

ORVOSI HETILAP

Alapította **MARKUSOVSKY LAJOS** 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSEK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VÁMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA
POÓR FERENC

GORKA SÁNDOR
REUTER KAMILLÓ

HÜTTL TIVADAR
ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

TARTALOM:

Verebély Tibor: A hasnyálmirigy sebészete. (1063—1068. oldal)

Schilling Béla: Ritkább javallat alapján végzett császármetszések. (1068—1072. oldal)

Perémy Gábor: Vasomotoros zavar intermittáló sántítással encephalitis után. (1072—1073. oldal)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (153—156. oldal.)

Kasztriner Iván: A húgyhólyagüresről. (1073—1075. oldal)

Simkó Béla: Magas egyenes állás fejtejtartással. (1075—1076. oldal)

Németh Lajos: A szaruhártya rácsos elfajulásáról. (1076—1077. oldal)

Lapszemle: Belorvostan — Sebészet — Szülészet — Gyermekgyógyászat — Urologia — Szemészet — Bőrgyógyászat (1077—1079. oldal)

Könyvismertetés (1079. oldal)

Zemplényi Imre: Az orvosok és az OTI. (1079. oldal)

Sz.: Grósz Emil ünnepe. (1081. oldal)

Az Egyetem ünnepe. (1081—1082. oldal)

Vegyes hírek (1082. és a borítólapon 3. oldalán)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A hasnyálmirigy sebészete.*

Irta: *Verebély Tibor dr.*, egyet. ny. r. tanár.

Huszonkét esztendővel ezelőtt foglalkozott a Magyar Sebésztársaság *Pólya Jenő* és *Róna Dezső* beszámolójában a hasnyálmirigy sebészetével, melyhez *Bence Gyula* adott belgyógyászati aláfestést. *Pólya* a magyar irodalomban addig közölt 32 heveny megbetegedés — amelyek közül 8 volt saját észlelete — és alapvető állatkísérletei kapcsán a pancreatitis acuta, *Róna* pedig kizárólag irodalmi tanulmányok alapján a pancreatitis chronica, a hasnyálmirigy tömlők, daganatok és sérülések sebészi jelentőségét ismertette. A lefolyt két évtized munkásságának mérőkövei e téren *Guleke—Gross* (1924) hatalmas monographiája, *Schmieden*-nek (1927) a német sebészgyűlésen elhangzott beszámolója, *Körte*-nek (1928) újabb összefoglalása, a francia *Brocq*, az olasz *Bernabco* tanulmányai és *Gruber*-nek (1929) a *Henke—Lubarsch*-féle kórbonctani kézikönyvben megjelent kórtani munkája lettek, amelyek körül, mint meteoritek csoportosulnak a kisebb-nagyobb közlemények százai.

Ezeknek áttekintése, amiben nagy segítségemre voltak fiatal munkatársaim, azt mutatta, hogy a két évtized alig hozott mást, mint statisztikai alátámasztást, vagy cáfolatot az egyes, már akkor felvetődött kérdésekre s alig valami újat a lényegre vonatkozóan. Igaz, hogy a hasnyálmirigy szorosabb bekapcsolódása az emésztés és belső elválasztás gyűrűibe növelte az aggodalmat a vesélyt illetőleg, mely a mirigy megbetegedései kapcsán a szervezetet fenyegeti, de a sebészet voltaképpen most is szükségképpen a bonctani nehézségek előtt torpan meg, melyek a hasnyálmirigy, mint *Scylla* és *Charybdis* sziklái övezik. Így értelmezendő a svéd *Mikkelsen* kijelentése, hogy a pancreas sebészete több, mint problematikus. Nem a hozzáférhetőség okozza a nehézséget; elülről a supra-gastricus, gastrocolicus és infracolicus út épűgy jól ki

* A Magyar Sebésztársaság 1935 májusában tartott gyűlésén elmondott referatum.

van dolgozva, mint a hátsó, ágyéki behatolás technikája. A nehézség egyfelől inkább abban a hatalmas ér- és ideghálózatban rejlik, mely a mirigyet valóságos körülfonja, másfelől abban a viszonyban gyökeredzik, melyben a mirigy kivezető csövei egymással és az epevezetékkel állanak.

Az erek közül a vasa lienalia, az arteria pancreatoduodenalis superior és inferior, az arteria mesenterica superior, a két vena mesenterica a hasnyálmirigy állományába vájt barázdákban futnak; mögötte fekszik az aorta és a vena cava inferior; felette egyesül három főágából a vena portae és oszlik három ágra az arteria coeliaca. Az idegrendszer részéről a sympathicus fonatokon: plexus pancreaticus, hepaticus, aorticus superior és renalison kívül a hasüreg nagy gyűjtő központja a ganglion coeliacum fekszik a fej mögött közvetlenül.

A vezeték nemcsak a két mirigybeli főtörzsnek: a ductus Wirsungianus és Santorininek kölcsönös viszonyában, hanem a kettőnek a főepevezetékhez és a Vater-szemölcsőz való vonatkozásában is nagy változatosságot mutat, ami a mirigy kórtanában döntő jelentőségű.

Clairmont pontos bonctani vizsgálatai, amelyeket utóbb *Schmieden* a farok felől befecskendezett jodipinkészítményes röntgenezéssel egészített ki, a két pancreasvezeték viszonyának tízféle változatát mutatták ki. A két szélső lehetőség közül az egyik az, hogy a két vezeték egygyé forrt és ilyenkor vagy a Vater-papillába, tehát Wirsung-jelleggel, avagy a papilla minorba, tehát Santorin-jelleggel (*Schirmer, Opie*) nyílik. A másik véglet az, hogy a két érterület egymástól teljesen el van különítve s külön szájadzanak a duodenumba, különböző topographikus elhelyezéssel (*Charpi*). A két vezeték különböző összeköttetései esetén a benyílás viszonyait további hét lehetőség érzékíti. Nagyobb veszedelemmel a bél felől a zárókészülék nélkül benyíló Santorin-vezeték, az epeutak felől a Vater-szemölcsőbe szájadzó Wirsung-vezeték fenyegeti a mirigy. Teljesen elkülönített vezeték esetén viszont, minthogy a két vezeték egymást nem helyettesítheti az egyik elzáródása a megfelelő mirigyterületen szükségképpen váladékpangást eredményez. A vezetékek e különbözősége a mirigy fejlődésében leli magyarázatát. A pancreas a duodenum falából a kis szemölcsnek meg-

felelő háti (dorsalis) és az epevezetékéből kitüremkedő kettős hasi (ventralis) helyezékből fejlődik, amelyeknek magatartása a magzati élet további folyamán különböző (*Helly, Kollmann*). Az bizonyos, hogy a háti bimbóból támad a pancreas feje, egész teste és farka, amelyek eredetileg a Santorin-vezetékhez tartoznak, míg a hasi kitüremkedésből lesz a fej egyrésze, a processus uncinatusal, amelyek viszont a Wirsung-vezetékkel nyílnak; amikor utóbb a két vezeték egymással összeköttetésbe jut, a Santorin-vezeték többnyire fokozatosan visszafejlődik s átengedi a főszerepet a hasi részlet vezetékének. Míg a Santorin-vezeték nyílása izommentes, a Wirsung-vezeték körül kifejlődő záróizom-készülék kiterjedt tanulmány tárgya (*Hendrickson*) volt, amióta *Westphal* vizsgálatai az Oddi-gyűrű működésének tulajdonítottak nagy jelentőséget az epegörcsök és pancreatitis keletkezésében.

A hasnyálmirigy vezetékének a choledochushoz való vonatkozásával is sokan foglalkoztak.

Letulle négy benyílási típust különböztet meg. Lehetséges, hogy a két vezeték összefolyva nagyobb közös üreggel, ampullával nyílik a Vater-szemölcsben, vagy pedig a két vezeték egymás mögött nyílik egy kicsiny ampullába. Ha az ampulla hiányzik, akkor a két vezeték külön nyílhatik a duodenumba, vagy pedig a pancreasvezeték beszájadzik az epevezetékbe s ez nyílik a duodenumba.

Ha most ezt a vonatkozást kombináljuk a Wirsung- és Santorin-vezeték említett kölcsönös viszonyával, akkor meg van adva a változatosság minden lehetősége (*Keyl, Schirmer, Opie*). A két véglét ebben a hármass viszonyban az, hogy egyfelől a három vezeték külön-külön nyílik a duodenumba (*Tiedemann*), másfelől, hogy a háromnak egy közös nyílása van a bél felé.

A pancreas egyéb fejlődési eltérései közül is találunk elvéve egyik-másikkal a sebészi irodalomban. A duodenumot gyűrű alakban körülfogó hasnyálmirigy, a pancreas annulare, a duodenum szűkületeinek egyik okaként ismeretes (*Smetana*), s *Lecco* szerint abból származik, hogy az említett háti pancreasleány balról jobbra tolódik el, úgyhogy tehát ez az alak dystopiát s nem túltengést jelent. A gyűrűs elhelyezkedés egyébként olykor atresia duodenivel (*Auberg, Anders, Cartellieri, Hennes*), vagy gurdélyképződéssel (*Cordis, Askanazy, Keyl*) társul. Az előbbi a magzatot életképtelenné teszi, az utóbbi a későbbi életben szövődményeknek lehet forrása, amelyek, mint *Mc Naught* esetében, gastroenterostomiát tettek javalltá. *Zech* hasonló tünetek miatt a gyűrűnek a duodenumot elülről körülfogó nyakát átvágta s azonkívül kiirtotta az epehólyagot is.

Eltévedt pancreas csírokat (pancreas aberrans) találtak a kórboncnokok a gyomorfalban (*Grup*), a duodenumban (*Horgan*), a vékonybél (*Nava*) falában, Meckel-gurdély csúcsában, a bélfodor állományában és az epehólyag falában (*Rotaro*). Keletkezésüket illetőleg ma is legvalószínűbb *Eug. Albrecht* felvétele, mely szerint eredetileg az egész vékonybélnek le a ductus Witellinusig, meg van a pancreas szövetet termelő képessége, amit azonban rendes körülmények közt a duodenum kivételével a többi rész elveszt. Ha mint atavismus egyéb helyen is megmarad, alkalmat szolgáltathat ilyen eltévedt szigetek, choristoidok képződésére. Jelentőségük az, hogy a gyomorban fekélytüneteket és tényleges tipikus fekélyeket (*Schmidt*), a duodenumban szűkületes és spastikus jelenségeket okoznak, míg a Meckel-gurdélyban gyulladáson elváltozásokon kívül a carcinooidok kiindulási pontjai lehetnek. *Ugelli* 1924-ben 106 mütéti leletet gyűjtött össze az irodalomból, s arra a következtetésre jutott, hogy az ilyen járulékos mirigyek ugyanolyan kórfolyamatoknak lehetnek forrásai, mint a főmirigy maga, miért is kiirtásuk minden esetben indokolt. *Okincyc* viszont azért ajánlja a

kiirtást, mert az ilyen eltévedt csírok rosszindulatú elfajulásától tart. Ezekkel szemben *Nava* (1933) csak akkor végzi a kiirtást, ha a panaszok okaként a mütét más elváltozást nem mutat ki, mint a járulékos mirigy jelenlétét. Érdekes *Boyden* esete, amelyben ilyen mellékpancreasból kifejlődött tömlő külön vezetékkel, a pancreastól függetlenül nyílt a duodenumba.

Az bizonyos, hogy a sebészi gyakorlatban ezek a hibák elvétett ritkaságok még a pancreas egyéb betegségei közt is, amelyek pedig viszonylagosan ugyancsak nem gyakoriak. Talán legjobban megvilágítja ezt az az adat, hogy abból a 12.850 mütétből, amely a négy fontosabb hasi (vakbélgyulladás 7035, epeköbetegség 2763, gyomorhaj 2404, bélelzáródás 483) és a pancreas betegségekre esik, klinikámon csak 165 jut a hasnyálmirigyre, ami 1,28%-nak felel meg. Néhány újabb boncolási összeállítás is bizonyíték a ritkaságra: *Mönch* 9.500 boncolása közt 21 heveny pancreatitist talált, *Lienhardt* 4.910 boncolásból 25-öt, *Gruber* 3.134 esetből 11 heveny pancreatitisben elhaltat. Ez nagyjából megfelel saját említett viszonylagos számadatomnak, amennyiben a 165 pancreas esetből 39 volt heveny pancreatitis, ami az összes pancreas esetek 23%-ának, a fenti arányszám 0,30%-ának felel meg.

Sebészi anyagban közismert *Schmieden* és *Sebening* gyűjtő statisztikája, amelyben 105 sebészi intézet nyolc évi anyagának 2.137 esete között 1.510 heveny pancreas betegség szerepel 1.278 mütéttel, úgyhogy átlagban, tehát 21 pancreas betegség, 12 heveny pancreatitis esik egy-egy intézetnek nyolc éves működésére. Nagyobb pancreas-anyagról számol be az utóbbi 20 év alatt *Brocq*, akinek 340 heveny esete közül 235 esik az elhalásos, 70 a genyes és 35 egyéb jellegű kórformákra. *Ungernek* magának 100 heveny pancreatitis esete volt, amelyek közül 72 került mütétre. *Prineigalli* (1931) szerint a párizsi kórbonctani intézet 20.000 boncolása között 130 pancreas megbetegedés fordult elő, 0,67%-ban, mint halál-ok; ebből 90 esett első és másodlagos daganatokra, 16 heveny pancreatitisre, 8 tömlőre, 4 kőre, a többi egyéb bajokra. *Rienhoff* a Hopkins-kórház 43 éves mütéti sorozatában 158 pancreas esetet talált. *Wallau* a háború utáni német rákstatistikában 339 pancreas rákot említ. *Dehne* 113 sárgaságot okozó pancreasfej-betegségről számol be.

Magam 21 esztendő klinikai működésem alatt 165 esetben avatkoztam be pancreas betegség miatt, amiből 39 esik heveny, 25 idült gyulladásra, 84 daganatra és 17 pancreastömlőre.

Nekem, mint sebésznek nem lehet feladatomban a hasnyálmirigy kórtanának rendszeres áttekintése, hiszen a kóros folyamatoknak aránylag csekély töredékét ismeri, mint önálló kórképet a klinika, s még kevesebbet tudott meghódítani ebből a pathológiából a sebészet. Az időszerű kérdésünk (*Schmieden*) ma is a heveny gyulladás, a leg súlyosabb hasi katasztrófák egyike, míg szomorú fejezet maradt máig is a daganatok ellátása.

Az egész 20 éves sebészi irodalom összeállítása és csoportosítása tiszta képét adja nemcsak a kórformák gyakoriságának, de egyuttal annak az érdeklődésnek is, mely idők folyamán egyik vagy másik kérdést emelte előtérbe. Míg *Pólya* referátuma idején a kísérleti feldolgozás volt a legvaskosabb fejezet, ma a heveny pancreatitis klinikai képének és mütéti eredményeinek közlése foglalja el a fő helyet. Sok szerző tartja érdemesnek még ma is a sérülésekre, tömlőkre és daganatokra vonatkozó tapasztalatainak összefoglalását. A multhoz képest jóval több, bár viszonylagosan az előbbi problémákhoz mérten sokkal kevesebb cikk foglalkozik a pancreas köveivel és az idült gyulladással, amelyek mellé felsorakozott a functionális kórképek csoportja is, mint sebészi problema. Ezek mellett csak csekély számú közlemény foglalkozik a többi

kérdéssel. Referátumomban összegyűjtöttem ezeket is, előadásomban azonban csak a nagy problémákkal foglalkoztam részletesen s csupán megjegyzéseket fűztem néhány más kérdéshez.

I. A heveny pancreatitis.

Abban megegyeznek kórboncnokok és sebészek, hogy a hasnyálmirigy heveny megbetegedéseinek — amely elnevezést Pólya használta a klinikai képek összefoglalására — rendkívül változatos bonctani képében három folyamat van szétválaszthatatlanul összefogozva: a keringés zavarai, elhalásos folyamatok és gyulladásos jelenségek. Szándékosan használok ezeket az általánosabb megjelöléseket a szokásos vérzés, zsírelhalás és genyedés helyett, mert ezek szűkeknél bizonyulnak a valósággal szemben. A *keringés zavarának* nemcsak a többé-kevésbé tömeges vérzés, hanem az olykor igen kiterjedt vizenyő, a körülírt, vagy nagy terjedelmű szöveti véres tömülés (infarctozás) és a vérerrögösödés (thrombosis) is részjelenségei. Az *elhalás* sem korlátozódik csak a zsírszövetre, amelynek képe azonos úgy a mirigy állományában, mint a hasüreg, sőt a test távolabbi helyein, egyes esetekben a csontvelőben is, hanem elhal elszórt góciókban vagy nagyobb kiterjedésben a mirigy hámos-, kötőszövetes állománya is. A *gyulladás* sem szorítkozik a mirigycsővek és lebenykék szétszórt, vagy összefolyó genyedésére, hanem mint reactio megjelenik az elhalásos zsír- vagy mirigyszöveti góciók körül is, amelyeknek végeredményben felszívódására vagy demarcatiójára vezet.

Megegyeznek a vizsgálatok abban is, hogy az egyes esetekben az említett kórfolyamatok egyike vagy másika annyira *előtérbe* nyomulhat, hogy valósággal önálló képbenyomását keltheti. Innen van az, hogy a régebbi elnevezések: apoplexia pancreatica, pancreatitis haemorrhagica, pancreas zsírnekrosis, pancreatitis gangraenosa, pancreatitis purulenta mellett az újabb irodalomban még a pancreatitis oedematosa is szerepel, mint önálló kórkép. Az is bizonyos, hogy a klinikai tünetek súlyossága nincs szükségképpen arányban a mirigybeli elváltozások fokával; bizonyíték erre egyebek közt az is, hogy a bevezető, aránylag könnyebb rohamot kiállott egyének későbbi áltömlőiben oly kiterjedt elváltozásokat találunk, amelyek csak igen súlyos bonctani előzménynek lehetnek következményei. Ennek elbírálásánál egyébként tekintetbe veendő az is (Gruber), hogy a hullaelváltozás nem irányadó mértéke az élőbeli folyamatnak, amennyiben az aktivált mirigyváladék emésztő hatása a halál után is folytatódik, ami boncolásnál sokkal súlyosabb képet eredményez, mint amilyen az életben fennállott. Érdekes példát említhetek erre a saját anyagomból.

Néhány héttel ezelőtt régi, epeköves betegen végeztem cholecystectomiát; minthogy a kőrelőzményben röviddel előbb átélt sárgaság szerepelt, a cystikus csonton át megsondáztam a choledochust, melynek tág üregéből négy kisebb követ hoztam ki; a Vater-szemölcs nyílása tágan átjárható volt. A beteg 48 óra múlva súlyos collapsus tünetei között meghalt, aminek okául heveny pancreatitist mutatott ki a négy órával a halál után végzett boncolás. A feltűnően tág, a Vater-szemölcs ampullájában nyíló Wirsung vezetékben 3 cm-re a nyílástól 2 mm széles, 1 mm vastag, tojásdad, festékess epekő feküdt; a mirigyszövet duzzadt, vérbő, jól lebenyezett, benne épűgy, mint a retroperitonealis, cseplesz- és fodorbeli zsírszövetben számtalan elszórt sárgásfehér, gombostüfejnnyi zsírelhalásos góc. Amikor másnap, tizenöt órával a boncolás után a szerveket újra átvizsgáltam, a mirigyállomány már egészében elhalt, a zsírelhalásos góciók pedig pengőnyi, tallérnyi, részben összefolyó lemezekké lettek. Ez a hatalmas elterjedés a halál utáni önmélesztődés eredménye volt.

Klinikai szempontból azonban azt hiszem, mégis Dreesmann-nak van igaza, ha a heveny pancreatitisnek csakis két önálló kórképét állítja fel: a pancreatitis nek-

roticát és a pancreatitis purulentát. Ez megegyezik a francia felfogással is, akik »pancreatite aigue aseptique«-t és »septique«-t különböztetnek meg; csak az elnevezésük nem helyes. A lényeges különbség nem a bakteriologiai leletben van, amint azt már Pólya kísérletei bebizonyították, hanem abban, hogy a folyamat alapjellegét egy esetben az önmélesztés (*autodigestio*) okozta elhalás, amelyhez csak másodlagosan csatlakozik utóbb a genyedés — ez a pancreatitis nekrotica — más esetben a járatokon tovaterjedő fertőzés adja, amelyhez utóbb csatlakozhatik az autodigestiv elhalás. Maga Pólya az utóbbi kórképet mint subacut pancreatitist kiemelte a heveny megbetegedések közül, azért, mert a katastróphalis súlyos kórkép tényleg az előbbihez van kötve s így az érdeklődés előtérben is ez áll.

1. A pancreatitis nekrotica.

Hogy most már ennek a *pancreatitis nekrotikának* vizenyős, vérzéses, szövet- és zsírelhalásos képei egyazon folyamatnak időbelileg vagy súlyosságban különböző szakai, illetve fokozatai-e; hogy az egyes képek egymásból fejlődnek-e; hogy szükségképpen átfut-e a kórkép, ha időbelileg különböző gyorsasággal is, de mindig valamennyi változaton; vagy hogy bizonyos mértékű súlyosság és bizonyos oddig még ismeretlen bonctani együtt hatók kezdettől fogva determinálják a kórkép minőségét és kiterjedését, ez ma még ismeretlen, minden esetre vitás. A magam részéről az utóbbi felfogást látom jobban megindokoltnak, amire egyébként már Pólya kísérletei is rámutattak.

Vitán felül áll, hogy az elhalásnak minden formája a hasnyálmirigy *önmélesztődésével* áll vonatkozásban, amit a váladék mirigybeli aktiválása idéz elő. Kérdéses azonban az, hogy teljesen ép mirigyszövetet képes-e az aktivált váladék megemésztetni, vagy szükséges-e ehhez, hogy a mirigyszövet életképességéből veszítsen, mint szokás mondani, szükséges-e bizonyos fokú szövet-laesio jelenléte is (Rosenbach, Eppinger)? Ez utóbbi felvétel mellett szólnak azok az esetek, amelyekben mint kiváltó ok a mirigyállomány tompa sérülése, érmeleszesedés, embolia, mérgezés, érgörccs okozta keringési zavara (Lewit), behatoló gyomorfekély kapcsán jelentkező gyulladás, vagy elhajasodással összefüggő szövettáplálási zavar (Baló) szerepel. Guleke tényleg azt tartja, hogy a kórkép mindig csak a váladék aktiválásának és a szövetpusztulásnak együtteséből fejlődhetik.

A mirigyváladék trypsinogénjének aktiválását *kísérletileg* epén kívül bakterium tenyészetekkel és duodenalis váladékkal is sikerült elérni; valószínű továbbá, hogy elhalt mirigysejtekben is termelődik valamelyes aktiváló anyag (*cytokinase*). Hogy azonban mindezek közül az emberi kórtanban az epe illetően hatása áll előtérben, az az újabb irodalomban egyre általánosabban elismert tény. A fertőzéses eredetről Guleke már 1921-ben kijelentette, hogy kizártnak tekinthető, dacára annak, hogy az elhalásos góciókban és a kísérő véres hasi izzadmányban csirok tényleg elég gyakran kimutathatók (Körte); ezek azonban úgy látszik másodlagosan költöznek be a már elhalt, s így a letelepedésre hajlamosított góciókba.

Persze nem hiányoznak újabb kísérletek sem, amelyekkel bizonyítani iparkodtak a bakteriumok szerepét (Katzander). *Palma coli*- vagy *staphylococcus* geny befecskendezésével a pancreas vezetékbe jellemző elhalást tudott előidézni, míg sterilizált genynek ilyen hatása nincsen. *Biolato* kísérleteiben viszont ezzel szemben a colitenyészet hatástalannak bizonyult. Nordmann azzal akarja az ellentétet áthidalni, hogy a fertőzött epét csak veszedelmesebbnek mondja, mint a csirmenteset, de mindkettőt szerepelteti az elhalás genesisében.

Az epe aktiváló szerepének jelentőségére eredetileg azok az esetek utaltak, amelyekben a kórkép háttérében epekövek, vagy kő nélküli súlyos epeút gyulladások húzódtak meg. *Schmieden* gyűjtőstatisztikájában az 1278 operált eset 69,8%-ában voltak az epeutak is betegek; 18,1%-ban a choledochusban, illetve a Vater-szemölcsben volt kő kimutatható. Saját anyagának 81%-ban talált epekövet, 31 ilyen betege közül 22-ben choledochus, illetve szemölcs-követ. *Just* 14 esete közül csak egyben hiányzott az epeutak komolyabb elváltozása. *Tamann* 33 esete közül 28-ban voltak az epeutak hevenyen, vagy idültan lobosak vagy kövesek. Az én 39 esetem közül epekő jelenléte 32 esetben van feljegyezve. Amióta *Westphal* az epekólikák magyarázatára epekő nélküli esetekben nyomtatékkal hangsúlyozta az Oddi-gyűrű spasticus összehúzódásait, felvetődött a pancreas-elhalás keletkezésében is ennek a görcsös állapotnak a szerepe, mint olyan tényezőnek, mely heveny epepangást s így az epének a hasnyálmirigy csőrendszerébe bejutását idézné elő. Ilyen értelemben beszél *Westphal* hypotoniás motilitási neurosisról, *Linhardt* a vegetatív idegrendszer veleszületett, vagy szerzett dysharmonijáról az elhalás kóroktanában. Epehólyagbeli kövek is reflectoricusan kiváltott Oddi-görcs révén okozhatnak pangást a choledochusban, illetve a Vater-szemölcs ampullájában. *Douglas* (1921) említi, hogy epehólyag kiirtás után évekkel is jelentkezhetik pancreas elhalás, ami *Westphal* felfogását erősíti meg. *Schmieden* utalt arra, hogy a choledochus beszájadásának sérülései gyomorsectio kapcsán — legyen az a vezetékek egyikének véletlen körülöltése, főleg a vezetékek bizonyos említett változatai esetén, penetráló gyomor- vagy duodenális fekélyek alapjának kimetszése (*Clairmont*), a Vater-szemölcs eldugaszolása a duodenalis csanak túlzott befördítése által — az ilyenekhez csatlakozó pancreas elhalás esetén emberen végzett kísérleteknek tekinthetők az elhalás kóroktanában. Ascarisoknak a Vater-szemölcsbe való befurakodását kísérő pancreas-elhalás, aminek *Schmieden* összeállításában szereplő 50 esetén kívül 6 további példáját ismeri az újabb irodalom, az epepangás jelentőségét látszik igazolni, bár itt egyesek valamilyen különleges, a féreghez kötött mérgezés szerepéről is beszélnek. *Walzel* a Vater-szemölcsnek a duodenum felől történt sondázására utal, mint olyan veszélyes ténykedésre, mely különösen akkor lehet elhalás előidézője, ha a kutasz a pancreasvezetékbe tévedt; hogy ilyenkor a duodenalis váladék vagy az epe bevitele-e az aktiválás forrása, nehezen eldönthető; de azt hiszem, mindkét lehetőségre a choledochusnak felülről történő sondázásánál is gondolni kell, ha a kutasz a Vater-szemölcsön át a duodenumba tolatott be.

Hogy duodenalis váladék bejutásánál is az epének tulajdonítandó a főszerep, az valószínű; a duodenumnak kitágulása ileus okozta retrograd megtelődésénél, mobilisatióját követő bénulásnál különösen akkor adhat alkalmat ilyen váladék bejutására, ha a kivezető cső nyílása nagyobb kő spontán távozása, avagy transduodenalis behatása nyomán tátong.

Az epe okozta aktiválás helyét illetőleg sokáig tartotta magát az a felfogás, hogy az epe jut be a pancreas vezetékbe s ott, tehát intraglandulárisan végzi el az aktiválást. *Popper* ezzel ellentétben azt állította, hogy az aktiválás legtöbbször a choledochusban történik, ahová a nagyobb secretió nyomású pancreas váladék könnyebben jut be, mint fordítva az epe a Wirsung-vezetékbe; az epének ezen intramuralis aktiváló hatása azután diffúzió útján terjed tova a pancreas vezetéken a mirigy állománya felé. Hogy a pancreas váladék nyomása tényleg visszacsoríthatja az epét hepatopetalis irányban, azt *classicus* beigazolvál láttam egy esetben, amikor choledochus drainezés után a negyedik napon a drainen keresztül hir-

telen megszűnt az epefolyás s helyette két napon át kristálytisztá, jellemző pancreas váladék ürült, napi 500 cm³ mennyiségben; ez az áramlás azután ahogy jött, úgy el is múlt, anélkül, hogy a gyógyulás menetét továbbra megzavarta volna; valószínűnek tartom, hogy valamilyen közbejött okból keletkezett sphincter görcs volt az oka ennek a beáramlásnak. Helyesen hangsúlyozza *Walzel Popper* felvételének bizonyítására, hogy epefesztenyes beivódás heveny elhalásoknál tényleg sohasem található sem a kivezető cső hálózatában, sem a pancreas szövetében, ami pedig kétségtelenül meg volna, ha epebeáramlás történne a pancreas felé. De viszont téved *Walzel* abban, hogy ellenbizonyítékként felhossa azokat az eseteket, amelyekben az elhalás a pancreas farki részére korlátozott. Az ilyen elhalások keletkezésében valószínűleg egyáltalában nem az epe az aktivátor, hanem az említett cytokinase, amely a pancreas szövetéből valamilyen sérülés vagy keringési zavar kapcsán képződik. Valószínű, hogy a pancreas-váladék és epe végzetes érintkezése a bonctani viszonyoktól függően egyszer inkább az ampullában, máskor a choledochusnak vagy a pancreas vezetéknek végső szakaszában, ismét máskor a duodenum szomszédos részletében, esetleg parapapillaris gurdélyban (*Schmieden*, *Forssell* és *Key*, *Ackerlund*, *Case*, *Clairmont*, *Schinz*) következik be s ezen helyekről tényleg diffúzió útján terjed tova. Ez a diffúzió pedig egyszer vegyi reactio pillanatnyi gyorsaságával terjedhet tova, ami a folyamat kiterjedését kezdettől fogva determinálja, máskor viszont lassan haladhat előre a mirigy állományába.

Tisztázatlan ezidőszerint az is, hogy milyen úton kerül az aktivált emésztőnedv a zsírszövet közelebbi és távolabbi helyeire, hogy a jellemző *Balser*-féle elhalásos góccokat létrehozza. Egymással szemben fekvő felszíneken a közvetlen érintkezés révén szivároghat át az emésztőnedv; a hasüregi izzadmány elviheti a hasüreg legtávolabbi zugaiba is (*Ruppanner*), ahol azután a stomatákon keresztül jut be, a hashártya hámfát építségben hagyva, a subepithelialis zsírsejtekhez (*Gruber*). De a hasüregben kívül a mellüregbe, sőt a csontvelőbe (*Ponfick*, *Mathias*) aligha szállíthatja más mint a nyirok és véráram (*Payr*, *Martina*, *Böhm* és *Eppinger*), amikor azonban rejtélyes marad az elhalás gócos elosztódása.

Arra a kérdésre, hogy a három alapfolyamat: a vérzés, az elhalás és a gyulladás közül melyik az elsődleges, az önemésztés jelentőségének előtérbe nyomulása kapcsán természetesen azt a feleletet kellett adni, hogy a primær elváltozás az elhalás, mégpedig a mirigyszövet elhalása. Ennek szövödménye az erek pusztulása folytán a másodlagos vérzés, melynek tömege a megmárt ér nagyságától függ; az elhalt góc és vérömleny teremt meg a talajt a csírok megtelepedésére, s ezzel a genyedésre. Ilyen módon a »három folyamat érvényesülése a kórképben idő és súlyosság kérdése; mennél súlyosabb, mennél gyorsabb lefolyású a kórkép, annál inkább áll előtérben a vérzés és vizenyő; lassúbb lefolyás mellett kerül sor a szöveti és zsíros elhalásra, s később leglassabban fejlődik ki a fertőzéses genyedés, mely nem szükségképpen befejezése a bajnak«.

Ha pedig ez igaz, úgy az aktiválás lefolyásának szükségyszerű következménye, amire különösen *Pólya* és *Walzel* hívták fel a figyelmet, hogy az elhalás kiterjedése voltaképpen az aktiválást követő percekben adva van. Tényleg az elhalás későbbi kiterjedését a mirigyben belül a kísérletek nem erősítik meg. A pusztulás időbeli sorrendjét az is irányítja, hogy először aktiválódik a trypsin, aminek a szöveti elhalás és vérzés, utóbb a steapsin, aminek a zsírelhalás a következménye (*Brocq*).

A halálnak, melyet joggal nevez a kórtan pancreas-halálnak, okát több tényezőben keresték. *Maragliano* a

veszélyt a szív reflektorikus befolyásolásában keresi a hasnyálmirigy szomszédságában levő sympathicus idegpályák ingerlése révén. *Seifert* és *Brentano* a fertőzéses hashártya izgalmát okolják, tehát toxinhatásra vezetnek vissza a halált. *Hes*, *Bergmann*, *Guleke* a hasnyálmirigy fermentjeinek, *Joseph*, *Pringsheim*, *Doberauer* pedig a mirigy szövetes állományában keletkezett vegyi anyagoknak tulajdonítják a mérgezést. *Hess* a Langerhans szigetektől kitermelt négy anyag vérnyomáscsökkentő hatásában látja a halálos shock okát. Halálössze lehet a pancreas-roham későbbi szövődésményei révén is, amelyek közül: a vándorlásra hajlamos tályogok, a többé-kevésbé kiterjedt sequestratióval járó áltömlők, a viszérögösödések (pylephlebitis), továbbá a mirigyállomány szöveti elváltozásával járó működési zavarok (cahexia) közismertek.

A pancreatitis kórisméje még ma is, amikor pedig a laboratoriumi vizsgálati módszerek jelentőségét egyre jobban kiemeli a tapasztalat, nem tartozik a könnyűek közé. Azt hiszem túlpessimistikus *Takáts* és *Mackenzie* adata, akik 30 eset közül egyszer sem tudták műtét előtt a kórismét felállítani. De az tény, hogy a legkedvezőbb statisztikák is legfeljebb az esetek egyharmadára (*Eliasson—North*), némelyek a felére (*Popper*) becsülik a műtét előtti helyes kórismét. A klasszikus klinikai tünetek mellett: a bal vállba kisugárzó, lenyüggőző fájdalom, a gyomorgödörben harántul végighúzódó nyomásra érzékeny resistencia, a felső hasájék meteorismusa erősebb izomvédekezés nélkül, magas elzáródást utánzó gyomorés béltünetek, súlyos collapsusos állapot, szaladó érlökéssel és magas lázzal; ezek mellett a laboratoriumi módszerek: a vér sejtes elemeinek számbeli változása: polyglobulia és leukocytosis, a vérben és vizeletben diastase szaporodás (*Unger*, *Pozzi*), a vércukor emelkedése, olykor kezdettől fogva fennálló glykosuria, használhatók egyéb hasúri katastróphákkal szemben az elkülönítésre. *Stutzer* és *Turner* vérzéses pancreatitisre jellemzőnek tartják a köldök körüli barnás-zöldes, barnás-kékes elszíneződést. *Popper* jellemzőnek mondja a fájaldalmaknak eltűnését a 8—10. háti szelvénynek baloldali paravertebralis novocain befecskendezéses érzéstelenítésére. *Ditrich* szerint műtét közben elhalásra utal, ha a hasfali zsírszövet nem lazán omló, hanem merev, keményen szalonnás. Ezekon kívül *Bailey* értékesnek tartja a *Loewi*-tünetet, mely abból áll, hogy pancreatitis esetén négy csepp 1 ezrelékes adrenalinak szembecseppentésére excentrikus vagy tojásdad látászűzódés jön létre, valószínűleg a plexus coeliacus közvetítésével, *Peterson* a hasüregnek megcsapolásától vár útbaigazítást, amennyiben zsíros húslészerű folyadék kihúzása pancreatitis mellett bizonyít. *Takáts—Mackenzie* 30 esetükből 9-szer magas vörösvérsejtszámot találtak, amit a szervezet vízszegénysége okozta vérbeszáradásnak tulajdonítanak.

A felhalmozódó klinikai anyag sokoldalú ismertetése és összevetése abban a reményben történt, hogy a tapasztalat kiszélesítésével és a technika egyéni változatainak mérlegelésével végre is sikerülni fog az ijesztő halálozási arányszámot leszállítani.

A műtét *indication* felállításának újabb kialakulásában azt kell mondanunk, hogy az idő *Pólya* gondolatmenetének helyességét igazolta be. Ő említett beszámolójában, majd későbbi tanulmányában is felvetette a kérdést, hogy az elhalás kiterjedésének kezdeti determináltságát, a hasnyálmirigy bonctani viszonyait és a műtét lehetőségeket tekintetbe véve jogosult-e egyáltalában a korai műtét? A könnyű esetek szerinte maguktól gyógyulnak, aminek bizonyítására hivatkozik *Kehr* és *Mayo* azon adataira, hogy 100 idült pancreatitisre csak 4—5 heveny gyulladás esik, ami azt jelenti, hogy 20 gyulladástól 19 meggyógyul. Ez a következtetése ugyan téves, mert szá-

mításon kívül hagyja azt, hogy az idült pancreatitisek túlnyomó nagy többsége lappangva s nem heveny lob kimeneteként fejlődik, de nem változtat a tényen, hogy könnyű eset tényleg sokkal több van, mint régebben gondolták, s ezek tényleg gyógyulnak. Hiszen a pancreopathia acuta, vagy pancreatosis, amint *Schlegel* nevezi, ma már ismert kórkép. A súlyosan mérgezett esetek viszont műtéttel nem menthetőek meg, mert a műtét csak a mérgek kisebb részének eltávolítását teszi lehetővé; a pancreas nem létező tokjának behatása nem hasonlítható hatásában a vese decapsulatiójához, a tamponálás pedig veszélyezteti a gyógyulás sterilitását. Persze genyedés esetén, vagy ha a kórisme bizonytalan, akkor a korai műtét indokolt marad.

Ezzel az állásponttal szemben, mely annakidején inkább elméleti következtetésnek, mint klinikailag kellőleg alátámasztott tételnek látszott, a minden esetben lehetőleg korán végzendő műtétet hangsúlyozta *Schmieden*, s az ő tekintélye reá is nyomta bélyegét az elkövetkező évek pancreas sebészetére. Azonnal (*Höfer*), lehetőleg az első hat órán belül operálni (*Guleke*), ez lett a jelszó (*Arnsperger*). Nagy lett a csalódás, mikor az első lelkesedés után megjelenő kisebb-nagyobb statisztikák összecadásából kiderült, hogy a halálozást ezzel a gyökerességgel nem sikerült lenyomni, sőt hangok hallatszottak, melyek a korai műtétet veszélyesnek minősítették. *Mikkelsen* azt mondja, hogy a korai pancreotomia az elhalás és mérgezés fokozódását váltja ki. *Nordmann* szerint a műtét siettetni a halált, mert súlyosbítja a shockot, viszont a pancreas szabaddátétele semmit sem befolyásolja az elhalást. *Schweizer* heveny esetben a műtétet semmi reményt sem fűz. Egyre több oldalról állították fel a sorompót a műtét köré. *Riess* és *Jenckel* ugyan hívei a korai műtétnek, de a mirigyhez csak akkor nyúlnak, ha kifejezett elhalásos gócok mutathatók ki; elég az epehólyag eltávolítása. *Cullen* szerint minden eset külön-külön bírálható el, általános szabály nem állítható fel, általában csak genyes alakokon mondható a műtét jogosultnak. *Walzel* akkor tartja a korai műtétet indokoltnak, ha az előzményben kifejezett epepanaszok szerepelnek. Az epeutak jelentőségéről meggyőződve, a pancreatitis megelőzésére sokan hangsúlyozzák a korai epekómütetek szükségességét (*Kirschner*, *Fiedler*); a pancreatitis prophylaxisa lényegileg epeprophylaxis, mondja *Deaver* s fordítva tétellel lesz, hogy a pancreas-elhalás lényegében az epekőbetegség (*Bernhardt*), vagy helyesebben az epebetegség (*Walzel*) korai szövődésménye. A műtétből kiábrándultak, vagy benne csalódottak iparkodnak a veszedelmes mérgezési szakon belső kezeléssel átsegíteni a beteget: 2—4 óránként adott 0'3 gr heparin-cseppinfúzióval (*Boshammer*), sajátvér és szőlőcukor-oldat befecskendezéssel (*Hörmann*), kongó-piros, tryptaflavin és rivanol-oldat befecskendezésével (*Baumann*), *Roegholt* a per os táplálás teljes megszüntetése mellett konyhasó és szőlőcukor beömléscsökkentéssel, a vérnyomás süllyedése ellen ephetoninnal (*Boshammer*).

A végzendő műtét minőségét illetően is nagy az eltérés az egyes közlemények közt. Vannak, akik ma is ki-tartanak a pancreas-fészek egyszerű feltárása mellett, elhagyva a *Mikulicz* ajánlotta tokbehatást (*Bailey*), de hozzáadva a *Barkers* ajánlotta lumbotomiát is (*Ody*), a bal XII. borda alatt a vese hilusképleteinek elkerülésével a pancreas farkához. Ezzel szemben *Hoffman* a pancreas testének két leköttése közt végzett haránt átmetszésétől reményli a váladék nyomáscsökkentését. Mások csak az epeutak műtétét tartják jogosultaknak: cholecystostomiát (*Jakobovici*), a choledochus megnyitását (*Sebening*), cholecystektomiát (*Rufanov*), az utóbbit esetleg hepaticus drainézzel együtt (*Stetten*, *Roegholt*). Sokan vannak, akik az epeutak megnyitását összekötik a pan-

creas-fészek feltáráásával, tokbehasítással és drainezéssel (Unger, Horine), sőt egyesek cholecystektomiával is (Socker).

Ha ezen ellentétes nézetek e zürzavarából ki akarjuk hámozni a kialakulófélben levő új felfogást, úgy azt egyelőre a következő pontokban foglalhatjuk össze:

Kezdeti shockban ne operáljunk, csak azon esetben, ha a kórisme bizonytalan s ezzel egyéb rögtöni beavatkozás kellő időpontjának elmulasztása fenyeget. A shockon átsegített beteg műtétével célszerű várni a kórkép tüneti kialakulásáig, ami nagyjából hat órán belül megtörténik (Felsenreich). Könnyű lefolyással induló esetben megvárható a lecsillapodás; műtétet javall utóbb az elhalás vagy elgenyedés localisatiója, valamint kifejezett epeköbetegség, mely kétségtelenül hajlamosít megújuló rohamokra. Súlyos tünetek mellett műtét javallt a 4—5. napon, ha epeútzáródás, vagy előrehaladó fertőzés jelenségei jutnak előtérbe; az epeműtétek közül a hepaticus drainezés, átjárható cysticus esetén cholecystostomia, a hasnyálmirigy műtétei közül a pancreatostomia (Tusini) bőséges drainezéssel végzendő. Ha súlyos esetben oliguria és a nitrogen-maradvány emelkedése, sőt anuria áll fenn (Peterson), a műtét reménytelen.

Ilyen körülményekkel Nikolaus 75%-os halálozását le tudta szorítani 45%-ra, Fiedler 66%-ról 31%-ra, Watzel 86%-ról 28%-ra, Sebening 24%-ra. Saját 39 esetemben a halálozás még mindig 53,3%, amit annak a rovására kell írnom, hogy az esetek túlnyomó része az ötödik napon betegségbe kezdete után került a műtőasztalra.

2. Pancreatitis abscedens

Amikor a hasnyálmirigy helyét genyes üreg foglalja el, amelyben esetleg a mirigy szövetének kisebb-nagyobb elhalt darabjai is úsznak, nehéz eldönteni, hogy az üreg steril elhalásos tömlő utólagos elgenyedése, vagy elszórt lebenytályogok összefolyása és másodlagos szövetbeolvadás után jött-e létre. Innét van, hogy mint említettem, egyesek a genyedést minden esetben az elhalásos pancreatitis egyik, mégpedig végső szakának tartják. Kórboncnokok azonban, akik egyes fertőző bajok (typhus, parotitis, influenza, mastitis) kapcsán találtak áttételes pancreatitist, sebészek, akik főleg gyomor-duodenum és lép-műtétek, továbbá szövődényes hasi sérülések kapcsán vesztek el pancreatitisben beteget, ragaszkodnak a genyedő gyulladásnak mint külön kórképnek a fenntartásához. A kórbonctan megkülönbözteti ennek a gyulladásnak catarrhalis, tehát a mirigycsövekben lezajló és parenchymás, tehát a lebenykék genyes beolvadásával járó (*pancreatitis abscedens disseminata*) alakját, a sebészet pedig hangsúlyozza, hogy az egész kórképet enyhébb, kezdettől fogva fertőzőes tünetek (magas, rázóhideges láz, nagyfokú leukocytosis, collapsus nélkül) jellemzik. Az elszórt tályogocskákból összefolyó nagy tályog elhelyezkedése ép úgy lehet végeredményben endo-, para- és peripancreaticus, mint az átömlő, tovaterjedésre, továbbadásra való hajlama azonban nagyobb. Így kerülhet a tályog le a lágyéktájjra, fel a rekesz alá, így törhet át szomszédos, üreges szervekbe, melyeken át kiürülve, spontán meg is gyógyulhat.

Míg a catarrhalis és talán az elszórt kis tályogos gyulladás is nagyjából a könnyű pancreopathiák keretébe tartozik, addig a nagy tályogok a pancreastömlők képébe olvadva sebészi beavatkozás: megnyitás, drainezés, tamponálás tárgyai.

(Folytatjuk)

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

A Pázmány Péter Tudományegyetem I. női klinikájának közleménye (igazgató: Frigyesi József ny. r. tanár).

Ritkább javallat alapján végzett császármetszések.

Írta: Schilling Béla dr. klinikai tanársegéd.

A modern szülészetben el kell választanunk a háznál gyakorolható rendes szülésvezetést az intézet hatáskörébe tartozó műtétes szülésektől. Amikor e követelmény hangoztatása a szakemberek mind szélesebb körében hódított teret, amikor a rendellenességek kellő időben jutottak intézetbe, egy-egy szülészeti intézetben — észrevehetően szaporodott a császármetszések száma. Az a törekvés, hogy élő gyermeket hozzunk a világra, az utóbbi időben mindinkább háttérbe szorította azt a régi felfogást, mely a magzatra sokszor kevésbé kedvező és amely az igen gyakran nagy sérülésekkel és halálozással járó hüvelyi megoldást erőltette. A magzat érdekében felállított javallat mellett újabban mind jobban mérlegeljük olykor az anyára nézve is nagy sérülésekkel járó hüvelyi műtétek esetleges szövődményeit, mint pl. a magas fogóműtét esetleges következményeit. E körülmények egybevetése útján a modern szülészet törekvéseinek eredményeképpen kibővült a császármetszések javallatának területe annyira, hogy újabban az újszülött életét az anya életével csaknem egyenlő rangban bíráljuk el a császármetszések javallatának felállításában.

A korai burokrepedések, az asepsis rovására történt belső vizsgálatok, a fertőzés lehetősége és valószínűsége voltak azok a tényezők, melyek mellett ezelőtt a műtétet tilalmasnak tekintettük. Az élő magzat érdekében a javallat kibővítése csakis úgy volt lehetséges, hogy az eszményi követelményekből engedni kellett. Míg azelőtt lehetőleg csak oly esetekben végeztünk császármetszést, melyekben előzőleg belső vizsgálat nem történt, a burok sértetlen volt, addig újabban oly esetekben is elvégezzük, ahol ezek a feltételek nincsenek meg, így pl. mikor a vajudás hosszabb idő óta tart, vagy a szülés folyamata vesztel.

Tudvalevő, hogy először szülő nőknél, szűk medence esetén is, a szülés sokszor természetes úton folyik le. Ismeretes, hogy ennek oka részint az első szülések alkalmával a magzat kisebb fejlettségi foka, a has- és méhnyakizomzat hibátlan tonusa, működése. Ép ezért ezelőtt először szülőn császármetszést, vagy valamely módját a prophyllactikus szülészeti műtéteknek nem csináltak.

A javallatok felállítása ezen a téren is lényeges változáson ment át az utóbbi időben. Nevezetesen a méhnyakon végzett metszéseket nem szokásos, sőt nem is kell a túlagulási szak elején, hanem lehetőleg csak minél előrehaladottabb időben végezni. Amikor már valószínűséggel meg tudjuk mondani, hogy a szülés lefolyik-e természetes úton, vagy nem.

Az újabb időben először szülő nőn végzett császármetszések nagyobb számának második oka talán nem annyira szülészeti, mint inkább socialis körülmény, nevezetesen az, hogy ma sajnálatos módon igen sok szülő nő van, aki csak egy-két gyermeket szándékozik világrahozni. Ezért minden egyes magzatnak, így az először világrahozott magzatnak a megmentése érdekében is minden kétes esetben nemcsak beleegyeznek, de kívánják is a császármetszés elvégzését. Elsősorban azokban az esetekben, ahol a szülés észleléséből azt a véleményt hallják, hogy a szülésnek természetes úton történő befejezése akár kismértékben is bizonytalan.

A javallatnak a fenti elvek alapján való kiterjesztésekor a halálozási ok legtöbbször a nemzőszervek fertőzöttségéből ered. Sokszor a méh rejtett fertőzése a műtét útján tovább juthat a szervezetbe, más esetekben a mű-

téttel kapcsolatos legyengülés, vagy a kivételesen előforduló vérvesztés következtében válhat erősebbé a fertőzés. A műtét időpontjának későbbre tétele útján a fertőzés fokának növekedésével viszont az újszülött életkilátásai is rosszabbodhatnak. Az anyának és a magzatnak egyaránt az az érdeke, hogy a császármetszéses műtétet a lehetőség határain belül kellő időben végezzük; ez az anya szempontjából annyit jelent, hogy lehetőség szerint a fertőzés bekövetkezése előtt, a magzat szempontjából pedig a magzat életviszonyainak kedvezőbb időpontjában végezzük a beavatkozást. *Dörfler* szerint kiváló eredményei részben főképp azon alapszanak, hogy eseteit megválogatja s aránylag korán végzi el a műtétet.

Az ú. n. nem tiszta esetekben az utóbbi időben az extraperitoneális és intraperitoneális cervicalis eljárást egyaránt megkísérelték. Ebben a kétféle eljárásban az volt a vita tárgya, vagyis az a kérdés, melyik utat kövessük abból a célból, hogy a már meglevő vagy bekövetkező fertőzéssel meg tudjunk küzdeni; más szavakkal, vajjon a hashártya serozája, vagy a medencebeli kötőszövet alkalmasabb-e a fertőzés leküzdésére? A hashártya nagyfokú ellenállását a bakteriumokkal szemben *Walther* bizonyította be. *Franz*, *Hofbauer*, *Koerting* szerint a hashártya ellenállóbb a fertőzéssel szemben, mint a kötőszövet vagy izomzat. Legelőször *Franck* végezte az extraperitoneális császármetszést, később *Döderlein*, *Sellheim*, *Küstner*, *Bunim*, *Latzko* és mások többen. Az extraperitoneális császármetszésnek előnye, hogy a hashártya megnyitása nélkül éri el célját, ennek az eljárásnak azonban nagy kiviteli nehézségei vannak, amellett olykor nem is sikerül a műtét extraperitoneális elvégzése; elég gyakran fordulnak elő melléksérülések és azonkívül a műtét hosszú tartama miatt a magzati halálozás arányszáma is nagyobb, mint intraperitoneális beavatkozással. Az idők folyamán közölt statisztikák magzati halálozási adatai a hólyag-, uretersérülések aránylag magas előfordulási száma s az ugyancsak többízben közölt elvérzéses halálozások eléggé indokolt okai annak, hogy ez a módszer nem tudott a gyakorlatban elterjedni.

Az utóbbi években már csaknem minden műtő az intraperitoneális cervicalis műtét mellett foglal állást, a műtét könnyebb kivihetősége a melléksérülések elkerülése, a jó magzati kilátások mellett a méhnyakon végzett császármetszéseknek az az előnye is megvan a méhtesten végzett császármetszéssel szemben, hogy újabb szülés esetén a méhnyakon végzett császármetszések után 2—4%-ban (Halban—Seitz: *Wetterwald*, *Wille*), míg a méhtesten végzett műtét után az irodalmi adatok (Halban—Seitz: *Holland*) 20%-os hegypedésről tesznek említést.

Az I. női klinikán az utolsó 5 1/2 év alatt mintegy 10.000 szülés közül 230 (2,3%) esetben végeztünk császármetszést. A magzat életének megmentésére irányuló célt szem előtt tartva, a császármetszés műtétének javallata — mint a legtöbb intézetben — klinikánk anyagában is szélesebb körű volt az utóbbi években, mint működésünk első szakában. Császármetszéseink javallatának legnagyobb részét természetesen most is szűk medencés szülések alkották. Ugyanis 230 eset közül tisztán szűkmedence javallata miatt 140 (60,8%) esetben placenta praevia miatt 18 (7,8%) esetben, eklampsia miatt (0,8%) esetben végeztünk császármetszést.

További 23 esetben olyan ritkán előforduló javallat alapján végeztünk a császármetszést, melyek részben éppen a felállított javallat miatt, részben az ilyen ritkábban végzett műtétet eredményei miatt tartottunk közlésre méltónak. Ezek között is van szűk medence és placenta praevia.

Az okok, melyek miatt műtétet végeztünk, a következők:

1. Előesett lüktető köldökzsínór	3
2. Előlefkvő köldökzsínór	2
a) Köldökzsínór előlefkvés, idős, először szülő, relativ téraránytalanság	
b) Köldökzsínór előlefkvés, II. fokban szűk medence, relativ téraránytalanság, szívbillentyű elváltozás	
3. Placenta praevia centralis	3
4. Incompensált szívbillentyű elváltozás	2
5. Szűk medence	4
6. Rendellenes koponyabeilleszkedés	5
7. Douglas-ürbe szorult cysta	1
8. Intézetben kívüli műtét kísérlet (belső lábrafordítás)	1
	21
9. Előző húgycsőplasztika	1
10. Méhnyak rákja	1
	23

1. Köldökzsínór előesés esetén (lüktető köldökzsínór) az előkészítés ideje alatt úgy hártottuk el a köldökzsínór nyomtatásának veszélyét, hogy a szülő nő medencéjét magasra emeltük, hogy ezáltal a hasprés működésének következményeit elhárítsuk. Egyik segéd a hüvelybe hatolt fel s tenyereiben tartotta az előesett köldökzsínórkaest, ellenőrizte annak lüktetését egészen a has megnyitásáig. A műtét alatt a magzat kiemelésekor a köldökzsínórt kétoldalt lefogtuk, az egyik lefogást a lepényközelében végeztük, így az előesett fertőzött részletet a hüvelyen át távolíthattuk el. A három köldökzsínórelőeséses vajudók közül egyiket — akit a mentők szállítottak klinikánkra — két órával előbb történt köldökzsínórelőesés után végeztük el a műtétet s élő magzatot nyertünk. Felvételkor a lelet a következő volt: I^o-ban általánosan szűk, lapos medence. Belső vizsgálat: bőven kétujjnyi méhszáj, a hüvelyben elfekvő láb mellett lüktető köldökzsínórkaest. A gyógyulási folyamat zavartalan volt.

Következő esetünkben 33 éves többször szülő nő II^o-ban szűk, lapos medencén (medencemérete: 27, 28,5, 17,5 Conj. Vera 8'0) a felvételtkor végzett belső vizsgálattal kiderült, hogy kétujjnyi méhszájnal lüktető köldökzsínórkaest esett elő a hüvelyben. Rögtön császármetszést végeztünk s élő magzatot nyertünk. (A magzat méretei: 48 cm, 3100 gr, 36 cm.) A gyermekágyas kétízben volt lázas. A gyógyulási folyamatot hasfali tályog zavarta. A beteg a huszadik napon hagyta el a klinikát.

A harmadik esetben a 33 éves, először szülő nő (medencemérete: 25, 27, 17,5, rachitikus medence) a burokrepedés intézetben kívül történt. A felvételtkor a belső vizsgálat alkalmával kétujjnyi méhszájon át a hüvelyben köldökzsínórkaest volt tapintható. Mivel a medencebemenet felett álló csontos koponya mellett téraránytalanságra lehet következtetni s a szülő nő feltétlenül élő magzatot akart, a magzat érdekében az anya kívánságára császármetszést végeztünk. A műtét előkészítéséig a szülő nő medencéjét magasra helyeztük, így elkerültük a köldökzsínór összenyomtatását, s a műtét folyamán, ép úgy, mint előző esetünkben, az előesett fertőzött köldökzsínórrészletet a hüvelyen át távolítottuk el. A magzat méretei: hossza 50 cm, fejkerülete 35 cm, súlya 330 gr. A livid asphyxiában megszületett magzat bőringerekre azonnal sírni kezd. A szülő nő gyógyulása, néhány hőemelkedéstől eltekintve, síma volt.

2. Előlefkvő köldökzsínór miatt kétízben végeztünk császármetszést. Egyik esetben a 34 éves, először szülő nőben idő előtt történt a burokrepedés. A belső vizsgálat bőven ujjnyi méhszájnal a bemenetre rögzített koponya mellett lüktető köldökzsínórt mutatott. A I^o-ban szűkebb medence mellett (mérete: 23, 26, 18 Conj. Diag. 10'6) a magzat nagyinak látszott. Mindezekre tekintettel (idős, először szülő, szűkebb medence, relativ téraránytalanság, előlefkvő köldökzsínór) kilátástalannak látszott élő magzat világrahozatala más-kép, mint császármetszéssel. Ily módon élő, érett magzatot nyertünk (magzat mérete: 53 cm, 3700 gr, 36 cm).

A második esetben 27 éves, többször szülő nő II^o-ban szűkebb medence és stenosis ostii venosi sin. volt megállapítható. A felvételtkor kétujjnyi méhszájnal álló burkon át lüktető köldökzsínórt tapintottunk. A mondottak alapján császármetszést végeztünk és 56 cm hosszú, 3670 gr súlyú magzatot nyertünk. A gyermekágyban háromszor volt átmeneti láz, egyébként síma lefolyás.

3. A harmadik szülő nőt súlyosan kivérezve a mentők

szállították a klinikára; a nagyfokú vérzés miatt a mentők tamponade-ot végeztek. Felvételkor a magzat igen nagy, túlféjtnek és túlfordottnak látszik, a szívhangok bizonytalanul hallhatók. Belső vizsgálatkor ujjnyi méhszájon centralis placenta praeviat találtunk. Ezért főképpen az anya megmentése érdekében, nehogy a per vias naturales történő szülés alatt újabb vérvesztés katasztrofális végű legyen, azonnali császármetszést végzünk s a méhet a magzattal együtt távolítjuk el. A magzat szív működés nélkül született (magzat mérete: 60 cm, 4950 gr, 37 cm) s a szülő nő a 16-ik napon távozott.

4. Két rendkívül súlyos incompensált vitiumos esetben cardiacumok adagolása után a helyi érzéstelenítésben elvégzett császármetszéssel igyekeztünk a szülést a szülő nőre nézve legkedvezőbben, aránylag legkisebb megterheléssel befejezni. Mindkét esetben élő magzatot nyertünk s az anyák gyógyulása zavartalan volt.

5. Az e csoportba tartozó esetekben a ritka javallatot természetesen nem a szűk medence, hanem a mellékszövődmények tették. Mind a négy esetben régen elfolyt a magzatvíz (15. ó., 14. ó., 38. ó., 48. ó.), azonkívül háromon intézetben kívül is történt belső vizsgálat. A hasür fertőzésének elkerülésére a méh megnyitása előtt a fali hashártyát a méhhez körkörösen kiszegtük. A műtét végén a szokott módon a méhsebet hashártyával fedtük, a műteti területet 1%-os Rivanollal, a másik esetben hydrogen hyperoxid oldattal átöblítettük s csak azután fejtettük fel az odaöltött fali hashártyát. A hasseb alsó zugába ventildrain helyeztünk. Ezt az eljárást követtük minden fertőzött, fertőzésre gyanus, intézetben kívül vizsgált esetben. Egyik esetben három napon át tartó lázas állapot, másikkban négyzben jelentkező láz, harmadik esetben hosszú lázas szak után egyik alsó végtagon thrombosis támadt, míg a negyedikben síma volt a gyógyulás.

6. Az e csoportba tartozó esetekben javallat ritkaságát nemcsak a beilleszkedési rendellenesség, hanem a mellékszövődmények alkották. A két magas egyenes állás, 1 fejtető tartás, 1 Litzmann-féle obliquitas, 1 hátsó koponyatárossal kapcsolatos esetek közül négy esetben a szülés alatt fennálló láz, 14—15—24—48—12 órával előbb történt burokrepedés voltak a szövődmény kísérőjelenségei. Ez esetben három szülő nőn a fali hashártyát a méhhez kiszegtük, hogy a hasüreg fertőzését elkerüljük. Ez esetek közül egyik szülő nő hüvelyváladékában rövid streptococcus-láncokat találtunk. Ennél a hashártya kettős leváráásával védekeztünk a hasüreg szennyezése ellen oly módon, hogy a fali hashártyát előbb a méhhez, majd a fali hashártya szélét a méhsebzés közelében ismét kiszegtük a méh hashártyaborítékához.

A gyermekágy ez esetben magas lázzal szövődött. A 16-ik napon az egyik alszáron thrombosis támadt, a hasfalban a ventildrain helyén hasfali tályog keletkezett. A beteg a 44-ik napon hagyta el a klinikát. Az e csoportba tartozó másik lázas szülő nőnek ugyancsak thrombosis, a harmadiknak hosszabb lázas állapot után következett be a gyógyulása, a negyediknek hasüregi tályogja volt, az ötödiknek síma a gyógyulása.

7. Egy esetben a jobb petefészekből kiinduló újszülöttfőnyi cysta akadályozta meg a koponya beilleszkedését. A burok 40 órával előbb repedt meg, a koponya magas egyenes állásban volt. Intézetben kívül több belső vizsgálat történt. Mivel a cystát a Douglas-ürből kimosztítani nem lehetett s föltétlen szülési akadályt képezett, ezért 38° láz mellett a hashártya kiszegésével császármetszést végeztünk. A gyermekágyban néhány hőemelkedésen kívül más zavaró körülmény nem volt s a beteg a 12-ik napon távozott.

8. Intézetben kívül történt belső lábrafordítási kísérlet után egy ízben végeztünk császármetszést. A szülő nőt előzetesen orvos és bába vizsgálta belsőleg, medencéje elsőfokban szűk, lapos medence volt (22, 22.5, 17.5 Conj. Diag. 10.6), a belső vizsgálat téraránytalanságot és arctartást mutatott. Relatív javallatú császármetszést végeztünk s mivel előzetesen intézetben kívül vizsgálatok történtek, a hashártya kivárással védtük a hasüreget. Élő, 4000 gr-os magzatot kaptunk; a gyermekágyban egyszer volt láz.

9. A másodszor szülő nő előző szülése vidéken, fogóműtéttel történt. A műtét folyamán a magzat elhalt, azonkívül a húgycső alsó falának mintegy 2 cm hosszúságú, 5 mm szélességű anyaghányáa következtében tatóngó fistula keletkezett. Klinikánkon Frigyes professzor előzetesen mesterséges húgycsövet készített, melynek bonctani és functionalis eredménye kielégítő volt. A műtét után eltávozáskor figyelmeztettük, hogy esetleges szüléskor feltétlenül keresse fel klinikánkat. A terhesség utolsó heteiben jelentkezett s a szülés megindulása után — a műtét eredményének megóvására — császármetszést végeztünk. A gyermekágy lefolyását hasfali tályog s a vele kapcsolatos láz zavarta.

10. A 42 éves, X-szer szülő nőnek az utolsó három hónapban húslészerű bűzös folyása van és sokat fogyott. Vizsgálat: IX. hónapos terhesség mellett a portio helyén diónyi vérzékeny kráter volt. A méh testén végzett császármetszés után Wertheim szerint teljes kiirtást végeztünk s a gyermekágy 17. napjától kezdve sugaras kezelést vezettünk be; a gyermekágy 27-ik napján elsölegesen gyógyult hassebbel hagyta el a klinikát.

Ha eseteinkben a szereplő szülési szövődményeket áttekintjük, meg kell állapítanunk, hogy egy eset kivételével a magzati élet megmentése volt célunk.

A lüktető előesett és előlfekvő köldökzsinór, a centralisan előlfekvő lepény, a szülő nő incompensált szívbillentyű elváltozásai s a szűk medencés szülő nő szövődményei közt igen gyakran szereplő korai burokrepedés, elhúzódó szülés s az eközben keletkező láz, az előzetesen többször végzett belső vizsgálat, stb. olyan szövődmények, melyek a császármetszés javallatának régi megállapításait szemmel tartva, igen nagy magzati halálozást és megbetegedést követeltek. *Ha összehasonlítjuk ezzel a modern császármetszésnek eme ritkább javallatok alapján végzett műtéteinek eredményeit, melyeket a már említett eszményi javallat körének bővítésével végeztünk, úgy ezen eredmények az anyára jók, s a magzatra nézve rendkívül kedvező számokat találunk.*

Hitschmann gyűjtőstatistikája szerint a placenta praevia lateralis és totalis esetében a magzati halálozás 3.6%, Baisch 0% magzati és anyai mortalitásról tesz említést. Pankow 0% anyai és 5.6% magzati halálozásról ír. Stoeckel 31 placenta praevie esete közül 1 anyai és 1 magzati halálozást közöl. (Zit.: Winter: Halban—Seitz Biologie und Path. des Weibes VIII. 2.) Klinikánkon az utolsó öt esztendő alatt összesen 21 placenta praevia esetben végeztünk császármetszést, ezek közül 18 esetben csak placenta praevia, hátromban pedig placenta praevian kívül a fentiekben ismertetett egyéb javallat alapján végeztük a műtétet, 4.7% anyai és 0% magzati halálozás az irodalomban ismertetett anyai és magzati halálozásnak felel meg.

Csaknem hasonló az álláspontunk a ma még »ritkább javallat« címe alatt tárgyalt olyan esetekkel kapcsolatban, amelyekben a magzati életének veszélyeztetettsége a szülés folyamatának egész korai szakában nyilvánvaló. E csoportba sorozzuk elsősorban a köldökzsinór előesés- és előlfekvéseit, melyekben a fordítás és extractio mütéte az esetleg még egyéb szövődményekkel (szűk medence) a magzati élet előrelátható súlyos veszélyét mutatja. Ide tartoznak továbbá a szűk medencéknek egyéb mellékszövődményekkel kapcsolatos esetei, továbbá a rendellenes koponyabeilleszkedések, melyek esetében egymagukban nem, de egyéb szövődményekkel kapcsolatban császármetszést kell végeznünk (szűk medence, fenyegető méhrepedés), hogy az előreláthatóan sükségessé válható magas fogó- és egyéb mütétekkel kapcsolatos anyai sérüléseket elkerüljük és a magzati életet biztosítjuk. Ezeket ma még ritkább javallatú császármetszések címén foglaljuk össze, de saját tapasztalásaink és a szerzők által közölt anyai és magzati halálozási és megbetegedési százalék arra engednek következtetni, hogy a ma még ritkának nevezett javallat nem sok idő múlva szélesebb körben fog szerepelni.

Az utolsó 1—2 évtizedben a méh alsó szakaszán a méhnyakon végzett császármetszések általában tapasztalt jó eredményei olyan esetben is megmaradtak, ahol az eredeti követelmények nem voltak már meg. Tudvalevő, hogy 10—20 órával burokrepedés után és kisebb hőemelkedések esetén is, sőt egyesek még határozott fertőzött esetekben is anyai halálozás nélkül végezték a császármetszést. Az ilyen esetekben elért jobb eredmények oka nyilvánvalóan az, hogy a sebzés a méhnek sokkal mélyebb pontján történik, ahol a peritonizálás sokkal tökéletesebb és a hasüreg-

nek a műtét alkalmával a méhbennékeivel történő szennyvezéstől megóvása sokkal tökéletesebb.

Amióta ismeretessé váltak azok az eredmények, melyeket a javallat körének kibővítése után a régen elfolyt magzatvíz, vagy ismételt belső vizsgálatok, a szülőutak vélt vagy valóságos fertőzöttsége mellett különböző módon végzett császármetszések mutatnak, azóta nem lehet kétséges a szakemberek előtt, hogy a mai műtéti mód és tapasztalatok szerint talán többször lehetett volna a magzat életét császármetszés útján megmenteni. A magzati élet szempontjából a statisztikai és irodalmi adatok meggyőzőek. Az anyai mortalitásról és morbiditásról szóló adatok még nem elég egyöntetűek. Az anya lázas vagy fertőzött állapotában végzett hüvelyi műtétekben *Zangenmeister* (Halban—Seitz: Biologie u. Path. d. Weibes VIII. 3.) 42% anyai morbiditást és 5—8% mortalitást említ; azt látjuk tehát, hogy az anya hasonló állapotában végzett különböző császármetszés módok csak csekély különbséget, sőt inkább jó eredményt mutatnak.

Lichtenstein a magzati koponya perforációja esetén az anya lázas állapota mellett 21% anyai halálózásról ír. *Küstner* 0% mortalitásról ír oly császármetszések kapcsán, melynek 25%-a súlyosan fertőzött volt. Kétségtelen, hogy az anya lázas vagy fertőzött állapotát igen komoly és a javallat felállításakor nagymértékben számbajövő körülménynek kell tekintenünk s ha már nem tekintjük az anya lázas állapotát a császármetszés feltétlen tilalmazójának, mindenesetre fontos körülménynek kell tekintenünk a császármetszés műtéti módjának kiválasztásában és azoknak az óvintézkedéseknek és eszközöknek felhasználásakor, melyekkel a fertőzés tovaterjedését, vagy általában a választ meggátolni elsőrendű kötelességünk. A császármetszés műtétének e célt szolgáló különböző alapjai közül az extra- és intraperitonealis cervicalis műtét módozatairól és állásfoglalásunkról már említést tettem.

Sellheim a fertőzött méhet nyitva kezeli. Hasmegnyitás után a hashártyát a méhre varrta rá és az újszülött eltávolítása után a has bőrét csomós öltésekkel a méhseb széléhez öltötte. A méh üregét joddal ecsetelte s a méhszájon át lefelé jodiformcsíkot vezetett. A méhüreget jodiformgázzal tömte ki s azonkívül a hassebre is több réteg gazet fektetett. Ezután a hasfalon és fascián áthaladó három erős selyemöltéssel húzta össze a sebszéleket. A jodiformcsíkot a nyolcadik napig fokozatosan eltávolítja s a méh üregét hydrogen hyperoxid oldattal mossa át. Ha a méhseb tisztán sarajdzik, akkor *Sellheim* a 18-ik és 20-ik napon elvégzi a második műtétet, ami abból áll, hogy különválasztja a hasfalat a méhtől s a méhseb széléit felfrissítve, a méh izomzatát két rétegben egyesíti, majd pedig rétegesen egyesíti a hasfalat. Főelőnye ezen műtétnek, hogy később önkéntes szülés is várható. A *Sellheim* műtéten practikus változtatásokat eszközölt *Pauncz*, aki a méhseb széléit nem varrta a bőrhöz és így elérte azt, hogy a seb magától is záródhat és nem képződik egy másik műtétre váró méh-hasfali sipoly. *Raisz* a méhseb alsó harmadát elvarrta, efelett a méhüregbe vastag szádlócsövet helyezett s a sebnek ezt a részét a fali hashártya szabad szélével egyesítette, a hasfalat pedig a fistula nyílásáig rétegesen bevarrta.

Holzbach a hashártya leváráásával védi a hasüreget, a magzat és a lepény eltávolítása után a méhbe vastag gumicsövet helyez, ennek a csőnek középső része a méh kettős izomvarrat rétege közé kerül s a vége a hasfalon át vezet kifelé. *Holzbach* ezen eljárását a *Witzel*-féle gyomorsipoly mintájára szerkesztette, főelőnye, hogy a méh belseje fertőtlenítő oldatoknak jól hozzáférhető és kezelhető. Ez a módszer *Sellheim* eljárásának szélesebb alkalmazási körre való módosítása.

A *Portes*-féle műtétet *Wagner* ismertette legelőször. A műtét célja, hogy az anyai élet mellett a magzati életet

is megmentse, de ezzel együtt megőrizze a méhet, méhfüggelégeket és a fogamzóképeséget. Legfontosabb a gyors operálás, különben a magzat asphyxiában pusztul el. A méhet épűgy, mint a classikus császármetszésben, a hasüregből kiemeli s mögötte a hasüreget oly módon védi, hogy a hasfalakat egyesíti. A méh a hasüregen kívül marad s a méhseb gyógyulása után egy második műtéttel kerül újból a hasüregbe. A nagy elsőleges halálózásán kívül — szerző szerint 23% — hátránya ezen műtétének, hogy a hasfalak elé hozott méhben kiemelés előtt a magzat elhalhat, továbbá az, hogy a második műtétkor a nem teljesen tiszta méh visszahelyezésével igen nagy a hashártyagyulladás veszélye. Mérlegelendő továbbá az a körülmény is, hogy a petevezetőknek hetekig való kihelyezése esetén azok lumene zárodik s így a későbbi szülés lehetősége nagymértékben csökken. Ezért *Wagner* és *Kraul* azt ajánlották, hogy a méh fundusát csak annyira kell kihelyezni, hogy a méhfüggelékek a hasüregben maradjanak.

W. Latzko szerint kétséges, vagy biztosan fertőzött esetek a transperitonealis császármetszéssel 3—4% halálózással megoldhatók (*Baum, Küstner*). Az irodalomban ismertetett 15 *Sellheim*-műtét nem járt halálózással.

Súlyosan fertőzött esetekben sokszor fel kell áldoznunk a méhet, ha meg akarjuk menteni a magzatot. Ha igen hatékony fertőzéssel állunk szemben, akkor a méh supravaginalis csonkolását, vagy teljes kiirtását végezzük, de még így is nagy az anyai halálózás. A halálózás oka nem a műtétben, hanem az anyai szervezet fertőzött állapotában rejlik.

Sajnos, olyan vizsgálati módunk, melynek segítségével bizonyosan meg tudnók mondani, hogy az illető szülő nőnek belső nemzőszervei köcsirakkal fertőzöttek-e vagy sem, nincsenek (*Ruge-Philip, kient készítmény, stb.*). Bár az esetek eldöntésére minden bakteriologiai eszközt felhasználunk, mégis nagyjából ma is a régi klinikai szempontok vezetnek. Ezért minden műtéti javallat felállításakor számolni kell azzal, hogy a fertőzött, illetve arra gyanus esetek műtete nagyobb halálózási százalékkal jár s a halálózásán kívül ezen esetekben tudvalevőleg a halálózásnál még sokkal rosszabb a megbetegedési statistika.

A fertőzött méhseb gyógyhajlama rosszabb, gyakoriak a sebszétválások, nagyobbak a műtét utáni hasüregi összenövések és a későbbi szülések alkalmával a legnagyobb veszélyt a méh sebének tágulása, szétrepedése okozza. A műtét után a fertőzőes folyamatok következtében az endometriumon olyan elváltozások történnek, amelyek a későbbi terhességet lehetetlenné teszik. Ily esetekben a termékenység is fokozottabb mértékben csökken, mint a tisztán végzett császármetszések után.

Az I. női klinikának utolsó öt évi anyagában ismertetett 230 császármetszés közül 13 esetben volt a már ismertetett szövődeményeken kívül lázas állapot, vagy a szülőutak fertőzése jelen. Kivétel nélkül minden egyes esetben intraperitonealis cervicalis császármetszést végeztünk, még pedig a hasüreg fokozott védelmével. A belek elszigetelése és a hólyag letolása után a fali hashártyát a szélétől kb 2 cm-nyi távolságra a méhtestre rávarrtuk tovaftató vagy csomós öltésekkel. Ezután a fali hashártya szélét a méhen vezetendő nyílás közelében varrtuk a méh hashártyájához. Ily módon kettős hashártyabevarrással védjük meg a hasüreget a fertőzéstől. A méh megnyitása, a magzat és lepény eltávolítása után a méh üregét pontosan kitöröljük és a méhizomzatot a szokásos három rétegben csomós öltésekkel elvarrjuk. A hashártyavarratok felnyitása előtt a műtéti területet hydrogen hyperoxidral, vagy 1 ezrelékes Rivanol-oldattal, vagy híg jodincturás ecseteléssel fertőtlenítjük. A beleket elkülönítő kendők eltávolítása után a hasüregben 200 ccm 1 ezrelékes Rivanol-oldatot öntünk s az alsó peritonealis nyíláson át a hasüre-

get kifelé drainezzük. Ezen eljárást alkalmaztuk a fertőzésre gyanus esetekben.

A 13 fertőzöttnek vélt eset közül egy sem végződött halálosan. Szövődményként láz 46,1%-ban, thrombosis 15,4%-ban, hasfali tályog 30,8%-ban szerepelt. Ezt a bár nagyon súlyos megbetegedésekkel járó, de végeredményben minden anya megmentésével járt — tehát kielégítő — eredményt a fentiekben ismertetett eljárásunkkal magyarázzuk. E tapasztalások dacára természetesen nem foglalkozunk állást a Sellheim-féle császármetszési móddal szemben, melyet ugyan eddig nem volt alkalmunk végezni, de melyet pozitív bakteriologiai hüvelyváladék jelenléte esetén az eddigi tapasztalások szerint ily esetekben alkalmas eljárásnak tekintünk. Ha az esetek számára más, jobb megoldást nem találunk, akkor ezt fogjuk végezni.

Irodalom: Halban—Seitz: Biologie und Path. D. Weibes. — Hornung: Münch. Med. Wochschr. 1929. 38. — F. Gabrich: Münch. Med. Wochschr. 1925. 41. — Holzbach: Zbl. Gynaek. 1933. 20. — Penkert: Zbl. Gynaek. 1933. 9. — L. Kraul: Zbl. Gyn. 1931. 2420.

A Pázmány Péter Tudományegyetem I. belklinikájának közleménye (igazgató: Herzog Ferenc ny. r. tanár).

Vasomotoros zavar intermittáló sántítással encephalitis után.

Irta: Perémy Gábor dr., tanársegéd.

Egyik betegünkön az intermittáló sántításhoz hasonló féloldali tünetcsoportot észleltünk, mely az érbeidegzés zavarán alapult. A körelőzmény és a mostani lelet alapján arra kell gondolni, hogy ez az állapot encephalitis epidemica-nak ritka, eddig kevésbé ismeretes következménye.

W. E. 36 éves férfinak húszéves korában hurutos tünetek után kb. három hétig tartó lázas betegsége támadt, melyről kezelőorvosa elmondta nekünk, hogy fejfájással, hányással, tarkómerevséggel, Kernig-tünettől és aluszékonysággal járt. Lumbalunctio enyhítette a fejfájást; a liquorban sok lymphocytá volt. Az orvos más idegrendszeri tünetet nem talált, meningitisre gondolt. A beteg a láz elmúltával még hetekig fáradekony volt, később azonban teljesen rendbejött. Panasza, mely miatt a klinikára jött (1935 március 11.), kb. 3 évvel ezelőtt kezdődött. Eleinte 1—1½ km, utóbb már néhány száz m megjárása után jobblába elgyengül: csípőben és térdben a mozgás zavartalan marad, ellenben lába külső szélével súrolni kezdi a földet, majd nem tudja emelni a lábfejét, mely petyhüdtlen befelé bicsaklik, úgy, hogy meg kell állnia, különben belébotlik. Rövid pihenés után rendszeren tovább tud haladni. Ugyanazóta jobbkarja valamivel gyengébb, keze ügyetlenebb, frás közben hamar remegni kezd. Jobbkeze és jobblába könnyen és nagymértékben izzad, de a bal végtagjai is jobban izzadnak, mint azelőtt. A beteg láztalan, mellkasi és hasi szervein nem mutatható ki kóros elváltozás. Wassermann- és Kahn-reactio a vérben negatív. Vizeletben nincs kóros alkatrész. Idegrendszer: Pupillák középtágak, a jobb valamivel tágabb, mindkettő élénken reagál fényre és közelre nézésre jól szűkül. Mindkét szemem teljes látásélesség, ép szemfenék és szabad látótér. A fejidegek területén nincs kóros eltérés. A végtagok izomtónusa normalis, kétoldalt egyforma. A jobboldali végtagok izomereje kevésbé gyengébb. Járás közben a jobbkar nem leng, frás közben, néha más mozgás közben vagy nyugalomban a jobbkez remegni kezd. Fekvő helyzetben a jobblában néha ab- és adductio irányában közepes kilengésű, nem szapora remegés. Az érzésben nincs eltérés. A felső végtagok mély reflexei egyenlők. A jobb térd- és Achilles-inreflex élénkebb. Hasreflexek kétoldalt egyenlők. Talpflexus mindkét oldalon normalis. Kóros reflex nem váltható ki. A már röviden ismertett járászavarról még a következőket kell előadni: A beteg önmegfigyelése szerint a zavar beállta biztosan függ a figyelem ráirányulásától; ha felszólításunkra fel-alá jár és várja lába elgyengülését, ez 5—7 perc múlva jelentkezik, míg az elme ilyen beállítottsága nélkül hamarabb, még ha lassabban is halad. Lába elgyengülésekor abban semmi fájdalom, fáradtság- vagy fonákérzése nem támad, hanem csak azt veszi észre, hogy egyre nehezebben tudja azt előrelendítés közben

dorsalis flexióba hozni. Ilyenkor eleinte lábujjai jutnak nagyfokú dorsalis flexióba, nyilván a m. extensor digitorum-mal próbálja egyideig compensálni a többi izom gyengülését. Végre is felemelésekor annyira ernyedten lóg a jobblába, hogy nem tud biztosan rálépni és meg kell állnia. Elkkor pár pillanatig egyáltalán nem tudja mozgatni a lábfejét, majd egy percnél rövidebb idő alatt egymásután helyreáll a működésképesége a lábakra izmainak, a lábujjak mozgatónak, a m. tibialis anteriornak és végül a m. peroneusoknak. Amíg mindez bekövetkezik, addig a láb ellazultan lóg, a lábszár minden izomcsoportja teljesen petyhüdt, a különben élénkebb Achilles-inreflex kezdetben nem váltható ki és csak fokozatosan tér vissza, a talpflexus normalis, a térdben és a csípőben végzett aktív mozgások ereje változatlan, a lábszár izmainak galván ingerelhetősége nem csökkent; ezeken myastenias reactio sem ilyenkor, sem máskor nem váltható ki. A n. peroneus chronaxiája, a m. peroneus küszöbrángását figyelve, változatlan rheobasis mellett, 0,26 s-ról kifirásztás után 0,48 s-ra nőtt meg, majd 3—4 perc alatt a kezdeti értékre tért vissza. (Mint hogy az izmok mozgatópontjain a rheobasis többnyire jóval 100 V fölött volt, azért behatóbb chronaxiavizsgálat a rendelkezésre álló 210 V mellett nem volt végezhető.) Feltűnt még az, hogy a jobb art. dorsalis pedis és art. tibialis post. állandóan gyengébben lüktet, mint a bal. Ezért a vérkeringésre és a bőr vegetatív működéseire vonatkozóan még a következő vizsgálatok történtek: Az oscillometriás index a boka felett j. o. 1'3, b. o. 1'4; 5 percnyi gyors járás után j. o. 1'3, b. o. 2'0, 5 percnyi térdigérő 40° C-os fürdő után j. o. 1'6, b. o. 2'0 (Mészáros dr.). Recklinghausen-mansettával comprimalva a combot és az art. popliteán hallgatózva, jobboldalon a systolés nyomás 25, a diastolés nyomás 10 Hg mm-el alacsonyabb, a kopogás pedig halkabb. Hosszabb lógatás után a lábak színe egyforma, meglehetősen a bőrhyperaemia egyforma. A Moszkovicz-kísérletben a reactiv hyperaemia a jobblában kb. 5 mp-el későbbben áll be. Mechanikai inger hatására a reactiv bőrhyperaemia a törzsön és a végtagokon kétoldalt egyforma. Az art. dorsalis pedis és art. tibialis post. lüktetése a láb kifirásztásakor változatlan marad. A lábak bőrének hőmérséklete között nem volt állandó különbség. A verejtékezés a jobbkezén, méginkább a jobblában élénkebb, különösen a Moszkovicz-kísérletben a reactiv hyperaemia beálltakor. A m. trapezius megmarkolása élénk piloarreactiót vált ki, mely kétoldalt egyforma és leterjed a combra, a beteg azonban a jobb testfelen élénkebben érzi azt.

A leírt tünetcsoportból a jobb kar együttmozgásának hiánya járás közben, valamint a jobb végtagok csekély tremora az egész kórképet encephalitis epidemica következményének tünteti fel. Ez lehetett a körelőzményben említett, 16 évvel ezelőtt kiállott betegség. André Thomas¹ közlése óta a bőrérbeidegzés zavara ismeretes az encephalitis epidemica későbbi tünetei közül. Legutóbb Tincl, Eck és Schiff² írtak le postencephalitis hemiparkinsonismusban ugyanazon oldali vasomotoros zavart, mely a nagyobb arteriák spasmusában (a kézen érlökés nem is volt tapintható) és a hajszálerek atóniájában nyilvánult. Thalamus-syndromával társult vasomotoros zavart ismertettek Cornil és Mosinger,³ mely betegünk szempontjából azért tanulságos, mert a szerzők betegénél a Leriche-műtét az oscillometriás index viselkedése alapján nem javított a vasomotoros zavaron, sőt az érszűkülettel járó fájdalmat fokozta. Capsula-eredetű hemiplegiában is ismeretes az érbeidegzés zavara (Uttl).⁴ Betegünkön az ismertett vizsgálatok a nagyobb arteriák fokozott tónusát bizonyítják, ami az idézett esetekhez hasonlóan joggal származtatható az encephalitis-virus sajátos lokalizációjától: legvalószínűbben a corpus striatum bántalmától; kísérletes vizsgálatok is tanúsítják a törzsdúcok szerepét az érbeidegzésben.⁵ Az oscillometriás index megnövekedése az ép oldalon és változatlansága a kóros oldalon járás után arra enged következtetni, hogy ép viszonyok között onnét indul ki az értágító impulsus, mely a mozgató beidegzéssel egyidejűen a működő izomzat bővebb vérellátását biztosítja. Idegrendszeri bántalmának következménye bizonyára betegünk főpanasza, az intermittáló sántítás is. Ennek oka, helyi érbeidegzési zavaron vagy érbetegségen kívül, az idegrendszerben is lehet. Előfordulását polyneuritisben Frejdovič⁶ em-

liti. A gerincvelői érbeidegző magvakból eredt esete nem ismeretes, nyilván azért sem, mert gerincvelőbetegségekben a mozgásbénulás mellett a vasomotilitas zavarának ilyen hatása alig nyilvánulhat meg. *Déjérine* ellenben leírt a gerincvelőből származó intermittáló sántítást, melyet a gerincvelőnek időnként elégtelenné váló vérellátására vezetett vissza és mely voltaképpen nem más, mint mozgás közben vissza-visszatérő paresis. Az intermittáló sántításnak ritka formáját mint encephalitis epidemica utóbetegségét írta le *Lemos*.⁸ Betegének írógörce, rágóizmaiban spasmusa, fején és szemén konjugált deviálása támadt, ezenkívül bizonyos út megjárása után egyik alsó végtagjában contractura állott be, mely a továbbhaladást megakadályozta, azután oldódott. Ezt az extrapyramidalis contracturát scopolamin enyhítette. Betegünknek e tünetcsoport képe és kórfejlődése egészen más: kétségtelenül az érbeidegzés zavarával függ össze. Emellett szól az, hogy vizsgálataink szerint a kóros oldalon az arteria oscillálása nem nő meg járás közben, tehát az ér nem tud tágulás útján alkalmazkodni a működő izomzat nagyobb vérszükségletéhez. Végelemzésben tehát a lábszárizmok ischaemiája okozza betegünk intermittáló sántítását. Ennek jellemző tünete, a fájdalom ugyan esetünkben hiányzik, ami azonban nem dönti meg az itt adott magyarázatot. *Lewis*, *Pickering* és *Rothschild*⁹ vizsgálatai szerint a fájdalmat az izomban nem közvetlenül az oxygen-hiány váltja ki; kísérleteikben a fájdalom egyaránt ugyanazon munka elvégzése után állott be, akár a munka megkezdésekor, akár jóval azelőtt szüntették meg az izom vérkeringését. A fájdalmat szerintük az elfáradás közben keletkező anyag vagy fizikai-chemiai változás (»P-faktor«) okozza. *Mendel*¹⁰ szerint az érbetegség okozta intermittáló sántításban sem egészen állandó tünet a fájdalom. Esetünkben a fájdalom hiányát megokolhatja az, hogy az érbeidegzés centrális zavara talán nem egészen azonos hatású a helyi betegség okozta keringési zavarral, de részes lehet ebben magának az izomnak vegetatív beidegzése is, mely betegünkön szintén szenvedhetett. Ezek alapján joggal állíthatjuk, hogy az ismertetett eset az intermittáló sántításnak agyvelői eredetű vasomotoros zavar okozta alakját képviseli.

Irodalom: 1. *Guillain—Mollaret*: Les séquelles de l'encéphalite épidémique. Paris, 1932. 59. — 2. *Rev. neurol.* 1932. I. 477. — 3. *Rev. neurol.* 1932. I. 290. — 4. *Ref. Zbl. ges. Neur. Psych.* 62. 786. 1932. — 5. *L. R. Müller*: Lebensnerven und Lebenstriebe, 1931. 179. — 6. *Ref. Zbl. ges. Neur. Psych.* 59. 662. 1931. — 7. *Rev. neurol.* 1906. 341. — 8. *Rev. neurol.* 1924. II. 425. — 9. *Ref. Zbl. ges. Neur. Psych.* 62. 122. 1932. — 10. *Zbl. ges. Neur. Psych.* 27 65. 1922.

A Pázmány Péter Tudományegyetem urológiai klinikájának közleménye (igazgató: Illyés Géza ny. r. tanár).

A húgyhólyagluersről.*

Írta: *Kasztriner Iván dr.*, egyetemi tanársegéd.

A modern orvostudomány történelmének egyik aprói de legfontosabb fejezete kezdődik a XX. század elején. Felfedezésekben gazdag időszak ez, midőn *Schaudinn* és *Hoffmann* 1905-ben a spirochéta pallidát felfedezték, 1906-ban *Wassermann* complemetkötésű reactióját alkotta meg és ugyanezen évben *Ehrlich* Pál munkatársa a japán *Hata* segítségével 606-os praeparatumával ajándékozta meg az emberiséget.

Tudjuk, hogy védekezés és gyógykezelés ezen felfedezések időszaka óta vált lehetségessé. Érvényes ez minden szerv, így a nyálkahártyával borított szervek között a hólyag syphilitikus megbetegedésére nézve is.

* Előadta a Magyar Urológiai Társaság 1935 április 29-i tudományos ülésén.

Kivétel nélkül minden szerző megegyezik abban, hogy a hólyag luetikus megbetegedése rendkívül ritka. *Félix Legueu*, a párisi urológiai klinika igazgatója is közli, hogy ezen betegség történelmének első időszakában csak a boncasztalon tudták visszapillantó kórisméiket megállapítani (»Au debut de l'histoire de cette affection, les différents auteurs ne purent porter que des diagnostic rétro-spectifs, sur la table d'autopsie«). Négy évvel később *Nitze* tankönyvében azt írja, hogy lueses folyamatot a hólyagban eddig még nem állapítottak meg. A régi kórbonctani közlemények közül *Morgagni* (1767), *Ricord* (1842), *Virchow* (1852), *Widal* (1853), *Tarnowszki* (1872) közölnek eseteket.

Később a betegséget élön is tanulmányozni kezdték, a test többi részeinek egyidejű syphilitikus jelenségeire támaszkodtak. A kórsimét aszerint állapították meg, hogy a hólyaghurut egyéb oka, mint a gonorrhoea, illetőleg gümőkór hiányozván, a fajlagos gyógyszer kedvezően hatott. A harmadik időszak volt az, midőn már a hólyagtükörzést és a Wassermann-féle vizsgálati eljárást hívták segítségül a kórisme megállapításához.

A hólyagsyphilis egyes időszakaiban a betegek különböző fokú fájdalmas vizeleti ingerekről panaszkodnak. Az ilyenkor érzett fájdalmak kisugározhatnak a gát-táj, nemiszervek, végbél, fartáj, csipő és keresztcsonttájék felé. A fájdalmas vizeleti ingerek épúgy, mint gümős húgyhólyagbántalmakban 10—15 percenként jelentkezhetnek. A tünetek a legsúlyosabb hólyaghurut tüneteivel azonosak lehetnek. Ezen tünetekhez, de néha ezek nélkül is vérévelés csatlakozhat, mely néha a vizelet végén ürülő vér (haematuria terminalis) alakjában jelentkezik, néha hetekre, hónapokra elmaradhat. A vérévelés gyakran egyetlen tünet a hólyag syphilitikus megbetegedése közül és leginkább a hólyaggummákhoz csatlakozik. Klinikai betegeinken 50%-ban, tehát öt esetben tapasztaltunk haematuriát, kettőn kifejezett terminalis vérezést. A fájdalom és vizeleti ingerek 10 perctől ½ óráig terjedő poliuriára minden esetben jelen voltak. Érdekes a laboratoriumi lelet. A hólyagsyphilis esetében spirochéta a vizeletben sohasem mutatható ki. Górcső alatt vörösvértestek, fehérvérsejtek, nagyobb vagy kisebb számban hámsejtek, bakteriumok észlelhetők. A többi húgyivarszervek közül, miként *Mihajlov* és *Peterson*, mi is két betegen észleltük a vesék egyidejű megbetegedését (egyiken hydronephrosis + hólyagkő, másikon vesemedencelob mutatkozott). Az esetek legnagyobb részében a hólyag korai és késői luesével egyidejűleg többnyire megtalálható az alapterület jellegzetes kevés, vagy több megnyilatkozóása a kültakarón, a mirigyekben, a szájüregben, nemiszervekben, a parenchymás szervekben. Van olyan beteg, akin a harmadik időszakban bujakóros megbetegedéssel egyidejűleg a gerincvelősrövidítés vagy myelitis syphilitica jár együtt (*Engelmann*). A mi 60 éves szülész nő (klinikai) betegünkön hólyagluers tünetei tabes dorsalis incip.-el együtt jelentkeztek.

Syphilitikus hólyagmegbetegedésnek korai időszakában látható tükrökép legnagyobb része foltoszerű pirt, erythematous syphilitid, papulákat és daganatokat mutat a hólygában. A húgyhólyag késői syphilitikus megbetegedésének megjelenési formái sokkal változatosabbak, mint a betegség korai időszakában. A hólyag késői luesét két elkülönített csoportba osztjuk és megkülönböztetünk: 1. gummosus képződményeket és idült kötőszövetes gyulladásokat; 2. harmadlagos papulosus syphilitideket. Az összes leírt esetek legtöbbje az első csoportba tartozik. Ezek jelentkezhetnek: 1. mint daganatok (sima papillosus, polyposus); 2. daganatok, melyek közepén fekélyesen szét-estek; 3. mint fekélyek; 4. mint diffus interstitialis elváltozások, melyek vagy elődomborítják a nyálkahártyát

prostatalebenszövethez hasonlóan, vagy pedig neki egy paraketszerű külsőt kölcsönöznek, illetve agytekervényekhez hasonlóak. Az esetek túlnyomó többségében fekélyeket írtak le. A fekélyek képezik a késői hólyagsyphilisnek leggyakoribb, tehát legfontosabb tünetét. Egyenként vagy többedmagukkal léphetnek fel. *Illyés leírása szerint a lueses fekély teljesen élesszélű, mintha késsel vágták volna körül, a fekély alapja szalonnás.* A fekély környéke hyperaemiás lehet, színe sötétvörös, kékesvörös, zöldes. Ezek a színek luesre jellegzetesek és sohasem észlelhetők húgyhólyag gümőkórban.

Illyés professor úr előírása szerint kombinált antilueses kúrával kezeltük elsősorban betegeinket. Helybeli kezelést csak egyes fertőzésekben vagy vérzések esetén alkalmaztunk, egy esetünkben a vérzést elektrocoagulációval szüntettük meg.

Ezen áttekintés után az urológiai klinika tíz esetét ismertetem:

1. *K. J. 36 é.* Hirtelen görcsös fájdalmak a hólyag táján. Vizelete véres. Azóta is olyan csekély kihagyással. 1918-ban syphilis, miután hét antilueses kúrát végzett. Felesége is lueses. *St. pr.:* Vesetájak szabadok, vesék alsó pólusa nem tapintható, külső nemiszervek épek. Cystoscopia: a vizelet véresen festett, cap. rendszer. A hólyagháromszög mindkét oldalán, főleg jobboldalt az ureter-szájadékig terjedő hólyagvizenyő. A bal ureterszájadék látható, a jobb mélyen a vizenyős duzzanatokba ágyazott. A jobb ureterszájadék fölött szabálytalan alakú, éles szélű, sárgásszürke lepedékkel fedett, 20 fill. nagyságú fekély. Wassermann negatív. Gyógykezelés kététi hólyagbecseppentés után panaszok változatlanok, cystoscopiai kép ugyanaz. Antilueses kúrát kezdünk, már 3×0'30 egr neosalvarsan után a vizenyő csökkent, befejezett kúra után baloldalt eltűnt, jobboldalt ureterszájadék látható, de még oedemás környezetbe ágyazva. A fekély szélén fehéres heg, többi része rendszer. Panaszok megszűntek.

2. *34 é. nő.* Öt év óta mindkét vesetájon görcsös fájdalom. Hat hónap óta félóránként fájdalmas vizelési ingerek, gyakran hidegrázás. vizelet véres, gennyes. Egy év alatt háromszor végeztek nála kövülés-műtétet. Urológiai körkép: a vizelet erősen zavaros, vörhenyes, kapacitása 50 gr, általában hurutos hólyagnyálkahártya, lobos trigonum és fundus. Ureterszájadékok lobosan duzzadtak. A vertexen és oldalfalon lencsényi és kisebb egymás mellett sűrűn elhelyezkedő papulaszerű sötétbarnásan festenyzett elváltozások. A hólyag felső részén az orif. int.-hoz közel egy ötpengős területen éles határu lobosduzzattal körülvett piszkosszürke pseudomembrána, melynek területén angioma-szerű livid kiálló göbök. A functionális vesevizsgálat, a röntgenpyelographia (uroselectan) eredményeképpen jobboldali hydronephrosist találtak. Kórlefolyás hólyagkezelés H₂O₂ — kal. hypermang. — 1%^o arg. nitr. mosás, protargol instill. — kombinált antilueses kúra. Három és fél hónap után a vizelete homályos, de nem véres. Panaszmentes, hazamegy, utókezelésre berendelve.

3. *60 é. szülésznő,* két év óta vizelési panaszok. Vizelet zavaros, négyízben állítólag véres. 12 év előtt gutaütés. *St. pr.* idegrendszer: jobboldalt haemiparesis, positiv Babinski, Anisochoria. Cystoscopia: súlyos diffus hurut, bársonyosan megvastagodott, helyenként lepedékes nyálkahártya. Jobb ureter-szájadék ép, bal nyitott. Wassermann++++ Coli bacillusvizsg. neg. Hólyagkezelés + kombinált antilueses kúra. 19-ik napon hólyagpanaszok megszűntek, kúra folytatására amb. kezelésbe távozik.

4. *47 é. gyárímunkás,* állítólag nehéz tárgy hirtelen emelése után 1/2 óra múlva véreset vizelt, óránként vizel. Cystoscopia: Nyálkahártya kissé fényvesztett, vérzékeny. Ureter-szájadékok feltűnő tágak. A jobb ureter-szájadék felett szilagalakban összefutó nyálkahártyaráncok középpontjában szabálytalan, rizs-szemnyi oedemás-szélű anyagihiány, mely élesen határolt, fibrines lepedékkel borított. Wassermann++++. Hólyaginstillatio. Comb. antilueses kúrát megkezdjük. 17-ik napon annak folytatására ambulans kezelésbe távozik. Állapota javult. Háromóránként vizel.

5. *28 é. háztartási alkalmazott,* két év előtt lues aquirit, eddig öt kúrát kapott. Két hét óta 1/4 óránként jelentkező fájdalmas, görcsös vizelési ingerek. Vizelete két nap óta véres. *St. pr.:* Wassermann: +++++. Cystosc.: Cap. 130 gr. Súlyos diffus hurut. Kissé magasabban fekvő ureter-szájadékok. Inst. + komb. antilueses kúra. Kilenc nap múlva vizelet kristálytiszta, ambulans kezelésbe távozik.

6. *33 é. íródatiszt,* lues 1928-ban, azóta öt kúra. G. o.

1926-ban, ugyanakkor heregyulladás, hólyaghurut, prostatagyulladás. Három nap óta vizelés végén pár csepp tiszta vér ürül a húgycsövéből (minden fájdalom nélkül). Cystoscop. vizsg.: vizelet kissé véres, hamar feltisztul. Cap. norm., az orif int. bal oldalsó része mellett lencsényi kiemelkedő gomboszerű hámfosztott granuloma. Hasonlót jobboldalon és a vortexben is láthatunk. Wassermann erősen positiv. Elektrocoagulatio, antilu. kúra, hólyagkezelés. Két hét múlva javultan távozik.

7. *22 é. háztartásbeli,* egy hét óta gyakori fájdalmas vizelési ingerek, hidegrázás, szomjazás. Bal vesetájon szűrő jellegű fájdalom. Cystosc.: vizelet homályos, cap. norm. Nyálkahártya erettségére alig kivethető, helyenként hyperemiás foltok (maculák). Balszájadék merev, környéke enyhén oedemás, kisebb lyukszerű. Functionális vesevizsgálat baloldali pyelitist mutatott. Separált vizelet üledékében Koch negatív. Wassermann positiv. Installatio + comb. antilu. kúrára derékfájdalmak enyhülnek, úgyszintén fájdalmas vizelési ingerek, lázmentes, hidegrázás nincsen. Venereás osztályra helyezzük a kúra folytatására.

8. *35 é. állatpoló,* egy és fél év óta vizelési panaszok. Félóránként vizel. Cystoscop.: cap. 50 gr. Hólyagnyálkahártya mérsékelten hurutos, jobb ureter-szájadék ép, a bal tátony, előtte szürkésfehér lepedék a nyálkahártyán. A bal ureterszájadék mögött és a hólyag jobboldalán 1—1 lencsényi felületes nyálkahártyafekély. Egy hónapig comb. kúrát végzünk, bismuth + neosalvarsannal, később revivallal és hólyaginstillatiókat. Közérzet javult, hólyag cap. 100 gr, vizeléskor fájdalmak nincsenek, 5—6 hét múlva kontrollvizsgálatra berendelve.

9. *27 é. kereskedősegéd.* Erős vizelési ingerek, legutóbb már 1/4 óránként kellett vizelnie. Vizelet zavaros s a vizeletkiürítés végén 1—2 csepp véres vizelet. Három hónap előtt hímvesszőfeldörzsölés, egy kis fekély keletkezett e helyen, amely kezelés nélkül magától gyorsan gyógyult. *St. pr.:* hólyagtájéki nyomásra kifejezetten érzékeny, cystosc.: vizelet zavaros, cap. normalis, hólyagháromszög chronikusan gyulladt, ureter-szájadékok normalisak. A jobb hólyagfalra terjedő bullosus oedema. Sphincter ugyancsak köröskörül oedemás. Wassermann erősen positiv. Autoserum-therapia; protargol becsseppentés, gencyseppürülés megszűnik. Fájdalmas vizelési ingerek változatlan fennállása miatt neosalvarsan kezelés. Nyolcadik napon vizelet feltisztul, vizelési inger megszűnik, vizeletkiürítés 5—6-szor naponta, éjszaka 1—2-szer. Ellenőrző hólyagtükrözéskor hólyagnyálkahártya általában normalis, sphincter oedemás. A nagy hólyagvizenyő, mely a jobb ureter-szájadék körül mutatkozott, teljesen eltűnt. A beteg javultan a kombinált antilueses kúra folytatására ambulans kezelésbe távozik.

10. *70 é. nőbeteg.* Érdekes az eset, mivel az első hólyagtükrözéskor a hólyag jobboldalán mutató elváltozások tumor, illetőleg carcinomára engedtek következtetni. Csak a későbbi kontrollvizsgálat, a Wassermann, a börgummák jelenléte és az antilueses kúra sikeres volta döntötte el a kórismét, a hólyaggummat.

A hólyagtükrü képek, általában az esetek változatosága miatt voltam bátor az Urológiai Klinika tíz betegének kórtörténetét röviden tárgyalni. Mint láttuk, az esetek egy részében már az anamnesisek is elárulták a baj specificitását, a cystoscopia, a Wassermann-reactio, a kombinált antilueses kúra eredményes volta minden esetben megerősítették a diagnózist. Ki kell emelnem annak jelentőségét és fontosságát, hogy az Egyetemi Urológiai Klinikán 15 esztendő alatt rendkívül nagyszámú hólyagvizenyős megbetegedés mutatkozott. Az orvostudomány különböző specialis szakmáinak fejlődésében nem tudunk olyan szakot mondani, amelyben a lues ne szerepelne. A legkritikább megbetegedések közé tartozik az uropoetikuss tractus luese, melyet fél évszázaddal ezelőtt nehezen kórisméztek; azonban mióta a cystoscopyt az ureterkateterizmust, a pyelographiát bevezették az orvosi gyakorlatba, a szakorvos előtt megszűnt ezen terra incognita, amit támogattak a fentebb már említett XX. század eleji nagy felfedezések a spirochaeta kimutatása, a Wassermann-reactio és terapiában a 606-os praeparatum. A syphilidologusokkal határos területen jár az urologus, akinek a kezében levő finom, specialis műszerek nagy fölényt kölcsönöznek. Ezt csak azért bátorodom hangsúlyozni, mivel kevés olyan szakma van, amelynek határ-

területeiből más szakorvosok oly nagy részeket hasítanak ki maguk számára, mint az urológiából. Ha meggondoljuk azt, hogy az urológiai sebészetnek ez az apró kicsiny része az urogenitalis tractus syphilise milyen nagy fejlődésen ment keresztül egy emberöltő óta, mennyi közlemény, mennyi tanulmány jelent meg ebből a tárgykörből, hány ismeretterjesztő előadást tartottak kiváló szakemberek a legnagyobb százalékban urologusok, akkor büszkék lehetünk, mert mindezen nagy előretörtetés csak az urológia diadalmas magasraszárnyaló útját jelenti.

