79. évfolyam 14. szám Budapest, 1935 április 6

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal
VIII., Üllői-út 26, II. em. Tel.: 31-1-86
Előfizetések postautalványon vagy csekklapon küldendők. A feladóvevényt nyugtául ismerjük el

MEGJELENIK SZOMBATON

Egyes számok kaphatók a kiadóhivatalban 70 fillérért, Magyar Orvosi Archivum számai 2 pengőért

Hirdetések kizárólagos felvétele „Petőfi" irodalmi vállalat Pesti Alfréd Budapest, VII., Kertész-utca 16

Előfizetési díj: Az „Orvosi Hetilap"-ra és Az Orvosi Gyakorlat Kérdéseire együttesen egész évre 26 pengő, 200 čk., 300 dinár, 800 lei, egyéb külföldre 6 dollár vagy a belföldi díjak + portóköltség; félévre ezen összegek fele; negyedévre negyede, egy hóra 2.50 — pengő. A „**Magyar Orvosi Archivum**" egész évre 10 pengő, 70 čk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

Előfizetések küldendők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámlára. *Csehszlovákiában:* Lucenska Uverna Banca Uc. Spol.-hoz »O. H. betétkönyvére« Lucenec; *Jugoszláviában:* a Somborska Stedionica podruznica Opste Privredne Banka Sombor, »O. H. számlájára.« *Romániában: Borsos Béla dr.*, Arad, vagy Lepage könyvkereskedés Cluj, Str. Matia 1. *Egyéb külföldről:* Géza de Takáts M. D. 122 South Michigan Avenue, Chicago.



Nyugodt alvást, friss ébredést biztosít

PHANODORM-CALCIUM

Kedvező felszívódás következtében gyors elalvás és fokozott altató hatás.

EREDETI CSOMAGOLÁS:
Cső 10 tablettával à 0.2 g

»Bayer«
LEVERKUSEN – I. G. WERK

E. MERCK
DARMSTADT

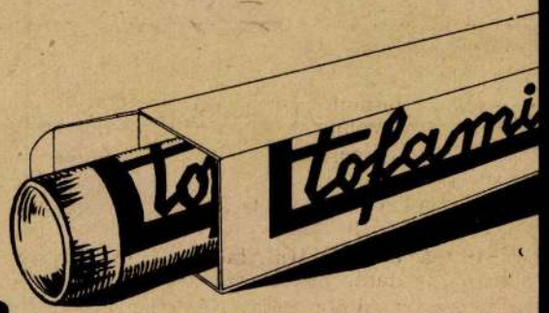
Magyarországi vezérképviselet:
Magyar Pharma Gyógyáru RT., Budapest V., Akadémia-u. 3.
Wirth Károly, Budapest, V., Báthory-u. 16.

Ifofamid



Biztos lázcsökkentő, gyulladástgátló, fájdalomcsillapitó szer.

Influenza, heveny fertőző betegségek, rheumaticus megbetegedések ellen.



10 és 20 tablettát tartalmazó fiolákban.

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁR R.-T. BUDAPEST X.

ARGIL

(Complex ezüstcyanid 55% Ag-tartalommal).

Forgalomban:
Poralakban a receptura számára, valamint 0·02g-os tabletták alakjában 10 db-os phiolákban.

DR. EGGER LEÓ ÉS EGGER I. BUDAPEST VI.

Erősen baktericid.
A fluort gyorsan szünteti.
A nyálkahártyát nem izgatja.
A fehérneműt nem piszkítja.
Vízvezetéki vízben oldódik.

Kórházi csomagolás 100 tabl. ARGIL-BOLUS befuvásokhoz.

TABLETTAE FERRI PROTOXALATI Dr. DEÉR SINE ET CUM ARSENO

1 szám Pilulae Blaudi = 24 mg Fe
1 „ „ ferratae = 19 mg Fe
1 „ **DEÉR**-tabletta = **31 mg FE!**

A vasat mint gyorsan felszivódó ferrooxalatot, az arsent a legracionálisabb formában tartalmazza. Adagolása kényelmes. Zavaró melléktünetek hiányzanak.

MALTOCOL

A beteg légzőszervek kitünő gyógyszere.

Első magyar készítmény

Készíti: **THALLMAYER ÉS SEITZ R.-T. BUDAPEST**

79. évfolyam 14. szám Budapest, 1935 április 6

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC ISSEKUTZ BÉLA GORKA SÁNDOR HÜTTL TIVADAR
VÁMOSSY ZOLTÁN POÓR FERENC REUTER KAMILLÓ ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Török Lajos: A bismuth jelentősége az elsőleges és a korai másodlagos syphilis gyógyításában. (367—369. oldal)
Farkas Aladár: A gerincoszlop mechanikája és a skoliosis. (369—374. oldal)
Jáki Gyula: A typhusos bélátfúródás műtéti gyógyítása. (374—377. oldal)
Korányi András és **Bentsáth Aladár:** Az ascorbinsav vérzéscsillapító hatásáról vesevérzés esetén. (378—379. oldal)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (53—56. oldal)
Varga Tibor: A Feer-féle vegetativ neurosisról. (379—380. oldal)
Ujsághy Pál: A liquor anorganicus phosphor és cukortartalmának összefüggésére vonatkozó vizsgálatok. (381—382. oldal)
Barla-Szabó Jenő: A vérhas kezelése hypophysis hátsólebenykivonattal. (382. oldal)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Gyermekgyógyászat — Urologia — Bőrgyógyászat. (383—384. oldal)
Könyvismertetés (385. oldal).
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei (385—390. oldal).
Vegyes hírek (390. és a borítólap 3. oldalán).

A bismuth jelentősége az elsőleges és a korai másodlagos syphilis gyógyításában.

(Klinikai előadás).

Irta: *Török Lajos dr.* egyet. rk. tanár.

A syphilis gyógyításának részletei tekintetében sok az eltérés a szerzők felfogása között. A gyakorló orvos csak nehezen tud az eltérő vélemények közt eligazodni; bíráló-ismertetések révén azonban abba a helyzetbe juthat, hogy a felvetődött kérdéseket több oldalról megvilágítva lássa és álláspontját akár a bíráló, akár a megbírált szerző véleményének elfogadásával biztosabb alapra helyezze. Előadásomban ilyen célzattal kívánok egy a syphilis gyógyítását tárgyaló közleménnyel és ezzel kapcsolatban a bismuth jelentőségével a korai syphilis gyógyításában foglalkozni.

A *British Medical Journal* 1934 július 21-én megjelent számában *Mac Cormac* »Syphilis az orvosi gyakorlatban« című dolgozatában azt ajánlja, hogy minden elsőleges és másodlagos syphilist két éven át ismételt és egymástól egyhónapos időközök által elválasztott szakaszokban kezeljünk, mégpedig úgy, hogy az első kúrában kizárólag arsenobenzolt adjunk intravenásan, azontúl pedig intramuscularis higanybefecskendéseket. Az arsenobenzolból az első alkalommal 0·6, azután hetenként 0·9 grammnyit ad. A teljes kezdő kúra alatt kilencszer fecskendez be 0·9 grammnyi arsenobenzolt, vagyis összesen 8·7 grammnyit. Azt állítja, hogy az arsenobenzol kisebb jelentőségű mellékhatásai is csak ritkán mutatkoztak a gyógyítás ezen módja mellett, sárgaság pedig sohasem. Ellenben (csodálatosképpen) gyakrabban látott sárgaságot, ha kezdő dosisnak 0·3, a további kezelés alatt minden alkalommal 0·6 grammnyit fecskendezett be. A higanykúrák minden cyclusa 12 intramuscularis befecskendésből állott. Egyik-másik esetben a higanyon kívül bismuthot is adott egy-egy sorozatban, de ezt az eljárást elhagyta, mert a higany hatását a friss syphilis ellen a bismuthé fölé helyezi. Az arsenobenzol-kúrát csak abban az esetben ismételte meg, ha a Wa-r. az első higanykezelés befejezése után nem lett negativvá, vagy ha negativitását nem őrizte meg. A leírt gyógymódot harmincöt elsőleges és nyolcvanöt másodlagos eset megfigyelése alapján ajánlja. Ezernyolcszáz syphilis-beteg fordult ugyan meg az osztályán, túlnyomó többségük azonban nem volt alkalmas a gyógymódra vonatkozó következtetések levonására, főképpen azért, mert a gyógyítást idő előtt abbahagyták.

Mac Cormac gyógymódja, véleményem szerint, több tekintetben kifogásolható. Kifogás alá esik elsősorban az arsenobenzol egyes adagjainak és összes adagjának magas volta az első szakaszban. Az arsenobenzol, mint minden erőshatású gyógyszer, kellemetlen mellékhatásokat, sőt komoly szövődményeket is okozhat. Használatában tehát óvatossággal kell eljárnunk. Fölösleges, hogy a szövődmények lehetőségeit nagyobb mennyiségek adagolásával szaporítsuk. Nem az a feladatunk, hogy a gyógyulást olyan magas arsenobenzol adagokkal érjük el, aminőket a szervezet sok esetben éppen hogy elbír, hanem olyanokkal, aminőket a betegek minél kevesebb kellemetlenséggel és veszéllyel eltűrnek. Még az arsenobenzol-kezelés bevezetésének idejében vitatkoztam erről a kérdésről egy kiváló szak-collegával, aki az arsenobenzol adagolása tekintetében elfoglalt óvatos álláspontomat indokolatlan félénkségnek minősítette és arra hivatkozott, hogy az ő bátrabb adagolásának száznál több esetben nem látta kárát. A statistika csalafintaságát hoztam fel ellenérvül. Azt mondottam, hogy ha a súlyos szövődmények csak ritkán fordulnak elő magas arsenobenzol adagok használatakor, teszem 1 : 3000 arányban, megeshetik, hogy az egyik észlelő esetében már a sorozat elején, a másikban csak a végén mutatkoznak. Az előbbi tehát az óvatos, az utóbbi, ha csupán a maga tapasztalataira támaszkodik, sokáig a bátrabb adagolás mellett fog állást foglalni. Más gondos megfigyelő tapasztalatait nem szabad semmibe venni. Álláspontom helyességéről kartársam rövid idővel a köztünk lefolyt vitatkozás után egy szomorú tapasztalat alapján győződött meg: egy betege arsenobenzol-befecskendés után agyi tünetek között elhalt. Az arsenobenzol okozta szövődmények, a túlérzékenység által okozottakat leszámítva, az arsenobenzol bő adagolása után szoktak mutatkozni. Nincs is szükségünk akkora adagokra és összes mennyiségre, aminőket *Mac Cormac* használ. A friss syphilis gyógyulása, az alább kifejtendő feltételek mellett, sokkal kisebb adagokkal is elérhető. Én nem szoktam meghaladni a 0·45 grammnyi adagot pro injectione, nők esetében 0·3-mal is megelégszem. Egy gyógyítási szakasz alatt pedig

5·0—6·0 grammnyi összes adagot elegendőnek tartok; gyenge testalkatúaknak és nőknek 4·0—4·5-et is. A nagyobb adagokat ötnaponként, a kisebbeket kétszer hetenként kell befecskendezni; az első alkalommal az érzékenység kipróbálására 0·10—0·15 adandó.

Föltétlenül szükségesnek tartom azonban a kedvező eredmény elérésére a syphilis korai szakaiban, hogy párhuzamosan az arsenobenzollal bismuthot is használjunk, továbbá, hogy a leírt kezelést seronegativ elsőleges syphilisben kétszer megismételjük, seropositiv elsőleges és friss másodlagos esetekben ezenkívül még két, illetve három enyhébb kúrával kibővítsük, amelyben az arsenobenzol összes dosisa a 4·0 grammot nem haladja meg, esetleg az egyikben vagy a másikban el is hagyjuk. Az első két kúra közé négy, a többiek közé 6—8—12 heti szünet iktatandó. Ilyen eljárás mellett a seronegativ elsőleges syphilis szinte kivétel nélkül meggyógyul és kevés az olyan seropositiv elsőleges és friss másodlagos eset, amelynek gyógyulása ilyen módon el nem érhető. *Mac Cormac* kevésszámú seronegativ elsőleges esetei között akadt olyan, amelynek Wa-r-ja az erős arsenobenzolkezelés ellenére mégis Wa-positivvá vált. Azt hiszem, ez részben azon mult, hogy tartózkodott az arsonebenzollal párhuzamos bismuth-adagolástól és hogy a bismuthot vagy egyáltalán nem alkalmazta a kúra folytatásában, vagy nem a szükségelt mennyiségben; végül nagy mértékben még azon, hogy az arsenobenzol-kezelést nem ismételte meg. Mi ismételve kezeljük betegeinket arsenobenzollal, amit óvatosabb adagolásunk mellett bátrabban tehetünk, mint *Mac Cormac*.

Kétségtelen, hogy a bismuthnak a syphilis korai szakaiban is nagy a hatékonysága. Tapasztalataim (és másokéi is) ebben a tekintetben homlokegyenest ellenkeznek *Mac Cormac*-éival. A bismuth hatékonysága jóval felülmúlja a higanyét és bizonyos fokban megközelíti az arsenobenzolét. *Gougerot* számokkal fejezi ki az arsenobenzol, bismuth és higany hatásfoka közti különbséget. Az arsenobenzolét tízzel, a bismuthét nyolccal, a higanyét hattal jelöli. A bismuth hatékonyságát a korai syphilis ellen jól érzékíti, hogy elsőleges syphilis, amelynek gyógyítása arsenobenzollal, az utóbbi ellen megnyilvánuló túlérzékenység miatt, nem folytatható, tiszta bismuth-kúrára meggyógyulhat, amit egyszer-másszor a véletlenül bekövetkezett újbóli syphilises fertőzés nyilvánvalóvá tesz. *Lehner dr.*, segédem, közölt velem ilyen esetet. Az illető beteg penisén initialis sclerosis volt, a spirochaeta-lelet positiv, Wa-r. negativ. Arsenobenzol túlérzékenysége miatt csakis bismuth-injectiókkal kezelték. Másfél év alatt több szakaszban 120 bismuth-injectiót à 1—2 ccm kapott. Wa-r.-ja állandóan negativ maradt; fekélye a kúra elején gyorsan eltűnt. *Lehner dr.* még nem is tekintette gyógyítását befejezettnek, amikor a beteg néhány héttel az utolsó bismuth-befecskendés után friss alsóajki initialis keményedéssel jelentkezett. Spirochaeta-lelete positiv volt. Egy másik betegen a harmadik arsenobenzol-injectio után súlyos gerincagyi tünetek jelentkeztek, amelyek miatt annak további használatáról le kellett mondani. A további kezelést segédem, *Kenedy dr.*, kizárólag bismuthtal folytatta. Ebben az esetben seropositiv elsőleges syphilisről volt szó. Wa-r-ja tiszta bismuth-kezelésre negativ lett és az is maradt. Az ismételt bismuth-kezelés megóvta a syphilis egyéb tüneteitől is. Az ilyen tapasztalatok ritkák, ami könnyen érthető, mert hiszen az elsőleges syphilis gyógyításában elsősorban méltán az arsenobenzolhoz fordulunk. Tisztán bismuthtal kezelt elsőleges syphilis-esetek nem lehetnek tehát gyakoriak.[1] Annál feltünőbbek az ilyen esetek és kiválóan alkalmasak a bismuth hatékonyságának feltárására a friss syphilis gyógyításában. Vannak, akik a syphilis korai szakait párhuzamosan arsenobenzollal s higannyal gyógyítják. Én jobbnak tartom a bismuth alkalmazását a higanyénál, mégpedig azért, mert a bismuth mérgező hatása sokkal kisebb, mint a higanyé. Sokkal többet lehet tehát belőle adni, anélkül, hogy mérgezési melléktüneteket okozna és mert azok, ha mutatkoznak is, sokkal mérsékeltebbek, mint a higanyéi, úgyhogy alkalmazását csak a legritkábban kell félbeszakítanunk, összehasonlíthatatlanul ritkábban, mint a higanyét. *Hoffmann* és *Schreuss*, valamint *Schmechula* inkább a kevert arsenobenzol-higanykezelés barátja. *Schmechula* véleményét 200 seropositiv másodlagos eset megfigyelésére alapítja. Az esetek fele nyilvánvaló syphilises elváltozások hordozója, másik fele a másodlagos syphilis tünettelen szakában volt. Azt tapasztalta, hogy az arsenobenzollal és higannyal kezelt esetek nagyobb számban váltak seronegativvá, mint a arsenobenzollal és bismuthtal gyógyítottak. Csakhogy *Schmechula* nem használta ki elegendőképpen a bismuth hatását. A bismuthsuspensióból is csak annyit adott, mint a salicylsavas higanyból, holott a bismuthsuspensiónak éppen az az előnye a higany fölött, hogy sokkal többet lehet belőle adni, mind pro dosi (1·5—2·0 ccm-t), mind összes mennyiségben (15—20 injectiót, sőt, ha szükséges, még többet is). Ő pedig mind a bismuth-, mind a higanykészítmény-suspensióból 12 befecskendést adott, minden alkalommal egy ccm-t. Már pedig nem az a kérdés, hogy egyenlő mennyiségű higanynak vagy bismuthnak hatása között mi a különbség, hanem az, hogy a kettő közül melyikkel érhető el nagyobb gyógyító hatás. Kellő erélyű bismuthkezelés, amelyet a szervezet a bismuth lényegesen kisebbfokú mérgezősége miatt jól tűr el, jóval fölötte áll a higanykezelésnek, amelynek erőssége a szervezet kára nélkül nem fokozható annyira.

Mac Cormac tíz seronegativ elsőleges syphilis-esete közül három vált positivvá. Kezelési módját tehát itt csak 70 %-ban koronázta siker. *Almkvist* nyomán különösen amerikai orvosok részéről hangzott el az a vélemény, hogy a friss syphilist, az elsőlegeset, másodlagosat egyaránt, 14—18 hónapig egyfolytában kell kezelni, mégpedig felváltva arsenobenzollal, higannyal és bismuthtal egymást követő szakaszokban. Hét amerikai orvos közös dolgozatban hozta nyilvánosságra a mult év folyamán azokat az eredményeket, amelyeket ezzel a kezeléssel elértek. Seronegativ elsőleges syphilis-eseteik közül 78 % gyógyult meg, tehát valamivel több, mint amennyiről *Mac Cormac* beszámolt. Az utóbbinak seropositiv elsőleges esetei közül pedig csak 56 % lett és maradt is negativ. Az említett amerikai orvosok eredményei seropositiv elsőleges syphilis-esetnél sokkal jobbak: 84 % gyógyulást értek el. De az ő eredményeik is mögötte maradnak az ismételt tiszta arsenobenzol- vagy ismételt kevert arsenobenzol—bismuth-kezelésének, amelyek elérik vagy megközelítik a 100 %-ot. *Mac Cormac* legjobb eredményeit a korai másodlagos syphilis gyógyításával érte el, amelyeknek gyógyulási arányszáma nála 81 %.

Az elsőleges és korai másodlagos syphilis gyógyítására az arsenobenzollal és bismuthtal párhuzamosan végzett kezelést ajánlatosabbnak tartom a tiszta arsenobenzol-kezelésnél. A tiszta arsenobenzol-kezelés hívei szinte kivétel nélkül több arsenobenzolt adnak pro dosi, mint amennyit az együttes arsenobenzol—bismuth-kezelésre szükségesnek tartok; t. i. 0·6—0·9 grammot. Ugyanazokat a kifogásokat kell tehát ellene emelnem, amelyeket már előbb *Mac Cormac* eljárása ellen kifejeztem. Véleményem szerint ajánlatosabb mérsékeltebb arsenobenzol-adagok mellett erős bismuth-hatásra törekedni. Indokolatlan, hogy korai syphilisben szenvedő betegeinket magasabb dosisokkal fokozottan tegyük ki nem kívánatos mellékhatásoknak, amikor kisebb és ennélfogva *ceteris paribus*, ilyen hatásokat kevésbbé ki-

[1] Egyébként *Simon* 63 tisztán bismuthtal kezelt seronegativ elsőleges syphilis-esetről számolt be, amelyeknek seronegativitása nem változott. Seropositiv elsőleges esetekben a negativitást az esetek 56%-ában lehetett a tiszta bismuthkezeléssel elérnie. Nem kételkedem, hogy kitartóbb és bátrabb adagolásra itt is nagyobb lett volna a seronegativitások aránya száma.

fejtő arsenobenzol-adagokkal gyógyíthatjuk őket, feltéve, hogy az arsenobenzollal párhuzamosan bismuthot is alkalmazunk. A párhuzamos arsenobenzol—bismuth-kezelésnek erről az előnyéről mondanánk le, ha *Sézary*-nak, első ajánlójának, eljárását követve, az arsenobenzol dosisával 0·9 grammig emelkednénk ; az előadottak szerint lemondanánk róla minden nyomós ok nélkül.

A bismuthnak jó hatása még más viszonylatban is érvényesülhet az elsőleges és korai másodlagos syphilis gyógyításában. Ezeknek síma gyógyulása a bismuth bevezetéséig úgyszólván kizárólag azon mult, hogy az arsenobenzolt késedelem nélkül, hatékony adagban és aránylag rövid időközökben fecskendeztük-e be. A gyógyítás esélyeit rontotta, ha bármi okból félbe kellett szakítani az arsenobenzol alkalmazását. Főleg a betegek túlérzékenysége vagy a gyógyszer túlzott-bő adagolása okozta ezt a zavart, mert olyan szövődmények kifejlődésére vezethettek, amelyek megnehezítették, sőt teljesen meg is akaszthatták az arsenobenzol további alkalmazását. A túlérzékenység okozta mérsékeltebb szövődményeket többnyire sikerült elhárítani. Igy például az arsenobenzol-injectiót többször követő múlékony láz többnyire elmaradt, ha tiszta víz helyett, cukor-, afenil-, vagy calcium chloratum-, illetőleg calcium bromatum-oldatot használtunk oldószerül. Az arsenobenzol okozta fix erythema sokszor kizárólag *egy* készítmény használatára jelentkezett, *más* arsenobenzol-készítmény befecskendésére elmaradt. Az angioneurosisos tünetcsoport sokszor elmaradt vagy mérséklődött, ha az arsenobenzolt nem érbe, hanem izom közé adtuk. Néha apró intramuscularis adagokkal sikerült a szervezetet az arsenobenzollal megbarátkoztatni. A stovarsol belső adagolása is bevált néha az arsenobenzolra-szoktatás céljaira. Komolyabb szövődmények esetén azonban kényessé vált a gyógyítás folytatásának problemája. Igy például, ha tartós láz, — amely sokszor csak előhirnöke a komolyabb arsenobenzol-szövődményeknek — követte az arsenobenzol-injectiót, vagy ha nagyobbfokú és kiterjedtebb bőrelváltozások : bőrgyulladások és vérzések jelentkeztek, vagy ha az angioneurosisos tünetcsoport ismétlődött. Az arsenobenzollal történő további kísérletezéssel a meglévő kóros tüneteket fokozhattuk és súlyos elváltozások kifejlődését elősegíthettük volna. Az arsenobenzol alkalmazását tehát félbe kellett szakítanunk. Ez pedig kiszolgáltatta a friss syphilist a tiszta higanykezelésnek és megfosztotta a korai arsenobenzolkezelés nagy előnyeitől. Voltak és vannak, akik az utóbbiak megóvása céljából az arsenobenzol-okozta szövődmény elmúlása után azonnal megkísérlik az arsenobenzol használatának folytatását. Rendszerint apró adagokkal próbálkoznak, amelyeket többnyire izomba fecskendeznek. A kísérlet nem egyszer sikerül, máskor balul üt ki és a mérgezési tünetek megismétlődnek. Súlyosabb szövődmények esetleg megnehezítik a kezelésnek más antisyphilises gyógyszerekkel történő folytatását is, úgyhogy a korán megindított kezelés sikere kétségessé válhatik. A bismuthtal a korai syphilis gyógyításában szerzett tapasztalatok alkalmasak ennek a kérdésnek kielégítő megoldására. A bismuthtal elérhető gyógyhatás alkalmas annak az aggodalomnak eloszlatására, hogy az arsenobenzol-kezelés félbeszakítása ártalmára lesz a betegnek; szükségtelenné teszi az arsenobenzollal történő kísérletezés sürgős újrakezdését azonnal a szövődmények lezajlása után. Hiszen az erélyes bismuth-kezelés már egymagában is biztosíthatja a korán megindított kezelés eredményét. Nem kockáztatunk tehát semmit, ha az arsenobenzol használatát egy időre felfüggesztjük és erélyes bismuth-kezelést végzünk, mielőtt az arsenobenzol alkalmazását újból megkíséreljük. Ezt a kísérletet nyugodtan arra az időre halaszthatjuk, amikor a gyógyítással számos bismuth-injectio révén már jókorát haladtunk. A bismuth-befecskendésekkel már jóformán biztosítván az első kezelés eredményét, az arsenobenzol alkalmazásának újbóli megkísérlésekor nem okozhat többé aggodalmat, hogy túlzott óvatosságból esetleg elszalasztjuk a gyógyítás kedvező időpontját. Újból jelentkező szövődmények által kikényszerített kezelési szünet sem esik többé a gyógyítás szempontjából latba. Kétségtelen ugyan, hogy számos esetben sikerül az arsenobenzolhoz szoktatás, de több mint kétséges, hogy, adva lévén a bismuthnak kiváló hatása a syphilis korai szakaiban, érdemes-e közvetlenül az arsenobenzol-okozta intensivebb szövődmények elmúlása után, bárminő óvatos arsenobenzol-adagolással, kitenni a betegeket esetleges, újbóli szövődményeknek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Bródy-gyermekkórház orthopaediai rendelésének közleménye. (Vezető: Farkas Aladár.)

A gerincoszlop mechanikája és a skoliosis.

Irta : *Farkas Aladár dr.*

A szerzett skoliosis feltétele : a gerincoszlopot az állandó oldalirányú kitéréstől megóvó biztosítások zavara. Ez volt körülbelül az a formula, mellyel a scoliosis mechanismusát kutató vizsgálatokat *Biesalski* professor irányítása mellett megindítottam. Egy lépéssel utóbb szembetaláljuk magunkat az igazi problemával : *minő a gerincoszlop oldalirányú biztosítékainak élettani természete?* Úgy látszott, hogy semmi nehézséget nem jelent majd a physiologiás feltételek felkutatása, hisz az izületi mechanika már a *Weber-testvérek* korszakos munkájával az élettani kutatást a legtöbb területen egy századdal megelőzte. Azóta *Adolf* és *Rudolf Fick, Strasser, Otto Fischer, Braus, Walmsley, Marie, Duchenne, Richet* stb. hatalmasan megépítették ezt a tudományt. Mégis az izületi mechanika legrészletesebb munkái is szinte hallgatnak arról az alapvető élettani jelenségről, mely a gerincferdülés kérdésének módszeres tanulmányozását lehetővé tette volna. Az *oldalbiztosítás kérdése* még csak fel se merül ott, ahol a legapróbb anatomiai részlet nem ritkán hosszú fejezeteket kap. Ennek a hiánynak okát megkeresni, azt hiszem, nem lesz egészen haszon nélkül való.

Az izületi mechanikán kezdettől fogva az anatomia szelleme uralkodik. Ha művelői nem is mind anatomusok, mint *Duchenne, Richet* vagy *Otto Fischer*, de munkásságukban őket sem a klinikai szükség vezeti. Ez a jelenség az orvostudomány sok kérdésében fellelhető : az anatomia a halott ember tudománya, a physiologia pedig, különösen az izületi physiologia egy, az embertől elég gyakran elvonatkoztatott működése és a klinikusnak a beteg élő ember szempontját kell érvényesíteni a túlságosan elméleti élettan és a túlságosan gyakorlati anatomia között. A klinikus a gerincferdülés esetében szemben találta magát a legbonyolultabb kórképpel, melyet az orvostudomány ismer. Elindult tehát egy olyan úton , melyet sajnálatosan egészen a maga útjának nevezhetett : merő spekuláció volt ez, melynek anatomiai és élettani tényekhez alig volt köze, bizonyítékokkal nem vesződött és csupán hihetőségre törekedett. Ezt látva, írja *Bouvier*, a mult század egyik legjelentősebb skoliosis-kutatója hogy *Euklides*-nek kell lennie annak, aki ezt a problemát egyszer igazából megközelíti. S bár közben *Lovett, Werndorff, Reiner, Feiss*, stb. e század kezdetén megkísérlik az anatomia, izületi élettan és a skoliosis összehangolását, kísérletük félmunka marad, folytatás s lezárás nélkül. Ennek oka az, hogy *Feiss* kivételével ők is, mint *H. v. Mayer*, a mult század hatvanas éveiben, az anatomiai praeparatumon feszegették a rejtélyt és kezdetleges módszerrel nyert hiányos eredményeiket minden további nélkül a skoliosis kórképére alkalmazták. *Feiss* pedig igen figyelemreméltó elv felvetése után ugyancsak belevész a talajtalan spekulációba. Ezekből a munkákból így sohasem válhatott egységes kép és még kevésbbé gyógyítási irányítás, ami nél-

kül az orvostudomány minden elmélete légvár marad. Ez az oka, hogy *Schulthess* majd ezer lapos skoliosis-munkája csak részletekből áll, sehol az irányító közös szempont, mindenütt egy nagy kutató ekletikus kapkodása. Mindezt mai látásunk szerint az izületi mechanika hiányossága okozta. A klinikus az anatomiai és élettani képtől mindig eltérő tüneménnyel áll szemben, de csak úgy kaphat irányítást, a döntő kérdésre csak akkor válaszolhat, ha az előtte lefolyó kóros történés elemeit egybeveti az élettani történés elemeivel. S ezután, mikor kérdést tesz fel, derül majd ki, hogy mire nem gondolt soha, de nem is gondolhatott anatomus és physiologus, mert az élettani történés döntő tényezői csak a kóros történés folyamán léptek elő, hogy egyszeribe ők uralkodjanak a helyzeten. A klinikus ne álmodozzék a mindent egy csapásra megoldó plausibilitásról, hanem adjon fel pontos és kimerítő kérdést az anatomusnak és a physiologusnak és akkor csodálkozva tapasztalja majd, hogy a legbonyolultabb kérdésnek is megvan a sebezhető pontja és hogy ez melyik, az végül is az élettani helyzetből derülhet csak ki.

