett be s a beteg 20 nap múlva, egy pedig 2 hónap múlva halt meg.

Közelebről nézve (l. az eredeti közleményt) az első esetben a festődési index egyetlen vizsgálatkor sem érte el a perniciosára jellemző magas értéket: mindvégig 1 alatt ingadozott 0.43-tól 0.83-ig. A magvas elemek gyér száma, a vérelemekék megfogyatkozása és a vérképet kiegészítő egyéb adatok: az alacsony serum-bilirubintűkö, a negatív urobilinogen-reactio, a relativ lymphocytosis hiánya, valamint a normalis gyomorsósav-secretio és az állandó leukocytosis alapján a vázolt kórkép nagyfokban hasonlít az *Esch* által leírt *hypochrom typusu, chlorosisra emlékeztető terhességi perniciosához, makroszkopos boncolási képe azonban megegyezik a Biermer-féle anaemia perniciososa boncolási leletével.*

A második eset annyiban tér el a másik kettőtől, hogy az állapot rosszabbodása a gyermekágyban lassúbb tempójú volt, de az alkalmazott arsenkezelés és ismételt vérátömlesztés dacára progressiv módon haladt tovább. A vérkép csak egy vizsgálat alkalmával felelt meg a perniciosás vérképnek, általában itt is inkább az oligochromiaemia, a leukocytosis és az alacsony lymphocytaszám dominált.

A harmadik esetben a festődési index mindvégig 1 felett mozgott, positiv urobilinogen reactio volt ismételt, de már a fehérvérkép lényegesen különbözött a Biermer-anaemia képétől: állandó leukocytosis mellett alacsony lymphocytaszámok voltak. A boncolási lelet azonban fedte a Biermer-féle perniciososa képét, úgyhogy az elkülönítés még a boncolási adatokból sem lehetséges. Mégis a terhességgel való szoros összefüggés és a lefolyás alapján *terhességi perniciosának kell tekintenünk.*

Az utolsó négy évben újabb 5 esetet volt alkalmunk észlelni. Ezek közül kettő meghalt, három meggyógyult. Az első esetben még nem gondoltunk májtherapiára, a második esetben viszont nem állott elegendő idő rendelkezésre a therapia alkalmazásához.

IV. eset. Felv. 1928. VI. 1-én. K. M.-né, 35 éves, napszámos felesége, aki a felvételkor IV. terhességének kilencedik hónapjában van. Betegsége két hónapja kezdődött nehéz légzéssel, öt hét óta igen sápadt, három hete megdagadtak az alsó végtagjai, két hét óta annyira elgyengült, hogy járni sem tud. Vizeletben: fehérje; Esbach szerint 4 ezrelék, látóterenként egy-két szemcsés és hyalin cylinder. Só- és vízszegény diaetára fogjuk. Vérnyomása 135/85. Hg. mm. Szemészeti lelet: (Tóth tanársegéd). Teljesen anaemiás conjunctiva, két kis kölesnyi szürkés retinagóc. Az egyiket orsóalakú vérzés veszi körül. Papilla halvány folt, szemfenéken a macula közelében rostmenti két apró vérzés.

VI. 10. Fájások lépnek fel. Ekkor történik az első *vérvizsgálat*: vvs.: 1,06 millió, Hb: 23%, Fi: 1.08, fvs.: 26.900, Qual. vérkép: N: 85, Ba: 1, Mo: 2, Ly: 14. Aniso-poikilocytosis, elvéve magvas vörösvértestek. Szívhangok nem hallhatók. Az asszony rendkívül elesett, súlyos beteg benyomását kelti, gyakran elszedül, kérdésekre alig válaszol. Tekintettel az asszony súlyos állapotára a szülés siettetése céljából metreuryntert helyezünk be és fájás keltőket adunk majd a ballon megszületése után a biztosan halott érett magzat fejét perforáljuk. Habár vérzés alig van, mégis az asszony súlyos állapotára való tekintettel a magzat megszületése után 30 perc múlva eredménytelen Credé után leválasztjuk a lepényt. *A leválasztás közben feltűnik, hogy a méh ugyan rendkívül petyhüdt, még sincs vérzés s maga a lepény is teljesen vértelen.* Újabb *vérvizsgálat*: Vvs: 1,03 millió, Hb: 25%, Fvs: 55.000, Fi: 1.2. Fehérvérkép: Mybl: 2, My: 5, N: 67, Eo: 2, Ba: 1, Ly: 22, Aniso-poikilocytosis és polychromatophilia, elvéve normoblastok. Anaemia perniciosára gondolunk, amelynek csak a nagy fehérvérsejtszám szokatlan, de irodalmi adatok szerint ez éppen terhességgel kapcsolatban ismeretes. 1000 cm<sup>3</sup> konyhasó subcutan infúziója, 300 cm<sup>3</sup> vértransfusiója s cardiacumok dacára állapot rosszabbodik (vérkép: Vvs: 1.50 millió, Fvs: 43.000, Hb: 35%, Fi: 0.86) és a szülés után 10 óra múlva meghal. Boncolás: *Anaemia perniciososa. Metaplasia rubra partialis medullae ossium. Degeneratio adiposa myocardii, hepatitis et renum. Dilatio ventriculi sinistri cordis. Haemorrhagiae subepicardiales, subpleurales, mucosae ventriculi, jejuni, ilei et vesicae urinae.* Kórszöveti vizsgálatokkal a csontvelőben a véregeneratio jelei mutathatók ki.

Bizonyos, hogy a megbetegedés a terhességgel összefüggésben fejlődött ki, typicusan a terhesség második felében, egyre súlyosbodó tünetekkel. A klinikai észlelés clóterében a vizelet fehérje-tartalma és a vízenyők fennforgása miatt a nephropathia képe állott, mely mellett csak akkor tűnt fel a nagyfokú anaemia, amikor a szülés már megindult. Ekkor viszont már oly súlyos volt az asszony állapota, hogy vértransfusióval sem lehetett a letalis kimenetelt elhárítani. A boncolás igazolta a klinikai gyanút.

V. eset. Felv. 1931. V. 13. B. M.-né, 25 éves, földmives asszony Felvételkor IV. terhességének hetedik hónapjában van. Jelen baja négy héttel ezelőtt kezdődött: feje zúgott, fájt, szédült; fogyott. Járásakor nehéz légzése van. Hozzá tartozó bemondása szerint már 2—3 hét óta igen sápadt. Nyelve egy hónap óta fáj, ég.

Jelen állapot: közepesen fejlett, rosszul táplált nőbeteg. Bőre, látható nyálkahártyái igen halványak. A nyelv csúcán jobboldalt *lencsényi fekély*. Szívcsúc felett halk systoles zörej. Máj, lép nem tapintható. Wa. R.: negativ. Vérnyomás: 130/90 Hg. mm. Vizeletben urobilinogen: negativ.

V. 14. Vvs: 1.19 millió, Hb: 33, Fi: 1.5, Aniso-poikilocytosis. *Vérbilirubin: 0.500 mg. %.* A beteg napjában hat májkirovatot kap intramuscularisan. Három nap múlva szülőfájások lépnek fel s 10 perc alatt megszületik az 1400 gr. súlyú halott fiú magzat s vele együtt távozik a lepény is, szinte *vérszinteség nélkül.* Sem a koraszüléskor, sem később *belső vizsgálatot nem végeztünk.*

A gyermekágy első napján a beteg elesett, soporosus, a hozzáintézett kérdésekre alig válaszol. Emiatt 250 cm<sup>3</sup> vértransfusiója. Másnap jobban érzi magát, vérkép javul. Naponta 2 cmm campolont kap intramusc. V. nap: T: 39.7, P: 130, Elesett, aluszékony. IX. nap: T: 38.5, P: 130. Rc: 8%. XIII. nap: T: 39.0, P: 150. Folyton alszik, a kereszt-csonton decubitus fejlődik. Rc: 5.6%. Délután meghal.

Boncolás: *Anaemia perniciososa aplastica. Haemosiderosis hepatitis et lienis. Degeneratio parenchymatosa et adiposa myocardii. Degeneratio adiposa hepatitis. Medulla ossium flava et grisea. Endometritis septica. Thromboendocarditis verrucosa valvulae bicuspidalis. Splenitis acuta septica. Abscessus metastaticus multiplex pulmonum. Pleuritis fibrinosopurulenta. Decubitus regionis sacralis. Ulcera coli transversa, (Boncolta: Karoliny Lajos egyet. magántanár).*

Jelen esetben a negyedszer terhes asszony megbetegedése négy héttel a koraszülés spontán lefolyása előtt kezdődött rohamosan súlyosbodó tünetekkel, hőemelkedésekkel. A therapia alkalmazására nem állott elég idő rendelkezésre, mert a koraszülés a felvétel után három

\* A beteget az I. sz. belklinikáról kaptuk koraszülése után. A vizsgálatokért ezután is hálás köszönetet mondok Boros József egyetemi magántanárunk.

# AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

## Az érkrisis.

Essentiális hypertóniánál sokszor a systolés nyomás hirtelen és tekintélyes emelkedését, majd gyors sülyedését tapasztaljuk. Ezt a jelenséget a bécsi Pal u. n. érkrissel magyarázta, mely elnevezés azóta (1905.) az orvosi nomenklaturában otthonossá lett. Az érkrisis pontosan nem definiálható klinikai fogalom, mely alatt az ütőerekben hirtelen beálló, különféle objectív és subjectív tünetekkel járó változást értünk. Alapja közfelfogás szerint az artériafal görcse, ami a vérrellátásban kisebb-nagyobb zavarokat okoz. Hogy az érkrissiek angiospasmuson alapulnak, arra az artériafal síma izomzatának élettani működéséből, farmakológiai vizsgálatokból (nitrit készítményekkel!), bizonyos klinikai jelekből nagy valószínűséggel következtethetünk; ezen spasmust azonban világosan kimutathatjuk, sőt mérhetjük és pedig oscillometriás módszerrel pl. claudicatio intermittensben szenvedő betegeknél.

Érkrissel általában olyanoknál találkozunk, akiknél a vasomotor tonus kórosan változékony, így elsősorban essentiális hypertóniában szenvedő betegeknél; de olyanoknál is, kiknél nem a vasomotor tonusban van a hiba, hanem maga az érfal scleroticus, így működése is túlnyomó mértékben vasoconstrictióban nyilvánul meg.

Essentiális hypertóniánál a krisist kísérő jelenségek egyezni fognak a systolés nyomás kóros emelkedése által okozott tünetekkel. Cerebralis zavarokról (fejfájás, szédülés), továbbá tachycardiáról stb. fog panaszkodni a beteg. Ha az érkrisis túlnyomólag, vagy kizárólag az egyik agyféltekében jelentkezik, akkor a betegnek féloldali fejfájása, diplopiája, hemianopsiája, esetleg féloldali hallászavara lesz. Localisálódhatik a spasmus az egyik oldali capsula interna arteriáira is és akkor hemiplegia lép fel, melyhez megfelelő oldali localisatio esetén aphasia csatlakozhatik. Ezen tünetek nephrosclerosis esetén görcsökkel, psychoticus jelenségekkel súlyosbódhatnak, amikor előttünk fog állni a Volhard-féle pseudourämia kórképe, melynek lényegét agyi érkrissiekben kereshetjük. Az agynyomás fokozódása émelygést, hányást váltthat ki a betegnél, ami a gyomor heveny megbetegedésének gyanúját keltheti az orvosban, ahelyett, hogy a vérnyomásmérőre, s a venaesectiós tűre irányítaná a figyelmét.

Agyi érkrissieknél maradvá említést kell még tenni a Straub által asthma cerebralnak nevezett tünetcsoportról, mely szintén hypertóniánál fordul elő s amely mély légvételekből álló s rohamszerűen, sokszor azonos időben fellépő dyspnoeban nyilvánul. Enyhe esetben a szív működés normális, súlyos esetben azonban a kórkép tüdőoedemával komplikálódhatik, amikor igen nehéz megkülönböztetni az asthma cardialetól. A cerebralis asthmát valószínűleg a légzőcentrumban hirtelen fellépő érspasmus okozza.

Míg az eddig tárgyalt érkrissiek lényeges velejárója a hypertonia, addig az alább említendőknél a vérnyomás-emelkedés háttérbe szorul a spasmust nyomon kísérő fájdalom mögött. A másik különbség az, hogy míg essentiális hypertóniánál az érkrissiek általában normális falú arteriákban lépnek fel, addig itt olyan érkrissiekkel fogunk találkozni, melyeknél az érfal legtöbbször kórosan elváltozott, scleroticus. Ezen érkrissiek közül legnevezetesebbek azok, amelyek a coronáriákon, a has és a végtagok arteriáiban játszódnak le.

Az életet legközvetlenebbül azon érkrisis veszélyezteti, mely a coronáriákban szokott jelentkezni s amely sok esetben az angina pectoris okozza a maga jellegzetes fájalmával és kisugárzásaival. Az angina pectorisnak van egy ártatlan faja is, amely épnek tekinthető coronáriákban lép fel, ez az először Nothnagel által leírt (1891.) angina pectoris vasomotoria. Ide sorozhatjuk a nicotinaninát is.

Az arteria mesentericában jelentkező érkrissiek szokták okozni azon meteorismussal járó és étkezés után fellépő görcsös hasi fájalmakat, melyeket Otrner után dyspragia intestinalisnak nevezünk, s melyeket legtöbbször hasi arteriosclerosisban szenvedő betegeken észlelünk.

A végtagok arteriáiban előforduló érkrissiek közül megemlíthetjük azokat, amelyek a felső végtagokon zsidbadás, fájdalom, apraxia kíséretében szoktak fellépni. Előfordulnak arteriosclerosisnál, aortitis lueticánál, essentiális hypertóniánál, ennek főleg azon alakjánál, melyet klimaxban lévő nőknél találunk. Itt említjük meg továbbá a Raynaud-féle betegséget is, mely túlnyomólag nőknél fordul elő s mindkét felső, vagy alsóvégtag distalis részének eleinte algid, majd livid asphyxiájában nyilvánul, igen nagy fájalmakat okoz és gangraena kifejlődéséhez vezethet. Az első stádiumot képező algid asphyxiát (alabástrom fehér ujjak) a segmentális arteriák spasmusa váltja ki, míg a fájdalom a második stádiumában éri el tetőfokát. Ennél nagyobb jelentőségű azon érkrisis, mely az alsó végtagok arteriáiban mozgással kapcsolatban lép fel, melyet Charcot óta claudicatio intermittensnek nevezünk. A mozgás közben létrejött ischaemia oly nagy fájdalmat vált ki, hogy a beteg a mozgás abbahagyására kényszerül.

Az érkrisis felismerésénél feltűnő szolgálatot tesz a vérnyomásmérő és az oscillometer. Nagyon fontos az aetiológiának tisztázása, luesnek, nicotinabususnak felderítése, előbbinek megfelelő kezelése, utóbbinak eltiltása. Principialisan tiltsuk el a nicotint akkor, ha betegünknek luese, vagy diabeteze van, minthogy valószínűnek látszik, hogy ilyen esetekben az ártalmak összegeződnek. Ha az essentialis hypertonia climaxos eredetű volna, igyekezzünk azt gyógyszeresen, vagy fizikális eszközzel (a hypophysis Röntgenbesugárzása tőlünk telhetőleg leküzdeni. Ezen kívül nagyon fontos az idegrendszer megnyugtató brommal, valerianával, stb. továbbá fürdővel (langyos fürdő, farados telifürdő). Az essentialis hypertóniával összefüggő rohamok leküzdésére sok spasmolytikus szerünk van: belladonna, papaverin, luminal, natrium nitrosum stb. A papaverinből súlyos roham esetén igen nagy dosist is adhatunk: 6—8 cgr-ot intramuscularis injectio formájában. Ha azonban ezek nem hatnának és a systoles nyomás igen magas lenne, akkor venaepunctiot kellene végezni és 4—5 deci vért kibocsátani. Angina pectorisnál amylnitrit, nitroglycerin, kis adag digitalis (0.04—0.05 gr) adagolása, dextrose oldat (30—50%-os) intravenás infúsiója, főleg pedig morphium injectio alkalmazandó. Megpróbálkozhatunk harántesikolt izomkivonat adagolásával is per os (lacarnol) vagy injectio (kallikrein, padutin) alakjában. A sebészi kezelés nem váltotta be a hozzáfűzött reményeket. Claudicatio intermittensnél legszebb eredménnyel kecsegtet hypertóniás konyhasó injectiok hosszabb időn keresztül való adagolása. Ugy angina pectorisnál, mint claudicatio intermittensnél fontos, hogy a betegek óvják magukat a hideg-

tól. *Raynaud* betegségénél a franciák nagyon ajánlják acetylcholinchlorid injectióknak hosszabb időn keresztül való alkalmazását.

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

## Az ambulans légmellkezelés veszedelmei.

Nemcsak a tuberculosis bacillus felfedezésének van 50 éves évfordulója: ugyancsak 50 éves évfordulóját ünnepelhetjük *Forlanini* munkásságának is, mert 1882-ben fogott bele a légmellkezelésre vonatkozó tanulmányaiba. A kritikák elvették kedvét attól, hogy eljárását mindjárt a gyakorlatban is megvalósítsa és hat év kellett még, amíg elkeseredését leküzdötte, megajándékozván az emberiséget a tüdővész gyógyításának eddig leghatalmasabb módszerével.

Lépten-nyomon evvel a kritikával és evvel a bizalmatlansággal találkozunk még ma is és ez az oka annak is, hogy a légmellkezelés még mindig nem foglalta el az őt méltán megillető helyét a gyakorlatban.

Ha ennek a ténynek az okát kutatjuk, arra kell jutnunk, hogy általában félnék a pneumothoraxtól, veszedelmeit ok nélkül túlbecsülik s ezt a bizonytalansági érzetet sokszor még olyanoknál is látjuk, akik hosszabb ideje végzik, viszont vannak tekintélyes szakemberek, akik egyáltalában nem ismerik el a légmellkezelés veszedelmeit.

Az igazságnak a két felfogás között kell lennie. Ambulans légmellkezelés mellett szóba jöhetnek:

*A légembolia;* jogosan a legrettegettebb: ha a bevitt gáz vagy levegő a pleuraür helyett a vérkeringésbe kerül, az agyba, szívbe, retina, öntudatlanságot, görcsöt, vakságot, halált okoz. Az könnyen elképzelhető, hogy a hegyes kanül átfúrja a pleurát, — különösen összenövéseknél — és belejut egy véredénybe, ha már most az a hiba is megtörténik, hogy a manométer kilengéseit nem értékelik kellően, a gázt nem aspiratioval juttatják be, hanem nyomással, akkor az embolia elkerülhetetlen. Ez súlyos technikai hiba, amit megfelelő kanül használásával, a töltési szabályok betartásával gyakorlatilag el lehet kerülni, ha elméletileg nem is lehet kizárni az embolia lehetőségét még így sem. Azonban, ha a leírt eseteket figyelemmel kísérjük, azt látjuk, hogy az embolia az esetek legnagyobb részében nem is az első töltésnél történik, hanem az utántöltéseknél, amikor többszörös összenövéseknél nagyobb nyomás mellett töltenek, vagy már előfordult az is, hogy a mellkasfal oldalához boltozatosan odanőtt tüdőn keresztül töltöttek, s amikor a tűt kihúzták a sérült véredénybe nagy nyomással behatoló nitrogén okozott azonnali halált.

Az, hogy a töltést ambulansan végezzük, vagy nem, ebben az esetben szerepet egyáltalában nem játszik; az embolia nem lehet annak következménye, vagy szövődménye, az ha egyáltalában előfordul egy szerencsétlen körülmény, ami oly ritka, hogy akadály a légmellkezelésnek nem lehet. *Küss* nem ismeri az emboliát, pedig több mint tíz éve végzi igen nagy ambulans anyagot; több nagy bécsi ambulancia vezetőjével beszéltem, azok sem ismerik. A szegedi városi tüdőbeteggondozóban több mint 400 esetben végeztem első töltést, sokat bilaterálisan is, sok volt az eredménytelen kísérlet és sok ezerre rúg az utántöltések száma, de soha légemboliának semmiféle tünete nem mutatkozott!

Nincsen nagyobb jelentősége a *pleurális reflexnek* sem; általában olasz és francia részről tulajdonítottak fontosságot ennek a szövődménynek, ami szintén elkerülhetetlen az ő véleményük szerint, amiről a legtöbb esetben azonban kimutatható, hogy embolia.

*A fertőzés veszélye* az ambulans kezelésben is teljesen kizárható. A steril szűrőt gyakran kell cserélni, a gummicsövet minden töltés előtt kifőzni, a kanülok alkoholban állanak a fecskendővel együtt, kanülöm kiégethető, a bőrt jódtincturával kenjük be, a kéznek a tűkkel nem szabad érintkezésbe jutnia. Fertőzés egy kis vigyázzal nem is lehetséges, egy kis szúrásról van csak szó, nem feltárásról. Egyetlen pyothoraxot láttam, azt is kaverna perforatio után.

Nem sorolhatom fel e helyen a légmellkezelés minden veszedelmét és szövődményét, de egyetlen olyan nincsen, ami az ambulans kezelés rovására volna írható. Az izzadmányok száma sem nagyobb. A beteg az első töltés után néha rosszul lesz az agyanaemia tünetével; de épen úgy rosszul lesznek, sőt elájulnak erőteljes katonák pl. himlőoltáskor s azért nem lehet felállítani azt a tételt, hogy a himlőoltás ambulansan nem végezhető! Régen az első töltéses betegeink kocsin mentek haza, ma már mindenki gyalog megy, kísérelve, ennek sem láttuk kárát, de a beteget töltés után még legalább egy félórát megfigyelésünk alatt tartjuk.

*Kimondhatjuk tehát nyugodtan, legtisztább orvosi meggyőződésünk és lelkiismeretünk szerint, hogy az ambulans légmellkezelésnek a veszedelme helyes technika mellett egyáltalában nem nagyobb, mint az intézetben végzett első töltéseké.*

Az minden kétségen felül áll, hogy az orvosnak és a betegnek is kényelmesebb, ha az gyógyintézetben végezhető, de nem feltétlen szükséges, ennek a hiánya miatt a légmellkezelésről nem kell, sőt nem is szabad lemondani.

Az más kérdés, hogy egyáltalában nincsenek-e veszedelmei a légmellkezelésnek? — Erre már nem mondhatunk határozott nemet, mert nagyon sok beteg állapota romlik a légmellkezelés következtében. Tökéletes légmell ritkaság, majd mindig összenövések vannak, amelyek sokszor a gyógyulás menetét nem zavarják, máskor azonban a kollapsust akadályozzák és a beteg szemlátomást romlik. Evvel a kérdéssel foglalkozva azt találtam, hogy nem veszedelmes a megfeszült szalag, ha a lebenyek nincsenek összenöve és a mediastinum nem hajlik át. A legveszedelmesebb az összenövés a középmagasságban áthajló mediastinum mellett. A lebenyek összenövése ilyenkor magától értetődő, mert a szalag is így keletkezik ebben a magasságban. Az összenövés legtöbbször elsődleges, azaz nem a kaverna következménye, hanem a kaverna már az összenövés következtében támad, a vongálás azon a helyen a legerősebb, az infiltrált szövet ellenállása kisebb, szétmállik. A tüdő felfüggesztése a mellkasban tökéletesnek mondható, mert annak minden egyes széli része pontosan fekszik s a vongálás egyenletesen terheli. Ha ez a légmell következtében megszűnik, úgy a tüdő súlya, vongálásának ereje, rugalmassága, a mediastinum áthajlása mind a felfüggesztési helyen, a szalagon összegeződik, így könnyen érthető, hogy ennek az erőnek a beteg tüdőszövet nem tud ellenállani és súlyos szakadások támadnak. Minél hamarabb történik a beavatkozás, a légmell annál eredményesebb lehet, de minél korábbi a beszűrődés, annál mállékonyabb a tüdő. Várni annyit jelent, mint időt engedni az összenövés terjedésének; a légmellel tehát várni nem lehet, de csak nagyon óvatosan, lassan lehet megindítani.

A régi eljárás arra törekedett, hogy szép nagy légmelle legyen a betegnek, amit azután könnyű feantartani, ezért nagy mennyiségeket juttatott be, sokszor magas nyomással. Ma már a közömbös légmell sem indifferens. Kéreglégmellnek neveztem el pár éve folytatott eljárásomat, amikor egészen kis adagokkal tartom

fenn a kollapsust, hetenként töltöm a betegeket és minden töltés előtti és utáni átvilágítással igyekszem megállapítani a tüdők és szálágok helyzetének változását, ahhoz alkalmazkodva és megállapítva megelőzőleg fölvetéssel az összenövések pontos helyzetét. Evvel az eljárással kézben tartjuk a légmellel és meggyőződhetünk arról, hogy a beteg alkalmas-e egyáltalában a kezelésre, vagy nem.

A töltés technikáját megtanulni mi sem könnyebb, nehézség csupán a folytatásban rejlik. A gyakorlatban ez sem jelenti akadályát az ambulans légmellkezelésnek, mert a gondozóknak kell átvenni a felülbírást, a vezetés feladatát s akkor a megadott utasítás alapján a töltés bárhol elvégezhető. Ehhez azonban még az is szükséges, hogy a gondozók száma szaporíttassék és ott a légmellkezelést tényleg jól végezzék.

Kováts Ferenc dr., egyetemi magántanár.

Evvel azt hisszük a légmellkezelés kérdését minden irányban megnyugtató módon elintéztük. Mert egyrészt a cikkíró is elismeri, hogy úgy a betegre, mint az orvosra jobb és kényelmesebb, ha az gyógyintézetben végezhető és a legnagyobb őszinteséggel tárja fel e kezelés esetleges veszedelemét — másrészt első cikkírónk tendenciája is kétségtelenül nem az volt, hogy az ambuláns végzett légmellkezelést olyan szakemberek kezében is kifogásolja, akik sok évi intézeti gyakorlat után magángyakorlatukban az esetek százain bővítik ki tapasztalatukat, hanem hogy mérsékelje kedvét a két hetes cursusokban képezett kezdőknek kissé merész vállalkozásukban.

Vámossy.

## Postgonorrhoeás hurut vagy rejtett gonorrhoeás góc?

**Kérdés (F. A. dr.):** Jól fejlett jól táplált, ép idegrendszerű gonorrhoeás betegemet karácsonykor gyógyultan elbocsájtottam azzal, hogy a kevés váladék kezelés nélkül is megszűnik. (Urethritis postgonorrhoeica, kevés hám és gennysejt.)

Mivel a váladék növekedő tendenciát mutatott, 2 hét előtt egy másik orvost kerestem fel, kitől állítólag 4%-os lapis instillációt kaptam. 3 nap múlva a makkban érzett fájdalommal és még erősebb folyással jött vissza hozzám. Janet-től fájdalom megszűntek, de a folyás csak nem akar megszűnni. Gonococcus most is negatív.

**Kérdés:** mivel lehetne folyását a legrövidebb idő alatt megszüntetni? Addig nem nyugtatható meg a betegem.

**Felelet:** A kérdés a gonorrhoea terapiájában oly gyakori, a felvetett probléma megoldása sokszor oly nehéz, hogy érdemes azzal részletesebben foglalkozni.

Fenti kérdéses esetünk kórelőzményében 2 lényeges pont van. Az egyik, hogy a váladék gonococcusra mindig negatív volt, a másik, hogy kezelés nélkül a fluor fokozódott. Előbbi körülmény postgonorrhoeás hurut, utóbbi rejtett gonorrhoeás góc jelenléte mellett szól. Postgonorrhoeás hurutnál, ha a tünetek nem nagyok, pl. csak reggeli összetapadásban nyilvánulnak meg s a tünetmentes állapot minden kezelés dacára sem következik be, helyesebb a kezelést abbahagyni és a beteg állapotának veszélytelen voltáról felvilágosítani. Rejtett gonorrhoeás góc jelenléténél azonban a további kezelés nemcsak indokolt, hanem feltétlenül szükséges.

Mi tehát az első és legfontosabb teendőnk? El kell mindenek előtt döntenünk, vajjon tényleg csak postgonorrhoeás huruttal vagy pedig rejtett gonorrhoeás góccal állunk-e szemben. E feladat megoldása nem mondható épen könnyűnek, mert nagy körültekintést, gyakorlatot és tapasztalatot igényel. Felderítése érdekében a fenti esetünkben az alábbi vizsgálatokat végezném el.

Ha a betegem nem ismerem vagy már régebbi idő óta kezelésben nem részesült, úgy első alkalommal általános

tájékoztató hűgycső, prostata-váladék vizsgálatot és három pohárban való vizeletpróbát végzek. E vizsgálattal már megközelítő felvilágosítást kapunk arról, vajjon kisebb vagy nagyobb fokú folyamat van-e jelen. Ha ilyenkor az elváltozások minimalisak, vagyis váladék alig nyerhető, a vizelet-portiók tiszták, csak kevés filamentum tartalmúak, utóbbiak a váladékhoz hasonlóan inkább hámsejtjellegűek és gonococcusra negatívak, a további kezelést néhány provocatio eljárás alkalmazása mellett abbahagyhatjuk. Természetesen a váladék és filamentumok mikroszkopiai, esetleg kulturális megvizsgálása a lehető legnagyobb gonddal kell, hogy történjék, mert felületes vizsgálatnál könnyen negatívnak jelentünk ki olyan váladékokat, melyek szorgosabb kutatásnál pozitívnak bizonyulnak.

Ha néhány hét leforgása után — mint fenti esetünkben — a kezelés megszüntével a tünetek mindezek ellenére ismét fellépnek, illetve a fluor fokozódik, úgy rejtett góc jelenléte nagyon is valószínű és felderítésére a Wolbarst-féle eljárást tartom a legcélszerűbbnek, amelynek célja a gyulladással közeli lokalizációja. Kivitele röviden összefoglalva a következő: Minden előzetes spontán kivizelés nélkül 1—2%-os hideg borvízzel kiöblítjük az elülső húgycsővet gondosan ügyelve, hogy a hátulsó húgycsőbe folyadékot ne juttassunk. Az öblítő folyadékot egy pohárban fogjuk fel (első portio) s az öblítést folytatjuk addig, míg az öblítő folyadék, amelyet e célból egy második pohárban gyűjtünk, tiszta filamentum mentessé nem válik (második portio). Miután így az elülső húgycsővet alaposan kiöblítettük, a hólyagban levő vizelet jellegéről győződünk meg. E célból vékony 16—17 Ch. Nelaton katheterrel 2—3 újjnyi vizeletet bocsátunk le. Ez lesz a harmadik portio. Ha ez tiszta, genymentes, úgy tisztában vagyunk azzal, hogy a felsőbb húgyutakban gyulladás nincsen jelen. A kathetert eltávolítva ezután a beteg a hólyagban visszamaradt vizelet egy részét felszólításunkra spontán kiüríti. Ez lesz a negyedik portio. Ha a harmadik portio, vagyis a hólyagból felfogott vizelet zavaros, úgy ezen eljárás csak annyiban módosul, hogy ilyenkor a zavaros hólyagtartalmat a katheteren át teljesen lebocsátjuk s a hólyagot tisztára mosva újból megtöltjük. A beteg csak ezután üríti ki a tiszta töltőfolyadék egy részét (ilyenkor ez a negyedik portio) s ha az közben zavarossá válik, úgy kétségtelen, hogy annak oka a hátsó húgycsőben fekszik.

E vizeletet követi a prostata-massage, mely után a beteg teljesen kivizeli magát s ez az ötödik portio. Mivel e próba kivételéhez legalább 300—500 gr vizeletre van szükségünk, célszerű azt reggel az éjjeli vizelet visszatartása mellett végezni.

E próbával tehát a gyulladással közeli helyét határozzuk meg. Az első portio (öblítéssel nyert folyadék) az elülső húgycső állapotát a harmadik a hólyag, a negyedik a hátsó húgycső s végül az ötödik a prostata állapotát határozza meg. A második portio tulajdonképpen csak tiszta mosófolyadék s csak az elülső húgycső teljes kiöblítésének ellenőrzésére szolgál.

A további terapiáról csak e vizsgálatok pozitív vagy negatív volta alapján dönthetünk. Therapiai szempontból könnyebbnek mondható a helyzet, ha valamelyik portióból nyert váladék vagy filamentum vizsgálatánál gonococcusot sikerül kimutatni. Ilyenkor nem kétséges, hogy az antibactericid kezelést kell folytatni. Ha ellenben minden negatív, a beteg azonban mégsem tünetmentes, úgy mélyebb rejtett góccal kell kutatónk. E célból a húgycsőnek gombos bougieval való átkutatását végezzük, mely submucosus infiltratumok jelenlétére hívhatja fel a figyelmünket; vagy pedig urethrocoppal

vizsgáljuk a hugycsövet, ami azonban már nagy speciális gyakorlatot igényel.

Külön figyelmet érdemel még, ha a vizsgálatok folyamán kitűnik, — s ez a fenti esetekben meglehetősen gyakori — hogy a fertőzés fészke a prostata illetve az ondóhólyag. Ilyenkor az egyes mirigyszakaszoknak *Picker* eljárása szerinti izolált kivizsgálása is elvégzendő. Ennek részletes kivitele azonban csak gyakorlatilag sajátítható el.

A fenti vizsgálatok alapján a thérapia iránya már könnyen meghatározható. Rejtett gonorrhoeás góc esetében, ha az csak felszínes, a hugycső nyálkahártyára localisálódik, enyhe antisepticus kezelés, hecseppentések, 1/3000—1/5000 kalium hypermanganicum, vagy hydrargyrum oxycyanatummal való *Janet* öblítések adják a legjobb eredményt.

Ha a góc székhelye a járulékos mirigyekben vagy a submucosus infiltrátumokban volt fellelhető, úgy massage, hugycsőtágítás jut lényegesebb szerephez.

Ha viszont kétségtelennek tartjuk, hogy postgonorrhoeás huruttal van dolgunk, úgy a kezelés lényegében az idült gonorrhoea kezelésétől csak annyiban mutat eltérést, hogy a bactericid szerek helyét inkább adstringens szerek (kalium hyperm. cuprum, plumbum) foglalják el.

Fontos és az egész thérápiára kiható különbség nyilvánul meg azonban a két közös állapot között a tekintetben, hogy egyiknél, az idült gonorrhoeánál a thérápiát abbahagyni nem szabad, a másiknál, a postgonorrhoeás hurutnál viszont bizonyos optimalis állapoton túl a kezelést abban lehet hagyni, mert a teljes tünetmentesség elérése néha lehetetlen.

A fenti esetben tehát elvégezném az ajánlott vizsgálatokat. Ha azok eredménye tényleg postgonorrhoeás hurut mellett bizonyítana, úgy egy ideig egészen enyhe hypermangános vagy oxycyanatos öblítéseket kísérlnék meg felváltva ugyancsak enyhe adstringens (cuprum, plumbum) oldatokkal való befecskendésekkel s ha azoktól nem látnék lényegesebb eredményt, úgy a kezelést inkább teljesen elhagynám s a beteget állapotának veszélytelen voltáról győzném meg.

*Minder Gyula dr.*, egyetemi magántanár.

## Tájékoztató a gyakorló orvosok köteleseiről hatóságokkal szemben.\*

Irta: *Melly József dr.*, szfv. tiszt. orvos.

### I. Az orvosi gyakorlat feltételei.

Magyarországon orvosi gyakorlatot csak olyan egyén folytathat, aki valamelyik hazai egyetemen (Budapest, Szeged, Pécs, Debrecen) orvostudori oklevelet szerzett (1876:XIV. t.-c. 43. §.).

Külföldi egyetemeken oklevelet nyert orvosok gyógygyakorlata Magyarországon csak az oklevél szabályszerű honosítása, nosztrifikálása után engedhető meg (1876:XIV. t.-c. 44. §.). A külföldön nyert oklevél honosítása iránti kérelmet vagy közvetlenül a m. kir. vallás- és közoktatásügyi minisztériumban (V., Hold-u. 16.) vagy valamelyik hazai egyetem orvostud. dékáni hivatalában

kell benyújtani (19.349/1875 és 60.982/1911. V. és K. M. rendelet).

A külföldi egyetemeken nyert orvos-, sebész-, vagy gyógyszerésztudori címnek használatát az országban a kormány esetenként a fentebbi feltételek nélkül is megengedheti, de ez az illető szakmának gyakorlására az ország területén jogosultságot nem ad. A doktori cím jogtalan használata kihágás, mely 600 pengőig terjedhető pénzbüntetéssel sújtható (1879:XL. t.-c. 45. §.).

Az ország területén gyakorlatra jogosított magánorvos bárhol szabadon letelepedhetik; köteles azonban a gyakorlat megkezdése előtt oklevelét az illetékes közigazgatási hatóságnak beiktatás és kihirdetés végett bemutatni. A bemutatástól fogva mindaddig, míg gyakorlatának megszüntetését a hatóságnak be nem jelenti, a rögtöni veszélyben forgó betegeknek díjazás mellett első orvosi segínyt nyújtani tartozik (1876:XIV. t.-c. 46. §.). Azok a m. kir. honvédorvosok, kik szolgálati teendőik mellett még keresetképen magánorvosi gyakorlatot is kívánnak folytatni, ezen magángyakorlat megkezdése előtt okleveleiket kihirdetés és beiktatás végett az illetékes közigazgatási hatóságnak ugyancsak bemutatni kötelesek (11.315/1893. B. M. r.).

A Magyarországon bárhol letelepedni kívánó orvos az illetékes vármegyei vagy városi törvényhatóság tiszt. főorvosánál, a Budapest székesfőváros területén letelepedni szándékozó pedig a székesfőváros tiszt. főorvosi hivatalában tartozik jelentkezni (Központi Városháza IV., Városház-u. 11. II. pavillon, 26. ajtó), személyesen. eredeti oklevéllel (1876:XIV. t.-c. 162. §. e. pont). A tiszt. főorvosi hivatal az oklevelet alakszerűség szempontjából megvizsgálja, átveszi és arról elismervényt ad, amelyet annál inkább meg kell őrizni, mert a kihirdetett oklevelet később csak ennek ellenében szolgáltatják vissza. A tiszt. főorvos a benyújtott okleveleket törzskönyvezi és kihirdetés végett a törvényhatósági kisgyűlésnek, illetve Budapesten a törvényhatósági tanácsnak bemutatja (1876:XIV. t.-c. 159. §. d) p., 1929:XXX. t.-c. 35. §. és 1930:XVIII. t.-c. 42 és 47. §§.). A kihirdetés megtagadását vagy az orvosi gyakorlat folytatásának megtagadását kimondó határozat ellen panasznak van helye a közigazgatási bírósághoz (1896:XXVI. t.-c. 46. §. 1. p.).

A budapesti tiszt. főorvosi hivatalban való jelentkezés után a gyakorlatát folytatni szándékozó orvost az illetékes kerületi tiszt. orvos is behívja a kerületben gyakorló orvosok nyilvántartásába való felvétel céljából (1893:XXXIII. t.-c. 20. §. 6. p., 43.810/1899. tan. sz. Sz. U. 104. §.).

A gyakorlatra jogosított orvos a gyógymód alkalmazásában nem korlátozható, működésére nézve azonban az állam ellenőrzése alatt álló és az általa elkövetett műhibákért felelős (1876:XIV. t.-c. 47. §.). A gyakorló orvos a műhibákért magánjogilag és büntetőjogi egyaránt felelős és ezekben az ügyekben az 1890:XI. t.-c.-kel létesített Igazságügyi Orvosi Tanács ad szakvéleményt. Gondatlanságból okozott halál esetén háromévi fogházzal és foglalkozásától való eltiltással, még pedig időleges vagy végleges eltiltással büntethető az orvos. Az orvosi gyakorlat időleges eltiltás esetén még újabb vizsgálatról is függővé tehető (1878:V. t.-c. 290. §. és 291. §.). A műhiba enyhébb esetben is minősülhet súlyos testi sértésnek, amikor is büntetése három hónapig terjedhető fogház lehet (1878:V. t.-c. 310. §.). Az indikáció nélkül végrehajtott művi vetelés büntetése 3—5 évig terjedhető börtön (1878:V. t.-c. 285. §.), illetőleg 10—15 évi fegyház (1878:V. t.-c. 286. §.).

(Folytatjuk.)

\* Szerkesztőségünkhöz oly gyakran fordulnak a cimben foglaltak iránt felvilágosításért, hogy kartársaink érdekét véltük szolgálni avval, hogy felkértük *Melly József dr.* kartársunkat e kérdések rövid és összefüggő tárgyalására, mit mellékletünkben folytatólagos közleményekben fogunk kartársaink rendelkezésére bocsátani. Sz.



nap mulva megindult, a gyermekágyban viszont sepsis fejlődött ki. A megbetegedés az általános típusnak megfelelt: a vérkép mindig hyperchrom, a vörsejtek megfogyatkozása nagyfokú volt. A vizsgálati adatok között feltűnt a negatív urobilinogen reactio, a vérbilirubin normalis tükre. Viszont megtaláltuk a terhességi perniciosánál oly ritkán előforduló glossitis jeleit. A koraszülés felette gyors lefolyása vérvesztés nélkül szintén hozzátartozik az ismert képhez. Az alkalmazott májkészítmények hatására regeneratio indult meg, aminek jeleképpen a reticulocyták száma mérsékelten emelkedett. A boncolási lelet a klinikai tüneteknek megfelelő: *a csontvelő részéről nincs kifejezett regeneratio, amát a klinikai képben a reticulocyták hiánya jelez, az alacsony thrombocytaszámot pedig az aplasia is megmagyarázza. A máj és lép haemosiderosisa pedig negatív csontvelőlelet mellett nagyfokú vörsejtszétéset bizonyít.*

(Folytatjuk.)

A kir. magy. Pázmány Péter Tud. Egyetem II. sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Bakay Lajos ny. r. tanár.)

## Electrocardiographia alkalmazása a gyakorlati sebészetben.

Irták: *Guszich Aurél dr. és Findeisen László dr.*

A legtöbbet vizsgált, fekvését, helyzetét és működését illetőleg talán a legjobban meghatározott szerve az organismusnak, a szív. Épen ezért számtalan azon vizsgáló eljárásnak sora, mellyel a szív működését vizsgáljuk. Tapasztalataink alapján mégis azt mondhatjuk, hogy talán túl nagy jelentőséget tulajdonítottunk eddig tisztán a physicalis vizsgáló módszereknek. Elég sokszor tapasztaltuk, hogy pontos physicalis vizsgálattal teljesen egészségesnek talált szív főleg hasi és mellkasi műtétek után (*Rütz*) felmondta a szolgálatot és csak hosszas muakával sikerült a szív működés megbillent egyensúlyát helyreállítani. A szívgyengeség nemcsak a szív teljesítőképességének csökkenésében jut kifejezésre, hanem a szív tartalék erejének időelőtti kimerülésében is. A szívgyengeség, vagyis a szívizom csökkent alkalmazkodó képességének első jele *subjektív természetű*. Épen ezért ilyenkor meglehetősen nehéz a szívizom teherbíróképességének megbírása.

Figyelembe kell vennünk azt, hogy vannak betegek, akiknek szíven physicalis vizsgáló módszerekkel kóros elváltozást találni nem lehet, a szív nagyságbeli viszonyai, rythmusa, szívhangok normálisak lehetnek, tartalékereje (*Frey*) ellenben oly kicsi, hogy már kisebb megerőltetéskor a legsúlyosabb állapotba juthat a beteg. Műtétek alkalmával méginkább van kitéve súlyos teherpróbának a szívizom munkabírása.

Az utóbbi években újabb vizsgálati methodikával gyarapodott az orvosi tudomány és ez az *electrocardiographia*. A gyakorlati sebészet, mely az új vizsgáló methodusokat mindig felhasználja munkakörében, az electrocardiographiát is besorozta fegyvertárába. Ha az irodalmat áttekintjük, mégis azt találjuk, hogy az electrocardiographia sebészeti vonatkozásokban nagyobb részt kísérleti és elméleti kérdések tisztázásával foglalkozott. (*Ward—Wright, Frommel, Unger—May, Lennox, Graves, Levine, Kahlson, Rütz és mások.*) A szerzők egyik nagyobb része a műtét és narcosis alatti, illetve műtét utáni és különböző gyógyszerbehatásokra beálló electrocardiographiai elváltozásokat vették vizsgálat alá, míg mások, így *Herapath, Lenner, Haas—Parade* a Basedow-

kórosoknál vizsgálták az electrocardiogramm (Ekg.) viselkedését.

Vizsgálataik eredményét, ha áttekintjük, azt mondhatjuk, hogy a sebészi vonatkozások, melyekben az electrocardiographia szerepet játszhatik, többfélék. Ezek között gyakorlat szempontjából a legfontosabb a betegek előkészítése. A II. sz. sebészeti klinikán *Bakay* professzor elgondolása alapján az általa bevezetett rendszeres beteg-előkészítéshez (Orvosképzés, 1929. Bakay-füzet), az utóbbi évben az Ekg. vizsgálatot is hozzákapcsoltuk, mert az *electrocardiogramm* értékes támpontot nyújt a szívizomzatban fellépő elváltozások, vezetési zavarok, myocarditis és billentyűhibák megítélésében, (*Eiger*) vagyis a szív állapota felől *objective* képes minket tájékoztatni.

Az electrocardiographiával szerzők egyrészt a narcosis alatti és utáni, másrészt a műtétek alatti és utáni szívélváltozásokat akarták tisztázni. Így *Ward* és *Wright* N<sub>2</sub>O narcosisnál egy perc alatt visszafejlődő elváltozásokat találtak, melynek okát anoxaemiában keresik. *Frommel* chloroform narcosis és adrenalin okozta változásokat vizsgálta állatokon; eredményei emberre azonban nem vihetők át. *Unger* és *May* avertin és aether narcosis alatt nem észleltek az Ekg.-on semmi kórosat. *Lennox—Graves* és *Levine* a narcosis alatti elváltozásokat regisztrálták, melyek szerintük múltók és csupán physiologiai értékűek. *Kahlson* szívgyengeség alatt a strophantin hatására beálló Ekg. elváltozásokat vizsgálta. *Mandelstamm* egy, illetve kétoldali nyaki sympathectomia alatt felvett Ekg.-on semmiféle kóros eltérést sem észlelt. Hasonlóképp *Arce* és *Morea* angina pectoris miatt operált betegeken a műtét alatt felvett Ekg. görbékben elváltozásokat nem találtak. *Reissinger* műtét előtti és utáni Ekg. leleteket összehasonlítva a pitvar functióban és vezetésben észlelt zavarokat. *Marvin, Pastor, Carmichael* a vérnyomás viselkedését vizsgálták harminc eset kapcsán, az Ekg. és a vérnyomás közt lényeges különbséget azonban nem találtak. Ugyancsak ők vizsgálták az Ekg.-kat narcosisban végzett műtétek alatt és után. *Franke* strumáknál a műtét előtt felvett Ekg.-kon semmi kórosat sem talált. *Wachsmuth* és *Eismeyer* a műtét alatt felvett görbéket vizsgálva, annak praktikus hasznát nem látták és kétségbevonják annak gyakorlati értékét. A további vizsgálók közül megemlítendő *Herapath*, aki Basedowosok Ekg.-ját vizsgálta; *Rütz* kutyákon aether narcosisra előálló úgynevezett respiratorius arythmiát talált, amely, hasonlóképpen a frequentia is, pneumotorax készítésére fokozódik. A tüdő felfuvása túlnyomásos készülék segítségével bradycardiát vált ki. A szív luxatiója az úgynevezett „Herzflimmert“ okozta. A szív különféle részeinek megerőltetése az Ekg.-on súlyos elváltozásokat váltott ki (hemistolia, vezetési idő megrövidülése, negatív T, stb.), végeredményben az endothoracalis elváltozásokat, mint a műtét utáni vezetési zavarok okozóját állítja be. *Lenner* is hangsúlyozza a műtét előtti teljes kivizsgálás és előkészítés fontosságát. *Hass* és *Parade* Basedowosok vizsgálata után arra az eredményre jutottak, hogy itt a szövödmények a szív részéről várhatók, amit mi is csak megerősíthetünk. A rythmuszavar magábanvéve még nem képez ellenjavallatot, főleg ha ez reagál az előkészítő terapiára, sőt maga az absolut arythmia sem zárja ki a műtétet. Az extrasystole részben hasonló elbírási alá esik, az insufficientiás tünetek azonban már komolyan veendőek. És itt is, fenti szerzők az Ekg.-ot tartják legalkalmasabbnak arra, hogy vele a szív állapotáról egységes képet kapjunk. *Merke* és *Eisner* a hyperthyreoidismusra keletkező sympathicus izgalmat a negative sympathicotrop gynergennel próbálták ellensúlyozni, illetve ennek hatását vizsgálták az Ekg.-ra Basedow kórosoknál. Vizsgálataik eredménye az volt, hogy a fenti gyógyszer

adagolása után az Ekg. is megváltozott, ami a vezetési idő meghosszabbodásában, frequentia lassúbbodásban és a P—T görbék alacsonyabbá válásában állott.

Saját vizsgálataink az eddigiekkel ellentétben főleg a műtét előtti állapotot, illetve a műtéti indicatio felállítást, a műtetre való alkalmasságot igyekeztek véglegesen tisztázni.

Vizsgálatainkat az *Edelmann*-féle electrocardiograph-al végeztük, mindig ugyanazon feltételek mellett, t. i. a délelőtti órákban a műtétet megelőző napon, éhgyomorral, mind a három levezetést elvégezve, ill. összehasonlítva.

A szokásos vizsgálás és előkészítés mellett (vizelet, vér, Rtg., Wassermann, szívfunctióvizsgálat, *Krogh*, *Benedict*) mindazon esetekben, ahol az előbbieket a szív valamelyes zavarára adtak gyanút — nagy műtétek előtt egészséges szívű egyéneknél is — elvégeztük az Ekg. vizsgálatot is és az Ekg.-nak itt van a lényege, mert a műtét alatti elváltozások a beteg sorsát már megpecsételik és tisztán theoreticus értékűek. A műtét alatti és utáni felvételeknek gyakorlati értékük tényleg nincs. (*Wachsmuth*, *Eismeyer*). Ha az Ekg. a műtétet ellenjavallja, attól el is kell állni; vagy ha az ártalom kisebb fokúnak látszik, a beteget napokon keresztül kell előkészíteni a műtéthez.

42 esetben végeztünk Ekg. vizsgálatot és a nyert eredmények alapján eseteinket két csoportra oszthatjuk.

I. *Ép esetek*. Az általános vizsgálattal és Ekg.-al ép szívű, illetve myocardiumú egyéneknél (27 eset) a műtét alatt és után nem észleltünk a szív működéséről komplikációkat; a gyógyulás sima, zavartalan volt. Tehát a műtét utáni állapot a szokott lefolyástól semmi eltérést sem mutatott. Helyszűke miatt mindegyik csoportban két típusos esetet ismertettünk e helyen.

1. N. J., 32 éves, kp. fejlett nőbeteg. Tüdők felett kopogtatási és hallgatózási eltérés nincs. Hat kg-ot fogott, erősen izzad, hasmenései vannak. Kifejezett exophthalmus és finomhullámú tremor (kb. 60 mp.-ként). Szemtünetek pozitívak. Nyak kétoldalán jókora gyermekökölagnagyságu struma. Lymphocytá: 43%, monocytá: 4%, vérszéjszűlyedés: 29 mm. egy óra alatt. Alapanyagcsere vizsgálat: + 76%, jód-, atoxyl kúra után + 39%. Szívtompulat rendes nagyságú, szívhangok tiszták. Pulzus 110, kp. feszességű, regularis. Mellkas röntgenátvilágításkor a szív alakja és nagyságában eltérést nem találtunk. A felvett orthodiagrammon a szív átmérője 11.5 cm. Szívfunctió vizsgálat, negatív. (*Bakay*, Orvosképzés, 1929. külön füzet.) Ekg.: 110-es frequentiajú szív működés, sinus tachycardia, megrövidült kamra diastole. *Ép myocardium*. Diagnosis: morbus Basedow. A szív munkabírását az összes rendelkezésünkre álló vizsgálatokkal kielégítően találtuk, a beteget szokás szerinti módon előkészítettük a műtéthez. Műtét local anaesthesiában: jobboldalt az art. thyreoidea sup.-t és inf.-t, baloldalt a sup.-t kötöttük le és Kocher szerint mindkét pajzsmirigy lebenyből ék alakú darabot resecáltunk a hátsó tokrészt megtartásával. A műtét után nyugodt volt a beteg, a szív működéséről zavar nem lépett fel. Hatodik napon varratkiszedés, a tizedik napon gyógyultan elbocsátottuk. Izgatottsága és tremora távozásakor lényegesen csökkent, pulzusszám percenként 90.

2. H. J., 43 éves, jól fejlett nőbeteg. Két éve typicus cholelithiasis panaszai vannak, egy ízben sárgasága volt, a typicus rohamok két-három hónaponként ismétlődtek. Tüdők felett kóros elváltozást nem találtunk, a jobb rekesz kitérése csökkent. Az elvégzett cholecystographia negatív kőárnyékokat mutatott. Szívtompulat rendes nagyságú, tiszta szívhangok. Röntgenátvilágításkor a szív nagyságbeli viszonyai eltérést nem mutatnak. Az orthodiagrammon a szív átmérő: 11 cm. Szívfunctió vizsgálat: negatív. Ekg.: 60-as frequentiajú, sinus rhythmusú, szív működés. Az Ekg. görbe normális. *Ép myocardium*. Diagnosis: cholelithiasis. Cholecystectomy után a kórleflyás sima volt. Hetedik napon eltávolítottuk a draint; 15-ik napon gyógyultan hagyta el a klinikát.

II. *Kóros esetek*: Azon eseteinkben, ahol a fenti vizsgálatokkal a myocardiumot betegnek találtuk (15 eset),

mindig meg kellett küzdenünk a szív részéről fellépett zavarokkal.

Ezen esetek a következők.

1. Struma Basedow. Ekg. 100-as frequentiajú sinus rhythmusu szív működés. Sinus tachycardia. T<sub>3</sub> negatív, R<sub>3</sub> pozitív. Kisfoku myocardium laesio. Műtét: 3 arteria lekötés, resectio. 2 órával a műtét után teljesen arhythmias 160-as pulsus. Öt-napon át aggasztó állapotban van.
2. Struma, Basedow. Ekg. 70-es frequentiajú sinus rhythmusu szív működés. Insufficiencia bicuspidalis. Thyreotoxicosis. R<sub>2</sub> és R<sub>3</sub> negatív. Abnormis nagy balszív tulsuly. Relative ép myocardium. Műtét: 3 arteria lekötés, resectio. 4 órával a műtét után alig tapintható irregularis pulsus. Éjszaka fokozódó szívgyengeség, dacára a nagymennyiségben adott cardiumoknak, a beteg 24 óra mulva exitált.
3. Struma, Basedow. Ekg. 100-as frequentiajú sinus rhythmusu szív működés. T és P teljesen hasonló. Erős thyreotoxicosis. Diastole feltűnően rövid, kifejezett balszív tulsuly. Mérsékelt myocardium laesio. Műtét: 3 arteria lekötés, resectio. Műtét után 2 órával nagy nyugtalanság, 140-es arhythmias pulsus. 3-ik napon cardiumok adagolására megszűnt.
4. Struma, Basedow. Ekg. 160-as frequentiajú sinus rhythmusu szív működés. R<sub>2</sub>, R<sub>3</sub> negatív. Igen kifejezett balszív tulsuly. Kisfokban laedalt myocardium. Műtét: Nem történt.
5. Cholelithiasis. Ekg. 120-as frequentiajú sinus rhythmusu szív működés. Sima T.; T<sub>2</sub> negatív. Balszívtulsuly, myocardium laesio. Műtét: Cholecystectomy. Műtét után 6 órával fokozódó szívgyengeség tünetei között exitált.
6. Cholelithiasis. Ekg. 70-es frequentiajú szív működés. Balszívtulsuly. Elsimult P<sub>1</sub>, P<sub>2</sub>, P<sub>3</sub>, alig kifejezett T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub>. Arhythmia. Sulyosan laedalt myocardium. Műtét: Nem történt.
7. Hernia par. abd. Ekg. 80-as frequentiajú szív működés. Kifejezett balszívtulsuly. Kamra extrasystole. Relative ép myocardium. Műtét: Nem történt.
8. Cholelithiasis. Ekg. 70-es frequentiajú sinus rhythmusu szív működés. Légzési arhythmia. Balszívtulsuly. Laedalt myocardium. Műtét nem történt.
9. Cholelithiasis. Ekg. 80-as frequentiajú szív működés. Nagyfoku balszívtulsuly. Csomós R; Elsimult T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub>. Kis köteg és myocardium laesio. Műtét: Nem történt.
10. Cholelithiasis. Ekg. 80-as frequentiajú sinus szív működés. Nagyfoku balszívtulsuly. T hullám előtt egy O vonal alatti rész. Relative ép myocardium. Műtét: Cholecystectomy. Műtét után nagyon megszaladt a pulsus és a 4-ik napig arhythmias volt.
11. Ulcus call ventr. Ekg. 60-as frequentiajú szív működés. Sinus arhythmia. Kifejezett balszívtulsuly. T<sub>1</sub> alig kiemelkedő, P<sub>1</sub>, P<sub>2</sub>, P<sub>3</sub> pozitívnek látszik. Mérsékelt myocardium laesio. Műtét: Resectio ventriculi. Műtét napján este arhythmias szív működés, mely a 4-ik napon megszűnt.
12. Struma, Basedow. Ekg. 100-as frequentiajú szív működés. Sinus tachycardia. T és P teljesen hasonló. Kamra diastole nagyon megrövidült. Thyreotoxicosis. Igen kifejezett balszívtulsuly. Laedalt myocardium. Műtét: Nem történt.
13. Cholelithiasis. Ekg. 80-as frequentiajú sinus rhythmusu szív működés. Balszívtulsuly. Elsimult T hullámok; P hullámok alig különböztethetők meg. Laedalt myocardium. Műtét: Cholecystectomy. Műtét után arhythmias pulsus a többiben adott cardiumok adagolására a 4-ik napon megszűnt.
14. Struma, Basedow. Ekg. 80-as frequentiajú látszólag rhythmicus szív működés. Az előtt 3—6 P hullám. T hullámok egyes kamra-coplexumok nem különböztethetők meg. R<sub>1</sub> > R<sub>2</sub> > R<sub>3</sub>, negatív szélesalapú, kicsiny, csomós. Sulyos myocardium laesio. Műtét: 3 arteria lekötés, resectio. Műtét után 160-as, alig tapintható arhythmias pulsus, cyanosis, légszomj, NaCl infusio; cardiumokra az 5-ik napon a szív működés ismét normalis.
15. Str. calculosa subter. Ekg. 70-es frequentiajú sinus rhythmusu szív működés. R<sub>1</sub> + R<sub>3</sub> negatív, szélesalapú, csomós. P<sub>2</sub> hasadt; kifejezett balszívtulsuly. Insufficiencia bicuspidalis. Mérsékelt Hisköteg laesio. Relative ép myocardium. Műtét: Resectio. Műtét után nagyfoku szívgyengeség. Tapintható arhythmias pulsus, cyatartó arhythmia.

10 műtetre került beteg közül egyik betegünkénél (2. sz.) szívének és általános állapotának figyelembevételével a műtétet nem ajánlottuk. A beteg határozott kívánságára és szocialis helyzetére való tekintettel, az előzetes szövödmények kilátásba helyezése után, mégis műtetre került — napokon át tartó előkészítés után. Ennek dacára a műtétet követő 24 órára exitált. Körtörténetét röviden alább adjuk:

1. K. A. 37 é. nőbeteg. Egy éve vannak panaszai, ezalatt erősen lesoványodott. Tüdők részéről kóros elváltozást nem találtunk. Proffuse izzad. A nyak elülső oldalán tyúktojásnyi, tömött tapintatú terimenagyobbodás, mely fájdalmatlan és nyeléskor a gége mozgásait követi. Szemtünetek: ++. Nagy nyugatlanság és kifejezett igen finomhullámú tremor, percenként 80.) Lymphocytá: 35%, monocytá 3%. Vérsejtsúlye-dés: 32 mm. 1 óra alatt. Alapanyagcserevizsgálat: + 71%. Jód-atoxyl-kezelés után: + 46%. Vizelet: negatív. Szívtompulat balfelé egy harántújjal meghaladja a medioclavicularis vonalat, jobbfelé a sternum közepéig terjed. Csücs felett systoles zörej. Pulmonalis II. ékelt. Pulsusszám: 72, közepes, reguláris. Vérnyomás: 110/65 Hg. R. R., hajszálérnyomás (Herzog-féle eszközzel mérve) 20 mm. Röntgenátvilágításkor jobb és balfelé mérsékelten megnagyobbodott szívet találtunk. Az orthodiagrammon a szívtátmérő: 12.7 cm. Szívfunctió vizsgálatkor kielégítő teljesítő-képességűnek találtuk a szívet. Ekg.: 70-es frequentiájú, sinus rythmusú szív működés. Insufficiencia bicuspidalis, magas P. és T., vezetési idő megrövidül. Thyreotoxicosis R<sub>2</sub> és R<sub>3</sub> negatív. Abnormis nagy balszívtúlsúly, *relative ép myocardium*. Fenti tünetek alapján a beteget nem tartottuk műtetre alkalmasnak, életkörülményeinek figyelembevételével, határozott kívánságának engedve, alapos előkészítés után mégis elvégeztük a műtétet. A műtét után nagy nyugtalanság lépett fel, négy órával később filiformis, alig tapintható, irreguláris pulsus találtunk, excitansok hatására némileg megjavult a pulsus. 12 óra múlva, dacára a rendszeresen nyújtott cardiacumoknak, szívgyengeség tünetei közt exitus.

A szív boncolási lelete: szív súlya 340 gr., jobb kamra fala 3 mm., balkamráé 12 mm. Az izomzat szürkés-barna színű, a papillaris izmok metszlapján 1—2 szürke, cérnaszál-szerű vékony heggel. A bicuspidalis szabad szélé megvastagodott, 1½—2 mm. vastag. Tricuspidalis, aorta és art. pulmonalis billentyűk hártásak, eredésükénél kis fokban megvastagodtak. Diagnosis: Endocarditis chr. fibrosa valvulae bicuspidalis. Degeneratio parenchymatosa myocardii myocarditis chr. interstitialis.

Másik betegünket (5. sz.) belgyógyászati kezelésre utasítottuk, ugyanis szívének állapota miatt ellenjavaltuk a műtétet. A beteg — amint utólag értesültünk — mégis megoperáltatta magát máshol és a műtét után 6 órával, szívgyengeség tünetei közt exitált. Körtörténete röviden:

2. N. J. 34 éves, jól fejlett nőbeteg. Évek óta gyakran van epekövőkás rohama, több ízben hosszú ideig sárgasága is volt. Járáskor hamarosan elfulad. Tüdők felett kopogtatási és hallgatózási eltérés nincs. Rohamosan hízott; állandóan obstipál. Cholecystographia: nativ kőárnyékot mutatott. Vizelet: urobilinogen +. Szívtompulat balfelé megnagyobbodott, 2 cm-el meghaladja a medioclavicularis vonalat, szívhangok tompák, csücs felett halk systoles zörej. Pulsus-szám: 90, kp. feszes-ségű regularis. Vérnyomás: 125/60 mm Hg. R. R. Hajszálérnyomás: 18 mm. Röntgenátvilágításkor balfelé megnagyobbodott szívet találtunk. Orthodiagrammon a szívtátmérő: 13.5 cm. Szívfunctió vizsgálat: *positiv*. Ekg.: 120-as frequentiájú sinusrythmusú szív működés. Sima T., T<sub>2</sub> negatív. Kifejezett balszívtúlsúly, *Myocardium laesio*. Diagnosis: cholelithiasis et insufficiencia bicuspidalis.

A boncolási leletből csak a szív leletét közöljük. A szív súlya: 320 gr., bal kamra izomfala 10 mm. A kéthegeyi billentyűi megrövidültek és kissé megvastagodtak. A kamra izomzat és a papillaris izomzat metszlapja kifejezett tigrisszívet mutat. Diagnosis: endocarditis chr. valv. bicuspidalis et hypertrophia myocardii ventriculi cordis sinistri. Infiltratio adiposa myocardii totius.

Tehát a boncolási lelet mindkét esetben igazolta vizsgálatunk, főként az Ekg. felvétel helyességét.

A többi betegnél (1, 3, 7, 10, 11, 13, 14, 15 sz.) a műtét után 3—6 napig szív működésbeli zavarok aka-

dályozták a gyógyulás sima lefolyását. Basedowosoknál saját eseteinkben is többször láttuk a Basedowra jellemző Ekg. viselkedését: tachycardia abnormisan magas P. és T. (*Krumbhaar, Zondek*) továbbá a vezetési időnek relative rövid voltát (*Stoss*). Egyik esetben (7. sz.) a műtét után egy órával fellépett collapsust észleltünk; a többiek-nél pedig egy-két órával a műtét után már felléptek a zavarok *mindig a szív részéről*. Egyik jellemző esetünk rövid körleírása:

B. J. 53 éves fejlett nőbeteg. Typicus cholelithiasis anamnesissel. Testsúly 67 kg. Tüdők részéről elváltozást nem találtunk. Cholecystographia: epehólyag nem telődött, kőárnyék nem látható. Wassermann r. negatív. Szívtompulat rendes nagyságú, szívhangok tiszták, pulsus-szám 72. Vérnyomás: 132/86 mm Hg. R. R. Hajszálérnyomás: 22 mm., szívfunctós vizsgálat: negatív. Ekg.: 80-as frequentiájú, sinus rythmusú szív működés. Nagyfokú balszívtúlsúly, T. hullám előtt 0 vonal alatti rész. Aorta insufficiencia, *relative ép myocardium*. A beteget öt napon át systematicusan előkészítettük a műtéthez. A műtét után egy órával nagyfokú arhythmia lépett fel, pulsus szám felszökött 110-re percenként, az arhythmia később fokozódott, pulsus alig tapintható. Három napon keresztül rendszeresen és nagy adagban nyújtott cardiacumok hatására az arhythmia megszűnt. A beteg megzavart szív működésében a normalis viszonyok csak a negyedik napon álltak helyre.

*Összefoglalva:* megállapíthatjuk, hogy a physicalis vizsgáló eljárásokkal és Ekg. controllal egészséges szívű betegeinknél a körlelelelés a szív részéről is mindenkor zavartalan volt. Ha a szívizom teherbíróképességét illetőleg bármily gyanú is felmerült (tompá vagy ékelt szívhangok, megnagyobbodott szívtompulat, vitium, pulsus viselkedése) minden esetben felvettük az Ekg-ot *a műtét előtt*.

A boncolással ellenőrzött két eset is megerősít bennünket ama felfogásunkban, hogy mindazon esetekben, ahol a myocardium alterált (különösen figyelembe veendő a bal szív túlsúly is) vagy ellenjavaltuk a műtétet, természetesen az egyéb vizsgálati eredményeket is figyelembe véve; vagy ha az összes körülmények pontos mérlegelése után műtétre határoztuk el magunkat, a beteget a műtét előtt 5—6 napon keresztül előkészítjük a műtéthez, hogy a szívnek már említett tartalékerejét növeljük és ezáltal képessé tegyük arra, hogy a műtéttel járó fokozottabb követelményeknek is meg tudjon felelni. A postoperatív körlelelelés igazolta eme felfogás helyességét, amint az a következő táblázatból látható:

Végeredményben azt mondhatjuk, hogy electrocardiographia jelentősége a sebészetben a *műtét előtti* felvételekben áll. Itt sem egyedül, hanem az eddigi vizsgálati methodikával párhuzamosan, azokat mintegy kiegészítve. Így az electrocardiographiában hathatós támaszt nyertünk a műtét chance-it és a prognosist illetőleg. A műtét *alatti* és *utáni* állapot Ekg. vizsgálata gyakorlatilag másodrendű, illetőleg inkább elméleti jelentőségű és beavatkozásunk eredményét, vagy azok kilátásait befolyásolni nem képes. Vizsgálatainkat más irányban is kiterjedten folytatjuk.

**Irodalom:** 1. *Eiger*: Pflüg. Arch. 162. k. 7-10. f. 2. *Franke*: Arch. f. Klin. Med. 159. k. 3—4 f. 3. *Frommel*: Zentralorgan f. Gesamnt. Chir. 41. k. 770 old. 4. *Haas—Parade*: Ibidem. 5. *Herapat*: Bristol med. chir. 47. évf. 1930. 193. old. 6. *Lennox Graves—Levine*: Arch. of intern. Med. 30. k. 1 sz. 7. *Lenner*: Bruns Beitr. 152. k. 1 f. 46 old. 8. *Mandelstamm*: Bruns Beitr. 136. k. 3. f. 9. *Marvin—Pastor—Carmichael*: Arch. of intern. Med. 35. k. 6 sz. 10. *Marvin—Pastor*: Ibidem. 11. *Merke—Eisner*: D. Zeitschr. f. Chir. 210 k. 239 old. 12. *Reissinger*: Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 40 k. 4 f. 13. *Rütz*: Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 223 k. 375 old. 14. *Unger—May*: Zentralbl. f. Chir. 54. k. 51. sz. 15. *Wachsmuth—Eismeyer*: Deutsche Zeitschr. f. Chir. 209 k. 145 old. 16. *Ward—Wright*: Lancet: 1929. II. 1184.

A kir. magy. Pázmány Péter Tud. Egyetem bőr- és nemikórtani klinikájának közleménye. (Igazgató: Nékám Lajos ny. r. tanár.)

## Esophylaxia és reticulo-endothel rendszer.

Irta: Böhm Sándor dr. és Vámos László dr.

E. Hoffmann észlelte először, hogy a bőrre ható külső ingerek, mint massage, szénsavas fürdők, fénybesugárzás stb. hatására a szervezet immunanyag termelő képessége fokozódik, az antianyagok mennyisége megszorodik s ezzel a dermatológiába egy új fogalmat vitt be: az esophylaxia fogalmat. Az immunanyag képződésének helyéül is magát a bőrt jelölte meg, mely belső secretió működésével nemcsak saját, hanem az egész szervezet aspecificus resistenciáját emelni képes; a mellett fölvette, hogy az immunanyag képzésben más rendszernek is szerepe lehet. Tanítványa Memmesheimer egyik utolsó dolgozatában az esophylaxis immunanyagok főképződési helyéül a reticulo-endothel-rendszer (R. E. R.)-re gondol s föltételezi, hogy annak hyperfunctiója oly módon jön létre, hogy a bőrre ható ingerek, vagy a vegetatív idegrendszer útján fejtik ki működéstserkentő hatásukat, vagy pedig ezen ingerek folytán (pl. fénykezelés) a bőrben olyan anyagok keletkeznek, illetve szabadulnak fel, melyek izgatólag hatnak a R. E. R. sejtjeire.

Vizsgálatainkban feleletet igyekeztünk adni arra, hogy az esophylaxis immunhatások hol folynak le, a bőrben, vagy a R. E. R. sejtjeiben, az immunanyagképzés az autonóm idegrendszernek a R. E. R.-re kifejtett direct hatása támad-e, vagy pedig az esophylaxiás ingerek következtében a szervezetben beálló biochemiai változások (sejtszétérés) folytán jön-e létre?

I. Először azt vizsgáltuk, hogy a R. E. R. kiiktatásakor esophylaxiás hatásokra a kísérleti állat vérsavójában az immunanyagok felszaporodnak-e, vagy nem. E célból először megállapítottuk egészséges, kifejtett nyúl vérsavójának bacteriolyticus, illetve bactericid erejét.

Normal értékül, mely több állat serumából nyert szám középárayosa és anthracoidesre vonatkozólag állapítottuk meg, azt találtuk, hogy a coloniák száma egy órai exponálás után 24 órán keresztül thermostatban tartva,  $\frac{1}{3}$ -ára esett.

A savó bactericid erejének vizsgálatára és a beálló változások demonstrálására a következő módszert használtuk: sporátlanság céljából két generatiónt át szobahőmérsékleten tartott anthracoides ferde-agaron növő 24 órás tenyészetéből 1 normalkacsnyival 0.5 cm<sup>3</sup> bouillonban homogen suspensiót készítettünk,  $\frac{1}{2}$  cm<sup>3</sup> friss savóhoz két normalkacsnyi suspensiót kevertünk. Thermostatban 15', 30', 60'-ig exponálunk és 1 norm. kacsnyit 10 cm<sup>3</sup> 45 C°-u agarhoz adunk s 24 óra múlva olvassuk a koloniákat, azok száma mellett a nagyságot is figyelembe véve. A közölt számadatokat 3—5 ízben ismételt kísérletek középárayosát tartalmazzák. I. normál nyúl 1470 grm-os, 14 hónapos hím cm<sup>2</sup>-kénti koloniaszám: exponálás előtt 75, 15' exp. után 60, 30', exp. után 45, 60' exp. után 30. II. normál nyúl 1700 gm-os két éves hím, cm<sup>2</sup>-kénti koloniaszám exponálás előtt 120, 15' exp. után 80, 30' exp. után 67, 60' exp. után 34. III. normál nyúl 1600 gm-os két éves nőstény, cm<sup>2</sup>-kénti koloniaszám: exponálás előtt 90, 15' exp. után 66, 30' exp. után 52, 60' exp. után 27.

Parallel három nyúlnak higanylámpával erythema-dosist adtunk, ugyanekkor három más, részben tussal blokkírozott, részben splenectomisált + blokkírozott nyulat hasonló hatásoknak tettünk ki és vizsgálataink ered-

ményeképpen azt találtuk, hogy a bactericidia a normál állatnál lényegesen emelkedik, blokkírozott állatnál ugyancsak emelkedés észlelhető, a splenectomisált + blokkírozott állatok bactericidiája ugyanolyan, mint besugárzás előtt volt és lényegesen kisebb a normal savó sugárzás előtti bactericidiájánál. És hogy a csupán blokkírozott állatban az antianyagképzés blokkírozás dacára emelkedik az ingerre, magyarázható azzal, hogy az a blokkírozott állat R. E. R.-jének működését csak csökkenti, de nem teljesen bénítja; s a vitalis festékekkel telített R. E. R. sejtek még képesek kis szemcséket phagocytálni, viszont ha a bénulás teljes, az állat elpusztul.

A fentebb felsorolt állatok bactericidiája besugárzás után két órával a következőképpen módosul: I. nyúl exp. előtt 87, 15' exp. után 59, 30' exp. után 25, 60' exp. után 10 a koloniaszám. — II. nyúl exp. után 25, 60' exp. után 70, 30' exp. után 34, 60' exp. után 15 és végül a III. nyúlnál exp. előtt 95, 15' exp. után 68, 30' exp. után 30, 60' exp. után 9 a cm<sup>2</sup>-kénti koloniaszám. Tussal blokkírozott állatokban a következő értékeket találtuk: IV. nyúl 1700 grm-os, 19 hónapos nőstény: exp. előtt 85, 15' exp. után 69, 30' exp. után 59, 60' exp. után 35; V. nyúl 1200 grm-os, 18 hónapos nőstény exp. előtt 100, 15' exp. után 77, 30' exp. után 61, 60' exp. után 48 a cm<sup>2</sup>-kénti koloniaszám. Ugyanezen állatok két órával a besugárzás után vizsgálva: IV. nyúl exp. előtt 92, 15' exp. után 70, 30' exp. után 48, 60' exp. után 25. V. nyúl exp. előtt 74, 15' exp. után 59, 30' exp. után 38, 60' exp. után 14. a cm<sup>2</sup>-kénti koloniaszám. — Blokkírozott + splenectomisált állatok bactericidiája 24 órával a műtét után vizsgálva a következő: VI. nyúl 2000 grm-os két éves hím. Exp. előtt 140, 15' exp. után 119, 30' exp. után 106, 60' exp. után 90, VII. nyúl 1600 grm-os 1.5 éves hím exp. előtt 80, 15' exp. után 68, 30' exp. után 66, 60' exp. után 54 a cm<sup>2</sup>-kénti koloniaszám.

A bőrnek jelentékeny szerepét mégis biztosítja immunisálási eljárásoknál az, hogy maga is része a R. E. R.-nek a histiocytákkal, a nyirok- és véregek endotheljével, a fibriocytákkal s a némely szerző által ugyancsak ide számított chromatophor sejtekkel, azonban ezek mennyiségileg jelentéktelennek látszanak, sőt immunanyagképzés szempontjából elhanyagolhatóak is a lép, máj, csontvelő és nyirokcsomók R. E. R.-hez képest. Az hogy az antitestképzés a bőrben játszódna le, nincs bizonyítva. Az antitest első nyomait nem a bőrben, sőt nem is az injectio helyén találjuk, hanem a lépben. A titer, Prausnitz és Neuhaus vizsgálatai szerint intravenás, vagy intracutan, Flexner kísérletében pedig intramuscularis adagolásnál változást nem mutat, sőt Krauspe az agglutinín képzést különböző antigén bejuttatási eljárással összehasonlítván vizsgálva, legjobb eredményt a subcutan adott antigénnél látott.

II. Vizsgálataink második részében arra igyekeztünk feleletet adni, hogy az esophylaxiás hatásra beálló R. E. R. működésváltozás, a bőrben felszabadult kémiai anyagok, fehérje, lipoidszétérés folytán jön-e létre, vagy pedig a bőrben lévő autonóm idegrendszer végződésének izgalma útján reflectoricusan váltódik ki.

Előbbi vizsgálok kimutatták, hogy ultraviolettfény besugárzásokra (Rothmann, Steiger—Kazal) a vér thyrosintartalma fészaporodik. György vizsgálatai azt mutatják, hogy a bőr besugárzása után a szövetek Ca tartalma emelkedik a K. tartalomhoz képest. Kroetz ugyanekkor azt találta, hogy ultraviolet besugárzások után a vérsavó  $\frac{Ca}{K P}$  egyensúlya oly módon változik meg, hogy a K. és P. emelkedik, viszont a Ca csökken. A vérben, mely mint puffer oldat fogható fel a Ca., K., P. állandó egyensúlyban van. Heubner vizsgálatai kimutat-

ták, hogy normalis körülmények között a vérsavó Ca. mennyisége 10% mgr., a K.-é 20% mgr., a Ph.-é pedig szintén 10% mgr. A Ca., Na és Cl szövetnedvekhez, a K és P pedig sejtekhez kötött ionok.

A szervezet antianyag képzésének emelkedésekor vérsavó K és P tartalmát felszaporodottnak találtuk. Mivel a K és P sejtekhez kötött ion, a vérsavó K és P tartalmának felszaporodása csak oly módon jöhet létre, hogy a szervezetben sejtszétérés támad. De ugyanígy minden anaphylaxiás hatás után is emelkedett a vérsavó K és P tartalma.

Fel kell tehát tételeznünk, hogy a rövidsugarú behatások után sejtszétérések keletkeznek, a szétérett sejteknek K és P tartalma pedig a vérkeringésbe jutva, annak K és P tartalmát egyideig emeli, ugyanakkor azonban a szétérett lipoidok és fehérjék is belekerülnek a vérkeringésbe és a R. E. R.-be felvéetve, azt pozitív irányban blockirozzák, azaz activálják. Vizsgálatainkban azt találtuk, hogy esophylaxiás hatásokra csak akkor keletkezik immunanyag többlet, ha a besugárzás, vagy más külső hatás bizonyos fokot ér el, vagyis sejtszétérést okoz. Müller mutatott rá arra, hogy intracutan adott injectiók a sympathicus idegek átvágása után is emelik az immunanyagképzést. Pfeiffer állapította meg azt, hogy az immuntest képzés specificus ingerre bekövetkező specificus reflex, amelyen azonban nem szükséges az antigen és antitest képző sejtek közötti contactus; Friedberger és Oshikava kísérletükben ugyanezt bizonyítják. Ők az antigen bejuttatása után pár perccel a bejuttatás helyét képező bőrt vagy szervdarabot excindálták anélkül, hogy az antitest képzést befolyásolni tudták volna. Zondek régebbi feltevésével szemben, hogy az autonom idegrendszerre kifejtett hatás folytán változnék meg a vérsavó Ca, K, P tartalma, Vollner úgy találta, hogy az idegrendszerre ható gyógyszerek (pilocarpin, adrenalin, stb.) után a vér Ca és K, P tartalma nem változik. Ezzel szemben Uhlmann fehérje (protein) adagolás után sympathicus tonus emelkedést talált. Vizsgálatainkban pedig esophylaxiás hatások után immunanyag képződést csupán azon esetekben találtunk, amikor a hatás megfelelő intenzitású volt és a vér Ca és P tartalma is felszaporodott. De ugyanilyen immunanyag fokozódást találhatunk minden olyan esetben, amikor vagy a szervezetből, vagy pedig a külvilágból bevitt kémiai anyagok ú. n. protoplasma activálók kerülnek a vérkeringésbe. Ezek ugyanis mintegy szűrő, a R. E. R. sejtjei által felvéetnek és azokat igaztják.

Vizsont emberen végzett és máshol részletesebben közlendő vizsgálatainkban azt találtuk, hogy mindazon kémiai anyagok adagolása után, melyeknél a R. E. R. működése emelkedik, emelkedik a szervezet sympathicus tonusa is. (Adrenalin érzékenység). De a két rendszer egymással valószínűleg ok és okozati összefüggésben nincsen, csupán azon hatások, nevezetesen sejtszétérések, amelyek az egyik működését emelik, a másik rendszer működésre is serkentőleg hatnak.

Hogy minden ilyen befolyásnál a vérsavó K és P tartalma emelkedik, annak pedig oka, hogy ilyen esetekben mindig sejtszétérések játszódnak le, amelyeknél viszont a sejtekhez kötött K és P a vérkeringésbe jutva, annak tartalmát emelik.

Vizsgálatainkat összegezve, azt mondhatjuk, hogy az esophylaxiás hatásoknál az immunanyagok képzőhelye a R. E. R.; viszont ennek hyperfunctiója valószínűleg oly módon jön létre, hogy a esophylaxiás hatások folytán a bőrben sejtszétérés támad, mely a R. E. R. sejtjeit működésükben serkenti. A bőr és R. E. R. közötti összekötőkpcos pedig talán nem annyira az autonom idegrendszer, mint inkább a vérpálya. Az esophylaxiás hatá-

sok és R. E. R. hyperfunctiójának registrálója a vér Ca, K, P quotiensének nevező irányban való eltolódása.

**Irodalom:** Hoffmann: D. M. W. 1919, Arch. f. Derm. 151, Derm. Zsch. 59. — Memmesheimer: Hautreize u. Hautesophyl-Halle 1927. — Prausnitz-Neuhaus: Zentrbl. f. Bakt. 91 köt. — Rothmann: Ztsch. f. g. e. M. 36 köt. — György: Avitaminosen, Berlin. Springer. — Kroetz: Strahlanther. 1924. 18 köt. — Müller: M. M. W. 1925. 37 köt. — Zondek: Elektrolithe stb. 1927. Springer. — Vollner: Klin. W. 1924. 50 köt. — Uhlmann: Ztbl. f. Inn. Med. 1924. 41. köt.

## LAPSZEMLE

### Belorvostan.

A syphilis serológiájához. Meinecke. Münch. med. Wschr. 1932. 10. sz.

Szerző a koppenhágai és montevidói nemzetközi serológiai konferenciák tapasztalatai, valamint saját, az utóbbi időben folytatott összehasonlító vizsgálatai alapján arra a megállapításra jut, hogy a modern praecipitációs luesreakciókkal (Kahn reactio), „Meinicke Klärungsreaction II.”, „Müller Ballungsreaction”) a lues serodiagnostikája praecizitás és specificitás tekintetében bizonyos csúcspontot ért el, melyen túl a specificitás veszélyeztetése nélkül a praecipitációs reakciók már nem igen fejleszthetők tovább. A különböző praecipitációs reakciók között néha mutakozó különbségek csak kvantitatívnak, tehát relativnak tekinthetők. Valamely lues-gyanus eset diagnosticus és therapiás elbírálásánál a jövőben a Wassermann reactió eredménye helyett a „Meinicke Klärungsreaction II.”-vel és Kahn „Presumtiv Test”-jével nyert vizsgálati eredményeket kell döntő jelentőségűnek elfogadni.

Dvorák dr.

A májcirrhosis korai diagnosisa. P. Morawitz és R. Mancke. Klin. Wschr. 1932. 15. szám.

Az utolsó évek tapasztalatai azt mutatták, hogy a májcirrhosis korántsem olyan rossz prognosisu betegség, mint amilyennek régebben tartották. A kezdeti stadiumban kezelés alá kerülő betegek hosszú évekig maradhatnak teljesen munkaképesek. Éppen ezen megállapítás által válik fontossá a cirrhosis korai diagnosisa, melynek addig, míg a bajt abszolút rossz prognosisunak tartottuk, csupán elméleti jelentősége volt. A korai diagnosisa azonban elég nehéz, mert a kezdeti panaszok nem jellemzők: a beteg csak puffadtságról, étvágytalanságról, rossz szájjáról panaszodik és az orvos legtöbbször nem is gondol cirrhosisra. Ha gondolunk erre a betegségre, akkor a következő tüneteket kell keresnünk: meteorismust, mely gyakran az első észlelhető jelenség a vizeletben bilirubint és urobilint, az oesophagusban varixokat, melyek röntgenologice kimutathatók és gyakran már a betegség elején profus hámatemesist okoznak. Tapíntható léptumort a kezdeti szakban ritkán lehet kimutatni. Nagyon jól felhasználható a kezdeti esetek diagnostizálására a kombinált cukor-insulin terhelési próba, melynek eredménye egészségesen az, hogy a vércukor az insulin-injectio után 2—3 órával kb. 20 mg%-kal süllyed a kiindulási érték alá, míg kezdődő cirrhosisoknál a vércukornívó esése sokkal nagyobbfokú, olyannyira, hogy a vércukornívó 60—70 mg%-kal süllyed a kiindulási pont alá. A másik jól használható próba a gelatina-vizterhelés, melyet oly módon végzünk, hogy a betegnek 50 gr. gelatinát adunk fél liter vízben oldva és ugy az előnapon, mint a kísérlet napján meghatározzuk a vizelet aminosavtartalmát. Cirrhosisoknál az aminosav concentrációja az előnapéval szemben 80—100%-kal emelkedik, míg egészségeseknél változatlan marad.

Czonicz dr.

Bariummérgezés esete. Gottwald. Deutsche Med. Wschr. 1932. 10. szám.

Bariummérgezést figyelt meg, mely a sima izmok, a harántcsikolt izmok és meninxek izgalmában nyilvánult meg. A sima izmok izgalma anuriát, hányást, hasmenést, majd obstipatiót, a harántcsikolt izmok izgalma a végtagizmoknak majdnem mozgásképtelenségig fokozódó nehézségérzetét, a meninx izgalom pedig pleocytosist, — de globulin szaporodás nélkül — okozott.

A tünetek glaubersós gyomor mosásokra két nap alatt megjavultak. A mérgezés bariumcarbonat por belégzése után történt. A bariumcarbonat a gyomorban a mérgező bariumchloriddá alakult, melyet aztán a glaubersó bariumsulpháttá közömbösített.

Az esetet röntgenologusok figyelmébe ajánlja.

Kleiner György dr.

**Genitalis izgalmi állapotok gyógyítása férfiaknál.** *Wollstein.* Deutsche Med. Wschr. 1932. 10. szám.

Praeiaculin tabletták hypereroticus állapotokban igen jól csillapítanak. Alkalmazta fájdalmas erectioknál, phimosisnál, ejaculatio praecoxnál, pollutionismusnál, spermato- és prostatorrhoeánál. A szer tartalmaz epiphysis kivonatot, ami a csirimirigy hormonjának antagonistája; monobromkámfort, ami a központi idegrendszer fokozott reflexingerlékenységét szállítja le; cotarnint, atropint és papaverint, melyek a nemi szerveket ellátó vegetatív idegrendszer izgalmi állapotát csillapítják. A szer tehát az összes helyekre hat, ahol az eroticus izgalmi állapotok létrejöhetnek.

*Kleiner György dr.*

### Sebészet.

**A műtéti sebből kiinduló sajátos tovaahaladó bőrelhalás** *Prof. Kappis.* (Bruns Beitr. 155. 2.)

Az utolsó években a szerző olyan három (50, 58 és 71 éves) operált férfi beteget észlelt, akiknél a műtéti sebből kiinduló, tovaahaladó bőrelhalás keletkezett, amely minden conservativ kezeléssel dacolt. Minthogy ez az igen ritka szövődés egészen pontosan jellemezhető, sajátos tulajdonságokkal bír, egyúttal az irodalomban eddig közölt kevés számú esetet ismerteti a szerző. 13 vakbélműtét után, 7 más hasi műtét után, 3 mellkas operációval és még 3 egyéb operációval kapcsolatban lépett fel. A necrosis-képződés valószínű oka szerző szerint bacterialis polyinfectio; de ez a feltevés még nincsen végleg bebizonyítva. Bizonyos vonatkozások nem vitathatók a kórházi üszöghöz. Az eddig legjobban bevált kezelési eljárás az egész kóros terület kiégetése, bár ez sem ígér mindig biztos eredményt.

*Marx József dr.*

**A húgyrendszer veleszületett tágulatairól.** *Prof. Lehmann.* (Bruns Beitr. 155. 2.)

A szerző veleszületett hydronephrosisek okait tárgyalja. A húgyutak atoniás tágulatai különböző formáinak különböző oka van. Más üreges szervek tágulataival való összehasonlítása alapján felvehetjük, hogy némelyik veleszületett dilatationnak sphincterachalasia az oka. Egy ilyen csoportba tartozó esetet szerző részletesen tárgyal. Korai diagnózis esetén az achalasiához tartozó tágulatokat célszerű terápiával szüntetik meg. A továbbiakban megkísérelti a húgyutak functionális tágulatait új alapon beosztani.

*Marx József dr.*

**A gerincoszlop osteomyelitiséről.** *Lenner.* (Bruns Beitr. 155. 2.)

A csigolyák csontvelőgyulladásának 4 esetét tárgyalja: két heveny, egy subacut, egy esetben pedig idült osteomyelitist észlelhettek. Mind a 4 beteg férfi volt, 20 és 40 év között. Az egyik heveny és az idült esetben a csigolya testben, a másik heveny és subacut esetben pedig a tövisnyujtványokon lépett fel a betegség. A röntgen egyedül nem tesz lehetővé korai diagnózist. Később mutat ugyan csontelváltozást, de a csontvelőgyulladásra jellegzetes, csontujdonképződés okozta árnyéktöbbletet még 10 hét múlva sem lehetett látni. Szövettanilag pedig ugyanezen időben már kiterjedt osteoid szövőképződés volt megállapítható, melyben azonban még sincs jelen. Ezen betegség oka legtöbbször a staphylococcus aureus, ritkábban az albus, utóbbi nem okoz olyan súlyos kórképet. Sequestralódást nem tudtak megfigyelni. Ha nem a test maga beteg, akkor radicalis sebészi eltávolítás van helyén; a corpus bántalmazottsága esetén csupán a genynek a lágyrészekből eltávolítására szorítkozhatunk; emellett természetesen gondoskodnunk kell a gerincoszlop nyugalomba helyezéséről. Idült esetben nem tartja lehetlenné, hogy a nucleus pulposus functiója nyugalomban levő régi góccokat activálhatja. A gümőkóros elváltozásoktól való elkülönítés meglehetősen nehézségeket okozhat. Negatív eredményű állatoltás, a fajlagos tünetek hiánya a szövettani készítményben és a röntgennel látható fokozott csontképző folyamat osteomyelitis mellett szól. Az utóbbi tünet legelőször megakadályozza a gümőkórra oly annyira jellegző gerincoszlop-elgörbülés kifejlődését, mit szintén felhasználhatunk a kórisme felállításánál.

*Marx József dr.*

### Szülészet.

**Műtéti eredmények corpus carcinománál.** *F. Mikulitz Radeczky és E. Volbracht.* (Zbl. f. Gyn. 1932. 14. sz.)

A berlini női klinika 20 évi anyagát hasznolják össze. 1910—1925-ig *Bumm*, 1926—1930-ig *Stoeckel* vezetése mellett. A *Bumm* klinika anyagában 285 corpus carcinoma szerepel, ezek közül 133-at abdominalis úton operáltak, 143-at sugárral kezeltek, 9 pedig kezelés nélkül távozott. A 143 sugárral

kezelt közül 40 operabilis volt, de kísérletképpen nem operáltak, hanem csak sugárral kezeltek. A 133 operált betegből relativ gyógyulás 54.9 %-ban volt. A műtét következtében 17.2% halt meg. Az utolsó 5 esztendőben a *Stoeckel*-klinikán 74 corpus carcinomát operáltak, ebből 55-öt vaginalisan, 19-et abdominalisan. A műtéti halálozás 6.7% volt. A teljes gyógyulásról beszámolni nem tudnak, de műtéti halálozásuk (6.7%) oly csekély a *Bumm*-klinika műtéti halálozásával szemben (17.2%), hogy a gyógyulás arányszámát lényegesen fel fogja emelni. A corpus carcinomát tehát rendszeresen abdominalis úton operálni nem lehet, csak válogatott esetekben, mert az abdominalis műtétnek igen nagy a primaer mortalitása.

*Balassa Kálmán dr.*

**A partialis symphyseotomiának Zárate-féle kivitele.** *E. Zárate.* (Arch. f. Gyn. 147. 3.)

A részleges symphyseotomia technikájának ismertetése után szerző a klinikáján végzett 100 symphyseotomia statisztikáját ismerteti s összehasonlítást von a végzett fogoműtét, fordítás, császármetszés eredményeivel, melyeket 2950 szűkmedencés szülés kapcsán végzett. Tapasztalatai alapján fel is állítja az indicióit:

a) abszolút indiciót képez 8 cm-en felüli conj. vera, normalis fekvés, kitágult méhszáj s rendes, vagy nem kielégítő méhösszehúzóerők.

b) relativ indició: az említett medence szűkület mellett homlok- és farfekvés, magzati veszély, ki nem tárgult méhszáj, de kielégítő méhösszehúzóerők esetén minden többször szülő nőnél.

Contraindiciót képez a hüvely rigiditása, tetanicus méhösszehúzóerők. Kifejezett infectió sem képez contraindiciót, mert a műtét még az embryotomiánál is veszélytelenebb, amely pedig 4—5% anyai halálozással jár.

A symphyseotomia eredményeit összehasonlítva a fogó, fordítás, császármetszés eredményeivel, s megállapítja, hogy a symphyseotomiával elért eredmények messze felülmúlják a többi eljárásokat. 100 eset közül az anyai halálozás 0; a magzati halálozás 5 volt.

*Fátyol Csongor dr.*

### Szemészet.

**Normalis és cataractás emberi szemlencsék anorganicus amlyisise.** *G. Mackay, P. Stewart, D. Robertson.* (Brit. Journ. Ophthalm. 1932. ápr.)

Ismertetik az eddigi irodalmi adatokat, melyek szerint cataractás lencsék több calciumot és kaliumot tartalmaznak, mint a normalis lencsék; a K/Ca hányados a cataracta fejlődésével csökken. Általában a lencsehomályokat az anorganikus alkotórészekben történő változásokkal, első sorban a calcium megszaporodásával hozzák összefüggésbe. Vizsgálataikat tokosan extrahált lencséken végezték. A lencsék szárazanyagtartalmát alacsonyabbnak találták a normalisnál; a calcium emelkedett, — hályogos kalium csökkent, a NaCl fokozódott, a phosphor kevesbedett. A lencse összetétele különbözik a plasma és a csarnokvíz összetételétől. A cataracta-képződésnél keletkező homályok keletkezését ők is a lencse calciumtartalmának növekedésével magyarázzák.

*Weinstein Pál dr.*

**Polycythaemia és embolia arteriae centralis retinae.** *A. Elschmig és W. Nonnenbruch.* (Klin. Monatsbl. f. Aug. 1932. április).

Két esetet közölnek, melyekben polycythaemia volt jelen embolia art. centr. retinaevel. Az egyik hypertoniás volt, úgy hogy a *Gaisböck*-féle polyglobulia a hypertoniához tartozott; a másik esetenél azonban a genesis nem volt tisztán kimutatható, nem tartozott a *Vaquez-Osler*-féle polycythaemiahoz, inkább a *Günther* által említett cerebralis polyglobuliához állt közel. Az első esetenél érspasmust tételeztek fel, mert a tünetek röntgenbesugárzásra javultak. A második esetben, ahol apoplexiás insultus is történt, a polycythaemiával kapcsolatos vérösszetétellel és véráramsebesség megváltozásával hozzák összefüggésbe.

*Weinstein Pál dr.*

**A test különböző helyein alkalmazott röntgen- és ultraibolyasugarak ingerhatása az eltakart szemre.** *K. Kikai.* (Klin. Monatsbl. f. Aug. 1932. április).

*Szily* iskolájának az ingerhatás mechanizmusára vonatkozó vizsgálatait folytatta azon megfontolás alapján, hogy a röntgen- és ultraibolyasugarak behatására a szervezetben sejtszétévesési termékek keletkeznek, amelyek úgy szerepelnek, mint fajidegen fehérjék. Anatkísérletekben a kísérleti állatok fejét röntgensugarak iránt ellenálló anyaggal vette körül és a szemtől távolosó testfelületen alkalmazta a besugárzásokat. Az enucleált szemeken végzett vizsgálatai szerint mintegy

4—6 hét múlva léptek fel a szövettani elváltozások; az így észlelt incubációs idő szerinte ahhoz kelet, hogy a sejtészeti termékek felszabaduljanak. Az elváltozások lényege a processus ciliarisok oedemája, a chorioidea sejtes beszűrődése, vagyis az, ami a parenteralis fehérje bevitel hatása a szemre az ingertherapiánál.

Weinstein Pál dr.

**A keratitis parenchymatosáról.** W. Harzau és E. Hossmann. (Klin. Mon. f. Aug. 1932. április).

A beresloui klinika adatait közlik az utóbbi évek keratitis parenchymatososa eseteire vonatkozólag. A bántalom különösen nőknél jelentkezik. A legtöbb beteg 16—20. életév között van. A Wassermann-reactió 92.6%-ban pozitív. A liquor és csarnokvíz serológiai reakciója diagnosztikailag nem értékelhető. Nagyon ajánlják a lutein próba elvégzését. Négy esetben fordult elő trauma, amely a keratitis parenchymatosát kiválasztotta. A combinált antilueses kezelés az idők folyamán semmit se változtatott a betegség lefolyásán az előbbi évekkel szemben.

Weinstein Pál dr.

## Gyermekgyógyászat.

**Gyermekek acetonaemiás hányásáról.** Salomonsen. Kl. Wchschr. 1932. 14. sz.

Szerző nem tudja megerősíteni mások azon nézetét, hogy az acetonaemiás hányás anyagcserezavaron alapulna. Ezen nézetüket arra alapítják, hogy ilyen betegeknek rohama tudnak kiváltani, ha a táplálékban a szénhidrátokat a minimumra leszállítják. Szerző 8 acetonaemiás hányásban szenvedő betegnél megismertelte ezt, de egy esetben sem sikerült rohamot provocálnia. Legfeljebb anyagcserezavar-reakciót kapott azonban egészséges gyermekeknek ugyanugy mutatkozott.

Wollek dr.

**Az újszülött anaemiája.** A. Abt. Amer. Journ. of Diseases of Children. 43. kötet. 337. oldal.

Egészséges szülők rendes időre született gyermekeiknél is előfordul, hogy az első 2 hét folyamán anélkül, hogy vérvizsgálás kimutatható volna, többé-kevésbé súlyos anaemia lép fel. Ezeknek egy részénél ismételt transfusio is szükségessé vált. Az anaemiával karöltve a fehérvérkép is több-kevésbé eltérést mutatott, az irodalomból ismert 15 esetből 5-ben monocytosist észleltek. A megbetegedés aetiologialag nem tisztázható, rendszerint monosymptomaticus, ugyanis az anaemián kívül egyéb kóros elváltozást nem észleltek. A lassu reparatio akár egy évig is eltarthat.

Surányi Gyula dr.

**Különböző fehérjetartalmu gyógsérumok felszívódási viszonyai.** Demnitz és Scholtz Marburg. Kl. Wchschr. 1932. 14.

Allatkísérletekkel kimutatható, hogy a különböző fehérjetartalmu gyógsavók különböző hosszú idő alatt szívódnak fel. A felszívódás gyorsasága és a fehérjetartalom fordított arányban állnak egymással. Ezért intramuscularis, de főleg subcutan alkalmazásnál fontos a csekély fehérjetartalmu savó adása, mivel sikeres serumtherapia feltétele a gyors felszívódás.

Wollek dr.

**Immunitás keletkezése és a bőr reakcióképessége csecsemőkben.** Nasso. Mailand. Kl. Wchschr. 1932. 7.

Szerző immunitás alatt azt az ellenállóképpességet érti, melyet az egész szervezet vagy annak egyes szövetei a betegséget okozó csírákkal vagy mérgekkel szemben felmutatnak. Szerinte az immunitás létrehozásában a cellularis factoroknak legalább is akkora szerep jut, mint a humoralis tényezőknél. Azt, hogy a fiatal csecsemők (6 hóig) kanyaróval, vörhennyel, rózsás kiütéssel szemben immunisnak látzanak, talán azzal magyarázhatjuk, hogy a bőrnek ebben a korban még csekély a reakcióképessége s így a csecsemők a kiütéses betegségeket bőrtünetek nélkül állják ki.

Schwartz kimutatta, hogy dacára a negatív Schick és Dick reakciónak, a vérben ugyanakkor gyakran hiányzott az antitoxin. Ez és más kísérletek tehát azt bizonyítják, hogy ilyenkor a bőr csekély reakcióképességéről van szó. A bőr viselkedése tehát nem jelzője a védettségi állapotnak. Viszont ebből következik, hogy azok a vírusok, melyeknek támadáspontja kizárólag a bőrre localizálódik, létrehozhatnak betegséget bőrtünetek nélkül is. (Sc. Mo. Ru.)

Szerzőnek nem sikerült activ immunitást létrehozni újszülötteknél és pár hónapos csecsemőknek anatoxin injectiók által, viszont parenteralis vaccina adagolásra, mint a felnőtt szervezetben, megszorodni az agglutininek.

Fiatal csecsemőknek nem látjuk a serumtherapiának olyan jó hatását, mint a későbbi korban; úgy látszik, hogy

a fiatal csecsemő a passive kapott antitesteket nem képes jól felhasználni.

Wollek dr.

## Urologia.

**Mobilis trigonum, mint vizelési akadály.** Th. N. Hepburn. (The Journ. of Urol. XXVI. köt. 4. sz.)

A musc. trigonalis leválása veleszületett hajlamosságon alapszik. Létrejöttét előmozdítja minden olyan tényező, mely a vizelet lefolyását gátolja. Ilyenkor a hólyagbásis, valamint a m. interuretericus lecsuszik, tehát az orif. int. felé dislocalódik. Ezen csuszás folytán a Bell-izomzat physiologiás működése (az orif. int. nyitása a vizeles kezdetén, megszűnik, a m. trig. pedig valóságos gátat képez oly módon, hogy redőszerűen az orif. int. felé türemkedik és pedig annál erősebben, minél intenzívebben présel a beteg, hogy vizeletét kiüríthesse. A következmény természetesen a vizeletsugár fokozódó gyengülése és elakadása lesz. A folyamat lényegileg különbözik a Young és Wesson által leírt trigonumtültengéstől. A kezelés Young-műtét utján történik, mely abból áll, hogy a redőszerűen fel-emelt trigonumot bemetszik s a metszéssel merőleges irányban összevarrjuk. A műtét eredménye kifogástalan.

Sas Lóránt dr.

**A hólyagszájadéknak „trigonumfüggöny” általi elzáródása.** M. F. Cambell. (The Journ. of Urol. XXVII. köt. 2. sz.)

Veleszületett fejlődési rendellenesség, mely az elzáródás vagy lobos folyamatok kapcsán fellépő u. n. lebegő trigonumtól elválasztandó. Lényege: a trigonumról kiinduló nyálkahártyaredő, mely a vizeles kezdetén előnyomulva a hólyagszájadékat elzárja. Következésképpen vizelesi zavar, továbbá retentio, táguulás és fertőzés lehet.

Szerző 16 hónapos gyereknek észlelte. A folyamat súlyos vizelesi zavar, láz, pyura és kétoldali vesicorenalis reflux kíséretében jelentkezett. A műtét a lecsuszott nyálkahártyaredő resectiójából állott. Állandó katheter mellett 3 hét alatt gyógyult; később azonban kétoldali pyelitis lépett fel.

A megbetegedés eddig még leírva nincs s a trigonumfüggöny resectiójával gyógyítható. (Első ízben Hepburn írta le a Journ. Urol. XXVI. köt. 4. sz.-ban. Ref.)

Sas Lóránt dr.

**A geny cytologiája férfi gonorrhoeánál.** L. R. Leiters és D. G. Tulbermann. (Z. f. Urol. 26., 111—121 oldal)

92 betegnél 500 esetben vizsgálták a Giemsa szerint megfestett gonorrhoeás hügcsovátadékat. Igyekeztek megállapítani, milyen számszerű viszonyban állanak egymással a különbözőféle fehérvérsejtalakok, hogyan változik ez a viszony a gonorrhoea egyes stádiumaiban és complicatio esetén, végül milyen sejtféleségek jellemzik az egyes stádiumokat, illetve complicatiokat. Az összehasonlítás alapjául bizonyos határértékeket állapítottak meg az egyes sejtféleségekre vonatkozólag és ezekhez viszonyítva bírálták el a pyogrammat. Kórjelző értékű alakelemeket, melyek a szervezetnek gonococcus kiváltotta reakcióját vizsattikroznék, nem sikerült kimutatni. A complicatiómentes acut esetekben a betegség harmadik hetében bizonyos fokú eosinophilia áll fenn, ugyanakkor lympho- és monocyták, valamint jugendform neutrophil sejtek mutatkoznak. Látszólag valamennyi sejtféleség reagál a gonorrhoeára. A gonorrhoea geny cytologiajának többi kérdést megoldatlannak kell tekinteniük.

Steller László dr.

## KÖNYVISMERTETÉS

**Die gesunde und kranke Wirbelsäule im Röntgenbilde.** Prof. G. Schmorl. 210 old., 345 ábra. Georg Thieme, Lipse. Ára 30 M.

Prof. Schmorl volt az első, aki felismerte a gerincoszlop pathológiájáról szóló ismereteink hiányosságát, hiszen a kórboncoláskor csak kifejezett megbetegedések esetén vizsgálták meg eddig magát a gerincet. Ezért 1925-től kezdődőleg systematikusan minden boncoláskor kivették az ő drezdai intézetében a gerincoszlopot és szorgos vizsgálatnak vetették alá. Tizezer gerincoszlop kórbonctani vizsgálatánakeredményéről számolt már be. Ezt a hatalmas kutató munkát, melynek eredményeként ritka és eddig úgyszólván ismeretlen pathologiás elváltozásokra derült fény, most a „Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen” című folyóirat 43. kiadásában a Röntgensugarak segítségével mélyítette ki. Nem a hulláról készült Röntgen képeket ismerteti, hanem minden felvételt a kórosan beteg gerincoszlop szakaszról készült. Ezzel bizonyos fokig távolodik ugyan az élő emberen megejtett vizsgálatoktól, de viszont a lágy részek hiánya sok olyan apró, finom részletbe enged betekintést, melyek

nemcsak a kórboncnok, de a klinikus és különösen a röntgenológus szemével nézve is igen nagy jelentőségűek. Ugy magának a csigolyának, mint a gerincoszlopot kiegészítő csigolya közti korongok és a rögzítést végző szallagrendszer pathológiás elváltozásait megvilágítja ez az egyedülálló munka. Nagy tudományos értéke mellett a Röntgen szakorvosoknak szinte nélkülözhetetlen, mert mintegy előre meghatározza mindazon kórbonctani elváltozásoknak kísérőjelét, melyeket ma még nem, de talán pár év múlva a technikai felkészültség fejlődésével kapcsolatban, élő emberről készült képeken is fel fogunk ismerni.

Horváth dr.

**Das Problem der Kultur und die ärztliche Psychologie.** Vorträge zu Freud's „Unbehagen in der Kultur“, gehalten im Wintersemester 1930/1931. von J. Wach, A. Kornfeld, E. Jolowicz, E. Heimann, K. Horney und H. Driesch. 1931. Georg Thieme. Leipzig. Ara: fűzve 7.50 M.

Freudnak „Unbehagen in der Kultur“ c. munkája olyan élet kritikában részesíti kulturánk alapproblemáit, hogy a szakemberek legnagyobb részénél szokatlanul egyhangú ellentmondást váltott ki. A lipsei orvostörténelmi intézet előadás-cyklust rendezett ezen vitás kérdés tisztázása céljából.

Wach hangsúlyozza, miszerint Freud nem is egy helyen bevallja, hogy vallási érzése nincsen és nem is volt soha. Vajjon minden vallási érzésnek ezen teljes hiánya nevelésével, környezetével vagy sorsával függ-e össze, annak Wach semmi fontosságot nem tulajdonít, de semmiképpen nem cédálja, hogy akinek ennyire nem volt része vallási élményben az hivatott bírása lehetne a vallási érzés egész complexusának.

Kornfeld a neurosis teoriáját és evvel kapcsolatban a szenvedés lényegét fejtegeti. A psychoanalysis szempontjából a szenvedés nem egyéb, mint kellemetlen biológiai véletlenségek sorozata, azon energiák periphericus mobilisatorai, amelyek az ember sorsát kezükben tartják.

Jolowicz a kultura lényegével foglalkozik. Szerinte a természeti jelenségek magyarázatánál a tudományos kutatásnak arra kell irányulnia, hogy a jelenségek lefolyását pontosan megfigyelte, hűen leírja és a megállapított tényekből bizonyos törvényszerűségeket levezessen. Minthogy a természet örök és határtalan, a jelenségek végső oka sokszor rejtve marad előttünk, a kultura ellenben úgy idő, mint térbelileg határolt és már ez okból is az emberi megismerés részére hozzáférhető.

Heimann a szociális kérdésnek psychoanalytikai vonatkozásaival foglalkozik, míg Horney Freudnak a halálról és a destructióról szóló tanát teszi alapos kritika tárgyává.

Driesch befejező előadásában szemére veti Freudnak, hogy rendszerének felépítésében az újabb kutatások dacára még mindig olyan kis szerepet juttat a mutatio elvének másrészt Watsonnal szemben túlértékeli az emberi ösztönöknek a jelentőségét.

Vajda Károly dr.

## A Budapesti Kir. Orvosegyesület ápr. 29-i ülése.

### Bemutatók:

**1. Farkas A.:** A mandulák kiirtása utáni endocarditis és nephritis esetek. 20 éves nöbeteget mutat be, akinek gyakori tonsillitisein kívül egyéb panasza a tonsillektomia előtt nem volt. 14 hó előtt tonsillektomiát végeztek nála, utána acut polyarthritist és endocarditist lépett fel, az endocarditis ma is fennáll. Még 3 egészen hasonló esetet vázol és utal az irodalomban szereplő esetekre. Figyelmeztet a tonsillektomia indicatiojának gondos mérlegelésére.

**Liebermann T.:** Egy 30 éves robusztus gymnasiumi tanár bronchitis putrida miatt állott kezelésben. Ez akadályozta meg, hogy tonsillektomiát végezzen nála. A beteg később váratlanul meghalt, a sectio endocarditist állapított meg, bár ennek az ismételt vizsgálatok alkalmával semmiféle nyomát nem találták. Ebből következik, hogy előfordulnak olyan endocarditisek, amelyek teljesen larváltak és ha ezek manifestté válnak, nem jelenti azt, hogy már előbb nem állottak fenn. A második eset egy most észlelés alatt álló 26 éves nöbeteget, akinél relativ indicatio állott fenn a mandula eltávolításra, melyet akkor nem végeztek. Egy év múlva visszatért kifejezett endocarditissal, tehát a kóros mandula a larvált folyamatot kifejlesztette. Ha ez esetben elvégzik a műtétet, bizonyára összefüggésbe hozzák a tonsillitissal. Bűnnek tartja, a tonsillektomiát elvégezni anélkül, hogy a területet előzőleg Rivanollal körülírfecskendezzük, miután evvel biztosan újtát álljuk annak, hogy a fertőző anyag beprésseltessék a környezetbe.

**Rejtő S.:** Említett esetek nem mind illenek ebbe az általánosító címbe. Műtét után már egy évvel látta bemutató az egyik esetet, vajjon nem kaphatott egy év alatt más okból endocarditist a beteg? A műtét után rögtön magas lázban szenvedő betegnél nem történhetett művi fertőzés? Mindenestre értékes adatok ezek arra nézve, hogy a tonsillektomia nem ártalmatlan beavatkozás s hogy jól meg kell vizsgálnunk, hogy miért és mikor operálunk.

