

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GEZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSEK MIHALY, SZÉKELY AGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VAMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA
POÓR FERENC

GORKA SANDOR
REUTER KAMILLÓ

HÜTTL TIVADAR
ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: VAMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

- Berecz János:** A terhességi toxicosisok (gestosisok). (255—257. oldal.)
- Imre Gábor és Dapsy Endre:** A gyulladásos méhfüggelékmegetegedések röntgenkezelése. (258—262. oldal.)
- Laib Tivadar:** A pertussis kapcsán fellépő otitisek. (262—263. oldal.)
- Herman Károly:** A tartós rectalis táplálás. (264—265. oldal.)
- Schernhardt János:** Hypophysaer impotentia. (265—267. oldal.)
- Rósa László:** Májbetegséghez csatlakozó gyógyult extrapyramidalis tünetsoport. (267—268. oldal.)
- Feldmann Ignác:** Észrevételek egy kút tisztítása alkalmával kiemelt magzati csontvázról. (268—269. oldal.)
- Melléklet:** Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (49—52. oldal.)
- Lapszemle:** Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Gyermekegyógyászat. — Szemészet. — Bőrgyógyászat. — Elméleti tudományok. (269—271. oldal.)
- Könyvismertetés:** (271—272. oldal.)
- Egyesületek ülésjegyzőkönyvei:** (272—276. oldal.)
- Pénztári orvos:** A 185.500/1932. B. M. rendelet és a klinikák és kórházak (276. oldal és a borítólapon III. oldalán.)
- Frey Antal:** Nyelvművelés. (a borítólapon III. oldalán.)
- Vegyes hírek:** (a borítólapon III. és IV. oldalán.)

A Ferenc József Tud.-Egyetem női klinikájának közleménye
(igazgató: Berecz János ny. r. tanár).

A terhességi toxicosisok (gestosisok).

(Klinikai előadás.)

Irta: Berecz János dr., egyet. ny. r. tanár.

A terhesség alatt a nő egész szervezete hatalmas átalakuláson megy át. Gyengébb szervezetű asszonyok egyes szervein, majd az anyagcsere részéről súlyosabb zavarok is felléphetnek, mely zavarok már túlmennek a physiologiás határon. A terhességgel kapcsolatban eddig ismeretlen fajtájú és természetű mérgek képződése indul meg, melyeket valószínű, hogy a placenta termel.

Élettani körülmények között is gyakran észlelünk fokozott nyálciválást a terhesség alatt, ami kóros körülmények között néha erősen fokozódott, s néha oly nagymérvű lehet, hogy a nyál állandóan csorog az asszony szájából. Rendesen a II—IV. hónapban szokott fellépni, s igen gyakran társul a hyperemesissel. Gyakori szájoöblítések ajánlunk ilyen esetekben, esetleg 1—2 csepp tinc. myrrhaevel. Megpróbálhatunk kis dosisban atropint is adagolni.

A terhesség első idejében gyomor-bél zavarok mutatkoznak. Az első hónapokban a nyult velőben levő hányó központ túlérzékeny s ez egyik oka a hányásnak, amely rendszerint korán reggel éhgyomorra jelentkezik, minden nagyobb öklendezés nélkül. Ez az állapot súlyosbodhat, nemcsak reggel, hanem más időpontban is jelentkezhet a hányás (emesis gravidarum), de komollyá akkor válik, ha sokszor ismétlődik a nap minden szakában, a beteg minden táplálékot kihány, nem tud táplálkozni, erősen lefogy (hyperemesis gravidarum). Ilyenkor a nyelv bevont, kisebb-nagyobb fokú szájbűz érezhető, az érverés szaporább, a hőmérséklet emelkedik, a vizeletben fehérje jelenik meg, esetleg egy-két henger is van az üledékben, a hosszabb éhezés következtében acetont, acetecetsavat, oxývajsavat is találunk, nem egyszer találunk a kötőhártyán enyhe sárgulást. A hányáshoz gyakran ptyalismus és más gestosis is társul. Idegzsába, sőt néha kü-

lönféle neuritises panaszok is előfordulnak. Szerencsére csak nagyon ritkán, de mégis előfordul, hogy a panaszok nem szűnnek, a beteg állapota fokozatosan romlik, agyi tünetek lépnek fel, zavartság, aluszékonyság, majd teljes önkivületi állapot, coma közepette beáll a halál.

Különbséget szoktak tenni ideges, reflectorikus, továbbá súlyos toxikus alakok között. Tulajdonképpen mindegyik ugyanannak az ártalomnak a következménye.

A toxikus hyperemesis placentogen eredetű, ami mellett az a tapasztalati tény tanuskodik, hogy abortussal kapcsolatban, ha a méh nem ürült ki teljesen és boholyrészletek maradtak vissza, akkor a hányás továbbra is fennáll, ha azonban a méhet teljesen kiürítjük, akkor a hányás megszűnik. Terhességi hyperemesisről csak akkor beszélhetünk, ha minden más okot (agyttumor, meningitis, uraemia stb.) kizártunk. Ha a hányás a terhesség végén lép fel, eklampsismusra kell gondolnunk.

Az enyhébb terhességi hányás a harmadik hónap végén rendszerint meg szokott szűnni. Ilyenkor ágyban fekvő reggelizzék, felkelés előtt pár percig az ágyban üldögéljen a terhes nő, mert a hirtelen felkeléssel kapcsolatos agyanaemia is okozhat hányást. Ha napközben is hány, akkor naponta többször, de keveset egyék s hig, folyékony, hideg ételeket. (A terhesség alatti picakat esetleg megfelelő gyógyszerekkel kielégíthetjük, így ha savanyút kíván, akkor acid. hydrochl. dil.-t adunk pár cseppet egy pohár vízbe, vagy ha valaki meszet kíván enni, akkor calciumot írunk fel stb.) A terhességi hányás ellen ajánlott különféle gyógyszerek (chloroform, cocain, jod tinct. stb.) nem váltak be.

Ha súlyosabb esetről van szó, a beteg nem tud semmi táplálékot megtartani, akkor egy-két napig lefektetjük, nem adunk semmi táplálékot per os, *Katzenstein* útján adunk folyadékot, amibe tehetünk alkoholt, pár csepp opiumot, bromot, hogy a beteget megnyugtassuk. Inanítio esetén csepegtető tápsórével gondoskodhatunk a táplálék bevitelről (pepton, cukor, alkohol stb.). Ha ezeket sem tűrné, akkor hypodermoklysis adunk. Ha a beteg állapota javul, akkor jégbehűtött folyadékot (tej, kávé, limonádé, tea, madártej stb.) adunk kávéskanálnként, majd áttérhetünk a pépes ételekre, majd fokozatosan a rendes táplálkozásra.

Sok esetben sikerrel jár a psychotherapia, különösen idegesebb természetű egyéneken, főleg, ha a hányásnak psychés oka van (pl. ha szabadulni szeretnének a terhességüktől). Előfordul, hogy csillapíthatatlannak látszó hányás megszűnik akkor, ha az asszonyt elkülönítjük (intézetbe szállítják). Néha eredményt látunk ovarium-képzőanyag injecciónal.

Az esetek túlnyomó többségében ezen eljárások sikerre fognak vezetni, de lesznek olyan esetek, amelyek minden kezeléssel dacolnak, a pulsus állandóan szaporodik, a testsúly csökken, a vizeletben fehérjehasadási termékek leucin, tyrosin jelenik meg, láz lép fel, ha ikterus, vagy különösen agyi tünetek jelentkeznek, azonnal meg kell szüntetni a terhességet.

Terhességgel kapcsolatban elég gyakran látunk dermatosist, ami szintén a terhesség alatt keletkező toxinok következtében lép fel s a terhesség végével, vagy megszakítása után megszűnik. Újabb terhesség alatt gyakran kiújul. Rendszerint a terhesség vége felé jelentkezik. Erythema, urticaria, pruritus, herpes a leggyakoribb, de a dermatosisek között a legveszedelmesebb, csak terheseken jelentkező impetigo herpetiformis Hebrae, mely majdnem minden esetben halálos kimenetelű, s csak a terhesség azonnali megszakítása mentheti meg a beteget. Dermatosisekban a beteg diatáját rendezzük, fehérje, zsír, só és fűszerszegény étkezést írunk elő, naponta gondoskodunk székletéről. Jó eredménnyel szoktuk adni a calciumot vassal kombinálva (parenteralis fehérje is sikerrel járhat). Mayer és Linser 20 ccm egészséges terhes vért fecskendez izom közé. Mások a lóserumot ajánlják. Adnak Ringer-oldatot is (200 ccm).

A terhesség a máj működésére is befolyással van. Azonban, hogy a francia szerzők által leírt hepatopathia grav. ról lehet-e beszélni, ez még nincs eldöntve. Terhességi sárgaságról csak akkor beszélhetünk, ha annak egyéb okát kizárhatjuk. A terhességi ikterus az egymás után következő terhességekben nagyon gyakran ismétlődik s ugyanabban a stadiumban marad az egész terhesség alatt. Ilyenkor nagyon gondosan kell az asszonyt ellenőrizni, nehogy az ikterus atrophia hepatica flava acutába menjen át, amikor a megnagyobbodott máj egyik napról a másikra fokozatosan kisebbedik, a vizeletben leucin, tyrosin jelenik meg s menthetetlenül elpusztul az asszony s még a terhesség megszakításával sem tudunk rajta segíteni.

Terhes asszonyok szövetei nedvdúsabbak, vizenyősebbek, innen van az, hogy idomaik teltebbek s kisebb-nagyobb fokú oedemát a lábszárakon majdnem minden terhesen látunk. Magyarázata ennek az, hogy a toxinok következtében átjárhatóbbak az erek falai. Ha ez a vizenyő igen nagyfokú, ha nem csak a bokák körül van, hanem a lábszáron, a hasfalán, az arcon is van, akkor beszélünk hydrops gravidarumról. Ebben a veseműködés részéről nincsen semmi zavar, a vizeletben fehérje, vagy alakelemek nincsenek, a vér maradék nitrogen-tartalma, a vese hígítási- és koncentrálóképessége normalis. Ha azonban a vizelet fehérje-tartalma 1‰-nél több, akkor már nephropathia gravidarumról beszélünk, ami a terhességgel van oki összefüggésben s elkülönítendő egyéb vesebajnak a terhességgel kapcsolódásától.

A nephropathiában előfordulhat igen nagyfokú vizenyő, a vizeletben sok a fehérje, néha olyan sok, hogy Esbach szerint nem is mérhető. Az üledékben esetleg veséalakelemek, cylinder van, a vérnyomás csak kevéssé fokozott, bár néha magas vérnyomást is láthatunk, a vese hígítási és koncentrációs képessége jó, maradéknitrogen a normalis felső határán van. A fő anyagcsere-zavar a só- és vízretentio.

Kétféle alakját szoktuk megkülönböztetni: chronikus és acut alakját. Chronikusban sok fehérje van a vizeletben, nagyfokú az oedema, de ritkábban szokott eklampsia fellépni, míg az acut nephropathiában a fehérje mennyisége, az oedema is jóval kisebb, viszont igen korán fejfájás, émelygés, hányás, gyomortáji fájdalmak, homályos látás, szemképrázás, lépnek fel, s a vérnyomás is emelkedett, sőt elég magas fokot is elérhet. Mivel ezek a tünetek a fenyegető eklampsia tünetei, azért ilyen esetben eklampsismusról vagy praeeklampsziáról szólunk. A tünetek szülés után már pár napra lényegesen csökkennek, megindul a diuresis, az oedema csökken, kevesebb lesz a fehérje és a cylinderek, veséalakelemek eltűnnek, a vérnyomás is alacsonyabb lesz. Ugyancsak enyhülnek a tünetek akkor is, ha a magzat intrauterin elhal. Azon esetekben, amikor a szülés után az asszony állapota nem javul, sokáig megtaláljuk a vizeletben a fehérjét, s az üledékben a cylindereket, akkor valószínű, hogy a terhesség alatt nem tiszta terhességi vesebajról volt szó, hanem az nephritissel szövődött. Terhességi vesebaj leginkább csak először szülőknél fordul elő, újabb terhességek esetében az eseteknek csak igen kis (2) százalékában ismétlődik.

A nephropathia megelőzése céljából ajánlatos, ha a terhes nőknél a terhesség utolsó hónapjaiban a só- és folyadékfelvételt megszorítjuk. Ha azonban felállítottuk a nephropathia diagnózisát, akkor a diatának szigorúbb megszorítására van szükség. Ha oedemája van, akkor ágybafektetjük, diatáját pedig a tünetek súlyossága szerint fogjuk összeállítani. Súlyos esetekben az első napokban a folyadék bevitelt a legminimalisabbra csökkentjük, ha tűrhetetlen szomjúságról panaszkodik, akkor adunk egy korty hideg tejet, vagy limonádét, vagy kis jégdarabokat adunk szopogatni. Egész napi tápláléka csak nyers gyümölcsből és kompótból álljon. Ilyen szigorú megszorításra és ágynyugalomra már az első pár napon szép javulást szoktuk látni, a fehérje a vizeletben megkevesbedik, az oedemák csökkennek. Ezután a tünetek javulásával fokozatosan bővítjük a diatát. A diéta megszorítására aránylag rövid idő alatt szépen javulnak a tünetek. Ha eklampsismusban a tünetek rövid idő alatt nem szűnnek meg, akkor ajánlatos vagy megszakítani a terhességet, vagy ha a terhesség végén vagyunk, sectio caesareát végezni.

A toxicosisek legsúlyosabb alakja az eklampsia, ami néha, mint derült égből a villámcsapás, teljesen váratlanul jelentkezik, máskor a nephropathiában leírt jelek előzik meg. A görcsroham az arcizmokban fellépő görcsös rángatózással kezdődik, majd az egész testen, a végtagokra is kiterjedő tonikus, majd klonikus görcsök lépnek fel, a roham alatt légzés nincs, az arc színe szederjes-lila, a szájból véres habos savó ürül, a cyanosis fokozódik, úgyhogy olyanra, aki kevés ilyen rohamot látott, azt a benyomást kelti, hogy megfullad az asszony; amikor a görcsök szűnni kezdenek, egy mély horkolásszerű légvétellel véget ér a roham. Természetesen vannak olyan esetek is, amikor a roham nagyon sokáig tart, a görcs nem szűnik meg, úgy, hogy tényleg a fulladás veszélye fenyeget, aminek elkerülésére mesterséges légzést kell alkalmazni. Súlyos esetekben a rohamok után az asszony mély comában van, a nyelven harapások nyomai láthatók, a légzés a bővebb secretio miatt hangosan hörgő, arca livid és duzzadt. Könnyebb esetekben az egyes rohamok között a beteg magához tér, azonban a történetekre nem emlékszik. A rohamok időtartama az esetek súlyossága szerint változik, de 1.5 percnél tovább nem szokott tartani. Amikor a betegek hozzátartozóitól azt halljuk, hogy 5, vagy legalább 10 percig is eltartott egy roham, ez onnan van, mert egy súlyos eklampsziás roham oly megdöbbentő ké-

pet ad, hogy amíg véget ér, az végtelen hosszú időnek tetszik. A vizeletkiválasztás csökkent, sőt anuria is előfordulhat, ami nagyon rossz prognostikus jel, az esetek túlnyomó többségében a vizeletben fehérje van (vannak azonban olyan esetek is, amikor semmi fehérje nincs a vizeletben), az üledékben cylinderek, vesealakelemek, esetleg vörösvértestek is. Súlyos esetben ikterus és hőmérsékemelkedés, 38° fölé emelkedő láz is felléphet, ami valószínűleg toxikus eredetű. A beteg állapotának javulását a vizeletkiválasztás megindulásának fokozódása, a fehérje mennyiségének csökkenése, a vérnyomás süllyedése, az öntudat tisztulása jelzi. Látunk eklampsia után oly psychosist is (acut amentia), hogy a beteget elmeegógyintézetbe kell szállítani, azonban ez nem szokott sokáig tartani. Elég gyakori szövődmény, hogy a coma alatti öntudatlanságban történt félrenyelés következtében bronchopneumonia keletkezik.

Leggyakrabban a szülés megindulásakor lépnek fel az eklampsiás görcsök, mivel a fájások mintegy elősegítő momentumként szerepelnek az eklampsia kitörésében, azonban elég gyakori a gyermekági eklampsia is, amikor a gyermekági első napjaiban lép fel, végül nem ritkán a terhesség második felében látunk jelentkezni eklampsiás rohamokat. Elősegítő körülmény az eklampsia kitörésére az ikerterhesség. Újabb terhességek esetében csak ritkán, kb. 2%-ban ismétlődik. Gyakoribb (8%) nephropathiákban, ennek is különösen az acut alakjában, egyéb vesebajok esetében viszont ritka. Görcsnélküli eklampsiáról (eklampsia sine eklampsia) beszélünk akkor, amikor az eklampsismusban leírt tüneteket látjuk, esetleg az arcon, vagy a végtagokon egy-egy görcsös rángást, azonban típusos eklampsiás roham nincs. Halálos kimenetelekben ilyen esetben is az eklampsiára jellemző kórboncolási képet kapjuk: különösen a máj elváltozásai jellemzők, haemorrhagiás nekrosisok, az összes szervekben zavaros duzzadás, zsíros elfajulás, lágyulós góccok, vérzések, különösen a vesében, szívben, agyban, tüdőben.

Az eklampsia kórokánára még ma sincs általánosan elfogadott magyarázat. Igazuk van azoknak, akik szerint az eklampsia a teoriái betegsége. Régebben uraemiának, agyanaemiának tartották, majd mikor mindent a bakteriumokkal magyaráztak, az eklampsiát is bakteriumok által előidézett betegségnek tartották. (A belső secretiós tan keletkezése idején az eklampsiát is belsősecretiós zavarnak gondolták.) Mindenesetre csak terheseken lép fel a vesével és a májjal van talán összefüggésben. Régebben azon is sohat vitatkoztak, hogy az egész pete, vagy csak a placenta termeli a kóros elváltozásokat előidéző toxinokat.

A prognózis mindig súlyos, soha nem tudhatjuk, hogy fog az eset végződni. Kedvező jelnek mondhatjuk azt, ha az öntudat az egyes rohamok között feltisztul, ha a vizelet kiválasztása elég bő, ezzel szemben súlyossá teszi a prognosist, ha súlyos, hosszú ideig tartó rohamok egymásután jelentkeznek, ha közben mély comában van az asszony, a vizeletkiválasztás csekély, esetleg teljes anuria van a határozottan rossz a prognózis akkor, ha ikterust is látunk. Meg kell jegyeznünk azonban azt, hogy egyedül a rohamok nagy száma nem jelent mindig súlyos prognosist, mert 20—30, sőt leírtak már 100-nál több rohamot is, amikor életben maradt a beteg. Az anyai mortalitás kb 20%, a magzati mortalitás pedig 35—40% körül van.

Az eklampsia prophylaxisa: a terheseknek, különösen a terhesség második felében szigorú ellenőrzése s a gyakori vizelet vizsgálata. Ha nincs is a vizeletben fehérje, akkor is ajánlatos a terhesség második felében vegetabilis étrendet előírni. Ez irányban érdekes megfigyelést tehettünk a háború alatt, amikor is azt láttuk, hogy kevesebb volt az eklampsia s ezt a hússzegényebb táplálkozással lehetett magyarázni.

A diagnózis felállítása a legtöbb esetben nem nehéz, azonban szóba jöhetnek: epilepsia, de itt az anamnesisben már előző epilepsziás rohamok szerepelnek, hysteriás rohamok nem szoktak olyan súlyosak lenni, a reflexek is megvannak, ami eklampsiában hiányzik. Végül agydaganat, meningitis, uraemia következtében létrejöhet az ún. pseudoeklampsia.

Szülés alatti eklampsiában a mi elvünk — elismerve azt, hogy a toxinokat a placenta termeli — az, hogy a szülést a lehető legrövidebb idő alatt be kell fejezni olyan műtétrel, aminek a feltételei adva vannak.

Kint az életben is leghelyesebb az eklampsiást azonnal intézetbe szállítani, ha nem lehet, akkor külső ingerektől, amennyire csak lehet, tartasuk távol az idegrendszer fokozott ingerlékenysége miatt, a szobát sötétítsük el, s körülötte a legnagyobb csend legyen. Csak a legszükségesebb vizsgálatokat végezzük el s azt is narkosisban. Állandóan az asszony mellett legyen a gaze-be becsavart fakamál, amit rohamok alkalmával oldalt a fogai közé teszünk, hogy ezáltal elkerüljük azt, hogy a nyelvét összeharapja. Gondoskodni kell az idegrendszer megnyugtatásáról, amire legjobban bevált a *Stroganoff*-féle kúra.

Ezzel sikerült az anyai mortalitást egyes klinikákon 5%-ra lenyomni. Magas vérnyomás esetében fél-egy liter vért is lebecsájthatunk, a vérnyomás magaságának megfelelően. Közben figyelni kell a szülés menetét, mert a toxinok fájásokat, viszont a fájások görcsrohamot válthatnak ki. Ha aztán a fej leszállt az üregbe s a méhszáj tűnőfélben van, vagy már el is tűnt, akkor fogóműtéttel befejezzük a szülést, s ezáltal is megrövidítjük a szülés idejét. Vagy ha a magzat már elhalt s a méhszáj már legalább három ujjnyi, megfúrjuk a magzat fejét. A méhszáj-tágítás erőltetése metreurynterekkel 1/2—1 óra alatt veszélyes eljárás, lágyrészsérülésekkel járhat, ezért ezt nem ajánljuk. Ugyiszintén ne adjunk fájáskeltőket, mert ezek a vérnyomást fokozzák s így a görcsök fellépését segíthetjük elő. Bár újabban olyan fájáskeltők is vannak forgalomban, amelyek a vérnyomást nem fokozzák s így ezeket lehetne adni fájáserősítés céljából (Uteritrin Richter).

Gyermekági eklampsiában *Stroganoff*-kúra s esetleg venae-sectio végzendő. A terhesség alatt fellépő eklampsiában egyes esetekben *Stroganoff* kúrára elmúlnak a rohamok, ha nem, akkor vagy meg kell szakítani a terhességet, vagy ha terhessége végén van, sectio caesareát kell végezni. A szoptatás nem ellenjavallt, feltéve, ha az asszony eszméletén van már, azonban ajánlatos az első szoptatás előtt az emlőt lefejni, mert az ott kiválasztott toxinok árthatnak az újszülöttnak. Újabb terhesség alatt ajánlott a fokozott ellenőrzés. Előzetes eklampsia miatt, újabb terhesség esetén, annak művi megszakítása semmiesetre sem indokolt.

A terhességi toxicosisok és súlyos következményeik elkerülésére az egyetlen mód a terhesség gondos ellenőrzése, éppen ezért a néhány évvel ezelőtt megkezdett és folytonosan fejlődő terhes ellenőrzéstől a gestosisok tekintetében igen jelentős eredményeket várhatunk.

Kiadványainkat olvasón kapják meg előfizetőink az összeg előzetes beküldése után. *Soós Aladár*: Étrendi előírások III. kiadás, 5 P helyett 4 P; *Horváth Boldizsár*: A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra 5 P; *Kunszt János*: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei 215 oldal, 6.50 P helyett 5.50 P. Vásznonba köte 8 P helyett 7 P; *Issekutz Béla*: Gyógyszerrendelés 8 P helyett 6 P; *Riegler Gusztáv*: Közegészségtan és a járványtan tankönyve 25 P helyett 5.70 P; *Orsós Ferenc*: Kórboncolás vezérfonala 86 oldal 2.50 P helyett 2 P; *Krepuska István*: A füleredetű agytályogok kór és gyógytana 4 P. — A befizetési lap hátulján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Tisza István Tud.-Egyetem szülészeti — nőgyógyászati klinikájának közleménye (igazgató: Kovács Ferenc ny. tanár).

A gyulladós méhfüggelék- megbetegedések röntgenkezelése.

Irták: Imre Gábor dr. és Dapsy Endre dr.

Több mint két évtizede mult már el azoknak a próbálkozásoknak, melyek célul tűzték ki, hogy a röntgensugarat, mint gyógyító tényezőt alkalmazzák a méhfüggelék gyulladós megbetegedései esetében. Ha ezeknek a kezelési kísérletezéseknek történetén végigpillantunk, látjuk a különböző phasisokra tagozódást. Kezdődnek akkor, mikor a röntgensugár castratiójával triumphált. Majd mikor a röntgenologia további fejlődésével ismertté vált az időleges castratio, elérkezünk e kezelési módszer második szakába, melyet lezár Heidenheim és Fried, valamint Wagner, kik szakítanak a nagy sugármennyiségekkel és egész kis sugáradaggal próbálják meg a gyógyítást. Láthatjuk a fejlődés menetén az igyekezetet, mely a legerősebb röntgen-beavatkozástól eltávolodva, minél kisebb sugármennyiségekkel igyekszik eredményt elérni.

Minden újonnan bevezetni óhajtott kezeléssel számításba kell venni a használt gyógyító tényező káros következményeit és ennek ellenértékét, az eredményt. Ezeknek a legszigorúbb mérlegelése szabja meg számunkra azt a határt, ameddig beavatkozásunkkal elmehetünk.

A castratióknak már a nevében foglaltatik az alkalmazás lehetősége. Tekintetbe kell venni különösen a beteg korát, gyermekeinek számát, a socialis viszonyokat s csak a legszigorúbb bírálat után határozhatjuk el magunkat e nagyjelentőségű beavatkozásra, azokban a súlyos idült, folyton kiújuló méhfüggelékgyulladásokban, amelyekben különben is csak a teljes méhkiirtás jöhetne szóba, de bizonyos okok miatt az nem végezhető. Ezekben a használt nagy sugáradagra megindul a petefészkek, valamint az összes nemi szervek sorvadása és kötőszövetes zsugorodása.

Nem lehet ilyen röviden elintézni az időleges castratio javallatát. Ezen módszer követői, kik elég szép számmal vannak (Wintz, Flaskamp, Heimann, Baer, van der Velde stb.), minél több érvet igyekeznek felhozni az átmeneti castratio jogosultságának igazolására. Különösen nagy anyaggal rendelkezik Flaskamp és Wintz. Wintz 22.000 esetről számol be. Ezen kezelés hívei különösen hangoztatják az időleges castratio veszélytelenségét. Felhosszák socialis jelentőségét, amennyiben nem kell a családtól elvonni a beteget, a kezelési idő rövid, ambulanter is végezhető és az eredmény gyors. Ami a veszélytelenséget illeti, ha ezt a beteg életére vonatkoztatjuk, tényleg veszélytelen. De nem állíthatjuk ezt ilyen határozottan a petefészkekre. Először nem is olyan nagy a távolság, mely az átmeneti castratiót a véglegestől elválasztja. 34% H. E. D. már castrál, viszont a temporaer castratio dosisa 30%. Kérdés, hogy minden alkalommal meg tudjuk-e tartani ezt a csekély dosis-különbséget? Az adagoláskor nemcsak a felületet, hanem a mélységet, a besugárzott test térfogatát is tekintetbe kell venni, az innen származó másodlagos sugárzás miatt. Schönhoff közöl egy esetet: hólyagos mola volt, atypusos hámburjánzással. Közepes sugármennyiséget adott a méhre. A petefészket lefedte, az amenorrhoea mégis bekövetkezett. Ez alkalommal, mivel a petefészkek nem kaptak közvetlen sugarat, tisztán csak secundaer sugárról lehetett szó, ami a menopausát okozta.

De ne hivatkozzunk ilyen kivételekre. Ne vegyük számításba az esetleges hypovariumokat, hypoplasias egyéneket, hol a descensus miatt sokkal közelebb esnek a sugár útjába a petefészkek. Ha elismerjük azt, hogy a sugármennyiség mindig pontosan adagolható, akkor is ott marad egy másik nagy kérdés, vajjon milyenek lesznek azok a peték, melyek a menopausa után újtukra indulnak? Ebben az irányban számos megfigyelést, vizsgálatot végeztek, melyek eredményeivel a temporaer castratio teljes veszélytelenségét igyekeznek igazolni. Wagner és Schönhoff 38 esetben carcinoma operatio előtt az ovariumokat gyenge dosissal besugározta. Ezekben a petefészkekben az operatio után a szövettani vizsgálat semmi elváltozást nem mutatott, a szövettani változás hiánya azonban még nem jelenti azt, hogy a biologiai működésben nincsen eltérés. Flaskamp az erlangeni klinika időleges castrát esetéről számolván be, megállapítja, hogy a havibaj rendszerint 2 év mulva tér vissza. A visszatért menstruatio után 35 asszonyon figyelt meg rendes szülést, egészséges újszülöttel. Schönhoff egy alkalommal a kiesési tünetek megszüntetése végett hypophysis besugárzást végzett. A menstruatio megindult, utána az asszony teherbe esett és normalisan fejlett gyermeket szült. Csak közbevetőleg említjük meg, hogy van der Velde annyira meg van elégedve a sugárkezelésnek ezzel a módjával, hogy az asszonyok újjászületéséről beszél. Schönhoff betege vizonta a menstruatiója megindulásától várhatta az újjászületését. Heimann 12 esetben (66%) tudta elérni, hogy újból fellépett a menstruatio, kik közül kettőnek egészséges, normalis gyermeke született.

Ezek a születések azonban csak akkor adhatnának teljes megnyugvást, ha a gyermekek további sorsát is ismernénk. A növényalántákon sem látunk a kikeléskor különbséget, a különbség csak később, a fejlődés folyamán mutatkozik, hogy a mag egészséges volt-e. Egyformán indulnak az életnek, csak az egyikben az ellenállóképesség több az élet nehézségeinek leküzdésére. Azért, mert a besugárzott petefészken még mikroskoppal sem látunk semmi elváltozást, azért, mert a temporaer castratio utáni újszülötteket egészségeseknek látjuk, könnyen lehetséges, hogy ezzel a mesterséges működésbénítással éppen az ellenállóképességet csökkentettük a petesejtekben.

Tekintetbe véve már most azt, hogy a függelékgyulladások gyógyulása még temporaer castratio után sem 100%-os és nem becsülendő le a recidivált esetek száma (Fried és From statistikájában 20%), felmerül az a kérdés, érdemes-e aránylag kisebb baj megszüntetése céljából, akár az állandó castrálás esetleges szenvedéseit, akár az utódok károsításának a lehetőségét kockáztatni.

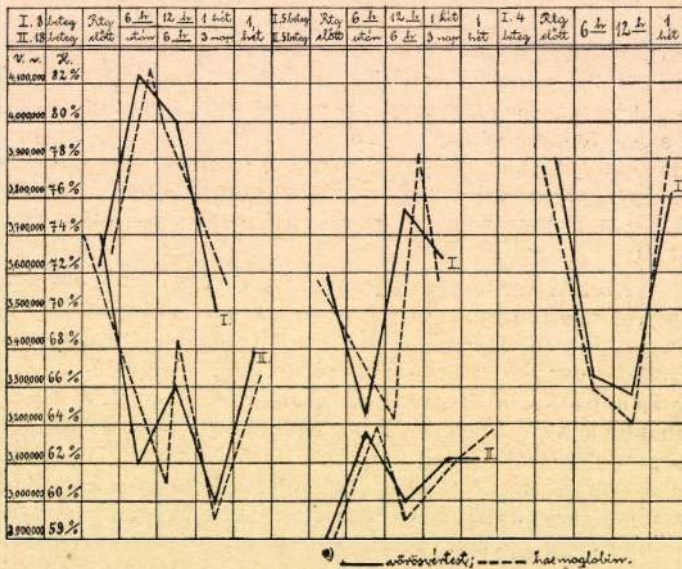
Az elmondottakra tekintettel klinikánkon nem alkalmaztuk a temporaer castratiót, csak a Heidenheim és Fried által ajánlott kis dosisú besugárzását kíséreltük meg a gyulladós területeknek. Zink-aluminium szűrővel 160 kilowattal 15—20% H. E. D.-t juttattunk a bőrre. A súlyos, idült, folyton kiújuló gyulladós megbetegedésekre kétszer, legtöbbször három ízben alkalmaztunk besugárzást, 1—1 hetes időközökben, az elülső nagy hasi mezőben, ventro-dorsalis irányban, 30 cm foci-távolságból. A petefészkeket a lehetőséghez képest óvtuk, ólomlapokkal fedtük le. Többszöri besugárzás esetén is ügyelünk arra, hogy a temporaer castratiós dosist túl ne lépjük, úgyhogy összmennyiségben ezek a betegek sem kaptak 34% H. E. D.-nél többet, sőt ezt a mennyiséget is 1 hetes időközökre elosztva adagoltuk. 40 adnexmegbetegedést röntgeneltünk meg, 6 acut, 11 sub-acut és 23 chronikus esetben. Minden egyes besugárzott betegünkön vizsgáltuk a quantitativ — (a haemoglobint, a vörösvértesteket, a fehérvérsejt és thrombocyta számot,

a véresejt-süllyedés) — és a kvalitatív vérképet, egyrészt azért, hogy mutatnak-e és milyen elváltozást a vér alkotórészei a röntgensugár behatására, másrészt, hogy prognostikus következtetéseket nyerhessünk a betegség lefolyására. A vérvizsgálatokat két típusban csináltuk. 17 betegen röntgenkezelés előtt, röntgenkezelés után 6 óra, 12 óra és 1 hét múlva néztük a vérképet (lásd ábrákban I. csoportot); 23 betegen pedig röntgenkezelés előtt, röntgen után azonnal, 6 óra, 3 nap és 1 hét múlva (lásd ábrákban II. csoportot). Azokon a betegeken, ahol többször történt besugárzás, a vérképet is többször vizsgáltuk, úgy, hogy az egyformán viselkedő formákat mintegy 100 vérből állítottuk össze.

Eredményeinket az alábbiakban adjuk:

A coordinata rendszerben az I.-gyel jelzett görbékben három különböző megjelenési formában figyelhetjük meg a haemoglobin- és a vörösvértestszám mennyiségi ingadozásait. A II.-vel jelzett csoportban pedig két görbe mutatja a haemoglobin és a vörösvértestek számbeli ingadozásait (l. 1. ábra).

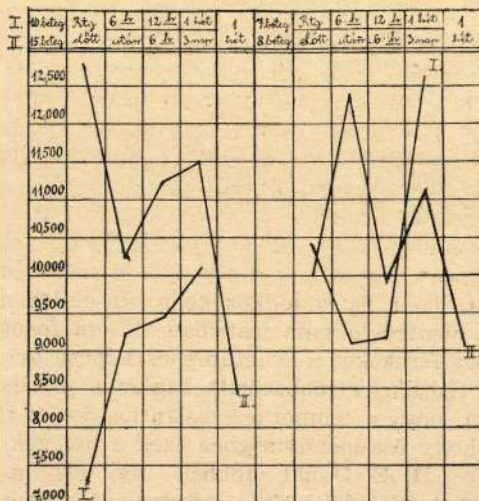
Haemoglobin - vörösvértest szám.*



1. ábra.

A fehérvérsejtek száma úgy az I., mint a II csoportban kétféle görbét adott, amelyek egymástól teljesen különböző viselkedést mutatnak (l. 2. ábra).

Leukocyták száma.

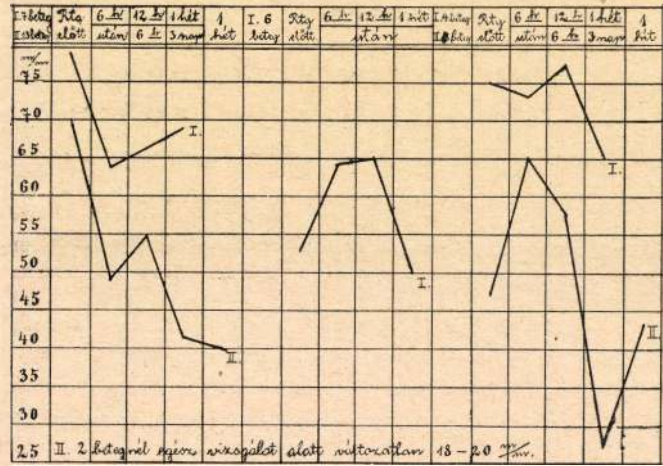


2. ábra.

A Westergreen szerint mm-ekben mért véresejtsüllyedés az I.-gyel jelzett csoportban háromféle görbét mu-

tatott, a II.-vel jelzett csoportban pedig kétféle alakban mutatkozott, míg 2 betegen sem pozitív, sem negatív irányban nem történt változás (l. 3. ábra).

Véresejtsüllyedés Westergreen-szerint.



3. ábra.

Különösen hasznosíthatónak látszott prognózis szempontjából az eosinophyl leukocyták és lymphocyták számbeli ingadozása. E két sejtfeleség vizsgálatokor a 17 betegen 3 típust különböztethettünk meg:

I. 6 betegnek a meglévő eosinophil leukocyták száma emelkedett, vagy ha előzőleg nem voltak jelen, megjelentek. Ezek közül 2 beteg gyógyult, 3 javult, 1 változatlan maradt.

II. 3 betegben egész idő alatt sem találtunk eosinophil leukocytát. Itt 2 betegben a folyamat változatlan maradt, 1 javult.

III. 8 beteg meglévő eosinophil sejtjei teljesen eltűntek, 6 beteg állapota változatlan, 1 esetben javulás és 1 esetben genyes beolvadás történt.

A lymphocyták száma a gyógyult s javult esetekben emelkedett 40—45%-ig, a változatlanokban jelentéktelen számbeli eltérés volt.

23 beteg közül:

I. 11 betegnek a meglévő 1—2% eosinophil leukocytaszáma 5—6%-ig emelkedett. A betegek közül 2 beteg gyógyult, 7 javult, 2 változatlan objectiv leletet mutatott.

A gyógyult s javult esetekben itt is lymphocytosis, a változatlanokban csekély ingadozás a lymphocytaszámban.

II. 12 betegben az 1—2% eosinophil szám is eltűnt, náluk az objectiv lelet változatlan maradt.

Az 1., 2., 3. ábrákban ábrázolt és a coordinata rendszerben feltüntetett véralaklemek változásának a részletes magyarázatára az alábbi táblázat szolgál.

A fenti eredményeken végigtekintve, látjuk, hogy vizsgálatainkban a vörösvértestek száma minden törvényszerűség nélkül mutatott mennyiségi hullámzásokat, számuk vagy csökkent, vagy emelkedett. A vörösvértestek megfogyása esetében valószínű, hogy a röntgensugár, mint direct sejtpusztító hatott (Seitz, Wintz). Ezek a betegek 20—25% H. E. D.-t kaptak. Megszaporodásukban pedig fel kell vennünk, hogy a sugármennyiség, mint stimulans inger szerepelt. Megerősíti ezt Virchow elmélete, mely szerint minden kis inger (hő, mechanikai, kémiai, vagy elektromos) a sejtek élettevékenységét fokozza, táplálkozásukat elősegíti, szaporodásukat emeli. Ugyancsak ezt állítja az ismert Arndt-Schultz törvény is. Az a körülmény, különben, hogy egyesekben a sugárkezelésre emelkedett, másokban csökkent a vörösvérsejtszám, nem következetlenség, vagy ellentmondás, hiszen tudjuk, hogy ugyanazon inger károsít, vagy előnyösen hat, asze-

Vér alak- elemek változása	Röntgen előtt	Közvetlen be- sugárzás után	Röntgen után 6 óra múlva	Röntgen után 12 óra múlva	Röntgen után 3 nap múlva	Röntgen után 1 hét múlva
Vörös vértest	I. 3,600.000	—	I. jelentős emelkedés	I. kevés süllyedés	—	I. 3,500.000
	I. 3,600.000	—	I. tetemes süllyedés	I. tetemes emelkedés	—	I. 3,640.000
	I. 3,900.000	—	I. tetemes süllyedés	I. további süllyedés	—	I. 3,800.000
	II. 3,700.000	II. kifejezett zuhanás	II. valamit emelkedik	—	II. ismét esik	II. emelkedik
	II. 2,900.000	II. emelkedik	II. esik	—	II. emelkedik	az előbbi értéket II. megtartja
Leukocyta	I. 7.000	—	I. kevés emelkedés	I. további emelkedés	—	I. további emelkedés
	I. 11.000	—	I. kevés süllyedés	I. előbbi nivón marad	—	I. emelkedés
	II. 12,500	II. zuhan	II. emelkedik	—	II. emelkedik	II. normalis érték
	II. 10.000	II. tetemes emelkedés	II. esik	—	II. emelkedik	közeledik a II. norm. értékhez
Vérsejtsüllyedés	I. 79 $\frac{m}{m}$	—	I. kevés süllyedés	I. minimális emelkedés	—	I. további emelkedés
	I. 53 $\frac{m}{m}$	—	I. kevés emelkedés	I. minimális emelkedés	—	megközelítőleg I. eredeti érték
	I. 75 $\frac{m}{m}$	—	I. kevés süllyedés	I. kevés emelkedés	—	I. kevés esés
	II. 70 $\frac{m}{m}$	II. esik	II. emelkedik	—	II. esik	II. 40 $\frac{m}{m}$
	II. 47 $\frac{m}{m}$	II. emelkedik	II. keveset esik	—	csaknem norm. II. érték 25 $\frac{m}{m}$	II. eredeti érték
2 betegen egész vizsgálat alatt változatlanul 18—20 $\frac{m}{m}$						

rint, amint relative (a vörösvértetek vitalitásához képest) nagyobb, vagy kisebb intenzitású.

A thrombocytaszám hasonló viselkedése külön magyarázatra nem szorul, az előbbiekből önként adódik.

A haemoglobin értékváltozása egyrészt a vörösvértetek számbeli ingadozásával hozható összefüggésbe, mert ismeretes, hogy physiologiás határokon belül a vörösvértetek számbeli ingadozásával a haemoglobinmennyiség ingadozása együttjár, másrészt a haemoglobinhoz kötött Fe, mint röntgensugár absorbeáló és tovahordozó (*H. Picard*), előmozdíthatja a vörösvértetek fokozottabb mértékben történő szétesését az erősebb sensibilizálás következtében.

Az összleukocyta, valamint a neutrophyl leukocyta száma besugárzás után 6 órával, vagy rögtön vizsgálva egyes esetekben emelkedett, másokban zuhan és a betegek 50%-ában 1 hét múlva a normalis 7—8000 értéket érte el. A rögtön megindult emelkedés a szervezet gyors reactiójára vall, fellép az ú. n. neutrophyl küzdalmi szakasz („Kampfphase“ *Schilling*). Az, hogy egyeseken leukocyta zuhanás jön létre és csak később, 6—12 óra, vagy 1 hét múlva indul meg az emelkedés, arra utal, hogy a sugármennyiség reactio-képességében csökkent, vagy negativ phasisban levő szervezetet talált, úgy, hogy bizonyos idő volt szükséges, hogy a hatás érvényesüljön, A sejtek ugyanis különböző latentia idővel bírnak, még-

pedig fordított arányban az adag nagyságával (*Seitz—Wintz*).

A leukocytaszám csökkenését mutató betegek 15—20% H. E. D.-t kaptak.

A legváltozatosabb, közös nevezőre alig hozható képet a vérsejtsüllyedés adott. Ha azonban figyelembe vesszük, hogy a hydraemia, anaemia, polyglobulia, exsudatio, fehérjeszétesés, vörösvértetek töltésváltozása, a szervezet kimerülése mind más-más értéket ad a vérsejtsüllyedésnek, nem csodálkozhatunk az eltérő eredményeken. A vérsejtsüllyedés igen hamar jelzi, hogy a szervezetben lényeges folyamatok zajlanak le, de sajnos, magában nem értékesíthető.

Tekintve, hogy egybehangzó viselkedést csak az eosinophyl leukocyta és lymphocyta száma adott, a betegség prognózisára csak ezek nyújthatnak alapot, amit számos szerző hasonló irányú kísérlete is megerősít. Mint már korábban említettük, azokon a betegeken, ahol az eosinophylok megjelentek, vagy a meglévők száma nőtt, gyógyulás, illetve javulás állott be. 17 betegen tapasztaltuk ezt; ezek közül 4 gyógyult, 13 javult, ebből 3 változatlan anatómiai leletet mutatott. Az utóbbi három is megvolt a teljes subjectiv javulás, láztalanság, fájdalmak, görcsök eltűnése, de mi csak a klinikai objectiv vizsgálati lelet alapján mondtuk ki a gyógyulást, a betegség megszűntét, illetve annak javulását.

Ugyancsak jól értékesíthető a gyógyulásra figyelmeztető *lymphocytás gyógyulási szakasz* (lymphocytär Heilphase), 40—45%-ig emelkedő lymphocytosis is, amit a besugárzott 40 beteg közül 15 betegen észleltünk (38 százalékban). A 15-ből 4 gyógyult, 11 javulást mutatott a kezelés előtti klinikai lelethez viszonyítva. Meg kell még említenünk, hogy a vérkép minden esetünkben reversibilis volt, úgy, hogy fel kell vennünk, hogy legtöbbszőr egy, a csontvelőre, nyirokmirigyekre, vérképző szervekre irányuló irritatív hatás szerepelt. Irreversibilis vérképelváltozást nem láttunk.

Hogy mennyire ellentétes, néha ellentmondó eredményeket kapott számos szerző, ennek igazolására, másrészt összehasonlításképpen közlünk néhány adatot:

Siegel, aki a besugárzott betegek vérének a sugárhatás csaknem minden phasisában megvizsgálta, I., II., III. fokú vérelváltozásokat vett fel. A fokozatokat a leukocytá és egyéb véralakelemek számbeli megnövekedése és megkevesbbedése szerint állította össze. I., II. fokú vérelváltozás reversibilis, a III. fokú regenerációra képtelen, irreversibilis volt. Ezen fokozatokból értékesíthető prognostikus következtetéseket vont le. *Nürnberg* szerint menstruációkor hasonló vérelváltozások mutatkoznak, mint a rövid időben egymást követő besugárzásokkor. *Matoni* semmi jelentőséget nem lát a vérkép kontrollban. *Schittenhelm* röntgen, radium, arsen, benzol adagolás után röviddel leukocytazuhanást, később tartós leukopeniát, majd leukocytosist talált. Általában szerinte kis adagra leukocytosis, nagyobb adagra leukopenia keletkezik. *Wright*, *Samson*, *Bulman* állatkísérletei szerint macskán halálos adag után gyors lymphocytasés, lassú leukocytá, erythrocytasüllyedés történt, amelyben a thrombocyták nem vesznek részt. Nem halálos adag után a thrombocytaszám az erythrocytákkal párhuzamosan süllyed.

Latta, *John*, *Stephens* és *Orrin* him fehéregereken ismételt kis intenzitású röntgenbesugárzást végzett. Eleinte a fenti eredményeket kapták, később a vérséjt-képző rendszer teljes pusztulása következett be.

Az eltérő eredmények egyrészt a különbözőképpen alkalmazott besugárzási módokkal, az adagolt dosis nagyságokkal, a sejtek különbözőfokú sugárérzékenységgel, másrészt azzal magyarázhatók, hogy más időközökben és más terv szerint végezték a vizsgálatokat.

Eseteinkben a gyógyulás megítélésére nem vettünk mást figyelembe, mint magát a klinikai leletet. A gyorsan beálló, sokak által hangoztatott subjectív javulást, a láz csökkenését magunk is láttuk, nem egy esetben ezt nem tudjuk a röntgenkezelés javára írni, mert a láz csökken egyedül az ágynyugalom folytán is. Ugy szintén a közérzet javulását se tulajdoníthatjuk a röntgensugár gyors hatásának, hanem a betegség által megkívánt, megváltozott jobb életkörülményeknek.

Tisztán csak a belső vizsgálatra támaszkodva, mint a táblázat is mutatja, a következő eredményeket kaptuk:

	Acut	Subacut	Chronikus	Összesen
Gyógyult	—	2	2	4 azaz 10%
Javult	2	4	5	11 azaz 28%
Változatlan	3	5	15	23 azaz 57%
Genyes beolvadás	—	1	1	2 azaz 5%
Összesen	5	12	23	40

A gyógyultak száma 4, vagyis 10%. Genyes beolvadást két alkalommal láttunk: az egyik betegen kétoldali, exsudatumba ágyazott adnextumor miatt kétszer végeztünk sugárkezelést egy hetes időközökben, (összesen 2-szer 15% H. E. D.-t kapott), a második kezelés után a besugárzás előtti, a gáton fekvő, mintegy galambto-

jásnyi, igen érzékeny, szederjes-vörös, rugalmas tapintatú infiltratum, 24 óra múlva abscessusba ment át, magától megnyílt és kiürült. A második betegen szintén kétoldali, a medencefalig terjedő, exsudatumba ágyazott adnex-tumor miatt végeztünk besugárzást. Első ízben 20% H. E. D.-t, másodszer, 2 hét múlva 15% H. E. D.-t kapott, pár nap múlva valószínűnek látszott, hogy genyes beolvadás történt. Hasfali incisiót végeztünk, továbbá drainagét; 4 hét múlva a beteg, az előbbi leromlott állapotához viszonyítva megfelelő jó állapotban távozott, miután a geny kiürült. Gyógyulásaink száma azonban így is mögötte marad mások röntgenkezeléses eredményeinek, 30—40% gyógyulási százalékról írják.

A röntgenkezelés hívei igyekeznek a röntgenhatást magyarázni s *Holthausen* parenterialis protein terapiához hasonlítja, szerinte sejt-szétesési folyamatnak tulajdonítható a röntgen-hatás. *Porões* szerint a leuko-, lymphocyták pusztulása folytán antianyagok szabadulnak fel, amelyek fermentatív hatást fejtenek ki. *Wagner* szerint a gyógyító tényező a hyperaemia, a vegetatív idegrendszerben fellépő physiko-chemiai változás és a reticuloendothelialis rendszer izgalma. *Fried* és *From* szerint edénytágulat és másodlagos hyperaemia. *Heidenheim* és *Fried* szerint a megbetegedés helyén proteolytikus, baktericid, toxin szétesési és immunisatorikus folyamatok játszódnak le. *Wolmerhäuser* szerint fokozott vagotonia, vérnyomássüllyedés, leukocytaszám-emelkedés, mivel a dilatált edényekben véráram lassubbodás jön létre.

Véleményünk szerint a besugárzás a szervezet reparatív erejét azáltal növeli, hogy a röntgensugár (specifikus stimuláló, selectiv baktericid hatása, esetleg célszerűbben módosult helyi keringési viszonyok által) a környező mesenchym (reticulo-endotheloid, fibroblast) elemek izgalma váltja ki, amely izgalom következtében a fokozott mértékben újonnan képződött és mobilizálódott embryonalis jellegű nagyobb vitalitású sejtek (fibroblast, lymphocytoid alakelemek stb) inkább s elsősorban a lobos trüet körül csoportosulnak, általában lehetővé válik a gyulladást fenntartó noxák ártalmatlanná tétele, másrészt a gyulladással termékek eltávolítása, vagy beolvadása, illetve eltolódása vagy organizálódása.

Bármint fogjuk is fel azonban a röntgensugarak hatását, az eredmény, illetve a gyógyító hatás volna az egyedüli, minden kétséget kizáró bizonyíték. Ez azonban a mi eseteinkben elmaradt, illetve oly csekély, hogy csak igen nagy kétkedéssel írhatjuk az elért eredményeket a röntgen-sugár javára. *Ily gyógyulási százalékot bármely conservatív kezelés is eredményez*, sőt minden kezelés nélkül maga az ágynyugalom is. Emellett bármilyen csekély beavatkozásnak is tűnik fel a röntgensugárnak ily kis adagokban alkalmazása, mégsem teljesen veszélytelen az. *Wagner* 2 halálesetről számol be. Egyik alkalommal a kismedencebeli izzadmány elgenyvedése miatt halálos hashártyagyulladás fejlődött, a másikban tömör gyulladással adnextumorból pyosalpinx képződött s a szükségessé vált műtétben a kiömlő geny halálos peritonitist okozott. Ezek oly intő példák, melyeket szem előtt kell tartanunk, mielőtt gyulladással adnextumorbetegedésben röntgenkezelésre határoznánk el magunkat. Nem szabad figyelmen kívül hagyni emellett a leggondosabb sugárkezelés mellett sem a castratio előfordulásának lehetőségét, sőt esetleg a pete sugárok okozta károsodását a jövő generatio szempontjából sem.

Tekintettel tehát arra, hogy a röntgen-sugár ezen betegségekben semmivel sem ad jobb eredményt, mint bármely más conservatív kezelés, másrészt látva, hogy az nem is veszélytelen, a leggondosabb és legóvatosabb alkalmazás mellett is vannak veszélyei, a röntgenkezelést csak abban az esetben kíséreljük meg, ha a betegség más kezeléssel dacolt, radicalis műtétre nem alkalmas és

Kívánatos volna az izzadmány elgenyvesedését a besugárzás által elősegíteni, hogy azt lecsapolhassuk.

Irodalom: Zbl. f. Gyn. 1920. 994. o. — 1920. 1433. o. — 1923. 100. o. — 1924. 1212. o. — 1924. 1241. o. — 1915. 779. o. — 1925. 1847. o. — 1925. 1878. o. 1925. 33. o. — 1916. 445. o. — 1926. 1168. o. — 1916. 2428. o. — 1927. 68. o. — 1928. 3030. o. O. H. 1926. 214. o. — 1927. 1112. o. — Lehrb. d. Strahlenther. 1929. IV. — A. Schittenhelm: Handbuch der Blut und der Blutbildenden Organe. — Wright, Samson, Bulmann: Lancet, 1922. — Latta, John Stephens and Orrin C. Ehlers: Amer. Journ. Anat. 1931. 47.

A Székesfőv. Szt. László kórház fülbeteg osztályának közleménye (vezető főorvos: Szathmáry Sándor.)

A pertussis kapcsán fellépő otitisek.

Irta: Laib Tivadar dr.

A pertussis csak súlyos szövődményei által válik a gyermekkor rettegett megbetegedésévé. A majdnem mindig jelenlévő tüdőcomplicatiók után a hallószerv megbetegedése szokta leggyakrabban a betegek állapotát súlyosbbitani, sokszor életüket veszélyeztetni. Voltak pertussis epidemiák, amikor 71,2%-ban is észleltünk középfülgyulladást, tehát még a scarlatot, mint közismerten otitis előidéző megbetegedést is felülmulthatja.

Ez részben érthető, mert a dobüreg fertőzését elősegítő okok szinte halmozódnak. Így az első napokban fellépő otitiseket a heveny toroktünetek okozzák, a később jelentkezők létrejöttét pedig azokkal a mechanikus okokkal kell megmagyaráznunk, melyek a görcsös köhögési rohamok alkalmával állanak elő. Az erőltetett köhögés és hányás következtében, a gyermekkorban még tág tubába belesajtolódik a váladék és ezt onnan beleköhögik a dobüregbe.

A rohamok alatt keletkező nagyfokú vérpangás és az ezt követő esetleges dobüregi vérzések az odakerült mikroorganizmusok számára előkészítik a talajt, hogy azok virulenssé válva a nyálkahártya gyulladását előidézhessék.

Azonkívül lehetséges a fertőzésnek még az a módja is, hogy a dobhártya igen intenzív köhögés alkalmával megreped és a hallójáraton át fertőződik a dobüreg.

Az otitisek fellépése általában a betegség harmadik hetében és az azt követő időben a leggyakoribb, amikor is kisebb hőemelkedések és enyhe fülfájdalmak jelzik a középfül-gyulladás kezdetét. Jelentkezhet azonban az otitis az előbbi tünetek erősebb kidomborodásával, eruptív alakban is. A váladék eleinte rendszerint sero-purulens, de lehet purulens is, később azonban mindinkább nyúlósnyálkás váladékká alakulva át, a fülfolymat chronikusá is válhat.

A dobhártya kiterjedtebb destructiója nem szokott bekövetkezni és az otitisek lefolyása általában enyhe. A csecssüreg megbetegedése azonban mégis elég gyakori szövődmény és ennek diagnostizálása sokszor nehéz, mert a jellegzetes cardinalis tünetek, hallójárat-szűkület, csecssyulvány oedema rendszerint hiányzanak, úgyhogy csak az enyhe lázak, a vérkép, esetleg profus fülfolymás utalhatnak a csecssüregi megbetegedésre.

A mastoiditisek kezelésében lehetőleg conservative járunk el, mert pertussis betegekinken az operatív beavatkozással szomorú tapasztalatokat szereztünk. Ez megmagyarázható kórházunk különleges helyzetével, mert osztályunk pertussis betegei főleg menhelyi, vagy pedig rossz socialis viszonyok közt levő csont- és bőrig lesóványodott csecsemőkből adódnak, egyéb súlyos complicatiókkal terhelve. Érthető tehát, ha ezek nem bírják a mű-

téttel járó vérvesztéséget, nem is beszélve a narkosizról, amit lehetőleg mellőzünk.

Szomorúan érdekes ezen betegségek esetén az agyi thrombosisnak gyakori fellépése, melynek előidézője a görcsös köhögés alkalmával fellépő vérpangás és esetleges érrepedés. Ezen fajta thrombosisok minden esetben a sinus sagittalisból indulnak ki és onnan leterjedhetnek egészen a sigmoideusokba. Ezekben a thrombosisokban a tipusos pyaemiás tünetek nincsenek jelen és esetleg csak a boncoláskor juthatnak tudomásunkra, de ha egy ugyanakkor fennálló csecssüregi folymat a sinus falra ráterjed és azt, ha csak egy körülírt helyen is, megbetegíti, a steril thrombus fertőződéve a legsúlyosabb septikus kórformát idézheti elő.

Hogy a pertussis otitisről áttekinthetőbb és epidemiologiai részleteire is kiterjedő képet kapjunk, a Szent László-kórháznak tizennyolc éves beteg anyagát feldolgoztuk és ebből azt látjuk, hogy a megbetegedések száma egyes években magasra emelkedik és az otitisek is különösen magas százalékban szerepelnek. Tövényyszerűséget egyáltalában nem látunk, mert a beteg egyén ellenállása és a genius-epidemicus két olyan ismeretlen tényező, amely a fülmebetegedések keletkezésében fontos szerepet játszik. Az első táblázaton szembetűnő az 1926. év, amikor az aránylag kevés számú, 108 pertussisos beteg közül 77-nek, tehát 71,2%-nak volt otitise. 1918-ban viszont az otitisek száma csak 5,3%-ban szerepel, tehát a megbetegedések és az otitisek viszonya paradox hullámzást mutat.

1. táblázat.

Év	Összes beteg	Fülbeteg	%
1914.	158	13	8.2
1915.	11	1	9.0
1916.	136	7	5.1
1917.	111	5	4.5
1918.	131	7	5.3
1919.	278	32	11.5
1920.	290	57	19.6
1921.	268	67	25.0
1922.	215	56	26.0
1923.	441	157	35.6
1924.	346	154	44.5
1925.	161	52	32.2
1926.	108	77	71.2
1927.	168	43	25.5
1928.	369	158	42.9
1929.	149	96	64.4
1930.	154	82	53.2
1931.	484	162	33.4
Összesen:	3978	1226	33.3

A második táblázatból látjuk, amit már fentebb is említettünk, hogy a harmadik hétre és az utána következő időszakra esik a legtöbb otitis jelentkezése. Azonban az első héten fellépő otitiseknek száma is elég jelentékeny, amit a heveny toroktünetek jelenléte magyaráz meg. Az egyes években látunk azonban ettől elég jelentékeny számbeli eltéréseket, tehát szigorú törvénytörvényt get itt sem találtunk.

2. táblázat.

Év	J e l e n t k e z e t t			
	1. héten	2. héten	3. héten	4. héten
1914.	—	1	3	4
1915.	—	—	—	1
1916.	—	1	1	3
1917.	2	2	—	1
1918.	1	1	—	2
1919.	3	1	3	8

Év	J e l e n t k e z e t t			
	1. héten	2. héten	3. héten	4. héten
1920.	7	7	3	19
1921.	15	9	7	9
1922.	10	2	12	10
1923.	32	11	12	35
1924.	26	11	8	34
1925.	8	7	5	19
1926.	20	12	10	27
1927.	9	10	9	12
1928.	30	20	40	29
1929.	26	18	24	28
1930.	39	11	10	22
1931.	58	42	26	36
Összesen:	286	166	173	299

A mellékelt 3. táblázatból látjuk, hogy a kétoldali fülmebetegedések gyakoribbak és ez a körülmény azután lényegesen hozzájárul az otitisek komolyságának megítéléséhez. A kétoldali otitisek jelentkezésének gyakoriságát a mechanikus okoknak mindkét oldalra egyenlő mértékbeni behatásával magyarázhatjuk.

Év	Egyoldali megbetegedés %		Kétoldali megbetegedés %	
	Egyoldali	%	Kétoldali	%
1914.	6	46.1	7	53.9
1915.	1	100.0	—	—
1916.	6	85.7	1	14.3
1917.	4	80.0	1	20.0
1918.	4	57.1	3	42.9
1919.	11	34.3	21	65.7
1920.	31	54.3	26	45.7
1921.	43	64.1	24	35.9
1922.	26	46.4	30	53.6
1923.	74	47.1	83	52.9
1924.	62	40.2	92	59.8
1925.	25	48.0	27	52.0
1926.	25	32.4	52	67.6
1927.	18	41.8	25	58.2
1928.	41	25.9	117	74.1
1929.	26	27.0	70	73.0
1930.	39	47.5	43	52.5
1931.	78	48.1	84	51.9
Összesen:	520	42.4	706	57.6

A következő táblázaton megfigyelhetjük, hogy a dobhártya spontán perforációja az otitisek 61.8%-ában szerepel. Ez a százalékszám majdnem egyező a scarlat otitisek 62.1%-ával. Ezt részben a feszültség alatt álló dobüregi váladéknak a köhögések alkalmával még jobban fokozódó nyomásával magyarázhatjuk meg, részben pedig azzal, hogy a tünetek enyhe volta nem hívja fel figyelmünket a paracentesis véghezvitelére.

Év	Spontan perforált %		Paracentált %	
	Spontan perforált	%	Para-centált	%
1914.	6	46.1	7	53.9
1915.	1	100.0	—	—
1916.	6	85.7	1	14.3
1917.	5	100.0	—	—
1918.	7	100.0	—	—
1919.	15	46.8	17	53.2
1920.	35	61.3	22	38.7
1921.	38	56.7	29	43.3
1922.	20	35.7	36	64.3
1923.	66	42.0	91	58.0
1924.	82	53.2	72	46.8
1925.	22	42.3	30	57.7
1926.	41	53.2	36	46.8
1927.	19	44.1	24	55.9
1928.	62	39.2	96	60.8
1929.	42	43.7	54	56.3
1930.	54	65.8	28	34.2
1931.	97	59.8	65	40.2
Összesen:	618	50.4	608	49.6

Az operált mastoiditisek száma fentebb kifejtett elvünknek és tapasztalatunknak megfelelően elég kevés. Ezen aránylag kevés számú esetben is a sebgyógyulás olyan hosszadalmas és olyan gyakori a fellépő seb-diphtheria, hogy érthetővé teszi már ez is az operatív beavatkozással szembeni aversiónkat. Az összes fülbetegnek csak 5.6%-a kerül műtétre, ami a scarlat 13.6%-a mellett elenyésző.

Év	5. táblázat.			
	Összes operált	%	Egyoldalt operált	Kétoldalt operált
1914.	1	7.6	1	—
1915.	—	—	—	—
1916.	—	—	—	—
1917.	—	—	—	—
1918.	—	—	—	—
1919.	3	6.2	2	—
1920.	1	1.7	1	—
1921.	4	5.9	4	—
1922.	3	5.3	2	1
1923.	1	0.6	1	—
1924.	2	1.2	1	1
1925.	2	3.8	1	1
1926.	—	—	—	—
1927.	3	6.9	—	3
1928.	25	15.8	5	20
1929.	10	10.3	5	5
1930.	5	6.1	2	3
1931.	10	6.1	3	7
Összesen:	69	5.6	28	41

A betegség komolyságáról ez a táblázat mutatja a legszomorúbb képet, amelyből látjuk, hogy az egyes években milyen magas a halálozási szám. Különösen téli járványok esetén tapasztaltuk ezt a rosszindulatúságot. Az otogen halálozás is elég gyakori, amit főleg a sinus thrombosisok szaporítanak, de azután főoka az, hogy a legyengült, kis szervezet nem képes megbirkózni a már kissé vehemensebben fellépő genyeddéssel.

Év	6. táblázat.			
	Fül-beteg	Meghalt összesen	Otogen halálok	Nem otogen halálok
1914.	13	4	—	—
1915.	1	1	—	—
1916.	7	3	—	—
1917.	5	1	—	—
1918.	7	3	—	—
1919.	32	16	—	16
1920.	57	19.	—	19
1921.	67	24	1	23
1922.	56	15	—	15
1923.	157	56	4	52
1924.	154	72	2	70
1925.	52	15	2	13
1926.	77	6	1	5
1927.	43	9	3	6
1928.	158	47	4	43
1929.	96	26	2	24
1930.	82	29	—	29
1931.	162	147	6	141
Összesen:	1226	493	25	456

Összefoglalva a pertussis otitisekről mondottakat, a következő tapasztalatokat szűrhetjük le:

1. Az otitisek fellépése független az epidemiáktól és csak az egyéntől és a genius-epidemicus-tól függ.

2. Fokozatosan ügyeljünk a harmadik hétre és az utána következő időkre, mert az otitis akkor szokott jelentkezni és elég gyakran egyszerre mindkét oldalon.

A tartós rectalis táplálás.

Irta: *Herman Károly dr.* (Subotica).

Bár a gyomor, illetve a duodenalis fekély gyógykezelése az esetek többségében kielégítő eredményt mutat fel, ha az eredmény az esetek nagy többségében nem is végleges, mégis rá akarok mutatni egy olyan eljárásra, ami sem nem körülményes, sem nem nehéz és nem hagy cserben, ha a beteg egy kis akaraterővel rendelkezik.

Körülbelül 2 év óta alkalmazom ulcusos betegeimen a végbélen át táplálást. E módszerrel két új tapasztalatot szereztem. Az egyik az, hogy a rectalis táplálás 14 napon át minden nehézség nélkül alkalmazható, anélkül, hogy a beteg nagyobbfokban lesoványodnék, mint ahogy az a *Leube*-féle kúra első hetében be is szokott következni; s hogy semmiféle más módszerrel nem szüntek meg oly gyorsan a beteg gyomorpanaszai; ideértve: az alkali, az alkaloid, a diaetás kezelést, a röntgen-therapiát s a Novoprotin, vagy más protein-inger therapiát. A duodenalis-sondán át történő táplálással, vagy a *Katsch* által ajánlott rendszeres gyomornedv eltávolítással nincsenek ugyan tapasztalataim, de nem is igen hiszem, hogy gyakran fogok rájuk szorulni, mert a systematikus végbél-táplálás eredményei eddig igen jóknak bizonyultak. A véletlen vezetett erre a módszerre egy pylorus-stenosisban szenvedő betegem kezelése közben, aki nem engedte magát megoperáltatni, s akinek a gyomra egy kevés tejen kívül semmit sem tűrt meg.

28 éves férfi évek óta szenved gyomorpanaszokban. 5 évvel ezelőtt tipikus ulcus duodenit találtam nála. 170 cm. magas, jelenleg 48 kiló, eddigi összes súlyvesztése 20 kiló. Gyomra csak folyadékokat tud elviselni; mihelyt szilárd táplálékot vesz magához, 1—2 órával az étkezés után kínzó fájdalmak között, az étkezéssel arányban nem álló, igen savanyú, piszkos színű s rossz ízű, nagy folyadéktömeget hány (1—2 liter), s utána megkönnyebbszik. Folyadékon kívül egyebet elfogyasztani nem tud s végül nem is mer. Emellett a táplálkozás mellett azonban igen rosszul érzi magát; gyengül, a járás nehezebbre esik, arcszíne fakósárga. Széke csak hashajtókra van minden 2—4. nap. Dacára annak, hogy alig eszik valamit, gyomrát állandóan teltnék érzi. Viszont a teltség ellenére is állandóan éhes, etvágya volna, csakhogy enni nem mer. Próbareggelire szabad sósav 30, összaciditás 60, *Weber* a gyomortartalomban positiv. A röntgenvizsgálat roppant kitágult, a kis medencéig leérő, tányér, illetve félhold alakú gyomrot mutat, igen magas, a cardiáig felterjedő secretiós réteggel, erős, magasan kezdődő, de eredménytelen peristaltikával. A legerősebb antrum-s corpus-peristaltika dacára is az antrum és a praepylorikus rész csak annyit változást mutat, hogy jobban megteleődik, felemelkedik, aztán visszacsúsz: itt-ott lehet egy-két majdnem színór vékonyoságú barium csíkot látni a duodenumban. A kiürülési zavar súlyosságára jellemző, hogy 24 óra múlva a gyomorban még jelentékeny barium-maradék mutatkozott. A bulbust megfelelően látni ez alkalommal nem lehetett. A beteg alkáliákat, papaverint, atropint, Glässner-féle pepsin injectiókat kapott körülbelül 6 napon át. Mínt hogy a beteg panaszai nem csökkentek, műtétet ajánlottam, de nem egyezett bele. Ekkor szigorú ágynyugalomra kényszerítettem s az orális táplálást megszüntettem, helyette tápcsőréket kapott naponta 3—4-szer, a következő tartalommal: 300 gr. tej, egy-két tojássárgája, 20 cm³ 10%-os szőlőcukoroldat. Panaszai már 24 óra múlva csaknem eltűntek. A kúra 5-ik napján zsíros süteményt evett, mire újból hányás és fájdalom mutatkozott: ettől kezdve jobban fegyelmezte önmagát s panaszai végleg megszűntek. A 15-ik naptól kezdve rendszeres *Leube* kúra, de a végbél-táplálás egyelőre tovább is folytatódik. Először egy-egy pohár tej a gyomron át, azután híg tojás. Ekkor a végbélen át táplálást abbahagyjuk, viszont az orális táplálás fokozatosan haladt előre, anélkül, hogy panaszai ismétlődnének. Jelenleg fűszerek, savanyú ételek és sült húsok kivételével mindent eszik, 10 kilót hizott, teljesen munkaképes, hivatali teendőit kifogástalanul el tudja végezni s állapotával minden tekintetben meg van elégedve. Fájdalmak, savanyú felbőfögések, hányások nem jelentkeztek. Míg azelőtt jóformán csak tejen élt, most egy-kor szabad étrendjének $\frac{3}{4}$ részét fájdalom nélkül, jóízűen el tudja fogyasztani.

A beteg tehát, kinek pylorus-szűkületét látszólag csak műtéttel lehetett volna rendbehozni, ezidőszerint kb. 12 hónappal betegségének legkritikusabb phasisa után praktice egészséges. Hogy ez mennyi ideig fog tartani, arranévez nem mernék nyilatkozni. Nem kétlem azonban, hogy recidiva esetén a végbél-táplálás újból segíteni fog.

Másik betegem K. I. 46. éves cipész. Körülbelül 2 évvel ezelőtt tipikus duodenalis fekélyt találtam nála. Az akkori kezelésre jobban lett, időközben azonban baja sokszor recidivált. Állapota utóbbi időben annyira romlott, hogy munkaképtelen lett, amely a mostani egyébként is munkanélküli világban kétszeres súllyal nehezedett reá. Újabb vizsgálat 1932. november 26-án. Sápadt, sovány, majdnem kahexiás férfibeteg. Gyomortáj nyomásra fájdalmas, ütögetésre élénk loccsanás. Röntgenvizsgálat: a gyomor igen hosszú, ptoitikus, igen magas secretiós réteg. Az antrum erősen tágult, félhold alakú. Peristaltika fokozott élénk, a bulbust alig látszik, leginkább a basis, a többi részét feltölteni nem lehet. 4 óra múlva a kása $\frac{3}{4}$ része meg a gyomorban van. A beteget végbél-táplálásra fogom s 24 óra múlva a panaszok legnagyobb részét megszüntek. Megszűnt a kellemetlen teltség érzése, a fájdalom és a hányás, a nyelv nem oly bevont és száraz, később már nedves és túlnyomóan piros. 5 nap múlva már fennjár s könnyebb munkát végez. Jelenleg diaetát tart, orvosságot nem vesz. Ehhez hasonló megfigyeléseket még nagy számban idézhetnék. Mindezek alapján olyan meggyőződést szereztem, hogy a fekélynek (gyomor, duodenum, jejunum) igen jó belgyógyászati kezelési módja a rectalis táplálás, amelyet természetesen célszerűen lehet gyógyszeres kezeléssel is összekötni, bár ez nem mindig szükséges. 14 nap múlva át lehet térni az orális diaetás táplálásra, esetleg a kettőnek kombinációjára, s ha a panaszok újból ismétlődnének, nem haboznék a beteget újból 8—10 napi újból rectalis táplálásnak alávetni. A csőre nem marad a rectumban, néhány perc múlva már feljut a bal flexuráig, jobbra fektetés után lemegy egész a caecumig. Egy csőre áll: 300 gr. tejből, 1 később 2 tojássárgájából és 20 cm³ 10%-os szőlőcukoroldatból. Konyhasó és alkoholt eleinte nem tanácsos. Naponta 3-szor, melegen, előzetes tisztító csőre után. Utóbbi nem mindig szükséges, elég reggel egyszer. Ha a meteorismus vagy fájdalmas peristaltika mutatkozik, 10 csepp opium tinctura és Pancreon adandó a csőrébe. Célszerű az irrigatort és csövet előre melegeíteni. Betegeim így a csőréket 5—6 órán át is benn tudták tartani, proctitis nem mutatkozott. Egy-két nap alatt a legérzékenyebb beteg is megszokja.

Nem fontos annak megállapítása, hogy az itt leírt módszer új-e, vagy nem. Ha ilyesmiről szó lehet, akkor az szolgálhat legfeljebb meglepetéssel, hogy a betegeken a rectalis táplálást rendszeresen és aránylag hosszú időn át lehetett alkalmazni. Ezt eddig magam sem tudtam, pedig nincs benne semmi különös. Ha jól összeszámoljuk, a beteg a *Leube*-kúra első két hetében sem igen kap több táplálékot, mint a rectalis táplálással. Hányszor fordul elő, hogy a beteg rendes táplálás esetén a második héten még nem tűr passierozott főzeléket s akkor újból előlről kell kezdeni. Caloriák szempontjából tehát a beteg a rectalis módszerrel sem szenved nagyobb veszteséget, mint az orális kúra első két hetében. Ezzel szemben az utóbbi több előnnyel jár, a fájdalmak csaknem azonnal megszűnnek, a gyötrő hányás is elmarad. A teltség kínzó érzése, amely mint egy szoros a-broncs feszíti a beteg hasát, egyik napról a másikra abbamarad. A subjectív javulás nagyon szembeötlő.

Hogyan hat a rectalis táplálás s hol van leginkább szükség reá? A rectalis táplálás megszüntet minden ingeret és izgalmat a gyomorban. Megszűnik a hypersecretio, a hyperperistaltika, a spasmus s a nyomás, melyet a naponta termelt bőséges nedv-tömeg a gyomorfalra gyakorol, megszűnik a gastritis s a fekélynek alkalma és ideje van behégedni. *Bergmann* egyik régebbi munkájában (*Krauss-Brugsch: Spezielle Pathologie*) ulcus duodeni esetében — felfogásom szerint a pylorus fekély is idetartozik — egy maximalis izgalmi „maximal-excitatorisch“ s egy maximalisan elválasztó „maximal secretorisch“ typust különböztet meg, aszerint, hogy a mozgási

vagy elválasztásos anomaliák állottak előtérben. Mindezekelőtt ezek azok a fekélytypusok, amelyek legkedvezőbben reagálnak a rectalis terapiára. Véleményem szerint minél közelebb fekszik a fekély a pylorushoz, annál inkább fog reagálni a rectalis táplálásra. Különösen érdekes, hogy sokszor kifejezett stenosisnak látszó esetek is milyen jól reagálnak. Olyan gyomor, amely előzetesen 24 órás retentiót mutatott, jól véghezvitt kúra után 4—5 óra alatt továbbítja a táplálékot. Ennek az a magyarázata, hogy még a legteljesebbnek látszó szűkületről sem lehet előre megmondani, hogy mennyi benne a maradandó szer- vi s mennyi a functionalis elváltozás. Ezt csak hosszabb kímélő kúra után lehet eldönteni. Arról természetesen nem lehet szó, hogy hegyszövet eltűnhet, vagy megpuhul: a heg idővel még jobban zsugorodik s rugalmassága nem nő, hanem csökken. Csak éppen nem mindaz heg, ami annak látszik. A heg mellett oedema, vérbőség, görcs, fokozott izomtensio is lehet: ezek mind változékony tényezők, amelyek megfelelő gyógykezelésre visszafejlődhetnek és vissza is fejlődnek. Ez magyarázza meg a pylorus-szűkület enyhülését, vagy esetleges eltűnését, mert az nem volt tisztán organikus, hanem organikus és functionalis, vagy pedig csak functionalis. Ezt azonban előre megállapítani nem lehet, azért e ponton nagyobb jelentőséget vagyok hajlandó tulajdonítani a klinikai empiriának, mint a röntgenvizsgálat adatainak. Egyszeri vizsgálat alapján a beteget pylorusszűkület miatt kés alá küldeni, nem tartom helyes álláspontnak, csak ha két heti rectalis táplálás után is fennmarad a pylorus zárja, jogosult a műtét.

A fő indicatiós terület tehát a duodenum, a pylorus, vagy a praepylorus fekélyei. Nem kétlem azonban, hogy a corpuson, vagy a feljebb fekvő ulcusok is kedvezően reagálnak a rectalis táplálásra. A rectalis kúra hatása kb. ugyanaz, mint a duodenalis sondán át történő táplálásé. Mindkettő azzal segít, hogy sikerül a beteg gyomrot kímélni. A rectalis táplálásnak azonban igen sok egyéb előnye van: mindenütt alkalmazni lehet, minden orvos meg tudja csinálni, a beteg nincs feltétlenül ágyhoz szegve s az ágyban is könnyebben mozog, mintha sonda volna benne, egyszerű, nem költséges, olyan szűkületek esetén is alkalmazható, mikor a sonda a pyloruson nem tud áthatolni s kellemetlen reakciókat nem okoz. *Katsch* újabban két tanulmányában foglalkozik e témával (Med. Klin. 43. sz. és D. med. Wschr. 1932. 41. sz.). Therapia gyanánt chlorban szegény diatétát s chlor eltávolítást ajánlja a gyomornedvnek sondán át rendszeres eltávolítása útján. A chlorcsökkenés szerinte olyan erős hogy a sav-basis egyensúlyt is megváltoztatja s az így felidézett „áthangolás“ olyan hatásos, hogy a beteg fájdalmai és egyéb panaszai csakhamar megszűnnek. A kiürített gyomornedv mennyisége napi 3—5 liter is lehet. A hatást fokozni lehet salyrgannal. Ugyanaz a kúra, mint chlor-elvonó módszer alkalmazható szerinte magas vérnyomás s vízkór esetén is igen jó eredménnyel. Fő indicatiós területe a gyomorsavtúltengés és hypersecretio. *Katsch* módszere kétségkívül igen szellemes. Eredeti benne az a gondolat, hogy a gyomrot, amelyet eddig arra használtunk fel, hogy rajta keresztül valamit a szervezetbe bevigyünk, most arra használjuk, hogy rajta keresztül kóros anyagokat eltávolítsunk. Könnyen meg lehet, hogy a klinikai gyakorlat sokkal nagyobb mértékben fog *Katsch*-nak igazat adni, mint ahogy az első pillanatra látszik. Lehetséges, hogy az érmetszés, vizelet-hajtás, hashajtás és csapolások mellett a gyomor által kiválasztott salakoknak sondával eltávolítása is a mindennapi orvosi beavatkozások közé fog tartozni.

Az általam ajánlott s a *Katsch*-féle eljárás között nagy különbségek nincsenek. A rectalis táplálással is kevés chlort viszünk be s mivel ez az inger a gyomor-nyálkahártyát localisan nem izgatja, a gyomornak a leg-

nagyobb kíméletben van része, még ha fel is tesszük, hogy a chlor egy része ott választódik ki. Míg a rectalis táplálás kitűnő szolgálatot tesz az ulcusok mindenféle fajtája esetén, addig a sonda ismételt bevezetése ulcus esetén aligha tanácsos.

Hogy a rectalis táplálás magas vérnyomás, vagy oedema esetén hogyan válnék be, arról ezidőszerint nem tudnék nyilatkozni: ez esetekben a gyomor kímélése nem bír elsőrendű fontossággal, legfeljebb, mint éheztető kúra jönne számításba s az éhség igen jó diureticum. Gyomorba jokban azonban hatása erősebb és közvetlenebb. Az extra-gastralis táplálás a gyomornak legalább olyan kíméletet nyújt, mint a jejunalis, vagy bármely másik. Lényegében egyre megy, hogy a gyomornedvet sondával távolítsuk-e el, vagy a chlor elvonásával magát az elválasztást igyekszünk meggátolni. Az általam ajánlott rectalis táplálás sem tesz egyebet, minthogy a nedvképződést megakadályozza, azon abszolút nyugalom segítségével, amit a gyomornak biztosít.

Mint látnivaló, sokféle módunk van a gyomornedv termelésének csökkentésére. Az itt említett módszer nem új, ezt eddig is tudták: ami benne talán újnak nevezhető, az abban áll, hogy 14—20 napig is lehet alkalmazni. Állíthatom, hogy kellő elővigyázat mellett ez lehetséges. Ha pedig azt vesszük, hogy kivitele könnyű, mindenütt alkalmazható, hatása igen jó s a betegek valóságos jó-téteménynek érzik: akkor fennáll a remény, hogy a gyakorlati orvos kezében is be fog válni.

Összefoglalás: Kizárólagos rectalis táplálás peptikus fekélyek esetén gyorsan és igen kedvezően hat. E célból már régebben is ajánlották. Megfigyeléseim szerint a hatás akkor a legkifejezettebb, ha a gyomor mozgási és elválasztási apparatusa túlzottan működik. Utóbbi főleg a duodenum, pylorus és praepylorikus táj fekélyei esetén fordul elő. Alkalmazása tehát ezekben a legtanácsosabb.

W. Zweig könyvében (Lehrbuch der Magenkrankheiten; Urban und Schwarzenberg, Wien), utólag azt találom, hogy régebbi angol szerzők ulcus esetén 2—3 hétig tartó végbélen át táplálást ajánlottak. Mégsem fölösleges erre az eljárásra újból rámutatni. Mert azt régebbi angol szerzők nem tudhatták, hogy eljárásuk főleg a „maximal-kiválasztó“ és „maximal-excitációs“ typosú ulcusok esetén használ a legjobban.

Az O. T. I. Csengery-u. I. sebészeti osztályának közleménye (osztályvezető: herepei Csákány Győző egy. magántanár.)

Hypophysaer impotentia.

Irta: *Schernhardt János dr.*

A belső secretiós rendszer tagjai az u. n. hormonképző szervek, melyek productumaikkal távoli szervek funkciójára gátló vagy fokozó hatást gyakorolnak. A belső secretiós rendszer tagjai részben antagonisták egymásnak, részben pedig egymás funkcióját támogatják. Normalis viszonyok között egy bizonyos egyensúlyi állapotot tartanak fenn. Az életfunkciók egységét, azok zavartalan lefolyását, éppen a belső secretiós szervek és az idegrendszer helyes összműködése biztosítja. Ezen egyensúlyi állapot megbomlása a legkülönbözőbb kórképeket eredményezheti aszerint, hogy melyik szerv hyper-, illetőleg hypofunkciója van jelen.

Jelen közleményünkben két — a belső secretiós rendszer egyensúlyi állapotának megbomlása következtében létrejött — kórkép lefolyását akarjuk ismertetni, melyeknek érdekessége a therapia — legalább is ezidőszerint — csaknem teljes sikerű eredménye volt.

I. eset. B. R. 29 éves, négy éve nős, férfi 1932. áprisi 2.-án kereste fel osztályunkat, 3 év óta beteg. Betegsége a nemi képeségek fokozatosan kifejlődő csökkenésével kezdődött, mely jelenleg már abba a stadiumba jutott, hogy félév óta nemi actus nem folytatott. Ugyanez idő óta kezdetben ritkábban, később gyakrabban, csaknem állandóan heves fejfájás kínozza. Testsúlya jelentékenyen gyarapodott. Szédül. Ingerlékeny, ideges. Emlékezőképessége némileg csökkent, munkakedvét elveszítette. Jelenlegi állapot: Általában kövér egyén, a supra- és infra clavic. árkok jól kitöltöttek. Igen telt arc, duzzadt szemrés, orr, kézhátakori oedemaszerű duzzanat. Vékony, törékeny hajzat, gyér fanszőrzet. Bőre hűvös tapintatú, száraz. Kicsiny herék és borék. Hőmérsék: 35,3 C°. Radialis pulsus kp. telt és feszes, rhytmusos, percenként 52-es. Vérnyomás: 105/50. Hg. mm. Szív: bal felé alig megnagyobbodott. Halk, de tiszta szívhangok. Tüdők felett semmi kóros. Hasban kóros érzékenység vagy resistentia nem észlelhető. Reflexek kiválthatók, kóros reflex nincsen. Vérték: Vörös vérszámja 4,000,000. Haemoglobin: 88%. F. i. 0,9. Fehér vérszámja 7,800. Qualitativ vérték: relativ lymphocytosis és eosinophilia (5%). Alapanyagcsere: —17%. A koponyáról készült Rtg. felvétel kicsiny, de jól határolt sellát mutat. Szemészeti vizsgálat: negatív lelet. Wa. R.: negatív.

Vércukor megterhelés (Hagedorn—Jensen) I. Éhgyomri értékek 0,101 gr.% Megterhelés 50 gr. dextrozeval II. ½ óra múlva 0,158 gr.% III. 1 óra múlva 0,191 gr.% IV. 2 óra múlva 0,125 gr.%

A beteg panaszai és a klinikai vizsgálatok a belső secretiós rendszer megbetegedésére utalnak. A klinikai vizsgálatok közül a vércukor megterhelési próba a hypophysis megbetegedésére, illetőleg csökkent működésére hívja fel a figyelmet, amit a selláról készült röntgen felvétel is megerősíteni látszik. A Krogh-szerint megejtett alapanyagcsere vizsgálat eredménye, egybevetve a beteg vizsgálat egyéb adataival, a thyreoidea hypofunctiójára utal. A vértékben észlelhető relativ lymphocytosisal társult eosinophiliából a mellékvese hypofunctiójára gondolunk. Ugyanez okozza az alacsony vérnyomást s a subjectiv panaszok közül az álmatlanságot, szédülést s — részben — a fejfájást is. A hőszabályozás zavarait a regio hypothalamica nucleus tuberisának functiozavara okozza azáltal, hogy a regio hypothalamica centrumainak működését activáló pars intermedia hypophyseos secretuma megkevesbedett. Tehát a hőszabályozás zavarának közvetett oka a pars intermedia hypophyseos functiocsökkenésében keresendő. Hasonló okokra (elülső hypophysis lebeny és regio hypothalamica) vezethető vissza a beteg nemi képességének csökkenése és a nemi mirigyek visszafejlődése is. A genitális atrophia, helyesebben infantilismus (kicsiny penis és herék, hiányos fanszőrzet s részben a csökkent alapanyagcsere és alacsony hőmérsék) is mint hypophysis-hypothalmus tünet-complexum fogható fel.

Az elmondottak alapján egy elsődleges hypophysis megbetegedéssel állunk szemben, melyhez következményesen a belső secretiós rendszer egyéb tagjainak (thyreoidea, gl. suprarenalis, testis) működészavara társult.

A beteg főpanaszait a nemi élet zavarai és a kínzó fejfájás képezték. Ezért a therapia során elsősorban testiculín injectióval és andynákkal tettünk kísérletet. A beteg másodnapos időközökben 1—1 ampulla testiculint kapott, azonban minden számba vehető eredmény nélkül. A fejfájás intenzitása némileg csökkent, de a nemi életre vonatkozó kiesésekben javulás nem mutatkozott. Ezért egy combinált organotherapiás készítményhez, a Richter gyár „Hormogland T. t. s. H.“ készítményéhez folyamodtunk. A készítmény már összetételében is a legmegfelelőbbnek látszott. Magában foglalja az adott esetben szükséges összes hatóanyagokat (1 ampulla : 0,10 gr. friss thyreoidea + 1,0 gr. friss testis + 0,60 gr. friss cortex gl. supraren. + 0,10 gr. friss hypophysis hatóanyagai). A „Hormogland T. t. s. H.“-t hetenként 2—3 szor alkalmaztuk i. m. injectio alakjában. A kezelést két hónapon keresztül folytattuk, amikor is az előtérbe nyomuló thy-

reosisos tünetek miatt félbe kellett szakítanunk. Már a harmadik injectio után a beteg jelentős változásokról számolt be. Idegessége csökkent, munkakedve javult, az eddig állandóan növekedő tendenciát mutató testsúly megállapodott és már a harmadik injectio után egy ízben coitusra is képes volt — fél esztendeje tartó teljes képtelenség után. A további injectiók során ez utóbbi képességében mind jobban erősödött s midőn az injectio kezelést abbahagytuk, már ott tartott, hogy minden megérőltetés nélkül, háromszor hetenként rendszeres nemi életet élt. Szédülése megszűnt, munkakedve visszatért. Testsúlyából 4. kg.-t veszített. A régebbi csaknem állandó, kínzó fejfájás csak ritkán és csak kis mértékben jelentkezett. Miután a pulsus szám 84-re emelkedett s néha mutakozó szívdobogásról tett említést, a további kezelést — a thyreotoxicosist elkerülendő — mellőztük. A kezelés befejezésekor a vérnyomás 130/75. Hg. mm. volt. A beteg átlagban hetenként egyszer ellenőrzésre jelentkezik osztályunkon, de állapotában semminemű visszaesést nem észleltünk. Magyarázatul fel kell vennünk egyfelől, hogy az alkalmazott therapia a hypophysis-hypothalamikus tünet-complexumot a kiesések megszüntetésével eltüntetette, másfelől, hogy az egész behatása alatt a belső secretiós rendszer megzavart egyensúlyát stimulativ hatás útján helyreállította.

II. eset. G. J. 38. éves nőbeteg. Első menstruatio 14 éves korában jelenleg 4 hetenként jelentkezik, három és fél napig tart, kellő mennyiségű, mérsékelt görcsökkel jár. Három élő egészséges gyermeke van, Osztályunkat 1932. április 19.-én kereste fel, a végbélből kb. ½ év óta két hetes időközökben jelentkező erős, profus vérzési panaszokkal. Elmondotta, hogy ezen alkalmakkor olyan természetű görcsös fájdalom van az alhasi tájon, mint menstruatioikor. Idegesnek érzi magát. Szédül. Mindhárom szülészor a fellépett atoniás vérzések következtében majdnem meghalt. Egyik szülése után vér-transfusiót kellett nála végezni. Néha remegéseket érez végtagjaiban. Gyakran a lábaiban hirtelen jelentkező gyengeség érzés folytán járási képtelenség jelentkezik. Emlékező képessége csökken. Félév óta nemileg teljesen indifferensnek érzi magát s bár házasságban él, nemi életet nem folytat. Néha látási zavarai vannak. Testsúlya állandóan gyarapszik.

Vizsgálatkor azonnal szembetűnő a bőr feltűnő szárazsága. A körmök repedezettek, letöredeztettek. Hőmérsék: 35,8 C° Vérnyomás: 100/60 Hg. mm. Szívhatárok normalisak. Halk, de tiszta szívhangok. Pulsus szám: 56 Tüdők felett semmi kóros. Igen fejlett hasi és fartáji zsírpárna. Hasban érzékenység vagy resistentia nem tapintható. Reflexek rendben. Kp. tág, fényre és alkalmazkodásra jól reagáló pupillák. Vizelet: 1018 fs., savi, fehérje-, Donné-, cukor-, urobilinogen: negatív. Görcs alatt semmi kóros. Széklet vizsgálat: Weber és Benzidin szerint negatív. Görcs alatt: semmi kóros. Rectoromanoscopiai vizsgálat: negatív. Genitálisan: igen finom, ritka errosiók (?) a portion. Vérték: vörös vérszámja: 4,730,000. Haemoglobin: 81%. Fehér vérszámja 5,000. Thrombocyta szám: 510,000 Qualitativ vérték normalis. Vérzési idő: 30 mp. Alvadási idő: 1,45 perc Rumpel Lade: negatív. Wa. R.: neg. Alimentariás hyperglykaemiás reactio: Vércukor (Hagedorn—Jensen). I. Éhgyomorra 0,104 gr.% II. Megterhelés 50 gr. dextrosával: II. ½ óra múlva 0,154 gr.% III. 1 óra múlva 0,185 gr.% IV. 2 óra múlva 0,121 gr.% Szemészeti lelet: látótér: normalis, haemianopsia nincs, színérzés jó. Szemfenéken: semmi kóros eltérés. A koponyáról két irányból készített röntgen felvétel tanúsága szerint, proc. clinoid. ant. és posteriorokat egy masszív, csont hid köti össze („Sella-Brücke”). A sella igen kicsi, keskeny, lefelé nem mélyült ki, a sinus sphenoidalis normalis alakú, nagyságú és pneumatizációjú. A gl. pinealisnak megfelelően több mérszintensitású szemcse. Az occipito-frontalis felvételen phalx cerebri elmeszesedés. A frontalis és maxillaris sinusok tágasak, jól pneumatizáltak.

A vázolt tünetek és vizsgálatok alapján megállapíthatjuk, hogy ezen esetben is a körtüneteket a belső secretiós rendszer egyensúlyzavara következményeként kell felfognunk. A röntgen és a többi vizsgálatok által is igazolt hypophysis elváltozást contingentálisnak tartottuk s az évek hosszú során át tünetmentességét az ép petefészek működése tette lehetővé. A klimax közeledtére a

petefészek hatása megszűnt s így a jelenlő hypophysis hypofunctio szembetűnőbbé lett: bekövetkezett az egyensúlyi állapot megbomlása, a dysfunctio, mely a már ismertetett panaszokat eredményezte. Az alimentaris hyperglykaemiás reactio a hypophysis működés csökkent voltát mutatja. Az alapanyagcsere vizsgálat eredménye a pajzsmirigy csökkent működésére utal, ami azután karöltve a hypophysis hypofunctióval a hízási hajlamosságot fokozza. Tekintettel a kérdés rendkívüli fontosságára, három ízben végeztem alapanyagcsere vizsgálatot (Krogh), s mind három esetben — bár nem súlyos — de kétségtelen csökkenést találtam (I. —17%, II. —19%, III. —18%). Az elmondottak alapján, a jelenlő hypothyreoidismust secundaernek kell minősítenünk, amely a klimaxos talajon, a cangenitalisan fennálló hypophysis hypofunctio eredménye.

Miután az adott esetben nem a hypophysis egy részének kiesési tüneteivel állunk szemben, hanem a fejlődésében visszamaradni kényszerült teljes hypophysis hypofunctióval, a hypophysis összes hatóanyagait tartalmazó készítmény rendelését láttuk célszerűnek, egyidejű petefészek készítmény adagolása mellett. Ezért másodnaponként egy—egy ampulla „Hypophysis cerebri Richter“-t alkalmaztunk intramuscularisan, miközben az „Ovarium-Richter“-ből peroralisan naponta 3 tablettát szedettünk. Később az ovarium tablettát „Glandubolin“ injectióval cseréltük fel, mikor is felváltva egyik nap „Hypophysis Richter“-t, másik nap „Glandubolin“ injectiókat alkalmaztunk. Az anyagcsere fokozása céljából, a fenti gyógykezelés megkezdésétől számított 4 hét múlva, napi 1 drb. Thyreoidea tablettát (0.10 g) is beiktattunk a terapiába. Vértés a gyógykezelés alatt annak befejezése óta (kb 4 hónapja.) egyszer sem jelentkezett. Kedélyállapota javult. Szédülései megszűntek, s már a gyógykezelés 3. hetében örvendetes változásokról számolt be a nemi élet terén is, melyek azóta változatlanul fennállanak, Testsúlya három és fél kg-al csökkent. A gyógykezelés 8 hétig tartott, a szív és testsúly állandó ellenőrzése mellett (hyperthyreosis!). A hypophysis adagolás a vérnyomás szigorú kontrollálását tette szükségessé. Június 20-án fejeztük be a gyógykezelést, azóta a beteg csak ovarium-tablettákat szer (3-szor napjában 1—1 tablettát. Két hétig szedi — két hetet pihen).

A kezelés óta eltelt négy hónap. A beteg teljesen panaszmentes, vértés nem jelentkezett s testileg lelkileg egészségesnek érzi magát.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem II. belklinikájának közleménye. (Igazgató: báró Kéty László ny. r. tanár.)

Májbetegséghez csatlakozó gyógyult extrapyramidális tünetcsoport.*

Irta: Rósa László dr.

Az agy és májműködés közötti összefüggések, számos idevonatkozó vizsgálat ellenére nincsenek felderítve. Ez összefüggéseket már a régiek ismerték „vertigo ab hepate laeso“ néven anélkül, hogy annak, physiologiás alapjait ismerték volna. Hans Curschmann, Molonguet, Meyer és Sabatini epeköbetegségek kapcsán jelentkező szédülésekről és labyrinth zavarokról számolnak be. Parturier és Vallerix egyensúlyzavarokat és látásanomaliákat írtak le epeköbetegség kapcsán. A rendelkezésemre álló irodalomban hevenyen lezajló májbetegséghez kapcsolódó egyéb agyi tünetekről említést nem találtam. A

*) Bemutatta a kir. Orvosegyesület Elme- és Idegbeteg szakosztályának 1932. május 30-i ülésén.

chronikusan lezajló májbetegségek között a Wilson-kór, mint extrapyramidális zavarokkal együttjáró kórkép, általánosan ismert. Schaffer összefüggést mutatott ki a heredodegeneratiós idegrendszeri megbetegedések egy csoportja és a máj között. Különösen az extrapyramidium az, melynek megbetegedése a máj anyagcseréjében változásokat hoz létre (Baló, Ascoli, Buscaino, Lapinsky, Schargoródski, Scheimann, Büchler Pál, Fuchs, Pollack, Kirschbaum). Pollack guanidinnmérgezésre gondolva azt találta, hogy kísérletes mérgezés esetében nem a striatum, hanem a cortex mutat elváltozásokat. Levantovsky helyesen mutat rá, hogy a két szerv egyidejű megbetegedésében valószínűen a máj méregtelenítő képessége esik ki. Grazianni és Nairac a megbetegedés primaer helyének az agyat tartják. Az irodalomban három halállal végződő eset van felemlítve, mikor is minden alkalommal sárgaság előzte meg a tünetek fellépését. (Borberg, Chiray, Fox, Nicolesco, Gruber-Gric, Frenkel).

Esetem az egyetlen gyógyult eset az irodalomban.

W. J. 51 éves, volt tengerésztszist 1932. április 15-én jelentkezik felvételre és előadja, hogy ez év április 1. óta beteg. E napon délelőtt egy másfél mázsányi súlyú szénszállító kocsi emelt meg kibillent helyzetéből. Eközben hasának jobb, felső felében hirtelen, éles és nyilaló fájdalmat érzett. Rögtön ezután rosszul lett fogta el, hányinger és szédülés lépett meg. E rosszullet a délelőtti folyamán annyira fokozódott, hogy délután ágybafeküdt. A délután folyamán többször hányt. 5 óra tájban felesége arra figyelmeztette, hogy egészen megsárgult. Estére összes végtagjai reszketni kezdtek. Arcán és nyakának a bőrén merev feszültséget érzett. E tünetek pár napon át sem javultak, mire orvost hívatott, majd pénztári rendelőt keresett fel, hol a gyöngeségtől összeesett. E napok alatt étvágytalan volt, többször hányt, kínos, kellemetlen szorongó álmai voltak. Ilyen előzmények után került megfigyelésünk alá. A kórelőzményben előadja, hogy 1909-ben maláriája, sárgasága és nagyfokú májduzzanata volt. 1915-ben fejsérülés után 3 hónapon át volt a maihoz hasonló reszketése, mely nyomatlanul meggyógyult.

A beteg első látásra typhusos Parkinson-beteg benyomását kelti. Arca merev, lárvaszerű, mozdulatai lassúak, gép-szerűek, végtagjai szünet nélkül reszketnek. E benyomást bőrének barna-vörös, sajátosan bronzszerű, egyenletes elszíneződése zavarta meg. Felesége és az időközben bekérített házi orvos állítása szerint a sárgaság az első napokban úgy a bőrön, mint a nyálkahártyákon kifejezetten volt észlelhető, az elmúlt 15 nap alatt azonban lassan az említett barna-vörös elszíneződésbe ment át, a nyálkahártyákon pedig többé nem volt fellelhető. Vizsgálatainkat két irányban indítottuk el. Mindenek előtt az idegrendszeri tüneteket akartuk tisztázni, másrésztől azonban a sárgaság okát igyekeztünk felderíteni. Az epehólyagtáj nyomásérzékeny volt, a máj alsó szélét belégzéskor nem, kilégzéskor tapintani tudtuk. A serum bilirubin tartalma normalis volt. A szőlőcukor megterhelés és a többi májterhelési próbák negatív eredményt adtak. Radiológiai vizsgálattal az epehólyag nem telődött. Vércukor-görbe s a vizelet urobilin tartalma normalis volt. A duodenális sonda hólyagépét nem adott. Ez adatok birtokában diagnosisunkat úgy alakítottuk ki, hogy az előzetes trauma egy lappangó epeköbetegség aktiválódását indította meg, melynek folyamán az epeutak elzáródtak.

A vérsérum és a liquor Wassermann vizsgálata negatív eredményt adott. A colloïdreactiók encephalitis-görbét mutattak. A tünetek középpontjában a reszketés állt. A reszketés a legkifejezettebben a jobb felsővégtagon, kisebb fokban a jobb lábon jelentkezett, míg a baloldali végtagon csak időnként és igen kis intenzitással lépett fel. A reszketés úgy nyugalmi helyzetben, mint alvásközben fenállt, és minden szándékolt mozgásra erősödött. A jobb kézen megfigyelve, a reszketés a pronatio és supinatio irányában, az alkar hossz tengelye körül történt, száma percenként 120—160 között mozgott és a csuklón mérve kitérése $\frac{1}{2}$ 2 cm-re volt tehető. A jobbtestfél összes reflexei fokozottak voltak. Romberg-Brach-féle tünet és a Sarbó-féle hypokinesis erősen pozitívnak mutatkoztak. A félremutatás vizsgálata jobb-felé kb. 30 fokos eltérést mutatott. A beteg testrészeinek helyzetét illetően teljesen tájékozatlannak mutatkozott, nagyfokban ataxiás volt. A felületen tapintóérzés a jobb testfélén teljesen kiesett, míg a fájdalom és hőérzés foltosan anaesthesiás, illetőleg hypaesthesiás területekben mutatott kiesést.

E vizsgálati eredmények alapján az észlelt jelenségek megmagyarázására a következő elméleti megfontolásból kellett kiindulnom. Kétségtelen az, hogy az események sorozatában a máj ártalma az első láncszem volt. E májártalom, mint láttuk sárgasághoz vezetett és a sárgaság fellépésének időpontja megdöbbenően esik össze az idegrendszeri tünetek fellépésének az idejével. Már *Wilson* vizsgálatai felderítették azt, hogy az *ikterus gravis neonatorum* a lencse magot és a *corpus Luysi-t* megfestenyzi. Ezen az alapon ő az agyrészletek bizonyos elektivitását tételezi fel, valamely májeredetű patogén toxin számára. *Bostroem* állítja fel azt a hypothesis-t, hogy ez a toxin valamely hepatotoxin. E toxinok közelebbi megjelölését adja *Schaffer* az ektodermotropia fogalmának felállításával. A genetikus elektivitás fogalmával ellentétben, melyet ektodermogeniának nevez, az ektodermotropia kémiai folyamatok megjelölésére szolgál. E „striotrop“ ektodermotropia, melynek kémiai tényezőit ma még nem ismerjük, elektivitást mutat a bőr irányában is. Hogy vajjon a fiziologiás májműködés, vagy a beteg májsejtek valamely terméke, avagy pedig az intermedialis májanyagcsere egy produktuma-e ez az anyag, az egyelőre nyílt kérdés. Mindenesetre fennáll az a tény, hogy a máj előzetes bántalmazásához közvetlen időrendi kapcsolatban csatlakoztak agyi tünetek s e tény szemléltető módon dönti el azt a kérdést, hogy az ilyen természetű megbetegedések esetén a máj szerepe elsődleges fontosságú. Esetemet megjelenési formája alapján a *Wilson-pseudosklerosis-csoportba* kellene sorolnom, ha ennek a kórjelenségek heveny fellépése és mint látni fogjuk, reversibilitása ellen nem szólna.

A tünetek reversibilitása s az igénybevett gyógyeljárás milyensége jogosulttá teszi toxikus, illetően nem kívánatos retentiós termékek feltételezését. Ez elgondolás alapján, az epeelfolyás megkönnyítésére duodenalis öblítést végeztem, mely alkalommal a sondán keresztül 150 ccm 30%-os magnesiumsulfat-oldatot fecskendeztem be. A beteg a következő napon nagy meglepetéssel szolgált. Bemondása szerint kézreszketése még az előző nap dälutánján majdnem teljesen kimaradt. Bőrének sajátos barna-vörös elszíneződése eltűnt. Rendkívül érdekes körülmény az, hogy a jobb alkar hajlító oldalán, pontosabb megfigyelés mellett, néhány, kb. pengőnyi, szabálytalan szélű vörösbarna folt maradt, mely környezetétől élesen elhatárolható volt. A beteg előadta, hogy álmatlansága, kínzó, szorongó álmái az elmúlt éjszakán először maradtak el és megbetegedése óta először aludta végig az éjszakát. Ingerlékenysége, nyugtalansága megszűntek. A therapia helyességének talán legszebb bizonyítéka volt az, hogy a harmadnapra megismételt duodenalis öblítés hatása alatt az előbb említett foltok teljesen eltűntek és ezzel egyidejűleg az idegrendszeri tünetek is még lényegesebb javulást mutattak. A beteg még két duodenalis öblítést kapott s egy egészen kistökű, alig észrevehető kézreszketéstől eltekintve, teljesen gyógyultan hagyta el a klinikát. Controllvizsgálatra berendelve előadta, hogy munkaképessége teljesen helyreállott, panaszmertes, egészségesnek érzi magát, kézreszketése megszűnt. Az idegrendszeri vizsgálat teljesen ép viszonyokat mutat.

Végezetül egy utolsó gondolatmenetet legyen szabad röviden végigkövetnem. E gondolatmenettel, ha elmélet-szerűen is, talán egyetlen egy tünetnek, a functionalis neurosisokban oly jelentős szerepet betöltő szorongásnak a megértéséhez tudunk közlebb jutni. *Ellsworth* megállapítása szerint májbetegségek esetén a szervezet methylguanidintoleranciája csökkent. *Speransky* methylguanidinnal szorongást tud előidézni. Régóta ismeretes, hogy májártalommal együttjáró megbetegedések esetén (pl sal-

varsandermatitis) a natriumthiosulfat jelentékeny gyógyhatással bír. Ha e tényeket egy további ténnyel kapcsoljuk össze, melyet *Edith Klemperer* vetett fel s melynek segítségével ő szorongásos állapotokat intravenásan adott natriumthiosulfat-oldattal befolyásolni tudott, kézenfekvő lenne a gondolatsort azzal a következtetéssel lezárni, hogy a szorongás, mely betegünkön párhuzamosan haladt az epeelfolyás elakadásával és megszűnésével, methylguanidin felhalmozódás következményeként jött létre. Ha e feltevés megállja a helyét, talán új út fog nyíltni előttünk a máj pathológiáján keresztül egyes szorongásos állapotok megismerésére.

RÖVID KÖZLÉSEK A TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSI GYAKORLATBÓL.

A gyulai állami kórház kóronctani intézetének közleménye.

Észrevételek egy kút tisztítása alkalmával kiemelt magzati csontvázról.

Irta: *Feldmann Ignác dr.*, kórházi főorvos

A gyulai kir. törvényszék az 1930-ik év nyarán egy gyomai téglagyári telep kútjának tisztítása alkalmával talált, kis leszögezett ládában elhelyezett magzati csontváz vizsgálatával bízott meg, melyből meg kellett volna állapítanom, hogy a magzat halálának mi volt az oka, hogy élve, vagy halva született-e, illetve került a kútba és hogy mióta feküdt ott?

Az önmagában 960 g súlyú, 24 cm hosszú, 13,5 cm széles, 19,8 cm magas, 1 cm vastag, teljesen száraz, elbarnult láda deszkadarabjain a drótszögek mentén kívül-belül rozsdabarna foltok és csíkok voltak láthatók. A láda fenéke és oldalfalai közt 0,5—1 mm-nyi rés látszott és az oldalsó falak sem illeszkedtek légmentesen egymáshoz. Néhány szeg mentén a deszka meg is volt repedve. A láda fenekének belső felületén az egyik oldalon és az oldalsó fal hozzá közel eső szakaszán néhány apró szabálytalan alakú, könnyen lekaparható feketés folt (vér?) tűnt szembe.

A kis ládában minden izületi, vagy szalagos összefüggés nélkül száraz, elbarnult magzati csontok feküdtek, melyekre néhol földes anyag volt rászáradva. Az utóbbiban apró szürkésfehér pikkelyek csillogtak. Lágy hullarészeknek sem a csontokon, sem a ládában nem látszott nyoma.

A nagyobb csontok méretei a következők: az egyik homloklél az orrgyöktől számítva 4,7 cm magas, 3,7 cm széles, a falcsont 6 cm magas, 6 cm széles, a nyakszirtcsont 4,8 cm magas, 5,2 cm széles, a sziklacsont 2,32 cm hosszú, 1,4 cm vastag, a halántékcsontról 2,14 cm széles és 1,9 cm magas. Az alsó állcsont vízszintes szára 2,6 cm hosszú, a felső állcsont szélessége 2,17 cm, vastagsága 1,6 cm. A lapocka 2,1 cm hosszú, 1,8 cm széles. A kulcs-csont 3,2 cm hosszú. A felkarcsont diaphysise 4,5 cm hosszú. A singcsont diaphysise 4 cm, az orsócsonté 3,4, a combcsonté 4,9, a sípcsonté 4,14, a szárcapocscé 4,15 cm. A csípőcsont méretei 2,1×1,8 cm. A mellcsont markolatja 1,2 cm hosszú, 1 cm széles. A bordák, csigolyák és végtagok apró csontjai is megvannak. Porcnak sehol sincs nyoma.

A közölt méretek szerint a magzat a terhesség 7-ik és 8-ik holdhónapja közt született. Az, hogy a magzat élve, vagy halva jött-e a világra, illetve került a kútba és hogy halálának mi volt az oka, a lágyrészek teljes hiánya miatt nem volt megállapítható.

De arra a kérdésre sem tudtam határozott feleletet adni, hogy mikor került a magzat a kútba. Ennek a kérdésnek eldöntésére ugyanis — mint majd látni fogjuk — nem támaszkodhattam sokszoros tapasztalaton alapuló tudományos megállapításra.

Hangsúlyoznom kell, hogy a kicsi ládában talált csontok teljesen maceráltak voltak. Így tehát — ha eltekinünk attól a nem valószínű feltevéstől, hogy a már egyszer eltemetett magzat csontjait utólag macerált állapotban tették a ládába és dobták a kútba, azt kell feltételeznünk, hogy a magzati hulla lágy részeinek, porcinak rothadásos elfolyósodása a ládában ment végbe és hogy a szétfolyt lágyrészek a láda összeszegezett deszkadarabjai közt fennmaradt réseken keresztül be- és kiszivárgott vízzel együtt utólag teljesen a láda körötti kútvízbe kerültek.

Arra, hogy ily macerálódás mennyi időt vesz igénybe, a tankönyvekben (*Belky, Kenyeres, Hoffman—Kolísko, Schmidtman*) semmiféle adatot nem találtam. Valószínűen azért, mert egy vízi hulla előbb-utóbb felszínre kerül, még mielőtt a lágyrészek a csontokról teljesen leválnának, még akkor is, ha súlyos tárgyhoz kötve eleinte a meder fenekén fekszik.

Mindössze egy valamennyire értékesíthető adatra bukkantam *Schmidtman* tankönyvében (Gerichtl. Medizin 1907. II. 409). Egy berlini egyetemi tanár holttestét eltűnése után 2¼ évvel a charlottenburgi csatorna tisztítása alkalmával találták meg. Noha 2¼ évig feküdt a csatorna vizében, a csontok még nem tisztultak le teljesen, rajtuk még sok helyen hullaviasz tapadt. Mivel a kanális vizében a bomlás feltételei kedvezőbbek és 2¼ év alatt mégsem következett be a csontok teljes letisztulása, feltételezhető, hogy e folyamatnak teljes befejeződésére kút-, vagy folyóvízben legalább 3—4 esztendőre van szükség.

Ez az egy adat természetesen nem szolgáltatott megfelelő alapot a problema megfejtésére s így analógiák ismerete nélkül kellett a vizsgálóbírói kérdésekre válaszolnom.

Először is el kell döntenünk, hogy miért nem emelkedett a magzati hulla a kútvíz felszínére akkor, mikor a rothadásos gázfejlődés tetőfokán felpuffadt? Ennek a magyarázatát adja a faláda, melynek súlya száraz állapotban (960 g) is megközelítette a 7 holdhónaposnál aligha idősebb koraszülött súlyát, — átnedvesedve pedig már nehezebb lett a magzatnál. A láda súlygyarapodásának mértékéről 150 g súlyú deszkadarab áztatása útján győződtem meg, melyet mindaddig vízben tartottam, míg súlya többé már nem gyarapodott. Ekkor 230 g-ot nyomott. Ha ezt a 150:230-as viszonyszámot a száraz állapotban 960 g súlyú ládára alkalmazzuk, akkor ez vízbejutása után néhány nap múlva már majdnem 1½ kg-ot (1472 g) nyomott. Így tehát a ládánál csekélyebb súlyú halott maximalis felpuffadása legfeljebb egyedül a holttestnek felemelésére lett volna elegendő, de a vízben súlyosabbá vált ládát nem hozhatta felszínre, annál kevésbbé, mert az erősebb puffadás beálltakor a deszkafalak közé szorult hulla bőre több helyen megrepedt s részint ezeken a repedéseken, részint a természetes nyílásokon át a hulla belsejéből is kitódult gázok a láda hézagjain keresztül elillantak. Így tehát a rothadásos fajsúlycsökkenés nem következhetett be oly mértékben, mintha a holttest a vízben szabadon lett volna. Ily különleges helyzet természetesen csak kivételesen adódik, hiszen a magzatot rendszerint nem szokták előbb ládába tenni és csak azután vízbe dobni.

Amidőn ezek után a magzat vízbekerülése idejének meghatározására kísérletet teszek, gyakorlati szempontból célszerűnek látom 2 szakaszra osztani a holttest vízbejutása és a láda kiemelése között eltelt időtartamot.

Az első időszak a lágyrészek rothadásos elfolyósodásának, elmosatásának és a csontok közti összefüggések végleges megszűnésének befejeződéséig; a második pedig e folyamat beveződésétől számítandó. Ennek a két időszaknak az elkülönítése azért célszerű, mert a második időszak tartamának meghatározása pusztán a csontok vizsgálata alapján lehetetlen. Hiszen a részben a kút iszapjába került ládában a külső behatások ellen védett csontok sokáig nem szenvednek olyan elváltozást, mely támpontul szolgálhatna annak a megítélésére, hogy a csontváz mióta van a teljes maceratio állapotában.

Az első időszak tartamát megközelítőleg meg tudjuk határozni. Mert, ha tekintetbe vesszük, hogy a fentemlített — 2¼ évvel át csatorna vizében ázott — berlini hulla csontjai még nem voltak teljesen letisztulva, feltételezhetjük, hogy felnőttre nézve az I. időszak tartama legalább 3—4 év. Ujszülötteken és különösen 7 holdhónapos magzaton ez az időszak a lágyrészek nedvbősége, lágyága és nagyfokú szakadékonysága miatt rövidebb s így, ha felnőttre nézve 3—4 év, akkor a szóbanforgó koraszülöttre vonatkozólag 1½—2 esztendőnél aligha lehet hosszabb, inkább rövidebb tartamú.

Mivel a második időszak megközelítő meghatározására tudományos módszer nem állott rendelkezésemre, meg kellett elégednem azzal, hogy kérdést intéztem a téglagyár tulajdonosához, hogy mikor ásták a kútát és mikor tisztították utoljára? Kiderült, hogy a kútát 1910 körül ásták, jelenlegi tulajdonosa 1916-ban vette át a gyárat és ugyanebben az évben történt a kút utolsó tisztítása is, a mostani, a leletet felszínre hozó tisztítás előtt. Minthogy nem tételezhető fel, hogy ezen tisztítás alkalmával már a kútban lett volna a láda, nyilvánvaló, hogy az 14 évnél nem hosszabb idő óta, de legalább másfél esztendője hevert a kútban. Más adat híján meg kellett elégednünk ilyen nagyon is tág határok között mozgó időmeghatározással.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A multiplex vérmirigy-sklerosisról. (Addison és Basedow-kór.) *K. Herman, Subotica. (Endocrinology 1933. 1. sz.)*

53 éves nőbetegének nagyfokú gyengeség, soványodás, étvágytalanság és hányása volt. Nyakának kerülete megnőtt, szeme nagyobb és fényesebb lett, szívdobogás és hevesebb szívűködés jelentkezett. Orvosa Basedow-kórt állapított meg és insulin-injectiókat, majd röntgenbesugárzást adott. Állapota ekkor javult, de 3 héttel később ismét rosszabbodott. A vizsgálat vérszegény bőrt és nyálkahártyákat, fényes szemet és kisméretű exophthalmust talált, fejbőrön a hajzat nagyrésze kihullott, szemöldök normalis, ellenben a hónaljzörök teljesen hiányoztak, genitális szőrzet változatlan volt. Pajzsmirigye meg volt nagyobbodva, láthatóan pulszált. Súlyos álmatlanság, jactatio és síró hangulat. Vércukor 112, vérnyomás 135 RR. Fehérvérkép normalis. Gyomor normalis, tüdők tiszták, mindkét hilus tömött és széles, mindkét diaphragma lateralisán fixált és megvastagodott.

Hypophysis elülső lebeny hormonra a javulás nem következett be s így mindinkább előtérbe nyomult a Morbus Addisoni lehetősége. Ezért a mellékvesekéreg hormonját, *Cortigent* (Richter) adta betegének. A Cortigen bámulatos hatást gyakorolt. Az első feltűnő jelenség az volt, hogy a beteg 3 napon keresztül kevés megszakítással csaknem folyton aludt, felébredése után frissebb lett. Ettől kezdve gyorsan javult, rövidesen megszűntek a hányások, táplálkozni tudott, eltűnt az idegrendszer nagyfokú nyugtalansága, nem beszélt félre, nem hánykolódott, székletét és vizletét rendszeren ürítette és kellő mértékben vissza tudta tartani, egyszóval a súlyos intoxicatio, Cortigen injectio hatása alatt megszűnt. Testsúlya 6 hét alatt 4 kg-mal gyarapodott, vérszegénysége csökkent, arcvonásai kisimultak és 2 heti Cortigen-kezelés után a beteg, aki azelőtt sűrűn delírált, ujságot olvasott és éjszaka nyugodtan aludt. A Cortigen-kezelés 6. hetében bokaödemát kapott, mely digitalissal szemben refractaer volt. Később, amikor a Cortigen-adagolást napi 4 ampulláról kettőre csök-

kentette, az anasarca megszűnt. Valószínű, hogy a hormon túladagolása okozta az anasarct. Ezért az adagolásra vonatkozólag ajánlja, hogy igen súlyos esetben napi 2–3 ampulla Cortigen elég, melyet később napi 2, majd 1 ampullára lehet csökkenteni. Betege később peroralisan szedte, jelenleg hetenként 3 ampulla tartalmát fogyasztja kevés vízben s emellett is jól érzi magát. A Cortigen alkalmazási köre előreláthatólag ki fog terjedni olyan esetekre is, ahol az idegrendszer nagyfokú nyugtalansága, súlyos gyomor-bélzavarok, anaemia, adynamia, vagy járókó pigmentatio szerepel. Végül nem szabad feledni, hogy jelen esetben az Addison-kóron kívül Basedow-kór is szerepelt s a kéreghormon ilyen specialisan nehéz endokrin milieuban is bevált.

Poliomyelitis kezelése reconvalescens vér transfusiójával. Schottmüller. (D. Med. Wschr. 1933. 2. szám.)

Poliomyelitis gyógyításában a reconvalescens serum helyett a reconvalescens vérének transfusióját jobbnak tartja. Olyan helyeken, ahol járványos poliomyelitis volt, könnyű a reconvalescenseket nyilvántartani és adott esetben gyorsabban is segíthetünk, mintha a serum-készítmény előállításáig és beszerzéséig várnánk. A transfundált vér mennyiségének elég nagyoknak kell lennie. Csecsemőknek 50–100 ccm-t, 2–3 évesek esetében 100–150 ccm-t 3–6 éveseknek 200–300 ccm-t, ezenfelül 500 ccm-t kell adni.

Kleiner György dr.

Sebészet.

Adatok a fej angioma racemosum pathológiájához és klinikumához. Schlachetzki. (Bruns Beitr. 157. 1.)

A fejen ülő igen nagy angioma racemosum esetükkel kapcsolatban állást foglal szerző a Perthes-féle felfogás mellett, mely az ilyenfajta angiomák keletkezését az ütő- és visszerek közötti abnormis képződésű communicationának tulajdonítja. Ezzel kapcsolatban a therapiáról is értekeznek. Conservatív kezelés physikalikus és vegyszerekkel, igit punctura, a Payr-féle magnesium eljárás, thrombosit előidéző szerek befecskendezése csupán kicsiny angiomák esetében ígér sikert. Azonban recidivákra el lehetünk készülvén. A conservatív eljárás úgy az orvos, mint a beteg részéről igen türelmet igényel. Nagy kiterjedésű angiomák esetében már csak azért is indokolt a műtéti beavatkozás, mert trauma esetén fennáll az elvérzés lehetősége. Műtét előtt feltétlenül gondoskodnunk kell arról, hogy nagyobb vérzés esetén minden kéznél legyen az esetlegesen elvégzendő transfusióhoz. Azonkívül mérlegelendő, hogy nem jobb-e több szakaszban elvégezni a műtétet. Az elektrochirurgia alkalmazása kisebb edények coagulációjával nagyobb vérvesztéséget elkerülhetővé tesz, azonban nagyobb edények lekötése így sem mellőzhető. A carotis externa, sőt a carotis communis műtét előtti lekötése mások véleménye szerint is hatástalan. Végül megjegyzi a szerző, hogy attól sem kell visszariadnunk, hogy adott esetben esetleg időben félbeszakítsuk a műtétet.

Marx József dr.

Műtét utáni tüdőszövődmények megelőzése és gyógyításáról. E. N. Stahnke. (Zbl. f. Chir. 1932 50. sz. 2978. o.)

Véleményük, hogy a pneumococcusok nagyon nagy szerepük van a műtét utáni súlyos bronchopneumoniák kifejlődésében, ezért különösen hasi műtétek előtt, három napon keresztül 4×0.05 g. Optochin basicumot adnak per os. Ha nincs elég idő az előkészítésre 2×0.10 g-ot subcutan. Betegeiket Pernoctonnal altatják szükség szerint aethylchlorid aetherrel egybekötve, szerintük az aether adagolásnak túlzott jelentőséget tulajdonítanak a műtét utáni tüdőszövődmények előidézésében. Műtét után naponta többször feltétlenül szénsav belégzést végeztenek a betegekkel. Műtét előtt fennálló bronchitist legtöbbször gyorsan megszüntettek Transpulmin és Aether-Psicain intramuscularis injecciónokkal.

Pneumoniás betegeiket két esztendő óta camphor, chininnel kezelik. Háromszor naponta 3 ccm camphort és 1 ccm 15%-os chinin-oldatot adnak izomba. Ezenkívül a zavarok eseteiben intravenásan szőlőcukor oldatban calciomot, digitalist kapnak. Bronchitis esetében jónak tartják az emetint bőr alá.

Marik Miklós dr.

Szülészet.

A német büntetőtörvénykönyv 218. §-ának célkitűzése. Noetzel. (Mschr. f. Geb. 93 k. 1–2 f.)

A vetélést tiltó 218. büntető paragrahus elsősorban a méhmagzatot védi. Erre az államnak nemcsak joga van, hanem kötelessége is.

Igaz, hogy a büntetőtörvény ellenére is széles mederben dul a vetelés. Ebből a tényből azonban nem a törvény feladá-

sának, hanem épen a szigorításának kell következnie. Az új-törvényjavaslat haladást jelent e téren, a mikor 255 §-ában büntetendőnek mondja a magzatelhajtó-szerek hirdetését és kiállítását.

Míg a szovjet-oroszországi törvény pusztán az anyát védi socialis veszedelmektől, addig a németek és a többi államok törvényei, — így a 218 § is — a magzatot, de mellette az anyát is védik. Hiszen a büntetőberendezés eltörlése azt vonná maga után, hogy a tudatlan és szerencsétlen terheseket bűnös vetelésre rávevő és őket sokszor a halálba kergető fölbujtók a büntetéstől már nem félve szabadon garázdálkodhatnak. Az abortus-törvény védi egyszersmind a terheseket a beavatkozásoknak veszélyes következményeitől.

A törvénynek lehet a polgárokat akarataik ellenére is védelemben részesíteni. Így nevezetesen a sértett saját óhajára elkövetett emberölést is bünteti a törvény. Az új törvényjavaslat 264 §-a szerint azonban a sértett beleegyezésével elkövetett testi sértés csak akkor büntetendő, ha az az erkölcsöket sérti. Olyan beavatkozás pedig, amely a lelkiismeretes orvos gyakorlatának megfelel, egyáltalában nem tekinthető testi sértésnek (263. §.). A jogos művi abortust a javaslat 245. §-a ismeri el, mely szerint az anya életét, vagy egészségét fenyegető súlyos veszély elhárítása érdekében szakítja meg a terhességet.

Ez a törvény védi az anyát, nem pedig az orsz, amely minden orvosi javallat nélkül — bár csak szakszerű orvosi beavatkozással — is engedélyez művi vetélést. Ezzel rengeteg ártalomnak teszi ki a terheseket. Az orosz eredmények is mutatják, mennyire jobban védjük az anya testét és lelkét egyaránt, ha a vetélést csak orvosi gyógyító szempontból engedélyezzük.

Az új német törvényjavaslat a helyes bírósági joggyakorlatot fogja szentesíteni. Ezzel megszünteti azt a jogbizonytalanságot, amit az abortus-törvény ellenzői épen egyik érvül használtak fel a vetelés szabaddátétele érdekében vívott harcukban.

Ha a javaslatnál tovább mennék a törvény enyhítésében, ez egyet jelentene a nép és a haza pusztulásának előmozdításával. A vetelés elleni törvény eltörlése a nép erkölcsi süllyedéséhez, a nemi ösztön sokkal szabadabb kiéléséhez és az övszerek ritkább használatára révén pedig a nemibetegségek elszaporodásához is vezetne.

Az orvosok a gyógyító célból szükséges veteléshez mindig meg fogják kapni a jogi alapot. Tisztán gazdasági szempontból nem jogos a vetelés. E téren az önmegtartóztatásnak és az elővigyázatnak lehet csak szerepe.

A fajnemestítő szempontból végzett terhességmegszakítás az átöröklés bizonytalansága miatt szintén nem jogosult. A német nemzet érdeke azt parancsolja, ne törüljék el a büntetőtörvénykönyv 218. §-át!

vitéz Schulcz Agost dr.

Gyermekgyógyászat.

A csecsemőkor akut táplálkozási zavarainak kapcsolata a középfül és csecsenyulvány megbetegedéseikhez. Sokolow és Straschnikowa. (Zschr. f. Khk. 53. k. 4.)

Szerzők több régi megfigyeléssel és sectiós lelettel egybehangzóan az occult és latens otitiseknek igen nagy szerepet tulajdonítanak a csecsemők akut hányás-hasmenéssel sőt toxicosissal járó állapotában. Nem sorolja ezek közé az atrophiasokon gyakran fellépő genyemjelenést az antrumban, mely az általános állapot javulásával felszívódik. Közlik az 1928 év hűvös és 1929 év forró nyarának betegségstatisztikáját 474 ill. 615 gyermekről. A béltractus megbetegedéseinek száma a nyári hónapokban erősen felszökik, kivált a meleg nyáron és ennek megfelelőleg a halálozás is nő. Minden csecsemőn felvételtör és utána többször is otoskops vizsgálat történt. Sectiókor az antrumot mindig kinyitották. Itt az esetek 75%-ában találtak középfülgyulladás. A beteg gyermekeken 2 éven alúl felvételtör kb. 30%-ban lehetett az otitis diagnózisát felállítani és pedig lényegesen gyakrabban a gyomor-bél betegségben szenvedőkön (10%–50%-hoz) kb. 13%-ban találtak antrumgyenedést, csaknem mindig occultat. Az évi halálozás kb. 30%, mely főleg a meleg 1929 évi nyáron szökik feljebb. A mortalitás egy magasságot mutat az egyes betegségekben, akár bélzavarral járnak együtt, akár nem. Egészséges bélrendszerű csecsemőre az otitis nem jelent nagyobb veszélyt, míg a gyomor-bélzavarral szenvedő csecsemők otitisében a halálozás 40–90%-ra szökik fel. A toxicosissok 70–80%-a otitissal complicált. Otitisek létrejötte független a tápláltsági állapottól és a táplálék minőségétől. Infectiós agensként a culturalis vizsgálatok szerint az orrgaratúr bakteriumflórája tekinthető, mely a

localis immunitas valamely ok folytán létrejött csökkenésével pathogenné válik. Az occult lefolyást elősegítő — részben ismeretlen — okok közt említi a 2 éven aluli gyermekek aránylag vastagabb dobhartáját és a csecsnylvány még hiányzó pneumotisióját.

Sándor Klára dr.

Extrapulmonalis tuberculosis kezelése methyllalkoholos antigennel. Boyd és Parsons. (Amer. Journ. of Dis. of Child. 1932. 44: 1006.)

A torontoi gyermekklinikán francia szerzők közlései alapján megkísérelték az extrapulmonalis tuberculosisot methyllalkoholos antigennel kezelni. Tuberculosisos nyirokmirigy-gyulladásban az eredmények nem kedvezők, ugyanez áll a csont- és bőrtuberculosisra is, bár eseteik száma kevés ahhoz, hogy végleges conclusiót vonjanak le belőle. Az eredmények nagyon jók a phlyctena kezelését tekintve, eseteik kivétel nélkül meggyógyultak aránylag rövid idő alatt.

Csapó dr.

Szemészet.

A felső állcsont osteomyelitise csecsemőkön. Herzau. (Kl. Mbl. f. Aug. 1933. jan.)

Ezzel az általában jóindulatú és spontán gyógyuló körképpel az irodalomban ritkán találkozunk. Tünetei: chemosis, szemhéjduzzanat, protrusio bulbi és az alsó szélén áttörések, esetleg a szápad vagy az orr felé. A szerző néhány esetéből kifolyólag figyelmeztetni akarja a gyakorló orvosokat, hogy erre a körképre többet gondoljanak, ha ily tüneteket látnak.

László György dr.

A neuritis retrobulbaris gyógyszeres terapiája. E Haas, K. Schmidt. (Zschr. f. Aug. 1933. febr.)

Eseteik alapján az egyoldali neuritis retrobulbaris nagyon jó prognosist, rendszerint enyhe gyógyszeres beavatkozásra (gőzölés, izzasztás, kenőkúra) vagy anélkül is meggyógyul, szemben a súlyos lefolyású kétoldali neuritissel. Az operációnak nem hívei, csak szigorú rhinológiai indicatio alapján végezhetik el a melléküregek kitérítését, mert úgy találták, hogy sok olyan eset, ahol rhinológiai elváltozások voltak, meggyógyult műtét nélkül is.

Weinstein Pál dr.

Mellsőcsarnokba adott sajátvérinectio a szemgolyó mellső részének tuberculotikus megbetegedése esetén. Schieck. (Kl. Mbl. f. Aug. 1933. jan.)

Tapasztalata szerint iridocyclitis tuberculosában szenvedő betegnek csarnokvizét kiengedve és helyébe a karvenából frissen vett sajátvért juttatva igen jó hatást ért el. Aból indul ki, hogy ha a mellső csarnokban mindig jelenlevő bacillus glomeratumokat kibocsájtjuk és helyébe specifikus immunanyagokban bővelkedő saját vért engedünk, annak localis gyógyhatása van. Első esete, melyben a módszert kipróbálta nagy fájdalmak miatt enucleatio előtt álló beteg volt. 14 esetében 10—21 nap alatt a gyulladásos jelenségek visszafejlődtek, a látás megjavult, kiújulást $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ évi vizsgálat alkalmával sem látott. 2 sympathias szemgyulladásos betegen is megpróbálta a módszert, de itt eredménytelenül.

László György dr.

Bőrgyógyászat.

Helybeli vaccinatio gonorrhoea esetében. E. Langer és A. Proppe. (D. Med. Wschr. 1932. 47.)

A helybeli vaccinatiót kankó esetén Loeser végezte először, majd nagyobb anyagon Bucura, Poincloux és Hoffstaetter próbálták ki. A szerzők arthigonnal és compligonnal végezték a helybeli vaccinatiót a cervix és rectum idült, valamint a Bartholini-mirigy heveny és idült kankós megbetegedésekor. Tapasztalataik szerint a helybeli vaccinatio hatásosabb az általánosnál. A befecskendezéseket három-, négynaponként alkalmazták, emelkedő adagokban (0.1—0.3 ccm) a portio szövetébe, a Bartholini-mirigy közelébe, illetve a rectum nyálkahártyája alá. A befecskendezés helybeli és általános reakcióval jár.

Károlyi István dr.

Tenyéri és talpi közönséges verruca terapiájáról. Sophie A. Lurie. (Arch. of Derm. and Syph.)

A közönséges verrucát valószínűleg filtrálható vírus okozza. Ha sok a verruca, excisiós eltávolítása hosszadalmas, fájdalmas és gyermekeken nehezen keresztülvihető. Intramuscularis bismuthsalicylat nagyon jó eredményt ad. 6—10 éves gyermek kap 0.06 gr-ot, 10—13 éves 0.09-től 0.10 gr-ot, idő-

sebek 0.13 gr-ot. Rendszerint elég a kívánt hatás elérésére 1—3 injectio. Ha nem járna kellő eredménnyel, a kezelés megismétlendő, a kezelések közötti 2—3 heti intervallummal. Különösen jól reagálnak a talpi verrucák, a köröm mellettiiek eléggé ellenállóak.

Simon Pál dr.

Elméleti tudományok.

Friss emberi serum alkalmazása meningococcus esetében. Bunim és Wies. (Jour. A. M. A. 1933. jan. 21.)

Szerző egy esetet ír le, ahol az antiseraum alkalmazása javította ugyan a beteg állapotát, de a liquor cerebrospinalis még 28. pungálaskor is positiv culturát adott. Ekkor 15 ccm friss emberi vérsavót adtak a betegnek intraspinalisan, majd a következő napon újra antimeningococcus serumot. Az ezután végzett lumbalpunkciók mind negatívak maradtak. Ajánlatos 5 ccm vérsavóhoz 15 ccm antimeningococcus serumot adni. In vitro végzett kísérletekkel azt tapasztalták, hogy a friss vérsavó és antiseraum keverék gátlólag hatott a meningococcus növekedésére.

Petrilla Aladár dr.

Physikai tulajdonságok és a poliomyelitis iránti fogékonyság összefüggése. Levine, Neal és Park. (Jour. A. M. A. 1933. jan. 21.)

Az 1931. évi járvány alkalmával 52 benuált gyermeket tettek részletes vizsgálat tárgyává. Controllként ugyanannyi hasonló korú és fajú, ugyanabban a városban nevelkedett gyermekcsoport szerepelt. A vizsgálatok kiterjeszkedtek a következőkre: felső metszőfogak közelsége egymáshoz, a kézkörmök lunulájának jelenléte, a haj színe, pigmentált pontok a bőrön, mongoloid szemek, epicanthus, a genitáliák abnormitása, a testalak típusa. Az eredmény az volt, hogy ugy a benuált, mint a controllcsoport a vizsgált tulajdonságok terén egyformának mutatkozott, tehát ezekből a poliomyelitis iránti fogékonyságra következtetni nem lehet.

Petrilla Aladár dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Hydrotherapie im Hause des Kranken. P. Liebesny. (67 o. 16 ábra. J. Springer, Wien und Berlin, 1932.)

Ez a kis könyv a Bücher der aerztlichen Praxis 33. füzeté és méltán sorakozik a gyakorló orvosok körében nagy kedveltségnek örvendő elődeihez. Röviden és szigorúan gyakorlati célokat szolgálva foglalkozik a címben jelzett tárgyra nagy súlyt helyezve primitív eszközök helyes felhasználásával a betegek magánlakásán végezhető vízgyógyászati beavatkozásokra.

Nem mondható minden tekintetben kifogástalannak, pl. nem említi, hogy az intensív meleg érzéskülést és vérnyomásfokozódást okoz, nem szól a magánorvosi gyakorlatban oly kitűnő eredménnyel értékesíthető Hauffe-féle fokozatosan felmelegített habfürdőkről, de azért igen jól használható és ajánlható segédkönyv. Eredeti az indicatiók táblázatos összefoglalása.

Dalmady Zoltán dr.

Betegvédelmi útmutató. Irta: Weiss Emil dr. Előszóval ellátta: Barla-Szabó József dr. Budapest, 1932.

Olyan könyv fekszik előttünk, amely a betegről szól és mégsem a betegek kezébe való, hanem az egészséges hozzátartozók, a család számára készült. Benne a szerző nemcsak a kórházi szociális beteggondozást, hanem egészen újszerű védőrendszert ismertet. Ez a családi betegvédelem. Két módon lehet ugyanis a beteget védelemben részesíteni: hivatalos úton védőnők által, vagy pedig — és ez a szerzőnek az új módszere — a családi betegvédelem útján. Ilyen esetben a családnak, hogy ápolja a beteget egyúttal a szociális védelmi intézkedéseket is teljesítenie kell. Lényegében ez teljesen megfelelő és ez a helyes, mert nem terhel meg külön a társadalmat. Hogy miképp kell eljárnia és mi a családnak feladata a betegágyánál, erre nézve a kötet praktikus adja meg a tájékoztatást.

Számos oktató táblázatban vázolja a teendőket és végigvezeti az ovasót mindazon intézkedések során, amelyek a betegek gondoktól mentesítése érdekében szükségesek. A kórházi betegvédelmi szolgálattal szemben a családi betegvédelemnek számos nagy előnye van. Mindenek előtt azért, mert a szükséges tudással rendelkező család mindenben önmaga, független intézkedhetik. Továbbá azért, mert nemcsak a kórházakban, hanem otthon is alkalmazható. És

végül azért is haladást jelent, mert míg a kórházakban a szociális betegvédelem leginkább csak a szegényebb népcsoportok védelmét szolgálja, addig a családi betegség védelem sokkal általánosabb, mert alkalmas minden társadalmi osztály felkarolására is, anélkül, hogy a család külső, idegen segítséget venne igénybe.

Az új rendszer és előkészítés: a gondnökküli felgyógyulás tehát nagyjelentőségű újítás, mert ezzel mindenki gyógyulása nyer értékes támasztékot.

Míg a gyógyítás és ápolás pénzbe kerül, addig a betegvédelem semmiféle újabb költséggel, vagy kiadással nem jár, mert ahhoz, hogy valamely beteget védelemben részesítsünk, nem kell pénz, csak *tudás* és *emberszeretet*. A tudáshoz szükséges ismereteket megtalálja az olvasó a könyvben, amely képessé teszi a családot, hogy védőnő hiányában önállóan tudjon eljárni minden olyan ügyben, amelynek elintézése a beteg és családja existenciájának biztosítása érdekében szükséges.

Minden orvos figyelmét szívesen felhívjuk erre a hasznos szakmunkára.

M. J. dr

Közigazgatási jogszabályok gyűjteménye. Gallina Frigyes, Janda Károly, Sass Elemér, Smailovszky Tibor, újf. Székely Miklós. 1933.

A legutóbbi évtizedben a magyar közigazgatás a társadalom életével annyival kerül szorosabb és bonyolultabb vonatkozásba, minél inkább szaporodott a szociális nehézségek révén a közmegoldásra szoruló feladatok tömkelege. És minél jobban mélyült a közigazgatás munkája, annál több jogszabály alkotása vált szükségessé, melyek között a tájékoztatás még szakemberekre nézve is komoly nehézséget jelent. Valóban átfogó és beható eredményt jogszabályaink rendezése terén csak akkor érhetünk el, ha az összes jogszabályok átvizsgálása után csakis az érvényes jogszabályok foglaltatnak egységesen rendszerbe. Ezt a nehezen kivihető hivatalos munkát teljes sikerrel pótolja az a hatalmas, 2494 oldalra terjedő, bibliai papírra nyomott és szakemberek egyesülése által összeállított munka, mely észszerűen és a gyakorlati szükségleteknek megfelelően csoportosítja a rengeteg joganyagot, amelyben azután a már valamennyire járatos szakember könnyen tájékozódhat.

A magyar egészségügyi közigazgatás szorosan vett és alapvető szabályai a 1191—1293. oldalakon vannak felsorolva az egészségügyi alaptörvény az 1876:XIV. t.-c. rendszerében. Részletesen van egybegyűjtve ezenfelül a fürdőügyre, anya- és csecsemő- és gyermekvédelemre s végül a nyilvános betegápolásra és a szegényellátás költségeinek fedezésére vonatkozó értékes joganyag is. Természetesen számtalan az egészség megővését szolgáló jogszabályt találunk a belügyi igazgatás csoportjain kívül, a földművelésügy, az ipar- és kereskedelemügy, valamint a vallás és közoktatásügy főcímeket viselő fejezetekben is.

A szinte pazarló fáradsággal készült, ragyogó kiállítású kötet bizonyára hűséges iránymutatója lesz az egészségügyi igazgatás functionáriusainak, akiknek szíves figyelmébe ajánljuk.

M. J. dr

A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 24-i ülése.

Bemutatók:

Mészáros K.: *Villanyáram okozta sérülés.* Mázolósegéd bal kezével véletlenül megérintett egy szabadon vitt városi egyenáramú vezeték s az áramot testén keresztül kapcsolta, minthogy ugyanakkor jobb kezével a földbe futó ereszcsonnát mázolta, vasba kötött szörcsrettel, amely fémfestéssel volt átitatva. Bal kezén kiterjedt áramnekroszis fejlődött ki, 3 ujját amputálták, a kéz megmaradt részein érzéskiesések. Ecsetet fogó jobb kezének 3 ujján ugyancsak teljes érzéskiesés, emellett trophikus zavarokra mutató bőrváltozások. Mindkét kéz csontjain extrém atrophia, a jobb kéz első metacarpusának basisán specifikusan az áram által okozott csontschisis. A beteg emellett psychés kieséseket mutat.

Előadások:

1. Bársony T.: *A hiatus sérvekről.* A hiatus hernia olyan rekeszsér, ahol a sérvkaput a hiatus oesophagus képezi. Ezen keresztül jut valamely hasüri szerv, az esetek túlnyomó számában a gyomor, sérvtömlőtől körülveve a hasüregből a mellüregbe. A hiatus herniák csakis röntgennel diagnosztizálhatók. Egy sorozat röntgenképeit mutatja be, kezdve oly esettől, melyben az egész gyomor a mellüregben volt, végezve olyannal, melyben csak egy diónyi gyomor részlet ke-

rült a hiatus oesophaguson keresztül a mellüregbe, a hátsó mediastinumba. A kis hiatus herniák diagnosztikusok nagy körültekintésre van szükségük. Ezek könnyen téveszthetők össze a nyelőcső legalsó részének ampullaszerű tágulatával, amit pseudoherniának nevezett el. Jóllehet erre már 5 évvel ezelőtt felhívta a figyelmet, mégis a mult év német irodalma hemzseg az ilyen hibás diagnosztikától. Nem felel meg a tényeknek a Bergmann és a Moravitz-klinika állítása, hogy a hiatus hernia rendkívül gyakori. Az ő eseteik nagy részében hibás volt a körjelzés, ők a rekesz feletti ampullaszerű nyelőcsőtágulatot, a pseudoherniát nézik igen gyakran hiatus herniának. Sauerbruchék véleménye is hibás. Ők a másik véletelbe esnek, mert az utóbbi években körjelzett hiatus herniákat csaknem mind pseudoherniának tekintik és a hiatus herniákat ma is raritasoknak mondják. Nincs igazuk. A hiatus hernia gyakoribb, mint régebben hittük, de korántsem oly gyakori, mint azt a legújabb német és amerikai irodalom feltünteti. A hiatus hernia sokszor csak mellékélet, de gyakran okoz panaszokat is. Typusos tünettana nincs. Bergmann „epiphrenalis syndromája” egészen hibás megállapítás, nem felel meg a tényeknek, hogy a hiatus herniák legtöbbször angina pectoris panaszokat okoznak. Egyszerűen ugyan lehetnek anginaszerű panaszai a hiatus herniás betegeknek, de panaszai többször emlékeztetnek fekélyre, vagy epeköre. Előfordul az is, hogy makacs gyomorégéssel, vagy nyelési panaszokkal jelentkeznek ezek a betegek. Ha ilyen panaszok esetén tüzetes átvizsgálás után csak hiatus herniát találunk, több-kevesebb valószínűséggel a hiatus herniára vonatkozathatjuk a panaszokat, de ha objective mást is találunk, akkor a hiatus hernia kórokozó szerepét nagyon meg kell gondolnunk. A hiatus hernia csakis operatívally gyógyítható meg, de a helyes operációs technika eddig még teljesen kiforrva nincs.

Ratkóczy N.: A hiatus sérve kérdése ma már túlnőtt a röntgenológiai érdekességen. A Bergmann-klinika túlnagy klinikai jelentőséget tulajdonít a hiatus sérveknek. Bársony igen helyesen mondja ki, hogy hiatus sérvtünetcomplexum nincs. Ha találunk is ilyen sérvet, nem kell a beteg minden panaszát erre visszavezetni, hanem végig kell vizsgálni a gyomrot, epehólyagot, stb.

Holits R.: Gyomorsérve egyik esetében a rekesz fölötti részlet falzatán egyenetlen kirágottságot észlelt, ami falzati elváltozás felvételére adott okot. Az állandó bélvérzés valószínűvé tette, hogy tágult visszerek okozzák a falzat egyenetlenségét. A műtét a körjelzést igazolta.

2. Némai J.: *A hang és beszéd kóros jelenségei.* Ismerteti a hang működési zavarait, aminő a hanggyengeség, (phonasthenia) a kései hangváltozás, gyermekek habitualis rekedtsége. Ezekkel a már különvált phoniatria foglalkozik. Ennek körébe tartozik a gégekiirtás utáni hangébredés és a gyomor levegőjével és a hang javítása hangszalagbénulásának eseteiben. A beszédet illetőleg megkülönbözteti a szorosan vett beszédhibákat, a hibás beszédmódtól, mely lehet hadaró, éneklő, halk, vagy kiabáló, de leggyakrabban tisztátlan kiejtés miatt visszás vagy értelmetlen. Tulajdonképeni beszédhiba a *dadogás*, a *betűferdítés* és a *dunnyogás*. Ismerteti a dadogás keletkezését és gyógykezelési módjait, a betűferdítések közül a sziszegést (stigmatizmus) és R törést (ügynevezett raccsolást) és ezek lehető kiküszöbölését. 600 iskolásgyermeket vizsgált meg kik közül 40 esetben talált fedett és 4 nyílt dunnyogást. 36 tanulón sziszegés, 19-en habitualis rekedtség és kettőn dadogás volt megállapítható.

A budapesti Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztályának február 14-i ülése.

Safranek I. elnök köszönetet mond úgy a saját, mint tisztviselőitársai nevében a kitüntető bizalomért. Megválasztásukat igen nagy megtiszteltetésnek tekinti s ez arra ösztönzi mindnyájukat, hogy a rájuk bízott tisztségeket legjobb tudásuk szerint, buzgó igyekezettel lássák el. A rendkívüli idő, a világszerte dúló gazdasági válság nagy súllyal nehezedik orvosi rendünkre, visszahatással van a tudomány művelésére s megnehezíti tudományos egyesületeink működését is. Nézete szerint azonban nem kell és nem szabad csüggednünk, hanem bizakodnunk kell és optimizmussal néznünk egy jobb jövő felé s hogy ezt el is érhesük, tettekkel, acélos munkával kell e hitünk mellett tanubizonyosságot tennünk s minden energiánkat és képességünket hivatásunk szolgálatába kell állítanunk. Ha mindannyian megtesszük mindazt, amire képesek vagyunk, az eredmény nem maradhat el. Ezzel a bizakodással nyitja meg a szakosztály új cyclusát s minél sikeresebb működést kíván.

Bemutatás:

Pollatschek E.: *Gégesérülés esete.* A gégesérülések következményeinek megemlítése után rátér esetére. 55 éves nőbeteg kb. 4 hó előtt öngyilkossági szándékból a második emeletről leugrott, közben nyakával az első emelet vasrácsához ütődött, így kisebb sérülésekkel került sebészeti osztályra. A beteget három hó előtt látta először, mikor is nehéz légzésről panaszkodott. Gégetükri vizsgálatkor a bal gégefél, de különösen az aryporc tájék duzzadását, jobb oldalon pedig az aryporc-tájék vizenyőjét találta, mely utóbbi kóplet belégzéskor benyomult a gégebe és stridort váltott ki. Lobellenes eljárásra a vizenyő visszafejlődött, azonban a jobboldali aryporcot még mindig belégzi a beteg, amely jelentékenyen szűkíti a gége üregét, amihez hozzájárul a baloldali aryporc korlátozott mozgása is. A lebegő aryporcot indirect úton akarta eltávolítani, de az érzéstelenítés közben fulladozó betegen légszómetszést kellett végezni. Esetében a jobboldali aryporc tokszalagjának szakadását és az izület porcinak leválását tételezi fel. További szándéka a gége megnyitása után a jobboldali aryporc és a felesleges nyálkahártyarész eltávolítása.

Zoltán I.: A gégekórtani klinikán thyreotomia segítségével feltárják a géget, a törött porcokat reponálják, a nyálkahártyát visszafektetik és Mikulicz-féle tamponnal rögzítik. Friss esetben gyors és működészavar nélküli a gyógyulás. Régebbi esetekben is feltárást végeznek. Utal Campián ezirányú dolgozatára.

Előadások:

1. Barkó M.: *A légső értágulatairól.* 100 eset kapcsán végzett bonctani és szövettani vizsgálatok alapján 31 esetben talált a légső nyálkahártyáján tágult ereket. Ezek előszereettel az elülső fal felső részén helyezkedtek el. Az értágulat a tunica propria ereinek felszínes és mélyebb recéjére vonatkozhatik, az érfa viszonylagos elvékonyodásával jár és nagy méreteket ölthet. A tágult erek megrepedését valószínűleg úgy helyi, mint általános okok idézhetik elő.

Freystadt B.: A kórbonctani lelet jól egyezik a klinikai tapasztalattal; a venektásiás légsővérzés leggyakoribb a légső elülső-felső részén, ott ahol előadó vizsgálatai szerint az értágulatok a leggyakoribbak.

2. Boskovitz Gy.: *Az arcüreg gyulladásainak chemismusai.*

A melléküregek, — illettöleg — az arcüreg finomabb physiko-chemiai vizsgálatára dolgozott ki eljárást. Célja: a csupán subjectiv tünetekkel járó esetekben a hydrogenion-concentratio meghatározásával a nyálkahártya állapota felől tájékozódni. 200 arcüreg vizsgálata alapján úgynevezett normalértékeket állapított meg olyan betegeken, akiken gyanu sem merült fel, melléküreg megbetegedésre. Vizsgálatokat végzett heveny és idült gyulladások, genygyülemek, sorvadásos és elfajulásos folyamatokban. Eredményei a heveny gyulladásokban: erősen savanyú; elfajulásos folyamatokban: erősen lúgos irányban eltolódott Ph-t mutatnak. Arcüregesapolással vizet juttat be az üregbe s ebből az öblítő-víz ellenőrzése után 4 cm-rel Ph-t mér (Merck-indicator). Vizsgálatait főleg a sorvadásos, elfajulásos folyamatok irányában folytatja. Célja: határértékek keresése, amelyek körismezés szempontjából értékesíthetők.

Kepes P.: Az előadásból több gyakorlati következtetést von le. A habarsokról néha a röntgen sem nyújt kellő felvilágosítást. Ugy látszik, hogy az előadó vizsgáló eljárása az irányban eredménnyel kecsegtet. Olyan esetekre gondol midőn az üreget habarsok töltik ki, de átmosáskor genyet nem kapunk.

Zimányi V.: A túltengéses nyálkahártyát (bizonyos esetekben habarsok) létrehozó arcöbölhurutok körismezésénél az egyéb eljárások mellett alkalmas kiegészítő módszernek tartja.

Némái J.: A melléküreg nyálkahártyája igen vékony s egyes folyamatokban száraz is. Lehet-e ott arra számítani, hogy az öblítő folyadék szövetnedvet hozzon ki, mely megbízható chemiai reactiót ad?