Ma a skoliosis kérdése, mint a voltaképeni kutatás másfélszázados története alatt annyiszor, szinte a homousion és homoiusion vitájában merül ki. Hol kezdődik a skoliosis? Erre a kérdésre kísérlik meg a választ *Heuer* is, *Schede* is. Mindegyik kigondol egy létrejöveteli módot, ezt nem ritkán gummival, papirmodellel, fával bizonyítja is és közben függetlenül a maga elképzelésétől, kétségbeesetten iparkodik a hozzáforduló betegeken úgy segíteni, amint azt évtizedek óta mindig és mindenütt, bár kiábrándultan, de jobb híjján mégis gyakorolják. Minket munkánkban a bevezetőben feltett kérdés érdekelt legelőször is : hogyan történik élőben a gerincoszlop oldalirányú biztosítása? Így derült ki legelsősorban, hogy az, amit az izületi mechanikai, sőt a scoliosiskutatás is száz éven át ernyedetlenül keresett, a valóságban nincs is meg. Nincs önálló gerincmozgás, nincsenek izmok, melyek két csigolyát egymással szemben úgy mozdítanának el, mint pl. az alkart a felkarral szemben a könyökmozgás. *Csak törzs-, váll-, fej-, medencemozgás van és csak evvel egyidőben, egyértelműen, ennek hatása alatt keletkező gerincmozgás lehetséges.* Ez volt kutatásunk első lényeges eredménye. A gerincoszlop biztosítását így a természetnek nemcsak anatomiailag rejtett helyzetben, hanem működésileg is alárendelt feltételek között kellett ellátni.

Az előrehaladás, a járás síkjának a saggitalis (symmetria) síknak biztosítása tette a természet legfőbb gondját. Ennek a síknak megtartása minden áldozatot megér, mert ez az alapja a zavartalan helyváltoztatásnak. A gerinc antero-posterior mozgása az izületek szabadsága és hatalmas száma, a rájuk ható izmok nagy tömege mellett nehézség nélkül játszódhatik le, a gerincoszlop hármasgörbületű rúgó alakjában pedig minden eshetőségre kész passiv elem is bevonult a mozgást szabályozó tevékenységbe. A helyzetváltoztatás azonban csak úgy válhatott gazdaságossá, ha a járás síkja zavartalanul biztosított, ha a testet semmi veszély nem fenyegeti, hogy váratlanul, pl. oldalirányba tér ki, tehát valamely más síkba, mint az előhaladásé. Az előhaladás síkja a test symmetria-síkjával azonos. Minden egyéb sík asymmetriás, a bennök való eligazodás bonyolult, nagy figyelmet és a központ nem lankadó éberségét követelné. Ez azonban nem gazdaságos, mert a központnak az előrehaladás alatt más dolga van : a talajra kell ügyelnie és a közben elvégzendő egyéb tevékenységnek kell figyelmet szentelnie. Innen ered, hogy a sagitális-síkra vonatkozóan a *lehető szabadság*, a rá merőleges frontalis síkra vonatkozóan *a lehető mozgási korlátozottság* elve érvényesült. Hogy a frontalis síkba történő akaratlan kitérés veszélyét a test megelőzze, hatásos oldalsó biztosítékokról gondoskodott. Ezek természete kettős : *passiv (anatomiai) és activ (muscularis, neurogén).* A passiv biztosítás, mely minden idegingerület nélkül állandóan szolgálatban van, csak anatomiai képletek elrendeződésében nyilvánulhat meg. Az activ biztosításnak működéséhez az idegrendszerből származó ingerületre van szüksége. Eszköze az izomzat, ezért neveztük muscularis, neurogén biztosításnak. A gerinctörzs egybeszőtt complexumában a kétfajta biztosítás úgy osztódott meg, hogy a passiv biztosítás vivője a csontos váz és annak nem ingerelhető képletei lettek, az activ biztosítást a gerincoszlopot befolyásoló mozgató, rá ható tényezők, a gerincoszlop erőkarjai : fej, a vállöv a karokkal, a törzs, medence kapták, a rájuk ható izomzat révén. Élettanilag a gerincoszlop vakon követi erőkarjai parancsát. Kóros esetben, mint a kifejlett skoliosisban is, a helyzet lényegében változott meg. Ha egy elferdült gerincet, akár élőben, akár praeparatum alakjában megtekintünk, feltűnik, hogy a gerincoszlop egy oldalirányú, forgással párosult elmozdulást írt már le, anélkül, hogy erőkarjai, a fentebb hangsúlyozott szervrendszerek, ennek a mozgásnak megfelelő helyzetváltozást mutatnának. A skoliosist ugyan minden esetben kíséri a váll, törzs stb. helyzetváltozása, hiszen épp a tartási zavar az a tünet, amely a betegségre a figyelmet felhívja, de az ép és kóros gerinc viszonya erőkarjaihoz lényegében különbözik egymástól. Az élettani gerincmozgás minden esetben conformis, időben és a kilengés nagyságában egyértékű a reá ható erőkarok helyzetváltoztatásával. Éppen ez változott meg a skoliosis esetében. A gerinc helyzete és a törzs állása nem függvényei többé egymásnak s csak távolról emlékeztetnek egymásra. A skoliotikus törzs helyzetének nem felel meg a gerinc elmozdulása. A kérdés részleteit máshol bőven ismertettem.* Csupán azt szeretném e helyen hangsúlyozni, hogy ha a skoliotikus tartás elemeit szemügyre vesszük és hozzáképzeljük a gerincnek ilyenkor szokásos élettani lefutását, vagy akár fordítva, ha a scoliotikus gerincoszlop lefutását (pl. röntgenfelvételen) elemezzük s így képzeljük hozzá az élettanilag szokásos tartást, akkor meg kell állapítanunk, hogy egy merőben megváltozott helyzettel állunk szemben. *A gerinc elferdülése és a törzs helyzete, másszóval a deformitás és a tartás között nincs meg sem az alaki, sem az a mennyiségi összefüggés, amihez ezen képletek élettana hozzászoktatott.* Ebből következik, hogy a skoliosis nem a szokásos élettani gerincmozgás valamilyen úton megmerevedett esete, hanem egy olyan mozgásféleség, mely a gerinc élettani működésében nem fordul elő. Ennek a tisztán kóros működésnek jellemzője, hogy az élettani gerinc-törzs együttmozgást a gerincoszlop *saját mozgása* váltotta fel. *Izületi mechanikai szempontból a skoliosis a gerincoszlop sajátmozgása a törzzsel szemben, kóroktanilag a gerincoszlop oldalsó biztosítékainak gyengülése, klinikailag a gerinc deformitásának és a tartás zavarának esetenként változó elegye.*

Most arra az útra vagyunk kíváncsiak, melyen az ép gerincnek haladnia kell, hogy idáig eljusson. Általánosságban kijelenthetjük, hogy a gerincoszlop csak akkor fog *sajátmozgást* végezni a törzzsel szemben, ha az anatomiai biztosítás nem kielégítő többé. Melyek az anatomiai biztosítás elemei? A háti gerincoszlopon a bordák, illetőleg a bordák nyaka, az ágyéki gerincoszlopon a majdnem sagittálison álló izületi felszínek és a lordosis. Ha az oldalbiztosítás e három eleme valamely okból enged, akkor a gerincoszlop tartósan behatol az őt környező ürbe. Az anatomiai biztosítás minden olyan esetben végül engedni fog, ha

1. felpuhul (pl. rachitis) ;
2. részben vagy egészében megszűnik (pl. thorakoplastika következtében) ;
3. állandóan és mindig, vagy főleg egyirányban terhelődik meg (pl. tartási zavar bénulás miatt stb.).

* *Farkas :* Über Bedingungen und auslösende Momenten bei der Skoliosentstehung, Enke, Stuttgart 1925.

A gerincoszlop sajátmozgásának módja is teljesen kóros természetű vagy idővel mindig azzá válik. Nem ízületi mozgás, oldalhajlás (physiologiás inclinatio) révén hatol be a gerinc az őt környező ürbe, hanem a *csigolyák testének deformációja, kihúzódása* útján. Maguk a csigolyák közötti ízületek a skolosis fejlődése folyamán legkevésbbé sérülnek meg. A fenti kép nem csupán a skoliosis mechanikájának legtöbb kérdésére ad választ, de a példátlanul bonyolult kórbonctani képet is minden új elem közbeiktatása nélkül teljesen megmagyarázza, amint én ezt máshol részletesen kifejtettem. Az anatomiai biztosítás zavaránál tehát főleg oly elemek engedékenységéről van szó, melyeknek eddig legfőbb tulajdonságuk a keménység és ellenállóképesség volt. Miközben a bordák saját alakjukat megváltoztatják, amint a csigolyák az őket környező ürbe behatolnak, megváltoztatják a csigolyák alakját is. Hiszen ott, ahol a borda pl. felpuhul, a csigolya sem teljesen egészséges s a két elem közti harc végeredménye mindkét elem deformálódása lesz. A skoliosis a pathológiás mozgás legjellemzőbb esete és a kórbonctani kép létrejötte a védőfal engedékenységével hiánytalanul megmagyarázható.

Az anatomiai biztosítás engedékenységének feltételei között utolsónak említettük fentebb a biztosítás zavarát *fokozott állandó és egyirányú igénybevétel esetében*. Ha ép és erős is a bordák vége, a bordanyak és az ágyéki csigolyák sagittálisan álló ízületi felszíne, ha tökéletes is az ágyéki lordosis, a gerincoszlop mégis behatolhat a környező ürbe, a törzzsel szemben kóros, tehát sajátmozgást végezhet, ha a védőberendezést az egyik oldalon állandóan jobban igénybe veszi, mint a másikon. Gondoljunk csak a hűdöttörzsű gyermek féloldalasságára. Természetes ily esetben, miként élettani feltételek között, a gerinc a ráható erőkarok elmozdulása révén fog kezdetben mozgást végezni. Hűdés következtében elsőlegesen nem a gerincét tartja ferdén, féloldalasan a beteg gyermek, hanem fejét, vállövét, törzsét, medencéjét kényszerül, izomhiány miatt elsősorban, majd állandóan ugyanegy helyzetben rögzíteni. Ez a mozgás kezdetben tehát élettani, azaz ízületi mozgás lesz. Idővel azonban az állandó egyirányú támaszkodás a védőfalat épúgy elvékonyítja, meggyengíti, mintha az valamely *sui generis* folyamat következtében puhult volna meg. S most kezdődik majd el a kóros természetű gerincmozgás a fentebb említett összes következményekkel. De mint később látni fogjuk, nem is kell hűdés, sokkal lényegtelenebb, sőt észre sem vehető elemek elegendők ahhoz, hogy valamely tartási zavar akár súlyos deformációban végződjék. *Minthogy mindezen elemek kóros hatása a gerincoszlopot irányító erőkarok elmozdulásán alapul, tehát activ elemet feltételez, a biztosítás eme zavarát a muscularis, neurogen biztosítás zavarának kell tartani.* Ezen elnevezés helyessége indokolttá lesz abban a pillanatban, mihelyt elképzeljük, hogy az izom- és idegegyensúly milyen rendkívül aprólékos, tökéletes és mindkét oldal felé azonos mértékére van élettanilag szükség, hogy zavar a gerincoszlop lefutásában már physiologiásan ne támadjon. *A symmetria sík megtartása és biztosítása rendkívüli beidegzési tevékenység eredménye.*

Csak ha ennek a működésnek mélyére tekintünk, akkor fog el bennünket a csodálkozás, hogy hihetetlen bonyolultsága, elemeinek változatossága és sokasága ellenére zavarával aránylag oly ritkán találkozunk. A kóros történés tehát egy oly biztosítás tényét tárta elénk, melynek fennállása, mibenléte a nélkül alig jutott volna teljességében tudomásunkra.

Gondoljuk csak el, hogy a tonikus és tetaniás izommüködésnek az élet nagy részét kitevő, ú. n. *nyugalmi működésekben*, mint aminő az ülés, fekvés, sőt részben az állás is, milyen rendkívüli pontossággal kell ingereiket mindkét oldal felé leadniok, hogy a gerinc, mint a symmetria síkjának letéteményese maradandóan a középvonalban fusson le. Ezek a működések mindkét oldal felé közelítőleg azonos szellemben zajlanak le, azaz *részarányos működéseknek* nevezhetők. Ezekben tehát a központ nyugodtan támaszkodhatik a csirasejtben elhelyezett alakító erőre. Ez az erő teremtette meg a symmetria anatomiai alapját : a négy végtag, tehát a páros szervek elhelyezését, azok izomzatának csaknem egyforma kialakulását, sőt a páratlan szervek olyan elrendezését is, hogy azok a test egyensúlyát szolgálhassák. Azonos értelmű, kétirányba egyformán küldött központi ingerek mellett az ú. n. s fentebb említett részarányos működések nem fogják tehát zavarni a gerinc lefutását. De mennyivel bonyolultabb lesz a feladat, mihelyt az élet ezernyi *asymmetriás* működéséről s azok következményeiről van szó. Hogy ellensúlyozza a központ a gyermeki játékok, a foglalkozás, helyzetváltoztatás, tehát járás, futás asymmetriájának következményeit? Itt mutatkozik meg azután, hogy ez nem lehet másképp, minthogy a huzamosabb, tehát jelentősebb asymmetriás működésekre a központ *automatikusan* vicariáló izommunkát léptet életbe. Ezért neveztük az activ, muscularis, neurogen oldalsó biztosítást végső fokon *automatikus biztosításnak is*. Ennek az automatiának tökéletes munkájához kapcsolódik végső fokon a gerinc épsége. Mert, amint ezt már egész enyhe hűdések után látjuk, akár központiak, akár környékiek azok, a könnyen formálható csontok korában, a gyermekkorban, a gerincferdülés szinte hetek alatt, sokszor egész súlyos alakban áll már előttünk. Ennek az automatikus tevékenységnek legszebb példáját a *járás mechanizmusának* megfigyelése tárja elénk.

A törzs elemei (vállöv a karokkal, medence) a járás alatt és az előrehaladás minden szakában igen erős oldalkitérést, lengések különböző alakját és ezek combinatióját, forgásokat mutatnak. A járásnak minden szakasza önmagában asymmetriás és a gerincoszlopot asymmetriás értelemben fogja befolyásolni. Csak a járás következő fázisa, mely az előzőnek mindenben pontos tükörképe, fordít a helyzeten és ellenkező irányban hat a gerincoszlopra. A két szakasz nagyjából a két lépés, mely egymást követi és lényege a lépésváltás, mely révén a gerincoszlopra gyakorolt asymmetriás hatás minden alkalommal kiegyenlítődik. Igy lesz a legerősebb, leghatalmasabb, leggyakoribb asymmetriás működésből a részelemek összeségében részarányos működés. A törzsbe beépített gerincoszlop csak ilymódon menekül az egyirányú igénybevételtől és az asymmetriás mozgások egymást követően jelentkező különböző előjelű kilengése így hoz mindent helyre. *Ez az összesmunka a neurogen biztosítás lényege, mely automatizálódik és a passziv biztosítással egyetértésben a gerincoszlop fekvését a symmetria síkjában megingathatatlanná teszi.*

A neurogen biztosításról tehát a központ gondoskodik. Hogyan fogja a központ a maga utasításait megformulázni, mik lesznek ebben segítői, melyek parancsának keresztülvivői? A környékről jövő értesítés az érző és vegetativ pályákon át ér el a központba, ott áttevődik mozgási ingerré és végül mint izomösszehúzódás jelentkezik. Honnan szerzi a központ az értesítést? A bőrből, a többi érzékszervekből (exteroceptiv impulsusok) és a mélyből (proprioceptiv impulsusok). A mélyhez tartozik minden szövet, mely idegekkel valamely kapcsolatban van. De az informativ ingerek legfőbb forrása a bőr és az izmok tapadása, inhüvely, bőnyék, maga az izom, a vestibuláris rendszer és a szem. Ahhoz, hogy az asymmetriás, de ellenkező előjelű részletmunkákból symmetriás összeműködés váljék, az imént leírt kör minden elemének épsége szükséges. Ha akár az informativ-készülékben, akár a központi áttételben, akár a centrifugális vezetésben, akár pedig a parancsot teljesítő elemek valamelyikében tartós zavar támad, az asymmetriás részletműködés már nem egészében reversibilis s a gerincoszlopot tartós *egyirányú* igénybevétel éri és előttünk áll

a deformatio. Most válaszolhatunk arra a kérdésre is, hogyan válik a *gerinc elsőleges deformatiójából tartási zavar?* Abban a pillanatban, amint a gerincoszlop passiv oldalbiztosítékának betegsége miatt sajátmozgást végez, a rajta tapadó izmok feszültségi állapota megváltozik; izmok, inak, inhüvelyek, bőnyék, a bőr, vestibularis rendszer, stb. egészen másképen helyezkednek el és a központot ez a megváltozott informatio bírja megváltozott tartásra. Ezért változik meg a tartás minden gerincdeformatio esetén, ezért kísér minden gerincferdülést, tehát a csontos biztosíték minden zavarát a neurogen biztosításnak, a tartásnak a zavara is.

Hogy a tartás mégsem felel meg sohasem a deformatiónak, az a központ souverenitásának a következménye. Mert az agyi és gerincagyi központok olyan tartást rendelhetnek el, mely akár túlcompensálhatja a deformitást, ami szintén nem tartozik a ritkaságok közé. Máskor rossz izomzat és kedvezőtlen segmentalis elhelyezkedés mellett (Port) igen gyorsan feladja a központ a harcot és ilyenkor a tartás sokkal nagyobb zavarra utal, mint azt a gerinc deformitása követelné.

A gerincoszlop elsőleges elferdülését és behatolását a környező ürbe nyomon követi tehát a törzs, medence, vállöv és fej állásának megváltozása. Ezen elemek viselkedése azonban, amint láttuk, végső fokon a központi idegrendszer izomparancsaitól függ. Mikor a törzs és a beleépített gerinc működési egysége megszűnt, a centrum számára legfontosabb jelentőségűvé az oldalsó biztosítás meggyengülése és a testet fenyegető az a veszedelem vált, hogy a törzs és vele az egész test a frontális síkba esik. Ezért száll szembe a központ az asymmetriás törekvéssel, mely a gerincoszlop elferdülésével a törzset érte és megkísérli a maga útján, izommunkával, egy új egyensúlyi állapot megteremtésével a gerinc elferdülését ellensúlyozni. Ennek következményeképpen éri a symmetria-sík legfontosabb indexe: a prot. occip. externáról ejtett függőleges, még a legsúlyosabb skoliosisban is a sacrum közepe táját. Ez azonban csak azért lehetséges, mert a tartás egy olyan elemre támaszkodik, melyet a skoliosis a maga kifejlődésében épen hagyott: a csigolyák közötti ízületekre. *Amíg ez az ízületi rendszer megközelítőleg ép, addig a tartási elemek révén a deformatio nagymértékű ellensúlyozása lehetséges.*

Mindebből kitűnik, hogy a gerincoszlop sajátmozgása esetén, akár csontpuhulási folyamat, akár tartási zavar volt ennek az oka, a törzs és gerincoszlop mozgási conformitása megszűnik s hol compensálóan (jó izomzat s kedvező segmentális elhelyezkedés), hol összegződően (rossz izomzat s kedvezőtlen segmentális elhelyezkedés) módosítja a skoliosis kórképét. Figyeljük most meg, mikor töri át a *tartási zavar egyedül* a gerincoszlop épcsontos védőfalát.

Nem kétséges, hogy az értesítő rendszernek magának is olyan észre sem vehető elváltozása, hiánya lehet, mely a központot egy későbbi deformatio irányában befolyásolja. Sajnos, mai vizsgáló eljárásaink nem engednek bepillantani ennek a felvevő rendszernek működésébe. Bizonyosra vehető, hogy a skoliosisok egyik csoportja ép a felvevő, informáló rendszer hibájából származik. Épp ilyen kevéssé tudunk ma még hozzáférni a másik elem működéséhez: hogyan tevődik át a centripetális inger centrifugálissá. A tartás kérdésének jövője az informativ készülék és az átkapcsolás gépezetének vizsgálási módjától függ. De itt bújik meg a skoliosis aetiologiájának egy másik döntő rejtélye.

Sokkal ismeretesebb a *centrifugális elemek* zavarának hatása a gerincoszlopra. Akár a primaer, akár a secundaer neuron vezetésében játszódik valamilyen állandó zavar, a gerincoszlop deformatiója lesz rá a felelet. A világrahozott spasticus bénulások (hemiplegia spastica, diplegia spastica) és az extrapyramidalis megbetegedések súlyos következménnyel járnak a gerincoszlopra. A diplegia spastica nyomán sokkal kisebb mérvű a deformitas, mint a hemiplegai spastica után. Ennek oka mindenek szerint az, hogy a diplegia spastica mindkét oldal izomzatát egyformán érte, tehát hiányoznak az asymmetriás functio elemei, másrészt a diplegiás gyerekek igen keveset és nagyon nehezen járnak. Azonban a hemiplegia következtében beálló skoliosis is sokkal kisebb arányú, mint pl. a neuritis, polyomelitis következtében beálló. Ez abban leli magyarázatát, hogy a gyermek már a *betegséggel jön a világra*, coordinatiós és automatikus mechanizmusa egészen másképen alakul ki, mint az ép gyermeké, mert a centrum tekintetbe veszi az automatikus működések kialakulásakor a meglevő idegzavart. Az ily gyermek járásmechanizmusa egészen más, a mozgás egyes asymmetriás elemei, ha nem is tükörképei egymásnak, de megközelítőleg azok, mégpedig úgy, hogy az ép oldal felé való kilengést már a központ szabja szűkebbre egy kialakuló automatia és oldalbiztosítás érdekében. Sokkal súlyosabbá válik a helyzet a *gyermekkorban szerzett* mozgási zavarokban. Igy az extrapyramidális betegségekben és a perifériás hűdésekben (polyneuritis, polyomyelitis). Itt egy már teljes egészében kész coordinatiós és automatikus mechanismust ért a betegség.

Az emberi szervezetnek igen fontos biológiás jellege, hogy a végsőkig ragaszkodik a tökéletes egészség állapotához, magát megadni csak a végén fogja és minden szerv működését minden ereje és tartaléka igénybevételével, szinte utolsó lehelletéig a megszokott formában végzi. Innen ered a legtöbb betegség késői diagnosisa, előhaladott állapota akkor, mikor először orvos elé kerül. A gerincoszlop esetében ennek rendkívüli a következménye. Míg a világrahozott neurogen mozgási zavarokban a szervezet pontosan számbaveszi lehetőségeit és a szerint alakítja ki a coordinatiót és automatiát, addig, ha ez az automatia már egyszer tökéletesen és épen működött, akkor a központ a betegség ellenére is vakon ragaszkodik hozzá és keresztülviteléhez. Ez igen súlyos következményekkel jár. Az egyes mozgáselemek asymmetriája nem tűnik el a következő mozgási elem ellenirányú asymmetriájában, hanem a mozgás egyirányú, vagy mondjuk majdnem teljesen egyirányú marad. Az egyik testfél izomzata képtelen a mozgási parancsot teljes egészében teljesíteni, mert paretikus, vagy részben teljesen hüdött. Ennek következménye egy páratlan gyorsan a legsúlyosabb formákig kifejlődő skoliosis lesz, amint ezt a polyomyelitis, sőt ifjúkori extrapyramidális bántalom esetében olyan sűrűn lehet látni. Ezek a skoliosisok izületi mozgással, élettani gerincműködéssel kezdődnek, amint ezt fentebb leírtuk. Azért is javíthatók olyan, aránylag hosszú időn át a skoliosisok, mert a javításnak eleinte csupán a csigolyák közötti izületek zsugorodását kell leküzdeni és ez aránylag hosszú ideig és könnyen sikerül. Később persze, minthogy itt a passiv, csontos oldalbiztosítás felpuhulásának, kóros engedékenységének, az állandó, egyértelmű igénybevétel felel meg, a csontos védelem is engedni fog és végső szakaiban a különféle eredetű skoliosisok közt nem nagy a különbség.

Teljesen ép neurogen és csontos biztosítás mellett szerzett súlyos skoliosis kialakulása lehetetlen. De nemcsak súlyos skoliosisokat ismer az orvostudomány. Itt van a ma már kétségtelenül igazolt *physiológiás skoliosis*, ahol, amint azt annakidején kimutattam, a csigolyák és bordák teljesen azonos értelemben deformáltak, mint a súlyos skoliosisok esetében, csupán a deformatio mértéke különböző. Hogyan keletkezik ép csontos és neurogen biztosítás mellett a physiologiás skoliosis? A két testfél egyenletes, egyértékű kilengésekből összeálló coordinalt működése voltaképpen csak ideál, melyet az emberi test maradandóan elérni nem tud. (*Farkas:* Die physiologische Skoliose. Verk. d. Deutschen Orth. Ges. 1924.) Ennek legfontosabb oka a következő:

Az izületi mechanikában igen nagy szerepet játszik a végtagok inertiája, tehetetlensége. Már a *Weber-testvérek*, majd *Otto Fischer* rámutatnak, hogy pl. a járáskor előrelendülő alsó végtagot csak egyideig viszi izommunka előre, egy bizonyos ponton túl ez az izommunka lanyhul és a lengő végtagot tehetetlenségi erőknek engedi át. Ennek nagy a jelentősége, mert így nagymértékben kímélődik az izomzat. A tehetetlenség túlzott hatásától a szervezetnek nem kell tartania, mert az izületek passiv elemeinek rugalmassága és a csontok ütközése idejében határt szab a tehetetlenségi nyomaték hatása alatt mozgó szervnek. Ilyen a helyzet a medence, törzs, vállöv és a fej lengésekor is. Abban a pillanatban azonban, amint a mozgó végtag az aktiv szabályozás határát meghaladta és a tehetetlenség birodalmába ért, a benne rejlő kinetikai energia fogja a további lengés sebességét, sőt bizonyos mértékben határát is megszabni. Mert a fékező rugalmas erőkkel szemben a nagyobb kinetikus energiával lengő végtag messzebbre lendül, nagyobb mértéket ér el, mint a kisebb kinetikus energiával mozgó testrész. Ha a központ ingerét mindkét oldal felé azonosnak vesszük és minden okunk megvan rá, hogy ezt feltegyük, továbbá, ha feltételezzük, hogy a két testfél közötti izomerőkülönbség már benne van a centrum coordinatiós tervében, mint fontos elem, akkor biztos, hogy az a végtag lendül messzebbre és nagyobb erővel, amelynek kinetikus energiája nagyobb volt. Ez a kinetikus energia, ha, mint említettük, a tehetetlenség körének határán a lendülő testrész sebességét még mindkét oldal irányában azonosnak vesszük, egyedül az illető testrész *tömegétől* fog függni. (Kinetikus energia $= \frac{mv^2}{2}$.) Ez a tömeg pedig a két oldal felé nem azonos. Gondoljunk csak a három nem páros nagy szervre: májra, lépre, szívre, de a páros szervek, mint tüdő és belek nem egész egyenletes megoszlására, továbbá az izomzat súlykülönbségére a két oldal között. Minden mérés igazolta, hogy a jobb-testfél nagyobb tömegű, mint a bal. Ennek következménye az lesz, hogy a kilengések ereje és mértéke jobbfelé nagyobb lesz, mint balfelé. Igy idővel, ha ez a különbség állandó marad, az összeségükben symmetriás, de részletükben asymmetriás működések végül mégis eléggé hatásosak lehetnek arra, hogy a gerincoszlop élettani deformatióját maguk után vonják.

A physiologiás skoliosis okáról százötven évig folyt a vita, de a magyarázatok nem jutottak túl a szobai spekulációk körén. A helyes kérdés, mely a physikus *Planck* szerint a természettudományokban már maga a felelet is, a következő: *Melyik az a működés, mely mindig ugyanabban az értelemben folyik le, mely a jobb- és baltestfél súlyviszonyaival szorosan összefügg, csak a kétlábon járó emberek sajátja, mely részben asymmetriás tevékenység és mindig ugyanabban az értelemben lefolyva elég hatásos egyébként is, hogy a gerincoszlopon ilyen mélyreható változást idézzen elő?* Alapos vizsgálataim és *Otto Fischer* halhatatlan járáscoordinatáinak átértékelése és átszámítása után kétségtelenül megállapítható és időfelvétellel igazolható volt, hogy *physiologiás skoliosist*, mely csak a hatodik életévtől tapasztalható, *az emberi járás okozza*. Vizsgálataim megmutatták, hogy az emberi járáskor a gerincoszlop lépésenként hármas görbületű gerincmozgást ír le. Az ágyéki és nyaki görbület convexitásával a lengő, a háti gerincoszlop convexitásával a támaszkodó láb felé tekint. A mozgás egy kettős lépés révén válik symmetriássá, de akkor sem teljesen, amint ezt a fenti meggondolások alapján várni lehet. Hogy milyen nagy a súly és kinetikus energia különbsége a két oldal között, azt már *Otto Fischer* megállapítja, aki a jobb-testfél terhelésekor 4 kg többletet talált. Hogy a fanosodás alatt és előtt ez a különbség, a központi idegrendszer izgalmi állapotával társulva milyen mértékűvé válik, azt csak sejteni lehet. A pubertás előtt és alatt támadó skoliosisok részben a physiologiás skoliosis módján keletkeznek, de itt a fent leírt elemekhez a központi idegrendszer beidegző ténykedésének valamilyen, ugyancsak a pubertással összefüggő átmeneti zavara, továbbá az ugyancsak ilyen eredetű és a bordanyakak epiphysiseiben keletkező felpuhulási folyamat is hozzájárul. A *neurogen* biztosítás zavarából támadnak a physiologiás skoliosison kívül a bénulásos skoliosisok különféle alakjai, továbbá a csecsemőkori skoliosisok egyrésze, melyeket sokáig mind rachitikusnak tartottak, anélkül, hogy a rachitisnek rajtuk legtöbbször bármi nyoma található lett volna. A csecsemő striátum-lény és míg a pallidális kapcsolat létre nem jött, igen könnyen keletkezhetik egy nem szervi olyan neurogen zavar, mely a gerincoszlop automatikus oldalsó biztosítását időlegesen megzavarja. Az anatomiai (passiv) biztosítás előleges zavarából eredő skoliosisok példája a postthorakoplastikus skoliosis, de az angolkóros skoliosis és részben a második évtized skoliosisai is idetartoznak.