Irodalom: Paul Asch: Z. f. Urol. 5. — Jamada Jasusada: Journ. of Dermatol. a Urol. 27. — Israel: Handb. d. Urol. Lichtenberg. — Dreyer: Dermatol. Zschr. 20. — Duvergey: Journ. d'Urol. 20. — Legueu: Traite' chirurgical d'urologie. — Ilyés: Urologia. — O. Schwartz: Z. f. Urol. Chir. 1926. — Ismardi Ubaldo: Semana med. 1929. — Valverde Belmiro: J. d. Urol. 28. — Gautier: J. d. Urol. 25. — Nikitin, Boris: Zbl. Chir. 1928. — Posner: Zbl. Hautkr. 21. — Pugh Winfield Scott: Med. Journ. a record.

A Székesfővárosi Közkórházak Gyöngyösi-utcai szülősztályának közleménye (főorvos: Raisz Dezső egyet. magán-tanár).

Magas egyenes állás fejtetőtartással.*

Írta: Simkó Béla dr., közkórházi adjunctus.

A magas egyenes állások ma már gyakrabban között esetei között elég ritkák azok, amelyekben még deflexió tartással is szövődik a fej ezen szokatlan beilleszkedése (0'2—0'5%). Az összes ismertetett esetek között arctartást Fogelzanger, Pankow, Walz és 25 esete között egy ízben Burger; homloktartást Martius és Hermstein; fejtetőtartást Fohr, Albert, Naujoks, Neumann, Jaschke írtak le. Az utóbbiak sorát egy a közelmúltban észlelt esetünkkel szaporíthatjuk, amelynek a rövid története a következő. 1935. február 15-én 31 éves harmadszor szülő nőt vettünk föl az osztályra, akinek előbbi szülei simán folytak le. A medence-méreték rendesek, fájásai délután 3 óraker kezdődtek, a magzatvíz jó fájások közepette már intézeten kívül elfolyt. A fej a bemenet fölött kimozdítható, a két ujjnyi méhszájon át a nyílvarrat az egyenes átmérőben tapintható. a kis kutacsot hátul a keresztcsont előtt jól el lehet érni. Positio occipitalis sacralisról, a magas egyenes állások ama ritkábbik válfajáról lévén szó, amely beilleszkedésből spontán szülés csak a tarkótáj előre forgása útján várható, manuális correctiót határozunk el, de ennek tekegolyó fogással történő elvégezhetősége céljából a méhszáj nagyobb fokú kitágulásáig várunk. Eközben a fájások egyre sűrűbben és fokozódó intenzitással újulnak meg. A nemsokára meg-ejtett belsővizsgálat azt találja, hogy a méhszáj már három ujjnyi, az erős fájások hatása alatt azonban a fej már annyira rögzült, hogy a correctió kísérlet már nem sikerült. Ekkor fölvetődik a császármetszés kérdése, de mivel most a nyílvarrat az előző vizsgálat alatt tapintott helyzetéből kissé a jobb ferde felé közeledett, a spontán correctio bekövetkezésének reményében továbbra is várakozó álláspontra helyezkedünk. Egy óra alatt azonban az igen jó, sőt túlerős fájások ellenére sem haladt a szülés. Az ekkor elvégzett belsővizsgálat alatt azt állapítjuk meg, hogy a bemenetben erősen beékelte fejen a nyílvarrat ugyanazon helyzetében a koponya visszamaradt olyannyira, hogy a kis kutacs alig érhető el, elől pedig csaknem a symphysis mögött jól tapinthatóvá vált a nagy kutacs. A positio occipitalis sacralisból tehát fejtetőtartás-positio sincipitalis fronto pubica alakult ki. A vizsgálat

* Bemutatta a Közkórházi Orvostársulat 1935 március 27-én tartott ülésén.

után controlált szívhangok száma ekkor hirtelen igen magasra szökik, kopogóvá válik, fájás-szünetben sem rendeződik, majd annyira elhalkul, hogy már szinte csak sejtteni lehetett. Hamar műtétéhez készültünk s a csaknem tűnőfélben lévő méhszájon át a harántba föltett *Kielland* fogóval sikerült a fejet rotatio nélkül lehúzni s kifejtetni a fejtetőtartás mechanizmusa szerint, anélkül, hogy az előzetesen végzett episiotomia sebe tovább szakadt volna. A 4100 gr súlyú, 54 cm hosszú, 37 cm fejkerületű fiúmagzat livid asphyxiája nemsokára oldódott ugyan, de az első napokban fokozott agynyomás tüneteit észleltük rajta. A gyermekágy kilencedik napján anyjával együtt egészségesen hagyta el az osztályt.

A deflexió magas egyenes állások között a positio sincipitalis fronto pubicát nem tekinthetjük a beilleszkedés oly önálló változatának, mint pl. az arctartást, hanem csak a positio occipitalis sacralis következményének, amint azt a magunk esetén kívül, ahol a kis kutacs eleinte hátul még jól tapintható volt s elől a nagy kutacs csak későbbben szállott mélyebbre, Fohr hasonló elgondolása, valamint *Veinziert* megfigyelései is azt igazolják, akinek koponyatartásos magas egyenes állásban észlelt esetei közül három fejtetőtartásban született meg. Így tehát okai alkalmasint ugyanazok, mint a koponyatartásos állásai, amelyek közül ha a medence bemenet és a fej alakjában, a nyak különös rövid voltában, végtagelésében erre különös adottságot nem találunk, a legvalószínűbbnek azt tartjuk, hogy a burokrepedés pillanatában a méh contractiója a magzatnak kissé előre vagy hátrafelé fordult hátát egészen előre vagy hátra irányítja; de elképzelhető az is, hogy a beilleszkedést kereső mozgó fej a burokrepedés időpontjában abban a helyzetben rögzül, amikor az a nyílvarratával az egyenes átmérőben áll. A positio occipitalis sacralisból azután úgy lesz fejtetőtartás, hogy lejjebbhaladás közben az occiput a promontoriumon fennakad és a fejtető száll mélyebbre. Neumann és Naujoks egy-egy hátsó fejtetőtartásos esetben a magas egyenes állás okát a fej különös alakjában vélte megtalálni, ami mellett azután már a véletlen játéka az, hogy a hát s ezzel a tarkó is a symphysis felé kerül.

Az eddig ismertetett magas egyenes állás + fejtetőtartások közül *Veinziert*-jéből egy, Neumann mindkét s Naujoks egy esete spontán szüléssel végződött. A medencén történő áthaladás részben a *Mueller*, részben a *Pankow* által leírt mechanizmus szerint történt, vagyis úgy, hogy a nyílvarrat mindvégig megmaradt az egyenesben, illetőleg abból az egyik ferdébe fordulva jutott el a medence közepéig, ahol ismét az egyenes átmérőbe igazodott. Így tehát spontán szülés a fej ezen beilleszkedési rendelkezése mellett is bekövetkezhet.

A máig közölt esetek száma azonban még túlkevés ahhoz, hogy abból a therapiára vonatkozólag végleges következtetéseket lehessen vonni, annál kevésbé sem, mert viszont *Albert* manuális correctióval, *Fohr* pedig magas fogóval fejezték be az általuk észlelt eseteket. Az előbb említett spontán lefolyású születek leírásában feltűnik, hogy úgy Neumann, mint Naujoks esetében a fejnek a bemeneten történő áthaladását a vulva rendkívül nagyfokú oedemája kísérte, amelyhez az utóbbi észlelése szerint még egy nagy kiterjedésű haematoma is társult, a szövetek compressiójának félreismerhetetlen jeleként, amely vizenyő csak akkor csökkent, amikor a fej már az üregbe került. Ha meggondoljuk, hogy a medencebeli szövetek ilyen nagyfokú összenyomatását a bemenetbe szinte erőszakosan bepréselt fej okozza, úgy azt semmiképpen sem tarthatjuk a magzatra nézve közömbös tényezőnek s nem csodálkozhatunk azon, hogy már a bemenetben álló fej mellett jelentkezett agynyomási tüne-

tek kényszerítettek minket, valamint *Fohr*-t is a magas fogó elvégzésére.

Éppen ez a körülmény az, ami az eddig ismert esetek kevés száma mellett is irányító elgondolást adhat a deflexió magas egyenes állású szülések vezetésében.

A koponyatartás magas egyenes állások therapiájában, ha megfelelő várakozás után a spontán correctio nem következett be, a további tennivalókat illetőleg ma két felfogás áll szemközt és pedig a preventív manualis correctio, amelynek nálunk 25 esetre vonatkozó nagy tapasztalatával *Burger* tanár a képviselője, amivel szemben állanak *Zitzenfrey*, *Panek*, *Kehrer* és *Penzold*, akik ezen eljárást, mint preventív módszert, általában elvetik s helyette csak magzati vagy anyai indicatióból végzendő fogót, symphysiotomiát vagy császármetszést ajánlanak. Nem szükséges talán itt részletesebben rámutatni arra, hogy a vitalis indicatio különben általában helyes, de sokszor lényegesen súlyosabb viszonyokat jelentő elvének védelmében a rendesen könnyen kivihető s talán műtét számba sem menő manualis correctióval szemben milyen aránytalanul nagy és sokszor kétes kimenetelű beavatkozások állanak. Ha ma a rendes koponyatartás mellett végzendő fogó műtétek között is a magzat szempontjából a sokkal kedvezőbb prophylactikus fogónak nyújtjuk az előnyt a vitalis indicatióból végzendő helyett,**) úgy mennyivel inkább vonatkozhat ez a fej rendellenes állásaira, különösen pedig akkor, ha a fogót egy még sokkal egyszerűbb kézfogással helyettesíthetjük. A fejtetőtartás magas egyenes állású szülések vezetésében a preventív correctiónak különösen nagy jelentősége van, hiszen egyszerű elgondolással is nyilvánvaló, hogy ha a fej a bemenetbe nem a koponyatartásnak planum suboccipitobregmaticájával, hanem a fejtetőtartások annál nagyobb planum fronto occipitaléval illeszkedik be, úgy hogy a 11 cm átmérőbe a fejnek szintén 11 cm átmérője jut, már igen kicsiny különbség mellett a fej annyira beékelődhet, hogy mint az előbb említett esetekben a nemzőszerveken pangásos vizenyő és vérzés lép föl. S ha ilyenkor a fej hamarosan át nem fordul az egyik vagy másik ferde átmérőbe, melynek 12.5 cm-es nagyságában már kényelmesebben elfér, úgy a műteti beavatkozás agynyomás-tünetek vitalis indicatiójával már a szülés olyan szakaszában lép föl, amikor az anyára nézve mindig súlyos és a magzatra nézve kimenetelében sokszor kétséges magas fogót vagy császármetszést kell választanunk a szülés gyors befejezésére. Hogy ez valóban úgy van, mutatja a *Fohr* által ilyen helyzetből extrahált magzat facialis paraesise s a magunk esetében a napokig tartó agynyomásos tünetek. Különösen indokoltnak tartjuk pedig fejtetőtartás magas egyenes állás mellett a korai manualis correctiót akkor, amikor — amint a mi esetünkben is — a fájások igen erősek és sűrűn követik egymást, nehogy a méhszáj nagyobb fokú kitágulására lévő várakozás közben a fej már kimozdíthatatlanul beékelődjék.

Dacára annak, hogy ezt a szülést a fej ritka és szokatlan beilleszkedése mellett magas fogóműtettel sikerült eredményesen befejezni, mégis úgy az eddig ismert esetek, valamint a magunk észleléséből levont következtetések alapján is a preventív manualis correctiót tartjuk ilyenkor a választandó eljárásnak, amelynek könnyű és egyszerű kiviteléről egy másik positio occipitalis sacralis szülés kapcsán volt alkalmunk meggyőződni.

** Lásd *Raisz*: Újabb szempontok a magzat szülési agyvérzések prophylaxisában. O. H. 1927 május 14.

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

A Pázmány Péter Tudományegyetem II. szemklinikájának közleménye (igazgató: Blaskovics László ny. r. tanár).

A szaruhártya rácsos elfajulásáról.*

Irta: *Németh Lajos dr.*

Vogt szerint a szaruhártya átlátszósága külön örökletes tényezőtől függ. Ha ez az örökletes tényező hiányzik, vagy egy bizonyos korban esődöt mond, a szaruban homály támad. A szaru homálya ennek megfelelően lehet veleszületett, ha az örökletes tényező kezdettől fogva hiányzik. Vagy pedig, mint az alább részletezendő örökletes szembetegség esetén, csak egy bizonyos életkorban fejlődik ki. A szaru örökletes betegségeinek egy igen ritka fajtáját észleltük. Az alábbiakban ismertetjük.

1933 szeptember 19-én jelentkezett a budapesti II. szemklinikán Ny. K. 46 éves kir. gazdasági felügyelő, aki előadta, hogy két nap óta mindkét szemén rosszul lát. Elmondta, hogy már évek óta szaruhártyagyulladásra van. 25—26 éves korában a háborúban megfázott, ekkor mindkét szemén enyhe szemgyulladás támadt és hallása is megromlott. Szemgyulladása egy hétig tartott, azóta kétévénként szokott jelentkezni és egy-egy hétig tart. A gyulladás idején fájdalma is van, lezajlása után pedig megnáthásodik. Atyja hasonló szeméjében szenvedett.

Wassermann-próba negatív.

Látásélesség: o. d: $\frac{5}{10} + 2.5$ Dsph $\subset + 6.0$ Dcyl tengely $100^\circ = \frac{10}{30}$ ($\frac{5}{30}$) — o. s: $\frac{5}{10} + 3.5$ Dsph $\subset + 5.0$ Dcyl tengely $105^\circ = \frac{5}{10}$ ($\frac{5}{30}$). Fénytorésít fénykerülés és izgalom, valamint a szarufolyamat miatt meghatározni nem tudtuk, azonban szemüvegéről és keratometriával összetett hypermetropiás astigmia-ra következtettünk. Mindkét szemén mérsékelt fénykerülés és könnyezés, kiskokú bulbaris és ciliaris belőveltség. A szaruszélei érhurkok egyes hajszálerei elzáródtak, másokban a véroszlop szakadozott, általában az érhurkok erei feltűnően gyérek.

Mindkét, de főleg a jobb szaru felszíne szurkált, egyenetlen, szaruk középpontja már focalis vizsgálattal is korongalakban diffuse homályos s a homály a központban legtömtebb, míg a szélek felé fokozottan vékonyodik, a peripheriás szarúrészek csaknem rendes átlátszóságúak. A réteslámpa a diffus korongalakú homályt foltos és pontszerű, vékonyabb-vastagabb, a parenchymában lévő homályokra bontja szét, amelyek egymással összefolynak. A homályok különböző szintben vannak, a szélek felé felhőszerűek és megvékonyodnak. A rácsos szerkezet, amely után a betegség a nevére kapta, az egész szarun megfigyelhető, főleg a széli átlátszóbb részeken, míg a központ felé a homályok fokozottan mindinkább megnehezítik felismerésüket. Az egész szaruhártyában látható felszínesen a hám alatt és a *substantia propria* középső részeiben lévő *rácsos szerkezet*, finom, szürkésfehér, egymással hegyesszögben találkozó és kereszteződő, másutt dichotomián szálak fonalak. *Löwenstein* hasonlata szerint a szaru visszavert fényben olyan, mint gyémánttal összekarcolt üveg. Ilyenkor látható ugyanis legjobban a rácsos szerkezet. Közvetlen megvilágításban a rácsos vonalak szürkésfehér csíkként mutatkoznak. A szaru idegei nincsenek összekötésben a rácsos szerkezettel, amelynek egyes rostjai csomósan megvastagodottak. A szaru felszíne fluoresceinnel foltosan festődik, réteslámpával pedig pontszerű gödröcskék láthatók az egész felületen. A szaru hátsó felszínén és a lencsetokon pigmentrögök vannak, ami valószínűleg lezajlott szivárványgyulladás következménye. A hátsó pigmentlap a rendesnél jóval szélesebben hajlik át a pupillaris szélen.

A beteget kb. másfél év óta figyeljük, azóta 2—3 ízben volt gyulladással roham, amely 2—2 hétig tartott, de a szaru felszíne a nyugalmi időben is egyenetlen volt. A szaru érzékenysége csökkent. A legutolsó vizsgálat alkalmával a látóélesség kis fokban csökkent, amellyel azonban *Csapody IV*-et olvasott. A szaru hátsó felszínéről és lencsetokról a pigment eltűnt. A jobb szaru érzékenysége csökkent, balé rendes.

A gyulladással időszakban különösen jó hatást láttunk a sárgahigany- és főleg az ichthyol-kenőccstől, méginkább a röntgenbesugárzástól. A röntgen hatásának tulajdonítjuk, hogy több gyulladással rohamot nem észleltünk s a szaru felszíne is simább lett.

* Előadta a Magyar Szemorvostársaság január 19-én tartott gyűlésén.

1934 márciusában 33 éves nőtestvérét volt módomban megvizsgálni, aki szemüvegrendelés miatt keresett fel. A jobbszemen myopiás astigmatiát, a balszemen hypermetropiás astigmatiát találtam, míg fivérének nagyfokú összetett hypermetropiás astigmatiája volt, tehát mindkét esetben nagyfokú astigmia volt jelen (gyengébb alkatú szemek). A látóképesség itt 6/10-ről 25/10-ra ($\frac{5}{12}$) javult. Mindkét szaru, de főleg a jobb közepén enyhén homályos, az utóbbi felszíne kissé egyenetlen. Mindkét szaru felszínes részében direct fényben rácsszerű szerkezetű, finom szürkés-fehér vonalak voltak láthatók, visszavert fényben is ugyanazt a képet láttuk, mint a testvérén. A szaru felszínes részében, középen, fehéres, foltos, finom, egymással összefolyó homályok vannak, balszemen a szaru hátsó felszíne finoman pigmentált, úgyisintén a lencsetok is, a szaru hátsó felszínén praecipitatum-maradványok.

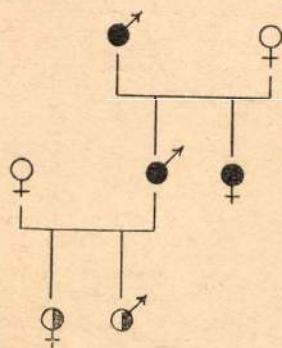
Ugyanazok a jelenségek voltak tehát észlelhetők mindkét betegen, azzal a különbséggel, hogy a fiatalabb nőtestvéren csak kezdődött a betegség, míg az idősebb férfin jóval jelentékenyebb változások voltak.

1934 szeptemberében a fentemlített férfibeteg gyermekeit volt alkalmam megvizsgálni. A 6 éves N. M. kisleánynak és 5 éves N. K. kisfiúnak ugyancsak erős fénytörési hibája volt s úgy mint az előbb ismertetett felnőtteken, a gyermekeken is uralkodó volt az astigmia. Mindkét gyermek szaruján réteslámpával, főleg a középpontban, közvetlenül a Bowmann-hártyára kiterjedően, illetőleg alatta, apró szürkés-fehér, vékony, egymással összefolyó foltokat találtam, amelyek egyszerű fociális világítással nem voltak láthatók. A szülők szerint mindkét gyermek igen hamar kap szaruhártyagyulladását, ha valami a szemükbe esik, de magától is. Ilyenkor a háziorvos megállapítása szerint a szaru ki van kopva, amivel egyidejűleg fénykerülés, könnyezés, fájdalom és szemvörösség jelentkezik. A kórkép megfelel megújuló szarufoszlásnak.

Franceschetti ismertet egy családot, melyben a megújuló szarufoszlásra való hajlam hat nemzedéken át öröklődött. A megbetegedés dominánsan öröklődött s az átvitel mindig a beteg egyén által történt. A fent elmondottak alapján valószínűnek fogadhatjuk el Franceschetti ama nézetét, hogy a megújuló szarufoszlás öröklődő is lehet és valamelyes összefüggés lehet a szarufoszlás ezen öröklődő alakja és a szaru csomós, rácsos elfajulása között.

A gyermekeken jelentkező megújuló szarufoszlás, mint a szaruhártya szövetének veleszületett gyengesége fogható fel, amely fiatal korban így kezdődik s csak később okoz rácsos elfajulást.

Az ismertetett családban dominánsan öröklődő betegséget következőképpen ábrázolhatjuk:



A fentvázolt kórkép: a szaru rácsos elfajulása tehát öröklődő szembetegség, amely a második, harmadik deccenniumban okoz látászavarokat s fokonként haladva 3—4 méterről ujjolvasásig rontja a beteg látásélességét. A betegség öröklési menete domináns. A közvetlen kiváltó ok teljesen bizonytalan. Endokrin-zavarokról, a szaruidegek megbetegedéséről, táplálkozási zavarról szólnak (satnya szaruszerű elhurkok) az egyes szerzők, Fuchs pedig kötőszöveti elfajulásnak tartja. Löwenstein-nek módjában állt egy esetben a szövettani vizsgálat elvégzése s azt találta, hogy a Bowmann-hártya alatt acidophiliás lerakódás, a parenchymában pedig basophilias szemcsészettség volt.

Mint már említettük, mindkét felnőtt betegnek gyulladáshoz rohamai voltak, amelyek ugyan rövid ideig tartottak, de egyidejűleg a homályok is fokozódtak. Bár az irodalomban erre vonatkozóan említést nem találtunk, legvalószínűbbnek tartjuk mégis, hogy a gyulladáshoz rohamokat az váltja ki, hogy a szaruban előzőleg tönkremenő részek vagy ott lerakódó idegen anyagok, amelyek a homályosodást okozzák, vegyi hatásukkal reactiv gyulladást keltenek. A gyulladás bulbáris és ciliáris injectióban, fénykerülésben és fájdalmakban jelentkezik. Egyidejűleg irisizgalom is támad és ez magyarázza meg a pigment-rögöket a szaru hátsó felszínén és a lencse elülső tokján. Ott, ahol egy-egy alkalommal kisebb a szaru elfajulása, nem támad izgalom, vagy csak igen csekély, amit esetleg nem is vesznek észre. Ott azonban, ahol több szarurész megy tönkre, vagy erősebb lerakódás történik, hevesebb visszahatás támad, amely gyulladáshoz roham alakjában jelentkezik.

A rácsos szaruhártyaelfajulás dominánsan öröklődő, mindkét szemben jelentkező, haladó természetű betegségnek nevezhető, melyben csupán a gyulladáshoz rohamok enyhítésével, illetőleg megszüntetésével tudunk a betegnek segítségére lenni.

Irodalom: Löwenstein: Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 82. 752—762. o. Stanka: Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 74. 357—360. o. — Franceschetti: Zschr. f. Augenheilk. 66. 309—316. o. — Fuchs: Zschr. f. Augenheilk. 75. 159. o.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Panmyelophthisis képében lefolyt aleukaemiás myelosis. Henschen és Jexler. (Zschr. f. Klin. Med. 128. 1935.)

A szerzők esetet közölnek, melyben a kórkép aleukia haemorrhagica-nak felelt volna meg, de hiányzott a szájnyalkahártya elváltozása és a lép nagyobb volt. A boncolás a vérképző szervekben myeloid metaplasziát talált, tehát aleukaemiás myelosit állapított meg. Az eset hosszú időn át volt megfigyelés alatt, korai myelogen sejtalak sohasem volt a vérképben. Kleiner György dr.

Veleszületett cystás vese és a vérnyomás. Willer. (Münch. Med. Wschr. 1935. 1437.)

A nephrogen vérnyomásemelkedés kérdéséhez jelentős adat a szerző öt boncolt esete. A betegek kora 53—65 év között volt. Három beteg uraemiában halt meg, egynek bronchopneumoniája, egynek insufficientia bicuspidalis és bronchopneumoniája volt. E két utóbbinak 160, a többinek 110—140 Hgmm systolés vérnyomása volt. Mind az öt esetben cystás májat és cystás vesét talált, veseállomány alig, részben csak mikroszkópi mennyiségben volt. A két nagyobb vérnyomású beteg egyikének általános arteriosclerosis volt, különösen kifejezetten az agyalapi ereken, a másiknak lefolyt endokarditise, insufficientia bicuspidalis és általános pangása volt, a többi három beteg szívében és ereiben azonban semmi jelentős elváltozás sem volt, nevezetesen szívhypertrophia hiányzott. Ezek közül 2 eset hosszabb ideig volt klinikai megfigyelés alatt; vérnyomásuk ezalatt sohasem volt nagyobb, a maradék-N 159, ill. 370 mg% volt. Eszerint a működő veseállomány nagymértékű megfogyásából eredt veseelégtelenség magában nem okoz vérnyomásemelkedést. Perény dr.

Sebészet.

Fájdalmas és gyulladáshoz folyamatok kenőcsös kezeléséről. Blume, Aachen. (Zblatt f. Chir. 62. 37.)

Kiterjedt kísérletek útján arra az eredményre jutottak, hogy a Panthesin-balzsamnak kitűnő gyulladást gátló, valamint fájdalom- és viszketést csillapító hatása van. Mindenekelőtt jó szolgálatot tesz égések, röntgen dermatitisek, mindenképp bélszipoly esetében, ahol a bőrnek ártalmára van, viszkető végbél és hüvely-ekzema, végbél-frissura, coagulált da-ganatok nagy sebei és phlegmone esetében. Séra Imre dr.

Adat a tetanus-serummal és tetanus-anatoxinnal injiciált egyének antitoxikus immunitásának tartama és értékéhez. *Redi.* (Zbl. f. Chir. 62. 37.)

Szerző tetanus-antitoxin jelenlétét vizsgálta olyan egyéneken, akiket serum és tetanus-antitoxinnal vegyesen immunisált; évek múlva is talált annyi antitoxint a vérben, amely tetanus-infectio ellen elegendő. A beoltott személyek egy újabb antitoxin-injectióra gyors és intensív specifikus antitestképzéssel reagáltak. *Séra Imre dr.*

A combverőer aneurysmájáról. *Borchard, Gleiwitz.* (Zbl. f. Chir. 62. 37.)

Két esetet ismertet, melyekben az arteria femoralis sérülését nem látták el rögtön és késői aneurysma támadt: egyik esetben nem látták el rögtön az arteria femoralis szűrt sebeit, másik esetben a két ér kiskaliberű átlövése után támadt aneurysma arteriovenosum. A beteget két veszély fenyegeti: a lágyrészek alá való elvérzés és a sérült végtag tartós ártalma. Ezenkívül a műtő is kedvezőtlenebb helyzetbe kerül később. Ezek miatt ily sérülések primaer ellátására kell törekednünk. *Séra Imre dr.*

Tízéves (1923—1932-ig) gyomorsebészet a peptikus fekélyek terén. *Demel.* (Zbl. f. Chir. 62. 37.)

Szerző az utolsó tíz évben észlelt kítő eredményeiről számol be, melyeket gyomorfekélyek esetén ért el Billroth II. módszerével az egész pars praepylorica eltávolításával. Operált esetei (453) kontrolljából kiténik, hogy egyetlen ulcus pepticum jejunum sem fordult elő. Ajánlja a splanchnikus anaesthesiát. Perforált fekélyek esetében, különösen, ha elhanyagoltabb állapotban vannak, resectio helyett egyszerű elvarrást ajánl. *Séra Imre dr.*

Szülészet.

A tuba-sterilizálásról. *H. Fuchs.* (Zbl. f. Gyn. 1935. 32.)

Sterilizációs eljárása abban áll, hogy a tubát átvágva, isthmikus részét a méhfundus izomzatába süllyeszti és a hólyag serosájával fedi. Ezen methodus hasonlít a Menge-féléhez, mert mindkettőnél a tubacsonk és lumen fistulamentesen izmos hegbe süllyesztődik és ezáltal spermiumok számára átjárhatatlanná válik. A Menge-féle operatio után eddig nem észleltek terhességet. Hátránya azonban, hogy genitális hypoplasia esetében, valamint az inguinalis tájék erősebb zsírfelrakódása mellett igen nagy nehézséggel jár a keresztülvitele, sőt előfordul, hogy még gyakorlott operatuer is kénytelen sikertelensége esetén laparotomiára áttérni. Legkomolyabb ellentét ellene azonban az, hogy a sterilizációs műtétek alkalmával 19%-ban előre nem diagnosztizálható pathológiás elváltozásokat találtak a nemzőszerveken, melyeknek sem felismerése, sem műtéti megoldása a kis inguinalis metszésen át nem lehetséges. Ujjnyi vastag sactosalpinxnek az inguinalis csatornába húzását és resecálását — mint azt *Kaiser* teszi — nem tartja megengedhetőnek. Ugyanez érvényes a periadnexes összenövéseknek kézzel való oldására, a szem ellenőrzése nélkül. A tubacsonk későbbi felszálló, többnyire gonorrhoeás fertőződése mindkét eljárásban lehetséges, mindenesetre azonban a lefolyására semmiképpen sem közbős, hogy a tubacsonk — ha csak egy kis darabon is, mint a Menge-féle operatio esetében — a szabad hasürben fut, avagy mint eljárásában, a méhizomzatba süllyesztve s hólyagperitoneummal is borítva, el van zárva. Az eugenetikussal sterilizálásra — legyen az bármilyen — a laparotomiás utat ajánlja. Az inguinalis út csak egészen kivételesen ott jöhet szóba, ahol biztos anamnesis és narcosisban megejtett vizsgálat a női nemzőszervek normalis kifejlődését és anatómiai érintetlenségét kétségtelenül megállapítja.

Abrahám János dr.

A gyermekági mastitistről. *E. Puppel.* (Zbl. f. Gyn. 1935. 32.)

Véleménye szerint a mastitisek leggyakoribb oka a rhagadeok jelenléte. Ezeknek egyáltalában nem kell nagyoknak és fájdalmasnak lenni. Az incubatiós idő miatt gyakran megtörténik, hogy a gyulladás manifestálódásakor a bimbó rhagadeja már begyógyult. Rhagade nélkül mastitist csak nagyon ritkán látott létrejönni. Ezen utóbiakra kénytelen felvenni a haematogen vagy intrakanalikularis infectio lehetőségét. A haematogen út különösen puerperalis endometritisekkel kapcsolatos kétoldali mastitisben szerepel. Az intrakanalikularis út többnyire subareolaris abscessust okoz. Rhagadeok jelentkezésekor az emlőt azonnal nyugalomba helyezi, amellet solum-lámpa, hideg Föhn-kezelés. A gyermeket nem helyezi emelőre, hanem a tejet óvatosan kifeji, nehogy a gyógyuló rhagadeok a szopás következtében ismét felsebződjenek. 24—28 óra múlva a rhagadeok többnyire már annyira begyógyulnak, hogy a csecsemő emlővéddel ismét szophat. Ki-

fejlődött mastitis esetében azonnali elválasztás, az emlő felkötése, jégtömlő, solum-lámpa és Omnadin nagy adagban. Ezáltal a folyamat többnyire pár nap alatt megnyugszik. A szükséges sebészi eljárás időpontja a mastitis alakjától függ; mély abscedáló folyamatban, avagy retromammaris phlegmonében — melyek a legveszedelmesebbek — a gyors és mély feltárás javalt. Ilyen súlyos esetekben nem kell megvárni a fluctuatio keletkezését, hanem elvégezni az abscedáló góc korai feltárását. A magzat elválasztása igen fontos a magzat szempontjából is. Egy régebbi esetben, ahol a csecsemő a kétoldali mastitis mellett állandóan szopott, septikus pneumoniában halt meg. Az anya tejéből tiszta staphylococcus-cultura volt kitenyészthető. Mióta a therapiát következetesen így vezették be, a mastitisek száma jelentékenyen csökkent. *Abrahám János dr.*

Gyermekgyógyászat.

Gyermekkori typhus abdominalis alatt keletkező szívbak-jok elektrocardiogrammja. *Kiss és Wollek.* (Arch. f. Khk. 106. 1.)

Ha össze akarjuk foglalni, hogy milyen útbaigazítást adhat az electrocardiographiás vizsgálat a gyermekkori typhus abdominalis alatt keletkező keringési zavarokban, úgy azt mondhatjuk:

1. A vasomotorium működési zavara okozta hirtelen keletkező keringési gyengeség esetén az electrocardiogramm normalis marad s éppen ezen negatív adat felhasználásával zárjuk ki betegségből a szívizmot, ingerületképző és ingerületvezető rendszert. Így a normalis electrocardiogramm alapján a kezelés súlyát a peripheriás zavar egyensúlyba hozatalára helyezzük.

2. A typhusban igen gyakran előforduló arythmiák elkülönítése gyermekkorban csak az electrocardiogramm segítségével lehetséges. Ezen arythmiák túlnyomó része légzési arythmia, ami különös kezelést nem igényel, előfordul azonban az is, hogy az arythmia oka az ingerületvezető rendszer zavarában van. Utóbbiak komolyan értékelendők, megfelelő kezelésre szorulnak. Az ingerületvezető rendszer zavarának milyensége és foka csak electrocardiographiás vizsgálattal dönthető el.

3. A typhus abdominalis alatt a classikus klinikai jelek kíséretében előálló szívizom-megbetegedés electrocardiographiás jelei a QRST szakaszban tűnnek fel, az R és S kitérésbeli nagysága csökken, az R és S szárai finoman felrostozódnak, megvastagodnak, megtörnek, csomósodnak, az S— szakasz kóros lehet, T isoelektromossá, sőt negatívvá válhatik.

4. A myocardium megbetegedése lezajolhat anélkül, hogy a pulsus száma, kvalitása megváltozna, a szíven zöreje lenne meg, csak a beteg általános állapota hívja fel a figyelmet, hogy a betegség lezajlásában valami nincsen rendben. Ezen localis klinikai tüneteket nem adó myocardium megbetegedés pontosan felderíthető electrocardiographiás vizsgálattal, amennyiben az electrocardiogrammon feltűnnek a 3. pontban felsorolt elváltozások.

5. A sorozatosan elvégzett electrocardiographiás vizsgálattal ellenőrizhetjük a gyógyszeres beavatkozásunk eredményességét, meghatározhatjuk, hogy adott időpontban mennyire gyógyult a szívizom megbetegedése. Így objectív módon szabhatjuk meg, hogy mikor fejezzük be a szív kezelését s mikor engedjük meg az ilyen betegnek, hogy az ágyat elhagyhassa. *Wollek dr.*

Urologia.

A hólyag dysfunctiója agydaganatok esetén. *J. H. Watts és Ch. A. W. Uhle.* (Journ. of Urol. 1935. 34. 10.)

Agyi tumorok a hólyag kiürülésében zavart okozhatnak. A kiürülési zavar minősége szerint megkülönböztetnek hypertoniás és hypotoniás alakokat. Tizenegy esetben vizsgálták agydaganatos egyének hólyagját cystometriás úton. Azok a betegek, kiknek gyakori vizelési ingerük, vagy akiket vizelési incontinencia állott fenn, általában a hypertoniás hólyag képét mutatták. Olyan betegeken, kiken a hólyag részéről tünetek nem voltak kimutathatók, a cystometria hypotoniás hólyagot mutatott. Két hypotoniás hólyag esetében vizelési nehézségek állottak fenn, melyek később residuális vizelet keletkezéséhez vezettek. *Bodon György dr.*

A mellékhere spontan rupturájáról. *E. S. Pomeroy.* (Journ. of Urol. 1935. 34. 43.)

1. Fiatal ember, acut gonorrhoeás mellékheregyulladásal. Három nap múlva a beteg ismét jelentkezik; a mellékhere a scrotum bőrén át kifakadt, a fájdalmak teljesen megszűntek, néhány napi drainage után teljesen meggyógyult.

2. Fiatal mexicói munkás esetében, aki egy szénbányában dolgozott, a csille scrotumára esett. A sebszélén keresztül ki-csüngött a teljesen sértetlen here és mellékhere. Repositio után síma sebgyógyulás. Érdekes volt, hogy a here a seben keresztül csak annak kitágítása után volt visszahelyezhető.

Bodon György dr.

Gonadotrop hormon heretumoros betegek vizeletében. F. Hinmann és T. O. Powell. (Journ. of Urol. 1935. 34. 55.)

A gl. pituitaria, terhesség és embryonalis daganatok okozhatják a vizeletben a gonadotrop hormon keletkezését. Kísérleteikhez fiatal egereket és patkányokat használtak. Nyulak nem bizonyultak alkalmasaknak. Heredaganatok esetén a hidrokele-folyadék esetleg több hormont tartalmaz. Heredaganatnál a vizeletben kimutatható gonadotrop hormon rosszindulatúságra utal. Röntgenbesugárzás után, ha a tumor érzékeny a sugárzás iránt, a hormon csakhamar eltűnik a vizelethől. Ha a hormon nem tűnik el, úgy ez azt mutatja, hogy a daganat nem radiosensitiv, vagy hogy metastasisok vannak jelen. A hormonális vizsgálatok tehát a daganatok minőségére és prognózisára, valamint a therapiás beavatkozások eredményeinek értékelésére útmutatásul szolgálhatnak.

Bodon György dr.

Szemészet.

Helyi chinintherápia a szembetegségekben. E. Selinger. (Amer. Journal of Ophthalm. 1935. 631—637.)

Félszázalékos pantocain anaesthesia után először 2, később 4 százalékos chininum bisulfuricum oldattal eseteli naponta kétszer az áthajlást és szemhéji kötőhártyát. Utána néhány percig hideg borogatás. Betegeinek semmi más kezelést nem adott, kivéve a pannusos és exulcerálódott eseteket, amikor még atropint és meleg borogatást használt. Állatkísérletekben sem az ép, sem a sérült kötőhártyát nem bántalmazta a fenti concentratio. A chinin nemcsak adstringens és baktericid módon hat, hanem a szövetek mélyére is jut, ahol mint protoplasmaméreg megsemmisíti a lymphoid szövetek kóros accumulációját és megakadályozza a szöveteknek lymphoid sejtekkel való újabb telítődését. Szerző úgy találta, hogy a chininkezelés kevésbé fájdalmas, mint a cuprumjegccel való érintés. A gyógyító hatások jók voltak és a betegség tartama megrövidült.

Glück Emil dr.

Újabb haladások a trachomaaetiologia terén. F. H. Stewart. (British Med. Journ. 1935. 1261—1262.)

A kairói Giza Memorial Ophtalmic Laboratory által az utóbbi öt évben végzett kísérletekről számol be. Úgy találta, hogy a szudáni majmok fogékonyak a virulens trachoma váladék inoculációjára. 300 emberi kötőhártyának az átvizsgálásakor Prowazek—Halberstaedter testeket a tiszta és nem komplikált tr.-ban nem találtak, hanem csak az egyéb bakteriumok, különösképpen a Koch—Weeks bacillus és a gonococcus által komplikált esetekben. Az initial testeket epithel sejtek által phagocytált bakteriumoknak fogják fel, mert amikor a bakteriumok eltűntek, az elemi testek megjelentek. Majomszemeknek a fertőzések 26 eset közül csak 2-ben találtak záradékot és csak 4-ben initialtesteket. Emellett ezeknek az állatoknak a szeme relative mentes idegen csiroktól és sohasem tartalmaz Koch—Weeks-et és gonococust. Ha a virulens tr. záradékot Berkefeld V. gyertyán átszűrték, a szűrlet sohasem volt fertőző, annak dacára, hogy tartalmazott elemi testeket. Ennek alapján szerző azt a következtetést vonja le, hogy a vírus különböző fajta bakteriumokból származik, amelyek közül Egyiptomban a Koch—Weeks és a gonococcus a legfontosabbak. A bakteriumok P.—H. testekké phagocytálódnak. Ezek a záradékok azután »szétpattannak« és felismerhetetlenné válnak.

Glück Emil dr.

Bőrgyógyászat.

Az emberi bőr dopareactioja quarzfénybesugárzás után. A. Fessler. (Arch. f. Dermat. 171. kt. 3. f.)

Dacára a sok fáradozásnak, Bloch nem tudta végleg bebizonyítani, hogy a dioxyphenylalanin, a dopa tényleg az emberi vérsavóban keringő melanogennek felel meg. Ennek ellenére is, a dopaoxydase igen jó módszer arra, hogy a pigmentképzést kimutassuk a szövetben, sokkal jobb, mint egyéb festési módszerek: 33 egyénen végezte kísérleteit. A combhajlat alatti bőrterületeken, mely aránylag a leghalványabb. A vizsgálandó és kivágandó bőrdarabkákat részben quarzfénnyel sugározta be különböző hosszú ideig, részben enélkül vizsgálta. A kivágott bőrdarabkákat azonnal lemetszette fa-

gyasztómikrotommal, majd 24 órára 1% dopaoldatba helyezte, melynek PH-ja phenolvörössel mérve, 7.3—7.4 volt. Nagy általánosságban megkülönböztetett halvány és sötétbőrű egyéneket a hajszínük szerint. Eredményei Lutz-al egyértelműleg azt mutatják, hogy a dopaoxydase közvetlenül a besugárzás után megfogyatkozik, majd az erythema tetőpontjának elérése után szaporodik, mégpedig sötétbőrű egyéneknél erősebben, mint a világosbőrűeknél. Ezek a jelenségek párhuzamba és kapcsolatba állíthatók a még ki nem derített fénygyulladás egyéb jelenségeivel, mint fehérjebontás, elektromos kisülés, membranáteresztőképesség megváltozása stb.

Schlamadinger József dr.

Ovarium praeparatum életmentő hatása egy haemophyliás beteg súlyos vérzése esetén. K. Franke és Litzner. (Med. Kl. 16. sz. 1935.)

Szerző a haemophyliás betegek vérzésének kezelésében egy új kezelési eljárással szerzett jó tapasztalatot. 12 éves betege már 3 éves kora óta a legkisebb sérülésekre is előálló, alig csillapítható vérzésekkel reagál. 1927 óta naponta 12—16 nateina tablettát szedett, eredménytelenül. 1930 óta többször volt nagyfokú vérvizelése, mely minden egyes alkalommal 3—4 hétig tartott. Miután a nateina tablettakezelés eredménytelen volt, szerző a betegnek 1 ccm. (1000 egység) follikulin-menormon injecciót adott intravenásan. Az oltás után kb. 1 óra múlva, erős görcsök között vizeletében vérvaladékok jelentek meg. A következő nap 3 ccm. follikulin menormon adott. Most már fél óra múlva jelentek meg a vérvaladékok a vizeletben. A 3-ik napon ismét 3 ccm. follikulin menormon adott, mely után semmiféle fájdalom nem lépett fel, a vérvaladás gyorsan bekövetkezett és 1 óra 25 perc múlva a vizelet teljesen feltisztult. A 4-ik napon ismét kapott a beteg 1 ccm follikulin menormon i. m., amióta vérzés egyáltalában nem jelentkezett. Ezen therapiás elgondolásra szerzőt az indította, hogy haemophyliások vizeletében a férfiaknál is, mindig kimutatható női ovarium hormon hiányzik, továbbá azon tény, hogy nőknél kifejezett haemophyliát sohasem láttunk.

Vanik Vince dr.

Az ajakherpes, mint túlhaladott betegség. Prof. Knoop, Tübingen, (Münchn. m. Wschr. 29. sz. 1935.)

Öt évvel ezelőtt közölte egy kenőcsnek összetételét, mely az ajakherpes, különösen a napégs folytán létrejött ajakherpes suverén gyógyszere és prophylaktikuma. Ezt turisták és közismert sífutók egyértelműen megerősítik. Labiosan a kiváló síbajnok, mint egyetlen bevált szert említi. Labiosan néven gyártják Németországban, de sikerét bizonyítja, hogy Svájcban és Ausztriában is patentirozták, az utóbbi helyen Labisan névvel. A herpesen kívül gyulladásozó és fertőző herpesek, paronychiák, sőt ulcus cruris esetében is bevált a kenőcs, melynek hatóanyaga phenol zsíros oldatban. Összetétele a következő: Acid., carbol., 5.0 Sulfur. praec. 7.5, Pastae zinci 60.0.

Schlamadinger József dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Übungsheft für das autogene Training. I. H. Schultz. (Georg Thieme Verlag, Leipzig, 1935. 28 lap, ára 1 márk.)

Szerzőnek az O. H. 1932. 21. számában ismertetett művének rövid összefoglalása, illetve utasítás a gyakorlathoz. Ebből is csak az látszik, hogy az eljárás hosszadalmas és bonyolult, kissé polypragmasias. A németek újabban »Ver-senkungstherapie«-nek, elmélyedésszerű kezelésnek nevezik Schultz eljárását.

Reuter prof.

A orvosok és az OTI.

Az a harc, amely az orvosok és az OTI között az intézmény megalakulása óta változó hevességgel, de állandóan folyik, közegészségügyi és orvostársadalmi szempontból egyaránt nagyjelentőségű. Részben azért, mert az OTI-ból a kötött orvosrendszer folytán kizárt orvosrétegek nagy tömege existenciájának elvesztéséért az OTI-t okolja és ellene hangulatot kelt, ami nemcsak az OTI-nak jelent vitákat, költségeket, kellemetlenségeket és pereket, hanem az OTI-ban működő orvosoknak is; részben azért, mert az OTI szerződéses orvosai az őket ért, nagyszámú anyagi és erkölcsi sérelmek miatt állandó

közelmúlt tapasztalataiból megfelelő tanulságokat vont le, az egészségügyi reformpolitika szükségét régóta hirdeti, parlamentáris tárgyalási mód és méltányos megegyezés esetén teljes erejével azon lesz, hogy vállalt kötelezettségeit pontosan betartsa.

Küszöbön áll az orvosi kamara újabb, ezúttal valószínűleg végleges megoldásra vezető parlamenti tárgyalása, az egészségvédelmi szolgálat extenzitásban és intenzitásban való fejlesztése, állandóan actualis a betegségi biztosítás reformja, előkészületben van a Calmette-oltások rendszeresítése, az iskolaorvosi kérdés rendezése, az iskolán kívüli népművelés reformja, az egyke-kérdés elintézése, ami mind csupa sorsdöntő fontosságú orvosi probléma. Tehát végtelenül fontos, hogy az esedékes döntések velünk, ne pedig rólunk-nélkülünk történjenek. Az együttműködés kellemes légkörét azonban kölcsönös jószándékkal és belátással lehet csupán megteremteni.

Zemplényi Imre dr.

Grósz Emil ünnepe.

Tanítványai szűk baráti körében meleg hangulatú ünneplésben volt része vasárnap, szept. 29-én a szemészet kitűnő tanárának, *Grósz Emil*nek, 70-ik születése napján, nyilvános rendes tanárságának 30-ik évfordulóján. A volt tanítványok nevében *Imre József* professzor, a klinika jelenlegi személyzete nevében *Horay Gusztáv* magántanár üdvözölték az ünnepeket és hálájuk jeléül átnyújtották neki Kisfaludi Strobl Zsigmond által készített remek mellszobrát és a »Szemészet« jubiláris kötetét, mely mai számunkhoz, mint az Orvosi Hetilap melléklete, csatolva van. Bár méltattuk már kiváló professorunk élete munkáját és érdemeit 27. számunkban magas kitüntetése alkalmából, nem haladhatunk el némán a hű és hálás tanítványok ez annyi bensőséges tisztelettel és szeretettel rendezett ünnepe és a mindnyájunkat, egy egész orvos-generációt oly mélyen megindító két évforduló mellett. Mert nemcsak azoké volt ez ünnep, akiket a tanítványi hála és tisztelet egybegyűjtött az I. szemklinikára fényes csarnokába, évtizedeken át annyi szép kultúresemény színhelyére, hanem részt kérnek abból mindazok, akik a szemészet modern tanításának áldását 30 éven át tőle vették és ma is kincsként őrzik, és mindazok, akiknek sorsán, tudományán *Grósz Emil* szervezőtalentuma és fáradhatatlan agilitása lendített és segített.

Mert ő nem elégedett meg egy fontos kathedra ideális és tökéletes betöltésével és ellátásával, hanem evvel párhuzamban és ezen felül a maga egyéni érdekeinek feláldozásával teljesen felolvadt a közérdek, a közjó szolgálatában. Erről a hivatásszerű munkájáról, amivel egyetemét, az orvosképzést, a trachoma-ügyet, külföldi relációinkat, specialista-képzésünket, kórházügyünket szolgálta kathedrájával kapcsolatban, de azon kívül is tanácsokban, kiküldetéseken, sajtóban, még bizalmas informátorként a parlamenti életben is: oldalakon keresztül számolhat csak be majd egykori életrajzírója. De mi úgy érezzük, hogy nekünk most csak az a kötelességünk, hogy e kettős évforduló alkalmából, ami — sajnos — kitűnő professorunk közeli búcsúját is jelenti, annak az osztatlan s őszinte hálának adjunk kifejezést, ami széles e hazában kis és nagy emberek lelkéből *Grósz Emil* felé száll azzal a meleg óhajjal, — amire hála Istennek! kitűnő egészségi állapota nyújt biztatást, — hogy ez a majdani búcsú ne legyen attól az értékes munkától, amit *Grósz Emil* eddig is a kathedrán kívül ki tudott fejteni, s aminek áldásosságára még mindnyájunknak oly nagy szüksége van.

Sz.

Az Egyetem ünnepe.

A Pázmány Péter Tudomány Egyetem jubiláris ünnepeinek lezajlottak s a kultura ünnepe után ismét a csendes, komoly, soha nem fáradó kulturmunka tölti be a tudomány ősi hajlékának csarnokát. Lapunk nem hivatott arra, hogy a lélekemelő ünnepek lefolyásáról részletesen számot adjon; megtették ezt tiszteletre méltó igyekezettel napilapjaink, élénk visszhangját adva annak a harmoniának, amiben — bátran és büszkén mondhatjuk — az egész tudományos világ velünk ünnepezt és amely körül levett kalappal állott népünk és nemzetünk. Nem a rendezés érdeme, hanem ez ősi egyetemből három évszázadon át áramló sajátos magyar kultura fénye tette azt, hogy több mint 150 külföldi egyetem és akadémia küldte el ide, sok esetben messze tengerentúli országokból híres és külsőleg is díszes képviselőit, kik a szeptember 27-iki lenyűgöző pompájú parlamenti díszülésen adták át tokba zárt, vagy pompás kötésbe rejtett üdvözlő pergamentjeiket. Ez az egész világ felől koncentrikusan Egyetemünk felé áradó hódolat nagy szerencsétlenségünkben is felemel és megmutatja az utat, melyet a jövőben követnünk kell: az emberiség és a lankadatlan kulturmunka útja ez, melyen Istenbe vetett hittel haladunk egy ezredév óta.

Ősi Egyetemünket pedig övezze hála és hódolat, mi elsősorban a nagy alapító szellemóriás's utána az eszmét megértő és királyi kegyvel pártfogásukba vevő koronás főket övezzük babérral. De jusson e babérból hervadhatatlan koszorú mindazoknak, kik itt a kultura és tudomány erős várát építeni segítettek szellemük teremtőerejével, lelkesedésük suggestív tanító erejével és egy-egy babérlevél mindazoknak, akikben termékeny talajra hullott Pázmány Péter egyetemének igéje.

A fényes ünnepek központjában állott ősz Prorectorunk, kié az előkészítő munka érdeme és Rector magnificusunk, Kornis Gyula, kit egyszerű fekete papiköntöse dacára legfőbb méltóságot sugárzó vezéralakká növelt szelleme, szónoki készsége, államférfiúi tapintata és mindenkihez való kedvessége. Körünkben kiöntött kultuszminiszterünk mint igazi tudós a történelem távlatain át méltatta Egyetemünket és Magyarország bíboros érseke, a méltó Pázmány utód áldólag emelte kezét annak szent intézményeire s a benne részesekre. Felejthetetlen kép volt az Országház történelmet lehelő kupolája alatt az idegen szellemóriások díszes serege előtt fent az emelvényen Egyetemünk Tanácsa, balra a két magyar királyi herceg: apa és fiú, a három bíboros égő talárja s a kormányférfiak csillogó díszmagyarja; — és jobbra egyedül, komoly fenségében az a férfiú, ki iránt hálában és hódolatban dobban össze minden magyar szív, s ki a siri csöndben ércesen csengő hangján olvasta üdvözlő szavait: »... Jövője legyen mindenben méltó nagy multjához, munkáját kísérje Isten áldása.«

Az ünnepek sorozatát a megválasztott tiszteletbeli doctorok avatása zárta be, mi az egyetem zsufolóságig megtelt aulájában ünnepi keretekben folyt le. Az orvosi kar két díszdoctorát lapunk ünnepi számában mutattuk be olvasó közönségünknek, mit idegen nyelven is megjelentettünk és megküldtünk a világ minden egyetemének, tudós társaságának és minden külföldi orvosi lap-társunknak. Aschoff, Eiselsberg, Harrison, Hopkins, Krogh, Romsy és Scherington oly nevek, kik ép úgy örök dicsőre válnak egyetemünknek, mint ahogy ők büszkén viselik e 300 éves egyetem részéről ért megtszítottetésüket. Lapunkat mindenikük egy-egy közleményével és arcképével tisztelte meg, mit életük munkásságának rövid ismertetésével közöltünk hasábjainkon. Hogy csak régi barátaink, Aschoff és Eiselsberg báró jöttek el ava-

tásukra, ez — bár fájdalmasan érint — érthető részint magas keruk, részint a nagy távolság miatt, mit meg kellett volna tenniök. Fájdalmas kényszerűség volt címzetes, rendkívüli és magántanáraink nagy részének távolmaradása is, kiket az ünnepredező senatus tekintettel nagy számukra, nem tudott volna méltóképpen elhelyezni.

De ki gondol itt ma kicsinyes siralmakra, emberi véletlenekre, mikor Fázmány Péter 300 éves alkotása ünnepele és előtte fejet hajt nyugat és kelet, észak és dél kulturája? Ennek a dicsőséges Universitas Scientiariumnak büszke fiai vagyunk mindannyian, kik most levett kalappal állottunk ünnepén és ihletett lélekkel rebegtük a legelső magyar emberrel együtt: »Jövéje legyen mindenben méltó nagy multjához, munkáját kísérrje Isten áldása!«

VEGYES HÍREK

Előfizetés megújítása vagy tartozások kiegyenlítése céljából ma *chequet mellékelünk* minden lapszámunkhoz. Ez ne érintse és ne 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. *Schaffer Károly* professort a »Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater« Drezdában tartott gyűlése alkalmával tiszteleti tagjává választotta. — *Batisweiler János dr.* egyetemi magántanár, a II. sz. női klinika adjunktusa, családi nevét belügyminiszteri engedéllyel *Batizfalvy*-ra magyarosította.

Tisztiorvosi tanfolyam és ezt követő vizsgák. 1936. évi január hó 7-étől kezdődően Budapesten, a m. kir. Közegészségügyi Intézetben, tisztiorvosi tanfolyam és ezt követően tisztiorvosi vizsgákat fognak tartani. Mindazon orvosdoktorok, akik a fentemlített tisztiorvosi vizsgára és az ezt előkészítő kötelező tanfolyamra jelentkezni kívánnak, kellően felszerelt és felbélyegzett kérvényeiket *Johan Béla dr.* államtitkárhoz címezve (Budapest, IX., Gyáli-út 4.) 1935 október hó 10. napján déli 12 óráig küldjék be, mert a később érkező kérvényeket nem veszik figyelembe.

A közszolgálatban állók kérvényeiket felettes hatóságukkal láttamoztatni tartoznak.

A kérvényhez csatolni kell:

a) a születési anyakönyvi kivonat (vagy annak hiteles másolatát);

b) az ovosi szigorlatok eredményeit igazoló bizonyítványokat (lecke könyv, kórházi gyakorlati könyvecske, szigorlati bizonyítvány);

c) a Magyarországi területén érvényes (záradékol) egyetemes orvosdoktori oklevelet, vagy annak hiteles másolatát;

d) hiteles igazolását annak, hogy a jelentkező gyakorlatra feljogosító orvosi oklevelének elnyerése után legalább egy évig egyetemi vagy kórházi szolgálatot teljesített, vagy legalább kétévi magánorvoslatot folytatott;

e) rövid önéletrajtot (curriculum vitae), amelyben a jelentkező — az összes vonatkozó okmányok csatolásával — különösen végzett tanulmányairól, szakismereteiről és hivatásbeli működéséről számol be.

A vizsgadíj 150 pengő, amelyet a tanfolyamra felvett orvosoknak a tanfolyam megkezdésekor a m. kir. Közegészségügyi Intézet gondnokságánál kell lefizetniök. Az 1936. évi tanfolyam tartama 9 hónap. A tanfolyamra legfeljebb 24 hallgató fog felvétetni.

A tanfolyamra elsősorban közigazgatási szolgálatban lévő (községi, kör-, városi) orvosok vétetnek fel, egyéb állásban lévő és magánorvosok csak akkor, ha előbbiekből nem volna elég megfelelő jelentkező. További előny a felvételre hatósági igazolás arról, hogy a pályázónak tisztiorvosi állás elnyerésére komoly kilátása van.

A tanfolyamra felveendő hallgatók a m. kir. Országos Közegészségügyi Intézettel kapcsolatos Orvosok Házában lakhatnak. A lakásért és ellátásért a megállapított önköltségi árat kell megfizetni.

A tanfolyamra (annak syllabusaira, laboratoriumi letétjére, az Orvosok Házában a lakás és ellátás költségeire stb.) vonatkozólag közelebbi értesítést vagy felvilágosítást a m. kir. Országos Közegészségügyi Intézet nyújt.

Balogh Kálmán centenariumát ünnepelte Szolnokon szept. 29-én a Szolnokmegyei Orvos- és Gyógyszerész-Egyesület. A nagy tudós, a pesti egyetemen a gyógyszerzet és a gyógyszerisme modern tanításának megalapítója, az első Magyar Gyógyszerkönyv szerkesztője, orvosképzésünknek Markusovszkyval együtt működő nagy reformátora, 1835-ben született Szolnokon s most szülőházát emléktáblával jelölték meg. Az ünnepi díszülést a vármegye dísztermében tartották meg nemcsak a város és vármegye előkelőségei, hanem a fővárosból s a vidéki egyetemekről is odagyűlt professorok jelenlétében. Ott ült a hozzátartozók között az ünnepele fia, *Balogh Hugó* családjával és *Elvira* leánya, *Szendy Béláné*, továbbá *Szendy Károly* polgármester feleségével, ki Balogh Kálmán unokája és két derék fiával. Az ünnepelel tanszéki utóda, *Vámosy Zoltán* emlékezett meg kegyelettel, érdekes korrajzot nyujtva, mit a közönség nagy érdeklődéssel hallgatott. A díszülésről az emléktáblával megjelölt ház elé vonult az ünnepele közönség, hol *telegdi Roth Ilonka* Elek István dr. alkalmi költeményét szavalta el s az ünnepele testületek koszorúikat helyezték el, többek között *Balogh Ernő* prodékán a budapesti orvosi karét, s *Vámosy Zoltán* az Akadémiáét.

Délben 300 terítékes ünnepi ebéd volt, melyen több lelkes pohárköszöntő hangzott el és d. u. az orvos- és gyógyszerészegylet díszülésén *Verebély Tibor* prof. tartott rendkívül érdekes előadást a gyakorló orvos sebési ténykedéséről, utána pedig *Mozsonyi Sándor dr.* a gyógyszerészképzés kívánatos reformjairól.

Az ünnep rendezői: *Szaller Miklós* megyei főorvos, *Elek István* városi tisztifőorvos és *Szele Béla*, a gyógyszerészegylet elnöke, meg lehetnek elégedve a fényes sikerű kultúr-ünnepel.

A bécsi betegsegélyző társaságokkal tárgyalások indulnak meg, hogy a téli hónapokban szerényebb betegek számára a Császárfürdő, a Lukácsfürdő pausalkúrákat fog rendszeresíteni és hogy háromhetes kúrát 240 pengőért bocsát rendelkezésre teljes ellátással. Ez az ár kedvezőbb, mint amit bármely külföldi gyógyhely nyujthatott volna az osztrákoknak, úgy, hogy mértékadó osztrák betegsegélyző-körökben komoly formában felmerült a kívánság, hogy betegeiket a budapesti gyógyfürdőkbe küldik kezelés céljából.

A Budapesti Orvosok Kamarazeneegyesületének gyermekénekkara október 4-től hetenként egyszer, pénteken d. u. 6—7-ig tartja próbát a Zeneművészeti Főiskola II. em. 18. sz. tantermében. Az énekkarban minden orvos gyermekét és azok pajtásait szívesen látják; részvételi díj nincs.

Mozgóképes előadás az orvosegyesületben. Magyar orvosbarátai felkérésére hazánkba érkezik dr. med. et h. c. theol. *Olpp Gottlieb* tübingai orvosprofessor, a trópusi betegségek előadótanára és a tübingai trópusi kórház igazgatója. Legelőször Budapestet keresi fel és október 11-én, pénteken este 7 órakor mozgóképekkel és diapositivakkal kísért előadást fog tartani a budapesti kir. orvosegyesület Semmelweis-termében. Az előadó kiválósága és a tárgy érdekessége egyaránt megérdemli, hogy a budapesti és környéki orvostársadalom minél nagyobb számban hallgassa meg ezt az előadást. A trópusi betegségeknek nagy jelentősége Magyarországon nincsen, de általános orvosi szempontból bizonyára mindenkit érdekelnek azok az eredmények, melyeket újabb időben főleg az afrikai álmokör és a lepra gyógyítása terén elért az orvostudomány. Nagyrészt ismeretlen világ az orvosok előtt az orvosmissionáriusok elsőrangú munkája.

Orvosdoktorokká avattattak a budapesti tudományegyetemen szeptember 21-én: *Barla-Szabó József Gyula*, *Bán István*, *Czaban Lajos László*, *Dankó Jenő Tibor*, *Dulácska János*, *Farkas Elek*, *Fekete Antal*, *Fleischmann Andor*, *Földvári Imre*, *Gallovich Ervin Jenő*, *Gelberger Péter*, *Gerlőczy Ferenc Albert*, *Gerőfy Károly*, *Juvancz Ireneus*, *Kerényi János*, *Ketzán Iván Ferenc Izidor*, *Kratochwill Ede*, *Kunecz Dénes Elek*, *Mihálkovicz Tibor*, *Nyárasdy György*, *Papp László*, *Perjés Iván János*, *Pósfay István Sándor*, *Scheffer Károly Oszkár*, *Turi Sándor* és *Simon Andor*. — Üdvözöljük az új kartársakat!

Orvosdoktorrá avattattak a pécsi tudományegyetemen szept. 25-én: *Tardos Károly*, *Stefanits János*, *Krüger Frigyes*, *Móza Ernő*, *Preiszig Szigfrid Géza* és *Deutsch László*. — Üdvözöljük az új kartársakat!

Lapunk mai számához a »Szemészet« ünnepi kötetét előfizetőink részére díjtalanul mellékeljük.

Rákóczi-út 28. számú bérpalotában nagy irodának,
kozmetikai intézetnek, lakberendezési vállalatnak kiválóan alkalmas
 félémeleti tágas, világos helyiség **kiadó.**
Telefon: 82-9-80

Mellékletünk az *Erger Leó és Erger I.* gyógyszervegyészeti gyár rt., Budapest, VI., prospectusa.

Sedyl és Sedyletta tabletták
Phenylaethylmalonylcarbamid
 $10 \times 0.10 = 1.10$ $30 \times 0.015 = 1.10$
 $10 \times 0.30 = 2.00$

Sedativum **Általános hatású**
Hypnotikum **psychikus megnyugtató,**
Antiepileptikum **kitűnő spasmolitikum**

Podmaniczky gyógyszerár, Ul., Budapest

Zeiss-Ikon contax kamara-tulajdonos orvos urakat címük közlésére kéri *Speltacker Miksa* vezérképviselő, Budapest, IV., Dalmady Győző-utca 9., hogy az érdekes Photographie und Wissenschaft c. folyóiratot *díjtalanul* megküldhesse.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Pályázat.

Baja város közkórházánál üresedésbe jött, a IX. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelően javadalmazott elmeosztályos főorvosi állásra pályázatot nyitok. Folyamodni óhajtok felhívom, hogy kellő képzettségüket, különösen az elme- és ideggyógyászatban való szakképzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket, esetleg tudományos dolgozataikat méltóságos váradi és micskei Baranyi Tibor főispán úrhoz címezve, legkésőbb f. évi október hó 15. napjáig, közvetlenül a bajai közkórház igazgatóságánál nyujtsák be. Az állás f. évi november 1-én elfoglalandó.

Baja, 1935 szeptember 14-én.

Polgármester.

Kimutatás az 1935 szept. 22-től szept. 28-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) és halálesetekről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis		Morbilli	Influenza	Malaria	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.
1. Abaúj-Torna	93.411	8	I	I	I	2	I	I	—	—	—	I	7	—	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	5	3	—	—	2	—	2	—	—	—	—	11	—	—	—	—	—
3. Baranya	251.620	3	—	4	I	3	I	3	—	—	—	—	3	—	I	—	—	—
4. Békés	335.874	36	6	5	I	—	—	4	—	—	—	—	9	I	I	—	—	—
5. Bihar	180.415	29	2	5	—	4	—	5	—	—	I	—	11	7	—	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	30	I	50	8	3	I	3	—	—	I	—	6	—	—	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	21	I	3	I	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	I	—	—
8. Csongrád	148.353	24	—	7	I	4	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9. Fejér	231.165	10	I	9	3	3	—	5	I	—	—	—	5	—	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	7	I	I	—	3	I	4	—	—	—	—	19	—	—	—	—	—
11. Hajdú	181.047	44	3	24	2	4	—	16	—	—	—	4	7	I	—	—	—	—
12. Heves	322.207	38	3	5	—	3	—	2	—	—	—	4	40	—	—	—	—	—
13. Jász-Nk.-Szolnok	420.142	54	4	7	I	3	—	13	—	—	—	—	—	—	—	I	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	3	—	—	—	4	—	7	—	—	—	—	—	—	I	—	—	—
15. Nógrád és Hont	227.951	8	I	4	—	I	—	3	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-Kk....	1,437.226	115	7	100	22	33	—	53	—	—	—	—	31	3	—	—	—	—
17. Somogy	389.792	8	2	2	—	2	—	10	—	—	—	—	3	—	—	4	—	—
18. Sopron	143.128	—	—	11	—	I	—	—	—	—	—	—	21	—	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.164	32	4	3	—	2	—	17	—	—	—	—	11	—	—	2	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	2	—	I	—	2	—	I	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—
21. Tolna	267.133	28	—	—	I	6	—	2	—	—	—	—	10	—	—	—	—	—
22. Vas	273.776	6	—	—	—	4	—	3	—	—	—	—	20	—	—	—	—	—
23. Veszprém	246.991	7	2	3	I	4	I	12	—	—	—	—	37	—	—	—	—	—
24. Zala	368.371	6	I	3	—	5	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25. Zemplén	149.043	28	—	I	—	4	—	5	—	—	—	—	16	—	—	—	—	—
I. Baja	29.761	2	—	—	—	I	—	I	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
II. Budapest	1,035.766	26	3	40	13	28	I	56	—	—	2	—	12	3	—	—	—	—
III. Debrecen	122.825	24	2	7	2	3	—	18	—	—	2	—	I	—	—	—	—	—
IV. Győr	50.828	15	I	—	—	—	—	4	—	—	—	—	I	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely ..	59.656	3	—	3	—	I	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.379	9	I	11	2	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	8	—	6	I	2	—	2	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—
VIII. Pécs	67.527	2	—	—	I	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IX. Sopron	36.023	—	—	I	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.287	27	3	20	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár.....	41.462	I	—	I	I	I	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen : 8,898.367		669	53	338	65	145	6	272	I	—	—	15	—	395	9	18	—	—
Előző évben :		579	41	248	26	357	18	393	3	—	—	5	—	63	3	16	—	2

Modern sebészeti, nőszülészeti és belosztályok. Luxus szanatorium mérsékelt ápolási díjak. Klinikai osztályon napi díj 8 pengő
Dr. Szász (Grünwald) szanatórium VII., Vilma királyné-út 11/a
 Telefon: 46.2.59 és 46.2.58. (Lásd Grünwald szan. alatt)

Pályázatok.

A Máv. Betegségi Biztosító Intézete Celldömölk székhellyel pályázatot hirdet egy ideiglenes minőségben betöltésre kerülő kezelő-orvosi állásra. A celldömölki kezelő-orvosi állás évi összes díjazása a jelenlegi megváltoztatható körzetbeosztás és egységtételek mellett körülbelül 1.380 pengő.

A Máv. Betegségi Biztosító Intézetéhez címzett és a szükséges okmányokkal (születési anyakönyvi kivonat, erkölcsi bizonyítvány, orvosi oklevél, »az üzletvezetőségtől kérendő önéletrészlet nyomtatványon« megírt curriculum vitae, orvosi működési és szakorvosi bizonyítvány, a viselt állások jövedelmeinek igazolása stb.) felszerelt pályázati kérvényt legkésőbb 1935. évi október hó 15-ének déli 12 órájáig kell a szombathelyi Máv. Üzletvezetőség I. osztályához juttatni, ahol a pályázat részletesebb feltételei is megtudhatók.

Az állás betöltésénél elsősorban azok a pályázó orvosok vétetnek figyelembe, akik legalább három évi klinikai vagy közkórházi belgyógyászati gyakorlatot igazolnak.

Budapest, 1935. évi szeptember hó 26.

Máv. Betegségi Biztosító Intézete.

Hajdu vármegye törvényhatóságánál nyugdíjazás folytán üresedésbe jött vármegyei tisztifőorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1883:1. tc. 1. §-ában megjelölt általános kellékeken kívül orvostudori oklevéllel, tisztiorvosi képesítésüket igazoló oklevéllel, a forradalmak és idegen megszállás ideje alatt tanúsított magatartásukat igazoló bizonyítványokkal kellően felszerelt kérvényeiket Hajdu vármegye főispánjához címezve nálam legkésőbb a f. évi október hó 19. napjának déli 12 órájáig annyival is inkább adják be, mert a később beérkező kérvények figyelembe nem vétetnek. A főorvosi állás kezdő

javadalma az állami rendszerű VIII. fizetési osztály 3. fokozata szerinti, a mindenkori kormányrendeletekkel megállapított %-kal csökkentett fizetés, lakáspénz és családi pótlék. Ezenfelül megilleti a főorvost a vármegye törvényhatósági bizottsága által megállapított útiátalány, mint terhes átalány. A tisztifőorvosi állást kinevezés útján a vármegye főispánja tölti be. Azok a pályázók, akik tényleges közszolgálatban vannak jelenleg is, pályázati kérvényeiket a Vármegyei Ügyviteli Szabályzat 4. §-ában megjelölt módon kötelesek benyújtani.

Debrecen, 1935 szeptember 18.

Rásó s. k., alispán.

Békéscsaba megyei város közkórházánál újonnan rendszeresített, egy IX. fizetési osztályba sorozott szülész-főorvosi és egy XI. fizetési osztályba sorozott segédorvosi állásra pályázatot hirdetek. A segédorvosnak a jelzett illetményen felül természetbeni lakás, fűtés, világítás és ételmezés is jár, utóbbi önköltségi árának felét azonban megtéríteni tartozik. Felhívom mindazokat, akik ezen állások valamelyikét elnyerni óhajtják, hogy iskolai végzettségüket, eddigi alkalmaztatásukat, magyar állampolgárságukat, erkölcsi, valamint politikai megbízhatóságukat, a szülész-főorvosi állásnál szakorvosi és nőgyógyászati műtéti készséget, az 1300/1932. sz. N. M. M. körrendelet 10. §-ában előírt feltételeket igazoló bizonyítványt, továbbá mindkét állásnál rövid életrészletet tartalmazó okmányokkal és születési anyakönyvi kivonattal is felszerelt és szabályszerűen felbélyegzett kérvényüket — közszolgálatban állók hivatali főnökük útján — hozzám címezve, Békéscsaba város közkórházánál 1935 november hó 12-én déli 12 óráig annál is inkább adják be, mert a kellően fel nem szerelt, vagy elkésetten benyújtott kérvényeket nem fogom figyelembe venni. A segédorvosi pályázók közül előnyben részesülnek azok, kik szülészeti osztályon hosszabb időt töltöttek el. A segédorvos magánbetegeket nem kezelhet és kinevezése két évre szól, de meghosszabbítható. Mindkét állás kinevezése után nyomban elfoglalandó.

Gyula, 1935 szeptember 19-én.

vitéz Márki dr., alispán.



HYPERTONIA,

*helyi vérkeringési
zavarok kezelésére*

CHOLPARIN

-CHINOIN

Értágító hatású gyógyszercombinatio

20 tablettás phiola

ORVOSI HETILAP

Alapította **MARKUSOVSKY LAJOS** 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSEK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VÁMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA
POÓR FERENC

GORKA SÁNDOR
REUTER KAMILLÓ

HÜTTL TIVADAR
ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

TARTALOM:

Fornet Béla: A reumás megbetegedések allergiás vonatkozásai. (1087—1088. oldal)
Verebély Tibor: A hasnyálmirigy sebészete. (1088—1092. oldal)
Kalapos Imre: A benzol hatása leukaemia esetén. (1092—1096. oldal)
Bak Mihály: Terhes-vizelet hatása kalászos-növények fejlődésére. (1096—1100. oldal)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (157—160. oldal)
Kolozs Erzsébet: Gyógyult miliáris gümőkór esete. (1100—1101. oldal)
Wein Zoltán: Az agger nasi, mint az elülső rostalabyrinth kulcsa. (1101—1102. oldal)

Lapszemle: Belorvostan — Sebészet — Szülészet — Gyermekgyógyászat — Urologia — Bőrgyógyászat (1102—1104. oldal.)

Könyvismertetés (1104. oldal)

Vámossy: A budapesti orvosi kar elégtételt kér. (1104—1105. oldal)

Vámossy: Buchböck Gusztáv † (1105—1106. oldal.)

Szüle Dénes: Megjegyzés Szendi B. és Papp Gy. »A szöveti táplálás (histotrophia) jelentősége a magzat méhenbelüli szénhidrát anyagcseréjében« című közleményére. (1106. oldal)

Vegyes hírek (1106. és a borítólapon 3. oldalán)

Hetirend (a borítólapon 3. oldalán)

A reumás megbetegedések allergiás vonatkozásai.*

(Klinikai előadás.)

Irta: *Fornet Béla dr.*, egyet. ny. r. tanár.

A címben foglalt fejtegetéseknek első nehézsége, hogy voltaképpen meghatározásra szorulna úgy a reumás betegségeknek, mint az allergiás állapotnak fogalma. Előadásom szűk keretei között meg kell elégednem azzal, hogy a reumás betegségeknek elsősorban legjellegzetesebb képviselőjével, a polyarthritissel rheumatica acutával foglalkozzam és az allergiás jelenségek némelyikéhez lévő vonatkozásáról szóljak. A polyarthritissel acuta rheumatica akkor került először vonatkozásba az allergiás tünetcsoporttal, amidőn a serumanaphylaxia és a serumbetegség polyarticularis jelenségei ismertté váltak. Azok az ízületi elváltozások, amelyek az anaphylaxiát és serumbetegséget olykor kísérik, valóban nagy mértékben emlékeztetnek az acut polyarthritissel jelenségekhez. Az egészen heveny, gyorsan múló, igen változatos és teljes reparatívóval járó anaphylaxiás ízületi elváltozások *Weintraud*-ban keltették először azt a gondolatot, hogy a polyarthritissel rheumatica tüneteinek kifejlődését hasonló mechanizmusra vezesse vissza. Annál inkább jogosultnak látszott ezen törekvés, mert miként tudjuk, számtalan kísérlet és kutatás dacára is ismeretlen maradt az acut polyarthritissel joggal feltételezett fertőző kórokozója. Ezenkívül nem hagyható figyelmen kívül azon körülmény, hogy az acut polyarthritissel tudvalevően legszorosabb vonatkozásai vannak olyan kórképekkel, amelyeknek kórokozója szintén ismeretlen és amelyek ugyancsak magukon viselik az allergiás jelenségeknek karakterét, így: az erythema nodosummal, a peliosis rheumaticával, az endocarditis verucosával stb.

Ez a klinikai észleletekből keletkezett hypothesis akkor nyert különös jelentőséget, amikor *Klinge*, *Tallalajew* és mások vizsgálatai alapján az úgynevezett hyperergias reactio képe vált ismeretessé. Sensibilisált állat

* A debreceni rheuma-congressuson tartott előadás nyomán.

izületébe reinjiciálva a homolog savót, jellegzetes szöveti elváltozások keletkeznek, amelyekhez teljesen hasonlókat egyébként a legkülönbözőbb szervekbe történt reinjectio alkalmával is láthatunk. A kötőszövet fibrinoid elfajulása, sejtszaporulat, oedema és necrosis jellemzik ezen hyperergiasnak nevezett szöveti reactiót, amely a vizsgálat szerint kizárólag sensibilisált szervezetben váltható ki. *Klinge* és munkatársai ezen hyperergias reactiót az *Aschoff* által leírt reumás csomókkal azonosítják, illetve véleményük szerint a reumás csomók a hyperergias reactiónak specialis fajtáját képviselik. *Aschoff* ezzel szemben rámutat néhány olyan különbségre, amely véleménye szerint ellene szól a két szöveti elváltozás azonosságának. Ezen contraversiára később más szempontból még vissza kell térnem.

Nagyon érdekesek azok a vizsgálatok és észleletek, amelyek ezen hyperergias reactio és az azokat kiváltó antigen (kórokozó) közötti összefüggésre vonatkoznak. Megemlíteném *Bieling* észleletét, aki immunsavó készítésével foglalkozva végezte a következő kísérletet. Ha olyan állatnak, amely folytatólagosan emelkedő bakteriummennyiségeket kapott már subcutan és így az immunitás bizonyos fokára jutott, intravenásan adott bakteriumokat, úgy mindig polyarthritist és endocarditist tudott létrehozni. Minthogy ezen kísérletét különböző bakteriumfajtákkal egyaránt sikerrel tudta végezni, arra a következtetésre jut, hogy a szervi elváltozások létrejöttében fontosabb szerepe van a szervezet immunbiológiai állapotának, mint a kórokozó specialis tulajdonságának.

Hasonló felfogás nyilvánul meg *A. Meyer* közleményében, aki a nodosis rheumatica kórképével kapcsolatban a streptococcus infectiók jelentőségével foglalkozik. Szerinte a csecsemő negatív Dick-reactiója pozitívvá a streptococcusokkal történő érintkezés folytán válik. További infectio pl. tonsillán át vezethet a scarlat kórképéhez. Ha pedig többszörös infectio folyamán bizonyos immunitás fejlődött már ki, következnenek a helyi reactiók, az endocarditis, myocarditis és a polyarthritissel, amelyek létrejöttében talán nem is bakteriumoknak, hanem csak toxinjaiknak van szerepük.

Gerlach a reumás betegségek szöveti elváltozásai-

ban három stadiumot különböztet meg, amelyek szerint ugyancsak a szervezet allergiájának foka szerint fejlődnek: 1. rheumás fröhinfiltratum; 2. granuloma képződés és 3. hegesedés. Megjegyzem, hogy ő az allergia fogalmát eléggé tágan értelmezi, amennyiben a szerzett immunitást a hyperergiás állapottal azonosítja.

Alpern és munkatársai a Klingé-hez hasonló kísérletekben azt találták, hogy házinyúlón a hyperergiás reakciók kizárólag szénhidráttá táplálással fokozhatók, valamint azt is, hogy a reakciók foka évszakok szerint is változik, legerősebbek ősszel és télen. Ezen adatoknak annyiban tulajdonítok jelentőséget, mert jól tudjuk, hogy a szervezet actualis reakciójának, valamint vegetatív tonusának táplálkozás vagy évszakok szerinti változása allergiás betegségekben is nagyjelentőségű.

Érdekes Hench Ph. azon észlelete, hogy legkülönbözőbb arthritisek és »fibrositisek« lényegesen javulnak, sőt meg is gyógyulnak akkor, ha intercurrents hepatitis vagy icterus lép fel. Paul és Roth kísérleteiből tudjuk, hogy allergiás reactio kifejlődéséhez bizonyos fokig ép májfunctio elengedhetetlenül szükséges.

Ha ezen inkább példaképpen felsorolt adatokból joggal következtethetünk is arra, hogy a rheumás szöveti elváltozások valóban hyperergiás reakcióként foghatók is fel és ha egyelőre figyelmen kívül hagyhatjuk is azt a kérdést, hogy az egyes rheumás körképek létrehozásában specificus antigének, illetve kórokozók játszanak-e szerepet, szükségesnek látszik olyan adatok szerzése, amelyek alapján a rheumás állapotnak allergiás jellege még nagyobb valószínűséggel lenne bizonyítható. Ebből a szempontból az allergiás állapotokra többé-kevésbé jellegzetes néhány vizsgálati adat jöhet szóba, így: az eosinophilia, a vér cholesterin tartalma, illetve cholesterinnel történő telítettségi foka és a vér complementáló képességének mértéke.

A vér-complementre vonatkozóan Veil és Buchholtz megállapították, hogy acut polyarthritist rheumaticában (és acut nephritisben) igen alacsonyak a complement értékek; a normalis 0.04-ről 0.2—0.5-ig is esett a titer. Klinikámon Dzsinnich-nek vannak ilyen irányú vizsgálatai folyamatban, amelyekből már eddig is a következő észleleteket ismertethetem. Ügylátszik, hogy az acut polyarthritist valóban complement esés kíséri. A vér cholesterin-tartalma változó nagyságú, de abszolút nagyságától függetlenül, mindig kimutatható az úgynevezett telítettségi állapot. Eosinophil sejtek megszaporodását is észlelte hasonlóan, mint Bittorf, Synwaldt, Liebmann és Piccoli. Az acut polyarthritishoz hasonlóan viselkedik a primaer chronikus polyarthritist és hasonló cholesterin elváltozásokat talált az arthrosis deformans több esetében. Ezzel szemben a secundaer chronicus polyarthritisekben, tbc.-s, go.-s monarthritisekben és traumás (statikai) arthrosisokban a vér cholesterin normalis viszonyokat mutatott. A vizsgálatok még folyamatban vannak, nemcsak nagyobb adatgyűjtésre, hanem a más irányban történő kiterjesztésre (vízanyagcsere, májfunctio) is szükség van, mielőtt belőlük messzebbmenő conclusio lenne vonható. Egyelőre alátámasztani látszanak azon felfogást, amely szerint a rheumás betegségek igen szoros vonatkozásban állanak az úgynevezett allergiás jelenségekkel.

Annál is inkább érdemesnek tartottam fenti kérdésekkel foglalkozni, mert úgy a pathologusok, mint a klinikusok között éles antagonizmus fejlődött ki ezen kérdéssel kapcsolatban. Azt hiszem, hogy csak javára válnék a további kutatásoknak, ha kiinduláskor bizonyos jogosan kifogásolható sectarius túlzásoktól és elfogultságoktól sikerülne a vitát megtisztítani. Joggal tiltakozik Aschoff az ellen, hogy minden betegséget, amelynek köze van az

allergiás jelenségekhez, egyszerűen allergiás betegségnek nevezünk el. Ezen az alapon többek között minden fertőző betegség ebbe a gyűjtő fogalomba kerülne és elhomályosítaná a kórbonctani és bakteriologiai kutatások eddigi szilárd vezérelveit. Másrésztől kétségtelen, hogy nagyjelentőségű annak felismerése, hogy melyik betegség milyen tünetei — esetleg legfontosabb tünetei — közvetlen következményei az allergiás állapotnak. Éppen az egyéni gyógyítás szempontjából fontos lehet annak ismerete, hogy a rheumás bántalom csakis allergiás szervezetben jön létre. Az aetiologia egyes esetekben lehet specificus (rheumatismus infectiosus, specificus Gräff), vagy teljesen nélkülözheti a specificus jelleget (hőbehatások, trauma). Érvényesülhetnek olyan tényezők, amelyek az úgynevezett parallelgia állapotához vezethetnek, de végeredményben a döntő szerepet a szervezet hyperergiás reactiója, pathergiás (Roessle) állapota fogja játszani.

Ezen felfogásnak és ezirányú törekvéseknek jogszerűségét abban látom, hogy rajtuk keresztül továbbfejleszhető a rheumás megbetegedések gyógykezelése. Nagyon is elképzelhető és joggal remélhető, hogy ezen körképek esetleg specificus előidőzőjének felismerését megelőzően is érhetünk el eredményeket olyan nem specificus desensibilizáló vagy insensibilizáló eljárásokkal, amelyek a szervezet pathergiás állapotát megszüntetni vagy reducálni lesznek képesek.

Irodalom: Aschoff: Deutsche Med. Woch. 1934. — Alpern: Acta Med. Scand. 80. 1933. — Bieling: Rheumaprobem. Leipzig. 1931. — Bittorf és Synwald: Deutsche Med. Woch. 1919. 354. — Gerlach: Ther. d. Gegenwart. 1931. — Hench: Ann. int. Med. 7. 1934. — Klinge: Der Rheumatismus. München. 1933. — Liebman: Deutsche Arch. f. Klin. Med. 1915. — Meyer: Zschr. f. klin. Med. 123. 1933. — Paul és Roth: Orvosi Hetilap 1933. — Piccoli: Kongress Zentralblatt 59. 1931. — Singer: Med. Klin. 1934. — Synwald: Münch. Med. Woch. 1920. 98. — Veil és Buchholz: Klin. Woch. 1932. — Tallalajew: Klin. Woch. 1929.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A hasnyálmirigy sebészete.*

(Folytatás)

Irta: Verebély Tibor dr., egyet. ny. r. tanár.

II. Az idült gyulladás.

Ha már a heveny gyulladást is egyre inkább az epeutak megbetegedéseinek függvényévé minősíti a tapasztalat, az idült gyulladásra nézve ez a vonatkozás annyira előtérbe került, hogy szinte feledésbe ment a gyomor és duodenalis fekélyek jelentősége a pancreatitis chronica kóroktanában. Pedig akinek sok alkalmával ilyeneket operálni, az elvben igazat kell, hogy adjon Sawkoff-nak, aki idült gyomorfekélynél 45%-ra, duodenalis fekélynél 60%-ra becsüli a pancreas idült gyulladását, amely sok jól sikerült fekélyműtét subjectiv eredményét kétségessé teszi. Bár ez az arányszám, azt hiszem, éppoly túlzás, mint amilyen egyoldalú minden esetben cholecysto-pancreatitistről (Arnaud) beszélni, az újabb vizsgálatok nyomán mégis úgy látszik, a baj kóroktana változatosabb, mint régebben gondolták: a máj betegségeit, főleg a máj zsugorodását kísérő, tehát hepatogen alakok (Berard, Pápin) mellett szerepelnek, mint leggyakoribbak a gastro-duodenalis és cholangitises eredetűek, ezenkívül ismeretesek egyes bélbajokhoz, pl. appendicitishez csatlakozó, tehát enterogen és bizonyos fertőzések, mérgezések kapcsán a vérpályák felől támadt haematogen gyulladások

* A Magyar Sebészeti Társaság 1935 májusában tartott gyűlésén elmondott referatuma.

is; gümőkór, syphilis, typhus, varola, scarlatina, alkoholismus szerepelnek ez utóbbi csoportban.

A *bonctani kép*, nevezetesen a kötőszövet szaporodása és zsugorodása (*sclerosis*) és a mirigy-állomány pusztulása (*degeneratio* és *atrophia*), vagy megismétlődő enyhébb rohamok következményeként, vagy lapangva, kezdettől fogva idültlen fejlődik ki s aránylag nehezen jellemezhető *klinikai képpel* jár. Először mindig a szervezet fokozódó leromlása tűnik fel, aminek lesóványodás, gyengeség, aluszékonyság, cyanotikus, vagy inkább bronzszínű bőrkiszáradás, vérzékenység (melaena, haematuria és purpura) a jelei. Ha ennek okaként a köldök-körüli, a gyomorgödörre szorítózkodó, olykor a jobb vállba kisugárzó (*type pseudolithiaticus*) fájdalom a porta környékére terelik a figyelmet, akkor az ott kitapintható daganat hovátartozására a dyspepsia pancreatica: szájbűz, zsírurondor, émelygés, flatulentia, zsíros hasmenés, továbbá a kiesési (glykosuria) és nyomási jelenségek (sárgaság, duodenalis szükület) utalhatnak. Bár a laboratóriumi és röntgensugaras vizsgálat is segítségül hívható, a beavatkozás mégis legtöbbször egyéb kórisme alapján irányul a subhepatikus fészek ellen, ahol a bűnöst azután a pontos vizsgálat mutatja ki. Daganatokkal szemben még így is nehéz lesz az elkülönítés.

A *műtét* mineműségét a lelet szabja meg: nyomási tüneteknél elegendő a tüneti beavatkozás: cholecysto-gastro- vagy duodenostomia, choledochoduodenostomia, gastroenterostomia elégségesek. Súlyosabb epeút megbetegedésnél külső cholecystostomia, vagy choledochus drainezés, esetleg annak Santy-féle módosítása a transvesicalis choledochus drainezés ajánlatos. A cholecystektomiának vannak ellenzői (*Brocq*) azzal az indokolással, hogy ezzel megfosztjuk a beteget kiújulás esetére az epehólyag-összeköttetés lehetőségétől; mások hepaticus drainézzel együtt ma is hívei (*Barcaroli*). Ha a baj cholangitises eredete nem bizonyítható, elegendő magának a hasnyálmirigynek megtámadása: tokbehasítás: pancreotomia, pancreostomia alakjában.

III. A tömlők.

A *tömlők* tanában az aránylag bőséges irodalom, mint említettem, alig hozott valami újat, annak dacára, hogy a casuistika jelentékenyen felszaporodott. *Körte* (1902) 174, *Guleke* (1912) 260, *Lindemann* (1922) 300 esetet gyűjtött össze, amely szám azóta kétszeresére nőtt, hiszen vannak, akik egy-egy sebész gyakorlatából 40 (*Lindau*), 47 (*Judd* a *Mayo*-klinikáról) esetről számolnak be. *Brocq* szerint 260 heveny elhalásra átlag 30 tömlő esik.

A tömlők *keletkezésére* nézve ma is érvényes a régi felosztás, mely valódi, elősdi és áltömlőket különböztet meg. A *valódi* tömlők jellegét az üreg hámbélése adja, mely megvan a veleszületett polyorganikus tömlők képében keletkező degeneratio polycystica üregeiben, amelyeket dysontogenetikusaknak is neveznek, épúgy, mint a pangásos (retentiós, vagy canalicularis) és daganatos (cystoepitheliomás és cystadenocarcinomás) tömlőkben. Érdekes ezeknek a proliferatiós tömlőknek szövődése bizonyos agyi hibákkal (*Rümler*): angiomákkal, agysérvekkel, kisagyi tömlőkkel (*Lindau*). Az *áltömlők* faláról hiányzik a hámbélés, keletkeztek legyen azok daganatok ellágyulásából (emolitiós), vagy sérüléses vérzésből (traumás, apoplexiás), avagy spontán önemésztésből (autodigestiós vagy elhalásos tömlők). Az *elősdi*eket az echinococcus képviseli néhány újabb esettel. *Honigmann* pontos boncolási leletei alapján különbséget tehetünk peripancreaticus, a bursa omentalisban fejlődő, parapancreaticus, a mirigytest és hashártya borítéka közt elhelyezkedő és endopancreaticus tömlők közt. *Lazarus* nyo-

mán pedig az elhelyezkedés tájbonctani viszonyai szerint: gastrohepatikus, vagyis a máj és kiscsatorna közt elődomborodó, retroventricularis, gastrocolikus, tehát a bursa omentalisban elterülő, mesocolikus a haránt remese fodrába benyomuló és praevertebralis, a fejből kiinduló, a gerincoszlop előtt elhelyezkedő alakot szokás megkülönböztetni. Azt hiszem, találébb volna: supra és retrogastrikus, supra-, meso- és infracolicus, továbbá praevertebrális alakokat különválasztani, amint azt módomban volt saját eseteim bonctani viszonyai alapján ajánlani.

A *klinikai kép* jól kidolgozott *tünettanában*: aránylag csekély panaszt okozó daganat az epigastrium közep-vonalában, néha inkább kissé jobbra, vagy balra terjedően; kifejezett hullámzás olykor emelő lüktetéssel; nyomási tünetek a gyomor-, duodenum-, epeút és vena cava részéről említendő; működési kiesések aránylagos ritkása mellett újabban a röntgentüneteket is hangsúlyozták, mint az elkülönítésre alkalmas jelenséget (*Björn, Flöderus, Deutsch és Herbert*).

A *műtétet* illetőleg ma is az eredeti *Gussenbauer* ajánlotta egy- vagy kétszakaszos kivarrásnak, marsupialisatióknak van legtöbb híve, bár a gyógyulás elhúzódása, makacs sipoly visszamaradása ma is jobb módszer kidolgozására ösztökéli egyik-másik sebészt. A tömlők kiirtásának legtöbbször legyőzhetetlen akadálya az önálló fal hiánya, vékonysága, vagy nem éles elhatárolása. Bebizonyosodott, hogy már a nagy üreg falának részleges csomósága is nagyon felnyomja (44–55%) a műtét halálosnak egyébként kedvező (4–8%-tól 22%-ig) arányszámát. Megkísérelték az üregnek a gyomorral (*Jedlicka* pancreatogastrostomiája), a duodenummal (pancreoduodenostomia), sőt az epehólyaggal való összeköttetését, az utóbbit abban a reményben, hogy a nagy felszívóképességű epehólyag alkalmas lesz a termelt váladék eltüntetésére (*Walzel*).

IV. A pancreaskő.

Amint a tömlők közül az áltömlő, úgy a köbetege is vonatkozásban áll a pancreas idült betegségeivel, akár mint ok, akár mint következmény. Elvértve szerepelnek kövek a heveny pancreatitis, sőt a rák kóroktanában is.

Keletkezésüknek magyarázatában ugyanazokra a tényezőkre hivatkoznak a kutatók, mint az epekövek pathogenesisében, amennyiben a kőképző hurut, sialangitis pancreatica, itt is pangásra és fertőzésre vezethető vissza (*Möckel*). Abban megegyezik valamennyi közlemény, hogy a hasnyálmirigyben a kő ritka; *Simmonds* 36.000 boncoláskor 19-szer talált követ, ezek közül 15-ször férfiben. *Vogele* (1933) 5000 boncolt hullából 3 követ említ. *Stillmann* 1928-ig összesen 100 esetet gyűjtött össze a világirodalomból, melyek közül 26 került műtetre (*Seeger*). *Sennet* 1933-ban három kórház 14.500 boncolását áttekintve 8 követ talált, ugyanakkor az irodalomból 57 műtött esetet gyűjtött össze, amihez a Mayo-klinika 15 év alatt operált 8 esetét közli.

A kövek fehetnek a vezetékben a Vater-szemölcsötől végig a farkig bárhol, akár mint magányos, akár csoportos, akár az egész vezeték elfoglaló kövesedés alakjában; az utóbbi esetben lehet a kő korallszerűen elágazódó, ágas bogas egyenetlen concrementum (*Lindsay*), vagy valóságos kőhalmaz. *Moynihan* 300 követ talált egy esetben. De fehetnek kövek tályogokban (*Bost*), áltömlőkben, sőt széteső daganatos ürökben is.

A kövek *klinikai* tünetei azonosak az idült gyulladással és daganatos pancreasbajok kórképével, amelytől csak az epekő rohamokhoz hasonló colikák megismétlődése, bal-felé kisugárzó fájdalommal, a röntgenképen kimutatható kőárnyék (*Grain*), amely különösen a vezeték kitöltő kövesedés esetén jellemző alakú és elhelyezkedésű, különbözteti meg (*Tedeschi, Schöndube*). Positiv jel természet-

tesen az, ha eredményes roham után a székletében jellemző vegyi szerkezetű (calciumcarbonat, sulfat, phosphat) kő található. Glykosuria csak a rohamok idején jelentkezik (*Dagnino*). Pilocarpin adagolás erősebb colika kíséretében kihajthat kisebb követ, ha pedig a bekövetkezett nyomásfokozódás erre elégtelen, jellemző a vér diasztase tartalmának emelkedése (*Pentz*).

A kövek felismerése a műtét előtt alig néhány esetben sikerült; ezért megszívlelendő *Sennet* tanácsa, hogy a has felső felére kiterjedő panaszok miatt végzett műtétknél minden esetben ellenőrzendő a hasnyálmirigy félszke.

A kő eltávolítása javalt, mert végeredményben a vezeték tartós eldugaszolása által a járatok fokozatos kitágulása közben a mirigyhám pusztulását, kötőszövetének gyulladással szaporodását s ezzel az egész mirigy megkeményedő hegesezését eredményezi. Hogy a pancreasrák kóroktanában van-e a köveknek olyan szerepük, mint az epeköveknek az epehólyagrak keletkezésében, ez kétségtelenül beigazolvva nincsen (*Pernan*). Az eltávolítás módját a kő helye szabja meg. Transduodenalis papillotomiát igényel a Vater-szemölcs ampullájában megrekedt kő; pancreotomiával kell a vezeték mirigybeli részében fekvő kőre rámetezni, mindig a mirigyállomány lehető kímélésével. A megnyitás helye drainezendő, tamponálandó (*Sistrunk*). *Einhorn* minden esetben cholecystostomiát is ajánl a pancreas időleges tehermentesítésére. A műteti halálozás igen kedvező: *Ackmann* 6.5%-ra számította ki az eddig között esetekben.

V. A daganatok.

Talán legkevesebbet haladt az utolsó két évtized alatt a pancreasdaganatok sebészete. Nem mintha a daganatok *alaktana* iránt megszűnt volna az érdeklődés. Sőt. A ritka jóindulatú daganatoknak régebben ismert formái mellé: fibroma, myxoma, angioma (*Armani*), cystadenoma, felsorakoztak új nevek: cavernoma (*Walz*), angioma arteriosum (*Busni*), cystadenomatosis (*Parenti*) és mindenekelőtt a Langerhans-szigetek szerkezetét mutató hyperplasia adenomatosa (*Lang*) és az insuloma (*Handi, Cairns—Tanner*), amely utóbbi a hypoglykaemiával kapcsolatban számíthat fokozódó érdeklődésre. A rosszindulatú daganatok közül az ismertett sarkomák száma is jelentékenyen felszaporodott s az összegyűjtött (*Oberlind, Guerin, Cerepnina*) 50 eset között is megjelentek új típusok: angiosarkoma (*Melik*), angiomyosarkoma (*Granchaud*), sarkoid (*Marxer*), amely a lymphocytomák zavaros csoportjába tartozik, lymphosarkomatosis (*des Lignieris*). A rákok causistikája igen gazdag úgy sebészi, mint kórbonctani gyűjtőmunkákban; itt is találunk új neveket: carcinoid (*Balzar*), adenocarcinoid (*Sindoni*), basalioma cylindromatosum (*Walz*), cystadenocarcinoma cylindrocellulare papilliferum, rosszindulatú insuloma (*Handi, Tallniner—Murphy*); adenocarcinoma és insulocarcinoma együttes burjánzása (*Pana*).

Érdekes adatok merültek fel a daganatok biológiájában is; épúgy, mint a pajzsmirigy, mellékvese és máj rákjainál, itt is kiderült, hogy az áttételekben insulin (*Wilder, Hamperl*) és fermentum termelése folyik; az előbbi hypoglykaemiával (hyperinsulinismus), az utóbbi az egész szervezetben elsórt önemésztéses góccokkal (*Heiler*) járt. Feltűnő symbiosis (Lindau-féle betegség) derült ki bizonyos idegrendszeri betegségek: syringomyelia (*Harbitz*) és egyéb gerincagy bántalmakkal (*Wolf*). Kiderült, hogy más eredetű pl. hörgők rákjának (*Mathias és Bock*) áttétele a hasnyálmirigybe aktiválta ott a trypsint s halálos zsírnecrosist okozott. Feltűnő gyakran találtak pancreas rákok kíséretében kiterjedt körzeti viszérögösödést (*Hoenes*), mely pathognomosticusnak tekinthető.

A tünettant is iparkodtak részleteiben pontosan kidolgozni. *Bouchet és Ravault* a fej és test jellemző rákjain kívül aszerint csoportosították a pancreas daganatokat, hogy a tünetek milyen más szervei kórképeket utánoztak; így különböztetnek meg pseudogastricus, pseudolithiasis képet adó, ischiastünetekkel járó, cachectikus (láz, lesóványodás, végtag vizenyő) és metastatisáló máj-hashártyarák képében jelentkező pancreas daganatokat. *Einhorn* az osztályozásnál a sárgaságból indul ki s az ictericus és anictericus alakok közt tovább a daganat indulatúsága szerint tesz különbséget. Bár a tünetek összességükben tényleg elég jellemzők, a pancreas sokszoros vonatkozása folytán a szomszédsággal aránylag ritkán engedik meg a biztos kórismét; szerény tapasztalatom szerint mégis valamivel gyakrabban, mint azt egyes sebészek állítják. *Speed Kellog* pl. 52 esetéből csak háromszor merete a kórismét felállítani.

Ugyancsak a bonctani viszonyokban rejlik a daganatok gyökeres kezelésének nehézsége. Még a jóindulatú daganatok közül is csak az insulomákról találtam nagyobb számú sikeres műtétről említést; a többi, mint ritkaságot közli szerzőjük. *Madelung* 1926-ban 9 jóindulatú daganat kiirtásáról tudott: *Biondi, Körte, Wunderli, Lorenz, Heymann, Cohn—Tietze* és *Kleinschmidt* esetei, amelyek közül 5 tömlős (cystadenoma), 4 tömör daganat volt. *Haberer* (1927) gyermekfejnyi tömör adenomát irtott ki sikerrel. Klinikámon ugyancsak egy, a testből kiinduló, másfél férfikölnyi, kocsányos, tömör adenomát irtottunk ki jó eredménnyel.

Még szegényebb a rosszindulatú daganatok gyökeres kiirtásának statisztikája. *Gilbride* egy rák kiirtásáról tesz említést. *Grekow* csaknem az egész pancreast kiirtotta rák miatt, úgyhogy az 1 cm hosszú, 3 cm széles fejcsontot cseplesszel borította. *Stegemann* a pancreas fejbe tört gyomorrak miatt kiirtotta a mirigy fejét s a test csontját beültette a duodenumba, 5 éves gyógyulással. *Mondor* sikerrel irtott ki sarkomát, amely azonban 3 hónap múlva kiújulással ölte meg betegét. *Kleinschmidt* a test és fark adenocarcinomáját a léppel együtt irtotta ki, mert kifejtés közben megsértette a lép ütőerét. Én gyermekfejnyi cystadenocarcinomát vettem ki a léppel együtt, mert a lép visszerét sértettem meg; betegem meggyógyult. Ezek az esetek ritkaságok, úgyhogy legtöbbször be kell érni a kiegészítő műtéttel, mely csupán a sárgaság és duodenalis szűkület kiiktatását célozza. A műtét tekintettel a betegek többnyire előhaladott senyvedésére, nem veszélytelen, még akkor sem, ha kellő előkészítés után végeztetik; *Collier* 25.6%-ra becsüli a halálozást, míg az élet meghosszabbítását átlagban 7.2 hónapban számítja ki, említést tesz azonban 4—5 éves túlélésről is. *Bell* a Mayo klinikán használatos előkészítéssel 145 műtétből csak 1—2% halálozást talált. A műteendőket ott szénhidratdús étrendre fogják, majd néhány napon át calciumchlorid befecskendezéseket és vérátömlesztést adnak. Sárgaság ellen cholecystoduodeno-, vagy cholecystogastrostomia végezhető nagyjából azonos eredménnyel; a felszálló fertőzés veszélye *Denne* adatai szerint nem olyan nagy, mint állatkísérletek alapján gondolható volna.

A röntgenkezelés eredményeire vonatkozólag nem találtam közelebbi adatokat.

VI. A sérülések.

A hasnyálmirigy sérüléseinek kérdésében újat talán csak a sérülési lehetőségek fokozódó változatossága s nem a bonctani kép és az ellátás különlegessége hozott. A közlekedési és ipari balesetek (auto, vonat, villamos, kerékpár), továbbá a sportsérülések (football) áldozatai közt jóval nagyobb számmal akadnak fedett pancreas sérülések, mint régebben; a háborús haslövéssek is aránylag elég

is; gümőkór, syphilis, typhus, varola, scarlatina, alkoholismus szerepelnek ez utóbbi csoportban.

A *bonctani kép*, nevezetesen a kötőszövet szaporodása és zsugorodása (*sclerosis*) és a mirigy-állomány pusztulása (*degeneratio* és *atrophia*), vagy megismétlődő enyhébb rohamok következményeként, vagy lapangva, kezdettől fogva idültlen fejlődik ki s aránylag nehezen jellemezhető *klinikai képpel* jár. Először mindig a szervezet fokozódó leromlása tűnik fel, aminek lesoványodás, gyengeség, aluszékonyság, cyanotikus, vagy inkább bronzszínű bőrkiszáradás, vérzékenység (melaena, haematuria és purpura) a jelei. Ha ennek okaként a köldök-körüli, a gyomorgödörre szorítózkodó, olykor a jobb vállba kisugárzó (*type pseudolithiatique*) fájdalmak a porta környékére terelik a figyelmet, akkor az ott kitapintható daganat hovátartozására a dyspepsia pancreatica: szájbűz, zsirundor, émelygés, flatulentia, zsíros hasmenés, továbbá a kiesési (glykosuria) és nyomási jelenségek (sárgaság, duodenalis szűkület) utalhatnak. Bár a laboratoriumi és röntgensugaras vizsgálat is segítségül hívható, a beavatkozás mégis legtöbbször egyéb kórisme alapján irányul a subhepatikus fészkek ellen, ahol a bűnöst azután a pontos vizsgálat mutatja ki. Daganatokkal szemben még így is nehéz lesz az elkülönítés.

A *műtét* mineműségét a lelet szabja meg: nyomási tüneteknél elegendő a tüneti beavatkozás: cholecystogastro- vagy duodenostomia, choledochoduodenostomia, gastroenterostomia elégségesek. Súlyosabb epeút megbetegedések külső cholecystostomia, vagy choledochus drainezés, esetleg annak Santy-féle módosítása a transvesicalis choledochus drainezés ajánlatos. A cholecystektomiának vannak ellenzői (*Brocq*) azzal az indokolással, hogy ezzel megfosztjuk a beteget kiújulás esetére az epehólyag-összeköttetés lehetőségétől; mások hepaticus drainezéssel együtt ma is hívei (*Barcaroli*). Ha a baj cholangitises eredete nem bizonyítható, elegendő magának a hasnyálmirigynek megtámadása: pancreostomia, pancreostomia alakjában.