Zoltán I.: Ugy véli, hogy nem a szövetnedv az, amelyet az üregből visszazív, hanem a mirigy váladék v. transsudatum, mely az öblítővízhez keveredve, annak savértékeit megadja. Fontos szerepe lehet a bakterimufflorának is. A vizsgált egyén alkata ilyenkor tekintetbe veendő.

Boskovitz Gy.: Vizsgálatait a Kepes által ajánlott irányban folytatja. Zimányival egyetért. Hangsúlyozza, hogy nem szövetnedvvel, hanem öblítővízzel dolgozik.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Elme- és Idegkórtani Szakosztályának február 23-i ülése.

Bemutatás:

Tokay L.: *Fogóreflexek meningocephalitis esetében.* 20 éves prostituálon másodlagos lues után meningealis tünetek jelentkeznek, majd sajátságos kényszerű fogás és utánnyulás jelenségei mutatkoznak. Utóbbiak állandósulnak, szopóreflexek és tonusos nyaki reflexek válthatók ki. Kifejezett alapizületreflex. A boncolás az agyalapi ducok, az agytörzs és kisagyvelő viszonylagos épsége mellett főként a frontális lebeny medialis felére és az agy basisára kiterjedő chronikus meningocephalitist állapít meg, mely főleg a kéreg felületesebb rétegeit illeti. A fogóreflexek megjelenését a meningitises folyamatnak a frontális kéregre ráterjedésével magyarázza és Schuster megállapításait fogadja el.

Miskolczy D.: A fogóreflexnek — mint a bemutatott esetben is — kettős localisatiós jelentősége van. Egyrészt a homloklebeny megbetegedését jelzik, másrészt a központi mozgató tekervények ép állapotára utalnak.

Előadások:

1. Stief S. és Tokay L.: *További kísérletes vizsgálatok hyperadrenalizmus esetén.* Kutyaéknak és nyulaknak nem mérhető dosisban intravenásan adrenalin adagoltak hosszú időn át. Hónapok múlva az állatok igen lefogytak, szőrzetük csapzottá vált, megrikkult, elerőtlenedett, szédülés, ataxia, reszketés jelentkeztek. Időnként nyugtalanság, máskor soporosus, negatívistikus, katatonias jelenségek, epilepsias rohamok nélkül, Sectiókor a szívizom megvastagodását, az aortán a Josué-féle elváltozásokat, sőt aneurysma dissecanst is találtak. Az agyvelő elváltozásai diffus toxikusak és göcszerűek. Az előbbieket egyeznek más mérgezésekben is észlelt elváltozásokkal. Az adrenalinhatás histopathológiájára a főleg subarachnoidalis véresek és göcs kiesések jellemzők. A miliaris göccstől kezdve különböző kiterjedésűek, néhol a kéreg egész vastagságát illetik. Mindenféle átmenetet mutatnak az ischaemiás reactiótól a gliás mesenchymalis hegeképződésig. Amíg a nagyobb, basalis erek elváltozásai az aortán leirt jelenségekkel egyeznek meg, addig a kisebb erek nagyfokú lipoidosist mutatnak. Ugy vélik, hogy nagyobb adag adrenalinnak egyszeri, vagy kisebb adagoknak huzamosabb bevitelével az egészséges emberi idegrendszerre sem közömbös és különösen a már beteg agyvelőben súlyos elváltozásokat is okozhatnak. Kitérnek az epilepsia vasogen theoriájára és a hormonogen katatonias jelenségekre is.

Richter H.: Az anaemia nem lehet az epilepsias görcsök egyedüli oka. Az adrenalin szerepét epilepsias egyénekben abban látja, hogy az illető típusos görcsöt provokálja.

Miskolczy D.: Az ismertetet kísérletsorozat az experimentalis hypertonía példájának tekinthető, az állatok valószínűleg a korai involutio jeleit mutatták.

Goldberger M.: Kérdezi, hogy láttak-e az előadók olyan phasist, amikor az adrenalin álmatlanságot idézett elő, valamint láttak-e különbséget fiatal és idős állatok reactiója között.

Meduna L.: Az adrenalin halálos adagban sem képes epilepsias görcsöt létrehozni. Szerinte az epilepsia nem edénygörcs.

2. Miskolczy D.: *A kisagyi Purkinjesetek megrekedése és kimozdulása.* Összehasonlító anatomiai vizsgálatai kimutatták, hogy emberen és állaton is találhatók rendellenes fekvésű Purkinjesetek. A házinyúlban ezek állandóan megvannak és basalis elhelyezkedő szemcsés elemek kísérik. Ezek jelenlétét csakis fejlődéstanilag magyarázhatjuk meg, a nyulakon faji sajátóságot jelentenek és idiotopiás módon lépnek fel. A fejlődő Purkinjesetek vándorlásukban történő megrekedésének felelnek meg. Tartós adrenalinmérgezés kísérleti állatokban a Purkinjesetek ér-eredetű kimozdulását lehet előidézni. Ez a paratypias formája a sejheterotopiának kutyákon figyelhető meg legszebben. A Purkinjesetek rétege alatt húzódo érhálózat körül vasogen parenchymapusztulások lépnek fel és ezek közelségéből iparkodnak a még életképes sejtrészek (mag és plasma) a praeformált dendritkebe felfelé húzódní. Fontos, hogy a kétféle heterotopiát (megrekedés és kimozdulás) egymástól szíjjelválasszuk. Emberben a dysgenetikus Purkinjesetek vizsgálatára csak tisztán ekto-dermalis endogen agybetegségek alkalmasak. Ha érederetű bántalmak is vannak, akkor már a Purkinjesetek másodlagos kimozdulásával is számolnunk kell.

Sántha K.: Az eredetileg is meglévő heterotopia és másodlagos dislocatio elkülönítésékor fontosnak tartja a dendritek tanulmányozását. A dendritágazat másodlagos módon

mélyreható változást nem szenvedhet, míg az elsődlegesen heterotopias sejtek dendritrendszerre nagyfokban atypusos szokott lenni. Az előadó által nyúlban nagyszámban észlelt heterotopias atypusos Purkinjesejteket nem tartja Purkinjesejteknek. Maga is foglalkozott velük és azt találta, hogy ezek mindig kisebbek a valódi Purkinjesejteknél, kosaruk nincs, kúszórostok nem követik őket és Golgi-készítményeken dendritjeik egészen simán impraegnálódnak, míg a Purkinjesejtekéi tuskésen.

Schaffer K.: Örömmel üdvözlő előadó munkáját, amely végre rendet teremt a rendellenes fekvésű Purkinjesejtek genetikai jelentőségét illetően.

Miskolczi D.: *Sántha* kételyeit kezdetben előadó is osztotta. A nyúlban talált atypusos sejteknek a Purkinje-elemekkel rokonságát az döntötte számára el, hogy ezeknek tengelyfonalai a mélyebb kisagyi rétegek felé irányultak, már pedig a kisagyi réteg egyetlen elvezető systemája a Purkinjesejtek tengelyfonalaiból szedődik össze.

A Charité Poliklinika Orvosi Karának február 22-i ülése.

Bemutató:

Szemző Gy.: *A Korbsch-féle szivacssonda.* Lényege, hogy az olíva helyét cseresznyenagyságú szivacs foglalja el; ez *Korbsch* szerint a peristaltika számára nagyobb támadó felületet nyújt a fémolívánál, minek folytán a szivacssonda gyorsabban halad át a pyloruson, mint az eredeti *Einhorn* sonda. Bemutató *Korbsch*-tapasztalatát nem tudta megerősíteni.

Szemző Gy.—Török P.: *Hypogranulocytosist és haemoliticus bilirubinaemiát okozó achylia gastroenteritis.*

27 éves férfibeteg subfebrilitással járó recidiváló achylia gastroenteritist észlelték; az emésztési zavar lényege a zsír kihasználás zavarával párosult erjedésszerű enteritis volt; következménye: a máj és lép megduzzadása valamint a serum bilirubinnak 3.25%-szorosára megszapordása indirect reactio mellett. A vörösvérsejtszám: 5.380.000 sőt 5.600.000 is volt, hgb: 105 és 109 között mozgott. A mérsékelt polyglobulia valószínűleg a vörösvérsejtek bomlástermékeinek erythropoetikus ignerhatásában keresendő. Legfeltűnőbb a fehérvérsejtek számának 1000-re csökkenése (ebből 48% granulocytá). A gastroenteritis megfelelő kezelésére a fehérvérsejtszám 10 nap alatt 8500-ra emelkedett. 17 nap múlva megejtett ellenőrző vizsgálatkor: vörösvérsejtszám: 5.920.000, hgb: 95%, serum bilirubin: 1.9 mg. % (indirect reactio), fehérvérsejtszám: 6800. Subjective: mérsékelt indispositio.

Rác J.: *Sklerosis multiplex Germaninallal kezelt esete.* Sklerosis polyinsularis egy ritkábban előforduló esetét mutatja be. A beteg a kezelés alatt az egész alsó testre és a kezére kiterjedő nagyobb mérvű hypaesthesia és a jobb kéz mutató ujjára localisálódó teljes anaesthesia lépett fel. A Germanin injectiókkal kezelés általános toxicodermiát okozott, majd k. b. az utolsó injectio után 2 hónappal onycholysis. Ezután utóbbi lassan hyperkeratosis subungualissá alakul át. A neosilbersalvarsanos kezelés alatt a dermatosis ismét fellépett és a kezelés után 3 hónappal még a test egyes helyein észlelhető. A hyperkeratosis és az onycholysis is visszafejlődésben van. Az előadó ezen utóbbi tünetet és dermatosist a sklerosis multiplex ritkán előforduló trophicus tünetének tartja, melyet az indicatiót kezelés activált.

Sellei J.: Ebben az esetben a „trophias” elnevezést nem tartja helyesnek és csak jobb elnevezés hiján fordulhatunk általában a trophias elnevezéshez. A körömváltozásokat az alkalmazott Germaninallal sem lehet összefüggésbe hozni: azok úgylátszik toxikus eredetűek voltak.

Balassa L.: Beszámol a sklerosis polyinsularis kezelésének különböző módjairól az utolsó évtizedben (fibrolysin, germanin, láztherápia, vaccinattherápia) és megállapítja, hogy az összes kezeléseket közt a neosilbersalvarsan kezelés mutatja a legjobb eredményt.

Előadás:

Bruckner E.: *Az interstitialis graviditasról operált eset kapcsán.* Alig van a nőgyógyászatnak fejezete, melyet jobban ismernénk, mint az extrauterin graviditas. És mégsem tudjuk teljesen kielégítő magyarázatát adni létrejöttének. Ennek pedig az a főoka, hogy a fogamzás, valamint a megtermékenyített pete vándorlása, még nem teljesen ismert te-

riületei a kutatásnak. Ezeknek az élettani folyamatoknak teljes felderítése után minden bizonnyal revisio alá vétetnek mindazok az aethiologiai tényezők, amelyeknek jelenleg nagy jelentőséget tulajdonítunk a méhen kívüli terhesség keletkezésében. Az extrauterin graviditas rendkívül változatos klinikai megnyilvánulásokat mutathat és bár igen jól ismerjük a megbetegedés pathológiáját, lefolyását, mégis mindig akadnak közlésre, ismertetésre alkalmas, rendkívüli esetek. Észlelt esetünkben a 6 hetes graviditást jó inductióval akarták megszakítani. Ennek ellenére azonban a graviditas tovább fejlődött és elérte a negyedik hónapot. Apró vérezgetések mellett a tapintási lelet a négyhónapos gravid uterus mellett k. b. tyuktojásnyi homályos resistenciát mutatott széles összefüggésben a méhvel. A folyamat normalis abortus képében kezd megindulni, a magzatvíz is elfolyik és csak a vélt abortus befejezésekor tűnik ki, hogy nem intrauterin graviditással állunk szemben, hanem amint a laparotomia bebizonyult, jobboldali intestitio-uterinalis graviditas van jelen. Az uterust a magzat annyira destruálta, hogy annak supravaginalis amputatiója vált szükségessé. A beteg a műtét után 10 napra primam gyógyultán távozott. Esetünkben az előzetes jóinductiót kell az ektopias terhesség okául feltételeznünk. Az eset felhívja továbbá a figyelmet az ambulanter végzett művi abortusok veszélyes voltára is, mivel hirtelen beálló elvérzést okozhat és az ily tragikus esetekben csak sectio deriti ki azután a halál okát.

A szegedi Egyetem Barátai Egyesület Orvosi Szakosztályának február 9-i ülése.

Lőte J. elnök kegyeletes szavakkal emlékszik meg *Apponyi Albert* grófról és méltatja politikai munkásságát.

Bemutató:

Erdélyi J.: *Nehéz oesophagoskopiai eset.* 18 éves nagyfokú, maróhúg okozta idült nyelöcső szűkületben fennakadt s beékelt szilvamag oesophagoskopia útján történő eltávolítását ismerteti. A műtétet *J. Kubo* japán tanár által leírt előrehajlitott törzs mellett ülő helyzetben, az úgynevezett kardnyelőhelyzetben végezte. Ezt a helyzetet, mint egy másik esetben is tapasztalta, különösen ily hosszú ideig tartó, nehéz oesophagoskopiai műtét kivételére igen alkalmasnak és követésre érdemesnek tartja.

Előadás:

Isssekutz B.: *A sympathicus és parasympathicus.* Arra megállapításra jut, hogy a vegetatív idegrendszer felosztása sympathicus és parasympathicus rendszerre ma is teljesen jogosult és indokolt. *Kiss Ferenc* értékes morfológiai vizsgálataival ezzel a felosztással nem állanak ellentétben s azt nem döntik meg, mert nem az idegrostok alakjában különbözősége adja és jelenti a működés különbségét. Az érzőrostok pl. mind egyforma szerkezetűek s mégis különböző ingert vezetnek, aszerint, amint hideg, meleg, fájdalom stb. végkészülékből erednek. Amiért tehát a sympathicus és parasympathicus rostok és ducsejtek között feltűnő szöveti szerkezeti különbség nincs, azért abból nem következik, hogy parasympathicus nem létezik. A sympathicus és parasympathicus rendszer egymástól elsősorban élettani működésben, feladatban, a velük kapcsolatos hormonokban és izgatásukkor keletkező ingeranyagokban, valamint a gyógyszerekhez affinitásukban különbözik, emellett azonban többnyire morfológiailag is szétválaszthatók. Ez az alak különbség azonban nem az idegrostok, ducsejtek szerkezetében nyilvánul, hanem az idegek eredésében és lefutásában. Kétségtelen, hogy a legtöbb vegetatív szerv működését két, a központi idegrendszer különböző helyéről eredő ideg egymással antagonista módon befolyásolja. Az egyik — a sympathicus — a gerincagy thorako-lumbalis részéből eredve a truncus sympathicuson át jut el a szervekhez, a másik — a parasympathicus — pedig craniobulbaris, illetve sacralis eredetű.

Kiss F.: A régebbi vizsgálok adataira támaszkodva és az ő következtetéseiket újabb módszerek és így elért újabb eredmények nélkül egyszerűen elfogadva, semmi haladást nem tehet senki a vegetatív idegek bonyolult kérdésében s nem is juthat más eredményekre, mint ők. A siker érdekében összehasonlító anatómiai vizsgálatokat és új mikrotechnikai módszereket vezettek be, melyek segítségével új adatokhoz is jutottak.

Következtetéseik felállításában nemcsak egyfajta morfológiai adatra támaszkodtak, hanem különböző összevágó körülményekre alapították azokat. Például az egész érend-

szert átvizsgálva sehol nem talált vasodilatációra alkalmas izmot, vagy más elemet. Bármely ideg teljes érzéstelenítése esetén annak területén vérbőség (vasodilatatio) és hőmérsékletemelkedés áll be, mert a relaxált mediát az állandóan működő vérnyomás kitágítja. Kísérleteinkben a pupilla tágulásával (sympathicus izgatásával) kapcsolatban a szem belnyomásának fokozódását és a lencse, valamint a cornea előrenyomulását is észlelték. Most feldolgozás alatt levő állatkísérletekben a kb. ducokban általuk leírt multipolaris sötét sejtek *biológiailag is sympathicusnak bizonyultak.*

Eddigi vizsgálataik alapján bizonyosan állíthatják, hogy a vegetatív idegrendszer anatómiai és különösen szövettani viszonyaitól igen hiányos ismereteink vannak. Ugy látszik, hogy ezen rendszer egy nagyon kiterjedt fonatot alkot, melynek sejtjei és rostjai állatfajonként különböző módon keverednek össze a cerebropinalis ducokkal és idegekkel. A vizsgálatainkban felszínre került adatokkal vélemények vagy kategórikus kijelentések nem, csupán *helyes adatok* állíthatók szembe s még így is igen nehézkesen és lassan fogunk előbb-rejutni e bonyolult rendszer megismerésében.

A debreceni Orvosegyesület február 16-i ülése.

Előadások:

Kostyál L. *Adatok a csecsemők vízháztartásához* — Egészséges és beteg csecsemőkön megvizsgálva az ivási reactióval kapcsolatos perspiratio insensibilist, a vesék vízkirító képességét, a szövetek vízfinitását és a vérérférfék kvantitatív eltolódását, egészsége csecsemőkön három csoportot állíthatunk fel. Az első csoportba tartoznak a normalis súlygyarapodást mutató csecsemők, a másodikba a hydro-labil, a harmadikba a normalis és kóros határon álló csecsemők. Egyéni ingadozások előfordulnak. Dystrophiások között az egyéni ingadozások még nagyobbak, a vízforgalom factorai dysfunctionáltak, a vízháztartás egyensúlya teljesen felbomlott.

Gulácsy Z. *Koraszülöttek táplálása.* A koraszülöttek a bevitt fehérjéket nagymértékben, a zsírt rosszul, szénhidrátokat majdnem teljesen elégetik. Legjobban a fehérjét ap-nálják. Mivel a bevitt calóriákat rosszul hasznosítják, a magas energia quotiens nem indokolt, emélfogva a legrationalisabb táplálásra a 80—120-ig terjedő energia quotiens és a táplálék fehérjével gazdagítása látszik a legcélszerűbbnek.

Bókay Z. *A hospitalismus káros hatása a csecsemők fejlődésére.* A hospitalismus okát az irodalomban szereplő szerzők 3 főtenyezőben látják. A fajidegen táplálékban, a gyermek psychés inanitiójában és az infectiókban. Jó eredményeket csecsemőosztályon csak akkor érünk el, ha ezen 3 tényezőt a lehetőségig kikapcsoljuk. Az elsőről ma már beszélni túlhaladott álláspont mert annyi jó célszerű és pontosan körvonalazott indicatióval rendelhető táplálékunk van. A psychés inanitio ellen a megfelelő képzettségű és nagyszánú jóindulatú ápolónők alkalmazása a kívánalom. Ezt a felállított Heim-nővér-képző iskola növéreivel érte el, ami azt tette lehetővé, hogy az előírt ápolónői létszám helyett 30%-al több ápolónő áll a rendelkezésre és így a gyermekekkel individualisan foglalkozhatnak. Az infectio ellen az orr-száj fityula, naponta változtatott fehér kabát csak félvédelmet adnak. Teljes védelmet csak a kicsi osztályok és a teljes üvegboxok adnak. Amióta kisebb átalakításokkal, falhuzásokkal és egy teljesen kirakottüvegbe készült új 5 boxból álló osztályt állított be, amelyeknek külön van boxonként fűtése és szellőztetése és amelyekből a csecsemőt semmiféle címen ki nem mozdítják, azóta házi és kórházi infectiókról nem számolhat be.

Az Erzsébet Egyetem Tudományos Egyesülete Orvosi Szakosztályának február 7-i ülése.

Neuber E. elnök üdvözölve a megjelenteket megnyitja az ülést. Megemlékezik *Tóth Lajosról*, méltatva az ő nagy kulturális missióját, az egyetem, elsősorban az Erzsébet egyetem felállításában kifejtett munkásságát, majd felkéri *Rhorer László* professort *Tóth Lajos* előadásának megtartására.

Rhorer L.: *A természettudományi megismerés módszerei.* A természettudományi ismeretterjesztésre vonatkozólag az újabb physiologiai vizsgálatok teljes mértékben igazolták *Locke-nak* azt a mondását, hogy minden ismeretünk érzékszerveink révén jut tudomásunkra. Ez egyaránt érvényes arra a folyamatra, amikor a

gyermek kezdi megismerni környezetét és érvényes a tudós-nak laboratoriumi vizsgálataira is. A különbség csupán fokozatbeli. A tudományos kutatás óriási anyagot halmoz össze rendezett formában; a megfigyelést kiegészíti kísérletezéssel, nemcsak kvalitatív, hanem kvantitatív megfigyeléseket, méréseket végez s végül érzékszerveink működését kibővíti műszerek segítségével történő megfigyelés útján. Ennek az előnye abban áll, hogy műszereink órákon és napokon keresztül fáradhatatlanul és objektíven jegyzik fel az észleléseket. Érzékenységük sokszor messze felülhaladja érzékszerveinket épp úgy, mint ahogy gépeink megsokszorozzák testi erőnket. A fentiek igazolására előadó bemutat a physikai intézetben készült felvételeket, melyek ezred-másodpercek alatt lefolyó jelenségeket ábrázolnak; a szemünkre már nem ható ultraibolya színeképeket, valamint a természettudományi kutatás legújabb felfedezését a röntgensugarak visszaverődését és törését szemléltető felvételeket. Foglalkozott a jelenségek törvénybefoglalásának oekonomiai jelentőségével; ismereteink helyességének állandó kísérleti ellenőrzésével. Végül *Leverrier-nek* és *Mendelejeff-nek* példával igazolta, hogyan képes az ember a természettudományok segítségével addig teljesen ismeretlen jelenségek bekövetkezését megfigyelni.

Neuber E. elnök az előadónak átadva a *Tóth Lajos* emlékérmét, megköszöni az értékes, szép előadást, úgyszintén az egybegyűlt közönség megjelenését és az ülést bezárja.

Február 20-i ülés.

Bemutatók:

Heim V.: *Elvérzés lépből veleszületett syphilis esetében.* Az érett újszülött születése után 14 óra múlva meghalt. A hasüregben kb. 300 ccm vér volt és ennek eredete a 18 g lép sérülésével magyarázható meg. A lépben erős pulpahyperplasia, a tokon foltokban vékony perisplinitis sarjszövet. A tok alatt egy babnyi és néhány kendermagnyi haematoma, egy helyen lencsényi szakadozott tokhiány. Ezek oka szülési trauma, amely az elvérzést okozta, részben a lépállományból, részben a szétszakadt, capillaris-dús sarjszövetből.

Beöthy K.: *Elvérzés lépből veleszületett syphilis esetén.* A szülés okozta károsodásokat és különösen a vérzéseket említi meg ezzel kapcsolatban; gyakorlatlan boncoló ezeket a vérzéseket idegen kéztől származóknak tekintheti, ami végzetes tévedésre adhat alkalmat.

Adler-Rácz A.: *Érdekes pyelogrammot* mutat be, amelyen egyazon felvételen az ureter bifidus képe mellett a felvétel alatt történt belégzés következtében a vesüregek kétszeres képpel mutatkoznak. Belégzési állapotban az alsó vese-rész uretere megtöretést mutat és ez magyarázza a retentiós pyelitis mechanizmusát.

Előadások:

Orosz D.: *Az erythema nodosum késői prognosistól.* A kórjósolat megítélésében elvi különbséget kell tennünk a sub-primaer és késő-secundaer esetek között. 37 sub-primaer esetnek megfigyelése azt mutatta, hogy az első követő éven belül 40%, több év múltán pedig 26% mutatott különböző tuberculosos manifestációkat. Elméletileg feltételezhető, hogy késő-secundaer esetek prognosisa kedvezőtlenebbül alakul a sub-primaereken. A kor a kórjósolatot ugyanolyan értelemben befolyásolja, mint a gümőkóros elsődleges fertőzésben, ami újabb argumentum a specifikus eredet mellett. Az adatok gyűjtése behívások útján történt, meglehetősen rossz socialis viszonyok között élő gyermekek között. E tényezők a fenti értékeket mindenesetre csak kedvezőtlen értelemben befolyásolhatták.

Deák B.: *A Kriele-féle kamrával végzett vérvizsgálatok lázas gyermekágyasokon.* A Kriele-kamra a septikus gyermekágyi betegségek kórisméjének és kórjósolatának, valamint a kezelés eredményességének, vagy eredménytelenségének kutatására a vérelemzés-számnak és a fehérvérsejt-összetes-csapódás minőségének meghatározására használatos. Egyetlen vizsgálat a kórisme szempontjából csak azt dönti el valószínűséggel, hogy lymphogen vagy haematogen fertőzéssel van-e szó. Viszont azt, hogy az egyik vagy másik csoportnak milyen formája van jelen (peritonitis, thrombophlebitis stb.) eldönteni vele nem lehet. A prognosist egyetlen vizsgálat alapján legfeljebb csak 40%-os valószínűséggel jósolja meg a halálos véget. Eppen ezért a prognosist meghatározására és a kezelés eredményességének megítélésére ismételtelten tanácsos a Kriele-féle vérképet megvizsgálni. Változatlan minőségűnek maradó vagy javuló conglomeratio, nem zuhanó, vagy éppen emelkedő vérelemzés szám a kórjósolatra

kedvező. A vérelemezszám állandó esése viszont változatlan minőségű conglomeratio mellett kedvezőtlen, kórházra mutat, kivált, ha az összecsapódás minősége minél több fehérvérsejt jelenléte mellett javulni látszik. Ez a javulás ugyanis csak látszólagos és annak jele, hogy a szervezeti védekezés a fertőzés magas virulentiájának hatása alatt kimerülően van. Ugyanebből következik, hogy tapasztalataink szerint a megbetegedés 2. és 4. napja közt végzett vizsgálat alapján felállított kórisme megerősítése vagy megváltoztatása érdekében az ismételt thrombocytaszámolást egy időn túl kritikával kell értékelni, mert a szervezet reactio-képessége azok számán később olyan változásokat végezhet, melyek az eredetileg felállított és körlefolyás által is igazolódó kórismével néha ellentmondásba kerülhetnek.

Scipiades E.: A Kriete vérkép korai vizsgálata kitűnően irányítja a kórismét legalább annyira, hogy lymphogen, vagy haematogen, továbbá, hogy súlyos, vagy enyhe fertőzés forog-e fenn. Az ismételt vizsgálatok pedig a thrombocytaszám viselkedése alapján a prognosira vonatkozólag adnak értékes felvilágosítást, miáltal azok a kezelés eredményességének, vagy eredménytelenségének is mutatói lesznek. Célszerűbb a laboratórium részéről, ha csak a fertőző betegség csoportját jelöli meg s nem megy bele részletes kórismébe és pedig annál inkább, mert a részletes kórisme fogalmai még sem a klinikusok, sem a kórboncnokok között nincsenek tisztázva.

A 185.500/1932. B. M. rendelet és a klinikák és kórházak.

A társadalombiztosítás molochja, amelynek táplálására eddig már a magánorvosi gyakorlatot és az orvosok nagyrészenek existenciáját, függetlenségét kellett feláldozni, újabb áldozatra éhes. Ne essék zokon, némi keserűséggel emlékezünk meg arról, hogy az egyetemi tanárok és természetesen a klinikai segédszemélyzet is, elzárkózva a klinikák és laboratóriumok falai közé, bizonyos lenéző nemtörődomséggel szemlélik a pénztár-orvosok és magánorvosok heroikus küzdelmét, amelyet az orvostársadalom fórumain életlehetőségükért és orvosi függetlenségükért folytatnak.

A társadalombiztosító „a szegény nyomorult és szenvedő, kérgestenyérű munkásemberek” nevében újabb áldozatokat kér, sőt újabbán már követel az orvostársadalomtól és közben titokban érdekkörébe vonta előbb csak a művezetőket, később Budapest társadalmának mintegy 70—75%-át, úgyhogy most már a MÁV. elnökgazgatójától és a Hitelbank igazgatójától lefelé mindenki biztosítva van a humanus socialpolitika nagy diadalára, melyben azonban a humanizmust és socialpolitikai szolgálatot és áldozatot csak az orvosoktól várnak.

Most jelent meg azonban a 185.500—1932. B. M. számú rendelet, amely a *balesetek és foglalkozási betegségek bejelentéséről* szól. Ez a rendelet eddigelé még ismeretlen kötelességeket ró minden orvosra, aki orvosi esküjéhez híven, segítségére siet a balesetet szenvedett embertársának.

A rendelet 3. §-a ugyanis arra kötelezi az első segélyt nyújtó orvost, hogy a balesetet *48 órán belül* mind az elsőfokú rendőri hatóságnak, mind az Országos Társadalombiztosító „illetékes” helyiszervének bejelentse. *Ennek elmulasztása, vagy késedelmes teljesítése kihágás.* Természetes, hogy a bejelentés csakis az erre szolgáló űrlapokon történhetik. Arról majd az OTI gondoskodik, hogy a megfelelő űrlapok rendelkezésre álljanak. Hogy miként? Arranévez elég lesz talán arra hivatkoznunk, hogy január elején, amikor az OTI új típusú munkaadói igazolványokat hozott forgalomba, ezek napokig nem voltak kaphatók a gyógyszerárakban és kizárólag csak az OTI központjában lehetett űrlapokhoz jutni.

Tessék elképzelni annak az orvosnak a helyzetét, aki például az utcán első segélyt nyújtott egy balesetet szenvedett embertársának, ott várakozott a beteg mellett,

amíg a mentők megérkeztek s ezzel elvesztegette idejét: még ezenfelül 48 órán belül űrlapokért is futkosson s abba különböző adatokat írjon be (a sérült nevét, lakóhelyét, születési helyét, anyjának nevét, munkaadójának lakhelyét és az üzem székhelyét, ahol dolgozott stb.) mindezért azonban „igényelhet” *egy pengő hatvan fillér „díjazást”.*

A rendelet végrehajtása körül előfordulható nehézségeket még jobban szemlélteti a következő példa:

Autószerencsétlenség az alföldi országúton. A teherautó soffőrje eszméletlenül fekszik az autó alatt, feje, haja, arca véres, piszkos. A személyautó utasa ül az árok szélén, karját tartja. Körülötte néhány ember, a közeli földekről. A legközelebbi falu orvosát hívták segítségül. Első dolga az eszméletlen egyén személyazonosságának megállapítása. Kutatás. A zsebből előkerül egy cédula, rajta egy név, esetleg cím. Az orvos feljegyzi az adatokat. De hát ki a munkaadó? Hol lakik? Nem tudja megállapítani.

A személyautó utasa türelmetlen. Az orvos megkérdi nevét, címét: egy nagy vállalat igazgatója. Nagy idővesztéssel elvégzi a dolgát, intézkedik stb. megy a dolgára. Késő este hazaérkezik és eszébe jut, hogy „kihág”, ha üzenem kívül történt balesetet az OTI-nak be nem jelentti. Természetes, hogy a súlyosabban sérült és munkáskülsőjű egyént fogja bejelenteni és nem a személyautó utasát.

A csendőri nyomozás később kideríti, hogy a munkáskülsőjű egyén egy fuvarozó vállalat önálló s nem biztosított tulajdonosa, míg a személyautó utasa tekintet nélkül magas állására és jövedelmére, betegségi biztosításra nem, de balesetbiztosításra kötelezett s így ezt kellett volna bejelentenie. Időközben azonban az orvos ellen el fognak járni, kihágásért megbüntetik, ő pedig számtalanszor járhat a kerületi pénztár székhelyére, előljáróság-hoz, csendőrséghez, míg a tényállás kiderül s „véttelenségét” megállapítják. Mindez miért?

Bár nem tételezhetjük fel a magyar orvosi karról, de ezután igazán nem lenne csodálatos, ha az ovos utcai, vagy más balesetet látva, pánikszzerűen menekülne a színhelyről.

De vannak ennek a rendeletnek egyéb, az egész orvosi kart érdeklő rendelkezései is.

A rendeletnek 24. §-a ugyanis klinikák, köz- és magánkórházak igazgatóit kötelezi, hogy az intézet megkeresésére véleményt kötelessége adni „ennek a véleménynek keretében a sérüléssel, illetőleg a foglalkozási betegséggel összefüggő és egyfelől a gyógykezelésbe vételkor, másfelől a gyógykezelés befejezésekor észlelt állapotnak szakszerű leírását kötelesek adni és mindazokat az orvosiilag észlelhető, illetőleg megbíráható adatokat is közölni kötelesek, amelyek az eset körülményei szerint a kártalanítási igény elbírálásához és a járadék megállapításához szükségesek.” Ezt a paragrafust kiegészíti a rendelet 37. §-a, amely szerint a klinika, illetőleg köz-, vagy magánkórház igazgatósága ezen „kezelőorvosi közlésért” esetenként 1 pengő 60 fillér díjat „igényelhet” ez azonban nem jár, ha a közlés nemleges. (Értendő alatta, hogy ha az OTI és helyiszervei tévesen címezik a megkeresést és a kórházigazgató három évre visszamenőleg átböngészte a kórtörténeteket megállapítja, hogy a beteg sohasem feküdt osztályán, akkor mindezért az időtrábló munkájáért még *azt a bizonyos fejedelmi bőkezűséggel megállapított 1 pengő 60 fillért* sem kapja meg a kórház.)

Ha azonban a kórház részletes kórtörténetet „szolgáltatta”, akkor 4 pengő díj jár. Ugyancsak négy pengő díjat igényelhet a kórház, a hozzá megfigyelés végett beutalt beteg, vagy sérülte vonatkozó körleírás közléséért.

Még kell jegyezni, hogy a balesetbiztosítási ágazat nem tévesztendő össze a betegségi biztosítási ágazattal, amely a szegény munkásemberek filléreiből épít tornyot. A balesetbiztosítási ágazat lényegében a munkaadók szavatossági biztosítása, amellyel azon kötelezettség alól mentesítettek, amelyek az üzemi balesetek által sujtott munkások kártalanításával reájuk háramlanának. Köz tudomású, hogy az üzemi balesetek nagy százalékát éppen az okozza, hogy a munkaadó takarékosági okokból nem alkalmazta a balesetelhárító berendezéseket. Ennek a biztosítási ágazatnak járulékait nem is előre fizetik a munkaadók, hanem a felmerült költségeket utólag osztják fel a munkaadók között bizonyos kulcs szerint. Eddigél ez a biztosítási ágazat csak a pénztári orvosokkal végeztetett ingyen munkát, amikor kivívták, hogy a baleseti sérülteket az első négy hétben a betegségi biztosítási számla terhére a pénztári orvosok kezeljék és ezért a munkáért az „*orvosi tömegnek*“ *semmit sem térített meg* a balesetbiztosítási ágazat.

A rendelet gondoskodik róla, hogy a pénztári orvosok még ezeket a *fejedelmi honoráriumokat* se kapják meg, mert kimondja, hogy *OTI intézeti orvosok bizonyítványok kiállításáért semminemű díjazást nem igényelhetnek. Az egyetemi tanárokat, köz- és magánkórházi főorvosokat pedig 1 pengő 60 fillérért, illetve 4 pengőért állítják a szegény, nyomorgó kártelvezérek érdekeinek szolgálatába.*

Üdvözljük őket a szegények, elnyomottak és kiuzsuzottak táborában . . .

Pénztári orvos.

Nyelvművelés.

A beteg vagy meggyógyul vagy *exitál*, de sohasem hal meg. Mire jó ez az euphemia? a tartalomnak ez a kifejezésével enyhítése? Hiszen magunk közt vagyunk! És aki meghalt, azon már úgy sem segít még egy finom és tündős latin szó sem. De van, akinek az *exitál* sem elég előkelő kifejezés már: csak a minap olvastam egy szakcikkben: két éven belül betegek fele *decedált*. Tehát ezek a szegények már nem is *exitáltak*, hanem illedelmesen *kisétáltak* ebből az árnyékvilágból. (De *vita decedere*: elköltözni az élők sorából, a *classicus* latin költői körülírás.) Bocsánat, ez már nem is euphemismus, ez már „*facies permagna*“, magyarul nagyképűség. Itt vannak a becületes magyar szók, válogathatunk bennük: *meghal, elhalálozik, elhunyt, kismúl, kiszenved, elpusztul*. Használjuk csak ezeket, mert a végén majd még ők is *exitálnak*!

Nem írjuk már: *testes*, csak *corpulens*. *Kövé* és *elhízott* ember nincs már orvosi nyelvünk szerint, csak *túltáplált*. Pedig milyen *szép, sima* és *ragyogó* terminus volna a *kövé* szó! Alkalmasabb is a *túltáplálnál*, mert minden mellékcélzás nélkül a puszta tényt jelzi, hogy valaki kövér, függetlenül attól, hogy ennek *túltáplálás*, vagy kóros elhízási hajlam, azaz kétségtelen anyagcserebetegség az oka. Mert lehet valaki sovány étrenden is kövér, (de nem *túltáplált*) s bő táplálék (*túltáplálás*) mellett is *gezna*!

Mikor nem tudjuk valaminek az okát, akkor szörnyű tudományosan így írunk: *occult aethiologiájú* elváltozás, pedig szebb, őszintébb volna magyarul: *ismeretlen eredetű* elváltozás.

Azután igazán nem illő még a szakembert is zavarba ejteni ilyen homályos és csak a szövegkapcsolatból (contextus) kihámozható jelentésű mondattal: munkaképesség közepette jelentkező *ictus* okozta az *exitust*. A *gutaütés* akkor is *gutaütés* marad, ha a latin iktussal próbálom is elütni, ami *ütést* jelent ugyan (továbbá *lövést*, *lantpengetést* és *verslüketőt*), de *gutaütést* nem igen. Egyébként is a mi *gutaütés* szavunk egészen találó mesterszó, mondhatnám egészen *schlagfertig*!

Frey Antal dr.

Előfizetés megújítása vagy tartozások kiegyenlítése céljából ma *chequet mellékeltünk* minden lapszámunkhoz. Ez ne érintse és sértse azon kartársainkat, akiknek előfizetése rendben van, különválasztásuk sok munkával járt volna, s így nem volt indokolt. Kérjük kartársainkat tartozásaik rendezésére, illetve előfizetésük pontos beküldésére, mert egyre növekvő kintlevő követeléseink komoly zavarokat okoznak Hetilapunk fenntartásában.

Ismételten bejelentjük, hogy a hetilapot vagy le kell rendelni, vagy ha el méltóztatott fogadni, meg kell fizetni, mert az előfizetés meg nem újítása nem jelent lerendelést.

Személyi hírek, Burger Károly dr., egyet. c. rk. tanárt, a budapesti Tud.-Egyetem I. sz. szülészeti klinika tanársegédét a budapesti Bábaképző Intézet igazgatójává kinevezték. — H. Eppinger professor, a kölni belgyógyászati klinika igazgatója átveszi a bécsi belgyógyászati klinika vezetését.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület április 7-i ülésének előzetes napirendje: Bemutatás: *Lendvai József*: Anaemia perniciosa gyógykezelése egyszeri injectióval. — Előadások: 1. *Milkó Vilmos*: Avertinnarkosis a gyermekebészeten. 2. *Telbisz Albert*: A haragzásérültek gyógykezelése. Ezen napirend változást szenvedhet.

A Közkórházi Orvostársulat április 5-i ülésének tárgysorozata. Bevezető előadás: *Hasenfeld Artur*: Klinikai szív-problémák. — Bemutatás: 1. *Zalka Ödön*: Aneurysma aortae érdekes esetei. 2. *Schranz Dénes*: Érdekesebb szívleletek hirtelen halálesetekben. 3. *Varga Endre*: Szívtenyészetekről és kardiocumoknak azokra hatásáról. 4. *Galgóczy Jenő*: Elektrokardiographiás állomásunk távfelvezetékekre alkalmas berendezésének bemutatása. 5. *Farkas Jenő*: Coronariaemboliát követő peripheriás emboliák. 6. *Török Tibor*: Intracardialis adrenalin-injectiók életmentő hatása billentyűbajos betegeken.

A Charité Poliklinika orvosi kara április 5-i ülésének tárgysorozata: Bemutatások: *Steiner József*: Influenza által okozott prostata-gyulladás esetei. *Reisz Teréz*: Osteomalacia esete. — Előadások: *Hetényi István*: A szívgyengeségről. *Liebner Ernő*: A hideg túlérzékenységről.

A tetanus be- és kijelentésének kötelezettségét a 229.747—1932 XV. számú belügyminiszteri rendelet megszünteti. A folyamatban levő bejelentések befejezése után a további adatszolgáltatás beszüntetendő. Az eddig beszolgáltatott adatokat tudományos feldolgozásra a belügyminisztérium a budapesti Tudományegyetem II. számú sebészeti klinikájának adta át.

Lapunkhoz benyújtott cikkek késedelmes megjelenésnek elkerülésére vonatkozólag kérjük a szerző kartársakat, hogy cikkük correcturáját kézhezvétel után sürgősen küldjék vissza, mert különben szerkesztőségünknek nincs módjában a kiszedett cikkek közül válogatni. Csodálkozunk a correcturák késedelmes beküldésén, mert tudunkkal minden szerző szeretné, hogy cikke minél hamarabb megjelenjen.

Egy legutóbbi statistika szerint 1000 élveszületett közül házasságon kívüli volt Görögországban 14, Belgiumban 40, Angliában 46, Olaszországban 49, Norvégiában 71, Franciaországban 84, Dániában és Csehszlovákiában egyenként 107, Németországban 121, Svédországban 161, Kanadában 35, Ausztráliában 46, Japánban 66, Uruguayban 279, Jamaikában 715.

A német birodalomban Danzig és Saar-vidék kivételével az orvosok száma 1932-ben 52.518 volt, ezek között 3405 orvosnő és 15.828 szakorvos.

A Pneumothorax Artificialis nemzetközi szövetségének főtitkára, *Carpi* milanoi egyetemi tanár felkéri a Szövetség tagjait, hogy az évi tagsági díjat, 20 lírát küldjék be címére (126. Via Alberto da Giussano 18), továbbá, hogy közöljék az 1932. év folyamán a collapsus-therapia köréből megjelent dolgozataik címét, az új technikai módszerek, készülékek ismertetését és azoknak az orvosoknak, valamint intézeteknek címét, akik mesterséges légmellel, vagy tüdőszettellel foglalkoznak. Az adatok az 1933. évben megjelenő jelentésben fognak közzétetni.

Medikus bál és theák elszámolása. Az Orvostanhallgatók Segítő Egyesülete által megbízott Medikus Bálbizottság az 1932—33. tanév folyamán két Medikus Theát rendezett a Pannonia Szállóban és 1933. jan. 14-én rendezte a hagyományos Medikus Bált a Hungária Szállóban. A Bál védnökségét *Frigyesi József dr.*, egyet. ny. r. tanár volt szíves vállalni, akinek a Segítő Egyesület ezúton is hálás köszönetet mond. A Bálnak a Rector úr által jóváhagyott elszámolása a következő:

Bevételek: Háziasszonyi adományok és felülfizetések	3040 P
1932-33. tanév folyamán két Medikus Theát rendezett a Pannonia Szállóban és 1933. jan. 14-én rendezte a hagyományos Medikus Bált a Hungária Szállóban. A Bál védnökségét Frigyesi József dr., egyet. ny. r. tanár volt szíves vállalni, akinek a Segítő Egyesület ezúton is hálás köszönetet mond. A Bálnak a Rector úr által jóváhagyott elszámolása a következő:	
eladott jegyekből	1675 P
rendezői díjából	922 P
Összesen	5637 P

Kiadások: adók	415.31 P
zene és zeneengedély	585.00 P
terembéret és díszítés	842.70 P
nyomtatványok	500.39 P
posta, jegyzedők stb.	230.15 P
Összesen	2.573.55 P
Tiszta jövedelem	3.063.45 P
Ehhez járul a Medikus Theák jövedelme	1.424.21 P
Összesen:	4.487.66 P

Ebből 1000 P-t az Orvostanhallgatók Segítő Egyesülete szegénysorsú tagjainak segélyezésére fordít, 1000 P-ért könyveket vesz. A fennmaradó részt a Rectori Hivatalban kamatozó segély-alaphoz csatolják.

Orvoshumor. *Az amputatio.* Abban az időben történt, amikor még nem ismerték a narkosist s a betegeket pipászó mellett operálták, tudniillik a beteg pipázott, hogy kevésbé érezze a kegyetlen fájdalmat.

Egy öreg magyarnak kellett a lábát amputálni. Javában folyik már a műtét, sűrűn pöfékel az öreg, de egyszerre csak kiveszi a pipát a szájából és harsányan elcagja magát.

— Hogy tud maga ilyenkor nevetni? — kérdi tőle ámulva az izzadó operateur.

— Megkövetem, azért nevettem, mert el tetszett hibázni az operatiót.

— Hogy-hogy? — hüledezik a derék felcser.

— Ugy kérem, hogy az egészséges lábamat fűrészelte le a doktor úr.

Az ékesszavú csizmadia. Beteg az öreg csizmadia mester, valami nagy baja lehet, mert még a doktort is elhívhatja. Mikor ez beállít a következő ékesszavú beszéddel fogadja:

— Tekintetes doktor úr, *szenvedély* van a balkaromban, tessék ezerányban valami javallatot kommandálni.

Az orvos megvizsgálja, receptet ír és távozik. Másnap újra eljön és érdeklődik a derék lábtyüművész állapota iránt. A válasz a következő:

— Hát ami azt illeti kérem, a *szenvedély*, az kiállott a karomból, hanem az a kanalas orvosság, amit bevettem, szörnyen *rágalmazza* a gyomromat."

A műtési terv. Vidéki úriasszony jön kis fiával a humoros mondásairól híres sebészstanárhoz.

— Tessék helyet foglalni, nagyságos asszonyom. Miben lehetek szolgálatjára?

— A kis fiamat jöttem megvizsgáltatni. Nyúlászaja van szegénykének. Tessék megmondani, mit lehetne vele csinálni?

A professor megvizsgálja, azután röviden kijelenti, hogy ezen bizony csak műtéttel lehet segíteni. Ha úgy tetszik, az operatiót már holnap el is lehet végezni.

— Hogyan? — kiált fel az aggódó mama. — Ilyen hamar? Hiszen még alig tetszett megvizsgálni és én úgy hallottam, hogy az ilyen bajnál a sebésznek időre van szüksége, míg a műtési tervet kigondolja.

— Az én tervem már régen készen van — felel mosolyogva a professor.

— És mi volna az, ha szabad kérdeznem?

— Négy szóból áll az egész, kedves nagyságos asszonyom: Én operálok, Ön fizet.

Herzl professor volt az első, aki hazánkban nagyobb számú vakbéloperatiót végzett, amivel hamarosan meg is alapította hírnevét és igen szép magánpraxisra tett szert. Egy ízben vacsorát rendeztek tiszteletére, ahol belépésekkor ezzel a felkiáltással üdvözölték:

— Éljen a sebészek fejedelme, II. Vak Béla király!

A Magyarország Orvosainak Évkönyve és Címtára 1933. évfolyamában, a 112. oldalon *Dósa Jenő dr.* egyetemi magántanár, poliklinikai főorvos bőrgyógyász-urologusnak van feltüntetve. *Ezen adat sajnálatos tévedésen alapszik, mert nevezett nem bőrgyógyász-urologus, hanem sebész-urologus.*

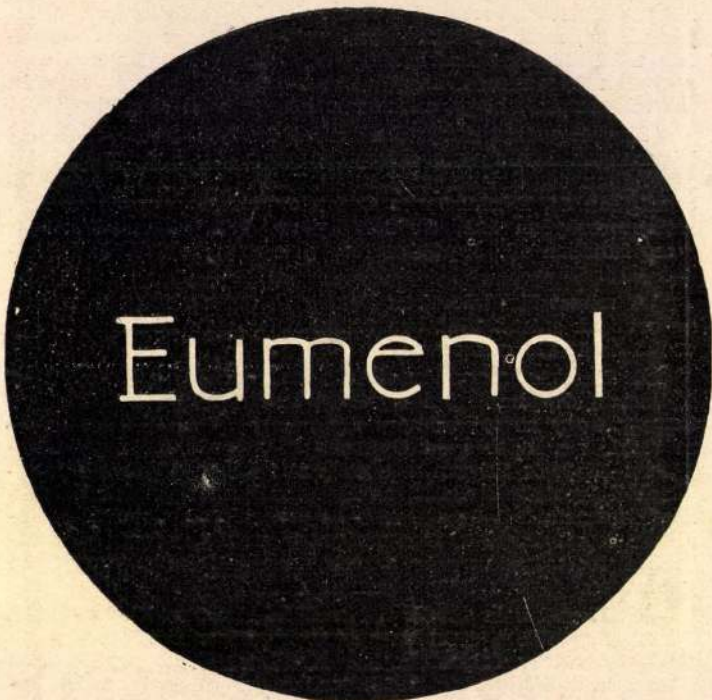
Budapest székesfőváros közegészségügyi állapota, 1933. év február második felében.

Hasi hagymáz	15	(—)	Járványos agygerinc-	(—)
Vérhas	11	(—)	agyhártyalob	(—)
Roncsoló torok-és gége-			Kanyaró	230 10
lob	108	5	Szamárhurut	59 6
Vörheny	120	6	Bárányhimlő	99 1
Influenza (szövődm.)	55	17	Trachoma	20 —
Gyermekági láz	1	(—)	Anthrax	1 —
Gyermekbénulás	1	(—)		

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN



Amenorrhoeánál

különösen képzelt terhességnél,
továbbá

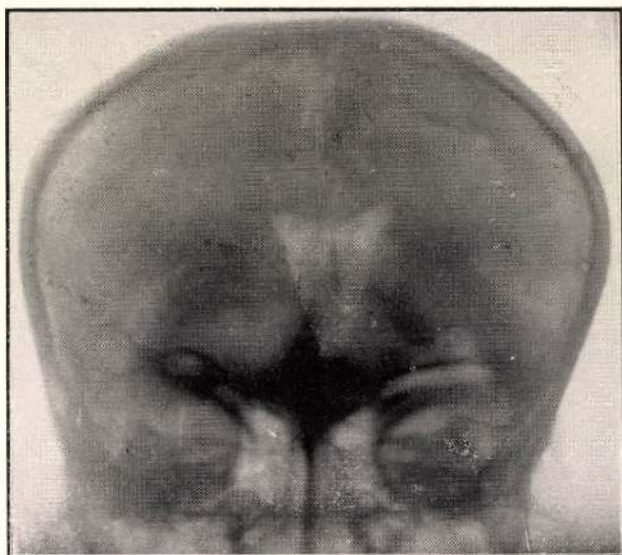
Dysmenorrhoeánál

E. MERCK * DARMSTADT

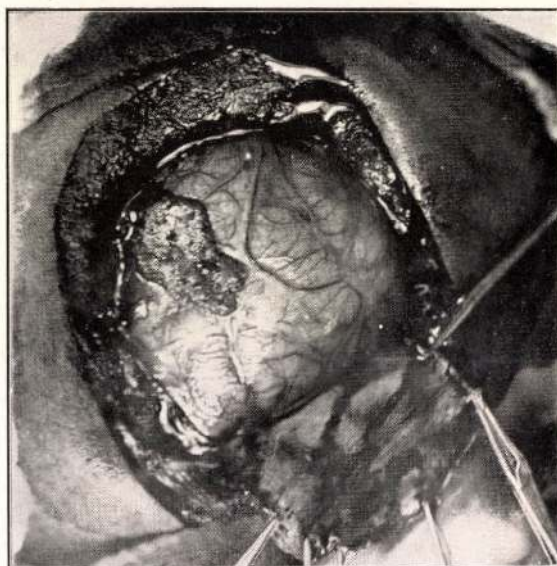
Magyarországi vezérképviselő: WIRTH KÁROLY
Budapest V., Sas-utca 29. Telefon: Aut. 179—17.

Eumenol liquidum eredeti csomagolás
25, 50, 100 g.

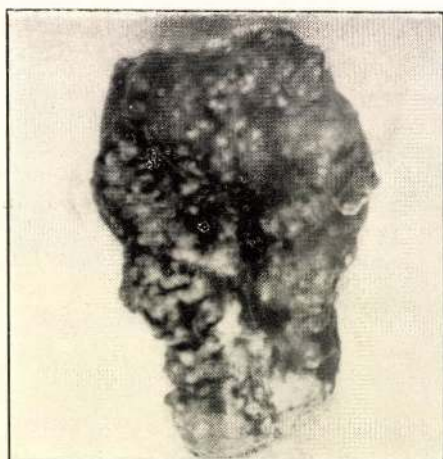
Eumenol tablettá eredeti csomagolás
50 és 100 db



1. ábra.



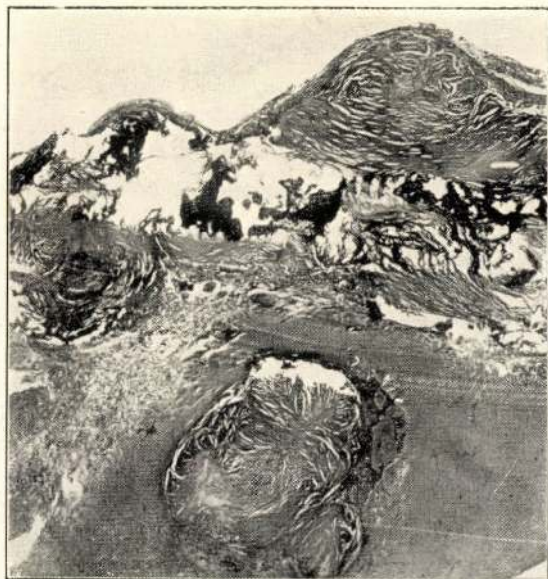
3. ábra.



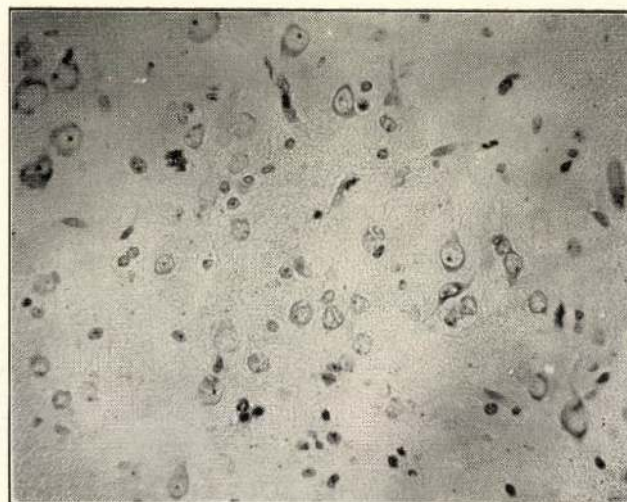
4. ábra.
3-szoros nagyítás.



5. ábra.



7. ábra.



8. ábra.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GEZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSEK MIHALY, SZÉKELY AGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VAMOSSY ZOLTAN

ISSEKUTZ BÉLA
POÓR FERENC

GORKA SANDOR
REUTER KAMILLO

HÜTTL TIVADAR
ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: VAMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Benedek László és Hüttl Tivadar: Adat az agyvelő csoportos gümögőcainak klinikájához és radicalis kezeléséhez. (277—281. oldal.)

Skutta Árpád: Helyikezelés levegővacuummal. (281—285. o.)

Batisweller János: Kettős méh terhessége. (285—287. oldal.)

Petrányi Győző és Blaszó Sándor: A vörösvérsejtek resistenciáját szabályozó egyik mechanizmusról. (287—289. oldal.)

Felely Kálmán: Az ulcosos betegek vegetatív idegrendszere. (289—291. oldal.)

Kanócz Dénes: Hirschprung betegség operált esete. (291-292.o.)

Schranz Dénes: A felkarcsontvizsgálatok gyakorlati értéke. (292—294. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (53—56. oldal.)

Lapszemle. — Könyvismertetés: (294—297. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (297—300 oldal.)

Frank Miklós: Országos Fürdőügyi Kiállítás. (300. oldal és a borítólapon III. oldalán.)

Cseppei Károly: Megjegyzés Szüle Dénes: „Az Addison-kór gyógyítása Cortigennel” című cikkére. (a borítólapon III. oldalán.)

Thurzó Jenő és Piróth Endre: Válasz Endresz Frigyes az O. H. 12. számában megjelent megjegyzésére. (a borítólapon III. oldalán.)

Vegyes hírek: (a borítólapon III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Tisza István Tud.-Egyetem ideg- és elmeklinikájának (igazgató: Benedek László ny. r. tanár) és sebészeti klinikájának (igazgató: Hüttl Tivadar ny. r. tanár) közleménye.

Adat az agyvelő csoportos gümögőcainak klinikájához és radicalis kezeléséhez.

(Műmelléklet.)

Irták: *Benedek László dr. és Hüttl Tivadar dr.*
egyet. ny. r. tanárok.

A fertőző betegségeknek aetiologiai szerepe az epilepsiás syndroma létrehozásában ma is vitatott kérdés. A malaria, typhus, lues és más fertőző betegségeken kívül a tuberculosis is az epilepsiával oksági kapcsolatba került. Sőt újabban is *Cassa* és *Destres* négy esetben bizonyítani szeretné az epilepsiának „pleuropulmonaire” eredetét. Nem lehet azonban elhallgatni, hogy a felhozott eseteknek bizonyító ereje nagyon kevés. A tuberculosis alapján fejlődő Jackson-esetekben természetesen nem ilyen vitatható toxikus, vagy reflectoros, hanem direct izgató behatásról van szó.

A pulmonalis tuberculosis jelenlétében haematogen fertőzés révén nemcsak meningitis tuberculosa, hanem daganatszerű, egy körülírtabb edényterülethez kötött, valószínűleg kevesebb bacillus által okozott conglomerat-tuberculum is keletkezhet az agyhártyákon, amely sebészi eltávolításnak hozzáférhető. A nagyagyvelő-kéreg tekintetben vezető helyet foglal el; pl. *Zanetti* statisztikájában 34 eset közül 14-ben a kéreg bántalmazottsága forgott fenn. A kiserekek pialis hüvely képezésére az el-sajtosodás felé tendáló miliaris tuberculum számára a kiindulási pontot, amely a frissebb gümöcskéknek áttetsző gyűrűje által van körülveve. A gyűrű a periphéria felé fokozatosan növekszik. A fertőző anyagnak felületi terjedését maga az agyvelő, ez a nagyon nyugtalan, szüntelenül pulsáló szerv is elősegítheti. A multiplicitas sem ritka jelenség, amely az actívabb therapiái eljárás ajánlásában tartózkodóvá tesz.

Ésleletünkben az ideggyógyászati és percussiósi lelet a bal gyrus centralis anterior középső harmadának

bántalmazottságára vallottak. A tüdőlelet pedig a tuberculosis pulmonum felvételét indokolta (I. lent). Fel kellett tehát vennünk az operatio előtt az infectiosus granulomát. Az esetleges multiplicitásán kívül az operatio kilátásait a már meglevő, vagy az operatio folytán a meninxeken várható, úgynevezett sympathikus, vagy kísérő, specifikussá válható (meningitis comitens non specifica) gyulladás is homályosítja, — a belső szervei tuberculosison kívül. Az operatio a fertőzés számára kaput nyithat — a lymphá- és véregek megnyitása, esetleg letokolt góccokcskák, másodlagos szövetbeolvadások feltépeése által. Bár a sebészeti eltávolításra nézve kedvező kimenetről referáltak *Heymann*, *Kingreen* és mások; azonban *Fedor Krause* 2 esetében a műtét alatt szabaddá vált geny a tuberculosis bacillusoknak nagy tömegét, úgy-szólván tiszta tenyészetben tartalmazta.

Hogy ezeknek dacára mégis az operatio mellett döntöttünk, azt indokoljuk egyfelől azzal, hogy a gondos megfigyelés mellett is csak egyetlen gócot tudtunk ki-deríteni, másrészt azzal, hogy kopogtatási módszerrel is nagyon jól körülírható daganatszerű képletet lehetett kimutatni és végül egy ritka indicatio is szerepelt. A beteg tüdőszövetben a gyógyulási folyamatok csak teljes nyugalom mellett indulhatnak meg. Ezt célozzák az újabb radicalis sebészeti eljárások is: a mesterséges pneumothorax, a phrenicotomia, a thorakoplastikai műtétek stb. Betegünkön a nyak és vállizomzatban gyakran ismétlődő, sokszor órákon át continuáló, főleg faciobrachialis típusú görcsök a vállal együtt a beteg tüdőt is heves és gyakori vöngálásnak tették ki és ezzel is a fokozott kötőszövet-képződését, a focusok elhegesedését nagyon akadályozták és a folyamatnak terjedését elősegítették.

B. A. 28 éves földműves. Felvételt: 1932. VIII. 22. Sebészetre átvéve X. 22-én. Apja 53 éves korában ismeretlen betegség folytán halt meg. Örökléses terheltséget kimutani nem sikerült. Rendes időre született. Iskolába nem járt, írni, olvasni nem tud. 25 éves korában mellhártyagyulladás volt. Mult év őszén alkarjában jobboldalon néhányszor rángás jelentkezett. 1932. januárjában jobb arcfelében és karjában zsibbadást érzett, amelyet ugyanezen helyen görcsös rángatózás követett. Eszméletét kb. 3 percre elveszette, nyelvét megharapta. Utána kb. egy órán át nagyon gyengének, fáradtnak érezte magát. Ezen időponttól kezdve hetenként átlag kétszer jelentkeztek karjában 5—10 percig tartó rángá-

sok és az utóbbi hónapokban havonként kétszer eszméletvesztéssel járó általános paroxysmusok. Az utóbbi hetekben főleg az arc- és nyelvizomzatban léptek fel rángások a reggeli órákban, a karrángások általában csökkentek. Néhány hónapja jobb karjának gyengesége mind kifejezettebbé válik és járás közben jobb lába gyorsan elfárad. A hemiparézis rohamok után közvetlenül az intervallaris paresis a jobb felső végtagban, főleg az alkar izomzatában fokozódott, a jobbkez szorítóereje szembetűnően csökkent. Fejfájása ritkán van. Hányásról nem tesz említést. Éjjel izzad.

Alacsony termetű, gyengén fejlett és táplált. Caput quadratum, olympusi homlok. Köztakaró barnásan elszínezett. Pofa nyálkahártyáján pigmentált területek nincsenek. Stomatitis aphthosa. Mellkason, háton pytiriasis versicolor. Hosszúkás mellkas. Absolut szívtompulat határai rendesek, szívhangok tiszták. Pulsus rhythmikus, szabályos, percenként 78. Vérnyomás: 95 Hgmm. Bal Krönig-tér 2½ ujjnyi, jobb 3 ujjnyi széles, fölöttük rövidültebb kopogtatási hang. Rekeszmozgás kétoldalon renyhébb. Bal interscapularis térben átmeneti típusú légzés; tüdőcsúcsok felett érdes be-, megnyult kilégzés. A mellkas röntgen-átvilágítása a következő lelet szolgáltatta: Mindkét csúcs és mindkét egész tüdőmezőben, basalisan csökkenő intenzitasban számtalan góccos, haematogen és bronchogen disseminatio és kötegzettség látható. A bal clavicula alatt zölddiónyi cavernagyűrű. Mindkét rekesz csipkésen fixált. (Sebészeti klinika röntgenlaboratoriuma. *Rencz dr.*) Májzsél mély légvételtkor tapintható. Jobb hypochondriumban kiskökű nyomásérzékenység. A sensomotoros zóna izalmát okozó endo-, vagy exogen intoxicatio kizárható volt.

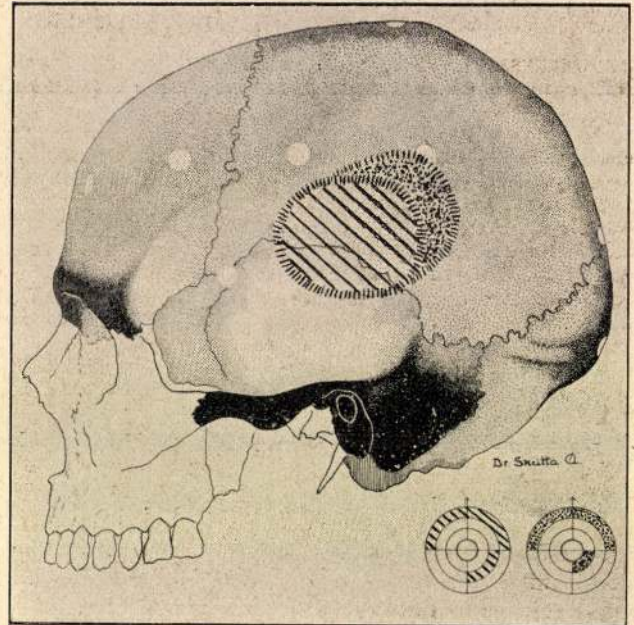
Bal pupilla kissé tágabb, mint a jobb. Fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Szemmozgások szabadok. Nystagmus nincs. Homlokráncolás jól sikerül. Jobb sulcus nasolabialis elsímul. Garatreflex rendes. Nyelv nem deviál. Szagokat jól megkülönböztet, úgyszintén ízeket is. Nyelés, rágás, hangképzés rendes. Az arcbőrén és a pofa nyálkahártyáján jobboldalt a tüszúrást tompábbnak érzi. Biceps, triceps, patella, Achilles reflexek kétoldalon élénkek, hasreflexek egyenlők, kétoldalt keresztezett és azonos oldali spino-adductor reflex. *Mayer-*, *Léri* kétoldalt rendes; teljes eupraxia, stereognosis rendes. Járáskor jobbkar élettani lendítő mozgásai elmaradtak. Vizsgálatkor jobb kar durva izomereje és tonusa csökkent. Dynamometerrel a jobb kéz szorító ereje kb. felére csökkent a balhoz viszonyítva. Romberg negatív, kötéláncos helyzetben kissé ingadozik; alap- és imitációs kísérletek eltérést nem mutatnak Törzsön és végtagokon tapintási, fájdalom-, hőérzés rendes. Ujj-orrhegy kísérlet jól sikerül. Vérsavó: Wassermann-reactio, *Sachs-Georgi* negatív. Vizeletben urobilinogen pozitív, egyébként más eltérés nincs. Liquor: teljesen negatív. Szemészet: fundus normalis, látóterek rendben.

Enkephalographia: 23 ccm liquor helyébe 15 ccm levegő cisternalisan befújva. Liquor spontan ürül ülő helyzetben; bradycardia lépett fel. Oldalgymocrok között kiskökű assymetria van, amennyiben a gymocros-projectio kissé jobbra áttolt. (1. ábra.)

Fülészeti vizsgálat: hallásélesség jó, csont- és levegővezetés kétoldalt egyforma. Forgatási reactio: mindkét oldalon 10 másodpercig tartó típusos nystagmus. Az eszméletvesztéssel járó rohamok után jelentkező nehéz ráeszmélésen, feledékenységen, apathián kívül psychikus eltérés nem volt megállapítható. Koponyakopogtatás (a *Benedek*-féle percussió módszerrel): baloldalt a tuber parietale táján különbség mutatkozik az ellenoldalihoz képest; a supponált laesio helyén mintegy 5 pengősnyi területen nagy pontossággal kiköpgathatóan teljesebb, élesebb és mélyebb a kopogtatási zöreje. A felső hátsó félhold alakú szakaszban a hang mélysége fokozódott. (A kopogtatást *Piróth dr.* végezte.) A mellékelt 2. ábra a viszonyokat sematikusan tünteti fel. A vonalozott elyptoid részletben teljes éles, mély a pontozott részletben teljes éles és az előbbinél mélyebb a kopogtatási hang. A symmetriás ellenoldali koponyarészlettel szemben tehát a zöreje intenzitása, tartóssága és mélysége fokozódott. Az ábra jobb alsó sarkában levő jelző körökre nézve az eredeti monographiára utalunk. A kopogtatási lelet a klinikai tünetek craniotopographiás localisatiójának megközelítőleg megfelelő és útmutatóul szolgált a lateralis, az áttekintés biztosító, lehetőleg nagy, osteoplastikus lebeny kijelölésére. A betegen a medicamentosus és diétaes kezelésen kívül — számítva a hyperplastikus, hyperbiotikus szövetnek röntgen-depressiójára (*Holzknicht*) — óvatos röntgen-besugárzásokat végeztünk mindkét oldalt a parietalis régióra felváltva, összesen 5 besugárzást.

A megfigyelési idő alatt a tulajdonképeni Jackson-rohamokon kívül órákon, sőt egész napon át continuál-

tan jelentkező rhythmusos, clonusos rángások vannak a nyelvben, a jobb alsó mimikai izomzatban, a jobb alsó platysma-félben és a jobb vállöv és felső végtag izomzatában: főleg trapezius-, deltoideus-, biceps-, pectoralis maior-, scalenusok-, splenius capitis és más mély nyaki izmokban, a fejnek jobbrafordításával. Ezenkívül a vállöv rhythmusosan ismétlődő, rángásszerű emelkedéseivel. Temperatura: 36.5—37.3° között ingadozik.



2. ábra.

Az agy nyomási tünetek közül csak az időszakos fejfájások voltak megfigyelhetők. Az intracranialis nyomásfokozódásnak hiánya, illetve késői megjelenése a sensomotoros regio tumorai esetén nem kivételes észlelés (l. idevonatkozóan többek között *Riser*, *Laporte* és *Ducoudray* előadását a 12. réun. neurol. internat. ann. Paris. 1932. 31. V—1. VI.). Ami pedig a rohamtypust illeti, itt említjük fel, hogy *Biernondnak* a Brouwer-klinikáról összeállított legújabb adatait, amelyek szerint a Rolandoparietális tumorok mindig focalis, a temporalis és occipitalis tájról kiindulók mindig generalizált rohamokkal jártak, saját tapasztalataink szerint nem tarthatjuk általánosíthatóknak (l. alább).

A felhasznált kopogtatási eljárást egyikünk (*Benedek*) 1917-ben írta le először, majd 1931-ben tökéletesítette (l. Abh. a. d. N. P. etc. 67. f.). Célja volt a percussió hang intenzitását és kvalitását objectivebben megítélhetővé tenni és az ascultatióra nézve optimalis viszonyokat teremteni. Ezt vélte elérni egy automatikus óra művel dolgozó, szabályozható kopogtató készülékkel és „pick-up-mikrofon-előerősítő“ ascultációs rendszerrel. A koponyakopogtatás normalis physikai feltételeinek megfelelően a koponya élettani areákra osztott. A kopogtatás a készüléknek linearis és sugaras tovavezetése mellett végzendő, ami alatt a symmetriásan fekvő részek közötti differentiákra különös tekintettel vagyunk.

A műtét 1932. október 28-án történt. (*Hüttl*.) Előzetes 3 napi urotropin adagolás után (*Crowe* és *Cushing*) a beteget félig ülő helyzetben helyezük el a műtőasztalon. Számolva azzal, hogy a műtét alatt epileptikus rohamok léphetnek fel, végtagjait gondosan körülpárnázva rögzítjük. Ezután a *Krönlein*-féle kraniometerrel meghatározva a *linea Rolandi* és *linea Sylvii* obliqua helyét, novocain-percain helybeli érzéstelenítés után a műtési területet előzetes vérzéscsillapítás céljából *Hacker*

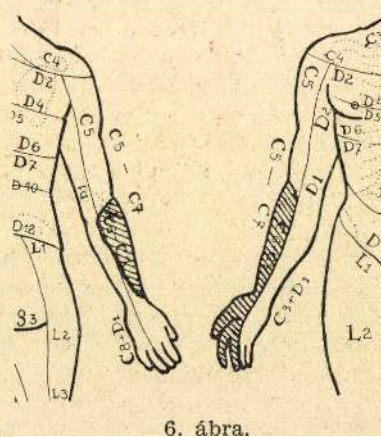
szerint körülöltjük. A koponya üregét Wagner-féle osteoplastikus trepanatióval nyitjuk meg, még pedig oly módon, hogy a hal külső szemzug mögött és egy e felett két cm-nyire kiindulva, 9 cm széles és 10 cm magas, alapjával lefelé tekintő és a fül mögött 3 cm-nyire végződő, félkör alakú lágyrészelebenyt írunk körül. A koponyacsontot több helyen villamos fraise-val megfúrva, *Dahlgren* fogóval átsípjük és az ily módon készített bőr-, csontthártya-, csontlebenyt lehajtjuk. A szabadon fekvő dura kifejezetten pulsál, külső felszínén azonban kóros elváltozás nem látható. Amikor azonban a durából ugyancsak egy alapjával alul fekvő lebenyt készítünk és ezt a lebenyt az agyállomány felszínéről le akarjuk fejteni, kitűnik, hogy a műtéti terület bal felső quadránsában, a kemény burok az agy állományával körülírt helyen szorosan összekapaszkodott és e helyen az csak élesen választható le. A dura-lebeny lefejtése után szabadon fekszik a motoros regio, amelynek megfelelőleg a kemény buroknak az agyállománnyal összekapaszkodása helyén, pontosan a kopogtatási eljárással megjelölt helyen, a gyrus centralis posterior alsó részén, részben a sulcus centralisra is ráterjedőleg, eredeti nagyságában 3×4 cm átmérőjű, ovalis alakú, laposan elterülő terimenagyobbodás foglal helyet, mely tömöttebb állományával, finoman szemcsés felületével és szürkés-fehér színével élesen el volt határolható a környező puha tapintatú, finom érzékszertel feltűntető agyállománytól.

A talált elváltozás már makroszkoposan is tuberculumok csoportosulásából keletkezett conglomerat-tuberculumnak felel meg. (3. ábra.)

A daganat eltávolítása az agy felszínéről elég könnyen sikerül. Csupán a daganat középső részének megfelelően függött az szorosabban össze az agyállomány felszínével, sőt e helyen a daganat az agy állományába bele is terjedt. Eppen ezért ezt a területet a daganat eltávolítása után *Paquelin*-éggel ki is égetjük. Vérzés a műtét menetét nem igen zavarta. Csupán a duralebeny készítéséhez vált szükségessé az arteria meningea egyik ágának lekötése. A daganat eltávolítása után az osteoplastikus lebenyt visszahajtjuk és úgy a durát, mint a fejbőr sebéit egyesítve, a sebet teljesen zárjuk. A műtétieltávolított daganat helyesebben sarjszövet, nagysága rögzítés után $0.5 \times 3 \times 2$ cm volt, melynek külső felszíne apró szemcsézettséggel teleszórt, alsó felszíne egyenetlen (4. ábra). A megejtett metszlapon tömött, solid rostos kötőszövetből állónak látszik amelyben semmi rétegeztség, vagy szemcsés szerkezet nem ismerhető fel. A tuberculum másodlagosan elgenyvedt részleteket nem tartalmazott. A szövettani kép (haematoxylin-eosinnal és *Weigert*-féle elasticafestéssel készült metszetekben) tipusosnak mondható. Az elnyult ovalis alakú képlet gümö-conglomeratumból, elmosódott határú, szögletes, polygonalis, néhol oszlopszerűen felálló, epitheloid sejtekből és számos fibroblastból áll, az előbbiekből többnyire ovalis magvakkal; a gümők peripher részeiben kismagvú lymphocyták és kevés polynuclearis leukocytá jelenik meg. A képzőanyagok bővelkednek *Langhans*-féle óriássejtekből; helyenként a gümöcskék diffúze összefolyó elsajtosodást mutatnak. A sejtömegek általában jól kivehető reticularis szerkezetű sejtközi állományba vannak beágyazva. A meszetek a vascularisatio nagy szegénységét mutatják be, amely részben az elsajtosodásnak oka. A proliferatio főleg felületi terjedést eredményezett, bár a daganatszerű gümö-conglomeratum a kéreg parenchymába is belenőtt. Elasticafestéssel a sajtos tömegek néhány helyén edényconturok vehetők ki. (5. ábra.)

A beteg műtét utáni állapota teljesen kielégítőnek volt mondható. A műtét napját nyugodtan türté, este azonban mindkét alsó és felső végtagra, valamint a törzsére is kiterjedő, eszméletlenséggel járó görcsök léptek fel, az eddigiek-nél sokkal kifejezettebb intenzitással, amelyek rövid időközönként megismétlődtek. 20 ctg luminal subcutan a görcsöket megszünteti. XI. 29-én: a jobb arcfélen, kézen rángások, beszéde nehezen érthető. Egyes szavakat nem tud kiejteni. Napközben a motoros aphasia, valamint jobboldali facialis paresis tünetei mindinkább kifejezettebbek. A jobb kéz ujjainak activ mozgása korlátolt, 10 cem 10%-os natrium chlorid intravenásan, 20 ctg luminal subcutan. Estére állapota javult, beszéde érthetőbb. 10 cem urotropin intramuscularisan. XI. 30: görcse nem volt. Jól érzi magát, csupán kisebb-fokú rángások vannak arcában és jobb felső végtagjában.

Therapia: ugyanaz. XII. 1.: Beszéde érthető. Jobb kéz szorítóereje változatlanul csökkent. Állandóan subfebrilis, mint műtét előtt. XII. 3.: Jobbkéz szorítóereje, motoros aphasiája lényegesen javult. Görcse nem volt, csupán jobb arcfelében lépnek fel néha finomabb rángások. XII. 7.: varratszedés, seb elsődleges gyógyult. 3×5 ctg luminal tablettától és 10 cem intramuscularis urotropin injectiótól eltekintve, más gyógyszeres kezelésben nem részesül. Neurologiailag: görcsmentes. Patellaris reflex reflexogen zónája kétoldalt megnagyobbodott, *Babinski* negatív, jobb kéz hüvelyk és mutatóujját alig tudja mozgatni. Szömégértés jó, spontan beszéd és utánmondás akadályozott. Jobboldali facialis paresis. XII. 18.: Jobboldali sulcus nasolabialis elsimult. *Mayer*-, *Léri*-reflex kétoldalt egyforma, úgyszintén hasreflexek is. A felkar lendítő mozgásai járáskor normalisak. Jobb alkar izomzata a dorsalis részen nyomásra érzékeny, a hüvelykujj és mutatóujj voláris részén tapintást nem érez, a fájdalomérzés lényegesen csökkent. Jobb kéz szorítóereje: 10, balé 25. Beszéd: spontan beszéd és utánmondás jó. 1932. XII. 22-iki kiegészítő vizsgálat: naponta a reggeli órákban megszakításokkal 2-3 óra hosszat jobb száj körül rángások jelentkeznek. 2-3 naponként a gégeben is hirtelen görcsös feszülés lép fel, ilyenkor alig, vagy egyáltalán nem tud beszélni. Nyakban, vállban, karjában rángatózás nem jelentkezik; eszméletvesztéssel járó görcsös roham nem volt. Jobb karját zsidbadtnak érzi. Akalkulia nincs jelen. Írás, olvasás nem vizsgálható, mert analfabéta. Ujj-agnosia negatív. Kérdésekre beteg előadja, hogy ritkán jobbra irányuló kényszerű szemállások jelentkeznek. Activ paraesthesiák a jobb kéz I., II. és III. ujjában. Enyhe facialis-paresis jobb oldalt, ami nevetés közben eltűnik. A physiologiás karlendítő mozgások jobboldalt visszatértek. Patellaris reflex reflexogen zónája mindkét oldalt megnagyobbodott. Hasreflexek egyformán jól kiválthatók. Beszéd közben észrevehető a szókeresés; néha egyes szótagokat explosíószerűen ejt ki. *Mayer*-, *Léri*-reflex jobboldalon is élénken kiváltható. A jobb alkar radialis felén és első két ujj voláris részén, nemkülönb az alkar dorsalis részén, könyöktől le a csuklóig nervus cutaneus antibrachii lateralis, ramus cutaneus palmaris, nervi digitales volares proprii, nervi mediani innervációs területén a tapintás és fájdalomérzés csökkent. (6. ábra.) A küszöb-



6. ábra.

érték tactilis ingerekre ingadozik, ezért az érzéskiesés határa is némileg fluctuál. A fájdalomérzés kifejezetten vesztett élességéből a normalis bőrfelülettel szemben. Ezt azért emeljük ki, miután, dacára a peripher typusnak, az érzésvart mégis postoperatív kérgi eredetűnek kell tartani (l. alább) és ismeretes, hogy *Head* és *Holmes* nem ismerék el annak lehetőségét, miszerint a kéregnek megbetegedései a fájdalomérzésben zavarokat idézhetnek elő. A hőérzés értékelésében zavart nem találunk; (*discriminatio*, súlyérzés, localisatio a beteg fáradékonysága miatt nem vizsgáltatott az operatio után). A műtét után kérgi eredetű tactilis hallucinációkat nem észleltünk. A beteg a sensibilis kérgi terület irritatiójának megfelelően gyakori paraesthesiákról panaszkodik, amelyek az operatio előtt is időnként megjelentek és a partialis epilepsziás rohamoktól függetlenek voltak. Az izomzat tápláltságában a túlóldalihoz képest eltérés nem találtatott. Féloldali vasomotoros jelenségek sem voltak megfigyelhetők. Temperatura $36.8-37.2^\circ$ C közt ingadozik. Miután az operatióval kapcsolatban exogen tényezők kihatása kizárható, így főleg trauma, strangulatio a peripher idegtörzsekre, a féloldali localisatióknak megfelelően csakis a kérgi laesio vonható felelősségre a peripher típusú érzéskiesésért. Ilyen kiterjedésű érzésvarovok lehetőségét a sensibilis kérgi zóna bántalmazottsága alkalmával *Foerster*,

Kroll is lehetők tartják, — kivételesen. Inkább volna ugyan várható, hogy a legdifferentiáltabb kézi műveletek idegének, a philogenetikusan még fiatal nervus ulnarisnak beidegzési területére localizálható kiesés; azonban e tekintetben még tapasztalataink annyira szörványosak, hogy nem engedik meg általánosabb érvénytel bíró szabályszerűségeknek felállítását. A szájszeglet és környezete érzékesítést esetünkben az operatio után sem mutatott; (hüvelykujj érzés-beidegzésével kapcsolatos topographiás viszonyokra nézve *O. Sittig*, *Cushing*, *van Valkenburg* megfigyeléseit).

A műtét a beteg tüdőszövet nyugalmát zavaró continuens, rhythmusos rángások kiiktatását — (a nyak és váll-izomzatban) — eredményezte. Ezen műtét eredmény mellett a specifikus tüdőfolyamat javulása is inkább remélhető. Az agyhártyáknak csoportos tuberculuma esetén a gócnak excisiója, vagy excochleatiója még gondos védőtampomade mellett is a műtét terület ép képleteire nézve a fertőzés veszélyét jelentheti. Különösen áll ez éppen az agyhártyákra nézve, amelyek a tuberculosis fertőzéssel szemben fokozott érzékenységgel bírnak. Ezzel szemben nem lehet szemet hűnyni azon ismeretek felett, amelyeknek birtokába a tuberculosis pathológiája újabban juttatott bennünket. *Ranke*, *Redeker*, *Simon*, *von Gröer*, *Much*, *von Hayek* és mások az allergia fogalmának elemzése által az „érzékenységváltozás“ és a „reactivitasváltás“ által képviselt összetevőkhöz jutott el. A szervezet a visszahatás munkája révén eljuthat a pozitív anergia (*von Hayek*), vagy adiphoria (*von Gröer*) állapotába, vagyis a szöveteknek érzékenysége a már ki-gyakorolt reactio révén változást szenved. A nagyobb-fokú érzékenységet jelentő toxikus-exsudatív jelenségeket az indurativ-cirrhotikus-productiv phasis váltja fel. Ez az adiphoria magyarázhatja meg az agyhártyák egészének sértetlenségét is — a körülírt csoportos gümőknek jelenléte esetén és más tényezőktől eltekintve ez bátoríthat fel a sebészeti beavatkozásra is, miután feltételezhető, hogy egyrészt a specifikus tüdőfolyamatnak, másrészt az agyhártyák localis tuberculosisanak reactionis munkája folytán a tuberculosis bacillusoknak ingerhatása a meninxekre nézve tetemesen korlátozódott.

A corticalis görcsök mellett lassanként általános epilepsziás rohamok fejlődtek. Tapasztalataink szerint minél nagyobb felületet foglal el a daganat a convexitáson, annál inkább bír az általános epileptogen tulajdonsággal. Az epileptikus tünetegyüttest még a convexitas tumorai esetén sem lehet csak a direct izgató hatásra visszavezetni, hanem távolhatásokra is, amelyeket a processus, itt a fejlődő újképlet a központi szerv más elemeire gyakorol. Így a másodlagos hydrocephalus, az agyduzzadás, ischaemia veendő számba; ismeretes, hogy operatio alatt a rohamot praeparoxysmalis ischaemia vezette be. *Spielmeyer* pedig a kisagyban és az Ammon-szarvban — főleg a Sommer-sectorban — anaemiát, sejtváltozásokat (árnyékképeket, gliogen pálcasajteket és decompositióis termékeket) állapíthatott meg. Nem hanyagolható el emellett a vegetatív központokra vonatkozó távolhatás sem; tudvalevő, hogy viszonyosság áll fenn a vegetatív tonus és az ioneloszlás, továbbá a neuromuscularis ingerlékenység között. Ezenkívül a vasomotiónak, a vízháztartásnak befolyásolása, amely utóbbi a maga részéről szintén circulatoros-dynamikus sejtelettani hatásokat közvetít és a reagibilitást kórosan megváltoztathatja, figyelemre méltó.

Többnyire a fejlődésnek fentvázolt iránya áll fenn, vagyis a hemiepilepsziás rohamok az agyvelő reagibilitásának megváltozásával lassanként mennek át az általános epilepsziás rohamokba, amelyekkel párhuzamosan a corticalis görcsök tovább jelentkezhetnek. Ezzel szemben voltak esetek észlelhetők, amelyekben a daganatnak a gyrus centralis anterior táján történt localisatiója dacára a tüneti képet generalizált epilepsziás rohamok ve-

zették be. *Dreyfuss* esetében az általános epilepsia syndroma már 3 éve állott fenn és csak azután kezdtek mutatkozni a localis görcsök (l. továbbá *Wohlwill* és *Licen* közléseit). 4 hét előtt *Focher* és *Makinak* egy meningioma (dural-endothelioma, psammosarkoma) esetét dolgoztuk fel szövettanilag, amely a gyrus centralis anterior kérgében történt betervedése által kezdett malignussá válni; ebben az esetben is a klinikai kép előterében az általános epilepsziás rohamok állanak, amelyek a scenariumot bevezették. Az esetről, amelyre itt csak kivonatolisan kívánunk utalni, — a Debreceni Orvosegyesületnek 1932. nov. 22-iki ülésén referáltunk (*Benedek—Piróth*); ez utóbbi 3.5 cm hosszú, 5 mm vastag, 7 mm legnagyobb szélességű kimetszett daganatrésznek húsos, tömött szövete keményebb, kölesnyi-borsónyi, concentrikus rétegzettségű, fehéres és áttűnő, rostos szerkezettel bíró gömbölyded, nagyjából központjukban petrifikált testecskéket tartalmazott, amelyek görcsövilag hyalinosan elfajult, nagyjából mésszel incrustált képleteknek látszottak. A collagen sejtközi állomány hézagaiban sokszögletű, epithelszerű sejtek foglalnak helyet. Vannak részletek, — helyenként az agyállományba betervedőleg — amelyek kifejezetten alveolaris szerkezetűek (l. 7. ábra). Az agykéregben levő góc szomszédságában, a nagy pyramissejtek rétegében, kiterjedt degeneratív elváltozásokat találtunk (l. 8. ábra), amennyiben a ducsejtek gyakran duzzadtak, aequivalens képekben halványabban tingálódtak, magfestés igen halvány, sejmagvak meg-nagyobbodtak, magstructura alig látható. (Az utóbbi daganat előfordulásának gyakoriságára nézve legyen szabad utalnunk *Cushing* statistikájára, amelyben a dural-endotheliomák a többi agydaganatok között 11.9%-kal vannak képviselve). A gerincvelő-daganatok között az endotheliomák, beleértve a psammomákat is, *Schlesinger* esetei között: 6, *Fraizer* eseteiben pedig 11.5%-kal szerepelnek a gerincvelő újképletei között.

Görcsrohamok agydaganatokban szenvedőkön *Krause—Schumm* eseteiben 15 százalékban voltak megállapíthatók. *Mac Robert* és *Feinier* 165-ből 22 esetben, *Winternitz* az eseteknek 80 százalékában találnak hasonló tüneteket. Ezzel szemben *Hahn* szerint a hochweitzeni epilepsia-intézetnek kórbonctani anyagában az epilepsziásoknak 3.3%-ában volt agytumor található. Egyébként a kórtani összefüggés érdekel bír. *Bielsowsky* mutatott rá nyomatékkal arra, hogy az agytumorképződés mellett gliomák és sarkomák eseteiben kifejezett széli gliosist lehetett találni, amely elváltozás másokkal együtt az epileptiform agyvelőre jellemző szövettani lelet. A gliaburjánzást már ezen esetekben is *Bielsowsky* elsődlegesnek blastomás componenssel bírónak tartja. Az egyes szerzők statisztikai adatait a tumor és görcsös manifestációk összefüggésére vonatkozólag már csak azért sem lehet összehasonlítani, mert egyesek a nagyagyvelőre, mások az egész intracranialis ürnek újképleteire vonatkoztatják azokat.

Összefoglalóan kiemelni kívánjuk: 1. a műtét indiciatio sajátosságát: a kérgi eredetű, hemitypusú, continuált, görcsös rángásokat a nyak- és váll-izomzatában, amelyek a beteg tüdőszövetben a gyógyulási folyamatnak megindulását gátolták és a kérgi góc eltávolítása után megszűntek;

2. a combinált (*Benedek-féle*) koponyakopogtatási eljárás értékét. A betegen ugyanis az elért műtét eredmény főképpen a daganat pontos localisatiójának tudható be, amely célra ez a kopogtatási módszer megbízható vizsgáló eljárásnak bizonyult, amennyiben ebben az esetben is a conglomerat-tuberculumnak úgy alakú, mint kiterjedési viszonyai teljesen megegyeztek a műtét előtt felvett és ott bemutatott koponyalelettel. Ezzel szemben a sike-

res encephalographiás felvétel csak a gyomroc-s-vetületnek minimalis oldalirányú eltolódását mutatta. Véleményünk szerint ez a módszer van arra hivatva, hogy az agydaganatok és egyéb agyi elváltozások localisatióját megkönnyítse és a ma még nem localizálható agydaganatok számát csökkentse, amely szám nagyobb statisztikák adatai szerint (Oppenheim, Denk, Cushing, Heuer és Dandy) még ma is 30—44% között ingadozik.

3. A súlyos belső szervi tuberculosis dacára a meningialis tuberculumnak műtéti eredménye egyelőre igen kedvező.

4. Külön említést érdemel a *corticalis* eredetű, postoperatív, *peripheriás* típusú érzészavar, a contralateralis felső végtag bőrén; a nervus cutaneus antibrachii lateralis és nervus medianus innervációs területén, amelyeknek előállásáért csakis a kéregnek operatív laesiója vonható felelősségre.

Irodalom: 1. Rev. Neurolog. 1932. 39. I. — 2. Nervenarzt. 1928. 4. f. — 3. Benedek: Über die Schädelperkussion. Berlin. Karger, 1932. 67. — 4. Psychiatr. Bl. 1932. 36. 162.

A Tisza István Tud.-Egyetem bőr és nemibeteg klinikájának közleménye. (igazgató: Neuber Ede ny. r. tanár.)

Helyikezelés levegővacuummal.

Irta: Skutta Árpád dr. tanársegéd.

Levegővacuumnak gyógykezelési célokra felhasználása lépten-nyomon előfordul az orvosi gyakorlatban. Kezdvé az egyszerű fecskendőszivattyútól, a különböző szívóberendezésekig ismerünk eszközöket, melyek a légritkítás elvén alapszanak. A Potain és Dieulefoy féle aspiratorok pl. nagyobb folyadékgyülemek, izzadmányok eltávolítására szolgálnak. A Bier harang a Klapp féle szivattyus berendezés hyperaemia-keltés és kóros váladéknak (genynek) a mélyből kiszívása céljából használatos. Vízszugár, — sőt elektromos-szivattyuk használata műtéti vér, nyál és izzadmányok eltávolítására szintén ismeretes.

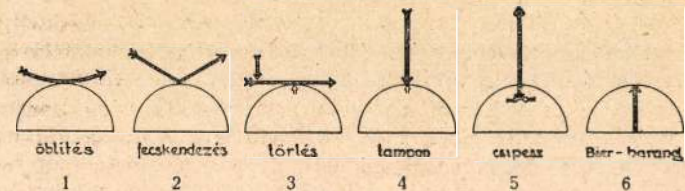
Jóllehet a levegővacuum igénybevétele gyakori, sőt egyes orvosi szakmunkákban mindennapos, alkalmazása nem olyan és nem akkora, hogy ennek alapján jelenleg egy u. n. általános érvényű szívókezelésről beszélhetnénk.

Szívókezelés alatt ezidőszent a Bier-féle eljárást értjük, mert Bier volt az első, ki a vacuum therapiás jelentőségét felismerte és bevezette. Azonban, mint ez majd alább kitéjük, a Bier-kezelés csak az első lépést jelenti a légritkításnak therapiás kihasználása terén és emiatt nem alkalmas arra, hogy egy általános érvényű szívókezelés fogalmát minden vonatkozásban kifejezze. Ez a kezelési mód kezdetleges stadiumban maradt azért, mert késett a légritkítással járó egyéb hasznos physiko-mechanikai jelenségeknek az orvosi gyakorlat céljainak megfelelő felismerése, megkülönböztetése, valamint tudatos felhasználása.

Szívókezelésnek általánosítását és az eddigiektől eltérő hasznosítását két physikai tulajdonság alapján tartom indokoltnak. Éspedig: légritkítással előállítható physikai jelenségeket az jellemzi elsősorban, hogy tisztán centrifugalis irányú erőket nyújtanak, másodsor ezek az erők váladékok eltávolítását a lehető legrövidebb úton végzik. Ezen az alapon megindult tanulmányaim kiterjedtek a levegővacuum képződésének physikai jelenségeire, a kiválasztott jelenségek előállítására szolgáló készülék megszerkesztésére és új gyógykezelési mechanizmusoknak therapiás alkalmazására.

Ha a szokásos elterjedt helyikezelési eljárásaink mechanizmusát felülvizsgáljuk, kitéjük az, hogy a vála-

dékeltávolításnak előbbi ideális módozatait nem, vagy alig juttatják érvényre. Elég egy pillantást vetni az 1—6 ábrarozatra, mely sorrendben tünteti fel az öblítés, kifecskendezés, törlés, tampon-, csipeszhasználat, végül a Bier kezelés hatásmechanizmusait. A félkörök kezelési területet, nyilak a mechanizmusokban szereplő erők irányát és hozzávetőleges nagyságát jelentik. Megállapítható ezen ábrákból az, hogy a szereplő erővonalak iránya nagyrészt tangentialis, kisebbrészt centripetalis és csupán egy esetben tisztán centrifugalis.



1—6. ábra.

Mint ismeretes, mechanikus kezelési formáink valóban nem felelnek meg teljes mértékben velük szemben támasztott igényeinknek, mert közös jellemvonásuk az, hogy úgy qualitative, mint quantitative elégtelenek váladékoknak, kórokozónak és toxinoknak maradéknélküli, vagy azt megközelítő eltávolítására. Mechanikus helyikezeléseink elégtelenségének okát sorozatos physiko-mechanikai, energetikai és therapiás célszerűtlenségek eredményezik.

Physiko-mechanikai célszerűtlenség elsősorban a centrifugalis erők hiánya, minek következtében helytelen a váladékeltávolítás módja. Másodsor az ábrázolt mechanizmusok természetüknél fogva főleg tömör, síma felszínek kezelésére valók, legkevésbé pedig összetett, szövetes állományú testszövetek tisztítására. Fertőzések lefolyásának leggyakoribb helye a kötőszövet. Physikai, tehát nem anatómiai szempontból a kötőszövet-állomány egy folyadékkal átítatott, laza, rugalmas, rostos váz, mely egy összefüggő hézagrendszer (nyirokhasadékokat) foglal magában. A 7. ábrán egy hámfosztott kötőszövet



Hámfosztott kötőszövet-állomány vázlatos szerkezete.

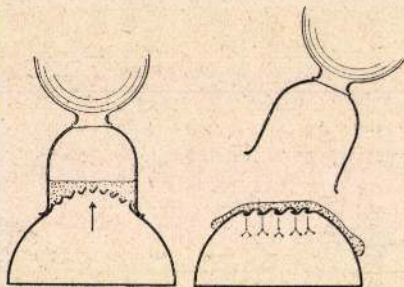
7. ábra.

physikai állományának, egyuttal a lehető legegyszerűbb sebviszonyok vázlatos szerkezetét mutatom be. Könnyen érthető ennek alapján, hogy tangentialis irányú behatással pl. törléssel a réseket zárjuk, mert falaik egymásra borulnak, centripetalis beavatkozásokkal (pl. nyomással) pedig annak ellenére, hogy a váladék nagyrészt indirect hatás folytán eltávolíthatjuk, annak egyrészt mélyebbre szorítjuk és nyomás közben a hézagokban visszatartjuk. A valóságban és a gyakorlatban azonban az a helyzet, hogy ezt az állományt azonfelül még egy csőhálózat szövi át, melyben-végleges irányát tekintve centripetálisan folyadék (vér) kering. Továbbá ebben a strukturában belső erők (osmosis, diffusio, transfusio, activ és passiv folyadékáramlás) is működnek, melyek mindennemű eltávolításkor legnagyobbbrészt ellentétesen hatnak. Eme körülmények azt igazolják, hogy helyikezelési eljárásainkat nem megfelelő közegen, vagy közegben alkalmazzuk.

Az energetikai célszerűtlenség abban áll, hogy nem megfelelő nagyságú erőket használunk, amit az 1—6. ábrákon kifejezésre juttattam.

Végül következnek azon célszerűtlenségek, melyek a therapiás cél elérését akadályozzák, vagy hátráltatják. Amit a testszövetek physikai állományának jellemzésére mondtam, fokozottabb mértékben áll az kórosan elváltozott, pl. gyulladással kötőszövetre, amelyben a nedvtartalom, a hézagrendszer nagyobb, benne sejtes elemek fordulnak elő, és a belső erők is fokozottabbak. Kóros viszonyok között tehát az eltávolításnak még nagyobb akadályai állanak fenn. Az eddigi részletekre terjedő megokolást az a tény tette szükségessé, hogy testszövetek kóros váladéka rendszerint nem homogén, hanem virulens csírokat és mérgező toxinokat tartalmazó heterogén anyag, melynek eltávolításakor valóban nem közömbös az, hogy az milyen százalékban történik s annak elenyészőnek tűnő részleteit kezelés közben elhanyagoljuk. A tökéletes, vagy az adott viszonyoknak megfelelő maximális váladékeltávolításán kívül gyógyelveink megkövetelik még, hogy mindennemű helyikezelés ártalom nélkül történjék. Ne kerüljön fertőző anyag a vérpályába és a szervezet helyi védekezését képező lögát épségben maradjon. A helyikezelés kiméletességének parancsoló szüksége a gyakorlatban azt eredményezi, hogy a tárgyalt helyikezelési módok közül rendszerint a szükségesnél enyhébbet kell használnunk, vagy pedig egyiket sem vehetjük igénybe.

Látszólagos kivételt képez mindezek alól a Bier-kezelés mechanizmusa, melyen tisztán centrifugális irányú energia szerepel. Ez az eljárás azonban egy therapiás szempontból be nem fejezett eljárás. Legfőbb hibáját a következő ábrák mutatják be. A 8-ik rajzon a mélyből



A Bier-féle kezelés hatásmechanizmusa.

8—9. ábra.

kiszivott váladék elhelyezkedése és a vacuum közben tátongó szövethézagok láthatók, a 9-ik rajz a vacuum megszüntetéskor bekövetkező állapotot szemlélteti, amikor a tátongó szövetrészek falai összesnek, ennek következtében a felettük levő váladék egyrésze visszaszívódik, a váladék főtömege pedig úgy a kóros, mint az ép felszínen szétfolyik. Egy másik hibája a Bier-eljárásnak az, hogy kezelés közben nem tudjuk a vacuumot szabályozni. Harmadsorban a gummiballon, egy dugattyús szivattyú hirtelen beálló vacuumot idéz elő, ami hasonlít az ütés mechanizmusához, csak hogy ellenkező irányú erőkkel, ami durva beavatkozást jelent, úgy hogy ártalmak forrása lehet.

Megismerve az eddigi szívókezelések hibáit, olyan megoldások után néztem, melyek gyógyeljárás elveinket helyikezeléssel, illetve szívókezeléssel kapcsolatban mindenben fedik. E kérdést tekintve elsősorban arra az elhatározásra jutottam, hogy a váladékot rögtön kiszívás után további szívással eltávolítsam. Ebből adódott az, hogy szíváshoz állandó működésű szivattyút használjak. Ezt követte a vacuum-keltéssel járó

physikai jelenségek pontosabb megismerése, ami új mechanizmusok megvalósítására vezetett.

Légrítkításkor előálló physikai jelenségek egyúttal mindennemű szívókezelésekhez szükséges alapismeretek röviden összefoglalva a következők: Környezetünket betöltő levegőmennyiség óriási súllyal nehezedik minden testre, amely súly nyomás alakjában azért nem feltűnő, mert minden irányból egyenletesen hat. Ez az aerostatikus nyomás tulajdonságait tekintve teljesen hasonlít a tengerek mélyén fennálló hydrostatikus nyomáshoz. Ha a levegőtér egy pontján légrítkítást végzünk, az egymással szemben ható erők egyensúlya megbomlik, ami észrevehető nyomás alakjában nyilvánul. Légrítkításkor a levegőtérben egy u. n. „határfelület“ keletkezik, melynek egyik oldalán az adott légnyomásnak megfelelő sűrűségű levegő, másik oldalán ennél ritkább tömegű levegő kerül egymással szembe. Ezen állapot bekövetkezésének pillanatában a légnyomásban rejlő potentialis energiának kinetikus energiává átalakulásának sorsa attól függ, hogy milyen halmazállapotú test képezi az említett határfelületet. Ha gáznemű levegő, akkor a nyomáskülönbség azonnal kiegyenlítődik, a sűrűbb levegő akadály nélkül nyomul a ritkult levegőtérbe és ennek következtében levegőáramlás jön létre. Ha a határfelületen folyékony test van jelen, a ritkult levegőtér felé folyadékáramlás indul meg. Ha pedig szilárd test alkotja a határfelületet, a légrítkítás nem egyenlítődik ki, sőt a légrítkítás teljes vacuumig fokozható.

Lássuk ezekután mekkora az az erő, amelyet vacuum keltéssel nyerhetünk. Mivel a légnyomást kb. állandó magasságú levegőtömeg fejt ki, egy bizonyos felületre ható nyomóerő is állandó. 1 cm² felületen vacuumban 760 Hg. mm-es légköri nyomás esetén kb. 1000 gr-nak megfelelő aerostatikus nyomás jön létre, 10 cm²-en már 10,000 gr., 1 mm²-en azonban kb. csak 10 gr. A felsorolt példák maximális értéket jelentenek, melyeket vacuummal fokozni nem lehet. E példákban kitűnik az is, hogy a kapott légnyomás függ a határfelület terjedelmétől, tehát a szívóerő nagysága az alkalmazott szívócső szájadékának átmérőjétől.

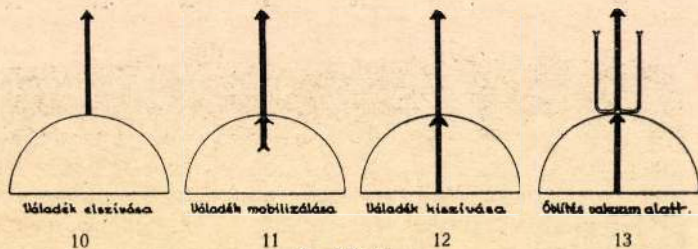
A vacuumkeltésnek ezen qualitativ és quantitativ törvényszerűségei alapján a következőképen bővítettem ki az eddigi szívókezelések szűk határait:

1. Levegőáramlás már magában egy olyan mechanizmust képvisel, mely váladékok szívására alkalmas. Keltethető testszövetekre ható vacuum nélkül, vagy kisebb légrítkítással. Első esetben minden eddigi helyikezelési módnál enyhébb formát nyerünk, melynek mechanikai ábrázolása a 10-ik képen látható. Mint eljárás helyettesítheti az öblítést, kitorlést és tamponálást. Az elszívásnak kisebb nagyobb vacuummal történő összetett mechanizmusát a 11-ik ábra mutatja. Ez a kezelési forma tapadó váladékok eltávolítására alkalmas, mert míg a hatásmechanizmusban szereplő légrítkítás tapadó részek mobilizálását végzi, a légáramlás a helyükből kimozdított kóros anyagrészeket sodorja el. A helyikezelésnek ez az alakja a sűrűbb, főleg tapadó váladékok kimosását, öblítését, kifecskendezését és letörlesztését teszi feleslegessé, sőt a legtöbb esetben helyettesíti a csipesz használatát is.

Ugyanez a mechanizmus a megközelítően teljes vacuumig fokozható. Mélyhatást tekintve ez már egy energetikus kezelési mód, mely főleg váladékoknak nyomással végzett eltávolítását helyettesíti. Alkalmas tehát az úgynevezett Bier-kezelések végzésére, azzal a különbséggel, hogy a kiszívott váladékot még vacuum-közben el is tudjuk szállítani. E hatásmechanizmus lényegét a 12-ik rajz szemlélteti.

Az eddig felsorolt mechanizmusokat a levegőáramlásnak és különbözőfokú légrítkításnak kombinációi jel-

lemzik. Lássuk, hogy mit nyerünk akkor, ha a légritkítás következtében beálló folyadékáramlás mechanizmusát kötjük össze egyidőben vacuummal, — annál is inkább, — mert gyógyeljárás elveink betetőződését jelentené az, ha vacuum alá helyezett kóros közegét ugyancsak a légritkítás következtében beáramló tetszőszerinti folyadékkal vacuum közben át lehetne mosni. Egy ilyen hatásmechanizmus képe látható a 13-ik ábrán. Gyakorlati megvalósításának alapfeltétele az, hogy két határfelület álljon rendelkezésre légritkítás közben. Kísérleteim igazolták azt, hogyha egy zárt, légritkított térben az egyik határfelületet a kezelendő területen, a másikat pedig folyadékfelszínen létesítem, a kóros felszínen vacuum jön létre, a folyadék pedig a légritkított térbe áramlik, anélkül, hogy a vacuum csökkenne. Továbbá, ha a beáramlott folyadék mennyisége eléri a szívóvezeték csövét, abba is benyomul és a légritkítás irányában távozik e térből. Miként a levegőáramlást, úgy a folyadékáramlást is változtatható vacuummal lehet végezni. A megközelítően teljes vacuumos mosás alkalmas esetben hatásában minden eddigi helyikezelési eljárásnál alaposabb és erőlyesebb beavatkozási mód és alkalmas arra, hogy mechanikai helyikezeléseket gyógyítás szempontjából a legszerezesebb módon kösse egybe a chemiai hatású kezelési methodusokkal.



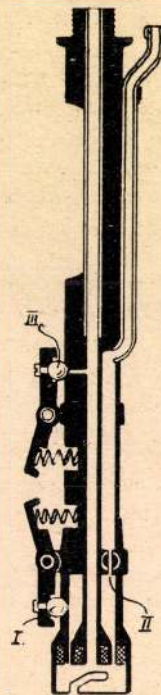
10—13. ábra.

Ez utóbbi mechanizmus értelmében a folyadéknak szánt határfelületén át levegőt is lehet zárt légritkított térbe vezetni, amikor a határfelület kellő méretezése esetén vacuumos *levegőöblítést* is tudunk végezni. Megfelelő műszer segítségével elértem azt, hogy a beáramló levegő, mielőtt a vacuumot fenntartó szívóvezetékbe nyomulna, a szívócső szájadékbán egy szívóvezetékbe vezető csőért, a szájadék peremén pedig légörvénylést hoz létre, amely a kiszívott váladékot fokozott mozgató erővel ragadja magával és szállítja tovább.

Mint látható, az eredeti Bier-féle váladékeltávolító mechanizmus nem is szerepel előzőleg ismertett ábrázolásokban, hanem csak mint részlethatás található meg a 12. és 13. rajzban.

E négyféle mechanizmus előállítására alkalmas műszereket szerkesztettem. A határfelületeket az ú. n. *szívófejek* szabják meg. A vacuum szabályozása és a vacuumos levegő-, valamint a folyadéköblítés megindítása egy szabályozó-kézműszer segítségével történik. A szívófejek mindegyike kettős csőrendszerrel bír, melyek közül a belső a tulajdonképeni szívócső, a külső a beáramló levegő és folyadék vezetésére szolgál. A szabályozó készülékben 3 csőrendszer van. A szívófej és szabályozókészülék bajonetszerű zár segítségével illeszthető össze, amikor a szabályozókészülék szívócsöve légmentesen csatlakozik a szívófej megfelelő vezetékéhez, a szabályozó műszer levegőodavezető és öblítőfolyadék szállító vezetéke pedig közös nyílással torkollik a szívófej említett külső csövébe. A különböző hatású szívókezeléseket a szabályozó készüléken levő légszelepek és folyadékcsap nyitásával és zárásával lehet véghezvinni. I. szeleppel levegőt II. csappal folyadékot juttathatunk a szívófejbe. A III. szelep a vacuum megszakítására való. A szabályozó műszer szívóvezetékének felső harmada üvegső betéttől

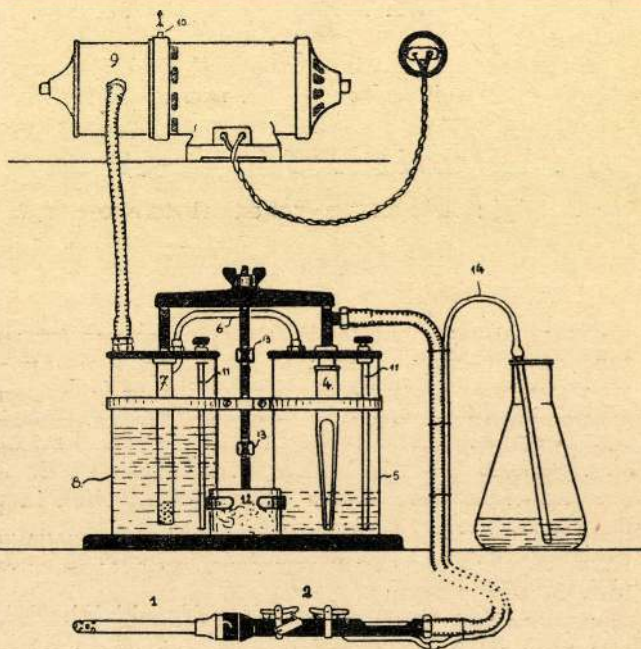
áll, amelyben a kiszívott váladék vagy öblítő folyadék távozását lehet ellenőrizni. E műszer szerkezete a 14. ábrán látható.



14. ábra. A szabályozó-műszer keresztmetszete.

A 10—13. mechanizmusoknak fontos velejárója a váladékszállítás. Tekintve, hogy szívókezelések alkalmával különféle, rendszerint bakteriumtartalmú váladékok elszívása történik, e művelet is orvosi követelményeknek van alávetve.

Az asepsis és higiénia betartása miatt szükségessé vált, hogy az elszállított kóros anyag zárt rendszerbe kerüljön, oly módon, hogy fertőző anyag még a szívásra



15. ábra.

használt levegővel se jusson a környezetbe. Eme követelményeknek felel meg a 15. rajzon feltüntetett szívóberendezés. Működését az jellemzi, hogy a kiszívott kóros anyag a szabályozó készülékhez csatolt 3 gummivezetékben a 4. leválasztócsőbe kerül, ahol kiválik a légáramlásból és az 5. edényben gyűlik össze. A szívásra használt levegőt a szivattyú működése a 6. vezetékbe, majd a 7.

csőbe húzza, melynek apró nyílásain átjutva 8 edény fertőtlenítő folyadékán keresztül a felszínre tör és fertőző anyagaitól megtisztulva ér a 9. szivattyúhoz és ennek 10. nyomócsővén át ismét a szabadba. Légritkításhoz akár az ábrán is látható elektromótoros, akár pedig egy nagyteljesítményű vízsugárszivattyút lehet használni. A váladékgyűjtő és levegősterilisáló edény egy fém állványon nyer elhelyezést. Az üveghengerek fedőlapjait egy közös csavar szorítja le, ennek megfelelően a szétzedés és tisztogatás könnyen keresztülvihető. Azonban az edénytartalom kiürítését lezárt állapotban is végezhetjük az üveghengerekbe nyúló 11. sondákon keresztül. A két üveghenger előtt egy pl. sublimatos gaze-el tölthető kisebb 12 edény látható, melybe kezelési szünetekben a használatban lévő szívófej állítható, miközben a szabályozó készüléket a 13. szorító kapcsok rögzítik. Látható még a rajzon a vacuumos öblítést szolgáló 14. vezeték, melynek egyik vége a szabályozó készülékhez csatlakozik, üvegsóvel ellátott másik vége pedig öblítő folyadékba merül.

Az eddigiekben a szívókezelésnek elsősorban physiko-mechanikai vonatkozásait tárgyaltam. A következőkben az ismertett mechanizmusok általános érvényű hatásait és therapiás indicatióit foglalom össze.

Mint helyikezelési eljárás a szívókezelés az antisepsis elérését célozza. Alkalmazása mindazon esetekben indokolt, ahol eddig tökéletlenebb helyikezelési eljárásokra voltunk utalva. Indokolt azért, mert szívással kórokozónak, váladékoknak és toxinoknak eltávolítását a legmegbízhatóbban és rationalis módon lehet végezni. Tisztán centrifugális hatású erőik igénybevétele módot nyújt arra, hogy antiseptikus helyikezeléseket végezhesünk olyan esetekben is, amidőn eddigi helyikezelési eljárásaink tökéletlensége miatt conservativ therapiára voltunk utalva. (pl. felsőajak furunculus, cervix gonorrhoea stb.). Szívókezelések alkalmazásának fokozottabb lehetőségeit az jellemzi, hogy elsősorban minden helyi jellegű fertőző betegség gyógykezelésére alkalmasak, másodsorban eddig nem követett gyógyeljárásoknak nyitják meg az útját.

Az egyes hatásmechanizmusoktól eltekintve kétféleképpen lehet szívókezelést végezni: *Bier* szerint pl. furunculus esetén az egész gócnak vacuum alá helyezése szokásos. Ez az egyik mód. A másik az, hogy electiv hatású szívóerővel a fertőzött góc egyes részleteit kezeljük. Ez utóbbi eljárás hiányzott az eddigi szívókezelésekben, holott sokszor több eredményt nyújt, mint az első és gyakrabban van rá szükség. Lényegbeli eltérés a kettő között abban van, hogy az első szerint a fertőzött góc lobjáttal együtt kerül vacuum alá, az utóbbi szerint a vacuum a lobjáton belül hat. E kétféle beavatkozási mód birtokában a kórfolyamatoknak minden stadiumában alkalom nyílik arra, hogy szívókezelést végezzünk. A helyi jellegű szövetfertőzésekkel például kezdeti stadiumban végezhető abortiv kezelés, ismét más stadiumban ismeretes hyperaemiakeltés, körülírt gócon in toto alkalmazott vacuumos genyikiszívás, vagy lobjáton belüli váladékkitakarítás, vacuumos mosás, esetleg tályog-, vagy sipolyfalkezelés.

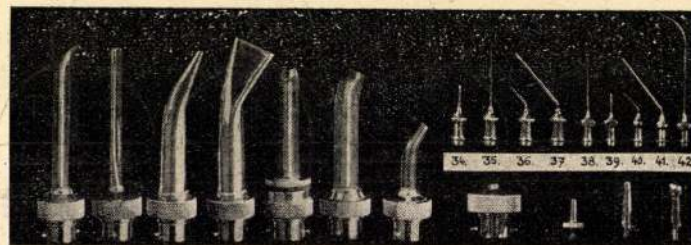
Egy általános jellegű szívókezelés kialakulásának útját állta az a körülmény is, hogy a különféle helyi viszonyok miatt a régi kezeléseket nem lehetett mindenkor alkalmazni. Nem lehetett azért sem, mert az eddigi felfogás értelmében mindig a teljes góc vacuum alá helyezése volt a cél.

Amidőn a lobjáton belüli vacuumkezelésre hívom fel a figyelmet, ismertetem a különböző felületekhez szerkesztett szívófejeket. A 16—22. ábrasorozaton a *Bier*-féle harangokat helyettesítő, vacuumöblítésre is alkalmas, különböző átmérőjű szívófejsorozat látható. Ezek kóros

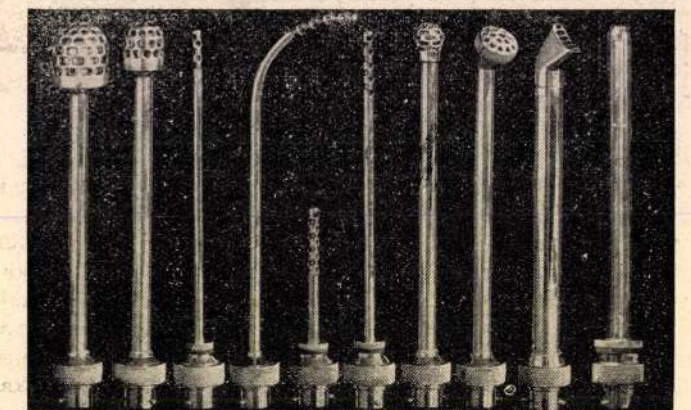
képleteknek teljes átmérőjű vacuumkezelését szolgálják. 23—29 és 52 szívófejek egyetlen nyílással bírnak, melyek főleg felületek és üregek folyadékainak, műtéti vér és váladékok el- és kiszívására alkalmasak. 30. ábra egy foglalatot tüntet fel, melyre 31—32 normal és annál nagyobb foglalatú fecskendő-tű-csatlakozó toldalék csavarható. E toldalékokra fecskendő-tű vastagságú szívócsövek 34—42 sz. illenek, finomabb szívókezelésekhez. A 33 toldalék gummicsőcsatlakozást tesz lehetővé. A szívófejek harmadik csoportját a több nyílással bíró szívófejek alkotják (43—51. sz. sorozat). Ebben a sorozatban található meg a különböző felszínekhez (lapos, üreges, csőszerű) mért szívóműszerek. A 46. és 48. ábrán férfi húgycsőkezelésekhez méretezett szívóöblítő kathetereket, a 47. 45. ábrán női húgycső és cervix-kezelésre szánt, a 43—44. ábrán pedig hüvelyszívó és öblítő fejeket lehet látni.



16 17 18 19 20 21 22



23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33



43 44 45 46 47 48 49 50 51 52

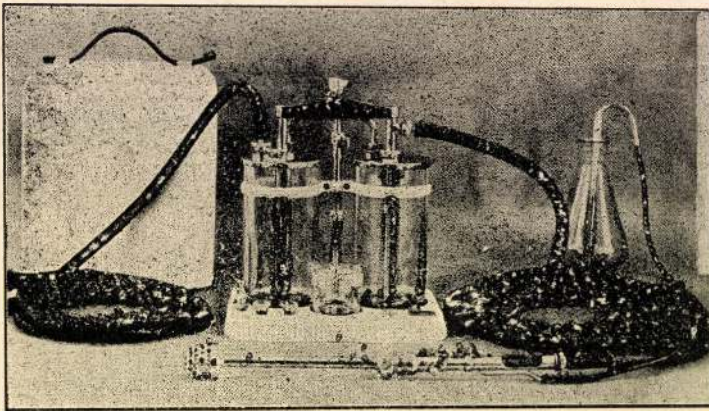
16—52. ábrák.

E műszerek szükséglete orvosszakonként változó és használatuk mindig a kórformák localisatói szerint igazodik.

Eddig végzett szívókezeléseim alapján kitűnt az, hogy az ismertett szívómechanizmusok, jóllehet, hogy kíméletes és általában fájdalommentes, vagy csekély fájdalommal járó beavatkozások, nagyobb hatásfokot mutatnak kóros váladékok eltávolítása esetén, mint az eddigi helyikezelések. A tökéletesebb váladékeltávolítás következményét, a regeneratio korai megindulását minden esetben tapasztaltam. Más esetekben pedig a szívókezelésnek olyan meglepő eredményeit figyeltem meg, miket csakis a centrifugális erőhatáson alapuló mechanizmu-

sok hatásának lehetett tulajdonítani. Csak röviden említem e helyen, hogy klinikánkon folyó szívókezelések igazolták e kezelési módnak és kiterjedtebb alkalmazásának előnyeit. A dermatoterápiában, ahol a helyikezeléseknek minden változata előfordul, az új vacuumos mechanizmusok sok helyikezelési eljárást helyettesítenek, ezenkívül gyógyhatást tekintve, bizonyos esetekben nélkülözhetetlenek. Hasonlóképpen vonatkozik ez más orvosi szakmák helyikezeléseire is, mert a szívókezelések általános therapiás célzata abban foglaltatik, hogy a gyógyulást hátráltató kóros termékek tökéletes eltávolításával a regeneratio megindulásának feltételeit biztosítsuk, lefolyását pedig siettessük.

Ami a kezelési formáknak ellenjavallatait illeti, ezt néhány szóval össze lehet foglalni. Ártani lehet vacuummal, ha a szívószáj pereme infiltrált gyulladással terültre fekszik, amelyre légritkítás közben nagy nyomást fejt ki. Ez csak 1 cm-nél nagyobb átmérőjű szívófejekre vonatkozik. Másodszor ártani lehet helytelen időben alkalmazott szívókezeléssel (pl. gonorrhoea). Az utóbbi azonban csak igen kevés esetre vonatkozik. A főszempont a lobbát épségbentartására irányul. A kórokozók egyéb okból történő szétszóródásának lehetőségét a centrifugális erőhatások szűk korlátok közé szorítják. Egyéb therapiás szabályokat, mint mindenütt, itt is a különböző kórfarmák természete és lefolyása szabja meg.



53. ábra.

Külön nagy fejezet tárgyát képezi a kezeléseknél betegségekénti csoportosítása, rendszeresítése és keresztülvitele. Továbbá a szívókezeléseknek, mint mechanikus beavatkozásoknak kémiai hatású, vagy indifferens, különböző hőmérsékletű öblítő szerekkel egyidejű kombinálása, az elért gyógyeredmények összehasonlítása, egyéb klinikai tapasztalatok ismertetése stb. Jelen munkámat főleg a szívókezelés általános elveinek és technikai részének ismertetésére szántam, részletesebb klinikai vonatkozásaira a közeljövőben térek ki.

Az 53. sz. fényképen látható teljes felszerelésű szabadalmazott készüléket a hazai Süss Nándor Rt. praeciós gyár készíti Budapesten (I., Csörsz-u. 37—41.).

Kiadványainkat olcsón kapják meg előfizetőink az összeg előzetes beküldése után. Soós Aladár: Etrendi előírások III. kiadás, 5 P helyett 4 P; Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra 5 P; Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülöhelyei 215 oldal, 6.50 P helyett 5.50 P. Vászónba kötve 8 P helyett 7 P; Issekutz Béla: Gyógyszerrendelés 8 P helyett 6 P; Riegler Gusztáv: Közegészségtan és a járványtan tankönyve 25 P helyett 5.70 P; Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala 86 oldal 2.50 P helyett 2 P; Krepuska István: A füleredetű agytályogok kór és gyógytana 4 P. — A befizetési lap hátulján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem II. női klinikájának közleménye (igazgató: Tóth István ny. r. tanár).

Kettős méh terhessége.*

A nem terhes méhszarv mint szülési akadály.

Irta: *Batisweiler János* dr. adjunktus.

Ismeretes, hogy a méh fejlődési rendellenességei közül a *symmetrikus kettőzöttségnek* ritkán van nagyobb jelentősége általános klinikai, illetőleg szülészeti szempontból, különösen, ha a kettős méh izomzata és nyálkahártyája ép, mert gyakran tüneteket sem okoz, a benne keletkező terhességek és a vele kapcsolatos szülések legtöbbször zavartalanul folynak le. Csak amikor kismencedebeli megbetegedések: gyulladással járó folyamatok, összenövések, sülyedések és elhajlások megváltoztatják a kettős méh helyzetét, lépnek fel zavarok a terhesség, vagy a szülés folyamán. Az előforduló szövődeményeket *Kermanner* nagy monographiájában részletesen leírta, ismertető esetünk újabb adalékot szolgáltat a kettős méh okozta ritka zavarokhoz, amelyek ilyen esetben magzatra és anyára nézve életveszélyesek is lehetnek.

A. J.-né földműves felesége. Felv. 1932. április 4-én d. e. 5 ó. 30 p., 36 éves 6. P. 20 éve férjes. Kiállott betegségekre nem emlékszik. I. menstruatio 13 éves korában, azóta 4 hetenként, 3—4 napig tartó közepes vérzés, görcsökkel. I. P. 1914-ben é. é. leány, meghalt 8 hónapos korában. II. P. 1922-ben é. é. fiú él. III. P. 1924-ben é. é. fiú él. IV. P. 1927-ben é. é. fiú él. V. P. 1930-ban é. é. fiú él. Normalis szülések, láztalan gyermekágy. Utolsó menstruatio július 27. Jelen terhesség alatt jól érezte magát, csupán varicositásai okoztak időnként lábfájdalmakat.

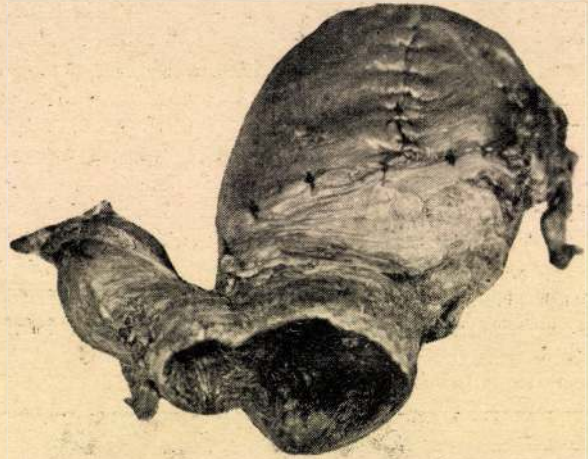
Szülése április 3-án d. u. 1 órakor kezdődött jó fájásokkal, este 10 órakor elfolyt a vize, mire toifájások léptek fel. A szülés azonban nem haladt, erre a bába két ízben megvizsgálta, majd éjjel 1 órakor orvost hivatott, ki szintén kétszer egymás után végzett belső vizsgálatot, majd injectiókat adva, javasolta, hogy az asszonyt szállítsák a klinikára. Hozzánk 5 óra 30 perckor érkezik. Már a külső vizsgálatkor feltűnik, hogy a has aszmetrikus, a méh fundusa a bal borda-ígvégig ér s a méh teste inkább a has bal felében foglal helyet. A méh meglehetősen feszes, fájáshűzetben is csak nehezen lazul el, mert a fájások elég sűrűn követik egymást. Előlekvő rész a fej, mely a jobb oldali csípőtányér fölé emelkedik; szívhangok a köldök magasságában bal oldalon jól hallhatók. Belső vizsgálat: nem álló burok, tünőféiben levő méhszáj, melynek elülső pereme nem tapintható, hátul viszont kétujnyi széles sarlóalakú perem domborodik a hüvelybe. A fej *homloktartásban* van, a homlokvarrat harántul fut. Az állcsúc bal oldalon épen elérhető, a homlok jobb oldalon tapintható. Legmélyebb pont a homlok, ezen van a hatalmas szülési daganat is. Diagonális nem mérhető, a medence külső méretei is normálisak: 25, 29, 19.5 cm. A magzati szívhangok jók.

Keresve a szülés elhuzódásának okát, azt kell feltételeznünk, hogy a rendellenes tartáson kívül még más körülménynek is kell szerepelnie, ami az erélyes szülőfájások dacára a fej áthaladását meggátolja. Ekkor kitűnik, hogy a méhszáj említett pereme mögött mint egy kis ökölnyi feszes, sima felszínű tumor tapintható, amiről rectalis vizsgálattal is meggyőződve érezzük, hogy a rectum előtt és a cervix mögött, tehát a Douglasban foglal helyet. Ez a daganatnak vélt resistencia feltűnően tömött képlet, amely a méhszáj peremével együtt mozog. Arra gondolunk, hogy a cervix alsó részéből, szinte a portióból kiinduló daganattal állunk szemben. Mivel a fej magasan, a medencebemenetbe rögzítve foglal helyet, nincs akadálya annak, hogy vizsgáló ujjunkat a nyakcsatornába is felvezessük s így a nyakcsatorna felől tapintsuk át a passiv szakasz mögött helyet foglaló daganatot. Ekkor vizsgáló ujjunk egy szájhoz hasonló

* Bemutatta a Bp. Kir. Orvosegyesület Gynaekologiai Szakosztályának 1932. december 15-iki ülésén.

nyílásba jut, melyen át mintegy 5—6 cm hosszúságban felfelé vezethető. Kiténik, hogy egy egyenes lumenű cső van a dagamat közepén, ami nyilvánvalóan nem lehet más, mint a *nem terhes mellékszárú corpusának tágult ürege*. A vizsgáló ujjunk eltávolításakor rajta nyálkahártyafoszlányokat veszünk észre, ami az előbbi feltevésünket igazolja. Kétségtelen tehát, hogy *uterus bicornis unicollissal* állunk szemben, mivel a nem terhes mellékszárú belső méhszája közös nyakcsatornába nyílik; a tapintott csatorna pedig a nem terhes szárú kitégült corpusának lumene, ami azt bizonyítja, hogy a nem terhes méhfél is részt vesz a szülőtevékenységben. Megpróbáljuk reponálni, de csakhamar érezzük, hogy erősen rögzített. Ilyen körülmények között a közel 8 órája tartó tolófájások után a szülés gyors befejezése anya és magzat érdekében sürgősen indokolt, noha a bejövételkor a szinte tetanusos fájások miatt adott morphiúm-injekciók hatására a szülőtevékenység intenzitása csökkent és a ruptura veszélye nem fenyegetett. Jelentés Tóth prof.-nak, aki a helyzet gondos mérlegelése után a következőképpen dönt: Az asszonyt vajudása közben már kétszer vizsgálta bába és kétszer az orvos, közel 10 órája elfolyt a magzatvíze, a klinikán is többször vizsgáltatott, úgy, hogy a gyermekágy prognosisa ilyen előzmények után még akkor is kedvezőtlennek mondható, ha a szülést *per vias naturales* fejeznék be. Mivel azonban az *incarceratio* nem terhes mellékszárú szülési akadályt képez, ez csakis az élő magzat feláldozásával volna keresztülvihető. Már pedig erről klinikán nem lehet szó. A szülést tehát *abdominalis* úton kell befejeznünk. Amde a *conservativ* *császármetzés* is veszedelmes az anyára nézve az *asepsis* szempontjából, úgy, hogy a jelen körülmények között az anya és a magzat életének lehető biztos megmentése céljából egyedül a *méhnek és a mellékszárúnak eltávolítása, illetve supravaginalis amputatioja nyújthatja csak a legbiztosabb kilátásokat*. Ilyen értelemben végezzük a műtétet. A has megnyitásakor a szokottnál nagyobb mennyiségű *ascites* folyadékot találunk. A *passiv* szakasz erősen kinyult. A hólyag felé eső részén ötpengőnyi területen *suffusiók* vannak, melyek nyilván a *passiv* szakasz erős kivongálása közben a *rupturának* kezdeti jeleként léptek fel. Mivel az egész *kismedencét* *összenövés*ek borítják, de meg a jelzett műtéti terv értelmében is sokkal szélesebbnek látszik a *corpus* felmetszése, azon keresztül távolítjuk el az élő, érett 3570 g. súlyú 37, cm fejkörfogatús 53 cm hosszú leánymagzatot, melynek fején a *homloktartásnak* megfelelő *configuratio* látszik. A magzat *apnoe*-ban jön a világra és csakhamar magához tér. A *lepény* eltávolítása után a műtét sebét eszközökkel összefogva, kiemeljük a hasfal elé a méh testét, hogy tájékozódhassunk az *anatomiai viszonyokról*. Jobboldalon mélyen a *Douglasban* rögzítve és igen nagy tömegű *összenövés* által borítva foglal helyet a *normalis* nagyságú *nem terhes* méhszárú, melynek jobboldalán halad a *kürt* és a *ligamentum rotundum*. Baloldalon az *adnexumok* magasan fent tapinthatók, a méh mögé csapva s *összenövés*ek tömegébe ágyazva. A hólyagot nehéz megtalálni, mivel a *passiv* szakasz alsó felét is *összenövés*ek borítják. Maga a méh *hossztengelye* balfelé halad. Elülső felszíne pedig az óramutató járásával egyező irányban keletkezett részleges *torsio* folytán jobbfelé tekint. Az adott viszonyok között baloldal felől indulunk ki és igyekszünk elsősorban a *petefészeket* *conserválni*. Azonban oly tömeges *összenövés*ekbe van ágyazva, hogy kénytelenek vagyunk ezt is eltávolítani. A hólyag nem a közepem, hanem inkább a nem terhes szárú felé vongálva, a *kismedence* jobb elülső felében foglal helyet, amiről műtét közben bevezetett *katheter* segítségével is meggyőződünk. Az *összenövés*eket részben *tompán*, részben élesen lefejtve, az erősen kivon-

gált *passiv* szakaszt elől és hátul szabaddá tesszük, majd kiszabadítjuk az *összenövés*ek tömegéből a *jobboldali* *szárú* is az *adnexumokkal* együtt, amelyek jókora *diónyi conglomeratumot* alkotnak. A *szalagok* lefogása és átvágása után most már nincs akadálya a két méhfél *supravaginalis amputatiojának*, amit elvégezve, a műtéti területet igyekszünk mindenütt *peritonizálni*. A méh hátsó falához nagy felületen hozzánőtt *sigmának* leválasztása közben keletkezett *serosaszerű*est is elvarrva, a hasüregbe *hydrogenhyperoxydot* öntünk és a hasat elzárjuk. A beteg zavartalanul gyógyult s gyermekével együtt egészségesen hagyta el a 11. napon a klinikát.



Közösnyakú, kettőszárú méh terhessége a jobboldali nem terhes szárú beékelődésével. — *Sectio caesarea classica* és *supravaginalis amputatio* után nyert készítmény képe. A nem terhes szárú felszínét *összenövés*ek maradványai borítják, a terhes szárú alsó szakasza *elvékonyodott* és véresein átvívódott a kezdődő *szűzlélválás (ruptura)* következtében.

A *Jores-folyadékban* fixált, *supravaginalisan* amputált méh *kettős*, az *amputatio* síkja közös, a közös *nyakcsatornarészlet* 22 mm hosszú. A *baloldali* méhszárú a terhes, méretei: 19×13×7½ cm. A *nem terhes* szárú méretei: 9×4×5½ cm. A terhes méhszárú *elülső* falán *nyírányban* halad a 13 cm hosszú műtéti *sebzés*. A felső és alsó zugban a *sebvonal* ívalakban *jobboldalra* tart. A terhes szárú *belső* méhszája *fixált* állapotban *háromujjnyi* *tágasságú*, a jobb szárú *belső* méhszája *ujjbegyert* fogad be. A két méhszárú *izomzata* a *cervicalis* részleten, az *amputatio* síkjától számított 22 mm-es szakaszon, *szabad szemmel* is jól láthatóan *megy át* egyik *szárvról* a *másikra* s e részlet felett mintegy jókora *ujjnyi* *vastagságú* és *szélességű* az az *izomtömeg*, mely a két *szárú*at egymással *összeköti*. A terhes oldalon levő *kürt* *abdominalis* *szájadéka* *nyitott*, a *kürt* *normális* *tágasságú*, az ezen oldali *petefészek* *kismandulányi* és *külsőfelszínén* *kötőszövetes* *összenövés*ek *szakadozott* *maradványai* *tapadnak*. A *cseresznye* *nagyságú* *terhességi corpus luteum* ezen az oldalon *található*. A jobb *kürt* és *petefészek* a *nem terhes* *szárúval* *összefüggésben* a *baloldalihoz* *teljesen* *hasonló* *szervezetűek*, *felszínükön* *kötőszövetes* *összenövés*ek *tapadnak*, még a *jobboldali* *méhszárú* *oldalsó* *felszínének* *egész* *területében* is.

Epikrisis: Betegünkön 5 kiviselt *normalis* *terhesség* és *szülés* után csak a 6. *terhessége* *végén* *vajudás* *közben* *léptek* *fel* *olyan* *jelenségek*, amelyekből *nagyobb*-*fokú* *rendellenességre* *lehetett* *következtetni*. A *szülési* *akadály* és *valószínűleg* a *homloktartás* *okaként* *felismert* *kettőzöttség* *tehát* az *előző* *szülések* *alkalmával* *nem* *okozott* *zavart*, *nyilván*, *mert* a *méhszárú* *rögzítése* és *így* az *incarceratio* a *beteg* *számára* *észrevétlenül* *lefolyt* *gyul-*

ladásnak, esetleg a terhesség folyamán keletkezett csavarodásnak lehetett a következménye. A radicalis műtét nemcsak az asepsis érdekében választottuk, hanem, amint a has megnyitások kitűnt, műtéttechnikai szempontok, a kezelődő méhrepedés jelei is a radicalis eljárás mellett szólottak. Esetünk érdekessége még az is, hogy a diagnoszt sikerült a műtét előtt tisztázni, ami hasonló fejlődési rendellenesség mellett zárt méhszájon át természetesen csak feltevésen alapulhat.

Ezt látjuk Tóth prof. esetében is, aki 1924-ben mutatott be az Orvosegyesületben hasonló fejlődési rendellenességet, azzal a különbséggel, hogy már a szülés megindulása előtt heves fájdalmak kíséretében fellépett incarceratiós jelenségek miatt zárt méhszáj mellett végzvé a műtétet, csak a has megnyitása után lehetett tisztázni a kis medence bal felét kitöltő és abszolút szülési akadályt képező tumor természetét, vagyis azt, hogy a közös nyakú kettősszarvú méh jobbfelében fejlődött a terhesség s a bal nem terhes fél incarcerálódott.

A therapiát illetőleg álláspontunkat klinikai eseteink és az irodalmi anyag áttekintése alapján a következőkben foglalhatjuk össze:

1. *Szimetrikus kettősség* esetén a terhesség és szülés *gyakran zavartalanul folyik le*, bár előfordulhatnak rendellenességek a szülőtevékenység hiányossága folytán, amelyek az általánosan ismert elvek szerint kezelendők.

2. A nem terhes szarv *beékelődése* csak ritkán lép fel; megoldása többféle módon lehetséges:

a) *manuális repositio* után spontán szülés várható (Reynes, La Casas des Santos);

b) *lábrafordítás, extractio* (Tauffer J., Holzapfel);

c) az utójára jövő *fej perforatiója* (Borinski);

d) *császármetszés, illetőleg Porro-műtét*, akár a repositio sikertelensége, akár a késői felismerés folytán fenyegető méhrepedés, tetanus uteri, illetőleg fertőzött szülőcsatorna miatt (Braun, Dougal, Finley, Phillips, Polano, Stevens, Tóth, Tschudy, Ursu).

A nem terhes méhszarv incarceratiójának tehát olyan a jelentősége, mint a medencébe ékelt myomáé, vagy petefészekdaganaté.

Irodalom: Borinsky: Arch. f. Gyn. 10. 145. — Braun: Zbl. f. Gyn. 1895. 579. — La Casas des Santos: l. van de Velde. — Dougal: Ref. Zbl. f. Gyn. 1922. 823. — Ecke: Arch. f. Gyn. 1927. 129. 204. — Finley: Am. J. of. Obst. 1912. II. — Holzapfel: Zbl. Gyn. 1893. 38. — Kermauner: Halban-Seitz. III. 406. — Phillips: Ref. Zbl. f. Gyn. 1922. 823. — Polano: Zbl. f. Gyn. 1911. 1397. — Stevens: l. Zimmermann. — Szathmáry: Orvosképzés. 1932. Tóth. füzet. — Tauffer J.: O. H. 1886. 37. sz. — Tóth: O. H. 1925. 1. sz. — Tschudy: Arch. f. Gyn. 46. 471. — Ursu: Ber. Gyn. 20. 457. — van de Velde: Mon. f. Gyn. 1915. 42. 307. — Zimmermann: Arch. f. Gyn. 1924. 122. 184.

A Ferenc József Tud.- Egyetem gyermekklinikájának közleménye (igazgató: Kramár Jenő ny. rk. tanár).

A vörösvérsejtek resistentiáját szabályozó egyik mechanizmusról.

Irták: Petrányi Győző dr. és Blazsó Sándor dr.

1926, majd 1927-ben mutatott rá egyikünk, hogy a vörösvérsejtek resistentiájának változása szoros összefüggésben van egyrészt a táplálék felvétellel, másrészt az egyén testsúlyának gyarapodásával vagy csökkenésével.^{1,2)}

A további vizsgálatok folyamán számos állatkísérletben, nyulakon és kutyákon sikerült bebizonyítani, hogy a tápanyagok közül leginkább a fehérjék emelik a vörösvérsejtek resistentiáját.^{2,3)} Magyarazatot keresve már

akkor arra gondoltunk, hogy ez esetben a vörösvérsejtek felületén végbemenő adsorbtíós folyamatokról lehet szó és pedig a táplálék felvétel után a tápanyagokból felszívódó fehérjeanyagcseretermékeknek, — fogyasztásuk pedig a testfehérje lebontása következtében a vérpályába kerülő fehérjeanyagcseretermékeknek adsorbtíójára gondoltunk.

Ezen feltevés igazolására a vizsgálatokat tovább folytattuk. Csecsemőkön sikerült kimutatni, hogy a táplálékfelvétel után, a tápanyagok resorbtíójakor a vörösvérsejtek resistenciája éppen úgy — mint az állatkísérletekben is láttuk — emelkedik. Kimutatható volt az is, hogy olyankor, amikor a csecsemők fogynak, különösen ha atrophias állapotba jutnak, — amikor feltehető, hogy a szervezet saját fehérje termékei a vörösvérsejtekhez adsorbeálva keringenek, — a resistencia megnövekedett.⁴⁾

A további vizsgálatok folyamán újabb bizonyítékok megszerzésére törekedtünk, s ezért pneumoniás csecsemők vörösvérsejtjeinek resistenciáját vizsgáltuk. A vizsgálatra azon felfogás készített, hogy a pneumoniás izzadmány felszívódása fehérjeemésztési folyamat. Ugy gondolkozunk, ha az oldódás tényleg fehérjeemésztésen alapul, akkor termékeinek a vérpályában meg kell jelenniük, s ha igaz az, hogy a fehérjetermékek a vörösvérsejtek resistenciájának növekedését okozzák, akkor az oldódás szakában a vörösvérsejtek resistenciájának növekedni kell. Ezen vizsgálatunk is pozitív eredménnyel zárultak, amennyiben az oldódási szakban erős resistencia növekedés volt kimutatható.⁵⁾

Az eddigi vizsgálatokból *bebizonyítottnak tekinthető, hogy a fehérjeanyagcseretermékek felszívódásakor a vörösvérsejtek resistenciája emelkedik. További kérdés, hogy ezen resistenciaemelkedés tényleg összefüggésbe hozható-e a fehérjeanyagcseretermékek adsorbtíójával, tehát nő-e a vörösvérsejtek fehérjetartalma is, vagy pedig a resistenciaemelkedés oka másban keresendő.*

Ezen feltevés támogatására a következő adatok szolgálnak: *Abderhalden és Kürten⁶⁾ 1921-ben mutatták ki, hogy a vörösvérsejtek aminosavkötése adsorbtíós folyamat, mely követi Fraundlich adsorbtíós formuláját; Constantino⁷⁾ azt találta, hogy a béltraktusból resorbeált aminosavakat nagyjából a vörösvérsejtek veszik magukhoz. Sbarszky⁸⁾ hogy a vörösvérsejtek in vitro és in vivo is tudnak felületükön aminosavakat, erepsint, diphtheriatoxint adsorbeálni. Hausler⁹⁾ vizsgálatai szintén rávilágítottak arra a tényre, hogy a vörösvérsejtek aminosav fevétele az adsorbtíós görbével megegyezik. Legutóbb Kultjugin és Iwanowski¹⁰⁾ in vitro kísérleteikben a vörösvérsejteknek alant adsorbeáló képességét bizonyítják be. A rendelkezésünkre álló irodalmi adatok kétségtelenül megerősítik azon felfogást, hogy a vörösvérsejtek fehérje anyagcseretermékeket adsorbeálni tudnak, ha tehát evvel párhuzamosan emelkedik a vörösvérsejtek resistenciája is, akkor a kettő között valószínű a kapcsolat.*

A kérdés végleges eldöntésére a következő kísérlet-sorozatot végeztük: nyulaknak éhgyomorra 15—30 gr. peptont és 100 gr. tejet adtunk. Meghatároztuk az állatok vörösvérsejtjeinek resistenciáját, a vörösvérsejteknek és plasmának össz- és maradék nitrogénjét étkezés előtt s étkezés után 3—3½ órával. Ha a vörösvérsejteknek resistenciaemelkedését a fehérjeanyagcseretermékek adsorbtíója idézi elő, akkor a mosott vörösvérsejtek nitrogén tartalmának is növekednie kell.

Methodika.

A nyulak füléből vett 5—5 ccm vért 1 ccm 1.6 %-os natrium oxaláttal kevertük össze, majd 0.1 ccm-re bezottott centrifuga-csövekben 3000 fordulattal ½—¾ óráig

centrifugáltuk. A haematokrit leolvasása után az oxalatos plasmát teljesen lepipettáztuk, a maradék vörösvérsejt tömeget pedig 4-szeres mennyiségű physiologiás konyhasóoldattal mostuk és centrifugáltuk háromszor. A harmadszori mosás után vigyázva arra, hogy a centrifugálás tökéletes legyen, a mosófolyadékot lepipettáztuk, majd a vörösvérsejteket physiologiás-konyhasóoldattal 1—3 arányban felhígítottuk és jól elkevertük. Ezen konyhasós vörösvérsejt suspensiót használtuk fel egyrészt a vörösvérsejtek resistentiájának meghatározására, másrészt azok maradék-, össznitrogen és haemoglobin tartalmának meghatározására. A resistencia meghatározására a módosított *Hamburger* methodust használtuk, de nemcsak a maximális és minimális határértékekre, hanem az egész resistencia-szélességre tekintettel voltunk (methodikát l. O. H. 72. évf. 39. sz.). A resistencia nagyságát az ú. n. haemolysis-számmal fejeztük ki. 10 csőben hypotoniás konyhasóoldatban vizsgálva a vörösvérsejtek resistenciáját, 5—5 csőben összeadva a haemolysis százalé-

kát jelentő számokat, az így nyert két számmal az egész resistencia-szélesség jól kifejezhető. Minél nagyobbak a haemolysis-százalékot kifejező számok, annál kisebb a sejtek resistenciája és fordítva.

pl.

Haemolysis %		Haemolysis %	
NaCl%		NaCl%	
0.60—0		0.44—80	
0.50—8		0.42—84	
0.54—13		0.4—90	
0.50—42		0.38—96	
0.46—63		0.36—98	
0.50—42		0.38—96	
Minimalis R.	126	Maximalis R.	448
R:	126/448		
(0.60% — 0.36% — vizsg.)*			

Jelen esetben tekintettel arra, hogy a nyúl vörösvérsejtjei kevésbé resistensek mint a csecsemői, a

	Össz. Nitr. mgr. ‰		Maradék Nitr. mgr. ‰		Resistencia		Haem. ‰	Átl. sv.	V. v. sz.	Hb.
	1 cm ³ Pl.	1 cm ³ Vs.	1 cm ³ Pl.	1 cm ³ Vs.	Min.	Max.				
1. Étkezés előtt	10.33	50.15	0.555	0.4284	219/476		47			
30 g pepton, 100 tej, étk. u. 3 órával	10.44	56.28	0.638	0.4526	192/471		46.5			
Különbség	0.11	6.13	0.083	0.0242	27/5					
	+1.065%	+12.1%	+14.95%	+7.1%	-12.3%/1.05%					
2. Étkezés előtt	9.00	53.00	0.531	0.403	221/485		37	62.2	5.95	
30 g pepton, 100 tej étk. u. 3 ó. 10'-cel	8.87	56.28	0.615	0.399	199/477		32	55.0	5.81	
Különbség	0.13	3.28	0.084	0.004	22/8					
	-1.45%	+6.23%	+15.8%	-0.25%	-9.95%/1.66%					
3. Étkezés előtt	10.78	49.66	0.289	0.352	254/485		36	67.5	5.33	
30 g pepton, 100 tej étk. u. 3 ó. 10'-cel	10.51	54.10	0.518	0.453	200/480		35	87.3	4.12	
Különbség	0.27	5.44	0.228	0.101	54/5					
	-2.1%	+8.8%	+79%	+28.6%	-20.8%/1.03%					
4. Étkezés előtt	11.30	50.15	0.342	0.310	27/346		40			
20 g pepton, 100 tej étk. u. 3 órával	11.26	49.39	0.613	0.428	60/402		39			
Különbség	0.04	0.76	0.271	0.117	33/56					
	-2.63%	-1.52%	+79.2%	+37.8%	+122.0%/13.3%					
5. Étkezés előtt	9.15	49.78	0.265	0.285	126/448		37	68.0	5.43	
30 g pepton, 100 tej étk. u. 3 ó 25'-cel	9.07	53.09	0.587	0.453	85/453		34	66.5	5.11	
Különbség	0.08	3.09	0.322	0.168	41/5					
	-0.9%	+6.7%	+111.3%	+58.8%	-32.5%/1.1%					
6. Étkezés előtt	10.88	50.06	0.380	0.428	119/470		39	70.0	5.55	
25 g pepton, 100 tej étk. u. 3 ó 30'-cel	10.82	55.10	0.596	0.520	102/462		39	73.3	5.32	
Különbség	0.06	5.04	0.216	0.092	17/8					
	-0.55%	+10.2%	+56.8%	+21.6%	-14.2%/1.7%					
7. Étkezés előtt	4.42	53.90	0.265	0.403	83/458		36	71.3	5.05	10.0
30 g pepton, 100 tej étk. u. 3 órával	3.40	56.50	0.619	0.538	50/417		35	70.7	4.95	10.2
Különbség	1.02	2.60	0.344	0.135	35/41		1	0.6	0.10	0.15
	-23%	+4.8%	+130%	+33.5%	-39.7%/8.9%		2.8%	0.8%	2.0%	1.5%
8. Étkezés előtt	10.88	50.40	0.346	0.428	25/385		47	64.7	7.26	11.2
15 g pepton, 100 tej étk. u. 3 órával	10.49	60.65	0.754	0.588	23/343		44	58.6	7.51	11.9
Különbség	0.39	10.25	0.408	0.160	2/42		3	6.1	0.25	0.7
	-3.6%	+20.0%	+115.0%	+37.3%	-8.0%/11%		6.9%	9.4%	3.4%	6.3%
9. Étkezés előtt	11.88	56.60	0.467	0.462	75/471		32	65.8	4.86	11.15
15 g pepton, 100 tej ét. u. 3 órával	11.67	58.50	0.620	0.521	75/453		30	70.0	4.28	11.45
Különbség	0.11	1.90	0.153	0.059	0/18		2	4.2	0.58	0.3
	-0.9%	+3.3%	+32.7%	+12.8%	-/3.8%		6.3%	6.4%	11.9%	2.7%

Pl. = plasma; v. v. s. = vörösvérsejtek; min = minimalis; max. = maximalis; Haem. = Haematocrit; Átl. s. v. = átlag-sejtvolumen; V. v. sz. = vörösvérsejtszám.

*) Ha ezen két számmal fejezzük ki a resistenciát, mindig meg kell jegyeznünk, hogy mettől meddig vizsgáltuk azt.

resistentiát 0.60 %—0.36 %. NaCl. oldatban, 10 csőben vizsgáltuk.

A haemoglobin tartalmat ugyanebből a konyhasós vörösvérsejtből *Bürcker* methodusa szerint grammokban állapítottuk meg.

Az átlagsejtvolumen az etetés előtt és utáni vörösvérsejtszám (40 téglány, 2—3 pipettából) a megfelelő haematokrit segítségével számítottuk ki (köbmikronokban kifejezett haematokrit osztva a vörösvérsejtszámmal adja meg az egyes sejtek átlagos-volumenét.)

A maradéknitrogén meghatározásakor, úgy az oxalatos plasmából, mint a vörösvérsejt suspensióból 1 ccm-t használtunk egy érték meghatározásához. Ugy a maradék, mint az össznitrogen meghatározását a *Khjeldahl* módszer szerint végeztük, utóbbi esetben a fent megadott módon 30-szorosára felhígított és haemolysált vörösvérsejteknek $\frac{1}{2}$ ccm-ét használtuk fel egy-egy meghatározáshoz. A plasma össznitrogén meghatározására pedig a tízszeresre hígított plasmának $\frac{1}{2}$ ccm-ében határoztuk meg az össznitrogént. Az eredmények kiszámításában úgy az oxalatos hígításra (hígítási correctio), mint a további hígításokra is tekintettel voltunk. Vizsgálataink eredményeit a táblázatban foglaljuk össze.