A skoliosisoknak még egy fajtájáról kell megemlékeznünk, mely látszólag egyik eddigi csoportba sem sorolható, ám tüzetesebb megtekintés után az elsődleges neurogen eredetű gerincferdülések számát növeli. Itt azon esetekről van szó, amikor a biztosítások egyike sem beteg, de a gerincoszlop működését valamely elem akadályozza. Mégpedig ez az elem a sagittális síkban való haladást, az anteroposterior mozgást nehezíti meg. Jellemző példája ezen skoliosisoknak a spondylitises púp felett és alatt levő lordotikus segmensben létrejövő skoliosis. A spondylitis következtében támadt gibbus és az azt alkotó «blokk, csigolyahalmaz» már keletkezése alatt, de főleg azután, ezen a helyen az előre-hátrahajlásnak, tehát a sagittális irányú működésnek semilyen módját nem engedi meg. A beteg, minthogy a ventrálisan nyitott gibbus-szöglet kiegyenesítése épp a fentebb említett csigolyaösszeolvadás, blokképződés miatt lehetetlenné vált, a gibbus feletti és alatti gerincoszlopsegmensek lordotizálásával segít magán, megkerüli tehát az akadályt. Ezen megkerülés azonban nagyritkán fog a sagittális síkban végbemenni, mert egyrészt maga az összeroppanás sem tisztán a sagittális síkban átszódott le, másrészt a tiszta sagittális síkban való szöglet-kiegyenlítés, supra és infragibbusos lordatisálás fájdalmas lenne, mert állandóan a gibbus szögének felső és alsó szárára, illetőleg azok segélyével közvetlenebbül hatna magára a gibbusban összeroppant, beteg csigolyákra. Ezért kerüli meg a lordosis kissé a gibbust és inclinátiók és törzsforgatások segélyével nem a tiszta sagittális síkban, hanem egy diagonális síkban jön létre. Ennek következménye azonban egy rendszerint enyhe skoliosis lesz. Ami a spondylitises akadályra érvényes, az érvényes más okból, pl. az angolkóros ülő-kyphosis, kyphosis dors. adolescentium következtében támadó supra és infragibbusos lordosisra is, amint én ezt *Spitzy*, *Engelmann* utalásai nyomán beigazoltam és ami *Schede* tanításának alapja. Ezek a skoliosisok tiszta alakjukban, tehát az anatomiai biztosítás egyidejű megbetegedése nélkül (rachitises ülő-kyphosisban pl. utóbbi eset nem zárható ki) neurogen eredetű skoliosisoknak számítanak, mert a gerincre ható erőkarok egyirányú elmozdulása hozta őket létre.

A gerincoszlop kétfajta biztosítása együtthalad és közösen óvja meg a gerincoszlopot a kóros oldalmozgástól. Ez a messzemenő együtthaladás és vállvetett munka abban a pillanatban megszűnik, mihelyt a biztosítékok bármelyike engedni kényszerül. S a gerincoszlop bármelyik oldalbiztosítéka mondaná is fel a szolgálatot, tehát a *skoliosis akár az anatomiai, akár a neurogen lézió következménye minden esetben a másik biztosítás is engedni kénytelen. Ezt az accomodotiót a skoliosis kórtana alapvető törvényének kell tekintenünk.* Innen ered a skoliosis valamennyi aethiologiás alakjának feltűnő hasonlósága. De ahogy megjelenik az accomodátio révén a másik oldalbiztosító elem engedékenysége

úgy jelenik meg vele, folytatásul a *compensatio* is. *Ez a skoliosis kórtanának másik alapvető jelensége.* Ugyanúgy tehát, mint a betegségek mechanismusában mindenütt, az accomodatiót nyomon követi a compensatió, itt is elkezdődik a soha véget nem érő compensatiós időszak. Ez a compensatiós időszak azonban elárulja, hogy a kétfajta biztosítás között mélyreható értékbeli különbség van. A passiv, anatomiai elem compensaló képessége az aktiv, neurogen elem compensaló képessége mögött messze elmarad. A passiv biztosítás, ámbár a csontnak megvan a maga működésbeli alkalmazkodó képessége, ami erősödés, vastagodás alakjában mutatkozik, súlyos zavar (pl. polyomyelitis) esetén egy-kettőre felmondja a szolgálatot és a maga, a skoliosis kórtanában példátlanul gyors deformatiójával a legsúlyosabb skoliosis képét tárja elénk. Hogy a két biztosítás nem egyenértékű, az csupán a súlyos esetekben derül ki. Enyhe esetekben mind a csontos, mind az aktiv automatikus biztosítás egymást nagymértékben compensalni képes. Innen ered, hogy az elég súlyos tartási zavarnak akárhányszor hosszú időn át enyhe, vagy semmi deformatió nem felel meg, máskor és legtöbbször az a helyzet, hogy a deformatió fokban felülmúlja a tartási zavart.

Az eddigi fejtegetésekből kiviláglik az a tény, hogy a skoliosis kezdetének pillanatában a kórkép két külön elemre bomlik : *a tartási zavarra és a deformatióra.* A deformatio elsőlegesen a csontos, passiv biztosítás zavarából, a tartás zavara pedig az aktiv, automatikus neurogen biztosítás zavarából ered. Élettanilag a törzs viselkedése a tartás, a gerincoszlopé a symmetria síkjában való lefutás. A skoliosis kórtanában a törzs és függelékeinek viselkedése a tartás zavara, a gerincoszlopé a frontalis deformitás. A tartás és deformátio kettéválasztása nemcsak jogosult, hanem heurisztikus értéke is a skoliosis megítélése és gyógyítása szempontjából igen nagy.

A compensatio nem a csigolyatestek és az azok közötti korongok felhasználásával történik, hanem a csigolyák közötti izületekben, izületi mozgás segélyével. *A tartás anatomiai eleme így a skoliosis folyamán a csigolyák közötti izületek rendszere lesz.* Ezért lehetséges anatomiailag, hogy a tartás és a deformatio között a tartás olyan nagy függetlenséget hozhat létre. Élettanilag ez annál könnyebb, mert az izmokat szabályozó központtól függ. Az izomzat a deformatiót tartási változtatás segélyével teljesen compensalni is képes. Ez a csontos, passiv biztosításról nem mondható el. Rövidebb-hosszabb idő multán ez a biztosítás megtörik és a test most már feltartóztatás nélkül siet a teljes elnyomorodás felé.

Az orvoslás célja ezekután a mindenekfelett fölérendelt elemnek : a tartásnak a javítása, részben az izomzat erősítése révén, de nagyobb részben passiv eszközökkel. Minthogy a tartás a deformatiótól részben különálló elem a skoliosis kórképében, minthogy hatása a gerincoszlopra eminens, minthogy anatomiai substrátuma, a csigolyák közötti izületek sora aránylag ép, minthogy végül a tartásra való hatás lehetősége inkább az orvos kezében van, *a skoliosis kezelésének legfőbb elve a tartás megjavítása lesz.* Ezzel nemcsak a kosmetikus zavar legszembetűnőbb okát szüntetjük meg, hanem a gerincoszlopra is a legnagyobb hatást gyakorolhatjuk a fenti compensatio értelmében. Mert nem szabad elfeledni, hogy miként az elsőleges tartási zavar gerinc*deformatiót* idézhet elő, épúgy a hibás tartás megfelelő túlcorrectiója ezt a deformatiót elegendő idő multán megszüntetheti, vagy csökkentheti. A therapia módszere és eredményei máshol kerülnek majd nyilvánosságra, itt még csak azt szeretném megjegyezni hogy a fenti elvek szerint keresztülvitt kezelés a skoliosis eddig gyakran reménytelen prognosisát nemcsak megszüntette, hanem a gyógyítás sikerével is biztat.

A Tisza István Tudományegyetem sebészeti klinikájának közleménye (igazgató : Hüttl Tivadar ny. r. tanár)

A typhusos bélátfúródás műtéti gyógyítása.

Irta : *Jáki Gyula dr.*, tanársegéd

A typhus abdominalis legveszedelmesebb szövődménye, a bélvérzést nem tekintve, a bélátfúródás. Előfordulása fajok, járványok szerint igen különböző gyakoriságú. Kórbonctani alapja közismert. A bélfekélyek helyének megfelelően a csípőbélen keletkezik leggyakrabban az átfúródás, de nem ritka az éhbélen, a vastagbélen sem. A bél szabad szélén lévő átfúródás nagysága változó, rendszerint egyszeres, ritkábban többszörös. Az átfúródás kapcsán aránylag ritkán következik be a környezet letapadása. Ritkasága nem zárja ki lehetőségét. Ez a magyarázata az önként gyógyulás példáiként szereplő irodalmi eseteknek. *(Székely,* O. H. 1929.). Az önként gyógyulás kétséges és igen bizonytalan lehetőségére azonban számítani nem szabad és itt is elvként kell felállítani azt, hogy a hashártyagyulladást előidéző okot megszüntetnünk, a bélátfúródást zárnunk a legsürgősebb feladat.

Nem rendelkezünk, sajnos, semmiféle olyan rendszabállyal, gyógyító eszközzel, mellyel a typhus abdominalisban a bélátfúródást elkerülni, befolyásolni tudnánk. A megelőző rendszabályok évszázadok óta ugyanazok.

Kussmaul ajánlatára *Lücke* végzett 1885-ben elsőízben céltudatosan műtétet typhusos bélátfúródásban. Sikertelen műtéte után kevés követője akadt. Csak később tették általánossá a műtétes beavatkozás szükségességének elvét az északamerikai sebészek eredményei. Az ő elhatározásaikat a műtéti beavatkozásra külső körülmények segítették elő. 1897-ben hatalmas typhus-járványok pusztítottak az északamerikai államokban s a járványokban nagy számban fordult elő bélátfúródás. A nagy halálozás foglalkoztatta őket a műtéti kezelés kérdésével s a műtétre elhatározásaikban közrejátszottak a féregnyúlványgyulladásban már akkor elért kitűnő műtéti eredményeik. Biztató eredményekről beszámoló közleményeik tették általánossá azt a felfogást, hogy a typhusos bélátfúródásban végzett műtét nagy eshetőséget, kedvező körülményeket teremt a gyógyulásra. Az északamerikai jelentések mellett francia, később orosz közlemények számoltak be sikeres műtétekről. A német irodalomban aránylag kevés közleményt találunk. *Madelung* nagy részlettanulmányának a bélátfúródásra vonatkozó anyaga is ilyen eltolódást mutat.

Klinikánkon 14 év alatt 22 esetben végeztünk typhusos bélátfúródás miatt műtétet. Több szempontból érdemes és tanulságos eseteink ismertetése.

A 22 beteg közül csak egy volt nő (4·5 %). E körülmény magyarázata az, hogy a férfiak, de különösen a munkásosztály férfitagjai később kerülnek szakszerű kezelésbe, türelmetlenebbek, durvább étrendi hibákat követnek el. Legfiatalabb betegünk 17, a legidősebb 64 éves volt. Eseteink nagy részében (40 %) az átfúródás typhus ambulansban következett be. Az átfúródást megelőzően vagy semmi vagy csak egészen enyhe, nem jellegzetes tünetek : fejfájás, étvágytalanság, székrekedés szerepeltek a kórelőzményben. Az említett alkalmi kiváltó, a pörk hirtelen lelökődését elősegítő okok gyakorisága magyarázza a typhus ambulansban előforduló átfúródások aránylagos nagy számát.

Az átfúródás mindig a fekélyképződés szakában, a harmadik és negyedik héten következik be, de előfordul a lábadozásban és visszaesésben is. Két betegünk csak tíznapos betegségről tett említést, de mind a két esetben a boncolás a typhus fekélyes szakát állapította meg.

A typhus kezdeti tünetei gyakran jelentéktelenek, nehéz a megbetegedés idejét pontosan megállapítani. Nem helytálló egyesek azon megállapítása, hogy az átfúródás a korábbi szakban, a második hét, a pörk lazulása, leválása előtt is bekövetkezhet. A pörk hirtelen lelökődését, az elvékonyodott bélfal szakadását különböző okok, így beöntés, túlerélyes hashajtás, étrendi hibák, bélpuffadás idézhetik elő.

Kevés kivétellel hosszú idő telt el az átfúródástól betegeink jelentkezéséig. Csak egy betegünket szállították be 1 órás, egyet 6 órás és egyet 18 órás átfúródással. Tíz alkalommal 24 órás, két alkalommal 36 órás, hét esetben több mint 36 órás volt az átfúródás. Helyi egészségügyi, a tanyavilágra jellemző okai vannak egyrészt annak, hogy az esetek általában ilyen későn kerültek a klinikára, de szerepet játszanak a kórisme nehézségei is.

Az ambulans vagy az igen enyhe klinikai tünetekkel lefolyó, orvos nem észlelte typhusban az átfúródásra a hasi katasztrófa heves tünetei hívják fel a figyelmet s e tünetek megegyeznek az egyéb okból bekövetkezett átfúródás tüneteivel. A heves, heveny tünetek kétségtelenné teszik az átfúródást és a kezdődő hashártyagyulladást, de a typhus ambulansban legföljebb csak gyanú lehet az átfúródás typhusos voltára. Ha a tünetek, melyek nemcsak a typhusos átfúródásra jellemzőek, az átfuródást előidéző betegséget nem is árulják el, eléggé parancsolók a sürgős műtéti beavatkozásra. És ezek az esetek más kórismével ugyan, de eléggé korán kerülnek műtétre. A typhus ambulansban sem jelentkeznek az átfúródás tünetei minden esetben hevesen, bár még mindig jellegzetesebben, mint a typhus súlyosabb alakjaiban. A ködös öntudatú, a külső, belső behatásokat renyhén viszonozó betegen az átfúródás tünetei elmosódottan jelentkeznek, sok tünet az átfúródásnélküli, kísérő hashártyagyulladásban is megvan.

A fájdalom nem jelentkezik hirtelen, hevesen, nem vált ki olyan tüneteket, hogy az az észlelő orvosnak vagy a beteg környezetének, az ápolószemélyzetnek szembetűnő lenne. Lehet igen enyhefokú, hiányozhat is teljesen. Typhusos betegek, különösen gyermekek, ideges férfiak, hysteriás nők gyakran panaszkodnak állandó hasi fájdalmakról már kezdettől fogva. Az átfúródáskor jelentkező fokozódását e fájdalmaknak nem észleli a beteg környezete, sem az ápolószemélyzet, sem az orvos. A fájdalom állandósul, fokozódik, de gyorsan el is múlhat s csak a hashártyagyulladás kifejlődésével jelentkezik ismét. A fájdalom helye az átfúródás leggyakoribb helyének, a csípőbélnek megfelelően a has jobb, alsó fele. A kísérő hasi shock tünetei is hiányozhatnak, elmosódottak lehetnek. A hirtelen, heves, tartós fájdalom az addig fájdalmakról nem panaszkodó betegen mindig bélátfúródás gyanúját kelti, ha azt más ok nem magyarázza, így a typhusban is előforduló féregnyúlvány-, epehólyaggyulladás, kísérő typhusos hashártyagyulladás, bélvérzés, bélpuffadás, az egyenes hasizom szakadása, a hólyag teltsége, az alsó bordák csonthártyagyulladása, vesemedencegyulladás, havi vérzés, meginduló vetélés, heregyulladás, a csípővivőerek rögösödése.

A vakbél-csípőbéltáji nyomási érzékenység sem bír döntő jelentőséggel a kórismézésben. A legtöbb typhusos beteg e helyen, a csípőgödör áttapintásakor, sőt a végbélen át történő vizsgálatkor nyomásra fájdalmat jelez. A hasi izomvédekezés állandó kísérő tünete a bélátfúródásnak, de ismeretesek esetek, mikor a határozott izomvédekezés ellenére a hasmetszéskor átfúródást nem, csak izomvérzéseket, a zsigeri hashártya gyulladását találták.

A bélpuffadás fokozódása, a hőmérsék esése, az érverés megszaporodása, minőségének megváltozása, hányinger, hányás, szék- és szélrekedés, légszomj, a légzés megváltozása részben igen bizonytalan, nehezen észlelhető és egyáltalában nem állandó tünetek. Éppígy nem állandó jelenség s csak a beteget jól ismerő orvos észlelheti az átfúródást kísérő, jellegzetes, mind a facies abdomonalistól, mind a Hippokraticától eltérő arckifejezést (abattement).

A májtompulat eltűnését az erősen puffadt haránt vastagbél is okozhatja. Megmaradhat az átfúródás után is a májtompulat. Szabad gáz jelenléte a hasüregben kétségtelen jele a bélátfúródásnak. Szükségtelen azonban ennek megállapítására a hasüreget a máj alsó szélén szúrcsapolni (*Stradiatti*). Biztosan kórismézi a hasüregben lévő gázt a röntgenátvilágítás.

A vér minőségének megváltozása sem ad biztos támpontokat. Az átfúráskor rendszerint megszaporodnak a fehérvérsejtek, de a megszaporodás igen változó fokú s sokszor csak később, már a hashártyagyulladás kifejlődésekor jelentkezik. A megszaporodást vérzés, nagy hasmenés, légcsőhurut, tüdőgyulladás, vesegyulladás, genyedő folyamatok is előidézhetik. Nemcsak a fehérvérsejtek szaporodásából, de a többi vérvizsgálati leletből is csak akkor tehető következtetés, ha azokat rendszeresen végeztük a betegség egész lefolyása alatt. A fehérvérsejtek megszaporodásának hiánya nem befolyásolhatja a bélátfúródás kórisméjét. Eseteinknek majdnem felében, a már kifejlődött hashártyagyulladás szakában is, még leukopeniát észleltünk.

Kórjellemző tünetek birtokában módunk lenne a legkedvezőbb időben, röviddel az átfúródás után, műtéttel beavatkozni. A typhusos bélátfúródásnak azonban, mint látjuk, kórjellemző (pathognomonicus) tünete a hasüregi szabad gázgyülemen kívül nincsen. Egyes tünetek jelenléte nem szól feltétlenül az átfúródás mellett, azok hiánya viszont nem ellene. Ez magyarázza a sok tévedést a kórisme felállításában és a már kifejlődött hashártyagyulladás tünetei alapján, későn kórismézett bélátfúródást. Az átfúródás nem ritkán annyira tünetmentesen jön létre, hogy csak a kezdődő hashártyagyulladás tünetei utalnak rá.

Azok a nehézségek, melyeket egyformán érez a belorvos és a bélátfúródás gyanújához hívott sebész, vezettek mindkét részről a fenyegető (imminens) jelek s az átfúródást megelőző szak (preperforativ stage) tanulmányozásához. Amerikai és francia sebészek ezirányú gondos megfigyelései után mások észlelései sem vezettek megnyugtató eredményre. A fenyegető és az egészen kezdeti tünetek éppen úgy elmosódottak, bizonytalanok, és talán egy betegség klinikai képe sem olyan tarka, mint éppen a typhusé.

A bizonytalan fenyegető tünetek közül a bélvérzést tartják megbízható jelnek abból a megfigyelésből kiindulva, hogy az átfúródást igen gyakran előzi meg vérzés. A vérzés és átfúródás egyugyanazon kórbonctani folyamat következménye, de kétségtelen, hogy igen sok vérzést nem követ átfúródás és az átfúródást sem mindig előzi meg vérzés. Két esetünkben volt az átfúródást megelőzően bélvérzés. A vérzés legfeljebb a figyelmünket hívja fel az esetleg bekövetkezhető átfúródásra s a leggondosabb észlelést és minden tünet pontos értékelését indokolja. A vérzéssel együtt is felléphet az átfúródás. A tünetek változatossága igen nehézzé teszi ennek kórismézését.

A nem jellegzetes fenyegető tünetek, a bizonytalan kezdeti jelek, a minél korábbi beavatkozásra törekvés felveti az explorativ hasmetszés kérdését. Az erre kényszerítő kétséges esetekben az egyesek ajánlotta (*Finney, Woolsey*) gomblyukmetszés kíméletes ugyan, de tévedésekre adhat alkalmat. A »nagyobb« explorativ hasmetszést *Madelung* majdnem teljesen veszélytelennek tartja és e véleményének megindokolásában hivatkozik számos irodalmi adatra. Tapasztalataink alapján a typhusban végzett hasmetszés majdnem teljesen veszélytelen voltát

nem ismerjük el. Több esetben az volt a benyomásunk, hogy az súlyosbította a beteg állapotát. Kétségtelen, hogy az egyes esetek megítélésekor az alapbetegség súlyosságát is tekintetbe kell vennünk. Igen kétségesnek tartjuk azt a megállapítást, hogy a hasmetszés a typhus lefolyását kedvezően befolyásolja, tartamát megrövidíti. Ezen véleményünk nem zárja ki azt, hogy az explorativ hasmetszést megengedhetőnek ne tartsuk a kétséges, de átfúródásra gyanús esetekben. Az átfúródás tüneteinek bizonytalansága miatt a korai kórisme szempontjából az is fontos, különösen a rendestől eltérő tünetekkel járó, a védőoltottak typhusában, hogy az összes tünetek mérlegelésével megállapítsuk, typhusos-e a beteg.

A minél koraibb kórisme, a minél koraibb műtét a legfőbb követelmény, mert az alapbetegség súlyosságát nem tekintve, elsősorban ettől függ a műtéttel elérhető eredmény.

A hasmetszést legcélszerűbb altatásban végezni. A helyi érzéstelenítés nem alkalmas a hasüreg nyugodt, részletes átvizsgálására s a rossz, elégtelen helyi érzéstelenítés károsabb, mint az altatás. Minden esetben morphium-atropin adása után aether-altatásban végeztük a műtétet. Ártalmat nem észleltünk és mindig kevés aethermennyiséggel értük be. A franciák a tüdő- és légcsőbántalmak elkerülése végett a chloroformot ajánlják. A súlyos fertőző betegségben tilalmasnak tartjuk, ellenben az aethert, mint szívizgatót, különösen alkalmasnak. Nem tanácsos a műtétet magas gerincvelő-érzéstelenítésben végezni, mert a vérnyomássüllyedés végzetes lehet.

Az átfúródás minél gyorsabb, de kíméletes felkeresésére elegendő nagy metszéssel nyissuk meg a hasat. A kis nyíláson át történő, nem sebészi behatolás itt is csak ártalmas következményekkel jár. Mivel az átfúródás leggyakoribb helye az alsó csípőbélszakasz, legcélravezetőbb a vakbél-csípőbéltáji vagy az alsó-középső hasmetszés. A drénezés miatt az előbbit jobbnak tartjuk. Eseteinknek több mint kétharmadában itt nyitottuk meg a hasat s a bizonytalan kórokú esetekben választottuk a középső-alsó hasmetszést. Minden esetünkben a csípőbél alsó szakaszán volt az átfúródás, még pedig 21 esetben az alsó 50 cm-es szakaszon, egy esetben 125 cm-re a vakbéltől, 21 esetben egyszeres, 1 esetben többszörös. Föllelése egy alkalommal sem okozott nehézséget.

A műtéti ellátásra különféle eljárások állanak rendelkezésünkre. A kicsi, aránylagosan ép környezetű lyuk elvarrása nem okoz nehézséget. A környezet azonban rendszerint gyulladt, törékeny, a varratok átvágnak s ezek a körülmények igen nehézzé teszik a lyuk megbízható zárását. Sokak azon ajánlata, hogy a fekély szélét egészen az »egészségesig« vágjuk ki és az épben varrjunk, kivihetetlen követelmény. Olyan nagy terület kivágása lenne szükséges a legtöbbször, hogy a varratok a bélnyílást nagymértékben szűkítenék s a szűkület feletti béltágulat ismét csak a varratok átvágódását segítené elő. A varratok biztosítására a csepleszt rögzíthetjük a varratsor fölé. Az átfúródás lyukának elvarrása 19 esetünkben lehető volt.

Az elvarrás kivihetetlen, ha túlnagy s ha többszörös az átfúródás. Különösen nehéz és lehetetlen, ha a többszörös átfúródás lyukai egymáshoz közel vannak. Ilyenkor a bélszakasz csonkolása vagy előhelyezése végzendő. A bélcsonkolás hosszabban tartó, súlyos beavatkozás. Az irodalomban kevés szerencsés kimenetelű bélcsonkolásról találunk említést. Ebben szerepet visz az a körülmény is, hogy a súlyos esetekben, a nagy és többszörös átfúródásokkor, kifejlődött hashártyagyulladásban végzünk bélcsonkolást. Egy alkalommal, egy 36 órás, többszörös átfúródásban végeztünk csonkolást. Betegünk a műtét utáni napon meghalt. A boncoláskor általános, genyes hashártyagyulladást, fekélyképződés szakában lévő typhust, súlyos szívizomelfajulást találtunk; a szájadék varratai jól tartottak.

Az átfúródott bélszakasz kivarrását a hasi sebbe, az átfúródás nyílásának bélsipollyá való átalakítását *Allingham* ajánlotta először 1894-ben, bár az eljárás egy későbbi hívének, *Escher*-nek nevéhez fűződik, aki 1903-ban hívta fel rá a figyelmet. *Escher* az átfúródás elvarrását csak egészen különlegesen alkalmas esetekben tartja megengedhetőnek és a választandó eljárásnak a bélsipollyá átalakítását. Az Escher-féle eljárásnak különösen a francia sebészek között van sok híve. Előnyeiként említik, hogy a sipoly útján a fertőző anyagok gyorsan elvezetődnek a bélből, nem juthatnak a hasüregbe, távoznak a gázok s így megszűnik a bélpuffadás. Kétségtelen hátrányai a bélsipoly ismert kellemetlen és ártalmas következményei, a beteg táplálásának és a sipoly zárására szükséges második műtétnek nehézségei. A hosszabb ideig fennálló bélsipoly hátrányainak elkerülésére *Witzel*-sipoly készítését ajánlották mások azzal a megokolással, hogy így érvényesülnek a sipoly előnyei és megmarad a bélpassage. Ennek is vannak hátrányai. Készítése körülményes, beszűkíti a bélnyílást, kiterjedt összenövéseket okoz és megszüntetésére igen nagy bélcsonkolás szükséges.

Ezen eljárásokon kívül az elvarrt bélszakasz rögzítését a hasfalhoz, az elvarrás után a beteg bélszakasz szájadékképzés útján történő kiiktatását *(Domele)*, az elvarrt nyílás betürését *(Breitner)*, elvarrás után ileocoecalis sipoly készítését *(Ribeiro)*, az átfúródott bélkacs egyszerű előhelyezését s a bélfodor hasfalhoz varrását *(Madelung)* ajánlották.

Majdnem általános az a felfogás, hogy a legmegnyugtatóbbnak látszó elvarrás után is ajánlatos a drénezés és a hasi seb nyitva tartása, bár még a legújabb közleményekben is találunk olyan véleményt, hogy a drénezést csak előrehaladott hashártyagyulladásban végezzük *(Samoskin)*. E felfogás kétségkívül nem helyes, mert a drén nélküli zárás nagy veszedelmeket rejt magában. A varratelégtelenség, az újabb távoli átfúródás, átfúródás az elvarrt lyuk fekélyének területében a varratsor mellett (additional perforation) mindenképpen indokolja a drénezést. Minden esetben gumidrénnel végeztük a drénezést.

Helytelennek tartjuk azok felfogását, is akik az átfúródás felkeresését nem tartják szükségesnek s csak a hasüreg drénezésére szorítkoznak *(Bagley, Owen, Mitchel, Harris)*. A hashártyagyulladást nemcsak bélátfúródás, hanem a typhus sok más szövődménye is okozhatja s a typhusos bélátfúródásból eredt hashártyagyulladás sem lehet kivétel az általános szabály alól: a hashártyagyulladást előidéző ok megszüntetendő. Ez eljárást legföljebb a már eves-genyes hashártyagyulladás és a beteg igen súlyos állapota teszi indokolttá. Két esetben ilyen körülmények között mi is így jártunk el.

A hasüreg kimosását nem tanácsos végezni. Nagytömegű izzadmány, genygyülem esetén legfeljebb kitörlést végeztünk. A mosás megnyujtja a műtétet, ez a súlyos betegre nem közömbös, fertőzzük vele a hasüreg minden részét s tökéletes kimosást úgy sem érhetünk el.

Operáltjaink közül 19 meghalt (86%). A halál a legtöbb esetben röviddel a műtét után, az első 48 órában, állott be. Négy esetben súlyos lebenykés tüdőgyulladás volt a hashártyagyulladás mellett a halál közvetlen oka. Az átfúródás után egy órával klinikánkra áttett beteg esetében a műtét utáni napon bekövetkezett halál okát is a lebenykés tüdőgyulladásban és szívizomelfajulásban kellett látnunk. A hashártyagyulladáson kívül előforduló szövődmények keletkezése érthető, hiszen az átfúródás s a műtét általános fertőző, szövődményekre hajlamos betegben történik. Kiterjedt lebenykés tüdőgyulladás miatt a halál egy esetben a 7., a másikban a 13. napon következett be, azt mondhatni, már a hashártyagyulladás lezajlása után. Varratelégtelen-

séget, újabb átfúródást a varratok mellett, távoli átfúródást nem észleltünk.