**Korányi S. br.:** Néhány eset volt a klinikán, amikor tonsillektomia után endocarditis és más komplikációk léptek fel. Hogy az indikáció helyesen lett-e felállítva vagy nem, azt nehéz megállapítani, de talán a posteriori lehet következtetni, hogy a tonsillektomia nem volt helyes. Tény, hogy a literatúrában fel vannak jegyezve komplikációk tonsillektomia után, de meg van arról is győződve, hogy az ilyen esetek száma nagyobb, mint amennyit közöltek, mert a kedvezőtlen eseteket nem közlik és a gégeész sokszor nem is tudja, ami a tonsillektomia után történik. Hivatkozik azon amerikai közleményekre, amelyekből kitűnik, hogy a tonsillektomia jótékony hatása nem oly nagy, mint azt általánosan hiszik, továbbá, hogy igen sok egészséges tonsillát vesznek ki. A napokban beszélt Orsós tanárral, aki ezt szintén megerősítette. Ha Liebermann azt állítja, lehet, hogy latens endocarditis volt jelen, úgy ez lehetséges, de akkor mégis a beavatkozás okozta a fellobbanást. Ezen esetekből senki sem fog általánosító következtetéseket levonni és a tonsillektomia ellen állást foglalni, azonban ezek alkalmasak arra, hogy gondolkozóba essünk. Azt sem lehet mondani, hogy a tonsillektomiát akut megbetegedések után nem lehet elvégezni, ezt a nézetet nem mindenki osztja. Morawitz endocarditis alatt irtotta ki a mandulákat és ezután javulás állott be. Volt egy esete, ahol a tonsillitis rosszabbodást mutatott és Lénárt a betegség alatt irtotta ki a mandulákat. A beteg jól járt és állapota javult. Nem az a cél, hogy általánosítsunk, hanem a gyakorló orvosok figyelmét arra irányítani, hogy a tonsillektomia nem veszélytelen. Mi is csinálhatjuk, de ritkán. A bemutatás célja csak ez volt, nem pedig általánosítás.

**2. Réthi A.:** Művi garatszűkítés a rhinolia aperta kezelésére. Eme beszédzavart az idézi elő, hogy a lágy szájpad nem zárja el hangképzés alatt a felső garatüreget a szájuüregtől. Legtöbb esetben farkastorok, illetve farkastorok műtete utáni túl rövid lágy szájpad az ok. Az eddigi therapia dubiozus eredménnyel járt. Előadó művi beavatkozás segélyével a felső garatürhöz vezető bejáratot szűkíti. A hátsó garatfal nyálkahártyájából lebenyt készít, melynek felső része az uvula mögött kiindulva a Passavant redő alatt megy rézsut és oldal felé a hátsó és oldalsó garatfal áthajlási vonaláig. A lebeny oldalsó széle eme áthajlási vonalban fut lefelé a mandula alsó harmadáig, majd innen egy egész rövid metszést vezetünk a medián felé. Ezt a lebenyt egyesítjük a hátsó szájpadíval és a velummal olyképpen, hogy a mandula alsó harmadától kiindulólág a szabad széltől 10–12 mmnyire és azzal párhuzamosan átmetsszük a nyálkahártya duplikatura mellő felzínét és lefejtjük alapjáról, úgyhogy összefüggésben maradjon a hátsó nyálkahártya felszínnel. Eme nyálkahártya sebzelt néhány matrácöltéssel rögzítjük a hátsó garatlebeny megfelelő mély részéhez, míg a garatlebeny laterális szélét csomós varratokkal egyesítjük a szájpadíval, illetve velum mellő sebszélével. A műtét eredménye egy nyálkahártyafüggőny, mely a lágy szájpadról a hátsó garatfalhoz húzódik s amelynek utólagos zsugorodása a lágy szájpadot még közelebb vonja a hátsó garatfalhoz, míg a constrictorok működése szóképzésnél a velumra tevődik át. A műtét néhány heti időközzel a másik oldalon is végrehajtandó. A műtét két esetben igen jó eredménnyel végezett.

### Előadások:

**1. Hetényi G.:** A kritikus vércukor szabályozása és annak klinikai jelentősége. Az u. n. kritikus vércukor (a vesék „cukorküszöbe”) ugyanazon egyénnél igen állandó. Kísérletei igazolják, hogy hormonok, kationok, a sav-lugegyensúly megváltoztatása a kritikus vércukor változásához vezetnek: thyreoida, savak adagolása súlyesztik, parathormone, pituitrin, adrenalin, calcium emelik a veseküszöböt. E vizsgálatok alapján előadó úgy véli, hogy a kritikus vércukor nagy állandóságát, szabályozó rendszer működésének köszönheti, mely rendszer tagjai az említett tényezőkben keresendők. Az emberi pathológiában a kritikus vércukor tartós sülyedésével az u. n. renalis diabetesben találkozunk. Sikerült kimutatni, hogy ily egyének egyébként befolyásolhatatlan glykosuriája valóban megszüntethető oly szerek alkalmazásával, melyek az említett kísérletekben a kritikus vércukor emelésére voltak képesek. Az u. n. renalis diabetes tehát valószínűleg a kritikus vércukor szabályozási zavarának



következménye: az állapot oka tehát nem a vesékben, hanem a központi szabályozó rendszerben keresendő.

**2. Hetényi I.: Újabb pulsus-vizsgálatokról.** A pulsus vizsgálata a szív, illetőleg a vérkeringés megítélését célozza. Bizonyos fokban már a tapintás is felvilágosítással szolgál; az egyes kvalitások pontosabb analysise azonban csak megfelelő mérő — regisztráló módszerek segítségével sikerül. Az egyes eljárásokkal a megfelelő kvalitás megítélésén felül még a keringés állapotát, munkaképességét óhajtjuk megítélni. Azt, hogy a szív, illetőleg a vérkeringés mennyiben tud eleget tenni a szervek szükségletének, a verő-illetőleg a perctérfogat dönti el. A verőtérfogat direkt meghatározása igen körülményes, amiért is az egyes eljárások tulajdonképpen a pulsusvolumen meghatározásával helyettesítik. Előadó a relatív pulsusvolumen *Einstein* formulájának segítségével határozta meg és azt tapasztalta, hogy a parallel meghatározások eredményei tökéletesen megegyeztek. Vizsgálatai szerint a pulsusvolumen és a testsúly között nincs meg azon összefüggés, amit *Christen* közölt. A különböző testsúlyhelyzetek a pulsusvolumen igen nagyfokú megváltoztatását idézik elő. Míg egy a pulsus-, mint a percvolumen fekvő helyzetben a legnagyobb, állónál a legkisebb. Nézete szerint ebben elsősorban a vérelszlász megváltoztatásának van része. Ha szív verő-illetőleg perctérfogatának helyettesítésére a pulsus-térfogatot akarjuk felhasználni, úgy ennek meghatározását fekvő helyzetben kell végezni.

### Közkórházi Orvostársulat ápr. 27-i ülése.

**Szöllősy L.: 1. Köves eredetű teljes anuria gyógyítása nephrotómiával az egyetlen vesén.** 23 éves nőbeteg 1930. júniusában jelentkezett 3 év óta fennálló baloldali hasi fájdalmakkal, vizeleti panaszokkal. Baloldali pyonephrosis. Pólya főorvos a két férfiókölnyi gennyest zsákká alakult bal vesét eltávolította. Egy hónap múlva panaszmentesen eltávozott. Egy év múlva cystopyelitis miatt 4 hétig tartó kezelésben részesült, azután néha volt jobb vesetáji fájdalom, ez azonban munkájában nem zavarta. Ez év márciusában heves jobb oldali vesetáji görcsös fájdalmak léptek fel, utána vizezni nem tudott. Teljes anuriával jelentkezett. Ureter katheterezés és más conservatív eljárás nem indította meg a vizeletet, a beteg állapota állandóan romlott. Pólya főorvos műtétet végzett, a jobb vesét erősen duzzadt, fluctuálósnak találta. Probapunctióra a vese alsó polusából sűrű gennyest folyadék ürült. Nephrotomia után digitális vizsgálattal érezhető lett a pengőnyi kő, mely az ureter szájadékot teljesen elzárta. Ezt eltávolítva, drain csövet vezetett a pyelonba, ettől kezdve úgy az urethrán, mint a drainsövön át növekvő napi mennyiségben ürült vizelet. A sebgyógyulás óta vizelete per vias naturales távozik. Műtét után 1 hónappal gyógyultan hagyta el a kórházat.

**2. Adenocarcinoma a colon descendensen.** 72 éves férfi az utóbbi esztendőben 7 kg-ot fogyott, 6 hét óta a bal csipőtányér táján szuró fájdalmakat érzett. A megállapított colon descendens tumor miatt 1931. dec. 6-án Pólya főorvos operálta, mikor is a flexura lienális alatt a colon descendens levő ökölnyi tumorról kiirtott a colon transversum aboralis harmadának oralis határától a sygmakupig terjedő colonrészt. A circularisan végzett bélvarratot extraperitonisálta. Műtét utáni hetedik napon erős köhögés közben kissé szétment a seb, az újjnyi fistulát secunder műtéttel zárta, azután gyógyultan távozott.

**Jamitzky A.: Az alsó végtagok gyűjtőeres tárgulatának kezeléséről.** Az utóbbi időben az alsó végtagok viszértárgulatának kezelésében az injectiók eljárás a műtét beavatkozást mindinkább háttérbe szorítja. Oka ennek az, hogy az injectiókkal elért eredmények jobbakk. A műtétek 0.5—1% halálozásával és 15—30%-os recidívájával szemben csak 0.2% halálozást és 7—15% recidívát tüntetnek fel. Nagy előnyük még a műtétekkel szemben, hogy a beteg kezelés közben tovább folytathatja napi munkáját.

Az injectio lényege, hogy olyan anyagot fecskendezünk be, mely az intima bántalma utján hozza létre az ér eldugulását. Leggyakrabban használt oldatok a 20—25%-os konyhasó, a 60%-os cukor, a 20%-os natr. salicyl oldat. Legjobb a konyhasó. Fontos követelmény, hogy vérureszbe injiciáljunk, az injectioadás gyorsan történjék. Egyszerre 15—20 ccm oldatnál többet ne használjanak el, egy érbe legfeljebb 10 ccm-t adnak, az injectiot 3—4 naponként ismétlik meg. A kezelt helyre 2—3 napra nyomó kötést alkalmaznak, a beteget járkáltatják, ágynyugalom tilos. Ellenjavallt az injectio szívbetegeknél, gyenge, cachecticus egyéneknél, ágyban fekvőknél. Ha az illető lázas betegségben, phlebitisben

esett át, 2—3 hónapot várnak a kezeléssel. Vannak, akik az injectió és műtét eljárást egybekapcsolják, az így elérhető eredmények jók, csak a halálozási % nagyobb, mint az egyszerű injectióknál.

**Kasztner I.: A sport hatása az idegrendszerre, különös tekintettel a trainingre.** 50 ökölvívón eszközölt psychotechnikai vizsgálatait mondja el. A bemutatott grafikonok alapján (melyet Bourdon-féle olvasási és Schulte-féle számolási próbák eredményei alapján készített) beigazolást nyert az a tény, hogy a sportnak, illetőleg a sportszerű trainingnek a szellemi működésre, a figyelem koncentráló képességekre kiváló, üdítő, fokozottan jó hatása van. A sportszerű training részletes tárgyalása után a sportember lélektanával, a sporttal, mint a neurasthenia egyik elsőrendű gyógyszerével foglalkozik.

**Donáth Gy.: Előadó arra az érdekes eredményre jutott, hogy a training végén, dacára az izomfáradásnak, a szellemi működések fokozva vannak, midőn azt lehetne várni, hogy mindkettő alászállt. Ezt úgy lehet magyarázni, hogy a szív felmagasztalt működése folytán nemcsak a központi gyirusok, mint az önkéntelen mozgás centrumai vannak erősebben vérellátva, hanem az egész agy és így az associatio terület is, mint a szellemi működések központjai. De — és ez a tanulságos — phasis eltolódás történik, úgy hogy az izomműködés előbb fárad ki, mint a szellemi működés. Orvosi szempontból fontos a sporttulajdások elkerülése, továbbá ajánlatos a sport a fiatal ideges embernek, valamint elmeegógyintézetekben helye legyen a hasznos munkavégzés mellett.**

### A Bp. Kir. Orvosegyesület Orr- Gége- Szakosztályának és a Magyar Szemorvostársaságnak április 9-i együttes ülése.

Referáló előadás: *A könnytömlőgenyedés operálásának indicatioi és módjai.* Referensek: *Lénárt Zoltán* prof. és *Pelláthy Béla.*

**Pelláthy B.: A könnytömlő genyedés műtmódjának megválasztásában legfőbb cél a genyedés, amely veszélye a szemnek, gyors és biztos elhárítása. Viszont a könnylevezetés, kozmetikai szempontok másodrangú kérdések. A könnytömlő extirpatiója a szemész céljának megfelel, de a könnylevezetés lehetőségét megszünteti. A könnylevezetés lehetőségének megtartása a rhinostomiás műtétekkel érhető el, amelynek a Toti-féle műtét az alapja. E műtétet számosan módosították, ezek lényegét ismerteti. A *Blaskovics*-féle módosítással (a tömlő teljes eltávolítása és a rhinostomiás nyílás készítése) a II. sz. szemklinikán 250 eset kapcsán elért eredményei igen kedvezőek, komoly komplikációt sohasem észleltek. Bemutatja több szerzőnek a részleges és totalis extirpatióval elért eredményeit. A kimutatás főleg a könnylevezetésre vonatkozik. A tömlő teljes kiirtása után is lehetségesnek tartja a könnylevezetést, amit *West* az átvágott canaliculusok hámlásának környező szövetekbe való beburjánzásával magyaráz. Ezen epithelisiatio biztosítása érdekében a II. sz. szemklinikán újabban 2—3 hétig állandó canaliculus-sondát alkalmaznak. Végeredményben a kívülről történő műtmód mellett foglal állást. A rhinostomiás műtétet a tömlő teljes kiirtásával kombinálva ajánlja, mert csak így szabadulhat meg a beteg egy ülésben gyorsan és bitosan a genyedéstől. Majd lipiodollal kitöltött könnylevezető utakról készült röntgen felvételeket mutat be.**

**Lénárt Z.: A könnytömlő genyedéssel járó bajokat és veszélyeket a könnytömlő kiirtásával biztosan meg lehet szüntetni. A beavatkozás azonban végleg lehetetlenné teszi a könnylevezetést. Ez a hátrány vezetett a Toti-féle extranasalis és a *Polyák-West*-féle intranasalis könnytömlőresectio rhinostomiára. A külső és belső műtét módszerek eredményei azt mutatják, hogy az endonasalis operatio kevésbé veszélyeztet a könnylevezető mechanizmust és a normalis könnylevezetés tekintetében jobb eredményt nyújt. További előnye, hogy lehetővé teszi az orrüreg egyidejű elváltozásainak kitakarítását és az orrseb utókezelését. Könnytömlő tuberculosissnál a legmegfelelőbb műtét mód. Az orrnyílás elzáródása esetén a reoperatio endonasalis könnyebben és eredményesebben vihető keresztül, mint kívülről. Extranasalis operatio végzendő súlyos csonttruncsolással járó sérüléseknél, az orrjáratok heges elzáródásánál, az orrüreg és könnyutak csontos részének kiterjedt tuberculosissnál, valamint kis gyermekeknél.**

**Karper J.: 200-nál több intranasalis könnytömlőműtétet végzett, részben még *Polyák* osztályán. Eredményei megerősítik *Lénárt* megállapításait. Kétségtelen, hogy a *Polyák-West*-féle műtét a legnehezebb orrműtétek közé tartozik,**

mégis avval a technikával, amelynek kidolgozásában ő is közreműködött, 15–20 perc alatt elvégezhető. A lényeg egy négyzet alakú csontablak kivéséséből áll, amelyen keresztül mesterséges fistula képzendő, a könnytömlő nasalis falának resectiojával. Ez biztosítani fogja a könnyvezetést. A P.-W.-féle műtét feltételei: szabad működési lehetőség az orrban a műtét területi irányában, ép canaliculusok és sérletlen könnytömlő. Ezen feltételek és jól végzett műtét esetén az eredmény 100%-os: úgy a genyedés, mint a könnyezés megszűnik. Nem állandó az eredmény a tb-s saccusoknál. Örömmel látja, hogy a műtétet az orr- és gégegyógyászati klinikán is végzik, amiért a *Polyák* emlékeztetése való hivatkozással *Lénárt* professornak köszönetét fejezi ki.

**Liebermann L.:** Az eredeti Toti-műtét ellen szól a recidivák gyakorisága, a teljes könnytömlőkírtással összekapcsolt rhinostomia ellen pedig az, hogy nagyon csekély az elérhető vezetési százalékszám. Ezzel szemben az intranasalis rhinostomia eredményei, különösen a *Lénárt* prof. által ismerttetett újabb technikával, kitűnőek. Ha megelégszünk 20% nem könnyező esettel, ezt egyszerű külső kiírtással is elérjük, ennyi vezetési nélkül s nem könnyezik. A sebváladék lefolyása érdekében sem szükséges a csont perforálása, ugyanezt elérjük a canalis lacrymalis kiüregesítésével. *Seidel* n. nasociliarisvezetési érzéketlenségéről 15 évi tapasztalat után mondhatja, hogy teljesen veszélytelen; legvékonyabb tű (20., legfeljebb 18. szám) használata mellett orbitalis vérzés nem támadhat, — nem is támadt soha, — infectio beoltása pedig kizárható, ha rivanolt keverünk a novocainhoz. A tüty egyébként nem is szurjuk a könnytömlőn keresztül. Vezetési érzéketlenség nélkül a csontot kielégítően érzésteleníteni nem lehet; a n. nasociliaris orbitalis érzéstelenítésére a rhinologusoknak más műtéteknél is szükségük van.

**Horay G.:** Az I. sz. szemklinikán az utolsó 3 év alatt összesen 370 könnytömlőműtétet végeztek, mindig az egyszerű exstirpatiot rhinostomia nélkül. Az eseteknek kb. felében beteg csontokat találtak, ilyenkor ezeket eltávolítják. Eredményei nagyon kedvezőek: csak 7 esetben volt recidiva (1.8%), ilyenkor mindig a szomszédos csontok vagy az orrmelléküregek komolyabb betegségei voltak okozói a recidivának. De ezekben is utólagos rhinológiai beavatkozás gyógyuláshoz vezetett. A könnyezés az esetek felében tűrhető és panaszt nem okoz. Endonasalis exstirpatiot csak akkor indikálnak, ha nyilvánvaló a melléküregek megbetegedése vagy tuberculosissal van dolguk.

**Hollós L.:** A pesti I. sz. Hitközség Kórházának szemosztályán 1928. januárja óta 214 könnytömlő műtétet végeztek, ezek közül 137-szer dacryocystorhinostomia externát. A műtétet *Toti-Blaskovics* szerint végzik, azzal a módosítással, hogy a műtét után 25–30 cm hosszú összehajtogatott gaze csíkot helyeznek a kiírtott könnytömlő helyébe és ezt a trepanatios nyíláson az orron keresztül vezetve részletekben 6–8 nap alatt távolítják el. A műtét technikailag könnyű. Recidivájuk nem volt. A könnyvezetést úgy képzelik el, hogy a bő, tág nyíláson keresztül a canaliculusokból lecsöpögő könnycseppek utat találnak mintegy mesterséges belső fistulát képezve. Evvel szemben az endonasalis eljárást ma még nagyon kevés gégeész végzi, e műtét technikailag lényegesen nehezebb, a műtét területét nem tekinthető jól át, a gyógyulásban pedig aránylag több a szövődmény. Indikálnak csupán az orrmelléküregből kiinduló könnytömlő tuberculosissal tartja és akkor, ha az előrement külső műtét csontnyílása teljesen zárult.

**Pelláthy B.:** *Lénárt* prof. endonasalis műtétjei után 82%-ban ért el jó könnyvezetést, viszont nálunk műtét utáni komplikáció és recidiva nem fordult elő. *Liebermann* prof. szerint nem érdemes rhinostomiás műtétet végezni, ha a nem könnyezők száma csak 20%. A könnyezést illetően a betegek subjektív bemondására kellett támaszkodni, viszont ha tekintetbe vesszük, hogy emellett 47%-ban a könnyvezetés lehetősége megmaradt és hogy a műtét veszélytelen, úgy érdemes rhinostomiát végezni. Az infiltratios anaesthesiával teljesen meg van elégedve, a *Seidel*-féle anaesthesiát az orbitavérzés lehetősége miatt nem alkalmazták. *Hollós*-nak azt válaszolja, hogy a *Blaskovics*-féle műtétet is lehet ambulánsan elvégezni.

**Lénárt Z.:** Nem kétséges, hogy a műtét sikerének kriteriuma a genyedés megszüntetése. Ez azonban nemcsak a könnytömlő kiírtással, hanem a resectioval is teljes mértékben elérhető. Ha ez nem így lenne, a könnytömlőkírtáson kívül nem volna szükség más műtétre. A resectio műtétet pedig az hozta létre, hogy a kiírtás végleg lehetetlenné teszi a könnyvezetést. Egyes felszólalók szerint a saccus kiírtás után csak ritkán van könnycsorgás és ennek nincsen nagyobb jelentősége. Ennek az irodalom és a tapasztalat ellentmondanak és a szemészek is indokoltan látják a törekvést,

hogy ez a hátrány kiküszöböltesse. Az endonasalis könnytömlőműtétnek nem lehet hátránya gyanánt felhozni, hogy nem könnyű műtét. A műtét nem nehezebb, mint más endonasalis beavatkozás, mindegyik csak gyakorlattal sajátítható el. A complicatiók sorában előfordult orbitalis phlegmona nem írható a műtét rovására, hanem olyan baleset, amely a műtétnek tulajdonítandó. A mai együttes ülés elősegítette több kérdés tisztázását és a felszólaló örülne, ha ösztönzésül szolgálna a rhinologusoknak, hogy az intranasalis chirurgia ezen részével intenzívebben foglalkozzanak.

## A szegedi Egyetem Barátai Egyesület orvosi szakosztályának ápr. 14-i ülése.

Előadás:

**Petrányi Gy.:** *Klinikai adatok a keringő vér mennyiségének meghatározásához.* Vérmennyiség vizsgálatok előnyére mutat rá, minthogy a vörösvérsejt s haemoglobin meghatározások csak relatív értékeket adnak. Demonstrálja, hogy a vörösvérsejtszám gyakran mennyire félrevezeti az orvost, mennyire nem fedi az abszolút sejtmennyiség tényleges állapotát. Különösen feltűnő a különbség, ha az anaemiák nagyságát akarjuk megítélni. Vörösvérsejt számláláskor rendszerint nagyobb mértékű sejtpusztulásra gondolunk, mivel a megmaradt sejteket a plasma compensáló megszaporodása még jobban felhígítja. Anaemiás eseteivel demonstrálja megítélését. Arsénnal, vassal és mangannal végzett kísérleteiből bizonyítja, hogy a vérképző szerek hatásának helyes megítéléséhez a vérmennyiség vizsgálatnak elvégzése is feltétlenül szükséges, minthogy a vörösvérsejteknek, Hb-nak etc. meghatározása részben torzítja, eltakarja vagy túlozhatja a reális eredményt.

Előadásának második részében a keringő- és összvér-mennyiség pathológiájához szolgáltat adatokat; megvilágítja az aktív keringő, s az abszolút vérmennyiség jelentőségét, s a keringő vérmennyiséget szabályozó mechanizmusokat. Rámutat azon tényezőkre, melyek egyrészt a vérmennyiség csökkenését, másrészt megnövekedését okozzák, a farmakák és hormonok hatását is fejtegeti. Összegezi azokat a kórformákat, melyek hozzájárulnak a vérmennyiség megváltozásához, s rámutat e megváltozás pathológiai jelentőségére. Végül egy myeloid-leukémiás beteg vérmennyiségviszonyairól számol be, melyet egy évig kísért figyelemmel, ahol különösen a fehérvérsejtek mennyiségének megállapításával jutott igen érdekes adatok birtokába; halál előtt a gyermeknek 890 cm<sup>3</sup> fehérvérsejtje volt, a normális 40–60 cm<sup>3</sup>-rel szemben.

**Jeney E.:** A vérregeneratio intenzitásának megbecslésére legegyszerűbb és legalkalmasabb eljárás a reticulocyták relatív értékének megállapítása. Azok között a tényezők között, melyeknek hatása alatt a szervezet igénybe veszi a „tartalékverét” külön megemlítendőnek tartja az O<sub>2</sub> részleges nyomásának a megcsökkenését a belégzett levegőben és általában az oxigén-ellátás zavarait. Legkifejezettebben mutatkozik az asphyxiánál. Már a régi törvényszéki orvosok is a fulladásos halál egyik jellegzetességének tekintették az összehúzódott lépet, mely a *Barcroft* és mások vizsgálatai szerint egyik főhelye a tartalék vérnek.

**Petrányi Gy.:** A reticulocyták megszaporodásából a vörösvérsejt regeneratióra valóban exact következtetést vonhatunk le. Számos oly jel van, mely a regeneratio mellett tesz tanúságot, de ezek pontos számokkal is kifejezhető eredményét a plasma viselkedése miatt, csak a vérmennyiség vizsgálat elvégzésével kaphatjuk meg. Még egyszer hangsúlyozni óhajtja, hogy a szokásos vizsgálatokat, melyeknek elvégzése a praxis számára teljesen elégségesek, a vérmennyiség vizsgálat nem helyettesítheti, ezen vizsgálatot, mint kiegészítőt ajánlja.

**2. Kovács F.:** A cavernák keletkezése. A cavernák keletkezését csak a gümös szövetek szétesésével, vagy *Viola* szerint edény thrombus következtében elhalással és a rugalmas szövet szétugrásával nem lehet magyarázni. Már *Forlanini* kimondotta 50 év előtt, hogy a tüdővész keletkezésének mechanikai okai vannak. *Oros* 5 év tizedes vizsgálataival a tüdőcsucs mechanikai dispositioját bizonyította be. Vizsgálatai alapján arra az eredményre jutott, hogy az összenövéseknek van a legnagyobb szerepe a cavernák létrejöttében. A csucs nagyobb alveolusaival alkalmazkodott a fokozottabb igénybevételhez, amint azonban a miliaris discreta disseminatioi — ha gyógyulnak is — hegeket hagynak, ott a szövet ellenállása kisebb, sérülések most már könnyebben következnek be. Beszűrődések támadnak, amelyek a rések

mentén összenövéseket okoznak. Amint összenövés van, az megváltoztatja a tüdőszövetének egyenletes munkáját, az összenövés eleinte pontszerű felfüggesztés, kis helyen erősen rongálja, a beszűrődött szövet ellenállni nem tud és szétmállik. A bemutatott képek légmellnél ezt a kísérlet erejével bizonyítják. A nagy rész felső pontján ülő összenövés a felső lebenyben fejt ki hatását, de éppen úgy vonatkozhatik az alsó lebeny csucsára is. Ez utóbbi formánál a légmellkezelés és phrenicotomia dacára sem collabál a caverna; ilyenkor gyógyító hatása az exsudatum. A közép-magasságban levő összenövés nem okoznak cavernát, de végzetesek pneumothoraxnál, ha történetesen a mediastinum is áthajló, mert ekkor az összenövés helye viseli mindkét tüdő teljes rugalmasságának súlyát, kis helyre koncentrálva. Ennek az erőnek a tüdő nem tud ellenállni és szövete valószínűleg szétmállik, infiltratio nélkül.

A felső lebeny szálagos összenövése elhanyagolható, ha a lebenyek nincsenek összenöve, mert így csak a felső lebeny sulya terheli a szálagot, a mediastium, a rekesz vonaglója is kikapcsolódik. A légmellkezelést óvatosan kell kezdeni, csak kéreglégmellre szabad törekedni. Ha *Mawren* műtétet sem lehet végezni a szálagmetszésre, bizonyos esetekben a másik oldalon végzett légmellel egyenlíti ki a túlságos vonaglóást.

Az Orvosi Hetilap 14. számában a szegedi Egyetem Barátai Egyesület orvosi szakosztályának febr. 25-én tartott üléséről közölt jegyzőkönyvbe *Dobszay L.* dr. előadásának referatumaiba félreértés folytán egy zavaró kérdőjel került be, legmélyebb sajnálatomra.

Heimer Lajos dr. ülésjegyző.

## A debreceni Orvosegyesület ápr. 21-i ülése.

### Bemutatás:

1. **Udvardy L.:** „*Hernia diaphragmatica.*” 25 éves nőbeteg mutat be, akinek atonia és ptosis ventriculira utaló panaszai vannak. A gyomorvizsgálat folyamán egy symphysisig érő, erősen táplált atonias gyomor volt észlelhető. Mellékületként a bal rekesz magas állású, egyenletlensége és a rekesz lateralis részén elhelyezett nagy callus volt észlelhető, továbbá a passage-vizsgálat és a bárium beöntéses vizsgálat folyamán kiderült, hogy a coecum az ascendens és a jobb flexura a kulcscsont magasságában foglal helyet a bal mellkas ürben. A belek magasra felterjedő dislocatiója, továbbá a rekesz igen kifejezett mozgékonyasága miatt herniára és nem relaxatióra gondolunk. Differential-diagnosztikát kell tennünk relaxatio és hernia között, ebben segítségünkre lehet a rekeszív anatómiai viselkedésének a megfigyelése, esetleg pneumoperitoneum készítése. Jelen esetben szokatosan az a gyomor egészen mélyen elhelyezett és a belek hatoltak fel a mellkasürbe.

**Hüttl T.:** Teljesen hasonló esetet észlelt. A beteget ileusos tünetekkel szállították a klinikára. Az ileus a legelső ileumkacs bélfodrának megfeszülése által előidézett leszorítás okozta. Esetében is pleuralis callus volt feltalálható. A pleuritisnek azonban szerepet nem tulajdonít, mert a gyulladást után fellépő hegeseidet csak utólag tágitja a congenitalis nyílást. A kizáródás veszélye miatt műtéti megoldást tanácsol. Nagyon gyakran kíséri a hernia diaphragmaticát egyéb fejlődési rendellenesség is, így a mesenterium illeocoecale commune és a ligamentum gastrocolicum hiánya.

**Bókay Z.:** Több észlelt esetéről emlékezik meg. A hernia diaphragmatica gyermekkorban nem tartozik a nagy ritkaságok közé, s mindig fejlődési rendellenesség alapján áll elő.

2. **Zempléni V. G.:** „*Terhességi hányás calciummal gyógyított esete.*” 21 éves ötödször terhést mutat be Négy évi házasságát alatt eddig négy terhességét szakították meg művileg, vidéken, csillapíthatatlan hányás miatt. Jelenleg 3 és fél hónapos terhes. 10 hete a hányás csaknem állandó. Több orvos kezelte, különféle per os gyógyszerrel. Nautisan kupokat is használt.

Felvételkor teljesen apathiás. 5–10 percenkint jelentkező az öklöndözés és hányás. Bőre száraz, érverése 104, szemgolyók fénytelenek. Vizelete igen kevés, magas fajsúlyu, sötét színű, fehérje nyomokban. Kétszer naponként kapott 5–5 ccm 10%-os calcium bromatum injectiót vénába. Üres folyadékot nyelnie tilos. Piritott kenyeret, kekszet rágcsálhat, közben kortyunkint ithat málnási vizet. A hányás már első nap megszűnt. Három napi hányás szűnét után is még csak biztatásra eszik igen keveset. Teljesen étvágytalan. Insulinkezelésre hatalmas étvágy, bő táplálkozás, rohamos javulás. Még öt napon át naponta 10 egység insulin. Az intoxicációs — exsiccációs állapot tünetei elmultak. Remél-

hető, hogy a gyógyulás végleges. — Bemutató két évvel ezelőtt közölte a calciumos kezelési eredményeit. 72 esete gyógyult. Az azóta gyógykezeltelkkel együtt az esetek száma meghaladja a 100-at. A terhességi hányást intoxicationak tartja. A mérget a pete termeli. A szervezet dyscrasiája, a megzavart anyagcsere felbillenti az endocrin systema és a vegetativ idegrendszer egyensúlyát. A calcium adagolást nem tartja substitutiós therapiának. A jó hatást *Korányi* nyomán az ionconstellatio módosításából magyarázza. Elismeri, hogy eseteinek legtöbbje kezdeti stadiumban került kezelése alá. De ez nemcsak azt jelenti, hogy 100 könnyű megbetegedés gyógyult, hanem azt is, hogy 100 közül egy sem fokozódott a terhesség megszakítását indító súlyos toxemiaivá.

### Előadás:

1. **Fazakas S.:** „*A szemideggyulladás és a melléküregek.*” A szemidegnek a melléküregekhez való viszonyát elsősorban intracranicularis szakasza dönti el. Nagy jelentősége van a csatorna hosszának. Minél hosszabb csatornáról van szó, annál gyakoribb és súlyosabb a rhinogen eredetű szemideggyulladás. Gyakoribb, mert a hosszú canalis közeli vonatkozásba kerülhet bármelyik melléküreggel s ezenkívül a fala rendszeren igen vékony, s ami talán a legfontosabb — rongyos (dehiscenciás), sulyosak, mert a hosszú csatorna celibere az átlagosnál jóval súlyosabb. A legrövidebb csatornák esetén az intracranialis részre jóformán csak az iköböl betegsége tevődhetik át, de még ez az áttevődés is nagyon meg van nehezítve, mert a rövid csatornák vastag és dehiscencia mentes fala nagyszerű védelmet nyújt. Egészen más elbírálás alá esik — éppen a melléküregekhez való viszony alapján — az idegcsatornán kívüli — orbitalis — részre, ezen szakasz betegsége ritkább és általában könnyebb. A melléküregek betegségeivel kapcsolatos neuritis retrobulbarisnál háromféle vakfolt megnagyobbodást különböztet meg. Ez a nagyobodás az I. csoportban minden irányban egyenletes, a II. csoportban szintén minden irányu, de egyenetlen, III. csoportban csakis egyirányu. Az első két csoport az idegcsatornabeli, a harmadik az orbitalis részének a betegségeinél fordul elő. Tovább elemezve: az I. csoport az egész kiterjedésében hátul fekvő (iköböl), II. csoport valamelyik elülfekvő, de a csatornához is hátrahúzódó, III. csoport a tisztán elül fekvő melléküreg betegségeire mutat. Vakfolt megnagyobbodások az egyes melléküreg betegségeivel kapcsolatban fellépő neuritis retrobulbarisoknál: iköbölnél: minden irányban egyenletes, a canalis opticus, szomszédságába kerülő a) rostasejteknél legnagyobb a növekedés a temporalis, legkisebb a medialis oldalon, felül és alul a kettő között van, b) sinus frontalisnál legnagyobb alul, legkisebb felül, közepes kívül és belül, c) Hygmore üregnél legnagyobb felül, legkisebb alul, közepes kívül és belül. Ugyanez, ha a sinus nem kerül a csatorna szomszédságába, a következőkép alakul: a) rostasejteknél a növekedés csak oldalra, b) sinus frontalisnál csak lefelé, c) Hygmore üregnél csak felfelé irányul.

## Az Erzsébet Egyetem Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztályának április 11-i ülése.

### Bemutatás:

**Soós J.:** A hypophysis basophyl sejtjeinek electiv megfestése. Új festő eljárást ismert, mely alkalmas a kresofuchsin festés helyettesítésére. A kresofuchsinos festés újában nem sikerül, mert a ma használt festék chemiai szerkezete más, mint a régié. Az ismertett festék szintén fuchsin festék és előnye kresofuchsinnal szemben, hogy hosszú időn keresztül alkalmazható és gyorsabban is fest formalinban fixált anyagot.

### Előadás:

**Beöthy K.:** A sulyos testi sértés és sulyos sérülés. Elkülönbözteti a Btk-ban használt kifejezést az orvosi értelemben vett sulyos sérülés fogalmától. Részletesen megemlíti arról, hogy mit értünk sulyos sérülés alatt orvosi szempontból, majd a Btk. megfelelő §-ában foglalt kitételeket taglalja, példákkal illusztrálja. Ugyanígy szól a minősített testi sértésről és behatóan foglalkozik a sérüléseknek a véleményezésével úgy büntető, mint magánügyekben. Rámutat a leggyakrabban előforduló hibákra a véleményadással kapcsolatban.

**Entz B.:** Beöthy előadásából különösen azt emeli ki, mennyire fontos volna a törvényszéki orvostan gyakorlati tanítása a gyakorló orvos szempontjából. Ennek két akadálya van: a vizsgálat anyaga a tárgyalás megtartásáig hivatalos titok, a zárt tárgyalások anyaga pedig végleg elveszett a tani-

tások céljából. Hogy minden tekintetben megnyugtató véleményt tudjunk adni, az eseteket részletesen meg kell vizsgálni, erre a legalkalmasabb volna, hogy a tárgyalások előtt a sértettet a szakértő jól felszerelt intézetben pontosan vizsgálja meg és csak ezután tartassék meg a tárgyalás. Ilyen körülmények között arra is volna alkalom, hogy a törvényszéki orvosi gyakorlaton az eseteket a hallgatóságok is megbeszéljék. Eddigi ilyenirányú előterjesztései eredménytelenek voltak. Az igazságszolgáltatásnak is az az érdeke, hogy a vizsgálatokat pontosan végezhessük a modern vizsgálati eljárások alkalmazásával. Csonttörésekről röntgen-vizsgálat nélkül nem lehet megnyugtató véleményt adni. Más ügyekben más modern vizsgálati módokat kell igénybe venni.

**Blaskó R.:** Sérülés folytán támadt haemopneumothorax teljesen gyógyult. A gyógyulás után — bár az ismételt vizsgálat negatív leletet ad — még két év múlva is járadék igényrel lép fel a sérült. Ez az eset is mutatja, mekkora jelentőségük van az előadásban ismertetett fogalmaknak.

**Szűle D.:** A tuberculotikus hypersensibilitás ma is a patológia legbonyolultabb részei közé tartozik. Tanulmányozása célszerűbbnek látszik a tuberculin-reakción keresztül.

Mint minden allergiás reakciónak, úgy a tuberculin-reakciónak is egyik karakterisztikuma az anteallergiás stadium viselkedése. Kísérleteiből kitűnik, hogy a *tbc.-bacillus* fertőzött állatok hypersensibilitási reakciójának anteallergiás ideje — akár thermális, akár cutanreakcióval mérve — a fertőző dosis emelésével (Römer, Debré, Paraf és Dautrebande) és a virulencia fokozásával (Boquet és Nègre) lényegesen kibővíthető. Hasonló módon befolyásolható ez az idő a fertőzés módjának alkalmas választásával is (percután, conjunctivális fertőzés).

Előadó szerint a tuberculinnal kiváltható cutan-reactio nincs szigorúan *tbc.-bacillus* való fertőzéshez kötve, mint azt még Koch R., Baldwin és A. Krause hitték.

Általában még az a nézet, hogy a tuberculin-tulérzékenység a fehérje-anaphylaxiával nincs vonatkozásban. A bacterium-anaphylaxia tanulmányozásának újabb eredményei azonban közelebb hozhatják a lényeg megfejtéséhez (Avery és Heidelberger, Mueller és Tomcsik, Lancefield, Tofcsik és Karotchin stb.) Enders már a *tbc.-bacillus* kivont polysaccharidakkal typosus shock-ot tud kiváltani. Előadó vizsgálatai szerint a pepsin-trypsin emésztett (Tomcsik) tuberculinnak bőrreaktiót kiváltó tulajdonsága tényleg megsemmisíthető anélkül, hogy annak speciális serológiai sajátysága lényegesen változzék.

Előadó eddigi kísérletei amellel szólnak, hogy a tuberculin-reactio két komponensből tevődik össze (Zinsser): 1. A valódi anaphylaxiára jellemző reakcióból, amely nincs szigorúan *tbc.-bacillus* infectióhoz kötve. 2. Specificus tulérzékenységből, amely a *tbc.-s* fertőzés speciális sajátysága, illetve következménye.

**Blaskó R.:** Az anteallergiás szak tartama és a fertőzés mértéke között kísérletileg igazolt összefüggés klinikai adatokkal is pontosan igazolható.

**Fenyvessy B.:** Örömmel üdvözlő az előadót érdekes fejtegetéséért, amelyekkel lényegében egyetért. Kívánatosnak tartaná az itt említett jelenségek nomenklaturájának rendezését.

## VEGYES HÍREK

**Halálozás.** Teghze Lajos dr. kir. palotaorvos, m. kir. korona-uradalmi orvos, 81 éves korában, Gödöllőn elhunyt.

**A Budapesti Királyi Orvosegyesület** május 13-iki ülésének előzetes napirendje. Bemutatások: 1. Lőrincz Ferenc: Érdekes nőgyógyászati echinococcosis esete. 2. Elischer Ernő: a) Mesenterialis lipoma bélyegzővel gyógyult esete. b) Magacolon bélyegzővel gyógyult esete. Előadások 1. Kovács Károly: A terhesség korai diagnózis a vizeletből nyulakon. 2. Berencsy Gábor: A vérnyomásmérés néhány hibaforrásáról és azoknak kiküszöbölésére szerkesztett sphygmomanometerről. Ezen napirend előzetes tájékoztatóként szolgál és változást szenvedhet.

**A Közkórházi Orvostársulat** május 11-iki ülésének tárgysorozata. Bemutatások: Kinczler Mihály: Faciális bénulás ritka esete. Szecey György: Vesevérzés újszülöttnél. Soós Dezső: Toroklús ritkán előforduló alakja csecsemőn. Szenté István: a) Myomával párosult carcinoma érdekes esete, b) Chondroystrophia foetalis capitis. Előadás. Plesskó Lajos: Vörhenyrecidívák.

**A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat** folyó évi április hó 18-án tartott választmányi ülésén úgy határozott, hogy a Közegészségtani munkát, — bármennyire is szükségesnek tartja annak megjelentetését a gyakorló orvosok szempontjából — csak a jövő évben adhatja ki a tanszékek vezetésében beállott személyváltozások miatt. Ezen évben a Sebészet, a Testgyógyászat, és a Belgyógyászat körébe tartozó munkák fognak megjelenni: Verébély Tibor Sebészetének III. kötete, az első magyar Orthopaedia, melyet Horváth Mihály, Kopits Jenő, Dollinger Béla és más neves munkatársak segítségével Bakay Lajos ad ki. A belgyógyászat köréből több kisebb terjedelmű szakmunka készül, így Gerlőczy Géza Gyomor és bélbántalmak, Molnár Béla: Máj és epeutak megbetegedései, Hetényi Géza: Anyagcsere forgalom megbetegedései, Lajnal Imre: Szív és erek megbetegedései, valamint Boros József: Haematologiai munkája is. A jövő 1933. év munkaprogramjában a Közegészségtan I. kötetének megjelenésén kívül a gümőkóros megbetegedéseket tárgyaló munka szerepel, amelynek az I. tüdőgümőkóral foglalkozó kötetét Angyán János írja meg, míg a többi fejezetét (bőr, csont, izületek, belsőszervek stb.) Herepy-Csákányi Győző gyűjti össze egy második kötetben. A Társulat Nőgyógyászat kiadását is tervbe vette, amelynek megírását Frigyesy József volt szíves vállalni, valamint egy rövid Radiológiát, melynek megírására nézve Kelen Béla hajlandónak mutatkozott.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat a kiadásában megjelent régi könyveket szívesen bocsátja a kiadók és intézetek, a kórházak és tudományos társulatok rendelkezésére a portóköltés beküldése ellenében. (Pajor Sándor pénztáros, VIII., Vass-u. 17.)

A Társulatba belépni óhajtok küldjék nyilatkozatukat Pajor Sándor dr. pénztáros úrhoz. Az előfizetési díj közt példányonként portómentesen 36.— P, amely részletekben is fejezhető. Az O. T. I. és a M. A. V. hajlandó arra, hogy orvosainak előfizetési díját levonja azok fizetéséből. Az ezt kívánók küldjék meg a belépési nyilatkozatukat az illető intézmények főorvos-igazgatóinak is. A társulat képviselői Romániában Studium (Farkas István) Lapbehozatali cég Oradea (Nagyvárad) és a Polyglott vállalat (Dobó) Cluj (Kolozsvár), Csehszlovákiában Spitzer Sándor Komornó (Komárom) és Jugoszláviában Duchon János dr. Sombor (Zombor).

A lefolyt Goethe-ünnepek alkalmából a következő érdekes közlést kaptuk Bókay János professortól:

Haydn-ről írott cikkemben, mely nem rég, (márc. 26.) jelent meg e lapok hasábjain, foglalkoztam a Gall-féle phrenológiával és vázoltam, hogy a XIX. század legelején e tan, mely az idők folyamán teljesen letűnt s joggal feledésbe is ment, mily nagy port vert fel. Hogy Gall mily szenvedéllyel gyűjtötte különböző markáns szellemi tulajdonságokkal bírt egyének koponyáját, arról cikkemben bővebben megemlékeztem. Hogy ezen igyekezete sokszor a legdurvábban sértő és elítélendő volt, a következő sorok is bizonyítják.

Goethe tudvalevőleg szoros baráti viszonyban állott a Brentano-családdal, s a szellemes s nagy zenei és költői képességű Bettina Brentano s a nagy író között szoros barátság állott fenn. Mint tudjuk ez a kiváló nő Beethoven-t is megigézte (1810) s szellemi tulajdonságaival lebilincselte. 1827-ben máj. 17., az immár férjzett Bettina von Arnim bátyjához, Fr. Brentano-hoz Gall levelet intézett, melynek igazán felháborító sorai a következők: "... so beschwöre ich Sie, alle Umgebungen des einzigen Genies zu bestechen, dass womöglich der Kopf in natura der Welt aufbewahrt bleibe, oder wenigstens, wenn dieser Vorschlag die Seinigen empören sollte, dass nach dem Tode der Kopf geschoren und ganz, so wohl von hinten als von vorne, in Gips abgossen werde." Ezt a levelet tehát Gall, „horribile dictu", Goethe halála előtt öt évvel intézte Fr. Brentano-hoz. Hogy erre Brentano-tól milyen választ kapott, annak irodalmi nyoma nincs. Hogy ez nem lehetett hízogó tartalmu, az valószínű azon mélyeséges tisztelet és meleg barátság folytán, mely az előkelő társadalmi posztójú Brentano-családot Goethe-val évek során át összefűzte.

\*) A levelet 1902. jun. 21-én közölte a Frankfurter Zeitung.

**A londoni British Empire Cancer Campaign** legutóbbi gyűlésén 10.000 fontot osztottak szét négy kórház számára, rák-kutatás céljára.

**Orvosdoktorrá avattattak** a budapesti kir. m. Pázmány Péter Tudományegyetemen április hó 30-án: Dajbukát Dávid, Gergely Jenő, Dr. phil. Koszka László, Ottó Antal, Kubica Emilia Aranka, Molcsányi Nándor, Pitter Sándor, Winkler Béla. — A pécsi Tudományegyetemen április 27-én: Hunyor Gyula, Brázay Kálmán, Herczog Gyula, Csurgó Károly. Üdvözljük az új Kartársakat!

**Ranschburg Pál dr.** egyetemi tanár május 2-ától IV., Petőfi Sándor-u. 6. szám II. em.-én rendel.

**Sümei József dr.** fűrdőorvosi gyakorlatát Balatonfüreden máj 1-én megkezdte.

# ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY AGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC  
VÁMOSSY ZOLTAN

ISSEKUTZ BÉLA  
POOR FERENC

GORKA SÁNDOR  
REUTER KAMILLÓ

BELÁK SÁNDOR  
HÜTTL TIVADAR

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

## TARTALOM:

- Verebélj Tibor:** A praecarcinosis fogalma és gyakorlati jelentősége. (409—414. oldal.)  
**Záborszky István:** Gümőkóros tüdő kétoldali légmellkezelése. (415—418. oldal.)  
**Batisweller János:** A terhességi anaemia pathológiája és terapiája. (418—423. oldal.)  
**Bakács György:** Mellékpajzsmirigykivonat alkalmazása rendellenes havivérzéseknél. (423—425. oldal.)  
**Varga Tibor:** 11 hónapos csecsemő aleukaemiás myelosisa. (425—426. oldal.)

- Melléklet:** Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (73—76. oldal.)  
**Lapszemle:** Belorvostan. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. — Urologia. (426—428.) oldal.)  
**Könyvismertetés:** (428—429. oldal.)  
**Egyesületek ülésjegyzőkönyvei:** (429—432. oldal és a borítólap III. oldalán).  
**Grósz Emil:** Közegészségügy a költségvetésben (a borítólap III. oldalán).  
**Vegyes hírek:** (a borítólap III. és IV. oldalán).

## A praecarcinosis fogalma és gyakorlati jelentősége.

(Klinikai előadás.)

Irta: Verebélj Tibor dr. egyetemi tanár.

A praecarcinosis fogalmát a klinikai tapasztalat teremtette meg, s a rákgyógyítás eddigi megbízhatatlansága tartja felszinen. A praecarcinosis felvételének jogosultságát ezzel szemben ma is tagadja az orthodox kórbonctan.

A klinikai tapasztalat azt mutatja, hogy a rák fejlődését, — értve ezalatt a rosszindulatú, tehát beszűremkedve növő daganatok összességét, tekintet nélkül a szöveti szerkezetre, — az esetek igen jelentékeny százalékában gyulladáshoz, széteséshez, sarjadzásokhoz, tultengéshez, vagy neoplastikus elváltozásokhoz vezet, illetve mászóval, hogy a rák ilyen kóros folyamatok talajából burjánzik ki.

Szóljon erről három jellemző kórtörténet.

Valakinek gyermekkorában óta van fejbőrén lencsényi barnás-fekete anyajegye, amelyet elfed a hajzat; a kis foltot egyszer véletlenül felsebzi a fésű, kis var támad rajta, amelyet az illető, közismert rossz szokásból újból és újból lekapar. A folytonos nedvezés végre is orvoshoz viszi, aki a kis vérezékeny foltot kimetszi; néhány hónappal utóbb a fül mögött megdagad egy mirigy, amelyben kiirtása után görcsövilleg a nyirokcsöveket kitöltő chromatophor sejtek bizonyítják az összefüggést. Három hónap múlva a hatalmas termetű, fiatal férfi melanomatosis generalisátában elpusztul; a rák kétségtelenül a három évtizedig baj nélkül hordozott kis szöveti fejlődési hibából, naevusból indult ki.

Az 50-es évek derekán levő férfit 25 esztendeje kezelte több-kevesebb sikerrel gyomorbetegségeivel, savtultengésével, radiológiai kimutatott gyomorfekélyével, egyik szakorvos a másik után. Egyszerre látszólag indokolatlanul fogyni kezd, étvágyát veszti, undorodni kezd a hústól, s mikor néhány kísérletezés ennek leküzdésére hiábavalónak tűnik, sebészhez kerül, aki a műtétnél gyomorrákot talál.

Az ötvenesek elején, változásban levő asszonyt első gyermekágya óta kísértének határozatlan hasi panaszok, amelyeket eleinte ritkábban, később egyre sűrűbben szakítanak meg görcsös rohamok; a jellemző epekörohamokat elvágja a jótékony morphiumpfeskendő, s az állapotot megint tűrhetővé teszi a rendelt epekökúra. Egy ilyen súlyos roham

sebészhez viszi; a műtét epehólyag rákot állapít meg kapubeli mirigyekkel.

Ha tekintetbe vesszük, hogy a gyomorrák átlag 1½, az epehólyagrak 1 év alatt végez áldozatával, logikusnak látszik a következtetés, hogy a ráknak az elsősorban a gyomorfekélyből, a másodikban a cholecystitis calculosából kellett fejlődnie.

Ilyen és hasonló tapasztalatok alapján született meg a praecarcinosis fogalma, amely egyszerűen empirikusan azt akarja rögzíteni, hogy bizonyos idült elváltozásokhoz sokkal gyakrabban szövődik rák, semhogy azt a véletlen társulás számlájára írhatnók. A praecarcinosis határtüzése tehát a megfigyelés és tapasztalat függvénye. Elmosódik, s jelentőségételen lesz, ha általánosítjuk mindarra, amiből valaha rák lett; viszont a rákprobléma megoldásának talán kulcsa, amint azt a mesterséges rákok tanulmányozása remélni engedi, ha lezörítjük a számszerű tények szintjére.

A rákgyógyítás balsikerei úgy késsel, mint besugárással közelfekvővé tették a gondolatot, hogy a sikert a rák megelőzésében iparkodjunk keresni. A rák kóroktanának teljes bizonytalansága mellett ezideig az egyetlen prophylaxis-lehetőségnek az ilyen praecarcinomas elváltozások sebészi, vagy egyéb kezelése látszott. Hogy csak egy ilyen adatot említsék: Kohler az ő gyomoranyagából azt vélte kiolvashatni, hogy a gyomorfekély ellen végzett GEA elterjedésével, amitől a fekély klinikai gyógyulását remélte, rohamosan csökkent a gyomorrák miatt szükséges resectiók száma. Így értelmezendő Schmieden kijelentése is, hogy a legjobb és egyetlen rákprophylaxis, amelyet ismerünk, a praecarcinomas elváltozások gondos figyelembevétele és eltávolítása.

A kórbonctannak ezzel szemben szükségképpen tagadnia kell a praecarcinosis felvételét mindaddig, amíg a rák felismeréséhez más, mint alaki elváltozás nem áll rendelkezésére. A morphologia csak állapotokat, s nem folyamatokat rögzíthet képeiben. Amikor a kórbonctan a rákos sejtből anaplasia, kataplasia, dysplasia néven alaki elváltozásokat állapít meg, amelyek az ép sejtektől a rákosat megkülönböztetik; amikor a ráksejtekre az amitotikus és pluripolaris mitosisos oszlásokat mondja jellemzőnek az ép sejtek szabályos kétsarkú oszlásával

(mitosis bipolaris) szemben, akkor mindig a már kész rákos sejtet állítja szembe az éppel. De hogyan lett az épből rákos sejt? Egyszerre történt benne a változás, vagy fokozatosan alakult át valamilyen régi tulajdonságának elvesztésével, vagy valami új képességnek a hozzászerzésével ráksejtté? Az bizonyos, hogy nem minden praecarcinómából lesz szükségképpen rák, s az is kétségtelen, hogy a praecarcinómán alakilag mi sem bizonyítja előre, hogy rák lett volna-e belőle, ha ki nem irtjuk. Addig, amíg a rák kóroktanát homály fedi, addig, amíg a rákot nem lényegileg, csak alakilag tudjuk meghatározni, még kevésbé lehet szó a praecarcinosis lényegi körülírásáról.

A praecarcinosis elméleti meghatározása azonban semmi nehézséget nem okoz, ha a kórbonctan merev alaki álláspontját feladva a működésnek (*functio*) és fejlődésnek (*evolutio*) is helyt ad a kóros elváltozások determinálásában. Ha a kórbonctan elismeri, hogy az életet, hogy minden egyes életfolyamatot, tehát a betegséget, tehát a rákot is nemcsak alaki, hanem működési és fejlődési különlegesség is jellemzi, ha elismeri, hogy ez a törvény egyaránt áll egyes sejtekre, mint soksejtű egyénekre, akkor a praecarcinosis elméletileg úgy határozható meg, hogy *praecarcinosis minden olyan folyamat, amely a sejtek fejlődési képességét felszabadítja korlátaiból.* Míg ugyanis az önálló életet élő egyes sejt alakilag független, működésileg sokoldalú (omnipotens), fejlődésileg szaporodásában korlátlan, addig a soksejtű lényekben az együttélés alapfeltétele, hogy az egyes sejtek az élet ezen önállóságáról lemondjanak. Alakilag a sejtek alkalmazkodása, működésileg a sejtek egyoldalusága, fejlődésileg a sejtek szaporodásának korlátozott-sága jellemzi a soksejtű lények egyes alkotó elemeit.

Hangsúlyozandónak tartom, hogy azok a vegyi elváltozások, amelyeket a ráksejtekben (a nitrogen-, albumin-, glikogen-, cholesterin-, lecithin-, lipid-tartalom, a H-ion-töménység megváltozása bizonyos fermentumoknak, cytoés histolyticus anyagoknak jelenléte), avagy a rákos egyénben (a vér alkalosisának, vérsejtsüllyedésének, albumin- és globulin-tartalmának, a szöveti sav-bázisegyensúlynak, a vizelet colloidalis nitrogéntartalmának megváltozása) kimutattak, lényegileg ugyancsak alaki, mert vegyi szerkezeti, tehát chemomorphologicus és nem működési elváltozások, s így a rákfejlődés magyarázatára épp oly kevésbé használhatók, mint a cytomorphologiás tünetek. Ezek is csak a kész ráksejtet, a már rákos szervezetet jellemzik, s nem értékesíthetők a rákosodásnak, mint folyamatnak értelmezésére. Praecarcinoma, tehát *az egyén minden olyan elváltozása, amelynek folyamán az alkotó sejtekben nyugvó, lappangó, végtelen szaporodási képesség újra felszabadul.* Ilyen elváltozásokként ismerjük: a) mindazon folyamatokat, amelyekben valamely tartós ingerlés a sejtek állandó pusztulásával jár, ami viszont regenerációra, tehát újból és újból szaporodásra kényszeríti a szomszédos sejteket; ezeket nevezi *Fischer-Wasels regenerációs praecarcinosisoknak*; b) az elváltozások másik csoportjában a szervezetből kiközösített, tehát egyébként is nehezen fékentartott, az egyén munkájában részt nem vevő sejteknek ingerlése váltja ki a rákot; ezek a *dysontogenetikus praecarcinosisok*; c) harmadik csoportnak említi *Fischer-Wasels* bármilyen okból támadt *metaplasiákból* kiindult rákokat, amennyiben a metaplasia maga már hosszú fejlődési, tehát szaporodási folyamatnak egyik állomása; ezekhez a *metaplasiás praecarcinosisokhoz d)* negyediknek azt a csoportot sorolnám, amelyben a harmonikus szöveti együttélés zavarát az egyik szövettípus életképességének csökkenése, gyengülése okozza, s ezáltal szabadítja fel a másik, életképesebb szövet szaporodási erejét; ezeknek

talán a *dysharmonikus praecarcinosisok* nevet lehetne adni.

Hogy a sejtek szaporodási képességének ez a regenerációs, dysontogenetikus, metaplasiás, vagy dysharmonikus felszabadulása, ami szükségképpen együtt jár a sejtek alaki és működési átalakulásával, mikor lépi át a rákos, a korlátlan burjánzás határát, hogy elég-e ehhez az ingerek egyszerű fokozása, szükség van-e különleges ingerekre, vagy a szervezetnek különleges beállítottságára, ez a rákkérdés nagy ismeretlenje. Erre ma, mint 50 évvel ezelőtt is csak elméletek iparkodnak felelni. A vizsgálók, akik a klinikai követelménynek eleget téve a praecarcinosis fogalmát fenntartják, azt aszerint iparkodnak körülírni, hogy a rákelméletek közül melyikhez csatlakoznak; abban azonban meg kell egyezniük, hogy a *praecarcinosis maga, éppen úgy mint minden életmegnyilvánulás, folyamat, amelynek vannak szakai (phasisai), de amely nem állapot, tehát tisztán alakilag meg nem határozható.*

Ez volna a praecarcinosis kórbonctani megfogalmazása, amely lényegesen eltér a gyakorlat fenti meghatározásától. Az utóbbi szerint a praecarcinoma állapot, a melyből a praecarcinosis folyamata a rák felé megindul. A kórtan szerint pedig a praecarcinoma folyamat, amely a kiindulási, mondjuk nyugvó állapotot a rákkal, mint végleges állapottal összeköti. Ennek a lényegi különbségnek tudatában a két meghatározást tárgyalásom folyamán mégis felváltva használok, mert a többi, amit erről mondani tudnék, már az elképzelés világába vezet, amivel pedig terhelni nem kívánom. Hiszen előadásom címe is a praecarcinosisok gyakorlati értékelése.

#### A bőr

A bőr praecarcinomás elváltozásai, amelyekre elsőnek ajánlotta *Dubreuilh* a praecarcinosis elnevezést, az egész kérdés tanulmányozására kétségtelenül a legalkalmasabbak, sebészi szempontból azonban alig képeznek problémát. Nálunk a közel múltban *Guszmán* foglalkozott velük a bőrgyógyászat szempontjából.

A kísérleti rákok tulnyomó része a bőrre vonatkozik s így azoknak szöveti fejlődése a bevezető lobosodástól az akanthomákon át hiánytalan sorokban összeállítható fel a rákig. Az emberek bőrbeli praecarcinosisainak élettörténete is lépésről lépésre követhető közvetlen megfigyeléssel. Csak természetesen tehát, hogy mindazokat az elváltozásokat, amelyek tapasztalat szerint többé-kevésbé gyakran, de mindenesetre gyakrabban, mint azt a véletlen a bőr egyéb elváltozásaira megszabja, társulnak rákkal, egyfelől a bőrbetegségek, másfelől a bőrrákok rendszerével iparkodtak összhangba hozni. Mint érdekességet említem *Delbanco* kísérletét, aki a praecarcinosisokat a *Krompecher-Beck*-féle bőrrák osztályozással egyértelműen: basocellularis, spinocellularis és globocellularis alakokra szeretné felosztani. Ezek a kísérletek azonban mindkét irányban csupán elméleti értékűek; a gyakorlatban e folyamatok áttekintésére célszerűbb a kóroktani csoportosítás, amelyet használhatóbbnak gondolok, mint *Guszmán* tisztán az egymástán gyakoriságára alapított beosztását. Ilyen praecarcinosisok tehát:

a) A bőr *öregkori*, senilis és praesenilis elváltozásai: az öregkori lágy, festékes szemölcsök (*verruca senilis*), hámtúltengések (*hyperkeratosis*), a bőrszarvak (*cornu cutaneum*), amelyek egymással sokszorosán társulva jellemzik a tengerészek, hegyilakók, földművesek, farmerek bőrét, valamennyien főleg az arcon és a kézen.

b) A *physicochemiás* eredetű bőrelváltozások (*dermatosisok*) közé tartoznak: 1. a *fényinger* kiváltotta *xeroderma pigmentosum*, a bőrnek fénybehatás iránt

veleszületett túlérzékenysége alapján keletkező változatos körkép; 2. a *hőhatásra* támadó Kangrirák, amely tudvalevően egyes néptörzsekénél abból a szokásból ered, hogy alhasukon nagy hőfokú, kezdetleges melegítőket hordanak; 3. a sugárzó energiák közül a *röntgen és radium* okozta bőrelváltozások, a hirhedt röntgenrák előfutárjai, amelyeknek nem egy kiváló tudós esett áldozatul; 4. a *vegyszeri* anyagok okozta bőrelváltozások, amelyek túlnyomó részben magas molekulaszámú szénhidrogénvegyületek behatására támadnak; ilyenek a korom (kéményseprők borékrákja), a petroléum és kátránytermékek (paraffinmunkások), az anilin és származékai, továbbá az arzenvegyületek okozta dermatosisok.

c) Az idült *bőrgyulladásokhoz*, nevezetesen a sarjadzások fertőzésekhez: lupushoz, gummosus bőrsyphilishez, aktinomykosishoz társuló sajátos ulcero-papillaris hyperkeratosisek, elvéve egyéb közönséges genyes gyulladások makacs sebei: a lábszárfekély, a csontsípólyok.

d) A bőr bizonyos *fejlődési zavarai*: az anyajegyek, főleg a festékes anyajegyek (*melanonaevusok*), a rosszindulatú lencsék (*lentigo maligna*) és a törzsön, főleg a háton többszámú fellepő basaliomák és végül

e) a *bőrhegek*, nem azok a sima ártatlan hegek, a melyek pl. műtétek nyomai, hanem azok, amelyeket talán leghelyesebben „nyugtalan” hegeknek nevezhetünk, hegek, amelyek terjedelmükénél (égés), vaskosságuknál (maratás), alkatuknál (gümös, syphilises), vagy elhelyezésükénél (hajlásokban) fogva folytonosan ki vannak téve berepedéseknek, feltöréseknek, hámvastagodásoknak.

Szándékosan hagytam ki a felsorolásból az emlőbimbó *Paget-betegségét* és a test egyéb tájain ezzel azonosnak látszó *Bowen-féle* dermatosist. Az elsőt azért, mert saját eseteim vizsgálata alapján azok közé tartozom, akik a Paget-kórt nem praecarcinosisnak, hanem ráknak, mégpedig az emlőszövetből kiindult ráknak tartják, amely csak sajátos terjedési módjában: az intraepidermoidalis, vagy epidermophil terjedésben különleges. A másodikat azért, mert a szakközleményekből úgy látom, hogy az a bőrmirigyekből kiinduló ugyanolyan epidermophil rák, mint a Paget-kór.

A felsorolt körképeket nemcsak a szakemberek, de a gyakorló orvosok is sokkal jobban ismerik, semhogy azokkal részletesebben foglalkozni kellene. Valamennyinek közös jellege abban foglalható össze: 1. hogy egyikük sem hordja magában lényegileg a rákosodás szükségességét; 2. hogy az egyes körképekben nem az azokat összetevő felette tarka folyamatok: az atrophikiák, hypertrophikiák, exoriatiók, exulceratiók, teleangiectasiák, dystopiák, egyenként vagy összességükben, hanem többnyire valamennyinek keretében egy-egy különleges specificus elváltozás az, ami a praecarcinoma jelentőségével bír. A röntgen dermatitis változatos képében akkor támad a praecarcinosis gyanuja, ha valahol a sorvadtt, heges, teleangiecticus, hyperkeratosis, festenyzett területen makacsul kiujuló, felszakadó s újra elzáródó behasadások, fekélyek támadnak. A festékes anyajegyben sem a chromatophor sejtek, sem a naevus sejtszigetek, sem a megnyult, atypticus szemölcsökzi hámcsapok nem tekinthetők praecarcinosisnak, hanem az, ha az ilyen anyajegy ismételt kisebbedése, gyulladása e nyugvó képletnek valamelyikét mozgásba hozza. 3. Az egyes elváltozások tehát csakis az azt előidéző kóroknak, a beteg egyéniségének mint millieunek és a keletkezése feltételeinek pontos elemzése alapján minősíthetők praecarcinosisnak. 4. A praecarcinosis nem valamely jól körülírt, pontosan meghatározott kórkép, hanem rövidebb-hosszabb szaka (phasisa) annak a fokozatos elváltozásnak, amely az ép álla-

potból átvezet a rákba. A bőrön szemmel kísérelhető átalakulások közül az tekinthető praecarcinosisnak, ami még reversibilis, rák pedig az, ami irreversibilis.

A bőr mindezen praecarcinosisaival szemben a legfontosabb orvosi feladat a prophylaxis, a sebészi teendő az eltávolítás, aminek nem a módja, csak az ideje lehet kérdéses.

Mint a bőrpraecarcinosisok külön alakjára kell néhány szóval kitérni a fitymaszükület kapcsán támadó *balanoposthitisre*, a himvessző rákjának leggyakoribb előfutárjára, legyen az világrahozott, vagy szerzett. Minthogy a világrahozott phimosi az élet minden szakában meghozza a maga kellemetlenségét: a kis gyermeknél vizelesi akadály, a nagyobbacska fiúnál paraphimosisra vezet, a serdülő kor önfertőzésének kiváltója, az ivari években a nemi élet akadály, többnyire orvoshoz viszi hordozóját, mielőtt az illető a rákos életkorba lépne. Ez pedig éppen a penisen igen korai nemcsak a megtört világrahozott, de méginkább a későbbi korban szerzett, heges phimosiseknél. Saját statisztikám is azt bizonyítja, hogy a phimosisek bűzös balanoposthitis mögött, már javakorbelt, a 40-es éveket járó férfiaknál megindulhat a rákosodás és pedig egyforma gyakorisággal a szemölcsös rák, meg az ulcus rodens, amelyeknek gyors terjedését azután csak a leggyökeresebben, csonkító műtétekkel lehet megállítani. A phimosi korai megszüntetése, ennek a szomorú kórképnek, ennek a praecarcinosisnak, egyetlen prophylaxisa.

#### A leukoplakia.

A szájrák ma is szomorú fejezete a sebészetnek, nem mintha a technikai nehézségeket az érzéstelenítési eljárások tökéletesítésével, a plasticus sebészeti szabályok kidolgozásával nem sikerült volna legyőzni, nem mintha a rádium és röntgen kezelésben nem kaptunk volna megbízható segítő társat a gyógyításra. Hanem azért, mert előfutárja az esetek igen jelentékeny számában, *Darier* szerint 15—20%-ban, sebészi statisztikák szerint 80%-ban a *leukoplakia*, ez az alattomos, ártatlannak vélt hámvastagodás, amelyet kóroktanának biztos tudatában anti-syphilises kezeléssel, nikotin és alkohol megvonással, helyi ecseteléssel, edzéssel, addig kezelnek a gyakorló orvosok, míg a vastag lepeltől eltakarva kifejlődik belőle a száj bőséges nyirokréseiben tág kapura találó rák. Már pedig saját tapasztalatom alapján, amely 511 operált esetre vonatkozik, azt merném mondani, hogy minden szájrák: ajkon, nyelven, pofán gyógyíthatatlan, ha e kapukon át a nyirokcsomókat elérte.

Ezért nagyjelentőségű a szájsebészet szempontjából a leukoplakia kérdése. Nem az aetiológiája; nem az, hogy előidézésében a syphilisnek, a nikotinnak, az alkoholnak, vagy idült traumának jut-e a főszerep. Az erre vonatkozó statisztikák, azt hiszem, mind egyoldalúak; ha *Gusmann* 90%-ra becsüli a leukoplakiások közt a luetikusokat, az épp úgy az ő különleges anyagának az arányszáma, mintha a fogászok a leukoplakia kórtanában az első helyre a decubitust helyezik; ha pedig a sebészek az ő rákeseteikben a leűst csak elvéve találják meg a WR-val, ez onnét van, hogy mi a rákos esetek klinikai képéből következtetünk vissza a leukoplakiás előzményre, már pedig a fekélyes szájrák váladéka a rákos góc szomszédságában nagyon is alkalmas másodlagos leukoplakiás hámvastagodás előidézésére. A leukoplakia klinikai képe igen változatos; egyszer, főleg az ajkon kicsiny, virágágszerűen kiemelkedő foltok, vagy szemölcsök; máskor, főleg a pofán, hófehér, finoman bolyhos, puha lepedék; ismét máskor, főleg a nyelven, gyöngyházfényű, sima, vagy tüskés szigeteket jellemzik, górsövileg mindenütt a hám elszarusodásával, bőséges keratohyalin-képződéssel,

a Malpighi-réteg kiszélesedésével, az interpapillaris hámszapok megnyulásával és a hám alatt gömbsejtes, érköriüli beszűrődéssel, kötőszöveti sklerosisal. Mindez még nem praecarcinosis; hanem azzá lesz, ha ingerhatásra a leukoplakián bizonyos másodfokú elváltozások jelentkeznek, amelyek azután a rákba vezetnek át.

*Darier* szerint ilyen praecarcinomás elváltozás a leukoplakián: a szemölcsös túltengés, a kiterjedt hámszálás és berepedés (*leukoplakia papillaris, erodata és fissurosa*), amihez negyedeknek a beszüremkedő megkeményedést (*leukoplakia indurata*) sorolnám. Ilyenkor mutathatók ki a hámon olyan atypiák: a hámsejtek nagyságában, festődésében, magvuk chromatintartalmában, az oszlások minőségében, amelyek már a rákos hám jellegei, ha heterotopia még nincs is jelen.

A leukoplakiák ezen rákosodó hajlama a gyakorlat számára a következő szabályok felállítására kötelez. Rákkal, vagy leukoplakiás hajlammal, amely kétségtelenül öröklődik, terhelt egyénektől távoltartandók mindazok az ingerek, amelyek közismerten alkalmasak a leukoplakiás elváltozás megindítására. Amennyiben igaz, hogy „a nyelvrák a luetikus dohányzók rákja“, éppen a leukoplakia közbeiktatásával, annyira helyesen mondja *Guszmán*, hogy a syphilis korai gyökeres kezelése a nyelvrákok egy hányadának legjobb megelőzése. A már meglevő leukoplakia izgatása: edzéssel, égetéssel, ecseteléssel, ami annyira divatos, mellőzendő, s leszögezendő, hogy kifejlődött leukoplakia ellen az antisymphiliticus kezelés is hatástalan. Ellenben az ilyen beteg gondos orvosi megfigyelés alatt tartandó, hogy a szemölcsös, kimerődött, behasadt, vagy megkeményedett leukoplakia tehát a leukoplakiának praecarcinomás módosulata idejekorán gyökeres sebészi kiirtás alá legyen vonható.

Még két szerv van, ahol a leukoplakiának, mint a praecarcinosisba átvezetőnek több-kevesebb fontosságot tulajdonít a tapasztalat, amelyeket azonban ebből a sebészi áttekintésből kihagytam.

Az egyik a *nyelöcső*, ahol *Schaer* a 40 éven felüli férfiak 67%-ában, *Alibert* 70%-ában talált leukoplakiát, amely *Haslinger* szerint a nyelvöcsőrának állandó kísérője. A kettő oki összefüggésének bizonyítása azonban itt már oly nehéz, hogy az irodalomban alig találunk meggyőző esetet. Legujabban *Deelmantól* olvastam ilyet, és *Kaufmann* még ezt is kétségbe vonja. Ránk sebészekre azonban sajnos, ez úgys csak elméleti értékű marad; hiszen sebészilag magának a nyelvöcsőrának műtete is megoldatlan, vagy enyhébben kifejezve, megoldásra váró probléma, nemhogy a praecarcinosisánál jöhetne szóba beavatkozás.

A másik a *gége*, amelyben a leukoplakia *pachydermia laryngis* néven okoz sok gondot a gégeészeknek. Minthogy mi sebészek ma már csak a gégekiirtásnál juthatunk szerephez, a praecarcinosis kérdésében, saját tapasztalatom nincs; ehhez hozzászólni nem is tudok. Hogy a gégenek egyéb jóindulatú daganatai nem tekinthetők praecarcinosisnak, bizonyítja *Semon* összeállítása, amely szerint 10.797 jóindulatú gégedaganatból legfeljebb 45 olyan eset volt, amelynél ez a be nem bizonyított összefüggés fennállhatott.

#### A gyomor.

Míg az eddig elmondottakban a praecarcinomás elváltozások és a rák időbeli egymásutánja szemmel kísérhető, s legfeljebb oki kapcsolatában vitatható, addig a következő praecarcinosisok felvétele tisztán a klinikai megfigyelésből származik, s csak itt-ott támaszkodhatik a kísérletek bizonyítékára.

Első helyen áll ezek között a *gyomor*, amelynek három elváltozása: a polypus, a túltengéses gyomorhurut és a gyomorfekély szerepel a gyomorrák praecarcinosisai közt.

A legkevésbé vitás a *polypusok* szerepe. Talán azért, mert a valódi polypusok és a polypusos rákok a gyomorban oly ritkák, hogy összehasonlító vizsgálatukra alig nyílik alkalom; de kétségtelenül, azért is, mert a polypusokon, mint valódi neoplasmákon rendkívül változatos szerkezetük folytán sokszor nehéz eldönteni, hogy a daganat kezdettől fogva milyen jellegű, adenoma, adenocarcinoma, vagy carcinoma volt-e, s mert a biztosan jóindulatú polypusokon is található olyan könnyebb lobos és retentiós elváltozások, amelyek egyéb analogiák alapján a rákos elfajulás bevezetőinek minősíthetők. Végül azért, mert a polypusok, ha klinikai tüneteket okoznak, másként, mint műtéttel, és pedig kiirtással nem kezelhetők.

Sokkal inkább vitatható a *gyomorhurut* praecarcinomás jelentősége. A kérdést voltaképpen egészen másirányú vizsgálatok vetették felszínre. Mint ismeretes, *Fibiger* patkányok előgyomrában a csótányokban élősködő spiroptera neoplastica hatására idült lobos, túltengéses, metaplasticus folyamatok megindulását látta, amelyek azután igen nagy százalékban rákba mentek át. Ezt követte a kátránnyal ugyancsak patkánygyomorban előidézett mesterséges rák tanulmányozása, aminek folyamán kiderült, hogy nemcsak a szájon át a gyomorba bejutott kátránnyal vagy vaselinnel, hanem a végbél kátrányos ecsetelésével, sőt bőr alá befecskendezett kátránnyal is sikerül ilyen praecarcinomás gyomorelváltozást és rákot előidézni (*Ménétrier és Derville*). Klinikai tapasztalatok pedig amelletts látszottak bizonyítani, hogy a gyomorfekély aránylag gyakran előfutárja a ráknak, a fekély viszont főleg *Konjetzny* vizsgálatai szerint, amelyeket klinikámról *Pommersheim* igen gazdag anyaggal megerősített, gyulladáson alapon fejlődik; a fekélyképződésnek ez a gastritis elmélete tudvalevően a *Bergmann-féle* neurogen felfogásnak legerősebb ellenfele. Végül éppen a gastritisek beható szövettani vizsgálata mutatta ki, hogy a gyomorban aránylag igen gyakori hámdystopiák, hámheterotopiák — vagyis eltévedt hámsejtszigetek — és polyposus túltengések idült gyulladás folyamán olyan szöveti nyugtalanságot mutatnak, amelyet a ráktól alig lehet elkülöníteni. Elméletileg is közelfekvő a gondolat, hogy az idült gyulladással járó vérbőség és szöveti fellazulás szükségképpen előkészíti a talajt a hámsejteknek a *Virchow-féle* idült inger okozta burjánzására.

Az bizonyos, hogy gyomorrák kíséretében mindig beteg a gyomornyálkahártya többi része is, és pedig egyszer egész kiterjedésében, máskor főleg mint az *Orator* hangsúlyozza, pyloricus rákoknál a pars pyloricában. Az is bizonyos, hogy *Konjetzny* értelmében olykor sorozatot lehet összeállítani a gastritis chronica elváltozásaitól a gastritis polyposán és polypuson keresztül a carcinoma polyposumig, mindenütt fokozatos szöveti átmenetekkel. Csakhogy feltűnő ezzel szemben, hogy éppen a rákos gyomorhurut legtöbbször nem túltengéses, hanem sorvadásos, valamint kérdéses marad az is, hogy ha a rák ilyen diffúz elváltozásból származik, amilyen a gyomorhurut, miért indul ki a rák mégis mindig csak egy helyről, miért nem multiplex az ilyen gastritisek rák mindig, miért oly ritka az elsődlegesen többszörös gyomorrák? Másrészt arról arra sem hozható fel abszolút bizonyíték, hogy a rákot kísérő gastritis feltétlenül elsődleges, s nem a rákképződés másodlagos kísérője, hiszen a gyulladás szöveti elváltozásából a gyulladás időtartamára



következtetni nincs módunkban. Eppen ezért még *Orator*nak az a következtetése, hogy súlyos gyomorhurut esetében végzett gyomorresectio a legjobb rákprophylacticum, kórbonctanilag nincs kellően megindokolva arra, hogy a gyakorlat számára a gyomorresectio javalatai közé felvegyük a súlyos gyomorhurutot. Magam igen súlyos gyomorpanaszok miatt fekély gyanújával több esetben végeztem resectiót, amelynél a készítményen a belgyógyászatilag felvett fekélyt nem, csak súlyos gastritis polyposát és erosiókat találtam; feltűnő, hogy a resectio éppen ilyen esetekben legkevésbé szünteti meg a panaszokat.

A legtöbbet vitatott és legfontosabb a gyomorra nézve a fekély praecarcinomás jelentősége. A kérdés két ellentétes felfogásának megvilágítására álljon itt néhány statisztikai adat. Az összefüggés lehetőségét tagadja *Saltzmann*; 1—3%-ra becsülik a fekélyrákok számát: *Dittrich* (1.2%), *Küttner* (3%), *Borrmann* (1.6%), 5—6%-ra *Hauser* (5%), *Konjetzny* (3—5%), klinikám (6%), 10—20%-ra *Tiemann* (15%), *Orator* (10—15%), *Matti* (16.5%); ennél magasabbra *Jedlicka* (26%), *Payr* (26%), *Mayo* (54%), *Wilson* és *Mc Carty* (71%). Szinte érthetetlen különbségek.

Azok, akik 10%-nál magasabbra értékelik az összefüggést, álláspontjuk megerősítésében a következőkre hivatkoznak: a) a klinikai *lefolrás* igen sokszor alig értelmezhető másként, mint az oki összefüggés felvételével. Ha évtizedekig kínzó gyomorpanaszok, hosszú idők óta ellenőrzött callosus fekély röntgenképe és a hyperaciditás után, néhány hónapos anaciditás és tejsav megjelenése mellett átmennek rák képébe s a műtétnél tényleg rák derül ki, ez csakis úgy lehetséges, hogy régi kerges fekély rákosan elfajul. b) Sebészi tapasztalat, hogy kétségtelenül kerges fekély miatt végzett *palliativ műtét*, GEA után, évek múlva az újabb műtétnél a fekély helyén rák ül. c) *Orator* szerint az elsődleges rákot mindig az egész gyomorra kiterjedő *gastritis kiséri*, míg a fekélyből fejlődött rák a pylorustágra korlátozott, u. n. fekélygastritissel jár, amely többnyire tultengéses jellegű. d) A fekélyből származó rákon megtalálhatók a kerges fekély *jellemző vonásai*: az élesen metszett szél, a ferde tengelyű tölcésrészesség a falnak messzeterjedő hegesége és az izomrétegnek felfelé kanyarodása a fekély szélein.

A fekélyrák tagadói evvel szemben hansulyozzák, hogy: 1. a *hasonlatosság* szabad szemre olyfokú, hogy bármily pontosan jellemezte is *Payr* a megkülönböztetésre alkalmas tényezőket, műtét közben megmondani, hogy kerges fekély, vagy rákkal van-e dolgunk, lehetetlen; mindazon sebészi adatok tehát, amelyek a makroszkopos hasonlatosságra vannak alapítva s ebből akarják a fekély és rák vonatkozását, mint *Anschütz* 6—9%-kal, eldönteni, megbizhatatlanok. 2. A legtöbb fekélyrák *képződésének mechanikája* teljes ellentétben áll a rákról eddig alkotott felfogással. Nevezetesen lehetetlen elképzelni, hogy olyan rákos fekély, amelynek alapja kerges heg, szélei pedig rákos gyűrűt alkotnak, eredetileg fekély lett volna, mert hogyan nőhetne volna körül a fekélyt a rákos burjánzás, amikor az egy helyről (unicentrikusan) meginduló rák terjedésére sokkal alkalmasabb a fekély szomszédságának lágy szövete, mint a fekély heges széle? Még lehetlenebb elgondolni, hogy kerges fekély széleit és alapját egyenletesen infiltrálja a rákos burjánzás, mert ennek hyalinos, kerges, sejtszegény szövetebe alig tudna behatolni a rák, még ha lehetséges volna is a szélekből egyszerre minden irányból meginduló concentrikus rákos támadás. 3. A rákos beszűrődés *másodlagos pepticus* fekélyesedése aránylag gyakori, ami nemcsak a ráknak kér-

ges fekélyhez hasonlatosságát, hanem az említett képek: a gyűrűs rákos fekély, a diffus rákos fekély képződését is megmagyarázza. 4. Bizonyító erővel tehát csakis olyan rák bir fekélyből eredés mellett, amelyben jellemző kerges fekély *szélének egyik részletében* mutatható ki a környezet felé törő, rákos beszüremkedés. Ez sokszor már szabad szemmel is felismerhető a fekélyszél körülirt dudorosságából, vastagságából, tömegességéből, rétegeinek elmosódottságából, de gyakoriságában voltaképpen csakis görcsővel dönthető el biztosan, azzal is úgy, hogy az egész fekélyt végig vizsgáljuk. Ilyen szigorú bonctani kritériumok alapján a fekélyből származó rákok száma tényleg csak 3% körül mozog, különösen ha a százalékszámot nemcsak a callosus, hanem általában az idült fekélyekhez viszonyítjuk, mint amint az az én anyagomban is történt.

Ha fekély rákos elfajulásának lehetősége egyáltalában megvan, akkor nagyon is lehetséges, hogy kisebb, nem callosus fekélyek, — persze csakis idült fekélyek — és ilyenek hegei is elfajulhatnak rákosan, aminek nyomait kiterjedt, nagy rákos daganatban azonban már kimutatni lehetetlenség. Az ilyen lehetőséget a klinikai lefolyás alapján hozzászámítva, jön ki saját anyagomban a 6%, vagy talán több is, ha tekintetbe vesszük, hogy gyomorrák-eseteimben *Czirer* összeállítására szerint a panaszok 28.5%-ban nyultak öt évnél hosszabb, 49%-ban 2 évnél hosszabb időre a rák műtete előtt.

Ha azonban a fekélyeknek és hegeiknek ilyen rákos elfajulása tényként adva van, akkor a fekélyek sebészi kezelésének, illetve helyesebben a végzendő műtét javalatai közt helyet kell adni ennek a lehetőségnek. Nevezetesen, ha elfogadjuk, hogy heges szűkület mögött csaknem kivétel nélkül megtalálható a bűnös idült fekély, hogy tehát a tisztán heges szűkület aránylag ritka; ha meggondoljuk, hogy a callosus penetráló fekélyek végleges heges gyógyulása ugyancsak ritka, minthogy kórbonctani anyagban mélyreható, kiterjedt hegek csak elvétve találhatók; ha viszont technikailag sikerül oda eljutni, hogy a gyomorfekélyeknek resectiós kezelése nem jár nagyobb halálozással, mint a GEA készítése, akkor a fenyegető rákos elfajulás kiküszöbölése, mint rákprophylaxis érvként használható a gyomorfekély resectiós kezelésének támogatására. Különösen, ha szembe állítunk két számot: a fekély resectiók halálozási arányszámát 8%, a rákokét 42%-kal; óriás áldozat a gyomorrák rovására, amelyet hacsak 6—10%-kal is sikerül leszorítani a fekélyek kiirtásával, nagy eredmény e végzetes betegség elleni küzdelemben. Akinek alkalmá volt kerges gyomorfekélyek szélein a hámnak phantasticus erőlködését a gyógyulás elérésére görcső alatt megfigyelhetni, aki ezt mint praecarcinოსust értékeli, az ebből az okból is a fekélyresectio hívévé szegődik.

#### A vastagbél.

A vastagbél praecarcinomás elváltozásai közül a gurdélyok és a polypusok érdemelnek különös figyelmet.

*Gurdélyok* a remese egész hosszában előfordulnak ugyan, leggyakoribbak azonban sebészek, kórboncnokok egybehangzó véleménye szerint a sigmabélben, a vastagbélrákok kedvenc helyén. Keletkezésüket illetőleg bizonyítottan vehető, hogy ezek az izomnélküli nyálkahártyaképződésük mindig a bélfalat átfuró erek mentén jönnek létre, hogy keletkezésük legfontosabb mechanikus tényezője a bélbeli (intraintestinalis) nyomás fokozódása makacs székszorulás kapcsán. Vitás azonban, hogy az érrések tágulása egyéni világrahozott változat-e, vagy arteriosclerosis következménye-e, avagy az erek körüli zsírszövetnek öregkori sorvadásával áll-e kapcsolatban.

A gurdélyok gyakoriságát két irodalmi adatból kíséreltem meg kiszámítani. *Spriggs* a tünetnélküli gurdélyok számát 1000 röntgenezett esetből 6%-ra becsüli; *Lénárd* szerint viszont a gurdélyoknak 60%-a, tehát közel kétharmada szövödményes; e két adatból a gurdélyok gyakorisága 1.5%-ra volna értékelendő, amit saját tapasztalatom kapcsán túlzottnak kell mondanom. Magam ugyanis kórboncnok koromban végzett 5000 boncolásnál csak 2 vastagbélgurdélyt találtam, és pedig sigmoiditis fibroplastica képében. Ha ezt a két esetet az 50 éven felüli hullákra vonatkoztatom, akkor 2 ezrelék gyakoriságot kapok, ami a fenti két adat alapján általánosítva 3 ezrelékes gyakoriságnak felel meg.

A gurdélyszövödmények klinikailag 3 csoportra oszthatók: a) a *colitis diverticularis* a makacs vérzések vastagbégyulladás különleges alakja; b) a gurdélygyulladások mint *diverticulitis, abscessus et peritonitis diverticularis*, továbbá mint *perisigmoiditis fibrohyperplastica diverticularis* képeznek ma már klinikailag elég jól jellemzett kórképeket; c) a *gurdélyrákok*, a szövödmények harmadik csoportja az, ami bennünket itt érdekkel. A gurdélyok rákos elfajulásának lehetősége közelfekvő, ha tekintetbe vesszük, hogy az ilyen hámmal bélelt, szűk tasakban a megrekedő váladék és apró bélsárkövecskék izgató hatására a kötőszövet sarjadzásának és a hám ujdoképződésének milyen játéka, küzdelme folyik. Az elfajulás gyakoriságáról igen különböző adatok forognak közkézen az irodalomban. *George-Leonard* szerint a gurdélyok 25%-a lesz rákossá, *Mayo* 116 gurdélyesetéből, *Mason* 14.65%-ban látott rákos elfajulást, *Rowlands* szerint a sigmarákok egyharmada ered gurdélyból, amit *Ballin* azon megállapításra épít fel, hogy a gurdélyból való eredet mellett bizonyít az, ha a rákos burjánzás nem a bél ürege, hanem inkább a retroperitonealis szövet felé tör, ahol genyes beolvadáshoz vezet, ha a gurdélyrák mellett, alatt és fölött további gurdélyok mutathatók ki s ha a sigmarák röntgenesen kiesést nem okoz, csak sima körvonalú szűkületet. Én azt hiszem, hogy a hangsúlyt a rákkal egyidejűleg fennálló többszörös gurdélyra s nem a rák bonctani viselkedésére kell helyezni s akkor is csak a rák alatt elhelyezkedő s nem a felette levő gurdélyok lehetnek bizonyítók, mert a gurdélyszerű kiöblösödések szűkületes rák fölött másodlagosan is fejlődhetnek. Minthogy egyébként tünetnélküli lappangó gurdélyok nem javálnak műtétet, a rákoknak ilyen diverticulogen eredete is inkább csak kórtani, mint sebészi jelentőségű.

A *béldaganatok* közül a praecarcinosisok közé sorolják a carcinoidokat és a polypusokat.

A *carcinoidok* kicsiny, gyakran többszörös daganatok képében lépnek fel a bél falban, s kis kereksejtes, tömör hámkötegekből, vagy mirigycsövekből állanak. Keletkezésük nincs tisztázva, amit különböző elnevezésük is bizonyít: sárga appendixdaganat, basalsejtes rák, pseudocarcinoma, carcinoid, epithelioma solidum benignum, tumor pancreaticus intestinalis, vagy nyálkahártyanaevus stb. akarja az egyes szerzők különböző felfogását kifejezni. Mint a nevek mutatják, a szerzők egy része tehát fejlődési hibáknak: choristomának, vagy hamartomának, másik része pedig differentiált sejtű, de a bélhámból származó basaliomáknak tartja őket. Minthogy a szöveti szerkezetükből egymagából a kisdaganatok természetét eldönteni nem lehet, mert ugyanolyan szerkezetű daganatok néha ártatlan mellékletek, máskor áttételt okozó rákok, praecarcinomás jelentőségük el nem vitatható, viszont tünetek hiányában klinikailag nem értékesíthető.

A *polypusok* vonatkozását a rákkal a sebészetben különösen *Schmieden* hangsúlyozta, úgy hogy azóta nagy szerepet játszanak a praecarcinosisok fejezetében. *Schmie-*

*den* e daganatokat 3 csoportra osztotta: az *első* csoportba olyan polypusokat sorolt, amelyekben a hám sem egyes sejteiben, sem azok elrendezésében semmi eltérést az ép nyálkahártya hámmal szemben nem mutat; a *második* csoportban a hám egyes sejteiben láthatók elváltozások: a sejtek alakjában, a magvak nagyságában, elhelyezkedésében, festődésében, amelyek már a differenciálódás bizonyos megszűnését jelzik; a *harmadik* csoportban már a sejtek rétegződése, elrendeződése mutat atypicitást, kifejezett praecarcinosis. Ezzel szemben *Kaufmann* joggal hangsúlyozza, hogy az utolsó csoport már nem praecarcinoma, hanem kész carcinoma; kiemeli azt is, hogy már kész rák esetében egyes polypusnál számolni kell azzal, hogy a daganat kezdettől fogva adenocarcinoma polyposum volt, hogy tehát nem rákosan elfajult jóindulatú polypussal van dolgunk. Erre vonatkozik az a kijelentése is, hogy csakis többszörös polypusra fogadható el *Schmieden* azon adata, hogy a polypusok 60%-a fajul el rákosan. Ez az ellentét azonban nem változtat a tényen, hogy mint azt kórboncnokok, így *Hauser*, *Versé* is elismerik, a polypusok rákos átalakulásra tényleg hajlamosak. A polypusok ezen hajlamára nézve közömbös, hogy azok a bélnyálkahártya világrahozott neoplasticus burjánzása, vagy fertőzéses, vegyi pusztulás után beálló regenerációja alapján támadnak. Az bizonyos, hogy addig, amíg a rákos beszüremkedés nem terjed rá a polypus kocsányán át alapjára, a praecarcinomás módosulás, sőt a rákos elfajulás megállapítása is görcsövi feladat marad. Minthogy azonban a tényleges rák fennforgását már ilyen szakban is bizonyíthatják rákosan beszűrődött szomszédos mirigyek, a polypusok és polyposis sebészi ellátásában megindokolja *Schmieden* ajánlatát, amely szerint a polypusok kezelése lehetőleg gyökeres legyen. Hogy ez adott esetben a fal resectiójával, vagy nagyobb béldarab kiirtásával történjék, ez nemcsak a sebészi készség, hanem a sebészi lehetőség kérdése is. Polyposis esetén, amely olykor a végbéltől kezdve fel a léphajlatig, sőt még magasabbra lepi el a vastagbelet, csakis heroikus műtétek jelentik a gyökerességet, amely műtéteknek veszélye bizony sokszor nagyobb, mint a praecarcinosis fenyegetése. Ez irányban további vizsgálatokra van szükség a végleges megállapítás körvonalazásához.

Mint érdekességet, még egy praecarcinosisist szeretnék megemlíteni, amelyre saját esetem alapján hívtam fel a figyelmet: ez a bélnyálkahártyák kérdése. A bélben, nevezetesen a coecumban fejlődő laphámrákok kérdése pathogenesis szempontjából teljesen tisztázatlan. *Krompecher*, aki a metaplasiát általánosságban basalsejtes problémának mondja, ezen elmélete egyetlen ellenbizonyítékának azt tekintette volna, ha a coecumban ismert volna laphámrákot; elkerülte figyelmét egy eset, amely már tanulmánya idején közölve volt. Magamnak *Krompecher* kijelentése óta három operált coecalis laphámrákot volt módomban vizsgálni, anélkül, hogy kezdetben azok magyarázatára mást, mint metaplasiát, ezt a sokat vitatott folyamatot fel tudtam volna venni. A véletlen két esetben egy ezideig teljesen ismeretlen lehetőséggel más magyarázatot adott kezembe. Nevezetesen coecalis bőrtömlőt, dermoidcystát operáltam, amelyek csakis fejlődési hiba, a coecum falába eltévedt laphámcsiroknak további burjánzásával értelmezhetőek. Ha azonban ilyen csireltévedésre, choristomára megvan a lehetőség, akkor a laphámrákoknak ilyen dystopiákkal való összefüggése is valószínűvé válik. Ilyen értelemben merném a bélnyálkahám dystopiákat praecarcinosisoknak minősíteni, s ugyancsak további ezirányú vizsgálatokra az egész kérdést figyelmeztetnem kell.

(Folytatjuk.)

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Az O. T. I. pestújhelyi Tüdőbetegkórház V. belosztályának közleménye. (Főorvos: Záborszky István.)

## Gümőkóros tüdő kétoldali légmellkezelése.

Irta: Záborszky István dr. főorvos.

A tüdőtuberculosis gyógyításának sarkalatos problémája a tüdőcavernák meggyógyítása. A *Forlanini* által 1892-ben bevezetett légmellkezelés előtti időben is *Turban* és *Quincke* kifejezést adtak azon nézetüknek, hogy a cavernák gyógyulásának akadályát a cavernás részek immobil volta képezi. A lobos összenövések miatt mindinkább állandósul a környezetéhez kifeszített tüdőbeli tályog. Ezért javasolták, hogy a tüdőcsucs felletti bordák csonkoltassanak, hogy a felfüggesztett caverna összeeshessen és hegesen összegegyülhasson.

*Murphy* és *Forlanini* a tüdő, illetőleg a cavernák comprimalására és gyógyulására, a mellkas csontos vázának kimelésével tettek kísérletet. A pleura üregbe juttatott levegőtömeg elasticus nyomásával óhajtották elérni a cavernák zsugorodását. *Forlanini* 1882-ben kezdte ezen kísérleteit, majd 10 évi tapasztalatait és gyógyeredményeit 1892-ben tette közzé és ezzel a tüdőtuberculosis, tehát egy chronicus lobos folyamat gyógyításába a sebészi elveket vezette be: a lobos rész nyugalmába helyezését.

*Forlanini* a tüdő collapsusának minél teljesebb mértékére törekedett s ezt massív dosisokkal igen hamar akarta elérni. Tehát e gyógy mód alkalmazásában a mechanikus hatás érvényre juttatása, a tüdőfél lélegzési mozgásainak teljes korlátozása, teljes kikapcsolása volt a vezető gondolat. Ugyanilyen értelemben voltak e szép eredményeket felmutató gyógy módnak szószólói közleményeikkel *Bruns*, *Murphy*, *Tuffier*, *Saugmann* stb.

A légmellöltéses kezelésnek legfőbb feltétele az volt, hogy a tüdőbeli folyamat szigorúan egyoldali legyen, a másik oldali tüdő teljes intact volta mellett. Ezen feltétel mellett alkalmazva mindtöbben észlelték, hogy a gümős tüdő teljes collapsusának elérése után a folyamat átcsapott a teljesen intact másik oldalra is. Ilyen esetem nekem is van, pedig teljes collapsusra sohasem törekszem.

A mechanikai elmélettel szemben *Brauer*, *Graet*, *Heissler*, *Meerson*, *Tomor*, *Toussaint* és mások a collapsusban a leglényegesebb momentumnak azt tartották, hogy az összenyomott és rugalmas levegő-köpennyel állandóan nyomás alá helyezett tüdőszövetben a vér- és nyirokkeringés hajszáledény hálózata is nyomás alá kerül és így nyirok- és vérpangás létesül az összenyomott tüdő szövetében. A nyirokpangás következtében a gümős góc bacteriumai nem árasztják el az egész tüdőt, sőt az egész szervezetet bacteriumokkal és azok toxinjaival. Érvényre jut a viszeres pangás következtében a vér bacteriumölő képessége és a vérpangás bőségesebb tápláló hatása alatt kötőszövet szaporodás indul meg a lobos góc körül, mely a nyugalmába helyezett lobos góc heges — kötőszövetes gyógyulását eredményezi. A kötőszövet képződés oly hatalmas mérvű is lehet, hogy *Marchand*, *Kaufmann* és más kórboncnokok sectionál talált lelete szerint a compressio alá helyezett tüdőszövet teljes obliteratiójához is vezethet.

Ilyen észleletek után revisió alá vette *Forlanini* is az ő mechanikai elméletét és különösen tanítványa *Ascoli* publicatiója (1912) révén tisztázódtak a megváltozott nyomási viszonyok mellett a nyirok- és vérkeringés módosulásai. A kizárólagos mechanikai elv mellett

lényegesen fontosnak értékeltetett a vér- és nyirok hajszáledény hálózat nyomás alá helyezettével bekövetkezett góc körüli pangás is.

A teljes compressiora való törekvés elvének felhagyásával önként kínálkoztak azon eseteknek a pneumothorax kezelésbe vonása, amelyek — a folyamat mindkét tüdőfélben történő fellépése miatt — eddig a légmellkezelés kitünő therapiái lehetőségéből ki voltak zárva. *Forlanini* maga már 1912-ben alkalmazta először a mindkét tüdőfélben egyidejűleg alkalmazott pneumothorax gyógy módot. Az idő azonban nem volt még érett a kétoldali légmellkezelés számára és csaknem 20 esztendőnek kellett eltelni, míg általánosabban elterjedhetett. Közben igen neves physiologusok a kétoldali pneumothoraxot, theoreticus alapon, lehetetlenségnek tartották.

A kétoldali légmellkezelés sikeres gyógy módjáról az utóbbi négy év alatt mind több közlemény jelent meg. Döntő fontosságú volt a gyógy mód általánosabb alkalmazásának elterjedésére az, hogy 1929-ben Pymontban megtartott tuberculosis congressuson megállapítást nyertek a kétoldali légmellkezelés kiváló gyógyeredményei. (*Frischbier*, *Diel*, *Liebermeister*, *Steinmayer*.) Itt, ha hosszú évekre visszamenő ugynevezett Dauerresultumok nem is állhattak még rendelkezésre és ilyenekkel mi sem rendelkezünk, mégis a meggyőző érvek. a Röntgen felvételek sokasága, valamint olyan betegek gyógyulási eredményei és munkaképességük helyreállítása, akik azelőtt éppen a kétoldali folyamatuk következtében a feltartóztatlan pusztulásnak néztek elébe: egyenesen szükségessé teszik a kétoldali pneumothorax gyógy módjának bevezetését.

Kérdés, hogy a kétoldali tüdőfolyamatnál egyidejűleg alkalmazzuk-e a pneumothorax kezelést, vagy egy ideig csak az egyik, a súlyosabban megbetegedett oldallal kezdjük, s a másik oldali folyamatot csak később vonjuk-e be hasonló kezelésbe? További kérdés, hogy vajjon mennyi azon levegőmennyiség, amivel ezen optimális nyomást, a kívánatos compressio mértékét és ezzel a legszebb gyógyeredményt elérhetjük? Végül az alkalmazott légmell mennyi ideig tartjuk fenn?

Egyoldali pneumothorax alkalmazásánál is észlelték, hogy a mellkasi nyomás emelkedett a nem töltött mellkasfélben is. Ilyen sorozatos vizsgálatokat végzett hazai szerzőink közül *Országh* és *Schill* is. A szerzők egy része azt mondja, hogy emiatt olyan kétoldali folyamatnál, ahol az egyik oldali folyamat csekély, ne töltsük a másik oldalt, mert a fokozott nyomásnak hatása van a másik tüdőfélre is. Nézetem szerint itt a hatás, a gyógyulás úgy következik be, hogy a súlyosabb oldal optimális nyomás alá helyezettén, abból alig jut a szervezetbe a gümős góccok termékeiből, a másik oldali kisebb góccok lobtermékeivel már meg tud küzdeni a szervezet immunbiológiai törekvése.

Tapasztaltuk, hogy az egyoldali, nagykiterjedésű gümős folyamatoknál az ép tüdőrészen vicariáló emphysema lép fel következményül annak, hogy a gázanyagcsere lebonyolításában az ép tüdő légzési mechanizmusa megerőltető feladatot végez. A megerőltetett légzési tevékenység következménye az erősebb vér- és nyirokkeringés. A tüdőbeli gümős folyamatra rossz hatása az erősebb vér- és nyirokkeringés. Ennek megakadályozására szolgál a compressio pneumothorax, mert lassítja a vér- és nyirokkeringést és így pangást okoz.

Kétoldali gümős folyamatban a csak egyik oldalon alkalmazott pneumothorax kezelés mellett — a másik tüdőfélre háramlott fokozott légzési tevékenység miatt — fokozott vér- és nyirokkeringés lép fel és a kezelésbe

nem vont másik tüdőfél folyamata felélnkül és ezáltal a gócból a fokozott nyirokkeringés révén a szervezetbe bőségebb toxicus anyag kerül. Ennek megakadályozására a másik oldali levegőtöltést minél előbb be kell vezetni.

Töltsük-e egyszerre mindkét mellkast?

Az irodalomban nem egyöntetű erről a nézet. Egyesek az egyik oldalon megindult javulási folyamat észlelésekor, tehát 3—4, sőt 6 heti kezelés után térnek át a másik oldal töltésére. A szerzők másik tábora az egyidejű, még ugyanazon kezeléssel bevezetett mindkét oldali töltés mellett foglal állást. Osztályomon mindkét oldali egyidejűleg alkalmazott légmelltöltést csak tüdővérzésnél alkalmazunk, amely eljárással a tüdővérzést is prompt meg tudjuk szüntetni. Különben mindig csak az egyik mellkasfélét töltjük. A súlyosabb oldalival kezdjük s kétnapi szünet után a másik oldalt is kezelésbe vesszük. A további utántöltéseknél is hasonlóképpen járunk el. Tapasztalatom szerint — ha paradoxonnak hangzik is — a betegek a kétoldali töltést már az elején is jobban türik, mint az egyoldali töltést. Egyszerre mind a két tüdőfélét azért nem töltjük, mert megeshetik, hogy nem a gümösen beteg tüdőrésszel collabál rögtön, hanem az egészséges rész és e rugalmas tüdőrésszel is csak pl. 5—6 óra múlva tudja ledolgozni magáról a comprimáló levegőt és érvényesülhet a beteg tüdőrésszel felett. Addig pedig oly súlyos légzési nehézségek támadhatnak, hogy pár óra múlva a beadott levegőt is le kell bocsájtani. Ilyen tapasztalatra nekünk is nyílt alkalmunk.

Első töltéskor ma már 150—300 cm<sup>3</sup>-nél többet sohasem adok, a mellkas méretei szerint igazodva. Nem ragadtatom el magamat nagyobb mennyiség adagolására még akkor sem, ha ezen mennyiség elfogadása után a manometer nyomása pl.: —8, —7 negatív mellüri nyomást mutat is. Az utántöltéseknél az adagot lassan fokozzuk. Nagy mellkasnál emelkedünk fel 500 cm<sup>3</sup> adagolására és egyes egészen kivételes alkalommal adunk csak többet.

A manometerállás aszerint változik, hogy mily nagy a mellkas és aszerint, hogy a gümős folyamat mily mértékben vette hatalmába a tüdő terjedelmét, de nem emelkedik 0 fölé a pozitív irányba. Az optimális nyomást utántöltéseinkkel akkor értük el, ha a fehér vérsajt képe pozitív irányban eltolódik, ha a láz megszűnt, a súlygyarapodás megindult és lényegesen csökken a köpet bakteriumtartalma huz látóterenkint, sőt esetleg a köpet bakteriummentes lett. A vérsajtsüllyedési reactio csökkenő irányzata a határozott javulás dacára is, csak későbbi időpontban következik be. A vérsajtsüllyedést az eredeti *Westergreen* szerinti eljárással mérjük.

A légmellkezelés egy ideig történt fennállása után a beadott levegő már nem szívódik oly gyorsan fel, mint az első pár töltés után. Ugyanis a mellhártyán elváltozások lépnek fel, fibrosus megvastagodások, melyek a mellhártya ugynevezett *Recklinghausen*-féle nyílásait eltömészelik. Ha tehát az ismételt töltés alkalmazásánál a manometer állása alig változott, csak keveset bocsájtunk be, vagy pedig kéthetenként töltjük.

Feltöltésre különleges gáznemet nem használunk, csak a steril vattán átszűrt levegőt.

A pneumothorax kezelés mellett mellkasi izzadmányok léphetnek fel. Gyakrabban a massív adagok hatásával elért teljes collapsusnál. *Barlow* 70% izzadmányt kapott az egyoldali légmellkezelési eseteinél, amíg teljes collapsus elérésére törekedett. Ugyanő a mérsékeltébb, bár kétoldali pneumothorax eseteinél csak 10% exsudatumot észlelt. *Edel* a prágai német egyetemről publicált közlése szerint szintén 70%-os izzadmányt állapíthatott

meg az egyoldali 10%-ot a kétoldali légmellkezelés alatt álló betegeiknél. Ő e hatalmas csökkenést a kisebb mellkasi nyomás alkalmazásának tulajdonítja. *Neumann* szintén csak csekély számú exsudatumot lát kétoldali légmellkezelteinél, amelyet ő annak is tulajdonít, hogy *Alt-Tuberkulin* kis dosisát is kapják betegek. *Wiese* Berlinben, 90 kétoldali légmellkezelte esetében 25% az exsudatum: ugyanennyi *Simonnál* is. A magyar szerzők közül *Gárdi* 31—37% mellkasi izzadmánnyal számol.

Kórházunk összstatisztikájában az 1930. évben pneumothoraxhoz csatlakozott exsudatum 12.8% + pyothorax 2.3%. Ebből kiemelve saját osztályom eseteit egyoldali pneumothoraxnál exsudatum 12% + 1.3% empyaema. Mig kétoldali pneumothorax saját eseteimnél exsudatum csak az egyik mellkasfélben 3%-ban jelentkezett; mindkét mellkasban egyidejűleg 0%. Empyaema 0%.

Az optimális compressio mellett ritkább az exsudatum keletkezése, mint a totalis collapsusnál. Az egyidejűleg mind a két tüdőfél compressiojánál ritkábban is ragadtatjuk el magunkat az optimálison túli mérték adagolásával.

A másik oka az exsudatumképződésnek az, hogy a tüdőt borító mellhártya a compressio folytán a tüdőbeli góchoz oly közel jut, hogy a közelségben maga is lobos lesz. Nevezetesen, amint minden tüdőbeli gümős folyamat végcélja magára hagyva a fibro-caseosus stadium elérése: úgy minden gümős góc kezdeti stadiumába exsudatív jellegű. Az ilyen exsudatív és meglehetősen aktivitással bíró góchoz szorított mellhártya maga is lobos lesz és exsudatumot produkál.

Igy magyarázható meg az is, hogy a művi légmell létesítése mellett olykor még spontán pneumothorax is keletkezhetik. Nekem is volt két ilyen esetem. A tüdőbeli exsudatív góc szétesik, a hozzá közelített mellhártyarészlet felette gyulladásba jön és arrodáltatik. A kétoldali légmellöltés statisztikám két halálos esetét éppen ez a két spontán pneumothorax képezi.

Hogy köbcentiméterekben kifejezve mennyi az a levegőmennyiség, amellyel az optimális nyomást elérhetjük, igen nehéz volna megmondani. Kétoldali töltésnél alig lehet több oldalankint 600 cm<sup>3</sup>-nél. Semmiesetre sem szabad olymértű collapsusra törekedni, hogy a tüdőből kifelé törekvő nyirokáramlás és viszeres vérkeringés teljesen meg legyen gátolva. Ha ugyanis a kiáramló nyirokkal a szervezetbe a gümős gócból semmi sem juthatna, akkor a betegség elleni küzdelemből a szervezet immunbiológiai törekvése, tehát a gyógyulási folyamat egy lényeges tényezője is kikapcsolatnék. A compressio helyes mértéke tehát az a levegőmennyiség, amely mellett toxicus jelenségek visszafejlődnek, de a szervezet reparatív törekvései nem akadályozottak.

A légmellkezelés kb. egy-két évig tartandó fenn, sőt egyes szerzők eseteiben három évig volt kívánatos. Intézeti kezelésben legalább 4—5 hóig ajánlatos tartani, mert a lobos gócból képződő fibrosus kötegen át a gyógyulási törekvés első idejében könnyen lehetséges az intézetben kívüli nem helyes magatartás következtében újabb áttörés és újabb góc keletkezésével újabb fellángolása a folyamatnak. Különösen az exsudatív alakoknál, amely egymaga nem képez különben a fentiek értelmében contraindicatit a pneumothorax kezelése szempontjából.

Osztályomon 1931. augusztus 31-ig kétoldali légmellöltést javasoltunk 119 egyénnek, de összesen csak 69 egyén esetében végeztük. Jelenleg még kezelés alatt áll ebből 23 egyén. Nem javult 1. Lényegesen javultan távozott 45 egyén (65.2%), kik további utántöltéseiket

töbnyire munkaképességük helyreálltával és feltétlenül negatív Koch-lelettel központi járóbetegrendelők tüdőgyógyászati osztályán ambuláner folytatják.

Kórtörténeteinkből néhányat ismertetek:

1. W. J. 17 éves. Hőmérséklete 38.2—39.0 között ingadozó, Koch pozitív. Testsúly 51.8 kg. Vérsejtsüllyedés 23; colloid labilitas + + +. Röntgen: jobb tüdőmező felső részében, a bal tüdőmező kulcsfont alatti kis területén foltozottság. Jobb III. bordaközben interlobaris elhatároltság, alatta apró góccok; clavicula alatt cavernagyanus hely. Kétoldali légmellkezelés; hetenként mindkét mellkasfélre töltjük. Mindkét oldalon 250—250 cm<sup>3</sup>-rel kezdjük; a manometer állása baloldalt kezdetkor —4, befejezéskor —3; jobboldalt —6, —5. A további utántöltések 200—550 cm<sup>3</sup> között váltakoztak. A levegőköpeny mindkét csucstól szépen körülölelve helyezkedik el és a későbbiekben a jobboldali mogyorónyi cavernát is jól feltünteti Röntgenen. Az utántöltések a csucstól a II. borda alá és a tüdő külső felét körülölelve kb. 3 harántujnyi levegőköpennyel a hilusok felé nyomják. Az I. töltés napján a láza 39.6-ra emelkedett, másnap este 39°. A baloldali töltés után újra emelkedik 39.2-re, de a következő nap 37.2-re száll le s állandóan 37 alatt marad. Vérsejtsüllyedés III. 17-én 18 mm; jun. 2-án 12 mm. Köpet márc. 18-tól negatív, későbbi köpete nincs. Julius 5-én 6 kilo +al panaszmentesen hagyja el a kórházat. A töltéseket ambuláner folytatja.