A táblázatban foglalt eredményből látjuk, hogy 100 gr tejnek és 15—30 gr peptonnak megítatása után 3—3 $\frac{1}{2}$ órával a vörösvérsejtek resistentiája 9 eset közül 8-ban emelkedett. (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9). Min. R. 0-tól 39.7 százalékig; Max. R. 1.03 százaléktól 11 %-ig.) A resistentia emelkedésével párhuzamosan a vörösvérsejtek össznitrogéntartalma az előbbivel megegyezően 9 eset közül 8-ban 3.3 %-tól 20 %-ig emelkedett, (közéértékben: 9.04 %). Emelkedett a vörösvérsejtek maradéknitrogéntartalma is: 9 közül 8 esetben (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.) 7.1 %-tól 58.8 %-ig, (közéértékben 29.7 %). A plasmának maradéknitrogéntartalma minden egyes esetben jelentősen emelkedett, mégpedig kb. kétszer olyan mértékben (14.9 %-tól 130 %-ig, közéértékben 70.5%), mint a vörösvérsejtekben.

Ezzel ellentétben a plasma össznitrogenje (egy 1%-os emelkedéstől eltekintve) minden esetben csökkent (0.6—23.0 %-al, közéértékben 4.4%).

A resistentia emelkedést tehát a legállandóbban csupán a vörösvérsejtek össznitrogéntartalmának megnövekedése kísérte. Abban az esetben (3), amikor a resistentia nem emelkedett, a vörösvérsejtek össznitrogéntartalma sem nőtt meg. A vörösvérsejtek maradéknitrogéntartalmának növekedése látszólag nincs befolyással a resistentia változására (3, 7). Az etetés után a folyadékbevitellel és felszívódással kapcsolatban a haemokrit csökken, s kevesebb lesz a vörösvérsejtek száma is. Az átlagsejtvolumen részben kisebb lesz, részben pedig valamivel nagyobb. A vörösvérsejt tömeg (konyhasós) haemoglobin tartalma a vizsgált három esetben 1.5—6.3 %-ig emelkedett.

Az eddigi vizsgálatok eredményét összegezve megállapíthatjuk, hogy a táplálkozás után a vörösvérsejt resistentiájának emelkedése szoros összefüggésben van a vörösvérsejtek össznitrogen (fehérje) tartalmának megnövekedésével.

Hogy a vörösvérsejtek fehérjetartalmának növekedése tényleg a fehérjetermékek adsorbtiójának következménye-e, vagy pedig csupán egy esetleges concentratioeltolódásnak az eredménye, erre a kérdésre még folyamatban levő kísérleteink fognak választ adni.

Irodalom: 1. *Petrányi*: Magyar Orvosi Arch. 1926. 6. f. — 2. *Petrányi*: O. H. 1927. 27. sz., Bioch. Zschr. 186. 5—6. f. — 3. *Petrányi*: O. H. 72 évf. 39 sz. — 4. *Petrányi*: Klin. Woch. 7 évf. 45 sz. — 5. *Petrányi*: O. H. 72. évf. 42. sz.

—6. *Kürten, Abderhalden*: Pflügers Arch 189. k. 311. o. — 7. *Constantino*: Bioch. Zschr. 51 k. 91. és 55. k. 411—419. — 8. *Sabarsky*: Bioch. Zschr. 135. k. 21 és 141. 37. — 9. *Hausler*: Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmac. 116. k. 173. — 10. *Kultnain, Iwanowsky*: Bioch. Zschr. 200. k. 236.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem I. belklinikájának közleménye (Igazgató: Herzog Ferenc ny. r. tanár)

Az ulcusos betegek vegetatív idegrendszere.

Irta: Feledy Kálmán dr.

Mióta *Eppinger* és *Hess* felhívták a figyelmet a vegetatív idegrendszer jelentőségére egyes betegségek keletkezésében, számos szerző közölt idevonatkozó adatokat. *Eppinger* és *Hess* tisztán farmakodinamiás úton állították szembe a sympathicotonia és vagotonia fogalmát, aszerint, amint egyes egyének adrenalinra, vagy pilocarpinra mutatkoztak érzékenyebbek. Ez a felfogás azonban teljes egészében ma már nem állhatja így meg a helyét, mert mint *Bauer* mondja, az egyes szervek individualis reactiókészsége folytán az adrenalin és pilocarpin hatás igen dissociált, különböző lehet a constitutio szerint. Egyes constitutiós típusok adrenalinra pulsusgyorsulással, mások diuresissal, vagy vérnyomásemelkedéssel, ismét mások pedig tremorral és hőemelkedéssel reagálnak. Ugyancsak *Bauer* szerint farmakodinamiás úton csak a peripheriás apparatus izgathatóságát vizsgáljuk, ami azonban egészen más, mint a habitualis egyensúlyi helyzet, a tonus. Azonkívül számos szerző észlelt eseteket, amelyek úgy adrenalinra, mint pilocarpinra egyformán jól reagáltak és ezen az alapon támadták meg az egyoldalú sympathicotonia vagy vagotonia fogalmát.

A vegetatív idegrendszer állapota, melyről feltételezhető, hogy az ulcus keletkezésében szerepet játszik, nyilván constitutiós eredetű. Hogy a constitutió szerepe van az ulcus létrejöttében, amellől szólnak az öröklési tapasztalatok is. Többek közt *Jacarelli* ír le egy családot, amelyben az ulcusos nagyszülőktől származó 3 generáción át 13 utód közül 10 szenvedett gyomor, vagy duodenum fekélyben. *Reich* 4 nemzedéken át figyelt meg egy családot, melynek minden generációjában fordult elő ulcusos megbetegedés. *Bauer* és *Aschner* bizonyos szervi dispositiót is felvesznek, amennyiben úgy találták, hogy a vizsgált 255 ulcusos beteg szülei és testvérei között nemcsak ulcus, de egyéb gyomor- és bélbetegség is gyakran fordul elő. Már *Eppinger* és *Hess* hangsúlyozták az általuk vagotoniának nevezett állapot és az ulcus duodeni együttes előfordulását. *Csépai* is a csökkent adrenalinérzékenység miatt, az ulcusosokon sympathicohypotoniát tételez fel. *Bergmann* viszont sympathicoton és vagoton tünetek együttes előfordulása miatt az ulcusosokat az általa felállított vegetatív stigmatizáltak csoportjába sorozta. Az ő theóriájának súlypontja az, hogy functionalisan neuro-muscularis úton ulcus jöhet létre. A gyomor izomtonusa fokozott, ez a hosszantartó spastikus állapot a gyomornyálkahártya eróziójához vezet, melyből ulcus keletkezik. Azonban az ulcus duodeni az idegrendszeri zavarok nem szorítkoznak csupán a gyomor idegrendszerére (motorikus, secretiós, sensorikus idegek), hanem az egész vegetatív idegrendszer beidegzésében is mutatkoznak zavarok. Vegetatív stigmákat találunk igen sok ulcusos betegen, mégpedig keverten a vagus és sympathicus izgalmára jellemző tüneteket, mint fényes szemeket, tág pupillákat, hypersecretiót, bradykardiát.

Mi 100 ulcusos betegen (76 ulcus duodeni és 24 ulcus ventriculi) vizsgáltuk azokat a klinikai tüneteket, melyek a vegetatív idegrendszer hatása alatt állanak (hőmérsék,

pulsusszám, vérnyomás, gyomorsecretio) és melyekről feltételezhető, hogy felvilágosítást adnak a vegetatív idegrendszer állapotáról. Vizsgálatainkból kizártuk azon eseteket, melyekben az ulcuson kívül még más betegség is kimutatható volt és kihagytuk az erősen vérző ulcusokat. Mi is megerősíthetjük ugyanis *Kroner* és *Bang* észleleteit annyiban, hogy erősen vérző ulcusos betegeink közül többet lázsnak láttunk.

Ha eseteink életkor szerinti előfordulását nézzük, úgy azt látjuk, hogy a betegek legnagyobb számban a 26–30 és a 41–55 életévek között kerültek felvételre (l. 1. sz. ábra), ami azonban nem jelenti egyúttal a betegség kezdetét is. Ha a 41–55 év közötti betegeken az ulcusos panaszok kezdetét keressük, úgy azt látjuk, hogy a felvételre került 35 beteg közül 22-nek panaszai kezdődtek 40-ik életéve után. Az ulcusos megbetegedések ideje tehát elsősorban a fiatal kor, amelyre egyébként is a vagus fokozott tonusát tartják jellemzőnek (*Glaser*), másodsorban pedig a 41–55 életév.



A betegek életkora
1. ábra.

Ami a vérnyomást illeti, *Howard* és *Brown* szerint az ulcusos betegek vérnyomása alacsonyabb, mint az egészségeseké. Ők ezenkívül még azt az érdekes megfigyelést teszik, hogy általában az ulcusos nők vérnyomása magasabb, mint az ulcusos férfiaké. Míg *Howard* és *Brown* nem találnak lényeges különbséget az ulcusos és epehólyag-betegek vérnyomása között, addig *Landau* és *Glass* az ulcusos betegek 41%-ában találták a vérnyomást 100 Hgmm alatt, míg epehólyagbetegek és functionális gyomormegbetegedésben szenvedőkön csak 15.9%-ban. Ők az ulcusosok gyakori hypotoniáját primaer tünetnek tartják, a betegek számos vegetatív stigmája mellett. A fenti adatokat mi is teljes mértékben megerősíthetjük, amennyiben eseteink 35.7%-ában volt a vérnyomás 105 Hgmm alatt, 27.5%-ban 106–115 Hgmm, 18.9%-ban 116–125 Hgmm, 7.1%-ban 126–135 Hgmm, 4.8%-ban 136–145 Hgmm és csupán 6%-ban volt 146 Hgmm felett. Eseteink között a mért legmagasabb vérnyomás 170 Hgmm volt. Az ulcusos betegeken tehát alig mértünk fokozott vérnyomást, lényeges hypertoniát pedig egyáltalában nem. Betegeink életkora 18–76 évig terjedt. Ha a vérnyomási átlagokat a betegek kora szerint kiszámítjuk, úgy azt látjuk, hogy eseteink közül a vérnyomás átlagértéke a 18–29 évek között 105 Hgmm, 30–39-ig 105 Hgmm, 40–49-ig 117 Hgmm és végül 50 év felett 122 Hgmm volt.

Vizsgáltuk ezenkívül az ulcusos betegek hőmérsékletét is. Az összehasonlítás alapjául a reggeli és a délután 4 órai hőmérsékletet vettük, mivel általában e két adat mutatja leginkább a hőmérséklet napi amplitudóját. Minden esetben kiszámítottuk külön a reggeli és külön a délutáni hőmérsékletek átlagértékét. Az átlagot általában egy héten keresztül mért reggeli, illetve délutáni hőmérséklet adatokból számítottuk ki. Kihagytuk azokat a betegeket, akiknek az ulcus mellett oly

betegsége is volt, mely a hőmérsékletet befolyásolhatta (tuberculosis, tonsillitis stb.) és kihagytuk a vérző ulcusokat. Vizsgálataink alkalmával kétféle szempontot vettünk figyelembe: 1. a hőmérséklet magasságát 2. a napi ingadozást. Betegeinken a reggeli hőmérséklet 36.3° C, vagy ez alatt volt az esetek 81%-ában, a délutáni hőmérséklet pedig csak 25%-ban haladta meg a 36.6°-ot. Ha a reggeli és délutáni hőmérsékletek átlagértékei közti differentiát nézzük, úgy azt látjuk, hogy az ulcusos betegeken a napi ingadozás nem nagy, az esetek 76%-ában nem haladja meg 0.3° C-t és 0.5 foknál nagyobb napi amplitudót csak az esetek 14%-a mutatott. Az ulcusok hőmérsékletére vonatkozó adatot az irodalomban nem találtunk.

Vizsgáltuk ezenkívül az ulcusos betegek pulusszámát is, melyre vonatkozóan sajátságosan ugyancsak nem találtunk irodalmi adatot, bár többek előtt ismertnek látszik, hogy ulcusban nem ritkán fordul elő bradykardia. Ulcusos betegeink reggeli és délutáni pulusszámát a következő táblázat mutatja. (Megjegyezzük, hogy betegeink úgyszólván kivétel nélkül atropint szedtek.)

Pulusszám	Reggel	Délután
65 alatt	16%	15%
66–75	56%	50%
76–85	25%	33%
86 felett	3%	2%

Közismert tény, hogy az ulcusosok, különösen pedig az ulcus duodeni-ben szenvedő betegek gyomrában fokozott savértéket találunk. *Friedenwald* úgy találta, hogy a férfiak inkább hyperacidok, mint a nők. *Seeber* adatai szerint egészségesek gyomrában éhgyomorra az esetek 97%-ában nem volt szabad sósav, míg ulcusosokban és functionális hyperacidokban mindig talált ő a gyomorban szabad sósavat, sőt magas savértéket is. *Bockus*, *Glassmire* és *Bank* vizsgálatai szerint (melyet fractionált próbareggelivel végeztek) az ulcus duodenis betegek 84%-a volt hyper- és csak 8%-a hypacid. Klinikánkon a betegeket egyszerű, 25–30 perc múltán kivett tea-zsemlye próbareggelivel vizsgáltuk. A gyomor- és duodenum-fekélyes betegek közül 10.3%-ot találtunk hypacidnak, 10.3%-ot normacidnak (összaciditas 35–45) és 79.4%-ot hyperacidnak. Az aciditási viszonyok az életkor szerint nagy változást nem mutattak, mert míg a fiatalabb betegek (30 évig) összaciditásának átlagértéke 62.9 volt, addig az idősebbeké (50 év felett) 57.7. Tehát a savértéknek csak kismértékű csökkenése volt észlelhető.

Érdekes eredményhez jutunk, ha azt nézzük, hogy a vizsgált 100 ulcusos beteg közül milyen volt a férfiak és nők arányszáma. *Friedenwald* szerint a férfiak több mint kétszeres számban betegednek meg ulcusban, mint a nők. *Hutter* 1058 műtétre került ulcusos betegek közül 805 volt a férfi és csak 253 a nő. A mi eseteinkben a férfiak száma még e két szerző adatait is lényegesen meghaladja. A 100 ulcusos beteg között ugyanis 92 volt a férfi és csak 8 a nő. Tekintve azonban, hogy betegeink egy része a IV. sz. belklinikáról került ki, ahol a férfi és női ágyak nem voltak egyenlő arányban képviselve, az adatokat át kell számítanunk, ami százalékban kifejezve 89% férfi betegre 11% női beteget jelent.

Adatainkat összefoglalva, azt találtuk tehát, hogy az ulcusos betegek vérnyomása és pulusszáma meglehetősen alacsony értékek körül ingadozik, testhőmérsékük ritkán éri el a normalis felső határát és a napi ingadozás csekély. Ezen adatokkal összefüggésbe hozható a csökkent adrenalin érzékenység (*Petren* és *Thorling*, *Csépai*) és az atropin próbával kimutatható fokozott vagotonia (*Simnitzky*). Mindezek szerint a vegetatív ideg-

rendszer legfontosabb működéseiben egy ugyanazon irányban észlelhető eltolódás, habár ez sokszor a normalis érték határain belül mozog. Hasonló szempontokból vizsgálva a Basedowos betegek vegetatív idegrendszerét, ott a fenti tünetek ellenkező irányú eltolódását észleljük (kissé magasabb vérnyomás, szaporább pulsus, magasabb és labilis hőmérsék, csökkent gyomorsecretio, fokozott adrenalin-érzékenység). A különböző betegségekben a bőrön létrehozott cantharidin-hólyag viselkedésében is a legnagyobb különbséget éppen az ulcusos és Basedowos betegek között mutatkozott (*Buday és Feledy*). Hogy ezen különbségeknek constitutiós alapjuk van, emellett nyomosan szól az a tapasztalat, hogy ulcusban elsősorban férfiak, Basedow-kórban pedig elsősorban nők betegednek meg. Ebbe a szemléletbe beleilleszkedik az a megfigyelés is, hogy az ulcusos nők kevésbé hyperacidok (*Friedenwald*) és vérnyomásuk magasabb (*Howard és Brown*).

Összefoglalólag tehát azt mondhatjuk, hogy ha észlelhetők is ulcusos betegeken olyan tünetek, amelyek sympathicus izgalomnak foghatók fel (tág pupilla), a legfontosabb, a vegetatív idegrendszer befolyása alatt álló tünetek (vérnyomás, pulszszám, testhőmérsék, gyomorsecretio) egy ugyanazon irányban mutatnak eltolódást. Éppen ezért a *Bergmann*tól az ulcusosokra is alkalmazott vegetatív stigmatizált elnevezés, mely vagus és sympathicus izgalmi tüneteket együttesen foglal magában, nem látszik megfelelőnek az ulcusosok vegetatív idegrendszerének jellemzésére.

Irodalom: *Bang:* Kongresszbl. f. d. ges. inn. Med. 47. 600. — *Bauer:* Konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten. Berlin 1924. — *Bauer és Aschner:* Klin. Wschr. 1922. 1250. — *Bergmann:* Bergm.-Staeh. Hbuch. d. inn. Med. III. 1. 633. — *Bohus, Glassmire és Bank:* Kongr. zbl. f. d. ges. inn. Med. 62. 760. — *Buday és Feledy:* O. H. 1930. 1232. és 1256. — *Csepai:* Adrenalinempfl., inn. Sekr. u. veget. Nervensyst. Budapest 1924. — *Eppinger és Hess:* id. Bauer Konst. Disp. zu inn. Krankh. Berlin 1924. — *Friedenwald:* Kongr. zbl. f. d. ges. inn. Med. 3. 363. — *Glaser:* Med. Kl. 1925. 1329. — *Howard és Brown:* Kongr. zbl. f. d. ges. inn. Med. 56. 431. — *Hutter:* Wien. klin. Wschr. 1928. 659. — *Jacarelli:* Kongr. zbl. f. d. ges. inn. Med. 60. 621. — *Kroner:* Dtsch. Med. Wschr. 1926. 1777. — *Landau és Glass:* Kongr. zbl. f. d. ges. inn. Med. 55. 620. — *Petrén és Thoring:* Z. klin. Med. 73. 27. — *Reich:* Kongr. zbl. f. d. ges. inn. Med. 42. 685. — *Seeber:* Dtsch. Arch. klin. Med. 153. 152. — *Simnitzky:* Klin. Wschr. 1927. 991. —

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem II. belklinikájának közleménye (igazgató: báró Kétly László ny. r. tanár.)

Hirschsprung betegség operált esete.

Irta: *Kanócz Dénes* dr., tanársegéd.

Az eset, amelyről beszámolok, két évig a mechanikus ileus keskenyen megvont határmesgyéjén imbolygott. A rendkívül kockázatos, szélsőségesen radicalis, de amint az eredmény igazolja, teljesen indokolt műtét a beteget egy csapásra megszabadította hihetetlen szenvedéseitől és a súlyosan zavart colon-működést a physiologiás mederbe terelte.

A beteget két ízben, 1932 tavaszán és őszén észleltük klinikánkon; 35 éves nő, orvos felesége, akinek emlékezete óta szorulása van, ami azonban könnyen befolyásolható volt 1930. szeptemberéig; akkor hirtelen, romlott annyira, hogy néhány hét múlva már csak a hashajtók mérgező dosisaival, 50 tb. artinnal vagy 1 gr. aloeval kombinált 50 gr. sennával tudott jelentéktelen székürüléseket kieroszakolni. Később ezek a dosisok is fokozatosan cserbenhagytag. Az obstipatiohoz a szétszakadás érzésével

kinzó hatalmas puffedések csatlakoztak, állandó hányinger, azonban hányás nélkül. Az intestinális tüneteket ideges panaszok, fejfájás, szédülés, reszketés, szívdobogás és makacs álmatlanság kísérték. Néhány hónap alatt testsúlyának közel felét veszítette el, 30 kgr.-ot fogyott. Ez az állapot állandósult az október elején végzett operatióig. Csupán egy-két, néhány hetes remissio szakította félbe, amit a kezelőorvos antispastikus szerek adagolásával magyaráz.

Az opstipatióval szemben tehetetlenek voltunk. A maximálisan tágult sigmába felvezetett bélesővön csak egyszer-másszor ürült jelentéktelen pépes szék, anélkül, hogy könnyebbséget szerzett volna. A röntgen-kását csupán, pilocarpin és strychnin befecskendésekkel tudtuk úgy-ahogy kihajtani. A meteorismus hihetetlen arányokat öltött. A csont és bőríg lefogyott beteg törzséről, mint hatalmas kupola emelkedett el a papírvékonyfalú has és puffedése tetőfokán a lép és májtompulat eltűnéséhez és az alsó thoraxapertura tetemes megszücsítéséhez vezetett. A bal alhasban élénk peristaltikus hullámzások váltak észlelhetőkké. A rectalis digitalis és rectoromanoskopiás vizsgálatok negatív eredményűek voltak, a röntgen viszont a colon transversum, descendens és a sigma maximális tágulását mutatta. A per os adott röntgenkása 3 napon túl is a coecumban maradt. A kórképet a mélyenülő banális stenosisoktól megkülönböztette a tünetek rohamos fejlődése, a colon nagy részére kiterjedő maximális tágulás, a hányás állandó hiánya és a szorulásnak, mint a foetalis anomáliára utaló gyanujelnek, a messze gyermekkorba visszanyúlása. Mindezekből a rendkívül ritka és sokat vitatott secundaer *Hirschsprung* syndromát diagnosztisáltuk, amit a később ismertetendő operatiós lelet is igazolt.

Hirschsprung a róla elnevezett betegséget 1904-ben írta le, mint sui generis kórképet; a foetalisan hypertrophiás falú és maximálisan tágult colon súlyos passagezavarát jellegzetesen elsődlegesnek minősítette, amelynek létrehozásában peristaltikus akadályok nem szerepelnek. Később a klinikus célszerűségi szempontja érvényesülésével, a klinikai kép, kórbonctan és részben az aetiológiai momentumoknak, mint közös nevezőknek alkalmazásával a *Hirschsprung* syndroma fogalma bővült, módosult és ezidőszert két alcsoportra tagozódik. Az egyik a primaer vagy idiopathikus alak, amelyre a szabad és átjárható béllumen jellemző; a másik a secundaer vagy symptomatikus forma, amelynek létrehozásában passagezavarok is szerepelnek. A fogalom teljessége szerint a secundaer alak két componensből, az idiopathikus és symptomatikusból tevődik össze. *Meyers* szorulásos gyermekeken és felnőtteken végzett sorozatos röntgenvizsgálatai közben gyakran látta a colon és sigma tágulását és a figyelemmel kísért vizsgálatok egy némelyikének későbbi sorsa a *Hirschsprung* syndroma lett; ebből logikusan következik, hogy nagy számmal fordulnak elő colontágulásban megnyilatkozó foetalis anomáliák, amelyek anatómiailag szerényebben méretezve, klinikailag rejtettek maradnak, míg egy esetleg hozzájuk társult és végeredményben általuk kiváltott passagezavar extrém alakká, secundaer *Hirschsprung* syndromává növeli őket.

A primaer syndroma pathogenesis felől eldöntetlen a vita. *Hirschsprung* localis óriásnövésnek minősítette a betegséget, amit megerősíteni látszik, hogy gyakran fordul elő a hashártya kettőzetek anomáliáival, amelyek a secundaer hashártya-összenövésnek elmaradását és a colonnövekedésre gyakorolt gátló hatásuk kiesését jelentik. Az utóbbi években a dinamikus szempontok jutottak a homloktérbe. Ezek szerint a primaer syndroma a foetalis myodynamikus működés súlyos zavarából, a retrograd contractiós mechanizmus túlsúlyra jutásából születik meg,

a retrograd dyskinesisnek mintegy megmerevedett anatómiai képe. A **physiologiásan** is jelenlevő retrograd colonműködést **Canon macskakísérletei** bizonyítják: az antiperistaltikus hullám, a béltonus és **bélbeli nyomás** bizonyos foka mellett, egy tonusos contractió gyűrűből indul el. Az emberben a contractió gyűrűt a foetalis életben a rectosygmoidális izomsorompó, a „sphincter tertius” szolgáltatja, viszont a béltonust és lumenbeli nyomást a felgyűlt meconium váltja ki. Vannak, akik a beidregzési zavaroknak, nevezetesen a sacralis-autonom rostok fejlődési hiányának tudják be a primaer syndroma kialakulását.

Ezzel szemben a secundaer syndroma keletkezésében nagyrészt mechanikus tényezők a kiváltó okok; a ventil-elzáródás különböző fajtái: a bélmegtörés, spasmus, torsio és a túlságos fejlettségű végbélredők. Localisatiójuk állandóan a recto-sigmoidális határ, a foetalis bélműködés sorompója. A torsiós ventil-elzáródás a chronikus semivolvulus mechanizmusa szerint történik. A stabilitásában csökkent sigmabél teltségi állapotától függően 90 és 180 fokok közötti tengelycsavulódásokat szenved. A stabilitás csökkenését a túlságosan megnyúlt, vagy (mint esetünkben is) a hegesen elváltozott mesosigma okozza; az utóbbi esetben a sigma két szárának omega alakban egymáshoz közelítése által. A secundaer syndroma **Hunsemann** vizsgálatai szerint feltűnő gyakorisággal az oroszoknál fordul elő, kiváltó oka a colonnak, a túlnyomóan vegetáriánus táplálkozás által okozott megnyúlása. A secundaer alak keletkezésében is szerepelnek neurologiai momentumok, a sacralis autonom idegeknek a mesosigma sűrűn fellelhető hegesedésében végbemenő pusztulása.

A syndroma klinikája három állandóan ismétlődő tünetből: az obstipatióból, meteorizmusból és az élénk peristaltikus hullámból adódik össze; a mélyen ülő stenosisoktól elkülöníti rohamos kifejlődése, a colon nagyrészt, vagy egészére kiterjedő maximalis dilatatio, a hányás állandó hiánya és bizonyos, a foetalis anomáliára utaló gyanújelek, leplezett klinikai tüneteknek a megszületésig visszakövethetősége.

Kórbonctana: a simafalú zsákot utánzó maximálisan kitágult és túltengett falú vastagbél, amely gyakran hossz-tengelye mentén is megnyúlik és ilyenkor egységes mesenterium ileocolicummal van ellátva. A mucosa duzzadt, vérbő és erosiókkal telezört.

A prognosis rossz. **Scheiderhöhn** nagy anyagú statisztikája szerint a mortalitás 64%, a gyógyulás 28%, a javulás 8%. A belgyógyászati kezelés csak tüneti lehet, causalis a sebészeti therapia. Három műtét van alkalmazásban. Egyik a passagezavar eltávolítása, lumenmegnyitás nélkül; gyakran nagy cserben és az eltávolított akadályról utólag derül ki, hogy nem volt az elváltozás tulajdonképeni okozója. Másik az enteroanastomosis, a tárgulás alatti és feletti bélrészek egyesítése, mortalitása 30%. A harmadik, a legradicalisabb, de ha a beteg túléli, a legjobb eredményt biztosító és esetünkben is végzett sebészeti megoldás, a dilatatio és esetleg jelenlevő okozójának totalis resectioja; rendkívül kockázatos, mortalitása 51%.

Visszatérve esetünkre, első klinikai tartózkodása alkalmával megejtett sebészeti consilium a beteg gyengült erőbeli állapotára, a nagyon súlyos operációra és a sohasem teljesen reménytelen belgyógyászati kezelésre tekintettel a várakozás álláspontjára helyezkedett. Miután egy fél év elteltével sem mutatkozott javulás, a műtét mellett döntöttünk. Lelete a következő:

Felső median metszésből, amelyet a köldök mellett balra meghosszabbítottunk, megnyitjuk a hasüreget. A megnyitáskor maximálisan tágult colon transversum és sigmabélkacsok kerültek előtérbe. Vizsgálatkor ezeket, valamint a

colon descendentet erősen tágultnak találjuk, mérsékeltebben a coecumot, a colon ascendens és a flexura lienalis táját. A colon transversum közepét átvágjuk, valamint a flexura sigmoidea kezdetét is a két csontot háromszoros dohányzacskó, illetőleg hosszanti varrattal zárjuk és a közbülső colonrészt szabályosan eltávolítjuk. A colon transversum és a sigmacsonk között oldalsó anastomosist létesítünk, közelében drainsövet helyezünk el és a hasfalat rétegesen zárjuk. Az eltávolított colon 89 cm hosszú, lumene maximalisan tág, átmérője a 12 cm-t is meghaladja, nyálkahártyája heges, lobosan desquamált, helyenként erosiókkal.

Ezekután igyekeztünk esetünk pathogenesisét rekonstruálni. Előfeltétele kétségtelen egy foetalis anomalia, megalocolon congenitum volt, mely azonban anatómiailag szerényebben lévő méretezve, klinikailag leplezett maradt 35 éves korig és csupán egy hozzátársult passagezavar fejlesztette extrem alakká, secundaer **Hirschsprung** syndromává. A passagezavart a sebészeti megállapítás, a mesosigma hegedése okozta sigmabéllabilitásban jelöli meg. A labilis sigma teltségi állapotától függően 90—180°-ok közötti tengelycsavulódásokat szenvedett és a mögöttes résszel együtt kitágult. Ezen a ponton kapcsolódik be, mint esetünk pathogenesisének plausibilis magyarázata, **Tönniesnek** a közelmúltban közzétett érdekes megállapítása, amely szerint a colonmotilitas szabályozója a sigmabél, még pedig extraenteralis reflexiv révén olyan értelemben, hogy a sigma-kiiktatás a motilitást fokzza, a sigma falát ért gyulladással feszülési ingerek pedig a mögöttes colonrész ürülését 70—80 órára megnyújtják. Esetünkben a torsiót elszendett, tágult és feszülőfalú sigma a proximalis colon súlyos myodynamikus zavarát okozta és a colonmotilitasnak a bénítással felérő fékezésével a béltartalom maximalis felgyűléséhez vezetett. Miután spastikus momentumok is szerepeltek, számításba jöhet a pathogenesisben a spasmus okozta retrograd peristaltika is, vagy a neurologiai hypothesis: a mesosigma hegedésében bekövetkezett sacralis autonom ideg-pusztulás.

A beteg az operációt jól tűrte, intestinalis és egyéb vonatkozású panaszaitól általa teljesen megszabadult, bélműködése az operáció óta idealisan physiologiás.

RÖVID KÖZLÉSEK A TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSI GYAKORLATBÓL.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem törvényszéki orvontani intézetének közleménye (igazgató: Kenyeres Balázs ny. r. tanár).

A felkarcsontvizsgálatok gyakorlati értéke.

A felkarcsont törvényszéki orvostani jelentőségével foglalkozó dolgozatomban ötszázat meghaladó csontvizsgálat alapján ismerttettem azokat az adatokat, amelyeket ismeretlen halottak személyazonosságának kutatásakor felhasználhatunk. Azóta több esetben nyílt alkalom az említett adatok megbízhatóságának igazolására, mint az az alábbiakból kitűnik. Azonban, mielőtt ezeknek az eseteknek az ismertetésére rátérnék, szükségesnek tartom a vizsgálat menetét röviden ismertetni.

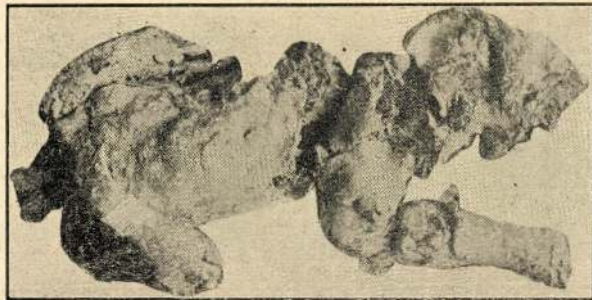
Abban az esetben, ha egész halott kerül vizsgálátra először a felkarok körfogatát mérjük meg, kinyújtott és behajlított állapotban. Ha szembeütőbb különbség mutatkozik a két kar között, akkor a karverőerek vastagságának és rugalmasságának, valamint a kétféjű karizomnak a megvizsgálása is eredményt ígér. Ezután következik a felkarcsontok kiizsítése és az eltávolított csont mérése. Az életkor meghatározására a csontmagvak fellépéséből, összecsontosodásból, a velőüreg terjedelméből és a csont sorvadásából vonhatunk következtetést. A foglalkozás meghatározására felhasználhatjuk a felső végtagokon külsőleg is látható változások mel-

lett azokat az eredményeket, amelyeket a jobb és baloldali csont, izomzat és vérerek összehasonlítása szolgáltatnak, különös gondot fordítva bizonyos egyéni sajátosságok kutatására: a balkezességre, csontsérülésekre és csontbetegségekre.

Olyan esetben, amikor csak holttestrészek, vagy egyes csontok képezik a vizsgálat tárgyát, azt is meg kell még állapítani, hogy milyen magas volt az illető stb. Az emberi eredet eldöntésére egyebek mellett a csont torsióját vehetjük figyelembe, mert 135 foknál kisebb torsiójú felkarcsont nem lehet emberi eredetű. Az állatoktól elkülönítést célozza még a mikroanatomiai vizsgálat csontcsiszolatokon és az *Uhlenhut*-féle fehérjepraecipitációs próba is, ezek a vizsgálatok azonban csak intézetben végezhetőek el. A nem meghatározására a felkarcsont súlya és a caput humeri méretei szolgáltatnak adatokat. Vizsgálataim arra az eredményre vezettek, hogy az a felkarcsont, amely frissen 275 grammnál, a macerálás után 135 grammnál és elhamvasztva 69 grammnál súlyosabb, férfi eredetűnek mondható; ellenkezőleg az a csont, mely frissen 205 grammnál, macerálva 85 grammnál és elhamvasztva 56 grammnál könnyebb, nőtől származottnak. Ha a csontsúly az említett értékek között van, továbbá gyermekeken a nemet a súlymérétekből meghatározni nem lehet. A caput humeri méreteit illetően, ha a hosszátmérő 45.5 mm-nél, a haránt pedig 43 mm-nél hosszabb, ez a férfitől eredet mellett szól, viszont, ha a hosszátmérő 42.3 és a haránt 35.5 mm. alatt van, ez a női eredet mellett, míg a közbülső értékek itt sem használhatók fel. Végül a testmagasság megállapítása céljából a *Roller*-féle együtthatókkal szorozzuk meg a felkarcsont hosszát, még pedig férfi esetében 5.05-el, nőnél 5.12-vel.

*

1. Egyik esetünkben Dunából kifogott, nagyrészt halottviasszá alakult emberi törzs- és végtagrészek személynazonosságát kellett megállapítani (1. ábra). Az



1. ábra.

emberi eredet nem volt kétséges, a nem meghatározására azonban csak a csontokat vehettük igénybe, mert sem a külső, vagy belső nemirész, sem a fej nem állt rendelkezésre. Az a körülmény, hogy a felkarcsontok 305 g. súlyúak, és 307 mm. hosszúak voltak, továbbá a jobb felkarcsont caputjának verticalis átmérője 46.5, a haránt pedig 42.5 mm. volt, végül a csontok vastagsága és a jobb medencefél alakja arra a következtetésre adtak támpontot, hogy az elhalt férfi lehetett. A felkarcsontok hosszúságából a test magasság megközelítő értékét 155 cm-ben állapítottuk meg (30.7×5.05), s minthogy a velőüreg már a collum chirurgicumot elérte, az életkort 30—35 év között. Ezeknek alapján azt a véleményt adtuk, hogy a holttestrészek 30—35 év körüli, mintegy 155 cm-nyi magas, tehát inkább alacsony termetű férfitől származhatnak, aki kb. 1½ évvel azelőtt kerülhetett a vízbe.

Következtetéseink helyességét a halott jobb gyűrűs ujján talált jegygyűrű alapján, — melyet a rendőrség

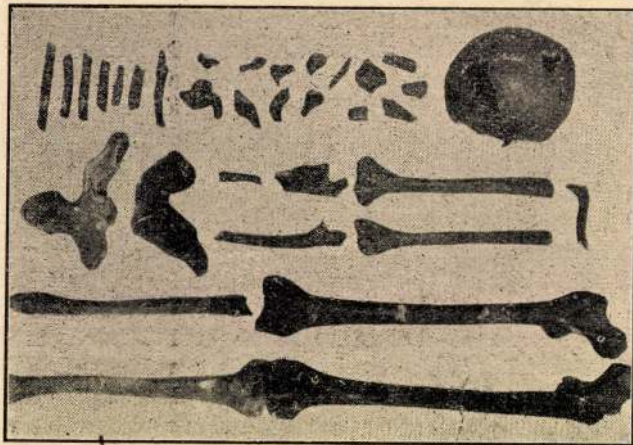
a vízből kihuzás után lefoglalt — meg lehetett állapítani. A rendőrségen ugyanis jelentkeztek egy 1½ évvel azelőtt eltűnt dunai halásznak hozzátartozói, akik a jegygyűrűben felismerték az eltűnt halász tulajdonát és nevének kezdőbetűit. Az általuk adott személyleírás pedig megfelelt a boncolás alapján megállapított adatoknak, amelyek szerint elhalt 34 éves, 156 cm. magas férfi, aki 17 hónappal azelőtt tűnt el s hajója azon a tájékon volt, ahonnan a holttestet kifogták.

2. Egy másik esetünkben fiatal, jólöltözött nő holttestét találták meg a főváros egyik temetőjének elhagyott részén. A holttest mellett 6.35-ös Frommer pisztoly hevert, s feltűnő volt az, hogy a lövés sérülés bemeneti nyílását képező csillagalakú repedés nem jobb oldalt, hanem a bal halántékon helyezkedett el. Ez a körülmény indított arra, hogy a két felső végtagot tüzetesebben megvizsgáljuk, s ekkor kiderült, hogy a bal felső végtag erősebben fejlett, mint a jobb, a kinyújtott bal felkar körfogata 255 mm., míg a jobboldalié 248 mm., s ugyanekkor különbség mutatkozott a behajlított karok körfogat méretében is. A kétoldali kétfejű izom és a kari verőerek méreteiben az összehasonlításakor nem mutatkozott különbség, ellenben a felkarcsontok vizsgálata feltűnő különbséget mutatott: tudniillik a bal felkarcsont 8 grammal súlyosabb és 4 mm-el hosszabb volt, mint a jobboldali. Ezeknek alapján a baloldali bemeneti nyílásnak a balkezesség adott magyarázatot.

3. Elmult év tavaszán magas termetű, közepes korúnak látszó férfi holttestét fogták ki a Dunából. A bőr felhámja a legtöbb helyen cafatosan levált, a kezekön összesen 3 ujjon volt már csak köröm, amelyek gondozás jeleit nem mutatták. A jobboldali felkarcsont 350 mm. és 311 gr. volt, a baloldali pedig 344 mm. és 285 gramm. Az izmok tapadásául szolgáló bütykök mindkét csonton igen kifejezettek voltak, a csontok felfürészeléskor pedig kiderült, hogy a velőüregek a collum chirurgicumot már meghaladták, de az összezsugorodási vonalat még nem érték el, s a nagy gumó táján sem mutatkozott még a szivacsos csontállományban velőüregképződés. Ezeknek alapján azt a következtetést vontuk le, hogy elhalt férfi 45—50 év körüli lehetett, s hogy olyan foglalkozást űzhetett, amely mindkét felső végtagját, különösen azonban a jobboldalit vette erősen igénybe. Elhalt zsebében talált villamosjegy adatai, az eltűnés napja, órája és helye, nemkülönben a fenti megállapítások L. R. 44 éves földműves adataival egyeztek meg, akinek hozzátartozói a halottban felismerték eltűnt rokonukat.

4. Würzburgi tartózkodásom idején, elmult nyáron szállítottak az ottani törvényszéki orvostani intézetbe régi, korhadóban lévő kiásott csontdarabokat (2. ábra), s a kérdés az volt, hogy ezek a csontok azonosak-e egy közel 30 év előtt eltűnt 42 éves férfi csontjaival. A csontoknak embertől származása nem volt kétséges, karcsúságuk azonban inkább női eredetet árultak el. A nem eldöntését megnehezítette az a körülmény, hogy nemcsak a fej és a medencecsontok, hanem a felkarcsontok is hiányosak voltak. Különösen az okozott nagy nehézséget, hogy mindkét felkarcsontnak a meghatározások szempontjából legfontosabb része, a proximális vége hiányzott. Pontos méreteket vettem fel a felkarcsontokról, rajtot készítettem és azután a budapesti intézet gyűjteménytarában levő csontokkal hasonlítottam össze azokat. Kiderült ekkor, hogy a csontok inkább női eredetűek s ezt a feltevést megerősítette a karcsúság, az izomtápadásbütykök mérsékelt fejlettsége, s végül az a körülmény, hogy a diaphysis közepének átmérője 18.7—22.5 mm. között volt, ami régebbi megállapításaim szerint a női felkarcsontra jellegzetes. Az életkor kérdésének eldöntésére fel lehetett használni azt, hogy a velő-

üreg a felkarcsontokban még nem érte el a collum chirurgicumot és továbbá, hogy a combcsontok mindkét distalis izvégében jól lehetett látni azt, hogy az összeforradás még nem tökéletes. Ez az észlelés arra utalt, hogy a csontok 20—22 év körüli egyéntől származhattak. Mindezek alapján megállapíthattuk, hogy a vizsgálat tárgyát képező csontok nem lehetnek a 30 év előtt eltűnt 42 éves férfié, hanem minden valószínűség szerint egy 20—22 év körüli nőé.



2. ábra.

Ez a néhány eset, amelyet a fentiekbe röviden ismertettem, bizonyítja, hogy tüzetes vizsgálattal és az általam táblázatba foglalt adatok felhasználásával a gyakorlat igényeinek megfelelő értékes eredményekre juthatunk. A budapesti intézetben minden ismeretlen halottat pontosan megvizsgálunk ez irányban, sajnos azonban sok esetben nem áll módunkban következtetéseink helyességéről meggyőződni, azért, mert elhaltnak nincsen hozzátartozója, vagy ha van is, a rokonság nem kutat az eltűnt után.

Schranz Dénes dr. tanársegéd.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A véresejt-süllyedés klinikai jelentősége. Domarus. (D. Med. Wschr. 1932. 44. sz.)

A vörösvérsejtek suspensióstabilitása több tényezőtől függ. Ezen tényezők megváltozása gyakorol befolyást a véresejt-süllyedésre. A legfontosabb ezek közül a plazmafehérje. A plazmafehérjék közül a durván dispergált fibrinogen és globulin megszaporodása gyorsítja a süllyedést, míg megkevesbbedésére lassúbb lesz a süllyedés. A serum albumintartalma nem változtat a süllyedésen. Másodsorban a vörösvérsejtek számától függ a süllyedés. A vörösvérsejtek megszaporodása lassítja, megfogyása pedig gyorsítja a süllyedést. Anaemiákban azonban nemcsak a vörösvérsejtek megfogyása miatt gyorsul a süllyedés, hanem a durván dispergált plazmafehérje megszaporodása miatt is. Ugyazintén a vörösvérsejtek megszaporodása mellett az ilyen esetekben létrejövő széndioxid-többlet, tehát a pangás is mint süllyedést gátló tényező szerepel. A lipoidok, különösen a koleszterin gátolják a véresejt-süllyedést, de ilyen hatása csak a fehérjékhez kötött lipoidoknak van. Ebből következik, hogy a vér összes koleszterin-tartalma és a véresejt-süllyedés között nincs összefüggés. Az epesavak gátolják a sedimentálódást és így lassítják a süllyedést.

A véresejt-süllyedés normális értékei, Westergreen eljárás szerint, férfin 6—10 mm, nön 8—12 mm 1 óra alatt. Hibaforrásnak kb. 5 mm-nél nagyobb eltérés vehető. Gyakorlatilag a véresejt-süllyedés gyorsulásának van jelentősége; a lassulás jelentősége csekély.

Gyorsabb lesz a süllyedés általában minden olyan esetben, ahol fokozott fehérjeszétéses van, törtenjen ez akár fiziologiás okból (pl. terhesség), akár pathologiás okból (pl. gyulladás, genyedés, infectio, malignus tumor). Az oka mindig a durván dispergált fehérjék megszaporodása, a reac-

tio tehát mindig másodlagos, sohasem specifikus. A süllyedést más külső beavatkozások is gyorsítják, mint ingertherápia, meleg fürdő, aseptikus műtét. Láz csak olyankor gyorsítja a süllyedést, ha az oka infectio; egyszerű hyperthermia a süllyedést nem gyorsítja. A gyorsulás foka teljesen az egyén érzékenységtől függ, ezért sohasem szabad a süllyedés foka és a megbetegedés intenzitása között párhuzamot felvenni. A süllyedésre továbbiakkal jellemző az is, hogy a betegség kezdetétől számítva aránylag későn áll be és a betegség lezajlása után is aránylag hosszabb időn át megmarad. A vérkép és süllyedés között gyorsulás észlelhető úgy lényeges leukocytosis, mint extrem leukopenia esetén is.

Chronikus betegségekben általában a betegség javulásával a süllyedés is kisebb lesz. Ez azonban nem szabály, mert az állapot rosszabbodása mellett is csökkenhet a süllyedés, sőt a normalis alá is juthat. Különösen áll ez, ha kachexia lép fel. Kachexiában nem szaporodik a durván dispergált fehérje, legfeljebb csak kezdetben, sőt később még megkevesbbedik. Ennek megfelelően a kachexiás süllyedése csökken, sőt a normalis alá is kerül.

A véresejt-süllyedést az egyes folyamatokat illetően a következőképpen értékelhetjük a gyakorlatban:

Graviditásban: 4-ik hónaptól gyorsul, a szülés után 5—7. hét között tér vissza a normalisra.

Gyulladásos fertőzések folyamatait akut esetében a reactio késői — kb. 2×3×24 óra múlva — beállása miatt nem mond sokat. Segítségünkre lehet esetleg akut appendicitis és adnexitis elkülönítésére. Acut appendicitisben nincs fokozott véresejt-süllyedés, viszont adnexitis csak akkor okoz észrevehető tüneteket, amikor már annyi ideje fejlődik, amennyi idő alatt a véresejt-süllyedés gyorsulása is bekövetkezett már.

Művi abortus esetén helyes előbb elvégezni a süllyedés vizsgálatát, mert gyorsabb süllyedés adnexitis mellett szól és contraindikálja a curettage-t.

Reconvalescentiában — infectiós betegségek után — addig helyes a beteget kímélni, amíg a süllyedés gyorsulása tart. Általában minden akut infectiós megbetegedés gyorsítja a süllyedést. Kivétel a typhus, paratyphus csoport és a Bang-betegség. Normalis vagy közel normalis süllyedési érték magas continua mellett ezen betegségek mellett szól és mint differential-diagnostikai jel felhasználható influenzától és miliaris tuberculosistól elkülönítésre. Genyedő folyamatok gyorsítják a süllyedést, de eltokolt tályog esetleg nem.

Tüdőtuberculosis aktivitása esetén gyorsult a süllyedés. A süllyedés foka párhuzamosan halad a folyamat kiterjedésével; exsudatív folyamatokban nagyobb a süllyedés, mint fibrosus proliferatív folyamatokban. Prognostikailag a süllyedés csökkenése jó jel, kivéve, ha kachexia áll be. Pneumothorax alkalmazása mellett süllyedéscsökkenés a kezelés hatásossága mellett szól, bár a légzőfelület csökkenése és a secundaer polyglobulia is csökkentheti a süllyedést, illetve compenzálhatja a gyorsító tényezőket.

Malignus tumor esetében mindig gyorsabb szokott lenni, gyakran ez az első jel, ami felhívja rá a figyelmet. A gyorsulás hiánya még nem szól malignus tumor ellen. Végbélrák esetében gyakori a közel normalis süllyedés.

A máj és epeutak megbetegedéseiben ellentétes hatások működnek közre. Az epesav megszaporodása és a fibrinogen megfogyása lassítja a süllyedést, míg a gyulladás és autolytikus májszétés (atrophia hepatis flava) gyorsítja. Ikterus simplexben sohasem gyorsul, inkább lassul, ha az ikterus oka gyulladás, neoplasma, syphilis, vagy cholelithiasis, mindig gyorsul a süllyedés; ezek a folyamatok ikterus nélkül is gyorsítják a süllyedést. Haemolysisek ikterus, cirrhosis hepatis szintén gyorsítja a süllyedést. Haemolysisek ikterusban azonban lehet normalis és lassult süllyedés is.

Chronikus ízületi bajokban: osteoarthropathia deformans a degeneratív folyamatoknak megfelelően normalis; chronikus polyarthritiben megfelelően a gyulladáson alapulóknak gyorsult; endokrin arthropathiában változó; izomrheuma lumbago, ischias normalis süllyedéssel jár.

Anyagcsere betegségekben: elhíjasodás változó, diabetes változó, diabeteses coma lassult (elmúltát a süllyedés emelkedése jelzi) süllyedéssel jár. Köszvény akut rohamaiban gyorsul a süllyedés.

Anaemia, leukaemia esetén gyorsul, polycythaemiában, lassul a süllyedés.

Hyperthyreosisban változó, Addison-kórban gyorsul, lehet, hogy a tuberculotikus alapbetegség miatt.

Vérkeringési betegségekben differential-diagnostikus eszköz lehet vitium cordis és esetleg újra fellobbant endocarditis között, utóbbiban gyorsul, de bronchopneumoniát mindig ki kell zárni.

Chronikus szívbajban lassul a süllyedés, ennek oka a pangás miatt felszaporodott CO₂ és erythrocytosis és a hydraemia miatti plazmafehérje megfogyás. Erlues esetében gyakran gyorsabb a süllyedés.

Kleiner György dr.

Sebészet.

A súlyos colitis sebészi kezeléséről. *F. Mandl.* (Med. Klin. 1933. 8. sz. 251. o.)

A súlyos fekélyesedéssel, bőséges nyálkás, véres, genyves váladékkal járó és gyógyulásra kevés hajlamot mutató colitisek gyógyítására használatos sebészi eljárások ma, a legegyszerűbbektől a legsúlyosabbakig igen különbözőek. Az *appendicostomia* nem ajánlatos, mert először is feltétlenül ép féregnyulvány szükséges hozzá, azután nem elégséges mosásra szolgáló sipoly-nyílás a súlyosan megbetegedett béldarab nyugalomba helyezése nélkül és végül is ma általánosságban az a vélemény alakult ki, hogy nagyobb bélmosások nem jó eredménnyel járnak a folyamat gyógyulása szempontjából. Nagyobb haszna van a felszálló remesén készített *vastagbél-nyílásnak*. Érdekes azon esetük, ahol a féregnyulvány sipolyból, elégtelensége következtében vakbél sipoly keletkezett, mellyel egyidejűleg az addig gyógyulási hajlamot nem mutató folyamat erősen javulni kezdett. A leszálló remesén készített vastagbél-nyílás baloldali folyamatban javallt. *Bél anastomosis* készítése, a beteg darab nyugalomba helyezése céljából kérdéses eredménnyel jár. A bél igen súlyos elváltozásakor a *resectio* járhat eredménnyel. Az utóbbi időben úgy sebészi, mint belgyógyászai oldalról igen dicsérik a *vértömlesztést*, amely már első ízben is azonnal javulást hoz létre. Szerző 3 esete kapcsán ezen véleményt nem osztja. Szerinte colitis gravis elnevezésű különböző megbetegedéseket jelölünk meg, amelyek természetesen különféle eljárásokra nem egyformán gyógyulnak. A súlyos esetekben erélyes eljárást javall és ide sorolja a vértömlesztést is. A nagyobb bélmosásokat úgy a maga, valamint mások rossz tapasztalatai alapján elvetendőnek tartja.

Marik Miklós dr.

Evipan-natrium intravenás altatásról. *K. Specht.* (Zbl. f. Chir. 1933. 5. sz.)

Ujabb altatási módokkal foglalkozik, összehasonlítva azokat. Az Evipan-Na adagolására vonatkozólag kiemeli, hogy a nem-, kor- és a beteg erőbeli állapotát tekintetbe véve testsúlykilogrammonként 0,08—0,16 cm³-t adagol az előre 10 cm³ desztillált vízben feloldott 1 gr. Evipan-Na törzsoldat keverékéből. Általánosságban 5—10 cm³-t ajánl. A könyök hajlat vénájába lassan 1—2 perc alatt fecskendezi be. A beteg azonnal elalszik 5—15 percig az alvás mély, állát luxálni kell, ezután 15—30 perces alvás következik, minden utóhatás nélkül. A vérnyomást és a lélekezést semmivel sem befolyásolja jobban, mint az aether. Az Evipan-Na altatás kiegészítésére aether-aethylchlorid bódítást ajánl. Késői ártalmat nem észlelt, kisebb beavatkozásokra ajánlja.

Szabó Elemér dr.

Subcutan gyomor- és duodenum ruptura esete. *H. Oberascher.* (Zbl. f. Chir. 1933. 7. sz.)

A sérülés úgy jött létre, hogy a beteg karóval kezében elcsuszott s nagy erővel esett a karó végére, gyomortáját erősen megütve. Eleinte hasi shok tünetei domináltak s csak egy óra múlva vált felismerhetővé a perforatio. Műtétnek a sértetlen hasfalon áthatolva praepyloricusan 1 cm-es csillag-alakú rupturát találtak a nagy hajlaton, a lig. gastro-colicum megfelelő részének leszakadásával, ezenkívül a duodenum alsó vízszintes szárának majdnem teljes átszakadását. A sérülések elvarrása után prima hasfal zárás mellett a beteg normális gyomor- bélfunkcióval gyógyult. A szakadások helyéből megállapítható, hogy azokat a gerincoszlop és a karóvége közti összepréselődés okozta.

Riegler András dr.

Gyermekgyógyászat.

A gyermekkori empyema aspiratiós kezeléséről. *Mc. Enezy és Brennemann.* (Americ. Journ. of Child. 44. 742. 1932.)

94 empyemáról számolnak be 12,8%-os mortalitással. A betegek kora 5 hó és 13 év között váltakozott 2 év alatt kizárólag az aspiratiós kezelést ajánlja 2 éven felül kezdetben szintén az aspiratio a legjobb, műtéthez csak akkor folyamodjunk, ha a gyermekben a localis folyamat és az általános állapot nem javul.

Csapó dr.

Pleuritis mediastinalis superior. *St. Engel.* (Zschr. Khk. 53 k. 5. f.)

Előfordulnak oly röntgenképek, hol a mediastinum árnyéka egyik tüdőmező felé (11 eset közül jobbra 9-szer, balra 2-szer) kiszélesedik s a tüdő alsóbb részétől horizontális vonalban folytatódik, ez valószínűvé teszi, hogy a pleu-

rával áll összefüggésben. Megerősíti ezt a feltételt, hogy gyermekkorban különösen a jobb felső tüdőlebeny hajlamos pneumoniára. Ezenkívül a tracheo-bronchialis mirigyek a mediastinalis pleurával közvetlenül érintkeznek, így pneumonia nélkül is a pleura ezen a helyen igen könnyen infiltrálódhatik.

E betegség leggyakrabban a korai gyermekkorban fordul elő, főként az első életév második felében, azonban 2 hónapos és 2 éves gyermekben is előfordult egy-egy eset. Klinikai tünetek igen csekélyek, legtöbb egyáltalán nem is érezte magát betegnek. A betegség lefolyása átlag 5—6 hónap. Prognosis általában jó. Pungálni természetesen a localisatio miatt nem lehet, általános felszívó terapiát kell alkalmaznunk.

Recht István dr.

A mastoiditis kezeléséről. (Megjegyzés *Zischinsky* hasonló című munkájához.) *M. Meyer.* (Jb. f. Khk. 88. k. 1—2. f.)

Zischinsky-nek felfogását támadja, aki munkájában azt állítja, hogy egyfelől az otitis media, illetve a mastoiditis veszélyét tulbecsülik fertőző betegségek esetében, másfelől pedig az elvégzett antrotomia nem véd meg genyes meningitis és sinus thrombosis kifejlődésétől. *Meyer* szintén lehetőleg a conservatív kezelést ajánlja, de ugyanakkor felhívja a figyelmet, hogy a műtét indicióját ne csak a helybeli tünetek szabják meg, hanem mindig tekintettel kell lenni a beteg általános állapotára (láz, általános közérzet, sensorium, röntgen), és már valószínűségi jelek szerint is, miután sok esetben a biztos tünetek hiányoznak, határozzuk el a műtétet, hogy a szervezetet fenyegető veszélytől (genyes meningitis, sinus thrombosis) idejében megvédjük. A *Wilde* által ajánlott metzszéssel szemben határozottan az antrotomiát ajánlja.

György Ede dr.

A csecsemők antitest képzése. *Goebel.* (Zeitschr. f. Khk. 53. k. 4. f.)

Állatkísérletekben a toxicusnak mutató paratyphus B. vaccinával szemben csecsemők specifikus antitesteket nem képeztek, viszont fajidegen teljes vér 3 × 1,5 ccm-nek subcutan adagolása után a koraszülöttek kivételével minden csecsemő képezett specifikus antitestet, ha a titere aránylag alacsony is maradt. 1:80-hoz arányt soha nem haladta túl. Ezek a csecsemők kivétel nélkül sensibilisálódtak is, amit a fellépő serumkiütés igazol. A kísérletek azt bizonyítják, hogy még fiatal csecsemőkön sem okvetlenül kilátástalanok az activ immunizálási kísérletek, csak nem minden antigen használható fel.

Sándor Klára dr.

Szemészet.

Adatok a fiatalkori glaukoma aetiológiájához. *W. Löhlein.* (Zschr. f. Aug. 1933. febr.)

A fiatalkori glaukoma általában fejlődéstani rendellenesség következménye. Egy esetet közöl, amelyben semmi fejlődéstani anomalia sem volt. A 15 éves betegen 10 éves korában kezdődött a látásromlás, amit kiskokú rövidlátásával magyaráztak; szerző észlelésekor a myopia 3.0 D volt, a látásélesség nagyfokban csökkent, a szemfeszültség igen magas volt. Trepanatio után a tensio leszállt, a látásélesség javult és 4 éve tünetmentes. Főfájása, szédülése van még. A neurological vizsgálat syringomyeliát derített ki; a syringomyelia a nyaki sympathicus duccokat érte és szerző feltételezi, hogy esetében a fiatalkori glukomát a sympathicus idegrendszer elváltozása okozta, amennyiben a szem ereiben a vérkeringést és folyadékcserét első sorban a sympathicus befolyásolja. A myopiát azzal magyarázza, hogy a fejlődő szemben előállott nyomásfokozódás következtében a szemtengely megnyúlt és ezáltal fokozódott a rövidlátás.

Weinstein Pál dr.

Centralis skotoma chiasmabántalmak esetén. *E. Riegel, K. Vogelsang.* (Zschr. f. Aug. 1933. febr.)

5 chiasma tumoros beteg adatait közlik; valamelyikben volt centralis scotoma. E scotoma a macularis rostok lefutásának anatómiájából érthető; a macularis rostok a chiasmában épűgy kereszteződnek, mint a peripheriás idegrostok, ami érthetővé teszi a hemianopiás centralis scotomát. A chiasma hátulsó részében a köteg a 3-ik agykamra recessusa alatt vonul el és így e vidék daganata első sorban a keresztezett papillo-macularis rostokat nyomja és bitemporalis hemianopiás scotomát okoz, illetve ha a tumor kicsi, akkor csak egyoldali hemianopiás centralis scotoma lesz az ellenkező oldali szemben. Centralis scotoma van a homlok-

lebenyben székelő daganatokon is. Az a tény, hogy centralis scotoma chiasma megbetegedések esetében is előfordulhat, figyelemreméltó, mert a centralis scotoma egyik cardinalis tünete a neuritis retrobulbarisnak.

Weinstein Pál dr.

Bőrgyógyászat.

A hajás fejbőr gombás betegségeinek új gyógymódja.
Elmer C. Loomis. (Arch of Derm. and Syph.)

A hajás fejbőr gombás betegségében szenvedő gyermeket veszteség éri, mert nem járhat iskolába, amíg fertőzőképes. A röntgen-epilatio nem mindenütt vihető keresztül, a thallium epilatio pedig alkizsmert veszélyeket rejt magában. A szerző sikerrel alkalmazta a 0.5% thymolt és 1% oleum cinnammonit tartalmazó oldatot, vivő anyag a gutta percha oldat. Az eljárás menete: a haját hetenkint rövidre vágatjuk, az említett oldattal az egész fejbőrt naponta háromszor bekenetjük, hetenkint kétszer a fejbőrt megmosatjuk. Az eljárást hetekig kell ismételni.

Simon Pál dr.

A vitiligo pathológiája és therapiája. Prof. T. Hashimoto. (Japan. Journ. of Derm. and Urol.)

A vitiligo gyakoribb férfiakon, mint nőkn; szabadban dolgozókon, mint szobai foglalkozást űzőkön; 20—30 év között, mint a későbbi korban; nyári hónapokban (jun.-aug.) mint télen; arcon és mellen, mint a test egyéb részein. Kimutatható az öröklés. A syphilisnek nem mer oly nagy jelentőséget tulajdonítani, mint a francia szerzők. A vitiligós terület olykor visket. A bőrérzés és izzadság elválasztás csökkent. A vegetatív idegrendszer részéről is van elváltozás: majdnem minden beteg reagál adrenalinra és pylocarpinra. Sella turcica elváltozásokat is észlelt. Az eddigi therapeutikus eljárások felsorolása után leírja az általa legjobbnak tartott kombinált kezelést:

a) 5 ccm 1%-os tryptaflavint ad intravenásan

b) zsírtalanítja a vitiligós területet

c) frissen készített 0.01—0.02%-os tryptaflavin oldatból ad minimalis mennyiséget a vitiligós terület több helyén, különösen a folt határán (helyenként 0.05 ccm-t)

d) beecseteli a vitiligós területet 20%-os bergamottalkohollal, hogy a fény áthatoló erejét fokozza.

e) ezután rögtön besugározza a vitiligós területet higanylámpával (Bach, Kromeyer). Mivel a hosszú hullámú sugár káros a bőrre, ezért uviol üveggel szűri, amely 430—295 μ hullám-hosszúakat engedi át. A besugárzás időtartama a fényérzékenység szerint 5—7 perccel kezdődik és 15 percig emelkedhetik.

Az egyes besugárzások között 7 napi időköz legyen. Ha az erythema még fennállana, úgy még tovább kell várni a következő besugárzással. A termelt melanin — sikeres kezelés esetén — a basalis sejtek magjának közelében helyezkedik el.

Simon Pál dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Chirurgische Tuberkulose. M. Flesch-Thebesius. (Medizinische Praxis für ärztliche Fortbildung. XV. kötet, Theodor Steinkopff. Drezda—Lipsee. 1933. 194. o. Ára 15 márka.)

Thebesius az újabban kialakult felfogás szerint sebészi tuberculosist fogalma alatt csak a csont- és ízületi tuberculosist eseteit foglalja össze. Abból az elvből indul ki, hogy a sebészi tuberculosist nem egyéb, mint a szervezet általános megbetegedésének egy megjelenési formája. A therapiában tehát elsősorban az egész szervezet gyógyítására kell törekednünk, az általános hygienés-diaetás conservatív kezelésre és a műtéti beavatkozást csupán localis segédeszköznek hagyunk.

Ezt a gondolatmenetet tükrözi vissza az egész mű s a szerző szerint ez a felfogás fordulópontot jelent a sebészi tuberculosist therapiájában, amelyet eddig az általános kezelés háttérbe szorításával a radikális operatív szellem irányított és formálta nyomorék torzokká a betegeket.

A mű általános és részletező részre tagozódik.

Az általános részben külön fejezetet szentel a szerző a baleseti trauma és tuberculosist közötti összefüggés sokat vitatott problémájának. Rendkívül behatóan foglalkozik a kérdéssel, kiemelve annak a balesetbiztosításban fontos szerepét. A további fejezetekben az általános és specifikus diagnostikai eljárásokat fejtegeti, majd a conservatív és orthopaediai-operatív kezelés általános elveit tárgyalja.

Tanácsolja, hogy az általános kezelést mellett vagy egy teljesen conservatív vagy egy operatív therapiás programot válasszunk. Pontosan meghatározza az egyik és a másik program előfeltételeit. Kimerítő részletességgel foglalkozik ezután a conservatív therapia különböző eljárásaival: leírja a heliotherapia physikai és biologiai alapelveit a különböző hetiotherapiás berendezéseket, a hyperaemiás kezelést, a röntgentherapiát. Külön foglalkozik a Gerson—Hermannsdorfer—Sauerbruch diéta alkalmazásával és az elért gyógyeredményekkel. Az orthopaediai-sebészi gyógyeljárások általános leírása következik sorra. Külön fejezet tárgyalja a sebészi tuberculosist kezelésének a klinikai és magánpraxisban követendő irányelveit. Az általános részt a körlefoyas és a prognosist fejezet zárja le, amely értékes tájékoztatással szolgál az egyes kórformák lefoyasának előrelátható időtartamáról és a szövödmények statistikai eloszlásáról.

A részletes rész sorra veszi a fej, a gerincoszlop, a nagyizületek, a mellkas és a medencecsontok tuberculosist. Minden egyes fejezetben a paedagogiai és klinikai kép részletes leírása után, mindenre kiterjedő alaposséggel sorolja fel a követendő gyógyeljárásokat. Számos kitünö röntgen-felvétel a különböző rögzítő-fekvő helyzeteknek eredeti fényképekben bemutatása, a gyógyászati segédeszközök ábrái gazdagítják a részletes részt.

A műnyomó papiron, ragyogó nyomdai kiállításban megjelent munkát alaposága, modern szelleme, eleven, könnyen érthető stylusa, művészi tökéletes ségü illusztrációi, értékes szakmunkává avatják, amelyben hasznos útmutatással szolgál úgy a sebészi tuberculosissal foglalkozó, mint az általános gyakorlatot folytató orvosok számára.

Szelöczey Dénes dr.

Société des Nations. Organisation d'Hygiène. Enquête sur les besoins en quinine des pays impaludés et sur l'extension du paludisme dans le monde. 91. oldal, C. H. (Malaria) 185. Genève, décembre 1932. Ára 3.75 svájci frank.

A Népszövetség Egészségügyi osztálya 1924-ben vette tervbe egy nemzetközi chinin conferentiának a rendezését. Ezen conferentia munkálatait előkészítendő az Egészségügyi Osztály több körlevelet bocsátott ki, melyek közül 1931. január 14-én a maláriás országok egészségügyi szerveinek küldött körlevél kérdőpontjaira beérkezett válaszokat tartalmazza a fenti jelentés. A választ egy előadóbizottság (Nocht prof., Pittaluga prof. és H. T. Stanton) tanulmányozta át, az adatokat az Egészségügyi Osztály titkársága rendezte. Egy ilyen munka értékét nem lehet felbecsülni. Ismertetni is nehéz a rengeteg számadatot, azok közül csupán néhányat ragadunk ki:

A kérdőpontok a következők voltak:

1. a malária elterjedtsége,
2. évenként kezelt maláriás esetek száma,
3. a chininnek, vagy cinchona secundaer alkaloidjainak mennyisége (a) összesen importált, b) közvetlenül az állam által importált, c) vásárolt és ingyen kiosztott mennyiség),
4. a chininnek és secundaer alkaloidoknak évi mennyisége (a) díjtalanul kiosztott, b) állam által vásárolt és csökkentett áron eladott mennyiség,
5. az ország által évenként igénylendő chinin mennyisége,
6. a chininre vonatkozó törvények.

111 ország küldött választ. Az egyes országok jelentései a megjegyzésekkel és az Egészségügyi Osztály kiegészítő kérdéseire érkezett felvilágosításokkal külön-külön is tárgyalva vannak, a jelentés végén pedig a 111 ország adatait táblázatban is összesítve vannak.

65 országból jelentették az évente kezelt maláriás betegek számát. Eszerint 1931-ben 17,750.760 beteg volt ezen országokban kezelés alatt. Egyes országokban (Indo-China, Ceylon stb.) a fertőző betegek 10—56.9%-át maláriás betegek teszik ki. Indiában 8—10 millió maláriás részesül évente kezelésben (az összes megbetegedések számát alacsony becslés szerint Indiában évente 100 millióra teszik), de a kezelt esetekben egy betegre és 1 évre számítva átlagban nem jut több 2 g chininnél (az átlagos szükséges mennyiségként számított 20 g helyett). A maláriás országok chinin bevétele 1931-ben 165.280 kg és 885 g volt. Az ingyen kiosztott chinin mennyisége pedig 19.894 kg és 628 g. Ehhez képest a szükséges számított chininmennyiséget (csupán a választ adott országokra számítva) 1,387.411 kg és 670 g-ra lehet tenni. Megtudjuk a jelentésből azt, hogy a chinin árát törvényes rendelkezések mennyire befolyásolják. Így pl. Amerikában, ahol az állam közvetlenül nem importál chinint és annak eladását nem szabályozza, a chinin kilogrammja 1931-ben 70—88 dollár körül volt (Magyarországon 1 kg chinin nagybani ára jelenleg 152 pengő).

Igy országoként a malária kérdésre vonatkozó adatok nagy számát találjuk meg, melyeknek felsorolása lehetetlen. A szomszédos országok közül Jugoszláviának és Csehszlovákiának adatait találjuk meg a jelentésben, a mi adataink — melyek most vannak feldolgozás alatt — hiányzanak. A kiadvány méltán sorakozik a Népszövetségi Egészségügyi Osztálynak nagy jelentőségű tájékoztató munkái mellé.

Lőrincz F. dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 31-i ülése.

Bemutatók:

1. Scheiber V.: *Háborús lövedék ritka vándorlása.* 18 év előtt a jobb vállon behatolt lövedék a jobb hónaljba, majd innen 4 év alatt a daganat folytonos növekedése közben a könyöktájrát jutott. Itt ökölnyi nagyságúvá nőtt és ebben az állapotban távolította el. A daganat vastagfalú, kenőcszerű anyaggal telt tömlő-idegentest cysta, amelyben az orosz golyó feküdt.

2. Laub L.: *Gége- és bronchusrák együttes előfordulása.* 51 éves férfibeteg tracheotomia. A gége egész baloldalát elfoglaló daganat ráterjed a garatfalra is, szövettanilag elszarusodó laphámrák. Radiumkezelés. Néhány hét múlva a röntgenvizsgálat tüdőtumort állapít meg. A beteg broncho-pneumonia következtében elhunyt. A sectiókor a bal tüdő főbronchusát, valamint a kisebb bronchusokat is daganatszövet infiltrálja. A szövettani lelet (*Zalka*) a *gégében elszarusodott laphámrákot, a bronchusban az előbbtől teljesen elütő, kis ovalis sejtekből álló, kevésbé differenciált tömött fészkes rákot* állapított meg (az merikaiak oothcell cancer-nek nevezik). Kétségtelen, hogy két *primaer tumor* volt jelen.

Előadások:

Zinner N.: *Plasztikai műtétek a végtagsebészetben.* (Film-bemutatóval.) A plasztikai műtétek célja ugyanaz, mint az orthopaediáé. Két esetet mutat be. Az egyikben megégs következtében teljesen elhegesedett és használhatatlan kéz hát bőrét pótolta a hasfalról vett lebennnyel és a kéz teljesen használható lett. A másikban vasúti szerencsétlenség következtében leszakadt az egész sarok, a talp bőr- és zsirtakarója és a csont szabadon feküdt. A combról átültetett nagy bőrlebennnyel fedte a defectust. 6 év óta tehermentesítés nélkül jár, teljesen munkaképes.

Elpusztult inak más inakból vett szabad transplantációval gyógyíthatók: erre vonatkozólag bemutató egy esetet.

Legfontosabb a csontok defectusainak, az állizületeknek átültetés útján gyógyítása, mire vonatkozólag 3 esetet demonstrál röntgenképeken. Egyikben 6 cm-es tibia-hiányt pótolta a csontátültetés útján, egy másiknak combnyakálizületét gyógyította a combnyakra átültetett csonthártya borítékkal.

Két esetben sikerült hosszúnövekedésre képes csontrésztletet — a növényi porckoronggal együtt — átültetnie. Az egyik esetben világhozott részleges tibiahiányt pótolta a fibula proximalis végéből, a másikban részleges ulna-hiány következtében elferdült kezét ugyancsak a fibulából vett csontrésztlettel. Bemutatója a képeket és a szövettani metszetet, melyet az első eset átültetett növényi porckorongjából vett ki 4 évvel a műtét után. Tudomása szerint emberre vonatkozó ilyen irodalmi adat nincs, egyedül *Kornev* állatkísérletei bizonyítják, hogy fiatal egyénekben a növekedésre alkalmas csontok átültetése is lehetséges.

A statikusan igénybevett alsóvégtagon is lehet egész jó functionális eredménnyel mobilizálni az elmerevedett csípő- és térdizületet, csak az a fontos, hogy ne törekerjünk túlnagy mobilitásra, mert akkor az ankylosisban is rosszabb, lötyögő izületeket kaphatunk. A mobilizációt *Payr* szerint resectio és szabad fascia átültetéssel végzi. Öt esetet mutat be. Röntgenképeken és mozgófényképen demonstrálja az izületek használhatóságát olyan esetekben is, ahol ugyanazon végtagon úgy csípő-, mint térdizülete arthroplastika útján készített. Bemutatója a betegeket is.

Megállapítja a plasztikai műtétek jogosultságát a végtagsebészetben.

Niederecker G.: Az Irgalmas-kórház anyagából mutat be néhány esetet. Két rosszul gyógyult combtörést, az egyiket már két ízben operálták s mindkétszer állizület fejlődött. Jelenleg munkaképes. A másik esetével kapcsolatban hangsúlyozza, hogy minden esetben drótozzunk, még akkor is, ha műtétkor a törvégek fogazatszerűen jól összekapaszkodnak, mert az izomtonus visszatérése után a dislocatio a legtöbb esetben ismét beáll. További 3 esete veleszületett és szerzett deformitás. Az egyikben lötyögő bokaizület miatt

a bokavillát a tibiából és talusból kivésették segítségével szüntette meg, a villa beszűkítését pedig szögeléssel biztosította. A másikban súlyos hallux valgus és planovalgus miatt végzett műtétet a saját methodusa szerint. A harmadikban igen súlyos veleszületett lólab esetében a csont és lágyrészeket végzett műtétet. Legsúlyosabb egy felnőtt veleszületett dongalába, aki a láb hátán járt. Az egyik lába már tökéletes, a másik kezelés alatt áll.

2. Gróh E.: *A tuberculosis bacillus fejlődése.* A bovin telemek tejfehér, fénylő félgömbök. A saválló pálcika 0.8 mikron nagyságú sporából fejlődik. Minden pálcikában 5—6 spóra fejlődik, a pálcikát sporangiumnak kell tekintenünk. Az érett pálcika hossza kb. 4 mikron, szélessége 0.6—0.8 mikron. A human tuberculosis telepek egyenetlenek, fénytelenek, szürkék, sárgásrózsaszínűek, esetleg téglavörösek. A fejlődés itt is sporából (0.5 mikron) indul meg és pálcika fejlődik, mindkét végén egy-egy sporával. Ezen sporák tovább csírázása okozza az egyes culturákban látható változatos képet. A két típus elkülönítése fontos tudományos szempontból, mert ezen közel 800 törzsvizsgálati eredménye alapján módunkban van tiszta törzsekkel dolgozni és a kutatás helyes irányba biztosítani van. Fontos azonban gyakorlati szempontból, mert a két típus pontos ismerete alapján meg tudjuk állapítani, hogy az egyes típusoknak mily szerepük van az emberi tuberculosisban.

Belák S.: *Gróh* vizsgálatainak legnagyobb jelentőségét abban látja, hogy a tuberculosis bacillusra vonatkozó szét-szört adatokat egymással vonatkozásba hozta és ezáltal a holt morfológiai adatoknak biológiai összefüggést adott. Nemkülönböztet fontos, hogy a bacillus típusokat egymástól mikroszkoposán is el tudja különíteni és így a human és bovin típusok emberpathológiai szerepét nagyobb könnyedséggel tudja kutatni. Az egyes fejlődési alakok ismerete ezenkívül a variabilitás problémájába is belevilágít.

Preisz H.: Miután az előadó intézetében már hosszabb ideig nagyszámú human és bovin gümöbaccilust tenyésztett és összehasonlítólág vizsgált, ennek alapján úgy nyilatkozott, hogy a kétféle típust a mikroszkopos kép alapján meg tudja egymástól különböztetni, mire felhívta, hogy erre nézve állja meg a próbát. Erre előadó átadott mindenik típusból 4—4 tenyészetet; ezek mindegyikéből tárgylemezre próbákat kent fel és mikroszkopi vizsgálat végett előadónak adott át, aki helyesen felismerte és jelezte a kétféle típust.

Tekintettel arra a tájékoztatásra, amelyben vagunk arra nézve, hogy az ember tuberculosisának aetiologiájában mekkora gyakorisággal szerepel a bovin-típusú bakterium, nagyon kíváncsi, hogy az előadó által hangoztatott különbségek alapján nagyszámú eset vizsgálatával megbízhatóbban megállapíthatassék, hogy milyen gyakran fordul elő a bovin típus emberi gümőkben, mert ez a prophylaxis szempontjából is igen fontos.

Magyar Urológiai Társaság január 30-i ülése.

Ráskai D. elnöki megnyitójában az „Urologia magyar úttörői”-ről beszélt. *Kovács József* 1868-tól, *Balassa* halála után, — annak utóda, — sebészeti klinikáján nagy elismeréssel foglalkozott húgyivarszervi sebészetrel. Klinikáját a húgykőben szenvedők ezrei keresték fel. Az antiseptikus túlhajtásaival szemben az aseptisist juttatja érvényre. Iskolájából kerültek ki az urológiának, még ma is működő kiváló képviselői. Legrégibb tanítványai között *Bakó Sándor*, a Szent János-kórház urológiai osztályának volt vezetője, különösen a húgycsőszűkületek kezelésében fejtett ki nagyobb gyakorlati és erre vonatkozó közleményében irodalmi működést. Klinikájáról került ki az ott megalapozott tudását az akkori kor modern szellemével betöltő *Antal Géza*, az urológiának első és legkiválóbb magyar munkása. Húgycsőtűkre, a húgycső megbetegedéseiről szóló tanulmányai, első hólyagtűkri vizsgálattal megállapított hólyagdaganatok és az azok sikeres műtéti úton végzett eltávolítása, vesesebészeti műtéti és a húgyivarszervi megbetegedések egész tárgykörét felölelő működése és annak tudományos feldolgozása, német nyelven is megjelent kitűnő tankönyve, nevét hazánk határain túl is ismertté tették. Vele egykorban és ugyanabban az évben hunyt el az ugyancsak magyar származású *Utzmann Róbert*, aki alapvető munkálataiban különösen a húgycső és hólyagmegbetegedések tanát évtizedekre kihatóan vitte előre. *Antal*, a Rókus-kórház urológiai osztályának vezetésében *Farkas László* követte, ki rendkívüli gyakorlati érzékkel a műszerek és eljárások egész sorát alkotta. Megemlékezik még a nem rég elhunyt *Feleky*

Hugórol, aki a hugycső megbetegedéseinek kórismézésével és gyógyításával jelentékeny eredményt ért el.

Minder Gy.: 1. *Idegen testek a hólyagban.* 55 éves férfi 4 hét előtt ceruzát dugott hólyagjába, mely incrustálódott s a pars prostatica beékelődve perforálta húgycsővét. Gáti tályogját megnyitva, ezután kísérte meg a ceruza eltávolítását, de siker nélkül. A dionyi incrustatio és ceruzát magas hólyagmetszéssel második ülésben távolította el. Másik négy esetben hajtút, női csattot, ceruzát és fűszálát távolított el endovesicalis úton.

2. a) *Vese- és hererák fiatalokban.* 24 é. varrónó, 5 napos haematuria. A vizsgálatok baloldali vérzés mellett mérsekelt funkciós kiesést mutattak. Tapintási lelet negatív. Pyelographiás lelet bizonytalan. Nephrektomia a vérzés miatt. A vese középső harmadában ék-alakban benyomuló tumor található, mely már a pyelumba is betört. Hiluskörűli mirigyek, melyek csak részben távolíthatók el. A szövettani vizsgálat medulláris rákot mutat. b) 17 é. nőbeteg operált atypikus hypernephroma esetét említi, hol az előzményben többször megisméltendő haematuria szerepel, amit nem érték el. A kórismét itt is a vérzés alatt végzett cystoskopos vizsgálattal állította fel. Pyelographia s tapintási lelet tumor jelenlétét nem bizonyította eléggé, mert előbbi ilyen kezdeti szakban csak valószínűségi kórismét ad. c) 29 é. férfi beteg hydrokelével kapcsolatos heretumor lépett fel. A hydrokele miatt a tumor csak a műtét alkalmával került felszínre. Ha a hydrokele-zsák tapintása a szokottnál súlyosabb, tumorra kell gondolni s ajánlatos ilyenkor a tapintást a hydrokele-zsák funkciója után végezni.

3. *Kő dystopiás vesében.* A kórismézés 19 évig késett, mert alapos urológiai vizsgálat nem végeztetett. A férfikölymi kő az előző vizsgálok figyelmét azért kerülte el, mert a röntgenfelvétel az alsó ureterszakaszt és a medencét nem foglalta magában. A betegen *Illyés* professor sikerrel nephrektomiát végzett.

Remete J.: 24 éves nő hólyagjából hatalmas körtealakú phosphatkövet távolított el, mely dróthajtú körül keletkezett, s melynek egyik szára a hólyag falába fúródott. A pericystissal szövődött gyógyulás 4 hétig tartott. Az 5-ik hét végén a tú laesioja helyén finom hólyag-hüvely sipoly lépett fel, melyet plastikai műtéttel kellett zárni.

Farkas I.: Fiatal leányban hólyagkővet talált; közüzáskor feltűnt, hogy a kő a hólyagfalhoz fixált. A röntgenfelvételen kiderült, hogy a kő hajtú körül alakult. Az epicystotomia alkalmával úgy találta, hogy a hajtűnek csak az egyik szára állott ki a hólyagba, a másik a hólyagfalba volt fúródva. Az eltávolítás alkalmával erős vérzést is tapasztalt, a hajtú körül képződött sarjszövetből.

A másik esetben tipikus hypernephromás szerkezetet mutató daganatot távolított el. Hat hónap mulva a hegben ökölyni tumorrecidiva fejlődött ki. Tekintettel a beteg különben jó állapotára ezt a tumort is eltávolította; a szövettani vizsgálat tipikus sarkomás szerkezetet állapított meg. Hosszabb idő mulva a beteg ismét hozzá került, nagy hasi daganattal, amely nagyfokú bélvérzéseket okozott. A sectiókor vastagbél-sarkomát találtak. A hypernephromában különben gyakran találni carcinomás és sarkomás részleteket.

Radó B.: A 37 éves férfin 12 év előtt sérvműtét történt, utána megdagadt a heréje. A jobb here tyúktojásnyi, egyeneműen tömött; ondószínű megvastagodott. Castratio; az eltávolított here: adenocarcinoma. 5 hónap mulva a heg megnyitott, 7 hónap mulva ökölyni, széteső tumor a lágyékahajlatban. Műteti eltávolítás, utána röntgenbesugárzás. Jelenleg ¼ év óta panaszmentes. Az adenocarcinoma testist a nagysejtű rákoknál valamivel jobbindulatunak mondják; esetében feltűnő a fél év alatt ökölynyire megnőtt localis recidiva. Nincs kizárva, hogy chronikus hydrokelének és vele párhuzamos idült evulladásnak is szerepe volt a carcinoma kiváltásában.

Az Apponyi Poliklinika Orvosai Tudományos Társulásának február 22-i ülése.

Bemutatók:

1. **Hollós L.:** *Splenektomia esetei.* Két splenektomiát átért beteg mutat be. 1. Goucher-kór. 2. Constitutional haemolytikus ikterus.

Előadás:

1. **Kemény E.:** *Vérnyomásvizsgálatok Basedow-kórban és hyperthyreosis esetén.* 627 alapanyagcseremeghatározással

egyidejűleg végzett vérnyommérés alapján megállapítja, hogy úgy a systolés nyomás fokozott, mint a diastolés nyomás csökkent voltára (Pende-tünet) utaló adatok helytállóak, de a normalis szóródásra tekintettel diagnosztikai jelentőségre nem emelkednek, míg a következményes pulsusnyomás-emelkedésnek pathologiai jelentőségén kívül diagnosztikai jelentősége is van. Nagyobb anyagon is megállapíthatja, hogy a pulsusnyomás magasabb voltán alapuló Read-féle formulának a Basedow-kór diagnosztikájában és a körlefoylás észlelésében a gyakorló orvos szempontjából is szerepe van, továbbá az alapanyagcseremeghatározások ellenőrzésére is felhasználható. A Hirschbruch-féle tünetet a Vincent és Thompson-féle állatkísérletekkel magyarázza. A Hajós és Mirgay-féle vizsgálatokat (a vérnyomás csökkenése bizonyos bőringerekre) Basedow-kórban is megerősíti és megállapítja, hogy basedowosok vérnyomása bőringerekre a normalis egyénekétől eltérő módon reagál, amelyben a systolés nyomás tartósabb csökkenést mutat, a systolés és diastolés nyomás közti távolság pedig feltűnően összeszűkül, illetőleg a pulsusnyomás bizonyos bőringerekre kisebb lesz.

2. **Hajós K.:** *Asthma bronchiale és tuberculosis.* 492 asthmás beteg közül a röntgen-vizsgálat 121 esetben tüdő-tuberculosisra utaló elváltozásokat mutatott ki. 492 asthmás beteg közül 16 esetben szerepel a tüdőtuberculosis, vagy csúcshurut, mint a betegséget közvetlenül kiváltó ok. A két betegség tehát nem zárja ki egymást, úgy látszik inkább a tuberculosis hajlamosít asthmára, mint az asthma tuberculosisra. Az asthma nem rontja a tuberculosis, ami a sok észlelt inactiv folyamattal bizonyítható. Nem annyira az asthma, mint inkább a helytelen kezelés activálja a tuberculosis. Egyidejűleg észlelt tuberculotikus folyamatban a fehérje-therapiát illetőleg törekedjünk lassú deszenzibilizálásra és nem láz okozó shokra. A tuberkulint asthmában specifikus kezelési módnak tartják. A tuberculotikus allergia és az allergiás asthma között eddig egyéb oki kapcsolat nem állapítható meg azonkívül, hogy egymás allergenjeivel szemben bizonyos fokig érzékenyek.

3. **Domány E.:** *Ductus Botalli persistens esete.* 24 éves nőn 4½ éve fennálló baloldali recurrensbénulás, sternalis és a bal II. bordaközben kimutatható intenzív tompulat, kiskokú akrocyanosis, systoles zörej a pulmonalis felett s a pulmonalis II. erős ékeltése. Röntgenlelet: a hatalmasan elődomborodó pulmonalis iv erőses pulsál, aorta keskeny és kis pulsatiót mutat. Erős kardialis pangásra valló hulusrajzolat. 1 évi észlelés alatt a kép semmit sem változott. Wassermann-reactio: negatív. Polyglobulia, doberov újjak nem voltak; a beteg jól érzi magát, csak nagyobb megerőltetések után van nehéz légzése és szívdobogása.

4. **Reichl G.:** *Glaukoma miatt operált betegek bemutatója.* A Poliklinika szemészeti osztályán alkalmazott glaukoma-ellenes műtéteket ismerteti betegbemutatók kapcsán (cyclodialysis, sklerotomia anterior, trepanatio, Lagrange, iridektomia), mely műtétek indicatióit a glaukoma különböző válfajai szerint csoportosítja.

Magyar Orvosok Röntgen-Egyesületének február 22-i ülése.

1. **Györgyi G.:** *A combinált bélvizsgálat jelentősége az ileocoecalis tumorok kórisméjében.* Az ileocoecalis tájon a klinikai tünetek alapján feltételezett terime-nagyobbodás röntgen-vizsgálatának menete a következő: 1. üres felvétel, amely szükség esetén cholecystographiával, vagy pyelographiával egészíthető ki, 2. irrigoskopia (colonrelief, bélfelfúvás), 3. gyomor-bélpassage. A contrast-beöntéses vizsgálat és kiegészítőinek, u. m. a reliefvizsgálatnak és a bélfelfúvásnak diagnosztikai értékéről a vélemények ma már eléggé kialakultak. Az egyszerű beöntésből megállapítható egyrészt a beöntés útjának szabad, vagy akadályozott volta, másrészt pedig a bél körvonalaik egyenetlensége, vagy szabályossága. A reliefképen a térszűkítő folyamat okozta elváltozáson kívül megtaláljuk a tumort kísérő katarrhus nyálkahártya-anatomiai magyarázatát. A contrast-anyag lebecsátása utáni bélfelfúvás pedig útbaigazít a térszűkítő folyamat infiltratív, vagy nem infiltratív voltáról. A combinált bélvizsgálat minden esetben kiegészítendő a passage-vizsgálattal, mely a tumor okozta ventiliszertü elzáródás felismerése által igen jó szolgálatot tehet. A diagnosztika felállításában nem csupán a kívülről bejuttatott pozitív, vagy negatív contrastot adó anyagok, hanem a hasi szervek által adott lágyrészárnyékok jellegzetes elhelyezkedésének meg-

figyelése is igen jó szolgálatot tehet. A beteg hasi panaszai eredetének kutatásában nem elég egy-egy töredékvizsgálat eredménye alapján gyanítható elváltozás feltételezése; a végleges diagnózis az összes számbavehető lehetőségek kizárása után állítandó fel.

Erdélyi J.: A vastagbél a gyomor-bélrendszernek diagnosztikailag még mindig legnehezebb része. Ezért előadóval egyetértésben hangsúlyozza, hogy nem szabad meglegednünk a szokásos peroralis vagy beöntéses vizsgálattal, hanem minden indokolt esetben végezzük el a levegőbefúvással kombinált beöntéses vizsgálatot s a relief vizsgálatot is. Esetenként az egyik vizsgáló eljárás negatív lehet és csak a másik célra vezet. Jól végzett vastagbélvizsgálat azonban néha 2—3 órai munkát jelent. Helytelen tehát s a komoly gyomorvizsgálatot igénylő esetekre hátrányos az a szokás, hogy a gyomorvizsgálatot kérő lapokra az esetek többségében feleslegesen odafüggesztik a „bél” szócskát is.

Előadás.

2. Erdélyi J.: Adatok a tüdő daganatos és gyulladásos megbetegedéseinek differentialdiagnosizához. Újabb szerzők szerint a tüdőrák 8—9%-a a szervi carcinomáknak. Az kétségtelen, hogy a tüdőrák diagnosisa most gyakoribb. A tüdőrák-diagnosiz szaporodásának okát egyrészt a finomodott klinikai vizsgálatok (legfontosabb része a röntgenezés), másrészt a finomodott körbontani vizsgálatoknak tulajdonítja. Ismerteti azokat a körülményeket, melyek a tüdődaganat diagnosizát gyakran megnehezítik. Ezek között legfontosabb a bronchusstenosis, a pneumoniás infiltratio és a folyadékkepződés. Ezen kísérő jelenségek következtében a megfelelő tüdőréssz árnyékoltá válik s a daganat vagy a jellegzetes rákkötegek átvilágítása közben a szokásos mellkas felvételeken nem látszanak. Általa ajánlott differentiól röntgenképek segítségével sok esetben sikerül ezen takaró árnyékon belül meglátni a daganatot.

Foglalkozik a bronchus- és lebenycarcinomák jellegzetes sajátosságaival. Ajánlja a tracheának és a főbronchusoknak közelfelvételeken végzett részletes vizsgálatát. Utóbbi a differentiól felvételek segítségével könnyen sikerül. A primaer daganat, vagy az igen hamar és nagymennyiségben kifejlődő nyirokcsomó-metastasisok szűkítik vagy eltörlék ezen képleteket és gyulladásos megbetegedések ellen bizonyító tünetet szolgáltatnak. Olyan esetekben, midőn interlobaris exsudatum takarta a daganatot, az oldalirányú, vagy ferdékben készült felvétel segít tisztázni a helyzetet. Nagy mennyiségű folyadék esetén csak a folyadék leengedése után lett eredményes a vizsgálat. Négy esetben diagnosztikai pneumothorax biztosította a diagnosizt.

Továbbiakban azon gyulladásos megbetegedésekkel foglalkozik, melyek adott esetben a tüdődaganat röntgenképét utánozhatják. Itt elsősorban a nem oldódó pneumoniák, a tüdő és mellhártya következményes callosus elváltozásai, eltokolt mellhártyaizladmányok, tályogok okoznak nehézséget. Számos esettel kapcsolatban ismerteti a klinikai és röntgentünetek közül azokat, melyek némileg irányíthatják elkülönítő körjelzésünket.

Végül hilusból kiinduló tuberculosis, a typosus lymphogranulomatosis, tüdőlués s peluritissal komplikált echinococcusnak az elmondottak szempontjából tanulságos eseteit demonstrálja.

A Szegedi Egyetem Barátai Egyesület orvosi szakosztályának február 13-i ülése.

Bemutatók:

1. Nemeckay T. és Krompaszky S.: Véralvadás a terhességben. Vizsgálták egyrészt a véralvadási, vérzési időt, másrészt a thrombocyták számát, a calcium és a fibrinogen mennyiségét a szaporodási folyamat különböző szakaszaiban és egyes szaporodási megbetegedések (vesebaj, rángógörcs) eseteiben s eredményeiket egészséges nem terhes nőkről kapott eredményeikkel hasonlítják össze. 125 vizsgált nőn a következő eredményeket kapták. A vérzési és véralvadási idő valamivel rövidebb, a Ca mennyisége csak 50%-ban emelkedik, de akkor is csak igen kis mértékben. Majdnem normalis, vagy csak egész minimális emelkedés látható a terhesség alatt a thrombocytaszámban, lényeges emelkedés csak a gyermekágyban van. Lényeges emelkedés volt észlelhető a terhesség alatt a fibrinogen mennyiségében, ami sokszor kétszeresre is emelkedett. Vizsgálataikból azt a következtetést vonják le, hogy a fibrinogen mennyiségének emelkedésével csökken a véralvadási idő, azonban nem minden esetben, mivel úgy látszik, hogy a véralvadásban a

fenti tényezőkön kívül talán a terhességgel összefüggő egyéb tényezők is szerepet játszanak.

2. Kulitz G.: *Berlini és párisi tanulmányutaim tapasztalatai.* Először a német és francia nőgyógyászat actualis kérdéseiről számol be, majd a két urológiai iskola közötti különbséget ismerteti functionalis és röntgendiagnosztikai therapiái, főleg műtéti kivétel és technika szempontjából. Befejtésül azt állapítja meg, hogy az orvostudomány terén is megnyilvánul a jólismert német alaposág és a francia könnyedség és szellemesség.

Előadás:

Kálló A.: *A ductus thoracicus nyirkának lipasetartalmáról.* (Megjelent az O. H. f. évi 6. számában.)

Február 23-i ülés.

Bemutatók:

Erdélyi J.: *Lenyelt és a nyelőcsőben a bifurcatio magaságában fennakadt felsőfogprothesis eltávolítása oesophagoskopia útján.*

Előadások:

1. Török G.: *További adatok fiatal fejlődő szervezet chlorregulációjához.* Csecsemőkön végzett capillar-venosus chlor-differencia vizsgálatai arra az eredményre vezettek, hogy a máj és az enteralis konyhasó elválasztással szemben a tökéletlen osmoregulációval rendelkező fiatal, illetve újszülött csecsemőszervezetben fokozott védőfunkciót teljesít. Ezt megerősítik azok a szövetchlor és fagyáspontcsökkenést mérő meghatározások, amelyekben egészen fiatal állatokon konyhasóoldat itatása a legkifejezettebb chlorretentiót, illetve fagyáspontcsökkenést emelkedést a vizsgált szervek közül a májban lehetett kimutatni. Megerősítik azokat a vizsgálatokat is, amelyekben újszülött kutyákon direct a portába juttatott konyhasónak, illetve chlor-nak a hepaticába átjutását tanulmányozta. Egészen fiatal állatokon a portába juttatott nagyobb mennyiségű konyhasó, illetve chloreliminációjában a felhígult epe jelentős szerepet visz, ami szintén további bizonyítékát adja annak, hogy az egészen fiatal fejlődő szervezetben a chlor nagy mennyiségben jut a májba. Az időleges chlor visszatartás a májban egy portalis érzáron alapszik, amelyet a porta nagyfokú hyperchloraemiája vált ki. A konyhasónak a májon keresztüljutásának szabályozásában ennek a mechanikus funkció alapul a portalis zárnak a konyhasó enteralis resorptiójában is szerep jut. Erősen érvényesül ez a mechanizmus a fiatal fejlődő szervezetben, ahol a magas sóconcentrációjú, koncentrált táplálékok mellett könnyen jön létre relatív vízhiány, ami pedig erős portalis hyperchloraemiához vezethet. Az újszülött szervezet synpathikotoniás beállítottsága, a belfal nagyfokú átjárhatósága ezen portalis zár erős érvényesülését újszülötteknél is valószínűvé teszi.

2. Blazsó S.: *További vizsgálatok a fejlődő szervezet farmakológiájáról.* A fejlődő szervezet gyógyszer-toleranciájának vizsgálata során további lépésként az oxydatív tevékenység fokát próbálta megközelíteni. Kiderült, hogy a különböző oxidációs rendszerek a különböző életkorban nem egy irányban változnak meg. Egyes rendszerek a felnőtthez viszonyítva fokozott tevékenységet mutatnak, mások a felnőttével egyenlőt. Másik kísérleti sorozatban a protoplasmamérgekkel szembeni viselkedést nézte: az érzékenység mérgek szerint változik.

Kramár J.: Az eddigi vizsgálatok mindjobban bizonyítják, hogy a fejlődő szervezetnek különböző gyógyszerekkel szemben a felnőttől eltérő viselkedése határozott törvényszerűségeket gyökeredzik. Ez jól látható most is, amikor a gyógyszerek sorsát befolyásoló egyes tényezőket vesszük sorra. De az is látszik, hogy csak minden részletkérdés tüzetes vizsgálatával lehet célhoz jutni.

3. Petrányi Gy.: *A vörösvérsejtek resistenciáját befolyásoló tényezőkkel* foglalkozik. Sikerült kimutatni, hogy a resistenciát már oly physiologiás tényezők is, mint a táplálkozás és a testsúlyváltozás lényegesen befolyásolják, ugyanarra, hogy ezeknek figyelmen kívül hagyása lényeges hibákhoz vezet. A táplálkozás után (állatkísérletek, felnőtteken és csecsemőkön tett észlelések) a vörösvérsejtek resistenciája nő. Ugyancsak nő akkor is, ha a testsúly csökken, vagy pl. pneumonia alatt, ha a pneumoniás exsudatum felszívódik. A resistencia emelkedés magyarázatát a felszívódó fehérjeanyagcseretermékek absorbtiójában keresi.

Sikerült kimutatnia *Blazsóval* végzett vizsgálatok folyamán, hogy a resistencia növekedésével a vörösvérsejtek fehérje tartalma is növekszik.



Kramár J.: Minden jel arra vall, hogy a vörösvérsejtek resistenciájának vizsgálata a táplálék-resorptió idejéről és lefolyásáról is felvilágosítást nyújt s így a csecsemők táplálkozási zavarának tisztázásához is felhasználható lesz.

A debreceni Orvosegyesület február 23-i ülése.

Bemutatók:

1. Szendy B.: *Cyklopia.* A debreceni női klinika két ciklopiás torzát ismerteti. Mindkettő a Bock-féle beosztás harmadik csoportjába sorolható, a szemhólyagnyél azonban közös. A mikrobulusok a foetalis szemserleg stadiumát alig haladták túl, a neuralis rész csupán a tapetum, illetőleg retinalemezzé különült, a foetalis szemhasadék nem záródott, a recelemez számos rosettát és ráncot alkot. A látótractus közös, a látótelemek elmosódtak, a telenkephalon a három hónapos embryón található fejlődési viszonyokat mutatja. Az elváltozás a prosenkephalonnak szervekre differenciálódása előtt bekövetkezett ártalma következtében jött létre, valószínűleg constitutionális alapon. Formai genesisé *Sockard* szerint magyarázható s hogy a közös optico-ocularis telep, illetőleg cső peripheriás vége két bulbusra differenciálódott, azt az ektodermával érintkezés reactiváló hatásának tulajdonítják. Ez a megállapodott s csökkent differenciálódási képességű szemtelep peripheriás végét továbbfejlődésre bírta, azonban nem volt olyan erős, hogy a szemgolyók teljes kialakulásához (vagy csak ganglion-sejtek képződéséhez és a foetalis szemhasadék záródásához is) vezetett volna.

Törő I.: A bemutatott esetekben nem csira anomáliára, hanem inkább a velőlemez stadiumban beható külső tényezők káros behatására gondol. Különösen feltehető ez azért, mert nem ciklopia mediana perfectával van dolgunk s mért a nervus opticus is megtalálható. A zavar ilyenkor az ösbélfedő fejlődésében van, amikor is a szemtelepek determinációjának eltolódása következtében a két szemtelep összeolvad vagy részben, vagy pedig egészben ugyanezen ok következtében a fejlődésben visszamarad.

2. Szendy B.: *Többszörös tracheo-oesophagealis fistulával szövődött congenitalis oesophagus atresia.* 30 éves nő rendszeresen bekövetkezett szülése. Korai burokrepedés. I—II. fájásgyengeség, (79 órás tágulási, 4 órás kitolási szak), romló szívhangok miatt magas ürégi fogó. Az é. é. f. magzat livid asphyxiában született, erőltetett légvételek, 40 perc múlva élesztési kísérlet s ismételt eredményes nyákszívás dacára, intracranialis vérzésre emlékeztető tünetek között exitus. A sectio: oesophagus atresia mellett többszörös légcső-nyelöcső sipolyt tárt fel, mely miatt a kisebb bronchusok is szívós nyálkával kitöltődtek. A rendkívül elhúzódo szülés alatt fellépő átmeneti asphyxia intrauterin légzőmozgásokat váltott ki, ami a felső légutakat a szülöcsatorna szívós nyálkájával töltötte meg. A szülés utáni első légvételek a légcső-nyelöcső sipolyon át, így a gyomor nyálkatartalmával töltötték meg a kisebb bronchusokat, s az ismételt nyákszívás hiábavaló volt. Intracranialis vérzés nem volt.

3. Csatáry Szűcs L.: *Avertinnel gyógyított merevgörcs.* Kukoricaszár okozta sérüléssel kapcsolatban 10 naplappangási időszak után a legsúlyosabb klinikai képet mutató merevgörcsös betegen 8 napig avertin-bódulatot alkalmazott, a seb kimetszése és gyógyító savó adagolása után. Összesen 92 g avertint adott 20 végbélcsőrében, 6—8 cg-os testsúlykg-kénti adagolásban. Az avertin-bódulat nem okozott semmiféle ártalmat. Az eset súlyosságát csak fokozta a beteg teljes húgycsőszűkületé, az amiatt készített hólyagsipoly s a 17. napon fellépett jobboldali genyes fültömirigygyulladás. Az egyes bódulatok közötti görcsmentes időszakban a nyelés és rágás zavartalan volt, ami a táplálást lehetővé tette. Az avertin-bódulat után még 8 napig a ritkán jelentkező görcsök ellen néhány intravenás somnifen injectiót, a fennálló izommerevség ellen pedig magnesium sulphatot adott. A 17. naptól kezdve a beteg semmiféle gyógyszert nem kap, a 22. napon felkelt. A beteg gyógyulása a 8 napon át tartó avertin-bódulatnak tudható be.

Előadás:

Probstner A.: *A petefészek-kivonatokkal gyógyítás kísérleti alapja, javallatai és eredményei.* Ismerteti azokat a kísérleti eredményeket, melyeken a petefészekhormonokkal történő gyógykezelés alapszik. Tárgyalja a nehézségeket, melyek a gyógyítás eredményességét kockáztatják. Megbeszéli a javallatokat és a gyógykezelés helyes módját. Kiemeli a biológiai ellenőrzött készítmények alkalmazását úgy a tüszőhormon, mint a sárgatest-hormon készítményekben. (Megjelenik egész terjedelmében az Orvosképzés áprilisi számában.)

Zempléni V. Gy.: A jövő kutatásainak tisztázni kell egyebek közt azokat az összefüggéseket is, amelyek kimutathatók a petefészek hormonális funkciója és a genitális apparatustól látszólag független szervek működése közt. Nagy haladást jelent a készítmények hatásfokának ellenőrizhetősége biológiai egységekkel. Nagy jelentőségű az a kölcsönhatás, amely kétségtelenül fennáll az endokrin systema, a reticulo endothelialis apparatus, az ásványi anyagcsere, a vitaminyegyensúly és a vegetatív idegrendszer között.

Országos Fürdőügyi Kiállítás.

A magyar fürdőpropaganda érdekében teljesített munkájának egy jelentős állomásához érkezett el az Országos Balneológiai Egyesület, mikor a balneológiai tudományokat népszerűsítő és fürdőinket ismertető kiállítás rendezését határozta el, melynek szervezésére *Dalmady Zoltán dr.* egyetemi c. rk. tanárt, orvostudományi osztályának elnökét kérte fel. A rendezőbizottság felkérte részvételre mindazokat a tudományos intézeteket és testületeket, amelyek a fürdőüggyel kapcsolatos tevékenységet fejtenek ki.

A kiállításban bemutatásra kerülnek az ásványvizek eredésére, keletkezésére jellegzetes *geológiai* formációk, kőzetek, amelyeken áthaladva veszi fel alkatrészeit az ásványvíz. A *meteorológia*, amely a fürdőhelyek klímaviszonyaival és időjárásai adatainak regisztrálásával foglalkozik. A hydroológiai viszonyokkal, fővenypartfürdőkkel, vízállásadatok regisztrálásával foglalkozó *vízrajzi csoport*. A fürdőhelyeken a betegek ellátására szükséges berendezések és eljárások, mely a nagyközönség és a fürdők vezetősége számára egyaránt tanulságos jelentőségű, szintén helyet kapott a kiállításon. Részletesen mutatja be a fürdőhelyeken szokásos *diéta* eljárásokat, vízgyógyászati, villany és egyéb *kezelési módokat* azok technikai berendezésével együtt. A kiállítás teljessége kedvéért bemutatta mindazokat a *növényeket, sőt madarakat* is, amelyek fürdőhelyeink környékén tenyésznek. Nem csekély fontossággal és jelentőséggel bír fürdőhelyeink és üdülőhelyeink kialakulása céljából a kiállítás azon része, amely az olcsó, modern és gyakorlatias *építkezési módjait* mutatja be szemléltető eszközökkel. Külön érdekessége a kiállításnak *fürdőink történelmét* bemutató összeállítás, amely régi foliánsok, metszetek, oklevelek felsorakoztatásával tesz tanúságot a magyar fürdők nagy multjáról. Megfelelő formában bemutatásra kerülnek a fürdőhelyeken szokásos *egészségügyi berendezések*, s a *mélyfürás* technikai eszközei stb.

A kiállítás másik csoportja az *egyres fürdők részletes ismertetésével*, bemutatásával foglalkozik, amelyet fürdőink és üdülőhelyeink állítottak össze nagy szeretettel és gondossággal. A kiállítás ezen része hivatott a fürdők és a nagyközönség közötti szorosabb kapcsolat létesítésére, a meglévők kimélyítésére, mert soha ilyen szemléltető formában bemutatásra nem került még az a sok természeti kincs, amely hazánkban, annak mai állapotában is a gyógyulást, üdülést keresők rendelkezésére áll. Budapestnek nagyrértékű, világhírű forrásait és fürdőintézményeit, tökéletes berendezéseit, nagy multját szemléltető módon mutatta be Budapest Székesfőváros, Szent Margit-sziget, Szent Lukács- és Császár-fürdők vezetősége. Külön szerepelnek a budai hegyvidék klimatikus gyógyhelyei — Svábhegy, Zugliget, Hűvösvölgy, Budakeszi — ügyes panorámákkal, grafikonokkal. Gyógyfürdőink sorában ott találjuk a nagymultú Balatonfüredet, páratlan gyógyértékű Hévízfürdőt, Harkányfürdőt, Parádót, Sikondát, hogy csak a legfontosabbakat említsük. Szép anyaggal szerepelnek hazánk klimatikus gyógyhelyei Mátraháza, a Kékestőn lévő új sport- és gyógy szálló, Lillafüred. Külön cso-

portban vannak a mindnagyobb jelentőségre szerttevo sziksos tavak: Gyopáros, Kakasszék, Konyár. Résztelen ismerteti a kiállítás a főveny fürdők célszerű építkezését és bemutatásra kerülnek Hajdúszoboszló, Esztergom, Debrecen gyógyvizes fővenypartfürdői, Győr, Sopron, Szombathely, Tatatóváros, Csillaghegy, modern nagy kényelemmel berendezett fővenypartfürdői. Hazánk megmaradt ásványvizei teljes számban vonultak fel a kiállításon. A nagymultú Hunyadi János keserűvíz, a Mira keserűvizek, Mohai Ágnes, parádi, balatonfüredi, kékkúti ásványvizek.

A kiállítást teljessé teszi turisztikai része, a térképészeti intézet számos térképe. Fürdőügyi kapcsolataik révén felsorakoznak a kiállításon a Magyar Államvasutak Betegségbiztosító Intézete, a Balatoni Intézőbizottság, a HÉV kiállítási objectumai.

A kiállítást április 3-án ünnepélyes külsőségek között nyitotta meg vitéz *Keresztes-Fischer Ferenc dr.* belügyminiszter, akit az előcsarnokban összegyűlt meghívott vendégek élén az egyesület elnöke *Vámosy Zoltán* professor fogadott, megköszönve a miniszter meleg érdeklődését, amelyet a magyar fürdőkkel szemben tanúsított és azt a szeretetteljes támogatást, amellyel a maga részéről is a kiállítás létesítését lehetővé tette. Miután a miniszter biztosította az egyesületet jóindulatáról, *Dalmady Zoltán* szakszerű vezetése mellett megtekintette a kiállítást. A kiállításon megjelentek: *Scholtz Kornél dr.* államtitkár, *Zsitvay Tibor ny.* igazságügyminiszter, *Teleszky János ny.* pénzügyminiszter, *Liber Endre* alpolgármester, *Kovács házy Vilmos* tanácsnok, *Tauffer Vilmos* és közéletünk több mint kétszáz kitűnősége.

A kiállítás egész áprilisban nyitva van és orvosok, orvostanhallgatók díjtalanul tekinthetik meg.

Frank Miklós dr.
főtitkár.

Megjegyzés

Szüle Dénes: „Az Addison-kór gyógyítása Cortigennel” című cikkére. (O. H. 12. sz.)

A szerző *Harrop* és *Weinsteinre* hivatkozik mint azokra a szerzőkre, akik megállapították, hogy az insulin-érzékenység Addison kórban fokozott. Evvel szemben megjegyzem, hogy az Orvosképzés 1928-as évfolyam 3—4 számában már közöltem „Alkati diagnostika” című munkámban, hogy vizsgálataim szerint az insulin érzékenység Addison kórban fokozott.

Csepai Károly dr.

Válasz.

Endresz Frigyes az O. H. 12-ik számában megjelent megjegyzésére.

A Benedek Emlékkönyvben megjelent „Egyidejű suboccipitalis és lumbalis continuális liquor nyomás mérése kymographionnal felvett görbék útján” c. közleményünkben úgy a technikai részben, mint az egész kérdéscoplexumra vonatkozólag számos újszerű megállapítást közöltünk. Így az általunk szerkesztett és használt nyomásmérési műszerek még az első higanyos formában is lényegesen eltérnek az összes — Endresz kartárs úr és mások által eddig használt — hasonló célú műszerektől. A suboccipitalis és lumbalis egyidejű nyomásmérési módszer és az ezzel végzett megfigyelések a liquor-dinamika normalis és kóros viszonyainak megismerését vannak hivatva szolgálni és teljesen más elgondolásokból indulnak ki, mint az említett közlések.

Thurzó Jenő dr. és *Piróth Endre dr.*

Személyi hírek. A főpolgármester a fővárosi közkórház központi igazgatójává *Ritoók Zsigmond dr.* egyet. c. rk. tanárt, a Szent Rókus-kórház igazgatójává pedig *Wolff Károly dr.* egyet. magántanárt nevezte ki.

Halálozás. *Flesch Nándor dr.* az Országos Orvosszövetség volt alelnöke 62 éves korában elhunyt. Ifjú éveiben *Thanhoffer Lajos* professor mellett az állatorvosi főiskola élettani intézetében működött, majd *Mihalkovics Géza* professor mellett a bonctani-fejlődéstani intézetben működött mint tanársegéd 1884—1886-ig. Ő alapította meg az Orvosi Heti Szemlét, melynek szerkesztő-kiadója volt, megszervezte Budapesten a kerületi orvostársaságokat, majd az Orvosok Nyugdíjintézetét, 1908-ban egyik megalapítója volt az Országos Orvosszövetségnek, melynek 1901—1923-ig főtitkára, majd 1923—1927-ig alelnöke. Halála a magyar orvosi karnak nagy vesztesége. — *Ormay Pál dr.* Koritnyca fürdő volt tulajdonosa és orvosa, később karlsbadi fürdőorvos elhunyt.

Az Országos Balneologia Egyesület ez évi congressusát ápr. 28. és 29-én tartja, mellyel kapcsolatban ápr. 30-án Tatatóvárosra kirándulást rendeznek. Bővebbet következő számainkban közlünk.

A Széchenyi Tudományos Társaság *Popovics Sándor* elnöklésével tartott közgyűlésén *Schimanek Emil* főtitkár terjesztette elő jelentését a társulat hat éves működéséről. Ez idő alatt félmillió pengőt fordítottak a természettudományi kutatás segítésére és pedig technikai és physikai kutatásokra 305.400 pengőt, mezőgazdasági kutatásokra 124.820 pengőt s orvostudományi kutatásokra 117.300 pengőt.

A III. nemzetközi sejtkutató congressus augusztus 21—26-ig lesz Cambridgeben.

Az előkészítő bizottság *Huzella Tivadar* professort kérte fel e congressus és 3 év tartamára a Nemzetközi Sejtkutató Társaság elnöki tisztére, aki a congressust angol nyelvű üdvözlő beszédével fogja megnyitni és ezután francia nyelven tartja meg bevezető előadását, melynek címe: „A szövettanyésztés vonatkozásai a biologia általános- és az orvostudomány különleges problémáival”. A Cambridgeben működő helyi bizottság elnöke *J. Gray* professor, titkára pedig *Dr. H. B. Fell*, a Strangeways Research Laboratory vezetője. A congressus és az Amsterdamban megalakult nemzetközi sejtkutató társaság főtitkára *Rh. Erdmann*, berlini professor.

A III. nemzetközi sejtkutató congressusra a következő magyar kutatók jelentettek be előadásokat és demonstrációkat. *Huzella* professor, a megnyitó beszédén és bevezető előadásán kívül: „Elektromos jelenségek a szövettanban vonatkozásban az organisatióval.” *Lengyel Julia dr.*: „A mágneses erőter biológiai hatása a szövettan növekedésre”. *Törő Imre dr.*: „A szövettanyésztés transzplantálása a szervezetbe”, *Thanhoffer Lajos* pedig: „A reticularis kötőszövet sejteinek összefüggése mikrodisszecció vizsgálatok alapján” címen. *Barta Ödön dr.* a „Mikroilluminator” nevű készülékével a sejtek és azok működését fogja bemutatni magában az élő szervezetben.

A congressus előkészítő bizottsága tudatja, hogy újabb bejelentések csupán demonstrációk formájában kerülhetnek bemutatásra. Ezeket: *Dr. H. B. Fell* címére, Strangeways Research Laboratory via Cherington, Cambridge, England, kell bejelenteni. A részvétel díja 15 angol shilling.

A congressus első napján a főtéma: *sejtlelegzés és sejtmétabolizmus*. Előadó: *Sir F. Gowland Hopkins*. E napon tart előadást *Szentgyörgyi Albert* professor is. A második nap főtárgya: *a sejt alakjának összefüggése a sejt működésével*. Érdekesebb előadások: a sejt permeabilitás összefüggésben a veseműködéssel (*Chambers*), vérpigmentképződés az élő sejtekben (*Doljanski*), csontszövet keletkezése in vitro (*Fell*). A harmadik napon a sejt *elektrophysiológiája* a főtárgy. Előadók: *Adrian*, a *Nobeldíjas* tudós, *Michaelis*, *Brooks Rushton* és *Pumphrey*. A 4 napon: „*Fejlődéstechnika és szövettanyésztés*” a főtéma. Főelőadó *W. Vogt*. Fontosabb előadások: az embryonalis sejtek potenciájáról (*Mangold*), in vitro tenyésztett melegvérű embryokról (*Waddington*) a Clark-Sandison módszer eredményeiről (*Tannenber*). Az 5. napon: *a növényi és állati vírusok tenyésztése* a főtárgy. Előadó: *Löwenthal*. Fontosabb előadások: a filtrálható vírusok tenyésztése (*Eagles*), a sárgaláz vírusának tenyésztése (*Haagen*), a szövettanyésztés módszereinek alkalmazása a kórokozók kutatásában (*Andreus*), a sejt és virus viszonya (*Kronotowski*), antitestek képződése a szövettanyésztetekben (*Suzuki*), a typhus kórokozójának tanulmányozása a szövettanyésztetben (*Pinkerton*).

Az Országos Fürdőügyi kiállítással kapcsolatban április 7—12-ig a következő tudományterjesztő előadásokat tartják. Április 7. d. u. 6 ó. *Tausz Béla dr.*: Buda fürdői a török hódoltság idején; d. u. 7 ó. *Tábori Kornél*: Az idegenforgalom

nemzetközi szervei Április 8. d. u. 6 ó. *Pöltzl Jenő dr.*: A fürdőhelyekről és üdülőhelyekről I.; d. u. 7 ó. *Becsey Antal*: A vizellátás problémája fürdőhelyeken. Április 10. d. u. 6½ ó. *Bánó Dezső*: Gyógyfürdők és üdülőhelyek adói, illetékei és hivatalos elszámolásai; d. u. 7½ ó. *Emszt Kálmán dr.*: Az ásványvizek vegyi és physikai vizsgálata. Április 11. d. u. 6 ó. *Schmidt Ferenc dr.*: A vérkeringés betegségeinek fürdőkezelési; d. u. 7 ó. *ifj. Jancsó Vilmos*: A parkirozás és kertészeti fürdőhelyeken. Április 12. d. u. 6½ ó. *Becsey Antal*: A csatornázás és személteltávolítás problémái fürdőhelyeken; d. u. 7½ ó. *Pöltzl Jenő dr.*: Fürdőhelyekről és üdülőhelyekről II. Az előadásokat a M. kir. Népegészségügyi Muzeum (VI., Eötvös-utca 3.) előadótermében tartják. Belépés díjtalan

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti Tudományegyetemen április hó -én: *Gombás Béla, Kiss Ernő Béla, Lányi Gusztáv*; — a pécsi tudományegyetemen március 29-én: *Lelkes Zoltán dr., Karlinger György Tihamér, Dusa Károly, Palecskó István*. Üdvözljük az új Kartársakat!

Budapest székesfőváros közegészségügyi állapota.

1933. év március második felében.

Hasi hagymáz	18	(1)	Járványos agygerinc-		
Vérhas	5	—	agyhártalob	—	—
Roncsoló torok-ésgége-			Kanyaró	413	6
lob	145	1	Szamárhurut	75	6
Vörheny	204	5	Bárányhimlő	114	—
Influenza (szövődm.)	4	1	Trachoma	34	—
Gyermekági láz	1	—	Anthrax	—	—
Gyermekbénulás	—	—			

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

A szerkesztő minden kedden és pénteken 12—1 óra között fogad.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Lapunk mai számához Richter Gedeon vegyészeti gyár r. t., Budapest, *Veropyron*-ról szóló prospektusát mellékeljük.

„HYGIEIA” ORVOSI DAJKAVIZSGÁLÓ INTÉZETBEN gondosan kivizsgált **szoptatós dajkák** mindenkor rendelkezésre állanak. **Teréz-körút 31. sz. ☎(Telefon: 17-4-77.**

PÁLYÁZATOK.

Sátoraljaújhely megyei városnál elhalálozás folytán megüresedett

városi orvosi állásra

a Vármegyei Ügyviteli Szabályzat 2 §-a alapján pályázatot hirdetek.

A városi orvosi állás kezdő javadalmazása az állami rendszerű X. fizetési osztály harmadik fokozata szerinti fizetés és lakáspénz.

Felhívom mindazokat, akik erre az állásra pályázní óhajtanak, hogy az 1883. évi I. t.-c.-ben előirt elméleti képesítésüket, *tiszti orvosi képesítésüket*, továbbá a forradalom és kommunizmus ideje alatt tanusított magatartásukat, s esetleg eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt és hozzám címzett kérvényüket *1933. évi április hó 30. napjáig bezárólag* Sátoraljaújhely m. város polgármesteréhez mutassák be, illetve küldjék be. Az elkésétt, valamint olyan kérvények, melyek e hirdetményben foglalt feltételeknek meg nem felelnek, figyelembe nem vétetnek.

Olyan pályázó, aki már valamely törvényhatóság szolgálatában áll, az illető törvényhatóság első tisztviselője, más közhivatali állásban levő egyén hivatalfőnöke, közszolgálatban nem álló egyén pedig állandó lakóhelye törvényhatóságának első tisztviselője útján köteles pályázati kérvényét hozzám juttatni.

Kebelbeli pályázók, a forradalom és kommunizmus ideje alatti magatartásukat igazolni nem tartoznak.

Sátoraljaújhely, 1933. március 29.

Szám: 2060—1933.

Bernáth Aladár s. k. alispán.

A szabolcsvármegyei Erzsébet közkórházban megüresedett alorvosi, illetve az ennek betöltése folytán esetleg megüresedő segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Ugy az alorvos, mint a segédorvos javadalmazása a XI. fiz. osztálynak megfelelő fizetés, a kórházban lakás és térítés ellenében ellátás.

Az állásra okleveles orvosok és orvosnők pályázhatnak. Szabályszerűen felszerelt kérvények 1933. év április hó 30-ig Szabolcsvármegye főispánjához címezve a nyiregyházi Erzsébet közkórház igazgatóságához nyujtandók be.

Nyiregyháza, 1933. március 31.

7809—1933 K.

Olvashatatlan aláírás. alispán.

Horváth Boldizsár:

A gyakorló orvos orthopaediája. 230 oldal.

110 ábra és 16 oldal műmelléklettel 5.— P

Soós Aladár:

Étrendi előirások. Ill. 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 GEZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSEK MIHALY, SZÉKELY AGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VÁMOSSY ZOLTAN

ISSEKUTZ BÉLA
POÓR FERENC

GORKA SANDOR
REUTER KAMILLO

HÜTTL TIVADAR
ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Neuber Ede: A skleroma serologiai és allergiás reakciói. (301—304. oldal.)
Jeney László és Lőrincz Ferenc: Idült mandulagyulladás kapcsolatos myiasis ritka esete. (304—307. oldal.)
Brana János: Nagyfokú rövidlátók degeneratív stigmáiról. (307—308. oldal.)
Kontsek Béla: Tapasztalataink a Blond-féle decapitációs eszközzel (308—310. oldal.)
Pély Mihály: A fluor a Basedow-kór és a hyperthyreosisok terapiájában. (310—312. oldal.)
Melly Béla: Chondroma testis carcinomatosum. (312—313. oldal.)
Markovits Ferenc: Összehasonlító vizsgálatok Edelman hűros és Siemens hordozható erősítőcsöves elektrokardiographjával. (313—314. oldal.)

Wietrich Antal: Egyszerű lövedékvizsgáló készülék. (314—315. oldal.)
Feldmann Ignác: Lysoform nyoma friss hulla szájában. A méh bal függelékeinek és bal vesének veleszületett hiánya. (315—316. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (57—60. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészeti. — Gyermekgyógyászat. — Szemészet. — Elméleti tudományok. (316—318. oldal.)
Könyvismertetés: (318—319. oldal.)
Egysületek ülésgyűzőkönyvei: (319—321. oldal.)
A MONE közgyűlése és a Bársony-vacsora. (322. oldal és a borítólapon III. oldalán.)
Frey Antal: Nyelvművelés. (a borítólapon III. oldalán.)
Vegyes hírek: (a borítólapon III. és IV. oldalán.)

A skleroma serologiai és allergiás reakciói.*

(Klinikai előadás.)

Irta: *Neuber Ede dr.*, egyet. ny. r. tanár.

A skleroma diagnostikájában ma már rendkívül nagy jelentőségűek a serologiai és az allergiás reakciók, melyek a skleromabacillus aetiológiai szerepének tisztázásához is nagy mértékben hozzájárultak.

Közismert, hogy a bacillus rhinoskleromatis *Frisch* (1882) patogenitását egy rövidéletű, lelkesült elismerés után mihamar kétségbe vonták s róla mint saprophytáról, legfeljebb azonban facultativ kórokozóról beszéltek, sőt akadtak, akik azt állították, hogy ez a bacillus egy ubiquitaer saprophyta s mint ilyen normális körülmények között is fellelhető az orrüregben, a garat nyálkahártyáján, vagy a hurutos orrváladékban. Több szerző a tokos bacillusok közötti különállását is tagadta, őt a többiekkel azonosította, azzal a megokolással, hogy a tokos bacillusok csoportján belül nem ismerünk olyan állandó, bakteriologikailag és biochemikailag meghatározható jellegzetességeket, melyeknek alapján külön típusok volnának megállapíthatók. Ebben a referatumban csak annyiban óhajtom a bakteriologiai és biochemiai kérdéseket érinteni, amennyiben azok a serologiai vonatkozásokban elkerülhetetlenek.

Különös figyelmet érdemel e tekintetben *Streitnek* a nézete, amely szerint tokos bakteriumok egyes típusainak tenyésztésében észlelhető különbségek nem állandók, különböző tényezők behatása alatt változhatnak. Bár *Streitnek* ez a nézete élénk visszhangra talált, újabb bakteriologiai kutatások azonban nem hagyhatók figyelmen kívül, mindenekelőtt *Elbertnek* azok a megfigyelései, melyeknek értelmében a Frisch-féle bacillusok tenyész-

tei nagyon jellemző tulajdonságokkal rendelkeznek. Agar-mikroszkop alatt a Frisch-féle bacillusok fiatal telepei igen típusos szerkezetet mutatnak; Petri-csészékbe kiöntött agarlemez felületén növekvő rhinoskleromatelepek *concantrikus*, a Friedländer telepek ívalakú, a bacillus lactis aerogenes telepei pedig kerítéslécszerű elrendeződésükkel tűnnek ki.

Megkísérelték a tokos bakteriumokat fermentatív tulajdonságaik alapján is alcsoportokba osztályozni. Az elkülönítésük keresztülvitelére cukor- és alkoholerjesztő, sav- és gáztermelő sajátosságukat vették alapul. Említésre méltók e tekintetben *Streit*, *Kabelik*, *Gonsiorowski* és *Mikulaszek* munkái. Sőt *Kabelik* sémát állított össze, mellyel lehetővé akarta tenni a tokos bacillusok biochemiai differentiálhatóságát. *Gonsiorowski*, *Meisel* és *Mikulaszek* ezt a sémát elégtelennek tartva kiegészítették azt a tenyészetek hydrogenionconcentrációjának megállapításával és úgy találták, hogy ez utóbbi és a serologiai eredmények között párhuzamosság áll fenn. A legtöbb szerző azonban (*Elbert*, *Streit*, *Abel* stb.) nem helyezte súlyt a tokos bacillusok biochemiai alapon végzett osztályozására, *Elbert* pl. egyenesen tévedésnek minősíti a tokos bacillusok kizárólag chemiai differentiálását akkor, amikor kétségtelenül sokkal fontosabb sajátosságok (serologia, morphologia) figyelmen kívül hagyatnak.

Tapasztalataim alapján magam is úgy vélem, hogy egyes alfajoknak biochemiai elkülönítése ma még teljes biztonsággal meg nem ejthető. A biochemiai kísérleteket párhuzamosan kellene végezni a serologiaiakkal, legalább is addig, amíg egységes felfogás nem alakul ki a tekintetben, hogy a tokos bacillusok alfajainak meghatározására a biochemiai módszerek egyedül is elégségesek-e? A bakteriologiai és serologiai módszerek egyidejű, párhuzamos alkalmazása márcsak azért is kívánatos volna, mert ezáltal a differentiálás szélesebb alapon történne, ami az irodalomban ma megnyilatkozó ellentmondások és téves következtetések helyett harmonikusabb munkát eredményezne.

A morphologiai, bakteriologiai és biochemiai módszerek fogyatékosága más irányba terelte a kutatásokat, melyek mindenekelőtt az annak idején még egészen

*) *Madridban*, 1932. szept. 28.-án az Orr-Gége és Fül-orvosok II.-ik nemzetközi congressusán az elnökség felkérésére tartott referatumban kivonata. (Valuta-zárhatóság miatt a referatumban felolvasása helyettesítéssel történt).

újszerű *serologiai* reakciókhoz vezettek; ezek közül az agglutinatio, a complementfixatio, a praecipitatio, az opsonin- és aggressin-eljárás kecsgettettek eredménnyel. Az activ és passiv immunizálást, az immunitási reakciók minden fajtáját felhasználták arra, hogy ezt a kérdést a megoldás felé előbbrevigyük. Az activ és passiv immunizálás régebbi irodalmának ismertetéséről lemondok ehelyütt, annál is inkább, mert ezek a kísérletek nagyjából negatív eredménnyel végződtek, vagy pedig a bizonytalanságot csak növelték.

Az idevonatkozó komolyabb kísérletek közül első sorban *Ballner* és *Reibmayr* munkája érdemel figyelmet; különböző tokos bakteriumok extractumaival positiv complement-kötést értek el Friedländer-bacillusokkal előzetesen kezelt házinyulak immunsavóiban, csak hogy ezt a kötést nemcsak a Friedländer-antigennel, hanem egyéb tokos bacillusok antigenjével is kapták. *Ballner* és *Reibmayr* még egyéb (*staphylococcus*) antigennel is positiv kötést kaptak, ami a fajlagos reactio kidolgozásának lehetősége iránt táplált reményeket még inkább csökkentette.

Streit refaratumaiban kifejezetten hangsúlyozta, hogy a legbiztosabb eredmények a Bordet-Gengou-féle complementeltérítési módszertől várhatók, kiemelve: „alapvető ebben a tekintetben *Goldzieher* és *Neuber* munkája”. Skleromabetegek, továbbá immunizált állatok savójában elsősorban *Goldzieher* és *Neuber* mutatott ki (1909) fajlagos antitesteket complementfixáló anyagok alakjában, ami által egyúttal az a régi felfogás, hogy a skleroma csak helyi megbetegedés, egyszerre és mindenkorra megdőlt. *Goldzieher* és *Neuber* tehát bebizonyította, hogy a skleromabeteg elégséges mennyiségben termel fajlagos reaginetek ahhoz, hogy azokat a complementfixációs eljárás segítségével ki lehessen mutatni. Ezeknek a vizsgálatoknak már akkor (1909) az volt a céljuk, hogy bizonyítsák a skleromabacillus aetiologiai szerepét, mert skleromás savókat nemcsak skleromaantigennel, hanem Friedländer-bacillusokból és egyéb bakteriumokból készült antigenekkel is összehoztak avégett, hogy a serologiai differentiálhatóság kérdését tanulmányozzák. Később (1917) *Neuber* egyedül folytatta differentiáló kísérleteit az ozaena-bacillus antigenjével, amennyiben a skleromabetegek immunsavóit nemcsak Friedländer-antigennel, hanem ozaenaantigennel is vizsgálta és úgy találta, hogy a skleromás savó ozaena-antigennel nem adott kötést, kivéve egészen jelentéktelen csoportreakciót a legkisebb hígításokban, ami gyakorlatilag nem jön számításba. Bebizonyította egyúttal azt, hogy az ozaena-antigen homolog savókkal (immunizált és betegsavó) fajlagos complementkötést ad.

Abban ma feltétlenül egyezők a vélemények, hogy skleroma-antigennel immunizált állatok és skleromabetegek savójában skleroma-antigennel complementfixatio jön létre, de eltérnek a nézetek a következő kérdésekre vonatkozólag: mindenekelőtt a fajlagosságot illetőleg, amennyiben egyesek a reakciót teljesen fajlagosnak minősítik, melynek segítségével a tokos bacillus-csoport egyes típusai egymástól elkülöníthetők, mások ezt csak bizonyos megszorítással teszik magukévá, mert véleményük szerint a tokos bakteriumok csoportjának egyes típusai a receptorapparatus analysisének segítségével teljes szigorúsággal nem differentiálhatók. A szerzőknek harmadik része — mindenesetre csak töredékre — egyáltalában nem ismeri el a fajlagosságot, szerintük a tokosbacillusok a complementfixatio segítségével egyáltalán nem differentiálhatók, mert hisz csak variánsai egyugyanazon fajtának s különböző befolyások hatására átalakulhatnak.

Amint említettük azonban *Goldzieher* és *Neuber* már 1909-ben kimutatta, hogy a bacillus rhinosklematis

Frisch biologiailag különbözik a bacillus Friedländer-től, hogy skleromabetegek vérsavójában kimutatható mennyiségben vannak jelen antitestek a skleroma-bacillusal szemben, amely skleroma-antitestek más tokos bacillussok antigenjeivel nem adnak complementfixációt, tehát *Goldzieher* és *Neuber* már akkor (1909) bebizonyította, hogy a skleromának valóban a skleromabacillus a kórokozója és ezzel megdőntötték azt a sokat hangoztatott feltevést, hogy a skleromabacillus ártalmatlan parasitája az orr-garatnyálkahártyának. *Elbertnek*, a neves skleromakutatónak munkái (1923—1932) szerint is a complementkötési reakció teljesen fajlagos és alkalmas arra, hogy a tokos bakteriumok csoportján belül az egyes alfajokat elkülöníthessük.

A complementkötési eljárás kidolgozásán újabban *Tomasek*, *Prasek* és *Prica*, *Meisel* és *Mikulaszek*, *Virabow* stb. fáradoztak s valamennyien az eljárás tökéletes fajlagosságát állapították meg.

Ellenzék is találkozik — főleg találkozott — azonban, így pl. *Pasini* (1911) tagadja a skleromabacillus receptorapparatusának fajlagosságát, noha 5 betege közül 4-től sikerült a complementkötés; főleg azt tartja valószínűnek, hogy a skleromabeteg csak antiszkeroma-acceptorokat termelne, melyek a Friedländer-antigennel szemben semlegesek volnának; nézete szerint a skleromabacillusoknak van szerepük a skleroma pathogenesisében, de az nem kizárólagos. *Stanziale*, *Laskiewicz* és még néhányan szintén a tagadók táborában állanak, az utóbbi évek munkái azonban, melyek újabb és mindinkább exactabb módszerekkel kétséget kizáróan bizonyítják a skleromabacillus fajlagosságát, meg kell, hogy győzzék őket álláspontjuk tarthatatlanságáról.

Felbecsülhetetlen a seroreakciók értéke ott — amint azt *Neuber* már régebben, főleg azonban a VIII. kopenhági nemzetközi dermatologiai congressuson 1930-ban kifejtette, — ahol a betegségi tünetek a klinikai és histologiai vizsgálati módszerek számára hozzáférhetetlen helyen a légzőszervek mélyén s itt is csak sorvadásos, heges, legfeljebb diffúz graulatiós alakban vannak jelen. Különösen azokban az országokban (Oroszország, Ukrajna, Lengyelország, Csehszlovákia, újabban Jugoszlávia), ahol rendkívül nagy számban, vagy endemiás gócekben fordulnak elő a skleromás fertőzések, ott igazán nagy jelentőségűek a serologiai reakciók, első sorban a complementkötési eljárás, mert segítségükkel klinikai vizsgálat nélkül is tömegreakciók végezhetők (a gyanus vérsavóknak serologiai laboratóriumokba küldésével), de legalább is a skleromabeteg rokonsága, illetve közvetlen környezete ellenőrizhető. Nagyon jelentősek e tekintetben *Elbert*, *Feldmann*, *Gerkes* stb. vizsgálatai. *Feldmann* pl. a serologiai reakciók segítségével 1924—26-ban Fehéroroszország 10 kerületében 130 skleroma-estet mutatott ki, egyedül a legsúlyosabban fertőzött minski kerület 41 helységében 59 beteget talált, *Elbert* és *Gerkes* pedig a klinikai vizsgálatokon kívül serologiai reakciókkal az utolsó 4—5 esztendő folyamán Fehéroroszországban a skleromabetegek számát 400-ra becsüli, a rejtett és lappangó esetek beszámításával ez a szám valószínűleg még nagyobbra tehető.

Prasek és *Prica* szerint megvan a lehetősége annak, hogy a serologiai diagnosis a klinikait megelőzi, ezek szerint az előbbinek segítségével nemcsak rejtett fertőzéseket, hanem a bacillusgazdákat is felkutathatnánk. Az infectio mechanizmusa ma még sajnos ismeretlen, idevonatkozó megfigyelések azonban arra engednek következtetni, hogy az állati fertőzés joggal feltehető. *Neuber* már 1917-ben rámutatott arra, hogy endemiás vidékeken az állatállományt serologiailag kellene átvizsgálni skleromára; ezek a vizsgálatok meglepetéseket eredményez-

hetnének. Sajnos, felhívása eddig pusztába kiáltott szó maradt.

Egyesek (*Elbert, Tomasek, Prasek* és *Prica*) a családi fertőzések gyakoriságára mutatnak rá; *Feldmannak* adatai különösen érdekesek ebben a tekintetben, amennyiben 12 családból származó 24 betegének 84 hozzátartozóját találta betegnek, elsősorban a serologiai reakciók alapján, mert az esetek többsége még a korai, vagy latens szakban volt, vagy pedig a mélyebben elrejtett göcökben nyilvánult.

Nagy jelentősége van a *serologiai technikának*, amit erre *Goldzieher* és *Neuber* már az első közleményben rámutatott. Félreértések és ellentmondó eredmények még ma is éppen abból a sajnálatos körülményből adódnak, hogy a skleromakutatók nem használják megfelelő, egy-egy antigént. Kívánatos volna, ha egy jól bevált antigéntípust használnánk, esetleg kutató munka céljaira kötelezőnek nyilvánítanának. *Goldzieher* és *Neuber* első kísérleteikhez (1909) kétféle antigént használtak és pedig: 1. élettani konyhasóoldattal készült, 1 órán át 80° C hőmérsékleten sterilizált bakteriumemulsiót és 2. bakteriumkivonatot. Az antigénkészítésnek ezt a módját később a legtöbb szerző átvette, sokan kisebb-nagyobb módosításokkal, ami az események összehasonlíthatóságának rovására ment. Régebbi szerzők eredménytelenségeit tehát nagy valószínűséggel az alkalmatlan antigének használatára vezethetjük vissza, mert egyébként kísérleteik beállítása helyes volt (*Dungern, Fasching, Löb, Ballner* és *Reibmayr*). Jelenleg antigen készítéséhez lehetőleg friss (18—24—48 órás) tenyészeteket használunk, mert az ezekből készült kivonatok és antigenek érzékenyebbek.

Külön utakon haladt *Prasek* és *Prica*, akik a bakteriumokat és tokjaikat ureaban oldották anélkül, hogy ezáltal a belőlük készült antigen fajlagosságában szenvedett volna. *Prasek* és *Prica* azon a véleményen van, hogy ez az antigen biztosabb eredményeket ad, mint a vizes extractum, vagy a bacillusemulsio. *Tomasek* a complementkötési reakciót qualitative és quantitative végezte, az utóbbit a Calmette—Masol-féle módszer szerint. Eljárását *Tomasek* igen érzékenynek találta és különösen gyanus (korai és latens) esetekben ajánlja, ahol a beteg savója még kisebb mennyiségben tartalmaz reagíneket.

Julianelle, Avery, Heidelberger és *Goebel, Müller* és mások szerint a tokos bacillusokból kétféle anyag, mégpedig 1. szénhidrát és 2. nucleoproteid különíthető el. Szerintük a szénhidrát a typos fajlagosságának tulajdonképeni hordozója a tokos bakteriumok csoportján belül, a nucleoproteid pedig csak a csoportreakciót adná. *Elbert* és *Gerkes* állatkísérletekkel, *Neuber* pedig állat-és emberanyagon tokos és toktalanított bacillusokkal végzett activ immunizálásokkal bizonyította be, hogy typos-fajlagos amboceptorok előállítására szempontjából teljesen közömbös az, hogy tokos, vagy toktalan bacillusokkal történt-e az immunizálás, tehát nem a tokban, hanem a bakterium testében magában keresendő a typos-fajlagos amboceptor kiváltására szolgáló anyag.

Mikulaszek antigenül polysaccharideket használt, melyeket biochemiai úton biztosan identifikált skleromatörzsekből állított elő (substance soluble spécifique); bár *Mikulaszek* maga is elismeri, hogy ez az antigen kevésbé érzékeny, mégis sokkal tartósabbnak és könnyen szállíthatónak mondja, ezért alkalmas laboratoriumi központoktól távol fekvő helyeken végzett vizsgálatokhoz. Említésre méltó tanársegédemnek, *Ádám Gyula* dr.-nak antigenje, mely nagy érzékenységgel tűnik ki. Ennek elkészítési módja a következő: skleromatenyészetből vizes suspensiót állítunk elő akként, hogy minden köbcéntiméter vízre 1 kacsnyi tenyészetet számítunk. Ezt a suspensiót előbb

thermostatban, majd 100° C hőmérsékletű vízfürdőn beszáritjuk és szétdörzsöljük. Majd aether sulfuricust öntünk hozzá (mégpedig minden kacsnyi anyagra 0.5 ccm aethert számítva) és 60° C hőmérsékletű vízfürdőn bepárolgatjuk (aetherrobbanás!). A maradékot 0.5%-nyi carbolsavat tartalmazó élettani konyhasóoldatban oldjuk 1:20 arányban. Ezzel az eljárással igen érzékeny antigenhez juthatunk, mert a toknak duzzadása és roncsolása árán a fajlagos anyagok kivonása sokkal tökéletesebben megy végbe. Az aetherkezelés folytán a lipoidanyagok is sokkal könnyebben mennek át az extractumba.

Agglutinatio. A tokos bakteriumok differentiálására az agglutinatio módszerét is alkalmazták (*Kraus*, 1897). Elterjedését és használhatóságát illetően tulajdonképen két periodusról szólhatunk: 1. az eredménytelenségek korszaka, főleg technikai akadályok miatt. 2. ezeknek az akadályoknak legyőzése a technikai tökéletesedés és újabb termékenyítő eszmék következtében. Ennek a kérdésnek régebbi irodalmára — melyek nagybárra úgyis csak történelmi értékek — e helyen nem térhetek ki, legyen szabad e tekintetben a madridi II. nemzetközi orr-, gége- és fülorvosok congressusán (1932) tartott referatummomra utalni.

Az agglutinációs kísérletek második korszakát *Paltauf* nyitotta meg azzal a fontos megállapítással, hogy az agglutinációt a tokok gátolják, a toktalanítás pedig előmozdítja. Ilyen meggondolással *Porges* (1905), majd *Porges* és *Eisler* megkísérelte a bakteriumoknak nyálkahártyáját vegyi úton (először n/10 sósavval, utána n/10 NaOH-dal) feloldani és eltávolítani. Bár az ekként kezelt bakteriumok többnyire igen érzékeny agglutinogen anyagot képviseltek, mégis a vegyi kezelés megtámadta a tokjaiktól megfosztott bacillusok testét is, azt meg is változtatta, úgyhogy spontan agglutinációra hajlottak (*Streit*) és már élettani konyhasó-oldat is agglutinálta őket. Haladást jelentettek *Streitnek* alacsony hőmérsékleten (11° C), vagy burgonyán tenyésztett toktalan mutansai, de ez az eljárás sem bizonyult teljesen megbízhatónak. *Beham* (1912) toktalan változatokat nyert azért, hogy a tenyészeteket hosszabb időn át hagyta fejlődni, miközben a ferdeagaron az üvegesökek felsőbb részein — főleg az agar közvetlen szomszédságában — szárazabb telepek és bakterioskoposan nyálkatoknélküli mutansok nőttek. A tapasztalat azonban azt mutatta, hogy tisztán a véletlentől függ, hogy ezzel a módszerrel toktalan mutansok tiszta tenyésze nyervehető-e, vagy sem (*Streit*). Toknélküli mutansok tenyésztését *Meisel* és *Mikulaszek* akként igyekeztek elérni, hogy a tenyészeteket kéthetenként ferdeagarral átojtották, majd 24 órára 37° C hőmérsékletű thermostatba, ezután pedig jégszekrénybe állították. Ilyen módon elég gyakran (34 tenyészet közül 11-ben) kaptak toknélküli bakteriumokat, melyek homolog immunsavókkal 1:2000 hígításban agglutinálódtak. *Small* és *Julianelle* toktalanítás céljából a tenyészeteket 10% homolog savóval kezelte, *Avery* hasonlóképen; a bakteriumoknak, azaz az antianyagoknak ez a kezelési módja méltán kifogásolható, mert ez a beavatkozás nem lehet közömbös a reactio lefolyására és az eredményekre. *Elbert* epetáptalajon látott toknélküli mutansokat fejlődni, de nem állandó jelenségképen; az epetáptalaj inkább a skleromabacillusnak egyéb tokos bakteriumtól elkülönítésére használható.

A tokos bakteriumok agglutinációs eljárását tulajdonképen *Elbert* és munkatársai: *Gerkes* és *Feldmann*, majd *Prasek* és *Prica* építették ki. A legutolsó időkben *Gonsiorowski* és tanítványai: *Meisel* és *Mikulaszek* nyertek érdemeket e téren. *Elbert* mutansokat főleg húspeptonagaron agarmikroszkop alatt minden előzetes kezelés és tenyésztési módosítás nélkül látott fejlődni, melyeket

Oerskov szigonymethodusával izolálni is tudott. Typusos tokos bakteriumokon kívül talált csoportosan, concentrikus sorokban elhelyezkedő, egymáshoz közelfekvő, kisebb, a fényt rosszabbul törő fiatal nyálkatoknélkül skleromabacillusokat. Ezeket kitűnően használhatta az agglutinációs kísérletekhez; homolog savókkal igen magas titerben agglutinálódtak és nem hajlottak spontan agglutinációra. Ez az eljárás az összes többit felülmúlja, mert a bacillus karakterét sem vegyi szerekekkel, sem szokatlan, többnyire meg nem felelő tenyésztési móddal meg nem változtathatja, hanem minden mesterséges beavatkozás nélkül az agglutinációs eljárás céljaira megóvja.

Rövidség kedvéért a következőkben a tokos törzseket „C”-vel (bacillus capsulatus), a toknélkülieket „N” (bacillus nudus) kívánom jelölni. *Arkwright* az előbbieket nyálkás felszínük miatt „S”-sel (smooth surface), az utóbbiakat „R”-rel (rough surfaces colonies) jelölte, ámde tekintettel a nemzetközi érintkezésre célszerűbbnek vélem a latin terminusok kezdőbetűinek használatát. Az *Oerskov* szellemes methodusával nyert „N” típusú culturák húspeptonagaron, mint lassan fejlődő, fénytelen, minden nyálkás karaktert nélkülöző telepek nőnek s igen sok passageon keresztül változatlanul megtartják toknélküli állapotukat.

Julianelle és munkatársainak agglutinációs eredményei nem nyertek igazolást; *Elbert* állat-*Neuber* állat-és emberanyagokon végzett kísérletekkel kimutatta, hogy az eredetileg tokos, majd toktalanított skleromatörzsek antigenjei activ immunizálási kísérletek során a reaginek termelésében qualitative (faj- és typusspecifikusan) és quantitative egyformán viselkednek.

Elbert felfogása tudniillik az, hogy az immunsavó legalább 1:200 titerben agglutináljon, ez ma már általános elfogadásra talált, mert decapsulált bacillusok gyakran 1:50, 1:100 titerben spontan agglutinálnak.

Agglutinációs kísérleteink eredményei a complement-kötési reactio eredményeivel feltűnően egyeztek, ami kétségtelenül e két módszer fajlagossága mellett szól.

Elbert és *Gerkes* adsorptiós kísérletei (*Castellani*-féle kísérlet) szintén igazolták a skleromabacillus typusfajlagosságát, csakúgy, mint a tokos bakteriumok egyéb alfajainak fajlagosságát is.

Práseknek és *Pricanak* sikerült egy skleromatenyészetéből bakteriophagokat izolálni a nyálkatermelő, tokos skleromatörzsekkel szemben. A tenyészetnek lemosása és *Berkfeld*-féle szűrőn filtrálása után, minden egyes passage-ban növekvő lytikus tulajdonságokkal rendelkező szűrletet nyertek. Hogyha 37° C hőmérsékleten agarlemezen ennek a szűrletnek egy cseppjét egy kacsnyi friss skleromatenyészettel összekeverték, úgy a telepeknek erős megfogyása mellett, azoknak egész újszerűségét észlelhették. Ezek a telepek mikroszkop alatt síma, nyálkatokjuktól megfosztott pálcikákat tüntettek fel, melyek agglutinációs kísérletek során szigorúan fajlagos jelleget mutattak, homolog savókkal pedig 1:6400 hígításban kifejezetten agglutináltak.

Praecipitációs kísérletekkel a szerzők sokkal kisebb mértékben foglalkoztak s eredményeik korántsem egysegesegek. *Fürst* pl. negatív eredményeket kapott, *Small* és *Julianelle* ellentmondóakat s *Bussonnak* is csak azt sikerült bebizonyítania, hogy a tokos bakteriumok között immunbiológiai vonatkozások észlelhetők. Jobb eredményekről számol be *Mikulaszek*, de különösen *Eister* és *Porges*, akiknek sikerült praecipitációval a tokos bakteriumok csoportján belül alfajokat elkülöníteni.

Allergiás reakciók. Ezek a skleroma diagnostikájában egészen új, véleményem szerint a differentiálásra kitűnően alkalmas módszert jelentenek. — *Először Pick* tanulmányozta (1911) ezirányban a bőr allergiás

viszonyait negatív eredménnyel. *Soukoup* (1925) már kedvezőbb eredményekről számolt be. *Abramowicz* és *Biernacki* a Frisch-féle bacillusok toxinjaival végeztek allergiás kísérleteket; szerintük az intracutan reactio fajlagos, mégpedig skleroma esetében többnyire positiv. Sokkal szélesebb alapon alkalmazta az allergiás reakciókat *Neuber*, igen nagy számú controllal. A kopenhágai VIII. nemzetközi dermatológiai congressuson (1930) be is mutatta a skleromabetegeken végzett allergiás kísérletsorozatát. Controllojtás gyanánt heterolog, különösen azonban a rokon tokos bakteriumok (bakterium *Friedländer* és bakterium *ozaenae*) antigenjeit használta. Legnagyobb nehézségbe ütközött a megfelelő antigen elkészítése, melynek értéke és használhatósága főleg két feltételtől függ: 1. a fajlagosságtól, 2. a normalis bőrszövetnek ezzel az antigennel szemben indifferens viselkedésétől. A legkifejezettebb, legfajlagosabb eredményeket klinikánkon a már fentebb ismertett antigen adta. *Neuber* úgy a betegeket, mint az egészségeseket: 1. percutan (*Moro*), 2. cutan (*Pirquet*) és 3. intracutan (*Mantoux—Roux*) ojtotta. A skleromabetegeket a skleroma-antigenen kívül még *Friedländer*-, *ozaena*- és más bakteriumok antigenjeivel és végül controllképpen élettani konyhasóoldattal is ojtotta. A percutan módszer (*Moro*) differentialediagnostikai szempontból teljességgel használhatatlannak bizonyult, értékelhetőbb eredményeket adott a cutan (*Pirquet*) eljárás, az intracutan eljárás (*Mantoux—Roux*) pedig a differentialediagnostikai és a fajlagosság szempontjából kitűnő eredményeket adott; többnyire már az első 24 óra lezajlása után a 0.1 ccm skleroma-antigenen történt ojtás helyén vérbő, oedemas, több centiméter átmérőjű udvar keletkezett, mely rendszerint csak 6—8 nap múlva tűnt el, amikor is helyét élesen körülírt, kemény tapintatú beszűremkedésnek adta át. A heterolog antigenek ojtási helye körül (bac. *ozaenae*, *Friedländer* és egyéb bakteriumok) gyakran keletkeztek az első 24 órában futólagos, hyperaemiás udvarok, amelyek azonban még akkor eltűntek, amikor a fajlagos allergiás reakciók kifejlődésük tetőpontján voltak.

Fenti kísérletekkel sikerült tehát *Neubernek* bebizonyítania, hogy a skleromabacillusból készített antigennel végzett intracutan reakciók fajlagossága diagnostikai célból jól értékelhető s különösen ott nyer nagyobb jelentőséget, ahol a betegség klinikai és mikroszkopiai vizsgáló módszerek számára hozzáférhetetlen helyen székel, vagy ahol serológiai vizsgálatok laboratórium, vagy szakorvos hiányában kivihetetlenek.

A homolog, mindenekelőtt autovaccinákkal elért kedvező gyógyeredményeket is mind szélesebb körben méltányolják, ami természetesen a skleromabacillus aetiológiai szerepét még jobban kidomborítja és igazolja.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézet (igazgató: *Johan Béla* c. rk. tanár) és a M. Kir. Budapesti 8. sz. Honvéd és Közrendészeti Helyőrségi Kórház (igazgató: *báti Berkó Antal* I. o. főorvos) közleménye.