III. A tömlők.

A *tömlők* tanában az aránylag bőséges irodalom, mint említettem, alig hozott valami újat, annak dacára, hogy a casuistika jelentékenyen felszaporodott. *Körte* (1902) 174, *Guleke* (1912) 260, *Lindemann* (1922) 300 esetet gyűjtött össze, amely szám azóta kétszeresére nőtt, hiszen vannak, akik egy-egy sebész gyakorlatából 40 (*Lindau*), 47 (*Judd* a *Mayo*-klinikáról) esetről számolnak be. *Brocq* szerint 260 heveny elhalásra átlag 30 tömlő esik.

A tömlők *keletkezésére* nézve ma is érvényes a régi felosztás, mely valódi, élősi és áltömlőket különböztet meg. A *valódi* tömlők jellegét az üreg hámbélése adja, mely megvan a veleszületett polyorganikus tömlők képében keletkező degeneratio polycystica üregeiben, amelyeket dysontogenetikusaknak is neveznek, épúgy, mint a pangásos (retentiós, vagy canalicularis) és daganatos (cystoepitheliomás és cystadenocarcinomás) tömlőkben. Érdekes ezeknek a proliferatiós tömlőknek szövődése bizonyos agyi hibákkal (*Rümler*): angiomákkal, agysérvekkel, kisagyi tömlőkkel (*Lindau*). Az *áltömlők* faláról hiányzik a hámbélés, keletkeztek legyen azok daganatok ellágyulásából (emollitiós), vagy sérüléssel vérszéből (traumás, apoplexiás), avagy spontán önmérsztésből (autodigestiós vagy elhalásos tömlők). Az *elősi*eket az echinococcus képviseli néhány újabb esettel. *Honigmann* pontos boncolási leletei alapján különbséget tehetünk peripancreaticus, a bursa omentalisban fejlődő, parapancreaticus, a mirigytest és hashártya borítéka közt elhelyezkedő és endopancreaticus tömlők közt. *Lazarus* nyo-

mán pedig az elhelyezkedés tájbonctani viszonyai szerint: gastrohepatikus, vagyis a máj és kiscsatorna között elődomborodó, retroventricularis, gastrocolikus, tehát a bursa omentalisban elterülő, mesocolikus a haránt remese fodrába benyomuló és praevertebralis, a fejből kiinduló, a gerincoszlop előtt elhelyezkedő alakot szokás megkülönböztetni. Azt hiszem, találébb volna: supra és retrogastrikus, supra-, meso- és infracolicus, továbbá praevertebrális alakokat különválasztani, amint azt módomban volt saját eseteim bonctani viszonyai alapján ajánlani.

A *klinikai kép* jól kidolgozott *tünettánában*: aránylag csekély panaszt okozó daganat az epigastrium közep-vonalában, néha inkább kissé jobbra, vagy balra terjedően; kifejezett hullámszerű olykor emelő lüktetéssel; nyomási tünetek a gyomor-, duodenum-, epeút és vena cava részéről említendő; működési kiesések aránylagos ritkasága mellett újabban a röntgentüneteket is hangsúlyozzák, mint az elkülönítésre alkalmas jelenséget (*Björn, Flöderus, Deutsch* és *Herbert*).

A *műtétet* illetőleg ma is az eredeti *Gussenbauer* ajánlotta egy- vagy kétszakaszos kivarrásnak, marsupialisatióknak van legtöbb híve, bár a gyógyulás elhúzódása, makacs sipoly visszamaradása ma is jobb módszer kidolgozására ösztökéli egyik-másik sebészt. A tömlők kiirtásának legtöbbször legyőzhetetlen akadálya az önálló fal hiánya, vékonyága, vagy nem éles elhatárolása. Bizonyosodott, hogy már a nagy üreg falának részleges csomósága is nagyon felnyomja (44—55%) a műtét halálosnak egyébként kedvező (4—8%-tól 22%-ig) arányszámát. Megkísérelték az üregnek a gyomorral (*Jedlicka* pancreatogastrostomiája), a duodenummal (pancreatoduodenostomia), sőt az epehólyaggal való összeköttetését, az utóbbit abban a reményben, hogy a nagy felszívóképességű epehólyag alkalmas lesz a termelt váladék eltüntetésére (*Walzel*).

IV. A pancreaskő.

Amint a tömlők közül az áltömlő, úgy a köbetege is vonatkozásban áll a pancreas idült betegségeivel, akár mint ok, akár mint következmény. Elvértve szerepelnek kövek a heveny pancreatitis, sőt a rák kóroktanában is.

Keletkezésüknek magyarázatában ugyanazokra a tényezőkre hivatkoznak a kutatók, mint az epekővek pathogenesisében, amennyiben a kőképző hurut, sialangitis pancreatica, itt is pangásra és fertőzésre vezethető vissza (*Möckel*). Abban megegyezik valamennyi közlemény, hogy a hasnyálmirigyben a kő ritka; *Simmonds* 36.000 boncoláskor 19-szer talált követ, ezek közül 15-ször férfiben. *Vogele* (1933) 5000 boncolt hullából 3 követ említ. *Stillmann* 1928-ig összesen 100 esetet gyűjtött össze a világirodalomból, melyek közül 26 került műtétre (*Seeger*). *Sennet* 1933-ban három kórház 14.500 boncolását áttekintve 8 követ talált, ugyanakkor az irodalomból 57 műtött esetet gyűjtött össze, amihez a Mayo-klinika 15 év alatt operált 8 esetét közli.

A kövek fehetnek a vezetékben a Vater-szemölcsőtől végig a farkig bárhol, akár mint magányos, akár csoportos, akár az egész vezetékét elfoglaló kövesedés alakjában; az utóbbi esetben lehet a kő korallszerűen elágazódó, ágasbogas egyenetlen concrementum (*Lindsay*), vagy valóságos kőhalmaz. *Moyrihan* 300 követ talált egy esetben. De fehetnek kövek tályogokban (*Bost*), áltömlőkben, sőt széteteső daganatos ürökben is.

A kövek *klinikai* tünetei azonosak az idült gyulladással és daganatos pancreasbajok kórképével, amelytől csak az epekő rohamokhoz hasonló colikák megismétlődése, balfelé kisugárzó fájdalmakkal, a röntgenképen kimutatható kőárnyék (*Grain*), amely különösen a vezetékét kitöltő kövesedés esetén jellemző alakú és elhelyezkedésű, különbözteti meg (*Tedeschi, Schöndube*). Positiv jel természet-

tesen az, ha eredményes roham után a székletében jellemző vegyi szerkezetű (calciumcarbonat, sulfat, phosphat) kő található. Glykosuria csak a rohamok idején jelentkezik (*Dagnino*). Pilocarpin adagolás erősebb colika kíséretében kihajthat kisebb követ, ha pedig a bekövetkezett nyomásfokozódás erre elégtelen, jellemző a vér diasztase tartalmának emelkedése (*Pentz*).

A kövek *felismerése* a műtét előtt alig néhány esetben sikerült; ezért megszívlelendő *Sennet* tanácsa, hogy a has felső felére kiterjedő panaszok miatt végzett műtétknél minden esetben ellenőrzendő a hasnyálmirigy félszke.

A kő *eltávolítása* javalt, mert végeredményben a vezeték tartós eldugaszolása által a járatok fokozatos kitágulása közben a mirigyhám pusztulását, kötőszövetének gyulladással szaporodását s ezzel az egész mirigy megkeményedő hegesedését eredményezi. Hogy a pancreasrák kóroktanában van-e a köveknek olyan szerepük, mint az epeköveknek az epehólyagrak keletkezésében, ez kétségtelenül beigazolván nincsen (*Pernan*). Az eltávolítás módját a kő helye szabja meg. Transduodenalis papillotomiát igényel a Vater-szemölcs ampullájában megrekedt kő; pancreotomiával kell a vezeték mirigybeli részében fekvő kőre rámetezni, mindig a mirigyállomány lehető kímélésével. A megnyitás helye drainezendő, tamponálandó (*Sistrunk*). *Einhorn* minden esetben cholecystostomiát is ajánl a pancreas időleges tehermentesítésére. A műtéti halálozás igen kedvező: *Ackmann* 6·5%-ra számította ki az eddig közölt esetekben.

V. A daganatok.

Talán legkevesebbet haladt az utolsó két évtized alatt a pancreasdaganatok sebészete. Nem mintha a daganatok *alaktana* iránt megszűnt volna az érdeklődés. Sőt. A ritka jóindulatú daganatoknak régebben ismert formái mellé: fibroma, myxoma, angioma (*Armani*), cystadenoma, felsorakoztak új nevek: cavernoma (*Walz*), angioma arteriosum (*Busni*), cystadenomatosis (*Parenti*) és mindenekelőtt a Langerhans-szigetek szerkezetét mutató hyperplasia adenomatosa (*Lang*) és az insuloma (*Handi, Cairns—Tanner*), amely utóbbi a hypoglykaemiával kapcsolatban számíthat fokozódó érdeklődésre. A rosszindulatú daganatok közül az ismertetett *sarkomák* száma is jelentékenyen felszaporodott s az összegyűjtött (*Oberlind, Guerin, Cerepnina*) 50 eset között is megjelentek új típusok: angiosarkoma (*Melik*), angiomyosarkoma (*Granchaud*), sarkoid (*Marxer*), amely a lymphocytomák zavaros csoportjába tartozik, lymphosarkomatosis (*des Lignieris*). A *rákok* causistikája igen gazdag úgy sebészi, mint kórbonctani gyűjtőmunkákban; itt is találunk új neveket: carcinoid (*Balzar*), adenocarcinoid (*Sindoni*), basalioma cylindromatosum (*Walz*), cystadenocarcinoma cylindrocellulare papilliferum, rosszindulatú insuloma (*Handi, Talliner—Murphy*); adenocarcinoma és insulocarcinoma együttes burjánzása (*Pana*).

Érdekes adatok merültek fel a daganatok biológiájában is; épúgy, mint a pajzsmirigy, mellékvese és máj rákjainál, itt is kiderült, hogy az áttételekben insulin (*Wilder, Hamperl*) és fermentum termelése folyik; az előbbi hypoglykaemiával (hyperinsulinismus), az utóbbi az egész szervezetben elszórt önemésztéses góccokkal (*Heiler*) járt. Feltűnő symbiosis (Lindau-féle betegség) derült ki bizonyos idegrendszeri betegségek: syringomyelia (*Harbitz*) és egyéb gerincagy bántalmakkal (*Wolf*). Kiderült, hogy más eredetű pl. hörgők rákjának (*Mathias és Bock*) áttétele a hasnyálmirigybe aktiválta ott a trypsint s halálos zsírnekrosist okozott. Feltűnő gyakran találtak pancreas rákok kíséretében kiterjedt körzeti viszérögösödést (*Hoenes*), mely pathognomosticusnak tekinthető.

A *tünettant* is iparkodtak részleteiben pontosan kidolgozni. *Bouchet és Ravault* a fej és test jellemző rákjain kívül aszerint csoportosították a pancreas daganatokat, hogy a tünetek milyen más szervi kórképeket utánoztak; így különböztetnek meg pseudogastricus, pseudolithiasis képet adó, ischiastünetekkel járó, cachectikus (láz, lesoványodás, végtag vizenyő) és metastatisáló máj-hashártyarák képében jelentkező pancreas daganatokat. *Einhorn* az osztályozásnál a sárgaságból indul ki s az ictericus és anictericus alakok közt tovább a daganat indulatúsága szerint tesz különbséget. Bár a tünetek összességükben tényleg elég jellemzők, a pancreas sokszoros vonatkozása folytán a szomszédsággal aránylag ritkán engedik meg a biztos kórismét; szerény tapasztalatom szerint mégis valamivel gyakrabban, mint azt egyes sebészek állítják. *Speed Kellog* pl. 52 esetéből csak háromszor merte a kórismét felállítani.

Ugyancsak a bonctani viszonyokban rejlik a daganatok gyökeres *kezelésének* nehézsége. Még a jóindulatú daganatok közül is csak az insulomákról találtam nagyobb számú sikeres műtétről említést; a többi, mint ritkaságot közli szerzőjük. *Madelung* 1926-ban 9 jóindulatú daganat kiirtásáról tudott: *Biondi, Körte, Wunderli, Lorenz, Heymann, Cohn—Tietze* és *Kleinschmidt* esetei, amelyek közül 5 tömlős (cystadenoma), 4 tömör daganat volt. *Haberer* (1927) gyermekfejnyi tömör adenomát irtott ki sikerrel. Klinikámon ugyancsak egy, a testből kiinduló, másfél férfiókölnyi, kocsányos, tömör adenomát irtottunk ki jó eredménnyel.

Még szegényebb a rosszindulatú daganatok gyökeres kiirtásának statisztikája. *Gilbride* egy rák kiirtásáról tesz említést. *Grekow* csaknem az egész pancreast kiirtotta rák miatt, úgyhogy az 1 cm hosszú, 3 cm széles fejcsontot cseplesszel borította. *Stegemann* a pancreas fejbe tört gyomorrák miatt kiirtotta a mirigy fejét s a test csontját beültette a duodenumba, 5 éves gyógyulással. *Mondor* sikerrel irtott ki sarkomát, amely azonban 3 hónap múlva kiújulással ölte meg betegét. *Kleinschmidt* a test és fark adenocarcinomáját a léppel együtt irtotta ki, mert kifejtés közben megsértette a lép ütőerét. Én gyermekfejnyi cystadenocarcinomát vettem ki a léppel együtt, mert a lép visszerét sértettem meg; betegem meggyógyult. Ezek az esetek ritkaságok, úgyhogy legtöbbször be kell érni a ki-segítő műtéttel, mely csupán a sárgaság és duodenalis szűkület kiiktatását célozza. A műtét tekintettel a betegek többnyire előhaladott senyvedésére, nem veszélytelen, még akkor sem, ha kellő előkészítés után végeztetik; *Collier* 25·6%-ra becsüli a halálozást, míg az élet meghosszabbítását átlagban 7·2 hónapban számítja ki, említést tesz azonban 4—5 éves túlélésről is. *Bell* a Mayo klinikán használatos előkészítéssel 145 műtétből csak 1—2% halálozást talált. A műteendőket ott szénhydratdús étrendre fogják, majd néhány napon át calciumchlorid befecskendezéseket és vérátömlesztést adnak. Sárgaság ellen cholecystoduodeno-, vagy cholecystogastrotomia végezhető nagyjából azonos eredménnyel; a felszálló fertőzés veszélye *Denne* adatai szerint nem olyan nagy, mint állatkísérletek alapján gondolható volna.

A röntgenkezelés eredményeire vonatkozólag nem találtam közelebbi adatokat.

VI. A sérülések.

A hasnyálmirigy sérüléseinek kérdésében újat talán csak a sérülési lehetőségek fokozódó változatossága s nem a bonctani kép és az ellátás különlegessége hozott. A közlekedési és ipari balesetek (auto, vonat, villamos, kerékpár), továbbá a sportsérülések (football) áldozatai közt jóval nagyobb számmal akadnak fedett pancreas sérülések, mint régebben; a háborús haslövésések is aránylag elég

bőséges anyagot szolgáltatott a megfigyelésre, bár kétségtelen, hogy a pancreas sérülése ilyenkor többnyire háttérbe szorul egyéb hasi szervek sérülésével szemben. *Morquot* (1923) összeállításában 57 pancreas sérülés között 30 szorítózott a hasnyálmirigyre, a többiben sérültek a szomszédos szervek is. *Scheitz* az irodalomban 1934-ig közölt fedett sérülések számát 70-re becsüli; hozzászámítva a sérüléssel járó tömlőket és az egyéb szervi sérülések mellett elnézett eseteket is, az egész casuistikát ennek háromszorosára értékeli. Ő maga osztályuk 187 hasüri sérülése közt 3 fedett és 2 nyílt pancreas sérülést talált; saját 3 esetével együtt 60 fedett sérülés rajzvázlatát közli, s ezekre alapítja a sérülés mechanizmusának azt az új fel-fogását, hogy a tompa sérülések bizonyos hányada hajlításos repesztés útján jön létre. Ilyen hajlításos mechanizmussal magyarázza ugyanis a mellső felszín függélyes repedéseit, amelyek ritkábbak a fejen, gyakrabbiak a testen; ezekkel ellentétben a fej és test sérülései közvetlen zúzódásból, a farki részen pedig inkább szakításból származnak.

Bármilyen mechanizmus szerint következik be a fedett sérülés, lehet részleges, tehát az elülső vagy hátsó felszín felől bemélyedő, függélyes vagy vízszintes (*Heinecke*) repedés, vagy teljes szétválás, esetleg szétmorzsolódás. Valószínű, hogy ennek ellentétéként könnyebb sérülések: elszórt pontszerű vérzések alakjában (*Trassi*) is előfordulnak, amelyek azonban rendszerint zavartalanul gyógyulnak.

Részleges sérüléseknél a következmények súlyossága attól függ, hogy mily mértékben sérült a kivezető cső s mennyire a fedő hashártya. A főcső szakadása, kivált ha az állomány súlyosabb roncsolásával társult, többnyire a tömlő képződéséhez vezet; zsírnecrosis csak akkor támad, ha a kiömlő nedv valami módon aktiválódik. Néha ellenkezőleg a szakadás mögötti mirigyrészlet kötőszövetes megkeményedése következik be. Ha a hashártyaboríték sérült, a kiömlő mirigyváladék és a vér a szabad hasüregbe kerül, ami legtöbbször halálos.

Abban az összes újabb közlemény is megegyezik, hogy a sérülés fiatal korban, 10—20 év között és elsősorban férfiakon gyakori. Ennek oka egyrészt abban keresendő, hogy a fiatal, lágy, érdús pancreaszövet sérülékenyebb (*Lehrbecher*), másrészt, hogy ez a kor van inkább az említett sérülési lehetőségeknek kitéve. A sérülések túlnyomó része a mirigytestnek a gerincoszlop előtt fekvő részére esik, jóval ritkább a fej és fark táján, amelyek védettebbek.

A pancreas sérülés *tünetei* nem emelkednek ki annyira a súlyos hasi sérülések általános keretéből, hogy felismerése csak megközelítő biztonsággal lehetséges volna. Sem a shock súlyosságában, sem a belső vérzés, vagy a physikochemiai tünetekben nincs útmutató a kórismezésre. De voltaképpen erre nincs is szükség, mert hiszen a műtét javallatát hasi sérülések esetében manapság azon elv alapján állítjuk fel, hogy minden olyan fedett sérülésnél, amikor valamely hasüri szerv sérülésére van gyanú, a hasüreg megnyitása épúgy elvégeztessek, mint minden behatóly nyílt sérülés esetében. Meg nem operált súlyos pancreas sérülés, ha a hashártyaboríték is sérült, 100%-ban halálos, mondja *Morquot*, míg műtéttel az esetek 75%-a megmenthető. Hogy könnyebb sérülések nyom nélkül gyógyulhatnak, előbb említettem; a súlyosabb sérülések után támadó traumás tömlők viszont azt is bizonyítják, hogy súlyosabban sérültek is megmaradhatnak, ha a hashártya nem sérült.

A végzendő műtéteknél csak a kisebb részletekben van eltérés az újabb szerzők közt. Vannak, akik a sérülés helyének feltárása s a véralvadék kitakarítása után minden további nélkül tamponálják a mirigyet (*Cohn*,

Berglund, *Deuchler*, *Frassi*, *Bresch*). Mások varrat után tamponálnak, varrják pedig szükség szerint az elszakadt kivezető csövet (*Morquot*), a mirigyállományt (*Feist*), esetleg mindkét csonkban a kivezető-cső lekötésével (*Morquot*) és a hashártya borítékot. Ha a farki részlet teljesen leszakadt, akkor egyesek ennek a részletnek kiirtását ajánlják (*Morquot*); vannak viszont, akik ezt azzal az indoklással ellenzik (*Lernbecher*), hogy ma sincs tisztázva az a kérdés, hogy a hasnyálmirigy állományából mennyi távolítható el a szervezet károsodása nélkül. Ismét mások a mirigysérülés ellátása után a hasat teljesen zárják, hogy a makacs hasnyálmirigysipoly keletkezését elkerüljék (*Heinz*). A fej sérülése esetén is végezhető varrat (*Giuliano*), de vannak, akik ilyenkor a test csonkját beültetik a duodenumba, vagy a hátsó gyomorfalba (*Blocq*). Magam részéről minden sérülésnél, legyen az külerőszaki vagy műtéti, a tamponálást mégoly pontos mirigyellátás után is elengedhetetlennek tartom.

Az bizonyos, hogy éppen sérülések után látjuk a legmakacsabb *sipolyokat* akkor is, ha már az utókezelésben minden megtörtént ennek megállítására: antidiabetikus étrend beállításával, a gyomortartalom alkalizálásával (*Venable*, *Maclean*). Már kifejlődött sipoly hónapok múlva is záródhatik ilyenén kezelésre, amihez röntgenbesugárzás is (*Cutter*) csatlakozhat. *Delrez* és *Albert* viszont mindezen eljárásoknak alig tulajdonítanak hatást s hangsúlyozzák, hogy a sipolyok túlnyomó része magától záródik, ha mindjárt hónapok múltán is. Műtetre tehát aránylag ritkán kerül sor; ilyenkor a járat gondos kikészítése után a jejunumba (*Konjetzny*), a gyomorba (*Delrez—Albert*), vagy az epehólyagba (*Hammesfahr*) ültethető. *Scheitz* felveti a kérdést, nem volna-e célszerű a sipollyal együtt, az attól a fark felé eső mirigyrészlet kiirtása, vagy annak csak röntgenézése sorvasztás céljából? Erre vonatkozó kísérlet az irodalomban eddig nincs közölve.

VII. Functionalis kórképek.

A hasnyálmirigy szerepe a szénhidrát forgalomban régóta ismeretes épúgy, mint ahogy régen tudja a klinikai tapasztalat, hogy a hasnyálmirigy betegségei nyomán a vér és vizelet cukortartalma, a szervezet cukortoleranciája változásokat szenvedhet. *Bernhard* 50 heveny pancreas-elhalás miatt operált és gyógyult betege közül 5 kapott diabetest, ezek közül 3 halálosat; 20%-ban sikerült ezenkívül a pancreas belső elválasztásának lapangó zavarát is találni. A belső secretiós kórképek sebészi jelentőségre azonban csak a legutóbbi években tetek szert.

Azt már régebben észlelték, hogy a cukorbeteg epeköbetegek diabeteze a beteg epehólyag kiirtása után javult (*Westra*). Insulin resistens súlyos fiatakori cukorbeteg sebészi kezelésének gondolatát azonban egyéb műtéti és kísérleti megfigyelések vetették fel.

Mindenekelőtt lassanként szaporodtak (*Cairns* és *Tanner* 1933-ban már 15 esetet gyűjtöttek össze az irodalomból) azok az esetek, amelyekben insulinomák kiirtása tartósan meggyógyított súlyos klinikai tünetekkel járó hypoglykaemiát (*Howald*, *Krahan*, *Ross* és *Thomas*, *Judd*, *Womack*), amely az ilyen daganatok okozta hyperinsulinizmushoz volt a következménye. Voltak, akik a hypoglykaemiánál ezen tapasztalatból kiindulva insulinoma hiánya esetén a pancreasfark resectiójával akartak eredményt elérni. *Holman* a resectio után tényleg látott gyógyulást akkor, amikor a resectio helyéről még nagyobb pancreassequester is ürült. Ugyancsak ajánlja a műtétet *Judd* is a Mayo-klinikáról.

A belső secretiós gyűrű összefüggéseinek tüzetesebb kísérleti tanulmányozása viszont azt mutatta, hogy a máj glykogentermelő és kibocsátó munkáját a neuroadrenalin

rendszer befolyásolja azáltal, hogy a máj és a pancreas együttműködését szabályozza. *Ciminata* ezt a szabályozást a mellékvesékhez vezető idegek átmetésével iparkodott megbolygatni.

Ebből kiindulva, *Donati* (1929) cukorbetegségnél a bal mellékvese enerválását végezte s ettől tényleg látott átmeneti javulást; *Giordano* pedig kétoldali enerválástól 3 esetben már jó eredményről referál. *Stelling* (1929) splanchnikusz érzéstelenítéssel, *Ciceri* (1934) ugyanoda alkoholbefecskendezéssel, *Takáts* (1932) kétoldali splanchnikusz resectióval ért el javulást. *Pierré* és *Susi* egyoldali mellékvese-kiirtást végeztek átmeneti eredménnyel.

Egészen más irányból közeledett *Mansfeld* kísérleteiben a cukorbetegség problémájához. Ő először a parotis kivezető-csővének lekötése után látta állatoknál a cukoranyagcsere megváltozását úgy, hogy a pancreas részleges kiirtása után bekövetkezett diabetes az ilyen parotis-lekötés után gyógyult. Eredményeinek magyarázatát már a kísérletezők is kétségbevetették (*Goljanitzky, Glaser* és *Bannet, Rosenfeld*), használhatóságát pedig emberi diabetesnél a sebészek cáfolták meg (*Seelig, Schönbauer*).

Mansfeld utóbb abból a régi kísérleti eredményből kiindulva, hogy a pancreas kivezető-csővének lekötése a mirigysejtek pusztulására, ellenben a szigetsejtek szaporodására vezet, a pancreas testének lekötése által állatokon hyperinsulinismust idézett elő, s azt tapasztalta, hogy az ilyen állatok kísérleti hyperglykaemiája éheztetés alatt rohamosan csökken. Ezt ő fokozott insulintermelésnek tulajdonította s a leköött mirigy részben a szigetsejtek görcsövileg kimutatható szaporodására vezette vissza. *Mansfeld* kísérletei alapján *Linhardt* végezte emberen ezt a leköttést (1927), majd *Hüttl* referált ugyanazon évben a sebésznapgyűlésen hasonló műtéteinek sikerességéről. Javulást írtak le ezen eljárással *Takáts Géza* (1932) és *Jacobovici* (1933). Ezekkel szemben teljes eredménytelenségről számolnak be *Koster, Colleins, Gschwin* (1933), majd újabb dolgozatában *Hüttl* (1934), aki véleményét nemcsak szövettani, hanem emberen végzett kísérleti vizsgálatokra alapítja. Szerinte a cukorbeteg tünetei a *Mansfeld* ajánlotta műtéttel nem befolyásolhatók kedvezően s az legfeljebb egyéb, talán éppen az említett neuroműtétekkel kapcsolatban lesz hivatva a kérdés megoldására.

Ez az egész kérdés tehát nyitott s bőséges teret nyújt további munkára, amelynek mint a megindításában, remélhetőleg a továbbépítésében is részt fognak venni a magyar sebészek.

A Pázmány Péter Tudományegyetem III. belgyógyászati klinikájának közleménye (igazgató: báró Korányi Sándor ny. r. tanár).

A benzol hatása leukaemia esetén.*

Irta: Kalapos Imre dr.

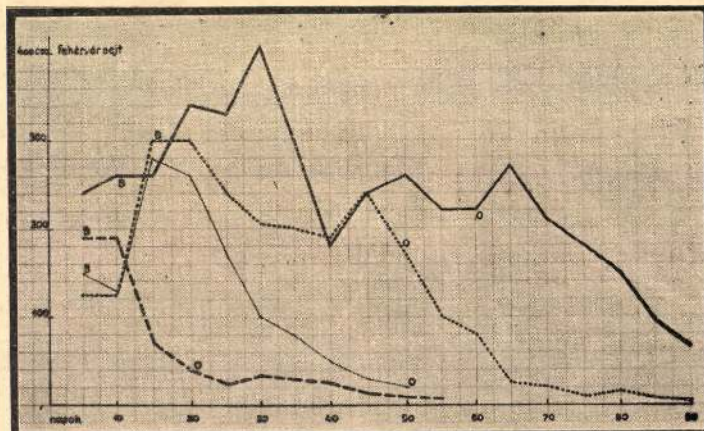
*Korányi*¹ és tanítványa, *Királyfi*² 1912-ben ajánlotta először a benzolt chronikus leukaemia ellen. *Korányi Selling* megfigyeléseiből indult ki. *Selling* benzolmérgezett gyári munkásnőknél a benzol egyéb mérgezési tüneteinek kívül a fehérvérsejtek nagymértékű megfogyását észlelte. *Selling*³ kísérleti nyulaival a benzol eme hatását igazolta. Ennek alapján próbálta *Korányi* a benzol fehérvérsejt pusztító hatását a chronikus leukaemiások körében fokozott fehérvérsejtjeivel szemben gyógyító célból felhasználni. *Korányi* chronikus leukaemiában, a benzol még nem

mérgező adagjaival, a fehérvérsejtek nagymértékű megfogyását tudta elérni anélkül, hogy mérgezést észlelt volna. *Korányi* és *Királyfi* több közleményben számoltak be a gyógyeredményeikről, melyeket követtek az utánvizsgálók kedvező és kedvezőtlen beszámolója.

A benzol therapia kérdését ma az a körülmény teszi időserűvé, hogy a chronikus leukaemiások kezelésében az őt megillető helyet még máig sem foglalta el. A tankönyvek, melyek a chron. leukaemiák orvoslásával foglalkoznak, a benzol javallatait állítólagos veszélyei miatt szegényesen adják meg, a gyógyító adagokat helytelenül szabják meg. Csupán két adatot említenek meg erre vonatkozólag. *Schittenhelm*⁴ 3×4×½ gr benzolt ajánl chron. leukaemiák röntgenre nem mozduló eseteiben. *Brugsch*⁵ adagjai ugyanilyen esetekben 2×4×5 gr. Hivatkozásokat találunk *Pappenheim*⁶ állatkísérleteire, aki 3 gr benzolt fecskendezett kísérleti nyulainak bőre alá, ami a felnőtt ember átlagos napi dosisa.

A klinika, több mint 20 éves 200 leukaemiás beteg körfolyását felölelő anyagából nyert tapasztalatokat tanulmányoztam át, összehasonlítás téve — a benzol gyógyhatásán kívül — más therapiás beavatkozásokkal, melyeket alkalmunk volt ugyanazon betegen észlelni. Összehasonlíthattuk a különféle beavatkozások előnyeit és hátrányait a benzollal szemben.

A benzol gyógyító hatását az időszült leukaemiák kezelésében néhány grafikusán ábrázolt esettel világíthatom meg legjobban.



A grafikonon szereplő chronikus leukaemiások vegyesen myeloid és lymphoid fajtájúak, kizárólag benzol kezelésben részesültek, sem röntgen, sem arsen, sem más beavatkozás nem zavarta a hatás kifejlődését. Feltűnő és a tábla szándékosan kiválasztott esetekkel mutatja be azt, hogy hatásának megindulásához hosszabb-rövidebb, egyenként változó időn keresztül történő adagolása szükséges.

A benzolt a klinikán leggyakrabban per os alkalmazzuk, egyes kivételes esetet nem tekintve. Per os alkalmazásakor találkozhatunk olykor gyomorpanaszokkal, melyek felbőgésben, étvágytalanságban nyilvánulnak, bélpanaszokkal, melyek hasmenés formájában jelentkeznek. Ezeket a panaszokat könnyen segíthetjük, de ha nem vesszük figyelembe, további adagolásának kényszerű megvonására vezethetnek. A panaszok elkerülésére *Korányi* ½ gr benzolt és ½ gr oleum olivarumot tartalmazó gelodurat kapsulák étkezés után történő elfogyasztását ajánlotta. Megelőzhető, illetőleg az esetlegesen jelentkező gyomorbélpanaszok megszüntethetők, ha a beteg a benzolt zsíros ételekkel vagy bő vajjal együtt kapja. Ha a benzol alkalmazása előtt meglévő gyomorpanaszok — a leukaemiások súlyos állapotaiban nem ritka csillapíthatatlan hányás — a per os alkalmazását nem teszik lehetővé, per rectum ad-

* A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1934 okt. 13. ülésén tartott előadás.

hatjuk. Per rectum 20—50 gr oleum olivarumban oldva a napi adagot egyszerre vagy két részre osztva könnyen bevihetjük, előzetes tisztító beöntés után: néhány csepp opium tinctura a rectalis izgalom megszüntetésére hozzáadható. Így nyujtva a benzolt a betegnek, legritkább esetben hallunk panaszt. A klinikán csak azokban az esetekben kényszerültünk végbéli adagolásra, esetleg ennek is megszüntetésére, ahol a beteg súlyos állapota már más beavatkozást sem tett lehetővé.

Legfontosabb az a kérdés, mennyi benzolt adjunk és meddig? A kezdő dosis 3-szor 1 gr, majd esetleg naponként emelkedve 4-szer 1 gr, sőt kivételesen 5-ször 1 gr legyen. Igyekezzünk elérni a 4 gr-os napi adagot, felét esetleg rectalisan is adhatjuk. Négy-nél kevesebbet eleinte lehetőleg, kivéve azokat az eseteket, amelyekben a fehérvérsejtszám nagyon gyorsan kezd csökkenni és fogyása nagyon gyorsan folytatódik, ne adjunk, mert kisebb adagokkal nagyon megnyujtanánk a hatás kifejlődésének idejét, vagy ha múltól is, a fehérvérsejtek szaporodását idézhetnénk elő. Egyébként adjuk addig, amíg fehérvérsejt pusztító hatása nem fejlődött ki. Éppen a benzolhatás bevárása az orvos egyik legfontosabb feladata.

Mikor szüntessük be a benzolt? A benzolhatás kifejlődésének elején — amikor a fehérvérsejtszám csökkenni kezd — ne szüntessük be azonnal, adjuk tovább a fehérvérsejtszám ellenőrzése mellett és ha tetemesen megfogyott már, napról-napra fokozatosan vonjuk el. Az elvonás annál magasabb fehérvérsejtszám mellett történjék, minél meredekebb volt az esés. Ne adjuk azonban addig, amíg a fehérvérsejtszám túlalacsony értéket ért el. Az alsó határ mindig 20.000 felett kell hogy legyen. Ez époly természetes, minthogy röntgentherápia esetében is a további besugárzásoknak határt szab a 20.000 körüli fehérvérsejtszám. Számítanunk kell ugyanis — épúgy, mint röntgentherápiában — az esetleges utóhatás következményeire: ha ez alacsony fehérvérsejtszám mellett éri a beteget, súlyos következményekkel járhat.

Ha ugyanis a benzolt túladagoljuk a leukopoetikus készülék kimerül, ez pedig a beteg életébe kerülhet. Neumann,⁷ később mások közölték eseteket, ahol benzolra a fehérvérsejtszám először 5—6000-re megy vissza, de a benzol kihagyás dacára is hatása folytatódva a fehérvérsejtszám 200-ra csökkent és a beteg elpusztult. Ezt és ehhez hasonló eseteket a *túladagolt* benzol hatásának, illetőleg a hatás hiányos ellenőrzésének tulajdoníthatjuk és nem mint szerzőjük a benzol ki nem számítható utóhatásának. Később szüntettük be a benzolt, ha a fehérvérsejtszám 5—6000-ig csökkent, mert ez az érték *mélyen* a benzol-elvonás határértéke alatt van. Az ilyen úgynevezett *túladagolás* veszélye az orvost naponta végzett fehérvérsejt ellenőrzés mellett nem érheti. Hasonló benzolhatást mi is megfigyeltünk a klinikán, de csak oly esetekben, ahol a beteg a benzol therapiás hatásával megismerkedve otthon, saját szántából tovább szedte, anélkül, hogy ellenőrzés alatt állott volna. Ilyen esetekben láttuk azokat a nem kívánt benzolhatásokat, melyek a leukopoetikus apparatus kimerüléséhez vezettek és ilyenkor mesterséges úton kellett a fehérvérsejtszámot felhajtani, ami nem mindig sikerül.

Egy a klinikán észlelt beteg kórlefolyását ismertetem röviden, akin a benzol fentemlített hatását észleltük.

24 éves nőbeteg, aki 1929-ben kereste fel először klinikánkat. Diagnózis: chr. myeloid leukaemia, fehérvérsejtszáma 510.000. Benzolkezelésre fehérvérsejtszáma 9000-nél állandósul, hazabocsátjuk. Egy év múlva ellenőrzés, fehérvérsejtszám 37.000, panaszmentes, kezelés nélkül távozik. Harmadszori bejövetelekor elmondja, hogy otthon orvosa tanácsára benzolkúrát kezdett, melyet dacára orvosa letiltó utasításának, tovább szedett saját elhatározásából, naponként 1—2 gr-os adagokban, hogy ezáltal tartós hatást biztosítson. Nagy gyen-

gesége miatt kereste fel a klinikát, fehérvérsejtszám 12.000. Közérzete mindinkább romlik, fehérvérsejtszáma napról-napra csökken és az időközben alkalmazott vértömlesztés ellenére a fehérvérsejtszám 3000-re esik; natrium nucleicum injekciók és ismételt transfusio után fehérvérsejtszáma 6000-re emelkedik. 90 nap után panaszmentesen távozik, fehérvérsejtszáma változatlanul 6000 körül. Egy hónap elteltével végzett fehérvérsejtszámolás 6800 értéket adott. Ezután egy év elteltével jelentkezik klinikánkon 180.000-es fehérvérsejtszámmal.

Ahhoz, hogy a benzollal bánni tudjunk, ismernünk kell hatását. A fehérvérsejteket rendszerint 10—12 napon belül kezdi pusztítani, néha azonban csak három hét múlva. Ezt megelőzheti a fehérvérsejtszám átmeneti szaporodása is, ami ugyanaz, mint a Röntgen hasonló hatása, vagyis átmeneti ingerhatás. Ez azonban csak múltó és csakhamar helyet ad a kívánt pusztító hatásnak. Fontos ezen hatásának ismerete s ezért nem szabad a benzol adagolást az *esetleg* jelentkező átmeneti fehérvérsejtszaporodás időszakában megszakítani. Ha a fehérvérsejtpusztító hatás néhány nap alatt nem mutatkozik, ha a fehérvérsejtszám két-három nap alatt nem változik, ne nyúljunk más eszközökhöz, hanem adjuk tovább.

A benzol fehérvérsejtpusztító hatása kezdetben myeloid leukaemiában főleg a leukocytákra, lymphoid leukaemiában főleg a lymphocytákra irányul. Ezt követi a fiatal alakok megfogyása is, melyek néhány nap alatt eltűnnek a vérből. Előfordulhat azonban, hogy a fiatal alakok kezdetben csak csöppet fogynak meg és csak a benzol elvonás idejére tűnnek el véglegesen. Kivételesen úgy látszik, előfordulhat, hogy a benzol kezdettől fogva az éretlen alakok megszorodására vezet, ilyenkor leghelyesebb abbahagyni és más beavatkozáshoz fordulni. Magunk ilyen esetet, a benzol ilyen hatását nem tapasztaltuk. *Gorjaew*⁸ és *Jespersen*⁹ közölték eseteket, ahol a benzol acut myeloblast leukaemiát idézett elő. *Jespersen* esetében a már therapiás hatását kifejtett benzol kúra után tovább adott 5 gr (!) benzol idézte elő, *Gorjaew* esetében hetek múlva fejlődött ki acut myeloblast leukaemia. Az a tény azonban, hogy előfordultak esetek, ezen kivételes hatás figyelembe vételére kötelez. Ez a hatása összehasonlítható a chronikus myeloid leukaemia Röntgen kezelése közben kifejlődött acut myeloblast leukaemiát okozó hatásával, amelyenkről *Perona Pietro*¹⁰ és *Gorjaew* számoltak be. A benzolnak a kórosan fokozott fehérvérsejtekre kifejtett elektív hatását, a chronikus leukaemiások vörösvérsejtjeinek, benzol therápia alatti, viselkedése bizonyítja legjobban. A vörösvérsejtszám ugyanis az esetek legnagyobb részében tetemesen megszorodik. Ez az emelkedés oly számottevő lehet, hogy a vörösvérsejtszám a rendes értékig, sőt a fölé is emelkedhetik. Kisebb részében az eseteknek a vörösvérsejtszámot változatlanul hagyja és csak *kivételesen* fordul elő, hogy esetleg *átmenetileg* a vörösvérsejtszám csökken. Ez azonban jó ellenőrzés és aszerint történő adagolás esetében sohasem olyan mérvű, hogy a benzol adagolás megszüntetését tenné szükségessé. A chronikus leukaemiások másodlagos anaemiája tehát nem tiltja a benzoladagolást, hiszen ez az anaemia a kezelés alatt feltűnően javul, vagy változatlan. A benzolnak a vörösvérsejtekre kifejtett hatása a röntgen hatásával összehasonlítva, a chronikus leukaemiások secundaer anaemiája szempontjából előnyösebb, mivel a röntgenezés alatt a chronikus leukaemiások vörösvérsejtszáma vagy csökken, vagy változatlan, de nem emelkedik.

Lássuk, hogy a benzol a leukaemiát kísérő többi tüneteket miképpen befolyásolja. Legelőször és legszembeszökőbben a lázra fejt ki hatását. A láz, mely gyakran 38—39 fokot ér el, már néhány nap alatt a rendes hőmérsékre száll le, vagy 1—2 tizeddel 37 fok fölött mozog. Ha a Röntgen lázra tett hatásával hasonlítjuk össze a

benzol hatását, azt látjuk, hogy a lázra kifejtett hatása erősebb és rövidebb idő alatt következik be. Hasonlóképpen előnyt kell adnunk a benzolnak tapasztalataink alapján, a Röntgennel szemben a leukaemiások nyirokmirigyekre és lépére kifejtett hatása miatt. Még szembe-tűnőbb a benzol energikus hatása myeloid leukaemiában a lépére. A sokszor egész a kismedencéig érő lép, napok alatt, a láz megszűntével feltűnően megkisebbedik, a bordaív alá húzódik vissza. A benzolnak a nyirokmirigyekre, de különösen a lépére kifejtett erőes hatását hamarabb és nagyobb mértékben észleltük, mint a Röntgen hasonló hatását. Különösen említésre méltó az általunk észlelt egyik olvasni nem tudó beteg látászavarának a rendes visus visszatéréséig folytatódó javulása, egy másik beteg retinisének pigmentált foltok hátramaradásával be-következett gyógyulása, ismét a harmadik beteg, bejövetele előtt támadt nagyothallásának benzol kúra alatt be-következett megszűnése. Ugyancsak kedvező befolyásolója, sokszor egyetlen gyógyszerre a benzol a leukaemiások bőrelváltozásának, melyek kezdetben felületeseek, később mélyre terjedve, súlyos szövődményt jelentő fekélyekké alakulnak. Ilyen semmiféle kezelésre nem reagáló, a klini-kán észlelt ulcus phagaenicum penist gyógyított meg a *localisan* alkalmazott benzol a közel háromnegyed éve ered-ménytelen kezelés után.

Miért van tehát, hogy a benzol ilyen kitűnő hatásai mellett sem foglalta el a leukaemia gyógyításában a meg-illető helyet? Ennek magyarázata: 1. *Pappenheim* rosszul értelmezett állatkísérletei; 2. a röntgentherápia elter-jedése.

Pappenheim állatkísérletei a benzolt mint máj- és vesemérget tüntették fel a kísérleti körülmények figye-lembe nem vétele és rosszul értelmezése következtében. *Pappenheim* 2—3 cm³ benzolt adott naponta 1—½ kg-os nyulaknak, mire az állatok néhány nap alatt elpusztultak. Az ilyen benzollal mérgezett, különben egészséges nyulak veséjében parenchymás elfajulást, némelyekben necrosist, ritkábban májlaesiót és egy kísérleti állatban májnecrosist észlelt. *Pappenheim* egészséges nyulakat mérgezett, azok az adagok, melyeket ő 1—½ kg-os nyulaknak adott, em-berre átszámítva 90—120 gr-nak felelnének meg, 60 kg átlagos testsúly mellett. Ennek az adagnak legfeljebb egyhuszad részét adjuk *leukaemiás* beteg napi adagjaként. *Pappenheim* állatkísérleteinek közlése óta a benzol mint máj és vesemérget szerepel. A benzol gyógyító alkalmazásá-nak kritikáiban mindenütt hivatkozásokat találunk *Pap-penheim* észleleteire, holott vese-, illetőleg májmérgező hatását emberen senki sem észlelte. A klinika 200 leukaem-ias betege közül több mint 100 esetben alkalmaztuk a benzolt, de alkalmazásával kapcsolatban sohasem észleltünk olyan tüneteket, amelyeket akár a máj, akár a vese benzol okozta mérgező hatásnak tulajdoníthattunk volna. Számtalan esetben észleltük azonban eredményes benzol-therápia után már meglevő albuminuria megszűnését; ilyen észleletekről számol be *Pulowsky*¹¹ is. Urobilinogenu-riát, sárgaságot benzol után sohasem láttunk s ha már megvolt, sohasem erősbödött. A klinika észlelt, benzol-therapiában részesült és elhalt betegek boncolása semmi támpontot nem nyújt arra nézve, hogy a benzoltherapiá-ban részesült betegek mája vagy veséje bántalmazott volna, pláne máj- vagy veselhalást említve sem látunk. Mindez a fentmondottak alapján könnyen érthető, hiszen *Pappenheim* kísérleti adagjai emberre átszámítva óriási adagoknak felelnének meg.

A másik körülmény, ami a benzol gyógyító alkalma-zását háttérbe szorította, a röntgenbesugárzás elterjedése és az a sokaktól elfogadott álláspont, hogy a röntgenbesu-gárzással kezelt beteg nem kíván oly pontos klinikai ész-lelést. Röviden ismertetem a klinika beteganyagából egy

chronikus myeloid leukaemiás kórrajzát, aki a klinikán végzett szakszerű röntgenbesugárzásra oly nagymértékű fehérvérsejtzuhanással reagált, hogy a beteg meghalt. 35 éves férfi, aki egy év óta hasában daganatot észlelt, mely lassan a kis medencéig nőtt. Először kerül nagy gyengeséggel, fogyással, lázzal és hasdaganatával a klini-kára. Fehérvérsejtszáma 180.000. Két alkalommal kap be-sugárzást (1 HED. a lépére). A második besugárzás után fehérvérsejtszáma fogyni kezd és 40 nap alatt 2000 alá esik. Erőlyes arsen-kúra ellenére — mely alatt fehérvér-sejtszáma 7000-re emelkedik — állapota változatlanul rossz; fehérvérsejtszáma ismét 4000-re csappan s meghal. Kétségtelen, hogy hasonló eseteket, ha nem is nagy számban, mások is észleltek. Okozhat azonban a röntgenbesu-gárzás súlyos dyspepsiás panaszokat, étvágytalanságot, hőemelkedéseket is a mindenki által jól ismert röntgen-cater képében, mely a besugárzások megszakítására is kényszeríthet. Látjuk tehát, hogy a röntgenbesugárzásnak is vannak veszélyei, melyek sokszor kiszámíthatatlanok, éppen ezért szigorú orvosi ellenőrzést igényelnek. Az el-lenőrzésnek — a Röntgen alkalmazásakor — ki kell ter-jednie mind az általános állapotra, mind a vérképre, *Naegeli* a röntgenbesugárzás azonnali megszakítását írja elő 1. ha a beteg általános közérzete romlik; 2. ha lázat, hasmenést, fokozódó gyengeséget vált ki; 3. a fehérvér-sejtek hirtelen esésekor; 4. ha a vörösvérsejtek száma vagy a haemoglobin csökken; 5. ha a myeloblastok szapo-rodnának. Látjuk tehát, hogy a röntgen gyógymód mind-ama tünetek pontos észlelését kívánja, amelyek a benzol sikeres alkalmazásakor is szigorúan ellenőrzendők. A be-teg pontos észlelése a gyógyítás sikere.

Találkoztunk azonban olyan chronikus leukaemiásokkal is, akiken a besugárzások ellenére hatást egyáltalán nem, vagy csak igen kismértékűt láttunk. Ezeket tartot-ták általában a benzoltherapiára alkalmas eseteknek, az úgynevezett Röntgen refractaer chronikus leukaemiásokat. *Klieneberger*¹² a röntgen refractaer betegeket myeloid leukaemiában 30%-ra, lymphoidban 40%-ra becsüli. Sta-tistikája azonban 1913-ból származik; kétségtelen, hogy ma a röntgenbesugárzás fejlettebb volta mellett kisebb százalékban fordulnak elő Röntgenre nem mozduló leukaem-iak. Az ilyen Röntgen refractaer esetekben az *egyetlen* gyógyszer a benzol, amihez folyamodhatunk és ami a be-teg életét menti meg. A klinikán észlelt Röntgen refractaer esetekből csak egyet mondanék el kivonatossan.

54 éves myeloid leukaemiás nő, fehérvérsejtszáma 280.000, leromlott állapotban vesszük fel klinikánkra. 21 nap alatt három alkalommal kapott besugárzást. Első alkalommal ⅓ HED., 6 nap múlva ½ HED.-t a léptájékra. Mivel hatás egy hét múlva sem mutatkozott, ismét kap ½ HED.-t aa három mezőben a lép tájára.) A harmadik besugárzást követő néhány nap alatt lényegtelen fehérvérsejt csökkenés után a fehérvérsejtek az eredeti számra szaporodtak. Most fokozato-san emelkedve, 4 gr-os naponkénti benzoladagokat rendel-tünk, mire a fehérvérsejtszám 31.000-re esett s a beteg pa-naszmentesen távozott. Hét hónap múlva visszaesés, fehérvérsejtszám 154.000. Megint röntgenbesugárzással próbálko-zunk (kilenc nap alatt kétszer ½—½ HED.-t), a fehérvér-sejtszám 187.000-re emelkedik, általános állapot rossz. Egy héttel az eredménytelen besugárzás után benzolt kezdünk, ami ismét kitűnően hatott, két hét alatt napi 5 (!) gr, majd 3 gr-os benzoladagok után a fehérvérsejtszám 18.000-ig csök-ken, a beteg állapota lényegesen megjavul, jó erőben távozik. Látjuk tehát, hogy a benzol milyen kitűnően hatott akkor, amikor a röntgenbesugárzás nem használt.

A fenti példa nem jelenti azt, hogy csak azokban az esetekben, ahol a Röntgen nem használt, mintegy kény-szerűlve nyúljunk a benzolhoz. Láttuk azt is, hogy a rönt-gengyógymód sem mentesíti a lelkiismeretes orvost a szigorú ellenőrzés alól és tekintve mellékhatásait, nem is mindig veszélytelen beavatkozás. A ki nem számítható kellemetlen, sőt életveszélyessé válható röntgenhatásokon

és az ugyancsak fentebb tárgyalt Röntgen refractaer eseteken kívül még egy, talán a *legfontosabb* körülményre kell felhívnom a figyelmet. A Röntgen is, mint más beavatkozás, az alkalmazás gyakoriságával hatásából veszít. Ez megnyilvánulhat egyrészt a fehérvérsejtekre kifejtett pusztító hatás csökkenésében, másrészt a kiújulásnak között eltelt idő megrövidülésében. A besugárzásoknak határt szab a bőr *sugártolerantiája*. A sokszor ismételt kezelés a bőr elhasználódására vezet. Éppen a hatásukban csökkenő röntgenbesugárzások megelőzése és a bőr elhasználódásának elkerülése végett kell a benzolhoz fordulni és nem szabad megvárni azt az időt, amikor a besugárzásoknak már csak rövid ideig tartó hatásuk van, vagy számbavehető hatásnyomukban már nem is jelentkeznek, vagy a bőr sugártolerantiája kimerült.

Sem a Röntgen, sem a benzol nem oki gyógykezelés, mindkettő egy ismeretlen ártalom okozta betegség legfontosabb tünetének és kísérő tüneteinek időleges gyógyszerere. Láttuk, hogy a benzol gyógyító hatásában semmiel sem marad a Röntgen mögött, ha tehát a kettőt felváltva alkalmazzuk, két olyan gyógymódunk van, melyek egymással *egyenértékűek*. Láttuk, hogy ahol a Röntgen nem használt, ott a benzol kitűnően bevált, viszont a benzol hatástalansága esetében a Röntgenhez folyamodhatunk. Ha külön-külön hatástalan mindkettő, akkor a Röntgen kezelést kiegészíthetjük benzoladagolással, amint többször láttuk is, hogy a magukban hatástalan röntgenadagok benzollal együtt kitűnően hatottak. Más esetben viszont a benzol-kúra közben alkalmazott egy-egy besugárzás lesz elegendő ahhoz, hogy a benzol gyógyhatása érvényre jusson és ne kényszerüljünk az esetleg hosszúra nyúló benzolhatás kifejlődését megvárni.

A benzolgyógymód hatástartóssága — amin a kiújulások között eltelt időt értem — a röntgentherápia hatástartósságával nagyjában megegyezik. Voltak betegek, akik a benzol-kúra után két hónapra, voltak, akik 8—10 hónap vagy egy év múlva recidiváltak. Külön meg kell említenem azonban két myeloid leukaemiás beteg kórlefolását, akik benzol-kúra után teherbe estek, magzatukat kiviselték; a recidiva az egyikén 11, a másikon 13 hónap múlva következett be. Észleltünk továbbá a klinikán egy lymphoid leukaemiás beteget, aki oly kitűnően reagált benzol-kezelésre, hogy betegségében a benzolt éveken keresztül alkalmazzuk anélkül, hogy más beavatkozásokhoz nyúltunk volna. Ezt a beteget 1924 márciusától 1930 májusáig észleltük a klinikán, halála, értesülésünk szerint, 1932-ben következett be. Ezen idő alatt a beteg öt alkalommal részesült benzol-kezelésben. Az első benzol-kúra 1925 novemberében folyt le, hatására a 97.000 fehérvérsejtszám 11.000-re csökkent, a leromlott állapotban kezelésbe vett beteg panaszmentesen távozott. Egy év múlva visszaesés lázzal, gyengeséggel; fehérvérsejtszám 79.000, benzol után 17.000-re megy vissza, állapota lényegesen megjavul. 1927-ben ismét a klinikán látjuk, fehérvérsejtszám 105.000; láz, hasmenés, gyengeség, lesóványodás a panaszai. Benzolt adunk. Távozásakor fehérvérsejtszáma 16.900, hizott, láztalan. Ezután 16 hónapig nem jelentkezik a klinikán, 1929 márciusában elmondta, hogy a közti időben teljesen jól érezte magát, foglalkozását folytatta. Az utóbbi időben panaszai ismét jelentkeztek. Fehérvérsejtszáma 134.000-ról 23.500-ra csökkent benzol hatására. Egy év múlva ismét recidiva 110.000 fehérvérsejttel, fehérvérsejtszáma 30.000-re megy vissza az alkalmazott benzol-kúra után. A kúra alatt meghízott, panaszmentessé lett. A beteg a klinikát többször 1932-ben bekövetkezett haláláig nem kereste fel. A klinikán hat esztendőn keresztül észleltük a beteget, a recidivák alatt kizárólag benzol-kezelésben részesült. Hat esztendő egy leukaemiás beteg életében, melyet magunk észleltünk, oly

hosszú idő, hogy méltán a feljegyezhető esetek közé sorolható, ha egy gyógyszer megbízhatósága és hatástartóssága mellett hozzuk bizonyítéknak. Éveken keresztül kizárólag benzollal kezelt leukaemiás beteget a klinikán többet nem láttunk, mivel beteganyagunkon a röntgenbesugárzást és benzolt felváltva alkalmazzuk.

Hátra marad még annak eldöntése, mikor válik javulttá a Röntgen s mikor a benzol alkalmazása chronikus leukaemiások kezelésében. Helytelen volna akár az egyiket, akár a másikat csak a fehérvérsejt számszerű megállapítása alapján igénybe venni, ha az általános állapot, hőmérséklet, testsúly, táplálkozás, stb., valamint a minőségi fehérvérkép éretlen alakjainak szaporodása nem teszi szükségessé, mint ahogy *Naegeli*¹³ is ezeket tartja az erőlyes beavatkozás feltételeinek. Először, mint *Morawitz*,¹⁴ *Naegeli* és *Korányi* is ajánlják, ha sürgős beavatkozásra nincs szükség, alkalmazzuk a ma már sokaktól elhanyagolt, de sokszor kitűnően ható *arsent*. Lehetőleg hosszú időn keresztül és nagy adagokban, solutio arsenic. Fowleri, arsacetin vagy acid. arsenic. formájában. A kórán észlelés alá kerülő esetekben, melyek energikus beavatkozást nem kívánnak, az arsen meglepő jól hathat és így sikerült elhalasztani akár a Röntgen, akár a benzol alkalmazásának idejét. Csak ha az arsen hatástalan, forduljunk a biztosan ható Röntgen- vagy benzolhoz. Először, ha szükséges, alkalmazzunk Röntgent, a röntgentherapiát támogathatjuk a besugárzások alatt és után alkalmazott arsennel. A legközelebbi recidiva alkalmával kell a benzolt. *Korányi* felfogása szerint, beiktatni, mint ahogy a klinikán ma is eljárunk. Ha a benzollal sikeresen avatkoztunk be, úgy elhalasztottuk a Röntgen besugárzás idejét. Ha a Röntgen hatástalan, azonnal a benzolhoz forduljunk. A későbbi kiújulások alkalmával esetenként döntjük el, mit alkalmazzunk, ismérve most már azt a hatást, amit Röntgennel, illetőleg benzollal elértünk.

Csak röviden szeretnék végül a benzolnak polycythaemiában kifejtett hatásáról szólni. A kérdést *Korányi* utasítására *Királyfi*¹⁵ vizsgálta először és megállapította, hogy a benzolnak polycythaemiában kifejtett vörösvérsejt pusztító hatása nem olyan határozott, mint a fehérvérsejtekre tett hatása leukaemiában, hatása a röntgenbesugárzás mögött marad. A röntgenbesugárzás polycythaemiában rövidebb idő alatt és energikusabban hat, hatása tartósabb a benzolénál. Benzollal csak a Röntgen hatástalanságakor próbálkozzunk polycythaemiában.

Meg kell említenem a benzol *kis adagjainak* »ingerlő dosis«-ként történő hatását, amikor is a benzol a rendes vörösvérsejtszámot, de különösen az úgynevezett másodlagos anaemiák vörösvérsejtszámát felhajtani képes. A kérdéssel először *Hajós*¹⁶ foglalkozott, hogy a benzol kis adagjainak vörösvérsejtszaporító hatását therapiásan is kihasználja. *Hajós*-nak kísérleti állatokon a normalis vörösvérsejtszámot sikerült 1½—2 millióval átmenetileg néhány napra felszaporítani, naponként 2×3×½ gr benzollal. Másodlagos anaemiák esetén egyszer legfeljebb kétszer ½ gr benzollal sikerült a vörösvérsejtszámot megkészserezni; a vörösvérsejtszám a benzol elhagyása után sem csökkent, hatása tartósnak bizonyult. A klinikán számtalan esetben meggyőződünk a benzol jó hatásáról secundaer anaemiákban. Néhány hónappal ezelőtt észleltünk a klinikán tropikus malária után visszamaradt (1.000.000 körüli) súlyos következményes anaemiát, melyet sem arsen, sem vas, sem máj, sem vérátömlesztés nem befolyásolt, de amelyet a benzol kis adagjaival sikerült tökéletesen meggyógyítani.

Összefoglalva tehát azt mondhatjuk, hogy a benzol a chronikus myeloid és lymphoid leukaemiák kezelésében a röntgentherapiával egyenértékűnek bizonyult megfelelő ellenőrzés mellett. A benzoltherápia sikeres lesz, csak meg-

felelő adagokat adjunk és várjuk be a hatás eredményét. Gastroin testinalis mellékhatásait könnyen kiküszöbölhetjük, illetőleg ellensúlyozhatjuk. A benzolnak a májra vagy a vesére kifejtett sokat emlegetett mérgező hatását klinikai eseteinkben sohasem észleltük. A Röntgent és benzolt felváltva alkalmazva chronikus leukaemiás betegeinknek valószínűleg javára válik, hogy a besugárzás megismétlésének időközzeit lényegesen megnyújtjuk. Együtt alkalmazva a kettőt, a hatást siettethetjük, illetőleg a benzolhatás latentia idejét megrövidíthetjük. A benzol kis adagjai következményes anaemiában »ingerlő dosisként« hatva, gyors regeneratiót eredményezhetnek oly esetekben is, amikor más kezelés cserben hagyott.

Irodalom: 1. *Korányi S.*: Berliner klin. Wschr. 1912. 29. — 2. *Királyfi*: Wiener klin. Wschr. 1912. 35. — 3. *Selling*: Ziegler's Beiträge 1911. 51. 576. — 4. *Schittenhelm* in Bergmann etc. Lehrbuch der inn. Med. 1931. II. 280. — 5. *Brugsch*: Lehrbuch der inn. Med. 1930. I. 842. — 6. *Pappenheim*: Wiener klin. Wschr. 1913. 2. — 7. *Neumann*: Therapie der Gegenwart. 1913. 2. — 8. *N. Gorjaew*: Folia haematologica. 1913. 16. 1. — 9. *Jespersen*: Deutsche med. Wschr. 1913. 27. — 10. *Perona Pietro*: Gas. d. osp. e d. clin. 1920. 80. — 11. *Pulawszky*: Wiener klin. Wschr. 1914. 19. — 12. *Klèneberger*: Strahlentherapie 2. 2. — 13. *Naegeli*: Blutkrankheiten u. Blutdiagnostik. Verlag J. Springer 1931. — 14. *Morawitz*: Blut u. Blutkrankheiten. Cit. in Bergmann u. Staehelin. Verlag J. Svinger 1926. — 15. *Királyfi*: Virchow's Archiv 219. 399. — 16. *Hajós*: Therapie der Gegenwart 1926. V.

A budapesti M. kir. Bábaképző Intézet közleménye (igazgató: Burger Károly c. rk. tanár).

Terhes-vizelet hatása kalászos-növények fejlődésére.*

Irta: Bak Mihály dr.

A terhesség korai felismerése és a születendő gyermek nemének megállapítása régi cél. A berlini museumnak II. Ramses egyiptomi király uralkodása idejéből származó papyrusán — amelyet *Brugsch* hozott először nyilvánosságra — erre vonatkozólag már a következő utasításokat találjuk: Ha egy asszony tudni akarja, hogy terhes-e vagy nem, tegyen két edénybe földet, vessen belé tönköly- és árpa-magvakat, aztán locsolja meg vizeletével. Ha a gabonamagvak kikelnek és növekednek, akkor terhes, ha nem, akkor nem terhes. Ha a növekvő gabonák közül az árpa nő jobban, akkor fiúra, ha a búza, akkor leánygyermekre számíthat.

Hogy e nagy műveltségű nép biológiai tapasztalata nem varázslatokon alapszik, az *Zondek* és *Aschheim* felfedezésével igazolódott. *Zondek* és *Aschheim* állatkísérletekkel mutatja ki a terhességet, az egyiptomiak pedig növénykísérletekkel. Éles megfigyeléseik és gyakorlati tapasztalataik alapján úgy látszik, már az egyiptomiak is sejtették, hogy a terhesek vizeletében vannak olyan anyagok, amelyek nemcsak a növényeket serkentik növekedésre, hanem azokból esetleg a születendő gyermek nemére is következtetni lehet.

1931-ben *Schoeller* és *Goebel* közölték megfigyeléseiket, amelyeket a tüszőhormonnak a jácint, a hagyma és a kukorica csírázására, fejlődésére és virágzására gyakorolt befolyására vonatkozólag tettek. A női sexualhormonnak a növekedést, de különösen a virágzást igen előnyösen befolyásoló hatására vonatkozó eredményeiket királyos progynonnal végzett kísérletekkel támogatták. Vizsgálataikat vízkultúrában végezték. *Rodecourt* és *Küstner* pedig kertiföldbe ültetett zsálya, bab, árpa és

* Előadatott a Kir. Orvosegyesület 1935 március 16-i ülésén.

egyéb magvakat és azokat öntözték kereskedelmi forgalomban lévő hormonkészítményekkel, valamint terhes vizeletekkel. *Küstner* azt látta, hogy az árpa gyorsabban fejlődik terhes, mint nem terhes vizelettől. *Rodecourt* egyforma nitrogén tartalmú és fajsúlyú terhes vizeleteknek a csírázást mindig gátló, a további fejlődést pedig egyszer gátló, másszor fokozó hatását figyelte meg.

A mezőgazdasági kutatók közül gabonamagvakon hormonokkal, vízkultúrában *Scharrer* és *Schrop* kísérleteznek. Mind ők, mind *Lemmermann* és *Behrens* természetes táptalajon a különböző mezőgazdasági növényeknek az egyes hormonokkal szemben tanúsított viselkedését tanulmányozták és tanulmányozzák oly szempontból, hogy lehet-e ezen hatásokat a mezőgazdasági gyakorlatban is értékesíteni.

Az egyiptomi papyrus nyilvánosságra hozatala után terhes vizeletekből nem meghatározási kísérleteket *Manger* végzett először közönséges búzával és árpával Petri csészében, filterpapír csírágyban. Száz esete az ősi egyiptomi tapasztalattal ellenkezően azt tanúsítja, hogy ha a búza csírázik jobban, akkor az esetek nagyobb részében fiú, ha az árpa csírázik jobban, akkor leány lesz a születendő gyermek. Ilymódon 80%-ban sikerült neki a nemet előre meghatározni. Eredményei tehát megfelelnek a másik régi, 1697-ből reánkmaradt »heylsamen Dreksapotheke« adatainak, amely szerint a búza gyorsabb fejlődéséből fiúra, az árpából leánymagzatra lehet következtetni.

Az a körülmény, hogy a »heylsamen Dreksapotheke« adatai, valamint *Manger* 100 esetének eredményei az óegyiptomi megfigyeléssel ellenkeznek, arra kényszerített bennünket, hogy e kérdéssel foglalkozzunk, már csak azért is, mert a hormonoknak növényekre gyakorolt hatásával eddig nálunk alig foglalkoztunk. Vizsgálatainkat, amelyeket a budapesti bábaképző intézetben 1933 őszén kezdtünk el, eleinte egyiptomi előírás szerint természetes földtalajban, virágcserepekben végeztük. Mivel szigorúan az egyiptomi előírást akartuk betartani, a ma nálunk nem használatos tönkölyre volt szükségünk, amelyet nagy nehézségek árán Franciaországból sikerült beszerezni. Egyiptomi árpát nálunk is termelnek, így annak beszerzése könnyen ment. A hatvani uradalom egy bizonyos nemesített búzafajtájából és árpájából az előbb említett magvakal követett eljáráshoz hasonlóan, szintén beállítottuk a kísérleteket. Az egyiptomi búza- és árpafajtához azért ragaszkodtunk, mert látni akartuk, vajjon nem a különböző fajok eltérő tulajdonságai okozzák-e az egyiptomi lelet és a *Manger* közönséges búzával és árpával végzett vizsgálatának eredménye közötti különbséget. Mivel az első száz kísérlet eredményei a hatvani búza és árpafajtán ugyanolyanok voltak, mint a tönkölybúza és az egyiptomi árpától kapott eredmények, a kísérletek további folyamán csak tönkölyt és egyiptomi árpát használtunk.

A magvakat a gyorsabb csírázás elősegítése céljából hat órán át tiszta vízvezetéki vízben áztattuk, majd a vízből kivéve elültetés előtt ½ óráig filterpapíron tartottuk. Cserepenként 100—100 csíráképes magot ültettünk el. Hogy a megvilágítást lehetőleg egyenlővé tegyük, a cserepeket tavasztól ősziig a szabadban tartottuk, télen pedig az ablaktól távol helyeztük el. A hőmérséklet mind a szabadban, mind télen a szobában a napi ingadozás keretein belül változott. A kísérletekhez mindkét búza- és árpafajtából mindig ugyanolyan vastagságú, a 2·8 mm nagyságú rostafilterig eljutott és csak ezen a rostalyukon átmenő magvakat használtuk. A magvakat 1 cm mélyen csírázó végükkel felfelé ültettük el.

A kísérleti sorozatok beállításakor ellenőrzés céljából egy-egy pár nem terhes vizelettel, egy-egy pár vízvezetéki vízzel és egy-egy pár férfivizelettel öntözött növényt is használtunk. Amidőn hígított terhes vizeletekkel öntöztünk, akkor természetesen a nem terhes női vizeletet és a férfivizeletet is megfelelően szintén felhígítottuk. A vizeletek vegyhatását lakmuspapírral minden esetben megállapítottuk, de az a csekély eltérés, amely a lúgos és savanyú vizeletek között

mutatkozott, a nagy higitásban mindig eltűnt és a higitott vizelet közömbös vegyhatást mutatott. A magvakat elültetés után azonnal öntöttük. Először a cserepekben levő talajtér-fogat 30%-ának megfelelő mennyiségű higitott vizelettel, majd 4—5 napi időközben egy-, ha kellett kétízben öntöttük növényeinket a talajtér-fogat 10%-ának megfelelő mennyiségű higitott vizelettel, illetőleg folyadékkal.

Az eredmény végleges leolvasása az elültetéstől számított 14-ik napon történt, de addig is folyton figyelemmel kísértük és feljegyeztük a két gabonafajta fejlődését. A virágzást és kalászolást nem tartottuk célszerűnek megvárni, mert a reactio túl hosszú időre elhúzódása mellett a harmadik héten a szobában tartott növények rendszerint megdőlnek, néha megsárgulnak és azt a képet mutatják, amit a mezőgazdák a trágyás földbe vetett ú. n. kiégett búzán és árpán látnak. Az eredmény leolvasása így az első két hét növekedésének megítélésével történt.

A növények fejlődésében és hosszúságában beálló különbségeket legtöbbször megtekintéssel könnyen el lehetett dönteni. Kétes esetekben cm-rel lemértük a hajtások hosszát. A kertiföldtől, vagy a homoktól megtisztított növények súlyát és gyökérzetük hosszát is megmértük. Ezeket az eredményeket azonban nem használhattuk fel a reactio megítélésében, mert egyrészt a búza gyökerét mindig hosszabbnak találtuk, mint az árpát, másrészt pedig mert mindig az árpa súlya bizonyult nagyobbaknak.

Vizsgálatainkat frissen ürített, tömény vizeletekkel kezdtük el. Azt találtuk, hogy terhesek, a kontrollul beállított nem terhesek és férfiak tömény vizelete a búza és árpa csirázását teljesen megakadályozza. A vizeletnek ezt a csirázást és fejlődést gátló tulajdonságát higitásokkal próbáltuk esőkenteni, illetőleg megszüntetni. A vizeletek a gabonamagvak kéthetes fejlődéséhez általában szükséges anyagokat sokat, az általunk használt higitásokban is elegendő mértékben tartalmazták, csak a vas hiányzik belőlük. Ezt a hiányt úgy igyekeztünk pótolni, hogy az általunk higitó folyadékul használt vízvezetéki víz minden literéhez 2 csepp normal ferri-chloridoldatot adtunk.

Összesen 514 terhes asszony vizeletét vizsgáltuk. A higitásokat és beállításokat az eredményekkel együtt a következőkben részletezzük:

1. Felére higitott terhes vizeletet 30 esetben használtunk a két gabonafajta öntözésére. A 30 vizelet közül 16 már csirázásban megakasztotta a növény növekedését. Az esetleg satnyán kikelt búza- és árpacsirák fejlődése abbamaradt és elpusztult. A nem terhes női és férfivizeletektől ilyen higitásban a csirázás meg sem indult. 14 terhes vizeletétől igen elhúzódó csirázás után satnya, a vízkontroll mögött jóval visszamaradt növények fejlődtek. Az eredményeket a táblázatok első oszlopán foglaltuk össze. A csirázás és fejlődés gátlása feles higitásban tehát igen nagy, ezért második sorozatunkban tízszeres higitású vizeletekkel öntöttük a gabonamagvakat.

2. A tízszeres higitásban 70 terhes vizeletét vizsgáltuk. A csirázás mindkét magon négy esetben maradt el. 11 esetben a két kalászos növény növekedése satnya lett és a vízzel öntözött növények fejlődése mögött maradt. Vizsgálataink céljára felhasználható tehát 55 terhes vizelete volt. A kísérletek eredményét számszerűen a táblázatok második oszlopán

I. TÁBLA.

Vizelet higitások. Táptalajok	Esetek száma	A reactio leolvasása	
		alkalmas volt	alkalmatlan volt
I. 1/2-es higitás vízzel. Kertiföld-talajban	30	14	16
II. 10-es higitás vízzel. Kertiföld-talajban	70	55	15
III. 15-ös higitás vízzel. Kertiföld-talajban	100	87	13
IV. 15-ös higitás vízzel. Quarzhomok-talajban	150	136	14
V. 15-ös higitás tápsóoldattal. Quarzhomok-talajban	100	88	12
VI. Nephropathias terhes vizeletek. 15-ös higitás vízzel. Quarzhomok-talajban	14	14	..
VII. Só- és fehérjesezegény diaeta után vett vizeletek. 15-ös higitás vízzel. Quarzhomok-talajban	50	48	2
Össz. eredmény: ..	514	442	72
		(85'9%)	(14'1%)

II. TÁBLA.

Vizelet higitások Táptalajok	A hígított szült terhesek vizeletétől		
	a búza nőtt jobban	az árpa nőtt jobban	egyen- lők váltak
I. 1/2-es higitás vízzel. Kertiföld-talajban	1	7	1
II. 10-es higitás vízzel. Kertiföld-talajban	3	14	4
III. 15-ös higitás vízzel. Kertiföld-talajban	4	30	7
IV. 15-ös higitás vízzel. Quarzhomok-talajban	11	41	9
V. 15-ös higitás tápsóoldattal. Quarzhomok-talajban	7	28	6
VI. Nephropathias terhes vizeletek. 15-ös higitás vízzel. Quarzhomok-talajban	—	4	1
VII. Só- és fehérjesezegény diaeta után vett vizeletek. 15-ös higitás vízzel. Quarzhomok-talajban	4	18	5
Össz. eredmény:	30	142	33
	(14'6%)	(69'3%)	(16'%)

III. TÁBLA.

Vizelet higitások Táptalajok	A leányt szült terhesek vizeletétől		
	a búza nőtt jobban	az árpa nőtt jobban	egyen- lők váltak
I. 1/2-es higitás vízzel. Kertiföld-talajban	3	1	1
II. 10-es higitás vízzel. Kertiföld-talajban	26	3	5
III. 15-ös higitás vízzel. Kertiföld-talajban	37	3	6
IV. 15-ös higitás vízzel. Quarzhomok-talajban	56	9	10
V. 15-ös higitás tápsóoldattal. Quarzhomok-talajban	34	4	9
VI. Nephropathias terhes vizeletek. 15-ös higitás vízzel. Quarzhomok-talajban	7	1	1
VII. Só- és fehérjesezegény diaeta után vett vizeletek. 15-ös higitás vízzel. Quarzhomok-talajban	17	2	2
Össz. eredmény: ..	180	23	34
	(76%)	(9'7%)	(14'3%)

foglaltuk össze. Mivel még ebben a higitásban is nagy volt a gabonák csirázási és fejlődési gátlása, jellehet a fejlődők nagyrésze a vízkontrollnál mindig magasabba nőtt, továbbra is többféle higitással próbálkoztunk, míg végre a tizenötös higitásban állapotunk meg, mert tapasztalataink szerint a nagyobb higitások jobb, értékesíthetőbb eredményt, a két növény fejlettségét és egymáshoz viszonyított hosszát illetőleg nem hozták.

3. A harmadik sorozatunkban tehát tizenötös higitásban öntöttünk összesen 100 esetben búzát és árpát. A 100 esetből 13-szor esenevész lett, 1—2 cm-nyi növekedést ért el a két növény, míg 87 terhes vizelete kevés kivétellel a vízkontrollnál fejlettebb növekedésű hajtásokat eredményezett. A részletes eredményeket a táblázatok harmadik oszlopán foglaltuk össze. A továbbiakban nem a higitásokat változtattuk, hanem mindig tizenötös higitás mellett a táptalajt és a higitó folyadékot cseréltük ki. A bizonytalan összetételű kertiföld tenyésztalaj helyett a Hochenbochauer-féle steril quarzhomoktalajt alkalmaztuk és virágcserepek helyett Neubauer-féle üvegcserékbe ültettünk.

4. A vizeleteket vízvezetéki vízzel higitva, a magvakat quarzhomoktalajba ültetve, 150 esetben végeztünk kísérletet. 14 terhes vizelete a csirázást és fejlődést akadályozó volta miatt alkalmatlannak bizonyult a reactio leolvashatóságára. A többi 136 vizelet biológiai hatását a táblázatok negyedik oszlopán olvashatjuk le. Hogy a kísérleti eredményeket még jobban megjavítsuk, megkíséreltük a vizeleteket vízvezetéki víz helyett Hiltner-féle tápsóoldattal higitani. Ebben a sorozatban természetesen tisztán tápsóval locsolt kontrollnövények is voltak.

5. A tápsóoldattal történt vizelethigitásokat 100 esetünkben alkalmaztuk. 12 terhes vizeletétől csirázás nem következett be, vagy ha ez meg is történt, 1—2 cm hosszúságban

megakadt. Használhattuk tehát 88 terhes vizelet eredményét, amit táblázatunk ötödik oszlopában részletezünk. A növények hosszúsága és fejlődése sosem haladta meg a vízvezetéki vízzel hígított vizeletekkel locsolt növények fejlődését.

6. Külön kell beszámolnunk 14 *nephropathiás terhes vizeletének* hatásáról. A kísérletek folyamán ugyanis azt vettük észre, hogy a napokig, esetleg hetekig szénhidrát-dús, fehérje- és sószegény vesediaetán tartott nephropathiás terhesek vizeletétől bármely hígításban nézzük is, a gabona fejlődése gyorsabb, erőteljesebb volt. A 14 nephropathiás többkevesebb fehérjét tartalmazó vizelet biológiai hatását a táblázatok hatodik hasábján foglaltuk össze.

7. E megfigyelés után 50 *háziterhesünkkel a kísérlet-sorozatot 3 napi só-, fűszer- és hússzegény étrend után* ürített vizelettel állítottuk be. Az 50 vizeletből a csírázásra és fejlődésre gátló hatásának csupán kettő bizonyult. A reactio értékesítésére tehát 48 esetet használhattunk, ezek eredményét a táblázatok hetedik oszlopán összegezzük.

Összefoglalva eredményeinket, a felhasznált 514 terhes vizeletétől a vízcontrollhoz viszonyítva, nem mindig hosszabb, de állandóan erőteljesebb fejlődést, jobb turgort, zöldebb színt, szélesebb leveleket észleltünk a kísérlet leolvasásakor 442 esetben; 72 esetben a gabonák nem csíráztak, vagy fejlődésük satnya volt és a vízcontroll-növények fejlődése mögött jóval visszamaradt. Már itt is megemlíthetjük tehát, hogy az eljárást e nagy hibaforrás miatt is a terhesség megállapítására nem tartjuk alkalmasnak.

A fejlődést és a két gabona növekedésében kialakult hosszkülönbséget, amelyből a nemre igyekeztünk következtetni, legjobbnak a tizenötösörös hígítású vizelettel történt öntözésekor, a magvak quazhomoktalajba ültetésekor találtuk. A terhes vizelet ezen hatása szénhidrát-dús, fehérje és sószegény vesediaeta mellett méginkább fokozódott. A nemmeghatározásban elért eredményeink az egyiptomiak tapasztalatát látszanak megerősíteni, mert a fiú nemét az árpa fokozott fejlődéséből 76, a leány nemét a búza kifejezettebb fejlődéséből 69%-ban sikerült megmondani.

Figyelemreméltó a nem terhes nők és férfiak vizeletével, valamint a vízvezetéki vízzel és tápsóoldattal locsolt gabonák viselkedése. A kísérletek folyamán 50 nem terhes és 50 férfi vizelettel, valamint ugyanennyi vízvezetéki vízzel és tápsóoldattal öntözött gabonapárt figyeltünk meg.

A *nem terhes női és a férfi vizeletnek* a terhes vizeletekhez viszonyítva nemcsak a csírázásra, de a fejlődésre is nagy *gátló hatásuk van*. Akadtak azonban kivételesen olyan nem terhes női és férfi vizeletek is, amelyek nem gátolták a fejlődést, sőt a terhes női vizeletektől látott serkentő hatást is kifejtették. Ötven nem terhes női vizelettel öntözött gabonapár közül 22 esetben egyáltalában nem csírázott ki egyik gabona sem; 21 vizelettel elhúzódó csírázás után csenevész, csupán pár cm-es hajtások fejlődtek és csak hét esetben közelítette meg a hajtások hosszúsága és fejlettsége a terhes vizelettel locsolt növények fejlődését. A férfi vizeletek sem hatottak mindig gátlólag. Az 50 esetből 26 férfi vizeletétől a magvak nem csíráztak ki, 20 férfi vizeletétől silányan fejlődtek a csírázó növények, míg négy esetben a terhes vizeletektől látott fejlettséget is elérték.

A vízvezetéki vízzel és tápsóoldattal öntözött magvak csíráinak kihajtása általában gyorsabb, mint a vizeletekkel öntözött magvaké. A vízvezetéki vízzel és tápsóoldattal öntözött magvak a harmadik napon csíráznak. A terhes vizeletek egyrésztől egyidejűleg, más részétől egy napal később történik a magvak kicsírázása. Nem terhes nők és férfiak vizeletétől az esetleg bekövetkező csírázás még inkább elhúzódik.

A csírázás után azonban a *fejlődés* a terhes vizeletek túlnyomó részétől egy-két nem terhes nő és férfi vizeletétől is *erőteljesebb*, mint a vízvezetéki vízzel, vagy tápsó-

oldattal öntözött növényeké. Fontos különbség továbbá a fejlődésben az, hogy a *vízvezetéki vízzel vagy tápsóoldattal locsolt növények közül mindig a búza nő hosszabbra, míg a terhes vizeletektől vagy egyforma nagyságúra nő a két növény, vagy az árpa, vagy a búza ér el fokozottabb fejlettséget*.

Hogy az összes használt vizeleteknek a növények növekedésére gyakorolt gátló vagy serkentő hatását mi okozza, épügy nem tudjuk, minthogy mi a nemet jelző anyag. Kétségtelen, hogy minden vizeletben vannak anyagok, amelyek a növekedést gátolják. Minthogy a terhes vizeleteknek a két kalászos növény csírázására és fejlődésére gyakorolt gátló hatását aránylag ritkán észleljük, arra kell gondolnunk, hogy vagy hiányzik belőlük a növekedést gátló anyag, vagy ami valószínűbb, a terhesek vizeletében olyan anyagok vannak, amelyek a növekedést és fejlődést serkentik.

Ez a növekedést serkentő anyag *Hoffmann* és a mi vizsgálataink szerint is nem lehet só, nem lehet elektrolyalissal vagy egyéb sóalanító eljárással eltávolítható anyag. *Hoffmann* terhesek vizeletét dializálta, sóitól megfosztotta és azoktól a növények a nativ terhes vizelet hatásának megfelelően növekedtek, viszont nem terhes asszonyok dializált vizelete a növények fejlődését épügy gátolta, mint dializálás előtt. A sóktól más úton megfosztott vizeletekkel hasonló eredményekre jutottunk mi is. Felmerül így az a gondolat, hogy a növekedést előidéző anyag, valamely ismert hormon. Ezt eldöntendő, először gyári készítményekkel foglalkoztunk. Más-más gyár ugyanazon egység számú hatóanyagait, ugyanolyan hígításban alkalmaztuk, de eltérő eredményeket kaptunk. Az általunk használt hormonkészítmények közül a *glandulantintól*, a *hogivaltól* és a *horpántól* a vízcontrollnál jóval fejlettebb növényeket kaptunk. A *glandubolin*, a *fontanon* a vízcontroll nagyságú hajtásokat növesztett. A *prepitán* erősen gátolta a búza és árpa fejlődését. Az egyes kereskedelmi hormonkészítményekkel locsolt növények fejlődése, hosszúnövekedése tehát különböző, de a búza és árpa egymásközi hosszviszonya mindig egyforma. A fejlődés a velük történő öntözéssel mindig a búzán erőteljesebb s így a búza és árpa hosszviszonya olyan, mintha vízvezetéki vízzel vagy tápsóoldattal történt volna a locsolás. Ugyanazon hormonnak azonos egység számú, de más-más gyár előállította készítményei közötti különbség arra mutat, hogy a kereskedelmi hormonkészítmények a különféle gyártási eljárásoktól függő kísérő anyagok miatt ilyen szempontból teljes mértékben nem értékesíthetők. Például ugyanazon egység számú *glanduantin* fokozta, *prepitán* gátolta a fejlődést.

A továbbiakban ezért saját készítésű, különböző vizeletfractiókkal kísérleteztünk. Forralással vagy extrahálással a gonadotrophormontól megfosztott vizeletek hatása a növekedésre, valamint a búza és árpa közti hosszkülönbségre olyan, mint a nativ terhes vizeleteké. Tájékoztató vizsgálataink szerint prolant és folliculint számbavehető mennyiségben nem tartalmazó saját készítésű vizeletfractióink, vagy az intézetünkben előállított és vizsgálat tárgyát képező S. 820-as készítmény is a nativ vizeletnek megfelelő erőteljes növekedést fokozó hatást gyakorolnak. A terhes vizeletben tehát más anyagnak is kell hatni, mint a gonadotrop vagy folliculus hormonnak. Erre az ismeretlen anyagra vagy anyagokra mutatnak rá növénykísérleteink mellett az intézetünkben folytatott szivárványos öklehal vizsgálatok is. Ezeknek tojócsövét nemcsak terhes asszonyok vizelete növeszti meg, hanem azok növekedését épügy, mint a búza és árpa fejlődését, egyes nem terhes női és férfi vizelet is előidézi. Az a férfi vizelet, amely a szivárványos öklehalak tojócsövét növesztette, a gabonák csírázására és fejlődésére is a terhes vizeletek-

hez hasonlóan hatott. Ilyen irányban ezért párhuzamosan állítottunk be növénykísérleteket és öklehal tojócso vizsgálatot, amelyről más alkalommal fogunk beszámolni.

Meg kell emlékeznünk arról, hogy a vizeletek a terhesség első idejétől annak végéig hogyan befolyásolják a két kalászos növény növekedését és hogy ez a reactio a terhesség megállapítására felhasználható-e. Az 514 ismertetett esetünk kísérleti eredményeit a terhesség második feléből származó vizeletektől kaptuk. Hogy azonban a koraterhes vizeletek hatását is megfigyelhessük, 50 terhesünknek a terhesség első-második hónapjától havonként vizsgáltuk vizeletét a búza és árpa növekedése szempontjából. *Egy bizonyos terhes vizeletnek a búza és árpa növekedésére gyakorolt hatását az egész terhesség alatt ugyanolyannak találtuk, olyan értelemben, hogy pl. ha valamely terhes vizeletétől a terhesség első idejében az árpa nőtt jobban, akkor ezen tulajdonságát a kérdéses terhes asszony vizelete a szülésig megtartotta.* A terhes vizeletnek a fejlődést segítő hatása a terhesség első felében rendszerint ugyanolyan erős, mint a terhesség második felében. Elvértve figyeltünk csak meg olyan eseteket, ahol a terhesség előhaladtával a hatás erőssége fokozódott.

Hoffmann a heidelbergi női klinikán 1933 nyarán árpával és búzával kísérletezett kis anyagon kertiföldben terhes és nem terhes vizeletekkel. A terhes vizeletnek a két gabona fejlődésére és kalászosulására gyakorolt előnyös hatásából a terhesség megállapítását mindig lehetségesnek tartja. Eredményei így megfelelnek az egyiptomi lelet adatainak, de ellentmondanak a *Manger* és részben a mi vizsgálati eredményeinknek. A mi kísérleteink ugyanis azt mutatták, hogy mind a terhesség elején, mind a terhesség végén mindig akadtak olyan vizeletek, amelyekből növényeink nem nőttek jobban, mint a nem terhes vizeletektől és viszont akadtak elvértve olyan nem terhes női és férfi vizeletek is, amelyek a terhes vizeletek növekedést serkentő hatásának megfelelően hatottak. Éppen ezért ezt a növény biológiai reactiót a két kalászos növény csírázását és fejlődését illető vizsgálataink eredménye alapján a terhesség megállapítására nem tartjuk megbízható módszernek, nem is szólva arról, hogy gyakorlati jelentősége ma már úgysem volna, az állatkísérletek tökéletes és gyorsabb eredménye miatt.

Ebben a tárgykörben felmerült másik kérdés: a nemmeghatározása. A nemmeghatározásban elért eredményeink túlnyomó százalékban az egyiptomi lelet adatait igazolják azzal, hogy az árpa erőteljesebb fejlődésekor 76%-ban fiú, a búza hosszabb és gyorsabb fejlődésekor pedig az esetek 69%-ában leány született. *Manger* Petricsésében történt csíráztatáskor ellenkező eredményre jutott. Ezt részben az alkalmazott csíráztatási eljárás különbözőségével, részben ezzel magyarázzuk, hogy *Manger* aránylag csekély számú esetében csak a csírázást figyelte míg mi a további fejlődést is tekintetbe vettük. Ezen eltérések miatt a nemmeghatározásban elért biztató eredményeinkből még messzebbmenő, vagy végleges következtetést egyelőre nem vonunk le. Bár ily irányban felhasznált eseteink száma (442) jóval nagyobb, mint az irodalomban eddig csak *Manger* által közölt 100 eset, mégsem véljük elegendőnek az ily nagyjelentőségű kérdés eldöntésére. A módszer még tökéletlen, a sok közbejártó tényező hatása még ismeretlen. Figyelembe kell venni azt is, hogy a növénykísérletek a hormonkutatásokban még jóval rövidebb időre tekinthetnek vissza, kevésbé elterjedtek és kidolgozottak, mint az állatkísérletek. Azonkívül az állatkísérletekben a vizelet anyagai közvetlenül hathatnak, míg növénykísérletekben a közegek (természetes talaj, filterpapír csíráágy) módosítják az eredményeket. A talaj absorptiója, vízkultúrában a legelőnyösebb tö-

ménység eltalálása, az egyes vizeletek mérgező tényezőinek ismeretlen volta nagy eltérésekhez vezethetnek.

Hogy hogyan fogjuk fel az árpa és búza közti növekedésben beálló különbséget, arra még nem válaszoltunk. Könnyen hihető, hogy a leánygyermeket szülő vizeletében olyan anyagok ürülnek, amelyek a búza fejlődését előmozdítják és az árpa növekedésére nem hatnak, vagy éppen gátolják azt, míg viszont a fiúgyermeket hordó terhesek vizeletével ürülő anyag ellenkezőleg az árpa fejlődését fokozza, a búza növekedését pedig gyengíti vagy visszatartja.

Hogy ilyen nemet jelző anyagok a terhesek vizeletében valószínűleg ürülnek és azok biológiai hatásából a születendő gyermek nemére következtetni lehet, arra bizonyos támpontot nyújtanak állatkísérletek is. *Dorn* és *Sugermann* ugyanis azt tapasztalta, hogy fiatal három hónapos házi-nyulak, amelyek heréje a lágyékcsatornán keresztül ebben az időtájban mintegy két hét alatt vándorol le a herezacskóba, terhes asszonyok vizeletével olva 85 esetből 80 esetben biztosan mutatták a születendő gyermek nemét. A leánygyermeket hordó terhes asszonyok vizeletével oltott nyulak az injectio után 48 órával levágva spermatogenezist mutatnak, míg a fiúgyermeket hordó terhes anyák vizeletétől az éretlen herék leszállás közben nem változnak.

Ha az egyiptomiak megfigyelése a terhesség megállapítására és a nemmeghatározására vonatkozó pontosabb növényvizsgálatokkal teljes mértékben nem felelnének meg a hozzáfűzött reményeknek, akkor is értékesíthetők és hasznosíthatók lehetnek a kutatási eredmények a gyakorlat más terén. A hormontrágyázás és egyéb megfjlesztésre váró kérdések tisztázódhatnak. Ezt mutatta már *Schoeller*-nek és *Goebel*-nek 1931-ben jácinton, hagymán és kukoricán folliculos hormonnal elért kísérleti eredménye, amelyből ők azt következtették, hogy ha további vizsgálatok megfigyeléseiket megerősítenék, akkor a műtrágyázást nem tekinthetjük egyenlő értékűnek az istállóbeli trágyázással, mert az előbbi a vemhes állatok vizeletével ürülő, a növekedésben fontos szerepű folliculint nem tartalmazza. Mi búzán és árpán a folliculus hormonnak ilyen feltűnő növekedést és fejlődést befolyásoló hatását nem észleltük, viszont azt találtuk, hogy a folliculintól mentes kivonatok, valamint a folliculint gyakorlati szempontból csak elenyésző mennyiségben tartalmazó egyes nem terhes nők és férfiak vizelete — amelyek a szivárványos öklehalak tojócsovét is növesztették — növényeinkre is határozottan serkentően hatottak. Éppen azért úgy véljük, hogy a búza és árpa fejlődésének elősegítésében egyéb, eddig közelebről nem ismert anyagok is szerepelnek. Ezt a kérdést vizsgáljuk további, már folyamatban levő kísérleteinkkel.

Összefoglalás. 1. A higitott terhes vizeletek túlnyomó része a búza és árpa fejlődését erőteljesebbé teszi. Ezen hatás azonban egyes nem terhes nők és férfiak vizeletétől is bekövetkezik.

2. Az eljárás a terhesség megállapítására nem alkalmas, részben az állatkísérletekkel szemben fennálló nagyobb hibaforrások, részben pedig a reactio elhúzódóbb volta miatt.

3. A fejlődés elősegítésében úgy látszik közelebről nem ismert anyagok is szerepelnek. Ezt mutatja az a körülmény, hogy azon nem terhes és férfi vizeletek, amelyek a szivárványos öklehalak tojócsovét növesztik, a kalászos növények fejlődését is serkentik.

4. Szénhidrát-dús, fehérje és sószegegy étrend után ürített vizeletek növekedést fokozó hatása határozottabb.

5. Tápsóoldattól, vízvezetéki víztől, vagy kereskedelmi sexualhormontól mindig a búza nő hosszabbra, míg terhes



vizeletektől vagy egyformán fejlődik a két növény, vagy a búza, vagy az árpa fejlődése lesz határozottabb.

6. Az árpa fokozottabb fejlődésekor 76%-ban fiú, a búza erőteljesebb fejlődésekor 69%-ban leánygyermek született.

7. Ugyanazon terhes vizeletnek hatását úgy a növekedésre, mint a két gabona közti hosszkülönbségre a terhesség egész ideje alatt állandónak találtuk.

Irodalom: Hoffmann: Deutsche med. Wschr. 1934. 22. — Manger, J.: Münch. med. Wschr. 1932. 437. Deutsche med. Wschr. 1933. 885. — Rodécourt: Zbl. Dynaek. 1932. 50. — Küstner: Klin. Wschr. 1931. 34. Deutsche med. Wschr. 1932. 16. — Schoeller és Goebel: Biochem. Zschr. 1931. 240. 1. 1. — Scharer és Schropp: Zschr. f. Pflanzern. 1934. 13. — Lemmermann és Behrens: Zschr. f. Pflanzern. 1934. 13. 9. — Doisy és munkatársai: Journ. biol. Chemistry. 86. 499. és 87. 357. 1930. — Butenandt: Zschr. d. Physiol. Chem. 191. 127. 1930.

A Gr. Apponyi Albert Poliklinika II. belosztályának közleménye (főorvos: Engel Károly egy. rk. tanár).

Gyógyult miliáris gümőkór esete.

Irta: Kolozs Erzsébet dr., poliklinikai assistens.

A miliáris gümős megbetegedések ritka kivétellel néhány hét alatt halálosak. Az idevonatkozó irodalomban találunk egy-egy esetet, ahol a röntgenkép diffuse miliáris és submiliáris góccárnyékkal borított, ahol azonban a beteg halála mégsem következett be heveny módon. Mindazonáltal ezen betegek legtöbbje hosszabb-rövidebb időköz után, sőt esetleg a munkaképesség visszanyerése után, mégis meghalt. Ilyen volt Kern-nek a Bálint-klinika beteganyagából ismertetett esete, melynek boncolását Johann végezte. A halált az első szóródásból eredő agyhártyagóc exacerbatiója, illetve az ebből eredő agyhártyagyulladás okozta háromnegyed évvel a beteg felvétele után.

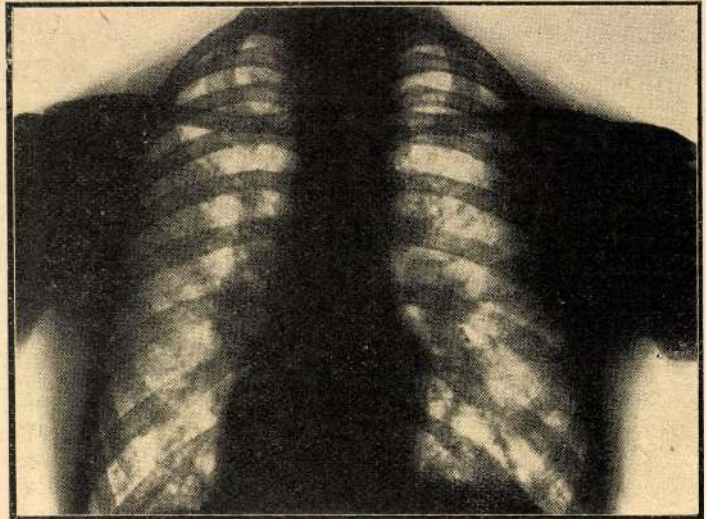
A mi esetünkben a 29 éves férfibeteg 1930-ban gyomorpanaszai és fogyása miatt kereste fel járóbeteg-rendelésünket. Ekkor a klinikai laboratoriumi és röntgenvizsgálat rendes savtartalom mellett gyomorfekélyt és gyomorsüllyedést állapított meg. Ezenkívül a jobb tüdőcsúcsán mérsékelt zsugorodást és ugyanezen oldalon mellhártyamegvastagodást találtunk. A beteget étrendi és gyógyszeres utasításokkal láttuk el.

1933 májusában, azaz két és fél évvel később a beteg újra jelentkezett. Ezúttal hónapok óta tartó görcsös köhögésről és szívtáji szűrésről panaszkodott. A közbenső időben semmi panasz nem volt, semmiféle lázas betegségen nem esett át, egyszer kissé náthás volt. Ezen idő alatt szívdobogása, nehézlégzése, éjjeli izzadása nem volt, gyomorpanaszai megszűntek.

Ez alkalommal a betegen a következőket találtuk: kissé sápadt, nem szederjes arcszín; a bal állkapocs alatt és mindkét lágyéktájon borsó-mogyorónyi, tömött, nem fájdalmas nyirokcsomók tapinthatók. A szíven kóros elváltozás nem volt, érverés 60. A tüdő felett kétoldalt, a gerincoszlop mellett, mindkét hilustájon a kopogtatási hang relative tompult, ugyanitt köhöggetés után néhány pattogás hallható. Egyébként elszórtan bűgás, sipolás. A jobb rekesz renyhén mozog. Az epigastrium nyomásra kissé érzékeny. A lép alsó polusa éppen tapintható, a máj alsó széle nem érhető el. A pupillák középtágak, fényre, alkalmazkodásra jól reagálnak, szemmozgások szabadok, nystagmus nincsen, Patella- és Achilles-reflex élénk. Hőmérséklet: 37,5 C.

Mint hogy a beteg kistokú hörghurutja nem magyarázta meg kintó köhögését, röntgenvizsgálatra utaltuk,

mely meglepetéssel járt. A vizsgálatot Holits végezte. A felvételeken mindkét tüdő egész területén igen sűrűn egymás mellett számtalan gombostűfejnyi, kölesnyi, jól körülhatárolt foltocska látható. Mindkét hilus igen tömeges, több, mogyorónál nagyobb, kisdiónyi, kerek, puha jellegű árnyékból tevődik össze. Jobboldalt a felső és középső lebeny határán interlobáris pleuramegvastagodásra jellemző finom árnyékos csík húzódik, a jobb rekesz sinusa kitöltött. (Lásd 1. ábra.)



1. ábra.

További vizsgálataink eredménye a következő: igen kevés köpetben Koch-bacillus kimutatható, rugalmas rost nincs. Vérsejtsüllyedése 6 mm 1 óra alatt. A Pirquet-reactio negatív. A vizeletben semmi kóros; a Wa. R. negatív. Gégészeti lelet: laryngitis, tracheitis cat. chronica; infiltratio regionis arthenoideae specifica. Szemészeti lelet: szemfenék ép.

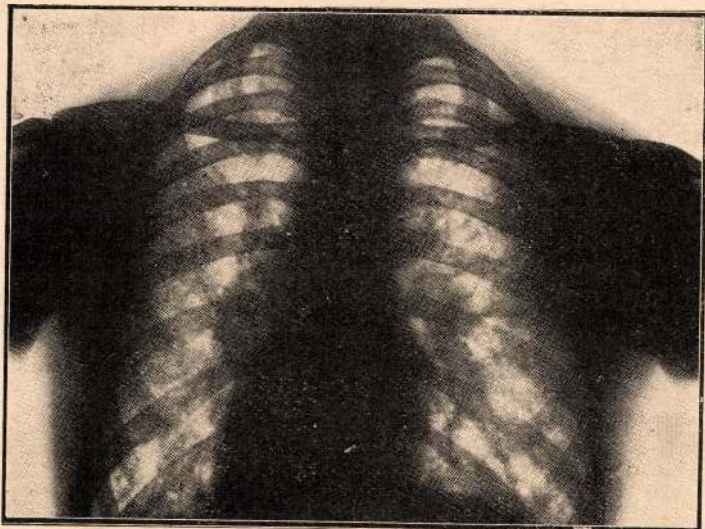
A röntgenkép a miliáris gümőkórra volt jellemző.

Elkülönítő kórjelzés szempontjából a röntgenkép hasonlósága alapján szóba jöhetett: bronchiolitis obliterans, miliáris bronchopneumonia, miliáris carcinosis, lymphogranulomatosis, septico-pyaemia és miliáris lueses göbök. Staehelin szerint a pangásos tüdő is a miliáris gümőkórhoz hasonló röntgenképet mutathat, ugyanígy a miliáris actinomycosis is. Ezen körképek az előzmény, a laboratoriumi vizsgálatok és a betegség lefolyása alapján a mi esetünkben kizárhatók voltak.

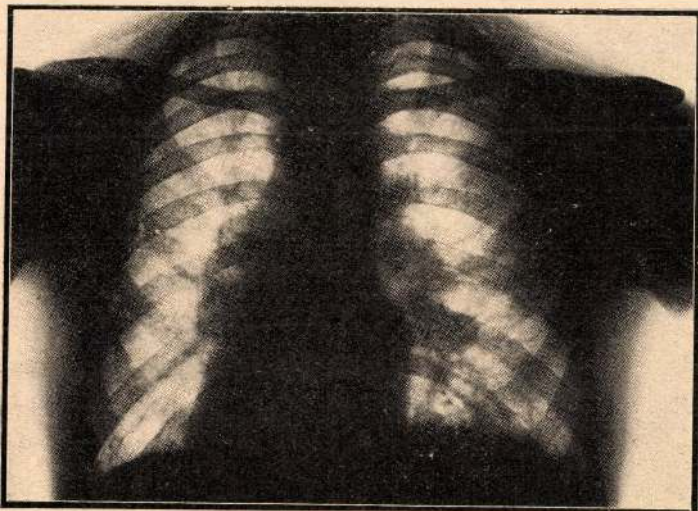
Éljenben a megbetegedés gümős eredete mellett szólt a Koch-positív köpet, a gégelelet, a beteg jobboldali tüdőcsúcszsugorodása és az előzőleg lefolyt mellhártya-izzadmány.

A beteget most két év óta észleljük. Ez idő alatt lázas nem volt, köhögése kevesebb, de még mindig görcsös jellegű, feje elvélve fáj, de tarkómerevség nem mutatkozott soha. A tüdő felett hallgatózással és kopogtatással friss gümősödésre utaló tünetet nem találtunk. Börgümők észlelésünk alatt nem keletkeztek, a szemfenék ismételt vizsgálata a chorioideán gümőt nem derített ki. A vizelet vizsgálata fehérjét, genyent, vörsvérsejtet vagy cylindert sohasem mutatott. A hőmérséklet az észlelés első pár napja alatt 36,5—37,5 C. között ingadozott, különben 37 C. alatt maradt. A vérsejtsüllyedés vizsgálata alacsony értékeket adott: 6—10 és 5 mm-t 1 óra alatt. A vérkép kistokú vérszegénységen kívül rendellenességet nem mutatott. Székletvizsgálat, Wa. R., Pirquet ismételt negatív volt. A gége betegsége észlelésünk alatt javult, illetőleg meggyógyult; fél év óta a hangszalagok kistokú megvastagodásán kívül elváltozás nincs.

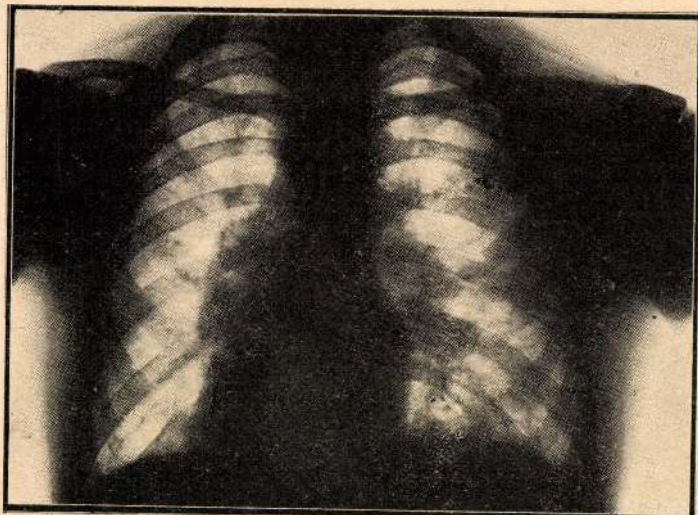
Köpetet nem ürít. Legfontosabb és legérdekesebb az, hogy a félevenként megismételt röntgenképek lényegileg változatlanok. Az utolsó felvétel egy hónapja történt. Ezen a hilus-nyirokcsomók kevésbé tömöttek, a miliáris göbök kevésbé szabályosak, közöttük több heges köteg húzódik. A zsugorodó göbcsék mellett emphysemás terü-



2. ábra.



3. ábra



4. ábra.

letek ismerhetők fel. A beteg két év alatt 10 kg-ot hízott. Mindezek alapján biztosra vehetjük, hogy kétéves észlelésünk alatt újabb szóródás nem következett be.