2. T. V. 14 éves tanuló, ki csak 28 napos ápolásra jogosult. E vérszegény egyén testsúlya 44.5 kg. Colloid labilitas + + +; vérsejtsüllyedés 39. Koch pozitív és rugalmas rost pozitív. Fizikális vizsgálata: elől mindkét csus le a II-ik bordáig tompult, ugyanilyen hátul mindkét oldalt a csucstól le a scapula közepéig. Rekesz jobboldalt renyhébb. Mindkét oldalt érdes légzés, jobb scapula felső harmadában néhány szörtyőrej, Röntgen a jobboldalon a II—III. borda közt mogyorónyi cavernát mutat, körülötte erős egynemű homály fel a csucsig, a cavernától le szétszórt foltokban. Baloldalt a clavicula alatt tenyérnyi területen szétszórt homály. Hőmérséklete 37.3-ról fokozatosan emelkedett, 14-ik nap már 39.1. Ekkor, tekintettel a tüdőfolyamatának erősen terjedő voltára, kétoldali légmellöltéses kezelésre határozzuk el magunkat vitalis indicatióból. A töltést a cavernás jobb mellkasfélben kezdjük 250 cm<sup>3</sup>-rel a kezdeti —10 manometer befejezetekor —3-ig emelkedik. Baloldalt 2 nap mulva szintén 250 cm<sup>3</sup> —6-ról —5-re. Majd még a következő héten jobboldalt 350 cm<sup>3</sup> —7-ről —5-ig; baloldalt 300 cm<sup>3</sup> —6-ról —5-re. A hőmérséklete este az első töltés után 39.5-re emelkedett, majd 38.2-re száll alá, a következő nap a baloldalt is kapott I. töltés utáni esti hőmérséklete 37.8. Ettől kezdve láztalan. A levegőköpeny mindkét csucstól s a tüdő külső szélét jól körülöleli. Az egész tüdőt in toto a hilusok felé nyomja és ezzel a kis cavernát összenyomja. Febr. 15-én egy kilo testsúlygyarapodással, jó subjectiv érzéssel hagyja el a kórházat. A töltéseket ambuláner folytatja.

3. L. J. 27 éves. Egy év óta beteg, állandóan lázas, éjjel izzad. Felvételtor sulya 56.70 kg. Koch és rugalmas rost pozitív. Hőmérséke 37.8—38.9 közötti. Bal tüdő a csucstól az V. bordáig szörtyőg, hátul a VI. bordáig. Ugyanazon terület felett tompult kopogtatási hang. Jobboldalt csaknem ugyanugy. Röntgen: jobboldalt heveny, kiterjedt korai infiltráció; baloldalt kiterjedt subacut disseminatio, a csucsban egy kis mogyorónyi, alatta egy nagyobb, a harmadik borda alatt még egy diónyi caverna. Baloldalt a hilus körül szétszórt diffúz homályok tenyérnyi terjedelemben.

Kétoldali pneumothorax. Az első töltés után az előző napi 38° maximum 38.9-re emelkedett. A másik oldalon is a töltés napján esti hőmérsék 39.1, majd a következő nap egész napon át 39.0—39.5 közt ingadozó. Ettől kezdve hőmérséklete meredeken esett le 36°-ra, majd a következő napokon 37.0—37.5 között. Baloldali II. töltés sem emeli a hőmérsékletet. A jobboldali II. töltés, valamint a jobboldali töltés estéjén 40.2-re emelkedett s fokozatosan leszállt 38-ig, a továbbiakban 37.2 és 37.5 közötti. A többi légmellöltés után 37.0 körül állandósul. Kezdeti levegőtöltése baloldalt kezdve 250 cm<sup>3</sup>, manometer —9 kezdeti, —8 befejezetkori. Jobboldalt 300 cm<sup>3</sup> —15 kezdeti manometerállás —8-ra száll alá. II. töltésre mindkét oldalt 400 cm<sup>3</sup> a manometerállás —5, illetőleg —6 befejezetkor. A jobboldali töltéseket 300-ról 250 cm<sup>3</sup>-re mérséklem a provokáló láz miatt, a baloldallal 500 cm<sup>3</sup>-ig emelkedünk. Majd amikor a láz a jobboldali töltésnél sem jelentkezik, emeljük ismét 250, majd 300 és 400-ra. Köpetet többször vizsgáljuk, sohasem bacteriamentes, bár 20 látótérben számlálva, összes számuk kevesbedik, utolsó vizsgálatánál július 20-án 20 látótérben csak egy látható. Rugalmas rost öt hét után negatív. Vérsejt-

süllyedés 31 mm-ről 21-re szállt alá. Testsúlya 2.5 kg-t növekedett, általános közérzete kitünő volt, éjjeli izzadásai megszűntek. Összesen 143 napig állott észlelésünk alatt saját kívánságára ambuláns kezelésbe távozott.

4. R. Sz. G. 33 éves. Kb. másfél év óta beteg, más gyógyintézetii kezelésben is részesült. Hőmérséke felvételtor 39.9, mely az 5. napon 38°-on állapodott meg. Mindkét oldalt a scapula aljág érő tompulat a scapula közepéig mindkét oldalt szörtyőzörejek. A röntgen mindkét oldalt a II. bordánál diónyi cavernát állapít meg. Gégészeti lelete: felületesen infiltrált hangszalagok subglotticus kitöltöttséggel. Kétoldali pneumothorax. A 6-ik nap jobboldalt, 2 nap mulva baloldalt 250 cm<sup>3</sup> levegővel. Elég jól türi, a szív részéről vannak csekélyebb panaszok. Julius 5-től hőmérséke csak 37.3-ig emelkedik közérzete lényegesen javul. A pneumothorax mindkét oldalon igen szépen alakul, körülöleli mindkét oldalt a csucstól, kívül le a bal rekeszig ékalakuan keskenyülve. A tüdöket a hilus felé úgy comprimálja, hogy a cavernák ellapultnak létszanak s kb. 1½ cm tüdőszövet van kívül a pleuráj felletté. Julius 18-án délelőtt távozik, szerinte fontos és halaszthatatlan magánügyei elintézésére. Az éjt kórházon kívül tölti, másnap este tér haza. Jul. 20-án hőmérséke 37.5, másnap 39.5-ig emelkedik. A következő napon 37.9—38.8 között, majd aug. elsején 39.2-ig ismét felemelkedett s a következő nap is 39.1. Ezen kirándulása utáni fizikális vizsgálatnál a baloldali tüdőfélben exsudatum fejlődését észleljük, a caverna alatti részen szörtyőzörejek és érdes légzés hallható. Julius 31-én a bal tüdőfél tompulata kifejezett, próba punctióra 20 cm<sup>3</sup> tiszta savót lebecsajtunk. Állapota lényegesen romlott, mely állapotában hozzátartozói kórházunkból elszállítják.

A 4. sz. kórtörténetem rosszabbodásával egyedülálló.

A fenti 1—3 kórtörténetekhez hasonló jó eredménnyel akárhányat közölhetnék. Ezekből is megállapítható, hogy oly esetek biztos gyógyulását tudjuk elérni vele, amelyek azelőtt gyógyulásukat nem remélhették. Mindenesetre a kezelés alatt pontos klinikai észlelés és a lépésről-lépésre elért eredmények kritikával kísért értékelése szükséges. Az alakuló folyamat alatt nyugodt megmondottsággal bírálandók el a további lépések. Gyakrabban adott kis adagokkal kezdjük és ne tartson vissza a töltést kísérő láz megjelenése a további adagolástól.

Minden esetnek megvan a maga külön érdekessége és különös nüansza, a tuberculosis megjelenésében és lefolyásában. A gyógykezeléssel dacolva, majd engedelmessé, oly változatos és sokféle tanulságot szolgáltat, hogy egy közleményben azok el nem sorolhatók.

Külön kiemelendőnek tartom a 2. számú esetemet. Ez egy alig 13 életévet betöltött, gyengén fejlett, vérszegény gyermek, kit csak 28 napra utaltak be osztályunkra. Kétoldali tüdőfolyamata ugyszólván szemünk előtt van fejlődőben. Napról-napra súlyosodik állapota, sok a bacterium köpetében, láza napról-napra magasabb s már 39.1 fokot ér el, amikor az alkalmazott kétoldali légmellkezelés hozott lényeges fordulatot állapotában.

Még csak az utolsó 4. esetemhez kívánok megjegyzést fűzni. Ezen eset egy mindkétoldali egész lebenyre terjedő cavernás exsudatív folyamatu gümös megbetegedés volt. A lázas állapot szintén antipireticumok nélkül a pneumothorax hatása alatt mult el. Egy különösen nyugtalan nervosus, hysteriás egyén, aki nem tud lelkeleg is a pihenés állapotába helyezkedni. Folytonosan telefonál, vagy levelezik családjával, hol a felesége, hol a szülői látogatják csaknem naponta a beteget. Kórházunkban betegek látogatása csak hetenkint egyszer van megengedve, de állandóan ideges izgatottságára tekintettel kivételeket teszünk. E látogatások izgalmas beszélgetései befolyásolják hőmérsékletét. Telve van különben is ideges panaszokkal. Álmatlan, achylia, dispepsiás, ideges, szivdobogás, a szivhang néha zörejes is. Óvatosan, lassan töltjük mindkét oldalt. Néha a töltéstől ideges félelme van. A töltés előtt reggel olykor lázas is lesz, ezért az előretudott, aznap töltést elkönyörgi.

A röntgen pompásan induló javulást mutat. A cavernát már sikerült comprimálni az egyik oldalon és szép le-  
vegőkőpeny veszi körül mind a két tüdőt. Az egyéb ke-  
zelésekre általános javulásnak indul, az addigi kisebb  
hőemelkedései megszűnnek. Jól érzi magát, hőmérséke  
37.0—37.2 közötti. Julius 25-én állítólag fontos üzleti  
érdekből ki kell mennie. Ezt tanácsom ellenére megteszi,  
autón viteti magát ide-oda. Az éjjelt intézetben kívül  
tölti, másnap jön haza; fáradt és ideges. Az addigi hő-  
mérséklete felszáll fokozatosan ismét 39.0 fokra, pul-  
susa szapora, rendetlen. Megjelennek a toxicus hányá-  
sok. A bal tüdőben újabb szörtyözörejek keletkeztek. Egy  
szunnyadó góc fellángolása áttörte a még laza gátat, a  
laza fibrosus szövetet és exsudatios caseosus pneumoniás  
jellegűt kezd ölteni. A légmelltöltés folytatásától termé-  
zetesen elállunk. Egy hét után családja a lázas beteget  
hazaviszi. Ezt az esetet azért ismerttettem, mert jellegze-  
tesen mutatja, hogy a helytelen magatartás, az ilyen su-  
lyos esetben nélkülözhetetlen nyugalom mellőzése a meg-  
indult gyógyulás szép eredményeit egyhamar lerombolni  
képes.

Összefoglalva tapasztalataimat, elsősorban is ki kell  
emelnem azt, hogy a kétoldali légmelltöltés alkalmazása  
nagyjelentőségű gyógytényező a tbc. elleni küzdelemben.

Minden kétoldali folyamatnál megkísérelendő és csak  
sikertelenség, a pleuralemezek összetapadása esetében  
térjünk át más gyógymódra. Eleve sikertelen és meg se  
kísérelendő, mert ezeknél minden kezelés sikertelen, a  
*Turban-féle Záborszky* módosította beosztás IV. csoport-  
jánál, amelyekbe soroztatnak azon gümős esetek, melyek-  
nél már a parenchymás szervek amyloid elfajulása van  
jelen.

A feltöltésre, a tüdők összenyomására szolgáló gáz  
mennyisége a mellüreg nagyságától és a gümős folyamat  
terjedelmétől függ. Az tehát köbtartalommenyiségileg  
előre meg nem állapítható. Máskülönbben is individualis  
és függ a resorbtio gyorsaságától. A feltöltésnek mér-  
tékét az képezheti, amelynek adagolása mellett a toxicus  
és lobos jelenségek visszafejlődnek (láz, étvágytalanság,  
éjjeli izzadás stb.).

Az optimalis nyomás legalább egy esztendeig fenn-  
tartandó, de ha szükséges, tovább is. A beteg a további  
légmelltöltések mellett dolgozni is képes.

A kir. magy Pázmány Péter Tud. Egyetem II. női klinikájá-  
nak közleménye. (Igazgató: Tóth István ny. r. tanár.)

## A terhességi anaemia pathológiája és therapiája.

Irtá: *Batisweiler János dr.*, adjunktus.

(Folytatás.)

VI. eset. Felv. 1930. dec. 16. Sz. F.-né, vasutas felesége,  
21 éves, II. gravida, ki felvételekor terhességének hetedik  
hónapjában van. *Nyolc éven át gummigyárban dolgozott, ahol  
sokat foglalkozott benzolos anyagokkal.* Munkahelyét jelen  
betegsége miatt hagyta el.

Ez a baja a terhesség negyedik hónapjában kezdődött,  
amikor észrevette, hogy bőre halványulni, sárgulni kezdett.  
Feje állandóan fájt, lábikráiban húzó, görcsös fájdalmakat  
érezett, úgyhogy járni is csak nehezen tudott. Ezen panaszai  
egy hónap óta fokozódtak, amihez az utóbbi napokban nehéz  
légzés is járult.

*Jelen állapot:* Bőre halvány, sárgás. Nyálkahártyák hal-  
ványak, szinte teljesen vértelenek. Szíven mindenütt systoles  
zöreje hallható. A nyelvgyök papillái kissé atrophiasak. Máj,  
lép nem tapintható. A terhes méh fundusa a köldök magas-  
ságáig ér. Vizeletben: urobilinogen: negatív. Vérékép: Vvs:  
1.25 millió, Hb: 28%, Fi: 1.16, Fvs: 2.100. Qual. vérékép: N:  
62, Mo: 6, Ly: 32, Aniso- és poikilocytosis. Ezen vérelet alap-  
ján sürgősen kellett *határozniuk afelől, megszakítsuk-e a*

*terhességet, avagy megkísérelhetjük-e a modern mājtherapia  
alkalmazását azon célból, hogy az asszony, aki élő gyermek  
után vágyódik, terhességét tovább viselje, anélkül, hogy a  
terhesség alatt vagy a szülés után életveszélybe kerülne.* Tóth  
prof. úr az irodalomban közölt biztató kísérletek hatása alatt  
az utóbbi szempontok mérlegelése után a beteg további vizs-  
gálatát és gyógykezelését rendelte el. Ilyen értelemben adtunk  
a betegnek naponta három evőkanál procytholt, valamint  
1½ gr. reducalt vasat, vizsgálataink kiegészítése céljából pe-  
dig három napra a III. sz. belklinikára helyeztük át. Dec. 19.  
A thrombociták száma 40.000. Vérzési idő 8 perc. A széklet  
szurokszerű, Weber: + + + +. A szemfenéken a papilla köze-  
pén, főleg az erek mentén apró vérzések. (*Pelláthy* tanár-  
segéd). Dec. 22. A bélvérzés megszűnt. Ettől kezdve naponta  
friss vörös borjú csontvelőt is kap puree formájában a procy-  
tholon és a vason kívül. Dec. 23. Igen gyengének érzi magát.  
Pulsusa 110—120. Ezért 250 cm<sup>3</sup> vért adunk általános ajándé-  
kötől citratos transfusióban. Másnapra állapota javul, Vér-  
nyomás: 120/90, Hg. mm.

Jan. 2. Csak velő diatára fogjuk, amit a beteg jól tűr.  
Jan. 6. A velő-etetést abbahagyjuk, mivel a beteg undorodik  
tőle és ismét májetetésre térünk át.

Jan. 10. A reggeli órákban észrevétlenül elfolyik a mag-  
zatvíz. Délután 4 órakor jó fájások lépnek fel és 6.40-kor  
megszületik az élő, kora fiú magzat. A lepény 10 perc múlva  
spontan távozik. A szülés folyamán feltűnt a *minimalis vér-  
vesztés* és a méh jó contractiója szülés után is. A magzat  
súlya 2150 gr, hossza 46 cm, fejkörfogata 32 cm.

A *gyermekágy* első három napján a hőmérséklet sub-  
febrilis, a negyedik napon 39.0, a hetedik napon 38.7, a nyol-  
cadik napon 38.3 a maximum, azután enyhe subfebrilitások  
következnek, végül a gyermekágy 20-ik napjától kezdve tel-  
jesen láztalan.

A *vérkép* a gyermekágy első napján: Vvs: 1,07, Hb: 23,  
Fi: 1.1, Fvs: 3000. Naponta arsenit és 3-szor ½ gr. vasat,  
valamint velő diatát kap. Negyedik napon a lochia kissé  
büzös: pulzus 100—100. Gyengének érzi magát, aluszékony,  
ezért bőven adunk cardiacumokat és végbélen át tápláljuk.  
Hatodik nap: Vvs: 0.87, Hb: 20, Fi: 1.2, Fvs: 2900. A beteg  
sporosus, elesett.

Látva a beteg általános állapotának és vérképének hir-  
telen rosszabbodását, ismét áttérünk a májetetésre és újból  
naponta három evőkanál procytholt adunk, amit a beteg jól  
tűr. Kilencedik nap. A beteg jobban van, étvágya jó, táplál-  
kozik. 16-ik nap. Vvs: 0.96, Hb: 20, Fi: 1.1, Fvs: 2900.

Tejelválasztása oly minimalis, hogy gyermekét részben  
más anyától nyert tejjel, részben mesterségesen tápláljuk.  
A gyermek a kezdeti súlyvesztés után a 25. napon 2360  
gr-ot ért el. Ekkor hányni kezdett, nagyfokú súlycsökkenés  
jelentkezett, emiatt 26 napos korában a Gyermekklinikára  
tették át, ahol hányása folytatódott. Sem a végbélen át, sem  
duodenalis sondán keresztül táplálva nem lehetett a makacs  
hányást megszüntetni, úgy, hogy cachexiás tünetek között hét  
hét múlva meghalt. A boncolás nagyroku atrophian kívül  
egyéb elváltozást nem mutatott. (Boncolta: *Zalka Ödön dr.*,  
magántanár).

A gyermekágy 26. napján felkeltjük a beteget, az eddig  
adott arsenit és vasat abbahagyva csupán 3 evőkanál procy-  
tholt és 1 gr. vasat szedetünk.

A gyermekágy 30. napján, febr. 9-én, erőbeli állapota to-  
vább javul. Vvs: 1.25 millió, Fi: 1.2, Fvs: 3200, Thrombocyta:  
96.000. *Próbareggeli: sósav: 37, összacaditás: 61, Weber: ne-  
gativ.* — II. 22-től kezdve a procythol helyett ventrocycytha  
térünk át és naponta 5 capsulát rendelünk. III. 30.: Vvs:  
2.99 millió, Hb: 62, Fi: 1.06, Fvs: 5600. Thrombocyta: 98.000.  
Mérésélt aniso- és poikilocytosis. Az egész készítményben  
elvéve 3—4 normoblast. — IV. 1.: Normalis genitalis lelettel  
hazabocsátjuk.

IV. 21.: I. *Kontrollvizsgálat:* A beteg naponta 5 capsula  
ventrocycytholt szedett és jó étvágygal evett. Erőbeli állapota  
tökéletesen helyreállt, házi munkáját zavartalanul végzi. Vvs:  
2.88, Hb: 64, Fi: 1.14, L: 4200. Kifejezett aniso- és poikilocy-  
tosis.

V. 28.: II. *Kontrollvizsgálat:* A beteg a ventrocycytholt to-  
vább szedte (naponta 3 capsulát). Arcszínén anaemia jele alig  
látszik, hizott, négy hetenkint menstruál, teljesen panaszmen-  
tes. Vvs: 3,07 millió, Hb: 66, Fi: 1.01. Nagyfokú anisocytosis  
és poikilocytosis. A fehérvérsejtek plasmájában toxicus gra-  
nulatatio, *Serumbilirubin 0.890 mg. %.*

VIII. 4.: III. *Kontrollvizsgálat:* Menstruatiója júniusban  
kimaradt, jul. 22—29-ig erősebb mértékben vérzett, darabos  
vérzése volt. Abortus? Június 20-ig naponta 3 capsula ventro-  
cycytholt szedett, azóta nem szed semmit, mert étvágytalan.  
Utóbbi napokban gyengébbnek érzi magát, néha szédül. Vvs:  
2.85 millió, Hb: 84, Fi: 1.5, Fvs: 5500, Rc: 1%. Vércolesterolin:  
0.065 mg. %. Urobilinogen: negatív. *Próbareggeli: 12—28.*

3. táblázat.

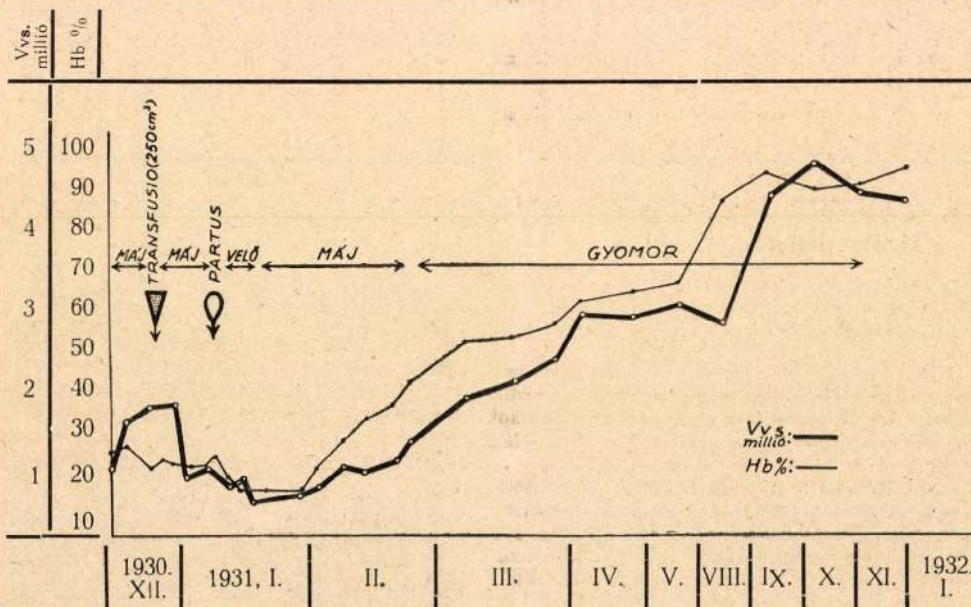
Datum	Vvs. (millió)	Hb% <sup>o</sup>	Fi	Thr.	Fvs.	My.	N.	Eo.	Ba.	Mo.	Ly.	Rc. % <sup>o</sup>	Sbi. mg% <sup>o</sup>	Ubg. (vizelet)	Gyomor	Therapia
1930. XII. 16.	1,25	28	1,16	—	2,100	—	62	—	—	6	32	—	—	—	—	Procythol, vas
19.	1,74	30	0,9	40,000	2,400	—	55	—	—	4	41	—	—	—	—	" "
23.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Transfusio 250 cm <sup>3</sup>
25.	1,90	25	0,7	—	3,000	—	55	—	—	—	45	—	—	—	—	Procythol, vas, velő
1931. I. 2.	1,15	25	1,1	—	2,500	—	56	2	—	7	35	—	—	—	—	Velő
6.	1,20	24	1,0	—	3,000	—	57	1	—	6	36	—	—	—	—	Procythol
10.	P a r t u s p r a e m a t u r u s															
11.	1,07	23	1,1	—	3,000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	As. Fe. velő
16.	0,87	20	1,2	—	2,900	—	72	1	—	7	20	—	—	—	—	" " "
19.	0,91	20	1,1	—	2,000	—	71	3	—	4	22	—	—	—	—	Procythol
II. 5.	1,21	36	1,5	36,000	3,200	—	55	—	—	3	42	—	—	—	37-61	Vas, Procythol
22.	2,19	54	1,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Ventroclythol
III. 30.	2,99	62	1,06	98,000	5,600	—	50	4	—	10	36	—	—	—	—	"
V. 28.	3,07	66	1,01	—	4,800	—	77	3	—	1	18	—	0,890	—	—	"
VIII. 4.	2,85	84	1,5	—	5,500	—	72	1	—	5	22	1	1,048	neg.	12-28	—
IX. 26.	4,38	91	1,05	—	6,400	1	78	—	—	6	15	0,4	0,664	neg.	—	Ventroclythol
XI. 18.	4,34	88	1,0	—	5,100	—	—	—	—	—	—	0,5	—	neg.	35-50	—
1932. I. 7.	4,23	91	1,09	—	5,100	—	—	—	—	—	—	0,2	—	—	—	—

IX. 26.: IV. Kontrollvizsgálat: Panaszmentes, menstr. rendben. Naponta 2 capsula ventroclytholt szedett. Vvs: 4.38 millió, Hb: 91%, Fi: 1.05, Fvs: 6.400, Rc: 0.4%, My: 1, N: 78, Ly: 15, Mo: 6, makrocytosis. Urobilinogen: negatív. Serumbilirubin: 0.664 mg%. Vércholesterin: 0.164 mg%.

XI. 6.: V. Kontrollvizsgálat: Jól van, naponta egy ventroclytholt szedett. Vvs: 4.72, Hb: 88%, Fi: 0.94, Fvs: 7400, Rc: 0.6%. Urobilinogen: negatív.

XI. 18.: VI. Kontrollvizsgálat: Gyógyszert nem szedett. Erős menstruációs vérzése volt, egyébként panaszmentes. Vvs: 4.34 millió, Hb.: 88%, Fi: 1.0, Fvs: 5100, Rc: 0.5%. Urobilinogen: negatív. Gyomorpróba: 35-50.

májtherápia hatására megjavult, de csakhamar ismét rosszabbodott, aminek heveny bélvérzés volt az oka, mely után a vértetek száma nagyfokban csökkent, de vértransfusio hatására csakhamar emelkedett annyira, hogy attól kezdve több napon keresztül még a kezdeti vérsajt-értéket is meghaladó színvonalon maradt. Ekkor benzolmérgezés okozta myelophthisisre is gondolva (leukopenia, thrombopenia, megnyúlt vérzési idő, retina-bélvérzés) velő-diaetával kísérleteztünk, ennek azonban kimutatható hatását nem észleltük. Közben a kora-



A klinikai kép, a haematologiai vizsgálatok és a többi vizsgáló eljárások adatai alapján a megbetegedés terhességi perniciosának felel meg, amely typicus módon a terhesség alatt — a szokottnál valamivel korábban — a 4. hónapban kezdődött, még a terhesség fennállása közben

szülés spontan lefolyt. Utána a vérkép ismét rosszabbodni kezdett és ezzel együtt láz is jelentkezett, úgy hogy a gyermekágy hatodik napján olyan súlyos állapotba jutott, mint a bélvérzés ideje alatt. Ilyen körülmények között újból vértransfusióra lett volna szükség,

azonban a cubitalis vénák thrombosisa miatt nem lehetett ezt elvégezni. *Miután a velődiatét nem tűrte, ismét máj-therapiára fogtuk s ettől kezdve az állapot eleinte lassan, később elég gyorsan javulni kezdett. Egy hét alatt 40.000, újabb egy hét múlva 90.000, három hét múlva 200.000, négy hét múlva 400.000, hat hét múlva 700.000 és négy és fél hónap múlva 2,300.000 volt az emelkedés. Ez a javulás, noha nem túl gyors, mégis az adott viszonyok között az átlagos heti 105.000-es emelkedés kielégítőnek mondható. A haemoglobin értékek ezzel párhuzamosan szintén lényegesen megjavultak: a kezdeti 20%-ról 4½ hónap alatt 66%-ig emelkedett a haemoglobin mennyisége. A festődési index csupán a bélvérzés idején volt egynél alacsonyabb, később állandóan egy felett mozgott, időnként*

annak oka nyilván a kezelési idő rövid tartama volt és az, hogy az állapotot intercurrents bélvérzés súlyosbította.

Ami a jelen megbetegedés pathogenesisét illeti, nem szabad figyelmen kívül hagynunk azt a fontos körülményt, hogy a beteg mint gummigyárban dolgozó munkás terhesége előtt és jelen terhesége kezdetén benzollal való huzamosabb foglalkozás közben *benzol ártalomban is szenvedhetett*, ami talán a terhességgel együtt válthatta ki a vérképzőrendszer súlyos *aplasticus* megbetegedését. Ezt támogatja némileg a betegnek azon adata is, hogy ugyanazon időben egyik vele dolgozó munkástársra benzolmérgezésben betegedett meg s betegségének kezdeti tünetei egészen olyanok voltak, mint övéi. A vérvizsgálati adatok alapján persze nehéz meghatározni,

4. táblázat.

Datum	Vvs. (millió)	Hb <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	Fi.	Thr.	Fvs.	My.	N.	Eo.	Ba.	Mo.	Ly.	Rc 0/0	Sbi, mg. 0/0	Ubg. (vizelet)	Gyomor	Therapia
1931 V. 29.	0,85	15	0,9	—	4,300	1	70	—	—	—	29	—	—	—	—	Sósav. vas. máj (100—150 gr.)
VI. 1.	0,68	12	0,88	—	6,600	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Transfusio (500 cm <sup>3</sup> )
6.	1,60	20	1,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Sósav. vas. máj. (100—150 gr.)
12.	1,50	30	1,1	—	—	—	69	1	—	—	29	—	—	—	—	Ca, vas, Perhepar
15.	1,49	37	1,2	—	6,200	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Ventricythol
20.	2,10	48	1,1	—	6,500	—	—	—	—	—	—	3	0,561	—	40—60	"
VII. 2.	2,15	46	1,08	—	—	—	—	—	—	—	—	4—5	0,552	—	—	"
24.	2,23	57	1,3	—	6,100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Ventricythol
VIII. 5.	2,95	68	1,15	—	7,800	—	67	2	—	3	28	2	—	—	23—48	"
10.	2,84	72	1,24	—	—	—	—	—	—	—	—	3	0,528	neg.	—	"
12.	P a r t u s p r a e m a t u r u s															
13.	2,72	71	1,31	260.000	9,800	5	70	2	1	2	20	1—2	—	neg.	—	Ventricythol
14.	2,66	75	1,40	300.000	8,400	8	71	2	1	4	14	1,5	0,435	neg.	—	Procythol
16.	2,74	72	1,3	460.000	7,200	—	—	—	—	—	—	1	—	neg.	—	Campolon, Procythol
18.	3,00	70	1,16	—	6,400	—	—	—	—	—	—	2	—	neg.	—	Vas. Ventricythol
29.	3,72	89	1,2	—	—	—	—	—	—	—	—	0,6	0,396	neg.	20—41	" "
IX. 7.	4,11	88	1,08	—	—	—	—	—	—	—	—	0,4	—	neg.	—	" "
16.	4,34	90	1,04	—	6,700	—	—	—	—	—	—	0,5	—	neg.	—	" "
1932 I. 7.	3,87	87	1,11	—	—	—	—	—	—	—	—	0,6	—	—	—	—

1,5-ig emelkedett. A vérképben korai elemeket, magvas vörösvértesteket csak elvéve lehetett kimutatni. A kezdeti leukopenia lassanként normalis számot ért el. A lymphocyták száma szintén mérsékelt emelkedést mutatott. Makrocyták csak kisebb számban fordultak elő. A Biermer-anaemiára jellemző magas serumbilirubin érték helyett a terheségi perniciosára jellemző normalis értéket kaptunk, a gyomor sósav-secretiója is mindvégig normalis volt.

Esetünk tehát igazolja azon felfogásunk jogosultságát, hogy a terheség folyamán alkalmazott anaemia-ellenes therapiával a vérképzőrendszer állapotát olyan fokon lehet fentartani, hogy a terheség megszakitása indokolatlan és hogy ily módon a terheség előrehaladottabb idejében bekövetkező szüléssel életképes magzatot remélhetünk, egyúttal megóvjuk az anyát is a gyermekágyban gyakran fellépő rosszabbodás veszélyeitől. Alkalmazott gyógyító eszközeink arzenen, vason és borjúcson tvélőn kívül máj- és gyomorkivonat adagolásából állottak. Hogy az ideális célt: az életképes gyermeket, nem érthetük el,

mik azok a tünetek, amelyek benzolmérgezés mellett szólnak: talán a *fehér vérsejteknek terheségi perniciosánál szokatlanul alacsony száma, a thrombocyták erős megfogyatkozása, a retina- és bélvérzés, a megnyúlt vérzési idő, valamint a folyamat aránylag lassú gyógyulási hajlama* szólhat — az anamnesisén kívül — benzolmérgezésnek, mint a terheségi toxicosist súlyosbító tényezőnek felvétele mellett.

VII. eset. Felv. 1931. jun. 15. B. L. 19 éves orsózőnő. Február óta gyengének érzi magát, alsó végtagjaiban fájdalmi vannak, azóta étvágytalan. Többször elvesztette eszméletét s végtagfájdalmi miatt nem tudott járni. Gyakran van erős főfájása, kb. 10 kg-ot fogyott. Többször volt hasmenése és hőemelkedése. 1931. május 26-tól június 15-ig a Szent István kórház belosztályán fektet s nagyfokú anaemiája miatt sósav-pepsinen és fertonin injectiókon kívül 100—200 gr. friss májat kapott naponta.

VI. 1. Vvs: 0,68 millió, Hb: 12, Fi: 0,88, Fvs: 6600. Mivel a beteg állapota nem javult 500 ccm vért adtak citratos transfusióban általános ajándékozótól. — VI. 6. Vvs: 1,28, Hb: 24, Fi: 0,9. A beteg közérzete lényegesen javult, hőemelkedése normalis, Wa. R.: negatív. Vérnyomás 135/50. Hgmm.



# AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

## A vesedaganatok korai diagnosza.

Az urológiai diagnostika mai fejlettsége mellett feltűnő jelenség, hogy a vesedaganatok kellő időben való felismerése, vagyis midőn a nephrectomia még kivihető és eredményes, igen sok esetben helyrehozhatatlan halasztást szenved. Mivel pedig eredményes therápia csakis korai diagnosza kapcsán lehetséges, fontos, hogy annak jeleivel tisztában legyünk.

Kétségtelen, hogy vannak esetek, ahol a legszorgosabb kutatás dacára sem sikerül a tumornak korai felismerése; ezek azonban szörványos, kivételes esetek. A legtöbb későn kórismézett tumornál azt látjuk, hogy annak oka nem annyira az urológiai vizsgálati módszerek tökéletlenségében, mint inkább abban rejlik, hogy az ilyen esetek vagy csak későn kerültek kivizsgálás alá, vagy pedig — s ez sem tartozik a ritkaságok közé — a kivizsgálás nem történt megfelelő szakértelemmel és lelkiismeretességgel.

A vesetumrok korai felismerését két körülmény nehezíti meg; egyrészt a vesetumrok jellemző sajátossága a lappangó tünetmentes növekedés, — hiszen gyermekfejnji tumorokkal találkozunk alig néhány hónapos anamnesissel, — másrészt a kezdeti tünetek sokszor oly kismérvűek, hogy a beteg figyelmét kikerülik.

A korai kórismezésre a gyakorlati életben ezért csak akkor nyílik alkalom, midőn a tumor már a beteg által is észrevehető panaszokat okoz. A gyakorlóorvos feladata, hogy a kezdeti panaszok figyelembevételével azt az átlag 3—6 hónapos időközt, mely az első tünet fellépése és a tumor felismerése között általában el szokott múlni, lehetőleg a minimumra csökkentse, mert a tumor rohamos növekedése miatt néhány hónapos késedelem is megbosszulja magát. E cél csakis a gyakorló- és szakorvos harmonikus együttműködése alapján érhető el; előbbi a kivizsgálás időpontjának megállapításában, utóbbi annak részletes, szakszerű kivitelében jut szerephez. Jelen sorok célja főleg a gyakorlóorvos szerepének megvilágítása éppen azon szempontból, hogy a fenti cél elérése, a kezdeti tünetek kellő értékelése milyen jelek alapján lehetséges.

A vesetumrok jellemző tünetcsoportja a tapintható tumor, a haematuria és a fájdalom együttesen rendszeren csak előrehaladottabb esetekben fordul elő, midőn a kórismezés már nehézséget nem okoz. Korai stadiumban rendszeren e tünetek egyike-másika van jelen s így azok jelentőségét legcélszerűbb külön-külön tárgyalni.

E szempontból leggyakoribb és gyakorlatilag is a legfontosabb eset, ha a haematuria az első vagy egyetlen tünet. Tulajdonképpen ez az a helyzet, midőn a gyakorlóorvos a szakorvossal karöltve a kórismezés elérése tekintetében a legtöbbet tehet. A vérvelés általában megijeszti a beteget és azonnal orvoshoz fordul. A tumoros vérvelés sajátossága, hogy hirtelen, váratlanul, külső behatásoktól függetlenül lép fel s amily gyorsan jött, oly hamar el is múlhat. Az ilyen vérveléseknél általában két típust különböztetünk meg. Nagy profus, véralvadékos vérzéseket, melyek napokig tartanak s rendszeren tompa derékfájdalmak kíséretében lépnek fel. A fájdalom az alvadékok dugító hatása következtében görcsösig fokozódhatnak. A másik csoportban — s a mi szempontunkból éppen ezek az esetek a fontosak — a vérzés nem nagyfokú, melléktünetek nem kísérik s egy-két nap alatt megszűnik. Az előbbi csoportban a tüne-

tek oly nagymérvűek, hogy tumor lehetőségére, illetve a vérzés okának megállapítására legfeljebb csak akkor nem gondolunk, ha a tumor mellett toxikus nephritis is jelen van s így a vérzést nephritikus eredetűnek tartjuk. Az ilyen tévedések meglehetősen ritkák. Egészen más a helyzet a kisebb vérzéseknél, ha egyéb tünetek niacsenek. Itt éppen az okozza a bajt, hogy mire a kezelőorvos másodszor látja a beteget, a vérzés már meg is szűnt. S mivel, mint rendszeren történni szokott, előzőleg valami port is rendeltünk, a beteg meg van győződve, hogy a vérzés attól szűnt meg. (A doktor úr porokat adott, amitől rögtön elállt a vérzés.) Minthogy a vérzés megszűntével a vizeletben nem található kóros alakelem, a beteg pedig panaszmentes, a kezelőorvos is a bajt kisebb jelentőségűnek, érpedés következményének fogja fel, vagy pedig azzal nyugtatja meg magát, hogy ha a vérvelés oka komolyabb jellegű, akkor az úgyis meg fog ismétlődni. Igen ám, de a vérvelés megismétlődése néha hónapokig, sőt 1—2 évig is várthat magára, amidőn a baj felismerésével a radikális therápia szempontjából már elkéstünk. E kezdeti s aránylag nem nagyfokú vérzések felismerésének jelentősége még fokozódik, ha meggondoljuk, hogy éppen a korai eseteknél is a részleges kivizsgálás, a vesefunctio és pyelographia oly minimalis elváltozásokat mutathat, amelyeket csak akkor értékesíthetünk, ha biztosan tudjuk, hogy a gyanus oldali veséből történik a vérzés. Ezért oly fontos s ezt nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy valahányszor tünetmentes vérzésekkel találkozunk, melyeknél a nephritiszes eredet nem valószínű, vagy pedig kizárható, úgy a cystosopia elvégzésével ne várjunk addig, amíg a vérvelés megszűnik, hanem éppen ellenkezőleg a vérvelés tartama alatt végezzük el a hólyagtükörözést, mert a vérvelés megszüntével esetleg hosszú ideig negatív vizsgálati eredményeket kaphatunk.

A tapintható tumornak, mint első vagy egyetlen tünetnek szerepe a vérveléshez viszonyítva már jóval kisebb s rendszeren csak akkor jut érvényre, ha beteg más betegséggel kapcsolatban fordul orvoshoz s a lelkiismeretes orvosi vizsgálat vesetumor jelenlétét állapítja meg. Általában azonban a tumor csak akkor okoz panaszokat, ha vese tokját átlépi, vagy nagyságánál fogva a környéki szervekre nyomást gyakorol; ilyenkor azonban már előrehaladott tumorról állunk szemben. Fontos tudnunk, hogy tünetmentes, de tapintható tumor jelenléte esetén a negatív vizelet, vagy a negatív Röntgen lelet a vesetumor lehetőségét még nem zárja ki.

A tumor okozta fájdalom első, illetve korai tünetként való fellépése szintén csak ritkán fordul elő. A betegek egy részénél találkozunk ugyan kezdeti tompa jellegű derékfájásokkal, de ezek többnyire oly kismérvűek, hogy azokat a beteg, sőt néha az orvos is rheumás jellegűeknek tartja. Tévedésektől ilyen esetekben úgy kímélhetjük meg magunkat, ha általános elvül fogadjuk el azt, hogy minden lumbalis tájéki fájdalomnál tisztázandó a vesék állapota. Ilyen módon nemcsak tumorokat, hanem más vesebajokat is sikerül felfedezni.

A korai diagnosza szempontjából már jóval könnyebb a helyzetünk, ha a fenti tünetek egymással kombinálva jelennek meg. Ha a tapintható tumor mellett haematuria vagy pedig fájdalom is jelen van, úgy a vesetumor gyanuja annyira közelfekvő, hogy az csak vizsgálati leletekkel való bizonyításra szorul, ami már szakorvosi feladat.

Az elmondottakat mindezek alapján a következőkben foglalhatjuk össze. A tumorok korai felismerése legkönnyebben és legbiztosabban úgy válik lehetővé, ha minden esetben, ahol vérvizelés, lumbalis tájéki fájdalom, vagy tapintható tumor külön-külön vagy egymással kombinálva jelen van, a szakorvosi vizsgálatot minél előbb és minél tökéletesebben elvégeztetjük. E cél elérésében a gyakorló- és szakorvos feladata egyformán súlyos és felelősségteljes. Előbbi a kivizsgálás korai időpontjának meghatározásában, utóbbi azok kivételének szakszerűségében jut szerephez. Bármelyik részen történék is mulasztás, akár a későn elrendelt vizsgálat, akár a szakszerűtlen kivizsgálás miatt, a következmény ugyanaz: a korai diagnózis válik lehetetlenné.

Minder Gyula, egyet. magán tanár.

### Basedow-kór diétás terápiája.

A Basedow-kór mindinkább sebészi térre terelődő kezelése mellett ma sem szorulhat háttérbe a belgyógyászati terápia. Alkalmazása indokolt részint a műtétre való előkészítés alatt, részint azokban az esetekben, melyek a sebészeti beavatkozásra vagy még nem értek meg, vagy arra már nem valók. Sajnos a konzervatív eljárások között egyiket sem mondhatjuk souverainnek, s lehetőleg egyszerre alkalmazzuk a physicalis, medicinális, diétás terápiát, a sugaras kezelést vagy a klimatikus kezelés kiegészítésére. Nem mondhatjuk, hogy egyik vagy másik factornak a többi felett kimagasló szerepe lenne, hanem inkább azt, hogy a különböző eljárások synergista módon egymást kiegészítik.

A racionálisan keresztülvitt Basedow kezelésben tehát a diétás factort nem hanyagolhatjuk el. Idők folyamán a Basedow diétás terápiája nagy változásokon ment keresztül. A Basedowos anyagcsere állapot felfokozott voltát felismerve, első sorban *kaloria gazdag*, de különben megszorítás nélküli diétát írtak elő. Amidőn Rudinger vizsgálatai alapján a fehérjék specificus dynamicus hatása ismertté lett, adódott a Basedow diéta második követelménye, a *fehérje szegénység*. A diéta harmadik kelléke a betegek nyugtalan psyches állapotára van tekintettel s ezért *kizár* minden feleslegesen *izgató fűszert, extractiv anyagot*. A modern diétás terápiának, úgy az *Alt*, a *Bálint*-féle tryptophan szegény, vagy akár a *Lange*-féle diétának is ez az alapja, csak a részletekben és a kivétel módozataiban van köztük eltérés.

A *Bálint*-féle tryptophan szegény diétával van aránylag legtöbb tapasztalatom és azt ezek alapján igen hatásosnak kell tartanom. Időközben azonban a *Bálint*-féle hypothesis, vagyis az a feltevés, hogy a thyroxinnak alapanyaga a tryptophan, megdőlt, s így az eredeti diétán bizonyos módosításokat, enyhítéseket engedünk, anélkül, hogy ennek kárát láttuk volna. Ez annál is inkább szükséges volt, mert az eredeti diéta betartásának legnagyobb akadálya a diéta egyoldalú szigorúságában állott. Az eredeti diétával szemben elsősorban a tejet és a tryptophanban szegényebb cereáliákat engedélyezzük korlátlanul, amiáltal kaloria gazdag, szénhydrat bő lacto-vegetariusz diétát adunk. E határok közt a beteg individuális izlését is igyekezünk tőlünk telhető módon kielégíteni, amire minden hosszú időre előírt étrendnél különös gond fordítandó. Kaloria gazdagnak kell lennie az étrendnek, s bár rendszeren csak qualitative szoktuk előírni, mégis időről-időre utána számítva ügyelünk arra, hogy testsúly-kilogrammonként 45 kaloránál többet fogyaszson a beteg.

Basedow kóránál előírt diétára a következő példát adjuk:

Reggeli: Tej ovomaltinnal, vaj, méz, jam.

Tízórai: Túró tejjel, vagy szalonna.

Ébéd: Hamis leves, zöldsézelék, sült szalonnával, dara, rizs, tarhonya, vagy makaroni, édes tészta, gyümölcs.

Uzsonna: Mint reggeli.

Vacsora: Zöld főzelék, sült szalonnával, sült burgonya vajjal, tejben rizs, cukros gyümölcs, befőtt.

Este lefekvéskor: Keksz vajjal, vagy apró sütemény.

Egész nap kegyeret bőségesen adunk, szükség esetén cukros limonádét, vagy más gyümölcs szörpöket stb.

Ezekon kívül korlátolt mértékben zsíros sajtokat is beiktatunk a diétába, mivel újabb vizsgálatok a casein ártalmas hatását nem igazolták. Tojást csak az ételek elkészítéséhez, s akkor is lehetőleg tojás sárgáját, de alacsony limitálva használatát engedélyezzük. A húst expressis verbis eltiltjuk, viszont kocsonya ellen kifogást nem emelünk. Fűszert általában véve nagyon korlátoltan engedélyezünk, e tilalom alól a konyhasót sem véve ki, theát korlátoltan adhatunk, babkávét viszont teljesen eltiltunk.

Ha quantitative akarunk eljárni, s erre a külső körülmények is alkalmasak, használhatjuk a *Lange*-féle formulát is, ami szerint a diéta összeállításának aránya: 1 fehérje, 15 zsír, 9 szénhydrat. De ha meggondoljuk a betegeknek a quantitativ diétával járó megkötését, ami hosszú időre valósággal molesztálás számba mehet, nem tartanók célszerűnek az ilyen korlátozást, annál kevésbé, mert nem hiszük, hogy a fenti elvek alapján összeállított diétánál a quantitativ jobb eredményt adna.

Purjesz Béla dr., kórházi főorvos, Gyula.

### A koponya Röntgen-vizsgálata.

A koponya Röntgendiagnostikája hosszú ideig csak durva csontelváltozások, esetleg idegen testek kimutatására szorítkozott; ennek okát elsősorban technikai nehézségek képezték. Idővel azonban annyira tökéletesedtek a Röntgen-felvételi eszközök és eljárások, hogy ez ma már az agykoponya (beleértve az agyállományt is) az arkkoponya, sőt a koponyán elhelyezkedő különböző szervek, mint fül, szem stb. legkülönbözőbb kóros folyamatainak eldifferenciálásánál is egyik fontos, sőt nem egyszer nélkülözhetetlen segítőtenezője a klinikusnak.

A Röntgendiagnózis felállítása az esetek túlnyomó többségénél egyszerű Röntgenfelvételek alapján történik, emellett bizonyos esetekben szerep jut még az u. n. kombinált vizsgáló eljárásnak. Tiszta lágyrész elváltozások kimutatására az egyszerű Röntgenfelvételek csak legtrikább esetben alkalmasak (pl. extracranialis lágyrésztumorok eseteiben stb.). A csontelváltozásokat nem okozó lágyrészfolyamatok kimutatásánál nagy segítséget jelent az u. n. *combinált vizsgáló eljárás*, amely abból áll, hogy a koponya preformált, vagy kóros folyamat következtében létrejött üregeit a Röntgenfelvétel elkészítése előtt különböző contrast-anyaggal töltjük ki (pl. a jódos, vagy levegős encephalographia stb. útján.)

Ugy az egyszerű, mint a kombinált vizsgáló eljárásnál elsősorban typosos beállítási irányokból kifeszített u. n. *átnézeti felvételekről* próbálunk tájékozódni a fennálló kóros folyamatról. Amennyiben az átnézeti felvételek erre nem elegendők, akkor még ezen kívül vagy *stereoskopos*, vagy speciális beállítási irányú ú. n. *kivetített felvételeket* készítünk.

Ezen eljárások segítségével *ki tudjuk mutatni* a csontok alaki és strukturális elváltozásait, contrastdús árnyékot adó anyagoknak (mész stb.) lerakódását, a már preformált üregeknek (agykamrák, subarachnoidealis cysternák stb.) nagyság, alak és helyzetbeli elváltozásait,

kóros folyamatok következtében létrejött üregeket és természetesen minden idegen testet, amely a környezetéhez mérten contrastdús árnyékot ad (lövedék, cysticercus stb.).

*Positiv lelet esetében* először az vár eldöntésre, hogy valójában kóros folyamat következménye-e a normálistól való eltérés? Kisebb kiterjedésű és nem jellegzetes elváltozások megítélésénél tekintetbe kell venni azt is, hogy a koponya és főleg a koponyacsontok felépítése mellett különösen *gyakori az anatómiai variációk előfordulása.*

A pozitív leletek diagnostikai értékét a leletek egy csoportjánál (az intracranialis nyomásfokozódással járó megbetegedéseknél) az a körülmény befolyásolja, hogy a koponya felépítésénél megnyilvánuló bizonyos sajátságok miatt ugyanazon elváltozást különböző természetű és különböző lokalizációjú folyamatok is létrehozhatják.

A különböző eredetű Röntgen tünetek közül a helyi tünetek a legértékesebbek. Mivel ezek közvetlen eredményei a kóros folyamatnak nemcsak a lokalizáció szempontjából döntöek, hanem sokszor az elváltozás minőségéről is tájékoztatnak. A helyi tüneteket két csoportba osztjuk. Az egyik csoportba azon tünetek tartoznak, amelyek magára a kóros szövetre vonatkoznak, a másik csoportba pedig azok, amelyek a kóros folyamat közvetlen hatására a szomszédos részekben észlelhetők. Az első csoportba tartoznak pl. a mézlerakodások, a kóros szövetben, a koponyacsontok osteomái, a koponyacsontok pagetes megvastagodásai stb.; a másik csoportba pedig pl. akromegáliásoknál a hypophysis adenoma nyomása folytán létrejött sella megnagyobbodás, a rosszindulatú neoplasmáknál infiltratio következtében keletkezett csont hiányok, meningiomáknál észlelhető irritatív sclerosis a határos csontokon stb. Diagnózis szempontjából a környéki tünetek már kisebb értékűek. Ezek mindig közvetett uton jönnek létre és ezért localisatio szempontjából is kisebb jelentőségűek, a minőséget illetőleg pedig csak egész kivételes esetben szolgáltatnak támpontot. Ilyen tünetek pl. (bizonyos) agyalapi folyamatoknál a sinus sphenoidalis árnyékolttsága; parasellaris tumoroknál a kérdéses oldali agyalapi nyílások kitágulása, (bizonyos) agyállománybeli folyamatoknál az agykamrák helyzetbeli, nagyságbeli, esetleg alakbeli eltérése stb. Az általános tünetek diagnostikai értékének megítélése meglehetősen körülményes, miután különböző természetű és localisatiojú folyamatok Röntgen tünetei teljesen azonosak lehetnek. Ezek a localisatio szempontjából tehát nagyobb körültekintéssel értékesíthetők, a minőségi diagnózis szempontjából pedig alig nyújtanak valami támpontot. Ilyen általános tünetek a koponyacsontok elvékonyodása, az impressió digitaták kimélyülése, az érhálózat kifejezettebb volta stb.

Mindezen tünetek értéke lényegesen emelkedik, ha sorozatos felvételek alapján azok fejlődéséről is képet alkothatunk magunknak.

A negatív lelet diagnostikai értékének megítélésénél mindenekelőtt arra kell tekintettel lennünk, hogy a Röntgen vizsgálat csak bizonyos elváltozásokat képes kimutatni, negatív lelet mellett tehát még számos folyamat fennállhat, sőt még oly kóros folyamat is, amelynek máskülönben Röntgen tünetei is vannak, az adott esetben azonban talán csak oly rövid ideje áll fenn, hogy a Röntgentünetek kifejlődésére ez még nem elegendő.

Ezen rövid áttekintés alapján is kétségtelen tehát, hogy ha a Röntgenvizsgálat alkalmával kimutatott elváltozások diagnostikai értékét bizonyos esetekben különböző körülmények korlátozzák is, a Röntgen vizsgálat számtalan esetben nagyon értékes támpontot szolgáltat.

*Mikor kell, illetőleg mikor érdemes tehát koponyaröntgenvizsgálatot végezni?* Bár fentebb már vázoltam azon elváltozásokat, amelyeket a Röntgenvizsgálat segítségével ki tudunk mutatni, ebből a szempontból mégis nehéz pontos határt vonni az egyes betegségek között és ezért csak általánosságban sorolom fel azon indító okokat, amelyek miatt a III. sz. belklinikán a leggyakrabban végeztünk Röntgen vizsgálatot az agykoponyáról. Ezek: epilepsia, pangásos papilla és általában intracranialis nyomásfokozódásra mutató jelek, a n. optici, retrobulbáris localisatiojú megbetegedései, hypophysis működészavarra mutató tünetek, traumák, kinzó főfájások stb. Ezen esetekkel természetesen nincs kimerítve azon betegségek sora, amelyeknél a koponya Röntgenvizsgálata értékes támpontot nyújthat.

Gaál András dr. egyetemi tanársegéd.

## Mit nevezünk negyedik betegségnek?

A negyedik betegség enyhe lefolyású, jóindulatú, vörhenyszerű kiütés formájában jelentkező heveny fertőző megbetegedés, amelynek lappangási ideje 9—21 nap. A megbetegedésnek prodromalis tünetei rendszerint nincsenek, kivételesen kisebb rosszullettől, borzongástól, fejfájástól és émelygéstől eltekintve és épen ezért a megbetegedés első tünete a halvány rózsaszínű, a bőr felületéről alig, vagy csak kissé kiemelkedő, egyébként vörhenyszerű, tehát sűrűn pontozott kiütés, amely néhány óra alatt a test egész felületét ellepi. A torokür belővelt, a garat nyálkahártyája duzzadt, bársonyos, a nyelv tiszta vagy legfeljebb kissé bevont, de sohasem lepedékes és málnanyelv-szerű, mint vörhenynél. A nyaki, ritkábban a hónalji és a lágyéki mirigyek kisfokban duzzadtak, kemény tapintatúak és érzékenyek. Az exanthema gyors elhalványodását követő hámlás vagy egészen enyhe korpadzás formájában jelentkezik, vagy olyan nagyfokú is lehet, mint a scarlatinánál jelentkező legerősebb hámlás. A hámlás erőssége nincs összefüggésben a kiütés intenzitásával, mint a vörhenynél és rendszerint 1—2 hét alatt be is fejeződik. A hőmérsék még erősebb kiütés jelentkezése esetén sem magasabb, mint 38° C, az érlökés sohasem szaporább, mint amennyi a hőmérsékletnek megfelel, amely *Dukes* szerint a vörhenytől való elkülönítés szempontjából fontos körülmény. *Bókay János* leírása szerint a negyedik betegségre jellemző annak enyhe lefolyásán kívül a szövödményeknek és utóabntalmaknak teljes hiánya (rövid ideig tartó albuminuriától eltekintve), csekély ragályozási képessége és különösen a hosszú lappangási időszak.

A negyedik betegséget elnevezőjének, *Dukes*-nek, első leírójának, *Filatow*-nak közlésein kívül angol és amerikai szerzők, valamint *Bókay János* leírásából ismerjük. *Cl. Dukes*, londoni kórházi orvos az általa észlelt három epidemia után mint a kanyarótól, rubeolától és a vörhenytől elkülönítendő, önálló betegséget írta le 1900-ban és éppen ezért a kórképet „negyedik betegség“-nek (fourth disease) nevezte el. Mivel a moszkvai *Filatow* ugyanezen vörhenyszerű és enyhe lefolyású kórképet már 1885-ben leírta „rubeola scarlatinosa“ név alatt, azért *Bókay* kezdeményezésére *Filatow-Dukes*-féle kórnek nevezik a megbetegedést az irodalomban. A megbetegedés tünettanát *Dukes* dolgozta ki, szerinte a negyedik betegség úgy viszonylik a scarlatinához, mint a rubeola a morbillihez, amilyen nagy a hasonlóság a rubeola és az enyhe morbilli között, ép úgy hasonlít a negyedik betegség az abortív scarlatinához. A betegség önállóságára vonatkozó felfogása sok vitára adott alkalmat, sőt önálló negyedik

betegség létezését sokan kétségbe is vonták. *Dukes* fel-fogásával és az általa leírt kórképekkel megegyeznek azok az észleletek, amelyeket *Bókay János* írt le, akinek ismételtén volt alkalma a negyedik betegséget észlelnie, kétségtelen azonban, hogy a betegség igen ritkán fordul elő és különben is igen nehezen diagnosztizálható. Valószínű, hogy igen sokféle, vörhenyszerű exanthema alakjában jelentkező olyan fertőző megbetegedés van, amely ezidőszerint még nem tisztázódott és ezek közé kell soroznunk egyelőre a negyedik betegséget is, amely az abortív vörhenytől még pontosabb elkülönítést igényel és a jövőben további feldolgozásra vár, úgyhogy mind ezideig a betegség önállóságára vonatkozó kérdés lezártnak nem tekinthető.

*Csóke László dr.* közkórházi orvos.

## Tájékoztató a gyakorló orvosok köteleseiről hatóságokkal szemben.

Irta: *Melly József dr.*, szfv. tiszt. orvos.

(Folytatás.)

Az orvos, gyógyszerész, szülésznő, aki valamely család vagy személy jóhírnevét veszélyezteti és hivatása, állása vagy foglalkozásánál fogva megtudott vagy rábizott titkot alapos ok nélkül másnak felfed, 3 hónapig terjedhető fogházzal büntetendő (1878:V. t.-c. 328. §.).

A magánorvos díjazása kölcsönös megegyezéstől függ, hol ilyen létre nem jött, peres esetben szakértők meghallgatásával a bíróság határozza meg a díjat, melynek legkisebb mértékét az egész országra kihatólag, azonban tekintettel a városok és községek különböző viszonyaira, fokozatosan a miniszter állapítja meg (1876: XIV. t.-c. 48. §.). A 135.000/1900. B. M. M. rendeletnek a 25.600/1922. N. M. M. rendelettel történt hatályon kívül helyezése óta a Budapesti Orvosok Szövetségének díj-szabása a mértékadó. A két éven aluli gyermekeknél csak a díjszabás legkisebb mértékének fele követelhető (1876: XIV. t.-c. 20. §.).

Aki az 1876:XIV. t.-c. VI. fejezetének szabályai szerint orvosi gyakorlatra jogosítva nincsen és betegeket keresetképen gyógykezel és díjazás ellenében gyógyszerreket rendel, kihágás követ el (1876:XIV. t.-c. 52. §., 1879:XL. t.-c. 92. §.). Ha pedig a szer vagy a kezelés halált vagy súlyos testi sértést okozott, a cselekmény az 1878: V. t.-c. 290., illetve 310. §-ai alapján büntetendő.

A szakorvos cím használatát a m. kir. népjóléti és munkaügyi minisztérium külön rendeletben szabályozta (149.000/1924. N. M. M. r.). Azok az orvosi szakmák, melyekre vonatkozólag szakorvosi címet lehet szerezni a következők: 1. belbetegségek, 2. elmebajok, 3. ideg-betegségek, 4. gyermektbetegségek, 5. sebészet, 6. testegyenészet, 7. húgy- és ivarszervi bántalmak (urologia), 8. szülészet és nőgyógyászat, 9. szemészet, 10. orr- és gégebajok, 11. fülbetegségek, 12. bőr- és bujabetegségek, 13. fogászat, 14. természetes gyógymódok (fizikoterápia), 15. Röntgen- és rádiumsugaras eljárások, 16. kór-szöveti és kórvegyi vizsgálatok.

A felsorolt szakorvos címek valamelyikét csak az az orvos használhatja, aki a szakmával tudományegyetemi klinikán két évig, vagy gyakorlóévesek alkalmazására feljogosított osztályokon három évig alkalmazásban vagy bejáró orvosi (externista) minőségben megszakítás nélkül foglalkozott és ezt a körülményt az orvosfőnöknek az igazgató által láttamozott bizonyítványával igazolja.

A gyermekorvos címet 1927. évi április hó 1-től kezdődő hatállyal csak az az orvosi gyakorlatra jogosított orvos szerezheti meg, aki a 149.000/1924. N. M. M.

rendelet 2. §-ának 1. bekezdésében megszabott gyakorlati időből három hónapot fertőző betegek osztályán, illetőleg kórházban töltött (32.505/1927. N. M. M. r.).

A fogorvos címet (stomatologus) csak az az orvosi gyakorlatra jogosított orvos használhatja, aki ezzel a szakmával tudományegyetemi klinikán vagy az alább megjelölt fogorvosi szakintézetekben legalább egy évig megszakítás nélkül alkalmazásban vagy rendszeresített bejáró orvosi (externista) minőségben foglalkozott és ezt a körülményt az előbbi bekezdésben említett módon igazolja. Azok a szakintézetek, amelyekben a fogorvosi cím megszerzhető a következők: 1. Budapesti Poliklinika Egyesület ambulatoriumának fogászati osztálya, 2. Irgalmasrend budapesti kórházának fogászati osztálya, 3. Budapesti m. kir. honvéd és közrendészeti kórház fogászati rendelője (39.999/1931. N. M. M. r.), 4. Charité poliklinika ambulatoriumának fogászati osztálya, 5. A Pesti Izraelita Hitközség Kaszab Aladár és Józsa poliklinikájának fogászati osztálya (68.073/1926. N. M. M. r.), 6. Ferenc József tudományegyetem sebészeti klinikája mellett működő fogászati ambulatorium (43.123/1928. N. M. M. r.).

Azok az orvosi szakmák, melyek egymással szorosan összefüggnek s melyekre a szakorvos cím használata egyidőben megszerzhető, a következők: 1. sebészet és testegyenészet, 2. ideg-betegségek és elmebajok, 3. orr-, gége- és fülbetegségek, 4. természetes gyógymódok és Röntgen- és rádiumsugaras eljárások.

Aki a szakorvos címre igényt tart, köteles igazoló okmányait a letelepedési helye szerint illetékes törvényhatóság első tisztviselőjének (vármegyei törvényhatóságban az alispánnak, városi törvényhatóságban a polgármesternek), Budapesten a székesfőváros polgármesterének (Központi Városháza, IV., Városház-u. 9. I. emelet 114. ajtó) bemutatni, ki a szakorvosi cím használatának jogosultsága tekintetében a törvényhatósági tisztifőorvos meghallgatása után 30 napon belül határoz és erről a kérvényt benyújtott orvost értesíti. A véghatározat ellen a kézbesítéstől számított 15 napon belül felebezésnek van helye a m. kir. népjóléti és munkaügyi miniszterhez, ki az Országos Közegészségügyi Tanács meghallgatásával ugyancsak 30 napon belül határoz.

A külföldön szerzett szakképzettséget igazoló bizonyítványok érvényesítését a bejelentő orvos letelepedési helye szerint illetékes törvényhatóság első tisztviselője, Budapesten a székesfőváros polgármestere útján a m. kir. népjóléti és munkaügyi minisztertől kell kérni, aki az Országos Közegészségügyi Tanács meghallgatásával 30 napon belül határoz.

A rendeletben megjelölt engedély nélkül szakorvos címet sem címtáblán, sem vényen, sem egyébütt használni nem szabad. A szakorvos minőség szempontjából a közönség megtévesztése ezen felül is kihágás, melynek elbírálására és megtorlására a közegészségügyi hatóságok illetékesek (149.000/1924. N. M. M. r.).

A m. kir. népjóléti és munkaügyi miniszter 139.345/1927. N. M. M. sz. elvi jelentőségű határozata szerint a sebész szakorvos képzésére a mütő oklevéllel nem tekinthető egyenlő érvényűnek.

Minden lakásváltozást, a letelepedés helyének végleges elhagyását, valamint az orvosi gyakorlat beszüntetését az illetékes vármegyei vagy városi törvényhatóság tisztifőorvosának, Budapesten pedig a székesfővárosi tisztifőorvosi hivatalában (Központi Városháza, IV., Városház-u. 11. II. pavillon 26. ajtó), akár személyesen, akár írásban be kell jelenteni.

Ugyancsak a tisztifőorvosoknak jelentendő be minden névmagyarosítás a belügyminiszteri leirat bemutatása mellett.

VI. 15-én vesszük fel klinikánkra terhességének esetleges megszakítása céljából. Fundus a köldök magasságában. Kifejezett anaemia. Naponta 6 capsula ventrocytholt adunk. Vvs: 2.10, Hb: 48, Fi: 1.1, Fvs: 6500, Rc: 3%. Allapota feltűnően javul, fennjár, kisebb munkákban segédkezik. Vvs: 2.30 millió, Hb: 48, Fi: 1.04, Serumbilirubin 0.552 mg%, vércholesterin 0.125 mg%.

VII. 7-től VII. 17-ig a beteg saját kívánságára távol volt a klinikától, a gyógyszert tovább szedte, az utóbbi hat nap kivételével.

VII. 17. Vvs: 1.96 millió, Hb: 56, Fi: 1.43, Fvs: 5600. Jól érzi magát, naponta 6 capsula ventrocytholt adunk.

VII. 23—24. Orrvérzése volt többször egymás után. Szemészeti vizsgálat: (Fésűs dr., tanársegéd.) A papillák kissé halványabbak, az erek gracilisek. Vérzések nincsenek.

VIII. 1—4. Feltűnően jól érzi magát, étvágya fokozódott, arca pirosposzsgás, ajkain anaemia alig látszik; a méh fundusa egy ujjal a köldök felett, magzatmozgást alig érez, szívhangok nem hallhatók. — VIII. 5. Vvs: 2.95 millió, Hb: 68, Fi: 1.15, Fvs: 2800. Aniso- és poikilocytosis. Rc: 2%. Magvas elem nincsen. Próbareggeli: Szabad sósav: 23, össz-aciditás: 48. Vizeletben urobilinogen: negatív. — VIII. 10. Vvs: 2.84 millió, Hb: 72, Fi: 1.24, Rc: 3%. Serumbilirubin: 0.528 mg%. Vércholesterin: 0.107 mg%.

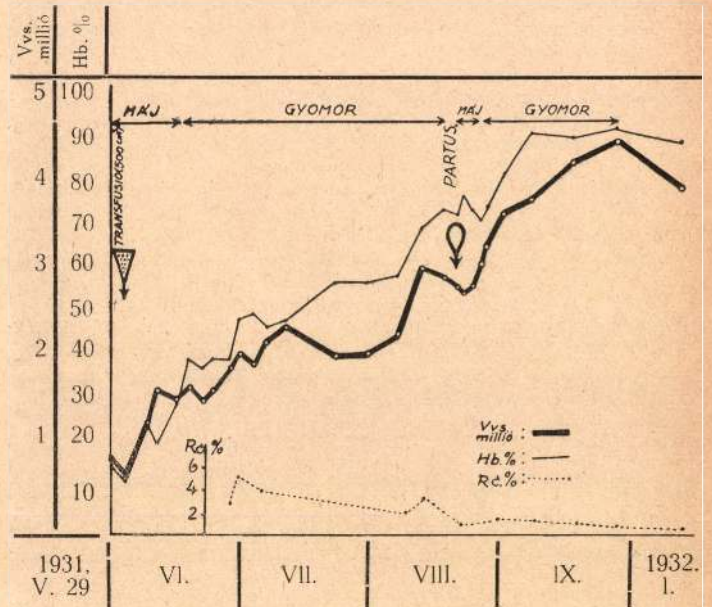
VIII. 12. Délután 2 óraker fájások lépnek fel és d. u. 4 óra 20 perckor néhány tolófájás hatására megszületik a mérsékeltlen macerált 1600 gr. súlyú, 46 cm. hosszú és 26 cm. fejkörfogató leánymagzat. A lepény 10 perc múlva spontán távozik. A lepényi és postpartalis szakban feltűnően kevés vérzés. Kérdésünkre elmondja, hogy a szülőfájásokat úgyszólván alig érezte. A gyermekágy 1. napján T: 36.9, P: 80, Vvs: 2.72, Hb: 71, Fi: 1.31, Fvs: 9800, Rc: 1—2%. Thrombocytá: 260.000. Mikrocyták-makrocyták. Magvas elemek nincsenek. Kifejezett anisocytosis, mérsékelt poikilocytosis. Vizeletben: urobilinogen negatív. Naponta 6 capsula ventrocytholt, 3 x 0.5 gr. vas. — 2. nap T: 36.8, P: 96, Rc: 1.5%. Gyomorkivonat helyett májkészítményt adunk: 3 evőkanál procytholt, de mivel ezt sem tűri, 2 cm<sup>3</sup> compolont fecskendezünk intramusc. Vérkép: Vvs: 2.82, Hb: 80, Fi: 1.42, Fvs: 12.700, Rc: 1.5%, Thr: 340.000. Pangott folyás. — VIII. 16. Láztalan, jól van. Compolonon és vason kívül 3 capsula ventrocytholt is adunk. — VIII. 17. Teljesen panaszmentes, láztalan, méh jól involválódik. Csak 3 capsula ventrocytholt és vasat kap. Vvs: 3 millió, Hb: 70, Fi: 1.16, Rc: 2%. Anisocytosis. Mikrocytakon kívül makrocyták is találhatók. — VIII. 24. A gyermekágy 12-ik napján felkel. Vvs: 3.44 millió, Hb: 82, Fi: 1.15, Rc: 1.6%. A vvs. átmérői: 3.3 $\mu$ —9.9 $\mu$ . A méh jól involválódott, környezete szabad. A beteget visszatartjuk anaemiájának gyógyítása céljából. Étvágya napról-napra javul, arcszíne piros, anaemia nem látszik. Serumbilirubin: 0.398 mg%. — Vércholesterin: 0.072 mg%. — IX. 16. Vvs: 4.34, Hb: 90, Fi: 1.04, Fvs: 6700, Rc: 0.5%. Gyógyultan, megerősödvé, pirosposzsgás arcszínnel bocsátjuk haza.

I. Kontrollvizsgálat: 1931. I. 7. Teljesen panaszmentes, normalisan menstrual, munkaképes. Arcszíne mérsékeltlen sápadt. Vvs: 3.87 millió, Hb: 87, Fi: 1.11, Rc: 0.6%.

Esetünkben a fennálló terhesség alatt alkalmazott hosszantartó máj- és gyomorkezelés meglepően nagyfokú és tartós javulást eredményezett, amilyenhez hasonló csak néhány közleményben találtam eddig feljegyezve. Devraigne és Laennec a terhesség negyedik hónapjában kezdték el a májkezelést és a terhesség végéig folytatták. A kezdeti 1.8 millióról 4.7 millióra tudták a vértesztszámot megjavítani. Brault a terhesség hatodik hónapjában kezdte el a kezelést 100—150 gr. májjetetessel és az eredmény meglepő volt. A kezelés elején 1.7 millió, három hét múlva 4 millió volt a vörösvértestek száma. Peterson egyik esetében (I.) a 32 éves másodsorú terhes nő a terhesség nyolcadik hónapjában súlyos anemiával került észlelésre: Vvs: 0.96, Hb: 33%, Fi: 8, L: 12.000. A Qual. vérképben megalocyták és normoblastok, polychromatophilia. 10% Rc. Achlorhydria. Vértömlesztéssel 360, majd 500 cm<sup>3</sup> vért adnak és a terhesség megszakítását javasolják belgyógyászati részről. Peterson azonban inkább megkísérelendőnek tartja a májkezelést, aminek hatására 10 nap alatt 2.07 millió vvs. és 60% Hb., valamint 16—20% Rc. mellett a szülés terminusáig javul a beteg állapota s normalis szülés után rövidesen meggyógyul.

Esetünkben a kezdeti 0.85, ill. 0.68 millióról 500 cm<sup>3</sup>-es vértransfusio közbeiktatása után hétről-hétre gyorsan emelkedett a vörösvértestek száma, úgy hogy a koraszülés előtti héten, vagyis a máj- és gyomorkezelés tize-

dik hetében csaknem elérte a három milliót. Az első héten a vértransfusio és májkezelés hatására 1 millió volt az emelkedés, majd jelentéktelen csökkenés után lassan emelkedett a vörösvértestek száma úgy, hogy a heti átlagos emelkedés 127.000-et tesz ki. A haemoglobin kezdetben 12% volt, a tizedik héten 72%-ra növekedett, ami átlagban 65%-os hetenkénti emelkedésnek felel meg. Bár a vörösvértestek számának emelkedése nem éri el azt a fokot, amit pl. Fetti chnek sikerült hasonló mennyiségű máj-illetőleg gyomorpraeparatum adagolásával Biermer-anaemiánál elérnie, amikor a hetenkénti átlagos szaporulat 455.000 volt, mégis — tekintetbe véve a terhességnek, mint a betegséget kiváltó és a vérképző szervek mérgezését okozó tényezőnek megmaradását — igen nagy eredménynek kell tekintenünk ezt a javulást is, melyhez hasonló a májtherápia előtti időben sohasem észleltek. Az új therapiának további jelentősége, hogy sokkal tartósabb hatást érünk el vele, mint egyéb gyógyszerekkel,



vagy akár a vértömlesztéssel, aminek hatása tudvalevőleg hamar elmúlik.

A májnak és gyomornak kedvező hatását elsősorban a vörösvértesteknek és a haemoglobinnak nagyfokú megsaporodása bizonyítja. De igazolja ezt az élénk reactiót a reticulocyták számának emelkedése is, amely valószínűleg a reticulocyták-krisisben jut kifejezésre. A többi tünetekben viszont nincs eltolódás: mert míg Biermer-anaemiánál a normálisnak többszörösére emelkedett serumbilirubintűkör máj- és gyomorkivonat hatására a normalis színvonalra száll alá, a nagyfokú urobilinogenkiválasztás pedig csökken, majd teljesen megszűnik, addig terhességi perniciósánál ehhez hasonló jelenségeket nem lehet kimutatni, hiszen a serumbilirubintűkör normalis szokott lenni s nincsen fokozott urobilinogen-kiválasztás sem. Ebben is kifejezésre jut a két megbetegedés különböző természetű. Mindez csak igazolja azt a felfogást, hogy a terhességi perniciósa kórképet következtesen el kell választanunk a Biermer-anaemia kórképetől, bármennyire is hasonlítson egymáshoz a két betegségnél a vérkép és sok egyéb tünet. Persze ezt adott esetben nehéz rövid idő alatt tisztázni. Ehhez hosszú megfigyelés szükséges.

Míg Biermer-anaemiánál a máj- és gyomortherpia bevezetése óta rövid idő alatt és majdnem biztosan, szinte kivétel nélkül, hosszú ideig tartó remissiókat lehet elérni, de végeredményben a recidívát nem sikerül véglegesen elkerülni, addig terhességi perniciósára éppen az jellemző, hogy ugyanazon készítmények hatására tökéletes gyógy-

\* A kórlapkivonatért Hasenfeld prof. úrnak és Farkas adjunctus úrnak hálás köszönettel tartozom.

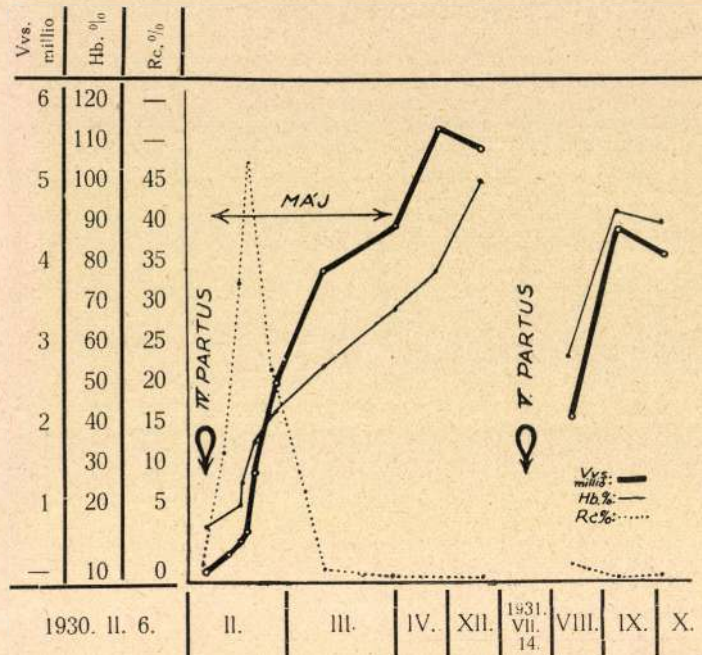
gyulás következhetik be. Erre nyújtanak adatokat azok az esetek, amelyek szüléssel kapcsolatos rosszabbodás után életben maradvá, hosszabb időt át megfigyelés és ellenőrzés tárgyát képezték. Az irodalomban számos eset van erre nézve, amiről már fentebb volt szó. Saját eseteinkben a megfigyelési idő még túlrövid ahhoz, hogy végleges következtetést vonhassunk le, de alkalmunk volt vizsgálni egy beteget, aki 1½ év előtt a Szent-István kórház belosztályán súlyos perniciososa miatt kezelés alatt állott:

VIII. eset. Felv.: 1931. VIII. 5-én, Sz. J.-né, 34 éves nap-számos felesége, aki 1930. febr. 6-án a Szent István-kórház szülészeti osztályán negyedik normális szülésén esett át. Betegsége ezen szülése előtt egy hónappal kezdődött: étvágytalan lett, gyengének érezte magát, váll- és derékfájdalmi voltak, végtagjai, arca megduzzadtak, arca fakószínű volt, hasmenés, közben erősen fogyott. Maga a szülés normális lefolyású volt, keveset vérzett. A szülés után láz és hidegrázás lépett fel. A szülészeti osztályról súlyos anaemiával *Bence* professzor osztályára teszik át, ahol már az első vizsgálat alkalmával súlyos perniciosát állapítanak meg. A therapia azonnal májkészítmény adagolásából állott (3 evőkanál procythol, p. d.). A vizsgálati adatokból a következőket emelem ki: II. 15. Vvs: 0.63, Hb: 23, Fi: 1.8 Fvs: 22.500, Qual. vérkép: My: 12, N: 76, Eo: 2, Mo: 2, Ly: 8. Néhány normoblast és megaloblast. Serumbilirubin: 0.660 mg%. Rc: 1.8%. Urobilinogen negatív. II. 20. Rc: 15.8%. II. 23. Rc: 47%. *Gyomor-nedv: szabad sósav: 0, összaciditás 8.* III. 13. Procythol kimarad. A beteg teljesen jól van, pirosposzsgás. IV. 12. Vvs: 5.25, Hb: 80, Fi: 0.73, Fs: 7500. IX. 14. V. terhessége kezdődik. XII. 8. Vvs: 5.36, Hb: 100, Fi: 0.9, Fvs: 9100, Rc: 0.1%. Terhessége nem okoz panaszt.

1931. VII. 14. Normális szülés, kevés vérzéssel: élő, érett leány. A szülés mindössze 2 óra hoztat tartott. A fájások kevésbé voltak fájdalmasak, mint az előző szülések alkalmával. A gyermekágyban láztalan volt.

Felvétel 1931. VIII. 6. Sülyedéssel panaszokkal keresi fel klinikánkat ekkor derül ki előző megbetegedése. Régi, mely gátrepedésen és mérsékelt folyáson kívül a genitális lelet ne-

I. Kontrollvizsgálat: 1931. IX. 23. Panaszmentes, gyermeket szoptatja. Vvs.: 4.47, Hb: 93, Fi: 1.04, Fvs: 8.100, Rc: 0.1%. *Gyomorpróba: szabad sósav 24, összaciditás: 40.*  
 II. Kontrollvizsgálat: 1931. X. 29. Jól van, orvosságot nem szedett. Vvs: 4.28, Hb: 91, Fi: 1.06, Rc: 0.2%. Serumbilirubin: 0.600 mg%. Urobilinogen: negatív. *Gyomorpróba: szabad sósav: 20, összaciditás: 40.*



Ez esetben kétségtelen, hogy az előbbi terhesség végén fellépett súlyos anaemia terhességi perniciososa volt, amit bizonyít a terhességgel való összefüggésén kívül az

5. táblázat.

Datum	Vvs. (millió)	Hb <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	Fi.	Thr.	Fvs.	My.	N.	Eo.	Ba.	Mo.	Ly.	Rc. <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	Sbi mg <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	Ubg. (vizelet)	Gyomor	Therapia	
1930. II. 6.					I V. Partus												
15.	0,63	23	1,8	—	22,500	12	76	2	—	2	8	1,8	0,666	neg.	—	Procythol	
20.	0,79	18	1,2	—	31,700	18	68	2	—	1	11	15,8	0,765	"	—	"	
22.	0,97	28	1,47	—	24,000	—	—	—	—	—	—	34	0,837	"	—	"	
23.	1,15	31	1,35	—	19,700	—	—	—	—	—	—	47	—	"	—	"	
25.	1,75	41	1,77	—	13,600	—	—	—	—	—	—	32	—	—	0-8	"	
III. 2.	2,72	49	0,9	—	11,700	—	—	—	—	—	—	24	—	—	—	"	
13.	4,00	59	0,7	—	4,200	—	58	3	2	7	30	1,6	—	—	—	"	
29.	4,44	71	0,8	—	6,800	—	—	—	—	—	—	0,2	—	—	—	"	
IV. 12.	5,52	80	0,73	—	7,530	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
XII. 8.	5,36	100	0,9	—	9,100	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	
1931. VII. 14.					Partus normalis												
VIII. 6.	2,40	60	1,3	—	4,500	2	63	5	—	6	24	2	0,568	neg.	4-16	Ventricycthol	
IX. 23.	4,47	93	1,04	—	8,100	—	72	1	1	5	21	0,1	—	"	24-46	"	
X. 29.	4,28	91	1,06	—	6,600	—	58	9	2	9	22	0,2	0,600	"	20-40	—	

gativ. Arca sápadt, sokat nélkülöző asszony benyomását teszi. Vérkép: Vvs: 2.40, Hb: 60, Fi: 1.3, Rc: 2%, Fvs: 4500. *Gyomor-nedv: 4-16.* Urobilinogen: negatív. Serumbilirubin: 0.568 %mg. Vércholesterin: 0.152 mg%. Mérsékelt anisopoikilocytosis.

\* A kórtörténeti adatokért s hathatós támogatásukért *Bence* prof. úrnak, ill. *Fettich* adjunktus úrnak hálás köszönettel tartozom.

alacsony serumbilirubinérték és a vizeletben urobilinogen hiánya, a szülés utáni gyors gyógyulás és a hosszú idő óta tartó recidivamentességen kívül főleg az, hogy a szülés után hét hónap múlva újból teherbe jutott és újabb terhessége harmadik hónapjában végzett kontrollvizsgálat alkalmával teljesen normális vérképet lehetett nála találni, terhességét zavartalanul kiviselte, a szülés után három hónap múlva is jól érezte magát s gyomorvadásék-

ban ismételt vizsgálattal szabad sósavat lehetett kimutatni, holott az első megbetegedése idején achlorhydriája volt. Ez a jelenség Biermer-anaemiánál nem fordul elő, bármilyen tökéletes is a javulás a remissio idején, mert az achlorhydria egyike a legállandóbb tüneteknek. Az irodalomban csak Strauss közölt hasonló megfigyelést.

#### Összefoglalás:

1. A terhességi perniciososa (Oettingen) vagy más néven terhességi perniciososzerű anaemia (Esch), ill. haematopathia gravidarum (Schneider) a terhességgel szoros összefüggésben fejlődő súlyos anaemia, mindenekszereint terhességi toxicosis, amely a vérkép morphologiai tulajdonságai alapján sokszor megegyezik az essentialis Biermer-féle anaemia perniciosával, máskor inkább a chlorosishoz hasonlít. Eszerint két típusát lehet megkülönböztetni:

a) A hyperchrom typus a Biermer-anaemiához hasonlít, festődési indexe egynél nagyobb.

b) A hypochrom typus a chlorosishoz hasonló, festődési indexe mindvégig alacsony.

Közös a vérképben a nagyfokú oligocythaemia, a haemoglobin megfogyatkozása, a korai elemeknek és a degeneratio jelenségeinek fellépése. Egyéb tulajdonságaiban a terhességi toxicosisok analogiája jut kifejezésre.

2. A Biermer-anaemiától különbözik abban, hogy:

a) A serum bilirubin-tükre normalis vagy csak minimálisan emelkedett.

b) A vizeletben nincs urobilinogen vagy csak ritkán mutatható ki.

c) A gyomorsecretio normalis, az achlorhydria ritka, vagy ha előfordul, a betegség gyógyulásával párhuzamosan megjavulhat, ami Biermer-anaemiánál nem fordul elő.

d) A betegség szülés és gyermekágy után végleges gyógyulásba mehet át.

e) Terhességen kívül nem recidivál, ritkán előfordulhat recidiva a terhesség alatt, mely kezelés nélkül halálosan is végződhetik.

3. Therapiája szempontjából fontos, hogy máj és gyomorkészítményekkel már a terhesség alatt is lényeges javulást lehet elérni, miáltal lehetővé válik a terhesség kiviselése. A hypochrom typus therapiájában a fokozott vasdeficit pótlására a vaskészítmények jó szolgálatot tehetnek.

4. Prognosisa jó, ha idejében ismerik fel és alkalmaznak a megfelelő therapiát.

5. A terhesség megszakítására tehát nincs szükség, mert az idejekorán alkalmazott máj-, gyomor- és vastherapiával, esetleg vértransfusióval már eddig is sikerült a 40–50%-os mortalitást 15%-ra leszorítani.

**Irodalom:** Alder: Zschr. f. Geb. u. Gyn. 87, 505, 1924. — Alder: Schweiz. m. W. 1928, 608. — Allan: Ber. f. Geb. u. Gyn. 16, 656, 1929. — Atzerodt: Mschr. f. Geb. u. Gyn. 79, 16, 1928. — Audebert: Ber. 11, 343, 1927. — Balfour: Ber. 13, 515, 1928. — Bauereisen: Zentralblatt f. Gyn. 1911, 1181. — Bazan: Ber. 10, 581, 1926. — Beckmann: Mschr. 56, 119, 1921. — Benda: Zbl. 1924, 1857. — Bertino: Fol. haem. 6, 106, 1908. — Björkenheim: Ref. Zbl. 1929, 3325. — Brault: Ref. Zbl. 1929, 3324. — Brult: Ref. Zbl. 1930, 1268. — Burger: Riegler-émlékkönyv. 1926. — Clauze: Zschr. 99, 3, 1931. — Clauze: Zbl. 1925, 752. — Clivio: Ref. Zbl. 1902, 1253. — Devraigne—Blum: Ber. 10, 581, 1926. — Devraigne—Laennec: Ber. 14, 652, 1928. — Eparvier—Pigeaud: Ber. 8, 554, 1925. — Esch: Zschr. 79, 1, 1917. — Esch: Zbl. 1921, 341. — Esch: Zbl. 1926, 857. — Esch: Zbl. 1926, 2738. — Esch: Arch. f. Gyn. 129, 788, 1927. — Esch: Ber. 11, 1, 1927. — Fettich: O. H. 1930, 7. sz. — Fettich: O. H. 1930, 40. sz. — Fettich: Wiener m. W. 1931, 9. sz. — Garipuy: Ber. 11, 91, 1927. — Gudim—Lefkovits: Ber. 11, 572, 1927. — Gusserow: Arch. 2, 219, 1871. — Haba: Orvosképzés XVII. 2. Haschnoff—Patschedjewa: Ber. 18, 170, 1930. — Heim: Zbl. 1923, 818. — Heim: Zbl. 1930, 1026. — Hoskin—Ceiriog: Lan-

cet 212, 433, 1927. — Hilgenberg: Zbl. 1925, 2336. — Husfeld: Ref. Zbl. 1929, 3324. — Jonsescu: Ber. 13, 184, 1928. — Jungmann: Münch. m. W. 1914, 414. — Lakomcsik: O. H. 1932. — Larrabee: Am. J. Med. Scie. 1925, 371. — Larribère: Ber. 14, 846, 1928. — Lennér: Ber. 18, 360, 1930. — Lequeur: Fol. haem. 10, 273. — Maisel: Zbl. 1930, 2409. — Morawitz: Münch. m. W. 1907, 767. — Morawitz: D. m. W. 1910, 249. — Murodock: Ber. 13, 861, 1928. — Naegeli: Blutkrankheiten, 5. kiadás, 354, 1931. — Nordentoft: Ber. 12, 404, 1927. — Oettingen: Zbl. 1924, 1506. — Offergeld: Mschr. 74, 245, 1926. — Offergeld: Ber. 12, 335, 1927. — Orru: Ber. 19, 71, 1931. — Pasquini: Ber. 18, 360, 1930. — Peterson: Journ. Am. Med. Ass. 94, 839, 1930. — Pohl: Zbl. 1928, 1384. — Pomini: Ber. 8, 447, 1925. — Pontano: Il Policlinico, 1912. — Powel—Davey: Brit. m. Jour. 3546, 1131, 1928. — Recasens: Ber. 9, 90, 1926. — Reist: Schw. m. W. 1926, 781. — Reist: Zbl. 1926, 1496. — Rowland: Journ. Am. Med. Ass. 1924, 372. — Rud: Ber. 7, 495, 1925. — Rumpf: D. m. W. 1923, 438. — Sachs: Zschr. 64, 336, 1909. — Schaumann—Salzmann: Schittenhelm II. 135, 1925. — Schmidt: Surgery Gynecology and Obstetrics, 1918, 596. — Schmidt: Journ. Mich. State Med. Soc. 1931, March. — Smith—Kinlaw: Am. Int. Med. 1931, 939. — Smith: Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1925, 223. — Schneider: Zschr. 90, 487, 1926. — Schneider: Mschr. 65, 321, 1924. — Seitz: Döderlein. II. 295, 1916. — Seitz: Halban—Seitz, VIII. 1, 806, 1927. Strauss Am. J. Med. Scie. 1930, 818. — Vallois—Carrera: Ber. 9, 156, 1926. — Vermelin—Vigneul: 1. Reist. — Volpe: Ber. 19, 72, 1931. — Wills—Mehta: Ber. 18, 359, 1930. — Wolff: D. m. W. 1914, 643. — Yang—Keefer: Ber. 18, 635, 1930.

A Magánalkalmazottak Biztosító Intézete III. nőgyógyászati rendelésének közleménye. (Osztályvezető: Gőczy Lajos, egyet. magántanár.)

## Mellékpajzsmirigykivonat alkalmazása rendellenes havivérzéseknel.

Irta: Bakács György dr., műtősebész és nőorvos.

A Sandström által először leirt mellékpajzsmirigyek élettani jelentőségét a Gley állatkísérletei nyomán megindult hatalmas kutató munka tisztázta. Ezen kutatások alapján a mellékpajzsmirigyeket a mézanyagcsere szabályozás legfontosabb tényezőiként kell tekintenünk s a tetánia összes talán a vérzések egyes formáit elégtelen működésük következményeképpen kell felfognunk. Szükség esetén régebben főleg a szerv átültetését végezték, majd a szervek etetésével kísérleteztek, amelyet Halsted óta a substitúciós gyógyítás váltott fel. Ezen gyógykezelés kifejlődését elősegítette az a körülmény, hogy egyrészt parathyreoideák átültetéséhez szükséges ajándékozót nehezen lehetett találni, másrészt az ilyen műtétek eredményei gyakran csak átmenetiek, vagy ki nem elégítőek voltak.

A substitúciós kezelés kifejlesztésében kétségtelenül Beebe-nek, Mac Callum-nak, Vassale-nak, Hanson-nak igen nagy érdemei vannak, mégis Collip felfedezése a hormonális kezelés terén fordulópontot jelent, akinek hatásos kivonatanyaga által sikerült tetániássá tett kutyákat a vér calcium-tükrének emelésével meggyógyítani és állatkísérletei révén bebizonyítani, hogy parathyreoidea hormon behatására egészséges állatok vérének calciumtükre is magasabb szintre száll. A gyógykezelés elterjedésére és az elméleti kutatások további kialakulására a Collip-féle élettani egység bevezetése is igen nagy befolyást gyakorolt, mert ezzel az adagolás bizonytalansága és az ebből származó kritikai zavar megszűnt. Szerinte egy egység századrésze azon hormonmennyiségnek, amely egy 20 kg súlyú kutya vércaesium szintjét 5 mg %-kal emeli 5 óra alatt.

A Collip módszerével előállított hormont, a tetánia gyógyításán kívül, — amely különben még ma is fő alkalmazási területét képezi, — újabb és újabb javalatok alapján más és más betegségeknél kezdik alkalmazni.

Hajós vesebetegségeknél, asthma cardialenál, urticariánál, Quincke-féle oedemánál, rhinitis vasomotoricanál alkalmazta. *Pelláthy* és *Fernbach* szerint a mellékpajzsmirigy kivonat sympathicotoniás vérképet idéz elő, ezt bizonyítanának szerintük az is, hogy asthmánál, serumbetegségnél, urticariánál, vagyis vagotoniás betegségeknél eredménnyel alkalmazták.

A hormon alkalmazásának egy újabb jávalatát a különböző vérzésekkel járó betegségek képezik, amelyeknél mint vérzéscsillapító gyógyszer szerepel. Ilyen irányú használhatóságának elméleti alapjai *Bume*-nak *Werber*-rel folytatott állatkísérletei révén váltak ismeretessé, akik nyulaknál kimutatták, hogy a hormon befecskendezése után 10 perccel a vér alvadásának ideje 40–60%-kal alább szállt. Ugyanezt a tapasztalatot megerősítik a shanghaii kórházban végzett vizsgálataik, ahol gümőkóros tüdővérzéseknel alkalmazták igen jó eredménnyel a hormon befecskendezéseket. A hormonhatás mikéntjét azzal magyarázzák, hogy a calciumtükör emelése mellett a vér thrombokinase tartalma is megszorodik, amíg pl. calcium chloratum-mal — a szokásos adagokban — a vér alvadási idejét lényegesen nem sikerült csökkenteniök. Az epitheltest kivonatának calciummal való együttes alkalmazásával *Bakos* és *Molnár* értek el jó eredményeket tüdővérzéseknel. *Weltmann* heveny vérzéses diathesis egy esetében látott a hormon adagolásától kedvező eredményt. Műtét előtt is ajánlják epitheltest kivonat alkalmazását — főleg sárgaságban szenvedő betegeknél — a vérzési hajlam csökkentésére.

*Gordon* és *Cantarow* a legjobb adagolási módnak tartják — vérzéscsillapítás céljából — a hormon 10–15 egységének befecskendezését 36 óránként 1–3 ízben.

A mellékpajzsmirigy kivonatának erős havivérzéseknel való alkalmazásáról a rendelkezésünkre álló irodalom szerint eddig csak *Allen* és *Goldthorpe* számoltak be. Szerzők 14 esetben próbálták ki és 5 jó, 6 középjő és 3 rossz eredményről tesznek említést; 5 napon át napi 40 *Collip*-egységnek izomba fecskendezése mellett. Kísérleteiknél az a tapasztalat vezette őket, hogy a hormon behatására a vér mésztartalma növekedik, amely a vér alvadákonyságának növekedését idézi elő. Az erre vonatkozó összes tapasztalatokkal szemben egyedül *Zimmermann* áll, aki sem egészséges, sem sárgaságos egyéneken, sem kísérleti állatokon nem észlelte epitheltest kivonatára a vér alvadási idejének a vércalcium emelkedésével történő párhuzamos csökkenését.

*Allen* és *Goldthorpe*-nak hypermenorrhéáknál elért eredményei, továbbá a *Verebély-klinikán* folytatott saját vizsgálataink és eredményeink vezettek bennünket arra, hogy a „Magánalkalmazottak Biztosító Intézeté”-nek III. nőgyógyászati rendelésén erős és tartós havivérzéseknel, hypermenorrhéáknál, 46 esetben, a méhvérzések tüneti kezelése képen, a parathyreoidea hormont kipróbáljuk. Közleményünkben azonban csak 40 esetről számolhatunk be, mert 6 betegünk az ellenőrző vizsgálatokon nem jelent meg pontosan.

Betegeink panaszát 6–18 napig tartó igen erős havibaj képezte, amely őket nagymértékben legyöngítette, vérszegénnyé tette, mert a két havivérzés közötti rövid idő nem volt elégséges arra, hogy összeszedjék magukat. 38 esetben normalis nemiszervek mellett, egy esetben myomás méh, egyben pedig idült méhfüggelékgyulladás mellett alkalmaztuk a gyógykezelést. A kezelés tartama alatt a betegek másféle vérzés csillapító gyógy-eljárásban nem részesültek.

Eljárásunk naponta 1 cm<sup>3</sup> — 50 *Collip*-egység erős-gű — „extractum parathyreoideae”-nek (*Richter*), 3–4 egymásutáni napon, a far izomzatába való befecskendezéséből állott. A kezelést azért nem párosítottuk cal-

cium adagolásával, mert a tiszta hormonhatás eredményének megítélését nem akartuk befolyásolni; ámbár tudjuk azt, hogy calcium és parathyreoidea kivonat együttes alkalmazásával a vér calcium tükre hosszabb ideig emelhető. Adagolási módunktól csak igen erős vérzések esetében térünk el, annyiban, hogy ilyeneknél testsúly kg-ként 1 egységet, kivételesen ennél többet is, de legfeljebb testsúly kg-ként másfél egységet adtunk. Az érbefecskendezéstől azért tekintettünk el, mivel az irodalmi adatok szerint kellemetlen mellékjelenségeket idézhet elő.

Nem kívánatos kísérő tünetet, mint pl. fejfájást, tarkófájást — noha az eljárást 11 éves gyermeknél is alkalmaztuk, — csak egy esetben láttunk, amikor az erős és tartós vérzés miatt 7 egymásutáni napon végeztünk befecskendezéseket. Ezen esetben sem irható a mellékünetek biztosan a hormon rovására, mert épen a hosszantartó erős vérzéseknel a fejfájás a vérszegénység tüneteiképpen is felfogható. Hypercalcaemiás tünetcsoportot egy esetben sem észleltünk.

Az eredmény egyes esetekben már az első befecskendezés után mutatkozott, ami a vérzés feltűnő csökkenésében, vagy teljes megszűnésében nyilvánult meg. Általában azonban 3–4 befecskendezésre volt szükség, amelyekkel két esetben még a darabos vérzést is jól befolyásolhattuk.

A 40 eset közül 4 napon belül 28-nál (70%-ban) a vérzés teljes megszűnését; 8 esetben (20%-ban) annak csökkenését észleltük; 4 esetben (10%-ban) pedig eredménytelenséget állapítottunk meg.

Az eredményesség bemutatására 2 esetet közlünk.

1. R. E. 28 éves. Havibaja 10–11 napig tart, émelygéssel, rosszullettel, görcsökkel. Sovány vérszegény nő, normalis nemiszervekkel. Kórisme: Hypermenorrhéa + Dysmenorrhéa.

A befecskendezés után már néhány órával a vérzés kevesebb. Émelygés, rosszullet eltűnik. A másod- és harmadnapi befecskendezésre a vérzés fokozatosan csökken és a negyedik napon teljesen megszűnik. Tehát a vérzés 10 nap helyett csak 4 napig tart.

2. G. B. 18 éves. 4 hetenkint jelentkező és 8 napig tartó erős havibaja van. A nemiszervekben kóros elváltozás nincs. Kórisme: Hypermenorrhéa. 1 nap óta igen erős a vérzése. 1 cm<sup>3</sup> „extractum parathyreoidea” (*Richter*) adagolására más nap még erősebb vérzéssel jelentkezik. Azután 3 napon át testsúly kg-ként 1 egység hormont kap, mire a vérzés megszűnik. A beteg az eredménnyel igen meg van elégedve, mert vérzése a szokott mennyiségnek  $\frac{1}{4}$ -ét sem tette ki, fáradtság, fejfájás sem kínozza úgy, mint máskor.

Ámbár tudjuk azt, hogy a parathyreoidea hormon egyszeri befecskendezésének a hatása 36 óra alatt lezajlik és éppen ezért hypermenorrhéáknál is csak tüneti kezelésképpen alkalmazható, mégis meg kell említenünk, hogy eseteink egy részében a kezelést követő havibaj lefolyása is kielégítő volt, ha nem is érte el mindenben a kezelés alatti állapotot. Ezt a körülményt az egész belső elválasztásos rendszer tartósabb befolyásolásának kell felfognunk. Hogy azonban ez az eredmény milyen gyakran mutatkozik és mennyi ideig tart, erre vonatkozó megfigyeléseink még folyamatban vannak.

Az elmondottak alapján tehát megállapíthatjuk, hogy:

1. A mellékpajzsmirigy kivonatának izomba fecskendezésével jó eredményeket érhetünk el erős és tartós havivérzéseknel. Az eredmény egyrészt a vérzés mennyiségének csökkenésében, másrészt lefolyásának megrövidülésében mutatkozik. Az esetek egy részében a kóros havibajt egyébként kísérő kellemetlen tünetek enyhülését, illetve elmaradását is észleltük.

2. Tapasztalataink szerint az alkalmazás legcélszerűbb módja 50 *Collip*-egységnek, esetleg testsúly kg-ként 1 egységnek, kivételesen egyszerre 100 egységnek az



izomba fecskendezése, a vérzés első napjától naponként. A hatás átlag 3—4 befecskendezés után várható.

3. Ámbár a hormont mi is csak mint tüneti gyógyszer alkalmaztuk, mégis egyes esetekben tartósabb hatást észleltünk, amely valószínűleg a belső elválasztásos rendszer huzamosabb befolyásolása útján jön létre.

Mint hogy pedig a parathyreoidea hormonnal olyan esetekben is jó eredményeket értünk el, amelyeket előbb más gyógyszerrel nem tudunk befolyásolni, azért ezen hormonális kezelési módot érdemesnek tartjuk a nagyobb anyagon való kipróbálásra és a gyakorlatba való átvitelre.

**Irodalom:** 1. Allen und Goláthorpe: Endokrinologie. 1929. IV. kötet 2. szám. Eine Studie über den Gebrauch von Parathormon bei der Behandlung menstrueller Blutungen. (Referatum.) — 2. Bakács: A műtét utáni tetániáról és a parathyreoidea átültetésekről. (Sajtó alatt.) — 3. Bakos és Molnár: Orvosi Hetilap. 1931. 30. szám. Tüdővérzések csilapítása Calcium és Parathyral együttes alkalmazásával. — 4. Berencsy: Orvosi Hetilap. 1930. 23. szám. Parathyreoidea vizsgálatok. — 5. Bume und Werber: Wiener Med. Wochenschrift. 1931. 44. szám. 1444. oldal. Förderung der Blutgerinnung durch das Hormon der Parathyreoidea. — 6. Hajós: Orvosképzés. XXI. évf. 1. füzet 63. oldal. A mellékpajzsmirigyre vonatkozó kutatások gyakorlati eredményeiről. — 7. Pelláthy és Fernbach: Orvosi Hetilap LXXIII. évf. 15. szám. A mellékpajzsmirigy kivonat hatása a vérképre.

A m. kir. Ferenc József Tud. Egyetem Gyermekklinikájának közleménye.

## 11 hónapos csecsemő aleukaemiás myelosisa.

Irta: Varga Tibor dr.

A csecsemőkori leukaemia kifogástalanul észlelt eseteinek nagyobb része acut myeloid leukaemia, mely ugylátszik gyakoribb is. A többi néhány eset lymphoid leukaemia.

Míg a csecsemőkori leukaemia myeloid és lymphoid alakja — ritka volta dacára — jól ismert és pregnáns symptomái folytán könnyen felismerhető betegség, addig az aleukaemiás alakjai létezését — éppen nehezen diagnosztálható volta miatt és rendkívüli ritkasága folytán, — a különböző szerzők hosszú időn keresztül kétségbe vonták és tagadták, hogy a myeloid leukaemia mellett egy aleukaemiás myelosis is előfordul.

A betegség évekig elhúzódó, lassan fejlődik ki s élőben való felismerése gyakran a legnagyobb nehézségbe ütközik. Bár Hirschfeld önálló kórfornának tartja, mégsem lehet élesen elhatárolni a myeloid leukaemiától, különösen annak chronicus alakjától, mert vannak esetek, mikor az aleukaemiás alak myeloid leukaemiába megy át.

Az aleukaemiás myelosis bizonytalan, nem jellemző tünetekkel kezdődik. Rendesen átlalános gyengeség, étvágytalanság, halványság a panasz, mellyel a beteg az orvoshoz kerül. Vizsgálatnál a többé-kevésbé súlyos anaemián kívül a lépnek, májnak megnagyobbodása, bőr-és nyálkahártya-vérzések terelhetik a gyanút a vérképzőszervek megbetegedése felé. Bár ezen utóbbi tünetek főleg a betegség kezdetén sokszor hiányozhatnak, mint ahogy esetünkben sem észleltünk bőrvérzést, sem nyálkahártya-vérzést. A temperatura normalis, vagy rendetlen, nem jellemző hőmenetet mutat. A fehérvérsejtszám rendesen normalis, vagy éppen csökkent. A vörös vértetszám a normális alatti értéket mutat. A festődési index lehet 1, vagy egynél nagyobb. A kvalitatív vérkép lényeges eltérést nem mutat. Az eosinophilek és a basophilek száma rendes, myeloblastok és myelocyták nem, vagy csak ritkán találhatók.

Kórbonctanilag a betegség a myeloid szövetek burjánzásából áll, mely nemcsak a vérképző szervekben, hanem egyéb szövetfeleségeiben is előfordul. Egyes szerzők tagadják, hogy a kórfornában nyirokcsomók is résztvehetnének. De vannak kifogástalanul észlelt esetek (Lehndorff, Baar és mások), melyeknél — mint az alábbiakból kitünik — a mi esetünk is hasonló, a nyirokcsomókban a myeloid szövetek föl voltak találhatóak.

A csecsemőkori aleukaemiás myelosis általunk észlelt érdekes esetéről az alábbiakban számolunk be.

P. T. 11 hónapos csecsemőt 1931 V. 3-án azzal az anamnesissel vesszük fel a klinikára, hogy hat hét óta lázas, izzad, keveset köhög. Jó étvágya dacára állandóan és feltűnően fogy, bágyadt. Betegsége kezdetén többször is hányt. Egyhete hányásai megszűntek. Naponta 1—2-szer van rendes széke. 5 hónapos koráig kizárólagos nőitej táplálás, ekkor hozzátáplálást kezdenek el. Szülők egészségesek, tbc-t, lueszt negál. Két testvére közül az egyik tüdőgyulladásban halt meg, a másik él, egészséges.

Status: Közepesen fejlett, kissé lesaványodott fiúcsomó. Izom- és csontrendszer ép. Nagykutacs két ujjbegynyi területen tapintható. Bőre feltűnően halvány. Turgora kiskokban csökkent, tonusa fokozott. Arc duzzadt, szem körül, szemhéjakon oedema. Látható nyálkahártyák feltűnően halványak. Nyirokcsomók testszerte nagyobbak, nyakon, tarkótájékon lencsényi nagyok, hónaljárokban, lágyékhajlatban is jól kitapinthatók.

Idegrendszer, vérkeringési szervek, tüdők részéről eltérés nincs.

Nyelv kissé bevont, száraz. Száj-nyálkahártya ép. Vérzések nincsenek. Has kissé nagyobb a normalisnál, feszes. Léptompulat alsóhatára álló helyzetben a spina iliaca anterior superior magasságában. Lép sima felszínű, igen tömött tapintatu. Máj négy ujjnyival tapintható a bordaív alatt, éles szélű, sima, tömött tapintatu.

Széketlet hig zöldes, nem nyálkás. Vizelet: fehérvékémlés pozitív, geny nyomokban, üledékekben semmi kóros.

Temperatura: 36.9; testsúly: 7740 gr; fehérvérsejtszám: 18.000; vörösvértestszám: 2.900.000; haemoglobin: 45%; kvalitatív vérkép: Fi 2%, P 6%, K 23%, Mo-, Eo-, Ba, Ly 69%. Piquet, Ektebin neg. Intracutan 1/10 mgr és 1 mgr. Tubercullinnal negatív. Röntgenvizsgálat: negatív lelet. Wassermann reactio, Vidal, Bang agglutinatio negatív eredménnyel járt. Összvércolesterolin 180 mgr%. Pontos észlelésnél feltűnő volt a rendetlen és szabálytalanul ugráló hőmenet. Reggel 38, később láztalan, délután eclampsia, úgyhogy eleinte ezen a nyomon haladva, gyanunk malária fertőzés lehetősége felé terelődött. A többszörösen megejtett vizsgálat gyanunk alaptalan voltáról győzött meg.

A klinikán tartózkodása alatt nagy vonásokban a következő változások történtek állapotában:

V. 7. 100 cm<sup>3</sup> vértransfusio. Fehérje hol megjelenik, hol eltűnik a vizeletből. Üledékekben kóros elemek nem mutathatók ki. Oedema kisebb-nagyobb fokban megmaradt. Lép-, májtompulat változatlan. V. 10. Láztalan. Vizeletben fehérje eltűnt. Oedema csökkent. Májtherápiát kezdünk. V. 25. Temperatura 38.5. Kisfoku oedema az arion. Vizeletüledékben semmi kóros. V. 28. Vizeletben fehérje. Oedema fokozódott. Máj-, léptompulat változatlan. V. 30. 50 cm<sup>3</sup> vértransfusio. Vizeletben fehérje opalescal. Lázas. VI. 2. Léppunctio. A punctatumban kóros sejtes elemek nem találhatóak. Perhepar. inj. VI. 10. Próbaexcisio. Perhepar. inj. elmarad. VI. 17. Láztalan. Vizeletben fehérje opalescal. VI. 20. Első therapiás Röntgen lépbesugárzás (1/3 H. E. D.). Máj-, léptompulat változatlan. VII. 7. Második therapiás Röntgen lépbesugárzás. Máj-, léptompulat változatlan. VII. 12. Szülők kívánságára hazaadjuk.

A testszerte mindinkább növekvő nyirokcsomók egyikét (kb. babnyi) a tarkótájáról histologiai vizsgálat céljából eltávolítottuk. A nagyobb, babnyi nyirokcsomónak jelzett szövetdarab metszslapján befűződés által két karéjra osztott. Makroszkoposan semmi feltűnőbb. A metszetekben azonban azt látjuk, hogy a szövetdarabka valóban két nyirokcsomónak felel meg. Feltűnő, hogy mindkettőnek csak a széli részén találunk nyirokcsövet. mivel az egész belső rész kicsiny, olykor megvastagodott falu arteriáktól átjárt tömött, rostos kötőszövet foglalja el. A kötőszövetet diffuse lymphocyták szűrlik be. Ezen középponti heges részt körülvevő nyirokcsövetben jól felismerhetők a nagy csiraközponthoz hasonló

nyirokfolliculusok, a keskeny velőállománynak megfelelő részben azonban a nyirokcsomó szerkezete elmosódik. A reticulo-endothel sejtek igen puffadtak s a nyiroksinuszokat a csontvelőre emlékeztető idegen szövetfeleség tölti ki. Az itt látható nagy egymagvu, eosinophil, vagy basophil, vagy haematoxilin-eosinnal festett metszetekben szemcsézettséget nem mutató sejtek csontvelői eredetűnek tisztázása végett azonnal peroxidase kémlést végeztünk, mely positiv eredményt adott. (Gerley dr.)

A vércépben poikilocytosis, anisocytosis, kisfokú polychromasia, egyes vizsgálatoknál egy-két magvas vörösvérsejt észlelhető, myeloblastok, myelocyták egyetlen alkalommal sem voltak taláhatóak.

Differentiális diagnózis szempontjából szóba kerülő és chronicus fertőzés betegségek közül azokat, melyek esetünkkel kapcsolatban szóba kerülhettek, mint a fentiekből jól kitűnik, könnyen ki tudtuk zárni.