Az utókezelésben a hashártyagyulladás általános kezelési irányelvei szerint jártunk el a fertőző alapbetegség tekintetbe vételével.

Három operáltunk meggyógyult (14%).

1. *V. S.* 18. é. férfi. Három hete »meghűlt», néhány napig feküdt. Két héttel ezelőtt »egész hasa fájt». Tegnap étvágytalan volt. Széke rendben. Ma reggel nagy hasi görcsök, különösen a köldöktájon; szelek nem távoznak, vizelete, széke elakadt; lázas lett; nem hányt. Hőmérséke 39·8, érverése 132. Nyelve bevont. Előbomborodó, feszes, nyomásra mindenütt igen fájdalmas has; mindenütt izomvédekezés, legkifejezettebben a köldöktájon. A Douglas-ür nyomásra igen fájdalmas. Fehérvérsejtszám 7000. Műtét aether-altatásban. Vakbél-csípőbéltáji pararectalis behatolás. Általánosnak látszó, savós-rostonyás hashártyagyulladás, sok vékonybéltartalommal kevert izzadmány. A csípőbélen, 20 cm-re a vakbéltől, a bél szabad szélén majdnem filléresnyi, egyenetlen szélű átfúródás; környezetében a bélfal vaskos, kissé merev. A bélfodri nyirokcsomók diónyiak. Elvarrás. Drén. Widal-reactio erősen positiv. Zavartalan gyógyulás. Jellegzetes borsóleszerű, spontan szék a műtét utáni napokon. Lytikus lázesés. A 27. napon gyógyultan távozik. Elsődleges sebgyógyulás a drén helyét nem tekintve.

2. *P. J.* 60 é. férfi. Két hete beteg: láz, borzongás, jobboldali, a vakbél tájon legerősebb hasi fájdalmak. Ma ágynak esett. Tegnap óta nem volt széke, szelek nem távoztak, hányt, csuklott. Apathiás, elesett; jellegzetes typhusos nyelv, megnagyobbodott lép. A has nyomásra mindenütt igen érzékeny, legkifejezettebben a vakbéltájon, ugyanitt izomvédekezés. Rovsing-tünet. A Douglas-ür szabad, nyomásra nem érzékeny. Hőmérsék 39·2, érverés 104, fehérvérsejtszám 5000. Műtét aether-altatásban. Alsó-középső hasmetszés. Sok béltartalommal, gázzal kevert izzadmány. Rostonyás, általánosnak látszó hashártyagyulladás. A vakbéltől 30 cm-re a csípőbélen lencsényi, cafatos szélű átfúródás. Megnagyobbodott bélfodri nyirokcsomók. Elvarrás. Drén. Widal-reactio erősen positiv. Tüdőgyulladás fejlődik ki a műtét után, szétválik a bőrseb, elhal a bőnye. A tüdőgyulladás visszafejlődik, lytikus lázesés; másodlagos sebgyógyulás; a 48. napon gyógyultan távozik.

3. *Sz. S.* 27 é. férfi. Két hét óta »beteges»: fejfájás, borzongás, hasfájás; nem feküdt állandóan. Tegnapelőtt hasi görcsök, tegnap lázas lett, többször hányt. Ma hányás, csuklás, szék, szelek nem távoztak. Puffadt has, mindenütt nagyfokú nyomásérzékenység, izomvédekezés. Szabad hasüri folyadék; a ledomborított Douglas-ür nyomásra igen fájdalmas. Hőmérsék 37·7, érverés 90, fehérvérsejtszám 9000. Műtét aether-altatásban. Alsó pararectalis behatolás. Általánosnak látszó, rostonyás-genyes hashártyagyulladás, sok geny a hasüregben. A csípőbélen, 15 cm-re a vakbéltől, a szabad szélen szakadozott szélű átfúródás. Megnagyobbodott bélfodri nyirokcsomók. Elvarrás. Drén. Widal-reactio igen erősen positiv. A műtéti seb szétválik, az elvarrt átfúródás újra kinyílik. A bélsipoly kilenc hét mulva magától záródik. Hetvenhét napi klinikai tartózkodás után gyógyultan távozik.

A kórelőzményi adatok, különösen utólagosan elemezve, a klinikai kép, a hasmetszéskor talált lelet, a *Widal*-próba erős positivitása kétségtelenné teszik mindhárom esetben a bélátfúródás typhusos eredetét, bár az egyik esetben sem volt a műtét előtt kétségen felül bizonyos.

Második gyógyult betegünk 60 éves volt. Idős egyének typhusa általában elég kedvezőtlenül folyik le s az 50 éven felüli egyének műtéti kórjóslata egészen rossz. Kevés a gyógyult eset a 60. év körüli és az azon felüli egyéneken.

Harmadik gyógyult betegünk sipoly képződése tanulságul szolgálhat arra, hogy az elvarrt bélszakasz rögzítése a hasfalhoz kedvező helyzetet teremt arra az esetre, ha a bélvarrat nem tart. Az így képződött sipolyok legtöbbje az irodalom adatai szerint önként és véglegesen záródik, ritkán válik szükségessé a sipoly műtéti zárása. A mi esetünkben is önként és végleges záródás következett be.

Ámbár gyógyult három betegünk egyike sem került az első hat, illetőleg 12 órában műtétre, viszont korábban operáltjaink a műtéti ellátás ellenére meghaltak, nem vonhatjuk le azt a helytelen következtetést, hogy nem a korai beavatkozás a döntő *(Breitner)*, mert a kórjóslat s a műtéti beavatkozás sikere függ ugyan egyéb tényezőktől is, így az általános fertőző betegség jellemétől, a beteg általános állapotától, de legelső sorban mégis a korai műtéti ellátástól. Az átfúródástól eltelt idő, a hashártyagyulladás foka jelentékenyen befolyásolják a kórjóslatot, az eredményt, éppen úgy, mint a nem typhusos gyomor-bél átfúródásban, a has lövéses, szúrásos sérüléseiben, sőt még döntőbben, mert az átfúródás typhusban mindig nagymértékben telt bélkacson történik és a typhusos béltartalom több kórokozó csirát tartalmaz, mint az egészséges. Enyhébb fokú typhusban, más szövődmények nélkül a kórjóslat jobb, a kimenetel kedvezőbb. Mindhárom gyógyult betegünk typhusa enyhefokú volt és ebben látjuk a késői műtétek sikerének titkát. Nem jelenti ez azt, hogy a súlyos, már nem kedvező időben lévő átfúródásban a műtéttől álljunk el, mert a szervezet tartalék erejét megítélni nem lehet és műtét nélkül igen ritka kivétellel halállal végződik a következményes hashártyagyulladás. A korai beavatkozáskor még több tartalékerővel rendelkezik a szervezet, mint a kifejlődött hashártyagyulladásban.

Hogy műtéti beavatkozással a biztosan halálos typhusos bélátfúródásban eredményt lehet elérni, azt számos eset igazolja. A gyógyulási arányszámok mind a részleges, mind a gyüjtő összeállításokban nem adnak való képet (8 és 38% között váltakoznak), mert sok szempontot figyelmen kívül hagynak és mint minden ilyen összeállítás, abban a hibában szenvednek, hogy a balsikerekben nem őszinték. Igen sok nem gyógyult eset marad ismeretlen. Ez a körülmény a gyógyulási arányszámot teljesen megváltoztatja és kedvezőbbnek tünteti fel. *Madelung* megbízható, a megítélésre minden tekintetben megfelelő összeállítások alapján a műtét gyógyulási arányszámát 7—8%-ra becsüli. Mi a válogatás nélkül összegyüjtött eseteinkben 14%-os gyógyulást tudunk felmutatni. Ezzel az eléggé jó arányszámmal nem szabad megelégednünk, még akkor sem, ha a typhusos bélátfúródásban minden beteget műtéti beavatkozás nélkül elveszettnek tekintünk is. És ha a jobb eredmény lehetőségének feltételeit keressük, akkor azt csak a korai műtéti beavatkozásban találhatjuk meg. A műtéti technika lényeges változást nem hozhat. Az átfúródás elkerülésére irányuló óvóintézkedések sikertelensége, a fenyegető jelek csoportjának bizonytalansága sem ad bizodalmat. Eseteink majdnem mind későn kerültek műtétre, aminek okait, köztük a kórisme nehézségeit, említettük. E nehézségek legyőzésére a sebésznek több typhusos beteget kellene látnia, hogy a tarka kórkép változatos tüneteivel ismerősebb legyen, de a belorvosnak is többször kellene hívnia a sebészt és nem egyedül vállalnia az átfúródás kórismézének nehézségeit, felelősségét, megvárni a hashártyagyulladás feltartózhatatlanul kifejlődő vészes tüneteit. A typhusos osztályok ápolószemélyzetének gondos és szigorú iskolázása is fontos feladat. Sajnos, még sok helyen magánházban részesül a typhusos beteg ápolásban. Célszerű lenne a typhus intézeti kezelését kötelezővé tenni; ezzel elkerülnők az átfúródásban nem kedvező szállítást is. Ezek a szervező törekvések és intézkedések, a belorvos és a sebész szigorú együttműködése, ha az egyéni kórjóslaton nem is, de bizonyosan lényegesen javítanának a műtéttel elérhető eredményeken.

Kiadványainkat olcsón kapják meg előfizetőink az összeg előzetes beküldése után. *Soos Aladár:* Étrendi előírások III. kiadás, 5 P helyett 4 P; *Horváth Boldizsár:* A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra 5 P; *Kunszt János:* A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei 215 oldal, 6.50 P helyett 5.50 P. Vászonba kötve 8 P helyett 7 P; *Issekutz Béla:* Gyógyszerrendelés 8 P helyett 3 P; *Rigler Gusztáv:* Közegészségtan és járványtan tankönyve 25 P helyett 5.70 P; *Orsós Ferenc:* Kórboncolás vezérfonala 86 oldal 2.50 P helyett 2 P; *Krepuska István:* A füleredetű agytályogok kór- és gyógytana 4 P. — A befizetési lap hátulján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni.

A Ferenc József Tudományegyetem belgyógyászati klinikájának közleménye (igazgató: Rusznyák István ny. r. tanár).

Az ascorbinsav vérzéscsillapító hatásáról vesevérzés esetén.

Irta: *Korányi András dr.* és *Bentsáth Aladár dr.*

Amióta *Szent-Györgyi* nagyjelentőségű kísérleteivel isolálta a C-vitamint, a szerzők hosszú sora fogott ezen anyag különféle hatásainak és élettani tulajdonságainak vizsgálatába. Hogy milyen nagyjelentőségű *Szent-Györgyi* fölfedezése és milyen nagy érdeklődést keltett, legjobban bizonyítja az azóta megjelent közlemények nagy száma (*Moravitz, Kramár, von Drigalszki, Grünsberg* és *Schade, Török* és *Neufeld* stb.).

Igen érdekes az ascorbinsav vérzéscsillapító hatása, mely a scorbuttal kapcsolatban már az első vizsgálatok alkalmából ismertté vált. Érthető tehát, hogy a kutatók figyelme hamar ebbe az irányba terelődött s igyekeztek az ascorbinsavat minden vérzéssel járó megbetegedésben kipróbálni. Ezen vizsgálatok indokoltsága mellett szólt még az a tény is, hogy a »Nateina« nevű készítmény, mely tudvalevőleg A, B, C, D vitaminok összeségéből áll, igen hatásos vérzéscsillapító szer. Ezen elgondolások alapján adott két német szerző: *Börger* és *Schröder* különféle, vérzésekkel járó betegségben (pseudohaemophilia, peliosis rheumatika, gócnephritis) ascorbinsavat és észlelte annak vérzéscsillapító hatását. *Groák Béla* a Magyar Élettani Társaság nagygyűlésén számolt be egy nephritises haematuriának ascorbinsavval történt megszüntetéséről.

Vizsgálatainkat ugyancsak ilyen elgondolások alapján indítottuk meg s már hónapokkal ezelőtt kezdtünk ascorbinsavat adagolni veseeredetű vérzésekben. Eddig nyolc haematuriás betegnek adtunk ascorbinsavat, öt acut nephritisben, két chronikus nephritisben és egy, valószínűleg kőokozta haematuria esetén. Az alábbiakban ismertetjük a nyolc beteg rövid kórtörténetét.

I. H. E. 41 éves férfibeteg. Felvétetett 1934 VII. 5-én. Két és féléve kezelik vesebaja miatt. Utóbbi hetekben sokat fáj a feje, szédül, étvágytalan. Kb. két hét óta véres a vizelete. Jelen állapot: balra mérsékelten nagyobb szív, aorta II. ékelt. Rtg. Hypertrophiásan tágult balszív, aorta szélesebb, sclerotikus. Vizelet: húslészerű, fs. 1013, alb. Esbach: $^3/_4$‰ Üledék: zsúfolva vörösvérsejtekkel. Vérnyomás: 220/155 Hg. m. RN. 36 mgr. %. Vérchlor: 285 mgr %. Naponta kap 0·15 gr ascorbinsavat i. v. VII. 6. Vizeletlelete változatlan. VII. 7. Vizelet: szalmasárga, átlátszó, alb. tejszerű zavar. Üledékben: 20—25 vörösvérsejt, látóterenként elvétve egy-egy szemcsés és hyalin cylinder. VII. 10. Vizelet: átlátszó, szalmasárga, alb. opalescál. Üledékben elvétve egy-egy vörösvérsejt. VII. 14. Vizelet: ab. halvány-opal. Üledék: negativ. Vérnyomás: 190/90 mg.

II. B. K. 16 éves fiú. Felvétetett VII. 7. Három hét óta érez fájdalmakat az epigastriumban és deréktájon, pár nap óta nehezebb a légzése, arca és lába megdagadt. Vizelete megkevesbedett, sötétbarna színű. Statusban lényeges eltérés nincs, szemhéja, lába kissé vizenyős. Vizelet: vöröses-barna, alb. tejszerű zavarodás. Donné: + Üledékben: 5c—100 vörösvérsejt. Vérnyomás: 135/76 Hg. mm. RN. 28 mgr %. Vérchlor: 276 mgr % Naponta kap 0·15 gr ascorbinsavat. VII. 8. Vizelet: szalmasárga, alb. erős op. Üledékben: 20—30 vörösvérsejt. VII. 11. Vizelet: alb. op. Üledékben: 5—8 vörösvérsejt. VII. 14. Vizeletlelet negativ.

III. R. K. 17 éves fiú. Felvétetett VII. 27. Anamnaesisében semmi lényegeset nem mond el, csupán három nappal előbb vette észre, hogy vizelete sötétbarna és kissé gyakrabban kell vizelnie, Status: több rossz, szuvas fog, tonsillák nagyok. Szív balra kissé nagyobb, csúcson és basison halk systolés zörej, mindkét nagyér hangja ékelt. Vizelet: sötétbarna, kissé zavaros, fs. 1020, alb. erős op. Üledékben nagyon sok vörösvérsejt, elvétve egy-egy szemcsés henger. Vérnyomás: 140/75 Hg. mm. RN. 30 mgr %. Vérchlor: 230 mgr %. Naponta kap 0·15 gr ascorbinsavat i. v. VII. 28. Vizelet lelete változatlan. VII. 29. Vizelet: szalmasárga, alb. erős op. Üledékben 5—10 vörösvérsejt. VII. 30. Vizeletüledékben vörösvérsejt nem mutatható ki.

IV. K. B. 28 éves férfibeteg. VIII. 27-én felvéve. Hat év óta vannak időnként tompa deréktáji fájdalmai. Vizeletében több ízben fehérjét találtak. Két napja egy tályogos fogát kihúzták, estére hőmérséklete 39°-ra emelkedett, hidegrázása, erős fejfájása volt. Másnap erős vesetáji fájdalmak támadtak, orvosa, ki vizeletében fehérjét és vért talált, küldte be klinikánkra. Jelen állapot: az eltávolított fog helye oedemás, véralvadékkal borított. Szív balra mérsékelten megnagyobbodott, csúcson systolés zörej, mindkét nagyér hangja ékelt. Vérnyomás: 130/70 Hg. mm. Vizelet: zavaros, vöröses barna, fs. 1022, alb. tejszerű zavar. Esbach: 0·5‰. Üledék: zsúfolva vörösvérsejtekkel, szemcsés és hyalin-hengerek. Rn. 32 mgr %. Vérchlor: 253 mgr %. Betegnek hat napon át először i. v. és per oralisan Ca.-ot adagoltunk, ezalatt a vizeletlelet nem változott. IX. 2-tól 0·15 gr ascorbinsavat kap i. v. IX. 3. Vizelet: világossárga, átlátszó, alb. op. Üledékben: 8—10 vörösvérsejt. A beteg IX. 12-ig kapta az ascorbinsavat, de a mikroscopos vérvizelés mindvégig megmaradt.

V. Sz. L.-né. 31 éves beteg, felvétetett VIII. 19-én. A beteg egyízben már feküdt klinikánkon decompensált stenosis ostii ven. sinistrivel. Most 13 nappal szülés után van, öt nappal ezelőtt foghúsa megdagadt, fájdalmas lett. Jelen állapot: balra erősen, jobbra kissé megnagyobbodott szív, csúcson systolés zörej, kettős diastolés hang, pulmonalis II. ékelt. A jobb alsó praemolaristól kezdődőleg pyorrhea alveolaris. Vizelet: sötétbarna, kissé zavaros, fs. 1021, alb. erős opal. Üledékben rengeteg friss vörösvérsejt. Vérnyomás 150/90 Hg. mm. Rn. 27 mgr %. Vérchlor: 280 mgr %. Naponta 0·15 gr ascorbinsavat kap i. v. IX. 20. Vizelet: sötétbarna, alb. erős op. Üledékben: 50—100 vörösvérsejt, egy-egy szemcsés henger. IX. 21. Vizelet: világossárga, átlátszó, alb. op. Üledékben: 20—25 vörösvérsejt. IX. 24—28-ig: Üledékben: 8—10 vörösvérsejt található.

VI. L. S. 25 éves férfibeteg. Felvétetett IX. 6-án; hét nappal ezelőtt torokgyulladása volt, erős lázzal, két nappal később mindkét oldalon deréktáji fájdalmak támadtak, vizelete vöröses színű lett. Mindkét tonsilla erősen megnagyobbodott, lacunaris, egyébként negativ lelet. Hőmérséklete: 38·2°. Vizelet: zavaros, sötétbarna, fs. 1016, alb. erős apolescentia. Üledék: zsúfolva vörösvérsejtekkel. Vérnyomás: 135/75 Hg. mm. Rn. 36 mgr %. Vérchlor: 287 mgr %. Naponta kap 0·15 gr ascorbinsavat. IX. 7. Vizeletlelet változatlan. IX. 8. Vizelet: világossárga, átlátszó, alb. op. Üledékben 5—10 vörösvérsejt. IX. 10. Üledékben 2—5 vörösvérsejt. IX. 12. Vizeletlelete negativ.

VII. S. I. 12 éves kislány. IX. 24-én jött be a klinikára. Egy héttel ezelőtt volt torokgyulladása, két nappal bejövetele előtt vették észre hozzátartozói, hogy arca megdagadt. Jelen állapota elváltozást nem mutat. Vizelet: szalmasárga, fs. 1017, alb. op. Üledékben: 20—30 friss vörösvérsejt. Vérnyomás: 130/70 Hg. mm. Naponta kap 0·15 gr ascorbinsavat. 11 napig tartó ascorbinsav adagolás után a friss vörösvérsejtek épp úgy megvannak az üledékben, mint a bejövetelkor.

VIII. P. K. 34 éves férfibeteg. Felvétetett IX. 30-án. Két nappal bejövetele előtt hirtelen fájdalmak jelentkeztek a jobb vese tájékán és utána azt észlelte, hogy vizelete véres színű lett. Egy ízben már volt hasonló fájdalma és haematuriája, mely kb. nyolc napig tartott. Jelen állapota: jobb vesetáj ütögetésre erősen fájdalmas, egyébként negativ lelet. Vizelet: barnásvörös, fs. 1020, alb. erős op. Üledék: nagyon sok friss vörösvérsejt. Vérnyomás: 130/70 Hg. mm. Egy dosis 0·15 gr ascorbinsav után másnap vizeletlelete: világossárga, átlátszó, alb. negativ. Üledékben: 2—3 vörösvérsejt látóterenként. X. 2. Vesetáji fájdalmai lényegesen enyhültek, vizeletlelete negativ. A beteg az urologiai vizsgálat elvégzésébe nem egyezik bele és távozik a klinikáról.

Mint ezen rövid ismertetésekből láthatjuk, az öt heveny nephritises haematuria közül négynek a napok óta tartó vérvizelés egy-két adag ascorbinsavra megszűnt; az egyik esetben, ahol a makroskopos vérzés megszűnt, a mikroskopos vérvizelés a klinikán tartózkodása alatt mindvégig megmaradt. Egy esetben pedig, ahol kezdettől fogva csak mikroskopos volt a vérvizelés, nem befolyásolta azt a több ízben adott ascorbinsav. A két chronikus nephritis esetében a szemmellátható vérvizelést szintén azonnal megszüntette az ascorbinsav, de az egyik esetben a mikroskopos vérzés itt is fennmaradt. Igen érdekesnek bizonyult utolsónak vizsgált esetünk, ahol valószínűleg kőokozta s már három napja fennálló haematuria egy adag ascorbinsavra megszűnt. Teljes bizonyossággal nem állíthatjuk, hogy az ascorbinsav okozta a vérzés megszűnését, azonban az ascorbinsav adása

és a vérzés feltűnő gyors megszűnése között feltételezhető bizonyos összefüggés.

A már említett két szerző, *Börger* és *Schröder* megvizsgálták a vérplasma fehérjefractióit olyan esetekben, ahol a »Nateina« és az ascorbinsav vérzéscsillapító hatást fejtett ki s azt találták, hogy mindkét szer jelentékenyen emeli a vér összes fehérjetartalmát (a »Nateina«-val kapcsolatban *Nikeau* szintén ezt állapította meg) s a vér fehérjefractióit az albuminok irányába tolja el. E vizsgálataik alapján szerzők feltételezik, hogy az ascorbinsav-okozta vérzéscsillapító hatás és a vérfehérjefractio megváltozása között szoros összefüggésnek kell lenni. Ezt a feltevésüket *Randoin* és *Mihaux* vizsgálataikkal is igazolva látják, kik súlyos scorbutos kísérleti állatokban a vér összes fehérjetartalmát megfogyottnak és a globulin fractiót kevésbbé csökkentnek találták, mint az albumin fractiót.

Fenti eseteinkben, hol hosszabb-rövidebb ideig adtunk ascorbinsavat, mi is vizsgálat tárgyává tettük a vér fehérjefractióit. Minden esetben mind az ascorbinsavval történt kezelés előtt, mind a kezelés után, sőt a hosszabban tartó kezelések alatt több ízben is megvizsgáltuk a fehérjefractiókat. A fehérjefractiókat *Ruszn yák* nephelometriás eljárásán alapuló s *Hatz* és egyikünk által kidolgozott módszerrel határoztuk meg. Az alábbi táblázaton láthatók a vér fehérjefractiók értékei a kezelés tartama alatt és után.

		O. f.	Alb.	G.	b.	Fg.	
H. E.	Nephritis chr.	5·0	3·7	1·2	0·17		Kezelés előtt
I.		4·0	3·0	0·9	0·16		Kezelés után
B. K.	Nephritis acuta	3·2	2·0	0·9	0·30		Kezelés előtt
II.		3·8	2·3	1·2	0·29		Kezelés után
R. K.	Nephritis acuta	4·8	3·2	1·3	0·30		Kezelés előtt
III.		6·2	4·6	1·3	0·29		Kezelés után
K. B.	Nephritis chr.	2·9	1·7	0·9	0·32		Kezelés előtt
IV.		4·6	3·3	1·0	0·34	2	dosis ascorbinsav u.
		4·1	2·9	1·0	0·27		Kezelés után
Sz. L.-né	Nephritis acuta sten. ostii v. sin.	4·6	3·1	1·2	0·36		Kezelés előtt
V.		4·2	2·8	1·1	0·32	5	dosis ascorbinsav u.
		4·6	3·0	1·3	0.30		Kezelés után
L. S.	Nephritis acuta	4·4	2·6	1·2	0·60		Kezelés előtt
VI.		6·0	4·3	1·3	0·45		Kezelés után
S. I.	Nephritis acuta	4·6	3·2	1·0	0·45		Kezelés előtt
VII.		5·2	4·1	0·8	0·36	5	dosis ascorbinsav u.
		5·0	3·7	1·0	0·30	8	dosis ascorbinsav u.
Sz. P.	Haematuria	4·5	3·0	1·3	0·25		Kezelés előtt
VIII.	Nephrolithiasis?	6·1	5·0	0·9	0·19		Kezelés után

Mint a kórtörténetekből és a táblázatból kitűnik, a III., VI., VIII. esetben a haematuria megszűnésével együtt járt az összes fehérje megszaporodása és az albuminfractio megnagyobbodása, az I. és II. esetben szintén megszűnt a vérzés, de nem változtak lényegesen a fehérjefractiók. A IV. esetben megszűnt a makroskopos vérvizelés, az összes fehérje- és az albuminfratio emelkedett is, de nem szűnt meg a mikroskopos vérzés. Az V. esetben a makroskopos vérzés megszűnt, de nem szűnt meg a mikroskopos haematuria s a fehérjefractiókban sem volt változás kimutatható. A VII. esetben, ahol kezdettől fogva csak mikroskopos volt a vérvizelés, nem változtak lényegesen a fehérjefractiók és nem befolyásolta az ascorbinsav a vérzést. E vizsgálatok alapján nem fogadhatjuk el *Börger* és *Schröder* ama megállapításait, hogy az ascorbinsav vérzéscsillapító hatása és a fehérjefractiók változásai között szoros összefüggés van. A mi vizsgálataink szerint is vannak olyan esetek, ahol az ascorbinsav-okozta vérzéscsillapítás és a fehérjefractiók megváltozása együtt jár, de viszont eseteink más részében a fehérjefractiók megváltozásai nélkül is észleltük az ascorbinsav vérzéscsillapító hatását.

Irodalom: *Szent-Györgyi*: Deutsche Med. Wschr. 1932. Nr. 23. — *Svirbely* és *Szent-Györgyi*: Biochem. J. 1932. 26. — 1933. 27. — *Börger* és *Schröder*: Klin. Wschr. 23. 842. — *Nikeau*: Klin. Wschr. 1928. 590. — *Korányi* és *Hatz*: Z. für Analitische Chemie Bd. 97. 1934. — *Randoin* és *Mihaux*: C. r. Acad. Sci. Paris. 192. 1931.

A Ferenc József Tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye. (igazgató: Kramár Jenő ny. rk. tanár)

A Feer-féle vegetativ neurosisról.

Irta: *Varga Tibor dr.* tanársegéd.

A Feer-féle neurosis a kisgyermekkor betegsége és csak ritkán észlelték nagyobb gyermeken. A betegség lappangva, általános tünetekkel és a psyche megváltozásával kezdődik. A gyermek mogorva lesz, magábavonul, nem egyszer valóságos apathias állapotba kerül, mozgékonysága csökken, fáradtságérzésről panaszkodik, nem szívesen jár, inkább fekszik, alvása felületes lesz s a nagyfokú bőrviszketés miatt igen nyugtalan. Az álmatlanul töltött éjjelt hosszú nappali alvás követi. Ilyenkor feltűnő az a helyzet, amelyben a gyermek alvás közben van: órák hosszat alszik ülőhelyzetben összekuporodva, úgyhogy a feje a térde között nyugszik. Az izmok hypothoniásak, nem egyszer annyira, hogy a patella-reflex alig váltható ki. A kézen és lábon kisfokú remegés észlelhető.

Ezen általános jelenségek mellett lassanként mind feltünőbbé válnak a bőr részéről mutatkozó tünetek. A végtagok hűvösek és nedvesek az izzadságtól. A tenyéren és a talpon symmetrikus diffus, vagy foltos pír jelenik meg, amely többnyire csak a kézre és lábra szorítkozik, súlyos esetekben azonban az orrhegyen, ritkán a törzsön és a végtagokon is mutatkozhat csalánkiütés-, vagy kanyarószerü foltok képében. Az erythema s az erős izzadás következtében a bőr testszerte, de különösen a tenyéren s a talpon fellazul, majd lemezesen hámlik. E bőrtüneteket különböző fokú viszketés kíséri. Ez legintensivebb a tenyéren és talpon és néha oly nagyfokú, hogy alig csillapítható. Néha a fájdalomérzés zavarát is észlelték: egyszer hyperaesthesia volt, máskor éppen hypaesthesia. Ritkán hiányzó tünet a fénykerülés. További jellegzetes tünet a szapora pulsus és a magas vérnyomás. A vörösvérsejtszám csaknem mindig emelkedett (6—7 millióig). Az emésztőszervek részéről nem igen mutatkozik jellemző tünet, legfeljebb kisfokú stomatitist és ezzel egyidejüleg, vagy ettől függetlenül jelentkező nyálfolyást láthatunk. A széklet általában rendes, ritkán hasmenéses. A szomjúságérzés fokozott, a folyadékfelvétel feltűnő bő, annyira, hogy cukorbetegekéhez hasonló fokot érhet el. A vércukor éhezési értéke, valamint a terhelési cukorgörbe ugyancsak diabetes gyanúját keltheti, azonban a vizeletben cukrot nem találunk. A vizelet a nagyfokú folyadékfelvétel ellenére is tömény, mennyisége kevés, a tetemes izzadás okozta vízveszteség miatt. A hőmérséklet többnyire rendes, csak néha subfebrilis. A liquor vizsgálat rendszerint normalis viszonyokat mutat, néha a sejtszám kissé fokozott, de ez nem jellemző, se nem állandó tünet.