Idült mandulagyulladásal kapcsolatos myiasis ritka esete.

Irták: *Jeney László* dr., ezredorvos és *Lőrincz Ferenc* dr., osztályvezető.

Myiasis alatt azokat a traumatikus szövetártalmakat értjük, amelyek a dípterák, főként muscidae családjába tartozó lárváinak az emberi, illetve az állati szervezetbe történt inváziója által idéztetnek elő. Ezen, mondhatnánk

a partialis parazitizmus fogalma alá tartozó állapotoknak előidézésében elsősorban az említett legyek lárvái jönnek számításba és inkább csak elméleti értelemben terjesztendő ki azoknak más fejlődési alakjaira, így a bábokra és a kifejtett legyekre, az imagokra. A lárvák fejlődése, táplálkozása, aktiv mozgása azok a körülmények, amelyek a secundaer bakteriumos fertőzések mellett különösen bizonyos légyfajok lárvái által okozott invasio esetén súlyos szöveti destructiókhoz vezetnek. A myiasist okozó legyek, illetve azok lárvái lehetnek obligat, vagy facultativ parasiták, de lehetnek az enyhébb elbírálás alá eső pseudoparasitismus okozói is. Egyes légyfajok az emberi és állati test mindig meghatározott részeibe, szöveteibe, illetve szerveibe rakják petéiket, vagy az elevenen szülő lárváikat és eszerint szokás a myiasist okozó legyeket osztályozni bőr-alatti, orr-, fül-, szem, bélmyiasist okozókra. Szokás másfelől külső és belső myiasist okozó legyeket megkülönböztetni. Mivel azonban vannak olyan legyek, amelyek nincsenek, mintegy adaptálódva a gazdaszervezet bizonyos szöveteihez, vagy szerveihez és egyformán lehetnek a myiasis externa, vagy a myiasis interna okozói (*Chrysomya* sp.), szerencsésebb és ma már mindinkább általánossá válik *Patton*¹⁾ beosztása, mely rendszertanilag is, de a parazitizmus fogalmi szabályai szerint is a legmegfelelőbb. Eszerint a beosztás szerint *vannak specifikus myiasisokozó legyek*, melyeknek lárvái kizárólag élő állati szövetekben találhatók. Ezek természetesen egyben obligat parasiták is. *A semi-specificus myiasis-okozó legyek* azok, amelyek bár normalisan elhullott, vagy éppen séggel feloszlásban levő állatokra, azok testüregeibe helyezik petéiket vagy lárváikat, de olykor *beteg* emberi, vagy állati szöveteket, szerveket is megtámadnak. Ezek a különben facultativ parasitákként jelentkező légy-lárvák találhatók bűzös sebekben, ozaena, chronikus otitis esetekben stb. Végül az *accidentalis myiasis-okozó legyek* azok, amelyek közé a dipterák igen nagy csoportja tartozik s amelyeknek lárvái a külvilágban tenyésznek állati és növényi anyagokon és véletlenül, rendszeren a táplálékkal együtt jutnak az emberi béltractusba. Ezek a legyek tehát nem céltudatosan rakják petéiket emberi vagy állati táplálékra abból a célból, hogy azok így jussanak a magasabb rendűek béltractusába, hanem a lárvá tenyésző helyéül választott anyag véletlenül emberi, vagy állati táplálékul is szolgálván, gondatlan ember accidentalisan fertőzi magát. Meg kell jegyeznünk, hogy bár az *oestridae* családba tartozó legyek nagy részének lárvái élnek a gerinces emlősök béltractusában, ezek még sem tartoznak az *accidentalis myiasis-okozók* közé, mivel ezen lárvák fejlődésére az egyedüli alkalmas hely éppen bizonyos állatok béltractusa (*Gasterophilus intestinalis* seu *equi*, *G. haemorrhoidalis*, *pecorum* stb.).

Magyarországon vannak specifikus myiasis-okozó legyek, ezeknek a jelentősége azonban amennyire tudomásunk van róla, az állati pathológiára vonatkozik. Tudjuk azt is, hogy sebészeti, fül-orr-gégészeti, bőrgyógyászati rendeléseken nálunk sem mondható éppen ritkának a myiasis előfordulása, az észlelésre került esetek megfelelő entomologiai feldolgozása azonban hiányozván, nem tudjuk, hogy vajjon ezekben az esetekben a fent jellemzett csoportok melyikébe tartozhatnak a kórokozók.*) Amennyire azonban tudjuk, *Európában* az egyedüli specifikus myiasist okozó légyfaj a *Wohlfartia magnifica* Schiner. Ez a légy a sarkophagidae vagy a mindenütt annyira közönsé-

ges *húslegyek* családjába tartozik. Az említett légy vágott sebekbe, fekélybe, orrba, szemhéjak közé, vaginába rakja petéit, különösen, ha a szövetek vagy az említett szervek a legyet odacsalogató bűzös váladékot ürítenek: Dél-oroszország, Kis-Ázsia, Egyiptom a hazája s ezeken a helyeken állatnak, embernek egyaránt veszedelme. Magyarországon *Szilády Zoltán* szíves szóbeli közlése szerint ezen légyfaj előfordul, állati myiasis esetből ki is tenyészítették, arról azonban eddig nincs tudomásunk, hogy human myiasis esetekben megtalálták volna. Minden bizonnyal direct erre irányuló megfigyelések mihamar tisztázni fogják ilyen értelmű esetleges előfordulását is.

A mérsékelt égöv alatt kétségtelenül a semispecifikus myiasis-okozó legyek által előidézett megbetegedések a legközönségesebbek már csak azért is, mivel az ebbe a csoportba tartozó dipterák mindenütt igen elterjedtek. Az általunk észlelt esetből származó légy-lárvá is ebbe a csoportba tartozik s ebbe a csoportba tartoznak azok a lárvák is, melyek egyikünknek (*Lőrincz dr.*) gyűjtései folytán bél és fülmyiasis esetekben nálunk előfordulnak. Mielőtt az általunk észlelt esetet entomologiai vonatkozásban ismertetnők, röviden összefoglaljuk annak klinikai vonatkozásait:

1932. augusztus hó 3-án jelentkezett a M. Kir. Budapesti Honvéd és Közrendészeti Helyőrségi Kórház fül-orr-gége osztályán. K. Zs. vidéki állatorvos 15-éves leánya, kit kezelő orvosa küldött fel gyakori mandulagyulladásai miatt, a torokmandulák műtéti elávolítása végett. A beteg előadta, hogy évenként 2-3-szor volt magas lázzal járó mandulagyulladás, azonkívül nagy torokmandulái miatt állandóan nyitott szájjal aludt. Vizsgálatkor mindkét oldalt jókora diónyi, mélyen árkolt torokmandulákat találtunk, jellegzetesebb gyulladással tünetek nélkül. A mandulák középvonalban majdnem összeértek és így nyeléskor kfejezett mechanikai akadályt is képeztek.

A fenti panaszok alapján folyó év augusztus hó 4-én végzett műtét mindkét torokmandulának chloraethyl bódu-latban Sluder-eljárás szerint végzett eltávolításából állott. Szokás szerint a kivett mandulát steril gase darabra helyezve, még vérzéscsillapítás közben a műtősnő hívta fel figyelmünket, hogy a kivett bal mandula mozog. A kiirtott tonsilla jókora diónyi, szederjes vörös színű, nyálkahártyával borított felszínén tatóngó barázdákként tüntek szembe a lacunák nyílásai. A tonsilla felületén élénk lökészerű mozgások figyelhetők meg, s csakhamar megjelenik rajta egy a feji vagy farki végével előtolakodó, áttűnő fehér színű, kb. 10-12 mm hosszú, 3 mm vastagságú, élénken mozgó, szabad-szemmel első pillanatra is légy-lárvának mutakozó képlet. A lárvá csakhamar eltűnik valamelyik lacuna mélyén, de időnként hosszabb ideig szem előtt maradva jól megfigyelhetően mőhön táplálkozik az immár holt szövetből, emésztőtractusának telődése az áttűnő epidermisen át folyton szélesedő-növekvő élénk vörös csikként látható. Ezután a másik mandulát megvizsgálva abban hasonló elváltozást nem találtunk. Azon megfontolásból kiindulva, hogy esetleg intestinalis myiasis is lehet jelen, másnap a betegnek hashajtót rendelve utána székletvizsgálatot végeztünk, mely azonban negatívnak bizonyult. A beteg sebgyógyulása a normalistól semmiben sem tért el, műtét utáni láztalan körlefolysis után hatodik napra az intézetet gyógyultan hagyta el.

A parasitált tonsillát szöveti feldolgozás céljára kívántuk megtartani és ezért a lárvát egy másik kiirtott, idülten lobos tonsillára helyezve gaseval lefedett mély Petri-csészébe tettük, melynek aljára bebábozódásra számítva kiégetett homokot szórtunk. A lárvá egy napig életben volt, látszólag nem találta helyét az új táptalajon és a tonsillákból történt eltávolítás után következő második éjszakán elpusztult. Így nem juthattunk hozzá a species meghatározása céljából értékes baktokhoz, illetőleg a kikelt légyhez, úgyhogy a lárvát kellett e célra felhasználni. Egyedül a lárvából a faj biztos meghatározása megfelelő összehasonlító anyag híján nagy nehézségbe ütközik, gyakran lehetetlen és be kell érünk csupán a

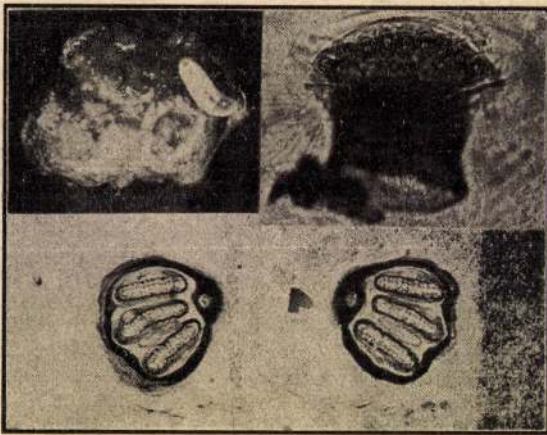
*) Ezen dolgozat megjelenése alatt értesültünk Kreiker professor esetéről (*Graefes Arch f. ophthalm.* 127. k.), mely egy 20 éves férfin észlelt ophthalmomyiasis externara vonatkozik. Ebben az esetben egy vivipar légyféleség okozta a megbetegedést (*Sarcophaga* vagy *Oesterida*).

genus meghatározásával. Azonban még ez a meghatározás is értékes és kielégítő, az egy genusba tartozó legyek ugyanis életfolyásukat, kórtani jelentőségüket illetően nagyjából azonos viselkedésűek.

Az általunk vizsgált lárva (1. ábra) kétségtelenül a *Muscidae* családba tartozik, melyben öt alcsalád van (*Calliphorinae*, *Muscinae*, *Stomoxydinae*, *Philaematomyinae*, *Glossinae*). Ezeknek tagjai úgy életmódjukat, morfológiai bélyegeiket, mint betegségterjesztő mivoltukat, illetve betegségkórokozó hatásukat illetően egymástól jól elkülöníthetők. A *myiasis* okozó legyek túlnyomórészt a *Calliphorinae* és a *Muscinae* alcsaládba tartoznak, míg a többiek a betegségterjesztő tulajdonságuk miatt bírnak fontossággal. Meghatározásuk a kifejlett példányok (imago) vizsgálata alapján rendszeren nem nehéz, a bábok és a lárvák, mint említettük, az entomologia jelenlegi állása mellett rendszeren csak a genus meghatározását engedik meg. A lárvák alapján történő meghatározásra a makroszkopos morfológiai sajátosságok mellett a szájszervek, a második segmentumon levő elülső és az utolsó segmentumon levő hátulsó légzőnyílások szolgálnak. A lárvák cilindrikus alakú szürkés, vagy sárgásfehér képletek, feji végük kihengyezett, testük hátrafelé fokozatosan vastagszik és hirtelen mintegy csökken végződik. A test végig segmentált, a segmentumok pontos száma kifejlett lárvák esetén is többnyire vitatható. *Banks*, *Mac Gregor* és *Metcalf* hívták fel először a figyelmet a lárvák hátulsó légzőnyílásának faji bélyegét jelentő karakteristikumaira. *Patton* szerint azonban a hátulsó légzőnyílások csupán az elülsőknek és a kephalopharynxnak az együttes vizsgálata mellett vehetők értékes faji bélyegként.

1. ábra.

2. ábra.



3. ábra.

Mi ezen szerveket vettük vizsgálat alá. Mivel egyikünk (*Lőrincz dr.*) a magyarországi human myiasis-ozó legyek lárváit entomológiai szempontból később szándékozik leírni, ezúttal helykímélés céljából is eltekintünk a most észlelt myiasis esetből származó lárva összehasonlító leírásától. Az elülső légzőnyílások mindegyike legyezszerű chitin-vázon ülő, a különböző genusokat jellemző számú ujjszerű nyulványból és mindegyik nyulványon egy-egy ovalis légzőhasadékból áll. Ezek a nyílások kicsiny vestibulumba szájadzanak s ennek folytatása a képen (2. ábra) is látható trachea. A légzőhasadékok száma bizonyos határok között egy genus, sőt ugyanazon speciesen belül is változó lehet. A hátulsó légzőnyílások a harmadik vedlés stadiumában levő légylárvákon — mint amilyen a miénk is volt — egy-egy chitin-lemezből állanak, melyeket ha lúgban derítünk, azok világosan láthatóan vaskos chitin-gyűrű alkotta rárával (peritrem) bírnak és ezen belül rendszeren három légzőhasadékot tartalmaznak. A légzőhasadékokat harántul futó finom chitin

rudacsák erősítik, mely szerkezet egyben finom rácsozatot alkotva idegentestek behullásától is védi a vestibulumot és a tracheát. A chitinráma alsó belső szélének kis kiemelkedő részén található a „gomb” (3. ábra). A genus illetve a species meghatározására a kephalopharynxot alkotó chitinváz méretbeli és finomabb morfológiai sajátosságai irányadók. Az elülső légzőnyíláson a trachea alakja, az ujjszerű nyulványok száma képviselnek fontos diagnosztikus bélyegeket. A hátulsó légzőnyíláson végül a chitinkeret alakja, megszakított, vagy teljesen zárt volta, a gomb helyzete és alakja, legfőképpen pedig a légzőhasadékok száma, alakja és egymáshoz viszonyított lefutása a döntők. Nagyjából hullámos lefutású, egyenes és kerek, vagy ovális légzőhasadékokkal bíró lárva típusokat ismerünk és ezen csoportokon belül vannak az említett variációk.

Az általunk vizsgált lárva hátsó légzőnyílásain levő hasadékok egyenesek, egymáshoz képest a gomb felé convergáló, de nagyjából párhuzamosan futnak. Légzőhasadék három van, a nyílásoknak teljesen zárt chitin keretük van, a gomb jól kifejezett külön chitin gyűrűben foglal helyet. Ezek a tulajdonságok ezen lárvát a *Calliphorinae* alcsaládba sorolják. Az említett alcsaládban a *Calliphora* és a *Lucilia* genushoz tartozó néhány légyfaj lárváinak hátsó légzőnyílása mutat összetévesztésre alkalmas hasonló sajátosságokat. Az elülső légzőnyílás viselkedése azonban hasznosan segít a döntéskor, amennyiben a *Calliphora* genus tagjain a széles és rövid trachea törzsön átlagban nyolcnál több légzőhasadék ül, míg a *Lucilia* genus tagjain a hosszú vékony törzsön átlagban nyolc légzőhasadék található. Bár mint említettük volt, a légzőhasadékok száma bizonyos ingadozást mutathat, a birtokunkban levő típus speciesekkel összehasonlítás alapján azonban az általunk talált lárvát a *Calliphora* genusba sorozzuk. A kephalopharynxon is találtunk olyan jellemvonásokat, melyek ezen diagnosis helyességét támogatják. A species diagnosis felállítása egyedül a lárvák és különösen egy lárva esetén igen nehéz. A mi esetünkben is csak valószínűleg állíthatjuk, hogy *Calliphora vomitoria*ról van szó a gyűjteményünkben levő típus speciesek közül ugyanis a kephalopharynx, valamint a légzőnyílások ezen speciesnek felelnek meg.

A *Calliphora* genus tagjai bizonyára közismertek, nagyobb testalkatú acélkéksínű legyek (kék dongólégy, döglégy). Gyakran látni őket kitartóan röpködni falusi mézszárszékekben, szemétdombok fölött, de főként állati hullák körül. Bár nem vérszívók, emésztőtractusukban vér mégis lehet, amit husról, stb. szívnak magukba. Oviparok, petéiket — egy nőstény 400—600 aránylag kis petét rak — gazdátlanul, fedetlenül hagyott emberi táplálkozásra használt húsreműekre, de legfőként bomló, bűzös állati hulladékokra rakják, melynek bűze messziről csalogatja ezen legyeket. A lárvák állati hulladékokon táplálkozva növekednek és háromszori vedlés után száraz helyre húzódva hábozódnak be. Bár ezen legyeknek az emberi vagy állati szövetekbe a peterakás nem jellemző szokása, mégis megbetegedett, különösen bűzös, váladékos szövetekbe petéket rakhat, semispecifikus myiasis-ozó mivolta közismert. Myiasis esetén a lárvák élő egészséges szöveteket nem támadnak meg, súlyosabb szöveti destructiókat nem okoznak. Ez a tulajdonságuk teszi alkalmassá az ezen genusba tartozó legyek lárváinak idült csontgennyedések, csonttuberculosis eseteiben therapiás felhasználását. *W. S. Baer*²⁾ erre vonatkozó megfigyeléseit és kísérleteit a magyar irodalomban személyes megfigyelései alapján is *Hammersberg*³⁾ ismertette.

Annak a kérdésnek eldöntésére, hogy esetünkben milyen úton juthatott a szóbanforgó lárva a beteg tonsillájába, csak lehetőségeket tudunk felsorolni. A beteg nyíl-

ván chronikus tonsillitise és hypertrophiás mandulája miatt saját bevallása szerint is gyakran aludt nyitott szájjal. Épen betegsége miatt is lehelete lehetett bűzös és így költőhelyet kereső nőstény légy odacsalva esetleg berepülhetett a beteg szájába és lerakhatta petéit a tonsillára. Ha ezt a módot lehetségesnek tartanánk, úgy azt, hogy csupán egyetlen lárvát fejlődött ki a peterakás helyén, ahova eredetileg bizonyosan nemcsak egy pete jutott, azzal magyarázhatnók meg, hogy a többi pete lesodródott a tonsilla felületéről s a beteg azokat lenyelte. Azonban ezt az extrem és nem valószínű lehetőséget ép oly kevéssé fogadhatjuk el, mint azt, hogy intestinalis myiasis kapcsán másodlagosan retrograd úton jutott volna fel a lárvák akár önálló mozgása, akár hányás kapcsán a nyelőcsövön keresztül a garatba és így került volna a neki kedvező tenyésző helyre. Egyebek mellett negatív eredménnyel járt a betegen ebből a célból végzett székletvizsgálat is. Legvalószínűbbnek kell tartanunk azt, hogy a beteg hosszabb ideig fedetlenül tartott húst fogyasztott, melyre elfogyasztás előtt a légy rárakta petéit. Az ilyen húson tapadt petét a beteg nyeléskor mintegy bepréselhette a tonsilla egyik tátongó lacunájába, ahol a petéből kibújt lárvát a detritusban bőséges táplálékhoz jutott. De a fedetlenül tartott húsrakódott petékből alkalmas hőmérsékleti és nedvességi viszonyok mellett a lárvák néhány óra alatt ki is kelhettek s a húsból furakodott nagyon kicsiny kukacokat a beteg nem vette észre. A hús megrágásakor kiszabadulhattak a lárvák s közülük egy megkapaszkodott a tonsillán s abban tovább fejlődhetett. A beteg kétségtelenül nem tudott arról, hogy tonsillájában hordta a lárvát, továbbá semmi olyan panasza nem volt, melyből erre lehetett volna következtetni. A kiirtott tonsillában pedig sem szabadszemmel, sem szöveti metszetekben nem lehetett találni semmi olyan elváltozást, mely a lárvát jelenlétére jellemzőnek lett volna mondható. Szövetileg ugyanis a tonsillán mindössze mélyebbre haladó tasakok voltak láthatók, ezeknek mélyén legfeljebb itt ott hiányzott a hámboríték, de számbavehető destructio nem volt látható. Mindez összhangzásban van ezen lárvát ama ismert tulajdonságával, hogy egészséges élő szövet nem szolgál táplálékuk céljára és táplálék keresése végett abba nem furakodnak be. Így tehát esetünk nem felel meg tonsillitis myiaticának, hanem egy semispecificus myiasis-ot okozó légy lárvája accidentalisan jutott az idült lobos tonsillába, ahol megtalálta életlehetőségeit anélkül, hogy a gazdaszervezetnek különösebb ártalmára lett volna. *Tonsilla myiasis* az irodalomban *leirva nem találtunk*. Oralis myiasis esetet közöl S. A. Sinton⁴⁾, aki Angol-Indiában egy benszültöttn a felső szemfog gingivájában talált légylárvákat. Hasonló esetet közöl O. Ursch⁵⁾ ugyancsak felső fogak gingivájában és a fogmeder nyulványokban talált légyálcákat. Esetünk tehát kétségtelenül ritka és úgy körítanilag, mint entomologiai értelemben érdeklődésre tarthat számot.

A hazai human myiasis-ot okozó legyek feldolgozása úgy gyakorlati, mint tudományos szempontból nagy jelentőséggel bírna, ezért azzal a tiszteletteljes kéréssel fordulok magyarországi kartársaimhoz, hogy észlelésükre kerülő myiasis esetekből nyert lárvákat, bábokat, vagy kifejlett legyeket — ha velük más céljuk nem volna — osztályozás végett a Magyar Királyi Országos Közegészségügyi Intézet parasitológiai laboratóriumába beküldeni szíveskedjenek. A meghatározás eredményét esetleges klinikai feldolgozás céljára természetesen minden esetben közölnénk. A lárvák — amennyiben élve már nem volnának beküldhetők — 70%-os alkoholban, vagy formalinban, a bábok száraz állapotban, a legyek ugyancsak alkoholban, vagy formalinban conserválhatók és küldhetők be.

Irodalom: 1. Bull. of Entom. Res. Vol. XII. p. 3. 1931. — 2. J. of Bone and Joint Surg. 1931., 437—476. — 3. Gyógyászat 1932. 72. évf. 41. sz. — 4. J. of Med. Res. Vol. 9. 1921—22.

A M. Kir. budapesti 9. sz. Honv. és Közrend. Helyőrségi kórház közleménye.

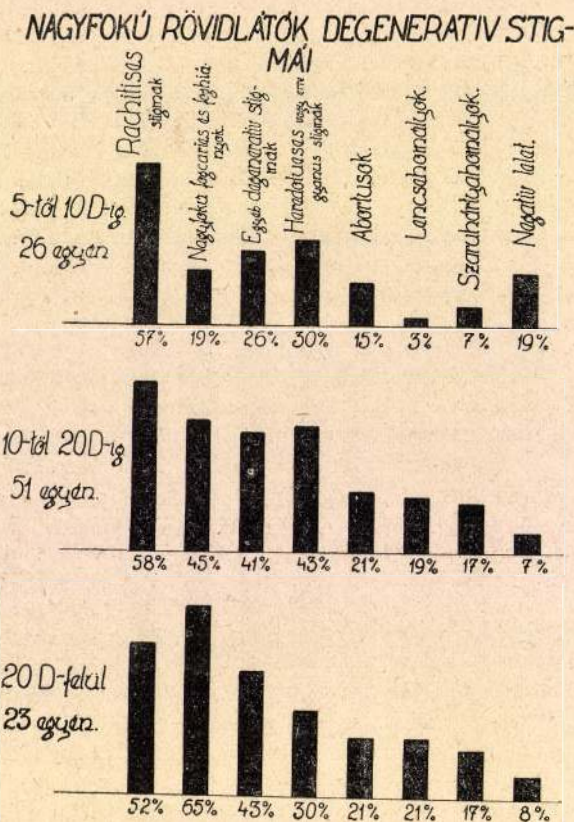
Nagyfokú rövidlátók degeneratív stigmáiról.*

Irta: Brana János dr., I. o. főtörzsorvos, egyet. magántanár.

Ha a myopia aetiológiájával foglalkozó irodalmat áttekintjük, azt látjuk, hogy a szerzők nagyrésze a közeli munkát helyezi előtérbe. Hogy a közeli munka miképpen idézi elő a sklera tágulását, illetve a tengelymyopiát, erre nézve a legkülönbözőbb magyarázatokkal találkozunk, melyekkel jelen előadásom kapcsán nem óhajtok bővebben foglalkozni. Bár Steiger 1913-ban a közeli munkára vonatkozó összes elméletet kétségbevonja s helyükbe a *biológiai* factorokat: 1. *mutatio*, 2. *öröklés*, 3. *ki-választódás* helyezi előtérbe, a kisebbfokú, úgynevezett iskolai myopia aetiológiájában bizonyos constitutionális adottság mellett a közeli munkát, mint alkalmi tényezőt nem zárhatjuk ki. Nem fogadhatjuk el azonban ezen alkalmi okokat a nagyfokú és a szem súlyos belső elváltozásaival járó myopiák esetén. Elég gyakori eset, hogy nagyfokú myopiások tanulatlan analphabeták, sőt hosszantartó közeli munkát sem végeztek, azt látjuk továbbá, hogy nagyfokú myopiák már az iskolaévek előtt is elég gyakoriak. *Minden jel inkább arra vall, hogy a nagyfokú rövidlátásnak oka alkalmi tényezőkben, constitutionális rendellenességben rejlik.* A sklera kóros tágulékony-sága, a súlyos chorioiditis, serosus izzadmányok, üvegtesti homályok, ablatio stb. melyek semmiben sem különböznek a lues heredita, lues acquisita, tuberculosis, scrofuloticus stb. gyulladástól és azokat követő atrophikától, joggal azt a gyanút keltik, *hogy a myopiás szem ezen szövödoményei nem mindig primær jellegűek.* A macula corneaek, katarakta perinuclearisok sem oly dispositionális factorok, melyek miatt a beteg kénytelen lévén közelebb dolgozni, myopiát aquirál. Ellenkezőleg a sklera kóros tágulékony-ságát is inkább az a kóros folyamat idézi elő, amely a perinuclearis katarakták előidézője. Hogy a városokban általában több a myopiás, mint a falun, az sem mindig a városi lakosság közeli munkájával, mint alkalmi okkal, hanem inkább ezen lakosság satayább constitúciójával magyarázható. A biológiai értelemben kevésbé értékes constitúcióval volna magyarázható az is, hogy a nagyfokú myopiások tetemesen nagyobb percent-ját a nők képezik. A mellékelt ábrán feltüntetett 100 nagyfokú (5-től 30-ig) myopiás egyén degeneratív stigmáit tanulmányozva azt látjuk, hogy a *rachitises* stigmák dominálnak, bár ennek jelentőségét némileg csökkenteni azon ismert körülmény, hogy a rachitis általában eléggé elterjedt betegség. Egy lezajlott rachitis nyomai felnötteken a legmegbízhatóbban a makrocephaliából, illetve caput quadratumból, az alsó állkapocs illetve fog-sor kisebb-nagyobb mértékű trapez-alakjából, (a négy metszőfog egy egyenes vonalban van) elég gyakran a maxilla superior csőrszerű megnyúlásából s amíg a fogak megvannak — azoknak tipikus rachitikus hypoplasiáiból, a szegycsontnak olykor madármellre emlékeztető alakjából, néha kyphosis és kyphoskoliosisból constatálhatók. Az epiphysisek megvastagodása, diaphysisek elgörbülése,

*) A magyar Szemorvostársaság 1932 nov. 26-iki ülésén tartott előadás.

az ízületek deformitása és lazasága felnőtteken már kevésbé megbízható jelek. Az arcszín néha később is megtartja halványságát. Feltűnő jelenség nagyfokú myopiásokon a *kiterjedt fogcaries* és *hiányos fogazat*, melyeknek háttérében részint localis ártalmak, részint dispositionális, illetve constitutionalis tényezők szerepelnek. Ez utóbbiak közt a rachitis vezet, de dispositiót teremt a hereditues, veleszületett lymphatismus, secundær scrofulosis, scorbut, calcium- és vitamin-szegény táplálkozás, ultraviolet sugarak hiánya, sőt pubertas és terhesség is. A nagyfokú fogcariesek és foghiányok arányszáma a myopiák magasabb fokában ugrásszerűen emelkedik, míg 5—10 D-ig csak 19%-ban, addig 10—20 D-ig már 45% és 20 D-n felül 65%-ra szökik fel. Ha a nagyfokú fogcariesek és foghiányok percentjéből az ismeretlen rachitis hányadot a rachitis stigmáihoz hozzátennők, úgy az utóbbiak százaléka tetemesen megnövekedne. Még tanulságosabb a *lencsehomályok* percentualis eloszlása, mert míg 5—10 D-ig csak 3%-ban, addig 10—20 D-ig 19%-ban, 20 D-n felül már 21%-ban fordulnak elő, vagyis meghétszereződnek.



A nagyfokú fogcariesek és lencsehomályok percentjének ily ugrásszerű emelkedése véleményem szerint nem a véletlen műve. Nagyfokú myopiásokon az úgynevezett családi syphilis és erre gyanus degeneratív stigmák, amelyek negatív Wassermann mellett olykor a 2—3-ik generáción is észlelhetők, szintén elég gyakoriak, ezeknek felismerése bizonyos gyakorlatot igényel. Egyedül a fogak deformitása és táplálkozási zavarai közül a tipikus Hutchinsonon kívül legalább 20-féle variációt ismertetnek a fogászok. Ugyanígy vagyunk a bőr, nyálkahártya, a csont tünetekkel és functionális zavarok tömegével. Ha a diffus cornéalis homályokat, melyeknek egyrésze parenchymás jellegű, továbbá abortusokat a családi syphilis stigmái mellé állítjuk, úgy a családi lues késői jelentősége a nagyfokú myopiákban nem kicsinyelhető le. Stigma nélküli egyén 5—10 D-ig 19%-ban, míg azonfelül csak 8%-ban találtatott. Megjegyezni kívánom, hogy a fenti stigmák

legtöbbször ugyanazon egyénen *vegyesen* találtattak. Miután az objectivitást megőrizni rendkívül nehéz, ajánlom, hogy inkább a feltűnőbb deformitásokat, illetve degenerációkat értékeljük. Tekintettel a nagyfokú myopiások gyakori rachitis stigmáira, továbbá a myopia magasabb fokain ugrásszerűen emelkedő fogcariesekre és hiányos fogazatra, továbbá a késői családi syphilisnek szintén le nem kicsinyelhető jelentőségére, feltehető, hogy a sklera kóros tágulékonyságának háttérében oly részben örökölt vagy örökölhető, részben szerzett anyagcsere, illetve táplálkozási zavarok szerepelnek, amelyek nemcsak a csontokra és fogakra, hanem a lencsére, epithelialis képződményekre és kötőszövetre is károsan lazítólag, puhítólag hatnak. Kétségtelennek látszik továbbá, hogy ezen anyagcserezavarok egyrészében a belső secretiós apparatus rendelkezésével is van dolgunk. Nagyon valószínű, hogy a nagyfokú myopiás szemek chorioiditisei, serosus izzadmányai stb is részben ezen anyagcserezavarokkal kapcsolatosak.

A Tisza István Tud.-Egyetem szülészeti és női klinikájának közleménye (igazgató: Kovács Ferenc ny. rk. tanár).

Tapasztalataink a Blond-féle decapitatio eszközzel.

Irta: Kontsek Béla dr., tanársegéd.

Az elhanyagolt harántfekvés kezelésében az ajánlott eljárások és használatban levő műszerek nagy száma azt mutatja, hogy közülük egy sem felel meg teljesen az ideális követelményeknek, egy sem váltotta be száz százalékban a hozzáfűzött reményeket. Tagadhatatlan, hogy több-kevesebb nehézség árán mindéggyikkel célt ér az ember, de talán éppen ez az oka annak is, hogy általános elterjedtségre egyik sem tudott szert tenni közülük. Minél komplikáltabb volt egy-egy ilyen újonnan ajánlott műszer, annál inkább idegenkedve fogadták s annál kisebb visszhangra talált főleg a gyakorló orvosok körében. Mivel pedig az elhanyagolt harántfekvés amúgy is a legnagyobb követelményekkel lép fel a műtő technikai felkészültségével szemben, nagyon természetes, hogy főtörekvésünknek arra kell irányulnia, hogy minél egyszerűbb eljárás s minél kevésbé veszélyes műszer kerüljön a gyakorló orvos kezébe.

Több okból hangsúlyozzuk itt elsősorban a gyakorló orvosok érdekenek szem előtt tartását, vagyis könnyen kezelhető, veszélytelen műszer szükségességét. Az intézeti orvos, aki minden tekintetben kedvezőbb viszonyok között, nagyobb segédlettel dolgozik s rendszerint nagyobb gyakorlattal is rendelkezik, igénybevehet nagyobb, komplikáltabb, drágább műszereket is. A vidéki gyakorlóorvos azonban mindig mostoha körülmények között találja magát szemben ezzel a szövödménnyel, amit rendszerint magárahagyatva, segédszemélyzet nélkül kell megoldania, ha a körülmények úgy parancsolják. Beavatkozása azonban megfelelő műszer híján sokszor csak eredménytelen kísérletezés marad, mely után a beteget rendszerint intézetbe kénytelen utalni, néha igen elhanyagolt állapotban, sokszor lázasan, máskor fenyegető, vagy már bekövetkezett méhrepedéssel.

Ezért decapitációhoz is olyan műszer az ideális, mely nem komplikált, használatban egyszerű, segédszemélyzetet nem igényel és nem veszedelmes sem az anyára, sem a műtőre, tehát a magánházban, gyakorlat szempontjából minden tekintetben használható.

Az eddig használatban levő műszerek négy nagy csoportba oszthatók, és pedig:

1. az élesen vágó műszerekre (*Schultze-kés, Siebold-olló, Smellie-olló*);
2. a tompán vágó (*Kézmárszky, Sztehlo*);
3. a szakító (*Braun-horog, Zweifel-trachelorhektor*);
4. a fűrészelve vágó műszerekre (*Pajot, Gigli, Ribemont—Bong, Blond*).

Nem célunk az, hogy az egyes műszerek előnyeit és hátrányait itt felsoroljuk, mégis helyesnek látszik az egyes csoportokat legalább nagy általánosságban jellemezni.

1. Az élesen vágó műszereknek a használata már elvileg kifogásolható amiatt, hogy a szem ellenőrzése nélkül kell velük a szülécsatornában dolgoznunk s így használatuk közben kellő gyakorlat és ügyesség nélkül nemcsak az anya, hanem maga a mûtő is sérülésnek van kitéve. Azonkívül, ha a decapitációt egyedül velük végezzük, a mûtét hosszúra nyúlik.

2. A tompán vágó műszerek ebből a szempontból ideálisan oldják ugyan meg a fejnek a törzstől elválasztását, azonban a felvezetésük a nyakra nagyon nehézkes, sokszor kivihetetlen.

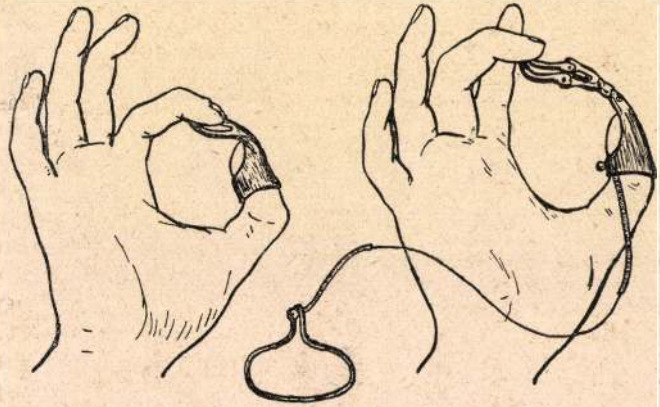
3. A szakító műszerek főképviseelője s a legtöbb helyen ma is használatos a *Braun-horog*. Annak dacára, hogy igazán nagy szaktekintélyek, mint *Döderlein, Zweifel* stb., ellene nyilatkoztak, sőt *Küstner* egycsenesen az ócskavasak közé kívánja sorolni, a *Braun-horog* hegemoniáját a többi decapitációs műszerrel szemben mindeddig megtartotta. Csupán alkalmazásának módja változott, amennyiben ma már nem szakító műszernek használjuk, csupán rögzítő és húzó, valamint vezető eszköznek; a nyak átvágását ollóval végezzük. Itt tehát az élesen vágó műszerek alkalmazásának hátrányai szintén fennállanak, de segéd is szükséges hozzá. Szakító műszer gyanánt használata a *Braun-horog*nak, melyhez segéd nem kell, természetesen mindenképen elvetendő.

4. A fűrészelve vágó műszerek részben drágák, vagy bonyolult szerkezetűek, részben kezelésük kényes és a nyakra felvezetésük legtöbbször nehézkes, ezért nagyobb elterjedtségre általában ezek sem tudtak szert tenni.

A mondottokból látszik, hogy bár számos műszer van forgalomban, a gyakorló-orvos szempontjából legnagyobb részük nem megfelelő. Ezért érdemesnek tartjuk foglalkozni a *Blond-féle* decapitációs eszközzel szerzett tapasztalatainkkal, amennyiben ezek alapján ezt az eszközt tartjuk egyszerűség, olcsóság, könnyen kezelhetőség, segédlet szükségtelen volta stb. miatt a kedvezőtlen viszonyok között, magánháiban operáló s részben kisebb specialis gyakorlattal bíró orvos számára a legmegfelelőbbnek. A műszer ugyanis nem komplikált, kicsiny, finom s így sérülést nem okozhat, másrészt egyszerűen oldja meg a mûtét legnehezebb részét: a fűrésznek átvágását a magzati nyakon. Bár a műszert *Kasper, Blond* már 1923ban nyilvánosságra hozta, használatát a legtöbbhelyen elhanyagolták; ezért indokoltnak látszik azt néhány szóval ismertetni.

Az eszköz, mint az ábra mutatja, egy gyűszűből áll, melynek felső részére gyűrű van erősítve. A gyűszű volaris oldalán kis csatorna fut a gombbal ellátott ú. n. bécsi drótselyem számára, mely a nyak átfűrészelésére szolgál. Az anyai lágyrészek védelmére a drótselyem vékony gummicsővel van behúva s annak csak középső része marad szabadon, mely a magzati nyakra kerül. A gyűszűt a drótselyemmel felszerelve azon kezünk hüvelykujjára húzzuk, mellyel a nyakat körül akarjuk fogni, olyképpen, hogy hüvelykujjunk előre, a többi négy ujj pedig hátra a nyak mögé kerül. A nyak átfogása után középső, vagy mutatóujjunkat a gyűrűbe akasztva és hüvelykujjunkról a gyűszűt lehúvva, azt a nyak mögött le-

felé húzzuk. Ez maga után vonzolja a beleakasztott drótfűrészt s így azt a nyak köré vezetjük. A fogantyúk felszerelése után a nyak átfűrészelése csak másodpercek kérdése.



1. ábra.

2. ábra.

A 2. ábrán látható a műszer az általunk végzett módosítással. *Blond* eszközének gyűrűje tudniillik teljesen merev, ami abban az esetben, ha a nyakat nem tudjuk teljesen átfogni, eláll a nyaktól s ujjunkat beleakasztani nem tudjuk. A gyűrű ezenkívül rövidnek is bizonyult a nyak átfogására. Ezért azt meghosszabbítottuk és kétoldalán csuklóüzlettel láttuk el. Ezzel a módosítással a gyűrű ujjunkkal könnyen elérhető még abban az esetben is, ha a nyakat kezünkkel körülfogni nem sikerül.

Elhanyagolt harántfekvésben hat esetben decapitaltuk ezzel az eszközzel a magzatot. A kórtörténetek rövid kivonatát az alábbiakban közöljük:

1. A 26 éves VI. szülönőt vidékről szállítják be elhanyagolt harántfekvéssel. Temperatura: 37,4° C. Pulsus: 120. Medenceméreték normalisak, a vizelet tiszta. A has feszes, contractiós gyűrű 2 hüvelyk ujjal köldök alatt; II. dorso-anterior harántfekvés. A hüvelyből az erősen oedemás bal kar lóg ki és az előesett, nem pulzáló köldökzsinór. A bal váll beékelődve, a nyak elérhető. Az előesett kart a far irányába eltartjuk s jobb kezünkkel, melynek hüvelykujjára a gyűszűt felhúztuk, körülfogjuk a nyakat, Középső ujjunkat a gyűrűbe akasztva, azt hüvelykujjunkkal lehúzzuk a nyak mögött, s ezzel a fűrészt már át is vezetjük. A fűrészt két végén levő gombra a fogantyúkat feltesszük s a nyakat átfűrészeljük. A magzat súlya 4650 gr., hossza 54 cm. Teljesen láztalan gyermekágy. A 14. napon a beteget hazabocsátjuk.

2. 31 éves VII. szülő nő, vidékről beszállítva, elhanyagolt harántfekvéssel. Temperatura: 36,8° C. Pulsus: 72. Medenceméreték normalisak, vizeletben geny. II. dorso-anterior harántfekvés. Az előesett bal kar és nem pulzáló köldökzsinór a vulva előtt látható. A bal váll a bemenetbe ékelve, nyak elérhető. Decapitalunk. A felvezetés könnyen sikerül s a nyak átfűrészelése csak másodpercek munkája. A magzat súlya 2600 gr., hossza 48 cm. Láztalan gyermekágy. A beteg saját felelőségére a 7. napon távozik.

3. 22 éves II. szülő nő, kit vidékről szállítanak be. Az előesett kar reponálását a baba, majd az orvos sikertelenül kísérelte meg otthon. Temperatura: 37,9° C. Pulsus: 96. I. fokban szűkült lapos medence, vizelet tiszta. A has igen feszes, érzékeny. I. dorso-anterior harántfekvés. Contractiós gyűrű 2 hüvelykujjal a köldök alatt, passiv szakasz tapintásra igen érzékeny. A hüvelyből a jobb kar lóg ki, a jobb váll mozdíthatatlanul a bemenetbe ékel, nyak el nem érhető. Tekintettel a fenyegető méhropedésre és arra, hogy a nyakat narcosisban sem érjük el, a magzatot először kizsigereljük, s a *Blond* gyűszűt a szokott módon, — most már minden nehézség nélkül, — a nyak köré vezetjük s azt átfűrészeljük. A fűrészt azonban, miután vele a nyak legnagyobb részét már átvágtuk, elszakad. A még át nem vágott lágyrészeket ezért *Siebold* ollóval metszük át. A zsigerek nélküli magzat súlya 3840 gr., hossza 56 cm. A gyermekágyban egyízben 38,1° C-ig emelkedő hőmérséklet, különben láztalan lefolyás. A 9. napon távozik.

4. 33 éves I. szülő nő, vidékről kerül az intézetbe, elhanyagolt harántfekvéssel. Felvételtkor: temperatura: 37,4° C.

Pulsus: 78. Medenceméreték normalisak, vizeletben bőven van fehérje. II. dorso-anterior harántfekvés. A bal kar a vulva előtt van. A hüvelyben az előesett karon kívül a nem pulsáló köldökzsinór tapintható, a bal váll beékelte, a nyak elérhető. A gyűszűt a szokott módon felvezetjük, mivel azonban fűrészelés közben a drót ismét elszakad, a lágy részeket *Siebold* ollóval vágjuk át. A magzat súlya 2800 gr., hossza 52 cm. Láztalan gyermekágy után 9. napon távozik.

5. 31. éves, VII. szülő nő, vidékről besszállítva. Orvosa és bábája otthon megkísérelték az előesett kar repositióját. Felvételkor: temperatura: 38° C. Pulsus: 106. Medenceméreték normalisak, vizelet véres. A has feszes, érzékeny, méh-test erős contractióban. A könyökig a vulva elé esett bal kar több helyen hámtól fosztott. II. dorso-anterior harántfekvés. A bal váll szorosan a bemenetbe ékelte. Mivel a nyak elérhető, — a decapitatio néhány perc alatt minden nehézség nélkül sikerül. A magzat súlya 3650 gr., hossza 50 cm. Műtét után a lepény spontán megszületik, utána kevés vérzés. Katheterezéskor is véres vizelet ürül. Betáptatáskor méhrepedést állapítunk meg. Laparotomia: a repedés áthatoló, 10 cm hosszú s az activ és passiv szakasz határán harántul fut. A hólyag ép. Méhkiirtás, mindkét oldali ép függelékek bentnagysával. Műtét után 5. napon a hőmérsék 38° C, különben láztalan lefolyás után 14. napon gyógyultan távozik.

6. 32. éves VI. szülő nő vidékről besszállítva, elhanyagolt harántfekvéssel. Orvosa a fentálló vérzés miatt a magzatot fordítani próbálta. Felvételkor: temperatura: 37,8° C. Pulsus: 96. Medenceméreték normalisak, vizelet tiszta. I. dorso-anterior harántfekvés. Jobb kar könyökig a vulva előtt. Jobb váll beékelve, mellette fél-tenyérszerű lepényrészlet tapintható, a nyak nem érhető el. A magzatot kizsigerejük. A magzati test összeesése után az eszköz könnyen a nyak körül vezethető. A fűrés, — a nyak csontos részét átvágva, — ismét elszakad s így a lágy részeket ollóval metszük át. A koponyát csak perforálva tudjuk kihozni. A gyermekágyban kétizben 38,5° C-ig emelkedő hőmérsék, különben sima lefolyás. 19. napon gyógyultan távozik.

A kórtörténeti adatok alapján azt látjuk, hogy a beteget kivétel nélkül vidékről szállították be. Kisebb helyeken, falvakban, tanyákon ugyanis a betegek terhes ségük ideje alatt az orvosi, főleg a szakorvosi vizsgálatot nélkülözni kénytelenek s a szüléshez is rendszerint csak akkor hívnak orvost, amikor a kar előesett, a magzatvíz régen elfolyt, a váll beékelődött, vagyis akkor, amikor a fekvés már elhanyagolódott. Ilyen esetekben természetesen leghelyesebb eljárás az, ha a beteget — amennyiben azt a körülmények és viszonyok megengedik — intézetbe szállítják. Lesznek azonban — ha ritkábban is — esetek, melyekben az intézetbe szállítás valamilyen okból kivihetetlen s az orvosnak el kell végezni a műtétet, ha az anya életét meg akarja menteni. Ilyen esetekben fog jó szolgálatot tenni a *Blond*-féle eszköz, amelynek alkalmazásával kapcsolatos előnyöket és tapasztalatainkat röviden a következőkben foglalhatjuk össze:

1. A műszer használata rendkívül egyszerű. A fűrés felvezetése a legtöbb esetben semmi nehézségbe sem ütközik. Alkalmazásakor nem merülnek fel technikai nehézségek s így még a kevésbé gyakorlott is könnyen végezheti el vele a decapitációt. Ha a nyak elérhető, akkor semmi nehézség nincsen a gyűszű felvezetésében sem s ilyen esetben a decapitatio bámulatatosan gyorsan sikerül. A felvezetés 1—2 perc, az átfűrészelés 1/2—1 percig tart, úgy, hogy a műtét minden sietség nélkül percek alatt befejezhető. Ha a nyak a magzat kedvezőtlen elhelyezkedése miatt el nem érhető, akkor először a magzatot kizsigerejük és azután decapitálunk.

2. A műszer sérülést nem okozhat s így alkalmazása közben veszélytelen úgy az anyára, mint a műtőre nézve.

3. Mivel használatakor erőszak kifejtése nem szükséges, a magzat műtét közben nem mozdul ki helyéből. Ezért nem szükséges a magzatot, illetőleg a fejet fixálni, vagy az előesett kart lehúzni. *Segédszemélyzetre tehát szükség nincsen*, ami főleg a gyakorló orvosok szempontjából nagy előny.

4. A műszer kicsinyisége és finomsága miatt helyet alig igényel magának, ami elvékonyodott, passiv szakaszban, vagy térszűkületben nem csekély fontosságú körülmény. De alig igényel magának helyet az orvosi táskában is, ami ismét a gyakorló orvos szempontjából fontos.

5. Minden műszerrel szemben nagy előnye még, hogy, ha gyűszűvel felszerelt kezünket felvezettük, úgy nem szükséges — mint minden más eljárásban — még egy külön műszert felvezetni, ami a melléksérülés veszélyét csak fokozza, hanem vizsgáló kezünkkel egyidejűleg vezetjük fel magát a decapitáló műszert is.

6. Az eszköz olcsó, mindenki által könnyen beszerezhető, könnyen szállítható s karbantartása semmi különösebb figyelmet nem igényel.

A *Blond*-gyűszűnek ezen nagy előnyei mellett hátrányai is vannak. A műszer egyik, azonban könnyen kiküszöbölhető hátránya az, hogy az úgynevezett bécsi drótselyem, mely az eszköz fűrészeként szerepel, nem elég erős és így fűrészelés közben, — amint már másokkal is megtörtént — néhányszor elszakadt. Ez a kellemetlenség azonban könnyen elkerülhető egy erősebb, szívósabb drótfűrészek a beiktatásával.

Másik hátránya az volna, hogy használata bizonyos excursiók szabadságát tétel fel akkor, amikor középső ujjunkkal a gyűszűt lehúzzuk hüvelykujjunktól. Ujjunknak ez a mozdulata nehézségbe ütközhetik, sőt egyesek szerint ki sem vihető nagyfokú térszűkület esetén. Erre vonatkozólag annyit jegyezhetünk meg, hogy műteteink közben ilyen nehézségről nem volt alkalmunk meggyőződni, bár természetesen elképzelhető olyan térszűkület, melyben ez a mozdulat kivihetetlen. Ilyen nagyfokú térszűkület esetén azonban más műszereknek a felvezetése talán még nagyobb nehézséget fog okozni s ezekben az esetekben a magzat feldarabolására, vagy kizsigelésére leszünk utalva. Általában véve azonban azt mondhatjuk, hogy ahol sikerült kezünket felvezetni, ott mindig sikerült decapitálnunk is.

Ha már most összehasonlítjuk a *Blond*-gyűszűvel szerzett tapasztalatainkat azokkal, melyeket más műszerekkel, illetőleg eljárásokkal végzett decapitációk esetén szereztünk, akkor azt mondhatjuk, hogy *Blond* módszerének annyi előnye van a többi eljárással szemben, hogy ennek a nálunk még kevésbé ismert műszernek a kipróbálása feltétlenül megéri a fáradságot és fentemlélt nagy előnyeinek fogva arra hivatott, hogy a gyakorló orvos megbízható műszereként általános elterjedtségre tegeyen szert, mert talán igaz a *Stoekel*-nek amikor azt mondja: „... azt hiszem, hogy *Blond* módszer a legjobb decapitációs eljárásnak fog bizonyulni“.

A Tisza István Tud.-Egyetem belklinikájának közleménye. (igazgató: Fornet Béla ny. r. tanár.)

A fluor a Basedow-kór és a hyperthyreosisok terapiájában.

Irta: Pély Mihály dr.

Bár az utolsó két évtized alatt a Basedow-kór és a hyperthyreosisok terapiája számos új és különböző methodus által igen kibővült, a problema mindezeig nem tekinthető megoldottnak. Sőt az idevágó nagyszámú, gyakran egymásnak merőben ellentmondó irodalmi adatok a bizonytalanságot e téren talán még inkább növelték. A feldicsért és ajánlott eljárások nagyrészt a szigorú kritika nem, vagy csupán alig megbízhatóknak minősítette. Erre a sorsra jutott — csak az ismertebbeket említve — az insulinkezelés, az *Adelsberg* és *Porges* ajánlotta

ergotamin methodus, a berlini Bier-klinika állati vérinjectioni, továbbá *Bálint* tryptophanmentes étrendje és a párisi *Loeper* által bevezetett bőrkezelés is. A röntgenologia fejlődése a Basedow-kór terapiáját is olyan fegyverrel gazdagította, mely úgy látszott, hogy az összes eddigi eljárásokat, sőt a sebészi kezelést is háttérbe fogja szorítani. A hozzáfűzött reményeket azonban a röntgenbesugárzás sem váltotta be teljesen, egyrészt a nem ritka refractaer esetek miatt, másrészt, mert gyakran a betegség acut rosszabbodását idézte elő. A *Neisser* által a Basedow-therapiába ismét bevezetett és nagy lelkesedéssel fogadott jódkezelés is csalódást okozott, mert a későbbi tapasztalatok során kitűnt, hogy hatása múló csupán s úgy a jód abban hagyása, mint huzamosabb ideig tartó szedése után is a betegség igen gyakran változatlanul fennáll. A jódkezelésnek a pajzsmirigy resectiójával kombinálása útján *Plummer* és *Boothby* a Basedow-kór terapiáját egészen új alapokra fektették. Az amerikaiak (*Mayo*, *Jackson*) és az európai sebészek nagy része oly csekély műtéti mortalitásról számol be, mit a régi, egyszerű operatív kezeléssel meg sem közelíthettek. Különös értéket kölcsönöz a jód-előkezelésnek az, hogy általa a súlyosabb keringési zavarokban szenvedők műtéti esélyei is lényegesen javultak. Ha tehát jelenleg a *Plummer*-kezeléssel egybekötött röntgenbesugárzást, illetve műtéti beavatkozást kell is a Basedow-kór leghatásosabb gyógymódjának tekintenünk, nem hagyhatjuk figyelmen kívül az egyéb belgyógyászati, klimatikus, diätikus, hydrotherapiás tényezőket sem, melyek adott esetben a fentieket kiegészítik, illetve pótolhatják. Éppen ezért tartottuk érdemesnek a legutóbbi időben a buenos-ayresi belklinikus *Goldenberg* ajánlotta fluorkezelést klinikánk bőséges Basedow-kóros anyagán kipróbálni, annál is inkább, mert szerző a fluort, még súlyos jód-, és röntgenkezeléssel is dacoló esetekben is hatásosnak találta.

Goldenberg kísérleteit 1928-ban kezdte. Betegeinek a natriumfluorid 2%-os vizes oldatából négyszer naponta, emelkedőleg, kevés tejből 10–50 cseppet adott. Gyomor-bélzavarok esetén a natriumfluoridot hasonló töménységű és dosisú ammoniumfluoriddal helyettesítette és ezzel egy időben a 2%-os natriumfluoridból másodnaponként 4–5 ccm-t injeciált intravenásan. Négy injectio után 14–20 napig szünet következett. A kezelést huzamosabb ideig, hónapokon keresztül folytatta, amelynek eredményeképpen a betegek étvágya visszatért, testsúlyuk növekedett, a végtagremegés, kóros ingerlékenység s a pulszszám csökkent, néha az exophthalmus és a golyva nagysága is csökkent, végül az alapanyagcsere értéke még a súlyos esetekben is leszállt.

Kísérleteinket kizárólag járóbetegrendelésünk Basedow-kóros anyagán végeztük. Betegeink a fluoron kívül semmi más gyógyszeres kezelésben nem részesültek s mivel körülményeik úgysem engedték volna meg, a klinikán szokásos fehérjeszegény diätát sem tartattunk velük. 9 esetet dolgozhattunk fel és eredményeinknek különösebb érdekességet kölcsönöz az, hogy betegeink jó részét huzamosabb időn keresztül volt módunkban megfigyelni. Ezeknek egészen rövid körlefolysát az alábbiakban közöljük.

1. *M. J.* 40 éves. Jelentkezett 1931. jan. 9-én. Négy és fél év óta ideges, álmatlan, kezei remegnek, forróságérzései vannak. Gyakori hasmenésekben szenved, erősen lesoványodott. Másfél év előtt röntgen besugárzás történt, mely után kb. egy évig jól érezte magát, majd panaszai lassan visszatértek. Jelen állapot: Erősen lesoványodott, nyugtalan beteg, étvágytalan, jelenleg vizes-nyákos hasmenése is van. Nagy, enyhén pulszáló struma, exophthalmus, kéz- és nyelvtremor. P. 118. Ts. 44. kg. Alapanyagcsere (A.): 48%. Naponta 4×10 csepp 2%-os natriumfluoridot szedetünk, naponként 4 cseppel emelkedve. Kisebb testmozgást, háztartásköri munka végzést engedélyezzük.

A beteg 10 hónapig állott kezelésünk alatt, hasmenései már az első hetekben megszűntek, étvágya javult, 2 kg-ot hízott, azonban bár az alapanyagcsere értéke kisebb-nagyobb ingadozásokkal a felére esett (23%), nervosus panaszai csak átmenetileg enyhültek, a tachycardia, struma és exophthalmus úgyszólván változatlan maradt. A további fluorkezelést céltalannak tartjuk s a betegnek műtétet ajánlunk.

2. *D. I.-né* 28 éves. Jelentkezett 1931. jan. 15-én. Másfél év előtt nyaka vastagodni kezdett, majd feltűnő ideges, nyugtalan lett, végtagremegés, álmatlanság, forróságérzés, izzadás lépett fel. Étvágya rossz, rendetlenül menstruál. Gyakori izületi fájdalmak. Orvosa brómot, diätát, nyugalmat rendelt, mik állapotán csak keveset javítottak. Jelen állapot: Magas, sovány, nyugtalan nőbeteg. Kis alig pulszáló struma, szemtünetek hiányoznak. Végtag- és pillatremor. Nyirkos bőr. P.: 116. Ts. 56,60 kg. A.: 30%. Natriumfluoridot rendelünk a szokásos módon.

Nyolchónapi kezelés alatt az alapanyagcsere kifejezett csökkenését (16%), az étvágy javulását és csekély testsúlyszaporodást kivéve a többi kórtünetek csak kevéssé és csupán időlegesen javultak. A struma változatlan maradt. Röntgenbesugárzást ajánlunk.

3. *K. M.* 35 éves. Jelentkezett 1931. jan. 20-án. Betegsége egy év előtt szívdobogással, izgatottságérzéssel kezdődött, majd étvágytalan lett, soványodni kezdett, nagyon legyengült. Hónapok óta gyakori hasmenése van. Jelen állapot: Középtermetű, lesoványodott nőbeteg. Középnagy, enyhén pulszáló stratuma, kiskökű exophthalmus, szemtünetek nem kifejezettek. Végtag- és nyelvtremor. Orvosa csillapítószereket rendelt neki. P.: 120. Ts. 49 kg. A.: 41%.

Nyolc hónapi kezelésre a gastrointestinalis tünetek kifejezetten javultak, az alapanyagcsere felére esett (22%), az izzadás megszűnt, csekély súlygyarapodás állott elő. A struma és az exophthalmus nem változott, a nervosus tünetek néhány havi remissio után ismét felléptek s azok további kezelés dacára változatlanul fennállottak. Éppen ezért a fluorkezelést beszüntetjük s a betegnek röntgenbesugárzást ajánlunk.

4. *F. M.* 33 éves. Jelentkezett 1931. jan. 28-án. Egy hónap óta beteg. Nyaka vastagodni kezdett, szívdobogás, végtagremegés lépett fel. Gyakori hasmenés, izzadás. Igen legyengült, lesoványodott. Jelen állapot: Thyreoidea mindkét lebenye erősen megnagyobbodott, kezeken igen kifejezett tremor. Szemtünetek hiányoznak. P.: 140. Ts.: 44,20 kg. A.: 32%

Hét hónapi kezelés alatt, bár a gastrointestinalis tünetek és a közérzet eléggé kifejezett javulást mutatott, s a testsúly 4 kg-mal növekedett, a pulszszámot és az alapanyagcsereértéket nem sikerült a normalis közelébe szorítanunk. A struma nagysága változatlan maradt. A további fluorkezelést beszüntetjük.

5. *özv. O. I.-né* 55 éves. Jelentkezett 1931. február 4-én. Mult év nyara óta érzi, hogy tagjai remegnek s főleg szívdobogásai és kellemetlen arythmiás érzései vannak. Étvágy jó, mégis lesoványodott, erősen legyengült. Nem izzad, néha hasmenése van. Bokái estére megdagadnak, reggelre lelohadnak. Jelen állapot: Diffuse nagyobb, enyhén pulszáló struma, végtag tremor. Szemtünetek hiányoznak. Egy újjal nagyobb szív, néha arythmia. P.: 150, Ts.: 53,30 kg. A.: 32%.

A beteg 9 hónapig át jó közérzetnek örvendett, pulszusa, alapanyagcsereértéke (19%) lényegesen leszállt, azonban dacára jó étvágyának 2 kg-ot fogyott. A struma nem változott. Állapota az utolsó 2 hónapban fokozatosan rosszabbodott, a további fluorkezelést nem tartjuk célszerűnek. Röntgenbesugárzást ajánlunk.

6. *S. E.* 23 éves. Jelentkezett 1931. február 9-én. Két hónap óta ideges, ingerlékeny, kezei remegnek, gyakori forróságérzések. Soványodott. Vizsgálatkor kiskökű strumát találunk szemtünetek nélkül. P.: 106. Ts.: 52,40 kg. A. 24%

Könnyebb hyperthyreosis esete, mely 7 hónap alatt két ízben állott kezelés alatt s fluornatriumra mindannyiszor néhány hét alatt, főleg a subjectiv tünetek javulásával reagált. A testsúly 3 kg-mal növekedett, az alapanyagcsere azonban csak kevésbé változott (19%).

7. T. M. 18. éves. Jelentkezett 1931. febr. 12.-én Hat hét óta nagyon ingerlékeny, ideges, kezei remegnek. Gyomra gyakran fáj, egy hét óta naponta 3—4 vizes szék. Étvágya romlott. Vizsgálatkor alig nagyobb nem pulzáló strumát, végtagremort találtunk. P. : 122. Ts. : 47.40 kg. A. : 28%.

Szintén enyhébb hyperthyreosis esete. Két és félhónapi kezelésre a pulszszám és az alapanyagcsere jelentékenyen lezállott (14%), a subjectiv tünetek kifejezetten enyhültek. A beteget többé nem láttuk.

8. D. F.-né 38. éves. Jelentkezett 1931. febr. 11.-én. Három hó óta remegésről, szívűtaji fájdalomról, szívdobogásról panaszkodik. Sokat soványodott, nagyon ingerlékeny. Gyakori hasmenése van, étvágya gyenge. Kezelésben nem részesült. Vizsgálatkor középnagy, enyhén pulzáló golyvát, kistokú exophthalmust és végtagremort találtunk. Szenttünetek nem kifejezettek. P. : 112. Ts. : 42 kg. A. : 36%.

A beteg az első hónapokban igen szépen javult, gastrointestinalis panaszai elmúltak, pulszusa, alapanyagcsereértéke lezállt (24%), testsúlya 3 kg-mal gyarapodott; később panaszai visszatértek, fluorral nem voltak befolyásolhatók, úgyhogy a kezelést megszakítjuk és röntgenbesugárzást ajánlunk.

9. K. P.-né 34 éves. Jelentkezett 1931. febr. 17.-én. Négy hónap óta forróságérzése van, sokat izzad, kezei remegnek. Ideges. Az utóbbi időben észrevette, hogy nyaka vastagabb lett. Gyomorbélpanaszai nincsenek. Vizsgálatkor kicsi, alig pulzáló strumát, végtagremegést látunk enyhe exophthalmussal. P. : 110. Ts. : 51.60 kg. A. : 21%.

Három havi kezelésre úgy a subjectiv, mint az objektív tünetek kifejezett javulását észleljük. Az alapanyagcsere 15%-ra szállt le, azonban a struma nagysága és az exophthalmus változatlan maradt.

Kilenc esetünk összefoglalása csak részben erősíti meg *Goldenberg* tapasztalatait. Kétségtelen, hogy a betegség egyes tünetei, így elsősorban a gastrointestinalis zavarok igen jól reagálnak fluorkezelésre: az étvágy visszatért, a hasmenés minden esetünkben megszűnt s ezzel kapcsolatban mérsékelt súlygyarapodás következett be. A nervosus tünetek: általános ingerlékenység, végtagremegés, kóros izzadás, továbbá a tachykardia súlyosabb eseteinkben is enyhültek ugyan, de huzamosabb ideig tartó javulást csupán két könnyű hyperthyreosisos betegünkön könyvelhetünk el. A többiek panaszai hosszabb-rövidebb remissio után a továbbfolytatott fluorkezelés dacára is visszatértek. Az alapanyagcsere minden betegünkön a kezdeti magasság 30—50%-ával csökkent, azonban normális, vagy éppen negatív értéket — mint azt *Goldenberg* észlelte — egy esetünkben sem sikerült elérnünk. A struma nagysága és az exophthalmus változatlan maradt.

Mindezeket egybevetve, véleményünk szerint a fluor a Basedow-kór terapiájában a többi belorvosi gyógymód mellett jelentékeny helyet érdemel. Ha — mint már említettük — meg is vagyunk győződve arról, hogy jelenleg a jódelőkezeléssel egybekötött műtéti beavatkozás az a methodus, mely a betegeket a legrövidebb idő alatt munkaképesé teszi, mégis, mielőtt operációra gondolnánk, bizonyos ideig — ha javulás nem mutatkoznék, legfeljebb 2—3 hónapig — a conservatív eljárásokat is ki kell mérítenünk. Főként az acute fellépő s még nem kezelt Basedow-esetek azok, melyek a belgyógyászati s így a fluorkezelés számára is alkalmasnak látszanak.

Irodalom: *Goldenberg*: Presse Med. 1930. 102. sz. — *Orlowski*: Presse Méd. 1932. 42. sz.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem Urológiai klinikájának közleménye. (Igazgató: Illyés Géza ny. r. tanár.)

Chondroma testis carcinomatosum.

Irta: *Melly Béla dr.*, egyet. tanársegéd.

A here daganatai általában nem gyakoriak és *Chevassu* szerint, ez az oka annak, hogy elnevezésük és osztályozásuk tekintetében annyira eltérő véleményekkel találkozunk. A nagysejtű alveolaris szerkezetű daganatok aszerint, hogy hám, vagy kötőszövetes eredetűnek tartják azokat, nyerik a carcinoma, vagy sarkoma elnevezést. *F. G. Bell* két nagy csoportba osztja a heretumorkat: 1. csírasejtes daganatok, 2. teratoid jellegű daganatok. A teratoid tumorkat tovább osztályozza: 1. typosus teratoidok, melyekben mindhárom csíralemez sejtjei jól felismerhetők, 2. solid, látszólag homogen daganatok, különféle eredetű sejtekkel, 3. variánsok, aszerint, hogy melyik csíralemez sejtjei uralják a képet: a) főleg mesoderma származékok, porcos, izmos, myxomás kevert daganatok; b) entoderma elemek, papillaris adenomaformák, adenomacarcinómák, tiszta herecarcinoma; c) végül ektoderma eredetű daganatok, dermoidcysták, lap-hámrákok, chorionepitheliómák stb.

Oberndorfer valamennyi heredaganatra helyesebbnek tartja a teratoid elnevezést és teratoma adutumot és embryonalét különböztet meg, melyeket az egyes alakelemek dominans szerepe szerint osztályoz tovább.



1. ábra.

Minden összeállításból az derül ki, hogy a *Chevassu* által seminoma elnevezéssel jelölt, nagysejtés daganatféleség fordul elő a leggyakrabban, azután következnek a teratoid heretumorkok. A *Greiling* által összeállított 297 daganat közül csak 3 volt porcdaganat. Nem találtak a szerzők különbséget a jobb vagy baloldali here között a betegség gyakorisága tekintetében. Nagyon ritka viszont, hogy két oldalon keletkezzék heredaganat, mint az Urológiai Klinika egyik esetében, amikor a jobboldali here sarkoma miatt történt eltávolítása után öt és fél évvel, a baloldali herét kellett ugyancsak sarkoma miatt eltávolítani.

Bár porcos elemek gyakran fordulnak elő, többé-kevésbé differenciált állapotban a here teratoidjaiban, nagyon ritka az olyan eset, hogy úgy mikroszkoppal, mint szabad szemmel nézve a porcos elemek uralják a képet, vagy egyedül alkossák a daganatot. Az utóbbi időben tiszta enchondromát nem írtak le és így minden ilyen daganat csökevényes teratoidnak tekinthető. *Oberndorfer* szerint ma sem a *Kocher* által közölt 8, sem a *Mohr* által közölt 12 eset, nem bizonyulna tisztán chondromának alapos szövettani vizsgálat után. *Kocher* 6 esetében háromszor szerepel trauma, ütés, rugás alakjában, mint kiváltó

momentum, a gyorsan növekedő daganat esetében. A porc-daganatok a feljegyzések szerint az érett férfikorban fordulnak elő, egyedül *Brinsot* írt le chondromát négy éves gyermekben.

Tekintettel a here porcos daganatainak rendkívüli ritkaságára, óhajtjuk az alábbi esetet ismertetni:

B. A. 48 éves földműves, 1925 október 5-én kereste fel az Urológiai Klinikát és előadta, hogy folyó év május hónap óta veszi észre, hogy a bal heréje fokozatosan, bár igen lassan növekedik és igen kemény tapintatú lett. Spontán a here nem fájdalmas, tapintásra mérsékelten érzékeny. Vizeleti panaszai nincsenek. Dacára annak, hogy jó étvágyal táplálkozik, 10 kg.-ot fogyott.

Alacsony termetű, lesóványodott férfibeteg. Mellkasi, hasi szervek, idegrendszer kóros eltérést nem mutatnak. A bal scrotumfélben zölddiónyi, dudoros felszínű, porckemény terimenagyobbodás tapintható, mely felfelé a funiculus mentén is követhető, amerre fokozatosan elvékonyodik.

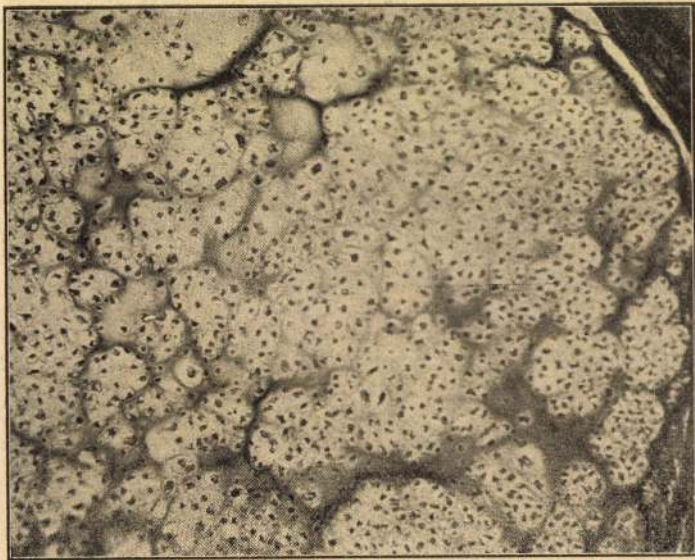
Az elvégzett urológiai vizsgálatok és a *Wassermann* reactio negatív eredménnyel, baloldali heretumor körjelzéssel került, október 5-én, műtetre a beteg.

Helybeli érzéstelenítés után iguinoscrotalis metszéssel hatoltunk be a herét és funiculust előhúzzuk és tompán kiszabadítjuk. A funiculust kb. hüvelykujnyi tömlő fogja körül, melyet megnyitunk a tömlőből kevés tiszta savó ürül. A tömlő a canalis inguinalis magasságáig átjárható, alul hátsó falán foglal helyet a porckemény, dudoros felszínű here. A tömlő ellátása után castratiót végzünk.

A zölddiónyi nagyságú daganat felvágásakor is érezzük annak tömörségét. A metszéslapon kékesfehér, viasszosfényű porcszövet szabadszemmel is jól felismerhető és amint az első képen jól látható, kevés egyéb állomány mellett, az alkotja a daganat főtömegét.

Szövetteni metszeteken kisebb nagyobb porcszigetek ismerhetők fel, melyeket perichondriumszerű kötőszövet fog körül. A kötőszövet felrostozódva benyomul a porcállományba és azt kisebb szigetekre tagolja. Maga a porcszövet typosus hyalin porc. A második képen látható az egyik porcfészkek.

A kevés épenmardt de összenyomott hereállományt a daganat peripheriáján találtuk. A porcfészkek között bár itt ott egyes herecsatornák felismerhetők, a here csatornáiból kiindult, polymorph daganatszövet foglal helyet. A mirigyes szerkezet alig ismerhető fel, tömött daganatfészkek látszanak, melyek éles határ nélkül infiltrálják a környezetet. A sejtek alakra, nagyságra nézve nagy eltérést mutatnak. Mindenütt számos oszlo alak tűnik szembe. A daganatnak erről a részéről készült a harmadik felvétel.



2. ábra.

A szövettani lelet alapján a daganatot chondroma carcinomatosum névvel jelölhetjük. Esetünk igazolja *Oberndorfer* felfogását, aki kételkedik a tiszta chondroma előfordulásában. Itt is a szabad szemmel tiszta porc-

daganatnak imponáló tumor bizonyult vegyes daganatnak. A beteg traumáról nem tudott, mely a daganat növekedését megindította volna, viszont a congenitalis factork szerepét élénken demonstrálja esetünkben a tunica



3. ábra.

vaginalis fejlődési zavara. Ha az ilyen feszes vastagfalú zsákot tapintjuk a daganat mellett, könnyen arra gondolunk, hogy a daganat már áttörte a tunica vaginalist és felfelé kúszik a funiculus mentén s csak a műtét közben látjuk, hogy kedvezőbbek a viszonyok, mint amilyenekre tapintási leletünk alapján következtethettünk.

A Pázmány Péter Tud.- Egyetem II. belklinikájának közleménye (Igazgató: báró Kétly László ny. r. tanár.)

Összehasonlító vizsgálatok Edelmann húros és Siemens hordozható erősítőcsöves elektrokardiographjával.

Irta: *Markovits Ferenc* dr. egyet. tanársegéd.

A rádió elterjedésével a rádiótechnikai újításokat az elektrokardiographiában is felhasználják. Így keletkezett a *Siemens* féle erősítőcsöves, tükrös, hordozható elektrokardiograph. Ma még azonban nagyrészt *Edelmann* vagy *Cambridge* készülékek vannak használatban, mert ezek vizsgálati eredménye a kívánalmaknak teljesen megfelelnek.

Ha az *Edelmann* és *Siemens* készüléket összehasonlítjuk, látjuk, hogy az *Edelmann* készülék nagy helyet foglal el és az épület alapjához közel, vagy rezgésmentes föfal mellé, cement vagy betonlapra kell helyezni. Az accumulator külön helyiségben kell tartani. Ezzel szemben a *Siemens* készülék kis műszerasztal-nagyságú szekrényben, vagy kerekeken gördülő asztalkán helyezhető el. A készülék két jól zárható fémszekrényből áll, ezek magukban foglalják a felvételhez szükséges teljes technikai berendezést. A húros elektrokardiograph beállítása, kezelése nagyobb szakértelmet, gyakorlatot kíván, mint a *Siemens* készüléké. A húr árnyékának vastagsága az *Edelmann* készüléken arányos a húr vastagságával s függ a húr optikai beállításától, a *Siemens* készüléken a tükrőről vetített fénysáv vastagsága állandó. A húros készülék húrárnyék hullámainak magassága jobban változtatható, mint az erősítőcsöves készülék tükrőfény-sáv magassága.

150 összehasonlító vizsgálatot végeztem a két készülékkel. Azt tapasztaltam, hogy az erősítőcsöves készülék felvételein a hullámok arányosan kisebbek, mint az *Edelmann* gépen. Váltóáram okozta zavarok mindkét készüléken egyformán észlelhetők. Mechanikai rezgések a húros készülék érzékenyebben reagál, mint az erősítőcsöves. A *Siemens* gép felvételein a végtagizmok tonusa sokszor látható. Tüelektródos felvétel mindkét készüléken egyforma képet mutat. Az elektrodokat akár meleg, akár hideg sóoldatba mártott fedőruhával vettük körül, a felvételen különbséget nem láttunk. Ez mindkét készülékre vonatkozik. Bulbus, carotisnyomással kiváltható eltérések mindkét készülék felvételein azonosak.

Ha a két görbe részeit vizsgáljuk, azt tapasztaljuk, hogy a P kilengések eltérései: magassága, kettőzöttsége, lelapultsága, elsímultsága, negativitása stb. egyforma. Quantitativ eltérés nem észlelhető. Az átvezetési idő, $P - (Q) - R$ távolság eltérést nem mutat. A *Siemens* gép felvételein a leolvashatóság könnyebb. 0.05"-ig pontos. A két Q csipkében sem qualitativ, sem quantitativ eltérés nincs. Az R hullámok quantitative meg egyeznek, qualitative a fel- és lemenő szár íveltsége, vastagodása, csipkézettsége, csomósodása, stb. a húros készüléken kifejezettebb. A csúcs csomósodása lelapultsága, az R hullám kiszélesedése egyforma képet tár elénk. Az atypikus kamrakomplexum, atrioventricularis, ventricularis extrasystole, Tawara szár laesio, elágazási block stb., mindkét görbén egyforma. Az S hullám adja a főkülönbséget a két készülék felvételi hullámai között. Többször találtam kifejezett quantitativ eltérést: a *Siemensé* rendszerint alacsonyabb, mint az *Edelmanné*. Ha az *Edelmann* készülék felvételén megjelent, a *Siemensén* többször hiányzott. Qualitativ eltérés (vastagodás, íveltség, csipkézettség, csúcs csomósodása stb.) nincs közöttük. Olyankor, midőn az S hullám kisebb, az S-T távolság ívelt, a *Siemens-gép* felvételén az íveltség mindig kisebb, mint a húrosén, de soha nem hiányzik. Az R-T, illetve az S-T közti távolság vízszintes vonala mindkét felvételen egyforma. A két T hullám között sem quantitativ, sem qualitativ eltérést nem találtam. Lelapultság, elsímultság, negativitás, biphasis stb. egyformán észlelhető. Coronaria T-ben eltérés nincs. Egyes levezetések különbséget nem mutatnak.

A tükrös erősítőcsöves készülék előnye: könnyű kezelhetősége, stabilitása, hordozhatósága, az anódáram és az accumulator feszültségének könnyű ellenőrizhetősége és az, hogy felvételkor külső áramforrásra szükség nincs. Előnye még, hogy a felvételek napvilágon és mesterséges fényben is történhetnek és ez kizárja a beteg félelmét a sötétől. Igaz, hogy világosságon a másikfajta készülékkel is végezhető felvétel, úgy, hogy a beteg ágyától huzalon vezetjük az actiós áramot a készülékhez (pl. a bpesti gyermekklinikán). Hátránya, hogy az S hullámot sokszor csökevényesen jelzi. 0.05"-nél kisebb időértékek csak megközelítően pontosak, ill. olvashatók le pontosan. Egyszerre csak egyféle keringési jelenség elektromos lerögzítésére alkalmas. A kilengések magassági változtathatósága korlátozott. Hordozhatósága a betegágyban végzendő felvételre alkalmassá teszi, ezért gyakorlati szempontból van jelentősége. A további radiótechnikai előnyök felhasználása után a hálózati áram felhasználásával (accumulator mellőzhetősége, anódpótló használata) a jövő számára még értékesebb, könnyebben hozzáférhető s kezelhető segédeszközt nyújt a diagnosis felállításában. Ma még azonban pontosabb vizsgálatokra és kísérletekre szívesebben használjuk az *Edelmann-féle* húros, vagy más systemájú elektromágneses térben mozgó tükrös elektrokardiographot.

Irodalom: A. Weber: Klin. Wschr. 1931. 1673. o.

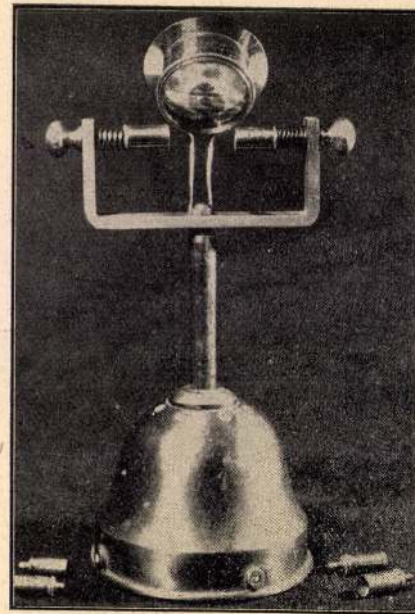
RÖVID KÖZLÉSEK A TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSI GYAKORLATBÓL.

A Pázmány Péter Tud-Egyetem törvényszéki orvostani intézetének közleménye (igazgató: Kenyeres Balázs ny. r. tanár).

Egyszerű lövedékvizsgáló készülék.

Lőfegyverekkel elkövetett cselekmények eseteiben nagyjelentőségű annak meghatározása, hogy a helyszínen, illetve a sértetben feltalált golyót milyen fegyverből lőtték ki. Minthogy a különböző fajta fegyverek töltéseit különböző golyókkal szokták felszerelni, következtetünk a fegyverfajta a golyó physikai, vegyi tulajdonságaiból, a rajta esetleg feltalálható gyári jelzésekből — persze mindig csak azzal a fenntartással, hogy a golyót a neki megfelelő fegyverből lőtték ki. Közelebbi meghatározásra, tekintettel arra, hogy a különböző fegyverek csőveinek szerkezete különböző, azoknak a változásoknak alapján van módunk, amelyek a golyón a fegyver csővének keresztülhaladása közben jelentkeznek. Az, aki a különböző fegyverfajták csővének szerkezetét ismeri, a golyón levő huzagbenyomatok számából, a huzagbarázdák alakjából, szélességéből, jobbra vagy balra düléséből és annak szögletfokából egyszerű megtekintés alkalmával már sejtheti a szereplő fegyvert s azt bizonyíthatja is az illető fegyverfajtaból ejtett próbálövés golyójával összehasonlítás alapján.

Erre a célra szolgál intézetünkben a különböző fegyverekből kilőtt golyók gyűjteménye.



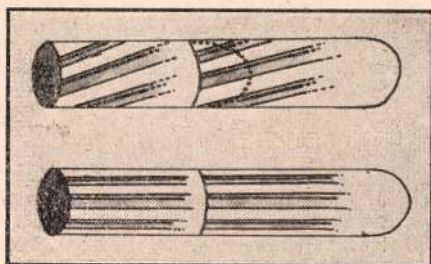
1. ábra.

Különösen fontos, hogy az esetek aránylag nagy számában a golyó felületén létrejött változásokból nemcsak a fegyver fajtaját lehet megjelölni, hanem az illető fajtahoz tartozó összes fegyverek kizárásával meg lehet határozni azt az egyetlen fegyvert — azt a fegyver individumot, amelyből a lövés eredt — ami a tettes meghatározása szempontjából döntő fontosságú.

A meghatározást a bünjelgolyónak a gyanúba fogott fegyverből kilőtt próbágolyóval történő összehasonlítása útján végezzük. Ennek egyik előfeltétele, hogy a próbálövés golyóján kizárólag csak a fegyvercső által okozott változások rögzüljenek. Ezt intézetünkben azzal az évtizedek óta kipróbált eljárással értük el, hogy a próbálövést erősen összasajtoló vattacsomagra irányítjuk.

A másik feltétel, hogy a két golyón egy közösnek látszó kiinduló pontot kutatva, a golyók forgatásával szakaszról-szakaszra haladva keressük a megegyezést.

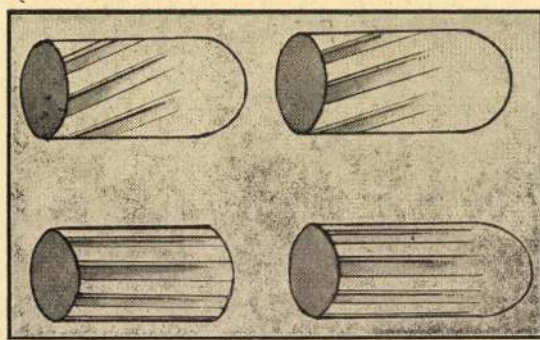
Erre, a célra szerkesztettünk egy egyszerű készüléket, amely nagyon jól bevált s így ismertetése indokolt. A mellékelt ábrán (1. ábra) feltüntetett készülék főrésze a szilárd alapon rögzített U alakú fémvilla, amelynek mindkét szárán gombbal és rugóval ellátott dugattyú van, melynek belső végére a különböző kaliberű golyók befogására alkalmas hüvelyek illeszthetők. Ezen hüvelyek egyikébe tesszük a bűnjelgolyót, a másikba a próbálövés golyóját és pedig oly módon, hogy az egyiknek csúcsa a másiknak hátsó vége felé legyen fordulva. Ha köpenyeges golyóról van szó, a próbálövés golyójának ólommagját ki is olvasztjuk, úgy, hogy az talpával a bűnjelgolyó csúcsára legyen ráilleszthető (2. ábra). Az



2. ábra.

ily módon a hüvelybe helyezett lövedéket a készülékre erősített kézi nagyítón át vizsgáljuk. A gombok forgatásával a két lövedéket olyan helyzetbe hozzuk, hogy a rajtuk levő huzagok egy vonalba essenek. A gombok forgatásával ez könnyen megtörténhetik. Ha ez megtörtént, a két gomb összenyomásával a két golyó szorosan összeilleszthető. Forgatáskor már most az összes huzagok egy vonalba jutnak és így az azonosság megállapítható.

Ha egyszerű ólomgolyóról van szó, a próbágolyó csúcsát levágva, annak megmaradó hengeres részére illesztjük a bűnjelgolyót. (3. ábra.) A készülékre erősített kézi



3. ábra.

nagyító segítségével a két golyó forgatása mellett megkeressük az azonos pontokat, amelyeket azután minden különösebb nehézség nélkül lefényképezhetünk.

A lövedékek azonosságát szemléltető módon bizonyíthatjuk, ha az egyik golyóról papírmásolatot, a másiktól filmmásolatot készítünk és azt egyik szélével a papírra rögzítjük, úgy, hogy felemelhető legyen. Az ilyen módon összeállított kép megegyező erejű bizonyítékot szolgáltat.

A készüléket a gyakorlatban már több esetben sikerrel használhattuk, természetesen csak olyankor, amikor aránylag ép, vagy csak igen kis mértékben deformálódott bűnjelgolyó állott rendelkezésünkre.

Wietrich Antal dr., egyet. tanársegéd.

A gyulai állami kórház kórbonctani intézetének közleménye.

Lysoform nyoma friss hulla szájában. A méh bal függelékeinek és a bal vesének veleszületett hiánya.

Az ismertetendő eset nem mint bűnvádi eljárás alapjául szolgáló cselekmény, hanem a halál okától független elváltozások és fejlődési rendellenességek révén érdemli meg a közlést.

Magzatelhajtás után puerperalis sepsis tünetei közt elhalt leány törvényszéki boncolásakor feltűnt, hogy az ornyílás és a külső hallójárat mindkét oldalt vattával van bedugaszolva és hogy utóbbiakban azonkívül camphorjegecek vannak. A homlok, arc, orrhát és áll bőre sárgás és kissé kiszáradt. Mikor pedig a nyaki szervek kivételére került a sor, meglepő volt, hogy a szennyes szürke, bőrszerű kemény légyszájpadot csak nagyon nehezen sikerült átvágni; hasonlóan megkeményedett a nyelv felső felszínének hátsó harmadrésze. Szembeötlött továbbá, hogy a torok hasonló elváltozása élesen el volt határolva a nyelőső puha, halvány nyálkahártyájától. Meg volt még keményedve az epiglottis felső felületének nyálkahártyája is, míg a gége és légcső nem. Különösen meglepett azonban egyes tüdőrészeket sajátságos, rugalmasnak nevezhető bőrszerű tömörsége, amilyent eddig boncolás alkalmával sohasem tapasztaltam. A tömött részeket különleges sajátságát még tetézte az, hogy légtartalmúaknak bizonyultak.

A tüdő metszéspapjának szaga megadta a talány kulcsát. A tüdőnek ugyanis formalinszaga volt, mely a rothadásos bűz által elpalástolva, csak közelről volt érezhető. Pedig — amint kérdezősködésem révén kiderült — éppen a rothadás, szorosan véve az arc rothadásos eltorzulásának meggátlását célozta a halott egyik hozzátartozójának az a cselekménye, hogy negyedórával a halál bekövetkezése után egyrészt a külső hallójáratokba camphorjegeceket helyezett el, másrészt az arcot lysoformmal öntötte le és lysoformot töltött a halott szájába is. Azt mindenesetre elérték, hogy az arc nem puffadt fel, azonban bőre elsárgult és kiszáradt s így az a törekvés, hogy az arc legalább a temetés előtt változatlan maradjon, nem járt sikerrel.

Első eset, hogy fertőtlenítő szernek a hulla ideiglenes conserválására irányuló használatát földművelő népünk körében (Tótkomlóson) tapasztaltam és nincs is tudomásom róla, hogy a nép körében másutt szokásban volna ilyesmi.

Megjegyzem, hogy sem a nyelősőben, sem a gyomorban nem találtam maró hatás nyomait és ilyenekre olyan hullában sem bukkantam, melynek magam öntöttem lysoformot a szájába, illetve a torkába. Ennek oka nyilván az, hogy hanyattfekvő hullában a gége szorosan érintkezik a nyelőső hátsó falával, miáltal az utat a torokba öntött folyadék számára az oesophagus felé elzárja, míg az epiglottisnak a gége bemenetétől elemelkedése és a hangszalagoknak negyedórával a halál után már beállott elernyedése miatt szabad az út a légutakba. Emiatt a lysoform az alveolusokig eljuthat és a vele érintkezésbe kerülő tüdődarabot tiszta formalinoldathoz hasonlóan fixálva, annak sajátságos bőrszerű megkeményedését hozza létre.

A halál okaként szerepelt puerperalis sepsistől teljesen különálló másik rendellenesség: a bal kürt és petefészek, valamint a bal vese veleszületett hiánya, inkább theoretikus érdekességű. A méh annak megfelelően, hogy a baloldali Müller-féle vezeték kürtté és méhhé átalakulása akár agenesia, akár utólagos tönkremenetel követ-

keztében nem történhetett meg s csak a jobb Müller-vezeték szerepelhetett a méh kifermálódásában, — a közép-vonaltól jobbra eltérő, kétszarvú méh jobb felét megillető elhelyezést mutat, a rendes méhnél hosszabb (10.5 cm), szélessége 6.5, vastagsága 3.5 cm. A bal kürt, széles szalag és petefészek hiányzik és a méh baloldala kb. 6 cm. hosszban teljesen síma felületű. Jobboldalt a kürt mindjárt a méhtest felső szélének magasságában veszi eredését. A méhszáj kisujjnyi, a méhtest ürében bűzös, szennyes szürkés-barna foszlányos anyag; hátsó falával mogorónyi foszlányos szennyes barna szövettömeg függ össze. A vaskos, nedvdús, széles szalag babnyi tályogot rejt magában.

A bal ágyéktáj egész szélességére terjedő vízszintes fehér, csíkszerű bőrheg, kapcsolatban a bal vese hiányával, első pillanatban annak a feltevésnek adott tápot, hogy a vese hiánya műtéti beavatkozásnak tulajdonítható. Ezt valószínűvé tette a colon descendens külső oldalán látható, függélyes irányú, plajbászvastag fehér köteg, melynek felső kúpos vége a vese tájékának kb. alsó határára esett s így azt a benyomást keltette, hogy ez a solid köteg az utólag átjárhatatlanná vált bal ureter maradványa. De, hogy ez a köteg mégsem az ureter volt, annak egyik bizonyítéka, hogy a fehér, tömör, inszerű oszlop a colon descendens felpraeparálása nélkül is látható volt, tehát nem a vastagbél mögött volt elhelyezve, mint ahogy az ureter szokott feküdni. A másik és döntő bizonyítékot pedig az szolgáltatta, hogy a köteg nem a húgyhólyag, hanem a lágyékcsatorna felé haladt és a tuberculum pubicum tájékán végződött. A bal ureternek valójában nyoma sem volt s ennek megfelelően a húgyhólyagban csak egyetlen, mégpedig jobboldali ureternyílás látszott. A hengerded tömör köteg tehát nem uretermaradvány, hanem a bal ligamentum teres uterinek felel meg. A colon descendens felé függélyes irányú elhelyezkedése pedig arra vezethető vissza, hogy a bal Müller-vezeték és petefészek vagy ki sem fejlődött, vagy az ébrényi élet olyan stadiumában ment tönkre, amikor az ovarium lecsúszása eredeti helyéről még nem indult meg, mely az embryologia tanítása szerint a Wolff-féle test alsó végéből kiinduló ősvese-lágyéki szalag vongálásával, illetőleg azzal függ össze, hogy az említett szalag növése nem tart lépést a törzs hosszanti növekedésével. Mivel pedig az ősvese-lágyéki szalag, melyből később női magzatokban a ligamentum teres uteri és ovarii fejlődik ki, a petefészekkel és Müller-vezetékkel azok hiánya miatt nem állhatott összefüggésben, nem volt ok arra, hogy eredeti függélyes irányú helyzetéből kitérjen.

Feldmann Ignác dr., kórházi főorvos.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A thrombocyták számának változása egészséges és tuberculotikus egyéneknél. Oesterreich. (Münch. Med. Wschr. 1932. 45. sz.)

A thrombocyták funkciója még nincs minden irányban teljesen tisztázva. Néhány újabb megfigyelés alapján a vérelemeknek valószínűleg a szervezet immunbiológiai folyamataiban is fontos szerepük van. Erre utalás már a régebbi irodalomban sem hiányzott (Tschistovitsch Degkwitz), mindenek előtt azonban Frey munkái azok, melyek rámutattak arra a szerepre, melyet a vérelemek a szervezetnek a beható mikroorganizmusok elleni védekezésében betöltenek. Frey szerint a thrombocyták vércolloidokat tartalmaznak, melyek a könnyen széteső thrombocytákból kiindulva, mint anti-anyagok hatnak. Minden fertőzés kezdetén először thrombopenia és: lehetséges és ezzel párhuzamosan a globulinok a vérben, később thrombocyták szaporodás következik be. Ezek alapján érdemesnek látszik a thrombocyták számának változását figyelemmel kísérni minden olyan megbetegedésben, melyben valószínű, hogy a szervezet egy fertőző

agenssel szemben antianyagokat termel. A vizsgálatokat megnehezíti az a körülmény, hogy a különböző számolási methodusok következtében igen eltérő vélemények alakultak ki a normalis thrombocytaszámot illetően. Szerző véleménye az, hogy az utóbbi idők számolási methodusaival nyert thrombocytaszámok hibásan igen magasak. Vizsgálatai alapján a thrombocyták száma egészséges egyéneknél 100.000—350.000 mm³-ként. Az alacsonyabb értékeket idősebb egyénektől nyerte. Szerző számolási eljárása egyike az ú. n. direct számolási methodusoknak, melyet itt részletesen nem ismertet, utal az 1932-es Brauers Beitrage 80. füzetére, melyben az eljárást részletesen közli. Lényege az, hogy a vért thrombocytacenserváló folyadékkal (0.002 gr. sublimat, 7.0 gr. ureum, 0.2 gr. NaCl, 0.1 gr. Brillantkresylblau ad 100 gr. destillált víz) hígítja és számláló kamrában számolja ki. Kezdődő, productív, exudatív és gyógyult thb.-és betegeken rendszeresen végzett számolásai alapján megállapítja, hogy activ tüdőtuberculosisos betegek thrombocytaszáma lényegesen nagyobb, mint az egészségeseké. Kivételt csak igen súlyos esetekben és a halál előtt lévőekben talált, hol a thrombocyták száma csökkent. Ezekben az esetekben a thrombocyták számának csökkenése egyidejű leukopeniával és anaemiával a csontvelőfunctio toxikus gátoltságára (osteomyelosis) vezethető vissza. A tuberculotikus folyamat gyógyulásával a thrombocytaszám ismét normalis értékre tér vissza.

Dvorák dr.

A „katechin” gyógyító alkalmazása morbus Basedow-ban. Herzfeld és Frieder. (D. Med. Wschr. 1933. 3. sz.)

A vérben egy antithyreoidalisan működő hormon kering, amit Blum „katechin”-nek nevezett el. Lehet, hogy az epithel-testekből származik. Miután friss vér adása gyakorlatilag keresztülvihetetlen, conservált, beszárított vérből készítettek olyan praeparatumot, amely a hatásos hormont tartalmazza. Az első ilyen készítmény volt a „haemokrinin”, Herzfeld és Frieder gyakorlati használatra alkalmas készítménye a „tyronorman”.

Gyakorlatilag 18 súlyos Basedow-kór esetében adták. 2 ízben hatástalanul, 16 esetben nagyon biztató eredménnyel. A testsúly gyarapodott (2 hónap alatt 13½ kg. is), a pulusszám ritkább lett, az alpanyagforgalom csökkent, a hányás és izzadás hamar eltűnt. Nem változott az exophthalmus.

A gyógyítást substitutió alapulónak tartják. Kezdetben legalább 6 héten át napi 6—9 tableta szükséges a „tyronorman”-ból, de később is kell kisebb adagban és időszakonként venni.

A kezeléssel egyidejűleg szigorú étrend szükséges. Tilos minden húsféle, erős kávé, tea, erős dohányzás és szeszfogyasztás. Az étrend főleg főzéshidróidokból és tejtermékekből álljon, de a zsirokat sem tiltjuk el.

Kleiner György dr.

Sebészet.

A Lederer-féle rákreactio klinikai értéke. Zwerg és Lauber. (D. M. Wschr. 1933. 8. sz.)

A rák korai felismerésére szolgáló laboratoriumi eljárások rövid ismertetése. Lederer rákreactiója a rákos betegek vérsavójának colloidchemiai vizsgálatán alapszik, az eljárás részletes leírása a „Strahlentherapie” XLII. kötetében található meg. Előnyét szerzők abban vélik látni, hogy egyszerű és minden technikai berendezés nélkül a rák kórisméje 48 óra alatt felállítható. Ezért Lederer szíves támogatásával eljárását utánvizsgálták, sebészi anyagok erre különösen alkalmas volt, mert az eredményeket műtét és szövettani vizsgálat segítségével ellenőrizhették. Számos klinikai eset vizsgálata kapcsán arra az eredményre jutottak, hogy a Lederer-féle rákreactio megbízhatatlan és elvetendő.

Rubányi Pál dr.

A mandulamegbetegedések conservatív kezeléséről a gyermekkorban, különös tekintettel a röntgen-therapiára. Prof. P. Karger. (D. Med. Welt. 1933. 6. sz.)

A mandula megbetegedések gyógykezelésében újabban alkalmazott röntgen-gyógymód kérdésének mai állásáról igyekszik összefoglaló és áttekintő képet adni a gyakorló orvos számára.

A nyirokszövetnek a sugárérzékenysége nagyobb a gyermekkorban, ahol még a mandula állományában nem léptek fel kötőszövetes megvastagodások a lezajló gyulladások kapcsán és ahol detritus-tömegek nem töltik ki a lacunákat.

A mandulatüritengésnek azon eseteiben, ahol a hypertrophiás mandulák sem gyulladást, sem nehezített légzést nem okoznak, csupán a beszédhang válik szibellenné, dűnyögővé, alkalmazhatjuk a mandulák megkisebítése céljából a rönt-

gen-besugárzást. Az eddig közölt statisztikai adatok szerint *Schönfeld* gyermekgyógyász 106 gyermek esetéből 59-ben látott eredményt, *Esch* gégeész 101 esetéből — gyermek, felnőtt vegyesen — egyen sem változtak nagyságukban a mandulák.

Az akadályozott orrlégzés miatt besugárzott esetekben a fenti szerzők láttak kb. 25% javulást. Az eredmények megítélése szempontjából fontosnak tartja az úgynevezett habitualis légzés-zavar kikapcsolását, ahol mechanikai akadály nincsen a légzésnek.

A lymphatikus garatgyűrű gyakori gyulladásával járó megbetegedések végzett röntgen-besugárzások eseteiben jobb eredményt láttak gyermekeken, mint felnőtteken, míg a recidiva gyermekeken gyakoribb, amit a gyermek szöveti regenerálóképességével magyaráz.

Besugárzott mandulák utólagos műtétekor egyes szerzők nagyobb fokú összenövésekről és vérzékenységről számolnak be, míg mások ezt nem tapasztalták.

Diphtheria bacillusgazdákon megkísérélhető a besugárzás, kevés eredménnyel.

Besugárzott mandulák szövettanilag is megváltozhatnak, kötőszövetes túltengés és sarjadzás léphet fel az alapállományban, a lacunák csak felületesen simulnak el, míg a mélyre terjedő lacunákban megtalálható a genyes detritus.

A besugárzás után fellépő torokszárazságot és száraz garathurutot átmenetinek mondja a szerző, egyéb kóros szövödményt nem tapasztaltak.

Az indicatiós terület megfelelő keretek közé szorításával a röntgen-gyógymód a mandulamegbetegedések kezelésében idővel használható eljárás lesz.

Szende Béla dr.

Szülészeti.

Terhességi toxicosisok különös tekintettel az eklampsiára és előzményeire. *Seitz.* (Münch. med. Wschr. 1933. 7.)

A terhességi toxicosisok vagy a terhesség első idejében, vagy annak végén okoznak tüneteket. Az első időben a terhes szervezetben a magzat fejlődéséhez és táplálásához szükséges átalakulások jönnek létre. Ezeket az átalakulásokat a vegetatív idegrendszer kormányozza, s ha ez a megváltozott körülményekhez alkalmazkodni nem tud, előállnak a terhesség első felében ismert tünetek, melyek a IV. hónap folyamán rendszerint véglegesen elmúlnak. A terhesség utolsó 2—3 hónapjában olyan anyagcsere-zavarok léphetnek fel, melyek a terhes jólétét eleinte nem nagyon befolyásolják. Ezek az elváltozások eleinte csak a vérésejtek chemiai és physikai állapotában okoznak elváltozásokat s csak hosszabb idő múlva lépnek fel anatómiai tünetek. Ezek egyes szervek vagy szervrendszerek megbetegedéseit (idegrendszer, bőr, vérképzőszervek stb.). Ezen szervek hasonló megbetegedései terhességen kívül is létre jöhetnek, a terhes szervezetre jellemző és más alkalommal nem található megbetegedés viszont az eklampsia.

Az eklampsiának klinikailag 3 formáját különbözteti meg: a nephrogen, hepatogen és cerebralis alakot. A megbetegedés lényege nem a görcs, hanem a kórbonctani elváltozások, melyek roham nélküli esetekben is megtalálhatók. A nephrogen alak a leggyakoribb, de hogy a megbetegedés lényege itt sem a görcsben található, annak érdekes bizonyítéka az, hogy klinikája anyagának hónapokon és éveken át utánvizsgálása alkalmával kiderült, hogy a tünetek (vényomásemelkedés, fehérjevizelés, vízkiválasztás zavara) kitört eklampsiák után hamarabb szűnnek meg, mint tiszta nephropathiák után. A hepatogen forma nagyon súlyos, görcsök gyakran hiányoznak, az eklampsia diagnosisa sokszor csak boncolással lehetséges.

A cerebralis eklampsiák könnyű lefolyásúak, az agyi centrumok túlzékenységéből keletkeznek, a veseelváltozás, vényomásemelkedés, coma hiányozhat.

A súlyos megbetegedések eredményes leküzdése csak a fenyegető tünetek ismerete alapján lehetséges. Ezért fontos a terhesek vizsgálata, aminek nemcsak a vizelet vizsgálatra hanem, főleg a vényomás és subjectiv állapot ellenőrzésére kell kiterjedni. A terheseket jobb főleg szénhidrátokkal táplálni. Eklampsiás előjelek esetén ágyynyugalom, szomjazó és éhező napok beiktatása és teljes fehérje- és sómentes diéta ajánlatos. Ha a tünetek fokozódnak, akkor úgy kell kezelni a beteget, mintha az eklampsia már kitört volna. A kitört eklampsiák kezelésében a gyakorló orvosok számára a narkoticumok alkalmazása, a külső ingerek kizárása és a kiadós vérvétel jöhet tekintetbe. Klinikán megfelelő esetekben a terhesség azonnali befejezése jöhet szóba. Ma azonban a főkérdés nem a kitört eklampsia leküzdése, mely esetben az operatív kezeléstől is legfeljebb a mortalitás néhány százalékkal javítását várhatjuk, — hanem fontos a gondosan keresztül-

vitt prophylaxis. Csakis így sikerül majd lényegesen csökkenteni a halálozást, amely ma meg csaknem akkora, mint a gyermekági láze.

Biró István dr.

Gyermekgyógyászat.

A luminalintoxicatióról. *A. Weidemann.* (Mschr. f. Khk. 55. k. 5—6. f.)

Pertussisban megbetegedett leánygyermeknek 0.06 gr. luminált adott pro die. A kezelés 13. napján exanthema, exanthema, magas, láz, hányás lépett fel, amely után néhány nap múlva erős hámlás és hónapokig fennálló pigmentatio maradt vissza. A kórképet anaphylaxiás állapotnak tartja.

Lederer Emil dr.

Összehasonlító vizsgálatok a diphtheria elleni activ immunizálásról anatoxinnal. *H. Happe.* (Arch. f. Khk. 98. k. 154 o.)

Különböző anatoxin készítményekkel végeztek kísérleteket és pedig 1. u. n. egyszerű anatoxin (Op. Nr. 507.), 2. tisztított anatoxin (Op. Nr. 253.), 3. az előbbi kettő combinatiója, 4. tisztított és koncentrált anatoxin (Op. Nr. 243.) és 5. dán anatoxinnal.

Az oltásokat lehetőség szerint három ízben megismételték 3 és 2 heti időközökben. A *Schick*-reactiót nézték oltások előtt és után is. Azonkívül vizsgálták az anatoxin-titert a vérben, amely az egyszerű anatoxin oltások után volt a legmagasabb. Ez idő szerint legjobbnak az egyszerű anatoxinnal végzett immunizálást tartja.

László Margit dr.

Ikterus gravis neonatorumról. *G. Meyer.* (Arch. f. Khk. 98. k. 143. o.)

Az ikterus gravis aetiologiája még mindig nem tisztázott. A szerző egy esetet közöl, mely kétségtelenül septikus volt, s miután az extrauterin fertőzés nem volt bizonyítható, a magzatnak intrauterin ártalmára gondol. Felvehető, hogy van egy különös, talán örökölhető, ikterusra hajlam. Esetükben egy 5 napos csecsemő szerepel, remittáló láz, bőrén erős ikterus, megnagyobbodott máj, lép. Ephefés-ték vizeletben positiv. Direct és indirect diazo reactio positiv.

László Margit dr.

Diphtheriabacillusok a fülvándékban. *H. Preidt.* (Zschr. f. Khk. 53. k. 23. f.)

71 idült fülfolyásban szenvedő gyermek közül 20 esetében (28%) voltak a fülvándékból diphtheriabacillusok kitenyészthetők. A diphtheria bacillusok morphologiailag és culturalisan valódiaknak bizonyultak, az állat kísérlet avirulensnek mutatta őket, mégis 2 torokdiphtheria forrása volt az egyik fülfolyásos eset. A diphtheriás fülfolyások rendkívül makacsok, a kezeléssel dacolnak, complicatiókat, vagy a szervezetre ható általános mérgezéses tüneteket szerző egy esetben sem észlelt.

König Gyula dr.

Szemészet.

Adatok a kenőcsből történő felszívódási viszonyokhoz. *M. Klein.* (Arch. f. Ophthalm. 1933. jan.)

Az atropin felszívódása kenőcs alapanyagból éppen úgy történik, mint a natrium jodidé, vagyis olaj-víz emulsió esetében húsztörő olyan hatásos, mint víz-olaj emulsióban. A kenőcs intenzívebb hatást fejt ki, mert az így alkalmazott atropin hosszabb ideig marad a conjunctiva zsákban és így a felszívódási idő hosszabb, a concentratio pedig relative nagyobb.

Weinstein Pál dr.

A pupilla állapota súlyos agyi insultusok alkalmával. *L. Popper.* (Wien. Med. Wschr. 1933. 120. o.)

160 súlyos agyvérzéssel járó esetben, melyekben a vérzés localisatióját a sectio is igazolta, figyelte meg a pupilla viselkedését. Az apoplexiás insultus kezdetén a pupillák szűkek voltak, a vérzés oldalán szűkebb, mint a másikon; ha a vérzés áttört az agykamrákba, amit görcsök jeleztek, a haemorrhagia oldalán is tágabb lett s akkor rövidesen beállt a halál. A pupilla állapota tehát attól a phasistól függ, amelyben a vérzés terjedelme van. A pupilla tágulása agyvérzéskor többféleképpen értelmezhető. Lehetséges, hogy a corticális gátló hatások esnek ki, amelyek normalisan ellensúlyozzák a parasymphaticus tonusát. Összefüggésben állhat a pupilla tágassága a vérzéssel fellépő fokozott agy-nyomással; ugyanis állatkísérletekben trepanált kutyákon a trepanatio nyílásra gyakorolt nyomással pupilla tágulást lehetett előidézni. A nyakszirti lebenyben történő vérzés az azonos oldalon ugyancsak pupillatágulást okozhat. A fény-

reflex ilyenkor megmarad. Fontos tünetek ezek, mert öntudatlan betegen lehetővé teszik a pupilla állapotából a diagnosis és prognosis felállítását.

Weinstein Pál dr.

A pupilareactio zavarainak gyakorisága syphilis esetében. K. von Hofe. (Zschr. f. Aughk. 1933. febr.)

200 syphilises beteget vizsgált; az affectio 5—37 évvel ezelőtt történt. 25%-ban volt pupilareactió zavar, 3%-ban opticus elváltozás, 1,5%-ban a külső szemizmok bénulása. Szembeállítva 50 esetet, ahol pupilla zavar volt 50 pupilla tünet nélküli esettel, kiderült, hogy az első csoportban 14, a másodikban 12 kezeletlen beteg volt, tehát a specifikus kezelés nincs különösebb befolyással a pupilla tünetre.

Weinstein Pál dr.

Elméleti tudományok.

Immunotransfusio scarlatina esetében. (Gordon. Jour. A. M. A. 1933. január 14.)

A scarlatina letalitása manapság elég alacsony, de néha előfordulnak súlyos septikus esetek. Ezekben jó eredményt ért el immunitással rendelkező egyének vérének transfusiójával. Az erre alkalmas scarlatinán átesett betegeket nyilvántartják és ezek szükség esetén rövid időn belül rendelkezésükre állanak. Gyermekeken 100—150, felnőtteken 500 ccm. vért transfundáltak. A transfusiót rendszeren a Brines ajánlotta apparatussal csinálták 246 betegen, rendszeren egy, néha két ízben, de volt beteg akin hét esetben megisméltették. Az immunotransfusio indikált korai septikus esetekben, késői septikus fül, torok és sinus complicatiók, septikaemia vagy septikopyemia esetén és néha endocarditis alkalmával.

Petrilla. dr.

A kiütése typhus és a Rocky Mountain láz. Rumreich. (Jour. A. M. A. 1933. febr. 4.)

Nemcsak a Rocky Mountain tájékán, hanem az Appalach hegláncolatától keletre is talált Rocky Mountain láz eseteket. Ezek az esetek eléggé élesen különböztek a kiütéses typhus itt található endemiás alakjától. (Brill féle betegség.) Ez utóbbi nyár végén és ősszel szokott jelentkezni, a kikötőtől kiindulva a közlekedési utak mentén terjed, nők ritkábban, gyermekek igen ritkán, kapják meg, rendszeren sporadikusan jelentkezik, terjesztője a patkányok bolhája, a kiütés rendszeren a mellkas alsó felén kezdődik és ritkán terjed a végtagokra és az arcokra, lefolyása enyhe, a halálozás 1% alatt van, a beteg vére a Weil-Felix reactiót adja. A Rocky Mountain láz keleti típusa késő tavasszal és nyáron szokott fellépni, inkább helyhez kötött és néha évek mulva is visszatér, gyermekek közt gyakori, terjesztője egy kullancs fajta, a kiütés majdnem mindig a csuklók és bokák táján kezdődik, a lefolyás súlyos, a halálozás 25% körül mozog, a beteg vére nem mindig adja a Weil-Felix reactiót.

Petrilla dr.

Az immunitási próbák jelentősége az epidemiológiában különös tekintettel a sárgalázra. Hughes és Sawyer, (Jour. A. M. A. 1932. szept. 17.)

Ha az immunitási próbák pozitív eredménnyel járnak, fölveszik, hogy az illető már átesett a betegségen, akár kifejezetten, akár latens formában. Lehetséges azonban az is, hogy az immunitási próbák nem eléggé specifikusak. Ezt a megfigyelések nagy tömege bizonyítja, de ítéletet mondani csak nagy óvatossággal lehet, különösen azon betegségekben, amelyek a világ minden részén elterjedtek, mint a diphtheria scarlatina, tuberculosis stb. A sárgaláz esetében már könnyebb a helyzet, mert vannak világreszkek, ahol ez a betegség nem szokott előfordulni, tehát vannak embertömegek, amelyek még biztosan nem estek át rajta. A szerzők megvizsgálták kínai, kanadai, néger és panamai lakókat, akik nem estek át és olyan egyéneket, akik átestek sárgalázon, a talált eredmények alapján arra a meggyőződésre jutottak, hogy a sárgaláz serologiai reakciója erősen specifikus és ezért használható indicator a multban lefolyt fertőzések kimutatására.

Petrilla Aladár dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Sebészeti előadások. Irta: Verebélj Tibor. (III. k. 470. o. 171 ábrával, 4. táblával. Budapest, Magyar Orvosi Könyvkiadótársulat. 1933. Ára: 30 P. csak kötve).

A „Sebészeti előadások” II. kötetét e lap 1932. 4 számában méltattuk. Azóta alig egy év múlt el és máris előtünk fekszik a III. kötet, tanúságot téve szerzője alkotó-

erejéről és fáradhatatlan szorgalmáról, örömeire mindannyiunknak, kik ebben a nagyszabású munkában az orvosképzés és a magyar orvosi kultúra nagy nyereségét látjuk. Az új kötet minden tekintetben méltó folytatása az első kötetnek és egyesíti magában mindazon jelességeket, melyek a Verebélj prof. munkáját nemzetközi viszonylatban is a legjobb tankönyvek egyikévé avatják.

A könyv 23 fejezetre osztva tárgyalja a hasúri és húgyivarszervi sebészeti betegségeit, mindenre kiterjedve, amit ezen betegségekről ma elméleti és gyakorlati vonatkozásban tudni kell. Az egyes fejezetek élén álló anatómiai, tájbonctani, fejlődéstani és kórleltani összefoglalások mintaszerűek és a szerző bámulatraméltó tájékozottságáról tanuskodnak a sebészettől távolabb eső területeken is. A mű tulajdonképeni váza és gerince a kórbonctan. Verebélj mesterkézzel festi meg az egyes betegségek kórbonctani képét, ezekből logikusan építi fel eredeti és praktikus, didaktikai szempontból is értékes felosztásait, melyeket találó nomenklaturával lát el. Utóbbinak különösen szép példáját látjuk a lép rendszerdaganatainak osztályozásában. A szerző nagy kortani tudásával rendet teremt ezen a zürzavaros területen; az egyes kórformákat *pathohistologiai* alapon egymástól élesen elhatárolt csoportokba sorozza s ezáltal az áttekintést és megértést lényegesen megkönnyíti. Ugyancsak érdekes és egyéni felosztást adja a tápcsatorna fejlődési hibáinak és süllyedéseinek; utóbbiakat mechanikai és alkati szempontokból elemezve egészen újszerű megvilágításba helyezi.

Verebélj munkájának egyik sajátossága és egyben nagy előnye, hogy a kórbonctani képből mindig szervesen alakítja ki a betegség klinikai képét, a minek didaktikai fontosságát nem kell külön hangsúlyozni. Pregnáns kórképeket (appendicitis, epeköroham, gyomorfekély, végbélüléklet stb.) néhány vonással tökéletes plasticitással tud megrajzolni. Leíró művészete csúcspontját éri a gyomor és epeutak betegségeiről szóló fejezetekben.

A könyvben megtaláljuk a hasúri és húgyivarszervi diagnosztikában használatos összes vizsgáló eljárásoknak és eszközöknek (vesefunctió vizsgálatok, duodenalis sonda, rectoromanoskopia stb.), valamint a röntgendiagnostika alapelveinek szabatos leírását a legújabb kutatások figyelembevételével.

A therapiás részben a szerző átfogó orvosi gondolkodásáról tesz bizonyosságot, amikor nem szorítkozik egyoldaluan a gyógyítás sebészi módjaira, hanem kellő méltatásban részesíti a belgyógyászati diéta, fürdő stb. kezeléssel elérhető eredményeket is. A műtét indikációk felállításában óriási tapasztalattól irányított mérsékelt álláspontot foglal el, józan középútat tartva be a conservatív és műtét therapiá túlzásai között.

Külön elismerés illeti meg az egyes fejezetek végéhez csatolt műtéttani részt, melyben a műtét lényeges phasisait teljesen megvilágító tömör és mégis jól szemléltető leírását találjuk az összes hasúri és húgyszervi műtétek technikájának, kiegészítve ezt a klinikán használatos érzéstelenítő eljárásokkal.

Verebélj könyvéből nemcsak a tanuló ifjúság, de a kész szakember is sok okulást és ösztönözést meríthet, mert a szerző minden kérdésben önálló álláspontot foglal el, beszámol egyéni tapasztalatairól, ismerteti klinikája páratlanul gazdag anyagának statisztikáját és gyógyítási eredményeit. Alljon itt ennek illusztrálására néhány érdekes szemelvény. Az I. sz. sebészeti klinikán nem kevesebb, mint 6193 appendectomiát, 2450 gyomor, 2492 epekő, 262 Kraske műtétet végeztek. Az appendectomiák ösztörtalitása 1,7%, a fekélyes gyomorsectióké mindössze 3,3% volt. Érdekes, hogy az összes gyomorsectiók halálozási száma csak 7,8% volt, szemben a gastroenterostomiával operáltak 9,8%-ával. Gyomorfekély miatt végzett gastroenteroanastomosis csak 49,1%-ban adott jó eredményt, ami a resectio nagy fölényét bizonyítja. Az epehólyagkiirtások összes vesztesége: 5,2%, világviszonylatban is feltűnően kedvező eredménynek mondható.

Verebélj nagy munkájának még egy különös és ritka érdeméről kell megemlékeznünk s ez a könyv választékos, kitűnő stílusa és tiszta magyarossága. Manapság, amikor orvosi irodalmunkat az idegen műszavak és németességek valóságos megfertőzik, nem lehet eléggé méltányolni szerzőnek azt a szép és sikeres törekvét, hogy az idegen szavakat mindenütt találó magyar kifejezésekkel helyettesítse s ezáltal orvosi nyelvünk purifikálását előmozdítsa.

Mindent összevéve csak a legnagyobb elismerés illeti meg ezt a classikus munkát, mely a szigorú orvosnak nélkülözhetetlen tankönyve, a sebészeten jártas szakorvosnak pedig hasznos és élvezetes olvasmánya lesz.

Milkó Vilmos dr.

Magyarország fürdőinek, ásványvizeinek, üdülőhelyeinek ismertetése. Frank, Kunszt, Rausch. (Kiadja az Orsz. Balneológiai egyesület, 1933. Ára: 50 fillér.)

Harmadik kiadásában jelent meg a fürdőismertetés, mely közkezdveltségnek örvend, mert nem szolgálja leplezetlenül az üzleti érdekeket. Megtaláljuk benne Magyarország összes fürdőinek, ásványvízforrásainak, üdülőhelyeinek részletes leírását s minden olyan adatot (lakás, ellátás, közlekedés, árak, gyógytényezők stb.) amelyre annak, aki valamely fürdőhelyünket fel akarja keresni, feltétlenül szüksége van. Az áttekintés megkönnyítése végett az egyes fürdők, üdülőhelyek és ásványvizek betürendben vannak csoportosítva, külön csoportot képeznek a balatonparti, a budapesti, a dunai és a velencetavi fürdők, illetve üdülőtelepek.

A könyv végén fel vannak sorolva külön-külön csoportosítva a gyógyforrások jellemző tulajdonságai alapján s ezen kívül még külön betűsoros tárgymutató is megkönnyíti az áttekintést. A könyvhöz mellékelt térképen valamennyi fürdőnk, ásványvízünk és üdülőhelyünk fel van tüntetve.

Hogy milyen nehéz még önzetlenül is szolgálni a magyar fürdők érdekeit, mutatja az, hogy több ismert fürdőnk az ismertetéshez szükséges adatokat még felszólításra sem küldötte be, úgyhogy ezeknek ismertetése csak a legszükségesebbekre szorítkozhatott.

Sz.

Das Individualisierung und die Überwindung des Individuellen in der Krankenbehandlung. Prof. H. Köni-ger. (Ärztliche Beobachtungen, Erkenntnisse und Wegweisungen. Erlangen. 58. o. Georg Thieme Verlag. 1933. Ára: 1,80 RM.)

Evezredék óta állandó törekvése az orvosoknak, hogy a betegek kezelésekor az egyes emberek egyénisége legyen irányadó. Ezen szempont azonban csak a legtrikább esetekben érvényesülhetett, mert egyrészt a kórokozó hatásokkal, másrészt az alkalmazott gyógyeljárásokkal szemben egyénileg rendkívül eltérő érzékenységek az egyes betegek. És bármennyire igyekeztek ezen különbség okát kikutatni, ez a legújabb időkig csak igen kis terjedelemben sikerült. Hiába állítottak fel egyes constitutiós típusokat, gyakorlati jelentőségre ezen felosztás nem tudott szert tenni. Ezért a szerző merőben új útát választott ezen régi problema megoldására. Megfigyelte, hogy egyes gyógyeljárások reakciója csak a hatás intenzitásában mutat különbséget, maga a hatás azonban klinikailag egyforma kóralakon nem nagyon mutat mélyreható eltérést az egyes betegek esetében. A fertőző betegségek igen nagy csoportjában nemcsak a szervezet specifikus allergiája játszik igen fontos szerepet, hanem azon nem specifikus (polytrop) hatásváltozás is, amely a gyógyulásnak legfontosabb tényezője. A szerző minden betegség kezelésekor legfontosabb szerepet tulajdonít az individualizálásnak oly értelemben, hogy a kezelő orvos minden egyes beteg állapotára meg az egyes kezelésmódok hatásának időbeli tartamát és csak akkor ismételi az adagot vagy folytassa az egyes fizikális gyógy módokat, ha az előző adag orvosságnak vagy kezelésnek hatása már szűnőfélben van.

Vajda Károly dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület április 7-i ülése.

Bemutatók:

1. Lendvai J.: Anaemia perniciosa gyógykezelése egyszeri injectióval. Anaemia perniciosa 6 esetben a Szent István-kórház III. belosztályán 20 ccm 100 g nyers májnak megfelelő exhepart alkalmazott intramuscularisan. Ezután a betegek pepsinen és sósavon kívül más gyógyszert nem kaptak. A májlokést követő harmadik napon megindult a reticulocyták emelkedése, melyek aránylagos száma egyes esetekben 40% fölé is emelkedik. Ezután gyors ütemben halad a remissio. A vörösvérsejtszám 2—4 héttel a májlokést után már 3—4.2 milliót ért el. Egyik esetben máj resistens beteg, másik esetben septikus kórkép mellett indult meg a remissio. A májlokést jelentőségét nemcsak abban látja, hogy a betegek egyetlen befecskendezést kapnak az egész kezelés folyamán és hogy az eddig alkalmazott gyógyszer mennyiségének egyhatoda is elég, hanem igen lényegesnek tartja azt is, hogy a remissio oly biztosan és gyorsan indul meg még máj-resistens esetben és septikus kórkép mellett is, mint azeftit ritkábban láttuk. Feltételezhető továbbá, hogy 6 hetenként alkalmazott májlokést a remissióban levő beteg recidiváját megakadályozza.

Benke Gy.: Az egyszeri injectióra beálló hatás igazolja, azon felvétel, hogy a májtherapiának nem az a rendeltetése, hogy a vörösvérsejtek valamely hiányzó alkotórészét pótolja. Vas az anaemia perniciózus szervezetben bőségesen van, a

stromaanyag pótlásáról sem lehet szó ezen kis mennyiség hatásossága mellett. A máj adagolásában a gyomorban készülő azon anyagot juttatjuk a szervezetbe, amely a kisiklott, hibás irányba terelődött vércépzést a helyes vágányba tereli vissza. Az anaemia perniciosa esetén az anaemia nem hiányos, hanem ellenkezőleg a csontvelőben talált jelek szerint fokozott, de embryonalis irányba elterelt vércépzés mellett jön létre.

2. Blaskovics L.: A szaru védelme szemhéjcsüngés létesítésével. Forradásos szemhéjelégtelenség kivételével eddig a lagophthalmus káros hatását a szaru a szemrés megrövidítésével érték el. A védelmet azonban a szemrésnek függőleges irányban történő megszükitése, vagyis keskenyebbé tétele nyújtja. A megrövidítés tökéletlen eljárás, mert a célt azzal éri csak el, hogy a szemrésnek vízszintes irányban történő megkisebbitése mellékesen szűkíti azt meg függőleges irányban is. Az eredmény csúnya is és gyakran elégtelen is a szaru védelmére. Nagyobb szemhéjrészlet összevarrása a látást is korlátozza, mert a pupilla ezbe az irányba nézéskor az összenövesztett szemhéjak mögé kerül. Ezért az előadó a szemrészt olyan módon keskenyíti meg, hogy a felső szemhéj kifordítása után a köthártyát hosszabban átvágja és ugyancsak hosszabban átmetszi a szemhéjemelő inát is, a sebet végül a szemhéj bőrén átöltött hurokvarrattal húzza össze. A szemhéjemelő ezzel nem veszi el teljesen a hatását, de a felső szemhéj széle 3½—6 mm-rel lejjebb kerül. A szem becsukásakor a szaru a felső szemhéj alatt menedéket talál. A levator tenotomiáját eddig 5 esetben végezte el, ezek közül egyben nagymértékű Basedowos szemkiválasztás ellen (exophthalmometerrel 22 mm!). Ez utóbbi eset különösen tanulságos volt, mert hiszen a lagophthalmus létrejöttében nagymértékben szereplő musculus tarsalis superior is átmetésztésre kerül. Noha a műtét nehézségei (feszülés, vérzés stb.) miatt ebben az első esetben az eredmény tökéletlen is volt, mégis megszűnt a Graefe-féle tünet, a felső szemhéjszél 3½ mm-rel lejjebb került és a beteg panaszai teljesen megszűntek. Az eljárás említett kisebb bajain a jövőben könnyű lesz segíteni. A többi eset arcidegbenulás miatt volt szükséges, a szaru mindegyikben kellő védelmet nyert. Egyikében ezeknek az eseteknek a már régen tartó keratitis e lagophthalmo teljesen meggyógyult. A többiben némi szarufoszlás, vagy érdesség volt csak, ami természetesen hamarosan megszűnt.

Grósz E.: Blaskovics az általa ajánlott eljárással sok szellemes műtétnek sorozatát újabbal szaporította, mely különösen értékes a Basedowos betegek corneájának védelmére. Aki látott olyan Basedowos beteget, kinek mindkét corneája a fedetlenség következtében elpusztult, az e kis műtétet nagyra fogja becsülni.

Előadások:

1. Milkó V.: Avertinmarkosis a gyermekkorban. (Egész terjedelmében közlésre kerül.)

2. Telbisz A.: A harcászószerek gyógykezelése. A védtelen szervezetben, harcászókkal történt mérgezések esetében „harcászótypusokként egymástól eltérő, bizonyos fokig elmentés életlani, illetve kóronctani elváltozások jönnek létre. Ezek alapján történik a harcászók osztályozása is. Ismerünk: 1. ingerlő, 2. mérgező, 3. fojtó és 4. hólyaghúzó harcászókat. Egyrészt a hatásmechanizmus lényege, másrészt ezen ellentétes tünetcsoportok váltották ki annak szükségességét, hogy a gyógykezelés is az egyes harcászótypusoknak megfelelően tagozódjék. Az ingerlő harcászókkal történt mérgezések esetében a felületes gyulladás tüneteit igyekszünk gyógyszeresen enyhíteni. A terapia általában csak tüneti, mérgező harcászókkal (HCN) történt mérgezések esetében, mesterséges légzés, szíverősítők, natriumthiosulfat, kobaltoxidulnitrat stb., CO mérgezésekkor általánosságban ismert elvek szerint kezeljük a beteget. Fojtó harcászókkal történt mérgezések esetében: a causalis therapia eredménytelen. Adhatók calcium-készítmények, injectio alakjában, szőlőcukor intravenásan. Oxigénbelélegeztetés, bőséges vérvétele, szíverősítők, fizikai izommunkának a minimumra redukálása. Ügyeljünk a beteg lelki állapotára is. Hólyaghúzó harcászókkal történt mérgezésekkor a preventiv therapia eredménytelen. A tünetek kifejlődésekor „nedves kezelés” Carel, Dakin, vagy H₂O₂-oldatokkal. Utána laza fedőkötés. A rossz általános közérzetet gyógyszeresen befolyásolni. Fájdalomcsillapítók. Tüdősérülések esetében inhalálás, tüdőgyulladásokor chinin készítmények. Szemsérülések esetében bőrvizes borogatások, szemkenőcs. Septikus, felszívódásos lázak esetében omnadin, aolan stb. Általában a harcászószerek kezelése soha se legyen sematikus. A kezelő orvos, mint ösztönös művész kell, hogy szinte megérezze, hogy adott viszonyok mellett a mérgezettel mit kell tennie.

Kózkórházi Orvostársulat március 29-i ülése.

Bemutató:

Müller F.: *Parasporiasis.* Az 57 éves férfi 1903-ban lueszt acquirált és két kenőkrútát végzett. 1920-ban combjain kiütések keletkeztek és ezért hat kombinált antilueses kurát végzett, de a bőrlenségek nem fejlődtek vissza, sőt a törzsre is ráterjedtek. Allapota azóta változatlan, a kiütések viszketést nem okoznak. A törzs két oldalán és a genitáliák körül gombostüfej-lencsényi sárgás-barna — vöröses-barna halvány maculák és egész lapos papulák, felületük néhol síma és kissé fénylik, vagy finom pikkellyel fedett. Ezek között elsősorban gombostüfejnyi, sötétvörös, infiltrált papulák láthatók. Wa. R.: ++++. A kórkép a parasporiasis csoportjába tartozik és pedig mint pityriasis lichenoides chronica.

Okolicsányi-Kuthy D.: Kérdést intéz a parasporiasis aetiologiáját illetően. Azon válasza, hogy a kórok ismeretlen, javasolná, hogy egy köbcentimeter intravenás Karyon R. befecskendéssel vizsgálják meg, nincs-e az illetőben activ latens tuberculosis? Ha a beteg erre az injectióra néhány óráns kifejezett lázzal reagál, most már gyógygyógyból kellene nála öt-hét naponként az injectiókat megismételni. A bőrbántalom tuberculosisos aetiologiája esetén ez eljárástól eredmény várható, mint ahogy eredmény volt egy az osztályára könnyű tüdőfolyamattal került súlyos psoriasis universalis esetében.

Brezovsky E.: A parasporiasis és sporiasis aetiologiája még teljesen homályos, a tuberculosisal kapcsolata nincs bizonyítva. A Karyonnal kezelés nincs kellőképpen megerősítve. Az, hogy egy eset gyógyult, nem bizonyít, mert a psoriasis kellő diatára, vagy hygienikus életmódra is javulhat.

Okolicsányi-Kuthy D.: Az említett beteg esetében kétségtelen psoriasis volt. De más esetekben is tettek elég kedvező tapasztalatokat olyankor, midőn az osztályra felvett chronikus tüdőbajos pikkelysömörben is szenvedett. Említi egy 8 éves leánya esetét, akinek activ cavernája volt és akin a Karyon R. kezelés csak óvatosan volt végzhető, mégis javulás állott be a psoriasis szigeteken és a tüdő barlang is exsiccált.

Brezovszky E.: *Arsenobenzol dermatitis.* 35 éves nő 1927-ben antilueses kúrát jól tűrte. 1932. októberben a Wr. R. ismét pozitív ++++ volt, és ezért 3.90 g revival és 11 bisol infectiót kapott, amikor is sem láz sem egyéb toxikus jelenség nem lépett fel. Nyolc hét múlva scabies miatt egy fekete kenőccsel kente be egész testét és erre acut dermatitis fejlődött ki, mely az egész testfelületre elterjedt. Ezzel egyidőben az összes nyirokmirigyek megduzzadtak és érzékenyek lettek. St. pr.: Az egész köztakaró élénk vörös, a háms és hámalatti kötőszövet duzzadt, kissé pastosus tapintatú; a bőr felette száraz — főleg arcon, nyakon és a hajás fejbőrön — kiskokú hámlást mutat; tenyereken, talpokon lemezes hámlás látszik. Az összes regionalis nyirokmirigyek megnagyobbodtak. A lép tömött és megnagyobbodott. Vérték: fehérvérsejt: 28.800, qualitativ vérték: jug. 4%, stab: 12%, segment: 29%, eosinophyl: 6%, basophyl: 0, lymphocyt: 34%, monocyt: 15%. Vizeletben fehérje opaleskál, üledékben kevés fehérvérsejt és vörösvérsejt található. Egy napi vizeletmennyiségben (600 ccm) 0.83 mgr. arsen volt. (Bang szerint) A salvarsan dermatitisnek spátform alakjával van dolgunk, amely a kúra bevezése után két-három hónap múlva urticaria szerű eruptióval kezdődik. Jelen esetben antiscabieses kenőcs után, mint a bőrizgalom után fejlődött ki a salvarsan dermatitis. Feltűnő, hogy az összes nyirokmirigyek és a lép megnagyobbodott. Ezen elváltozás véleménye szerint a szervezetben felhalmozódott arsennek tulajdonítható. Ezen eset igazolja *Gorke* állítását, hogy lymphaticus diathesises betegekben a salvarsan dermatitissel kapcsolatban az arsen hatására a nyirokmirigyek megnagyobbodnak és a haemopoetikus rendszerben történnek zavarok, míg haemorrhagiás diathesisben szenvedőkön inkább nyálkahártya és bőrvérzések, a vörösvérsejt szétesése s a fehérvérsejt nagyfokú csökkenése lép fel, aplastikus anaemia tünetekkel.

Furka S.: Diagnostikai szempontból fontosnak tartja a salvarsan és revival, valamint egyéb gyógyszerek alkalmazása után fellépő kiütéseket, melyek kanyaró vagy vörheny gyanúját kelthetik, de később kitűnik, hogy a kiütésen kívül semmi más körjelző tünet nincs, tehát nem fertőző betegséggel van dolgunk.

Brezovszky E.: A téves diagnózisok leginkább a spátformban fordulnak elő.

Fabinyi G.: „*Öncsonkítás*” esetei a gégeszetben: Fiatal nőbeteg, két éven át kórházak és klinikák állandó lakója volt, ismeretlen aetiologiájú fekélyes torokbaja miatt. Osztályukon észrevették, hogy a beteg időnként kalium causticum fúsum in bacillis-sal műveleg okozta torokelváltozásait. Cselekedetének indítóoka valószínűleg hysteria volt. Második esetében a beteg árvaházi leány növendék, azt állította, hogy egy varrótűt nyelt. A negatív vizsgálatok után a beteg bevallotta, hogy nem nyelte le a tűt, csak az árvaházi fegyelem elől akart néhány napra szabadulni. Harmadik esetében a fiatal férfi beteget azzal hozták a kórházba, hogy tűt nyelt. A tű eltávolítása után felvették a kórházba, hol később bevallotta, hogy még két tűt nyelt, melyeket a röntgenvizsgálat a vékonybelekben mutatott ki. Hangsúlyozza, hogy a localis vizsgálat mellett a beteg lelki statusára, viselkedésére is legyünk figyelemmel.

Beliczay-Pavlik M.: 1. *Igen nagy ulcusfészek a gyomorban:* Két esetben a leszálló gyomor rész közepes harmadán a hátsó falon két pengősnyi fekély fészek látszik. A másik két esetben a gyomor kiscsücsületének felsőharmadán kis diónyi előbolsodás (ulcusfészek) látható a felvételeken. Bemutató kitér a fekély-fészkek gyógyulási lehetőségére és a gyomor ürüléseinek kérdésére. Hangsúlyozza, hogy nem minden 24 óras maradék jelenti a gyomorszáj szerű szűkületét 2. *Elmeszesedett cysticercusok az izomzatban.* Idősebb férfin baleset miatt az egyik alszár röntgen vizsgálatát kérték. A felvételen a lágy részekben több ovális pálcika alakú meszes képlet látszott, a test egyéb helyeiről készült felvételek mindenütt az izomzatban meszes árnyékot mutattak. Röntgenologiailag az elváltozásokat elmeszesedett cysticercusoknak tartották.

Kovács A.: Ugyancsak elmeszesedett cysticercus góccorról számol be a Szent István kórház röntgenintézetének anyagából: 1908-ban combtörés miatt végzett röntgen vizsgálat alkalmával a törés körüli izomzatban számtalan kis babnyi elmeszesedett góccsokot talált.

Tóth J.: 1928-ban a sebészcongressuson elmeszesedett cysticercus esetet mutatott be, amely tudomása szerint a magyar irodalomban közölt első eset volt. A szövettani vizsgálata alkalmával a cysticercus hialinos gyűrű övezte, az alapállományban scolex structurát és átmetszett tapadó tárcsát sikerült felismerni.

Brezovszky E.: 1930-ban a Kun-utcai kórházban észlelt egy 39 éves nőt, akin a bőr alatt és az izomzatban több mogoró, kis diónagyságú kerek, tömött, fájdalmatlan daganat volt, amely cysticercusnak bizonyult.

Fischer E.: Oly esetről emlékezik meg, amelyben az elmeszesedett soliter cysticercus góc a hátizomzatban volt és a vesemedence táján adott röntgen árnyékot és így vesekő hamis diagnózisára adott okot.

Ascher F.: *Halálos kétoldali mellékvesevérzés.* 44 éves férfit a sebészek ileus miatt operáltak, de nem találták meg az ileusos tünetek magyarázatát. Boncoláskor a halál okát mindkét mellékvese vérzésében találták meg. A jobb mellékvese helyén kb. kis almányi, a bal mellékvesében mogorónyi véromlány volt a velőállományban. A szövettani vizsgálat kiderítette, hogy a vérzés oka a mellékvese velőállományában futó vena centralisokban keletkezett thrombosis. A thrombosis keletkezésében a beteg tíz év óta fennálló kétoldali alszárfekélye következtében létrejött infectio-toxikus behatás szerepelt.

Rosenák I.: 1. *Májcirrhosis okozta epesipoly spontan gyógyulása.* 23 éves beteg 1930-ban májehinococcus miatt operáltak. 1932. március 19-én, majd október 7-én ismételen operáltak osztályukon, az echinococcus-tömlőt nem távolították el, hanem a szájadékot a hasfal sebéhez varrták, amelyen keresztül bő epefolyás történt. Az epesecretio később alászállt, de a sipoly gyógyhajlamot nem mutatott. A sipolynak Torotrasttal feltöltése kimutatta, hogy az eredetileg emberfejnyi üreg mintegy mogorónyira zsugorodott össze és ebbe három finom epeút szájadzik, de feltelődött egyúttal az epehólyag is, melyből a contrastanyag csakhamar a vékonybélbe került. Miután a belső epesipoly fennállás beigazolást nyert, a külső sipolyt összehúzó, a gyógyulás spontán beállott.

2. *Idült vállizületi ficam műtétileg gyógyult esete.* A 16 éves nőbeteg kificamodott karját helyretették, de használni nem tudta. Az osztályukon történt repositio kísérlet nem sikerült és ezért műtétet végeztek rajta, mellső feltárásban (Ollier). A processus coracoideus temporell levése és a musculus subcapularis átmetszése után a fejecset secundaer izvápából kímelve helyretették, majd az izvápa mellső pe-

remét bevésve a tibiából képzett éket illesztettek be. A controll röntgen szerint a tibia ék nem maradt meg, de erős periostalis felrakódások megakadályozták a relaxációt.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Otologiai Szakosztályának március 2-i ülése.

Germán T. elnök kegyeletes szavakkal emlékezik meg *Lichtenberg Kornél* egyet. magántanáráról. Irodalmi és közéleti érdemeinek, valamint kiváló emberi kvalitásainak méltatása után a szakosztály elhatározza emlékének jegyzőkönyvben megörökítését.

Bemutatók:

Rejtő S.: a) *Katheter-toldalék a tuba folyadékkal történő kezeléséhez.* A kis műszer a katheter és a ballon közé illeszthető és rajta keresztül a levegő-fújtató apparatus kikapcsolása nélkül csepegtetünk folyadékot a tubába. Elkerüljük ezáltal a katheternek a tubanyílásból kicsúszását és a beillesztéssel járó fájdalmakat.

b) *Gyorsan változó súlyos vestibularis tünetek a koponyáüregben vándorló levegőhólyag következtében.* 40 éves nőbeteg súlyos statikai zavarokat észlelt a cochlearis rész zavarán kívül. A retrolabyrinth tüneteket a bal kisagyi féltekére lehetett localizálni. Amint a röntgen-felvétel kimutatta, a tüneteket levegőhólyag okozta, amely a középső agydörben supra-tentorialisan látszott. A levegőhólyag trauma után a rostasejt repedésén orrfújás útján jutott a koponyáüregbe, 5 évvel ezelőtt elszenvedett autóbalesetkor. A centralis tüneteket rendszeren valami növekedő kóros elváltozás okozza, legtöbbször daganat és tályog, azért ezek intenzitása fokozódó: jelen esetben a levegőhólyag, mely időközben másfelé vándorolt, mint valami idegen test, okozta a tüneteket, amelyek szokatlanul gyorsan múltak el.

Barkó M.: Gyógyszereknek a tubába és dobüregbe katheretert át történő bejuttatásával szemben ajánlja megfelelő esetekben a dobüreg megtöltését az illető gyógyszerekkel és a hallójárat levegőjének comprimálása által a tubába juttatását.

Kerekes Gy.: A dobüreg felől a hallójáratra gyakorolt nyomással gyógyszeres folyadékoknak a tubába juttatása régen ismert, úgyszólván klasszikus eljárás már.

Pogány Ö.: *Rejtő* kartárs úr egy műszert mutatott be, melyen át igen könnyen és célszerűen lehet a tubán keresztül folyadékot a dobüregbe fecskendezni. *Kerekes* és *Barkó* kartársak ennek kapcsán a chronikus otitisek terapiájáról szóltak. Itt nehéz egy bizonyos gyógyszer mellett állást foglalni. Ha nyálkahártya-genyedés van, az meggyógyulhat sok mindenféle módon, ha pedig caries tartja fenn a genyedést, semmiféle átfecskendezés se gyógyít.

Krepuska G.: Levegőhólyagnak felvétele, — amely csakis subduralisan tételezhető fel — nem fogadható el, különösen oly értelemben, hogy az 5 év óta a koponyáüregben vándorolna; élő szövetek a beléjük jutott levegőt absorbeálják, pl. a subcutan emphysemák is hamarosan eltűnnek.

Sternberg A.: *Objectiv hallható fülzöreje.* 28 éves nőbeteg 15 évvel ezelőtt jobb fülén radicalis műtét és nyaki süllyedésszerű tályog megnyitása. A sinus sigmoideus többszöri vérzés miatt comprimáltatott. A műtét óta állandóan zúg a bal fül, mely zúgás az utóbbi időben fokozódott. Baloldalt a dobhártya részben hiányzik. A dobüreg váladékmentes. behámozódott. A dobüreg hátsó részén és fenekén egy fordított L-alakú kékes köteg látható, melyen rhythmicus lüktetés látható. Otoskoppal jól hallható a systoleval synchron zöreje. A carotis felett is hallható kisebb intenzitással. Ugy a carotis, mint a vertebralis lenyomásakor a zöreje megszűnik. Suttogó beszéd 20 cm. A vestibularis ingerlékenység normalis. A belgyógyászati lelet Basedowoid jellegre mutat. A röntgen egyrészt az arteria meningea media sulcusának nagy kitágulását és egy a dorsum sellae-n keresztül húzódo rendellenes árnyékot mutat, a Mayer-felvételen pedig egy a pyramistól medialisán fekvő, valószínűleg kitágult emissariumnak megfelelő ovalis árnyék van jelen.

Bizonyos, hogy nem a szívtől odavezetett, hanem a halószervben, vagy annak közvetlen közelében keletkező érzőrejről van szó. A dobüregi lelet az arteria tympanica inferior aneurisma-szerű kitágulására, vagy angioma racenosumra utal, de nem zárható ki valamelyik agyalapi véredény aneurizmája sem. A dobüregi képlet explorálása közelebb hozhat az exact kórisméhez.

Krepuska I.: *Füleregetű garatmögötti süllyedésszerű tályog műtéttel gyógyult esete.* 36 é. földműves évek óta szenved jobb-

oldali fülfolyásban. Utóbbi napokban lázas, füle fáj. Felvételt követő második nap, hidegrázás, magas láz (39° C), nyelési nehézségek és szájjár kíséretében a beteg jobboldali parotis tájéka, a fejbiccentő izom környéke és a jobboldali mandula környéke hatalmasan megduzzadt. Műtét (attico-antrotomia) közben sikerül a külső hallójárat csontos részének fenekén megtalálni a fertőzés, illetve az áttörés helyét és e helyen 2 mm vastag sondát kb. 15 cm mélyen a garatfelé előretolni és szájterpesztés után az altatott betegre a sonda mentén az arcus palatopharyngeusban megnyitni a garatbeli süllyedésszerű tályogot és a nidus parotideus genygyülemét. Műtét után a láz lecsik, a beteg szájjára napról-napra enged és a fölmögötti seb gyógyulásával a beteg a teljes gyógyulás útján van.

Röviden ismerteti a budapesti fülészeti klinika már több helyen lefektetett és ismertett (1931. évben Lőpcében a német fül- és gégeorvosok congressusán, O. H., Orvostképzés 1931. stb.) felfogását a füleregetű süllyedésszerű tályogok keletkezési mechanizmusát és gyógykezelését illetően.

Kepes P.: Fel lehetne vetni azt a kérdést, hogy nem a parotis tályog volt-e a primaer és az tört be a külső hallójáratba. A külső hallójáratban ugyanis nehezen jöhet létre olyan nyomásfokozódás, amely a csont resorptióját idézi elő, még ha granulatiók obturálják is a hangvezetőt.

Krepuska I.: A jobboldali parotis tájék duzzanatát a nidus parotideus geny-gyüleme okozta, ez azonban másodlagosan keletkezett.

Pogány Ö.: *„Indítvány a szakosztály működésének fokozása érdekében”* feletti vitában *Szenes Zsigmond, Barkó Miklós, Rejtő Sándor, Kerekes György, Kelemen György, Germán Tibor* hozzászólása után a Otologiai Szakosztály elhatározza, hogy vitaüléseket fog rendezni. A vezetőség megjelöli a témákat s ezek ismertetését önkéntes jelentkezőkre bízta. A vitában a felkért hozzászólókon kívül természetesen bárki résztvehet.

A szegedi Egyetem Barátai Egyesület Orvosi Szakosztályának március 2-i ülése.

Bemutatók:

Dubrauszky V.: *Az amyloidosisról.* Idült malariában és luesben szenvedő férfi szervei szabad szemmel az amyloid-elfajulás típusos képét mutatták. A szerveken végzett jód- és jód-kénsav-reactio mégis negatív volt. A metszetekben is csak a methylibolya-festés sikerült, habár a szövettani kép is teljesen fedte az amyloidos elfajulás sajátosságait. Az amyloid vegyi alkata még ma sincs teljesen felderítve. Az idevágó irodalmi adatok alapján, úgy látszik, hogy az amyloidnak vegyi összetétele nem mindig azonos és erre vezethető vissza, hogy kivételes esetekben az általánosan használt reakciók egyike-másika cserbenhagy.

Előadás:

Karady I.: *A histaminérzékenység.* Az adrenalinnal antagónistikus ható histamin intravenás injectiójára bekövetkező vérnyomásingadozás, azaz a histamin-érzékenység szempontjából az emberek 4 nagy csoportba oszthatók. Az egyes csoportok görbe típusa nemcsak a véletlentől, külső körülményektől nem függ, de experimentalisan (vegetatív idegrendszerre, értonusra ható szerek hatása alatt; belső milieumódosításakor) is alig befolyásolható. A histaminos vérnyomásműködésben, valamint a histaminshokban is szereplő vasodilatatio, tüdő- és májzárlat, a collapsus létrehozásában is döntő fontosságú tényezők. A histaminshok és a collapsus közötti szoros kapcsolat tisztázása céljából folytatott vizsgálatok azzal a reménnyel biztatnak, hogy a jövőben a histaminérzékenység megvizsgálásával előre megállapítható lesz, hogy van-e a betegnek „collapsus-készsége”, ez pedig a műtéti exitusok jórszének prophylaxisát jelentené.

Rusznák I.: A műtéti trauma hatására bekövetkező súlyos kórképek valószínűleg többféle mechanizmus szerint jönnek létre. Az az igyekezetünk, hogy már a műtét előtt ki tudjuk választani a különösen veszélyeztetett egyéneket, sokirányú vizsgálatot tesz szükségessé, így a májfunctio vizsgálását, a sav-basis egyensúlyt stb. Remélhető, hogy a „collapsus-készség” az előadó által ismertettet módon a histaminérzékenység vizsgálatával felismerhető lesz.

Mészáros G. felhívja a figyelmet a constitutio kérdésére, elsősorban az astheniás típusú nők collapsus-készségével kapcsolatban.

A MONE közgyűlése és a Bársony-vacsora.

A Magyar Orvosok Nemzeti Egyesülete f. hó 6.-án tartotta meg rendes évi közgyűlését s ezzel kapcsolatban a hagyományos *Bársony János* emlékvacsorát a Szt. Gellért-szállóban, melyen megjelentek orvostársadalmi és közéleti vezetőszemélyek közül *Huszár Aladár* főpolgármester, *Sipőcz Jenő* polgármester, *Szabó József* budapesti orvoskari dékán, *Kenyeres Balázs*, *Krepuska Géza*, *Buday Kálmán*, *Lenhossék Mihály*, *Verebélj Tibor*, *Vámosy Zoltán*, *Kétly László* báró, *Kelen Béla*, *Herzog Ferenc*, *Farkas Géza*, *Frigyesi József*, *Blaskovics László*, *Balogh Ernő*, *Darányi Gyula*, *Hainiss Elemér*, *Belák Sándor*, budapesti, ifj. *Imre József* és *Scipiades Elemér* pécsi professorok, *Ritoók Rigmond* a MONE diszelnöke, *Windisch Ödön* a MONE elnöke, *Avarffy Elek* a MONE ügyvezető igazgatója, *Csiléry András* a MOOSZ elnöke, *Ajkai Zoltán* és *Klein Sándor* Eberhard vezértörzsorvosok és a fővárosi és vidéki orvostársadalom számos más előkelőségei.

A közgyűlésen *Windisch Ödön* elnök tartalmas megnyitóbeszédében rámutatott a súlyos gazdasági helyzetre, elősorolta az orvostársadalom különleges bajait, megemlékezett ezek között az orvosi túlproductióról az orvosi munka túlzott mértékű szocializálásáról és rossz dotálásáról, valamint az ingyenrendelések kérdéséről. Sürgette az intézkedéseket a jogos követelések mielőbbi érvényesítésére.

Ezután *Petres József*, főtitkár terjesztette elő a titkári jelentést, amelyben részletesen beszámolt az egyesület multévi munkásságáról. Kitűnt a jelentésből, hogy a MONE-nak ezidőszereint 3476 rendes tagja van. *Avarffy Elek* a MONE ügyvezető igazgatója mondott nagyobb beszédet, melyben részletesen fejtegette az egyesület programját. Beszédében ismertette az orvostársadalom leginkább égető panaszait, bajait és megoldásra váró problémáit.

Utána *Kenyeres Balázs* professor indítványára a közgyűlés egyhangulag megválasztotta az új választmányi tagokat, a hivatalos lista alapján.

A közgyűlés *Kádár Mihály* főorvos indítványára egyhangulag elhatározta, hogy a numerus clausus hatásonalabb érvényesítése érdekében küldöttséget szervez, amely a kultuszminiszter előtt fogja kifejteni a MONE álláspontját. Ugyancsak egyhangulag elfogadta a közgyűlés *Sarudy Ottó* indítványát is, — az orvosokat súlytő adók egyhítése tárgyában.