Lorey, Cohn, Hein, Thums, Joachim acut és subacut kezdetű, elhúzódóan, illetőleg idültlen lefolyó miliáris gümőkór-esetek észleléséről számolnak be. Legutóbb *Gergely* közölte egy esetét, ahol a súlyos és kiterjedt haematogen miliáris és submiliáris szóródást mutató tüdő-röntgenkép ellenére a beteg négy éven át egyes remissiókat nem tekintve, jó állapotban volt és *Gergely* szerint ma gyakorlatilag gyógyultnak mondható.

Ezen esetünket is azért tartom közlésre érdemesnek, mivel a gégeszeti lelet, köpetvizsgálat, de elsősorban a röntgenlelet alapján minden kétséget kizáróan miliáris tuberculosisról van szó, mely látszólagosan gyógyultnak, mindenesetre hosszú idő óta nyugvó állapotban levőnek mondható.

Az itt bemutatott kórképhez igen hasonló esetet ismertettek *Imhäuser* és *Nonnenbruch* is 1931-ben. Mind az ő eseteikben, mind a miénkben hiányzik a heveny kezdet, a Pirquet-reactio ugyancsak negatív volt.

A disseminált haematogen gümőkór képe a Holló-féle juvenilis formától a Landouzy-féle tuberculosisis sepsisig igen változatos. Feltehetjük, hogy az itt bemutatott, illetőleg az előbb említett hasonló esetekben vagy a szervezet védekező ereje volt nagyobb, vagy pedig kevésbé virulens kórokozók jutottak be a vérpályába, mint miliáris tuberculosis esetén általában. A mellhártya izzadmányról némelyek azt tartják, hogy fokozza a gümős szervezet védekező erejét. Esetünkben a kiscukó pleurális izzadmány megelőzte a szóródást.

Az ilyen jóindulatú miliáris disseminációban — esetleg más betegségben elhalt és boncolásra került esetekben is — a szövettani lelet azt mutatja, hogy ezen gümőkórsajtósodási hajlama kisebb. Nyilvánvaló, hogy az exsudatiós szak, mint a szóródás első következménye, a mi esetünkben igen gyorsan visszafejlődött, emellett szól az, hogy a röntgenkép az egész észlelési idő alatt lényegében változatlan maradt.

Végleges kórjóslatot nem mondhatunk, mert a megbetegedett nyirokcsomóból bármely ártalomra megindulhat újabb szóródás és az elhegesedett, illetőleg meszes göbök is tartalmazhatnak gümöbacillust, amelyekből a betegség bármikor kiújulhat.

Irodalom: Beitr. klin. Tkk. 81. — Münch. Med. Wochenschr. 1934. 780. — Beitr. klin. Tkk. 80, 79. — Deutsche med. Wochenschr. 1931. I. — Beitr. klin. Tkk. 76, 74, 72. Deutsche Med. Wochenschr. 1931. II. — Kongressbl. f. Tkk. forschung 1933. 38.

Az agger nasi, mint az elülső rosta-labyrinth kulcsa.

Irta: *Wein Zoltán dr.*, egyet. magántanár, kórházi főorvos.

Bár *Halle* már többször rámutatott az agger nasi levésének fontosságára az elülső ethmoidsejtek, különösen a ductus nasofrontalis körüli sejtek szabaddátétele céljából, mégis ez eljárás, mint rendszeres typusműtét mindmáig nem vált közkeletűvé. Agger nasi magyarul orrsáncnak volna mondható és egy enyhén előugró, tehát csak kevésbé szembetűnő, lécalakú kiemelkedésnek felel meg a hiatus semilunaris előtt, a processus uncinatus tövében, közvetlenül a proc. frontalis maxillae felső végének hátsó szélé mögött, azaz már a rostacsont területén. Ez a hátulról-alulról fel- és előfelé haladó, körülbelül 1 cm hosszú csontléc többnyire tömör, szolid, de néha pneumatizált, mikor is könnyebben felismerhető és leg-

inkább előlfekvő rostasejtnek imponál. Phylogenetice az éles szaglászú, úgynevezett makrosztatikus állatokon feltalálható előretolt verticalis orrkagylónak, az os nasoturbinalenak rudimentuma. Ez a többé-kevésbé kiemelkedő csontléc útjában áll a középső orrjárat elülső részébe történő behatolásnak és ez az oka annak, hogy az agger levésés nélkül végzett rostacsontkitakarítás alkalmával az elülső-felső részből a polyposus nyálkahártyát eltávolítani nem tudjuk, illetve e helyen kapjuk leggyakrabban a recidivákat. Ezzel szemben, ha a nyálkahártyaborítéknak lepraeparálása által szabadabbá tesszük az aggert és levessük azt, olyan szélesen és könnyen hozzáférünk az elülső rostalabyrinthnak még legfrontalisabban fekvő sejtjeihez is, hogy azok kitakarítása a legkönnyebben sikerül, nemcsak, de a ductus nasofrontalis is annyira szabadabb lesz, hogy a homloküreg sondázása is nehézség nélkül lehetővé válik. A művelet maga teljesen veszélytelen, hisz itt még nem járunk a koponyaalap közelében, mert az aggert körülbelül 2 cm választja el attól, úgy magasság, mint mélység tekintetében, emellett elvi jelentőségű könnyebbséget tapasztalunk az elülső-felső rostasejtnek megközelítésében és így méltán nevezhetjük az *agger nasit* az *elülső rostalabyrinth kulcsának*. Csak

nings-féle fogóval, vagy akár a Hartmann-féle műszerrel kitakarítva az elülső-felső sejtet, bő betekintést nyerünk az elülső rostaüregbe, sőt néha a ductus nasofrontalisba is, amelyet azonban minden esetben szabadon sondázhatunk. Ennek különösen olyankor van jelentősége, amikor a homloküregben is váladéktermelés van, mert ennek kiürülése, vagy akár kiöblítése is lehetővé válik e műtét által, tehát az esetleg együttjáró homloküregbántalom gyógykezelésére és kigyógyulására is megadjuk ily módon a lehetőséget. Közleményem célja, hogy ennek a jelentőségében még kevésbé ismert és eddiggel általában elhanyagolt műtéti újításnak hasznos és áldásos voltára rámutatva, előmozdítsam annak térfoglalását, hogy az érdemének megfelelően minél szélesebb körben gyakoroltassék.

Végül még megjegyzem, hogy az agger nasiról szemléltető és élethű ábrát eddig sem tan-, sem kézikönyvben vagy atlaszban nem láttam. Az itt közölt eredeti rajzot utasításaim szerint *Podhradzsky* Lajos dr. készítette és az úgy alak, mint topographiai elhelyeződés tekintetében a valóságnak megfelelő, hű ábrázolása az agger nasinak; sikerült munkájáért ezúton is hálás köszönettel adozom.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az insulin-megszokásról. *Mainzer és Joel.* (Wiener klin. Wschr. 1935. 33. 1040—41.)

Az insulin-megszokás tanulmányozására csak normalis egyének alkalmasak. Normalis egyének végzett tartós insulinkezelés (pl. hízőkúra) folyamán bizonyos megszokásos jelenségek valóban kimutathatók. A kezelés folyamán egyrészt a hízlalásra szükséges adagokat növelni kell, másrészt még növelt adagok mellett is ritkábban fordulnak elő túl-adagolási jelenségek. Intravenás insulin-befecskendezésre az insulinhoz szokott emberek vércukra gyorsabban emelkedik fel a hypoglykaemiás phasisból, végül insulinhoz szokott egyékekben az insulin adagolásának elhagyása után átmenetileg csökkent szénhidrát-tolerantia jelei mutathatók ki. Az utóbbi jelenségek valószínűleg a contrainsularis hatású hypophysis-mellsőlebenszövet által szabályozott fokozott adrenalintermelésnek a következményei. *Radnai Pál dr.*

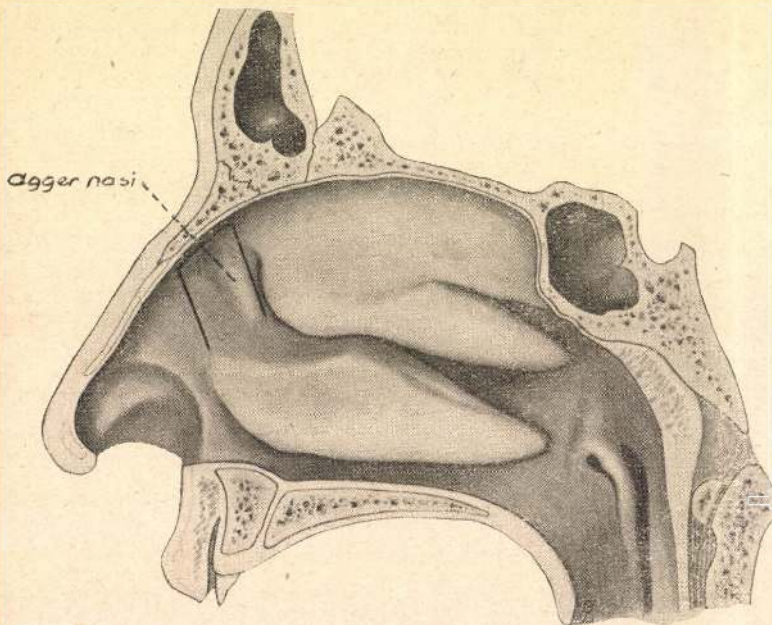
A Castle-princíp kimutatására Singer által közölt állatkísérleti módszer. *Kammerling.* (Wiener klin. Wschr. 1935. 37. 1140—41.)

Castle munkásságából tudjuk, hogy az emberi gyomornedv olyan anyagot tartalmaz, amely a perniciosás egyének gyomornedvében nem fordul elő s ez az anyag a nem kezelt perniciosás betegek reticulocytáinak számát növeli. Diagnostikus célra ez az eljárás nehézsége miatt alig használható. *Singer* szerint ha 3 cm gyomornedvet patkányba befecskendeznek, ez csak akkor nem hoz létre reticulocytá szaporodást, ha perniciosától származik, vagy ha normalis egyéntől származik, de felmelegítették. Tekintettel az eljárás diagnostikus fontosságára, az utrecht belklinikán ellenőrző vizsgálatokat végzett, amelyek megerősítik ugyan, hogy a patkányokba befecskendezve a perniciosások gyomornedvének nincs, a normalis egyének gyomornedvének pedig van reticulocytá szaporító hatása, további vizsgálatok folyamán azonban ugyanilyen hatást látott, ha hevített gyomornedvhez só-sav-pepsin adott, elmaradt a hatás, ha a gyomornedvet előzetesen neutralizálta, végül sikerült hatást elérnie tisztán só-sav-pepsin befecskendezésre is. Ezek alapján a *Singer*-módszer értékét illuzórikusnak tartja. *Radnai Pál dr.*

Sebészet.

Komplet pancreas-fistulás kutya túlélése. *J. Bottin.* (La Presse Médicale 1935. 74.)

Szerző kutyákon duodenopancreaticus fistulát készített oly módon, hogy pylorussectio után a duodenalis részt zárta és gastrojejunostomia terminolateralist végzett, majd a duodenumot Dastre-féle canullel, vagy Witzel-féle sondával fistulázta. Az állatok az 5—7. napon gyors lefogyás és folytonos hányás után elpusztultak. A boncoláskor a duodenum kifejezett dilatációját, a duodenum mucosája alatt haemorrha-



az agger levésése után lehet az elülső rostalabyrinth könnyen, biztonságosan és radicalisan kitakarítani, miért is e cél elérése érdekében az ethmoidektomia anterior műtéti methodikájában az aggerlevésés rendszeresítendő volna, sőt továbbmenve, a Killian-féle homloküregműtét alkalmával is minden esetben el kellene a végezni a szokásos operculotomia mellett a homloküreghez való hozzáférés és a szabad drainage elősegítésére. Ezek szerint tehát az elülső rostasejtműtétet, valamint a homloküreg feltárását is azzal kell megkezdenünk, hogy az aggert borító nyálkahártyát alul-nyeles lebeny alakjában körülmetszünk, oly módon, hogy a középső kagyló elülső szélével párhuzamosan és köröskörül előtte vezetjük a metszésnek hátulsó függélyes szárát, az alsó kagyló elülső végének felső szélétől az apertura piriformis elülső szélének megfelelően fel az orrhátig a metszés elülső függélyes szárát, majd felül az orrhát mentén e két függélyes metszést összekötjük. E körülmetszett területről a nyálkahártyát raspatoriummal leválasztjuk és lefelé hajtjuk. Ezután csontfehér színével mindjárt szembeötlik az így élesebben kiugró, denudált agger, amelyre feltéve a West-féle hosszú, karcsú vajt vésőt, néhány óvatos vésőcsapással az utunkban álló vékony csontlécet eltávolítjuk. Ezután a Brün-

giás suffusiót, a pancreas haemorrhagiás oedemás és necrotikus elváltozását észlelte.

További kísérletei megmutatták, hogy komplet duodenopancreatikus fistulával az állat három hétig is élhet. Ha az állat elvesztett folyadékának egy részét pótolta, a túlélést 5—7 hétre is meghosszabbíthatta. Egy egyszerű technikával megzavarva kissé a tápcsatorna anatómiáját és élettant, egy kutya pancreasnedvének teljességét elveszítheti 5—6 héten keresztül, mielőtt elpusztulna. Az excretorius csatornák némelykor keletkező elzáródásának elkerülésére új módszert gondolt ki, melynek lényege, hogy choledochus resectiót végez, majd cholecysto-gastrostomiát, ennek gyógyulása után pedig elválasztja a bél folytonosságából a duodenumnak azt a részét, melyben a pancreasvezetékek helyezkednek el; ilyen módon egy szélesen nyitott komplet duodenopancreatikus fistulát létesít.

A kísérleti állatok halálának elsődleges oka a soványodás, amelyet ki tudott kerülni a duodenum elzáródásának minimumra redukálásával.

Foglalkozik még *Dragstadt* közlésével, aki szerint komplet pancreas-fistulás állat egy hétnél tovább nem élhet és *Berg* közlésével, aki ezt a túlélést 12—36 napig tartja lehetőségek. Végül összefoglalóan megállapítja, hogy olyan kutyákon, melyeken a pancreas-secretum összessége kifelé van vezetve, a túlélés határideje nem oly rövid, mint azt eddig hitték (*d'Elman* és *Mac Langham*), hanem 3—10 hét, ritkán kevesebb, mint 3 hét. *Móra Sándor dr.*

Szülészet.

Nem rupturált méhenkívüli terhesség vérmola képződésel. *W. Rufe.* (Zbl. f. Gyn. 1935. 25.)

A kórkép igen ritka. *Hoehne* az interstitialis terhesség három alakját különbözteti meg: 1. interstitialis isthmikus alak, 2. a szűkebb értelemben vett interstitialis alak, 3. interstitialis uterinalis alak. Szerző esete a második csoporthoz tartozik, hol a pete vérmola képződés következtében elhalt. Makroszkoposan a differential diagnózis minden követelménye megvolt: 1. a Simon—Ruge jel: a fundus merev állása, melynek oka egyik oldalán a pete expansiv növekedése s a másik oldali nem terhes rész visszamaradása; 2. a lig. rotundum lateralis lefutása; 3. üres uterus. Mikroszkoposan: 1. a tubaür helyenkénti jelenléte; 2. sehol sincs összefüggő decidua. A beteg anamnesisében egy abortus, egy méhenkívüli terhesség s egy normalis szülés szerepel. Szerző a dolgot úgy magyarázza, hogy a tuba alteratiója az abortus következménye, amit az utána következő méhenkívüli terhesség is bizonyít. Hogy utána rendes szülés mégis létrejöhet, azt *Hoehne* szerint úgy magyarázza, hogy az ilyen tuba egyszer jól vezeti a petét, máskor viszont visszatartja.

Frey Katalin dr.

Gyermekgyógyászat.

Tanulmányok a diphtheria pathogenesiséhez. *Gundel* és *Erzin.* (Klin. Wschr. 33.)

A szerzők a vizsgálatokat a diphtheriabacillus különböző törzseivel végezték, amelyeket subcutan fecskendeztek be. Bonecoláskor a homolog bacillust a kísérleti állatok nagyrésztében ki tudták mutatni a belső szervekben, 32 eset közül pedig 17-ben a tonsillákban is.

A vizsgálatok alapján — egyelőre még óvatosan megfogalmazva — a következő eredményt vonják le: A diphtheriabacillusok kiválasztása a vérből mind az emberen, mint az állatokon a tonsillák útján történik. Ezek alapján felvehető, hogy angina diphtherica esetében a mandulák nem okvetlenül és nem mindig az elsődleges megtelepedési helyei a diphtheriabacillusoknak. Sőt feltételezhető, hogy a betegség első tünete egy septicaemiás tovaterjedés képe alatt folynak le és a diphtheriabacillusok jelenléte a tonsillákon többé-kevésbé csak mint másodlagos jelenség lesz értékelhető.

Barabás István dr.

Fiatalkori myocarditis, főleg scarlatmyocarditis. *Stoerber.* (Arch. f. Khk. 105. 4.)

Megerősítve régibb kutatók adatait, scarlatos szíven különböző fokú részben privascularis, részben interstitialis sejtburjánzást talált. Ezek fycrocyták, histiocytaféleségek, plasmasejtek és leukocytákból állnak. Általános sejtek kisértésedése, néhol sejtáramképződés volt az endocardiumon. Eseteiben, szemben *Siegmunddal*, sem szétesési processusokat az erekben, sem rheumás göböket nem talált.

Az esetek harmadában kóros eltérést nem tapasztalt.

A scarlatszíven észlelt kórbontani elváltozások nem azonosíthatók az *Aschoff-féle* göbökkel, tehát érvül sem hozha-

tók fel az izületi rheumában észlelt *Aschoff-féle* göbök specificitása ellen.

Felhívja a figyelmet a vezetőrendszerben levő infiltratio és vérzés fontosságára a scarlában észlelt hirtelen halál esetében. A kórbontani észleletek egyeznek az Ekg-val megfigyelt vezetési zavarokkal.

Wollek Béla dr.

Halálos végű Sonne—Krusse dysenteria esetek. *Fromme.* (D. M. Wschr. 21.)

Utóbbi években szaporodott a Krusse—Sonne dysenteria esetek száma Wittenben, szerző legtöbbször a Krusse—Sonne dysenteria jellemző enyhe kórképpel találkozott. Négy súlyos toxicosis alakjában jelentkező Krusse—Sonne dysenteria esetet ír le. A négy toxikus eset közül csak egy maradt életben, utóbbi reconvalescenssavó kezelésben részesült.

Teveli Zoltán dr.

Urologia.

Röntgenbesugárzás a vesesebészetben. *I. N. Schapiro.* (Zschr. f. Urol. Chirurgie 40. I. 1934.)

A vesemegbetegedések terén a problémák egész sorát találjuk, melyeket tisztán műtéti metodusainkkal nem tudunk teljes mértékben megoldani. Ez indította a szerzőt arra, hogy a röntgenbesugárzás technikáját és hatását ezen a téren közelebbről megvizsgálja.

Nyolc röntgenbesugárzással kezelt esetet közöl, melyből három uretersipoly és öt különböző eredetű pyonephrosis volt. Kutatásait alátámasztandó, kutyákon a húgyvezér előzetes átvágása és leköttése által (*Stoessel—Kawasoje*) hydro-pyonephrosist idézett elő, majd különböző időközökben, ugyanazon az oldalon nephrostomiát végezve, az egyes parenchyma-részeket szövettanilag feldolgozta. További kísérletei során ezen veséket 2—3-szor besugározta és minden egyes besugárzás után megismételte a biopsiát. A besugárzást lumbalis, ventralisan és oldalról végezte 18—40 percig és 70—100% HED-t használt fel. Azokban az előrehaladott pyonephrotikus folyamatokban, melyekben nephrectomia technikai okokból, avagy általános gyengeség következtében kivihetetlen, szerző a bőrnephrostomiát és az ezt követő röntgenbesugárzást ajánlja. Ezzel a vese teljes zsugorodását és a sipoly gyógyulását sikerült elérnie.

Ureter-hüvelysipolyokban, melyek a Wertheim-féle műtét elvégzése utáni 12—14-ik napra keletkeztek (tehát főképpen trophikus zavarok következményei), röntgenbesugárzással a veseműködés ideiglenes csökkenését érte el és ezáltal a sipoly gyógyulását. A normalis helyzetben fekvő vesén a vese teljes zsugorodását röntgenbesugárzással még csökkent funkciójú vesén sem lehetett elérni. Az ureter műtéti sérüléseinek és a sipoly korai (2—3 nap utáni) keletkezésekor röntgenbesugárzásra nem látott gyógyulást. Vesegümőkór esetében a therapeutikus röntgenbesugárzást a szerző nem találja javalltnak. Paranephritis kezdeti stadiumában besugárzást ajánl.

A röntgensugaraknak a véralvadást fokozó tulajdonságát észlelte, amit a vesesebészet céljaihoz kellőképpen felhasználhat.

Szövettani vizsgálatai alapján megállapította, hogy a röntgensugarak mindenekelőtt a tubulusokat, később a glomerulusokat roncsolják; fibrosus folyamat fejlődik ki, valamint a véredényfalak, különösen a muscularis megvastagodása áll elő. Endoarteritikus jelenségek nagyon ritkán fordulnak elő.

Szafir Pál dr.

Bőrgyógyászat.

Az emberi verejték vegyi-fizikai vizsgálatairól. *Gustav Hopf.* (Arch. f. Dermat. 171. kt. 3. f.)

A verejték elválasztására az impulsust a hőregulatio adja meg, összetételét azonban erősen befolyásolja a test excretorius szükséglete. Korántsem halad ez a két tényező párhuzamosan. Vizsgálatai szerint a verejték pH-ja tág határok között ingadozik. Általában savi, áll ez elsősorban az ekkrin verejtékmirigyekre. Az apokrin-mirigyek verejtéke lehet lugos is. A verejtékkel kiválasztott anionok túlnyomórészt chloridok, melyek erős verejtékezés alkalmával megszorodnak, főleg a verejték-elválasztás kezdeti és utolsó szakában. Ezzel egyidejűleg azonos módon felszaporodnak a vérsavóban is. Eppen ezért excessiv verejtékezéskor nem elég a vízvesztéséget pótolni, hanem a chloridokat is pótolni kell, különben trópusi példákra hivatkozva, a gyomornedvelválasztás súlyos zavarai következhetnek be. Az anionok közül elsősorban a natrium szerepel a chloridokhoz kötve. Az antagonista kationok, mint kalium, magnesium és calcium, rendszeren

csökkennek fokozódó verejtékezéssel. Véleménye szerint a verejték középhelyet foglal el a secretum és excretum között s tulajdonképpen egyiknek sem felel meg teljesen.

Schlamadinger József dr.

A női felületés gonorrhoea kezelése. E. Klasten. (Wiener klin. Wschr. 1935. 26.)

A csecsemőkorban keletkező vulvitis és vulvovaginitis go. eseteiben a Credé-féle ezüstsós prophylacticus becsöppentést ajánlja, továbbá partagon pálcikákat. A gyermekkorban észlelhető eredménytelen kezeléseket a nem kielégítő therapia, továbbá a gyermeki szervezet elégtelen antitestképződése az oka. A complementkötési reactio az esetek $\frac{1}{3}$ -ában negatív eredményt ad, felében pedig gyengén pozitív. Vulvát, vaginát, húgycsövet és végbelet is kezelni kell. Urethralis kezelésre $\frac{1}{2}$ —1%-os agesulf. oldatot ajánl, továbbá 2—5%-os, illetőleg 5—10%-os agesulf, illetőleg protargol pálcikákat. Vulva és vagina kezelésére $\frac{1}{2}$ —2%-os targestin, 0'2—0'4%-os transargan, $\frac{1}{2}$ —1%-os ezüstnitrát öblítéseket ajánl. Az oldatokat a megszokás elkerülése végett változtatni kell. *Oppenheim* a húgycsőbe 1 ccm, a hüvelybe 3 ccm protargolt ($\frac{1}{8}$ —10%) és $\frac{1}{2}$ —2% ezüstnitrátot istillál naponta. Végbélgonorrhoea esetében mikroklizmával 20 ccm 5—10%-os protargolt, vagy más ezüstsóoldatot fecskendez be. Káliumpermanganatos, $\frac{1}{2}$ ‰-os chloramint, vagy kamillateás ülőfürdőt ajánl. Felnőtt aszszonyok esetében a terhesség alatt csupán elővigyázatos és enyhe antigonorrhoeás kezelést tart szükségesnek; a hüvelynek $\frac{1}{2}$ ‰-os tejsavoldattal, enyhe nyomással történő kiöblítése és 5—10%-os protargol, partagon, transargan, albargin, agesulf pálcikák behelyezését. Nem terhesség esetén a *Hasse*-féle körtével, vagy a *Joachimovitsch* és *Schwarz* által konstruált apparattal ajánlja az öblítés keresztülvitelét. Öblítő folyadékul $\frac{1}{2}$ —5%-os protargolt, $\frac{1}{2}$ —2%-os albargin, 0'1—10 transargant, $\frac{1}{2}$ —1%-os agesulfot ajánl. A nyakcsatorna megbetegedésekor protargol, coleval, hegonon, partagon, agesulf és transargan pálcikák jók. Ajánlatos a nyakcsatornának Playfair-sondára csavart és protargol, illetőleg lapisoldatba mártott vattatamponnal való kitörlése. Jól beváltak az aetherikus olajok, mint a cineol, eucalyptol. Chronikus cervix-go. esetében jó szolgálatot tesz a nyakcsatornának *Bucura* által megadott methodus szerint fémsondával való massage-a. Felnőtt nők rectuma az esetek 30%-ában beteg s itt 20—30 ccm 5—10%-os protargol-oldatot, vagy más ezüstsóoldatot ajánl. A kezelés befejezéséül a mechanikus (massage), hővel (Heizsonde, diathermia), chemikaliás (ezüstpraeparatumok), vaccinás (blenovaccina, arthigon, compligon), aolanal és ultraviolet sugarakkal történő provocatiókat ajánl. A cervix provokálására 10%-os ezüstnitrátoldat, a húgycsővére 2—3%-os, a rectuméra 5%-os oldat felel meg. A localis kezelés támogatására urotropint, cypstourint, helmitolt, hexalt, teákat, diaetát, alcoholabstinentiát, collargolt és trypaflavin-injectiókat tart szükségesnek.

Fülöp Gyula dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Über Myotonie. H. Boeters. Sammlung psychiatrischer und neurologischer Einzeldarstellungen, Bd. VIII. G. Thieme, Leipzig, 1935. 82. o. Ára: 5'60 RM.

A szerző klinikai, főképpen pedig örökléstudományi szempontból tárgyalja a myotoniát. A tiszta myotoniától e betegség dystrophiás alakja nem különül el élesen. A baj localisatióját és pathogenesisét illetően első helyen áll a myogen elmélet; az endokrin és a neurogen magyarázat alaptalan. A myotonia minden európai rassz körében, minden vidéken egyenletesen előfordul. A szerző 20 típusos myotoniás beteg családját kutatta fel, így összesen 812 személy adatai alapján állította össze munkáját, ezek közül 417-et maga megvizsgált. A 20 beteg közül 9 tiszta, 11 dystrophiás myotonia volt: mindkét alak a gyermekkorban kezdődik. E 20 beteg családjában 53 további myotonia-esetet és 67 enyhébb myotoniás jeleket feltűntető egyént talált. A nemek között kb. egyforma a megoszlás, az abortív alakok azonban nőknél gyakoribbak. Külső tényezők szerepe nem mutatható ki. A betegek $\frac{1}{3}$ része már javakorában munkaképtelenné válik. A dystrophiás és a tiszta myotonia genetikai tekintetben egység. Vele együtt fordulhat elő valamely endokrin zavar, gyengeelméjűség, továbbá az epileptoid tünetesoport valamelyik tagja, végül status dysrhythicus, psychopathia. Az öröklés egyszerűen dominans, de a betegség foka és megnyilvánulási alakja változékony.

Perémy dr.

A budapesti orvosi kar elégtételt kér.

A »Magyarság«-ban *Bakács György dr.* cikksorozatot közölt, mely a betegpénztári orvosok siralmas helyzetével, a reájuk nehezedő tömegmunkával és az OTI szervezetében mutatkozó hibákkal foglalkozott és reámutatott azok kiküszöbölésének módozataira. Bakács dr. állításait statisztikai adatokkal támogatta és nem lépte túl a tárgyilagos bírálat határait. Közlései nyomán sajtóvita fejlődött, mit időbeli sorrendben és kivonatolva a MOVE szeptemberi száma ismertetett. *Weis István dr.*, az OTI vezérigazgatója az »intézmény« védelmében több ízben nyilatkozott s ezenközben — sajnos — olyan megállapításokra ragadtatta magát, melyek egyrészt nem tartoztak a vita keretébe, másrészt súlyosan sértőek az orvostudományi tanári karra és az egész magyar orvosi rendre is. A Fázmány Péter Tudomány-Egyetem orvoskari tanári testülete szükségét érezte annak, hogy szeptember 24-iki első rendes ülésén ezekkel szemben állást foglaljon és a rajta esett sérelemért a vallás- és közoktatásügyi miniszter úr útján a m. kir. belügyminiszter úrnál orvoslást keressen.

Feliratában elsősorban is azt a vádat hárítja el magáról az orvosi kar, hogy az orvosi túlproductióért volna felelőssé tehető. Hiszen a kar ismételtén kérte a felvételek megszorítását, azonban nem állott módjában a kormányhatóság által megállapított létszámot önkényesen leszállítani, de még kevésbé azt igazságtalanul alkalmazott szigorlatoztató módszerrel ellensúlyozni. Hogy e tekintetben mennyire nem érheti szemrehányás az orvosi kart, bizonyítják a quaestura hivatalos számadatai, melyek azt mutatják, hogy karunk a hallgatóknak 1921—22. tanévben elért maximalis számát 3633-ról ez évben fokozatosan már 1021-re tudtuk leszállítani. A jogi karon az 1922—23-ban elért maximumról, 2506-ról csak 2470-re szállt le, míg a bölcsészeti karon az 1921—22. évi 1407-ről 1730-ra szökött, sőt az előző években a 2000-et is meghaladta. Még jobban mutatja az orvosi kar kitartó küzdelmét a túlproductio ellen az ujonnan iktatottak számaránya, ami 1920—21-ben nálunk 1145 volt s tavaly 287-re, tehát negyedére csökkent, míg a jogi karon 671 volt s tavaly csak eggyel kevesebbet: 670-et iktattak; a philosophiai facultáson pedig 408-ról 458-ra emelkedett a számuk.

Ha azonban nem az orvosi állásokat, hanem a beteggyógyítás és közegészségügyi orvosszükségletét tekintjük, orvosi túlproductióról egyáltalán nem lehet szó. Hány község van még ma is orvos nélkül és hány fizetések orvosi állást kellene szervezni klinikáinkon és kórházi osztályainkon mindama nélkülözhetetlen segédleti, betegellátási munka elvégzésére, amit ma az éveken át ingyen szolgálók serege önzetlenül végez. Maga az OTI tudhatná legjobban, ha nem az »intézmény«, hanem a beteg érdekét látná maga előtt, hogy orvosainak száma és ideje messze alatta maradjon annak, hogy a velük szemben támasztott követelményeknek becsülettel megfelelhessenek. A kar egy kiváló senior tagja saját régebbi tapasztalata alapján mondotta, hogy 30 betegnél többet egyfolytában nem tudott alaposan megvizsgálni; ezen túl már nem érezte megbízhatónak önmagát. Hol van ez egy OTI kórházi tömegrendelés vagy egy munkásnegyedben működő körzeti orvos beteglátogatásának szörnyű feladataitól?

Hogy a beteggyógyítás elsősorban bizalmi alapon áll és teljesen egyéni jellegű kérdését a szabad orvosválasztással legrosszabbul megoldhatónak tartja *Weis István dr.*, azon módfelett csodálkozunk, mert a francia német biztosítási rendszer ez alapon igen jól működik, nemkülönben a Fővárosi Betegápolási Alap is.

Nem megengedhető hangon tette szóvá a vezérigazgató úr a klinikák különszobájának rendszerét, mondván, hogy »azok ép oly kevésbé lehetnek elősegítői a magánygyakorlatnak az intézetek felhasználása révén, mint ahogyan a MÁV nem adja ki I. osztályú utasait magánygyezkedésre a vasúti személyzetnek, avagy a Nemzeti Színház a páholyvendégeket az igazgatónak.

E kérdésben a vezérigazgató úr illetékességét nem tudjuk elismerni. Ezt a rendszert különben is az 1911. évi 148.492. számú V. K. M. rendelet szabályozta, melynek felülbíráltása nem tartozott a hírlapi vita keretébe. Naiv hasonlatai a tények nem ismerésén alapulnak. Hiszen a különszobás betegek az intézet vezetőjének irányítására kerülnek oda; ép úgy küldhetné azokat magánsanatoriумokba, melyek ma árban is erős versenytársai a klinikáknak. Ez azonban nem állana sem a betegnek, sem a klinikának mint állami intézménynek érdekében. Ahhoz kétség nem fér, hogy a beteg legjobban ott van elhelyezve, ahol az első szakember mellett a legtökéletesebb szakszerű segédlethez és ápoláshoz juthat. De az oktatás érdeke is megkívánja, hogy az éppen elsőrangú képességeiknél fogva nagyon elfoglalt klinikai igazgatók és kórházi főorvosok időkímélés céljából a maguk működési körében és helyén helyezhessék el magánbetegeiket, akik mint »casusok« és mint a közös kórtermi betegellátástól eltérő elbánásra alkalmas szolgáltató betegek, az orvosképzés szempontjából is előnyt jelentenek. Emlegette Weis István dr. az Egyesült-Államokban néhol szokásos »full-time system«-et, mint ideális követendő példát. Legyen meggyőződve, hogy bármelyik professzorunk szívesen vállalná évi 30—40.000 dollárért, hogy kizárólag klinikája közös betegeinek szenteli magát, — de ezt csak a gazdag Amerika engedheti meg magának. Sőt ezt a systemát a németek legújabb klinikáik építése alkalmával úgy vélték megközelíthetni, hogy a professor magánbetegei számára nemcsak külön pavillont, hanem a professor számára még lakást és rendelőt is építenek, csak hogy őt egész napra, sőt éjjelre is klinikájához kössék.

Nem megvetendő az a bevétel sem, ami a különszobákból befolyik és különösen nem nélkülözhető ma a különszobás betegek aránylag nem nagy, de a klinika életében jelentős megadóztatása az úgynevezett kis kassza javára, amiből a mai ellátmányi reductio mellett a klinikára életszükségletet jelentő kiadások: Röntgenlemezek, lámpák, könyvek és folyóiratok, kísérleti állatok, laboratoriumi szükségletek, sőt gyakran a reducat, de nélkülözhetetlen ápolói és cselédszemélyzet bérei nyernek fedezetet.

De talán legjobban sérti a kart a klinikák nevelési szelleme ellen intézett támadás, hol »csak azt látják és arra nevelik őket, hogy az orvosnak magasabb életstandardra van igénye, mint más intellectualis rétegnek és ennek elérésére mindenképpen törekedni kell«. Ugy véli Weis István dr., hogy az orvosokban túlsok az individualismus.

Hála Istennek, hogy sok; hogy ezt a közhatóságok és pénztárak socialisáló törekvései s a minden egyéni értéket magába olvasztó collectivismus még nem tudták kiölni belőlünk. A magyar orvosi kar büszke arra, hogy a betegben még magához hasonló szenvedő individuumból lát és a neki megfelelő individualis kezelésben igyekszik részesíteni. Corrigálta ezt a furcsa vadját a vezérigazgató úr olyképp, hogy azon nem a kezelés sematisálását, hanem a túlzott érvényesülési hajlamot értette. No hát ezt meg már éppen nem értjük. Mert ha volna rendünkben, avagy tagjaiban valami ilyesféle hajlam, akkor talán nem engedték volna magunkat az egészségügyi ministerségtől egy belügyi osztályig visszaszorítani, mely-

nek vezető orvos-államtitkárságát is csak nehezen sikerült magunknak megtartani és az olyan egészségügyi, különösképpen orvosokra szoruló intézmények élén is, mint az OTI, — talán mi játszánánk az első szerepet és nem a jogász sociologusok.

De Weis István dr. nemcsak érvényesülési hajlammal vádol meg bennünket, hanem még azt is szemünkre veti, hogy magasabb életstandardra törekszünk. Azt hiszem, ez mindenkinek, jogásznak, mérnöknek, tisztviselőnek is legegyszerűbb joga és hivatásteljesítésének leghatékonyabb rugója. Ebben tehát nem is szállunk szembe a vezérigazgató úrral, hanem elfogadjuk megállapítását: de visszautasítjuk azt, hogy nevelésünk eszmei törekvésének célpontjában »luxus-gépkocsit« lát »socialis kötelességteljesítés és az önfeláldozó segítség felemelő érzése«, tehát belső tartalom és érték nélkül. Ilyen sívár egocentrikus szellemet még sem lehet tulajdonítani klinikus professoraink tanításának és példájának, akiknek tudományát és operatív-készségét világszerte ismerik s kiket tanítványaik és betegek rajongó tisztelettel vesznek körül.

Az orvosi kar e vádakkal és gyanúsításokkal szemben, melyek annyira méltatlanul érik, egyhangúlag foglalt állást és azokat a leghatározottabban visszautasítja. A maga sérelmében az egész orvosi rend sérelmét is érzi és azzal minden tekintetben solidaris. Ennek kifejezésekként engedélyt adott lapunknak, hogy a kari ülésen elhangzottakról és a kar határozatáról orvosközönségünk előtt számot adjunk, mit igyekeztünk az igazsághoz híven megtenni, azon reményben, hogy az széles körökben visszhangra talál.

Vámossy.

BUCHBÖCK GUSZTÁV

Egy végtelen szerény, csendes munkása röppent el a kutató tudománynak és az egyetemi oktatásnak. Még halálával sem volt terhére embertársainak: utolsó napján még előadott és másnap reggel ágyában halva találták, arcán a halálközdelemnek semmi nyoma. Mondják, aznap egy véletlen robbanás előadási kísérlet közben nagyon megviselte idegeit.

Buchböck Gusztáv a chemia physicalis tüneményeinek vérbeli kutatója volt. Vele vonult be Than professor intézetébe a matematikai alapon álló physicalis irány, aminek művelésében nagynevű főnökének jobbkeze volt, később kiszemelt utóda lett. A legjobb előadók közé tartozott. Tárgyalási modora a kristálytisza logikus okfejtés mintaképe volt, világosan és nyugalommal beszélt és kísérletezett, ami előadásának bizonyos elegantiát kölcsönözött. Ugyanilyen precizitás nyilatkozott meg írásaiban is, melyekben nem volt egy felesleges szó vagy mondat sem, de nem hagyott senkit sem kétségben tárgya és kérdéseinek tökéletes átértése tekintetében. Még 1903-ban tanított volt meg bennünket az akkori új iontheoria megértésére a »Kis Akadémia«-ban, melynek mindig hű tagja és látogatója volt s e sorozatos 11 előadását Eötvös és Than is végig hallgatták s a Kis Akadémia nyomtatásban is kiadta. Ugyanilyen becses és hézagpótló volt a physicalis vizsgáló módszereket tárgyaló tankönyve, mi a »Chemiai Folyóirat« mellékleteként jelent meg.

Mint kutató a klasszikus típusba tartozott. Proble máit végtelen gondnal, minutiózus pontossággal dolgozta ki, aztán túlzott gátlásai folytán fiókjában hevertette, még újra elővette, irodalmát feszült figyelemmel kísérte, újra átdolgozta, míg végre közlemény lett belőle. De amit

kimondott, az sziklaszilárdan állt. Ilyen nagy horderejű megállapítása volt az atomok hidratációja, miben fel-fedezői érdemét az egész világon elismerték. Ujabban különös előszeretettel az elektrochemiával foglalkozott s az elektrodok potentialváltozásairól s a közeg befolyásáról a reactio-sebességre vannak igen értékes kutatási eredményei.

A gyorsabb munkatempót gyenge physicuma sem bírta. A háború alatt gégejét és tüdejét lappangó kór támadta meg, de két davosi tél és bölcsen megváltoztatott életmódja leküzde az. Meghatóan viselte magányos életének keresztjét, de nem volt mogorva; szótlansága főleg szerénység volt, de szűk baráti körben ez is felengedett. Ez a baráti kör állott tán hozzá lelkileg legközelebb s nem egy nemes férfikönnyet hullatott ravatalára. Orvosokhoz különösen vonzódott, talán mert mélyen átérezte tudományunkban az ő szakmájának fontosságát. Medikusaink nagyon szerették nyájas, szerény voltáért és kitűnő előadásaiért. Orvosképzésünk sokat köszönhet neki és ezért hálás kegyelettel őrizzük emlékét.

Vámossy.

Megjegyzés Szendi B. és Papp Gy. „A szöveti táplálás (histiotrophia) jelentősége a magzati méhenbelüli szénhidrát anyagcseréjében“ című közleményére.

O. H. 1935. 33.

Ezelőtt 12 évvel végeztem histologiai vizsgálatokat arra vonatkozólag, hogy miként változik az uterus-mirigyek hámjának glykogentartalma rendes és kóros viszonyok között. Megfigyeléseimet a Magyar Orv. Arch. 1924. 5. füzetében foglaltam össze.

Vizsgálataim eredménye a következő volt:

Az uterus mirigyei normalisan is tartalmaznak glykogent. A glykogentartalom és menstruációs elváltozások között parallelismus állapítható meg. Fokozódik a praemenstrualis elváltozással, csökken a praemenstrum első napjaiban s egyidőre eltűnik a reparációs szakban. A glykogen felszaporodása és a menstruációs fellazulás a nyálkahártyának a pete felvételére való előkészülését célozza.

A gravid uterus nyálkahártyájában úgy a mirigyekben, mint a hatalmasan duzzadt, világosan festődő deciduasejtekké alakult stromasejtekből szintén megtaláltam a glykogent, de kifejezettebb mértékben, mint a praemenstruációs nyálkahártyában. A nyálkahártya glykogentartalma tehát a terhesség alatt növekszik. Szaporodni csak bizonyos időpontig látjuk, azután mennyiségben fokozatosan csökken. Az első hónapokban még szaporodik, hogy a környezet táplálására utalt pete ellátásáról gondoskodják, azután csökken, hogy átadja szerepét a placentáris vérkeringésnek. Teljes mértékben azonban nem tűnik el, mert megtaláltam a VII. hónapos grávida nyálkahártyájában is.

A fentiekben röviden összefoglaltakból tehát hasonlóképpen az tűnik ki, hogy a glycogennek nemcsak a histiotroph, hanem a haemotroph táplálkozás alatt is fontos élettani szerepe van. Későbbi közleményemben is kiemeltem, hogy a glykogen felhalmozódását sohasem degenerációnak, hanem élénk sejtfunctio következménynek kell felfogni.

Megjegyzésemnek célja az, hogy kiemeljem, milyen fontos szerepe van a histológiának a cellularis pathológiában, másrészt pedig örömmre szolgál, hogy 12 év előtt végzett szövettani megfigyeléseimet behatóbb, ki-terjedtebb és igen értékes vizsgálatok is igazolták.

Szüle Dénes dr.,
egyetemi magántanár,
kórházi főorvos (Szekszárd).

VEGYES HÍREK

Az orvosegyesületek heti üléseinek tárgysorozatát a jövőben »Heti rend« rovatunkban közöljük.

A Magyar Országos Orvosszövetség fürdőorvosi szakosztályának tanulmányi kirándulása a Magas-Tátrába. A szeptember havi fürdőtanulmányi kirándulása sikerén felbuzdulva, több tag kívánságára a szakosztály négynapos, teljesen magánjellegű kirándulást rendez október 19-től 22-ig orvosok, hozzátartozók és a balneológia iránt érdeklődők részére. Utazás a legmodernebb, tökéletes kényelmű 6 személyes zárt luxus túrakocsikon történik, külön kis podgyász-kocsival.

Utirány: Első nap: Budapest, Zólyom, Szliács fürdő, Stureci hágó, Korytnicza fürdő, Rózsahegy, Poprád, Ó-Tátrafüred. Második és harmadik napon: Ó-, Új- és Alsó-Tátrafüred, Tátraszéplak, Csorba-tó, Tarajka, Tátralomnicz gyógyfürdők megtekintése. Negyedik napon: Matlárháza, Lőcse, Igló, Igló-füred, Rozsnyó, Krasznahorka vára, Rimaszombat, Losonc. Budapest. 12-ike estétől 14-ike reggeléig elszállásolás Ó-Tátrafüreden.

Utiköltség: Lakás egy- vagy kétágyas szobák kívánság szerint, autó, napi négyzseri étkezés, az összes borraival, adók, vízum, szóval minden költség legalább 10 résztvevő esetén P 97.—, 15 résztvevő esetén P 94.—.

Jelentkezni f. hó 15-ig lehet. Részletes útiterv és felvilágosítás nyerhető a szakosztály főtítkáranál, Dányi Mihály dr. főorvosnál, III., Zsigmond-utca 25. (Telefon: 56—0—80), vagy elnökénél: Groó Béla dr. ig. főorvosnál, Szent Margit-sziget (Telefon: 20—6—20).

A Turul Szövetség mozgalma a népegészségügyért. A Turul Szövetség nagyszabású országos propagandát indított a népegészségügy felkarolására és korszerű reformjának megvalósítására. Ennek az elgondolásnak szellemében rendezte meg október 19—28. között az Országos Egészségügyi Kiállítását.

A Magyar Egészség Hete legnagyobb eseményének ígérkezik a népegészségügyi congressus, amely elé az orvostársadalom köréből is nagy várakozással tekintenek. A congressust Scheff-Dobis László, a Fővárosi Közegészségügyi és Bakteriologiai Intézet helyettes-igazgatója készíti elő, aki munkatársaival karöltve állította össze a congressus rendkívül érdekes és a népegészségügy minden vonatkozását felölelő anyagot. A congressus hét szakosztályban foglalkozik a népegészségügyet érintő kérdésekkel.

Az 1. szakosztály a népesedéspolitikai és telepítés kérdésével, a 2. szakosztály a népélelmezés kérdésével, a 3. szakosztály a jövő nemzedék egészségügyével, a 4. szakosztály a népbetegségekkel, az 5. szakosztály a város és falu egészségügyével, a 6. szakosztály a szociális biztosítás és a munka egészségügyi kérdésével, a 7. szakosztály a magyar fürdők ügyével és a rheuma elleni küzdelemmel foglalkozik.

A hatalmas tudományos congressusi anyag egész terjedelmében felöleli a magyar népegészségügy minden részletkérdését és előreláthatóan úgy az előadások, mint a hozzászólások irányt szabnak e súlyos probléma megoldásának.

A congressus megnyitó ülése előreláthatóan a Vigadóban lesz, melyet Kozma Miklós belügyminister nyit meg. Utána Szendy Károly, a székesfőváros polgármestere tart üdvözlőbeszédet, majd Johan Béla belügyi államtitkár ismerteti egészségügyi programját. Végváry József országgyűlési képviselő, a Turul Szövetség fővezérének zárószavai után alakítják meg a congressus előadó osztályait.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat 1935. évi kiadványa i a következők: Hajós: Endokrinologia, Boros: Haematologia, Kovács: Szülészeti műtétten és Törő: Az ember fejlődésének alapvonalai. E négy munka közül az első kettő már megjelent és az 1934. év illetményéhez tartozó Közegészségtan első kötetével, bakteriologia, immunitastan és parazitologia, amely fejezeteket Lovrekócs, Tomcsik és Lőrincz írtak meg, együttesen lesz szétküldve. Ezért arra kéri a tagokat és előfizetőket, hogy az 1934. és 1935. évi hátralékukat Pajor Ferenc pénztáros úrnak (VIII., Vas-utca 17. sz.) beküldeni szíveskedjenek. (Postacsekk-sz.: 8883.) Előfizetési díj kötéssel és portóval együtt 36 pengő.

Lengyel katonaság érdeklődik a budapesti gyógyfürdők iránt. Wowkonowitz alezredes, orvos, a varsói katonai kórház igazgatója, tárgyalásokat folytatott a Szt. Gellért, Szt. Lukács és Szt. Margitszigeti gyógyfürdőkkel lengyel katonatiszteknek ezekbe a gyógyfürdőkbe történő beutalása tárgyában. Az alezredes felhívta az említett gyógyfürdők igazgatóit, hogy készítsenek egy három-, illetve négyhetes kúrára vonatkozó olyan előterjesztést, amellyel lehetővé válnék a lengyel katonai intézmények részéről beteg tisztetek Budapestre küldése gyógykezelés céljából. Eddigélé Pöstyénbe küldte a len-

gyel hadvezetőség a beteg katonatisztek és most szó van arról, hogy néhány száz tisztet küldenének évente Budapestre gyógykezelés céljából, amennyiben a megállapodások sikerrel járnak és kedvező feltételeket tudunk biztosítani a lengyel hadsereg számára. A Gyógyhelyi Bizottságtól nyert értesülés szerint a tárgyalások kedvező mederben folynak és legközelebb a három gyógyfürdő egyesített ajánlatát a Bizottság el fogja juttatni a lengyel katonai kórházak legfőbb vezetőségének.

HETIREND.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület október 12-én d. u. 6 órákor tartandó ülésének tárgysorozata: Elnöki megnyitó. Bemutatás: *vitéz Sövényházy Agost*: Ikerszülöttek rendkívüli súlykülönbséggel. Előadások: 1. *Kerpel-Fronius Ödön*: A »hypochloraemiás« uraemia pathogenesise. 2. *Kaufmann Endre*: Műtét utáni epesipolyok röntgenvizsgálatának sebészti jelentősége.

A Közkórházi Orvostársulat október 16-án d. u. 6 órákor tartandó ülésének tárgysorozata: *Bemutatások*: 1. *Nánássy*

Kimutatás az 1935 szept. 29-től okt. 5-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) és halálesetekről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis		Morbilli		Influenza		Malaria		Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.
1. Abaúj-Torna	93.411	4	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	8	I	2	—	4	—	I	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
3. Baranya	251.620	4	—	—	I	3	—	2	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—
4. Békés	335.874	52	4	13	I	I	—	5	—	—	—	—	—	17	—	—	2	—	—	—	—
5. Bihar	180.415	23	—	1	—	4	—	6	—	—	—	I	—	75	—	—	I	—	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	32	3	48	4	2	—	9	—	—	—	4	—	7	—	—	2	—	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	21	5	6	I	—	—	3	—	—	—	I	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8. Csongrád	148.353	14	I	—	I	7	I	3	I	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9. Fejér	231.165	3	—	15	I	7	—	2	—	—	—	—	—	36	—	—	—	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	6	I	—	—	5	—	4	—	—	—	—	—	20	—	—	—	—	—	—	—
11. Hajdú	181.047	50	2	22	3	6	I	14	—	—	—	5	2	27	—	—	—	—	—	—	—
12. Heves	322.207	30	I	6	I	5	—	2	—	—	—	—	—	41	—	—	—	—	—	—	—
13. Jász-Nk.-Szolnok	420.142	63	6	12	I	2	I	9	I	—	—	7	—	3	—	—	—	—	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	7	I	5	—	5	I	15	—	—	—	—	—	I	I	—	—	—	—	—	—
15. Nógrád és Hont	227.951	10	—	4	3	I	—	3	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-Kk.	1,437.226	167	10	71	10	39	—	41	—	—	—	2	—	39	—	—	—	—	—	—	—
17. Somogy	389.792	10	—	I	—	4	—	9	—	—	—	I	—	16	—	—	5	—	—	—	—
18. Sopron	143.128	—	—	13	2	4	—	I	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.164	36	7	9	—	7	—	16	2	—	—	I	—	5	I	—	3	—	—	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	14	—	3	I	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—
21. Tolna	267.133	21	2	I	—	7	—	16	I	—	—	I	—	26	—	—	—	—	—	—	—
22. Vas	273.776	4	I	—	I	3	I	4	—	—	—	2	—	12	—	—	—	—	—	—	—
23. Veszprém	246.991	10	—	3	I	8	—	10	—	—	—	—	—	16	—	—	—	—	—	—	—
24. Zala	368.371	8	—	2	—	I	—	8	—	—	—	—	—	3	—	—	2	—	—	—	—
25. Zemplén	149.043	18	2	I	—	6	—	4	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—	—	—	—
I. Baja	29.761	I	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1,035.766	23	2	26	7	33	—	62	—	—	—	6	—	5	—	—	—	—	—	—	—
III. Debrecen	122.825	14	I	9	2	3	—	21	—	—	—	I	—	I	—	—	—	—	—	—	—
IV. Győr	50.828	—	2	—	—	I	—	I	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.656	7	—	4	2	—	—	I	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.379	5	I	2	I	I	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	5	—	I	I	4	I	—	—	—	—	—	—	I	—	—	—	—	—	—	—
VIII. Pécs	67.527	2	—	2	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IX. Sopron	36.023	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.287	14	3	7	2	—	—	2	—	—	—	—	—	I	—	—	—	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	3	—	I	—	I	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen	8,898.367	689	57	299	47	184	6	285	5	—	—	32	2	396	—	—	2	—	27	—	—
Előző évben		515	50	297	39	319	18	409	3	—	—	6	—	121	—	—	5	—	24	—	—

Eczéma, furunculus, gyulladásoos sebek, lábszár-fekélyek, szőrtüszőgyulladások stb. kezelésére.

„DERMASEPT“ kenőcs
Főlerakat „Humanitás“ gyógyszer-tár VI., Erzsébet királyné út 30. szám

Sebek, fekélyek gyors behamosítása és sarjadzása Különböző bőrbajoknál a viszketés, gyulladás megszüntetése és a gyors gyógyulás elősegítése.

**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.

Tapasztalatok egy camphor-pótszerrel, a *Cormotyllat*. (László Géza dr., budapesti tudományegyetemi II. sz. belklinikája, Budapesti Orvosi Ujság, 1935. 35. szám.) A *Cormotyll* szintetikus camphor-pótszer (pyridin- β -carbonsavdiaethylamid) igen jól bevált *collapsus* eseteiben 5 ccm adagban (1 ampulla) intravenásan befecskendezve. Az eszméletlenség 1—2 perccel belül megszűnt, a fonalszerű, szapora pulsus normalis érverésbe ment át, a légzés is rendeződött. *Cardialis decompensatióban* digitalissal párhuzamosan adtak *Cormotyllt* subcutan és intramuscularis befecskendezéssel naponta 2—3-szor 1—2 ccm. Több ilyen beteg a digitalis szedését mérgezési jelenségek miatt meg kellett szüntetni s ekkor *Cormotyll* hatása alatt a keringés további javulását észlelték. A szer digitalis-bradycardiát is megszüntetett. *Fenyegető decompensatio* tünete ellen napi 3 \times 30 csepp *Cormotyll* solutio az esetek többségében jótékonyan hatott. Végül jó eredményt látott szerző izomközti *Cormotyll* injectiótól *asthmás roham* esetében. A *Cormotyll* ezek szerint mint az érmozgató- és légzőközpont, valamint az agykéreg izgatója haszonnal alkalmazható heveny és idült keringési gyengeség, légzési elégtelenség és eszméletlenség eseteiben s egyenrangú hasonló külföldi készítményekkel. Gyűjtőérbe *collapsus* esetén fecskendezzük, egyébként bőr alá, izomba injiciáljuk, vagy per os szedjük. Egyszerre legfeljebb 10 ccm-nél nagyobb adagra nincs szükség; a gyógyításra használt mennyiség nem közelíti meg a kezdeti mérgező tüneteket előidéző adagot.

Újabb vizsgálatok a kéneseő húgyhajtók végbélen át alkalmazásáról. (Epstein Tibor dr., assistens, Gróf Apponyi Albert Poliklinika II. belosztálya, Gyógyászat, 1935. 37. sz.) Szerző 71 esetben alkalmazott *Novurit kup* hatásából alanti megállapításokra jutott: A *Novurit kup* okozta diuresis egyenletesebb és elnyújtottabb, mint az injectio által kiváltott s ez a körülmény az alkalmazhatóság időbeli és javallat-

beli kibővítését eredményezi. Nevezetesen adhatjuk a kupot a nap bármely órájában, legcélszerűbben spontan székürítés után félórával, a beteg éjszakai nyugalmát a diuresis nem fogja megzavarni. Az indicatiókat illetően *prostatahypertrophiában* vizeletretentio veszélye nélkül alkalmazható a kup. További kiterjesztést képviselnek a *fenyegető decompensatio* állapotában levő betegek, akiken eddig theobromint stb. használtunk. *Novurit kup* a xanthin-húgyhajtók kényelmes alkalmazási lehetőségét kiváló hatásokkal egyesíti magában. Feltétlen indicatio még a *hydrophilia obesitas*. Elhízottak a *Novurit kupot* rendes munkavégzésük mellett használhatják, mert közérzésüket kevésbé zavarja. 1—2 hetenként egy-egy kup alkalmazásával néhány kg súlyvesztés érhető el. *Novurit kup* a végbélben izgalmi jelenségeket nem okoz, mindenestre tekintettel kell azonban lenni arra, hogy a betegnek lobos aranyere, fissurája nincs-e véletlenül. Ilyenkor, valamint hasmenéskor nem kupban adjuk a *Novuritot*. A készítmény előnyben részesítendő még olyan esetekben, ahol *Novurit injectió*s alkalmazása még nem volna időszerű, vagy ahol túlságosan erélyes hatásnak nem akarjuk a beteget kitenni.

Az arteriosclerosis és essentialis hypertonia gyógyszeres kezelésének legfőbb célja a legkisebb erek spasmusának oldása és ezzel a vérkeringés élénkítése, javítása. Az ütőérelmeszedés modern gyógykezelésére használatos szerek, mint aminő a legújabb Richter-féle készítmény, a *Vasobroman* is, e célokat tartják szem előtt. *Vasobroman*, amely tabletták alakjában kerül forgalomba, 3 alkatrészt tartalmaz. A *theobromin* a leghatásosabb, farmakologiailag igazolt értágító szereink közé tartozik. A vasodilatatoros hatás főként a szív, agy és vese ereire terjed ki, de egyúttal serkentő hatást fejt ki a szívmozgató tevékenységére is, úgyhogy a *diuretikus* hatáshoz még *cordiotonicus*, vagyis a szívmozgató tevékenységét javító hatás is járul. A második komponens, a *papaverin*, az ütőerek és arteriolák sima izomelemeire gyakorolt tonuscsökkentő hatásánál fogva oldja azok spasmusát és csökkenti avérnyomást. A harmadik alkatrész, a *bromisovalerylcarbamid*, amely kitűnő sedativ és mellékjelenségektől mentes hatásánál fogva az agykéreg izgalmi állapotát szünteti és ezzel a normális vasonervosus egyensúlyt helyreállítja. Amint látható, *Vasobroman* tehát három különböző irányból, három bevált hatásos ágenssel küzd az *angina pectoris*, *asthma*, *cardiale*, *angina abdominalis*, *nephrosclerosis* állapotok ellen, s a klinikai tapasztalatok szerint nemcsak subjectiv, hanem objectiv javulást gyorsan hoz létre.



MEDOBIS-CHINOIN

a kisdosisu bismuth—antilueticum

0.5 cm³ egyes adag!

Teljesen fájdalomtalan!

Szintelen, átlátszó, híganfolyó!

Erélyes hatású!

10 amp. doboz, 25 cm³ üveg

ORVOSI HETILAP

Alapította **MARKUSOVSKY LAJOS** 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSEK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VÁMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA
POÓR FERENC

GORKA SÁNDOR
REUTER KAMILLÓ

HÜTTL TIVADAR
ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

TARTALOM:

Kovács Ferenc: Az idült lobos cseplesz-daganatról. (1111—1114. oldal)

Réffy Ferenc: Tízéves kórházi tapasztalatunk a syphilis gyógyítása terén. (1114—1119. oldal)

Gaál András: A mellékvesetájék röntgenbesugárzásának szerepe a hypertensio csökkentésében. (1119—1121. oldal)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (161—164. oldal.)

Valkányi Rezső: A nyálmirigyek köves és gyulladásos betegsége. (1121—1123. oldal)

Lapszemle: Belorvostan — Szülészet — Urologia — Bőrgyógyászat (1123—1125. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei (1125—1126. oldal)

Zemplényi Imre: Takarékoság a gyógyszerrendelésben. (1126—1129. oldal)

Vegyes hírek (1129—1130. oldal)

Hetirend (a borítólapon 4. oldalán)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Tisza István Tudományegyetem női klinikájának közleménye (igazgató: Kovács Ferenc ny. r. tanár).

Az idült lobos cseplesz-daganatról.

Írta: Kovács Ferenc dr.

Az utolsó évtizedek kutatómunkája a szülészet és nőgyógyászat terén is számtalan olyan laboratoriumi és röntgenvizsgáló eljárással gazdagította tudásunkat, amelyek a kórisme felállítását megkönnyítették és biztosabbá tették. Már lassankint ott tartunk, hogy a legilletékesebb szakorvosok sem győzik megjegyezni és számontartani a sok, legtöbbször a szerzők nevével megjelölt vegyi, fizikai, biológiai, bakteriológiai, serológiai elektromos stb. reactiót, próbát, eljárást. Aröntgen-technika kifinomodásával egészen új területek tárultak fel a diagnosztika számára. Ha ezen eljárások tömegét és sokféleségét nézzük, szinte azt kellene hinnünk, hogy ma már megfelelően felszerelt szakintézetben, megfelelő képzettségű szakorvos a kórisme megállapításában tévedésnek többé nem lehet kitéve. Szinte ellentmondásnak látszik ezzel szemben annak a megállapítása, hogy még mindig igen messze vagyunk attól az eszményi állapottól, amely a legcélszerűbben alkalmazott oki kezelést a tévedésmentes kórisme által mindig biztosíthatja.

A klinikai diagnosis számára legnehezebben hozzáférhető női megbetegedések közé tartozik az idült lobos eredetű cseplesz daganat. Ezzel a kórképpel a nőgyógyászok alig foglalkoznak; a sebészeti irodalom pedig legtöbbször, mint *Schloffer-f. tumort* említi. Ezen, a hasfal és hasüreg betegségeinek diagnosztikájában újabb klinikai fogalom akkor kezdett általánossá válni, amikor *Schnitzler* (1897), *Braun* (1900), majd *Schloffer* (1908) bizonyos, főleg műtétek után a heg táján keletkezett daganatok lobos eredetére mutattak rá. *Schnitzler* 1897-ben egy daganatot mutatott be, mely sérvműtét után fejlődött a levágott és lekötött cseplesz-csonkból és a vastagbélre is ráterjedt, valamint a hasfalat is lobosan beszűrte, úgyhogy

a rosszindulatúság gyanuját keltette. Műtét után derült csak ki, hogy a daganat lobos eredetű szövetszaporulat volt. *Braun* 1900-ban a német sebészcongressuson őt saját észlelése kapcsán a franciák által már előbb *epiploitis plastica*-nak nevezett csepleszdaganatokra hívja fel a figyelmet. Ezek szerinte hasműtétek, leggyakrabban sérvműtétek után keletkeznek, főleg akkor, ha nagyobb kötegekben kötötték le a levágandó csepleszt. A műtét után hetek, hónapok múlva tömött, fájdalmatlan, olykor érzékeny, dudorosfelszínű képlet érezhető a műteti területtel kapcsolatban, mely a környezetre gyakorolt nyomása vagy összenövéséi folytán rosszindulatú daganat tüneteit okozhatja. A daganat középső részében néha kis tályog található, amelyben esetleg egy, az előző műtéttől visszamaradt selyemfonál van. De néha műtét nélkül is létrejöhet ilyen daganat a szomszédos szervekről áttérjedő gyulladás folytán. *Schloffer* 1908-ban hívta fel újra a német sebészcongressuson a figyelmet ezen meglehetősen jellegzetes kórformára, melyet ő tulajdonképpen — egészen helytelenül — szokatlan formájú fonalgenyedés következményének tart. E daganatok néha hőemelkedéseket okoznak, néha kissé fájdalmasak; előszeretettel az excavatio versio-uterinában vagy ahhoz közel helyezkednek el. Hasvízkört nem váltanak ki és a bélműködést nem zavarják. A betegek legtöbbször téves kórisme alapján kerülnek a műtőasztalra. *Schloffer* daganatainak szövettani vizsgálatánál csak rostos kötőszövet-szaporulatot talált kiscsombsejtes (s a központ felé esetleg genyesejtes) beszűrődéssel, eosinophil sejtekkel, gazdag érsarjképződéssel, de rosszindulatúság, valamint specifikus gyulladás (tbc) nem volt megállapítható.

Bár a sebészek újabban többször foglalkoztak ezen kórformával, mégis a gyulladásos csepleszdaganat aránylag igen ritka. Főleg sérvműtétek szerepelnek kiváltó okként; létrejöhetnek azonban bármely hasi műtét után a hasüreg bármely részében, a csepleszt részesítve különösen előnyben. *Pommersheim*-nek 1931-ig összesen 80-at sikerült az irodalomból összegyűjteni. Ezek közül is csak 26 volt elsődleges, vagyis olyan, amely előző műtét nélkül lépett fel; míg a többi műtétek után keletkezett. Ez a körülmény — elsődleges vagy másodlagos fellépés — pedig

éppen a helyes kórisme megállapítása szempontjából fontos. Előző műtét helyének megfelelő elhelyeződésű hasüri vagy hasfali, lassan növő, kissé fájdalmas, esetleg apró hőemelkedéssel járó, elég jól körülírt, tömött daganatoknál ugyanis talán még inkább gondolhatunk ezen különös megbetegedésre; azonban műteti kórelőzmény nélkül nemcsak a klinikai felismerés okozhat leküzdhetetlen nehézségeket, de a daganat kinézése még műtét közben is csalódásig hasonlíthat rosszindulatú álképlethez. Ennek a kórisme tévedésnek pedig annyiban van komolyabb jelentősége, hogy az súlyos bélresectiókhoz vezethet; holott ha kellő időben történik a felismerés, esetleg lobellenes kezeléssel, Rtg.-nel, illetve kisebb, komolyabb műteti veszéllyel nem járó beavatkozással is célt érhetünk vagy tűrhető állapotot teremthetünk.

A felismerés nehézségeit és a téves kórisme súlyos kezelési következményeit jellegzetesen szemlélteti egy *Gütig* által legutóbb ismertetett kórtörténet:

Hatvannyolcéves betegen duodenum-fekély miatt kiterjedt resectiót végeztek. Ez után újabb panaszok, erős hasi fájdalmak támadtak s félévvel később a köldök mellett baloldalon ökölnyi, alig mozgatható fájdalmas daganat tapintható. Miután a daganatot úgy a tapintási lelet, mint a klinikai tünetek és a *röntgenkép alapján is* a colon traversum baloldalán ülő kifekélyesedett rosszindulatú daganatnak tartották, sőt a műtét közben is ennek látszott az ökölnyi, a környezettel összekapaszkodó kökemény tumor: azt a hozzátartozó vastagbéllel együtt kiirtották. Bár a beteg ezen második, igen súlyos műtét ellenére szerencsésen meggyógyult: a szövettani vizsgálat megállapította, hogy csupán idült, nem specifikus kötőszöveti lobos folyamatról van szó, kis tályogocskákkal és idegen-test óriássejtekkel (*Schloffer-féle varrat-tumor*). Helyes kórisme mellett a második életveszélyes műtét nélkül conservatív kezeléssel, vagy legrosszabb esetben a lobos fészkek sebészi kiirtásával is gyógyult volna a beteg.

A nőgyógyászati irodalomban alig találunk ezen körképre vonatkozó közléseket. Szinte azt lehetne hinni, hogy a betegség csak igen ritkán társul nőgyógyászati megbetegedésekhez vagy műtétekhez. Már *Braun*-nak is feltűnt ez. Ennek oka szerinte az lenne, hogy a cseplesz nem szokott leérni egészen a belső nemű szervekig és nőgyógyászati hasműtéteknél csak ritkábban kerül műteti elbánnás alá (cseplesz-csonkítások, alakötések). Az általa ismertetett 33 eset közül csak három volt nőgyógyászati eredetű. Ezek egyikénél a cseplesz-daganat petefészekcystához társult. A másodiknál egy évvel az adnex-műtét után (kétoldali eltávolítás) fejlődött ki egy ökölnyi lobos cseplesz-daganat (újabb műtéttel eltávolítva). A harmadiknál méhátfúrás után keletkezett egy hatalmas cseplesz-daganat, amely az átfúrás helyét fedte. Újabb *Nevermann* a Hamburg-Essendorfi klinikáról ismertet egy epiploistist, mely előző hasmetszés (appendektómia és jobboldali függelék-eltávolítás) után lépett fel tojásnyi daganat alakjában; *Hinderfeld* (esseni női klinika) és *Zeller* (zürichi Walthardt-Klinika) pedig elsődleges, nem előző műtét után fellépett, petefészek-daganatoknak ítélt és csak a műtétnél felismert egy-egy cseplesz-tumorról számolnak be; mindegyiknél a műtét eredményes volt. A boroszlói orvostársulatban *Heimann* mutatott be két *Schloffer*-tumort, amelyek közül az egyiket sikeresen, a másikat sikertelenül operálta. *Horn* egy ventrofixatio és appendektómia után fellépő esetet ismertet, amely a legérélyesebb utólagos műtét és conservatív (Rtg.) kezeléssel dacolva végre a beteg állapotát teljesen lerontotta (a közléskor még élt a beteg, de a gyógyulási reményt feladták). A hamburgi szülész-társaság 1934. évi márciusi ülésén *Ruedernek* a nőgyógyászati daganatokat utánozó nagy és klinikailag fel nem ismerhető cseplesz-daganatokról szóló előadásával kapcsolatban *Heynemann* petefészekrák tüneteit utánozó daganat miatti hasmetszésről számol

be, amely a cseplesz zsírdaganatának bizonyult és egy év múlva a műtét után kiújult. Ezzel az eddig ismertetett nőgyógyászati eseteket, tudomásunk szerint, kb. mind fel is soroltuk.

Ez a súlyos körkép, melynek kóroktana — különösen az elsődlegesen keletkezetteké — még teljesen tisztázatlan, ritkaságától eltekintve is indokolja a vele való foglalkozást különösen azért, mert, mint már említettük, igen könnyen okozhat esetleg végzetessé váló kórisme tévedést. Az eddig ismert nőgyógyászati esetekben a kórismét *soha sem sikerült* a klinikai vizsgálat alapján, csak a műtét, illetve a szövettani vizsgálat útján megállapítani. De éppen ezen lehetőség miatt valószínűnek tartjuk, hogy a megbetegedés többször is előfordul; de talán sokszor nem ismerik fel és mint adnex-tumort, idült vakbéllobot, ivarszervi gümőkört, rosszindulatú daganatot stb. könyvelik el. Ha majd a nőorvosi szakirodalom is többet foglalkozik vele, mint ahogy azt a sebészeti teszi és a figyelem jobban ráterelődik, úgy valószínűleg sűrűbben fog majd szerepelni ezen megbetegedés itt is; mivel salpingitisek, appendicitis, méh átfúrások stb. után *előzetes hasműtét és fonálgalom nélkül is* elég alkalma van a nőgyógyásznak is arra, hogy vele találkozzék.

Ezért röviden ismertetjük klinikánk két tanulságos kórtörténetét is, amelyek nem csak súlyos lefolyásuk miatt érdemelnek figyelmet, de azért is, mert mindkettőnél *elsődleges*, előző műtét nélkül fellépett *Schloffer*-tumorról van szó, amelyek pedig, mint láttuk, az irodalom adatai szerint csak kivételes ritkaságként fordulnának elő.

Fejlsz.: 144/1932. 31 é. III. P. u. P.: 10 év előtt. Havi-baj rendes. Két hó óta erős alhasi fájdalmak hasában; ezóta daganatot is érez. Antilueses kúra (Wa. R. ++++). A méhtest helyén egy, felső határával a cristáig érő, dudoros, igen tömött, az elülső medencefélben helyet foglaló, a portióval együtt mozgatható, a jobb medencefalig húzódnó, de balra is áttérjedő fájdalmas resistentia tapintható, melyet a lobos előzmények hiánya miatt rosszindulatú daganatnak tartunk. A beteg láztalan, P.: 70.

Laparatomia. Mindjárt a hasmegnyitáskor nagy nehézségekre bukkanunk a kismedence szerveihez lenőtt cseplesz miatt. A cseplesz alsórésze az elülső excavatióban jókora csecsemőfőnyi tömegű tömött tumorra alakul át, mely a nem nyomás méh elülső falával és fundusával szervesen összenőtt épp úgy, mint a jobb medencefállal is. A tumor hátsórésze a méh mögött és fölött a sigma és a colon descensus falával kapaszkodott össze kötőszövetesen. A méh maga a daganat által lenyomva a Douglasba szorult, a mindkét oldali kistojásnyi adnextumorról együtt. Mindkét tuba másfél hüvelyknyi vastag pyosalpinxot képez, a környezettel összenöve.

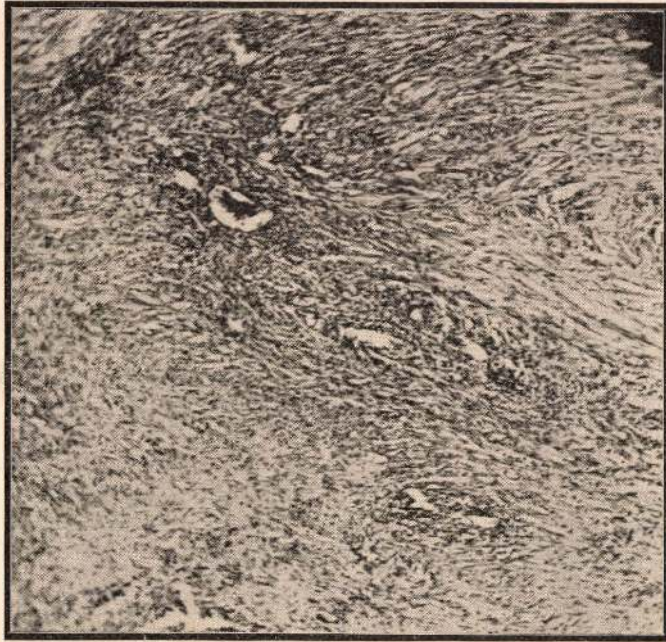
A műtét lelet alapján is infiltráló és a környezetre áttérjedő rosszindulatú daganatra gondolunk és ezért teljes méhkiirtást végeztünk mindkét oldali függelékekkel és a cseplesszel együtt. A féregnyúlvány is oda van növe a daganat-tömeghez; ezt is eltávolítjuk. A hasürt a hüvely felé drainezzük.

Az eltávolított csecsemőfőnyi tömött cseplesz-tumor nem a cseplesz lemezeinek összetapadásából keletkezett conglomeratum, hanem önálló daganat, amely a szomszédos szervekkel összenöve, rosszindulatú daganat benyomását keltette és úgy nézett ki, mintha a cseplesz alsórészeivel csupán másodlagosan kapaszkodott volna össze.

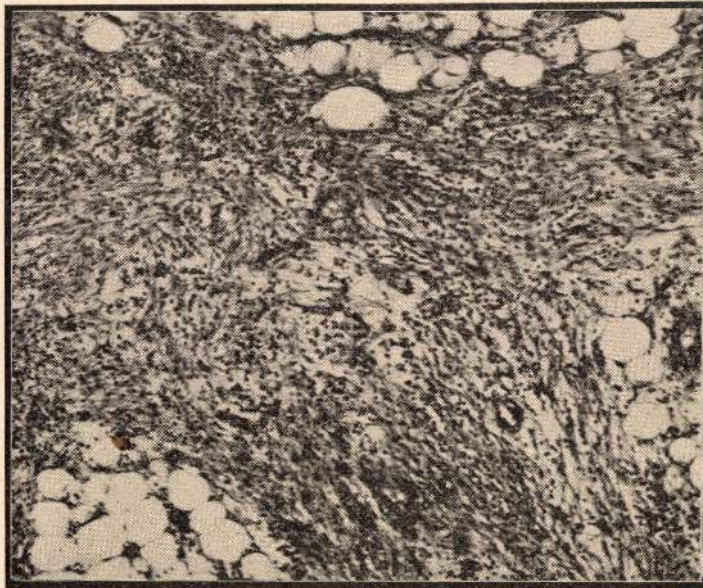
A szövettani vizsgálat derített csak világosságot a különös daganatra, miután az sarjszövetesen átalakult, kiscsömbsejtesen beszűrődött csepleszszövetet mutatott. A sarjszövetben hol inkább a fix kötőszöveti sejtek, hol inkább a vándorsejtek dominálnak. *Sem a lob specifikus jellege, sem rosszindulatúság nem volt megállapítható.* Ez a kép a *Schloffer*-tumor jellegzetes szerkezetének felel meg (lásd 1., 2. és 3. ábrát).

A tubák és a petefészek mindkét oldalt részben reticularis gümős, részben sajtos tbc-s gyulladás képét mutatták. A gyógyulást diónyi hasfali tályog zavarta, mely nem gyógyult teljesen, amidőn 32 nap múlva a beteget házi-kezelésbe bocsátjuk.

Három hónap múlva ellenőrző vizsgálat: a beteg meghízott, panaszmentes; csupán a hasseb felső harmadában a fasciáig terjedő lúdtollszárnyfi fistula maradt vissza, melyet kikaparunk és lapispálcikával megedzünk. A hüvelycsont nem zárt, hanem tojásnyi öblösebb üregbe vezet, melynek fala vérzékeny (az üreg falát sarjszövet tokolja körül).



1. ábra. Kisnagyításos görseői kép a daganat középső részéből. A cseplész szövete teljese lobos sarjszövétté alakult át.

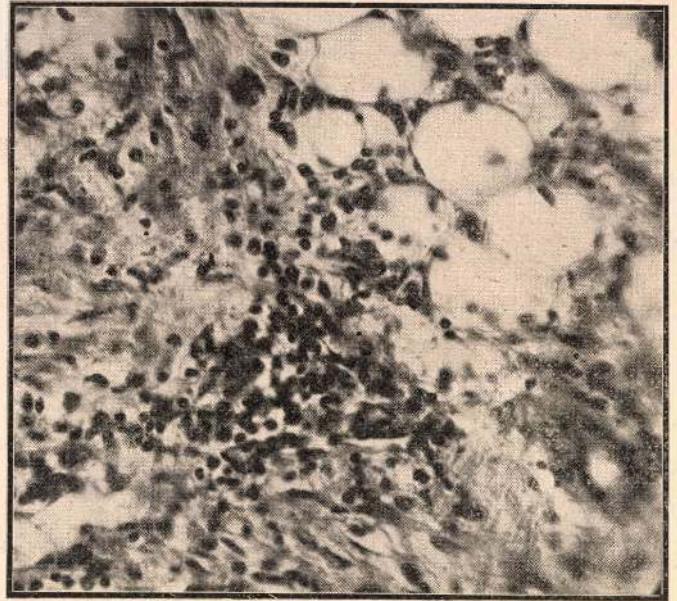


2. ábra. Átnézeti középnagyításos felvétel a lobos cseplész-daganat széli részéből, még ép cseplészszövet-részletekkel.

Öt és fél hó múlva újrafelvétel: a hasfali fistula az előző kitakarítás után három hónappal záródott; de ezután csakhamar az alhas jobb oldalában később ökölnyre növe hasfali süllyedésszerű tályog fejlődött ki, melyet megnyitunk. Ennek genyében baktériumot nem találtunk és a fehérvérsejtek megfestődése is rossz. Egyidejűleg a fistulás hasheget is kimetszettük: a fistulafalban tbc-s elváltozást nem találtunk. Tizenhat nap múlva a beteg még nyílt tályoggyűréssel tanácsunk ellenére hazament. A két év múlva újra vizsgált asszony teljesen egészséges, panaszmentes.

Ezen esetünkben tehát valószínűleg a tbc-s függelék lobosodás váltotta ki a cseplész lobos daganatát, noha abban magában specifikus infectio nem volt kimutatható.

Hogy a luesnek volt-e ebben valamelyes szerepe, azt a szövétvizsgálat nem tudta megállapítani.



3. ábra. Nagy nagyítás a daganat széli részéből, erős kisgömbsejtes beszűrődéssel.

II. esetünk (995/1930. fejl.sz.) szintén 31 éves nő; három rendes szülés (utolsó három év előtt). Előző betegségről nem tud. Félév óta azt veszi észre, hogy alhasában daganat nő; ezóta ott nagy fájdalmakat is érez. Lázas nem volt. Jól fejlett és táplált, egészséges kinézésű nő. Havibaj rendes. A rendes helyzetű és nagyságú méh mellett balra és mögötte a bal függelékekből kiindulónak látszó ökölnyi, kissé egyenetlen felszínű, kemény, tömött tapintatú, tapintásra kissé érzékeny, elég jól mozgatható daganat foglal helyet. Jobboldali függelékek épek. Vörösvérsejtsüllyedés 76 mm. Leukocyta 6400. Észlelésünk hat napja alatt a beteg teljesen láztalan (37 alatt). P. rendes. Baloldali ovariális daganat, vagy régi megnyugodott adnextumor diagnosissal a hetedik napon műtét. A cseplész alsó szakasza tenyérnyi szélességben a kismencedébe lenőtt, kétujjnyira megvastagodott, porckeményen infiltrált. A belek egymással, a fali hashártyával és a nemi szervekkel mindenütt lapszerint összenőttek. A kismencedébeli zsigeri és fali hashártya szintén mindenütt erősen megvastagodott és porckeményen infiltrált, úgy, hogy a baloldali méhfüggelékeket külön felismerni nem lehet. Baloldalt, az odanőtt vastag csepléssel összefüggően, a méh mögé is terjedőleg foglal helyet a környezettel elválaszthatatlanul összenőtt tumor, amelyről műtét közben azt hisszük, hogy malignus daganat, amely azonban a súlyos összenövés, illetve átterjedések miatt nem írható ki. Ezért csupán szövettani vizsgálatra vágunk ki a daganatból egy darabot s a hasat zárjuk. A beteg hassebe itt is kisebb abscessussal gyógyult. A 17. napon quarzkezelés után kibocsátás.

A szövettani vizsgálat, melyet Orsós professor végzett, a rosszindulatúság és specifikus jellegű lob kizárásával tipikus Schloffer-tumor (idült lobos cseplész-daganat) diagnosissal állapította meg, az előző esetünkhöz teljesen hasonló szövettani lelettel.

Betegünk további sorsáról orvosánál levélben érdeklődünk. Kibocsátása után még egy hónapig kellett újra feltört hasfali abscessusát kezelni. Tíz hónappal később teljesen legyengülve ismét ágynak esett, nagy jobboldali alhasi fájdalmakkal, lép- és májmegnagyobbodással. Baloldali vesetáján hátul csecsemőfőnyi tályog keletkezett (extraperitonealis?), melyet orvosa nyitott meg s állítólag coli volt a genyben. Ez a tályog nem is gyógyult többé be, mert a beteg 15 hónappal a klinikai műtét után otthon meghalt. Orvosa szerint a tályog a daganat helyéről kiinduló süllyedésszerű tályog lehetett (?), a halál oka amyloidosis és szívizom-elfajulás lett volna. (Boncolás nem történt!)

Mindkét kórtörténetünkben figyelemreméltó, hogy betegeinken megelőzően nem történt semmiféle műtét. Idegen test, fonál-izgalom, keloid-szerű alkati hajlamos-

ság tehát nem szerepel; és így az igen ritka *elsődleges* Schloffer-tumorokról van szó. Mindkét betegünk hasonló korú; a kórelőzmények is hasonlóak. Az egyiket hasonló mütétet végeztünk és sikerült a daganatos cseplesz-burjánzás okaként függelék tuberculosist találni. Másik, még 1930-ban kezelt betegünkön csak exploratív laparotomia történt s így csupán feltevés marad, hogy itt is nem volt-e jelen a függelék tbc.-s megbetegedése? A klinikai diagnózis azonban mindkettőn még mütét közben is szükségképpen tévedést okozott. Ez, elsődleges Schloffer-tumornál, ahol az előző mütét hege bentmaradt, fel nem szívható fonál feltevésünket nem irányíthatja, csak azon esetben kerülhető el, ha még a mütét közben fagyasztott metszeten szövettani vizsgálatot végezhetünk a mütét esetleges további irányítása céljából.

Mindkét betegünkön feltűnő a rendkívül súlyos klinikai lefolyás, amelyet kedvezően befolyásolt az egyik a sikerrel végzett gyökeres mütét. Sőt meglepő a betegség további lefolyásának hasonlósága Horn idézett esetével is, amelyben szintén minden kezelés ellenére sem gyógyul és tovaterjedő hasfali abscessus, majd hasfali fistulák képződtek, melyek ismételt gyökeres kimetszés után is kiujultak és Röntgen kezeléssel is dacoltak.

A fentiek alapján kétségtelen, hogy a női nemi szervek gümőkórja, mint idült lobos izgalom fenntartója is előidézhet olyan nagyságú, jellegzetesen önálló kórformaként fellépő nem specifikus lobos cseplesz-daganatot, illetve úgynevezett Schloffer-féle tumort, amely már a kórisme felállításakor is a legnagyobb zavarba hozhat bennünket.

Az elkülönítő kórisme szempontjából gondolnunk kell *sugárgombára* is. A klinikai kép bizonyos mértékig hasonló az actinomycosishoz; de ez a geny és a szövetek göröcsövi vizsgálatával kizárható. *Desmoidok* is különösen 25—35 év közötti nőknél fordulnak elő a hasfalban a betegség, előzetes trauma (mütét) után. Ezek rendszeren a köldök alatt, az elülső hasfalban ülnek, élesen elhatároltak, jól elmozgathatók, igen kevésbé fájdalmasak, valamint fehérvérsejtszám szaporodást nem okoznak. Ptotikus vese-, vakbél körüli idült tályog, a sigmabélben vagy más bélszakaszban előforduló bélsárpangás (röntgenvizsgálat után a bismuth-kása körülírt besűrűsödése és elakadása!) mesenterális cysták stb. is utánozhatják a petefészek-daganat klinikai képét. *Rosszindulatú daganat* felvétele ellen legfeljebb az ascites hiánya hozható fel; egyébként azonban csak a szövettani vizsgálat döntheti el biztosan a kérdést.

A *kezelésre* nehéz egységes elvet felállítani. Olyankor, amikor a kórismét meg lehet klinikailag is állapítani, a sebészek egyrésze az egyszerű felszívató, lobellenes eljárásokat elégnék tartja, mert ilymódon a Schloffer-daganatok 50%-a gyógyulna; legfeljebb a daganat megnyitását, a központi idegen test eltávolítását és a tályog kiürítését tartják szükségesnek. Laparotomiák (különösen petefészek daganatok eltávolítása, vagy egyik, a mütétkor épnek talált petefészek visszahagyása) után hónapok múlva a medencében talált daganatok esetén nemcsak daganatkiújulásra, de ártatlan, reactiv alapon létrejött Schloffer-daganatra is kell gondolnunk, amely esetben az újabb mütét felesleges. Főleg elsődlegesen fellépő megbetegedéskor azonban aligha tudjuk elkerülni a diagnosztikai tévedést s így a mütét — legalább exploratív laparotomia alakjában — nem mellőzhető. De a magunk és mások tapasztalatai alapján különben is az a véleményünk, hogy a mütéti kezelés még azon esetben is szükséges, ha a kórismét idejében biztosan meg tudnánk állapítani. Szükségessé teszik a súlyos panaszok és a folyamatnak a conservatív kezelés általi nagyon is kérdéses befolyásolhatósága. A röntgen kezelés, mivel legtöbbször 25—35 év

körüli nőkről van szó, nem jöhet szóba; de az különben sem eredményes (Horn esete). Fontosnak tartjuk azonban, mütét közben a kórismét megfelelően biztosítani, nehogy a folyamatot rosszindulatú daganattal tévesszük össze. Legtöbbször ugyanis — mint a mi eseteink is mutatják — olyan súlyos összenövések vannak jelen, hogy rosszindulatú daganat feltevése mellett csak kiterjedt bélcsonkítások, hólyagresectio stb. s így nagy mütéti veszély árán operálhatnánk gyökeresen. Ettől a kockázatos beavatkozástól lobos csepleszdaganat esetén természetesen tartózkodnunk kell s meg kell elégednünk a tumornak mellékértékek nélküli, nem radikális kihámozásával, illetve resectiójával. Hogy azonban ezt az elkülönítést a rosszindulatú daganatokkal szemben mütét közben megteheszük, szükséges a mütölerem felszereltsége fagyasztó mikrotommal, mely a gyors szövettani vizsgálatot lehetővé teszi és a mütét további tervét már mütét közben irányíthatja. A lobos cseplesz-daganat szöveti képe annyira jellegzetes, hogy az minden további diagnostikus tévedéstől és annak esetleges súlyos mütéti következményeitől megóv.

Irodalom: *Braun:* Langenbeck's A. f. Kl. Chir. 1901. LXIII. 378. — *K. Güttig:* Med. Klin. 1934. 44. 1460. — *Heymann:* Zbl. f. Gyn. 1934. 47. — *Heimann:* Kl. Wschr. 1933. 41. 1628. — *Horn:* Mon. f. Geb. u. Gyn. 1934. 97. 71. — *Hinderfeld:* Zbl. f. Gyn. 1924. 18. 967. — *Nevermann:* Zbl. f. Gyn. 1923. 1009. — *Pommersheim:* Orvosképzés 1931. jún. külön füzet. — *Rueder:* Zbl. f. Gyn. 1934. 47. — *Zeller:* Zbl. f. Gyn. 1924. 41. 2226.

A Kun-utcai Kórház bőr- és nemibeteg osztályának közleménye (főorvos: Brezovsky Emil).

Tízéves kórházi tapasztalatunk a syphilis gyógyítása terén.

Irta: Réffy Ferenc dr., közkórházi alorvos.

Évtizedek óta nem folyt olyan sikeres küzdelem a syphilis ellen, mint a legutóbbi években. S habár az utolsó két évtizedben sok áldásos gyógyszerrel rendelkezünk, mint pl. a salvarsan és a bismuth, mégis minduntalan felvetődik az a kérdés, vajjon mai antiluetikus gyógyszereink elégségesek-e arra, hogy vele a syphilises beteget véglegesen meggyógyítsuk. Tudjuk, hogy a syphilis hosszadalmas betegség s azért pár évi megfigyelés alapján végleges gyógyulásról beszélni nem lehet s amikor a syphilis teljes gyógyulásának lehetősége felől gondolkozunk, egyúttal azt is megállapíthatjuk, hogy a mai chemotherapiás szereinkkel elért eredmények még mindig nem a legtökéletesebbek. Ehhez járul még, hogy a syphilis — hol tünetekkel, hol tünetmentesen — évekig fennállhat, a lappangó szakban a beteg munkaképességét nem befolyásolja s ezért sokan kezeletlenül maradnak, vagy hiányos orvoslásban részesülnek, így tovább fertőznek s tulajdonképpen ezek hiúsítják meg az antiluetikus kúra sikerét.

Az orvostudományok egyik ágában sem oly fontos talán a statisztikai adatok felsorolása, mint a nemibetegségekben, mert ezen bajok éreztetik hatásukat legsúlyosabban a társadalmi életben. Időnként ily statisztikai adatok közlése nemcsak bajmegelőző küzdelem lehetőségére nyújt alkalmat, hanem a gyógyítás szempontjából is hatatos útmutatást adhat.

Ez indított bennünket is arra, hogy a tízéves lueses beteganyagunkon szerzett gyógyeredményeket feldolgozzuk s róla beszámoljunk. Adataimat három szempontból állítottam össze:

*Előadta: a Közkórházi Orvostársulat 1934 november havi tudományos ülésén.

1. átnéztem az összes fekvő és bejáró betegek számát s megállapítottam azok stádiumszerinti eloszlását;
2. összeállítottam a különféle arsenobenzol-készítményekkel kezelt betegek számát, továbbá az egyes arsenobenzol-készítmények alkalmazása közben észlelt mellékhatásokat gyűjtöttem össze;
3. végül, harmadszor, a tíz év alatt szerzett gyógyeredményekről számolok be.

Ha az irodalomban közölt venereás statisztikák közül néhányat átnézünk, úgy látjuk, hogy a syphilis gyakoriságát tekintve a statisztikai adatok az egyes éveknek megfelelőleg feltűnő különbséget mutatnak. A háborút követő első évek jelentékeny emelkedése után minden országban egyidőre csökkenés mutatkozott, különösen a tünetes secundaer szakú megbetegedésekben, mint azt *Fabry, Galewsky, Voigt* és *Jadassohn* statisztikái is közlik. *Spillmann, Gougerot legújabb* adatai szerint Franciaország egyes vidékein is csökkent a frissen fertőzöttek száma. A kedvező számingadozást a szerzők legnagyobb része az eredményes kezelés javára írja. Tény az, hogy a mai salvarsan és bismuth igen hathatós gyógyszere a vérbajnak s mivel kellő felvilágosítás alapján a frissen fertőzöttek legnagyobb része ilyen kezelésben részesült, fertőzőképességük hamarabb szűnik meg. *Jadassohn* a csökkenés okát a salvarsanban s annak megfelelő alkalmazásában látja, mások pedig a bismuth javára írják a friss tünetes syphilis ritkulását.

Az utóbbi években azonban egyes országokban, de különösen hazánkban a csökkenés után ismét emelkedik a frissen fertőzöttek száma, amit különféleképpen magyaráznak. *Duhring* epidemiológiai ingadozásnak tulajdonít jelentőséget s azon a véleményen van, hogy 1918—1920 között oly sokan betegedtek meg syphilisben, hogy számuknak egyideig csökkenni, azután pedig emelkedni kell. Más szerzők felfogása szerint a lueses betegek számának emelkedése más — részben ismert, részben ismeretlen — tényezőben keresendő, melyek közt döntő szerepet visz a fertőzőképes betegek késői jelentkezése s így kezelésbe vétele, míg *Hecht* és *Haustein* szerint a rendszertelen, elhúzódó és hiányos kezelés.

1 a táblázat.

Fekvő lueses betegek száma:

Év	Összes betegek száma	E b b ő l:			Meta-lues	Lues latens
		Lues I	Lues II	Lues III		
1924	328	82	86	14	12	134
1925	275	77	77	15	11	95
1926	332	103	83	9	9	128
1927	334	104	80	7	14	179
1928	579	149	143	13	18	256
1929	609	157	161	10	21	260
1930	476	138	102	6	14	216
1931	606	175	165	7	12	247
1932	417	108	101	5	9	194
1933	284	79	94	2	4	105
Össz.	4290	1172	1092	88	124	1814

Tíz év leforgása alatt a Kun-utcai kórház bőr- és nemibeteg osztályán 4290 fekvő és 9637 ambulans, tehát összesen 13.927 beteget kezeltünk. A fekvő betegek közül első stádiumban 1.172 (27.6%), második szakban 1.092 (25.5%) került kezelés alá. Harmadik szakos syphilis csupán 88 (1.8%) volt. Metaluesszel 124 (2.9%), latens állapotban pedig 1.814 (42.2%) jelentkezett. A járó betegek közül pedig 4.504 (47.4%), friss fertőzéssel vagy második szakban, 4.847 (50.3%) latens állapotban volt,

1 b táblázat.

Bejáró lueses betegek száma:

Év	Összesen kezelt betegek	E b b ő l:		
		Lues I-II	Lues latens	Meta-lues
1924	421	220 50.4%	179 42.3%	22 5.3%
1925	522	218 40.8%	281 54.7%	23 4.5%
1926	902	389 43.1%	500 55.4%	13 1.5%
1927	711	302 42.5%	392 55.1%	17 2.4%
1928	631	337 54.5%	280 43.2%	14 2.3%
1929	952	401 42.1%	527 55.4%	24 2.5%
1930	904	486 53.5%	387 42.9%	31 3.6%
1931	1112	598 53.8%	489 44.1%	25 2.1%
1932	818	408 49.9%	400 48.7%	10 1.4%
1933	2664	1205 45.2%	1412 53.0%	47 1.8%
Össz.	9637	4564 47.4%	4847 50.3%	226 2.3%

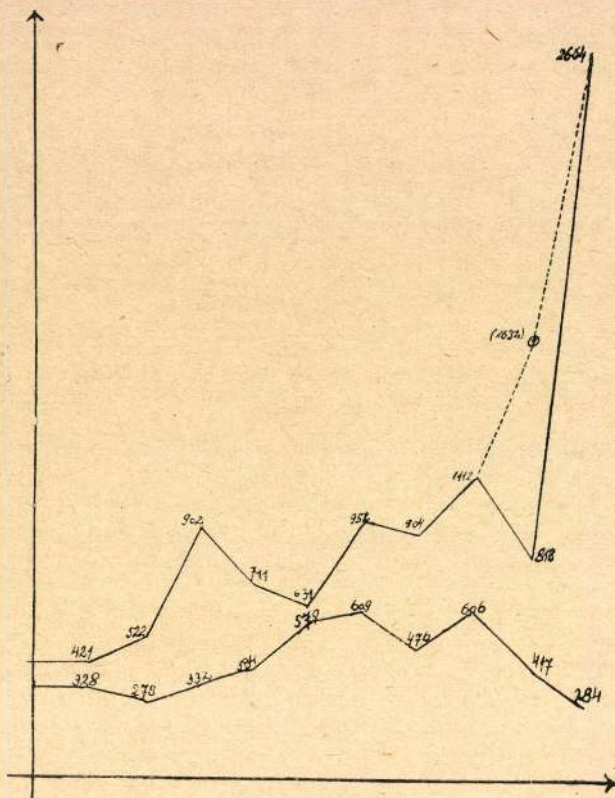
226 (2.3%) metaluesszel került kezelés alá. Amint látjuk, beteganyagunk tekintélyes része latens állapotban kereste fel osztályunkat (42.3%, illetve 50.3%), akik közül igen sokan csak hosszú évekkal fertőzésük után jelentkeztek kezelésre, sőt voltak többen, akik — tünetek hiányában — nem is tudtak vérbajukról. Mivel epidemiológiai szempontból fontosnak tartom annak megállapítását, hogy a betegek miképpen végzik a gyógykezelést, táblázatos összeállítást készítettem fekvő betegeinkről abból a szempontból, hogy rendszeresen vagy hiányosan végezték-e osztályunkon a kezelést.

Összes előírt kúrát befejezte: 1280 = 29.9%		Hiányosan kezeltette magát: 3010 = 70.1%			
Gyógyulás biztos, kontroll vizsgálat	Gyógyulás valószínű	1/2 kúrát	1 kúrát végzett	2 kúrát	több kúrát
610 = 47.7%	670 = 52.3%	215 = 7.1%	580 = 19.3%	465 = 15.4%	1750 = 58.2%

A táblázat szerint a 4.290 beteg közül csak 1.280 beteg (29.9%) fejezte be osztályunkon teljesen a kezelést, míg a fennmaradó 3.010 (70.1%) az előírt szükséges kúrák letétele előtt kimaradt, illetve a legjobb esetben más intézetben folytatta a kúrát. Osztályunkon hiányosan kezeltetett 3.010 beteg közül az első kúra befejezte előtt távozott 215 (7.1%), egy kúrát 580 (19.3%), két kúrát 465 (15.4%) végzett; több kúrát kapott ugyan, de a gyógyuláshoz szükséges kezelés teljes befejezése előtt távozott 1.750 (58.2%). Feltételezhető, hogy 3.010 beteg közül sokan voltak olyanok, akik más rendelésen kezeltették magukat, de valószínű az is, hogy sokan — tünetek hiányában — kezeletlenül maradtak. Ez pedig maga után vonja a fertőzőképesség hosszabb ideig való fennállását s így alkalmas arra, hogy a syphilis elterjedésében ingadozásokat okozzon, mint azt osztályunk luesgörbéje is mutatja.

Ha osztályunk fekvőanyagát mutató görbét megnézzük, az 1924—27-ig csökkenést, 1928-tól pedig kisebb-nagyobb ingadozással ugyan, de egyenletes emelkedést mutat 1932-ig. 1932 óta látható csökkenés osztályunk kevesebb beteganyagával magyarázható, míg a járóbetegeknél 1932 és 1933-ban ugrásszerű emelkedés észlelhető, jóllehet 1932-nek csak az első felében volt bejáró rendelésünk. Az egész évre vonatkozó görbét a szaggatott vonal mutatná; feltéve, hogy a második félévben is ugyanannyi beteg jelentkezett volna. Az 1928—29-től osztályunkon észlelt emelkedést leginkább azzal magyarázhatjuk, hogy osztályunk beteganyaga a legszegényebb néprétegből került ki, akik közül sokan a rosszabb gazdasági helyzet miatt vagy hanyagságból csak a tünetek elmúlásáig,

azonban mindig rendszertelenül vagy hiányosan gyógyították magukat.



Ami az egyes készítményeket illeti, mondhatjuk, hogy ezen tíz év alatt majdnem az összes eddig forgalomba kerülő luesellenes szert kipróbáltuk. Az érbe adható arsenobenzol-készítmények közül neosalvarsant 1255, novarsenobenzol Billon-t 470, neosalutant 893, Revival-t pedig 1357 esetben adtunk. Az izomba adható készítmények közül myosalvarsant 48 esetben, neoiacol liquid-et 77, solusalvarsant pedig 70 betegnek alkalmaztunk. A francia gyártmányú ötvegyértékű acetylarsant 50 esetben, végül a még forgalomba nem hozott, de kipróbálás alatt álló magyar gyártmányú Panarsol-t, mely az arsenobenzol oxymethylensulfonál natriumsója s a solusalvarsanhoz hasonlóan érbe is, izomba is adható, 70 betegünknek adtuk.

Mivel az egyes készítmények közt lényeges eltérést nem találtunk, azért a különféle szerek gyógyhatásának részletes ismertetése helyett az egyes arsenobenzol-készítmények alkalmazása kapcsán mutatkozó ártalmakról készítem százalékos összeállítást. A készítmények ilyen összeállítására kitűnő alkalmat ad osztályunk nagy syphilitikus beteganyaga. Az egyes ártalmak számszerű adatait a következő táblázat tünteti fel:

Eszerint láz, hányás, angioneurotikus tünetek legtöbb esetben novarsenobenzol Billon és neosalvarsan után, legkevesebbszer pedig az izomba adható készítményeken kívül a Revival alkalmazása közben észleltünk.

Ezen kellemetlen tünetek okairól a vélemények még ma is eltérnek. Az adag nagysága, az anyag nem tökéletes előállítása, haemoklasiás krízis lehet a tünetek oka. A nitritoid krízis keletkezésében Müller a zsigeri idegrendszer izgalmi állapotának, Milian alkalmi tényezőknek tulajdonít jelentőséget.

Az arsenobenzol-készítmények adagolásakor a leggyakrabban előforduló komolyabb szövödmény a dermatitis, mely lehet futólagos bőrpír, vagy hosszabb bőrlöb. A feltüntetett ábra szerint neosalvarsan után 2%, novarsenobenzol B. után 1.7%, neosalutan után 1.4%, Revival után 0.8%-ban láttunk súlyosabb lefolyású dermatitist. Az intramuscularisan adható készítmények közül pedig a legnagyobb százalékban solusalvarsan (2.9%), myosalvarsan (2.8%) után, míg acetylarsan és panarsol alkalmazása után eddig nem észleltünk. Ezen dermatitis okát egyesek (Hanck, Kusnitzki, Silberstein stb.) közvetlen arsenhatásnak, mások egyéni túlérzékenységgnek (anaphylaxiának) tartják. Felteszik még az absolut vagy relativ túladagolást, az arsenobenzolok helytelen gyári előállítását. Stühmer szerint az így keletkezett mérgező oxydatiós termékek — az oxydtoxink — idézik elő a dermatitist, Hoffmann szerint a máj méregtelenítő tevékenységének elmaradása, t. i. a máj bántalmazottsága folytán mérgek keletkeznek, melyek a bőrön fejtik ki hatásukat.

Az utóbbi évek megfigyelése szerint a súlyosabb dermatitisek, melyek az epithelben játszódnak le, kedvezően befolyásolják a syphilis lefolyását, különösen a positiv seroreactiót. Buschke és Freymann szerint lehet, hogy ilyenkor az epithel fajlagos védőanyagot termel, lehet azonban, hogy csak a fokozott fehérjeszételési termékek szerepelnek jótékonyan. Egyes szerzők (Lesser, Langer) a súlyos bőrgyulladásal járó, napokig tartó láz szerepére is gondolnak. Seropositív, még tünetes vagy csak néhány injectióval, tehát elégtelenül kezelt beteginken a dermatitis lezajlása után mi is gyakrabban észleltük a Wa. R. negatívvá válását, ami megfigyelésünk szerint évekig tartott. Egy esetben azonban — Wirz esetéhez hasonlóan — a dermatitis lezajlása után lueses papulák jelentkeztek, melyek csak bismuth-készítményekre tűntek el.

Mióta az arsenobenzol-készítményeket használjuk, gyakrabban észleljük a syphilisszel kapcsolatos sárgaságot is. Más-más szerzők óriási beteganyagairól készült statisztikai adatok szerint a syphilitikus icterusok százalékszámára 1.5%, tekintet nélkül a fertőzés idejére, kezelt vagy nem kezelt voltára. Osztályunkon ez a százalék 0.8—2.5% közt váltakozik, az egyes arsenobenzol-készítmények szerint. Legnagyobb százalékban (2.5%) fordult

MELLÉKTÜNETEK.

A szer neve	Láz	Angioneurot. tünetek	Hányinger	Erythema	Dermatitis	Icterus	Enkeph. haemorrhagica	Purpura
Neosalvarsan	210 (16.7%)	27 (2.2%)	108 (8.5%)	29 (2.4%)	25 (2.0%)	24 (1.9%)	—	2 (0.1%)
Novarsenobenzol	95 (20.1%)	20 (4.3%)	80 (16.7%)	15 (3.2%)	9 (1.7%)	11 (2.5%)	—	1 (0.1%)
Neosalutan	110 (12.3%)	10 (1.1%)	101 (11.3%)	14 (1.5%)	12 (1.4%)	15 (1.6%)	—	1 (0.1%)
Revival	109 (8%)	16 (1.2%)	98 (7.2%)	12 (0.9%)	10 (0.7%)	11 (0.8%)	1 (0.1%)	2 (0.1%)
Neoiacol	2 (2.7%)	—	—	—	1 (1.3%)	1 (1.3%)	—	—
Myosalvarsan	9 (17.5%)	—	—	1 (2.1%)	1 (2.1%)	1 (2.1%)	—	—
Solusalvarsan	8 (11.4%)	—	—	1 (1.4%)	2 (2.9%)	—	—	—
Acetylarsan	—	—	—	1 (2.0%)	—	—	—	—
Panarsol	3 (4.3%)	—	—	1 (1.4%)	—	—	—	—
Összesen:	546	73	387	74	60	63	1	6

elő a novarsenobenzol, 2%-ban a neosalvarsan után, legkisebb százalékban pedig a revival (0'8%) után.