Igen jellemzők a trophikus zavarok. A haj fénytelenné válik, könnyen kihúzható, de magától is hullásra hajlamos. Észleltek eseteket, hol egészséges fogak lazultak meg és hullottak ki. Pyodermia, paronychia gyakran keletkezik. Nagy a hajlam a decubitusra, sőt a kéz- vagy lábujjak akár el is halhatnak. Mindez sokszor téves irányba terelheti az alapbetegség után nem eléggé gondosan kutató orvost.

A betegség chronikus lefolyású. Már maga a betegség kifejlődése heteket, sőt hónapokat vehet igénybe. Teljes

kifejlődését leggyakrabban két-három hónap alatt éri el. Ha a szövődmények (necrosis, senyvedés) a gyógyulás időtartamát nem nyujtják meg, a betegség lefolyásának átlagos időtartama 4—6 hónap.

Feer mutatott először reá, hogy a betegség lényege tulajdonképpen a vegetativ központoknak egy neurotrop noxa okozta, valószínűleg gyulladásos megbetegedése. A betegség szigetszerű, csoportos létrejötte egyes helyeken és bizonyos hónapokban tényleg annak fertőzéses volta mellett szól. *Selter*, — aki eleinte trophodermatoneurosisnak tartotta a betegséget — később *Rodda, Byfield, Jenny, Deuber* és másokkal egybehangzóan maga is annak infectiosus volta mellett foglal állást és azt hiszi, hogy a poliomyelitis virusa okozta betegségről van szó, csakhogy a megbetegedés kizárólag a zsigeri idegrendszerre localizálódik. *Tedde* az encephalitis egy különös localisatiójának tartja a betegséget, *Honig* szerint az encephalitis azon sajátos formája nevezhető Feer-féle betegségnek, melyben a folyamat a diencephalon vegetativ gócaiban székel. Ezen feltevések helyességét a kórbonctani leletek is igazolni látszanak, degenerativ elváltozásokat mutatva ki a tuber cinereumban, a thalamusban, nucleus lenticularisban, valamint a sympathicus cervicalis ganglionokban.

A betegség kezelése kizárólag tüneti, főleg gondos ápolási feladat. Különösen fertőzésektől, fölfekvésektől kell óvnunk a beteget. Belsőleg legtöbben az atropint ajánlják nagy adagban. A nagyfokú álmatlanság még legjobban luminállal befolyásolható.

A betegség felismerése jellemző esetben nem nehéz. De a kezdeti tünetek és az atypikus alakok igen sok tévedésre adhatnak okot és így az is könnyen lehetséges, hogy a betegség sokkal többször fordul elő, mint ahogy ez az ismeretessé váló esetekből kitűnik. Mivel a betegséget a nem-szakorvos még alig ismeri, indokoltnak tartottuk, hogy az utóbbi időben klinikánkon kezelt betegeinkről szóló beszámolásunkat a kórkép kissé részletesebb ismertetésével vezessük be. E beszámolóra egyébként elsősorban az indított, hogy az egyik szabálytalanul lefolyó esetünk igen alkalmas arra, hogy az elkülönítő kórhatározás nehézségeire rámutathassunk.

Az elmúlt évek folyamán a szegedi gyermekklinikán három esetet volt alkalmunk észlelni. Az egyik egy hároméves gyermek volt, kit szülei azzal a panasszal hoztak a klinikára, hogy olyan erősen viszket a tenyere és talpa, hogy kefével kell dörzsölniök még éjjel is, mert a viszketéstől nem tud aludni és így az egész család éjjeli nyugalmát is megzavarja. Ezenkívül feltűnt a gyermek viselkedésének megváltozása is. Már az első vizsgálatakor több typusos Feer-tünetet láttunk: akrocyanosist, bő izzadást, a bőr maceratióját, hypotoniát, reflexcsökkenést, a további megfigyelés alatt pedig csaknem valamennyi typusos tünetet is ki tudtuk mutatni. A legkellemetlenebb és legdominálóbb tünet egyrészt a viszketés volt, másrészt az álmatlanság, melyet a viszketés kétségtelenül még súlyosbbított. Ugy éjjel, ha végre elaludt, mint rendszeres nappali alvásakor, előredőlve, fejét térdére hajtva pihent.

A másik esetben egy négyéves gyermeken a panaszt tulajdonképpen a betegséghez társuló furunculosis képezte és az alapbetegséget sem a gyermek szülei, sem a kezelőorvos nem vette észre. A tünetek nagyjában hasonlítottak az első esetünkben megállapítottakhoz, csupán a viszketés volt az egyébként bőséges izzadás mellett kisebbfokú. Alvászavarról a szülők maguktól nem beszéltek, kérdésünkre azonban kitűnik, hogy a gyermek az utóbbi időben rosszul tölti az éjszakáit. A szülők az álmatlanságot a kelésekkel magyarázták. Ugyanezzel okolták a gyermek kedvetlenségét is.

Harmadik esetünk — mely, amint már jeleztük, indítóoka volt jelen cikkünk megírásának — atypikus tünetei, valamint a hibás kórjeleés alapján téves irányba induló orvoslás miatt igen tanulságos és érdekes volt.

H. V. tízéves leánygyermek, szülői és testvérei egészségesek. 1933 augusztus 9-én azzal a panasszal keresi fel a sebészeti klinikát, hogy ezelőtt kb. öt héttel fájni kezdett nagyon a háta, orvoshoz vitték s az orvos kórházba utalta. Ott spondylitisre gyanakodtak, gerincoszlopáról röntgenfelvételt készítettek s már gypságyba akarták fektetni. A szülők azonban nem nyugodván bele a dologba, a szegedi sebészeti klinikát keresték fel, amely — minthogy sebészeti bajt nem talált — a gyermeket hozzánk utalta. A szülők behatóbb kikérdezésekor azután kiderült, hogy két hét óta a gyermek étvágytalan, időnként. muló rosszullét fogja el, tenyere-talpa viszket, nagyon izzad. Kedélye az utóbbi időben megváltozott, ingerlékeny, magábavonuló lett, éjszaka nem alszik. *Öt héttel ezelőtt jelen betegségét egy egy hétig tartó lázas megbetegedés előzte meg, amikor végtagjaiban hangyamászásszerű érzésről, gyengeségről, erőtlenségről panaszkodott.*

Felvételi lelet: Kielégítően fejlett, 26·5 kg testsúlyú leány. Mindkét tenyerén, valamint az ujjak között, a lábfej belső és külső oldalán gombostűfejnyi dyshydrotikus hólyagocskák, amelyek közül néhány már megnyílt s helyén hámlás észlelhető; a talpon és tenyéren s az ujjak között számos vakarási nyom. A kézujjak töve kissé livid-barna, a kézhát bőrétől elütő színű, hűvöstapintatú. Az egész test bőre feltűnően nedves. Izomtonusa csökkent, tonuskülönbség nincs. Patellareflex renyhén váltható ki, egyéb reflexek rendesek, kóros reflex nincs. Kézen kisfokú reszketés. Hő-, fájdalom-, tapintásérzés jó. Meningeális tünet, gerincoszlopérzékenység nincs. Szellemi fejlettsége korának megfelelő, kedélye azonban nagyon nyomott, környezete iránt alig érdeklődik. Nappal elég nyugodtan viselkedik, de éjjel nem alszik, állandóan ágyát rendezgeti s erős viszketésről panaszkodik. Állni, ülni csak rövid ideig képes, gyorsan fárad. A liquor rendes nyomással ürül, víztiszta. *Pándy*, fibrin-reactio negativ, sejtszám 12/3. A gyermek határozottan fénykerülő, bár conjuctivitise nincs. Emésztőszervek és a légzőszervek eltérést nem mutatnak. Röntgenlelet negativ. A vizeletben semmi kóros, fajsúlya 1·015—1·023, de napi mennyisége a szokásosnál valamivel kevesebb. Pulsusa nyugalmi helyzetben 120—130 között, vérnyomása 115/90. A vörösvérsejtszám 4,900.000, haemoglobin 83, fehérvérsejtszám 7.000, minőségi vérkép F— 0, P— 3, S— 63, Ba— 0, Eo— 3, Ly— 30, Mo— 1, hőmérséklet 37·5—37·7 C°. Pirquet-reactio negativ, Wassermann-próba negativ.

Mivel az irodalmi közlések a magasabb vércukorértéket a Feer-féle betegségre jellemzőnek mondják, ezért vércukormeghatározásokat végezünk. Ehezési vércukorérték 78·4 mgr-%. Alimentaris cukormegterhelés testsúly-kg-ra 2 g dextroseval a következő értékeket adja: 15 perc 84, 30 perc 112·3, 45 perc 131, 60 perc 156·3, 75 perc 128, 105 perc 120, 150 perc 112·2, 210 perc 96, 240 perc 83·4, 300 perc 89 mg. %

Eszlelésünk alatt (három hét) a nagyfokú álmatlanság, melyet kezdetben luminál nagy adagjaival is alig lehetett befolyásolni, később lényegesen javult. A dyshydrosis helyi kezelésre rövidesen gyógyult. A viszketést este adott $^1/_4$ mg hystamin-injectióval próbáltuk befolyásolni, de nagyobb hatást nem láttunk tőle. A bőrelváltozás teljes visszafejlődésével csökkent ugyan valamit, de el nem múlott. Lassan a lehangoltság és fáradékonyság is csökkent. A pulsus az észlelés harmadik hetében még 120 körül mozgott, vérnyomás 115/75 volt. Háromheti klinikai kezelés után a gyermeket hazabocsátottuk, ahol állapota továbbra is javult és — amint az ellenőrző-vizsgálat alkalmával megállapíthattuk — két hónap multán valamennyi tünet teljesen visszafejlődött. A betegség tartama ezek szerint kb. négy hónap volt. Az ellenőrző-vizsgálaton a gyermeket testileg teljesen egészségesnek, szellemileg frissnek és élénknek találtuk.

Amint látjuk, a vázolt tünetcsoport nagyjában megfelel *egy könnyebb lefolyású Feer-féle betegségnek, de postencephalitises állapot kórképéhez is hasonló.* Feer-féle betegség mellett szólnak a bőr részéről mutatkozó tünetek, a vérnyomás és pulsus viselkedése és bizonyos mértékig talán a vércukor-görbe is. A status postencephalitikus kórképébe viszont jól beleillik a psychikus nyomottság, a mozgás- és alvászavar. Az a körülmény, hogy a betegséget lázzal és ideges tünetekkel (hangyamászás, paraesthesia) járó megbetegedés előzte meg, szintén az utóbbi lehetőséget támogatta. A beteg kora inkább encephalitist tenne valószínűvé, bár kivételesen ilyen idősebb gyermeken is leírtak már Feer-féle neurosist.

A döntés egyik irányba sem könnyű és úgylátszik, hogy *vannak olyan határesetek, amelyek az encephalitis és a Feer-féle neurosis, e két aetiologiailag és kórtanilag rokon betegség között közvetlen átmenetet alkotnak.*

Irodalom: 1. *Selter:* Archiv f. Khk. 80, 1927. — 2. *Zechlin:* Jahrb. f. Khk. 124, 1929. — 3. *Keller:* Klin. Wschr. 1925. 4. *Ihm:* Klin. Wschr. 1925. — 5. *Jäger:* Zeitsch. f. Khk. — 39. 1925. — 6. *Weiltrecht:* Deutsch. Med. Wschr. 1925. — 7. *E. Feer:* Kinderärztl. Praxis, 3. 1932, Jahrb. f. Khk. 108, 1925. (Ergebnisse der inn. Med. 24, 1923.

Az Erzsébet Tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye (igazgató: Duzár József ny. rk. tanár).

A liquor anorganicus phosphor és cukortartalmának összefüggésére vonatkozó vizsgálatok.

Irta: *Ujsághy Pál dr.*

A cukornak hexosediphosphorsavvá átalakulásában, illetőleg további lebontásában a phosphor fontos szerepe régóta ismert. *Embden* híres vizsgálatai óta a phosphoranyagcsere ebből a szempontból is az érdeklődés körébe került. A kutatások legnagyobb része azonban a vérre vonatkozott, s a liquor irodalmának ide vonatkozó részét áttanulmányozva, feltűnik az a tény, hogy a kérdésnek ez a része aránylag kevés szerzőt érdekelt. A közlemények legnagyobb része inkább a rendes, illetve az egyes betegségekben észlelhető anorg. phosphorértékek megállapításával foglalkozik (*Behrendt-Helm, Cohen, De Toni, Jancu-Benetato, Steiner*, stb.). *Demuth*nak a liquor phosphatasetartalmára vonatkozó vizsgálatai érdekes megállapításokra vezettek; u. i. kiderült, hogy míg a normalis liquorok a hexosediphosphatot igen gyengén hasítják, a meningitisesek ezt tízszer erősebben végzik, valószínűleg a megszaporodott leucocyták működése folytán. Erre volna tehát a meningitises liquor fokozott anorg. phosphortartalma visszavezethető. *Steiner* a cukor- és phosphortartalom együttes vizsgálata kapcsán megállapítja, hogy meningitisben a phosphor a szabályos fölé emelkedik, míg agydaganat és encephalitis eseteiben a rendes alá száll.

Ha a közlemények megállapításait vizsgáljuk, az a vélemény alakulhatna ki, hogy a liquor cukor- és anorg. phosphortartalma között egészen szoros összefüggés van, s így a phosphortartalom vizsgálata a meningitisek diagnostikájának igen fontos segédeszköze lehetne egyrészt azzal, hogy már önmagában is meningitis mellett, vagy ellen dönthetne, másrészt kellő arányossági factor kiszámításával a hosszadalmas cukorvizsgálatokat helyettesíthetné. Viszont feltűnő, hogy egyelőre a phosphorvizsgálatoknak ilyen fontos szerepet a legújabb irodalomban sem tulajdonítanak, holott ha ilyen könnyű és biztos kórjelző eszköz, általános elterjedésre volna hivatott.

Az alábbi vizsgálatok célja volna ezen kérdésekre válaszolni egyrészt abban az irányban, hogy tényleg fennáll-e a liquorban a cukor- és phosphortartalom közt olyan szigorú kapcsolat, hogy bizonyos — magas — cukorértéknek bizonyos — alacsony — phosphor felelne meg és fordítva. Ha ez nem igazolódik, egy egyénen belül fennáll-e ez az arányosság, vagy esetleg még ott sem?

A kérdés tisztázására olyan liquorokat használtam fel, melyek egyrészt meningitises, másrészt nem meningitises, csupán egyéb idegrendszeri vagy más szervi betegségű egyénektől származtak. Egyidejűleg végeztem a cukor és a phosphor meghatározását, az előbbit Hagedorn—Jensen, az utóbbit Bell—Doisy módszerével.

A vizsgálatokat 92 esetben végeztem el, az összes eredmények felsorolása azonban technikailag lehetetlen lévén, az alábbi táblázatban az érdekesebb esetek egy részét foglaltam össze.

A táblázat adataiból két dolog olvasható ki: egyik az, hogy ugyanazon cukorérték egyszer magasabb, máskor alacsonyabb phosphorértékkel járhat, pl. 52 mg% cukor és 1·48, ill. 2·57 mg% phosphor, vagy 11 mg% cukor és 4·03 mg% P., 10 mg% cukor és 2·31 mg% P., ill. 2·85 mg% P., másik az, hogy kifejezett meningitisben is lehet pl. 1·62 mg% phosphor 14 mg%-os cukor mellett, sőt 1·56 mg% phosphor 7 mg% cukorral szemben, viszont 2·57 mg% phosphor sem szól okvetlenül meningitis mellett, mint az a tetanusos beteg adatából kitűnik.

Beteg	Phosphor mg%	Cukor mg%	Diagnosis
K. J.	1·33	57	epilepsia
Sz. Gy.	1·48	52	bronchopneumonia
B. T.	1·43	65	tbc. hilorum
Gy. I.	1·68	73	grippe
P. F.	1·70	86	encephalitis
K. E.	1·92	57	meningitis serosa
G. F.	2·57	52	tetanus
B. L.	1·56	7	meningitis purul.
F. L.	1·62	14	» »
D. F.	2·31	10	» basil. tbc.
K. I.	4·03	11	» » »
K. J.	3·35	23	» » »
V. E.	2·85	10	» » »
R. L.	1·78	36	» » »

Ezen az alapon tehát legalább is nagyon óvatosnak kell lenni annak kimondásában, hogy a magas anorg. phosphorérték minden esetben meningitis mellett szól, vagy fordítva. A táblázatban közölt eredmények csupán szemelvények, de több esetünk volt, ahol szabályos fölötti phosphorértékek fordultak elő minden meningitises tünet nélkül hydrocephalus, epilepsia, imbecillitas eseteiben. Azt sem lehetne határozottan kimondani, hogy magas cukorérték alacsony phosphorértékkel jár minden esetben; ha az esetek nagy részében így is van, ebből általános érvényű szabályt levonni nem lehet.

A cukor- és phosphorconcentratio egy egyénen belül való alakulásának vizsgálatára ugyanazon egyénen a betegség előrehaladásával párhuzamosan vizsgáltam sorozatos lumbalpunctiók kapcsán a cukor és phosphor változását az előbb leírt eljárással.

Az eredményekről a vizsgált 20 esetből vett szemelvényekben az alábbi táblázat tájékoztat:

Beteg	Phosphor mg%	Cukor mg%	Diagnosis
K. E. 1.	1·75	71	meningismus
» 2.	1·92	57	
V. É. 1.	1·17	14	meningitis purul.
» 2.	1·92	20	
» 3.	2·51	12	
» 4.	4·04	7	
» 5.	2·85	10	
B. I. 1.	1·56	7	» basil. tbc.
» 2.	1·80	3	
» 3.	1·65	9	
F. L. 1.	1·57	36	» » »
» 2.	1·57	36	
» 3.	1·62	16	
» 4.	1·92	14	
B. M. 1.	1·50	52	» » »
» 2.	2·06	39	
» 3.	1·70	28	

A táblázat eredményei és a vizsgálat több adatai amellett látszanak szólni, hogy ugyanazon egyénen belül tényleg fennáll bizonyos, bár nem szabályos összefüggés a liquor cukor- és anorg. phosphortartalma között, mégpedig olyan módon, hogy a cukor csökkenésével a phosphor mennyisége általában emelkedik és fordítva. Minden valószínűség szerint *a hexosediphosphat complexummá való átalakulás* az, amely ezt a változást előidézi. A legtöbb esetben a sejtes

elemek számának gyarapodása is kíséri a cukor megfogyását és a phosphortartalom növekedését, ami *Demuth* vizsgálatai alapján talán a szaporulattal járó phosphatase-gazdagsággal és az ezzel járó fokozott hexosediphosphat-elbontással magyarázható.

Megpróbálva a közölt eredményekből bizonyos százalékos összefüggést kiszámítani, az az eredmény adódott, hogy pl. K. E. esetében a cukor megfogyása kb. 20%, ennek kb. 9%-os phosphoremelkedés felel meg, V. E.-nél az első két vizsgálat 14%-os cukorcsökkenést, viszont 53%-os phosphorgyarapodást mutatott. Általános érvényű számtani formulával tehát ez az arányosság ki nem fejezhető, már csak azért sem, mert a szabály alól kiugrások mindig akadnak, mint az akár V. É., akár B. M. esetében is látható, s amely kiugrások amellett szólnak, hogy *minden valószínűség szerint egyéb tényezők is befolyásolják ezen értékek alakulását.*

A vizsgálatok eredményeit röviden az alábbiakban lehetne összefoglalni: *a liquor anorg. phosphor- és cukortartalma közötti arányosság csupán ugyanazon egyénen belül van meg, bár szabálytalanságok itt is előfordulnak — általánosságban azonban ez az összefüggés csupán nagyon tág határok között és sok kivétellel észlelhető. Magas phosphorérték nem szól mindig meningitis mellett, valamint a normalis körüli érték sem jelenti okvetlenül annak hiányát.*

Irodalom. *Behrendt-Helm:* Zeitschr. f. Kinderheilk. 42. 255. 1926. — *Cohen:* Quart. J. Med. 17, 289, 1924. — *De Toni:* Scritti med. ded. a Carlo Comba 1929. — *Jancu-Benetato:* Nourisson 19, 154—160, 1931. Bull. Soc. Pediatr. Paris 28, 576—77, 1933. — *Demuth:* Mschr. f. Kinderheilk. 31, 1926. — *Steiner:* Jahrb. f. Kinderheilk. 124, 188, 1929.

Az Erzsébet Tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye (igazgató: v. Duzár József ny. rk. tanár).

A vérhas kezelése hypophysis hátsólebeny-kivonattal.

Irta: *Barla-Szabó Jenő dr.* tanársegéd.

A vérhas tüneti gyógykezelésének az a feladata, hogy a bélnyálkahártya gyulladását és kóros nedvelválasztását, a fokozott bélmozgást és a görcsös székelési ingert csökkentse, illetve megszüntesse.

A hypophysis hátsólebeny-kivonat azon jó hatása, hogy csökkenti a gyulladást és nedvelválasztást, ismeretes egyes kiütéses bőrelváltozások, a Leiner-féle erythrodermia *(Szász)*, a csalán-, és serumkiütés gyógykezeléséből *(Lichtmann)*. Annál kevésbbé használták fel e kedvező hatást más szervek gyulladásos megbetegedéseinek gyógyítására. E tulajdonsága csak állatvizsgálatokból ismeretes. 1927-ben *Poulson* írta le, hogy a nyúl mustárolajos kötőhártyagyulladását a bőr alá fecskendezett pituitrin csaknem teljesen megakadályozza és a paraphenilendiamin által okozott bőralatti vizenyőt felfüggeszti. Különös előnye a hypophysis hátsólebeny-kivonatnak, hogy akkor is hat, ha az érmozgató központot és a ducot ártalom éri. A hatás független az erek beidegzési állapotától, mert támadási pontja közvetlenül a hajszálér izomsejtje. Kifejezetten szűkíti a bél hajszálereit is *(Mauthner* és *Pick)*, annyira, hogy a jelentős vértelenítés folytán a bél volumenét is kisebbíti. Csökkenti a bél elválasztását és gyulladásos vizenyőjét *(Magnus* és *Schäffer)*. A gyulladásos bél mozgását is kedvezően befolyásolja. Míg ugyanis az ép bél mozgását élénkíti, a hűdött bél mozgását pedig megindítja, a gyulladásos belek mozgását — a tapasztalat szerint — nem fokozza, hanem azokat a természetes mozgásra kényszeríti. E hatását az ileumban, de még inkább a vastagbélben fejti ki *(Kaufmann)*.

E kedvező tulajdonságok miatt alkalmaztuk a hypophysis hátsólebeny-kivonatot a vérhas kezdeti szakában a véres és genyes székürítés gyógyítására. Tizennyolc beteget kezeltünk vele. Ezek közül nyolc csecsemő volt (4—12 hónapos), tíz pedig 1—10 éves gyermek. A kezelést csak olyan esetekben vezettük be, hol súlyosabbak voltak a tünetek, tehát gyakori, kifejezetten véres, genyes székletek eseteiben. Hogy mennyire súlyos beteganyagon alkalmaztuk a kezelést, bizonyítja ezt az a körülmény, hogy 18 beteg közül tizenötnek 38°-on felüli láza volt s csak három volt subfebrilis. Ötnek toxikus vérhasa volt. Toxikosisban meghalt négy beteg.

A Roche-féle pituglandolt adtuk. Naponta kétszer, súlyosabb esetben háromszor fecskendeztük bőr alá. Csecsemők 0·3—0·4 ccm-t, gyermekek 0·4—0·7 ccm-t kaptak.

A klinikánkon szokásos kezelés értelmében a következőkép jártunk el: *csecsemőkorban:* ricinusolaj után 24 órán át saccharinos és Ringeres theát adunk. Ezután kezdjük a rizsnyák-táplálást. Átlag a harmadik napon folytatjuk rizsnyákkal és savóval, mely utóbbiba 1—3% lisztet főzetünk. Tekintve, hogy súlyos esetekről volt szó, az anyatejet, savanyúírót, vagy citromsavas tejet csak a kezelés negyedik napján kezdtük el. A hypophysis-kivonatot a ricinusolaj után 24 óra mulva adjuk és akkor hagyjuk el, ha a székletben a vértartalom csökken, ha a széklet már kissé összeálló. Négy napon túl egy esetben sem volt szükség a kezelésre. A toxikus eseteink székletéből is eltünt a vér. *Gyermekkorban:* ricinusolaj, — saccharinos és Ringeres thea, reszelt, nyers almával, majd rizsnyák és lisztleves, savó, később citromsavas tej, Moro-féle vajleves, fehérjéstejes cacao. A hypophysis-kivonattal történő kezelés javallata itt is ugyanaz, mint csecsemőkön. Amint a véres és genyes székletek száma kevesebb és a vér már csak egy-két vércafat formájában fordul elő, a hypophysis-kezelést megszüntetjük. Azt tapasztaltuk ugyanis, hogy ha a szert tovább adjuk, kórosan befolyásoljuk a bélmozgást, mely a gyulladásos folyamat csökkenésével egyébként megnyugodna. A kezelés befejezése céljából esetleg még néhány napig bismuth-opiumot adunk. (Bismuthi subsalicylici grta. 4·0, tinct. opii simp. gr. 0·20, aquae dest. grta 100·0 — ötször egy kávéskanállal.) Egyébként minden más kezelést (pl. összehúzó-beöntés) mellőztünk.

A hypophysis-kivonat hatása már a második napon jelentkezik. Ekkor még a székletek száma nem igen csökken, de bennük a vér kevesebb. A harmadik napon a székletek száma is kevesebb. A negyedik napon a béltartalom már rendszerint összeálló. Felületén még bőven lehet geny, ellenben alig van egy-két vércsík. Genycafat még a széklettel a további napok folyamán is ürül.

A bél gyulladására, fokozott nedvelválasztására és mozgására gyakorolt hatáson kívül a hypophysis-kivonat még két kedvező tulajdonságát kell hangsúlyoznunk: 1. Kedvezően befolyásolja a vérkeringési zavart; 2. nagy előnye, hogy elősegíti a víznek a szövetekhez kötődését. Ezen a módon is ellensúlyozza a folyadékveszteséget, ami vérhasban igen nagyfokú lehet.

Utóbb említett ezen két tulajdonság igen kedvezően kiegészíti a hypophysis hátsólebeny-kivonat egyébként is sokoldalú hatását. E szernek oly sokszoros a támadási pontja, hogy emiatt idealisan megfelel annak a követelménynek, amelyet egy tüneti gyógyszertől csak várhatunk. Különösen áll ez a nem toxikus vérhasra, melynek orvoslása tulajdonképpen csak tüneti. Könnyű és középsúlyos esetben, mint ismeretes, teljesen célt érünk a megfelelő táplálással. Súlyosabb esetben viszont szükségünk van még egy olyan szerre is, amelyik oly sokoldalúan hat, mint az ajánlott készítmény. E célra a leghasznosabbá teszi e szert azon ismert tulajdonsága, hogy annál inkább várható tőle hatás, minél hevesebb a vérbőség és a nedvedzés. Enyhe elváltozásokban alig várható tőle eredmény; ilyenkor nem is adjuk.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Apondon új, veszélytelen soványítószer. *J. Bornstein.* (Münchn. Med. Wschr. 1935. 10. sz.)

Szerző fenti szerrel számos esetben végzett sikeres soványító kúrát. Az »Apondon» pajzsmirigy-kivonat — ergocholin. A thyroxin kellemetlen és sokszor veszélyessé váló sympathikusizgató hatását az ergocholin e készítményben jól ellensúlyozza. Szerző tapasztalatai szerint az Apondon-tabletták eredményességben felülmúlják az eddigi pajzsmirigykészítményeket és emellett szedésük veszélytelen. *Frenreisz dr.*

A Takata-reactio vesebetegségekben. *Adolf Fezler.* (Münchn. Med. Wschr. 1935. 8. sz.)

A májlaesiók kimutatására jól bevált Takata-reactio szerző újabb vizsgálatai szerint vesebetegségekben is gyakran positiv. Szerző heveny glomerulonephritisben az esetek 5/6-ában, pangásos vese esetén az esetek 1/4-ében és elvétve pyelonephritisben talált positiv reactiót. A vese egyéb betegségeiben (chron. nephritis, nephrosis, nephrosclerosis, daganat, tbc., kő, paranephritis) negativ volt a próba. Tekintettel arra, hogy a positiv esetek csaknem kizárólag az acut glomerulonephritisre szorítkoznak (vesepangás esetén a szintén pangásos máj is oka a positiv reactiónak), a próba nem vesztett diagnostikus értékéből, sőt jól felhasználható a glomerulonephritis hevenységének megállapítására. *Frenreisz dr.*

Az angina pectoris physiologiás therapiája. *W. Sommer.* (Münchn. Med. Wschr. 1935. 8. sz.)

Az eddig használatos ú. n. szívhormon-készítmények hatóanyaga minden valószínűség szerint az izom-adenosinphosphorsav. Napi 20 mg intramuscularis adagolására szerző kitűnő eredményeket észlelt coronaria keringési zavarokban, angina pectorisban. Állatkísérletekben a coronariák hosszantartó tágulását és bő vérátáramlását okozza. Szerző klinikai tapasztalatai szerint az adenosinphosphorsav az angina pectoris physiologiás gyógyszerének tekinthető. *Frenreisz dr.*

Sebészet.

Három subacut vastagbél-phlegmone, amelyek radiumbesugárzás által gyógyultak. *Mátyás Mátyás.* Kolozsvár. (Zbl. f. Chir. 1934. 36.)