Windisch Ödön elnök meghatott szavakkal köszönte meg a spontán ünneplést és tisztársai nevében is ígértett tett, hogy feladatukat a jövőben is legjobb tudásuk és tehetségük szerint igyekeznek ellátni. Az elnök zárszavaival a rendes közgyűlés befejeződött s ekkor a közgyűlés részvevői valamennyien átvonultak a Szent Gellért-szálló fürdőcsarnokának termeibe, ahol megtartották a hagyományos *Bársony János* serleglakomát. Itt elsőnek *Windisch Ödön* elnök mondott köszöntőt a Kormányzó Ur Ófőméltóságára, majd *Verebélj Tibor* professor emelkedett szólásra, s a Bársony-serleggel kezében a következő kivonatossan közölt beszédet mondotta:

A tünemények sokszerűségében az egységes keresés, az okozatokban élénk táruló okok végökának kutatása az emberi gondolkodásnak le nem tagadható, ki nem írtható vágya. Ezzel az általános belső emberi ösztönnel magyarázza, hogy már 35 évvel ezelőtt első tudományos szárnypórbálgatása idején is az orvosi filozófia nagy összefoglaló rendszerei és azok történelmi fejlődése kötötte le érdeklődését. Akkori tanulmá-

ban arra a következtetésre jutott, hogy a három nagy gondolatirány Hippokrates humoropathológiája, Asklepiades solitaris elmélete és Athenaeus pneumatana, amelyek megfelelő módosulatokkal végighúzódnak az egész orvosi történelmen, az emberi megismerés három lehetőségében gyökereznek: a tudásban, a képzeletben és a hitben. A történelem menete azt bizonyítja, hogy a haladás a technika nagy felfedezéseivel áll vonatkozásban, hogy tartós nyomot azok az orvosi rendszerek alkotnak az emberi kultúra talajában, amelyek egyetemlegesen elégítik ki a három lelki igényt. Nem anachronizmus, de lelki szükség részéről, hogy amikor *Bársony János* emlékéen, mint az elmulás résén keresztül az örökkévalóság misztériumába pillant be, ez a régi lelki ösztöne ébred fel újra s az élet tapasztalatain elmélyülve az emberi lét nagy problémája felé fordul tekintete. A milieu, melyben az orvosi hivatást a sors napjainkban beállítja, nem alkalmas az ilyen elmélyedésre. Amikor az orvost, mestert és kezdőt egyaránt, kit az életstandart fenntartásával, kit az elhelyezkedés nehézségével a megélhetés gondjai nyomják, amikor az orvosi rendet a szocializálás veszélye, a társadalmi megbecsülés megingása fenyegeti, amikor minden erőnk az egyéni és rendi lét küzdelmei kötik le: akkor a napi és pártpolitika égető kérdéseivel szemben szükségképen háttérbe szorulnak a világszemlélet nagy emberi problémái, amelyek kidolgozásában pedig mindenkor élénk részt vett az orvosi gondolkodás. Hiszen napjainkban egyre hangosabban hallatszik a cassandrai jóslat, hogy összeomlás előtt áll az orvostudomány, sőt a természet-tudományok és matematika magaslatai felől egyre gyakrabban hangzik el az ítélet, mely az orvoslástant kizárja a tudományok sorából s lesüllyeszti a mester-ségek szintjére. Ha az ilyen kicsinyes csipkelődés felett, amely csakis túltengett tudósönérzet fogalomzavarából származhatik, könnyen napirendre tér is a komoly gondolkodás, idők jele, hogy egyáltalában kétely merülhet fel aziránt, hogy az ember testi és lelki működésének, e működések agyi substratumának ismerete nélkül — amire pedig csak közvetlen megfigyelés s nem irodalmi adatgyűjtés képesít, — minden bölcsélet csak költészet marad, mely a valóságból elvonatkozott. Pedig a kor szelleme egyre hangosabban követeli, hogy azok a világnézetek, amelyek positiv ismereteink újabb alapjára a tudás, a képzelet, vagy a hit szempontjából felépültek, revisió alá vétessenek.

Meglepő, nem sejtett lehetőségek, méretek ezek, melyek a maguk suggestiv hatásával az egyoldaluan beállított világnézetek egész sorát keltették életre. S e világnézetek elkeseredett harcának idejét éljük, melytől a tudományos kutatás, a kulturális haladás, az egyéni és nemzeti boldogulás számára kivezető utat a történelem tanulsága szerint csak egy eljövendő új, átfogó világszemlélet fogja megnyitni. Ezt a küzdelmet vívják ma az individualizmus hamis jelszavával egymás ellen osztályok, társadalmak, fajok és nemzetek.

Ennek a küzdelemnek keretében kell majdan a jövő történetírójának *Bársony János* élete munkáját beilleszteni, ha azt kulturális jelentőségben értékelni kívánja. A mai orvosnemzedék tulságosan *Bársony*-nak az embernek hatása alatt áll, semhogy *Bársony*-nak az eszmének jelentőségét előítélet nélkül mérlegre tenni képes volna. De elévülhetetlen érdemül róhatjuk fel már mi is, epigonok, hogy ő az egyén túlértékelésének mai kor-szakában döntő hatást csak tömegmegmozdulástól várt, hogy tömegek összetartozásának eszközét az egységesen vallott világnézetben kereste, s hogy a világnézet tengelyében saját egyéni felfogásán túltekintve, a tudás,

képzelet és a hit ma még centrifugális erői helyett a nemzeti-, faji érzést és a keresztény erkölcsöt, a vér és ész constructív parancsait illesztette. Ennek a lát-noki elgondolásnak köszöni a létét a MONE, ma már Magyarország nemzeti erejének olyan integráns tényezője, mellyel a közeljövő harcaiban minden tábornak számolnia kell.

Befejezésül apostrofálta *Bársony János* szellemét a következő szavakkal: „*Bársony János* kedves vezérünk! Ne szálljon harag porladó szivedbe, hogy az örökkévalóság csendjéből néhány percre ideidézünk magunk közé. Hiszen Te tudhatod odaát legjobban, hogy minden emberi lét mulandó, de örök az eszme s érezheted, mert érezned is kell, hogy nekünk eszmét jelentesz. Ezt felidézni pedig a mai súlyos időkben lelki szükség, ha azt, amit a Te képzeleted élénk varázsolt a magyar Hazát, ahol a magyaré a szó s e hazában rendünk tekintélyét, súlyát meg akarjuk szerezni, fel akarjuk építeni. S mi hiszünk Veled együtt ebben a lehetőségben, mert Te így akartad, s mert a Te hited erősebb lesz, mint a hamis emberi tudás és a képzelés, melybe bennünket magyarokat, magyar orvosokat ide a mélységbe juttatott.

Maradjon velünk, s legyen áldott a Te hited beteljesüléséig a Te szellemed!”

A nagyhatású beszéd után még sokáig maradt együtt a nagy társaság, csoportokra oszolva tárgyalván az orvosi rend mai súlyos problémáit.

Nyelvművelés.

A *stricturát* szükületnek szokás fordítani. (Mekkülönböztetnek *organicus*, azaz szervi és *anorganicus* vagy *functionalis*, azaz működésbeli szükületet.) — Minthogy a *stricturára* két magyar szavunk van — a használt szükület s a nem használatos *szorulat* — s minthogy e két szónak finom jelentéskülönbsége is kezünkre jár: ajánlanám, hogy az *organicus stricturát* egyetlen szóval *szükületnek*, az *anorganicusat* pedig ugyancsak egy szóval *szorulatnak* nevezzük el. Hogy a két szó e jelentésbeli elkülönítésre szinte eleve alkalmas, arról nemcsak a magam nyelvérzéke és megfontolásai, hanem ép nyelvérzékű nem orvosokkal tett próbáim is meggyőztek.

*

A beteg meggyógyul vagy fölépül, ha betegségétől, bajától teljesen megszabadul, avagy csak állapotja javul, illetve enyhül, könnyebbül. *Remissionak* nevezik többen a *javulást*, a betegség enyhülését, engedését, — persze egészen fölöslegesen. Az ilyen kifejezés meg éppen rút: *remittált* esetek — *javult* esetek helyett, de még ennél is visszataszítóbb ez a felemás kapcsolat: *félremittált* csoport ahelyett, hogy *féljavultak* csoportja. Ám még ha e szavakat legalább mindig pontos jelentéstartalommal használnák, de sokszor mintha többet sejtetnének velük, mint tulajdonképeni jelentésük. Az ilyen nyujtható, kenhető és csavarható jelentésű idegen szó egy kicsit mindig gyanus. Ne bujjunk hát az idegen szó sánca mögé! Ha nincs szó igazi gyógyulásról, ne rösteljük ezt kereken, kertetés nélkül kimondani és beszéljünk csak javulásról, a betegség enyhüléséről, de ne akarjuk az idegen szóval az olvasót vagy hallgatót mintegy hypnotisálni!

*

A folytonos idegenszavas, magyartalan vagy kietlet szövegsivatagból most egy percre oázisba vezetem az olvasót, hiszen szaknyelvünkben örvendetes leletekre is bukkanhatni. Jól esett például ilyen szemléletes kifejezéssel találkoznom: a fertőzés megfogamzik, vagy az unalmas *gravida* helyett azt látom: *várandós*. — Hogy az élő nyelvből vett megszemélyesítések mennyire világossá tehetik az elvont tudományos fogalmakat, arra *Vámossy*—

Mansfeld Gyógyszertanából idézhetem e két mondatrészeletet: a muscarin és atropin *vetélkedése* a parasymphaticus véresejtek haemoglobinján . . . — *Wein Zoltán* a *punctum végeken* . . . és a szénmonoxy és oxygen *osztózkodása* a *saliensből* magyar kifejezést ugrat mondván: nem ez a *dolog ugrópontja*. *Brezovszky Emil* meg az állatorvoslás, illetve a nép nyelvéből kölcsönöz szót igen szerencsésen: A *mony* bőrén vagy tövében elsődleges fekély igen határu . . . — A *climax* mint szó lefordíthatatlan. De megkerülhető. *Verebélj* a nép után egyszerűen *változásnak* nevezi (változásban levő asszony) s ezzel tökéletesen rátapint a fogalom élettani lényegére. *Frey Antal dr.*

VEGYES HÍREK

Személyi hírek. A kormányzó *Taufer Vilmos* dr. nyug. egyetemi ny. r. tanárnak, az Országos Közegészségügyi Tanács volt elnökének az Országos Közegészségügyi Tanács kötelékében ötven éven át teljesített buzgó és eredményes szolgálatáért a II. osztályú magyar érdemkeresztet a csillaggal adományozta.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület április 21-i ülésének napirendje: Bemutatás: *Kisfaludy Pál*: Érdekesebb esetek a radiumtherapia köréből. — Előadások: 1. *Bakay Lajos*: Praesacralis sympathicus köteg resectiója. 2. *Neuber Ede*: A debreceni I. oszt. elemi iskolás tanulók egészségügyi vizsgálata különös tekintettel fertőző betegségekre és azok megelőzésére.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület április hó 28-án kezdődően 3, esetleg 4 ülésre terjedő előadássorozatot tart a műtői fájdalom csillapításának kérdéséről. Előadók: *Verebélj Tibor*, *Bakay Lajos*, *Frígyesi József*, *Manninger Vilmos*, *Matolay György* és *Klímkó Dezső*. Ezenkívül az elnökség által felkért hozzászólók: *Adám Lajos*, *Illyés Géza*, *Lénárt Zoltán*, *Szabó József*, *Fekete Sándor*, *Thurn-Rumbach István* és *Fátyol Csongor*. Tekintettel az előreláthatóan kiterjedt vitára, kérjük, hogy a vitában résztvenni szándékozók a főtítkárnál előzetesen jelentkezni szíveskedjenek. Ugyancsak az előreláthatóan kiterjedt vitára tekintettel a hozzászólás ideje nem haladhatja meg az 5 percet.

Nemzetközi szemészeti congressus Madridban. A XIV. nemzetközi szemészeti congressust. husvét vasárnapján a köztársaság elnökének jelenlétében nyitják meg. A Congressuson Magyarországból *Grósz Emil dr.*, egyet. tanár, az I. sz. egyetemi szemklinika igazgatója és *iff. Imre József dr.* egyet. tanár, a m. kir. állami szemkórház igazgatója vesznek részt. Ugyancsak husvétkor ülésezik *Madridban* a vakág ellenes küzdelem nemzetközi szövetsége *De Lapersonne* párisi egyet. tanár elnöklésével s a *trachoma* ellenes küzdelem nemzetközi szervezete *Grósz Emil dr.* budapesti egyet. tanár elnöklésével.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya április 25-i ülésének napirendje: Bemutatás: *Némái József*: A hangrés záródását demonstráló gégekészítmény. — Előadások: 1. *Halász Géza*: Ozoena és tonsilla. 2. *Réthy Aurél*: Az ozoena operatív terapiája.

A Magyar Országos Orvos Szövetség elnöksége ezúton is közli tagjaival, hogy május hó 14-én tartja ez évi rendes congressusát. Ezen a congressuson a részleges tisztújítás és a kamara-törvényjavaslat feletti országos szavazás van napirendre tűzve. Bővebb tudnivalókat a Szövetség hivatalos lapja az „Orvos Szövetség” április 15-iki számában adja közre.

Az Országos Fürdőügyi kiállítással kapcsolatban április 18—22-ig a következő tudományterjesztő előadásokat tartják: Április 18. d. u. 6 ½ ó. *Szokováthy Imre dr.*: A sportolás az egészségápolás szolgálatában; d. u. 7 ó. *Torday Ferenc dr.*: A nyaralás jelentősége a gyermek életében. — Április 20. d. u. 6 ó. *Bilkei-Pap Lajos dr.*: A rheumás betegségek fürdőkurái. d. u. 7 ó. Filmbemutatás. — Április 21. d. u. 6 ó. *Aujeszky László dr.*: Az éghajlat vizsgálata és időprognózis; d. u. 7 ó. *Pávay-Vajna Ferenc*: Ásványvizkutató és mélyfűrés. — Április 22. d. u. 6 ó. *Angyal Márton*: Az ásványvízüzemek berendezésének és üzemének calculatiója; d. u. 7 ó. Filmbemutatás.

Az Országos Balneologiai Egyesület congressusa. Az Országos Balneologiai Egyesület 38. congressusát április 29-én, délelőtt 11 órakor és délután 6 órakor tartja a Budapesti kir. Orvosegyesület Semmelweis termében.

Április 28-án tartja a gazdasági osztály évi nagygyűlését. Április 30.-án tanulmányi kirándulást rendez az egyesület autóbuszokon Dunaalmás, Tatatóváros, Tatabánya megtekintésére.

A kirándulásra ápr. 23.-ig lehet jelentkezni, csak azokat a jelentkezéseket veszik figyelembe, amelyekkel egyidejűleg, de legkésőbb április 26.-ig a részvételi díjat is megkapják. Részvételi díj: 11 pengő.

Mindennemű pénzkiutalás, levelezés a főtktár címére: Frank Miklós dr., főorvos, Budapest, I., Attila-körút 19. sz. küldendő, aki felvilágosítással készséggel szolgál. (Telefon: 53-3-13.)

A Budapesti Orvosok Turista Egyesülete hat esztendei működéséről számolt be legutóbbi közgyűlésén. 600-nál több orvost és orvoscsaládot szerzett eddig a Bote a turistaságnak, az orvosi hivatás és tekintély súlyával népszerűsíteni igyekezett a túristaságot, a Börzsönyben foglalással látta el az általa Korányi Frigyesről elnevezett forrást, évenként nagyszerű turavezetőképző tanfolyamot rendez. Idén turista házat épít a visegrádi Nagyvilám hegyen. A turistaház építésére kiírt tervpályázat eredményét a közgyűlésen hirdették ki. A közgyűlés Lobmayer Géza dr. elnök javaslatára nagy lelkesedéssel választotta meg az egyesület védnökéül Zsitvay Tibor dr. volt igazságügyminisztert, aki a közgyűlést követő vacsorán emelkedett hangú nyilatkozatban jegyezte el magát a turistatársaság révén az orvosi rend-
del és hivatással.

A balatonfüredi orvoshat ez évben május 15-20-ig lesz. Az orvoshat előadások megtartására eddig a következő egyetemi tanárok, illetve magántanárok vállalkoztak: Angyán János dr., Bakay Lajos dr., Barla-Szabó József dr., Benedek László dr., Boross József dr., Frigyesi József dr., Gerlóczy Géza dr., Haimiss Elemér dr., Hasenfeld Arthur dr., Illyés Géza dr., Ruzsnyák István dr., Schmidt Ferenc dr., Tóth István dr., Verebély Tibor dr. és Acél Dezső dr. igazgató-főorvos. Az orvoshat alatt a fürdőigazgatóság napi 6.—pengőért nyújt teljes ellátást az orvosoknak és családtagjaiknak, a szállást pedig teljesen díjmentesen bocsátják rendelkezésükre. Az orvoshaton részvételre jelentkezések határideje május 1. Jelentkezni lehet a gyógyfürdő igazgatóságánál Balatonfüreden.

Orvosi hír. Molnár Béla dr. v. egyetemi belklinikai tanársegéd ezévi rendelését megkezdte Karlsbadban. (Alte Wiese 4. — „Deutsches Haus“.)

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti Tud.-Egyetemen április hó 8-án: Kren Pál János, Müller Kálmán József, Szabó Zoltán, Timkovics Antal János, Ványi Béla Jenő. Üdvözljük az új Kartársakat!

Orvoshumor. Az ionok vándorlása. L. A., a nagytvágyú kórosan elhízott, elméleti tanulmányokkal örökösen hadilában álló ős-szigorló collegánk nem kevesebb, mint háromszor hasalt el a chemiai szigorlaton. Mikor negyedszer startolt, e soradöntő eseményhez testületileg kivonultunk, hogy siker esetére elsőtől gratulálhassunk általános népszerűségnek örvendő Bandi barátunknak.

Feszült várakozás után végre nyílik az ajtó s kitámolyog rajta sápadtan, kimerülten a deliquens.

— Na mi az Bandikám? Kérdjük részvétellel, csak nem?
— De igen, hörgi rekedten, elvágott megint a nyomorult! De hát nem csoda, hiszen chemia helyett historiai kérdést adott fel. Azt kérdezte kárlekalással, hogy mit tudok az ionok vándorlásáról.

A löszív. L. V. jóhumorú collegánk, jelenleg badeni sanatorium tulajdonos, kórbonctanból szigorlatozván, a harapós G. professor kezébe ad egy hatalmasan megnagyobbodott szívet (cor bovinum) azzal, hogy mondja el, mit lát rajta.

— Azt látom, mondja merészen V. barátunk, hogy ez egy feltűnően nagy szív.

— Jó, jó, de honnan tudja maga, hogy ez emberszív és nem löszív?

— L. egy percig gondolkozik azután bölcsen kivágja,

— Onnan kérem, hogy nem vagyunk az állatorvosi akadémián.

— Mondanom sem kell, hogy a szigorlat kitűnően sikerült.

A gyomorideg. Élettani szigorlaton azt kérdezik a rettenetesen szurkoló szigorlótól, hogy mi a neve a gyomor mozgató idegének? Percekig tartó kínos hallgatá sután végül elég hallható hangon sottogja: nervus gastrocnemius.

Moribundus. Allítólag Strümpel professzorral, a híres német belgyógyással történt. Egy reggel, amint bemegy a klinikájára, már a kapuban várja egy ember, aki tiszteletteljes meghajlással üdvözl, azután megragadja és csókokkal borítja el a kezét.

— Nana, nem vagyok én pap, hogy a kezemet csókolja! Mit kíván tőlem barátom?

— Semmit, titkos tanácsos úr, csak mégegyszer meg akartam köszönni a végtelen jószágát. Tanár úr, ön az én jótevőm, az én Istenem, aki a halál torkából ragadott ki. A professor nem érti a dolgot.

— Ne haragudjon barátom, de annyi beteg közül már nem emlékszem a maga esetére. Beszélje el, mi is volt magával?

— Hát úgy volt a dolog kérem alássan, hogy vagy 2 hónappal ezelőtt hoztak be a klinikára súlyos betegen. A tanársegéd urak mindent megpróbáltak, de csak nem tudtak rajtam segíteni. Napról-napra rosszabbodott az állapotom s a végén már ott tartottam, hogy minden órában várták a haláloamat. Ekkor történt a nagy csoda. Egy reggel amikor a professor úr vizitet tartott, odalépett az én ágyamhoz is, rámnézett és azt mondta, hogy „moribundus.” Abban a minutában jobban lettem s most már nincs hála Istennek kutya bajom se. Hát azért csókoltam meg azt az áldott jó kezét, hogy úv el tetszett találni a bajomat.

A KIADÁSERT FELELŐS VAMOSSY ZOLTÁN

◀ Trocken Reis-Schleim „Gerté” porított RIZS-NYÁK ▶

A csecsemő- és gyermekgyógyászatban elsőrangú hézagpótló készítmény.

Egy doboz ára 1/4 kg. tartalommal 120 pengő. Kapható gyógyszerárak és drogueriákban.

== KÉSZÍTI: GYARMATI GYÓGYSZERTÁR LABORATORIUMA, BAJA. ==

KURHAUS SEMMERING

PHYSIKÁS-DIÉTETIKUS MAGASLATI GYÓGYINTÉZET
1000 m. a tenger színe felett. Wientől 2 óra vasutal.

ÖSSZES MODERN GYÓGYESZKÖZÖK

Főorvos: DR. FRANZ HANSY egészségügyi főtanácsos

Tavasszal és ősszel mérsékelt árak. :: Kérje prospektusunkat!

TREUPEL-tabletta

CHINOIN

a 3 évtizedes

ANALGETICUM

ANTIPYRETICUM

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSEK MIHALY, SZÉKELY AGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VAMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA
POÓR FERENC

GORKA SÁNDOR
REUTER KAMILLÓ

HUTTL TIVADAR
ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: VAMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Kovács Ferenc: A méhenkívüli terhesség néhány ritkább alakjáról. (323—329. oldal.)
Haintz Ödön: Agyvelői és gerincvelői tüneteket okozó chloroma. (329—331. oldal.)
Tóth Zoltán: Primaer infiltratio cholesterinaemica corneae annularis esete. (331—333. oldal.)
Szemző György: Coffeinmérgezés esete különös tekintettel a coffeinnak a cukoranyagcsere befolyásoló hatására. (333—334. oldal.)
Iovag Czaykovszky Zoltán: Kocsányos hólyagsarcoma. (335—336. oldal.)

Szenteh István: A chondrodystrophia foetalis érdekes esete. (336—337. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (61—64. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészeti. — Gyermekegyógyászat. — Gégészeti. — Szemészeti. — Bőrgyógyászat. — Elméleti tudományok. (337—339. oldal.)
Könyvismertetés: (339—340. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (340—344. oldal.)
Kerbolt László: Egészségvédelem falun. (344—346. oldal.)
Vegyes hírek: (346. oldal és a borítólapp III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Tisza István Tud. Egyetem női klinikájának közleménye
(igazgató: Kovács Ferenc ny. rk. tanár.)

A méhenkívüli terhesség néhány ritkább alakjáról.

Irta: Kovács Ferenc dr., egyet. ny. rk. tanár.

A méhenkívüli terhesség előfordulásának igen nagyfokú megszorodása a világháború óta közismert. A budapesti II. női klinikán 1918-tól 1928-ig terjedő decennium alatt az évente végzett hasmetszéses műtétek közül 5%-ról 13.3%-ra emelkedett a méhenkívüli terhesség miatt végzett műtétek száma (Kovács). De nemcsak az esetek száma növekedett meg, hanem a méhenkívüli petetapadás azelőtt kivételes ritkaságnak minősített formáira vonatkozó tapasztalataink is nagymértékben gazdagodtak, úgy, hogy ezen betegség folyton növekvő klinikai és kórtani változatossága újabb és teljesen még mindig meg nem oldott diagnostikus és kezelési problémák elé állítják a nőorvosokat. Azt a benyomásunkat, hogy a méhenkívüli terhesség ritka alakjai (talán a gondosabb feldolgozás miatt?) tényleg százalékos arányukban is szaporodnak, mutatja minden nagyobb intézet erre vonatkozó kimutatása. Itt saját tapasztalataink mellett csak Fuchsra hivatkozunk, ki 270 operált esete közül két petefészkek terhességet és négy interstitialis graviditást talált. A debreceni női klinikán az utolsó 1 év alatt, (amióta annak vezetését átvettem, 1931. nov. 1.—1932. okt. 31.) ápolt 2914 nőbeteg közül 57 = 2.3% volt méhenkívüli terhesség. Az ugyanezen év alatt végzett 315 laparotomia közül 52 esetben = 16.5%-ban végeztünk extrauterin graviditas miatt műtétet. Ezen anyagban többek közt egy kiviselt és túlhorodott intraligamentaris (valószínűleg ovarialis) és két petefészkek terhesség fordult elő, amelyek pedig a legritkább alakok közé tartoznak. Ezeknek s néhány más, érdekesebb esetünknek rövid ismertetését, a belőlük levonható közérdekű klinikai tanulságok szempontjából indokoltan tartjuk.

1. *Kiviselt és túlhorodott interstitialis (ovarialis?) terhesség.* Huszonnyolc éves egészséges nő, első szülése 7 év előtt rendes lefolyású. Zavartalan gyermekágy. Beteg nem volt. 1931. október végén volt utolsó havibaja; 1932. márciusban magzatmozgást érzett. Szülését 1932. augusztus elejére várta. Terhessége június 15-ig zavartalan volt. Ekkor alhasi fájdalmak léptek fel, melyek 1 hétig tartottak, Julius közepén — amikor már magzatmozgást nem érzett — pécsetelő vérzése kezdődött, amely miatt két és fél hétig kórházban fektült. Vérzése megszűnt s terhessége végén, augusztus 18-án klinikánk járóbeteg rendelésén jelentkezett vizsgálatra. Itt röntgenátvilágítást is végezve megállapították, hogy harántfekvésben levő elhalt magzatról van szó, s miután sem vérzés, sem fájás, sem egyéb zavar nem volt, az asszonyt hazabocsájtották azon utasítással, hogy heti ellenőrző vizsgálatra, illetve fájások esetén szülésre azonnal jelentkezzenek.

Ilyen állapotban állott a klinika ellenőrzése alatt az asszony, teljesen panaszmentesen, egészen október 4-ig. Időközben Zondek-Ascheim reactiót is végeztek, mely negatív volt. Egyetlen panasz: itt-ott jelentkező hányinger, szájbűz és jelentéktelen alhasi fájdalmak, melyeket tökéletesen szülőfájásoknak tekintettek.

Október 8-án az addig teljesen láztalan, normalis pulsusú, jó közérzetű beteget kirázta a hideg, hőmérséklete 40 fok, pulsus 120, közérzete rossz. Felvétel missed labour, 2 hónapos túlhorodás diagnosissal az osztályra, ahol a következő napra a hőmérsék letűnt s a pulsus is rendeződik.

Az osztályon megvizsgálva az asszonyt, feltűnik, hogy a portio tömött, csapalakú, terhességi felpuhulást nem mutat s a méhtest a hasat kitöltő, köldök fölé 2 ujjal érő képlethez jobb oldalt hozzálapulva külön sejthető. Ezenkívül hiányzott a cervixből az a piszkos-szürke folyás, amely elhalt és túlhorodott méhmagzatok mellett rendszeresen lenni szokott. Így az egyszerű belső vizsgálattal is valószínűvé vált, hogy túlhorodott méhenkívüli terhességről van szó, elhalt magzattal. A súlyos jelentőségű műtéti indicatio miatt, a valószínű diagnosist biztossá kellett tenni. A diagnosist idővesztés elkerülése céljából a hosszadalmas uterographiás röntgenkép mellőzésével oly módon biztosítottuk, hogy narkosisban előzetes Hegar gátlás után betapintottunk a méhüregbe, melyet üresnek találtunk. Azonnali laparotomiát végeztünk.

A műtétkor sárgás-szürke tok által körülvett, kb. 9 hónapos fejlettségűnek megfelelő, kissé már macerált magzattal találtunk harántfekvésben. A peteburkok legkülső tokját a bal ligamentum latum erősen felemelt 2 lemeze alkotta, melyek között, tehát intraligamentarisán helyezkedett el a magzat. A kissé megnagyobbodott méh erősen jobbra eltolva a petetőmlő jobb falához lapult; a bal tuba pedig hurkaszzerűen ellapulva végig lovagolt a petetőmlő felső (és részben elülső) domborulatán. A kürt hási vége a petetőmlő külső

burkainak felszínén tűnik el; *petefészek ezen oldalon nem volt található.* A lepény részben a bal parametrium basisan, részben a bal medencefalán fekszik az intraligamentumban. A ligamentumokat a hatalmas petezsák mindkét oldalon legnagyobb részben szétfejtette és tokjának képzésére igénybevette. A pete tokjának ellapult ovariumszövet-maradványt kimutatni nem sikerült, (ami természetesen is, hiszen a nagy és hosszú ideig tartó nyomás miatt a csirahámnak el kellett teljesen sorvadnia).

A műtétkor feltűnt a súlyos topographiai viszonyokhoz képest a vértelen operatio lehetősége és a magzat burkainak, illetve lepénynek a nagy edények és ureter szomszédságából történő könnyű kifejthetősége.

A petezsáknak a lepénnyel együtt történő eltávolítása a méh és a jobboldali ép függelékek megtartásával sikerült, ami, tekintve az asszony fiatal korát és azt, hogy élő gyermeke nincs (első gyermeke elhalt 1 éves korában) nagy jelentőségű. A pete ágát részben a ligamentum latum kivongált és megmaradt lemezszélével és a ligamentum rotundummal, valamint a belekkel sikerült úgy fedni, hogy a hasat Mikulicz tamponade és drainezés nélkül zárni lehet. Zavartalan gyógyulás után a beteg a 13. napon távozik.

Az eset elemzéséből valószínű, hogy itt eredetileg *tuboovarialis, illetve esetleg ovarialis terhességről* volt szó, mert hiszen a rendes lumenű bal kürt egész lefutásában követhető volt a petezsák külső domborulatán, tehát annak fala a peteür képzésében nem vett részt, legfeljebb csak a hasüri szájadékok körüli része; petefészeket viszont nem találtunk. A pete fejlődése basiotrop irányban az ovarium hylusa, illetve az intraligamentum felé történt s itt jó tápláló talajra találva, a lepény is itt alakult ki. A pete burkait a magára emelt ligamentum latum lemezek védték harmadik réteggént a szabad hasür felé. Hogy a petezsák kihámozása a lepénynek rendkívül kényes helyen, a medencefenék nagy ereinek és ureternek lefutása mentén tapadása dacára nagyobb vérvesztés, melléksértés, sőt tamponálás és drainezés nélkül, a méh és a jobboldali függelékek megtartásával sikerült, az annak tudható be, hogy a magzat már régen elhalt. Sőt a negatív eredményű Z. A. reactio azt mutatja, hogy a chorion-bolyhok is mind elhaltak s így a környező intervillusos sinusok obliterálódtak. Amennyiben ez nem következett volna be, úgy a lepény eltávolítása életveszélyes vérzéses és melléksértéses szövődeményeket rejtett volna magában. Ennek oka nemcsak a terhességgel együtt járó rendkívül bő és tátonyobb érhálózat, mely az ilyen körülmények közt dissemináltan tapadó lepényi terület nagysága miatt önmagában véve is súlyos veszélyt jelent a nagy kiterjedésű parenchymás vérzés csillapítása szempontjából, hanem az is, hogy a chorion-hám syntitialis elemeinek fermentje a véralvadást gátolja s így a vérzés még szoros tamponálással sem csillapítható. Ezért ajánlották ilyen körülmények között többen a lepény és burkok benthagyását és a peteürnek a hassebbe kiszegését.

Az *interligamentaris, parametralis terhesség*, mint amilyenek esetünket tekintenünk kell, rendkívül ritka. A pete ilyenkor valószínűleg vagy a petefészekben, vagy a méhkürt abdominalis végéhez közel, a mesosalpinx szegélyének közvetlen szomszédságában telepedik meg basiotrop módon (esetleg a kürt lumenének zárt végű elágazódásaiban) és lefelé növekedvén a mesosalpinxot, majd a ligamentum latumnak a lemezeit is szétfejti s a tubát magára gördíti. A terhes oldali ép lefutású kürt szöveti vizsgálata esetünkben is amellett szól, hogy itt az intraligamentaris terhesség létrejöttének az anatómiai feltételei adva voltak. A tuba falában ugyanis több helyen adenomyosisis góccokat találtunk. Ha ilyen, a tuba lumenével közlekedő eltévedt mirigyjáratokat a tuba abdominalis vége felé is feltételezünk, melyeknek zárt végei a mesosalpinx irányába lenyulnak, úgy ezek nagy helyi hajlamosságot teremtenek a intraligamentaris terhességre. Biztosan nem lehet megállapítani utólag, hogy az adott

esetben eredetileg ovarialis, vagy tuboovarialis, illetve fimbriális terhességből indult-e ki az intraligamentaris kifejlődés; de a bal petefészek teljes hiánya, annak petezsákká felhasználódása, továbbá a ligamentumok (ligamentum rotundum, infundibulopelvicum, uterinoovaricum) topographiai viszonya a petezsákhöz legvalószínűbbé teszi az ovarialis terhesség felvételét.

Túlhordott méhenkívüli terhességekről szóló beszámolókkal elég gyakran találkozunk az irodalomban. Hogy csak a legújabb közleményeket idézzem: *Titus* és *Elsaman* ismertetnek egy calcifikált 8 hónapos extrauterin graviditást, melyet viselője 40 évig hordott. *Emmert* betege 5 éve hordta kiviselt és elhalt méhenkívüli terhességét. *Dufoix* és *Revel* XII. hónapig hordott elhalt magzatú, extrauterin graviditást operált sikeresen; *Ganjoux* és *Reynaud* XV. hónapban operált méhenkívüli terhességről, *Ganjoux* és *Revel* egy 8 évig hordott VI hónapos extrauterin graviditásról számolnak be. *C. Flechtenmacher* esetében sem okozott a várt szülésterminus után 3 hónappal továbbisejt, 4500 g-os macerált magzat semmiféle komolyabb tüneteket; csak intrauterin terhességnek vélt túlhordás miatt történt a beavatkozás. *L. Stewart Cogill* betegén hasonlóképpen a méhenkívüli terhesség minden gyanuja nélkül próbálták túlhordás miatt a szülést minden áron megindítani. *Leopold* szintén XII. hónapig hordott operált méhenkívüli terhességet ismertet (*Kuncz* a miskolci kórházban 2 év alatt két kiviselt és két 6 hónapon túli méhenkívüli terhességet operált, azonban túlhordás nélkül). Az elhalás utáni túlhordásnak az anyára nézve veszélytelen voltát mutatják azon kiviselt iker és többes terhességek is, amelyekben az egyik magzat régen elhalt, macerálódik s a másik éretten születik a zavartalan terhesség végén. Így legutóbb *Ábrahám* 36 éves II. para esetében érett magzat megszületése után a placentával másik burokban macerált, kb. 5—6 hónaposnak megfelelő érett magzat távozását észlelte. A méhenbelüli elhalás a terhesség további 3—4 hónapja alatt semmiféle tünetet nem okozott (*Zschr. f. Geb. u. Gyn.* 133. k. 2. f.). Hasonlóképpen igen sok olyan esete a „missed labour“-nak és „missed abortion“-nak ismeretes, ahol hónapokig, néha tovább is zavartalanul viselődött tovább a méhben elhalt magzat, míg végre megszületett, vagy eltávolították.

A saját esetünknek, részben pedig az irodalomban ismertetett körképeknek a tanulmányozása fontos tanulságokkal szolgál az előrehaladott extrauterin graviditas kezelése szempontjából, amely tanulságok a most e téren uralkodó felfogástól sok tekintetben eltérnek. Ezek a tanulságok a következők:

1. Mindenekelőtt megállapítható, hogy a meg nem szakadt méhenkívüli terhesség a félidőn túl általában minden *különösebb panasz és zavar nélkül hordható ki és viselődhet tovább még azután is, ha a magzat már régen elhalt.* A II—III. hónapban gyakran hirtelen jelentkező átmeneti rosszullét, görcsös alhasi fájdalmak, amik a pete részleges külső tokrepedéséből és az ezzel kapcsolatos vérzésből származnak, nem okoznak nagyobb zavart, ha ez a toksérülés csupán olyan méretű volt, hogy utána a pete továbbfejlődhetett. A magzat későbbi elhalásának jellegzetes subjectiv tünete a „missed abortion“, illetve a „missed labour“ esetén is jelentkezni szokott szájbúzá, enyhébb fokú levertség, fáradtság érzése.

2. A kihordott, illetve túlhordott méhenkívüli terhesség *elkülönítő kórisméje* az intrauterin terhességtől sokszor nagy nehézséget okoz; pedig nyilvánvaló, hogy az életfontosságú következmények miatt ebben a kérdésben tévednünk igen súlyos jelentőségű. A belső vizsgálatkor a portio consistentiája méhenkívüli terhesség esetében régebben elhalt magzat mellett tömöttebb, nem gravid jellegű, a felpuhulás már régen megszűnt. A váladék minő-

sége (intrauterin terhesség esetében régebben elhalt magzat mellett piszkos-szürke, esetleg bűzös, vörhenyes folyás, méhenkívüli terhesség esetén ennek hiánya), a méh-testnek a hasüri képlettől külön tapinthatósága (mely sokszor csak tökéletlenül, vagy egyáltalában nem érezhető, esetleg myoma-góccal, kettőzött méh csökevényes szarvával összetéveszthető), a hüvelyboltozaton keresztül közvetlenebbül érezhető magzatrészek sokszor csak feltevés, lehetőség, vagy valószínűség megállapítását engedik meg. Röntgenátvilágítás egyedül, a méh üregének contrastanyaggal feltöltése nélkül, nem hoz közelebb a diagnózishoz, viszont ezen uterographiás eljárás esetleges méhenbelüli terhesség esetén a fertőzés veszélye miatt nem közömbös (nem is szólva arról, hogy nem mindenütt áll az orvos rendelkezésére, ha idő volna is a keresztülvitelére). A méh sondázása is tökéletlen eljárás ezen célból, részben, mert méhüri terhesség esetén nem közömbös, másrészt pedig a sonda gombja nemcsak az üres méh fundusában akadhat el alacsonyan, de a magzat testrészeiben is és így hamis következtetésre adhat okot, nem is szólva az átfúrásnak ilyen körülmények közt nem csekély veszélyéről.

Ezért olyan esetekben, ahol a kórismét más módon nem sikerül, vagy nincs módunkban tisztázni, *legszélszerűbbnek és legbiztosabbnak tartjuk a Hegar-tárgítás utáni betapintást*, amelyet a legkevésbé is kétes esetben mindig meg kell csinálnunk, amelyet az itt ismertetett esetünkben is nehézség nélkül alkalmazhatunk. Erre úgylis legtöbbször csak olyan körülmények között van szükség, amikor intrauterin terhesség esetén a méh kiürítése (metreurytis stb. útján), amúgy is szükséges volna.

Az elkülönítő kórisme nem könnyű voltát saját tapasztalatainkon kívül az irodalom idézett leírásai is mutatják. *Emmert* közlésében a beteg orvosai kiviselés után még hónapokig méhenbelüli terhességnek vélték az aszszony graviditását; *Ganjoux* és *Reynaud* esetében myomával szövődött méhenbelüli terhességre gondolnak. *Kuncz* második betegét is hosszabb ismételt észlelés után vajudásba bocsátotta s csak midőn a szülés nem haladt, az újabb gondosabb vizsgálat derítette ki a tévedést. Másik két esetében is csak ismételt vizsgálatok után terelődött a gyanu méhenkívüli terhességre is. A *Lennan* által ismertetett egví intraligamentaris terhességben a terhesség végén művi koraszülést indítottak meg praeklamposia miatt s csak ekkor látták, hogy a méh üres; utána mütét. *S. Meyer* is csak a más okból császármetszésnek indult hasmegnyitás után állapította meg a méhenkívüli terhességet 9 hónapos macerált magzattal. *Flechtenmacher* betegén a placenta praevia gyanu és méhenbelüli túlfordás volt a császármetszés javalata, melynél a diagnostikus tévedés kiderült. *L. Stevart Cogill* patiente is teljesen panaszmentesen, túlfordással jelentkezett a kórházban, ahol mindent megkíséreltek szülése megindítására, míg végre gyanakodni kezdtek a helyes diagnózissra. Hasonló esetről referál *George M. Boyd*, továbbá *Collin Foulkrod*, aki betegén graviditást + tumort vélt megállapíthatni stb. Pedig, hogy a helytelen diagnózis milyen szerencsétlen következményekhez vezethet, arra elrettentő például szolgálhat *Leopold* nemrég közölt esete. A berlini zsidó hitközségi kórházban az elhalt magzatú XII. hónapos graviditást méhenbelüli túlfordott terhességnek nézve, vaginalis császármetszéshez fognak a szülés befejezése céljából s csak hosszas, eredménytelen, véres mütét után térnek át a laparotomiára. Ezután ismerik csak fel, hogy méhenkívüli terhességről van szó. A mütét végére a beteg meghalt. *G. Boyd* is ismertet egy kórtörténetet, amely szerint kiviselt abdominalis terhesség félreismertetvén, az orvos a hátsó hüvelyboltozaton keresztülhatolva a hasürbe, a

magzatot lábrafordította s extrahálta. A beteg természetesen szintén meghalt.

3. Esetünk kedvező mütéti tapasztalata felhívja figyelmünket arra, hogy a kezelés szempontjából igen fontos szem előtt tartani azokat a súlyos mütéti nehézségeket, amelyeket az előrehaladt, vagy kiviselt méhenkívüli terhesség *élő magzat*, illetve *túlélő lepény* mellett főleg a vérzés csillapítása és a mütét elhúzóda miatt okoz, illetve azokat a szinte könnyű mütéti feltételeket, melyeket még kiviselt magzaton is találunk, ha az már régebben elhalt. Másrészt viszont látjuk, hogy a terhesség túlfordása, illetve a magzat elhalása az anyára nézve legtöbbször komolyabb közvetlen veszedelmet, vagy hátrányt nem jelent. Márpedig minél régebben történt a magzat, illetve a lepény elhalása, annál sí mább, könnyebb mütéti megoldás lehetőségére számíthatunk. Ebből önként következik, hogy *előrehaladt, vagy közel kiviselt méhenkívüli terhességet nemrég elhalt magzat mellett fontos alkalmi ok nélkül ne operáljunk* mindaddig, míg megfelelő orvosi felügyelet alatt tartva a beteget, meg nem győződünk arról, hogy a lepény is elhalt. A lepény, illetve a chorion-bolyhok teljes elhalása a magzat halálát csak jóval később, hetek múlva követi. Ebből a szempontból inkább jóval tovább várjunk a kelleténél, mintsem hogy rövidebb idő előtt operáljunk (kivéve természetesen, ha valamely sürgető ok kényszerítene a mütétre). Ennek az időpontnak a bekövetkeztét jól jelzi a negatív Z. A. reactio, melyet ilyen esetekben, ezen célból ajánlatos többször elvégezni. Ezen reactio negatív volta nem a magzat halálát jelzi, mint egyes szakírók helytelenül említik, hanem a chorion-bolyhokét; hiszen pozitív reactiót kapunk chorion epithelioma esetében is. Ezen várakozás még akkor sem szokott veszélyes lenni, ha időközben átmeneti rosszul-lét, láz, hidegrázás stb. lépnek fel; ezek ugyanis néhány nap alatt rendszeren elmúlnak hátrányos következmények nélkül. A mütét technikai szempontjaitól függetlenül is sokkal előnyösebb a szervezet nyugalmi, visszatért egyensúlyi állapotában operálni. *Meg kell tehát várni, míg a Z. A. reactio teljesen negatívvá válik* s akkor nyugodtan foghatunk hozzá a különben a beteg számára annyi veszedelmet rejtő mütéthez. *Palliez* és *Gernez* is azt tapasztalták 12 hónapig viselt méhenkívüli terhességben szenvedő betegük operálásakor, kiben a magzat 6 hónapos korában elhalt s a mütét előtt a Z. A-reactio már negatívvá vált, hogy a mütétkor nemcsak, hogy vérzés nem volt, hanem még lepényt sem találtak a mumifikált magzat mellett. Valószínű, hogy az már felszívódott. *Trilet* és *Michon* esetében 6 héttel az 5 hónapos hasüri magzat elhalása után történt a mütét, szintén vérzés nélkül.

De következtetésünkben a mondottak alapján még tovább kell mennünk. A most uralkodó álláspont szerint *élő, életképes, illetve közel kiviselt magzat mellett*, a magzat érdekében (de az anya érdekében is), a szakorvosok szinte egyhangúlag javálnak tartják a mütétet. E téren felfogásbeli különbség csak abban van, hogy vannak, akik a felidőn túl a *magzat érdekében* igyekeznek kivárni az életképességet, hogy a magzatot is megment-sék; míg legtöbbször a magzat életére tekintet nélkül operálnak, mihelyt a továbbviselt méhenkívüli terhességet felismerték. Tényleg, ha tekintetbe vesszük a méhenkívüli terhességek igen nagy számát, ehhez arányítva kivételes ritkaságként fordul elő az, hogy a kihordott terhesség mellett életképes magzatot sikerült nyerni. *Dehler* 1907-től 1923-ig 61 ilyen esetet tudott a világirodalomból összegyűjteni s ezen gyermekek egy része is többé-kevésbé nyomorék maradt s a világrahozatal után sok elpusztult közülük. Ezzel szemben áll az ilyen körülmények közt végzett mütétek súlyos kockázata, csonkítás, sterilizálás szükségessége, kiszámíthatatlan következményei és meglepetései stb.

Elsősorban a magunk, de mások klinikai és műtéti tapasztalatai alapján is indokoltnak tartjuk ezért ezzel szemben a kezelés szempontjából olyan messzebbmenő következtetéseket levonását, amelyek lényegesen eltérnek az előrehaladott néhenkízüli terhesség kezelésének most uralkodó említett elveitől. Véleményünk szerint ugyanis — ha csak a fent említett rendkívül fontos kivételes körülmények nem indokolják az életképességűvé vált magzat megmentése érdekében az élő magzat melletti műtétet — a terhesség második felében bármikor felismert továbbviselő méhenkízüli terhesség esetében megfelelő állandó szakorvosi felügyelet lehetősége mellett nemcsak, mint fentebb mondtuk, halott magzat esetében, de *élő magzat esetében is célszerűbb várakozni a műtéttel, mindaddig, míg úgy a magzat, mint a lepény, akár jelentékeny túlhordás árán is, elhal. Ki kell tehát várunk a Z. A. reactio negativvá válását.* Ez gyakran bekövetkezik még a terhesség vége előtt; de a kiviselés után, a túlhordással kapcsolatban mindenesetre előbb-utóbb megtörténik (rendesen, mint láttuk, minden komolyabb vagy tartósabb zavar nélkül). *Ezzáltal nemcsak a műtét válik technikailag könnyebbé és így az anya élet- és egészség-kockázata a minimalisra csökkenthető, hanem a conservativ operálás is sokkal jobban lehetővé válik.* Továbbhordott élő magzat mellett végzett műtét esetén ugyanis igen gyakran nem kerülhetjük el a méh amputációját s így még a nagy kivételképen a magzat esetleges megmentésével elért siker ára is túlnagy: a nagy primaer műtéti életkockázaton kívül a rendszeren fiatalabb nő sterilizálása (ha ugyan nem castratioja is). Ezzel szemben, ha kivárjuk akár az életképes magzat és a lepény elhalását is, illetve a túlhordást, a műtét elsődleges veszélye alig nagyobb, mint bármilyen typosus nőgyógyászati hasi műtété s minden reményünk meglehet arra is, hogy a méhet és a másik oldali függeléket (azok épsége esetén) megtarthatjuk, mint az a mi esetünkben is történt. Ily módon a későbbi terhességek lehetőségében a szándékosan feláldozott nagyon is kétes értékű magzatért busás kárpótlást nyerünk. Ezen elvtől csak akkor térjünk el, ha az ellenőrzésünk alatt álló betegen bármilyen okból fel lépő súlyos és más módon nem ellensúlyozható panaszok kényszerítenének a műtetre. Ilyen kényszerítő körülmény azonban, kellő kritika mellett aránylag csak ritkán szokott jelentkezni.

Irodalom: 1. Kovács: O. H. 1928. 22. — 2. Titus és Elsmann: The Americ. Journal of Obst. and Gyn. 1932. Febr. — 3. Emmert: Zbl. f. Gyn. 1932. 16. — 4. Dufoix és Revel: Bull. de la Soc. D'Obst. et de Gyn. de Paris. 1932. Juli. No. 7. — 5. Ganjoux és Reynand: Bull. de la Soc. D'Obst. et de Gyn. de Paris, 1932. Juli. 7. sz. — 6. Ganjoux és Revel: Bull. de la Soc. D'Obst. et de Gyn. de Paris, 1932. Juli. 7. sz. — 7. Leopold: Zbl. f. Gyn. 1932. 32. — 8. Kuncz: O. H. 1932. 45. — 9. Dehler: Mon. Geb. u. Gyn. 1925. LXVIII. 314. — 10. Lennan: The Lancet 1931. 221. — 11. S. Meyer: Rev. Franc. Gynéc. 1930. 12. — 12. Flechtenmacher: ref. Zbl. f. Gyn. 1932. 31. 1918. — 13. L. Stewart Coghill, George Boyd, Collin Foulkrod: Am. Journ. of. Obst. and Gyn. 1932. 7. sz. — 441—443. — 14. R. Palliez és Gernez: Bull. de la Soc. D'Obst. et de Gyn. de Paris, 1932. 9. 670. — 15. Trillat és Michon: Bull. de la Soc. D'Obst. et de Paris, 1932. 9. 707.

II.

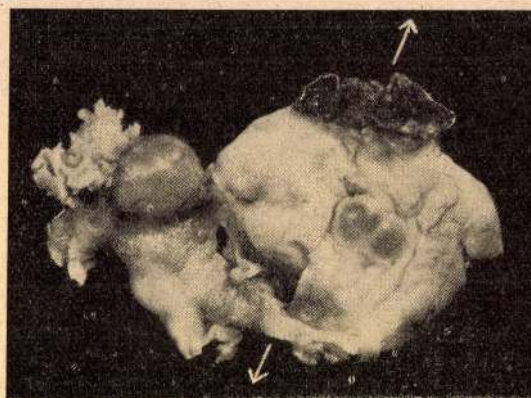
Superficialis petefészek-terhességek.

A petefészek-terhesség létezését az angol nőorvosok (Tait, Webster, Bland Sutton stb.) a németekkel szemben egész 1901-ig tagadták. Tényleg a legtöbb ilyen néven ismertett leírás a gondosabb elemzés alapján nem bizonyult valódi petefészek-terhességnek. Először Spigelberg határozta meg azon feltételeket, melyek ezen körisme megállapítását megengedik. Ezen feltételeknek megfelelő, szövettani metszetekkel is igazolt elsődleges petefészek-terhességet (a nem kellőképen bizonyítottakat

kirekesztve) ma már kb. 80-at lehet az irodalomból összegyűjteni. Bár ez a méhenkízüli terhességek nagy számához viszonyítva aránylag csekélynek mondható, mégis az utóbbi években — részben talán az esetek gondosabb feldolgozása miatt — gyakrabban fordul elő.

A petefészek-terhességek között is különbséget kell azonban tennünk az aránylag sokkal gyakoribb *intrafollicularis* és a sokkal ritkább *extrafollicularis* (superficialis) terhességek között. Utóbbi fajtaból O. Kleine legutóbbi közlése szerint eddig mindössze 17 ismeretes az irodalomban, melyeket mind behatóbban ismertettek. Ez is eléggé indokolja azt, hogy a debreceni női klinikán az utolsó egy év alatt operált 55 méhenkízüli terhesség között előfordult két *superficialis petefészek-terhességről* röviden mi is beszámoljunk. Ez annál is inkább helyénvaló, mert hiszen a Veit—Stoeckel-féle „Handbuch der Gynäkologie“ nemrég megjelent 7. kötetében Kermauner tollából azt a megjegyzést találjuk, hogy mindeztideig még kifogástalanul bebizonyított superficialis petefészek-terhességet nem ismerünk. Az ilyenek gyanánt eddig leírt esetekben eszerint eredetileg intrafollicularisan beágyazódott petéről lett volna szó, amelyet azután utólag a vérzés sodort volna ki az ágyából. Az alábbiakban ismertett eseteinkben, azt hisszük, a petefészek-terhesség superficialis volta eléggé bizonyítható.

1. B. Gy. Huszonkilenc éves három előző rendes szülés. Előző betegségről nem tud, Havibaja mindig rendszeren jelentkezett; *kimaradva vagy késve jelen betegségével kapcsolatban sem volt.* Minden előző tünet nélkül a beszállítás napján hirtelen súlyos hasi katastropha tünetével rosszul lett (alhasi görcsök, hányinger ájulás, hidegrázás stb). Vizsgálati lelet: súlyos anaemia, erős hasi defense, belső vérzés tünetei. Douglas punctió: friss vér. Műtét: hasban 1500 cm. szabad vér. A méh kissé nagyobb; a baloldali függelékek, valamint a jobb petevezető teljesen ép, nyitott, rendes halvány fimbrákkal. A kürt külső vége előtt 1 cm-nyire kétfelé ágazik, 1 cm-nyi szintén ép fimbrás nyílású járulékos tubát képezve. A teljesen szabad mesovariummal összefüggő petefészek kisebb gesztenye nagyságú. Külső polusán (a hylussal szemben levő domborulaton) fillérnyi területen a petefészek állományán gombaszerű kiemelkedés látható s e hely környezete véresen beivódott; a kiemelkedés középső részén pedig irónvastagságú folytonossági hiány van, melyet fibrines véralvadékok borítanak.



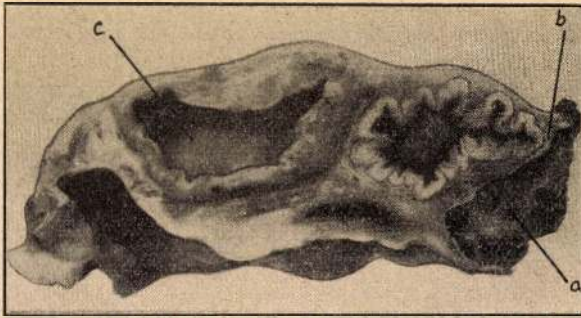
1. ábra. I. eset. Superficialis terhesség, természetes nagyság.

A jobboldali függelékek eltávolítása s megfelelő ellátás után a hasat zárjuk. (A 12. napon a beteg gyógyultan távozik.)

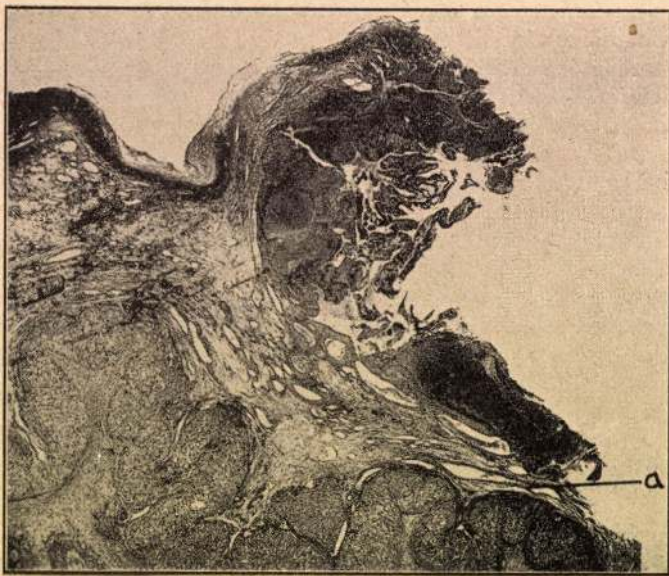
A kivett petefészket felezve látjuk, hogy a leírt folytonosság-hiány széle egy jókora mogyorónyi tömlő egyenetlen véres, fibrines és szövetfoszlányos alsó falát határolja sáncszerűen. Ezen falrészlettel közvetlenül egy friss corpus luteum határos; emellett pedig egy régebbi mogyorónyi corpus luteum tömlő van.

A metszlap síkjában készült szövettani metszeten jól láthatók a chorion-bolyhok, melyek a határos corpus luteumot még borító keskeny petefészek szövetből álló septumon tapadnak. (1. 1., 2. és 3. ábrákat!)

2. K. M. Harminckét éves. Előzőleg hat rendes szülés. Kiállott betegségekről nem tud. Havibaja mindig rendszeresen jelentkezett; jelen betegséggel kapcsolatban sem késett. Utolsó havibaja után két nappal hirtelen hasi görcsök



2. ábra. I. eset metszlapja (az 1. ábrán nyilakkal jelzett metszés-síkban). a) peteágy, b) ovarialis szövet-septum a corpus luteum és peteágy között, c) régebbi corpus luteum cysta (egyszeresen nagyítva).



3. ábrán. A peteágy 2. ábrán feltüntetett metszslapjának szöveti képe. A peteagyat a corpus luteumtól elválasztó septum (a) jól látható, rajta a peteágy chorion-bolyhaival.

belső vérzés tüneteivel nagyon rosszul lett (ájulás stb.), mire a mentők súlyosan kivérzett állapotban beszállítják. A beszállítás után rögtön műtét. Hasban másfél liter szabványos vér. A baloldali petefészek zöld diónyira megnagyobbodott; felét egy jókora gesztenye nagyságú, véres tartalmú, elvékonyodott falú és kékes vörösen áttűnő tömlő alkotja, melynek külső polusán gombostűfejnyi folytonossági hiányt találunk. A vérzés ezen nyíláson át történt. A tömlő felszíne és a petefészek hylusa, valamint a mesovarium teljesen szabadon fekszik, összetapadások vagy szívósabb fibrines lepedék nem torzítják. A petevezető teljesen ép, rendes vastagságú, nem belövelt; fimbriák szabadok.

A baloldali függelékeket eltávolítjuk, a jobboldaliakat benthagyjuk. (A beteg a 10. napon gyógyultán távozik.)

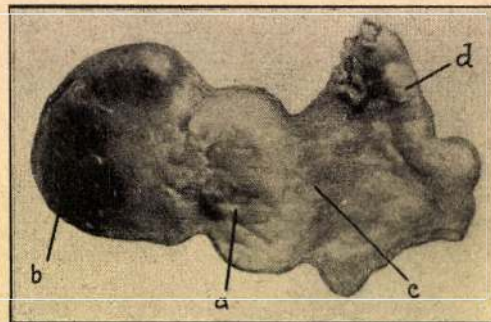
Az eltávolított petefészeket színes keményítés után felmetszve látjuk, hogy a gesztenye nagyságú, véres tartalmú tömlő a bevérzett peteürnek felel meg, melynek központi részében levő mogyorónyi üregben az átmetszéskor felezett kb. 8 mm-nyi embryo már szabad szemmel is felismerhető. A peteürt a petefészek állománya felé egy mogyorónyi friss corpus luteum határolja, melytől azonban még keskeny bevérzett petefészekszövetből álló septum választja el. (l. 4. és 5. ábrákat.)

Superficialis petefészekterhességről csak akkor lehet szó, ha a terhességi corpus luteum a petezsák képzésében nem vesz részt. (Intrafollicularis terhességek esetében a corpus luteum legtöbbször teljesen, de részben mindig hiányzik a petetapadás helyén; azt a növekvő tropho-

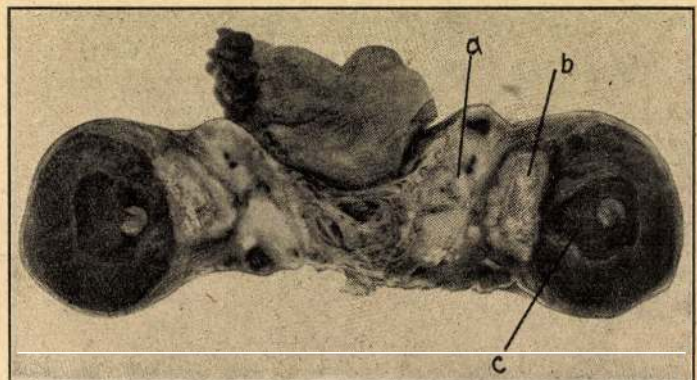
blast elpusztítja, illetve esetleg vékony corpus luteum-szegélyt hagy meg helyenként a peteburkok falában). Ennek a feltételnek készítményeink megfelelnek, mert mindkét esetben nemcsak, hogy szabad szemmel jól látható a petefészekben az ép sárga test, — s így az a petetok képzésében nem vesz részt —, de attól első készítményünkben jól láthatóan még keskeny petefészekszövet-septum is elválasztja (l. 3. ábra.). A petetok képzésében lutein-sejtréteg egyáltalában nem vett részt, mint ahogyan annak intrafollicularis terhesség esetében lenni kellene. A petefészek teljesen szabadon fekszenek, semmiféle kapcsolatuk a környező szervekkel, vagy a teljesen ép tubával nincs.

Nem oszthatjuk a felszínes petefészekterhességre vonatkozólag Pankow álláspontját, aki szerint ezek tulajdonképpen primaer abdominalis terhességek. Eltekintve attól, hogy a hashártyán, a nemi szervektől teljesen független helyen történő elsődleges pete-megtapadás lehetőségében sokan kételkednek: a petefészek felületén történő beagyazódás — melyre az egyenetlen, gödrös felszín kedvező lehetőségeket nyújt — nem hashártyaszöveten, hanem a csírahámon történik s így már csak azért sem tekinthető elsődleges hasüri terhességek.

Klinikailag a superficialis petefészekterhességet az jellemzi, hogy legtöbbször a havibaj késése nélkül következik be a hasi catastropha. A mi észlelésünkkel teljesen egyezően *Kleine* három esetében sem volt a kórelőzményben a havibajnak semmiféle zavara megállapítható. Ennek megfelelően igen korán lép fel az életveszélyes hasüri vérzés (eseteinkben kb. 3—4 hetes terhességről lehet szó; egyik-



4. ábra. II. eset makroszkopos képe. a) petefészek, b) petezsák, c) petefészek hylusa, d) ép tuba.



5. ábra. Ugyanaz, mint az előbbi, a petefészek felezése után. a) petefészek, b) corpus luteum, c) bevérzett peteür az embryoval.

ben az embryo is megmaradt). Miután a pete nem tudja magát teljesen beásni a petefészek szövetébe, külső polusának egy részét csak a pete saját burkai védik, melyek külső védőfal nélkül a növekvő intraovularis nyomásnak csak rövid ideig tudnak ellenállni. Talán részben

ez is az oka annak, hogy olyan kevés kifogástalan közlést találunk erre vonatkozólag az irodalomban. Lehet, hogy sok ilyen korai petefészekvetelés, mint folliculus-vérzés szerepel anélkül, hogy a terhesség kimutatható volna, vagy a vetelés olyan korán következik be, amikor a trophoblast nagyobb ereket még nem nyitott meg s erősebb vérzés így nem is kíséri. Ezzel szemben az intra-follicularis terhesség a tüsző mélyén a tüsző fala, illetve a sárgatest luteinsejt rétege által védve, a petefészkek szövete és hylusa felé jó táplálkozási feltételeket talál és tovább fejlődhet, sőt ki is viselődhet.

Mindkét esetünkben a sárgatesttel térbeli szomszéd-ság révén megállapítható, hogy a megtermékenyült petesejt közvetlenül a tüszőből történő kilépés helyén a megrepedt tüsző kapujában, „suprafollicularisan“ tapadt meg, mint *Bauer-Gröne* és *Gerstel* eseteiben is; nem pedig másodlagos odasodródása után, mint *Kleine* közleményében látjuk (egyik petefészkekben a terhességi sárgatest, a másikon a petetapadás). Ezen körülmény érdekes megfontolásokra nyújt alkalmat a termékenyítés folyamatával és a meddőség kérdésével kapcsolatban. Fel kell tennünk, hogy petefészkekterhesség esetében gyakran csupán az ovulatio alkalmi zavarával illetve élettani változatával állunk szemben, anélkül, hogy bármily kóros körülmény kimutatható volna. Ezt bizonyítják az ismert tetett esetek legtöbbszörében — a mienkkel együtt — a kórelőzményi adatok teljesen negatív volta, valamint az a körülmény, hogy kóros elváltozás sem a klinikai, sem a szövettani vizsgálattal nem állapítható meg. (*Wollner* esetében említett lobos megvastagodását a tunica albuginea-nak, amely a tüsző tökéletlen megrepedését s így a pete kisodródásának elmaradását eredményezné, sem a mi készítményeinkben nem láttuk, sem az idézett közleményekben nem találunk arra hivatkozást). Elképzelhető, hogy a cumulus oophorus érése és a tüsző-folyadék felszaporodása nem mindig halad eléggé párhuzamosan. A tüsző megrepedhet, még mielőtt a petének a granulosa sejt-dombbal összeköttetése kellőleg meglazult volna; így azt a tüszőfolyadék még nem tudja kiszorítani. A pete tehát a befurakodó spermiumok útján a tüszőben termékenyül meg s vagy ott marad tovább is, vagy a közben kiérő cumulus oophorusról időközben mégis leválva, a tüsző nyílásán többé-kevésbé tökéletlenül kicsúszik, mivel a tüszőfolyadék kisodró ereje már az előző megrepedés folytán hiányzik. Így a nyílás kapujában is elakadhat és megtapadva, létrejöhetnek a petefészkekterhesség különböző alakjai.

A petefészkekterhességet a granulosa-hám domb (cumulus oophorus) késett érése, illetve esetleg a tüszőfolyadék túlgyors felszaporodása mellett, mely mechanikus okból hamarabb repeszi meg a tüszőt a kelletténél (hormonalis hatás-eltolódások?), biológiai okok folytán előálló időelőtti tüszőrepedés is előidézheti.

Ilyen biológiai tényezőt képviselhet elsősorban a coitus. Tudjuk, hogy egyes állatokban (pl. nyúl) mindig a coitus váltja ki a tüszőrepedést. Az emberben ettől függetlenül is lezajlik a cyclusus havi ovulatio. De, bár bizonyítani egyelőre aligha lehetne, nem valószínűtlen az a feltevés, hogy *alkalmilag emberben is válthat ki a coitus, illetve orgasmus soron kívüli tüszőrepedést, illetve az éréshez közeledő tüsző időelőtti megrepedését.* Egészen közelfekvő a gondolat, hogy a coitussal kapcsolatos orgasmus ilyen biológiai hatást gyakorolhat; viszont orgasmus nélkül ez a hatás talán elmarad. Ilyen beállításban bizonyos élettani alapot nyerne az a régi népies hit, hogy a coitus kapcsán frigiden viselkedő nők kevésbé fogamzának s hogy az úgynevezett „szerelem-gyermekek“ értékesebbek; valamint az a tapasztalat is, hogy hosszabb házasság mellett a férj iránt már sexualisan frigidébbé vált feleség minden prophylaxis nélkül is sokszor

éveken keresztül meddő marad, de szerelmi ballépéssel, vagy újabb szerelmi házassággal kapcsolatban azonnal teherbe jut. Így az érzelmi bekapcsolódással kapcsolatos orgasmus által kiváltott tüszőrepedés az egyidejűleg a felhaladó spermafonalak útjába friss, termékenyítésre legmegfelelőbb és legfogékonyabb petét juttatna. Ha azonban orgasmus nincs, akkor csak a rendes havi ovulatio cyclus alkalmával kiszabadult s a hasüregben hánnyódó petesejt áll a termékenyítés számára készen. Ez pedig már esetleg előregedett lehet (hiszen az már 3—4 nap alatt el is pusztul) s így termékenyítésre nem, vagy csak kevésbé alkalmas — kivéve, ha véletlenül esne így össze a coitus az ovulatio időpontjával. (Természetesen nem hagyható figyelmen kívül a fogamzás szempontjából a női orgasmusban fellépő, orgasmus nélkül pedig hiányzó görcsös méhperistaltika, mely a spermát aspirálja; továbbá a cervicalis mirigyek alkalikus váladékának hyposecretiója sem, mely a spermát károsító savanyú hüvelyváladékot orgasmus esetében fokozott mértékben lúgosítva, a fogamzásra kedvezőbb feltételeket teremt.)

Amíg tehát ezen elgondolások szerint az orgasmus egyrészt a fogamzásra kedvezőbb viszonyokat teremthet a tüsző egyidejű megrepesztésével, másrészt azonban — szerencsére ritkábban — petefészkekterhesség, illetve méhenkívti terhesség létrejöttét eredményezheti. Ez azért következne be, hogy az orgasmus miatt idő előtt megrepedt tüszőben megtermékenyült petét a kellőleg még ki nem ért cumulus oophorus visszatarthatja s az vagy ott helyben ágyazódik be, vagy már előrehaladottabb barázdálódás állapotában szabadul ki, úgy, hogy útközben már a méhen kívül valahol elakad. Ezen elméleti elgondolás alkalmas volna azon számos méhenkívti terhesség értelmezésére is, amelyekben sem a kórelőzményben, sem a klinikai és kórtani elemzéssel kapcsolatban kóros oki tényező nem mutatható ki és a pete-átvándorlásról sincs szó. Az ilyen esetek száma valószínűleg sokkal nagyobb, mint amennyiről tudunk; mert bizonyosan sok igen korai méhenkívti terhesség semmisül meg anélkül, hogy komolyabb klinikai tüneteket okozna, vagy súlyosabb beavatkozást vonna maga után, mint olyant felismernők.

Irodalom: 1. *O. Hoene:* Halban-Seitz VII. 2. — 2. *H. O. Kleine:* Arch. f. Gyn. 1932. 150 k. 3. f. — 3. *Kötter:* Zbl. f. Gyn. 1932. 43. — 4. *Pankow:* Zbl. f. Gyn. 1932. 49. 2975. — 5. *Veit-Stoekel:* Handbuch der Gyn. 7 köt. — 6. *Wollner:* Orvosképzés 1932. nov. Különfüzet. — 7. *Williams:* Obstetrics 1930.

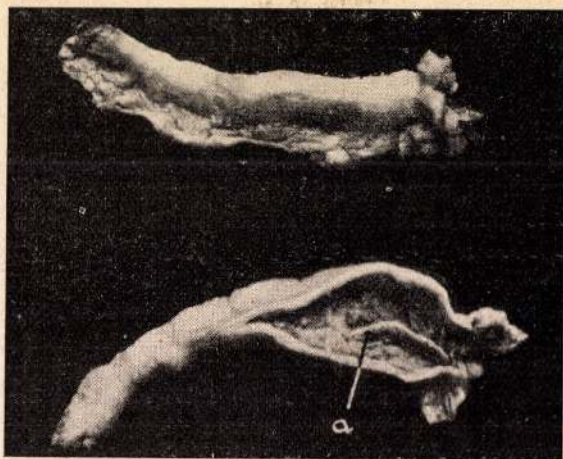
III.

Egész korai, alaki elváltozást nem okozó tuba-terhesség által előidézett nagy diagnostikus nehézségről tanulmányozzuk következő esetünk:

Két heti havibaj-késés után súlyos belső vérzés tüneteivel szállították a klinikára Sch. I.-né Harminckét éves beteget, ki előzőleg kétszer rendszeren szült. A hasüregben 1600 gr., nagyrészt folyékony vért találtunk. Ezt kímérve, kerestük a vérzés forrását, valamelyik oldali méhenkívti terhességben. Nagy és kínos meglepetéssel kellett azonban a leggondosabb vizsgálat dacára is megállapítanunk a beszállító sebészorvos jelenlétében, hogy mindkét oldali függelékek teljesen épek épűgy, mint a méh tubasarki részei is. Az előhúzott petevezetők lefutásukban sem látható, sem tapintható duzzanatot, folytonosság-hiányt, sem pedig színbeli eltérést, belőveltséget nem mutattak. A fimbrák szabadok és halványak, belőlük vérszivárgás nincs. A petefészkeken folytonosság-hiány, fibrin-lepedék, érdesség, meg-nagyobbodás stb., amiből folliculus-vérzésre, petefészkekterhességre, endometriosis externára lehetett volna következtetni, nem található. Még a corpus luteum sem volt szabadszemmel jól felismerhető, — hogy eszerint tájékozhatnunk volna.

Ezen teljesen negatív lelet miatt végig vizsgáltuk az összes hasüri szerveket, gyomrot, beleket, lépét, rekeszöblöket, minden eredmény nélkül. Végül, miután életveszélyes belső vérzés mellett a hasat így be nem zárhat-

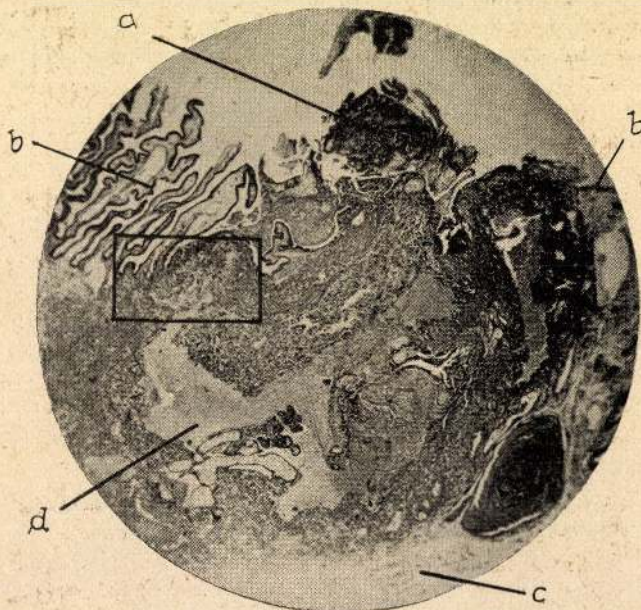
tuk, elméleti meggondolás után valószínűségi alapon úgy gondoltuk, hogy talán mégis igen korai tuba-terhesség abortusa következtében valamelyik petevezetőből származik a vér. Miután épségbeli különbség nem volt megállapítható, mindkét tubát kivettük s a petefészkeket benthagyva, a hasat a bizonytalanság kínos érzésével zártuk. (A beteg a 13. napon gyógyultan távozott.)



6. ábra. A terhes kürt ép és felmetszett állapotban. a) fibrinrög, melynek basisa a pete implantatio helye.

A kivett jobboldali petevezetőben — melyet még praeparatumként kézben tartva is épnek tartottunk s annak lumene sondával átjárható volt — felmetszés után végre megtaláltuk a vérzés forrását. A kürt külső és középső harmadának határánál, a különben mindenütt ép nyálkahártya-felületén egy kötöttú vastagságú 1 cm hosszú, hengeres thrombusszerű képlet ül, mely az alaphoz csupán egy gombostűfejnyi területen tapad. A képlet többi része a kürt ürében szabadon fekszik. A tapadási alap körül a nyálkahártya erősen belövelt, kissé sáncszerűen duzzadt; egyéb elváltozás a kürtben nincs.

A tapadás helyéről készített keresztmetszet görcsövi készítményen egész korai petebeágyazódás képét látjuk (1. 7. és 8. ábrákat). A kép kb. megfelel a *Brice és Teacher, Peters és Kis Ferenc-féle* (Zschr. f. Ges. Anat. 62. k. 3—6. f.) peték korának: 14—20 napnak. A beteg férje szerint sem lehet szó 2 hétnél idősebb terhességről. (A

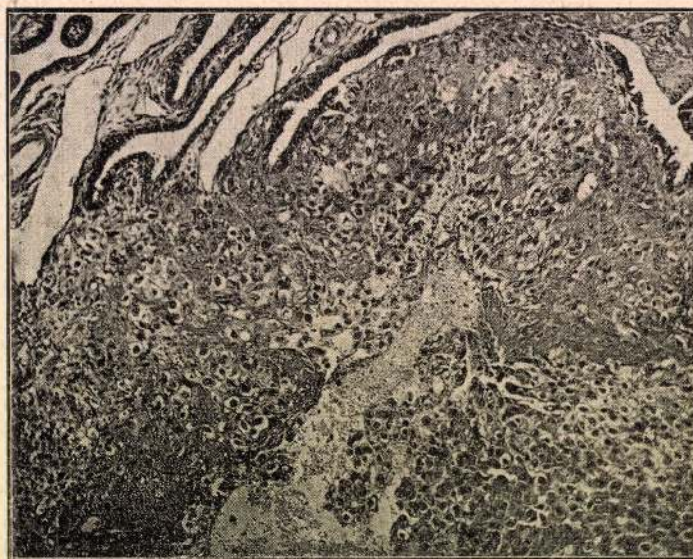


7. ábra. A pete tapadási helyéről készült metszet kis nagyításban. a) fibrin-dugasz a pete besüllyedésének helyén, b) a tuba nyálkahártya szomszédos ép részletei, c) a tuba-fal izomrétege, d) megnyitott vérűrök.

bemondott adatok hitelességét növeli az a körülmény, hogy orthodox ritusú zsidókról van szó s a termékenyítő közösülés lehetősége ilyen ritualis korlátok között adódott a jelen esetben.) A fogamzás ezek szerint közvetlenül az esedékes és már nem is jelentkező havibaj előtt következett be. A kis nagyítású metszeten (8. ábra) jól látható a szomszédos ép nyálkahártya-redők között a nyálkahártyába besüppedt szétroncsolódott pete, mely a kürt lumene felé fibrin-dugasszal van zárva. Lefelé a kürt falát csak az izomrétegig járnak át a plasmoditrophoblast nyulványai, hatalmas vérűröket nyitva meg. (A készítményről különben, mint korai petéről és a kürtfalba beágyazódás szövettanáról még külön fogunk részletebben beszámolni).

Esetünk érdekességét a következőkben foglalhatjuk össze:

1. A legfiatalabb méhenkívüli terhességek közé tartozik, amely az elvérzés veszélyébe döntötte viselőjét. A pete fiatal és jól áttekinthetően feldolgozható volta alkalmas a tubafalba beágyazódás szövettani tanulmányozására.



8. ábra. A 7. ábrán bekeretezett részlet nagy nagyítása. A plasmoditrophoblast és cytrophoblast beszűrődése a tuba nyálkahártyájába; középen a megnyitott vérűr.

2. A korai tubaris abortus a kürtön semmiféle külső változást nem okozott és így műtét közben súlyos diagnostikus tévedés veszélyét rejtette magában. Hasonló esetekben tehát, ha hasüri vérzés esetén annak forrása nem található meg, a kürtöket mindenesetre el kell távolítani.

A Pázmány Péter Tudományegyetem I. belklinikájának közleménye. (igazgató: Herzog Ferenc ny. r. tanár.)

Agyvelői és gerincvelői tüneteket okozó chloroma.

Irta: Haintz Ödön dr.

Már több mint 100 éve irtak le chloromának megfelelő kórképeket anélkül, hogy a betegség lényegét felismerték volna. Eleinte inkább daganatnak tartották; először 1885-ben *Recklinghausen*, majd *Dock* mutatott rá hogy a chloroma és leukaemia között szoros összefüggés van. Egységes vélemény azonban nehezen alakult ki úgy, hogy voltak akik daganatnak, egyesek inkább a leukaemia különleges alakjának, mások viszont a leukae-

miával teljesen azonos kórképnek (*Naegeli, Türck*), sőt többen fertőző betegségnek tartották. Esetünket azért tartjuk érdemesnek közölni, mert egyrészt a kezdeti tünetek meglehetősen szokatlanok voltak, másrészt pedig esetünk úgy a kórlefolyás, mint a sectio alapján is szolgáltat adatot a chloroma lényegének kérdésében.

A chloroma nagyon különböző tünetekkel jelentkezhet és annyira változó a lefolyása, hogy ez megmagyarázza a betegségről alkotott sokféle felfogást. *Lehndorf** 1920-ban írt összefoglaló munkájában 100 addig ismertetett chloroma esetet gyűjtött össze, s ezek közül a legtöbb a koponyacsontokon (*Schädelchlorome*), ritkábban a többi csontokon okozott burjánzásokat. Néha a vérképző rendszernek systemás megbetegedését észlelték csontelváltozás nélkül, részben acut leukaemia, részben pedig egyes szervekben jelentkező leukaemiás rosszindulatú burjánzások alakjában. Tudtommal eddig 12 olyan eset ismeretes, ahol a szöveti elváltozások főleg a csigolyákra szorítkozva, elsősorban gerincevelői tüneteket okoztak.

A 23 éves férfi a klinikára történt felvétele előtt 3 hónappal állítólag megfázott, feje fájt, lázas lett, három napig 40°C körül volt a hőmérséklete és észrevette, hogy nem tud vizelni, majd székét is maga alá bocsátotta. A beteget urológiai osztályra vették fel, ahol a vizsgálat sem a vizeletben, sem a prostatán nem mutatott elváltozást; cystoskopiás vizsgálat is negatív volt. Naponta katheterezés, majd állandó katéter behelyezése vált szükségessé. A mellkasi szerveken, hasban, idegrendszerben kóros eltérés nem volt kimutatható; 38°C-ig terjedő intermittáló lázmenete volt. Vérvizsgálat nem történt.

Betegségének harmadik hónapjában vettük fel a klinikára. Ekkor az előbb említett vizeleti és székelési panaszokon kívül előadta, hogy 3 hét óta látása, hallása romlik, mindkét füléből genyves folyása van, mindene fáj, nagyon gyenge. 10 nap óta a koponyaboltozat bal oldalán dudorodást érez. 3 hónap óta állandóan lázas.

A beteg közepesen fejlett, lesóványodott, bőre és látható nyálkahártyái igen halványak. A lágycsontokban néhány babnyi, a jobb hónaljárokban néhány borsónyi nyiroksomó tapintható. A koponyatetőn a közepvonaltól balra kb. 3 cm. átmérőjű, jobb oldalt két, valamivel kisebb, tapintásra érzékeny kemény elődomborodás tapintható. A bal VII. bordán az elülső hónaljvonalban kisdiónyi, kemény, tapintásra igen érzékeny megvatagodás. Ezenkívül az egész szegycsont, az alsó háti és ágyékcsigolyák ütögetésre igen érzékenyek. Az egész gerincoszlop mozgékonyasága korlátolt, a szegycsont kissé egyenetlen felszínű. Baloldalt úgy a felső, mint az alsó szemhéj kissé oedemás; másutt oedema nincs. Nyelve bevont, garatképleteken elváltozás nincsen.

A jobb tüdő felett a scapula csucsától lefelé intenzív tompulat, mely felett gyengült légzés hallható. Próba-punctióval kissé véres exsudatumot találtunk. Szívtompulat normalis, a szívcsúcs felett halk systolés zörejt hallható. Pulsusszám percenként 112; vérnyomása 135—80 Hg. mm. A has mérsékelten elődomborodó, a baloldal diffuse érzékeny; máj, lép, vesék nem tapinthatók, a máj- és léptompulat is normalis. A hasban kóros resistentia nem tapintható.

Idegrendszer: A beteg baloldalt szagot nem érez. Mindkét szemén pangásos papilla 4.0 dioptriányi előemelkedéssel; az egész szemfenék tele kisebb nagyobb vérezésekkel és fehér retinitises foltokkal. Venák nagymértékben teltek, kanyargósak. A bal szemén kistökű exophthalmus, a bal szem nyugalmi helyzetében le- és befelé

néz. A szemmozgások korlátoltak, felfelé mészéskor a bal szem visszamarad, jobbra tekintéskor a jobb szem marad vissza. Convergálni csak mérsékelten tud. Baloldalt ptosis. A bal pupilla szűkebb, de mindkettő kör alakú és szabályos, fényre és közelnézésre a jobb pupilla jól, a bal renyhébben szűkül. Nystagmus nincs. A bal corneareflex renyhébb, a conjunctiva reflex mindkét oldalon hiányzik. Baloldalt kistökű facialis paresis. Hallása mindkét oldalon csökkent (otitis media chronica lateris utrii.).

A bal felső és alsó végtag *izomereje* kissé csökkent. A baloldali triceps, biceps és patellareflex valamivel élénkebb a jobbnál. Az Achilles-inreflex egyik oldalon sem, a hasreflexek, cermaster és radius periost reflexek pedig baloldalt nem válthatók ki. Kernig-tünet gyengén pozitív; kistökű tarkómerevség. Bőre egész testén hyperaesthesiás, csak a köldöktől balra kb. gyermektenyéryni és perinealisan kb. 10. cm. átmérőjű területen teljes anaesthesia.

Wassermann reactio negatív. Vizeletében geny van, üledékében látóterenként 40—50 fehérvérsejt. Rectalis vizsgálat: a prostata felső polusa elérhető, kóros eltérés nincs. A lázmenet intermittáló a láz 38,8°C-ig emelkedik.

Röntgenvizsgálat: A jobb mellkasfélben a scapula csucsáig terjedő intenzív homogén folyadékárnyék. Az I.—XII. háti csigolyáról ventrodorsalis irányban, az I.—V. ágyéki csigolyáról pedig két irányban készült felvételen kóros eltérés nem látható. A koponyáról négy irányban készült felvételen a sella turcica mézszegény, elmosódott conturú, alapja assymetriás. A sella lumene féloldalt kissé tágabb. A sinus sphenoidalis sella alatti része árnyékolat. A koponyaboltozaton a sutura coronalis előtt a esont pengőnyi területen mézszegényebb. Biztos destructív elváltozás azonban nem állapítható meg. A homlokcsonton és falcsonton több helyen a Pacchioni gödrök mélyebbeknek látszanak. A koponya assymetriásan fejlődött, bal fele szűkebb, alacsonyabb. A sziklacsontokon kóros eltérés nem látható.

Vérkép: Felvételnél a vörösvérsejtszám 1.790.000, haemoglobin 43% *Sahli* szerint, festődési index 1,2, fehérvérsejtszám 14.500. Qualitativ vérkép: myeloblast 33%, myelocyta 20% fiatal: 9% pálcika: 6%, segment 22%, eosinophil 0, basophil 0, hymphocyta 10% monocyta 0. Három nap múlva a vörösvérsejtszám 1.620.000, haemoglobin 41%, festődési index 1,26, fehérvérsejtszám 26.200. Qualitativ vérkép: myeloblast 56%, myelocyta 14%, fiatal 2%, pálcika 5%, segment 8%, eosinophil 0, basophil 0, lymphocyta 10%, monocyta 0. Thrombocytaszám 86.400. Vértési idő 6' 45", alvadás kezdete 4' 30", vége 18". A beteget összesen két hétig észleltük, s ezen idő alatt a fehérvérképben lényeges változás nem volt. Az anaemiája állandóan fokozódott a halála előtt néhány órával már csak 820.000 volt a vörösvérsejtszám. Az exitus előtti napon a thrombocytaszám 35.000-re csökkent.

Az észlelésünk ideje alatt a bal szem exophthalmusa fokozódott, két ízben is keletkezett subconjunctivalis vérzés és a halál előtt két nappal pedig a baloldali felső szemhéj bőre alatt haematoma keletkezett, a bulbaris conjunctiva pedig oedemás lett.

A betegségének az utolsó hetében tudtuk csak a máj megnagyobbodását kimutatni, s ez oly rohamosan növekedett, hogy az exitus napján a májtompulat felső határa a medioclavicularis vonalban az V. bordán, az alsó határa pedig négy ujjal a bordaív alatt volt, de a has puffadt s feszes volta miatt tapintani nem tudtuk. Ugyanekkor a lépét nem találtuk nagyobbak; lényegesen megnagyobbodott nyiroksomói ekkor sem voltak.

*) *Kraus—Brugsch*: *Spez. Path. u. Ther. inn. Krankh.* VIII. kötet.

A leukaemiás vérkép mellett fejlődő tapintható csontdaganatok és idegrendszeri tünetek miatt betegségét chloromának tartottuk.

A boncolási jegyzőkönyv (Karoliny dr.) kivonata a következő: A jobb mellkasfélben 2.600 ccm. véres folyadék; a jobb tüdő általában bőrtapintatú, felszínén könnyen lekapható szálas fibrin lepedék. A szív elülső falán pengőnyi szürkés-zöldes színű laposan elődomborodó képlet. Lép 480 gr. súlyú, tokja feszes szürkésen áttűnő. Szélei lekerekítettek. Metszslapja szürkés-vörös színű, folliculusok kifejezettek, trabeculák nem láthatók. Máj 2300 g súlyú, tokja sima, áttűnő; metszés lapja szürkés-barnás vérszegény. Lebonyoltság alig kivehető. Epeutak szabadon átjárhatók. Mindkét vesében úgy a vesék állományában, mint a vesék tokjában is számos tömött, szürkés-zöldes daganatos góc foglal helyet. A húgyhólyag fala megvastagodott, a trigonum környékén palaszürkén elszíneződött, nyálkahártyája vérbő. A prostata gesztenyén, metszslapon marigyetes.

A koponyatetőn az os parietale mindkét oldalán feltehető nyírnyí, porckemény, laposan elődomborodó, a metszslapon rezedazöldszínű daganatos góc, mely a galeával és a csonthártával szorosan összekapaszkodott. Dura közepes vastagságú, belső felszínén a bal gyrus centralis posterior mögött elhelyezkedő pengőnyi laposan előemelkedő daganatos góc, hasonló küllemű babnyi góc található a jobb occipitalis tájéknak megfelelőleg.

Agy: lágyburok áttűnő, vérszegény, baloldalt a durán említett gócnak megfelelőleg rezedazöldszínű góc látható. Agykamrák tágultak, agyállomány nedvdus, vérszegény, metszslapján igen kevés vérponttal. A sella kivájt, a hypophysis laposan összenyomott. Mindkét oldalt, de főleg baloldalt az orbita kötőszövetében porckemény, rezedazöldszínű daganatos masszák láthatók. A bal bulbus előnyomott. Sinus sphenoidális és maxillaris szabad. Mindkét dobüregben barna, nyúlós, zavaros folyadék.

A sternum felszínén úgy a bőr, mint a mediastinum felé, egyrészt a manubriumon, másrészt a corpuson laposan elődomborodó, dudoros, diónyi, rezedazöldszínű daganatos góccok. Gerincoszlop teljes kiterjedésében, de főként a thoracalis rész és a lumbalis csigolyák felső részén erősen megvastagodott. A periosteumnak megfelelően szinte köpenyszerűen körülvéve a csontállományt bőséges rezedazöld, porckemény daganatos tömegek veszik körül, melyek beletörnek a gerinccsatornába, a durát hátulról felszínén félkörben megvastagodott. Az említett daganatos tömeg betérjed a csigolyák közötti üregekbe és lágyrészekbe és azokat kiterjedten infiltrálja. A bal VII. bordánál az említett daganat körülírt góc alakjában ráterjedt a pleurára is. Ezenkívül a bal VII. borda sternalis vége mintegy felfúvódott, a periosteum rezedazöld tumoros masszává alakult át. Az os sacrum elülső felszínén kialsalmányi daganatos góc, mely a végbelet előre nyomja. Csontvelő a femur dia- és epiphisisében szürkés-zöldes-barna árnyalatú.

Szöveti vizsgálat eredménye: A mellestti daganat-részletűs reticulum között myeloid elemeket tartalmaz. A csontvelő myeloid metaplasziát mutat. A máj, vese lép, myeloid elemekkel infiltrált.

Az általunk észlelt betegnek tehát egészen hirtelenül kezdődött a betegsége vizeleti és székelési zavarral, s ezen tünetek megjelenése után két hónappal kezdődtek csak a többi tünetek, amelyek agytumorra terelték a beteget észlelő orvos figyelmét. Klinikánkra történt felvételekor — a betegségnek kezdete után három hónappal — már nagyon sok elváltozást találtunk az idegrendszerében s csak a tüzetes vizsgálat és elsősorban a vérkép volt az, ami diagnosisunkat a helyes irányba terelte. Ezen feltevésünket azután a sectio igazolta, ahol szokatlanul nagy kiterjedésű chloromás burjánzást találtunk mindenütt, de főképen a gerincvelő mentén a durán burjánzó és a gerincvelő hátsó felét egészen beágyazó chloromás szövetet, mely a betegség tüneteit kellőképen magyarázza.

Ugy a vérképben, mint a szövettani leletben is myeloid sejteket találtunk; tehát betegünknek is tulajdonképen myeloid leukaemiája volt, mint azt már az újabb leírt chloroma esetek legnagyobb részében találták. A régebben leírt lymphoid leukaemiákat valószínűleg csak az atypusos myeloblastok félreismerése folytán tévesen észlelt vérképpel magyarázhatjuk.

Ezen esetünk amellett szólna, hogy a chloroma nem önálló külön kórkép és amint márt azt a legtöbben állítják tulajdonképen olyan leukaemia, ahol a fehérvérsejtképző rendszer generalisált hyperplasiája előszeretettel okoz parostealis burjánzásokat, ideértve a durából kiinduló tumorszövetet is és ezáltal hozza létre az idegrendszeri tüneteket. Hogy mi ezen különleges localisationnak és a jellemző zöld színnek az oka, azt nem tudjuk, de ezen nem a lényegbe vágó különbségek miatt nem tartjuk indokoltnak, hogy a leukaemiától, mint önálló kórképet elkülönítsük.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem II. szemklinikájának közleménye (igazgató: Blaskovics László ny. r. tanár).

Primaer infiltratio cholesterinaemica corneae annularis esete.*

Irta: Tóth Zoltán dr. tanársegéd.

A cholesterin állandó vérsavószintje egy egyensúly kifejezője, mely a bevitel és kivitelől, illetve az azt végző szervek állapotától függ. Fontos szerepe van a sejtbiológiában (a sejt maghártya, protoplasma, chromosoma alkotórésze) a szervezet védekezésében (immunitás) és az anyagcsere folyamatokban. Megköti a reticuloendothelialis apparatus, kiválasztja 95%-ban a máj.

Megszaporodása, vagy a vérsavóból fokozott beáramlás eredménye vagy a csökkent kivitel következménye. *Exogen* vagy *endogen* eredetű lehet, ha mint anyagcsere-termék és sejtésztesési termék kerül a szövetekből a vérsavóba vagy fordítva. *Primaer*, *constitutionalis* a cholesterinaemia, ha a bevitelt és kivitelt intéző apparatus megbetegedése folytán jön létre; *secundaer*, ha más megbetegedések következménye: (diabetes, ikterus, daganatok stb.).

Ma már egész sora ismeretes a primaer constitutio-nalis cholesterinaemiával járó megbetegedéseknek: a morbus *Niemann-Pick*: csecsemőkre és kisgyermekekre gyors és okvetlenül halálos kimenetelű; a chronikus lefo-lyású és inkább felnőtteken előforduló morbus *Gaucher*, ugyancsak máj és lép megnagyobbadással, a bőrnek és a szemrésbe eső bulbaris conjunctivának barnás elszíneződésével, anaemiával, kahexiával; a *Schüller-Christian* kór-kép: a „ch“ kedvenc felhalmozódási helye a dura (Lücken-Schädl röntgen felvételeken) *agynyomás tünetek*, *papil-litis*, lerakódhat az orbitában *exophthalmus*; jellemző 3. tünete még a *diabetes insipidus*. Érdekes, hogy *Lindau* legújában egy morbus *Gaucher* infantilis esetében a köz-ponti idegrendszerben az amauroticus idiotia sejtváltozá-sához meglepően hasonló leletre talált s így alighanem a *Tay-Sachs* megbetegedése is ebbe a csoportba kerül.

Primaer még a xanthomatosis cutis, xanthomatosis es-sentialis, ide tartozik a xanthelasma palp. is, mert ezek-ben más szervekben is megtalálták a cholesterint. Ide szá-mítható a részlegesen csak egyes szervekre szorítóko-zó lipoidképződés: Pl. az orbita (retrobulbaris) xanthomája, *Lindau-Hippel* angioreticulo xanthomája. (a retinából ki-induló folyamat.)

Szemészeti szempontból is két csoportot különböz-te-tünk meg: *primaer*, ha ép szemén lépnek fel változások, mondhatjuk általános hypercholesterinaemiás anyagcsere-zavar következtében (cholesterines infiltratio); *secundaer* ha más szemmegbetegedés: herpes, ulcus, abscessus, kera-titis parenchymatosa neuroparalytica, vagy a szemet ért súlyos sérülés után lép fel (lipoid dystrophia. Szily xantho-

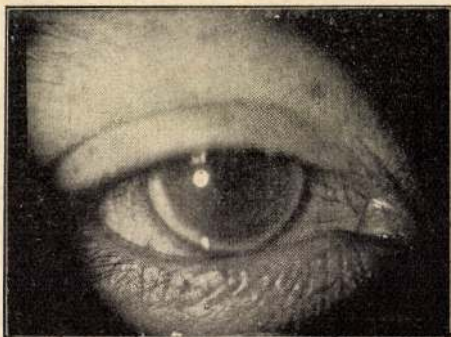
* Bemutatva a M. Sz. O. T. 1932. február 13.-i ülésén.

matisis bulbi). A primaer legtöbbször gyűrű alakban a cornea szélén, a secundaer korongalakú s a cornea közepén jelentkezik, illetve a régi baj helyén. (a Szily féle xanthomatosis bulbiban a bulbus egész elülső felében.)

Az észlelt primaer „ch“ infiltratio esetünk kórtörténete röviden:

Sz. E. 19. é, 1931. nov-ben jelentkezett klinikánkon. Atyja egészséges, anyja 47 éves korában tuberculosos meningitisben halt meg, 5 testvére egészséges. Menstruációját 18 éves korában kapta, azóta is rendszertelenül, 3—4 hónaponta jelentkezik 8 éves kora óta vörösek szemei, 15 éves kora óta veszi észre a szürkés karikát a cornea alján. Azelőtt szembaja nem volt, a mostani, néha hirtelen jobban kivörösödik. Gyakran fáj a feje. Több helyütt évekig kezelték. Néha izületei fájnak.

Status paraesens: alacsony, kissé kövéres sápadtarú leány; mindkét szeme vörös, szeme fénykerülő, be nem ragad; a bulbaris conjunctiva peripheriáján nagyobb érágak, melyek a limbus körül kb. 5 mm. széles, sűrű lilás-vörös hálózattá szedődnek. A corneáján a limbustól 1 mm.-re, azzal paralell futó $\frac{1}{2}$ mm. széles, szürkés-fehér, gyűrűalakú, gerontoxonszerű homály hullámos lefutású, a limbusról igen finom capillarissok húzódnak hozzá. A jobb szemem ezen kívül 6 és 10 óra mutatóállás között $1\frac{1}{2}$ mm.-nyi, a limbus felől sárgás-fehér és a cornea közepe felé gyöngyházfényű szélesebb homály (1. ábra, stereoskopos felvétel.)



1. ábra.

Réses lámpával megvizsgálva igen érdekes és sajátos a kép: 2—3 mm.-re a limbustól a bulbaris conjunctiva már selymesfényű, apró fehérés, a limbusban összefolyó s sűrűbben előforduló zsircsepppekhez hasonló szemcsék a subconjunctivalis szövetben az elágazódásoknál háromszögű tágulatot mutató érhalózati erei között; a limbus közelében hajszálvékony, falakat alig mutató capillarissok; a nyirokutak indirect megvilágításban gyöngyházszerűen fénylő csikokként mutatkoznak; ez a limbuskönyék szinte lipid anyagoktól van elárasztva. A jobbszemem 6 és 10 óra mutató állás között kb. $1\frac{1}{2}$ mm. szélességben a cornea mélyebb rétegében több síkban elhelyezkedő, jégvirágszerű kettősfénytörésű kristályos szerkezet észlelhető, mely a cornea közepe felé lassan eltűnik. Epithel ép, cornea egyébként ép. Csarnok is normalis viszonyokat mutat, töröközgek tiszták, fundus ép.

2.0 D.-nyi astigmatismus hypermetropicus

Látása o. d. 40/o.

+ 0.75 D. cyl. 90° = 60/o

o. s. 40/o.

Könnyszervek épek, tensio normalis, látótér rendes, szemizmok működésében zavar nincs. Wa: negativ, tuberkulin próba szintén; diabetes ikerus nincs, súlya 57.6 kg.

Belklinikára küldjük vizsgálatra, különös tekintettel a cholesterinre. Lelet: tüdő, szív ép máj, lép nem tapintható, az idegrendszer részéről kóros eltérés nincs, látható nyálkahártyák halványak, kezek nyirkosak, hűvösek. Koponyafelvétel csonthézagok nincsenek, hypophysis, sella, rendben. Vércholesterin (Autenrieth) 312% a normalis 120-al szemben tehát a cholesterin anyagcsere kifejezett zavara: *hypercholesterinaemia*.

Kétségtelen, hogy esetünk primaer belgyógyászati szempontból is.

A megbetegedés lényege: a vérből kiválasztó apparatus elégtelen működése következtében emelkedett vércho-

lesterin tükör, mely a lassúbb keringés helyén kiválik. Erre alkalmas hely a cornea széli része, mivel a terjedelmes széli hálózattól szűk szövetrészekbe kell préselődni a tápláló nedvnek.

A cornea infiltrációjának létrejöttét a következőképpen magyarázhatjuk: a felszaporodott vércholesterin, mint az osmotikus és diffúziós áramlásra kevésbé alkalmas formatio lefiltrálódik, visszamarad a limbusban, kiválik. Persze először, — mint az állatkísérletek is bebizonyították, de meg esetünkben is észlelhetjük mi is — csak egyes fénytörésű zsír rakódik le a cornea szélén, mert a cholesterint és kötéseit csak kis mértékben tartalmazza; (a lerakódást észlelhetjük a limbusban, sőt már a közvetlen közeli bulbaris conjunctivában is) később egyre több lipid válik ki, %-aránya nő és kettősfénytörésű kristályok alakjában látható lesz. (Aschoff.)

Érdekes állatkísérleti tény, hogy tiszta olaj cholesterin nélkül cornea elzsírosodást nem okoz; cholesterin a zsíryanagcsereiben fontos szerepet tölt be: részint, mert könnyebben szívódik fel, részint pedig utat nyit a zsírnak a cholesterinophyl szövetekhez (Versé). Ilyen szövet a cornea is.

A pericornealis izgalmi tünet a szervezet reakciója a hely-idegen lipidokra, amit Vannas pl. szépen igazolva lát azon megfigyelésben, hogy a vizsgálat céljából kivágott cornea részletnek megfelelően megszűnt az érződés (az excisióval eltűnt onnan az idegen anyag.) Ezen reakció érződéssel persze bizonyos mértékig még inkább növekedik a lipidok odaszállításának, tehát fokozottabb kiválásnak lehetősége. Mi nem végeztünk kimetszést. Több esetben történtek már histologiai és chemiai vizsgálatok: ép epithel mellett a basalis sejtek, a parenchyma lemezei, mások szerint csak a közti ürok és a fixsejtek tartalmaznak lipidokat; a Bowmann hártya felrostozódik, sőt szétmálik.

Biztosan primaer eset csak kevés van az irodalomban (Kamocki 1892, Tertsch, Meyer, Bachstsz, Kusama, Vannas,) a legtöbb esetben előrement trachoma, vagy más szembetegség (ektropium, madarosis stb.) miatt kétes az eset primaer volta. Kár, hogy Vannas szép esetében a beteg rossz állapota miatt anyagcserevizsgálat nem történt.

Miután az ok tisztázódott, első perctől kezdve a gyógykezelésre fektettük a fősúlyt. Segítségünkre volt a III. belklinikán Gaál tanársegéd, aki részletesen foglalkozott a cholesterin anyagcserevel egy xanthomatosis essentialis esetével kapcsolatban. Betegünk cholesterinmentes: tej, tejtermék, tojás, hús és mirigyesszerveknélküli szénhidrát-dús diétát kapott. A vércholesterin normalis értékre esett vissza 2—3 hét alatt, a pericornealis injectio lassan és helyenként kezdett halványodni, atophanyl bevezetésre azután egyre jobban halványodott. Mai állapota természetesen lényegesen javultnak mondható a felvételkorival szemben: egész csekély injectio a limbusban, a keskeny gyűrűalakú homály jóformán felényi, hasonlóképpen csökkent a szélesebb infiltratio is, a cornea parenchymájában sokkal vékonyabb lett a kristályos rétegződés. Az irodalomban utánanéve diétás és gyógyszeres therapiát szem elváltozások alapján ezen változások gyógykezelése céljából tudomásom szerint szemészi körökből eddig még nem jeleztek. M.Lauterstein közlése (Z. f. A. B. 78. 932. 55.), e közlményem sajtó alá rendezéskor látott napvilágot. Cholesterin és zsírszegény diéta mellett insulint adott betegének sikerrel. A mi próbálkozásunk is eredménnyel kecsegtet. Ha nem is várjuk az erősebb cornea infiltratio eltűnését, mert esetleg hónapok szükségesek, míg a normalis vércholesterin után lassacskán elhordja a szervezet a corneának idegen anyagát, kosmetikailag a pericornealis injectio eltűnésével már

sokat javult a helyzet és reményt nyerhet a beteg a további sikeres gyógykezeléshez; (saját kérelmére idő előtt távozott a klinikáról.) *Gaál* esetében is pár hét után jelentkezett ugyan javulás, de a xanthomák csak hónapokon át folytatott diéta, karlsbaldi kúra és atophanyl adása után tűntek el. Bennünket szemészeket a cholesterin anyagcserezavar közelebről érdekel, mert mint fentebb hallottuk, az újabban kiderített megbetegedések szemtünetekkel is járnak, ezekkel tehát számolnunk kell.

Nagyon valószínűnek tartom, hogy esetünk csak egyik korai stadiuma valamely később esetleg súlyosabb cholesterin anyagcserezavar megbetegedésen alapuló kórképnek. A progressio jele a jobb szem szélesebb infiltrációja; erre mutat továbbá az is, hogy pár éve rheumatikus ízületi fájdalmi jelentkeznek, (azzal is kezelték eddig), mely fájdalmi ép úgy, mint xanthomatosis essentialiskor a kóros anyagcsere termék lerakódásával volnának összefüggésbe hozhatók (betegünkön csomo sehól sem tapintható a bőrben), a kezelés óta fájdalmi megszűntek. A mások által is feljegyzett fejfájások pedig esetleg a durában lerakódó, de még ki nem mutatható cholesterin izgató hatásával könnyen volna magyarázható. Röntgenfelvételt is készítettünk éppen ezért a koponyáról, de kóros változást nem észlelhetünk rajta; nem zárja ki természetesen előbbi jogos feltevésünket, mert finomabb lerakódások egész bizonyosan így sem deríthetők ki. Fejfájása szintén megszűnt a kezelés óta.

Végül eggyel többször lehetünk szemészek abban a helyzetben, hogy szemelváltozásokból idejekorán súlyos kórképhez vezető általános (anyagcsere) megbetegedést megállapíthatunk s megfelelő gyógykezelés végett belgyógyásznak átadva, nagyobb bajnak vehessük elejét. A szem baján is a legmegfelelőbb kezeléssel igyekszünk ezáltal segíteni.

A szem nemcsak a lélek, de a test tükre is!

Irodalom: *Bachstez:* v. Graef. Arch. f. O. 105. 997. — *Elschling:* Kl. Mbl. f. Augh. 71. 720 — *Gaál András M.:* Z. f. klin. Med. 113. 3. és 4. füzet. — *Gisberg:* Arch. f. O. 82. I — *Julius P.:* Z. f. Augh. 86. 204. — *Kusama:* k. M. f. Augh. 66. III. — *Meyer:* K. Mbl. f. Augh. 81. 786. — *Rohsschneider* Arch. f. O., G. II. 4. H. 4. S. 25. — *Rothschneider:* K. Mbl. f. Augh. 74. 89 — *Takayasu:* Arch. f. O. 82. 475. — *Vannas:* K. Mbl. f. Augh. 74. 110. *Versé* und *Rohschneider* Klin. Wschr. 1924. 34. sz. —

A Charité Poliklinika gyomor-, bél-, és anyagcsereosztályának közleménye (főorvos: Preisach I.)

Coffeinmérgezés esete, különös tekintettel a coffeinnak a cukoranyagcserét befolyásoló hatására.

Irta: *Szemző György dr.*, az anyagcsere rendelés vezetője.

62 éves férfibetegről óhajtok beszámolni, aki gyógyszeres tévedés folytán 20 g coffeinum natriosalicylicumot vett be egyszerre. Ennek egy részét állítólag rögtön kihányta. Azt, ami a betegnek 1/2 órával a mérgezés megtörténte után kezelésbe vétele alkalmával még a gyomorban lehetett, gyomormosással távolítottuk el. A gyomormosás megtörténteig azonban a coffeinnak tekintélyes mennyisége már elhagyhatta a gyomrot és a vékonybélben keresztül már felszívódhatott, mert olyan toxikus tünetek mutatkoztak, melyeket pusztán irritatív gastritis nem magyarázhatott meg. Ezek a tünetek részben eltértek a közvetlen coffeinhatás közismert tüneteitől, részben pedig a coffeinnak úgy az idegrendszerre, mint az anyagcsere hatását sokszoros nagyításban tárták elének.

A coffeinhatás általánosan ismert tüneteit a coffeinnak a központi idegrendszerre, a szívizomzatra és a harántcsíkolt izomzatra erősen izgató hatása okozza. Ez izgalomnak megfelelően a beteg subjectiv érzéseiként szív-dobogástól kísért fokozott élénkség jelentkezik, mivel kapcsolatban objective constatalhatóan a pulsus szaporaságát észlelhetjük.

Esetünkben minderről szó sem volt. Hideg verejtékezéstől kísért óriási gyengeség és elesettség tűnt szembe, emellett a pulus számának feltűnő ritkaságát állapíthattuk meg; percenként 64, sőt átmenetileg 48 érlökést számoltunk. Ezen 48-as mélypont után megint 64, 2 órával a mérgezés után 70, a délutáni órákban 76 volt a pulsus szám. Csak másnap reggel észleltünk tachykardiát, percenként 90-es pulzust. A bradycardia tetőfokán arythmiát is észleltünk.

Tudjuk továbbá a coffeinről, hogy sajátos érhátása van. Szűkíti a bélrendszerhez tartozó splanchnicus érterületét, tágítja a vese-, szív- és agyereket. A splanchnicus érterületének szűkítése a vérnyomás emelkedését vonhatja maga után. Esetünkben azonban a vérnyomás a súlyos tünetek fennállása idején alacsony volt, 105 Hgmm-nek felelt meg s csak az esti órákban emelkedett 110-re, hogy azután a következő nap reggelén megint 105-re menjen vissza. Mérsékelt hypertoniát csak az acut tünetek lezajlása után tudtunk észlelni, ennek magyarázatára azonban más mechanizmust kell felvennünk, mint a coffein érhátását; erre később még vissza fogunk térni.

Ha a tünetek ezen sajátosságát meg akarjuk magyarázni, a kísérleti gyógyszer tanulságait kell segítségül hívunk, — melyek szerint toxikus coffeinadagok a szív verővolumenét csökkentik — és pitvarlibegést okoznak. Lehet, hogy esetünkben az alacsony vérnyomáért a verővolumennek ez a csökkenése volt felelőssé tehető, a bradycardiáért pedig a pitvarlibegés. Sajnos, elektrokardiographikus vizsgálat nem történt, úgyhogy utóbbi illetőleg csak suppositióra vagyunk utalva.

A coffeinhatás fennállásának tetőfokán az előre várható tünetektől eltérő viselkedést észleltünk a pupillák vizsgálatakor is. Tudjuk, hogy erős morphinhatás alatt a pupillák szűkek. Ezért a morphinéval ellentétes hatású coffeintől inkább tág, vagy legalább is befolyásolatlan pupillákat várnánk. Esetünkben azonban szűk, fényre nem reagáló pupillák ötlöttek szembé; igaz ugyan, hogy a beteg antidotumként 0.01 morphint is kapott, ám az alkalmazott morphindosisnak a bekebelezett coffein óriási mennyiségéhez viszonyított csekély volta kizárja, hogy pupillaris tüneteket morphinra vezessük vissza; a morphinokozta pupillaris tünetek létrejöttének különben az is akadályos lehetett volna, hogy a beteg (a nagy verejtékezés csökkentésére) 0.0005 atropint is kapott subcutan; sokkal valószínűbb tehát, hogy a pupillaszűkítés létrejöttében is a coffeinnak volt szerepe, — s ez nemcsak a coffein—morphin-antagonizmus szempontjából érdekes, hanem azért is, mert az *egyéb*, részletesebben megtárgyalandó tünetek arra látszanak utalni, hogy a coffeinnak a központi idegrendszerre gyakorolt hatása a sympathicusnak bizonyos sejtszövetekkel került vonatkozásba s azokban fokozott izgalmi jelenségeket okozott. Ez a sympathicus-izgalom azonban csak részleges volt és a pupilla beidegzésében nem érvényesült, sőt ellenkezőleg, ott inkább a parasymphaticus izgalma fejlődött túlsúlyra.

Ezzel elérkeztünk a tünetek második, a coffeinhatásokat nagyított formájukban mutató csoportjához, melyeknek előterében épp a központi idegrendszer izgalma áll. Annak legismertebb jele a fokozott éberség. Ez betegünkön oly méreteket öltött, hogy a mérgezés napját követő éjjel egyáltalában nem aludt. Mielőtt már most az ez

izgalom közvetítésével létrejövő *sympathicus-izgalmi* jelenségeket tárgyalnók, két élettani kísérlettel megállapított tényt kell előre bocsátani. Az egyik az, hogy a nagy agyban vegetatív centrumok vannak, melyek felől piqure révén glykosuria váltható ki. Ezek közül az egyik a subthalamikus tájon van (*Aschner*), a másik a régi *Claude Bernard*-féle felfogás szerint a IV. agygyomrocsony fenekeén a vagus magnak megfelelőleg foglal helyet. (Ujabb vizsgálatok szerint azonban úgy látszik, a IV. agygyomrocsonybeli piqurehatás fészket a vestibularis-magban kell sejteni (*Hüller*). Ami bennünket érdekel, az, hogy úgy a subthalamicus, mint a nyultvelői piqurehatás nem jön létre, ha a splanchnicusokat átvágjuk (*Claude-Bernard*, *Aschner*), amiből következik, hogy a glykosuria létrejött a *sympathicus* közbenjöttével kapcsolatos.

A másik kísérletileg megállapított tény az, hogy a coffein hyperglykaemiával járó, mindenek szerint a máj glykogenjének mobilisatióján alapuló glykosuriát okoz (*P. F. Richter*, *Stenström*). Minthogy a coffein-glykosuria *Pollak* szerint splanchnicotomia után nem váltható ki, közelfekvő a gondolat, hogy itt egy, az előbb említett mechanizmus szerint *chemiai piqurehatással* van dolgunk. (Vitatható azonban az a lehetőség is, hogy a coffein, mint erős *izominger*, az izomzat glykogenjét fogyasztja s az izomglykogenraktárak kiürítésének a májhoz futó jelzései reactiv hyperglykaemiát okoznak.)

A kísérletileg megállapított hatások ismerete gyakorlatilag csak annyiban érvényesül, amennyiben arra utal, hogy cukorbetegesen lehetőleg kerüljük a xanthin-csoport húgyhajtóit. Olyan súlyos mérgezés esetében azonban, mint a miénk, ennél továbbmenőleg azt is meg kellett nézni, nem jön-e létre részletesebb, hosszabb tartamú, a szervezet cukorreservoirjait komolyabban érintő glykosuria.

Ezért esetünkben fokozott gonddal figyeltük a cukoranyagcserét. Két, illetve három órával a mérgezés elszívése után csakugyan találtunk is glykosuriát, sőt a cukor mellett acetont és acetecetsavat is. Ebben az időpontban éhezéssel acetonuriáról még szó sem lehetett, úgyhogy ez az észlelet megerősíti azt a felfogást, hogy a glykosuria lényege a máj glykogen tartalmának megkevesbbedése. A glykogenmobilisatio mellett szól az is, hogy a 3 és 9 órával a mérgezés elszívése után megtörtént vércukorvizsgálat tekintélyes hyperglykaemia fennállását derítette ki: déli 1 órakor 0.254, este 1/27-kor 0.200 volt a vércukor értéke.

A glykosuria a mérgezés napján végesvégig kimutatható volt, úgyhogy másnap reggelig összesen kb. 37 g cukor ürült. Ekkorára azonban, 24 órával a mérgezés után, a vércukor már normalis szintre (0.120) szállt alá (sőt 48 óra múlva 0.095-re), a vizelet pedig csak kisfokban redukált; egyidejűleg megszűnt az acidosis is. A második nap további lefolyása során a cukor egészen eltűnt a vizelethől.

Végeredményben — és a posteriori — szemlélve tehát a szénhydratanyagcsere zavarát, az látszólag nem tekinthető súlyosnak és nagy jelentőségűnek. De akkor, amikor betegünk megfigyelésének az elején álltunk és azt láttuk, hogy rövid néhány óra leforgása alatt a glykosuria mellett acidosis is fejlődik ki, joggal formálódhatott ki bennünk a vélemény, hogy a máj deglykogenisatiója nagy méreteket öltött s a további lefolyás során még nagyobb méreteket ölthet. Szükségesnek látszott tehát, hogy súlyosabb májlaesio létrejöttek megakadályozására therapeutice közbelépjünk. Ez involválta azt a gondolatot, hogy insulint alkalmazzunk. Ezt megtettük két ízben, egyszer a déli, másodszer az esti órákban; mindkét alkalommal 16 egységet fecskendeztünk be, ter-

mészetesen szőlőcukornak per rectum és intravenás bevétele mellett. (Peroralis adagolással is próbálkoztunk, de a folytonos hányinger miatt komoly peroralis therapia nem volt kivihető.)

Említettem, hogy a glykosuriát a központi idegrendszer vegetatív központjainak, köztük az *Aschner*-féle subthalamicus központnak az izgalomával magyarázzuk. A subthalamicus régióban azonban egyéb vegetatív centrumok is vannak — elsősorban a vízháztartásai — s e regio ilyen intenzív glykosuriát okozó izgalomának szükségképpen a vízháztartásra is kihatással kellett lennie; ha még tekintetbe vesszük a coffein veseértágító és vese-„secretio“-fokozó (*Boek*) hatását is, valamint azt a lehetőséget, hogy a coffein a serum albumin vízmegkötőképességét csökkenti (*Szelőczy*), végeredményben enormis diuresisnek kell létrejönnie. Létre is jött, mégpedig olyan vehementiával, hogy a mérgezés megtörténte utáni második órától kezdve négy órán keresztül a hólyag óránként, később pedig négy órán belül két ízben megtelődött annyira, hogy felső határát a köldök magasságában lehetett érezni; minthogy a beteg vizelni nem tudott, ismételtelen meg kellett csapolni. (Ebben a jelenségben részben a hólyag hirtelen distenziójának következményeként létrejött izomgyengeség szerepelt, részben az, hogy az előzőleg adott atropininjectio ezt az atoniát fokozta.) Az első spontan vizelés a mérgezés napját követő reggelre esett. Ekkorra már a nagy (3700 ccm-es) diuresis megszűnt — ám a kiürített vizelet mennyisége még a második 24 órában is 9 decivel haladta meg a folyadékfelvétel mennyiségét.

A nagy diuresis természetesen nagy munkát jelentett a vesére, aminek következménye nem is maradt el; csekély albuminuria és cylindruria jelentkezett, melynek 24 órai fennállása után a vérnyomás 150 mm-re emelkedett; oly tünetek ezek, hogy joggal egy enyhe glomerulonephritis kórisméjét engedik meg. Ez a nephritis csak rövid tartamú volt: néhány nap alatt úgy az albuminuria, mint a hypertonia elmúlt. 5 nappal a mérgezés után 140, 8 nappal később 120 volt a tensio.

Gondolatmenetünkkel kapcsolatosan felmerül a kérdés, helyesen mondtuk-e, hogy a veseizgalmat a nagy diuresissel kapcsolatos fokozott vesemunka okozta; hiszen a salyrgandiuresis akárhányszor ugyanakkora, vagy még ennél is nagyobb s rendszerint még sem okoz albuminuriát, vagy hypertoniát. Ugy látszik, különbség van az effectusban aszerint, hogy hol van a diureticum támadási pontja. Messzire vezetne a salyrgandiuresis mechanizmusára kitérni. Csak annyit óhajtanék megjegyezni, hogy esetünkben észlelhető veseizgalmat legplausibilisabbnak látszik a coffein *vascularis*, illetve „secretio-fokozó“ vesehatásával magyarázni, míg a salyrgannál ilyen vascularis vesehatás alig szerepelhet. Hogy e magyarázat jogosult, arra nézve felhoznám egy tapasztalatomat, melyet egy súlyos decompensatióban szenvedő vitiumoson tettem, kin a higanyos novurit után sohasem jelentkezett albuminuria, míg theacylon adagolása kevésbé intenzív diuresis mellett múló fehérjevizelést okozott.

Amennyire lehetséges volt, néhány kiragadott adattal igyekeztünk képet kapni a vér koncentrálódásáról és a NaCl-háztartásban beálló eltolódásokról is, ezeknek a részletezése azonban — tekintetbe véve az adatok elégtelen voltát — nem térek ki. De fontosnak tartom még végezetül megemlíteni, hogy felfogásunk szerint ilyen koncentrált mérgeknél irritatív *gastritist* kellett okoznia, minek jeleként 2–3 napig tartó étvágytalanság jelentkezett; ez azonban szigorú diéta mellett igen gyorsan helyet adott normalis étvágnak. A beteg a coffeinmérgezést teljesen kiheverte.

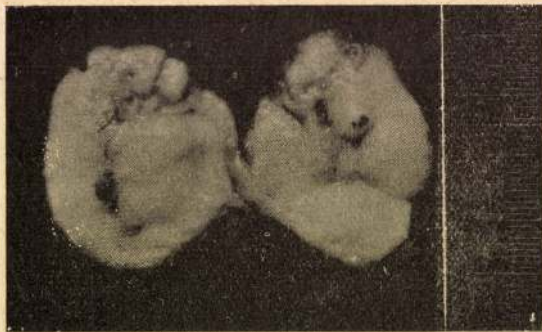
A budapesti 9. sz. honvéd és közrendészeti helyőrségi kórház közleménye. (igazgató: Brana János egyet. magántanár.)

Kocsányos hólyagsarcoma.*

Irta: lovag Czaykowski Zoltán dr., honvéd ezredorvos.

A hólyagsarkomák általában ritkák. E tumorer morfológiai viszonyai ismeretesek. Sokkal nagyobb nehezségekre utközik azonban hystogenetikai magyarázatuk s e téren jelentős eltérések mutatkoznak. *Burlakov* az egész irodalomból összesen 30 tiszta hólyagsarkomát gyűjtött össze, a tiszta sarkomák mind a trigonumon helyezkedtek el és globocellularisak voltak. Jellemző sajátosságuk, hogy igen gyakran okoznak a tüdőben és májban metastasisokat. Férfiakon kétszer olyan gyakori, mint nőknél; a közölt esetek nagyrésze 5 éven aluli.

Aschoff, mivel a sarkomákat mindig a trigonumon találjuk és mivel a trigonum egész az ureter beszájadásáig a Wolff-cső alsó részéből fejlődik, feltételezi, hogy a Wolff-csőnek bizonyos pathológiás elváltozása következtében keletkezik és már a hólyag kifejlődésekor megvan. Ezzel magyarázza azt, hogy olyan gyakran lehet gyermekeken találni. Az én esetemben azonban a sarkoma a hólyag apexen volt található, amely része a hólyagnak az allanthoishból fejlődik. Ez ellene szól az *Aschoff*-féle elméletnek.



1. ábra.

Krompecher szerint az epithelialis carcinoma sejtek valódi metaplasia útján alakulnak át kötőszövetes sarcomává.

Herxheimer szerint az egyéni daganat-hajlam a kötőszöveti sejtek született rendellenességével függ össze, de ez még nem volna ok a sarcomára, hanem valami kiváltó oknak is kell szerepelni. A mi betegünknek 1924-ben hólyaghurutja volt, mely a gyulladásos izgalommal az arra hajlamos egyénen kiválthatta a szunnyadó sejtekből a sarcomás kifejlődést.

Az általam észlelt eset a következő:

34 éves rendőr, akit 1932. május hó 12-én vettünk fel osztályunkba. Nemi baja nem volt. Előadja, hogy 1924-ben hólyaghurutja volt, mely tea ivásra és urotropin szedésre 10 nap alatt megszűnt. 2 éve 2 napig tartó véres vizelete volt, mely magától megszűnt. Két hete vizeletkor égést érez, 10 napja véres a vizelete. Éjjel 4—5 szor, nappal 5—6-szor vizelet, járaskor vizeletési panaszai fokozódnak. Láztalan.

Középternető, jólfejlett és jól táplált beteg. Mellkasi szervek épek. A hasban kóros resistentia nem tapintatható. *Vesék* nem tapinthatók, nyomásra nem érzékenyek, ureterek lefutása szabad. A hólyagtáj nyomásra érzékeny.

Reflexek jól kiválthatók.

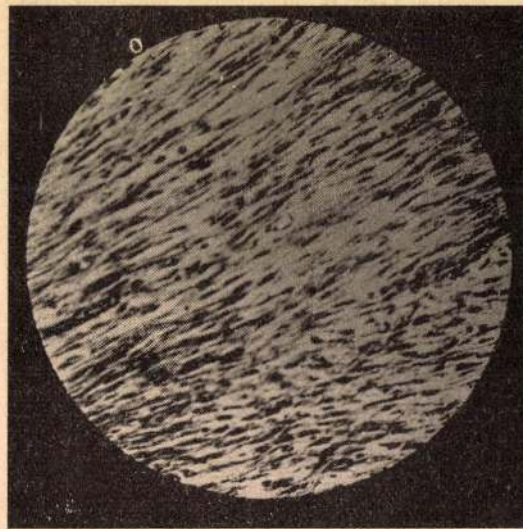
Prostata: gesztenye nagyságú, mirigyes tapintatú.

*) Bemutatva a Magyar Urológiai Társaság 1932. október 14-én tartott ülésén.

Vizelet: fs. 1012. vh.: savi. Feh: positiv. Geny: positiv. Cukor: negativ.

Üledék: It-ként igen sok vvt, 10—15 leuc. 3—4 kerek, 1—2 polyg. laphám sejt.

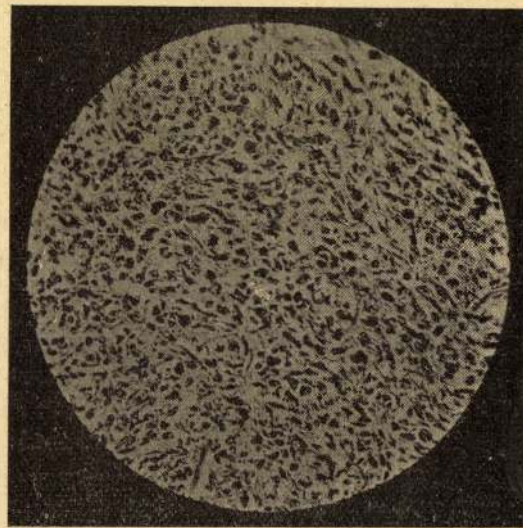
Cystoskopia: 200 gr. capacitas. Zavaros, véres vizelet.



2. ábra.

A hólyag nyálkahártya és ureter szájadékai épek. A hólyag bal felső falán kb. zöldbíoni, simafalú daganat látható, mely igen rövid kocsányon lóg be a hólyagba. A daganat körül a nyálkahártya nem lobos és nem oedemás.

A cystoskopos kép alapján jóindulatú daganatra gondolhattunk. Június 8-án sacral anaesthesia-ben felső hólyag metszéssel feltártuk a hólyagot: a közép vonalban megnyitott hólyagban a metszési vonaltól alig balra mindjárt elénk tűnik a hólyagba becsüngő kb. zöldbíoni simafalú daganat, mely tollszár vastagságú széles, fél cm hosszú kocsánnyal van a hólyagfallal összenőve (1. ábra). A daganat kimetszése után a hólyagot teljesen zárjuk. Állandó katetert rögzítünk. A kiirtott daganat fél cm kocsánnyal bír, simafalú, tömött tapintatú, zöldbíoni nagyságú, átmetszve fehéres színű úgy, hogy makroszkopice fibromának lehetne tartani. Szövetani vizsgálatot végeztünk, a haematoxin és van



3. ábra.

Giesonnal festett metszetek igen sejtdús szövetet mutatnak. A sejtek helyenként rendezetlenül fekszenek egymás mellett, másutt egyes kötegeket lehet megkülönböztetni, amelyek különböző irányban haladnak (2. ábra.) A sejtek igen nagyfokú nagyság- és alakbeli eltérést mutatnak. A kötegekben főleg orsóalakú sejtek, a csoportokban rendkívül különböző nagyságú sejtek láthatók és itt olyan nagy magvak is észlelhetők, melyek a közvetlen mellettük fekvőket 10—20-szo-

rosan túlhaladják. A magvakban látóterenként 10–20 osz-
lás észlelhető (3. ábra); a festődésük is feltűnő. Hármás
festéssel megfestett készítményeken a sejtek közt igen finom
kötőszöveti fibrillumok találhatók. Vérérek egyes helyeken
nagyobb számban is találhatók s itt vérrel kitöltöttek.

A mikroszkopos vizsgálat tehát egy polymorpho-fusocellu-
laris sarkomát állapít meg.

Sima sebgyógyulás után a beteg július hó 13-án hagyja
el a kórházat. Az ugyanakkor végzett cystoskopos vizsgá-
lat a dagamat helyének megfelelően a nyálkhardtá vörösebb
elszineződésétől eltekintve semmi változást nem mutatott.
Július hó 7-én, majd augusztus hó 11-én prophylaktikus rönt-
gen besugárzást kapott a beteg.

A három hónaponként megismételt cystoskopos vizsgálat
normalis, ép hólyagnak megfelelő képet mutat.

Egyes szerzők, így *Kraft* is, feltételezik, hogy a mű-
tétek alkalmával talált tiszta sarcoma-esetek is lehetnek
eredetileg carcinomával vegyesek, de a sarcomának igen
gyors burjánzása legyőzi a carcinomás szövetet és így
felületesebb vizsgálatokkal ott is tiszta sarcomát találha-
tunk, ahol a széli részek alapos vizsgálatával carcinoma
is kimutatható volna. Jelen esetünkben ellenére annak,
hogy több metszetet is készítettünk és gondosan vizs-
gáltuk, mégsem találtunk carcinomás szövetet.

Irodalom: *Herxheimer G.:* Zieglers Beitr. z. allg. Path.
und pathol. Anat. — *Kraft:* Zschr. Urol. Chr. VII. k. 1921.
— *L. Aschoff:* Pathologische Anatomie. — *Kaufmann:* Spec.
Path. Anatomie. — *Burlakov:* Zur pathologischen Anatomie
und Klinik der Primaeren Myome und Sarcome der Harn-
blase. — *Ukrainskij:* Med. Archiv 31.

A Szt. Rókus központi közkórház szülő- és nőbeteg osztálya-
nak közleménye. (Főorvos: Wenczel Tivadar egyet. r. k.
tanár.)

A chondrodystrophia foetalis érdekes esete.*

Irta: *Szenteh István dr.*, alorvos.

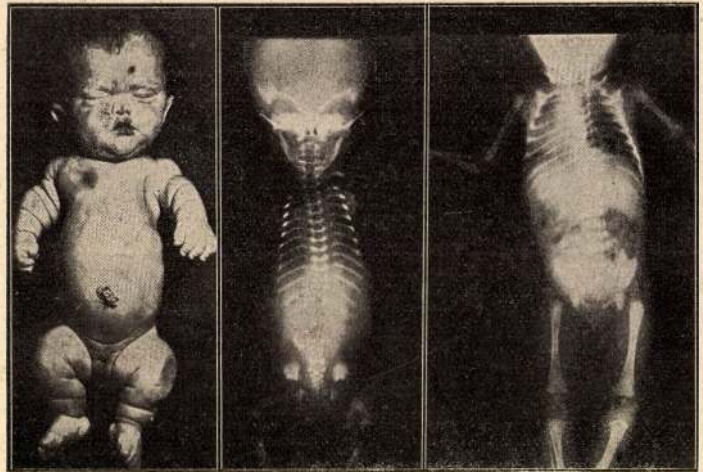
A chondrodystrophia foetalis a magzat csontrendsze-
rének meglehetősen ritkán előforduló, veleszületett beteg-
sége. Régebben *Parrot* szerint *achondroplasiának*, *Kirch-
berg-Marchand* után mikromelia chondromalacianak
mások *rachitis foetalisnak* nevezték, újabban pedig *Kauf-
mann* nyomán általánosságban elfogadott elnevezéssel
chondrodystrophia foetalissal jelöljük ezt a betegséget.

A chondrodystrophia foetalis hasonló betegségben
szenvendő szülők magzatain szokott előfordulni, mint örök-
lött baj, de egészséges szülők gyermekein is észlelhető né-
ha. A chondrodystrophia foetalisnak ezen utóbbi előfor-
dulási alakját láthattuk a Szent Rókus kórház szülészeti
osztályán s ismertetésre érdemesnek tartottuk részben
azért, mert ilyen közlemény az irodalomban meglehetősen
kevés fordul elő, másrészt pedig azért, mert esetünk bi-
zonyos érdekes vonatkozásban van a chondrodystrophia
foetalis nagyrészt tisztázatlan aetiológiájával.

1931. június 10-én reggel M. B.-né harmincnégy éves,
hatszor terhes, negyedszer szülő nő keresi fel osz-
tályunkat. A terhességnek 9. hónapjában levő közepesen fej-
lett és táplált, Wassermann negatív, egészséges csontrend-
szerű, normalis medencéjű szülőnőn 3 óra óta tartó jó fá-
jásokat és jó magzati szívhangokat észlelünk és szülőágyra
fektetjük. Diagnosisunk koraszülés a tágulási szak legvé-
gén, II. medencevégű fekvés. Dél előtt 6 óra 35 perckor meg-
reped a magzathurok s 5 perc múlva a szeméremrészben mu-
tatkozik a far. 6 óra 40 perckor extractióval livid asphyxiá-
ban megszületik a 2400 g-os kora leánymagzat. A livid asphy-
xia az adott kardiotonikumok, élesztési kísérletek ellenére
sem javul, sőt rövidesen algid asphyxiába megy át, s 40
perc múlva beáll a magzat halála. Már első megtekintésre

*) Bemutatva a Közkórházi Orvostársulat 1932. május
11-i ülésén.

feltűnik a magzaton az, hogy a végtagok aránytalanul rövi-
dek és vaskosak. Pontosabb vizsgálatkor később kitűnik,
hogy a 46 cm hosszú magzat felső végtagja 11 cm, alsó
végtagja 12.5 cm hosszú, holott 46 cm-es magzaton a felső
végtagnak 20 cm-nek, az alsó végtagnak pedig 23 cm. hosz-
súnak kellene lenni. (A végtagok ezen normalis hosszúsá-
gát osztályunkon levő 26, 46 cm. hosszú leányújszülött mé-
reteinek középarányosából számítottam ki.) (Lásd: 1. ábrát).



1. ábra.

2. ábra.

3. ábra.

A magzat fejének legnagyobb kerülete 34 cm, a fej
kissé nagynek tűnik fel az egész magzathoz viszonyítva.
Az alsó állkapocs csökevényesen fejlett, miáltal az áll
szinte eltűnik, s különös kifejezést ad az arcnak. A nyak
zömök, vaskos, a bőr a testen halványrózsaszínű, feszes,
bőr alatti kötőszövet vizenyős, miáltal különösen a hason
a bőr az új benyomást megtartja. A végtagok erősen a
test középvonala felé hajlanak ívet formálva, miáltal
alsó végtagon jellegzetes „O” láb jön létre. A végtagsontok
rövidék, vaskosak s már tapintással is feltűnik, hogy a
csontok közepe aránytalanul vékonyabb, mint a két vége.
A csontok ezen különleges elváltozását legszembetűnőbben
mutatja a röntgen-fénykép (Lásd: 2. és 3. ábrát.), külö-
nösen szembetűnővé lesz a normalis csontrendszerrel eltér-
és normalis 46 cm-es leánymagzatról készített röntgen-
felvétellel összehasonlítás révén.

Ami a kórboncolási leletet illeti, megemlítem, hogy a
chondrodystrophia foetalisra jellegzetes és imént ismertetett
elváltozásokon kívül egyéb pathológiás lelet nem volt sem
a belső secretiók mirigyek, sem egyéb szervek részéről.

A chondrodystrophia foetalist *Kaufmann* 3 főcsoport-
ra osztja. Az első hypoplasiás, hol a porcburjánzás csök-
ken, a második a hyperplasiás, hol a porcburjánzás foko-
zott ugyan, de szabálytalan s a harmadik a malaciás alak,
hol a porcogó helyét kocsonya szövet foglalja el. Hogy
a betegség melyik csoportba tartozik, azt részint a csont-
váz makroszkopos képe, részint a porcogó szöveti elválto-
zása szabja meg. Esetünk úgy a szöveti lelet, mint a
csontrendszer makroszkopos formája alapján a hyperpla-
siás csoportba tartozik.

A chondrodystrophia foetalis oka még egész bizo-
nyossággal nincs megállapítva. Vannak ugyan elméletek,
amelyek a porcogó méhenbelüli fejlődésének tökéletlen és
zavart voltát egyrészt mechanikus okra, hypophysis bel-
ső secretiók elváltozására, vérszegénységre, másrészt
öröklött terheltségre, luesre, alkoholizmusra, családi dis-
posícióra vezeti vissza; ezen elméletek és feltevéseknek
azonban egyike sincs teljesen bizonyítva. Az kétségtelen,
hogy e betegség öröklhető, hiszen gyakran előfordul,
hogy chondrodystrophiás szülők gyermeke is hasonló be-
tegséggel születik, de előfordulhat azonban, mint esetünk-
ben is, hogy a szülők nem chondrodystrophiások. Hogy
ilyen esetben is gondolhatunk a chondrodystrophia foeta-
lis aetiológiájában öröklött dispozicióra, azt esetünk egy
érdekes körülménye is megerősíti. Az anya ugyanis két-
ízben ment férjhez. Első házasságából 3 jólfejtett, egész-

séges gyermeke született. Másik férje erősen alkoholistá, de egyébként jólfejtett, egészséges csontrendszerű, Wassermann negatív férfi, akinek tudomása szerint családjában chondrodystrophias betegség nem fordult elő. Ezzel a második alkoholistá férjjel kötött házasságból 2 elvetelés s az ismeretett chondrodystrophias magzat származott. Az a körülmény, hogy az első házasságból csupa egészséges, a másodikkól pedig a két elvetelésen kívül egy chondrodystrophias foetus származott, arra enged következtetni, hogy a chondrodystrophia foetalis aethiologiájában az öröklött dyspositionnak szerepe lehet. Ezt erősítené meg *Keményfi* közleménye is, ahol chondrodystrophias apa és egészséges anya mind a 8 gyermeke chondrodystrophias volt, az I. sz. női klinikának az a régebbi esete, amidőn chondrodystrophias anya és egészséges apa mindkét gyermeke egészséges lett, továbbá *Gyulai* közlése, aki a chondrodystrophia okát szintén apai részről eredő terheltségben, alkoholismusban találta. A mi esetünkben is az apa erős alkoholismusában kereshetjük a chondrodystrophia foetalis keletkezésének okát.

Esetünkben a magzat születése után 40 perc múlva meghalt. Ha ezen halál okát keressük, azt szülési ártalomban nem találhatjuk, hiszen az egész szülés mindössze 3 óráig tartott, a burokpedéstől a magzat születéséig csupán 5 perc telt el s a kórboncolás a magzaton a chondrodystrophia foetalison kívül semmi egyéb rendellenességet, vagy megbetegedést nem mutatott ki. Kétségtelen, hogy esetünkben is a halál oka a chondrodystrophias magzatok azon csökkent ellenállása volt, mely a tankönyvek tanúsága szerint chondrodystrophias foetuson, még ha teljesen kihordott, érett, is a magzat, gyakran található.

Esetünkből a következő tanulságokat vonhatjuk le:

1. A chondrodystrophia foetalis keletkezésében öröklött terheltség (alkoholismus) szerepet játszhatik.
2. Ezen terheltség átörökítésében nagy része van az apának.
3. A chondrodystrophias magzat életképessége csökkent.

Irodalom: 1. *Stockel*: Hanbuch d. Geburtshilfe. — 2. *Halban-Seitz*: Biol. u. Path. d. Weibes. — 3. *Kauffmann*: Részletes kórbonctan. — 4. *Keményfi*: Gyógy. 1924. — 5. *Gyulai*: Orvosi Hetilap. 1927. 22. szám.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Gyenge elektromos áram hatása a vércukorra és a diabéteses anyagcsere zavarrá. *M. Dörle*, (Münch. Med. Wschr. 1932. 44. sz.)

Ziegler állatokon végzett kísérletekkel kimutatta, hogy a parasympathicus ingerküszöbe alacsonyabb, miht a sympathicusé. Gyenge ingerekre a vegetatív idegrendszer reactiója primaeren parasympathicotoniás, (vényomáscsökkenés, pulsusritkulás, vércukorcsökkenés), erősebb ingerekre pedig sympathicotoniás lesz. (Vényomás emelkedés, pulsus szaporulat, vércukor emelkedés). A vegetatív idegrendszer általánosan fokozott tonusa mellett az ingerküszöbök alacsonyabbak és így már igen gyenge ingerre is primaer sympathicotoniás effectust jöhet létre. A primaer effectus milyenségéből viszont megfordítva a vegetatív idegrendszer tonusára lehet következtetni. A vagus, vagy symathicus ingerküszöbének megfelelő ingererősségek a vagusra vagy sympathicusra bizonyos időre tonisálólóg hatnak. *Ziegler* megállapításából kiindulva szerző vizsgálat tárgyává tette, vajjon embereken a bőrfelületen alkalmazott igen gyenge elektromos áram tartósabb vagotoniás effectust gyakorol-e a vércukorra? Inger gyanánt gyenge (0.1—0.3 M. A.) erősségű galván és gyenge farados áramot alkalmazott. Az egyik elektródot (galvanáramnál az anódot), valamely izomcsoport felett egyhelyben tartotta, míg a másik (görgő) elektródot a kar, vagy váll nagyobb bőrfelületén lassan mozgatta. Ez az ingerlési mód normalis tonusú egészséges egyéne-

ken erős és tartós vagotoniás effectust váltott ki vércukorcsökkenéssel. Kontrollkísérletekben, melyekben mindkét elektródot stabilan egy helyben tartotta, effectust nem látott. Szerinte tehát fontos, hogy az inger nagyobb felületen hasson a vegetatív idegrendszerre. Az áram behatása 5—8 percig tartott. 14 normalis anyagcseréjű kísérleti egyéne a vércukorérték a kísérlet befejezése után közvetlenül az eredeti érték 80%-ára, 10 perc múlva 60-, sőt 50%-ára csökkent. Egyidejűleg minden esetben vényomáscsökkenést is észlelt. A heteken át tartó kísérletek alatt a vércukor és a vényomás állandóan relative alacsonyabb értékekben maradt. Egészségeseken nyert tapasztalatai alapján ugyanezeket a kísérleteket végezte diabétesesekkel. 12 olyan közepesúlyos- és öregkori diabéteses beteg, kinek aceton nem volt a vizeletében és bizonyos mértékben elhízásra volt hajlamos, relative rövid (1—3 hétre terjedő) kezelési idő alatt a gyenge elektromos ingerre igen jól reagált. Különösen szigorú diaeta nélkül a cukorkiválasztás fokozatosan csökkent, majd teljesen megszűnt, a szénhydrattolerantia lényegesen fokozódott és kb. az esetek felében elérte a normalis megterhelés értékét. A vércukor és vényomás a kezelés ideje alatt állandóan alacsonyabb értékekben maradt. Némely betegen ez a kedvező hatás még hónapokkal a kezelés befejezése után is változatlanul fennállott. 5, fogyásra hajlamos acetonuriás beteg a kezelésre nem reagált ilyen jól, mégis bizonyos javulás állott be ezeken is. A szénhydrattolerantia emelhető volt. Insulinnal kezelt esetekben a szénhydratbevitel fokozása dacára lényegesen csökkenthetőek voltak a napi insulinadagok. A cukorkiválasztás mérsékelten csökkent, az acetonuria is kedvezően volt befolyásolható. Tartósabb kedvező utóhatást ezeken a betegeken nem észlelt. Végül három, a climaxon túl lévő magas tensióval bíró, crisszerű vényomásemelkedésekre hajlamos betegen az elektromos ingerléssel épen ellenkezőleg primaer sympathicotoniás effectust váltott ki. A vércukor és a vényomás a kezelés alatt lényegesen emelkedett, a cukorkiválasztás fokozódott. Annak tehát, hogy a gyenge elektromos áram a diabéteses anyagcsere zavart kedvezően befolyásolja szerző tapasztalatai szerint két fontos előfeltétele van: Az egyik az, hogy a beteg a vegetatív idegrendszerre normalis tonusu legyen és így az áram primaer vagotoniás effectust válthasson ki, a másik pedig, hogy ne legyenek az insularis apparatusban súlyos functionális és anatomiai elváltozások.

Dvorák dr.

Sebészet.

A combinált enkephalo-arteriographia, annak technikája és veszélyei. *Löhr és Jakobi*. (Der Chirurg. 1933. 3. füzet.)

Az arteriographiát az agyi diagnostikába *Moniz* vezette be, ezt a szerzők tökéletesítették. Az eredeti módszer mellett gyakran léptek fel epileptiform görcsök, máskor hemiplegia, sőt halál is.

Saját arteriographiás módszerük a következő: a carotis internát helyi érzéstelenítésben feltárják, abba minden compressio nélkül 4—6 ccm. thorotrast oldatot fecskendeznek; eközben készül el a röntgen-felvétel. (A technika pontos leírása.) A befecskendezés ismételtető. Ezzel a kisagy kivételével a befecskendezés oldalának agyi arteriáiról kapunk képet, kóros nyomási viszonyok mellett a tulsó oldalról is telődik (tumor).

Az eljárás veszélyei: thrombosis (helyes technikával elkerülhető), chemiailag aktív anyagok (abrodil, jodnatrium) ártalmasak.

Előnyök: thorotrast nem mérgező, comás betegeknél is adható, ismételtető is.

Combinált enkephalo-arteriographiát tumor esetén úgy ajánlják, hogy előbb arteriographia, s csak közvetlenül a műtét előtt történjék *Dandy*-féle ventriculographia. Paralysis, tabes, epilepsia, arteriosklerosis esetén a kettő egymás mellett végezhető.

Az enkephalographia lázat, légzészavarokat okoz, az arteriographia mindig tünetmentes.

Szepessy dr.

Lépkürtási eredmények. *Brugsch H. és Gross F.*: (Mitt. a. d. Grnz. d. Med. u. Chir. 43. k. 1. f.)

A lipcsei sebészeti klinikán különböző okokból végzett 51 lépkürtási eredményének ismertetése. 19 esetben a műtét el-távolítást trauma indikálta. Ezekben a műtét eredmény jó és azt csak az összszervezet egyéb sérüléseivel járó halálok okoz rontják. 32 esetben a vér, vagy a hepatolienális systema megbetegedése miatt kellett a lépét kiirtani. Ezen esetekben a haemolytikus ikterusok kivételével gyógyulást elérni nem lehetett. A betegség lefolyása, a legkedvezőbb esetekben is, csak meglassabbodott, mint ahogy ezt négy splenomegalias és egy Gaucher-kóros esetben tapasztalták, de gyógyulás

nem következett be. Igen figyelemreméltó három alaeukaemiás laeukaemai lépkürtással tünetmentessé tett esete, sajnos a betegek három év alatt a műtét dacára elhaltak. Manifest májcirrhosisban a beavatkozások eredménytelenek voltak. Jelentős javulásokat lehetett elérni aplastikus anaemia és essentialis thrombopaenia esetén; természetesen a betegség megszüntetése nélkül. A haemolyitikus ikterusban, ha nagyon leromlott betegek a műtétet kiállták és a véresejtszétesést a műtét megszüntette, teljes gyógyulást értek el. Mindenesetre a műtét mortalitása igen nagy, amit egyrészt a betegek leromlott volta, másrészt a beavatkozás súlyossága magyaráz.

Szabó Dénes dr.

Szülészet.

A terhességi tachykardia és a gyermekágyi bradykardia keletkezése. *Anselmino és Hoffmann.* (Arch. Gyn. 150. 54. 1932.)

A terhesség végén található tachykardiát és a gyermekágyi bradykardiát a vegetatív idegrendszer ingerlékenységének megváltozásával magyarázzák. A jelenségek okául a következő analógiát veszik fel: terhesség alatt a keringő vérmennyiség, a pulsus amplitudo a perc térfogat megnő, szívhypertrophia van jelen. Hyperthyreosisok kapcsán ugyanezek az elváltozások találhatók. Mivel régebbi vizsgálatok alkalmával megállapították, hogy terhesség alatt a pajzsmirigy működése fokozott, indokoltnak tartják azt a feltevést, hogy a keringés megváltozása és a pulszsziporulat a pajzsmirigy hormonjának fokozottabb elválasztása következtében jön létre. A gyermekágyi bradykardiát pedig a következőképpen értelmezik: a terhesség végén a perctérfogat működése 40–60%-ot tesz ki, tehát a szív állandóan ennivel nagyobb munkát végez, aminek következménye a szív-hypertrophia lesz. A percnként kilökött vérmennyiség mintegy 50%-kal több, a pulszsziporulat pedig csak 10–20%-ot tesz ki, ebből az következik, hogy a pulszsziporulat vagyis az egy szívlökésnek megfelelő vérmennyiség nagyobb. A szív tehát állandóan mintegy 50%-kal nagyobb munkát végez, aminek szív-hypertrophia a következménye. Az elváltozás hasonló a sportember szívének training alatti elváltozásához. A szülés után a perctérfogat hamarosan csökken, így a nagyobb pulszsziporulat „trainirozott” szív kevesebb összehúzódással is képes ugyanazt a vérmennyiséget keringésbe hozni az időegység alatt, tehát úgy működik, mint a sportember szíve pihenéskor. Trainirozott sportemberek (evezősök, hosszútávfutók) szívverése pihenéskor nem ritkán percnként 50 alá is süllyed.

Biró István dr.

Korai terhességi toxicosisok. *Hüssy.* (Zbl. f. Gyn. 1933. 9.)

A terhességi hyperemesis a legtöbb vizsgáló nem is számítja a tulajdonképeni toxicosisokhoz. Szerző maga is ezen a véleményen volt s 20 évi működése alatt egy ízben sem kellett hyperemesis miatt a terhességet megszakítani. Az utóbbi időben néhány eset kapcsán azonban meggyőződött arról, hogy a hyperemesis súlyos halálos megbetegedés is lehet. Hat esetről számol be, melyek közül kettőben a terhesség idejében megszakításával még meg lehetett menteni az aszonyok életét, viszont a másik 4 eset halálosan végződött, noha közülük kettőben elvégezték a művi vetélést, de már későn. Tapasztalatai alapján a súlyos, ikterussal, agyi tünetekkel járó hyperemesis esetében csak a korai megszakítástól várható eredmény.

Biró István dr.

Gyermekgyógyászat.

Megfigyelések a járványos gyermekhűdés röntgenkezeléséről. *Noeggerath, Schneider, Viethen.* (Zeitschr. f. Khk. 53. k. 2–3 f.)

Heidenhain és *Fried* gyulladási folyamatok kezelésére eredménnyel alkalmazták kis dózisban a röntgenkezelést. *Viethen* vitte át a kezelési módot a gyermekpraxisba. Jó eredményeit *Birk* és *Schall* megerősítik. Poliomyelitis korai stadiumában Németországban szerzők alkalmazták először ezt az olasz és francia részről *Bordier* óta régen bevett eljárást. Legtöbbször kedvezően nyilatkoztak róla. Szerzők eljárása a következő: kemény sugarak (180 KW.) erősen filtrálva (0.5 cm. Cu. + 2 mm. Al. filter) kis területre (3–5 egészen 4–8 cm. hosszú gerincoszloprészre); mennél frissebb az eset, annál kisebb adagban (5–7–10% HE). A besugárzás minél hamarabb végzendő, 1–2 nap után megismétlendő, szükség esetén 4–6 hét múlva egy újabb turnus. 29 eset közül 24-et részesítettek a jelzett kezelésben. Az esetek 2/3 része (16) súlyos és legsúlyosabb alakú volt, köztük egy Landry-typusú, aki életben maradt. 18 gyermeket a betegség 5–10 napja között, kettőt a betegség 2–3. nap-

ján, 4-et a 13–16. napján sugároztak be. Eredményeik megítélésében igen szigorú kritikával jártak el. Gyógyultnak csak az olyan esetet vették, ahol legfeljebb egy izomcsoport mutatott enyhe atrophiat, jó funkció mellett. Ha öt hónapon belül a működés még nem volt teljes, de a kiesés kiskökü, kérdésesnek (+ vagy -) ha ez időn túl történt az utánvizsgálás és még nem volt teljes a restitutio, negatívnak minősítették az eredményt. Ily elbírálás mellett 12 esetben volt teljes a gyógyulás (4 esetben vitatható), 12 esetben az eredményt negatívnak vették, noha ezek is javultak és esetleg még tovább javulhattak. Jellemző a szigorú kritikára, hogy az életben maradt és lényeges javulást mutató Landryt is a negatívak közé sorolták. Még ilyen szigorú elbírálás mellett is 50% a teljes gyógyulás ha a vegyes anyagot, 41.2% ha csak a súlyos eseteket számítjuk, úgyhogy még ez utóbbi is majdnem eléri az eddigi legjobb eredményt (*Wickemann* 44%), pedig ez utóbbi szám vegyes anyagára vonatkozólag, egy év után történt utánvizsgálás alapján lett megállapítva. Ily hosszú idő múlva a szerzők által vizsgált vegyes anyag eredményei mintegy 60%-ra becsülhetők. Sokat mond az is, hogy a spontán alig javuló deltoideus hűdés 9 eset közül 4-ben, 3–10 hónap után meggyógyult. 41 bémult quadriceps közül 36 teljesen, 3 részben meggyógyult, csak 2 maradt teljesen béna. A röntgen gyógyító hatására utalnak bizonyos szabályszerű időbeli összefüggések röntgenkezelés és a gyógyulás megindulása között, továbbá, hogy a spontán gyógyulással ellentétben az így kezelt esetek javulása lökészerű jellegűt mutat. Az első „schub” 5–12 nappal az első besugárzás után állt elő, a második rendszerint a második hónapban mutatkozott. A javulás a korán besugárzottakon későbbi időszakokra esik, de mindig 5–12 nappal a kezelés után mutatkozik. Mindezek után szerzők azt az óvatosságot tanácsolják, hogy semmi sem szól az ellen, hogy eljárásuk a poliomyelitist befolyásolja, továbbá, hogy ez a befolyás tényleg kedvező és mivel egyuttal veszélytelen, utánvizsgálásra ajánlják.