A kórtörténeti adatokat szövettani lelettel egybevetve, diagnózisunkat aleukaemiás myelosisra tettük, melynek csecsemő korban rendkívül ritka előfordulása és élőben oly nehéz felismerése teszi indokolttá és érdekessé az eset részletesebb ismertetését.

**Irodalom:** Benjamin: Jahrb. f. Kinderheilk. 1907. 65. k. — Baar: Jahrb. f. Kinderheilk. 1924. 104. k. — Hirschfeld: Berl. Kl. Wschr. 1905. 32. k. — Ortnier: Jahrb. f. Kinderheilk. 32. k. — Kaplan: Arch. f. Kinderheilk. 91. k. — Hanema: Zentrbl. f. Kinderheilk. 20. k. — Esp. Erling: Zentrbl. f. Kinderheilk. 24. k. — Oricco: Zentrbl. f. Kinderheilk. 23. k.

## LAPSZEMLE

### Belorvostan.

**Dijodtyrosin a Basedowkór kezelésében.** A. Schürmeyer és E. Wissmann. (Klin. Wochenschr. 1932. 16. szám.)

Harington és Randall két évvel ezelőtt mutatták ki a diodtyrosinról, hogy az a pajzsmirigynek normalis alkotórésze. Ők azt hitték, hogy ebből a vegyületből képződik a thyroxin, de ezt a feltevést a többi szerzők nem fogadták el. A diodtyrosinnak ugyanis állatkísérletben nincsen thyroxinszerű hatása; ellenkezőleg ha thyroxinnal együtt adjuk, úgy a thyroxin toxicus hatását bizonyos tekintetben paralizálja. Ebből az látszik következni, hogy a pajzsmirigy a thyroxin mellett diodtyrosint is választ el és a két secretum mintegy egymás kiegészítője. Ezen megfontolás alapján a szerzők megkísérelték Basedowkóros betegeknek diodtyrosint adagolni. A hatás szabályszerűen abban nyilatkozott, hogy a betegek anyagforgalma rohamosan csökkent, testsúlyuk növekedésnek indult, pulusszámuk kevesedett, közérzésük javult. Az alapforgalom a szer elhagyása után csakhamar ismét emelkedni kezdett, de ugyanakkor a közérzés nem romlik; újabb diodtyrosin-adagolásra az alapforgalom ismét csökken. Ezek szerint a diodtyrosin alkalmas közepesúlyos Basedow-betegek kezelésére; műtéti előkészítésre pedig sokkal megfelelőbb, mint a lugol-oldat, mert hatásosabb és mentes annak kellemetlen mellékhatásaitól. A diodtyrosin hatása a szerzők szerint nem tiszta jódhatás, ellenkezőleg valószínűnek látszik, hogy a lugol-oldat is csak diodtyrosin mobilisatioja révén hat.

Czoniczner dr.

**Peritonitis májcirrhosisnál.** Pistoris. (Deutsche Med. Wschr. 1932. 8. szám.)

Peritonitis purulentát három esetben talált májcirrhosisnál. A peritonitist más átfuródásos peritonitisektől elkülöníteni nem lehetett. A májcirrhosisnak előzőleg semmilyen klinikai tünete nem volt, azt csak a műtét, illetve obductio derítette ki. Oka az ascites secundaer fertőzése volt, valószínűleg haematogen úton. Kórokozóul egy esetben enterococcus, másokban streptococust mutattak ki.

Kleiner György dr.

**Vigantol túladag bevételének esete.** Wulfsohn. (Deutsche Med. Wschr. 1932. 8. szám.)

3 éves gyermek vigantolos üvegéhez hozzájutva, annak felét egyszerre kiitta, anélkül, hogy utána bármiféle leg-

csekélyebb tünet jelentkezett volna. A vigantolnak esetleges túladagolása ezek szerint semmi veszéllyel nem jár.

Kleiner György dr.

**Mikor alkalmazunk szénsavbelélegeztetést terápiás célból?** Hitzberger. (W. kl. W. 1932. 9. sz.)

A levegő CO<sub>2</sub> tartalma 0,03%, ha a belégzett levegő CO<sub>2</sub> tartalma 3%-re emelkedik, akkor az erős inger gyakorol a légzőcentrumra s a légzés szaporává válik. 6%-nyi CO<sub>2</sub> tartalmu levegő pedig igen erős hyperventillatiót hoz létre. 10%-nál a CO<sub>2</sub> narcoticus hatása: eszméletlenség, a légzőcentrum bénulása következtében apnoe keletkezik. CO<sub>2</sub> belégzés alatt vizsgálva a vért, a kötött CO<sub>2</sub> és az alcalireserve görbéje azonos marad, ellenben az arteriosus vér actualis reactioja savi irányban tolódik el.

Ebből az következik, hogy therapeuticusan két célt érhetünk el a szénsav belélegeztetésével: 1. a légzés szaporábbá és mélyebbé válását, 2. a szervezet megszavanyítását. Az első indicatio alapján alkalmazhatjuk tehát a légzés zavarainál: narcotizálás után, mesterséges légzés támogatására, világító gázmérgezésnél, ujszülöttek asphyxiájánál, sokknál, pneumoniaánál, sokáig tartó csuklásnál. Ilyenkor 3–6%-os CO<sub>2</sub> tartalmu levegőt lélegeztessünk be. A második indicatiót azon esetek képezik, amikor a savbásis egyensúlyt savi irányban kell eltolnunk. Asthma bronchiale roham előtt a vizelet gyakran alcalicus vegyhatásu, állatkísérletben rohamot nem is tudunk kiváltani, ha előzetesen savanyuvá tettük az állat véréit. Az emberi pathológiában is alkalmazhatjuk tehát a CO<sub>2</sub> belélegeztetést asthmás roham megszüntetésére. Szívműködés elégtelensége azonban contraindicatiót képez. Fischer-Wasels szerint carcinománál is alcalosis van, a tumorsejtek nem is tudnak fejlődni savanyu véreaciot mellett. Therápiásan tehát célszerű a véreaciotjának savanyu irányban való eltolása. Szívbetegknél a salyrgan hatás támogatására ismert dolog a savanyítás, CO<sub>2</sub> hatásra a venosus ér-hálózat, különösen a splanchnicus területen összehúzódik. Prompt megszüntethető a hyperventillatiós alcalosison alapuló tetánia is a CO<sub>2</sub> belégzéssel létrehozott acidosisal. Ugyanígy eredetű a bőséges gyomornedvhiányás után létrejött u. n. gyomortetánia is.

A CO<sub>2</sub> belélegeztetést legcélszerűbb légzőkészülékkel végezni, ahol a CO<sub>2</sub> %-a ventilcsappal biztosítható.

Egedy Elemér dr.

**Impletol injectiok izomrheumatismusnál.** Schlegelmilch. (Deutsche Med. Wschr. 1932. 10. szám.)

Izomrheumatismusnál impletol injectiok legtöbbször azonnal használnak. A szert direkt az izomba adják, legtöbbször 3–4 napon át naponta adott 2 cm<sup>3</sup> elegendő, súlyosabb esetben naponta több is adható. Az impletol novocain és coffein combinatioja, hatása valószínűleg az izomcontractiok oldásán alapul.

Kleiner György dr.

**A syphillis serológiájához.** Meinicke. (Münch. Med. Wschr. 1932. 10. sz.)

Szerző a koppenhágai és montevidoi nemzetközi serologiai conferentiák tapasztalatai, valamint saját, az utóbbi időben folytatott összehasonlító vizsgálatai alapján arra a megállapításra jut, hogy a modern praecipitatio luesreactiókkal (Kahn reactio, „Meinicke Klärungsreaction II.”, „Müller Ballungsreaction”) a lues serodiagnostikája praecipitatio és specificitás tekintetében bizonyos csúcspontot ért el, melyen túl a specificitás veszélyeztetése nélkül a praecipitatio reactiók már nem igen fejleszthetők tovább. A különböző praecipitatio reactiók között néha mutatkozó különbségek csak quantitativnak, tehát relativnak tekinthetők. Valamely luesgyanus eset diagnostikus és therápiás elbírálásánál a jövőben a Wassermann reactio eredménye helyett a „Meinicke Klärungsreaction II.”-vel és Kahn „Praesumptiv Test”-jével nyert vizsgálati eredményeket kell döntő jelentőségűnek elfogadni.

Dvorák dr.

**A gelatinamegterhelés, mint klinikai májfunctio-próba, valamint viszonya a modern májdiagnostikához.** Mancke és Rohr. (Dtsch. Arch. Klin. Med. 172. k. 3. f.)

A májmegterhelést gelatinával és vízzel végezték. A functiozavar mértékéül az alimentaris hyperaminoaciduria szolgál. Hogy a fokozott diuresis okozta hyperaminoaciduriát elkülönítsék az alimentaristól, megfelelő vízmegterhelést végeztek.

Egészségeseknél az összes amino-N kiválasztása és a kiválasztott vizelet mennyisége párhuzamosan mozog. A vizelet concentratioja ezalatt csak szűk határok között változik. Gelatina-vízmegterhelés után kisfokú concentratioemelkedést láttak, ami az egészségesek alacsony alimentaris

hyperaminoaciduriájának a jele. A megfelelő vízmegterhelésnél a vizelet concentratioja megközelítőleg constans marad.

Icterus catarrhalis gravisban gyakran találják spontán hyperaminoaciduriát. Gelatina-vízmegterhelés után — az egészséggel szemben — kifejezett alimentaris hyperaminoaciduriát figyeltek meg. Könnyű esetekben, emelkedett vizelet amino-N nélkül, megterhelés után szintén fellép a hyperaminoaciduria. Fokozati különbségek állapíthatók meg az icterus ezen esetei és az acut májsorvadás között.

Manifest portapangás tünetei nélkül járó különböző formájú májcirrhosisokban alimentaris hyperaminoaciduria áll fenn, mely a cirrhosis fejlődési szakának megfelelően különböző nagyságot ér el. Insulin-gelatina-vízmegterhelés és gelatina-vízmegterhelés összefoglaló megítélése a májcirrhosis korai megítélését segíti elő.

Molnár István dr.

## Szemészet.

**A chronicus uveitisek aetiológiájáról.** C. Rosenow és C. Nickel. (Americ. Journ. of Ophth. 1932. jan.)

A chronicus uveitisek aetiológiájában nagy szerepet tulajdonítanak a focalis infectióknak. Rosenow vizsgálatai szerint a tonsillákból, fogakból, prostatából, cervix uteriből kitenyészett bacteriumokkal nyulakon 48%-ban sikerült uveitist előidézni. Chronicus uveitisekben szenvedőknél különösen a fogakra kell tekintettel lenni; gennyes fogak eltávolítása után sok esetben meggyógyult az uveitis. Az ilyen uveitisek egyénből kitenyészett bacteriumokkal állatokon ugyancsak uveitist tudott előidézni. Rosenow szerint a streptococcusok hatásának electiv localisatiója van: az iritis betegek szeméből kitenyészett streptococcusok állatokon iritist, a cholecystából kitenyészett bacteriumokkal cholecystitist stb. tudott előidézni.

Weinstein Pál dr.

**A keratitis parenchymatosa pathogenesise és therapiája.** A. Löwenstein. (Klin. Monatsbl. f. Aug. 1932. márc.)

Tárgyalja a keratitis parenchymatosa és k. tuberculosa közötti differentialdiagnosist és pathomechanismust. Keratitis tuberculosánál először episcleritis van jelen és azután terjed rá a folyamat a corneára; keratitis parenchymatosánál rendszeren találunk ép zónát az elszűrült cornea és a limbus között. A két folyamat kórszövetében is határozott különbség van, amennyiben k. tuberculosánál az erek intimájában megtámadva, míg k. parenchymatosánál az adventitiában találjuk meg a lueses elváltozásokat. Mindkettőnél táplálkozási zavart szenved a cornea és elhomályosodik. Keratitis parenchymatosánál főként a pericorneális erek betegszenek meg (epoulettszerű ereződés); rendszeren a másik szem is megbelegszik, amit sokan anaphylaktikus jelenségnek tartanak. Minthogy a k. parenchymatosánál a vérellátás zavara dominál, tehát a therapiában az activ hyperaemizáló szereket kell localisan alkalmaznunk; meleg borogatás, dionin, higany kenőcs masszálás, röntgen besugárzás. Ajánlja prophylaktikusan a másik szem besugárzását is.

Weinstein Pál dr.

**A leukaemiás funduselváltozások.** W. Kreibitz. (Zeitschr. f. Augenh. 1932. márc.)

Nevezett elváltozások különfélék. Egyszerű vénás pangástól a súlyos retinitis kórképéig sok átmenetet találni. Typikus a fundus leletben a kicsiny, fehér retinitises göcök vérzéses udvarral, vagy a kitégült ereknek sárgás elszineződése, amely gyakran az egész fundus színében feltűnő. A papilla lehet normalis, de mutathatja a súlyos pangásos papilla képét. Nagyon nehéz ilyenkor a szemfenéki lelet alapján differentialdiagnosist alkotni az agytumor és a leukaemia között. Egy esetét közli, melyben lymphaticus leukaemia volt jelen nagy subduralis infiltratummal a középső koponyascalában; mindkét szemben pangásos papilla fejlődött ki, majd ideghártyavérzések, kis retinitises göcök, a macula luteán csillagalakú elváltozások. Az irodalmi adatok szerint sok leukaemiás betegnél a liquornyomás emelkedett. Szerző szerint a leukaemiás fundus elváltozások két componensből tevődnek össze és pedig egyrészt a fokozott agynyomás távolhatásából, másrészt a retinán keletkező localis elváltozásokból.

Weinstein Pál dr.

**A könnymirigy belső elválasztásáról.** D. Michail és P. Vancea. (Arch. f. Ophthalm. 1932. febr.)

Általuk kidolgozott eljárással extractumot készítettek a könnymirigyből és vizsgálták annak physicalis-chemicalis tulajdonságát, pharmaco-dynamicai hatását a szívre, erekre, vesére, általában izolált szervekre, a liquor és vér összetételére, légzésre, sima izmokra, anyagcserére, a sebgyógyu-

lásra, növekedésre. Úgy találták, hogy a hatóanyag két componensből tevődik össze, melyek közül az egyik a béka-szívre, mint cardiotonicum, a másik mint depressor hat; az első az oxydatiós folyamatokat gyorsítja, a második lassítja. Izolált vese és lép izomszövetét az extractum contrahálja; a liquornyomás emelkedik, a légzés amplitudója növekszik, de frequentiája csökken, ami a légzőcentrumra való közvetlen hatás mellett szól. Az extractum a chloridok kiürülését fokozza, kifejezett hypocholesterinaemiát okoz, a szövetek víztartalmát csökkenti, a vér pH-t emeli, a sebgyógyulást elősegíti, az állatok növekedését gyorsítja. A könnymirigy belső elválasztására ezekből a kísérletekből határozott következtetést nem von, de utal Wessely vizsgálataira, melyek szerint a könnymirigy kiirtása után a szemüreg térfogata csökken és a bulbusé nő, ami felveti a lehetőségét a könnymirigy localis, physiologiás hatásának.

Weinstein Pál dr.

## Gyermekgyógyászat.

**Az empyma conservativ kezelése.** Lewkonitz. (Monatschrift f. Kinderheilkunde. 52. k. 1—2. füzet.)

Szerző minden esetben az empyma zárt kezelését s a pleura széles feltárását, mint ultimum refugiumot említi. Specificus activ immunisálás és specificus serum helyi alkalmazásának eredménytelenségét a genyes exsudatum erős aciditása okozza, mely a specificus antitestek bacteriolyticus hatását majdnem lehetetlenné teszi. Az exsudatum aciditásának megszüntetése legjobban elérhető punctiók, az exsudatum lebocsátása révén, mikor a gyulladt mellhártyából „ex vacuo” friss, gyengén alkalicus vérplasma kerül a mellüregbe. Szerző ajánlja a mellüregnek physiologiás konyhasó-oldattal való többszöri kiöblítését.

Kálmán Krisztina dr.

**Egyszerű eljárás a vizeletcukor quantitativ meghatározására.** R. Herzfeld. (D. M. W. 1932. 14. szám.)

Szerző a vizeletcukor quantitativ meghatározására konstruált glycuraktornak nevezett készüléket írja le. A cukor meghatározás alapja a reductio. A készülék 1 pontosan calibrált pipettából 2 calibrált reagenscsőből és 1 füves standard rézoldatból (reagens) áll. A reagenscsőbe a jelleg reagenst öntünk és forralás közben a pipettával cseppen-kint adjuk hozzá a vizeletet, amíg az eddigi kék szín sárga színbe csap át. Az elfogyott vizelet cseppszámából a mellékelt tabella segítségével %-ban kapjuk meg a cukor mennyiségét.

Szerző, mint a gyakorlat számára elegendő pontosságú, egyszerű, gyors és olcsó módszert, glycuratorának alkalmazását ajánlja.

Dudás Pál dr.

**Egészséges gyermekek alapanyagcseréje.** A pubertas reactio. Topper és Mulier. (American Journal of Diseases of Children. 43. kötet, 327. old.)

Szerzők 28 lány és 10 fiú alapanyagcseréjét tanulmányozták a pubertas előtt, alatt és után. Közvetlen a pubertas előtt az alapanyagcsere 10—16%-kal fokozódik, ez az emelkedés megmarad a pubertas alatt is, majd utána a normalértékre tér vissza. Klinikailag egyeseknél a pajzsmirigy megnagyobbodott, tremor, idegesség, tachycardia jelentkezett a pubertas alatt, mindezek a tünetek a pubertas után megszűntek. A gyermekek physiologiás alapanyagcseréértékét a pubertas korában nehéz alkalmazni a fokozott anyagcsere miatt.

Csapó dr.

**Az újszülöttek congenitalis syphiliséről.** Dunham. (American Journal of Diseases of Children. 43. kötet, 317. oldal.)

A 4 kereszties positiv Wassermann mutató anya gyermeke syphilismentes lehet még akkor is, ha az újszülött Wassermannja az élet első napjaiban positiv. Ilyen esetekben az újszülött positiv Wassermannja onnét származik, hogy az antitestek az anya véréből átmennek a magzat vérébe anélkül, hogy a magzat syphilis lenne. Ezen úgynevezett pseudosyphilis és a valódi syphilis elkülönítése végett célszerű az újszülött véréet többször megvizsgálni s ha a positiv Wassermann gyengül vagy negativ lesz, úgy pseudosyphilissel állunk szemben s az antilueses kezelés felesleges. Kifejezett lueses klinikai tünetek mellett a kezelést akkor is meg kell kezdeni, ha a csecsemő vére Wassermann negativ.

Csapó dr.

## Urologia.

**A trigonalis izomzatra vonatkozó további kutatások.** R. E. van Duzen, M. W. Looney. (The Journ. of Urol. 27. k. 2. sz.)

A női hc.yagizomzat és beidégzés beható ismertetése után a m. trigonalis működési zavarából származó vizeleti

zavart — pl. cystokelénél — a következő módon magyarázza: normalisan a trigonalis izom contractioja nyitja meg a sphinctert a vizelés megindulásakor; a trigonalis izom laesioja folytán ezt nem izommunka, hanem fokozott intravesicalis nyomás végzi, ugyanezen azonban vongálja és gyengíti a trig. izmot, miáltal ez physiologiás működését mindig kevésbé képes kifejteni. Ilyenkor epinephrin (*Young, Macht*) a m. trig. fokozott contractioja és a funduszomzat elerjesztése által átmenetileg kitűnő hatású. Szülés után a laedált trig. izomzatot működésében segíteni kell addig, míg a restitutio be nem következett; ez pedig *sphinctertágítás* útján lehetséges. Idült esetekben urethrotomia int. után végezzük a tágitást. Incontinentia sohasem következik be. Kis vagy recidiváló cystocelénél *Mattes* szerint a cystocele területén a nyálkahártyát elektrocoaguláljuk. Egyes esetekben a belső sphincterből V alakú darabot metszünk ki. A *Bell*-izom szakadásánál, ha a csonk a sphincter int.-ba retrahálódott, a csonkot coaguláljuk. Pessarium viselése hasznos lehet.

Műtéti beavatkozás, mely nem operatív kezelés sikertelensége esetén azonnal elvégzendő, lehet: 1. Fasciaktatózás közvetlenül a sphincter int. alatt és 2. uterusinterpositio (*Bovee-műtét*). Ha a cystocele a Mercier-redő mögött van, bármely cystocele-műtét megfelelő, ha előtte van, a műtéti eredmény a m. trigonalis állapotától függ.

Sas Lóránt dr.

**A trigonalis túltengés klinikai jelentősége.** W. A. Frantz, H. E. Landes. (The Journ. of Urol. 27. köt. 2. sz.)

A trigonalis izomzatnak fontos szerepe van a vizelési actus megindításában, azáltal, hogy contractioja folytán a nálánál gyengébb izomrostokból álló sphincter int.-t megnyitja. Bizonyítja ezt, hogy 1. bizonyos elzáródások esetén túlteng, hogy 2. tenesmusnál erőlyesen contrahálódik (cystoskopos megfigyelés) és 3. laesioja vagy operatív eltávolítása esetén súlyos vizelési nehézség lép fel. A sphincter int. — kivéve vizelés közben — szorosan zárva van a detrusor tónusa által. Vizeléskor a detrusor trig. izom együtt contrahálódik s ez a sphinctert megnyitja oly módon, hogy a trigonalis izom rövidül, szélesbedik, miáltal a sphincter hátsó felté kitágítja s így az orificium  $\Delta$  alakú nyílást képez. A m. trig. túltengése természetesen következménye a fokozott munkának, mely mechanikus akadály folytán a trigonumra hárul. Különösen jellemző ez az orif. hátsó quadransában felépő akadály (pl. hólyagnyakcontractura) esetén. Ez utóbbi elváltozás prostatitisnél s ezzel kapcsolatos fibrosissal lép fel, mely jellemzően az orif. hátsó negyedére localisált. Hosszabb fennállás után ilyenkor kis heges prostata mellett nagy residuum és detrusor + trig. túltengés jelentkezik. Ugyanezt látjuk a záróizom medialis részének rákos beszűrődése, valamint prostatoközleplebenytúltengés esetén is. E három elváltozás eszerint kizárható, ha trigonalis túltengés nincsen jelen.

Eles ellentétben áll ezzel a prostata oldallebenytúltengése által okozott vizelési zavar, mikor elongált és comprimált hátsó hügcső mellett a vizelési zavar aránylag csekély és inkább időnkint fellépő totalis retentioban nyilvánul meg, mely egy-két csapolás után eltűnik s a vizelés ismét majdnem normalis lesz. Ilyenkor, valamint hügcsőszűkületnél és a hátsó hügcső vesezületet billentyűlínél a detrusor túlteng, de a m. trigonalis hypertrophiája soha sincs jelen.

Sas Lóránt dr.

**Észrevételek a hügydesinficiensek hatékonyságáról.** W. Heckenbach. (Zschr. f. urol. Chir. 34., 3—4. füz.)

*Lichtenberg* szerint a hügyutak lobos megbetegedéseinek conservatív kezelésére használt gyógyszerek három csoportba oszthatók: 1. A megbetegedés által okozott anatómiai elváltozásokat javító; 2. pathologiás és physiologiás zavarok megszüntetését célzó gyógyszerek; és végül 3. melyek a vizelet fertőzését vannak hivatva leküzdni. A hügyutak fertőzésénél el szokták hanyagolni a parenchymaelváltozásokat, melyek pedig gyakran a fertőzés fészékét képezik. A második csoportba tartozó görcsös állapotok megszüntetésére számos gyógyszerünk van. A szerző elsősorban a hügydesinficiensekkel foglalkozik. Gyógyszerrel itt is bőven rendelkezünk, de tudni kell azt, hogy valamennyi hatástalan, ha valahol pangás van a hügyutakban. Nagy különbséget látunk ezen szerek bacteroid hatásában, ha in vitro, vagy in vivo vizsgáljuk azokat. A régi felfogás, hogy az urotropin csak savi közegben hat, nem teljesen helytálló; közömbös, sőt alkalikus közegben is hat, fontos azonban, hogy adagja legalább napi 3 gr legyen. Az intravenás ut feltétlenül előnyösebb s a befecskendés után 5—15 percre már megkezdődik az urotropin kiválasztása, mely rendszeren 24 óra alatt be is fejeződik. A neosalvarsan, mint hügydesinficiens meglepő jónak bizonyult főleg coccus-infectióknál, savanyítja is a vizeletet és távolthatása is előnyö-

sen érvényesülhet. Septicus betegségeknel gyakran acidosis mutatkozik a vérben, főleg localisan a lobos területek nedveiben, ez a jelenség teszi érthetővé az urotropin jó hatását ilyen esetekben. Hiba az is, hogy a gyakorlati vizsgálatokat egészséges szerveken végzik, viszont sokszor függ a gyógyszer hatása attól, vajjon ki tudja-e azt a vese megfelelő koncentrációban választani. Ugy a pangás, mint a hügyvezető utak spasticus állapotai erősen csökkenthetik a desiniciens értéket konkrét esetekben. Ha mindkét vese gyengén működik, a desiniciens soká visszamaradhatnak a szervezetben, az az egyes szervekben depot találnak, pl. acridin festékek a bórben. Ha az egyik vese beteg, a gyógyszer javarészt a compensáló ép vese választja ki, tehát azt a szervet kerüli el a gyógyszer, melynek éppen szűksége volna rá. Jó példa erre a jelenségre az iv. pyelographia. Dacára annak, hogy a hügydesinficiensek sterilisáló hatása nem vitás, nem érzük el velük a kívánt eredményt, mert hatásuk nem csupán a gyógyszer physikai és chemiai tulajdonságaitól függ, hanem a hügyzervek pathologiás és physiologiás elváltozása, a vizeletelválasztás megváltozása, a vizelet kiürülése és a compensatoricus veseműködés is befolyásolja azokat.

Ilyés Endre dr.

## KÖNYVISMERTETÉS

**A gyomorfekély felismerése és gyógyítása.** Irta: Szerb Zsigmond. (Szöllősi Zsigmond kiadása, Budapest.)

*Szerb Zsigmond* e könyvecskéje oly kórképpel foglalkozik, amely feltűnő gyakorisága és ezzel szociális jelentősége révén a tudományos szakirodalomban joggal közkedvelt téma. Alig néhány hó előtt jelent meg *Kalk* monographiája, amely az ulcus-szal tudományos szempontból foglalkozik és *Mattison* műve, amely viszont túlnyomóan az ulcus statisztikai számadatait hozza. *Szerb* könyve egészen más célt szolgál. Ahogy a bevezető ajánló sorokból kiderül, szerző e munkáját a vidéki gyakorlóorvosnak szánta, akinek mostoha viszonyok között, sokszor Röntgen- és laboratóriumi-berendezés segítségével nélkül kell nap-nap után dönteni gyomorbeteg panaszai, s azoknak esetleges ulcusos eredete felett.

Az ulcus-diagnostika sarkpontja kétségkívül a Röntgen-vizsgálat; azonban éppen az ulcus klinikuma is igen sok jellemző és értékes adatot tárhat elénk. A gyakorlóorvos e tudnivalókra kioktatni hálás feladat. E feladatnak azonban csak az felelhet meg eredményesen, akinek személyes tapasztalatai biztos alapokon nyugosznak, tehát aki a közönségesebben vett tünetek valódi jelentőségét kórházi osztályon, Röntgen- és secretiós-vizsgálatokkal, terapiás eljárások megítélésével stb. hosszú évek során ellenőrizhette. *Szerb Zsigmondnál* ezek az előfeltételek adva vannak s dicseret illeti, hogy gazdag tapasztalatait bőkezűen, minden áltudományosságtól mentesen s mégis a tudományos műveltség és olvasottság minden kellékével ékesen bocsájtja rendelkezésre. Különös értéke a könyvnek az a szerencsés megválasztott hangnem, amellyel az író mintegy cseveget vezet végig az olvasót még az oly nehéz és bonyolult fejezeteken is, aminő pl. az ulcus sokat vitatott pathogenesisének a kérdése. Rá kell azonban mutatnunk, hogy bármily népszerű is a mű hangja, tartalma nem az; betegségek felismerése és gyógyítása nem az a tárgykör, amely a nagyközönség elé való; nem helyeslehet tehát, hogy ez egyébként pompás mű napilapok hasábjain mint a laikus közönségnek is ajánlható olvasmány hirdettessék.

Gerlóczy G. dr.

**Anyák iskolája.** Fekete Sándor. (Orsz. Stefánia Szövetség kiadványa. 1932. 104 old. Ára: P 1.50.)

A külföldi, különösen német irodalomban nagyon sok népszerű nyelvvezető könyv van forgalomban a csecsemők gondozásáról és táplálásáról. Hazai szerzőktől is több jó munka jelent meg magyar nyelven. Azonban a szerző, ki mint a Stefánia Szövetség igazgatója főorvosa a csecsemő-halálozás elleni küzdelemben igen hathatós és értékes munkásságot fejt ki, ezek dacára sem végzett fölösleges munkát. Olyan könyvet írt u. i., melynek minden során meglát-szik nemcsak a tárgy iránti odaadó szeretet, hanem az is, hogy évek hosszú sora óta előadásokat tart védőnő-nővédeknek ebből a tárgykörből. Különös érdeme, hogy kiterjeszkedik nemcsak a csecsemő táplálására, gondozására, fejlődésére és betegségeire, hanem a kisdédere és a nagyobb gyermekére is és ami fölülte fontos, nagyon érthető, könnyed stílusban, áttekinthetően és végtelen lelkesedéssel. Nagyon emeli a könyv didaktikai értékét a sok igen ügyes Sz. F. jelzésű rajz; rajzolójuk megérdemelné nevének teljes feltüntetését. Ha egy-két apróságtól eltekintünk (pl. vaját két

éven alul nem ad, vagy egy hónapon aluliaknak egyharmados tejet), melyben alulirotnak a gyermekorvosok többségével más az álláspontja, örömmel kell üdvözlőnk a munkát, amely megérdemli, hogy minél több magyar anya tanuljon belőle és az is nagy haszonnal forgassa, aki csecsemő és gyermek gondozásával hivatásszerűen foglalkozik.

Flesch Armin dr.

**Perkussion, Auskultation und Palpation der Brust-, und Bauchorgane.** L. Dünner und E. Neumann. (Urban und Schwarzenberg kiadása 1931. 3.20 Mk.)

151 oldalra terjedő és a gyakorlati vizsgáló eljárásokat tárgyaló könyvükben szerzők a mellkasi és hasi szervek fizikális vizsgáló eljárásainak igen tanulságos összefoglalását nyújtják.

Ez a kis könyvecske úgy az orvostanhallgató, mint a gyakorló orvos részére nagyon jó áttekintést nyújt és tisztá stílusával könnyen érthetővé teszi a fizikális vizsgáló eljárások kapcsán nyert adatokat. A tüdő kopogtatási vizsálatnál a caverna tünetek közül a legfontosabbat azonban, a szakadozott Wintrich tünetet nem tárgyalja, mely viszont a legbiztosabb cavernatünet képviselője. Igen ügyesen és tabellarisan csoportosítja a pneumothoraxok elkülönítő fizikális vizsgáló jeleit.

A szív organikus és anorganikus zörejeinek beosztása, valamint a zörej keletkezésének fizikális magyarázata igen érthetően van tárgyalva, nemkülönben a rythmus zavarok csoportja is, mely a kezdő klinikus (orvostanhallgató) részére is nagy könnyebbséget jelent. A hasi szervek vizsálatára vonatkozó fejezetben igen ügyesen csoportosítva találjuk a palpato, inspectio valamint a percussioval nyert adatokból vont következtetéseket.

A gyakorló orvos számára is igen hasznos kis könyv. A fizikális vizsgáló módok tárgyalásával sokkal tüzetesebben foglalkozó magyar diagnostikai könyvek azonban értéken felette állanak.

Schaffler dr.

**Gynäkologische Operationslehre.** Prof. Dr. Josef Halban. (Urban und Schwarzenberg. Wien. 1932. Ára füzve 37.50, kötve 42 Mk.)

Halban e mindössze 448 oldalra terjedő nőgyógyászati műtéttanban nem tárgyalja a nőgyógyászatban előforduló összes műtéteket, hanem csak azokat ismerteti, amelyeket általános érvényűnek, vagy saját évtizedes tapasztalata alapján arra alkalmasnak tart.

Az általános részben röviden, de világos szabatsalaggal írja le a műtetre való előkészítésnek, az érzéstelenítő eljárásoknak, a beteg elhelyezésének, a has megnyitásának s az utókezelésnek módzatait. Csak azt mondja el, amit saját tapasztalatai alapján gyakorlatilag megfelelőnek s ajánlandónak tart. A részletes részben különös előszereettel s részletesen tárgyalja a hüvelyi-, valamint a saját maga által szerkesztett műtéteket. Nagyon sajnálatosnak tartja, hogy a fiatalabb nemzedék a hüvelyi műtéteket elhanyagolja, pedig a nőgyógyászatnak éppen a műtétek ezen alakját kellene elsősorban gyakorolnia. Halban kezdetől fogva a hüvelyi műtétek mellett foglalt állást, s azt is végzi mindazon esetben, hol szövödmények állanak fenn a tüdő, a szív részéről, avagy hol igen hájas, nagyon vérszegény, vagy idős asszonyokat kell operálnia. Minden egyes fejezetben rámutat a hüvelyi megoldás javalatára s ismerteti annak technikai kivitelét. Részletesen foglalkozik a méhrák gyógykezelésével s itt a hüvelyi megoldás mellett tör lándzsát. A javalat felállítására, a műtét technikai megoldására vonatkozólag a könyv minden egyes oldalán értékes tanácsokat találunk, melyek mind, egy munkában eltöltött orvosi élet exact megfigyeléseiből leszárt tapasztalatok, s amelyekből nemcsak a kezdő, de — sőt legfőképpen — a már kiforrott műtő meríthet igen hasznos útbaigazításokat. A határtudományok közül a hugyutak és a bél sebészetét ismerteti. A nyugodt, előkelő, szabatos és világos nyelvezet élvezetes olvasmánnyá avatja e 398 művészi kivitelű, részben színes ábrával illusztrált kiváló munkát.

Salacz dr.

## A Budapesti Kir. Orvosegyesület május 6-i ülése.

### Bemutatás:

1. **Sebestyén Gy.:** *Néhány Graf-műtét (selectiv thoracoplastica).* A Graf-féle eljárás lényege egy selectiv hatású partialis thoracoplastica. A eljárás indicatioja összeesik az extrapleurális plombage indicatiojával: stationär apicalis és subapicalis cavumok megoldása. Az extrapleurális plombageval szemben az előnye az, hogy nem kerül a szervezetbe idegen anyag s főleg hogy a plombage hirtelen compressió

hatásával szemben a lassú zsugorodásnak a lehetőségét adja meg. Bemutatónak 36 esetben volt alkalma elvégezni. Az eredmények az extrapleurális plombageival szemben sokkal jobbak.

**Winternitz A.:** A merev német álláspont szerint eddig egy csücs caverna kiiktatására a mellkasfél totalis szükítését kellett végezni és kiiktatták az ép alsó tüdőszakasz is. A jelen eljárás francia eredetű és a németek most mutatnak feléje közeledést. Az eredmények azt mutatják, hogy ez eljárással a felső thoraxszakaszt meg lehet szükíteni anélkül, hogy az alsó szakasz bordáit bántani kellene. A franciák azt mondják: vertikális irányban spóroljunk és vízszintes irányban vegyünk el minél többet.

**Nádor-Nikitits I.:** Graf-műtét indikált, ha a felső lebeny nem mutat subacut folyamatot. A legnagyobb nehézség annak megállapítása, hogy a felső lebeny megnyugodott-e, amit sem a Röntgenkép, sem a laboratoriumi vizsálatokkal nem lehet eldönteni. A vérzésnélküli izolált cavum esetek leginkább alkalmasak a Graf-műtetre, de mi történjék a beteggel, míg a cavum és a körülötte levő rész feltszítul. A jövő feladata lesz präventiv eljárást találni, míg a Graf-műtét keresztülvihető.

2. **Flesch A.:** *Bronchitis fibrinosa esete.* Egy ötéves fiú, ki egész télen gyakran szenvedett influenzában, négy hó előtt hirtelen köhögni kezdett és azóta állandóan ürít csöszszérű álhártyákat. Diphtheriás eredetű bronchitis crouposát ki lehetett zárni, mert a torok-, orrvládéknak és az álhártyáknak ismételt vizsálatára Löffler-bacillusra mindig negatív volt. Ellene szólt a gyermek kitünő közérzete, a néhez légzés teljes hiánya és a folyamat elhúzódó volta. Az összecsomósodott álhártya minden kíséző köpetrésznélkül ürül ki köhögés közben és látszik rajta a hörgők faszzerű elágazódása. A szövettani vizsálat tisztán fibrinből állónak mutatja, eosinophilsejtek nincsenek benne s a vérben cincos eosinophilia. Így az eset *bronchitis fibrinosa chronica*, mely felnötteken is, de különösen ilyen fiatal korban szerfelett ritka. Oka ismeretlen. Tartama bizonytalan.

**Bökay J.:** A bemutatott szép eset nézete szerint is kétségtelenül u. n. idiopathiás, vagyis genuin bronchitis fibrinosa. Az ismételt negatív bacteriologiai lelet mellett kizárja a diphtheriás eredetet a felette hosszas lefolyás (négy hónap) s a folyamatnak állandóan localisált volta az alsó és legalsóbb hörgőágakra.

**Tüdös E.:** Néhány év előtt bemutatott egy 2 éves gyermeket, ki 3 nappal a felvétel előtt 37.5° C. köhögéssel, nehezített légzéssel betegedett meg. A két nappal később történt felvételnél a gyermek cyanoticus, pulsusa 180—200, hőmérsék 37.8, j. o. hátul alul tompulat. Az esetet csak a sectio tisztázta. Az eset azért is érdekes, mert 2 éves bronchitis fibrinosa esetről az irodalomban nincs adat.

**Hainiss E.:** Bronchitis fibrinosa acut eseteit volt alkalmával egyes súlyos grippejárványok alkalmával észlelni, amelyeket grippe croup név alatt ismertettek 1919-ben. Ezek jelentékeny részében a legapróbb bronchusokban mutatkozott fibrines álhártyaképződés, ennek folytán a legsúlyosabb grippe szövödmények közé sorolhatta.

### Előadás:

1. **Kelemen György:** *A felső nyelöcsőszáj zárásáról.* A budapesti II. sebészeti klinikán a betegek hosszú során készült átjárhatatlan szükület miatt nyelöcsőplasztika Bakay professor szerint. Az itt referált kísérletek olyan betegekkel történtek, akiknél a bal kulcsfont felett kivarrt nyelöcsőcsont nyitott szájat mutatott, azonkívül olyanokkal, akiknek teljesen kész plasztikája hosszabb idő, részben már évek óta kifogástalanul működött. Kitént, hogy a felső nyelöcsőszáj zárásához, ha alulról jövő behatással kell szembezállania, az szükséges, hogy csösalakú, zárt folytatás következék a felső száj alatt: lehet ez úgy a természetes nyelöcső, mint a plasztika antethoracalis bőrcsőve. Ez a jelenség nem mulhatik tisztára ideges reguláción, mert akkor is visszatér a záróképeség, ha a plasztika folyamán kereszte metsződött a nyelöcső. A zárás oly erős lehet, hogy hányáskor akadályt képez anélkül, hogy bármilyen behatás szerepelne a cardia felől: megmutatta ezt az antethoracalis bőrcső, de olyan állatkísérlet is, ahol tökéletesen elválasztódott egymástól a cardiánál a gyomor és a nyelöcső. Azt a feltevést, miszerint a gége is szerepet játszanék a felső nyelöcsőszáj zárásánál, ezek a kísérletek nem támogatták.

2. **Güttche O.:** *Erythema nodosum járványkórúházi osztályon.* Erythema nodosum járványt észlelt osztályán. 15 ágyas kórteremben 4 ily megbetegedés fordult elő. Wallgren példája után arra kellett gondolni, hogy itt primär tbc-s fertőzések fordultak elő. Még 7 gyermek volt abban a kórteremben, akik felvételükkor Pirquet- és Röntgennegatívak voltak. Ezek közül hatnál a megismételt Pirquet reactio po-

sitiv lett. Két esetben a tuberculosis fertőzés kapcsán láz is fellépett. A fertőző forrás 2 cavernás gyermek volt. Az egyik erythema nodosumot kapott, a gyermek intercurrentis betegségben exitált és a sectio diónyi cavernát és elsajátosodott postprimár hilusmirigyeket mutatott. Ezek a fertőzések primár tbc-s fertőzések voltak és bizonyítják a primár tbc-s fertőzés változatait, mely klinikailag teljesen tünetmentes lehet (latens fertőzés), más esetekben csak láz (initialis láz), máskor viszont a láz mellett erythema nodosum csomók is megjelennek. A tuberculosis voltaképpen egy kiütéssel járó fertőző betegség, mely ugyanazon immunitástani törvényeknek engedelmeskedik, mint a kanyaró, vagy a scarlatina. Itt is van incubatio idő, mely 3–7 hét, prodroma, mely 1–2 naptól egy-két hétig terjedhet, kiütéses szak, amikor az Erythema nodosum megjelenik, mely szintén 1–2 hétig tart s a csomók elhalványodása után marad vissza relativ immunitás: az allergia. Erythema nodosum eseteiben a teendő ugyanaz, mint minden tbc-s fertőzésnél.

**Móritz D.:** Az erythema nodosumnak két esetét ismertet. Egy 7 éves fiú tüdőtuberculosisal került a gyermek-klinika tuberculosis osztályára. A vizsgálat folyamán azonban kiderült, hogy tüdőtályog forog fenn. Az ismételt elvégzett tuberculinreactio és a köpetnek Koch-bacillusra való vizsgálata negatív volt. Hat héttel a tuberculosis osztályról való elkerülése után a gyermeknél typosus e. n. lépett fel és a tuberculinreactio is pozitívvá vált. A másik eset egy 11 éves leány, aki meningitis tuberculosa diagnosissal került a tuberculosis osztályra. A vizsgálat encephalitisit derített ki, a beteg tuberculosismentes volt. Öt héttel az osztályról való távozás után typosus e. n. miatt hozták bemutatásra. Mindkét esetben a fertőzéstől számított 5–6 hét múlva lépett fel az e. n. Ezek az esetek is támogatják az Ernberg-Wallgren-theóriát.

## Magyar Orvosok Röntgen-Egyesületének március 30-i ülése.

**1. Horváth B.:** *Osteoma tendineum esetek.* Az osteoma tendineumok legtöbbször az inak és az izmok inas tapadási helyein fellépő új képletek. Leggyakrabban erőművi behatást tehetünk felelőssé, melyek részben vérzéseket okoztak, részben pedig a tapadási helyeknek leszakítását idézték elő. Az egyik esetben torna közben tulzott combtávolításkor, az adductor izomzatban a combon való tapadás helyén szakadás állott elő és a következményes vérömleny elcsontosodása dudoros felszíni tojásnyi osteoma képződéshez vezetett. A másik esetben fokozott izomösszehúzódás letépte a spina anterior superiorit és a dislocált tövisnyulvány és a medence között 8 cm hosszú bunkószerűen lefelé domborodó osteoma keletkezett. Mindkét esetben műtéti lelet erősítette meg a Röntgenképen talált elváltozásokat.

**2. Kovács A.:** *Érdekes esetek a koponya röntgendiagnosztikájából.* Első esete encephalographia, amit agydanaganat gyanus betegnél végeztek. Az agykamrák cisterna punctio útján töltettek fel. A készített röntgenfelvételek aszimetriás hydrocephalus internus képét mutatták, amiből az egyik oldali foramen Monroi liquor lefolyásának akadályozottságára következtet. Sectiokor az agyvelőben sem daganat, sem hegesedés, sem más elváltozás nem volt kimutatható. Az egyik oldalkamra aszimetriásan tágult volt.

Második esete szokatlan nagyságu homlokcsonti sérülés volt, melynél az eltávolított csont repeszdarabokkal együtt az egész sinus frontalist is el kellett távolítani.

A harmadik eset otitis media szövödményeként keletkezett tályog a sziklacsont pneumaticus rendszerében. Felvételek az egyik oldalon a sziklacsont csuci részének közelében két szabálytalan alakú babnyi üreget mutattak. A műtét (Prof. Réjtő) a vizsgálat eredményét igazolja.

Utolsó esete a koponyaiüregben elhelyezkedő osteoma. 31 éves nőbetegnek egy éve rosszabbodik látása, mely mindkét oldali teljes vakságóhoz vezet. Igen nagyfokú kétoldali exoptalmus; mindkét belső szemzugban diónyi dudoros felszíni daganat. A röntgenfelvételen az ellülső scalát teljesen, a középső scalát részben, férfiókölnyi daganat tölti ki, mely felfelé és hátrafelé jól elhatárolódik és keskeny corticalis szegéllyel bír. Szerkezete elmeszesedett, egy centrumból radikálisan szétterjedő sűrű csontgerendákból áll, elfoglalja a sellát, sinus sphenoidalist, betör mindkét orbitába s részben a sinus frontálisokba is. Lefelé kitölti az orrüreget és eléri a kemény szájpadot. A boncolás a szervezetben metastitist nem mutat ki.

**3. Turnay O.:** *Csonttályog kifejlődésének röntgen észlelése.* Csonttályog esetét mutatja be, melyet kifejlődésében sikerült észlelni. Középkorú férfibeteg lábfejét aránylag kis

trauma érte, utána hetekkel állandóan fokozódó fájdalmak a boka táján, kistokk duzzanattal. Az első felvétel két hónap múltán a tibia alsó metaphysisében kistokk, egyenetlenül tömörült structurát mutat. A második felvétel három hónap után: a tömörülés szélesebb, alatta alig észrevehetően ritkult a structura, minimális periosteális felrakódás, mely mindvégig csak egész kistokk maradt. A harmadik felvételen a ritkulás kifejezettebb. A negyedik felvétel, hat hónap múltán, az alsó metaphysis közepén diónyi ritkult területet mutat, éles határ nélkül, mely felett és laterálisan fél-usque 1 cm tömörülés látható; míg lefelé elhatárolódás nem követhető. Röntgen-diagnózis: mitigált osteomyelitis centralis beolvadással: csonttályog.

A beteg egész idő alatt láztalan, vérvépe, fehérvérsejt száma normális, Wa. negatív, azonban vérséjtsülyedése felütően gyorsult (14 kg fogyott). A klinikus a röntgen diagnosist dacára malignus tumorra gondolt, műtétkor diónyi, sűrű gennyel telt üreget találtak, a gennyben staphylococcus.

Az eset szépen demonstrálja, hogy a csonttályog, melylyel Brodie nevével kapcsolatban sokat foglalkoztak az irodalomban, a chronicus osteomyelitisnek egy ritkább megnyilvánulási formája és klinikai tünet-szegénysége mily könnyen téveszthet meg.

**Jakob M.:** A tbc. csontelváltozások elkülönítő körjeleit ismertet a csonttályoggal szemben.

**Horváth B.:** A csonttályog; amíg a folyamat nem septicus, jól befolyásolható tehermentesítéssel és Rtg. besugárzásokkal; a sebészi megnyitás lehetőleg elkerülendő, mert a műtét nem közömbös a fejlődésben lévő metaphysisre.

**Turnay O.:** Számos csonttályogot volt alkalma Röntgen kezeléssel gyógyítani; ez az eset is csak azért került műtetre, mert a sebész malignus tumorra gondolt, a klinikai kép alapján.

**Nádor Nikitits I.:** *A mediastinum herniái.* A mediastinalis herniát Pieraccini (1903), Boeri (1905) Baduel és Siciliano (1903) írták le először, melynek lényege az, hogy a mediastinumot körülírt helyen a mediastinumban elhelyezkedő folyadék illetve levegőgyülem előbóltosítja. Leggyakrabban a mesterséges, esetleg a spontán pneumothorax okozza, melynek levegője a mediastinumot körülírtan kitágítja és átnyomja a másik oldal felé. A mediastinum körülírt kitágulása azokon a helyeken következik csak be, amelyek a Nitsch és Brauer féle gyenge helyek néven ismertek: vagyis elől és fent a II. IV-ik borda tapadásánál és hátul alul a gerincoszlop előtt. Gyakorinak nem mondható, mert Packard kilenc saját esetével együtt 39-re teszi az irodalomban közölt esetek számát, mégis valószínű, hogy nem különös ritkaság, mert az előadók több ezer eset közül 21-et észlelt. Mindegyik esetében a pneumothorax töltése a negatív nyomáson belül maradt, ellentétben az irodalomban közölt esetekkel. Általában asthenias egyének észlelhető. Egyéb tapasztalatokkal ellentétben a mediastinalis hernia egy esetben sem járt komplikációval. Gyakorlatilag ez azért fontos, mert eddig ily esetben a töltéseket beszüntették, vagy megszorították annyira, hogy a pneumothorax eredménye veszendőbe ment, holott úgy látszik, hogy a med. hernia aránytalanul kisebb veszély, mint a pleuralis összenövés és a folyamat terjedése.

## A debreceni Orvosegyesület ápr. 28-i ülése.

### Bemutatók:

**Jáki Gy.:** *Diagnosticus nehézséget okozó pyelographiás lelet.* 42 éves férfi betegnél hónapok óta baloldali vesetáji fájdalmak, mikrohaematuria, súlyos cachexia, nagy fokban gyorsult vérséjtsülyedés s úgy retrograd, mint kiválasztásos urographiánál súlyosan elváltozott pyelon vese, vesekőrűl daganatra utaltak. A gerincoszlopról készült Röntgen felvétel a X. és XI. háti csigolya cariesét mutatta nagy hidegtályoggal. A gerincoszlopon deformitás nem volt, s hiányoztak a spondylitis helyi tünetei.

**Keller F.:** *Két tüdősyphilitis betegről számol be, ahol a diagnosist tbc. bacillusra negatív köpet lelettel, negatív Pirquet reactioval, typosus Röntgenképpel, pozitív Wassermann reactioval tudta megerősíteni. A feltevés helyességét döntően igazolta a teljes therapiás sikerrel járó antisiphilitis kúra. Mindkét esete chronicus kötőszövetes, pneumoniás forma volt. Hangsúlyozza a tüdősyphilitis diagnosizásának a nehézségét, amelyet csak a legkritikusabb differencial diagnosztica, illetve sokszor csak az ex juvantibus therapia sikere alapján lehet kimondani.*

**Bäcker I.:** *A csontrendszer egy fejlődési rendellenessége.* 4 éves, guggoló helyzetben járó nyomorék gyermeket mutat

be mütéte előtt. A gyermek mindkét combcsontjának condylusai hiányoznak, a deformált térdizületek izomeredetű contracturákban vannak. A csontok defectusának okaként méhen belül lefolyt asepticus necrosist vesz fel.

**Mandel L.:** *A cavernaingerlés haemoklinikai képe.* Tüdő tuberculosisban szenvedőknél a differens therapiákat követő haematologiai eltéréseket ismerteti.

## A szegedi Egyetem Barátai Egyesület orvosi szakosztályának ápr. 21-i ülése.

**Poór F.:** *Elnöki megnyitó.* Tisztelt szakosztály! Minden, ami születik, meg is hal. A születés törvényzerűségének megmáshatatlanságát függvénye a halál, az elmúlás. De valahogyan úgy érzem, hogy az elmúlás időpontja nem egyezik meg a halál idejével. Rég elhunyt szülőink, szeretettjeink, barátaink, tanáraink intelmei, példái végigkísérnek az élet útjain, befolyásolják gondolkodásunkat, tetteinket, s az anyagból és szellemből összetett egyéniség elmúlása csak akkor következik be, mikor az utolsó, ki őt szerette, távozik az életből. Az átlagember emléke evvel az utolsóval semmivé válva, eloszlik. De annak, aki életében alkotott, más a sorsa. Gondolatai, eszméi, agyának fáradságos munkával vagy tüneményeszerűen kialakított elgondolásai szűkebb és tágabb környezetben hatva, mint termékenyítő energiák működnek tovább, egyre erősödve a tőle elválasztó idő távolodásával. Ezek a kivételes egyéniségek. Egy ilyen kivételes egyéniség néhai *Szabó József* professornak, barátunknak, tagtársunknak emlékét eleveníti föl ez a mai ülés, mikor volt tanítványai tanszéki utódjának bölcs vezetésével összefogva tudományos dolgozatokkal akarják megmutatni, hogy *Szabó József* energiája, szelleme ma is ott él, buzdít és ösztönöz az ő régi klinikáján.

**2. Jeney E.:** *Szabó József kísérleti irányú munkássága.* *Szabó József* a pszichiátriai serologia egyik érdemdús, nyomtörő munkása volt. Ő a klinikai szakképzettséggel bíró orvos mindjárt kezdetben felismerte ennek a fiatal tudományágnak a jelentőségét a szaktudománya számára. Hamar elsajátította a bonyolult módszereket, könnyen beleélte magát a nehézkes és kezdetben ingadozó nomenclaturába. Gondos kísérleteket végzett nagy számban a *Wasserman-féle*, a *Nonne-Apelt-féle*, *Butenko-féle*, a *Karvonen-féle* és a *Lange-féle* reakciók klinikai értékének megállapítása végett. A nemzetközi irodalomban nagy méltánylásra találtak azok a vizsgálatai, melyekben az elmebeteggek gerincvelő-folyadékának erjesztő hatásait kutatta.

**3. Joó B.:** *Iholyántúlú sugarak hatása a liquor cerebrospinalisra és a serumra.* A liquor és serum lueses reakcióinak, valamint a Wassermann reakcióban szereplő anyagoknak quars-besugárzás utáni viselkedését tette vizsgálát tárgyává. Azt találta, hogy az amboceptor és complement csakhamar tönkremegy. A serum Wassermann és a Kiss-féle P. R.-t nehéz befolyásolni. A liquor Wassermann hosszabb besugárzásra negatívvá válik. A liquor colloid chemiai reakciói negatív irányban tolnak el. A stabilitási reakciók (Pándy, Nonne-Apelt, Weichbrodt) gyengülnek, vagy negatívok lesznek. A besugárzás hatására a fehérje molekulák stabilitása fokozódik, miert is hosszabb besugárzás után a Gerlőczy-féle plasma colloidabilitási reakció gyengül.

**4. Dancz M.:** *Hemiparkinsonismus testfelsorvadásal.* Hemiparkinsonismus és testfelsorvadás együttes felléptét ismerteti, mely 23 éves férfibetegnél a jobb testfélén jelentkezett. A beteg 11 éves korában encephalitis epidemiacában szenvedett, 14 éves korában j. o. végtagjainak izomereje gyengült, majd egész jobb oldala feltűnően keskeny lett. 17 éves korában tremor, remegő beszéd lépett fel. A jobb kéz csontgerendázata röntgenképen megrikult. A jobb testfélén emelhető bőrrödök 0.5–1 mm-rel vastagabbak, j. o. hyperhidrosis. A trophicus zavarokat köztiagyban lévő vegetatív centrumok encephalitis megbetegedésével magyarázza.

**5. Tokay L.:** *Kérgi vakság kétoldali cuneus-mikrogyria folytán.* Születése óta vak, 5–6 éves kora óta kis-, 12 éves óra óta nagy rohamokban szenved epilepsziás egyén agyveléjét mutatja be, akinél a rohamok szabályszerűen a bal alsó végtagon kezdődtek. Ennek okát a mindkétoldali homloki tekervény hátsó részének mikrogyriás szerkezetében találta meg. A vakság okaként pedig normális opticusok mellett a mindkét oldali kérgi látómezőre terjedő mikrogyria, valamint a corpus geniculatum laterális idegsejtjeinek teljes hiánya szerepelt.

**6. Stief S.:** *Adatok a fogóreflexek és velük rokon jelenségek kórtanához.* Rövid történeti bevezetés után ismerteti a fogóreflexek tünettannát, rámutat a fogómechanizmusoknak (kényszerfogás, utánanyúlás, orális fogás és orális utánnyúl-

lás, Gamper-féle orális beállítódásos mechanizmus) fajfejlődési szempontból ősrégi voltára és végül klinikailag és bonctanilag alaposan tanulmányozott öt eset kapcsán arra a részben *Schuster* felfogásával egyező következtetésre jut, hogy az utánanyúlást a homlokleány medialis részének és a gerendázatnak sérülése okozza, míg a kényszerfogás tonusos componense szerinte főképpen subcortikális tünet.

**7. Miskolczi D.:** *Distrophia adipogenitalis és serdüléssel elmezavar.* Klinikai és anatómiai vizsgálatok alapján foglalkozik a két kórkép egybeesésének lehetőségével. A tanulmány alapjául szolgáló esetet a tette érdekessége, hogy a betegnél előzően euphorias színezetű elmebetegség és dystrophia adipogenitalis kryptorchizmussal és eunuchoid testarányokkal (Prof. Ranschburg adatai) s mind ehhez a beteg 20 éves korában meginduló és 3 év alatt teljesen kibontakozó schizoprenia csatlakozott.

Az anatómiai vizsgálat a belső elválasztású mirigyek közül a hypophysis egyenletes megnagyobbodását, a *herékben* aspermiogenesist, kötőszövet-szaporodást és az interstitialis sejtek hiányát állapította meg (Prof. Baló). A köztiagyban talált elváltozások közül a nucleus supraopticus és paraventricularis sejteinek súlyos megbetegedése, a hypophysissal fennálló szoros kapcsolatuk révén, a belső secretió zavarával hozható összefüggésbe. A schizoprenia szövettani elváltozásait a *nagyagyú kéreg* rétegszerű sejtjeségeiben találta meg, olyan jellegzetes elosztódásban, amely a központi tekervényeket és a látómezőt (O. C.) megkímélte. Ezenkívül a *kisagy* Purkinje sejtjei többféle fejlődési rendellenességet mutattak, ami arra utal, hogy valamilyen, akár hormonalis, akár átörökölt kialakulási zavar már a méhenbelüli élet utolsó harmadában megindulhatott.

## Az Erzsébet Egyetem Tudományos Egyesülete Orvosi Szakosztályának április 18-i ülése.

Bemutatás:

**Görög D.:** *Szövetfejlődési zavaron alapuló ritka betegségek.* Hangsúlyozza a szövetfejlődési zavarok szoros kapcsolatát a pathologia egyéb fejezeteivel s a különböző daganat-éleletekkel. A szövetfejlődési zavaron alapuló daganatokat vagy daganattal rokon képleteket a) abnormis persistencia, b) abnormis lefűződés, c) csirszorodás, d) hibás szövetfejlődés útján vezeti le. 1. *Sclerosis tuberosa.* 10 éves gyermek Jackson típusú epilepsziás rohamokkal. Toronyszerű koponya koncentrikus látótérszűkület. Boncolási lelet: Mindkét nyakszirti lebenyen keményedés, széles otromba gyrusok elmosódott határral. A parietalis lebenyen ezenkívül pia megvastagodás, ill. cystaképződés. Szövettanilag: Változatos szerkezetű gliosis, mirigyszerű gliarészletekkel. Diagnosis: sclerosis tuberosa, mely a neuroepithel részleges hibás fejlődése folytán a neurofibromatosis analóg módon jött létre. 2. *A hüvelyfal tömlős daganata.* Mellső hüvelyfalból műtétilag eltávolított csillósöröms hámlelésű, kötőszövetből és sima izomból álló falu tömlő. Eredete: abnormisan persistáló Gartner járat. 3. *A gerincburok malignus melanómája.* 54 éves férfi tüdőtumorról, idegrendszeri tünetekkel, végtagbénulásokkal. Bonclelet: A cervicalis segmentum táján a kemény burkon köpenyszerű festékes tumor, áttételekkel a csigolyatestekben és a tüdőben. Kiindulási pont a gerincburokban, a velőbarázda záródásakor abnormisan lefűződött chromatophor sejtekből.

**Lang M.:** A morbus Recklinghausen és asclerosis tuberosa azonosságának felvételére nem lát elég okot. Igen fontos különbség a kétféle megbetegedés között, hogy az egyik a központi idegrendszerben, a másik a perifériás idegrendszerben játszódik le s a sclerosis tuberosa bőrelváltozásai lényegesen eltérnek a morbus Recklinghausen bőrelváltozásaitól.

**Teschler L.:** A bemutatott esetben feltűnik, hogy a kóros elváltozás bilateral-symmetricus elszíneződésű. Ez a körülmény is igazolni játszik, hogy endogen természetű szövetfejlődési ártalom, mely ektodermális csiraplazma-ártalomra vezetendő vissza. Erre utal a kültakaró megbetegedése is.

**Entz B.:** Teschler felszólalására megemlíti, hogy a vesén is találunk elváltozásokat és így némcsak az ektodermális képleteken fordulnak elő fejlődési rendellenességek a sclerosis tuberosa mellett. A Recklinghausen-féle neurofibromatosis nézete szerint nincs összefüggésben a sclerosis tuberosával.

Előadás:

**Röhlich K.:** *Myelopoiesis újszülött állatok nyirokcsomóiban.* A kérdést fiatal kutyákon és macskákon vizsgálta. A születés utáni első 5 napon az összes nyirokcsomókban gyenge

a lymphopoesis, viszont nagyfokú a myelopoesis. Az eosinophil és neutrophil sejtek a legfiatalabb myelocytákból a kifejlett granulocytáig egyaránt megtalálhatók. A basophil sor hiányzik. A fiatal alakok gyakran oszlanak mitosis útján és levezethetők a nagy lymphocytákkal azonos (?) sejtekből. A 6. naptól fogva a mesenterialis csomókban a többi tájékaitól eltérőleg, gyengül a myelopoesis, viszont erősebb lesz a lymphopoesis. A 6. héten az összes nyirokcsomók kifejezetten lymphaticusakká válnak és a myelopoesis megszűnik bennük. Összefüggés van a vérkép és a nyirokcsomók sejtes összetétele között. A születés utáni első hetekben észlelhető leukocytosis körülbelül addig tart, mint a nyirokcsomók myelopoesise. Az ok, mely a nyirokcsomók myelopoesisét megszünteti, ill. lymphopoesisét kifejezetté teszi, valószínű a zsirforgalomban keresendő. Emellett szól, hogy azok a nyirokcsomók (mesenterialisok) válnak először nagymértékben lymphaticusakká, amelyeken a zsirban bővelkedő chylus ömlik át.

**Fenyvessy B.:** Felhívja előadó figyelmét Bergeel dolgozataira, amelyek szerint a lymphocytáknak lipolitikus szerepük volna. Ez egyezné azzal, amit előadó a mesenterialis nyirokcsomók különleges viselkedésének magyarázatául mondott.

**Barta I.:** Az újszülött leucocytosis a újabb vizsgálatok szerint myelogen eredetű, miután neutrophilia és mageltolódás kíséri. A nyirokrendszerben kimutatható myelopoesis szintén az elosztódás szerepe ellen szól. A haemopoesis vizsgálatában a Tupf-készítmény fontosságára hívja fel a figyelmet, amelyben a sejtek jobban differentálhatók, mint a metszett készítményben. Az újszülött nyirokrendszere betekintést nyújthat a plasmasejtek genesisébe; ma sem tisztázott, hogy csontvelő vagy lymphás eredetűek.

**Entz B.:** Az eosinophil sejtek nagy tömegben vannak újszülöttek belében a mucosa kötőszövetében. Talán érdekes volna összehasonlítani a nyirokcsomók eosinophiliáját a bél fal eosinophiliájával. Nézete szerint a bélfal eosinophiliája a megváltozott táplálkozási viszonyokkal áll összefüggésben.

**Hügl A.:** szükségesnek tartotta volna a myeloid és lymphoid eredetű sejtek differentiálása szempontjából az oxydase reactio elvégzését.

**Röhlich K.:** közöni a hozzászólásokat, melyeket további vizsgálatainál figyelembe fog venni. Az oxydase reactiót azért nem végezte el, mert annak ez esetben semmi célját nem látta.

**Barla-Szabó J.:** A himlőoltási reactio befolyásolásának újabb módja. A himlő elleni scarifikációs oltással okozott abnormisan nagy lokális reactio csökkentésére ajánlható a Röntgenbesugárzás. E beavatkozás inditációja szerint: enormisan nagy oltási reactio, különösen károsított csecsemőnél és olyan esetek, mikor az oltás idején még egészséges csecsemőnél a reactio kifejlődésének az idejére accidentalisan valamilyen acut károsítás pl. pneumonia, dyspepsia, erisypelas is fellép. A besugárzás ideje az oltás utáni 8. nap, az area stadium. Röntgen-dozis: 60 kv., 3 mamp., 1 mm aluminiumszűrő, 22 cm fókusz-távolságról, 2 p. 12 mp. időtartammal. A Röntgenbesugárzás a himlővírus károsítása nélkül fejleszti vissza a gyulladáshoz elváltozást. A R.-hatás már a második 24 órában jelentős javulást okoz. Az immunitást e beavatkozás nem befolyásolja.

**Ángyán J.:** Az 5 év előtt tartott bécsi röntgenkongresszuson, főképp a bécsi iskola által demonstrált therapiás eredmények mély benyomást keltettek és ezeknek hatása alatt hívta fel boldogult Beck tanár figyelmét a kérdésre. Az erisypelas röntgenkezelésében nem egyszer kedvező és biztató therapiás eredmények mutatkoztak. A legnagyobb örömmel üdvözlí tehát Barla-Szabó eredményeit, amelyekkel vaccinatiós gyulladás tüneteinek az enyhítését tudta elérni.

**Lang M.:** Hivatkozva előadó azon megjegyzésére, hogy a vaccinatio tulajdonképpen allergiás reactio, az előzetes besugárzással való desensibilizációt ajánlja.

**Fenyvessy B.:** Az előadottak gyakorlati fontosságuk mellett theoretikus szempontból is érdekesek. Látható belőlük, hogy az oltás immunisáló hatása nem függ az oltási reactio erősségétől. Ugy látszik továbbá, hogy a Röntgenbesugárzás gyógyító hatását nem az okra, a specifikus antigenre, hanem az okozatra, a lobos folyamatra fejtí ki.

**Duzár J.:** Előadó bátor methodikája nem egyszerű anti-phlogistikus beavatkozás, hanem — miután a csökkentett reactio az átimunizálódást nem befolyásolja — alkalmas veszélyeztetett egyének (pastosus vagy idősebb gyermekek, atrophias, rachitises és bőrbeteg csecsemők) a szokásosnál súlyosabb, esetleg letalis oltási megbetegedésének meggátolására. Ajánlatos eljárás gyermekkori járványok idején végzendő oltásoknál is. Eldöntendő kérdés, alkalmas-e az eljárás a vaccina-encephalitis meggátolására és hogy lényegileg valódi szöveti desensibilizálásról van-e szó.

Április 25-i ülés.

Bemutatás:

**1. Szekér J.:** *Polyneuritis cerebri menieriformis (Frankl-Hochwart)* esetét mutatja be. A betegségnek tízedik napján demonstrálható jobb oldalt teljes arcidegbénulás, halláscsökkenés, spontán nystagmus, egyensúlyzavar. Herpes zoster oticusnak már csak nyomai vannak meg. Kitér a betegség okára, illetőleg annak localisatiójára. Rámutat a Meniere-féle tünetcomplexumra, feltünteteti azokat a megbetegedéseket, melyeknél a fenti tünetek előfordulnak.

**Scipiades E.:** kérdi, miként viszonylott a bemutatott beteg menstruációja a betegség fellépéséhez, vagy hogy a beteg nincsen-e más állapotban, mert cerebriális idegeken is észleltek polyneuritiseket terhességgel, kivált terhességi toxicosisokkal kapcsolatban.

**Ángyán J.:** A bemutatott eset kórszármaszásában a terhesség nem játszhat szerepet, felhívja a figyelmet arra, amit már a bemutató is említett, hogy a liquorban pleocytosis volt található. A polyneuritis és a polyomyelencephalitis között éles határ nem vonható. A meniere-betegség és a tisztán functionális szédülés elkülönítésére kell törekedni és ezért a kóros felsorolásban ennek a felfogásnak kell kifejezésre jutni. A bemutatott esetet az influenzával kapcsolatban észlelhető myelencephalitisek közé sorolja anélkül, hogy azt az encephalitis epidemicaival kórosi szempontból azonosnak tekintené.

**Scipiades E.:** A terhesség alatt a toxicus neuritisek és polyneuritisek fellépésének nem az alsó végtag a tipikus helye, mint azt az előtte szóló mondja, hanem a felső végtag s itt is a nervus medianus és nervus ulnaris. Gyakoriak az opticuson, acusticuson, trigeminuson fellépő neuritisek is. Ezeket tudván, valamint azt is, hogy a liquor lymphocytáinak a jelen esetben való viselkedése a terhességet nem zárja ki, mégis csak kéri a bemutatót, hogy tisztázza a szóló által felvetett részleteket, mert azok úgy az eset, mint a szülések szempontjából érdekességgel bírnak.

Előadás:

**1. Haranghy L.:** *Enterális porphyrinképződés által kiváltott halálos napfénytűlézékenység.* Egyes vizsgálatok szerint a porphyrin bélhuzamban való jelenléte és a bacterium működés között összefüggés áll fenn. Ismertet egy esetet, ahol a bélbacteriumok erőteljes porphyrinképző tulajdonsága kimutatható volt. A 8 éves leányon április 27-én rövid napozás után súlyos bőrelváltozások fejlődtek ki, majd halálos toxicosis állott be. A boncolásnál haemorrhagiás, ulceros enteritis mellett icterus, szívizom és máj elzsírosodás és nephritis volt kimutatható s a porphyrinmentesnek mutakozó epével és vizelettel ellentétben a bőségesen tartalmazott porphyrin. A csaknem Gram-negatív pálcikákból álló bélflorából bacillus dysenteriae typus Flexner, bacillus lactis aerogenes, bacillus faecalis alkaligenes és coli imperfectum tenyészték ki. A bélflorával haemoglobin bouillonban porphyrinképződést lehetett előidézni. A kultúráknál az a megállapítás volt tehető, hogy a bacillus dysenteriae Flexner a porphyrinképződésben lényeges szerepet játszik, azonban csak a többi bélbacteriumokkal együttesen tudja a porphyrinképződést megindítani. A kultúrák eredményei szerint a porphyrinképződés nem specifikus, egy fajhoz kötött bacteriumműködés, hanem különböző tényezők és bacteriumfajok által előmozdított folyamat, mely pathologiás viszonyok között olyan fokra emelkedhet, hogy a porphyrin sensibilisáló hatása teljes kifejlődésre juthat. Belfolyamatoknál tehát a tömeges porphyrinképződés lehetőségével számolni kell és így ezeknél a fénytherapiával szemben óvatosság ajánlatos.

**Tóth S.:** A szülészeti klinikán hosszabb ideig észleltek egy fiatal leányt, akinél súlyos méhvérvések jelentkeztek s akinél ezek a vérvések épp úgy, mint az előadó úr esetében, egy súlyos insolatioval és ezután jelentkezett rosszulléttel kezdődtek.

**2. Orosz D.:** *A lobus venae azygos klinikumához a gyermekkorban.* A l. v. a. annál nehezebben és ritkábban diagnosztizálható, minél fiatalabb az egyén, tehát a felnőttkorra megállapított statisztikai előfordulás a gyermekkorra nem mérvadó. Hét saját megfigyelés kapcsán az egyes típusok demonstrálása után leszögezhető, hogy az abnormitás röntgentünetei igen jellegzetesek, a kórisme és a differentialediagnosis elengedhetetlen kelléke az alsó csap alakú vég-rész jelenléte. A l. v. a. klinikai jelentősége nem nagy és elnézése inkább csak finomabb diagnosztikai tévedésekre szolgálhat alkalmat. Klinikailag úgy viselkedik, mint a normalis lebenyek, a fissura v. a. pedig ugyanolyan kóros folyamatok színhelye lehet, mint a többi interlobaris rések. Exsudatum felhalmozódását az azygosrésben eddig csak



háromszor írták le, egy negyedik észleléssel rendelkezik a gyermekklinika. Az itt lezajlott folyamatok oly finom elváltozásokat hagyhatnak maguk után, melyekből adott esetben retrograd következtetéseket lehet levonni. A *Velde*-vonal hajlása és lefutása két végpontján fixált lévén, nagyrészt a légzési fázis befolyása alatt áll.

**Frigyér L.:** A belklinika anyagából 1955 használható filmet tanulmányozott át. Az azygos lebenyt 6 esetben észlelte. Mind a 6-nak lefutása és alakja különböző. A %-os arányszám megfelel *Velde* észlelésének, utal a differential-diagnostikai nehézségekre, amikor substernalis struma, tumor, mediastinitis jöhet szóba. Az irodalomban már előfordult, hogy pneumothorax elvégzésekor az azygos vonalat kötegnék nézték, mely a csúcsot rögzíti s így átvágták, mely a betegre halálos kimenetelű volt.

**Blaskó R.:** Az elkülönítés szempontjából a jobb felső lebeny alsó határán (scissuralisan, periscissuralisan) lezajlott gyógyult glümökóros folyamat röntgenképe is figyelmet érdemel.

## Közegészségügy a költségvetésben.

Írta: *Grósz Emül* dr. egyetemi tanár.

Az ország súlyos pénzügyi helyzete által megkívánt takarékoság a közegészségügyi kiadások nagy fokú megszorítására vezetett. A Népjóléti tárca költségvetése az 1932/33-ik évre 58,265.400 pengő, azaz 12 millióval kevesebb, mint az előző évre előirányzott s ezen reductióból a közegészségügyre 8½ millió esik. Ha pedig az 1929/30-ik évi költségvetéssel hasonlítjuk össze, amikor a tárca előirányzata 74,830.000 volt, a reductio 16½ millió s ebből 11 millió a közegészségügyre esik. Valójában még nagyobb a különbség, mert 1929/30-ban a bevételi fölöslegekből jelentékeny összegeket fordítottak közegészségügyi célokra, amire természetesen többé gondolni sem lehet. A legnagyobb reductiót a betegápolásra fordított összeg szenvedte, az 1932/33-ik évre 15,600.000 pengő van előirányozva, amiből fedezetet nyernek az állami kórházak kiadásai s ebből kapják a nem állami kórházak az átalányozott hozzájárulást, amire 11,476.000 pengő jut. Nagyon kívánatos lenne, ha a költségvetés úgy mint régebben az egyes állami kórházak költségvetését külön is közölné, az együttes előirányzásból nem nyerhetünk tiszta képet. Így igen tanulságos lenne tudni, hogy mibe kerül a *Mátrai Tbc. Sanatorium* fenntartása. Sőt azt is igen tanulságos volna tudni, hogy milyen átalány összegeket kapnak az egyes kórházak. Remélhetőleg a klinikák és kórházak Szövetségének évkönyve ez adatokat tartalmazni fogja, melyek alkalmasak arra, hogy a minél kisebb összegekkel minél jobb eredmény elérések elvének érvényesülését előmozdítsák.

Az 1932/33. évi költségvetés a fertőző betegségek elleni védekezésre 180.500 pengőt irányzott elő, e tétel 1929/30-ban 400.000 pengő volt. A népbetegségek ellen való küzdelemre most 270.000 pengőt irányoznak elő, 3 év előtt 809.000 pengőt. 1929/30-ban a nem állami kórházak karba helyezésére 258.000 pengőt fordítottak, ez évben semmit sem. A közegészségügyi beruházásokra 1929/30-ban 2 millió pengő volt költségvetésileg előirányozva, most semmi. Az Országos Közegészségügyi Tanács kiadásai 1929/30-ban szerény 15.490 pengővel szerepelnek, most 9.580 pengővel, azaz a 8 pengős jelenléti díjak megszűntek s a 15 pengő előadói munka díj annak ezidőszert ismeretlen töredékére zsugorodik.

Örvendetes, hogy a hatósági tiszti orvosképzés, az országos közegészségügyi intézet, az ápolónő és védőnőképző intézet, az orvosi internatus s a bábaképzés kiadásai nem szenvedtek nagy mérvű reductiót.

Különösen örvendetes, hogy *Tauffer Vilmos* dr. tanár a szülészeti ügyek miniszteri biztosa által megszervezett baba ellenőrzés és oktatás megmenekült az eltörléstől. A reductiót természetesen ezen intézmény sem kerülte el, amennyiben az eredeti 100.000 pengős hitel már 1931/32-re 87.500 pengőre, s az 1932/33. évre 60.650 pengőre

cökkent. E szervezet példája annak, hogy milyen csekély összegekkel milyen nagy eredmények érhetők el, ha *szakember* specialis feladat megoldására kellő *hatáskört* nyer.

A költségvetés indokolása igen fontos megegyezésről tesz közlést. A főváros és a kormány között az ápolási díjak megállapítása és megtérítése ügyében évek óta nézeteltérés volt. Ennek az áldatlan surlódásnak véget vet azon megoldás, hogy a kormány a betegápolási pótadóból a fővárosnak 12 éven át évente 7 millió pengőt átenged. Kétségtelen, hogy e megállapodás a fővárosra kedvező. Viszont az is igaz, hogy a főváros reá szolgált, mert a közegészségügyre sokat áldozott.

E néhány adat csak vázlatos képe annak a szomorú helyzetnek, melybe a közegészségügy a pénzügyi válság folytán jutott. Még sötétebb a kép, ha figyelembe vesszük a kórházi rendelet által teremtett helyzetet, mely a betegápolást és a fertőző betegségek ellen való küzdelmet az eddiginél fokozottabb mértékben hátrítja a törvényhatóságokra, melyek deficitese háztartása nem fog kellő fedezetet nyújtani.

Kétségtelen, hogy mindez csak évek múltán fogja végzetes hatását érvényesíteni. Ezen a téren is erélyes, céltudatos, leleményes intézkedésekre van szükség, hogy e nehéz helyzetben az állam legfőbb értékének, a nép erőnek védelme mennél sikeresebb legyen. A belügyminiszterium keretében elhelyezett széleskörű intézkedési joggal felruházott orvos államtitkár vezetése alatt álló közegészségügyi kormányzat — amint azt már hónapok előtt kifejtettem — alkalmas szerv. Az Országos Közegészségügyi Tanácsra is fontos szerep vár e téren. Nem kételkedem, hogy úgy mint a kiegyezés után *Korányi Frigyes*, *Balassa János*, *Fodor József*, most is fognak olyan szakemberek akadni, akik tekintélyük, tudásuk, befolyásuk egész súlyát latba vetik az ország közegészségügye érdekében.

## VEGYES HÍREK

**Halálozás.** *Baranyai Géza* dr. járási tisztiorvos. tb. tiszti főorvos, 47 éves korában Zircen elhunyt.

**A Budapesti Kir. Orvosegyesület** f. hó 20-i ülésének előzetes napirendje: Előadások: 1. *Kalapos Imre:* A hypochloraeamiás uraemiáról. 2. *Mazgon Rózsa:* Az experimentalis nephritis sótherápiája. 3. *Egedy Elemér:* Az influenzával kapcsolatos szívbántalmakról. Ezen napirend előzetes tájékoztatást szolgál és változást szenvedhet.

**A Magyar Röntgentársaság** május 23-án, hétfőn este 7 órakor tartja tudományos ülését az Apponyi Poliklinika tantermében. Targysorozat: 1. *Holitsch Rezső:* Beszámoló a Deutsche Röntgengesellschaft ezévi drezdai congressusáról. Bemutatás: *Bársony T.* és *Koppenstein E.:* Új eljárás a húgyhólyag röntgenvizsgálatára. Előadás: *Wald Béla:* Megjegyzések a tüdőbetegségek röntgendiagnostikájához (fölvétel vagy átvilágítás?).

**Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága** június hó 20—24-ig az orthopaediából ötnapos továbbképző tanfolyamot rendez. A tanfolyam előadói: *Bakay Lajos*, *Horváth Mihály*, *Kopits Jenő*, *Dollinger Béla*, *Landgraf Jenő*, *Horváth Boldizsár* és *Kopits Imre*.

Részletes programot az érdeklődőknek az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága irodája (VIII., Mária-u. 39.) írásbeli megkeresésére készségesen megküldi.

**A Magyar Országos Orvos Szövetség** f. hó 8-án tartotta ezévi kongresszusát a Zeneművészeti Főiskola nagytermében, melynek keretében zajlott le az új elnökválasztás. *Csilléry András* rövid elnöki megnyitóbeszédében kérte, hogy mindenki őrizze meg komolyságát és higgadtságát, majd a kongresszus elé terjesztette a főtítkári, a nyugdíjintézeti, a pénztári és számvizsgáló bizottság jelentéseit, melyeket egyhangúlag elfogadtak. *Tamárky Árpád* korelnök vezetése alatt folyt le ezután a szavazás, délelőtt 10 órától délután 5 óráig. A választás eredménye szerint az összesen leadott 3467 szavazat közül *Csilléry Andrásra* 2295, ifj. *Imre József*re 1172 szavazat esett.

Az Orvosszövetség új tisztikara a következő: elnök *Csilléry András*, volt népegészségügyi miniszter, budapesti alelnök *Sarbo Arthur* egyetemi c. rk. tanár, vidéki alelnök *Szigethy Gyula Sándor* igazgató-főorvos, főtítkár *Keleti Jó-*

szef MABI osztályvezető-főorvos, titkárok Szabó Géza főorvos és Fábry L. Alajos OTI h. osztályvezető, pénztáros Körmőczy Zoltán, ellenőr Braunhofer Jenő tisztiorvos. Tanárky Árpád üdvözlésére Csülléry elnök mondott köszönetet: békét és harmóniát, összefogást és megértést hirdetve.

Az Országos Közegészségi Egyesület tudományos szakosztálya Darányi Gyula egyetemi tanár elnöklete alatt április 30-án tartotta első szakülését, melynek programján „A távfűtés és a füst, korom leküzdése” szerepelt.

Darányi Gyula professor elnöki megnyitója után, melyben a kérdés egészségügyi fontosságát fejtegette, először Scheff-Dabis László világította meg, hogy Budapest levegője az utóbbi években egyre romlik, mert a füst és égéstermékek koncentrációja a fűtési évadban, boros és ködös időben a város területén oly nagymérvű, hogy izgató hatást fejt ki a lélekző utak nyálkahártyáira s a heveny hurutos állapotokat idültté változtatja. Ezután Aujeszký László meteorológus szólott a levegő turbulenciájáról, melynek alapján reámutat arra, hogy hol és hogyan kell a tüzelési centrumokat elhelyezni, hogy a korom és füst elleni harc sikerrel járjon. Majd Kúth Károly mérnök a városi távfűtéseket tárgyalta műszaki és gazdasági szempontból. Budapesti vonatkozásban Bánó László gépészmérnök tervét ismertette, mely a Révész- és Tatai-utcai áramfejlesztőtelepek további kiaknázásán épül fel, de felemlítette azt a megoldást is, mely nagyobb épületek fűtését thermalis víz felhasználásával kívánja megoldani. Pávai-Vajna Ferenc geológus hivatkozva a Lukácsfürdő 11 esztendő példájára, meggyőzően fejtegette, hogy ebből a célból thermalis vizek a mai fürdőforrások vízhozamának, hőfokának és összetételének veszélyeztetése nélkül volnának fakaszthatók.

Az előadások és hozzászólások után egyhangúan alakult meg az a vélemény, hogy a távfűtést a milliós népességű Budapest egészségügyének megjavítása érdekében feltétlenül meg kell valósítani.

A Szociális Egészségvédelmi Kiállítással kapcsolatban az Országos Közegészségi Egyesület Antiveneriás Bizottsága, a Teleia Egyesület és a Családvédő Országos Egyesület Győry Tibor dr. h. államtitkár elnöklete alatt ankétot rendez „A nemi betegségek leküzdésére vonatkozó törvényes feladatok”-ról. Az ankét f. hó 14-én d. u. 6 órakor a Népegészségügyi Múzeumban (VI., Eötvös-u. 3.) lesz.

Prágában tuberculosis-kutató intézetet létesítenek, melyet a cseh egyetem orvosi facultásához kapcsolnak.

A fascista-ünnepségek keretében osztották szét a Mussolini-díjat (50.000 lira), melynek egyik részét Castellani prof. nyerte el, tropusi betegségek terén tett felfedezésének elismerésül.

Schulhof Vilmos dr. Hévízfürdőn rendelését ismét megkezdte.

#### Budapest székesfőváros közegészségügyi állapota

1932. év április második felében.

Hasi hagymáz	8	1	Gyermekágyi láz	—	—
Küteges	—	—	Bárányméreg	72	—
Hólyagos (ál-) himlő	—	—	Járv. fültömírgyömb	53	—
Kanyaró	403	14	Vérhas	3	1
Vörheny	223	5	Járv. agygerincagyhártyalob	1	—
Szamárhurut	71	9	Trachoma	19	—
Roncsoló torok és gége	—	—	Veszétség	1	1
lob	111	10	Lépfene	—	—
Influenza	6	16	Paralysis infant.	—	—
Ázsiai kolera	—	—			

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

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

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

**MŰTÖSNÖT** megbízható, szerény igényűt

### Repes vidéki sanatorium.

Okmánymásolatok és fényképpel támogatól megkeresések „Műtösnő” jeligére a Petőfi Irodalmi Várlat VII. Kertész-utca 16. sz. alá kéretnek. Okmányok, fényképek forduló postával visszaszármatatnak.

**DR. JUSTUS** bőrgyógyító és kozmetikai intézete  
BUDAPEST IX., ÜLLŐI ÚT 1.  
Kórházi főorvos Telefon: Aut. 846—37.

Horváth Boldizsár:

A gyakorló orvos orthopaediája. 230 oldal.

110 ábra és 16 oldal műmelléklettel . . . . . 5— P

Soós Aladár:

Étrendi előírások. III. bővített kiadás . . . . . 5— P

Kunszt János:

A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei. 215 oldal . . . . . 5:50 P

Vászonba kötve . . . . . 7— P

Orsós Ferenc:

Kórboncolás vezérfonala. 86 oldal . . . . . 2— P

Az orvosi tudomány magyar mesterei. Kiadja a

Markusovszky Társaság. 196 oldal . . . . . 3:50 P

Krepuska István:

A füleredetű agytályog kór és gyógytana 4— P

Rigler Gusztáv:

Közegészségtan és a járványtan tankönyve  
25— P helyett . . . . . 5:70 P

Kapható a kiadóhivatalban.

# ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY AGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC  
VÁMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA  
POÓR FERENC

GORKA SÁNDOR  
REUTER KAMILLO

BELÁK SÁNDOR  
HÜTTL TIVADAR

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

## TARTALOM:

**Verebély Tibor:** A praecarcinosis fogalma és gyakorlati jelentősége. (433—437. oldal.)  
**Gaál András:** A pajzsmirigy betegségeinek röntgenkezelése. (437—442. oldal.)  
**Zahumenszky Elemér:** Moszkovicz-féle műtét az ulcus cruris therapiájában. (442—445. oldal.)  
**Paul Benő és Roth Imre:** Szervkivonatok hatása anaphylaxiás jelenségekre. (445—447. oldal.)  
**Steiger-Kazal Dezső:** Erős verrucosus bőrelváltozás paraffinkezelés után. (447—448. oldal.)

**Krompaszky Tibor:** Vércukor és vérphosphor meghatározások lázas gyermekkori megbetegedésekben. (448—449. oldal.)

**Melléklet:** Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (77—80. oldal.)

**Lapszemle:** Belorvostan. — Gyermekgyógyászat. — Urologia. (450—451. oldal.)

**Könyvismertetés:** (451—452. oldal.)

**Egyesületek ülésjegyzőkönyvei:** (452—456. oldal.)

**Vegyes hírek:** (456. oldal és a borítólapon III. oldalán.)

## A praecarcinosis fogalma és gyakorlati jelentősége.

(Klinikai előadás.)

Irta: Verebély Tibor dr. egyetemi tanár.

(Folytatás.)

*Az epehólyag.*

Hogy az epeutak rákja az esetek tulnyomó számában epekővel együtt található, régóta ismert tény a kórbonctanban. A gyakorlat számára aktuális az az összefüggés akkor lett amikor az epekő sebészet elterjedésével egyfelől az epekő műtétek lényegesen veszítettek kezdeti nagyobb veszélyességükből, másfelől egyre gyakrabban találtak a sebészek jellemző epekőves körtörténet alapján végzett műtéteiknél az epeutak rákjával. A vitát az indította meg, hogy a sebészet az epekő műtét kezelésének javalatai közé felvette statisztikai alapján a fenyegető rák lehetőségét.

A sebészek tulnyomó része távol áll attól a gyökeres felfogástól, hogy az epekő kórisméje egyenértékű a műtét javalatával, mint mondjuk a vakbélgyulladásnál. Még kevésbé akad sebész, aki meg merné kockáztatni azt az állítást, hogy az epekő az epeutak praecarcinomás elváltozása volna, még a legsúlyosabb rákos terheltég mellett is. De igenis mi sebészek megegyezünk abban, hogy az epeutak rákja műtét ténykedésünk egyik legszomorúbb fejezete, hiszen alig akad e rákok közt operálható s e néhány között is alig van egy-két huzamosabb időre megmenthető. S megegyezünk abban is, hogy — sajnos — a nem sima, szövödményes epekő eseteknek aránylag igen jelentékeny százaléka jut éppen a rákra.

Az epeutak rákjának a gyakorisága különböző a kórbonctan és a sebészet statisztikájának a tükrében. *Lubarsch* a német kórbonctani intézetek két éves rákanyagában 9829 rákból 580 epehólyagrakot talált, ami 5.9%-nak felel meg. Legújabb *Pelmar* a prágai cseh kórbonctani intézetnek 45 éves anyagából 53.240 boncolt esetre 4.8% epehólyagrakot számított ki, ami az összes rákokra

vonatkoztatva ugyancsak 6%-nak felel meg. Magam a *Pertik* tanár intézetében boncolt 5000 eset közül 50 súlyos epeut betegséget találtam, amelyek közül 28 volt gyulladás, 22 rák, ami 44%-nak felel meg. A 22 rákból 18 volt epehólyag rák, 1—1 hepaticus-, cysticus-, cholechus és Vater-szemölcsrák; a rákok száma az összes boncoláshoz viszonyítva nem egészen 1/2% volt. Az epeútrákokra nézve érdekes 3 további statisztikai adat: a) a rák sokkal gyakoribb nőkben, mint férfiakban: *Courvoisier* szerint ötször több a nő; *Haberfeld* szerint a nőkre 73% esik, *Kaufmann* szerint 87.5%; az ingadozások valószínűleg helyi különbözőségek, de összességükben egyirányban bizonyítók. b) Az életkor középtértékét 50—70 közé helyezi a legtöbb összeállítás, megegyezve abban, hogy a súlyos gyulladások középtérteke 10 évvel előbbre, a 40—60-as évek közé esik. Fiataloknál igen ritka; az irodalomban ismert legkorábbi eset 20 éves volt, amivel szemben anyagomban egy 18 éves szerepel. c) Az epeutak rákja az esetek tulnyomó számában epekővel társult; *Zenker* az együtttest 84.5%-ra, *Kaufmann* 86%-ra, *Siebert* 95%-ra, *Buday* 100%-ra becsüli. Saját boncolati eseteimben 85%-ban volt kő a rák mellett. Ezzel szemben a másodlagos epehólyagrakoknak csak 15%-ában található kő.

Ami viszont a sebészi statisztikát illeti, a régebbiek közül *Kehr* epebetegének 10%-ában talált rákot; az ujak közül a magamét legyen szabad említeni, amely szerint 2404 epebantalom miatt műtött esetemből 78 volt rák, ami 3.29%-nak felel meg; nincsenek azonban ideszámítva azok az esetek, amelyek klinice inoperabilisoknak ítélve nem kerülhettek műtétre. Hogy az epeutrakosoknak száma milyen arányban áll az epekővesekéhez általában, azt ezideig statisztikailag megközelítőleg sem sikerült kiszámítani; *Kehr* száma, hogy egy millió kövesre egy rákos esnék, teljesen önkényes.

De hiszen az sem ismeretes, hogy az epekővek hordozói közül hány epekő beteg.

Hogy már most milyen szerep jut az epekőveknek az epeútrák előidézésében, azt mint a rákfejlődés minden kérdését, lehet vitatni. Hogy az együttes előfordulás

gyakorisága 95%; hogy a nőknél, az epekövek annyszor gyakoribb hordozóinál, ugyanolyan arányban gyakoribb a rák, mint a férfiaknál; hogy az elsődleges rák társul éppen ily gyakran kövel s nem a másodlagos, vagyis hogy nem a rák jár kövel, hanem fódítva, a kő rákkal; hogy a rák éppen egy évtizeddel későbbben támadja meg az embert, mint a súlyos gyulladással társult epekő-betegség, mindez amellet szól, hogy itt nem véletlenül van szó, hanem conditionalis összefüggésről. Klinikai szempontból igen fontos bizonyítéknak tartom, hogy az epeutrákosok kórtörténetében mindig 10—20 évre visszaterjedő epekőbetegségekről találunk feljegyzést; már pedig ez a rák, tekintettel rendkívül kedvező terjedési viszonyaira és elterjedésének végzetes következményeire, a leggyorsabban végző rákok közé tartozik, amelynek tartama alig értékelhető egy évnél hosszabb időre. Az is bizonyos, hogy epehólyagban rákot kísérletileg sikerült előidézni, ha állatok epehólyagjába: rákos epeköveket, ártatlan epeköveket (*Delbet-Godard*), kátránydarabkákat (*Leitch*), lanolint (*Leitch*), vagy egyéb köveket, kavicsokat varrtak be.

*Kaufmann* mindezeket tekintetbe véve megállapítja, hogy a „lithiasis, mint idült inger megfelelően egyéb idülten izgatott helyeknek, joggal minősítendő a rák-képződésre hajlamosító tényezőnek“, s azt véli, hogy az epekövek okozta heterotopiás hámburjánzás itt a kapocs a rák felé. Azt hiszem, ezzel szemben szórszálhasogatás *Aschoff* iskolájának *Lotzin* dolgozatában kifejtett álláspontja, hogy az epekő nem oka a ráknak, hanem egy követ, mint a rákot az epének ugyanazon metabolikus vagy fertőzőses elváltozása idézi elő a nyálkahártya izgatása által.

Klinikámon a kiirtott epehólyagokat rendszeresen végigvizsgálom górcsővel s így jól ismerem azt a változatos képet, melyet egyes kórboncnokok leírnak. Tény az, hogy egyes kiragadott készítményekben a fedőhámsejtek minősége, elrendeződése, a hámszővek rétegeztsége és elhelyeződése, a submucosus és izomréteg viselkedése olyan változatos, hogy az egész kép ismerete nélkül azt megállapítani, hogy az adott készítmény carcinomából, vagy cholecystitis ulceropolyposából származik-e, rendkívül nehéz. Aki ilyen képet sokat látott, annak nem lehet kétsége, hogy a két folyamat közt az összefüggés a praecarcinosis értelmében fennáll. Mi sebészek nem kívánjuk, hogy az epekőbetegségek kezelésének sebészi javalatai közé a praecarcinosis lehetőségét felvegyük. De igenis, amikor a műtét abszolút javalatai közé: a pyaemia és cholaemia mellé harmadiknak az anaemiát állítjuk oda s ez alatt azt értjük, hogy minden szakavatott belgyógyászati kezeléssel lappangásba át nem vihető epekőbeteg operálandó, mégpedig korán operálandó, egyebek közt a háttérben ott lebeg előttünk a rákosodás lehetősége is.

#### A húgyutak.

A húgyutak aránylag rövid csatornájában összesűrítve megtaláljuk a praecarcinosis minden alakját, amellyel a tápcsatorna és függelékei hosszú útján találkozhatunk. A kísérleti rákok között is szerepel a húgyutak rákja, amelyet itt is sikerül követni a praecarcinosis szakán át a teljes kivirágzásig. *Maissan és Picard* paraffinkátrány és scharlachvörösnek együttes, utóbb kátránynak egyedüli befecskendezésével a hólyagba rákot tudtak előidézni. *Mucharinski* kátrányköveket vitt be a veseállományba s rákos burjánzást talált körülöttük a vesében és a kehelyben. *Kazama* emberi epeköveket varrt be patkányok, tengeri malacok, házinyulak, kutyák húgyhólyagjába s azok körül papilloma és adenocarcinoma fejlődését tudta kimutatni.

Szinte a kísérleti rákok bizonyító erejével értékelhetők a praecarcinosis szempontjából azok a leletek, amelyeket a húgyutakban bilharziosis és anilin mérgezések kapcsán találunk. Az idült gyulladással telt, a papilloma és a szemölcsös rák éles határ nélkül mennek át egymásba, ha a rákot a distonum haematobiumnak hólyagnyálkahártyába lerakott petéi, vagy a húgyutakon át kiválasztott analintermékek izgató hatásukkal megindítják.

Praecarcinosisként szerepelnek itt is: a húgykövek, a leukoplakia és a papilloma.

A húgyköveket a rákkal főleg a vesekelyhekben és a medencében látták társulva. *Stüsser* a vesemedence daganatok 22%-ában, *Albarran* 17%-ban, *Taddei* 6,6%-ban talált követ. Természetesen itt is vitáznak afölött, hogy a kő vagy a rák az elsődleges-e? Hogy a kő mint mechanikus, vagy a követ kísérő fertőzés, mint gyulladással inger indítja-e meg a rákot? Nem szerepelnek-e emellett vegyi behatások is?

A húgyutak leukoplakiája jóval ritkább, mint a szájbeli, de ugy a metaplasia, mint a praecarcinosis szempontjából érdekesebb annál. Az utóbbi vonatkozás megvilágítására elég az az adat, hogy a vesemedencének 13 eddig ismeretett leukoplakiája, illetve cholesteatomája közül 3 volt laphámrákkal társulva, ami csaknem 25% gyakoriságnak felel meg. Sajnos, sebészi prophylaxis tárgyát nem képezheti.

Gyakorlatilag éppen ezért a legjelentősebb a papillomák kérdése. A papilloma előfordul, mint izolált daganat a vesemedencében, ahonnan *Hryntschack* 73 esetet talált az irodalomban, *Illyés* pedig 6-ot említ saját anyagában; előfordul a hólyagban, amelynek leggyakoribb daganata, s előfordul mint a medencét, a húgyvezetőt, sőt a hólyagot diffuse ellepő papillomatosis is; saját 719 veseműtétemre eső 39 vesedaganatból egyszer.

A bolyhos daganatok praecarcinosisának kérdése a gyakorlatban a hólyagpapillomák elbírálása kapcsán merül fel. A hólyagpapillomák egyrésze kétségtelenül jóindulatú, másik részük viszont biztosan rákos. Elméletileg biztosan megfogalmazható a szabály, hogy az előbbieknél elég az endovesicalis eljárások valamelyike, vagy epicystomiánál a többé-kevésbé széles kocsány átmetszése; a bolyhos rák kiirtásánál viszont fontos a daganat alapjának elroncsolása, vagy kiirtása is. Igen, de mit mutat e daganatok pontos górcsővi vizsgálata? Vannak papillomák, amelyeknek egész törzsén, minden ágán, s minden legkisebb hajtásán megvan a hámnak az az egyenletessége, szabályossága, éles elhatároltsága, amelyet a jóindulatuság jelének tart a kórszövettan. Vannak azután papillomák, amelyeknek minden egyes részlete, minden ágacska rákos hámrétegtől borított, amely infiltrálja a hólyagfal egész vastagságát. De vannak papillomák, amelyeknek csak egyetlen ágán mutat a hám szabálytalanságot, polymorphismust, meginduló betörést, heterotopiát, polypusok tehát, amelyek egészükben jóindulatúak, csak ott, azon az egy helyen mutatnak átmenetet a rákos szerkezet felé. Ez az a praecarcinomás szak, amellyel a kocsányon át a hólyag falába megindul a beszűremkedés, a rákosodás.

Ennek a felismerése csak az egész bolyhos növedék végigvizsgálásával, s nem egy kis lecsipett darabka górcsőzésével lehetséges. Ezek az esetek igazolják, hogy a jóindulatú papillomák rákos átalakulásra hajlamosak, másrészt, hogy praecarcinomás jelentőségük van, hogy tehát eltávolításuknál az alapjuknak pontos végigvizsgálása, hacsak lehetséges, kimetszése akkor is indokolt, ha egyes részleteken a rákos jelleg még ki nem mutatható.

### A golyva.

A tapasztalatot, hogy a pajzsmirigy túltengése, jóindulatú adenomái, az u. n. göbös golyvák és a rákos golyvák közt éles határt tisztán alaki alapon vonni nem lehet, legjobban igazolja *Langhansnak*, a golyvák legalaposabb ismerőjének ajánlata, hogy a pajzsmirigyben a rosszindulatú hámdaganatokat ne carcinoma, hanem tumor malignus epithelialis néven foglaljuk össze. Ő ennek a csoportnak hét tagját különböztette meg; a közepe tette a görcsövilag kétségtelenül rákos carcinoma alveolaret és planocellulare-t, a laphámrákot; a sorozat elejére került: a struma colloides metastatisans és a struma proliferans (Wucherkröpf), a másik végére pedig: a parastruma, a papilloma és a struma postbranchialis. Őt név, amelyek mindegyike annak a leplezésére készült, hogy valamely pajzsmirigybeli göb görcsövi szerkezete egymagában nem elégséges a göb klinikai magatartásának elbírálására. Magam részéről a papillomáknak, amelyekre papilloma helyett a struma papillaris elnevezést ajánlottam, amit egyébként az irodalom el is fogadott, *Nueber*-rel egész sorozatát állítottam össze az üres golyvák falán kimutatható kis bolyhos növedéktől a vérerek falát áttörő, a pajzsmirigyét infiltráló, pusztító, tömör bolyhos növedékig, amely a rák minden jellegét mutatja.

Csak két példára legyen szabad hivatkoznom az itt uralkodó bizonytalanság bemutatására.

45 éves asszonyhoz ideggyógyász collegám hívott annak a kérdésnek eldöntésére, hogy mi a felkar bénulásának az oka az illető hölgnél, akinek villamosra felszállás közben egyszerre mintha villám ütötte volna, megbénulva leesett a karja, s azóta emelni nem tudja? A felkar középső harmadában lévő csonttömlő helyén spontán törést találtam, amelyet csontátültetéssel megoperáltam. A tömlő falának kaparéka azt mutatta, hogy a tömlő lényegileg nem egyéb, mint tömlős colloid golyva, amely egy galambtojásnyi, kicsiny, élesen elhatárolt, görcsövilag típusos colloid göb áttele volt, amelyet szintén kivettem. A felkar úgy meggyógyult, hogy fél esztendő múlva az asszony sportolt. 1½ évvel az első műtét után férfiökölnyi tömlős golyva miatt rescéltam a lapockáját, további fél év után laminectomiát kellett rajta végezni a gerincgyat elülről összenyomó tyuktojásnyi golyvagöb miatt a csigolyatestben; három hónap múlva pedig meghalt az egész csontrendszert elárasztó golyvagöbök miatt, amelyek mindegyike ártatlan, tipikus golyvagöb volt. Mellékesen megemlítem, hogy minden egyes újabb áttele golyvagöb növekedésével párhuzamosan fokozatosan súlyosbodó hyperthyreosis fejlődött ki a betegen, amely pontosan eltűnt az áttétel kiirtásakor. A pajzsmirigyben kiujulásnak egész idő alatt nyoma sem volt.

Ötven éves férfi emlékszik, hogy gyermekkorá óta van pajzsmirigye jobb lebenyében galambtojásnyi göbe. Néhány hónap óta a göb feszülés érzését okozva, lassankint megduzzadt, s amikor kisdiónyi lett, arra bírta a gazdáját, hogy megoperáltassa. A műtétnél a göb egyik oldalán nem volt élesen elhatárolt a lebeny állománya felé, úgyhogy a kifejtés tompán, mint nucleationál rendszeren, nem volt elvégezhető, élesen kellett azt a lebeny állományából kimetszeni. A göb szerkezetileg parastrumának felelt meg, már itt a rosszindulatuság gyanújával. Néhány év múlva a pajzsmirigy hegében kiujult a hámsejtes burjánzás, s ezzel további két műtét dacára is megkezdődött az egyéves tragédia első felvonása.

Aki két ilyen esetet végigszemlédett betegeivel, annak megerősödött a meggyőződése, hogy a pajzsmirigy-göbök nem olyan ártatlan növedékek, mint azt az orvosi közvélemény elkönyveli. Ha tekintetbe vesszük, hogy ezek a göbök, melyek újabb felfogás szerint valóságos adenomák, dacára annak, hogy belső elválasztásuk meg-egyezik a pajzsmirigyével, s hogy a pajzsmirigy nagyságbeli ingadozásaiban részt vesznek, keringési zavarokra rendkívül hajlamosak; ha látjuk, hogy e vérzések kapcsán erek nyílnak meg, amelyekbe azután a rohamoson regeneráló hám beburjánzik, akkor is, ha a göb szövettanilag teljesen tipikus; ha a kiirtott göbben ez-

időszerint semmi módon sem vagyunk képesek megállapítani, hogy az ilyen betöréssel veszélyeztetheti-e a szervezetet áttételeivel, akkor eléggé megindokolt az a sebészi meggyőződés, hogy a *pajzsmirigy göbei kimerítik a praecarcinosis fogalmát* s abszolút javalatot jelentenek a műtét eltvóltására.

A golyvának mellkasi, tehát intrathoracalis alakjairól általánosan elterjedt vélemény ma is, hogy rákos elfajulásra hajlamosabbak, mint a nyaki golyvák. Ezt *Langhans* anyagában, amelyet annak idején feldolgoztam, amely munkámnak nemcsak tájbonctani, de kórtani megállapításait is elfogadta az irodalom, egyáltalában nem találtam beigazolva. A rákos elfajulásra az intrathoracalis golyvák közül is csak a göbökök hajlamosak s ezek is csak oly mértékben, amint keringési zavaroknak ki vannak téve. A szöveti egyensulynak a vérzés okozta megzavarása a göb tokján belül, a hámsejtfészkeknek izolálása a szétúrt állományban, a hámsejtek egyéb-ként is jelentékeny regeneráló erejének felszabadítása a szöveti kötelék meglazítása által, az, ami ezeknek a göböknek is praecarcinomas jelentőségét adja.

Ebből a tapasztalati tényből az az elméleti követelmény vonható le, hogy az ilyen göbök kezelésében még fokozottabb mértékben kerülendő minden olyan beavatkozás, amely a göbben keringési zavart okozhat s ezzel fellobbanthatja a szunnyadó, kiszámíthatatlan regenerációs képességet. Megemlítem ezt, mert az utóbbi években a napilapokban erősen reklámozott, ezideig orvosi körökben nem ismertetett s így tudományosan nem ellenőrizhető „befecskendezés” eljárás kapcsán láttam golyvagöbökben olyan rákos elfajulást, amelyet kénytelen vagyok a szöveti vizsgálatok alapján a befecskendezéssel vonatkozásba hozni. A göbökben ugyanis minden szurási csatorna mentén ott, ahol a befecskendezett ismeretlen folyadék a hámot elpusztította, a környezet hámjából rákos burjánzás indul ki, megannyi elsődleges rákos góc, ahány szurás érte a göböt. Nem akarok ehhez bővebb magyarázatot fűzni, csupán a figyelmet felhívni, hogy feltéve, de meg nem engedve a befecskendezéses kezelés jogosultságát, az esetek helyes kiválasztása volna ennek a kezelésnek is a legelső alapfeltétele.

### Az emlő.

Az emlőrák viszonylagos gyakorisága a női nemet sújtó rákos betegségek között; pusztító munkájának szemmel látható nyomai; korai felismerésének s ezzel korai kezelésének lehetősége, régi idő óta az érdeklődés előterébe állították az emlőt a rákkérdés tanulmányozásában. Állatkísérletekben nemcsak az átoltásra, továbbtenyésztésre alkalmas rákok között áll első helyen az emlőrák, hanem a kísérletileg előidézett rákok közt is mindjárt a bőrrák után szerepel. *Bagg* tejelő emlőben lekötötte a nagy kivezető csöveket, mire az ilyen állatok ismételt terheg után emlőrákot kaptak; sőt rákot kaptak olyan egéranyák is, amelyektől ismételt terhegük kapcsán mindig elvette az újszülötteket, úgyhogy a termelt tej nem talált természetes levezetésre. *Yamagiva-Murayama* kátránynak, vagy kátránynak és lanolin-nak, illetve kátránynak és paraffinnak együttes befecskendezésével adenocarcinomat és laphámrákot tudtak előidézni az emlőben. *Bloch* és *Stauffer* elpörkölték a bim-bót, azután kátrányt fecskendeztek be a viszer rendszerbe, s ezzel emlőrákot idéztek elő. *Büngeler* scharlachgerugenolt fecskendezett az emlőbe, s ezzel tömlős elfajulást és kötőszövet szaporodást idézett elő benne; ha most az ilyen állatokat arzénnel kezelte, a mastitis chronica cysticából adenocarcinoma fejlődött.

Mindezek a kísérletek, ha nem is adják magyarázatát, de mindenesetre megerősítik azt a klinikai tapaszt-

talatot, hogy az emlőnek bizonyos elváltozásai aránylag gyakran előzik meg az emlőrákot. Ilyen praecarcinomás elváltozásokként ismerjük az emlőhegeket, az emlő jóindulatú vegyes daganatait: az adenofibromákat és pedig főleg az intracanalicularis változatukat, a mastitis fibrocysticát és a vérző emlőt.

Az *emlőhegek* közül az emlőgyulladások miatt végzett *bemetszések* hegei tényleg nagyjából ugyanolyan arányban találhatók emlőrákosoknál, mint amilyen gyakran szerepel a rák előzményében súlyosabb mastitis puerperalis. Magamnak emlőképzés későbbi javítása, valamint hegbeli tömlők, idült tályogok kimetszése kapcsán igen gazdag anyagom van görcsövileg feldolgozva, amely nemcsak a zsírszövet lipogranulációjára, hanem az emlőhám hegbeli magatartására nézve is kísérleti anyag értékével bír. Az ilyen hegekben a lebenykék és kivezető csövek hámjának ugyanolyan változatos regenerációs burjánzási képei láthatók, amilyenek jellemzően a mastitis chronica fibrocysticánál találhatók.

Ezzel szemben a *tompa sérülések* nyomán támadt vérömlenyek oly gyakran szerepelnek a rákos előzményben, hogy már ezzel is felkeltik a gyanút realitásukkal szemben. Igaz, hogy pontos elemzéssel a számuk csökkenthető, így eseteimben 1%-ra, de mégis maradnak esetek, amelyekben a beteget arról meggyőzni, hogy az összefüggés fenn nem forog, nem lehet.

A kórtan azzal a megállapítással intézi el a kérdést, hogy a sérülés csak felrobbant, szétrobbant egy eladdig lappangó kicsiny rákot, amely ettől kezdve rohamos növekedésnek indul. De akinek alkalmá volt egy ilyen esetet a sérüléstől kezdve a rákig végig észlelni, az nem hajlandó a laikus megfigyelést minden további nélkül képzelődésnek minősíteni.

40 év körüli, egy gyermekes asszony, autószerencsétlenségénél egyéb sérüléseken kívül eltörte az emlő alatt jobb IV—V. bordáját. 10 nappal a sérülés után láttam őt az emlő alsó felét elfoglaló egyenletes vérbeszűrődéssel a törés helye felett. A vérömleny néhány hét alatt felszívódott, de 9 hónap múlva az asszony újra jelentkezik a vérömleny helyén tyuktojásnyi porckemény rákos göbvel, amelyet a hónaljban mirigy beszűrődés kísér. Az emlő az első vizsgálatnál kétségtelenül ép volt, a műtétnél viszont masszív rákosnak bizonyult, úgy hogy az összefüggést bizonyossággal megállapíthatónak kellett mondani.

Kétségbeejtő bizonyosság ez, amelynek sajnos sebészi megelőzésére nincs mód, de amelynek a fenti kísérletekben megtaláljuk a magyarázatát, s megkapjuk az analogonját a következő kórképben.

A *mastitis chr. fibrocystica praecarcinomás* jelentőségét minden vizsgáló elismeri tekintet nélkül arra, hogy magát a folyamatot, mint *König* gyulladásnak: mastitis chronica cysticának, mint *Schimmelbusch* daganatnak: cystadenomának, mint *Krompecher* fejlődési hibának a halványsejtű verejték mirigyek előtérbe jutásával dysplasiának, mint *Marchand* kötőszövet tulterhelésnek: fibromatosisnak, mint *Pribram* öregkori visszafejlődésnek: degeneratio polycysticának minősítette. Az eredet körüli bizonytalanságra való tekintettel *Aschoff* a mastopathia chronica cystica, *Reclus*: a maladie cystique des mammelles közömbös elnevezést ajánlják. De hiszen a név mellékes is; elég ha azt tudjuk, hogy van az emlőnek egy betegsége, melyet klinice: a két oldali, diffúz kifejlődés, a fájdalomosság, a megnagyobbodott emlők göbös, mint mondani szokás mirigy tapintata, savós váladéka, s hordozójuknak 40 év körüli volta, görcsövileg pedig az jellemez, hogy ugy a kötőszövetben, mint a hám-elemekben az emlő egész fejlődési és pusztulási folyamatának minden egyes mozzanata tarka összevisszaságban található egymás mellett, úgy hogy ez a kórkép a túltengés és sorvadás, az assimilációs és dissi-

milációs folyamatok együttese. S ez a sajátos elváltozás, aszerint, hogy ki-ki milyen tágra szabja a fogalmát: 7 (*Schimmelbusch*), 15 (*Simon, Thyle*), 45 (*Morris, Wolff*), sőt 50%-ban (*Blodgood*) előzi meg a rákot. Ha az emlőrákok összességére ezt a számot talán túlzottnak is tartom, a kicsiny, lappangó scirrhosokra vonatkozólag az összefüggés gyakoriságát saját eseteimmel megerősíthetem; az ilyen mastopathiás emlőnek sokszor még a keresztmetszetén is nehéz szabad szemmel a sok apró tömlő és kérges góc közt a mirigyáttételeket okozó, borsónyi rákos göböt megtalálni.