A syphilitis sárgaságok két nagy csoportra oszthatók, aszerint, hogy a spirochaeta pallida mérgei vagy pedig a gyógyszerek okozzák-e. A korai lueses icterus *Buschke* szerint diffus parenchymás májmegebetegedés; legvalószínűbb oka a spirochaeták toxinjaiban keresendő, melyek hirtelen felszívódva, a májsejteket bántalmazzák. A korai sárgaság egyesek szerint nem más, mint egy Herxheimer reactio. Bizonyosságot ilyenkor az óvatos antiluetikus kezelésre mutató javulás ad. A későbbi befecskendések során jelentkező icterus esetén valószínű az intoxicatio lehetősége, különösen olyankor, mikor a sárgaság előtt láz, hidegrázás, vagy angioneurotikus tünetek voltak észlelhetők.

Arsenobenzol icterusban a therapia legfontosabb kérdése, hogy a sárgaság megjelenése után adhatunk-e tovább arsenobenzol-készítményeket. A kúra elején mutató icterusban kellő óvatossággal adhatunk bismuthot s később, az icterus lezajlása után, arsenobenzol-készítményeket is. Eleinte kisebb adagot, esetleg intramuscularis készítményt. A kúra alatt jelentkező icterusra megszakítandók az arsenobenzol-készítmények, sőt egyideig a bismuth-készítmények is, csupán jó adható. A jók ilyenkor két célt szolgálnak:

1. fokozza a szövetek átteresztőségét s ezzel elősegíti a mérge kiürülését;

2. másrészt pedig, mivel arsenobenzol-készítmények nem adagolhatók s a bismuthnak, mint nehéz fémsónak hatása nem közömbös a májra, jóddal specifikus hatást is érhetünk el. Lefolyt súlyos májbántalmak esetén egyesek (*Pulvermacher*) még vitális javallat alapján sem ajánlják a salvarsan további adagolását. Mások és a mi tapasztalatunk szerint a késői sárgaság lezajlása után óvatos arsenobenzol-kezelés minden újabb kár nélkül végezhető, különösen, ha az újabb kezelést hosszabb szünet előzte meg vagy más arsenobenzol-készítményre térhetünk át.

A bismuthnak sárgaságot okozó szerepéről nem igen van tudomásunk, sőt kedvező a korai syphilitis sárgaság lefolyására, amit két, második szakban támadt atrophia hepatis flava esetünk is bizonyít: a betegek diatétás kezelése mellett csupán bismuthra meggyógyultak.

Az intravenás arsenobenzol-készítményekkel kapcsolatban jelentkező harmadik súlyos elváltozás: a különféle haemorrhagiák, melyek megjelenhetnek az agyban, amikor az enkephalitis haemorrhagica súlyos kórképét okozák, azonkívül a bőrön és a nyálkahártyákon purpurák alakjában. Az osztályunkon enkephalitis haemorrhagica egy esetben (Revival után), purpura pedig ötször fordult elő, mégpedig kétszer neosalvarsan, egyszer novarsenobenzol B., egyszer neosalutan és két esetben Revival után. A vérzések okát itt is legtöbbször (*Lube, Wechselmann, Obermüller, Géber*) az arsenobenzol mérgezésben kerestek. Enkephalitis haemorrhagica esetében sokszor napokkal a salvarsan adása után fejlődik ki a vérzés, a többi esetben egy-két órával az injectio után jelennek meg a vérzések, általános tünetek, hidegrázás, láz, hányinger, főfájás kíséretében. Ezen hirtelen támadó nyálkahártya és bőrvérzéseket az enkephalitis haemorrhagicától teljesen elkülönítve anaphylaxiás eredetűnek tekintjük s okát a véretek falának múlt elváltozásában kereshetjük. Ezen elváltozást magyarázhatjuk a salvarsannak, mint antigennek a fibrinogénre, thrombinra, prothrombinra való hatásával vagy az érfal átteresztőképességének fokozásával (*Lavergne, Bize*). A vérképen ilyenkor semmi különös elváltozás nincs, a thrombocyták száma rendes, csupán az alvadási idő lassúbbodott meg. Ezen vérzések elkülönítendőek a hosszas lefolyású, súlyosbodó anaemia

perniciosa postarsenobenzoicától, valamint a *Franck* leírta súlyos vérelváltozással járó, halálos aleukia haemorrhagicától, melyet egy esetben mi is észleltünk Revival kúra befejezése után, amikor a vörös és fehér vérszámok, thrombocyták lényeges megfogyása (80'0% lymphocytosis) mellett nyálkahártya és bőrvérzések közben állt be a halál.

Végeredményben megállapíthatjuk, hogy az arsenobenzol intoxicatiók nemcsak a szertől, hanem a szervezettől, ennek reakcióképességétől, illetőleg túlérzékenységétől is függenek. Sok esetben a baj kifejlődésére az adagnak is nagy befolyása van. Nagy egyszeri adagok után sokkal gyakrabban láttunk szövödményt, mint azt a kolni salvarsanstatistika is megállapította. Ezért mindig egyéni kezelést alkalmaztunk s mindig tekintettel voltunk a beteg szervezetére, korára, a betegség súlyosságára és lefolyására. Arsenobenzol-készítményekből három-négy naponként 0'15-től kezdve 0'30—0'45 gr-mal folytatva 8—10—12 injectiót adtunk. Összes mennyiségben férfiaknak 4'5—5'0 gr-ot, nőknek 4'0—4'5 gr-ot adtunk, kiegészítve hazai bismuth készítményekkel (*Bismosalvan, Bizol, Neobismosalvan, Pentabi stb.*).

Az orvosra akkor hárul a legnagyobb felelősség, amikor a syphilitis kezdő jelenségével, a primaer sclerosissal áll szemben, mert ilyenkor szakszerű kezeléssel nemcsak a beteget szabadíthatja meg végleg bajától, hanem a környezetét is megóvhatja a fertőzéstől. Minél korábban s minél erélyesebben végezzük az abortív kúrát, annál inkább számíthatunk biztos gyógyulásra. Ilyen esetekben legtöbbször egyetlen erélyes kúrával sikerül a syphilitist teljesen meggyógyítani. A szerzők többsége azonban abortív orvoslás esetében is több kúrát ajánl. Így *Finger, Jedassohn* két vegyes kúrát; *Buschke, Guszmann* három, mások négy, öt kúrát ajánlanak. Osztályunkon abortív kezelés esetében három vegyes kúrát végeztünk s az így kezelt betegek teljes gyógyulását — *Blochnak* 12 évre visszamenő ellenőrző vizsgálatai alapján — jogunk van feltételezni. Ilyenkor azonban seroreactionnak a kezelés alatt sem szabad soha pozitív eredményt adni, mert akkor sikeres abortív kúrára nem számíthatunk. Ha a seroreactio a kezelés alatt pozitívra vált, vagy ha a szervezet az injectióra lázzal felelt, vagy a bőrön Herxheimer-reactio jelent meg, akkor az abortív kúrától teljes gyógyulást nem várhatunk s ily esetben az alább közölt s második szakban szokásos kezelést alkalmaztuk. Seropositív lues I és lues II esetében a arsenobenzol-készítményeket mindig bismuthtal vegyesen adtuk s minden esetben két év leforgása alatt öt vagy hat antilueses kúrában részesítettük betegeinket, amennyiben ezen idő letelte után a Wassermann-reactio tartósan negatívvá vált. A legtöbb szerző II. szakban — a Neisser-féle chronikus megszakításos kezelés helyett — kiadós és rövid időközökben (öt-hat hét) történő kúrákat ajánl, a *Hoffmann-féle* »háromkúra«-rendszer alakjában. *Hoffmann* a korai gyógyulás érdekében arra törekszik, hogy addig, míg a spirochaeták nem telepedtek le a központi idegrendszerben, a syphilitis szervezet a legrövidebb idő alatt a teljes gyógyuláshoz elegendő salvarsan mennyiséget kapja meg s így a salvarsan megszokás veszedelme sem fenyeget annyira. Azonban a kizárólagos salvarsan-kezelés a syphilitis másodlagos szakában nem előnyös, mert ma már világosan láthatjuk, hogy antiluetikus szereink gyógyító hatását a védőanyagok fokozott termelése szabja meg s a gyógyulás mindenkor csak a szervezet közreműködésével történhet. Eppen azért *Zumbusch, Oppenheim* előbb néhány bismuth injectiót ad e szakban s csak azután salvarsant. A harmadik szakban összes mennyiségben ugyanannyi arsenobenzolt adtunk betegeinknek, mint a második szakban, legfőképpen az egyéni tűrőképességhez mérten

kisebb adagokban, míg a védőanyagtermelést fokozó bismuth-készítményekből mindig többet (18—20 injectiót). Az egyes kúrák közötti szünetben pedig jódot adtunk, mely a szervezetet átmosó, a sarjszövetet felszívó tulajdonságával a következő kúrára a talajt mintegy előkészítette.

Az egyes arsenobenzol-készítmények hatásának tartóssága, a tünetekre és a seroreactióra gyakorolt hatás tekintetében a készítmények közt lényeges eltérést nem találtunk, amit bizonyít az is, hogy határozott reinfectiót — mint az előbbi fertőzés gyógyulásának bizonyítását — mindegyik érbe adható készítmény alkalmazása után észlelhettünk, mégpedig neosalvarsan, Revival után négy-négy esetben, neosalutan, novarsenobenzol Billon után egy-egy esetben.

Késői lappangó szakban csak a kórelőzmény, továbbá a sero- és liquor-reactiók nyújtanak támpontot a beteg állapotára nézve. A két reactio pedig — különösen a serumé — a fertőzés utáni esztendőkből váltakozik, aszerint, amint a kezelés kedvezően befolyásolja, de nem ritkán újra pozitívá lesznek s tudjuk, hogy ilyenkor a legerélyesebb kezelésre sem enged positivitásuk, jóllehet idegrendszeri elváltozások később sem mutatkoznak. Ilyen beteg kezelése antilueticummal céltalan, mert sokszor a salvarsan és bismuth végtelen adagolása még csak ront a helyzeten s az egyetlen tünet: a pozitív Wassermann-reactio továbbra is pozitív marad. *Nékám* szerint azért sohase a Wa. r.-t, hanem mindig a beteget kezeljük. *Beinhauer* thyosulfátot, mások pedig nem specifikus kezelést ajánlanak ilyenkor, mire a Wa. r. számos esetben negatívvá válhat, mert a thyosulfat kimossa a sejtekből a felhalmozott fémekeket, melyek a sejtek reactióját bénítják, a nem fajlagos anyagok pedig a szervezet védekező erőit növelik meg.

Lappangó szakban fontos a liquor Wassermann vizsgálata is. *Kyrle* szerint a liquor már pozitív lehet (70—75%) a II. szakban is. Az ilyen pozitív liquor legnagyobb része (90—100%) önként vagy kúrák hatása alatt negatívvá válhatik, azonban az esetek egy részében újra pozitívá lehet. A fertőzéstől számított harmadik-negyedik esztendőben dől el véglegesen a liquor sorsa s ezt a késői pozitív liquort, úgy, mint a késői Wa. reactiót, bármily erélyesen kezeljük is, csak ideiglenesen tudjuk megjavítani.

Ami már most a mi statisztikánkat illeti, azt tapasztaltuk, hogy a Wa. r. — ha a syphilis egyévesnél fiatalabb volt — már egy vagy két kúra után 90—100%-ban negatív eredményt adott. Syphilissel régebben fertőzött (1 évesnél idősebb) 420 beteget figyeltünk meg, ezek közül a reactiók ismételt erélyes kúrákra negatívvá lettek 274 esetben (65.2%), javultak 122 esetben (29.1%), változatlanul maradtak 24 esetben (5.7%). Ezen 420 idősebb lueses beteg közül 178-nak (42.4%) volt pozitív a liquorja. A 178 pozitív esetünk liquorja negatív lett 92-szer (51.6%), javult 74-szer (41.6%), változatlan maradt 12 esetben (6.8%). Általában minél idősebb volt a lues, annál kedvezőtlenebb volt az eredmény.

Késői lappangó lues és metalues esetekben, amikor a serum és liquor ismételt antilueses kúrákra is pozitív volt, megkíséreltük a *Wagner* és *Finger* által bevezetett maláriás és más nem specifikus kezelést is és azt tapasztaltuk, hogy specifikus kezelés lázzal összekapcsolva igen jó hatású a lues lefolyására. Régi tapasztalat bizonyítja a láz kedvezőségét a lueses tünetekre, mert vele a szervezet védekező erőit mozgósítjuk s a salvarsan számára a talajt mintegy előkészítjük. A kezdetben elért eredmények oly kitünőek voltak, hogy számos szerző javallását a korai syphilis-esetekre is kiterjesztette. Azonban az irodalom mai adatai szerint a maláriás kúra csak

a tartósan pozitív liquor esetében és az idegrendszerbeli megbetegedésekben javallt, azoknak klinikailag megállapított tüneteire gyakorolt kedvező hatást, mégpedig a klinikai tünetekre sokkal gyorsabban, mint a liquorra. Második szakban vagy primaer sclerosis esetén a láznak ez a kedvező hatása nem mindig nyilvánul meg s a szerzők (*Berde, Bering* stb.) majdnem egyöntetű véleménye szerint a korai syphilis maláriás kezelése még a bőr-recidivákat sem képes meggátolni.

Itt említem meg a Rajka által ajánlott, sajátvér-therapiával kombinált fénykezelést is. Már a XV. században, a syphilis kitörésekor észrevették, hogy a meleg, a napfény által előidézett bőringerek kedvezően befolyásolják a syphilis elleni védekezést. Ma már kétségtelen, hogy a bőrnek fontos szerepe van a fertőző betegségek elleni küzdelemben, mert a benne lefolyó reactio immunisáló hatással van az egész szervezetre. Ily kezelési móddal oly makacs tabeses és pozitív Wa. r.-t mutató esetekben, amelyek chemotherapiával nem voltak befolyásolhatók, mi is jó eredményeket értünk el. Kezelésünk alapelve az volt, hogy mind a kezdeti, mind a későbbi szakban általában erélyes kezelésben részesítsük betegeinket, mert így valószínűbb, hogy neurorecidiva nem támad. Ugyanis még a közelmúltban is vita tárgya volt, hogy a syphilis késői idegtünetei a salvarsan hatására vezethetők-e vissza, amit azzal magyarázhatunk, hogy erélyes korai kezeléssel a szervezetben a természetes védekező erők kifejlődését megakadályozzuk (*Willmans*). A kérdésre a szerzők másik nagyobb része (*Kolle, Scharnke, Hecht, Hoffmann* stb.) tagadólag válaszol, ugyanis megállapították, hogy a salvarsannak ily eltérítő hatása nincsen. Tény, hogy mai gyógyszereinkkel a metalues kifejlődését teljesen meggátolni nem tudjuk, mégis, ha az idevonatkozó statisztikát átnézzük, azt látjuk, hogy sokkal nagyobb százalékban fordul elő azon betegeken, akik egyáltalán nem, vagy hiányosan kezelték magukat, mint a jól kezeltelen. *Salus* szerint a metalueses betegek kétharmada kezeletlen volt, vagy hiányos kezelésben részesült. *Pinkus* 1.9%, *Arzt* 2.5%-ban talált csak erélyes kezelés mellett neurorecidivát. A régebbi *Mattauschek*—*Pilez*-féle statistika adatai szerint is erélyes kezelés mellett ritkább a következményes megbetegedés. Osztályunk tízéves beteganyagának áttekintése után mi is csatlakozunk azon felfogáshoz, hogy az erélyes salvarsan-kezelés nem szaporította a metaluesek számát s idejében alkalmazott és évekig tartó rendszeres, alapos kezelés esetén aortitist, tabest és paralyisist nem láttunk betegeink közt kifejlődni. Hiányos kezelésért pedig nem egyszer a kezelőorvost, vagy a beteget megtevesztő negatív Wa. r. tehető felelőssé. Ugyanis sok esetben tapasztaltuk, hogy alacsonyabb értelmű betegeink — bármily gondos tanáccsal láttuk is el őket — ha meg tudták, hogy Wa. reactiójuk az első kúrák egyike során negatív lett, tovább nem kúráztak s ha későbbi vérvizsgálat történetesen ismét negatív eredményt adott, akkor a következő recidiváig, vagy a Wa. r. pozitívá válásáig nem jelentkeztek kezelésre.

Végül még röviden a világrahozott lues megelőző kezelését említem meg. Ugyanis az utóbbi évek irodalmának egyöntetű véleménye alapján (*Guszmann* stb.) az arsenobenzol-kezelés itt fejti ki legerélyesebben a hatását. Míg az anya kezeletlen syphilise nagy veszélyt jelent a magzatra, addig szakszerű orvoslással 100%-ban meg tudjuk védeni a magzatot a luestől. Nagy haladás e téren *Hoffmann*-nak az a tétéle, hogy a syphilis a magzatra csak a terhesség második felében (negyedik hónap végétől) megy át, amikor a terhesség legtöbbje már orvoshoz fordul. Ilyenkor még nincs késő, mert a rögtön elkezdett kezeléssel két antilueses kúrában részesíthetők az anyák,

amit azután lehetőség szerint a terhesség egész ideje alatt — rövid megszakításokkal — folytatni kell. A therapia főtényezője ily esetekben a »salvarsan«, ezt mellőzni csak igazán életbevágó javallat alapján szabad. Boas statisztikai adataiból tudjuk, hogy salvarsannal nem kezelt terhesek magzatának fertőződése háromszor nagyobb, mint azoké, akik ilyen kezelésben részesültek. Ezért a terheseket osztályunkon erélyes vegyes kezelésben részesítettük még akkor is, ha a Wa. r. már negatív volt, vagy ha az összes előírt kúrát elvégezték, vagy ha az előző terhességük alkalmával történt kezelés folytán már egészséges magzatot szültek s ily módon nekünk is sikerült *Klaften* statisztikájához hasonlóan 100%-ban egészséges gyermekek születését biztosítanunk.

Az elmondottakban igyekeztem összefoglalni tízéves kórházi tapasztalatunkat a syphilis terapiáját illetően, anélkül azonban, hogy ezen zárt körre — egy osztályra — vonatkozó statisztikai adatokból végleges következtetést vonnánk le a kezelés, illetve a gyógyulásra vonatkozólag. Amint látjuk, az alkalmazott gyógyszer hatása nagymértékben függ az egyéntől és a betegség korától. A célszerű kezelésnek két feladatot kell teljesítenie: 1. alkalmazni a megfelelő gyógyszert; 2. gondoskodni a szervezet legelőnyösebb biológiai minőségéről. Míg az arsenobenzol-készítmények közvetlen spirillocid hatásúak, addig a bismuth és jód a syphilis sarjszövet áthangolását, felszívódását, fajlagos védőanyagok képzését segíti elő s így — indirect úton — fejt ki hatását a spirochaetákra. A helyes gyógykezelés tehát a szervezet természetes védekezésének kifejlesztésén alapszik. Azonban a szervezetnek ezen immunbiológiai tevékenysége a syphilisben még nagyon vitás. Egyesek szerint a korán megkezdett chemotherapy kezelés ártalmasan befolyásolhatja az immunfolyamatokat, mások szerint a legerélyesebb korai kezelés sem szünteti meg a már egyszer kifejlődött immunitást (*Kolle*). Egyesek elismerik a korai kezelés immunitást gátló hatását, de ennek okát a fertőzés gyógyulásában látják. *Nékám* is az immunitásban látja a jövő kezelési módot. Szerinte syphilisben a tökéletes gyógyulást csak akkor érhetjük el, ha a szervezet immunitását oly fokig tudjuk emelni, hogy a kórokozó *spirochaeta pallida* saprophytává alakul át. Addig, míg ezt el nem érjük — minden kétségen felül — a fajlagos hatású salvarsan uralja a kezelést, mely a syphilis terapiájában alkalmazott többi gyógyszerrel, valamint az újabb keletű láz- és proteintherapia segítségével a valószínűség határáig megközelíti a syphilis gyógyulásának lehetőségét.

A Pázmány Péter Tudományegyetem III. belgyógyászati klinikájának közleménye (igazgató: báró Korányi Sándor ny. r. tanár; röntgenlaboratorium-vezető: Ratkóczy Nándor c. rk. tanár).

A mellékvesetájék röntgenbesugárzásának szerepe a hypertensio csökkentésében.*

Írta: Gaál András dr., egyetemi tanársegéd.

Amióta ismeretes a mellékvesehormon systolés nyomást emelő hatása, illetőleg amióta a kóros nyomásemelkedés okát sokan részben vagy egészben a mellékveseműködés kóros fokozódásában keresik, azóta az a gondolat is kézenfekvő, hogy az emelkedés a mellékveseműködés befolyásolásával csökkenthető. Ily célzattal már eddig is a legkülönbözőbb módokon megpróbálkoztak a mellékveseműködés befolyásolásával. A megpróbált módszerek egyik legfontosabbika kétségtelenül a mellékvesék röntgenbesugárzása.

* Az 1933. évi magyar orvosi nagyhéten megtartott előadás alapján.

Ez alkalom nem megfelelő azon kérdés megtárgyalására, hogy vajon helyes volt-e a kiinduló gondolat, amely a kóros nyomásemelkedés eredetében a mellékveseműködés kóros fokozódásának oly fontos szerepet tulajdonít, vagy nem. Itt csupán azt szögezzük le, hogy számos észlelet szerint a mellékvesék röntgenbesugárzása az emelkedett nyomás kisebb-nagyobb mértékű, hosszabb-rövidebb ideig tartó csökkenésére vezetett.

Az eljárás eredményessége ez esetben — egyéb megbetegedések röntgenkezeléséhez hasonlóan — a röntgensugár roncsoló képességére épül. A röntgensugár e képessége mellett azonban még az is szükséges a cél eléréséhez, hogy a mellékvesesejtek a környező egyéb szöveti sejteknél nagyobb sugárérzékenységgel bírjanak (mint pl. Basedow betegség esetében a fokozottan működő pajzsmirigysejtek), egyébként a környező sejtek sérülése nélkül nem befolyásolhatók a hatás eléréséhez szükséges mértékben. E nagyobb sugárérzékenység jelen esetben a mellékvesesejtek kórosan fokozottan feltételezett működése által van adva, amint u. i. ismeretes, a sejtműködés intenzitásával a sejtek sugárérzékenysége egyenesen arányos.

Többen kétségbevonják, hogy a röntgenbesugárzásnak egyáltalában van hatása a mellékvesesejtekre. A hatás létrejövetelének egyik legjobb bizonyítéka, hogy — amint ezt később részletesen vázolandó saját irányú kísérleteink is alátámasztják — a mellékvesetájék intenzívebb megsugárzása után még egészséges szervezetekben is előállhat kisebb mértékű átmeneti hyperglykaemia és systolés nyomásemelkedés.

Mások a röntgenbesugárzásnak a mellékveséhez tartozó és ugyancsak sugárhatás alá kerülő vegetatív idegtörzsekre és idegközpontokra kifejtett hatásával azonosítják az eredményességet. E feltevésnek az az — eddig legalább általános értékűnek — ismert tapasztalat szól ellene, hogy az ép idegszövet, mint az emberi szervezet egyik legreszistensebb szövetfélése, azon aránylagosan kis adagokkal, amik mellékvese megsugárzás alkalmával az oly mélyenfekvő idegtörzsekhez és idegközpontokhoz eljutnak, nem befolyásolható érdemlegesen. Ugyanily megítélés alá esik véleményünk szerint az a felfogás, amely a nyomás csökkenését a megsugárzott bőrterületbeli paraszimpátiikus végződések röntgenhatásra beálló bennulásának tulajdonítja.

Ismét egy másik felfogás a sugárzás következtében beálló sejtszétérés, illetőleg az ily módon véráramba került fehérjeanyagok hatásával azonosítja a kórosan emelkedett nyomás csökkenését. E feltevés kiinduló pontja *Lewy-Doorn*, *Weinstein* azon észlelése volt, hogy egyéb testfelületek megsugárzása után is csökkenhet a nyomás. A sejtszétérésből származó különböző anyag hatására tényleg beállhat egy bizonyos mértékű nyomáscsökkenés, hiszen a lázkezelés mechanizmusából tudjuk, hogy különböző fehérje (histaminszerű) anyagok közvetett (agyi központokon keresztül), esetleg közvetlen úton (a peripheriára kifejtett értágító hatás útján), valóban csökkenthetik a nyomást. Az ily hatás azonban — amint tapasztalatokból tudjuk — csak jelentéktelen mértékű és csak átmeneti; sokszor csak néhány óráig, esetleg néhány napig tart. A mellékvesetájék megsugárzása alkalmával természetesen szintén létrejöhét fehérjehatás, — hiszen minden sugárzás alkalmával nagy a fehérjeszétérés — ez a fehérjehatás azonban szintén csak jelentéktelen mértékű és rövid ideig tartó. Az eredmény elbírálásakor ennél fogva ez a lehetőség is legfeljebb oly mértékben jöhet számításba, mint aminő fehérjehatás bármely vérbő, esetleg sejtdús és fokozott működést mutató szerv (máj, lép, stb.) megsugárzása alkalmával mutatkozik.

Ha a vélemények eltérők is a mellékvesetájék megsugárzása utáni nyomáscsökkenés létrejövetelének mechanizmusa felől, a tekintetben megegyeznek a tapasztalatok, hogy a mellékvesetájék röntgenbesugárzása után csökkenhet, még pedig hosszú időre is, a kórosan emelkedett nyomás.

A kórosan emelkedett systolés nyomásnak a mellékvesetájék megsugárzása által való befolyásolására vonatkozó első kísérletek a francia *Cottenot-Mulon* (1910) és ugyancsak a francia *Zimmern* nevéhez fűződnek. Akármily régóta ismeretesek legyenek is e szerzők viszonylagosan jó eredménnyel zárult próbálkozásai, a mellékvesetájék megsugárzása, mint a kórosan emelkedett nyomás gyakorlati gyógyító eszköze eddig csupán a franciáknál

és a francia iskolát követőknél talált gyakrabban alkalmazásra. Jelentősebb szerepet azonban különböző okok miatt ezeknél sem sikerült kivívni.

A szélesebb körbeli elterjedés akadályainak egyike a kezelés veszélyességétől való félelem; a másika, hogy a kezelése után nem egyszer kisebb-nagyobb fokú röntgensömör (esetleg a már meglévő panaszok átmeneti fokozódása) jelentkezik; egy harmadik végül, hogy a próbálkozók közül csupán kevesen tudtak az említett szerzők által elért hasonló jó eredményről beszámolni.

Ez okokat mi nem találtuk elég nyomósaknak ahhoz, hogy az eljárást meg ne próbáljuk. Nem pedig egyrészt azért, mert egyéb esetekben (ca. ventriculi, gerincoszlopbeli daganatátételek, stb. kezelése alkalmával) magunknak is már több ízben alkalmunk volt meggyőződni arról, hogy a mellékvesetájéknak az addig e célra alkalmazottnál sokszorosan nagyobb mennyiségű megsugárzása után sem mutatható ki bármilyen *»veseparenchyma«*-sérülés, vagy akár kórosnak nevezhető *»mellékveseműködésbeli«* csökkenés; vagyis az eljárás állítólag veszélyes voltát (amit egyébként is csupán nem teljes értékű kutyakísérletek bizonyítanak) nem találtuk megalapozottnak. Másrészt megállapítottuk, hogy a nem túlságosan nagy besugárzási mezőn keresztül történő kezelés esetében megfelelő mennyiségű csömörgátló szerek megfelelő időben való alkalmazása minimálisan csökkentheti a csömör nagyságát. Végül egybevetve az eddig általában alkalmazott sugárzás mennyiségét és minőségét a mellékvesék helyzetével, az a meggyőződés alakult ki bennünk, hogy a kezeléseik eredménytelenségének legalább is részben az az oka, hogy az addig alkalmazott adagból aligha jut annyi a mellékvesékhez, amennyi azokban a szükségelt elváltozásokat létrehozhatná és ezért már eredetileg is nagyobb adagok alkalmazását vettük tervbe.

Most már több mint két éve (1931—33) foglalkozunk az emelkedett nyomásnak a mellékvesetájék röntgenmegsugárzása útján való befolyásolásával.

Megfigyeléseink egyrészt normális, másrészt emelkedett nyomású egyénekre vonatkoznak.¹

A normális esetekben mindenekelőtt azt tartottuk tisztázandónak, hogy egyáltalában van-e a sugárzásnak valamilyen kimutatható hatása a mellékvesék működésére. Összesen 16 esetet figyeltünk meg. Eredmény csupán nagyobb (kb. 300—350 r-nyi) gócdiósis esetében és ilyenkor is csak kivételesen (11 közül 4 esetben) mutatkozott. A hatás a systolés nyomás és a vércukorérték kismértékű — legfeljebb néhány óráig tartó — emelkedésében nyilvánult. A nyomásemelkedés mértéke 15—25 Hg mm, a vércukoremelkedése 0.02—0.03% volt. E jelenségek lényegükben megfeleltek a pajzsmirigy besugárzása után észlelhető kismértékű tachycardia, nyugtalanság és más hasonló értékű hyperthyreotikus tüneteknek. Ezeket is úgy fogtuk föl, mint a hormonanyagának a sugárzás hatására (a széteső sejtek hormonanyagának felszívódása, esetleg az előálló hyperaemia vagy más egyéb ok következtében) beálló fokozottabb vérbeáramlásának jelcét. Az emelkedést később egy-két esetben kismértékű, — szintén csupán átmeneti jellegű — csökkenés váltotta föl. Ezt a szervezet compensációs működésének jele gyanánt értékeltük.

Emelkedett nyomásúak mellékvesetájékának megsugárzásával kapcsolatos megfigyeléseink 27 essentialis hypertensioban szenvedő betegre vonatkoznak: ötnek közülük kisebbmértékű következményes nephrosclerosisa volt. Az esetek legtöbbszörében az emelkedett nyomásnak előzőleg már a legkülönbözőbb módon (gyógyszerekkel, fizikális eljárásokkal, stb.) megpróbált befolyásolása is eredménytelen maradt. A sugárkezelést 250—250 r-nek megfelelő mennyiséggel (kb. 8×15 cm² nagyságú mezőn² ke-

resztül, 50 cm focus bőrtávolságból, 0.5 mm Cu+1 mm Al. szűrőn keresztül, 180 KV-al) végeztük 3—7 napos időközönként legkevesebb 1—2 ízben, általában 3—4-szer ismételve meg a kezelést.

Tizenhárom esetben határozottan csökkent a systolés nyomás. Ezek közül kilencben a climacterium beállta, kettőben műteti eredetű ovariumműködés-kiesés után kifejlődött nyomásemelkedéssel állottunk szemben, kettőben pedig 55 évnél idősebb férfiről volt szó. A csökkenést négy esetben kisebbfokú átmeneti emelkedés és ezzel összefüggőleg a panaszok fokozódása előzte meg. Ez átmeneti emelkedés aránylagosan nagyobb (30—35 Hg mm-max-ot kitevő) volt az egészséges egyének megsugárzása alkalmával észlelt emelkedésnél. A csökkenést mutató esetek között nem szerepelt nephrosclerotikus.

A nyomáscsökkenés úgyszólván esetenként különböző mértékű volt. Egy esetben pl. 220 Hg mm/max. feletti nyomás 140—150 Hg mm/max-ra csökkent egy másikban a 200 Hg mm/max. is csak 160—170 Hg mm/max-ra. Változó volt a nyomás-süllyedés időtartama is. Amíg több esetünkben már 10—15 hónapja, sőt egy esetben már két éve állandónak bizonyult a csökkenés, másokban már néhány hét, esetleg 1—2 hónap múlva ismét a kiinduló magasabb értékére tért vissza a nyomás. Az utóbbiaknál a kezelést megismétlése — ha rövidebb időre is — rendszerint újlag eredményes volt.

Fontosnak látszik az a megfigyelésünk is, hogy habár kóros veseműködés mellett nem jegyeztünk fel csökkenést, a magasabb nyomással járó panaszok (főfájás, palpitiatio, extrasystolék, stb.) két ily esetben egyéb beavatkozás nélkül is teljesen eltűntek, egy esetben pedig lényegesen enyhültek. E jelenséget több, ép vesével bíró, a nyomáscsökkenés szempontjából azonban röntgenrefraktárnek bizonyult esetben is alkalmunk volt megfigyelni. Egyáltalában nem, vagy csupán lényegtelenül befolyásolta a mellékvesetájék megsugárzása a szűkebb értelemben vett climacterikus panaszokat.

A mellékvese és a hypophysis között fennálló működésbeli összefüggésekből kiindulva megpróbálkoztunk a hypophysis tájék megsugárzásával is befolyásolni a kóros nyomásemelkedést. Egymagában a hypophysistájék megsugárzásának hatása a régebbi tapasztalatok szerint ugyan csupán a szűkebb értelemben vett climacterikus panaszokra terjedt ki, a mellékvesetájék megsugárzásával való együttes alkalmazása esetében azonban — éppen a két mirigy működésének már említett összefüggése alapján — joggal föl volt tételezhető, hogy a hypertensio és azzal kapcsolatos panaszok is befolyásoltatnak. Próbálkozásunk tárgyát képező eseteink kivétel nélkül oly climacterikus egyének voltak, akiknél a mellékvesetájék besugárzása a hypertensio befolyásolása szempontjából előzőleg eredménytelennek bizonyult. Próbálkozásunk annyiban eredménnyel járt, hogy négy közül két esetben a climacterikus panaszok mellett, az emelkedett nyomással kapcsolatosan ismeretes panaszok is megszűntek. E megfigyelésünk óta a mellékvesetájék megsugárzása refraktárnek bizonyuló esetekben a hypophysis röntgenbesugárzását automatikusan a kezeléshez kapcsoljuk.

Megfigyeléseinkkel kapcsolatban, fölmerült különböző kérdések közül a következőkben csupán azt teszem mérleget tárgyává, hogy mi az oka az eredmények ily különböző voltának? Az e szempontból számbajövő tényezők szerepe még nem teljesen tisztázott.

Az a körülmény, hogy az eredményes esetek közül kettőben ovarialis műtét, kilencben pedig klimacterium beállta után keletkezett nyomásemelkedéssel állottunk szemben, nemkülönben, hogy a refraktár esetek közül csak négyben állott fenn climax, amellel látszik szólni, hogy a petefészkek működés csökkenésével kapcsolatosan áll be valaminő oly elváltozás, amely az eredményesség különbözőségét létrehozó tényezők között szerepet játszik. A petefészkek működés csökkenésé-

¹ A kísérletek alkalmával természetesen igyekeztünk úgy az esetleges psychikus befolyásolásból származó, mint az egyéb eredetű hibaforrásokat kizárni.

² A besugárzási mező harántengelye kb. a 12 hátcsigolya magasságában szelte át a gerincoszlopot és kismértékben bal-fentről jobb-alant felé irányult.

nek a különböző belső elválasztású mirigyek működésére kifejtett hatása eléggé ismert. Már régóta tudjuk, hogy működéscsökkenése után a hypophysis bizonyos irányú működései túlsúlyba kerülnek, sőt kifejezett fokozódás tüneteit mutatják (l. castratiós hypophysis sejtek); sőt újabban már azt is tudjuk, hogy — valószínűleg hasonló okoknál fogva — a pajzsmirigyműködés és a mellékvese bizonyos irányú működései részéről is mutatkoznak fokozódásra utaló jelek. Mivel azonban a mirigyek működéscsökkenése egyszersmind a kérdéses mirigyek sejtjeinek sugárérzékenységbeli fokozódását jelenti, joggal feltehető, hogy bizonyos esetekben valóban a petefészekműködés csökkenéséből folyik a mellékvesesejteknek a röntgenkezelés számára hozzáférhetőbbé válása.

Az eredményesség különbözőségének okát keresve, merül fel az a további kérdés is, hogy a röntgenrefraktaer esetek csupán azért röntgenrefraktaerek-e, mert azokban normalis a petefészek működése és így a mellékvese fokozottan feltételezett működésének létrehozásában a petefészek működéscsökkenése nem is szerepelhet, vagy mert a mellékvese részéről egyáltalában nem áll fenn olymértékű működésbeli fokozódás, amely a mirigyét hozzáférhetővé tenné a röntgenkezelés számára. Tekintettel arra, hogy a mellékveseműködés fokozódása mellett egyéb tényezők is szerepet játszhatnak a nyomásemelkedés létrehozásában, az utóbbi feltevés legalább is valószínű.

Ismerve a különböző szervezetek azonos szerveinek működési között fennálló constitutionalis természetű különbségeket, könnyen elképzelhető, hogy már a normalis működésű mellékvesék között is fennállhat valaminő oly különbség, amelynél fogva az egyik mellékvese sejtjei érzékenyebbek a sugárzással szemben a másik sejtjeinél; amint az egészséges egyéneknek végzett kísérleteink eredményeinek különbözősége ezt a feltevést valóban bizonyítani is látszik (lásd fentebb). Ugyanígy feltehető az is, hogy bizonyos esetekben a hypertensio fenntartásában szereplő valamelyik végszerv (Erfolgsorgan) felépítésében (a praecapillarások rugalmas elemeinek, esetleg a beidegződésének minőségében, stb.) fennálló különbségek járulnak hozzá ahhoz, hogy amíg egyes esetekben eredményes, sok másban eredménytelen a röntgenkezelés. Ily esetekben természetesen már eleve nem várhatunk sok eredményt a mellékvesetájék megsugárzásától.

A nyomáscsökkenés különböző időtartamának magyarázatát először conditionalis okokban, még pedig *Wolmershäuseren*-hez hasonlóan az egyes szervezetek regenerációs képességének különbözőségében kerestük. Hogy azonban ez a feltevés is csak részben állhatja meg a helyét, amellett bizonyít, az a tapasztalatunk, hogy éppen az egyik legeredményesebben kezelt betegünk, akin már több, mint két éve áll fenn nyomáscsökkenés, 40 éven aluli korú, ellentétben a többiekkel, akik közül egyik-másik kora még a 60 évet is meghaladja. Az időtartamban észlelt különbségek létrehozásában a constitutionalis tényező mellett minden valószínűség szerint conditionalis természetű különbségek is közrejátszanak.

Nem hangsúlyozható eléggé, hogy mivel a mellékvese és a hypophysis besugárzások eredményei a már említett okoknál fogva rendkívül különbözőek lehetnek, a kezelés csupán állandó körülmétek ellenőrzés mellett végezhető, nemkülönben, hogy annak vezetésére csupán megfelelő jártassággal rendelkező röntgenszakorvos hivatott. A röntgenbesugárzás tervének megfelelő kezelési gyakorlatlatti nem rendelkező röntgenszakorvos által történő felállítás, vagy akár a besugárzások közben kifejlődő különféle jelenségek (röntgensömör, korai reakció, stb.) szakértelem nélküli mérlegelése és a tervnek megváltoztatása egyrészt súlyos műhibákra, másrészt a röntgenkezelés értékének diskreditálására vezethet. A kezelés kapcsán fejlődő röntgensömörrel és korai reactioval többé-kevésbé szükségszerűen együttjáró kellemetlenségek (hányinger, fejfájás, stb.) idejében alkalmazott gyógyszerekkel a legnagyobb részben már eleve kiküszöbölhetők, úgyhogy a kezelés kivételében ezek sem jelenthetnek komoly akadályokat.

Végeredményben azt mondhatjuk, hogy az eljárással való próbálkozás, — mégha a refraktaer esetek viszonylagosan nagy számát is tekintetbe vesszük — hacsak valami ellenjavallata nincs az alkalmazásának, minden arra megfelelő esetben föltétlenül indokolt.

Összefoglalás: 1. Essentialis hypertensio eseteiben — és ezek között is elsősorban a genitalis mirigy működési rendellenességeivel összefüggőekben — sokszor hosszabb-rövidebb ideig tartó, kisebb-nagyobb nyomáscsökkenés volt elérhető a mellékvesetájék megsugárzása által. 2. A nyomáscsökkenés és a hypertensióval kapcsolatos panaszok eltűnése legtöbbször párhuzamosan haladt, egyes esetekben csupán a panaszok tűntek el. 3. A mellékvesetájék megsugárzására refraktaeren viselkedő esetek közül kettőben a hypophysis-tájék megsugárzása után szűntek meg a panaszok. 4. A kezelési eljárás megfelelő gyakorlatlatti rendelkező röntgenszakorvos kezében veszélytelen. 5. Tekintettel a várható eredményesség értékére a kezelési eljárás alkalmazása — még a refraktaer esetek viszonylagosan nagy száma ellenére is — minden arra megfelelő esetben indokolt.

A Pázmány Péter Tudományegyetem III. sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Adám Lajos ny. r. tanár).

A nyálmirigyek köves és gyulladási betegsége.

Irta: *Valkányi Rezső dr.* egyet. tanársegéd.

A szájrégben a fogak és a mandulák gyulladási megbetegedései után harmádsorban leggyakrabban a nyálmirigyek gyulladásaival találkozunk, melyek kisebb részükben nyálkövel szövődöttök lehetnek, aminthogy kövel szövődnek sokkal gyakrabban az epehólyag, a vesemedence és a húgyhólyag gyulladása is. A nyálmirigyekhez szövetileg és működésileg legközelebb álló hasnyálmirigynél a gyulladás ritkábban jár együtt kövel, mint a nyálmirigyeknél. Közrejátszanak a nyálmirigyek gyulladása a nyaki nyirokmirigyek gyulladási betegségeiben is, amennyiben azok pyogen elváltozásai okaként a bőr a fogak és mandulák után negyedik helyen szerepelnek a nyálmirigyek akár közvetlenül, akár, mint a fogeredetű gyulladások közbenső állomásai a nyirokmirigyek felé tovahaladás útján. Ezért úgy gondoltam, hogy klinikánk anyagán célszerű lesz összegyűjteni a szájbéli három pár nagy és számos apró nyálmirigy gyulladási és köves megbetegedését, annál is inkább, hogy klinikai adatot nyerjünk arra vonatkozólag, hogy a nyálköképződésre és a nyálmirigygyulladások létrejöttére vonatkozó számos feltevés közül melyik a legvalószínűbb.

A III. sz. sebészeti klinikán 1927—1935-ig, 8 év alatt kb. 20.000 fekvő és kb. 38.000 járóbeteg fordult meg. Az ezen tekintélyes beteganyagban szereplő köves-gyulladási nyálmirigybetegségeket a következő 4 csoportba osztályoztam: 1. nyálmirigy- és nyálmirigyvezetékű kövek, 2. nyálkövek és kapcsolatosan fellépett tályogok, 3. nyálmirigybeszűrődések (gyulladási daganatok) és tályogok, 4. nyálmirigyretentiós cysták (ranulák).

A klinikánkon nyolc év alatt előfordult fenti négy csoportbeli esetek száma 103, ezek közül a nyálkövesetek összes száma 14, közülük 10 volt tisztán nyálkövetbetegség, míg négy esetben a nyálkövet talyoggal szövődött. A 10 tiszta eset adatai a következők: hat nő, négy férfi, kor 18—51 év között, hét vezetékű, ezeket a száj felől távolítottuk el hat esetben incisóval, egy esetben extractióval. Három eset mirigykő volt, mind a gl. submandibularisban, közülük egyik vezetékű után recidivált a mirigyben. A három mirigykőesetben alkalmazott műtéti eljárás: teljes mirigykiirtás a nyak felől.

A négy talyogos nyálköveset adatai: három férfi, egy nő, kor 19—58 év, valamennyi vezetékű, mindannyinál száj felőli bemetszés.

A két csoportot egybevéve a kő 11 esetben a gl. submandibularisban, két esetben a gl. sublingualisban, egy esetben a parotisban fordult elő, 11 a vezetékben és csak három a mirigy — a gl. submandibularis — állományban. Az egyik sublingualis-kő többszörös volt, a többi eset egyes kő, a legkisebb köleszemnyi, a legnagyobb kis diónyi. Mind a 14 esetben a kő kőrismézése könnyű volt, a 11 vezetékkel tapintható volt, kivéve egy tályoggal szövődött esetet, ahol a több kölesnyi apró kőre a sublingualis tályogban csak a bemetszésnél észlelt recsegés tett figyelmessé. A három mirigykövet a sima röntgenfelvétel mutatta, az egyik a nyak felől tapintható is volt, így lipiodolos syaladenographiára egy esetünkben sem volt szükség.

Sokkal számosabb a harmadik csoport, a nyálmirigy-beszűrődések és tályogok csoportja: 76 eset és pedig 58 tályog, mely incisióra szorult és 18 beszűrődés (subacut vagy chronikus pyogen gyulladás), mely conservatív kezelésre meggyógyult. Az elhelyezést illetőleg 16 tályog került incisióra a nyelvvalatti tájon, a gl. submandibularis és sublingualis kivezetőnyílásai tájékán. Ezen tályogok további elkülönítése nehézségekbe ütközik, biztosan csak a d. Whartonianus megszendázásával lehetséges, ez azonban ily heveny gyulladásnál igen fájdalmas, sokszor a szájjár miatt nehezen kivihető, a fertőzés továbboltása miatt veszélyes, ezért egy esetben sem végeztük. Támpontot szolgáltatt az elkülönítésre az a körülmény, hogy a gl. submandibularis tályogja rendszerint a nyakra süllyed a nyirokmirigy- és fogtályoggal egybeolvadva az angina Ludovici leggyakoribb alakját képezi s ezen súlyos genyedésbe rendszerint másodlagosan a gl. sublingualis is beolvad. A gl. sublingualis elsődleges tályogja ritkább, jobbindulatú rendszerint szájfelöli incisióra gyógyul, ritkán fogeredetű, többnyire elgenyedt retentiós cysta, ranula. A 16 nyelvvalatti tályog közül hétnél a szájfelöli incisió elegendő volt, kilencnél a nyakon kellett bemetszést végezni, öt esetben harántul egyoldalt, két esetben harántul kétoldalt, két esetben sagittalisan a középvonalban. A 16 eset közül 11-ben ezek között mind a kilenc a nyak felől feltárt esetben a fogeredet kimutatható volt. Halálozás: két eset.

Az 58 nyálmirigy-tályog közül két esetben a tályog a jobb parotisvezeték nyílásában lépett fel egy 18 éves leánynál és egy 40 éves férfinél, az utóbbinál a szembenfekvő második felső zápfog szuvas és törött volt. Egy tályog esetünk a keményszájpad egy nyálmirigyecskéjéből, kettő a pofa egy apró nyálmirigyéből, egy pedig az alsó ajakéból indult ki.

58 nyálmirigy esetünk közül a többi 36 a parotisban foglalt helyet. Ezen parotistályogok közül nyolc műtétutáni volt, közülük három kétoldali, öt egyoldali, hat hasmütét, ezek közül négy gomor, két septikus végtagbetegség műtete után. A műtétutáni genyes parotisek rendszerint a legyöngült szervezetben a szájüreg felől felszálló fertőzések, de genyes alapbetegség műtete után az áttételes eredet sem zárható ki. Halálozás: két eset. Tíz esetünkben mandulakörüli, végbélkörüli, fertőzött vetélés utáni, furunculosis stb. utáni kétségtelen áttétel szerepelt a parotisban, ezen eseteink közül három végződött halálosan. Négy esetünkben nem műtött súlyos betegség (tüdőgyulladás, gyomorvérzés, typhus) után keletkezett genyedés a parotisban, ezek közül egy halt meg. A többi 14 esetben a parotis-tályog okát biztosan kimutatni nem lehetett. Ezek azok az esetek, ahol a parotisvezetéknek a szájüreg felől való fertőződését (idegentest bejutását, mandula- vagy fogeredetű genyszivárgás behatolását), e miatt nem köves váladékkicsapódás folytán a vezeték eldugulását és ily módon a váladékretentióknak a virulens fertőzés következtében történő genyedését kell feltételeznünk.

18 esetünkben a gyulladással nyálmirigyduzzanat nem genyedt el, beszűrődés alakjában jelentkezett és konservatív kezelésre meggyógyult. Ezen 18 eset közül kilenc a parotisban lépett fel: öt parotitis epidemica volt, kettő (epekö és sérvműtét utáni) postoperatív parotitis volt, két bejáró parotitis beteg esetében bizonytalan volt a kórok, valószínűleg idült kevésbé virulens szájjüri fertőzés folytán létrejött vezetékcsükkület vagy más váladékkürrülési zavar szerepelt náluk és szondázás nélkül egyszerű pára-kötésekre két-három hét alatt gyógyultak. Érdekes a többi kilenc nyálmirigybeszűrődés-esetünk a sublingualis mirigyben (közülük két esetben a submandibularisban is), melyeket a klinikánkra nyolc év alatt túlnyomórészt felvett 213 súlyos fogeredetű alsó állcsont-periostitis esetünk kapcsán észleltünk. Ezen betegeknek vagy csupán foghúzás vagy a száj, illetőleg a nyakfelöli csonthártyabemetszés történt s vagy már a műtėti beavatkozáskor, vagy a műtét után néhány nappal nyelési nehézségekről panaszkodtak a betegek. Betekintve a szájfenekre, a beteg fog oldalán nyelvvalatti duzzanat volt látható, mely a gl. sublingualis helyét foglalta el s mely a foggyenedés műtėti megoldása után bemetszés nélkül nyaki pára-kötésekre négy-öt nap alatt visszafejlődött.

A negyedik csoportba tartozik 13 nyálmirigy-retentiós cysta esetünk, melyek kevésbé virulens, idült gyulladások kimenetelei. Tizenhárom esetünk közül hét ranula volt, vagyis a gl. sublingualis retentiós cystája.

Ezen ranuláknál nem az általában szokásos teljes cystakiirtást vagy a cysta elülső falának kiirtását és annak a nyálkahártyához való kivarrását végeztük, hanem egy harmadik egyszerűbb módszert (Petit), mely abban áll, hogy a ranulába vastag selyemmel beöltünk, az öltést lazán megcsomózva, azt nyolc napig bennhagyjuk, mely idő alatt a két szürsatorna kihámosodva, a nyelvvalatti mirigynek, illetve cystájának, a ranulának két új kivezető-csővet szolgáltatt.

Két retentiós cysta a parotisvezeték nyílásában foglalt helyet.

Ezeket a száj felől kimetszettük és két öltés közé támpont helyeztünk, hogy annak mentén új vezetéknyílás képződjék. Ezen esetekben a műtét után mindig néhány napi parotisduzzanat lépett fel, ami döntő bizonyíték amellet, hogy ezek nem a pofa valamely apró nyálmirigyének cystái voltak.

Két mogyorónyi retentiós cystánk az alsó ajak egy apró nyálmirigyében támadt.

Ezeket teljesen kimetszettük a sebet néhány öltéssel egyesítve.

Végül külön meg kell említenem két apró nyálmirigy-retentiós cystát. Az első a bal pofanyálkahártyán támadt a parotisnyílástól kissé lefelé és előre felé a fogak rágófel-színével egyvonalban s arra vezettem vissza a keletkezését, hogy evés közben a pofanyálkahártyát harapás érte. Ezután néhány nappal kis cysta keletkezett, mely evés közben harapás folytán hol megpukkadt, hol újraképződött. Ez így ment 2—3 hónapig, míg végül is a mogyorónyi cystát jól az épből kivágtuk, mire a baj végleg meggyógyult. A kivágott cysta nyálkahártyafelszínén köldökszerű kemény fehér folt volt, melybe bemetszve, recsegés közt kölesnyi fogkőszzerű nyálkőecske került felszínre, úgyhogy ezen eset 15-ik nyálkőesetünknek is vehető, amely szokatlan módon apró nyálmirigyben lépett fel. A második nyálmirigy-cysta a nyelv hegyének jobb oldalán támadt oly helyen, melyet néhány nappal előbb harapás ért, úgy, hogy elég erősen vérzett. Ezt a cystát, mivel igen kellemetlen helyen volt, 2—3 heti fennállás után egy fiatalabb kartárs vágta ki. Cystarész maradt vissza, mert a műtét után nyolc nappal a cysta ismét ott volt. Mivel a nyelvhegyben 5—6 napig lévő három catgut-

varrat a beteg számára igen fájdalmas volt, trichlor-ecetsavval történő eredménytelen kísérletezés után sikerült a cystát füstölgő salétromsavval két nap egymásután megecseselve, az égetés néhány percnyi fájdalmától eltekintve, minden kellemetlenség nélkül, gyökeresen kiírtani. Ezen cysták keletkezésében az előrement traumán kívül annak is nagy szerepet tulajdonítok, hogy a betegnek erős hajlama volt fogköképződésre.

Klinikai eseteink ismertetése után tekintsük át futólag a nyálmirigyek gyulladásos-köves betegségét az irodalom tükrében. Ami a nyálköveket illeti, *Maccaferri*, *Gross*, *Fritz*, *Saraffoff*, *Söderlund*, *Patterson*, *Risak*, *Partsch*, *New*, *Gordon*, *Harper* (Mayo-klinika), *Fabris*, *Aièvoli*, *Wakeley*, *Abrin*, *De Marco* és *Csillag* 4–500 nyálköveset gyűjtöttek össze, illetve közöltek, mint saját esetet. A sok közlés ellenére mindmáig sincs teljesen tisztázva a nyálkö kóroktana, mely valószínűleg nem egységes. *Söderlund* és *Naeslund* az actinomycest tudták bizonyos szövettani eljárással kimutatni, *Abrin* bányamunkásnál szénszemcsét talált egy nyálkö belsejében, *Maccaferri* a nyálkövek keletkezéséért a szájüreg közönséges pyogén microbáit okolja, *Le Jemtel* hivatásos boxolónál a traumát, *Küttner* az előrement nyálvezetékgyulladását. *Wakeley* abból indul ki, hogy a nyálkövek calcium-carbonatból és foszfatból állanak, ugyanilyen anyagúak a fogkövek is és valószínűleg tartja, hogy olykor fogkőszilánk hullik le és kerül be a gl. submandibularis kivezetőcsövébe, ezért a szájfenéki fekvésénél fogva, másrészt, mivel a submandibularis mirigyváladék szilárdabb és alkalikusabb, gyakoribbak szerinte a nyálkövek a gl. submandibularisban, mint a másik két nyálmirigyben. *De Marco* a dohányzásnak és bagórágásnak tulajdonít szerepet. A másik kérdés, a nyálmirigygyulladások létrejötte szintén számos feltevést vetett felszínre. A leggyakoribb parotisgyulladás oka *Seifert* szerint az, hogy a többi nyálmiriggyel ellentétben, a parotiváladékból hiányzik a mucin, mely a leggyakoribb szájüri kórokozó, a staphylococcus aureus fejlődését gátolja, így a fossa caninában jobban elszaporodnak a staphylococcusok, mint például a nyelv alatt s a bőségben jelenlevő staphylococcusok genyes parotitist okoznak olyankor, amikor például műtét, súlyos betegségek, erővesztés után, vagy neurotikus okból (például elmebetegknél) a nyálképzés, nyálkiürülés akadályozott. Ezenkívül *Nadein* szerint a parotisverőér tágassága és hegyesszögű eredése az áttételes parotis-genyedéseket elősegíti. Ezzel szemben a nyelv alatti nyálmirigyek és a közti kötőszövet genyes gyulladása, az 1836-ban *Ludwig* által először leírt angina Ludovici kórokozói *Ramsdell* szerint többnyire a streptococcus és a szájüreg anaerob bakteriumai és ezek inváziójának okai: 1. foggyökérgyulladás, mely az alsó állcsont periosteumán át a mélybe, a gl. submandibularisba betör, 2. a genyacsokós fogakról a nyirokutakon hatol be, 3. a gl. submandibularis és sublingualis elsődleges, többnyire nyálkóból, vagy ranulából kiinduló gyulladása. Az angina Ludovici 80%-ban az első két módon jön létre, vagyis fogeredetű. Az idült, nem genyedő nyálmirigygyulladásoknál *Payne*, *Hubrich* és *Hoover* szerint az astheniás testalkat, a rossz fogak, idültlen gyulladt mandulák, külső vagy evési traumák, égések, marások játszanak szerepet, melyek nem köves gyulladástermékükkel elzárva a nyálmirigyvezetékét, úgy tömör, mint cystás nyálmirigyduzzanathoz vezethetnek.

Úgy saját eseteink, mint fentebbi irodalmi adatok alapján valószínű egységes magyarázatát adhatjuk a nyálmirigyek köves- és gyulladós betegségének. Eszerint mindkét betegségben a lényeges szerepet a szájüreg többé-kevésbé virulens bakteriumai játsszák. A

gyengébb virulenciájú saprophyták kórokozó hatása is lehetővé válik a szervezet általános leromlása, vagy traumák által létesített helyi károsodás esetén, az előbbi esetben a saprophyták súlyos genyes, az utóbbi esetben idült savós-nyákos összenövéses gyulladást okoznak. Ez az idült gyulladás alkati adottság esetén hosszabb fennállás, vagy ismétlődő fellépés kapcsán, nyálköképződéshez vezet. A fogköképződés ily alkati adottság jele. A fogeredetű genyedésből, ritkábban mandulából származó virulens bakteriumok rendszerint genyes nyálmirigygyulladást, többnyire angina Ludovici-t, ritkábban parotitist okoznak. Ezen elgondolásból levonható gyakorlati tanulság, hogy a fogak gyulladása esetén korán és erélyesen beavatkozva, a fogköveket gyakran eltávolítva, a fogak csorbulásait megszüntetve, többnyire elejét vehetjük a nyálmirigyek köves- és gyulladós betegségének, vagy már fennálló ily betegség esetén a betegség rosszabbodásának.

Végezetül utalok néhány szóval arra az összefüggésre, mely a szájüri nyálmirigyek és a szövetileg és működésileg annyira hasonló hasnyálmirigy között áll fenn esetleg, melyet egyes állatkísérletek megerősítenek, mások cáfolnak s mely kívánatosná teszi, hogy a szájbeli nyálmirigyek műtétei, különösen kiterjedt kiírtásai esetén (például rosszindulatú daganatoknál) műtét előtt és után a hasnyálmirigy működését vizsgálat tárgyává tegyük.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az alacsony általános vérnyomás hatása a látóidegmegbetegedések lefolyására. *Lauber prof.* (Wiener klin. Wschr. 1935. 35. 1079—1081.)

Vizsgálatai csatlakoznak *Sobansky* megfigyeléseihez, melyekben nevezett szerző úgy találta, hogy aránylag magasabb intracranialis nyomás esetén sem keletkezik pangásos papilla, ha az arteriás nyomás elég nagy és alacsony vérnyomás esetén aránylag alacsonyabb intracranialis nyomású pangásos papillához vezet. A varsói szemklinikán hasonló szempontok alapján kiterjesztették a vizsgálatokat tabeszes látóidegsorvadásra is. Megállapították, hogy a folyamat ugyanazon az egyénen az aránylag nagyobb intraocularis nyomású szemben halad előre gyorsabban, azonos intraocularis nyomású egyének közt pedig a látás az arteriás hypotoniában szenvedőkben romlik gyorsabban. Ezért a varsói szemklinikán a tabeszes látóidegsorvadást az általános vérnyomás fokozásával az intraocularis nyomás esetleg műtét útján csökkentésével kezelik. Az arteriás nyomás növelésével, az intraocularis nyomás csökkentésével ugyanis kedvezőbbé válik a látóideg és az ideghártya capillaris vérellátása. Az arteriás nyomás és az intraocularis nyomás megfelelő harmoniájának a hiánya magyarázza meg szerző szerint alacsony vérnyomás esetében az aránylag nem nagy intraocularis nyomással járó glaukoma simplex kialakulását is. *Radnai Pál dr.*

Fertőzés és mellékvesekéreg. *Thaddea.* (Klin. Wschr. 1935. 36.)

Pontos vizsgálatokkal követhető és kimutatható a fertőzés (szerző esetében grippe) ártalmas hatása a mellékvesekéregre, ami az Addison-kóros beteg állapotának hirtelen rosszabbodásában nyilvánult meg. Csökkent a vércukor, csekélyebb lett az adrenalin-hyperglykaemia, erősen csökkent a serum-cholesterin. Nőtt a maradék-N, esett az NaCl értéke a vérplasmában, illetve a vizeletben. Csökkent az alapanyagcsere, vérnyomás, adrenalinra invers nyomásreactio keletkezett, kimaradt az adrenalin-leukocytosis, nőtt a serum Ca értéke, stb.

Kísérletes vizsgálatokkal igazolja, hogy a diphtheria-intoxicatio tengeri malacon a szénhidratanyagcsere jellegzetes zavarait idézi elő (creatinuria, a glikogenraktárak kiürülése, az izomtejsav csökkenése). Combinált mellékvesekéreghormon- és ascorbinsav-kezeléssel e zavarok megszüntethetők.

Diphtheriatoxinnal mérgezett állatok elpusztulnak és a mellékvesekéregben súlyos vérzések és elhalások láthatók. Ascorbinsavat tartalmazó mellékvesekéreghormon ezt megakadályozza. *Binder László dr.*

Szülészet.

Devegan alkalmazása a fluor-therapiában. *H. Dienz.* (Zbl. 1935. 32.)

A fluor kezelésében az utóbbi időben a különböző öblítések és gyógyszeres púder-kezelések mellett a cukortartalmú praeparatumok széleskörű alkalmazást nyertek. Ezek közé tartozik a Devegan, mely szénhidrátot, bórt és arzént tartalmaz szerves kötésben. 135 különböző aetiológiájú fluor esetében alkalmazta és 57%-ban gyógyulást, 30%-ban javulást észlelt és csupán 13%-ban kapott negatív eredményt. Kezelése abban áll, hogy egy héten keresztül az elülső és hátsó hüvelyboltozatba naponta 2—3 Devegan-tablettát helyez. Egy hét után kamillás hüvelyöblítést végez. Pár napos pihenés után a kezelést megismétli. Kellemetlen mellékhatást (viszketést, bőrkiütést) sohasem észlelt, sőt ha azok jelen voltak, a kezelés után rövidesen elmúltak. Esetei egy részében a mikroszkopikus kontrollt is elvégezte és azt találta, hogy a klinikai gyógyulással párhuzamosan tért vissza a hüvelyváladék az I. tisztasági fokra. Trychomonas colpitis mellett az egyszerű fluor albust rövidesen kedvezően befolyásolta, ugyanúgy szülés, vetélés utáni és a méh helyzetváltozása okozta folyásokat, valamint senilis colpitis eseteit. Terhességi folyást általában nem kezelt, azonban a Devegan ennek türethetetlen panaszokat okozó eseteiben is kitűnő szernek bizonyult.

Abrahám János dr.

Uterus bicornis a szülészetben. *Srecko Zanela.* (Zbl. 1935. 32.)

A Müller-féle járat hiányos egyesülése következtében jönnek létre, mesenchyma-defektus nélkül. Hat esetet közöl részletesen. A méh kettőzöttsége az esetek nagy számában a legkülönbözőbb zavarokat okozza úgy a terhességben, mint a szülés alatt. A méh megrepedése gyakrabban következik be, de többnyire helytelen fekvés, illetve beilleszkedés következtében és nem a méh izomfalának csökkent ellenállása miatt. Az ilyen semi-uterusok — mint általában hypoplasziás szervek — inkább inertia uteri-hez, mint a méh megrepedéséhez adnak hajlandóságot. Az uterus bicornis unicollis különösen disponál inversióra, mert a mellékszerv gyengébb kifejlődése rendkívüli petyhüdttséggel kapcsolatos. Az uterus bicornis diagnózis sokszor nagyon nehéz. Vagina septa és a külső méhszáj kettőzöttsége mellett könnyebben gondolunk rá. Konstitucionális jeleket, mint különösen széles arc és csipő, nem állapíthatunk meg. Differential diagnostikailag myoma és petefészekdaganat jöhet szóba. Részben sondázás, részben hysterographia segítségével a helyes diagnózis felállítható. Ezen diagnostikus segédeszközök azonban terhességben vagy terhesség gyanúja esetén nem használhatók. Éppen ezen nehézségek miatt a kettőzöttség többnyire csak a szülés után derül ki. A gyakorló szülésorvos számára fontos tudni, hogy habituales vetélések és koraszülések, ismételt fekvési- és tartási rendellenességek, a szülés elhúzódása és ismétlődő atoniás vérzések a méhlepény retentiójával kapcsolatban, valamint olyan esetekben, ahol decidua távozását észlelte a gyermekágy 2—3. napján, gondoljon a méh kettőzöttségének fennállására.

Abrahám János dr.

A belső nemzőszervek rákjának áttételképéséről. *H. Hüchel.* (Zbl. f. Gyn. 1935. 24. sz.)

A női nemzőszervek rákjával kapcsolatban észlelt általános, az egész szervezetre kiterjedő áttételképződés többnyire a ductus thoracicus közvetítésével jön létre. A rákáttelek megjelenésükben, fejlődésükben, valamint továbbterjedésük módját illetően az eredeti daganattal messzemenő megegyezést mutatnak; elsősorban áll ez a méhnyak rákjának áttételeire. A petefészek rákja leggyakrabban a hashártyán, ritkábban a májban, tüdőben és a retroperitonealis nyirokesomókban képez áttételeket, míg generalizált áttételképződés petefészekrákkal kapcsolatban nem észleltetett.

Ifj. Mauks Károly dr.

Urologia.

Adatok a transurethralis sebészethez az obstruáló hólyag-nyakelváltozások esetében. *Theodor Schultheis.* (Zschr. f. urol. Chirurgie 41. 3. 1935.)

A hólyagnyak obstruáló elváltozásainak leglényegesebb tünete a vizelet megnehezedése. Az ebből származó elváltozások, melyek az egész uropoetikai rendszerre, továbbá az egész szervezetre kihatnak, kívánatosá teszik, hogy egy lehetőleg egyszerű, veszélytelen és gyors eljárás felett rendelkezzünk, amely a hólyagfunctio helyreállítását lehetővé teszi a kóros következményeket megállítja, esetleg visszafejleszt. A sphincterectomiát és a prostatectomiát kiegészíthetjük a transurethralis sebészet különböző módszereivel, melyek azon-

ban az előbbieket nem szoríthatják ki az urológiai sebészet fegyvertárából. Dülmírigy túltengés, a hólyag és a prostata valódi daganatai esetén stb. transurethralisan a tökéletes resectio nem jöhet számításba, csupán a vizelet kielégítő lefolyását biztosíthatja, azonkívül, mint próbaexcisiót, a helyes kórisme felállításakor használhatjuk fel. A sphincterectomia, valamint a hólyag bizonyos torzképződésményei esetén a transurethralis resectio nemcsak palliatív, hanem causalis beavatkozást jelent. A prostatectomiát csak igen ritka, inkább csak elméleti esetekben (pl. kis. izolált lebenyben) helyettesíthetné a transurethralis beavatkozás. A transurethralis sebészethen a prostata nagysága és kiterjedése mellett a prostatikus húgycső elváltozásainak van igen nagy fontossága. Utóbbi egy, a kereszt, vagy merőleges, esetleg ferde irányban, az adenomatous mirigyben keresztülvezető, egyenes, gyakran több cm széles rést alkothat; hosszirányban pedig (pl. az adenomacsomó intraurethralis kifejlődésekor) elhajolhat. Leggyakoribb a verticalis irányban való elváltozás. A szerző elveti *Schneider* azon felfogását, hogy a transurethralis beavatkozás a cystostomiát (esetleg mint a kétüléses prostatectomia első részét) helyettesíthetné; sőt ellenkezőleg, két szakaszos elektrotomiát ajánl, még pedig suprapubikus sipoly alkalmazását, majd megfelelő időben a transurethralis beavatkozást. A húgycső kiszélesítését a keresztmetszet változásainak figyelembevételével mindig a kisebbik átmérő irányában kell végezni. Nagy fontossága van a tökéletes vérzésesillapításnak. Ha utóvérzés támad és a szokásos belső kezelésre nem csillapodik, úgy a coagulatiót meg kell ismételni, esetleg fel kell a hólyagot tární. A műteti halálozások száma a *Lichtenberg*-féle osztályról készült statisztika szerint 43%-ot tesz ki.

Szafir Pál dr.

Eszköz ureterkövek eltávolítására. *Charles Ferguson.* (The Journal of Urol. 34. 2.)

Bordás ureteretágítóhoz hasonló eszközt ír le, mely igen hajlékony, jól tisztítható s kidolgozásánál fogva nyálkahártyasérüléseket nem okoz. Az eszköz cserélhető, keskeny ormányával a kő mellett felhaladva, a kis fogókészüléket kinyitjuk, melynek kis ívek alakjában kifeszült bordái alá a követ ügyes mozdattal becsúsztatván, a kő eltávolítható.

Remete Tibor dr.

A prostatának gyökeres gáti kiirtása. *Harry C. Rolnick.* (The Journal of Urology. 34. 2.)

Megtárgyalja a prostatának klinikáját, különös figyelmet fordítva a tünetek értékelhetőségére az operabilitás meghatározásánál, majd a szóba jövő sebési és sugaras kezelési módok eddig szokásos módjait említi fel az általuk elérhető eredmények mérlegelésével. Végül részletesebben foglalkozik a gyökeres kiirtás gátfelőli keresztülvitelével s ennek, tapasztalataik szerinti, előnyeivel.

Remete Tibor dr.

Bőrgyógyászat.

A nyálkahártya tuberculosis kezeléséhez. *Wartemann.* (Derm. Wschr. 24. 1935.)

Érzéstelenítésre elégséges a megbetegedett nyálkahártyának 10%-os cocain-oldattal való ecsetelése, vagy 10%-os novocain-oldattal átítatott gaze tamponnak az alkalmazása. Műtétkor kiesiny golyó- vagy páleikaalakú elektrodot alkalmaz, melyet hidegen vezet be és a kontaktust csak akkor állítja helyre, ha a kezelendő területen az elektrod már pontosan lokalizálta. Az áramerősség beállítása gyakorlat dolga, mely teljesen az elektrod erősségéhez alkalmazkodik, a megbetegedett terület helyétől és tartamától függ. Foghúslupus kezelésénél a legnagyobb elővigyázatosságra van szükség, hogy az előidézett meleggel a fogat, illetőleg az alveolust meg ne sértsük. A következő napokban a fájdalom nem nagy, főleg ha a beteg pépes kosztot van. A coagulatiós var felütő gyorsan lökődik le, gyorsabban, mint a bőr coagulatiós gócai, legtöbbször a 3—5-ik napon. Hydrogen superoxyddal és teával öblögetnek. A hegképződés kitűnő, már 2—3 hónap múlva ki sem emelkedik a környező nyálkahártyából. Erős hegképződést vagy a nyálkahártya deformációját sohasem észlelte. Kiterjedt nyálkahártya elváltozásnál a coagulatiós var lökődése után pyotropinnal ecsetel. A szert 5—10 percig hagyja hatni, azután a száját erőteljesen kiöblítetteti. A biztos és olcsó diathermia kezelést tehát nyálkahártya tuberculosisnál — esetleg pyotropin ecseteléssel kapcsolva — ajánlja a szerző, mely sokszor oly esetekben is bevált, hol más methodus felmondta a szolgálatot.

Fülöp Gyula dr.

Vizeletfehérje kimutatás fehérjereagens papírral. *W. Voigt.* (D. Med. Wochschr. 18. 1935.)

A dresdai Sächsisches Serumwerke által előállított sulfosalicylsavval átítatott szűrőpapír alkalmazása gyakorlóorvo-

sok számára rendkívül előnyös, egyrészt, mert kis helyet foglal el, másrészt fehérjepróbákat rögtön a beteg ágya mellett végezhetik el. A szerző ezen reagenspapírral összehasonlító vizsgálatokat végzett oly módon, hogy egy időben állított be főzési próbára, 20%-os sulfosalicylsavpróbára és Eschbach próbára vizeletet. Az eredmények a reagenspapírral végzett próbáknál 90,6%-os egyezést mutatott a többi próbákkal összehasonlítva.

Horváth Dénes dr.

Analízis sipoly kezelése detoxyn-kenőccsel. Dr. K. Erbner, Berlin. (Med. Klinik 20. 1935.)

Egy analízis fissura esetében alkalmazott detoxyn-kenőcs hatásáról számol be a szerző. Maga a fissura egy erősen makacs, az eddigi kezelésekkal dacoló eset, mely kb. 5 cm. hosszúságú, erősen nedvező és gyulladt volt. A betegnek minden reggel detoxyn-kenőccsel gaze-csikot helyezett székkelés után anusába. Már az első nap után javulás állott be s a nyálkahártya gyorsan behámosodott; 10 napi kezelés után a beteg gyógyultán távozott. A detoxyn sepsis és más fertőzős processusok esetén hat és úgy az exogen, mint az endogen toxinok méregtelenítéséhez vezet s a gyógyulás folyamát meggyorsítja.

Horváth Dénes dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület október 12-i ülése.

Verebely T. (Elnöki megnyitó): Igen Tisztelt Orvosegyesület! Van szerencsém a kartárs urakat a meginduló új ülésük mai első gyűlésén üdvözölni s arra kérni, látogassák érdeklődéssel, támogassák közreműködésükkel egyesületünk meginduló évének munkásságát.

Nekem magamnak mindig ünnep volt, amikor tanulni, vagy előadni idejöhöttem, mert úgy éreztem, hogy társadalmi küzdelmek izgalmaitól távol, divatos jelszavak suggestív hatásától mentesen itt azt kaphatom és adhatom, ami a tudomány előbbrevitelét szolgálja. Erre az elmélyedésre talán sohasem volt annyira szükség, mint ma, amikor a társadalom és az orvoslás berkeiből egyre követelőbb hangok hallatszanak az orvosi hivatás, az orvosi gondolkodás reformjának keresztülvitelére.

Megdöbbenéssel olvastam egyik közelmúltban folyt hírlapi polémia kapcsán azt a kijelentést, hogy az orvosi társadalom panaszos kérdései nem az orvosok, hanem minden magyar embernek az ügye. Ennek a kijelentésnek lehet hatástvadászó demagóg célzata, de forrása a ma egyre jobban elhatalmasodó orvosellenes hangulatból kifolyóan az a végzetes tévedés, mely a közegészségügy prolemtikáját összetéveszti az orvosi pálya létkérdésével. Minden egyes emberi hivatás testi és lelki igényeit csak az élvezheti, panaszait csak az szenvedheti, aki abban a hivatásban él. A társadalom és az állam közegészségügyi kívánalmait helyesen megoldani csakis oly módon lehet, ha az nem ingatja meg az orvosi gyakorlat és tudomány alapjait. Efölött dönteni pedig egyesegyedül az orvosi rend hivatott. Guzbakötött, szabad röptétől megfosztott orvosi tudomány, elkényeszeredett, elkeseredett, hivatalnokokká minősített orvosi társadalom nem jelent socialis haladást, hanem nemzeti veszedelmet.

Meglepetéssel olvastam ugyancsak a napilapok hasábjain az egyik lezajlott congressus alkalmából adott interjú keretében Assmann önértékes kijelentését, hogy az orvostudomány jövő fejlődésének egyetlen lehető iránya a homeopathia felé mutat. Ez a kijelentés arra a mesterségesen kimélyített szakadékra hivatkozik, amely a causalitás és conditionalismus, a homeopathia és allopathia közt tátong. Ugyanakkor Kötschau, a homeopathák legújabb apostola azt hirdeti, hogy az exact mechanikus orvostudomány az ő matematiko-chemicophysikalís világnézetével túlélté magát s helyet kell adnia a hippokratesi, biológiai felfogásnak, melynek nemzeti szocialista szellemben tartott felépítésén dolgozni kötelesség. Elkerülte volna az illusztris szerző figyelmét, hogy az orvosi gondolkozásnak általa felfedezett és kifejtett alapelveit, mely az egyoldalú, egocentrikus okiság (causalitás) helyére a feltételek hálózatát, a conditionalismust állítja, éppen 40 esztendő előtt vetette fel Hueppe, a bakteriologia, majd ugyanazt hangsúlyozta Lubarsch és Tendelos a kórtan, továbbá Verworn az élettan művelője, tehát a lebecsült exact orvostudomány négy nagy képviselője? Miért nem említi Kötschau, hogy az alkatnak, a neohippokratizmus ezen alapfogalmának meghatározásában mindenütt, származzék az pathologustól, vagy klinikustól, hangsúlyozva van annak biológiai gyökere? Az alkat — így hangzik a definitio, melyet az irodalmi adatok tanulmányozása alapján szerkeszteni referátumomban módomban volt — az egyén

physikai, vegyi, biológiai és lelki tulajdonságainak azon összesége, mely reakcióképességét a külvilág ingereivel szemben megszabja! Van-e a Kötschau könyvében szegyenpadra húzott Schulmedicinnek egyetlen képviselője, van-e ma egyáltalában orvos, akinek gondolkodása nem volna a tisztán physikochemiás nézőponton túl egyúttal biológiai is? Nem gondolja-e Kötschau és követői, hogy a politikai divatok vethetnek fel új kérdéseket, új problémákat az orvosi tudománynak, de megfordítva sohasem szabhatják meg a tudomány fejlődésének irányát?

Ha talán az én véleményemet szakmám kifejezett realitása folytán nem fogadnák el a neohippokratizmus rajongói hivatottnak, legyen szabad a biológiai gondolkodás magyar előharcosának, Korányi Sándornak erre vonatkozó felfogását idéznem. »A gyakorlatban nélkülözhetetlen kellékek között a legfontosabbak sorába tartozik az elfogulatlan, exact gondolkodásra való képesség, amelynek legfőbb iskolája az orvos számára a physiologia és az experimentalis pathologia. Ha majd általánosabb és eredményesebb lesz nevelő befolyásuk a leendő orvosokra, mint amilyen ma — akkor a homeopathiának, mint anachronismusként eltűnésével a jóhiszemű orvosok gyakorlatából, a jelenből Hahnemann vissza fog térni a multba.«

Nem kívánok itt vitába szállni sem Kötschaunak »Zum Aufbau einer biologischen Medizin«, sem Lehmann-nak »Logik und System der Lebenwissenschaften« c. munkájával, amelyek bölcséleti alapot kívánnak teremteni ennek, a nagyrészt mysticismusba burkolt új tannak. De azt szeretném e helyről hangsúlyozni, hogy a mai babonára, metapsychologismusra hajló, a mult berendezéseiben sokszorosan csalódott, ezért reformokat követelő korban nemcsak a laikus közönség, hanem az önbizalmában megingatott orvosi nemzedék megteremtésére, félrevezetésére célzó vállalkozás, ha valaki a homeopathiát állítja oda, mint a mai orvosi tudás nyílt megdéseinek egyetlen lehető megoldását. Igaza van Györy Tibornak, mikor Rudolph Tischner tollából megjelent, a homeopathia történetét tárgyaló munkának ismertetésében azt mondja: »Csak egy orvosi tudomány van. Nincs több. Nincsen homeopathia, nincsen allopathia. Mindaz, ami igaz, odatartozik és belevaló az egy orvosi tudományba. Ami pedig téves, se ide, se oda nem való.«

Csak két foszlány ez, melyet az egész emberi kultúrán végigszágalgató vihar, a mi pályánkon is felkapott s utolsó együttlétiünk óta élénk sodort, hogy fokozza az aggodalmat, mellyel jövőnk elé nézünk. Két okkal több, hogy összetartásra, együttműködésre, megértésre kérjem kartársaimat itt, ahol a személyeken, a divatos eszmearamlatokon felüálló tudást szolgáljuk, amely minden küzdelemünkben mégis csak legerősebb fegyverünk marad. Abban a reményben, hogy ez az esztendő eredményekben gazdag lesz s ezzel hozzájárul sorunk jobbrafordításához, van szerencsém az ülést megnyitni.

Bemutatók:

v. Sövényházy Á.: Kétpetéjű ikerszülettek rendkívüli súlykülönbséggel. Az I. számú női klinika ikerszülései alkalmával észlelt súlykülönbségek ismertetése után egy feltűnő súlykülönbséggel született kétpetéjű ikerpárt mutat be. Az első magzat 3300 gr súlyú, érett, életképes leány, a második csak 1330 gr-os debilis fiú. Ez az első megtekintésre koraszülött jellegű, fejletlen ikermagzat azonban szintén a kihordottság jeleit viselte magán. Háromnapos korában halt el. A rendkívüli súlyeltérésnek magyarázatát és kimutatható okát adni nem lehet. Ritkaságán kívül néhány érdekes megfontolásra ad alkalmat ez a szokatlanul nagy születés kori súlyeltérés. (Egész terjedelmében közlésre kerül.)

Előadások:

1. Kerpel-Fronius Ö.: A »hypochloroemiás« uraemia pathogenesise. Állatkísérletben vizsgált natrium, chlor és vízbilanzok azt mutatják, hogy az ú. n. »hypochloroemiás« azotaemia keletkezésében döntő szerepe van a vízháztartás zavarának. Natriumvesztés, még normális vízbetétel esetén is, vízvesztés és vérbesűrűsödés követ. A vérbesűrűsödés okozta keringési zavar hypostenuriát és azotaemiát okoz. Azon esetben, ha a sóvesztéshez még csökkent vízfelvétel társul, úgy az exsiccációs kiürítési zavaron kívül, fokozott fehérjeszételés is bekövetkezik.

Isolált chlorvesztés (normális natrium-anyagcsere mellett) nem követ sem exsiccatio, sem azotaemia, még nagyfokú hypochloroemia esetén sem. A chlor csak egyetlen anion, chlorvesztés esetén a chlor helyét a testnedvekben egy másik savi anion, a bicarbonat foglalja el. Hypochloroemia nem jár tehát sem hyposmosissal, sem vízvesztéssel. Pathogenetikai kapcsolat hypochloroemia és azotaemia között nincs. Hogy az exsiccációs azotaemiát hypochloroemia kíséri-e vagy

sem, az attól a körülménytől függ, hogy milyen a natrium és chlorveszteség nagyságának egymáshoz való aránya. Ha mint pl. hányásnál a chlorveszteség nagyobb, mint a natriumveszteség, úgy a natriumveszteséghez társuló exsiccációs azotaemia hypochloroemia mellett fog megjelenni. Ellenkezőleg hasmenésnél, amikor a natriumveszteség felülmúlja a chlorveszteség nagyságát, az exsiccációs azotaemiát alig csökkent serumchlor kíséri. Az exsiccatio okozta vérbesűrűsödés ilyen esetben eltakarja az elszenvedett sóveszteség nagyságát, utóbbira ilyenkor tehát a serumchlor koncentrációjának meghatározásából nem következtethetünk.

A sós oldatok alkalmazásával elérhető terápiás siker ezzel magyarázható, hogy csak ily módon szüntethetjük meg az azotaemiát okozó exsiccációs keringési zavart.

Móritz D.: Egészen más munkahypothesisből indulva ki, a meningitis tbc. pathológiájára vonatkozó vizsgálatai közben azt találta, hogy meningitis tbc-és csecsemők és gyermekek sérumában a chlor értéke jelentékeny csökkenést mutat, vele nagyjában parallel halad a fix basisoknak a csökkenése is, tehát hyposalaemia van, ami a moláris concentratio csökkenéséhez vezet. A dva vannak tehát azok a feltételek, melyek *Blum* szerint hypochloroemiás azotaemiánál a maradék-nitrogén emelkedését okozzák. Egy esetben talált csak kis fokú azotaemiát. Ezek az adatok is azt mutatják, hogy hypochloroemiás azotaemiánál a maradék-nitrogénnek az emelkedése nem hozható direkt causális összefüggésbe a chlorcsökkenéssel, az összefüggés legfeljebb indirekt, amennyiben a hypochloroemia oly változásokat hozhat létre (exsiccatio, vesék functióis zavara stb.), amelyek azután azotaemiát okoznak.

Kiss P.: A nevezett kísérletekkel előidézett kórképekkel gyermekek eseteiben elég gyakran találkozunk. Bizonyos betegségekhez másodlagosan hozzácsatlakoznak ilyen tünetcsoportok, melyek az észlelőt félrevezethetik s ahelyett, hogy mindenekelőtt e secundár tünetcomplexum megszüntetésére törekednének, magát az elsődleges kórokat teszik közvetlen felelőssé a tünetcomplexumért s a primár ok kezelésére törekednek. Különösen fontos ezen secundár tünetcomplexum ismerete és helyes értékelése gyermekkori agydaganatok, periodicus hányás, coma diabeticum és a fertőző betegségek közül különösen a dysenteria kapcsán. Másodlagosan ebbe a tünetcomplexumba került agydaganatos gyermekeket ebben a stadiumban nem szabad operáltatni, a közvetlen ok ugyanis nem a daganat különös localitójában, vagy a fokozott intracranialis nyomásban van, hanem a »kiszáradásban«, tehát ezt kell megszüntetni. A fentebb említett többi betegségek eseteiben pedig a keringési zavart nem tudjuk megszüntetni sem adrenalinnal, sem valamilyen más vasomotoriumra ható gyógyszerrel, a tünetcomplexum csak akkor tűnik el, ha a »kiszáradást« megszüntetjük.

Vigyázó Gy.: A hypochloroemia kérdése a sebészt is közelről érdekli. Főleg hasi műtéthez társulhat a hypochloroemia. Hozzászóló nőbeteg operált chron. recidiváló és icterussal járó köves epehólyaggyulladás és pancreatitis-sel. A lefolyás eleinte sima, majd hányás, intoxicatio és hypochloroemia jött létre, amelyet sem a tamponált nyitott has mellett egy másik metszésből végzett GEA-val, sem hypertoniás konyhasó, dextrose és folyadékbevitellel nem lehetett eredményesen áttörni s a beteg a második műtét után, mely 5 héttel később történt, — 12-ik napon hypochloroemiás és azotaemiás uraemia tünetei között elhalt. A sectiókor a vese vérszegény, petyhüdt, szakadékony volt és nagyfokú zavaros duzzadást mutatott.

Kaufmann E.: Műtét utáni epesipolyok röntgenvizsgálatának sebészi jelentősége. (Egész terjedelmében közlésre kerül.)

Rosenák I.: Demonstrál egy májehinococcus- esetet, műtét után egy makacs epesipoly maradt vissza. Ennek feltöltése mutatta, hogy a sipoly a bal hepaticusba vezetett, majd a contrastanyag az epehólyag feltöltése után a duodenumba jutott, tehát a lefolyás szabad volt. Az eset konzervatív kezelésre gyógyult.

Lobmayer G.: Az epesipolyoknak contrastanyaggal kitöltése tagadhatatlanul nagy haszonnal jár és már előzetesen tájékoztat a másodlagos műtétnél követendő eljárásunkról. *Mizizi* argentinai sebész már az első műtétnél a műtőasztalon végzi a cholangiographiát lipijodollal és monographiájában 200 esetről számol be számos röntgenogrammal. Az ő tapasztalatai is megerősítik, hogy a lipijodol, még a cholangitisnél sem ártalmas.

Schiffer E.: Hat esetről számol be, hol az epesipoly contrastanyag kitöltésével kapcsolatos röntgenvizsgálatokat végzett. Négy esetben részben ki volt mutatható a kő jelen-

léte, részben a contrastanyagának elakadásából kő jelenlétére lehetett következtetni. Az egyik esetben két kő a vizsgálat után spontán ürült a sipolyon át és azt követőleg a sipoly begyógyult. A másik három esetben a vizsgálati lelet alapján végzett cholecystektomia igazolta a kő, illetve kövek jelenlétét.

A vizsgálatok alkalmával fontos körülmény, hogy a jodipinbefecskendezés lehetőleg mélyen bevezetett drainsövön keresztül történjék, mert a felületesebben befecskendezett jodipin nagy viscositásánál fogva esetleg nem jut be a sipolyjárat mélyebb részeibe és ez téves következtetéshez vezethet.

Takarékosság a gyógyszerrendelésben.

A gazdasági válság és a deviza-hiány nemzetgazdasági szempontból azt parancsolja, hogy a gyógyszerrendelésben a helyesen megállapított, valóságos szükséglet kereteit túl ne haladjuk. Ezt kívánja a betegek és a róluk gondoskodó betegségi biztosítók érdeke is. Végül pedig, miután a gyógyszerek jó része nem kívánatos mellékhatásokkal bír, a mérgek közé tartozik, kis részben kábító jellege miatt a gyógyítandó betegségnél is nagyobb bajokat okozhat, az egyéni és közegészségügy érdeke is a takarékoság mellett szól. A fölösleges vagy pazarló gyógyszerrendelés és fogyasztás a gyógyszergyárak, kereskedők, gyógyszerészek anyagi érdeke, egyben a gyógyító orvosnak is könnyebbséget jelent, mert a laikus beteg a gyógyítás és gyógyszer fogalmát elválaszthatatlanul oki összefüggésben állónak tartja, recept nélkül a vizsgálat után megcsaltnak érzi magát, ami főleg az ingyenbetegek (szegények, pénztári tagok) körében általános, akik a gyógyszert nem maguk fizetik. Tömegröndelés esetén a betegek lerázásának aránylag sikeres és gyors módja az, hogy ha valamilyen receptet vagy kész gyógyszert nyomnak a markukba. A felvilágosítás és tanácsadás, amelynek célja a beteg életmódjának megfelelő rendezése, a beteg részéről az orvosba vetett bizalmat, az orvos részéről pedig sok időt és türelmet igényel. Olyan dolgok ezek, amelyek az anyagi és szervezeti okból tömegröndelést tett szegény- és pénztári praxisban jelenleg megvalósíthatatlanok. Mindezen szempontok mérlegelése után arra a következtetésre kell jutnunk, hogy a gyógyszerrendelésben takarékoskodni kell.

A kérdés csupán az, hogy mi a kivétel helyes módja, melyek azok a szempontok, amelyeknek figyelembevételével a takarékoskodásból kár nem származik. Az első követelmény mindenesetre a helyes kórisme felállítás. Így például az idült fertőző betegségek fel nem ismerése vagy összetévesztése évekig tartó, teljesen céltalan gyógyszerhasználatot vagy kórházi kezelést eredményez. Ilyenek: a tuberculosishoz tartott tüdőlues, aktinomykosis és daganatok esetei, a rhino skleroma, a negatív vér- és liquorlelet mögött megbújó lues esetek stb. De ilyenek a műtét kezelést igénylő, de fel nem ismert daganatok, a rejtett helyek: csontok, pajzsmirigy, prostata stb. rákjai éppen úgy, mint a fel nem ismert idült gyulladások, fekélyek, kömebetegedések, például idült vakbéllob, bélfekélyek, rögzített epe- és vesekövek. Tudjuk, hogy a legjobban felszerelt és vezetett klinikán is fekszenek betegek, akiknek baja az életben megfejtetlen marad, tévedés történik, amely csak a kórboncolás, sőt a szövettani vizsgálat során derül ki, ez azonban ritkaság. Általánosságban érvényes az a szabály, hogy a helyes kórisme orvosi tanácskozás, szakorvosi vizsgálat és végül intézeti vizsgálat segítségével tisztázható s mindezekre a beteg érdeke mellett a gyógyszerrel történő takarékoskodás szempontjából idejekorán van szükség, még pedig a pénztári és szegénypraxisban is. Biztosítandó tehát minden orvos részére a bajmegállapításban való intézményes segítség, egyben ellenőrzendő a kötött orvosi állásban működők kórisméinek helyessége, éppen úgy, mint az alkalmazott gyógy-eljárás megfelelő és gazdaságos módja.

Eszményi megoldás az volna, ha a betegek gyógyításában a gyógyszereket teljesen nélkülözhetnénk. Az kétségtelen, hogy az egészségvédelmi tevékenység, a betegség megelőzése révén igen sok gyógyszer szedését feleslegessé teheti. Azt is be lehet vinni a köztudatba, hogy az emésztőszervi és anyagcserebántalmak étrendi úton megelőzhetők, sőt gyógyíthatók, másképpen eredményesen nem kezelhetők s ilyen esetekben a gyógyszeres kezelés csupán tüneti hatású és elvben nem helyes. Ahhoz azonban, hogy ezeket az elveket a műveletlen tömeg, a pénztári és szegény-betegek körében elismertessük és elfogadtassuk, olyan betegellátási rendszerre van szükség, amelynek alapja a beteg és orvosa közti egyéni kapcsolat, bizalom és tekintély. Mindez a jelenlegi rendszerben, amikor az alkalmazott orvosnak nem érdeke a munka mennyiségi és minőségi szempontból jobb ellátása, amikor idejének jelentős részét kelleetlenül végzett és időrabló adminisztrálás foglalja le, betegségmegelőző tevékenységét nem fizetik, állásának összjöveldelme rezsijét sem fedezi és magángyakorlatra kényszerül, fix állásában pedig tömegmunkát végez, — elérhetetlen.

Nagyobb sikerrel alkalmazhatók a physiotherapiás gyógyeljárások: gyógyfürdő, massage, Zander-gyógytorna, villanyozás, diathermia, iontophoresis, ultravörös, rövidhullámú, röntgen és radium kezelés. Ezen gyógy módok azonban jórészt az általános gyakorlatot folytató körzeti, főleg vidéki orvosok által helyiség, felszerelés és szakorvosi képzettség híján nem alkalmazhatók; pénztári és szegénypraxisban a megfelelő korlátozások akadályozzák meg azt, hogy a betegek — főleg, ha eltartott családtagok — e célból beutalást és útiköltséget kaphassanak. Még fokozza a helyzet nehézségét egyrészt az, hogy a betegek későn kerülnek ilyen kezelés alá, amikor a gyógyszeres terapia már kimerült vagy csődöt mondott, tehát hosszas physiotherapiás kezelés szükséges; másrészt az, hogy sokszor intézeti elhelyezésre is szükség van, amit az alapszabályok, költségessége miatt, tiltanak, vagy nagyon megnehezítenek.

A fürdőgyógy mód az ingerkezelés természetes válfaja. Mesterséges ingerkezelésre alkalmasak olyan szerek, amelyek nem »gyógyszerek«, ilyen elsősorban a tej, azután a vér (és savó), végül a geny (Makai-féle autopytotherapia). Tej- és vérkezeléssel főleg fertőzőes eredetű betegségek ellen lehet igen jó eredményeket elérni, hátrányuk azonban, hogy fájdalmasak. A tejet a betegnek kell hoznia — nem rendelhető a pénztár- és szegényalap terhére — (10 cm³ 0'1—0'3 fillér), az orvosnak kell kifőznie, márpedig a pénztári és szegénypraxis ellátásához az orvos sem felszerelést, sem karbantartási állományt nem kap. Nyilvánvaló tehát, hogy az orvos a beteg rábeszélése, a kifőzéssel és vérvétellel járó veszély, a fecskendő törés és tűkopás kockázata helyett a receptírást választja, amivel a befecskendezés révén fenyegető szövődmények (tályog, zsirembolia, anaphylaxiás shock), valamint az ebből származó felelősség (kártérítési per) elől is megmenekül. Szükséges tehát, hogy az orvosi munka mennyiségi, minőségi és takarékosági szempontból jobb ellátása az orvos anyagi érdekévé tétessék, amit általánosságban a munka értékelésen alapuló javadalmazásának nevezhetünk a számlátra és sablon-fizetés módszerével szemben.

Az a törvényes rendelkezés, mely szerint az okleveles orvos a gyógy mód megválasztásában nem korlátozható, nem azt jelenti, hogy a betegre ártalmas és gazdaságtalan, hibás kezelésre szabad kezét kapjon, a tárgyi igazságra és közegészségügyi érdekre tekintet nélkül. Az orvosi munka ellenőrzésének azon módszereit, amelyeket a pénztárak és tisztiorvosok gyakorolnak, nem tartjuk elegendőnek, mert csak adminisztratív és formai szempontokat szolgálnak.

Szükséges tehát, hogy a gyógyszeres kezelés helyes

körismén alapuljon. Ennek biztosítása érdekében szükséges az orvosok ellenőrzése, az észlelt fogyatékoságok pótlása, *orvosi továbbképzés* útján, aminek a közegészségügy mai fejlettsége mellett intézményes formát kell adni, hogy kellő kiterjedéssel, rendszeresen történhessék. Szükséges, hogy a továbbképző tanfolyamok a helyes és gazdaságos gyógykezelés kérdésével ezen tárgy fontosságának megfelelő szellemben foglalkozzanak. Szükséges ezenkívül, hogy az egyes esetekben történő tájékozódás céljából megfelelő gyógyszerrendelési vezérfonal álljon rendelkezésre. E célból sem az OTI gyógyszerrendelési útmutatói, sem a szegénybetegrendelés céljait szolgáló vényminták nem megfelelőek azért, mert általánosságban mozognak és az egyes betegségek esetekre nem alkalmazhatók. Fogyatkozásuk egyébként az is, hogy ritka időközökben jelennek meg újabb kiadásban, így pl. az OTI útmutatója a IV. M. Gyógyszerkönyv új rendelkezéseit nem tartalmazza, mert előbb jelent meg. A gyógyszeripar áringadozásai és az új gyógyszerkülönlegességek gombamódra szaporodó tömegei, valamint a szegényalap és különböző pénztárak terhére rendelhető szerek ügyében sűrűn kiadott rendeletek a gyógyszerek áttekinthetőségét, hatóanyagaik és áraik fejbentartását szinte lehetetlenné teszik. Megnehezíti a szerek hatásának helyes megítélését a nagyhangú és szakszerű köntösbe bújt reklám, amivel szemben a tárgyilagossá kritikai közlések száma kicsiny, részben azért, mert hitelrontással senki sem foglalkozik szívesen, részben azért, mert a hatástalanságról, mellékhatásokról, mérgezésekről szóló beszámolók is a betegen történő kísérletezéssel egyértelműek, ami a dolgról tudomást szerző beteg és gyógyszergyárak részéről egyaránt barátságatlan lépéseket, kártérítési pereket eredményezhet.

Szükséges tehát, hogy a szerek kipróbálása olyan intézetekben történjék, amelyeknek tudományos színvonala és pártatlansága kétségtelen. Szükséges, hogy a szer engedélyezése a szükségesség, hatássóság, újszerűség és olcsóság szempontjainak figyelembevétele alapján történjék. Szükséges, hogy a bevált új gyógyszerekről megszületett időközökben hivatalos és hiteles tájékoztató jelenjék meg, amely a szer árára és gazdaságos rendelési módjára is kitér. Szükséges, hogy ezen tájékoztató minden magyar orvoshoz eljusson és az előnyösen alkalmazható gazdaságos, új szerek haladéktalanul rendelhető is legyenek a pénztári és szegénypraxisban. Szükséges ezenkívül egy olyan gyógykezelési útmutató, amely betegségenként ismerteti a bevált és gazdaságos gyógy módokat, gyógyszereket és recepteket.

Minél nagyobb fokú az orvosi munka szocializálása, benne a kötött rendszerű betegségek biztosítás és hatósági orvosi szolgálat (szegénypraxis) kiterjedése, annál több orvos kerül irányítás alá gyógyszerrendelés tekintetében, annál fontosabb tehát, hogy ez az irányítás anyagi (gazdasági) és szakszempontból helyes, eredményes és célszerű legyen. Mindaddig, amíg az egyetemi orvosképzés a szabad gyógyító magángyakorlatra nevel, nem pedig a szegény és pénztári tömegpraxisra, betegségmegelőzésre, amíg a kórházi gyakorlati évet a vizsgák sikere érdekében a hallgatók lehetőleg a kis létszámú és anyagiakra kevésbé tekintő (költségesebben gyógyszerelő) klinikákon költik, addig a gazdaságos gyógyszerrendelésben (gyógyításban) történő kellő gyakorlottság elsajátítása az oklevél megszerzése utáni időre marad, aminek helyes módja azonban nem az autodidaxis kanyargós és tövises útja, hanem a tapasztalt tényezők határozott irányítása. Szakítani kell tehát azzal a képmutatató rendszerrel, amely az egyik oldalon széleskörű jogokat ad, a másikon viszont azok érvényesítését a mesterséges akadályok tömegével nehezíti meg, mert ez sem a jelenlegi súlyos gazdasági viszonyokkal, sem a betegség esetén szükséges eljárásbeli gyorsasággal nem egyeztethető ösz-

sze. Nagy hiba az, ha a beteg vélt, vagy jogos igényeinek érvényesítését a kezelőorvossal akadályoztatják meg, vagy annak javaslatát elvetik, mert ez az orvos népszerűségét, tekintélyét rontja, őt a gyógyítás objektív és szubjektív részében egyaránt igen kedvezőtlenül befolyásolja, ami elsősorban akkor bosszulja meg magát, ha az orvos a beteg gyógyítását életmódjának célszerű szabályozásával és gyógyszer nélkül — a leghelyesebben — akarja elérni.

Az idült betegségek nagy gyógyszerpusztító hatásáról már tettünk említést. Részletekbe mélyedve, az idegrendszer, légző és emésztő szervi bántalmak azok, amelyek évtizedekig tartó, rendszeres gyógyszeres kezelés (és rendelés) okai. Az ideggyengeségben szenvedők száma állandóan emelkedik, aminek okai közismertek. Ezeknek jelentős része, — főleg ha ingyen kapja — gyógyulását patikaszerektől várja. Ide sorolhatók a hysteriások, álmatlanok, narkomániások és hypochonderek. Helyes gyógyításuk nyilván physikalís és suggestív, mindkettő azonban annyi időt igényel az orvos és bizalmat a beteg részéről, hogy az tömegrendelés keretében lehetetlen. A betegek lerázása tehát receptekkel történik és gyógyulásukat ettől várják, — de hiába. A légzőszervi bántalmak között a tüdőgümőkórnak van legnagyobb jelentősége. Jól tudjuk, hogy a gümőkór kezelésében jó eredmény a higienikus, klimatikus, diaetás, sanatoriumi és sebészeti kezeléstől várható (légmell, therakoplastika), ezek keretén belül fektetés, hidegvíz-kúra az előnyös, miután azonban erre sem az orvosok, sem a betegek nincsenek feljogosítva, illetve képesítve, állandó tüneti gyógyszerrendelés folyik, jóformán minden előny nélkül, a pénztári és szegénypraxis egész területén. A sanatóriumi beutalást ugyanis a rászorult betegeknek csupán igen kis része nyeri el, az is elkésve és túlrövid időre, tehát a gyógyulás lehetőségei nélkül. A légmellkezelés terén is sok nehézségre és hibára találunk. Miután a gümőkór szociális ártalom és szociális gyógyítása kifejlődve nincs, a tüneti gyógyszeres kezelés nem célszerű. Ez főleg a creosot- és guajacol-készítményekre vonatkozik. Számos neves szerző ajánlja szegény tüdőbetegeknek a tej rendelését, erre azonban a pénztári és szegénypraxisban nincs lehetőség, pedig nemcsak hasznosabb, de olcsóbb is volna. Azok a tejakciók, amelyeket védő, gondozó és jótékony intézmények rendeznek, sajnos kevés emberre és rövid időre tudnak csak kiterjeszkedni.

A légzőszervi bántalmak vezető tünete a köhögés. Miután a köhögéscsillapító szerek drágák, hasznak vitás, indokolt az az álláspont, amely a köhögés csillapítást elsősorban a külső ingerek (por, füst, nikotin, hőmérsék-ingadozások) távoltartásával, másodsorban borogatásokkal óhajtja elérni, a gyógyszeres köhögéscsillapítás javallatait pedig megszüktíti. A bevezetésben említett módszerek alkalmazása köhögés esetében is jelentős eredményt hoz, ha annak okaként idegen test, daganat, tályog, fekély, hörgtágulat válik ismertté, ami a köhögés csillapítás helyett megfelelő oki (szakorvosi, műtéti) kezelést tesz lehetővé.

Az emésztőszervi bántalmak három főcsoportba oszthatók (tárgyunk szempontjából): helyzeti rendellenességek, mozgási és elválasztási zavarok. A helyzeti rendellenességek vezérképviselője a hasi szervek süllyedése, ami számtalan és állandó panasz kútforrása. A mozgási zavarok lényegesebb része a szokványos székrekedés, az elválasztási zavarok közül a savtúltengés és ezzel sokszor velejáráó fekély. Mindhárom baj kimondottan népbetegség jellegével bír, sokszor együtt fordul elő és okozója a három fontos has-sebészi bántalomnak: a vakbéllobnak, epekövek és fekélyeknek.

Általánosan elismert dolog, hogy emésztőszervi bántalmakat csupán gyógyszeres úton meggyógyítani nem

lehet, diaetával viszont igen. A teendő tehát feltétlenül a diaeta erőszakolása, ami a gyógyszeres kezelést megelőzhetővé és nélkülözhetővé teszi. Mégis azt látjuk, hogy miután az étrend nincs az orvos kezében a kórházon kívül, mindenütt gyógyszeres kezelés folyik. Kétségtelen, hogy alkohol, nikotin, fűszer élvezet mellett minden savkötő szer kárbavész, fekély nem javulhat, a tüneti csillapítás csak fokozott diaeta-áthágásokra ad lehetőséget. A takarékoság elve tehát azt kívánna, hogy közalapok és pénztárak terhére emésztőszervi bántalmak esetén elvben csak diaeta legyen rendelhető, gyógyszer csupán egyes, indokolt esetekben, rövid időre. Ezenfelül a diaeta-rendelés ne legyen sablonos, hanem tartalmazza a megengedett ételek mennyiségét, elkészítési módját és árát is, hogy azt a kevéssé értelmes, módos és gondos beteg is betarthassa. Jelentős megtakarítás volna elérhető azon elv törvénybe foglalásától, hogy az orvosi intézkedés be nem tartása a segélyezési jogosultság elvesztését vonja maga után, mert ezen az alapon a diaetát nem tartó betegek gyógyszerkövetelése elutasítható lenne.

A hashajtószerekkel való visszaélések ugyancsak jelentős gyógyszerpocsékolással járnak. E téren étrendi kezeléssel igen sokat tehetünk, egyébként pedig a hazai növényi hashajtók és keserűvizek előnyben részesítése volna gazdaságos. Keserűvizeinket a palackozás és fuvar drágítja meg, e téren kormányintézkedésektől igen jelentős olcsóbbodás várható, a fogyasztás emelkedésének és megszervezésének arányában.

Igen jelentős gyógyszerfogyasztást okoznak azok a műtéttel gyógyítható betegségek, amelyeknek operálásába a betegek félelemből, tudatlanságból vagy anyagi érdekből (táppénz, baleseti járadék, segély) nem egyeznek bele. Világos, hogy minden ilyen esetben, amikor a gyógyszerköltség nem az illetőt terheli, felelőtlen költségokozása ellen védekezni kell, aminek első módja a gyógyszer megtagadása.