Acut, subacut és chronikus vastagbél-phlegmonék esetében a resectiós megoldás magas halálozási százalékkal jár. Egyrészt leromlott betegekről van szó, másrészt a megbetegedett bélrészletek gyulladásosan beszűrődöttek, környezetükkel összekapaszkodottak, szakadékonyak és így varrásuk az általános peritonitis veszélyével jár. Kolozsváron a szerző három vastagbél-phlegmone esetet észlelt, amelyek a coecumon a vele szomszédos felszálló vastagbélrészen és az ileum végső szakaszán helyezkedtek el. A műtétet mind a három esetben appendicitis diagnosissal végezték, egy esetben volt coecum tbc. gyanuja. Feltárás után a makroskopos lelet alapján a diagnosist megállapítva, a hasfalat zárták és utána 100 mg radiumot tíz részre elosztva alkalmaztak a megbetegedett bélrészleteknek megfelelőleg, a hasfalra. A betegek gyógyultak. A három eset közül az egyikben, ahol a coecum körül hatalmas bélconglomeratumot találtak, ileotransversostomiát végeztek. Egyik esetük később ovarialis cysta miatt műtétre került és a műtétkor az anatomiai reconstructiót megállapították.

Haszler Károly dr.

Van-e okozati összefüggés a postoperativ parotitis és a hasi operatiók utáni varratszétválás között. *Wilheim Grünewald.* (Arch. f. klin. Chir. 178, 2, 301.)

Vastagbéldiverticulosis miatt végzett laparotomia után észlelt kettős complicatióval (kétoldali parotitis és a hasfalvarrat szétválása) kapcsolatosan szerző leszögezi, hogy a parotis fehérje emésztő fermentumának gyulladás miatt keletkező pangása s így a ferment vérbe történő felszaporodása, nem hozható egész bizonyossággal okozati összefüggésbe a hasfalvarrat szétválásával. Ezen fent jelzett eseten kívül számtalan postoperativ parotitises eset került észlelése alá, de egyetlen esetben sem figyelhetett meg hasfalvarrat szétválást. Így a fent leírt esetben a két complicatio véletlen összetalálkozását tartja elfogadhatónak. *Fabó Zoltán dr.*

A pneumococcus peritonitis korai műtétéről. *Werner Budde.* (Arch. f. klin. Chir. 178, 2, 308.)

A pneumococcusperitonitis sebészi gyógyításának kérdésében nincsenek egy nézeten a sebészek. Kétségtelen, hogy a pneumococcus peritonitis súlyos általános fertőzést jelent az egész szervezetre, így logikusnak látszik a korai sebészi beavatkozás. Szerző beteganyagán szerzett tapasztalata alapján a pneumococcus peritonitis korai stadiumában nem tartja helyesnek a sebészi beavatkozást, mert a fertőzés okozta kezdeti shok a műtéti shok-kal summálódik, ezzel párhuzamosan a halálozás nagy mértékben emelkedik. Ez utóbbi felfogást alátámasztja az is, hogy a peritoneum által kiválasztott exsudatum pneumococcus fertőzés elleni védőanyagot tartalmaz s nincs bélbénító hatása. *Fabó Zoltán dr.*

Szülészet.

Uj méhösszehúzó. *R. Joachimovits.* (Zbl. Gynäk. 1935. 7. sz.)

A sarothamnus scoparius Koch, a seprűcserje egy anyagot tartalmaz, mely a gynaekologiai vérzések bizonyos csoportjában vérzéscsillapítólag hat. Az ismert alkatrészeken (spartein, flavon scoparin, tyramin, oxytyramin és aetherolajok) kívül még egy hatékony anyagot tartalmaz. Sparteintartalma lelőhely és évszakok szerint változó, ami megmagyarázza az eltérő irodalmi közléseket a szív- és érrendszerre kifejtett hatásáról. A drog hideg extractuma túlélő tengerimalac-, nyúl és emberi méhre 1 : 500,000 hígításban összehúzó hatást fejt ki, az összehúzódásokról felvett görbe pedig a rendes összehúzódások megnagyobbított képének felel meg. A kísérletek szerint az összehúzóhatást nem az ismert hatóanyagok vagy azok combinatiója idézi elő. A fiatal zöld hüvelyek extractuma, amely levegőn gyorsan megfeketedik, másképpen és erősebben hat, mint a gallyak extractuma. Klinikailag metropathia juvenilis (2) és metropathia haem. (11) esetében, teljesen normalis tapintási lelet mellett az extractum vérzést csillapítólag hatott. A drog vizes kivonatai gyorsan megfeketednek és elveszítik hatásukat. Ezért gyógyító céllal előállított extractumokat mentesíteni kell az ártalmas anyagoktól, valamint conserváló anyagot kell hozzáadni. *Thaisz Kálmán dr.*

Gyermekgyógyászat.

A gyermekek leggyakoribb bélférgei és azok kezelési módja. *Bischoff.* (Kinderärztl. Praxis. 6. 28. 1935.)

A rostocki klinikán szerzett tapasztalatait közli és az ott alkalmazott gyógyeljárásokat ismerteti. Az általános tünetek közül említi a bágyadtságot, kólikát, étvágytalanságot, főfájást, hányingert, hasmenést és székrekedést, vérszegénységet, idézve ezzel kapcsolatban *Sticker* mondását (1700 körül): *Omnes fere morbos a vermibus oriri posse.* A diagnosis megállapításához azonban feltétlenül szükséges vagy maguknak a férgeknek, vagy a petéknek a kimutatása. Mégpedig oxyuriasisban általában, trichocephalus dispar esetében kizárólag a férgek kimutatása, ascarisokban és taeniákban, vagy a pete vagy a féreg, helyesebben a proglottisok kimutatása képezi a diagnosis alapját. *Biztos diagnósis nélkül féregűző kúrát végeztetni műhiba.* Az eosinophilia oxyuriasisban teljesen hiányzik, de még azoknak a betegségeknek az esetében is, ahol jelen szokott lenni, diagnostikus jelentősége nem nagy. Ami a gyógykezelést illeti, az oxyuriasisra vonatkozólag azt tartja, hogy az az esetek túlnyomó többségében gyógyíthatatlan betegség. Még legjobb eredményt látott a helyi kezeléstől, amit az ismert módon alkalmazott (a végbéltájéknak higanyos kenőccsel történő bekenése, foghagymás beöntések, csukott nadrág). Ezenkívül több-kevesebb sikerrel alkalmazta az oxylaxot, valamint az oxymors, butolan, cupronat stb. készítményeket, újabban pedig az ol. chenopodiumot. Sokkal hálásabb terület az askariasis. Ezek ellen a bélférgek ellen első helyen ajánlja az ol. chenopodiumot. Szerinte helyes adagolás mellett sem mérgezés, sem haláleset nem következhetik be. Fontos azonban, hogy a kúrát csakis biztos diagnosis esetén végeztessük, de soha súlyosan beteg vagy kachektikus gyermekeken s legjobb erre a célra kórházba vitetni a beteget. A kúra megismétlése legfeljebb egy hét, gyengébb szervezetű gyermekek esetében négy hét mulva történjék. Magát a kúrát a következőkép végezteti: reggel nyolc, majd kilenc órakor annyi csepp ol. chenopodiumot kap a gyermek, ahány éves. Tizenegy órakor erélyes purgálás a hatás bevöketkeztéig (ricinus, keserűsó). Délutánig mindenesetre székelésnek feltétlenül be kell következnie. Az ol. chenopodiumon kívül a santonint ajánlja a szokásos adagolásban. Trichocephalusok kiűzését kilátástalannak tartja. Próbált thymolt, széntetrachlort, újabban spirozidot — eredmény nélkül. A taeniák ellen a régi, kipróbált filix mas kezelést végezteti a szokásos előkészítés után. *Geldrich dr.*

A stomatitis ulcerosa és gangrenosáról és kezelésükről. *U. I. Krasnogorski.* (Kinderärztl. Praxis. 6. Jahrg. H. 1.)

A szerző megfigyelése szerint igen fontos szerep jut a táplálkozásnak stomatitis ulcerosa- és gangrena esetén, mert a cariosus fogakban mindig jelenlévő bacillus fusiformis és spirochaeta

csak a táplálkozási zavar által megbolygatott szervezetben tudja a környező szövetet megbetegíteni.

A kanyaró stomatitisek gyakran ulcerosusakká válnak, sőt nomát is látott, néhány gyermek esetében véres szék is mutatkozott, volt, kinek belében fekélyeket talált. Dysenteria bacillus egyetlen esetben sem volt kimutatható.

A háborúban megfigyelte, hogy egyoldalú táplálkozás mellett scorbut és ebből gyakran gangrenás stomatitis keletkezett.

Ezek az átmenetek a scorbutos gingivitistől a gangrenás stomatitisig arra késztették, hogy stomatitis ulcerosában antiscorbutos kezelést kezdjen. *Vahl Vera dr.*

Kezelési kilátások a gyermekek tetanusa esetén. *C. Noeggerath.* (Mschr. f. Kinderheilk. 62.)

A tetanus kezelésében legfontosabb a beteg teljes isolálása és a szív kímélése. Az idegcsillapító- és altatószerek adagolásában nagy egyéni különbségek vannak. Különösen fontos ez a magnesiumsulfat és a cholarhydrat adásakor; a számbajöhető légzésbénulás és szívveszélyeztetés miatt. Serumból mindig nagy adagot kell adni; testsúly szerint 1700—1800 A. E., sőt újszülötteken 12.500—25.000 A. E. is. Bár fontos a sebészi ellátás, de ezt nem szabad túlértékelni és nagy beavatkozások, mint pl. a köldök körülmetszése kerülendő. Többen ajánlják az avertin-kezelést. A kezdeti tünetre jellemzőnek tartják a facialis bénulást. *Markovits Béla dr.*

Urologia.

A totalis nephro-ureterektomiáról. *J. A. C. Colston.* (J. of Urol. 1935. 33. 110.)

Műtét előtt a hólyagot steril vízzel töltik fel. Két bőrincisiót végeznek, az egyik a ferde lumbalis metszés, melyen át a vesét távolítják el a szokásos módon, a másik a Poupart-szalaggal halad párhuzamosan. Ezen keresztül távolítják el az ureter distalis végét. Műtéti eljárásuk annyiban tér el a többi nephro-ureteroktomiáktól, hogy az ureter intramuralis részét nem resectio útján, hanem galvano-cauterisálással távolítják el. A totalis nephro-ureterektomia javalt primaer ureter tumorok, továbbá vese- és vesemedence-papillomák esetében. Vesetuberculosis esetén is ajánlatos az elvégzése, ha a tuberculosis az ureterben mélyre ható fekélyképződéseket idézett elő. *Bodon György dr.*

Műtéti eljárás epididymitis tuberculosa esetén. *A. B. Cecil.* (J. of Urol. 1935. 33. 160.)

Műtéti eljárása különösen sipolyos esetekben vált be. Körkörös metszést végez a sipolynyílás körül az épben. Concentrikus metszésekkel halad a here felé, miközben a másik kezével a herét a műtéti nyíláson keresztül igyekszik kifelé nyomni. A here expressiója után a szokásos módon eltávolítja a mellékherét, majd a sebet per primam zárja. Az esetek legnagyobb részében elsődleges sebgyógyulást látott. *Bodon György dr.*

Methylenkék alkalmazása a húgyutak tuberculosisában. *B. E. Greenberg—M. L. Brodny—T. L. Davis—C. Armstrong.* (J. of Urol. 1935. 33. 168.)

A methylenkéknek jó hatása van a fájdalom csillapításában. Ez a tulajdonsága valószínűleg azon alapul, hogy a methylenkéknek affinitása van az ideg-végkészülékek iránt. A methylenkék használatával kapcsolatos, némely esetben észlelhető hányás, émelygés, hólyag-irritatio, hasmenések, a methylenkék szennyeződéseitől erednek. A kereskedésben kapható methylenkék mindig szennyezett. Tisztított methylenkéket alkalmazva hólyagtuberculosisban, kétoldali vesetuberculosis esetén is, a tünetek háromhónapi kezelés után kezdtek csökkeni. *Bodon György dr.*

Az intrarenalisan kizárt chronikus vesetuberculosisról. *F. Schaffhauser.* (Z. urol. Chir. 1935. 40. 426.)

Az irodalomban mindössze két kórbonctanilag igazolt, biztosan gyógyult vesetuberculosis eset ismeretes. A többi eset mint kizárt tbc. fogható fel. Három ilyen esetet ismertet. Az első typusos jobboldali vesegümőkór. A beteg a nephrektomiába nem egyezik bele. Hat év eltelte után ismét vizsgálva a beteget, teljesen panaszmentesnek találja és a vizelet-lelet is teljesen normalis. Az intravenás pyelographia azonban a jobb vese teljes működéskiesését mutatja. A második esetben j. o. vese tbc. gyanuja miatt nephrektomia. A kivett készítményen nagy tbc.-s caverna, mely kötőszövetes tokkal teljesen körül volt véve és mely a vesemedencével sem közlekedett. Harmadik esete ezekhez hasonló. Érdekes ez az eset abból a szempontból, hogy a vesetuberculotikus folyamata a fennálló és végig kiviselt terhesség ellenére is letokolódott. *Bodon György dr.*

Ureter sympathektomia és dynamikus hydronephrosis. *L. Caporale.* (Journ. of Urol. 1935. 33. 83.)

Kísérleteit hím kutyákon végezte. Az uretert lumbalis vagy transperitonealis úton kereste fel, aszerint, hogy az enervatiót az ureter felső szakaszán vagy a hólyag közelében végezte. A kísérleti állatok egy részében 1—3 cm hosszú szakaszon óvatosan eltávolította az adventitiába haladó idegeket. másik részükön ezenkívül az idegtelenített szakaszt még isophenol-al is ecsetelte. Végül egy harmadik csoporton az idegtelenítés után az uretert cellophan-nal vette körül, hogy másodlagos összenövések képződését meggátolja. Mindegyik esetben azt tapasztalta, hogy az idegtelenített terület atoniája következik be, amit csakhamar hydro-ureteronephrosis követ. Ezen kísérletei következtében bizonyítottnak látja, hogy hydronephrosis dynamikus úton is létrejöhet. *Bodon György dr.*

Bőrgyógyászat.

Sajátságos, parasitás ekzemára emlékeztető, pigmentatióval gyógyuló és mellékvesedaganattal szövődött bőrexanthema combinált lueskezelés következtében. *Blume Walter.* (Dermat. Wschr. 1934. 43. sz.)

Két évvel ezelőtt figyelték meg a következő esetet: 45 éves beteg erősen positiv seroreactiókkal került kezelésre. Mivel idegtünetei is voltak, neoezüstsalvarsant adtak, annál is inkább, mert előzőleg a neosalvarsannal szemben túlérzékenység mutatkozott. Eleinte simán ment a kezelés, de később megmagyarázhatatlan lázak, rázóhidegek léptek fel, majd ezeknek kíséretében testszerte szétszórt, parasitás ekzemára emlékeztető exanthemák. Ezek hamarosan nedvezésbe mentek át. Ugyanakkor a hasban tumor volt észlelhető, melynek kiindulási szervét nem lehetett tapintással eldönteni. Ez a tumor feltűnően gyorsan növekedett. Az összes nyirokcsomók szintén megduzzadtak. Ezek szöveti vizsgálata nem adott határozott diagnosist. A törzsön és végtagokon elhelyezkedett exanthemák, melyek átmenetileg erythrodermiába csaptak át, lassan gyógyultak, hámlottak és feltűnően pigmentálódtak. A beteg általános állapota a tumor folytonos és rapid növekedésével kapcsolatban igen leromlott, majd exitushoz vezetett. A sectiokor kiderült, hogy a mellékveséből kiinduló hypernephromáról volt szó. Tárgyalja ezzel kapcsolatban a salvarsankezelés közben fellépett ekzemaszerű bőrelváltozás pathogenesisét. Nem zárható ki, hogy salvarsanártalomról volt szó. Viszont tekintetbe jöhetnek morbus Addison, arsenmelanosis és chloasma cachecticorum is, tekintve az erős pigmentatiót. *Schlammadinger József dr.*

A hólyagba szakadt sondarészlet extractiója. *Cevdet Fuat.* (Derm. Wschr. 1934. 43. sz.)

Harmincnyolcéves betege tíz év óta szenved gonorrhoeában, stricturákkal, vizeletretentióval és fájdalmakkal. Egyik collega Lefort bouigeval tágította, egyik alkalommal ennek egyik része bentszakadt a hólyagban. Különböző módon igyekeztek azt eltávolítani. Majd szerző egy 14. sz. Lefort-bougieval hatolt a hólyagba és ennek visszahúzása alkalmával — ami csak nagy nehézségek és fájdalmak árán volt kivihető — kiderült, hogy a bentszakadt bougierészlet ebbe belehurkolódott és vele együtt kihúzta azt. *Schlammadinger József dr.*

A férfi-gonorrhoea abortiv kezelésének kérdéséhez. *Ackermann A.* (Derm. Wschr. 1934. 23. sz.)

Szerző egy új abortiv kezelési eljárást ismertet, amit *Lutz* vezetett be 1927-ben a kankó abortiv kezelésére. Az eljárás abból áll, hogy előzetes vizelés után a fossa navicularist pálcára csavart, 1%-os arg. nitricum-oldatba mártott vattával alaposan kitörli. Ezen műveletet még egy-kétszer megismétli, miután a beteg ½%-os protargol-oldatot fecskendez a szokásos módon a pars anteriorba, amit öt percig benne tart. A folyadék kiengedése után újból befecskendez a beteg, amit szintén öt percig benntart a húgycsövében. Ugyanezen napon a beteg a kettős befecskendezést 2—3 órás időközben többször elvégzi. A második nap végén, vagy a harmadik nap elején váladékvizsgálat. Ha gonococcusok még találhatók, akkor az abortiv kúra nem sikerült és áttérünk rendes kezelésre; ha ellenben a praeparatum negativ, úgy még három napon keresztül naponta három ízben fecskendeztetünk, utána controll-vizsgálatokat végzünk. Ennek az abortiv kezelési eljárásnak előfeltétele ugyanaz, mint az eddigi abortiv kezeléseknek. Ártalmakat szerző a kúra alatt soha nem észlelt. Az utóbbi esztendőben 28 betegen, az összes kankós betegek 22·23-ánál, végzett abortivkezelést, kik közül kilenc beteg gyógyult, ami 32%-nak felel meg. Előre nem látott akadályt képez az a körülmény, hogy gonococcusok már a betegség 1—2-ik napján behatolnak a Littré-mirigyekbe és Morgagni-féle tasakokba. Ilyen esetekben természetesen az eredmény nem következik be. Ebből azonban a betegre nézve hátrány nem származik, mert időbeli veszteséget nem szenved és szövődmények sem keletkeznek gyakrabban a további lefolyás ideje alatt, mint azt rendes kezelés esetében látjuk. *Vanik Vince dr.*

KÖNYVISMERTETÉS

Az Association Internationale de Pediatrie Préventive mult év szeptemberében tartott negyedik nagygyűlése Lyonban.

A nagygyűlés tárgya a malária és az angolkór megelőzése volt. *Gillot* és *Sarrouy* algiri tapasztalataik alapján arra hívják fel a figyelmet, hogy a csecsemők és kisgyermekek milyen nagy szerepet játszanak a malária terjesztésében. Endemiás vidéken a felnőttek vérében u. i alig van plasmodium s így a szúnyogok elsősorban a gyermekek és csecsemők közvetítésével fertőződnek. Ezért a malária elleni küzdelemnek a lárvák pusztítása mellett, elsősorban a csecsemők és kisgyermekek védelmére és gyógyítására kell irányulnia. E védelemnek már a terhesség alatt kell megkezdődnie. A chininprophylaxis, amint azt Di Pace kimutatta, a terhességre nem ártalmas (68 nem kezelt maláriás asszony terhessége 9·7%-ban végződött vetéléssel, 33%-ban koraszüléssel, 50%-ban halvaszüléssel ugyanakkor 214 chininizált asszonynak egyetlen abortusa vagy koraszülése sem volt). Háromévesnél fiatalabb gyermekek naponta 7·5—15 ctg csersavas nagyobb gyermekek 20—40 ctg sósavas chinin-sót kapnak az év hét veszélyes hónapján keresztül. *Barrowman* a Maláji-szigeteken 30 éve folyó antimaláriás küzdelem eredményéről számol be. A felnőttek halálozása évi 300‰-ről 18‰-re esett a gyermekek halálozása pedig 900-ról 130-ra, míg ugyanakkor a születések száma ezer nőre számítva ötről 200-ra emelkedett. 1931 óta a chinint plasmochinnal együtt adják (minden harmadik hónapban két héten keresztül naponta kétszer 7·5 grain * chininum bihydrochloricum + 5 mg plasmochin). *Nobécourt* figyelmeztet a vérátömlesztés útjáni fertőzés lehetőségére. Olyan egyének vére is fertőzhet, kiknek malária régóta (7—9 év) gyógyultnak látszik, sőt olyanoké is, kik betegek sohasem voltak, de fertőzött vidéken élve chininnel védekeztek. *Gautier* az oltási malária veszélyére hoz példát: maláriamentes vidéken maláriakezelést űző kórház közelében észlelt megbetegedést.

Az angolkór, amint a beszámolókból kitűnik, az erélyes csecsemővédelmi munka hatására a legtöbb európai országban csökkenőben van. Harminc évvel ezelőtt a párisi kórházi rendeléseken megjelenő betegeknek még kétharmada volt angolkóros, ma alig 15%-a, Dániában pedig már olyan ritka, hogy sokszor még az orvosnövendékek előtti demonstrálása is nehézségbe ütközik. Németországban a könnyű formák még gyakoriak, súlyosak már alig fordulnak elő. Mindenki egyetért abban, hogy a rachitis megelőzésének az anya helyes táplálkozása és egészséges életmódja révén már a terhesség alatt kell megkezdődnie s hogy a későbbi védekezés fő fegyverei a szoptatás propagálása és a táplálkozási zavarok megelőzése. A védekezés többi eszközei felől már eltérők a vélemények. Míg *Armand-Delille* úgy véli, hogy Középeurópában a rachitis egyedül napkúrával is csaknem biztosan megelőzhető, *Rominger* a quarzfénykezelés mellett tör lándzsát, *Woringer* a quarzbesugárzást, Solux-lámpával (infravörös sugarak!) támogatja, *Monrád* a csukamájolajat, illetve az ergosterin-készítményeket dícséri. *Wieland* és *Weill* a besugárzott tápláléknak azon nagy előnyét emeli ki, hogy huzamos használat mellett sem okoznak kárt (D-hypervitaminosis). Egységes felfogás alakult ki abban az irányban, hogy a védekezés ezen eszközeit — akármelyikről legyen is szó — nem kell válogatás nélkül minden csecsemőnél alkalmazni, különösen nincs erre szükség védőintézetek területén. Annál fontosabb azonban koraszülöttek, ikrek, rossz egészségügyi viszonyok között élő, vagy angolkórra hajlamos családból származó csecsemők esetében. Miután a csukamájolaj vagy ergosterin nem közömbös szer, csak orvosi előírásra szabadna árusítani. Dániában ez már így is van. (Compte rendu de la quatriéme conférence. Lyon 1934. Union internationale de secours aux enfants. Genéve 1934.)

Richtlinien für die Kost des gesunden und kranken Kindes. *E. Rominger* és *E. Łorenz.* (130 oldal. Springer-kiadás, Berlin, 1935. Ára 4·50 Rm.)

Ügyes és rövid leírása a csecsemő- és gyermek normal, illetve diaetás táplálási módjainak. Tejkonyhák, diaetás konyhák és gyermekotthonok használatára alkalmas, mert legnagyobbrészt technikai leírásokat tartalmaz. Hosszasabban csak az egészséges csecsemő, kisgyermek, valamint iskolásgyermek táplálásával és energiaszükségletével foglalkozik, amelyekre általános elvi directivák mellett példákkal is szolgál. A gyógytáplálékokat külön csoportban ismerteti és megadja részletesen készítési módjukat. Az indicatiókat nem említi sehol sem, hacsak a diaetás táplálás címe nem rejti azt magában.

Technikai segédkönyv gyanánt nemcsak diaetás konyhák alkalmazottai fogják haszonnal forgatni, de az általános gyakorlatot folytató orvosok is, amikor specialis diaetát igénylő eseteikben a táplálék mennyiségi és minőségi beállítását akarják megszabni. *Hainiss Elemér prof.*

* Nem egészen ½ g.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 30-i ülése.

Bemutatás:

Erdélyi S.: *Postanginás sepsisnek nyaki mediastinotomiával gyógyított esete.* Betegén acut tonsillitis után, három napi láztalanság után súlyos septikus állapot fejlődött ki: négy napon át 40·5° hőmérsékkel, hidegrázásokkal, acut nephritissel, 24.000 fehérvérsejttel és balratolódással, 130-as pulsussal, hányás-hasmenéssel, száraz nyelvvel, subicterikus-cyanotikus arcszínnel, de emellett csak mérsékelt baloldali nyaki infiltratióval és érzékenységgel. A nyak b. o.-nak feltárását végezte a proc. mastoideustól a jugulumig; az ú. n. collaris mediastinotomiával, melyet *Marschik* propagált először; drainezte prophylactikusan a perioesophagealis kötőszövetet: a nyaki mediastinumot jodoformcsíkokkal elszigetelte s a nyakról fertőzés tovahaladását a mellkas felé így kiiktatta; majd utána feltárta a nyak felső részén lévő fertőzött területet s nekrotikus nyirokmirigyeket. Betege azután rohamosan javulni kezdett, majd még a j. comb közepén a periost fölött képződött ökölnyi metastatikus tályog incisiója után végül meggyógyult. Hasonló esetekben a gyors műtéti beavatkozást ajánlja, mely álláspont a nagy tapasztalatokkal bíró klinikusoknak álláspontjával általában megegyezik. Ez a műtét (a collaris mediastinotomia s azt követőleg a nyaki fertőzött terület feltárása) technikailag nehézségek és ártalom nélkül véghezvihető beavatkozás, amely a conservativ álláspont helyett a legtöbb reményt nyujthatja a beteg életének megmentéséhez.

Előadások:

Lőrincz F.: *Az ankylostomiasis (bányász-aszály) kérdésének jelenlegi állása hazai vizsgálatok alapján.* Az ankylostomia sisnak Magyarországon való előfordulására vonatkozó munka kapcsán — melyben előadónak munkatársai voltak: *Cukelter-Szecsődy J. dr.* brennbergi bányafőorvos, *Stiller J. dr.*, *Szabolcs Z. dr.*, *Makara Gy. dr.* és *Acs L. dr.* — ismerteti azokat az újabb nézeteket, melyek szerint az ankylostomia duodenale egyéb ártalmas tényezők — mint egyoldalú vagy hiányos táplálkozás stb. nélkül legalább is súlyos megbetegedéseket nem okoz. A magyarországi bányák közül 33-nak a legénységét vizsgálták meg részben vagy egészen, összesen 3440 egyénen 5564 vizsgálatot végezvén. A különösen erősen fertőzöttnek talált brennbergi bánya munkásain végzett haematologiai vizsgálatok eredményei nem mutattak összefüggést a féregfertőzést súlyossága és a vörösvértest, illetőleg haemoglobincsökkenés között. Kisfokban vérszegény egyének egyformán előfordultak a fertőzöttek és nem fertőzöttek között. A talált vérszegénység okát elsősorban a szénhydratban hiányos táplálkozásra lehetett vissza vezetni. Előadó munkatársaival végzett munka eredményeit röviden áttekintette, melynek részletes feldolgozását monographiában fogják rövidesen közölni.

Csépai K.: Evek óta folytatott vizsgálatai azt mutatják, hogy férfiben Magyarországon az átlagos vörösvérsejtszám 4,600.000 körül van. Előadónak az a megállapítása tehát, hogy a bányászokban kisfokú anaemia mutatható ki tekintet nélkül arra, hogy fertőzöttek-e vagy nem, inkább úgy formulázandó, hogy a bányászok vére nem mutat az átlagostól eltérést, akár fertőzöttek, akár nem.

Kováts F.: *A paprikahasítók tüdőbetegsége.* Négy év előtt írta le a paprikahasítók sajátos foglalkozási betegségét, amely eleinte ártalmatlannak látszó hurut volt; a betegséget a paprikahasítás alkalmával felszálló nagymennyiségű penészspóránnak vélte tulajdonítani, amelyek közül legnagyobb jelentősége a mucor stolonifernek volt. Később jelentkeztek a betegség szövődményei is: spontán pneumothorax, mellhártyalob, tüdővérzések, kiterjedt bronchiectasiák, a tüdőszövet fibrosus beszűrődése stb. A betegeknél észlelhető szívpanaszok hasonló eredetét a klinikai vizsgálat nem igazolta, a bajt jellegzetes szervi billentyűhibának tartották. Ez év elején autopsiára került nőbetegnél is a klinikai diagnosis: szervi szívbaj és tüdőgümőkór volt, a boncolásnál azonban sem egyik, sem másik nem volt fellelhető, kiderült, hogy a paprikahasítók tüdőbetegsége rejtőzött a kép mögött.

Az autopsia révén most már meg lehet állapítani a betegség természetét is pontosan: heveny szakában alveolitist okoz, azután perilobulitis fejlődik, a röntgenkép egészen olyan, mint a miliaris tuberculosisé, de láztalanul folyik le a betegség és csak másodlagosan (bronchopneumonia) észlelhető hőemelkedés. Később a fibrosis jelei is észlelhetők: a röntgenképen szemcsés-fonalas árnyékok vannak előtérben, atelectasia is gyakori. A sclerosis idővel mindjobban előrehalad s evvel párhuzamosan mutatkoznak a mellhártyabántalom tünetei is: a rések láthatóvá lesznek, a rekesz lenő, zsugorodás indul meg a csúcsban, az arteria pulmonálisok egész magasra vongálódnak, a feszülés következtében emphysemás részletek

láthatók, a csúcsban bullák keletkeznek: spontán pneumothorax. A feszülő tüdőszövet és a beteg bronchusok miatt könnyen támadnak cavernaszerű tágulatok. A közepesnél kisebb tüdőarteriák mind thrombotizáltak, másodlagos recanalisatióval, a fibrosus területen a tüdő parenchyma egészen elpusztulhat, a bronchusok elzáródnak. Az edények súlyos elváltozása indítja meg a szívbántalmakat: az incompensált állapotban a EKG-n balszívtúlsúly észlelhető s a compensatiós stadiumban hirtelen átfordul a jobb szívtúlsúlyba. Egyik betegnél ez többször volt észlelhető. A boncolás is igazolta, hogy toxomycosis a kiváltó ok, mert a tüdő szövetében sehol gomba kimutatható nem volt, csak két elzáródott bronchustömlőben maradt vissza.