Az emlő *vegyes daganatainak*, a fibroadenomák különböző alakjainak: fibroadenoma, myxoadenoma pericanaliculare és intracanaliculre, fibromyxadenoma phylloides rosszindulatú elfajulásáról többet tud a klinika, mint a kóronctan. A klinikai kórlapokban gyakran, eseteimben 10%-ban találjuk feljegyezve azt az adatot, hogy javakorbéli nő emlőjében 1—2 évtizede ugrált kisdiónyi, fájdalommentes göb, amely két-három hónap óta rögzítetteb lett s mely felett kis behuzódás támadt a bőrön. Az sem ritkaság, hogy az emlő bőrén kis heg jelzi a 20—30 év előtt, hajadonkorban végzett kis daganatkiirtás nyomát, a szervezet mirigyei, parenchymás szervei, savós hártái, csontja tele vannak rákkal, anélkül, hogy az emlőben magában kiujulás volna. Sokkal ritkábban látjuk az ennek tényleg megfelelő kezdeti képet kóronctanilag; élesen körülírt kihámozható göböt, amely egy ponton mintha megrepedt volna, s innét valósággal kiönti tartalmát a szomszédság fertőzésére. Sokkal gyakoribb a klinice teljesen jóindulatú daganatok görcsövi képében olyatén elváltozás, amely a rák morfológiájának minden jellegét magán viseli: a kivezető csövek hámjának bolyhos burjánzása, többrétegűsége, a pericanalicularis szövetbe tört hám-szigetek, a lebenykék hámjának áttörése a membrana propria. Hol van a háttár a tényleges rák felé?

A legérdekesebb a *vérző emlő* kérdése. 40—50 év körüli asszony azzal a panasszal keres fel bennünket, hogy emlőjéből hetek, hónapok óta rozsdabarna, véres folyadék szivárog, amely beszenyeezi a fehérneműt. A vizsgálatnál a bimbó területén, ritkábban távolabb: gombostűfejnyi, mogyorónyi göböt tapintunk, amelynek megnyomására tényleg megjelenik a bimbón az ominosus csepp. Ha az ilyen bimbót a csomóval együtt kiirtjuk, feltűnik az összes subareolaris tejszövetek tágulása; s ezek egyikében barnás-vörös váladék oszlop végén a tárgult üregbe nyúló bolyhos-szemölcsös növedék: a cystopapilloma, carc. papillare, cystepithelioma intracanaliculare haemorrhagicum. Görcsövileg az egyik esetben a falból kiemelkedő, bolyhos növedék magas hengerhámos borítékkal, máskor ugyanilyen kép mellett a tejút belésén kívül néhány hengerhullámmal bélelt fiókhólyag, ismét máskor a hólyagok közt apró hámszigetek köbhámmal, ürce nélkül jellemző, s a hónaljban már van kemény, nagyobb mirigy, amelynek nyirokőbleiben már kimutathatók a besodort hámsejtek. Saját szépszámú esetemből hibátlan sorozatot tudok összeállítani, a kétségtelenül ártatlan kezdeti bolyhos kinövéstől, a már kétségtelenül rákos csomóig, amelyeknek genetikai összefüggése kétségbe nem vonható.

Micsoda ezeknek a leleteknek gyakorlati jelentősége? Az u. n. jóindulatú daganatokra nézve az, hogy göbös daganatnak, még ha akármilyen ártatlan is, a nő emlőben nincs helye; az adenofibromákat ki kell irtani, mégpedig tekintet nélkül az egyén korára, a kiirtott daganatgöböket pedig kivétel nélkül meg kell görcsövileg vizsgálni. Csakis ennek alapján dönthető el, hogy a kiirtással be van-e fejezve a gyógyítás, vagy következni kell-e a prophylaktikus besugárzásnak, illetve a gyökeres mű-

tétnek. Vértől emlénlél, ha a vérzésnek egyéb, ritka okai kizárhatóak, a magam részéről a nagy tejutaknak kiirtását végzem a bimbóval együtt, amihez ugyancsak gyökeres kiirtás csatolandó, ha a cystopapilloma górcső alatt rákra gyanusnak bizonyul. Legnehezebb a döntés a mastitis chronica fibrocysticánál, mert itt csakis az egész tömlősen elfajult emlőtest eltávolítása jöhet szóba, mégpedig két oldalt. A nők carcinophobiája kezünkbe kényszeríti sokszor olyankor is a kést, amikor a praecarcinosisnak még a gondolata alig kísért. Ilyenkor, de csakis ilyenkor és soha már kifejezett carcinománál, megengedhetőnek vélem az emlő plastikus kiirtását.

Mint különlegességet említem meg, hogy egy esetben én is láttam kozmetikus célből végzett paraffin befeccskendezés után az *emlőparaffinomából* fejlődött emlőrákot. Hogy itt a kísérleti emlőrákok módjára támadt mesterséges rákkal volt-e dolgom, vagy hogy a betegnek paraffin nélkül is lett volna emlőrákja, s ez csak véletlenül találkozott a paraffinomával, ezt nem tudtam eldönteni. De az ilyen eset feltétlenül óvatosságra int.

#### A nyálmirigyek.

A nyálmirigyek praecarcinosisai kórbonctani szempontból a legérdekesebbek közé tartoznak.

Nem a *Küttner-féle* betegség: a sialadenitis chronica indurativa az állalatti mirigyben, amelynél magam is találtam úgy a mirigyszigeteken, mint a kivezetőcsöveken olyan mikrocystikus elfajulást, szemölcsös hámburjánzást, hogy sokszor kétségben voltam a baj természete felől. De viszont ennek a bajnak rákos elfajulása ugyáltszik felette ritka.

Hanem a nyálmirigyek u. n. *vegyes daganatai*, amelyeket a kórtan közepre helyez a jó- és rosszindulatú daganatok közé, azon tapasztalat alapján, hogy évtizedek óta fennálló, ártatlan daganatok, sérülés, olykor tökéletlen műtét kapcsán, vagy kimutatható ok nélküli átmenetnek rákba. Már pedig a nyálmirigy daganatoknak 80%-a esik ezekre a titokzatos vegyes daganatokra.

Titokzatosak a daganatok, mert szöveti szerkezetük lényegét ma sem sikerült megoldani. Csodálatos keverékei a legkülönbözőbb mesodermális és ektodermális elemeknek; a hengerhámos csövektől, laphámgyöktől, köbhámos acinusoktól, endotheles üröktől, a hyalin és nyákos kötőszövetig, zsírszövetig, porcig, csontig összevissza van dobálva bennük minden. Értelmezésükben a németek élükön *Volkman*nal ma is mondhatnám makacsul kitarának amellet, hogy a daganatok endotheliomák; a franciák, élükön a magyar *Krompecher*-rel epitheliomáknak vélik, maga *Krompecher* basaliomáknak; míg a legujabb vizsgálók, főleg *Wilms* nyomán a bidermális eredet mellett foglalnak állást. Ha ez a kérdés talán elméleti is, a gyakorlatra nézve végzetes, hogy a szöveti szerkezet teljesen azonos az ártatlan és rosszindulatú daganatokban, úgyhogy a górcső a prognosis felállításában teljesen felmondja a szolgálatot.

Nyílt kérdés e daganatok keletkezése is. Legvalószínűbbnek látszik, hogy a nyálmirigyek fejlődése közben a mesodermális alapszövetbe beburjánzó ektodermális mirigycsövek 1—1 szigete a hozzátartozó mesodermával együtt lefűződik a nyálmirigy helyezékéből, s mint kis daganatszerű képlet, *Albrecht* értelmében chorisoma, ott marad a mirigytestek körül vagy azokban addig, míg valami korlátlan növekedését ki nem robbantja.

A gyakorlat számára mindenesetre szabálynak kell felállítanunk, hogy ezek a kis basaliomák, amelyek sokszor „megnagyobbzott nyirokcsomó” kórismével éveig lymphomakezelésben részesülnek, idejekorán felismeretessenek és gyökeresen eltávolíttassanak, mert feltétlenül praecarcinomák.

Az elmondottak csak rövid vázlata a praecarcinosis hatalmas kérdésének, abból is csak annak, ami bennünket, sebészeket érdekel. Kihagytam a női nemiszervek praecarcinomás elváltozásait, mert ebben saját tapasztalatom nincs; kihagytam a belső szervek közül azokat, amelyek sebészileg megközelíthetetlenek. Pedig szivesen vállalkoznám a máj praecarcinosisainak megvilágítására nemcsak azért, mert erre vonatkozólag 36 éve gyűjtöm az anyagot, amelynek egy részletéből készült annak idején *Bókay* és *Goldziehernek* alapvető munkája, hanem azért is, mert ma is azt hiszem, hogy a praecarcinosis tudományos vizsgálatára a máj a legalalkalmasabb az ő bámulatos érzékenységgel az ekto- és endogén ártalmakkal szemben, hatalmas regenerációs és neoplasticus képességével és különleges bonctani berendezésével. De talán ezzel nagyon is elméleti területre kerülnek, ahol pedig nem számíthatok a gyakorlók úgyis túlságosan igénybe vett türelmére. De mindenesetre elég az itt elmondott is arra, hogy felette kiki sine ira et studio elgondolkozzék, saját tapasztalata alapján abból egyet s mást elutasítson, valamit el is fogadjon s ezzel ettől a rettenetes kórságtól sújtott betegek végétén segítsen.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A kir. magy. Pázmány Péter Tud. Egyetem III. belklinikájának közleménye. (Igazgató: báró Korányi Sándor ny. r. tanár. Röntgenlaboratorium vezető: Ratkóczy Nándor magántanár.)

### A pajzsmirigy betegségeinek röntgenkezelése.\*

Irta: Gaál András dr., tanársegéd.

Az egyes betegségek röntgenkezelésének eredményessége a röntgensugarak szövetroncsoló hatásán alapszik.

A röntgensugár szövetroncsoló hatásának gyógyítás céljára való felhasználását különösen alkalmassá teszi azon körülmény, hogy az egyes szöveteknek már normális viszonyok mellett is megfigyelhető különböző sugárérzékenysége bizonyos kóros viszonyok mellett még nagyobb különbséget mutat, aminek következtében a megfelelően adagolt röntgenbesugárzás hatásának egy bizonyos helyre, illetőleg szövetbe való összpontosítása lényegesen meg van könnyítve. Az egészséges szövet sugárérzékenysége befolyással van a szövet eredetének minősége (legellenállóbb a mesodermális szövet, kevésbé ellenállóak az entodermális és ektodermális eredetűek), a szövet differenciálódásának és működésbeli állapotának a mértéke (az előbbivel fordított, az utóbbival egyenes arányban áll az érzékenység foka), és még számos más körülmény. A kórosan elváltozott szövetek sugárérzékenysége általában a sejtekben végbemenő degenerációs folyamatok mértékével emelkedik.

A normális működésű pajzsmirigyszövet érzékenysége entodermális eredetének ellenére is, mint nagy mértékben differenciálódott szöveté, aránylag kicsiny, megváltozik azonban akkor, ha működése fokozódik, vagy ha sejtjei elfajulnak. Így leli magyarázatát az a tapasztalat, hogy míg normális működésű pajzsmirigyszövet aránylag nehezen roncsolható el, a basedowos, vagy valami módon elfajult pajzsmirigy már jóval hozzáférhetőbb a röntgensugarak számára; a kolloidos degeneratio kivételt képez.

Egyrészt ezen említett körülmények, másrészt a pajzsmirigy könnyű megközelíthetősége folytán a rönt-

\* Előadás az Orvosegyesület 1931. márc. 21-iki üléséről.

genkezelésnek ezen szerv különböző megbetegedéseinek gyógyításában is fontos szerep jut; így a fokozott pajzsmirigyműködés, a különböző pajzsmirigydagánatok, a pajzsmirigygyulladás kezelésének már eddig is szép eredményei vannak.

A pajzsmirigy 'csökkent működésének' sugárkezelése eredménytelen.

A III. sz. belklinikán az utolsó 11 évben végzett röntgenbesugárzások a következőképpen oszlanak meg a pajzsmirigy különböző megbetegedései között.

	tutmük.		jóind. dag.		rosszind. dag.		gyulladás	
	össz. e.	átv. e.	össz. e.	átv. e.	össz. e.	átv. e.	össz. e.	átv. e.
1920.	8	(2)	4	(2)	1	(1)	—	—
1921.	11	(5)	9	(6)	1	(1)	—	—
1923.	3	(2)	2	—	—	—	—	—
1924.	16	(13)	7	(1)	—	—	—	—
1925.	24	(17)	8	(3)	—	—	—	—
1926.	17	(11)	4	(2)	—	—	—	—
1927.	26	(12)	2	(1)	1	—	—	—
1928.	31	(21)	7	(6)	2	(3)	—	—
1929.	62	(45)	2	(1)	—	—	2	(2)
1930.	45	(40)	2	(1)	—	—	—	—
össz.	243	(168)	47	(23)	5	(3)	2	(2)

A jelen táblázat a klinika anyagát 1920-tól kezdődőleg öleli fel. Az 1922. és részben az 1923. évek adatai azért hiányoznak a statisztikából, mert ezidőben a klinika röntgen laboratóriumának therapiás készüléke nem működött. A kezelt betegek száma 295; az ellenőrizetteké 196.

Az ellenőrzés egyrészt a rendelkezésünkre álló kórtörténeti adatok segítségével történt, másrészt felülvizsgálatra való berendelés alkalmával. Az ellenőrizetlen esetek legnagyobb részét oly, főleg ambulans betegek teszik ki, akik a kezelés után nem voltak figyelemmel kísérhetők, mostani felhívásunkat pedig vagy nem kapták kézhez (lakásváltoztatás, vagy más ok miatt), vagy egyáltalán nem jelentkeztek. Az ellenőrzött esetek közé nem számítottuk be azokat, melyeknél valami oknál fogva idő előtt félbemaradt a röntgenkezelés.

A táblázatban külön csoportosítottuk a különböző pajzsmirigymegbetegedésekre vonatkozó adatokat. A röntgenkezelések túlnyomó része 243 (168\*) fokozott pajzsmirigyműködés miatt történt; ezeknek száma az utóbbi évek alatt különösen megszorodott. Jóindulatú pajzsmirigy dagánatoknál, azelőtt gyakrabban végeztünk röntgenkezelést, az utóbbi időben azonban már alig próbálkozunk vele, kivéve a substernalis strumákat. Pajzsmirigy gyulladást 2 (2) esetben kezeltünk. Eseteink közül nem egynél 6—8—10 esztendőre nyúlnak vissza megfigyeléseink.

### I.

#### A fokozott pajzsmirigyműködés röntgenkezeléséről.

A basedow-kór gyógyításánál egy amerikai sebész, Mayo alkalmazott először röntgenbesugárzást. Mayo műtét előtt sugározta be az eltávolítandó mirigy területét; azt gondolta ugyanis, hogy a sugárzás hatására beálló nyirokrendszeri sclerosis mellett a műtét könnyebben kivihető. A következő próbálkozó Beck szintén amerikai sebész volt; ő már a műtétet helyettesítő céllal sugározta be a betegeket. Beck 1905-ben 2 és 1909-ben 50 betegre számolt be; ezen utóbbiak közül 36-csak röntgensugárkezelésben részesült, 14-nél viszont műtétet kapcsolta össze a röntgenkezeléssel. Az eredményei nagyon jók voltak. E tapasztalatok alapján Beck már ekkor azt a véleményét hangoztatta, hogy könnyebb basedowos kórképeknél, ha a pajzsmirigy megnagyobbodása nem túl nagy, minden esetben indikált a röntgensugárkezelés; súlyos, nemkülönben jelentékenyebb pajzsmirigymegnagyobbodással társuló könnyebb basedowos eseteknél azonban csak műtétet bevezető kezelésként jön tekintetbe. Beckkel egyidőben hasonló eredményeket ért el a bécsi iskola.

\* Zárójelben az ellenőrizett esetek száma.

E jó eredmények ismertté válása után rövid idő alatt megszorodott az ezen módszer alkalmazásával próbálkozó orvosok száma, úgyhogy ma már számtalan nagy statisztikával rendelkezünk. Nehány nagyobb külföldi statisztika adatai a következők: *Rave* szerint 321 esetből 5 % gyógyult, 80 % javulást mutatott, 14% nem változott, 1% rosszabbodott. *Heibel* szerint 754 esetből 16% gyógyult, 59% lényegesen, 9% kis mértékben javult, 14% nem változott, 1% rosszabbodott. *Sielmann* szerint 1000 esetből 50% gyógyult, 45% javult, 3% nem változott, 1—1% illetőleg hypothyreotikussá változott.

Mi a következőkben foglalhatjuk össze megfigyeléseinket.

		gyógyult		javulás		eredménytelen	
		össz.	átv.	össz.	átv.	össz.	átv.
I. csoport	összesen 15	1	2	8	1	3	
	előzőleg műtét	—	—	—	—	—	—
	utólag műtét	—	2	3	—	—	—
II. csoport	összesen 59	10	24	17	7	1	
	előzőleg műtét	—	4	1	—	—	—
	utólag műtét	—	—	4	2	1	—
III. csoport	összesen 94	38	29	25	1	1	
	előzőleg műtét	—	—	—	—	—	—
	utólag műtét	—	1	1	—	—	—
	ism. röntgen kez.	—	—	1	—	—	—

A áttekinthetőség és az eredmények értékelhetőségének megkönnyítése végett három csoportba osztottuk az anyagot. Az első csoportba a műtétre alkalmatlan, tehát a legsúlyosabb eseteket soroltuk; a második csoportba a műtétre még alkalmas, súlyos és kevésbé súlyos eseteket; a harmadikba a könnyű és az u. n. forme fruste basedowokat. Fruste basedow alatt mi azon basedowokat értettük, amelyeknél a basedow kardinális tünetei nem voltak teljes számban jelen.

Az első csoportba tartozó betegek legtöbbször a konzervatív belorvosi kezelési módszerek túlnyomó részét már előzőleg kipróbálták, de eredménytelenül; egyeseiknél a gyors rosszabbodás miatt nem volt idő a kipróbálásra.

A röntgenkezelésnek majdnem minden esetben volt kisebb-nagyobb eredménye; bár a javulás majdnem kivétel nélkül csak ideiglenes volt, újabb röntgenbesugárzások és egyéb belgyógyászati kezelés eredményeként egy beteg évek óta gyakorlati értelemben véve gyógyult, kettő lényegesen, 8 kisebb mértékű javulást mutat, egy beteg állapota legalább a kezelés alatt nem romlott, háromé feltartóztatlanul tovább súlyosbodott. A javuló betegek közül öten kerültek műtétre, közülük később egy ismét röntgenbesugárzásra jelentkezett, mert a műtét utáni javulás is csak átmenetinek bizonyult.

A második csoportba tartozó 59 beteg egy részénél a különböző konzervatív kezelési módszereket már előzőleg kipróbálták, de eredmény nélkül; a betegek nagyobb részénél röntgenkezelés volt az első gyógyító beavatkozás. Öt betegnél előzőleg műtétet végeztek; a műtét utáni észlelhető javulást azonban ismét rosszabbodás váltotta fel.

Az ezen csoportba tartozó betegeknél a röntgenkezelésnek már lényegesen jobb az eredménye. Tíz beteg felgyógyult, 24-nek állapota lényegesen, 17-nek kis mértékben javult, 7 beteg állapota nem változott, egy beteg rosszabbodott; a rosszabbodás azonban nem volt oly mértékű, hogy emiatt a műtét esélye lényegesen romlott volna. A nem javuló és a nem teljesen gyógyult betegek közül a kezelés közben és azután hét beteg került műtétre, ezek egyike később újra röntgenkezelést kapott, mivel a műtét eredménye sem volt végleges.



A harmadik csoportba sorozott 94 beteg tulnyomó részénél röntgenkezelés volt az első therapiás beavatkozás, a többiek közül egyiknél-másiknál előzőleg különböző belgyógyászati kezelésekkel is próbálkoztak.

Megfigyeléseink szerint a röntgenkezelés az ezen csoportba tartozó betegnél volt a legeredményesebb. Ezen betegek közül 38 meggyógyult, 29 lényegesen, 23 kevésbé javult, 2 nem változott. A gyógyult esetek tulnyomó része (38 közül 24) a nagy mértékben javult 29 közül 12, a kismértékben javult 25 közül 11 forme fruste basedow volt. A forme fruste esetek közül soknál apró röntgensugármennyiségekkel értük el az említett eredményt, de voltak olyan forme fruste basedowok is, amelyek nagy adagra is, vagy egyáltalában nem, vagy csak kis mértékben reagáltak.

Általános megfigyelésünk volt, hogy a göbös, a kemény és nagy strumájú basedowosok általában rosszabbul reagálnak a röntgenkezelésre, mint az egyenletes tömegű, puhább tapintatu, kis strumájú, vagy pajzsmirigy megnagyobbodás nélkül basedowosok.

A vázolt jó eredmények pusztán röntgenkezelés javára történő értékelését befolyásolja az a körülmény, hogy a betegek egy része a röntgennel párhuzamosan egyéb kezelésben is részesült. Ha azonban tekintetbe vesszük azon betegeket, akiknél a röntgen előtt a konzervatív belgyógyászati therapiás eszközök alkalmazása nem vezetett eredményre és azon betegeket, akik röntgen besugárzáson kívül más kezelésben nem részesültek és így is javultak, akkor a röntgenkezelés hasznosságát a többi betegnek is el kell ismernünk.

*A vázolt megfigyelések alapján tehát mi is csak megerősíthetjük azon észleleteket, hogy a röntgenkezelés a pajzsmirigy-tülműködés minden fejlődési szakában nagy jelentőségű szerepet tölthet be.*

A kezelés módjáról különbözők a nézetek. Erre vonatkozóan fontos, hogy megfelelő mennyiségű és minőségű röntgensugárzás érje a pajzsmirigy-szövetet és hogy az egyes besugárzások nagysága és gyakorisága túl ne haladja a megengedett határokat. Amíg könnyebb esetben általában óvatosabban adagolunk, súlyos basedowosoknál még átmeneti javulás is csak nagyobb összdosissal érhető el. Ugyancsak annál több a szükséges sugármennyiség, mennél nagyobb, mennél keményebb és mennél régebbi a pajzsmirigy-duzzanat. Kivételek természetesen itt is vannak, és ezért a kezelés alatt levő beteg állapotában történő változások állandó figyelemmel kísérése ugyancsak fontos; a kezelőorvos csak a kezelés közben tett megfigyeléseire támaszkodva dönthet afelett, hogy folytatható-e a kezelés, illetőleg, hogy nem kell-e és ha igen, mily módon kell megváltoztatni az eredetileg elgondolt kezelési tervet.

Mi azelőtt ritkábban alkalmazott nagy dosisokkal kezeltük a basedow betegeket, ezt a módszert különböző okok miatt (aránylagosan gyakran és nagyobb mértékben jelentkező korai reakció és bőrpír) már évek óta nem alkalmazzuk; mai kezelési módszerünk nagy vonásokban a következő: a környező szervek és a gége betakarása mellett egyszerre sugározzuk be a pajzsmirigy mindkét lebenyét és esetleg (fiatalabb egyéneknek) a thymus tájékát három mm Al. szűrőn keresztül 50–60 cm fókusz-távolságból (aszerint, hogy mily nagy a beteg pajzsmirigye). A basedowosoknak közismerten érzékeny bőrére és a besugárzás után néha jelentkező korai reakciójára\*) való tekintettel kezdő dosisnak

\*) A korai reactio alatt bizonyos basedowos tüneteknek közvetlenül a besugárzás után való fokozódását értjük (tachycardia, kislökés alacsonyagcsereémelkedés stb.); erede- te a besugárzás folytán nagyobb mennyiségben vérbe került thyroidea-hormon hatásában keresendő; időtartama a hormonmennyiségtől és a beteg szervezetének érzékenységtől függ. A korai reactio és az u. n. röntgen-káter tehát lényegesen különböznek egymástól.

a HED\*\*)  $\frac{1}{4}$ ,  $\frac{1}{3}$  részét adjuk. Ezután 6–10 nap szünet következik; egyrészt ugyancsak a bőr kimélése végett, másrészt, hogy az esetleg jelentkező korai reactiot figyelemmel kísérhessük. Az említett dosisok mellett mi csak a legritkább esetben észleltünk bőrpírt, korai reactiót is csak súlyosabb strumájú basedowosoknál figyeltünk meg. Az utóbbi mindannyiszor a meglévő tünetek és főleg az idegrendszer részéről észlelhető ingerlékenység fokozódásában nyilvánult meg. A jelenségek két-három nap alatt lezajlanak, ami után tapasztalataink szerint a kezelés tovább folytatható. A második dosis nagy korai reactiót mutató és a könnyű betegek ismét a HED  $\frac{1}{3}$  részét kapják, súlyosabbak  $\frac{1}{2}$  HED-et. Ezután 10–14 nap szünet következik. A beteg állapotában a két első besugárzás után rendszeren még nem észlelhető lényeges változás. A harmadik dosis nagysága könnyű betegeknek, vagy azoknál, akiknél korai reactio észlelhető  $\frac{1}{2}$  HED, egyébként  $\frac{3}{8}$  HED. A harmadik besugárzással a legtöbbször lezárjuk az első sorozatot, és legfeljebb az előzőleg korai reactiót mutató súlyosabb betegeknek adunk még 10–14 nap mulva újabb  $\frac{1}{2}$  HED-et. Az első sorozat után egyrészt a bőr pihentetése, másrészt az ekkor már rendszeren észlelhető javulás figyelemmel kísérése végett minden esetben 4–5 heti szünet következik, aminek az elteltével általános vizsgálatnak vetjük alá a beteget.

Ha a vizsgálat alkalmával lényeges javulás észlelhető, újabb 6–8 heti szünet következik és ezután további  $\frac{1}{3}$ ,  $\frac{1}{2}$  HED-et adunk, esetleg két-három hetes időközönként még 2–3 ízben; az adagok nagyságát és a szünetek hosszúságát a javulás mértékétől és az eset súlyosságától tesszük függővé. Az első sorozat után a csak jelentéktelen, vagy semmi javulást nem mutató betegek 3–4-szer újabb  $\frac{1}{2}$ – $\frac{1}{2}$  HED-nyi besugárzást kapnak, 10–14 napos időközben, ezután újabb 6–8 hétig tartó szünet és ennek elteltével újabb általános vizsgálat következik.

Ha a második sorozat röntgenbesugárzásnak sem mutatkozik eredménye, a kezelést eredménytelennek vélemezünk és más gyógyító eljárást hozunk javaslatba, könnyű betegeknek, ha az egyéb konzervatív kezelési módszerek még nem voltak kimerítve, elsősorban azokat, súlyosabbaknál elsősorban műtétet. A második sorozat röntgenbesugárzás után is eredménytelennek bizonyult eseteknél csak akkor folytatjuk a röntgenkezelést, ha a műtétnek akadályja van; ilyenkor nem az adaggal takarékoskodunk. A második sorozat után javulást mutató eseteknél a további dosisok nagyságát és a szüneteket aszerint állapítjuk meg, hogy mily mértékű a javulás, illetőleg, hogy mily súlyos a körkép. Ha a javulás még ekkor is csak kisebb mértékű, akkor ezen eseteknél is műtét elvégzését ajánljuk.

A röntgenbesugárzások mellett a betegek nagyrésze nem részesült más kezelésben, kisebb része közben sedativumokat szedett, esetleg jód, arzén, opium, vagy insulin kurát használt. E kombinált kezeléseket értékeinek megtárgyalása túlhaladná a jelen előadás kereteit — itt csak azt emitem meg, hogy valamennyi közül, úgy látszik a röntgen-jód kombináció a leghatásosabb. Az egyes sorozatok közti szüneteket a tehetősebb betegek közül egyik-másik klimatikus helyen töltötte; a klimatikus helyen való tartózkodást a röntgenkezelés befejeztével mi mindig ajánljuk.

A fokozott pajzsmirigyműködés röntgenkezelésének eredményesebbé tétele céljából az utóbbi időben a pajzsmirigy besugárzása mellett a thymus besugárzást is szükségesnek tartják, sőt egyes szerzők szerint a thymus besugárzása még a pajzsmirigy röntgenbesugárzásánál is fontosabb volna.

Mi öt év óta fiatalabb koruaknál a pajzsmiriggyel együtt a thymus tájékát is kiteszük a sugár hatásnak.

A thymus besugárzása mellett, főleg a bécsi iskola kezdeményezésére egyéb *belső elválasztásu mirigyek besugárzásával is próbálkoznak*. Ebből a szempontból elsősorban a hypophysis jön tekintetbe, mint a pajzsmiriggyel synergiás működésű szerv. A Pordes és mások által közölt szép eredményekről mi megfelelő számú eset híján még nem tudunk végleges véleményt mondani. Elméleti megfontolások alapján ajánlják még a pajzs-

\*\*) Haut-Einheits-Dosis.

miriggyel ugyancsak synergiasan működő mellékvesének a besugárzását is.

Az u. n. ovárium dysfunkció mellett fennálló basedowosoknál az ovárium besugárzása által elért javulásról megfélelő esetek hijján szintén nem alkothattunk magunknak véleményt, bár elméleti megfontolás nem támogatja ezen feltevést, mert amint tudjuk, az ováriumok működésének kiesése, sőt már a csökkenése is pajzsmirigy-tulmüködést válthat ki.

Meg kell még emlékezni arról, hogy a röntgenkezelésnek bizonyos veszélyei is vannak. Ezek közül a következők érdemelnek megemlítést: 1. hypothyreosis kialakulása. 2. a pajzsmirigy körüli szövet heggesedése, 3. a bőr közvetlen sugársérülései.

Az kétségtelen, hogy amint műtét után, úgy a röntgensugárkezelés mellett is felléphetnek hypothyreotikus jelenségek, ha a besugárzások következtében a mirigyszövet pusztult el, hiszen a *röntgenkezelés tulajdonképpen nem más, mint vértelen műtét*; és hogy a röntgenkezelés után aránylagosan ritkábban észlelhető hypothyreosis, mint pajzsmirigy-ecsonkítás után, annak egyik oka az, hogy míg a műtétnél nem mértezhető ki pontosan az eltávolítandó és eltávolítható pajzsmirigy-szövet nagysága, addig röntgenkezelésnél a beteg állandó figyelemmel kísérése mellett inkább adódik mód a kezelés megfelelő időben való félbeszakítására, másik oka pedig az, hogy a röntgenkezelés hatása alatt ázott pajzsmirigynek aránylagosan nagyobb a regenerációs képessége, mint a műtét után visszamaradt pajzsmirigy-ecsonknak.

A hypothyreosis kialakulásának mechanizmusa azonos a hyperthyreosiséval. Ha a pajzsmirigy működése csökken, akkor a pajzsmirigyhormon hatása alatt álló szervek működésében, a hyperthyreotikus jelenségekkel ellenkező értelmű változás lesz észlelhető, és pedig annál nagyobb mértékű, mennél jobban csökkent a pajzsmirigy működése. Tekintettel azonban arra, hogy a működésbeli változást mutató szervek („Erfolgsorgane“) felépített-ségének minősége és reactio képessége konstitucionális tényezőktől függ, a működésbeli változás mértéke szervenkint különböző lehet. Ennek pedig az a következménye, — amint ezt a gyakorlatban sokszor látjuk is — hogy az egyik basedowos betegnél tachycardia dominál, a másikonál a gastrointestinalis tünetek és így tovább; ugyanígy az egyik hypothyreotikus egyénnél myxoedema, a másikonál bradycardia stb. Ugyancsak ez a magyarázata annak is, hogy még súlyos basedowos betegnél is, amíg az egyik szerv működése maximális mértékben megváltozik, egy másiké normális maradhat, hypothyreosisnál pedig csak a legritkább esetben észlelhető valamennyi szerv részéről működésbeli változás. A hyperthyreosis, illetőleg a hypothyreosis képeinek kialakulását tehát nemcsak a pajzsmirigyműködés fokozódásának, illetőleg csökkenésének a mértéke szabja meg, hanem az u. n. „Erfolgsorganok“ minősége is.

Az egyes szervek konstitucionális eredetű különbözőségének a röntgenkezelésnél több ok miatt is fontossága van. Így tudva azt, hogy csökkenő pajzsmirigyműködés mellett az egyes szervek részéről különböző egyéneknél különböző sorrendben jelentkezhetnek a csökkent működés jelei, a *röntgenkezelést vezető orvos figyelmének az összes szervek állapotára a legnagyobb gondossággal ki lehet terjednie*.

Az ellenőrzést sokszor megnehezíti az a körülmény, hogy egyes szervekben egyrészt degenerációs jelenségek, másrészt a megváltozott működés folytán kompenzatorikus elváltozások keletkeznek (hypertrophia et myodegeneratio cordis, exophthalmus stb.), amelyek organikus mi-voltuknál fogva még azután is észlelhetők, amikor a

pajzsmirigy működése már normális. Az ellenőrzésnek tehát nemcsak akkor kell kezdődnie, amikor már az összes szervek működése normális határok körül mozog, mert ha erre várva még normális pajzsmirigyműködés mellett is folytatnók a röntgenbesugárzásokat, a rendszeres pajzsmirigyműködés disthyreosisnak nevezett alakja fejlődne ki.

Ugyancsak a korai és gondos ellenőrzés szükségessége mellett szól, hogy nem egy esetben már minimális röntgensugárzásnak is van eredménye és az, hogy a röntgensugárzás hatására a basedowos pajzsmirigy aránylag könnyebben válik csökkent működésűvé, mint a normális.

Hangsúlyozni kell azonban, hogy nem minden hypothyreosisra mutató tünet irható a röntgenkezelés rovására. A konstitucionális tényezőnek a szervek felépített-ségénél megnyilvánuló szerepe miatt, különösen az u. n. monosymptomás hypothyreosisoknál, csakis a kezelés előtti és utáni státusoknak és a lefolyás közben tehető megfigyeléseknek elemzése által bizonyítható, a fennálló hypothyreotikus tünetnek a kezeléssel való oki összefüggése.

A basedowos pajzsmirigy hypofunkcióssá válása ellen tehát, amint a vázoltakból is kitűnik, a megfelelő ellenőrzéssel keresztülvitt kezelés a legjobb biztosíték.

Mi egy esetben észleltünk röntgenbesugárzások következtében kifejlődő súlyosabb hypothyreosist, egy 39 éves, előzőleg műveleg kasztrált, súlyosan basedowos betegnél. A hypothyreotikus tünetek thyreoida készítmény szedésére a nagymértékű exophthalmus és myodegenerációs eredetű tachycardia kivételével néhány hónap alatt eltűntek, újabb néhány hónap múlva azonban ismét jelentkeztek. Könnyebb hypothyreosis fellépéséről három esetben tudunk. Ezek közül kettő már kezelés nélkül is megjavult, organotherapiás készítmények adagolása mellett úgy ezen két javulóban levő eset, mint a harmadik teljesen meggyógyult.

Vannak közlemények, amelyekben a hyperthyreoidismusk röntgensugárkezelés következtében beálló fokozódásáról írnak. Hogy ezen lehetőség tényleg fennáll-e, az nincsen bizonyítva; azt a jelenséget ugyanis, hogy egyes esetekben közvetlen a besugárzás után egy-két napig fokozódnak a basedowos tünetek, éppúgy nem lehet bizonyításra felhasználni, amint azt sem, ha egy röntgenkezelésre nem javuló basedowosnál a kezelés alatt is tovább folytatódik a rosszabbodás. A mi eseteink egyike sem mutat arra, mintha a fennálló hyperthyreoidismus röntgenkezelésre fokozódott volna.

A röntgenkezelés általános elterjedését sokáig akadályozta a besugárzások következtében létrejövő *összenövésektől* való félelem.

Ennek eredete tk. Eiselsberg 1909-ben tett kijelentésében keresendő: Eiselsberg ugyanis óvatosságra intette az orvosokat, a pajzsmirigynek az akkor szokásos tulságos nagy dosisokkal való mérték nélküli besugárzásától. Az Eiselsberg esetei közül az egyik egy héten belül ötször volt 10—10 percig középpuha csövel besugározva, ami után hólyagos exanthéma is jelentkezett, a másik rövid idő alatt 12 besugárzást kapott, a harmadik betegről nem tudunk pontos adatokat. Ma már túlhaladtuk azt a korszakot, amikor a basedowos pajzsmirigy ilyen hatalmas carcinomadosisnak is megfelelő és nem mért sugármennyiséggel kezeljük és azóta természetesen az összenövésektől való félelemnek sincsen alapja. Ujabbán különben már maga Eiselsberg is revideálta véleményét.

A mi röntgennel kezelt és később műtétre került betegeinknél nem tudunk oly összenövések keletkezéséről,

amelyek a műtétet bármilyen tekintetben is megnehezítették volna.

A régebben szokásos nagy adagokkal való kezelésnél aránylag gyakran fordultak elő *bőrsérülések* is; ezek a mai kezelési módszer mellett, szakorvos kezében *kizárhatók*. Az egyedüli dolog, amivel a basedowosok bőrnek túlzékonysága miatt még ma is számolnunk kell, az a hosszú ideig intenzív kezelés alatt álló betegeknél, a direkt sugárzásnak kitett helyeken jelentkező *bőrbarnulás*.

A *röntgenkezelés indikációjáról* különböző nézeteket vallanak az egyes iskolák. A belgyógyászati konzervatív kezelési módszerekhez viszonyítva a röntgen kezelés aránylagosan biztosabban és rövidebb idő alatt vezet eredményre; ezért, ha ezen két módszer alkalmazása között lehet és kell választani, elsősorban a röntgenkezelés jön számításba, esetleg a kettőnek együttes alkalmazása.

A *sebészi kezeléssel szemben* előnye a röntgenkezelésnek, hogy nincs kontraindikációja. A műtétre alkalmatlan betegeknél tehát éppen úgy abszolút indikáció a röntgenkezelés, mint a műtét után nem gyógyuló betegeknél. Lényegesen különböznek a vélemények azonban afelől, hogy a többi basedowos közül melyik való műtétre, és melyiknél alkalmazandó röntgenkezelés. A műtétnek nagy előnye, hogy gyorsabban vezethet a kívánt eredményhez és a gyógyulási százaléká is jobb, bár az utóbbival kapcsolatban megemlítendő, hogy 1, más beteganyag szolgál a sebészi statisztika, és más a röntgen statisztika alapjául, 2. a sebészeti statisztika alapjául szolgáló beteganyagból éppen azon legsúlyosabb esetek hiányoznak, amelyek súlyosságuk miatt már nem alkalmasak műtétre, ezek a röntgen statisztika eredményét rontják; az ilyen alapon történő összehasonlítások tehát csakis bizonyos fenntartással értékelhetők. A sebészi kezeléssel szemben viszont előnye a röntgenkezelésnek a teljes veszélytelenség (ellentétben a műtét jelentős mortalitási százalékával), a fájdalomatlanság és a műtétnél el nem kerülhető izgalmaiktól való mentesség; amely körülmény az amugy is labilis idegrendszerű basedowos betegeknél szintén számba veendő. A röntgenkezelés emellett kevésbé zavarja a beteg foglalkozását és kozmetikailag is kielégítő eredményt ad. Végül arról sem szabad megfeledkezni, hogy a műtét esélyeit, már a legkisebb javulás is emeli.

Amint a fentiekből is látható a műtét, illetőleg a röntgenkezelési indikációkat nehéz meghatározott pontokba foglalni. E tekintetben csak általános irányelv állítható fel a két módszer összevetése alapján; a kivétel azonban már attól függ, vajjon sebész, vagy belgyógyász dönt-e a beteg sorsa felett. A III. számú belgyógyászati klinikán a basedowosoknál általában még mielőtt műtétet ajánlanánk, először röntgenkezeléssel próbálkozunk, más megítélés alá kerülnek azon esetek, amelyeknél valami ok (gyors rosszabbodás, szociális indok stb.), miatt gyors eredmény elérése kívánatos, ekkor a hosszabb ideig tartó röntgenkezeléssel szemben (még halálozási százaléká ellenére is) előnyben részesítjük a műtétet.

## II.

### A pajzsmirigy daganatainak röntgenkezelése.

A jóindulatú strumák röntgenkezelése eddig még nem vezetett a remélt eredményhez. Különböző szerzők egyedül diffus parenchymatosus strumánál észleltek röntgenbesugárzás után kisebbedést. Az eredménytelenség oka minden valószínűség szerint az, hogy amint a normális működésű, normális nagyságú pajzsmirigy úgy a normális működésű strumák mirigyszövege is meglehetősen

ellenálló a röntgensugarakkal szemben és még ellenállóbb a struma akkor, hogyha a megnagyobbodáshoz kötőszövet-ujképződés, vagy kolloid felszaporodás társul. Vannak ugyan megfigyelések, amelyek szerint úgy a normális nagyságú, mint a megnagyobbodott pajzsmirigy besugárzása után az alapanyagcsere fokozódik, a szénhidrát-anyagcsere lefolyásában változások történnek stb. (*Brösamlen, Müller és Beck* stb.) Ezen jelenségek azonban csak átmenetiek és csakis azt bizonyítják, hogy a röntgenbesugárzás hatására valami módon (akár a minden besugárzás után fellépő helyi hyperemia, akár a besugárzás által befolyásolt autonóm idegrendszer megváltozott működése stb. folytán) fokozottabb mértékben kerül be a véráramba a pajzsmirigyváladék, ami az említett tüneteket kiváltja, emellett azonban a pajzsmirigy még nem kisebbedik meg. Emellett bizonyít többek között az a néhány megfigyelés is, hogy az előzőleg meglehetősen nagy adagokkal besugárzott és később kiirtott strumában szövettanilag sem lelhető fel a besugárzás nyoma. Hypofunctiós strumák természetesen éppenúgy nem alkalmasak röntgenkezelésre, mint általában a csökkent pajzsmirigyműködés (I. bevezetés), miért is a jóindulatú strumák kezelésének megkezdése előtt elengedhetetlen a beteg ily irányú vizsgálata.

A mi anyagunkban 47 (23) röntgennel kezelt jóindulatú strumás (ezek közül 18 (10) substernialis) eset van. A röntgenbesugárzások hatására egy betegnél sem tűnt el teljesen a struma, hat betegnél lényegesen visszafejlődött, 8-nál kevésbé, 9-nél egyáltalában nem kisebbedett meg, bár az utóbbiak közül egyik-másik meglehetősen sok röntgenbesugárzást kapott, (a kisebbedést mutató strumák tapintásánál kivétel nélkül diffus parenchymatosus struma fennállásának benyomását keltették). Tekintettel azonban arra, hogy az ugyanazon időben alkalmazott egyéb kezelésekre még a javulást mutató eseteknél sem zárható ki teljesen, a mi megfigyeléseink szerint a jóindulatú strumák kezelésénél a mai módon alkalmazott röntgenbesugárzásoknak csak mellérendelt jelentőségű szerepük van.

A *rosszindulatú pajzsmirigydaganatoknak*, még pedig úgy a sarcomáknak, mint a carcinomáknak röntgenkezelése terén eddig ugyancsak nem sok eredményről számolnak be a különböző statisztikák.

Az eredménytelenség punctum-saliense, mint általában az összes rosszindulatú daganatoknál, itt is abban rejlik, hogy az eddigi módszerek szerint a daganatos szövetbe vitt röntgensugármennyiség nem elegendő a megfelelő hatás kifejtésére. Az eddigi módszerekkel való kezelésnek alig pár eset kivételével az esetleg fennálló compressio tünetek enyhülése volt a maximális eredmény, ezzel szemben a röntgenkezelés rovására írják a besugárzás után nem egyszer észlelhető áttételképződést, amint a műtétek után jelentkező áttételképződésért is rendszerint a műtét beavatkozást okolják.

Az utóbbi időben, főleg külföldön (Németország, Franciaország, Egyesültállamok stb.) elterjedt újabb kezelési módszerek, mint a *Kingery-Pfahler és Holfelder*-féle feltöltéses és a *Regaud-Coutard*-féle elaprózott adagokkal való kezelés szerint azonban az eddig szokásban levő sugármennyiségnek a sokszorosa is alkalmazható és amint már az eddigi tapasztalatok is bizonyítják, ezen eljárások eredményessége elé több reménnyel tekinthetünk.

A mi anyagunkban 5 röntgennel kezelt rosszindulatú daganatos beteg van, ezek valamennyien inoperábilis állapotban jelentkeztek kezelésre. Az egyiknél (szövettanilag cc.) elértük, hogy a részben sternum alatt elhelyezkedő daganat megkisebbedése folytán az előzőleg már fulladozó betegnek az állapota még hónapokkal azután is türethető

volt, egy másik betegnél az ugyancsak substernalisan elhelyezkedő daganat kb. a felére kisebbedett meg; ilymódon operábilis lett, a műtét következtében beállott mediastinitis azonban halálos kimenetelű volt. Egy harmadiknál teljesen eredménytelen maradt próbálkozásunk. Az utolsó kettőnél nem is várhattunk a besugárzástól eredményt, mert a betegek a kezelést időnek előtte abba hagyták.

### III.

Két eset kapcsán meg szeretnénk még emlékezni a *pajzsmirigygyulladás röntgenkezeléséről*.

A különböző gyulladásos betegségek röntgenkezelése még aránylag rövid multra tekint vissza. Bár *Schmidt* száz eset kapcsán már 1914-ben reámutatott a röntgenkezelésnek a furunculosisok gyógyításánál észlelhető értékére, ez csak az utóbbi időben kezdi elfoglalni ezen a téren is az őt megillető szerepet. A furunculosison kívül ma már számtalan más eredetű gyulladásos természetű (legkülönbözőbb coccusok, actinomyosis, tuberculosus stb. okozta) elváltozásnak kezelésénél is jelentős szolgálatot tesz; bár a hatás mechanizmusa még nem tisztázott. Eddig csak az kétségtelen, hogy a besugárzott gyulladásos szövetnek a sugarak iránt érzékenyebb részei, tehát a degenerált sejtek, a véralakelemek és elsősorban az emigrált leucocyták stb. szétesnek és valószínűleg ezen sejtek szétesési termékei, részben az ezekből felszabadult bacterium-alkatrészek hatására emelkedik a szervezet immunisatoricus képessége.

Pajzsmirigy gyulladás röntgenkezeléséről nem találunk adatokat az irodalomban. Ennek oka részben abban keresendő, hogy magának a pajzsmirigy-gyulladásnak a kórismézése, illetőleg az ilytermészetű felszívódott pajzsmirigyműködések aetiológiájának differentiálása is csak ritkán történhetik exactsággal. Bizonyos, hogy a sok röntgennel kezelt pajzsmirigy-tülműködésben szenvedő beteg közül nem egynek gyulladásos természetű a betegsége. A mi eseteink közül kettőnél minden kétség nélkül pajzsmirigy-gyulladás állott fenn. Az egyiknél typhus abdominalis lezajlása után, a másiknál poliarthritus rheumatica kapcsán mérsékelt, de rendkívül fájdalmas pajzsmirigy-duzzanat volt észlelhető alapanyagcsere emelkedéssel, tachycardiával, de egyéb basedowra jellemző tünet nélkül. Röntgenkezelésre úgy a pajzsmirigy-duzzanat, mint a tachycardia, valamint az alapanyagcsere-emelkedés megszűnt. Volt még több más esetünk, amelyeknél ugyancsak észleltünk kisebb fokú alapanyagcsere-emelkedést, tachycardiát, egész kismértékű fájdalmas pajzsmirigy-duzzanatot és amelyeket közvetlenül ezen tünetek előtt kiállott tonsilitis, vagy súlyos influenzáva esetleg tüdőtuberculosissal (!) hozhattunk volna összefüggésbe, tekintettel azonban arra, hogy ez csak feltevési diagnosis volt, az eseteket nem könnyelhetjük el pajzsmirigy-gyulladás gyanánt. Ezek különösen jól reagáltak a röntgenbesugárzásokra.

#### Összefoglalás:

1. A pajzsmirigy fokozott működésének röntgenkezelésével a betegség minden fázisában az esetek túlnyomó többségében értékes eredmény érhető el.

2. A mai röntgenkezelési módszerek és megfelelő ellenőrzés mellett az egyes esetekben közvetlenül a besugárzás után jelentkező korai reactio sohasem ér el veszélyes fokot, összenövések keletkezése és hypothyreosisok fellépése gyakorlati értelemben véve elkerülhetők, a direct röntgensugár-ártalmak, mint elégetés stb, kizárhatók, minélfogva a röntgenkezelés veszélytelennek mondható.

3. A konservatív belgyógyászati kezelési módszerek felett nagy előnye a röntgenkezelésnek, hogy aránylagosan biztosabb és lényegesen gyorsabb hatása.

4. A röntgenkezelés számos előnyénél fogva (veszélytelenség, fájdalomatlanság, kozmetikai eredményesség, az elfoglaltság legkisebb mértékben történő zavarása stb) a legtöbb esetben még a sebészi kezelési módszernek is felette áll és ezért elsősorban indicált az alkalmazása. Ezzel szemben vannak esetek (socialis okok, gyors hatás elérésének szükségessége stb. miatt), ahol a műtét részesítendő előnyben.

5. A pajzsmirigy daganatainak kezelésénél, mégpedig úgy a jó-, mint a rosszindulatúknál a mai módszer alkalmazása mellett a röntgenbesugárzásnak csak mellérendelt szerep jut, bár az újabb és külföldön máris elterjedt módszerek (fétöltéses vagy elaprózott adagokkal való kezelés) alkalmazása e tekintetben is nagyobb eredményekre jogosít.

6. A pajzsmirigy-gyulladások kezelésénél szintén jó eredménnyel alkalmazható a röntgenbesugárzás.

A MAV. B. B. I. kórháza I. sz. sebészeti osztályának közleménye. (Vezető: Cukor István főorvos.)

## Moszkowicz-féle műtét az ulcus cruris the-rápiájában.

Irta: Zahumenszky Elemér dr.

A klasszikus értelmezésű alszárfekegy gyógykezelése állandó problémája a sebészi gyógyító tudománynak. Az alszáron fellépő fekélyes folyamatoknak kb. 85%-át teszi ki a keringési zavarokkal, viszeres tágulatokkal kapcsolatosan fellépő fekélyek. Nem számítva ide a specifikus alapon kifejlődő egyéb ú. m. lues, tuberkulózis és más infekciósus megbetegedések által okozott és a viszeres fekélyhez hasonló fekélyes folyamatokat. A sokoldalú és irányú vizsgálatok hosszú sora megállapította, hogy az alszár fekély aetiológiája szoros összefüggésben van az alsó végtag keringési zavarával, melyben főszerepet játszik az alsó végtag viszeres hálózatának diffuse vagy helyi kitágulása, az úgynevezett phlebektásia, illetőleg varix. Ezt a szoros kapcsolatot tagadni nem lehet. Ennek következtében a varix képződésnek elméletei mint aetiológiai tényezők szerepelnek az alszárfekegy kérdésénél.

*Trendelenburg* mechanikus, *Husebröck* keringési tényezőknél, *Gelbe* hystomalítiás, *Gangie* belsősecretiós elváltozásokon alapuló elméletei mindannyian még nagy vonásokban keresnek elfogadható magyarázatot a varixképződésekre és iparkodnak ennek aetiológiájára világosságot deríteni. *Nobel* megállapítása, hogy az alszárfekegy a viszeres tünetsoporthoz tartozik, volt a döntő lökés, mely megindította a különböző vizsgálatokat az aetiologia pontosabb felderítésére.

Az alszárfekegyek aetiológiájában maldnem mindig a varicosus állapotok szerepelnek kórokozó gyanánt, bár vannak olyan tipikus fekélyek, melyeknél a viszeres hálózat tágulata az alsó végtagon külső vizsgálatra ki nem mutatható. Legtöbbször azonban ezeknél a mély erek tágulata szerepel kórokként. Amerikai szerzők (*Roll-Barker*) újabban ismét a vénákban fellépő vérnyomás-emelkedést az egyenes testtartást tartják főtünetezőnek, visszeres tágulatok és fekélyek kifejlődésénél. Francia szerzők pl. *Qenu* neurotrophikus alapra támaszkodnak vizsgálataiknál. *Perthes*, *Ledderhouse*, *Barber*, *Fuad* stb. elméletei. *Magnus* szénsav szaporulatot mutatott ki a viszeres vérben. *Von Meissen* a bőrnek helyi elfajulását. A számos szerző közül legfontosabbak *Klapp* vizsgálatai, aki kimutatta, hogy a viszerek vérében restnitrogén mennyiség emelkedés jön létre. Összehasonlító vizsgálatokat végzett egyidejűleg az egészséges viszér és a kitágult, varicosus viszérben keringő vérben foglalt rest-

nitrogén mennyiségekkel. Kimutatta, hogy a magasabb nyomás, a billentyűk elégtelensége következtében, a pangó viszeres vérben a restnitrogén mennyiség hatalmasan megnövekszik és ezáltal a kötőszövetet alkalmassá teszi az esetleges alszárfekély kifejlődésére. Közismert elmélete legszerencsésebben egyesíti a mechanikus tényezők igen fontos szerepét, a vér minőségi elváltozásai, melyek a többi összehasonlító vizsgálatok szerint is a legfontosabb szerepet játsszák a fekély előidézésében.

*Megjelenési formájában* különösen a gyógyítás szempontjából igen fontos az úgynevezett preulcerosus állapot, melynek idejében való meggyógyításával megakadályozhatjuk az esetleg később fellépő és már sokkal nagyobb therapiás feladatot igénylő alszárfekély kifejlődését. A preulcusos állapot és az alszárfekély megjelenési helyei rendszerint az alszár alsó harmada, a belső bokák tájéka, a saphéna magna lefutásának megfelelően. Előfordulhat azonban az alszáron bárhol másutt is, aránylag ritkábban. A megjelenési helyeknek megfelelően a bőr rendszerint a felületes erek tágulatát mutatja. Különösen a capillárisok hálózata tágult. A bőr és a bőr alatti kötőszövet vizenyős, fényes lesz, elveszíti rugékonyságát, kis capillaris vérzések, majd fokozott pigmentáció lép fel. Eccemás jelleget ölt, hám-lás indul meg, a pigmentáció erősödik, az oedema fokozódik, a bőr feszebb lesz, a folyamat reáterjedhet az egész alszárra is. Barnásvörös livid kékes elszíneződés lép fel, később apró kis exkoriációk mutatkoznak. Ezt a két állapotot nevezzük *preulcerosus* állapotnak, mely therapiás beavatkozás szempontjából, amint fentebb említettem, igen nagy fontossággal bír. Az említett állapotokhoz járulnak azután az illető végtag kisebb-nagyobb mértékben tágult viszeri.

A jellegzetes alszárfekély elkülönülő kórisméje a többi hasonló folyamatoktól könnyű.

*A használt therapiás eljárások* közül, olyan, mely minden esetben célravezetőnek bizonyult volna, mindezekig nem volt.

*Ascher* a használatos gyógyeljárásokat két főcsoportba osztja és pedig: az első csoportba sorolja azokat, amelyek elősegítik a fekély önmagától való gyógyulását, a másodikba pedig azokat, melyek közvetlenül magát a fekélyt gyógyítják, az epithelizálás gyorsításával. A gyógyeljárásoknak azután azt a sokféleségét, ami ebbe a két csoportba sorozható magyarázza az, hogy az *eredményes therápia mindenkör csakis okozati lehet*. Egy ilyen alapjánvéve megoldatlan probléma, mint az alszárfekély gyógykezelése, a gyógyító kísérletek egész sorához vezet. *Ascher* után röviden összefoglalva az előbb említett két csoportban a következőket sorolhatjuk.

*Az első csoportban* a beteg fektetése, a végtag enyvkötése, gipszkötések alkalmazása (*Richter*), elasztikus kötés (*Simon*), azután a keringési zavarok megszüntetését szolgáló számos eljárás, melyek a viszerek gyógyításában szerepelnek. Elsősorban a régi *Trendelenburg* lekötése a saphéna magnának. A *Madellung* műtét, tágult vénák kiírtása. A *Kocher* eljárás. *Linzer* szerint hypertóniás oldatoknak viszerekbe való fecskendezése és az ebből kifejlődött ezirányú gyógyeljárások tömege, sublimát, konyhasó, nátrium salicilicum, cukoroldatok stb. különböző igen erős hypertóniás oldatokban való alkalmazása stb., stb. Legújabbban *Isaak* számolt be az alszárfekélyek sikeres gyógykezeléséről, a viszeres területek hypertóniás cukoroldattal való thrombotizálásával.

*A második csoportba* sorolhatók az alszárfekély helyi kezelésével foglalkozó eljárások, melyeknek száma légió. *Novák* saját vérbefecskendezései, *Grosz* hyper-

émiás gyógymódja, *v. d. Hütten* phisiológias konyhasó körülfecskendezése. *Sellei* epithelin therapiája; a különböző kenőcsök alkalmazása. *Klasen* szerint ortoform, *Reimer* bismuthja, *Lassar* cinkkenőcsök alkalmazása stb. Legújabb időkben a sympatektómiát ajánlói *Kümmer*, *Bardon*, *Mathlein*, *Horvát*, *Guellini*, *Moressi* nervus saphenus resektiója, *Reverdin*, *Tiersch*, *Krause* epitheloptól transplantációs eljárásai bőrplastikái stb.

Mindezekkel az eljárásokkal több-kevesebb eredményt érhetünk el. Egyes esetek jó gyógyhajlamot mutatnak, hosszabb-rövidebb idő alatt behámosodnak és a fekély gyógyul. Mások ellenben minden kezelésnek ellentállnak. Általánosságban a fekélyes állapotok gyógyeljárásában elért eredményt a követett gyógymódon kívül még más tényezőktől is függ. Igen sok mellékkörülmény, mint pl. sociális viszonyok, a betegek türelme és intelligentia hiánya stb. akadályozzák az eredményes és gyors gyógyulást. A csupán helyi kezelést alkalmazó gyógyeljárások általánosságban azért mondhatók sikerteleneknek, mert bár bizonyos, akár hosszabb időre is javulást, sőt teljes gyógyulást érjük el az alszárfekélynek, a tapasztalat azt mutatja, hogy a preulcusos állapot a maga teljes egészében fennáll és ennek következtében hosszabb-rövidebb időközökben recidivák lépnek fel. Oka a viszeres állapotok még nem szüntetése.

*Két főirányvet* állíthatunk fel az alszárfekély gyógykezelésében: és pedig a viszeres tágulatok, illetőleg a preulcerosus állapotok lehetőségig való minél korábbi megszüntetését (azon célból, hogy a fekély kifejlődését megakadályozzuk) és a kifejlődött fekély minél egyszerűbb és gyorsabb gyógyítását.

*Cukor* 1927 óta a *Centralblatt f. Ch.* 28-ik számában *Moszkowicz* által leírt műtétit alkalmazza a viszeres állapotok gyógykezelésére bizonyos kisebb módosításokkal. Ezen sorozatos műtétéknél feltűnt a preulcerosus állapotok feltűnő javulása és a kifejlődött fekélyeknél mindennemű más gyógyeljárás nélkül való feltűnő jó gyógyhajlam. Ezért rendszernek tekintettük az osztályon a műtét alkalmazását a viszer-tágulatok gyógyításával kapcsolatban fekélyes állapotok megszüntetésére is. Felfogása szerint ugyanis minden egyes alszárfekélynél még ha kimutathatólag nem is állanak fenn viszeres tágulatok a vénatörzsek elzárása ezek gyógyulásához feltétlenül szükségesek. Osztályunkon aránylag nagy számban fordulnak elő viszeres megbetegedések. 230 eset áll rendelkezésünkre, amelyeket 1927. óta az osztályon operáltunk. Azoknál, amelyeknél a combon magasra felterjedő ujjnyi vagy ennél is vastagabb tágulatok állottak fenn, a műtétet kombináltuk a tágult viszereknek való kiirtásával. A 230 eset közül 84-nek volt alszárfekélye vagy preulcusos állapot. Általában véve minden alszárfekélynél alkalmaztuk tekintet nélkül arra, hogy látható viszeri voltak-e vagy sem és pedig többön a legkétségbeesettebb eseteknél, melyek minden egyéb gyógykezeléssel hosszú időn át ellenálltak, mindenütt igen jó eredményt értünk el.

*A műtétet* a következő módon hajtottuk végre: a beteget fentjártjuk, majd zsámolyra állítva ott, ahol a viszeres tágulat végződött, rendszerint a saphéna magna lefutásának megfelelően, kitapintjuk a vénatörzset és efelett késfokával karcólást ejtünk, megjelölve ezáltal a véna helyét, amely a beteg lefektetése alkalmával különösen adiposusabb betegeknél, kiürül és eltűnik. Helyi érzéstelenítésbe a megjelölt helyen, amely rendszerint az alszárra terjedő viszeres tágulatoknál a térdhajlat felett, a véna saphéna lefutásának megfelelő helyen van, harántul 3—5 cm hosszú bőrsébet ejtünk,

melyben két bonctani csipő segítségével felkeressük a vénatörzset, kipreparáljuk, majd Dechannal kétszeresen proximalisan és dystalisan alakítjuk. A dystalis lekötést csak lazán csomózzuk. Moszkítóval a vénatörzs falát megfogjuk, felhúzzuk és finom ollóval behasítjuk. A nyíláson keresztül gombos vénacanalit vezetünk be a lumenbe és a lazán hagyott dystalis csomóval a vénát a kanülbe erősítjük, majd a kanülon keresztül 50 cm<sup>3</sup> steril, 60–66%-os szőlőcukor oldatot fecskendezünk be. A befecskendezett szőlőcukor mennyiségét szükség szerint változtatjuk. Adott esetekhez alkalmazva vagy többet vagy kevesebbet használunk. A vénacanalit kihúzzuk, a dystalis részt lekötjük és a bőrsebet csomós öltésekkel pp. zárjuk. A befecskendezett cukoroldat mennyiségét a viszeres tágulatok nagysága és terjedelme szerint változtatjuk, 40 cm<sup>3</sup>-től 60–70 cm<sup>3</sup>-ig. Előfordult, hogy 100 cm<sup>3</sup>-t is be kellett fecskendezni ugyanazon végtagon. A műtét 10–15 percnél tovább nem tart.

A műtéti beavatkozás helye mint fentebb említettük, rendszerint a térdhajlás felett az epicondylus medialis femori előtt futó saphénatörzs volt felfele kb. a comb közepéig. Magas Trendelenburg lekötést nem alkalmaztunk embolia veszélye miatt. Olyan esetekben, melyeknél a viszeres tágulatok nem a saphéna magna lefutásának feleltek meg, hanem a saphéna parva, vagy egyéb anomáliás lefutásnak megfelelően jelentkeztek, mindenkor lehetőleg a tágulatok felső határán eszközöltük a metszést. A műtét teljesen fájdalomtalanak mondható. A helyiérzéstelenítésben végzett kis metszés természetesen fájdalommal nem jár, csupán a cukoroldat befecskendezése alkalmával érez az alszárában a vénahálózatnak megfelelőleg erősebb ikragörcsöt, amely a talpra is kiterjed, ez azonban egy-két percen belül megszűnik, hasonlóan a többi hypertóniás oldatok befecskendezése alkalmával észlelt görcsökhöz. A műtéti sebbe esetlegesen kifolyt hypertóniás cukoroldat necrosist, vagy egyéb elváltozást nem okoz.

A műtét után rendszerint steryl thrombophlebitis lép fel, ezért ajánlatos a beteget a műtétet követő 3–4 napra lefektetni. A hypertóniás 60–66%-os szőlőcukoroldat a vénatörzsbe és dystalisan a tágult viszeres csomókba jutva megtámadja az intimát és a már ismert módon obliteráló thrombophlebitist idéz elő. A thrombophlebitis nagymértékben függ a viszeres tágulatok minőségétől is. Nagy tágult vénafalakban pusztult adventitiával és intimával nagyobb mennyiségű pangóvérrel lassabban zajlik le és nagyobb reakcióval jár a steryl thrombotizáló folyamat, mint a kisebb fokban tágult erekben. A thrombophlebitis a vénatörzsek lefutásának megfelelően, kissé fájdalmas vöröses elszíneződésben és a vénák kötegszerű megvastagodásában nyilvánul meg, mely állapot könnyebb esetekben 3–4. a nehezebbekben 5–6 napig tart. A folyamatot 37.2–37.6-ig terjedhető hőemelkedés kíséri, amely 3–4 nap alatt megszűnik. Legtöbbször azonban láztalan a lefolyás. A betegeket 3–6 napi fektetés után, de a legtöbb esetben már a negyedik napon ideálpólyával felkeletjük és járattuk. Általában fekvési idő alatt is végtagjaikat mozgattatjuk. A műtét minden veszedelem nélkül könnyebb esetekben ambulanter is végezhető. Igen nagy a száma azoknak az eseteinknek, amelyeket mi is ambulanter végeztünk, sőt ezek közül nagy számmal voltak olyanok, akik 100–150 km-nyi távolságra utaztak lakhelyükre. Ezek közül egyetlen egynél sem észleltünk semmiféle szövődeményt. Általában azonban gyengébb szervezetű, előrehaladottabb, különösen női betegeinknél az ambulans kezeléstől eltekintettünk és 5–6 napra osztályunkra felvettük. Az elzárt vénatörzs thrombotizálása tökéletes. Felkelés után a betegek egyideig a

kötegszerűen megvastagodott vénatörzsek miatt végtagjaikban húzó fájdalmakat éreznek, amelyek azonban később a boka tájékon fellépő vizenyőkkel együtt eltűnnek. A kötegek alakjában tapintható vénahálózat sorvad és 5–6 hét múlva alig fellelhető vékony kötőszövetheggé változik át. Fentemlített műtétet alkalmaztuk minden viszeres tágulatban preulcerosus állapotban vagy viszérfekélyben, esetleg elefantiasisban szenvedő betegnél igen jó eredménnyel.

A műtét hatása kettős: ugyanis egyrészt a saphéna magna vagy parva, vagy akár mindkettő lekötésével megszüntetjük a mechanikai tényezőket, másrészt befecskendezett cukormennyiséggel tökéletes thrombotizálást érünk el, nemcsak helybelileg az egyes törzsekben, mint az legyesen alkalmazott konyhasó, vagy egyéb hypertóniás oldat alkalmazásánál látjuk, hanem az egész vénatörzs, a legkisebb capillarások is elzáródnak és teljesen kikapcsolódnak a viszeres keringésből.

Ha elfogadjuk magyarázatnak a mechanikai és helybeli tényezők okozati szerepét, úgy érthetővé válik a műtét jó gyógyhatása, a viszérfekélyek kezelésében is. A mechanikai tényezők megszüntetésében, a teljes thrombotizálás által a venapangást kirekesztjük. Ezáltal megszűnik a viszeres vér minőségi elváltozásának eltolódása. A normális keringési viszonyok helyreállása következtében a kötőszövetek táplálása javul, ami ezután a regeneratio gyorsulásában nyilvánul meg. A vér vegyi változásaira vonatkozó vizsgálataink — sajnos — nincsenek, valószínűleg a capillaris érrendszernek van különösen nagy szerepe azokban az esetekben, amelyeknél a vena hálózatnak szemmel látható tágulata nem mutatható ki és mégis fekély fejlődött ki. Ritkán, 1–2 ízben előfordult, hogy egyes különálló viszeres csomó a műtét után is megmaradt, az ilyeneket aztán még külön injectiós eljárással kezeltük. 40%-os Na salicyl-oldatot alkalmaztunk. Az alszárfelek helybeli kezelésére egyszerű közömbös kenőcsös fedőkötést alkalmaztunk. A viszeres tágulatok eltűnése után kb. a műtéttől számított 5–6-ik napon már feltűnő módon észlelhető volt a bőr és bőralatti kötőszövet táplálásában beálló javulás. A vizenyő csökkent, a feszesség enyhült, ezzel együtt a fájdalmak is csökkentek, 10–12 nap alatt már a pigmentatio elhalványulása is észlelhető. A bőr eccemás jellege megszűnt. 3–4 hét múlva a preulcerosus állapotnak nyoma sem maradt, a bőr kissé sötétebb elszíneződésében. Az eddig minden kezeléssel dacoló renyhe fekélyek sarjadzásnak indultak, különösen a fekélyek alapja tisztult fel 5–6 napon belül. Az addig szürkés piszkos lepedék leválik, friss sarjadzás indul meg, ezzel együtt eltűnik a sáncszerű szél és a hámosodás gyűrű alakban megindul. Szándékosan a nagyobb fekélyeket sem fektetjük hosszabb ideig.

A legkülönbözőbb fekélyek kerültek műtét alá. Négy olyan esetünk volt, amelyek ismételt helybeli kezelésre több ízben recidiváltak. Ezek immár harmadik év óta recidivamentesek. Nyolc eset minden gyógykezelésse dacolt. Moszkowicz-műtét után ma gyógyultnak mondható. Egy esetünkben, ahol a jobb alszár igen nagyfokú elefantiasisa állott fenn, a beteg saját maga ismételtlen kérte jobb alszárának amputálását, mivel a rettenetes fájdalmak következtében élete türehtetlenné vált. Az országot legkülönbözőbb helyein és osztályain gyógykezeltek 3 év óta. Három hónappal a Moszkowicz-műtét alkalmazása után türehtetlen fájdalmak megszűntek és alszárának elefantiasisos állapotában is nagymértű javulás állott be. Az alszárfelek sulyosabb alakjai nagy, tenyérynél kiesésnél sulyos vizenyős, eccemás stb. állapotoknál természetesen fektetés, tisztántartás, konzervatív kezelés jön először szóba, hogy ezáltal az alszárát alkalmassá tegyék a

# AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

## Az angiomák kezelése.

Kevés sebészeti megbetegedés van, melynek gyógyítása a legrégebb történelmi idők óta nagyobb változottságot mutatna, mint éppen az angiomák kezelése. Kétségtelen, hogy az angiomák legnagyobb része világrahozott megbetegedés, tehát gyógykezelése már a csecsemőkorban kezdődik. Nagy gyűjtőstatisztikák adatai szerint 691 naevus angiomaticus közül 537 világrahozott volt, 83 röviddel a születés után és csak 25 fejlődött ki később. A haemangiomák sajátságos elhelyeződése különösen az arc bizonyos részein és pedig az arc egyik felén bizonyos bőridegek (trigeminus) mentén való fejlődést engedett felvenni. Ezeket neuropathikus angiomáknak nevezzük (Borst). Virchow az arc és nyak haemangiomáit fissurális eredetűeknek tartotta, azaz fejlődésüket az ébrényi archasadékokkal hozta összefüggésbe, míg Unna a méhen belüli egy helyre ható tartós nyomásban véli megtalálni a veleszületett haemangiomák okát.

Kórbonctani szempontból haemangiomának csakis a véredény ujdontépződéssel járó érdaganatot nevezhetjük (angioblastoma), tehát az érfal megvastagodásával, vagy érkítággal járó elváltozások, minők az ütőerek aneurysmái, a viszerek tágulatai (varicositások), a capillarisk tágulatai, például az arteriosclerotikus egyének symptomatikus capillaris tágulatai nem sorozhatók az angiomák csoportjába.

A haemangiomák három típusát szoktuk megkülönböztetni:

1. *Angioma simplex* vagy *teleangiectasia*. Nagyrészt vékonyfalú, ujdontépződött, a dudoros bőr alatt élénkvrósen áttűnő ütőeres, vagy szederjesen áttetsző viszeres hálózatból álló daganat, mely a cutisban fekszik az epidermistől az elvékonyodott Malpighi réteg által határolva, a mélybe a zsírszövet, fagyúmirigyek és szőrűszők közé valóságos lebenykéket bocsátva.

2. *Angioma cavernosum*, vagy *cavernoma*. A bőr szintje fölé emelkedő, puhatapintatú, egymással sokszorosan communicáló, ujdontépzett erekből álló és kötőszöveti gerendákkal elválasztott szivacszerű daganat, mely leginkább a corpus cavernosumok szerkezetéhez hasonlít. Gyakran a cavernoma az angioma simplexből fejlődik.

3. *Angioma racemosum*. Ennek ütőeres és viszeres formáját, vagy arterio venosus alakját ismerjük, aszerint, hogy a megsaporodott, de egyúttal erősen, öblösen kitégült erek egy ütőér, vagy viszér, vagy mindkettőnek hálózatához tartoznak.

A daganatoknak feltűnő helyen és színben való növekedése folytán a létrejövő torzítás gyakran igen erős és így a műtéti indicatio túlnyomóan kosmetikus, de a hirtelen növekedés és vérzés vitális indicatiót is okozhat.

Mivel, mint fentebb említettem: az angiomák legtöbbször veleszületettek, azért válasszuk szét a két indicatiót és ujszülöttnél csakis a vitalis indicatio alapján operáljunk, a kosmetikus indicatio alapján végzendő műtéteket hagyjuk a későbbi korra.

A kezelésre nézve kétféle mód áll rendelkezésünkre: a *direct módszer*, mely véresen, vagy vértelenül magát a daganatot támadja meg és az *indirect módszer*, mely mindig műtét útján a daganathoz vezető ereket zárja el és így a daganatot sorvadásra igyekszik bírni.

I. *Direct, véres módszerek*: Első helyen állónak kell mondanunk a gyökeres műtétet, mely teljes egészében

kiirtja a daganatot. Különösen fontos ez a gyorsan növekedő, vagy rosszindulatú elfajulást mutató daganatoknál a fejen, melyeknél a gyökeres kiirtás után gyakran szorulunk különböző arcképző műtétekre, hogy a torzító hiányokat pótoljuk. A műtétnek ezen kosmetikus részén kívül legfontosabb az előzetes vérzésesillapítás, mely különösen a vérvesztéséget rosszul tűrő csecsemőknél életfontos és vagy előzetes érlekötéssel, vagy a daganathoz vezető ereknek időleges összenyomásával, vagy újabban a diathermiás operálással érhető el. A daganat műtéti eltávolítása történhetik egy vonalas bőrmetszéssel keresztül a bőr alól való kihámozással, vagy a bőr elváltozásainál az egész bőrterület eltávolításával együtt. Ha a radikális kiirtásnak a lehetősége nincs meg, akkor szóba jöhetnek:

II. *A direct, vértelen módszerek*. Ezeknek megválasztásánál a beteg korára, a daganat nagyságára és elhelyeződésére kell elsősorban tekintettel lennünk. Az itt szóba kerülő módszerek az elérhető kosmetikus eredmény, de meg a veszélyes szövödmények szempontjából sem egyenlők, úgy hogy bizonyos sorrend betartása, illetőleg egyes eljárások combinatioja ajánlatos.

Legkevésbé szép eredményt ad a *maró szerekkel való étetés* (füstölő légenyav, chlórzink stb.). Ez az eljárás szélesen elterülő naevus angiomaticus-nál nem is alkalmazható, mert oly torzító hegedéseket okozna, melyek képző műtéttel sem javíthatók. Ilyen daganatoknál jöhet szóba a hegyakorolt orvos kosmetikus által végzett *tetoválás*, a bőr színét megközelítő festékanyagok keverékének apró szurásokon keresztül való bedörzsölése útján. Azok a színek ezek, melyekkel a moulage-okat is színeznünk szoktuk (zinober, ultramarin és ólomfehér keveréke).

Az angiomáknak a *Nelaton* ajánlotta *himlőnyirokkal való oltása* ma már csak történelmi értékű, mert csupán a felületen okoz hegesedést, míg az ér lumenbe betérjedő rögzösödés súlyos, életveszélyes fertőzéseknek lehet a forrása, tehát lényeges kosmetikus előnyök nélkül veszedelmesebb, mint a gyökeres műtét.

A vértelen kezelési módok között a legbiztosabb közvetlen gyógyhatást a *szénsavhóval való fagyasztással* lehet elérni. Az eljárást óvatosan kell végezni, több ülésben, hetenkint egyszer 10—20 másodpernyi időtartamban, mely idő alatt az erekben a vér rögzösödik, de a bőrnek csak legfelületesebb rétege hal el és finom var alakjában való leválása után színtelen, sima heget hagy hátra.

Kevésbé biztosan adagolható és így néha sikertelen, vagy hosszabb kezelést jelent a *haemangiomák sugaras kezelése Röntgen, radium, vagy Finsen* sugarakkal. A Röntgen kezelés után atrophias hegek és teleangiectasiák, az óvatos radium kezelés után is bőratrophias és pigmentatiók maradhatnak vissza. Szébb kosmetikus hegeket eredményez a Finsen kezelés. Ennek a kezelésnek az előnye, hogy teljesen fájdalomtalanul és reactio mentesen végezhető akár egy alvó gyermekben is, hátránya, hogy az adag megválasztásában nagy óvatosságot kíván és csak a felületesen fekvő daganatokra hat oly módon, hogy érkörűli, majd érbelhártya gyulladást okoz rögzösödéssel, a rög szervülésével és következményes hegesedéssel.

Bár a vérzés veszélyének elkerülésére szolgálnak, de mégis directe ható műtéti beavatkozásnak számítanak a különböző *injectiós kezelések*. A *thermo-, vagy elektrocauterral való étetések* és a *magnesium tücskékekkel való*

*spékélés.* — Az injectiós kezelések közül az érbe történő vérmegalvasztó befecskendezéseket (carbolsav, ferrum sesquichloratum, chlórzink stb.) mint életveszélyeseket ma már ne végezzük. Ha már mindenáron befecskendezésekkel akarunk próbálkozni, akkor a szövet közé adott 70-80%-os alkohol injectiót alkalmazzunk óvatosan beszúrt tűvel, mindig előzetes aspiratio után, hogy meggyőződjünk arról, vajjon tűnk nincs-e az ér lumenében. — A thermo-, vagy elektrocauterrel való égetés a vérzés ellen meglehetősen véd és minden fajtájú angioma ellen használható. A létrejött hegesedés erős, de nem oly torzító, mint a savval való maratás után keletkezett heg. Nagy haladást jelent a nagykiterjedésű angiomák műtévesében a diathermiás operatio, mellyel vértelenül váloíthatjuk el a daganatokat és elég jó kosmetikus eredményt kapunk. Hátránya: az eljáráshoz szükséges gépnek drága és el nem terjedt volta.

A Payr nevéhez fűződő *magnesium tücskéssel való megspékélése* az angiomáknak szintén a vérmegalvasztása által hat gyógyítóan, alkalmas a cavernosus angiomák kezelésére, de legtöbbször önmagában nem kielégítő, mert a daganat nem tűnik el, csak rögzösödik és így másodlagosan kisebb vérzés árán kiírható.

III. A haemangiómák gyógyításának *indirect, véres módszere: a daganathoz vezető ereknek leköttése*; csak palliativ módszernek tekinthető, mert a daganatot nem tünteti el, legfeljebb a sértettséget kisebbíti, de ezzel szemben a daganaton kívül újabb műtéti hegesedéseket idéz elő, kosmetikus eredménye tehát egészen rossz.

A fentiek alapján mondhatom, hogy a kisebb haemangiómák sebészeti kezelése nem nehéz feladat, a nagyobbak azonban nagy türelmet és a rendelkezésünkre álló eljárásokból kombinált kezelést kíván a legtöbb esetben; ebből a kombinált kezelésből azonban a sebészt ritkán lehet kihagyni.

*Mutschenbacher Tivadar dr.*  
egy. magántanár, kórh. főorvos.

## A röntgensugarak elleni védekezés.

A röntgensugaraknak az anyagokon való keresztülhaladása és eközben való elnyelése lényegesen eltér a látható fény elnyelésétől. A látható fény keresztülhaladása háromféleképp történhetik. Vannak először átlátszó anyagok, azaz olyanok, amelyeken a fény gyengítés nélkül megy keresztül: pl. levegő, üveg. Másodszor vannak átlátszatlan anyagok, amelyeken a fény egyáltalán nem megy keresztül, pl. fekete papír, fémlap stb. Ezek a sugarakat absolute visszatartják. Vannak harmadszor olyan anyagok, amelyek a fénysugarakat részben átterestik, részben elnyelik. Ezek a részben átterestző: semipermabilis anyagok, amilyen a kőd, a füst, tejüveg, pizkos víz stb.

A fénysugaraktól eltérően a röntgensugarakra nézve se teljesen átbocsátó, se teljesen elnyelő anyagok nincsenek. A röntgensugárral szemben minden anyag részben átbocsátó. Hogy adott esetben milyen nagyfokú a röntgensugárátbocsátás, az függ a szóbanforgó röntgensugár áthatoló képességétől (keménységétől), továbbá az átsugárzott anyag fajsúlyától, atomsúlyától és rétegvastagságától.

A gyakorlatban számbajövő anyagok közt legerősebben nyeli a röntgensugarakat a nagyfajsúlyú és atomsúlyú ólom. Erős elnyelésűek a báriumvegyületek is. Bármily nagy is azonban valamely anyag elnyelő képessége és vastagsága, a röntgensugár valamelyes kis töredéke mégis csak keresztül hatol. Hogy ez a keresztülmenő töredék mely esetben tekinthető elhanyagolható csekély-

ségnek, az a körülményektől függ. Ha mennyisége oly kicsi, hogy adott körülmények között észlelhető hatás nem fejt ki, akkor a rövidség kedvéért azt szoktuk mondani, hogy az átsugárzott anyag a sugarakat teljesen visszatartotta. Tudatában kell azonban lennünk annak, hogy ez a kifejezés inkorrekt és helyesen azt kellett volna mondanunk, hogy a sugármennyiség a felismerhetetlenségig legyöngült. Nem szűrőszálhasogatás ez, mert a röntgensugár biológiai hatása az emberi szervezetben lassan fejlődik ki, hosszasan tart, lassan csökken és csak hetek, hónapok és még hosszabb idő múlva szűnik meg teljesen. Ha a hatás megszűnésénél rövidebb idő múlva újabb sugármennyiségek érik a szervezetet, akkor ezek hatása cumulálódik, tehát igen hosszú időközökben adott sugármennyiségek is cumulálódhatnak. Más mértékkel kell tehát mérni a beteg és más mértékkel a kezelő személyzet számára. A beteg a sugárhatásnak csak rövid ideig van kitéve, szervezetében a sugár ellen védő falakon keresztülhaladó minimális sugármennyiségek hosszú ideig nem cumulálódnak, a kezelő személyzet azonban állandóan a laboratóriumban tartózkodik és így a beteg szempontjából elhanyagolható sugármennyiségek testében éveken át cumulálódhatnak és delecter hatásokat válthatnak ki.

Nézzük először azokat az ártalmakat, amelyek a röntgenbesugárzás után a betegeket érhetik. Ezek vagy a sugár-túladozásból, vagy cumulatióból származnak. Általánosságban egyszeri túladozás acut röntgenelégzésekre, a cumulatio pedig késői sérülésekre vezet. A túladozás a dosimetria gyakorlati haladásával, helyes technika mellett, ma már kikerülhető. Cumulatio veszélye sem fenyeget, ha a maximális dosist megközelítő adagokat legfeljebb 5-6 heti időközökben 3-4-szernél többször nem ismétljük. A maximális röntgendosis a HED (a német Hauteinheitsdosis szó után), mely az ionisatioval mérő eszközök internationalis „r“ egységeiben kifejezve 580 „r“-t tesz ki. A maximális dosisra már hyperaemia lép fel. A röntgentherapia nehézsége és veszélyessége abban áll, hogy a gyógyító dosis és a már kártékonyan ható dosis igen közel állanak egymáshoz. A maximális dosist 30-40%-kal túlszárnyaló adagok már fekélyeket okozhatnak, melyek a sugár mélybe való hatásánál fogva hosszú évekig fennállhatnak. A helyes kezelés egyedüli módja a sebészi kiirtás. A betegnek besugározni nem kívánt testrészeit elegendő egy millimeter vastag ólommal, vagy annak megfelelő ólomgummival lefedni.

Fekélyesedések származhatnak esetenként a túladozás nélkül a cumulatióból is. Gyakori eset az is, hogy a cumulatio után létrejött ártalom nem olyfokú, hogy direct elhalásra vezetne, tán csak teleangiectasia, oedema induratum marad vissza, de a besugárzott bőr táplálkozásában, ellenálló képességében annyira meg van zavarva, hogy mint locus minoris resistentiae oly kisebb mechanikai, vagy egyéb inzultusokra, melyek ép bőrön még számbevehető elváltozást nem okoznak, elhalással, fekélyesedéssel felel. Ezek a késői röntgen fekélyek, melyek még évek hosszú sora után is felléphetnek.

Térjünk most át azokra a bántalmakra, amelyek a kezelő személyzetet érhetik. A kezelő személyzet egész munkaidejét a röntgenező helyiségben tölti, azért a cumulatio imminens veszélye miatt fokozottabb védelemre van szüksége. A személyzetnek nem elég, úgy mint a betegnek csupán a lámpából egyenesen kijövő ú. n. direct sugarak ellen védekezni, hanem védekezni kell azon minimális mennyiségű ú. n. kóborló sugarak ellen is, amelyek úgy keletkeznek, hogy a röntgensugár azokról a tárgyakról, amelyekre ráesik, kis részben szanaszét szóródik. Ha a lámpa sugár elleni védőszekrénye felül, vagy oldalt nyitott, akkor a kóborló sugarak a dolgozó helyiség te-



tejéről, faláról sokszorosan szétszóródnak. Különösen a hosszas therapiánál tehát nem elég a lámpa irányába állított ólomfal, hanem a beteg és a kezelő orvos egymástól szétválasztott, külön helyiségben tartózkodnak, amelyek egymástól 5 millimeter vastag ólommal, vagy 6 centimeter vastag barytfallal vannak elkülönítve. A röntgensugarak hatása, mint ismeretes legerősebb a hámsejtekre (carcinoma gyógyítása) és a fehérvérsejtekre (leukaemia gyógyítása). A betegeket ért ártalmaknál csak a bőr hámsejtjei jönnek szóba, mert a fehérvérsejtek egyszeri röntgenezés hatását igen hamar kiheverik. A kezelő személyzetnél azonban az állandóan ott tartózkodás miatt aplasticus anaemia léphet fel. A kezelő orvosok bőrártalmait az igen apró dosisoknak éveken át tartó cumulációjából származó chronicus elváltozások. Ilyenek a bőrsorvadás, teleangiectasia, ekzémák, rhagadok, hyperkeratosisek, eleinte apró, később nagyobb fekélyek, melyeknek túlbujánzásai később valódi carcinomákba mennek át és amelyeknek az orvos végezetül áldozatául esik. Egy 1911-ben megjelent összefoglaló statisztika szerint a röntgenézés-sel foglalkozó orvosok és technikusok közül a röntgen-carcinomában elhaltak száma meghaladja az 50-et. Ez a szám azóta még emelkedett, de már csak lassan. A régi orvosok t. i. a csak évek után kifejlődő jelenségeket tapasztalat híján nem ismerték, a sugarak ellen sehogya, vagy csak hiányosan védekeztek, pusztakézzel tapintották a beteget az átvizsgálás tartama alatt.

Mivel a sugarakat tökéletesen visszatartani nem lehet, vizsgálatok indultak meg arra vonatkozólag, hogy mekkora az a kicsiny sugármennyiség, amelyet az emberi szervezet éveken át károsodás nélkül eltűr. *Glocker* és *Kaupp* szerint egy hónap alatt a HED századrésze még biztosan tolerancia dosisnak tekinthető. Ha havonta 25 munkanapot és napi 8 óra munkaidőt számítunk, ez kitész havonta 200 munkaórát. Akkor tehát egy órára a a HED századrésze 1/200-ad része, vagyis óránként a HED 1/20.000-ed része esik. Ez a sugármennyiség a mai eszközökkel még megmérhető. Hozzávetőleges tájékoztatásul szolgálhat az is, hogy az átvilágításhoz használni szokott „astral” ernyő sötétben teljesen adaptált szemmel nézve erre a dosisra még láthatólag derengve fluorescál.

Nagy mértékben javítottak a védelem kérdésén az újabb fém (Metalix) lámpák, amelyeknek fala mindenütt 5 millimeter vastag ólomlemezrel egyenlő sugárelnyelésű, úgy, hogy a röntgensugár épen csak azon a kis lyukon jön ki, amelyen át a betegre esik. A beteg testéből jövő szórt sugárzás ellen ilyenkor elegendő egyszerű ólomfal. Aki nem tud letenni arról a rossz szokásról, hogy átvilágításkor sugárzás közben nem tapintó kanállal, hanem saját kezeivel tapintja a beteg szerveit, az viseljen legalább ólomgummi-kesztyűt.

Sajnálattal tapasztaljuk, hogy még a jelenben is vannak egyesek, akik a sugárvédelem szigorúságát ijesztgetésnek veszik. Különösen fogorvosok közt nem is ritka, hogy felvétel alkalmával a beteg mellé állva még a direct sugárkapuban való tartózkodástól sem igen óvják magukat. Amikor az ilyen negligencia hatása idővel mutatkozni kezd, akkor már késő rajta segíteni.

Róna Alfréd dr., egyetemi tanársegéd.

## A látószerv syphilisének gyógyítása.

A látószerven jelentkezőluetikus bántalmak ellen a siker minden reményével vehetjük fel a küzdelmet. A helyesen adagolt salvarsan, higany, bismut és jód a lues- okozta bajoknak hatásos gyógyszerei.

Lues congenitára a chorioretinitis anterior és a keratitis parenchymatosa körjellegző. A chorioretinitis a csecsemő- és a korai gyermekkor betegsége. A keratitis parenchymatosa a legfiatalabb kortól kezdve fordul elő, leggyakrabban azonban a 6—20. életév között. Congenitalis luesnél ritkábban előforduló jelenségek: a conjunctivitis, iritis, papillitis, nystagmus, különösen pedig izolált pupilla zavarok.

A congenitalis lues megjelenési formáinál a specifikus therapia annál hatásosabb, minél korábban jelentkeznek a tünetek. A legszegébb kortól kezdve alkalmazható a gyógyítás. A ma általánosan elfogadott leghatásosabb kezelési módszer az ú. n. kombinált kezelés és pedig egyrészt salvarsan-bismut, másrészt salvarsan-higany kombinált eljárás. Egy kúra 6 salvarsan és bismut-, illetőleg higany-befecskendezésből áll. Gyermekknél a salvarsan, vagy neosalvarsan adagja pro testsúlykilogramm 0.015—0.020 g. Több ilyen kúra alkalmazandó.

Keratitis parenchymatosa esetében a specifikus therapiát tanácsos lázkeltő szerek adagolásával kombinálni. Lázkeltésre legalkalmasabb a tehéntej és annak pótszerei: aolan, caseosan, vistosan, aktoprotin, auto- és heterovaccinák stb. Jól bevált a typhusbacillus emulsió is.

Ezek szerint a keratitis parenchymatosa kezelése, mely legalább 6—8 hetet vesz igénybe, a következőképpen alakul: A beteg 6—8 heti kezelés tartama alatt kap 6—7 salvarsant emelkedő dosisban, 10 bismosalvant, vagy megfelelő higany-készítményt, 3—6 tej-, vagy tejpótszer befeckendezést és esetleg minden tejinjectiót megelőző napon intramuscularisan 1—2 cem typhusbacillus-emulsiót.

A felnőtteknél leggyakrabban előforduló iritis és irido-cyclitisluetica souverain gyógyszere a salvarsan, higany és bismut, mely szerek hatását, különösen a kezdeti stádiumban kedvezően elősegíti a tej s annak pótszerei. Salvarsant, vagy neosalvarsant nagy dosisban kell adni, mert kis dosisok a spirochaeták életenergiáját emelik s így provokálóan hatnak. 0.45—4.5 g-ig terjedő adagok váltak be leginkább. Hogy a spirochaeták igen gyors szétesésével járó gócreactionokat elkerüljük, ajánlatos az antilueticus kúrát nem mindjárt salvarsannal kezdeni, hanem a szervezetet jód- és higany-adagolás segítségével az alapos kúrára előkészíteni.

Higanyt vagy kenő-kúra alakjában, vagy injectiókban adunk.

Sokan a bismutot szembajoknál jobbnak tartják a salvarsannál és a higanynál. A bismut hatásának lényege még ma ismeretlen; sokan spirillocidnak (spirochaetákat pusztítóknak) tartják, mások meg azt tartják róla, hogy a szervezet védőerőit mozgósítja, aktiválja, erősíti a spirochaeták elleni küzdelemre, ezekre magukra azonban nem hat. A bismut mérgező tüneteket (veseizgalmakat, fog- és foghúsbántalmakat) ritkábban okoz, mint a higany. Különösen jól beváltak a gyakorlatban a vízben oldhatatlan, olajos bismutszuszpenziók. Ki kell emelni a bismut jó hatását centralis retinitisnél és a szerzett lues esetében található chorioretinitisnél.

A metalueticus szembántalmak gyógykezelése nagyjában hasonló alueticus szembántalmak kezeléséhez. Az indicatiók felállításában azonban a túlzott óvatosság sohasem felesleges.

A *tabes dorsalis*-nál jelentkező szemetünetek három csoportra oszthatók: a pupillák, a szemizmok és a látóideg megbetegedéseire. A *tabes* és *taboparalysis* 90%-ában található meg a reflectoros pupillamerevség, mely egészségeseknél csaknem sohasem, más idegrendszeri megbetegedésnél pedig igen ritkán található meg. A renyhébb pupillaris fényreactiót — megtartott alkalmazkodási reactio mellett is — már kórosnak kell tekintennünk. Az anisokoria reflectoros pupillamerevség mellett pedig 100%-ban teszi bizonyossá a *tabes* kórisméjét. A pupilla ezen zavaraira mindennemű antilueticus kezelés hatástalan.

*Szemizombénulások* a *tabes* gyakran előforduló kísérő tünetei. Néha már a lues késői stádiumának vérmebetegedéseinél, gummánál is előfordulnak. A *tabes* szemizombénulások a baj kezdetén rendszerint múlt természetűek, különösen akkor, ha csak egy-egy izom betegszik meg; kevésbé jóindulatú a sokszoros bénulás. A visszaesésre való hajlam igen nagy, végül nem következik be többé gyógyulás. A *tabes* szemizombénulások egyharmadrésze a praecataxiás, kétharmadrésze az ataxiás szakban jelentkezik.

Szemizombénulások, különösen a *tabes* kezdeti szakában, erélyes antilueticus kúrát tesznek indokoltá; salvarsan, higany és bismut váltakozva sokszor idéznek elő javulást, vagy gyógyulást. Még a kedvezően befolyásolt esetekben is ajánlatos az erélyes kúra után sokáig jódot adagolni.

A *tabes* látóidegsorvadás az esetek túlnyomó részében már a praecataxiás szakban jelentkezik; terapiája még nem tisztázott. Az atrophia nervi optici specifikus terapiáját illetőleg igen szomorúak a tapasztalatok, amennyiben ilyen kezelésre az állapot, vagyis a látás csak ritkán javul, az esetek nagy többségében inkább romlik. A specifikus kúrát tehát nagy gonddal és elővigyázat mellett szabad alkalmazni. Indokolt lehet a specifikus kúra olyan *tabes*eseknél, akiknek aránylag még friss a fertőzésük, vagy akiknek luese hiányosan volt kezelve. Közismert tény, hogy higanykúrák az opticus-folyamat előrehaladását siettetik, valamint salvarsan után sem ritka az állapot gyors, sokszor rohamos rosszabbodása. Ma a vélemények megoszlok; vannak, akik az atrophia nervi optici mindennemű specifikus kezelését ellenjavallják s vannak olyanok, akik az *elővigyázatos kúrát* ajánlják. Látóidegbetegségre a bismut hatása a higanyéval egyező.

A látóidegsorvadás ellen alkalmazott *jódkezelés*, ha nem is túl hatásos, mindenesetre teljesen ártalmatlan gyógyítási mód. A jódpáraeparamok hydraemiát idéznek elő, az anyagcserét fokozzák s a beszűrődések felszívódását elősegítik. Nagy jódadagok szükségesek, kis dosisoknak csak provokatív hatása van.

Látóidegsorvadás számos esetében végeztek malária-kezelést. Az inficiálásra malária tertiana a legajánlatosabb. Rendszerint a már maláriával fertőzött betegből veszünk vért s ezt oltjuk át a kezelendő betegbe, tehát a malária-plasmodiumokat passage útján visszük át. Célszerű a vért lázas roham alatt venni. Minthogy a maláriás kezelés nem veszélytelen eljárás, óvatosan kell alkalmazásának mérlegelésénél eljárunk.

A taboparalysises látóidegsorvadás kezelésére alkalmazott malária-kúrák hatása nem bizonyult állandó-

nak. A kísérletek ezirányban folyamatban vannak, úgy, hogy a kérdést még véglegesen eldöntöttnek nem vehetjük.

Bartók Imre dr., szemorvos.

## KÉRDÉS — FELELET.

### Metapneumoniás empyemák kezelése.

*Kérdés (B. A. dr.):* Metapneumoniás empyemánál, ha az izzadmány higan folyós, elegendő-e a folyadéknak aspiratiós készülékekkel való leszivattyúzása, vagy műtétet kell ajánlanom?

*Felelet:* A kérdés az általános gyakorlat szempontjából igen fontos. Régebben haladéktalanul borda resectiót végeztek minden olyan esetben, ahol próbapunctióval mellüri gyengyülemet lehetett kimutatni s ennek elmulasztása műhiba számba ment. Ujabb időben azonban az empyemák, főleg a metapneumoniás empyemák kezelése conservativebb mederbe terelődött. A mellüregnek bordaresectióval való széles megnyitását ma csak akkor végezzük, ha a terjedő nagyobb pyothorax, eves izzadmány, súlyos, általános állapot, magas láz stb. ezt a műtétet elkerülhetetlenül szükségessé teszik. Könnyebb esetekben és főleg a metapneumoniás empyemáknál sokszor célt érünk enyhébb beavatkozásokkal, a gyengyülemnek egyszeri, vagy ismételt aspiratiójával is. Több olyan metapneumoniás esetet észleltem, melyek egy, vagy kétszeri próbapunctio és 10—20 cm<sup>3</sup> geny leszívása után rögtön és maradandóan láztalanok lettek, úgyhogy semmi további beavatkozásra nem volt szükség. Ha ily módon nem érünk célt, akkor metapneumoniás empyema és higan folyó geny esetén igen jó eredménnyel végezhetjük az annak idején már Dollinger prof. által ajánlott és gyakorolt thoracodrainage-t, ami abból áll, hogy vastag troicarttal behatolva a bordaközbe a gyenget lebocsátjuk s azután ugyanezen troicart hüvelyén keresztül draincsövet vezetünk a mellüregbe, mely állandóan bentmarad és az izzadmány lefolyását biztosítja. Lehet e kis műtétet oly módon is végezni, hogy a troicart beszívása után a tövist kihúzzuk s azután maga a troicart hüvelyé marad benn a mellüregben, melyet a mellkas falához alkalmas módon odaerősítünk. Erre a célra szolgáló praktikus eszközöket nálunk Singer és Fischer Aladár, külföldön Drachter és mások ajánlottak. Ezzel az eljárással a metapneumoniás empyemák jórésze véglegesen meggyógyítható. Kis gyermekeknél és főképen csecsemőknél, csakis ezek az enyhébb beavatkozások jöhetnek szóba, mert a primaer bordaresectiót ezek nagyon rosszul tűrik és a műtétnek igen nagy a halálozása.

Természetesen, ha akár genyretentio miatt, akár egyéb okból a beteg továbbra is lázas marad és állapota romlik, utólag mégis meg kell csinálni a thoracotomiát, illetve bordaresectiót, de most már sokkal kedvezőbb kilátással, miután időközben a mellüreg tartalma a légmell okozta megváltozott nyomásviszonyokhoz alkalmazkodni tudott.

Összefoglalva tehát az elmondottakat a feltett kérdésre azzal válaszolhatunk, hogy metapneumoniás empyemánál, higan folyó geny esetében, ha komolyabb tünet (magas láz, elesettségek, súlyos septikus állapot) energikusabb cselekvésre nem készítenek, elsősorban conservative (próbapunctio, aspiratio) járunk el s csak ennek sikertelensége után térünk át a radikálisabb zárt thoracodrainage-ra, illetve thoracotomiára.

Milkó Vilmos dr., egyet. magántanár.

műtét keresztül vitelére. Utókövetkezményeket nem észleltünk.

Két esetben láttunk kistok recidivát. Ezeknél is kimutatható volt újabb viszeres tágulatok képződése más venaágazatban, pl. a műtét óta kiviselt terhesség következtében.

#### Összefoglalás:

1. Az alszárfekegy gyógykezelésénél tartós eredményt csakis a viszeres állapotot megszüntető okozati gyógyeljárások alkalmazásával érhetünk el.

2. Kevés kivétellel az alszár viszeres tágulatainak a preulcusos állapotok és a viszeres fekélyek gyógykezelésére a *Moszkowicz* által leírt műtétet igen alkalmasnak és célravezetőnek tartjuk.

3. Veszélytelen eljárás. Kosmetikus szempontból is jó eredményt nyújt.

4. Combra felterjedő igen erősen tágult viszeres tágulatnál csak kiirtással kombinálva alkalmazható.

**Irodalom:** *Ascher:* Chirurgie. II. *Clasen:* Med. kl. 1923. 42. sz. *Clasen:* Varicen u. ulr. *Issaak:* M. Med. Woch. 1930. 36. sz. *Klapp:* Arch. f. kl. Chir. 1923. CXXVII. *Linser:* M. Med. Woch. 1924. 16. sz. *Magnus D.:* Z. f. Chir. 1921. CLXII. *Moszkowicz:* bl. f. Ch. 1927. 28. sz. *Nobl.:* Win. med. Woch. 1931. 42. sz.

A m. kir. Tisza István Tud. Egyetem belklinikájának közleménye. (Igazgató: Fernet Béla ny. r. tanár.)

## Szervkivonatok hatása anaphylaxiás jelenségekre.

Írták: *Paul Benő dr.* és *Roth Imre dr.* tanársegédek.

Az anaphylaxiás shocknak, ill. az anaphylaxiás jelenségeknek az egyes szervekre gyakorolt hatása és bizonyos szerveknek magát az anaphylaxiás shockot befolyásoló szerepe már sok kísérletnek képezte tárgyát. Legtöbbször a máj szerepét igyekeztek tisztázni. *Manwaring* és munkatársai az anaphylatoxin képződési helyének a májat tartják. Ezzel ellentétben *Forssmann* és iskolája kísérleteik alapján a májnak éppen ellenkező működéséről számolnak be, amennyiben szerintük a máj lenne az a szerv, mely a mesenterialis reinjectionnál az egyébként letalis shockot lényegesen gyengíti. Az anaphylaxiás szervekkel összefüggésén kívül azonban a „szervi anaphylaxiának” a kérdése is felmerült már. Így *Róth* és *Szauther* kísérleteik alapján agyi-, kisvérköri- és májanaphylaxiát különböztetnek meg, aszerint, amint a reinjectált antigén, mely szerv capillarisaait áramolja át először. Valószínűnek látszik, hogy az összefüggések sokkal több irányúak, minden irányban való követésük azonban technikai akadályokon hiúsul meg; így az egyes szerveknek in vivo kiiktatása a legtöbb esetben kivihetetlen, míg túlélő izolált szerveken végzett kísérleteknél az anaphylaxiás folyamatnak lényeges feltételei hiányozhatnak. Olyan szerv, mely az élet veszélyeztetése nélkül kiírható, csak kevés van, ezek közé tartozik a lép. *Ehrlich* óta ismert tény, hogy splenectomia után hosszabb idő múlva eosinophylia lép fel (kb. 2 év), mely néhány év múlva ismét megszűnik. A lépnek az eosinophyliával való kapcsolatát klinikai tények is támogatják. Lépnagyobbodással járó betegségeknél az eosinophyl sejtek eltűnnek a vérpályából (pl. typhus abdominalis, malariás roham, stb.), hogy újból megjelenjenek akkor, amikor a lép már visszafejlődőben van. Az összefüggés mechanizmusa még ismeretlen és egyelőre annak magyarázata csak feltevésekre szorítkozik.

Mindezen kérdéseknek, tehát az egyes szerveknek anaphylaxiát befolyásoló hatásának tisztázására alkalmasnak láttuk az időt akkor, amikor sikerült különböző szervekből fehérjementes kivonatokot előállítani.

Első kísérleteinket léppel végeztük, a Richter gyár által rendelkezésünkre bocsátott Perlien nevű lépkivonattal.

A lépre vonatkozó bizonyos adatok már ismeretesek. *Ehrlich* fentemlített kísérletein kívül *Mayr* és *Moncorp* tengeri malac lépből készítették fehérjementes kivonatot és ezzel a splenectomia után fellépő eosinophyliát csökkentették, ill. megszüntették és ugyancsak befolyásolni tudták anaphylaxiás állapot eosinophyliáját is. Kísérleteiket emberre is kiterjesztették és az előbbivel azonos eredményt értek el sertéslép kivonattal, eosinophyliával járó bőrbetegségeknél is. Hasonló eredményre jutottak vizes lépkivonatot használva *Chevalier* és *Ely* is. Ezzel szemben *Varga* patkányokon nem észlelte a lépkivonatot eosinophylt csökkentő hatását.

Tulajdonképeni kísérleteink előkészítése képen mi is igyekeztünk a lép antieosinophyl hatását tisztázni. Hyper-eosinophyliás betegeinknél éhgyomorral megszámláltuk az eosinophyl leucocytaikat Bürker kamrában Dunger oldattal festve, majd 1—2 ccm perleint injiciáltunk intramuscularisan (1 ccm 10 gr lépnek felel meg) és a számlolást 1 és 2 óra múlva újból megismételtük. Annak igazolására, hogy az éhezés nem csökkenti az eosinophyliát, perleint injectió nélkül is többször ellenőriztük számukat.

Név	Diagnosis	Leuc.	Eos.	1 óra múlva		2 óra múlva	
				Leuc.	Eos.	Leuc.	Eos.
K. K.	Asthma br.	6200	560	5800	360	6500	430
W. M.	Emphysema	7400	520	7200	290	7600	230
L. M.	Kolitis	4300	600	6000	500	3600	nincsen
B. M.	Asthma br.	6200	430	6200	280	6500	220
„	perlien nélkül	6100	440	6300	450	6100	450

Mint a táblázatban összefoglalt eredmények mutatják lépkivonattal befecskendezése után a hypereosinophylia kétségtelenül csökken, sőt egy esetünkben két órával a befecskendezés után az eredetileg 13%-os eosinophylia teljesen eltűnik. Kísérleteink eredményei teljesen egyeznek tehát *Mayr—Moncorp és Chevalier—Ely* adataival.

Tekintettel arra, hogy az eosinophyl sejtek fölös számban való megjelenése leggyakrabban anaphylaxiás, ill. allergiás állapotoknál fordul elő, természetesen az a kérdés is felmerült, hogy vajjon lépkivonattal adagolása által nem volna e maga az alapfolyamat is befolyásolható. Ugyancsak *Mayr és Moncorp* észlelték azt, hogy lépkivonattal hatására bekövetkezett eosinophyl csökkenéssel dermatosisoknál a viszketés is csökken, ill. megszűnik és a léphatás elmúltával az eosinophylok számgyarapodását a viszketés újbóli megjelenése is követte. A hatásmechanizmust illetőleg említést érdemel egyik esetük, melynél a szövettani vizsgálat szerint a lépkezelés előtt a bőr papillaris rétegében és corium infiltratumaiban tömegesen voltak eosinophyl sejtek találhatóak, míg lépkezelés után majdnem teljesen eltűntek. *Chevalier és Bloch* a lépkivonatot egyenesen az eczema kiváló gyógyszerének nevezik.

Mai felfogásunk szerint az eosinophyl sejtek megszámlolásától járó bőrbetegségek egyrésze, mint az eczema, urticaria, viszkető dermatosisok az allergiás betegségek csoportjába tartoznak. Ugy ezeknél, mint az asthma bronchialénál, colica mucosánál az eosinophyl leucocytaikat a véren kívül a szövetekben is megtalálhatók. Így asthma bronchialénál éppen úgy, mint a tengeri malac anaphylaxiás sockjában az eosinophyl sejtek a tüdő alveolusai körül rakódnak le, colica mucosánál a bélnyálkahártyában, dermatosisoknál a bőr infiltratumaiban. Feltételezhető tehát, hogy az eosinophyl leucocytaikat chemotaxis révén jutnak az allergiás területre, mint azt *Kämmerer* is valószínűnek tartja.

A lépkezelés, anaphylaxiás shocknál, eddig mint a reticulo-endothelialis rendszer egy részét vették figyelembe. A vizsgálatokból általában, ha nem is egyöntetűen, az a vélemény alakult ki, hogy a reticulo-endothelialis rendszer blockádja az anaphylaxiás állapotot felfüggeszti. *Mauthner*

és *Schittenhelm* reinjectio előtt china-tust, vasculot, trypánvöröset vagy trypánkéket fecskendeztek be és az ilyen előkezelés után reinjiciált állatok alig reagáltak anaphylaxiás shockkal. Lépepstirpatio ezt a hatást még fokozza. *Musante* sensibilizált, majd vasculorral kezelt állat vérsavójával nem tudott átvitt, passiv anaphylaxiát létrehozni. Ugyanezt találta *Melzák* is, de csak akkor, ha a sensibilizáló dosis igen kicsi volt. Megemlítendő továbbá *Krafka* kísérlete is, ki anaphylaxiás shock alatt a lép volumenét onkometriás regisztrálás útján változatlanul találta.

Az általunk végzett kísérletek methodikája a következő volt: 18 tengeri malac lett sensibilizálva 1—1 ccm. normal lósavóval intraperitoneális injectio révén. Az állatokat hatosával három csoportba osztottuk és a következőképen jártunk el: az I. csoportot 21 nap múlva 1.5 ccm lósavóval reinjiciáltuk, a II. csoport a sensibilizálás után ugyancsak a 21-ik napon bekövetkező reinjectióig, tehát 20 napon keresztül, naponta 0.5 ccm. perliea (Richter) injectiót kapott intraperitoneálisan, a III. csoport ugyancsak naponta 0.5 perlien port kapott kevés vízben oldva gyomorszájára keresztül. A reinjectio részben intravenásban a szabaddá tett vena jugularisba, részben pedig intracardialisan történt. Az intracardialis injectio főelőnye a gyorsaság, hátránya pedig, hogy haematopericardium léphet fel, melynek következtében az állat kimúlik. A reinjiciált savó mennyisége minden esetben 1.5 ccm. volt. Letalis shock esetén az állatokat azonnal boncoltuk. Kísérleteink eredményét alábbiakban foglaltuk össze.

1931. IV. 22-én 18 tengeri malac 1—1 ccm lósavóval kap intraperitoneálisan.

#### I. csoport, Kontroll állatok:

1. reinjectio, azonnal kezdődő erős rángások, dyspnoe, az állat visít, néhány perc múlva exitus. Sectio typusos anaphylaxiás tüdőök.

2. reinjectio, igen erős rángások, dyspnoe, 3 perc alatt exitus. Sectio typusos kép.

3. reinjectio, igen erős rángások, az állat visít, 2 perc alatt exitus. Sectio typusos kép.

4. reinjectio, idem, 2 perc alatt exitus. Sectio typusos kép.

5. reinjectio, idem, 3 perc alatt exitus. Sectio typusos kép.

6. reinjectio, igen erős görcsök, rángások, az állat 30 percig az oldalán fekszik, dyspnoes, majd lassan magához tér.

#### II. csoport. Lépkivonat intraperitoneálisan.

1. reinjectio, erős rángások, 3 perc alatt exitus. Sectio typusos kép.

2. reinjectio után semmi reactio nincsen.

3. reinjectio, néhány igen kis rángás, 2 perc alatt megszűnik.

4. reinjectio, alig észrevehető kis rángások, még 1 ccm-et adunk, utána újból 1—2 kis rángás. 5. perc múlva lassan fokozódó dyspnoe, exitus. Sectio: intracardialis injectio következtében haematopericardium. Tüdők épek.

5. reinjectio, 1—2 percig igen kis rángások.

6. reinjectio, 1—2 percig néhány kis rángás.

#### III. csoport. Lépkivonat per os.

1. reinjectio után minimális kis rángások, az állat nyugtalan, még adunk 0.5 ccm. savót, újból néhány rángás, 3 perc alatt szűnnek.

2. reinjectio, 2—3 kis rángás.

3. 2—3 kis rángás, még adunk 1 ccm-t, igen kis dyspnoe.