Vessünk egy pillantást a szülészet és nőgyógyászat területére is. Tudjuk, hogy a házi és intézeti szülészke-
dés között anyai és magzati, megbetegedési és halálozási arányokban igen nagy különbség van az intézeti szülészke-
dés javára. Tudjuk, hogy a gondozatlan terhes és az ápolatlan gyermekágyas nagy valószínűségben gátrepedésben, süllyedésben, méhhátrahajlásban, székrekedésben és a méhfüggelék enyhébb-súlyosabb gyulladásában és fehér folyásban fog megbetegedni. Mindezen bajok idült jellegűek és csak mert nem okoznak a jelenleginél sokszorosan nagyobb, állandó gyógyszerfogyasztást, mert a nőket az álszemérem és az egészségtani téren való tudatlanság, meg a félelem és hanyagság, bajaik tétlen türesére indítja, legalább is az egyszerű és jobb idegzetű asszonyok, nem pénztári tagok és családtagok körében. Jelentős megtakarítás válnék lehetségessé a női bajok gyógyszeres kezelésében az intézetben való szülés megkönnyítésével, legalább a pénztári és szegénybetegek körében.

Az intézeti elhelyezéssel kapcsolatban hozzuk fel' azt, hogy ha a gyógyszerhasználatot az intézeti munkában csökkenteni tudjuk, az ápolási díjak mérséklésére lesz mód, ami több intézeti ápolásra szoruló beteg felvételét tenné lehetővé az e célra megszabott csekély kórházi általánból. Itt elsősorban a fertőző és nemibetegekre gondolunk, akiknek elszigetelése fokozott közérdek — közegészségügyi és anyagi érdek.

A fertőző betegségek kezelése terén a szabadlevegős kezelés az, ami jobb eredményt ad és gyógyszert alig igényel, ez tehát szintén jelentős ápolási díj csökkentő tényező. A lázcsillapítás úgy a fertőző, mint egyéb bajokban rengeteg gyógyszerfogyasztással jár, holott egyrészt nagy klinikusok ellenzik a sablonos lázcsillapítást,

másrészt e célból vízkezelési eljárások sokszor előnyösebben alkalmazhatók (jobb hatás, kevesebb kockázat). Arról felesleges szólni, hogy a fertőző bajok megelőzése mily előnyökkel jár (pl. újrendszerű, egyszeri anatoxinoltás diphtheria ellen). Azt azonban érdemes hangsúlyozni, hogy a betegségen átesett lábadozóktól vagy felnőttektől vett vér befecskendezése számárhurut, kanyaró és járványos gyermekbénulás legkezdetén alkalmazva jóhatású és sok gyógyszer megtakarítását teszi lehetővé.

Szólnunk kell a gyógyszerek orvosi rendelet nélküli való árusításáról is. Azok a visszásságok, amelyek a droguistakérdés terén észlelhetők, a gyógyszerészeknek is fájnak. Az igazság azonban az, hogy a kézi eladás rendszere elvben rossz volna akkor is, ha azt a megengedett keretekben lehetne tartani. De nem lehet. Az üzleti érdek arra kényszeríti a gyógyszerészt, hogy a neki tünetekre panaszkodó betegnek nem keresztes gyógyszert ajánljon és adjon, ami a beteg öngyógyítását teszi lehetővé, egyben kuruzslás jelegével is bír, annak minden ártalmával és veszedelmével együtt. Nem helyes az, hogy a falusi szatócs magzatüzés céljaira chinint áruljon, a főpincér pedig aspirint tartson. Arról nem szólnunk, hogy keresztes szereket recept nélkül vagy hamisított receptekre is lehet kapni, mert ez olyan visszaélés, amilyentől egyetlen szakma sem mentes. De mégis nagy hiba az, hogy ma, amikor a pénztári és szegény beteg-ellátás jóformán mindenkire kiterjed és ezeknek a szakszerű orvosi ellátás ingyen áll rendelkezésükre, ki is használják a végtelenségig, emellett még recept és szükség nélkül rengeteg gyógyszert vásároljanak kézi eladásban és azt szedik.

Ugyancsak párhuzamos gyógyszerfogyasztás és pocskolás fenntartói a különböző (nem hatósági) ingyenrendelések, mert ezek elvben csupán szegény betegeknek rendelnek, a valóságban azonban jórészt olyan rá nem szorult elemeknek, akik akár mint pénztári tagok, akár mint köz-gyógyszerellátásra jogosultak, körzetükben illetékes kezelőorvosoktól a szükséges gyógykezelést és gyógyszert megkaphatják, de igénybe is veszik.

A takarékoskodás következő módja a magyar gyógyszergyártmányok rendelése. Ezen a téren zavaros viszonyok uralkodnak, amelyekben a szükséges tisztánlátást orvosi szempontoktól távolálló üzleti érdekek gátolják. Vannak üzemek, amelyek külföldi szerek adagolását és csomagolását végzik, mások kiindulási anyagokat hoznak be, egyesek féltermékeket dolgoznak fel. Egyes külföldi gyárak betelepültek, mások részben külföldi tőkével dolgoznak. Olyan magyar gyár, amely saját felfedezéseivel, saját embereivel, magyar tőkével és az igazán csak öskiindulási anyag (anilin, phenol, alkohol stb.) önálló feldolgozásával működne, alig akad, bár ma már nem egy ilyen dicséretes és sikeres törekvéssel találkozunk. Megvan azonban, sajnos, a hasonló vagy azonos szerek párhuzamos gyártása, annak minden árdrágító következményével együtt. Gyógyszergyártásunk és ellátásunk tehát egyáltalában nem racionális és e téren sok teendő vár az egészségügyi kormányzatra, amit a szegénység és devizahiány sürget legerősebben a közegészségügy fentiekben vázolt érdekei mellett.

Külön tárgyalást igényel a gyógytápszerek kérdése. Első szempontunk itt is az, hogy ezek fogyasztásában a megelőző tevékenység rendkívül nagy megtakarításokat biztosít, tehát az emésztőrendszer rendbentartására, az észszerű táplálkozás széleskörű oktatására nagy súly helyezendő. A második szempont az, hogy a pénztárak és szegényalap terhére rendelhető gyógytápszerek ne szolgáljanak az éhség leküzdésére, mert ezen célra a már említett egyszerű tejrendelés sokkal jobban megfelel, aránytalanul olcsóbb. A harmadik szempont az, hogy a gyógytápszerrendelés javallatai szigorúan körülírandók

és betartandók, gyógytápszert tehát csak emésztőszervi betegség esetén, annak tartamára rendelhető, amennyiben a diéta rendszabályok egymagukban alkalmazva kielégítő eredményt nem adnának. Negyedik szempontunk az, hogy a szegény betegek körében a felszerelést és intelligenciát igénylő készítési módok többé-kevésbé megvalósíthatatlanok és ez is a tápszerrendelés ellen szól. Elsősorban a csecsemőtápszerekre gondolunk, mert ezen a téren egyes felkapott szerek javallat nélküli tartós rendelését látjuk. A teendő nyilván a szoptatás legszigorúbb megkövetelése, ami az anya és csecsemő érdekét is a legjobban szolgálja, a küzdelem a korai elválasztás és vegyes táplálás ellen, amiben a gyógytápszerrendelésben tanúsított szigorú takarékosággal sok eredményt érhetünk el. Általában mindazok körében, akik orvost és gyógyszert ingyen kapnak, bizonyos nevelő és fegyelmező tevékenység a célszerűség és józan mérték betartása érdekében elkerülhetetlen és azok az orvosok, akik erre nem helyeznek kellő súlyt, az állammal és társadalommal szemben kötelességet mulasztanak.

A narkomaniások kérdését már röviden említettük. Ugyancsak említettük azt, hogy az ilyen önbetegítők más terhére menő gyógyszerigényeivel szemben a visszautasító álláspont indokolt. Nem helyes azonban, hogy a dolog idáig jusson, ennek megelőzése érdekében a legszélesebb körű egészségügyi oktatásra, népnevelésre és egészségvédelmi, gondozó szolgálat kiépítésére van szükség. A gyógyító munka és a gyógyszerköltség egyúttal csökkentése tehát olyan egészségpolitikát kíván, amelynek vezető eszméje a betegségmegelőzés és az egészségvédelmi, szociális és gazdasági népnevelés, mint ami a gyógyszeres kezelés szükségét és költségét egyaránt csökkenti.

Zemplényi Imre dr.

VEGYES HÍREK

Az orvosegyesületek heti üléseinek tárgysorozatát »Heti-rend» rovatunkban közöljük.

Orvokari Naptárunk adatainak pontos összeállítása érdekében kérjük mindazon egyet. ny. rendes, rendkívüli és magántanár urakat, kiknek hivatali beosztása, lakása vagy telefonszáma az év folyamán megváltozott, hogy azt szerkesztőségünkkel közölni szíveskedjenek.

Az Egyetemi Gyógyszertár átszervezése. A m. kir. válás- és közoktatásügyi miniszter úr, a kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem orvokari tanártestületének előterjesztésére, elrendelte, hogy a budapesti Egyetemi Gyógyszertár, Egyetemi Gyógyszerészeti Intézetét szerveztessék át és az intézet igazgatásával *Mozsonyi Sándor dr.* miniszeri tanácsos, egyetemi magántanárt bízta meg.

Régi óhaja teljesült ezzel a magyar gyógyszerészi rendnek és a gyógyszerészkutatásnak, ami — az egyetemi klinikák és intézetek gyógyszerrel, kötőszerszerrel és kémszerrel való ellátása mellett — úgy a régi Egyetemi Gyógyszertárnak, mint az új intézetnek egyik legjelentősebb feladata, mert itt nyernek kiképzést a legfontosabb szaktárgyukban az egyetemi gyógyszerészetanhallgatók, valamint a »Gyógyszerészeti« című collegiumot főtárgyul választó doctorjelöltek is.

A gyógyszerészkutatással foglalkozó külföldi egyetemeken csaknem mindenütt meglévő Gyógyszerészeti Intézet létesítése — úgy véljük — az első lépés a már jóformán minden művelt államban megvalósított s előreláthatólag nálunk is még ez évben életbeléptetendő égetően sürgős gyógyszerész-képzési reformhoz.

Az új intézetnek egyébként már megszületése első napjaiban érdekes vendégei voltak. Mintegy 300 németbirodalmi gyógyszerészből, tisztiorvosokból, gyógyszerértékelőkből, stb. álló csoport látogatta meg ugyanis a Reichsapothekführer vezetésével az intézetet, amelyről a legteljesebb elismerés hangján nyilatkoztak.

A magyarországi szakorvosok névjegyzékét a »Népegészségüg« szerkesztősége valamennyi előfizetője részére az ok-

tóber hó 15-én megjelenő 20-ik számhoz — díjmentes melléklet gyanánt — megküldi. Ez a szaknévsor, mely a magyar orvostársadalmat szakonként csoportosítva foglalja egybe, kétségtelenül érdekelné fogja a magyar orvostársadalomnak a »Népegészségügy« előfizetési körén kívül eső tagjait is. Erre figyelemmel gondoskodás történt arról, hogy e szaknévsort a nem előfizető orvosok is megszerzhessék. Ára 2 pengő. Megszerezhető 1935. évi november hó 15-ig a »Népegészségügy« szerkesztőségében, Budapest, I., Uri-utca 49. szám alatt.

A Magyar Fogorvosok Országos Egyesülete jóléti osztálya a Pázmány Péter Tudományegyetem 300 éves jubileuma emlékére 2000 pengőt adományozott a stomatologiai klinikának, azon célból, hogy az egyesület tagjainak gyermekei részére ott egy munkahely felállításával szakorvosi kiképzést biztosítson.

A Budapesti Önkéntes Mentő Egyesület október 19-én, déli 12 órakor tartja szemőhegyi Kresz Géza dr., a B. Ö. M. E. megalapítója és első igazgató-főorvosa emléktáblájának leleplezési ünnepélyét, melynek programja: 1. Híszkegy. Éneki a Beszkárt énekkara. 2. Köröczi Emil dr., a B. Ö. M. E. igazgató-főorvosának bevezető beszéde. 3. Vitéz József Ferenc dr. ő királyi fensége, a B. Ö. M. E. elnöke ünnepi beszéde. 4. A hatóságok, a rokonegyesületek stb. koszorúinak elhelyezése. 5. Himnusz. Éneki a Beszkárt énekkara. Gyülekezés d. e. 11½ órakor az Egyesület üléstermében (V., Markó-utca 22., I.)

Orvosdoktorrá avattattak a pécsi tudományegyetemen október 9-én: Márkus István, Miklós Pál, Andik István, Lövei Elemér és Eisenberg Dénes. — Üdvözljük az új kartársakat!

Actinomyces vakcina sec. Neuber Ede prof. forgalombahozatalát a m. kir. belügyminiszter úr engedélyezte. A diagnosztikus és therapiás célra szolgáló vakcinát a dr. Pápay-féle oltóintézet és serumtermelő rt., IX., Lónyay-utca 12., telefon 855—63, hozza forgalomba.

Zeiss-Ikon Contax kamarával bíró orvos urakat kéri, hogy címüket közöljék a vezérképvisellel, hogy onnan az érdekes »Photographie und Wissenschaft« című folyóiratot díjtalanul megkaphassák. Speltacker Miksa, Budapest, IV., Dalmady Győző-utca 9.

Pályázat.

Heves vármegye tiszafüredi járásához tartozó poroszlói egészségügyi körben nyugdíjazás folytán megüresedett poroszlói körorvosi állásra pályázatot hirdetnek.

Az egészségügyi kör székhelye: Poroszló község, a körhöz tartozik még Ujlőrincfalva község.

Felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. tc. 7. §-ában előírt képesítésüket, erkölcsi és politikai megbízhatóságukat, a forradalmak alatti magatartásukat, eddigi alkalmaztatásukat és katonai szolgálatukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérelmüket hivatalomhoz 1935. évi november hó 8. napjának déli 12 órájáig nyújtásuk be.

A később érkező pályázati kérelmeket figyelembevenni nem fogom.

Az állás javadalma a 62.000/1926. B. M. sz. körrendelettel megállapított fizetés és lakbér, az időközben kiadott rendeletekkel csökkentett mértékben, évi 240 pengő fuvarátalány és a vonatkozó vármegyei szabályrendeletben megállapított rendelési, látogatási és műtéti díjak.

A választási eljárást 1935. évi november hó 23-án, déli 10 órakor Poroszló község közházánál fogom lefolytatni.

Az állás jelenleg helyetttel van betöltve.

Tiszafüred, 1935. évi október 10.

Dr. Ficzer Jenő,
főszolgabíró.

Pályázatok.

A Nógrád vármegyei »Mária Valéria« közpórházban lemondás folytán megüresedett alorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetnek. Az állás javadalmozása a 124.000/926. N. M. M. sz. ministeri rendeletben megállapított fizetés, egy szobából álló lakás és tisztai élelmezés, amelyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. Pályázhatnak nőtlen, illetve hajadon orvosdoktorok. A kinevezés egy évre szól, amely további 2—2 évre pályázat mellőzésével meghosszabbítható. Magánygyakorlat folytatása nincs megengedve. Sebészi gyakorlatl rendelkezők előnyben részesülnek. A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények november hó 2-án déli 12 óráig méltóságos dr. Soldos Béla főispán úrhoz intézve, a kórház igazgatójához nyújtandók be. A kérvényhez melléklendők: születési bizonyítvány, orvosdoktori oklevél, esetleges működést igazoló bizonyítványok, illetve ezek hiteles másolatai.

Balassagyarmat, 1935 október hó 6-án.

Kenessey Albert dr. s. k.,
kórházigazgató főorvos.

Somogy vármegye nagyatádi járásához tartozó, megüresedett csökölyi községi körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetnek.

Az állás javadalma a 62.000/1926. B. M. számú, illetőleg a mindenkor érvényben levő rendelkezésekkel egyelőre a X. fiz. osztály 3-ik fokozatának megfelelő, csökkentett fizetés, lakáspénz, évi 400 P fuvarátalány és havi 12 P orvosi rendelészoba bértérítés, valamint a vármegyei szabályrendeletben megállapított rendelési díjak.

Felhívom a pályázni szándékozókot, hogy az 1908. évi XXVIII. tc. 7. §-ában előírt képesítésüket, eddigi alkalmaztatásukat, a forradalmi idő alatt és azután tanúsított nemzeti, politikai magatartásukat, magyar állampolgárságukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám folyó évi november hó 15-én déli 12 óráig annál is inkább nyújtásuk be, mert a később beérkező, valamint hiányosan felszerelt kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A csökölyi községi körorvosi körhöz: Csököly, Mike, Gige és Rinyakovácsi községek tartoznak.

A pályázati hirdetmény díját a megválasztott községi körorvos tartozik fizetni.

A választás napját később fogom kitűzni.

Nagyatád, 1935. évi október hó 11-én.

Dr. vitéz Kovács Dezső
főszolgabíró.

A vezetésem alatt álló Sopron szab. kir. thj. városi Erzsébet-közpórháznál megüresedett segédorvosi állásra pályázatot hirdetnek. A segédorvosi állás javadalmozása a m. kir. népjóléti és munkaügyi minister úr 1926. évi 124.000. számú körrendelete értelmében a XI. fiz. osztály 3. fokozatának megfelelő illetmény, továbbá egy bútorozott szobából álló intézeti lakás, I. oszt. élelmezés az önköltségi ár 50%-ának megtérítése mellett. Orvosi magánygyakorlat nincsen megengedve. Az állásra való kinevezés két évi időtartamra szól, mely idő elteltével az alkalmazás pályázat mellőzésével meghosszabbítható. Felhívom azon nőtlen orvosdoktorokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képzettségüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt és Sopron szab. kir. thj. város főispánjához címzett folyamodványukat hozzám f. évi november hó 15. napjának déli 12 órájáig nyújtásuk be. Az állás a kinevezés megtörténte után azonnal elfoglalandó.

Sopron, 1935. évi október hó 15-én.

Király Jenő dr. s. k.,
m. kir. egészségügyi főtanácsos,
kórházigazgató.

Tökéletes fájdalomcsillapító.



Hungaronal

Irodalom és minia kívánatra

megnyugtató és alafőszer.
Alkaloldamentes.
Gyermekeknek is adható

TABLETTA

MALTOCOL

a légzőszervi megbetegedések bevált gyógyszere.

Erősebben baktericid, nem hamisítható, gyártásban ellenőrzött, nem **LYSOFORM** műszernek nem mérges, bőrnek s ezért ideális antisepticum, az új szabadalom szerint készü

Szab. szám 93189.

„Actinomyces vaccina sec. NEUBER EDE prof. diagnostikus és therapiás célra”

POLYSAN

complex immunvaccina a szervezet természetes védekező erejének fokozására, valamennyi megbetegedéseknél.

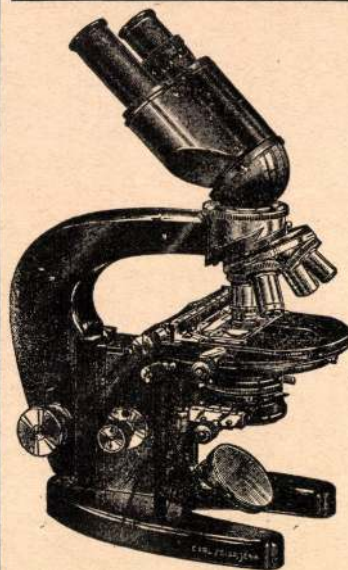
A Polysan szabadon rendelhető az O. T. I. és a székesfővárosi alkalmazottak segítőalapja terhére, továbbá a székesfővárosi közoktatóházakban.

Dr. PÁPAY-féle oltóintézet és szérumtermelő rt.
Budapest, IX., Lónyay-utca 12 sz.

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

ZEISS

MIKROSKOPOK



A
finommozgásnak
még
kényelmesebb,
még finomabb
beállítása
a mikrométer-
csavarfejeknek
mélyebben való
elhelyezése
által.

L C E állvány ferde binokuláris tubussal és Abbe-féle világító berendezéssel.

Prospektust és árlapot küld :
cég vagy annak magyarországi vezérképviselése:



ifj. JURÁNY HENRIK
Budapest IV, Váci-utca 40
Telefon : 83-0-92

CHINOIN - CHINOIN

1910
1935

CHINOIN - CHINOIN

CODERIT - CHINOIN

**köptető
köhögéscsillapító**

*acut és chronikus bronchitisnél, tbc.-nél,
emphysemánál, bronchopneumoniánál, stb.*

10 és 20 tablettás phiolák

HETIREND.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület október 19-én, délután 6 órákor tartandó ülésének napirendje: Bemutatás: *Niederrecker Gáspár*: Idős egyének combnyaktörésének kezelése. Előadás: *Blaskovics László*: Haladás a hályogműtét terén és javallatainak módosulása.

A Budapesti Orvosi Kör előadássorozatának október 21-i előadását este 7 órákor *Lax Henrik dr.* tartja »A keringési elégtelenség kezdeti tünetei« címmel.

A Budapesti Orvosi Casino október 22-én, este 7/2 órákor tartandó előadásai: a) *Lobmayer Géza dr.*: A lumbal-punctio anatómiája, technikája és technikai hibái; b) *Kertész Tiadár dr.*: A különböző liquor reakciók ismertetése, a reakciók értékelése; c) *Schuster Gyula dr.*: A lumbal-punctio szerepe az ideggyógyászatban; d) *Lénárd György dr.*: A lumbal-punctio szerepe a gyermekgyógyászatban.

Magyar Hygienikusok Társasága október 22-én, délután 6 órákor a M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézet tantermében tartandó ülésének tárgysorozata: *Mészáros Gábor*: Csongrádmegyei népélelmezési adatok. *Berkó József*: Dobozsajtok megfektetése.

A Magyar Röntgen Társaság október 22-én, este 7 órákor az Apponyi-Poliklinika tantermében tartandó ülésének tárgysorozata: Bemutatások: 1. *Gárdi Jenő*: Mellhártyaizzad-

mány képében megjelenő tüdőtumormetastasisok. 2. *Polgár Ferenc*: Horizontális basalis árnyékcsíkok a tüdőben. Előadás: *Jakab László* (vendég): A szív röntgenvizsgálatáról (a kymographiával kapcsolatban).

A Magyar Phonetikai Társaság október 25-én, az egyetemi közegészségügyi-életteni intézetben tartandó ülésének napirendje: Előadások: 1. *Schulmann Adolf*: A hangos beszéd, mint a gyermek lelki fejlődésének tényezője. 2. *Simonyi Béla*: A beszédképesség tudatos fejlesztése.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika orvosai tudományos társulásának október 30-án, szerdán d. u. 7/2 órákor tartandó ülésének tárgysorozata: a) Bemutatások: *Baum Miklós*: Insulininjekció követő szívinfartus. *Grün György*: Tüdőgran-graena kombinált kezelése salvarsannal és ultra-rövidhullám besugárással. *Epstein Tibor*: Sarcomát utánzó csontgumma. *Herefeld Lilly*: Veleszületett bőrhány a koponyán. b) Előadás: *Rajka Rezső*: Újfajta provokáló módszer syphilis esetén.

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

Kimutatás az 1935 okt. 6-tól okt. 12-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) és halálesetekről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis		Morbilli	Influenza	Malaria	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mb.	Mt.	Mt.
1. Abaúj-Torna	93.411	12	—	7	—	—	1	1	—	—	—	—	4	—	—	—	—	
2. Bács-Bodrog	112.666	2	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	3	—	—	—	—	
3. Baranya	251.620	7	2	14	—	1	—	5	—	—	—	—	31	—	—	—	—	
4. Békés	335.874	43	6	13	1	2	—	3	—	—	2	—	16	—	—	—	—	
5. Bihar	180.415	25	2	2	—	2	—	5	—	—	—	—	102	—	—	1	—	
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	39	3	39	2	4	—	6	—	—	1	—	16	—	—	—	—	
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	15	1	5	1	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
8. Csongrád	148.353	19	2	4	1	3	—	4	—	—	—	—	1	—	—	—	—	
9. Fejér	231.165	7	1	16	2	4	—	10	—	—	—	—	19	—	—	—	—	
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	3	—	—	—	4	—	4	—	—	—	—	37	—	—	—	—	
11. Hajdú	181.047	37	2	28	6	6	2	24	—	—	3	1	12	—	—	—	—	
12. Heves	322.207	40	—	—	—	3	1	6	—	—	1	—	52	1	—	—	—	
13. Jász-Nk.-Szolnok	420.142	47	10	7	3	5	—	17	—	—	5	—	4	—	—	—	—	
14. Komárom és Esztergom	181.862	1	—	2	—	3	—	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
15. Nógrád és Hont	227.951	10	—	10	1	2	—	8	—	—	2	—	3	—	—	—	—	
16. Pest-Pilis-Solt-Kk.	1.437.226	91	9	89	13	35	—	81	—	—	1	—	27	1	—	—	—	
17. Somogy	389.792	9	—	8	1	7	—	12	—	—	—	—	22	—	4	—	—	
18. Sopron	143.128	1	—	27	1	3	—	1	—	—	—	—	15	—	—	—	—	
19. Szabolcs és Ung	415.164	56	5	2	—	9	—	28	—	—	2	—	35	—	1	—	—	
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	7	1	2	—	—	—	2	—	—	1	—	—	—	5	—	—	
21. Tolna	267.133	16	2	—	—	5	1	24	—	—	—	—	36	—	—	—	—	
22. Vas	273.776	4	—	—	—	1	—	13	—	—	1	—	5	—	—	—	—	
23. Veszprém	246.991	6	3	—	—	8	—	6	—	—	—	—	59	—	—	—	—	
24. Zala	368.371	9	1	1	—	4	—	12	—	—	—	—	4	—	2	—	—	
25. Zemplén	149.043	24	3	3	—	6	—	6	1	—	1	—	16	—	—	—	—	
I. Baja	29.761	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
II. Budapest	1.035.766	23	1	38	2	35	—	63	—	—	1	—	18	1	—	—	—	
III. Debrecen	122.825	11	1	1	1	5	—	30	—	—	1	—	—	—	—	—	—	
IV. Győr	50.828	7	2	—	—	—	—	4	—	—	—	—	5	—	—	—	—	
V. Hódmezővásárhely	59.656	2	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
VI. Kecskemét	81.379	8	—	9	3	4	—	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
VII. Miskolc	63.037	4	1	2	—	5	—	5	—	—	2	—	7	—	—	—	—	
VIII. Pécs	67.527	1	1	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
IX. Sopron	36.023	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
X. Szeged	138.287	26	6	12	1	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
XI. Székesfehérvár	41.462	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Összesen	8,898,367	615	66	347	40	172	5	423	1	—	—	23	2	549	3	13	—	—
Előző évben		530	58	399	39	386	16	435	2	1	1	4	—	185	5	13	—	—

ORVOSI HETILAP

Alapította **MARKUSOVSKY LAJOS** 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSEK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VÁMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA
POÓR FERENC

GORKA SÁNDOR
REUTER KAMILLÓ

HÜTTL TIVADAR
ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

TARTALOM:

Bence Gyula: Kísérleti anaemia gyomorkiirtás után. (1135—1139. oldal)
Széky Antal: A metaluetikus idegbetegségek csont- és ízületi elváltozásai. (1139—1143. oldal)
Csapó József és Wollek Béla: Toxikus légzés és acidosis a csecsemőkorbán. (1143—1145. oldal)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (165—168. oldal)
Dósa András: Kísérletes adatok a mikrosporiasis kóroktanához. (1145—1146. oldal)
Lapszemle: Belorvostan — Sebészet — Gyermekgyógyá-

szat — Urologia — Szemészet — Bőrgyógyászat — Fülészet. (1146—1148. oldal.)

Könyvismertetés (1149. oldal)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei (1149—1150. oldal)

Földvári: IX. Nemzetközi dermatologiai Congressus Budapestben (1150—1153. oldal)

Grósz Emil: A Magyar Egészségét megnyitása. (1153—1154. oldal)

Vegyes hírek (1154. és a borítólapon 3. oldalán)

Hetirend (a borítólapon 4. oldalán)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Budapest székesfőváros Szt. István közkórháza III. belosztályának közleménye (főorvos: Bence Gyula egyet. rk. tanár).

Kísérleti anaemia gyomorkiirtás után.

Irta: *Bence Gyula dr.*

Az a lendület, amelyet *Whipple*, illetve *Minot* és *Murphy* korszakalkotó felfedezése az anaemia pathológiájában megindított termékenyítő hatásában sok, eddig hozzáférhetetlennek látszó kérdés tisztázásához vezetett. Ma már senki sem tagadja, hogy a gyomornak a vérképzésben domináló szerepe van. *Castle* kísérlete után, amely abban állott, hogy húsetetése után kiemelt gyomorbennékben az anaemia perniciosára (a. p.) gyógyhatású hatóanyagot találunk, még kérdéses volt, vajjon a gyomor, épúgy, mint a máj és mint egyéb szervek, így a vese, lép, tüdő stb. egymástól függetlenül termelnek-e ilyen anaemia gyógyító hatóanyagot. E kérdésben döntő jelentősége volt azon kísérleteknek, melyekről két évvel ezelőtt számoltam be e helyen és amelyeket azóta még újabb kísérletekkel is megerősítettem. E kísérleteim azt mutatták, hogy ha disznónak kiirtjuk a gyomrát, akkor a legnagyobb hatóanyagtartalmú szerv, a máj elveszíti hatékonyságát. Ebből arra a következtetésre jutottam, hogy a gyomor az anaemia perniciosára gyógyhatással bíró hatóanyag termelő helye, ahonnan ezen anyag valamely úton a májba kerül, amely vagy gyűjti magában ezen anyagot, vagy szorosabb chemiai kapcsolatba lépve vele, végső hatásos formájába önti.

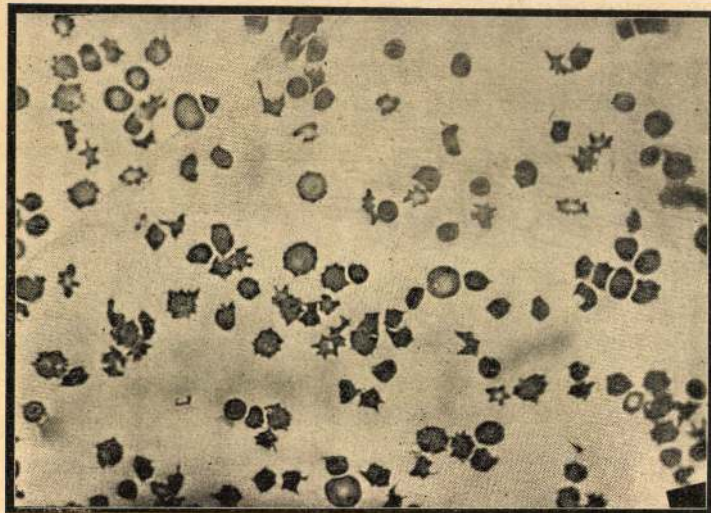
Már két év előtti kísérleteimben röviden beszámoltam arról, hogy a sertésen a gyomor kiirtása után anaemia fejlődik. Akkor kísérleteim rövid tartamánál fogva csak a műtétet követő néhány hónap alatti változásról számolhattam be, mert akkor e kérdés csak másodrendű jelentőségű volt. Céлом akkor az volt, hogy az állatok levágása után a májat feldolgozhassuk extractum készítése céljából. Az akkori eredmény tehát nem mutatta a gyomorkiirtásnak teljes hatását a vérképzésre. Újabb kísérleteim

folyamán tovább mentem és már most az volt főcélom, hogy a gyomor kiirtása után, ha az állat természetes kimúlásáig él, milyen változás következik be a vérképzésben. Ugyan e céllal már mások is végeztek gyomorkiirtást állatokon, azonban legtöbb esetben kutyakisérleteket végeztek, így *Gutzeit*, majd röviddel ezelőtt *Singer*, akik azt találták, hogy a kutyákon mikrocytaer, hypochrom, chloroanaemiaszerű kórkép fejlődik ki és ez állatok többnyire 4—5 hónappal a gastrectomia után súlyos bélhurut miatt elpusztulnak. *Ivy*-nek sikerült kutyát több éven át gastrectomia után életben tartani, az eredmény azonban ez esetben is csak a chloroanaemiaszerű állapot volt. Makrocytaer, hyperchrom anaemiát kutyán soha sem láttak. A kutyakisérlet sikertelensége azonban nem bir jelentőséggel, mert mint többszörös vizsgálatokból kiderült, a kutya gyomornedve ellentétben az emberével és disznóéval, nem alkalmas a *Castle*-féle kísérlet elvégzésére, tehát fel kell tenni, hogy a kutya gyomor egészen másképp viselkedik e szempontból. A disznót, gyomrának, különösen nyálkahártyájának az emberéhez való nagy hasonlatossága, vagy talán az is, hogy a disznó az emberhez hasonlóan leginkább omnivor, különösen alkalmassá teszi e kísérlet elvégzésére.

Most már három kísérleti állaton szerzett egybehangzó eredményekről számolhatok be. Ez állatok közül az egyiket 21, a másikat 19 és a harmadikat 27 hónappal kimúlása előtt operálta *Sipos* közkórházi főorvos úr *Farkas* tanársegéd assistentiájával a *Guoth* tanár vezetése alatt álló állatorvosi főiskolai sebészeti klinikán. Az állatok ott a klinikán éltek a kísérleti idő alatt és kedves kötelességet teljesíttek, amikor mindannyioknak támogatásukért e helyen hálás köszönetet mondok.

A kísérleti állatok vérének a kísérlet tartama alatt megvizsgáltam a vörösvérsejtek számára, haemoglobin tartalmára, fehérvérsejtszámra, a thrombocyták számára, a vörösvérsejtek átmérőjére, a vörösvérsejtek összes volumenjére és az egyes vörösvérsejtek átlagos volumenjére vonatkozólag. Mind a három kísérleti állat adatait az alábbi táblázatok tüntetik fel. A haemoglobin (Hb.) értékének meghatározásakor a kiindulási mennyiséget 100%-nak vettem és ennek arányában vettük a többi értéket. Az első kísér-

leti állat vörösvérsejtjei (E.) az első év folyamán 7'6—9'0 millió között ingadozott. A változások nem jelentékenyek. Ezen időszak alatt csak a Hb-tartalom esett le kb. 50%-ra. Ennek megfelelően a F. I. 0'44-re. Ugyanekkor E.-átmérő, melynek legnagyobb értéke a kísérlet kezdetén 5'7 μ , a legkisebb 4'6 μ , átlaga 4'9 μ volt, a kísérlet közepén 4'8 μ , illetve 2'0 μ , átlagban 3'5 μ -re esett. A E. összes volumenje 44%-ról 27%-ra, majd 20%-ra esett le. Ugyanekkor az egyes E. átlagos térfogata 53 μ^3 -ról 32 μ^3 -ra, majd 29 μ^3 -ra esett. Jelentékeny változás következik be



1. ábra.

a E. viszonyaiban kb. egy évvel a műtét után (l. 1. ábra), amikor a E. száma fokozatosan csökkenve, az állat kimúlta előtt 3'94 milliót tesz ki. Ugyanekkor sajátságos módon a Hb. érték a kísérlet második évének folyamán úgyszólván változatlan marad. E körülmények eredménye gyanánt a F. I. a mélypontot képező 0'44-ről 0'83-ra emelkedik. A Hb.-tartalom és E.-szám egymáshoz való viszonyának megváltozása magyarázatát leli a E. nagyságának változásában. Ez épúgy kifejezésre jut az átmérőben, mint a térfogatban. Az átmérők jelentékenyen nőnek, makrociták mutatkoznak nagy számban, úgyhogy a kísérlet végén a maximális átmérő 8'8 μ , a legkisebb átmérő 2'8 μ , az átlagos átmérő 5'9 μ . Az összes E.-k térfogata 20% körül lévén, a kísérlet második évében közel állandó marad, aminek megfelelően az egyes E.-k térfogata az első év végén beállott csökkenéshez képest, jelentékeny növekedést mutat (48- μ^3 t).

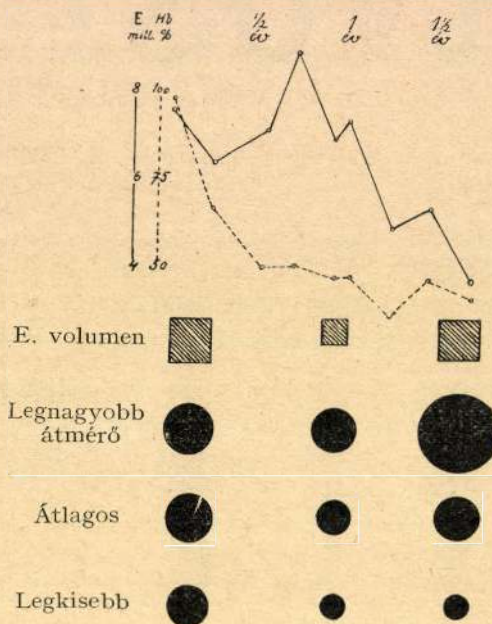
Az L.-ák száma a kezdeti 20.000-es értékről fokozatos csökkenéssel 10—12.000-re esett, csak az egy terminális érték, közvetlen az állat elpusztulása előtt, valamivel magasabb. A thrombocyták száma 1,300.000, ez érték a kísérlet közepéig kb. változatlan és a kísérlet második felében fokozatosan 260.000-ig csökken.

Az E. számának, Hb. tartalmának és nagyságviszonyainak változásait feltünteteti az alábbi ábra, amelyben a kihúzott vonal a E. számot, a szakadozott vonal a Hb.-t, a négyzetek az egyes E.-k volumenjét, a körök a E.-k átmérőjét jelzik (l. 2. ábra).

A táblázatokban foglalt második állat vérének változásai körülbelül azonosak az elsőével. A harmadik állatkísérletben három hónappal az állat elpusztulása előtt májat adagoltunk, ezért a terminális elváltozások nem oly jellegzetesek, mint az előbbeni két esetben. Az irány azonban itt is azonos a másik két kísérletével.

Összefoglalva az eredményeket, azt látjuk, hogy a festődési index (F. I.) ugyan 1'0 alatt van, 0'83 a kísérlet végén, azonban, ha tekintetbe vesszük azt, hogy kí-

sérlet közepén 0'50 volt és azután ismét emelkedett, akkor teljes joggal felvethetjük, hogy legalább is relative



2. ábra.

hyperchrom anaemia fejlődött. 1'0 fölé nem emelkedhetett a F. I., mert ez állatok belső szerveiből úgyszólván teljesen eltűnik a vas. Így a máj vastartalma, mely ép viszonyok között kg-onként 80—200 mgr%, leesett 8 mgr%-ra. E körülményre később még visszatérek. A vérelemzések normalis 1'0—1'3 milliót kitevő száma 340.000—200.000-re esett, a fehér vérsejtek normalisan 25—30.000-nyi száma 12—14.000-re. A disznók vérsavója, mely normalisan víztiszta, teljesen színtelen, a kísérlet vége felé kifejezetten sárgásszínű, epefesteny tartalmú volt, 0'5 mgr% bilirubint tartalmazott, de ugyanekkor a vizeletben epefesteny nem volt kimutatható, ellenben kifejezett urobilinogenuria volt jelen. Mindezek alapján, tehát a *vérkép typusos elváltozást mutatott, amennyiben az anaemia makrocytár, hyperchrom jellege mellett a vérelemzések és a leukocyták kifejezett csökkenése, icterus és urobilinogen kiválasztás mutatkozott.* Az a. p.-hoz a hasonlatosság szembeötlő.

E hasonlatosságot még kifejezettebben mutatja a boncolás, melyet Jármai tanár úr, az állatorvosi főiskola kórbonctan tanára volt szíves elvégezni. A jegyzőkönyv kivonata a következő:

Boncolási jegyzőkönyv.

Felvétetett Budapesten, 1934 február hó 20-án, a Bence Gyula professor úr két éves, nőtény, yorkshire kísérleti sertéséről.

Jól fejlett, ellenben gyengén izmolt, igen lesóványodott állat. A látható nyálkahártyák halvány vörösek, a bőralatti kötőszövet zsírmentes. A regionalis nyirokcsomók laposak, halvány szürkék, kicsinyek. A hasüregben 1'5 l. aranyárgaszínű, tiszta, átlátszó, savós tartalom. A hashártya síma, fényes, feltűnően halvány. A lép nagysága a normalisnál kisebbnek mondható, súlya 60 gr. A duodenum kezdeti része a nyelőcsővel gyermekököllyi tágulat útján függ össze. Az ököllyi tágulat a hiatus oesophagii át felerészen a mellüregben a mediastinum lemezei között feküdt, felerészen pedig a hasüregbe helyezkedett. A máj világos barna-vörös, megkisebbedett, súlya 820 gr, állománya középtömött, halvány barna-vörös, a metszéslapon normalis rajzolatot tüntet fel. Az epehólyag félig telt, normalis nagyságú. A vesék az állat

I. táblázat.

7. sz. állat.

Észlelés alatt állott 1932 május 27-től 1934 február 20-ig.
(21 hónap.)

1932.

Dátum	Vvs.	Hgb.	F. i.	Fvs.	Vvsátmérő	Vvsvol.	Y	Thromb.
május 27.	7'6 m	100%	1'—	20.000	5'7—4'9—4'6	44%	53 μ^3	1,300.000
junius 7.	7'6 „	100 „	1'—	33.300				
junius 22.	7'06 „	76 „	0'81	20.400				
julius 22.	7'48 „	75 „	0'76	24.300				
augusztus 11.	7'20 „	75 „	0'79	23.200				
szeptember 7.	6'51 „	63 „	0'73	13.800				
szeptember 17.	7'41 „	64 „	0'66	14.300				
szeptember 24.	8'36 „	65 „	0'58	18.600				
október 7.	8'21 „	59 „	0'54	12.000				
október 21.	7'86 „	60 „	0'58	13.400				
október 23.	8'54 „	60 „	0'53	17.700	4'8—3'5—2'0	27 „	32 μ^3	1,020.000
november 15.	8'20 „	58 „	0'54	16.800				
december 15.	7'22 „	50 „	0'52	15.800				
december 21.	7'91 „	50 „	0'48	13.100				

1933.

január 16.	8'23 „	54 „	0'50	11.300				
február 6.	9'00 „	53 „	0'44	14.300				
február 20.	7'98 „	55 „	0'52	14.200				
március 8.	7'36 „	55 „	0'56	16.000				
március 30.	7'02 „	49 „	0'53	8.500	5'1—3'6—2'2	20'6 „	29 μ^3	680.000
május 3.	7'6 „	49 „	0'49	13.200				
junius 13.	7'28 „	51 „	0'53	10.200				
augusztus 31.	4'91 „	39 „	0'60	15.500				
szeptember 22.	5'38 „	42 „	0'59	12.300		21'5 „	39 μ^3	720.000
november 3.	5'45 „	48 „	0'67	5.500	5'8—4'4—2'2	23'5 „	43 μ^3	360.000
január 4.	4'94 „	46 „	0'70	12.800	6'2—4'6—2'4	21'5 „	44 μ^3	280.000
február 12.	3'94 „	43 „	0'83	23.000	8'8—5'9—2'2	19'5 „	48 μ^3	260.000

2. táblázat.

12. sz. állat.

Észlelés alatt állott 1932 október 19-től 1934 április 28-ig.
(19 hónap.)

1932.

Dátum	Vvs.	Hgb.	F. i.	Fvs.	Vvsátmérő	Vvsvol.	Y	Thromb.
október 15.	7'2 m	100%	1'—	26.900	5'1—5'5—4'4	42%	53 μ^3	1,020.000
október 20.	7'16 „	113 „	1'12	23.700				
november 2.	5'84 „	113 „	1'3	18.500				
november 15.	6'4 „	113 „	1'2	22.600				
december 21.	7'98 „	99 „	0'89	13.400				

1933.

január 16.	7'66 „	95 „	0'90	13.100				
február 6.	7'76 „	84 „	0'76	28.100	4'9—4'0—3'6	33 „	43 μ^3	1,200.000
február 20.	7'62 „	85 „	0'80	17.500				
március 30.	8'38 „	84 „	0'72	28.900				
május 3.	8'06 „	83 „	0'73	20.800				
junius 13.	7'96 „	87 „	0'78	17.300				
julius 1.	7'86 „	86 „	0'77	14.300	5'1—4'3—3'6	31'5 „	40 μ^3	980.000
szeptember 2.	7'6 „	80 „	0'75	15.200				
szeptember 22.	7'72 „	68 „	0'63	13.400	5'2—4'0—3'2	27 „	35 μ^3	800.000
november 3.	5'96 „	67 „	0'80	21.300				
december 14.	6'1 „	63 „	0'74	18.200				

1934.

január 4.	5'93 „	58 „	0'72	14.400	5'6—3'9—3	24 „	38 μ^3	530.000
február 12.	4'74 „	51 „	0'77	15.300				
március 1.	3'62 „	41 „	0'82	12.400	6'7—3'7—2'6	16 „	44 μ^3	290.000
április 18.	3'55 „	41 „	0'82	15.200	5'7—3'8—2'2	16 „	44 μ^3	200.000

3. táblázat.

10. sz. állat.

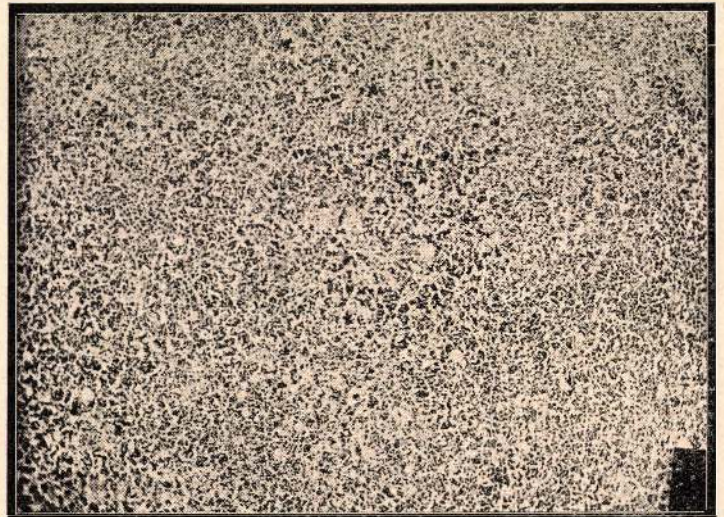
Észlelés alatt állott 1932 november 29-től 1935 februárig
(27 hónap.)

1932.	Dátum.	Vvs.	Hgb.	F. i.	Fvs.	Vvsátmérő.	Vvsvol.	Y	Thromb.
	május 27.	8'2 m	100%	1'—	16.300	5'2—4'8—4'6	43'5%	53 μ^3	890.000
	december 21.	8'6 „	100 „	1'—	18.800				
1933.	január 16.	8'0 „	103 „	1'04	29.800				
	február 6.	9'2 „	122 „	1'08	24.600				
	február 20.	9'0 „	107 „	0'97	12.300				
	március 30.	9'89 „	100 „	0'82	25.700				
	május 3.	9'28 „	87 „	0'76	.	5'2—3'9—3'5	31 „	33 μ^3	930.000
	június 13.	9'42 „	79 „	0'69	19.700				
	szeptember 22.	8'84 „	63 „	0'58	.				
	december 2.	7'90 „	62 „	0'62	18.600				
1934.	január 4.	7'78 „	61 „	0'62	21.200				
	február 12.	6'02 „	58 „	0'79	18.600	4'6—3'9—3'3	21 „	35 μ^3	860.000
	március 28.	7'56 „	58 „	0'62	16.100				
	április 6.	7'26 „	58 „	0'65	11.300	4'5—3'7—3'0	23 „	32 μ^{33}	460.000
	május 23.	5'1 „	55 „	0'88	20.000	4'5—3'85—2'75	22 „	43 μ^3	290.000
	június 7.	5'79 „	57 „	0'82	14.800	4'9—3'95—2'6	28'2 „	44 μ	440.000
	július 28.	5'56 „	56 „	0'82	12.900	4'7—3'9—2'7	26 „	43 μ^3	380.000
	szeptember 19.	6'14 „	63 „	0'84	14.300	6'0—4'2—3'1	23 „	38 μ^3	690.000
	október 11.	7'20 „	64 „	0'73	22.700	6'6—4'2—3'3	27'5 „	39 μ^3	340.000
	november 20.	5'39 „	48 „	0'73	25.300				
	december 7.	5'75 „	55 „	0'79	20.300	6'3—4'0—3'3	23 „	40 μ^3	360.000
1935.	január 17.	5'92 „	60 „	0'82	18.000	6'3—4'2—3'0	26 „	44 μ^3	480.000

nagyságához képest megfelelő nagyságúak, halvány barnavörösek, burkuk jól levonható. Metszéspapjukon az állományok normalis elhatárolódását tüntetik fel. A nyelv, garat és légcső részéről nem tapasztalható eltérés. A nyelőcső nyálkahártyája hosszant ráncolt, halvány szürkésfehér, a caudalis végén, a gyomor helyén képződött tágulatban kisímul, halvány szürkésfehér. A tágulat hátrántul helyeződő sáncszerű, csipkés szélben átmege a pylorus nyálkahártyájába. A torus a pylorusi részben jól felismerhető, e helyen a tágulat fala jelentékenyen vastagabbnak tűnik, mint a nyelőcsői részen. A duodenumban 6—8 cm-nyire a pylorustól az epevezető papillája emelkedik az egyébként normalis vastagságú, szintén halvány nyálkahártya fölé. A szívburokban mintegy 1'5 dl. sárgás, tiszta és kevés kicsapódott rostonya. A szív normalis alakú, halvány izomzatú. A csöves csontok közül a humerust és a két femurt átfürészelve kiderült, hogy a normalis vastagságú compacta mellett a csontok mind-egyike feltűnően nagy velőüreget tartalmaz, mely ritka spongiosától megszakítva, majdnem az epyphysisig terjed. Mogyorónagyságú velőüreg helyezkedik e csontok epyphysisében is. A velőüreg kocsonyás, látszólag zsírmentes, a distalis és proximalis végeken élénkvörös, középen halványvörös szövetből álló velőt tartalmaznak. Az epyphys-üregekben is ilyen kocsonyás és a peripherikus részeiben élénkvörös velő foglal helyet. Feltűnik továbbá, hogy a két éves sertésben a primordialis porc helyén még 1 cm vastag meszesedési vonal ismerhető fel.

Kórisme: Általános vérszegénység és senyveség, művi gyomorhiány, a gyomor helyén ökölnyi tágulat, melyet a nyelőcsőnek a pylorussal egyesített vége alkot. A csöves csontokban megnagyobbodott velőüregek és activ működésre utaló vörössejtes állomány.

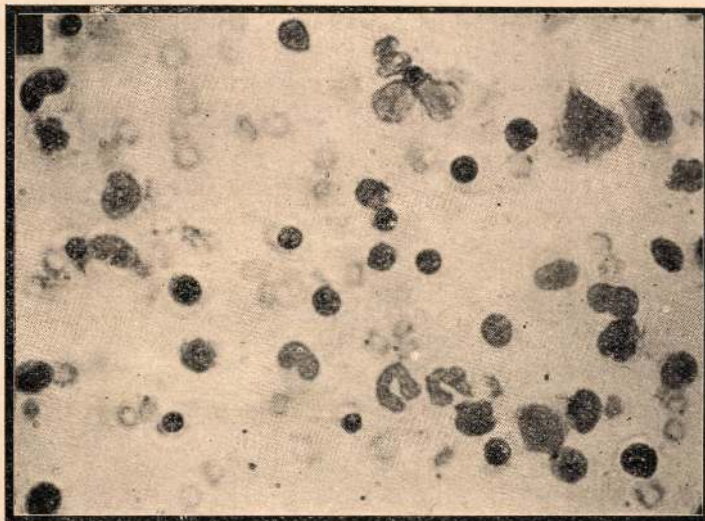
Szövetteni lelet: A csövescsontok (femur) velőüregének élénkvörös velőállományából készített metszetekben zsírszövet nincs. Ennek helyét tágult, bőséges capillaris-hálózat tölti ki, a közökben csontosodó szövet foglal he-



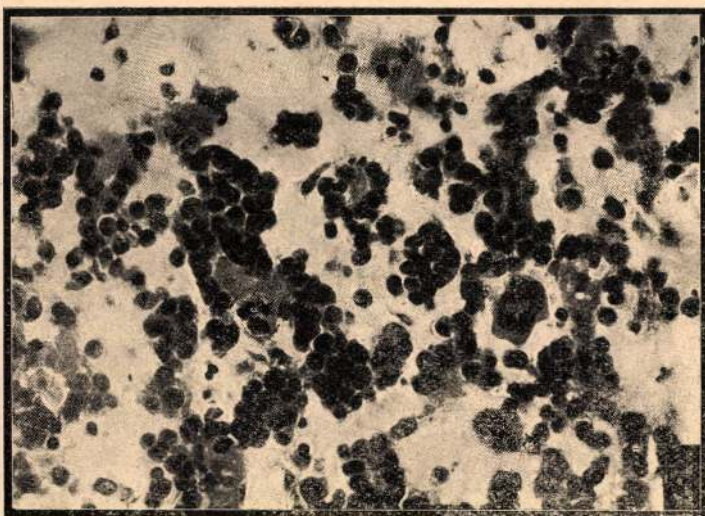
3. ábra.

lyet. Az egész velőállomány rendkívül sejtdús és emlékeztet az embryonalis velő állományára. A sejtes elemek csak kis része vörösvérsejtekből, a legnagyobb része magtartalmú szintelen vérsejtekből áll. Utóbbiak fészkes csoportokban az értágulatokban és azokon kívül helyezkednek és a csontvelőelemek legkülönbözőbb sejtalakulatait: myeloblastokat, myelocytákat, granulocytákat, megacaryocytá-

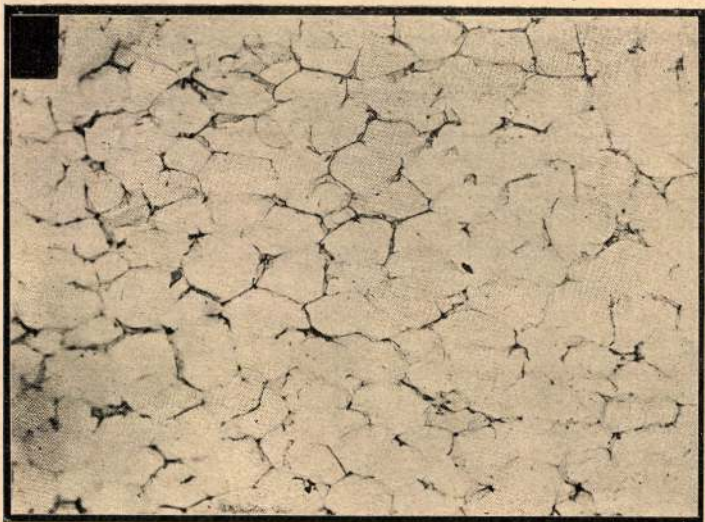
kat engedik felismerni. Ezek között feltűnnek sűrű előfordulásban bizonyos sejtcsoportok, melyek elemei sötét-kék, chromatindús magvakkal rendelkeznek s melyekben magtartalmú vörösvérsejteket, erythroblastokat lehet felismerni. Ez utóbbi sejtcsoportok nagy száma arra utal, hogy a csontvelőben erősfokú erythropoesis folyik (lásd 3., 4. és 5. ábra).



4. ábra.



5. ábra.



6. ábra.

Máj: A máj szerkezete a normalistól abban tér el, hogy a periportal szövetben megszorodott mennyiségben lymphoid típusú sejtek helyezkednek, azonfelül jelentékenyen megszorodott kötőszöveti elemek is láthatók az interstitiumban. Van Gieson praeparatumban a máj lebenykéi gazdag sejt-hálózattal vannak körülvéve, ami kezdetleges cirrhotikus állapot fennforgására utal.

Lép: A lép részéről a pulpa sejt- és vérszegénysége, a Malpighi-testek gyérsége és az izomtrabeculák feltűnő, de relativ megszorodása észlelhető.

A nyirokcsomóban normalis nyirokszövet és annak elemei rendes helyezésben találhatók.

(Folytatjuk.)

A Tisza István Tudományegyetem ideg- és elmeorvosi klinikájának közleménye (igazgató: Benedek László ny. r. tanár).

A metaluetikus idegbetegségek csont- és ízületi elváltozásai.

Irta: Székely Antal dr., tanársegéd.

Az eddigi irodalmi adatok szerint az idegrendszer metaluetikus betegségeinek 5—10%-ában fordulnak elő jellegzetes csont- és ízületi elváltozások. Általában véve férfiakon háromszor olyan gyakran fordul elő az arthropathia, mint nőknél és leginkább a 35. és 55-ik életév között jelentkeznek. *Weil-Mitschel* már 1831-ben írt le tabesben csont- és ízületi betegségeket, de valójában csak 1869-től kezdve *Charcot* és iskolája foglalkozott bővebben az arthritis neuropathiák keletkezésével s írta le annak különféle formáját. *Charcot*, az ízületi elváltozásokat tekintve, jó- és rosszindulatúakat, *Grassheim* viszont atrophias és hypertrophias arthropathiákat különböztet meg. *Rotter* statistikája szerint az arthropathiák 80%-a az alsó végtagon, 20%-a a felsőn fordul elő. *Charcot* felhívta a figyelmet arra, hogy az atrophias forma leginkább a csukló- és vállizületben fordul elő, míg a könyök- és csipőizületben inkább a hypertrophias alak; a térdizületben pedig mindkét forma megjelenhetik. Az esetek nagy többségében az ízületi és csontelváltozások minden előzetes tünet nélkül, fájdalom nélkül kezdődnek; jelentős destructiók támadnak, gyorsan következnek be a szalagos készülék tönkremenése és az izület fölszivódása. A jelentős izzadmányképződés következtében az izület szerfölött megduzzad, gyakran az egész végtag vizenyössé lesz, a feszes bőrt a kitágult vénák hálózatszerűen fedik. Egyes szerzők heveny gyulladással arthropathiákat észleltek, melyek sokszor néhány óra, egy éjszaka leforgása alatt fejlődnek ki és igen heves fájdalmakkal és gyulladással tünetekkel járnak. Nem ritkán pseudophlegmonos formájú arthropathiák is előfordulnak.

A valóban specifikus csont- és ízületi elváltozásokat tekintve, aránylag kevés azoknak a neuroloueses eseteknek a száma, ahol az idegrendszer betegségével kapcsolatban csont- és ízületi elváltozások jelentkeznek és ezeket a röntgen is igazolja. A debreceni ideg- és elmeorvosi klinika eddig kb. 1016 neuroloueses beteget ápolt (paralys progressiva 578, taboparalys 122, tabes dorsalis 216, lues cerebri 66, lues cerebrospinalis 34). Ezeknek az eseteknek csak 2½—3%-ában sikerült kimutatni jellegzetes arthropathiát, olyat, amelyet a röntgenfelvétellel is megerősített. Az aránylag csekély szám *Iselin* felfogása szerint talán az érélyes salvarsanozás következménye. Ez a körülmény némiképpen rávilágít a neuropathias arthritisek kórszarmazására is és a régi *Charcot*-féle neurotrophikus elmélettel ellentétben igazolni látszik azok véleményét, akik az ízületi elváltozásokat lueses edénylaesiókkal igyekeznek megmagyarázni.

Eddigi észleléseinkből néhány esetet közlök, amely világot vet az arthropathiák kórszármazására és formáira.

1. *E. J.* 54 é. fogházör. Luest tagad. 25 éves korában nősült; házasságából egy gyermek született, aki hároméves korában meghalt. Felesége többször terhes nem volt. Hat év óta lábaiban időnként szúró fájdalmakat érez; járása azóta rosszabbodik. Egy év óta képtelen járni. Ugyanezen idő óta jobblábjában fájdalomtalan fekély van. Hat hónap óta bal térdizülete tetemesen megduzzadt, de fájdalomtalan. *Jelen állapot:* Emphysemás mellkas. Mell- és hasüri szervek épek. A balcomb legnagyobb körfogata 51 cm, a jobbé 48 cm, a pa-



1. ábra.

tella magasságában b. o. 51 cm, j. o. 37 cm. A hatalmasan megduzzadt bal térdizületben a patella 8 cm széles és 4 cm hosszú. A térdkalács alatt belül 9 cm hosszú és 5 cm széles mozgatható csontképlet tapintható. Az ízület nem fájdalmas, a bőr reactionmentes. A jobb talp felszínén babnyi malum perforans. A bal comb nyújtott helyzetben olyan mértékben közelíthető a testhez, hogy az alszár a fejhez egy arasznyi közelségbe jut. Pupillák szabálytalan körletűek, szűkek, a jobb tágabb, mint a bal. Zászlólengés-kísérlet pozitív. Biceps-, tricepsreflexek kiválthatók. J. o. a patella és Achilles, b. o. az Achilles reflex nem váltható ki. Felületes érzések terén hiányok nincsenek. Vér és liquor WaR. ++++, sejtszám $31\frac{1}{3}$, fehérjetartalom: $0.187\frac{0}{00}$, cukortartalom: $0.65\frac{0}{00}$, goldsol, bicolorált mastix: tabeses görbe. *Röntgenlelet:* kifejezett arthropathia subluxatióval és a medialis condylus törésével. A lágyrészeken és különösen a femur diaphysisének alsó harmadán igen számos mészdús felrakódás. Az os sacrumról és a sacro-iliacalis ízületekről készült felvételen röntgeneltérés nincs. (*Rencz dr.*)

Ez az esetünk *Volkman, Rotter, Baum, Krefeld* felfogását igazolja az arthropathiák keletkezésmódját illetőleg: a mechanikus, traumás elméletet. Az arthropathiában előforduló csontelváltozásokat és önkéntes töréseket ugyanis erőművi insultusokra vezették vissza, keletkezésüket az ataxia, analgesia és hypotonia segíti elő. Az analgesia miatt a trauma észrevétlen marad. Az ataxia és mély érzések zavara miatt az izom-synergiák szenvednek és így szabálytalan izomösszehúzódások keletkeznek, amelyek a törést elősegítik.

A folyamat fájdalomtalanlansága, a súlyos atrophia, az észrevétlenül bekövetkezett condylus-törés, a környező izomzatban található számos meszes felrakódás, a jelentős izzadmány, a vér- és liquorvizsgálat eredménye kétségtelenné teszi az ízületi elváltozás tabeses eredetét. Az esetleg szóba jöhető osteoarthritis deformansban a ron-

csolások sokkal csekélyebbek és az ízületek porcinai a productiv folyamat sokkal erősebb és határozottabb, mint tabesben. A kóroki tényezőket tekintve azonban súlyt kell vetnünk még arra a körülményre is, hogy az arthropathia egy még eddig teljesen kezeletlen esetben mutatkozott és így nem zárhatjuk ki teljesen a lues tevőleges szerepét, amely önmagában, vagy traumák segítségével az arthropathiás ízületben ismét kitorhat. Ezt igazolja *Ley A.* lelete is, aki negatív liquor- és vér Wa. R. mellett az egyik térdizületből csapolt izzadmányban a Wa. R.-t pozitívnak találta. *Sonnenberg* egyenest lueses ostitisről beszél, *Barré* lueses érelváltozásról, *Sargardt* a csontelváltozásokat syphilitikus-gyulladásos, nem gummás folyamatoknak tartja. A lues activ szerepét igazolja az arthropathiák részbeni gyógyíthatósága antiluetikus kezelésekkel és a röntgenlelet is, amely szerint a tabeses arthropathiában megfigyelt elváltozások sok esetben azonosak a periostalis lueses elváltozásokkal.

Az arthritis neuropathiák azonban nemcsak tisztán trophikus és innervációs zavarok következtében állhatnak elő, hanem keletkezésükben bizonyos fertőzőes folyamatok is jelentős szerepet vihetnek.

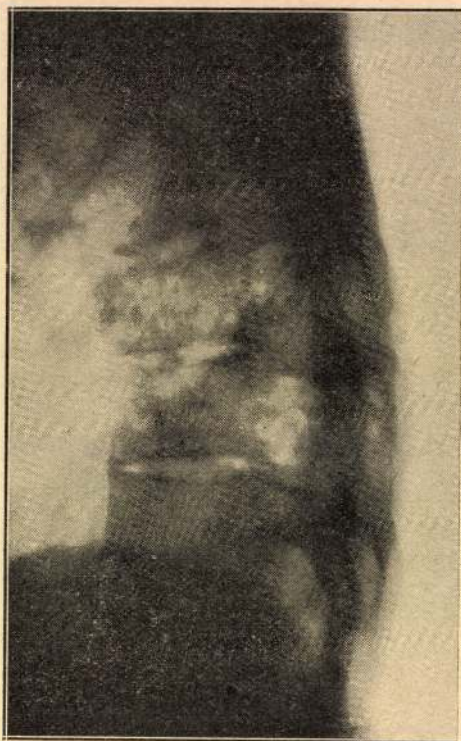
2. *Sz. S.-né*, 29 éves. Bádogossegéd neje. Férje luest tagad. Négy halvaszülés. 17 éves korában ajakfekély, melyet helyileg sárga kenőccsel kezeltek. Egy év múlva a lábán fekély keletkezett, amely miatt a Szent István-kórházban injectiókkal orvosolták. Későbbi kiütésekre nem emlékszik. Most állandóan zavartan beszél, sír; azt állítja, hogy törökök, románok fegyverrel üldözik, fel akarják akasztani. Környezetével szemben igen agresszív. *Jelen állapot:* Mellkasi, hasüri szerveken nagyobb eltérés nincs. Pupillái középtágak, körkörösök, fényreakciójuk renyhébb, az alkalmazkodási reactio jó. Az agyidegekben nincs eltérés. Az egész testben durva remegés. Igen élénk reflexek és tremorok. *Psychice:* Állandó euphoria, desorientatio, emlékező-megjegyző képesség-



2. ábra.

gében kiesések, időnként paraphasiás válaszok. Kezdődő dementia. Psychomotoros nyugtalanság. Téves eszmék. Vér- és liquor WaR.: ++++, sejtszám: $22\frac{1}{2}$, globulin reactiók pozitívak, paralytikus kolloidgörbék. *Dg.:* dementia paralytica progressiva. Előbb recurrens, majd később malariás lázkezelést végzünk. A malariás kezelés közben egy reggel arról panaszkodik, hogy ízületei fájdalmasak és két könyökét nem tudja kihajlítani a nagy fájdalom miatt. Csakugyan mindkét

a szakaszon létrejött sajátságos elhajlása inkább syringomyeliára jellemző, amelyben a gerincoszlop elhajlásához a csigolyatestek finom szerkezeti elváltozásai csatlakoznak



4. ábra.

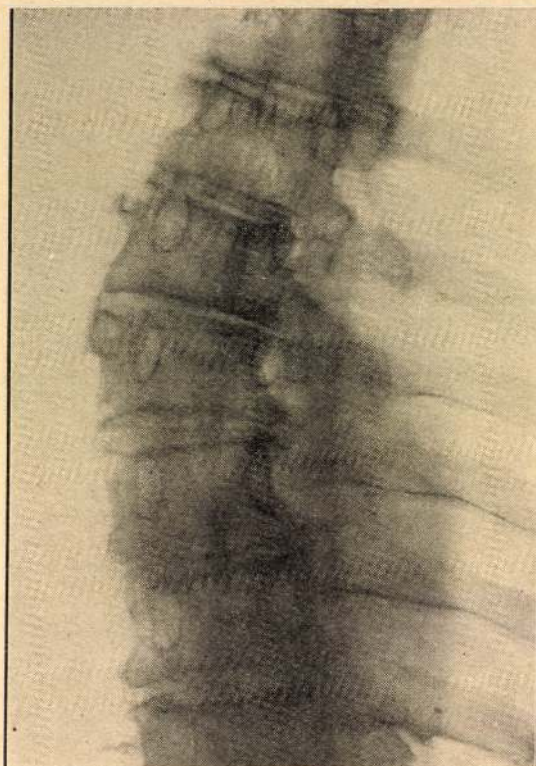
és nem súlyos destructiók. Az ágyéki területen létrejött csigolyaelváltozások következtében keletkezik az annyira jellemző, előre hajlott testtartás, amely miatt a kezek a testhez viszonyítva hosszabbnak tűnnek fel. Az ágyéki tájék hosszmeteszete megrövidül. Elülről való megtekintéskor szembeötlik a has hosszirányú megrövidülése és egy haránt ránc, amely az álbordák alsó szélének felel meg. Az első látható tünet a legtöbb esetben a rendes, ágyéki lordosis eltűnése, amelyet később a folyamat előrehaladásával egy-egy ív- vagy szög alakú cyphosis helyettesít. A betegeken a csigolyafolyamat úgyszólván észrevétlenül, fájdalom nélkül fejlődött ki. Sem mozgáskor, sem nyomáskor vagy kopogtatáskor fájdalmat nem éreztek. Reflektorikus izommerevség nincs. Amint egyik esetünk és számos más klinikai megfigyelés igazolja, a folyamat előrehaladásával időközi hasító fájdalmak jelentkezhetnek, gyakran érezhető eltolódás és hallható ropogás mellett. Ebben a szakban képződik a gibbus, többnyire hirtelenül. Igen gyakran a csigolyaközök is részt vesznek a bántalmazottságban, amely miatt paresisek is keletkezhetnek. A fájdalmak gyakran oly hevesek, hogy az orvost is megteveszthetik, mint *Salvadori* esetében történt, amikor is egyik sebész, a heves ágyékfájdalmak miatt, a beteget vándorvese gyanujával megoperálta. A heves fájdalmakat a gerincvelői gyökök összenyomatása okozza, ezt a nyomást a dislocált csigolyák és osteophyta-massák hozzák létre.

Következő esetünk több szempontból bír érdekességgel:

6. *M. P.-né*, 51 éves igazgató-tanító neje. Családjában idegbetegség nem fordult elő. 46 éves kora óta menopausa. 1922-ben spanyol influenza. 21 éves korában ment férjhez. Négy gyermeke él, egészséges. Folyása nem volt, lueses fertőzésről nem tud. Négy évvel ezelőtt gyakran voltak hevülései és szédülései, amelyek azonban orvoslásra elmúltak. Jelen betegsége 2½ hónappal ezelőtt kezdődött. Tarkójától hátaközepéig tompa fájdalmak jelentkeztek. Járása kicsit rosszabbodott, különösen a sötétben és a lépcsőn való járás bizonytalan. Betegsége kezdete óta karjaiban is, lábaiban is időn-

ként zsibbadtságot, bizsergést érez. *Jelen állapot:* Astheniás mellkas. *Costa X. fluctuans.* Szíven, tüdőn eltérés nincs, hasüri szervei rendben. Pupillák szabálytalan körletűek, fénymerevek. Alkalmazkodási reactio jó. Agyidegek épek. Felső végtagok in- és csonthártyareflexei élénkek, a patella- és Achilles-reflex nem váltható ki. Járása ingadozó, atactikus jellegű. Az alsó végtagok izomzata hypotoniás. Vibrációs érzés az alsó végtagokon gyengült. *Vér- és liquorvizsgálat:* negatív.

A beteg spirochaeta vaccin-kezelést és röntgenbesugárzásokat kap a gerincvelőre. A kezelés hatására a háti gerincoszlopban jelentkező fájdalmak tetemesen csökkennek, álta-



5. ábra.

lános erőbeli állapota is javul, úgy, hogy javultan hazabocsátjuk. A beteg 10 nap múlva ismét felvételre jelentkezik, mert kimenetele óta gyengeség-érzése fokozódott és a háti gerincoszlopban fájdalmakat érez, amelyek mozgás közben olykor fokozódnak. A jobb felkaron levő spirochaeta oltás elgenyedt, úgy, hogy három nappal ezelőtt meg is nyitották. Eltérés az előbbi lelethez képest csupán annyi, hogy a háti csigolyáknak megfelelőleg scoliosis észlelhető. *Röntgenlelet:* A VI. és VII. háti csigolyáknak megfelelően a gerincoszlop balra mintegy 25° szögben megtörik. Ugyanitt a belső (baloldali) oldalon jellegzetes arthritises csipkeképzés látható.

Figyelmet érdemel ez az eset elsősorban azért, mert a gerincoszlop arthropathiájának első jeleként időszakos tompa fájdalmak jelentkeztek, amikor még scoliosisa a betegnek nem volt. Ezek az egyhelyű tompa háti fájdalmak gyöki eredetűnek látszanak, mert a keletkezett gerincoszlop elváltozással egyidőben a végtagokban zsibbadások is jelentkeztek, bár súlyosabb destructio nem volt kimutatható. A korán jelentkező intermittáló tompa fájdalmak, valamint a csigolya elváltozások helye és formája kétségtelenné teszi az összefüggést az idegrendszer betegsége és az arthropathia között. Ezen összefüggést igazolta *Vulpian* kísérlete is, aki kutyán az utolsó melli- és felső ágyéki gyököket átvágta. Ennek következtében a bal mellső láb arthropathiáját tapasztalta. A boncoláskor a hátsó és oldalsó kötegek felhágó jellegű zavarát észlelte, ezenkívül pedig az operatív beavatkozás helyének megfelelőleg a nyaki gerincvelő bal hátsó szarvában meningitis nyomait.

A gerincoszlop elváltozások inkább az ágyéki tájon mutatkoznak és az eddigi észlelések szerint a háti csigolyák megbetegedése csak ritkábban fordul elő, amint azt

két esetünkben észleltük. Többen írtak ugyan le olyan gerincoszlop elváltozásokat, amelyek a VIII—IX., illetve XI—XII. háti csigolyáknak megfelelőleg keletkeztek, de ezekben az esetekben az elváltozások többé-kevésbé traumákhoz csatlakoztak, amely a mi eseteinkben nem fordult elő. A gerincoszlop elváltozások egyik kóroki tényezőjébe is bepillantást enged jelenlegi esetünk; ugyanis a folyamat kifejlődésében és előrehaladásában jelentősége van annak a körülménynek, hogy a beteg közben spirochaeta vaccin-kezelést kapott, amelynek következtében az oltás helyén hosszan gyógyuló tályog keletkezett. A csigolya destructiónak, amely a gerincoszlop-szöglet törését eredményezte, a spirochaeta-kezelés közben történt jelentkezéséből arra következtethetünk, hogy az arthropathia keletkezését a fertőzőes folyamat nagyfokban támogatta. A fertőzések a gerincoszlop elváltozások létrejöttelében más szerzők szerint is, igen tevékeny szerepet játszanak, amint azt már előbb említettem is egyik esetünkkel kapcsolatban. *M. de Vries* két típusos osteoarthropathia tabetica esetet ír le, amelyben a csigolyatestek erős roncsolódásának helyén jókora geny-üreget talált, a falak elmeszesedésével és a belsejükben holtcsont részecskéikkel. Mind a két esetben csigolya elváltozásokat tabeszes eredetűnek tartja, amelyhez vagy a hólyagból vagy a pyelumból staphylococcus-fertőzés társult.

A gerincoszlop elváltozások keletkezését sok szerző mechanikus traumával magyarázza, míg *Obermeyer* szerint a nagyfokú törékenység a csontszövetben képződő gummák miatt következik be. *Grassheim* tabesben határozott röntgenológiai elváltozásokat talált az ízületekben és a csontokban olyan esetekben is, amikor klinikailag semmiféle osteoarthropathia nem volt kimutatható. Szerinte anyagcserezavarok játszanak szerepet, amelyek a csontok és ízületek táplálkozását zavarják; az anyagcserezavarok pedig a belső secretiós mirigyek működésének kóros megváltozása következtében keletkeznek. A trophikus elmélet hívei a csontokhoz és ízületekhez tartozó trophikus központokat és készülékeket különféleképpen localisálták, de ezt a kérdést véglegesen eldönteni nem tudták. *Oppenheim*, *Goldscheider*, *Westphal* a környéki idegekben találtak gyakran elfajulásos változásokat. *Leyden* és *Goldscheider* szerint az érző idegeknek a trophicitásban jelentős szerepük van, míg *Bechterew* szerint a gerincvelő összes érmozgató pályái és központjai közreműködnek a csontok táplálásában. *Cassirer* azt a nézetet vallja, hogy az idegrendszer minden része trophikus működéssel is bír és így külön gerincvelői trophikus központok feltételezése nem indokolt. Az a körülmény, hogy mind a tabes, mind a paralysis klinikai lefolyásában a szövet-trophicitás, valamint a vegetatív működések zavarait észlelhetjük, arra enged következtetni, hogy a trophicitásban a zsigeri idegrendszer is szerepel. *Roux*, *Marina*, *Laignell*—*Lavastine* leletei és tapasztalatai szerint az osteoarthropathiák keletkezésében a sympathicus-idegrendszer is részes. Ezekkel ellentétben *Risak* és más szerzők, megfigyeléseikből azt a következtetést vonják le, hogy a tabeszes arthropathiában idült arthritis deformansról lehet szó, amelynek csupán a hypotonia és a mély érzések zavara ad különös jelleget. Az arthritis deformans, amely veleszületett, illetve bizonyos körülmények között szerzett ízületi kevesebbértékűség mellett szól, a tabeszes arthropathiák fejlődési talaja, amelyhez hozzájárul még az ízületek abnormis hajlamossága, amelynek következtében ideg- és táplálkozási zavarok inkább ártalmasak.

Ha a gerincoszlop elváltozásokról készült Röntgenfelvételeket nézzük, azt látjuk, hogy a súlyos arthropathia mellett minden esetben jelentékeny csipkeképződések voltak észlelhetők, melyek néha az egész gerincoszlopra ráterjedtek. Ezenkívül a környezetben gyakoriak voltak a

mészfelrakódások. Általában véve, az egyes szerzők részben osteoporosis, részben osteosclerotikus elváltozásokat találtak. *Plate*, *Ochlecker* csak főleg fekvő és keveset mozgó betegekben észlelte néhányszor a mérszók fölszívódását. *Lewy* előbb a csontszövet megvastagodását észlelte. Az eddigi leletek szerint a legszembetűnőbb az osteoporosis, mely a legkülönbözőbb roncsolásokhoz vezet. A porotikus csont a horzsköre emlékeztet. A csigolyatestek legkülönfélébb elváltozásaihoz a tokszalag-készülék megágyulása a különféle újraképződmények csatlakoznak, sőt egyesek megfigyelése szerint a csigolyaközök és a gerincscatorna is belevonatnak a folyamatba.

Trophikus ízületi zavar számos más gerincgagy betegségben is előfordul, mint syringomyelia, Brown—Séquard paralysis, csigolyatörések, gerincgagy daganatok. Az ezen betegségekben előforduló csigolya elváltozásoktól a neurolues kapcsán létrejött csigolya megbetegedéseket jól megkülönbözteti az a körülmény, hogy a legtöbb esetben nem fájdalmasak és hogy az egész gerincoszlop aránylag csekély mozgászavara áll fenn nagyfokú helyi roncsolások mellett.

A betegek klinikai észlelése és az a körülmény, hogy a neurolues elváltozások ellen alkalmazott gyógyszeres és ingerkezelés a többi tünetek javulásán kívül a gerincoszlop elváltozásai által okozott, gyakran intermittáló jellegű fájdalmakat is jelentékenyen szüntették, kétségtelessé teszik az összefüggést a gerincoszlop-elváltozások és az idegrendszer lueses megbetegedése között. Kóroki tényezőként a lues aktív szerepén kívül egyes esetekben fertőzőes folyamatok is szerepet játszhatnak. De van súlyos gerincoszlop-elváltozás negatív vér- és liquor-lelet mellett is minden trauma nélkül, amelyet tehát csak mint a neurolues következtében fellépett trophikus zavarnak tekinthetünk. Bizonyos tehát, hogy a létrejött csont- és ízületi elváltozások keletkezésében a trophikus és vascularis eredetű zavarokon kívül sok más tényező is szerepel bír, úgyhogy eddigi eseteink és megfigyeléseink nem alkalmasak arra, hogy az arthritises neuropathiák keletkezését egységes kóroki tényezővel magyarázhatjuk meg.

Irodalom: *André Thomas*: Presse med. I. 1933. — *Delbet—Cartier*: Bull. Acad. Méd. 101. 1929. — *Diez—Michans*: Prensa med. Arg. 1929. — *Diez—Michans*: Rev. Especial med. 5. 1930. — *Iselin*: Deutsche Zschr. f. Chirurg. 227. 1930. — *Lewenberg—Detlew—Wemer*: Fortschr. d. Röntgenstr. 40. 1929. — *Lewy*: Rev. Cir. Barcelona 4. 1932. — *Lachs*: Deutsche Zschr. f. Nervenheilk. 127. 1932. — *Mankowsky—Cerny*: Arch. f. Psych. u. Nervenheilk. 83. 1929. — *Pape*: Zentral-Röntgeninstn. Wien. 39. 1935. — *Teulon—Valio*: Bull. Soc. franc. Dermat. 38. 4. 1931. — *Vallebona*: Radiol. Med. 16. 1929. — *Vries de*: Nederl. Ridjschr. Geenesk 1932.

A Pázmány Péter Tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye (igazgató: Hainiss Elemér ny. r. tanár).

Toxikus légzés és acidosis a csecsemőkorbán.

Irta: *Csapó József dr. és Wollek Béla dr.*

Az irodalomban a toxikus acidosisnak három faját különböztetik meg: 1. organikus sav okozta acidosis, 2. chloracidosis, 3. alkalipeniás acidosis. A serum sav-basis-egyensúlyára vonatkozó vizsgálatokat folytattuk, hogy tisztázzuk, vajjon a csecsemőkori toxikosisban megtaláljuk-e az acidosisnak ezt a három faját?

Ismeretes, hogy az acut súlyos toxikosis az eszméletzavar mellett az úgynevezett toxikus »nagy légzés« jellemzi legjobban. A nagy légzést a szerzők legnagyobb része évtizedek óta az acidosis következményének tartja. *Bessau* és *Rosenbaum* ezzel a felfogással szemben azt

állítják, hogy az acidosis a nagy légzéssel kapcsolatban mellékes lelet, a nagy légzés elsősorban egy direkt agyi bacteriotoxikus hatás következménye az eszméletzavarral együtt. Erre a felfogásra építették fel az intoxicatio új elméletét. A chemiai vizsgálatokkal együtt megfigyeltük, hogy van-e összefüggés a nagy légzés, eszméletzavar, valamint az acidosis között?

1933 szeptember óta 20 súlyos toxikus csecsemő vérért vizsgáltuk meg. Igyekeztünk az egyes eseteket pontosabban analysálni, hogy a toxikus állapot vékonybél-, vastagbélfolyamathoz csatlakozott-e, vagy valami parenteralis fertőzés okozta. Az analysist nagyon megnehezíti, hogy az anamnesis sokszor megbízhatatlan, így a levont következtetések bizonyos fokig csak közelítő értékűek. A következőkben röviden, adatok felsorolása nélkül óhajtjuk vázolni, hogy látjuk mi az acidosis kérdését, valamint ennek összefüggését az eszméletzavarral és magas légzéssel és észleleteink támogatják-e Bessau és Rosenbaum felfogását az intoxicatiót illetőleg?

Kizárólagos chloracidosis nem találtunk. Vannak azonban esetek, amikor a fixbasis és chlor aránya oly módon alakul, hogy az organikus sav mellett a chlor is szerepet játszik az acidosis létrejöttében. A sav-basis-egyensúly ilyen alakulását láttuk alimentaris intoxicatióban, valamint hig. vizes székeket ürítő parenteral-toxikus esetekben.

Alkalipeniás acidosis mindössze kettőt észleltünk. Mindkét csecsemőnek súlyos dysenteriája volt és teljesen lesoványodva, az egyik skleremás bőrrel vétetett fel a kórházba. A többi 14 esetben az acidosis kizárólag az organikus savak okozták.

A klinikai megfigyelés és a vérserum vegyi vizsgálata az exsikkosis, eszméletzavar és magas légzést illetőleg a következőket mutatta:

1. Kiszáradás kétségkívül elősegíti a toxikus tünetek keletkezését, bár nem feltétlenül szükséges hozzá. Súlyos parenteralis toxikosisokat láthatunk kiszáradás nélkül a klasszikus klinikai tünetekkel.

2. A magas légzés és eszméletzavar nem pathognosztikus az alimentaris intoxicatióra. Ha a csecsemő betegségét magas légzés és eszméletzavar kíséri, ebből még nem következik, hogy alimentaris intoxicált. A magas légzés és eszméletzavar nagyon gyakori a parenteralis és enteralis toxikosisokban is.

3. Az eszméletzavar az esetek egy részében az acidosisra függ össze, az esetek legnagyobb részében azonban a direkt agyi bacteriotoxikus hatás következménye. Láthatunk súlyos eszméletzavart acidosis nélkül, megszüntethetjük az acidosis, az eszméletzavar mégsem javul.

4. A toxikus légvétél mélysége, thorakalis jellege első sorban az acidosis következménye. A légzés szaporaságára vizsgálataink nem derítenek fényt. Hogy a légzés mélysége és thorakalis jellege első sorban az acidosisra függ, e mellett szólnak a következő érvek. Toxikus csecsemőknél a mély, illetve a német kifejezést használva »nagy légzésnél« a bicarbonát mindig jelentékenyen csökkent, lehet súlyos toxikus eszméletzavar nagy légzés nélkül, ilyenkor azonban hiányzik az acidosis is. Amennyiben az eszméletlen toxikus csecsemőnek nagy légzés mellett bőven adunk intravenásan NaHCO_3 -t, esetleg magával a bő folyadékbevitellel az acidosis megszüntetjük, úgy az esetek egy részében megszűnik az eszméletzavar és nagy légzés, a kettőt tehát ugyanazon ok idézte elő, az esetek legnagyobb részében azonban az acidosisra együtt megszünik a nagy légzés, megmarad az eszméletzavar, az acidosis és eszméletzavar tehát dissziál, ilyenkor a kettőt nem lehet ugyanazon okra visszavezetni. Nem szól ellene a toxikus légzés acidotikus eredetének az a körülmény, hogy menin-

gitisben és encephalitisben acidosis nélkül is előfordul magas légzés. Könnyű elképzelni, hogy a gyuladás, a hyperaemia, a fokozott agnyomás közvetlenül izgatja a légzőközpont ama részét, amely a légzés mélységét és jellegét szabályozza.

Ezekre a vizsgálatokra azért volt szükség, hogy lássuk, vajjon a Mariott, valamint a Bessau-Rosenbaum-féle elmélet megállja-e a helyét? Mariott nézete szerint a toxikosis lényege *anhydraemia*, vagy ahogy az amerikai szerzők mondani szokták: *dehydration*. Ezen felfogás szerint a szervezetben a tartalék víz mennyisége csökken, a vér besűrűsödik, az áramlás lassú s ez a keringési zavar idői elő az égési és egyéb anyagcserezavarokat, a tola-rentia csökkenését, a gyomor-bélfunction elégtelenségét, ez növeli a hasmenést, amely a tartalék víz mennyiségét újból redukálja és az általános és keringési zavarok csak fokozódnak. A toxikosis megelőzésében és gyógyításában ezek szerint a bő vízellátás a fontos, a táplálékok ártalmas hatása inkább a hasmenés, mint az intermediär anyagcserezavar növekedésében nyilvánul.

Bessau és Rosenbaum a toxikosis központjába klinikailag az eszméletzavart és nagy légzést állítják be, ami egyezik az általános felfogással. Nézetük szerint azonban az eszméletzavar és nagy légzés létrejöttéhez nem elégséges a kiszáradás, hanem emellett még bakteriumtoxinnal is szükség van (endogen coliascensio). A kiszáradás nyitja a vér-agyválaszfalat (Blut-Hirnschranke), így a bakteriumtoxinnal könnyen hozzáférnek a központi idegrendszerhez. A nagy légzés és eszméletzavar nem az acidosisra, hanem a direkt bacteriotoxikus idegrendszeri hatással vannak kapcsolatban. A toxikosis pathogenesisének központjába a vér-agyválaszfallal fokozott átteresztőképességét állítják.

Ha most a toxikosis pathogenesisét tágabb látószög-ből nézzük, amely magába foglalja az alimentaris, enteralis és parenteralis toxikosis, úgy ezeket az elméleteket általános érvényűnek elfogadni nem lehet. Kétségtelen, hogy a nagy vízvesztés, a szervezet kiszáradása elősegíti az acidosis, a circulatiós zavarok stb. létrejöttét, bizonyos azonban az is, hogy az enteralis és parenteralis toxikus csecsemők egy részében hiába árasztjuk el a szervezetet sóval és vízzel, hiába hígítjuk fel a vért, hiába szüntetjük meg az esetleges kiszáradást, a magas légzés, elpusztul a csecsemő, ha az infectio továbbra is destruálja a szervezetet, a beteg gócot meggyógyítani nem tudjuk. A kiszáradás tehát elősegíti a toxikus tünetek felléptét, de nem feltétlen szükséges hozzá, ezzel az anhydraemiás elmélet, mint általános, a toxikosis különböző fajait magába foglaló magyarázat megdőlt, a toxikosis nem lehet mindig tiszta anhydraemiának tekinteni. Téves Mariott-nak az a felfogása is, hogy az anyagcserezavart minden toxikus esetben az anhydraemiás rossz circulatio, a következményes oxigénszegénység okozza. Az elégtelen keringés különösen az enteralis és parenteralis toxikosisban csak egy momentum az égési zavarok keletkezésében, ennél sokkal fontosabb a bacteriotoxikus direkt hatás.

A Bessau-Rosenbaum-féle elmélet sem tekinthető általános érvényűnek. Már fent kifejtettük, hogy kiszáradás nélkül is láthatunk súlyos toxikosis eszméletzavarral, nagy légzéssel. A bakteriumtoxin kiszáradás nélkül is átmehet a vér-agyválaszfalon és a legsúlyosabb eszméletzavart okozhatja. A nagy légzés viszont nem a vér-agyválaszfallal fokozott átjárhatóságának, hanem elsősorban az acidosisnak a következménye. Nézetünk szerint nem a vér-agyválaszfallal fokozott átteresztőképessége a legfontosabb tényező a toxikosis kóroktanában, nem is tudjuk elképzelni, hogy akár a kiszáradás, akár a bacteriumméreg elektive a vér-agyválaszfalat támadja meg. A toxikosis több mint exsikkosis és több, mint vér-agyválaszfallal foko-

zott áteresztőképesség. Téves az a felfogás is, hogy az infectio a toxikus hatást mindig a gyomor-bélcsatornán keresztül fejt ki hasmenés, hányás, kiszáradás útján. Súlyos toxikosis jöhet létre hasmenés nélkül. Véleményünk azzal a felfogással sem egyezik, hogy a táplálékok csak akkor ártalmasak, ha a hasmenést fokozzák, a káros hatást tehát a táplálékok is csak a gyomor-bélcsatornán keresztül fejtik ki. Ezek az elméletek nem helyeznek kellő hangsúlyt a táplálékok és bakteriumtoxin direkt, az egész szervezetet, az egész anyagcserét érintő hatására, egészen háttérbe szorítják a *Finkelstein*, valamint *Czerny* által már évtizedekkel ezelőtt hangsúlyozott intermediár anyagcserezavart, a fő hangsúlyt egyik szerző a gyomor-bélcsatornára, a másik a vér-agyvályaszfal fokozott áteresztőképességére teszi, egyéb szervek fontos működéséről csaknem megfeledkeznek. Hiba lenne a hasmenés jelentőségét elhanyagolni, azonban árthat a bakterium-méreg, árthat a táplálék hasmenés előidézése vagy fokozása nélkül is, ha az az intermediár anyagcserére terhes.

Toxikus állapotban a klinikai tünetek közül az eszméletzavart és magas légzést tudjuk érzékszerveinkkel legkönnyebben konstatálni. Az anyagcserezavar kifejezője lehet az esetek egy részében az acidosis, illetve a következményes magas légzés, az esetek másik részében azonban súlyos anyagcserezavarok lehetnek acidosis és magas légzés nélkül, az anyagcserezavart csak a kémiai vizsgálatok mutatják. A kezelés folyamán egyes toxikus esetekben megszűnhet az eszméletzavar, nagy a légzés, röviden elmulhatnak a klasszikus klinikai tünetek, kiiktathatjuk az alimentaris ártalmat, a beteget elláthatjuk bőven sóval és vízzel, ha azonban az infectio még hosszú ideig elhúzódik és a szervezet ellenállása csekély, úgy megmaradnak az égési, a vízháztartásbeli (vízkötés), esetleg destructiós zavarok s a csecsemő meghal.

Eszméletzavart, magas légzést, tehát klasszikus klinikai tüneteket általában acut toxikosisban látunk, míg subacut esetekben hiányoznak a klasszikus klinikai tünetek, mindössze a csecsemő étvágytalan, esetleg időnként hány, a turgora romlik, súlya folyton csökken és végül beáll a halál. Ez is toxikosis, csak a klasszikus klinikai tünetek nélkül. Az acut és subacut toxikosis ezeket szerintem nem a klinikai kép, hanem az anyagcserezavar hozza közös nevezőre. A toxikosis nem klinikai, hanem biológiai fogalom, a hangsúly az anyagcserezavaron van. A toxikus csecsemő szervezetében zavarok lehetnek a só és vízháztartásban, zavarok vannak a synthesisen, oxydatioban, sőt súlyos destructiós folyamatok játszódhatnak le. Az anyagcserezavar ezen alakjai közül hol az egyik, hol a másik uralja a képet. A toxikosis kóroktanában a biológiai zavaroknak kell a szemünk előtt lebegni, ezen az alapon kell a toxikosis definiálni és erre az alapra kell a gyógykezelést építeni.

A Ferenc József Tudományegyetem bőr- és nemibeteg klinikájának közleménye (igazgató: Poór Ferenc ny. r. tanár).

Kísérletes adatok a mikrosporiasis kóroktanához.

Irta: Dósa András dr.

A mikrosporiasis kórképei közül a ritkán jelentkező kerion mikrosporium formájában előforduló alakokon kívül klinikánkon leggyakoribbak voltak a trichophytiasishoz hasonló, nem jellegzetes fejmikrosporiasisok.

E mikrosporiasisokból merev táptalajra való ojtáskor (*Sabouraud*), valamint függőceppben a gomba sajátos furesaságot áruolt el, gyéren bár, de több rekeszes orsók is előfordultak. A telepek bolyhossága néha job-

ban kifejlődött, s olykor fehéres-sárgává változott. Megszokott alakzatot mutatott a függőceppben, amikor a merev táptalajon egészen más képet adott és megfordítva. Hasonló tapasztalatokról tettek már említést (*Szathmáry*), amikor felvetődött a kérdés, hogy pleomorph jelenséggel avagy új válfajú mikrosporionnal állunk-e szemben?

A mikrosporion és trichosporion elkülönítésére vonatkozólag sokáig folyt a harc. A háború után a bécsi iskola kimondja ugyan, hogy szűk rokonság van a kettő között, azonban ama fenntartással (*Arzt* és *Fuhs*), hogy hasonló szövettani és immunbiológiai viselkedése miatt mindkét kórkép különállása, illetve összetartozása még ma is kérdéses.

Mi ezen immunbiológiai kérdés megvilágítási céljából allergiás ojtásokat végeztünk mikrosporion, illetve trichophyton vaccinával mikrosporiasisos betegeinken.

Az irodalom szerint jellegzetes mikrosporiasisban mikrosporionnal, valamint trichophytonnal végzett intracutan ojtások általában eredménytelennek bizonyultak néhány eset kivételével, holott nem jellegzetesnél a kevés eredménytelen kísérlettől eltekintve, úgy mikrosporionra, mint trichophytonra kifejezett eredmény volt észlelhető.

Mi ojtásainkhoz mikrosporion Audouini és többféle, két-három hónapos maltose agaron tenyésztett (*Sabouraud*) trichophytonból *Ballagi-Weisz* eljárása szerint gombakivonatot állítottunk elő (készítményünket centrifugáltuk is), folyékony közegnek physiologiás konyhasóoldatot használva (1:20). Ojtásainkat intracutan végeztük az alkar és mell bőrén 0'10 cem gombakivonattal.

Egészséges (sine morbo dermat.) egyének bőrén a mikrosporion semmiféle elváltozást nem okozott, a trichophyton is csak elenyésző számban.

Jellegzetes mikrosporiasisban mikrosporionra az esetek 20%-a, trichophytonra pedig 35%-a mutatott elváltozást. Kevés számban pedig voltak olyan egyének, kiknél mindkettőre kaptunk elfogadható eredményt. Elváltozást adó eseteinkben általában 24 óra múlva két-öt pengőnyi, sőt néha gyermektenyérynnyi, élénkpiros, kissé beszűremkedett, ritkán éles határú, néha hólyagszerű göbcséket is tartalmazó (főleg trichophytonra), két-három napig tartó allergiás bőrleváltozás keletkezett.

Az eddigi eredményekhez képest elég nagy számban nyertünk kifejezett bőrleváltozást. Úgy látszik, »*hogyan még relatíve ártatlanabb gombafajokkal történt fertőzés esetén is bizonyos oly alatti immunbiológiai változásokkal kell számolnunk, melyek sajátos allergiás jelenségekben fejeződhetnek ki*«. (*Poór F. O. H. 1927. 14.*) Azonban mikrosporiasisos betegeink ezen allergiás sajátosságának az volt a szokatlansága, hogy trichophytonra nagyobb %-ban kaptunk kifejezetten eredményt, mint mikrosporionra. E tulajdonság összhangban van a néha trichophytiasishoz hasonló kórképpel, mely jelenségnek a megértése mikrosporiasisnál mindjárt könnyebb, ha meggondoljuk azt pl., hogy »*a különböző trichophyton változatok ugyan a testtájékok bizonyos szövetszövetéhez kétségtelen affinitást tanúsítanak, de távolról sem kizárólagosan és minden esetben idézik elő egy és ugyanazt a kórképet*«. (*Poór F. O. H. 1927. 14.*)

Kérdés, hogy e két gombafaj között van-e lényegbeli különbség, vagy bizonyos okok folytán átalakulhat-e a mikrosporion Audouini annyira, hogy a trichophytonhoz hasonló kórképet váltson ki. Egyesek (*Arzt*) a mikrosporion törzsek biológiai megváltozásában keresik az okot. Ilyen biológiai átalakító tényezőnek veszi fel *Poór F.* az időjáráskülönbségeket, mely a kontinens középső és nyugati szakasza között van.

Még ugyanazon vidék gombaflórája is ingadozásokat mutathat, amit nem egyszer észleltünk anyagunkon (a mikrosporiontelep makroszkopos kinézése). S minthogy

a változások, azaz a kórszarmazás törvényei kellően még nem ismeretesek, szükséges hosszú időn keresztül figyelemmel kísérni és meghatározni a változásokat, mert csak így nyílnak alkalom a dermatophytonok vándorlásának, illetve helyhez kötöttségének megismerésére.

Betegeinken úgy a mikrosporinral, mint a trichophytinrel ugyanolyan ojtásokat végeztünk a hajtalanító röntgenbesugárzás előtt és után is (Soltmann és Dietze, Arzt és Fuhs). A besugárzás előtt trichophytinre bőrelváltozást adó összes esetek a besugárzás után is trichophytinre adtak legkifejezettebb eredményt. A mikrosporinra elváltozást adó eseteink a hajtalanítás után a trichophytinre nagyobb számmal feleltek elváltozással, mint mikrosporinra, nemkülönben a hajtalanítás előtti eredménytelen esetek.

A hajtalanító röntgensugár a gyulladást fokozhatja a gombás gócban (Riehe), mely gyulladást egyesek szövettanilag még akkor is megállapították, amikor klinikailag nem volt szembetűnő (Krantz).

A röntgenbesugárzás előtti gyulladáshoz gócban a besugárzás után a gyulladás fokozódott, míg a gyulladáshoz gócban enyhe pír és beszűremkedés keletkezett. Valószínű, hogy a gyulladt gócból a gombaelemek felszívódnak, melyek a bőr allergiás áthangolásához vezetnek. Általában a bőr allergiája a bőrön lezajló folyamatokat tudvalevőleg lényegesen befolyásolhatja, mely állapot nagyon jó gyógyító segédeszköz lehet. Complement eltérítést is adó nem jellegzetes fejmikrosporiasis esetében (Kalmer és Stichler, Arzt és Fuhs) fel is lehet használni, amidőn a specifikus gombaanyag intracutan adagolásával a bőr allergiájának erősítése útján a betegség lefolyását megrövidíthetjük. S minthogy felületi mikrosporiasisban trichophytinre elég gyakran mutatott a bőr allergiás elváltozást, nem zárkozhatunk el ama feltevés elől, hogy kívánatos volna felületi mikrosporiasis esetén a trichophytinnek ilyen huzamosabb alkalmazása.

A hajtalanítás után a harmadik hétre nyertük a legkifejezettebb elváltozást az oltások helyén. A besugárzás utáni napokban gyengébb volt az elváltozás, mint később. A harmadik-negyedik héten érte el a tetőfokát, majd később fokozatosan kisebb mértékben nyilvánult meg.

Kísérletünknek az a sajátja, hogy a hajtalanító röntgenbesugárzás előtt, valamint után mikrosporiasis betegeinken trichophytinre még kifejezettebb allergiás bőrelváltozást kaptunk, mint mikrosporinra, továbbá a fentemlített gombaelet és klinikai kép megnyilvánulásai tényleg amellett szólnak, hogy a két gombafaj között szoros rokonság van, amit alátámaszt az a tény is, hogy jellegzetes mikrosporiasis esetén úgy a mikrosporin, mint a trichophyton kivonattal egyaránt sikerült complement eltérítést nyerni.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A C-vitamin viselkedése Addison-kórban. Siwe. (Klin. Wschr. 1935. 37.)

Az ascorbinsav közismert depigmentáló hatása Addison-kórban készítette a szerzőt arra, hogy a Tillmans által ajánlott titrimetriás eljárással egy Addison-kóros esetben a C-vitamin kiürítést a vizeletben vizsgálat tárgyává tegye. Kimutatja, hogy a normalis, sőt kifejezetten igen dús C-vitamin-tartalmú táplálék mellett a napi kiürítés a normalis alatt marad és per os adott nagy adag ascorbinsav után (0,6 gr) is csak ezen adagok megismétlése után jelentkezik fokozottabb kiürítés, hogy ismét a normalisnál rövidebb idő alatt térjen vissza a normalis szintre. Ezek alapján, amennyiben egy esetből következtetni lehet, Addison-kórban nagyfokú latens C-vitaminhiány feltételezhető. Binder László dr.

A dohányosok bronchusrákja. F. Liekint. (Münch. Med. Wschr. 1935. 31.)

A nem dohányzó népeknél a rák ritka. A dohányzás általános terjedése viszont párhuzamosan halad a rák szaporodásával. A férfiaknak kb. 90%-a dohányos és nemcsak a bronchusrák, hanem a dohányzás ártalmainak szintén kitett ajak, szájnyalvok, foghús, nyelv, tonsillák, nyelőcső és gége rákja is túlnyomólag férfiakon fordul elő. A dohányzáson kívül a levegőben levő dohányfüst belégzése is kifejezheti ártalmas hatását. A dohányfüstben levő kátrányoknak tulajdonít szerepet az egyéb ismeretlen tényezők mellett.

Haintz Ödön dr.

Alkoholinjekciók hatása fertőző betegségek esetén. Breuer és Orou. (Wiener Med. Wschr. 1935. 32—33.)

Orou 1929-ben egy elveszettnek ítélt puerperal sepsisben szenvedő betegnek intravenásan adott vörösbort és ismételt injekciókkal megmentette betegét. Ezen tapasztalat alapján sepsises, később orbáncos, scarlatos, diphtheriás és egyéb fertőző betegségekben szenvedőket kezeltek, most már javított módszerrel, 33%-os alcohollal. Kitűnő eredményekről számolnak be. Az eljárásnak contraindicatioja nincs, mellékhatást könnyű kábulattól eltekintve, nem észleltek. Csillag dr.

Tüdődaganat mint foglalkozási betegség chromizemekben. E. Pfeil. (Deutsche Med. Wschr. 1935. 30.)

A tüdőrák szaporodását csak látszólagosnak tartja. Nem hiszi, hogy por, benzingőzök, harcigázok, továbbá az influenza tüdőrákot okozhatnak. Egyes chromyárokban azonban kétségtelenül több tüdődaganat fordult elő, aminek oka a különleges üzemi viszonyokban, talán az egyes chromyárokban keletkező gázokban van. Haintz Ödön dr.

Sebészet.

Fokalinfectiókról. Wassmund, Berlin. (Zblatt f. Chir. 62. 37.)

Fokalinfectio alatt értjük egy fontosnak nem látszó, localisan jól körülhatárolt góc távolhatását a szervezet valamely távolfekvő szervére. Eszerint tehát élesen különválasztandó a helyi contact megbetegedésektől, mint pl. periapicalis folyamatból kiindult phlegmone, osteomyelitis, stb. »Oral sepsis« elnevezés azért nem helyes, mert a következményes betegség nem septikus képen folyik le; nincs igaza Schottmüllernek, mikor azt mondja, hogy dentalis eredetű sepsis nem létezik. Ezzel szemben erre vonatkozó három meggyőző esetét ismerteti.

Ma már nagyon sok fokalinfectió betegségét ismerünk. Kiinduló fókuszok közt leginkább a tonsillák és a fogak szerepelnek. A fókuszok eltávolítása épügy hozhat meglepő sikereket, mint eredménytelenséget, mely utóbbi még nem bizonyít az összefüggés ellen. Ő maga klinikai anyagában számtalan esetben bizonyítottan látta az összefüggést a fokalinfectio körképében. Hogy az évekig nyugvó fokalis gócot mi lobbantja lángra, még ma sem tudjuk.

Dentalis eredetű infectio a gyökérsatornán át hatol a gyökérsücses körüli szövetekbe, ahonnan a vér- és nyirokpályákba út adódhat. Foggyökérsücsen levő granulomák mindig gyanusak, még akkor is infectió fókuszoknak tekintendők, ha lobogással hosszú idő óta jól körül vannak tolvakva, mert a tapasztalat mutatja, mily könnyen törhet át ily lobogást. Granulomák sterilizálása sem jelent veszélytelenséget, mivel a gyökérsatorna szomszédos részét többen fertőzöttnek találták.

Nevezetes megállapítás az a kísérleti és klinikai tény, hogy negatív röntgent adó fog pulpája vagy periodontiuma virulens bakteriumokat tartalmazhat még a fog fájdalomtalan-sága esetén is. Ezek is fokalinfectio kiindulási pontját képezhetik. Mindig gyanusak azok a gyökérsücsék, melyek röntgen szerint nem a gyökérsücsig érnek. Két dentalis eredetű sepsis esetet ismertet saját észleléséből, ahol a röntgen negatív eredményt adott.