Okolicsányi-Kuthy D.: Az aetiologice új kórkép alapos kidolgozása őszinte dícséretet érdemel. A vetített tüdőképek mutatták a csúcsok feltűnő épségét, ellenben a hilustájék jelenlévő affectióját. Hozzászóló 1917-ben a rózsahegyi tbc-nagygyűlésen hangsúlyozta a tüdőgümőkór genesisében is a hilusból való kiindulás gyakoriságát. Kérdezi előadót, vajjon — mint feltételezhető — ritka-e a paprikahasítók tüdőelváltozásával egyidejű pulmonalis tuberculosis?

Csépai K.: Felhívja a figyelmet arra a nagy analogiára, mely az előadásban ismertetett kórkép és a silicaticus tüdő között fennáll. Utóbbinál is jól megkülönböztethető a hurutos, bronchiectasiás és cavernás stadium. Tekintettel arra, hogy a silicosisnál a szervetlen por belégzése mellett az újabb vizsgálatok szerint a chemiai ártalom is szerepel, nem tartja lehetetlennek, hogy a »paprikabetegségnél« sem a fertőzés, hanem a chemiai ártalomként is szereplő szerves por belégzése a legfőbb pathogenetikus mozzanat. Minthogy a silicosist a nemzetközi munkaügyi hivatal felvette a kártalanítandó foglalkozási betegségek közé, amennyiben a paprikabetegségre megállapítást nyerne az analog pathogenesis, mozgalmat lehetne indítani ennek a betegségnek a foglalkozási betegségek sorába való felvétele irányában.

Kováts F.: *Okolicsányi Kuthy Dezső* feltevését megerősíti, az idült elváltozás egyetlen esetében sem volt tbc. kimutatható, ellenben súlyos, rosszindulatú tbc. fejlődését észlelte a kezdeti, nem sclerotikus formákon. *Csépay* hozzászólására: pneumokoniosist szerves por nem okoz, csak szervetlen, a paprikahurut némi hasonlóságot mutat a dohánygyári munkásnők hurutjához, amint avval első közleményében részletesen foglalkozott. Saját vizsgálatai a dohánygyári munkásnők esetében eredménytelenek voltak. Ugyancsak nem talált elváltozást a mezőgazdasági munkásokon, akiket a kiterjedt buzarozsdasaisonban vizsgált. Ennek okát abban látja, hogy a gabonarozsda spórái 20 *u* nagyok s így az alveolusokba nem jutnak be. Hogy nemcsak a szerves por belégzése okozza, hanem vegyi toxikus hatásnak is kell lennie, azt bizonyítja az is, hogy hasonló súlyos leváltozások gabonamolnárokon nincsenek, a mucor stolonifer ártalmas vegyi hatása pedig be van bizonyítva.

Hüttl T.: *Tüdővérrög-emboliának az időjárással összefüggése és keletkezése.* Előadásában, mely egész terjedelmében meg fog jelenni, azokról a vizsgálatokról számol be, amelyeket 301 tüdőemboliával kapcsolatosan végzett. Vizsgálat tárgyává tette, hogy ezen emboliák keletkezése idején másképpen viselkedett az időjárási tényezők közül a légnyomás és azt állapította meg, hogy az emboliák a légnyomással szoros kapcsolatban vannak, azaz hogy az emboliák egyik kiváltó oka az időjárás hirtelen változása. Vizsgálataihoz fűzött következtetéseket abban foglalja össze, hogy sokkal több adat szól amellett, hogy a tüdőemboliák autochton thrombosisok és tulajdonképpen nincsen egy olyan biztos adatunk sem, mely az emboliás eredet mellett bizonyítana. Meg van győződve, hogy a további kutatások ezt a felfogást meg fogják erősíteni.

Laczka S.: *Hüttl* tanár úr érdekes és értékes előadásához hozzászól és annak oka az, hogy az eklampsia kitörésének az összefüggését az időváltozással tanulmányozta. Azt látta, hogy az egyes meteorológiai tényezőktől mint a légnyomásváltozás, nedvességtartalomtól független, hanem a frontátvonulás összetett hatásától függ. Egyes betegségek ilyen frontátvonuláskor gyakrabban fordulnak elő. Az I. sz. női klinikán 1918-tól 1931-ig 173 eklampsiás eset fordult elő, melyek közül 7·48% nem függött össze a frontátvonulással. 1931., 1932. és 1933. években előforduló 26 eklampsia mind meteorotrop volt. Összegyüjtötték különböző intézetekből 53 emboliás halált, melyek közül tíz, vagyis 18·9% nem függött össze frontátvonulással. A műtétek utániakon 21 hideg-, 13 meleg-frontátvonulással volt kapcsolatos.

Belák S.: Mint aki maga is hosszú évek óta foglalkozik a milieu hatásaival, üdvözli *Hüttl* tanár urat ilyen irányú kutatásáért. Azt hiszi, hogy igaza van, amidőn az emboliás jelenségekért a vér megalvadását okolja. *Storz* egy thrombosisos constitutiót írt le, amelyet többek között a vér alvadékonyság jellemez és kikutatandó volna, hogy nem-e ezek a constitutiók reagálnak az időjárás változásaira. Nyilt kérdés marad természetesen az, hogy az időjárási elemek milyen mechanismus alapján hatnak a vegetativ innervatióra.

Valkányi R.: A III. sebészeti klinikán 1927 január 1-től 1935 március 1-ig 645 betegen történt műtéti beavatkozás s ezzel kapcsolatban 15 esetben lépett fel tüdő vérrög-embolia, míg a nem operált betegek közül kettő halt meg tüdőembolia következtében, vagyis a halálos vérrög-emboliák összes száma 17, ami az összes halálozás 2%-a. A két spontán embolia az alsó végtag thrombophlebitise kapcsán lépett fel. A műtét utáni 15 embolia közül kettő lázas állapot mellett jelentkezett; nedves üszök miatti combamputatio után a harmadik és genyes cholecystisis miatti cholecystostomia után a hetedik napon. 13 esetben a tüdőembolia steril műtétek (2 varix, 4 hernia, 2 gyomor, 3 epekő, 1 vakbél, 1 myoma) után jelentkezett teljesen láztalan kórlefolyás kapcsán, éspedig három esetben a műtét utáni 10—14., 10 esetben a 4—8. napon. Míg a fertőzött viszérgyulladások utáni spontán embolusok, valamint a fertőzéses sebészeti bajok miatt operált két betegnél műtét után keletkezett embolusok okaként legvalószínűbben, bár nem kizárólag a fertőzés vehető fel, addig többi 13 esetünkben az embolia, illetve a thromboemboliához vezető postoperativ anyagcserezavar végső okaként alkati tényezőket kell feltételeznünk. 17 emboliaesetük közül az utolsó hatnak halálnapjáról a Meteorologiai Intézettől az alábbi időjárási adatokat nyertük: a hat eset közül ötben a beteg halálának napján, sőt pontosabban az azt megelőző 3—4 órában Budapesten feljegyzésre érdemesített légköri frontátvonulás történt, éspedig három esetben melegfront, két esetben hidegfront átvonulása, az öt eset közül egyben rendkívüli légnyomásváltozás is történt a frontátvonulással egyidejűleg.

Hüttl T.: Az emboliák 17%-ban a légnyomás hirtelen esése után mélyponton keletkeztek. Ugyanilyen %-ban fordultak elő emboliák a légnyomás hirtelen emelkedése után, annak magas állásánál is. Hogy 50 éven felül az emboliák gyakoriabbak, úgy magyarázza, hogy az érfal rigiditása miatt könnyebben jön létre a vérnyomás zavara és a keringési elégtelenség.

A Közkórházi Orvos Társulat március 13-i ülése.

Balló B.: *Fiatalkori gyomorfekélyátfúródás érdekes esete.* Tizennégyéves fiúgyermeket mutat be, akin két hete gyomorpanaszok után hirtelen erős fájdalmak támadtak, melyek különösen a Mac Burney-pont táján voltak kifejezettek. Azonnal megoperálták, perforált appendicitisre gondolva, műtétközben azonban kiderült, hogy az appendix ép, a hasüregben azonban gyomortartalom van. Az ileocoecalis metszést bezárva, median laparotomiára tértek át s ekkor kiderült, hogy a pyloruson kb. diónyi callosus fekély van, mely lencsényi nyílással perforált. A fekély elvarrása után a beteg 12 nap mulva síma gyógyulás után az osztályt elhagyta. Az irodalomban egy kilencéves leány és két 13 éves fiú operált esetét sikerült felkutatni.

Weber J.: *Symmetrias vesekéregnecrosis diphtheria után.* Négyéves leány garatdiphtheria után kórbonctanilag jellegzetes vesekéregelhalásban meghal. Különleges lelet volt a vesékből és a tonsillákról tenyészthető és mikroskop alatt a vese interlobularis arteriájában s egy helyen arteriolae rectaeben található streptococcusok nagy tömege. Hasonló leletet az irodalomban nem közöltek. A veseelváltozás pathogenesisét nehéz megmagyarázni, talán a diphtheria-bacillusok toxinhatása mellett a sreptococcusok toxinjának is szerepet lehetne tulajdonítani. Lehet, hogy ez a toxinhatás még akkor következett be, mikor a streptococcusok — feltehetően — az activ diphtheria-bacillusok fertőző társai voltak, a garatban.

Torday A.: *Heveny ulcerosus endocarditis esete.* Egy 17 éves ifjú esetét ismerteti, akin a kórisme, tekintettel a gyors lefolyásra és a kifejlődött agyi tünetekre, diagnostikai nehézségeket okozott. A bántalom elkülönítő kórisméjével foglalkozik (typhus, miliaris tbc. tekintetében).

Lakner G.: *Idős, először szülő nők szülése.* A Szent Rókuskórház szülő- és nőbetegosztály anyagából ismerteti az idős, először szülő nők szülését. Öt év alatt 8439 szülésre 393 idős, először szülő nő szülése esik. Az idős 1 parák szülésével kapcsolatban sokkal több a szövődmény és a műtéti beavatkozás, mint fiatal 1 parákban. A szövődmények és műtétek megszaporodása növeli az anyai és magzati morbiditást és mortalitást. Idős, 1 parák szülését gyakrabban kell császármetszéssel befejezni: az idős, 1 paraságot egyéb szövődmények jelenlétében sokszor a császármetszés indicatiójának kell tekintenünk.

Balás G.: *A belső szemzug haemangiomája.* A belső szemzugban kb. mogyorónyi, nyálkahártyával fedett, helyenként vérző, dudoros felszínű, valószínűleg a carunculából kiinduló daganatot mutat be, amelyhez a röntgenfelvételek szerint csont-

elváltozások is csatlakoznak ; mégpedig ugyanazon oldalon a sinus maxillaris hypoplasiája, az arccsontok tömöttebb és vékonyabb volta. Az orrüreg belső csontos falában a dens caninus feküdt csúcsával előrenézően. A daganat már kétízben volt operálva, a beteg születésétől fennáll, műtétek után recidiválva. A sebész beavatkozás mellett radium vagy röntgen alkalmazását reméli célravezetőnek a recidiva elkerülésére.

Biró B. : *A scleromáról, három eset kapcsán.* Nálunk ritka, Galiciában, európai Oroszország déli részein gyakori bacillárisfertőzés okozza, a Frisch-féle bacillus, mely igen nehezen különböztethető meg a Friedländer-féle pneumobacillustól. Ragályosság nincs teljesen bizonyítva. Állatoltások nem sikerültek. Kezdődik a légzőtractus mucosájában bárhol, bőrre csak később jut. Klinikailag *Putschowszky* szerint négy stadiuma van : 1. prodromalis, 2. indiff. sarjadzás, 3. specifikus sarjadzás (fájdalmatlan deszkakemény, nem hajlamos a szétesésre), 4. rostos kötőszöveti szak. Histologia csak a harmadik stadiumban jellemző : Mikulitz-féle sejtek tele bacillusokkal, plasmasejtek, Russel-testek, hyalin göbök, fibroblastok. Diagnosisban legbiztosabb a Bordet-Gengou-féle complement-reactio, segít az agglutinatio, bacillus kitenyésztés és próbakimetszés is. A betegség általános hatását bizonyítja a B. G. agglutinatio, vérkép balra tolódása, Hgb. csökkenés. Th. : régebben chemo-th. sublimat-, carbol-, salicylsav-oldat a csomókba ; maratás, stibium, salvarsan, malária stb. Később a röntgen és vaccina. Eddig legjobban bevált a röntgen és autovaccina, azonban a betegség lassú előhaladása, javulások utáni recidiva lehetséges. Prognosis : A gége és légcső scleromája fulladást okozhat. Esetek : Ötvenéves nő, két és félév előtt orrát megütötte, az megdagadt, a daganat fájdalmatlanul nőtt, orra betelt eldugult. Az orr deszkakemény, kétszerte nagyobb. Wa. negativ. Próbakimetszés (*Zalka :* scleroma) B. G. positiv. Th. : A granulatiók eltávolítása az orrból, autovaccina és röntgen. Eredmény : az orr kisebb, orrjáratok hegesen szűkültek, elég szabadok. 2. Huszonkilencéves takarítónő súlyos vitiummal és orrdugulásos panaszokkal jelentkezett. Orra tele sarjakkal. Wa. positiv. Próbakimetszés (*Zalka :* scleroma). B. G. : pos. Th. : autovaccina és röntgen. Teljes gyógyulás. Recidiva két és félév óta nincs. 3. Harminckétéves varrónő hét év óta rekedt, köhög, fullad. Orrban és a gégesubglotticus részén heg és sarjszövet. Wa. Koch : negativ. B. G. : positiv. Próbakimetszés : Scleroma. Th. : autovaccina és röntgen egyszerre, utána Schrötter-tágítás, amit most is folytatunk. Légzése, hangja megjavult, félév óta dolgozik. A scleroma statistikáját *Belinoff* állította össze az 1932-i madridi congressusra. Magyarország 26 esettel szerepel. Legtöbb az orosz, ukrán, szerb és cseh. Leggyakoribb a 26—35 éves korban, főleg földművelő parasztokon, ipari munkásokon kevés, szellemi foglalkozásukon elvétve. Arány 2 : 3 a férfiak javára. Videkezés : mocsarak lecsapolása, lakás- és socialis viszonyok megjavítása stb.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület orthopaediai szakosztályának január 31-i ülése.

Bemutatás :

Farkas A. : *A csípőizület szokatlan megjelenésű megbetegedése.* A Calot-féle tan rövid összefoglalása után a vápa és a fejecs külön-külön és a kettőnek egymással szembeni viszonyát ismerteti. Azt tapasztalta, hogy a coxitises betegek egészséges oldalán lassan subluxalódik a fejecs és a vápa is félficamossá válik. Az ép oldalnak subluxatiója összefüggésben áll a coxitissel és valószínűleg enyhén lefolyó synovialis folyamatnak eredménye.

Zinner M. : Felhívja a figyelmet a képeken látható adductiós helyzetre az ép csípőizületben, amely talán a mechanikus theoria mellett szólna egy kissé, ha a bemutató nem említette volna, hgoy a képek hosszú idő óta fekvő gyermekekről történtek.

Kopits J. : A látszólag ép oldalon kifejlődött izületi elváltozást annak tulajdonítja, hogy a betegnek ab ovo mindkét oldalán csökkent értékű csípőizülete volt. Talán éppen ezért volt alkalmas baloldali csípőizülete gümős fertőzés befogadására, míg a másik oldalon előállott a fejlődés folyamán a Perthes-féle kór szokott képe.

Zinner M. : *Csípő- és térd-arthroplastikák végeredménye.* Az utolsó 15 év alatt 56 térd- és 12 csípőmobilisatiót végzett arthroplastika útján. Ezeknek eredményét ismerteti és megállapítja, hogy a mobilisalt izületek használhatósága általában várakozáson felülien jó. Körülbelül 10%-ra tehető azon esetek száma, melyeket ismét merevíteni kellett a keletkezett fájdalmak miatt. Diapositiveken mutatja be a mobilisalt izületeket, majd mozgófényképeken demonstrálja az arthroplastikán átesett betegek mozgását két héttel, három hónappal, három évvel és hat héttel a műtétek után.

Horváth B. : A csípőarthroplastikák kérdésében ma még vitás az, hogy a mély- vagy laposvápa-képzés előnyösebb-e. Mayo szerint a laposvápa-képzés az előnyös, de ilyenkor a nagytompor plastikus megnagyobbításával kell ellensúlyozni a bizonytalanabb tartást. Tapasztalata szerint az ellenkező módon, mélyvápával operált esetek is kifogástalanok lehetnek.

Előadás :

Dollinger B. : *Hanyagtartású tanulók tornásztatásának mai állása a székesfőváros iskoláiban.* Az előadó a testjavító tornarendszer keletkezését és fejlődését ismerteti. A testjavító torna gyakorlati alkalmazása terén már a mult század nyolcvanas éveiben történtek kísérletek Németországban. Hivatalosan elismert és rendszeresített testjavító tornáról azonban csak 1902 óta van tudomásunk. Legelőször Göttingában, Westfalenben és Hagenben szerveztek meg testjavító tornaórákat, majd más német városokban is, sőt a külföld is rendszeresítette őket. A testnevelés tanárai által vezetett tornaórák célját illetően téves volt az általános felfogás. E nézet szerint a skoliosist az iskola okozza, tehát annak gyógykezelése is az iskola feladata. Azóta a congressusok előadásainak és vitáinak állandó tárgya volt ez a problema és ma már általános elvként szűrődött le az a nézet, hogy az iskola nem oka a skoliosisnak és ezért gyógyítása sem lehet az iskola feladata. A laikus skoliosis kezelés tehát feltétlenül elvetendő. A testjavító torna célját az előadó nyomatékosan hangsúlyozza és vezérelvként ajánlja, hogy a testjavító torna feladata a hanyagtartású, gyengetörzsű, elgörbülésre hajlamos rachitises mellkasú gyermekek erősítése és légzési gyakorlatok végzése. Budapest székesfőváros iskoláiban a rendszeres testjavító torna már a háború előtti években megkezdődött. A főváros illetékes vezetői gondoskodtak a szükséges orvosi felügyeletről, azt kötelezővé tették és evvel megelőzték a külföldet is. Az előadó a székesfőváros testjavító tornaintézményének 1926 óta a vezetője. A testjavító tornának az újabb idők tudományos követelményei szerint leendő megreformálása volt az első feladat. Meg kellett értetni a testnevelés hivatott tényezőivel, de a nagyközönséggel is, hogy a testjavító torna nem gyógykezelés, hanem elsősorban praeventiv intézmény. Ma már a tornaerők megértése és a kérdés lelkes felkarolása folytán a testjavító torna a társadalom széles rétegeiben népszerűvé lett. A székesfőváros áldozatkészsége folytán a testjavító tornaórákon kb. 6000 gyermek vesz részt, a főváros különböző helyein külön e célra kijelölt tornatermekben. A tornaerők kiképzéséről a Testnevelési Főiskola gondoskodik.

Kopits I. : Helyesli az előadónak azt az álláspontját, hogy az iskolai külön tornaórákon csak a hanyagtesttartású tanulók vesznek részt. A skoliosisban szenvedő gyermekek orvosi ellenőrzés alatt álló gyógytornára szorulnak. Hozzászóló 1928 óta rendszeresítette a II. sebészeti klinikán a gyógytornát, melyen kizárólag skoliosisban szenvedő gyermekeket kezelnek. A gyermekek itt a csoportgyakorlatokon kívül egyenként is végeznek különleges gyakorlatokat az elgörbülésüknek megfelelően.

Fischer E. : A gyengetestű iskolás geyrmekek tornásztatására irányuló actiónak akkor lesz meg az igazi eredménye, ha ez a rendszeres iskolai tornába beiileszthető lesz. A tornatanítás amúgyis reformra szorul, mert mai formájában nem felel meg kettős feladatának, ez volna : az ifjúság testi nevelése és az iskolai ülés ártalmainak ellensúlyozása. Ennek oka elsősorban az, hogy a tornásztatás válogatás nélkül, iskolai osztályonként történik, nem pedig a gyermekek testi alkalmassága szerint. Igy azután a tornaóra a gyermekek egyrészét nem elégíti ki, a másik részét pedig túlerőlteti, kifárasztja. Külön csoportba volnának tehát osztandók az iskolaorvos vizsgálata és állandó megfigyelése alapján : 1. az erőteljes testalkatú gyermekek, ezek szertornát és nehezebb athletikai gyakorlatokat végezhetnének ; 2. a közepes fejlettségűek, könnyű athletikára alkalmasak ; 3. a gyengetestű fejlettségűek, ez volna az a csoport, melynek tornásztatását előadó már megszervezte egyes iskolákban, ezen gyermekeknek könnyű testedző gyakorlatokra van szükségük ; 4. a fekvőkúrások csoportja : minden osztályban akad néhány olyan gyermek, aki az iskolai ülés ártalmait fekve pihenné ki a legjobban. Ezek számára a szabadban, a tetőn volna olcsó fekvő-, napozó-, zuhanyozó-terras berendezhető. A gyógyító tornát igénylők szakorvosi kezelésre utalandók, a tornaórát a két utolsó csoportban tölthetnék.

Horváth B. : Az előadással kapcsolatban felhívja a figyelmet a gombamódra szaporodó magán-gyógytorna intézetekre, melyek orvosi vezetés nélkül állanak és így az 1927-es belügyministeri tiltórendelet alá esnek. Sajnos, az ilyen ellenőrizhetetlen külföldi diplomákra hivatkozó egyének sokszor minden szaktudást nélkülöznek és a gerincelferdüléses gyermekeket a helyes gyógykezeléstől elvonják. Ez irányban a mult évben itt

székelő nemzetközi ifjúsági testnevelési congressuson is tartott előadást, de nálunk a szakosztály volna hivatott arra, hogy ezen kérdés rendezését szorgalmazza.

Kopits J.: Jónak tartaná, ha az iskolai javító tornaórákon a törzsizomzatának gyakorlásán kívül lábgyakorlatokkal is foglalkoznának. Szükségessé teszi ezt a lúdtalpas gyermekek számának ijesztően nagy emelkedése. Praeventative kellene a láb- és lábszárizmok erősítésével és megfelelő gyakorlatok betanításával és végeztetésével a lúdtalp kifejlődését megakadályozni. Ezekbe a tornaórákba kellene besorozni azokat az iskolás gyermekeket is, akiknek testük egyes részein valamely deformitásuk van és emiatt a közös tornaórákon nem vehetnek részt, de viszont testük ép része annál inkább szorul fejlesztésre. A javító tornaóra elnevezés helyett inkább a fejlesztő tornaóra elnevezést ajánlanám.

A Magyar Phonetikai Társaság február 20-i ülése.

Lénárt Z. *Elnöki megnyitó:* A Társaság négyévi munkálkodására vetett visszapillantásában megemlíti, hogy a kitűnő hazai előadókon kívül *Fröschels* bécsi professor tartott még értékes előadást. Az 1934. év kimagasló eseménye az »Internationale Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie« Budapesten tartott VI. congressusa volt, amelynek példás rendezése elismerést és őszinte rokonszenvet váltott ki a külföldiek részéről. A congressusnak tudományos és érzelmi szempontból elért kitűnő eredménye *Deseő Dezső* professor és *Bajkay Tibor* egyet. tanársegéd érdeme, amiért nevezetteknek a Társaság nevében őszinte köszönetét fejezi ki. Meleg szavakkal megemlékezik a Társaság elnökének, *Farkas Géza* professornak 1934-ben bekövetkezett haláláról. *Farkas* prof. mint sokoldalú tudós és kiváló tanár kimagasló nagy értéke volt az egyetemnek és a tudománynak s halála alig pótolható veszteséget jelent. Javasolja, hogy kegyeletüknek és nagyrabecsülésüknek korán elhunyt elnökük nemes alakja iránt a jegyzőkönyvben is emléket állítsanak. A beszéd- és hanghibák tanának fejlődését ismerteti és rámutat arra, hogy a külföldön már régebben felismerték e tudományszak jelentőségét és ezért különböző intézmények és tudományos társaságok létesültek, melyek fontos munkát fejtenek ki a betegek érdekében és a szakma fejlesztésében. Magyarországon a logopädia és phoniatria eddig nem foglalta el az őt megillető helyet, míg végre itt is felismerésre került ennek fontossága, melynek eredménye gyanánt megalakult a Magyar Phonetikai Társaság. A Társaságnak az a feladata, hogy új diagnostikus- és gyógyítóeljárások ismertetésével és tudományos előadásokkal oly eredményeket érjen el, amelyek hozzájárulnak a szakma elméleti és gyakorlati fejlesztéséhez. Szükségesnek tartja a beszéd- és hanghibások gyógyítására szolgáló intézmények fejlesztését, valamint a tanerők megfelelő kiképzését.

Deseő D. főtitkári és **Dénes L.** pénztárosi jelentése után a közgyűlés a következő tisztikart választotta meg. Elnök: *Lénárt Zoltán*; alelnökök: *Deseő Dezső* (ügyvezetés); *Némai József* és *Istenes Károly* (ülésvezetés); főtitkár: *Bajkay Tibor*; titkár: *Ajkay Zoltán*; pénztáros: *Szecsey György*; ellenőr: *Kanizsai Dezső*; számvizsgáló-bizottság: *Pollatschek Elemér, Réthi Aurél* és *Schulmann Adolf*.

Bajkay T. főtitkár indítványára a közgyűlés az évi tagdíjat 5 pengőről 4 pengőre mérsékelte.

Előadás:

Némai J.: *Énekhang és resonantia.* Bemutatja készülékét, melynek gyorsan egymást követő fényvillogásai a hangszálagok rezgési számával összeegyeztethetők, úgyhogy az egyes hangrezgések szemmel követhetők. Ezzel meg lehet állapítani az egyes elváltozásokat. Továbbá részletesen foglalkozik a fej légtartalmú üregeinek jelentőségével, tekintettel a hang szépségére és telítettségére. A mellkas főleg hangszórófelület, míg a mellékzöngék, amelyeket a toldalékos cső falazata és légtartalma a veleszólással érvényre juttat, adják meg a hang jellegét. Az ember a hangot egyenletes erősségben és ugyanazon zenei magasságban egy másodpercig sem tudja fenntartani, amint azt filmfelvételein felmutatja.

A Charité Poliklinika orvosi karának február 8-i ülése.

Bemutatás.

Kerekes Gy.: *Spontán füleredetű facialis bénulás műtéttel gyógyított esete.* Nyolc éves fiú chronikus otitisből kifolyólag spontán teljes baloldali facialis bénulást kapott. Három héttel később vettük fel. Az elvégzett radicalis műtét a bénuláson nem segített. Két hónappal később a n. facialist a ganglion geniculumtól csaknem a foramen stylomastoideumig szabaddá tettük. Az idegnek ilymódon történt felszabadítása után a három hónap óta tartó, teljes elfajulási reactiót mutató arcidegbénulás két héttel ezen beavatkozás után javulni kezdett és a mai napig már csaknem teljes gyógyulást mutat.

Wirkmann T.: Az ismertetett műtétnek rendkívül nagy a jelentősége. Eppen a hozzászóló kezelte *Balassa* főorvos osztályán e minden conservativ eljárással dacoló bénulást. A műtét után az eredmény szebb lett és rövidebb idő alatt mutatkozott, mint akárhány jóindulatú bénulás conservativ kezelésénél.

Wirkmann T.: *Myotonia ritka esete.* Huszonhárom éves fiatalember tizenegy év óta beteg. Akaratlagos mozgásoknál izmai merev állapotba jutnak, mely csak néhány pillanat alatt oldódik. Hypertrophiás izomzat, typusos Erb-féle myotoniás villamos reactio. Az eset különössége, hogy a fiatalember nővére is hasonlóan beteg, mindketten három évvel egy enkephalitises jellegű influenza után kapták a bajt. Enkephalitises eredet mellett szól: a pupillák összetérítési reactiójának hiánya s a betegség progressiója, de a két testvéren való megjelenés családi praedispositióra utal.

Előadás.

Zilahy M.: *A vese röntgenvizsgálatáról.* Előadó — összefoglaló referatum formájában — a vese röntgenvizsgálatának physikai alapjait és technikáját ismertette *Albers-Schönbergtől* napjainkig. Részletesebben a retrograd és kiválasztásos pyelographia technikáját, indicatióit és contraindicatióit tárgyalta. Befejezésül néhány vesefelvételt demonstrált.

Mittelmann D.: Egy betegről tesz említést, aki Uroselectan B után asthmás rohamot, urticariát és Quincke-oedemát kapott. Kiderült az anamnaesisből, hogy a beteg tejfehérjére hasonlóképpen reagál már évek óta.

Unterberg H.: A pyelographia értékes felvilágosítást ad vesekő, daganat, vesemedencetágulat, veleszületett rendellenességek, uretertágulat eseteiben. Tuberculosis esetében az eredményeket nagy óvatossággal kell fogadni. A pyelographiát mint vesefunctionalis értéket csak extrem esetekben lehet felhasználni, de sem mint absolut vizsgálati módszert, sem mint olyan eljárást, amely a vese finomabb laesióit megmutatná.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika Orvosai Tudományos Társulásának február 27-i ülése.