König Gyula dr.

Gégészet.

Egyszerű eljárás az ozaena panaszok tüneti enyhítésére. *Noltenius.* (Arch. f. Ohren-Nasen u. Kehlkopfkrankh. 130. k. 3. f.)

Az ozaenára az orrüreg szűkítése céljából alkalmazott különböző beavatkozások egyik jó hatása kétségtelenül a légáramlás csökkentése. Miután nem minden beteg hajlandó magát alávetni műtétnek, s gyermekeken operatív beavatkozások nem végezhetők, szerző ilyen esetekre a következő eljárást ajánlja: 15–20. sz. Nelaton-catheterből (a beteg nagysága és kora szerint) két 1 cm.-nyi darabot vág le, úgy, hogy az egyik vége ferde legyen, mert így csipesszel könnyebben megfogható. A csövecskéket vattával körül csavarja és úgy helyezi be azokat a két ornyílásba, hogy a vatta a nyílásokat tömítve, a levegő a kis cső darabokon haladjon keresztül. Az eredmény az, hogy az orr nyálkahártyája nem szárad annyira ki s a pörkképződés kisebbfokú lesz. A dugaszok behelyezését és kivételét a beteg maga végezheti csipesszel.

Szerző évek óta jó eredménnyel alkalmazza „ozaenatusait”, az orrszárnyak beszívásakor is.

Csillag Sándor dr.

A gége amyloid daganatairól. *Kriegsmann.* (Arch. f. Ohren-Nasen u. Kehlkopfkrankh. 130. k. 3. f.)

A gége amyloidnak két alakja van, az infiltratív és csomós forma, melyeknek szöveti szerkezete egyenlő. A bántalomra jellemző a chronikus, fájdalommentes lefolyás. Légzési nehézségek híján a tumor rejtve is maradhat s ily esetben az csak sectio alkalmával tűnik szembe. Szerző betegek 21 éves nő, kinek panaszai évekre nyúltak vissza s rekedtségben, majd légzési nehézségben nyilvánultak. Gége lelet: a baloldali aryepiglottikus redő nagy, sima felszínű, halovány tumorra alakult át, mely a gégebemenetet csaknem teljesen eltakarja; ugyanilyen, csak kisebb tumor a bal álhangeszálág szabad szélén is. Próbakimetszés, szöveti vizsgálat: amyloid daganat. Pár hét múlva, a légzési nehézségek miatt, tracheotomia. Ismételt excisio után a tumor eredeti nagyságát csakhamar visszanyerte, ezért 5 hét óta diathermiás kezelést alkalmaz.

A therapiára vonatkozólag ellentétesek a vélemények, *Willmann* pl. jó eredményeket látott a röntgen besugárzástól; ezzel szemben *Evers* semmi javulást nem tapasztalt. *Raehlmann* és *Pollak* kis sebészi beavatkozások (próbakimetszés) után a tumor visszafejlődését észlelték. *Schüder* megfigyelései szerint a szervezet az amyloid ujképződést vascularisatio által igyekszik resorbeálni. A spontán gyógyulás-

nak ez a módja még a legvalószínűbb; ennek elősegítése céljából alkalmazza szerző az elektromos hőt, a diathermiával.

Csillag Sándor dr.

Szemészet.

Vakság a calcarina kétoldali mikrogyriája miatt. *L. Tokay*. (Arch. f. Ophthalm. 1933. jan.)

Alkoholista családból származó 20 éves nőbeteg agyát dolgozta fel. A beteg fogószülésen esett keresztül, csecsemőkorában vak volt már, 5 éves korában epilepsziás rohamai voltak. Anisokoria, renyhén reagáló pupillák. A sectiós lelet: a jobb hemisphaera kisebb volt, mint a bal. A frontalis lebenyek mikrogyriásak, a jobb gyrus frontalisban cysta. Mikrogyriás továbbá mindkét oldali calcarina tájék. A nervus opticusok teljesen épek, de a corpus geniculatum lateraleban csaknem eltűnt a magfestődés, hasonlóan a corpora quadrigemina anteriorában. Hiányosan festődött a radiatio optica is. A primaer látáscentrum hiányos festődését a sorvadtt calcarina felől keletkezett retrograd degenerációval magyarázza. A pulvinar teljesen ép volt, ami amellet szót, hogy a thalamus nem vesz részt a primaer látáscentrum alkotásában. A epilepsziás rohamot a frontalis gyrusok csökevényessége okozta. Az eset érdekessége a symmetricus kétoldali elváltozásban van.

Weinstein Pál dr.

Glaukoma és ideghártyavérkeringés. *M. Salzmann*. (Beihft zur Zeitschrift. f. Aug. 1932. dec.)

Specialis mikrotom eljárással vizsgálta a thrombosis venae centr. retinae következtében keletkezett glaukoma miatt enucleált szemeket, továbbá vizsgálta az abszolút glaukomás bulbusokon a retina ereinek állapotát. Az általános felfogás az, hogy a thrombosis venae centralis retinae követő glaukoma secundaer jelenség; nagyszámú vizsgálatából arra következtet, hogy a thrombosis főképp a már ab ovo glaukomás szemeken keletkezik, illetve felhívja a figyelmet ennek a lehetőségére. Az olyan abszolút glaukomás szemeken, amelyek hosszú ideig békében vannak és hirtelen fájdalomossá lesznek, gyulladáshoz jönnek anélkül, hogy látható elváltozás okozná a gyulladást, feltehető, hogy thrombosis venae centralis retinae keletkezett, amit több ilyen enucleált szem szövettani vizsgálatával is igazolt. Ha ily módon tekintetbe vesszük a glaukoma aetiológiájában a szemfenéki erek állapotát, akkor a glaukoma therapiája, mely elsősorban a nyomás csökkentéséből áll: csak symptomás, de nem causalis.

Weinstein Pál dr.

Bőrgyógyászat.

Vizsgálatok a thalliumepilatio módosítására. *A. Buschke, F. Spanier és Pleger*. (Derm. Wschr. 1933. 226. o.)

A tiszta thallium és tiszta röntgenepilatio káros hatásának elkerülésére már régebben alkalmazták a kettőnek kombinációját. A szerzők vizsgálataikban abból indulnak ki, hogy a hormonok a thalliumérzékenységet módosítják. A thyreo-toxin egerek és patkányok thalliumérzékenységet fokozza, míg a thymusból készült kivonat ezt leszállítja úgy, hogy egerek thymus adagolás után a thallium halálos adagját is elviselik.

Imbecil gyermekeken is végeztek ilyen irányú vizsgálatot 14 esetben egy mikrosporai járvány alkalmával. Kettőn röntgenepilatiót végeztek, ötön tiszta th. epilatiót (6—8 mg) jó eredménnyel háromon. A többi hét gyermeket thymoglandol és th. adagolásával kezelték, ketőnek 8 mg, a többinek 6 mg th-ot adtak; az eredmény háromon volt jó. A thymoglandol 3—4-szer adták a th. előtt és 6—7-szer utána, 2 időközben egy-egy ccm-t. Az eredmény nem volt egyöntetű és ennek magyarázata lehet egyrészt az, hogy gyengeelméjű betegeken történtek a vizsgálatok, kikben talán az endokrin apparatusban is zavar volt, másrészt a thymus kivonat mennyisége és hormontartalma. A vizsgálatoknak felnőttekre kiterjesztését ajánlják a szerzők.

Kovács Zsigmond dr.

A psoriasis kezelése teinjectióval. *A. Tzanck és M. Cord*. (Bull. soc. fr. de dermat. et de syph. 1933. 265. old.)

A psoriasis kezelésére eddig használt gyógyszerek nagyjában egyezők, nem állandó és egyénenként változó eredményt adnak, ami azt mutatja, hogy ez a gyógykezelés nem specifikus. Ilyen nem specifikus gyógyszerként használják a szerzők a tejet. Négy esetről számolnak be: mind a négy beteg már többször újultak ki a jelenségek. A betegek salicylkenőcsön kívül más kezelésben nem részesültek a

tej adagolása alatt. A tejet hetenként háromszor adták ½—3 ccm mennyiségben. Hatás az 1—5. héten jelentkezett; a jelenségek elfehéredtek s kis pigmentatio nátrahagyásával gyógyultak.

Kovács Zsigmond dr.

Elméleti tudományok.

Az endemiás typhus exanthematicus az Északamerikai Egyesült Államokban. *Dyer, Badger, Ceder és Workmann*. *Jory. A. M. A.* 1932. szept. 3.)

A szerzők részletesen ismertetik a kiütéses typhus irodalmát, különösen a tetűvel és bolhával végzett kísérleteket. Megállapítják, hogy a typhus exanthematicusnak kétféle alakja van: egy jól ismert, tetű által közvetített endemiás alakja, amely főképpen emberről emberre terjed túlzásfórt és piszkos lakóság körében és egy másik alakja, amely elsősorban rágcsálók (patkány) körében terjed és a bolha viszi át az emberre. Ez utóbbi látszólag nem terjed emberről emberre és ezért endemiás természetű. Egyes megfigyelések arra engednek következtetni, hogy az endemiás alak, ha tetves lakosság körében fordult elő, endemiás alakká válhat. Az endemiás alak vírusa a patkányok bolhájában tenyészik. Nincs epidemiológiai adat arra, hogy a poloska, vagy kulancs terjesztene a betegséget, de laboratóriumban sikerült ezeket is fertőzni. Az endemiás alak sok epidemiológiai tulajdonságát — a nyár és őszi hónapokban megjelenését, a fertőzőképesség hiányát, az élelmiszerkedelemmel és patkányfészkekkel összefüggését, a tetűk által fertőzés hiányát — mind megmagyarázza azt, amit a patkány bolhájának vírus terjesztő szerepéről tapasztaltak. Ezekhez hasonló megfigyeléseket nem csak az Északamerikai Egyesült Államokban, hanem európai államokban is tettek.

Petrilla. dr.

Pertussis immunizálás. *Sauer*. (Journ. A. M. A. 1933. jan. 28.)

Négy év alatt közel 300 gyermeket immunisált. Ezek egy része közvetlenül ki volt téve a fertőzés lehetőségének, mert testvéreik betegedtek meg, más része közeli érintkezésbe került pertussisos gyermekkel, de egy sem kapta meg a betegséget. Az oltóanyag 1 ccm-e 10 milliárd bakteriumot tartalmazott és ebből négyszer egy heti időközben 7—8 ccm-t oltott subcutan. A reakciók hasonlóak voltak a typhus elleni oltások reakciójához. Az oltóanyagot mindig frissen izolált törzsekből készítette.

Petrilla. dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die Blutkrankheiten. *P. Moravetz*. (J. F. Lehmann kiadása, München. 1933. Ára: 2.50 márka.)

Amit a vérbetegségekről (anaemia pernicioza, idősült haemolysises anaemiák, leukaemia stb.) a gyakorló orvosnak tudni szükséges, igen szerencsésen feldolgozva találhat meg a 70 oldalas kis munkában, aminek aránylag szűkre szabott volta mellett is pompás tömörséggel megírt fejezetei közül kiragadjuk a különösen jól áttekinthető módszeres részt. Rövid pár oldalon a vérvizsgálati technika jobb leírását kapjuk, mint akárhány terjedősen megszerkesztett specialis munkában. A könyv második kiadásban jelent meg, bővülve mindazon ismeretekkel, amelyek az első kiadás megjelenése óta eltelt 10 év alatt gazdagították a haematologia gyakorlati kérdéseit. Mi magyar orvosok, akik sajnálattal nélkülözzük, hogy orvostudományunk nagynevű művelői az ily rövid gyakorlati művekben is rendelkezésünkre bocsátanák tudásukat és bőséges klinikai tapasztalataikat, nem tehetünk mást, mint örömmel üdvözlőjük a külföldi és elsősorban a hozzánk legközelebb álló német orvosprofesszorok ily irányú irodalmi termékeit.

Gerlőczy prof.

Neuzeitliche Diabetesfragen. *prof. C. v. Noorden*. (Urban und Schwarzenberg, 1933. Ára: 2.40 márka.)

Alig 50 oldalas kis könyvecske, aminek gondolatmenetét a „Medizinische Klinik” ezévi első számaiban megjelent cikksorozatából ismerjük. Már a folyóiratban is olvasva elragadtatással kellett adóznunk a 75 éves szerző kimagasló szellemi erejének, ami a könyv bővebb és áttekinthetőbb keletei között még nagyobb suggestivitással hat. A diabetes kérdései bonyolultak és csak avatott kézzel nyulhatni hozzájuk; *Noorden* neve a diabetes-kutatás terén ma már fogalom s midőn, — mint maga mondja, — nem hiúságból, mert „öreg embertől ez már távol áll”, hanem a tárgyi igazság kedvéért sorakoztatja fel elveit régi elmélete: a

mértéktelen *glykogen-elbontás* tana mellett, teljesen meggyőzve tesszük le a könyvet, amelynek rövidsége dacára is gazdag tartalmában a rendkívül érdekes elméleti okfejtések mellett egész sereg nagyjelentőségű gyakorlati tanács is helyet talált.

Gerlóczy prof.

Practical Treatment of Skin Diseases. E. Ahlsvede. (Paul B. Hoeber, New York, Fifth av. 76. 770 o. 77. szövegközti ábrával. Ára kötve 12 dollár)

Az idő sodrában a változásnak leginkább a therapiát tárgyaló könyveink vannak alávetve. Ugy látszik, hogy bizonyos kezelési módok, gyógyszerek divatjukat mulják, mások tökéletesebbekkel helyettesítettnek szinte szemünk előtt, néhány év alatt. Csak a megfelelő szakképzettségen alapuló iudicium képesít arra, hogy a divatnak ingadozásait elkerüljük, ne lelkesüljünk bizonyos módszerekért, melyeket a reklám tele tödővel hajszol, de észrevegyük s helyt adjunk az egészséges fejlődésnek is. Nem minden jó, ami új, de nem is föltétlenül rossz, ami régi. Ahlsvede könyve, melyet mesterének néh. Unna és Howard Fox new-yorki professornak ajánlata vezet be, úgyszólván encyklopaediáját adja a bevált bőrgyógyászati gyógyító módszereknek. Előadása világos és pontos. Az angol nyelv csodálatos egyszerűségével felel meg mindenkor a kérdésekre, kerülve minden theoriát, miben segélyére van a szerzőnek kitűnő és nagyszerű mestere oldalán szerzett kiforrott ítélőképessége.

Könyve első részében általánosságban tárgyalja a helyi bőrtherapiát, néhány diagnostikai utmutatást ad a legfontosabb gyógyszerek farmakológiáját illetően, majd áttér a chemiai gyógyszerek helybeli alkalmazásának formáira, a belső szerekre, a nem fajlagos gyógyszerekre, radium és thoriumra.

A második részben az egyes bőrbántalmak gyógyítását betürendben tárgyalja, főképen a német iskolák vényeit véve föl, a fölösleges polypragmasiát mindenütt elkerülve.

A 77 szövegközötti ábra tiszta nyomása s épűgy a szövetnyomásnak és a bekötési táblának előkelően egyszerű kiállítására a kiadó céget dicséri.

A munkát, mely nemcsak a gyakorló orvos, hanem a szakdermatologus igényét is minden tekintetben kielégíti, közönségünk angol nyelvet értő részének nyugodtan ajánlhatjuk.

Póór prof.

Grundbegriffe der klinischen Medizin. Walter Marle. (Urban und Schwarzenberg. Berlin—Wien. 1932. Ára füzve 19, kötve 21. RM.)

A könyv, melynek első kiadása „Einführung in die klinische Medizin” cím alatt jelent meg, még tökéletesebb formában igyekszik a fiatal orvostanhallgatók segítségére sietni, mint elődje. Célja áthidalni azokat a kétségkívül hatalmas nehézségeket, melyekkel az ötödféléves orvostanhallgató kénytelen szembeszállni akkor, mikor tisztán theoretikus ismeretekkel egyszerre klinikai studiumok kellős közepében találja magát. E könyv több, mint terminologia, de mégsem compendium. Hasznos segítőtársa, minden orvostanhallgatónak, ki klinikai semestereit, azok legelső óráitól kezdve komoly tanulásra akarja felhasználni. Hibája azonban az, hogy talán túl sokat is akar adni és így terjedelmével a fiatal hallgatók szellemi, meglehetősen magas árával pedig — végeredményben nem lévén nélkülözhetetlen — legalább is a magyar hallgatóság anyagi erejét is tulságosan igénybe veszi.

Binder László. dr.

Der Wert der Röntgenuntersuchung in der Lungendiagnostik. Torleif Dale. Ein Röntgenologisch-Anatomischer Vergleich. (Acta Radiologica Supplement XVI. Ára 10 svéd K.)

Szerző kórbonctani-anatómiai és röntgenológiai összehasonlító vizsgálatokat végzett a tüdőn. Igyekszik megállapítani a röntgenfelvételeken látható elváltozások kórbonctani lényegét. Részletes felsorolását találjuk a már eddig ismertetett ilyen irányú vizsgálatoknak, az alkalmazott vizsgálóléjárásoknak s elért eredményeknek.

A normalis tüdőrajzolatot intra vitam adott 50—90 ccm. 40%-os abrodil oldattal vizsgálta. Ez tapasztalása szerint normalis veseműködés mellett veszélytelen. Injectio után a tüdőrajzolat erősebb lett s az axialisan talált erek által okozott kis kerek foltok is kifejezettebbé váltak. Ezen kísérletével erősítette a már általánosan elfogadott véleményt, hogy a normalis tüdőrajzolatot az erek okozzák. Az interlobaris rést az exsudatummal azonos sugárelnyelőképeségű pasztából készült lemezekkel teszi láthatóvá, igyekszik megállapítani a vizsgálat számára legalkalmasabb vetületet.

A tüdő megbetegedéseit a felfuvt tüdőről készített stereoröntgenogramokon vizsgálja. A megbetegedések egy ré-

szét elfedi a mediastinum és rekesz árnyéka. Stereoskopos képek segítségével több kóros elváltozást vehetünk észre. Sok esetben egyszeri vizsgálat nem elegendő annak eldöntésére, hogy a látott elváltozás tuberculotikus-e. Nagyon nehéz elkülöníteni a tuberculosis különböző típusait. Felnötteken a legtöbb esetben kevert formájú az infiltratio. Nagy cavernák is rejtve maradhatnak a környezet árnyékoltsága következtében. Külön fejezetekben foglalkozik a „gyűrűsárnyékkal”, bronchiectasiával, bronchitis purulentával és tüdő-tályoggal. A miliaris tuberculosis s a tüdőrákkal, valamint felnöttek és gyermekek bronchopneumoniájával. Hangoztatja, hogy az átvilágítás egyedül nem elegendő. Még kiterjedtebb elváltozások is rejtve maradhatnak. Minden betegről felvétellel is készítendő.

Szerző munkája értékesen bizonyítja azt, hogy a röntgendiagnostikának nélkülözhetetlen támasza a kórbonctani vizsgálat. A kórbonctok és röntgenes szoros együttműködése segíti megismerni az elváltozások lényegét.

Erdélyi József dr.

Közkórházi Orvostársulat április 5-i ülése.

Bevezető-előadás.

Hasenfeld A.: Klinikai szívproblémák. A szív bajok feltűnő elszaporodását és a tisztázásra váró klinikai szívproblémák nagy számát hangsúlyozza. Tárgyalja a szív bajok elszaporodásának okait. Az elektrokardiographiával kapcsolatos vitás kérdésekről beszél, többek között a távfelvételek fontosságáról. A szív hypertrophiák egyszerű megállapításának példáját ismerteti. A túltengett szívizmot nem tartja a normalissal egyenértékűnek, mert könnyen és relative rövid idő alatt elfajulni szokott. Kifejti a korai elfajulás okait. A szívfájdalmak számára egyöntetű magyarázatot keres. Utal a szív chemiai milieu-változásának fontosságára. Az essentialis hypertoniát nem betegségnek, csak tünetnek minősíti. Az örökös factor játssza a legnagyobb szerepet. A korai arteriosclerosis az essentialis hypertonia következménye. A magas vérnyomás ingadozásait minősíti különösen veszélyeseknek. A pseudonormotonia fogalmát magyarázza. Az incompensatiós tüneteket a szervezet regulációs jelenségének minősíti. Végül utal a therapiai szívproblémák igen nagy számára. Véleményt mond arról, hogy a szívet műtéthez mikor szabad és mikor kell szív-, illetve vasomotoros szerekkel előkészíteni. Elengedhetetlennek tartja malaria és láz-keltő therapia esetén a szívizom állapotának sorozatos elektrokardiographiás vizsgálatokkal történő ellenőrzését.

Bemutatók:

Zalka Ö.: Aneurysma aortae érdekesebb esetei. Egy, a bal arteria subclavia alól kiinduló és a bordákat usuráló syphilises eredetű, a lapockát elemelő aneurysma kórbonctani készítményét mutatja be. A másik esetben a mellkasi és hasi aorta cylindrikus tágulata volt jelen. A tágulatot thrombus tömeg tölti ki, amelynek belsejében ujnyi vastag lumen van amelyen keresztül a keringés lehetséges volt. Az aneurysma a nyelőcsőbe áttört.

Schranz D.: Érdekesebb szívleletek hirtelen halál esetében. A budapesti törvényszéki Orvostani Intézet boncolási anyagában évente 250—300 hirtelen szívhalál eset szerepel s ha ehhez hozzászámítjuk azokat az eseteket, amelyeknek a boncolását a hatóság mellőzte, kiderül, hogy az utóbbi időben a szívhalálesetek száma jelentős emelkedést mutat. Az esetek fele coronaria-sklerosis, egynegyede koszorúsérzáródék elzáródással kapcsolatos mesaortitis s egynegyede főér megbetegedés csekély coronaria elváltozással. Billentyűbaj, daganat, szívfejlődési hiba alig fordul elő. A statistika szerint a férfiak valamivel nagyobb számban halnak meg szív-baj következtében, mint a nők. 27—45%-ban az illetők nem tudtak súlyos betegségeikről. Az egyik bemutatott esetben a bal coronaria harántul haladó ágának elzáródásával kapcsolatosan a balkamra-fal nagyrésze inferceálódott és a szemölcs-sizom kettészakadt. Egy másik esetben az volt a feltűnő, hogy a szívburokba spontán főérrepedéssel kapcsolatban 1020 g vér jutott. Egy harmadik esetben a főerbillentyűk elváltozása a főértágulat kifejlődéséhez és annak megrepedéséhez vezetett. A fejlődési rendellenességek közül egy 47 éves nőn észlelt 36 mm foramen ovalét, egy két és fél napot élt csecsemőn cor unilocularet arteria pulmonalis és ductus Botalli hiánnyal és egy négybillentyűjű aortát.

Varga E.: Szívtenyészetekről és kardiaceumoknak azokra hatásáról. Pulsáló és fixálás után impraegnált szívtenyészeteket mutat be, az idevonatkozó irodalom összefoglalása után. Mikrokinematographiás felvételekkel demonstrálja az Adigannak a tyükembryo szívtenyészetére történő bradykar-

diás és a Tonogennek tachykardiás hatását. Leghosszabb ideig tartó pulzálást a digitalissal kezelt tenyészetekben talált. Camphor, coffein, strychnin a szívtenyészetekben a pulzus-frequenciát növeli, a strophantin csökkenti.

Galgóczy J.: *Elektrokardiographiás állomásunk távfűlételekre alkalmas berendezésének bemutatása.* Az elektrokardiographia klinikai értékének és adott esetekben nélkülözhetetlen voltának rövid méltatása után ismerteti azon elveket, amelyek a távfelvételi berendezéseknél általában irányadók. A székesfővárosi Szent István kórháznak elektromos zavarok szempontjából specialisan kedvezőtlen viszonyai ellenére is sikerült a részletesen ismertett, aránylag olcsó berendezés (földelt, háromeres ólomkábel) segítségével oly megoldást találni a *Husenfeld* prof. vezetése alatt álló belbetegosztály szívvizsgáló állomása számára, mely mellett a bemutatott torzítás- és nagyság-differencia nélküli felvételek készíthetők teljesen üzembiztosan. A súlyos és moribund betegen a pathologiai szempontból felbecsülhetetlen sorozatos felvételek problémái a működésben is bemutatott berendezéssel tökéletes megoldást nyert.

Bosányi A.: A Szt. László kórház speciális viszonyai miatt központi távvezetékes állomás felállítása rendkívül költséges lett volna. Miután pedig a különböző forgalomban levő hordozható kis állomásoknál (oscillographiás és félre-sítős rendszerek) a magas feszültségű váltóáram erősen zavaró behatása nem volt kiküszöbölhető, *Skrop* egy hordozható nagy eszközt (húros galvanometerrel) konstruált a kórház számára, mely minden szempontból tökéletesen dolgozik. Bemutatja az ezzel az eszközzel készült Ekg-t, mely precizitás és részletfinomságok szempontjából teljesen azonos bármely beépített nagy állomás felvételeivel.

Skrop F.: A külső zavaró tényezőket, akár a távvezetékes, akár a beépített készülékről van szó, nem lehet egyszerűen elhárítani. A külső zavaró áramok akár egyenáramról, akár váltóáramról van szó, hathatnak, mint rezgések, azután inductív és capacitív úton. A hatás milyensége szabja meg az elhárító eljárást. Egyik esetben a teljes földelés, másik esetben csak részleges, vagy semmi földelés vezet célra a vezeték és a fémrészek rezonanciája miatt. Sokszor a zavaró hatást még fokozza a teljes árnyékolás. Vannak rosszul épített világítási hálózatok, ahol csak a teljes árammentesítés és a készüléknek a hálózattól függetlenítése, vagy különleges elhárító berendezés alkalmazása vezet csak célhoz.

Kiss P.: A budapesti gyermekklinika 1928 óta van távvezetéssel felszerelve az elektrokardiograph laboratórium. Minden osztályon tudunk felvételt készíteni anélkül, hogy a betegeket el kellene ágyukról mozdítani. A laboratóriumtól legtávolabb fekvő osztály kb. 500 méterre van, de ezen aránylag nagy távolság dacára sincsen a felvételek közben semmi zavar, az Ekg-on sincsen semmi torzítás. Az egész klinikai telepen egyenáram van. Távoli felvételek lehetősége nélkül súlyos betegek vizsgálata igen nagy nehézségekbe ütközne és ezért fontosnak tartja, hogy minden olyan Ekg. laboratórium, ahol fekvő betegeket vizsgálnak, távoli vezetékkel felszereltesék.

Galgóczy J.: *Skrop* feszültségére válaszképp rámutat arra, hogy — amint a demonstrált, teljesen zavarmentes felvételekből is kitűnik — a bemutatott felszerelésnél sikerült a capacitív zavarokat is teljesen kiküszöbölni.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Gynaekologiai Szakosztályának január 19-i ülése.

Bemutatás:

Lów S.: *Szülőfájásokat regisztráló készülék.* Egy tokographot mutat be, mely egymaga felveszi és mm-papíron graphikusan ábrázolja a méhnek szülőtevékenységét. A készülék rajzolja a fájások nagyságát, számát, lefolyását, időtartamát, a hasprés működését, a magzatmozgásokat; nem veszi fel a vajudó légző-, szív-, és egyéb mozgásait.

Lőrincz B.: A készüléknek részben didaktikus szempontból tulajdonít jelentőséget, másrészt ajánlja, hogy az így készült tokogramokat tegyék el a következő szülések alkalmából értékesítés végett.

Temesváry M.: A műszert kipróbálta és qualitativ mérésekre is alkalmasnak tartja.

Frigyesi J.: Minden vizsgálati eszköz, mely a subjectiv megfigyelést géppel pótolja, haladást jelent. Különösen áll ez a szülés észlelésére vonatkozólag, ahol órákon át kell a fájások intenzitását és sűrűségét figyelni a prognosznak felállítása céljából.

Előadások:

1. Szathmáry Z.: *Terhességgel szövődött rosszindulatú petefészekdaganatok.* A II. női kilinika 15 évi anyagában 1114 petefészekdaganat mellett 53 esetben terhesség volt jelen, 2 esetben solid, nagy kereksejtű rák és 1 esetben orsósejtű sarcoma mellett. A rosszindulatú daganatok eltávolítása után 2 rendes szülés következett be, a harmadik esetben a daganat a gyermekágyban lett kiirtva és gyógyuláshoz vezetett. Tapasztalata szerint fiatal nőkben, hol a dagana kocsányos, dacára a rosszindulatúságnak, megtartható a terhesség.

2. Raisz D.: *A hysterographia szerepe méhnyálkahártya-elváltozások felismerésében.* (Részletesen megjelenik.)

Temesváry M.: Hangsúlyozza, hogy ő volt, ki elsőnek hívta fel a figyelmet ezen eljárás jelentőségére. A röntgenkép felvételének időpontjától függ, hogy látható-e a contrastanyag a tubákban, vagy a hasüregben, mert míg eleinte csak a méh ad árnyékot, később a tubákban, illetőleg a hasban is kimutatható az anyag.

Tóth I.: Ezen előadás sem győzte meg a hysterographia gyakorlati jelentőségéről. Tudományos vizsgálatra talán alkalmas lesz — jól lehet nem veszélytelen — a gyakorlatban azonban a polypokat jobban megéli a curette, mint a röntgen homály. Nem hiszi, hogy valaki is vállalkoznék méhkiirtásra ilyen röntgenképek alapján. Számos olyan egyenetlen felületű méhüreget kapartak ki, mely hysterographiával a rák képét mutatta volna és hol tulajdonképpen csak hyperplasia gland. volt jelen. A méhüregbe helyezendő Ra-t illetőleg megjegyzi, hogy annak tubusára a kiváltott contractiók következtében a méh egész belfelülete reflekszik.

Frigyesi J.: Uj vizsgálati eljárásoknak egyideig gyakran csak tudományos jelentőségük van; ez áll a hysterographiára is. A mai előadás szerint sikerült az eljárást az eddigtilt eltérően teljesen ártalmatlanná tenni. Egyetért *Tóth* tanárral, hogy a röntgenogram egyedül nem javalhat radicalis műtétet, csak egyéb tünetek kíséretében. Jó szolgálatot tesz a hysterographia submucosus góc, alig kimutatható polypok localisatiója szempontjából és előreláthatólag hasznát fogjuk venni a rossz eredményeket mutató cornusrák Ra. kezelésében.

Magyar Urologiai Társaság február 27-i ülése.

Előadások:

Dózsa J.: *1 Szokatlan nagyságú kö rákos vesében.* 60 éves férfi, 20 év óta jobb oldali derékfájdalmak és pyuria. A jobb vese ökölnyi, kőkemény képletként tapintható. Hólyagtükrü vizsgálatakor a jobb ureterből sűrű geny ürül. Bal vese kifogástalan működésű. *Röntgenfelvétel* jobb oldalt ökölnyi vesekövet mutat, jobb oldali *nephrektomia*. A kivett vese elvékonyodott állománya keskeny tokként veszi körül az óriási követ, melynek súlya 700 gr. A vese megmaradt részeitől készült metszetek elszarusodó laphámrákot mutatnak (*Korényi*). — Műteti seb simán gyógyult. 2 hét múlva exitus. A sectio kétoldali bronchopneumonia mellett a májban számos *metastasis* mutatott, a primaer tumorhoz hasonló kőszöveti képpel. A vesetumoroknak kövel szövődése hypernephromák és pyelum bolyhos daganatai esetében ritka, s itt a kö rendszerint secundaer képződmény. A vese elszarusodó laphámrákjai igen ritkák, de gyakran szövődnek kövel. Ily esetekben a kö tekinthető primaernek, mely chronicus ingerhatásával kiváltója lehet a tumorképződésnek.

2. Gümös vese kiterjedt subcapsularis haematomája gyermekágyas nőben. 28 éves nő 1 hét előtt szült. Már a terhesség VII. hónapjában bal derékfájdalmak, zavaros vizelet. Szülés óta heves baloldali vesegörcsök, rázóhidegek, magas lázak. A vizsgálatok baloldali pyonephrosist derítették ki. *Nephrektomia*. A kivett vese a gümőkór cavernás formáját mutatta, a vese alsó kétharmadára kiterjedő, ujnyi vastag subcapsularis haematomával. Utóbbi kétségtelenül a szülés alatti heves hasfalcontractiókhozható összefüggésbe.

Farkas I.: Néhány évvel ezelőtt az Urologiai Társaságban bemutatott egy esetet, ahol a kö és hypernephroma együttesen fordultak elő. Ami a kérdést illeti, hogy melyik folyamat volt az elsődleges, valószínűleg a hypernephroma okozta pangás vezetett köképződéshez, míg carcinoma esetében a kö okozta trauma szerepelhet a daganat kiváltójának.

Noszkay A.: *A prostata megnagyobbodása nélküli prostatismus tünetcsoportja és gyógyítása.* 22 operált belső

záróizom-merevség esetével kapcsolatban számol be ezen tünetcsoport osztályozásáról, tüneteiről és terápiájáról. Prostata megnagyobbodás nélküli prostatismus tüneteit előidéző betegségek közös tulajdonsága, hogy tüneteiket azáltal hozzák létre, hogy a belső záróizom merevvé válik. A sphincter merevsége jelentkezik hypertonia és hypertrophia vagy fibrosis formájában. Klinikai tüneteik megegyeznek a prostata hypertrophiaiban észleltekkal. Terápiájuk részben konservatív, részben műtéti. A műtéti beavatkozás történhet urethralis és transvesicalis uton. Lényegük a sphincter gyűrű merevségének megszüntetése. Végzendő műtétnek, a sphincter gyűrű alsó felének kiirtása ajánlható. Műtéttel teljes eredmény érhető el. Recidiva, különösen a prostataból kiinduló fibroticus folyamatkor és tabes esetében, — amely progrediál —, előfordulhat.

Illyés G.: A prostata hypertrophia pathológiájában még sok ismeretlen tényező szerepel. Miért csak épen az u. n. periurethralis mirigyek vesznek részt a megnagyobbodásban, midőn az igazi prostataszövetet összenyomják? Miért csak a colliculus seminalis feletti részben fejlődik a megnagyobbodás, alatta sohasem. A szövettani kép is egyszerű adenoma, de nem az igazi, máskor fibroma, de ez sem tipikus. A klinikai képen is azt látjuk, hogy a nehéz vizelet nincs mindig arányban a prostata nagyságával, mert sokszor nagy hypertrophia alig okoz vizeletkiürítési nehézséget, máskor kis mirigy súlyos kiürítési zavarokat csinál. Nem tudjuk, mennyiben szerepel itt a sphincter illetve detrusor működési zavara. Még nagyobb a zavar a prostata atrophia terén. A veszülettel prostata atrophia más húgyszervi fejlődési rendellenesség kapcsán látható, midőn annak egyik részjelensége s gyakran vizeletcsurgással, illetve teljes retentióval jár. Szerzett atrophiaát látunk castráltakon különösen, ha az a serdülő korban történik, mikor a prostata még fejletlen, mert ilyenkor végzett castratio után a prostata ezen fejletlen állapotában marad meg. Felnőtt korban végzett castratio után is sorvad némileg a prostata, főleg a mirigyes elemei, de nem oly mértékben. A senilis atrophiaiban találjuk sokszor, hogy per rectum teljesen sorvad, heges a prostata (genyedések, lefolyt gyulladás) s cystoskoppal pedig bedomborodó, nagyobb hypertrophizált mirigyet találunk, ami a nehéz vizeletet megmagyarázza s amit a műtétkor is megláthatunk. Ezeket atrophia hypertrophia szóval jeleztük. Lefolyt gyulladások után, de néha ilyen elváltozások nélkül is előfordul az orif. internum hegedése nehéz vizelet tüneteivel, melyeket sokszor egyszerű sondakezeléssel javítani lehet, máskor operációra van szükség. Az utóbbi esetben élesen körülmetszük az orif. internumot s miután itt valóréteggel nincs, késsel vagy ollóval kell az orif. internum körüli heges szövetet kimetszeni. Többször meggyőződtem arról, hogy a heges sphincter internus részleges kimetszése semmi hátránnyal nem jár, olyan intravesicalis hypertrophia esetében, ahol a nagy mirigy belenőtt a sphinctergyűrűbe, azt szétfeszítette, a kihámozás után a sphinctergyűrű tatóngó maradt, nem húzódtott össze, vagyis nem zárt, azért a beteg vizeletét mégis teljesen jól bírta tartani.

Rihmer B.: Azt, amit *Illyés* tanár úr prostata hypertrophia plus atrophianak nevez, mi a hypertrophias mirigy fibrotikus zsugorodásának nevezzük. Hogy itt is a belső szájadék merevsége dominál, mutatja az, hogy ha csak ezt oldottuk meg és a ki nem hámozható mirigyet ott hagyjuk, az eredmény teljes volt. Vannak belső szájadék merevségek, hol mirigyet nem találtunk. Ha diverticulumban volt jelen belső szájadék merevség, ennek meg nem oldása a disuriás panaszok fennmaradásával járt. Heveny retentiók alkalmával nem operálunk, csak chronikusak esetében.

Steiner J.: Felhívja a figyelmet arra, hogy a hátsó sphincter hypertoniája nem localis aetiológiai factor, hanem idegrendszer megbetegedés következtében igen gyakran észlelhető s megfelelő vizsgálati eljárással a működési zavarról mikéntje is megállapítható. Ez a körkép azonban nagyon gyakran változó. Ezért a műtéti javallat szempontjából fontosnak tartja annak hangsúlyozását, hogy hosszú ideig fennálló, a conservatív kezelésre nem javuló, állandó jellegű megbetegedés esetén operáljunk.

Boross E.: Felhívja a figyelmet a fiatalabbkori esetekre, hol az idegrendszeri vizsgálat semmiféle eltérést nem mutatott. *Marion* nézetéhez csatlakozik, aki congenitalis eredetű veszt fel, e mellett szól 24 éves férfiúra vonatkozó esete is, hol körkörös sphincter kimetszést végzett s csak 10—20 ccm retentio maradt vissza. Az újabban bevezetett eszközök, melyekkel a hólyag belső szájadéka könnyen áttekinthető, fogják a kérdést úgy diagnosztikailag, mint therapeutice a megoldáshoz közelebb juttatni. Véleménye szerint ezekben az esetekben az endovesicalis beavatkozás a jobb.

A Magyar Röntgentársaság március 6-i ülése.

Előadások:

Cserna I.: *Arteriographia thromboangitis obliterans* esetén. 33 éves férfit mutat be, akinek három év előtt phlebitis migrans tünete volt. Egy év óta jobb lába megszünt izzadni, később jobb talpában, majd lábában égető fájdalom keletkezett. Ezek a panaszok fokozódtak az intermittáló sántítás tüneteivel. Most súlyos arteriás vérellátás zavara mutatható ki a lábában a hüvelykujj tövében keletkezett kis nekrosissal. Az arteria dorsalis pedis lüktetése nem tapintható, a reactiv hyperaemia ezen az érterületen 3 perc alatt sem váltódik ki. A localisatio vizsgálatára arteriographiát végeztek. Az arteria femoralist kiproeparálva, a verőérbe 20. ccm. Perabrodil fecskenedeztek és a befecskenedés közben, 10—10 ccm. befecskenedés után, készültek a felvételek. A felvételeken az arteria tibialis postica, az arteria peronea és az arteria plantaris jól telődött, ellenben sem az arteria tibialis, sem az arteria dorsalis pedis nem telődött. Az eljárás jelentősége, hogy útmutatásul szolgál a nekrosis miatt elkerülhetlenné váló csonkítás helyének megválasztására.

Holits B.: Külföldön már százával csinálják az arteriographiát, melynek föltétlen létjogosultsága van, mert szép diagnostikai következtetéseket lehet levonni belőle. Az arteria fala jobban tűri a beszűrést és befecskenedezés insulását, mert a véráram gyorsabb, az idegen anyagot gyorsabban elsodorja, mint a vénákban. Bemutat a módszer felfedezőinek munkáiból szép és tanulságos fölvételeket.

Farkas J.: *Hasenföld* prof. osztályán 3 esetet észleltek, rámutat *ifj. Krompecher István* dolgozataira, kinek véleménye szerint a betegség létrejöttében az edényfalak elastoblastjainak van fontos szerepe.

Révész V.: rámutat arra, hogy rokon betegségeken (Raynaud kór stb.) sok esetben jó eredmények érhetőek el a megfelelő spinalis centrumok röntgenbesugárzásával.

Haas egy esetről számol be, melyben nem tudtak sem localis, sem spinalis besugárzással eredményt elérni.

Bárony T.: a vizsgáló eljárás és a bemutatott eset röntgenteknikai részleteiről számol be.

2. Schiffer E.: *Colondiverticulumról.* Leggyakoribbak a Graser-féle pesudodiverticulumok, melyek a bél mucosának hernia-szerű kiöblösődései. A muscularis-rétegnek azon helyén képződnek, ahol az erek áthaladnak. Keletkezésük oka nem tisztázott. Főleg 50—60 év körüli férfiakon fordul elő. Ha a colon részéről izgalmi tünetek vannak, akkor diverticulitistről szólhatunk. Kimutatásokra előnyösebb a beöntéses vizsgálat, főleg ha felvételt is készítenek és a contrastfolyadék lebecsátása után is figyeljük a colont. A peroralis vizsgálatok alkalmával a colondiverticulumokat általában elnézik. Nagyságuk kölesnyii sőt galambtojásnyi nagyságú is lehet, számuk egy és többszáz között variálhat. A velük kapcsolatosan a legkülönbözőbb fokú colitisek fordulhatnak elő. Spasmusos, vagy esetleg heges beszűkülést, ileust okozhatnak. Ezeknek tumortól elkülönítése nehézséget okozhat. A diverticulum körül képződő, esetleg fedett perforációjából eredő pericolicus abscessusok változatos klinikai képet nyújthatnak. Baloldali appendicitis, adnexitis képét utánozhatja. Ha magasabban helyezkedik el, úgy perinephritikus abscessussal téveszhető össze. Műtéti megnyitásuk után esetleg a colonnal kommunikáló fistulák maradhatnak vissza. A hasüregbe szabad perforatio is előfordul. A műtét sokszor csak a pericolicus abscessusok megnyitására szorítkozhat. A esetek zömében belgyógyászati kezeléssel is elérhető az izgalmi tünetek megszüntetése, 11 eset körtörtenetét ismerteti, melyek közül egy baloldali appendicitis tünete között került műtetre, kettő colon-tumorra emlékeztető és elzáródásos tüneteket okozott. Egyik esetben az abscessusnak a colon felé spontan perforatioja után a beteg meggyógyult. Egy másik esetben a colonnal kommunikáló fistula maradt vissza. Más esetben a tályogüreg megnyitása után a beteg meggyógyult. Néhány esetben a colitisek tüneteinek belgyógyászati kezelésre megjavultak. Végül néhány esetben diverticulumot csak mellékletként találtak.

Révész V.: A colon-diverticulosist nem tartja ritkának. Ha a contrastbeöntéssel telt colonról rendszeresen csinálunk fölvételeket, gyakran találjuk. Legtöbbször a töltés kiürítése után látszanak jobban, de észlelhető az ellenkezője is. Felhívja a figyelmet arra, hogy sokszor csak a haustalis befűződések közötti keskeny korongszerű bélrészlet két sarkában van egy-egy bimbószerű kidomborodás, néha ez kettéágazik, sokszor látni három részre oszlott ilyen kidomboro-

dásokat is. Néha nagyon sűrű haustralis segmentatio esetén maximalisan keskeny contrastcsíkot látunk, melynek végen gombszerűen ül egy kis diverticulum, mint a bikaszarv végén a gomb. Mindezeket saját eseteiből demonstrálja. Mindenféle típusú diverticulumok bemutatása után egy eset főlvételeit demonstrálja, hol a diverticulum hosszú csatornával kommunikál a béllyumennel, a csatorna végén gázugyülem van. Itt a diverticulumok gyulladása súlyos peritonealis tüneteket és ileust okozott, végül carcinoma fejlődött. A praeparatum kórszövettani földolgozása még nem történt meg.

A budapesti Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztályának március 14-i ülése.

Bemutatók:

1. Zimányi V.: Szokatlan heves tünetekkel járó szájjugyulladás. Magas lázzal, szájfájással, nyelési nehézséggel járó, az egész száj nyálkahártyájára kiterjedő opalszerűen áttűnő szürkés duzzanat két nap múlva szürkés-sárgás, mérsékelt tapadó lepedékkel fedett, karéjos fekélyesedésbe megy át; nagyfokú vérékenység, az állalatti mirigyek mérsékelt duzzanata. A váladékban bacillus fusiformis, spirochaeta refringens és streptococcus lanceolatus nagy számban. Diagnosis: negativ. Therapia: Száj-torok-öblítőkön kívül spirocid és faucin s. Spolio pastill., anaesthesin emulsio, tryptaflavin por befúvás.

2. Zoltán I.: A direct gégevizsgálat nehézségeiről. A klika két nöbetegén nem volt elvégezhető a direct gégevizsgálat. Az egyik betegen kiterjedt hegesedés állott fenn, mely öngyilkossági szándékkal végrehajtott nyaki metszésnek volt a következménye. A másik betegen nehezített decanullem miatt volt szükséges a laryngoskopia. A vizsgálat kivihetlenségének oka: az első esetben a gége fixált volta, a másikban a különlegesen kedvezőtlen anatómiai helyzet. Direct gégevizsgálatkor nagy szerepet játszik az az ellenállás, melyet a műszernek és a vizsgáló kéznek le kell küzdenie, hogy a cső a gégebe bevezethető legyen. A vizsgálat elvégzésének lehetőségét nagy valószínűséggel előre megmondhatjuk a nyelvspatula-próbával.

Pollatschek E.: Esetében a laryngoskopia indirecta is majdnem lehetetlen volt: a hátsó garatfal előboltosodása és a nyelvgyök vastagsága miatt. Ez utóbbi a betegen a gégepolypus eltávolítására, külön hosszabb műszert tett szükségessé. A bemutatás a gyakorlottaknak is tanulságos.

3. Lénárt Z.: A gége nagy defectusának és heges elzáródásának meggyógyítása a gége vázának pótlásával. T. J. 20 éves tanító öngyilkossági szándékból borotvával többszörös metszéssel elroncsolta a gégeporcokat és nyelőcső mellő falát. A pajzporc alsó fele, a gyűrűporc elülső része s a hátsó lemez közepe kilökődött, a pars laryngealis pharyngison, valamint a nyelőcsővön hosszanti defectus képződött. Az elpusztult területet 12 cm széles, a légsőig leterjedő hegtömeg foglalja el, amely a géget teljesen impermeabilissá teszi. Két év alatt ismételt műtétekkel fokról-fokra sikerült összeköttetést létesíteni a légső és vestibulum laryngis között, az oesophagus defectust elzárni és a bordákról vett szabad porc-transplantatumokkal a hiányzó pajz- és gyűrűporcot pótolni. A geteg 4 hónap óta szabadon és kitűnően kap levegőt a rekonstruált gégen keresztül, erőteljes, jó hangon beszél és tanítói hivatását folytathatja. A gége funkcióképességének helyreállítása elkerülhetővé tette a gége kiirtását, amellyel a beteg reménytelennek látszó állapota miatt a kezelés elején számolni kellett.

Dörner D.: 1917-ben 3 esetet megoperált, hol a gége porcos váza lövési sérülés következtében összeroncsolódott és hegesen összenőtt. Laryngofissio és a hegek kimetszése, valamint Tiersch-lebenyek behelyezése és a nyaki bőr hámlásának befordítása után, Mikulicz-kenőcsös tamponok által sikerült a gége vázának vályúszerű kiképzését elérni, majd laryngofissio zárása után a gége lumenét és a rendes légzést biztosítani. Ezek állandóságát két esetben két év múlva alkalma volt ellenőrizni.

Pollatschek E.: Ismerve az ilyen fokban roncsolt gége rekonstrukciójának nehézségeit, az elért eredményt unicumnak tartja és kéri Lénárt prof.-t, hogy az esetet az orvosegyesület közönségének bemutatni sziveskedjék.

Safranek J.: A bemutatott esethez hasonló esetében a gége és a bázisging sérülése kiterjedtebb volt: a gége mellő fala a hangszalagok síkjától lefelé teljesen hiányzott, az anyagihiány szélei hátrafelé convergálva, a gége hátsó falán,

valamint ennek megfelelően a bázisging mellő falán pengőnyi defectus volt, utóbbit sikerült reconstructiv és subcutan izomplastikával pótolni. Az esetet, mint az ilyen módon sikeresen operált legelső esetek egyikét a Mschr. f. Ohrenh. 1928. évi 5. sz.-ban részletesen és fényképekkel illusztrálva ismertette. A gége rekonstrukcióját nem végezte, mert a beteg a nyelés helyreállításával meg volt elégedve és így canulel hagyta el a kórházat.

Lénárt Z.: A szakosztály kérésének eleget tesz és az esetet az orvosgyesületben is bemutatja.

Magyar Orvosok Röntgen-Egyesületének március 29-i ülése.

1. Végh J.: Az ízületi chondromatosisról négy eset kapcsán. Reichel által leírt ízületi chondromatosis tumoros eredetű monoarticularis megbetegedés. A porcos tumor tömeg a synoviáról burjánzik le, kitölti az ízületi tokot, majd destruálja az izfelszíneket, végül sarkomasan elfajulhat. Négy esetben észlelte a ritka kórképet, két betegen a könyökizületen, egy-egy alkalommal a bokán, illetve a térdizületen. Egyik esete műtetre került; a szövettani lelet a röntgen-diagnosztikán mindenben megerősítette. Kienböck és iskolájának közölt számos esetével egybevetve, részletesen tárgyalja a kórkép pathológiáját, klinikai és röntgen-diagnosztikáját végül hangsúlyozza az elkülönítő kórjelzés nehézségeit, mely szempontból főleg az arth. deformans, az osteochondritis dissecans, különböző arthropathiák és malignus tumorok jönnek számításba. Különösen a korai esetek felismerése okozhat nehézséget, midőn még csupán kevés tumorrög keletkezett, melyek még nem meszesedtek el eléggé. Valószínűleg gyakoribb kórkép a chondromatosis, de egyrészt az ízületi egerekkel, másrészt az arthritises felrakódásokkal tévesztik össze. Therapiája az ízület megnyitásából, a tumorrögcskék eltávolításából, az ízületi felszínek részleges resectiójából, esetleg a tokszalag eltávolításából áll.

Horváth B.: Az ízületi chondromatosisok gyógykezelése sok változáson ment át az utóbbi évtizedekben. Eleinte, amikor még a rosszindulatúságtól tartottak, amputatiót is végeztek. Ma már a legnagyobb beavatkozás az ízületi resectio, egybekötve a tokszalag és a chondroma teljes eltávolításával. Ezt a nagy műtétet is csak akkor szabad elvégezni, ha a fájdalomak igen nagyok és az egyszerű arthrotomia eredménnyel nem kecsegtet. Amerikában különösen Henderson ezt a műtétet ajánlja. Az eredmények nem olyan jók, mint azt kezdetben hitték. Az ízület teljes kitakarítása ritkán sikerül olyan tökéletesen, mint a bemutatott egyik esetben, mert kisebb levált részek könnyen elrejtőznek az ízület tasakjaiban. Biebergeil, Faber stb. észlelték, hogy a műtét után bentmaradt néhány chondroma pár hónap múlva teljesen eltűnt és felszívódott. A gyógyulás módja hasonló a hashártya gümőkór laparotomia utáni gyógyulásához, úgy, hogy az a gondolat merülhet fel, hogy vajjon az ízületi chondromatosisok esetében nem az ízület megnyitásával együttjáró levegő és sugárbehatolás, valamint a keringés megváltozása idézi-e elő a bentmaradt göbök eltűnését.

2. Göttche O.: A primaer tüdőtuberculosis röntgendiagnosztikája. A kórbonctani elváltozások rövid ismertetése után vázolja a primaer tüdőtuberculosis röntgenmegnyilvánulásának tüneteit: a primaer infiltrációkat, a lobaris infiltrációt, a bipolaris alakot, a puha primaer gócot, az elmeszesedett primaer complexumot. Ezután részletesen kitér a tovahaladó primaer góc ismertetésére, vázolja a primaer caverna és primaer phthisis röntgentüneteit. A hilustáji mirigyek tuberculosisával kapcsolatban röviden tárgyalja azok topographiáját Engel legújabb beosztása szerint ismerteti a jellegzetes tumorosus alakot, tárgyalja a tracheobronchialis mirigyek tuberculosisának különféle megnyilvánulási formáit, majd rátér a secundaer infiltrációk ismertetésére. Különösen a primaer és secundaer infiltrációk differential-diagnosztikáját emeli ki, természetesen az adott lehetőségek határain belül. Ezzel kapcsolatban ismerteti a tuberculotikus folyamatok közelében levő mellhártyák reactiv jelenségeit (pleuritis mediastinalis, interlobaris, parietalis stb.). Ezután rátér a „hilitis” röntgenképeinek tárgyalására és hangsúlyozza a szükséges óvatosságot ebben a kérdésben. Foglalkozik az ú. n. „occult tuberculosis” kérdésével és egyes jellegzetesebb esetek kapcsán bemutatja a röntgenképek és kórbonctani leletek közötti eltéréseket.

Gaál A.: A primaer fertőzés az esetek nagy többségében már az életév elmúltával megtörténik, klinikailag azonban sokszor banalis kórképek alakjában zajlik le. Allatki-sérletek igazolják, hogy az inoculált tuberculosis bacillus 24

óra mulva a környéki mirigyekből, 48 óra mulva pedig a vérből kitenyészthető.

Steiner B.: A röntgenlelet csupán egy része a klinikai diagnózisnak. Sok gyakorló orvos a legegyszerűbb klinikai vizsgálatokat sem végzi el, hanem a klinikai kép teljes tisztázását a röntgenlelettől várja, miáltal igen sok félreértés keletkezhetik.

Frisch E.: A hilus leírásakor a megnagyobbodott és a köteges hilus fogalma mellett a különböző formájú folyamat jellemzéseket a felhős, elmosódottan határolt elnevezést is alkalmazza, mikor a periaadenitises folyamat nem nagyon kifejezett, hanem csak a hilus közvetlen közelére terjed ki.

Göttche O.: Egyes orvosok között ma is az a téves hit járja, hogy a tuberculosos fertőződésnek idejét nem tudhatjuk. Ezzel szemben utal azon saját észleléseire, amikor egy erythema nodosum járvány kapcsán a tuberculoitikus fertőzést csaknem napnyi pontossággal ki lehetett számítani. A gyermekkori tuberculoitikus fertőződés exact bizonyító eszköze egyébként a tuberkulin reakciók viselkedése. Ami a „hilitiseket” illeti, elsősorban utal a nem specifikus hilitisek nagy számára, végül ismételtelen kijelenti, hogy minél nagyobb valakinek a tapasztalata ebben a kérdésben, annál óvatosabb a hilusok röntgenképeinek értékelésében.

A debreceni Orvosegyesület március 2-i ülése.

Bemutatók:

Harsányi E.: *Combsérve kizáródott féregnyulvány.* 46 éves nőbetegéről referál, akinek combsérvében izoláltan foglalt helyet a féregnyulvány és ott kizáródott. A kizáródás nem gyulladás kapcsán jött létre, amint azt a szövettani lelet és tünetek bizonyítják, hanem minden valószínűség szerint primaer incarcerationióról volt szó.

Neuber E.: *Orbános betegek gyógyítása reconvalescens-serummal.* Eddig kezelt 28 orbános beteg közül az első 6 betegnek 10–15 ccm, az utóbbi 22-nek pedig 20–40 ccm reconvalescens serumot adtak intramuscularisan s rendszerint az első, vagy pedig második injectio után a beteg általános állapota javult, az esetek legnagyobb részében 5–7 nap után láztalanodás következett be, úgyszintén a helyi tünetek gyógyulása, illetve javulása. Tapasztalata, hogy az orbános reconvalescens serummal gyógyítása annál hatásosabb, minél frissebb a serum, továbbá minél nagyobb adagokban nyújtják a betegnek. A betegek egy részének polyvalens reconvalescens serumot adtak — több beteg serumát összekeverték — s azt tapasztalták, hogy ezáltal a gyógyhatást fokozták. Csak az első hat esetben adtak az orbános betegeknek ezen a fajlagos therapián kívül még egyéb kezelést is, ezzel szemben 22 beteg kizárólagosan reconvalescens serum-therapiában részesült. A 28 beteg közül egyetlen egy beteget sem vesztettek el, 3 beteg szövödményes phlegmoneja csak annak feltárása után gyógyult meg reconvalescens-serumra. Noha az anyaguk relative nem nagy, mégis azt tapasztalhatták, hogy a reconvalescens serummal kezelt orbános betegek rövidebb idő alatt gyógyulnak, főleg pedig a toxikus esetek mutatnak feltűnő javulást.

Bókay Z.: A gyermekklinika és a klinika közkórházi tuberculosos- és gyermekosztályán összesen 6 gyermekben próbálták ki a reconvalescens savót. Gyermekkorban nagy különbség van az erysipelas lefolyásában aszerint, hogy az újszülöttn, 3 hónapos koron inneni csecsemőn, 3 esztendőn inneni, vagy pedig idősebb gyermekben folyik-e le és hogy az erysipelas elsődleges folyamat-e, vagy másodlagosan valamely más folyamathoz társul-e? Egy esetben a savónak semmi hatása nem volt. 10 éves súlyos tuberculoitikus, carieses és miliaris anergiás gyermek, kin dacára a megismételt 20–20 ccm-es kevert reconvalescens savónak, a folyamat feltartóztathatatlanul terjedt sepsisben exitált. A többi 5 gyermekben az eredmény minden várakozás felülmúlt, átlag 24–48 óra alatt a bőrpír eltűnt, a láz kritikusan leesett és ha esetleg 3 nap mulva újra jelentkezett mindkettő, egy újabb 15–20 ccm-es serumadagra véglegesen gyógyult. A legszebb eredmény egy 2 és ½ hónapos, súlyos, mindkét alsó végtagra kiterjedő erysipelas phlegmonosás csecsemőn, hol a folyamat következtében a fascia nekrosis és mélyreható genyedés miatt az alsó végtagokat több helyen (a lábon 4, a bal combon 2) kellett 5–12 cm hosszúságban incidálni és akin a 40° körüli hyperpyrexia és szivgyengeség miatt a körkép igazán fenyegető jeleket öltött. A reconvalescens serum beadása után rohamosan javult. A serum-therapián kívül vértransfusiót is végeztek. A beteget gyógyult állapotban mutathatja be, jelenleg csak zsugorodással járó hegek és a

még hámosodó incisiós seb mutatja a folyamat súlyosságát. Ilyen esetek vértransfusio dacára is mindig elveszettek voltak tekinthetők. A bemutatott lázgörbén tanulságosan látni a hőmérséklet, a pulsus és a súlygörbe viselkedését a reconvalescens savó beadása utáni 24 órában.

Előadások:

Ruzicska Gy.: *Genitalis tumornak látszó vesesarcoma.* 42 éves asszony alhasát baloldalt emberfőnyi resistencia tölti ki, amely gyorsan növekedett, de csak közvetlen felvétele előtt okozott panaszokat. Keveset fogzott, munkabírása csak a legutóbbi hetekben csökkent, dereka, háta fáj. Eltérés sem a gyomor-bélpassage, sem a vizelet kiválasztás részéről nem volt. Ugy a hasfalon keresztül tapintva, mint a hüvelyen keresztül vizsgálva a daganat alsó része a kismedencében vész el és a rendes nagyságú jobbra dislokált méh mellett a bal adnexumok a daganattól sem tapinthatók át. Így, bár gondolnak a tumor extragenitalis eredetére is, mégis a baloldali petefészekdaganat kórisméjét állapítják meg. Műtét alsó median laparotomia, a daganat retroperitonealis elhelyezkedésű, a bal vese első polusából indul ki; az alsó vesepolust minimalisan lelapította, de a veseparenchymától élesen elkülönül. A daganat rostos tokja a vese capsula fibrosájába folytatódik. A kivongált vesét, tekintettel a tumor gyors növekedésére, s a tok igen bő venosus erektségére, a decapsulált terület vérzékenységére eltávolítják. Síma gyógyulás. Mivel a daganat fibrosarcoma osteoplasticum capsulae fibrosae renisnek felel meg, röntgen-kezelés. Az operációs technikát illetően ki kell emelni, a daganatnak, majd a vesének transperitonealis úton eltávolításának kényelmes, biztos és könnyű voltát. A daganat finomabb elemzésben felnőtt korban progresszív embryonalis jellegű adenosarcomának fibromával kombinációjának tekinthető.

Macvarv K.: *A vérkeringés hamuatlásának jelentősége a terhesség késői idejében.* (Kézirat nem érkezett)

Egészségvédelem falun.

Amikor a falusi egészségvédelem kérdését akarom tárgyalni, akkor azon községeknek egészségügyi viszonyait tekintem először, ahol a védelem még megszervezve nincsen; ilyen az országnak legtöbb községe.

Az egészségvédelemnek két módja van a gyakorlatban, az egyik a specialis védelem, a másik pedig az általános vagy családvédelem. Az elsőhöz tartozik az anya és csecsemő, az iskolásgyermek, a tüdőbetegek, ideg és lelkibetegek, nemkülönbön a nemibetegek védelme. Az általános, vagy családvédelem pedig egy család minden egyes tagjára és az előforduló összes betegségekre kiterjed. Hazánkban a specialis védelmet főként a Stefánia szövetség képviseli, mely kormányhatósági megbízás alapján látja el az ország egy részében az anyák és csecsemők védelmét, intézetében kiképzett anya és csecsemő védőnők útján. Az általános védelmet pedig az Országos Közegészségügyi Intézet propagálja az intézettel kapcsolatos és a debreceni klinikák mellett felállított Ápolónő és Védőnőképző Intézetben kiképzett családi védőnők útján. Ők leginkább a négy mintafaluban és Pécs városában működnek a Rockefeller alap anyagi támogatása mellett.

Nemcsak nálunk, de az egész világon élénk és nem egyszer éles, vita folyik arról, hogy a kétféle védelemnek melyik módja az, amelyik a falusi viszonyoknak jobban megfelel és melyiket kell megvalósítani ott, ahol még a védelem semmiféle alakban nincsen megszervezve.

Az egészségvédelemnek alapja kétségtelenül az anyák és csecsemők védelme, de bele kell hogy tartozzék a család többi tagjainak, az iskolás és serdülő gyermekeknek, a tüdő-, ideg- és nemibetegeknek a védelme is, a házassági tanácsadás, az általános egészségügyi szabályokra kioktatás, a betegápolás gyakorlati alkalmazása és még sok minden más. Az orvosi tudomány, amíg kicsiny volt és nem igényelt költséges berendezéseket és felszereléseket egy embernek, az universalis gyakorlóorvosnak volt a birtokában. A tudomány fejlődésével specializálódott és

születtek meg a gyógyintézetek és laboratóriumok. Így van ez az egészségvédelemmel is. A falu egészségvédelme az általános védelem, a városé a védelem specializálódása.

Az Országos Stefánia Szövetség a háború alatt átvette az anyák és csecsemők védelmét, amikor az állam erre nem ért rá, mert el volt foglalva a háborúval. Hogy nagyszerű munkájával nagy eredményeket ért el a csecsemőhalálozás csökkentésében, az minden szakember előtt kétségtelen. Nem volna azonban teljes a védelem, ha mellette elhanyagolnák a család többi tagjának védelmét. Amit az anya- és csecsemővédelem gondossága megmenetett az életnek, azt elragadnák a fertőző betegségek, a tuberculosis, áldozatul eshetnek a nemibajoknak, elme- és idegbetegségeknek, beteggé tenné nemcsak saját magát, de utódait is. A Stefánia Szövetség az 1931. év végéig létesített: 224 védőnőintézetet, 40 tejkonyhát, 9 anyaothont, 18 bölcsődét, 8 napközi gyermekotthont és 13 szülőintézetet. Ha ezzel szemben felsorolom azt, hogy az országnak van 11 törvényhatósági jogú, 44 megyei városa és 3378 községe és, ha számításba vesszük azt is, hogy a védő és egyéb intézetek főként nagy városokban és leginkább a tizezer lélekszámmal népesebb községekben vannak, a nagyobb helyeken és a fővárosban többszörös számban, akkor azt látjuk, hogy a falvak legnagyobb része minden védelem nélkül áll. Ez nem is a Stefánia Szövetség hibája, hanem a kormányzatok részéről a múltban tanúsított nemtörődomségé és a mai gazdasági helyzeté. A megértés ma részben megvan, de nincsen hozzá pénz, ami nélkül az anya- és csecsemővédelem sem tud továbbfejlődni. Az anyagi eszköz, amivel a Stefánia Szövetség áldásos működését kifejti, részben a kormány, törvényhatóság, és község támogatásából, részben a társadalom adakozásából kerül elő. Ez utóbbi mindig kisebb lesz és így lassanként a Stefánia Szövetség is, mint minden más altruista intézményt, csak a közpénzekből lehet majd fenntartani. A gazdasági helyzeten kívül a védőintézetek elterjedésének az is nagy akadály, hogy a legtöbb község nem bírja azokat a védőintézet céljaira felállítandó költséges objectumokat felépíteni, melyeket a Stefánia Szövetség a védőmunka megkezdésének feltételül megkíván. Az egyszerű kis parasztházban létesített váró- és rendelőhelyiségben, a legegyszerűbb és legszükségesebb felszereléssel, hivatásának élő, s a védelmi munka nagy és nemes céljait átérző orvossal és védőnővel éppen olyan eredményt lehet elérni, mint egy díszes épületben. Hazánk még nagyon sokáig nem lesz abban a helyzetben, hogy minden községben egy teljesen kifogástalan, bár egyszerű, de csakis az anya- és csecsemővédelem céljaira szolgáló intézetet tudjon létesíteni, akár a Stefánia Szövetség, akár más intézmény keretében. A gazdasági helyzet javulására várni nem lehet; addig is meg kell csinálni azt, amit tudunk és úgy, ahogyan tudjuk, mert a csecsemőhalandóság és a többi betegségek nem vártnak magukra, azok végzik tovább pusztító munkájukat.

Az általános egészségvédelem — mint azt a cikkem elején már említettem, — a mintajárásokban van részben megszervezve. Ennek vezetője és irányítója a járási tisztiorvos, ki gyakorlatot nem folytat és minden munkaidejét és energiáját hivatalos teendőinek és az egészségvédelemnek szenteli. A gyakorlat elmaradásáért pénzbeli kárpótlást kap. Ha jó közegészségügyet akarunk, akkor ezt meg kell valósítani az ország minden járásában. A járás egészségügyi vezetője a járási orvos, kell hogy legyen; az övé a felelősség a járásban minden közegészségügyi ténykedésért és egészségügyi munkáért. Felügyeleti joga legyen minden társadalmi alakulat által vezetett egészségügyi munka és fenntartott intézmény felett is. A járás székhelyén bizonyos rendelkezéseknek ő lenne a vezetője, ami legbiztosabb mód lenne arra,

hogy az élettől, gyakorlattól el ne szokjon. Ellenőrizné a községi és körorvosoknak községükben, vagy körzetükben kifejtett hivatalos és egészségvédelmi működését és azt irányítaná. A védőnőkkel és orvosokkal időnként megbeszéléseket folytatna, összekötő kapcsot képezne a vármegyei tiszti főorvos és az egészségvédelmi központ között. Hogy azonban a járásnak községeit gyakran tudja bejárni, úgy, mint a mintajárásokban is van, autóra is szüksége volna. Járási tisztiorvosnak csak olyan orvos nevezhető ki, ki több éves községi és körorvosi gyakorlatot és szolgálatot tud felmutatni.

A községi és körorvosok az eddigi teendőik mellett a községben, vagy a körzetben az egészségvédelemnek a végrehajtói is lennének a hozzájuk beosztott védőnők segítségével. A községi és körorvosoknak ezen egészségvédelmi munkáját díjazni kellene, mert a sok reáparancsolt ingyen munkában nem sok köszönet van. Ez vagy külön személyi, vagy működési pótlék, vagy pedig magasabb fizetési osztályokba besorozás lenne.

Azt hiszem, hogy tervemmel szemben mindjárt készen is áll az ellenvetés, hogy ez az egészségvédelmi működés a községi és körorvosok jövedelmét a vidéki magánorvosok rovására feltornáztatná? Ez csak látszat, mert, ha a községi és körorvos az ő hivatalos elfoglaltságánál fogva nagyobb jövedelemhez juthatna, akkor szívesen lemondana egy távolabb fekvő gazdaság gyógykezeléséről, betegpénztári, vagy egyéb állásáról, mely az ottani, vagy környékbeli orvosoknak jutna. Amint a járásában a járási tisztiorvos felelős minden egészségügyi eseményért, éppen úgy a községben a községi, vagy körorvos lehetne egyedül az egészségvédelmi munka felelős vezetője.

De azt mondhatja az olvasó, hogy felesleges az egészségvédelemnek az egész országra kiterjesztéséről beszélni, ma amikor a meglevő intézményeket is sorvasztják. Ez igaz, de azért jobb idők eljövételében bízva, erről tárgyalni lehet és kell és azt kell megvalósítani belőle, amit lehet. Építsünk egyszerű és olcsó, de a célnak megfelelő épületeket, építsük fel ha majd lehet, minden kis községben is az „egészség házát“. Lehet majd az díszes épület is, ha lesz rá pénzünk, addig pedig legyen egy kis falusi ház, melyből nemzetmentő munka indulhat ki.

Talán nincsen messze az idő, amikor a járás egészségvédelmi munkálatainak központja mindenütt a „járási egészségház“ lesz, melyben helyet fog találni a tiszti orvosi hivatal, egy vagy több rendelő, tüdőbeteg dispensaire, röntgen, kémiai és bakteriologiai laboratórium, az iskolások zuhanyfürdője, a járási vezető védőnő és a hozzá tanulás céljából beosztott védőnők lakása, talán egy kis könyvtár, autógarage stb. A községek egészségháza pedig a járási egészségháznak egyszerűsített és kicsinyített kiadása lesz. Három egészségügyi mintajárást tanulmányozva, láttam díszes járási és községi egészségházakat, de láttam egyszerűeket is. Egyszerű kis parasztházakban, községházak csendőri és kisbíró szobájában, iskolák váróhelyiségében, községi irodákban, egyszerű puhafa bútorokkal berendezve, járási egészségház nélkül is végeznek érdemes és eredményes munkát, (például a váci egészségügyi mintajárásban is a többiekben is.)

Az ilyen egészségházak ellen felhangzik a vád, hogy nem szabad egy és ugyanazon helyiségben anya és csecsemő számára rendelést tartani, ahol a nap más órájában az iskolás gyermeknek rendelnek, majd tüdő és nemibetegeknek. Való igaz, hogy jobb volna, ha minden szaknak megvolna a maga külön rendelőhelyisége és várószobája, de ez a mi viszonyaink közt nem valósítható meg és a gazdag Amerikában sincs így. A rendelések megfelelő időrendi beosztása, gyakori meszelés, a festett

butorok lemosása és fertőtlenítése, nagy elővigyázat, elégséges a fertőzés meggátolására. Anya és csecsemő rendelésekre is vihetnek ragályos beteget és ha ez a félelem alapos volna, akkor egyáltalában nem szabadna sem magánorvosi rendelőket, sem ambulanciákat fenn-tartani.

Az általános egészségvédelem rovására írják azt is, hogy azt nem specialista orvosok irányítják, hanem hatósági orvosok, akik a legtöbb esetben csak gyakorló orvosok! Ezzel szemben a specialista védelem hívei az anyavédelmet a nőgyógyász és szülész szakorvosra, a gyermekvédelmet a gyermekorvosra, a tüdőbeteg gondozást a tüdőszakorvosra bízák, — ha lehet, — ahol pedig ilyen nem áll rendelkezésre, ott ők is csak a gyakorló orvosra bízák. A képzett gyakorló orvos, akire a vidéknek szüksége van, nem analfabéta sem az anya, sem a csecsemő védelem és gyógyászat terén és felismeri a felmerülő rendellenességet és a csecsemő ápolására és táplálásra, és egyéb dolgokra is tud jó tanácsot adni, amit tud a védőnő is, ki pedig nem is orvos. Ha pedig oly rendellenesség merülne fel, amelyen ő eligazodni nem tud, rendelkezésre áll a legközelebbi kórház speciális osztályával és szakértőivel.

A falusi viszonyokat ismerve és mérlegelve nem tartom kivihetőnek a speciális védelem híveinek azt a tervét, hogy nagyobb, 12—18.000 lelket magában foglaló körzeteket kell csinálni, melyek központjában a speciális védelem minden fajtája képviselve volna, külön-külön intézetekkel, specialista orvosokkal és védőnőkkel. Aki hazánk útvonalait ismeri, az tudni fogja, hogy télvíz idején a rossz utak, nyáron pedig a sok idő és napszámvesztés miatt kevés anya vinné be ebbe a központba csecsemőjét, hogy tanácsot kérjen. A védőnő sem tudná eredményesen a családlátogatásokat végezni, hiszen legtöbb idejét úton töltené el. De mit szólna falusi népünk, ha náluk sorra ki és bejárnának a szakvédőnők, akik közül az egyik az anyát és csecsemőjét látogatná, a másik az iskolás gyermekek iránt érdeklődne, a harmadik a fenőtt, de tüdőbeteg nagy leányt nézné meg, a negyedik pedig a szélütött nagyapára volna kíváncsi. Conservativ gondolkodású és „uri“ emberektől tartózkodó népünk nem fogadná szívesen a védőnők ez invasióját, amikor az egyedüli védőnőt is nem egyszer ellenszenvvel fogadják.

A specialista védelem hívei kifogásolják azt is, hogy az általános védőnőnek ápolónői alapképzettsége nincsen összhangban annak socialis és egészségvédelmi képzettségével. Szerintük a védőnőnek socialis és preventiv a feladata és nem curativ, azért felesleges, hogy ő ápolónő is legyen és mint ilyen segítője és assistense a községi és körorvosnak. Ez a kifogásuk sem helytálló, mert, ha az általános védőnőnek nem volna ápolónői képzettsége, akkor nem tudná falun munkáját eredményesen végezni. Annak a védőnőnek, aki falun eredményt akar elérni, nemcsak jó szívének és határtalan türelmének kell lennie, hanem jó ápolónőnek is kell lennie, ki ért egy kicsit a háztartás minden ágához. Ha látogatást tesz egy családban, ahol beteg van és megmutatja, hogy miként kell annak ágát megvetni, hogy jól és kényelmesen feküdjék, ha feltesz egy borogatást, ha beköt egy sebet, amikor nicsen közelben orvos, ezzel sokkal jobban megnyeri annak az egyszerű anyának szívét, mintha szakelőadást tartana neki a vitaminokról.

Meg kell állapítanom, hogy a falu egészségvédelme a családvédelem; a városoké és nagyobb helyeké pedig a speciális védelem, egymással munkaközösségben együtt dolgozva. A Stefánia Szövetség nagy szervezetével kiváló működést fejt ki, amit korlátozni senki sem akar. Azt viszont nem lehet elfogadni dogmaként, hogy csak egy

társadalmi egyesületnek legyen az országban jogosultsága az egészségvédelmet megszervezni. Hazánk e téren még annyira el van maradva, hogy jut itt hely a munkában mindenkinek. Ha egy község elérte már a fejlődésnek azt a fokát, hogy az általános védelem keretei számára szűknek bizonyulnak, akkor lehet arról szó, hogy ott a védelem bizonyos részét, — mondjuk az anya- és csecsemővédelmet — specializáljuk; de soha sem szabad elszakadnunk a családvédelemtől, és az anyát és csecsemőjét különválasztani a családtól.

Az állam, mint az egészségnek legfőbb őre, kell, hogy betekintessen mindazon intézmények működésébe, melyeket támogat, vagy amelyek az ő megbízásából egészségügyi, vagy socialis működést fejtenek ki. Önként értetődik tehát, hogy a hatósági orvosok, az államhatalom egészségügyi képviselői is, kell, hogy felügyeletet gyakorolhassanak ezen intézmények felett, hiszen területükön a felelősséget is ők viselik. A védelem különféle fajainak egymással harmonikus együttműködésben kell lenni, amit elősegíthet az egészségügyi segédszemélyzetnek az állam felügyelete alá helyezendő egységes kiképzése is.

Kerbolt László dr.

VEGYES HÍREK

Személyi hír. Bókay János nyug. egyet. ny. r. tanár a napokban lépett 75-ik évébe, mely alkalomból őt, a mai gyermekorvosok nesterát, a hallei Kaiserliche Leopold-Caroline-Deutsche Akademie der Naturforscher nevében *Alderhalden E.* tanár, elnök, a következő levélben üdvözölte:

„Ugy a magam, mint Akadémiánk tagjai nevében szívből fakadó szerencsekívánatokot küldök Önnek 75. születésnapján, egyben meleg köszönetet mondok mindazért, amit Ön nekünk tudományos kutatásaival adott. Az Ön életében teljességgel tetet iltott Akadémiánk jelmondata: „Fürkészd a természetet az emberiség üdvére.”

A rostocki physiologiai tanszékre *K. Wachholder* rendkívüli tanárt hívták meg.

† **Pogány János dr.**, klinikám tanársegéde, akit néhai *Bálint* tanár halála után az ő klinikájáról vettem át, negyedik éves működésével megszerezte mindnyájunk becsülését és igen nagy szorgalmú tudományos munkásságával nemcsak a hazai, hanem a külföldi szakirodalomban is egyaránt ismertté tette nevét. A legszebb pályafutás előtt állott, amidőn pár hetes súlyos szenvedés után, dacára a legszorgosabb orvosi kezelésnek, f. hó 16-án meghalt. Halálát különösen tragikussá teszi, hogy alig pár hónapos boldog házasság után ragadta el a halál. Ehúnyta úgy a volt *Bálint*-klinikának mint a vezetése alatt álló klinikának nagy vesztesége. A tudományos kutatáshoz kivételes tehetséggel rendelkeztet s magyar nyelven megjelent közleményein kívül ismételtlen szóltották fel külföldi szakkönyvek egy-egy tudományos kérdés feldolgozására. Így legutóbb is az „*Ergebnisse der inneren Medizin*” kötetében jelent meg, mintegy 8 iv terjedelmű, tartalmas monographiája a vénás nyomásról, amely tárgykörben önálló kutatásai is igen számottevőek.

Korai elhunytát klinikám velem együtt őszintén gyászolja.
báró *Kétly László prof.*

A Budapesti Királyi Orvosegyesület április 28-i ülésének napirendje. Előadássorozat a mütéti fájdalom csillapításáról: 1. *Verebélly Tibor*: Bevezető előadás. 2. *Manninger Vilmos*: Inhalációs narkosis. — Felkért hozzászólók: *Fekete Sándor*, *Thurn-Rumbach István*, *Fátyul Csongor*.

A Közkórházi Orvostársulat április 26-iki ülésének tárgyszorozata. Bemutatás: 1. *Török Tibor*: Intracardialis adrenalin-injekciók életmentő hatása billentyűbajos betegekben. 2. *Farkas Jenő*: Coronar emboliát követő peripherias emboliák. (Mult ülésről elmaradt bemutatások.) 3. *Gidró László*: Traumas tüdőszérv spontan gyógyulása. 4. *Liteczky Andor*: Diphtheria-sepsis (?) tartós Löffler bacillaemiával és bacilluriával járó érdekesebb esete. — Előadások: 1. *Kovács Akos*: Légnemű anyagok szerepe a röntgen-diagnostikában. 2. *Müller Ferenc*: Mikor adható házassági engedély a nemi betegnek?

A Budapesti Orvosok Szövetsége április 23-án délelőtt 10 órakor, határozatképtelenség esetén április 30-án délelőtt 10 órakor a Budapesti Kir. Orvosegyesület *Semmelweis-termé-*

ben rendkívüli közgyűlést tart. Tárgy: Országos szavazás a Magyar Országos Orvos-Szövetségnél az új alapszabályok értelmében megejtendő részleges tisztújítás tárgyában és az Orvosi Rendtartásról szóló törvényjavaslat-tervezet felett.

Magyar Orvosok Röntgen Egyesülete április 26-i ülésének tárgysorozata: Előadás: *Császár Elemér*: A röntgensugár mérésének módszerei. — Bemutatás: *Weifert Ferenc* okl. mérnök (mint vendég): Röntgentechnikai ujdonságok.

A Budapesti Önkéntes Mentő Egyesület orvosai május 2-i ülésének napirendje: 1. A pályadíjnyertes munkák ismertetése: *Votin József*: A szénsav élettani hatása. *Oravec Béla*: A szénsav orvosi alkalmazása. *Auguszta Vince*: A szénsav-hatás gyógyszerterana. 2. *Okolicsányi-Kuthy Zoltán dr.*: A szén-monoxid mérgezéseknél végzett spektroskopos vérvizsgálatok eredménye. 3. Érdekesebb esetek.

Az Országos Közegészségi Egyesület tudományos szakosztálya az Egyetemi Közegészségtani Intézet tantermében (VIII., Esterházy-u. 9.) április 27-én este 1/2 6 órakor ülést tart. Tárgysorozat: 1. *Körösy Kornél*: Az átöröklés alapfogalmai. 2. *Csörös Károly*: Betegségek átöröklése. 3. *Somogyi Zsigmond*: Népszaporodás és eugenika. 4. *Szendy József*: Születésszabályozás.

Az Országos Fürdőügyi kiállítással kapcsolatban április 24—26-ig a következő tudományterjesztő előadásokat tartják: Április 24. d. u. 6 1/2 ó. *Benczur Gyula dr.*: A gyógyfürdők hatásmódja. d. u. 7 1/2 ó. Filmbemutatás. — Április 25.: d. u. 6 ó.: *Bánlaky Géza*: Budapest fürdőváros problémái. d. u. 7 ó.: *Országh Oszkár dr.*: A tüdőbetegségek klimatikus kúrái. — Április 26. d. u. 6 1/2 ó.: *Andriska Viktor dr.*: Az utazás egészségtana. d. u. 7 1/2 ó. *Soós Aladár dr.*: Diéta és ellátás fürdőhelyeken.

Az Országos Balneologiai egyesület április 28-án és 29-én **Budapesten** megtartandó congressusának és tisztújító közgyűlésének napirendje: *április 28-án* délután 6 órakor a gazdasági osztály nagygyűlése a Népegészségügyi Múzeum előadótermében (VI., Eötvös-u. 3.). — *Bánlaky Géza*: Elnöki megnyitó. *Becsey Antal*: A balatoni fürdőtelepek fejlesztésének problémái. *Felber Lipót*: Fürdőink látogatottsága, ásványvízforgalom az 1931. és 1932. években. (Az igazgatótanács felkérésére tartott előadás.) Indítványok.

Április 29-én délelőtt 1/2 10 órakor az Országos Balneologiai Egyesület 1933. évi tisztújító közgyűlése a budapesti kir. Orvosegyesület Semmelweis-termében. *Napirend*: Elnöki megnyitó. Főtitkári jelentés. A pénztáros és számvizsgáló bizottság jelentése és a felmentvény elhatározása. Tisztikar választása. Számvizsgáló bizottság választása 1933. évre. Az igazgatótanács indítványa a balneologiai kiállítás állandó tudományos anyagának megteremtésére és elkészítésére. A kiállítás rendező bizottsága számára 3000 pengő megszavazása. Indítványok.

Délelőtt 11 órakor a **38. congressus I. tudományos ülése** a budapesti kir. Orvosegyesület Semmelweis-termében *Napirend*: *Schulhof Vilmos*: Az arthrosokról, különös tekintettel balneo- és physiotherapiájukra. *Tausz Béla*: Budapest újonnan feltárt ásványvizeinek fürdőitani jelentősége. *Emszt Kálmán*: A császárfürdői források újabb kémiai vizsgálata. *R. Végess Ilona*: Magyarország gyógytényezői a modern terapiában. *Nemes Jenő György*: A tuberculosis alpintherapiájának individualizálásáról.

Délután 6 órakor a **congressus II. tudományos ülése** a budapesti kir. Orvosegyesület Semmelweis-termében. *Napirend*: *Dr. Engländerné Brüll Klára*: Történeti adatok Magyarország eltűnt forrásairól. *Réthly Antal*: Újabb adatok Magyarország napsütési viszonyaihoz. *Steiger Kazal Dezső*: A kénes ásványvizek és iszapok hatásmechanizmusa a dermatoveneriologiában. *Rausch Zoltán*: A veseeredetű vérnyomás-emelkedés kezelése diathermiával és rövid hullámú készülékekkel. *Április 28-án* társasacsóra.

Április 30-án egésznapos tanulmányi kirándulás **Tatavárosra**. Utközben Dunaalmás kénes fürdőinek és **Tatabánya strandfürdőinek** megtekintése. Indulás külön autóbuszokon menetrendszerű pontossággal vasárnap reggel 8 órakor. Találkozás 3/8-kor a Vigadó-utca 2 szám előtt. Csak azokat a jelentkezéseket vesszük figyelembe, amelyekkel egyidejűleg, de legkésőbb április 26-ig a részvételi díjat is beküldik. Részvételi díj az autóbusz költségeit, ebédet, borvialókat beleszámítva: 11.— pengő. A részvételi díjban az italok nincsenek felvéve. A részvételi díj kézhezvétele után azonnal megküldik a részvételi jegyet.

Mindennemű pénzküldemény, levelezés a főtitkár címére: *Frank Miklós dr.*, főorvos, Budapest, I., Attila-körút 19. sz. küldendő, aki minden kérdésre készséggel szolgál felvilágosítással. (Telefon: 53—3—13.)

Orvoshumor, *Aki még a „mufti” kocsiját is megállította*. M. K. a dunabalparti kórházak hírneves igazgatója imponáns, tiszteletet parancsoló egyéniség volt, kinek hatalmas szakállánál csak a tudása, lelkiismeretessége, meg a szigora volt nagyobb. Tekintélye akkora volt, hogy az alantásai még telefonon is haptákban beszéltek vele, háta mögött pedig csak a Mufti-nak nevezték. Pedig a Mufti nem is volt olyan féltelmetes ember, amint ezt az alábbi kis történet is igazolja.

Volt a Szent István-kórháznak régebben egy „cellának” nevezett zárkája, melyben az elmebajra gyanus betegek nyertek elhelyezést addig, amíg a megfigyelő osztályra nem kerültek. Kivételesen azonban ebbe a cellába zártak egyéb olyan betegeket is, akiket nyugtalanságuk miatt nem lehetett a közös kórteremben tartani. Ez persze intern dolog volt, amiről a Muftinak nem volt tudomása.

A Mufti viszont különös érdeklődésével tüntette ki a cellát, mert valahányszor kiment az „Istvánba” — a mi pedig sokszor váratlanul is megtörtént — mindig az volt az első kérdése, hogy van-e beteg a cellában?

Történt, hogy egy szép nyári reggelen a kórház udvarában békésen üldögélt a gondnok több segéd és alorvos társaságában.

Egyszerre csak jön Csincsak a kórház hatalmas termetű portása és hozza a vészhirot, hogy itt a Mufti a kapu előtt és várja a gondnokot.

A gondnok halálsápadtan kirohan, haptákba vágja magát a nagyúr előtt, jelentést tesz és átveszi a parancsot, hogy a cellában levő beteget irataival együtt azonnal át kell tenni a megfigyelőbe. A Mufti erre tovább hajt a Szent László kórházba, a gondnok pedig átadja a parancsot az ügyeletes V. I. dr. nak.

Szerencsétlen, mit tettél? riad fel V. dr. hiszen az a beteg nem elmebajos, hanem veszettségre gyanus!

Hát aztán, mondja a gondnok. Parancs, az parancs!

De nem addig van ám az, felel V. és rohan lélekszakadva a portáshoz.

— Csincsak bácsi, borzasztó nagy baj van! Ha látja a Mufti kocsiját visszajönni a Lászlóból, állítsa meg, okvetlenül beszélnem kell vele.

Ha Csincsaknak azt mondták volna, hogy állítsa meg a napot, a holdat, a csillagokat, vagy a muszka cár udvari fogatát, akkor sem nézett volna olyan nagyot.

— Micsoda! A Mufti kocsiját megállítani! Talán megbolondult a doktor úr?

— Hát akkor majd megállítom én! mondja V. egy vértanú bátorságával és máris kiáll a kapuba lesni a Mufti fogatát, a többiek meg ki az ablakból, ki a kapu mögül várják szent borzalommal az elkövetkezendőket.

Nem telt bele tíz perc és máris jön a Mufti kocsija a két szürkével.

V. már messziről integet a kocsisnak, majd kiáll az út közepére és magasra emelt karral biztatja, hogy álljon meg. A kocsis megáll. V. dr. közelebb lép a meglepődött Muftihoz és feszes vigyázz állásba vágja magát, mondván:

— „Méltóságos Uram, alázatos tisztelettel jelentem, a cellás beteg nem lehet áttenni a megfigyelőbe.”

— „Már miért ne lehetne?” kérdi bosszusan a Mufti.

— „Azért kérem alássan, mert az a beteg nem elmebajos, hanem veszettségre gyanus.”

— „Hát akkor miért nem mondta ezt a gondnok mindjárt?”

— „Nem merté kérem, mert ő azt mondja, hogy amit a „Mufti” parancsol, az a parancs szent.”

Nóde erre már a zord Mufti szakállá is rengésbe jött a nevetéstől. Rágyujtott egy vastag szivarra s csak annyit mondott még: Rendben van, doktor ur, köszönöm — és elhajtattott.

Eddig a történet. Mondanom sem kell, hogy V. I. dr.-t diadalmenetben kísérték vissza a kórházba s még napokig mint egy hőst ünnepezték, ami nem is csoda, mert ő volt az első és utolsó ember a világon, aki a Mufti kocsiját meg merté állítani.

A szerkesztő minden kedden és pénteken 12—1 óra között fogad.

KURHAUS SEMMERING

PHYSIKÁS-DIÉTETIKUS MAGASLATI GYÓGYINTÉZET
1000 m. a tenger színe felett. Wientől 2 óra vasutal.
ÖSSZES MODERN GYÓGYESZKÖZÖK
Főorvos: **DR. FRANZ HANSY** egészségügyi főtanácsos
Tavasszal és ősszel mérsékelt árak. :: Kérje prospektusunkat!

Kiadványainkat olcsón kapják meg előfizetőink az összeg előzetes beküldése után. *Soós Aladár*: Étrendi előírások III. kiadás, 5 P helyett 4 P; *Horváth Boldizsár*: A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra 5 P; *Kunszt János*: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei 215 oldal, 6.50 P helyett 5.50 P. Vázonba kötve 8 P helyett 7 P; *Issekutz Béla*: Gyógyszerrendelés 8 P helyett 6 P; *Riegler Gusztáv*: Közegészségtan és a járványtan tankönyve 25 P helyett 5.70 P; *Orsós Ferenc*: Kórboncolás vezérfonala 86 oldal 2.50 P helyett 2 P; *Krepuska István*: A füleredetű agytályogok kór és gyógytana 4 P. — A befizetési lap hátulján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni.

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

Lapunk mai számához dr. Egger Leo és Egger I. vegyészeti gyár Budapest, *Sulfamyl*-ről szóló prospektusát mellékeljük.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Gy. 152—138—1933. A. IV.

A Máv. Betegségi Biztosító Intézete a Podmaniczky-u. 111—115. sz. alatti kórházában megüresedett bentlakó kórházi alorvosi állásra pályázatot hirdet.

Pályázati határidő f. évi április hó 29-ike.

Pályázati feltételek: Magyar állampolgárság, egyetemes orvostudori oklevél, belgyógyász szakorvosi képesítés és legalább 3 évi klinikai vagy kórházi gyakorlat.

A pályázati kérvényhez csatolandók: születési anyakönyvi kivonat, oklevél másolat, curriculum vitae, összes működési bizonyítványok, erkölcsi, illetőleg politikai magatartást igazoló helyhatósági bizonyítványok.

A kórházi alorvosnak a kórházban kell laknia és csak nőtlen orvos alkalmazható.

Esetleges közelebbi adatok a Máv. Betegségi Biztosító Intézet ügyvezetőjénél (Budapest, Andrásy-út 73. fszt. 43) szerezhetők be, ugyanott adandók be a pályázati kérvények és ugyanott kell a curriculum vitae-hez szükséges nyomtatványt is beszerezni. *Máv. Betegségi Biztosító Intézete.*

5754-1933. ai. sz.

PÁLYÁZAT.

A borsódomegyei Erzsébet közkórházban betöltendő 1 al- és 2 segédorvosi, illetőleg esetleges előlépés folytán megüresedett 3 segédorvosi állásra pályázatot hirdetnek.

A képesítési kellékeket az 1876:XIV. t.-c. 63. §-a és az 1883:I. t.-c. 1. illetőleg 9. §-a írja elő.

Az 1926. évi 124.000 számú N. M. M. körrendelet értelmében a segédorvosok fizetése a XI. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő. Lakásban, fűtésben, világításban és élelmezésben részesülnek, de az élelmezésért az önköltség felét megtéríteni tartoznak.

A pályázati kérvények legkésőbb f. évi május hó 27-ig vitéz Borbély-Maczkó úrhoz, Borsod, Gömör és Kishont k. e. e. vármegyei főispánjához címezve, de hivatalomnál nyújtandók be, a 125.000—1902. B. M. Sz. szabályrendelet 4. §-a szerint.

A pályázati kérvényekhez a minősítést igazoló okmányokon kívül a következők is csatolandók:

a) születési anyakönyvi kivonat,

b) rövid életrajz, (curriculum vitae),

c) hiteles bizonyítvány a pályázónak az 1918. évi forradalom és az 1919. évi kommunizmus ideje alatt tanúsított magatartásáról.

d) névaláírással ellátott nyilatkozat, melyben a pályázó becsületességére kijelenti, hogy szabadkőműves társaságnak nem tagja és kórházi közszolgálatának ideje alatt ilyen társulatban részt nem vesz.

A kinevezett orvosokat a különböző gyógyszerosztályokra a kórház igazgatója osztja be, vagy helyezi át, a beosztásra vonatkozó kikötései tehát a pályázóknak nem lehetnek, de az egyes orvosi szakmák iránt táplált hajlam és előszerzetet főlemlítése, továbbá az egyes szakmákban esetleg már szerzett gyakorlat igazolása kívánatos. *Sónis Aladár* Miskolc, 1933. évi március hó 29.-én. alispán.

MAGYAR, NÉMET, FRANCIA, ANGOL

orvosi szakkönyvek és folyóiratok

legjobb ajánlható beszerzési forrása

NOVÁK RUDOLF ÉS TÁRSA

BUDAPEST, BAROSS-U. 21. :: TELEFON: 30-2-17

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

Vázonba 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

Riegler 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, HÖGYES ENDRE, LENHOSSEK MIHALY, SZÉKELY AGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VAMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA
POÓR FERENC

GORKA SANDOR
REUTER KAMILLÓ

HÜTTL TIVADAR
ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: VAMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Neuber Ede: A debreceni I. oszt. elemi iskolás tanulók átvizsgálása egészségügyi szempontból az 1931—32. tanévben. (348—353. oldal.)

Mansfeld Ottó és Lőrincz Ferenc: Az echinococcosisról nőgyógyászati vonatkozásban. (353—356. oldal.)

Matolay György: A Finsterer-féle palliatív gyomorresectióról. (356—357. oldal.)

Vésey Piroska: Adatok a gyermekkori tüdőgümőkór légmellkezeléséhez. (357—361. oldal.)

Tóth Zoltán: A könnypont és könnycsövecs vizsgálata résezlámpa segítségével. (361. oldal.)

Tóth Zoltán: Könnypontot tágitó kanül. (361—362. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (65—68. oldal.)

Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Gyermekgyógyászat. — Urologia. — Gégészet. — Szemészet. — Bőrgyógyászat. (362—364. oldal.)

Könyvismertetés: (364—365. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (365—368. oldal.)

Zemplényi Imre: Aktualitások. (368. oldal és a borítólapon III. oldalán.)

Csépai Károly: Megjegyzés Pély Mihály dr. „A fluor a Basedow-kór és hyperthyreosisok therapiájában.” c. cikkére. (O. H. 15. szám.) (a borítólapon III. oldalán.)

Vegyes hírek: (a borítólapon III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A debreceni I. oszt. elemi iskolás tanulók átvizsgálása egészségügyi szempontból az 1931/32. tanévben.

Ezerhatszázötvenkét (1612) debreceni I. oszt. elemi iskolás tanuló átvizsgálása általános egészségügyi szempontból, különös tekintettel a fertőző betegségekre (vérbaaj, gümőkór, kankó, trachoma, gombák, bélférgek, rüh és egyéb bőrparaziták stb.), úgyszintén a köztakaró és a belső szervek egyéb kóros elváltozásaira, fogak állapotára, anthropometriai méretekre, röntgenleletre, lakás- és környezetviszonyokra s végül a beteg tanulók családtagjainak egészségi állapotára.

E vizsgálatokat szervezte és vezette:

Neuber Ede dr.,

egyet. ny. r. tanár, az Országos Antivenereás Küzdelem miniszteri biztosa.

Munkatársai: Fülöp Gyula dr., Skutta Árpád dr., Schlamadinger József dr., Adám Gyula dr., Török Anna dr. tanársegédek, Lászkay József dr. és Tóth László dr. (Neuber-bőr és nemibeteg klinika), Kulín László dr., tanársegéd, Székely Ferenc dr., Celoth Gyula dr. és Bencsik József dr. (Bóka-gyermekklinika), Bösze Lajos dr., tanársegéd (Kovács-nőgyógyászati és szülészeti klinika), Miklós Andor dr. tanársegéd, Tatár József dr. (Kreiker-szemészeti klinika), Frenyó Lajos dr., tanársegéd (Verzár-orr-, gége- és fülgyógyászati klinika), Rencz Antal dr. tanársegéd (Hüttl-sebészeti klinika röntgenlaboratoriuma), Gärtner István dr., Holik Sámuel dr., Páter János dr. tanársegédek, Kovács Sándor, Köstner József (Belák-Közegészségtani Intézet), Schubert Károly dr. statisztikus. szkf. hat. orvos, Erdős Elza védőnő, Bodor Eta irodakísasszony és 8—10 beosztott ápolónő.

A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem orvoskari telepén a gyermekvizsgálatokat már az 1930—

31. tanévben megkezdjük, amelyben 1909. I. oszt. elemi iskolás tanulót vizsgáltunk át egészségügyi szempontból; e vizsgálatok beállítása s a velük szorosan összefüggő előkészületek mindenesetre sokkal régebb keletűek, mert szélesebb alapon történő kötelező iskolás gyermekvizsgálatokat — főleg olyanokat, amelyek syphilis, gonorrhoea, tuberculosis stb. ellen irányulnak — a közönség, főleg pedig a szülők idegenkedéssel szoktak fogadni, esetleg védekeznek ellenük s nem ritkán meg is hiúsítják azokat. Kultuszminiszteri, népjóléti és munkaügyi miniszteri rendeletnek, továbbá Debrecen város hatóságai, tankerületi igazgatósága, tanfelügyelősége stb. részéről történt igen értékes támogatásnak köszönhető, hogy terveim megvalósulhattak s hogy e vizsgálatokat olyan nagy anyagon — Debrecennek és közvetlen környékének (a tanyai iskoláknak) összes I. oszt. elemi iskolás tanulóin — végezhetjük. E vizsgálatok immár három éven át folynak s bizonyára hivatva vannak arra, hogy Debrecen város lakosságának közegészségügyi viszonyaiba mélyebb bepillantást nyerhessünk, mert ezekkel tulajdonképpen nemcsak a 6—7—8 korosztályú gyermekek egészségi állapotát ismertük meg, hanem a beteg tanulóknak súlyosabb természetű, elsősorban pedig alkati, vagy még inkább fertőző betegségeiből családtagjainak, főleg pedig szülőinek egészségi állapotára is tudunk következtetni. A családtagok fertőző betegségeit, de legalább is azok nagy részét — a legtöbb esetben nem is tudtuk róluk — e methodussal sikerült felkutatnunk olyan módon, hogy a syphilissel, gonorrhoeával, tuberculosissal, bélférgekkel stb. fertőzött, úgyszintén az azokra gyanus I. oszt. tanulók családtagjait berendeltük a klinikára, hogy őket az esti órákban e célra külön szervezett és beállított rendelkezésen behatóbban átvizsgáljuk; szegénysorsú — szegénységi bizonyítvánnyal ellátott — beteg tanulókat és családtagjaikat a megfelelő szakklinikán kezelésbe vettük, a jobbmódukat pedig zárt levélben kórismével és kezelési programmal orvosukhoz utasítottuk.

Noha ez a munka elsősorban a praeventiót kívánja szolgálni, azért beteg gyermekek és családtagjainak a gyógyításával is foglalkoztunk, amelyről azonban más helyen bővebben kívánok beszámolni.

Mintalap

A debreceni I. elemi iskolás tanulók átvizsgálása egészségügyi

Sor-szám	Név és születési év	Szülők (gyám) neve foglalkozása	Klinikai vizsgálatok						
			Bőrgyógyász	Gyermekgyógyász	Röntgenológus	Nőgyógyász	Szemész	Gégész és fülész Sebész Ideggyógyász	Fogász
1053	B. I. 1925. III. 10.	B. L. P. M. faipari munkás	Serke, seprű pillák, széles orrgyök, csipkézelt, rendellen alsó-, felső metszők.	Gyengén fejlett, kp. táplált, norm. alkat, az agy-koponya homloki része feltűnően magas, hilusok felett és j. alsó lebeny felett hangos légzés, igen finom, nedves szörtyözegek hallhatók Féreg: neg.	Negatív.	Sz. d.: pihés Vulva: ápolatlan, kevés smegma Vulvaváladék: rendes Hymen: circularis Hüvelyváladék: rendes V. h.: lugos	√ 60/0 66/0	Norm. hj., ép d.h., sublux. septi, tonsilla II., jól határolt, heges, veg. aden. II.	4 caries, 1 gyökér, 3 hiány.
1054	B. I. 1925. III. 26.	B. K. P. P. cipész	Széles orrgyök, elkoptatott rágófelszínek.	Kp. fejlett és táplált, norm. alkat. Féreg: neg.	Tömött, dus hilusok, meszes góc perihilarisan.	Sz. d.: pihés Vulva: kissé ápolatlan, kevés smegma Vulvaváladék: rendes Hymen: circularis Hüvelyváladék: rendes. V. h.: lugos	√ 60/0 60/0	Norm. hj., behúzódtott d. h., kp. tág orrjárat, tonsilla I., jól határolt, garat váladékos, veg. aden. II.	4 caries.
1055	B. R. 1924. X. 19.	B. S. K. R. kőműves.	Rengeteg serke, cutis marmorata, hypertrichosis, nyaki, ingu, ny. mirigyek.	Jól fejlett, kp. táplált, norm. alkat. Féreg: neg.	Kötegesen széles hilusok.	Sz. d.: szőrös Vulva: ápolat Vulvaváladék: rendes Hymen: circularis Hüvelyváladék: rendes V. h.: lugos.	√ 60/0 60/0	Norm. hj., behúzódtott d. h. szűk orrjárat, st. post tonsillektomia et adenotomia	3 caries, 6 hiány.
1056	B. M. 1924. VII. 2	B. I. S. M. asztalos.	Vaskos orrgyök	Jól fejlett, kp. táplált norm alkat. Féreg: neg.	Meszes góc perihilarisan.	Sz. d.: sima Vulva: ápolat Vulvaváladék: rendes Hymen: semilunaris Hüvelyváladék: rendes V. h.: lugos	√ 60/0 60/0	Norm. hj., ép d. h. kp. tág orrjárat, duzzadt kagylók, tonsilla I., jól határolt detritus.	Ép fogazat.
1057	B. K. 1924. X. 10.	B. S. K. M. szobaléster.	Serke, bolhacsipek, ált. adenopathia, csipkézelt alsó metszők	Kp. fejlett és táplált, norm. alkat. Féreg: neg.	Negatív.	Sz. d.: pihés Vulva: á. olatlan, lobos Hymen: circularis Hüvelyváladék: rendes V. h.: lugos		Norm. h. j., behúzódtott d. h., tág orrjárat, tonsilla, II., jól határolt.	8 caries, 3 gyökér.
1058	B. Za. 1925. VIII. 14.	B. J. K. J. utcaseprő.	Serke, bolhacsipek, vakarási nyomok, cutis marmorata, széles orrgyök, naevus pigmentosus, tágan álló metszők.	Gyengén fejlett, kp. táplált, norm. alkat. Féreg: neg.	Fibrosus góc a hilusban	Sz. d.: pihés Vulva: ápolatlan bő smegma Vulvaváladék: rendes Hymen: circularis Hüvelyváladék: rendes V. h.: lugos	√ 60/0 60/0 Hordeolum pp. inf. I. s.	Norm. h. j., ép d. h. cerumen bilat., kp. tág orrjárat, tonsilla II., el nem határolt, garat váladékos.	3 caries.
1059	B. I. 1925. II. 7.	B. A. N. M. gazdálkodó	Serke, bolhacsipek, csipkézelt alsó-, felső-metszők.	Jól fejlett és táplált norm. alkat. Féreg: neg.	Negatív.	Sz. d.: pihés Vulva: kissé ápolatlan Vulvaváladék: rendes Hymen: annularis Hüvelyváladék: rendes V. h.: lugos	√ 60/0 60/0	Norm. hj., behúzódtott d. h., kp. tág orrjárat, tonsilla III. jól határolt, veg. aden. I.	10 caries.
1060	Cs. M. 1924. XI. 17.	Cs. I. E. S. földműves.	Serke, seprű pillák, hypertrichosis, ivelt kemény szájpád, ált. adenopathia	Kp. fejlett és táplált, norm. alkat, hilusok felett hangosabb légzés. Féreg: neg.	Negatív.	Sz. d.: pihés Vulva: kissé ápolatlan, kevés smegma Vulvaváladék: rendes Hymen: semilunaris Hüvelyváladék: rendes V. h.: lugos	√ 60/0 60/0	Szűk h. j., behúzódtott d. h., szűk orrjárat, tonsilla II., jól határolt, veg. aden. III. szájlégzés.	Ép fogazat.
1061	F. I. 1925. VII. 22.	F. L. F. A. nyug. Máv. s.-lízst	Cutis marmorata, seprű pillák, széles orrgyök, csipkézelt alsómetszők, felső-metszőkön erosio.	Kp. fejlett és táplált, norm. alkat, mérsékelt parasternalis és epiphysis dudorok. Féreg: neg.	Negatív.			Szűk hj., behúzódtott d. h., heges, szűk orrjárat, duzzadt kagylók, tonsilla I, jól határolt.	4 caries.
1062	H. M. 1924. XI. 24	H. J. A. M. gazdálkodó.	Cutis marmorata nyaki, ingu, adenopathia.	Jól fejlett és táplált, norm. alkat. Féreg: neg.	Negatív.	Sz. d.: pihés Vulva: ápolatlan, lobos Vulvaváladék: bővebb, savós Hymen: circularis Hüvelyváladék: rendes V. h.: lugos	√ 60/0 60/0	Norm. h. j., behúzódtott d. h. tág orrjárat, tonsilla II., el nem határolt, veg. aden. I.	Ép fogazat.
1063	H. I. 1925. VII. 28.	H. J. N. M. kőműves.	Serke, bolhacsipek, seprű pillák, hypertrichosis, széles orrgyök, ált. adenopathia.	Kp. fejlett, jól táplált, norm. alkat. Féreg: neg.	Negatív.	Sz. d.: sima Vulva: kissé ápolatlan, lobos Vulvaváladék: rendes Hymen: circularis Hüvelyváladék: rendes V. h.: lugos		Norm. h. j., ép d. h. kp. tág orrjárat, tonsilla I., el nem határolt, veg. aden II.	Ép fogazat.
1064	H. R. 1925. IV. 15.	H. K. S. R.	Cutis marmorata seprűpillák nyaki, ingu, adenopathia.	Kp. fejlett és táplált, norm. alkat. Féreg: neg.	Negatív.	Sz. d.: szőrös Vulva: ápolat Vulvaváladék: rendes Hüvelyváladék: valmivel bővebb, rendes V. h.: lugos	√ 60/0 60/0	Norm. h. j., behúzódtott d. h., heges, szűk orrjárat, savós váladék, tonsilla I., jól határolt.	Ép fogazat.

szempontból a m. kir. Tisza István Tudományegyetemen 1931/32-ben.

Laboratoriumi vizsgálatok				Anthropometriai méretek	Védőnő (Adatgyűjtés a beteg tanulók hozzátartozóiról)	Lakásviszonyok	
Serologiai reakciók luesre	Vér-csoport	Gombba vizsgálat	Allergiás reakciók tbc.-re				
Wa. R. I. Wa. R. II. S. G. R. Kahn R.	neg.	O.	Neg.	Moro R.: neg.	s.: 14'1 h. sz.: b. (s.) m.: 104 sz. sz.: k ü. h.: 58'5 k. sz.: 14'4 m. k. ny.: 48 k. h.: 15'4 v. f. k.: 48 k. m.: 11'4 p.: 138 m. a.: 8'9 ocr.: 90 j. sz.: 11'9 d.: ±	Apa: lu., tbc. állítólag neg. Anyja: lu., tbc. neg., vérszegény, 2 grav. 2 élő gyermek 1932. VI. 3. Wa. R., S. G. R. és Kahn R.: neg. Gyermek: lu., tbc. neg., köhög, varicella.	Szoba, konyha, pince nincs. padlós, száraz, 2 ablakos, 96 m ² -es szobában négyen alsz- nak kettesével, gyermek testvé- rével. Udvar, kert, jó kút, tisz- ta gödör.
Wa. R. I. Wa. R. II. S. G. R. Kahn R.	neg.	A.	Neg.	Moro R.: +++	s.: 19'7 h. sz.: b. (s.) m.: 116 sz. sz.: b. ü. h.: 65 k. sz.: 14'2 m. k. ny.: 56 k. h.: 17 v. f. k.: 50'5 k. m.: 11'7 p.: 93 m. a.: 11'7 ocr.: 87 j. sz.: 12 d.: +++	Apa: lu., tbc. neg. 1932. VI. 1. Wa. R., S. G. R. és Kahn R.: neg. Anyja: lu., tbc. neg., 1. grav. Gyermek: lu., tbc. neg., étvágytalan, varicella.	Szoba, konyha, pince nincs. padlós, száraz, 2 ablakos, (1m ²) 44 m ² -es szobában négyen al- sznak kettesével, gyermek nagyanyjával. Udvar, jó kút, gödör.
Wa. R. I. Wa. R. II. S. G. R. Kahn R.	neg.	A.	Neg.	Moro R.: neg.	s.: 23 h. sz.: b. (s.) m.: 123 sz. sz.: b. ü. h.: 67 k. sz.: 14 m. k. ny.: 56'5 k. h.: 16'8 v. f. k.: 49'5 k. m.: 10'7 p.: 90 m. a.: 9'4 ocr.: 87 j. sz.: 11'2 d.: ++	Apa: lu., tbc. állítólag neg. Anyja: lu., tbc. neg., 5 grav., 3 meghalt párnapos, illetve 4 éves korban 1932. VI. 1. Wa. R., S. G. R. és Kahn R.: neg. Gyermek: lu., tbc. neg. étvágytalan, gyenge, pertussis, varicella.	Szoba, konyha, pince nincs. padlós, száraz, 2 ablakos (1m ²) 46 m ² -es szobában hárman al- sznak (2, 1), gyermek anyjá- val. Udvar, vízvezeték, tiszta gödör.
Wa. R. I. Wa. R. II. S. G. R. Kahn R.	neg.	O.	Neg.	Moro R.: ++	s.: 17'6 h. sz.: sz. (s.) m.: 112 sz. sz.: b. ü. h.: 62 k. sz.: 13'8 m. k. ny.: 52 k. h.: 16'5 v. f. k.: 48'5 k. m.: 11'1 p.: 102 m. a.: 8'9 ocr.: 102 j. sz.: 11'8 d.: +++	Apa: lu., tbc. neg. 1932. VI. 13. Wa. R. S. G. R. és Kahn R.: neg. Anyja: lu., tbc. neg., 2 grav., 2 élő gyer- mek. Gyermek: lu., tbc. neg., morbilli, varicella.	Szoba, konyha, alapincézett, padlós, száraz, 2 ablakos, (1'50 m ²), 40 m ² -es szobában négyen alsznak, külön-külön. Udvar, kert, vízvezeték tiszta gödör.
Wa. R. I. ++ Wa. B. II. ++ S. G. R. ++ Kahn R. +		A.	Neg.	Moro R.: neg.	s.: 16'4 h. sz.: b. (s.) m.: 112 sz. sz.: b. ü. h.: 61 k. sz.: 14'5 m. k. ny.: 50'5 k. h.: 15'9 v. f. k.: 49 k. m.: 11'3 p.: 108 m. a.: 9'1 ocr.: 111 j. sz.: 11'7 d.: ++	Apa: lu., tbc. állítólag neg. Anyja: lu., tbc. neg., vérszegény, 3 grav. 3 élő gyermek 1932. VII. 15. Wa. R., S. G. R. és Kahn R.: neg. Gyermek: lu., tbc. neg. varicella.	Szoba, konyha, pince nincs. léglás, száraz, 1 ablakos, 40 m ² -es szobában öten alsznak külön-külön. Udvar, kert, tiszta gödör.
Wa. R. I. Wa. R. II. S. G. R. Kahn R.	neg.	O.	Neg.	Moro R.: neg.	s.: 16'1 h. sz.: sz. (s.) m.: 109'5 sz. sz.: b. ü. h.: 61 k. sz.: 13'7 m. k. ny.: 52 k. h.: 15'8 v. f. k.: 48'5 k. m.: 11 p.: 87 m. a.: 8'5 ocr.: 90 j. sz.: 11'5 d.: +++		Szoba, konyha, pince nincs, földes, nedves, 2 ablakos, 30 m ² -es szobában négyen alsz- nak kettesével, gyermek anyjá- val. Udvar, vízvezeték rossz, kút, tiszta gödör.
Wa. R. I. neg. Wa. R. II. neg. S. G. R. neg. Kahn R. ±		O.	Neg.	Moro R.: neg.	s.: 21'1 h. sz.: sz. (s.) m.: 113'5 sz. sz.: b. ü. h.: 63 k. sz.: 14'1 m. k. ny.: 55'5 k. h.: 16'5 v. f. k.: 49'5 k. m.: 10'2 p.: 99 m. a.: 8'7 ocr.: 93 j. sz.: 11'5 d.: +++	Apa: lu., tbc. állítólag neg. Anyja: lu., tbc. neg. 10 grav. 2 spontán ab., 4 meghalt meningitisben, 4 elő- gyermek 1932. VI. 10. Wa. R., S. G. R. Kahn R.: neg. Gyermek: lu., tbc. neg., morbilli.	Szoba, konyha, pince nincs, padlós, nedves, 2 ablakos (1 m ²), 40 m ² -es szobában hárman alsznak (2, 1), gyermek anyjá- val. Udvar, vízvezeték W. C.
Wa. R. I. +++ Wa. R. II. +++ S. G. R. +++ Kahn R. +++		A.	Neg.	Moro R.: neg.	s.: 20 h. sz.: b. (s.) m.: 119'5 sz. sz.: b. ü. h.: 65'5 k. sz.: 14'7 m. k. ny.: 55 k. h.: 16'1 v. f. k.: 50'5 k. m.: 10'8 p.: 78 m. a.: 9'5 ocr.: 75 j. sz.: 12'2 d.: ++	Apa: 1918-ban sy. ellen kezelték, 1932. VI. 12. Wa. R.: neg., S. G. R. + (+) Kahn R.: + Anyja: tbc. neg., sy. ellen kezelték, 7 grav., 3 meghalt kis korában, illetve szüles- kor, 4 élő gyermek. Gyermek: lu., tbc. neg. morbilli.	Szoba, konyha, pince nincs, padlós, száraz, 2 ablakos, 42 m ² -es szobában hatan alsz- nak kettesével, gyermek test- vérével. Udvar, vízvezeték W. C.
Wa. R. I. Wa. R. II. S. G. R. Kahn R.	neg.	A.B.	Neg.	Moro R.: +	s.: 18'6 h. sz.: sz. (s.) m.: 114 sz. sz.: b. ü. h.: 64 k. sz.: 13'5 m. k. ny.: 56 k. h.: 16'1 v. f. k.: 49'5 k. m.: 11'2 p.: 108 m. a.: 9 ocr.: 105 j. sz.: 11'3 d.: ++	Apa: 1899-ben sanker és go., tbc. miatt Jozsef Szanatóriumban kezelték, 19/2. V. 30 Wa. R., S. G. R. és Kahn R.: neg. Anyja: lu., tbc. neg., 7 grav. 1 meghalt, kis korában 6 élő gyermek. Gyermek: lu., tbc. neg.	
Wa. R. I. Wa. R. II. S. G. R. Kahn R.	neg.	A.B.	Neg.	Moro R.: neg.	s.: 20'1 h. sz.: sz. (s.) m.: 114'5 sz. sz.: b. ü. h.: 61 k. sz.: 14'3 m. k. ny.: 57 k. h.: 16'4 v. f. k.: 49 k. m.: 10'4 p.: 105 m. a.: 8'7 ocr.: 93 j. sz.: 11'9 d.: ++		2 szoba, konyha, alapincézett, padlós, száraz, 2 ablakos, 40 m ² -es szobában négyen alsz- nak kettesével. Udvar, kert, vízvezeték, tiszta gödör.
Wa. R. I. Wa. R. II. S. G. R. Kahn B.	neg.	B.	Neg.	Moro R.: neg.	s.: 20'7 h. sz.: b. (s.) m.: 108 sz. sz.: b. ü. h.: 60'5 k. sz.: 14'9 m. k. ny.: 56 k. h.: 16' v. f. k.: 51 k. m.: 11'2 p.: 90 m. a.: 8'8 ocr.: 84 j. sz.: 11'8 d.: ++	Apa: tbc. 1927. óta 7 antisz. kúrában részesült, 1932. VI. 1. Wa. R., S. G. R. és Kahn R. neg. Anyja: tbc. neg., 1927 óta 3 antisz. kúrát kapott, 6 grav., 2 spontán ab. 1 meg- halt 1 éves korában, 3 élő gyermek. Gyermek: lu., tbc. neg., varicella.	Szoba, konyha, pince nincs, padlós, nedves, 2 ablakos, 31 m ² -es szobában öten alsz- nak (2, 2, 1), gyermek egye- dül. Udvar, kert, vízvezeték, tiszta klozett.
Wa. R. I. Wa. R. II. S. G. R. Kahn R.	neg.	B.	Neg.	Moro R.: neg.	s.: 18'6 h. sz.: sz. (s.) m.: 117 sz. sz.: k. ü. h.: 62 k. sz.: 13'7 m. k. ny.: 53 k. h.: 16'4 v. f. k.: 49 k. m.: 10'5 p.: 114 m. a.: 8'6 ocr.: 105 j. sz.: 11'6 d.: -		Pincészoba, konyha, padlós, nedves, 2 ablakos, (1 m ²), 52'5 m ² -es szobában öten alsznak (2, 2, 1), gyermek anyjával Udvar, jó kút, tiszta gödör.

A nevek kezdőbetűi hamisak: valódiságuk csak chiffré-kulccsal állapítható meg.

Családtagok vizsgálatai:

	1930/31	1931/32
	iskolai évben	
1. A behívott családtagok s közösházartásban lakók száma	420	543
2. Megjelent és megvizsgált családtagok (hozzátartozók) száma	338	393
3. Hozzátartozók vérvizsgálati (luesre) száma	252	373
Az 1930/31. iskolai évben berendelt hozzátartozók vérvizsgálati száma		252.
Ezek közül:		
+	26	
++	5	
+++	9	
	40	
Az 1931/32. iskolai évben berendelt hozzátartozók vérvizsgálati száma		373
Ezek közül:		
+	35	
++	5	
+++	12	
	52	
	1930/31	1931/32
	iskolai évben	
4. Syphilis-vizsgálatra bejött	101	177
5. Tuberculosis-vizsgálatra bejött	197	174
6. Syphilis és tuberculosis-vizsgálatra bejött	40	42

Az 1930—31 tanévben 1909 debreceni I. oszt. elemi iskolás tanulót vizsgáltunk át általános egészségügyi szempontból, különös tekintettel azonban fertőző betegségekre (vérbaj, gümőkór, kankó, trachoma, bélférgesek, rüh, egyéb bőrparaziták stb.), úgyszintén a közta-
karó és belsőszervek egyéb kóros elváltozásaira, fogak állapotára, anthropometriai méretekre, röntgenleletre, lakásviszonyokra s a beteg tanulók hozzátartozóinak egészségi állapotára. Az 1931—32. tanévben ezek még kiegészítést nyertek szemészeti, nőgyógyászati vizsgálatokkal, továbbá vércsoport meghatározásokkal, amelyekkel gyermekvizsgálataink kétségkívül még szélesebb alapra helyezkedtek s a „biológiai telekkönyv“ fogalmát még inkább kimerítették.

Amint már előző közleményeimben említettem, az I. oszt. elemi iskolás tanulók szervezetének ily sokoldalú átvizsgálásával nemcsak adattömegek gyűjtésére törekedtünk, hanem kerestük azokat a vonatkozásokat is, amelyek különböző betegségek és a szervezet általános egészségi állapota között fennállanak; e tekintetben az anthropometriai méretek, illetve adatok különösen nagy szolgálatokat tettek. A tanulók lakásának, környezetének, továbbá családjuk socialis viszonyainak stb. felkutatásával olyan adatokat kaptunk, amelyek különösen alkalmasaknak mutatkoztak, hogy összehasonlításokat végezzünk a megállapított betegségek és a tanulók életviszonyai között. Különösen az 1931/32. évben tanulmányoztuk szélesebb alapon a lakásnak és a környezet viszonyainak befolyását a fertőző betegségekre (elsősorban tuberculosisra, bélférgesekre, tisztaságvizsgálatokra).

Az alábbiakban az 1931—32-ik tanévben egészségügyileg átvizsgált 1612 (836 fiú, 776 lány) debreceni I. oszt. elemi iskolás tanulónak vizsgálati adatait táblázatokban teljes részletességgel tüntetem fel, ezzel fel akarom hívni a figyelmet e vizsgálatok átfogó voltára, mert ehhez hasonló, a megelőzés céljait szolgáló vizsgálatokat eddig sehol sem végeztek.

Az 1930—31-es gyermekvizsgálataink nyomán az országban már több helyen folynak hasonló vizsgálatok, ezek közül a hódmezővásárhelyi (Czakó Lajos, Szentkirályi Zsigmond, Ormos Pál és főorvos társaik) a derecskei (Aszalós János) és a pécsi (Huzella Lajos) vizsgálatok érdemelnek különösebb figyelmet.

E munka szűk keretében irodalmi adatokra nem térhetek ki, ezek nagyrészt régebbi munkáimban megtalálhatók.

Syphilis.

A megelőzés szempontjából történt vizsgálataink közül előtérben állanak a következő súlyosabb természetű fertőző betegségek: a syphilis, a tuberculosis, a gonorrhoea, a trachoma s még egyéb fertőző betegségek, csak azután következnek a nem fertőző természetűek, amelyek közül, ha vannak súlyosabbak is, ezek azonban az egészséges tanulókat nem veszélyeztetik, ennél fogva a megelőzés szempontjából minket csak másodsorban érdekelnek.

Megbízható syphilis-statisztikával a mai napig sehol sem rendelkeznek, mert a betegek egy része syphilisét eltitkolja, a másik része nem is tud betegségéről; az utóbbi jelenség gyakoriságáról alábbi vizsgálataink győztek meg legjobban, amelyek túlnyomó részében a szülők nem tudtak vérbajos fertőzöttségükről, sőt voltak nagyszámban olyanok is (többnyire tanyai lakók), akik alig, vagy egyáltalában nem is ismerték e betegséget. Syphilises fertőzöttségük következtében beállott testi és szellemi képességeik visszafejlődését többnyire a mai gondterhelt és ideges étellel, a gazdasági viszonyoknak stb. romlásával igyekeznek magyarázni, orvoshoz ezért nem is fordultak, végül pedig fel nem ismert syphilissel s bizonyára nem ritkán fel nem ismert syphilisben halnak meg. Különösen az iskolákban fontos a világhozott és szerzett syphilis felkutatása, mert a gyermekek közelebbi érintkezése (játszás, elcsérélt zsebkendő, közös zsemleléből étkezés stb.) s az ezzel kapcsolatos fertőzési lehetőségek az iskolában úgyszólván elkerülhetetlenek.

A syphilisben szenvedő (világhozott és szerzett) tanulókat pedig haladéktalanul kezelésbe kell vennünk, a kezelést egy nappal sem szabad elodáznunk, mert ez a gyilkos kór igen sokáig alattomban is rombolhatja a szervezetet, amely pusztulás többnyire csak későbbben mutatkozik teljes szörnyűségében.

A syphilisben szenvedő, vagy arra gyanus gyermek családját ebben a tanévben is behívtuk s különösen a szülők, főleg pedig az anyák megvizsgálására nagy gondot fordítottunk, mert 6—7 éves gyermekeknek anyja rendszerint még fiatalabb korú volt, a védőnői felvétel szerint túlnyomólag a 25—30-as korosztályban voltak, tehát rendkívül fontosnak bizonyult, hogy ezeket az anyákat megfelelő antisyphilises kezelésben részesítsük, hogy syphilisüktől megszabadítva következő szüléseikben egészséges gyermekeket hozzanak a világra, ami ember- és fajvédelmi szempontból a legjobb és legeredményesebb megelőzést nyújtja.

Az 1930—31-i és az 1931—32-i tanévek vizsgálataiban megközelítőleg 40—40 syphilises anyát tudtunk a 117.000 lakosságú Debrecenben felkutatni, e kulcs alapján tehát a nyolc és félmillió lakosságú Magyarországon egy tanévben kb. 3000, 10—15 év alatt pedig 30—40.000 syphilises anyát, szóval legalább is egy békebeli hadtestnek megfelelő vérbajos anyát találnánk — alacsonyabb számot vettem, mert vérbajos testvérek szülei bizonyára többször szerepelnének e statisztikában, — ami faj- és nemzetvédő szempontból már kétségbeejtő adat.

A syphilis igazi megelőzését tulajdonképpen abban látom, ha ilyen irányú praeventiv vizsgálatok terhes nőknél, csecsemőkön és óvodásokon országosan kötelezővé válnának. Sajnos, az utóbbi elgondolások realizálása ma még rendkívüli sok akadályba ütközik, bizonyára az ország egyik-másik részében még ki sem vihető. Nálunk pl. az Alföld egész területén nehéz a mai keretek között megfelelő s célhoz vezető közegészségügyi rendszabályokat alkotni, főleg pedig azokat betartani. A rendkívüli nagy távolságok következtében a szülést többnyire csak a bába vezeti, az orvos az anyát gyakran nem is látja, ennél fogva azt syphilisre klinikailag és serologailag meg sem tudja vizsgálni. A syphilissel fertőzött anya tehát tovább szüli

syphilitikus gyermekeket s ezáltal nemcsak saját egészségét pusztítja, hanem nyomorék gyermekeknek ad életet, főleg azonban károsítja az államot, mert az életben maradt vérbajos gyermekek semmiesetre sem válnak az állam támogató pillérjeivé és adófizető polgáraivá, hanem többnyire klinikai, kórházi ágyakba kerülnek s az államháztartás számára súlyos teherként jelentenek. Elsősorban ebből a szempontból *elkerülhetetlenül szükségesnek tartom az elemi iskolákba jelentkező 6 éves gyermekek országos átvizsgálását kötelező "egészségügyi sorozás"* alakjában.

Vizsgálatainkban a syphilitikus gyermekek felkutatására szolgáltak: 1. a klinikai vizsgálat, 2. seroreakciók, 3. a vérbajos és az arra gyanus gyermek családtagjainak körelőzménye és megvizsgálása. Syphilitikus és arra gyanus esetekben a családtagok felkutatása rendkívül fontosnak bizonyult, amire rendkívül nagy súlyt is helyeztem, mert a tanulók e korában (a 6—7 éves korosztályban) a késői világrahozott syphilitikus tünetei, stigmái többnyire csak behatott klinikai és serologiai vizsgálatokkal s akkor sem mindenkor találhatók fel. Ebben a korban különben a seroreakciók is csak 25—40%-ban adnak kötetést még a biztosan megállapított világrahozott syphilitikus eseteiben is. A gyermekeken tehát az activ jelenségeken kívül syphilitikus stigmák (nyeregorr, feltűnően széles orrgyök, ívelt szájpád, typosos hegek a százug körül, keratitis parenchymatosa, rendetlen állású fogak, rossz hallás, általános adenopathia, továbbá világrahozott syphilitikus jellegzetes bőr- és arckifejezés stb.) után kutattunk s ha ilyeneket találtunk, akkor az e célra szervezett és a beállított délutáni rendelésre behívott családtagok családi anamnesisét (szülők előzetes antisiphilitikus kúrja, a szülések számához viszonyított abortusok száma, halott magzat, szülők és családtagok pozitív seroreakciója stb.) felvettük s őket klinikailag és serologiailag is megvizsgáltuk.

Az 1931—32. tanévben is minden egyes vérpróbát megfelelő controllokkal négyféle antigennel (Wa. I., Wa. II., Sachs—Georgi, Kahn) vizsgáltuk, ennél fogva az 1612 tanulón kb. 8—9000 serologiai vizsgálatot végeztünk. Gyengén pozitív (+) közepesen pozitív (++) és erősen pozitív (+++) seroreakciókat különböztettünk meg.

Serologiai vizsgálat történt mind az 1612 esetben	100.0%
Negatív volt	1566 97.1%
Pozitív volt	46 2.9%
	1612

A 46 pozitív eset következőképpen oszlott meg:

	tanuló	Az összes tanulókra vonatk.			fiú	leány	vonatk.
		fiú	leány	összesen			
Gyengén pozitív volt (+)	34	73.9%	17	17	2.1%		
Közepesen pozitív volt (++)	4	8.7%	3	1	0.3%		
Erősen pozitív volt (+++)	8	17.4%	6	2	0.5%		

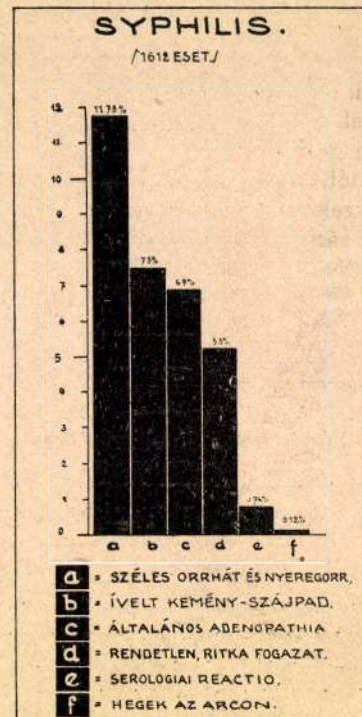
Syphilitikus — elsősorban világrahozott syphilitikus — következő gyanutkeltő tünetek (stigmák) mutatkoztak az 1612 tanuló közül:

	fiú	leány	összesen	Összesek %-ában	idén tavaly
Feltűnően széles orrhát	96	96	192	11.78	10.04
Ívelt kemény szájpád	111	11	122	7.50	5.92
Syphilitikus jellegzetes hegek az arcon	1	1	2	0.12	0.42

Világrahozott syphilitikus eseteiben csipkézett fogazattal előfordult, — amely jelenség azonban rachitis, tuberculosos s egyéb alkati- és anyagforgalmi betegségek tünetei

között is észlelhető, syphilitikusra tehát csak gyanutkeltő — az 1612 tanuló közül:

	fiú	leány	összesen	Összesek %-ában	idén tavaly
Csipkézett alsó metszőfog	167	147	314	19.5	
Csipkézett felső metszőfog	6	7	13	0.8	
Csipkézett alsó és felső metszőfog	68	88	156	9.7	
Rendetlen, ritka állású fogazattal	57	29	86	5.3	5.5



1. ábra.

A 6—7 éves korosztályban a világrahozott syphilitikus jellegzetes fogelváltozások még alig, vagy egyáltalában nem találhatók fel, így pl. kifejezett Hutchinson-féle fogat egy esetben sem találtunk.

Adenopathiát találtunk az összes 1612 eset közül:

Részlegest	641 esetben	39.76%-ban (tavaly: 42.6%-ban)
Általánost	112 esetben	6.94%-ban (tavaly: 5.6%-ban)
A 641 részleges adenopathiás esetből	49.29% fiú, 50.71% leány	
A 112 általános adenopathiás esetből	61.60% fiú, 38.40% leány	

Értékelés syphilitikusra hasonlóképpen történt, mint az 1930—31. tanévben. A közepesen (++) és az erősen (+++) pozitív reakciókat adó tanulókat a biztosan syphilitikus esetek közé soroltuk, ezt annál is inkább tehetjük, mert egyik (a nagyobb) részük klinikailag is mutatott syphilitikus jellegzetes stigmákat, vagy tüneteket másik részükön pedig a családi anamnesisben, vagy a családtagok vizsgálataiban bukkantunk syphilitikus nyomra. Gyengén pozitív seroreakció esetében a klinikai tüneteken, stigmákon kívül családi anamnesis, illetve a családtagjain észlelhető syphilitikus jelenségek, vagy stigmák voltak a döntők s csak az utóbbiak pozitív volta mellett soroltuk a gyengén pozitív (+) seroreakcióval bíró tanulókat a biztosan syphilitikus esetek közé. Ezen kívül még teljesen negatív seroreakciót adó gyermekeket is a biztosan syphilitikus esetek csoportjába vettük, ha kifejezett syphilitikus stigmái voltak s az anamnesisben vérbaj szerepelt, azonkívül pedig a családtagokon is activ tünetek vagy stigmák mutatkoztak.

A klinikai tünetek, a seroreakciók és a családtagok körelőzménye és vizsgálata alapján az 1612 tanuló közül:

1. biztosan syphilitikusnak minősítettünk 36 tanulót 2.2% (tavaly: 1.99%).

A biztosan syphilitikusnak értékelt tanulók arányszáma tehát az 1931—32. tanévben: 2.2%, mely alig valamivel magasabb a tavalyinál: 1.99%, a különbség összesen: 0.2%. Ezek közül 26 fiú, az összes fiuknak 3.1%-a és 10 leány, az összes leányoknak 1.3%-a szerepelt.

E két évben kapott, egymáshoz igen közelálló arányszámok kétségkívül e vizsgálatok megbízhatóságát igazolják.

2. Syphilisre gyanusnak minősítettünk részben a klinikai tünetek, stigmák, részben a szülők syphilis-gyanuja alapján gyengén pozitív, esetleg negatív seroreaktívval 43 tanulót, az 1612 tanulónak 2.6%-át (tavaly: 2.88%-t). Ezek közül 24 fiú 1.49%, az összes fiuknak 2.9%-a; 19 leány 1.18%, az összes leányok 2.4%-a.

Tuberculosis.

Magyarországon még ma is igen súlyos tehertételt jelent a közegészségügy terén (*Szél Tivadar*, Egészségügyi Statisztika, 1931.), noha a legújabb országos megállapítások szerint az utóbbi évtizedekben már Magyarországon is örvedetesen apadt a gümőkóros megbetegedéseknek és elhalálozásoknak arányszáma. (*Laky Dezső*, Magyarország tuberculosis halandósága, 1931.) Közvetlen a háború előtt még a magyar Nagy-Alföld volt országunkban a tuberculosisnak melegágya, a háború után azonban örvedetesen javultak e téren is az alföldi viszonyok, ami mindenesetre az újabban létesített közegészségügyi intézményeknek (kórházak, sanatorium, tuberculosis-rendelők, gondozók stb.), elsősorban azonban a debreceni és szegedi klinikáknak a közegészségügy szolgálatába beállításának köszönhető.

A tuberculosis leghatásosabb terapiája a megelőzés. Ha valahol a gümőkór elleni védekezésről és annak megelőzéséről szó lehet, akkor az I. oszt. elemi iskolás gyermekeknek a tuberculosis fertőzés elleni megvédése kétségkívül első helyen áll. Amint azt már előző munkáimban kiemeltem, gümőkórra történő kötelező országos vizsgálatokról, ellenőrzésről a gyermekkorban, főleg az I. elemibe felvétel előtt lehet igazán szó, mert az óvó még a mai napig is facultatív intézmény s gyakran távol is fekszik az orvos működési körétől; e téren tehát csak részleges ellenőrzés gyakorolható, ami azonban még így is kívánatos. Már annak a lehetőségnek a gondolata is, hogy a felvételre kerülő tanulók között a gümőkórosan veszélyeztetik az egészségeseket, indokoltá teszi azt az óvintézkedést, hogy a felvételre jelentkező tanulókat, az iskola küszöbének átlépése előtt, szigorú egészségügyi vizsgálat alá vessük s a gümőkóros, főleg pedig az activ gümőkórosban szenvedő gyermekeket ne engedjük be az egészséges gyermekek közé az I. elemi osztályba.

Vizsgálataink egyik legszomorúbb látványa bizonyára az volt, hogy az activ, nyílt tüdőtuberculosisban szenvedő gyermekek, kiknek egyik része ontotta magából a tuberculosis-bacillusokat — bejutottak az I. elemi osztályba, ahol az első félóra alatt fertőzhatték társaikat. Hiába jön ilyenkor napok, vagy hetek mulva az iskolaorvos, a megtörtént fertőzésen már nem tud változtatni, annál kevésbbé, mert ezt kezdeti szakában fel sem ismerheti. Néhány rendszeresen iskolába járó nyílt tüdőgümőkóros gyermek pedig különösen „memento” arra, hogy e téren gyökeres változásnak kell bekövetkeznie. Remélhetőleg nem látja senki az önrendelkezési jog sérelmét abban, ha a nyílt tüdőgümőkóros gyermekeket, mint élő bakteriumculturákat nem engedjük be az egészséges tanulók közé az iskolába.

A gümőkóros beteg tanulók felkutatására az idén is klinikai-, röntgen- és allergiás vizsgálatokat végeztünk, úgyszintén behívtuk a gümőkóros, illetve arra gyanus gyermekek családtagjait és a velük közös háztartásban

élőket e célra szervezett délutáni rendelésre megvizsgálás céljából. Amint az 1930—31. évi vizsgálatainkban, úgy ebben a tanévben is az értékelés ezeknek az adatoknak összevetése, mérlegelése alapján történt. Ezekkel a vizsgálatokkal igyekeztünk továbbá az activ folyamatokat a már lezajlott, vagy lappangó gümőkóros esetektől elhatárolni, mert az activ esetek elsősorban alkalmasak a tuberculosis terjesztésére s az ilyen tanulóknak semmi esetre sincs helyük az iskola padjaiban.

A klinikai vizsgálatokat a Bókay-gyermek-, az allergiákat a Neuber-dermatológiai klinika és a röntgenvizsgálatokat a Hüttl-sebészeti röntgenlaboratorium végezte.

Az allergiás reakciókat percutan (Moro) alakban végeztük.

Gyermekeken egyrészt ezek is eléggé megbízható eredményeket adnak, másrészt pedig sokkal kiméletesebbek, mint a cutan (*Pirquet*), vagy az intracutan (*Mantoux—Roux*) eljárások, amely két utóbbi a helyi reakción kívül még általános, a gümőkórosan megbetegedett belsőszervekben pedig a nem kívánt, sőt rettegett göcreakciókat is inkább adja. A percutan adagolási mód mellett még az is szól, hogy a cutan és az intracutan reactio kiváltásához szükséges bőrsebzés, illetve a tuberculinnak a bőrbe fecskendezése a gyermekek és szülők előtt felette ellenszenves beavatkozás, amely kockázthatja nagyobb gyermekanyag átvizsgálását.

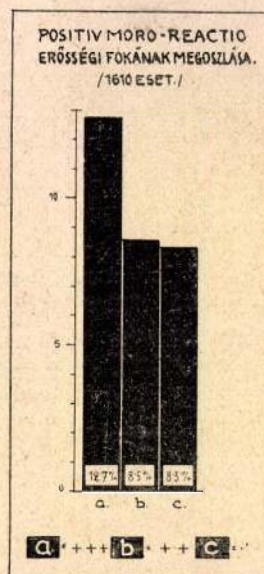
Moro-reactiót végeztünk:

	esetben	%-ban
Az összes 1612 tanulóból	1610	99.9
Negatív eredményt kaptunk az 1610 vizsgált közül	1133	70.4
Positív eredményt kaptunk az 1610 vizsgált közül	477	29.6
Negatív Morot-t adott 834 fiú közül	586	70.3%
Negatív Morot-t adott 776 leány közül	547	70.5%

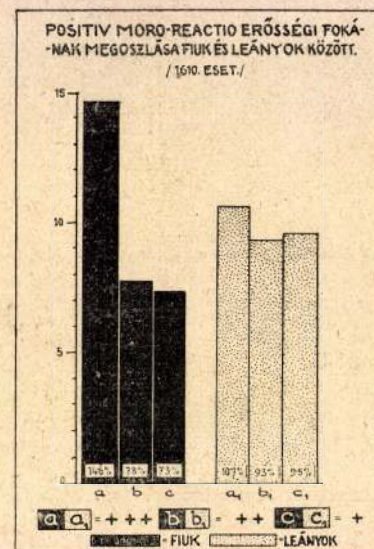
Nemek közötti különbség tehát e tekintetben nem észlelhető, sőt feltűnő az arányszámok megegyezése.

A Moro-reactio megoszlása az 1610 esetből:

Positiv +	135 esetben	8.4%
Positiv ++	137 „	8.5%
Positiv +++	205 „	12.7%
Negativ —	1133 „	70.4%



2. ábra.



3. ábra.

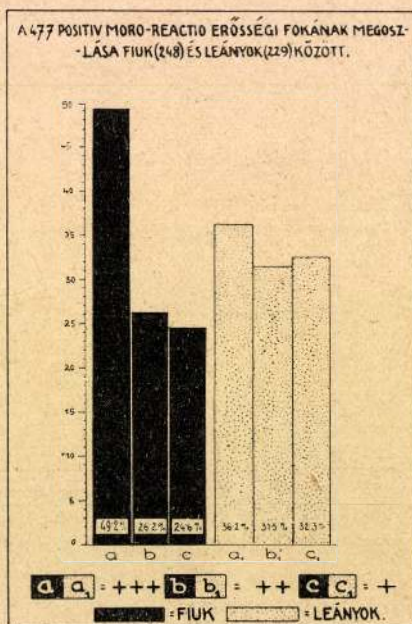
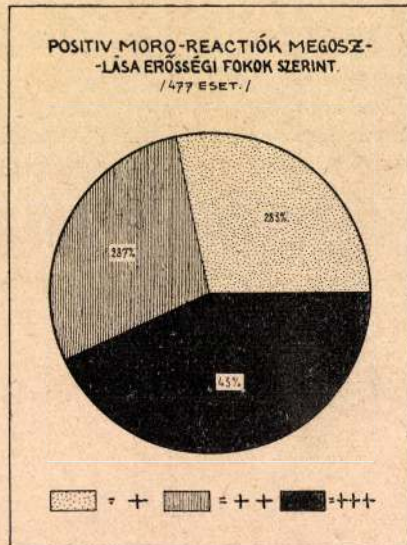
A 834 Moro-reactióra megvizsgált fiú közül:

Positiv +	61 esetben	7.3%
Positiv ++	65 „	7.8%
Positiv +++	122 „	14.6%

A 776 Moro-reactióra megvizsgált leány közül:

Positiv +	74 esetben	9.5%
Positiv ++	72 „	9.3%
Positiv +++	83 „	10.7%

229



A 477 Moro-positív gyermek megoszlása a reactio foka szerint:

	Összesen		Fiúk		Leányok	
	szám	%	szám	%	szám	%
Positiv +	135	28.3	61	24.6	74	32.3
Positiv ++	137	28.7	65	26.2	72	31.5
Positiv +++	205	43.0	122	49.2	83	36.2
	477		248		229	

(Folytatjuk.)

Kiadványainkat olcsón kapják meg előfizetőink az összeg előzetes beküldése után. *Soós Aladár*: Étrendi előírások III. kiadás, 5 P helyett 4 P; *Horváth Boldizsár*: A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra 5 P; *Kunszt János*: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülöhelyei 215 oldal, 6.50 P helyett 5.50 P. Vásonba kötve 8 P helyett 7 P; *Isselutz Béla*: Gyógyszerrendelés 8 P helyett 6 P; *Riegler Gusztáv*: Közegészségtan és a járványtan tankönyve 25 P helyett 5.70 P; *Orsós Ferenc*: Kórboncolás vezérfonala 86 oldal 2.50 P helyett 2 P; *Krepuska István*: A füleredetű agytályogok kór és gyógytana 4 P. — A befizetési lap hátulján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni.

A magy. kir. Országos Közegészségügyi Intézet pathohistologiai-parasitológiai osztályának (igazgató: Johan Béla c. rk. tanár), a Bakáts-téri szülészeti és nőgyógyászati osztálynak (főorvos: Mansfeld Ottó egyet. magántanár) és a Szent István Közkórház Prosectorájának (főorvos: Zalka Ödön egyet. magántanár) közleménye.

Az echinococcosisról nőgyógyászati vonatkozásban.

Írták: Mansfeld Ottó dr. és Lőrincz Ferenc dr.

Az orvostudomány az utóbbi időben nagyot fejlődött a parasiták megbetegedések megelőzésének szolgálatában is. A kutatások eredményei azonban nem mentek át a köztudatba, mivel jelentőségük sokszor helyezkött, másfelől, mivel separálódott a parasitológiai irodalom is. Klinikai vonatkozásban valóban nagyobb jelentőséggel bírnak az emberre pathogen parásiták ivarérett formái, vagy másokban azok lárvá stadiumai által előidézett kórkép maga, a követendő therapia, az elért therapiás eredmények tárgyalása s ezért van az, hogy a klinikusok által megfigyelt és feldolgozott ilyen természetű esetekben a kórokozóra vonatkozó ujkori parasitológiai megállapítások gyakran figyelmen kívül maradnak.

A human echinococcosis kérdését parasitológiai szempontból a vele sepecialisan nem foglalkozók lezártak tartják. Klinikai nézőpontból vizsgálva a problémát valóban azt mondhatjuk, hogy ez a kérdés többé kevésbé tisztázott s az egyes esetek elbírálását gyakorlati szempontból kevésbé befolyásolják azok az újabb kísérleti eredmények, melyek az immáron több echinococcus speciesre, a parasita életfolyására, a közti gazda fertőzési módjaira stb. vonatkoznak. Az egyes eseteknek megfelelő parasitológiai ismeretek nélkül elbírálása azonban zavart okoz olyan értelemben, hogy bizonytalanná válnak azok a megállapítások, melyek az echinococcus tömlőknek a különböző szervekben ismeretes előfordulási viszonyaira vonatkoznak, már pedig ez egyúttal a pathogenitás kérdése is. Kétségtelen s mint látni fogjuk, érthetően a legnagyobb bizonytalanság a női medencében, közelebbről a női nemzőszervekben, vagy az azok szomszédságában előforduló echinococcus tömlők eredetének és valódi helyzetének tisztázásában uralkodik. Ez a körülmény vezetett bennünket arra, hogy az alább leírandó esetünk kapcsán röviden összefoglaljuk az echinococcus kérdést, különös tekintettel nőgyógyászati vonatkozásaira.

Közismert tény, hogy közönségesen a kutya vékonybelében élőködő legfeljebb 7 mm hosszúságú, 3, legfeljebb 4 izból álló ivarérett galandféreg, az echinococcus granulosus közti gazdája csaknem minden gerinces emlős lehet. A közti gazda a kutya béltractusából kiürült petével per os fertőzi magát és a petéből benne kifejlődő fertilis, tehát életképes lárvákat tartalmazó echinococcus tömlőhöz (*Echinococcus hydatidosus*, vagy *unilocularis*) jut hozzá a végső gazda, a kutya, s végül ennek vékonybelében a lenyelt lárvákból kifejlődő ivarérett féreggel a parasita életfolyása is befejeződik. Optimális közti gazdaként a juh ismeretes, utána a sertés, szarvasmarha, ló stb. következik. Az ember mint *accidentalis közti gazda szerepel* nemcsak a fertőződés módjára, hanem arra tekintettel is, hogy a parasita életciklusa az emberben megakad — legalább is normalis viszonyokat véve tekintetbe. Nem lehet célunk, hogy részletesen foglalkozzunk az echinococcus granulosus typusos (*echinococcus hydatidosus*), vagy atypusos (*echinococcus multilocularis*-, *multicysticus*-, *alveolaris*) lárváformáinak fejlődési, morfológiai és pathológiai viszonyaival. Nem

foglalkozhatunk azokkal az új speciességekkel sem, melyeket az utóbbi években írtak le.^{1.)2.)} Ezeket a kérdéseket egyikünk (*Lörincz dr.*) sajtó alatt levő munkájában különben tárgyalta. Csupán annyit jegyünk meg, hogy az echinococcus kérdés parasitológiai szempontból még ma sincs lezárva, sok pontjáról még ma is élénk vita folyik. Így többek között vitás az új echinococcus speciességek létezése (echinococcus oligarthrus, — cruzi, — longimanubrius, — minimus), továbbá az emberben egyes országokban endemiásan, más országokban nem, vagy csak sporadikusan előforduló atypusos lárva forma, az echinococcus alveolaris aetiológiája is.

A közti gazda, s így az ember által is lenyelt petéből az embryo minden valószínűség szerint a gyomor-bél-nyedvek hatására szabadul ki a petehéjből és activ mozgása révén furja át magát a bél falán, utjában a porta rendszer egy hajszálerébe jutva ettől kezdve passive vitetik tovább. Az embryo legnagyobb része a máj valamely elszűkülő capillarisában akad meg, kisebb része átjutva a „májszűrőn“, a jobb szívfélén át a vérárammal a tüdőbe jut. Amennyiben valamely lárva a tüdő capillar rendszerén is áthalad, úgy a tüdő gyűjtőereken keresztül a bal szívfélbe, innen pedig a nagy vércső útján megvan a lehetősége, hogy a szervezet bármelyik részén fennakadva bárhol kifejlődhessék belőle a közismert echinococcus tömlő. A nagyvércsőbe jutott embryo megtelepedési helyére nézve nehéz praedilectiós helyeket felsorolni. Mégis a tömlők előfordulásának gyakorisága szerint a nagyvércsőbe iktatott szervek közül a lép és vese, inkább a gyermekkorban az agy, gerincagy, csontrendszer, a hashártya s ezek után a többi szerv következik bizonytalan sorrendben.

A női medencében, szorosabban véve a női memzőszervekben előforduló s így nőgyógyászati, szülészeti jelentőséggel bíró echinococcus tömlők eredetének, helyzetének vizsgálatakor mindenképp előtt meg kell állapítanunk, hogy a primaer tömlők előfordulása e szervekben igen ritka, az itt előforduló echinococcus tömlők, legnagyobb része secundaer eredetű. Hogy mennyire ritka az itt előforduló echinococcus tömlő, mutatja a *Nadeschdin*³⁾, által feldolgozott 299 echinococcus eset, melyből egy solid ovarium tömlő mellett csupán még három, a belső genitálékkal összefüggésben talált tömlő volt. *Vegas* és *Cranwell*⁴⁾ szerint a női genitálék ilyen fertőzése a többi szervhez képest csupán 0.84%-ban szerepel. *Magnusson* Izlandban operált 169 esetéből egyszer a ligamentum latumban, kétszer a kis medencében talált solitaer echinococcus tömlőt, multiplex echinococcosis kapcsán azonban a kismedence 15 esetben tartalmazott ilyen. *Becker*⁴⁾ Mecklenburgban összegyűjtött 337 esetből háromszor talált tömlőt a női genitálékban. Végül *Schröder*⁴⁾ 5550 nőgyógyászati beteg közül két esetben talált echinococcosist és pedig egyszer solitaer, egyszer multiplex tömlőt a kismedencében.