Prophylactikusan ajánlja a pontos gyökérsücsét. Nem bízik Walkhoff gyökérsücsét eljárásának 100%-os voltában, inkább ajánlja a gyökérsücs-resectiót.

Röntgenfelvételt még fogatlan szájban is kívánatosnak tart elvégezni (cysta, gyökérsücsmaradványok, stb.), de ha a röntgen negatív eredményt ad és valamely fogra gyanunk van, ne mulasszuk el a fogbél vitalitását megvizsgálni faradikus árammal.

További kutatások szükségesek, különösen a klinikai és az anaerob bakteriologiai vizsgálatok szoros együttműködése irányában. Séra Imre dr.

A csontörzítés egy módosítása. *Förster, Suhl.* (Zblatt f. Chir. 62. 37.)

Régebbi eljárását módosítja operatív csonttörések kezelésében, visszatérve fajidegen anyagra, még pedig: egész gyenge, finom, 2—7 cm hosszú Nirosa kruppacélra. Két mm vastag körfűrésszel a pontosan összeillesztett törvégeken keresztül vályut váj, a csont hosszirányában egészen a velőüregig, ahova aztán a gyengén konikus acéléket belekalapálja. Fontos, hogy egyenletes síma, egyenes vonalat vágjunk, a törésen keresztül egyik végponttól haladva a másikig. Ajánlatos az ék hátára finom kis párkányt csinálni, ami az éknek a csontvelőürbe való becsúszását megakadályozza. Csodálatos a nagy szilárdság, amit a törés kap ezáltal. Eseteit röntgennel kontrollálva, az eredményt kitűnőeknek találta.

Varrat és gipszkötés fejezi be a műtétet, mely helyi érzéstelenítésben és vérvesztés nélkül vihető ki.

Séra Imre dr.

Gyermekgyógyászat.

Adatok a gyermekkori pyuriák keletkezéséhez és lefolyásához. *Holzmann.* (Deutsche Med. Wschr. 34.)

A csecsemő- és gyermekkori pyuriák igen gyakran csatlakozhatnak egy lázas állapottal járó anginához, vagy pharyngitishez. A pyuriában a geny a húgyutak bármelyik részéből származhatik. Keletkezése valószínűleg haematogen. A szerző megemlíti egy esetet, ahol a pyuria előbb szűnt meg, mint az azt kiváltó tonsillitises folyamat. A lázas állapot fennállása általában hét napot vesz igénybe, de megesik, hogy 2—3—4×7 nap alatt történik csak meg a teljes lázalanodás.

Wirth József dr.

Adatok a gyermekkori súlyos vérhas tünettanához és kezeléséhez. *Loeschke.* (Deutsche Med. Wschr. 27. 1935.)

Szerző az 1933. és 1934. évben 73 dysenteriás betegen szerzett tapasztalatairól számol be. A betegek közt öt csecsemő volt, — valamennyi gyógyult — a többi kisgyermek, ezek közül kilencben a betegség halállal végződött. A betegségek formák közül kiemeli a toxikus dysenteriát, mely 24 óra alatt halálhoz vezethet, domináló cerebralis tünetek — eszméletlenség, hányás, görcsök — kíséretében. A cerebralis jelek eredete homályos: sectiókor nem egy esetben kifejezett agyoedemát találtak. Társfertőzések a dysenteria lefolyását súlyosbítják. A gyógykezelést két főtenyező irányítja: a nagyfokú vízvesztés és a szervezet elárasztása toxinokkal.

Tapasztalataik alapján therapiás célból a következő eljárást ajánlhatnák: a kétséges hatás ellenére is minél előbb gyógyszerum adandó. Ha nagyfokú vízvesztés és ezzel secundaer intoxicatio fenyeget, infúzióhoz kell folyamodni, leghelyesebben tartós csepp-infúzió formájában. Ha a toxikus tünetek tovább tartanak, vagy ha a betegség hosszantartó, súlyos lefolyásának ígérkezik, transfusio indokolt, nem túlnagy vérmennyiséggel. Fenyegető agyoedema jelei esetén hypertoniás szőlőcukoroldat intarvenásan adandó. Lényeges az, hogy a kezelés ne schematikusan, hanem a változó szükségleteknek megfelelően történjék.

Tamási Gyula dr.

Kanyaró kapcsán támadt agyi szövődmény két esete. *Zischinsky.* (Jahrb. f. Khk. 144.)

A kanyaróban különben jólismert para-, ill. postinfectiosus encephalitisnek két esetét írja le. Az első esetben (3½ é. leány) az exanthema elmúlása után egy hét múlva athe-tosis, főfájás, álmatlanság képében keletkezett az encephalitis, amely 1½ hónap múlva genyes meningitissel szövődik; a másik esetben (8 é. leány) a betegség harmadik napján jelentkezett az encephalitis. Semmi lényeges, semmi új nincs a közleményben.

Geldrich János dr.

A liquor cerebrospinalis számárhögés esetén. *Bayer.* (Klin. Wschr. 29.)

A szerző olyan számárhögésben megbetegedett gyermekek liquorát tette vizsgálat tárgyává, akiken a központi idegrendszernek semmiféle complicatioja nem volt észlelhető. Kóros jelenségek a nyomást, a mennyiséget, a sejtszámot, a fehérjemennyiséget, a mastixgömböt és a vér-liquor határ át-eresztőképességét illetőleg fordultak elő. 102 eset közül 50-ben talált kóros jelenségeket a liquorban.

A vizsgálatokból az tűnik ki, hogy a complicatio mentes számárhögés esetében is gyakran vannak izgalomban az agyhártyák, aminek az oka toxinbehátásban keresendő. Számárhögés esetében azonban, más fertőző bajokkal szemben, az agyhártyák a toxinok iránt érzékenyebbek, aminek az a magyarázata, hogy a köhögési rohamok alatt mindig jelenlevő nyomásingadozások őket mechanikusan ártalmasan befolyásolják.

Barabás István dr.

Urologia.

A heredaganatok prognosisa és kezelése. *F. Hinman.* (Journ. of Urol. 1935. 34. 72.)

A gonadotrop hormon kimutathatósága nagyon megkönnyíti a heredaganatok prognosisanak a felállítását. Malignus heredaganatokban a hormon mindig kimutatható; ez a reactio azonban nem tekinthető teljesen specifikusnak, mert a szervezet más helyén lévő rosszindulatú daganatok is adhatnak pozitív reactiót. Műtét vagy röntgenbesugárzás után, ha metastasisok nincsenek jelen, a gonadotrop hormon rendszerint eltűnik a vizeletből. Ha a reactio positiv marad, úgy ez amellett szól, hogy metastasisok vannak jelen, még akkor is, ha ezek esetleg még nem láthatók. A reactionnak a műtét utáni negativvá válása azonban nem mindig jelenti azt, hogy metastasisok nincsenek jelen, mert esetleg a metastasisok a reactio elvégzésekor még olyan kicsinyek, hogy reactiót még nem adnak. A röntgenbesugárzás a heredaganatok speciális structurája következtében rendszerint csak a kevésbé differenciált embryonális tumorrészleteket pusztítja el, a differenciáltabb részek ellenállnak a sugár hatásának és tovább fejlődni képesek. Műtét beavatkozással jobb eredményeket ért el, mint röntgenbesugárzással.

Bodon György dr.

A húgykövek aetiologiájáról. *H. P. Winsbury-White.* (Brit. Journ. of Urol. 1935. 7. 103.)

Az a feltevés, mely szerint a húgsavas kövek fehérjedús, az oxalatkövek pedig olyan táplálék fogyasztása után keletkeznek, mely oxalsavat tartalmaz, már régen megdőlték. A colloidok szerepe is kétséges a nagyobb concentratioiban jelen levő sók oldatban tartásában, az újabb vizsgálatok szerint inkább a vizelet pH bír fontos szereppel. A hereditásnak kétségtelen fontos a szerepe. Faji szempontból érdekes, hogy négerknél a lithiasis nem fordul elő. 283 esetből 79%—ban a kövek a felsőbb húgyutakban voltak találhatóak, 58% férfiakban, 41% nőknél. 52% a köbetség baloldali, 33% jobboldali és 14% kétoldali. A felső húgyutak köveiben az átlagéletkor 40 év, a hólyagkövekben 54 év. A kövek keletkezésében, táplálkozási, vitamin, geographikus és klimatikus factorok mellett legnagyobb szerepe a gyulladásnak van.

Bodon György dr.

A húgyhólyag endometriómáiról. *J. Pérard és A. Elbim.* (Journ. d'Urol. 1935. 39. 497.)

Többnyire csak a szövettani vizsgálat mutatja ki ezen daganatok eredetét. Klinikailag e daganatok gyakori vizeleti ingerrel, égető fájdalmakkal vizeletkor és a hólyagtájon járnak. Igen jellemző a klinikai képen, hogy a panaszok a menstruatio ideje alatt nagymértékben fokozódnak. Periodikus támadó hólyagpanaszok mindig a hólyag endometriosisa felé kell, hogy tereljék a figyelmet. Ha haematuria ritka és ez is többnyire csak a menstruatiokor jelentkezik. Jellemző a cystoskopiai kép; a daganatok vagy a trigonumon, vagy a hólyag fundusában találhatóak, sohasem láthatók azonban a hólyag mellső falán. Jellemző, hogy a daganat mindig submucosusan fekszik, gyakran kékes, átlátszó cystosus kép-letekkel körülvéve. Mindezek az elváltozások a mensuatiós ciklus alatt nagymértékben fokozódnak. Ezek a daganatok többnyire a méhnek vagy függelékeinek megbetegedései kíséretében szoktak előfordulni. A daganat csak partialis cystektomiával távolítható el, melyet a hasüregen keresztül kell elvégezni. A műtét többnyire nőgyógyászati műtéttel kapcsolatban szokott történni. Az endometriómák a petefészkek functiocsökkenésével is vissza szoktak fejlődni, ezért sokan a castratiót ajánlják.

Bodon György dr.

A vér viscositása a priapismus kóroktanában. *M. I. Rothenberg.* (Journ. d'Urol. 1935. 39. 508.)

Egy esetével kapcsolatban kritikai áttekintést ad a priapismus irodalmáról. Esetében a priapismust egy 32 éves férfinél találta. A klinikai vizsgálatok a szervezet részéről más kóros elváltozást nem tudtak kimutatni. Műtétkor, mely a penis két oldalán 4 cm hosszú bemetszésből állott, a sulcus retroglanularis mögött, thrombus nem találtak, csak sűrű, szyruszzerű, fekete vért. Megvizsgálták a beteg vérenek viscositását és azt találták, hogy ez a normalis 5 helyett 7.1 volt. A priapismust a vér viscositás emelkedésének következtében fogja fel és tekintve, hogy az irodalomban szereplő priapismus-esetek nagyrésztében sem találtak thrombus-t a corpus cavernosumokban, csak sűrű, fekete vért, ezeket az eseteket is a vér viscositás fokozódásával magyarázza. Therapiásan jodkaliumot, rectalis, diathermiát, röntgenbesugárzást, corpus cavernosum punctiót és physiologiás konyhasó visszafecskendezést ajánlja, mint olyan beavatkozásokat, melyek alkalmasak arra, hogy a vér viscositását csökkentsék.

Bodon György dr.

Szemészet.

A paradox mydriasis. *Fr. Poos.* (Graef. Arch. 1935. 268.)

Paradox mydriasis alatt értjük azt a jelenséget, hogy a sympathikus bénulás oldalán (exstirpatio ggl. cervic. supr.) az adrenalin erősebb mydriasiszt idéz elő, mint az ép oldalán. Szerző az adrenalinon kívül más sympathikus izgatószerket (sympatol, corbasil, ephetonin, icoral, oxin, tyramin, orasthin) is vizsgálta e jelenséget állatkísérletekben és azt találta, hogy az esetek többségében a sympathikus bénulás oldalán a különböző sympathikus izgatószerkektől fokozottabb hatást váltottak ki, éppen úgy, mint az irodalom adatai szerint a parasymphaticotrop anyagok is. A jelenség magyarázatára a sok theoría közül legalkalmasabbnak tartja azt az elgondolást, amely szerint a sympathikus bénulás oldalán megváltozik a resorptio és permeabilitás és így a gyógyszerek fokozottabban kerülnek felszívódásra, mint az ép oldalán.

Weinstein Pál dr.

A különböző életkorokban észlelhető trachomás szemléletek. *A. Motegi.* (Act. Soc. Ophth. Jap.)

Egy erősen trachomás vidéken szerzett tapasztalatairól számol be. 1. Csecsemőkör. Rögton az infectio után heveny kötőhártyagyulladás, a hypersecretio nem jelentékeny. 2. Gyermekkor. A trachoma korai jeleként néhány nagyobb csomó látható a felső áthajlásban, egyébként a kötőhártya normalisan erezett. Ezek a csomók kisebbeknek és lelapulnak egészen a conjunctiva nivójáig, úgy, hogy élesen elhatárolt kerek pirosas foltokká alakulnak, amelynek a közepén egy szürkésfehér kerek pont jelenik meg. Ezután kis pontszerű trachomaheg fejlődik ki. A csomó és hegképződés közti időtartam 10—100 nap. A szaruhártya felett tartós értágulat mutatkozik, majd a normalisan élesszélű limbushatár elmosódik és az erek a corneára is ráterjednek. A pannus 3—6 hónap alatt fejlődik ki. 3. Felnőttkor. A 20. életév után a trachomának hajlama van a gyógyulásra. Gyakran észlelhetünk kis pontszerű hegeket a fornixban könnyű pannusok vagy enélkül. Ha a trachomás azután hosszú ideig kezeletlenül marad, akkor ebben a korban synblepharont, keratektasiát stb. figyelhetünk meg.

Glück Emil dr.

A szemfeszülés viszonya az agnyomáshoz. *T. Tsuboi.* (Acta Ophthalm. Japon. 1935. 82.)

Állatkísérletekben — konyhasódatnak és levegőnek az agyba való vitelével emelte az agnyomást és vizsgálta a szemfeszülés, általános vérnyomás és intracranialis vénás nyomás viszonyát. A szemfeszülés az agnyomás emelkedése után szintén emelkedett, az agnyomás csökkenésekor alacsonyabbra szállt. Az általános vérnyomás az agnyomás emelkedésekor csökken, majd néhány perc múlva eredeti értékére tér vissza. A szemfeszülés csökkenése az experimentális agnyomással kapcsolatban nem áll összefüggésben az általános vérnyomás csökkenésével, hanem localis tényezőkkel. Az agnyomás fokozódásakor emelkedik az intracranialis venas sinusok nyomása, ennek következtében a vena centr. ret. nyomása is, valamint a látóideg hüvelyében a nyirok áramlása gátolt és így a bulbusban nyomásemelkedés jön létre.

Weinstein Pál dr.

Keratitis pustuliformis profunda. *Siebert.* (Zeitschrift f. Aug. 1935. 2—3. szám.)

E kórképet, melyet először Fuchs írt le 1915-ben, jellemzi a mély egyoldali cornea-abscessus hámsíny nélkül, hypopyon-iritis és positiv Wassermann reactio. A lues II. egyik jelensége, mely salvarsanra feltűnően jól gyógyul. Szerzett lues folyamán jelentkező mély keratitis gyakran abscedáló jellegű és rosszabb prognózisú. Elhúzódó és exsudatív iritis-szel complicált esetek általában rosszabbul reagálnak a specifikus kezelésre. Szerző hangsúlyozza, hogy nemcsak postuliiformis lehet a szerzett lues keratitis, hanem kiterjedt, beolvadásra hajlamos interstitialis is. Az arzenobenzol kezelés itt is diagnostikus jelentőségű. A hypopyon gyakran szívós.

Grósz István dr.

Bőrgyógyászat.

Zephirol nevű új desinfiáló szer. *Dr. Gerhard Domack.* (D. Med. Wochenschrift 21. 1935.)

Egy új desinfiáló szerrel számol be a szerző, mely zephirol néven kerül forgalomba. Előnye az eddig használatos desinfiációs szerek mellett, hogy nem okoz intoxiciót, nincs kellemetlen szaga, azonkívül desinfiáló hatása mellett még tisztítólag is hat. A zephirol egy magas molekulájú alkyldimethylbenzilamoniumchlorid. Vizes oldata, mely kellemes illatot ad, rázásakor erősen habzik, lakmussal enyhén lúgosan reagál. Alkohol, vagy sav hozzáadására nem csapódik ki és így hatásából nem veszít. Anionos szappanok-

kal alkalmazása kerülendő. Gram-positív cocciakkal szemben rendkívül erős fejlődésgátló hatása van, melyet kísérletileg ki is mutatott a szerző. Operatióknál különösen az a fontos előnye, hogy gátolja a sebeken lévő csirok szaporodását, ezenkívül nem hat izgatólag a környezetre. Annýira nem, hogy sürgős esetekben higitatlan állapotban is használható. Kézfésinfiálásra 1%-os zephirol-oldat alkalmazandó.

Horváth Dénes dr.

Szokatlan kezdeti stadiummal jelentkező sarcoma idiopathicum haemorrhagicum Kaposi-esete. *Fred Goldschlag.* (Dermat. Wschr. 1935. 7.)

Szerző betege 4 év óta beteg. Az időnként támadó lép- és májduzzanat, a nyirokmirigyek megnagyobbodása, a remittáló láz, cachexiás állapot, a vérkép, röntgen- és arsentherapiára létrejövő időleges javulás, a bőrtünetek jellege, lymphogranulomatosis maligna kórképét mutatta. Az első tünetek keletkezése után mintegy 3½ év múlva az alsó végtagokon beszűrődések és kisebb tumorok keletkeztek, amit, tekintettel az addigi kórképre és kórlefolyásra, szintén lymphogranulomatosisnak gondolt. Röviddel később a mellkas jobb oldalán sárgásbarna orsószzerű tumorok jelentek meg. Ezen utóbbiak leiomyomára voltak gyanúsak, míg az alsó végtagokon jelentkező bőrtünetek Kaposi-féle sarcomára hívták fel a figyelmet. A histologiai vizsgálat azonban kétségen kívül bebizonyította, hogy az összes bőrtünetek Kaposi-féle sarcomának feleltek meg. Ha az egész kórképet tekintjük, úgy két lehetőségre kell gondolni: 1. arra, hogy a két betegség kombinálódott egymással, azaz hogy a lymphogranulomatosis malignához egyszerűen társult a Kaposi-féle sarcoma. Ezen esetben természetesen a két kórkép közötti összefüggést felesleges kutatni. Sokkal érdekesebb azonban annak a feltételezése, hogy a már 4 év óta fennálló és lymphogranulomatosis malignának tartott tünetcsoport a sarcoma haemorrhagicum Kaposinak csak egy előstadiuma volna. Ismeretes, hogy Kaposi-féle sarcomában belső szervi elváltozások előfordulhatnak. Fel lehet tehát tételezni, hogy jelen esetben is az eredetileg lymphogranulomatosisnak diagnosztizált elváltozások a Kaposi-féle sarcoma által előidézett belső elváltozások voltak. Tehát jelen esetben egy atypikus, a belső szervek megbetegedésével kezdődő, sarcoma Kaposival állunk szemben.

Vanik Vince dr.

Milyen álláspontot foglal el a dermatologia a vérátömlesztés útján történt luesinfectióval szemben? *Prof. L. v. Zumbusch.* (Münc. Med. Wschr. 28.)

A következő kérdéssel fordultak szerzőhöz: latens luesben szenvedő vértadó feltétlenül fertőz-e? Történhet-e ezen az úton a 3. vagy 4. stadiumban is infectio? Milyenek a transfusio útján létrejött lues gyógyulási kilátásai? Szerző a következőket feleli: Nem szükséges, hogy infectio bekövetkezzék, de lehet. A második kérdésre: Nem valószínű, de nem is teljesen kizárt. Végül: a gyógyulási kilátások gyaníthatólag ugyanazok, mint az egyéb úton szerzett lues esetében. Tudomása szerint azonban nem léteznek ilyirányú tapasztalatok.

Schlamadinger József dr.

Fülészet.

A hypotonia hatása az agyra és a hallószervre. *H. Mahler.* (Monatschr. Ohreinheilk. 69. 8.)

Szerző a hypotonia kérdésével foglalkozva a fülész nézőpontjából értékeli az idevonatkozó irodalmi adatokat s megállapítja, hogy főleg belgyógyászok foglalkoztak eddig ezzel a témával, pedig saját nyolc részletesen közölt esetéből következtetve s az irodalmi adatokat is egybevetve megállapítható, hogy a hypotonia gyakran okoz a fülészlet és idegyógyászat körébe vágó tüneteket, mint pl. fülzúgást, szédülést, mystagmust, migraent, lelki zavarokat, depressiót, mely tünetek a vérnyomás therapiás emelésével enyhülnek, vagy meg is szűnnek. Eddig azonban erre az okozati összefüggésre nem igen gondoltak, mert a fülészlet nem foglalkoznak rendszeres vérnyomáséréssel, pedig nagyon valószínű, hogy azon esetek egy része, melyek az irodalomban mint vasomotorikus zavarok okozta fülváltozások szerepelnek — különösen azok, melyek a szokásos gyógyszerekre nem reagáltak — fel nem ismert hypotonia-esetek lehetnek. A fülzúgást pl. — nem térve ki egyéb, ált. ismert okokra — a közép és belső fül, sőt az agy véredényeinek hypotoniás állapota is előidézheti, ugyanis könnyen elképzelhető, hogy valamint a magas vérnyomásban a fokozott tonus, úgy alacsony vérnyomásban a csökkent tonus okozhat hallási szenzációkat. Szerző az egyik esetben tapasztalt mystagmust a labyrinthus véredényeinek keringési zavarával magyarázza. A közölt 8 esetben a hypotoniát legeredményesebben sympatollal és ephedrinrel kezelte.

Krepuska István dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Biological Flaps. Esser J. F. S. (Megjelent 176 oldalon, quartformában, 420 ábrával.)

Aki a háborús sérülteket nagy számban látta az ő siralmas eltorzulásukkal, annak el kell ismernie, hogy a plasticának nem egyedüli célja a megszépítés, miként közönségesen felteszik. Bizonyos, hogy nemcsak cosmetikai reconstructióról van itt szó, hanem életfontosságú működések helyreállításáról. Ez a sebészet nemcsak valamely beteg rész eltávolításán alapszik, hanem újat is alkot, amely a súlyosan süjtöttnek megadja az életlehetőséget és életörömet. A »structiv« sebészet bizonyos mértékig alkot és ennél fogva megbecsültnak is kellene lennie. Esser nagy képességeit a háborúban fejtette ki, amely időben több országban 10.000 műtétet végzett. Az ő érdeme, hogy a plasticában újat alkotott, amely az egész emberiség kincsé lett. Számos újítása közül e téren bizonyára a »biológiai« karély áll felül. Aki szemhéjplasticával foglalkozott, tapasztalhatta, hogy egy karély orri nyéllel biztosabban nő új helyére, mint halántékival, ami lehetővé teszi azt is, hogy alapját keskenyebbre szabjuk. Ehhez képest mily nagy az érdeme Esser-nek, aki ezt a körülményt nemcsak tapasztalta műtétei alkalmával, hanem ebben céltudatosan járt el, amikor a karély táplálása érdekében verőeret, venát, nyirokeret és ideget benne meghagyva, külön karélynylet készített. Ez magában biztosítaná világhírét és megokolná ideális törekvéseit egy nemzetközi intézmény létesítésére, amely kizáróan a structiv sebészet céljait szolgálná. Módszerének kifejtése a könyvében mintaszerű és bizonyára hozzájárul majd ahhoz, hogy élete célját megvalósulásához közelebb hozza.

Blaskovics László prof.

Praktische Seelenheilkunde. G. R. Heyer. (Lehmanns Verlag, München, 1935. 184 lap. Ára 4 márka, külföldieknek most 3 márka.)

Szerző a psychoanalytikus iskolájából került ki, legközelebb talán G. C. Junghoz áll. Könyvében a psychoanalytikusoknál megszokott írói készséggel vezet végig bennünket a különböző idevágó »psychotherapiás« rendszereken, kezdve Freud, Adler, Jung, Frank, Coue, Beaudouin egészen J. H. Schultz tanításáig. Kritikát azonban alig gyakorol. Természetes, hogy a »tudatalatti, a tudattalan« mindent megmagyaráz, ahol a logika megáll. Az álom az orvosi működésben deus ex machinaként oldja meg a rejtélyeket. A Virchow-generációt mint az orvosi gondolkodás íjesztő példáit állítja elénk. Virchowot magát úgy jellemzi, mint prototypusát az áldatlan »intellektuell«-nek, a lapos demokratának és az otromba materialistának. Mindezt Virchow leveleiből következteti. Mi pedig inkább ezeket ajánljuk olvasmányának az orvosi gondolkodás fejlesztésére, mint szerzőnek szellemi bukfenecit.

Reuter prof.

Aus der Werkstatt. Alfred E. Hoche. (259 oldal. J. F. Lehmann, München, 1935. Ára vászonkötésben 450 márka.)

A freiburgi pszichiatriai klinika nyugalomba vonult igazgatója — procul negotiis — évről-évre új és értékes könyvekkel gazdagítja az orvosi irodalmat. Előttünk fekvő munkáját vallomásnak lehetne nevezni, persze a szónak nem köznapi, hanem magasabb, nemesebb értelmében. Évtizedekre terjedő egyetemi tanári működéséből éles judiciummal lezúrt tanulságok, a világháború és az utána következő változások idők szellemi és lelki mozgalmainak a pszichiater szempontja szerinti objectív kritikája tölti meg a rendkívül szellemesen megírt könyv legnagyobb részét. Mesteri megfigyelés, ragyogó stílus, a lelki és szellemi abnormitásoknak művészi ecsetelése valóságos lebilincselik az olvasó érdeklődését. A humanistikus műveltségről, a szigorlatok pszichológiájáról, az álomról, a fájdalomról és a lelki tömegjelenségekről szóló cikkek még a rokonszámájú orvos számára is számos új vonatkozást tárnak fel. Úgy a művelt nagyközönség, mint minden orvos is nagy élvezettel fogja forgatni a mintaszerűen kiállított könyvet.

Vajda Károly dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület október 19-i ülése.

Bemutatás.

Niederecker G.: Idős egyének combnyaktörésének kezelése. Az Irgalmasrend budai kórházának hat éves anyagáról számol be. A 23 beteg közül csak egy volt 50 év alatt, a többi 50 év felett, a legöregebb 84 éves. A törések kezelési módja a pontos repositio, majd a gipszkötéssel rögzítés és fektetés legkevesebb 72 napig. Megterhelés csak három hónap után és ekkor is, tehermentesítő járókészüléket adunk 1/2—1 évig idős egyéneknek. Narcoticumok adagolását idős korban nem javalja, mert ha jó a repositio, eltűnnek a fájdalmak. A repositiókat kivétel nélkül helyi érzéstelenítésben, extenziós készülék segítségével végzi.

Előadás.

Blaskovics L.: Haladás a hályogműtét terén és javallatainak módosulása. Röviden kifejti a lencse megfordításával végzett tokos hályogkivonás mai módját, amely a tokon kívüli módszert abban mulja felül, hogy 1. fertőzés nem fordul elő, 2. utóhályog nem lehetséges és 3. jobb látóélesség érhető el. Ezzel szemben van az új módszernek néhány árnyoldala is, amelyek azonban nem akadályozták eddig az új módszer térfoglalását. Új módszer — új javallatokat is jelent. Ezzel kapcsolatban végre el kellene ejteni a hályog »érettségének« fogalmát, amelynek Daviel óta nincs értelme és a beteg félrevezetésére is alkalmas.

A kezdődő hályogot két főalakja szerint *cataracta incipiens radiatának* és *c. centralis diffusának* kellene nevezni. Hályog a lencsetokon is kezdődhet: *c. capsulolenticularis incipiens*. A ma »éretlennek« mondott hályog *c. imperfecta* nevet kaphatna, alfajai *c. nucleocorticalis imperf.*, *c. tumescens*, vagy *c. margaritica* néven lennének megjelölhetők. Ezen kívül szó lehet még *c. colliquans*-ról (kezdődő *c. morgagniana*) és *capsulolent. imperf.*-ről is. »Érett« hályogalakok lennének: *c. corticalis perfecta*, *c. phakosklerotica* (ha a mag nagy és sárgán áttűnik), *c. collisquata* (előadó szerint nem »túlértségg« jele a süllyedt mag), *c. capsulolent. perf.* és *c. brunescens*. A »túlértséggel« támadó tokvastagodás esetében *c. capsulolent. inveteratáról* vagy ráncolt tok esetén *c. rugataról* szólhatnánk. Más elnevezések, mint *c. tremula*, *luxata*, *gypsea* stb. érintetlenül maradnának.

Ezen elnevezések alapján, kilátásosságuk sorrendjében az előadó következőképp állapítja meg a tokos hályogkivonás javallatait: 1. Cat. incip. cent. diff. 2. Cat. incip. radiata. 3. Cat. nucleocorticalis. 4. Cat. rugata. 5. Cat. capsulolent. inveter. 6. Cat. capsulolent. colliquans et colliquata. Tokon-kívüli hályogkivonás végzendő ma is: 1. Cat. tumescens esetén, amennyiben a hályog teljessé válása be nem várható. 2. Cat. colliquata ellen, különösen, ha tokvastagodás nincsen, amely reményt nyújthatna arra, a tokot a kéreg elhigulása ellenére is megfoghatnók. 3. Cat. brunescens eltávolítására, mert ilyen hályognak szakadékonny lencsefüggesztője lévén, félé, hogy üvegtest jelentkezik.

A főlv, hogy műtét előtt mindig mind a két szem állapota vételessék figyelembe és azt mérlegeljük, vajjon a műtét után a beteg munkaképességének megjavulása mennyiben várható. Ezért 1. Nem zárkózik el az elől, hogy egyízen mindkét szemet operálja. Feltételül tekintni azonban, hogy az első szem teljes sikerrel, tokosan, üvegtest nélkül sikerüljön, továbbá, hogy a másik szemhez ugyanolyan előkészület történjék, mint az elsőhöz. A két szem közül elsőnek mindig a több kilátást nyújtót választja. 2. Ha a másik szem operálását el kell halasztani, mert akarva nem akarva az első nem sikerült tokosan vagy ment egészen simán, a két műtét között legalább 10 napnak kell eltelnie. Akkor is így járunk el, ha a betegnek műtét-utáni nyugodt magatartására nem számíthatunk. 3. Ha az egyik szem még jól lát, a másikat akár a lencse duzzadása előtt, akár utána operálhatjuk, de semmiesetre sem a duzzadás szakában. Ilyenkor várni kell! 4. Csak egy szemet operálunk, ha félszeműről van szó, vagy ha a beteg törődöttsége a másik szemnek műtét alá vetését aggasztónak tünteti fel.

Végül kerek pupilla helyett teljes *iridectomia* végzendő bonyolult hályog esetén, amilyen a ficamodott hályog, a »cat. uveitica«, továbbá nem kellően táguló pupilla és a betegnek bizonytalan magatartása esetén.

Imre J.: A tokos hályogműtét nagy előnyei kétségtelenek és csak az tarthatott vissza egyeseket annak gyakorlásától, hogy régebben meglehetősen brutálisan végezték, jól lehet, mint a hozzászóló már 12 év előtt rámutatott, a *Stanculeanu Kalt* és *Knapp* által ajánlott eljárás semmivel sem durvább, mint a tok megnyitásával végzett *extractio* és a gyógyulás sokkal zavartalanabb. A két szem egy napon operálását helytelennek tartja. Bármilyen jól operálunk is, a hályogműtétnek is vannak rossz eshetőségei, melyeknek nem szabad egy napon kitenni mind a két szemet. Endogen fertőzés veszedelme, az öregkorban néha előforduló intercurrens betegségek stb. sokkal súlyosabb jelentőségűek, ha mindkét szem tétetik ki valami igen ritka, de végzetes szövődménynek. Az expulzív vérzés is igen ritka, de lehetőségére gondolnunk kell. Előre nem tudhatjuk, hogy ki hajlamos erre és nem is mindig azonnal jelentkezik. Ha nem feltétlenül mindkét szemem keletkeznék is, az ezzel járó nagy nyugtalanság a másik szem síma gyógyulását feltétlenül zavarná.

Az egyik szemem lévő hályog operálása indokolt, mert ha nem használ is az operált szemre javítóüveget az illető,

a látótere mégis bővül és ha a nem operált szemet valami okból átmenetileg nem használhatná, nagy jelentőségű, ha ilyenkor a megoperált szemmel mégis tájékozódni képes.

A lenese zárt tokban való eltávolítását már 20 év óta rendszeresen végzi. Előadó akkor még nem volt híve az eljárásnak. Örül, hogy most mintegy fémjelzésével látja el ezt a kitűnő eljárást.

Grosz E.: Teljesen egyetért előadóval, hogy a hályog intracapsularis eltávolításának nagy előnyei vannak, e módszer alkalmazásának lehetőségét nagyon elősegítette az akinesia, a retrobulbaris injectio s a *Blaskovics* által ajánlott fonálfixálás. Az üvegtest előesés arányszáma szabatos technikával alacsony, de magasabb, mint az extracapsularis műtétnél. A két szemnek egy alkalommal operálása ellen aggályai vannak, *Imre J.* által felhozottakon kívül a két szem lekötése által provokált psychosis előfordulását is felmenti. Az expulsiv vérzés az I. sz. egyetemi szemklinika stastikájá szerint 5000 hályogra 4 esetben fordul elő. Úgy lát-szik, hogy a retrobulbaris injectio és tokos extractio alkalmazása óta gyakoribb. Az egyoldali hályog operálását szőlőval egyetértően javálja, mert a hályog túlérése évek mul-tán uvealis gyulladásra vezethet.

A kerekpupillás módszernek nagy előnyei vannak, de hátrányai is, mert a szivárványhártya becsipődése gyakoribb, mintha iridectomiát végzünk. Aki kerek pupillával operál, annak a hályogot meg kell fordítani, aki iridectomiát is végez, a frontalis extractiót alkalmazza. Hogy melyik a jobb módszer, az fogja eldönteni, hogy melyik biztosítja jobban a tartós jó eredményt. Ezt csak hosszú évek tapasztalata fogja megállapítani. A hályog a tokos módszerrel korábban operálható jó sikerrel, mint extracapsularis módon, a szocialis indicatiók ezt meg is kívánják, de a hályog teljessége az úgynevezett érettsége a műtét biztonságát növeli.

IX. Nemzetközi Dermatologiai Congressus Budapesten.

A Budapesten, szeptember 13—21-ig lefolyt IX. Nemzetközi Dermatologiai Congressus iránt a külföld részéről igen nagy érdeklődés nyilvánult meg, ami annak a körülmekintő szervezési munkának volt köszönhető, amit *Nékám* professor vezetésével a magyar szervező bizottság éveken át végzett. Biztosították a sikert azok az új gondolatok is, amelyek a congressust a megszokottnál hasznosabbá, élénkebbé és változatosabbá tették. A *Nékám* professor tervei szerint megvalósított tudományos és retrospectiv kiállítások, a történeti értékű és a dermatologia fejlődését felölelő előadások, a bizottsági munkák, conferentiák, a kiadványok közül a nemzetközi sematismus, a jubiláris kötet, a magyar kulturális törekvéseket ismertető füzet, az emlékérem, a comparatív dermatologia bevonása mind olyan újítások voltak, melyek az eddigi congressusokon nem szerepeltek s általános tetszést keltettek. Ehhez járult még Budapestnek már külföldön is jól ismert szépsége, a kitűnő vendéglátás, melyben a Magyar Kormány és a Főváros a congressusnak nagy segítségére volt. A congressuson 40 külföldi kormány-kiküldött, 54 egyetemi delegátus és 46 nemzeti társulat kiküldötté vett részt. Képviseltette magát majdnem az egész világ, tengerentúli államok is. Az érdeklődés nagyságát mutatja, hogy a congressusnak körülbelül 1000 tagja volt.

A conferentiák és a bizottságok szeptember 13—14. ülései után 15-én délelőtt a parlament kupolacsarnokában volt az ünnepélyes megnyitó ülés a m. kir. kormány, a budapesti egyetem és a diplomáciai kar képviselőinek jelenlétében. Megelőzőleg a Szent István bazilikában ünnepélyes Veni Sancte volt, melyet *Glattfelder* Gyula csanádi püspök celebrált. A megnyitó ülést *Nékám* elnök nagy tetszéssel fogadott beszéde vezette be, mely után *Winckler* miniszter a m. kir. kormány, *Lieber* alpolgármester Budapest székesfőváros, *Kornis* rector magnificus a budapesti egyetem, *Lenhossék* a m. kir. Tudományos Akadémia, *Zieler* (Würzburg) az összes nemzetek nevében üdvözölte a congressust. Az üdvözlő be-

szédek után a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem tanácsa díszdoktorrá avatta a Budapesten született *Jean Dariert* (Páris), a Nemzetközi Dermatologiai Liga elnökét. Ugyanezen nap délutánján a Kormányzó Úr Öfömlétsége a királyi várban, este pedig a kormány a belügyministerium dísztermében fogadta a congressus tagjait.

Az ezt követő napon kezdődtek a congressus együttes ülései a Vigadó termeiben. A tudományos munka tulajdonképpen két csoportban folyt le. Az elsőben a bizottságok és conferentiák, a másodikban a tudományos referátumok, illetőleg előadások voltak. A bizottságok és conferentiák ülései két napon át tartottak a Tudományos Akadémia termeiben.

A nemzetközi állandó 11-es bizottság *Darier* elnökle alatt ülésezett és elhatározta, hogy a Nemzetközi Dermatologiai Liga tagdíját személyenként és évenként 25 svájci centimesben állapítják meg. A következő években is ki fogják adni a *Nékám* által ezen congressusra először megszerkesztett sematismust, mely a világ összes dermatologiai társulatainak tagnévsorát tartalmazza. Megállapították az elveket, melyek szerint az egyes Nemzeti Társulatok taglétszámuknak megfelelőleg küldik delegátusaikat a ligába. A 11-es állandó bizottságba kiegészítésül új tagok gyanánt *Leszczynskit* (Lemberg), *Arzt-ot* (Bécs), *Zieler-t* (Würzburg) és az amerikai delegatio javaslatára *Harold Cole-t* (Cleveland) választották be. Az elnök (*Darier*) mellé segítőtársul a bizottság *Civatte-ot* (Páris) jelölte ki. A bizottság többi tagjai az eddigiek maradtak. A X. Nemzetközi Dermatologiai Congressust a spanyol kormány Madridba hívta meg, mit a delegátusok egyhangúlag fogadtak el és a bizottság tagjai közé *Covisa-t* (Madrid) is beválasztották.

A bizottságok tárgyrendjén általában azok a kérdések szerepeltek, amelyek a dermatologia fejlődése következtében reformra szorultak.

Rille (Lipce) elnökle alatt a terminologiai bizottság az újabb tudományos eredményeknek megfelelő bőrgyógyászati szakkifejezések kijelölésével foglalkozott és a régi, classikus elnevezések megtartásával oly nomenclatura megszerkesztését határozta el, melyben lehetőleg az aetiologia vagy ha ez nem vihető keresztül a pathogenesis legyen irányadó.

A classificációs bizottság *Howard Fox* (New-York) elnökle alatt ugyancsak aetiologiai és pathologiai alapon a betegségek helyesebb csoportosítását tűzte ki céljául és a legkívánatosabb aetiologiai alapú osztályozás mellett három szempontot jelölt ki irányadónak a makroszkopikus és mikroszkopikus klinikai tünetek, a szöveti anomaliák és az aetiologia szempontját.

Gougerot (Páris) elnöklésével a tanítás reformját tárgyalták, mit két féléven át heti négy órában vélték helyesen megállapítani, míg a szakorvosi képzés három évhez volna kötve, melyből egy év legalább klinikai osztályon volna eltöltendő. Fontos volna továbbá a már képzett szakorvosok részére továbbképző tanfolyamok létesítése, valamint az assistens cseré megvalósítása is.

Sir Graham Little (London) vezetésével az egyik bizottság a praxis kérdéseit vitatta meg. E bizottság állást foglalt az orvosi hivatás további socializálása ellen és a szabad orvosi gyakorlat mellett tört pácát. Foglalkozott a nemibetegségek kötelező bejelentésével, valamint az orvosi titoktartással, mit mindenképpen védeni kell, kivéve, ha az a törvénnyel kerül ellentétbe.

Egy további bizottság *Tommasi* (Palermo) elnöklésével *Nékám* javaslatára egy új intézmény, az internationalis csereközpont felállítását határozta el, melynek székhelyül öt évre a budapesti bőrklinikát választották. A csereközpont célja, hogy különböző intézeteket

és magánorvosokat oly tudományos és vizsgálati anyagokkal lásson el, melyek megszerzése nehézségbe ütközik. Így nyujtana cserébe mikroszkopikus készítményeket, gomba- és bakterium-tenyészeteket, vaccinákat, photographiákat, különlenyomatokat, stb. A központ a tagok tájékoztatására időnkint közölni fogja a rendelkezésre álló tudományos anyagot. Ilyképen lehetővé válik, pl. hogy európai intézetek trópusi vizsgálati és egyéb anyagokhoz jussanak, annak fejében, hogy saját anyagukat rendelkezésre bocsátják. E gondolat nagy tetszéssel találkozott és így remélhető, hogy a központban gazdag anyag fog felgyülemelni.

A tudományos munkának egy részét a *socialis hygie-nevel kapcsolatos kérdések* (nemibetegségek, bőr-tbc., ipari betegségek, állatról emberre ragadó betegségek) képezték és itt vitatták meg ama tárgyköröket, melyek a modern államok népe sségi szempontjából a legfontosabbak. A nemibetegségek elleni küzdelemmel foglalkozó conferentia ülésein *Neuber* (Debrecen) elnöklésével a nemibetegségek időszerű kérdéseivel foglalkoztak és az előadások keretében rámutattak azokra a szempontokra (házasság előtti orvosi vizsgálat, antivenereás törvények, sexual pedagogia, antivenereás intézetek felállítása), melyek figyelembevételével a nemibetegségek terjedését meg lehet gátolni. Megvitatták továbbá a gyógyítási módokat, az alkalmazható megelőzési intézkedéseket és elfogadták a *Neuber* által ajánlott kötelező vizsgálatát az elemi iskolai növendékeknek.

A *bőrtuberculosis* leküzdése tárgyában tartott conferentián *Lomholt* (Kopenhága) elnökle te alatt meghatározták azokat az irányelveket, melyek a bőrtuberculosis, a lupus vulgaris leküzdését, a prophylaxist, a felvilágosító munkát szolgálják. Elhatározták a lupusos betegek statistikai feldolgozását, socialis viszonyaik tanulmányozását, lupus otthonok létesítését, melyben a szegénysorsúak megfelelő kezelésben, esetleg foglalkoztatásban részesülnének. Kívánatosnak látják megfelelő helyen egy nemzetközi lupus otthon megszervezését is. E munkaterv kerestülvitelére állandó bizottságot választottak.

Az *ipari betegségeket* tárgyaló conferentia elnöke *Oppenheim* (Bécs) köszönettel adózott *Nékám*nak, aki először látta át a szükségét annak, hogy nemzetközi dermatologiai congressuson az ipari betegségek külön tárgyalási anyagát képezzék. E conferentián foglalkoztak a mérgegyezékek összeállításával, az ipari betegségek klinikai oktatásával, a prophylaxisnak, a biztosításnak, kártalanításnak problémáival.

Különálló, újszerű és igen látogatott volt a *Nékám* kezdeményezésére megvalósult *összehasonlító dermatologiai conferentia*, melyen az állatorvosokkal együttesen *Marek* (Budapest) elnöklésével az állati eredésű és többnyire igen veszélyes bőrbajoknak (erysipeloid, száj- és körömfájás, madár-tbc., takonykór, lépfene, brucellakór, tularaemia, stb.) az emberre áttérjedését tárgyalták. Ugyanitt kerültek megvitatásra az állati eredésű gombás bőrbetegségek is. A tárgyalásokban résztvevők rámutattak e betegségek socialis veszélyeire és megjelölték azokat a módokat, melyekkel a fertőzés megakadályozható. *Gottron* (Berlin) az erysipeloid bakteriologiájáról, epidemiológiájáról és klinikájáról beszélt. *Balogh* nyolc általa észlelt malleus eset bőrtüneteinek szövettani képét ismertette.

A tudományos előadások a Vigadó négy termében egy héten át minden délelőtt és három délután párhuzamosan folytak. A délelőtti előadásokat vita nélküli ünnepi előadások nyitották meg, melyeket felkérésre tartottak. Ezen előadások dermatologiai emlékeket elevenít-

tettek meg személyes élmények alapján. Emlékbeszéd volt tulajdonképpen *Nékám* elnöki megnyitója (Orvosi Hetilap 1935. 37. sz.) és *Darier*-nek díszdoktorrá avatása kapcsán tartott beszéde is.

Darier ünnepélyes díszdoktorrá avatása után válaszában a dermatologia fejlődésének ötven évét tárgyalta, nem iskolák, hanem a tudomány haladását szolgáló eszmék és az e köré csoportosuló események szerint. Így vezetett végig a morphologiai, aetiologiai és a biologiai fejlődési szakokon. Sok munkában gazdag, hosszú dermatologiai multja lehetővé tette, hogy közelről láthatta a kimagasló francia kutatók munkáját. Előadásában ismertette a korabeli iskolákat is, melyek a morphologia behatása alatt álltak, majd áttért az aetiologiai szakra s kitért a mycologiai kutatások fokozatosan szaporodó eredményeire és végül beszéde a »dermatologie biologique«-ben csúcsondott ki.

Sabourand történelmileg összefoglalta a mycologia fejlődését, részletesen foglalkozott a magyar származású *Gruby* munkájának ismertetésével, kitért a gombák osztályozására, tenyésztésére és a gombás megbetegedések Röntgen-kezelésére. *Rille* (Lipscse) előadásában megelevenedtek a régi bécsi iskolának nagy képviselői. Kapcsolatai Hebrával, Zeisslel, Lippel, Jarischsal, Pickkel, Neumannal, a magyar származású Kaposival és e kor többi úttörőjével, kiknek részben munkatársuk is volt, dermatologiai élményekben gazdaggá tették életét. Előadásában kiemeli, hogy a bécsi iskola megteremtője, Hebra, baráti viszonyt tartott fenn Semmelweissel. Részletesen ismertette és méltatta Hebra, Neumann, Kaposi tudományos működését. *Riecke* (Göttingen) ünnepi beszédében a dermatológiának az orvostudományhoz való viszonyát világította meg.

A tudományos vitatárgyak megválasztásában figyelembe vették az egyes nemzetközi társulatok részéről felmerült kívánságok; így megállapodás alapján alakult ki a congressus tudományos programjának kilenc fő témája: 1. a bőr functiói; 2. a bőr és a belső szervek correlatiója; 3. allergia bőrbetegségekben és syphiliben; 4. anyagsere zavarokból eredő bőrbetegségek; 5. külső ártalmak folytán létrejött bőrbetegségek; 6. filtrálható vírusok; 7. a tuberculosis pathológiája; 8. a syphilis therapiája; 9. a syphilis gyógyulásának criteriumai.

A *bőrfunctiók* tárgyalásában méltatták a bőrt, mint védekező szövet, tárgyalták a kén és víz anyagszerjét, absorptiósi functióját. *Darier*, *Civatte*, *Tzanck* (Páris) kifejtették, hogy a bőr külső behatások esetén active védekezik vagy passive viselkedik, a beható anyagot felveszi és assimilálja (immunitás), vagy gyulladással védekezik (intolerantia). *Pasini* (Milano) a bőr hőmérsékleti képét, a paradox és abnormis dermographismust, a haemoglobin és porphyrin befolyását a bőrfolyamatokra ismertette. *Milian* (Páris) a biotropismusról, *Gougerot* (Páris) a védekezés kapcsán keletkező dermatosisokról értekezett.

A *bőr és belső szervek correlatiójának* megvitatása kapcsán *Hegler* (Hamburg) ismertette az összefüggést a bőr és belső szervek között fertőző megbetegedésekben. *Leszczynski* (Lemberg) a bőr és női nemiszervek közötti összefüggést tárgyalta. *Desaux* (Páris) a bőr és gyomor-bélrendszer kapcsolatait fejtette ki; kitért a béltoxinok hatására, az anaphylaxiára, a bélparaziták és mikrobák jelentőségére és a secretiósi zavarok szerepére. *Brack* (Basel) méltatta a vegetatív rendszer szerepét a viszketések keletkezésében. *Jausion* (Páris) a psychodermatosisoról tartott előadást.

Az *allergia kérdéseinek* megvitatása kapcsán *Stühmer* (Freiburg) foglalkozott az allergiával syphiliben.

ben. *W. Jadassohn* (Zürich) az allergizálódás mechanizmusát ismertette, vizsgálva, hogy az urticariás, eczematosus, valamint egyéb cutan gyulladási bőrreakciók antigen-antitest reakción alapszanak-e. *Hellerström—Bostrom* (Stockholm) a sensibilisációs jelenségeket tárgyalták. *Géber* (Budapest) pedig deszenzibilisációs eljárást ismertetett.

Az *anyagcsere zavarok* jelentősége bőrbetegségek létrejöttében is sok vonatkozásban nyert megvilágítást. *Mouriquand—Gaté* (Lyon) oly betegségeket ismertettek, melyek keletkezésében a vitaminok hiányának van szerepük. *Spillmann* (Nancy) az endokrin mirigyek szerepét méltatta a különböző bőrbetegségek létrejöttében. E témakör keretében tartott előadásokban szerepeltek még a hajhullás s hajnöves endokrin vonatkozásai, a táplálkozás befolyása a különböző bőrelváltozásokra, a diabetes és hyperglykaemia jelentősége stb.

A *külső ártalmakra létrejött bőrbetegségek* tárgyalása kapcsán *Sir Graham Little* (London) ismertette az angliai viszonyokat, statisztikai adatokat nyújtva a bőrelváltozásokat okozó kémiai és egyéb anyagokról, valamint a foglalkozásokról, melyekben ezek előfordulnak. *Oppenheim* (Bécs) a bőr védekezési módjait és a különböző behatások tüneti következményeit tárgyalta. *Barthélemy* (Páris) tünettani szempontból és gyakoriságra való tekintettel foglalkozott a bőrelváltozásokkal, míg *Brill* (Rostock) a klíma, faj és geographiai helyzet jelentőségét, *Walter* (Krakó) pedig a meteorodermatológiát ismertette előadásában.

A *filtrálható vírusok* kapcsán a variola, varicella és aphta kérdést vitatták meg és foglalkoztak az ultravírus kérdésével tuberculosisban, a herpes, papillomák aetiologiájában, valamint általában a filtrálható vírusok jelentőségével. *Kumer* (Insbruck) referátumában részletesen ismertette a herpes actualis problémáit és azokat a kórfarmákat, melyekben az aetiológia azonossága tekintetbe jöhet (stomat. apht., dermat. herpetif., erythema multif.). *Balogh* (Budapest) varicella esetekben végzett kiterjedt vizsgálatai kapcsán spinalis ganglionokban talált elváltozásokat mutatott be, melyeket histológiai csoport reakcióknak tekint. *Favre—Gaté* (Lyon) szerint valószínű, hogy a tbc. bacillusnak van ultravírus alakja. *Baló* (Budapest) a verruca senilis és papillomák aetiologiáját ismertette. Vizsgálatai szerint ezeket filtrálható vírusok okozzák. *Urbach* (Bécs) pemphigus esetekben végzett állatkísérletekről számolt be: nyulakon subduralis ojtásokra bekövetkező bénulások mellett szól, hogy a pemphigust filtrálható vírus okozza. A hozzászólások e tapasztalatokat nem erősítették meg.

A *tuberculosis pathológiájának* tárgyalásában *Lange* (Berlin) rámutatott arra, hogy a tbc. bacillus fejlődési ciklusaira és filtrálható alakjaira vonatkozó elméletek nincsenek kellőleg bizonyítva. Behatóan tárgyalta a lupus vulgarist a bovin és a human fertőzés gyakorisága szempontjából, valamint a virulentia kérdését is. *Gougerot* (Páris) referátumában a tbc. bacillus localis behatásával, a toxikus elmélettel, a tuberculidekkel, a virulentia kérdésével, végül a bőr localis védekezésével és a bőrben képződő antitestek szerepével foglalkozott. *Bertaccini* (Siena) a bőrtuberculosis ritka alakját ismertette. *Ramel* (Lausanne) oly bőrelváltozásokról beszélt, melyek létrejöttében a tuberculosis szerepel. A tuberculosis pathológiájának egyéb vonatkozásai is beható megvitatást nyertek.

A *syphilis* tárgyalásában *Mulzer* (Hamburg) az aspecifikus kezelési eljárásokról értekezett. *Cole* (Cleveland) társaival öt amerikai klinika anyagán végzett tapasztalatokról számolt be. 6253 késői syphilitis beteget vizsgáltak abból a szempontból, hogy a specifikus keze-

lések mennyiben akadályozzák meg cardiovascularis, illetőleg centralis idegrendszeri tünetek kifejlődését. *Pinaré* (Páris) a malaria és a láztherápia vonatkozásait ismertette, úgyszintén a malaria therapiával foglalkozott *Arzt* (Bécs) is. Az előadások anyagában szerepelt a syphilis spirochaeta vaccinával való kezelése (*Hilgermann*), az arany- és az aspecifikus kéntherápia is. A syphilis kezelésének vitájában sokan vettek részt és a vita igen élénk volt. A syphilis gyógyulásának criteriumául *Zieler* (Würzburg) a hosszú időn át történő klinikai és serologiai ellenőrzést tartja jónak.

Nagy számmal voltak szabadon választott tárgyú előadások is.

Előadtak *Miescher* (Zürich), *Frigyesi* (kraurosis vulvae), *Neuber* (a scleroma arannyal kombinált vaccina kezelése), *Hruszek* (Tübingen), *Huzella*, kinek filmfelvételeit általános érdeklődés kísérte, *Guy Lane* (London), *v. Berde*, ki szerint a patkány pellagra nem azonos az emberi pellagrával és az utóbbit nem a B-vitamin hiánya okozza, hanem fertőző betegség, mely csak bizonyos táplálkozási és emésztési zavarok esetén lép fel. *Guszman* az arthropathia psoriaticáról beszélt. *Engel* az aortasyphilisről, *Benczur* az ivókúrák jelentőségéről, *Sarbo* a spirochaeták útjáról a szervezetben tartott előadást. *Nicolau* (Bukarest) a lymphogranulomatosis inguinalisról, *Preininger* és *Sellei* a sklerodermáról beszéltek. *Reiss* (Shanghai) a leprának a kínaiaknál tapasztalt tuberculoid alakjáról, *Vernes* (Páris) a syphilimetriáról, *Pearce* (New-York) a kísérleti syphilisről beszéltek. Az előadások száma meghaladta a négyszázat, melyből 56 magyar volt.

A tudományos ülések érdekes része volt a *histológiai készítményeknek a demonstrációja*.

Tanulmányosak voltak a *filmfelvételek* is. *Jame* (Páris) a blenorrhoea kezelését a francia hadseregben, *Györkovács* (francia Kongó) trópusi bőrbetegségeket és egészségügyi intézeteket vetítettek. *Schereschewsky* (Páris) érdekesen demonstrálta a spirochaeta pallida morfológiai viszonyait, mozgását kísérleti és emberi syphilisben, valamint magatartását a különböző chemotherapeutikumok behatására.

A tudományos munkát kiegészítették a congressusok kapcsolatban rendezett *tudományos kiállítások*. A régi dermatológiai emlékeket magában foglaló történelmi kiállítás anyagában ott volt látható a budapesti bőrklinika nagyjértékű könyvgyűjteménye, incunabulumai, codexei, összegyűjtött edictumai, továbbá *Nékám* magántulajdonát képező hasonló munkák. E klinika állította ki a régi congressusok emlékeit, a magyar származású Gruby személyes iratait a piarista gymnasiumból, melynek tanulója volt, 1824. és 1829. évből származó értesítőit, levelezését, melyeket tulajdonosuk *Fritz* volt szíves a kiállítás céljára átengedni. Itt szerepeltek *Faludy* értékes orvosi plakettgyűjteménye, a párisi St. Louis kórház régi atlaszai, kiváló dermatológusainak fényképei, régi receptek, a magyar Jessen magyar vonatkozású könyvei és régi orvosi tárgyak gyűjteménye, mely utóbbiakat a Nemzeti Múzeum bocsátotta a kiállítás rendelkezésére, továbbá néhai *Molnár* régi fayence patika-edény gyűjteménye.

A tudományos kiállítás másik része a dermatológiai pathológiával volt kapcsolatos. Az igen nagy és érdekes anyag tekintélyes részét magyar intézetek szolgáltatták. A budapesti *Bőrklinika* kiállításában szerepeltek a bőrelváltozásokat okozó élősdiek művészi, nagyított viaszmodelljei, érdekesebb esetekről készített moulageok, autochrom felvételek, több száz diapositiv, aquarell szövettani ábrák, a bőrt alkotó kémiai anyagok sorozata, bőrelváltozásokat okozó rovarok, növények, faanyagok,

valamint a bőrre pathogen bakteriumok tenyésztési, az egyes betegségek gyakoriságára vonatkozó graphikus ábrák. *Neuber* is nagy anyaggal szerepelt, moulageokkal, a destruáló orrfolyamatokban könnyen elkészíthető prothesisekkel; általános érdeklődést keltettek az újabb módszerrel készített színes diapositivjei és *Guszman* érdekesebb esetekről készített moulage-jai és fényképei.

A tudományos kiállításnak egyik legkiemelkedőbb része a *Ballagi* által megszervezett gombakiállítás volt. Itt sikerült először a bőrbajokat okozó, csaknem összes gombafajok tenyésztéseit összegyűjteni. A világ minden részéről érkeztek tenyészetek, melyek átojtása, életben tartása és a kiállításra történő előkészítése a budapesti Bőrklínika történt. A hazai és külföldi ritka tenyészetekből átojtott törzsek kérésre minden tagnak rendelkezésre állottak; ez volt tulajdonképpen a csereközpont első funkciója.

A congressus utolsó napján folyt le mintegy 140 külföldi és hazai érdekes betegnek a bemutatása; az összes dermatológiai intézetekben és osztályokon évek óta nyilván lettek tartva azok a ritka esetek, amelyek marandó tüneteket mutattak. Így sikerült elérni, hogy a betegbemutatás anyaga többszáz esetből kiválasztott különleges érdekességű beteg volt.

A több évi szervező munkának egy fontos részét képezte az a feladat, hogy gondoskodás történjék a külföldi résztvevők tájékoztatásáról, hogy az ország kulturértékeit és szépségeit megismerjék. Az előbbi szempontot szolgálta *Nékámnak* »Magyarország Kulturtörékvései 896—1935-ig« című, mintegy 300 oldalnyi magyar, angol, francia és német nyelven megjelent és a congressusi, valamint az Egyetem 300 éves jubileumán résztvevő tagoknak ajándékozott munkája. E nagy örömmel fogadott könyv azóta már sok helyütt nyert méltatást. A congressus vezetősége arra is gondot fordított, hogy a tagok az országot valóságban is megismerjék. E célból bemutatta a Nemzeti, Szépművészeti, Képzőművészeti, Mezőgazdasági stb. museumot; megtekintették az összes budapesti fürdőket, kiránduláson voltak a budai hegyekben, a svábhegyi sanatoriumban, megtekintették továbbá az esztergomi ásatásokat, a tatai bányákat és a bányatelep hygienikus berendezését, kórházát.

A tudományos programon kívül a tagok szórakoztatásáról is törőnt gondoskodás; úgy ennek, mint az ünnepélyes eseményeknek igen kedvező volt a hatásuk. A már említett megnyitó ünnepélyeken felül az operai díszelőadás igen emelte a congressus fényét. Az alpesi faluban rendezett kedélyes programmal összekötött estély a külföldi és hazai tagok megbarátkozását segítette elő. A Gellért-szállóban 600 személy jelenlétében tartott banketten *Nékám* üdvözlő szavai után elhangzott beszédekben már megnyilvánult az őszinte elismerés. Ezt fokozott mértékben láttuk kibontakozni a záróülésem elmondott üdvözlésekből (*Darier, Sir Graham Little, Tommasi, Zieler, Peyri*). Az elismerés megkapó megnyilvánulása volt, amikor *Nékám* zárószavai után *Darier* ismét felszólalt és emelkedett szavainak befejeztével *Nékám* professort melegen átölelte. A congressus befejezése óta az elnökhöz a világ minden részéből érkezett többszáz elismerő és köszönő levél bizonyítéka annak, hogy a congressus sikere arányban volt a rendezés nagy és lelkes munkájával, hogy az országnak hasznára vált és sok jó barátot szerzett. Az ülések befejeztével a congressus munkája nem szűnt meg, tovább működnek a terminológiai-classificatiós, a tbc. bizottságok, a csereközpont, megjelennek még a tudományos előadások kiadványai, a jubiláris kötet és egy ritka, tanulságos eseteket magában foglaló atlasz.

A Magyar Egészségét megnyitása.

A Turul Szövetség által rendezett magyar egészség-hete keretében vasárnap, e hó 20-án délben *Kozma* Miklós belügyminiszter nyitotta meg ezt az igazi nevén népegészségügyi congressust. Ez tulajdonképpen az ötödik nemzeti közegészségügyi congressus; az elsőt 1885-ben tartották az országos kiállítás keretében, elnöke *Markusovszky* Lajos, főtitkára *Müller* Kálmán volt. A tagok száma 807 volt. A referensek között *Láng* Lajos, *Tauffer* Vilmos, *Bókay* János, *Chyzer* Kornél, *Fodor* József, *Korányi* Frigyes, *Imre* József stb. neveivel találkozunk.

A második közegészségügyi congressust a Millenium alkalmával 1896-ban tartották, elnöke: *Korányi* Frigyes, tiszteletbeli elnökei: *Perczel* Dezső és *Wlassics* Gyula miniszterek, titkára: *Frank* Ödön s a tagok száma: 775 volt. Az előadók között *Raisz* Gedeon, gróf *Teleki* Géza, *Petz* Lajos, *Szabó* Dénes, *Csatáry* Lajos, *Józsa* András, *Fodor* József, *Gerlóczy* Károly neveit olvashatjuk.

Méreteiben ezeknél sokkal nagyobb volt az 1917-ben tartott népegészségügyi congressus, melynek gondolatát báró *Korányi* Sándor vetette fel. E nagygyűlésnek elnöke: báró *Müller* Kálmán volt s a megnyitó ülésen kivüle gróf *Apponyi* Albert és *Liebermann* Leó egyetemi tanár szólaltak fel. Az egyes themakörök tárgyalásait *Müller* Kálmán, gróf *Apponyi* Albert, gróf *Zichy* János, *Jakabffy* Imre, *Némethy* Károly, *Vargha* Gyula, *Samassa* Adolf, báró *Kürthy* Lajos, gróf *Batthyány* Lajos, *Lukács* György vezették, az előadók között voltak: báró *Szterényi* József, *Tauffer* Vilmos, *Pap* Géza, *Korányi* Sándor, *Nékám* Lajos, *Grósz* Emil stb.

A negyedik közegészségügyi congressus 1926 októberében volt. Elnöke *Müller* Kálmán, majd *Tauffer* Vilmos volt. A megnyitó ülésen *Földes* Béla, gróf *Bethlen* István, *Vass* József szólaltak fel. Előadók voltak: *Puky* Endre, *Fenyvessy* Béla, *Johan* Béla, *Tauffer* Vilmos, *Dollinger* Gyula, *Rigler* Gusztáv, *Heim* Pál, *Jancsó* Miklós, *Grósz* Emil, *Szegedy-Maszák* Elemér stb.

A vasárnap megnyitott congressust a fiatalság szervezte, a tárgyalások vezetésére *Kováts* Alajost, *Balás* Károlyt, vitéz *Mecsér* Andrást, *Darányi* Gyulát, *Scholtz* Kornélt, *Belák* Sándort, *Vámossy* Zoltánt és *Fabinyi* Rudolfot nyerték meg. Az előadókat főleg a fiatal generációból választották. A megnyitó ülés a Vigadó nagytermében volt, sajnos nagyon sokan hiányoztak, kiknek ott lett volna a helyük. Ez ülésen ugyanis a belügyminiszter valóságos programot adott, *Johan* Béla államtitkár fejtegetései pedig a legnagyobb érdeklődést érdemelték meg. A közegészségügy egész területére kiterjeszkedett s szabatosan körülírta, hogy a közegészségügy képzett személyzetet, jó intézményeket, megfelelő anyagi eszközöket és jó organizatiót kíván. Az orvosképzésről azt mondotta, hogy szigorú selectióval a legjobb öket kell megnyerni, az orvosi továbbképzést kötelezővé óhajtja tenni, a védőnőket szaporítani óhajtja, a kórházakat a megelőzés szolgálatára fokozottabban igénybe akarja venni. A különböző társadalmi intézményeket egységes vezetés alá óhajtja helyezni. Fejtegetései világosak, meggyőzőek és reálisak voltak.

Végyváry József dr. képviselő, a Turul Szövetség vezére igen határozott kijelentéseket tett s úgylátszik, a közegészségügy terén nagy tervei vannak, melyek érdekében erélyes lépéseket óhajt kezdeményezni. A congressus strukturája lényegesen különbözik az előbbiektől. Sajnos az előzőknek nem volt gyakorlati eredménye. Érdekes s jellemző, hogy a megnyitó ülésen az előző négy congressusról szó sem esett. Ez is arra mutat, hogy új utakon,

új erőkkel óhajtják a célt elérni. A jövő fogja megmutatni, hogy a fiatalság képes lesz-e a kérdéseket felszínen tartani s megoldásra vezetni.

Grósz Emil dr.

*

A Magyar Egészség Hete keretén belül rendezett *Egészségügyi Kiállítást* f. hó 19-én nyitották meg ünnepélyes keretek között. A megnyitó ünnepélyen megjelent Gömbös Gyula miniszterelnök, továbbá a politikai, tudományos és társadalmi világ számos előkelősége. A Turul Szövetség szavalókórusának megnyitó száma után Végváry József dr., a Turul Szövetség fővezére üdvözölte a miniszterelnököt, ki megnyitó beszédében a népegészségügy kérdéseinek rendszerbe foglalásával annak intézményes megoldásáról, legfőképpen pedig a cse-csemőkérdés nemzeti érdekű fontosságáról szoltott s elismerőleg nyilatkozott a magyar ifjúság mozgalmáról, mely ily sorsdöntő nagy kérdést vesz kezébe. A lelkesedéssel fogadott beszéd után megtekintették az Iparearnokot megtöltő kiállítást, mely méltó arra, hogy a legjobb ilyen irányú nemzetközi kiállítások sorában foglaljon helyet. A kiállítás két részből áll: az egyik a magyar nép egészségügyének halasztást nem tűrő kérdéseit vázolja, a másik az egészségüggyel összefüggő kereskedelmi és ipari érdekképviseletek tevékenységét szemlélteti. Kimagasló a főváros kórházainak, a Társadalombiztosító Intézet, az OTBA, Vöröskereszt, a Stefánia Szövetség kiállítási csoportja. A magyar ifjúság ez alkalommal megoldotta a tudományos kiállítások legnehezebb problémáit, azt, hogy ez a laikus közönség igényeihez leegyszerűsített és mégis tudományos legyen. Megkapó rajzok, transparensok sokszáz fényhatása, az értelemhez, lelkiismerethez szóló jelmondatok, számadatok, megoldási tervek nevelik, de egyben szórakoztatják a közönséget.

*

A tudományos ülések hétfőn a Kováts Alajos által vezetett népszaporodási osztály működésével kezdődtek, melynek magasszínvonalú vitájába sipeki Balás Károly egy. tanár előadása nyomán a telepítés és földreform kiváló szakértői is bekapcsolódtak, mint pl. Kerék Mihály, Matolcsy Mátyás, Born Frigyes, Féja Géza, Hilscher Rezső, Horváth László és Németh Géza.

Kedden, 22-én a népelelmezési osztály ülésén Mecsér András a népelelmezés és termelés összefüggéséről, Scheff Dabis László a népelelmezés nemzetpolitikai jelentőségéről, Soós Aladár az élelmezési technikus irányító szerepéről, Hunkár Béla a nagyváros élelmezéséről, Stumpf Károlyné a falusi főzőtanfolyamok megszervezéséről, Novák Vilmos az élelmezési szokások és gyomor-bántalmakról tartottak előadást, melyekhez Belák Sándor, Walter Károly, Mészáros Károly és Somos Elemér szoltak hozzá. A további ülésekről szóló beszámolót jövő heti számunkban közöljük.

VEGYES HÍREK

Az orvosegyesületek heti üléseinek tárgysorozatát »Heti-rend« rovatunkban közöljük.

Orvostári Naptárunk adatainak pontos összeállítása érdekében kérjük mindazon egyet. ny. rendes, rendkívüli és magántanár urakat, kiknek hivatali beosztása, lakása vagy telefonszáma az év folyamán megváltozott, hogy azt szerkesztőségünkkel közölni sziveskedjenek.

Báró Kétly László jubileuma. Báró Kétly Lászlót, a Pázmány Péter-Egyetem II. számú belklinikájának nagynevű igazgatótanárát tanítványai pénteken ünnepelték negyvenéves klinikai és orvosi működése alkalmából. A tanítványok

nevében Schaffler József dr. egyetemi magántanár köszöntötte és kiemelte érdemeit, amelyeket az oktatás, az orvosi továbbképzés és a tudományos munka művelése terén elért. Meleg szavak kíséretében nyújtotta át azt a különkötetet is, amelyet ez alkalomra tanítványai és munkatársai írtak. Kétly tanár meghatottan mondott köszönetet és üdvözölte tanítványait, akiknek sorában igen sok neves orvos szerepel. Este az ünnepelt tiszteletére a Pannónia különtermében díszvacsora volt, melyen több felköszöntő hangzott el a tanítványok részéről.

Személyi hír. Safranek János dr., egyet. c. rk. tanárt a Wiener Laryngologische Gesellschaft levelezőtagjának választotta.

Udvarhelyi Károly dr. egyet. magántanár e. ü. főtanácsos, a kiváló orr-, gége-, fülspecialista f. hó 17-én Budapesten elhunyt.

Az anaemia májkezelésének kialakulásáról tartott érdekes előadást szept. 25-én a III. belklinikán Goldstein Hyman I., miről kivonatossan a következőket jegyeztük fel:

Az »Anaemia« kifejezést rendszeren Aristotelesnek tulajdonítják, De Partibus Animalium című munkájában használja a »vértelen« állapot meghatározására. De már Homeros Iliasában is találkozunk az »Anaemon« kifejezéssel és az »Anaemoti« jelzővel ugyanilyen értelemben és hasonlóképpen az »Anaimoti« kifejezést találjuk az Odysseában is.

Anakreon egyik ódájában, Aischylos munkáiban ugyancsak találkozunk az »Anaimaktos« ill. »Anaimatos« és »Anaimos« kifejezéssel. Plato is »Anaimos«-t használ a »vértelen« jelzésére és Euripides is használja. Az anaemiás állapotot a Talmudban »Jaraq« kifejezés jelzi a haemophiliás vérzéssel kapcsolatban és egyik helyen az »Anaemia« ellen számárhúst, a veszett kutya harapása ellen májat ajánl. Oribasius, Aetius, Avicenna és a Salernoi iskola is ismerte az anaemiákat, de a legelső találó leírása a chlorosisnak J. Lange-től való az 1500-as évekből, ahol »morbus virgineus« név alatt írja le. A chlorosis elnevezés maga mintegy 100 évvel később I. Varandel Montpellier-i tanártól származik.

Már Galenus tudta, hogy a májnak a vérképzésben fontos szerepe van. Erről több munkájában emlékezik meg. Aretaeus a vér és a »fehér epe« képzést tulajdonítja a májnak, míg a lép a vér szűrője és a fekete epe képzője. Cornelius Celsus szárított rókamáját kéver a beteg italába.

C. S. Engel (Berlin) 1898-ban »sanguiniform« név alatt egy berlini gyógyszerésszel disznómáját és gyomrot tartalmazó készítményt hozatott forgalomba az anaemia kezelésére és megfigyelte a máj hatását az erythrocyták mellett az egyéb myeloid elemekre is. Exact kísérleti alapon azonban elsőnek Pietro Castellino és tanítványa, Alfonso Pireira dolgoztak májjal. Castellino még tanára, Salvioli klinikáján kezdett a máj anaemia-ellenes hatásával foglalkozni, majd ezt saját klinikáján Pireirával együtt folytatta és első közleményeik 1912-ben jelentek meg. 1910—12. években a májat és annak extractumait perorálisan, de subcután és intraperitoneálisan is alkalmazták. Főleg állatkísérletekben, anaemiással lett kutyákon és házinyúlón, de a klinika emberanyagán is jó sikerrel alkalmazta. E szerzők közleményei kétségtelenül bizonyítják, hogy Castellino és Pireira, valamint munkatársaik tisztában voltak a máj antianaemiás hatásával és azt experimentálisan és klinikailag is felhasználták évekkal Whipple, Minot, Murphy és társaik közleményeinek megjelenése előtt. Pireira leírja a máj serkentő hatását a csontvelőre és azt még agyvetetés és agykivonat hatásával is összehasonlítja.

Máj kivonat-injectiót embernél utánuk 1927-ben használt és 1928-ban írt le A. Hayes Smith angol orvos, acut aplasztikus anaemia egy esetében és így megelőzte Beckman, Cohn, Mc Meekin és Minot, valamint Gänsslen közleményeit. De kétségtelen, hogy Castellinót és Pireirát illeti az elsőség a máj perorális és parenterális alkalmazása terén anaemiáknál állatkísérletben és emberen egyaránt. Csak utánuk jött Whipple, Ropscheit, Hooper közleménye 1920-ban, akik véreztetéssel anaemiássá tett kutyák vérregenerációjánál találták hatékonynak a májat a standard diéta mellett; és Fenlon (1921) perniciosus anaemiánál írt le olyan standard diétát, amely májat is tartalmazott. Gibson és Howard (1923) anaemia perniciosánál májat és vasat tartalmazó vitamindús étrendet ajánlottak. Minot és Murphy közleménye, amelyben egyéb diétás rendszabályok mellett nagymennyiségű máj etetését írják le perniciosánál, 1926-ban jelent meg; Minot, Cohn, Murphy és Lawson experimentális közleménye pedig 1928-ban.

A Magyar Szemorvostársaság 200 pengős pályadíjat tűz ki a szemészet köréből szabadon választott *önálló kísérletek vagy vizsgálatok alapján készült, előzőleg nem közölt, tudományos dolgozat* jutalmazására. A pályázat titkos. A pályamunkát jelítés, a szerző nevét rejtő zárt boríték kíséretében 1937 április hó 1-ig kell benyújtani a Magyar Szemorvostársaság titkárságához (Budapest, VIII., Szigony-utca 36.). A dolgozat bírálás után közölhető. Pályázhatik a szemészettel foglalkozó minden hazai orvosdoctor.

A svéd orvosszövetség főtitkára, *Gunnar Willners*, hivatalos tanulmányúton tartózkodott Budapesten, melynek egyik főcélja, hogy megismerje Budapest thermáit. Különösen aziránt érdeklődött, hogy milyen gyógyeredmények tanuszkodnak emellett, hogy Budapest fürdői a rheumás bántalmak esetében jótékony gyógyhatásúak. Tüzetesen megtekintette az összes gyógytényezőket és különösen érdekelte őt a téli kúrálás lehetősége, mert — mint monotta — a svédek a téli hónapokban nagyon sokat szenvednek a rheumától s valóságos probléma az orvosoknak, hogy milyen fürdőket ajánljanak pacienseiknek. Budapest az ő megítélése szerint erre a célra teljesen alkalmas volna és így a svéd orvosok rheumaegetésében ő és *Gunnar Kalmeter* rheumaspecialista együttesen fognak vetített képekkel előadásokat tartani Budapest fürdőiről.

Megnyílik a fürdőképző tanfolyam. A Budapesti Központi Gyógy- és Üdülöhelyi Bizottság elhatározta, hogy egy négyhónapos fürdőképző tanfolyamot nyit, amelyen a jelentkezők az anatómiában, fürdő- és vízgyógytanban, a gyógy-massage-okban, testápolásban, az első segélynyújtásban, a

közegészségtanban, továbbá kiegészítésképpen az angol és német nyelvek elsajátításának legalább is azon mértékében, amely a külföldi vendégek érintkezésével mulhatatlanul szükséges, fognak részesülni. A tanfolyam vezetője: *Benczur Gyula* egyet. tanár lesz, az előadók között szerepelnek: *Pöltzel Jenő* min. osztálytanácsos, a fürdőügyek országos előadója, bilkei *Pap Lajos* egyet. magántanár, *Weeber János*, *Laubál István*, *Dacsó Mihály* és *Kunszt János* főorvosok. Ez lesz az első rendszeres fürdőképző tanfolyam a m. kir. belügyminisztérium felügyelete alatt, amely a magánvállalkozásoktól függetlenül, mindenre kiterjedően, hivatalos keretek között fogja ezt a nagyfontosságú kérdést intézményesen rendezni. A tanfolyam november 14-én kezdődik, érdeklődni lehet a Gyógyhelyi Bizottságnál.

A Magyar Országos Rákellenes Szövetség f. hó 19-én tartotta alakuló ülését, melyen díszelnökül *Dollinger Gyula* professort, az O. K. E. rákbizottságának volt elnökét, társelnökül pedig *Buday Kálmán* professort és *Scholtz Kornél* ny. államtitkárt választották meg. Az elnöki tanácsba *Balogh Ernő* és *Manninger Vilmos* professorokat választották be. Az elnökök nevében *Scholtz Kornél* mondott köszönetet a megválasztásért, tartalmas beszédben mutatva rá a rákellenes küzdelem legközelebbi feladatára.

Fül-, orr-, torokrendelő teljes műszere szekrényvel és egy pantostat eladó. *Özv. dr. Udvarhelyi Károlyné*, Apponyi-tér 1.

Orvosnő gyógyszergyár propagandájának elvégzésére alkalmazást nyerhet. »Állandó jellegű fejlődésképes állás« jellege alatt a kiadóhivatalban.

Kimutatás az 1935 okt. 13-tól okt. 19-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) és halálesetekről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysentaria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis		Morbilli	Influenza	Malaria	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mb.	Mt.	
1. Abaúj-Torna	93.411	5	1	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	10	—	2	—	1	—	5	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
3. Baranya	251.620	6	1	7	1	6	—	4	—	—	—	—	—	16	—	—	—	—
4. Békés	335.874	30	6	12	—	5	1	7	—	—	—	2	—	26	—	—	—	—
5. Bihar	180.415	28	3	1	—	5	—	4	—	—	—	1	—	38	—	1	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	26	3	22	—	4	1	7	—	—	—	2	—	9	—	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	21	2	5	2	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8. Csongrád	148.353	14	1	3	1	8	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9. Fejér	231.165	7	—	20	2	4	1	10	—	1	1	—	—	32	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	3	—	3	—	5	—	4	—	—	—	—	—	16	—	—	—	—
11. Hajdú	181.047	24	2	20	3	9	—	20	—	—	—	3	—	13	—	—	—	—
12. Heves	322.207	42	3	6	—	7	1	11	—	—	—	—	—	39	—	—	—	—
13. Jász-Nk.-Szolnok	420.142	40	4	6	1	4	—	19	1	—	—	5	—	9	1	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	14	—	2	1	2	—	21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15. Nógrád és Hont	227.951	6	2	4	—	1	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-Kk. . . .	1.437.226	107	5	96	8	30	2	62	1	—	—	—	—	55	—	—	—	—
17. Somogy	389.792	7	—	8	2	4	—	14	—	—	—	—	—	27	—	—	—	—
18. Sopron	143.128	2	1	54	7	5	2	5	1	—	—	—	—	30	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	45	8	5	1	8	1	33	—	—	—	1	—	45	—	2	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	6	1	3	1	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—
21. Tolna	267.133	11	4	8	1	3	—	29	1	—	—	1	—	48	—	—	—	—
22. Vas	273.776	5	—	—	—	2	—	6	—	—	—	—	—	13	—	—	—	—
23. Veszprém	246.991	2	—	3	—	9	—	21	—	—	—	—	—	43	—	—	—	—
24. Zala	368.371	7	—	1	—	4	1	18	1	—	—	—	—	4	—	1	—	—
25. Zemplén	149.043	18	1	—	—	4	—	19	—	—	—	1	—	30	—	—	—	—
I. Baja	29.761	3	—	5	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1.035.766	23	4	30	2	38	2	84	—	—	—	1	—	28	2	—	—	—
III. Debrecen	122.825	14	1	8	—	7	—	23	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—
IV. Győr	50.828	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	17	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.656	4	—	2	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.379	9	1	11	3	2	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	3	—	4	1	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
VIII. Pécs	67.527	1	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IX. Sopron	36.023	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
X. Szeged	138.287	25	—	10	7	3	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	2	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen : 8,898.367		571	54	369	45	189	12	473	7	1	1	17	—	547	4	10	—	—
Előző évben :		514	60	423	38	408	25	502	7	3	1	4	—	221	3	7	—	—

HETIREND.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület október 26-án, szombaton délután 6 órakor tartandó ülésének napirendje: Bemutatás: *Matolay György*: Felhágó remese operált rákja. — *Báró Kőrányi Frigyes emlékelőadás*, tartja: *Verebély Tibor*: A gyomorsebészet három kérdése.

A Magyar Urológiai Társaság október 28-án délután 1/27 órakor a Szt. Rókus központi kórház üléstermében tartandó ülésének tárgysorozata. Előadások: *Illyés Endre és Kasztriner Iván*: Urológia a gyermekkorban, különös tekintettel a vesék sebészi megbetegedéseire. *Szold Endre*: Tapasztalataim Amerikában, urológusok között.

A Közkórházi Orvostársulat október 30-án tartandó tudományos ülésének napirendje: Bemutatások. 1. *Martos Jenő*: Appendicitis és appendectomia késői következménye. 2. *Patyi István*: Tuberculosisnak Addison-kórral szövődött esete. 3. *Schmidlechner Károly*: Méhmyoma érdekes mütete. Előadások. 1. *Peleskey Lajos*: A gyermekkori typhusról. 2. *Naszvady István*: Útbanfekvő lepény oka és kezelése.

A Magyar Orvosok Röntgen Egyesülete október 30-án, szerdán d. u. 6 órakor az Egyetemi Röntgenintézet tantermében tartandó ülésének tárgysorozata: Bemutatás. *Egressi István* okl. mérnök (m. v.): Momentan dosismérő. Előadás. *Szepessy Zoltán*: A külföldi sugárkezelő intézetek munkájáról.

A budapesti Kir. Orvosegyesület orthopaediai szakosztálya október 31-én délután 6 órakor a II. sz. sebészeti klinika tantermében tartandó ülésének tárgysorozata: Bemutatások. *Baron Sándor*: Csontüregék újabb kezelési módja. *Horváth Boldizsár*: Könyöktáji sérülésekkel kapcsolatos működési zavarok. *Kopits Jenő*: Úgynevezett repülőhártya operált esetei. Referálás. *Kopits Imre*: Beszámoló a Német Orthopaed Társaság őszi, kölni congressusáról.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

MALTOCOL

a légzőszervi megbetegedések bevált gyógyszere.

Pályázat.

A Nógrád vármegyei »Mária Valéria« kórházban lemondás folytán megüresedett alorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása a 124.000/926. N. M. M. sz. ministeri rendeletben megállapított fizetés, egy szobából álló lakás és tisztai ételmezés, amelyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. Pályázhatnak nőtlen, illetve hajadon orvosdoktorok. A kinevezés egy évre szól, amely további 2—2 évre pályázat mellőzésével meghosszabbítható. Magánygyakorlat folytatása nincs megengedve. Sebészi gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek. A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények november hó 2-án déli 12 óráig méltóságos dr. Soldos Béla főispán úrhoz intézve, a kórház igazgatójához nyújtandók be. A kérvényhez melléklendők: születési bizonyítvány, orvosdoktori oklevél, esetleges működést igazoló bizonyítványok, illetve ezek hiteles másolatai.

Balassagyarmat, 1935 október hó 6-án.

Kenessey Albert dr. s. k.,
kórházigazgató főorvos.

Sedyl és Sedyletta tabletták

Phenylaeethylmalonylcarbamid

10 × 0'10 = 1.10

10 × 0'30 = 2.00

30 × 0'015 = 1.10

Sedativum
Hypnotikum
Antiepileptikum

Általános hatású
psychikus megnyugtató,
kitűnő spasmolitikum

Podmaniczky gyógyszertár, Ul., Budapest

CHINOIN - CHINOIN

1910
1935

CHINOIN - CHINOIN

SUPPOSITORIA

NOVURIT „CHINOIN”

kénesős húgyhajtó rectalis alkalmazásra

JAVALLATOK:

Minden eset, melyben NOVURIT befecskendezése technikai nehézségekbe ütközik, kezdődő decompensációnál purin húgyhajtók helyett. Elhízottak vízretentiója ellen.

5 kúp eredeti dobozban

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, közkórházi főorvos

Kőnélküli epehólyaggyulladások.

A kőképződés nélkül keletkező epehólyaggyulladások kóroktanában két tényezőnek van szerepe: az epehólyag és epeutak bakteriumos fertőzésének és az epepangásnak. Bakteriumok jelenléte az epében, *Naunyn* bakteriocholiája egymagában még nem okoz gyulladást, aránylag gyakran fordul elő minden klinikai tünet és következmény nélkül. Az epe fertőződése négy úton is bekövetkezhetik: 1. felhágó fertőzés a nyombél felől, mely aránylag ritka s ma csak coli fertőzésben és bélféreg eredetű epeútmegbetegedésekben tételezzük föl; 2. lehágó, kiválasztásos fertőzés, mely létrejöhet a véráram útján, minden bakteriaemiával járó betegségben; 3. a vena portae útján keletkező fertőzés, mely a bélhuzam lobos és fekélyes folyamataihoz társul; 4. nyirokutakon át történő fertőzés, mely különösen a hasüreg felső részének lobos megbetegedéseivel csatlakozik. Elsődleges, haematogen epehólyaggyulladás, melyet a hólyagfalban létrejövő bakterium-embolia okoz, ritka és klinikai szempontból nincs jelentősége. Mint kórokozók leggyakrabban a colityphus csoport tagjai, enterococcus, strepto-, staphylo-, pneumococcus, influenzabacillus, Friedländer-féle bacillus szerepelhetnek, ritkán spirochaeta féleségek. Bélférgek közül lamblia intestinalis a leggyakoribb.

Az epehólyaggyulladást kiváltó második tényezőről, az epepangásról, régebben az volt a nézet, hogy csak durva anatómiai elváltozásnak: beékelt kő, daganat vagy epehólyagkörüli hashártyaösszcsapódásoknak van jelentősége. Ma már tudjuk, hogy alkati tényezőknek, így az epehólyag ptosis mellett elsősorban neuromuscularis alapon fejlődő mozgási zavaroknak, az epehólyag *dyskinesisének* van itt nagy jelentősége.

A kőnélküli epehólyaggyulladások klinikai megjele- nése igen sok hasonlóságot mutat az epekőbetegséghez, attól igen gyakran nem is különíthető el. Általában két alakját különböztetjük meg: idültet és heveny görcsrohamok alakjában jelentkezőt. E két alak között lehetnek átmenetek, így megtörténik, hogy éveken át tartó idült körképhez heves rohamok társulnak és fordítva, az esetek jelentékenyen nagyobb része azonban évek hosszú során át azonos formában folyik le.

A heveny epehólyagkólika teljesen utánozhatja a roham kifejlődésében, lefolyásában és kísérő tüneteiben a typosus kórohamot. Gyakran diaeta-hiba váltja ki, máskor testi munka, elég gyakran lelki megrázkódtatások szerepelhetnek. A rohamot gyakran kísérik a gyomor-bélhuzam részéről tünetek: puffadás érzés, émelygés, hányás, mely — ellentétben a gyomor eredetű fájdalmakkal — nem hoz enyhülést. Gyakrabban székszorulás, ritkábban hasmenés lép föl. A rohamot gyakran kíséri hőemelkedés, mérsékelt leukocytosis, a serum bilirubin tartalma utána átmenetileg emelkedik, meghaladja az 1 mg%-ot. A vizeletben mérsékelt fehérjevizelés gyakori, urobilinogenuria kifejezett szokott lenni. Roham után gyakran tapinthatóvá válik és érzékeny az epehólyag.

Az idült epehólyaggyulladás bizonytalan gyomor, bél és májtáji panaszokkal jár. Teltség, gyomortáji nyomás-érzékenység, étvágytalanság, májtáji fájdalmak a leggyakoribb panaszok, így igen gyakori az összetévesztés gyomor-bélhuzam eredetű megbetegedésekkel. A gyomor részéről gyakran kísérik az ily epehólyaggyulladást elválasztási zavarok, gyakrabban anaciditás, ritkábban hypersecretio. Röntgennel a pyloroduodenalis tájékon spasmuso-

kat találhatunk. Gyakran kíséri a bántalmat spastikus obstipatio. Ha az epehólyag-májtájon nem találunk valamely objectív tünetet, tapintható hólyagot, megnagyob- bodott, érzékeny májat, vagy állandó, körülírt nyomás-érzékenységet, úgy a kórjelzés sokáig teljesen bizonytalan lehet s csak egy később jelentkező görcsroham vagy sárgaság tisztázhatják azt. Értékes adatot nyerhetünk ilyenkor duodenalis sondázással, különösen a pepton vagy magnesiumsulphat-oldat befecskendésével nyert hólyag-epének görcsövi vizsgálatával. Az epe bakteriologiai vizsgálata a kórokozó kimutatásával lehet döntő, a 10%-os formalinnal rögzített epe üledékének görcsövi képe geny- sejtek, vér, esetleg cholesterin jegecek kimutatásával tá- mogathatja a diagnosist. Cholecystographia esetén rosszul telődő, elmosódott határú, halvány hólyagárnyékot találunk, rossz összehúzódóképességgel.

A kőnélküli epehólyaggyulladások kórjósolata általán- ban jobb, mint a kövesé, azonban mindig tekintettel kell lennünk arra a körülményre, hogy egész váratlanul bár- mikor léphetnek föl az életet súlyosan veszélyeztető szö- vődmények, így genyes gyulladás, melyhez cholangitis, hepatitis társulhat, a hólyag átfürödése következményes hashártyagyulladással, általános sepsis. E szövődmények azonban sokkal gyakoribbak köves gyulladáskor.

A heveny roham kezelésében azonnali erőyes fájdalomcsillapítás az első tennivaló, morphin- és atropin- készítményekkel. Célszerű e kettőt kapcsolni és 0'02 morphinnal $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ mg atropint adni bőr alá; $\frac{1}{8}$ mg atropin intravenásan sokszor percek alatt megszünteti a rohamot. Jól használhatók a különböző gyári készítmé- nyek, domatrin, dilaudid, stb. Roham után a beteget néhány napon át fekvő és folyékony étrenden tartjuk. Heveny tünetekkel járó lázas epehólyaggyulladáskor leg- szigorúbb ágynyugalom és folyékony étrend mellett helyi- leg jégzacskó, hideg, vagy felmelegedő borogatások jó hatásúak. Ily esetekben szinte specificumként adhatunk urotropint intravenásan 40%-os oldatban, napi 2—4 gr-ot. Az injectiókat addig ismételhetjük, míg a láz megszűnik vagy pedig vizeleti panaszokat, görcsövíleg kimutatható vérvizelést nem okoznak. Belsőleg natrium salicylicum, salol adhatók naponta 3-szor 0'5—1'0 gr-nyi mennyiség- ben. Ha sárgaság lép föl, vagy a máj megduzzad, úgy a különböző epesavnatrium-készítmények, suprachol, decho- lin adhatók. A régen ajánlott atophan-készítményeket a máj állományára gyakorolt mérgező hatásuk miatt ma kerülik.

Az idült lefolyású esetek kezelésében nagy szerepet játszik a helyes étrend. Gyakori kis étkezések formájában szénhidrátokban dús, fehérje és zsírszegény étrendet adunk, kerülve fűszeres, tömeges, puffasztó ételeket. Egyes betegek jobban tűrik a vajjal készült ételeket. A beteg egyéni érzékenységére így mindenkor tekintettel kell lennünk, szigorúan individualisálva kell összeállítani a diaetát. A gyógyszeres kezelés gerincét régente a karls- badi kúra képezte, ma helyett jobb eredménnyel a duo- denalis öblítéseket használjuk.

A karlsbadi só szükséges mennyiségét úgy határozzuk meg, hogy az a betegen naponta 1—2 könnyű pépes széklet okozzon. Reggel éhgyomorra, 2—3 deci vízben oldva, me- legen, kortyonként itatjuk meg, epehajtó hatását fokozni lehet a májtájéki meleg borogatásával. A szokásos séta elrendelése nem szükséges. A kúra tartama 4—6 hét.

Duodenalis öblítéskor a sondát éhgyomorra 70 cm-ig vezetjük le s midőn epés színű vagy kifejezetten lugos

vegyhatású bennéket szívunk vissza, 30%-os magnesium sulphat oldatból oly mennyiséget fecskendezünk lassan a duodenumba, hogy az bőséges, kiadós széklet okozzon, anélkül, hogy vizes hasmenést váltana ki. Az oldat befecskendése után elválasztódó epéből lehetőleg nagy mennyiséget távolítsunk el. Sokszor oly bőséges az elválasztás, hogy szívás nélkül ürül a sondán át. Ily öblítéseket naponta végzünk 2—4 héten át. Szükség esetén egy idő múlva megismételhetjük a kezelést. Segítségével a nem köves epehólyaggyulladások igen nagy százalékában igen jó eredményt érhetünk el. Belsőleg natrium salicylicum, urotropin, belladonna készítmények, esetleg a népies szerként használt fodormenta-thea támogatják a jó hatást. A forgalomban levő sok epehajtó specialitás jórészt e szereket tartalmazza epesavas sókkal és növényi hashajtókkal kombinálva.

A nem köves epehólyaggyulladások műtéti kezelésének indicatiója esetén még tartózkodóbbak vagyunk, mint cholelithiasis esetén. Eltekintve az abszolút javallatot képező genyes gyulladástól, septikus képet nyújtó cholangitistól, csak akkor operálhatunk, ha a panaszok ismételt duodenalis öblítésekre sem nyugosznak meg és a beteg közérzetét, munkaképességét nagymértékben lerontják.

Engel Rudolf dr.,
rk. tanár, Szeged.

A klimakterium kezelése.

A klimax önmaga, ha panaszmentes, kezelést nem igényel.

A kóros tünetek közt elsősorban a klimaxban jelentkező *rendetlen vérzések* igényelnek nagy figyelmet. Okuk időelőtti tüszőérésekben rejlik. Ezek a tüszők ilyenkor nem repednek meg rendes időközökben, hanem fenn maradnak, bennük *fokozott mennyiségű tüszőhormon képződik* és ezáltal kóros ingerek jutnak a méhnyálkahártyához, melyek azt túlzott burjánzásra bírják (*Metropathia cystica*). Minthogy teljes értékű sárgatest a tüszőkből nem képződik, a vérzés nem tud megszűnni. Ezen kórkép, mely az ivarérett korban is gyakori, itt fokozott figyelmet igényel, mert hiszen a klimax egyszersmind a *carcinoma* kora is. A *corpuscarcinoma* kizárása *próbakaparással* történik. A kaparék görcsövi vizsgálata el is dönti a kérdést és amellet az esetek 50%-ában meg is gyógyítja az ilyen zavaron alapuló metropathiát. Ha nem szűnnek, a sugaras kezelést kell igénybe venni. A *tüszők ilyen hibás hormontermelése amenorrhoeát is idézhet elő, úgyhogy a vérzés hiánya sem jelenti a folliculin hiányt.*

A klimax egyéb panaszait illetőleg tanácsos megkülönböztetni a *hyper- és hypothyreoid-typusú* betegeket és ezenkívül egy harmadik typust, melyben a panaszok nem jellemzőek (*Winter, v. Jaschke, Wiesel*).

A panaszok három csoportba oszthatók: *anyagsere-zavarok* (legtöbbször elhízás, ritkán hirtelen fogyás), *beidegzési és vérkeringési zavarok*.

Azáltal, hogy az amenorrhoeában a négyhetenkinti, nedv- és vérvesztés kiesik, az előbb szükséges tápfevétel *kisebb* lesz. *Sellheim* szerint tehát klimaxban kielégítő egy 2100—2400 kaloriának megfelelő táplálék. Főleg a zsír, az édességek, a burgonya és főttészta kerülendők.

A rendszeres mozgás, torna a *vérelosztódás zavarait* a vértódulásokat, hevüléseket kedvezően befolyásolja. *Légzési gyakorlatok* különösen eredményesek. Rendes alkatú nőknél (pyknika) is 1½—2 évig tartanak a változás kellemetlenségei. Jól hatnak este langyos 36 C fokos fürdők fenyőkivonattal.

Szénsavas és pezsgőfürdők mint vérnyomás csökkentő értékesek.

Nagyon fontos, hogy ebben a korban alkohol, kávé és főleg nicotinnal visszaélések ne történjenek. Ha most előbb a *hyperthyreoid-typushoz* tartozóak panaszait vizsgáljuk, itt a *vasomotoros zavarok* dominálnak, hevülések, szívdobogás, arrhythmiaiak, extrasystolek, izzadások, hasmenések, főleg a vérnyomás ingadozásai.

Céltalan dolog, amint az különösen újabban oly gyakran történik, a kezdődő klimaxban úgynevezett *fiatalítás*, illetőleg a *fiatalság prolongálásának örve alatt folliculin-hormontartalmú injectiós kúrát adni*. Hiszen a klimax elején éppen *folliculin túltermelés* van jelen és így az ideges vérnyomás zavarokon alapuló tüneteket ezek a szerek csak fokozzák. Indokoltak ezzel szemben az ideg ingerlékenységet lecsökkentő szerek. Calcium brom. Igen hatásos szer ezen a téren az *»ovakliman«*, mely *bromovar, theobromin* és *calc. lact.* keveréke.

Jó eredményt észleltünk a *»vasobroman«*-tól is, amely *theobromin, calc. salycil + bromisovalerylcarbamid + papaverin* összetétele.

Kiegészítésül a *valeriana* igen jól csillapítja a vasomotoros zavarokat. *Sexualis* izgalmak ellen ezt *tinct. castorei*-vel szokás kombinálni.

Gyakori panasz a klimaxban a *bélpuffadás*. A különböző szénkészítmények és *tinct. carminativa* az ellenszerek.

A *hypothyreoid* esetekben, melyeket alacsony vérnyomás, varixok, haemorrhoidák jellemeznek, óvatos thyreoida adagolás mérlegelendő.

A *therapiás conclusio* tehát az, hogy önmagában azért, mert a nő a változás korába jutott, kezelést nem igényel. Ezért céltalan a változás elején azt mintegy *feltartóztatandó, folliculin-hormontartalmú* gyógyszereket (glandubolin, hogival, progynon stb.) adni. Ezek ilyenkor többet ártanak, mint használnak. Sokkal előnyösebb, ha az elkerülhetetlen klimax lefolyását elősegítjük, mintsem hogy azt panaszával esetleg négy-öt évre prolongáljuk.

A *vasomotoros* és *idegrendszeri* zavarok leküzdésére a már említett és velük azonos hatású ideg ingerlékenységet csökkentő gyógyszereket kell alkalmazni.

Csak a túlkorán, a 30-as évek végén jelentkező klimax esetében érthető, ha a folliculin és hypophysis pars anterior-tartalmú készítményekkel a rendszeres ovulatiót fenn akarjuk tartani. Tudjuk, hogy ehhez *igen nagy adagok* szükségesek.

A klimax harmadik phasisában a hypophysis működése túlsúlyba kerül (Zondek) és ennek következménye főleg az *elhízás*.

A gyakorlat igazolja fenti tapasztalatok helyességét, mert noha az utolsó években pontosan standardisált folliculin és hypophysis-tartalmú készítményekkel rendelkezünk, ezeknek hatása a klimaxban egyáltalán nem felel meg a hozzájuk fűzött várakozásoknak.

Mansfeld Ottó dr.,
az Uj Szent János-kórház
szülő- és nőbeteg-osztályának főorvosa.

A látás hirtelen elvesztése.

A látás hirtelen elvesztéséről akkor beszélünk, ha valamely viszonylagosan jólátású szem látásélessége 24 órán belül tartósan egytizednél kevesebbre csökken. Hirtelen vakságot előidézhethetnek sérülések és olyan okok, melyek a szervezet valamely betegségével állanak összefüggésben.

Legtöbbször a szemgolyó áthatoló sebzése vagy roncsolása idézi elő hirtelen a vaktságot; e csoportba kell sorolnunk a látóideg izolált sérülését is, mely pl. a szerencsétlenül vagy kellő óvatosság híján végzett felső állcsonti-, vagy iköböl kikaparása közben támad. A szemgolyót sértő vagy abba behatoló lövedékek — a szemgolyó részleges vagy teljes elroncsolásával okoznak hirtelen vaktságot. Öngyilkosságok esetében látunk olyan sérüléseket, hogy a halántékról a csonton áthatoló lövedék csak a látóideget sérti meg, nem ritkán a koponyát bitemporalisan átszelő lövedék mindkét látóideget egyszerre és így hirtelenül kétoldali teljes vaktság következik be. A lencsének valamely sérülés utáni elzavarosodása és hártvaképződéssel járó fél- vagy teljes ficama maradandó vaktságot nem okoz, mert, amennyiben a szem mélyebb rétegeiben komolyabb elváltozás nem történt, a lencse kivonása után megfelelő üveggel jó látás érhető el. Ha a sérülést követően a mellső csarnokot vér tölti meg, a bekövetkezett hirtelen vaktságot maradandónak szintén nem tarthatjuk, mert a vér aránylag rövid idő alatt felszívódik és a látás visszatér. Gyakoribb a sérüléses üvegtesti- és ideghártya-vérzések után hirtelen beálló tartós vaktság. A vérzés utáni sűrű üvegtesti homályok és az aránylag csekély fokú, de az éleslátás helyére terjedő vérzések sokszor igen jelentős mértékben rontják meg a látást. Sok esetben írták le a hirtelen megvakulásnak olyan esetét, mely napfogyatkozásnak sötét üveg viselése nélkül történt megfigyelése után következett be. Ilyen esetben középponti scotoma támad s a középponton kívül eső látásélesség sok esetben az egytizedet sem éri el.

Általános betegség kapcsán, vagy egyéb genyes gyulladás áttételeképpen támadó hirtelen vaktság a metastatikus ophthalmia. Ilyet látunk gyermekági láz, sebészi és belgyógyászati megbetegedések esetében; vetélés és gyermekági láz kapcsán hirtelen bekövetkező áttéti szemgyulladás kórokozója mindig a streptococcus. Sebészi megbetegedések közül a furunculosis, tályog, mastoiditis, thrombophlebitis, genyes foggyökérlöb, a belgyógyászati bajok közül: meningitis cerebrospinalis epidemica, influenza, pneumonia, bélinfectio, typhus, paratyphus, recurrens, genyes izületi lob, angina tonsillaris, cukorbeteg ganguera, lázas icterus stb. okozhat áttéti szemgyulladást. Cachexiás egyéneken, továbbá nagy vérvesztés következtében — gyomor-, bél-, méh-vérzés esetén — sokszor hirtelen nagyfokú látásromlás támad s a szemfenéki kép az embolia arteriae centralis retinae-re emlékeztet. Uraemiás vaktság is hirtelen következik be.

A leggyakoribb hirtelen vaktságra vezető okok: a nem-sérüléses ideghártya, vagy ideghártya előtti vérzés és izzadmány, melyek érelmeszesedésre, gümőkórra, cukor- és vesebajra stb. vezethetők vissza. E vérzések kórjólata igen komoly, mert, ha a látás valamennyire javul is, gyakori a kiújulás. Csaknem percek alatt következik be a vaktság az ideghártya leválásakor, melynek oka nagyfokú közellátóság, sérülés, érhártyavérzés stb. lehet. A legújabb műtéti módszerek (*Gonin, Guist, Weve* stb.) szerint operált ideghártya-leválási esetek, 40—60, sőt állítólag 80%-ban a hirtelen megromlott látás megjavulhat. Nem következhet be javulás, ha az ideghártya leválást daganat vagy az idézte elő, hogy az ideghártyát valamilyen erő már előzetesen az üvegtest felé húzta. Ez utóbbi esetben a látás elvesztése különben is ritkán áll be hirtelenül. Ha érhártyavérzés okoz ideghártya leválást, a látásromlás nem tartós, mert a vérzés felszívódásával együtt az ideghártya visszafekvése, minden műtéti beavatkozás nélkül is remélhető. A többnyire szívbeteg egyéneken támadó embolia arteria centr. ret., thrombosis és phlebitis venae

centr. ret. esetében néha pillanatok alatt vész el a látás. Kivételes esetekben a szem masszálásával vagy a csarnokvíz kieresztésével sikerül az érdugaszt a helyéből ki-mozdítani, mire a látás visszatérhet, thrombosis esetén azonban a javulás alig és csak akkor remélhető, ha az elzáródás a vivőérnek egy mellékágát érte. A lüktető szemkidülledés (exophthalmus pulsans) okozta hirtelen vaktságot a carotis lekötésével lehet gyógyítani.

A szervezetbe kerülő mérgek közül a methylalkohol, chinin, optochin, filix mas, atoxyl, acetanilid és osmium-sav okoznak hirtelen beálló vaktságot. A methylalkoholos vaktság, mely hamisított borok, rum, stb. élvezetének lehet a következménye, maradandó és gyomor-bélhurut kíséretében támad; nyolc-tíz napon át ép szemfenék látható, csak azután következik be a látóidegfő elhalványodása. A chininnek csak nagyobb adagjai (4—5 gr 24 óra alatt) okoznak vaktságot, hosszú idő után azonban csekély látás visszatérhet. E hirtelen támadó vaktság azért nagy jelentőségű, mert mindig kétoldali; oka minden valószínűség szerint tartós göres az art. centr. ret.-ben. A szemfenéki kép az art. centr. ret. elzáródásában található képhez nagyon hasonlít. A chinin vaktséghez hasonló súlyos látásromlást okoz a filix mas. Régebben gyakrabban, ma már azonban, miután adagolásában nagy óvatosságot tanúsítottunk, csak nagy ritkán látunk atoxyl-okozta vaktságot. A hirtelen látásromlást a későbbben kifejlődő látóidegsorvadás magyarázza meg. Optochin, acetanilid és osmium-sav okozta nagymértékű látásromlások hosszú idő után némileg megjavulnak.