4. reinjectio, közép erős rángások, az állat exitál valószínűleg a vena jugularisból vértett el.

5. reinjectio utána 1 percig tartó kis rángások.

6. reinjectio után néhány kis rángás.

Mint eseteinkből kitűnik, az első csoport 6 állatja közül a reinjectio 5 esetben exitushoz vezető igen erős anaphylaxiás shockot váltott ki. Egy állat 30 percig tartó shock után magához tért. Az azonnal megejtett sectio mind az 5 állatnál typusos, anaphylaxiás shockra jellemző elváltozásokat mutatott; tüdőök a mellkas megnyitásánál a mellürt teljesen kitöltik, a szívét majdnem teljesen befedik, merevek, felszínükön a bordák lefutásának megfelelő barázdáltság látható, halványak, lószórpárna tapintatúak. Metszlapjukról nyomásra nagy mennyiségű savó ürül.

Lépkivonattal intraperitoneálisan injiciált 6 állat közül, 4 darab 1—2 percig tartó, igen kis rángásokkal kísért shock után magához tér, egy állat typusos anaphylaxiás shockban pusztul el, melyet a sectio is igazol, egy pedig az intracardialis injectio következtében pusztul el, sectiónál az anaphylaxiára jellemző tünetet nem találunk.

Lépkivonattal etetett 6 állat közül, 5 1—2 percig tartó mitigált megnyilvánulású shock után teljesen rendbe jön, a rángások inkább csak jelzettek, dyspnoe alig észrevehető defecatio, vizelés nincsen. Egy állat elpusztult, a sectiónál azonban anaphylaxiára jellemző elváltozást nem találtunk s bár ennél az állatnál a shock valamivel kifejezettebb volt, mint a csoport többi tagjainál, azonban az ellenőrző csoport állatainál észlelt shocknak még csak a nyomába sem érhet.

Kísérleteink tehát kétségtelenül bebizonyították, hogy a sensibilizálási idő alatt, akár peroralisan, akár parenterálisan adott lépkivonat az anaphylaxiás shock létrejöttét és kifejlődését tengeri malacokon vagy meggátolja, vagy pedig lényegesen gyöngíti, amennyiben 12 ilyen módon kezelt állat közül csak egynek volt sectióval igazolható letalis kimenetelű anaphylaxiás shockja, míg ugyanezen kísérlet sorozatba tartozó, de nem kezelt hat állat közül öt typusos letalis anaphylaxiás shockot kapott.

Tisztázásra várt ezek után az a kérdés, hogy vajjon egyéb fehérjementes szervkivonatoknak nincsen-e hasonló antianaphylaxiás hatása, hogy a gyomor máj, stb. kivonata nem gátolja-e ugyanilyen mértékben az anaphylaxiás shock kifejlődését, mint a lép. További kísérleteinkben tehát a kísérleti tengeri malacokat hat csoportra osztottuk. Az I. csoport kontrollul szolgált és a sensibilizáló majd a reinjectión kívül egyebet nem kapott. A II. és III. csoportot ismét lépkivonattal kezeltük peroralisan, ill. intraperitoneálisan. A IV. csoport naponta, azaz 20 napon át 0.5 gr Perhepar (Richter) port kapott a gyomorszájára keresztül, kevés vízben oldva. Az V. csoport ugyanilyen módon azonos mennyiségű gyomorkivonatot kapott Perstomin (Richter) por alakjában. Végül a VI. csoport ugyancsak naponta 1 ccm izomkivonatot kapott gyomorszájára keresztül, mely célra a Lacarnol használtuk. A reinjectio mind a hat csoportnál a 21-ik napon történt, részben intrajugularisan, részben pedig intracardialisan. A kétféle reinjiciálási mód létrehozta anaphylaxiás shock között, úgy annak intenzitását, mint tartamát illetőleg semmiféle különbséget nem észleltünk. A reinjiciált lósavó mennyisége ismét 1.5 ccm. volt.

Kísérleteink eredménye a következő:

Szervkivonat neve, adagolás módja	Shock		Semmi reactió	El- vérzés
	letális	nem letális		
Perlien inj.	1	—	2	2
Perlien per os	1	—	3	1
Perhepar per os	—	1	4	—
Perstomin per os	3	1	—	—
Lacarnol per os	2	1	1	1
Kontroll	6	—	—	—

Eredményeinkből kitűnik, hogy a kontroll állatok valamennyien tipusos anaphylaxiás shock következtében pusztultak el, amit a sectio is igazolt. A léppel kezelt, részben etetett 10 állat közül csak kettő kapott letális kimenetelű shockot, nyolc állat a reinjectióra egyáltalában nem reagált. Az intracardialis reinjectió állatok közül három shock tünetek nélkül exittál és sectionál a szívburokban nagy mennyiségű vért túltunk, az anaphylaxiának nyoma sem volt, úgy hogy a halál oka kétségtelenül elvérzés volt.

A májjal kezelt állatok közül négyenél a reinjectio semmiféle reactiót nem váltott ki, egy igen rövid ideig tartó mitigált shockot kapott.

A gyomorkivonattal kezelt állatok közül egy még a sensibilizálási idő alatt elpusztult, a megmaradt négy állat közül három tipusos anaphylaxiában exittál, egy pedig mitigált nem letális kimenetelű shockot kapott. A lacarnollal kezelt öt állat közül a reinjectio egy esetben semmi reactiót sem váltott ki, egynél nem letális kimenetelű mitigált shock, 2-nél tipusos anaphylaxiás shock (sectióval igazolt) volt az eredmény; egy pedig elvérzett.

Végeredményben tehát azt látjuk, hogy a perliennel és perpheparral kezelt állatok a reinjectióra kb. egyformán reagáltak, amennyiben a léppel ill. májjal kezelt 15 állat közül csak kettőnél tudtunk letális shockot létrehozni, ami — ha az állatok kis száma százalékos számítást megenged — 14%-nak felel meg, szemben az ellenőrző csoport 100%-os shockjával. A perstomin és lacarnol is mutat azonban csekély antianaphylaxiás hatást.

A máj és lép kivonatok antianaphylaxiás hatását és hatásmechanizmusát illetőleg vissza kell térnünk, maguknak az illető szerveknek anaphylaxiánál való szerepére. A májat illetőleg két nézet áll egymással szemben, mint azt már említettük is. *Manwaring* és munkatársai az egész folyamat centralis, nélkülözhetetlen szervének tartják, a hepatotoxin képződési helyének. Erre vizsgálataink szerint szövettani elváltozások és a máj súlyának változása utal, mely anaphylaxiás shock alatt eredeti súlyának 37—95 %-ával nőhet. Magát a hepatotoxint-anaphylatoxint a máj normális ineretumának tartják, mely anaphylaxiás shock alatt explosíószerűen kerül a vérpályába, s ez váltaná ki a hólyag és az egész béltractus contractióját. Anaphylaxiás shock alatt az egész gyomor-bél tractusban erős nyomásemelkedést észleltek, mely elmarad akkor, ha előzőleg sikerült a kísérleti állat máját eltávolítani. (*Manwaring, Enright, Dorothy, Bing*). Máj extirpatio után a hólyag contractiója is kimarad. A májanaphylotoxint histaminszerű anyagnak tartják, szerintük azonban nem ez az egyetlen előidézője a tüneteknek. Ugyanez az anaphylatoxin idézné elő a bronchusok spasmusát is. Ezzel az állásponttal szemben *Forsmann* az a véleménye, hogy mesenterialis reinjectiónál a máj méregtelenítő szerepet játszik és a shock hatást lényegesen gyengíti. *Róth* és *Szauter* kísérleteikben mindenben *Forsmann* véleményét tudták igazolni. A lépre vonatkozó hasonló kísérletekről nem találunk beszámolót az anaphylaxia irodalmában. *Mauthner* és *Schittenhelm* már említett blockád-kísérletein kívül olyan adat, mely a lép kivonat antianaphylaxiás hatása magyarázatának kiinduló pontja lehetne, nem ismeretes. Fontos volna ebből a szempontból tudni azt, hogy vajjon hogyan változik az anaphylaxiás shock tünete csoportja akkor, ha a reinjectiót antigén először a lép capillarissait áramolja át, azaz ha a reinjectio a lépbe vezet érbe történne. Más szóval a lépnek „szervi anaphylaxiája” az, ami tisztázásra vár. E két szerv azonos szöveteleire a reticulo-endothelialis rendszerre kell gondolnunk. Tekintettel arra, hogy a R. E. R. blockádja az anaphylaxiás shock kitörését megakadályozza, feltételezhető, hogy az extractumok adagolása a shockot oly mó-

don gátolja, hogy a bekerülő antigennek az antitestekhez való kapcsolódását akadályozza meg, akár adsorptió útján is és így a bejuttatott antigen nem talál szabad, reactióképes antitestet.

A fenti feltevés nem vindikálja magának a magyarázatot jogát, inkább munkahypothesisnek szántuk mindaddig, míg a számos felmerült, idevágó problema tisztázva nincsen. Ilyen elsősorban a lép anaphylaxiája, továbbá az a kérdés, hogy miképpen befolyásolja a szervanaphylaxiát magának a megtámadott szervnek a kivonata, így a máj anaphylaxiáját a májkivonat és a lépét a lép kivonat. Ezek a vizsgálataink során felmerült problémák további kísérleteink tárgyai, melyeknek eredményétől várunk felvilágosítást, ha csak részben is, a máj és lép szerepéről anaphylaxiánál és a két szerv kivonatainak anaphylaxiát gátló hatás mechanizmusáról.

**Irodalom:** *Forssmann*: Bioch. Zeitschrft. 110. köt. — *Roth* és *Szauter*: Magy. Orv. Arch. 1930. 31. k. — *Mayr* és *Moncorp*: Münch. med. Wochenschrft 1925. 17. sz. — *Mayr*: Med. Klin. 1926. 1. sz. — *Chevalier* és *Ely*: Ref. La Presse Med. 1930. 99. sz. — *Chevalier* és *Bloch*: Ref. La Presse Medical, 1930. 99. sz. — *Kämmerer*: Allergische Diatheese stb. Gergmann Verlag München 1926. — *Musante* és *Schittenhelm*: Z. f. d. ges. exp. Med. 1925. 45. k. — *Manwaring* és munkatársai: Journ. of the Americ. med. assoc. 1924. 82 és 83 k. Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med. 1924, 21 k. — *Melzák*: Cit. Kongresscentrbl. LVII. k. 141 old. — *Krafka jr. Mc. Crea* és *Vogt*: Journ. of Physiol, 68. k.

#### A Fehérkereszt-kórház bőrgyógyászati osztályának közleménye.

### Erős verrucosus bőrelváltozás paraffin-kezelés után.

Irta: *Steiger-Kazal Dezső dr.*, főorvos

A paraffint a bőrgyógyászatban meglehetősen gyakran, a bőrbajok egész soránál (acne vulgaris, égések, eczema, herpes, zoster, neuroderma, prurigo, lábszár-fekély) használjuk. Gyógyszerek hozzáadása nélkül részben fájdalomcsillapító, részben hámosító, bizonyos gyógyszerek (kátrány, kén, xeroform stb.) hozzáadásánál pedig mint vivőanyag szerepel.

A paraffin kedvező gyógyhatásait e helyütt még csak nagy általánosságban sem beszélhetjük meg, de nem is volna helyénvaló, mert éppen egy egészen különös paraffinártalom adott alkalmat e közleményre.

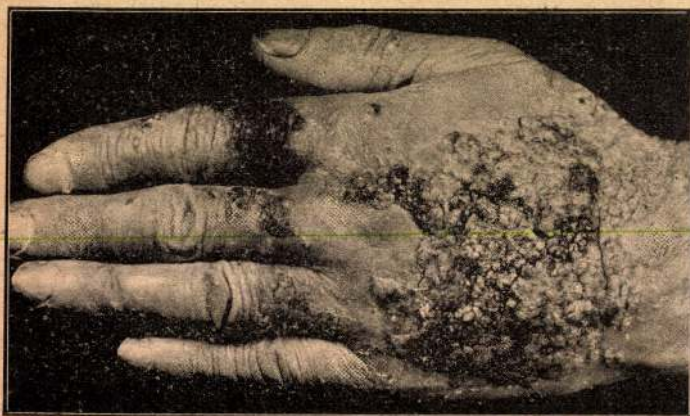
A paraffinártalmak a foglalkozási betegségeknek tekintélyes csoportját képezik és a paraffinnal való érintkezés módja, valamint az egyéni érzékenység szerint a test különböző részein igen sokféle formában jelentkeznek; a paraffin előállításánál (lehűtés, filtrálás, átszűrés, nedvtelenítés, szintelenítés), elvezetésénél és elraktározásánál nemcsak a test szabad részein (kéz, hát, alkar), hanem a ruházattal fedett helyeken is előfordulnak (vállak, combok, lábhát, genitális tájék). A paraffinnal átitatott ruhadarabok azért okozhatnak bőrártalmakat, mert vagy a ruhát változtatják ritkán, vagy pedig a test tisztántartása elégtelen.

Általános az a felfogás, hogy csak azokat a paraffinmunkásokat érik specifikus bőrártalmak, akik a paraffin izgató melléktermékeivel (karbolsav, kreosot, kátrány, terpenek) érintkeznek. *Bridge, Withe, Ullmann* paraffin-gyertya-üzemekben dolgozó munkásoknál azt állapították meg, hogy a kémiaillag tiszta paraffin és vaselin ártalmatlanok. Sokszor történik ebben a tekintetben utalás arra is, hogy orvosoknál és laboratóriumi alkalmazottaknál, akik néha évekig, sőt évtizedekig foglalkoznak paraffinnal, specifikus ártalmakat nem szoktak észlelni.

Égési sebeknél, ahol a paraffinkezelés néha hetekig is eltart, többnyire gyors behámosodást lehet elérni, anélkül, hogy bőrizgatási tünetek vagy hámtultengés lépnének fel. Ahol a hámsejtek izgatása következtében bőrgyulladás, tulságosan intenzív hámburjánzás, vagy hyperkeratosis lép fel, mindig a paraffin valamilyen szennyeződését szokás felelőssé tenni. *Oppenheim*-nek sikerült hasonló bőrizgalmakat paraffin nélkül, csupán a szóbajöhető szennyező anyagokkal elérnie. — Ujabban az abszolút tiszta paraffinnak és vaselinnak ártalmatlanságát kétségbe vonják és az a felfogás, hogy ezek az anyagok okozhatnak sajátos bőrizgalmakat. (Alább megbeszélendő esetem szintén ezt a felfogást látszik támogatni.)

A paraffinokozta bőrártalmak megjelenési formájuk szerint a következőképen foglalhatók össze:

1. Heveny vagy idült, diffus, nem ritkán eczemaszerű bőrgyulladás (dermatitis);
2. Comedok;
3. Follicularis hyperkeratosis;
4. Enyhe diffus hyperkeratosis pigmentatioval;
5. Diffus dermatitis verrucosus, verruca- és papilomaszerű hyperkeratosis (néha epitheliomába és carcinomába való átmenettel);



Nékám professor gyűjteményéből

6. Fekélyek, amelyek hajlamosak rosszindulatú elváltozásra.

A három első megjelenési forma már paraffinnal való rövid ideig tartó érintkezés után is felléphet, míg a három utóbbi csak több év, néha évtized után szokott fellépni.

Az általam megfigyelt eset a fenti csoportok egyikebe sem sorozható és ezért részletesebb ismertetést érdemel. 66 éves férfi beteg a balkézén, az ujjakra is ráterjedőleg benzinrobbanásnál égési sebeket szenvedett. A mentők állomásán már 1 óra múlva paraffin-spraykötést kapott; hasonló kezelést további 2 hétig nap-nap után végeztek nála. A beteg bemondása szerint égési sebei igen hamar, mintegy 5—6 nap múlva behámosodtak és e helyeken lapos, szemölcszerű képletek léptek fel, ami után a paraffin-kezelés még 8—10 napig tartott. A beteg technikai okok miatt elmaradt a további kezelésből és kb. 2 hétig, tehát a sérüléstől számítva éppen 1 hónap elteltéig, ólomvizes borogatásokat végzett, majd egy kollegánál jelentkezett, aki a beteget nekem a következő lelettel mutatta be: A kézén és a két középső ujj feszítő oldalán, az ujjonnan behámosodott bőrterületeket ugyyszólván teljesen beborítva, helyenkint 8—10 mm magas, verrucosus képlet látható, amely feltűnően hasonlít a tuberculosis verrucosa cutis-hoz, de sokkal puhább tapintatu. A kissé macerált hyperkeratotikus tömegek mély repedésekkel szabálytalan mezőkre voltak osztva és a repedésekből — bizonyára

másodlagos fertőzés következtében — kevés kellemetlen szagú genny ürült. (Lásd az ábrát. A felvétel salicylkenőccsel való 2—3 napos kezelés után, tehát akkor, amikor a baj már visszafeljődőben volt, készült a budapesti bőrgyógyászati klinikán; *Nékám* professzor ur szives volt rendelkezésre bocsátani, amiért ehelyütt is hálás köszönetet mondok.) 5—10%-os salicylkenőcsös kötések után a verrucosus tömegek 8—10 nap alatt eltűntek és helyükön a bőr rózsaszínű, finom, fénylő és láthatóan erezett volt.

Kétségtelen, hogy paraffin által okozott, rendkívül hamar fellépett és igen erős hyperkeratosisal állunk szemben. Igen erős verrucosus elváltozások, — mint fennebb már megbeszéltük, — paraffinnal való érintkezés után csak több év elteltével szoktak fellépni, ezért tartottam érdemesnek megfigyelésem közlését, annál is inkább, miután nem sikerült az irodalomban hasonló esetet találnom.

Felmerül a kérdés, vajjon egészen tiszta paraffint alkalmaztak-e avagy talán valamiféle szennyező anyagoknak volt-e szerepük? Erre vonatkozólag a mentőállomáson azt a szives felvilágosítást kaptam, hogy egy táblákban eladásra kerülő és kozmetikai célokra szolgáló paraffinkészítményt, a „Paraffinoderm“-ot használták. A paraffinoderm, amelyről a készítmény előállítója részletesen informált, abszolút tiszta paraffinum liquidumból, olivajából és igen kevés növényi gyantából áll. Szennyező anyagok (kátrány, kárból, kénsav stb) nem mutathatók ki benne, kémiaiilag teljesen indifferens. A paraffinodermot a mentők ambulanciáján igen sok esetben használták jó eredménnyel.

Fel kell tehát tennünk, hogy a vegyileg tiszta paraffin valószínűleg a használatával együttjáró hőizgalom következtében képes nemcsak gyors behámosodást előidézni, hanem azon túl rendkívül erős hyperkeratosishoz is vezethet, ami jelen esetben egy még soha meg nem figyelt rövid időn, 14 napon belül következett be és valószínűleg különös egyéni dispositiora vezethető vissza.

Irodalom: *Cholnoky*: Orvosi Hetilap 1930. 36. sz. — *Cholnoky*: Mentők Lapja 1931. — *Scott* Brit. Med. Journ. No. 3232. 1108. old. — *Ullmann*: lásd *Oppenheim-Rülle-Ullmann*: Die Schädigungen der Haut II. kötet. 226. old.

A kir. magy. Pázmány Péter Tud. Egyetem Gyermekgyógyászati Klinikájának közleménye. (Igazgató: Hainiss Elemér ny. r. tanár.)

## Vércukor és vérphosphor meghatározások lázas gyermekkori megbetegedésekben.

Irta: *Krompaszky Tibor dr.*

A vércukor-görbe a szervezet minden megmozdulását érzékenyen kíséri s jól ismeretes, hogy az éhezés, a táplálékfelvétel, az izommunka, tehát maguk a normalis életműködések szintjét állandó hullámzásban tartják. Természetes, hogyha a vércukor-értékek változásai már a physiologiás életmegnyilvánulásokban is ennyire visszautkröződnek, még inkább eltéréseket okoznak az anyagcsere mélyebb elváltozásaival járó különböző megbetegedésekben. Már maga a láz is bizonyos mértékig vércukor-emelkedésre vezet, amit a vizsgálók legnagyobb része úgy magyaráz, hogy a lázas folyamatok alatt a szervezet, az izom, illetve a májsejtekből nagyobb mennyiségű glycoget mobilizál.

Jelen dolgozatunkban egyrészt a gyermekkori acut és chronicus megbetegedések alatti vércukor-értékváltozásokat igyekeztünk felkutatni, másrészt azt az összefüggést kerestük, ami a fenti betegségekben a vércukor- és phosphor-érték között fennáll.

Acut, lázas, fertőző megbetegedésekben *Hirsch, Edu-rin, Cartagenova, Luigi, Elkeles, Weis-Resit* stb. azt a megfigyelést tették, hogy a vércukor kis mértékben emelkedik. *Hirsch-Edurin* ugyanezt tapasztalta kísérleti állatokon, mikor typhus, paratyphus A és B, dysenteria, coli, strepto- és staphylococcus bacillusokat fecskendezett be intravenásan.

Hasonló vizsgálatokat végeztek *Laquer, Birk* és mások acut lázas betegségekben, a vér anorganos phosphorjára vonatkozólag: a vizsgálatokból kiderült, hogy magas láz esetén az anorganos phosphor mennyisége a serumban csökkent. A vér anorganos phosphorjának csökkenését *Embden* hypothesisének a felhasználásával lehet értelmezni. *Mayerhof* és *Embden* exact vizsgálatai fényt derítettek a cukor-és phosphor-anyagszere összefüggésére. Régóta ismert tény az, hogy az izomműködésnél az izom vegyhatása erősen a savi felé tolódik el, Izomműködésnél ugyanis tejsav keletkezik oxigén jelenléte nélkül, ugyanakkor egy aequivalens mennyiségű glycogen tűnik el az izomcontractio alatt, míg az elernyedés szakában a glycogenből keletkezett tejsav egy része elég, a fennmaradó kb.  $\frac{3}{4}$  rész re-synthetisálódik ismét glycogenné. A májban keletkező tejsav hasonló módon indítja meg a szénhydratok synthetisát. *Embden* vizsgálatai óta tudjuk, hogy ezen folyamat részleteiben a következőképen megy végbe:

A tejsav képződését megelőző legfontosabb előanyag az élesztő erjedésénél is keletkező és azzal identicus phosphorsavval aetherificált hexose, az u. n. lactacidogen, a lactacidogenből valószínűleg hexosenak labilis modificatioja keletkezik az u. n. gamma glucose és csupán ez alkalmas glycogenképzésre. A folyamathoz phosphorsav jelenléte szükséges. Ez abból kiviláglik, hogy amidón kísérletileg, illetőleg alimentarisán hyperglycaemiát idézünk elő, a vérserum organos phosphorja csökken. (*Wiggelforth, Wordorf, Schmidt, Winter, Harop, Benedikt, Bollinger, Hartmann.*) Insulin-adagolásnál a hyperglycaemiát hypophosphataemia követi, a phosphor hexophosphorsavképzése folytán fogyatkozik meg. *Nishimoto* adrenalin, thryeoprotein subcutan, szőlőcukor intravenás befecskendezésénél kutyáknál hyperglycaemiát és phosphoreszkennést észlelt.

Insulin-befecskendezésnél hypoglycaemia mellett a vizeletben a phosphorkiürítés csökkent, viszont hyperglycaemia egyidejűleg phosphor-befecskendezéssel megszüntethető.

A mi vizsgálataink részben acut, részben chronicus lázas betegségben szenvedő gyermekekre vonatkoznak a lázas, majd a láztalan periodusok alatt. Vércukor-meghatározásokat *Hagedorn-Jensen*, phosphor-meghatározásokat *Fisk-Subarov* szerint végeztük, reggel éhgyomorra, a vért a felkar vénából véve. Összesen 40 esetet vizsgáltunk meg.

A vizsgált eseteinket a fenti szempontok és a talált eredményeink alapján két csoportra oszthatjuk. Az első csoportba az egyébként egészséges, csak a vizsgálat ideje alatt lázas, tehát acut lázas betegségben szenvedő egyéneket sorozhatjuk. Ezekben az esetekben, mint az a táblázatból kitűnik, *láz alatt a vércukor mindenkor emelkedett, a phosphor pedig csökkent.* Normalis viszonyok, láztalanság és a betegség gyógyulása alkalmával a cukor-értékek normalisra csökkentek, phosphor pedig normalis nivóra emelkedik.

Eseteink második csoportjában a chronicus lázas megbetegedésekben (tbc, pulm.) szenvedők tartoznak. Ezeknél *láz alatt a vércukor-értékek emelkedést nem mutatnak, csupán a phosphor-értékek csökkentek.* Ha itt láztalan periodus lép fel, ez csupán a phosphor értékeinek a normalis nivójára való visszatérése kíséri, a vércukorban értékelhető eltérés nem mutatkozik. Az idült és heveny lázas

betegség vércukrának és vérphosphorjának ezen eltérő viselkedése is újabb bizonyítéka annak, hogy chronicus infectio milyen mélyrehatóan változtatja meg a megbetegedett szervezet cukor-anyagszeréjét. Tekintetbe véve azon complicált folyamatot, amelyet lázas mozgalom és infectio a szervezetben kivált, természetes, hogy a talált értékek alapján az eredmények értékelése csak hypotheticus lehet.

Diagnosis	Láz	Láz alatt		Láztalan áll,	
		cukor phosphor mg <sup>0/0</sup>	phosphor mg <sup>0/0</sup>	cukor phosphor mg <sup>0/0</sup>	phosphor mg <sup>0/0</sup>
Infiltr. pulm.	39.5	75	4.20	83	4.46
Pneum. croup.	38.4	77	4.60	77	3.27
Infiltr. pulm.	39.4	74	3.05	106	5.11
Pneum. croup.	38.5	122	3.60	83	4.83
Tbc. pulm.	38.7	113	4.86	98	4.35
Tbc. pulm.	39.2	88	1.25	95	2.37
Tbc. pulm.	39.0	81	3.30	79	3.85
Pneum. croup.	37.7	75	5.55	73	4.95
Pneum. croup.	40.0	103	4.32	81	4.12
Pneum. croup.	39.7	81	3.44	75	3.45
Lymphad. ac.	40.0	139	2.34	106	4.10
Pneum. croup.	38.6	65	4.36	65	4.05
Pneum. croup.	39.4	90	5.00	75	4.25
Tonsill. foll.	39.4	127	3.47	102	3.95
Pneum. croup.	40.4	60	3.57	60	3.87
Pneum. croup.	38.5	95	3.47	80	3.95
Morbilli	39.9	42	2.97	45	3.24
Pneum. croup.	39.4	92	2.71	72	3.45
Bronch. pneum.	39.0	100	3.88	89	4.54
Pleur. exs.	38.8	140	2.77	68	3.80
Append. sub.	38.2	135	2.99	102	3.54
Pneum. croup.	39.1	139	3.23	93	4.54
Pneum. croup.	38.0	120	3.03	98	3.35
Pneum. croup.	39.5	115	3.28	80	3.74
Pneum. croup.	39.7	124	3.24	98	3.64
Pneum. croup.	38.6	146	3.06	102	3.34
Pneum. croup.	40.5	134	3.50	129	3.87
Pneum. croup.	38.4	88	4.09	93	4.46
Scarlat	39.4	134	1.14	139	6.79
Pneum. croup.	39.5	110	1.45	95	5.70
Pneum. croup.	40.5	96	1.54	83	4.50
Osteomyel. ac. inf.	40.5	167	3.19	133	5.63
Scarlat	39.3	89	3.65	80	4.50
Tbc. pulm.	38.7	100	5.22	88	5.43
Tbc. pulm.	38.5	130	5.49	128	5.79
Tbc. pulm.	39.2	104	5.34	108	5.77
Tbc. pulm.	39.7	133	5.37	130	5.00
Tbc. pulm.	38.2	102	5.08		
Tbc. pulm.	38.7	128	5.86		
Tbc. pulm.	39.4	118	5.80		

láz nem szűnt meg

**Összefoglalás.** Vizsgáltunk 27 acut és 13 chronicus magas lázzal járó esetet. Acut eseteinkben a vércukor-értékek emelkedést, a serum phosphor-értékek csökkentést mutatnak, chronicus eseteinkben a serum phosphor kis mértékben csökken, a vércukor emelkedését azonban nem találjuk.

**Irodalom:** *Hirsch, Edwin F.* Journ. of infect. dis. Bd. 29. Nr. 1. *Sehman, Edwin P.* Journ. of biol. chem. Bd. 48. Nr. 2. *Laquer, Fritz.* Naturwiss nschaften Jg. 11. H. 16. S. 300—304. 1923. *Elias H. u. Löw.* Biochem. Zsch. Bd. 138, H. 4/6 S. 279—283. *Elias H. C. Popescu inotesti u. C. St. Radoslaw.* B. Z. Bd. 138. H. 4/6 S. 294—298. *Elias H. C. Popescu Inotesti u. C. St. Radoslaw.* B. Z. Bd. 138. H. 4/6 S. 299—306. 1923. *Birk, Abh. a. d. Kinderheilk. u. ihren Gesetzbiet* Ig. 1926. *Elkeles, Heimann.* Klin. W. Ig. Nr. 18. S. 836—839. 1928. *Bellinotti, Saul.* Semana med. Ig. 35. C. B. K. 22. *Grott Waclaw.* Polski Arch. Med. Wewn. 6. (Pnisch). *Birk W., Dick W.* Jahrbuch f. Kind. Bd. 119. *Kruse, Friedrich.* Sladczyk, Arch. f. Kind. 86. S. 266—280. 1929. *Grafe E.* Klin. Woch. Ig. 2. No. 22. S. 1005—1009. *Hess Alfred T. and Marion.* A. *Lundagen.* Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med. Bd. 19. Nr. 8. S. 380—388. 1922. *Feigl, Joh.* Bioch. Z. Bd. 1122, H. 1/3 S. 27—50. 1920. *Kramer Benj. and John Howlana.* Bull. of the Johns Hopkins Hosp. Bd. 33. *Cartagenova, Luigi.* Riv. di clin. pediatr. Bd. 25. H. 10. *Laurimisch Alexandro.* Pediatra riv. Ig. 35. *Zimblar, Begam* Zurnal po izuveniju rannogo deszkogo vozrasta Bd. 5. Ref. (Russisch).

## LAPSZEMLE

## Belorvostan.

**Postoperatív keringési zavarok gyógyítása.** Prof. Bergmann. (Deutsche Med. Wschr. 1932. 14. szám.)

Meggyőződése szerint a postoperatív collapsus következtében beálló halálások száma kellő kezelés mellett csökkenthető volna. A collapsus oka lehet autointoxicatio, legtöbbször acut pancreasnekrosis. Ez ellen előzőleg adott pankreas praeparatumokkal lehetne védekezni. A leggyakoribb vasomotorcollapsus oka valószínűleg nem érdatatio, hanem az, hogy a contrahált arteriák elégtelenül telődnek és a szívhez nem tud elegendő mennyiségű vér visszajutni. A vér a periferián halmozódik fel, elsősorban a lépben és a bőr subpapillaris plexusaiban, de a májban és tüdőben is. Ezeket kell elsősorban kiüríteni cardiazol, camphor, hexeton, coffein és srichnin, ephedrin és sympatol gyakran ismételt adagjaival. Digitalist ellenjavaltak tartja! legfeljebb a szívizom valódi megbetegedésénél jöhet szóba.

Morphinnal és származékaival, de még a barbitursavas készítményekkel is nagyon kell takarékoskodni, mert ezek egyike sem indifferens a veszélyeztetett vérkeringésre. Drasticus beöntés, ricinusolaj is kiválthatja a collapsust, de ha az opiátokkal kellőleg takarékoskodva, azok bénító hatását ki tudjuk kapcsolni, úgy enyhébb hashajtókkal is célt fogunk érni.

Kleiner György dr.

**Chronicus myeloid leukaemia, mint a teherbejuttatás megakadályozásának indiciója.** Neumann. (Deutsche Med. Wschr. 1932. 8. szám.)

Chronicus myelogen leukaemiánál a teherbejuttatás megakadályozására kell elsősorban törekedni, ha kell sterilisatio útján. A terhesség megszakítása már trauma az asszony számára mégis minden esetben absolut indiciónak tartja, ha az asszony teherbe jutott. Igaz, hogy a megbetegedés első két évében egy terhesség kiviselése nem okoz károsodást az anyának és a gyermek is életképes lehet, de minden további illetve későbbi terhesség feltétlen életveszély az anyára nézve.

Acut leukaemiánál ellene van a terhesség megszakításának, mert a beavatkozás csak még gyorsabbá teszi, ennek az amúgy is gyors lefolyású betegségnek végzetes lefolyását.

Kleiner György dr.

**A hypercholesterinaemia kezelése thyroxinnal.** M. Lévy—E. Lévy. (La Presse Médicale 1932. 13. szám.)

A vér cholesterintükre főleg a belső secretiók milieu-től függ és csak igen kis mértékben külső tényezőktől. Eddig, ha csökkenteni akarták a vér cholesterintartalmát, a bevitt cholesterinmennyiséget redukálták étrendi előírásokkal, mert nem volt ismeretes olyan anyag, amelyik gógyszerhatásként csökkentette volna. Epstein és Lande 1922-ben több, mint 2000 betegen végezték vizsgálattal állapították meg, hogy magas vércholesterintükre egyének alpanyagcsereje csökkent, míg alacsony értéküké fokozott és áll ez főleg a glandula thyroidea elváltozásaiban szenvedő betegeknek, M. Basedow, hyperthyreosis, myxoedema. Ezeket a vizsgálatokat Gardner és Gainsborough is megerősítették. Epstein a lipoid nephrosisek kezelésére éppen ezen vizsgálati eredmények alapján thyroidea adagolását ajánlotta. 70 esetben végezték szerzők ezt a kezelést és 20 esetben cholesterin vizsgálatokat is végeztek betegeiken. Igen jó eredményről számolnak be. A kezelés egész tartama alatt ellenőrizni kell a vércholesterinmennyiségét amelyik jól végezté thyroidea kezelésre gyorsan leszáll. Nagy soványodás esetén, vagy egyéb thyreotoxicosissos jelre a kezelést abba kell hagyni. Az intravenás adagolást ajánlják, mint leghatásosabbat, kétszer hetenkint egy-egy milligrammot adnak, összesen hat milligrammot. Ha két-három héttel a kezelés befejezése után a vércholesterin ismét emelkedik, még egy intravenás kúrát ajánlanak, vagy pedig ehelyett peroralisan 10—15 milligrammot 8—10 nap alatt.

Paul dr.

**A Basedow-kór rohamos formája.** Carnot—Bénard—Rudolf—Véran. (La Presse Médicale 1932. 15. sz.)

Régebbi észleletük mellett egy újabb észleletükről számolnak be. 29 éves nőnek a glandula thyroideaja megduzzadt, fájdalmas volt, lázas lett, exophthalmus, szemtünetek, hasmenés, hányás és igen nagy nyugtalanság lépett fel, az alpanyagcsere 200%-kal fokozott volt. A megbetegedés első napjától számítót 5 hét múlva a beteg comában meghalt. Méltán beszélhetnek tehát fulmináns lefolyásról. A hihetetlenül fokozott alpanyagcsereének tudják be, hogy a beteg 4 hét alatt 20 kilót fogyott. Régebbi esetükkel egybevetve a következőkben foglalják össze észleleteiket: A betegség egészen hirtelen kezdődik és a legrövidebb időn belül teljesen kifejlődnek a tipusos tünetek. Magas láz kíséri, ami már

akkor is megjelenhet, amikor a struma még latens, úgy hogy diagnostikai tévedésekre adhat okot. Feltűnő a minden egyéb ok nélküli polyppnoe, a beteg nyugtalansága, majdnem agitatioja, difus izzadás. Az igen gyors fogyás, ami az erősen fokozott alpanyagcsere következménye, kétes esetekben már a helyes irányba vezetheti a diagnosist, mert sem a diabetesnél, sem pedig a tumornál nem következik be ilyen gyors tempójú súlyvesztés. Az exophthalmus gyors lefolyású Basedow-kórban szenvedőknél igen kifejezett szokott lenni, a szemtünetek is majdnem mind megtalálhatók, bár nem mindig, de az oculo-palpebralis asynergismus mindig fennáll. A szív- és érrendszer részéről a rendes tünetek fokozottabb mértékben észlelhetők. A legkifejezettebben az idegrendszeri tünetek lépnek előtérbe, egészen a deliriumig és a comáig. A klinikai képnak a glandula thyroidea kórbonctani képe is megfelel. Hatalmasan megnagyobbodott, mégpedig teljes egészében megnagyobbodott, a mikroszkopikus képet az epithelialis proliferatio és a kolloidok majdnem teljes hiánya uralja.

Paul dr.

**A lipoidnephrosis pathogenesise és viszonya a glandula thyroidea állapotához.** E. Coeüho és J. Rocheta. (Presse Médicale 101. sz. 1931.)

A legelőbb Munk és Volhard által leírt és élesen körülhatárolt chronicus essentialis, vagy lipoidnephrosis elég ritka betegség. Legfőbb characteristicumai, mint ismeretes, a serumfehérjék megfogyása az albumin-globulin viszonyának a globulin javára történő inversiójával és a vérlipoidok (cholesterin, lecithin, zsírsavak) erős növekedése. A pajzsmirigykivonatok Eppinger által kimutatott oedemcsökkentő hatása és a lipoidnephrosishoz többnyire feltalálható csökkent alpanyagcsere alapján Eppstein e betegség pathogenesisében a thyroideaelégtelenségnek döntő fontosságot tulajdonít. Ez állítását a myxoedema és a nephrosis humoralis hasonlósága és a lipoidnephrosis körképének pajzsmirigykiirtása utján lehetséges előidézésével óhajtja alátámasztani. Azonban tudjuk, hogy nem minden lipoidnephrosist reagál pajzsmirigykivonatra, az alpanyagcsere értéke pedig, eltekintve, hogy egyéb nephritiseknél is csökkent lehet, az anasarka miatt is kétes értékű. Szerzők ezt 2 nephrosishoz betegük körtörténet-kivonatával bizonyítják. Loeper és mások kísérletei szerint myxoedemás betegek és thyroidektomisál kutyák serumfehérjei éppen olyan elváltozást mutatnak, mint a lipoidnephrosishoz szenvedőkéi. Ezzel szemben Basedownál, illetve az organismus mesterséges thyroxinisatiója esetén ezek fordítottja, azaz hyperalbuminaemia és hypoglobulinaemia áll elő. E kísérletek kontrollálására szerzők pajzsmirigyüktől megfosztott kutyákon végeztek kísérleteket, meghatározva az extirpatio előtti és utáni serumfehérje értékeket, míg egy másik sorozatban a kiirtás után pajzsmirigy kivonatot adagoltak s az ezutání vésávó fehérjeváltozást tanulmányozták. Loeper-vel és társaival ellentétben a serumfehérjék és achloroemia értékének lényeges változását egy esetükben sem észlelték.

Ezek után a myxoedemás, Basedowos és thyrektomisált betegek vérének fehérje- és cholesterintartalmát vizsgálták, hogy vajjon myxoedemások vérsavófehérjeinek változása azonos-e a lipoidnephrosishoz taláhatóval? A Basedow-kór folyamán esetleg észlelhető ellentétes serumváltozások az előbbi feltevést nagyon megerősítették volna. Azonban e kísérletsorozat is negatív eredményt adott. A myxoedemások serumalbuminja alig csökkent s az összes fehérjék és a cholesterin értéke normalis maradt, míg a hyperthyreoidismus folyamán nem észleltek lipoidnephrosissal ellentétes elváltozásokat. A hypothyreoid betegek vizeletüledéke sohasem tartalmazott kettős fénytörésű zsírszemcséket.

A lipoidnephrosist ezek szerint szerzők elsősorban anyagcsere és secunda vesemegbetegedésnek tartják, melynek pathogenesise semmi összefüggésben nincs a pajzsmirigy állapotával.

Pély Mihály dr.

**Az insulinnal kezelt fiatalkori diabetes késői eredményei.** Moriguand és Charleux. (Le Journal de Médecine Lyon, 1932. 267. szám.)

Míg az insulinaera előtt a fiatalkori diabetes átlag 2 év alatt halálos lefolyású volt, addig az insulin alkalmazása ezen betegek élettartamát a lefolyt 9 év tanulsága ismeretével legalább is megsokszorozta. Szerzők az általuk kezelt esetekben többféle reakciót észleltek. Bizonyos esetekben insulinhatásra a cukorbeteg characteristicumai teljesen eltűntek és intermittáló kórákkal ezen kedvező állapotot fenn lehetett tartani. Ezek azonban kivételek. Sokkal gyakoribb az, hogy csupán az általános állapot javul, míg a diabetes jellegzetes symptomái többé-kevésbé persistálnak. Ilyen nehezen befolyásolható esetekben némelyek insulinresistenciáról beszélnek, míg mások, gy Marcel Labbé is, a sikertelenséget rossz dietetikának tulajdonítják. Az ifjúkori diabetes complicatióit az insulin jól be-



folyásolja. A coma általában elkerülhető. A tuberculosis, melyet az insulin előtt ritkán észleltek diabetese gyermekeknél, gyakoribbnak látszik, ami azonban a betegek hosszabb élet-tartamának tudható be. A fertőző betegségek és sebészeti operációk complicatiók nélkül folynak le.

Az ifjúkori diabetes lefolyása alatt nem ritkán saját-ságos tünetcsoport fejlődik ki: máj- és lépnyagbódás, ascites. Ezek prognosisa insulinkezelés dacára is igen súlyos. A növekedés néha akadályozott, míg máskor éppen egy erős növekedési periódus alatt jelentkeznek a cukorbeteg első tünetei. Az elhúzódó insulinkezelést a serumbetegség, az anaphylaxiás shock és a hypoglycaemia tünetei komplikálhatják.

Az insulin által tehát az egyébként gyors lefolyású gyermekkori diabetes meglassubodott, sőt talán néha teljes gyógyulást is remélhetünk, bár az ezt bizonyító tények egyelőre nem eléggé meggyőzőek.

Pély Mihály dr.

### Gyermekgyógyászat.

**A koraszülött csecsemő mellkasának röntgenképe.** *Weymüller, Bell és Trivittino.* (American Journal of Diseases of Children. 43. kötet, 585. oldal.)

Szerzők 15 koraszülött mellkasáról 14 napon keresztül röntgenfelvételeket készítettek. A lelet szerint koraszülöttek tüdőmezeje általában világosabb, az erek és bronchusok rajzolata kevésbé kifejezett, mint rendes időre született csecsemőknél. A szív az első napokban kissé nagyobb a normalisnál, de ez pár nap alatt eltűnik. Egy congenitalis vitium esetében a jobb pitvar meg volt nagyobbodva és ez állandó is maradt.

Csapó dr.

**Azonos-e az Escherich-féle pseudotetanus az encephalitis.** *Maria Niemann.* (Archiv f. Kinderheilk. 96. k. 2. füz.)

A szerzőt e kérdés felvetésére kórházukban észlelt 4 éves leánygyermek kórképe készítette, akinél a betegség az Escherich-féle pseudotetanus kórképeivel megegyezett, de ahhoz még a jobb szemhéj ptosis, jobboldalon positiv Babinski-tünet, fokozott liquornyomás, megnövekedett liquor-cukortartalom (118 mgr%) járult. A biztonságból adott tetanustoxin injectiót követő serumexanthema fellépése után a tünetek fokozatosan enyhültek és 3 hét múlva a beteg teljesen egészségesen hagyta el a kórházat. 2 év után a gyermek chorea tünetekkel került vissza a kórházba. A liquorból Grüter szerint házinyl corneajára oltva positiv reactiót kapott. Tekintettel az első kórképben előforduló agylaesióra valló tünetekre, a fokozott liquorcukormennyiségre, a Grüter-féle positiv liquorreactióra, valamint Witzinger és Eckstein észleleteire, amelyek szerint acut infectiók gyakran okozói pseudotetanus állapotnak és olykor az encephalitis tetanus-hoz hasonló tünetekkel kezdődik, felteszi, hogy a pseudotetanus az encephalitis egyik különös megjelenési formája. Ajánlja a kérdés további vizsgálatát.

Dóra Sándor dr.

**A vérsejtsüllyedés acut betegségeknél a gyermekkorban.** *Plonsker.* (Deutsche Med. Wochenschrift. 1932. 370.)

Szerző csecsemőkori pneumoniáknál vizsgálta a vérsejtsüllyedés jelentőségét klinikai lefolyás és prognosissal szem-pontjából. Összehasonlítással nem pneumonias és egyéb grip-pés esetek szolgáltak. Normal értéknek Westergreen szerint csecsemőknél 1 óra alatt 4–8 mm-t találtak. Ezen értékek 2 óra alatt kb. a dupláját érték el. Acut, lázas betegségek-nél gyorsult a süllyedés és maximumát függetlenül a láztól bi-zonyos idő múlva éri el, pl. influenza 5–12. napon. A leg-nagyobb értékeket gennyes folyamatoknál pl. otitis, pleuri-tis, lymphadenitisnél találta. Ha rövid idő alatt egy második infectio jött létre ugyanazon csecsemőnél, a süllyedésesség sokkal nagyobb volt. A süllyedésnek ezen gyorsulását a be-tegség klinikai gyógyulása után még 5–8 hét múlva is észlelte. A süllyedésességnek a fokozódása a betegség folyamán mindig komplikációra engedett következtetni. Igen alacsony értékek pertussissnál fordulnak elő. Mivel tubercu-losisnál gyorsult a süllyedés, ennek értékelése az elmondot-tak alapján csak akkor lehetséges, hogyha acut lázas beteg-ség lefolyása után hosszabb idő múlva találjuk.

Feltóthy Magda dr.

### Urologia.

**A húgyszervek sebesülése és ezek néhány késői követke-zménye.** *E. Simon.* (Z. f. Urol. 26. 98–111. o. lall.)

Tábori kötőzőhelyen 30.000 sebesülés közül 19 esetben lá-tott részben gyalogsági lövedék, részben gránátszilánk okozta izoltalt vesesérülést. A lövedék behatolási helyének sérülésén kívül többször látta a vesének az embryonalis barázdálódásnak megfelelő sugárirányú szétrepedését. A direct sebesülések kezelése minden esetben sebészi: vérzéscsillapítás, illetve

nephrektomia. A subcutan sérülések hasonlóak a betemetés, gázolás, lezuhanás kapcsán létrejövő sérülésekhez, a vese be-szorul a bordaív és a csípőtányér közé, vagy gerinctörésnél csigolyaszilánkok sértik meg. Számszerű adatokat nem kö-zöl. Mint késői következményt, két trauma utáni vesekökép-ződést ír le; mindkét esetben kimutatható a képződött kö-vek organikus magja. Végül gépfegyver-lövedék körül ké-pződött, de észlelésre csak 14 évvel később került hólyagkö-vet, majd ugyancsak lövésű sérülés után fellépő, hólyagpa-naszokat kiváltó kismedence-exostosis esetet ismertet.

Steller László dr.

**A polycystás vesedaganatokról.** *M. Kaufmann.* (Zschr. f. Urol. Chir. 34., 3–4. füz.)

*Harttunk* e folóirat régebbi számában kétoldali polycys-tás vesedaganatról számol be, mely esetben a jobboldali da-ganatot súlyos keringési zavarokat okozott s ezért nephrekto-miát végzett. Szerző az illető beteg leányánál ugyancsak két-oldali polycystás vesét talált, ami a baj öröklékeny volta mellett szól. Therapia szempontjából sebészi beavatkozásra ritkán van szükség, legcélszerűbb a szigorú, vesekímélő di-éta és izzasztás. A prognózis mindik kedvezőtlen.

Illyés Endre dr.

**Adatok a dystopiás vese kórképéhez.** *O. Karschulin.* (Zschr. f. Urol. Chir. 3–4. füz.)

A vese-dystopia fejlődéstanának és tüneteinek összefog-lalása után két észlelt esetét közli. Mindkét esetben vérvizelés hívta fel figyelmét vese-elváltozásra. Az első eset kétoldali-sága miatt nem került műtetre, a második esetben a szűnni nem akaró vérzés miatt nephrektomiát végzett. Itt a dys-topia mellett sarcomát is talált. Műtét szempontjából neph-rektomia esetleg nephropexia jöhet szóba, utóbbi csak akkor, ha a vese mobilizálható. A műtési behatolás helye esetenként változik.

Illyés Endre dr.

## KÖNYVISMERTETÉS

**Handbuch der gesamten Unfallheilkunde.** *König—Magnus.* (I. kötet 2. és 3. füzet. 1932. F. Encke Stuttgart. Egyes fü-zet ára 7 M 20 pf.)

Az O. H. f. é. 14. számában referáltam e hatalmas gyűjtő-munkáról, mely időközben két újabb értékes füzettel gazda-godott. *Schridde* a 2. füzetben folytatja és befejezi az áram-sérülésekről szóló jeles munkáját, melyben éles kritikát gy-aakorol *Jellinek* egyes megállapításai fölött. Így említésre érde-mes, hogy szerinte az áramhálal *Jellinekkel* ellentétben az esetek 40%-ában azonnal, 60%-ában pedig néhány perc múlva bekövetkezik, úgyhogy, az élesítési kísérletek rendszerint már elkésve történnek. A következő fejezetben *Tschmarke* az égési és fagyási sérülésekről értekezik és megragadja az al-kalmat, hogy újra ismeresse az égési sebeknek általa in-augurált módszerét. A sebfertőzés, osteomyelitis, baleset és tbc. c. fontos fejezetek *Magnus* tollából nyertek mesteri fel-dolgozást. Újabb pathologiai kutatásokra és statistikákra, valamint saját gazdag tapasztalataira támaszkodva e kér-déseket minden vonatkozásukban, de főleg a balesetbiztosítás és kártalanítás szempontjából ritka alaposággal taglalja. Az okozati összefüggés megállapítását szigorú és élesen kö-rüllírt feltételekhez köti, amit saját tapasztalatainak alapján is csak helyeselni tudunk, mert kétségtelen, hogy ezek az összefüggések (pl. a baleset és tbc. között) a valóságban fe-llette ritkák.

Nagyon érdekesek *Fricke* fejtegetései az „Unfall u. Ur-sache” c. fejezetben. A causalitás kérdését filozofiai, jogi, orvostudományi és balesetbiztosítási szempontból veszi elem-zés alá, azonkívül foglalkozik a baleset fogalmi meghatározásával, az üzemiséggel és ezzel rokon problémákkal.

*Reichardt* a betegség fogalmáról irt értekezésében e kér-dést orvosi és biztosítási jogi oldaláról vizsgálja meg. Kimerítően és nagy psychopathologiai készséggel tárgyalja az ú. n. baleseti neurosisok szövvényes problémáját melyekről ki-mutatja, hogy javarészt az ú. n. psychikai reakciók csoportjába tartozik s így a biztosítás szempontjából betegségeknek nem tekinthetők.

Kisebb terjedelmű, de alaposan kidolgozott tanulmányok foglalkoznak a baleset és tüdőgümőkór, a lues, aktinomyko-sis, traumás diabetes stb. kérdéseivel.

A daganatok baleseti összefüggéseiről a hirneves patho-logus, *Lubarsch* értekezik egy rendkívül becses és terjedelmes monographiában. Gazdag tartalmát e rövid referatam keretében még vázlatosan sem ismertethetjük. A munkát, mely a daganatkérdés egész complexumát felöleli, rámutat a daga-natok traumás eredetének nagy ritkaságára és szigorú bírá-lat tárgyává teszi az erre vonatkozó irodalmi adatokat. Lu-

barsch saját óriási anyagra terjedő tapasztalatai alapján pontokba foglalva ismerteti a daganatok erőművi keletkezéséhez szükséges feltételeket. Ezek között legfontosabb az a megállapítása, hogy a behatásnak olyannak kell lennie, mely hosszabb ideig tartó és mélyreható szöveti és anyagcsere-elváltozásokkal jár. A rendkívül fontos és a baleseti szakvéleményezésben egyenesen nélkülözhetetlen munkát mindenkinek el kell olvasnia, aki a rákproblema iránt érdeklődik.

Milkó dr.

**A magyar biológiai kutatóintézet munkái.** Szerkesztik: Entz Géza és Verzár Frigyes.

A tihanyi biológiai intézet két osztálya két vaskos kötetben számol be a mult esztendő folyamán az intézetben végzett vizsgálatokról, bizonyosságot téve arról, hogy különösen a zoológiával foglalkozóknak milyén jó munkaalkalom adódik az intézetben. Az első kötetben foglalt dolgozatok, lévén főleg zoológiai és botanikai tárgyúak, nem tarthatnak az orvosok érdeklődésére számot, míg a második kötetben közölt élettani, életvegytani, öröklődéstan és klimatológiai munkák már fontosak orvosi szempontból. A sok és részletesen nem referálható dolgozat közül kiemeljük Jendrassik munkáját, amelyben a sima izmok vizes extractumain demonstrálja az ionantagonizmust, azonkívül Patel dolgozatát, aki a corpus luteum  $\beta$  hormonjának biológiai kimutatására közöl egy új módszert, amely ha beválik, nyilvánvalóan nagyban hozzá fog járulni e hormon közelebbi megismeréséhez. Verzár professor munkatársai: Soós, Csik és Méhes a vitaminok és az inkreáció témakörbe vágó cikkeket közölnek. Örvedetes jelenség, hogy az experimentalis öröklődéstan is méltó képviselőt talált Tihanyban Koller Pius személyében. Belák professor munkatársai: Bacso, Holik és Páter ezévből is végeztek hygienikus szempontból fontos klimatológiai megfigyeléseket a Balatonon és környékén.

A két kötet újból demonstrálja, hogy az intézet hasznos és fontos tudományos munkát végez, amelyet a mai nehéz viszonyok mellett is fent kell tartani.

Simon S. dr.

**Die Blutkörperchenkung.** Max Leffkowitz. (Urban és Schwandenberg, 1932. 39 old. Ára: Mk 2.50).

A vérsejtek súlyedésének diagnostikus értéke vajmi kevés. Specialis körjelző jelentősége úgyszólván a semmivel egyenlő, a kórlefolys ellenőrzésében pedig (amire alólított már több mint 10 éve rámutatott) messze mögötte marad egyrészt az egyéb ú. n. koloidlabilitási próbák némelyikének, másrészt meg sem közelíti az általánosságban vett klinikai képből vonható következtetések értékét. Mint physicalis-chemiai jelenség azonban jogal tarthat számot arra, hogy a tudományos kutatás érdeklődésének előterében álljon, mint ahogy valóban áll is, amire a szerző csak az utolsó 3 év irodalmát ismertető e műve is éppen élénk bizonyosságot szolgáltat. A rendkívüli körülméteknél összegyűjtött irodalmi adathalmaz egyébként e füzet legnagyobb értéke. Az egyes körképeknél észlelt adatoknak betegcsoportok szerint való tárgyalása megkönnyíti ugyan az áttekintést, azonban minden esetben ugyanazzal a záradékkal látandó el (amire különben maga is rámutat), hogy a reactio nem specifikus, tehát az abból vonható diagnostikus következtetések igen szűk keretek között mozognak.

Gerlőczy G. egyet. rk. tanár.

## A Budapesti Kir. Orvosegyesület május 13-i ülése.

Bemutatás:

**1. Lőrincz F.: és Mansfeld O.: Érdekes nőgyógyászati echinococcus esete.** A hasúri echinococcus tomlóket keletkezés szempontjából bírálja, különös tekintettel a gynaeológiai tomlókra. A nőgyógyászati primár tomlóket legközönségesebben, ha nem kizárólag, haematogen úton létrejövőknek tartja s nem valószínű, hogy a tomlók keletkezésének a női genitalékban lymphogen és ascendáló fertőzés útján is. Felfogásának igazolására mutatja be parasitológiai szempontból észlelt esetét. (Lőrincz.)

49 éves asszonynál 15 év előtt távolított el egy tomló, melyről csak a műtétük után tudták meg, hogy valószínűleg echinococcus volt. A mostani főtumor a bal interligamentumból és parametrium kötőszövetből indult ki. Eltávolítása nagyon nehéz volt. Hólyaggal, méhvel szívósan össze volt kapaszkodva. Egy klinice inoperabilis második góc a végbél falában ült. Ha az echinococcus tomló végbél vagy hüvely felé át nem tört, kórismézése műtét előtt jóformán sohasem sikerül. A therapia célja megnyitás nélkül in toto az összes gócot eltávolítani. Ez csak ritkán sikerült. A bemutatásnál nem fölösleges reámutatni arra, hogy az E. nőknél jóval gyakoribb, mint férfínál és ez valószínűleg arra vezethető vissza, hogy nők gyakrabban tartanak kutyákat. Az ope-

rativ frequentiából nem lehet a kórfolyamat gyakoriságára következtetni. A kutyatartást divat határozott veszély a nők és főleg a gyerekek szempontjából. (Mansfeld.)

**2. Ellischer E.: a) Mesenterialis lipoma béresectioval gyógyult esete.** 19 éves munkás. Másfél éve gyomorpanaszok. Gyomorfelekélyátfuródás gyanújával tették át. Érzékeny, kissé puffadt has, mérsékelt izomvédekezés. 50/60 gyomorsavértékek. Röntgen eltérést nem mutat. Naponta ismétlődő görcsök miatt műtét. Medián laparotomia a küldök felett. Mesenterialis nyirokcsomótbc. A jejunum közepe táján párhuzamosan ülo, a belet beszűkítő ökölyni lipoma, melynek kifejtése technikailag kivihetetlen, ezért resectio és side-to-side anastomosis. P. pr. gyógyulás.

b) **Megacolon-ileus béresectioval gyógyult esete.** 59 éves munkás. 25 évvel ezelőtt gastroenterostomia műtete heges pylorusszűkület miatt, 20 évvel ezelőtt bélcsavarodás műtete. Gyermekkora óta bélfelfuvodás, obstipatio, görcsök. Utóbbi időben erős lefogyás, gyakori görcsök. Erős meteorismus, különösen a colonnak megfelelően, positiv Wähltünet. Műtét: alsó medián laparotomia. Kályhacsövastag csavardott colon transversum, meglévő anastomosis az ascendens és sigma között, kisujjni vastag appendix. Appendectomia, azután előzetes érlekedés után a tágult colon resectioja az anastomosis felett Hült—Petz f. varrógéppel. Per pr. gyógyulás. Panaszai megszűntek. Megacolon műteti gyógyítására a kétszakaszos varrógépes műtétet ajánlja.

**Szathmáry Z.:** Egy idősebb férfi beteg sectiós leletéről referál, kinél 57 izben végeztek hasfali punctiót. Boncolásnál 11½ kg súlyú, az egész hasüreget kitöltő retroperitonealis lipomát találtak, mely a beleket felnyomta a máj alá s egyúttal magyarázatát adta a sok sikertelen punctioinak.

Előadás:

**1. Kovács K.:** A terhesség korai diagnosisa vizeletből nyulakon. A terhesség hormonalis reactióját az amerikai Friedman és Lapham ajánlatára nőstény háziynulon végzi oly módon, hogy a terhességre gyanus nő reggeli első vizeletét az állatnak fülvenájába fecskendezi. A kevésbé megbízható eredeti eljárással szemben úgy a reactio megbízhatósága, mint az állatok kimélése szempontjából az állatnak 2 napon keresztül, naponként 3×6 ccm vizeletet fecskendez a fülvenájába s 48 óra múlva aethernacosisban laparotomiát végez; a kis hasseben a petefészkeket előhuzva, annak positiv vagy negativ voltáról már szabad szemmel kétségtelenül meggyőződést szerezhetünk. Positiv esetben a petefészkek erősen duzzadtak s felszínükön sötétszederjes, kiemelkedő nagy vérzéses tüszők vannak. 125 egyéntől származó 152 vizelettel végezte eddig a reactiót pontos controll mellett. 64 biztosan nem terhes egyén vizeletével minden esetben negativ volt. 61 biztosan terhes egyéntől származó vizelettel végezve 60-szor positiv, egyszer negativ eredményt kapott. Utóbbi esetben a klinikai controll terhességet állapított meg. Az eljárás 99.2%-ban adott a valóságnak megfelelő eredményt. Legkorábban végezte positiv eredménnyel a reactiót a menstruatio kimaradása után 8 nappal. Méhenküveli terhességek esetén is a valóságnak megfelelő eredményt kapta, mert ha a pete elhal, a reactio negativvá válik. A terhességi nyulreactio az Aschheim—Zondek reactiónál érzékenyebb s a gyakorlat számára megfelelőbb.

**Gál Ö.:** Ő is végezte a kora terhességi reactiót nyulakon részben vizelettel, részben vérsavóval s azt megfelelőnek találta. A Friedman és Lapham reactio előnye, hogy 48 óra múlva az eredmény leolvasható. Nem is az eredményei miatt nem számíthat a reactio az általános gyakorlatban való elterjedésre, hanem azon hátránya miatt, hogy az állatokat a reactio elvégzése előtt 3 hétig elkülönítve kell tartani. Az Aschheim—Zondek reactio aethercukros 72 óráig tartó modifictioja is rövidíthető akként, hogy 48—60 óra között az egerek hátán végzett ½ cm-es bőrmetszésből az ovariumban levő vérpontok ill. corpus luteumok kitűnően láthatók a peritoneumon keresztül. Ha ilyet nem látni, úgy a bőr sebnek elvarrása után a reactio 72 óra letelte után leolvasható. A reactio elméleti alapjairól szólva felemliti a legújabb amerikai kutatásokat, melyekből nyilvánvaló, hogy a terhes vizeletben levő hatóanyag nem azonos a hypophysis mellősi lebenyének hormonjával.

**Kertész T.:** A terhességi reactionak 24 órával való rövidítése a gyakorlat részére nem jelent komoly eredményt, mert igazán sürgős esetben a 48 óra is sok. Másrészt a nyúl drágább, az intravenás oltás nagyobb kockázatot jelent, mint a bőraloaltás, az eredmény leolvasása a vivisectio miatt körülményesebb; az egészséges egér korát a súlyából teljes határozottsággal állapíthatom meg, nyulnál azonban a szükségessé 2—3 hetes vesztégár a megbízható kísérleti állatok beszerzését nagyon megnehezíti.

**Tóth I.:** A balatonfüredi orvoshétén tartott előadást a terhesség felismeréséről s természetesen részletesen beszá-

molt a biológiai elváltozásokon alapuló terhességi reactiókról. Az első vagy legalább is az elsők között volt *Rosenthal*, aki hozzászólónak rókuskórházi kis laboratóriumában dolgozta ki a terhesség megállapítását a vérből az u. n. antitrypsin reactio alapján. Eredményei nem voltak rosszak (90%), mint a később nagy érdeklődést keltett, sok munkával járó *Aberhalden* féle reactio. Egész sor ilyen biológiai próbalgató után nagy eredményt mutatott fel az *Aschheim—Zondek*-féle eljárás, amit klinikáján *Miklós László* tanársegéd több, mint 350 esetben 98% eredménnyel végzett. Ujabbán az amerikai *Friedmann* és *Lapham* eljárását módosította előadó s 150 esetéről beszámolt, melyek közül 124 esetben a reactio helyességét az utánvizsgálat is igazolta. Ezen eljárás egyszerűbb, gyorsabb, az eredmények a megnyitott hasban, az ovariumban szabad szemmel leolvashatók, 5 leányegér helyett 1 nyul kell hozzá. És most *Gál dr.* hozzászóló 9 általa végzett reactio után az *Aschheim* eljárás védelmére kél igazán indokolatlanul. Sőt *Kertész dr.*, ki sohasem végzett *Friedman-Lapham* reactiót, szintén az *Aschheim* reactio előnyeit fejtegeti. Hozzászóló látta, ellenőrizte előadó munkáját. Előadó az eljárás előnyeiről referál. Lehet, hogy még mind a két eljárás tökéletesedik és akkor szívesen tér át arra, amelyik legjobbnak, legbiztosabbnak mutatkozik. *Kertész* azon ellenvetése, hogy sürgős méhenkívüli terhesség esetén még a 48 óra is hosszú idő arra azt feleli, hogy a 72 óra mégis csak hosszabb. De különben is, ha a méhenkívüli terhesség felismerése sürgős, akkor a petezsák megrepedt, belső vérzés van. Ilyenkor pedig semmiféle terhességi reactiora szükség nincs, nyissuk meg a hasat.

2. **Berencsy G.:** *A vérnyomásmérés néhány hibaforrásáról és azoknak kiküszöbölésére szerkesztett sphygmomanométerről.* Sphygmomanométernek pelottája vékony, gummival bélelt bőrből készült, mely az anaeroid rendszerű manometer hátlapjába közvetlenül van beépítve. A pelotta kellő és sima megfeszülése kis fém-pumpa és szelep segítségével szabályozható. Az egész készülék zsebben hordható. Először kitapintjuk a pulzust, azután közvetlenül a tapintóujj mellett (proximálisan) lassan, egyenletesen és függőlegesen rányomjuk a pelottát az art. radialisra. Abban a pillanatban, amikor a pelotta egyenletes rányomása már a pulzus eltűnését okozza, a vérnyomás pontos mértékét (néhány másodperc alatt) a manometeren leolvashatjuk. Az eddig használt eljárások hibái ezzel az eszközzel csaknem teljesen kizárhatóak. Pl. a széles manscheta alatti érszakaszban létrejövő surlódás, a gummifalak szélkázás hatása, a fokozott vis a tergo és az általában létrehozott arteria-tágulása (a karvénák leszorítása folytán) reflektorikus hatások. A gummifalak rugalmas tágulása itt nem szerepel. A lágyrészek tömegességének egyéni különbségei a kéztőizületnél jóval kisebbek, mint a felkarnál és ezért ezeknek a deformatioja a mérés pontosságát a kéztőizületnél kevésbé befolyásolja.

### Kórházi Orvostársulat máj. 11-i ülése.

**Kinczler M.:** *Faciális bénulás ritka esete csecsemőnél.* A Madarász-utcai csecsemő- és gyermekórházban 6½ hónapos csecsemőnél jobb oldali faciális bénulást észleltek. Fülelváltozás hiánya, pozitív *Pirquet* és röntgen eltérés a tüdők felett kétségtelenné tették, hogy a faciális bénulás oka tuberculom a faciális lefutása mentén. Sectionál a fossa rhomboideában babnyi tuberculomot találtak, mely a faciális magvakat tönkretette.

**Szecsény Gy.:** *Vesevérzés újszülöttnél.* 9 napos újszülöttnél vese haemangioma cavernosum mellett fellépő vesevérzésről számol be.

**Flesch A.:** Kiemeli, hogy milyen ritka újszülöttnél a véres vizelet. A gyermek születése után 4 órával általános görcsök léptek fel, melyek 9 nap múlva bekövetkezett haláláig tartottak. Emellett véres vizelet volt és a has bal oldalán egy hosszanti növekvő tumort lehetett megállapítani. Thrombosis v. renálisra gondoltak, ami szintén szerfelett ritka. A sectio nagy haemangioma renist derített fel, aminőt leírva az irodalomban sem igen találunk.

**Soós D.:** *Toroklues ritkán előforduló alakja 8 éves gyermeknél.* Nagyfokú stridorosus légzéssel, cyanozissal 39° C lázzal erősen lesoványodott 8 éves fiúgyermeket vettek fel a Madarász-utcai csecsemő- és gyermekórházba. A gége külső-belső jégkezelésére a légzés javult. Torok-gégében sűrű tapadós nyák, lágy szájpad felfelé húzott, uvula nagyfokban megnagyobbodott, mindkét tonsillán élésszélű, szalonnás alappal fedett mély fekély. Epiglottis mellső felülete nagyfokban infiltrált, valcululák eltűntek. Ennek tetején sűrű elrendezésben a niveauból kiemelkedő gombostüfejni piros csomók. Gégebemenet erősen beszűkült. Klinikai kép alapján lues és tbc. között differentálni nem lehetett. A vizsgálatok, de főleg

az antilueses kura prompt hatása kétségtelenül eldöntötte a diagnózist: Lues congenita tarda. Csoportosítja a torokban előforduló tertiaer lueses elváltozásokat; rámutat az általuk okozott működési zavarokra és momentán életveszélyekre. Kiemeli, az epiglottison lévő, kis csomós gummás elváltozás ritka előfordulását, úgyszintén a lupus göbököz való nagyobb hasonlósága folytán a diagnózis felállításának nehézségeit. Az antilueses kurát spiroiddallal vezették be és csak a negyedik hét végén adtak neosalvarsant, majd bismosalvant. Localis jelenségek gyorsan visszafejlődtek. A gyermek négy hét alatt 5 kg-ot hizott.

**Szenteh I.:** *Myomával párosult carcinoma esete.* Emlőből kiinduló primaer köbhámrák, méhtesten levő mirigyes hengerhámrák és subserosus myoma combinatiojának ritka esetében mind a három daganatot sikerült radikális műtéttel eltávolítani. Az emlőrák a Rókus kórház I. sebészeti osztályán, a méhrákot és myomát a Rókus szülészeti és nőbeteg osztályán távolították el. A gyermekfejnyi myomát az uterussal összefüggésben, darabolás nélkül lehetett hüvelyen keresztül kiirtani. A jelenleg recidivamentes beteg daganatos megbetegedése iránti hajlama mellett szól az a körülmény is, hogy a beteg anyja méhrákban halt meg.

**Chondrodystrophia foetalis érdekes esete.** Osztályukon egészséges szülők gyermekénél a chondrodystrophia foetalis hypoplasias alakjának jellegzetes elváltozásait észleltek. Esetükben a chondrodystrophiás magzatok csökkent életképességét bizonyítja esetükben az, hogy a magzat születés után félóra múlva meghalt, anélkül, hogy a chondrodystrophiás megbetegedésen kívül egyéb halálokat találtak volna.

**Flesch A.:** Hangsúlyozza, hogy a legtöbb esetben nem lehet a közvetlen öröklődést kimutatni. Kivételesen, amidőn a szülők valamelyikén is megtalálják a chondrodystrophiát. Ilyet közöltek osztályáról, amidőn egészséges anyától és chondrodystrophiás atyától öt chondrodystrophiás gyermek származott.

**Rékffy F.:** *Carcinoma basocellulare labii sup.* 80 éves nőbetegnél 3 év óta fennálló, a felső ajak középső részét elfoglaló, szabálytalan alakú, kékesvörösen elszíneződött, heges porckemény tapintatú elváltozás észlelhető. Szövetani lelet tipikus balsejtes carcinoma kését mutatja. Wa R negatív.

**Müller F.:** *Érdekesebb foglalkozási stigma.* 51 éves férfi beteg mutat be, akinek kórelőzményben egyetlen kiemelhető motívum az, hogy 1916-ban luest acquirált — ekkor higany kurát végzett. 14 éves kora óta a kovácmesterséget űzi. Erősen legyöngült férfit betegeknek a jobb oldali trochanter maiorja felett gyermektünetnyí kemény tapintatú erősen pigmentált infiltratio érezhető, mely a bőr niveaujából kiemelkedik. A felületén finom lemezes hámlás látható. Részletesebben kikérdezve, a beteg előadta, hogy gőzkalapácsnál dolgozva, a vasfogóval állandóan megütötte a jelzett helyet s az elválasztás ennek következtében évek során fejlődött ki.

**Varga P.:** *Bronzdiabetes esete.*

**Torday Á.:** A bronzdiabetes a diabetes egy különleges alakja. Sajátos viselkedése miatt nehéz eldönteni, hogy vajjon a cirrhosisokhoz vagy a valódi diabeteshez sorolandó-e? A bemutatott esetben a cirrhosisos tünetek praedomináltak urobilinuriával és a vasfogalomnak e bajra jellegző zavara mellett míg a diabetes felvételét főleg a magas vércukor-érték tette indokolttá. A vizeletben azonban spontán glykosuria nem volt kimutatható, csupán megterhelésre. Utal a szénhydratanyagcsere zavarára cirrhotikus állapotokban amelyre Starus a laevulose próbát dolgozta ki. Felemlíti, hogy rosszul táplálkozó elhanyagolt külsejű egyénekben is található a bőr festenyzettsége glykosuriával, amely azonban eltűnik, mielőtt az illető bőven lesz táplálva.

**Zalka Ö.:** Bronzdiabetes esetében a Langerhans szigetek stromájában kötőszövetzaporodás lehet, tehát diabetes ezzel magyarázható. A haemochromatosis genesisében a legaktuálisabb probléma a chronikus rézmérgezés. Réznek adagolásával egyes kísérletezők haemochromatosiszerű elváltozásokat tudtak létrehozni, mások nem. A tavaly tartott genfi internationalis pathologiai conferencia bár nem fogadta el határozottan, hogy a rézmérgezés okozza a haemochromatosis, de érdemesnek tartja az ily irányú vizsgálatokat.

### Az Apponyi Albert Poliklinika orvosai Tudományos Társulásának apr. 27-i ülése.

#### Bemutatások:

**Epstein T.:** *Acut hepatitis esete.* Megelőző panaszok nélkül két hét alatt klinikailag typosus heveny sárga májsorvadás képében lefolyt betegségnél a sectio a máj idült hepatitis elváltozását derítette ki, melyben acut atrophía

flavara jellemző kép csupán néhány lencsényi területen volt található.

**Várdi M.:** *Uterus duplex terhességi esetei.* Hét esetről számol be, melyeknél uterus duplex terhesség párosult. Ezek közül öt esetben bimanualis vizsgálatban két esetben csak laparotomiával volt megállapítható a helyes diagnózis. Differenciál diagnosztikailag fontos a méhen kívüli terhességtől és adnex tumortól való elkülönítés. Ha a terhesség a rudimentár szarvban fejlődik, gyakran ruptura következhetik be. Szülés alatt a vaginális septum sérülése és atoniás vérzés okozhat komoly komplikációkat.

**Lazarovits L.:** *Acut homloküreggyulladás röntgentherápiára gyógyult esetei.* Tíz betegét mutat be, valamennyi influenzahoz társult acut homloküreggyulladásban szenvedett. Ezek közül nyolc egyszeri besugárzásra gyógyult, legtöbbször már 24 óra múlva elmúlt a gyulladást kísérő heves fájdalom. Egy esetben a besugárzást meg kellett ismételni, egy esetben három besugárzás után sem állt be teljes gyógyulás.

**Herzfeld L.:** *Melaena neonatorum.* Két napos újszülött-nél hirtelen vérhányás lépett fel. Gelatina és Clauden injectio hatástalan, 10 ccm. anyavér intramuscularis injectiójára a haematemesis megszűnt, azonban a végbélen keresztül még sok vér távozott. Ujabb 20 ccm. anyavér injectióra a vérzés megállott. A csecsemő nagyfokú secundár anaemiája miatt 40 ccm. apavért kapott intraperitonealisán. Teljes gyógyulás.

#### Előadás:

**Korényi A.:** *A praecarcinomás stádiumról.* Felsorolja azon kóros folyamatokat és kóros állapotokat, amelyekből tapasztalat szerint carcinoma fejlődhetik. Véleménye szerint a praecarcinomás stádium diagnózis csupán retrospectiv úton állítható fel. Kritika tárgyává teszi azon histomorphologiai jeleket, melyekkel a praecarcinomás stádiumot érzékeltetni óhajtják és arra a következtetésre jut, hogy ezek a kritériumok nem elegendők ahhoz, hogy a praecarcinomás stádiumot, mint önálló, jól körülhatárolt kórszöveti képet ismerje el. Véleménye szerint a praecarcinomás stádium biológiai folyamat, melynek histomorphologiai megjelenése ma még nem értékesíthető.

**Pető M.:** *A Bendien-féle rákreacchio.* A reactio lényege, hogy a vizsgálandó savót 20 különféle ortho-natriumvanadicum és ecetsav keverékéhez adjuk és figyeljük a zavarodást, illetőleg kicsapódást. Normális savónál a kicsapódás a 6. csőben kezdődik és a 19. csőben szűnik meg. Ha a kicsapódás a 6. csőnél előbb történik, ez már kóros elváltozásra mutat. Valamely betegség előrehaladtával mindig alacsonyabb számú csőben keletkezik zavarodás. Rákos beteg savójában általában a 4. csőben kapunk csapadékot. Ha a kicsapódás a 4. cső előtt történik, a beteg a legtöbb esetben inoperabilis volt. Hasonlóan adja a reactiót a tuberculosis chronikus vesegyulladás és terhesség is. A 7-es csőnél való kicsapódás a rákra való hajlamosságot sejteti. Reactiójával meghatározható a műtéti vagy besugárzási eljárás hatásossága.

Vizsgálatainál 14 tumor esetből 12 esetben volt pozitív és két esetben negatív a reactio. Tehát 86%-ban pozitív és 14%-ban negatív. De a többi 28 esetből, amelyben mindenféle más eset előfordul, 17 esetben volt pozitív és 11 esetben negatív a reactio, vagyis 60%-ban pozitív és 40%-ban negatív. Ezek szerint a reactio a rák diagnosztizálására nem használható.

**Kolozsi E.:** *A pneumothorax kezelése és indicatioja és eredményei.* A kollapsus therapia technikailag legegyszerűbb és legszélesebb körben alkalmazható eszköze a pneumothorax. Alkalmazása a korai beszűrődésnél és korai cavernánál, valamint minden progrediáló tüdőfolyamatnál absolute indikált. Az eredmények a korai formáknál a legjobbak. Kezelés közben a technikával összefüggő complicatiók, mint a pleura egy arteriájának megsérülése, légembolia, igen ritkák. Nem fertőzött exsudatum nem rontja a kezelés hatását. A másik oldal megbetegedését is ma már nem itéljük meg olyan szigoruan, mert az eljárás két oldalra való kiterjedése ma már nem okoz nehézséget. Az eredményeket befolyásolják a pleura összenövésai, ha egy merev falu cavernát tartanak kifejezítve. Nem kis mértékben függ az eredmény a beteg socialis helyzetétől és a kezelés időtartamától.

### A Charité Poliklinika orvosi karának apr. 27-i ülése.

**Meller L.:** *Glyoma cerebri érdekes esete.* Öt éves leányka 4 napja csillapíthatatlan hányása miatt kereste fel a rendelőt. A hányáson és bradycardián, valamint arhythmian kívül agygyomásra utaló tünet a gyermeknél kimutatható nem volt. A vizsgálat után fellépett apoplexia 2 nap alatt ad exitum vezetett. A boncolás a bal parietális lebenyben elhe-

lyezkedett gyermekököllyi gliomát és annak folyományaképpen beállott vérzést derített fel.

**Rácz J.:** *A parkinsonismus therápiájához.* Az általa intramuscularisan adott endocrin hormonokból álló és corpus striatumot is tartalmazó keverék következtében a betegek eddigi kísérletei alatt nagy mértékben javultak: elveszték lárvaszerű arckifejezésüket, izmaik rigiditása megszűnik és a vasomotoros tünetek is nagy mértékben visszafejlődnek. Rosszall ellentétben, véleménye szerint a corpus striatum belső secretios jelentőséggel is bíró szerv és más endocrin mirigyekkel szoros correlatióban van. Felfogásában új a corpus striatumnak tulajdonított endocrin működés és annak más endocrin mirigyekkel való correlatiója.

**Hetényi I.:** *Az elektrokardiographia a mindennapi gyakorlatban.* A szív működése közben létre jövő actus áramok és az ingervezető rendszer ismertetése után az elektrokardiographok különböző típusait írja le, a régebbi és az újabb használatos erősítőcsöves készülékek között lényegileg az a különbség, hogy a régebbiek galvanométerét maga a szív actios árama hozta működésbe, tehát ezek csak áramingadozásokat és nem valódi potenciálingadozásokat jeleztek. Az erősítőcsöves készülékek görbéi a szívizom energetikus viszonyait a valóságnak megfelelően adják vissza. A szívbetegségek tárgyalásánál különválasztja azokat, melynek a rythmus zavarai nélkül jelentkező billentyű- és szájadékhibáknál a diagnózis felállítására nem okvetlenül szükséges az elektrokardiographiai vizsgálat. Másrészt azonban, mint hogy egyes hibáknál jellegzetes görbék mutatkozhatnak, klinikailag nem teljesen felderíthető esetekben igen jó szolgálatot tehet. A myocardium betegségéinél az erősen deformált kamrakomplexum prognosztikusan kedvezőtlen jelentőségű. A szabálytalan szív működés megítélésében az elektrokardiographiai vizsgálat az egyetlen, melynek segítségével a legkomplikáltabb alakokat is, sikerült teljesen tisztázni. A bradycardia különböző formái, a tachycardiák — így a paroxysmusokban jelentkezők is — a tulajdonképeni arhythmia, mint a respiratio és absolut arhythmia, a legkülönbözőbb alakú és eredetű extra-systolék az elektrokardiogramról direkt leolvashatók. A mindennapi gyakorlat számára különösen jelentős, hogy az egyes esetekben igen nehéz differenciáldiagnózis az egyszerű tachycardia és az arhythmia absoluta legfontosabb alakja a tachyarrhythmia között teljes biztonsággal fel lehet állítani.

**Somló E.:** Az ekg. újabb indikációs területeiről beszél. Az a coronariák elzáródásának jellemző ekg.-ás képe a körképet úgyiszlólván minden egyéb betegségétől elkülöníthetővé teszi. Hansúlyozza a sorozatos felvételek hasznosságát acut fertőző betegségeknek, ahol a szivtherapia helyes irányítását s a prognózis korai felállítását teszi lehetővé. Vázolja a diabetes acidozissal járó reversibilis szivizomzavarok ekg.-ás változásait, majd megemlíti hypertenzióknál végzett újabb vizsgálatait, akiknél a kamrai komplexumok a közöttük levő R. illetve S—T iv viselkedésének fontosságát hangsúlyozza, amennyiben ez a hypertonus következtében kifejlődött myocardium elváltozásának mértékét, illetőleg fokozatát mutatja meg.

### Az Erzsébet Egyetem Tudományos Egyesülete Orvosi Szakosztályának máj. 9-i ülése.

#### Bemutatás:

**Svastits P.:** *Csecsemőkori nephrocirrhosis.* 5 hónapos csecsemőnél nephrocirrhosist észleltek sziv-hypertrophiával kapcsolatban, mely klinikai tüneteket alig okozott. Feltűnő volt a pulsus teltsége és peckelő jellege. A csecsemő toxicus grippében exitált. A kórbonctani vizsgálat nephrocirrhosist és sziv-hypertrophiát mutatott ki. Anamnesisben lues, Tbc., vesebaj, infectiosus betegség sem a csecsemő, sem az anyja részéről nem fordult elő. Arra lehetne gondolni, hogy a nephritis már a foetalis korban kezdődött.

**Szilágyi V.:** *Csecsemőkori nephrocirrhosis.* Az eset érdekessége, hogy amily gyakori felnőttekben, kivált arteriosclerosis mellett, éppoly ritka csecsemőben. A veseparanchymán zsiros degeneratiót talált, a kéregben pedig makroszposan heges behuzódásokat, melynek szövettani lelete a typhusos nephrocirrhosis glomerularis embolica disseminata képét adta. Valószínű, hogy a megbetegedés az extrauterin életben fejlődött ki és köldökfertőzéstől eredt emboliás alapon.

**Ruszkó E.:** *Sarcocarcinoma.* Portióról kiinduló carcinomát mutat be, amely histológiailag hat hónap alatt sarcomává alakult. E néven említett tumorok keletkezésére tér ki és a rák stromájának sarcomás átalakulásának lehetőségét fejtegeti.

**Entz B.:** Rákokban a szervezet reakciójaképpen igen gyakran látunk lobos beszűrődést különböző sejtekkel (lymphoid sejtek, plasmasejtek és idegentest óriássejtek), ilyen esetekben ezt ki kell zárni, ebben az esetben kifejezetten orsósejtek és sarcomás óriás sejtek voltak, ezért kell felvenni, hogy ez a tumor sarcomacarcinoma volt. Röntgenbesugárzásnak lehetett esetleg szerepe a tumor átalakulásának előidézésében.

**Elek P.:** Az irodalomban egyetlen megfigyelés sincs, amely szerint a röntgenbehatás sarcomát idézett volna elő.

**Entz B.:** Elek megállapításával szemben, nem tartja lehetetlennek, hogy a röntgen idézte elő a kötőszövet burjánzást, igaz ugyan, hogy a kötőszövet rendszerint elsorvad a röntgen hatására és éppen ez a sorvadás nehezíti meg sok esetben a therapiás röntgenezést, evvel szemben azonban nem tagadható, hogy a csirázó növényeken tett tapasztalások szerint bizonyos röntgendosis burjánzásra indítja a szöveteiket, míg más adagok előlik a sejteket s ezért nem lehetetlen, hogy egyes esetekben talán mégis burjánzásra serkenti a kötőszövetet. Ismeretes emellett, hogy egyes sarcomák nem sorvadnak el a röntgenezésre, sőt akárhányszor a sarcoma rohamosan nő, áttételeket, cachexiát és halált okoz.

**Duzár J.:** 6 éves leányka esetét ismerteti, akit haemorrhagiás nephritis diagnosissal küldtek hozzá. Bal oldali, csecsemőfejnyi, hypogastriális tumor talált a gyermeknél, amely a bal veséknek felett meg. Bal oldali nephrectomia. Histológiai vizsgálat sarcomacarcinoma embrionale. Rövid javulás után a már műtétnél látott mesenterialis metastasisok rohamos növekedése és újabb áttételekkel exitus.

**Ruszkó E.:** Elek hozzászólásához megjegyzi, hogy Nakahara, Caspari, Vorländer és Holfelder azt állítják, hogy azok a röntgendosisok, amelyek a hámsejtekre pusztító hatással vannak, a mesenchyma activálódását idézik elő, természetesen a helyi és általános dispositiót sem szabad szem elől tévesztenünk. Duzár esete teljesen egyezik a bemutató esetével, mert hiszen a kötőszöveti és hámeredetű daganatok egyaránt fejlődhetnek egy és ugyanazon csirából.

#### Előadás:

**Seregély T.:** Az empyema thoracis conservativ kezelése. Punctióval és öblítéssel kezelték 25, három éven aluli gyermek és csecsemőt, 32 tizenégy éves korig terjedő gyermeket. Letalisan végződött 15 eset, kettő kivételével azonban ezek egyéb súlyos betegségben szenvedtek. Azon esetekben, amidőn pleuralis letapadások a geny leszívása elé akadályokat gördítenek, kevés levegőt vagy contrastanyagot visz be a tályogürbe, hogy annak minden részlete kibontakozzék. Ilyenkor röntgennel könnyen megállapítható az addig teljesen egyenlő arányokban a legnagyobb genygyülem, vagy genygyülemek helye. Eljárásával olyan idősebb gyermekeket is gyógyított teljes eredménnyel, akiknél eddig operatio indicatióját állították fel. Concluziója: 3 éven alul; pneumonia fennállása idején; idősebb gyermekeknél, ha más megbetegedése is van, a műtét contraindicált. 3 éven felül műtét csak akkor, ha conservativ kezelés rövid időn belül javuláshoz nem vezet.

**Vertán E.:** Teljes mértékben helyesli a punctiósi eljárást, de nem tartja alkalmasnak az általános gyakorlatban való elterjedésre, mert olyan absolut steril dolgot, olyan finom vizsgálati eljárásokat követel, amelyek igazán csak intézetben valósíthatók meg.

**Petrás P.:** A belklinikán 2½ év előtt meghonosították Ederer phospat pufferes punctiósi eljárást. Referál néhány sikeres esetről, amelyek közül kiemeli azt az esetet, amelynél perforált bronchus mellett is sikerült a szerencsére jelenlévő ventilképződés mellett, befejezni a conservativ therapiát, valamint egy nehezen localisálható kis empyemát, mely éppen rejtett helyzeténél fogva a műtéti beavatkozás elé sok nehézséget gördített volna. Az eljárás előnyét a műtéti eljárás elégetes: 22,6%-os mortalitásának csökkentésében s a kezelési idő rövidségében látja.

**Duzár J.:** Az előadás értékét abban látja, hogy a primaer punctiósi kezelés technikáját levegő és lipojodol-befúvásokkal valamint a kopogtatásnak és a csapolásnak finomításával messzemenően tökéletesíteni tudja. Az eljárást csakis kórházi osztályok részére ajánlja. Még pedig 3 éven alul minden esetben, de 3 éven túl is akkor, ha csak valami speciális ok a primaer bordáresectiót vagy thoracotomiát szükségessé nem teszi. Különösen alkalmas lesz az eljárás kétoldali empyemák, interlobalis folyamatok, elgyengült betegek, vagy általában súlyos acut, toxicus fertőzések (influenza) synpneumoniás empyemiáinak kezelésére.

**Fenyvessy B.:** Kérdezi, vajjon nem tudhatna-e meg a Szakosztály közelebbit Gyürenek az előadó által említett vaccinájáról.

**Gyüre D.:** A vaccinakezelés, a relativ láztalanodáskor alkalmazva, igen jó eredménnyel járt.

## Balneologiai kongresszus Parádán.

Országunk gyógyértékeinek megismertetése és fürdőhelyeink támogatása lebegett az Országos Balneologiai Egyesület igazgató tanácsa előtt, amikor elhatározta, hogy idei 37. kongresszusát Parádfürdőn fogja megtartani. A legjobb propaganda a fürdő számára, ha az orvosok közvetlenül ismerkedhetnek meg gyógyértékeivel, mert a személyesen szerzett benyomások a legmaradandóbbak. — Május 4-én reggel 8 órakor indult Budapestről kényelmes autobuszok több mint 60 résztvevő tag az egyesület elnökének: *Vámossy Zoltánnak*, elnöktársainak: *Dalmady Zoltánnak* és *Bánlaky Gézának*, valamint *Frank Miklós* főtitkárnak vezetése alatt. A résztvevők között üdvözölhetjük nemcsak a magyar gynecologia, hanem a magyar balneologia nagy mesterét: *Tauffer Vilmos* professzort, továbbá *Aujeszy Aladárt*, *Szaszovszky Lászlót* és *Záborszky Istvánt* feleségükkel, és *Bodon Károlyt*.

Gyöngyösről rövid pihenő után megkezdődött a felejthetetlen autó út a Mátrán keresztül. A kibontakozó panoráma szótlan tette utasainkat, időnként hallatszik csak egy-egy elragadtatót felkiáltás. Elhagyjuk a kies és szépen fejlődő Mátrafüredet és egy fél óra alatt megérkezik a 3 autocar az új sanatorium elé. A vendégeket *Generich Andor* igazgató főorvos fogadta, aki lekötelező szíveséggel mutatta be a 350 ágyas modern intézményt, amelynek jelentős szerepe lesz a tuberculosis elleni küzdelemben. Déli fekvésű, világos szobák, fekvő terraszok, pompás Röntgen labororium, modern fizikális therápia, műtök állanak a gyógyulást keresők rendelkezésére. Gyorsan elrepült a megtekintésre szánt óra és a társaság tovább folytatta útját az 1010 m magas Kékesre, amelyen felállított kilátóról felejthetetlen kép tárul a szemlélő elé. Pompás út vezet a Kékesre, ahol már a jövőre felépül a sport és gyógyzálló.

Lent a bájos mátraházi menedékházban elköltött ebéd után a Csevicze forrásnál a földművelésügyi ministerium képviselőjében *Papp Béla* min. tanácsos üdvözölte a társaságot, majd *Kuhinka Gyula* bérlő vette át a vezetést. Bemutatta a forrást, amelynek kellemes, csipős ízén kissé érezhető H<sub>2</sub>S tartalma is. Kiváló hatását a gyomor bélhurutos megbetegedéseiben, valamint a secretio zavaraiban kénhidrogén, alkali és szénvesz tartalmazásának köszönheti. Rövid sétával elértük az üvegyárat, ahol élénk munka fogadta a kirándulókat. Egyszerű poharak, színes üveg kelyhek készülték boszorkányos gyorsasággal és ügyességgel a nézők szeme láttára. Menetrendszerű pontossággal futottak be a kocsik Parádra d. u. 5 órakor.

Este 6 órakor kezdődött a kongresszus tudományos ülése, amelyet *Vámossy Zoltán* nyitott meg. Megjelent *Térffy Béla*, a Nemzeti Közművelődési Alapítvány főigazgatója, *Mészáros Károly* államtitkár a kultuszministerium, *Csathó Andor* tanácsos a miniszerelnökség, *Barla-Szabó József* az OTI, *Csia Sándor* igazgató főorvos a MÁV. képviselőjében. Az elnöki megnyitó új irányokat jelölt meg a magyar fürdőügy számára, amelyek megsokszorozzák a jövőben az itthon nyaralók számát, fellendítik a fürdők forgalmát, kimélyítik a kapcsolatot a beteg és a fürdőhely között. A nagy tetszéssel fogadott megnyitó után *Nagy Béla*, Parád fürdőorvosa részletesen ismertette a vasas-tímás fürdők hatását a női nemi szervek idült hurutjai és izadmányok esetén. *Tauffer Vilmos* szólt hozzá, aki az operativ beavatkozások és fürdőkezelés indicatioival foglalkozott. *Schaffler József* a vérképző rendszer betegségeit ismertette előadásában, kiemelve azokat az értékes gyógytényezőket — a vasas arzén gyógyvizet, klímatis viszonyokat, — amelyek az eredményes kezelésnek fontos tényezői. Utána *Dalmady Zoltán* tartotta meg előadását, amelyben azzal a kérdéssel foglalkozott, észlelhető-e a krízis az orvostudományban? Vajjon az általános válság, amely az orvosi gondolkodás alapjait fenyegeti, tényleg komoly-e és befolyással lehet-e a balneológiára? Fejtegetéseiben találóan állapította meg, hogy a balneologia, amelynek alapját mindig az empiria alkotta, a legkisebb mértékben fogja a válságot megérezni. Az előadáshoz *Barla-Szabó József* fűzött értékes fejtegetéseket. *Farkas Márton* a meralgia paresthetica keletkezését, tünettanát, kezelését ismertette. Az ülést *Rausch Zoltán* előadása fejezte be, aki a cukorbetegnek diathermiával elért javulásáról számolt be több eset kapcsán.

Csütörtök délelőtt a gazdasági osztály ülést *Bánlaky Géza* nyitotta meg, aki elnöki bevezetésében kifejtette, hogy a fürdők érdekében az érdekeltségének a Balneologiai Egyesülettel való szoros kapcsolatát tartja kívánatosnak; szükségesnek jelezte a különböző idegenforgalmi szervek céltudatos együttműködését, tájékoztató iroda felállítását. Az előadások sorát *Kenessey Péter* nyitotta meg, aki a fürdőknek a sajtóval szoros együttműködését hangoztatta. *Tausz Béla* előadásában gyakorlati példákkal illusztrálta az ered-

ményes propaganda eszközeit, ismertette a film-, a rádió jelentőségét a fürdők szolgálatában. *Zemplényi Imre* a Mátrának mint gyógytényezőnek kifejlesztésére vonatkozólag vetett fel értékes eszméket. A vízellátás, a közlekedés, a lakás, a turisztika nagy fontosságú kérdéseinek megoldási lehetőségeit fejtegette. *Auszsky László* megállapította házasságában, hogy a téli sportok részére a Mátrában találjuk a legideálisabb hóviszonyokat. *F. Döhmel Erzsébet* a diétás néne jelentőségét és munkakörét ismertette a fürdőhelyek diétás élelmezésében; tehermentesítik az orvost, előmozdítják a betegek gyógyulását. *Felber Lipót* előadásában a magyar fürdők vendégforgalmi adatainak ismertetésével kapcsolatban rámutatott a statisztikai adatszolgáltatás egyes hibáira, majd az ásványvíz export és import részlegét ismertette.

A gazdasági osztály ülését követte az évi közgyűlés, amelyen megjelent *Hedry Lőrinc* főispán, a kereskedelmi ministerium, *Generisch Andor* igazgató főorvos a népjóléti ministerium részéről, *Okolicsányi Imre* alispán, *Malatinszky Ferenc* felsőházi tag a Balatoni Szövetség, *Sóos Aladár* a Klinikák és Kórházak Szövetségének képviselőjében és még sokan mások. A közgyűlés táviratilag köszöntö meg a *Kultuszminiszter* úrnak üdvözlő sürgönyét és sürgönyvel fejezte ki háláját *Scholtz Kornél* államtitkár úrnak. *Frank Miklós* főtitkári beszámolójában a magyar fürdők érdekében örvendetesnek tartja a balneológiai autarchia kifejlesztését, hangsúlyozza a kelet-európai időszámítás bevezetésének fontosságát, részletesen ismerteti az egyesületnek sok irányú, a fürdők és a balneológiai tudományok érdekében kifejtett munkásságát. *Angyal Márton* pénztárosi jelentésének elfogadása után megválasztották újból a számvizsgáló bizottság tagjait. Az indítványok során *Tábori Kornél* a vizum kényes eltörlésére és külföldi cserefilmeknek az iskolákban való lejátszására nyújtott be előterjesztést.

Kongresszus után *Nagy Béla* főorvos vezetése mellett a résztvevők megtekintették Parádfürdő gyógyászati berendezéseit és gyógytényezőit. Jól sikerült kirándulást rendezett *Kopál Gyula* fürdőigazgató a délután folyamán az Ilonavölgybe.

Este az ünnepi vacsorán, melyen számos felköszöntő hangzott el, jó hangulatban s cigányzene mellett sokáig maradt együtt a társaság.

Péntek reggel folytattuk autobuszokon *Eger* felé utunkat. Hegyen-völgyön át vezet ez a merész fordulókkal megépített pompás auto út. Feltűnnek útközben a síroki váromjain; erdők, falvak érdekes képe tűnik tova egyik pillanatról a másikra.

*Egerben Frank Tivadar* tanácsnok vezetése mellett megtekintettük a gyönyörű barokk stílusú liceumot, a székesegyházat, a minoriták templomát, a minaretet, a fürdőket és az uszodákat. *Vámosy Zoltán* elnök vezetésével öt tagú küldöttség tisztelgett az ősz egri főpapnál, *Szmrecsányi Lajos* érseknél, aki meleg szavakkal üdvözölte a megjelenőket és a kongresszust. Az ebéd *Trak Géza* polgármester üdvözölte az egyesületet és kérte fürdőügyi programjának megvalósításához az egyesület támogatását.

Délután a rendkívül érdekes kazamaták és átadások megtekintésére került a sor, amelyek kapcsán elvonult újra szemünk előtt az „Egri csillagok”-ból ismert leírása *Eger* ostromának.

Ezzel a program kimerült és szívélyes búcsú után az autobuszok elindultak Gyöngyös felé. Lassan tűnedeztek el a hegyek, a távolban kéklent már csak a Kékes csúcsa. Bekalkonyodott. Lezajlott a három szép nap. Emlékekkel megvakondva, tapasztalatokkal gazdagon tértek vissza résztvevőink meggyőződéssel gondolva a magyar gyógyvizek és fürdők jövőjére.

*Frank Miklós dr.*

## VEGYES HÍREK

**Benedek László** professort a debreceni ideg- és elmeklinika igazgatóját a londoni The Eugenics Society f. hó 4-én tartott ülésében a Council javaslatára külföldi tagjának megválasztotta.

A **Budapesti Királyi Orvosegyesület** folyó hó 27-én tartja évrőle közgyűlését.

A **Közkórházi Orvostársulat** május 25-i ülésének tárgyszorozata: *Halle Sándor*: 1. Conduplicatio corporis, 2. Tetánias rohamok műtéti beavatkozás után. Előadás: *Pleskó Lajos*: Vörhenyrecidívák.

**Magyar Orvosok Röntgen Egyesülete** május 25-i ülésének tárgyszorozata: Bemutatás: *Györgyi Géza*: Új sugárvédő terapiás asztal. Előadások: *Hrabovszky Zoltán*: Hasi tumorok differentialio képei. *Erdélyi József*: A jobb oldalon fejlődött arcus aortaeröl.

**Medikus-Bál és Medikus teacestélyek elszámolása.** A *Medikus teacestélyek* bevétele 2051.56 P, kiadása 716.56 P. Maradvány: 1335.00 P. — A *Medikus-Bál* bevétele 5682.00 P, kiadása 2759.77 P. Maradvány 2922.23 P. — Az összes bevétele tehát 7733.56 P, az összes kiadás 3476.33 P. Tiszta bevétel 4257.23 P, mely összeget felhasználásig a Rectori Hivatal pénztárában helyeztek el, miből a Rector Úr máris 2000 P-t engedett felhasználni szigorlati kölcsönök és segélyek folyósítására. A maradvány az alaptörvény csatoltatik.

A **Magyar Élettani Társaság** pécsi üléséi máj. 13—14-én élénk érdeklődés mellett folytak le kitűnő rendezésben. Az ünnepi megnyitó ülésen, amelyen a város előkelőségei is résztvettek élükön a rectorral és polgármesterrel, *Mansfeld Géza* elnök, kinek szép megnyitó beszéde és *Entz Béla* rector üdvözlő beszéde után *bárá Korányi Sándor* tartotta meg ünnepi előadását „Élettan és orvostudomány” címen. A két nap alatt összesen 52 előadást és a reggeli és kora délutáni órákban 14 kísérleti bemutatást tartottak élénk eszmecsere kíséretében. A mintegy 56—60 idegen városbeli résztvevő a klinikákon s a collegiumokban volt kitűnően elszállásolva s kifogástalan ellátásban is részesült azon csekély önköltségi összegért, mit ezért felszámítottak. Csak a tudomány őszinte szeretete lehet magyarázata annak, hogy e fiatal társaság valóban nem módos tagjai ily nagy számban jöttek össze még a mai súlyos időkben is. Az idősebbek közül állandóan ott láttuk az üléseken *Mansfeld, Pekár, Fenyvessy, Gorka, Angyán, Rohrer, Zechmeister, Szentgyörgyi, Issekutz, Ruzsnyák, Huzella* és *Vámosy* professorokat, kik felváltva elnököltek. A záró ülésen tiszteleti tagnak választották *gróf Klebelsberg Kunó* volt v. és közökt. ministert, hálából azon érdeklődésért és támogatásért, miben a társulat alakulása óta részesítette és rendes tagok gyanánt beválasztották *Magyary Kossá Gyula, Belák Sándor, Johan Béla, Tomcsik József* professorokat, *Vásárhelyi Bélát, Stasiák Arankát* és *Jendrassik Aladárt*, továbbá *Róna Péter* berlini professort külföldi tagnak.

A **balatonfüredi orvos-hét**, melynek részletes programjáról annak idején e lap hasábjain közöltünk, f. hó 14-én ért véget. Az orvoshat látogatottsága meghaladta az előző évekéit, a résztvevők és hozzátartozók száma kb. 200 volt. Az utolsó napon megjelent a gyűlésen *Karafiáth Jenő* kultuszminiszter *Darányi Kálmán* államtitkár kíséretében, s meghallgatták *Verebélj* professornak a praecarcinosisról tartott nagyszabású előadását. Az előadás után *Karafiáth Jenő* a kormány köszönetét adta át elsősorban *Korányi bárá* professornak, mint aki az orvostestület élén áll, ugyancsak köszönetet mondott *Bánó Deszönek*, Fűred vezérigazgatójának és *Schmidt Ferenc* főorvosnak azon értékes munkásságáért, mellyel az orvosi továbbképzést s a Balaton fejlesztését szolgálják.

**Nemzetközi trachoma-pályadíj.** A Magyar Királyi Népjóléti és Munkaügyi Miniszter 1929-ben 2000 svájci frank pályadíjat tűzött ki a trachoma aetiológiáját tárgyaló legjobb dolgozat jutalmazására, mely önálló munkálkodás alapján készült s mely e téren értékes haladást tartalmaz. A kitűzött határidőig 24 pályamunka érkezett be. A bíráló bizottság: *Arthur F. McCallan* (London), *Victor Morax* (Paris), *Luigi Maggiore* (Bari), *C. Praussnitz* (Breslau), *Grósz Emil* (Budapest) döntése a következő: a pályadíjat megosztották *Lumbroso* (Tunis) és *Táboriskí* (Palestina) között. Ezenkívül a bizottság kiemelte a következő dolgozatokat: *Cattaneo* (Sassari), *P. Olitsky* (New York), *Röth András* és *Kanyó Béla* (Budapest), *C. Trapezontzeva* (Moskva). A dolgozatok egyike sem fejtette meg a trachoma aetiológiáját, de a bíráló bizottság véleménye szerint a jutalmazottak értékes haladást tartalmaznak.

**Orvosdoktorrá avattattak** a budapesti Tudományegyetemen május hó 14-én: *Bucsky Sándor, Fehlinger Julia, Klein Béla, Németh Ferenc Károly, Pókus Károly, Tragel Géza József*. A pécsi Tudományegyetemen május 11-én *Lovas Simon, Havlin Károly, Neumann Ernő*. Üdvözljük az új Kartársakat!

**Kiadványainkat** olesón kapják meg kiadóhivatalunktól nátralekban nem lévő előfizetőink. A pénz előre beküldése után azonnal bérmentve küldjük meg az alábbi ige hasznos könyveket:

**Soós Aladár:** **Étrendi előírások. III.**

bővített kiadás . . . . . 5.— P helyett 4.— P

**Horváth Boldizsár:** **A gyakorló orvos orthopaediája** 230 oldal, 110 ábra és 16 oldal műmelléklettel . . . . .

5.— P

**Kunszt János:** **A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülő-**

**helyei**, 215 oldal . . . . . 6.50 P helyett 5.50 P

# ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GEZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY AGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC  
VÁMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA  
POÓR FERENC

GORKA SÁNDOR  
REUTER KAMILLO

BELÁK SÁNDOR  
HÜTTL TIVADAR

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

## TARTALOM:

**Grósz Emil:** A szemoperálások által okozott sympathiás gyulladás. (457—458. oldal.)

**Safranek János:** Az idei influenzajárvány orr-gégeorvostani szempontból. (458—460. oldal.)

**Bernolák Béla és Vizer Tibor:** Szívbetegség cukor-insulin terapiája, tekintettel az electrocardiogramra. (460—463. oldal.)

**Lakomcsik Károly:** Recidiváló terhességi perniciosaszerű anaemia eset. (463—466. oldal.)

**vitéz Kémeri Dezső:** Máj és lép együttes besugárzásának szerepe pyogen elváltozások gyógykezelésében. (466—469. oldal.)

**Benczur Gyula és Rausch Zoltán:** A fokozott légnyomásos pneumatikus kamra hatása a vérkeringési szervekre. (469—471. oldal.)

**Schranz Dénes:** Megbízható adatot szolgáltat-e a lanugovizsgálat? (471—472. oldal.)

**Melléklet:** Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (81—84. oldal.)

**Lapszemle:** Belorvostan. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. — Urologia. (472—474. oldal.)

**Könyvismertetés:** (474—475. oldal.)

**Egyesületek ülésjegyzőkönyvei:** (475—476. oldal.)

**Kerbolt László:** A községi és körorvosok szerepe az egészségügyi közigazgatásban. (476—478. oldal.)

**H. P.:** † Rubner Max. (478. oldal.)

**Vegyes hírek:** (478. oldal és a borítólap III. oldalán.)

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

### A szemoperálások által okozott sympathiás gyulladás.

Irta: Grósz Emil dr., egyetemi tanár.

Critchett 1863-ban a szemorvosok heidelbergi összejövetelén két esetről számolt be, melyekben a sympathiás gyulladást szemoperálások okozták. Az egyik idős férfi volt, kinek hályog operálásakor szivárványhártya előesés és hosszadalmas szemgyulladás keletkezett s a sympathiás gyulladás 3 hóval később tört ki. A másik nő beteg volt, kinek hályog operálásakor ugyancsak szivárványhártya előesése keletkezett, melyet pokolkövel érintettek s a sympathiás-gyulladás 3 héttel utóbb jelentkezett.

A budapesti Kir. Orvosegyesületben s Oxfordban tartott előadásaimban is több olyan esetet ismertettem, amelyekben a sympathiás gyulladást szemoperálások okozták. A budapesti I. sz. egyetemi szemklinikán 28 év alatt 19.000 hályog operálásra 2 sympathiás gyulladás esett, az utolsót 9 év előtt észleltük. Ezenkívül egy esetben trepanatio okozott sympathiás gyulladást (1918. évben).

De másutt végzett hályogoperálást követő sympathiás gyulladást 9 ízben vettünk fel a klinikára.

A sympathiás gyulladások általában megtriktultak, s különösen ritkábbakká váltak azon esetek, amidőn az előidéző ok szemoperálás volt. Ezen örvendetes jelenség előidézésében része van az asepsis gondosságának s a technika szabatosságának. Hosszú évek után 1931-ben újból volt alkalmunk egy másutt operált beteg szomorú sorsát észlelni,\* ez a következő: 62 éves férfi beteg jobb szemének hályogját 1930. augusztusában operálták első

\* Egy második hasonló esetet 1932. április hó 7-én vettünk fel a klinikára. A másutt operált szem súlyos plasticus iridocycylitisben szenvedett, a második szem sympathiás gyulladásban secundär glaucomával. Az operált szemet eltávolítottuk, a második szem sorsáról csak hónapok múlva számolhatunk be.

ízben, a műtét után néhány nappal gyulladás keletkezett, s előadása szerint az első operálást követő 12-ik napon újból operálták. Szeptember hóban bal szemén gyulladás keletkezett, októberben a jobb szem eltávolítását ajánlották, de nem egyezett bele, jobb szemének fényérzése is megromlott, bal szemének látása fokozatosan hanyatlott. Az I. sz. egyetemi szemklinikára 1931. január hó 9-én nyert felvételt, amikor a jobb szeme már sorvadott volt, bal szemén jellegzetes sympathiás szemgyulladás. 1931. január hó 13-án a vak jobb szemet eltávolítottuk. Erélyes higanybedörzsölésekkel s protein gyógymóddal igyekeztünk a bal szem gyulladását szüntetni, de nem sikerült a bántalmat feltartóztatni, a fényérzés megromlott, a szem feszülése csökkent, a pupilla teljesen elzáródott, a szivárványhártya sorvad.

Az eltávolított szem szövettani lelete a következő: A corneoscleralis határon lévő sebzésbe a szivárványhártya benőtt, úgy ez, mint a szivárványhártya többi része, valamint a sugártest nagy fokban kerek sejtesen beszűrődött. Az érhártya nagy fokban megvastagodott, egész terjedelmében beszűrődött, helyenkint a sejtek fészkeket alkotnak. Az érhártya és ideghártya között vizenyő, az ideghártya különben feltűnő elváltozást nem mutat.

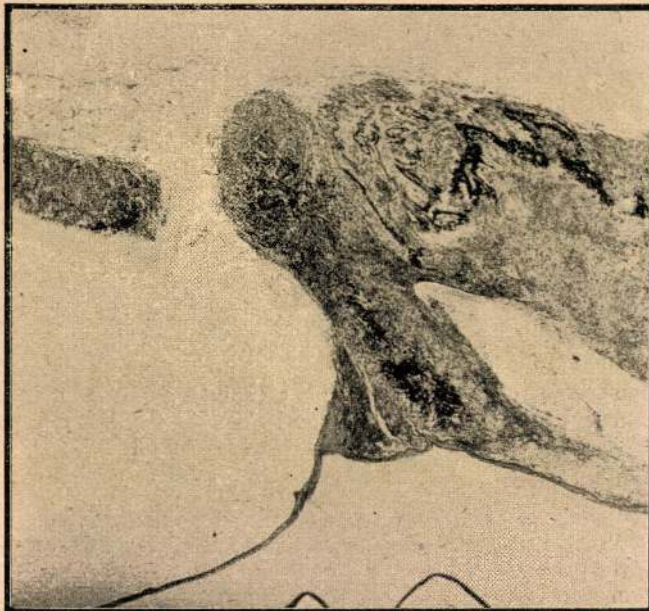
Adott esetben tehát a hályog operálását követő sympathiás gyulladással van dolgunk. Az enucleált szem a Fuchs által megállapított jellegzetes elváltozásokat mutatja, a másodlagosan megbetegedett szem is teljesen megfelel azon kórképnek, amelyent sympathiás gyulladásoknál találunk.

Critchett megállapítása óta több közlés jelent meg olyan esetekről, amidőn a sympathiás gyulladást operálás okozta. Schirmer az irodalomból 100 esetet gyűjtött össze, amelyekben operálás okozta a második szem betegségét, ő maga hét év alatt 550 hályogoperálásra 1-t látott.

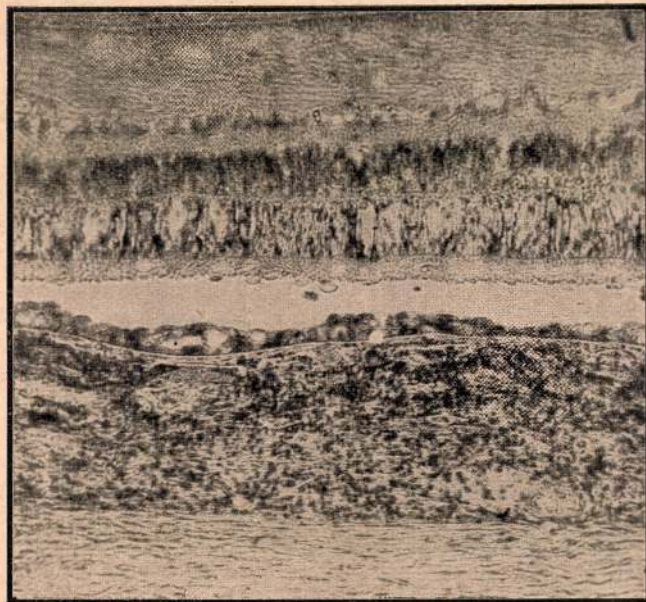
Damann a lipcei szemklinikáról 3820 szemoperálás után 8-at. Treacher Collins 518 hályog operálásra 0.94 %-ot. Evvel szemben a vezetésem alatt álló I. sz. egyetemi szemklinikán végzett hályogoperálások után tudomásom szerint 1:10.000-ben fordult elő sympathiás gyulladás s az utolsó 5000 hályog operálás után egyetlen

egyszer sem. A gyulladások nagy részében iris vagy corpus ciliare becsipődése volt található.