A női nemiszervek echinococcosisa primaer és secundaer uton keletkezhetik. *Primaer tömlők keletkezhetnek* a nőgyógyászati tankönyvek szerint: 1. a véráram, 2. a nyirokáram útján és végül 3. az oncosphaerának a külvilágból a hüvelyen át ascendálása útján. Az embryonak a véráram útján a női nemiszervekben megtelepedése természetesen lehetséges. Ezt a módot a nőgyógyászati tankönyvek általában ritkának tartják, holott ha nem is ez az egyetlen, de bizonyára a legvalószínűbb és leggyakoribb módja a primaer echinococcus tömlő keletkezésének. *Freund*, *Kroph*, *Schröder*, *Ottow*⁴⁾ és mások a nyirokutakon történő primaer infestációt tartják a fő fertőzési módnak a női genitálékra vonatkozólag, olyan formán, hogy az embryo a rectum falán átvándorolva, a nyirokutakon közvetlenül a nemiszervekbe, vagy szomszédsá-

gukba jut. Hogy ez így volna, erre nézve az említett szerzők a medence kötőszövetében, főként a paraprociumban olyan gyakran előforduló tömlőket hozták fel bizonyítékul. Arra nézve nincs biztos megfigyelés, hogy a gyomor-béltractusban a petehéjből kiszabadult embryo vajjon csupán a vékonybél felső szakaszain furakodik-e be a bél falába s jut a vér-, esetleg a nyirokkeringésbe, vagy pedig az egész vékonybél hosszán, sőt épenséggel a vastagbelekben, a rectumban is képes erre. Mégis minden érv amellet szól, hogy a kikelt embryo activ invasiója a vékonybelekben s valószínűleg a felső vékonybelekben történik (*Ross*²⁾). A hígabb béltartalomban a kikelt embryo activ mozgása könnyebben is elképzelhető, mint pl. a rectum tartalmában, másfelől a hollyhos felületű vékonybelekben sokkal kedvezőbbek a viszonyok az embryo fennakadására és a nyálkahártyába befurakodásra, mint a simább nyálkahártyával bíró vastagbelekben. Itt a sűrűbb béltartalom könnyen tovasodorhatja a megkapaszkodni igyekvő embryót. Nincs kétségtelenül bizonyítva, de meg van a lehetősége annak, hogy a kikelt embryo a bél falában, vagy a mesenteriumban portacapillaris helyett nyirokcapillarisba tévedjen. Ezekben esetleg azonnal fennakadva, primaer hashártya-, subserosus bél-, vagy mesenterium tömlő fejlődhetik belőle. De a nyirokáram által tovasodortatva a mellvezetékben át a vérpályába is bejuthat az embryo, mikor hasonló sorsa volna, mint a májon át oda jutott lárvának. Mindezek alapján nézetünk szerint minden valószínűség amellet szól, hogy a primaer medencebeli echinococcus tömlő nem keletkezhet az oncosphaerának egyrészt a rectum falán történt direct átvonulása, másrészt pedig a nyirokutakon oda-jutása révén.

Az ascendáló fertőzési mód gyakorlatilag bizonyára nem jön számításba, ha elméleti lehetőségét el is fogadjuk. *Thomas*, *Brumpt Dew* szerint az oncosphaera kiszabadulása a gyomorban történik, a gyomornedveknek a petehéjra gyakorolt emésztő hatása következtében. *Leuckart* a folyamatot az embryo activ mozgása eredményének, tehát nem emésztőnedvek hatásának tulajdonítja és szerinte ez úgy a gyomorban, mint a doudenumban történhetik. *Deve*⁵⁾ bizonyította, hogy az oncosphaerák valóban kikelhetnek az emésztőtractuson kívül, pl. kísérleti állatban subcutan injiciált petékből. *Taylor*⁶⁾ cestoda (Davinae) péték kikelését figyelhette meg mikroszkop alatt s azt az embryo activ mozgása által történőnek mondja. *C. Ross* már említett dogozatában foglalkozik ezzel a kérdéssel is, minden részében azonban a problémát megoldani nem tudja. Mégis az echinococcus granulosis petére vonatkozólag azt állapítja meg, hogy esetleg kikelhet különböző körülmények között is (nem gyomornedv hatására), de erre kétségtelenül a legkedvezőbb medium az alkalikus doudenalis secretum, s szerinte az embryo kiszabadulásában az emésztőnedveknek a petehéjra gyakorolt hatására van szükség. Mindezekből azt a következtetést kell levonnunk, hogy a netalán a vulvába, vaginába került pete ha ki is kelne, az embryonak innen a szervezetbe történő activ bevándorlása még mindig nehezen volna elképzelhető.

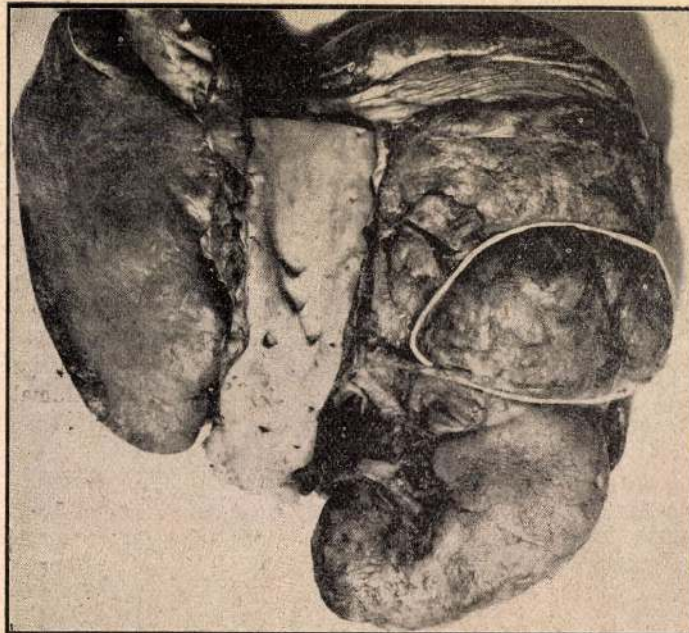
A secundaer echinococcus cysta bármilyen hasüri primaer tömlő szabaddá válása, vagy megrepedése és a medence falára, illetve a belső genitálékra implantálódása útján áll elő. A máj parenchimájában felületesen helyet foglaló és növekedő primaer tömlő onnan „kicsúszhatik.“ E megállapítás helyessége bizonyítható azzal is, hogy egyfelől a solitaer medencebeli, vagy nemzöszervi echinococcus tömlő nagyon ritka, másfelől, midőn ezen szervekben echinococcus tömlő található, akkor rendszeren a hasüregben egyebütt is van ilyen. Ritkább lehetőségként vethetjük fel még azt, hogy a laza retroperitonealis

szövetben helyet foglaló primaer tömlő növekedés közben saját súlyánál fogva vándorol le a medencébe s ott növekedik tovább. Hogy egy idő múlva ezeknek az eseteknek a pontos tisztázása nehézségekbe ütközik, azt demonstrálni fogja a mi esetünk is.

Gynaekologiai vonatkozású echinococcosis esetekben legközönségesebbek a *medence kötőszövetében* előforduló tömlők. Ezeknek legnagyobb része secundaer eredetű. Véleményünk szerint primaernek csak abban az esetben lehet elfogadni ilyen tömlőt, ha solitaer, vagy ha gondosan ki lehet zárni a secundaer implantatio lehetőségét. Az *uterus* tömlőket daganatok módjára szokás megkülönböztetni és submucosus, intramuralis és subserosus, vagy az utóbbinak megfelelő exogen és az előbbieket szerint endogen csoportot lehet felállítani. Bár az endogen tömlő volna elsősorban egyben primaer is, de lehet primaer valamely subserosus tömlő is. *Ovariumtömlő* is keletkezhet primaer módon. A secundaer tömlőre nézve felveszik a lehetőségét, hogy megrepedt folliculus üregbe sodródna belé valamely épen megrepedt primaer hasüregi tömlő származéka, melyből azután így a secundaer ovarialis tömlő alakulna ki. Egyes szerzők megkivánják, hogy primaer esetben a tömlőt köröskörül ovariumszövet határolja. Mi azt hisszük, hogy ez a kriterium tulságosan szigorú. A növekedés kapcsán ugyanis eredetileg az ovarium állományának közepén helyetfoglaló tömlő is kisebb-nagyobb területen elsorvasztja az ovarium állományát és így egészen a felületre juthat. Minden esetre az ovarialis echinococcus tömlő ritkább az uterus hasonló tömlőinél. A *tubákban* előforduló echinococcus tömlő az esetek túlnyomó részében subserosus és secundaer. Eredetileg megvan a lehetősége annak, hogy valamely megrepedt primaer hasüregi tömlőből kiürült germinális rétegrészlet, scolex stb. a tuba hasüregi nyílásán át bejusson a tuba lumenébe s így fejlődjék ki belőle a secundaer tömlő. Bár a kézikönyvek ennek a lehetőségét említik, gyakorlatilag nem tartjuk valószínűnek a tubatömlő keletkezésének ezt a módját. Az általunk hozzáférhető irodalomból nem ismerünk esetet arra, hogy a *vaginában* kétségtelenül primaer echinococcus tömlő előfordult volna. A septum urethro-vaginale, a retrovaginális laza kötőszövetben fejlődő tömlő a vagina lumenébe bedomborodhat s annak falán át is törhet. Ilyen tömlőnek pontos localisatiója nehéz. A *külső genitálék* echinococcosisa a medencebeli szervek hasonló megbetegedése mellett elhanyagolható.

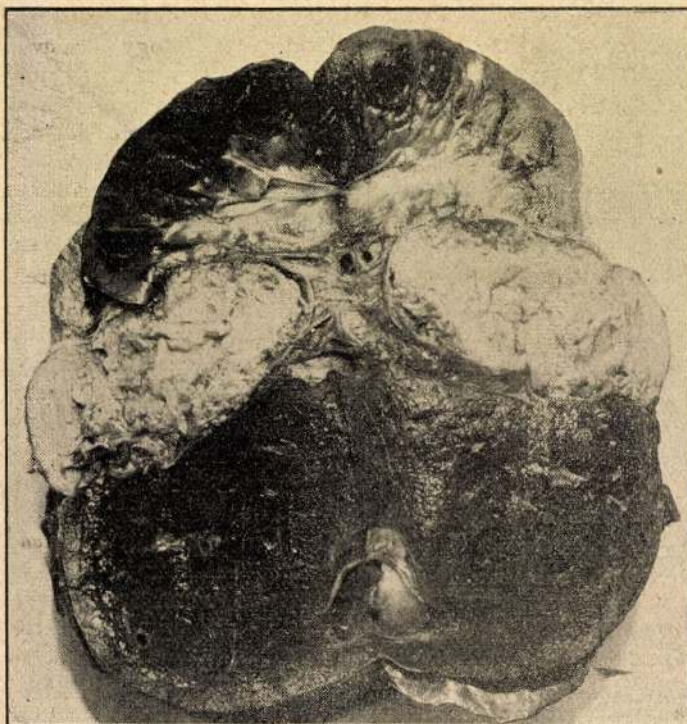
A mi általunk észlelt eset 49 éves asszonyra vonatkozik, akiből 15 év előtt távolítottak el állítólag egy ovarialis tömlőt, mely valószínűleg echinococcus tömlő volt. A jelenlegi fő tumor az interligamentumból és a parametrium kötőszövetéből indult ki. Az eltávolítása a heges környezetből csak igen nehezen sikerült, műtét közben a csaknem gyermekfejnyi tömlő megrepedt. Ekkor derült ki annak tulajdonképeni természetete. A hólyaggal, méhvel szívósan összekapaszkodott tumor eltávolítása után egy inoperabilis második góc volt található a végbél falával összefüggésben. A beteg műtét után három nappal intercurrentis betegségben meghalt. Sectiókor (Zalka dr.) a kismedencében található kevés friss izadmányban néhány borsónyi-babnyi, nyilván a műtét alkalmával megrepedt anyatömlőből kiürült leányhólyag volt. A Douglas üreg mélyén, a rectum falán elég széles alapon ülő jókora tyuktojásnyi tömött tapintatú képlet foglalt helyet. Felmettszve, ez a képlet a bélfal izomrétegével már összefüggést nem mutató, vastag callosus falú, elhalt echinococcus tömlőnek bizonyult, melyben összegyűrődött chitin réteg részletek mellett sok összeesett, mészókkal impregnált leánytömlő volt. A máj és a jobb vese között ökölnyi (10 × 7 × 5 cm.), vastagfalú tömlőt találtunk, mely lefelé tolva a vesét, a helyén maradt mellékvese és vese, illetve a máj közé ékelődött (1. ábra). A tömlőt sem a májtól, sem a vesétől nem lehetett izolálni, makroszkoposan a metszslapról (2. ábra) sem volt eldönthető egész bizonyossággal, hogy hova tartozik.

Szöveti feldolgozásra úgy a májjal, mint a vesével határos területekről vettünk darabkákat. A metszetekkel bizonyítani lehetett, hogy esetünkben primaer májtömlőről van szó mely extrudálódott a máj parenchymájából s így foglalta el sajátos helyzetét. Mikroszkop alatt ugyanis azt láttuk, hogy a májat borító Glisson tok az elhalt echino-



1. ábra.

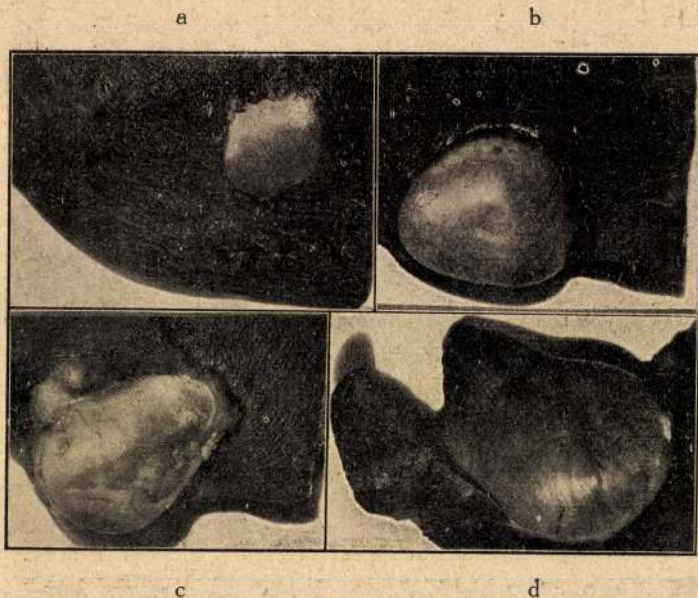
coccus tömlőre ráhajlik. Azt pedig, hogy az eredetileg a máj parenchymájában fejlődésnek induló echinococcus tömlők növekedésük kapcsán az uterus submucosus, illetve olykor subserosus nyomai módjára mintegy „megszülehetnek”, már említettük. Ilyen tömlő akár egészen szabadbá válva, akár külerőszaki behatásoknak jobban kitevődően s így meg-



2. ábra.

repedve, forrásul szolgálhatnak secundaer hasüregi, s így nyilván elsősorban medencebeli echinococcosis létrejövételére. Ezt a lehetőséget meggyőzően demonstrálja a 3. számú ábra, mely sertésmáj echinococcus tömlőket ábrázol. Esetünkben a máj jobb lebenyének mélyében is találtunk egy di-

ónyi elhalt tömlőt és emellett az epehólyag fölött a máj felületén kb. pengőnyi területen csillagszerű tokmegvastagodás volt látható. Ez alatt diónál kisebb, szintén elmeszedétt parasita tömlő foglalt helyet. Ezen utóbbin készített metszslapon szabadszemmel, de a szöveti metszetekben is megfigyelhető volt, hogy durva rostú sejtszegény hegyszövet halad a felületről a mélybe az elhalt tömlőig. Csak a valószínűségét vehetjük fel annak, hogy itt évekkel ezelőtt megrepedt primaer májtömlő maradványával álltunk szemben. Ebben az esetben azt lehetne feltételezni, hogy a jelenlegi klinikai tüneteket előidéző medencebeli tömlő innen eredő secundaer implantatióból származik. Természetesen fennforog a lehetősége annak is, hogy a 15 évvel ezelőtt kiirtott állítólagos ovarialis tömlő esetleges megrepedése alkalmával kerültek tömlőrészek a medencébe s a most észlelt tömlők innen származnak.



3. ábra.

Az elmondottakat röviden a következőkben foglalhatjuk össze:

1. A női nemzőszervek primaer echinococcosisa ritka, sokkal ritkább, mint a secundaer implantatio útján keletkező tömlő.

2. Ezt bizonyítja az, hogy ritkák azok a medencebeli echinococcosis esetek, melyekben solitaer tömlőt találunk, vagy melyekben ugyanakkor a hasüregben egybűtt is ne volna echinococcus tömlő. Multiplex tömlők legnagyobb valószínűséggel mindig secundaer eredetűek — hasúri tömlők esetén.

3. Valamely echinococcus tömlőről, mely a medenceüregben foglal helyet, vagy a medencebeli szervekkel van összefüggésben, egyedül situációjából vagy műtéti lelet alapján, tehát a szervezet, közelebről a hasüreg gondos átvizsgálása nélkül legtöbbször nem dönthető el, hogy az primaer-e vagy secundaer.

4. A női genitálékban és környezetükben előforduló primaer echinococcus tömlő a véráram által odaszállított embrióból fejlődik, a rectum falán közvetlenül, vagy a nyirokutak közvetítésével történt odavándorlás, végül az ascendáló módon infestálódás nem jön számításba.

5. Az általunk észlelt esetben a gynaekologiai tüneteket előidéző tömlők secundaer természete igazolható volt s ennek kapcsán rámutathattunk a hasonló esetekben szükséges elbírálás szempontjaira.

Irodalom: 1. T. W. M. Cameron: Journ of Helminthology Vol. IV. 1926. 1. sz. — 2. C. Ross: Comonw. of Australia, Counc. f. Sci and Ind. Res. Bull. 1929. 40. sz. — 3. J. Halbau u. L. Seitz: Biol. Path. des Weibes B. V. 1926., — 5. Comt. rend. Soc. de Biol. 63. 1907., — 6. Ann. Trop. Med. and Parasit. 20. 1926.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem I. sebészeti klinikájának közleménye (igazgató Verebély Tibor ny. r. tanár).

A Finsterer-féle palliatív gyomor-resectióról.

Irta: *Matolay György* dr. egy. c. rk. tanár, adjunctus.

A duodenalis fekély műtétét illetőleg a vélemények még azok között is megoszlanak, akik a gyomorfekély gyógyítására csonkolást végeznek, s például akadnak olyan tekintélyes sebészek, mint *Mayo*, akik duodenalis fekély kezelésére gastroenteroanastomosist ajánlanak, mert ezzel az esetek 95%-ában gyógyulást értek el. Eltekintve attól, hogy a fekély gyógyulását igen nehéz kimutatni (a panaszmentesség ugyanis még nem bizonyítja a fekély gyógyulását), más amerikai szerzők (*Lewisohn, Mayer, Strauss*,) gastroenteroanastomosis után csupán 55% gyógyulásról számolnak be.

A duodenalis fekély kiirtása, különösen ha a fekély a hasnyálmirigybe tört, technikailag nehezebb a gyomorfekély kiirtásánál, sőt olyan esetekben, amidőn a fekély egészen le a Vater-szemölcsig terjed, sokszor a beteg életének veszélyeztetése nélkül el sem végezhető; ilyenkor ugyanis egyrészt a rövid duodenalis csonk ellátása bizonytalan, másrészt könnyen megsérülhet a choledochus, vagy a hasnyálmirigy vezetéke. *Brünnig* ugyan egy gyógyult esete alapján azt ajánlja, hogy a fekély kiirtásától ne tartson vissza annak mélyre terjedése, hanem ilyen esetben is resecáljunk, s a szemölcsöt ültessük be a duodenumba. A varratok bizonytalansága miatt azonban ez a műtét veszélyes, úgyhogy csak elvétve, a szemölcs akaratlan megsértése esetén jöhet szóba. Épen ezért az ilyen veszély nélkül el nem távolítható duodenalis fekély esetén *Finsterer* azt ajánlja, hogy a fekélyt hagyjuk bent, s a gyomrot nagy kiterjedésben, a pylorus benthagyásával resecáljuk. Eljárását azzal indokolja, hogy a kirekesztett fekély a gyomornedv hatása alól kikerülve egyrészt hamar meggyógyul, másrészt a kiterjedt resectio megváltoztatja a gyomor chemismusát, csökkenti a sósavtermelést, s ezáltal lényegesen csökkenti a jejunalis fekély keletkezésének veszélyét.

Az irodalomban az eljárásnak vannak ellenzői és követői. *Haberer* ezt a Finsterer-féle u. n. palliatív resectiót helytelen műtétnak tartja semmivel sem jobbnak, mint az *Eiselsberg*-féle pylorus kirekesztését, amely szerinte nem ad jobb eredményt a gastroenteroanastomosisnál, amellet utána sokkal több esetben keletkezik jejunalis fekély, mint az egyszerű gastroenteroanastomosis után. *Kutsche, Lisberg, Petermann* ugyanezen okokból szintén az egyszerű anastomosis hívei. A neurogen elmélet hívei a pylorus bennhagyását helytelenítik, úgy hogy *Fridmann* minden egyes esetben megköveteli a pylorus eltávolítását. *Nötzel*, minthogy egy esetben halálos vérzést kapott a visszamaradt fekélyből, a műtétet nem végzi, úgyszintén *Eiselsberg* sem, mert két betegén bár eltávolította a pylorust is, második műtét vált szükségessé; az egyiken ulcus pepticum jejuni, a másikon vérzés miatt, amely utóbbi valószínűleg nem a fekélyből, hanem nyelőcsőbeli visszértágulásból eredt. A műtét ezen ellenzőivel szemben viszont az 1928 évi francia sebészgyűlés a *Hartmann*-klinikai tapasztalatai alapján *Finsterer* eljárását, nem resecálható duodenalis fekélyeknél, minden esetben elvégzendőnek tartja. *Delore* pedig a palliatív resectio eredményeit pyloruskiirtás nélkül is jobbnak tartja az egyszerű gastroenteroanastomosiséinél. *Schloffer* két év alatt 77, *Neuber* 3 és fél év alatt 58, klinikánk pedig 48 esetben végezte a műtétet anélkül, hogy utána jejunalis fekélyt észlelt volna. A vita tehát ma akörül forog, hogy

jobb eredményt ad-e a palliatív resectio a gastroenteroanastomosinál, nem nagyobb-e a műtéti halálozás a műtét kivitelekor pedig kérdés, hogy a pylorust minden esetben eltávolítsuk-e, mint azt *Fridmann* kívánja, s hogy a műtétet egy, vagy két ülésben végezzük-e.

Haberer, mint említettem, azon a véleményen van, hogy a palliatív resectio után éppen olyan gyakori a jejunalis fekély, mint az *Eiselsberg*-féle kirekesztés után: 17–27% (*Haberer—Clairmont*). *Flörken* 104 beteg közül 76-ot utánvizsgált, ezek közül csak egynek volt jejunalis fekélye, bár hozzáteszi, hogy sok esetben a pylorust is eltávolította. *Finsterer* 90 esetben pylorus meghagyása mellett 6 jejunalis fekélyt látott, ami 7.7%-nak felel meg. *Neuber* 59 esetben, klinikánk 48 esetben végezte a műtétet, ezután, bár a műtétek elvégzése óta 5–6 év is eltelt, jejunalis fekélyt nem látott. A műtét eredménye nemcsak attól függ, hogy kap-e a beteg fekélyt, hanem elsősorban attól, hogy a műtét után panaszmentes, munkaképes lesz-e, illetve meggyógyul-e a fekélye. A gastroenteroanastomosis duodenalis fekély esetén sok esetben eredménytelen. A *Mayo*-klinika 90–95% panaszmentességről számol be ugyan, más amerikai szerzők azonban, mint előbb említettem, csupán 50% körüli gyógyulást észleltek. A jejunalis fekély gyakorisága pedig egyeseknek egészen 34%-ig emelkedett gastroenteroanastomosis esetében (*Lewis* 34%, *Mayer* 33%, *Strauss* 24% és *Schloffer* is csak 51%-ban látott gyógyulást gastroenteroanastomosis után.) Azt mondhatjuk tehát, hogy az anastomosis után kb. 50%-os gyógyulás mellett 24–30%-ig keletkezik jejunalis fekély, amelynek gyógyítása belgyógyászatiilag csaknem kilátástalan, műtéti mortalitása pedig nagy, a klinikánkon 21.8%. Ezzel szemben *Finsterer* a palliatív resectio után 90%-ban látott jó eredményt, *Neuber*, s a mi betegeink is a műtét után panaszmentesek lettek. Megállapítható tehát, hogy a palliatív resectio után, ha a gyomorból nagy darabot resecáltunk, s így a sósavtermelő részt kellőleg kisebbittük, kisebb százalékban kapunk jejunalis fekélyt, s a betegek nagyobb százalékban lesznek panaszmentesek, mint az egyszerű gastroenteroanastomosis után. 48 betegünk közül kettőn vérzést kaptunk; egyik betegünk a vérzés következtében félórán belül meghalt, a másik vérzése conservatív kezelésre megszűnt. Első betegünkben a resectio csaknem a papilláig terjedő callosus fekélyt mutatott, amelynek fenekén volt a gombostűfejnyi nyíláson át vérző ér. A vérzés maga nem írható a műtét rovására, mert hiszen minden olyan műtét után, ahol a fekély bennmaradt, felléphet vérzés, amely közismerten veszélyes szövödménye a gastroenteroanastomosisnak is. Két vérzéses esetünk azonban bennünket is arról győzött meg, hogy ha csak lehet, a fekélyt távolítsuk el, s csak ha a fekély eltávolítása az említett okokból kivételmentes, vagy a fekély kiirtása nagy kockázattal jár, akkor végezzük a palliatív resectiót. A fekély eltávolítása különben az esetleges vérzéstől eltekintve is mindenképpen kívánatos; nem osztjuk azok felfogását, akik a kiirtást feleslegesnek tartják, s helyette a gastroenteroanastomosis ajánlják, mert a műtét úgy a halálozás, mint a késői eredmények (jejunalis fekély, panaszmentesség) szempontjából a gastroenteroanastomosisnál kedvezőbb kilátásokkal kecsegtet. Természetesen annak megállapítása, hogy melyik fekély nem írható ki, igen egyéni. Nagy gyakorlattal bíró sebész talán több fekélyt bír eltávolítani, de a technikai készségnek is megvan a határa. Kétségtelen, hogy minden körülmények között a beteg élete fontos, ha pedig ezt a duodenalis csomak eltávolításának bizonytalansága, vagy az epe- és a hasnyálmirigy vezetékének sérülés veszélyeztetné, a kiirtást nem tartjuk erőltetendőnek, a fekélyt bennhagyjuk. *Friedmann* minden esetben megköveteli a pylorus eltávolí-

tását, a magunk részéről, bár a pylorusnak szerepét a fekély keletkezésében nem vonjuk kétségbe, mégis a pylorus bennhagyása mellett elégtelenül jó eredmények alapján nem tartjuk elengedhetetlennek a pylorus kiirtását, mert az eltávolítás sokszor igen nehéz, utána, ha a fekély közvetlenül a pylorus alatt van, a duodenalis csomak ellátása a heges, szakadékos bélfallal miatt nem mindig kielégítő. Ezért a pylorus eltávolítását csak ott végezzük, ahol az könnyen kivihető.

Egyesek, mint *Dolore*, a műtétet két ülésben végzik; először anastomosiszt készítenek, azután végzik a kiirtást. Az eljárást nem tartjuk előnyösnek, mert egyrészt a műtét egy ülésben is jól elvégezhető, másrészt ha az összeköttetést magasra vesszük, hogy azután nagy darab gyomrot resecálhassunk, akkor a nyílás rosszul működik, ha pedig inkább a pylorus felé végezzük, akkor a későbbi kiterjedt resectiónak akadályául szolgálhat. Ezért előzetes anastomosiszt csak igen kivételesen, összesen csak két esetben, szűkületet okozó fekély esetében, nagyon leromlott betegeken végeztünk, egyébként a műtétet egy szakaszban hajtjuk végre.

Összefoglalva tehát azt mondhatjuk, hogy a *Finsterer*-féle palliatív resectiót ki nem írható duodenalis fekély esetén egy ülésben végezve javaltabbnak tartjuk, mert utána a késői eredmények jobbak, mint az egyszerű gyomorbélszájadék után, a műtéti halálozás pedig nem nagyobb, mint resectio esetén. A pylorust csak akkor távolítjuk el, ha ez technikailag könnyen kivihető, illetve ha a duodenalis csomak ellátása jól elvégezhető.

Az Uj Szent János kórház gyermekgümőkóros osztályának közleménye (vezető-főorvos: Péteri Ignác egyet. magántanár).

Adatok a gyermekkori tüdőgümőkór légmellkezeléséhez.

Irta: *Vésey Piroška dr.*, segédorvos.

A tüdőgümőkór collapsus-therapiájának leggyakoribb és legrégebb módja a pneumothoraxkezelés. Az első pneumothoraxot 1892-ben *Forlanini* végezte, azóta ez mindenütt elterjedt. A pneumothorax lényege egyesek szerint a tüdő nyugalomba helyezésén, mintegy a légzési munkából kiiktatásán alapszik, mások a collapsusban azt tartották lényegesnek, hogy a nyomás alá helyezett tüdőszövetben vér- és nyirokpangás létesül, melynek következtében a gümös göcök nem árasztják el a tüdőt és a szervezetet baktériumokkal és toxinokkal. A venosus pangás kötőszövetzaporodást indít meg a lobos göc körül, mely a heges, kötőszövetes gyógyulást elősegíti.

Gyermekeken a collapsus-therapia ezen módját kb. 20 év óta alkalmazzák. Legideálisabb indiciós területe az egy felső lebenyre terjedő infiltratív folyamat; a hihatalan kapcsolatban levő, néha nagy kiterjedésű primaer infiltrátumok gyakran nagyon jó gyógyulási tendenciát mutatnak. Ezek a perifocális infiltrációk physikalisk vizsgálattal sokszor ki sem mutathatók, a röntgenképen kb. gyermektenyérynnyi nagyságú homályt adnak s kb. 3–6 hét 1/2 év után teljesen felszívódnak, vagy csak egy kis, csúcsával a periphéria felé néző, háromszög alakú homály mutatja az eredeti infiltrátum helyét. Természetesen a betegre figyelemmel kell kísérni, mert ha a folyamat mégis terjedésre, vagy beolvadásra, üreg képződésre mutat hajlamot, akkor ezek a beszűrődések is pneumothoraxkezelést igényelnek. *Simon* és *Knüsel* szerint a primaer infiltrátumok beolvadása gyakori. — A felső lebeny infiltrátumai esetében, ha még friss beszűrődé-

sek kerülnek elénk, jogosult egy rövid ideig, 2—3 hétig a várakozás. Itt azonban nagy óvatosságra van szükség, mert ezek az úgynevezett korai infiltrátumok (*Assmann, Redeker*) hajlamosak a beolvadásra. A beteget legjobb intézeti megfigyelés alatt tartani. Ha az általános állapot, közérzet nem javul, a lázak nem csökkennek, a röntgenfelvétel a folyamat terjedését, sőt beolvadását mutatná, meg kell csinálni a pneumothoraxot. Nem lehet tovább várni a spontán gyógyulást, mert a folyamat továbbterjed, esetleg a pleura is megbetegszik és a képződő lenövések az ideális légmell akadályát képezik. *Simon* és *Göttche* a korai infiltrátumok esetében tartja indikálnak a kezelés korai bevezetését, *Knüsl* helyesebbnek tartja az indicatio kiterjesztését minden felső lebeny folyamatra. Indokolt a pneumothorax megkísérlése az egy lebenynél nagyobb kiterjedésű, egyoldali folyamatokban is, melyek akár exsudatív, caseosus, akár fibrosus jellegűek. A csupán alsó lebenyre terjedő folyamatok kevésbé alkalmasak légmellkezelésre és inkább a phrenicotomia indicatiós körébe tartoznak, bár pneumothorax itt is megkísérelhető. Kétoldali folyamatokban az indicatio felállításakor még fontosabb az individualizálás, mint egyébként.

Egyoldali pneumothorax indicatióját képezi minden olyan egyoldali folyamat, mely terjedésre és beolvadásra hajlamos. Kétoldali pneumothoraxot pedig ott készítünk, ahol a kevésbé beteg oldalt, az egyoldali pneumothorax nem tudta javulásra bírni, hanem ott is kifejezett progressio constatálható. A helyzetet állandóan kontrollálni kell az általános állapot, a röntgen, a vérkép és vérsejt-szüllyedés megfigyelésével, különösen a nagyobb kiterjedésű, több lebenyre terjedő folyamatokban, melyekben az esetleg fellépő súlycsökkenés és légszomj a kezelés megszüntetését kívánja. Régi tapasztalat szerint a légmellkezelésnek nincs már értelme, ha pl. a bél megbetegedése vagy a szervezet általános gümőkórja áll fenn.

A pneumothorax eredményei szempontjából a cavernák helyzete és minősége nagyon fontos szerepet játszik. Leginkább a friss beszűrődések, vékonyfalú, nem fali felkvésű cavernákban lehet eredményeket elérni. Fixált, vagyis szalagosan kifüggesztett cavernák, valamint régi, vastagfalú üregek nem comprimálhatók. Ilyenkor a szalagosan fixált cavernákban Jacobäus műtét indikált (szalag átégetésével teszik tökéletessé a collapsust) vastagfalú cavernákban pedig partialis plastika jöhet szóba. A gyermekkori tüdőgümőkór irodalmában még aránylag kevés ezen kiegészítő sebészi beavatkozások száma. *Meyerstein* és *Wiese* számolnak be kiegészítő sebészi műtétekről.

A pneumothorax-kezelésnek néhány csekélyebb és néhány fontosabb szövődménye van. Kisebb kellemetlenségek az ideges tünetek (*Dietl*), gastrikus zavarok, kezdeti lázak, amit egyesek autotuberkulinisatióval magyaráznak. Nagyobb szövődmény az izzadmány és legrettegettebb az embolia. Gyermkeken az izzadmányképződés a tapasztalatok szerint lényegesen ritkább, mint felnőtteken (*Eliasberg* 20%, *Simon* 25%). A pleuraizzadmány oka nem tisztázott, legtöbbször a specifikus folyamatnak a pleurára áttérésével magyarázható, de valószínű, hogy a kezelés mechanikus ingere is szerepet játszik. Kezelése ugyanaz, mint egyébként: punctiók és a töltés folytatása, nehogy a pleuraür obliterációja jöjjön létre (*Eliasberg*). Gennyes izzadmány esetén szerzők oleothoraxot ajánlanak. Embolia az újabb statisztikákban csak 0.1%-ban szerepel.

A pneumothorax-kezelés idejének mértékét megszabni nehéz. A szerzők megegyeznek abban, hogy a kezelést hosszabb ideig kell fenntartani, esetleg 2—3 évig is (*Armand Delille, Fechter, Knüsl, Kleinschmidt*) és nem

szabad az általános tünetek javulásával abbahagyni. *Gergely* egy évig fennálló tünetmentesség után ajánlja a kezelést megszüntetését. Néha a keletkező összenövések miatt kell a légmellkezelést abbahagyni. Ez azonban rendszerint csak akkor fordul elő, ha a pneumothorax kezdetben is részleges volt.

A gyermekkori művi pneumothorax kezeléséről több szerző számol be kedvező eredménnyel. *Armand Delille* munkatársaival együtt veszélytelen és értékes therapiának tartja, minden egyoldali és minden pozitív bacilluslelettel bíró folyamatban. Később kétoldali esetekben is alkalmazta. Tapasztalata szerint a gyermekek a beavatkozást jól tűrik, mert néha nagyfokú kétoldali collapsus mellett is aránylag kevés a subjectív panasz. *Pogorschelsky* egyoldali, lehetőleg fibrosus folyamatokban ajánlja 1½—2 évig terjedő kezelési időtartammal. *Dietl* a kis mennyiségekkel történő töltés híve. *Grüneberg, Petriconi, Bosco, Nobécourt, Pacchioli, Sacharov, Gonzalez, Popov, Klinhart* kevés esetről számolnak be, de eredményeik kielégítőek. *Ameville, Blanchy, Taquet* gyermekeken rosszabb eredményeket láttak, mint felnőtteken, mit a gyermekkori tüdőgümőkór fokozott szétesésre hajlamával magyaráznak. *Fechter* 70 esete közül gyógyult 30, bacillusmentes és javult 11, változatlan 4, rosszabbodott 12, meghalt 13. *Knüsl* 11 évi anyagot, 54 esetet dolgoz fel. Kimutatása szerint a betegek 2—4 évvel a kezelés után halnak meg a legnagyobb számban. Ha az első 4 évet túléltek, a gyógyulásra jó a kilátás. A prognózis 12 éves korig jobb, mint a pubertás idején. 54 eset közül 32 maradt életben (59.3%), 22 meghalt (40.7 százalék). 4 év után 34.6%-ra esik az életben maradtak száma. *Simon* és *Redeker* 2—5 évvel a kezelés befejezése után történt ellenőrzés mellett 56 betegről számolnak be, akik közül gyógyult 27 (48.2%), javult 8 (14.3%), rosszabbodott 8 (14.3%) meghalt 13 (23.2%). Kétoldali pneumothorax esetekről *Wiese, Gautier, Armand Delille-Wolff* és mások számoltak be elég jó eredménnyel. *Armand Delille* 28 esete közül 7 meghalt (ezek közül két esetben tüdőperforatio), 10 esetben jó eredményt látott, egyik 4 évig, 3 gyermek 3 évig állott megfigyelés alatt.

Az Új Szent János-kórház gyermekgümőkóros osztályán az első pneumothorax 1929 február havában készült (*Csöke*), azóta 66 beteg állott kezelés alatt rövidebb-hosszabb ideig. Osztályunkon a Bauer-féle módosított készüléket és tűt használjuk. A beteget oldalára fektetjük, úgy, hogy a töltendő oldal felül legyen, legjobb egy hengeralakú, kb. 20 cm átmérőjű párnára fektetni a beteget. A beszűrés helyéül leginkább a scapularis és hátsó hónaljvonal között kb. a VI—VII. bordaközt választjuk. Ennek több előnye van az elülső hónaljvonalban történő beszűrés fölött. *Winternitz* megemlíti, hogy ez az a terület, hol sok összenövés mellett, műtétkor gyakran talált szabad, lenövésmentes pleuraürt. Itt az izomzat vékonyabb, azonkívül gyermekeken az is szempont, hogy így inkább hozható a beteg olyan helyzetbe, hogy az előkészületeket, pneumothoraxtűt stb. nem látja. Természetesen a beszűrés helyének megválasztásakor ügyelünk arra, hogy ne ott menjünk be a pleuraürbe, ahol a röntgen az infiltrációt mutatja, mert hiszen ennek megfelelően legvalószínűbbek a pleuralis lenövések. 1—2%-os novocain-érzéstelenítéssel, steril cautelák betartása mellett végeztük az insufflatiót. Első töltéskor a később elérendő mennyiségeknél mindig kevesebbet adtunk, kb. 100—350 ccm-ig a beteg kora és a mellkas nagyságának megfelelően. Értelmes gyermekeken a manometer megfigyelésén kívül a beteg subjectív panaszait, feszülés-érzést, nehéz légzést is stb. tekintetbe kell venni. Kisebb gyermekeken a manometer-állás megítélése nehéz. Egyes szerzők (*Gonzalez, Armand Delille*) chloraethyl-bódítást, vagy chloral-

hydrat-csőrét ajánlanak. Nálunk erre szükség nem volt, igaz, hogy legfiatalabb kezelt betegünk 3 éves volt.

Töltés után a beteget átvilágítjuk, hogy lássuk az insufflált gáz elhelyezkedését, a compressio fokát és hogy a tüdő a légzésben mennyire vesz részt. Ideális és teljes pneumothorax az, mikor már az első ízben beadott, aránylag kisebb levegőmennyiség is teljesen köpenyszerűen, kb. 3 cm-es rétegben veszi körül a tüdőt. A collapsus azonban nem mindig teljes; a tüdő néhol, esetleg több helyen is szalagosan rögzítve lehet, sőt a lenövés lapszerint egész lebenyre kiterjedhet. Ezek az összenövések, ha még frissek, kisebb-nagyobb mértékben oldódhatnak, szerencsés esetekben egyre jobban elkeskenyedve, lassankint néhány töltés után le is válhatnak. Természetesen ezt erőszakolni sohasem szabad nagy gázmennyiségek bejuttatásával, mert vérzés, spontan pneumothorax, sőt embolia jöhet létre. Lapszerinti lenövések esetében legkevesebb a remény arra nézve, hogy teljes leválás jöheszen létre. Itt meg kell elégednünk a partialis pneumothoraxszal, amellyel néha elég szép eredményt lehet elérni (Kováts). Előfordul, hogy dorsoventralis átvilágításkor olyan kis légköpenyt látunk, amely nem felel meg a bejuttatott gáz mennyiségének. Ilyenkor minden irányban elforgatva a beteget, megtalálható lesz a más síkban elhelyezkedő gáz. Töltés utáni átvilágításokkor néha első ízben constatálhatók cavumok, amelyek most kissé comprimálva láthatóvá lesznek, erősebb conturt adnak, a röntgenerynőn. Előzőleg ismert cavumok ideális esetben már az első töltéskor megkisebbedhetnek és később a bejuttatott gázmennyiség növelésével teljesen eltűnhetnek; néhány töltés után faluk összefekszik és alkalmassá lesz a teljes, heges gyógyulásra. A bejuttatott gáz idővel felszívódik és ha a tüdőt zökkenésmentesen nyugalomban akarjuk tartani, akkor leghelyesebb aránylag gyakrabban, kisebb mennyiségekkel utántölteni. Egyoldali pneumothorax esetében 2 hetenként végeztük az utántöltéseket, az egyes eseteknek megfelelő kb. 100—600 ccm-ig terjedő mennyiségekkel. (Egy esetben, felnött nagyságú mellkasba 900 ccm-t is adtunk.) A röntgencontroll feltétlenül szükséges, mert a felszívódás gyorsasága egyéni ingadozásokat mutat és nem volna helyes pl. nagyobb residuum mellett is sematikusan mindig egyenlő mennyiségekkel utántölteni. Az állandó röntgencontroll nemcsak az eddig felsorolt okok miatt, hanem az ellenkező oldal megfigyelése miatt is szükséges. Figyelemmel kell kísérni esetleges friss góccok keletkezését, régebbi fibrosus folyamatok exsudatív fellángolását, vagy már ismert góccok terjedését, hogy kellő időben beavatkozhassunk a másik oldalon is.

Külön kell foglalkoznunk a kétoldali pneumothorax esetekkel. Ezekben mindig a súlyosabb oldalon kezdjük a töltést és ha az ellenkező oldali folyamat aránylag olyan kezdeti stadiumban van, hogy az egyoldali kezeléstől is várható javulás, akkor rövid ideig ezzel kísérletezünk. Ha azonban a másik oldal javulás helyett erősen progrediál, akkor rövidesen megkezdjük ennek a töltését is. Azon esetben, ha a folyamat olyan stadiumban kerül elénk, mikor pl. mindkét felső lebeny infiltratív elváltozása áll fenn, akkor rögtön mindkét oldal insufflálására kell határozoznunk magunkat. Ilyenkor is lassan szoktatjuk hozzá a betegeket a légzőtér fogat csökkentéséhez, amit így meglepően jól tűrnek. Kísérletek szerint a betegek a tüdejük egyhatod részével képesek a légzőmunkát elvégezni, ha lassankint szoknak hozzá. Hirtelen változásnak azonban nem szabad őket kitenni. A kétoldali töltést előbb szintén a súlyosabb beteg oldalon és kis adagokkal kezdjük. Ezt kb. 8 nap után megismételjük, újabb 10 nap múlva a másik oldalt insuffláljuk egész kis mennyiséggel és azután kb. 8—10 naponként váltakozva tölt-

jük a két oldalt szigorú controll mellett. A gázmennyiségek így valamivel kisebbek lesznek; egy-egy oldalon egyszerre 350, maximum 400 ccm-nél többet nem adunk. (Egy 14 éves, de hatalmasan fejlett betegünkön emeltük az egyes oldal adagjait néha 800 ccm-ig, hogy a megfelelő collapsust elérjük.) Gyermekek úgy az egy, mint a kétoldali collapsus kezelést nagyon jól tűrik, óvatosnak kell azonban lenni, ha dyspnoe, vagy állandó súlycsökkenés állna be, a kezelést nem lehet folytatni.

Légmellkezeléssel néha nagyon szép eredményeket lehet elérni. Néhány hónapi töltés után az előzőleg lázas, elesett beteg, kinek köpete Koch-positív volt, lázátalan lesz, közérzete javul, lényegesen gyarapszik a testsúlya és köpete Koch-negatívvá válik. A röntgencontroll szerint az infiltratum megkisebbedett és környezetében a kisebb disseminált góccok felszívódása látható. Volt betegünk, akin az első insufflatio után a cavum többé nem volt kimutatható. Ezek természetesen a legszerencsésebb esetek. Jó eredménynek vehető az is, ha a folyamat tova-terjedést nem mutat és az általános állapot javul; sőt lényeges eredménynek számít, különösen a környezetre nézve, ha a beteg köpete Koch-negatívvá válik.

Statistikai kimutatást készíteni beteganyagunkról és azt a külföldi statistikákkal összehasonlítani különböző okok miatt nagyon nehéz. A folyamatok változatos alakja, a kezelés különböző időtartama, az indicatiók kiterjesztése, mind olyan tényezők, amelyek megnehezítik az eredmények registrálását és összehasonlítását. Vanak betegek, kiket 2—3 töltés után a szülők kifokú javulás után hazavittak, további sorsuk ismeretlen. Vannak folyamatok, melyekben a pneumothorax absolut indicatioja fennáll és vannak betegek, ahol már eleve csak kevés a remény arra, hogy valami eredményt elérjünk; a statistikában ezen esetek mégis egyformán szerepelnek. Az összeállítást megnehezíti az is, hogy vannak, kiken a kezelést már régebben abbahagytuk és nagyszámú beteg áll még most is kezelés alatt. Az indicatio kiterjesztését mutatja az a tény, hogy míg 1929-ben 60 ágyas osztályunkon egyszerre csak 2—3 beteg állott pneumothorax kezelés alatt, addig 1932. decemberében 24 beteget töltöttünk.

A gyermekkori pneumothorax irodalmában a kimutatások gyógyult eseteket is közölnek. Ez természetesen csak több évi megfigyelés után jogosult, mint pl. Knüslinél, aki 11 év anyagát dolgozta fel, Simon és Redekernél, kik 2—5 évi megfigyelésről tudnak beszámolni a kezelés befejezése után. Klare megfelelő kritikára int a végleges gyógyulásokat illetőleg. A mi anyagunk 4 évre terjed, de hosszabb utólagos megfigyelésre alkalmunk még nem volt. Volt 10 olyan betegünk, kiken 5—14 kg-ig terjedő súlygyarapodás, teljes tünetmentesség, a köpet Koch-negativitása, a vérsejtsüllyedési érték csökkenése és az általános állapot lényeges javulása következett be. A gyógyulás kifejezés azonban ezekre nem alkalmazható, miután kezelésük óta még nem telt el annyi idő, amennyi a végleges gyógyulás kritériumát adná.

Eredmények szempontjából anyagunkat a következőkben foglalhatjuk össze:

Lényegesen javult	10 beteg
Javult	26 „
Változatlan	11 „
Rosszabbodott	7 „
Meghalt	9 „
Pneumothorax + phrenikotomia után javult	2 „
Pneumothorax + plastica után javult	1 „
Összesen	66 beteg

A folyamatok minősége szerint beteganyagunk a következőképpen oszlik meg:

	Lényegesen javult.	Javult.	Változatlan	Roszzabodott	Meghalt	Összesen
Egyoldali felsőlebeny	5	13	1	1	2	22
Egyoldali egész tüdő	1	4	1	—	1	7
Jobb felső és középső lebeny	—	1	2	—	—	3
Jobb középső lebeny	—	2	—	—	—	2
Egyik oldali alsó lebeny	1	3	—	—	—	4
Perihilaris infiltratum	—	2	2	—	—	4
Kétoldali folyamat	3	4	5	6	6	24
Összesen	10	29	11	7	9	66

Knüslinek az a tapasztalata, hogy a baloldali folyamatok gyakrabban alkalmasak pneumothoraxra, a mi anyagunkon is tapasztalható. Baloldali folyamat 23, jobb oldali 15 esetben állott kezelés alatt. *Knüsl* szerint ez a jobb oldali tüdőfolyamatok szétszóródásra hajlamát mutatja. Kezelt betegeink közül 20 volt fiú, 46 leány; ez kb. arányos avval a ténnyel, hogy osztályunkon 60—64 beteg közül rendszeren 10—18-al több a leánybetegek száma. *Knüsl* is 1:3 arányban észlelte a kezelt fiú és leánybetegek számát.

Exsudatum szövödménye 5 esetben lépett fel, ezek közül egyik empyemává alakult át. Először bordaresectiót, majd Scheede-műtétet végeztettünk rajta az empyema-ür megkisebbitésére (*Fáykiss*). Phrenicotomiát 2 olyan esetben végeztettünk, ahol a pneumothorax-kezelés az összenövések miatt tovább nem volt keresztülvihető. Az egyikben a bal tüdő megbetegedése állott fenn, a jobb oldalon csak az alsó lebenyben volt apró gócos infiltratio. Baloldalon 3—4 hónapig töltöttük, míg az összenövések miatt a kezelést be kellett szüntetni. Mielőtt a baloldali phrenicus-exairesist megcsináltattuk volna, a beteget az ellenkező, kevésbé beteg oldalon insuffláltuk néhányszor és miután ezt jól tűrte, végeztettük el nála a baloldali phrenicus-exairesist. A beteg jól van, jobboldalon továbbra is pneumothorax-kezelésben részesül.

66 kezelt betegünk közül 24-en volt mindjárt kezdetől fogva kétoldali a folyamat, ezek közül 9 kapott kétoldali töltést. A kétoldalon insuffláltak közül lényegesen javult 3, javult 1, változatlan és az összenövések miatt nem volt folytatható a kezelés 2 esetben, az említett phrenicotomiával kombinált eset 1, rosszzabodott 1, meghalt 1. A 9 eset közül rögtön kétoldali kezelést javultunk, 6 esetben (lényegesen javult 2, javult 1, változatlan és az összenövések miatt nem folytatható 2, meghalt 1), a másik 3 betegen csak később, az ellenkező oldal rosszzabodásakor határoztuk el magunkat a bilaterálisan váltakozó töltésre.

A collapsus alakja szerint (részleges, vagy teljes, lenövésmentes) a következőképpen oszlott meg beteganyagunk:

	Lényegesen javult	Javult	Változatlan	Roszzabodott	Meghalt	Összesen
Teljes collapsus	10	16	6	3	3	38
Partialis collapsus	—	13	5	4	6	28

A fenti adatok természetesen csak hozzávetőleges megkülönböztetések, mert hiszen vannak betegek, kiknek eleinte partialis collapsus, később az összenövések leválása után teljes collapsus jön létre. Az átmenetet adják azok az esetek, ahol röntgenátvilágításkor a tüdő némely része vékonyra kinyult kötegekkel fixált, de a collapsus eléggé megfelelő.

Cavum 27 betegünkön volt röntgennel kimutatható; 18 esetben nem volt comprimalható, 2 esetben megki-

sebedett és 7 betegünk volt, kikben a cavum a controll-felvételen nem volt látható.

Más szervek tuberculosisa 9 kezelt betegünkön szerepel: 1 bélgümőkóros meghalt, gégetuberculosisban szenvedők közül 2 gyermek állapota javult, 2 változatlan, 1 rosszzabodott, 3 meghalt. Bélgümőkóros betegünkön a bélfolyamat csak később lépett előtérbe és ekkor a bal felső lebeny infiltratio miatt indikált pneumothorax kezelést a beteg nagyfokú és rohamos leromlására tekintettel abbahagytuk.

A pneumothorax-kezelés alatt álló betegeken végzett köpetvizsgálatok a következő eredményt mutatják: 25 Koch-positív beteg közül negatív lett a köpet 4 esetben, a látóterenkénti bacillusszám lényegesen csökkent 3 betegen, a bacillusok száma lényegesen szaporodott 1 esetben, ahol a kezelést az összenövések miatt be kellett szüntetni. 29 kezdetben Koch-negatív beteg közül később pozitív lett a köpete 3 betegnek. Ezek közül egyik csak egy töltést kapott, az összenövések miatt a kezelést folytatni nem lehetett, 1 beteg pedig a kezelés 5 hónapos megszakítása alatt az újrafelvételkor történt controllvizsgálat szerint lett pozitív.

A véresejtsülyedés vizsgálataink szerint 11 betegünkön mutatott javulást.

A kezelés időtartama néhány hónaptól másfél évig terjedt. Erről pontos kimutatást készíteni nem érdemes, mert hiszen a kezelés befejezését gyakran rajtunk kívülálló okok idézték elő. 10 lényegesen javult betegünket sem azért bocsájtottuk haza, mintha további kezelést nem igényeltek volna, hanem azért, mert 60 ágyas osztályon a beteget $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ évnél tovább benntartani, 10—12 kg gyarapodás, a köpet Koch-negativitása és láztalanság mellett, sajnos nem lehet. Az 1 évi teljes tünetmentességet a kezelés befejezéséig (mely körülmény *Gergely* szerint a kezelés megszüntetését indokoltá teszi) az osztályon bevárni nem tudjuk. Ezeket most már a megfelelő tüdőgondozóhoz utasítottuk további ambulans töltésre és controllvizsgálatokra. Vannak, akik gyermekeken idegenkednek az ambulans töltéstől; néhányszor volt alkalmunk gyermeket ambulans utánatölteni és tapasztalatunk az, hogy egészen jól tűrik. Az ideális helyzet tulajdonképpen az volna, hogy a pneumothorax kezelést igénylő beteget az ambulans rendelések kórházba küldnék és amikor a beteget sikerül olyan állapotba hozni, hogy láztalan, megerősödött és ambulans kezelésre alkalmas, akkor ismét átvennék az ambulans rendelések, hogy az osztályra mindig újabb és újabb betegeket lehessen felvenni. Sajnos a betegeknek a socialis tényezők lényeges szerepet játszanak és kórházon kívül nincs meg az a rendes, nyugodt életmódjuk és táplálékuk, amire a kezelés mellett szükségük volna.

A collapsustherapia egy másik módjáról, a phrenicotomiáról csak röviden szeretnék megemlékezni. 7 esetben végeztettük, melyek közül javult 5, meghalt 2 beteg. Scheede-műtétet 1 betegen végeztettünk empyemával kapcsolatban.

A fent említettek alapján arra a megállapításra jutottunk mi is, hogy alkalmas esetekben, idejében bevezetve és szükség esetén a másik oldalra is kiterjesztve, a pneumothorax-kezelés hasznos és eredményes therapiás beavatkozás. A gyermekkori tüdőgümőkór szétesésre hajlama és aránylag rossz prognosisa mellett, minden jó eredményt örömmel kell fogadnunk és meg kell kísérelnünk ezt a therapiát, mely veszélytelen és bármikor megszüntethető. Osztályon gyakran kíséreljük meg olyan esetben is, mikor előre kevés reményt fűzünk hozzá, de a biztos exitussal szemben az esetleges legcsekélyebb eredmény, az élettartam meghosszabbítása, ideiglenes tünetmentesség is indokoltá teszi a kezelés megkísérlését.

Irodalom: *Gergely-Winternitz:* A tüdőtuberculosis műtéti kezeléséről Budapest, 1931. — *Gergely:* Gyógyászat 1928. 51—53. — *Kováts:* Az ambulans légmellkezelés. Budapest. — *Göttche:* Orv. Gy. Kérdései 1930. 26. — *Pekanovich:* Orv. Gy. Kérdései. 1923. 8. — *Záborszky:* O. H. 1923. 19. 1932. 35. — *Kleinschmidt:* Tuberkulose der Kinder, Leipzig 1927. — *Fechter:* Zschr. f. Khk. 1930. 49. k. 143. — *Knüßli:* Beitr. Kl. d. Tbk. 74. k. 591. — *Dietl:* Wien. med. Wschr. 1927. 1146. o. — *Pogorschelsky:* Fortschr. d. Med. 54. évf. 69. o. — *Armand Delille:* Bull. de l'acad. de med. 97. 19. sz. 600 o.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem II. szemklinikájának közleménye (igazgató: Blaskovics László ny. r. tanár).

A könnypont és könnycsövecs vizsgálata réseslámpa segítségével.*

(Transparentiás eljárás.)

Irta: Tóth Zoltán dr. tanársegéd.

A szokásos réseslámpa vizsgálattal a könnypontot *direct* megvilágításban vizsgáljuk és vizsgálták. A könnycsövecset természetesen ezzel észlelni nem lehet.

Vizsgálataimat a könnypont és a könnycsövecs *indirect* megvilágításában végeztem: a megfelelő bőr és lágyrészeknek gyűjtött fényvel megvilágítása által kapott transparentia segítségével, mikroszkop használatánálkül.

Az eljáráshoz szükséges: 1. a kellő világitással elérhető *transparentia*, (létrehozható lúpe, Sachs lámpa stb. segítségével is, de könnyebben megy a naponta annyiszor használt réses lámpával és mert keskeny rés világít csak), 2. *megfelelő festékes folyadék* megválasztása és kényelmes bejuttatása az elvezető utakba.

A könnypont vizsgálata csak a transparentiával, a könnycsövecse pedig a transparentia + festékes folyadék becseppentésével történik. Többféle festékek próbálkoztam: methylenkékkel, collargollal, tussal, (sőt fehér festékekkel is.). Az előző három mindegyike jó, de mindegyiknél kell valamire ügyelni; pl. a methylenkék higabb, hamar lefut; a tus, ha sűrű megülepszik a belső szemzug tájékán és rontja a látási lehetőségeket; ép így a collargol is. Elkerülhető, ha óvatosan (nem nyomással), kiitatjuk a festéket a conjunctiváról a transparentia megfelelő területén.

A vizsgálat menete: a) **Könyypont vizsgálata:** a beteg a réseslámpánál ül, egészen gyűjtött fényét a könnypont alá 5—8 mm-nyire a szemhéj bőrén igazítjuk, az alsó szemhéjját lefelé, a felsőt felfelé húzzuk, annyira, hogy a könnypont evertálódjék; ekkor a rózsaszínben áttünő területben szabad szemmel a könnypont éles határu, fehéres vakító pont alakjában jelentkezik egészséges állapotában, keskeny sötétebb udvartól övezve, mely sötétebb gyűrű halánték felé a szemhéjszél belső szélét jelző keskeny sötétebb vonalban folytatódik. A könnycsövecs persze láthatatlan.

Ha a megvilágítás irányát változtatjuk, némiképen változik a vakító pont is; ügylünk, hogy a nedves hám reflectál és ilyenkor a könnypont alakja szerint más és más görbületű visszaverő felületre esik a fénysugár.

b) A könnycsövecs vizsgálatához festékes folyadékra van szükségünk; 1—2 csepp, pl. 3% collargolt cseppentünk a réses lámpa előtt ülő beteg kötőhártyaszakjába, párszor jobbra-balra, felfelé és lefelé nézetjük és pislogtatjuk (akárcsak a conjunctivalis festési próbánál) és azonnal a szabad szemmel végzett vizsgálathoz látunk, mert 1—1½ perc múlva már el is tűnt a festék, nincs mit

vizsgálni rendes körülmények között; sőt tudjuk, hogy vannak olyanok is, kiken 30 másodperc alatt lefut a festékes folyadék. Az alsó szemhéjat lefelé, a felsőt felfelé húzzuk jobban, hogy a könnycsövecs is kifelé forduljon, miközben a beteg kifelé és felfelé, illetve kifelé és lefelé tekint. A fent leírt transparentia segítségével (a conjunctiva felől) a könnyponttól egy pipa alakú, körülbelül 1—1½ mm. függőleges és 6—8 mm. hosszú vízszintes, egyforma széles pipa alakú sötét csíkot kapunk a könnycsövecseknek megfelelően, (sajnos csak a könnypont és caruncula közti szakaszon); tovább észlelve szépen látszik, hogy hogyan halványodik a könnycsövecset jelző sötét sáv, mem ér már a könnypontig, a vége egyre közeledik a carunculához, majd teljesen eltűnik egészséges viszonyok között.

A felső szemhéj megvilágításakor a lámpát körülbelül az orr vonalába kell hoznunk és még jobban halánték felőlről szemlélődünk.

Sikerül tehát az eljárásai a könnycsövecset a könnyponttól a carunculáig láthatóvá tenni a spontan levezetés idején és állapotában. Először látnunk kell tudni, hogy megfigyelhessük és elbírálhassuk működését. (Vizsgálataimat tovább folytatom ilyen irányban és kóros viszonyok tanulmányozására is.)

A szemhéj és szemhéjszél egyéb részeit is vizsgálhatjuk e transparentiás eljárással (Meibom mirigyek, kivezetőcső stb.)

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem II. szemklinikájának közleménye (igazgató: Blaskovics László ny. r. tanár).

Könyypontot tágító kanül.*

Irta: Tóth Zoltán dr. tanársegéd.

1931. októberében klinikánkat egy 19 éves nőbeteg kereste fel, azzal a panasszal, hogy bal szeme két éve erősen könnyezik. A könnyezés annyira zavarja, hogy tanulmányait is kénytelen volt abbahagyni és a végsőkig elkieseredett. Chronikus conjunctivitis ellen kezelték ezen idő alatt. A vizsgálatkor a bal szem 2 könnypontjának atresiája volt megállapítható. Collargol becseppentésével sem volt a könnypont kimutatható. A jobb szem könnypontjának megfelelő helyen Pravaz fecskendő tujével könnypont készítés alúl, felül, majd conicus sondával sikerül a könnycsövecssel az összeköttetést megteremteni és a praesaccalis utat tágítani. Sondázás után rendesnek kinéző könnypontok, az elvezető utak átfecskendezhetők, röntgen szükületet nem mutat, a könnyezés mégis változatlanul fennáll.

A conjunctivalis festés próbával: a könnypont helye barna pont, pislogáskor könnypontjáték nincs, regurgitatio sem észlelhető: a könnypont tehát insufficiens; (szabad játéka természetesen nem lehetett a könnypontnak, mert hiszen mesterségesen készített nyílás volt kellő izomzat és szerkezet nélkül) minthogy a baj csak a könnypontra látszott localisálódni, felmerült a könnypont működésképtelenségének valamiképen megszüntetése. Az új könnypontot valahogy nyitva kell tartani — gondoltam —, hogyha a levezetés többi szakaszai jól működnek — a könny zavartalan levezetése biztosítassék, illetve, hogy ezzel csakis a könnypont megbetegedése bizonyosodjék. Ezért készíttettem egy 1½ mm. függőleges és 2 mm vízszintes szárral bíró (a levezető apparatus elülső szakaszát utánzó) fém, ezüst kanülcskét az insufficiens könnypont pótlására és tágítására.

*) Bemutatta a Magyar Szemorvos Társaság 1932. november 26.-i ülésén.

*) Bemutatta a M. Sz. T. szegedi nagygyűlésen 1932. jun. 11.-én.

A csövecské könnypontból kiálló vége kiszélesedik, illetve megvastagított, hogy a könnycsövecské be ne csúszhassék. Betevése a könnypont előzetes érzéstelenítése, esetleg csekély tágitása után conicus sondával történik a kórosan működő könnypontba; kivételére az epilator kelő óvatosság mellett jól használható (az első kísérletekben a kanülöcske a felső könnypontba becsúszott a helytelen kivételi próbálkozások miatt; azóta sem fordult elő és elkerülhető, csak a conicus sondával ne próbálkozzunk, mert így történt a becsúszás is). A kanül beleváló gombos betéttel elzárható, demonstrálható és ellenőrizhető ezáltal, hogy csakis a könnypont beteg. Viselése első napjaiban kis érzékenység és duzzanat jelentkezik ugyan, de később megszűnik. Egyszerű rátekintésre észre nem vehető s ha helyesen van betéve, a betegnek semmi szúró érzést vagy izgalmat a bulbularis kötőhártyán nem okoz. (kapható Rédl—Jonke cégnél, Budapest, Mária-utca 42.)

A kanülöcske behelyezése után, a conjunctivalis festés próba ellenőrzése mellett $\frac{1}{2}$ perc alatt tökéletes levezetést sikerült elérni. Ezzel eldönthető volt az is, hogy csak a könnypont insufficientiája volt jelen az utána következő szakaszok tökéletes működése mellett. Az elv, hogy a könnylevezető utakat sondával tágtítsák és csöves sondával drainálják — régi. Ezek a sondázások therapiás természetűek voltak és legtöbbször a könnyet levezető utak nagyobb szakaszára szóltak. (Ascher, Hermann, Tenner.)

Az ismertetett kanül elsősorban a könnypont működésének a vizsgálatára szolgál.

A könnylevezetés vizsgálatának első és legfontosabb phasisa a könnypont működésének biztos diagnostikája: részint, mert a levezető utak kapuja, részint mert a szokásos vizsgálatok megronthatják a további vizsgálati lehetőségét.

A conjunctivalis festékpórá már tájékoztat ugyan a könnypont működéséről oly értelemben, hogy szépen jelzi jó, vagy rossz működésének jellegzetes symptomáit, de a dolog természeténél fogva — ha működésképtelen, vagy hibás működésű a könnypont — felvilágosítást nem adhat arról, hogy mögötte a további szakaszok működnek-e?

Eme kis pipaalakú kanül behelyezésével tulajdonképpen a rosszul, vagy sehogysem működő könnypontot mesterségesen pótoljuk, mintegy működő könnypontot teremtve. Ha csak a könnypontban van a hiba, a csövecskével teljes levezetés jön létre!

Alkalmazása röviden összefoglalva:

I. *diagnostikus*: a könnypont funkciójának izolált vizsgálatára.

II. *therapiás*: rosszul, vagy nem működő könnypont esetében vagy ujjonon készült könnypont állandó tágitására, midőn a mögötte lévő szakaszok kifogástalan működésűek.

Vizsgálataimat tovább folytatom különböző hosszúságú és a tömlőig érő csövecskéekkel: a praesaccalis vezeték szerepének tisztázására; meggyőződésem, hogy csak a szakaszonkénti, pontos működés differentiallyal juthatunk eredményes therapiához.

Irodalom: Ascher, Karl W.: Med. Klin. 1929. 749—750. ol. — Graves, Basil: Ref. Zentralblatt B. XVIII. 243. — Haitz: Kl. M. f. Augheilk. 929. 82. 836. — Heermann, H.: Zbl. XXV. 43. — Schürmer: Arch. f. O. LVI. 197. o. — Tenner, Arthur S. Zbl. XIII. 438.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Antithyreoid-anyagok előállítása vérből. K. J. Anselmino és F. Hoffmann. (Kl. Wschr. 1933. 3. sz.)

Már néhány éve ismeretes, hogy az emberi vér és egyes szövetek, sőt bizonyos tápanyagok is olyan anyagokat tartalmaznak, melyek a thyroxin hatását paralizálni képesek (Antithyreoid-anyagok). A szerzőknek sikerült ezt az anyagot a vérből lipoidoldószerrel koncentrált alakban kivonni. Az ily módon előállított antithyreoid anyagot olyan patkányokon titrálták ki, melyeknek alapanyagcseréjét előzőleg thyroxin injekciók segítségével 25—35%-al fokozták; az antithyreoid anyag etetésével ezt az emelkedést paralizálni lehetett. Az antithyreoid anyag azon mennyiségét, mely éppen elegendő ezen alapforgalom-többlet kiegyensúlyozására egy védőegységnek nevezték el. Vizsgálataik szerint a foetus vére tartalmazza a legtöbb védőegységet, felnőttek kevesebbet és feltűnően keveset a Basedow-betegek vére. Az antithyreoid anyagnak nemcsak a kórosan fokozott alapforgalomra van hatása, hanem a máj glikogentartalmára is, amennyiben azt fokozni képes, illetőleg meg tudja akadályozni a thyroxinokozta glikogen-megfogyást. A szerzők az általuk előállított, olajban oldott antithyreoid anyaggal therapiás kísérleteket is végeztek Basedowos betegeken és ezek a kísérletek szép eredménnyel végződtek.

Czoniczer dr.

A vércsoportok tanának általános alapjai. Schiff. (D. Med. Wschr. 1933. 6. szám.)

A vörösvérsejtekhez kétféle csoporttulajdonság van kötve, melyet A. és B.-vel jelölünk. A serumban is kétféle anyag van, melyet α és β -val jelölünk. Serum α agglutinálja az A vörösvérsejteket, serum β agglutinálja a B vörösvérsejteket. A négy vércsoport úgy adódik össze, hogy van csoport, amely mindkét tulajdonsággal bír és van csoport, amelyben egyik tulajdonság sincs. A csoportok a vörösvérsejt csoporttulajdonságot és a serumantitesteket illetően a következőképpen alakulnak:

O α β az universal recipiens megfelel Moss I-nek;

A β megfelel Moss II-nek;

B α megfelel Moss III-nak;

A B o az universal donor, megfelel Moss IV-nek.

A csoporttulajdonságok örökölhetők. Valószínűleg chemiai alapjuk van, nemcsak a vérben, hanem más szövetekben és szövetnedvekben is előfordulnak, kivétel talán az agyvelő.

Az A és B csoporttulajdonságon kívül *Londsteiner* és *Levine* még háromféle csoporttulajdonságot mutattak ki, melyeket M, N és P-vel jelölnek. Ezeknek előzőri transfusiókor nincs jelentőségük, de megismételt transfusiók alkalmával már figyelemmel kell rájuk lenni. A normalis serum ugyanis csak A és B ellen tartalmaz antitesteket, de az idegen vérrel kezelt vérben megvan a lehetőség arra, hogy a fentemlített különlegesebb csoportok ellen is képződjenek antitestek és esetleg haemolysist okozanak.

Kleiner György dr.

Sebészet.

A periduralis segmentalis érzéstelenítés alkalmazásáról urológiai műtétekben. Lompa és Beck. (Zbl. f. Chir. 1933. 7. sz.)

Urológiai műtétekre a paravertebralis érzéstelenítés helyett, amikor a beteg érzi a vesekocsány vongálását, újabban *Dogliotti* (Turin) periduralis segmentalis érzéstelenítését alkalmazták kb. 200 esetben. Az eljárás a következő: a rövidre csiszolt hegyű lumbaltűt veseműtétkor D 11—D 12 közé, hólyag és prostata műtétkor L 2—L 3 közé szúrják be a középvonalban a lig. intervertebraleba. Az érezhető ellenállás mutatja, hogy nem haladtak túl a lig.-on. A mandrin eltávolítása után pár ccm. physiol. konyhasó oldatot tartalmazó fecskendőt helyeznek a tűre, s lassú fecskendés közben óvatosan mélyebbre szúrják a tűt, míg a lig.-on áthaladva hegye az epiduralis ürbe jut, mit a fecskendezés közben észlelt ellenállás hirtelen megszűnté mutat. Ha a fecskendő eltávolítása után liquor nem csepeg, a tű hegye az epiduralis ürben van. Ha liquor csepeg, más csigolyaközben ismétlik meg a beszúrást, ha nem csepeg 10 ccm. 1%-os novocain oldatot fecskendeznek be. A beteget az operálandó oldalra fektetik miközben a tű helyben marad. Ha 5—6 perc múlva tökéletes az érzéstelenítés, a fecskendezés helytelenül a durazsákba történt; ha az érzéstelenítés tökéletlen úgy a novocain helyesen az epiduralis ürbe jutott és további 20 cm.-t fecskendeznek be. 3 perc múlva további 25 ccm, vagyis összesen 55 ccm.-t adnak. Az érzéstelenítő eljárás helyesen

végezve tökéletes. Veszélye, hogy a novocain a durazsákba juthat, mi némi elővigyázatossággal elkerülhető. Súlyos col-lapsust a légzés kimaradásával egy esetben észlelték, de 15 percnél hosszabb légzés után a beteg magához tért, könnyebb collapsus 3, nagyobb fokú vérnyomásműködés 35, emelkedés 35 esetben; 15-ször hányás, 75%-ban átmeneti anaemia. Későbbi szövödményt (fejfájás, paresis stb.) nem észlelték. 17 esetben tökéletesen érzéstelenítés miatt altatás vált szükségessé. Az érzéstelenítés tartama $1\frac{1}{2}$ —2 óra. Az eljárás előnyei ugyanazok, mint az ágyéki érzéstelenítésé, annak kellemetlen mellékhatásai nélkül.

Schmidt Albin dr.

A gégerák műtéti és sugaras gyógyításának eredményeiről. Hinsberg V. és Epstein I. (Med. Kl. 29. é. 6. sz. 177—180.)

A két szerző (gégész és röntgenológus) saját tapasztalataik alapján párhuzamot vonnak egyrészt a gégerák sebészi, másrészt a cc. laryngis sugaras gyógykezelésének eredményei között és arra a megállapításra jutnak, hogy bár igen értékes új gyógytényező birtokába jutottunk a Coutard-féle fractionált és protrahált röntgenbesugárzás révén, mégis mérlegelnünk kell az egyes eseteket a folyamat kiterjedése, az elsődleges műtéti halálozás, a recidiva veszélye szempontjából és esetenként kell döntenünk a legalkalmasabb kezelésmód felett. Így kezdődő hangszalagrák és mirigy áttétek esetében ma még mindig a kést kell előnyben részesítenünk, míg a sinus pyriformis rákja esetében, a környező szövetbe áttört gégecarcinoma esetében, legyengült, koros egyéneknek a Coutard-féle röntgen kezelést célszerű alkalmazni.

Krepuska István dr.

Gyermekgyógyászat.

Mediastinalis tumor acut leukaemia alatt. J. Cooke. (Amer. Journ. of Dis. of Child. 1932. 44. köt. 1153. old.)

38 acut leukaemia közül 9 esetben észlelt mediastinalis tumort. Mind a 9 eset lymphatikus leukaemia volt, valamennyi fiúgyermeken fordult elő. A vérkép a kórházba jövetelkor 4 esetben még normalis volt, amikor már súlyos légzési nehézségek mutatkoztak. A többi eset közül egy esetben később, két esetben csak kis mértékben, kettőben pedig egyáltalában nem lépett fel légszomj. Valamennyi gyermek meghalt, bár háromnak a minden esetben megkísérelt röntgen, illetőleg rádiumkezelés kapcsán a mediastinalis tumora teljesen eltűnt. Valószínűnek tartja, hogy a mediastinumnak leukaemiával kapcsolatos elváltozása nem valódi tumor, hanem a véráramból származó leukaemiára jellemző pathológiás sejtek infiltrálják a thymuszövetet.

Surányi Gyula dr.

Kapcsolat kanyaró és tuberculosis közt fiatal gyermekekben. Cohn—Koiransky. (Amer. Journ. of Dis. of Child. 1932. 44. k. 1187. o.)

A vizsgált 20 eset legnagyobb részét 3 éven aluli gyermekek alkotják. Kétségtelen, hogy már a kanyaró előtt fertőződtek tuberculosisal, ezt mutatják egyrészt már a betegség alatt készült röntgenfelvételek, másrészt az, hogy a kanyaró után 8—20 napon belül valamennyi gyermek intracutan tuberculosisra pozitívan reagált. A 20 gyermek közül 6 acut tuberculosisban (miliaris tuberculosis, meningitis tuberculosa, pneumonia caseosa) meghalt, a többi rövidebb-hosszabb betegség után gyógyult, vagy javult. Valamennyi elhalt gyermek $2\frac{1}{2}$ évnél fiatalabb volt.

Surányi Gyula dr.

A larynxintubatio kellemetlen következményei. A Casassa. (La Pediatría. 1932. 40. k. 1197. o.)

Chronikus larynxstenosist nem intubatio, hanem másodszorban végzett tracheotomia után lát gyakrabban. Larvnx-sérülések és tartós zavarok elkerülésére az intubatio következő körülményeit említi: 1. nem szabad az intubálást erőltetni. Súlyos esetben, ha jó technika ellenére az intubálás nem sikerül, végezzünk tracheotomiát. 2. Spontan extubatio esetén vezessünk be nagyobb kaliberű canulet. 3. Ne használjunk hosszú, szerző által amerikaiaknak nevezett tubusokat. Tapasztalatai szerint a legjobb a Bayeux- és az Escat-féle tubus. 4. Kerüljük a korai extubálást. Szerző élesen szembe fordul azzal a véleménnyel, hogy 24—48 órán túl nem szabad a tubust bennhagyni. Pontos időt megadni nem lehet, de a kortól általános állapottól és a helyi tünetektől függően a larynx kóros állapotának megszűntéig kell a tubust benn hagyni. 30 éves saját statisztikája szerint egyáltalán nem gyakoribbak ilyen intubatiók után a tüdőcomplicatiók, mint tracheotomia után. 5. Figyelmeztet arra, hogy lassan és kíméletesen kell extubálni, mert a hirtelen extubálás után gyakran lép fel larynxoedema.

Surányi Gyula dr.

Urologia.

A terhességi pyelonephritisről. Misrachi (Zschr. f. Urol. Chir. 1932. XXXIV. k.)

Szerző a különböző szülészeti osztályokon tett észleletei alapján azon nézetének ad kifejezést, hogy általában a terhességi pyelitis és különösen ennek súlyosabb eseteit conservatív és elavult nézeteken alapuló kezeléssel gyógyítják, elhanyagolva a modern urológiai lehetőségeket. Csak az egészen könnyű láztalanul lefolyó pyelitisek azok, ahol a kezelés conservatív lehet (húgydesinficiensek). Már a közepes súlyos intermittáló temperaturákkal járó pyelitisek esetében ezek felmondják a szolgálatot, ilyen esetben csak az ureterkatheterezés és ezáltal a vesemedence drainage vezet célhoz. A magas láz ilyenkor gyorsan megszűnik, sőt a láznak a felvezetett ureterkatheter ellenére további fennállása pyelitis ellen szól és a láz oka máshol keresendő. Az egészen súlyos lefolyású septikus pyelitisek esetében a halogatott conservatív therapia igen veszélyessé válhat és irreparabilis laesiókra vezethet. Az ilyen elkeseredett esetekben az egyetlen alkalmas és hatásos beavatkozás a kellő időben végzett nephrostomia.

Babics Antal dr.

A gyermekkori vesetuberculosisról. A Bekkermann. (Zschr. f. Urol. Chir. 1932. XXXIV. k.)

A gyermekkori vesetuberculosisra eddig kevés figyelmet fordítottak annak ellenére, hogy a megbetegedés gyakrabban fordult elő, mint azt általában feltételezik. Áttekintve főként az orosz statisztikát, saját négy esetével arra a megállapításra jut, hogy bár a gyermekek eszközös vizsgálata nehezen kivihető és a helyes diagnosztizálás egyébként is nehezebb, mint felnőttek esetében, minden gyermekkori vizelési panasz alkalmával gondoljunk vesetuberculosisra, mert a gyermekkori vesegümőkór elég gyakori megbetegedés és lefolyása ugyanazon törvényeknek van alávetve, mint a felnőtteké. Mortalitása fordított arányban áll a korrall. Therapia minden esetben nephrektomia.

Babics Antal dr.

Az időszült prostatatályog röntgen-felvételéről. Praetorius G. (Zschr. f. Urol. 26. k. 10. f.)

Lírja új eszközét az általa szerkesztett „ballon-katheter-t”, melynek lényege a cystoskopon keresztül a hólyagba bevezetett összesodort gummi hólyag, melyet bent folyadékkel feltölt s így a húgycső hátsó részét a hólyag felől elzárja, ekkor a pars prostatica uretrae-be bevezeti a contrast anyagot és röntgen felvételeket készít. Bemutatott felvételével szemlélteti a chronikus prostata tályog üregeit és járatait. Mint új húgycső segédeszközt ajánlja s alkalmazásával reméli a hátsó húgycső kórtani ismereteinek előbbrevitelét.

Szold Ednre dr.

Gégészet.

A rhinitis vasomotorica aetiológiájához és terapiájához. Menzel. (Archiv f. Ohren-Nasen u. Kehlkopfheilkunde. 130. k. 4. f.)

A rhinitis vasomotorica secretorikus és vasomotorikus tünetcsoport, melyet különböző ismert és ismeretlen ok vált ki. Néha a vegetatív idegrendszer localis, vagy általános túlérzékenysége állapítható meg kiváltó ok gyanánt. 2 esetben a belső secretió mirigyek dysfunctiója mellett lépett fel a rhinitis vasomotorica. A pajzsmirigy működésének megállapítása céljából több betegen alapanyagcsere vizsgálatot végeztetett és arra az eredményre jutott, hogy a rhinitis vasomotoricában szenvedő betegek nagy részének a fokozott alapanyagcsereének megfelelően, bizonyos fokú hyperthyreosisa volt. Erre tekintettel nyert a jód therapiás alkalmazást subcutan injectio alakjában (Sternberg). Némely esetben a sikerrel alkalmazott ovarium-készítményeket is ajánlották a rhinitis vasomotoricát fenntartó hyperthyreosis leküzdésére (Koslovsky). 1926—31-ig végzett vizsgálatai alkalmával meggyőződött a rhinitis vasomotorica esetek feltűnő szaporodásáról, amit párhuzamba hoz a hyperthyreosis és Basedowkór ugyancsak észlelhető gyarapodásával (Blum, Raab). Ez a tapasztalat a röntgensugaras therapiára ösztönözte. Több rhinitises betegen a pajzsmirigy besugárzásától tényleg jó eredményt látott még az egyéb kezelési módokra éveken át refractaer esetekben is.

Megállapítja, hogy a rhinitis vasomotorica tünetcsoportját — az esetek bizonyos hányadában — a vegetatív-idegrendszer thyreogen túlérzékenysége tartja fenn, mikor is a pajzsmirigy electiv besugárzásától a rhinitises panaszok csökkenése várható.

Csillag Sándor dr.

Szemészet.

Glaukoma statistika Chinában. *A Pillat.* (Arch. f. Ophth. 1933. jan.)

1928—1932 idő alatt 12.933 szembeteg közül 144 glaukomás beteget talált (1.11%), akikről statistikai adatokat közöl különböző szempontból. Így megállapítja, hogy a glaukomás nők száma háromszor annyi, mint a férfiaké; az esetek legnagyobb része az 50—69 éves korra esik. Az évszakkal összefüggést illetően egy téli csúcspontot talált november-december hónapokban és egy tavaszi maximumot májusban. Az esetek többségében glaukoma chronicumot talált s igen nagy százalékot tesz ki az abszolút glaukómában megvakult szemek száma. A tensio szempontjából többnyire magas szemfeszülést észlelt: 50—70 Hgmm között. Az abszolút glaukómában degenerált szemek nagy száma a kínai népnek a betegségek iránt tanusított indolentiájában leli magyarázatát. Az aetiologiat illetően nem tartja valószínűnek, hogy a kínaiak erősebb pigmentáltsága következtében sok iris-pigment esik szét és ezek tömésznék el a csarnokzugot. Inkább tulajdonít fontosságot a psychikus factoroknak, továbbá annak, hogy mielőtt a betegek orvoshoz mennének, előzőleg kuruzslók különböző sós gyógyszerekkel kezelik szemüket és így colloidosmotikus eltolódás keletkezhetik a sklera szövetében, üvegtestben, ami glaukomához vezethet.

Weinstein Pál dr.

A Gonin féle ignipunctióról. *Prof. H. Gebb.* (Ztschr. Aug. 1933. 80. k. f. f.)

A szerző 12 esetben végzett ablatio retinae alkalmából *Gonin* szerint ignipunctiót. A 12 eset közül 7-ben volt jelen retinaszakadás, 5 esetben nem. A 7 retinaszakadás eset közül 4 gyógyult meg, míg az 5 eset közül, hol nem volt szakadás található, csak egy eset gyógyult. A gyógyulás tehát 40 százalékot tesz ki, s még jobb eredménynek lehet venni, ha csak azon eseteket számítjuk, ahol retina szakadás, tehát operációra alkalmasabb eset volt jelen. Ezen eredmények is meggyőzően mutatják, hogy a retina leválás gyógyításának tényleg az ideghártyán képződött szakadás cauterisatio által történő elzárása a legfontosabb tényezője.

Fodor Géza dr.

Bőrgyógyászat.

Bőrbetegségek és fogrendszer viszonya. *Ch. Flandin és P. Sassier.* (Presse Médicale, 1933. 9. sz.)

Bőrbetegségeknek a fogrendszerrel kapcsolata nem új keletű. Klinikai eseteket ismertek, hol a fog kezelése (fogba helyezett arsen, extractio stb.) bőrbetegséget okozott (urticaria, herpes, rosacea, ekcema). Gyakoribb eset az, amikor a bőrbetegségek javulnak a fogak depurációjára, extractiójára, rosszulfekvő fogtűvek megjavítására. A hatás mechanizmusának magyarázására három teoria ismeretes: a reflectorikus, infectiosus, anaphylaxiás. A reflectorikus úton (*Rousseau—Decelle*) tevődik át az izgalom a maxilláról és a mandibuláról a trigeminusnak a sympathicus idegrendszerrel kapcsolatai révén. Az infectiosus teoria (*Rosenow*) szerint mikroorganizmusok jutnak be a chronikus infectiosus gócból a vérpályába, illetve az általános keringésbe. Amerikai szerzők szerint ilyen módon jön létre az ekcema, erythema nodosum, herpes zoster, lichen planus, urticaria, lupus erythematosus, skleroderma. *Ravaut* utal arra, hogy a legkülönbözőbb anyagok, melyek antigen szerepét játszhatják, kis mennyiségben is sensibilizálhatják a szervezetet és így bizonyos dermatosiseket, mint anaphylaxiás jelenségeket foghatunk fel. A bőrbetegségek és a fogrendszer egymáshoz viszonyra az orvosok, illetve a bőrgyógyászok és fogorvosok szorosabb együttműködését teszi kívánatossá.

Simon Pál dr.

Hystamin szerepe a pruritus kezelésében. *A. Carlton Ernste és Benjamin M. Banks.* (Journ. of the Am. Med. Ass. 1933. 5. sz.)

Millet és *Brown* alkalmazták először a hystamint kis mennyiségben injectio alakjában oedema angioneuriticum esetében. Ezen az alapon adtak a szerzők kétszer naponta subcutan 0.5 mg. hystamint hat urticariával társult és hét egyéb eredetű pruritus esetében. Az urticariás pruritus mind-egyikében javulás állott be. A hét egyéb eredetű pruritus közül négy esetben (pruritus vulvae, lábszár ismeretlen eredetű viszketése, ismeretlen aetiologiájú általános dermatitis, kraurosis vulvae) szintén javulásról számolnak be. Három betegre a hystamin eredménytelen volt (mind a három pruritus ani). A hystamin szerepe a pruritus kezelésében további vizsgálatokra szorul.

Simon Pál dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die Haut- und Geschlechtskrankheiten. Eine zusammenfassende Darstellung für die Praxis. Herausgegeben von *Prof. L. Arzt und Prof. K. Zieler.* Lieferung 1. (III. Band, Seiten 1—172, mit 146 Abbildungen im Text und 8 farb. Tafeln.), Lieferung 2. (IV. Band, Seiten 164, mit 68 Abbildungen im Text und 4 farb. Tafeln.) (Urban u. Schwarzenberg, Berlin—Wien, 1933. Ara: I. 1. 10.40 M., II. 1. 9.60 M.)

A dermatologia és veneriologia az utolsó három évtizedben a legtöbb vezető kulturállamban rendkívül gazdagodott kiváló tankönyvekben. De különösen gazdagodott a német dermatologiai tudomány, mert ezen idő alatt néhány nagyjelentőségű kézikönyvet is kiemelt. A 30 év előtt megjelent és *Mracek* által szerkesztett hatalmas dermatologiai kézikönyvet a mintegy két évtized előtt megjelent 5 kötetes *Finger-Jadassohn-Ehrmann-féle*, a nemibetegségeket tárgyaló kézikönyv egészítette ki. Erre alig 10 éves künet után megindult 1927-ben a most már befejezéséhez közeledő és valóban óriási méretű *Handbuch d. Haut- u. Geschlechtskrankheiten* következett. Ez a hatalmas standardmű azonban, mely évtizedeken át forrása leend a dermatologiai kutatásnak, terjedelménél fogva oly drága (több ezer márká), hogy buvárok, akik klinikákkal vagy nagy kórházakkal és könyvtárakkal nem állhatnak összeköttetésben, azt nélkülözni kénytelenek. Felette szükségesnek mutatkozott tehát, hogy egy könnyebben hozzáférhető, de azért minden fontosat magában foglaló kézikönyv álljon rendelkezésre, mely minden részletessége mellett mégis elérhető árban legyen kapható. Dicséretes feladatot tűztek ki maguk elé ezért *Arzt és Zieler* professorok, amikor ezt az 5 kötetre tervezett gyűjteményüket megindították. Az aránylagos rövidséget úgy érik el a szerkesztők, hogy egyrészt a még vitás, gyakorlatilag alig fontos sok részletet kirekesztik, másrészt a szinte a végtelenségig nyúló irodalomnak teljes felsorolását elhagyják. E készülő nagy műből eddig 2 vasok füzet jelent meg. Az első a *gombák okozta bőrbetegségekről* szól. Ezt a részt *H. Fuhs*, a bécsi iskolának kiváló tagja írta. Az egyes gombás bőrbajok leírása valóban kiválóan sikerült. A rövid, szabatos tárgyalást rendkívül élénkíti a számos kitűnő, tanulságos ábra. Különös érdeme a szerzőnek, hogy a dermatológiának ezt a nagy és fontos részét oly gazdaságos beosztással írta meg, hogy minden fontos részlet a jobbál-jobb ábrák tömegével együtt mindössze 172 oldalon talál helyet. A mű második, most megjelent része, a *syphilidologia* három fontos fejezetét öleli fel. Az *általános részt* (kórokozó, kísérleti syphilis általános lefolyása, immunbiologia, átvitel) *A. Stühmer* professor írta meg, világosan és szabatosan. A *syphilis felismerését* a különböző vizsgálati módokkal (spirochaeta kimutatás, serodiagnosis, liquorvizsgálat, cutan-rectiók) *W. Schönfeld*, greifswaldi professor írta. A *syphilis histológiájának* rövid fejezetét *W. Frieboes* tanár, a kitűnő dermatológus tollából ered. Mindhárom fejezetnek értékét kitűnő, föltötte tanulságos ábrák emelik. Aki a dermatológiával behatóan, szakszerűen kíván foglalkozni és annak mai állását óhajta megismerni, e most megindult műben a legjobb irányítót fogja találni. A két vasok füzet kiállítása a legmagasabb igényeket kielégíti.

Guszman prof.

Sand, Griess und Steine des Harnapparates. *Rudolf Paschke* prof. (Julius Springer, Berlin, 1932.)

Rövid általános bevezetés után rátér a húgszervek köves betegségeinek tünettanára. Főtünetei: fájdalom, vérzés és kövek távozása. A kis, már eltávozni nem tudó köveknél szükség szerint: pyelotomia, nephrotomia, e két módszer kombinációja és végül vesekiirtás jön szóba. Ureterkövek műtéti és conservatív kezelésével foglalkozik. Külön fejezetben adja a hólyagköveket, középszét stb., majd kitér a húgyvese és prostata kövekre. Összefoglaló zárófejezetében a therapiás és diaetás előírásokat foglalja össze és végül gyógyszer összeállítást közöl.

Gyakorlóorvosok részére ügyesen és világosan összeállított könyvecske, gyakori használhatósága miatt is megérdemli az elterjedést.

Melly dr.

Augenheilkunde des praktischen Arztes. *Ein Leitfad für Aerzte und Studierende.* Von *K. Vogelsang.* (1933. Urban und Schwarzenberg, Berlin—Wien. Ara: 4 márká.)

A 120 oldalas könyvecske tulajdonképpen a Medizinische Klinik-ben (1929—32-ben) megjelent és a gyakorlóorvosnak szánt közléseknek az összefoglalása és könyvalakban kiadása, bővítésekkel, pótlásokkal. Sorra tárgyalja a szem egyes részeinek betegségeit, követve a tankönyvek beosztását, mindenhol — és ez kiemelendő — hangsúlyozva a gyakorló or-

vos szemészeti működésének határait. Kevésbé fontos megbetegedésekben az olvasó részletes utasítást kap a kezelésre, komolyabb szembajokban csak tájékoztatást a baj lényegéről. A modern terapiát mindenütt érinti a szerző. Gyakorlóorvosnak ilyen típusú compendiumokra van szüksége, mert könnyű nyelven megkapja azt, amire szüksége van: felfrissíti régi ismereteit és ezeket újakkal gazdagítja. Sok helyen oly kérdésre ad felvilágosítást az olvasónak, amely kérdéssel betegek, azok hozzátartozói elsősorban a gyakorlóorvost keresik fel. A szem védelméről és kimeléséről írott ügyes összefoglalás után néhány recept és gyakorlati tanács zárja be a gyakorlóorvosnak nagyon melegen ajánlható kis compendiumot.

Horay Gusztáv dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület április 21-i ülése.

Bemutatók:

Kisfaludy P.: *Érdekesebb esetek a radium-therapia köréből.* Három esetet mutat be. 1. A nyelvhatáron elhelyezkedő babnyi tumort megoperálták. A műtét után 3 hétre recidiva és mirigy-metastasis. A mirigyek kiirtása után radium tüzdelést alkalmazott, majd a visszamaradt heget elektromos késsel távolította el. A mirigyregiókat röntgennel sugározta be. A beteg 4-ik éve tünetmentes. — 2. A betegén a penis háton a sulcus coronariuson elhelyezkedő cseresznyéyi tumor, mely carcinomának bizonyult. A beteg az amputációjába nem egyezett bele, azért conservativ kezelést végzett a tumornak elektromos késsel kimetszésével, radium tüzdelés és a regionalis mirigyek röntgen besugárzásával. A beteg teljesen tünetmentes, munkaképes. — 3. A beteg arcbőrének szakállas részét bőrbaja miatt 1922-ben röntgenbesugárzással kezelték. Mivel a megbetegedése több ízben kiújult, 3 év alatt hétszer röntgenkezelték. 8 évre rá súlyos atrophia fellépte után, az alsó ajkon babnyi tumorra jelentkezett az egyik közkörházban, ahol a tumort kiirtották. Az atrophia fokozódott, a pofafal kartonvastagságnyira elvékonyodott, fogai kettő kivételével kihullottak, a szájrés pengőnagyságnyira zsugorodott. A rágás lehetetlenné vált. A műtét hiábavaló borsónyi carcinomás recidiva. Több helyen radiumtüzdelést végzett, minek eredménye a pofa falának és a szájrés oly nagyfokú kitágulása, hogy úgy a felső, mint az alsó teljes fogprotesis elkészítése lehetővé vált. A carcinomás recidiva eltűnt.

Lippay A.: A bemutatott első esetet 1929. szeptemberében operálta. Az akkor kb. kisbabnyi felületű beszűrődést kiirtotta. A szöveti vizsgálat jóindulatúnak tartotta a tumort, mely azonban egy hónapon belül recidivált. 1929. áprilisban diathermiás késsel amputálta egy 53 éves beteg nyelvét, szövettanilag is kimutatott carcinoma recidiva miatt, utána több ízben radium-mouletet alkalmazott. A beteg recidivamentes. 1931. májusában 35 éves férfi jelentkezett, fél alsó ajkát elfoglaló kifeléyesedő ajakrákkal. Mivel a tumor eltávolítása a következményes plastika miatt csak az arc nagyobb eltorzításával lett volna lehetséges, radiumtűkkel tüzdelt a daganatot. A beteg azóta teljes kosmetikus eredménnyel recidivamentes.

Előadások:

1. Bakay L.: *Praesacralis sympathicus köteg resectiója.* (Egész terjedelmében megjelenik.)

2. Neuber E.: *A debreceni I. oszt. elemi iskolás tanulók egészségügyi vizsgálata, különös tekintettel a fertőző betegségekre és azok megelőzésére.* (Egész terjedelmében megjelenik. Első rész e heti számunkban.)

Somogyi Zs.: Ezen sorozatos vizsgálatoknak nagy fontossága van az esetek felkutatásában, mely éppen az idült fertőző betegségek leküzdésében oly fontos. Az 5% világra hozott syphillis felhívja a figyelmet az anya- és csecsemővédelem fontosságára és e védelemben az antiveneraeás küzdelem bekapcsolására. További célja e vizsgálatoknak az egészségügyi kultúra és felelősségérzet emelése.

Grusz F.: Előadónak a ragályos betegségek, de különösen a syphillis, tuberculosis és a tetűkór iskolai elterjedésére vonatkozó adatait ijesztőnek tartja. Ha egy osztályban a tanulók 30—50%-a fertőző betegségben szenved s az osztály állandó járványfészek, akkor az ilyen tantermet is meg kellene jelölni a fertőzést hirdető piros cédulával. Megfontolandónak tartja, hogy a tetvek a kiütéses typhust, *Pizzini* szerint a meningitis cerebrospinalis is terjeszthetik. A világháborúban működő tetvetlenítő intézetek mintájára kellene a gyermekeket tetvetleníteni.

Doros G.: Az előadó rendszere szerint megszervezendő iskolai felvételi sorozás a praeventión alapuló közegészségügynek egyik legfontosabb tartóoszlopa lenne. Az oknyomozó egészségügyi statistika kutatásai szerint a magyar népesség legfőbb egészségügyi ártalmait a népbetegségek okozzák, hiszen a csecsemőhalálozás az összhálozásnak kb. 25%-át, a tuberculosis kb. 13%-át, a syphillis pedig mintegy 5%-át (*Leredde*), együtt az összhálozásnak kb. 43%-át teszi ki. A megelőzést minél korábban kell megkezdeni, amint a csecsemőhalálozás leküzdése terén az Orsz. Stefánia Szövetség eredményes munkássága bizonyítja. A tuberculotikus és a veneraeas bajok praeventiója még a kiépítés kezdetleges formájában van, gyermekkori praeventióra pedig e téren alig történtek lépések. Az általános kötelezettség folytán az elemi iskolába kerülő gyermektömegek között a tuberculosis és syphillis praeventiv felkutatása a felvétel előtti kötelező egészségügyi vizsgálatokkal tökéletesen megoldható lenne. A kötelező vizsgálatok bevezetése ellen komoly egészségügyi factor aligha emelhet szót, mert éppen a higiéné területén az egészségesegek védelmében számos kényszerrendszabályt látunk. Ilyenek a heveny fertőző betegek izolálása, a kötelező himlőoltás stb. Argentínában a pincérek, pincérnök és élelmiszerárusok periodikus vizsgálata, Dániában, Norvégiában, Egyesült Államokban, Törökországban házasság előtti orvosi vizsgálat kötelező stb. Az iskolai felvétel előtti kötelező egészségügyi sorozás országos megszervezése Magyarországnak kétségkívül vezető szerepet biztosítana a higiéné fejlesztése terén.

Rejtő S.: 23 év előtt alkalma volt néhány száz gyengétehetségű gyermek orr-, fül-, torok vizsgálatát végezni. Az érdekes eredmények alapján mint iskolaorvos is elvégezte a rendszeres fül-orr-torok-vizsgálatokat és eredményeit közölte. Azóta a székesfőváros elemi iskoláiban működő szakorvosok sok értékes adattal gazdagíthatták ezeket a kutatásokat, de tudtával nem adták közre adataikat. Ezek összefoglaló közlését sürgeti, mert látjuk az előadásból, hogy milyen fontos, gyakorlati értékű eredmények vonhatók le ezekből. A gynaekologiai vizsgálatokat feleslegesnek tartja.

Tóth I.: Mint az Orvosegyesület elnöke, a rendkívül értékes, nagy fáradsággal készült vizsgálatokról beszámoló előadás meghallgatása után az egyesület zászlaját kívánja meghajtani az előadó önzetlensége és páratlan emberszeretete előtt.

Götthe O.: Amidőn 1929—30-ban *Dobszayval* és *Petrányival* a pécsi iskolás gyermekek tuberculosos fertőzöttségét vizsgálta, feltűnt, hogy milyen kevés közöttük a nyílt tuberculosos szenvedő gyermek. Ezt mutatják előadó eredményei is. Ez különben is várható, mert 6—10 éves korban főleg a zárt tuberculosos formák dominálnak, ebben a korban a legkisebb a tuberculosos mortalitás és az is jóformán csak egy alakban jelentkezik: a meningitis basilaris tuberculosa alakjában. Az activitas megítéléséhez egy ambulans vizsgálat rendszerint nem elegendő. Ezt a kényes kérdést csak hosszabb megfigyelés után tudjuk eldönteni. Mindenesetre igen üdvös intézkedés volna, ha minden iskolába felvett gyermek előzetesen tizedes orvosi vizsgálatnak vététnék alá. Ez azonban még nem elég. A gyermekeknek továbbra is állandó orvosi ellenőrzés alatt kell maradniuk, hiszen igen sok fertőzés éppen az iskolában keletkezik (scarlat, diphtheria stb. iskolajárványok). Az állandó orvosi ellenőrzést a legcélszerűbben az iskolaorvosi intézmény szolgálja. Ahhoz azonban, hogy ez jól is működjék, elsősorban jól képzett gyermekorvosokra van szükség, mint iskolaorvosokra. Igen érdekes volna pl. megtudni, hogy a székesfővárosi iskolaorvosok között hányan rendelkeznek gyermekorvosi szak-képzettséggel?

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Gynaekologiai Szakosztályának február 17-i ülése.

Bemutatók:

1. Kovács K.: *Teratoma sacrale mint szülési akadály.* 29 é. multipara esetében az elhalt 8 hónapos magzat csak a keresztcsontján ülő, emberfönyi, kocsányos daganat leszakadása után képes megszületni. A daganat cystikus részleteket tartalmaz és göröcsövi vizsgálata mindhárom csíralemez származékait mutata; az ivarmirigyeknek megfelelő szövetelemek nem voltak jelen.

Frigyesi J.: Kérde, hogy bemutató milyen álláspontot foglal el az eset meghatározásában. Nehéz ugyanis eldönteni, hogy a bemutatott esetben teratoma, vagy pedig egy csökevényes második foetus torzképződménye volt-e jelen, tekintve,

hogy mindkettő izolált blastomerek lefűződéséből, külön bárázdálódásából áll.

Kovács K.: A daganatot teratomának tartja, tekintve, hogy a csíralemezek jelenlétében ivarmirigyeknek megfelelő szövetelemek — melyek kettős torznál feltalálhatók — ez esetben nem voltak jelen.

2 Gyulay B.: Monoamniális ikerterhesség. Ismerteti az irodalomban és az I. női klinika anyaga alapján ezen ikerterhesség ritkaságát, eredetét és szövödményeit a terhesség, illetőleg a szülés alatt. A jelen esetben élve született ikrek mellett esete irodalmi ritkaságnak mondható.

Előadások:

1. Palik F.: A lázas szülés. 9.500 szülés közül 153 szülés alatti lázat mutat ki az I. női klinika legutóbbi 5 évének anyagából. Ebből 30 extragenitalis, 123, genitáliából származó láz. A genitális láz mellett beavatkozás nélkül lefolyt 55.3%, műtéttel lett befejezve 44.7%-ban szülés. Spontan születek után 85.3% és a műtéttel befejezettek után 72.7%-ban lázalan gyermekágy következett. Hangsúlyozza, hogy láz esetében a műtéti beavatkozás lehetőleg mellőzendő.

Vaina G.: a II. női klinikán 25.892 szülésre 367 lázas esett. Ebből a láz oka 73 extragenitalis megbetegedés, 294 genitális fertőzés. Lázas esetekben szűkmedence, fekvési és forgási rendellenességek, korai burokrepedés miatt elhúzódó születek szerepelnek. Klinikájuknak álláspontja a nagy gyermekágyi morbiditás és gyermekhalandóság miatt, lázas esetekben conservatív.

Frigyesi J.: Két klinika nagy anyagának csaknem azonos tapasztalatai megerősítik az abból levont következtetést, mely szerint láz esetében a szülést műtét nélkül, vagy csak a legkisebb beavatkozással kell befejezni. Felhívja a figyelmet, hogy ilyen esetekben a kitolási szakban előnyös lehet a hypophysis hátsó lebenyének adagolása.

Fekete S.: A lapangó fertőzések esetében helyénvaló conservatív kezelésünket hypophysis adagolással nem támogathatjuk, mert annak hatása láz jelenlétében elégtelen.

Tóth I.: A láz nem lehet egyedüli indítóok a szülés befejezésére. Hőemelkedéseknek klinikai születek alkalmával jelentőségük nem olyan nagy, mint a gyakorlatban. Sajnos nálunk még elég gyakori a beszállított, elhanyagolt születeket kísérő lázas állapot, mely éppen ezért, mert elhanyagolatlanság következménye, igen is figyelmeztet a szülés befejezésére. Természetes, hogy ilyen esetekben nem lehetnek jó eredményeink. A klinikai szüléskor fellépő magas láz felhívja ugyan a figyelmet, nincs-e jelen valami szövödmény, de önmagában nem szolgáltathat okot súlyosabb beavatkozásokra.

2. Révész M.: Implantatio veszélye rákműtétek esetében. Az autotransplantációra vonatkozólag 12 esetet ismertet, melyekből 4, előadó szerint biztosan a műtétkor keletkezett, 8 esetben pedig gyanú volt az oltási áttételre. A Pajor-szánatorium anyagából 107 nőbetegen észlelt a csonton és a Schouhardt metszés hegében kiújuló daganatot. Ismerteti az implantatio elkerülésére szolgáló rendszabályokat, ajánlja a betegnek hosszabb időn át ellenőrzését, kiemeli a rádiummal ilyen esetekben elért jó eredményeit és demonstrálja *Láng Adolf* egér-tumorkészítményein az implantációs rákdaganatokat.

Láng A.: Mivel a bemutatott esetekben a rák elkerülte a parametriumokat és a nyirokmirigyeket, jogosan tarthatók azok oltási recidíváknak. Ajánlja a rádiumnak műtét közben, illetőleg közvetlenül a műtét utáni alkalmazását, melytől sem sebgyógyulási zavart, sem utóvérzést nem látott.

Fekete S.: Rádium behelyezését műtét után 3 héttel végzi, korábbi alkalmazását helyteleníti az utóvérzés és a hólyag sérülése szempontjából.

Büben I.: A műtét előtti rádium igen kívánatos, de csak úgy vihető keresztül, ha a beteget három hétig szem előtt tartjuk, mert gyakori eset, hogy az ilyen beteg vérzéstől megszabadulva, műtetre csak akkor jelentkezik, midőn rákja már nagyfokban előrehaladt. A rádiumsugár kúpját röntgen kezeléssel egészítsük ki, hogy nagyobb területre biztosíthatjuk a sugárzást.

Frigyesi J.: Az implantatio veszélye megvan ugyan, de nem nagy mérvű, éppen ezért Schouhardt metszésnél is aránylag ritkán látjuk. Mielőtt a mai kiterjedt műtéteket végezték, sokkal több volt a hüvelysonk recidiva, mely nem oltásból, de visszamaradt a műtétkor láthatatlan ráksejtek burjánzásából származott. Igny-extirpációtól nem vár jobb

eredményeket, mint a mai radicalis műtétektől, tekintve, hogy ez utóbbiak messze elkerülik a rákos anyaggal az érintkezést. A műtét előtti rádium alkalmazásának nagy szerepe van a műtéti halálozás és fertőzés csökkentésében. A műtét előtt behelyezett rádiummal csaknem egyenértékű, de kevésbé kockázatos a műtét utáni besugárzás.

A Charité Poliklinika Orvosi Karának április 5-i ülése.

Reisz T.: Osteomalacia esete. Az osteomalacia tüneteinek aetiológiájának és terápiájának rövid ismertetése után 1 eset részletes bemutatása. 40 éves dunántúli nőbeteg, gyermekkori betegségekről nem tud. Gyakran fáj a torka. Első menses 15 éves korban. 19—21—22 éves korában szült. Az utolsó szülés után tüdőcsúshurut miatt sanatoriumban feküdt. Azóta egészséges volt. Jelen betegsége 4 év előtt kezdődött, boka, térd és csípőízületi fájdalmakkal. Kezdetben polyarthritist tartották, majd ludaltalpbetétet kapott. Később állapota romlott, s ekkor sklerosis polyinsularisnak gondolták s salvarsant adtak. Egy év óta majdnem állandóan fekszik, járnai nem tud. Kezelést nem kapott. Felvételekor az osteomalaciára jellemző összes tünetek megvoltak. Nagyfokú adductorspasmus, fokozott reflexek, a reflexkiváltási terület megnagyobbodott, symphysis csőrszerű, medence kártvaszív alakú. Gerincoszlop összeroppan, csontok puhák, fájdalmasak, járnai nem tud. Therapia: phosphor csukamájolajban, majd röntgen castratio 51% gócdosis 4 ülésben. Az utolsó besugárzás után egy héttel a beteg 2 bottal jár.

Lenart Gy.: Az osteomalacia aetiológiájában — akár az ostitis cystica fibrosa generalisata-ban — sok esetben a mellék-paizsmirigyek hyperfunctiója szerepel. A hyperfunctio oka rendszerint a mellék-paizsmirigyek egyikének daganata, melynek kiirtása javulásra, gyakran gyógyulásra vezet. A tumor többnyire nem tapintható ki, csak a műtétkor mutatkozik. A tünetek javulása oly esetekben is bekövetkezett, amelyekben részleges parathyreoidectomiát végeztek, jól lehet a műtétkor tumorra nem bukkantak. Mondottak következtében a calcium anyagcsere tüzetes vizsgálata osteomalacia eseteiben mindig elvégzendő.

Steiner J.: Influenza által okozott prostata gyulladás esetei Influenza megbetegedéssel kapcsolatban fellépett acut prostatagyulladásnak 2 klinikai szélsőséges esetét ismerteti. A kezdeti tünetek igen sokfélék és kevéssé jellemzőek, így a korai diagnózis ritka. Felhívja a figyelmet a korai diagnózis fontosságára egyrészt az influenza lázak helyes értelmezése szempontjából, másrészt a nem specifikus chronikus urethritis és a nem specifikus chronikus prostatitis meg-előzése tekintetében.

Sellei J.: Ha eleve nem is lehet az ilyen esetek létezését kétségbevonni, azonban az ilyen esetek mégis csak kivételesen fordulnak elő.

Unterberg H.: A prostatitisek felosztása alkalmával az anatómiai szempontokat találja helyénvalónak, ami a klinikai tüneteknek is megfelel. Influenzás prostatitis kétségtelenül van, észlelt egy súlyos esetet, 14 éves fiún, kinek nem volt sexualis multia. A prostata az esetek nagy százalékában tartalmaz különböző pathogen baktériumokat, mint azt 20 év előtt végzett vizsgálatai bizonyítják.

Lénárt V.: Az a körülmény, hogy a bemutatott esetekben influenza bacillus nem volt kimutatható, még nem szól a megbetegedése influenzás jellege ellen. Az influenza mikrobás aetiológiája ugyanis még vitás (influenza bac.?, filtrálható vírus?) s valószínű, hogy jelen esetben a prostatitis megbetegedések hasonlóan jöttek létre, mint más invisibilis vírusos megbetegedések esetében a kísérő complicatiók.

Gellért E.: Az ok és okozat közötti összefüggés megállapítása kérdésében óvatosságot ajánl. Az első esetben az anamnesisben gonorrhoea szerepel, mely évek óta latens tünetekkel fennáll és akin az eszközös vizsgálat történt, tehát a — post hoc, ergo hoc, — inkább ennek a fellángolása mellett szól. A másik esetben nincs gonorrhoea, azonban, hogy vajjon más okból nem állott fent egy urethritis, nem hallottuk. Mechanikus vizsgálat itt is történt, úgyv. hogy legfeljebb azt lehet mondani, hogy az influenza esetleg a betegség megjelenésének egyik feltétele volt. Fertőző betegségek esetében, de különösen az influenzának elnevezett tünetcsoporton a szövödményes megbetegedésekkor rendszeren több kórokozó szerepel, influenza bacillust a legritkább esetben lehet megtalálni. Az áttéti góccok bizonyítására pedig ez szükséges.

Steiner J.: Az abszolút negatívval szemben a kétségtelen esetekre mutat. Az ilyenfajta megbetegedések nem túlságos ritkák és ilyenfajta megbetegedést elég sokat észlelt.

Hetényi I.: A szívgyengeségről. A szívgyengesség a szívizom mukaképességének csökkenését jelenti. Az organismusban ilyenkor fellépő elváltozások ennek következményeinek és nem okának tekintendők. Az ellentétes kórbonctani eredmények alapján azt a nézetet kell elfogadni, hogy a szívgyengesség elsősorban functionálisan és nem anatómiailag feltételezett, annál is inkább, mert amíg az észlelhető kórbonctani elváltozások maradandóak, a decompensatiós jelek változóak. Az esetek legnagyobb részében az izom kifáradásával függ össze.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Orthopaediai Szakosztályának február 28-i ülése.

Kopits I.: elnök üdvözi a megjelenteket és felkéri **Zinner Nándor** dr-t bemutatásának megtartására.

Zinner N.: A Nyomorék Gyermekek Országos Otthonának bemutatása és működésének ismertetése. Bemutatja az intézetet, melyet 1903-ban alapított jótékonyági egyesület. Vácolja annak kifejlődését. Az első tíz évben mintegy 4—12 fiút elhelyező menhely volt, a második tíz évben 60 ágyas nyomoréknevelő intézet iskolákkal és ipari üzemekkel. 1922 óta kórházi osztállyal és leányotthonnal bővült és azóta betegforgalma nagymértékben növekedett.

Százalékos arányban ismerteti a nyomorékságokat okozó betegségeket és beszél azokról a gyógyeljárásokról, amelyekkel a testi hibák megszüntetésén dolgozik. Főleg a poliomyelitises bének és a Little-kórosak talpraállítására bevált műtéti eljárásokat ismerteti számos beteg bemutatásával. Az elmeredett izületek esetében az arthro-plasztika kiterjedtebb alkalmazását ajánlja.

Bemutatja az újonnan felállított rheuma-kutató osztályt és ismerteti a használatos gyógyeljárásokat.

Bemutatja az iskolákat és műhelyeket is, melyekből a nyomorékok nemcsak testileg, de lelkiileg, erkölcsileg és anyagiilag is talpraállítva kerülnek ki. Ez az „Entkrüppelung”. A nyomorék-védelem igazi célja.

Az Erzsébet Egyetem Tudományos Egyesülete Orvosi Szakosztályának március 6-i ülése.

Bemutatás:

Gyüre D.: *Pleuratumor.* Bemutatja egy volt betegüket panasz és tünetmentesen, akin 1½ év előtt a klinikai kép és a pleurapunctatum alapján a szöveti diagnosis malignus intrathoracalis tumort mutatott. Hangsúlyozta az illyirányú systematikus vizsgálatokat s azt, hogy a prognosis meg-
lepetéseket hozhat.

Előadás:

Szüle D.: *Löwenstein-féle vércultúra-vizsgálatok tuberculotikus és polyarthritises betegeken.* 48 tuberculotikus, 14 acut polyarthritises, 5 chronikus polyarthritises, 3 hidegtályos és sipolyos csonttuberculotikus betegen végzett vizsgálatai alapján megállapítja: 1. A Löwenstein-féle táptalaj érzékenysége miatt elsősorban alkalmas a tuberculosis bacillus kitenyésztésére. 2. A tuberculosus bacillaemia tényleg előfordul, de csak átmeneti állapot és annak tenyésztés útján kimutatása nehézségbe ütközik. Így gyakorlati szempontból nem jelent lényeges haladást. 3. Szemben Löwenstein-nel, nem látjuk bebizonyítottak, hogy a tuberculosis bacillaemia ma már könnyebben kimutatható állapot volna, mint a régebbi megfigyelések alapján eddig is ismeretes volt. 4. Könnyű természetű tuberculotikus megbetegedések esetében csonttuberculosis, továbbá acut és chronikus polyarthritiben nem sikerült a tuberculosis bacillaemia kimutatása.

Entz B.: A miliaris tuberculosis aránylag ritka, ha figyelembe vesszük a gümös megbetegedések nagy gyakoriságát. Bizonyára akkor van a legtöbb bacillus a vérben, Weigert-féle venás betörés az oka a miliaris gümőkórnak, kevesebb a mikroba a Ponfick-féle terjedési mód esetén a ductus thoracicuson át. Hogy a bacillaemia ismétlődhetik ebben a tekintetben a Bálint—Johan-féle megfigyelésekre hivatkozik, amelyben gyógyult miliaris gümőkór mellett friss miliaris eruptio volt kimutatható. Hogy bacillaemia van, az természetes, hiszen a legtöbb gümös megbetegedés haematogen úton keletkezik. Az előadó eredményei tehát jól meg-
egyeznek a kórbonctani tapasztalatokkal, hogy nagyobb mennyiségű gümösbacillus ritkán van a vérben, ha pedig

kevés bacillus van a vérben, ezeket alig lehet kitenyészteni.

Angyán J.: Klinikáján Löwenstein módszerrel végzett vizsgálatok egy esetben sem jártak pozitív eredménnyel. A tuberculosis bacillusok időszakos ismétlődő betörését a kisvérkör keringésébe jól mutatják egyes esetekben a tüdőről készült sorozatos röntgenfelvételek is. Egyetért az előadóval abban a felfogásban, hogy a bacillaemia hiányának oka a tuberculosis bacillusnak a szövetben igen csekély mértékű szaporodási képességében keresendő.

Bokrétás A.: A belklinikán kb. 30 polyarthritises beteg esetében készítették Löwenstein methodusa szerint haemoculturát. Koch-bacillus egy esetben sem tenyésztett.

Petrás P.: A hyperthyreosisok röntgensugaras kezeléséről. A hyperthyreosisok radium-kezeléséről szóló irodalomról ad rövid attekintést, leírva, hogyan nőtt a sebészek által inaugurált röntgenkezelés az újabb időkben széles körben gyakorolt kidoigozott módszerre, részletesebben taglalja *Ganterberg* forrasmunkáját. A röntgentherapia ellenzomok érveit veszi ezután sorra s főleg a besugárzás veszélytelenségét hangsúlyozza, tekintettel az utóbbi években kifejlődött óvatos methodikára, mely tekintettel van a Porges-fele initialis Incretosszorra s mely mellett a röntgeneges veszélye is, mint durva műhiba, teljesen ki van zárva. *Iuezi Eiselsberg*get is, ki 1924-ben visszavonta előbbi thesisét, melyben a röntgenbesugárzást a műtétet megnehezítő összenövések állítólagos kezelése miatt kárhóztatta volt. A központi röntgenintezet 42 esetből álló statistikája alapján, nol az esetek ¾-ában javulás, illetőleg gyógyulás állott be a röntgenkezelés következtében, e therapiát mint egy újabban erosen fejlődésnek induló, sikeres eljárást ajánlja a hallgatóság figyelmébe.

Angyán J.: A Basedow-kór gyógyjavallatainak terén még ma is nagy a bizonytalanság. Csak a sebészi reductio az, melynek hatása kétségtelen, azonban közvetlen veszélye miatt a műtétet nem annyira az orvos, mint inkább a beteg elhatározásából kerül a sor, könnyebben ott, ahol a pajzsmirigyműtéttel behatóbban foglalkozó sebész működése erre a kezező millieut megteremt. A röntgenezés reductiv hatása nem kétségtelen. Egyes esetekben valóban az a benyomás, hogy a javulás röntgenezésre következett be. Az eljárásnak azonban nem válik dicséretére, — amire az előadó rámutatott —, hogy Basedow beteg röntgengyógyítása még eledig myxoedemat nem okozott, ez ugyanis a therapiás besugárzásnak reductiv hatása iránt bizonyos kétséget támaszthat. Nem helyezkedhetik az előadó azon álláspontjára, mely szerint a pajzsmirigy sugaras kezelésének eredményes voltát kihatásában a legmellkezeléssel veti össze. Az előadó csak a súlyos eset contraindicatióját ismeri, de ez azt jelenti, hogy minden nem súlyos eset besugárzandó. Ilyen eljárás mellett nehéz volna nem arra az eredményre jutni, hogy a röntgenezés kitünő hatású, mert hisz a jó orvosi vezetés mellett gyógyuló esetek száma igen jelentékeny.

Neuber E.: Hangsúlyoznia kell, hogy bizonyos esetekben a röntgensugár összenövéseket okozhat, amelyek súlyossága minden valószínűség szerint a besugárzás tartamával és erősségével állanak vonatkozásban. A sebészi esetek mortalitása elsősorban azzal hozható összefüggésbe, hogy műtétre többnyire igen súlyos, vagy olyan esetek kerülnek, amelyek pinhetetesséssel és gyógyszeres kezeléssel nyugalmi állapotba nem hozhatók. Ezek természetesen műtétre sem alkalmasak és a sebészi beavatkozás ilyen esetekben csak utolsó lehetőségnek tekinthető.

Rhorer L.: Kétségtelen, hogy a Basedow betegek állapotának megítélésében számos psychikus és más nehezen mérlegelhető tényező jön számításba. Intézetében kezelt betegeken a fősúlyt, az alapanyagcsereforgalom, pulsus-szám és a testsúly változásának vizsgálatára fektették, ezek mind objectiv, jól mérhető és számokban kifejezhető állapotjelzői a betegség lefolyásának. Aki az erre vonatkozó adatokat a közölt táblázatokból elfogulatlanul átvizsgálja, el fogja ismerni előadó azon állításának helyességét, hogy az általa vázolt módon végzett röntgenbesugárzások az esetek ¾ részében nagyon jelentékeny javulásra, vagy teljes gyógyulásra vezettek.

A szegedi Egyetem Barátai Egyesület Orvosi Szakosztályának március 16-i ülése.

Bemutatás:

Erdély J.: 67 éves nő oesophagusában 19 napig fennakadt és beékelt idegentest (csirkecsont) esetéről referál, melyet oesophagoszkopia útján távolított el. A betegen több esetben előzőleg sondavizsgálatot végeztek negatív eredmény-

nyel. Rámutat a sondavizsgálat veszedelmére, amit ezért a nyelőcsőben akadt idegentest vagy annak gyanuja esetén is műhibának tart.

Előadások:

Kovács Ö.: *A csecsemőkori vérhas atypikus alakjáról.* A szegedi állami gyermekmenhely anyagán az elmúlt nyáron észlelt vérhasjárványról számol be. A 32 jellegzetes klinikai tünetet mutató dysenteria esettel egyidejűleg 61 olyan csecsemőt észleltek, akik dyspepsia, illetve néhány esetben alimentaris intoxicatio jellegzetes képét mutatták, azonban a szokásos diéta kezelésre nem javultak, sőt egyes esetekben a dyspepsiás székek dysenteriás jellegűvé váltak. Ezen betegeken végzett serologiai vizsgálat pozitív eredménnyel járt. A vizsgált 33 eset közül ugyanis a beteg seruma 18 esetben a Flexner-Y csoportbeli, 5 esetben pedig a Shiga—Krusse bacillustokat agglutinálta. A serologiai vizsgálat eredményét az elhaltakon a jellegzetes kórbontani lelet is megerősítette. A vérhasnak ezen atypikus alakját főleg fiatal csecsemőkön észlelte, míg a tipikus klinikai kép inkább idősebb csecsemőkön fordul elő. Ezek az atypikus esetek nem abortív megbetegedések, sőt a tipikusoknál súlyosabb kimenetelűeknek mutatkoztak. Az esetek kb. egyharmadához hurutos tüdőgyulladás csatlakozott, többnyire súlyos kimenettel. Véleménye szerint a nyári csecsemőhalálozás jelentékeny részét ezek az atypikus vérhas esetek okozák.

Herzsenyák M.: *Clauberger-féle diphtheria táptalaj bemutatása.*

Aktualitások.

Míg néhány hónappal ezelőtt az a hír járta, hogy az OTI a deficit csökkentése érdekében a biztosítási kötelezettséget az önálló kisiparosok egy részére is ki akarja terjeszteni, akiket erre szegénységük miatt rászorulóknak tart, addig ma már az a helyzet, hogy ezek szegénységük miatt kérnek és kapnak ingyenes gyógykezelést az államkincstár terhére. Az OTI tehát elesik nyolcvanezer új tagtól és továbbra is fennáll a társadalombiztosítás szakszerű rendezésének szükségessége.

Az *orvostútermelés* jelentékenyen csökkent. Idáig évi négyszáz új diplomát adtak ki, tavaly már csak háromszázat. Értesülésünk szerint, az orvosi tanulmányi idő meghosszabbítása már a legközelebbi tanévben életbelép és így lehetséges, hogy az orvostútermelés ennek hatása alatt, évi kétszáznegyvenre fog csökkenni, illetve egy évfolyam ki is esik. A baj csupán az, hogy *Mihálkovic* két év előtti számítása szerint, évente csupán százhatvan orvosi állás üresedik meg, azóta pedig nem töltik be a megüresedett körorvosi állások egy részét, elveszítettük az egészségügyben tanári állás javadalmát, városi és járási tisztiorvosi állásokat tisztelbeliekké szerveznek át és azokat össze is vonják egyben, a közegészségügy fejlesztése pedig teljesen megállt. Az évi kétszáznegyven diploma is, a két év előtti orvosszükséglethez viszonyítva, ötvenszázalékos túltermelést jelentene, ezenfelül azonban eddig is kétezerre tehető az állástalanul nyomorgó orvosok száma.

A *szabad orvosválasztás* ügye ezek szerint gyengén áll, mert a fokozódó orvos-túltermelés a szabad orvosválasztás esetén is, fokozódó jövedelemsökkenést jelent. Nagy csapást mért a szabadorvosválasztó mozgalomra a közalkalmazottak betegségyezésének újabb rendezése. Budapesten, a Trefort-utcában kórházat és rendelő intézetet óhajtanak berendezni fix orvosi állások rendszere alapján. Az orvosszövetség a MABI-val szemben is bírói útra kénytelen terelni orvosainak jogos követelése ügyét, csupán az a kérdés, hogy az ügyet rendes vagy választott bíróság fogja-e tárgyalni. Kétségtelen, hogy itt is az orvostársadalomnak szolgáltatni igazságot, mint az OTI esetében, de szomorúan jellemző, hogy azok a biztosító intézetek, melyeknek egyedül az orvosi munka ad értéket és létalapot, így bánnak orvosokkal. Hasonló a

helyzet a fővárosi alkalmazottak segítő alapjánál is, amely a tárgyalást az Orvosszövetséggel többszörös közbenjárás ellenére is egyre húzza és halasztja.

Az *ingyenrendelések ügye*, legalább Budapesten, úgy látszik, lassan megoldódik. A forgalom nagy mértékben csökken, aminek oka az, hogy a betegeknek már a vilamosra sincsen pénzük és inkább a legközelebbi városi orvoshoz mennek, aki ingyen gyógyszert is rendel.

Az egészségügyi gondozás terén az *általános és szakvédelmi rendszer vitája* kezd teljesen elfajulni és személyes jellegűvé válni. A kérdés jelen állapotában már megérett arra, hogy a vitának hatalmi szóval vessenek véget, mert a közegészségügynek nagy sérelmére van az, hogy két olyan fontos tényező, mint az Országos Stefánia Szövetség és az Országos Közegészségügyi Intézet, amelyek mindkettő a munkaközösséget hirdetik, egymás munkáját nehezítsék és a közegészség amúgy is silány presztizsét rombolják. Józanul gondolkozók előtt világos, hogy szakorvos mellé szakvédő, gyakorló orvos mellé általános védőnő való.

Nagy csend van a *betegbiztosító intézetek baleseti sérülteinek ellátása* ügyében. Pedig kétségtelen, hogy az üzemi és baleseti sérültekről gondoskodás egyedül a munkaadó kötelessége, terhe és érdeke és ezért az orvosi kar, melynek gyógyító munkája nincs megfizetve, külön honorálást érdemel, annyival is inkább, mert a kérdés helytelen megoldás sok táppénz, kórházi költség, baleseti járadék és perköltség révén mégis csak a munkaadónak jelent kiadásokat.

Orvosnőknek, védőnői beosztásban alkalmazása amire *Scholtz* államtitkár a szövetség 1932. december 11-i rendkívüli kongresszusán tartott beszédében ígéretet tett, legalább egyelőre (a lengyeltóti járásban) meghiusultnak tekinthető, miután az orvosnők az ügy gazdasági részét és helyi viszonyokat nem tudták helyesen megítélni. Az orvosszövetség vezetősége, az orvosnők országos egyesületének ezen egyéni actióját egységbontó jellegűnek tartja és mint ilyent nem is helyesli.

A közegészségügyi vonatkozású *intézmények dotációjának* csökkenése súlyos panaszokra ad okot. Így a szegény betegek ápolására kiutalt átalányösszeg 50%-os csökkentése egyik intézetünket arra kényszerítette, hogy ágyainak csupán 50%-át tartsa üzemben.

A társadalombiztosító intézet szanálása kapcsán, a *betegségek igazolvány és recept kiváltása* a tagnak 50 fillérjébe kerül. Ez a helyzet azt eredményezte, hogy a pénztári orvosok munkája (a járványtól eltekintve) kb. 30%-kal, a gyógyszerárak forgalma kb. 60%-kal csökkent. Evvel szemben az OTI tagok szegényalapon, a hatóságai orvossal ingyen gyógykezeltetik magukat. Ezáltal az államkincstár terhére történő gyógyszerellátás költségei jelentékenyen megsaporodnak, a hatóságai orvosokra jogosulatlan ingyenmunka szakad, az OTI orvosait pedig rendelőintézeti és körzeti állásaiknak összevonása, vagy megszüntetése fenyegeti.

Az *orvosi kamara* ügye nehezen halad előre. A rendkívüli congressus izgatott hangulata, a kérdés tárgyalására sem adott módot, viszont a legkülönbözőbb módosítások tömkelegét vetette fel. Ezért a kamara és rendtartás tervezet országos szavazás alá kerül, ami ugyan csak sok elégedetlenség és zavar, valamint költség kútforrása lesz. Mindez meglehetősen céltalan, mert a javaslat a parlament és főrendiház tárgyalása során úgy is súlyos deformálódásokat fog elszenvedni, a viták tehát gyakorlati haszonnal nem járnak, értelme csupán az egyéges állásfoglalásnak lett volna.

Az *orvosképzés meghosszabbítása* illetékesek szerint actualis. Evvel kapcsolatban felmerült az a terv, hogy az orvosnövendékek az egészségvédelem és betegségek biz-

tosítás munkakörében elméleti és gyakorlati kiképzést nyerjenek. A magunk részéről ezt a kétféle kiképzést lényegében és jellegében szakorvosi kiképzésnek tartjuk, amelyre az orvosi oklevél elnyerése után, a gyakorlat megkezdése előtt kerüljön sor. Mindkét tanfolyam oly nagy anyagot ölel fel, hogy arra egy-egy évet kellene fordítani, mégpedig azoknak, akik erre a pályára készülnek és nem elégedhetünk meg azzal, hogy az egyetemi oktatás során a hallgatók ezen két fontos tárgykörből, melyeknek egyike, vagy másika legnagyobb részüknek egész élete munkásságát jelenti, csupán általános tájékozódást nyerjenek. Hangok hallatszottak a közegészségtan oktatásának megreformálása ügyében is. Eszerint a közegészségtannak vegyi, élettani és kórtani jelleg helyett inkább socialis jelleget kellene adni és abban az általános és falusi gyakorlat, valamint az orvosi gyakorlatot szabályozó törvények és rendeletek (ezzel együtt az egészségügyi rendszert) ismertetésének kellene nagyobb helyet juttatni. Az orvosképzés reformja tehát újból actualis lesz, sajnos azonban az illetékes tényezők részéről sem a szükséges anyagi alapot, sem a szükséges új szellemet nem látjuk biztosítva. Pedig a conservativizmus ezen a téren maradiságot jelent, a takarékoság pedig pazarlást, mert az elégtelen összegek a kitűzött célok elérését egyáltalában nem biztosítják.

A közegészségügy átfogó reformálásának ideje tehát még mindig nem érkezett el, annak nemcsak anyagi, de személyi feltételei is hiányoznak. Az orvosi kar minden törekvése meddő, amely a közhangulat megváltoztatására, a nemzet létérdekeinek megismertetésére és a régóta szükséges intézkedések megtételére óhajtana az illetékes köröket rábírni. Azt kell tehát kérdeznünk, hogy milyen nemzeti szerencsétlenségnek kell bekövetkeznie ahhoz, hogy az ország létérdekeire ráeszméljen?

Zemplényi Imre dr.

Megjegyzés.

Pély Mihály dr. „A fluor a Basedow-kór és hyperthyreosisok terapiájában” c. cikkére. (O. H. 15.)

A szerző irodalmi áttekintést nyújt a Basedow-kór terapiájában eddig használatos és többé-kevésbé be nem vált gyógyeljárásokról, majd áttér a hatásos gyógymódokra, melyek közül mint a két legnagyobb jelentőségűt, a jód-röntgen-therapiát és a jód-kezeléssel kapcsolatos operatív-eljárást említi meg.

Tekintettel arra, hogy a szerző nem említi meg, hogy „a Basedow-kór leghatásosabb gyógymódjának” tekintendő jód-röntgen-kezelést én alkalmaztam először és vezettem be a terapiába, amidőn ugyanakkor az összes többi jórészt hatástalan gyógyító eljárás szerzőjét hiánytalanul felsorolva, az úton vagyok kénytelen feledékenységet pótolni és megállapítani, hogy a Basedow-kór jód-röntgen-therapiájáról az első közlést a Budapesti Kir. Orvosegyesületben 1927. november 26-iki előadásomban tettem és a közlemény az Orvosképzés 1928. évi első számában jelent meg.

Csénai Károly dr. egyet. magán tanár.

VEGYES HÍREK

Személyi hírek. Korányi Sándor báró professort f. hó 29-én avatják a szegedi Ferenc József Tudományegyetem tiszteletbeli doktorává. — A kormányzó megengedte, hogy a szegedi m. kir. Ferenc József Tudományegyetem Buday Kálmán dr. a budapesti kir. nagy Pázmány Péter Tudományegyetem nyilvános rendes tanárát értékes tudományos munkássága, valamint közel négy évtizedes eredményes tanári működése elismerésül az orvostudományok tiszteletbeli doktorává avassa és részére a tiszteletbeli doktori oklevelet kiadja.

Halálozás. Ch. E. Overton professor, ki nevét a Meyer-Overton-féle narkosiselmélettel tette közismertté, Lundban

elhúnyt. — B. Bloch professor, a zürichi dermatologiai klinika igazgatója 55 éves korában elhunyt.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1933. május 5-i ülésének előzetes napirendje: II. Előadássorozat a műtéli fájdalom csillapításáról. *Bakay Lajos:* Helybeli érzéstelenítés. Vezetéses és infiltrációs anaesthesia a sebészethen. *Frigyesi József:* Helybeli érzéstelenítés. Vezetéses és infiltrációs anaesthesia a nőgyógyászatban. Felkért hozzászólók: *Ádám Lajos, Illyés Géza, Lénárt Zoltán, Szabó József.*

A Magyar Országos Orvosszövetség május 14-én délelőtt 9 órakor tartja ez évi rendes congressusát a Zeneművészeti Főiskola nagytermében. — A szakosztályok ülései május 13-án d. u. lesznek a meghívókból megjelölt helyen és időben. Bővebbet jövő heti számunkban közlünk.

A Magyar Röntgen-Társaság május hó 8-án, hétfőn este 7 órakor tartja ülését a Pesti Izraelita Hitközség kórházában (VI., Szabolcs utca). Bemutatások: 1. *Weisz Márton:* Medence-csontcysták. 2. *Baron Gyula:* Féloldali thorax phthisicus. — Előadások: 1. *Leopold Margit:* A myeloma multiplex röntgenformái. 2. *Weifert F. mérnök:* Röntgentechnikai újítások.

A Magyar Szemorstársaság április 29-i ülésének tárgysorozata: Bemutatások: 1. *Blaskovics László:* Szemhéji rák esete kötőhártyai tuberculosis után. 2. *Schneider Károly:* Mindkét külső egyenes működésének világrahozott hiánya egyéb rendellenességgel. 3. *Tóth Zoltán:* a) Albinismus solum bulbi. b) Kék sklera esete. 4. *Pelláthy Béla:* Cloquet csatorna fennmaradásának ritkább alakja. 5. *Horváth Béla:* A lencsetok kihúzására szolgáló csipő. — 6. *Kreiker Aladár:* Lymphadenosis aleukaemica generalisata et conjunctivae. — Előadás: *Blaskovics László:* A Knapp-féle hályogműtét értéke.

A Budapesti Gyakorló Orvosok Segélyző Egyesülete április hó 11-én tartotta évi közgyűlését *Lobmayer Géza dr. e. m. tanár* elnöke alatt, aki elnöki megnyitójában szomorú képet fest az azon helyzetről, mely megbetegedett kartársaink esetében tapasztalható, kiknek ma egyetlen megélhetési lehetőségét Egyesületük által nyújtott napi segélyek képezik. Szomorú képet fest az özvegyek nyomoráról, kik férjük elhalálozásakor fillér nélkül maradtak és e szükségben egyetlen támaszpontot az az 1800 pengő jelent, mit tagjaik elhalálozása alkalmából nekik juttatnak. Mindig későn eszmélnek az orvosok arra, hogy gondoskodniok kell magukról, hiába kéri őket, hogy lépjenek be az egyesületbe, az orvosi számhoz viszonyítva mégis kevés a tagok száma. De mikor eljön a szomorú óra, akkor kétségbeesetten kérnek elnézést.

Szilás főtitkár beszámolójában szomorúan ecseteli az orvosözvegyek helyzetét, kiknek ma egyetlen mentsvárak a caritativ egyesületek. Ma már olyan sokan veszik igénybe az egyesületet, hogy lehetetlen másnak is, mint csak a tagoknak adni. *Patai főpénztáros* jelenti, hogy az elmúlt évben kb. 21.000 pengőt fizetett ki az egyesület betegsegélyekre. *Imhof pénztáros* jelentése szerint halálozási járulékra 27.000 pengőt és gyorssegélyekre kb. 6.000 pengőt adott az Egyesület. Ezután a tisztikar megválasztása következett. Elnök *Lobmayer Géza.* Alelnökök: *Ertl Géza* és *Pfeiffer Gyula.* Főtitkár: *Szilás Jenő.* Titkár: *Antal Pál.* Főpénztáros: *Patai Samu.* Pénztáros: *Imhof Dezső.* Ellenőr: *Vámos Gyula.* Ügyész: *Messinger Hugó* ügyvéd.

A Keresetképtelen Orvosokat, Özvegyeket és Arvákat Segélyző Egyesület március 29-én tartotta közgyűlését *Temesváry Rezső* udv. tanácsos elnöke alatt. *Domány Imre* főtitkár ismertette az 1932. év történetét. Az egyesület a mögötte álló erkölcsi és anyagi támaszok segítségével lehetővé tudta tenni azt, hogy az 1932. évben nem volt oly jogos kérelem, amit ne teljesített volna a vezetőség. A következő év azonban még inkább próbára teszi az egyesület erejét, mert minden esztendő szaporítja a segítségre szorulókat számát. Ezért újra az orvostársadalomhoz fordul a vezetőség, hogy felhívja azokat, akik nem tagjai, lépjenek be az egyesületbe, mert előreláthatólag olyan nagy lesz a segélyre szorulókat száma, hogy még a rendkívüli segélyekben is csak tagjaikat tudják majd részesíteni. Az egyesület nemes céljának csak úgy tud megfelelni, ha az orvosi kar továbbra is kitartó támogatásban részesíti.

A főtitkár önfeláldozó munkájáért a közgyűlés meleg köszönetét fejezte ki. Majd *Himmler* pénztáros tartotta meg beszámolóját. Az egyesület vagyona 146.000 pengő. Az 1932. évben 8 orvos állandóan havi 100 pengő segélyben részesült. 21 egyén 33 esetben kapott rendkívüli segélyt. Hogy mit jelent ma a segélyegylet, mi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy az utóbbi években 71.150 pengőt fordítottak azok segélyezésére, kik mindenkitől elhagyatva hozzájuk fordultak.

A közgyűlés meleg szavakkal köszönte a pénztáros buzgóságát és ezután a tisztikar megválasztása következett:

Elnökök: *Barla-Szabó József,* *Bókai Bókay János,* *Hülll Hümér,* *Schmidlechner Károly,* *Steiner Károly Albert* és *Te-*

mesváry Rezső. — Ügyvezető elnök: Friedrich Vilmos. — Főtitkár: Szilas Jenő. — Titkárok: Trebitsch Tivadar és Weisz Győző. — Főpénztáros: Singer Gusztáv. — Pénztáros: ifj. Hahn Dezső. — Ellenőr: Schmidt László. — Jegyző: Gertler György. — Ügyész: Mándy István.

A végrehajtó bizottság tagjai: Bergsmann Jakab, Brenner Károly, Friedrich Vilmos, Rajna Mór, Singer Gusztáv, Szilas Jenő, Temesváry Rezső és Vajda Vilmos.

Orvosi hír. Aldor Lajos dr. e. ü. főtanácsos rendelkezését átvette Fried Andor dr., belgyógyász, a „Bellevue” sanatorium igazgató-főorvosa (Karlsbad, Haus Wied).

Sümegei József dr. füüdőorvosi működését Balatonfüreden f. é. május 1-én kezdi meg.

Magyarország fürdőinek, ásványvizeinek, üdülhelyeinek 1933 évi javított és bővített ismertetése megjelent. Kapható a kiadóhivatalban átvéve 50 fillérért, postán küldve 65 fillérért, melyet postabélyegben is elfogadunk.

Helyreigazítás. Az Orvosi Hetilap folyó évi 13. számában a 258. oldalon megjelent közleményben „160 kilowattal” helyett 160 K. V. olvasandó.

Budapest székesfőváros közegészségügyi állapota.

1933. év március második felében.

Hasi hagymáz	6	(2)	Járványos agygerinc-	()
Vérhas	7	(—)	agyhártalob	(—)
Roncsoló torok- és gége-			Kanyaró	291
lob	85	5	Szamárhurut	64
Vörheny	128	4	Bárányhimlő	80
Influenza (szövődm.)	1	2	Trachoma	10
Gyermekágyi láz	3	1	Anthrax	(—)
Gyermekbenulás	(—)	(—)	Lépfene	1

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

Orvoshumor. Az orrplastica. Boldog emlékeztető Balassa professor, a hírneves sebésztanár nagy mestere volt az orrplastikának, vagyis annak a furfangos mesterségnek, amikor a sebész az eltorzult vagy hiányzó orr helyébe többé-kevésbé formás új orrot alkot.

Bevetődött egyszer a klinikájára egy bácskai szerb paraszt, aki meg arról volt nevezetes, hogy messze földön nem volt nála külön ivó, mert napi 3—4 liter borocskán, ½ liter pálinkán alul nem igen adta. Már most, akár a sok italtól akár egyéb okból eredt, elég az hozzá, hogy egyszerre csak valami csúf daganat keletkezett az atyafi orrán, ami szemlátomást növekedett. Ezt jött megoperáltatni, de ekkor már a daganat olyan nagyra nőtt, hogy azt csak az egész orr fölledozásával lehetett gyökeresen eltávolítani.

Balassa professor emberül le is vágta az ipse orrát s azután nagy művészettel olyan szépséges új orrot szabott ki neki, hogy öröm volt nézni. A műtét tehát várakozáson felül sikerült, néhány hét múlva teljes volt a gyógyulás, s a professor büszkén mutatta be mesterművét az ámuló hallgatóságnak.

Befejeződve a demonstratio, Balassa professornak, aki ismerte páciense italos természetét, tréfás gondolata támadt. Odafordult a kifoltozott orrával elégedetten vigyorgó paraszthoz és komoly arccal így szólt hozzá: Isten és a sebészi tudomány jóvoltából maga meggyógyult és megint emberformája van, de egyre figyelmeztetem: ne igyon többet soha életében se bort, se pálinkát, mert különben előbb-utóbb megint kivirágzik az a daganat az orrán.

Micsoda? riadt fel erre méltatlankodva az atyafi, se bort, se pálinkát! Nahát akkor nem is kell nekem ez az orr! (Szerbül: ni vina, ni rakia, nacsasztí nóz.) Szólt és egy mérész rántással leszakítva a még csak frissen megtapadt orrt, úgy vágta azt a földhöz, hogy csak úgy porzott.

A sebész fájdalma. Egy kiváló, de kapzsiságáról híres sebésztanár leánya súlyos vakbélgyulladásban hirtelen megbetegszik. A professor félretesz minden sentimentalismust és habozás nélkül sajátkezűleg megoperálja gyermekét. A jól sikerült műtét után látogatók egész serege jelentkezik és mindegyik azt kérdezi a professortól, hogy nem fáj-e a szíve, amikor a saját, édes gyermekében forgatta az operáló kést. A sebész már unja a sok haszontalan fecsegést és a kérdésekre kelleltenül, mogorván válaszol. Utoljára érkezik meg a tanár sógora, ki az első üdvözlések után rögtön így szól: „Mondd csak kedves sógor, hát nem fáj a szíved, amikor . . .” Dühösen vág közbe a professor: „Te vagy ma az ötvenötödik, aki ezt az ostoba kérdést intézed hozzám.” De kérlek, szól a sógor, miért tűzelsz úgy, hiszen még be sem fejeztem a mondatomat. Azt akartam kérdezni, hogy nem fáj-e a szíved, amikor egy ilyen gazdag leányt kellett ingyen megoperálnod.

Első és másodosztályú operatio. B. tanárral történt, hogy egy páciensével hegyesem tudott megegyezni a honoráriumra nézve, mert a zsugori beteg sokalta a megállapított műtét díjat.

Hogy véget vessen a már hosszúra nyult alkudozásnak, B. végül így szólt: Nézze kérem, olyan sok ember utazik II. osztályon, aki nem tudja megfizetni az I. osztályt. Hát ha az Ön anyagi helyzete nem engedi meg, hogy megfizesse az I. osztályú műtétet, majd csinálunk önnél egy II. osztályú operatiót.

Hogy hogy? Kérde hűledezve a páciens, hát van I. és II. osztályú műtét? És mi a különbség a kettő között?

A különbség, felel komoly arccal B. az, hogy az I. osztályú műtétet új műszerekkel és régi assistensekkel végezzük, a II. osztályút pedig új assistensekkel és régi műszerekkel.

Mondanom se kell, hogy a páciens az I. osztályú műtét mellett döntött.

A szerkesztő minden kedden és pénteken 12—1 óra között fogad.

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

QUARZLAMPÁ, új, Hanau-féle legújabb typos egyenáramra költözködés miatt **sürgősen eladó.** Ugyanott villanyinhalátor és gyermekmérleg. Molnár Dezső VIII., Népszínház-u. 27., III. 21. Tel.: 40-5-39.

Nőgyógyásznak! Szülészeknek!

rendkívül olcsón eladó

Zentralblatt f. Gynäkologie

1895—1930-ig kötött teljes példán.

Érdeklődők írjanak O. H. jellegre Petöfi Irod. Vállalat Budapest VII., Kertész-utca. 16.



Kipróbált szer, ártalmatlan a gyomorra és szívre.

0.28 g. Acid. acet. sal., 0.013 g. Chin. citr., 0.04 g. Li. citr

Togonal-tablették

**Antineuralgicum
Antipyreticum
Antirheumaticum
Analgeticum**

Mintával és német szakirodalommal szolgál:

Dr. Filó János gyógyszer-tára
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

A chondrodystrophia.

A *chondrodystrophia foetalis* (Kaufmann), vagy mint egyes francia szerzők nevezik az *achondroplasia* (Parrot), lényegében véve a porc méhenbelüli megbetegedése, mely törpenövést és különösképen a végtagok rövidségét okozza. Innen a régebbi elnevezés *mikromelia chondromalacia*. Körülbelül a második terhességi hó végéig porcogó foglalja el a legtöbb csont helyét. A végtagcsontok, csigolyák bordák és a koponyaalap tehát porcos alapon, *chondrogen* csontosodással fejlődnek, míg a kulcsont és a koponyatető csontjai, az úgynevezett fedőcsontok hártás alapon, *desmogen ossificatio* útján. Meg kell azonban jegyezniünk, hogy a csöves csontok vastagságbeli növekedése szintén *desmogen* (periostalis) úton folyik le, csak a hosszirányú *appositio chondrogen* (endochondralis). Chondrodystrophiában az ébrényi porcszövet méhenbelüli fejlődése szenved *primaer* zavart, mely az összes *chondrogen* csontok egész további fejlődését hibás irányba tereli, míg a *desmogen* csontok fejlődése zavartalan. Kaufmann a chondrodystrophiának három alakját különbözteti meg: 1. A *hypoplasiás* alakban, mely a leggyakoribb, a porcsejtek nem burjánzanak eléggé, nem képeznek az epiphysisvonalban elég irányító percerendát, melyekre az endosteum felől csont rakódnék rá. Az irányító gerendák távol esnek egymástól s a köztük levő porcsejtek metaplastikus úton közvetlenül átalakulnak csontsejteké, hogy a hiányos endochondralis *appositio*t némiképp pótolják. Ez a *compensatio* azonban tökéletlen, úgyhogy a csöves csontok hossznövekedése mégis csak gátlást szenved, míg a periostalis *appositio* zavartalanul tovább folyik. Az eredmény, hogy a csöves csontok vastosak, de rövidek. A csigolyákon nem észlelhető ily nagy mértékben ez az aránytalanság, mert azok túlnyomóan endochondralisan fejlődnek, ott a periostalis *appositio*nak alig jut szerep. A röntgenképen az epiphysisvonal szabálytalan lefutású, zezugos, a csontkéreg pedig vastag. 2. A *hypertrophiás* alakban, mely valamivel ritkább, a porcogó szintén nem tud megfelelni a hosszirányú *appositionalis* növekedésnek, azonban oldalirányban rendszertelenül burjánzik. Ennek a következménye, hogy az epiphysisvonal tányérszerűen kiszélesedik, ami az egész epiphysis bunkószerű megvastagodásához vezet, a röntgenképen pedig az epiphysisvonal szétterül és a csontkéreggel érintkező széle minden irányban erősen kihegyezett. 3. A *malaciás* alak a legritkább és legsúlyosabb. Itt úgyszólván semmi rendezettség nincs a porcban, melynek közepe ellágyul. Ezáltal az epiphysis nagyméretben elégtelenedik és a csontszövet csak csekély mennyiségben és rendszertelenül képződik. Az ilyen magzatok a súlyos eltorzulások miatt, melyek a mellkast is érik, többnyire nem életképesek, hanem még a méhenbelüli életben elhalnak és elvetéltetnek. Kaufmann maga is hangsúlyozza, hogy a chondrodystrophia három formája egymástól élesen el nem különíthető, hanem átmenetek vannak köztük és vannak enyhe, úgynevezett *abortiv* alakok, melyek a betegségnek csak egy-két jellegzetesebb stigmáját mutatják.

A *chondrodystrophia* tekintet nélkül a kórformájára az egyes csontokon jellegzetes deformitások kifejlődésére vezet. A koponyaalap *chondrogen* fejlődésében megrövidül a *desmogen* úton zavartalanul fejlődő koponyatetőhöz képest. Ennek következménye nagy terjedelmű agykoponya, magas, boltozatos homlok, távolálló szemek, behúzódtott orrgyök, kis tömpe orr, félig nyitott száj és

kicsi áll. Ezek együttvéve tipikus arckifejezést adnak a chondrodystrophiás egyéneknek, melyet Virchow „kretinarc“-nak nevezett, ennek azonban sem aetiológiailag, sem pathogenetikailag nincs köze a thyreopriv kretinizmushoz, hanem kifejezetten a chondrodystrophiás csontosodási zavar következménye (Sumita). A csigolyák teste és íve chondrodystrophiában a hiányos porcfejlődés miatt korán összeforr. Ennek a korai *synostosis*nak a következménye a gerincastorna megszűkülése, mely súlyos esetben a gerincagyra történő nyomás által a magzat méhenbelüli elhalásához vezethet. Ezenkívül a csigolyák teste gyakran sagittalis irányban ékalakot mutat, aminek dorso-lumbalis *kyphosis* és lumbo-sacralis *lordosis* az eredménye. A *medence* bemenete vagy csak sagittalis irányban szűkült be, vagy általánosan szűk. A bordák porc-csont határán gyakran találunk orsószerű megvastagodásokat, melyeknek több bordán megismétlődése esetén élénk tárul az angolokóros rózsafűzérre emlékeztető kép. A mellkas egészben véve széles és lapos. A mellkas szélességét még az is fokozza, hogy a *desmogen* fejlődésű kulcsontok a *chondrogen* végtagcsontokhoz viszonyítva feltűnően hosszúak. Ez az aránytalanság oly nagyfokú lehet, hogy a humerus ép viszonyok között kétszer olyan hosszú. A chondrodystrophiás csontelváltozások prototypusa a végtagok csöves csontjainak fejlődési zavara, mely az epiphysis porcnak említett kórszövet-tani képével teljesen megmagyarázható. A csöves csontok rövidsége a gátolt endochondralis *appositio*nak, az elgörbülései pedig egy periostalis redő epiphysisbe nyomulásának tudható be. A chondrodystrophiás elgörbülés oka tehát az epiphysis egyenlőtlen növekedése és ezért a görbület az epi-, illetve a *metaphysis tájára localizálódik*. Ezzel szemben *rachitis*ben ugyan szintén jelentőséggel bír az endochondralis csontosodás zavara, az elgörbülések oka azonban főképpen, *osteomalaciában* pedig kizáróan a csont mésztelensége, az *osteoidszövet felhalmozódása*, ami a *relativ túlterhelés folytán a csontok physiologiás görbületeinek fokozódására vezet*. Chondrodystrophiában a proximalis végtagcsontok: a humerus és a femur aránytalanul rövidek, még a rövid alkarhoz és láb-szárhoz viszonyítva is. A combnyak feltűnően rövid, szöglete néha megnagyobbodott (*coxa valga*), de gyakrabban megkisebbedett (*coxa vara*). Minthogy az alkar és láb-szár csak hosszában rövidült, de a *spatium interosseum* normalis szélességű, különösen vastosnak tűnik fel. A kéz és láb széles, az ujjak rövidek. A kéz némelykor az ujjak egyenlő rövidsége folytán négyzetalakú („*Viereckhand*“). Máskor a rövid vastos ujjak egyenlőtlen hosszúak s terpesztett állásban foglalván helyet a kéz háromágú villára emlékeztet („*Dreizackhand*“, *main à trident*“).