Hysteriásokon hirtelen bekövetkező centralis scotomák, nagyfokú látótérbeszűkülések és amaurosis esetében a kórjelzés nehéz, különösen, ha némi látás megmarad. A hysteriás vaktság kórjelzését csak nagyon pontos és körültekintő vizsgálat után szabad felállítani. A vaktságot képzelő hysteriás valódi látása egyszerű leleplezési eljárások segítségével könnyen megállapítható. A hysteriás vaktság igen soká tarthat, de soha sem maradandó. A ritkán előforduló heveny neuritis retrobulbaris legtöbbször fej- és a szem mögött érzett fájások kíséretében támad s okoz hirtelen vaktságot; oka mérgezésekben vagy sokgócú agykeményedésben keresendő, néha helybeli baj (orrmelléküreg genyedés stb.) okozza. A nagyfokú hirtelen látásromlás azonban az esetek egy részében javuló hajlamot mutat.

Bartók Imre dr.,
szemész-szakorvos.

Thrombophlebitis migrans.

E névvel a thrombophlebitisnek egy a szokott alaktól megjelenési formájában, klinikai tüneteiben eltérő fajtáját jelölik. A gyulladás mindig a felületen, környéki visszereken jelentkezik, a nagy visszértörzsek rendszerint szabadon maradnak. Leggyakoribb helye a lábszár, a comb külső felszíne, a hasfal (v. hypogastrica sup.), a kar, annak feszítő oldala (v. basilica, dorsalis manus). Ritkább a zsigeri visszereken (mesenterium, pleura) és az agyi visszeres öblökön támadó thr. m. További jellegzetessége, hogy hol egyik, hol másik, egymástól egészen távol lévő testrészen, látszólag minden kimutatható ok nélkül jelentkezik. A migrans jelző nem teljesen találó. A kiújuló thrombophlebitis ugyanis nem kúszva, lépésről-lépésre terjed, hanem vagy ugyanazon a visszéren ép szakaszok kihagyásával, vagy ugrálva, hol az egyik testrészen, hol a másik, egészen távoli testrész visszerein jelenik meg. A thrombophlebitis *saltans* elnevezés jellemzőbb. Egyesek

jellegzetesnek tartják a gyors, néhány nap alatti lezajlást, de ez nem minden esetben kifejezett. Rendszerint minden bevezető, jósló tünet nélkül támad, de a lábszáron néha napokkal előbb a lábfejben és a lábikrában furcsa, görösszerű fájdalmak jelzik. Rövid visszérszakaszokon, nem ritkán ép, közbeeső szakaszokkal először sáv-szerű, kissé kiemelkedő bőrvörösség keletkezik s gyakran csak egy-két nap múlva tapintható a megvastagodott, tömött visszér. A bőrvörösség a visszér környezetére is ráterjed, később vörhenyesbe megy át s enyhe pigmentációval múlik el.

A fehérvérsejtszám nem emelkedett, sőt gyakran kifejezetten megfogyott. A vérsejtsüllyedés kezdetben gyorsult. A hőemelkedés nem magas, rendszerint 38 fok alatt marad, kivéve a zsigeri alakok másodlagos szövödményeit. A vérkeringési szervek részéről kóros eltérés nem található. Az agyi, mellüregi, hasi megjelenést nem tekintve, az általános közérzet nem zavart s azt mondhatni, a kórképet teljesen a helyi tünetek uralják.

A 20 és 50 év között a leggyakoribb, de scarlatina után gyermekkorban is észlelték. Nem olyan ritka, mint azt az első leírói utáni esetek ismertetői hangsúlyozták. Kórjósolata nem mindig biztosan kedvező, mert a zsigeri alakok életveszélyesekké válhatnak.

A klinikai tüneteken kívül igen jellegzetes a kór-szöveti kép. A gyulladás a visszérfal összes rétegeire, a visszér környezetére reáterjed, sőt a környező kisebb visszerek falaiban is feltalálhatók annak jelei. Jellemzőek a productiv obliteráló szövetben, magában a visszérfalban található nem specificus jellegű óriássejtek. A szöveti elváltozás hasonlít ahhoz a képhez, amelyet a végtagok spontán gangraenában a visszereken mint kísérő jelenséget írtak le.

A kórokat az észlelők legnagyobb része egyszerűen ismeretlennek mondja. Mások a lüest, a tuberculosist, a kiujuló meghüleses betegségeket szerepeltetik kóroktani tényezőként, anélkül, hogy ezt bármiképpen is bizonyítani tudnák. A traumás magyarázat semmiképpen sem helytálló. A klinikai kép, a megjelenési forma kétségen kívül valamilyen haematogen, kevésbé virulens fertőzéses eredetre utal. A fertőző góccok között angina, influenza, scarlatina, cholecystitis, pyorrhoea alveolaris, foggyökérggranuloma, foggyökérgkörűli tályog, orrmelléküreg-genyedés szerepel.

A gócos fertőzéses megbetegedésben a visszerek jellegzetes reakciója uralja a kórképet. Ez arra mutat, hogy a közönséges thrombophlebitistől teljesen eltérő folyamat a fertőzéses eredeten kívül még más magyarázatot is követel. A Dietrich-féle sensibilisatió felül a rövid ideig tartó immunisatio játszik szerepet. Ez átmenetileg, egy időre letompítja a gyulladást, de a gyulladás később újra fellobban. A thrombophlebitis migrans (saltans) kérdését allergiás problémaként kell felfogni. Bizonyos, hogy létrejöttében a szervezet különleges, sajátos túlérzékenysége is szükség van és valószínű, hogy ebben a vegetatív idegrendszer zavara játszik közre.

A thrombophlebitis migrans kezelésében a szokásos gyógyító teendőink mellett elsőrendű fontosságú feladat a lappangó vagy rejtett fertőzéses góc felderítése és kirtása, gyógyítása.

Jáki Gyula dr.,
tanársegéd.

Sebészeti klinika (Debrecen).

KÉRDÉS — FELELET.

Kérdés: Esetem a következő: Pár héttel ezelőtt orvosi látteleletet adtam ki egy asszonynak, kit a férje megvert. Tegnap volt ez ügyben a csurgói kir. járásbíróóság büntetőbírája előtt a tárgyalás. Orvosi látteletemet nem fogadta el a bíróság, azzal a megokolással, hogy csak járásorvos vagy körorvos adhat ki látteleteket és bizonyítványokat, ezért terhelhet csak tetteleges becsületsértés vétségében mondotta ki bűnösnek, nem pedig könnyű testi sértés vétségében, miként azt az orvosi láttelelet szerint kellett volna.

Ha ez így lenne, ez azt jelentené, hogy a magánorvos nem szavahihető, ez pedig sértené a magánorvosi kart. Teljes tudatában vagyok annak, hogy vannak bizonyos dolgok, melyek tisztiorvosi bizonyítványt követelnek, mert hisz magam is képesített tisztiorvos vagyok, de *nem ismerek olyan rendeletet vagy törvényt, mely kimondja, hogy magánorvos láttelete alapján vád nem emelhető.*

Kérem tehát szíves válaszukat arra vonatkozólag, hogy magánorvos látteletei büntetőügyekben elfogadandók-e, avagy kizárólag csak körorvosok és járásorvosok adhatnak látteleletet, de magánorvosok nem.

K. P. dr.

Felelet: A királyi járásbíróóság azon eljárása, amellyel a feljelentéshez csatolt és testi sérülés fennforgását igazoló magánorvosi bizonyítványt nem fogadta el és pedig azzal a megokolással, hogy csak járásorvos vagy körorvos adhat ki látteleletet és bizonyítványt, semmiesetre sem tekinthető perrendszérűnek. A B. P. (büntető perrendtartás) 245. §-a általánosságban kimondja ugyan, hogy törvényszéki, törvényhatósági, államrendőri, járási, községi, vagy körorvos véleménye, amennyiben az eljárás adataival megegyezik és senki sem kifogásolja a testisértés minőségének és gyógyulása tartamának bizonyítékául, bírói szemle nélkül is elfogadható és a B. P. 313. §-a azt is megállapítja, hogy a szakértőnek, vagy ellenőrző szakértőnek a megelőző eljárás alatt (tehát a vizsgálat folyamán) adott véleménye csak akkor olvasható fel, ha azt közhatósági orvos adta és az eljárás súlyos testi sértés büntette, vagy testi sértés vétsége következtében folyik, de ezen rendelkezésekből semmiesetre sem lehet azon következtetést levonni, hogy a feljelentéshez csatolt orvosi bizonyítványt, vagy látteleletet a bíróság figyelembe venni nem tartozik akkor, ha azt nem közhatósági, hanem magánorvos állította ki. A közhatósági orvos bizonyítványa a B. P. értelmében bizonyos körülmények között bírói szemle nélkül is elfogadható. Magánorvos bizonyítványát a bíróság a tárgyaláson fel nem olvastathatja. Ezen rendelkezések azonban távolról sem egyenértékűek azzal, mintha magánorvosi bizonyítványt a bíróság ne volna kénytelen figyelembe venni. Azonos módon, mint ahogy a feljelentésben megjelölt tanukat a bíróság az ügy tárgyalása folyamán meghallgatni tartozik, a bizonyítványt kiállító magánorvost is az általa észleltekre nézve tanuként kihallgathatja és azon esetben, ha ilyen módon a sértett panasza tisztázható nem volna, a testi sértés mineműségére és jelentőségére nézve szakértő meghallgatását rendelheti el, aki a tárgyaláson a becsatolt orvosi bizonyítványban leírt tünetek alapján a sérülés jelentőségéről és gyógytartamáról tartozik véleményét nyilvánítni. Ezen eljárás úgyszólván magától értetődik. Könnyű, vagy súlyos testi sértés vétsége esetében a sérülés jelentőségének elbírálása a tárgyalásra meghívott szakértő útján már csak azért sem történhetik meg, mert könnyű és súlyos testi sértés vétsége eseteiben (amelyek a járásbíróóság hatáskörébe tartoznak) a tárgyalás kitűzéséig annyi idő szokott eltelni, hogy a testi sértés megállapítása az időközben bekövetkezett gyógyulás folytán teljesen lehetetlen volna. A magánorvosi bizonyítvány adatai alapján ellenben szakértői minőségben meghívott orvos a testi sérülés jelentőségét megállapíthatja. A magánorvosi bizonyítvány tehát azonos módon értékesítendő, mint a testi sértést igazoló feljelentésben felsorolt egyéb bizonyítékok.

A járásbíróóság perrendellenes eljárását a sértett akár az ítélet ellen beadott fellebbezésében, akár pedig az illetékes királyi törvényszékhez beadott panaszbeadványában szóvá teheti és meggyőződés, hogy az utóbbi mód választása esetén az illetékes törvényszék elnöksége felügyeleti hatáskörében intézkedni fog, hogy a járásbíróóság testi sértések eseteiben is perrendszérűleg járjon el és a becsatolt magánorvosi látteleletet, vagy bizonyítványt az említett módon figyelembe vegye.

Minich Károly dr.,
egyet. rk. tanár, kir. tvszéki orvos.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, közkórházi főorvos

Ujabb irányok a prostata-hypertrophia kezelésében.

A prostatektomiával elért fényes eredményeket legjobban talán *Bier* szavaival jellemezhetjük, aki azt mondta: »Mióta a prostatektomia létezik, nyugodtan nézek az öregkor elé«. Kétségtelen, hogy ezen műtét nemcsak hogy kínzó és kellemetlen panaszaitól szabadítja meg a beteget, de sokaknak visszaadja életkedvét és teljes munkaképességét. És ha mégis az utóbbi években a prostatektomia mellett újabb és újabb eljárásokat igyekeznek meghonosítani, annak okát abban találjuk, hogy a prostatektomiának a mai kidolgozott technika és a pontos vesevizsgálatok mellett, nem válogatott esetekben, még mindig elég nagy halálózása van (0—29%). Hogy válogatott esetekben a halálózás 5 és 10% között mozog, nem lehet irányadó, mivel nem vagyunk abban a helyzetben, hogy csak kielégítő, vagy abszolút jó veseműködés mellett operáljunk. A betegek jó része már oly előrehaladott veseműködési elégtelenséggel kerül a szakorvos elé, hogy az alkalmazott eljárásokkal (állandó katheter, esetleg sipolyképzés) sem tudja a veseműködést annyira feljavítani, hogy a műtét veszélytelenül végrehajtható volna. Ha ehhez hozzávesszük, hogy még a legprecízebb functionális vesevizsgálatok sem bizonyultak megbízhatóknak, mert itt is történhetnek meglepetések, különösen a szívelégtelenség esetén, — azonkívül, hogy a műtétet legtöbbször magas korban lévő egyéneknek kell elvégezni, kiknek szervezete, különösen vérkeringési szervei, már kisebb-nagyobb mérvben meg vannak támadva — érthető, hogy még a leggyakorlottabb kézben is a műtét beavatkozás bizonyos kockázatot jelent.

Kezdődő stadiumban a panaszok oly mérvűek lehetnek, hogy nem tesznek indokolttá oly nagy beavatkozást, mint a prostatektomia, azonkívül ezen stadiumban nemhogy könnyebb volna, hanem nehezebb a műtét kivitele. Az utóbbi években, — főleg amerikai szerzők: — *Caulk*, *Young*, *Brandsford-Lewis*, *Mac-Carty* és *Kirvin* kezdeményezésére sikerült oly hólyagtükröket előállítani, melyek diathermiás égető kaccsal vannak ellátva és ezek segítségével a bedomborodó prostata-részből vagy a megvastagodott hólyagnyakkból sikerült tükrön át olyan darabokat kimetszeni, hogy a vizeleti akadály ezáltal megszűnjen, a hólyagban vagy semmi, vagy csak relative kevés vizelet marad vissza. Így nemcsak a hólyag funkciója áll helyre, hanem a hypertrophia folytán létrejött veseelégtelenség is megjavul. Ezen methodust, — melyet transurethralis prostatektomiának nevezünk — eleinte csak olyan esetekben alkalmaztuk, ahol a prostatektomia teljesen contraindicált volt. Ujabbban bizonyos oly esetekben is alkalmazták, ahol a prostatektomia ha nem is contraindicált, de nagy kockázattal jár.

Amerikai szerzők, de különösen a Mayo-klinika, ma már az összes prostata-hypertrophia esetek 97%-ában végez transurethralis átégetést és csak 3%-ban prostatektomiát.

Német szerzők kevésbé jó eredményről számolnak be, amennyiben körülbelül 50%-ban érték el teljes eredményt.

Magam ezen methodust 80 esetben alkalmaztam és ezekről két ízben számoltam be. Eredményeim megközelítik a németek eredményét, amennyiben körülbelül 50%-ban tudtam teljes sikert elérni 1 halálózással amelyet azonban nem a műtét rovására kell írni. A már igen nagy tapasztalattal bíró amerikai szerzők (*Mac-Carthy*, *Clyde*, *Collins*) 2—3% halálózásról számolnak be.

Ha tekintetbe vesszük azt, hogy ezen műtétek legnagyobb részét korhatár korlátozása nélkül, még 90 éves korú egyéneknek is végezzük, és a rossz vesefunctio sem képez contraindicatiót, úgy ezen halálózási arányt igen csekélynek lehet tekinteni.

Maga a műtét epiduralis injectióban helybeli érzéstelenítésben végezhető, néhány perc alatt. Sikertelenség esetén többször megismételhető, legtöbb esetben 3—4—5 ülésben kell operálni; különös utókezelést nem igényel, a beteg 24 óra mulva felkelhet, 3 nap mulva az állandó kathéter eltávolítható. Ezáltal a hosszú fekvés, nehéz utókezelés, műtét komplikációk, tüdőgyulladás, thrombosis, — tehát a legnagyobb veszedelmek lehetőségét kikapcsolhatjuk.

A műtét végrehajtása jó eszközt és megfelelő gyakorlatot igényel. E kettőtől függ a siker. Különösen áldásos ez az eljárás olyan esetekben, ahol a beteg kínos és keserves kathéter-életre vagy sipolyra van kárhoztatva. Ezen műtét eljárás sokban megerősíti és kiegészíti *Bier*-nek az öregkorra vonatkozó megnyugtató kijelentését.

Complicatiók kikerülése céljából a magam részéről minden esetben előzetes vasektomiát végzek, ami jelentéktelen kis beavatkozás, ½—1 cm-nyi here bőrén át végzett sebzéssel végrehajtható és jóformán fekvést sem igényel.

Hosszú időn át a vasektomiához is nagy reményeket fűztek, mellyel a prostata-hypertrophia bizonyos stadiumban eredményt lehet elérni. A here és a prostata közötti összefüggés régóta ismeretes. A prostatektomia előtt alkalmazott castratio műtét erre vezethető vissza és ezt már körülbelül egy fél évszázaddal ezelőtt alkalmazták, sajnos, nem sok eredménnyel. A vasektomia tulajdonképpen ezt lett volna hivatva pótolni, a hozzáfűzött remények azonban nem váltak be, bár tagadhatatlan, hogy a prostatának időszakonként fellépő vérbőséges állapotára, mi sokszor okoz fokozottabb mérvű kiürülési akadályt, — kedvező befolyást gyakorol. Ez azonban az állandó katheterrel, ha rövidebb időre is, elérhető. Így a vasektomiát inkább, mint preventiót alkalmazzuk a mellékherelob ellen.

A legutóbbi időben éppen a fenti megállapításból kiindulva, azon kérdéssel foglalkoznak, vajjon sikerül-e sexual-hormon, férfi-hormon adagolásával a prostata-hypertrophia kifejlődését megakadályozni, avagy a már kifejlődött mirigyet visszafejlődésre bírni. *Moszkowicz* vizsgálatai azt mutatják, hogy a prostata-daganat nem a sinus urogenitalis részből, hanem az attól cranialisan fekvő részből indul ki, mely az embrióban a hugycső kezdeti részének felel meg. Hermaphrodit egyéneknél, kik közelebb állnak a női nemhez, éppen ezen cranialis része van a prostatának kifejlődve és a többi nem, miért is ezt női prostatának nevezik. Ezért *Moszkowicz* a prostata-hypertrophia az idősebb korban a női nem felé történő elhajlásnak, feminin jellegnek tulajdonítja. Hasonló jelenség, mint amikor idősebb nőknél szakáll- és bajusznövekedés észlelhető. Holland és francia szerzők, különösen *Laqueur*, azt találták, hogy női sexual-hormonnal, (Folliculin, menhormon) patkányokon és egereken a prostatában sajátságos megnagyobbodás, megvastagodás érhető el, sőt *Lacassagne* kristallisált folliculin hormonnal a prostata megnagyobbodását oly mérvben tudta elérni, hogy az állatokon vizeleti akadályok léptek fel következményes vese-insufficienciával, — éppen úgy, mint a prostata-hypertrophiaiban. Ebből azt a következtetést lehet le-

vonni, hogy az idősebb embereken a prostata-hypertrophiát a megkevesbedett here-hormonok okozzák, *Laqueur* vizsgálatai szerint megfelelő here-hormonokkal a prostata-túltengés megakadályozható, esetleg a már kifejlődött visszafejlődésre bírható volna. A *Laqueur* által előállított Hombreol magas here-hormon-tartalommal bír és ezen sexual-hormont alkalmazta *van Capellen*, és *Moszkowicz*, újabban *Kielleuthner*, kiknek sikerült, különösen kezdődő stadiumban 10—15 injectio után kedvező eredményeket: a dysuriás panaszok és a residualis vizelet csökkenését elérni.

Ezek alapján magam is végzek kísérleteket a *Laqueur* által beküldött Hombreol-al és a hazai Richter-gyár által előállított magas hormon-tartalmú kombinált sexual-hormonnal, mely a herének vizes és olajos kivonatát tartalmazza és melyhez a hatás fokozására hypophysis mellő részéből nyert kivonatot adunk. Az elért eredményekről később fogok beszámolni, annyit azonban már most is megállapíthatok, hogy bizonyos kezdődő esetekben, főleg a dysuriás panaszok javulását lehet elérni.

Mindenesetre ezen újabb kísérletek még nem vehetik fel a versenyt a prostatektomia áldásos eredményeivel, de hogy annak fontos kiegészítő részét képezik, az nem vonható kétségbe.

Farkas Ignác dr.
kórházi főorvos.

Esetek a baleseti szakvéleményezés köréből.

Rosszindulatú daganat és baleset.

A baleset és daganatképződés közötti összefüggés nemcsak a baleseti orvostannak és kártalanításnak, de az egész orvostudomány egyik legérdekesebb kérdése, melynek megfejtése a jelenkor egyik legnagyobb orvosi problémáját, a rákkérdést hatalmas lépéssel vinné előbbre. Sajnos, mint a rákkutatás egyéb területein, úgy itt sem lehet lényeges újabb eredményekről beszámolni, inkább a negatív megállapítások azok, melyek e kérdésben bizonyos haladást jelentenek.

Hogy apró traumák, állandóan ismétlődő kisebb erőművi és vegyi ingerek a rosszindulatú daganatok keletkezésében szerepet játszanak, azt annyi kétségbevonhatatlan tapasztalat és kísérleti adat igazolja, hogy erre bővebben kitérnünk felesleges. A baleseti kártalanítás szempontjából azonban ennek semmi jelentősége nincs. Itt ugyanis egészen másról van szó, t. i. arra a kérdésre kell válaszolnunk, hogy lehet-e a daganat képződését valamely egy ízben történt, váratlan physikai behatással, tehát valódi balesettel okozati összefüggésbe hozni. Állandóan ismétlődő, apró traumák szerepe a baleseti kártalanításban azért nem jöhet számításba, mert ebben az esetben nem balesettel, hanem foglalkozási ártalommal állunk szemben, amit a socialis biztosítás — legalább is nálunk — néhány eset (ólommérgezés, lépfene, stb.) kivételével ma még nem kártalanít.

A régebbi balesetorvostani irodalom a traumának daganatképző befolyását általában erősen túlbecsüli. Neves szerzők, mint *Thiem*, *Gross* stb. a rosszindulatú daganatok traumás eredetét a fenti értelemben nemcsak elfogadják, de azt percentualisan 5—20, sőt 50%-ban állapítják meg, amit mai tudásunk alapján nemcsak önkényesnek, de teljesen tarthatatlannak kell minősíteni. Kétségtelen, hogy a malignus daganatok egyszeri trauma általi keletkezése — ha ezt elvileg tagadni nem is lehet — a kivételes ritkaságok közé tartozik, amit eddigelé a tudomány exact módszereivel bebizonyítani nem lehetett. A legnyomósabb ellenérv az, hogy kísérleti úton daganatot egyszeri

trauma által létrehozni még sohasem sikerült. Igaz, hogy vannak esetek, — minden nagyobb gyakorlattal bíró sebész látott ilyeneket — hol az időbeli egymásután és egyéb körülmények is annyira egyeznek, hogy az összefüggés megállapítása elől elzárkózni nem lehet, de hangsúlyozni kell, hogy minden ily esetben csupán empirikus, de tudományos biztonsággal nem igazolt tényekről van szó. Óvakodni kell, nehogy adott esetben a »post hoc, ergo propter hoc« álokoskodás veszélyébe esünk. Hogy mennyire fontos ezen elv szem előtt tartása, legjobban mutatják azok az esetek, amelyekben közvetlenül egy halálos kimenetelű baleset után a kórboncnok a legkülönbözőbb szervekben rosszindulatú daganatot talált. Ha ilyen esetben a beteg a balesetet túléli, mi sem természetesebb, minthogy utólag a daganat keletkezését a balesetnek tulajdonították volna.

Számolni kell azzal a körüleménnyel is, hogy a betegek causalitas utáni vágyukban mindig hajlandók, mint legközelebbi lehetőséget, valamely traumát tenni felelőssé olyan betegségért, aminek — mint a daganatokét is — okát egyáltalán nem ismerjük. Végül kétségtelen, hogy az esetek túlnyomó részében a kárigénylők tudatos, vagy jóhiszemű confabulatiójával állunk szemben, aminek eclatáns bizonyítéka, hogy a kötelező balesetbiztosítás óta a daganatok kórelőzményében traumás behatások jóval nagyobb százzal szerepelnek, mint azelőtt.

Ismerve ezen körüleményeket csak természetes, hogy az ily természetű baleseti igények elbírálásában nem lehetünk elég óvatosak s ez annál jogosultabb, mert súlyos és legtöbbször halálos végű betegségről lévén szó, a helytelenül vagy könnyelműen megállapított összefüggésnek igen ártalmas gazdasági következményei lehetnek.

Lássuk ezek után, melyek azok a kriteriumok, melyek fennforgása esetén az összefüggést daganat és baleset között valószínűséggel megállapíthatjuk.

Mindenekelőtt — feltéve, hogy a baleset ténye teljes beigazolást nyert — gondosan meg kell vizsgálni, hogy a szenvedett trauma daganat előidézésére egyáltalán alkalmas lehetett-e. Erre nézve mai álláspontunk az, hogy ilyenek csak olyan jelentékeny erőművi vagy egyéb physikai behatás fogadható el, amely — hogy *Lubarsch* szavaival éljünk — alkalmas volt mélyreható szöveti és anyagcserezavarok létrehozására és amely közvetlenül azt a testrészt érte, ahol később az álképlet kifejlődött. Bizonyítani kell tehát azt, hogy a baleset után közvetlenül megfigyelt helybeli elváltozások milyen természetűek voltak. Volt-e szövetrocsolás, vérömleny, stb. Sajnos, e tekintetben az előző vizsgálok részéről legtöbbször oly hiányos adatok állnak rendelkezésre, hogy a baleset részleteinek rekonstruálása a legnagyobb nehézségbe ütközik.

A továbbiakban kétséget kizáró módon meg kell győződni 1. arról, vajjon nem szenvedett-e az igénylő már az állítólagos balesetét megelőző időben is daganatra gyanus tünetekben; 2. hogy a kérdéses baleseti eredetű tumor maga az elsődleges daganat-e, nem pedig csak áttétele egy lappangó, addig tünetmentes daganatnak. Ilyen lehet pl. egy prostata vagy pajzsmirigy-rák esontáttétele, mely esetben természetes, hogy sem az elsődleges daganatot, sem annak áttételét nem lehet a balesettel összefüggésbe hozni.

Egy további igen fontos kérdés az, hogy a balesettől számítva mennyi idő telt el addig, amíg a daganat klinikailag is kimutathatóvá lett. *Thiem* megállapítását, aki a minimalis időt négy hétre, a maximumot két évre teszi, ma már elavultnak kell mondani. Ilyen merev terminusokhoz nem köthetjük magunkat, hanem minden esetet egyénileg kell elbírálni, mert az egyes daganatféleségek ily szempontból a legkülönbözőbb módon viselkednek. Bizonyos, hogy a baleset után feltűnő rövid idővel, néhány

héttel jelentkező daganat alapos gyanút kelt az iránt, hogy az már a baleset előtti időben is megvolt s a baleset legfeljebb annak növekedését siettette. A baleset után nagyon hosszú idővel, két-három évvel mutkozó daganat általában szintén a baleseti összefüggés ellen szól, bár ismeretes, hogy vannak rákféleségek, melyek nagyon hosszú időn keresztül teljesen lappangó állapotban maradhatnak. A késői keletkezés tehát nem feltétlen bizonyíték az összefüggés ellen. Kétes esetben a daganatból vett próbakimetszés és szövettani vizsgálat némi tájékoztatást adhat a daganat koráról. Nagy segítségünkre lehet még az összefüggés kérdésében, ha biztosan ki lehet mutatni, hogy a sérült a baleset és a daganat keletkezése közti időszakban úgynevezett áthidaló tünetekben szenvedett. Sajnos, e tekintetben legtöbbször csupán magának az érdekeltnak vagy hozzátartozóinak nem teljesen megbízható bemon-dásaira vagyunk utalva, azonkívül nehéz eldönteni, hogy e tüneteket tényleg a baleset okozta szervi sérülés vagy már egy a baleset idejében is fennállott daganat hozta-e létre.

Nem éppen ritka az az eset, amikor a szakértőnek arra a kérdésre kell válaszolni, hogy lehet-e egy már meglévő daganatnak hirtelen növekedését, rohamos metastatizálását, vagy az előbb jóindulatú álképletnek rosszindulatú elfajulását balesettel oki összefüggésbe hozni. Első pillanatra a kérdés aránylag egyszerűnek látszik, hiszen elég példa van rá, hogy daganatok traumás operatív behatások, így különösen próbakimetszés vagy tökéletlen kiirtás után rohamosan megnőnek vagy rosszindulatúvá válnak. Legkirívóbb példája ennek, amit magam is többször észleltem, amikor festékes anyajegyek vagy szemölcsök részleges kiirtás után hihetetlen gyorsasággal malignus burjánzásnak indulnak és a környi nyirokcsomókban áttételeket képeznek.

Ezzel szemben áll *Lubarsch* azon tapasztalata, hogy állatok oltási daganatainak semmiféle módon, akár hónapokig tartó rendszeres erómiói ingerléssel (kalapálással stb.) nem volt képes gyorsabb növekedést, sőt még szövettanilag igazolható sejtburjánzást (mitosisokat stb.) sem előidézni.

Bármint álljon is a dolog a kísérlet szempontjából, annyi tény és ezt számos tapasztalat bizonyítja, hogy emberi daganatok erómiói behatások után sokszor feltűnő gyors növekedési hajlamot mutatnak. Nehézséget okozhat azonban annak a megállapítása, hogy e gyors növekedés tényleg a baleset és nem-e a daganat különleges szerkezete folytán endogen okokból jött-e létre. Ily esetben csak úgy adhatunk némi tudományos alappal bíró valószínűségi véleményt, ha a daganat szerkezetét próbakimetszés után pontos szövettani vizsgálat tárgyává tesszük. Sajnos, az esetek többségében nem leszünk abban a helyzetben, hogy a próbakimetszést elvégezhessük, miután az igénylők tapasztalat szerint minden műtéti beavatkozástól idegenkednek, a magyar társadalombiztosítási törvényhozás pedig a műtéti kényszert nem ismeri.

A daganat szöveti vizsgálata nemcsak ebből a szempontból fontos. Felmerülhet ugyanis az a kérdés, hogy a daganat gyorsabb növekedése milyen mértékben rövidítette meg az élettartamot. Ha már most tudjuk azt, hogy bizonyos daganatféleségek (pl. fiatalkori végtagsarcomák egyes alakjai, melanocarcinomák stb.) minden trauma nélkül is igen rövid idő alatt halálhoz vezetnek, akkor az ily esetek még akkor sem kártalaníthatók, ha elismerjük, hogy a baleset a kedvezőtlen lefolyást siettetni alkalmas volt.

Egyebekben pedig az összefüggés megállapításának legfontosabb feltétele itt is a jelentékeny, magát a daganatot érő trauma, mely elég erős volt ahhoz, hogy mélyreható szöveti és anyagsereváltásokat hozzon létre. A

baleset után beálló rosszabbodásnak rövid idő elteltével mutatkoznia kell. Hónapokkal vagy évekkel a baleset után észlelhető rosszabbodás már semmiképpen nem hozható azzal okozati összefüggésbe.

Az elmondottakból kitűnik, hogy a baleseti szakértő helyzete éppenséggel nem könnyű, amikor a daganat és baleset közötti összefüggés kérdésében kell nyilatkoznia. Csak alapos szaktudás, nagy tapasztalat, teljes tárgyilagosság és az eset összes részleteinek aprólékos tanulmányozása fogja képesíteni arra, hogy adott esetben az igazságot megközelítő valószínűségi véleményt adhasson és súlyos tévedés áldozatául ne essék.

Milkó Vilmos dr.,
egyetemi magántanár.

Arcidegbénulás különös tekintettel a fül megbetegedésére.

A facialis bénulás leggyakoribb okai:

1. Mérgezések (ólom, szesz, nikotin stb. intoxicatiók).
2. Daganatok, mégpedig a kisagyi és különösen a kisagyhiádszegletben ülő úgynevezett acusticustumorok, valamint a dobüregben elhelyezkedő rosszindulatú álképletek.
3. Rheumatikus ártalmak. Ezekre jellemzőek a bénulást megelőző időközönként jelentkező fülmögötti szaggató fájdalmak, melyeket a hirtelen beálló bénulás ismert kórképe követ. Ezzel ellentétben az otogen genyes gyulladásokhoz társuló bénulás nem hirtelen, hanem lassan, napok alatt, sőt sokszor még hosszabb idő múlva szokott kifejlődni.

4. Fertőző megbetegedések, így pl. influenza, angina diphteria, orbánc is okozhatnak faciális hűdést.

Jendrassik tonsillitis után is látott arcidegbénulást.

5. Létrehozhatja az arcideg bénulását a gümőkór és a lues is, amikor az agyalapon elhelyezkedő gummák, vagy a sziklacsont tbc.-s lueses cariese pusztítja el az ideget.

6. A faciális bénulás egyik gyakori oka a közép- és belsőfül genyes gyulladása, valamint az ezek által előidézett agyi szövödmények. A középfül specifikus gyulladásait előidéző betegségek között első helyen áll talán a vörheny, amelyben nemcsak a dobhártya nagyrésze pusztul el (mintegy elolvad), hanem a hallócsontocskák mellett a csecsnyúlvány és a Fallop-csatorna is tönkremehet. Ha skarlátban faciális bénulást látunk, az mindig rossz prognosist jelent (*Krepuska*); ugyanis ilyenkor az elpusztult arcidegcsatornán keresztül igen könnyen fertőződhetnek az agyburkok és az agy állománya is. Ez utóbbi részek fertőzése középfülgyulladással kapcsolatban úgy is létrejöhet, hogy a tegmen felől a csont elpusztul és így a középfül genyes, sokszor igen fertőző váladéka közvetlenül éri az agyburkot. Az agyburkok és az agyállomány fertőzését követő arcidegbénulás létrejöhet még a meatus auditorius internus és a saccus endolympathikus útján is (*Zange*), amikor is legelőször pachymeningitis externa suppurativa granulosa kórképpel kezdődik a folyamat. A halántéki lebeny tályogja esetén az arcidegbénulás mellett legtöbbször trochlearis bénulást is találunk.

7. Igen fontos szerepe van a faciális bénulás kóroktanában a cholesteatomás genyes középfülgyulladásoknak. *Bézold* szerint 24%-ban szerepel a gyöngydaganat a középfül genyes gyulladásával kapcsolatban.

A cholesteatoma hosszabb idő óta genyedő fülben keletkezik oly módon, hogy a laphám bevándorol a hengerhámmal bélelt dobüregbe és ott a beteg alapon megtelep-

szik. Növekedésével teljesen kitölti a praeformált üregeket. Tovább növekedve a csontot folytonos nyomásával felszívódásra készíti; leghamarább pusztul el a csecnyűlvány sejtes része, likacsos állománya, majd a hallójárat hátsó fala és legkésőbb az eburneált ívjáratok. A canalis facialison a cholesteatoma nyomásával, másrészt a velejárány genyes gyulladással csontpusztulást idézhet elő és létrehozhatja az arcideg hűdését. Ez a bántalom azonban kellő időben történt műtéti beavatkozásra, amikor a beteg csontrészekkel együtt a gyöngydaganatot is eltávolítjuk, igen gyakran visszafejlődik.

8. Létrejöhet az arcideg bénulása sérülések kapcsán is. Agyalapi törés esetén, amikor a sziklacsont törése folytán létrejött szakadás, zúzódás, vagy nyomás idézi elő a bénulást, továbbá lövésű sérülés folytán is.

9. Gyökeres fülműtétkor is keletkezik arcidegbénulás azáltal, hogy a kevésbé járatos operateur elvési, vagy elkanalazza az arcideget. Láthatunk azonban arcideghűdést olyan esetekben is, amikor a facialis műtét alatt nem is tettük szabaddá és azt látszólag nem sértettük meg. Ilyenkor igen valószínű az a föltevés, hogy a bénulást az ideg törzsére ható compressio okozta (horpadás, bevérzés). Ha bevérzés nyomja össze az ideget, akkor a vér felszívódásával fokozatosan a bénulás is megszűnik. Nem így van a dolog, ha a nyomás hosszabb ideig hat az ideg törzsére; ilyenkor következményes elfajulás jön létre, az ideg pusztulása nyomán kötőszövetzaporodás jelentkezik és a bénulás maradandó lesz. Megséríthető az arcideg akkor is, ha műtétkor a vízszintes ívjáratra és a dobüreg hátsó falára nem vigyázunk. Továbbá akkor is, ha a peribulbaris beteg csontrészeket távolítjuk el. Ekkor ugyanis a hallójárat és a sinus sigmoideus közötti csontbeolvadás igen megközelítheti az arcideg csatornáját. Különösen megvan ez a veszély akkor, ha a sinus lateralisán és proximalisan fekszik és a mögötte lévő beteg csontrészeket kell eltávolítani.

De nemcsak a gyökeres fülműtétek, hanem anthrotonia kapcsán is létrejöhet a facialis bénulása; különösen akkor, ha a kevésbé gyakorlott műtő nem vigyáz kellően a processus mastoideus csúcsának eltávolításakor. Ilyenkor a kilépés helye körül (foramen stylo mastoideum) szokott sérülni az ideg. A bénulás sokszor műtét után napokkal jelentkezik, amelyet előbb paresis előz meg. Az ilyen bénulás igen sok esetben később magától is meggyógyul, ennek oka valószínűleg az, hogy a műtét közben szabaddá tett arcideg törzse erősebb tamponnyomás alá kerül és a nyomás méginkább fokozódik a műtét utáni napokban azáltal, hogy a tampon váladékkal szívódik tele. Oka lehet a postoperatív bénulásnak az is, hogy műtét után az ideg törzse lobosan beszűrődik. Műtét után azonnal tudomást szerezhethetünk a bénulásról azzal, hogy a beteg corneáját megérintjük és ha nem jön létre reflex, nyilvánvaló az idegbénulás, mert ilyenkor a reflexív mozgatószára beteg. Ez utóbbi jelenség igen fontos lehet akkor, ha a perifacialis megbetegedett cellarendszert távolítjuk el.

A nervus stapedius környékének bántalmazottsága esetén egyesek éles hallást észleltek. *Krepuska* évtizedes klinikai tapasztalatai szerint azonban ez nem így van, mert stapedius bénulásakor a legtöbb esetben csökkent hallást tapasztalt. Ezt igazolják újabban mások is.

Ha a facialis sérülése a chorda tympani elágazódásának helyén történt, akkor a nyelv elülső kétharmad részén ízérzészavar jelentkezik. Az arcideg bénulásának esetén az emotios és mimikai arcmozgások hiányát látjuk elsimult orr-ajki redő mellett; az alsó szemhéj lelóg (lagophthalmus), mert az alsó szemhéj izomzata bénult. Könnycsorgás (Horner-féle izombénulás) és az elektro-

mos ingerlékenység csökkenése észlelhető. Ha a bénulás sokáig tart, akkor a petyhüdt izomzat zsugorodhatik és az elsimultságot az azonos oldali arcfélen igen erős redőzöttség szokta felváltani.

Szövődmények lehetnek az arcideg bénulása után: idült kötőhártyagyulladás és keratitis e lagophthalamo.

A sérüléssel arcidegbénulás kezelését 7—8 napra kezdjük meg a bénulás után (labil kezelést végzünk).

Ha hosszabb ideig tartó kezelés dacára a bénulás nem fejlődik vissza, műtéti beavatkozás jöhet szóba, mely a facialis idegcsomagnak a nervus hypoglossus, vagy accessoriussal való beoltásából és egyéb plastikai műtétekből állhat. Ezek részletezésére itt nem óhajtunk kitérni, mert technikájuk a sebészet körébe tartozik, az eredmények pedig mindezekig nem kielégítőek.

Kövár István dr.,
fül-, orr-, gégeorvos,
v. egyetemi tanársegéd.

KÉRDÉS — FELELET.

Kérdés: Tisztelettel kérem, hogy a psoriasis vulgaris legújabb therapeutikus eljárását, mely leghamarabb sikerrel vezethet, közölni szíveskedjenek. Egy 28 éves nőbetegéről van szó, ki már többször állott bajával kórházi kezelés alatt. Quarzolták, különböző fénykezelést kapott. Chrysarobinnal, hydrarg-mal kezelték, arsenit szedett, minden eredmény nélkül. A psoriasis elváltozások a könyökön, térdeken kívül testszerte feltalálhatók.

Sz. L. dr.

Felelet: A psoriasis aetiologiája ma még teljesen ismeretlen s ezért a kezelés sem tudott oki alapra helyezkedni. Mint aetiologiai tényezők szóba jönnek: öröklés, trophoneurosis, baktériumos fertőzés, belső secretiós mirigyek működésének zavara, anyagcsere-zavarok. A betegnek előre sohasem mondhatjuk meg azt, vajjon a psoriasis véglegesen meggyógyítható-e, mert a legtöbb esetben visszaesés következik be. Éppen így nem mondhatjuk meg előre azt sem, hogy melyik eljárással fogunk a leghamarabb eredményt elérni. Az orvosnak feltétlenül individualizálni kell. A betegség therapiája belső és helyi kezelésre oszlik. A belső therapiában az arsen dominál, melyet a psoriasis mindegyik alakjában alkalmazunk, még pedig emelkedőleg meglehetősen nagy adagokban, mert a tüneteknek gyors visszafejlődését csak így várhatjuk. Az utóbbi évek kutatásai kétségkívül számos gyógymóddal gazdagították a psoriasis therapiáját, azonban nem találunk olyat, melynek gyógyító hatására minden esetben biztosan számíthatnánk. Több kutató számol be a belső secretiós készítményekkel (testis, ovarium, corpus luteum, thymus-kivonatok) elért eredményekről. Mások az autoserum és parenteralis fehérje alkalmazását ajánlják. A chemiai szerek közül újabban a bismut is helyet talál a psoriasis therapiájában, különösen mint jod-chinin-bismut combinatio (bismosalvan). Meg lehet kísérni oxidáló anyagoknak a szervezetbe juttatásával eredményt elérni (psorimangan). A helyi kezelésben különösen tekintettel kell lennünk arra, hogy a psoriasisos jelenségek mutatnak-e gyulladást, vagy sem. Amennyiben reactiós jellegűek, ami főleg abban nyilvánul, hogy a psoriasisos jelenségeket gyulladással udvar veszi körül, akkor indifferens, legfeljebb gyengén hámlasztó kenőcsökkel elővigyázatosan vezetjük be a kezelést, mert különben a folyamat tovaterjedésétől, sőt generalisálódásától is tarthatunk. Csakis reactiomentes psoriasisos képleteket kezelhetünk erősebb redukáló szerekkel: kátrány-, kénkészítményekkel. Különösen makacs, kedvence elhelyeződésben ülő, inveterált plaqueok kezelésében kitűnően bevált a röntgenbesugárzás (200—300 R. 1 Al. szűrővel). Általános quarzfénybesugárzás a bőr előzetes sensibilisatiójával (trypaflavin) szintén eredményhez vezethet. Észleltek gyógyulást a thyroidea vagy a thymus (csak a serdülőkor előtt) röntgenbesugárzása után is. Fontos, hogy a belső és a helyi kezelést kombináltan alkalmazzuk, visszaesés esetében pedig a psoriasis elleni kombinált kúrát azonnal vezessük be.

Neuber Ede prof., Debrecen.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, közkórházi főorvos

A röntgensugár a fájdalomcsillapítás szolgálatában.

A röntgensugár egyik legfontosabb, az általános orvogyakorlatban azonban eddig még távolról sem eléggé ismert és ezért nem is eléggé értékelt képessége a fájdalomcsillapítás.

A röntgensugár e hatása — hasonlóan egyéb esetekben betöltött szerepének lényegéhez — *a roncsoló képességén alapszik*. A különböző eredetű fájdalmak eseteiben — fájdalomcsillapítás egyéb eszközeihez hasonlóan — ez is egyszer az aetiologikus, máskor a symptomatikus fájdalomcsillapító gyógyszer szerepét tölti be. *Aetiologikus* jellegű a szerepe olyankor, amikor magára a fájdalomérzést kiváltó kóros folyamatra hatva csökkenti a fájdalmat, pl. amikor osteomyelitis esetében a kérdéses kóros csontrészes besugárzása után a folyamat gyógyulásával egyszer mind a fájdalom is megszűnik. *Symptomatikus* jellegű a szerepe viszont, ha valaminő ismeretlen aetiologiájú — vagy mindenféle kezelés számára megközelíthetetlen helyen fekvő — fájdalmat fönntartó kóros folyamat esetében az épnék feltételezett peripherikus neuront téve ki a sugárzás hatásának, hoz létre fájdalomcsökkenést, pl. amikor tabes dorsalis esetében a csigolyaközi dúcok besugárzása után a gastrikus krízis megszűnik, stb. *Leggyakrabban aetiologikus fájdalomcsillapító eszközként kerül alkalmazásra.*

Az *aetiologikus fájdalomcsillapító eszközként történő alkalmazás* esetében *kezelési javallatot* alkothat úgy az intraneuralis eredetű, mint az extraneuralisan székelő — az utóbbi esetben az idegre csupán közvetett hatást gyakorló — fájdalmat kiváltó folyamat; mégpedig jórészt attól is függetlenül, hogy gyulladós, vagy daganatos természetű-e az? A feltétel csupán az, hogy a kérdéses folyamat egyáltalában alkalmas legyen röntgenkezelésre. *A kezelési terv felállításához* a fájdalmat okozó folyamatok természetének rendkívül különböző volta miatt mindenekelőtt a kóros folyamat kiindulási helyének és minőségének ismerete szükséges. (Amíg pl. egy ideggyulladós eredetű fájdalom csillapításához általában egy-két ízben alkalmazott 100—150 r-et kitevő röntgenbesugárzás is elegendő, addig pl. egy elsődleges rákos daganat nyomása által kiváltott fájdalomnak csupán a daganat megkisebbedése után várható a csökkenése; már pedig ennek eléréséhez legtöbbször még az előbbi adag 10—20, sőt még többszörösét kitevő, ma maximálisnak nevezhető mennyiség is csak ritkán elegendő. Fontos emellett — még azonos eredetű fájdalmak esetében is — az individualisálás. (Amíg pl. a viszonylagosan felületesen fekvő nervus medianusra localisálódó neuritis esetében a neuritisekben általában használatos egyébként is kis dosisoknak legalsó határát alig fogja túlhaladni az alkalmazott röntgensugármennyiség, addig pl. a mélyben lévő plexus ischiadikus vagy valamely intervertebralis ganglion gyulladós folyamatának kezelésekor ennek az adagnak többszöröse alkalmazandó). Oly esetekben, amikor röntgensugárzással gyógyítható megbetegedés okozta fájdalom csillapításáról van szó, tulajdonképpen nem is a fájdalomcsillapítás, hanem magának a betegségnek a gyógyítása a valódi cél; ilyenkor igyekszünk a gyógyulási folyamatot a kezelést. Röntgensugárzással kevésbé befolyásolható esetekben (pl. mélyben székelő rákos daganat esetében) csupán, vagy legalább addig kezelünk, ameddig csökkenni nem kezd a fájdalom. A mondottakból kifolyólag a kezelés eredményessége szempontjából a betegségeket osztályozni is

csupán általánosságban: a röntgensugárzásra jól és rosszul reagáló fájdalmat kiváltó betegségek csoportjába lehet. A jól reagálók csoportjába tartoznak általában a gyulladós természetűek, a kevésbé jól reagálókéba általában a daganatosak. Az említettekől függetlenül hangsúlyozzuk, hogy tapasztalataink szerint *a csonthártábeli idegvégződésekkkel kapcsolatos fájdalom csökkentésére különösen alkalmasnak látszik a röntgenbesugárzás*; mégpedig jórészt attól is függetlenül, hogy gyulladás vagy valaminő elsődleges, esetleg áttételes daganat reaterjedése hozza-e létre azt. Mi a III. sz. belklinikai Röntgenlaboratoriumban neuritis és csontbeli daganatáttétel esetében alkalmazzuk leggyakrabban aetiologikus fájdalomcsillapító eszközként a röntgensugárzást.

A *symptomatikus jellegű alkalmazási mód* esetében a peripherikus érző neuron fájdalominger-vezető képességének befolyásolása a cél. Ennek elérésére a neuron különböző részeinek — mint az idegvégkészléknek, az idegrostnak, bárhol lefutása mentében és a csigolyaközi dúcnak — besugárzásával már egyaránt megpróbálkoztak.

A röntgenbesugárzásnak ily célra történő alkalmazása empiriából indult ki. Hogy azonban valóságban min alapul ily esetekben a fájdalomcsillapítás, az eddig nem tisztázott. Az egyik feltevés szerint közvetlenül az idegben, egy más feltevés szerint az ideg környezetében létrehozott változás — tehát közvetett hatás — eredménye a fájdalomérzet csökkenése. A *közvetlen hatásnak* az volna az előfeltétele, hogy a röntgensugár a kérdéses idegelemben — hacsak átmenetileg is — oly változást hoz létre, amelynek eredményeként az ideg ingervezető képessége csökken. Tekintettel azonban arra, hogy az idegszövet és főleg az idegrost a szervezet egyik legdifferentiáltabb és legkevesebb életjelenségeket mutató szövettípusa és mint ilyen egyike a legsugárellentállóbb szöveteknek, nem valószínű, hogy ez normalis viszonyok mellett észlelhető módon befolyásolható; vagy legalább is oly sugármennyiséggel nem, ami a környezet, aránylagosan sugárérzékenyebb szöveteket ugyanakkor sértetlenül hagyja. És mivel ennek ellenére is sok esetben eredményes a kezelés, az a gondolat is fölvetődhet, hogy a kérdéses neuron sugárérzékenysége valami oknál fogva mégis nagyobb volt a környező szövetekénél (talán azért, mert mégis kórosan el volt változva, vagy talán azért, mert maga az állandó ingerület fokozza a sugárérzékenységet?). A *közvetett hatás* létrejöttének az volna az előfeltétele, hogy az idegelem környezetében jöjjön létre valaminő oly változás, amely az ideg fájdalomingervezetőképességét befolyásolja. Az egyik felfogás szerint a sugárzás után föllépő gyulladósoshoz hasonló hyperaemia hozza létre ezt a hatást (akár az idegszövet oedémás beivódása útján, akár az ideg körüli milieu chemiai összetételében beálló valaminő eltolódás útján). Egy másik felfogás szerint az idegvégkészlékek besugárzása esetében a sugárzás hatására széteső sejtekből felszabaduló fehérjeanyagok okozzák a idegvégkészlék ingerfelvőkészségének csökkenését (esetleg egy átmeneti ingerület után). Ez utóbbi felfogást megerősíteni látszik az a tapasztalat, hogy a sejtsejtésés termékeinek egyik csoportja (a histamin és a histamin-szerűen ható fehérjék) a csigolyaközi dúcsejt működését hacsak átmenetileg is, de köztudomás szerint valóban befolyásolhatja. Megerősíti az utóbbi feltevést még az a tapasztalat is, hogy az ily módon elért fájdalomcsökkenés általában csak átmeneti jellegű.

A kezelés javallatának felállítására és a kezelési terv megállapítására vonatkozó szabályok a symptomatikus alkalmazási mód esetében sem foglalhatók meghatározott pontokba. Azt mindenesetre itt is ki kell emelnünk, hogy a röntgenkezelés e módjának sincs ellenjavallata. Mi ily célból általában 1000—1200 r-nek megfelelő röntgensugárzást alkalmazunk 4—5 részre osztva. Teljes eredménytelenség esetében nem próbálkozunk tovább; részleges javulás esetében egy-két hét után megismételjük a kezelést; szükség szerint négy-öt hét múlva még egyszer. Ennek a sugárzásnak a mennyisége annyira innen marad a megengedett határokon, hogy ártalmas következménye nem lehet. Nagy előnye emellett, — főleg bizonyos fájdalomcsillapító szerekkel szemben — hogy még többszöri alkalmazás esetében sem szokik hozzá a szervezet. Egyrészt a mondottak miatt, másrészt mivel az alkalmazása már számtalanszor, oly esetekben is eredménnyel járt, amelyekben minden más kezelés csődöt mondott, az eljárás megkísérlése még a legreménytelenebbnek látszó esetekben is indokolt. Saját tapasztalataink szerint különösen a visceralis eredetű fájdalmak (gastrikus és egyéb krisisek, stb.) esetében eredményes e symptomatikus jellegű alkalmazási mód.

Műtéthez szükséges előzetes érzéstelenítés céljaira — a már említett okok és ezek közül is főleg az ép ideg röntgensugárzással szemben mutatott resistens volta miatt — nem alkalmas.

Hangsúlyozandó végül, hogy a röntgensugárzás fájdalomcsillapító eszközként történő alkalmazása csupán megfelelő gyakorlati tapasztalatokkal rendelkező röntgen-szakorvos kezébe való.

Gaál András dr.,
egyetemi tanársegéd.

Heveny torok-mandola megbetegedések.

A torok-mandolák gyulladással járó folyamatai igen gyakori, de nem minden alakjukban enyhe betegségek. Nem egyszer súlyos, olykor rövidesen halálhoz vezető mandolaelváltozások kezdetén, a helyes kórismével és beavatkozással megakadályozhatjuk a nagyobb veszedelem kifejlődését.

A mandolák gyulladással járó elváltozásait különböző kórokozók idézhetik elő. A leggyakrabban szereplő kórokozó a streptococcus haemolyticus, a diphtheria bacillus, a pneumococcus, a staphylococcusok, a streptococcus viridans, spirochaeták és fusiformisok, a spirochaeta pallida, mikrooccus catharralis, soorgombák. E kórokozók sokfélesége az esetek zömében semmiféle befolyással nincsen a tonsillitisek megjelenési formáira. Mert tons. foll.-t éppen úgy okozhat streptococcus, mint pneumococcus, és di. bacillus. Az esetek 75%-ában a bakterium-flóra kevert, bizonyos virulens kórokozók mellett a saprophyták is feltalálhatók.

Megjelenési formájuk szerint a következő tonsillamegbetegedéseket különböztetjük meg, függetlenül a kórokozótól:

Tons. cath. (angina cath.) a tonsilla állománya többé-kevésbé megduzzadt és belövelt, kistokos állalatti mirigyduzzanat lehet legtöbbször alacsony lázakkal. (Lehet vörheny kezdete, virulens törzzsel bíró di. bac. gazda.)

Tons. follicularis. A tonsillán egymáshoz közel, vagy távolabb genyescapok foglalnak helyet, belőlük spatulával nyomásra geny ürrül. A diphtheriának hasonlóan kezdődő alakjától abban különbözik, hogy ez utóbbiban nyomásra geny nem ürrül, az állhártya nehezen választható le a nyálkahártyáról, amit gyakran vérzés kísér.

A tüsszöknek megfelelőleg di.-ban állhártya van, mely nagyobbodik, iparkodik összefolyni, hogy rövidesen a diphtheria jellegzetes képét mutassa. Hogy tehát meggyőződjünk, hogy melyik alakról van szó, a toroknak legalább még két ízben 3—4 óránként történő vizsgálata szükséges. A tons. follic. mindig csak a mandola állományára terjed ki (ritka a pharyngitis follic.), míg a lágyszájpadra, uvulára terjedés diphtheria mellett szól.

Tons. lacunaris, a tonsilla lacunáira terjedő folyamat, melyben nyomásra szintén geny ürrül. Minthogy a diphtheria is kezdődhet így, ugyanúgy kell eljárunk, mint a follic. alak esetén. Egyszeri megtekintés sohasem elég, mert diphtheria kifejlődése esetén, a beteget oltás nélkül a legnagyobb veszedelemnek tesszük ki.

Tons. nekrotica a follicularis és lacunaris alakok későbbi szaka is lehet, de kezdődhet a folyamat azonnal a mandola nyálkahártyájának nekrosisával. Geny nyálkahártyacafatok láthatók, esetleg kisebb-nagyobb tonsilla állományhiány. Leggyakrabban vörhenyben fordul elő, de pneumo- és staphylococcus is okozhatja. Minden olyan esetben, mikor a nekrosis renyhén gyógyul s a mandola területéről elterjedő tendenciát mutat, Plaut-Vincent angina és lueses fekély lehetőségeire is gondolni kell. A betegség harmadik napján is terjedő irányzatot mutató tonsilla nekrosist ebben az irányban bakteriologice feltétlen meg kell vizsgálnunk.

A Plaut-Vincent angina lázmenete nem tipikus. Jellemző a mandola-állomány egy részének elhalása, mely a mandola környezetére, különösen az uvulára és lágyszájpadra terjed s olykor penetráns büzt okoz. Hatalmas roncsolásokat okozhat s különösen idősebb legyengült egyének esetében nem ritkán halálhoz vezethet. Bakteriologiai vizsgálat döntő fontosságú a diagnosis felállítására szempontjából.

A lueses fekély legtöbbször szalonnásalapú, nem genyedő anyaghiányt képez, mely a mandola környezetére igyekszik terjedni és igen renyhe gyógyulási hajlama van. Különösebb reactio (duzzanat és belöveltség) éppen úgy ritka, mint a Plaut-Vincent anginában. Diphtheriával elég gyakran összetévesztik. A diphtheria gyorsabban halad előre s állhártya képzéssel jár. Spirochaeta pallida vizsgálat és Wa. R. végzendő. Ugy a Plaut-Vincent angina, mint a mandola lueses fekélye, alig okoz számottevő áll alatti mirigyduzzanatot. Ha valamely tonsilla-folyamat renyhén gyógyul, elsősorban ezekre kell gondolnunk.

Tonsillitis phlegmonosa, nemcsak a mandola, hanem környékének duzzanatával is jár. A mandolán legtöbbször kisebb-nagyobb fokú nekrosist is találunk. Legtöbbször a cath., follic. és lacun. alakból fejlődik ki.

Abscessus peritonsillaris, a phlegmonétól elkülöníthető, mert elődomborodó, beolvadásra hajlamos a mandola állománya. Digitális vizsgálatot kell végeznünk.

A tonsillitisek cath., follic. és lac. alakjából keletkezhetik. Ugy a tons. phlegmonosa, mint az abscessus peritonsillaris nem ritkán összetéveszthető a diphtheria maligna egyes kezdeti alakjaival. Ugyanis éppen a legrosszabb indulatú diphtheria alakok kezdődnek a mandoláknak és környéküknek igen kifejezett duzzanatával s a nyálkahártya kisebb-nagyobb fokú belöveltségével. Csak a gyakorlott szem látja olykor a mandolán helyet foglaló, cigarettapapír vékonyságú diphtheriás lepedéket, mely rohamosan terjed s a kevésbé jártas hajlandó incisiót végezni a tályogba, vagy phlegmonosusnak látszó szövetbe. Az incisio legtöbbször másodlagos fertőzést okoz, ami a súlyos diphtheriának amúgyis rossz prognózisát erősen

rontja. Differential diagnostikai szempontból fontos, hogy a diphtheria ez alakja hirtelen kezdődik, míg a peritons, absz. és phlegmone többnapos folyamat. A lázak nem irányadók, de diphtheria esetében inkább alacsonyabbak. Az áll alatti mirigyek a diphtheriának ez alakjában legtöbbször annyira megduzzadnak, hogy almányiak, ökölnyiek, míg peritons, absz. és phleg. esetében alig diónyiak, hacsak angina Ludovici nincsen jelen, mikor a nyak deszkakemény és diffuse megduzzadt, a torokban kifejlődhet az isthmitis körképe, nehéz nyelés, nehezített légzés. A diphtheriás áll alatti mirigy kevésbé fájdalmas, az absz. peritons. esetében igen sokszor nagyon érzékeny nyomásra. A bakteriologiai vizsgálat döntő jelentőségű lehet, de 24 órai késést okoz, miért is, ha kétség merül fel, di. savónak érbefecskendezése ajánlatos.

Angina agranulocytotica esetén nekrosis van, mely rohamosan terjedő tendenciát mutat a környezet felé. Nagyfokú elhalások nem ritkák. A tonsillaris sepsistől a helyi körkép alapján el nem különíthető. A septicus állapot mellett a granulocyták hiánya fogja a kórismét biztos útra terelni. Minthogy a kezdet kisfokú tonsilla nekrosis vagy valamely enyhébb tonsillitis, ha korai diagnózist akarunk, korán kell vérvépet vizsgálnunk. Másodlagos fertőzés streptococussal nem ritka, utóbbi a vérből nem egyszer tisztán kitenyészhető.

Lymphoid sejtes angina torokképe mitsem különbözik az agranulocytoticus anginától. Szintén kiterjedt ronsolásokkal járhat. A vérvék vezet a helyes nyomra. (98% lymphocytá nem ritka.)

A *salvarsan* okozta torokmandola elhalás képe általános tüneteivel csaknem megegyezik a lymphoid sejtes angina körképével, még a vérvék is hasonló. A *salvarsan* elhagyására gyógyul.

Soor is helyezkedhetik a mandolára és környezetére s nem egyszer diphtheriával téveszthető össze. Csecsemők és hosszás lázas betegségben szenvedők betegsége, kiken a szájpolás hiányos. Jellemzi, hogy a nyálkahártya reactiómentes, nincsen lob és duzzanat.

Minthogy a legenyhébb mandola megbetegedésről sem tudhatjuk biztosan, hová fog vezetni, ezért a beteg alapos vizsgálata szükséges. Enyhe tonsillitisben is elkerülhetetlen a bőr megtekintése, mert nem egyszer fedzünk fel abortív vörhenyt.

A mandola folyamatoknak általánosított tüneti kezelése nem mindig célravezető s ma már meghaladott állapot. Enyhe tonsillitis esetekben nem követünk el hibát a chinin-salicil származékok adagolásával, de ha a baj napokon át előhaladó tendenciát mutat, ki kell vizsgálnunk a kórokozóit, mert csak korai szakban érhetünk el eredményeket oki kezeléssel, míg a folyamat előrehaladtával (sepsis) aligha.

A vörheny ellen immunis egyének tonsillitiseinek nagy részét a str. haem. okozza, mely nem védett egyének vörhenyének kiindulási forrása lehet. Diphtheria ellen immunis egyénekben a di. bacillus olykor egyszerű cath. tonsillitist okoz, míg nem védetten diphtheriát idézhet elő. Mindenfajta tonsillitis tehát elkülönítést kíván — különösen a gyermekkorban.

A vörhenyvel kapcsolatos és str. haem. okozta tonsillitisek súlyos alakjaiban igen sokszor szép eredményt ad a vörhenyellenes savók érbefecskendezésének alkalmazása. A toxicus factort minden esetre közömbösíti. Diphtheriás tonsilla elváltozások, vagy azok gyanuja esetében diphtheria ellenes savók adagolása elkerülhetetlen.

Plaut-Vincent anginában 0.30 gr Revival vagy Neosalvarsan érbefecskendezése javalt, kb. háromnaponként,

a folyamat legtöbbször már az első befecskendezés után nem terjed tovább. Helyi kezelés magában nem ad oly jó eredményt, mint a befecskendezéssel kombinált. A nekrotikus, bűzös cafatokat eltávolítjuk. Lueses fekély esetén antilueses kúra; már az első Revival után mutatkozik a hatás. Angina agranulocytotica és lymphoid sejtes angina esetében strept. ellenes savót adunk érbe. Neosalvarsan vagy Revival és transfusio javalt. A salvarsan ártalom következményeként keletkezett anginában a gyógyszer kihagyása elegendő.

A tüneti kezelésben lázcsillapítók (chinin-salicil) adhatók. Helyi kezelésre teljesen elegendők a torok öblítések (hyperol, angicid), szopogatásra anacot, mentanol. Beavatkozást a phlegmone, absz. peritonsillaris, angina Ludovici kíván. Euphagin tabletták a nyelési fájdalmakat jól csökkenthetik. Az áll alatti mirigyek duzzanataira, ha nagyfokúak, hideg, később, vagy ha kisfokúak, fellemegező borogatásokat rakatunk. Elgenyedés esetén incisio szükséges. A táplálék nagyobb fokú nyelési nehézségek esetén inkább pépes legyen, a folyékony könnyen regurgitál az orron át. Légzési nehézségek súlyos fokában, ha az ok a tonsilla és környékének duzzanata (isthmitis) tracheotomiát végzünk. A tonsillamegbetegedés után hetenként legalább egyszer szív- és vesevizsgálatok végzése ajánlatos 2—3 héten keresztül, mert enyhe tonsillitis után, kétheti láztalanság után is észlelhető olykor e szervek megbetegedése.

Dr. Peleskei Lajos

v. közkórházi adjunctus.

Észleletek lázkezeléssel.

A hyperthermiás kezelésnek ma már széles indiciós területe van. Az objectív megfigyelésekből kiderült, hogy az úgynevezett lázkezelésnek bizonyos esetekben szép therapiás eredményei vannak. Az *ellenjavallatok gondos mérlegelése mellett*, különösen a venerológiában látjuk kedvező hatását. Gyógyeljárásaink közül több meghonosodott a gyakorlatban. A malaria oltástól eltekintve, amelyet kizárólagosan intézetben lehet alkalmazni, több olyan készítményünk van, melyekkel lázas állapotot idézhetünk elő. Ezen szerekkel a kórfolyamat klinikai és serologiai képét előnyösen tudjuk befolyásolni.

Az eljárás technikája egyszerű s ambuláns bántarann keresztülvihető. Magán s kórházi rendelésen főleg az inveterált positiv complementet mutató lues chr.-ban s a tabesben (az eseteket megválogatva) adom a lázkezelést. A német Pyrifera s a magyar Pyrago megbízható, jól bevált gyártmányok. Gyakorlati értéküket ott, ahol szükséges, vegyük igénybe. Az előforduló kellemetlen mellékjelenségek ne riasszanak vissza, mert ha ezeket ismerjük, akkor még extrém esetben is megtudjuk azokat szüntetni.

Egy idevonatkozó esetről kívánok beszámolni Pyragoval történt kezelés kapcsán. Föl akarom hívni a figyelmet arra, hogy a fenyegető állapot, mely azonnal az első Pyrago injectio után keletkezett, egyszerű eljárással megszüntethető volt. Az eset röviden összefoglalva a következő: Fiatal leány, kinek congenitalis luese van hydrocephalussal, gonorrhoeát kap. A folyamat ascendál. Több heti conservatív kezelés után, ideg- és nőgyógyással történt megbeszélés alapján Pyrago kezelést kezdek (a legkisebb adag 0.005-nek a felét adva). Egy-két órával az injectio után hányinger, rossz közérzet, majd később hányás, kínzó fejfájás lép fel. A láz 40.5 fokra szökik. A beteg állapota aggodalmat keltő. Pulsus alig tapintható,

szívhangok igen gyengén hallhatók. Fejfájása fokozódik, hányása szünni nem akar. Minden korty vizet vissza ad. Vérnyomás igen alacsony, halálfélelem fogja el. Egymásután adott stimulánsok hatástalanok maradnak. Aggasztó órák következnek, a kórkép nem változik. Mint utolsó lehetőség jut eszembe a Priessnitz. Az az elgondolás vezetett, hogy ha a magas lázat le tudom lényegesen szorítani, felszabadul a vasomotoros, majd a légzőcentrum s a szív jobban fog működni, a fenyegető állapot pedig alább hagy. Feltevésem sikerrel járt. Az egész testet bepakolva 15—20 perc után már gyors tempóban szünnék a panaszok. A szív erőteljesebben dolgozik, a halvány arcszín eltűnik, a légzés normalisabb lesz, fejfájás és hányás többé már nem jelentkezik. A hőmérséklet egy órával később a bepakolás után 37.6 fok a hónalj alatt.

Az esetet egyrészt azért részleteztem kissé, hogy rámutassak arra, hogy a lázkeltő szerek után előfordulhat egy szélsőséges mellékhatás (mely az egyén állapotával összefügg), mely miatt azonban nem szabad az egyéb-ként kitűnő therapiát elhagyni, másrészt pedig, hogy ilyen esetekben mindig elsősorban a vasomotoros s légzőcentrum felszabadítása kell, hogy a főtörekvésünk legyen.

Közleményem elején jegyeztem, hogy késői positiv Wa. esetén, de főleg tabes-ben Pyrago-val szép eredményt értem el. Tapasztalataim alapján úgy nyilatkozhatom, hogy a Pyrago-t a tabesben soroljuk hasznos gyógyszerünk közé. Egy fiatal tabeszes betegen Pyrago kúra alatt s után 12 kilót hízott s teljesen munkaképes lett. Állapota két év óta állandóan jó.

Az eset kórelőzménye a *patiens bemondása* szerint a következő: 29 éves asztalos, 1930-ban fekélyt kap. Spir. positiv, Wa. állítólag negativ. Orvosa előbb hetekig rézgáliccal kezelte. 1930-ban I. kúra, 1931-ben nagy fejfájás 40 higanybedörzsölés. 1931 májusban Bi. + Salvarsan-kezelés. Wa. negativ. Fejfájása szünett, de nem múlt el, ugyanakkor végtagjaiban szaggatásokat érzett. 1931. év augusztus havában a Kun-utcai kórházban vétette föl magát. Ideggyógyászati vizsgálat alapján (prof. Sarbó) a kórismét tabesre tették. (Liquor neg. Wa. neg. Romberg neg.) III. kúra. Osztályunkon 1932 novemberben és 1933 májusban két kúrát kap. Állapotában változás nem állott be. 1933 végén Pyrago kezelést kezdünk. A kúra befejezése után nagy javulás következik, valamint néhány kilót hízik is. 1934-ben újból Pyrago kezelés. Subjective kitűnően érzi magát s 12 kilót gyarapszik, »fájdalmi csak itt-ott mutatkoznak nagyon enyhén«.

Jellinek Adorján dr.,
az ujepesti gróf Károlyi kórház
főorvosa.

KÉRDÉS — FELELET.

I. kérdés: Gazdasági cseléd munka közben megsérült, az Országos Gazdasági Munkáspénztár a balesetet acceptálta, azonban az orvosi díjjegyzék összegét csak részben hajlandó megtéríteni, mert állításuk szerint a gyógyítással kapcsolatos sebkötözést nem naponként, illetve másodnaponként, hanem másod- vagy harmadnaponként kellett, illetve elegendő lett volna végezni.

Erre vonatkozó határozatuk ide illő része a következő: »A bemutatott orvosi díjjegyzéknek 43 P 68 fill.-rel felszámított összegéből a vonatkozó törvényes rendelkezések értelmében csak az e határozat rendelkező részében megállapított összeg volt megtéríthető.

Az 54.313/1925. N. M. M. sz. rendelet alapján a jelen esetben *complicatio nélkül gyógyult egyszerű sebről van szó*, melynek kötéseért kötésenként 48 f. számítható fel és mert

a seb naponkénti és később mindvégig másodnaponkénti kötése nem volt indokolt, azért a 36 ízbeni rendelés és 35 ízbeni kötözés helyett csupán 20 ízbeni rendelésért (à 48 f.) 9 P 60 f. és 20 ízbeni kötésért (à 48 f.) 9 P 60 f., sebészeti varratért 96 f., befeeszkendezésért 48 f. volt megtéríthető...«

A községi előjárásnak küldött leirat idevonatkozó része így zárul: »...A költséget előlegező munkaadóval szíveskedjék közölni, hogy a határozat értelmében az orvosi költségből levont 23 P 04 f.-t az orvostól a törvény rendes útján visszakövetelheti.«

Az eset a következő volt: Kukoricadaráló összeroncsolta a cseléd jobbkezének V. ujját. Az ujj III. percét annyira roncsolta, hogy az ujjhegy a körömmel együtt az ulnaris oldalon kb. 5 mm széles nyelven lógott, a perc csontjáról mintegy lenyúzva. Az ujj ulnaris oldalán, az ujj egész hosszában, a lágy részek széthasadtak. A seb erősen szennyezett és roncsolt. Sebtoilet után a sebszéleket varrattal (kb. 8 varrattal) egyesítettem, kötéssel láttam el és prophylacticus tetanusoltást adtam. A sérültet azzal küldtem el, ha másnap lüktetést érez az ujjában, jöjjön kötésre, ha nem érez lüktetést és a kötése jól tart, öt nap múlva mutassa meg. A sérült másnap jelentkezett és lüktetésről panaszkodott. Megvizsgáltam az ujját, enyhén duzzadtak és lobosnak találtam. Párakötéssel ellátva, naponként berendeltem párakötés adása végett addig, amíg a lobosság meg nem szünt, ami kb. a tizedik napon szünt meg végleg. Az ujj ulnaris oldali sebe csaknem egészében primán gyógyult, de az ujj III. percének levált része nekrotisált és kb. a nyolcadik napon levált, maga után hagyva a perc kiálló csontját. A továbbiakban, mint a varratoknak a hetedik napon való eltávolítása után is, naponta kézfürdőt kapott, a lob és a váladékozás megszűnéséig. Ezen kezelés március 8-tól május 11-ig tartott, amikor a sérült ujj teljesen begyógyult.

A munkaadó nem kapta meg az előlegezett összeget és utóbb történt baleseti sérülés orvosi díját nem hajlandó kifizetni, arra való hivatkozással, hogy a Pénztár határozata értelmében én tartozom neki és az utóbbi sérülés kezeléséért járó összeg törlesztés legyen a Pénztár által ki nem fizetett összegre.

Arra kérem szíves válaszukat, hogy a Pénztár eljárhat-e így és hozhatott-e ilyen határozatot jogosan, anélkül, hogy meggyőződött volna előzőleg a sérülés milyenségéről és az utólagosan mutatkozó complicatiókról, és megtagadja az orvosi díj (ami úgysis nevetségesen alacsonyan van megállapítva) kifizetését.

Mi lenne az eljárás, hogy a munkaadó megkapja a kifizetett pénzt a Pénztártól? Cs. I. dr.

Felelet ad I.: Jelen esetben a sérelem orvoslására csak az az egyedüli mód, hogy adjon be fellebbezést az Országos Gazdasági Munkás Pénztárhoz. Sorolja fel mindazokat a körülményeket, amelyek a sürűbb sebkezelést indokoltá tették. Szóval mindazokat az indokolásokat, amelyeket levelében is felhozott. Információm szerint a Pénztár a megokolt fellebbezéseknek mindig helyt szokott adni és határozatot revideálni fogja. Helyes volna, ha fellebbezésének beadásával egyidejűleg levelet intézne a Pénztár főorvosához, Kelety István dr. főorvos úrhoz és ebben külön is feltárná sérelmét és felhívná figyelmét a fellebbezésre.

Atzél Elemér dr.,
min. o. tanácsos.

Helyreigazítás. Lapunk 40. számában megjelent »A látás hirtelen elvesztése« c. közlemény 155. oldal első hasábjának 14-ik sorában »hártyaképződéssel« helyett »hályogképződéssel« olvasandó.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, közkórházi főorvos

A perisigmoiditis.

A perisigmoiditis fölöttébb ritka kórkép, sok ezer laparotomiám közül csak háromszor végeztem miatta műtétet s consiliaris gyakorlatomból két esetre emlékszem. A rendelkezésemre álló sebészeti tankönyvek és nagy monographiák egyikében sincsen e kórképről kimerítőbben szó. Amit tehát a következőkben mondandó vagyok, azt részben saját tapasztalatomból, részben egyes errevonatkozó casuistikus cikkekből merítettem.

A perisigmoiditis tulajdonképpen a typhlitis és perityphlitis tükröképe. Az appendicitis hétköznapisága teljesen elterelte a figyelmet a régente oly gyakran — talán túlgyakran kórismézett typhlitisről és perityphlitisről. Viszont tagadhatatlan, hogy az appendicitis korai műtété nem is ad rá alkalmat, hogy a gyulladós és phlegmonosus folyamat a féregnyulvány tövére a caecum falára is ráterjedjen. Ezért nagyon kevés sebész van, ki az appendektomia alkalmával a caecum falának minőségével foglalkozzék és a műtét leírásakor erre is kiterjeszkedjék. Nagy anyaggal rendelkező sebészek azonban elvéve mégis találkoznak olyan esetekkel, midőn a caecum fala megvastagodott, vizenyős, merev, keménytapintatú és ami reá a legjellemzőbb, a féregnyulvány csónkjának elsüllyesztésekor a caecum fal nem húzható a csónk felett össze, hanem a varratok abból kiszakadnak. A súlyosabb esetekben a caecum fala phlegmonosus, helyenként sárgásan áttűnő genyes pettyeket mutat, a legsúlyosabb esetekben pedig a caecum fala kisebb-nagyobb kiterjedésben, szennyos livid elszíneződéssel gangraenás. Minthogy ezen elváltozás mindig üszkös, tályogos appendicitissal és periappendicitissal társul, a sebész az üreget drainálja. Az ilyen tályogos appendicitisek kapcsán keletkeznek azután váratlanul és meglepetésszerűen a bélsarat ürítő vakbél sipolyok.

Mindaz, amit eddig írtam, a typhlitisre, illetőleg perityphlitisre vonatkozott és a has jobb felében zajlott le, ott, ahol a hasi megbetegedések 90%-a (appendicitis, cholelithiasis, ulcus duodeni, gyomorperforatio stb.) fordul elő. A perisigmoiditis a has bal felében mintegy a fentebb említett appendicitis-tükrökép alakjában észlelhető. Vannak, akik azért appendicitis sinistra-nak is nevezték, ami paradox, helytelen elnevezés.

Ha a beteg lázzal, hyperleukocytosisal, izomvédekezés-sel, némelykor hányással járó igen heves fájdalmakról panaszkodik a bal alhasfélben, akkor gondoljunk perisigmoiditisre. De előbb ki kell zárunk, hogy vajjon nincsen-e situs inversussal, tehát mégis valódi appendicitissal dolgunk, miként ezt egy ízben egy kis chinai fiúcskán észlelhettem. Tehát ha nincsen dextrocardia, az összes többi hasiszervek is a rendes helyükön vannak, gondoljunk perisigmoiditisre. Ki kell zárunk továbbá az összes az egész vastagbélhuzamra kiterjedő megbetegedéseket, melyeket colitis ulcerosa néven ismerünk és melynek kórokozói a syphilis, tuberculosis, amoeba enteritis (Shiga-, Kruse-, Flexner-, Strong- vagy Y-bacillus által okozott). Ha mindezeket kizárhattuk, akkor tételezhetjük fel a nem specifikus colitis ulcerosa chronicának a sigmabélre localisált formáját. Hogy a hasonló eredetű typhlitis és perityphlitisen kívül éppen még a sigma a megbetegedett vastagbélrész, annak magyarázata, hogy ép e két vastagbélszakasz az a hely, ahol a bélsár leg-hosszabb ideig időzik, úgyhogy ezáltal locus minoris resistentiae-vá válik. Azonkívül az S-romanum a női belső

ivarszervek és gyakori betegségeik nem ép kívánatos szomszédsága által körülírt megbetegedésekre különösen hajlamos. A sigmabelet még különleges anatómiai szerkezete is fogékonyra teszi a megbetegedésre. Itt találjuk t. i. a Graser-féle diverticulumokat, a nyálkahártya többszörös kitüremkedéseit a serosa alá a muscularis véredény nyílásain keresztül. Kedvező esetben ezen szőlőbogyószerű kitüremkedések a Röntgen-felvétel is előtűnnek s ha elég mélyre leterjednek, a retro-manoskop segítségével is kórismézhetőek. Óvatosság! Vékony hártyszerű fallal bírván, könnyen átfúrható!

Melyek tehát a tünetek? Gyakori hasmenés jellegű székelés, állandó székelési inger, görcsös fájdalom (tenesmus) az alhas bal felében, nyák és szabadszemmel is felismerhető vércsíkok a széklet felületén, hurkaszerű, kemény tapintású fájdalmas daganat, mely felett a defense óráról-órára mind kifejezettebbé válik. A has puffadsága, mely majdnem ileusra emlékeztet, de kifejezett nyomási fájdalmassággal a bal Poupert-szalag felett. A hólyag közelsége és a folyamat ráterjedésének következményeképpen gyakori és korai tünet a vizeletkiürítési zavar és fájdalmasság. A vérképben hyperleukocytosis van, az eosinophil sejtek kifejezett megsaporodásával. Ugyancsak eosinophil sejteket találunk a kiürített vastagbélnyákban. Ezek főleg a sigmoiditis tünetei. Ha a fentebb említett Graser-féle diverticulumok valamelyikén keresztül a gyulladós folyamat a serosa felületre ráterjed, keletkezik a lobos vagy tályogos, súlyos esetekben a gangraenás perisigmoiditis. Ha a folyamat megnyugszik, átmegy az idült perisigmoiditis formájába, mely végeredményben az S-romanum maradandó szűkületét, megtöretését, összenövéseit és a mesenterium zsugorodását okozza. *Soha se mulasszuk el a digitalis végbélvizsgálatot*, mely fájdalmassága, esetleg a bélfal tapintható merevsége és megvastagodottsága által, csak biztosabbá teszi a fentemlített tünetek értékét.

Mi a teendő? Amíg a tünetek inkább sigmoiditis mellett szólnak, a kezelés legyen belgyógyászati. Ágynyugalom, borogatás, diaeta és gyógyszeres kezelés, melyre részletesebben itt nem térhetek ki. Mihelyt azonban a fentebb leírt okok valamelyike folytán hashártyaizgalom vagy hasi tályog tünetei mutatkoznak, minél sürgősebb sebészi beavatkozásra van szükség. A beavatkozás mindenekelőtt a tályog megnyitásából áll, mely ép úgy végzendő, ellátandó és kezelendő, mint a tályogos appendicitis. Ha a műtét alkalmával arról győződünk meg, hogy a sigmoideum fala phlegmonosus, tamponáljuk a megbetegedett sigmarészt jodoformgázecsíkokkal jól köröskörül és készítsünk anus praeternaturalist a közp-vonalban a colon transversumon vagy jobboldalt a flexura hepaticán. Súlyos phlegmonosus bélfalfolyamatoknak mindig bélsársipoly a kedvező kimenetele. A prognosis mindig komolynak állítandó be.

Lobmayer Géza dr.,
egyetemi magántanár.

Újabb irányok a gonorrhoea kezelésében.

A gonorrhoeának, mint localisan a húgy-ivarszervekben fellépő gyulladós, de egyben az egész szervezetre is kiható fertőző betegségnek a gyógyulását két tényező határozza meg. Az egyik a gonococcusok minémúsége és

resistentiája, a másik a fertőzött egyénnek a fertőzéssel szemben védekezésre alkalmas vagy alkalmatlan állapota. Ennek megfontolása alapján a gonorrhoea újabb kezelési iránya kettős: 1. küzdünk localisan a bakteriáknak ellen; 2. fokozzuk a fertőzött egyén csökkent vagy normális védekező képességét. Mindkét iránynak megvan a jelentősége, egyik kiegészíti a másikat.

A gonococcusok elleni küzdelem leghatásosabban érvényesülne azok előléseivel. Ez azonban abortív kúrál csak igen kivételes esetekben sikerül. Kifejlődött kánkó esetében a célunk: a gonococcusok alól a táptalaj elvonása, amit a lobosodás megcsökkentésével, illetve megszüntetésével érünk el legjobban. Ezt kettős úton tudjuk befolyásolni. Localisan gondoskodunk a húgycső nyugalomáról, a tenesmusok csökkentéséről, amit az első napokban legjobban belladonnás végbélkúpok alkalmazásával érünk el. A húgycsőben pangó váladékot kíméletesen gyengéden kiöblítjük enyhe adstringens (1:4000 hypermangan, 1:6000 oxycyan oldat), vagy esetleg annyira gyenge bactericid oldattal, mely a betegnek a legkevésbé csípő-égető érzést sem okoz. Ugyanekkor a szervezet általános lobkésztségét ichtyol, sulfolein (i. m.) injectiókkal csökkentjük.

A koncentráltabb ezüstkészítmények a nyálkahártya sejtelemeivel olyan chemiai productumot képeznek, hogy a gonococcusokra gyakorolt hatásuk nem áll arányban a gyulladással, amit okoznak, nem is szólva arról, hogy a mélyebb szöveti rétegekben, mirigyekben már hatástalanok. Helyettük ma a betegnek kezelési problémát alig okozó festék-praeparatumokat alkalmazunk, melyekről ki van mutatva, hogy függetlenül a gyomornedvtől és a vizelet vegyhatásától a mélyebb szövetekbe, sőt a gonococcusokba is bejutnak s azok virulentiáját csökkentik. Ezeket vagy per os (pyridium, neotropin, pyopurun, vestin), vagy még hatásosabban intravenásan alkalmazzuk (gonacrin, acrigonin).

Amint a fertőző betegségekkel szemben minden egyén másként reagál, ugyanezt láthatjuk a gonorrhoeával szemben is. Vannak kánkós betegek, akik jóformán minden kezelés nélkül meggyógyulnak, míg mások ennek épp az ellenkezőjét mutatják.

Bebizonyított tény, hogy a szervezet a gonorrhoeával szemben is termel ellenanyagokat, ezért a másik fontos teendő az, hogy az ellenanyag termelésre alkalmatlan szervezetet erre sarkítsuk a rendelkezésre álló eszközökkel. Még a nagy gyakorlatban is kivihető ez, habár nem is fajlagos anyagokkal (tej, sulfibrin, saját vér).

Mielőtt a legeredményesebb fajlagos terapiáról lenne szó, meg kell jegyezni, hogy a gonorrhoea pathogenesisében gonococcus típusok szerepelnek külön vagy együttesen, melyek között immunitástani és serologiai differentia van, ami a fertőzött egyén jó vagy rossz immunbiológiai reakciójával együtt a gonorrhoea lefolyását, illetve a várható complicatiók fellépését már előre jelzi. Ennek megfontolása alapján természetes, hogy az immunisálás csak akkor lesz igazán eredményes, ha az szigorúan specifikus, amikor a betegnek a saját váladékából készítünk vaccinát, mely kétségtelenül az illető beteg bakterium típusával vagy típusaival szemben fejt ki immunisáló hatást.

Szemben tehát a régebbi felfogással, a legkezdetibb stadiumban a legértékesebb az autovaccin kezelés, mert a szervezetet már akkor rákényszerítjük az ellenanyagok termelésére, amikor a localis folyamat ezt még nem váltja ki (a gonoreactio csak a második hét végén positiv). Ezzel a methodussal lényegesen meggyorsítjuk a kánkó gyógyulását, complicatiók kifejlődését pedig majdnem mindig sikerül megakadályozni. Sajnos, az általános gya-

korlatban az autovaccin kezelés még nehezen viheto keresztül, de jó szolgálatot tesznek a korán alkalmazott polyvalens vaccinák is.

A complicatiókban nem nélkülözhetjük ezen általános therapia támogatására a helyi kezelést. Hólyaghurut esetén, ha az nagyon elhúzódó és makacs s amellet a folyás már megszűnt, a becseppentéseket (1%-os protargol, 2%-os targesin), mellékheregyulladás esetén a hidegborogatást, fájdalmas funiculitis esetén a funiculus alá 5 ccm 1%-os novocain oldat befecskendezését, prostatagyulladás esetén az Arzberger-hütést.

Összefoglalva az elmondottakat, tehát a kánkó legújabb kezelési irányelve az, hogy minden kezelésünk a lobosodás csökkentésére és a szervezet védekező képességének fokozására irányuljon.

Babics Antal dr.,
egyetemi tanársegéd.

A szülés alatt újszülötteken támadó szembajok.

A szülés alatt és annak következtében többféle módon támadhat szembetegség. Leggyakrabban a szülőutak fertőző bakteriumai okoznak az újszülöttn szemgyulladást, melynek ismert példája a rettegett kánkós szemgyulladás. Ezenkívül az alkalmazott fogó s a szülőutakra ható más erőteljes nyomás, vagy akadály is komoly sérüléssel megbetegedéseket okozhat az újszülött szemén.

A szülés alatt bekövetkező szemsejtsérülésekhez a szemorvost csak ritkán hívják, részben, mert a szemükön súlyosan sérült újszülöttek — egyéb sérüléseik miatt — leggyakrabban elpusztulnak, részben, mert e sérülések sokszor külsőleg nem, vagy alig láthatók, vagy a szülést vezető orvos előtt nem látszanak súlyosaknak.

Az újszülöttek kánkós szemgyulladása a felnőttek hasonló szemgyulladásával egyező, de lefolyása némiképpen gyorsabb és kedvezőbb. Két-öt nappal a szülés után jelentkezik szemhéjduzzanattal, kötőhártya-vörösséggel, vízenyővel és erős váladékképződéssel. A gonococcus a hüvely váladékával kerül szülés alatt az újszülött kötőhártyájára. A Credé-féle eljárással a kánkós kötőhártya megbetegedést meg lehet előzni, vagy a minimalisra lehet csökkenteni. Az újszülöttek szemgyulladását azonban nemcsak a gonococcus, hanem a pneumococcus, bact coli, staphylococcus, influenza és a Koch-Weeks bacillus is előidézhetheti, melyek ugyancsak a szülőutak nyálkahártyájáról kerülhetnek az újszülött kötőhártyájára.

Az újszülöttek kánkós kötőhártyagyulladását után ritkán támadó kánkós könnytömlő-gyulladás esetében nyitott kérdés marad, hogy az tisztán a kánkós kötőhártyagyulladás következménye-e, vagy pedig keletkezésében fontos előfeltétel a könnyutak világhozott nagyfokú szükülete, vagy elzáródása. Ha a könnyutak ilyen káros elváltozásainak a betegség előidézésében jelentőséget tulajdonítunk, akkor a kánkós könnytömlő-gyulladás gyógyítása a könnyutak kataszolásában állana, mely azonban igen veszedelmes eljárás, miért is feltétlenül elvetendő. A könnytömlő gyakori kinyomása és a kötőhártyáknak ezüst-nitrát oldattal ecsetelése az esetek legnagyobb részében gyógyulást eredményez. Kánkós könnytömlő-gyulladásakor az ornyálkahártyának kánkós fertőzése is sokszor bekövetkezik, ami nem ritkán a nyálkahártya vízenyőjével, vagy az orri könnycsatornanyílás elzáródásával jár. Az ornyálkahártya gyulladását a kánkósan megbetegedett könnytömlőből lefolyó fertőző könnyek okozzák.

Fogóműtét esetén, a fogók helyes alkalmazásakor az újszülött szemsejtsérülései ritkák; ha azonban a fogót rosszul,

vagy célszerűtlenül helyezik fel, valamint a fogók magasan alkalmazásakor a sérülések gyakoribbak. Fogóműtét után szemhéji vizenyőt, a szemhéj bőrének folytonosság-hiányait, esetleg a szemhéj beszakadását, továbbá a kötőhártya vizenyőjét, a kötőhártya alatti, ritkábban a mellső csarnokba történő vérzést, a szemgolyó zúzódását, a Descemet-hártya repedését, sőt igen ritka esetben az érhártya repedését is észlelhetjük. Szaruhártya-sérülés következtében a későbbi életévekben astigmatismus és réses-lámpával a Descemet-hártya hegei találhatóak, melyek a szülés lefolyásának, mint kórelőzménynek ismeretében, csaknem biztossággal szülési sérülés folyamán történhetnek. Leírtak először szülő nő újszülött gyermekének szaruhártyáján parenchymás zavarodást is, mely esetben a szülés alatt nyilván endothel sérülés történt, ami után a szaru felduzzadt. A baj múló természetűnek mutatkozott.

A belső szemizmok sérülése a legritkább esetekben következik be, gyakrabban valamely külső szemizmoknak, különösen a levator palpebrae-nak, a musc. rect. sup. és lat.-nak sérülését észlelhetjük. Ezek okát részben arra vezethetjük vissza, hogy a szemizmok a szüléskor még hiányosan fejlettek, részben pedig arra, hogy a szemizmok, illetőleg szemidegek a szülés folyamán, vagy a fogó alkalmazásával kapcsolatosan sérülnek.

A belső és külső szemizmok zavarai koponya-ürbeli sérülésre, vérzésre is visszavezethetők. A sérülés következtében bénulás támad és a bénulás következményeképpen kancsalság, illetőleg szemhéjcsüngés áll be. A kancsalság és szemhéjcsüngés rendszerint már közvetlenül a szülés után észlelhető. Néha igen nehéz megállapítani, hogy az izombénulás környéki-e, vagy központi-e, vagyis, hogy az izom közvetlen sérülése, vagy a középponti mag összenyomása, vagy a magban történt vérzés az előidéző ok. Környéki sérülés mellett szól, ha az izom sérülése, vagy a szemgolyó valamelyes kismértékű helyzetváltozása felismerhető, ezek hiánya központi bénulás mellett szól. A bénulásos kancsalság a kétszemű látásban jelentékeny zavart idéz elő.

A szüléskor bekövetkezett — szerencsére múló természetű — arcidegbénulás hiányos szemhéjzárást és ennek következtében kiszáradásos szaruhártyát eredményezhet. A koponyacsontokon, főként a homlok- és halántékcsonton és a csontos szemüregfalban támadt repedések bórálatti, vagy szemüregbéli vérzéseket okozhatnak, melyek, ha nagyobbfokúak, akár a szem előredőlését (exophthalmust) is okozhatják. A szem előredőlése a szaru kiszáradásának veszélyét rejti magában, ami ellen vagy a szem bekötésével, vagy a kötőhártya kenőcsös kezelésével, vagy a szemhéjak részleges összevarrásával védekezhetünk. Erős szemüregbéli vérzés után a vérzés szervülése következtében a szemgolyó besüppedése (retractio ophthalmus) támadhat.

Fentiekhez hasonló szemsérüléseket térránytalanság révén a különösen szűk, deformált, vagy ferde anyai medence is okozhat, de szemsérülésekhez vezethet minden más, a szülőutakban álló akadály. A csontos női medence akadályai és a szülés sajátos mechanizmusa (különböző fejfekvések) által okozott szemsérülések között a mellső csarnokba történő és az ideghártyán támadó vérzések elég gyakoriak, mégis általában jóindulatúak, mert rendszerint nyomtalanul felszívódnak. Az újszülöttek átlag 3—30%-ában található ideghártyavérzés. Ideghártyavérzés keletkezésére a vajadás időtartama, a burokrepedés ideje, a magzat esetleges asphyxiája, vérbaj, úgy látszik, csekély befolyást gyakorolnak, inkább a fogóműtét s a szülésnek más mesterséges úton befejezése bír jelentőséggel. Ideghártya- és koponyaürbeli vérzések

együttes előfordulása nem gyakori s e kettő együttes megjelenésének a körjárás szempontjából különös jelentősége nincs. A felnőtt korban észlelt sok tompalátás okát kereshetjük az ideghártyán, a szülés alatt bekövetkezett vérzésben, melynek nyomát a később történt vizsgálatkor már nem találjuk.

Sok, különösen angol és amerikai szerző szükségesnek véli minden újszülött szemtükrü vizsgálatát, mely vizsgálatról azt reméli, hogy az esetleges koponyaürbeli sérülésre, különösen pedig később a felnőtt korban jelentkező idegbajokra vonatkozóan szolgál útmutatással.

Bartók Imre dr.,
szemész-szakorvos.

A furunculosis gyógyítása.

A furunculosis létrejöttében külső és belső tényezők szerepelhetnek. Külsőleg számbajönnék elsősorban a viszketéssel járó bőrbetegségek (scabies, pediculosis, ekzema stb.), a bőr felületes vagy mélyebb sérülései, vegyi anyagok és gyógyszerek (kátrány és készítményei). A belső okok igen változatosak, de megegyeznek mindnyájan abban, hogy a szervezet általános leromlásával járnak s mint ilyenek hajlamosítják a bőrt pyoderma elváltozásokra. Igen gyakori jelenség, hogy acut fertőzőbetegségek lezajlása után jelentkezik a furunculosis, de szerepet játszanak táplálkozási zavarok, avitaminosisok, mint a bőr érzékenységet fenntartó tényezők. Gondolnunk kell ezenkívül valamely pyogén vagy gümőkóros góccra, amelyek vagy közvetlenül (metastasis) hatnak, vagy mint sensibilizáló faktorok érvényesülnek.

A külső eredetű furunculosisok terapiája az alapbaj gyógyításából, illetve az ártalmas anyagok távoltartásából áll. A belső eredetűeké viszont belső és külső tényezőkből tevődik össze. A belső kezelés elsősorban az alapbajra irányul. Táplálkozási zavarok, avitaminosisok esetén azok megszüntetése, diabetesben a szokásos belgyógyászati eljárások, reconvalescentiában roborálás lesz elsősorban a feladatunk. Focalis eredet esetében a gyanus góccokat (tályogos fog, tonsilla stb.) sebészileg, ha nem (apicitis stb.), conservative igyekezzünk a kórokozástól távoltartani.

A külső kezelés az utóbbi évtizedekben nem sokat változott. Egyesek az activ therapia mellett foglalnak állást s minden furunculust lehetőleg mélyen feltárnak. Újabban azonban, s különösen a csecsemőkori bőrgenyedésekkel szerzett tapasztalatok alapján (Dobszay, Fischer) a kímélő kezelés mellett foglalnak állást s a furunculosokat csupán már teljes érett állapotukban, a kifakadás előtt nyitják meg óvatosan.

Fontos az általános bőrápolás: naponkénti langyos-zappanos fürdők, utána hypermangános, kénes, káli-zappanos fürdők, majd enyhe salicyl, resorcin (1—2%-os), alkoholos ledörzsölések, esetleg antiseptikus hintőpor (jodoform, dermatol, bisteril, 1—2%-os salicyl-zink-talkum stb.), vagy kenőcsök (1—2%-os salicyl, resorcin, kén, mercurium pp. album, cinoberkenőcs stb.) alkalmazása.

A belső kezeléshez tartoznak, de nem túlságos eredményekkel kecsegtetnek a régi gyógyszerelések, mint a közönséges sörélesztő, ichthyl (cseppekben vagy pilulákban) s a sulfur jodatum (Bier-) pilulákban.

Részben a már meglévő furunculosisok gyógyításában, másrészt a továbbiak megelőzésében s a teljes gyógyulás elérésében legnagyobb szerepe van a specifikus és nonspecifikus ingerkezelésnek. Az auto-vaccinának, kétségtelen, ma is sok a híve. Jó eredményeket

látunk saját vagy idegenvér alkalmazásától. (Waltner). Mamerto és Filippi immunohaemoterapiát ajánl, amikor is az autovaccinával beoltott szülők vérével oltja a furunculosisban szenvedő gyermeket. A tej, terpentinolaj és különböző készítményei szintén hatásosak.

Mások a polyvalens vaccina-kezelést részesítik előnyben, sőt azt külsőleg, borogatás formájában is alkalmazzák.

A dr. Pápay-féle Oltóintézet *Caseodermin* név alatt 5%-os steril isotonias casein oldatban emulgeált polyvalens staphylococcus-vaccinát hozott forgalomba. Itt tehát a specifikus vaccina-kezelést az aspecifikus casein kezeléssel kombináljuk.

Alkalmazása intramusculárisan ajánlatos s ilyenkor alig következnek be 38° C-nál nagyobb hőmérsékletű reakciók. Az oltás lokális reakciója sem nagy, úgyhogy a beteget a napi foglalatosságban nem gátolja. »A« (növekedő csiraszámmal) és »B«, »C«, »D« sorozatban, 1 ccm-es ampullákban kerül forgalomba. Rendszerint elegendő az »A« sorozat s csak makacsabb esetekben vagyunk rászorulva, hogy a »B« vagy »C« sorozatot is befejezzük, esetleg megismételjük.

Rendelésemen 20 esetben alkalmaztam a Caseodermin-t. Ezeknek legnagyobb része csecsemőkori és felnőtt furunculosis esetek és pár hydrosadenitis suppurativa. Az eredmények igen kielégítők. Természetesen mindenütt figyelembe vettük a külső és belső oki tényezőket s egyidejűleg azok ellen is küzdöttünk. Nagyobb nehézséget csupán néhány csecsemőfurunculosis okozott, ahol néha a »C« sorozat adagolását is befejeztük, míg az újabb laesiók megjelenése megszűnt. Érdekes megjegyeznünk, hogy a csecsemők a teljes adagot kapták s náluk a Caseodermin jóval kisebb általános és helyi reakciót okozott, mint ugyanaz az adag felnőttek esetében. Az oltásokat másodnaponként adtuk.

Az említett esetek gyógykezelésének befejezése után legkevesebb 5—6 hónap telt el s recidiva eddig nem jelentkezett.

Úgy látszik tehát, hogy a furunculosisok therapiájában a Caseoderminben értékes szert nyertünk a többi külső és belső gyógytényező mellett.

Varga Aladár dr.
rendelő főorvos, Budapest.

KÉRDÉS — FELELET.

Kérdés: Járásomhoz tartozó Abádszalók községben az iskolásgyermekek vizsgálata alkalmával a községi orvos tetves gyermekeket talált. Jelentését megtette hozzám, mire mi elrendeltük a tanulónak egyéni fertőtlenítését, hajzatának lenyírását, stb. Szülő ennek végrehajtását megtagadta. Erre kértem a kihágási eljárás megindítását és szakvéleményemben 47.083/1924. N. M. M. sz. rendeletre hivatkoztam. A kihágási szolgabíró a kihágás megindítását mellőzte, mert véleménye szerint fenti rendelet csak kóbor cigányokra vonatkozik.

Amennyiben fenti rendelet értelmezése nem vonatkozna csak kóbor cigányokra, úgy tisztelettel kérem megjelölni, hogy milyen rendelet alapján lehet más tetves egyenéllel szemben eljárni és ellenük a kihágást megindítani. M. I. dr.

Felelet: A 47.083/924. N. M. M. számú körrendelet, amely általában a kiütéses typhus elleni védekezés irányelveit jelöli meg, — bár a betegség terjesztésével főleg a kóbor cigányokat tünteti fel és főleg azok hatósági ellenőrzését rendeli el, — nemcsak a kóbor cigányokra vonatkozik, hanem azokra a személyekre is, akiken tetveket találtak. Ezért írja elő a rendelet, hogy a tanítók és óvónők különös figyelmet fordítsanak ebből a szempontból is a gondozásukra bízott gyermekekre. Jelen esetben az elsőfokú közegészségügyi ható-

ság helyesen és jogszerűen járt el, amikor a tetves gyermek egyéni fertőtlenítését és hajának lenyírását elrendelte. Erre a hatóságot nemcsak a fentebb említett 47.083/924. N. M. M. sz. rendelet jogosítja fel, — amely tulajdonképpen főleg védekezési utasításokat tartalmaz — hanem az 1876:XIV. tc. 154. §-a. A 47.083/924. N. M. M. sz. rendelet alapján nem lehet kihágási eljárást indítani, mert a rendelet nem tartalmaz sanctiókat. Ellenben a gyermek az iskolából mindaddig kitiltható, amíg a szülő a hatósági rendelkezéseknek eleget nem tesz. Minthogy a gyermeknek az iskolából kitiltása a szülő renitentiájának tulajdonítható, a gyermeknek az iskolából távolmaradását igazolatlan mulasztásnak kell minősíteni és az iskoláztatási kötelezettség teljesítésének biztosításáról szóló 1921. évi XXX. tc. 9—10. és 11. §-a alapján ellene a kihágási eljárást meg lehet indítani. Minthogy e kihágási cselekmények büntetése esetleg egyhónapi elzárással is járhat, feltétlenül alkalmas arra, hogy a szülőt a hatósági rendelet megtartására kényszerítse.

Atzél Elemér dr.
min. o. tanácsos.

Kérdés 1.: Folynak-e kísérletek oly irányban, hogy terhesség ideje alatt a születendő magzat neme előre megállapítható? Ha igen: hol, milyen kísérletek folynak, milyen eredménnyel?

Felelet: A születendő magzat nemének meghatározása már a terhesség alatt régi törekvés. Lüttge és Mertz interferometriás eljárással kísérleteztek, eredményt azonban nem értek el. Egy másik szerző abból a feltevésből indult ki, hogy aszerint születik fiú vagy leány, amelyik oldali petefészekből származó pete termékenyül meg. Saját kísérleteinkben azonban ez a feltevés nem vált be. A budapesti bábaképző intézetben kalászosnövények csiráztatásával történtek kísérletek a magzat nemének megállapítására, amint azt már a régi egyiptomiak is megkísérelték.

2.: Folytak-e olyan kísérletek, hogy a születendő magzat neme a terhesség karjaiba adott injectiók helyéből állapítható meg? Ha igen: ki és milyen eredménnyel végez ilyen kísérleteket?

Felelet: Történt olyan kísérlet is, amely az oltás helyén keletkezett bőrreakcióból igyekezett megállapítani a magzat nemét. Eredménnyel ez sem járt, szerzője a kísérletezéssel felhagyott. A szerző nevét jelenleg nem tudjuk közölni, miután a közlemény számunkra jelenleg nem hozzáférhető.

3.: Van-e szakirodalma a fenti kísérleteknek: mik azok s hol szerezhetők be?

Felelet: Természetesen a kérdésnek van szakirodalma is s az leginkább orvosi könyvtárakban (pl. a Kir. Orvosegyesület könyvtára) hozzáférhető. Itt mellékeljük az erre vonatkozó irodalmi összeállítást: A. W. Lüttge: Zbl. f. Gyn. 1924. B. Lüttge—Mertz: Münch. med. Wschr. 1924. 71. C. Schmidt: Deutsche med. Wschr. 1925. D. Mertz: Zbl. f. Gyn. 1925. E. Selheim: Arch. f. Frauenkunde 1924. 10., Münch. med. Wschr. 1921. 71., Zschr. f. Sexualforschung 1925. 12., Arch. f. Menschenkunde 1925. 1. I. Abderhalden: Fermentforschung 1925. 8. J. Herzfeld—Kretschmer—Wittenberg: Klin. Wschr. 1925. 4.

4.: Van-e e téren már elfogadott eljárás és szer és ha igen, mi az?

Felelet: Elfogadott szer, vagy eljárás, amellyel a magzat nemét a terhesség alatt biztosan meg lehetne állapítani, mindeztideig nincsen.

5.: Van-e országunkban e téren állandóan kísérletező orvos? Ha igen: ki az s kísérleteit díjmentesen végzi-e? Mi a címe?

Felelet: Mint már az első kérdésre is említettük, kalászos növények csiráztatásával kísérletezik a budapesti bábaképző intézetben Bak Mihály dr. Lehet, hogy mások is foglalkoznak országunkban a magzat nemének korai megállapításával, azonban ezen kísérletezőket nem ismerjük s így címüket sem közölhetjük.

M. kir. bábaképző intézet, Budapest.