Nagyon tanulságos, hogy az operatiók megismétlése vagy sérült szemek ismételt operálása a sympathiás szemgyulladás veszélyét hatványozzák. Sőt *Schieck* esetében a sérüléssel iris prolapsus kezdetben izgalom nélkül gyógyult, a 4-ik héten végzett lemetszés súlyos gyul-



ladás kitörése adott alkalmat, melyhez sympathiás gyulladás társult. Éppen ezért sokan a már benőtt szivárványhártyaelőesés lemetszésétől tartózkodtak. Különösen veszedelmes megbékült s újból gyulladássá vált operált vagy sérült szemek ismételt operálása. Érdekes,



hogy *Schönenberger* Vogt klinikájáról 3 esetet közöl, melyekben trepanatio után sympathiás gyulladás keletkezett. (1925—29.)

Ilyen szomorú esetet 649 trepanatio közül a vezetés alatt álló I. sz. szemklinikáról *Füsti Molnár Mária* dr. közölte. *Meller Lagrange* műtét után látott sympathiás gyulladást.

Iridectomia, iridotomia, cornea tatóválás, discissio, reclinatio, iris prolapsus lemetszés után, tehát a legkülönbözőbb operatív beavatkozások után is előfordul a sym-

pathiás gyulladás, de leggyakrabban hályog operálás után. A szivárványhártya becsipődésnek a corpus ciliare közelségének kétségtelenül meg van a maga szerepe, bár magát az előidéző okot sűrű köd fedi. Ma még az sincs kétségtelenül bebizonyítva, hogy ektogen kórokozó az előidéző ok, vagy a sérülés csak alkalmul szolgál az endogen kórokozó letelepedésére. Tekintettel a baj végzetes voltára, hiszen csak ritkán sikerül némi látást megmenteni, a legnagyobb gondossággal kell arra törekednünk, hogy megjelenését megelőzzük. A háborús sérülések utmutatóul szolgálnak, hogy mit kell tenni. Mig az 1870/71. német-francia háború alatt nagyszámu sympathiás gyulladást észleltek, s az orosz-japán háborúban a sérülések 5%-ban fordultak elő, addig a világháborúban a nometek mindössze 13 esete vált ismeretessé. *Morax* pedig 35-öt gyűjtött össze.

Ezen változás annak köszönhető, hogy a sérült szemeket eltávolították, még mielőtt sympathiás gyulladást okozhattak volna, továbbá annak, hogy sérült szemek ismételt operálásától tartózkodtak. Így kell eljárunk az operálások után is.

A technika tökéletesítése, az asepsis gondossága általában megritkítja az operálásokot követő gyulladásokat. A hályog operálás után akkor jelentkeztek nagyobb számban sympathiás gyulladások, amikor a sebet *Graefe* tanácsára a sclerába helyezték s a sugártest közélébe jutottak. Különösen azon esetek váltak végzetessé, amikor szabálytalan sebkezdés után szivárványhártya és sugártest nőtt a sebbe. Amint a sebkezdéssel távolodtunk a sugártesttől s azt a limbusha helyeztük, szabatos sima sebet ejtünk, mit a fonálrögztetés nagyban elősegít, az iris becsipődésének elkerülésére nagy súlyt helyezünk, megritkultak a sympathiás gyulladások. Ismételt operálásoktól lehetőleg tartózkodnunk kell, az operálást követő gyulladásban megvakult szemeket mielőbb el kell távolítani. Kétségtelen, hogy ez az operateur számára keserves feladat. A beteg az operálástól látásának visszanyerését várja s az eredmény szemének elvesztése. De evvel nem szabad késlekedni, különben áldozatul eshet a másik szem, ami súlyosan terheli az operateur lelkiismeretét.

A székesfővárosi Uj Szt. János-kórház orr-, torok- és gége-osztályának közleménye.

### Az ideji influenza-járvány orr-gégeorvostani szempontból.\*

Irta: *Safranek János dr.*, egy. rk. tanár.

Általánosan ismeretes, hogy a különböző influenza-járványok alkalmával egyes szervek, illetve szervrendszerek megbetegedésének gyakorisága felettébb változó, sőt megbetegedésük kvalitása és intenzitása is igen változatos s ezek előtérbe nyomulása adja meg mindenkor a járvány jellegét.

Tapasztalataim szerint, az ideji járványnak jellemző jelenségeként a *gége és légcső bántalmi* állanak előtérben. Igaz, hogy többé-kevésbbé kifejezett hurutos tünetek az influenza megszokott kórképéhez tartoznak, de a mostani járvány alkalmával nem egyszerű catarrhalis folyamatról van szó, hanem súlyosabb kórformák jelentkezéséről.

Észleleteim szerint a tipusos általános tünetek kíséretében hirtelen beköszöntő s rendszerint az orrgaratban

\*) Előadta a Közkórházi Orvostársulatban az influenza-járvány tanulságairól szóló vitában, (1932.)



kezdődő száraz hurut már az első 24 órában leszál a gégebe és légcsőbe: a garat hátulsi falának nyálkahártyája feltűnően száraz, barnás-vörös beszáradt váladékkal fedett, mintha kencével volna bevonva s a gége lobos nyálkahártyáját is barnás-vörös, vagy piszkos szürkés szivósan tapadó pörkök borítják, melyek olykor mélyen lehaladnak a tracheába is. Ez a heveny és nem ritkán rendkívül makacs *pharyngo-laryngitis és tracheitis sicca* a jelenlegi járványnak kimagaslóan gyakori kórformája, melyet felettébb kellemetlen subjectív érzések (igen heves szurás, karcolás, kaparás, tracheitis esetén a sternum táján érzett oppressio), a hangtalanságig fokozódó rekedtség és felettébb heves paroxysmalis, olykor fuldoklással és hányással járó görcsös köhögés kísérnek. Eléggé gyakran találkozunk e kórforma *vérzéses* alakjával is, amidőn a gégeben és légcsőben pontszerű ekchymosisok, vagy sávalaku sugillatiók, olykor jelentékenyebb suffusiók is láthatók, ha a beszáradt vérrel kevert pörköket eltávolítjuk. Ez a forma vérezen festett köpettel, nem ritkán jelentékenyebb vérköpéssel is jár. Néhány esetben hámelhalás folytán előáll *erosiókat* is láttunk, főleg a lobos hangszalagokon, amidőn a syphilises plaques-okhoz hasonló szürkésfehér foltok mutatkoztak többnyire symmetriás elrendezésben; felületen, u. n. *erosiós ulceratiókat* különösen a gége hátulsi falán észleltünk, amelyeket influenzával kapcsolatosan régebbi szerzők is leírtak.

Észleltem a *chorditis fibrinosa* kórképét is: rendszerint mindkét hangszalag felületét tiszta lepedék borítja, mely kissé a niveau fölé emelkedik s erősen elüt a hangszalagok oldalsó részén (olykor hátulsi, vagy elülső végén) szabadon maradt keskeny sávnak élénk piros színétől. E sokat vitatott kórképet *Fränkel, Seifert* és mások az influenzára kórjellemezőnek tartották, de újabb észleletek szerint influenzamentes betegeken is előfordul. Lényegben a lamina propria mucosae legfelületesebb rétegébe történő rostonyás exsudatióról van szó a borító hámréteg elhalásával. Ily rostonyás gyulladás influenzával kapcsolatosan a gége egyéb területein is előfordul s a kórkép csakugy mint az alább említendő és álhártyaképződéssel járó necrotisáló angina képe diphtheriával való összetévesztésre adhat alkalmat.

Gyermekeken észleltem typosus influenzás tünetek kíséretében a *laryngitis hypoglottica acuta* képét, midőn a hangszalagok alatti területen a submucosa laza kötőszövetében fejlődő gyulladás a nyálkahártyát élénk piros hurkaszerű dudorok alakjában domborítja elő és igen jelentékeny, tracheotomiát is szükségessé tehető szűkülethez vezethet.

Gyakran jutottak észlelésem alá az idei influenza-járvány alatt a *heveny fertőző laryngitisek gyulladással, vizenyős, phlegmonés és tályogos kórképei*, melyek kóroktani és kórtani összetartozásuk folytán közös nevezőre hozhatók, amennyiben csupán változatai ugyanazon kórtani alapfolyamatnak, ennek serosus transsudatios, plasticus infiltratiós és suppuratiós formáit képviselve, melyek között számos átmenet van. A klinikai megjelenésben és lefolyásban való különbözőségük egyrészt az infectio tömegességével és virulentiájának fokával függ össze, másrészt pedig azzal, hogy az a felső szövetrétegekre (a mucosára) localisálódik-e avagy a szövetek mélyébe (a submucosába, perichondriumra) terjed, valamint összefügg a változó szöveti reactióval. Kóroktani tekintetben mindezekben a formákban rendszerint strepto-, staphylo- és pneumococcusok szerepelnek. E kórképeknek influenzás egyénekben való előfordulása nézetem szerint ugy magyarázható, hogy az influenza kórokozója a szervezet resistentiáját annyira csökkenti, hogy az említett s a felső légutakban tanyázó bakteriu-

mok okozta másodlagos fertőzésnek nem képes ellentállani. Ami az egyes kórformákat illeti, hangsúlyozni kívánom, hogy influenzás általános tünetek kíséretében vagy ezeket követően ismételt találkozottam a gége *gyulladásos-vizenyős* beszűrődésével, ellentétben a szakirodalmi adatokkal, melyek szerint e kórforma influenzával kapcsolatosan igen ritka. Ki kell emelnem, hogy nem collateralis, illetve a submucosának vagy perichondriumnak gyulladását kísérő oedemáról volt szó eseteimben, hanem a mucosára localisálódó tisztán serosus formáról, amely üvegszerűen áttűnő s a halvány sárgástól a sötét pirosig mindenféle színárnyalatot mutató duzzanat képében jelenik meg, leggyakrabban az epiglottison, a kannaporcokat borító nyálkahártyán és az aryepiglottisos redőkön, amely helyeken bőséges laza sejtszövet van. Olykor a duzzanat üvegszerű volta nem ily kifejezett s bajos eldönteni, vajjon a serosus transsudatiós (gyulladásos oedemás) vagy már a submucosára áttérjedt plasticus infiltratiós (phlegmonés) alakról van-e szó, amelybe az előbbi átmehet. Utóbbi esetben tömöttebb, merevebb beszűrődést találunk, mely tályogképződésre vezethet. Ily *körülírt phlegmonet* leggyakrabban ugyancsak a gége most említett helyein láttunk. E kórformáknak ugy általános, mint helybeli tünetei változó intenzitásuk voltak ugyan, általánosságban azonban relative jobbtermészetűeknek mutatkoztak; a gyulladás rendszerint körülírt területre szorított s ha tályogképződésre vezetett, a tályog áttörése vagy művi megnyitása után a folyamat rövidesen lezajlott. Nem könnyű az elkülönítés az utóbb említett kórforma és az influenzás betegeken előforduló *perichondritis* között, melyet az egyik kannaporc isolált megbetegedése alakjában a jelenlegi járvány alatt két esetben észleltem. Hogy phlegmonés folyamatnak a submucosáról a porchártyára való áttérjedéséről volt-e szó avagy metastasiás uton keletkezett a perichondritis: nem volt eldönthető.

Igen súlyos laryngitis phlegmonosa *diffusa*, valamint a szomszédságra is áttérjedő *necrotisáló, illetve gangraenás laryngitis* eseteit következményes perioesophagitissal, mediastinitissal, általános sepsissel, amilyen esetek az 1918—19-iki járvány alkalmával jelentékeny számban fordultak elő, ezideig nem észleltem.

*Angina phlegmonosa* esetei (peritonsillitis abscedens, a tonsilla lingualis elgenyedő gyulladása, retronasalis és retropharyngealis phlegmone), továbbá *körülírt necrotisáló torokgyulladások diphtheriaszerű álhártyaképződéssel* a mandolákon, garativeken és uvulán feltűnő nagy számmal kerültek osztályomra, de mindezek az esetek kedvezően folytak le. A bakteriologiai vizsgálat diphtheriára minden esetben negativ volt, a felkent készítményben strepto- és staphylococcusok, olykor pneumococcusok, spirillumok és fusiformis bacillusok is találtak.

Megemlítem még egy 2 hónap előtt elszennvedett influenza óta fennállott igen makacs *stomatitis ulcerosa* esetét, melyben gyérszámú fusiformis bakteriumokon, spirochaetákon és streptococcusokon kívül Gram-negatív bakteriumok is találtak, melyek *Pfeiffer-féle* influenza-bacillusoknak bizonyultak.

Ami végül az orrot és emlíktüregeit illeti, olykor igen jelentékeny, *Belloq-tamponadeot* is szükségessé tevő *orrvérzésekkel* az idei influenza-járvány alkalmával is gyakran találkozunk, melyeket toxinhatásnak vélek tulajdoníthatni. A rhinitisek különböző súlyosságú alakjain kívül eléggé gyakoriak az *orrmelléküregek gyulladásai*, de ezek súlyosabb (koponyaüri, szemgödri) szövődményei ritkák. Általánosságban az orrmelléküreggyulladások sem voltak súlyosak s az ismert conservatív eljárások többnyire gyógyulást eredményeztek.

Az említett garat- és gégebeli kórfolyamatok sem igényelnek különleges therapiát. A necrotisáló gyulladások eseteiben trypaflavinus esetelések ajánlhatók. A laryngitisek phlegmonés, illetve gyulladásos-vizenyősen beszűremllett kóralakjai állandó gondos szakszerű ellenőrzést (intézeti kezelést) igényelnek; ilyenkor jégcravatte, jéglabdacok adhatók, melyek a dysphagiát is kedvezően befolyásolják; jelentékenyebb vizenyős duzzanat esetén scarificatiók végezhetők, tályog képződésekor incisio szükséges. Ily esetekben mindenkor el kell készülni a tracheotomiára! A beteg erőbeli állapotának fenntartása céljából fontos megfelelő táplálása (jégbehűtött tej tojássárgával és néhány csepp cognackal, hús- és gyümölcs-geleék), esetleg étkezés előtt a gégeének érzéstelenítése, olykor mesterséges táplálás szükséges. Septiform lázzal járt ilyen esetekben igen jól bevált a resorcin vagy chininresorcin intravenás alkalmazása. Fontos a szív-működés gondos ellenőrzése. A gége és különösen a légcső említett száraz hurutjai esetén a felgyülemelő pörkös váladékot nyálkaoldó ásványvizekkel, resolvens szerek belélegeztetésével s ha a beteg gyomra jó, erősebb köptetővel is expectoráltatni kell.

A budapesti Szent István közpórház VII. orvosi osztályának közleménye. (Főorvos: Hasenfeld Artur rk. tanár.)

## Szívbetegék cukor-insulin therapiája, tekintettel az electrocardiogramra.

Irták: Bernolák Béla dr. és Vizer Tibor dr.

A mult század közepén mutatott rá Claude Bernard a glycogen és izommunka között fennálló összefüggésre. Kísérletei, majd később Weiss, Th. Chandelon és E. Külz vizsgálatai, melyeket egymástól függetlenül, más-más methodusokkal végeztek, bizonyítják, hogy az izomzat munkájához glycogent használ fel, és pedig elsősorban azt amit önmagában raktározott el. Ennek elfogyása után a vér a máj glycogenjából visszaalakított glucosét szállítja az izomzathoz további táplálás céljából. Az izomzat tehát amíg nyugalomban van, glycogen halmoz fel. A glycogen készítésére a vér szállítja a glucoset, amely glycogenné alakul át és colloidalis állapotban az izom tartalékerejét képezi. A tartaléktápláléknak a mennyisége függ a tápláltság fokától, de különböző szervekben és izomzatban sincs egyenletesen elosztva, mint ezt Bernhard és Schönhoff vizsgálatai igazolják. A szőlőcukornak glycogenná való átalakítása rendkívül rövid idő alatt megy végbe, néhány óra elegendő ahhoz, hogy a csaknem teljesen glycogenmentes máj vagy izomzat újra telítve legyen glycogennel.

A csoportvázizomzathoz teljesen hasonlóan viselkedik a keringés motorja, a szív is. Müller rámutatott arra, hogy a cukoroldattal átáramoltatott szív az oldatból a cukrot kivonja. A Ringer-oldat ha cukrot tartalmaz, tovább képes mozgásban tartani a túlélő szívet, mint a cukrot nem tartalmazó oldatok. Eppinger és Knaffl 1908-ban végzett vizsgálatai mutatják, hogy a kísérleti állat szíve erőteljesebben húzódik össze ha az állatnak dextrose-oldatot fecskendezünk a vérébe. Ezen az alapon a vér cukortartalmát vizsgálva a különböző szívbetegéknél Falta azt megközelítően normalisnak találta. Büdingen kisfoku hypoglycaemiát talált a legtöbb esetben, a többiben pedig relativ hypoglycaemiát vesz föl, vagyis feltételezi a szivizomzat romlott cukorellátását szívbetegéknél. Ő therapiásan kezdi adagolni a dextroset intravenásan adva azt a betegnek és

ezzel bevezeti a cukrot a szivizominsufficienciák therapiájába. A legutolsó vizsgálatok Tordaitól származtak, aki a szívbetegéknél rendszerint absolut hypoglycaemiát talált. Kétségtelen az, hogy a szivizominsufficienciánál a szivizom táplálásában valamelyes zavar következik be. Ezen zavar nemcsak az elégtelen cukorodajutásból származik, hanem amint azt Hasenfeld előadásában hangsúlyozni szokta, a chemiai milieunek eddig még nem teljesen ismert megváltozása az ami a szivizomat munkáját csökkenti és gyakran hirtelen halálhoz vezet. A szőlőcukorral szoros kapcsolatban állnak a phosphorvegyületek, ezeknek megkevesbedése, a tejsavnak felhalmozódása, a szivben keringő vérnek savanyu irányban való eltolódása magyarázza bizonyára a szivizominsufficiencia beállását.

Ismeretes az a tény, amit Pollák és Fröhlich kísérletei igazoltak, hogy a pancreas hormonjának, az insulinnak a hiánya fokozott glycogen lebontással jár a májban, ellenkezőleg insulinnak jelenléte a májsejtek glycogenfelhalmozó képességét növelik. Az insulin ezen hatása — amint a további kísérletek kétségtelenül igazolták — nemcsak a májsejtekre, hanem az egész szervezetre, különösképen az izomatra is kiterjed. Az insulinnak glycogenfelhalmozó képesség növelő hatását akarván kihasználni. Loeper és Lemaire szívbetegnél adta az insulin, egyidejű cukor adagolással. A cukornak a beadása a Büdingen-féle intravenás therapiától eltérőleg per os történt, és pedig 50—80 gr cukornak megfelelő syrup alakjában és ezzel kb. egy időben 5—10 E. insulin subcutan. Eredményeinket a különböző decompensatiós tünetek visszafejlődése mellett különösen az arythmiák javulásában látják, továbbá, hogy az így adott syrup és insulin a cardiacum hatását lényegesen növelik.

Ezen vizsgálatok alapján adtuk mi is a szívbetegéinknek (30 esetben) a syrupot, pontosan figyelemmel kísérve mindazon változásokat, amelyeket az létrehoz. Betegeinknek minden esetben 50 gr cukor és 100 gr vízből készített syrupot adtunk éhgyomorra, a bevétel után 10 percre adtunk 5. E. insulin. Egy cura 14 napig tartott. Előzőleg a beteg 6—7 napig nyugalomban volt minden therapia nélkül. Minden esetben a cura kezdetén meghatároztuk a vércukrot\*) és figyelemmel kísértük ennek a változásait is. A syrup adagolása előtt a betegek vércukor tartalma 0.07 és 0.08 gr % között volt, amit a rendszerrel valamivel alacsonyabbnak vehetünk. A syrup insulin cura alatt éhgyomorra vett vérben minden esetben a vércukor 0.03—0.04 gr %-al emelkedett és ezt a magasságát napi egyszeri adagolással az egész cura alatt megtartotta. A cura befejezése után pedig 3—4 nappal a vércukor kezdeti értékére süllyedt vissza. A diuresis a cura alatt ugyancsak mérsékelt javulást mutatott. Ilyen insulinadagolás mellett hypoglycaeniás tüneteket sohasem láttunk. A cura alatt a betegek subjective kivétel nélkül jobban érezték magukat, légzésük könnyebbé vált, dyspnoejük mozgáskor sem jelentkezett olyan könnyen, illetőleg oly súlyos formában, mint azelőtt. Az angina pectorisban szenvedő betegek rohamai ritkábban jelentkeztek.

Elsősorban a pulszszám-csökkenését észleltük, amely gyakran jelentékeny volt. A 120-as pulsz 2—3 nap alatt 80-ra esett le, s ezt a pulszszámot a cura egész tartama alatt meg is tartotta. A pulszszám ezen csökkenése a szív erőteljesebb működését magyarázza. A pulsz teltebb, erőteljesebbé vált. Az arythmiás pulszoknak a rythmusában azonban a francia szerzőkkel ellentétben ezen bradycardiától eltekintve javulást nem észleltünk. Ezen a téren az Ekg. is a status idem fennállását bizonyítja. A cyanoticus betegek cyanosisa enyhült. A decompensatio minden

\*) A vércukor meghatározását Jensen-Hagedorn-féle eljárással végeztük.

tünete javulást mutatott. Vérnyomásban változást nem észleltünk.

Betegeinkről 4—5 naponként electrocardiographiás felvételeket készítettünk s itt igen kifejezett és következetesen visszatérő elváltozásokat találtunk. A változások a fokozódó bradycardia kívül főleg a complexumok nagyságában mutatkoztak. A mai általánosan elfogadott felfogás szerint a kamra-complexumok nagysága és a szív-működés erőssége közt nincs közvetlen kapcsolat. Azonban tekintetbe veendő, hogy a szív-működés erősségének mérésére klinikailag alkalmazható, megbízható eljárásunk nincsen. A vérnyomás nagymértékben függ a periphéria, különösen a kisarteriák viselkedésétől. Ugyanezt kell mondani a pulusról. Viszont az electrocardiogramra nagy hatása van a szív elhelyezkedésének és számos egyenként változó tényezőnek, ami a különböző egyénekről készített Ekg. felvételek amplitudójának összehasonlítását igen megnehezíti.

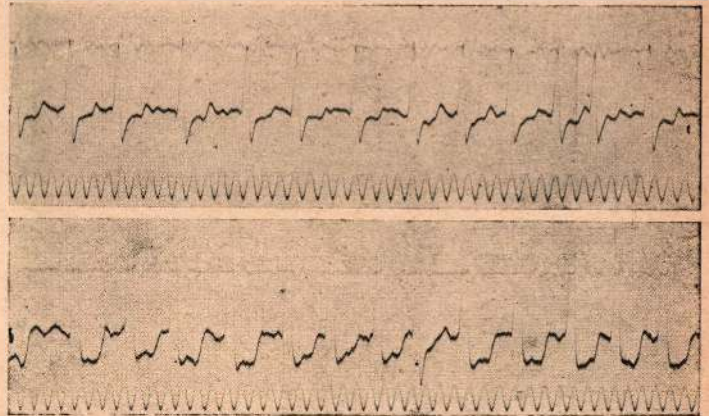
Vannak azonban észlelések, amelyek bizonyos határok között még ezt az összehasonlítást is lehetnek mutatják. Zondek vizsgálatai szerint a myxoedémások kamra-complexumai igen alacsonyak, thyreoida hormon adagolására nőnek. Lévi szerint a terminalis blokk (5 mm kisebb complexumok) gyakran jár együtt hypotoniával, s egy esetet sem látott, ahol hypertonia lett volna jelen.

Több adatot találunk ugyanazon egyénnél végzett vizsgálatokra. Jacvel, Papapanayotou és M. Winternitz szerint digitális kezelésre a kilengések amplitudója nő, Laubry és Deglaud vizsgálatai azt mutatják, hogy a kifáradt izomzat kisebb kilengéseket hoz létre. Ugyanezt bizonyítják haldoklóban felvett Ekg-k is. Chinidin hatására ugyancsak csökkennek a complexumok. Hajnal, Wittgenstein és Mendel az insulin hatását vizsgálták és azt találták, hogy a T. kilengés negatívvá válhat. A negativitás cukor adagolására ismét eltűnhet, ugylátszik, hogy insulin vércukor süllyesztő és cukorrögztő hatása csökkenti a T. positivitását. Saját idevonatkozó kísérleteink nemcsak ezt erősítik meg, hanem a kamaracomplexum csökkenését is mutatják. Hasenfeld balatonfüredi előadásán hangsúlyozta, hogy szívbajosoknál az insulin adásnál óvatosan kell eljárni, hogy a hypoglycaemiát elkerüljük. Mi az 5 egység insulin mellett oly nagy mennyiségű szénhidrátot adagoltunk, hogy az insulinnak a szívizomzatra gyakorolt kedvezőtlen hatása nem érvényesülhet.

Közlünk néhány characteristicus sorozatot.

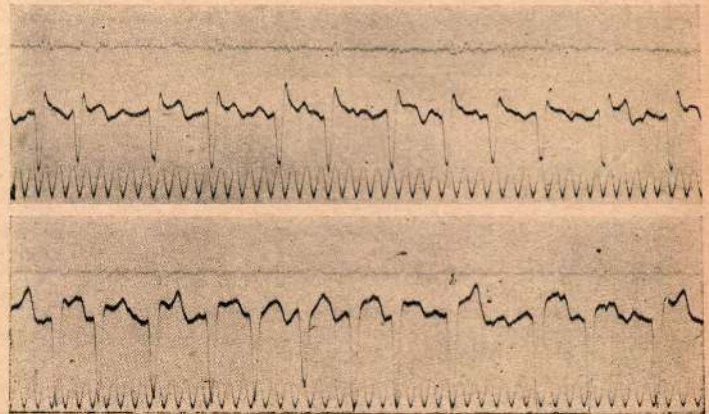
J. F. 53 éves, myocarditis. A kezelés alatt a pulzusban lényeges változás nincsen, a vérnyomás is változatlan. Az Ekg. azt mutatja, hogy a His köteg jobb szára blokkirozva van. (Széles complexum alap, bal szív tulsuly. Az átvezetési idő lényegesen meghosszabodott.) Az R kilengés már az első syrup után, főleg az első levezetésben (itt 4 mm, a II. levezetésben 2 mm-el) nő. Az S. növekedése főleg a II. III. levezetésben észlelhető. Ezt a viselkedést jellemzőnek találtuk olyan esetekben, ahol a balszív fél tulsulya tapasztalható. A növekedés főleg az I. levezetés R. csipkéjét és a II., de különösen a III. levezetés S. csipkéjét érinti (százalékosan is). A T. rendszeren a III. levezetésben nő leginkább. A 13.

syrup után a növekedést még kifejezettebbnek találjuk. A 14. syrup után a beteg Padutin-Tophosanil és Padutin-injectiókat kapott. 21 nappal a syrupkezelés elhagyása után az Ekg képe ismét az előző felvételhez hasonló, sőt a kamra-complexum amplitudója még kisebb.



1. ábra.

B. Gy. A kura előtt és végén felvett Ekg. (I. levezetés, R csipke nő erősen.)



2. ábra.

B. Gy. A kura előtt és végén felvett Ekg. (III. levezetés, S csipke nő erősen.)

B. J. 47 éves myodeg. cordis. Felvételei ugyanazt a képet mutatják. A pihenés maga lényeges növekedést nem hoz létre. Hasonló eset B. Gy.-nél, kinek Ekg.-ját közöljük.

J. A. 44 éves, Sten. et insuff. bicusp. Az Ekg. itt nem mutatja egyik szívfél tulsulyát sem, jobb -s bal szívfél egyensúlyban van. A syrupkezelés folyamán azonban azt látjuk, hogy az R., különösen a II. és III. levezetés folyamán, nő erősen (ugy absolute, mint százalékban kifejezve). Ez a viselkedés jellemző azon esetekre, ahol a jobb szívfél van tulsulyban, de jellemző minden olyan esetre, ahol a stenosis, vagy fibrillatio van jelen. A szívizomzatnak azon része kezd erő-

1. táblázat.

	I. levezetés					II. levezetés					III. levezetés					P: 90. Vérvny <sup>100/100</sup>
	*R	S	T	Ka	Átvi	R	S	T	Ka	Átvi	R	S	T	Ka	Átvi	
3 nappal syrup adagolás előtt	14	8	2	0'15	0'25	6	12	4	0'18	0'26	13	25	4	0'18	0'26	P: 84
1 nappal syrup után	18	9	2'5	0'20	0'25	8	16	6	0'20	0'25	10	27	6	0'20	0'27	P: 84
13-ik syrup után	23	8	4	0'20	0'25	6	14	5	0'20	0'25	15	40	4	0'20	0'27	P: 84
9 nappal a syrup elhagyása után	22	10	2	0'20	0'25	8	15	6	0'20	0'25	16	41	5	0'20	0'27	P: 84
21 nappal a syrup elhagyása után	13	6	2	0'20	0'25	1	10	4	0'20	0'25	1	21	3	0'20	0'27	P: 84

J. F. Myocarditis chr.

\*R, S, T csipkéek milliméterekben; Ka = Kamaracomplexum alapja és Átvi = Átvezetési idő (P—Q) Másodperceken mérve,

2. táblázat.

	I. levezetés					II. levezetés					III. levezetés						
	*R	S	T	Ka	Átvi	R	S	T	Ka	Átvi	K	S	T	Ka	Átvi		
5 nappal syrup előtt	10	6	2	0'15	0'10	3	4	+1-1	0'15	0'10	2	11	-2	0'15	0'10	P: 54. Vérvny <sup>140/90</sup>	
1 " " " "	12	6	2	0'15	0'10	3	5	+1-1	0'15	0'10	2	13	-2+1	0'15	0'10		P: 54
11-ik syrup napon	19	9	+5-2	0'15	0'10	3	5	+2-2	0'15	0'10	3	20	-4+2	0'15	0'10		P: 54

B. J. Myodeg. cordis. Sclerosis coron.

3. táblázat.

	I. levezetés					II. levezetés					III. levezetés						
	R	S	T	Ka	Átvi	R	S	T	Ka	Átvi	R	S	T	Kv	Átvi		
2-ik syrup után	11	4	+3-2	0.10	fibrillatio	17	6	+2-2	0.10		7	3	-	0.10		P: 96. Vérvny 130/95 P: 78.	
16-ik " " "	11	4	+2	"		28	8	+2	"		11	3	+2	"			
5 napon át syrupot nem kapott																	
Szünet után az 5-ik syrup-napon	16	4	+4	"		30	6	5	"		17	3	jelezve	"		P: 96.	
14 napi syrup után 1 nappal	12	0.5	+2	"		24	4	-4+2	"		13	2	-2+2	"		P: 78.	

J. A.-ng Stenosis et insuff. bicuspidalis. Myodeg cordis.

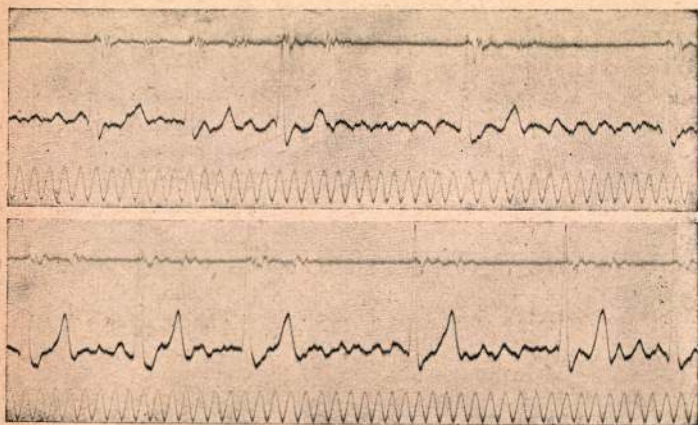
sebben dolgozni, amelynek jobban kell munkáját fokoznia, vagy talán némelyik kevésbé képes támogatás nélkül ezt a nagyobb munkát elvégezni. Általában azt látjuk, hogy ha valamelyik szívfél túlsúlyban van, akkor ez a túlsúly a syrup-therápia hatása alatt fokozódik, ha pedig nem volt egyik fél sem túlsúlyban, pitvarfibrillatio, vagy stenosis bicuspidalis esetén az R. amplitudója a II. és III., az S. az I. levezetésben

nő jobban, vagyis a jobb kamra erősödik jobban. Itt is látjuk hogy a syrup elhagyása után a két kiinduláskor felvett Ekg.-hoz kezd ismét közeledni. 100 pulszszám a syrup hatása alatt 78-ra csökken. (Más orvosságot nem kapott.) Az ötnapos szünet alatt a pulzus 108-ra emelkedett, újabb 14 syrup után a pulzus ismét 78-ra szállott le. Általában fokozódó pulszszám mellett a kilengések nagysága csökken, de a complexu-

4. táblázat.

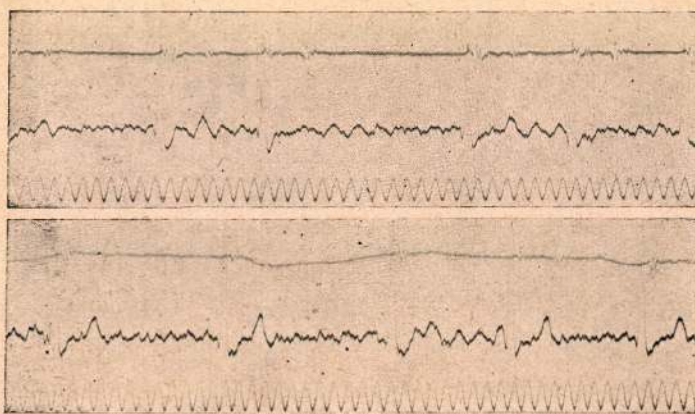
	I. levezetés					II. levezetés					III. levezetés					
	*R	S	T	Ka	Átvi	R	S	T	Ka	Átvi	R	S	T	Ka	Átvi	
2 nappal syrup előtt	25	5	3	0'14	fibrillatio	23'5	6	5	0'14		24	6	2	0'14		P: 86. Vérvny 150/70 P: 78 P: 78
1 nappal syrup után	44	8	4	0'14		38	7'5	9	"		35	5'5	5	"		
1 " " " "	4	5	6	"		38	3	14	"		39	3	7	"		
1 nappal a syrup elhagyása után	2'5	5	3'5	"		25	4	9	"		26'5	5	5	"		P: 72
8 nappal a syrup elhagyása után	2	7	3	"		23	7	6	"		24	6	3	"		P: 102

Sch. I. Stenosis et insuff. Dicuspidalis. Myodeg. cordis.



3. ábra.

Sch. I. A kura előtt és végén felvett Ekg. (II. levezetés, R csipke nő erősen.)



4. ábra.

Sch. I. A kura előtt és végén felvett Ekg. (III. levezetés, R csipke nő erősen.)

5. táblázat.

Az Ekg. bal szívfél túlsúlyt mutatott (30%-ban) .....  
Az Ekg jobb szívfél túlsúlyt mutatott (30%-ban) vagy túlsúly nem volt (40%-ban) .....

I. elv.: R 9-15  $\frac{m}{m}$  átlag 11  $\frac{m}{m}$ ; S: 1-5  $\frac{m}{m}$  átlag 1'7  $\frac{m}{m}$   
II. " R 5+1'5 " " 0'5 " S: 0-14 " " 6'4 "  
III: " R 0-2 " " 1 " S: 3-15 " " 8'5 "  
I. elv.: R 1-7  $\frac{m}{m}$  átlag 3'7  $\frac{m}{m}$ ; S: 1-9  $\frac{m}{m}$  átlag 1'6  $\frac{m}{m}$   
II. " R 5-15 " " 9 " S: -2-10 " " 1'3 "  
III. " R 4-12 " " 7'5 " S: -2-8 " " 1'4 "

mok növekedése a syruptherapia mellett ugyanazon, sőt fokozott pulusszám mellett is bekövetkezik.

Sch. I. 41 éves, insuff. bicusp. myodeg. cordis. A hétnapi pihenő után két nappal az első syrup előtt felvett Ekg. jobb-kamra tulsulyt és pitvarfibrillatiót mutat. Az R. típusos módon a II. és III. levezetésben nő erősebben (főleg abszolút értelemben), az S. főleg az első levezetésben. A T. viselkedése különböző. A sryupadagolás elhagyása után az Ekg. képe, csaknem teljesen az elsőnek felel meg. A pulsus 78-ról 102-re saporodik, de a syrup elhagyása utáni napon 72 pulsus mellett is csökken a kilengés nagysága.

Mint ezekből a példákól is láthatjuk, a kilengések növekedése már az első napon megindul és a további napokon fokozódik. A csökkenés is megkezdődik a terapia beszüntetése napján s 5—6 nap mulva tér vissza a kiindulási értékekhez. Itt azonban sok tényező játszik szerepet, pl. a tachycardia fellépése esetén a visszaesés gyors lesz és a complexumok amplitudója a kiindulási értékek alá szállnak. Gyógyszerek, így digitalis, strophantin növelhetik a complexumokat. A növekedés értékét 5. táblázatunk mutatja, a therapia elején és végén mérve.

3 esetben (10%-ban) lényeges változást nem találtunk, csökkenést a therapia tartama alatt sehohsem tapasztaltunk. A T. kilengés viselkedése nem volt egyöntetű. Több esetben a bifasisos, vagy negatív T. pozitívá lett.

Bár tekintetbe kell vennünk, hogy amit az Ekg. mutat, az csak az izomzat ingerületének a jele s hogy amit a készülék regisztrál, az a különböző helyek ingerületének matematikai összege, azonban a kamra-complexumnak nagyobbodása cukor- és egyéb (pl. digitalis) terapiára oly törvényszerűen lép fel és annyira összeesik a klinikai tünetek javulásával, hogy a complexumok nagyobbodását a szív fokozott munkája jelének kell tartanunk. A szívizomzat fokozott működésével az actioáram is erősödik. Az Ekg. tehát a cardiacumok megítélésében az eddiginél nagyobb szerepre hivatott. Kísérleteinket ilyen irányban folytatjuk.

Vizsgálataink bizonyítják, hogy a cukoradagolás a fáradt, vagy gyöngé szívizomzatot jó értelemben befolyásolja s így a szívizombántalmaknál indokolt. A peroralis adagolás nagy előnye az intravenás felett egyrészt a nagyobb bejutatható cukormennyiség, másrészt az intravenás injectiók elkészítése tekintetében, ami chronicus betegségeknel épen nem közömbös.

**Fontosabb irodalom:** *Büdingen:* Zentralbl. f. Herz und Gefässkrankh. 1918. 10. sz. — Zentralbl. f. Herz und Gefässkrankh. 1925. 17. sz. — *Bürger u. Braun:* Klin. Woch. 1924. 11. sz. — *Eppinger u. Knaffl:* Zeitschr. f. experim. Pathol. 1908. 5. sz. — *Müller:* Zeitschr. f. Physiologie 1903. — *Loeper és Lemaire:* Presse Med. 1930. 81. sz. — *Zondek:* Münch. Med. Woch. 1918. 1180. o. — 1919. 681. o. — *Hasenfeld:* Balatonfüreden tartott előadás 1927. — *Haynal:* Klin. Woch. 1925. — *Heitz et Bordet:* C. R. Soc. de Biol. — *Kauf:* Zentralbl. f. Herz und Gefässkrankh. 1922. 14. sz. — *R. Lewy:* Arch. de mal. du coeur 1921. — *Clerk et Boscret:* Revue de Mel. 1924. 12. sz. — *Wittgenstein és Mendel:* Klin. Woch. 1924. 1119 o. — *Jacoel et Papaparajoton:* Arch. des Mal. du coeur 1927. 24. o. — *Laubri, Walcer et Deglaude:* Bul. Soc. Med. des Hop. de Paris 1926. 10. szám. — C. R. Soc. de Biol. 1926. — *M. Winternitz:* Med. Klinik. 1931. 21. sz.

## Recidiváló terhességi perniciosaszerű anaemia eset.

Irta: *Lakócsik Károly dr.*

*Gusserow* 1871-ben egy különleges anaemia perniciosát írt le, amely a terhességgel, illetve a gyermekágyal kapcsolatban lép fel. Ennek a megbetegedésnek a graviditással való összefüggése bebizonyítottan tekinthető. Nem szabad azonban összetévesztenünk vele (*Naegeli* és *Esch* figyelmeztetnek rá) a Biermer-féle perniciosások

graviditását. Secundaer voltának kiemelése végett az *Esch* által ajánlott „perniciosaartige Graviditätsanaemie“ elnevezés alatt fogom tárgyalni.

Pathogenesise, a primaer, idiopathicus perniciosához hasonlóan, az utóbbi évek therapiás sikerei után is, még homályos. Annyira a gestatio betegsége, hogy *Esch*, valamint *Brindeau* könyve után *Wéry* szerint is, gyógyulásának conditio sine qua non-ja a terhesség megszűnt. Legsúlyosabbá különösképen mégis a gyermekágyban lesz. A halálozások is ilyenkor következnek be leginkább. Mortalitását *Gusserow* és *Caruso* 100%-osnak találták, újabb szerzők: *Atzerodt*, *Maisel*, *Heim*, *Lennér*, *Björkenheld* adatai már jóval kedvezőbbek (50%), viszont *d'Aubertin* még 1924-ben is 87—90% mortalitásról írt.

Ha a betegség gyógyulással végződik, az teljes és recidivantes. Teljes gyógyulást, ismételt terhesség alatti újabb megbetegedés nélkül is, többen írtak le, így *Esch*, *Naegeli* és *Beyer*—*Gurowitsch*, *Valois* és *Carrera*.

Újabb terhesség alatt kétségen kívül recidiváló esetet *Esch*, *Hilgenberg* és *Atzerodt* szerint nem ismer az irodalom. *Esch* ugyanis minden ilyen recidivának mutatkozó esetet igen nagy scepsissel fogad és minden kellő módon végig nem észlelt casusról lehetségesnek tartja azt, hogy nem is terhességi perniciosaszerű anaemia volt, hanem valódi perniciososa, amelynek csak exacerbatioi esnek össze a terhességgel, miathogy az minden anyai organismussal szemben fokozott igényeket támaszt. Azt azonban elképzelhetőnek tartja, hogy egy eredeti terhességi perniciosaszerű anaemia alakul át valódi perniciosává, amint azt a bothriocephalus latus okozta anaemiáról *Schauman* leírta.

*Reist Vermelin* és *Vigneul* halálosan végződött esetét recidivának tekinti. *Schittenhelm* „Enzyklopedie der klinischen Medizin“ második kötetében, a 136 oldalon *Schauman* és *Saltzman* két szerző: *Lequeux* és *Pontano* közleményeire hivatkozik, akik oly értelmű megfigyelésekről számolnak be, hogy betegek ismételt terhesség alatt ismételt betegeket meg terhességi perniciosaszerű anaemiában. *Oettingen* is közöl egy esetet, amelynek anamneszticus adatai alapján arra következtet, hogy betege előző terhessége alatt is szenvedett terhességi perniciosaszerű anaemiában. *Hilgenberg* szerint azonban ez az eset valódi perniciososa is lehetett.

A recidiva lehetőségét mégis közelfekvőnek kell tartanunk, annak okát pedig, hogy gyakrabban nem közölnék ilyen eseteket *Schauman* és *Saltzman* szerint abban keresnünk, hogy az első megbetegedés nem oly súlyos lefolyású, hogy orvoshoz kerüljön s csak a második vagy harmadik terhesség alatt kiújuló betegség tünetei súlyosak annyira, hogy a terhességi perniciosaszerű anaemia felismerhetővé válik.

Az én most leírandó esetem ezt az utóbbi feltevést fogja igazolni.

1929. június elsején egy 25 éves, igen szegény földmives napszamosasszony jelentkezett ambulantiámon. Anamnesisében előadta, hogy kilencedik hónapos terhességnek érzi magát, előző terhességeivel beteg nem volt, most pedig hetek óta pöffedtek a lábai és az arca. Szédül és fejfájása van. Melle szorul, különösen járás közben. 1922. januárjában szült először, 1924. év márciusában másodszer, 1922. évi születe után néhány hónap múlva spontán abortusa volt. Mindig egy éves korig szoptatta gyermekeit. Menstruatioja 16 éves kora óta havonként egy hétig szokott tartani. Két éves korában tanult meg járni. Kiállott betegségekre nem emlékszik. Vérszegény nem volt. Orra nem vérzett, hangja rekedt nem volt.

Magassága 151 cm. Súlya 52 kg. Gyenge, rosszul táplált. Nyelve rózsaszín, közepén némi fehér lepedék, nem szokott fájni, nem ég, nem viszket. Tonsillái nem tulten-

gettek. Strumája nincs. Mellkasa symmetricus, nem paralyticus. Légzése járás és munka közben megnehezített, szapora. Szívcsúcsán fuvó sytolés zöreje. Szív megnagyobbodva nincs. Pulsusa 98. Vérnyomás 96 Hgmm. Tüdeje ép. Májja, lépe megnagyobbodva nincs. Alszáraín, arcán oedemák. Combjain erős varicositas. Bőre piszkos halványárga. Mammái lógók, jól pigmentáltak. Uterusa három ujjal a bordái alatt. Minimalis fehér folyása van.

Vizeletében: fehérje, cukor, gezy negativ, urobilinogen positiv. Bélsár consistens, benne peték ki nem mutathatók.

Fehérvérsejtszám: 2100, vörösvértestszám: 2,950.000. Haemoglobin (corrigált Sahli): 56%, festékindeks: 0.95.

A qualitativ fehérvérképlet:

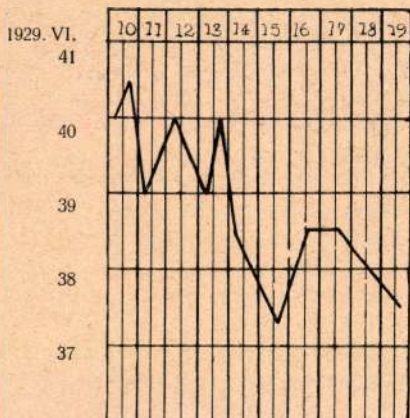
B E M F P S L M Vastagcsepp.]  
o o 1 1 1 48 46 3 Pol.: +++ + +

anisocytosis, poikilocytosis kislekű, kifejezett megalocyták, száz fehérvérsejtre egy megaloblast és egy gygancocyta.

A június nyolcadiki második vizsgálatnál 3250 fehérvérsejtet, 1,420.000 vörösvértestet, 28% haemoglobint találtam. A festékindeks: 0.98. A qualitativ fehérvérkép:

B E M F P S L M Vastagcsepp. Mglbl. Mglcyt.  
o o o o 4 68 27 1 Pol. +++ + +

A beteg erőbeli állapota is kifejezetten romlott. Mielőtt azonban a beteg sorsát illetőleg bárminemű elhatározásra jutottam volna (interruptio, vagy terhesség végének bevárása) az asszony június 9-én egy jól fejlett élő



1. táblázat.

gyermeket szült. A gyermekágy aznap láztalan volt. Másnap délelőtt hőemelkedés lépett fel, s a láz délután 40.5 C volt. Ez a magas láz aztán napokig tartott, lefolyását a mellékelt 1. sz. táblázat szemlélteti. A beteget ezalatt csillapíthatatlan hányás gyötörte, híg, lészerű hasmenései voltak, kínzó tenesmussal. Pulsusa igen szapora volt és alig tapintható, arca halálsápadt, leromlása óráról-órára látható. A legsúlyosabb intoxicatio tüneteit mutatta.

Mint hogy az állandó hányás és hasmenés miatt se per os, se per rectum semmi gyógyszert beadni nem tudtam neki, azért Pantopon és cardiacumok beadása mellett subcutan kapott naponta kétszer 5 ccm 10%-os vizes Perhepar Richter oldatot, amit, a forgalomban levő porból magam készítettem.

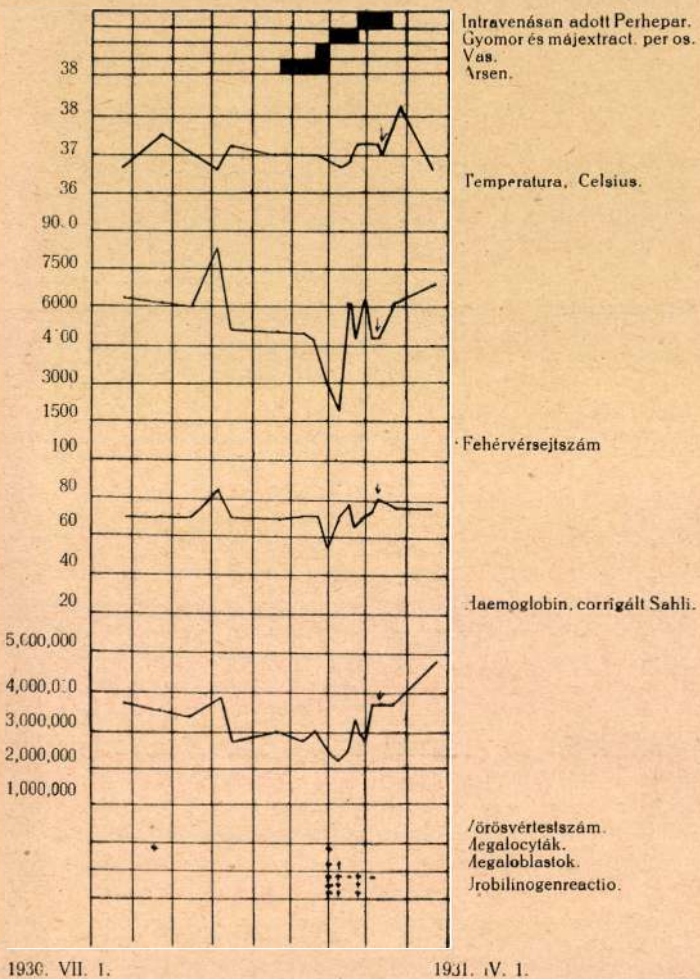
Erre a beteg, akinek prognosisa absolut rossz volt, néhány nap alatt megjavult. A súlyos intoxicatiós tünetek elmúltak, hányása és hasmenése megszűnt, per os is kezelhető lett. Ekkor, a partus utáni hatodik napon készült vérszámállítás a következő eredménnyel adta: 4100

fehérvérsejtet, 808.000 vörösvértestet, 20% haemoglobin mellett. A festékindeks: 1.2 volt. A haemogramm:

B E M F P S L M Vastagcsepp. Mglbl. Mglcyt.  
o o 5 5 2 47 36 5 Pol.: +++ + +

A vizeletben fehérje, cukor és gezy nem volt kimutatható, az urobilinogen reactio positiv volt.

A beteg állapota ettől az időtől kezdve rohamosan javult és egy hónap multán, július 29-én megejtett vizsgálata a következő eredménnyel járt: fehérvérsejtszám:



1930. VII. 1. 1931. IV. 1.

a szülés napja †-al jelölve.

2. táblázat.

6175, vörösvértestszám: 4,222.000, haemoglobin: 76%, festékindeks: 0.9. Haemogrammja:

B E M F P S L M Vastagcsepp. Mglbl. Mglcyt.  
0 6 0 0 0 47 39 7 Pol.: + 1/2 - -

Teljesen jól érezte magát, munkaképes volt.

A további megfigyelése végett havonként való jelentkezésre szólítom fel. Az asszony azonban, minthogy teljesen jól érezte magát, csak egy év multán, 1930. július 24-én jelent meg, amikor azzal jött, hogy havibaja most már másodszor maradt el és a szokottnál gyengébbnek érzi magát. Azt hiszi, másállapotban van.

Uterus három ujjal a symphysis felett. Vére pro cmm. 6100 fehérvérsejtet, 3,532.000 vörösvértestet és 70% haemoglobint tartalmaz. A festékindeks 0.98. A differential fehérvérkép:

B E M F P S L M Vastagcsepp. Mglbl. Mglcyt.  
0 3 0 0 4 66 22 5 Pol.: + - -

A vizeletben semmi kóros alkatrészt.

Ezek után dacára annak, hogy a csökkent vörösvértestszámot és haemoglobin értéket, már pathologicus tünetnek fogtam fel, mégis a graviditas megtartását és az asszony állandó megfigyelését határoztam el. A megbetegedésre vonatkozó irodalmat ugyanis úgy értelmeztem, hogy az nem indicalja a művi elvetélést. Feltételeztem azt, hogy a művi elvetelés után is felléphet a betegnek a szülés után látott rosszabbodása, annál is inkább, mert a terhesség korai felében is fordultak elő megbetegedések.

Erre a második terhességre vonatkozó megfigyeléseimet összevonva, táblázatba foglalva fogom közölni.

A graviditas első és második hónapjától, illetve az ezt megelőző majdnem egyévi időszokról positiv adatom nincs. Itt csak a beteg anamnesisére vagyok utalva, amely szerint mindig jól érezte magát, dologképes volt. Előző graviditásból származott gyermeke öt hónapos korban, bélhurutban halt meg, havibaja a nála szokásos módon egy hétig tartott és mindig bőséges volt.

Az 1930. július 24-iki vizsgálati eredményt már pathologicusnak tekintettem s hogy tényleg az volt, bizonyítja a következő havi vizsgálat, amelynél subfebrilis állapot mellett valódi megalocytát is találtam, a festékindex nőtt s a következő havi vizsgálatnál pedig már egynél nagyobb lett.

Ezek szerint a recidíva már a terhesség egész korai idejében megindult. Tünetei: a beteg fokozódó erőtlensége és munkaképességének csökkenése. Az állandó subfebrilitas (csak a szülés után vált tartósan láztalanná). Alszároedemák, amelyek a hatodik és hetedik hónapban már igen kifejezettek voltak; az arc puffedtsége a hetedik hónap végén jelentkezett. A nyolcadik hónapban a beteg hangja teljesen elveszett és halk suttogássá vált, nyelve megduzzadt, sima felszínű lett; állandó köhögési inger gyötört.

Gyomortünetei, illetve gyomor panaszai betegsége alatt nem voltak. Étvágya mindig kifogástalan maradt.

A hatodik hónapban végzett gyomornedvizsgálat, Boas-Ewald próbareggeli után, gyengén emésztett 100 gr. bennéből a következő értékeket adta: szabad sósav: 20, összaciditás: 50.

Széklet végig consistens, csokoládébarna obstipatio hajlammal.

A vizelet lakmus papírral vizsgálva amphoter reactiót mutatott, benne geny, cukor, fehérje soha kimutatható nem volt. A rendszeresen végzett urobilinogen próbák Ehrlich aldehid reagensével, hosszú időn keresztül, csak órákig tartó állás után, vagy felforralva adtak piros elszíneződést. Ez az elszíneződés intenzitásában meglehetősen változatos volt. A harmadik, negyedik és ötödik terhességi hónapban melegítésre a vizelet világos piros reactiót adott, a hatodik hónapban (X. 20), amikor a myeloid systemában izgalmi tünetek után, kimerülés jelei mutatkoztak, főzésre is változatlanul sárga maradt a vizelet. Hidegen és prompt piros elszíneződést csak a nyolcadik hónap végén és a kilencedik hónap elején kaptam, a kezelés bevezetése után csökkenő intenzitással, de a kezelés közben mutatózó vörösvértestszám ideiglenes csökkenésének megfelelő intenzívebbé válással.

Colorimeter hijján quantitativ serumbilirubinmeghatározást H. van den Bergh szerint nem végeztem. A kisejtés végett eszközölt oxybilirubinmeghatározások E. Herzfeld szerint, január 8-án 12.5 mg% bilirubint mutatnak ki, egyébként 6.25 mg%-ot.

A betegség súlyosbodásával a szív működés mindig fokozottabb lett. A pulusszám 80—114-ig változott. A vérnyomás mindig alacsony, 90—98 Hgmm volt. A szív-tompulat kezdetben normális, a nyolcadik hónap végén felfelé, balfelé és lefelé egy ujjal megnagyobbodott volt, a csúcson fúvó systoles zöreje lett hallhatóvá.

A fehérvérsejtek, vörösvértestek, valamint a haemoglobinértékek változását a táblázat mutatja. Az egész betegséget igen jól szemléltető graficon kifejezeten mu-

A vizsgálat napja	Hőmérséklet, Celsius	A vörösvérsejtek száma	Haemoglobin %	Festékindex	A fehérvérsejtek száma	Basofil sejtek	Eosinofil sejtek	Neutrofilok				Lymphocyták	Monocyták	Vastag csepp
								Myelocyták	Fiatal	Pálcika magvú	Segmentált magvú			
VIII. 23.	37,5	3,480,000	70	1,00	6060	0	8	0	1	1	60	26	4	Pol.: +++
IX. 13.	37,0	3,308,000	70	1,05	6000	0	1	0	0	1	69	25	4	" +++
X. 3.	36,6	3,888,000	84	1,07	8100	0	1	0	0	1	67	19	12	" +++
X. 20.	37,2	2,736,060	70	1,22	5130	0	1	1	1	2	73	20	3	" +++
XI. 24.	37,0	3,060,000	70	1,12	5020	0	1	0	0	8	74	22	5	" +++
XII. 9.	37,0	2,768,000	72	1,23	5100	0	2	0	0	2	66	26	4	" +++
XII. 22.	37,0	3,048,000	72	1,17	4750	0	3	0	0	7	68	15	7	" +++
XII. 31.	36,7	2,554,000	56	1,11	3500	0	2	1	1	5	68	20	3	" +++
I. 8.	36,6	2,256,000	71	1,57	2125	0	1	0	0	4	66	21	8	" +++
I. 16.	36,8	2,496,000	78	1,56	6150	0	3	0	0	3	77	15	2	" ++++
I. 22.	37,1	3,252,000	66	1,01	5050	(1)	2	0	0	2	69	25	2	" ++++
I. 27.	37,1	2,964,000	70	1,18	5500	0	2	0	1	2	73	20	2	" ++++
I. 30.	37,1	2,682,000	72	1,34	6225	0	1	0	0	5	64	27	3	" +++
II. 5.	37,1	3,672,000	75	1,02	5275	0	2	0	0	7	62	25	4	" +++
II. 9.*	37,0	3,740,000	80	1,06	5300	0	0	0	0	0	86	9	5	" +
II. 23.	38,2	3,686,000	78	1,05	6525	0	2	0	0	0	55	3	2	" +
III. 19.	36,4	4,820,000	75	0,80	6800	0	5	0	0	1	49	44	1	" +
IV. 30.	36,2	3,664,000	75	1,02	7000	0	3	0	0	0	46	48	3	" +
V. 31.	37,0	3,700,000	67	0,90	6700	0	4	0	0	0	57	33	5	" +1/2

\* A szülés napja.

tatja, hogy a betegség az egész myeloid rendszert in toto támadta meg. Az egész systemában egyóttetűen, párhuzamosan jelentkezett úgy a rosszabbodás, mint a javulás is.

A haemoglobin értékek állandóan magasak voltak és a festékindeknak 0.97-ről 1.57-re való emelkedését okozták.

A betegség mindezen tünetei 1930. dec. 31-re, a terhesség nyolcadik hónapjának végére, amlyira súlyosbodtak, hogy a beteg további expectativ kezelését be kellett szüntetnem. A már korábban bevezetett vas-arsen medicatiót nem tekintettem olyan behatásnak, amely a betegség lefolyását lényegesen megváltoztathatta volna.

December 31-től kezdve gyomorextractumot kapott. A haemoglobin értékek javulását már két nap mulva tapasztaltam és az a továbbiakban is majdnem folytonos maradt. Január 21-én májkivonatra tértem át. A betegség javulása ekkor már megállott, majd visszaesés következett be. Erre és méginkább a közelgő szülésre való tekintettel, a betegnek gyorsabb javulását elérendő, 23-án subcutan, 24-én intramuscularisan, 25-től kezdve pedig intravenásan adtam a betegnek naponta 5 ccm 20%-os vizes Perhepar Richter oldatot.

A beteg javulása újra megidült s annak menetét szépen mutatja a grafikon. A beteg subjectiv javulását a gyomorkészítmények 3—4 napi szedése után jelentkezett eufória vezette be. Rekedtsége egy héten belül elmúlt, az oedemák kezdtek eltűnni, munkadyspnoeja is hamarosan megszűnt. Feltűnő volt azonban, hogy a beteg vére, amelyben közvetlenül a kezelés előtt is találtam látóterenként 1—2 reticulocytát, ugyanezt a látóterenkénti 1—2 reticulocytát mutatta még a kezelés harmadik hetében is. Később sajnos nem tudtam supravital festést csinálni. Nem mutatkozott a betegnél a Biermer-féle anaemiások kezelésének első napjaiban jelentkezni szokott élénk rózsaszín arcpiír sem. A beteg halványsága lassan tünt el.

A beteg állapotának igen nagyfokú javulása közben február 9-én bekövetkezett szülés lefolyása zavartalan volt. A megszületett magzat egy 52 cm. hosszú, 3500 gr. súlyú leány lett, akinek fejlődése a mai napig normális.

A szülés után várt rosszabbodás a rendszeresen alkalmazott májextractummal való kezelés alatt nem mutatkozott. A gyermekágy első hat napja láztalan volt. A hetedik naptól kezdve a beteg sem injectio formájában, sem per os májextractumot többé nem kapott és a láz már aznap jelentkezett. A hőemelkedések kisebb subfebrilis temperaturák képében két hétig tartottak, a legnagyobb észlelt hőemelkedés 38.2 C volt. A beteg sem a subfebrilitás, sem a nála jelentkezett és egyszer még említendő bradycardia következtében lényegesen nem romlott le, a harmadik hét végével véglegesen elhagyta az ágyat.

Haematologiai szempontból nézve, állapota javulónak mondható. Mindenek szerint a teljes gyógyulás útján van.

Az intravenásan alkalmazott Perhepar oldat hatását a betegre, még a következőkben commentálhatom: az injectio beadását másodpercek mulva kis arhythmia követte, ami egy-két percen belül feltűnő bradycardiába ment át. Az egyébként igen szapora pulsus átlagosan harminc pulsatióval csökkent percenként. A bradycardia rendszeren egy negyed usque félóráig tartott. Ha az injectio beadása gyorsan történt, a beteg szédülésről, fejfűgásról panaszkodott. Az utolsó injectio beadása után egy negyed óra mulva a betegnél erős vesetáji fájdalom és alszár görcs jelentkezett, valamint a szokásos bradycardia is és ez ettől kezdve több mint két hétig fennállott, anélkül, hogy a betegnél észrevehető kellemetlenséget okozott volna. Megjegyzendőnek tartom, hogy soha nem jelentkezett a betegnél vérnyomáscsökkenés, amit a *Tangl*-nál idézett

*Burnett* után vártam volna. A beteg összesen 17 intravenás injectiót kapott, ebből hatot a szülés után.

#### Összefoglalás:

A terhességi perniciosaszerű anaemia, amennyiben a graviditások igen hamar követik egymást, recidiválhat.

A recidiva a terhesség igen korai idejében megindul. A vér elváltozása már a harmadik hónapban kimutatható. A betegség nyilvánvalóan toxicosis. A toxinhatás a csontvelőre irányul.

A recidiva kezelése is sikerrel kecsegtethet, bár a csekély számban jelentkezett reticulocyták a csontvelő kiürülésére mutattak.

A betegség gyomorpraeparatumokkal is kezelhető. Legjobb eredményt az intravenásan alkalmazott Perhepar Richter 20%-os oldata adta.

Az intravenás kezelés kísérő tünete: a mindenek szent a vagus útján létrejövő bradycardia.

A kezelés anyára és magzatra nézve ártalmatlan.

Megfontolás tárgyává teendő, hogy a betegség, ha annak gyógykezelése lehetséges, indicalja-e a művi elvelést.

**Irodalom:** *Gusserow:* Arch. f. Gynec. 1871. köt. — *Esch:* Zeitschft. f. Geb. u. Gynec. LXXIX. köt. 1. o. — *Zbl. f. Gynec.* 1921. 10 — *Zbl. f. Gynec.* 1926. 14. Arch. f. Gynec. 129. köt. — *Naegeli:* Blutkrankheiten. 1923. — *Caruso:* Saml. klin. Vortrg. 378. sz. — *Atzerödt:* Monatschft. f. Geb. u. Gyn. 1928. 1—2. — *Maisel:* Zbl. f. Gynec. 1930. 38. — *Heim:* Zbl. f. Gynec. 1930. 17. — *Lennér:* Acta Obst. Scand. 10. 2. — *Björkenheld:* Acta Obst. Scand. 1930. 8. — *D'Aubertin:* Presse Méd. 1313. old. 1924. — *Beyer—Gurowitsch:* Inaug. Dissert. Zürich, 1912. — *Vallois—Carrera:* Bull. d. la. soc. d'obstetr. et d. gyn. d. Paris. 1923. 8. — *ibid.* 1925. 5. — *Vermelin—Vigneul:* *ibid.* 1921. 5. *ibid.* 1923. 4. — *Hilgenberg:* Zbl. f. Gynec. 1925. 42. — *Reist:* *ibid.* 1926. 23. — *Schauman:* Die Bothriocephalusanaemie. Berlin, 1894. — *Offergeld:* Monatschft. f. Geb. u. Gyn. 1926. 5. — *Abderhalden:* Hb. d. biol. Arbeitsm. T. 6. 2 H. H. 1. — *Tangl:* Magy. Orv. Arch. XXII. — *Oettingen:* Zbl. f. Gynec. 1924. 28. — *Schittenhelm:* Encyclop. d. klin. Med. II. 136. old. — *Wéry:* Bruxelles Med. X. 8.

A Kir. Magy. Pázmány Péter Tud.-Egyetem bőr-, nemikórtani klinikájának (igazgató: Nékám Lajos ny. r. tanár) közleménye.

## Máj és lép együttes besugárzásának szerepe pyogen elváltozások gyógykezelésében.\*

Irta: vitéz Kémeri Dezső

A dermatológiában a röntgensugár therapiás értéke az utóbbi tiz esztendőben meglehetősen tisztázottnak látszott. A fejlődést, a jobb therapiás eredményeket, az indicatiós területek kiterjesztését a legtöbbben csak a technika további haladásában látták.

*Brock* psoriasisnál thymus besugárzással elért biztató eredményei kétségtelenné tették azt, hogy egyes szervek, vagy szervrendszerek besugárzása által (u. n. indirect besugárzással) némely betegséget bizonyos fokig lehet befolyásolni

Máj és lép egyidejű besugárzását bizonyos makacs folyamatoknál *Thedering*<sup>1</sup> ajánlotta 1928-ban a szervezet regenerálóképességeinek fokozása céljából. Egészen kis, majdnem homeopatha u. n. „Reiz“ dozisokat ad (1-3% HED) a máj- és léptájra, régen fennálló lupusnál, psoriasisnál és eczémánál. *Hrabovszky*<sup>2</sup> májbesugárzást alkal-

\*) A Magyar Dermatologiai Társulat III. nagygyűlésén 1931 június 5—6-án tartott előadás.





# Genalkaloidák

előnye,  
sajátsága  
és jelentősége  
a toxicitas-csökkenés.

SCOPOLAMIN helyett

## GENOSCOPOLAMIN:

Parkinson-kór.  
Post-encephalitikus syndromák.  
Paralysis agitans.  
Sebészi anaesthesia.

ESERIN helyett

## GENESERIN:

Hypacid dyspepsia.  
Solaris syndromák.  
Tachycardia.

ATROPIN helyett

## GENATROPIN:

Hyperacid dyspepsia.  
Has- és gyomorfájás.  
Sympathicus-zavarok.

MORPHIN helyett

## GENOMORPHIN:

Heves fájdalmak.  
Dyspnoe.  
Álmatlanság.

250-szer kisebb toxicitas és az eddig aggályos mellékhatások kizárása.

*Mintát és irodalmat kívánatra díjtalanul küldünk.*

Gyógyszeralakok: granulák, cseppek, ampullák.

Magyarországi központ: PANACEA GYÓGYSZERVEGYÉSZETI R.T. Budapest, VI, Fügylő-utca 16.

# Mistol

az orr- és gégetherápia legújabb sikere

A Mistol camphor, eucalyptus és menthol különleges eljárással készült oldata folyékony paraffinban. Azonnali biztos enyhülést szerez az izgalomban levő nyákhártyáknak.

Irodalom és kísérleti anyag: PANACEA R.T. Budapest, VI, Fügylő-u. 16.



# Nujol

AZ ÖSSZES VASELINOLAJAK PROTOTYPUSA



# Magnesium- Perhydrol

**savlekötő  
erjedést gátló  
enyhén hashajtó**

kimondottan előnyös általános hatású, különösen autointoxikációs jelenségeknél, angina pectoris dyspeptica és aggkori arteriosclerosis eseteiben.

**E. MERCK \* DARMSTADT**

Magyarországi vezérképviselő: WIRTH KÁROLY,  
Budapest V, Sas-utca 29. Telefon: Aut. 179—17.

Porlakban 15% 25, 50, 100, 250 g  
Porlakban 25% 25, 50, 100, 250 g  
Tabletták 20, 50 és 100 darab

## METALIX-FÉM röntgenlámpák röntgengépek

BARTA ÉS SZÉKELY R.-T., MÚZEUM-KÖRUT 37. Telefon: Aut. 840—97

Erősebben baktericid, nem hamisítható, gyártásban ellenőrzött, nem mérges, bőrnek **LYSOFORM** műszernek nem árt s ezért ideális antisepticum, az új szabadalom szerint készül. Szab. szám 93189.

## *Binatürin* a bélműködés természetes szabályozója.

Felvilágosítással, irodalommal mintával készségesen szolgál:  
**MEDICHEMIA** gyógyszerkészítmények gyára r. t. Budapest, X., Hölgy-uca 14.

A dr. PÁPAY-féle oltóintézet és szérumtermelő rt.  
magyar oltóanyagai  
mindenben pótolják a külföldieket.

Opsodermin, staphylococcus vaccina

Opsogon, gonococcus vaccina

Neurolysin, neuritisek kezelésére,

Pertussis vaccina, prophylaktikus és therápiás célra

Typhus vaccina, prophylaktikus célra és lázkeltésre

**HIMLŐNYIROK**



**Kipróbált szer,  
ártalmatlan a  
gyomorra és  
szívre.**

**Logal-  
tabletták**

0,28 g. Acid. acet  
sal., 0,013 g. Chin.  
citr., 0,04 g. Li. citr.

**Antineuralgicum  
Antipyreticum  
Antirheumaticum  
Analgeticum**

Mintával és német szakirodalommal szolgál:

**Dr. Filó János** gyógyszertára  
Budapest, VIII., Mátyás-tér 3.

# AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

## Generációs psychosisok.

A generációs psychosisok elnevezése alatt azokat az elmezavarokat értjük, amelyek a terhesség, illetőleg szülés, a gyermekágy és a szoptatás időszakában mutatkoznak. Ilyenformán különbséget teszünk graviditási, puerperális és lactációs psychosisok között. Általános szokás szerint gyermekágyi elmezavarnak hívjuk azt, amely a szülés után 5—6 hétre következik be. Egyesek a generációs psychosisok mindegyike felsorolt alakját a gyermekágyi elmezavar elnevezés alatt foglalják egybe.

*Specifikus generációs elmezavar nincs*, mert ezek mindegyike a generációs folyamatoktól függetlenül is felléphet, sőt nincs olyan generációs elmezavar (talán az eklampsiás psychosis kivéve), amelyet alkalomadtán a férfiaknál se észlelhetnénk. Mégis kétségtelen, hogy a terhesség, gyermekágy és szoptatás az egész szervezetre hat, megváltoztatják az anyagcserét, a vérkeringést stb., aminek és egyéb accidentalis körülmények (fertőzések, vérvyesztés, kimerülés stb.) behatásának, mint *kiváltó okoknak* a talaján, különösen megfelelő dispositio mellett könnyen léphetnek fel deliriumok, borongó tudatállapotok stb., tehát az úgynevezett exogen reactió típusnak a tünetei, vagy pedig a különböző endogen elmebántalmak egyes fajai váltódhatnak ki. Sőt már maga a menstruatio is, kivált terheltknél ideges tüneteken kívül múltó hypochondriás, féltékenységi, bűnösségi eszméket idézhet elő és a nők öngyilkosságának elég nagy százaléka a havi vérzés idejére esik. Számos elmebaj és elme-kórtani tünet a menstruatio alatt súlyosbodik, vagy újból fellép.

A generációs psychosisok meglehetősen ritkák. Régebben különösen a gyermekágyi elmezavarok gyakoribbak voltak, az asepsis javulásával azonban gyorsan megfogyatkoztak. A szegedi ideg- és elmeklinikán az utóbbi 10 év leforgása alatt 2698 ideg- és elmebeteg közül csak 25, tehát 0.9% került generációs psychosis felvételre. Általában leggyakoribbak a gyermekágyi psychosisok, utánuk következnek a terhességi és ezután a szoptatási elmezavarok. Természetes, hogy mint véletlen körülmény alkalomadtán mindenféle elmezavar csatlakozhatik a terhességhez és a gyermekágyhoz. A következőkben, csak a gyakoribb és gyakorlatilag fontosabb psychosisokat ismertetjük.

A *terhesség* alatt elmezavarok leginkább annak második felében mutatkoznak, míg enyhébb ideges zavarok már a terhesség első felében is felléphetnek, különösen psychopathiás, hysteriás terhelttség alapján (vasomotoros zavarok, szédülés, hangulat hullámzások, a suggestiv jól befolyásolható hányás, kleptomaniás hajlamok stb.). Leggyakoribb faja a terhességi psychosisoknak a schizophrénia, különösen annak katatonias alakja; de kiváltó oka lehet a mania-depressívás elmezavar valamely phasisának is. A differentialis diagnosiban gondoljunk a reactiv depressio lehetőségére is, amely rendszeren akkor mutatkozik, ha a socialis körülményeknél fogva több gyermek már nem kívánatos, vagy ha a korábbi szülések súlyos lefolyásúak voltak. Ezért legtöbbször másodszor vagy többször szülőknél szoktuk észlelni. A nagyfokú levert hangulat, önvádások, öngyilkossági gondolatok és kísérletek a melancholiával teljesen egyezhetnek, csak hogy itt az egész állapot nem túlnyomóan endogen okból támadhat, mert megokolt módon a terhesség képzete idézi elő. A terhesség alatt szokott fellépni a *chorea gravidarum* is.

Mindenekelőtt ki kell rekeszteniünk a hysteriás choreiformis rángásokat és a chorea minort; csak a megmaradt esetek tekinthetők terhességi choreának, amely valószínűleg toxikus alapon támad. A terhességi choreáknak csak egy részénél lép fel elmezavar, amely nagyfokú nyugtalanságban, izgatottságban, érzéksaladásokban stb. nyilvánul meg. Az esetek több mint kétharmada halálos. Itt említjük meg az *eklampsiás psychosist* is. A terhesség első hónapjában igen ritka, legtöbbször a terhesség utolsó hónapjaiban és a szülés alatt lép fel, sokkal ritkábban a gyermekágyban. Számos, az általános mérgezésekre jellemző tünet után typusos eklampsiás rohamok lépnek fel, amelyek tonico-clonikus görcsökből állanak és az egész test izomzatára kiterjednek. A tudat rendszeren erős zavart. Általában az epilepsziás rohamhoz hasonló görcsös állapot egy-két percig tarthat, rendszeren súlyos cyanosis lép fel és a vérnyomás emelkedik. Az elmezavar, vagy közvetlenül a roham után lép fel, vagy csak hosszabb idő múltán. Átlag az összes eklampsiás esetek 4—8%-ában szokott elmezavar mutatkozni. Rendszeren gyorsan fellépő tájékozatlanság támad, nagyfokú motoros nyugtalansággal és látási, hallási, szaglási és tapintási érzéksaladásokkal együtt. A tudat erősen borult, a hangulat aggodalmas, levert. Stereotipias, katatonias, psychomotoros zavarok tarkíthatják a kór-képet. Rendszeren retrograd amnesia áll fenn. Az idegtünetek közül a vakság és a hemianopsiás zavarok említendők.

A *szülés* ritkán vezet psychosishoz; sőt ájulások s fájdalmak következtében sem gyakoriak. Természetes, hogy psychopathiánál a szülés alatt izgalmi állapotok és dühkitörések léphetnek fel, az orvossal, a gyermekkel, vagy a férjjel szemben.

A *gyermekágyi elmezavart* leginkább első szülőknél látjuk. A legtöbb infectiós eredetű és mint ilyen, főképen delirium alakjában nyilvánul meg. Ahol ez kizárható, vagy a mania depressiva valamelyik szakaszáról van szó, vagy leggyakrabban schizophréniáról.

A *szoptatási psychosisokban* az esetek túlnyomó többségében multiparák betegednek meg. Leggyakrabban 2—5 hónapokban szoktak mutatkozni. Schizophrénias, amentias, mania-depressívás stb. állapotokat látunk itt is.

A generációs psychosisok kezelése ugyanaz, mint más elmezavar esetében. Ha a beteg nyugtalansága, ön- és közveszélyessége nagyobbfokú és hosszabb ideig tart, a zárt intézetben való elhelyezés válik szükségessé. Fontos mindenekelőtt a prophylaxia, psychopathás terhelt egyének házasságát már fajegészségi szempontból is ellenezzük. A terhesség megszakítása, csak egy esetben indokolt, az eklampsiás psychosis esetében és esetleg alkalomadtán a reactiv depressiónál is megfontolás tárgyát teheti.

Stief Sándor dr., egyet. magántanár (Szeged).

## Az idei influenza-járvány könnyebb esetei.\*

Az ezidei január-március havi könnyebb, ú. n. szövődmény nélküli influenza esetek tünetei között is a jellemző hát, derék- és végtagfájdalmak majdnem mindig szerepeltek. A többi ismert tünet közül ezidén feltűnő

\*) A Közkórházi Orvos-Társulat 1932 március 30-iki influenzavitéjében tartott hozzászólás kapcsán.

nagyszámban lépett fel a rekedtség (*Safranek* is említette) és a mellcsont mögötti ú. n. légcsőfájdalom, utóbbi többnyire megelőzte az ismert általános hurutos tünetek megjelenését. Sokszor láttuk továbbá, az elülső garatívek (arcus palatoglossus) az influenzára jellemző két sarló alakú piros sávot, mely az uvula két oldalán indul ki.

Gyakran kezdődött az idej influenza erős, szűrő mellkasi fájdalommal, melyek helyén már az első napokon egészen finom, pleuralis dörzszörej volt hallható. Utóbbi kedvező esetekben (ezalkalommal csak könnyű esetekről van szó) rövid 1—2 nap alatt visszafejlődött, kiterjedt mellhártyalob, vagy következményes izzadmány képződése nélkül.

Az idej könnyű influenza-esetek lázgörbéjére jellemző volt, hogy a 38° körüli láz a megbetegedés negyedik napján rendszeren alacsonyabb az ötödik napon némileg emelkedett, majd lysissel szűnt meg. A lázgörbe ilyen viselkedésének ismerete a gyakorlatban azért fontos, hogy a beteg a negyedik napon ágyát még ne hagyja el, különben később, láza emelkedése közben nagy a szövődmények fellépésének eshetősége.

Az idej könnyű influenza-esetek főleg az ú. n. catarrhális alakok voltak. Ritkábban láttunk intestinális és neuralgiás alakot. Vasomotor-bénulással járó eseteket — melyek különösen az 1918—1919-iki járványban voltak gyakoriak — ezidén nem láttam. Az influenza utáni keringési zavarok közül azonban több esetben láttunk néhány napig tartó extrasystolés arrhythmia-t. Erről *Hasenfeld* is említést tett.

Az influenza lezajlása után nagyon jellemző a betegek nagyfokú elesettsége, fáradtsága és gyengesége. Munkaképtelenségük még napokig eltarthat a legkényesebb influenza kiállása után is. Nagyon jellemző továbbá az influenza utáni lábadozási időben fennálló maradandó, vagy újból és újból megjelenő subfebrilitás. Utóbbi rendszeren úgy a — magát nagyon megfigyelő — betegnek, de orvosának is sok gondot okozhat. Könnyen felmerülhet ugyanis valamely gümös góc activálódásának gyanúja.

Erre vonatkozólag azonban tudnunk kell azt, hogy az influenza úgy a légcsőben, mint a hörgőkben is olyan pathol. elváltozásokkal jár, melyek esetleg heteken át tartó köhögést és subfebrilitást okozhatnak. Ez a két jelenség azonban a tüdők egyik, vagy másik gümös góciának activálódását még nem jelenti, csak akkor, ha az említett köhögésen és subfebrilitáson kívül egyéb biztosan gümös tüneteket (vérköpés, friss disseminatio, szörtyözörej, positiv köpet stb.) is észlelünk. Megemlítjük még azt is, hogy az activálódás az influenza lezajlása után csak 4—6 hét múlva következik be. A közbeeső időszakban pedig csak makacs étvágytalanság és nem múló bágyadság áll fenn. Erre a körülményre a magam gyakorlatából is több példát hozhatnék fel.

Az idej influenza utóbajai megbeszélésére e helyen nem akarok részletesebben kitérni, csak annyit említek meg, hogy az ezidei járvány alkalmával is nagyjából ugyanazok a szövődményes utóbajok szerepeltek, melyeket már az 1918—1920. évi járványok alkalmával is láttunk. (Genyes mellhártyaizzadmány, tüdőtályog, középfülgyulladás, orr-melléküreg-gyulladás, agyhártyagyulladás stb.)

Az influenza elkülönítő kórisméje szempontjából egyéb, relativ leukopeniával járó megbetegedése (typhus) kívül a *miliaris tuberculosis* pulmonalis alakjára is kell gondolnunk. Influenzában elhaltak boncolásakor ugyanis többször találtak friss miliaris tuberculosist is. Így *Borst* 133 influenzás boncolate között 11 tüdő, 7 mirigy, 2 agyhártyatuberculosis mellett 2 miliaris tubercu-

losis is szerepel. Osztályunkon is észleltünk egy 48 éves férfibeteget, akit influenzás tüdőgyulladásra gyanus, emelkedő láza és előrement fej- és végtagfájásra vonatkozó panaszai miatt vettük fel és akinél a tüdők felett dobos színezetű kopogtatási hang mellett több helyen finom crepitatiót hallottunk. Kórházi tartózkodása 10-ik, megbetegedése 20-ik napján betegünk continua láz és növekedő dyspnoe és cyanosis tünetei közben meghalt. Boncolási lelete friss, igen apró miliaris eruptio volt tüdőkben, lépben és vesékben. *Matthes* említi, hogy a miliaris tuberculosisra szerinte jellegzetes relativ lymphopeniás — leukopeniás vérképet influenzás betegeknél is látta. Az influenza diff. diagnózisában tehát miliaris tuberculosisra is gondoljunk.

Végül még néhány megjegyzésünk könnyű influenza betegeink gyógyítására vonatkozóan: Először is még ezekben a könnyű esetekben is rendeljünk el mindig néhány napi szigorú ágynyugalmat, főleg a szövődmények elkerülése végett. Gyógyszerül az ismert salicylkészítmények közül a sokaknak gyomorpanaszokat okozó aspirin (acid. acetylosalicyl.) helyett inkább a vízben oldódó *kalmopyrint* és *hydropyrint* rendeljük, fennálló erősebb hurutos tünetek mellett utóbbiakat *ipeacuanha infus.*-ban oldva. Erős fejfájással járó esetekben a *pyramidon* (amidopyrin), mellesont mögötti fájdalom ellen a *dionin* (aethylmorphin) válik jól be. A nagyon dicsért és hirdetett, de drága *arcanol* (atophan és acetylosalicyl kombinatio) helyett nem kevésbé jó eredménnyel rendelhető a magyar hasonló összetételű, de jóval olcsóbb *acitophosan*.

Az újabb salicylkészítmények közül betegeimnél különösen az *alin* (Chinoin) vált jól be. Az *alin* aluminium acetylosalicylicum, mely vízben nem oldódik, iztelen. A gyomrot nem izgatja, mert a gyomorsav csak nyomokban választ le belőle salicylsavat. De oldódik az *alin* alkaliás közegben, ezért a bélből szívódik fel. Felszívódása azonban az acid. acetylosalicylicummal szemben — *Fritz* és *Barlay* (O. H. 1932. évf. 323. l.) kísérletei szerint — lassabban megy végbe és kiürülése is sokkal elnyújtottabb. Ebből folyólag az *alin* salicyl hatása lassúbb, de tartósabb, mint az aspiriné. Az *alinnal* elért jó eredményekről *Kalocsay* is beszámolt. (O. H. 1932. évf. 193. l.) Az acidum acetylosalicylicum egy másik, de hasonló összetételű és hatású magyar készítménye az *alcacyl* (Wander), mely alucol, calcium és salicyl kombinatio, ugyancsak jó eredménnyel alkalmazható.

*Kern Tibor dr.* egyet. magántanár.

## Spina ventosa.\*

A spina ventosa a csecsemőkorból legtöbbször tbc-os eredetű, de lehet, főképp fiatalabbkorú csecsemőknél luetikus is. Külső tüneteiben hasonlít a luetikus phalangitis az ujjperc kezdeti szakban lévő gümőkóros megbetegedéséhez. Differentiális diagnostikus szempontból szem előtt tartandó: a luetikus phalangitis kedvező helye a kéz első ujjperce, igen gyakran több ujjperc vesz részt a megbetegedésben, de ez csak a csontokra terjed és az azt borító lágyrészek épek maradnak. Jellemző tünete a luetikus phalangitisnek, hogy a betegség subacut módon folyik le, spontán restitutióra hajlamos, az ujjperc ízületei épek maradnak és gennyedés vagy sipolyképződés nem fordul elő. Kórelőzmény, vérvizsgálat fontos adatokat nyújthatnak.

A gümőkóros spina ventosa leggyakrabban a kéz ujjpercein, ritkábban a láb ujjpercein s a kéz- és láb-középcsontokon jelentkezik. A folyamat legtöbbször a

\* Egyben válasz H. I. dr. kérdésére.

csontvelő gümös fertőzéséből indul ki, jóval ritkábban a csonthártya fertőzéséből. Előbbi esetben a csontvelőben szívós, vaskos, elsajtosodásra kevésbé hajlamos sarjszövet fejlődik, mely a velőüreg felől lassan pusztítja a csontállományt, de egyúttal izgató hatást fejtve ki a csonthártyára, ez új csontszövet képzést indít meg, mit a gümös sarjszövet elérve, ismét elpusztít. Ezen csontpusztítás és új csontképzés következménye, hogy az ujjperc erősen megvastagodottnak, mintegy felfúvottnak látszik s az ujjperc csonttrétege sokszor oly vékony, hogy ujjal is benyomható. További lefolyásában a gümös góc áttörve a lágyrészeket, sipolyt képez, mely a sarjakkal telt velőüregbe vezet.

A csontvelő gümös fertőzéséből kiinduló megbetegedés másik alakjánál a csontvelőben a gümös góc körül puhább, sajtos, szétesésre hajlamos sarjszövet fejlődik, itt a gyulladás gyorsan halad tovább, közben kisebb-nagyobb sequesterek képződnek a csontban. Ezen alaknál igen rövid idő alatt áttérjed a betegség a lágyrészekre, a környező izületekre, hamar képződnek sipolyok, melyeken át a sequesterek rövidebb-hosszabb idő alatt kiürülnek, ami után spontán gyógyulás is állhat be, az ujjperc azonban deformált lesz és növekedésében visszamarad.

A csonthártya gümös elsődleges fertőzéséből kiinduló spina ventosánál a csonthártya egész területében lobos lesz és megvastagodik s az alatta képződő sarjszövet felemeli a csonthártyát a csonttól, minek következménye az ujjperc csontjának elhalása. Ezen alaknál a csonthártya elpusztulva, nem képes csontregenerációra s az elhalt csont eltávolítása után a periost és csont helyett csak hegyszövet marad vissza, mely a periferiás ujjvégnek nem adhat támasztékot s így az ujj, mint egy használhatatlan, alkalmatlan és felesleges függelék szerepel, melyet legcélszerűbb eltávolítani.

A myelogen és periostalis eredetű spina ventosa röntgenképe igen jól felismerhető különbséget mutat.

Megfelelő kezelés nélkül a spina ventosa lefolyása hosszú hónapokig, sőt évekig is eltarthat. Amíg az elváltozások nem nagyon előrehaladtak, a konzervatív eljárásokkal igen jó eredményt érhetünk el. Ezek közt szerepel elsősorban a szervezet ellentálló képességének és védekező erejének fokozása megfelelő higiénikus és terapeutikus eljárások segítségével. Erőteljes táplálás (csukamájolaj), roboráló eljárások, balneoterapiás kezelés, jódsós, sós, vagy kén-tartalmú hőforrások használata komoly és hatalmas fegyvert nyújt e betegség leküzdéséhez. (Bakay.) A konzervatív kezelés fegyvertárában szerepelnek még a rögzítő sinek, különösen oly esetekben, hol a betegség az izületekre is ráterjedt, a napkúra, kvarz-lámpa kezelés és Röntgen besugárzás.

Ha a betegség folyamata a konzervatív kezelésre nem áll meg, úgy a sebészi, radikálisabb eljárásokhoz kell fordulni, de természetesen ez esetekben is igénybe kell vennünk a sokszor jól bevált konzervatív kezelési módokat. Sokszor nagyot lendíthetünk a beteg állapotán kisebb beavatkozásokkal is, így renyhe sarjakkal kitöltött, vegyes fertőzéses sipolyok kitisztításával, vagy egy-egy sequester eltávolításával.

Igen jó eredményeket értem el a legradikálisabb műtéttel, a beteg csont subperiostális eltávolításával, ami után a periost-zsák falait gondosan megtisztítva, Calot folyadékkal kiöblítve, néhány varrattal közelítve, egyesítettem. Ha a periost életképes, miről könnyű meggyőződni, úgy a restitutio ad integrum néhány hét alatt teljesen helyreállhat. Természetesen ezen műtétre elsősorban azon esetek alkalmasak, melyek nem sipolyosak, tehát nem vegyes fertőzéssel kerülnek a műtétre.

Koós Aurél dr., egyet. magántanár.

## A nőgyógyászati proteintherapia jelen állása.

A nőgyógyászati megbetegedések egyik igen fontos csoportjánál — a fertőzések, gyulladásos megbetegedések gyógykezelésénél igen nagy és mélyreható kísérletezések tárgyát képezte a proteintherapia, vagy másképpen ingerlő gyógymód — Reiztherapie — bevezetése, illetőleg alkalmazása. Az egyes gyárak különböző elgondolások alapján rengeteg készítményt hoztak forgalomba, — mindezekkel történt és történik gyógykezelés, ami egyszerűsége bizonyítéka annak is, hogy abszolút jó, mindenben megbízható gyógyszerrel még ma sem rendelkezünk. Az ingerlő gyógymód célja tudvalevőleg az, hogy a szervezet betegesen elváltozott reactioleajlásában az életteni egyensúlyt helyreállítsa, a szervezet védekező-erejét fokozza és ezáltal közvetve befolyásolja, illetőleg felszívódásra bírja a gyulladásos elváltozásokat. E célt elérendő, mint mondtuk, különböző gyógyszer-csoportok hatóanyagait igyekeztek parenteralisan bevinni, keresve a maximális, illetőleg optimális reactiót, mely hivatva lett volna a gyulladásos termékeket eltüntetni. A főbb csoportok, melyeknek ingerlőanyagait a nőgyógyászatban kiterjedtebben használják, a következők: 1. *Terpentin-csoport*: Ol. Therebinthinae depuratum 2%-os oldata; Terpichin; Novoterpen; Olobinthin 2. *Fehérje-tej-csoport*: Sterilizált tej; Aolan; Albusok; Caseosan; Yatreca-Casein; Novoprotin, Aktoprotin. 3. *Fehérjésziranyagok keveréke*: Omnadin. Ha az igen nagy irodalmat áttekintve az eredményeket saját, a II. sz. női klinikán e gyógymóddal elért eredményeinkkel egybevetjük, úgy sajnálatlaltal kell megállapítanunk, hogy a proteintherapia, vagy más néven nem specifikus ingerlő gyógymód nem képviseli a nőgyógyászati gyulladásos megbetegedéseknél azt az optimális eredménnyel kecsegtető, legalább az esetek nagyobb felében gyors és teljes gyógyulást hozó gyógyító eljárást, melyet régebben vártak. Még a klinikai gondos kezeléssel sem sikerült ugyanis az eddigi therapiás eredményeket, melyeket egyszerűbb eszközökkel, fektetés, palliatív kezelés, hőlég, tamponkezelés, diathermia stb. elértünk, lényegesebben javítani. Bár subacut eseteinknél az volt a benyomásunk, hogy az injectiós therapia úgy a közérzetre, mint az objektiv leletre jó befolyással volt és a lobtermékek talán valamivel gyorsabban szívódtak fel, mégis chronicus eseteinknél, hol leginkább lett volna valamelyes új, jobb gyógyító eljárásra szükség, a gyógyeredmények lényegesebb javulását nem láttuk.

Abban a reményben, hogy az orvosi gyógykezelés számára oly nehezen hozzáférhető gyulladásos függelék-megbetegedések gyógyításában újabb eredmények lesznek elérhetőek, néhány évvel ezelőtt a proteintherapiát a nőgyógyászatban kiterjedten alkalmazták, mivel ez a gyógymód a gyógyításnak az eddigitől eltérő új útját és lehetőségeit mutatta. Amióta azonban a legtöbb szerző a különböző egyetemi klinikákról, kórházakból és magán-gyakorlatból a mieinkhez hasonló eredményekről számolt be, a proteintherapiát a nőgyógyászatban már sokkal kevesebben és sokkal ritkábban használják és inkább a thermális gyógymódok léptek előtérbe. Az kétségtelen, hogy a nőgyógyászati gyulladásos megbetegedéseknél általában használatos hyperaemisáló eljárásokkal szemben *theoretikusan* az ingerlő gyógymód ideálisabb lehetőségeket nyújt, csak még a megfelelő anyagot és adagolási módot kell megtalálni, amelyik a szervezet bántalmazása nélkül a gyulladásos elváltozásokat gyorsan eltünteti és teljes restitutio ad integrumot biztosít.

Liebmann István dr., női klinikai tanársegéd.

## Tájékoztató a gyakorló orvosok kötele- ségeiről hatóságokkal szemben.

Irta: *Melly József dr.*, egyet. magántanár.

(Folytatás.)

### II. A gyakorló orvos kötelezettségei.

#### a) Első segély nyújtása.

Az egészségügyi törvény határozmányai szerint rögtöni balesetek, valamint gyanítható tetszhalál alkalmával a segélynyújtás mindenkinek, ki ehhez tettel vagy tanácsal járulni képes, kötelessége. (1876:XIV. t.-c. 39. §.) Ennek a rendelkezésnek megszegése az egészségügyi törvény 7. §-a alapján 600 pengőig terjedhető pénzbírsággal és nem fizetés esetén 60 napra terjedhető elzárással közigazgatási úton büntetendő. Az első segély nyújtása elsősorban a gyakorló orvosok kötelessége, miként azt az egészségügyi törvény másik rendelkezése kimondja, mert a gyakorló orvos oklevelének bemutatásától fogva mindaddig, míg gyakorlatának megszüntetését a hatóságnak be nem jelenti, a rögtöni veszélyben forgó betegeknek díjazás mellett első orvosi segínyt nyújtani köteles (1876:XIV. t.-c. 46. §.). Az orvos eme kötelességének megszegése kihágás, mely az 1879:XL. t.-c. 93. §-ába ütközik és pénzbüntetéssel büntetendő. Ha pedig az illető orvos az állam, a törvényhatóság vagy a község alkalmazottja, akkor cselekménye az 1879:XL. t.-c. 94. §-a értelmében még súlyosabban minősül.

A baleseteket, erőszakos eseteket a gyakorlóorvos tartozik az elsőfokú rendőrhatalóságnak, Budapesten a kerületi rendőrkapitányságnak haladéktalanul bejelenteni (1927:XXI. t.-c. 154. §.).

#### b) Eljárás a szülések körül.

A szüléseknél való sürgős orvosi segítség nyújtása az elsősegély nyújtásával azonos elbírálás alá esik (1879:XL. t.-c. 93. és 94. §.). A gyakorlóorvos *joga*, hogy szülésznők működését ellenőrizze (43.000/1929. N. M. M. r. 1. §.). Az orvos *kötelessége*, hogy olyan esetekben, ha a született gyermek törvényes atyja akadályozva van, a születés szabályszerű bejelentéséről gondoskodjék (1894:XXXIII. t.-c. 35. §.) A szülészeti rendtartás bevezetésével köteles az orvos a szülések és vetélések eseteiben közreműködését a bábanaplók külön rovatában tanúsítani (43.000/1929. N. M. M. r. 13. §.).

A vetélések és halvaszületések, miként a halálozások, az illetékes hatóságnak haladéktalanul jelentendők (31.025/1876. B. M., 3.500/1924., 43.000/1929. N. M. M. r. és 15.885/1887. polgm. r.).

#### c) Eljárás fertőzőbetegség esetében.

A fertőzőbetegségek elterjedése ellen való küzdelem az egészségügyi közigazgatás egyik jelentős munkafeladata, melynek sikeres végrehajtásában a gyakorlóorvos közreműködését az érvényes jogszabályok hatálya biztosítja.

##### 1. A fertőzőbetegség bejelentése.

Az 1876. évi XIV. t.-c. 80. §-a intézkedése szerint, mihelyt valahol ragályos kórok esetei mutatkoznak, ezeket az orvosok, lelkészek és tanítók, általában pedig mindazok kötelesek a hatóságnak bejelenteni, akik ily betegségek esetéről tudomással bírnak.

A fertőző betegek kötelező bejelentésének rendjét (Budapest székesfőváros kivételével) új és széles alapokra helyezte a 36.500/1930. N. M. M. sz. rendelet. A bejelentési kötelezettség a következő fertőző betegségekre vonatkozik:

1. ázsiai cholera (cholera asiatica), 2. pestis (dög-vész), 3. sárgaláz (febris flava), 4. lepra (bélpoklosság),

5. hólyagos himlő (variola, variolosis), 6. kiütéses hagymáz (typhus exanthematicus), 7. bárányhimlő (varicella), 8. kanyaró (morbilli), 9. vörheny (scarlatina), 10. roncsoló toroklob és torokgyík (diphtheria és croup), 11. hökhurut, számarköhögés (pertussis), 12. szövődményes influenza, 13. nyílt gümőkór (nyílt tüdő- és gége-, nyílt csont-, mirigy- és bőrtuberculosis), 14. hasi hagymáz (typhus abdominalis), 15. paratyphus és ételmérgezés, 16. vérhas (dysenteria), 17. visszatérő láz (febris recurrens), 18. váltóláz (malaria), 19. járványos agy- és gerincagyhártyalob (meningitis cerebrospinalis epidemica), 20. járványos agyvelőlob (encephalitis disseminata epidemica), 21. Heine-Medin-féle gyermekbénulás (poliomyelitis anterior acuta), 22. trachoma (szemcsés kötőhártyagyulladás), 23. emberi lépfene (anthrax), 24. emberi takonykór (malleus), 25. emberi veszettség (lyssa) és veszettségre gyanus állatok okozta marási sérülés.

A sebfertőzésből származó gyermekágyi láz, febris puerperalis (45.000/1929. N. M. M. r.) és dermedés, me-revgörcs, tetanus (44.800/1929. N. M. M. r.), továbbá a nem fertőző, de tömegesen fellépő betegségek közül a pellagra (24.932/1917. B. M. r.), a bányaféreg-betegség, anchylostomiasis (65.000/1899., 46.887/1902. B. M. r.) és a trichinosis, fonalóc kór ugyancsak bejelentendők a hatóságnak.

Az orvos, de bárki, kinek bejelentésre kötelezett megbetegedéssel vagy azokra gyanús megbetegedéssel tudomása van, köteles azt az elsőfokú közegészségügyi hatóságnak vagy közvetlenül, vagy a községi elöljáróság útján azonnal bejelenteni.

Minden orvos (hatósági-, magán-, pénztári- és katonarvos stb.), illetőleg minden kórház s egyéb egészségügyi intézmény igazgatója *köteles* a gyakorlatában, illetőleg a vezetése alatt álló intézetben előfordult vagy más módon hivatalosan tudomására jutott bejelentésre kötelezett fertőző betegről a piros színű „Orvosi bejelentőlap” című, bérmentetlenül postára adható kettős lapot két példányban kitölteni.

Ezek a bejelentő lapok az elsőfokú közegészségügyi hatóságoknál, a hatósági orvosok hivatalos helyiségeiben, a községi elöljáróságokon, valamint nyilvános gyógyszerárakban díjmentesen kaphatók.

A kitöltött lapok közül az egyiket 12 órán belül a m. kir. Országos Közegészségügyi Intézetnek (Budapest, IX., Gyáli-út 4. sz.) közvetlenül kell megküldeni. A kitöltött másik lapon a fertőző beteget ugyancsak 12 órán belül be kell jelenteni:

1. *Községekben:* a) ha a beteget nem a megbetegedés helye szerint törzskönyvvezetésre kötelezett községi-(kör-)orvos kezeli, az illetékes községi, illetőleg kör székhelyén lévő községi elöljárósághoz, b) ha a beteget a törzskönyvet vezető községi-(kör-)orvos kezeli, akkor a bejelentést az illetékes elsőfokú közegészségügyi hatósághoz (főszolgabíró) kell megtennie.

2. *Megyei és törvényhatósági jogú városokban:* a fertőző betegségek törzskönyvének vezetésére nem kötelezett orvos a megbetegedést a polgármesteri hivatalnak jelenti be, a megyei város ügyvezető orvosa pedig a másodfokú közegészségügyi hatóságnak (alispán), a törvényhatósági jogú város tisztii főorvosa azonban kizárólag csak a m. kir. Országos Közegészségügyi Intézetnek küld jelentést.

Az *idegen* helyről érkezett beteget nemcsak a megbetegedés, hanem a beteg lakóhelye szerint illetékes községi elöljáróságnak (főszolgabírónak, polgármesternek) is be kell jelenteni.

(Folytatjuk.)

mazott exsudatív diathesises gyermekek acut eczémájánál. *Hrabovszky* és *Thedering* is a szervezet áthangolásában, autoproteinhatásban keresi a befolyásolás lényegét.

A máj legfontosabb és legismertebb funkciót tekintve láthatjuk, hogy milyen nehéz fogalmat alkotunk arról, hogy milyen biológiai következménye lehet a szervezetben a röntgensugaras befolyásolásnak. A máj resorbeált szénhidrátokat glykogenné változtatja és a felesleget elraktározza. Szintetizálja huyanyt. A bélből felszívódó bizonyos mérges vegyületekből, mint amilyen a phenol és az indol, glycuronsavval nem mérgező kettős savakat párosít. Kiválasztja a vérből az epét, ezenkívül heterolog testeket, pl. fémeket, alkaloidokat, toxinokat. Nagy szerepe van a vér H<sup>+</sup> ion koncentrációjának egyensúlyozásában.

A lép<sup>3</sup> szerepe az utóbbi 30 évben kezd tisztázódni. Sok ismert, de ma még vitatott szerepe közül talán legkevésbé ellentmondanak az egyes vizsgálatok a lép immun biológiai tevékenységét illetően. A különböző vizsgálatok kétségtelenül bebizonyították, hogy a lépben egészen különlegesen nagyfokú antitest képződés van és hogy a lép ilyen szempontból minden más szervet felülmul. A lépnek a vérképződésre szabályozó szerepe van, a vérképző szervek tevékenységét siettetni és gátolni egyaránt tudja. Befolyással van az alapanyagcserére. Splenectomia után az alapanyagcsere lényegesen emelkedik. Basedowos betegek alapanyagcsereje lépetetés után csökken, vele egyidejűleg csökken a specifikus dinamias fehérjehatás. Megváltozik a vér cukortartalma is, tehát befolyással van az intermediaer anyagcserére. Szoros összefüggés van a lépfunctio és a serum közt. Májextractumok adagolása után megváltozik a vér vztartalma és a serum fehérjeértéke, megváltozik a Ca anyagcsereforgalom és gyomorbeli secretio. A lépnek szerepe van a trypsinogen trypsiné való activálásában s mint újabb bebizonyították, befolyásolja a gyomorsecretiót. A reticuloendothelialis rendszer két legnagyobb és legfontosabb szerve a máj és a lép, amely ugyszólván uralja a szervezet esophylaxiáját. Ezek figyelembevételével beláthatjuk, hogy a röntgensugár hatásának a lényegét megállapítani nem tudjuk s magyarázatára legfeljebb ideiglenesen vezető theoriát alkalmazhatunk. Kis dosisokkal Ardt-Schulz tétel értelmében valószínűleg a sejt tevékenységét fokozzuk.

A mindennapi bőrgyógyászatban a pyogenfolyamatok gyakoriak. A pyogenfolyamatok többnyire staphylococcus, vagy streptococcus eredetűek. Morphológiailag azonos törzsek a legártatlanabb és a legsúlyosabb természetű elváltozásokat egyaránt létrehozhatják. Ugyanazon forrásból eredő betegség az egyik betegnél furunculust, másiktól furunculost, izületi gyulladást, vagy sepsist stb. okoz. Ez a jelenség nem egyedül a bacterium virulentiáján, hanem legalább is ezzel egyenértékűen a szervezet immun biológiai reactio-készségén, más szóval dispositióján mulik.

Néha a helyi viszonyok kedveznek a genyes folyamatnak, — így pl. a hónaljárok mirigyei furunculusai rendkívül alkalmas talajul szolgálnak a genyekeltő bacteriumok részére, — úgyhogy az itten kifejlődött genyes folyamat csak ritkán jár egyedül, hanem rendszeren csak hosszabb fennállás és gyakori ismétlődés után gyógyul. Ha a helyi dispositio mellett még a szervezet általános, részben ismert (pl. diabetes), részben pedig ismeretlen körülményei is kedveznek, a betegséget befolyásolni igen nehéz. Némely genyekeltővel szemben a szervezet annyira túlérzékeny válik, hogy a helyi kezelés, bármivel történjék is, nem elegendő. A folyamat befolyásolhatatlanul halad utján s nemcsak az eredeti elváltozás helyén és környékén, hanem ugrásszerűen a bőr bármely területén kiütnek újabb és újabb jelenségek s néha a folyamat az egész testre ráterjed. Az ilyen folyamatokban közismerten beváltak a vaccinás és saját genyekelések, melyek megfelelő eréllyel végrehajtva az esetek nagy százalékát kedvezően befolyásolják.

Eseteinkben azt a rendszert követtük, hogy ahol a gyógyulás elhúzódott, vagy recidivák léptek fel, az előbbi kezelések mellett localis röntgen besugárzást alkalmaztunk.

Furunculus gyógykezelésére a röntgensugarat *Freund* alkalmazta 1903-ban. Általában minden acut gyulladással beteg-

ség localis therapiás röntgenbesugárzását *Heidenheim* és *Friedl* javasolta 1924-ben, 1927-ig<sup>5</sup> ugyancsak ők 1500, többnyire igen kedvezően befolyásolt esetről referáltak.

*Heidenheim* és *Friedl* eredményeiből tudjuk, hogy az acut gyulladással betegségek gyógyulási százaléka röntgensugaras kezelés után átlag 80%, amelyben benne vannak a hydroadenitisek, amelyeknek 95%-a és az otitisek, amelyeknek csak 28%-a befolyásoltatott kedvezően.

A helyi acut gyulladással betegségek, mint a furunculus, lymphangitis, ugyanúgy, mint a pneumonia peritonitis, súlyos adnexbetegségekben a subjectiv tünetek a besugárzás után néhány óra, de legkésőbb 24 óra mulva feltűnően javulnak, a tumor, rubor, calor, dolor, functio laesa és a febris  $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{2}$  részben javul. Súlyos, elesett beteg étvágya fokozódik, álmatlansága megszűnik, láza kritikusan, vagy lytikusan csökken. A gyulladással folyamat vagy felszívódik, vagy pedig igen rövidesen és kis fájdalommal elgenyed, mely minimalis szúrás után kiürül és gyorsan gyógyul.

Egészen kivételes és ritka esetben nem elég a helyi röntgenes és vaccinás, illetve saját gennyel történt eljárás. Ilyen betegek szervezete többnyire nagymértékben leromlott, vagy pedig bizonyos általános betegség — mint néhány esetünkben a diabetes — okozza a szervezet egészen különlegesen fokozott érzékenységét. Az ilyen súlyos, sokszor kétségbeejtő esetekben a folyamat gyakran betérjed az orrüregbe, vagy pedig ráterjed a szemhéjszél pillaszőreire, amelyek tudvalevőleg a pyogenfolyamatok szinte bevehetetlen várai. Az utóbbiakhoz hasonló esetekben megkíséreltük röntgensugárral a máj és lép besugárzást. *Azt tapasztaltuk, hogy míg a máj- és lépbesugárzás a folyamatot egyedül szemmel láthatólag nem befolyásolja, addig a helyi röntgenes és általános vaccinás kezelés gyógyító hatását a máj- és lépbesugárzás egyidejű alkalmazása megsokszorozza.* Ilyen combinált kezeléssel elért eredményünk minden várakozásunkat felülmulta, amennyiben minden esetünk rövidesen meggyógyult, bár néhány betegünk folyamata több év óta tartott és közöttük 3 diabeteshez szövődött eset is szerepelt.

A májat és lépét hetenként egy alkalommal sugároztuk be, minden héten másfelől (előlről, hátulról, oldalról), úgyhogy 3 besugárzás képezett egy sorozatot. A második sorozatra csak ritkán került a sor, mert az első sorozat befejezése után a folyamat többnyire gyógyult, egy néhány az orrban és a szemhélyszéleken előrement folyamat kivételével. A máj és lép besugárzásánál óvatosan kell eljárni, brutálisabb beavatkozásokat kerülnünk kell s gondolnunk kell arra is, hogy a röntgenhatás nemcsak muló hanem végleges elváltozásokat is létrehoz. Valahányszor a szervezetet a röntgensugár hatásának tesszük ki, kérdést kell feltennünk aziránt, hogy a várható eredmény megéri-e azt a maradandó elváltozást, amelyet a röntgensugár hagy vissza. Mindenkor figyelemmel kell lennünk arra, hogy egyenlő hatás esetén lehetőleg a kisebb dosist alkalmazzuk. Ez a tétel az egész szervezetre érvényes, de fokozottabban kell figyelniük rá a szervek besugárzásánál.

*Thedering*<sup>6</sup> azt tapasztalta, hogy a máj és lép besugárzása után a testfelület bármely részén alkalmazott ultraviolet sugár hatására fokozott reakciók keletkeznek a bőrön, miért azt hittük, hogy a máj-lép-besugárzás sensibilizálja a szervezetet a röntgensugárral szemben is. A várt fokozott reactiót a helyi röntgensugaras kezelés után nem észleltük még a diabetes betegekénél sem, pedig tudvalevően cukorbeteg gyakran túlérzékenyek röntgensugárral szemben.

Májbesugárzásra nagy adagot alkalmazni nem tartom célszerűnek. Kezdetben ugyanis *Thedering* előírása szerint 3 mm aluminium szűrővel szűrt sugarat alkalmaztam, de ilyen eljárással kis dosisok alkalmazása után is láttam kisebb kellemetlenségeket s ezért ugyanilyen kis dosis mellett áttértem  $\frac{1}{2}$  mm-es aluminium szűrésre.

Mivel ettől a dosistól lényegesebb eredményt nem láttam, a *Theclering*-féle dosis tiszteresét alkalmaztam, vagyis 1/2 mm-es Al szűrővel 10% HED-t adtam.

Miután ezekkel a combinált kezelésekkal ilyen szép eredményeket értünk el, megkíséreltük néhány esetünkben és pedig 4 egyszerű furunculus, 3 hydroadenitis és 2 folliculitis suppurativa barbae esetekben a conservatív kezelés mellett a máj és lép besugárzását. A furunculus gyógyulási idejét a máj- és lépbesugárzás nem befolyásolta. A hydroadenitisek, syccosik a máj és lép besugárzására egyéb kezelések nélkül ugyancsak nem mutattak gyógyulási hajlamot. Az eljárás értékének a megítélésénél nagyon kell vigyáznunk. Legritkább esetben lehet klinikai eredményeket összehasonlítani, mert nem tudhatjuk, hogy nem javult volna-e a folyamat a máj és lép besugárzása nélkül, mint ahogy a máj- és lépbesugárzás ismerete előtt is voltak súlyos folyamatok, amelyek gondos helyi kezelésre ugyancsak meggyógyultak.