A chondrodystrophiás egyének általános állapotát tekintve első pillanatra feltűnik a *dysproportionált törpenövés*, ami azt jelenti, hogy a chondrodystrophiás egyének nem mutatják a felnőt csontrendszer arányait. Különösen jellemző az alsó végtagok rövidsége, ami által az alsó test sokkal rövidebb a felsőnél. Ép viszonyok között a test hosszának felezőpontja körülbelül a szeméremcsontra esik, sőt esetleg az alá, chondrodystrophiásokon ez a testfelezőpont a köldökre, vagy afölé esik. Feltűnő a chondrodystrophiásokon a ráncos lötyögő bőr, mely különösen a végtagokon azt a benyomást kelti, mint mikor valaki túlságosan bő, nála nagyobb személyre szabot ruhát ölt magára. A csöves csontok az endochondra-

lis appositio gátoltsága folytán nem képesek lépést tartani a normalisan növekvő kültakaró méreteivel. A *bőr ráncos-sága* tehát — mint azt a szövettani vizsgálatok igazolják — tisztán a *dysproportionált növekedésből származik és nem állítható párhuzamba a thyreopriv myxoedemával*. Egyébként a chondrodystrophiában sem a pajzsmirigy, sem a többi endokrin mirigy, de általában a belső szervek elváltozásokat nem mutatnak. A bántalom csak a méhenbelüli életben, vagy legfeljebb a méhenkívüli élet legelején fenyeget életveszéllyel, ha ezt túlélte az illető egyén, akkor akár 80 évet is élélhet a legjobb egészségben, mint azt egyes megfigyelések bizonyítják. Egyébként a chondrodystrophia törpék nemzõ- és fogamzóképesek, szellemileg teljesen épek, sõt rendszerint igen élénk felfogású tréfálkozásra hajlamos egyének. Jellegzetesen groteszk, tömzsi alakjukon és esetlen mozdulataikon kívül fõkép ez utóbbi sajátosságuknak tulajdonítható, hogy az õ soraikból rekrutálódtak a középkor udvari bolondjai és napjaink cirkuszi bohócai.

A chondrodystrophiát meg kell különböztetnünk az egyes végtagok izolált rövidségétõl a *mikromeliától*. Ha a végtag durványos *phokomeliáról* szólunk a fókuszonyhoz hasonlóság miatt s ha a durvány is hiányzik *ektromeliáról*. Ezek kvantitatív fejlődési anomáliák, szemben a kvalitatív fejlődési anomáliákkal, melyek csoportjába a *chondrodystrophián* kívül a nagyfokú csonttörékenységgel járó *osteogenesis imperfecta* is tartozik. Régebben ezt a két betegséget „*rachitis foetalis*“ néven foglalták össze, ma azonban már tudjuk, hogy ezeknek semmi közük nincs a rachitishoz, vagy más anyagcserezavarhoz. Az endokrin aetiológia is megdőlt bizonyítékok híján. A mechanikus teoriának is alig van ma már *Murk Junsen* kivételével híve, mely szerint a szûk amnion miatt a magzatvíz burkonbelüli nyomása fokozódik s a „gyorsan növekvõ sejtek sérülékenysége“ folytán a porc hibásan fejlődik. Ezidõtájt azonban a lágyrészek (zsigerek stb.) is gyorsan nõnek, már pedig a belõlük fejlődõ szervek chondrodystrophiában nem mutatnak eltérést. Tekintettel a chondrodystrophia bebizonyított öröklõdésére, ma már általánosan elfogadott *Bauer* álláspontja, mely szerint a „*vitium primae formationis mesenchymae*“ a bántalom oka, akárcsak az *osteogenesis imperfecta*. Míg azonban a chondrodystrophiában az a „gen“ mutat kóros elváltozást, mely a csont endochondriális növekedése felett öröködik, *osteogenesis imperfecta*ban, hol a peri- és endostalis appositio hiányos, az annak megfelelõ „gen“ szenvedett el károsodást.

A *chondrodystrophia foetalis* terapiájáról sajnos nem sokat mondhatunk, azonban mégsem szabad teljes nihilizmusba sülyednünk. Igaz, hogy „*indicatio morbi*“ alapján az alpbántalmat, annak aetiológiája folytán nem kezelhetjük, de az „*indicatio orthopaedica*“ számára azért nyílik lehetőség. Az endochondriális növekedési zavar által kiváltott deformitások a méhenbelüli életben a megterhelés hatására fokozódhatnak és ez utóbbi súlyosabb deformálódásokat megelőzhetjük, vagy kiegyenlíthetjük. A dorso-lumbalis kyphosis fokozódásának megelőzésére a chondrodystrophiás gyermeket gipszágyba fektetjük, késõbb pedig a csontosodás befejeztéig reclinációs támasztókészülékkel hordatunk vele. A végtagelgöbülés megelőzésére szintokos készülékkel rendelhetünk, a kifejlõdött elgöbülést esetleg osteotomiával corrigálhatjuk, midõn figyelembe kell vennünk ezeknek az elgöbüléseknek a nagy recidivakészségét, tehát mûtét után hosszasan rögzítésre van szükség. A chondrodystrophiás egyének részben a deformitások, részben porcogójuk tökéletlensége miatt rendszerint már fiatalon kapnak arthritist *chronica deformans-t*, mely szintén kezelésre szorul.

Kopits Imre dr., egyet. tanársegéd

DIAGNOSTIKAI SZEMELVÉNYEK

(Belgyógyászat: Gerlóczy Géza dr. Sebészeti: Milkó Vilmos dr.)

A vörös vérkép.

A vörös vörsejtek (v. vs.) haemoglobinjukkal (hgl.) a szövetek és szervek oxygen-ellátását biztosítják. *Haemoglobinszegénység*, vagy a v. vs.-ek számbeli megfogyása oxygenszegénységhez vezet, amire a csontvelõ a v. vs.-ek tömegesebb termelésével reagál; tetemesebb hgl.-hiány esetén (50% alatt) egyben a vérkeringés is gyorsul és a szív munkája is fokozódik. A vörsejtek termelõ vörös csontvelõnek tehát az oxygenhiány egyik leghatalmasabb ingere és a *vörsejt-utánpótlást* úgylátszik mindenekelõtt az oxygen szükséglet szabályozza; más szabályozó tényezõkkel is kell számolnunk, ezekre nézve azonban ma még csak annyit tudunk, hogy azok között hormonalis hatások és a lép fontos szerephez jutnak. Ha az inger az élet-tani határt meghaladó reactiót vált ki, a csõves csontok zsírveleje is vörös csontvelõvé alakul (*erythroblastikus átalakulás*), sõt a lépben, májban, nyirokmirigyekben is erythroblastosis (s emellett a leukaemiához hasonló myeloid metaplasia) indulhat meg. Ez az *embryonalis típusú vérvörsejt*, aminek jeleként megaloblastok és megalocyták jelennek meg az áramló vérben (l. alább).

Regeneratiós vérkép: 1. *Normoblast* = normalis nagyságú v. vs., élesen elhatárolt, küllõrajzolatú maggal. 2. *Polychromasia* = a savanyú festékkel festõdõ normalis vörös vörsejtek (oxyphilia) mellett lúgos festékkel is festõdõ vörös vörsejtek találhatók (basophilia). 3. *Reticulocytia* = oly vörös vörsejtek, amelyekben vitalis festéssel (tehát fixálás nélkül) az ú. n. substantia reticulo-filamentosa hálózatos képletei s basophil szemcsészettség ismerhetõ fel.

Kimutatása: A fedõlemeze kikenet friss vércseppre réteget ráfordítjuk egy oly tárgylemezre, amelyre vékony rétegû brillantkresylkék-oldatot helyezünk és leszárítunk; festés 30—60 percig. Normalis szám: 0.2%, erõs regeneratio: 10—40 %.

Embryonalis vérkép: 1. *Megaloblast* = magtartalmú, polychrom, nagy vörösvörsejt; feltûnõ nagyságú a *gigantoblast*. 2. *Megalocytia* = elõbbibõl származó, de már magnélküli nagy vörös vörsejt. E sejtek hyperchrom festõdésûek, mert haemoglobin tartalmuk magas (1-nél nagyobb festõdési index).

Festési index: 5 millió v. vs./100% hgl. = 1; ez az egészséges állapotot jelzi. Gyors tájékozódás: Elhagyjuk a v. vs.-szám 5 utolsó számjegyét s ami megmarad, ket-tõvel szorozzuk; ha a nyert szám a hgl. értékkel megegyezik: a f. i. = 1; ha kisebb: a f. i. = 1-nél nagyobb (Ilyen az anaemia perniciosa.); ha nagyobb: a f. i. 1-nél kisebb (chloroanaemiák). Pl. v. vs. 3,500,000 hgl. 60%. A f. i. 1-nél kisebb, mert $2 \times 35 = 70$ lenne a normalis, holott adott esetben csak 60 volt az érték.

Anisocytosis: Különbözõ nagyságú vörösvörsejt; mikrocyta: kis, többnyire gömbölyded vörösvörsejtek melyek fõleg „*ikterus haemolyticus*“ eseteiben tömegesen lehetnek jelen a vérvörsejtményben. *Poikilocytosis*: Sérülékeny vörösvörsejt, amely már a készítmény kikenésének mechanikus insultusára elveszti kerek-, vagy ovalis alakját.

Cabot-gyûrûk, *Jolly-testek* gyakorlati diagnostikus jelentõsége csekély; jellemzésük mellõzhetõ.

Fontosabb kórképek:

1. *Anaemia perniciosa Biermeri*. (Anton Biermer sz. 1827. Bamberg; megh. 1892. Berlin. A kórkép leírása: 1868.). *Bevezetõ tünetek*: Achylia gastrica, gastrointes-

tinalis zavarokkal; nyelvfájás és égés, vörös, hámfosztott területek a nyelven (*Hunter-féle glossitis*). Paraesthesiák a végtagokon. — *Kifejlődött kórkép*: Sárgásba játszó sápadtság (közvetett diazo-reactiót adó bilirubinaemia, bilirubinuria nélkül, de urobilinuriával), amiben a sárgás színt a haemolysis folytán bekövetkező vérepefesteny-megszaporodás okozza. Sternum-fájás. — *Vérkép*: Erősen festődő anisocytosisos vörösvérsejtek polychromasiával és embryonalis vérképpel. Leukopenia, thrombocytopenia, relativ lymphocytosis. A leukocyták hypersegmentáltak. F. i. 1-nél nagyobb. Vérsavó sötét aranysárga. Lázas állapot gyakran kíséri s ilyenkor a húgyutak colifertőzése sokszor kimutatható. Olykor kombinált „hátsó-oldalsó-kötegedegeneratio” csatlakozik a kórképhez (tabes és pyramis-bénulás együttes tünetcsoportja). A ma még nem tisztázott aetiológiai tényezők között a gyomor megzavart belső secretiós működése egyre inkább valószínű. Hasonló vérképpel járó ismert aetiológiájú, de ritka kórképek a *lues*, *botriokephalus latus*, *graviditas* és *sprue* okozta folyamatok.

2. *Aplastikus anaemia*: Lehet előbbi végstadiuma, amikor a csontvelő teljesen kimerült és sem vörösvérsejteket, sem leukocytákat, sem thrombocytákat nem képes már termelni (*panmyelophthisis*). Hasonló állapothoz vezetnek azonban a hosszantartó, csontvelőt kimerítő vérzések, vagy a súlyos csontvelő-mérgezések (essentialis thrombopeniás vérzés, arsen-benzol-mérgezés, sepsis stb.).

3. *Másodlagos anaemiák*: Az elsődleges eredetűnek vett anaemia perniciosával szemben a vérvesztésekhez és különböző kórképekhez csatlakozó, nem haemolysisen alapuló anaemiákat sorozzuk e csoportba. Többnyire mikrocytás, hypochrom vérképpel járnak. Tuberculosis, achylia gastrica, endokrin zavarok, ólommérgezés (basophil szemcsészerű vörösvérsejtek) kapcsán gyakran kimutathatók. Az anchylostoma duodenale okozta anaemia is ily másodlagos típusú (a festési index nem nagyobb 1-nél.).

4. *Haemolysises ikterus* (constitutiós haemolysises anaemia): Örökléses formáját *Minkowski* írta le (1900), a szerzett forma ismertetése *Hayem* és *Chauffard* nevéhez fűződik. Előbbiek oka ismeretlen, utóbbiak valószínűleg toxikus eredetűek. A kórkép egyezik. A sárgaság haemolysises okokra vezethető vissza és időszakosan változó intenzitású. Tetőfokán májtáji panaszokkal epekő gyanuját keltheti. Nagy, síma felszínű lépet találunk s kisebb-nagyobb májtumort. A vizeletben nincs epefesteny-tartalma fokozott. — *Vérkép*: Anaemia, f. i. 1, vagy kisebb. Embryonalis sejtek nincsenek. Sok mikrocyta és reticulocyta található. Diagnostikus értékű a *vörösvérsejtek osmotikus resistentiája*: Míg a normalis vörösvérsejtek haemolysise hypotoniás konyhasóoldatban 0.44%-nál kezdődik és 0.28%-nál teljes, e kórképben 0.7—0.6 százalékos konyhasóoldatban már megindul és 0.3%-nál teljessé válik a vörösvérsejtek oldódása. (A csökkenő töménységű konyhasóoldatok 2—2 ccm-jéhez 1—1 csepp vért adunk és a kezdődő haemolysise a pirosas színből, a befejezetre a vörösvérsejt-üledék eltüntéből következtünk).

5. *Chlorosis* (*chloros* = sárgászöld): Ritka és csak a pubertás utáni korban levő fiatal nők betegsége. A sárgászöld bőrszín dacára az arc szépen színezett („virágzó sápkór”). A jugularis felett dorombzörej (legjobban hallható ülő-, vagy állóhelyzetben, ellenkező oldalra fordított fejtartás és inspirium mellett). Accidental isystolés zöreje a pulmonalis felett gyakori. Ideges panaszok, főleg fáradékonyság (ami kellemes psychés emótiók mellett nem jelentkezik), menstruációs zavarok (amenorrhoea), bokaödemák (sóviasszatartás) és a jellemző, feltűnő ha-

emoglobinszegény vérkép alapján diagnostizálható; a vérepefesték többnyire megszapordtak, ami a thrombosis szövődményét hozhatja. A kórkép bizonyára endokrin (ovarium) eredetű.

6. *Polycythaemia*: A tüneti erythrocytosisokkal szemben (oxygenhiány pl. nagy magasságokban, „kék-kór”, vitiumok stb.) önálló kórkép, amelynek alcsoporthoz tartozó osztyálozása (polycythaemia megalosplenica, *Vaquez*, — hypertonica, *Gaisböck*) nem jogosult. — Ritka betegség. A bőr és nyálkahártyák meggyipiros színűek, léptumor, májtumor, albuminuria, cylindruria, telt retina-venák, feszes pulsus a jellemzőbb tünetek. A vörösvérsejtszám 10 millió fölé is emelkedhet, a haemoglobintartalom azonban kissé hátramarad (f. i. 1 alatt). Magvas vörösvérsejtek, 1—1 myelocyta gyakran található. A vér feltűnő alvadékony. A csöves csontokban, lépben erythroblastosisos metaplasia.

A szájbűz okai.

A szájbűznek okai igen változatosak. Származhat *fejlődési rendellenességből* mint pl.: faux lupina, labium leporinum. Az arc és az orr bőrén, nyálkahártyáján, porcok, vagy csontos részén szövetdestrucióval járó folyamatokból (t.b.c., lues), az arckoponya csontjaiban észlelhető cariosus elváltozásokból. Az *orrnyálkahártya megbetegedései*: az ozoena, orrmelléküreg gennyedései, gyermekek az adenoid vegetatiók, makacs foetorok fenn tartói. A garat phlegmonosus folyamata kellemetlen szájbűzt okoz. Az alkoholisták és dohányosok állandó garathurutja, pharyngitis sicca és granulosa lehet előidézője.

A *tonsillák* nem genyes gyulladása szájbűzt nem okoz. A genyes heveny mandula lob, még inkább az idült, régi genyedések törmelékcsapjai, *Plaut-Vincent-féle* angina tonsillacc., peritonsillaris tályogok, kellemetlen szagúvá teszik a leheletet. A tonsillaris és peritonsillaris beszűrődések mérsékelt foetort váltanak ki.

A *szájür* nyálkahártyájának elváltozásai: fekélyek, (lues, tuberculosis, soor, aptha), heveny fertőző betegség, az ingygyulladások különböző formái: a stomatitis ulcerosa, nekrotica, gangraenosa, mercurialis, apthosa, gonorrhoea, scorbutica, leukaemia, inyvérzéskor (vérzéses diathesisek, leukaemia, anaemia) kikerülő vérfehérvék bomlása okozhat kellemetlen szájszagot. Az ápolatlan, szuvas, gangraenás fogak és gyökerek, rosszul fekvő hidak és koronák, fogkövek és fistulák, alveol. pyorrhoeák, a műfogor alá került, beszorult és ott bomló ételmaradékok kiváltói a szájbűznek.

Szájszagról panaszodik a beteg csökkent nyálképződéskor, a nyálmirigyek kivezetőcsövének elzáródásakor, nyálkő-képződéskor, nyálmirigyek retentiós cystái esetén. Arcidegbénulásakor a megnehezített falatterelés ételpangásos erjedés útján vezet foetorhoz, anaesthesia magyarazza a bulbaerparalysiskor jelentkezőt.

A nyelv heveny gyulladása (maró anyagok), a vérképzőszervek megbetegedésekor jelentkező glossitis, a nyelv daganatai (aránylag gyakori cc.) lehet kiváltója a szájszagnak.

A *gége nyálkahártya-, gégeporc-* infiltrációja, destructiós folyamatai (tuberculosis, lues, carcinoma), a recessus pyriformisba kerülő étel pangása, vagus bénulás, a gége kivülről nyomástkifejtő terimenagyobbodások (struma, mediastinalis tumor, aneurysma) okai a foetornak.

Tüdőfolyamatok közül bűzös lehelet tapasztalható: bronchitis putrida, tüdőgangraena, bronchiektasia, abscessus pulmonum esetén. Panaszt okoz a bronchitis chro-

nica. tuberculosis pulmonum (a váladék mennyiségétől és minőségétől függően) és a tüdődagaganat.

Az *emésztőrendszer* betegségei közül: a gastritis acuta rövid ideig terjeszthet szájbúzt. A nyelősőben sav vagy lugmérgezés szükületei fellett vagy bármely okból (pl. diverticulum folytán) megakadt és pangó ételrészecskék makacs szájbúzt okozhatnak. Gastritis hypacida, achylia gastrica erjedés és rothadás miatt kelt szájbúzt. Étkezések után bizonyos idő múlva jelentkező foetor: atonia, hyptonia ventriculi, gastrectasia, ptosis, tumor következménye. Állandó kísérője a catarrhalis ikterusnak. Haemoptoeban a lenyelt vér, májcirrhosisban az oesophagus alsó venáiból, ulcus és carcinoma esetében a gyomorból származó vérzés fehérjerothadás útján hozza létre. A gyomortartalom kiürülését gátló dagaganatok, retrograd úton az obstipatio vezet foetor ex ore-hoz. Ie-usnak természetes velejárója.

Előidézheti *általános pangás, kachexia, inanitio*, nagyfokú *folyadékvesztés*.

Kellemetlen lehetet érzünk rendszeres, nagymennyiségű *sedativum-, cocain-, opium-szedése, fokhagymakivonat*, kevésbé *kreosot* tartalmú gyógyszer bevétele után.

Jellemző a *diabeteses, comás, uraemiás, coma hepaticumban* szenvedő lehetete.

Sokszor astheniásokon ex juvantibus roborálás, test-súlygyarapodás eredményességével párhuzamosan megszűnik a szájbúz. Előfordul, hogy csak a beteg érzi kellemetlen szagúnak a száját, az orvos és környezet nem. Ilyenkor kakosmia nervosáról beszélünk és az idegrendszer gyógyításával a szag iránti túlérzékenységet megszüntetjük. Néha a menses idején keletkezik sajátságos szájszag, annak befejeztével meg is szűnik.

A felsoroltakon kívül vannak még ismeretlen eredetű foetorok.

Markovits Ferenc dr.
egyetemi tanársegéd

Szemsérülések és azok kezelése.

(Folytatás.)

Ha a *vas-vagy acélszilánk* az üvegtestben, vagy a szemfenéken van, a helyzetnek megfelelően a seben át, vagy más módon kell kihúzni. Ha a szaruhártyát és lencsét fúrta át, mivel a lencse újabb sérülése már nem baj, a pupilla kitágítása után óriásmágnessel a csarnokba húzunk vissza és onnan a már elmondott módon vesszük ki. Ha a lencse sértetlen, apró idegentestet a lencse széle mellett előbb a hátsó csarnokba, majd amikor az irist már domborítja, a pupillán keresztül az elülső csarnokba iparkodunk behúzni, ahonnan könnyű szerrel kivehetjük. Nagyobb idegentestnek a csarnokba húzása kockázatos, mert az irist, esetleg a sugártestet roncsolhatja és a még ép lencsét is megsértheti. Nagyobb vasdarabok óriásmágnessel történő kihúzásakor általában lassan fokozzuk az áramerősséget, különben a nagyerejű mágnes oly gyorsan rántja magához a szilánkokat, hogy a szem belsejét roncsolhatja és még fokozza az amúgy is súlyos állapotot. Ha a szilánk a sklerán keresztül jutott a szem belsejébe, a bemeneti nyíláson át húzhatjuk ki. Ha ez nem sikerül, vagy tágítjuk a sebet, vagy Graefe késsel új sklerasebet készítünk. Először a sebhez illesztjük a mágnes végét, ha az idegentest így nem jön ki, a kézimágnes végét az üvegtestbe vezetjük s amikor az idegentest hozzáütődését halljuk, kihúzzuk. Ha a szilánk a bemeneti nyílással szemben ékelődött a sklerába és a nagy mágnes onnan kiszabadítani nem tudja, az idegentest felett készítjük a sklerasebet. Helyes localisatio esetén olyan pontosan eltalálhatjuk a helyét, hogy

a mágnes végét nem is kell a szem belsejébe vezetni, mert már a sebhez illesztésekor halljuk a finom koccánást, amit a szilánk odaütődése okoz.

Mágnessel húzható idegentest eltávolítására csaknem biztosan számíthatunk. Ha azonban egész hátul, a látóidegfő környékén van és oly szorosan beékelődött a sklerába, hogy a mágnes kimozdítani nem tudja, kísérletünk sikertelen maradhat. Ha a sérülés régiebb, az idegentestet vastag izzadmányszövet burkolhatja be, eltávolítása ilyenkor bizonytalan.

Ha az üvegtestben vagy a szemfenéken lévő idegentest mágnessel nem húzható, eltávolítása rendkívül nehéz még akkor is, ha pontosan tudjuk a helyét. Ilyenkor a skleraseben át csipővel kell kihuzni. Ha az idegentestet szemtükörrel láthatjuk, még boldogulunk valahogy, ha azonban nem látjuk, csak becslésünk szerint toljuk előre a csipőt, így a kívánt eredmény gyakran elmarad. Üvegtestben egyébként is nehéz megfogni az idegentestet, mert könnyen kitér az eszköz elől és a csipő is lecsúszhat róla. Ha a szemfenéken vagy sklerában van az idegentest, megeshetik, hogy a látás nagy kárára retinát húzunk elő csipőnkkel. — Ha az idegentest mágnessel nem húzható, mindig tartanunk kell a szem elvesztésétől, de legalább is a látás csökkentésétől. Kivételesen bent is hagyhatjuk az idegentestet, ha az egészen kicsi és olyan anyagból van, amelynek vegyi összetétele nem változik a szem belsejében. Ha a látás a sérült szemben még jó, a másik szem pedig valami ok miatt hasznavehetetlen, az apró idegentest eltávolítását meg sem kíséreljük, különösen ha olyan helyen van, hogy eltávolítására nincs reményünk.

Az idegentest eltávolításához sokszor csak kisebb műtét után kezdhetünk. A szemteke kötőhártyáján sebet kell készíteni, netán a belső vagy külső egyenest átmetzeni, hogy a sklera kívánt részéhez hozzáférhessünk. Az idegentest kivétele után a kicsuszott foszlányokat levágjuk az izmokat visszavarrjuk, a kötőhártyasebet pedig bevarrjuk.

Pelláthy Béla dr., klinikai tanársegéd.
(Folytatjuk.)

KÉRDÉS — FELELET.

Kérdés: 35 éves férfiről van szó, akin már hónapok óta csakis az uvulára localisálódó gyulladással jelenségek észlelhetők, az uvulának oedemás megnagyobbodásával. A beteg subjectiv *szédülésekről* panaszkodik, úgyszintén *szívdobogásokról* és *melltáji szorongásokról*, amelyek szintén mindig akkor jutnak érvényre benne a kellemetlenség és levertség közérzetével, valahányszor uvulája megduzzad. Lehet-e ezeket a különben neurastheniás tüneteket, *főleg a szédülést, összefüggésbe hozni az uvula időnkénti makacs megduzzadásával*. Salicylos szájviz és 3%-os lapis ecsetelések nem hoztak semmi javulást. (H. M. dr.)

Felelet: Dr. H. M. betegének *recidiváló staphyilitis oedematosa*-ja van. Az uvula gyulladásaira jellemző, hogy a recidivák a nyálkahártya hyperplasiáját idézik elő, amely fokozza a dispositiót az újabb gyulladások iránt. Így az acut staphyilitis idővel *chronicus staphylopathiává* alakulhat át.

A staphyilitis aetiológiájában, a lymphatikus alkaton kívül, fontos szerepe van a traumának. Kemény, érdes ételek, forró italok, erősen fűszerezett éledelek hámsérüléseket okoznak, amelyek consecutiv gyulladásokra vezetnek. Elősegíti a bajt az erős dohányzás és alkoholos abusus, továbbá a szájon át lélegzés orrbetegségek következtében.

A staphyilitis nem ritkán olyan általános tünetekkel jár, mint az angina; tehát hőemelkedés és rossz közérzet áll fenn. A szédülés, szívdobogás és melltáji szorongás nem tartozik a staphyilitis tünetei közé, de előfordulhat idegyenge egyéneken.

A therapia csak úgy lehet eredményes, ha causalis. Vagyis az előidézeti okokat kell megszüntetni.

Lénárt prof.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A juvenilis metropathia röntgen-therapiája.

A serdülő korban fellépő metropathia nem tartozik a ritkaságokhoz, ha nem is olyan gyakori, mint a climax korában. S bár a folyamat lényege úgy a serdülő korban, mint a climaxban ugyanaz, vagyis a petefészek hormonális funkciójában fellépő zavar, melyet a petefészektüsző szabálytalan érési folyamata vált ki, mégis a metropathia ezen két sajátos formájának kezelésében egészen különböző szempontokat kell figyelembe venni. Amíg a metropathia climacterica gyógyításában a méhkaparás mellett a petefészek röntgenbesugárzásának van a legnagyobb szerepe, addig a serdülő korban úgy a méhkaparással, mint a röntgenbesugárzással szemben nagy a tartózkodás, miután egyrészt a méhkaparás serdülő leánygyermeken jelentős psychés traumát jelent, a hüvelyen keresztül manipulálás következtében; másrészt a petefészek besugárzásától idegenkedés szintén eléggé indokolt hiszen a röntgenbesugárzás hatása úgy a climaxos, mint a juvenilis metropathia esetében a petefészek tüszőinek elpusztítása által hat a menstruatióra. Amíg azonban a metropathia climacterica esetében a röntgen besugárzás hatására a természetes climaxhoz hasonló állapot jön létre, tehát a röntgenkezelés az élet-tani viszonyokat nem változtatja meg, addig a serdülő korban végzett petefészek besugárzás sokkal súlyosabb beszámítás alá esik, miután azt a follicularis apparatust károsítja meg, melynek hormonjai oly nagy szerepet játszanak a fiatal leánygyermeknek érett nővé kifejlődésében és az érett nőnek genitalis funkciójában.

A méhkaparástól meg a röntgenkezeléstől húzódozás magyarázza meg azt, hogy a juvenilis metropathia esetén oly nagy szerepe van a hormonális készítmények adásának. Természetesen elsősorban petefészek készítmények használatosak. Eredményes lehet azonban a petefészekkel correlatióban levő más mirigy hormonjának az adása is, pl. a hypophysis készítményeknek. Sőt a gyakorlat azt mutatta, hogy sokszor az insulin adásával is gyógyulást lehet elérni, melynek jó hatását számos klinikai tapasztalat erősíti meg.

Organotherapiás készítményekkel az eseteknek csak egy részében lehet teljes gyógyulást elérni, az esetek nagyobb részében az egész organotherapiás kincsünk csődöt mond s a fenyegető vérzésekre tekintettel kénytelenek vagyunk radicalisabb eszközökhöz nyulni, különösen akkor, ha a megejtett méhkaparás sem hozta meg a kívánt eredményt.

Miután a petefészektüszőknek elpusztítása, vagy a méhnek műtéti eltávolítása csak ultimum refugium lehet, már évtizedek óta megvan az a törekvés, hogy olyan besugárzási eljárások birtokába jussunk, melyekkel a petefészek follicularis károsodása elkerülhető. Ezen törekvések közé tartozik a Hofbauer által kidolgozott hypophysis besugárzás, a Gaal által ajánlott pajzsmirigy besugárzás és a Stephan közlései által igen hamar nagy népszerűségre jutott lépbesugárzás. Különösen az utóbbira vonatkozólag van igen sok irodalmi adat. Ezen irodalmi adatok átnézéséről győző meg minket, hogy az elért eredmények igen különbözőek, a legnagyobb optimizmusra feljogosító adatok mellett találunk teljes eredménytelenségről beszámoló közléseket is. Abban mégis egyöntetű felfogás alakult ki, hogy a lépbesugárzás a fennálló vérzés csillapítására vagy megszüntetésére vált

be leginkább és ha egyáltalában mutatkozik hatás, az többnyire 6—8 óra belül jelentkezik, de minden esetre 24 óra belül. A vérzés megszűnése minden valószínűség szerint a vér megalvadási képességének meggyorsításában keresendő, melyet úgy látszik, a besugárzás hatására a vérkeringésbe kerülő sejtszételési termékek idéznek elő.

Ebből a gyakorlat részére az következik, hogy a lépbesugárzást mindig a vérzés idejében ajánlatos végezni és hogy ha 24 óra alatt nem mutatkozik hatás, haladéktalanul hatásosabb therapiás beavatkozást kell bevezetni, miután ilyenkor a lépbesugárzás hatására nem lehet többé számítani.

Klinikánkon kiterjedten alkalmaztuk a pubertásos vérzések kezelésében a lépbesugárzást, melyet mindig megkíséreltünk, hogy ha az organotherapiás készítmények nem váltak be. Az eredmények azonban nem nagyon biztatóak.

14 eset fordult elő klinikánk anyagában, ahol a fenti javallatok alapján lépbesugárzást végeztünk és azt találtuk, hogy 7 ×, tehát az esetek felében mutatkozott is hatás, amennyiben ezekben a vérzés részben megszünt, részben lényegesen csökkent; ez az eredmény sajnos csak két esetben volt tartós és hozta meg a teljes gyógyulást, a többi 5 esetben az elért vérzéscsillapító hatás nem bizonyult tartósnak, mert a következő napra a vérzés kiujult. Arra számítva, hogy a lépbesugárzásnak megismétléssel tartósabb lesz a hatás, a vérzés kiujulására újból besugároztuk a lépét. Ismét csak ideig-óráig tartó eredményt könyvelhettünk el. 1 esetben harmadszor is próbálkoztunk, de akkor már a májat sugároztuk be. (Nigst vizsgálatai szerint a májbesugárzás hatása a vérmegalvadásra éppen olyan mint a lépbesugárzásé.) Ezen ismételt besugárzásoknak sem volt tartósabb hatása, tehát mindent összevéve a végleges eredményt csak 14%-ban értük el. Bár ez a gyógyulási percent igen alacsony, mégis megkísérlendőnek tartjuk makacs esetekben a lép besugárzását egyrészt azért, mert könnyen kivihető, nem nagy beavatkozás, másrészt azon kevés esetben, ahol eredménnyel jár, az eredmény nagyon értékes abból a szempontból, hogy a petefészek minden károsodása nélkül érhető el olyankor, mikor már egyéb therapiás eszközök kimerültek.

Fontosnak tartjuk azonban, hogy a lépbesugárzás hatására nem szabad soká várni. Különösen addig nem, míg a folytonos vérzés következtében a beteg olyan elgyengült, kivértett állapotba kerül, hogy már mindenféle gyógyítás kilátástalanná válik. A sok várakozásnak azonban nincs is célja, miután, ha néhány napon belül a vérzés teljesen meg nem szűnt, a lépbesugárzástól már semmit sem várhatunk. Ugyanez vonatkozik arra is, ha a vérzés megszűnése csak rövidebb időre szól és az ismételt besugárzások újra csak recidivát eredményeztek.

Annak illusztrálására, hogy mennyire nem helyénvaló a lépbesugárzással hosszasan kísérletezni, mikor annak tartós hatását nem látjuk, ismertetem egyik esetünket:

(Flsz. 1060.) K. E. 17 éves leány azzal a panasszal került klinikánkra, hogy már két esztendeje vannak igen erős és hosszantartó vérzései. Ez alatt a két év alatt különböző belgyógyászati osztályokon kezelték lépbesugárzásokkal, úgyhogy két év alatt összesen 6 lépbesugárzást kapott. Ezek a besugárzások minden esetben rövidebb-hosszabb idő-

re szüneteltették a vérzést anélkül, hogy véglegesen rendezték volna. Klinikánkra már teljesen kivérzett, leromlott állapotban került. Jártányi ereje sincs, minden táplálékfelvételt megtagad. Haemoglobin: 20%. Súlyos thrombopenia. Genitalis lelet: 0. Jelentékenyebb vérzés nincs. Vörhenyes, savós folyás. Therapia: lépbesugárzás + petefészekbesugárzás (a temporar castratio dosisával). A besugárzás azonban már elkésztett beavatkozásnak bizonyul. miután reá egy hétre a beteg exitál anélkül, hogy lényegesebb vérvesztése lett volna.

Ha meggondoljuk azt, hogy a röntgenbesugárzás technikája ma már annyira ki van dolgozva, hogy minden nehézség, vagy complicatio nélkül kiszolgáltathatjuk azt a sugárdosist, amely a petefészekműködést megszünteti, illetőleg a metropathiás vérzést meggyógyítja, akkor határozottan túlzásnak kell minősítenünk azt a felfogást, amely a fenti beteget ilyen reménytelen állapotba jutatta, kizárólag azért, hogy a petefészeket semmiféle sugárártalom ne érje. De épp oly túlzásnak kell azt is minősítenünk, ha olyan esetben, amikor még van idő és lehetőség a próbálkozásra, még kísérlet sem történik arra vonatkozólag, hogy az abnormis petefészekműködést normalis mederbe tereljék, a folliculusokat jobban kimélő besugárzási technikával, mint amely a castratio alkalmával szerepel. Az ilyen besugárzási technikával szemben a főkövetelmény, hogy semmi esetre se legyen a sugárdosis olyan, amely a petefészek egész follicularis apparatusát elpusztíthatná. A tapasztalat azt mutatja, hogy ettől nem kell tulságosan tartanunk, miután egy besugárzással ilyen dosist kiszolgáltathatni még arra irányuló szándék mellett is csaknem lehetetlen fiatal nő. Minden esetre figyelembe kell venni, hogy a juvenilis metropathia esetében a működés szempontjából csökkent értékű petefészekkel van dolgunk, melyek már kisebb sugárintenzitásra is érzékenyebben reagálhatnak, mint az egészséges nők petefészekai.

Ez a szempont vezetett minket, mikor gyógyító kísérleteket végeztünk petefészekbesugárzásokkal serdülő korban lévő leányok metropathiás vérzései alkalmával. Meg akartuk figyelni azt, hogy olyan kicsiny dosisokkal, melyek még messze vannak a castratiós dosistól, melyek nem nagyobbak, mint a castratiós dosistól a negyedrésze, lehet-e gyógyulást elérni. 11 ily esetünk volt, ahol a petefészekbesugárzás javallata felmerült (kiken már a lépbesugárzást megpróbáltuk, de attól eredményt nem láttunk.).

Eseteink tanulmányozása arról győzött meg minket, hogy az esetek tulnyomó többségében (kilencszer) már az első besugárzásra rendeződött a havibaj. Bár két esetben recidiva lépett fel, (az egyik esetben fél év múlva, a másik esetben háromnegyed év múlva) ezek is meggyógyultak a fentjelzett sugárdosis megismétlésére.

Két esetben a petefészek kisdosisú besugárzása nem hozta meg a kívánt eredményt. Bár nincs kizárva, hogy nagyobb dosis alkalmazása eredményre vezetett volna; ezen nagyobbra vetett dosisok alkalmazásától óvatosságból elállottunk. Az egyik eset ezek közül méhkaparásra került, amely véglegesen meggyógyult, a másik eset eltűnt szemünk elől.

Megfigyeléseink szerint tehát kétségtelen, hogy a petefészek kisdosisú besugárzása a serdülő korban igen hatásos gyógyító beavatkozás, különösen ha meggondoljuk, hogy éppen a legmakacsabb és legnehezebben befolyásolható vérzések kerülnek csak röntgen besugárzásra.

Mióta az örökléstan foglalkozók felvetették annak a lehetőségét, hogy fiatal nőknél (akik később tehereshetnek és gyermekeket hozhatnak a világra) a petefészek besugárzásának egy másik, messzebbmenő kihatására is ügyelnünk kell és pedig arra, hogy vajjon az utó-

dokon (tehát a gyermekeken vagy azok leszármazottain) nem lesz e valami káros utóhatása az ilyen besugárzásoknak, azóta mi is figyelemmel kísérjük a besugárzott nőknél a leszármazottait. Eddig még semmi olyat nem tapasztalhattunk, ami miatt az eljárást el kellene hagynunk. Az egyebütt szerzett klinikai megfigyelések sem adnak okot arra. Az erre vonatkozó akták természetesen még nincsenek lezárva és ha a későbbi kísérletekből, vagy klinikai megfigyelésekből az derülne ki, hogy a kisdosisú petefészekbesugárzás által az utódokra gyakorolt károsodás nem csak hypothetikus lehetőség, hanem beigazolt tény, amellyel számolnunk kell, akkor az egész eljárást el kell vetnünk tekintet nélkül az elért jó eredményekre.

Molnár József egyetemi magántanár.

DIAGNOSTIKAI SZEMELVÉNYEK

(Belgyógyászat: Gerlóczy Géza dr. Sebészet: Milkó Vilmos dr.)

Ikterus.

Ikterus (*Ikteros* = sárgaság; Hippokrates, Galenus egy sárga madár — hihetőleg a sárga rigó — után nevezik így, amelynek a húsa gyógyítaná is a sárgaságot): A bőr, nyálkahártyák, a conj. sklerae sárgák; *subikterus* = enyhébb sárgaság. Maga a sárga festék = az epefesték (bilirubin). Az epefesték főtermőhelye a máj, de a májon kívül is képződik (reticuloendothel?); eszerint a sárgaság is lehet hepatogen, vagy anhepatogen.

Bilirubinaemia: Sárgaság keletkezésének előfeltétele, hogy a vérnek normalis, legfeljebb 1 mg%-nyi epefesteny-tartalma legalább 2 mg% fölé emelkedjék. Ez a bilirubinaemia (tulajdonképpen hyperbilirubinaemia). Felismerhető arról, hogy már a vérsavó színe is sötétebb sárga. — Mennyiségi kimutatása *Hijmans van den Bergh* módszere szerint az *Ehrlich*-f. diazo-reactio segítségével eszközölhető.

$\frac{1}{2}$ ccm savó + 1ccm. abs. alkohol + 0.25 ccm frissen készült diazo-reagens (diazo-reagens elkészítése: I. sz. oldat = acid sulfanilicum 0.15, acid. hydrochlor. 1.5, aqua dest. ad 100,0; II. sz. oldat = $\frac{1}{2}$ %-os natr. nitrosum. Az I. sz.-ból veszünk 10.0 ccm-t, a II. sz.-ból 0.3 ccm-t). Piros szín, amelyet az *Autenrieth*-colorimeter színskálájával összehasonlítva kiszámítható az epefesteny-tartalom.

Ha a diazo-reagenssel összehozott savó minden alkohol-előkezelés nélkül azonnal megpirosodik = közvetlen („direct“) reactio; ha a piros szín csak hosszabb idő elteltével s csak alkohollal való előzetes kezelés után jelentkezik = közvetett („indirect“) reactio.

Bilirubinuria: A vizelet sötét, esetleg sörbarna, habja sárga, a fehérenmün élénk sárga foltot hagy. — Az epefesték kimutatása:

a) *Gmelin-próba*: Salétromossavat tartalmazó salétromsavat rétegezzük a vizelet alá; különböző színes gyűrűk keletkeznek, amelyek között epefestenyre a zöld szín jellemző. b) *Rosenbach módosítása*: Salétromosavas-salétromsavból az átszűrt vizelet szűrőpapírra cseppenünk üvegpálcával; a zöld gyűrű jellemző. c) *Rosin-próba*: Egyszerű és megbízható. Alkohollal 10-szeresre hígított jódtinctura és vizelet érintkezési határán zöld gyűrű = bilirubin.

Urobilinogen- (urobilin) próba: Az urobilinogen az epefesteny reduciós terméke; a reduciót a vastagbélbacteriumok végzik. A keletkezett urobilinogen újból felszívódva a májba kerül s nagyobb része bilirubinképzéshez használtatik fel, kisebb része a vérpályán át a

veséken kiürül. Az urobilinogen kis mennyiségben tehát minden ép vizeletnek is alkatrésze, amikor is a levegőn állva rövidesen urobilinné oxydálódik. *Hiányzik* a vizeletből: 1. ha nem került epefesteny a bélbe (teljes choledochus-elzáródás), 2. ha a máj parenchyma-laesiója miatt nem termelődik epefesteny (pl. ikterus cat. tetőfokán.). *Megszaporodik* a vizeletben a legkülönbözőbb máj-laesiók és főleg az anhepatogen haemolytikus ikterus eseteiben. Bizonyos bélbetegségekben is erősen positiv a próba (sok urobilinogen kerül felszívódásra).

a) Urobilinogen: Kevés friss vizelethez rázás közben néhány csepp *Ehrlich*-féle reagenst adunk (8 gr. dimethylparaaminobenzaldehyd + 80 gr. acid. hydrochlor. cc. + aqua dest. 200.0). Kifejezetten vörös szín = positiv. Urotropin-szedés megakadályozza a reakciót, viszont choleflavin mellett urobilinogenuria nélkül is erősen vörös színt kapunk; neotropin, pyridium szintén positivvé tehetik a próbát. Forralt vizeletben ép viszonyok között is positiv.

b) Urobilin: (*Schlesinger*-próba): 10%-os alkoholos zinkacetat + aa vizelet + szűrés = zöld fluorescentia. Jelentősége megegyezik az előbbiével.

Galactose-, laevulose-próba: a galactose és laevulose szőlőcukorrá alakítása *Fischer*, szerint a máj speciális munkaköre. Laedált májfunctio esetében galactosuria és laevulosuria keletkezhetnek. Ikterus szempontjából főleg a galactosuria értékesíthető, mert positiv esetben amellettt szól, hogy májparenchyma-bántalommal állunk szemben.

a) Galactose-próba (*Bauer*.): Éhgyomorra teában 40 gr. galactoset kap a beteg; 6 órán át koplal és 6, illetőleg 12 óra alatt ürített vizeletében polarimeterrel quantitativ cukorkémlelést végzünk; az eredményt 0.7-el szorozzuk. Ha a kapott érték 3 gr. felett van, a próba positiv. Elzáródásos és haemolysises sárgaságok nem járnak positiv reakcióval (az eredmény 2 gr. alatt marad.).

b) Laevulose-próba (*Strauss*): 100 gr. laevulose bevitele után 2-szer 3 óras vizeletportiókban meghatározuk a *Selivanoff*-próbát = a vizelethez aa mennyiségben adunk 25%-os sósavat és néhány resorcinkristályt + gyors felforrálás; positiv = vörös szín, majd barnás-vörös csapadék, mely alkoholban oldódik. A poláros értéket 0.57-el szorozzuk; 0.1% felett kóros. A laevulose-próba általában csak annyit enged következtetni, hogy a máj laedált. Előbbi próba értékét nem éri el.

A bélsár sublimat-próbája (*Schmidt*.): Hepatogen ikterus esetekben a bélsár színtelen (acholiás). — Az epefesteny kimutatása:

Mogyorónyi friss bélsarat eldörzsölünk concentrált vízes, nem festett sublimat-oldattal (sublimat 25.0, NaCl 1.5, Aqua dest. 500.0) és befedett edényben szobahőmérsékleten 3—24 óráig állani hagyjuk. Piros szín normalis állapotot jelöl (urobilin).

Az ikterusok klinikai csoportosítása: 1. *Hepatocellularis* = a májparenchyma megbetegedésével. Ilyenek az ikterus catarrh. (simplex), az atrophia hepatis acuta flava, bizonyos cirrhosisok, toxikus májlaesiók (pl. salvarsan-ikterus, phosphormérgezés), fertőző betegséghez társuló ikterus (pneumonia, sepsis, typhus stb.). — 2. *Elzáródásos*, vagy *mechanikus* = a kivezető epeutak kő, daganat, mirigyek, ascaris stb. okozta elzáródásakor, retrograd epepangás következményeként; régóta fennálló folyamat már parenchyma-laesiót is okoz. — 3. *Haemolysises* = nagytömegben széteső vörösvérsejtek haemoglobinjából eredő bilirubinaemiával (hamolysis, vérömlenyek). Ilyenek az ikterus haemolyticus, a malaria, az anaemia perniciosus, a haemolysises mérgek (pl. gomba, arsen, bakterium-toxin) okozta sárgaságok.

Az ikterusok differentialis diagnosisa fenti próbákkal:

Ikterus	Bilirubinaemia	Bilirubinuria	Urobilinogen (urobilinuria)	Galactose-próba
<i>hepatocellularis</i>	direct	+++	++	+
a baj tetőfokán	direct	+++	—	++
<i>mechanikus</i> (teljes zár)	direct	+++	—	—
<i>haemolysises</i>	indirect	—	+++	—

Csigolyagyulladások kórisméje.

1. *Spondylitis tuberculosa* (Malum Pottii. *Pott Per-cival* szül. 1713. Londonban, megh. 1788.)

A csigolyagyulladás ezen leggyakoribb alakjának korai felismerése fontos, mert idejekorán végzett szakszerű kezeléssel nemcsak a folyamat gyógyulását segítjük elő, de megakadályozhatjuk a torzító csigolyapúp kifejlődését is. A betegség legkezdetibb szakában a kórismében könnyen tévedhetünk, mert ilyenkor a röntgenkép még negativ, a helyi tünetek kevésbé kifejezettek, inkább az általános tünetek vannak előtérben. Az előbb élénk, virgonc gyermek feltűnően sápadt, étvágytalan, nyugtalanul alszik, játéktól húzódozik. Figyelmes vizsgálattal sokszor már ilyenkor is észrevehető a törzsnek, illetve nyaki folyamat esetén a fejnek sajátos merev tartása. Gyanunkat megerősíti, ha egyidejűen más gümőkóros jelenségek is vannak, ha családi terheltség kimutatható, a Pirquet positiv és a vérséjt-szüllyedés gímrult.

A baj későbbi stadiumában a gerincoszlop kinosan óvatos rögzítése, a tövisnyulványok jellegző nyomási fájdalom, de különösen a röntgen képen látható elváltozások (a beteg csigolyatest ékalakú összeroppanása és mézszzegénysége) még akkor is kétségtelenné teszik a kórismét, ha csigolyapúp (gibbus) még nem volna kimutatható. Kis gyermekek angolkóros kyphosisát nem ritkán spondylitissel tévesztik össze, de a tévedés elkerülhető, ha a hasra fektetett gyermek lábait megemelve gerincoszlopát homorítani iparkodunk, angolkór esetén ez sikerül és a kyphosis eltűnik, míg a spondylitises púp megmarad.

Van eset rá, hogy a spondylitises folyamat teljesen észrevétlenül, szinte tünetmentesen fejlődik ki s a beteget csak akkor viszik orvoshoz, amikor már hideg tályogja, vagy a gerincvelő öszzenyomásából (compressió myelitis) származó bénuulása van. Ilyen esetben a kórisme természetesen nehézségeket nem okoz. Spondylitis tuberculosa esetén gyakori a psoas-tályog, mely ha bizonyos nagyságot elért, a csípőizület hajlításos zsugorodását okozza. Ha tehát a beteg csípőizületi flexió contracturával jelentkezik, sohasem szabad elmulasztani a csípőtájéék beható vizsgálatát. A spina ant. sup.-tól befelé kítapintható és elődomborodó, hullámzó terimenagyobbodás psoas-tályog jele, mely legtöbb esetben spondylitis következménye.

2. *Spondylitis traumatica*. (Kümmell-féle betegség. *Kümmell Hermann*, szül. 1852. Corbachban, a róla elnevezett betegséget 1891-ben írta le.)

Ezen sokat vitatott kórkép lényege, hogy kisebb vagy nagyobb trauma után néhány héttel, vagy hónappal a gerincoszlop fokozódó fájdalmak kíséretében elgörbül és egyre nagyobb csigolyapúp keletkezik. Kümmell maga a bajt a csigolyatestek és porckorongok ellágyulásából származó önálló betegségnek tartotta. Ujabb időben erősen tért hódít az a felfogás, hogy a Kümmell betegség nem morbus sui generis, hanem csak másodlagos követke-

ménye fel nem ismert, illetve hibásan kezelt csigolyatörésnek, vagy gümőkóros spondylitisnek. Annyi bizonyos, hogy a valódi „Kümmell“ igen ritka betegség, melynek diagnosisához feltétlenül szükséges a megelőző trauma kimutatása. Egyéb hasonló tüneteket okozó csigolyabetegségek kizárandók. Különösen fontos az elkülönítés gümőkóros spondylitis-től, nehogy a betegek indokolatlan balesetkártalanítási igényekkel lépjenek fel.

3. *Spondylitis osteomyelitica*. Kórisméje a heveny szakban nehéz, mert a súlyos általános állapot mellett a helyi tünetek teljesen háttérbe szorulnak. Fődolog, hogy különösen gyermekek ismeretlen okból eredő heveny septikus megbetegedése esetén erre a lehetőségre is gondoljunk. A folyamat legtöbbször csak egy ágyéki csigolyára szorítkozik; ha tehát itt körülírt erős nyomásérzékenységet és duzzanatot találunk, a kórisme lehetséges. A betegség későbbi félheveny stadiumában, amikor már a helyi tünetek kifejezettebbek, a röntgen kép pozitív és tályogképződés jelei mutatkoznak, a diagnosis sokkal könnyebb.

4. *Spondylitis typhosa*. Jóindulatú csigolyagyulladás, mely sem gennyedéssel, sem nagyobb csontpusztulással nem jár és legtöbbször púposodást sem okoz. Kórisméjét felállíthatjuk, ha typhus lezajlása után néhány héttel újabb lázas állapot kíséretében erős háti vagy ágyéktáji fájdalmak jelentkeznek a gerincoszlop megfelelő szakaszának görcsös rögzítésével és a tövisnyujtványok kifejezett körülírt nyomási fájdalmával. A folyamat legtöbb esetben néhány hónap múltán teljesen meggyógyul.

5. *Spondylarthrosis deformans*. Többnyire idősebb, 40 éven felüli, nehéz testi munkával foglalkozó egyének fordul elő. Biztos kórisméje csak a röntgenképből állítható fel, mely a csigolyák és porckorongok jellemző elváltozásait mutatja (tüskés és csőrszerű csontkinövések a csigolyatestek peremén, a porckorongok elvékonyodása és elcsontosodása, két szomszédos csigolyát összekötő csontkapcsok stb.) A klinikai tünetek lumbagora, ischiasra emlékeztető hát és derékfájásban, a gerincoszlop kisebb nagyobb fokú merevségében nyilvánulnak. Teljes ankylosis ritkán fordul elő. Megjegyzendő, hogy a röntgenképen látható kiterjedt és súlyos elváltozások ellenére a beteg klinice teljesen tünetmentes lehet. Ennek ismerete főleg balesetkártalanítási szempontból fontos, mert előfordul, hogy ilyen egyének tévesen magas baleseti járadékban részesülnek és utólag kiderül, hogy diffus spondylosis-uk ellenére nehéz testi munkájukat zavartalanul tovább végzik.

6. *Spondylitis ankylopoetica*. (Bechterew-féle betegség, *Bechterew Wladimír* szül. 1857-ben Viatká-ban.)

Ugyyszólván kizárólag férfiakon előforduló betegség, mely rendkívül lassú lefolyás után a gerincoszlop teljes csontos merevségével végződik. A kifejlődött Bechterew kór diagnosisa nem nehéz. Jellemző a betegek nagy ívben előregörnyedt testtartása a gerincoszlop abszolút merevségével. A fej előrehajlított helyzete oly erős lehet, hogy az áll a szegycsont markolatával érintkezik s e helyzetből sem active, sem passive nem mozdítható ki. Olykor más nagy ízületek (csípő, vállizületek) merevsége is constatálható. Gyakoriak a heves keresztáji, vagy övszerű, bordaközi zsábara emlékeztető fájdalmak.

A röntgenképen a spondylosis deformans-sal ellentétben a csigolyaközi rések nem szűkültek, a csigolyatesteken széli csontburjánzások nem láthatók, a csigolyaközi és hosszanti gerincszalagok elcsontosodása folytán a gerincoszlop bambusnához hasonló alakot vesz fel, a csigolyatestek pedig az erős atrophia miatt üvegszerűen áttetszőek.

Szemsérülések és azok kezelése.

(Folytatás.)

Ha a seb nagy és azon át a szem belsejének nagy része kiürült, vagy az idegentest a szemet szétroncsolta, azaz nincs semmi reményünk annak megtartására, leghelyesebb a minél előbbi enucleatio. Ezzel a beteg szenvedését megrövidítjük és munkaképességét leghamarabb visszaadjuk.

Az idegentest eltávolítása után az orvoslás helyi és általános. — *A szemgolyónak minden áthatoló sérülését, különösen ha idegen anyag volt a szemben, fertőzöttnek kell tekinteni és aszerint eljárni.* Nem elégszünk meg a helyi kezeléssel, hanem az egész szervezetet serkentjük a fertőzés leküzdésére. Az általános kezelésmódok közül leg hatásosabbnak mutatkozik a láztherapia. Ha meggyőződünk arról, hogy a szív, tüdő állapota lázkeltő szer alkalmazását megengedi, s a beteg előzőleg nem kapott sem idegen fehérje-, sem serumkezelést, steril tehéntejet fecskendezünk a has, vagy hát bőre alá. Kis gyermekek egyszeri adagja $\frac{1}{2}$ –2 ccm, felnőtteké 8–10 ccm lehet, amelyet 10 napon belül 2 szer—3 szor megismételhetünk. Néhány órával a befecskendezés után lázas lesz a beteg, a lázas állapot 8–12 óráig tart. Az első injectiót követő 10 napon túl tejinjectiót ne adjunk. Különböző heteroprotein készítmények is adhatók, eddigi tapasztalataink szerint azonban a tejet nem pótolják teljesen. Tejinjectio helyett typhus-oltást is adhatunk láz előidézésére. A láztherapiát már a beteg jelentkezésekor, azaz a műtét előtt elkezdhetjük, a szem gyógyulása később megmutatja, lesz-e szükség a befecskendezés megismétlésére. A fertőzés leküzdésére sok másféle gyógyszert is alkalmaznak, jó eredményt láttunk a tryptaflavin 0.10–0.20 grammjának venába fecskendezésétől. *Ha a sérülést okozó tárgy földdel, utcaporral vagy trágyával szennyezhetette a szemet, tetanus elleni oltást is adjunk.*

Az idegentest eltávolítása után pupillatágítót és az utólagos fertőzés megakadályozása céljából 1^o/₁₀₀-es tryptaflavint cseppentünk a szembe. Ha az állapot súlyos, az első huszonnégy órára mindkét szemet bekötjük. A beteg néhány napig ágyban marad, minden erőlködéstől — köhögéstől, trüsszentéstől — óvakodnia kell. A műtét utáni órákban fájlalni szokta a szemet, fájdalomcsillapítót adhatunk ellene. Mindennap megcseréljük a kötést, ugyanakkor gondosan megnézzük a szemet. Ha a sebszélek nem beszűrődöttek, a pupilla kitágult és a szemgolyó kötőhártyája nem oedemas, elegendő naponta egyszer adni pupillatágítót. Ha azonban az iris elmosódott rajzolatú és a pupilla nem tágul, ami szívvérnyárhártya gyulladás jele, naponta 4–5-ször adunk scopolamint, vagy más pupillatágítót és 3-szori meleg borogatást rendelünk. Ha a seb újkeletű, a meleg borogatást a kötésen keresztül thermophorral, vagy vászonzacszkóba tett lenmagliszttel korpával, stb., vagy kötés nélkül sugárhővel pl. sollux-lámpával végeztetjük. Ha a seb már 6–8 napos, a beteg 1%-os sós-, vagy 3%-os bórvízzel maga borogathat. Ha szívvérnyárhártya-gyulladás az első 5 nap alatt nem jelentkezik, azaz a csarnokvíz tiszta és a pupilla tág marad, gennyes iritistól nem kell többé tartanunk. Ha a seb kicsi volt és bonyodalom nincs, a beteg második-harmadik napon felkelhet, ha nagy a seb, 4–5 napig maradjon ágyban. Kötés 6–8 napig szükséges. Sima gyógyulás esetén a szemteke kötőhártyája mindinkább halványabb lesz, a fénykerülés enyhül, majd megszűnik.

Pelláthy Béla dr., klinikai tanársegéd.

(Folytatjuk.)

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A tüdőtuberculosis kezelése az általános gyakorlatban.

A tüdővérzés kezelése.

A tüdővérzés kezelésében vannak megrögzött eljárások, melyeket a klinikai megfigyelés és a kísérletes vizsgálatok nem igazoltak. Van azonban két régi módszer, melynek fenntartását hatékonyságán kívül az is indokolja, hogy eszközök nélkül első segélyként is alkalmazható. Az egyik a *konyhasó*. Kávéskanálnyi konyhasó fél pohár vízben oldva s kortyonként fogyasztva kisebb vérzést hamar szüntet, alkalmazása után 5—15 perccel a vér alvadékonyságának a fokozódását lehet kimutatni. Elhúzódó vérzések a vér alvadékonysága spontán fokozódik. A vérvesztéséget ugyanis azzal egyenlíti ki, hogy több szövetnedvet s ezzel együtt véralvadást fokozó fermentumokat (thrombokinase) vesz fel. Ha sőt juttatunk a szervezetbe, ez a folyamat gyorsabb és fokozottabb. A másik hasznos régi vérzéscsillapító eljárás a *végtagok lekötése*. Ha a vérző beteg két alszárát, estleg egyik karját is pólyával vagy gummicsővel úgy szorítjuk le, hogy az ütőeres keringés ne szüneteljen, egyszerre 1—1½ l. vért vonunk el a szervezettől. Ez csökkenti a vérnyomást s a kis vérkör vérbőségét és elősegíti a só hatásához hasonlóan a szövetnedv vérbe áramlását. Másfél—két óráig hagyjuk fent a pólyákat, azután egyenként és óvatosan vesszük le. Feleslegesek a régi szerek közül az adstringentiák, céltalan az ergotin és mellékvese készítmények adása is, hisz olyan érszűkítő gyógyszerünk nincs, amelyik csak a tüdő ereire hatna, a nagy vérköri érszűkítés pedig még inkább fokozza a tüdő vérbőségét. Azelőtt morphium injectiót adtak minden tüdővérzések, ez nemcsak felesleges, hanem kifejezetten ártalmas. A visszafojtott köhögés segíti elő a vér aspirálását s megakadályozza azt a vérzést is, mellyel a szervezet spontán akar megszabadulni a lobos vérbőség vagy kisvérköri pangás okozta teherrel. A beteg teljes mozdulatlansága szintén felesleges, nyugalom kétségkívül kell, de attól még nem indult meg újabb vérzés, ha a beteg a karját megmozdítja vagy a fejét elfordítja. Felesleges az is, hogy csak hideg italokat kap a beteg. Attól eltekintve, hogy ezzel gyomrát is elronthatja, a hideg, a splachnikus területén érszűkítő hatást eredményez, ami viszont csak növeli a tüdő vérbőségét.

Tüdővérzés esetén a beteget ülő helyzetben ágyba fektetjük, megtiltjuk a felesleges mozgást s beszédet. Eltávolítjuk szobájából a nyugtalan és nyugtalanító családtagokat, nyugodt légvételekre szólítjuk fel s arra figyelmeztetjük, hogy köhögési ingernek csak akkor engedjen, ha már a szájában érzi a köpetet. A további dolgok előkészítéséig sót vagy még célszerűbben 1—2 gr. brómot nyelünk a beteggel, mikor a bróm és só megnyugtató hatását célszerűen egyesítjük. Igyekszünk természetesen lelkiileg is hatni a betegre, magyarázva neki, hogy a vérzés nem jelentős s nyugodt magatartása segíti a vérzés megállapódását. Ha a betegnek erős köhögési ingere van, az 1%-os codein vagy dionin oldatból adunk 10—15 cseppet. A szívtájakra hideg borogatást vagy jégtömlőt teszünk.

Ha ily módon a vérzés nem szűnik, ha egy véres köpet ürülését nem csökkenő időközben követi friss vér ürülése, vagy már kezdettől fogva bővebb a vérzés, energikusabb sóhatást igyekszünk elérni azok intravenás al-

kalmazásával. A 10%-os *konyhasó* oldat 10 ccm.-ét adjuk, ez már percek alatt fokozza a véralvadást. Szükség esetén többször is megismételjük. Ujabban inkább a *chlorcalcium* ugyanolyan mennyiségét adják, hogy az alvadáshoz szükséges calciumot is szaporítsuk. Steril ampullákban egész sor kitűnő hazai calcium készítmény van forgalomban. Egyidejű brómhatást is nyújt a Richter féle *calcium bromatum* és a *bromcalcosol*. Jó hatásának bizonyult a 20 és 40%-os *szőlőcukor* oldat intravenás alkalmazása is, vagy a szőlőcukor és calcium combinatio (*glucoven Chinoin*). Ha az intravenás alkalmazásnak valamilyen akadálya volna, akkor a 10%-os sóoldat helyett ½—1 liter physiologiás konyhasóinfúziót adunk a has, vagy a comb bőre alá, vagy pedig a intramuscularisan is adható calciumkészítményeket (calcium Richter vagy calcium Egger.)

Ezek gyorsan, de nem tartósan ható vérzéscsillapítók. Elhúzódó vérzések ezek mellett a tartósabb hatású csillapítókat is adjuk. A legjobb közöttük a 20 százalékos *camphorolaj*, melyből legcélszerűbben egyszerre 5 köbcentimétert adunk intramuscularisan (a vizes camphor nem pótolja). A legjobb vérzéscsillapítónak tartom, különösen bő váladékú régi gümös folyamatok esetében és pangásokban. Elhúzódó vérzés esetén naponta adjuk, jól ellensúlyozza a szükségből adott köhögéscsillapítók váladékrekesztő hatását. A lassan ható vérzéscsillapítók közé tartoznak a fajidegen fehérjék, alkalmazásuk után csak órák múlva nyilvánul a véralvadást fokozó fibrinogen szaporodása, de ez viszont tartós. 10 ccm steril tej v. normal serum, 1—2 ccm 10 százalékos pepton-oldat, 40 ccm Merck-féle gelatin, a szokásosak. Kellemetlen mellékhatásaik, elsősorban lázkeltő hatásuk miatt alkalmazásukat lehetőleg kerüljük, illetőleg csak akkor adjuk, ha már más szorból kifogytunk. Ide sorozhatnók az állati vérből készült claudent és a tüdő kivonatanyagokat tartalmazó coagulent, ezek lázas reakciót nem okoznak ugyan, de hatásuk nem látszik jobbnak a sóoldatoknál, vagy a camphornál.

Elhúzódó vérzések természetesen sok mindenre sor kerül. Ne befolyásolja azonban az orvost a beteg türelmetlensége, aki folyton újabb szert követel s legyen az orvosnak határozott programja, hogy milyen sorrendben adja a vérzéscsillapítókat. Céltudatosan s nyugodtan cselekedjék, az orvos nyugtalansága és bizonytalansága ártadag a betegre is. Nagyobbnak induló vérzések a belsőleg adott codein és bróm mellett calcium, vagy konyhasó injectióval egyidejűleg adjunk 5 ccm. camphorolajat. Nyugtalan betegnél a brómadagot ismételtetjük, a codein, vagy dionin oldatot azonban csak nagy szükségben, de sohasem annyira, hogy a köhögést egészen elfojtsák. Közben feltehetjük a végtagelszorító pólyákat is. Belsőleg csak a gelatin oldat kerülhet még szóba. Ezt nem szívesen adjuk injectióban, annál szívesebben belsőleg, lassan kialakuló de jelentős véralvadást fokozó hatása van. 15—30 gr. gelatin 200 gr. meleg vízben oldva kanalanként, vagy még egyszerűbben a kereskedésbeli gelatin lapokból naponta 4—5 db. meleg limonádében vagy teában feloldva és langyosan elfogyasztva jó kiegészítője az injectiók kúrának. Ha mindezekkel nem tudunk tartósabb vérzésszünetet elérni, akkor mesterséges légmellet készítettünk, ez az esetek legnagyobb részében azonnal szünteti a vérzést. Előfeltétele a vérző oldal ismerete s az, hogy nagyobb mellhártya-

összenövésnek ne legyenek. A vérzés miatt vitalis indicatioval készített légmellet azonban otthon ill. röntgen-controll nélkül csak vérzésszünetig szabad folytatni. Ha a légmell elkészítése után a vérzés erősebb, kétoldali légmell vagy más műtéti beavatkozások is szóba kerülhetnek, ezek azonban intézeti megfigyelést s előzetes röntgenfelvételt igényelnek.

Nagyobb ütőeres vérzések — melyek szerencsére ritkábbak — tragikusan gyors lefolyásuk miatt a beavatkozásra időt nem engednek. Megkísérélhetjük a vér-alvadékat ujjunkkal kiszedni a beteg szájából s így esetleg a fulladástól megmenteni. Fulladással fenyegető vérzéskor apomorphin injectiót is adhatunk.

A vérző beteg étrendjében felesleges kizárólag a hideg tejhez ragaszkodni. Nem hideg, de nem is forró italok és pépes ételek megengedhetők. A véralvadás szempontjából előnyösek az édes italok (málnaszörp, édes limonádé vagy tea), gelatinnal készült krémekek, csosnya, aszpik, geléek. Nyugodtan adhatunk vérzésszünetben finomra vagdalt husokat, püréket. Kerüljük azonban a köhögésre ingerlő fűszeres dolgokat, morzsálódó száraz süteményeket, azonkívül mindent, amitől a beteg undorodik.

A vérző beteg ápolásakor ügyeljünk arra, hogy érzékeny betegek már kis adag köhögéscsillapító után is néha nem tudnak spontán vizelni. A vérzéscsillapítók székrekedést okozhatnak. Az első széklettel 3—5 napot is lehet várni oly beteggel, aki a legkisebb erőltetésre is vérzik. Olajos vagy kamillateás beöntéssel indítjuk meg. Hűvös vagy hideg napon a vérző beteg ne legyen nyitott ablak mellett, ha egyébként megszokta is, a vérvesztés miatt hűléses ártalmakkal szemben fogékonyabbak. A felkeléssel kisebb vérzés után 2—3 napot, nagyobb vérzés után egy hetet várjunk. Ismételten vérző, régi folyamatú, azonkívül idősebb beteg, hol inkább pangásos jellegű a vérzés, egy-két napos vérzésszünet után már felkelhet, inkább ülő helyzetben pihenjen.

A vérzés megelőzésére a legjobb az idejekorán alkalmazott szakszerű kezelés, cavernás terjedő jellegű folyamatok esetén a légmell. Vérzésre hajlamos idült folyamatok esetében kerülni kell minden testi és lelki ártalmat, minden olyan kúrát, amely vérbőséget idézhet elő a gümös góccok körül (napkúra, jódos orvosságok, tuberkulin). A vérzésre hajlamos időszakokban pedig még fokozottabb legyen a nyugalom. Huzamosabb belső szedésre prophylaktikusan csak a gelatin célszerű. Különös vérzékenység esetén lépbesugárzást ajánlhatunk.

Gergely Jenő dr.,
igazgató főorvos.

DIAGNOSTIKAI SZEMELVÉNYEK

(Belgyógyászat: Gerlóczy Géza dr. Sebészeti: Milkó Vilmos dr.)

Epevizsgálatok duodenum-szondával.

A duodenum-szondázás bevezetése *Einhorn* nevéhez fűződik és kiviteléhez is leggyakrabban az általa használt *duodenum-szondát* választják (Max *Einhorn*, született 1862, Grodno; jelenleg belgyógyász-tanár New-Yorkban.) — E szonda hosszú, vékony, puha gummicső, amelynek a lenyelendő — (esetleg az orrnyíláson át is bevezethető) — végén kis átluggatott oliva van, szabadon maradó végére pedig az 5—10 percnél hosszabb szivattyúzás céljaira egy nagyobb record-fecskendőt szerelünk. A szonda jelzésekkel van ellátva; 50 cm-nél a gyomorban vagyunk. Hogy a duodenumba jussunk, a továbbiakban a beteg a jobboldalára fordulva nyelegeti

a szondát a 80 cm jelzéséig. Ha a pyloruson nem sikerül áthatolni, legyőzhető az akadály a gyomorba fecskendezett 2 rész tej + 1 rész olaj 10 ccm-ével. Ily célból használatos a Stepp-féle keverék is: Ol. amygd. dulc. 20.0, gummi arab. 10.0, aqua dest. 200.0; szódaboncarbona-oldat is megkísérélhető. — A duodenumban vagyunk, ha megjelenik a fecskendőben a duodenum-nedv.

Duodenum-nedv: Alkalis, vagy neutralis, nem zavaros, aranyárga folyadék. Lényegileg epe, pankreas-nedv és bélnedv keveréke.

Rendellenes és kóros leletek:

1. A nedv *pehelyszerűen zavaros* = a) még nem jutottunk a duodenumba (a reactio savanyú; esetleg röntgen-ellenőrzés); b) nyálka, geny keveredik a duodenumbennéhez (hurutos-lobos folyamatok).

2. A nedv feltűnően *sötét* (sok epefestényt tartalmaz *pleiochromia*) = a) haemolysis (ikterus haemolyticus, anaemia perniciosa stb.); b) lezajlott ikterus catarrhalis, c) olykor májcirrhosis, d) cholecystektomia után, vagy súlyosabb cholecystitis mellett (az epehólyag helyett a choledochusban folyik le az epe besűrűsödése).

3. A nedv „*színtelen*“ (hiányzik az epefestény) = a) choledochus-elzáródás, b) tetőfokon levő ikterus catarrhalis (felfüggesztett bilirubin-képzés), c) nem vagyunk a duodenumban.

4. A nedv *világos* (kevés az epefestény) = a) parenchyma-betegség, b) tumor, c) nem teljes choledochus-elzáródás. b) a sphincter Oddi spasmusa.

Az epehólyagreflex: Ahhoz, hogy epehólyag-epét nyerjünk, a következő eljárások használatosak: duodenum-szondán át befecskendezünk a) 30 ccm 10%-os Witte-pepton oldatot (*Stepp*); b) 20—30 ccm magnesium sulfat-oldatot (*Meltzer-Lyon*); c) subcutan 2 ccm pituitriant vagy hypophysint (illetve hasonló hypophysin-készítményeket) injiciálunk (*Kaik* és *Schöndube*).

Ezen eljárások bármelyikét alkalmazva 15—30 perc múlva epehólyag-epe ürül, amelynek hólyageredete felismerhető arról, hogy a kiszivattyúzott bennék feltűnően sötét, zöldes-feketeszerű.

Ha nem kapunk hólyag-epét, a következő kóros lehetőségekkel kell számolnunk: a) a ductus cysticus elzáródott; b) a gyulladt epehólyag nem képes elég koncentrált (sötét) epét produkálni; c) az epehólyag összehúzódásra képtelen (összenövés, zsugorodás, empyema), vagy d) üres (ikterus catarrhalis tetőfoka, illetve egyéb parenchyma-megbetegedések).

A hólyag-epe után bizonyos idő múlva ismét világos- (máj-) epe ürül. A duodenum-nedv epés színezetének ez intenzitásbeli hármastagozódása szerint megkülönböztetünk: „A“-epét (máj-epe), „B“-epét (hólyag-epe) és „C“-epét (újból máj-epe).

Epefesténytartalom: A duodenum-nedv epefesténytartalmát diazo-reagens segélyével a már ismertett módon mennyiségileg is kifejezhetjük. Ez adatok megbízhatóságához szó fér.

Urobilinogen-tartalom: Kimutatható a már ugyan csak tárgyalt Ehrlich-féle reagenssel. — A máj-epe többnyire nem tartalmaz urobilinogent, a hólyag-epében azonban pozitív a reactio. — A máj-epében is pozitív a reactio = cholecystitis-, cholelithiasis-rohamok után és haemolysis folyamatokban.

Chromoskopia: Sokan foglalkoztak az epével kiválasztódó bizonyos festékek diagnostikus értékével. Még

leginkább a carmin-, illetve az indigocarmin intravenás injectiójával nyert színreakciók értékesíthetők, amennyiben a duodenum-bennébe elhúzódó kiválasztás cét. par. májparenchyma-laesio mellett szól (*Lepehne, Hatiéganu*). Ezeknek a módszereknek gyakorlati értéke csekély és így tárgyalásuk e helyen mellőzhető.

Mikroskopos lelet: a) normalis = néhány leukocyta és hengerhámsejt, néhány kristály; b) cholecystitis = sok leukocyta; c) epekő = sok bilirubin- és cholesterolkristály. E leletek diagnostikai értéke önmagukban véve nem megbízható s közülük csak a nagyobb tömegű leukocyta-lelet az, amit egy esetleges komolyabb gyulladás kórisméjéhez felhasználhatunk.

Bakteriologias lelet: A duodenum-bennéből bizonyos lobos-folyamatok kapcsán bacteriumok tenyészthetők ki (pl. typhus-, coli-bacillusok), amelyek adott esetben a gyulladásos állapotot okozzák; e vizsgálatok részletezése nem ide tartozik.

Bélelzáródás (ileus).

Az ileusos beteg sorsa jórésztben a gyakorló orvostól függ, mert ő az, aki a beteget a baj kezdeti szakában látja és az ő diagnostikai készségén mulik, hogy a beteg még idejekorán és ne elkésve, reménytelen állapotban kerüljön a sebészhez. A gyakorló orvostól azonban nem lehet többet kívánni, minthogy az ileus valószínűségi kórisméjét felállítva azonnal sebész tanácsát kérje ki. Az elzáródás helyének és minőségének pontos megállapítása annál kevésbé lehet az ő feladata, mert ebben a kérdésben gyakran még a sebész sem tud eligazodni.

A súlyos kórképből két cardinalis, sohasem hiányzó tünet emelkedik ki, u. m. a többé-kevésbé teljes *szék és szélrekedés* (obsturctio) és a *hányás*. Ezekhez csatlakozik a jellemző ileusos fájdalom és a localis hasi lelet, együttevén olyan tünetcomplexumot alkotva, mely a kórismét kifejlődött ileus esetén mindig, korai esetekben legtöbbször lehetővé teszi.

Az obstructio és a hányás diagnostikai értékelésében némi óvatosságra van szükség. Előbbi mély elzáródáskor rendszerint absolut, vagyis a betegtől ismételt hashajtás, beöntés dacára sem szék, sem szelek nem távoznak, míg magas elzáródás esetén az alsó bélszakaszok kiürülése folytán még néhányszor formált szék lehetséges, sőt szelek is távozhatnak. A hányás viszont mély elzáródásban csak későn és ritkán jelentkezik, magas elzáródáskor pedig a legkorábbi tünet, mely sűrűn ismétlődik és aránylag gyorsan megy át az ominosus bélsárhányásba. Utóbbi egyébként az ileusnak ugyan biztos, de már késői tünete, melyre a kórisme biztosítása végett várni végzetes hiba volna.

Az ileusos hasfájás jellege és erőssége különböző. A bélelzáródás ú. n. destructiv formáiban (incarceratio, volvulus, invaginatio stb.) a kezdeti fájdalom oly borzasztó erős lehet, hogy a hideg veritéktől borított beteg collabál. Később a fájdalom enyhül és helyet ad a rövid időközökben jelentkező fájdalmas bélgörcsöknek, jeléül annak, hogy a bél erős, bár sikertelen összehúzódásokkal iparkodik tartalmát továbbítani.

A localis hasi tünetek közül figyelembe veendő: 1. *A meteorismus*. Kezdetben nem mindig kifejezett, sőt magas vékonybélelzáródásban teljesen is hiányozhatik. Később a puffadság növekedik és az elzáródás minősége szerint inkább a has középső részét (vékonybélileus) vagy inkább az oldalrészeket (vastagbélileus) domborítja elő. Volvulusban a puffadás rövid idő alatt óriási méretű lehet egyébként azonban a nagyfokú meteorismus, akár csak a bélsárhányás, már késői tünet, mely a kilátást lényegesen rosszabbítja.

2. *Bélmerevség és korgás*. Az ileus egyik legjellemzőbb tünete. Görcsök alatt a bélfal megkeményedik és a hasfalón át kitapinthatóvá, nem ritkán láthatóvá válik. Görcsroham végén, de attól függetlenül is sokszor erős, korgás hallható és érezhető.

3. *Wahl f. tünet*.

Igen fontos diagnostikus jel, melynek lényege, hogy az elzáródási hely fölött egy erősen kitágult bélkacsot tapintunk, mely a peristaltikában nem vesz részt és ismételt vizsgálatkor mindig ugyanazon a helyen található.

4. *Bélzörejek*. Fontos, bár a tankönyvekben nem eléggé méltányolt tünet. Az elzáródás biztos jele, ha a has felett auscultálva magas, csengő, bugyborékoló zörejekeket hallunk, hasonlóan ahhoz a kotyogáshoz, amit szűknyakú üvegből kiöntött levegővel kevert folyadék okoz.

5. *Rendellenes hasüri resistentia*, melyet okozhat görcsösen összehúzódtott bélkacs, invaginációs tumor, rákos vagy gümös béldagamat stb. Egyéb cardialis tünetek mellett az ileus kórisméjét erősen támogatja.

Röntgenvizsgálatnak a heveny bélelzáródás kórisméjében csak másodrendű jelentősége van. Elsősorban döntő a klinikai vizsgálat eredménye, ezért acut esetekben, már csak a beavatkozás sürgőssége miatt is, a röntgenvizsgálattal sok időt vesztegetni nem szabad. Subacut és idült esetekben azonban, ahol a műtét nem oly sürgős, az elzáródás localizálása céljából igénybe kell venni.

Az ileus számtalan fajtája között műtét előtt különbséget tenni nehéz. Némi útbaigazítást adhat:

1. *A beteg életkora*. Ujszülöttek ileusának leggyakoribb oka az atresia ani, vagy congenitalis bélszűkület. Csecsemők, kisgyermekek typosus ileus formája a bélbetüremkedés (invaginatio). A későbbi korban leggyakoribb a lezorítás, megtöretés, összenövés, csavarodás okozta ileus, míg hajlott korban elsősorban valamely a belek összenyomó, vagy ürterét szűkítő daganatra kell gondolni.

2. *A kórelőzmény*. Előzőleg lezajlott vagy operált hasüri gyulladásos folyamatok (appendicitis, tuberculo-sis peritonei, salpingo-oophoritis stb.) összenövésre, alszalagos lezorításra, bélletapadásra, cholecystitis, epekőrohamok, epekőileusra keltenek gyanút.

3. *A sérvkapuk és végbél vizsgálata*. Ileus legcsekélyebb gyanúja esetén teljességgel nélkülözhetetlen vizsgálat, melynek elmulasztása műhiba. A sérvkapuk beható vizsgálata azért nagyon fontos, mert az ileusok jelentékeny részét sérvkizáródás okozza. Különös gondot kell fordítani a comb-sérvkapuk vizsgálatára, mert különben kisebb, alig kitapintható bélfalsérv (Littre-sérv) könnyen elkerülheti a figyelmet.

Végbélvizsgálat is sok esetben felderíti az ileus okát. Bélbetüremkedés esetén a vizsgáló ujjon véres nyák tapad, néha a mélyen fekvő invaginatum csúcsa is kitapintható, kitapinthatók továbbá a bél lumenét elzáró daganatok és egyéb olyan ileust okozó elváltozások is, amelyek hasmetszés nélkül egyszerűbb beavatkozással gyógyíthatók. (Atresia, végbélstenosis, Douglas tályog, idegen testek, gyümölcsmagvak, bélsárrögök okozta el-tömeszelés stb.)

Szemsérülések és azok kezelése.

(Folytatás.)

Ha a seb bonyodalom nélkül gyógyult, a beteg sokszor már a műtét utáni 8-ik napon elhagyhatja a kórházat, 10-14 nap múlva könnyű munkát végezhet, erőltető munkától azonban még további egy hétig tartózkodnia

ajánlatos. Ha a lencse is sérült, a szem tensióját naponta tapintsuk meg, mert a lencseállomány duzzadása glaukomát okozhat, ami ellen azonnali punctio corneae lehet szükséges. Pilocarpint ilyenkor ne adjunk.

Ha a csarnokvíz az első napokban zavaros lesz, vagy a sebszélék gennyesen beszűrődnek, különösen pedig ha a csarnokban gennyes izzadmány is jelentkezik, továbbá ha a szemgolyó oedemás és fájdalmas, súlyos fertőzéssel van dolgunk. Ilyenkor pupillatágítókon kívül trypaflavin-, rivanol vagy collargol kenőcsöt is teszünk a szembe és erélyes általános kezelést végzünk. Megkísérélhetjük a geny kibocsátását és a csarnok kiöblítését 1^o/_{oo}-es trypaflavinnal, de így is kevés remény van a gyógyulásra. A genyes infiltratio legtöbbször rohamosan terjed, a csarnok megtelik gennyel, a kötőhártya és szemhéjak megduzzadnak, néhány nap alatt előttünk van a panophthalmitis képe. Ha a fertőzés fészke az üvegtestben van, a szemteke kötőhártyájának oedemája és fájdalom kíséretében előbb az üvegtestben látunk nagytömegű sárga izzadmányt, utóbb az iris is infiltrálódik. Panophthalmitis esetén fájdalomcsillapítót, hideg borogatást rendelhetünk, a szem feszülését esetleg punctio skleraevel enyhíthetjük, ha a gyulladás alábbhagyott, evisceratio bulbi-t végezhetünk. Panophthalmitises szemgolyót meningitis veszélye miatt nem enucleálunk. Néha sikerül megakadályozni a heveny panophthalmitis kifejlődését, de ha az endophthalmitis septica lassúbb lefolyású is, a szemgolyó zsugorodását bajosan akadályozhatjuk meg.

Sokszor csak a műtét utáni ötödik-hatodik napon jelentkezik az iritis. A szemgolyó vörös, élénk ciliaris injectiót látunk a szaru körül, a szem tapintásra fájdalmas, de a csarnokban geny nincs. Ilyenkor naponként 4—5-szöri pupillatágítót, meleg borogatást és erélyes általános kezelést rendelünk. Röntgen-besugárzást is végezhetünk ellene. A szivárvány-gyulladás legtöbbször a sugártest gyulladásával bonyolódik, a szaru hátsó felszínén praecipitatumokat, a csarnok alján néha hypopyon találunk. Hónapokig húzódnak az uveitis, gyógyulása bizonytalan. Néha megmenekül a szem, de a látás legtöbbször rossz marad, máskor azonban a szemgolyó megpuhul és lassanként zsugorodik. Meleg borogatáson, pupillatágításon, és általános kezelésen kívül alig tehetünk mást. A szem tensióját minden vizsgálatkor ellenőrizni kell, mert másodlagos glaukoma is támadhat. A szemet kötés nélkül is hagyhatjuk, sötét üveget hordatunk a beteggel és szemmunkától eltöltjük. Kezelés közben figyeljük a másik szemet is, mert minden sérüléssel uveitis esetén félni kell a másik szem gyulladásától. A sympathiás gyulladást izgalmi állapot előzheti meg, amelynek tünetei: könnyezés, fénykerülés, az addigi egészséges szem gyors fáradása, látáscsökkenés, vizsgálatkor mutakozó enyhe vörösség a szaru körül. A szaru hátsó felszínén mutakozó praecipitatumok már komolyabb jelek. Az uveitis sympathica előzetes izgalom nélkül is bekövetkezhetik. Ilyenkor a sérült szemet haladéktalanul enucleálni kell, különösen akkor, ha már ugyanis magvakult. Utána a sympathiás izgalom megszűnik, a kifejlődött sympathiás gyulladás azonban már nehezen állítható meg a látás előbb-utóbb nagymértékben csökken, esetleg teljesen elvész. Ezért áthatoló szemgolyósérülés esetében soha se mulasszuk el figyelmeztetni a beteget a sympathiás gyulladás veszélyére. Magyarazzuk meg a jeleit és figyelmeztessük veszélyére. A sympathiás gyulladás veszélye rendszerint meggyőzi a műtéttől idegenkedő beteget is a sérült szem eltávolításának szükségéről.

A gyakorló orvos a sérültet, akinek idegen test van a szeme belsejében, első segítségadás után küldje haladéktalanul kórházba, mert az idegentest eltávolításához nagy műtéti-jártasság és kellő felszerelés szükséges. Leg-

feljebb az olyan idegentestet távolítsa el, amelynek vége a szemgolyóból kiáll. Azt is nagy óvatossággal kell végezni s vigyázni arra, hogy felesleges módon elő ne húzzon iris- vagy uvearészletet. A szemet megvizsgálás után be kell kötni, s a beteget azzal a figyelmeztetéssel útnak indítani, hogy mindennemű erőlködéstől, lehajlástól, lehetőleg még a járástól is tartozkodjék. Tanácsos megírni a kórháznak vagy intézetnek, hogy milyen kezelést végzett a betegen.

A szem végleges sorsa attól függ, hogy a szem belseje fertőződött-e vagy sem és hogy a sérülés, vagy műtét milyen változást okozott.

A szem belsejébe az idegentest sodor legtöbbször genyesztő kórokozókat, de fertőződhetik a seb és kicsu szott uvea a kötőhártya felől is, vagy avatatlanok segítségnyújtásakor alkalmazott szerektől is. Mindenféle mikroorganizmus kerülhet a szem belsejébe, amelyek közül a közönséges genyesztők, u. m. a staphylococcus különféle fajtái és pneumococcus a leggyakoribb, ritkább a bacillus subtilis, fluorescens stb. Hogy fertőződött-e a szem belseje, néha már másfél nap múlva, sőt hamarabb is látjuk. Ha eltávolítottuk is 1—2 órával a sérülés után az idegen testet, megeshetik, hogy a sebszélék mégis beszűrődnek, genyes szivárványhártya-gyulladás majd uveitis támad és minden kezelésünk ellenére kifejlődik a sérülés legsúlyosabb bonyodalma: a panophthalmitis. Ennek különösen gyors a kifejlődése, ha a lencse is sérült, mert a lencseállományban a genyesztők jól szaporodnak. Panophthalmitis folytán a szemgolyó mindig zsugorodik, a látás teljesen elvész. Ha a fertőzés kevésbé heves, a gyulladás is enyhébb szokott lenni és lassúbb lefolyású iritis, vagy uveitis alakjában zajlik le. Az első 5 napon belül már láthatók a szivárványgyulladás jelei. A csarnokban több-kevesebb fibrines izzadmány, hypopyon keletkezik, a szem fájdalmas, fénykerülő lesz és erősen izgatott. Ha nem tudjuk megállítani a folyamatot, a csarnokban mind több és több lesz az izzadmány, amely lassanként szervül és zsugorodik. Az iris szorosan összenő a lencsetokkal, sőt a szaru is elhomályosodhat és lelapulhat (phthisis corneae, phthisis bulbi anterior). A beteg ilyenkor kézmozgást vagy fényt vesz csak észre, a látás javítására nincs remény. Könnyebb esetben a pupilla széle köröskörül letapad a lencsetokhoz és a pupilla területét szervült izzadmány zárja el (seclusio-occlusio pupillae), szerencsés esetben pedig csak helyenkénti irislenővést találunk (synechia posterior). Mind a teljes, mind a részleges irislenővés glaukomát okozhat. Ennek elhárítása érdekében iriskimetszést végezhetünk, ami esetleg a látást is javíthatja, de a műtéttel a szem teljes megnyugvása után lehetőleg félévig várjunk, különben a gyulladás fellángolhat. Ha a súlyos gyulladás az uvea hátsó részében zajlik le, nagytömegű zöldes-sárga színű izzadmányt lelünk a szem belsejében. Az izzadmány zsugorodásával a szem megpuhul, a látás mindjobban romlik, végül kialszik, és a szemgolyó sorvad. Néha megállapodik a folyamat, a szem megnyugszik, hetekig-hónapokig halvány marad. A gyulladás azonban könnyen megújul, következményes glaukoma is támadhat. Ritkaság tehát, ha a szem nem vakul meg és alakja is megmarad. Ha a szemgolyó sorvad, sympathiás gyulladás veszélye miatt az amúgy is megvakult szemet legjobb eltávolítani.

Pelláthy Béla dr., klinikai tanársegéd.
(Folytatjuk.)

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Az arseno-benzol készítmények okozta asthmás rohamok és dishydrosis.*

Az utolsó 10–12 év irodalma igen sokat foglalkozik az arseno-benzol készítmények okozta ártalmakkal, részint azért, mert ezeket mind sűrűbben látjuk, részint azért, mert mind gyakoribb annak bizonyítása, hogy melyik készítmény a kevésbé mérgező. A szerzők legnagyobb részét az angio-neurotikus tünetcsoport foglalkoztatta leginkább, mert itt van a legnagyobb bizonytalanság és ennek következtében nagyon ingadozó prophylaxisa és therapiája is. Egyesek anaphylaxiás jelenségnek tartják és egyéni túlérzékenységgel magyarázzák. *Milian* a sympathicus rendszer zavarának, illetve a mellékvese elégtelen működésének tartja. *Lehner* és *Rajka*, majd utánuk *Jadassohn* iskolája cutan-próbák segítségével kimutatták, hogy van salvarsan-túlérzékenység. Hasonló eredményre jutott *Swift* és *Tzank* is. Ezek szerint a salvarsan iránti túlérzékenység lehet veleszületett, vagy szerzett; tehát az anaphylaktoid tünetek a salvarsan allergiára vezethetők vissza. *Jeanselme* és *Pomaret* szerint az ok a colloidalis egyensúly megváltozásában keresendő. *Blaschko* fontos szerepet tulajdonít a constitúciónak is. *Jancsó* és klinikája (*ifj. Jancsó*) histochemiai vizsgálatok segítségével kimutatták, hogy az angio-neurotikus tünetcsoportot bizonyos salvarsan készítményeknek vérben praecipitálása okozza, ez számtalan oldatlan részecske formájában elárasztja a vérkeringést, amelyre az illető egyén sajátos reakcióval felel. Szerintük az idegen anyagoknak a keringésbe durva dispers állapotban betolódása az angio-neurotikus tünetcsoport okozója.

Ezek a különböző vélemények megegyeznek egy közös tényben, mely szerint az angio-neurotikus tünetek kifejlődéséhez egy bizonyos egyéni dispositio kell. Más szempontból ezeket a nagyon eltérő véleményeket összekapcsolni nem lehet; fel kell tehát vennünk azt a lehetőséget, hogy hasonló tünetek kifejlődhetnek más és más okból is.

Ezek után engedtessek meg nekem, hogy az alábbiakban egy kórtörténetet ismertessek, amelynek a szenvedő alanya sajnos én vagyok, akin az arseno-benzol készítmények hatására asthmás rohamok és dishydrosis jelentkeztek.

Tíz évvel ezelőtt a balkéz kis ujján folliculitidem keletkezett. Az erős infiltratio hetekig tartott. Miután ebben az időben nagyszámú lueses beteget kezeltem, attól tartottam, hogy fertőztem magam és ez okozza az induratiót, azért mindennap, amidőn salvarsan injectiót adtam beecseteltem az infiltratumot is. Ezen ecsetelések hatására ez erősen megduzzadt, megpirosodott és fájdalmasabb lett. Erre felhagytam az ecsetelésekkel: alumes resorcinos borogatásokat alkalmaztam, mire az infiltratio 10–12 nap alatt teljesen visszafejlődött.

Ezen időben történt, hogy tipusos asthmás rohamokat kaptam és vele majdnem egyidőben mindkét kéz háti oldalán úgyszólván symmetriásan apró kölesnyi, feszes, főtt ságohoz hasonló viztisza tartalmú hólyagocskák keletkeztek, amelyek erősen viszkettek. A hólyagok egy része beszáradt, másrésze a kaparás következtében megnyilt és bevarasodott. Hetek hónapok teltek el, a dishy-

rosis annyira elhatalmasodott, hogy *Nékám* és *Török* professor urak tanácsára kénytelen voltam megröntgenoztetni, amire néhány hónapra eltűnt. Közben az asthmás rohamok is mind nagyobb erővel jelentkeztek, úgyhogy kénytelen voltam különböző asthmaellenes gyógyszereket használni.

Több hónap után, az első salvarsanos fiola kinyitására rögtön nehéz légzés, majd tipusos asthmás roham keletkezett. Ekkor jöttem rá, hogy a salvarsan és asthma között összefüggés van, de még sejtelmem sem volt, hogy a dishydrosisnak is ez legyen az oka. Erre 6 évvel később 1928-ban jöttem rá.

Eleinte azt gondoltam, hogy a salvarsannak a pora, illetve a gőze az, amely a kinyitáskor, illetve az oldáskor felszállván váltja ki a rohamokat. Beigazolódott azonban, hogy a rohamok akkor is jelentkeznek, ha az oldást más csinálja. Sokszor jelentkezett a roham az osztályomon a beteglátogatás alkalmával, ha valamelyik kórteremben azelőtt pár órával orvosaim valamely arsenobensol injectiót adtak.

Olyankor is volt roham, ha más nyitotta ki a fiolát és más oldotta és ha az orromat, számat elzártam, hogy a légutakba ne kerüljön csak szűrt levegő, de elég volt, ha a salvarsan oldatnak egy csöppje érintette a bőrömet. Ha a fentebb leírt elővigyázat mellett arra is ügyeltem, hogy az oldatból semmi sem jusson a bőrömhöz, a rohamok kimaradtak.

A dishydrosis ezen idő alatt fennállott télen-nyáron egyaránt, sőt még az asthmánál sokkal érzékenyebbül viselkedett. Mindig azt gondoltam, még ekkor is, hogy bizonyára más izgató szer: szappan, sublimát, gyakori kézmosás stb. tartja fent, úgy hogy évente egyszer-kétszer meg kellett ismételnem a röntgen-besugárzásokat. Sajnos a kellő elővigyázatosságot nem tudtam mindig százszázalékig betartani, s az asthmás rohamok, ha kisebb intenzitással is, jelentkeztek.

1928-ban öt hétre Olaszországba utaztam a VI. internationalis tuberculosis congressusra. Az egész idő alatt nem voltak asthmás rohamaim, a dishydrosis is abbahagyott, a bőröm hamarosan behámosodott s teljesen tünetmentes voltam. Hazajövet második napon egy salvarsan injectiót adtam, gyógyultnak gondolván magam, én oldottam fel az anyagot (bizonyára egy kevés érthette a kezemet is), s asthmám azonnal jelentkezett s pár nap múlva megjelent a dishydrosis is. Ekkor vált nyilvánvalóvá, hogy nemcsak az asthma, hanem a dishydrosis keletkezésében, illetve fenntartásában is igen fontos szerepet játszik a salvarsan.

Miután a salvarsan kezelése abbahagyása úgy anyagi, mint erkölcsi kárt jelentett volna, próbát tettem a legkülönbözőbb arseno-benzol készítményekkel és azt találtam, hogyha az elővigyázatosságot nem tartottam be százszázalékig, minden készítmény egyformán kiváltotta a fent leírt jelenségeket. Azt tapasztaltam, hogy a fentebb ismertetett óvintézkedéseket leginkább azokkal a praeparatumokkal tudtam keresztülvinni, amelyek oldott állapotban kerültek forgalomba. Két év óta, hogy a salvarsan injectiókat nem adom, sem asthma, sem dishydrosis nem jelentkezik rajtam, kivéve olyankor, ha osztályomon soronkívül hétköznap és nem ünnepnap, mikor én beteglátogatást nem tartok, kénytelenek adni salvarsan injectiót.

Az anamnestikus adatok teljessége kedvéért meg kell jegyeznem először azt, hogy már 24 év óta fennálló chro-

*)Előadott a Magyar Belorvosok és Magyar Dermatologusok 1932. VI. 9-iki együttes ülésén.

nikus genyes pharyngitisem van, másodsor, hogy bőröm minden külső behatással szemben nagyon érzékeny: leukoplast után napokig fenálló urticaria, furunculosis-ra hajlam stb.

Körtörténetem adataiból a következő tanulságokat vonhatjuk le: *van arsenobenzol túlérzékenység.* A fenti tüneteket másból magyarázni, mint túlérzékenységből, nem lehet. Alapjában (constitutionalisan) érzékeny szervezetemet az ecsetelésekkel sensibilisáltam annyira, hogy azután a legkisebb ingerekre, akár a bőr felől jött legyen az, akár a légzőutak felől, asthmás rohamokkal és dishydrosis-sal válaszol. (Lehner és Rajka pozitív cutan-próbája). Az egész megbetegedés tehát arsenobenzol-allergiára vezethető vissza, amennyiben az allergia szót az amerikai szerzők (Coca és társai) értelmezésében használjuk. Asthmás rohamokat salvarsan után már több ízben volt alkalmam látni betegeimen, azóta is, amióta az injectio adása előtt alkalmazott mellékvese kivonattal, vagy ennek pótszereivel, vagy salvarsan ectobromban oldásával igyekeztem kiküszöbölni.

Mivel esetünkben nem intravenás alkalmazásra keletkezett az asthma, a dyspnoet, a nyugtalanságot, a szédülést, a mellkasi fájalmakat, a fejfájást stb., mint az asthmás roham kísérőit, nem lehet a reticulo-endothel hirtelen mechanikus eldugulásával magyarázni. Más elbírálás alá esik ebből a szempontból az az eset, mikor a salvarsant a visszerekbe adjuk, mint ahogy ez *Jancsóék* histochemiai vizsgálataiban történt (colloidok dispersitásának megváltozása.)

Asthmát és dishydrosist intravenás salvarsan injectiók után magam is több ízben észleltem.

Valószínűnek látszik az, hogy a jelen esetben az arsenobenzol physikochemiai tulajdonságai szerepelnek és a vegetatív idegrendszeren keresztül fejtik ki hatásukat, noha klinikai és pharmacologiai vizsgálatok alapján nem tartozom sem a vago-toniások, sem a sympathicotoniások közé. Túlérzékenységem oka valószínűleg a helyi inger, mely a bőr capillaritását ellátó vegetatív idegrendszer tonusfokozódását váltja ki és ennek az eredője volna a fokozott lymphatermelés és a capillaritások falának fokozott átteresztő képessége. Ezt a kérdést nálunk tüzetesebben *Szondi L.* tanulmányozta, szerinte a túlérzékenység és a vegetatív idegrendszer tonus-zavara között koordinált viszony van és nem causalis.

Az idegrendszer befolyását támogatja az a megfigyelés is, hogy ideges állapotban az asthmás roham erősebb volt, a dishydrosis pedig sokkal élénkebb, valamint az, hogy a dishydrosis a legtöbbször symmetriás volt a két testfélén.

Iparkodtam esetemet mykologiai és bakteriologiai szempontokból is tisztázni, de az eredmény negatív volt. Gombát sohasem találtam, pyogen bakteriumokat (főként staphylococcusokat) is csak néhány nap elteltével, amikor a hólyagok savója megzavarosodott. Hogy a genyes chronikus pharyngitis, mint focalis góc (*v. Kémeri*) és a dishydrosis között milyen összefüggés volt lehetséges, nem sikerült kimutatni, mert pharyngitis a dishydrosis kezdete előtt már sok-sok évvel is fennállott és sajnos ma is fennáll, amikor nincs dishydrosisom.

Ezek alapján esetemet a Darier-féle beosztás alapján a foglalkozásbeli dishydrotiform dermatitisek közé lehetne sorolni. Lehetséges az is, hogy a dishydrosis nem fejlődött volna ki, ha a chronikus pharyngitis nem készíti elő a talajt, megváltoztatván a szervezet reagálóképességét, s csak egy külső artificialis ok kellett az asthma és a dishydrosis kiváltásához.

Szarvas András dr., kórházi főorvos,
Kecskemét.

Hibák a ludtalp-betét kezelésben.

A mindennapi gyakorlatban nem ritkán áll az orvos azon kérdés előtt, hogy betegének betétje megfelelő-e. Nem azon kis parafadarabkáról van szó, amelyet a cipész hozzávetőleges becslése szerint a cipőbe beragaszt; ma már aligha akad orvos, aki ettől a ludtalpdeformatio javulását vagy csak megállását is várná; nem is a gyárilag készült betétekről, amelyeket a reklám suggeráló ereje juttat el az emberekhez, mert mindenki tudhatja, hogy a lábak sokfélesége és a deformatio sokfélesége folytán lehetetlen, hogy éppen az ő lábára való betétet kap az üzleti raktárból.

Nem lehet jó az a betét, amelyen az orvos a láb modellálását, a deformatio megítélését és a betét formájának meghatározását a műszerészre bizza; olyan ez, mint ha az orvos a beteget a gyógyszerészhez küldené azzal, hogy az adjon neki valami orvosságot. Így történik meg, hogy gyakran látunk beteget, akinek van már betétje, de ez a lábdeformatas correctiójára nem elégséges és a láb a betét ellenére tovább romlik. Még az sem elegendő, ha a szakorvos csak a modellkészítést végzi el, a betét alakját és nagyságát is neki kell meghatározni és a betét formáját a pozitív modellre neki kell előrajzolni.

A ma általában használatos betétformák közt sok hibás tyrust találhatunk. Ilyen az u. n. „pupos betét“ (Buckeleinlage), oly betét ez, amelynek lapján elől kis ovális vagy félgömbalakú kiemelkedés van. A „Gyógyászat“ 1932.-i 6. számában és a Deutsche Zschr. für Orthop. 55. kötetében tiltakoztam ezen betétek használata ellen; most *Gaugele* is erősen elítéli (Zbl. für Chirurgie 1932., 42.) ezen betétformát, amely nálunk Budapesten is nagyon elterjedt. *Rosszak ezen betétek,* mert a pup mögött besüppedés következik (ami nem felel meg a láb anatómiájának) és mert a pup tulságosan hátul van és ezáltal a láb harántboltozatát nem hogy emelné, de relative még mélyebbre süllyeszti. Természetes, hogy a betét elülső végét az elülső harántboltozat süllyedése esetében fel kell domboríttatni, de ezen domborulatnak nem szabad különállónak lennie, hanem egységesnek kell lennie a betét hosszmetriai domborulatával.

A „pupos“ betét Amerikában is elterjedt. Megreformált alakban találkozhatunk vele *Galland* közleményében (Americ. Journ. of Surgery 1932); a *különválasztott púpot acélrugó erősíti a betét fémlapjához.* Ennek az volna a célja, hogy a pup eléggé előrehelyezhető legyen, anélkül, hogy a betét gátolná a láb legördítését és anélkül, hogy a félcipőből hátul a láb kiemelkednék. *Hibás eljárás ez,* mert a rugalmas acélösszekötő révén a a betét rugalmassá lesz és így nem alkalmas a mobilis ludtalp correctiójára, — de felesleges is az egész találmány, mert az általam leírt (Orvosi Hetilap 1928., 46. és Gyógyászat 1932., 6. szám), az általánosan használtakkal sokkal hosszabb, de keskenyebb formájú betétet sohasem észleltem a legördítés akadályozottságát; ha pedig kiemelkedik a félcipőből, úgy annak hátsó peremét meg lehet toldani, emiatt elégtelenül corrigáló betétet adni nem szabad.

Egy másik hibája a használatos betéteknek, hogy tulságosan rövidek. A rövid betét pedig rossz, mert a hosszanti boltozatok csak középső és hátsó részletét emeli, az elülsőt pedig süllyedni engedni, sőt *relative még mélyebbre süllyeszti,* — így okozza azután a rövid betét az elülső harántboltozat süllyedését. De rossz a rövid betét azért is, mert csak az állás pillanatában támaszt, a legördítésnek már legelső phasisában elhagyja a láb a betétet és így a *legördítés egész tartama alatt támasz nélkül maradnak a hosszanti boltozatok.* Dorsoventralis irányból készült röntgen felvétel mindenkit meggyőzhet arról,

hogy a használatos betétek túlságosan rövidek; a betétek rövid volta a leggyakoribb oka a betétkezelés eredménytelenségének.

A betét csak akkor elég hosszú, ha az elől legalább is a metatarsusfejecsig ér; az elülső harántboltozat süllyedése esetében azonban a betétnek még hosszabbnak kell lennie és a süllyedt fejecskéket *directe* kell alátámasztania.

Miért nem elég hosszúak az általában használt betétek? Ennek oka az, hogy *elegendő hosszúságú betétet készíteni sokkal nehezebb*, ennek elkészítéséhez első sorban is jó modellre van szükség, jó modellt pedig csak úgy kaphatunk, ha a lábat megterhelés, azaz állás közben, de egyszersmind egyidejű correctióval mintázzuk meg, a lábdeformatio egyes componenseinek gondos figyelembevételével. Ez csak modelláló készülék segítségével lehetséges. (I. előbb említett közleményeimet.)

Hogy mire vezet a jó, de nehezebb megoldástól húzódozás, arra példa (Münchener Med. Wschr. 1929., 37. szám). K. W. Fischer eljárása az elülső harántboltozat süllyedésének kezelésére. Minthogy ezen fájdalmas megbetegedéskor a kellő optimalis betétet elkészíteni nehéz dolog, a cipőbe olyan patkóalakú gummidarabot tesz, amely az I. és V. metatarsus fejecset felemeli, a *süllyedt középső fejecskéket pedig tehermentesíti, azaz tovább engedi süllyedni!* Ez az eljárás, amely a fájdalmakat néhány órára megszünteti, de a deformatiót csak súlyosbítja, nem is új, hiszen már régebben is láttunk cipészek által készített hasonló elgondoláson készült parafalemezeket, a süllyedt fejecsek alatti vájullattal és láttuk az ezekkel elnyomorított betegeket.

Különösen fontos a lehető legjobban corrigáló betét elkészítés azon esetekben, amikor a láb talp statikai következményeit: a térd-, csípő-, keresztcsont- és csigolyaközi ízületeknek statikai megbetegedését, a statikai eredetű lágyék- és deréktáji fájdalmakat, lumbagót, pseudoischiast akarjuk a betéttel gyógyítani. Még ma sem ment át eléggé az orvosi köztudatba, hogy mily gyakran oka vagy fenntartója a láb deformatiója ezen megbetegedéseknek; nem ritka eset az, hogy megvan a helyes diagnosis, de az adott betét — az elégtelen correctio folytán — nem használ, ilyenkor a rossz betét miatt megdől a helyes diagnosis, a beteg megfosztatik a gyógyulás lehetőségétől és öt további hiábavaló kúrának teszik ki.

Ezért nemcsak localis jelentősége folytán, hanem távolhatásai révén is közelről érdeklő a gyakorló orvost, a bel és ideggyógyászt sőt nőgyógyászt is, hogy a betegnek adott betét megajánlja-e az optimalis correctiót.

Fischer Ernő dr. közkórházi főorvos.

A tüdőgyenedések műtéti kezelésének javalatai.

Tüdőgyenedés gyűjtőneve alá gyakorlatilag a hörgőtágulat, tüdőtályog és tüdőüszök kórképét foglaljuk; az eltokolt vagy interlobaris empyema — amennyiben a fali mellhártyarésszel nem függ össze, illetve a csapolásnak hozzá nem férhető — bár lényegében nem a tüdőparenchyma betegsége, kezelés szempontjából sok tekintetben a tüdőtályoggal azonos elbírálás alá esik.

Ezen bajok kórisméje mai diagnostikai felkészültségünk mellett nagyobb nehézségbe nem ütközik. Tudnunk kell azonban, hogy az elváltozások egyike átmehet a másikba, esetleg kettő együttesen is előfordulhat. Így ismeretes, hogy a gangraena az esetek nagy részében bronchiektasia hátrahagyásával javul, vagy gyógyul, viszont a

hörgőtágulat is elég gyakran üszkösödéssel végződik. A betegágnál ezért az elsődleges elváltozás tisztázása sokszor nem sikerül, ami azonban a kezelés szempontjából nem elsőrendű fontosságú.

Nagyobb nehézség elé állítja az orvost a tüdőgyenedések *therapiája*. A sokoldalú belorvosi kezelés, amely chemo-, balneo- és mechanotherapiás úton igyekszik egyfelől a váladékképződést megszüntetni, másfelől annak kiürítését elősegíteni, nem vált be s egyre kevesebb lesz a híve. A művi kezelés enyhébb módszerei, mint a tuberculosisban használatos pneumothorax és phrenicusexairesis szintén nem azok az eljárások, amelyekről maradandó siker volna remélhető. Különösen kiemelendő, hogy a hörgőtágulat légmellkezelése a bajt — kórbonctani lényegénél fogva — nem gyógyítja, legfeljebb csak múló javulást eredményez, ami aligha ér fel az állandóan fenyegető tüdőperforatio, illetve septikus empyema veszélyével. Jó eredmény, a tüdőgyenedés klinikai értelemben vett gyógyulása csakis radicalis sebészi beavatkozástól, nevezetesen a többszszakaszos pneumotomiától, estleg lobektomiától várható. A legnagyobb nehézség ezért éppen annak eldöntésében áll, *mely időpontban* alkalmazzuk ezen közömbösnek éppen nem mondható, ellenkezőleg: nagy morális és socialis áldozattal, hosszas reconvalescentiával és terhes utókezeléssel járó beavatkozást.

Kétségtelen, minél korábban operálunk, annál jobbak a gyógyulási kilátások. Általában 6—8 hétre tehető az az időhatár, amelyen belül a műtét felől döntenünk kell. Egyedül a hörgőtágulat chronicus, legtöbbször sokáig lapangó lefolyású. A legtöbbször ezért ebben a betegségben várhatunk, viszont azonban az is bizonyos, hogy itt műtét nélkül nincs kilátás a gyógyulásra. A *tüdőtályog* esetében aránylag nagy a spontán gyógyulási hajlamoság és mindenki előtt ismeretes olyan eset, amelyben a beteg súlyos állapota hirtelen jobbrafordult és minden különösebb beavatkozás nélkül tályogjának tartalmát kiköpte és meggyógyult. Abscessus esetén ezért — ha csak életveszély (nagy elesettség, súlyos septikus állapot, előzőleg is gyenge tápláltság) nem fenyeget — legalább 6—8 hétig várjunk és csak azután operáltassunk. *Gangraena* esetében a spontán gyógyulás gyakorisága minimális s ha még oly kiadós és tartós javulás is mutatkozik, előbb-utóbb, még pedig többnyire téli időjárás idején, influenzás természetű ártalom kíséretében recidivára lehetünk elkészülve. Ezek az esetek, ha nem is maradandó, de kitűnő tüneti eredménnyel kezelhetők salvarsannal, főképp eleinte, mert később rendszeren salvarsan-refractaeré válnak. Gangraenában célszerű ezért a beteget 4—6 hetes revival-kúrával (0.30—0.45 g) 4—5 napos időközben és párhuzamosan alkalmazott tünetei és roboráló kezeléssel maximalis javulásra — láztalanodásra, köpetének csökkenésére, a bűz eltűnésére, testsúlygyarapodásra, megerősödéssre — indítani azután vagy ekkor, vagy az első recidiva alkalmával azonnal operáltatni és a contact, vagy metastatikus úton tovaterjedés veszélyétől megóvni, amikor a műtéti beavatkozás esélyei már sokkal rosszabbak.

A műtét maga — amely a paraffin-plomba egyik legjelentősebb alkalmazása révén válik keresztülvihetővé — az átlagos képességet és gyakorlatot meghaladó, kifejezetten különleges feladat elé állítja a sebészt és csak tüdőműtetre felszerelt intézetben végezhető el.

vitéz Dániel Gábor dr. főorvos.

Szemsérülések és azok kezelése.

(Folytatás.)

Ha a szem belseje nem fertőződött, a gyógyulás me-
nete a seb nagyságától, helyétől és a szem belsejének álla-
potától függ. A szem minden sérülése után kisebb-nagyobb
kötőhártya-vérágasság mutatkozik és a száru körül rózsas-
színű öv (ciliaris injectio) támad, ha azonban a seb nem
fertőzött, a fájdalom hamar megszűnik és a szem rövide-
sen halványodni kezd. A szaruseb széle az első napok-
ban folyadékbeivódás miatt szürkeszínű. Ez a homályos-
ság lassanként eltűnik, a seb helyén ellenben szürke ho-
mály marad (macula, cicatrix corneae). Ha a homály a
pupilla előtt van, a látást rontja, ezenkívül feltűnő is le-
het. Nagyobb seb következtében a száru görbülete megvál-
tozhatik, a forradás területe behúzódhatik, sőt a száru-
hártya egész terjedelmében lelapulhat (aplanatio cor-
neae). A száru görbületének kisebb megváltozása is sza-
bálytalan astigmatiát s emiatt nagyfokú látóélesség-csökke-
nést okoz.

Nagyobb seben át csaknem mindig kicsuszik az iris,
ennek gyógyulása nagyrészt a sérülés ellátásán mulik.
Ha a szivárványhártyát sikerült visszasimítani anélkül,
hogy kivágtunk volna belőle, a pupilla kerék marad, sőt
a sérülésnek a nyoma is eltűnhetik, de elvékonyodhat,
sorvadhat is az az irisrészlet, amely a sebszélek között
volt. Ha a kicsúszott irisrészletet levágtuk (coloboma iri-
dis, a pupilla szabálytalan alakú lesz. Colobomaszerű
rés marad vissza akkor is, ha az iris szövete
a balesetkor berepedt, vagy hátragyűrődött. Ha az
iris a gyökeréről kisebb-nagyobb területen leszakadt
(ruptura peripherica iridis vagy iridodialysis), a pupilla
vesealakú lesz, ami különösen a pupilla tágulásakor szem-
betűnő. A szűkítőizom sugárirányú, esetleg nem is lát-
ható berepedése után állandóan tág és szabálytalan ma-
radhat a pupilla. A coloboma is és irisrepedés is nappali
fényben vagy focalis világítással fekete, szemtükörrel a
szemfenék átvöröslök rajta. Ha az iris köröskörül lesza-
kadt és felszívódik, vagy kilöködik (aniridia traumatica),
a száru egészen átvörösödik a szemfenék. A szivárvány-
hártya hiánya következtében a beteget állandóan káprá-
zás kínozza. Zúzódás, gyulladás miatt az iris egészben sor-
vadhat, ezenkívül a pupilla széle lenőhet a lencsetokhoz,
minek folytán a pupilla csipkézett szélű lesz. Ha a ki-
csúszott, vagy becsipődött irist nem sikerül a sebszélek
közül kiszabadítani, belerő a száru szövetébe (cicatrix cor-
neae adhaerens), ami később súlyos bonyodalmat okozhat.
Az ilyen szem glaukomára hajlamos. De a száruba nőtt
iris utóbb fertőződhetik is, aminek súlyos fibrines vagy
genyes szivárványhártya-gyulladás lehet a következmé-
nye. A corneoskleralis határon hólyagszerűen kiemelkedő
forradásszövet is képződhetik a becsipődött iris helyén
(cicatrix cystoides). Ez a hely későbbi fertőzésre is
alkalmas lehet, mert a hám könnyen kikopik fe-
lette. Ha az iris nagyobb darabja benőtt a száru széli
részébe, a pupilla egészen oldalra húzódhatik, aminek
nagyfokú látásromlás lesz a következménye, mert a fény
a száru és lencse szélén át jut ilyenkor a látóhártyára. A
szivárványhártya sérülése nyomaként kisebb-nagyobb
pigmenttrögök vagy szemcsék maradhatnak vissza a len-
csetokon, sokszor a száru hátsó felszínén is, ami azon-
ban nem okoz bajt.

A lencse sérülésének szürkehályog (katarakta tra-
umatica) a következménye. A lencsetok kisterjedelmű re-
pedésekor a hályog részleges is maradhat, de ha a tok

nagyobb darabon sérült, az egész kéregállomány elhomá-
lyosodik és a beteg csak kézmozgást lát. Az elhomályo-
sodással egyidőben a kéregállomány duzzad, ennek foly-
tán a szem belső nyomása megnövekedhetik és az iris-
ben venosus pangás támadhat. Duzzadásközben a lencse-
állomány bedomborodhat a csarnokba, sőt már közvetle-
nül a sérülés után tele lehet a csarnok lencsetörmelék-
kel. A törmelék lassanként felszívódik, de ha a szem
tensiója emelkednék, punctio corneae útján sürgősen el-
 kell távolítani. Gyermekeken a sérült lencse minden mű-
tét nélkül teljesen felszívódhat, a 18—20-ik életév után
azonban a hályog felszívódását már nem várhatjuk. A
látás érdekében ilyenkor hályogkivonást kell végeznünk.
A lencse a sérülés pillanatában leszakadhat függesztő
szálairól s helyét részben vagy egészen elhagyhatja (sub-
luxatio vagy luxatio lentis). Ha a részben ficamodott
lencse átlátszó marad, szabálytalan astigmatiát okoz
és a látást rontja. Ha a lencse a pupilla terü-
letét elhagyta, a látás ugyanolyan lesz, mint az
aphakiás szemé. Ugy a teljesen, mint részben fi-
camodott lencse a szem elhalványodása után is
súlyos bajokat okozhat. A sugártestet és uveát állandóan
izgatja, ily módon elhúzódó uveitist, másodlagos glaukomát
válthat ki és a másik szemet sympathiás gyulladással
fenyegeti, mert a szem belsejében meg-megmozduló len-
cse hatása olyan, mintha idegentest volna. A luxált lencse
előbb-utóbb elhomályosodik.

Kis sklerasebek az idegentest sikeres eltávolítása
után nyom nélkül gyógyulhatnak és a látás is rendes ma-
radhat. Finom metszett, vagy szúrt seb esetén még akkor
is jó lehet a gyógyulás, ha a sugártest is sérült. A szem
fenéken már kisterjedelmű seb is súlyos bajt okoz-
hat. — Kiseb-nagyobb terjedelmű vérzések támad-
hatnak, a vér az üvegtestbe is benyomulhat, de leemel-
heti alapjáról a retinát, chorioideát is. A vérzésokozta
retinaleválások eléggé jóindulatuak, a vér felszívódása
után legtöbbször visszafeküsznek. Üvegtesti vérzés is
felszívódhat, de majdnem mindig uszkáló foszlányok ma-
radnak vissza utána. Hogy retina-, vagy szemfenéksérü-
lés után milyen fokú lesz a látóélesség csökkenése, a sé-
rült helytől függ. A sárka folt sérülése nagymértékű köz-
ponti látóélességcsökkenést okoz. —

Ha a skleraseb nagyobb és uvea, vagy üvegtest csú-
szott ki rajta, már kétes a szem sorsa. A seb helyén kép-
ződött forradásszövet ugyanis legtöbbször zsugorodik,
lassanként behúzódik, a szem alakja megváltozik, a lá-
tás elvész. Sok üvegtestvesztés következménye retinale-
válás lehet. A chorioidea és sugártest roncsolódása pedig
fertőzés nélkül is chronikus uveitist okozhat, ha kicsú-
szott darabját lemetszettük is. A sérült uvearészben kép-
ződött izzadmány ugyanis összetapad környezetével,
zsugorodás közben állandó húzásával izgatja a szomszéd-
os szöveteket, melyeken emiatt chronikus gyulladás tá-
mad. Ennek a gyulladásnak a következménye újabb iz-
zadmányképződés lesz, amelynek zsugorodásakor újabb
és újabb uvearészek betegednek meg. Ez a folyamat so-
rozatosan ismétlődik, közben a szem megnyugszik, majd
újra kivörösödik, tensiója is emelkedhetik. Mind több
és több lesz az izzadmány a szem belsejében, amely a
retinát is lehúzza alapjáról, végül a szem megpuhul és
zsugorodik, a látás teljesen kialszik. Ilyen chronikus
iridocyclitis azaz uveitis miatt hónapokkal elbocsájtásuk
után nem egyszer térnek vissza a betegek sorvadt szem-
golyóval, ámbár az idegentest-eltávolítása után kielégít-
ően gyógyultak. Ilyenkor nincs más hátra, mint az
enucleatio.

Pelláthy Béla dr., klinikai tanársegéd.
(Folytatjuk.)

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Egyszerű eljárások a liquor lobos jellegének felismerésére.

Két egyszerű eljárást ajánlottam — már régebben — a mindennapi gyakorlat számára. Az egyik a liquor pusztá szemmel megtekintése és felszíne mozgásának megfigyelése, a másik a liquor fehérjetartalmának kicsapása 20%-os sulfosalicylsavval.

1. Az egészséges egyéntől származó liquor víztiszta. Kémlőcsőben, oldaldíszetben halványzöldes reflexet ad, mely alig különbözik a kútvíztől. A meningitises liquorok közül úgy a savósak, — ezek majd mindig gümőkórosak, — valamint a genyesek, a folyamat korai szakában, amikor még a fehérje és a sejtszaporulat sem opalescentiát, sem zavarodást nem idéz elő, már jóval kifejezettebb zöldes reflexet vetnek, mint a negatív liquor.

Ha a kémlőcső falára kopogtatásszerűen, egymásután apró ütögetéseket mérünk (legcélszerűbb a begörbített jobb középső ujjal), a negatív liquor felszíne apró hullámú sebes rezgésbe jön. Ha az egész kémcsövet meglendítjük, akkor látható, hogy a liquor felszíne könnyen mozog. A meningitises liquor felszíne ütögetésre alig jön rezgésbe, lassan mozog, akár az olajé, vagy gliceriné. A jelenség könnyen értelmezhető: a lobos eredetű szerkezeti változás, a liquor összes physikai és chemiai tulajdonságát is megváltoztatja, így a felszínfeszültséget, a viscositást és a fajsúlyt is. Egy-két demonstrálás után könnyen megjegyezhető, hogy melyik a biztosan negatív, illetve pozitív és melyik az egyik csoportba sem tartozó átmenetet jelentő eset.

2. A meningitisek egész korai szakában a liquor-globulin már megszorodott az albuminok rovására. (Ezt, mint ismeretes, legszebben a Pándy reakcióval mutathatjuk ki.). Megszaporodik azonban a fehérjetartalom absolute is. Ha kicsapjuk az összes fehérjét, annak mennyisége mindig megbízhatóan fog tájékoztatni arról, hogy milyen természetű folyamattal állunk szemben. Ezen alapszik a Ravaut- és Boyer-féle eljárás is. A gyakorlatban azonban nincs okvetlenül szükség a fehérjemennyiség számszerű kifejezésére. Kijövünk a következő módon is. Kémcsőben 2 ccm (egy harántujjnyi) liquorhoz 2—4 csepp 20%-os sulfosalicylsavat cseppentünk. Normalis liquorban áttünő, igen finom zavarodás keletkezik, melynek színe olyan, mint egy híg keményítő főzeté. Csapadék csak hosszas állás után válik ki, de az is igen kis mennyiségű. Meningitises liquorban már az első cseppre intenzív zavarodás áll be, mely a következő cseppek hatására szürkésfehér, felhőszerű, az áteső fényt csaknem teljesen elnyelő zavarodássá változik. A fehérje finom szemcsékben, percek alatt kiválik és bőséges üledéket ad. Purulens és cerebrospinalis epidemica esetekben sokszor tömör kis fehér felhők formájában úszik a keletkezett zavarosodás, de ez is gyorsan kicsapódik és leülepszik.

Az u. n. átmeneti esetek ezzel az egyszerű eljárással nem körjelezhetők. De tudni kell, hogy a gyermekpraxisban, főleg az enkephalitises és poliomyelitises folyamatok okozzák a fehérje kiscsökkenését, bekövetkezik azonban bármilyen heveny lázas betegségben, mely agyi tüneteket produkál. Az utóbbi időkben nem

ritkán észleljük, hogy neurotrop tulajdonságot vesz fel a pertussis, a varicella, sőt a rubeola virusa is és többé-kevésbé gyulladáshoz vezető elváltozásokat idéz elő a liquorban; alacsony lehet a fehérjetartalom továbbá mindazon valódi, localizált gyulladáshoz vezető folyamatokban is, ahol a burkok igen kis területen sérültek: pl. egy csigolya carieses góca, vagy az agy solitaer tuberculuma felett, otogen gyulladások egész kezdeti szakában, amikor tulajdonképpen csak a dura sérült egy kevésbé stb. Nem eléggé jellegzetes esetben a körjelzést, csak az egész részletes klinikai és laboratoriumi vizsgálat hozhatja meg.

Ha meg van a lehetősége annak, hogy összehasonlító vizsgálatokat tehessen valaki a bonyolultabb eljárások és ezen két egyszerű módszer eredményei között, akkor meggyőződhet arról, hogy azok milyen közel vannak egymáshoz.

A meningitis egész korai felismerésének, különösen a fül- és orreredetű agyhártyagyulladás esetében van életmentő jelentősége. Ha a centrifugátumból készített praeparatumban a látóteret polymorph magvú leukocyták uralják, bennük és kívülük csupa azonos genyeltő coccussal, a meningitis másodlagos jellege igen valószínű. Keresni kell tehát az elsődleges gócot. Vizsgáltsuk meg az orr melléküregeit, az orbitát és dobüreget, ismételtén. Ha ezek közül valahonnan ered a burok gyulladása, az azonnali sebészi beavatkozás és bőséges urotropin adás a lehetséges eljárás. Ha a genyedés már a lágyburkokon kúszik, egy napos várakozás alatt (amíg pl. egy részletes laboratoriumi lelet visszaérkezik), igen nagy területre terjedhet ki a folyamat s ezzel a sikeres beavatkozás esélyei nagyban romlanak.

Ha az üledékben Gram negatív diplococcusok vannak s a gonorrhoeás sepsis kizárható, meningitis cerebrospinalis epidemica állunk szemben. Haladéktalanul be kell oltanunk a beteget, el kell különítenünk és be kell jelentenünk a hatóságnak. A leggyakrabban előforduló meningitis-félék még a bronchopneumonia utáni purulens és serosus jellegű gümőkóros, basilaris meningitis. Mind a kettő prognosisa a rögtöni beavatkozás ellenére is igen kedvezőtlen. A bronchopneumonia utáni agyhártyagyulladás bakteriumflórájának jellegzetessége a tarkaság. Sok, különféle apróbb-nagyobb coccus, rövid streptococcus-lánc, pneumococcusok és Gram bacillusok (Pfeiffer) találhatóak. Therapiásan megkísérélhető a tryptaflavin 0.025%-os oldata testhőmérsékleten, liquorral keverten, vagy a lebocsátott liquor helyébe tiszta állapotban. Meningitis basilaris gyermekekben a fenyegető oedema ellen kaliumacetat, magnesiumcitrat, magnesium-sulfat és koncentrált szénhidratokkal lehet küzdeni, dehydratáló tulajdonságuk révén. Hasonlóan hat a röntgensugárzás is, melytől még bakteriumellenes hatás is remélhető. Ne feledkezzünk meg végül arról, hogy a meningitises beteg állapotát az éhezés és szomjazás súlyosbítja. Gondoskodjunk tehát arról, hogy sondán, vagy csőn a minimalis elegendő táplálékot megkapja.

vitéz Ambrus József dr.

egyet. magántanár.

DIAGNOSZTIKAI SZEMELVÉNYEK

(Belgyógyászat: Gerlóczy Géza dr. Sebészet: Milkó Vilmos dr.)

A tapintható máj.

Rendes viszonyok között a májszél még mély légvéltelkor sem tapintható, mert a jobb májlebens nem haladja meg a bordaívét, a bal májlebens pedig, amely az epigastriumban a proc. xyphoideus és a köldök között fekszik, túlságosan puha és vékony ahhoz, hogy tapinthatóvá váljék. Tapinthatjuk a májat: 1. *dislocatio*, 2. *deformitas*, 3. *süllyedés*, 4. *májmegnagyobbodás* következtében.

1. *Dislocálja* a májat: *a*) nagyobb j. o. pleura-exsudatum *b*) j. o. pneumothorax, *c*) egyéb, a májat, illetve a rekeszt lefelé nyomó tényezők. Ilyenkor a máj sagittális tengelye is kis fordulatot végez, amennyiben a jobb lebens le-, a bal felfelé kerül. Hasúri terimenagyobbodások (ascites, meteorismus, daganatok stb.) ugyancsak dislocálhatják a májat, de a fokozódó intraabdominalis nyomás kapcsán az felfelé tér ki s így csak a magasabb álló mellkasi májtompulat kelthetné a májnagyobbodás téves diagnózisát, ez azonban az ily egyébként szembeszökő kórképben alig jöhet szóba.

2. *Deformálja* a májat s így bizonyos részletei tapinthatókká válnak: *a*) részleges hypertrophia (midőn más részletek viszont atrophiasak, pl. májlues, májtályog, stb. esetekben) *b*) fűzés (derékkötő, fűző-viselés stb.), amikor a fűzési barázdát a benyomuló bordaív préseli a májba; ez az u. n. „fűzési máj“, amelynek lefűződött nyelvszerű distalis részlete olykor mint szabadon mozgatható képlet észlelhető és vese-, pankreas-, béltumorral összetévesztésre teremthet alkalmat; a mai célszerűbb ruházkodás mellett ez az anomalia egyre ritkább. *c*) Riedel-lebens, amely elnevezéssel az idült epehólyag-gyulladás mellett található, (s talán részben a lobos összenövés által kihúzódó) duzzadt jobb májlebensrészletet illetjük.

3. *Süllyedt* a máj: nem nagy jelentőségű és amúgy is ritka anomalia; főleg laza hasfalú asszonyokon találjuk. Ha a máj kórosan nagyobb, súlyánál fogva könnyebben is süllyed. A májtompulat felső határa is természetesen lejjebb kerül; a máj egyébként puha, sima felszínű, normális consistentiájú és fekvő helyzetben olykor feljebb húzódik, vagy visszatolható. Egyidejűleg többnyire más hasi szervek is süllyedtek.

4. *Nagyobb* a máj: a legkülönbözőbb kóros állapotokban, amelyek lehetnek a májnak mintegy *önálló* betegségei, mint *a*) diffus (ikterus simplex, atrophía acuta flava, cirrhotikusok) és *b*) körülírt (májlues, májtályog, daganatok, echinococcus stb.) májbajok (*hepatopathia diffusa, circumscripta*); ezekről külön fogunk megemlékezni. Máskor a nagyobb máj csak egyéb folyamat *részjelensége*; ilyen *a*) a *leukaemiás* és hasonló folyamatokhoz társuló nagyobb máj, *b*) a *septikus, toxikus, haemolysis* betegségek májtumorja, *c*) az elhízásos, cachexiás stb. *zsírmáj*, továbbá *d*) *circularis zavarok* (passzív hyperaemia) és *e*) *amyloid elfajulás* kapcsán található májmegnagyobbodás, amely utóbbiakról alábbiakban lesz szó. Mindezekben az esetekben a máj *felszíne* lehet sima (pangásos, zsíros, hypertrophiás cirrhotikus, ikterusos, amyloidos májak), vagy egyenetlen, dudorzos (syphilis: hepar lobatum, carcinoma, atrophias cirrhoticus, cardiacus cirrhoticus, echinococcus stb.). A máj *széle* lehet puha, vékony (ikterus cat., sorvadás), tompa lekerített (pangás, zsírmáj, amyloid). *Consistentiája* lehet tömött (pangás, zsírmáj), feltűnő kemény (amyloid, carcinoma), puha (zsírmáj, ikterus catarrhalis stb.).

Pangásos máj: A jobb pitvarban bekövetkezett nyomásfokozódás, vagy a vena cava inferiorban fennálló áramlási-akadály retrograd pangással megduzzasztja a májat és e pangás folytán a májon jellemző rajzolat keletkezik, ami után a májat „szerencsendió“-májnak nevezzük. Tartósabb pangás lobularis-centralis parenchyma-elfajulással „pangásos atrophiat“, majd „pangásos induratiót“ okoz, (a centralis vénák falából kiinduló kötőszövet-termeléssel). Utóbbiak, tehát az atrophía és az induratio combinatiója = cirrhoticus cardiaca. A pericardium lemezeinek és a mediastinumnak összenövésai ugyancsak vérkeringési pangás folytán az u. n. „cukoröntéses“ májat hozzák létre, (Pick-féle *pseudocirrhosis*), amely kórképet másutt fogjuk tárgyalni.

Klinikailag a pangásos máj eseteiben a sima felszínű, tompa szélű, többnyire kissé érzékeny tömött szerv tapintási lelete mellett a *plethora abdominalis* (*plethora, plethos* = teltség) tünetei állanak előtérben: a hasi szervek, főleg a belek területén jelentkező panaszok (puffadság, bőfűzés, flatulentia, székrekedés, égés-érzés stb.), melyek a visszaható pangás következményei. Subikterus, urobilinogenuria, cyanosis, esetleg ascites (a „cardialis cirrhoticus“ kifejlődésével), később általános pangás (oedemák, albuminuria, dyspnoe stb.) egészíthetik ki a klinikai leletet. Mindezek a tünetek s így maga a megnagyodott máj is, a keringés javulásával visszafejlődhetnek; ott, ahol a máj már maradandó szöveti elváltozást szenvedett el, a májtumor továbbra is fennáll.

Legkifejezettebben észlelhető a májpangás: *a*) a *jobb szívfél elégtelenségei* (főleg bi- és tricuspidalis vitiumok), *b*) a *tüdőbeli vérkeringés zavarai* (pl. emphysema), *c*) *concretio perikardii* (a már említett Pick-féle pseudocirrhosis), *d*) a *vena cava inferior* és *vena hepatica* keringési akadályai mellett. — *Paroxysmos tachycardia* heveny, rohamszerű fájdalommal járó májduzzanathoz vezethet.

Amyloid máj: Általános amyloidosis (lép vese) kapcsán feltűnő kemény, tompa szélű nagy májat találunk, aminek amyloidos volta klinikailag két diagnostikai fontosságú körülmény alapján dől el: 1. Az amyloidelfajulást okozó *alapfolyamat* kimutatható (hosszantartó genyedés, főleg csonttuberculosis, tüdőtályog, fistulák, idült lues, olykor rosszindulatú daganatok); 2. *amyloid-próbák* valamelyike pozitív. Klinikai célra a legalkalmasabb:

a kongóvörös-próba (Benhold—Paunz): Testsúlykilogrammonként 2 ccm 0.6%-os kongóvöröset fecskendezünk be intravenásan, miután megelőzőleg néhány ccm vért szívunk ki a visszérből. 1 óra múlva újból vért veszünk, aminek színét összehasonlítjuk az első próbáéval (savó), majd 1—1 csepp koncentrált sósvat cseppentünk a savóhoz. Ha amyloid van a szervezetben, az a kongóvöröset oly mohón ragadja magához, hogy 1 óra múltán a savóban már nyoma sincs a festéknek, aminek jeleként a sósvat cseppentését nem követi a savó kék színbe fordulása.

Az appendicitis acuta elkülönítő kórisméje.

A heveny appendicitis jellegzetes kórképét minden gyakorló orvos jól ismeri. Tévedések ma már nem is annyira az iskolaesetek fel nem ismeréséből, mint inkább abból származnak, hogy olyankor is appendicitist kórisméznek, amikor egészen más betegségről van szó. A legtöbb tévedésnek az az oka, hogy a betegeket nem vetik minden irányban rendszeres vizsgálat alá, hanem egyetlen tünetnek, az ileo-coecalis táj érzékenységének túlzott jelentőséget tulajdonítanak. A sebész sokszor zavarban van, hogy mitévő legyen, amikor sürgős appendektomia

javaslatával küldenek hozzá olyan betegeket, kiknek appendicitise legalább is nagyon kétes. Előfordul azonban az is, hogy influenza, perikarditis, spondylitis, Heine-Medin-kór stb. kerül appendicitis diagnossal a sebészeti osztályra.

Az appendicitissel összetéveszthető betegségek száma oly nagy, hogy e helyen csak a gyakrabban előforduló lehetőségeket tárgyalhatjuk. A gyakorlat szempontjából két csoportba sorozhatjuk ezeket. Az egyik csoportba tartoznak azok a betegségek, amelyek különben is műtetre szorulnak, itt tehát a diagnostikus tévedés csak szépséghiba, de a betegre nem káros. A másik csoport viszont olyan betegségek áll, melyekben a műtét nem kívánatos, sőt ártalmas lehet.

Az első csoportbeli bántalmak közül említésre méltók:

1. *A Meckel-féle gurdélynak és a vastagbél zsíros függelékeinek* (appendix epiploicus) gyulladása, üszkösödése vagy csavarodása. A klinikai kórkép semmiben sem különbözik az appendicitistől, úgyhogy itt műtét előtt biztos elkülönítő kórismét felállítani nem lehet.

2. *Pneumococcusperitonitis.* Az esetek túlnyomó részében leánygyermeken fordul elő. Appendicitissel szemben jellemző rá, hogy többnyire rázóhideggel, magas lázzal, hasmenéssel kezdődik. A has diffuse érzékeny, de nem nagyon feszes. A hüvelyváladékban és a hasi punctatumban pneumococcusok mutathatók ki. A diagnosis még így is legtöbbször csak valószínűségi s így nyugodt lelkiismerettel alig térhetünk ki az operatio elől, bár a korai műtétet sokan ellenzik.

3. *Invaginatio ileo-colica.* A baj hirtelen, erős görcsökkel, hányással kezdődik, a jobb alhasban gyakran érzékeny terimenagyobbodás tapintható, ezért az appendicitis gyanúja felmerülhet, de a láztalan állapot, kifejezett bélelzáródási tünetek és különösen a hurkaszerű, mozgékony hasi daganat (invaginatio tumor,) invaginatio felé billentik a diagnossist, melyet a végbélből ürülő véres nyák bizonyossá tesz.

4. *Gyomor, vagy nyombélfékelyátfúródás, pankreatitis acuta.* Ezen bántalmak sokkal hevenyebben, viharosabb tünetekkel kezdődnek, mint az appendicitis. Fekélyperforatio esetén a kezdeti fájdalom oly borzasztó erős, hogy a beteg collabál, a hőmérséklet rendes, vagy subnormalis, izomellenállás csak az epigastriumban van, de itt nagyon kifejezett.

Heveny pankreasgyulladás (nekrosis) mellett szól a rendkívül súlyos általános állapot, szapora, rossz minőségű pulussal, gyakori hányás, tűrhetetlen fájdalom a has felső részében és a köldök feletti táj erős puffadtsága (Gobiet-féle tünet). A betegség többnyire kövér embereket támad meg, kik előzetesen epekökólikában szenvedtek.

5. *Kocsánycsavarodott petefészektoémlő.* Jellemző a hirtelen fellépő igen heves hasfájás, hányás és szapora pulsus. Nagyobb cysták bimanualis vizsgálattal kitapinthatók, kisebbeket azonban főleg zsírdús hasfalón át érezni alig lehet s így biztos kórisme csak intra operationem állítható fel. Ugyanez áll a sárgatestből eredő nem tulságosan ritka vérzésekre, melyek az appendicitishez teljesen hasonló heveny tüneteket okozhatnak.

6. *A jobb csipőtányér osteomyelitis és a mély iliacalis mirigyek genyedése.* Az elkülönítés periappendicularis tályogtól nem mindig könnyű. Osteomyelitis, illetve mirigygenyedés mellett szól a feltűnő magas láz, a súlyos septikus állapot és főleg az, hogy a nyomási érzékenység maximumát a Mac Burney ponttól kifelé találjuk.

7. *Vesekörüli genyedés.* Tünetei teljesen hasonlóak lehetnek az appendicularis eredetű retroperitonealis tá-

lyogéhoz, de különbözik ettől abban, hogy az elsődleges vesekörüli tályog mindig lappangva, előzetes hasi tünetek nélkül fejlődik és a kórelőzményben hiányzik a typosos vakbélroham.

A második csoportba tartozó betegségek közül gyakorlatilag legfontosabbak:

1. *A méhfüggelékek (adnexumok) gyulladásai.* Egyik leggyakoribb forása a téves appendicitis diagnossnak, ami azonban gondos anamnesissel és genitális vizsgálattal elkerülhető. Adnexmegbetegedés mellett szólnak: előzetes gonorrhoeás fertőzés, menstruációs zavarok, rendetlen vérzések, erős fluor albus, kitapintható adnextumor. A nyomási érzékenység maximuma a Mac Burney pontnál mélyebben fekszik és legtöbbször kétoldali. Különösen fontos az elkülönítő kórisme heveny pelveoperitonitis gonorrhoea esetében, mert itt feltétlenül conservativ kezelés van helyén és a műtéttel csak árthatunk.

2. *Influenza, angina, tonsillitis, acut exanthemák* (morbilli, scarlatina stb.). Mindezen betegségek kezdetén gyakran kifejezett vakbél-táji érzékenység található s miután láz, leukocytosis is van, tévedés könnyen lehetséges. A torok és garatképletek gondos vizsgálata, hurutos tünetek, exanthema kimutatása, valamint a défense hiánya biztosítják a helyes kórismét.

3. *Pneumonia.* Kisgyermekek tüdőgyulladása nem egyszer hasfájással, hányással kezdődik, a jobb alhasban pedig nyomási érzékenység, izomellenállás érezhető. E a magyarázata a tévedésnek, melynek már gyakorlott sebészek is áldozatul estek. Türelmes, gondos vizsgálattal mindig megállapítható, hogy a défense csak látszólagos, a nyomási fájdalom maximuma pedig nem az ileo-coecalis tájon, hanem magasabban, többnyire a bordaív alatt van. Pneumonia mellett szól még a kezdeti hidegrázás, a feltűnő magas láz, kipirult, kissé szederjes arc, szapora légvétel, orrszárnylégzés, herpes labialis. Kétes esetekben röntgen átvilágítás dönti el a kérdést.

4. *Typhus abdominalis.* Appendicitissel téveszthető össze a láz, vakbél-táji érzékenység, meteorismus miatt, de a typhosus beteg apathikus, a láz continua jellegű, az érverés aránylag lassú, a lép megnagyobbodott, a fehérvérszám pedig nem fokozott, sőt legtöbbször leukopenia áll fenn. Kétes esetben a diagnosis biztosítására bakteriologiai érvizsgálat és Widal reactio végzendő.

5. *Vesekökólika.* Appendicitisre lehet gondolni a hirtelen kezdet, hányás, erős jobboldali fájdalom miatt, de a spontán fájdalmak sokkal erősebbek, lefelé a combba, herébe sugároznak, a vizeletben pedig vörös vérsejtek mutathatók ki.

6. *Gastroenteritis, colitis.* Sokszor appendicitissel tévesztik össze, bár az ellenkezőjét is gyakran látjuk. Legbiztosabb elkülönítő jelek: a défense teljes hiánya, gyakori nyákos, véres székletek, tenesmus, továbbá az, hogy a nyomási érzékenység nem szorítkozik az ileo-coecalis tájra, hanem a has nagyobb felületére, colitis esetén a vastagbél lefutásának nagyobb darabjára terjed.

7. *Pyelitis.* Gyermekek gyakori betegsége, mely éppúgy, mint az appendicitis lázzal, hasfájással, hányással leukocytosissal járhat. A differentialdiagnosis szempontjából fontos, hogy pyelitisben a láz magas, a gyermekek inkább septikus benyomást keltenek, feltűnően sápadtak és gyakran hasmenésük van. Döntő jelentőségű a vizeletvizsgálat eredménye (geny, colibakteriumok stb.).

Végül nem szabad megfeledkezni arról, hogy menstruációs zavarok, sőt a normalis menstruatiót kísérő panaszok is alkalmilag az appendicitishez hasonló tünetcsoportot alkothatnak, ami már nem egy ízben vezetett teljesen egészséges féregnyulványok eltávolításához.

Szemsérülések és azok kezelése.

(Folytatás.)

A szemgolyó belsejében maradt idegentest csaknem mindig súlyos gyulladást okoz és a szem előbb-utóbb elpusztul akkor is, ha a sérüléskor nem fertőződött. Chemiailag közömbös apró idegentest azonban hosszú ideig, évekig is a szem belsejében maradhat, anélkül, hogy különösebb bajt okozna. Legjobban tűri az idegentestet a lencse, de a sugártest a chemiailag közömbös anyagra is rövidesen gyulladással reagál. Olyan fémszilánkok, amelyek a szem nedveivel chemiai reakciót képeznek, nagyon veszélyesek. Ezek lassan oxydálódnak, az oxydatio termékei az iris, sugártest, uvea gyulladását okozzák, azonkívül a szöveteket sokszor elszínesítik. Vas-idegentestek rozsdásodása miatt az iris, lencse, sőt a szemgolyó összes részei barna színűek lesznek (siderosis bulbi). A vasvegyületek chronikus uveitist okoznak, a szem állandóan izgatott, a retina is megbetegszik, a látótér köröskörül szűkül, farkassötétség (hemeralopia) jelentkezik, a látótér mind szűkebb lesz, végül a szem megvakul. A látás kialakásakor azonban a gyulladás nem mulik el, a szem továbbra is izgatott marad s előbb-utóbb enucleálni kell. A rézszilánkot sem tűri a szem, hamarosan súlyos gyulladást okoz, a gyulladás elterjed a szem egész belsejében. Mászor chronikus formában jelentkezik a gyulladás és ha meg is nyugszik hosszabb-rövidebb időre, a szem előbb utóbb tönkremegy. Csak kivételesen történik meg, hogy rézszilánk hosszú ideig baj nélkül a szemben (lencsében) maradhatnak. Súlyos gyulladást okoznak legtöbbször az ólomszilánkok is, bár nagyrítka megtörténhetik, hogy az elülső csarnokban levő sörétszem betokolódik az irisbe és a szem nyugodt marad. Lőporszemcséket jobban tűri a szem, ezek reactio nélkül hosszabb ideig maradhatnak a szivárványhártyában. Olykor pillaszőrök sem csinálnak bajt, mászor azonban plastikus gyulladást okoznak. Az irisbe furódott pillaszőr körül cysta képződhetik, ilyenkor okvetlenül műtét szükséges. Fa-idegentest, pl. szálka, tüske legtöbbször a kórokozók tömegét sodorja a szembe és ha nem sikerül hamarosan eltávolítani, a szem elpusztul.

A szemgolyó áthatoló sérülése a sebzett szem megvakulásán kívül a másik szemet sympathiás-gyulladással fenyegeti. Minden sérülés utáni iridocyclitis alkalmas a másik szemben uveitis sympathica előidézésére, főleg akkor, ha a sugártest is sérült, vagy a sklera forradásába sugártest is benőtt. Különösen veszélyes az olyan szem, amely a sérülés után uveitis miatt sorvad, de nem nyugodott meg teljesen, hanem vizsgálatkor kivörösödik és nyomásra fájdalmas, vagy állandóan izgatott. Panophthalmitisben zsugorodott szem kevésbé veszélyes, kivéve ha azután is állandóan vörös marad. Hogy a gyulladás milyen úton terjed át egyik szemről a másikra és mi idézi elő az egészséges szem megbetegedését, ma sem tudjuk biztosan. Már a sérülést követő második héten is jelentkezhetik a baj, legveszélyesebb idő a 4-iktől a 8-ik hétig, de a beteg évekkel, sőt évtizedekkel a sérülés után sem mentes tőle. Gyermekek különösen hajlamosak sympathiás gyulladásra. A bajt sokszor a fentebb említett sympathicus izgalom (irritatio sympathica) előzi meg, mászor azonban bevezető izgalom nélkül mindjárt a gyulladás tünetei mutatkoznak. A baj lappangva kezdődik, a betegnek alig vannak panasza. A szaru hátsó felszínén, mindjárt a betegség kezdetekor szürke pontszerű lerakódásokat (praecipitatumokat) látunk, majd irislenövést, ami a betegség felismerésében legjobb támaszunk. Ritkábban heves szivárványhártya-gyulladással is kezdődhetik. A betegség hosszas, uveitis chronica formájában zajlik le, prognosisa rossz. A szem közben meg-

megnyugszik, majd hosszabb-rövidebb idő múlva a gyulladás megint megújul, az iris köröskörül lenő a lencsetokhoz, a pupillát izzadmány zárja el az üvegtest elborul, elhomályosodik a lencse is, a látás a gyulladás minden megújulása után rosszabb és rosszabb lesz, végül a szem teljesen megvakul, tensiója csökken és összezsugorodhatik. Ritkán történik csak meg, hogy a szem megmenekül és teljesen meggyógyul.

A már kifejlődött uveitis sympathica ellen az orvoslás jóformán tehetetlen, a sérült szem eltávolítása is legtöbbször hiábavaló. Ezért fontos a beteget a sympathiás izgalom jeleire kioktatni, hogy még idejében jelentkezhessek. A megvakult, vagy zsugorodott sérült szemet sympathiás izgalom esetén azonnal enucleálni kell, utána a tünetek a másik szemben legtöbbször megszűnnek. Eltávolítjuk a sérült szemet akkor is, ha még nem vakult meg és zsugorodásnak sem indult ugyan, de az iridocyclitis jelei megvannak és a beteg fájdalomról panaszkodik. Ha azonban a sérült szem nem izgatott és látása is jó, az eltávolítással várni kell és egyéb orvoslással próbálkozni. Nem enucleáljuk a sérült szemet akkor sem, ha a másik szemben már olyan súlyos a sympathiás gyulladás, hogy gyógyulásra többé nem számíthatunk, de a sérült szem látása még kielégítő.

Pelláthy Béla dr., klinikai tanársegéd.

(Folytatjuk.)

KÉRDÉS — FELELET.

Kérdés: 1. Egyre gyakoribb, hogy gyermekek és felnőttek is előzetes orvosi gyógykezelés nélkül halnak el. Ilyenkor a halálok megállapítása sokszor a hiányzó adatok miatt nehézségekbe ütközik, kétséges, sőt lehetetlen.

Mi a teendője az orvos halottkémnek ebben az esetben, ha lelkiismeretét exact diagnosissal akarja megnyugtani?

2. A község az ingyenes gyógyellátásra szorulóknál közül a kék rendelvényre (ideiglenes ingyen gyógyellátottak) írott gyógyszer árat beszedi utólag a tulajdonosoktól, de az orvosi díjat nem. Helyes-e ez a féllógikus eljárás, vagy valóban joga van a községi orvosnak is ehhez?

B. M. dr.

Felelet: ad I. Oly esetben, amikor valaki előzetes gyógykezelés nélkül hal meg és ennek következtében a halál okának megállapítása nehézségbe ütközik, vagy lehetetlen, a halottkém az illetékes első fokú közegészségügyi hatóságtól az 1876 : XIV. t.-c. 111. §-ának c) pontja alapján orvosrendőri hullaboncolás elrendelését kérheti, figyelemmel az 1876 : XIV. t.-c. 154. §-ának f) pontjára. Ez az eljárás azért is célravezető, mert ha egy községben ily címen elrendelik a hullaboncolást, még a legegyszerűbb gondolkodású egyének is iparkodni fognak betegekhez orvost hivatni, nehogy a beteg esetleges elhalálozása esetén, emiatt a halott felboncolása elrendeltesék.

ad. II. A közgyógyszer ellátásról szóló 400/1932. N. M. M. eln. sz. rendelet 8. §-ának (3) bekezdése tényleg nem rendelkezik abban a tekintetben, hogy a közgyógyszerellátás terhére ideiglenesen kiszolgáltatott gyógyszerek árának a féltől leendő behajtása esetén az orvos rendelési díja is behajtasák. Eltekintve attól, hogy a fenti jogszabály erre vonatkozólag kifejezett rendelkezést nem tartalmaz, a kialakult joggyakorlat (szokásjog) szerint ily esetben az orvos rendelési díját a gyógyszer árával együtt minden további nélkül be lehet hajtani. Természetesen csak azt az összeget, amelyet az 1908 : XXXVIII t.-c. 9. §-ának 1. pontjának értelmében a vonatkozó szabályrendelet megállapít. Különben nyilvánvaló, hogy a kérdés újabb szabályozása esetén, erre vonatkozólag tételes intézkedés fog történni.

Atzél Elemér dr., belügymin. o. tanácsos.