Bizonyos az, hogy a combinált kezelés megkezdése után recidivát alig láttunk. A jó hatást a máj- és lépbesugárzás javára írhatjuk, azért mert ilyen sok esetről egyöntetű javulás nem lehet a véletlen játéka és mert ugyanezekben az esetekben, amíg nem alkalmaztuk ezt az együttes kezelést, a folyamat ilyen szerű javulását sohasem tapasztaltuk.

Májbesugárzás után a qualitativ és quantitativ vérvépet *Lang*<sup>7</sup> vizsgálta, azonban a vörösvérsejtek számának a csökkenésén, a vérfestény megszorodásán és a festődési index emelkedésén kívül lényegesebb elváltozást nem talált. Azt vártuk, hogy a máj és lép együttes besugárzása után a vérképre való hatás kifejezettebb lesz. A besugárzás után bizonyos idő múlva találtunk ugyan egynéhány-szor mérsékelt leucocytosist, azonban olyan elváltozásokat nem láttunk, amelyből következtetést vonhatnánk le a befolyás lényegére.

Eljárásunk nem pontos azért, mert bizonyos nehézségek miatt nem mindig alkalmazhatunk egységes vaccinatypust, hanem egynéhány esetben autovaccinát, más esetekben kész polyvalens staphylovaccinát s néhány esetben feltűnő szép eredményt értünk el az *Orsós*<sup>8</sup> által ajánlott saját genykezelési módszerrel, amely eljárás azonnal elkészíthető, gyakorló orvos céljaira igen alkalmas és kelemetlenséget sohasem okozott. A vaccinák egyrészét differenciált bacteriumokból készítettük. Néhány olyan esetben, ahol már előzőleg saját vaccinát alkalmaztak, koprovaccina kezelést végeztünk.

Kifogásoljuk eljárásunkat azért is, mert ott, ahol az előzményben vaccinás szerepelt, nem kíséreltük meg a módszerünk szerint a kezelés sorozatát fokozatosan bevezetni, hanem mindjárt áttértünk a localis röntgenes és vaccinás együttes kezelésre. 34 esetünk eredménye után ma már súlyosabb pyogen elváltozásban azonnal vaccinás, localis röntgenes és máj- és lépbesugárzást kezdünk.

Az eljárás hibájának mondható, hogy súlyosabb elváltozásokban a betegekben található olyan genyes gócotok el-távolítottak, melyek infectio létrehozására alkalmasak. Ez eljárást minden betegünkön javasoljuk, bármilyen betegség-gel jelentkezik is, mert nem volna összeegyeztethető orvosi képzettségünkkel, hogy a szervezetben genytartalmu gócotat törjünk. Eseteinkben ilyen gócotok nagy számban találtunk, feltételezhetjük, hogy ezek egy részében a gócotok a szervezetet a genyeltökökkel szemben érzékenyebb teszik. A gócot eltávolítása mellett az alkalmazott hármaskelés minden egyes esetben hatásosnak bizonyult. Recidiva hat hónap óta a legutolsó beteg sem jelentkezett. Meg kell jegyezni, hogy a 34 beteg közül ezideig csak 16 távolították el az összes gócot, 11 csak részlegesen és 2 egyáltalában nem. 5 esetben kimutat-ható focalis infectio gócot nem találtunk.

Helyi röntgensugaras kezelésre 60—80% HED-t alkalmaztunk kb. 100 KV-os sugárral 1/2 mm alumini-um szűrővel, 33 cm antikatódbórtávolságból. Ugyanezt

az adagot szükség esetén 3—4 hét múlva megismételtük. A máj és lépbesugárzást ugyancsak kb. 100 KV-os sugár-zással 1/2 mm alumini-um szűrővel, 33 cm távolságból ve-gezzük, egy alkalommal 10% HED-t alkalmaztunk. A sugárzást hetenkint ismételtük, az első héten előlről, a második héten hátulról és a harmadik héten oldalról úgy a máj, mint a léptájról ugyanazon adagot adtuk. Három besugárzást egy sorozatnak neveztük.

Autovaccinát 200.000 csirától 40.000.000 csiráig ada-goltunk a reactio lezajlásától függő időközökben. *Orsós*-féle<sup>9</sup> saját genyből készült anyagot harmadnaponként adtuk intravénásan.

Vizsgálataink eredményét az alábbi táblázatban fog-laltuk össze:

Diagnosis	Össze- esetek száma	Eredménytelen ki-sérletek máj és lép- besugárral	Helyi röntgenes ke- zelésre gyógyult esetek	Helyi röntgen- vaccinás kezelésre gyógyult esetek	Máj- lépbesugárzás, helyi röntgenes vaccinás kezelésre gyógyultak
Furunculus ... ..	4	4	—	—	—
Furunculosis ... ..	6	2	3	1	—
Phlegmone ... ..	2	2	—	—	—
Hydroadenitis ... ..	17	3	8	5	1
Follic. sup. (szakáll, bajusz) ... ..	10	2	2	3	3*
Hydroadenitis, kiterjedt pyogen folyamatokkal (Follic. sup. ekthyma stb.) ... ..	7	—	1	2	4**
Az egész testre kiterjedő pyogen elváltozások ...	1	—	—	—	1
összesen :	47	13	14	11	9

Minden esetünkben előzetesen helyi és általános keze- lések után recidivák mutatkoztak. Azokat az eseteket, melyek helyi conservatív kezelésre, vagy legfeljebb vac- cinás eljárásokra gyógyultak, nem vettük számításba. A második rovatba 13 olyan esetet soroltunk, amelyeknél egyedül a máj- lépbesugárral kísérleteztünk egyidejű vaccinás és helyi röntgenes kezelés nélkül. Eredménye- ink ilyen kezelés mellett nem voltak kielégítőek. Ha mu- tatkozott is némi javulás, nem olyan nagyfokú, amely a besugárzás értékét demonstrálhatta volna. A III. rovatba azok az esetek kerültek, amelyeknél anamnesisben előze- tes vaccinás kezelése volt, de helyileg röntgenes keze- lést még sohasem alkalmaztak. A 34 eset közül 14 (kb. 41 %) már a helyi röntgenes kezelésre gyógyult. Ez igen nagy százaléknak mondható, tekintettel arra, hogy ezek már válogatott makacs esetek voltak, amelyek más kezelésre nem reagáltak. Közöttük többnyire kiterjedt polytypusos folyamatok voltak.

A 34 eset közül 20-nál nem volt elegendő a helyi rönt- genes kezelés, hanem 2—3 héten belül a folyamat újra és újra fellobbant, vagy más helyeken is kitört. Az ilyen esetekben a helyi röntgenes kezelés mellett vaccinás ke- zeléseket vezettünk be. 20 eset közül 11-nél autovaccinát, 4-nél staphylovaccinát, 3-nál *Orsós* vaccinát, 2-nél kopro- vaccinát alkalmaztunk. A 20 eset közül 11 3 hét alatt gyógyult. A vaccinás és helyi röntgenes kezelésekre gyó-

\* Utóbbi 3 esetről az orrban és a szemhéjszéleiben pyo- gen elváltozások.

\*\* E 4 eset közül 3 diabeteshez szövődött volt. 1—3 év óta tartó pyogen folyamatok.



gyult 11 eset közül 6 autovaccinát, 2 staphylovaccinát, 2 Orsós vaccinát, 1 autokoprovaccinát kapott. Közülök nem gyógyult 9 igen súlyos folyamat, melyek közül 4 mono- 5 polytipusos eset volt, ezek között volt 3 cukorbeteg is.

A gyógyulatlan 9 esetről folytattuk az eddigi helyi röntgenes (4 hetenként epilatiós dosis) és a vaccinás kezeléseket. Minden esetben megmaradtunk az eredetileg kezdett vaccinatypus mellett, úgyhogy a 9 eset közül 5-nél autovaccinát, 2-nél staphylovaccinát, 1-nél Orsós vaccinát és 1-nél kprovaccinát adtunk. Egyidejűleg megkezdjük a máj és lép besugárzását a leirt adagolás szerint hetenként egy alkalommal. A folyamat mindenütt egységes javulást mutatott. Háromheti kezelés után, vagyis egy máj-lép sorozat besugárzás után 6 esetünk teljesen gyógyult, csupán 3 esetben kellett második sorozatot is megindítani. Az utóbbi három között szerepelt 1 cukorbeteg (atovaccinakezelés), hydroadenitises jelenségei csak a 2. sorozat végén fejlődtek teljesen vissza. 2 folliculitis suppurativa (staphylovaccina) a szakállban és bajuszban, az orrban és a szemhéjszélben levő szövödményekkel. Ez utóbbi kettő is gyógyult a második sorozat máj-lépbesugárzás végeztével.

Végül három kórtörténetet közlök.

1. 32 éves magastermetű, jólfejtett, jóltáplált nőbeteg, belső szervei épek. Családi anamnesise érdektelen. Öt év óta diabeteses van, amely idő óta vércukor 0.25—0.19 között ingadozik. Két év óta hydroadenitise és furunculosisa keletkezett, melyet különféle vaccinákkal és autovaccinával kezeltek. St. pr.: 1930 augusztus 6-án. Mindkét hónaljban mogorónyi-diónyi keménytapintatu csomó. A szőrtüszőknek megfelelően pustulák. Hasonló elváltozások a mons veneris táján. A combhajlatban jobboldalt nedvező eczéma mellett pustulák és furunculosisok. A háton és a mellen összesen 5, egyenként huszfélférfény-pengőnyi genyes pörkökkel borított beszűródött alapu ekthymás területek, melyek közül elszórtan pustulák vannak. 1930 augusztus 6., 8., 10. Az összes területek helyi röntgenes kezelése epilatiós dosissal, mely után helyileg szabályszerű conservatív kezelést (enyhe salicylos kenőcs, dunst) alkalmaztunk. A folyamat 3 hét alatt lényegesebb javulást mutatott, a főhelyeken, a hónaljban és a hajlatokban a folyamatot megszüntetni nem sikerült. A focalis infectiosus góccok (fogagnál j. f. granuloma, j. f. cysta: b. f. 4, 5, 7, csonthártya megvastagodás; b. a. 3, 4 granuloma.) kiirtása után újból határozott nagy javulást mutatott, teljesen azonban még nem szűnt a még mindig újabb és újabb jelenségek léptek fel.

Eddigi kezelésekhöz a betegnél autovaccinakezelést is alkalmaztunk az egész idő alatt, de már betegsége előtt is állandó insulinkezelés alatt állott. Háromheti várakozás után az előbbi kezeléseket mellett máj- és lépbesugárzásokat végeztünk, melyet szabályszerűen hetenként ismételtünk. A 3. lép-májbesugárzás után a folyamat mindenütt teljesen visszafejlődött, a 4. máj-lépbesugárzás, vagyis a második sorozat első besugárzást még megadtuk, a második részletre már nem került a sor. A beteg azóta is tünetmentes.

2. 40 éves, közepes termetű, jóltáplált férfibeteg. Családi anamnesise érdektelen. 5 év óta cukorbeteg szenved s másfél év óta vércukor értéke 0.2 körül van. 2 év óta állandóan insulinkezelés alatt áll. Másfél év óta a bajuszban és az alsó ajkon kívül makacs szőrtüszőgyulladás, jobb hónajában pedig hydroadenitise van. St. pr. 1930 május 20. A bajusz egész területe, valamint az alsó ajak szakállas része duzzadt, élénk-vörös, a szőrtüszőknek megfelelően furunculosisok és pustulák. A folyamat betérjed az orrba és ráterjed mindkét szemhéjszélekre. Az előzményben autovaccinás kezelés, egy ízben röntgenes epilatio szerepel. Tonsillákban folyékony geny. Másodnaponként saját genykezelést vezetünk be Orsós szerint. Mivel az epilatiós dosis 6 hónap előtt történt, helyileg epilatiós dosist adunk a bajuszra és szakállra s szemvédő alkalmazása mellett 10% HED-t szemhéjszélekre. Egyidejűleg máj- és lépbesugárzást adunk előírás szerint hetenként. A gyógyulás az első sorozat máj-lépbesugárzás után még nem teljes, a második seria után minden folyamat nyom nélkül eltűnik. Tonsillectomia facta 1930 április 25.

3. 72 éves nőbeteg. Alacsonytermetű, közepesen fejlett, jóltáplált. Anamnesise érdektelen. Hathónap óta mindkét hónaljárokban hydroadenitise keletkezett, ahonnan a folyamat ráterjedt a mons veneris tájára, a combhajlatra, a végbél környékére, a comb szőrzetére, a tarkójára és a szemhéjszélekre. A betegség ellen autovaccinát, hydroadenitisére egy ízben therapiás röntgenbesugárzást kapott. St. pr. 1930 február

20. Mindkét hónaljárokban 4—5 mogorónyi kemény tapintatu beszűródés s körülötte számtalan pustula. Mindkét combhajlatban a szőrtüszőknek megfelelően furunculosisok és pustulák. A tarkóján fillérinyi-huszfillérinyi ekthymás pörkökkel fedett területek. A combhajlatokból a folyamat ráterjedt a végbéltájára. Kprovaccinakezelést kezdünk nála s a góccokat a hónalj, combhajlat, végbél- és tarkóján epilatiós dosissal sugározzuk be. Fokozatosan a testen levő elváltozásokat ugyanilyen dosissal sugározzuk be. Az újbóli recidivák miatt háromhet eltelte után máj- és lépbesugárzást kezdünk. Egy idejűleg három foggyökerét is eltávolítottuk. A máj- és lépbesugárzás kezdetétől számított 5 hét alatt a folyamat teljesen gyógyult. Egy év óta recidivamentes.

Eredményeink alapján állithatjuk, hogy a jövőben egyes szervek, vagy szervrendszerek therapiás röntgenbesugárzása által s a különféle kezeléseket együttes alkalmazásával igen sok makacs és befolyásolhatatlannak hitt betegség gyógyítására van reményünk s ebben az irányban még új területek nyílnak meg a röntgensugár számára.

Összefoglalás:

1. Vaccinás és különféle helyi kezelés után is folytonosan recidiváló pyogen folyamatokat helyileg therapiás röntgensugárzással kezeltünk.

2. 44 ilyen súlyos beteg közül 14 (kb. 41%) egyedül a helyi röntgenkezelésre gyógyult. További 11 beteget (31%) a helyi röntgenkezelés után újlag alkalmazott vaccinás kezeléssel sikerült recidivamentesen meggyógyítani.

3. 9 esetben (kb. 28%) a helyileg alkalmazott röntgensugaras therapia és a vaccinás kezelés után is kiújult a folyamat. Utóbbi csoportban az előbbi kezeléseket mellett röntgensugaras máj- és lépkezelést alkalmaztunk, amely után mind a 9 beteg rövidesen meggyógyult, noha az utóbbiak között három cukorbeteg is volt, kiknek a pyogen folyamata 1—3 év óta tartott.

4. A máj- és lépbesugárzások dosisát előző kísérletek alapján *Thedering* által ajánlott máj- és lépbesugárzások tiszteletére emeltük, de kevésbé penetráló sugarakat alkalmaztunk. Kellemetlen melléktünetet ilyen máj- és lépbesugárzás után egy alkalommal sem észleltünk.

5. Megfigyeléseink alapján makacs pyogen folyamatokat a helyi conservatív kezelés mellett ugyancsak helyileg röntgennel kezeljük. A szervezet kezelésére pedig vaccinát és máj- és lépbesugárzást alkalmaztunk.

**Irodalom:** *Thedering*: *Stralther*. 30. k. 4. f. 751. o. — *Hrabovszky*: Magyar Röntgenközlöny 1929. — *E. Schliephake und R. Krohnsohn*: *Deutsche Arch. f. Klin. Med.* 170. k. 1—2. f. — *Heidenheim és Fried*: *Arch. f. Clin.* 123. k. 1924. — *Fried*: *Stralther*. 33. k. 4. f. 678. o. — *Thedering*: l. c. — *Lang*: Beck emlékkönyv 1930. — *Orsós I.*: *Münch. Med. Wochenschr.* 1925. — *Orsós*: l. c.

A Kir. Magy. Pázmány Péter Tud.-Egyetem III. belklinikájának (igazgató: báró Korányi Sándor ny. r. tanár) és a székesfővárosi Szent Gellért-Gyógyfürdő (vezetőfőorvos: Benczúr Gyula magántanár) közleménye.

## A fokozott légnyomásos pneumatikus kamra hatása a vérkeringési szervekre.

Irta: *Benczúr Gyula dr.* és *Rausch Zoltán dr.*

A fokozott légnyomásos pneumatikus kamra kedvelt physikális gyógymódja számos légzőszervi megbetegedésnek. Különösen chronikus bronchitisnél, primaer emphysemánál, asthma utáni tüdőátulatnál és pangásos hurutnál dicsérik hatását és nyer ezeknél kiterjedt alkalmazást. Nagy hátránya ezen gyógyeljárásnak, hogy berendezése nagyon körülményes és költséges s így csak kevés intézet rendelkezik vele. Ez az oka, hogy a pneumatikus kamra

életteni és gyógyhatásával eddig kevesen foglalkoztak. Ami eddig tisztázódott, az főleg a légzési mechanizmusra való hatására vonatkozik. Wiener az eddigi tapasztalatokkal egybehangzóan megállapította, hogy a fokozott atmosphaeranyomás hatása alatt a belégzés rövidebb, a kilégzés megnyúltabb, az egyes légvételek mélyebbek lesznek és a légzés frekvenciája fokozatosan csökken. Javul a tüdők vérellátása és a bronchusok secretioja fokozódik. Ezeket a változásokat első sorban a fokozott mechanikus nyomásnak az elastikus szövetekre való hatásának tulajdonítjuk, aminek a vérkeringésre való következménye — az eddigi megfigyelések szerint — a pulsusfrequentia csökkenésében és a szív munka kímélésében nyilvánul, tehát épen az ellenkező hatással jár, mint alacsonyabb légnyomású magaslati klíma. Ennek a klímának a sejtfunctioniora kifejtett biophysikai és biochemiai hatását szorgos kutatások alapján ma már jól ismerjük s mint ahogy tudjuk, hogy a légritkulás polycythaemiához, a caisson-levegő pedig Tauszk vizsgálatai szerint oligocythaemiához vezet, feltételezhetjük, hogy más irányban is ellentétes reactiot vált ki a fokozott, mint a csökkent légnyomás. Ezen feltevéseken és az eddigi tapasztalatokon elindulva tettük vizsgálat tárgyává a fokozott légnyomásos pneumatikus kamrának a vérkeringési szervekre való hatását. Vizsgálatainkat a III. sz. belklinika beteganyagával a Szent Gellért-fürdő pneumatikus kamrájában végeztük. Először különböző életkorú egészségeseknél csináltunk kontrollkísérleteket, hogy a betegeknek kapott értékeket ezekével összehasonlíthassuk. Ugy jártunk el, hogy a vizsgált egyéneket a kamrában normális légnyomásnál nyugalomba helyeztük, a légzés- és pulszusszámot megolvastuk és megmértük, a maximális és minimális vérnyomást a Riva Rocci-készülékkel. Ezután a légnyomást fokozatosan 1 és  $\frac{1}{4}$ —1 és  $\frac{1}{2}$  atmosphaeráig emeltük és 1 és  $\frac{1}{2}$  óráig ezen a magasságon tartottuk. Mielőtt a légnyomást ismét csökkenteni kezdtük volna, megejtettük a méréseket és azokat a kísérlet végén, tehát ismét normális atmosphaera mellett még egyszer megismételtük. Az így kapott számadatokból még kiszámítottuk a Strasburgertől ajánlott vérnyomás-quotientst és szív munkát, amelyekből következtetést lehet vonni az erek tonusára és a szív motorikus energiájára. Egészségeseknél kapott eredményeink a következők:

ringésre a fokozott légnyomás kimélőleg hat. Ennek megállapítása után nyugodtan áttérhetünk a pneumatikus kamrának a vérkeringési rendszer betegségeiben szenvedőkre való hatásának a vizsgálatára. Tekintettel, hogy a fekvő és ülő helyzet között egészségeseknél sem találtunk lényegesebb eltéréseket, vizsgálatainkat a továbbiakban csak ülő helyzetben végeztük.

Név, kor.	Athm.	Pulsus	Tensio	Quotiens	Szív-munka
D. J. ♀ 46.	1	88	194/132	0.48	13616
	$1\frac{1}{2}$	64	180/100	0.44	11200
	1	64	186/100	0.46	12298
6 ülés után	1	76	168/88	0.47	10240
11 ülés után	1	90	168/98	0.41	9310
Zs. I. ♀ 63.	1	60	190/79	0.58	14985
	$1\frac{1}{2}$	56	160/75	0.53	10880
	1	60	172/70	0.60	12342
10 ülés után	1	60	170/78	0.54	11408

Amint a túldoldali összeállításból láthatjuk, szívbetegeseknél kb. ugyanazok a változások következnek be a pneumatikus kamra hatására, mint egészségeseknél: a pulszusszám csökken, a vérnyomás süllyed és a szív munka kisebbedik. Ez a változás csupán egy tiszta stenosis o. ven. sin.-nél nem következett be, akinél a szív munka fokozódását észleltük. A vitiumoknál sokkal kifejezettebb a magas légnyomás hatása a hypertoniára, amennyiben ennél a systoles nyomás a pneumatikus kamrában jelentékeny — 15—40 Hgmm-es — esést mutat. Ennek megfelelően a szív működési energiája is kifejezetten, 20—50 %-al csökken. A hatás kétségtelenül a magas légnyomás következménye, miután ismét normális atmosphaerára térve vissza, a systoles nyomás ismét az eredeti magasságra emelkedik. A pneumatikus kamrának a hypertoniára kifejtett ezen kedvező befolyást észelve, megvizsgáltuk, hogy milyen hatást fejt ki a rendszeresen folytatott magas légnyomás kezelés. Két hypertoniás betegünkönél végeztünk ilyen sorozatos kezelést — 2—3 hét alatt 10 ülést — és ezeknél sikerült a vérnyomás niveauját ezen idő alatt alacsonyabbra leszorítani és azon megtartani.

Ezeknél a betegeknek a vérnyomás csökkenése mellett a subjektív panaszok is enyhültek, úgy hogy a betegek a kúra után lényegesen jobban érezték magukat.

Bár vizsgálatainkból kitűnik, hogy a fokozott légnyomásos kamra hatása alatt a hypertonia jelentékenyen csökken és tartós alkalmazása ezt fenntartani képes, mégsem mernők állítani, hogy ezen eljárás a hypertonia gyógykezelésére alkalmas. Számos olyan gyógyszeres, sőt physikális eljárást is ismerünk, melyekkel hypertoniánál jobb és tartósabb eredményeket érhetünk el. Vizsgálataink gyakorlati értékét sokkal inkább abban látjuk, hogy a fokozott légnyomás nem veszélyezteteti a vérkeringési szerveket, hanem azokat még pathológiás körülmények között is tehermentesíti. A pneumatikus kamra indicatioi között elsősorban a légzőszervek chronikus megbetegedései és a tüdőtágulatok szerepelnek, melyek leginkább az idősebb kor megbetegedései. Ezeknél gyakoriak a consecutiv vagy hozzátársuló zavarok a vérkeringés részéről, különösen a hypertonia és myodegeneratio folyamatok. Ezek a complicatioók az indicatio felállítására szempontjából fontos szerepet játszanak. Vizsgálataink alapján a hypertonia nem hogy kontraindikálja a pneumatikus kamra használatát, hanem inkább fokozza az elérni kívánt gyógyulási eshetőségeket, miután a keringés javulása indirekt is kedvezően hat a légzőszervekben uralkodó idősült hurutos állapotokra és a szív munka csökkenése folytán a közérzetet

Név, kor.	Atmosph.	Légz.	Pulsus		Tensio		Quot.		Szívm.	
			fekve	ülve	fekve	ülve	fekve	ülve	fekve	ülve
B. Gy. 47.	1	13	70	80	145/82	162/85	0.44	0.47	7150	9586
	$1\frac{1}{4}$	14	68	74	140/86	155/90	0.38	0.42	6102	7962
	1	13	64	74	140/85	148/90	0.39	0.40	6187	6902
R. Z. 30.	1	14	60	72	120/85	120/85	0.30	0.30	4590	4590
	$1\frac{1}{4}$	16	56	64	120/85	115/83	0.30	0.28	4590	3168
	1	15	56	64	125/84	119/83	0.33	0.30	3636	2626
K. B. 18.	1	15	76	74	128/84	128/94	0.34	0.27	4664	3774
	$1\frac{1}{4}$	18	70	74	122/82	124/82	0.33	0.34	4080	4326
	1	18	72	72	126/86	128/84	0.32	0.35	4240	4664
T. B. 17.	1	18	72	72	108/70	115/78	0.35	0.32	3382	3552
	$1\frac{1}{4}$	20	70	70	100/70	104/75	0.30	0.28	2550	2610
	1	18	60	62	110/75	115/75	0.32	0.35	3307	3800
R. Z. 30.	1	16	66	68	115/75	114/75	0.35	0.34	3800	3705
	$1\frac{1}{2}$	16	62	64	108/76	110/75	0.30	0.32	2944	3237
	1	14	62	64	112/76	110/75	0.32	0.32	3384	3237

Ebből az összeállításból láthatjuk, hogy egészségeseknél a pneumatikus kamrában a pulszusszám és a vérnyomás csökken. Előbbi a magas nyomás megszűnése után is még alacsony marad, míg a vérnyomás visszatér a kezdeti értékre. A vérnyomásquotiens és a szív munka is csökken a pneumatikus kamrában, tehát kétségtelen, hogy a vérke-

Név, kor, diagn.	Atmosph.	Légz.	Pulsus	Tensio	Quot.	Szív- munka
S. J. ♀ insuff. bicusp. et sten. o. v. s. 24 év.	1	25	84	140/85	0.40	5328
	1 <sup>1/4</sup>	21	72	125/75	0.42	5000
	1	24	74	133/85	0.36	5232
A. J. ♀ insuff. bicusp. struma min. grad. 30 é.	1	20	76	115/72	0.37	4363
	1 <sup>1/4</sup>	17	68	109/70	0.36	3490
	1	18	72	108/70	0.35	3382
J. T. ♀ 30 é. sten. ost. v. s.	1	14	65	110/78	0.30	3008
	1 <sup>1/4</sup>	15	67	115/70	0.39	4060
	1	17	62	115/78	0.30	3552
D. F. ♀ 39 é. aortitis, myodeg. cordis	1	19	92	165/93	0.43	9288
	1 <sup>1/4</sup>	15	81	150/95	0.36	6710
	1	19	74	160/98	0.39	7998
D. K. ♀ 31 é. ins. bi- cusp. et sten. ost. v. s.	1	26	82	142/80	0.44	6882
	1 <sup>1/4</sup>	20	90	135/80	0.40	5940
	1 <sup>1/2</sup>	21	86	135/80	0.40	5940
	1	24	80	136/75	0.44	6466
Sch. J. ♀ 53 é. hyper- tonia	1	19	87	237/125	0.47	20272
	1 <sup>1/4</sup>	18	76	215/122	0.43	15624
	1 <sup>1/2</sup>	19	72	210/120	0.43	14850
	1	20	80	230/135	0.41	17290
U. a. 2 nap mulva	1	20	86	210/125	0.40	14195
	1 <sup>1/4</sup>	18	66	170/118	0.30	7488
	1 <sup>1/2</sup>	18	60	170/118	0.33	7952
	1	19	74	210/123	0.41	14529
Sz. P. ♀ 48 é. hyper- tonia	1	17	96	197/105	0.47	13892
	1 <sup>1/4</sup>	16	86	150/100	0.33	6250
	1 <sup>1/2</sup>	16	78	150/100	0.33	6250
	1	16	86	158/105	0.33	7049
P. J. ♀ 50 é. hyper- tonia	1	21	86	228/115	0.45	18221
	1 <sup>1/4</sup>	20	73	210/118	0.44	15088
	1 <sup>1/2</sup>	20	65	203/115	0.41	12892
	1	20	68	232/125	0.45	19153
K. L. ♀ 50 é. hyper- tonia	1	22	90	170/115	0.34	9295
	1 <sup>1/4</sup>	22	88	160/105	0.34	7215
	1 <sup>1/2</sup>	21	82	154/100	0.35	6858
	1	21	90	170/113	0.34	8094
F. Gy. ♀ myodeg. cor- dis (dyspone)	1	20	114	130/87	0.33	4536
	1 <sup>1/4</sup>	16	90	115/80	0.30	3430
	1	20	96	115/80	0.30	3430
Sz. I. ♀ 45 é. hyper- tonia	1	18	86	184/108	0.41	11096
	1 <sup>1/4</sup>	18	76	170/108	0.36	8618
	1	18	72	184/108	0.41	11096

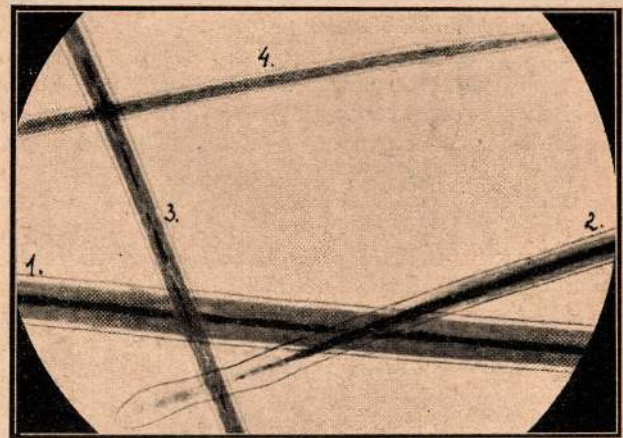
is javítja. Viszont hypotoniás betegeknek óvatosságra lesz szükség, mert ezeknél a vérnyomás további csökkenése könnyen káros lehet, amit igazol is egyikünk (*Benczúr*) tapasztalata, hogy az ilyenek rosszul tűrik a pneumatikus kamra-kezelést. A vitiumok sem képeznek kontraindicatit, sőt még a compensatio határára lévők sem, mert a fokozott légnyomásos pneumatikus kamrában egy szív-kímélő és a keringést tehermentesítő physikális eljárást ismertünk meg.

## RÖVID KÖZLÉSEK A TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSI GYALORLATBÓL.

### Megbízható adatot szolgáltat-e a lanugovizsgálat?

A magzat érettségét bizonyító jelek között szokták említeni azt, hogy érett újszülött testét borító szőrzetben, az ú. n. lanugóban a velősődés már megindult. Ennek az észlelésnek helytállóságát 100 halott szőrzetén vizsgáltam.

A hajnak, illetőleg szőrzetnek első nyoma az emberi magzaton a terhesség harmadik hónapja végén mutatkozik. A hajszálból kifejlődik a hagyma és az ebből kinövő szál a hatodik hónapban tör át a bőrön. Ez az igen finom velőnélküli szintelen szőrzet, amelyet *Waldeyer lanugo fetalis*nek nevez, a magzat testének egész felszínét beborítja, de hamarosan kezd kihullani, hogy egy erősebb szőr-



1. ábra. 3½ hónapos fiú pillaszőrei. A vastagabb szálakban a velő jól látszik (1—2), a vékonyabbakban még szakadozott (3), illetőleg hiányzik. (4).

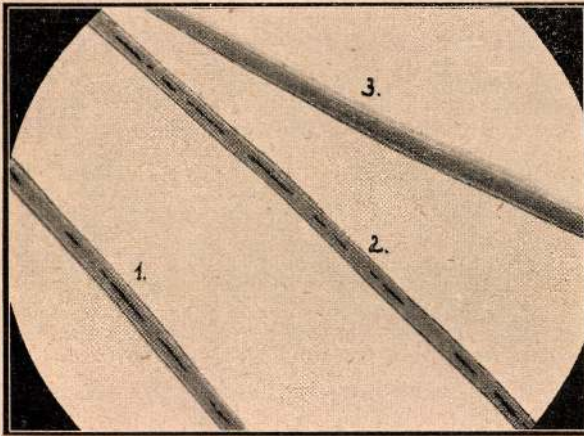
zetnek adjon helyet. Még mielőtt teljesen kihullott volna, részben a régi csirák, részben időközben keletkezett újabb csirák, nő ki az előbbinél erősebb *lanugo infantilis*nek nevezett szőrzet. Ez is finom puha szőrzet, amely azonban a fejtetőn, a szemhéjjakon és a szemöldöktájon több-kevesebb pigment tartalma miatt már világos barnás színű. Az érett újszülött egész testét ez a lanugo fedi, amely legfeltűnőbb a fejen, a szemöldökön és a szempillákon de az arcon, nyakon, vállakon, felső és alsó végtagokon is felismerhető. A lanugo infantilis gyakran kihull s helyébe mindig erősebb és erősebb, immár velővel ellátott, több pigmentet tartalmazó szőrzet nő a serdülés koráig. Ekkor *átmeneti szőrzet* foglalja el a lanugo helyét, amely legtöbbször ugyanazokból a csirák, nő ki és erősebben mutatkozik a nemiszervek, a végbélnyílás körül, a hónaljban és férfiaknál az arcon is, mint bajusz és szakáll. Az átmeneti szőrzet már lassabban cserélődik ki és kb. csak a 20-ik életév táján nő helyébe a végleges, jellegzetes színű szőrzet. Ennek az erős állandó szőrzetnek rendszeren már van velőürege, amely aszerint, hogy a szőrszál vastagabb vagy vékonyabb, több-kevesebb velőt, pigmentet, esetleg levegőt tartalmaz. A velőképződés a hagymánál indul meg és onnan nő előre a hajszál növekedésével párhuzamosan s vagy egyenes, vagy szakadozott (lásd az ábrát). A vékonyabb hajszálakban a velő gyakran hiányzik.

Az ember teljes kifejlődéséig tehát háromféle szőrzet váltja fel egymást, a végleges szőrzet kialakulásáig: a lanugo fetalis, lanugo infantilis és az átmeneti szőrzet. Ezek közül az újszülött érettségének kérdésekor a lanugo infantilis vizsgálata jön szóba. Minthogy pedig ez a lanugo a hajszálakban a szempillákon és a szemöldökön a legerősebb, ezeket vizsgáltam én is a kérdés tisztázására. Az átvizsgált 100 esetben, amelyekben — mint a táblázatból kitűnik — érett, éretlen újszülöttek és néhány hónapos csecsemők szőrzete szerepelt, mindig kitéptem s nem levágott szőrzetet vizsgáltam, hogy a hagymától a szőr csúcsáig követhessem a velő viselkedését. Mivel pedig — különösen a fejlődés kezdetén — csak itt-ott egy-egy szálban kezd mutatkozni a velő, minden esetben legalább 15—20 szálat vizsgáltam meg oly módon, hogy a tárgylemezre tett kitéptet lanugoszálakra kanadabalzsamot csep-

penttettem és a fedőlemezzel lefedett készítményt helyeztem a nagyító lencse alá.

Elsősorban azt kellett tisztázni, hogy mikor és milyen szőrszálakban mutatkozik először a velő. Mithogy a 10 éretlen újszülött egyikének szőrzetében sem találtam velőt, tovább kutatva a 22 éretlen újszülött közül már kettőnél mutatkozott velősödés nyoma, de nem mindenütt, csak a pillaszőröknek a hagymához egészen közel levő kezdeti részében. Az a körülmény, hogy a további hét kéthetes csecsemőnél is csak a pillákban mutatkozott velő s a hajszálakban egyáltalában nem, azt a feltevést látszott megerősíteni, hogy a velősödés a pillaszőrökben előbb indul meg, mint más szőrszálakban. A további vizsgálatok egy hónapos csecsemőkön ugyanezt az eredményt adták, ezeknek pillaszőreiben már legtöbbször volt velő, de a 12 eset közül még csak kettőben lehetett a hajban is velősödés nyomait látni. A velősödés idejében mutatkozó eltérés, amely mindkét nemnél egyformán észlelhető, abban találja magyarázatát, hogy a pillaszőrök rendszeren vastagabbak a hajszálaknál s ezért az utóbbiaknak később, megerősödésük után mutatkozik a velősödés. A hajszálak tehát az éretlen újszülöttben még nem érték el azt a fejlődési fokot, azt a vastagságot, amelyben megindulhat a velősödés. Ez az idő a születés utáni első hónapokra tehető, ritka esetben már az első hónap végén is mutatkozik, de mint a táblázatból kitűnik, gyakran még a három hónapnál idősebbeknél sem látható a hajzatban velősödés, csak a pillaszőrökben.

A vizsgálatok eredménye annyiban értékesíthető, hogy a pillaszőrök kifejezett velősödése az újszülött érettségének felvételére jogosít. Hiánya az érettséget természetesen nem zárja ki. A hajszálakon mutatkozó velősödést — ha jól kifejezett — még az élveszületés bizonyí-



2. ábra. 3½ hónapos fiú hajszálai. (Ugyanolyan nagyítás). A szálak vékonyabbak, a velő csak szakadozottan látszik (1—2), illetőleg hiányzik. (3).

tására is fel lehet használni, amennyiben vizsgálataim tanúsága szerint azt csak több hetes csecsemőkön lehet fel-  
találni.

Életkor	A vizsgált esetek száma	Haj Szempilla			
		van velő	nincs velő	van velő	nincs velő
Éretlen újszülött (VII.IX. holdhó)	10	—	10	—	10
Érett újszülött	22	—	22	2	20
2 hetes csecsemő	7	—	7	2	5
1 hónapos csecsemő	12	2	10	11	1
2 hónapos csecsemő	9	4	5	7	2
3 hónapos csecsemő	14	5	9	11	3
Idősebb gyermek (4 hó—2 év)	26	13	13	25	1

Schranz Dénes dr., tanársegéd.

## LAPSZEMLE

### Belorvostan.

**A serumfehérjék változásának jelentősége tuberculosisban.** Courmont-Gardere-Badinand. (Le Journal de Médecine de Lyon. 1931. 283. szám.)

A serumfehérjék össz mennyiségének, valamint az albumin-globulin coefficientnek meghatározása tuberculosisban elméleti és praktikus értékkel bír. Normálisan, mint ismeretes, a serumfehérjék mennyisége 76.6 g; ebből 47.9 g az albuminra, 28.7 g a globulinra esik. Az albumin-globulin coefficient ezek szerint 1.6. Szerzők 34 különböző súlyos tbc.-és beteg savóját vizsgálták 2 éven keresztül. Eredményeik a következők: 1.5-en felüli coefficient, aig kifejezett globulinaemiával majdnem mindig jóindulatú, illetve gyógyult formák kifejezője. 1-en aluli értékkel és erős hyperglobulinaemiával súlyos és rossz prognosisu eseteknél találkozunk. 1 és 1.5 közötti értékek egyenlő arányban fordulnak elő jó és rosszindulatú tbc.-nél. Kivételeket inkább az 1-en aluli coefficientnél látunk.

A serumproteinek vizsgálatának diagnostikus értéke nincs, mert a coefficient változása az általános állapot ingadozásait követi. Ezenkívül nem tbc.-és hyper- és hypotensiók serumfehérjemennyisége is igen ingadozó.

Ezzel szemben a globulinaemia és az albumin-globulin viszonyváltozás prognostikai jelentősége úgy szerzők, mint Achard és tanítványai szerint a tuberculosis egyéb fontos prognostikai jeleivel egyenlő.

Pély Mihály dr.

**Typhus abdominalis lefolyása alatt fellépő tetania.** Gardère et Savoye. (Le Journal de Médecine de Lyon. 1931. 264. szám.)

Fertőző betegségek s így typhus kapcsán is néha a tetania körképével találkozunk. Typhusnál e szövödmény meglehetősen ritka, az irodalmi adatok gyérek. Szerzők egy általuk észlelt typicus eset kapcsán tárgyalják e körképet. Tetania leggyakrabban a typhus acme stadiumában lép fel, de észlelték a késői reconvalescentia és a stadium incrementi aatt is, mely utóbbi esetben súlyos diagnostikai tévedésekre ad alkalmat. Tulnyomó részben gyermekeknel fordul elő, de sokszor társul a felnőttek typhusához is. A betegek kórelőzményében régi spasmophil görcsök nem szerepeltek. A tetania az ismert formában lép fel: özfejkéztartás, carpopedal-spasmus, Chvostek és Trousseau tünet stb. A prognosis, — amennyiben az alapbetegség is jóindulatú, — kedvező. A szerzők egy része calciumchloridot és parathyreoidea kivonatot adagolt. A pathogenesist magyarázó számos elmélet egyike sem állja ki a komoly kritikát.

Pély Mihály dr.

**A Triboulet-féle reactio értéke a tuberculosicus bélfekélyek diagnózisában.** Bonuamour-Chapuy-Lardet. (Le Journal de Médecine de Lyon. 1931. 279. szám.)

A béltuberculosis diagnosisa, főképp a betegség legelején igen nehéz. A typicus tünetek hiányozhatnak, a Rtg. lelet magyarázása bizonytalan; vér és Koch bacillus esetleges jelenléte a székletben egyáltalán nem specificus bél tbc.-re. A diagnosisa pedig igen fontos, mert korai műtéttel sok beteg élete volna megmenthető. E célból szerzők Triboulet nem eléggé méltatott ecetsavas sublimatreactiójával a széklet oldható fehérjéit csapják ki. Konikus vizelet pohárban a székletet destillált vízzel keverik össze, ebből eprouvettába 3 ccm-t töltenek, destillált vízzel 15 ccm-re feltöltik, össze-  
rázzák. A keverékhez 20 csepp Triboulet reagent adnak. (Sublimat: 3.50, jégecet: 1 ccm., dest. víz 100 ccm.) Positiv reactio esetén a folyadék a reactio erősségétől függően 24 órán belül kristálytisztává válik. Szerzők nagyszámú vizsgálataik folyamán azt találták, hogy positiv reactio kivétel nélkül bélfekélyesedés jele. Az eljárás lényege egy, a nyálkahártya felületén képződött speciális albumin colloidkicsapása.

Pély Mihály dr.

**A skarlátprobléma mai állása.** Prof. Meersseman. (Le Journal de Médecine de Lyon, 1932. 290. szám.)

Két fő theoria áll jelenleg egymással szemben: egyik a skarlát streptococcus-, a másik annak filtrálható virus aetiologiáját vitatja. A streptococcus theoriát, melyet Bergé már 1895-ben felvetett, újabban az amerikai iskola karolta föl abból a tényből kiindulva, hogy skarlátos beteg pharynxában a streptococcus haemolyticus mindig, gyakran szintizta tenyésztésben fellelhető. Ezen streptococcus fajlagosságát az érvek sora támogatja: electiv agglutinatio sarlachreconvalescenssavó által; kísérleti pathogen képesség emberre és bizonyos állatokkal szemben; egy specifikus toxin termelése, mely intracutan beadva a Dick reactiot adja, melynek

positív illetve negatív voltából a beoltott egyén skarlatreceptív illetve -resistens tulajdonságára következtethetünk. A skarlatstreptococcusnak az organismusra való hatását a szerzők különbözőképp magyarázzák. *Dick* szerint ez hasonló lenne a diphtheriás toxemiaéhoz: a streptococcus csupán a pharynxképleteken tenyészne és felszívódott toxinjai okoznák a vörheny általános tüneteit. *Dochez* toxallergiás elmélete azt tanítja, hogy a skarlatstreptococcus toxinja egyúttal valódi toxicus és allergikus tulajdonsággal bírna és hatását csupán az előzetesen fajlagosan sensibilizált szervezetre fejtené ki.

A filtrálható viruselméletet a román iskola propagálja. Szerinte a skarlatstreptococcus fajlagossággal nem bír, hiszen a betegséget skarlatos filtrált productumok oltásával is elő lehet idézni. Valószínű, hogy a streptococcus csupán vehicula a filtrálható vírusnak. Ezt bizonyítaná a *Cantacuzeno*-féle phenomen, mely szerint bármely streptococcus agglutinálhatóvá válik skarlatreconvalens savó által, ha az illető streptococust filtrált vörhenyproductumok jelenlétében tenyésztjük.

Bár ezen elméletek egyike sem magyarázza kielégítően a skarlat aetiológiáját, bizonyos praktikus irányú következtetéseket mégis levonhatunk belőlük. Ilyen a vörheny prophylaxisa a lábadozókat bakteriologiai kontrollja által, praeventív vaccinatío skarlatstreptococcus toxinnal, továbbá a kifejlesztett betegség serotherapiája, melyet állatnak streptococcus toxinnal történt immunizálása útján nyert savóval eszközölünk. *Pély Mihály dr.*

## Szemészet.

**Nehézségek és tévedések érhártyasarkoma diagnosizálásában.** *P. A. Jaensch.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 88.)

Az érhártyasarkoma diagnosizása könnyű, ha a beteg idejében keresi fel az orvost, nehezebb, sőt lehetetlen, ha komplikációk állnak be. Ilyenek: az exsudatív iridocyclitis, pupillaelzáródás, hályogképződés, vérzéses glaucoma. Ezek a szemtükrözést és diasclerális átvilágítást lehetetlennek teszik s ez által diagnoszticus tévedésekre vezethetnek. Ez azonban praktikus értelemben nem sokat számít, mert a szem ilyenkor kivétel nélkül vak, gyakran fájdalmas. Öt esetet közöl, ahol az érhártyasarkomához tenonitis társult. (Exophthalmus, chemosis, fájdalom.) Mindegyikben a *Wa. R.* negatív, orr-melléküregek épek, belgyógyászati vizsgálat eredménytelen. Négy esetben daganatnecrosis, intraocularis vérzés keletkezett. A necroticus daganatok sclerectasiát nem okoztak, ellenben a chorioideát sclerát többé-kevésbé kereksejtek infiltrálták, ami az erek-idegek mentén a retrobulbaris szövetekre kiterjedt és a gyulladáshoz exophthalmust okozott. A kiterjedt daganatnecrosis alkalmával toxinok keletkeznek, ami az érfalak átteresztő képességét fokozza, ez viszont kiterjedt vérzéshez vezet. Ehhez társul az érhártya, sclera majd a peri-retrobulbaris szövet infiltratioja. A serosus, genyes és tumortenonitis közt a különbség az, hogy a serosusnál a visus normalis vagy csak kis mértékben romlik, a genyesnél a bulbus infectiója által panophthalmitis keletkezhet, míg a tumortenonitis diagnosticus jelenségei a következő sorrendben keletkeznek: megvakulás, glaucoma, tenonitis. Az utóbbi időben az egyik érhártyasarkoma gyanúja miatt enucleált bulbusban haemangiómát talált. A daganat minéműségét szemtükrözéskor nem lehetett felismerni. *Papoczy Ferenc dr.*

## Gyermekgyógyászat.

**Az újszülöttek atelectasiájáról.** *Dunham.* (American Journal of Diseases of Children. 43. kötet, 595. oldal, 1932.)

Cyanotikus újszülöttekről célszerű mellkasi röntgenfelvételt készíteni, hogy az atelectasiát a cyanosist okozó egyéb betegségektől elkülönítsük. Atelectasiánál a megfelelő tüdőmező sötétebb, a thorax alakja inkább kúpalakú és a bordák a rendesnél meredekebben futnak.

*Csapó dr.*

**A meningococcus meningitis serumtherapiája.** *George Lyon.* (American Journal of Diseases of Children, 43. kötet, 572. oldal, 1932.)

Szerző 4 meningococcus meningitis kezelését a következőképp végezte: Ventriculus punctio alkalmával a tühöz egy 100 cm<sup>3</sup>-s meningococcus serummal telt fecskendőt illesztett gumicső segítségével. A serumhoz kevés neutralis phenolphthaleint is adott. A ventriculuspunctioval egyidejűleg lumbalpunkciót is végezt. A serum a saját nyomása folytán a ventriculusba folyt, ugyanakkor a felesleges genyes liquor a lumbaltún keresztül kiürült. Folyton ellenőrizte, hogy a phenolphthalein mikor jelenik meg a lumbalis folyadékban,

mikor is a serum ventricularis adását beszüntette. Ezek után a fecskendőt eltávolította még egy ideig helyben hagyva a ventricularis és lumbaltút, hogy a nyomás kiegyenlítődjék. Ilyen módon 60–80 cm<sup>3</sup> serumot sikerült intraventricularisan beadni. Pár órával később az intracranialis nyomás a serum izgató hatása folytán emelkedik, mikor is célszerű lumbalpunkciót végezni 6–8 órai időközben a nyomás csökkentésére. A serumadást a leírt módon 50 óra múlva megismételjük. Mind a 4 esete rövid idő alatt residuum nélkül gyógyult.

*Csapó dr.*

**Magas lázzal járó általános- és tüdőtuberculosis gyógyulása a gyermekkorban.** *Günther Paschlaw.* (Archiv f. Kinderheilkunde. 96. kötet. 2. füzet.)

A szerző 4 miliaris tbc. esetről számol be, amelyek közül az első 14 hónapig tartó, eleinte magas typhusos jellegű lázak, később csak subfebrilitas után teljesen meggyógyult. A miliaris tbc.-t igazolják a börtuberculidék, a chorioidea gümő, a nagy máj és a lép. A második esetben a tüdőfolyamat uralta a körképet, de a csont és bőr metastasisokból a miliaris tbc.-t bizonyítottnak véli. A harmadik eset összefolyó bronchopneumonia képe mellett börmestastisok, lép és máj megnagyobbodás, inkább alacsonyabb lázak. 9 hónap múlva gyógyult. A negyedik eset grippe alakjában jelentkezett, majd a tüdőfolyamat lépett előtérbe. Mindkét alszáron erythema nodosum. Máj és lép megnagyobbodás ez esetben nem volt. Ez a körkép is gyógyulással végződött. A miliaris tbc. kifejlődését a szerző véleménye szerint okozhatja seruminjectió, quarszfénykezelés, specificus Tuberculin és nemspecificus proteintherapia. *Dóra Sándor dr.*

**Vérsejtsülyedés typhus abdominalisnál és paratyphus B-nél.** *H. J. Söderström.* (Acta Paediatrica. 12. Fasc. 2–3.)

A szerző 20 typhusos és 50 paratyphusos betegnél 445 esetben vizsgálta a vérsejtsülyedést *Westergren* eljárása szerint.

Typhusnál az 1 órás vérsejtsülyedés értéke az első héten csak valamivel magasabb, mint a normalis, ezután folytonosan emelkedik, legnagyobb értékét az első láztalan napon éri el és ezt a magas értéket még hetekig megtartja. Paratyphusnál a vérsejtsülyedés nagyjában hasonló a heveny fertőző betegeknél észlelt reakcióhoz. Már az első héten igen magas értéket ér el. Maximumát itt is a láztalanodás első napján éri el, de azután szemből a typhussal gyorsan esik.

A vérsejtsülyedés alkalmas arra, hogy amennyiben a betegség serologiai és bakteriologiai eljárásokkal biztosan még nem ismerhető fel, egyrészt a typhus és paratyphus, másrészt a typhus és más akut megbetegedések (miliaris tbc. sepsis) között differentialdiagnostikai jelként szolgáljon. *Andor László dr.*

**Renalis rachitis esete.** *Nils Faxén.* (Acta Paediatr. 1932.)

Szerző chronicus nephritis kapcsán létrejött úgynevezett renalis rachitis esetét közli. A gyermek 1 éves korában angolkór jeleit mutatta. 2 éves korában feltűnően sok folyadékot ivott. Kezelőorvosa ekkor vesebajt állapított meg. A polyria és a polydipsia egész gyermekkorban fennállott. 12 éves korában került először kórházi megfigyelésre. Vizelete ekkor gyengén zavaros volt, fajsúlya 1005, fehérje nyomokban, üledékekben rengeteg fehérvesejt. Testi fejlődésében már ekkor jelentékenyen visszamaradt. 14 éves korában testsúlya 29 kg, testhossza 126 cm., 18 éves korában testsúlya 34 kg., testhossza 143 cm. 17 éves korában a jobb térdét megütötte, mire az megduzzadt és fájdalmas lett. 1 évvel később a bal alszára kezdett elgörbülni. 18 éves korában ezen lábaja miatt kerül újból kórházba, még pedig előbb a sebészeti, majd a vesebaj megállapítása után a belosztályra, a szerző megfigyelése alá. Felvétele alkalmával testileg rendkívül visszamaradt benyomást kelt. Csontrendszer az epiphysis végek megduzzadását mutatja. Genuvalgum m. k. o. a bal alszár elgörbülésével. Vizelet zavaros, fehérje 0.25<sup>0</sup>/<sub>100</sub> fajsúly 1005, üledékben rengeteg fehérvesejt, a vér maradék nitrogénje 54 mgr%. Kórházi tartózkodása alatt ez az állapot stationer: a vizelet mennyisége 660–2000 cm<sup>3</sup>, fajsúlya 1004–1007. A vér maradék-nitrogénje 57–97 mgr% között ingadozik, csak a creatin + creatinin mutat állandó emelkedést: 7.5–10.0 mgr%. A functionális vesevizsgálat tökéletes asthenuriát mutat. A csontokról készült röntgenfelvételeken sajátságos, de nem rachitikus elváltozások látszanak. A beteg 3 hónapi kórházi tartózkodás után tipusos uraemiában hal meg. A boncolásnál hatalmasan kítágult urétereket és vesemedencét konstataáltak. A vesék mikroszkopi képe chronicus nephritist mutatott, sok atrophisált és degenerált, másutt hatalmasan hypertrophisált

glomerulusokkal. A csontok elváltozása sem rachiticus, sem chondrodystrophiás jellegű nem volt, az epiphyseák általában normalisak, kissé talán inkább hyoplasticusak voltak. A vérnyomás viselkedéséről az egész betegség lefolyása alatt semmi adat nincs.

Geldrich János dr.

## Urologia.

**Az uretervég megközelítése a lágyék-kismedencetáj felemelése által.** Paul Constantinenco. (Journ. d' Urol. XXXII, 1932. 438.)

Az ureter legalsó szakaszának feltárása kétségtelenül nehéz sebészi feladat. Míg a felső rész aránylag még felület és a klasszikus lumboliliacalis úton elég könnyen megközelíthető, az alsó, visceralis szakasz igen mélyen fekszik és pedig annál mélyebben mennél közelebb hatolunk a hólyaghoz. A szerző a technikai nehézségek főként a nagy mélységben véli feltalálni, mert ez vezethet melléksejtülésekhez, mint nehezen csillapítható vérzésekhez, hashártyasérüléshez, sőt az ureter leszakításához. A műtét fontos része csak ujtappintás controlja mellett végezhető el, a feladat tehát a mélység lehető csökkentése, hogy az uretert és a környező lágyrészeket a szemhez közelebb hozzuk és a területet kiemeljük. Evégből egy hajlítót fémesszközt konstruált, melynek íve ellipszismentumnak felel meg („Souleveur”). Az eszköz lelapított gömbszerű kiszélesedésben végződik, míg a másik vége fogantyúszerű kiképzést nyert.

A műtétnél a lágyékszalaggal párhuzamos metszéstől hatol be, egészen az egyes hasizom hüvelyéig. Az obliquus ext. aponeurosisának átmetszése után teljesen megnyitja a lágyékcsonatornát. Azután átvágja az obliqu. int.-t és transversust az ondózsínórral együtt felfelé tolja. A fascia transversa való áthatolás után a praepertonealis kötőszövetből leválasztja a hashártyát és gondosan megkímélve a kismedence fontos képleteit, ereit és idegeit, a részeket lapoccal feltartatja. Ezután Beniqué-szondához hasonlóan bevezeti a végébe eszközt és assistenssel felemelteti a lágyrészeket, amelyek szinte a psoas szintjében jelennek meg, hol az ureter csak egy praeparálás után könnyen kiszabadítható. Az emelttyű fokának változtatásával a területet változóan felemelheteti.

Amikor tehát az ureter alsó szakaszának felszabadítása szükséges (teljes ureterectomia, ureterkő), hasznos szolgálatokat tehet az eszköz, melynek alkalmazása semmiféle kellemetlenséggel nem jár. Ezenkívül azonban felhasználható olyan műtétknél is, hol a hólyagfenék nehezen érhető el (részleges cystectomy, sipoly, diverticulumműtét stb.). Ebben az esetben az eszközt a középvonalban alkalmazzuk.

Boross Ernő dr.

**A primaer ureter-daganatok klinikuma és kórtana.** Dr. H. von Sauer. (Zeitschr. f. urol. Chir. 34. k. 3—4. f.)

Két primaer ureterrák esetet ismertet ritkasága miatt. Az ureter elsődleges daganatai általában ritkák, első ízben 1878-ban Wising és Blix írták le.

Egy betegnél, ki végbélrák diagnosissal halt meg, a boncolás derítette a primaer ureterrákot, mely azonban áttéteket okozott a vastagbélben, májban és mesenteriumban. Felismerése a tökéletes vizsgálati módszerek mellett igen nehéz, amit az is bizonyít, hogy az egész irodalomban nincs száz elsődleges ureterdaganat közül. Kórbonctanilag túlnyomó számban, mint a hólyagban is, a papillomatosus daganatok vannak. Aschner az irodalomból összegyűjtött 47 esetből 21 papillomát, 12 papillaris rákot és csak 14 solid rákot talált. A hólyagtumoroktól sem kórbonctanilag, sem szövettanilag nem térnek el. A solid rák az ureterfalat infiltrálja és gyorsan okoz áttéteket a távolabbi szervekben, a papillomás jó, vagy rosszindulatú daganat a nyálkahártyán többszörösen lép fel, egyes szerzők szerint azért, mivel helyhok leszakadva a vizelettel tovasodortatnak és alkalmas helyen megakadva implantálódnak (Pflaumer). Mások szerint mindjárt többszörösen jelentkeznek. Hogy ily körülmények között a hólyagban sodorva is csinál áttéteket, az természetes; ilyenkor a szájadékok közelében fekszik és a primaer hólyagtumortól semmiképp sem különböztethető meg. Eszerint a szájadékok közelében található hólyagtumoroknál mindig gondolnunk kell a felsőbb hügyutak primaer daganatára. A primaer ureterráknál rendszerint fellépő tünet a haematuria és kólika, mely különböző fokú lehet. A véralvadék csak akkor értékelhető, ha az ureterek lenyomatát adja. Ritkán tapintható maga az uretertumor, ha azonban ez sikerül is, akkor sem tudjuk elkülöníteni valamely mirigyáttételtől, vagy béldaganattól. Az indigokiválasztás az elváltozás nagyságától függ, melyet az uretert szűkítő daganat a vesében előidézett; pangást okozhat a vesében az infiltrált ureterizomzat elégtelen működése is. Az ureterkatheter a tumorban gyakran megakad és heves vérzést okoz, előfordul, hogy a rajta tapadt daganatrészecs-

kékből sikerül a kórismét felállítani. Jellemző tünet, ha a cathetert sikerül végig felvezetni, hogy a tumor magasságában és alatta véres, felette tiszta vizeletet kapunk. Döntő jelentőségű a kórjelzésnél a Röntgenkép, mely a daganat nagyságát és fekvését, valamint a vese állapotát is megmutatja. A Röntgenképen kiesés, vagy a töltőfolyadék kefe-cset-szerű megjelenése mutatja a daganat helyét. Két esetet közöl. Az első esetben, dacára a vese feltárásának, csak a boncolás tudta a helyzetet tisztázni. Második esetében annyira jellemző tünetekkel találkozott, hogy a kórjelzés eldöntése könnyen sikerült. Az anamnézisben vérzés és jobboldali alhasi fájdalmak szerepeltek, cystoscoppal jobbról erős vérzés lehetett megfigyelni, uk.-val az ureter alsó részéből véres, a vesemedencéből tiszta vizelet ürült. Pyelographiánál normalis veseüreg mellett, az ureter alsó szakaszában sisakszerűen pang a töltő folyadék. Tekintettel a beteg magas korára, sugaras kezelést végzett. Ha nehezebb az ureterdaganatot felismerni, még sokkal nehezebb azt eldönteni, hogy primaer-e a daganat, vagy áttét a szomszédos, vagy távoli szervekből. A szomszédos szervek daganatai az uretert csak comprimálni szokták, de nem törnek be annak üregébe. Műtéti beavatkozásnál csak az ureter teljes kiirtása jöhet szóba, ha beteg állapota ezt megengedi. Ha a teljes vese-ureter kiirtás nem végezhető el, sugaras utókezelésben kell a beteget részesíteni.

Ilyés Endre dr.

## KÖNYVISMERTETÉS

**Das autogene Training (Konzentrativ Selbstentspannung)** von I. H. Schultz. (Georg Thime Verlag Leipzig 1932. 305 oldal. Ára 16.80 P.)

Szerző az „autogene Training” neve alatt a hypnotherapiának sajátos módszerét érti, melyet a hypnotizáltak két, szerinte alapvető subjectiv érzésére alapít. Hypnotizáltaknak önészleléseiből megállapítja, hogy az egész testre kiterjedőleg, de különösen a végtagokban sajátos nehézségérzés lép föl, másrészt melegség érzésről tesznek említést. Ezen subjectiv érzésnek föloldásával (Umschaltung) kívánja az ideges tünetek megszűnését, helyesebben legyőzését elérni. Mint szerző maga mondja, inkább lelki tornáról, edzésről van szó, mint gyógyító eljárásról. A trainingben résztvevőket maga választja ki, nem mindenki alkalmas. A training a külvilági ingereknek csökkentésével (Aussenreizevernarung) és sajátos testtartásokban történik, amivel az elmélyedés és az izomfeszülés elernyesztésének, lazulásának lehetőségét akarja elérni, ezt érti „Konzentrativ Selbstentspannung” alatt. Hasonlít ez az eljárás az ismert Nirschlauff-féle nyugalmi gyakorlatokhoz. Az izmok ellazítása nem izom erőltetéssel, hanem tisztán „gondolkodással”, „szellemi elmélyedéssel” történik. Alapját a Carpentier ideomotoros principiumában, de még helyesebben Forel ideoplasiájában véli megtalálni. Ezzel a szellemi elmélyedéssel elért izomellazítás azután altató hatással van, a szemek becsukódnak, alvásszerű állapot következik be, melyben azonban a beteg teljes önrendelkezését megtartja, de sugallatok iránt igen fogékony. Ennek beálltához többszörös gyakorlatozás szükséges. Ekkor következnek az eljárás másik része, a szellemi elmélyedéssel, folytonos rá gondolással kiváltott melegérzésnek a teremtése, ami szintén altató hatással van (vö. tartós fürdők) s az előbbi állapot fokozásához, erősítéséhez hozzájárul. Majd a szivizom és a léleközőmozgók megnyugtatása következik, végül a hasi meleg tömörítés a plexus solaris szellemi befolyásolása által stb. stb.

Nehézkesen megírt könyv, sok fölösleges és oda nem tartozó idézettel. Egy külön fejezetben még a Yoga-ra is kitér. Az eljárás kivitele bonyodalmas, körülményes és hosszadalmas (hónapokig tart) és semmivel sem érünk el vele többet, mint más egyszerűbb sugalló eljárásokkal. Eszembe jut az az orvos, aki mindig a legujabban reklámozott orvosokkal dolgozik s a pharmakopea régen bevált jó orvoságit nem rendeli, mert még azt hiszik róla, hogy maradi.

Reuter prof.

**Bulletin trimestriel de l'organisation d'hygiene.** (I. köt. 1. füzet. Szerkesztőség és kiadóhivatal Genfben. Előfizetés egy kötetre (4 füzet) 10 sw. fr.; egy szám ára 2.5 sw. fr.)

A Nemzetek Szövetségének Egészségügyi Osztálya tíz évi működése után szükségét látta annak, hogy munkásságát, annak értékes adatait és eredményeit, továbbá határozatait a világ nyilvánossága elé bocsássa és mindenki számára könnyen hozzáférhetővé tegye. Mind e mellett ez a sajtóorganum nem tekintendő teljes mértékben hivatalosnak, mert a benne közölt vélemények nem kötelezők a hygienes albizottságra. — Az első füzet 168 oldalon 7 terjedelmes munkát közöl a diphtheria elleni vaccinatióról (londoni conf. 1931.), az angliai orvosképzésről (Sir G. Newman), Észak-

Amerika városainak tejjelátadásáról (prof. R. Burri), a tropikus pneumoniáról (R. Gantier), a párisi Pasteur-intézet veszettség elleni eredményeinek kritikai ismertetéséről (A. G. Mc. Kendrick) s végül a kínai árvízről járványtani szempontból (bizottsági jelentés). — A folyóirat minden higiénikus, epidemiológus és közegészségi közigazgatással foglalkozó orvos számára igen értékesnek ígérkezik.

Sz.

**Praktikum der klinischen, chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden. Klopstock—Kowarski.** (Urban és Schwarzenberg. Ára 12.50 M.)

A közismert és általánosan elterjedt laboratoriumi kézikönyv X. kiadása, mely lényegesen bővítve és modernisálva jelent meg. Mint egészen új fejezet került a könyvbe a sperma vizsgálata, az anyatej analysis és az alapanyagcsere megállapításának módszerei. Erősen bővült a vér kémiai vizsgálatának fejezete, valamint a serológiai rész is. A munkának nagy értéke, hogy röviden, érthetően és szigorúan a fontosra fektetve a súlyt írja le a methodusokat. A laboratoriumban dolgozó orvosnak e kis munka jóformán nélkülözhetetlen.

Fritz dr.

**Die Krankheiten der Lymphdrüsen. H. Mautner.** (1932. Wien. Verlag I. Springer. Ára 2.20 M.)

A „Bücher der ärztlichen Praxis” c. sorozatban eddig 33 kötet jelent meg, melyek mindegyike az orvostudomány valamelyik gyakorlatilag fontos, aktuális kérdését ismerteti összefoglalólag, könnyen érthető és áttekinthető formában. Mautner könyve, mely az említett sorozat 32-ik kiadványa, szintén hasonló célt szolgál, amikor a nyirokmirigy betegségeinek aetiologiai és klinikailag annyira változatos, egymástól nem mindig könnyen elkülöníthető alakjait a gyakorló orvos igényeinek megfelelőleg ügyes csoportosításban állítja elénk. A legszükségesebb bonctani, élettani és kórtani adatok rövid ismertetése után tárgyalja a gümőkóros és lueses mirigyafectiókat, az orrgaratúr gyuladásaival, a heveny fertőző betegségekkel (scarlatina, diphtheria, rubeola) kapcsolatos lymphadenitiseket, a Pfeiffer f. mirigyglazát, majd leírja a nyirokmirigyek viselkedését leukaemia különböző alakjai, lymphogranulomatosis és lymphosarkoma esetében. A könyvecske, mely teljesen az újabb kutatások alapján áll, különös figyelmet szentel az egyes kórfarmák elkülönítő kórismerékének, és sok hasznos útmutatással szolgál a therapia kérdésében is. A szabatosan, könnyed stílusban írt kis munkát érdemes minden gyakorló orvosnak elolvasni.

Milkó dr.

**Die Dickdarmschleimhaut, ihre normale und pathologische Funktion im Röntgenbilde.** Priv. Doz. Dr. Werner Knothe. (Thieme Leipzig. Ára 8 Mk.)

A vastagbél megbetegedésben szenvedők kezelése nehéz és hálátlan feladat. A hasmenésen és székrekedésen sokszor nem tudunk kielégítő mértékben segíteni. Jogosult a kérdés, vajjon a vastagbél normális és kóros működésére vonatkozó ismereteink hiányossága nem egyik oka-e a tökéletlen therapiás eredményeknek? A vastagbél röntgendiagnosztikája az utóbbi évekig elhanyagolt terület volt. A szokásos vizsgáló eljárásokkal csak a colon alakját, helyzetét, a külső izomzat működését s a durva anatómiai elváltozásokat vetjük észre. Nagy haladást jelentett az a törekvés, mely a gymordiagnosztikában oly eredményes reliefvizsgálatokat kiterjesztette a vastagbél nyálkahártyájára is.

Szerző az 56 oldalas könyvecskében 1926 óta — részben H. H. Berg mellett — gyűjtött ilyen irányú tapasztalatait foglalja össze. Különös tekintettel van a functionális elváltozásokra, melyeknek a legkülönbözőbb nyálkahártya-formációk felelnek meg. Megkísérli a normalis funkciót elkülöníteni a kórostól. Igen érdekes fejezete könyvének, melyben a colon reflexnek vagust izgató és gátló szerekre való változását demonstrálja. Igyekszik kiválogatni azokat az ismertető jeleket, melyek valóban jellemzőek a nyálkahártya megbetegedésére. Külön fejezetben foglalkozik a gyulladással és daganatos nyálkahártya elváltozásokkal. Igen alapos munka, melynek értékét 113 kitűnő ábra is emeli. Szakembereknek melegen ajánlom.

Erdélyi József dr..

## A Budapesti Kir. Orvosegyesület május 20-i ülése.

Előadás:

1. Kalapos I.: A hypochloroemiás uraemiáról. A hypochloroemiás uraemiák két keletkezési lehetőségével kell szemlélőni: 1. a túlzott sómegvonás következtében, 2. a gymorbél-tractus profus hányás, hasmenéseivel kapcsolatos

chlorveszteség következtében létrejövő hypochloroemiákkal. Az előadás tárgyát a vesebeteg embereken előforduló hypochloroemia képezi. Egy diabetes és egy nephrosclerosisban szenvedő betegnél a sómegvonás következtében keletkező hypochloroemiás uraemiák sóadagolásra való visszafejlődését ismerteti. Ezután egy chronicus nephritis és egy ureterelzáródást követő pyelotomia következtében előállott hypochloroemiás azotaemia ugyancsak sóadagolásra való csökkentését, illetőleg megszűnését tárgyalja. A hypochloroemiás azotaemia magyarázható 1. az osmosis egyensúly helyreállítása nitrogéntartalmú anyagok visszatartásával, 2. veselaesíóval, 3. kiszáradással. Sótherapia alkalmazható 1. valódi hypochloroemiánál, 2. chronicus nephritissel kapcsolatban kifejlődött hypochloroemiánál, 3. uraemiás hányás, hasmenés következtében létrejövő chlorveszteség pótlására.

2. Mazgon R.: Az experimentalis nephritis sótherapiája. Nyulaknál kaliumbichromat mérgezéssel oly nephritist állítunk elő, amelynek következtében valamennyi állat, kivétel nélkül 8—10 nap alatt uraemiás tünetek között pusztul el. Az így mérgezett állatokat kezeljük 10% NaCl-oldattal intravenásan és subcutan, 0.9% NaCl-oldattal intravenásan és peroralisan. Eredményünk 70% gyógyulás. Leghatásosabbnak bizonyult a 0.9% NaCl-oldat peroralis adagolása. A konyhasókezelés elengedhetetlen feltétele az egyidejű megfelelő vízfelvétel, szomjazó állatok a konyhasóadagolás ellenére is elpusztulnak. Nephrectomistól nyulakon csupán 0.9% NaCl-oldat intravenás adagolásával érünk el valamelyes eredményt — az élettartam meghosszabbítását 3 nappal. Ez az eredmény dilution alapszik. Egészséges állatokon az ily mennyiségben adagolt konyhasóoldatok káros hatást nem fejtenek ki. A histológiai vizsgálatok bizonyítják, hogy helyesen keresztülvitt konyhasókezelésre a necrotisált veseepithel regenerál. Eredményeik azt látszanak bizonyítani, hogy bizonyos nephritiseknél kedvező hatást várhatunk a konyhasókezeléstől. Amikor diuretikus hatást kívánunk elérni és a vese állapota olyan, hogy diuresisre képes, valamint ha átmosással igyekszünk a szervezetet mérgező anyagaitól megszabadítani és megfelelő veseparenchyma áll rendelkezésünkre, jó eredménnyel járhat a sótherapia.

Korányi S. báró: A belső milieu állandó tulajdonságai befolyásolhatókká válnak, míhelyt regulatóiók kórosak. Ez teszi lehetővé orvosi beavatkozások hatását, még pedig jó és rossz irányban egyaránt és szükségessé, hogy azok az esetek individualis sajátosságaihoz, szükségleteihez szigorúan alkalmazkodjanak. Hatásuk lehetőségét vesebajoknál a vér serum kémiai vizsgálata adja meg. Enélkül pl. a sóelvonás, amely bizonyos oedemák kezelésében oly kitűnően bevált, más esetekben odavezethet, hogy a szervezet sótartalma a szükséges alá süllyed, chloropenia és chloropeniás azotaemia keletkezik. Az ilyen állapot veszedelmeinek megfelelő dietás eljárásokkal e veszedelmek elhárításának jó példáit szolgáltatják az előadók vizsgálati bebizonyítva azt, hogy Blum vizsgálatának értékesítése a gyakorlatban a kritika nélkül alkalmazott sóelvonásos therapia korszakát lezárva az individualizáló dietás therapia új fejezetének kezdetén tartunk.

Csapó J.: A hypochloroemiás uraemiáknál a basikus gyökök jelentőségét meglehetősen elhanyagolják a chlorral szemben. Egy 4 hónapos parenteralis toxicosisban szenvedő csecsemőt acidotikus comában szállítottak be a gyermek-klinikára. A serumban nemcsak a chlor, hanem ugyanolyan mértékben a basikus alkatrészek is csökkentek a hányás és hasmenés következtében. Ebben az esetben tehát hyposalaemia volt a vérben. Tiszta hypochloroemia mellett az acidotikus coma nem fejlődött volna ki ilyen gyorsan. Hypochloroemia és hyposalaemia között különbséget kell tenni. Egy acut nephritis következtében fellépett uraemiánál a serumban hypersalaemiát találtak.

Kerpel-Frónius Ö.: Egy nagyfokú hypochloroemiás esetében 260 mg% serumchlor mellett sem észlelték azotaemiát, a fagyopont abnormisan kis értékű (—0.46°) volt. A chlorcsökkenés osmotikus compensálásáról carbamid által, mint ahogy azt Blum elgondolta, a jelen esetben szó sincs. Egy másik esetben 80 mg% R. N. járt együtt egy 262 mg%-os serumchlorral, ebben az esetben azonban úgy klinikailag, mint refractometriásan nagyfokú exsiccosis lehetett kimutatni. Az exsiccosisnak és a velejáró vesefunctio zavarnak fontosságot tulajdonít a hypochloroemiás azotaemia létrejöttében.

Mazgon R.: Reámutat arra, hogy a nátrium hyperchloroemiáknál mindig nagyobb mértékben szaporodik, mint a chlor. A nátrium sohasem követi híven a chlor ingadozásait.

3. Egedy J. E.: Az influenzával kapcsolatos szívbántalmakról. Az utóbbi évek könnyű lefolyású influenza esetei-

ben az eddigi klinikai és kórbonctani észlelésekkel szemben elég gyakran tudott kimutatni cardialis complicatioakat. A complicatio nem az ismert, az életet fenyegető vasomotorbénulásból származtak s nem is az endo-, myo- és pericardium megbetegedéséből állottak, hanem a legkülönbözőbb ingervezetési zavarokban nyilvánultak meg, ezeknek magyarázatát az ingerképző és vezetőszerrendszer toxicus sérülésében látja. 21 beteg elektrokardiogramjait demonstrálta, melyeken a pitvar-kamrai ingervezetés idejének meghosszabbodása, partialis blokk kamrakieséssel, teljes pitvar-kamrai dissociatio, sinusauricularis blokk legkülönbözőbb eredésű extrasystolék, pitvari fibrillatio volt látható. Egy esetben art. coronaria thrombosist is észlelt. Ezek a zavarok a lázas szak vége felé, a reconvalescentia időszakában jelentkeztek, cardialis decompensatiohoz csak igen ritkán vezettek, subjective enyhe szívartériai fájdalommal, szurásban, rövid ideig tartó nehézlégzésben, szívkiagyásban, szívlüktesben nyilvánultak. E rendellenességek az influenza megszűnése után 2—6 hét múlva úgy subjective mint objective megszűntek.

**Kiss P.:** Az influenza első napjaiban, az ingerületképzőszerrendszer izgalmi állapotáról van szó, ami miatt a percenkénti szívösszehúzódások száma elérheti a 240-et is. Ez a szív akut dilatációjával járhat együtt, amit követhet a máj megnagyobbodása stb. Az ilyenkor felvett electrocardiogram csak a sinus tachycardiára jellegzetes. A betegség későbbi napjaiban, különösen ha genyes társfertőzések lépnek fel az electrocardiogrammon a T eltűnik s gyógyulással végződő esetekben két-három hónap is szükséges ahhoz, amíg a T hullám ismét pozitív lesz. Nagyobb gyermekeknél, amint arra Lukács és Waltner is rámutatott, a betegség lezajlása után már a láztalan állapot szakában létrejöhet a szívnek secundaer dilatatioja.

### A debreceni Orvosegyesület máj. 12-i ülése.

**Orsós F.:** A haemangiómák és haemangiosarcomák fajai. Az eddigi beosztás elégtelen, mert a vérerek daganatainak több formája nem jellemezhető eléggé a használatos terminológiával. Még az u. n. capillaris-angiomák sem egységesek. A capillarissoknak is eltérő szerkezete és működése van a szervek szerint. A legkevésbé differenciáltak a sarjszövet hajszálerei. Az ezeknek megfelelő benignus és malignus daganatokat és sarjdaganat (gemangioma) címen ismertette. Már ezen tumorok is összetettek: combinatiós vagy compositiós daganatok lehetnek. Ha csak az endo- és burjánzó daganatosok: az endotheliomák, ha az adventitialis sejtek: a perithelialis daganatok féleségei keletkeznek. Nagyobb sorozatát ismerteti a fejlettebb érdaganatoknak. Így a praecapillarisoknak megfelelő daganatot többre osztja, de differentiatlan érfalakkal. Azután közepes méretű atypusos falú vénákból álló daganatok (angioma venosum). Az érfalak itt ugyiszóván teljesen nélkülözik a rugalmas rostokat. — Továbbá arterialis angiomákat, melyek közepes arteriákból állanak, a vastag falzat jellegzetes szerkezetével. Az atypicitás az arteria-jelleg dacára nagyon kifejezett lehet és különösen az igen gazdag rugalmasrost-rendszer széles változataiban nyer kifejezést. A venosus és arterialis angiomák más szövethésszövetekkel (reticularis-, kocsonyás-, zsír- és izomszövetekkel) kombinált daganatai is több példával illusztráltak. Végül egy további, nagyobb erekből álló angiomában a daganatos érfalzat legbizarrabb változatai szemléltethetők: vékony és vastagfalú, csaknem sejtmentes és felette sejtmentes szakaszok nemcsak a szövetszerkezetben, de ugyanazon keresztmetszet sectoraiban is váltakoznak egymással. A sejtmentes angioblasticus szövet majd a lument szegélyezi, majd a mediának vagy az adventitiának megfelelő réteget építi fel. Mint a hepatomáknál, úgy az angiomáknál is előfordul, hogy ugyanazon angioblast-telepből különféle típusos és atypusos daganatos érszövet alakulhat. A benignus gemangiómák és differentiatáltabb angiomák az érszövet rövid élettartama folytán spontán gyógyulásra hajlamosak és képesek. Ebből magyarázható a szövethelyi atypusos epulisok benignitása is, valamint azon vélemény, hogy az epulisok nem is igazi daganatok.

#### Előadás:

**Vanik V.:** „A mesterséges malária befolyása a női kankós folyamatra.” 85 női kankós beteget kezelt maláriás lázakkal. Eseteinek legnagyobb része subacut és chronicus folyamat volt, 42 esetben szövődeményekkel. A maláriás rohamok száma átlag 9—10, az elért legmagasabb hőmérséklet 42° volt. Rohamok alatt súlyosabb zavarokat nem észlelt. Legkifejezettebb volt a kankós szövődeményeinek gyors javulása, illetve gyógyulása. 5 beteg kankós ízületi gyulladása a kúra után jóformán teljesen meggyógyult, paramet-

ritiszes izzadmányok a 4-ik, 5-ik roham után felszivódtak, fájdalmas adnexitisek, beszűrődések, duzzanatok, endometriális vérzések pár roham után teljesen megszűntek. Az eredetileg sárgás-zöldes színű, sűrű, genyes fluor, egészen higan folyó szürkés-fehér folyássá változott át az első rohamok után. Helyi kezelést nem végzett. A kúra befejezése után 4—6 héten keresztül naponta végzett gonococcus-vizsgálatot úgy az urethra, mint a cervix-váladékban. 85 eset közül 21-ben volt eredménytelen a maláriakezelés. Legrosszabb eredménnyel az acut folyamatok kezelése járt, jobb eredményt kapott a subacut és chronicus előzetesen nem kezelt folyamatoknál, míg legjobb eredményt a subacut és chronicus, előzetesen kezelt esetek adták. Az urethra megbetegedésére a maláriatherapia nem oly hatásos, mint a cervixfolyamatra. A 85 eset közül az urethrában 21 esetben maradt pozitív a gonococcuslelet, míg a cervixben csak 13 esetben. Vizsgálatai szerint a maláriakezelés főképpen a subacut és chronicus, előzetesen kezelt kankós folyamatoknál javult, főképpen, ha szövődemények is vannak jelen. Célszerű a maláriakezelés hatását helyi kezeléssel is támogatni.

### A községi és körorvosok szerepe az egészségügyi közigazgatásban.

Irta: Kerbolt László dr.

**Szaller Miklós dr.,** Jásznagykunszolnok vármegyei tisztii főorvosa, a Népegészségügy 1930-ik évi 4-ik számában a fenti címmel cikket írt, melyben arról panaszkodik, hogy az egyetem megadja a diplomát a fiatal orvosnak, mely őt az általános orvosi gyakorlatra feljogosítja, de nem ad nekik olyan ismereteket, melyek őt a hatósági orvosi teendőik ellátására képesítenék. Ezeket az életben kell neki a jegyzőtől, a járási tisztii orvostól és más közigazgatási szakemberektől elsajátítania. Az 1908. XXXVIII. t. c., mely új korszakot jelentett a községek egészségügyi szolgálata terén, erről szintén nem intézkedett.

**Szaller főorvosnak** sokban igaza van, mert tényleg ha egy kórházi segédorvost vagy egy klinikai gyakoronokot községi vagy körorvossá választanak, az falura kikerülve, nem ismeri a közegészségügyi törvényeket és rendeleteket, nem tud eligazodni azok tömkelegében. Nemcsak kötelességeit nem teljesíti, de jogait sem és járatlanságát kihasználják magánosok és hatóságok nem egyszer, elgáncsolva jóindulatú, de nem mindig törvényes alapon álló intézkedéseit.

Ezen a helyzeten segíteni kell. Az a fiatal orvos, kit sorsa falura sodort, már az első napokban észreveszi, hogy közigazgatási ismeretei hiányosak, (vagy jobban mondva nincsenek). Ezeket nem tanították neki az egyetemen, de nem sajátíthatta el a kórházban, vagy a klinikán sem, ahol ő eddig működött. Ő csak vizsgálta a betegeket, referált róluk felettéseinek, írta a kórtörténeteket, rajzolta a láb és más görbékét, vagy a laboratóriumokban dolgozott. De arról, hogy halottkémlés, hús-vizsgálat, trachomás ellenőrzése, fertőző beteg ki és bejelentése, orvosrendőri hullaszemlék és boncolások, hogy szegény betegek ingyen kezelése, bábanapló, babaügy, havi, félhavi és évi jelentések, az iskolák negyedévi tisztasági és egészségügyi vizsgálata, nyilvános helyek és iskolák árnyékszékeinek vizsgálata, kutak, malmok, gyárak, vasuti állomások, fürdők, találkahelyek egészségügyi felügyelete, kóbor cigányok és vándorlók egészségügyi vizsgálata, gyári és summásmunkások egészségügyi ellenőrzése, a lenec és dajkaságba adott gyermekek feletti felügyelet, azok gyógykezelése, ételmi cikkek és italok vizsgálata és egészségügyi ellenőrzése és még száz más teendője van a községi és körorvosnak, arról a városból kikerült fiatal orvos nem tud semmit. Mert ha tudná, hogy mi mindent kell neki külön díjazás nélkül elvégeznie, azért, hogy a X-ik fizetési osztálybeli



járandóságát „élvezhesse“ és majdan öreg korára eljusszon a VIII-ba és onnan ne tovább, akkor talán nem is örülne olyan nagyon ezen állás elnyerésének. A fiatal orvos azonban ambiciosus, igyekszik hiányos tudását pótolni és magát továbbképezni. A járási orvosok, a vármegyék főorvosai jóindulatú útmutatással szolgálnak neki, azt azonban nem lehet tőlük kivánni, hogy minden új embernek külön kurzust tartsanak. Nem áll rendelkezésére megfelelő szakkönyv, melyben a felvetődött kérdéseknek utána nézhetne és nem jár neki közegészségügyi tárgyú szaklap, melynek olvasása által új ismereteket szerezhetne és a régiakat felfrissítené. Gyűjteményes egészségügyi közigazgatási munkákat megszerezni és ilyen irányú lapot járattatni a saját erejéből nem képes, a község vagy kör pedig ilyenre az orvos számára ritkán fizet elő. Míg a közigazgatási tisztviselőknek nem is egy, de több hasonló irányú szaklap áll községi költségen rendelkezésére, addig egészségügyi tárgyú szaklapra rendesen nincsen pénz, azt járassa az orvos maga, ha akarja. De, ha ezek rendelkezésére is állanak, mégsem lesz tudása teljes, mert hiányozni fog neki az alap, melyen továbbképzését felépíthetné.

Hogyan lehetne ezt az alapot célszerűen megszerezni a fiatal orvosnak és hogyan lehetne azt pótolni azoknál, akik már szolgálatban állanak? Ez két módon volna lehetséges:

I. Megtanulja az egyetemi tanulmányok alatt vagy az u. n. szigorlati év folyamán.

II. Megtanulja egy külön, esetleg az egyetemektől független tanfolyamon. Ezen tanfolyam megszervezése után pedig az 1908:XXVIII. t.-c. megváltoztatásával csak azoknak lehetne pályázni körorvosi állásra, akik ezt a tanfolyamot sikerrel elvégezték, mint ahogyan a tisztviselői állásra sem lehet pályázni tisztviselői oklevél nélkül.

*Ad I.* Az egyetemi tanulmányi időben ilyen tanfolyamnak vagy tanulmánynak beiktatása csakis a tanulmányi idő meghosszabbítása által válnék lehetővé, ami már évek óta úgyis tervbe van véve. Ellenvetésül azt lehetne felhozni, hogy nincs szüksége ilyen ismeretekre például annak, aki orr és gége specialista lesz, vagy pedig fogásznak megy, vagy városi gyakorló orvos lesz. Végezze el a tanfolyamot az, aki községi vagy körorvosnak akar menni, de ne terheljék a többi felesleges tanulmányokkal. Részben igaz ugyan ez, de azt felelhetem rá, hogy a hallgató, amikor az egyetemet végzi, még nem tudhatja, hogy milyen szakot fog ő majd választani és egyáltalában hol fog kikötni hajója? Másrészt bizonyos jogi, közegészségügyi, közigazgatási és socialis ismeretekre minden szakmabeli orvosnak szüksége van és az sem ártana, ha a városban élő orvosok jobban lennének informálva a faluról, annak egészségügyi és kulturális viszonyairól.

*Ad II.* A másik mód volna egy külön tanfolyam szervezése az Országos Közegészségügyi Intézetben, ahol a tisztviselői tanfolyamok is tartatnak. A tanfolyamot a jövő községi és körorvosokra nézve kötelezővé tenni csak az 1908:XXXVIII. t.-c. 7-ik §-ának megváltoztatásával lehetne. De lehet a tanfolyam egyelőre csak ajánlott; akik azt elvégzik azok a községi és körorvosi állásra pályázatuknál az egyéb tanulmányaikon és diplomáikon kívül még egy olyan plust tudnának felmutatni, melyet állásuk betöltésénél saját és a falu egészségügyi javára tudnának kamatoztatni.

Meddig tartana ez a tanfolyam? Ugy hiszem, hogy két hónapi idő elégséges volna arra, hogy a fiatal kollega megszerezhesse magának az elméleti és gyakorlati ismereteket, melyek alapján állását kifogástalanul ellátni tudná. Továbbképeznie magát úgyis kell, hiszen

a törvények és rendeletek az élet haladásával folyton változnak. Ez megtörténhetnék szakkönyvek olvasása, szaklapok járatása és ismétlő tanfolyamok tartása által, melyek hallgatása — természetesen közöltségen — bizonyos évek elteltével minden községi és körorvosra nézve kötelező volna. A tanfolyam hallgatóinak számát körülbelül 25-ben lehetne évente megszabni, mert megközelítőleg ennyi ma az évente megüresedő községi és körorvosi állások száma, beleszámítva az újonnan alakult községi és körorvosi állásokat is, melyek egyes körök kettéválása, vagy községeknek a körből való kiválása által keletkeztek.

Melyek lennének a tanfolyamon előadandó tantárgyak? A tisztviselői tanfolyamon előadott tárgyaknak compendiuma volna az az anyag, amit a községi és körorvosnak tudnia kellene és így a két tanfolyam tananyaga közt meglenne a szükséges harmonia; a községi és körorvosnak is ugyanazon rendeleteket és törvényeket kell ismernie és azok szerint kell eljárnia, mint a tisztviselői orvosnak, kinek segítő társa kell, hogy legyen. Ez különösen akkor válik majd fontossá, amikor majd az egészségvédelem a viszonyok javulásával meg lesz szervezve a legkisebb faluban is. Szükségesek tehát serológiából a legfontosabb ismeretek, részben gyakorlatilag is. Továbbá tárgyalandók a vizsgálati anyagok beküldése; a lelki betegek gondozása; közigazgatási szervezet; egészségügyi segédnyelvezet; egészségügyi statisztika kivenetesen egyszerűbb gyakorlatokkal. Epidemiologia; ezzel kapcsolatban a himlőoltás, iskolák hygienéje; fertőző betegségek ki- és bejelentése, fertőtlenítés. Emberre átvihető állati betegségek. Helyszíni kút- és vízvizsgálatok. A piac hygienéje. Húsvizsgálat. A tej hygienéje. A hazai ehető és mérges gombák gyakorlati ismertetése. Socialhygiene, főbb vonásokban. Nemi betegségek elleni küzdelem alapelvei. Rendőrorvosi szolgálatnak a falut érintő része. Állami gyermekvédelem szervezetének ismertetése. Munkásbiztosítás röviden. Üzem egészségügy és ipari balesetek elhárítása dióhéjban. A falusi egészségügyi munkáról. Egészségügyi propaganda. Bakteriologia és élelmiszervizsgálati gyakorlatok. Bábakérdés, szülészeti rendtartás. Halottképek, halottkémlés. Szegényügy.

Ha áttekintjük ezt a felsorolást, akkor azt látjuk, hogy kevés olyan tárgy van köztük, amelyeknek ismertetése a jövő községi és körorvosnak szüksége ne volna. A tanfolyamnak gyakorlatra szánt részében meg kellene ismernie legalább futólag a főváros mintaszerű egészségügyi intézményeit is, de meg kell ismernie a falusi viszonyokat is, még pedig behatóan. Meglátogatnák a hallgatók a mintajárásokat, de megnéznének olyant is, ahol még ezek az intézmények bevezetve nincsenek. A mintajárások megismerése azért volna kívánatos, hogy a jövő községi és körorvos lássa, hogy milyenek kellene lenni a falusi közegészségügynek az országban, hogy lásson példákat, melyre törekednie kell. Hogy a valóságban milyen, azt látni fogja a saját községében vagy körében, ha egyszer állásba kerül.

A tanfolyam megvalósulása esetén egyelőre — amint fentebb említettem — csak ajánlott lenne, mert kötelezővé tételére a mai nehéz gazdasági viszonyok nem alkalmasak és csak a törvények módosítása útján volna lehetséges. De, ha kötelező lenne is, akkor is csak az új orvosokra lehetne kötelezővé tenni, de a már állásban levőkre semmi esetre sem. Hogy azonban az állásban levő községi és körorvosok ismereteiket kiegészíthessék és az újabb intézményeket megismerjék, szükséges volna, hogy őket is sorozatosan egy 8—10 napos ismétlő és továbbképző egészségügyi közigazgatási tanfolyamra behívják. Mivel ez csakis államköltségen volna lehetséges, tudjuk, hogy egyelőre csak terv marad. De hogy ezen tanfolya-

mok megszervezése mekkora hasznára volna az érdekelteknek és rajtuk keresztül a magyar közegészségügynek, azt nem kell bővebben indokolnom.

## † RUBNER MAX

Rubner halála oly veszteséget jelent az anyagcsere és energiaforgalom tanának, mint amelyet Koch halála jelentett a bacteriológiának. Élettanon kezdte, közegészségtanon folytatta, és ugyancsak élettanra visszatérve fejezte be tudományos pályáját, melynek Marburg és Berlin voltak színhelyei. Korát messze megelőzve olyan az emberre is vonatkozó törvényszerűségeket fedezett fel, melyeket előtte éppen csak hogy sejteni lehetett, de melyeknek bizonyítására senki sem vállalkozhatott. Azt, hogy a testállománynak, vagy pedig a tápláléknak bizonyos alkotórészei, az úgynevezett táplálóanyagok, a fehérje kivételével az élő szervezetben ugyanúgy égne el és ugyanannyi hőt szolgáltatnak, mint ha a szervezeten kívül égnének el végső oxydatiós termékékké, neki mint elsőnek sikerült a direct kalorimetria céljait szolgáló híres készülékével hebizonyítani. Az indirect kalorimetria módszerei már Rubner előtt is ismertek voltak. Rendkívül fáradságos nagyszámú kísérleteivel kimutatta, hogy megfelelő körülmények között a direct és indirect kalorimetria eredményének egyezni kell, és evvel megmutatta a módját annak, hogy hogyan lehet az ilyen kísérletekben megdönthetetlenül bizonyító számadatokat nyerni. Sokkal messzibb körökben vált ismertté azon törvényszerűség, melyet ugyancsak Rubner állapított meg: az isodynámia törvénye. E törvény kimondja, hogy (bizonyos megszorításokkal) a különböző tápláló anyagok olyan mennyiségekben helyettesíthetik egymást, melyeknek kémiai energiatartalma egyforma. Ugyancsak Rubnertől származik a compensatio törvénye is, mely kimondja, hogy azt a hőmennyiséget, melyet az állatnak hidegebb környezetben termelnie kell, hogy testhőmérséklete megmaradjon, pótolhatja, compensálhatja azzal a hőmennyiséggel, melyet a bevitt táplálóanyagok, elsősorban a fehérje, az anyagcsere fokozásával okoznak (specificus dynámiai hatás), minél fogva hidegebb környezetben sincs szükség újabb hő termelésére.

Rubner működése klasszikus példáját szolgáltatja annak, hogy a tanszabadság, a szó legnemesebb értelmében véve, nemcsak a tanulásnak és tanításnak, hanem a kutatás módjának és irányának korlátozását sem engedi meg: hiszen Rubnernek az anyagcsere és energiaforgalomra vonatkozó legértékesebb közleményei abból az időből valók, mikor Marburgban nem az élettan, hanem a közegészségtan tanára volt. H. P.

## VEGYES HÍREK

**Személyi hír.** *Darányi Gyula* professort a budapesti közegészségtani intézet igazgatóját az Union Internationale contre la Tuberculose felkérte a szeptemberi hágai kongresszusán a tuberculosos immunitásáról szóló előadás megtartására. *Darányi* professor a gyűlésen a Kormányt és az Egyetemet is képviselni fogja.

**Közkórházi Orvostársulat** június 1-én megtartandó ülésének tárgysorozata. *Gombos László*: Cholecystitis és cholelithiasis 5 éves gyermeknél. *Zorkóczy István*: Ulcus rotundum dudeni 11 éves gyermeknél. *Szilágyi István*: Trichophytiasis profunda. *Pilau Gusztáv*: a) Multiplex gummák, b) Lues III. *Fehér Endre*: Lues III., elephantiasis. Előadás: *Kovács József*: A hypertensio kór- és gyógytana (az igazgató tanács felkérésére tartott előadás).

**Budapesti Kir. Orvosegyesület Otológiai Szakosztálya** június hó 2-i a Szent Rókus közkórház fülészeti osztályán tartandó ülésének tárgysorozata. *Bemutatás*: 1. *Kelemen*

*György*: Myxosarcoma metastasis a sziklacsoniban (metasztázis). Előadás: 2. *Zubriczky József*: Az emberi hallószerv sérüléseiről. 340 eset kapcsán. 3. *Alföldy Jenő*: Bacteriologiai adatok a heveny középfülgyulladás kóroktanároz.

**A Magyar Orvosok Rheuma Egyesülete** jun. 11-én az I. sz. szemészeti klinikán tartja a Magyar Orvosi Nagyhét keretében tudományos nagygyűlését és közgyűlését. A tisztújító közgyűlés  $\frac{1}{2}$ 1-kor, a tudományos ülések d. e. 9-kor és d. u. 5-kor kezdődnek. Vitakérdés: *Éderer István*: A gyermekkori rheumás megbetegedések és *Benczur Gyula*: Az idült arthritis kezdeti symptomái. Előadást tartanak: *Buday László*, *Pauliczky László*, *Rausch Zoltán*, *Engländer Árpád*, *Szabó Imre*, *Henszelmann Aladár*, *Niederecker Gáspár*, *Schulhof Ödön*, *Surányi Lajos*, *Bilkei Pap Lajos*, *Dalmady Zoltán*, *Deutsch Dezső* és *Teschler László*.

**A Budapesti Orvosok Szövetségének** május 31-i határozatképtelenség esetén június 14-i fél 7 órakor a Budapesti Kir. Orvosegyesület Semmelweis-termében tartandó évi rendes közgyűlésének tárgysorozata: 1. Elnöki megnyitó. 2. A főtitkár jelentése. 3. A pénztáros és pénztárvizsgáló bizottság jelentése. 4. A választmány javaslata a jövő évi tagdíj megállapítása tárgyában. 6. Indítványok. 7. A tisztikarnak, a választmány 20 rendes- és 15 póttagjának, a számvizsgáló bizottságnak és a fegyelmi bíróságnak megválasztása.

**A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat** évzáró közgyűlése jun. 4-én d. u.  $\frac{1}{2}$ 7 órakor a Bör- és Nemikórtani Klinika tantermében lesz. Tárgysorozat: 1. Elnöki megnyitó. 2. *Ünnepi beszéd*. Tartja *Bud János dr. ny. min.*, a Társulat tiszteletbeli tagja „Gazdasági élet és közegészségügy” címmel. 3. Főtitkár jelentése. 4. Pénztáros és ellenőr jelentése. 5. Számvizsgáló bizottság jelentése. 6. A jövő évi költségvetés előterjesztése. 7. Két budapesti és két vidéki választmányi tagnak és a számvizsgáló bizottság tagjainak alapszabály szerinti megválasztása. 8. Esetleges indítványok. Az elnökség az évzáró közgyűlésre a tagokat meghívja és azon a Társulat ügyei iránt érdeklődő kartársakat is szívesen látja. Különmeghívókat nem küldenek szét.

**A Société Internationale de Chirurgie Orthopédique II-ik kongresszusát** 1933-ban júl. 19.—22-ig Londonban tartja. Két főthémát tüztek ki tárgyalásra: 1. Az izületi mozgások mechanizmusa általánosságban, 2. A gümös csípőizület gyógyítása. Bejelenthetők ezenkívül előadások tetszés szerint választott tárgykörből is. Érdeklődőknek felvilágosítással szolgál *Kopits* prof. a magyar bizottság képviselője.

**Eastman György haláláról** írt 13. számunkban közölt emlékezésünknek visszhangja támadt jeles munkatársunk, *Nachtnebel Ödön dr.*, egyet. magántanár hozzánk intézett levelében, melynek idevonatkozó részét szószerint közöljük:

T. Szerkesztő Ur! Nagyon köszönöm kedves levelét, melyet egyszerre kaptam meg az O. H. példányaival. Sajnálom, hogy nem tudtam a készülő necrológról, mert *Eastman* egyéniségére vonatkozólag néhány érdekes adattal szolgálhattam volna. A magyar napilapok, melyek kezembe jutottak, látom, az egész esetet inkább mint szenzációt kezelték, amely a mai pénzügyi feszültséggel túltelített világban, alig néhány nappal egy európai pénzügyi és ipari nagyfejedelem öngyilkossága után, még nagyobb szenzációvá volt kiszínezhető. Amint én látom a dolgokat, ilyen motívumok nem játszottak közbe az öngyilkosság elkövetésében. Vállalatai hősiesen állják a gazdasági viharok verését. Ugy hiszem, mindössze csak anynyi történt, hogy egy mindig munkához szokott tetterős ember lassankint elfáradt, talán félt a szellemi és testi elagásztól (2 évvel ezelőtt kisebb agyvérzése volt) s maga tett pontot az életére. Nem volt senki közeli hozzátartozója, akinek mélyebb bánatot okozott volna. Egyedül lakott 34 szobás kis palotájában, amelynek mesebeli értékei között Rembrandt, Frans Hals és Reynolds is képviselve voltak és amelynek zenetermében minden reggel megszólalt az orgona, mely — mint értesültem — egyike a legtökéletesebb orgonáknak azok közül, melyek magánházban vannak. Az általa alapított *Eastman-School of Music* egyik tanára játszott minden reggel  $\frac{1}{2}$ —1 órát számára. Az *Eastman-School of Music* egyébként egyetlen alkotása, amely a nevét viseli, pedig életében kb. 80.000.000 dollárt adott intézmények alapítására, berendezésére, igen sokszor álnév alatt — mint *Mr. Smith*, vagy egyéb —, több millió dollárt adományozott. Életének alkonyán legnagyobb örömét a zenében találta. Nem volt muzikus, ösztönösen szerette a zenét, ami számára szórakozás és lelki pihenés volt. Vasárnap délutánonként sokszor 200 vendéget is meghívott kamara zene összejöveteleire, de ő nem a vendégeit, hanem a zenét élvezte, nem volt nagy társalgó, többet hallgatott, mint beszélt. Zene iskolája rövid néhány év alatt az Unio leghíresebb intézményévé vált és növendékei a legtávolabbi államokból toborozódnak. Halálára pontosan el-

készült. Reggel még meghallgatta az orgonajátékot, talán melegebben és hosszabban búcsúzott el az orgonistától, mint máskor tette volt, ügyvédjével még valamit igazítottatott a végrendeletén, délben 12 órakor felment a hálószobájába, ruháit rendesen elrakta mintha csak aludni tért volna, kioltotta gondosan utolsó cigarettáját, szíve fölé vizes törölközőt szorított és biztos kézzel szíven lötte magát. Egy cédu-lára csak ennyit írt: „My work is done. Why wait? G. E.” Nagy egyéniség volt. Vagyonához nem tapadtak tönkrement emberek könnyei és átkai, mint a legtöbb amerikai nagyvagyonhoz s amit keze és feje munkájával szerzett lassankint mind visszaadta a közöcségeknek. A rochesteri egyetemnek lassanként kb. 35,000.000 dollárt adott, elhagyott lakását, teljes berendezésével az Egyetem mindenkor elnöke lakásául hagyományozta. — Whipple\*) őszinte jóbarátját vesztette el benne, pedig ha együtt voltak, nem sokat beszélgettek, mint mondják, sokszor órák-hosszat csak üldögéltek együtt és hallgattak. Whipple-nek igen jól esett a Hetilap megemlékezése s arra kért, hogy ezt a példányt az angol fordításával együtt engedjem át a rochesteri egyetem elnökének egyet pedig magának és az Eastman-művek (Kodak) igazgatóságának kért.

**Tájékoztató egészségügyi kérdésekben.** A Nemzetek Szövetsége Egészségügyi Osztályának igazgatója, *Ludwik Bajchman*, az illetékes egészségügyi tényezők tudomására hozza, hogy a vezetése alatt álló osztály készséggel nyújt részletes tájékoztatást a különböző nemzetek egészségügyi szervezetéről, összehasonlító tájékoztatásokat a járványügyi statisztikáról, a különböző egészségügyi törvényes rendelkezésekről, nem különben a megelőző (praeventív) orvostan körébe vágó adatokról. Pontos körülmény a cél, amelynek érdekében a tájékoztatásra szükség van, hogy ilymódon a felesleges kérdések és kérések nyomán előálló munka elkerültesse. Korlátozások alá esnek oly témák felölöl tájékoztatások is, amelyek a szakajtóban való közzététel előtt állanak. A kérelmek „Public Health Intelligence” jelzéssel közvetlenül a Nemzetek Szövetsége Egészségügyi Osztályának igazgatójához (Genf) intézendők.

**Magyarország fürdőinek, ásványvizeinek, üdülőhelyeinek ismertetése.** *Frank Miklós, Kunszt János, Rausch Zoltán* összeállításában most jelent meg.

Az Orsz. Balneologiai Egyesület áldozatkészségét dicséző fűrdőismertetés sikerét mi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy I. kiadása tavaly nyáron hetek alatt elfogyott. Az ügyes és igen szép kiállítású könyvecske Magyarország valamennyi gyógyfürdőjét és üdülőhelyét ismerteti gyakorlati szempontból, leírja fekvésüket, gyógyberendezéseiket, a lakás és ellátási viszonyokat, gyógyjavaslatokat, a közlekedési viszonyokat, és a fürdőzni, illetve üdülni indulók célját szolgáló egyéb tudnivalókat. Az Orsz. Balneologiai Egyesület jóvoltából ezen ismertetést jövő heti számunkkal minden előfizetőnk, mint ingyenes mellékletet megkapja.

**Orvosdoktorrá avattattak a budapesti kir. magy Pázmány Péter Tudományegyetemen: Csiker Ferenc, Strausz István Gyula.** Üdvözljük az új Kartársakat!

**Zechmeister, Organikus chemiája** két kötetben, melyet 13. számunkban ismertettünk, — könyvkereskedésekben 30 P-ért kapható. Az Orvosi Hetilap előfizetői és olvasói azonban bármelyik kötetet 12 P-ért, az egész művet 24 P-ért kedvezményes áron, portomentesen megkapják, ha az összeget postán beküldik az „Egyetemi chemiai intézet Pécs” (nem a szerző) címére.

**Budapest székesfőváros közegészségügyi állapota**

1932. év május első felében.

Hasi hagymáz	13	1	Gyermekági láz	2	2
Küteges	—	—	Bárányhimlő	75	—
Hólyagos (ál-) himlő	—	—	Járv. fültőmirigylob	61	—
Kanyaró	396	9	Vérhas	7	1
Vörheny	185	6	Járv. agygerincagyhártyalob	—	—
Szamárhurut	55	6	Trachoma	22	—
Roncsoló torok és gége-	—	—	Veszetttség	—	—
lob	104	6	Lépfene	1	—
Influenza	5	—	Paralýsis infant.	—	—
Ázsiai kolera	—	—			

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

\*) Hires pathologus, a rochesteri orv. facultás dékánja, a levélírónak ezidei főnöke.

**Kiadványainkat olcsón kapják meg kiadóhivatalunktól** nátralekban nem lévő előfizetőink. A pénz előre beküldése után azonnal bérmentve küldjük meg az alábbi ige hasznos könyveket:

- Soós Aladár: Étrendi előírások. III.**  
bővített kiadás . . . . . 5.— P helyett 4.— P
- Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája** 230 oldal, 110 ábra és 16 oldal műmelléklettel . . . . . 5.— P
- Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei,** 215 oldal . . . . . 6.50 P helyett 5.50 P  
Vászonba kötve (8 P h. 7.— P.)
- Rigler Gusztáv: Közegészségtan és a járványtan tankönyve.** . . . . . 25.— P helyett 5.70 P.
- Orsós Ferenc: Körboncolás vezérfontala** 86 oldal . . . . . 2.50 P helyett 2.— P
- Issekutz Béla: Gyógyszerrendelés** . . . . . 8.— P helyett 6.— P
- Az orvosi tudomány magyar mesterei.** Kiadja a Markusovszky Társaság. 196 oldal . . . . . 4.— P helyett 3.50 P
- Krepuska István: A filereditű agytályogok kór és gyógytana ára** . . . . . 4.— P

A befizetési lap hátlapján az összeg rendelt. két kérjük feltüntetni. Utánvételt való rendelésnél a portóköltséget is felszámítjuk.

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

**Az egyetemi sajtóbizottság képviselőihez kell küldeni; a szerkesztőség csak az ő véleményük alapján fogad el közlésre kéziratokat.**

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTAN

Lapunk mai számához Richter Gedeon vegyészeti gyárt. Budapest X., *Betacid*-ról szóló prospektusát mellékeljük.

**Olcsó üdülés és gyógyulás a HÜVÖSVÖLGYI PARKSZANATÓRIUMBAN**  
Hárshegy, I., Hidegkúti-út 78. Telefon; 640-92. Ideg és belbetegeknek. Basedow, érelmeszesedés, tüdőcsucsuhurut és cukurbetegek részére.

**DR. JUSTUS** bőrgyógyító és kozmetikai intézete  
BUDAPEST IX., ÜLLŐI ÚT 1.  
kórházi főorvos Telefon: Aut. 846—37.

## PÁLYAZAT!

A szirákai járás főszolgabírájától.  
1809—1932. szám.

Nógrád és Hont k. e. e. vármegyék szirákai járásában megüresedett s 1931. évi január 1. óta helyettesítéssel betöltött szirákai körorvosi állásra pályázatot hirdetek. Az orvosi kör székhelye: Szirák, a körhöz tartoznak még Bér, Kisbágyon és Egyházasdengeleg községek.

Az állás javadalmazása a 62.000—926 B. M. rendeletben megállapított fizetés 428 P évi fuvarátalány, természetbeni lakás és a vármegyei szabályrendeletben megállapított rendelkezési, beteglátogatási és műtéti díjak.

Felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-c. 7. §-ban előírt képesítésüket, magyar állampolgárságukat, politikai megbízhatóságukat, a commun alatti magatartásukat, esetleges eddigi szolgálatukat igazoló okmányokkal és születési bizonyítványokkal felszerelt kérvényüket hozzám legkésőbb 1932. évi június 15. napjának 12 órájáig annál is inkább adják be, mert elkésve érkezett vagy hiányosan felszerelt kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választás kitézése iránt később fogok intézkedni.

Szirák, 1932. május 21.

Főszolgabíró.

Tökéletesen berendezett magaslati fizioterapiás gyógyintézet 600 m. t. f. ösfenyvesben, Szepes megye.  
Főorvos: **Dr. GRÓB BÉLA.**

Szoba kitűnő ellátással 40—50 cseh K. (6'50—8'50 pengő.) Sanatoriumszerű kezeléssel, fürdőkkel stb. 53 cseh K.tól. Ves Kúpele) igazgatósága és a budapesti irodánk: IV., Ferenciek-tere 4. — Telefonszám: 82—6—03.

# Iglófürdő

Prospektust és felvilágosítást ad; Iglófürdő (Spišská Nová Ves

# SZT. GELLÉRT

GYÓGYFÜRDŐ ÉS SZÁLLÓ BUDAPEST.

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

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

A tökéletesen felszerelt gyógyintézet osztályai: Iszaposztály, Hőlég-osztály. Vizgyógyintézet és napfürdő. Villanyozó-osztály és mesterséges napfényfürdő (kéklény). Gépgyógyászat (Zander) és svéd-torna. Inhalatórium és pneumatikus kamra. Kémiai és bakteriológiai laboratórium. Röntgenlaboratórium. Szénsavas-, sós- és pezsgő fényfürdők. Kádhabfürdők. Szakképzett gyógymasszőrök és ápolónők. Hullámvízű nyári uszoda.

Részletes prospektust díjtalanul küld az igazgatóság.

## TABL. FERRI PROTOXAL. SINE ET C. ARS. DEÉR

változatlan tisztaságban, összetételben és hatásban minden gyógyszerárban kapható.

„Jó pásztor” gyógyszerár, Bpest IX, Ráday-u. 18.

## Reagensok és normaloldatok

a vizelet, széklet, vér- és gyomor-tartalom vizsgálatához. Dr. G. Grüber & Co. Leipzig festékei, festék-oldatai, kémikáliái mikroszkopiai és bakteriológiai használatra, valamint összes egyéb készítményei eredeti csomagolásban állandóan raktáron.

Dr. DEÉR ENDRE laboratoriuma Budapest IX, Ráday-utca 18. Telefon: József 23-23.

# DOMOPON-CHINOIN

ötszörösen töményített, befecskendezhető

## opiunkészítmény

50% morphin

Solutio — injectio — tabletta.

Horváth Boldizsár:

A gyakorló orvos orthopaediája. 230 oldal.

110 ábra és 16 oldal műmelléklettel . . . . . 5.— P

Soós Aladár:

Étrendi előírások. III. bővített kiadás . . . . . 5.— P

Kunszt János:

A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei. 215 oldal . . . . . 5:50 P

Vászonba kötve . . . . . 7.— P

Orsós Ferenc:

Kórboncolás vezérfonala. 86 oldal . . . . . 2.— P

Az orvosi tudomány magyar mesterei. Kiadja a

Markusovszky Társaság. 196 oldal . . . . . 3:50 P

Krepuska István:

A füleredetű agytályog kór és gyógytana 4.— P

Rigler Gusztáv:

Közegészségtan és a járványtan tankönyve  
25.— P helyett . . . . . 5:70 P

Kapható a kiadóhivatalban.