Bemutatások:

Veszprémi O.: *Állkapocstörés érdekes esete.* Harmincegyéves nőbeteg kétoldali állkapocstörése ütés következtében. A törés a jobboldalon a II. és III. molaris között, a baloldalon a caninus és I. praemolaria között jött létre. Miután deslocatio nem volt, a rögzítés lehetséges volt sín nélkül is, leukoplastkötésekkel. A törés után 10—14 nap mulva mindkét oldalon genyedés támadt, amit szabályszerűen külső incisiókkal oldottunk meg, a törvégekbe belenyúló fogak extractióján kívül. Ugy a sebészi complicatiók, mint a törések gyógyulása tökéletes, ugy kosmetikus, mint functionalis szempontból.

Holitsch R.: *Lymphogranulomatosis a gyomor-bélcsatornán.* Harmicnéves férfinak három éve fáj a gyomra, hány, 48 kg, igen gyenge. Szabad sósav nincs. Székében szabad szemmel is vér. Jobb csípőtányér előtt kis almányi resistentia. Mirigyek nem tapinthatók. Röntgenben: a gyomor fundusi részében a középső harmadában a nyálkahártyaredők ujjnyi vaskosak, az agy tekervényeire emlékeztetően kanyargók. Pylorus rendes. A Bauchin-billentyű helyén kisalmányi telődési hiány, amely beboltosul a vakbélbe. Műtét: a gyomor falzata rendellenesen vaskos, a kisgörbület mentén mogyorónyi mirigyek. Lép nagy. Mirigyek a bélfodorban és gyermekökölnyi egynemű, rugalmas tapintatú tumor az ileo-coecalis billentyű helyén. Egyik mirigy szövettani vizsgálata lymphogranulomatosist mutat. L. M. 14 éves leány, két év előtt kisalmányi daganat a mellső mediastinumban, amely röntgenbesugárzásra eltűnt. Egy év mulva újabb daganat, lejjebb, a hátsó mediastinumban: röntgenbesugárzásra ez is eltűnt. Néhány hete gyomorfájdalom, hányás. Röntgen: a gyomor fundusi és középső harmadában ujjnyi vastag redők és kismogyorónyi kerek kiesések. Ezek alapján kórjelzés: lymphogranulomatosis. A gyomor röntgenbesugárzása után panaszai megszűntek. A telődéshiányok eltűntek és a redőzet kevésbbé vaskos.

Előadás:

Lehner I.: *A tápszerallergia.* Allergiás elváltozásokat a tápszerek gyakran hoznak létre. Az a körülmény, hogy az allergiás reactióban az allergen elveszti charakterét, a kórokozó kikutatásában nagy nehézséget okoz. A diagnosishoz a betegtől felvett pontos anamnesis és az allergan-kivonatokkal végzett functionalis bőrpróbák útján jutunk el. Néha a Walter-féle fordított átviteli kísérlet és a kizárási diaeta által lehet a megfelelő kóros tápszert kikutatni. Csak megbízható allergia-kivonatokat alkalmazzunk a bőrpróbákhoz. A tápszerek különféle allergiás folyamatot okozhatnak a bőrön (ekzema, prurigo stb.), de másutt a szervezetben is létrehozhatnak elváltozást (asthma). A praedisponáló factorok közül a gyomor-béltractus, a máj- és anyagcserebetegségek azok, amelyek a fehérjék vérbe történő felszívódását elősegítik, amelyek sensibilisalólag hatnak. A gyógyítás a káros anyag eliminálása vagy a specifikus és nem specifikus desensibilisatio útján igyekszik célját elérni. Előadó ismerteti ezen módszereket.

A Szegedi Egyetem Barátai Egyesület orvosi szakosztályának február 14-i ülése.

Bemutatás.

Erdélyi J.: *Idült homloküreggenyedés radicalis műtéttel gyógyult szövődményes esetét mutatja be.* A tizenhat év óta fennálló esetnél a háromnegyed év óta a bal belső szemzugban kis almányi subperiostealis tályog keletkezett, mely az orrüreggel közlekedik. A műtét alkalmával kitűnik, hogy úgy a homloküregek közötti válaszfal, mint a jobboldali homlokűreg teljes hátsó fala hiányzik, ennek helyét a vastag granulatiókkal borított szabadon fekvő dura foglalja el mintegy 3×2 cm nagyságban.

Előadás.

Tomcsik J. és **Bodon Gy.**: *Lépfene elleni immunizálás új módszere.* A lépfenebacillus antigen szerkezetének felépítésében — szerzők egyikének korábbi vizsgálatai szerint — két fontos anyag játszik szerepet. Egyik a bacillus testében lévő polysaccharida, másik az anthraxbacillus által termelt burokanyag specifikus fehérjeszerű alkatrésze. Az eddigelé ismeretlen fajlagos proteinanyag ellen sikerült nagyobb mennyiségű ellenanyagot termelniök.

Jelenlegi munkájukban több mint száz nyúlon, negyven tengerimalacon és kétszáz egéren végzett kísérleti sorozatban vizsgálják a burokellenanyag védő hatását. Az új savó védő hatása legszembetűnőbben egérkísérletekből derült ki. Meg volt állapítható, hogy a burokellenanyag a 10—100 halálos adag lépfenebacillussal fertőzött egerek 90%-át megvédte, míg ugyanakkor az eddigi módszerek szerint előállított magyarországi, németországi, csehországi és amerikai savók teljesen hatástalanok voltak.

A lépfene elleni immunitás természetének közelebbi megvilágítására különösen fontosnak tartják azt a teljes biztonsággal leszűrhető megállapításukat, hogy az általuk előállított immunsavó védőhatása a tisztított burokanyaggal teljesen kimeríthető.

Ez a felismerés magyarázatot ad a *Bail* által bakterium-»agressin«-nek tartott anyag valódi természetének megértésére is.

Hernádi M. és **v. Rosztóczy E.**: *A Tisza és Maros fertőzöttsége Szegeden.* A Tisza és Maros szegedi szakaszának fertőzöttségét kilencvenöt vízminta megvizsgálása alapján öt hónapon keresztül tanulmányozták. A Tisza vize az összefolyás előtt egész nyáron alacsony vízállás mellett egész alacsony összcsira és coli számot adott (1 ccm 3000 összcsira és 100 coli), míg áradáskor egy alkalommal 21.000 összcsira volt kimutatható. Ezzel szemben a Maros egész nyáron magasabb vízállással tűnt ki és sokkal magasabb volt az összcsira és coli száma is. (1 ccm 35.000—41.000 összcsira és 10.000 coli.) A vízállás és vízhőmérséklet csökkenésével az összcsira és coli száma is csökkent. Az egyesült folyamszakasz fertőzöttsége nagyjából a két folyó eredeti bakteriumtartalmának középértékét mutatják. A Tiszába ömlő szennyvízcsatornák közül a főcsatorna a város csatornázott részéről vezeti le a szennyvizet és ürüléket, minden tisztítás nélkül. Szennyvizének összcsiratartalma 210—270 millió, coli száma 100 millió volt. A főszennyvízcsatornából az ősz folyamán két ízben typhusbacillus volt kimutatható Krumviede brilians zöld táptalajon. A szennyvíz keverődése nem nagyfokú, ennek következtében a folyamszakasz azon fele, amely a szennyvízcsatornák oldalán fekszik, hosszú távolságon keresztül lényegesen nagyobb fertőzöttséget mutat. (Főszennyvízcsatorna alatt jobb parton 500 méterre összcsira 220—270 ezer, coliszám 100 ezer. Ezzel szemben a balparton 4—12 ezer összcsira volt kimutatható. Számottevő öntisztulás a 9 km-es folyamszakaszon nem jött létre. Kétségtelenül megállapítható, hogy a főcsatorna beömlésétől délre fekvő részen a Tisza typhus és más enteralis fertőző betegség terjesztésében bizonyos körülmények között számottevő tényezőként szerepelhet.

v. Rosztóczy E. és **Hernádi M.**: *A typhusendemia sajátos eloszlása a szegedi helyőrségnél.* A szegedi helyőrség utászalakulatainál előfordult typhusesetek aránylagos nagy száma indította szerzőket arra, hogy ennek okával foglalkozzanak. Graphikonokon mutatják be a szegedi helyőrségnél a typhus előfordulását és ezekből kitűnik, hogy ámbár az utászok csak 20%-át teszik ki a többi alakulatoknak (családtagokat is beleszámítva), mégis 70—80%-ban közülök kerülnek ki a typhusmegbetegedések, sőt egyes években minden typhusos beteg utász volt. Amióta a III. sz. szennyvízleeresztőcsatorna alól a II. számú — tehát erősen fertőzött — csatornának a Tiszába való beömlési helye alá helyezték át az utászgyakorlóteret, azóta az utászok között jelentősen emelkedett a typhusos megbetegedések száma. Ennek okát szerzők a Tisza vizének a II. számú főszennyvízlevezetőcsatorna által történő fertőzöttségének tulajdonítják.

Február 21-i ülés.

Bemutatás.

Erdélyi J.: Egy huszonhétéves, műtéttel gyógyult nőbeteget mutat be, kinél heveny középfülgyulladás után tizenegy nap mulva a bal középső agyalapon, illetve halántéktájon fejlődött körülbelül ötpengős nagyságú, extraduralis tályogot tárt fel. A fülön a folyáson kívül más objectiv elváltozás észlelhető nem volt, a mélyben lefolyó szövődményre a kezdettől fennálló és emelkedő láz és mind erősebbé váló főfájások mutattak rá. Az objectiv elváltozások, úgyszintén a kopogtatási, nyomási érzékenység hiányát a csecsnyujtványnak műtétnél talált nagyfokú sclerosisa magyarázta meg.

Előadás.

Vidákovits K.: *A rekeszsérvekről.* Négy eset kapcsán, amelyeket részben a belgyógyászati, részben a sebészeti klinikán figyelhettek meg és amelyek közül kettő műtétre is került, ismerteti a rekeszsérvek pathologiáját és részletesen kitér arra a vitára, amely az úgynevezett hiatussérvek körül az utolsó években egyrészt *Akerlund* és hívei, másrészt *Sauerbruch* és iskolája között kifejlődött és olyan széles érdeklődést keltett. A műtétre került egyik esetet *Hedry Endre dr.* ismertette a Magyar Sebésztársaság 1924-i nagygyűlésén (subcutan rekeszszakadás nagy prolapsussal), a másik eset igen nagy traumás eredésű paraoesophagealis sérv volt, amelyet transhoracalisan operált meg és amelyet gyógyult állapotban bemutathatott. A 3. és 4. eset öregkori hiatussérv volt, egyik valószínűleg szintén paraoesophagealis. Diagnostikai szempontból a 2. és 4. számú érdemelnek figyelmet, mert a rekeszsérveknek azt lehet mondani classikus tüneteit árulták el: olyan érzés, mintha a gyomor a mellüregbe emelkednék és étkezés után kortyogással megint visszasüllyedne a hasüregbe, valamint teltségi érzés és nyomás kevés étel fogyasztása után, majd mozgás után ennek megszűnése és az étvágy visszatérése. A hiatussérveket illetőleg (kizárva a paraoes. sérveket és a thoratio stomacot) az a nézete, hogy ha igaza van *Sauerbruch*-nak, hogy a hiatusgyűrű szorosan elzárja a nyelőcsövet; az alulról tölthető öblösödések csakis az antrum cardiacumnak felelnek meg, míg a nyelés alatt észlelhető árnyékok az ampulla phrenicának röntgenképei. A pathogenesisben inkább az erőlködésnek tulajdonít jelentőséget, mint a hányásnak magának. Hasonló okból fontosnak tartja a görnyedt testtartást és görnyedt ülést is, amikor különösen érvényesül a nyomás alulról a rekeszen, illetve a hiatuson. Annak okát, hogy miért nem érnek el az öregkori *Akerlund* szerinti sérvek nagyobb méreteket — abban látja, hogy öregkorban fokozatosan gyengülnek azok az erők, amelyek ezen distopiákat okozzák. A vitás kérdések tisztázása csakis a sebészeknek in vivo szerzett tapasztalatai alapján lehetséges, aminek nehézsége azonban abban van, hogy ezen kevés tünetet okozó sérvek itkán kerülnek műtétre.

Jancsó M.: *Immunizálás elölt trypanosomákkal.* Bár évtizedek óta sokan kísérleteztek, nem sikerült még a laboratoriumi kísérleti állatokat sem az elölt parasiták befecskendezésével biztosan immunizálni virulens trypanosoma-fertőzéssel szemben. Ez annál feltűnőbb, mert a trypanosisok természetes lefolyása kapcsán immunanyag képződésének élénk jeleit láthatjuk. Komolyabb eredményről csak *Braun* és *Teichmann* számoltak be 1910-ben; csak többszöri oltás és rendkivüli nagymennyiségű (5—20 ctg) szárított trypanosoma beoltásával értek el bizonyos védettséget, de később másoknak nem sikerült megismételni eredményeiket. Valószínűleg a trypanaso-

mák elölésére igénybe vett eljárások elbontják a recidivispecifikus antigent, de részben kétségtelenül az magyarázza a sikertelen kísérleteket, hogy az immunis állapot kimutatása végett igen sok virulens trypanosomát oltottak be. Vizsgálatai szerint ugyanis trypanosisban az immunitás jellemző vonása, hogy csak korlátolt számú élő kórokozóval szemben hatásos, ami megfelel a természeti viszonyoknak, hiszen a Glossina is csak *kevésszámú* trypanosomát olt be.

Előadó élő állapotban glycerinbe helyezett s így elölt trypanosomákból készült oltóanyaggal egereket, patkányokat biztosan meg tudott védeni az infectióval szemben. Egyetlen infectio már immunitást biztosít a minimalis halálos infectio többszázszorosa ellen. Hat nap mulva az immunisált állatok vérében Rieckenberg-próbával nagymennyiségű specifikus immunanyagot mutatott ki. Azt, hogy vizsgálatai az első lépést jelentik-e a tryponasisok immuntherapiája felé, csak akkor lehet majd megítélni, ha a Glossinák által beoltott természeti törzsek immunitási viszonyait eljárásával már megvizsgálták. Utal eljárása elméleti és kísérleti jelentőségére az élősködő véglények immunbiologiájának kutatásában. Vizsgálni fogja módszerével az immunanyagtermelés és reticuloendothel viszonyát, a faj és recidivspecifitás kérdését különböző trypanosomákban és kísérletet fog tenni annak tisztázására is, hogy chemiailag milyen természetű anyaghoz (szénhydrat, lipoid?) van kötve az antigenben a recidivspecifitás.

VEGYES HÍREK

A Budapesti Kir. Orvosegyesület április hó 6-án, délután 6 órakor tartandó tudományos ülésének napirendje: *Bemutatás: Kubányi Endre: a)* Veleszületett sarcoma; műtét kilencnapos csecsemőn; *b)* Fertőzött hydronephrosis; műtét 16 hónapos gyermeken. — *Előadások:* 1. *Fischer Ernő:* A lábelferdülések betéttel történő kezeléséről; 2. *Csapó József:* A középfülgyulladás és csecsnyúlványgyulladás jelentősége a csecsemőkorban gyermekorvosi szempontból; 3. *György Ede:* A középfülgyulladás és csecsnyúlványgyulladás jelentősége a csecsemőkorban fülészeti szempontból.

A Közkórházi Orvostársulat április 10-én, a Kir. Orvosegyesület Semmelweis-termében tartandó ülésének tárgysorozata: *Előadás: Torday Ferenc:* Gyógyító nyaralás hazánkban. Hozzászólásra felkérettek: *Belák Sándor, Korányi Sándor, Darányi Gyula, Lénárt Zoltán, Frigyesi József* és *Hainiss Elemér.*

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztálya április 9-i ülésének napirendje: *Bemutatás: Safranek János:* Az orrmelléküregekbe és az orbitába betört ökölnyi intranasalis fibroangioma radicalisan operált esete. — *Előadás: Dénes László:* A recurrens bénulás functionalis gyógyítása.

Kimutatás az 1935 március 24-től 30-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.	Mb.	Mt.
1. Abaúj-Torna 92.827	—	—	—	—	1	1	3	—	—	—	—	—	2	15	—	—	—
2. Bács-Bodrog 111.860	—	—	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—
3. Baranya 251.131	—	—	—	—	4	—	2	—	—	—	—	—	30	14	—	—	—
4. Békés 334.130	1	—	—	1	7	1	2	—	—	—	—	—	29	20	—	—	—
5. Bihar 179.115	1	—	—	—	3	—	—	1	—	—	—	—	10	14	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont304.182	1	—	1	—	1	—	7	—	—	—	—	—	10	16	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál174.511	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	88	—	—	—
8. Csongrád.....148.191	—	—	1	—	4	—	3	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—
9. Fejér 230.719	1	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	4	1	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony156.241	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
11. Hajdú 180.159	1	—	—	—	1	—	3	1	—	—	—	—	29	11	—	—	—
12. Heves 320.921	—	1	—	—	4	1	3	—	—	—	—	—	5	4	—	—	—
13. Jász-Nk.-Szolnok 417.676	—	—	—	—	7	1	2	—	—	—	—	—	3	13	—	—	—
14. Komárom és Esztergom181.173	—	—	—	—	3	—	7	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—
15. Nógrád és Hont 226.557	1	—	—	—	4	1	4	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-Kk...1,418.317	1	—	2	—	33	1	28	—	—	—	—	—	102	27	—	—	—
17. Somogy 388.775	—	—	—	—	4	3	9	—	1	—	—	—	17	7	1	—	—
18. Sopron 143.235	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	6	—	—	—
19. Szabolcs és Ung 410.116	—	2	—	—	4	—	—	—	1	—	—	—	7	18	2	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg154.630	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	4	2	—	—
21. Tolna 267.560	—	—	—	—	7	1	10	—	—	—	—	—	38	11	—	—	—
22. Vas 274.227	—	—	1	1	7	—	3	—	—	—	—	—	24	13	—	—	—
23. Veszprém 246.093	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—
24. Zala 367.564	—	—	—	—	3	—	4	—	—	—	—	—	2	5	4	—	—
25. Zemplén 148.150	—	—	1	—	3	1	2	—	—	—	—	—	—	12	1	—	—
I. Baja 29.329	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest 1,027.106	3	—	2	—	42	2	45	2	—	—	—	—	344	7	—	—	—
III. Debrecen 121.326	—	1	—	1	8	1	4	—	—	—	—	—	12	3	—	—	—
IV. Győr 50.844	—	—	—	—	1	—	6	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—
V. Hódmezővásárhely 59.825	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI. Kecskemét 80.729	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	2	5	—	—	—
VII. Miskolc 62.597	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	4	2	—	—	—
VIII. Pécs 65.963	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	31	—	—	—	—
IX. Sopron 36.022	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	1	3	—	—	—
X. Szeged 137.479	1	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
XI. Székesfehérvár..... 41.247	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen : 8,840.527	12	4	8	3	176	15	164	4	2	—	—	—	709	361	10	—	—
Előző évben :	50	6	9	3	241	18	294	5	1	1	3	1	476	32	7	—	—

A budapesti királyi magyar Pázmány Péter Tudományegyetem 300 esztendős jubileuma alkalmából az Egyetem Rectora nyilvántartásba óhajtja venni a Pázmány Péter Tudományegyetem 50 esztendővel ezelőtt felavatott doctorait. Ezúton is felkéri azokat, akiket 1885 január hó elsejétől ugyanazon esztendő december 31-ig terjedő idő alatt a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem valamelyik facultásán doctorrá avattak, hogy életben létüket, lakhelyük, hivatalos állásuknak, születésük évének és napjának feltüntetésével az Egyetemi Rectori hivatalban (Egyetem-tér) jelentsék be.

A budapesti Orvosi Casino előadássorozatának április 9-i előadását este 3/47 órakor *Friedrich László dr.* főorvos tartja »Bélférgekről« címmel.

A Balatonfüredi Orvosi Tanácsadó Testület az idén tizenegyedszer tartja meg az orvosi továbbképzést és a Balatonvidék gyógytényezőinek megismerését célzó *balatonfüredi orvoshetet.*

A tanfolyam május 12-én kezdődik és 18-án végződik. Az elhelyezés díjmentes, az étkezés napi P 5.—. Erdeklődni és jelentkezni a balatonfüredi fürdőigazgatóságnál lehet.

A Budapesti Orvosok Kamarazeneegyesülete április 12-én, este nyolc órakor rendezi hangversenyét a kir. Orvosegyesületben (Szentkirályi-utca 21.) jelenkori magyar szerzők műveiből. — Műsor: 1. *Vásárhelyi Zoltán, Veress Sándor, Bárdos Lajos:* Dalok. Előadja: *az Egyesület gyermek-énekkara,* vezényel: *dr. Lévai Györgyné.* 2. *Dohnányi Ernő:* Két rapsodia. Zongorán előadja: *Milkó Vilmos dr.* 3. *Bókay János, Molnár Antal, Kerntler Jenő, Lányi Viktor, Kodály Zoltán:* Dalok. Enekli: *dr. Sirovicza Mihályné,* zongorán kísér: *Kerntler Jenő dr.* 4. *Molnár Antal:* A 84. zsoltár, két női hangra, hárfára és kürtre. Előadják: *dr. Sirovicza Mihályné, Török Maja, P. Szarvas Klári, Serafini Viktor dr.* 5. *Siklós Albert:* Trio hárfára, mélyhegedűre és fuvolára. Előadják: *P. Szarvas Klári, Berndorfer Alfréd dr., Janthó Bertalan.* 6. *Radnai Miklós:* Divertimento vonósnégyesre. Előadják: *Belohorszky Gábor dr., Zoltán László dr., Zsögön Béla dr., László Tibor dr.*

Orvosok olcsó husvéti kirándulása a Tátrába. A Budapesti Orvosok Turista Egyesülete *Kunsch Pál dr.* sanatoriumi főorvos meghívására, április 14-től 22-ig igen kedvezményes feltételek mellett rendez kirándulást a Magas Tátrába. Elhelyezés a tátraszéplaki dr. Guhr-sanatoriumban, ahonnan kirándulások tehetők Csorbára, Tátrafüredre, Lomnicra, a dobsinai jégbarlanghoz stb. Husvétkor a Tátrában még síelésre alkalmas hó van. Jelentkezés és közelebbi felvilágosítás a Phönix-biztosító idegenforgalmi osztályánál (IV., Ferenc József-rakpart 33. Telefon: 88—400).

Orvos-doktorrá avattattak a pécsi Tudományegyetemen március 27-én: *Szerdahelyi Lujza, Sarlay Anna, Kasó László, Béres Tibor dr., Frenkel László, Dán Tibor.* Üdvözöljük az új kartársakat!

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

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

Pályázat.

Nógrád és Hont k. e. e. vármegyékben megüresedett és a m. kir. belügyminister úr 103.041—1935. IV. számú leiratával betölteni engedélyezett vármegyei tisztifőorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A vármegyei tisztifőorvosi állás kezdő javadalma az 1929. évi XXX. t.-c. 69. §. 5. pontja szerint az állami rendszerű VIII. fizetési osztály 3. fokozata szerinti fizetés és lakáspénz.

Felhívom mindazokat, akik erre az állásra pályázni óhajtanak, hogy az 1883. évi I. t.-c.-ben, illetve az 1929. évi XXX. t.-c. 65. §-ában előírt elméleti képesítésüket, esetleg eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt és a vármegye főispánjához *Sóldos Béla dr.* főispán úr őméltóságához címzett kérvényüket 1935. évi április hó 15. napjának déli 12 óráig hozzám nyujtsák be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

A meghirdetett állás a vármegye főispánja által fog kinevezés útján betöltetni.

Azok, akik közszolgálatban állanak, pályázati kérvényeiket szolgálati úton, akik közszolgálatban nem állanak, azon törvényhatóság első tisztviselőjénél nyujtsák be, amely törvényhatóság területén állandóan laknak.

Nógrád és Hont vármegyék szolgálatában álló orvosok pályázati kérvényüket okmányokkal felszerelni nem tartoznak.

Balassagyarmat, 1935 március 27-én.

alispán.



Kipróbált szer, ártalmatlan a gyomorra és szívre.

Togal-tabletták

0.28 g. Acid. acet. sal., 0.013 g. Chin. citr., 0.04 g. Li. citr

Antineuralgicum
Antipyreticum
Antirheumaticum
Analgeticum

Mintával és német szakirodalommal szolgál:

Dr. Filó János gyógyszertára
Budapest, VIII., Mátyás-tér 3.

Keresünk **orvost,** ki az **angol nyelvet** szóban és írásban kifogástalanul bírja, tengerentúli kiküldetésre. Feladata gyógyszerkülönlegességek orvosi propagandája képviseletünk keretében.

Ajánlatokat „Távolkelet" jeligére, Petőfi irodalmi vállalathoz Budapest VII., Kertész utca 16 szám kérjük.

Richter-féle gyermektápliszt
csecsemők mesterséges táplálására

évtizedek óta kitűnően bevált, szénhydrátokat könnyen oldódó alakban tartalmazó igen kellemes piskótaizű tápszer.

NITON

dragée

Bromcalciumtheobromin 0·25 gr.
Rhodannatrium ..... 0·15 gr.
Ac. phenylaethylbarb. .. 0·02 gr.
Chinin sulf. ..... 0·05 gr.

angiospastikus,
arteriosclerotikus,
hypertoniás
állapotoknál



a vérnyomást csökkenti,
a circulatiós panaszokat
szünteti,
a diuresist fokozza,
a közérzetet javitja.

DIABETIKUSOKNAK IS ADHATÓ!

DR. WANDER GYÓGYSZER ÉS TÁPSZERGYÁR R. T.



Menotheosan

A KLIMAKTERIUM GYÓGYSZERE

egyesíti magában a symptomatikus és kausális kezelés előnyeit.

Megszünteti a klimakterium hormonális, neurogen és circulatiós zavarait.

60 dragéet tartalmazó üveg ára P 4.80

Mintával és irodalommal készséggel szolgál a dr. Wander gyógyszer- és tápszergyár rt., Budapest, 100. postafiók

CHINOIN - CHINOIN 1910 ❖ 1935 CHINOIN - CHINOIN

LUTOCRESCIN-KÚP

„CHINOIN"

gonadotrop hypophysis mellsőlebeny hormon

klinikailag leghatékonyabb

formában

Javallt:

a méhnyálkahártya glandularcysticus hyperplasiájának eseteiben, hyper- és polymenorrhoeánál, oligohormonalis amenorrhoeánál, infantilismusnál, fenyegető abortusnál, stb.

10 kúp eredeti dobozban

AZ ATHENAEUM IRODALMI ÉS NYOMDAI R.-T. NYOMÁSA NYOMDAIGAZGATÓ: WÓZNER IGNÁC

79. évfolyam 15. szám Budapest, 1935 április 13

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal
VIII., Üllői-út 26, II. em. Tel.: 31-1-86
Előfizetések postautalványon vagy csekklapon küldendők. A feladóvevényt nyugtául ismerjük el

MEGJELENIK SZOMBATON

Egyes számok kaphatók a kiadóhivatalban 70 fillérért, Magyar Orvosi Archivum számai 2 pengőért

Hirdetések kizárólagos felvétele „Petőfi" irodalmi vállalat Részi Árpád Budapest, VII., Kertész-utca 16.

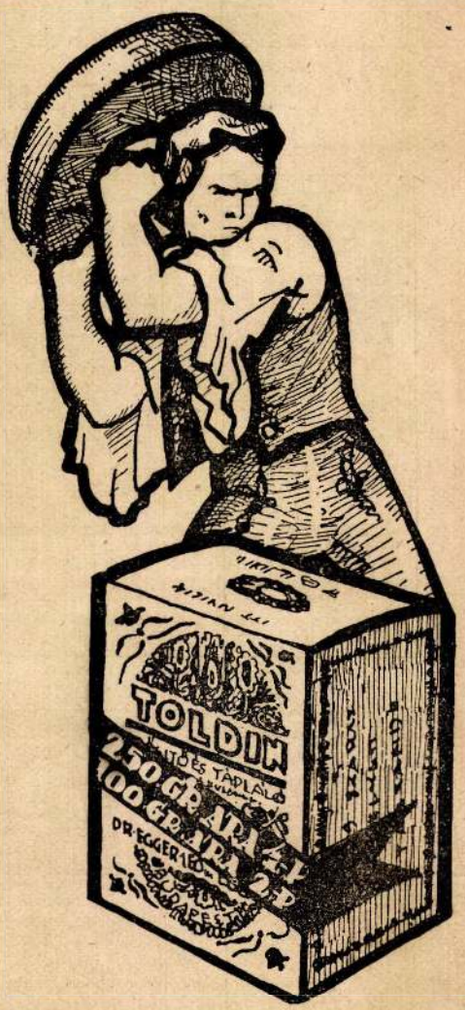
Előfizetési díj: Az „**Orvosi Hetilap**"-ra és Az Orvosi Gyakorlat Kérdéseire együttesen egész évre 26 pengő, 200 čk., 300 dinár, 800 lei, egyéb külföldre 6 dollár vagy a belföldi díjak + portóköltség; félévre ezen összegek fele; negyedévre negyede, egy hóra 2.50 — pengő. A „**Magyar Orvosi Archivum**" egész évre 10 pengő, 70 čk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

Előfizetések küldendők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámlára. *Csehszlovákiában:* Lucenska Uverna Banca Uc. Spol.-hoz »O. H. betétkönyvére« Lucenec; *Jugoszláviában:* a Somborska Stedionica podruznica Opste Privredne Banka Sombor, »O. H. számlájára.« *Romániában: Borsos Béla dr.*, Arad, vagy Lepage könyvkereskedés Cluj, Str. Matia 1. *Egyéb külföldről:* Géza de Takáts M. D. 122 South Michigan Avenue, Chicago.

TOLDIN

hormonalis roborans és tonicum

Influenza utáni **astheniák** kezelésére.

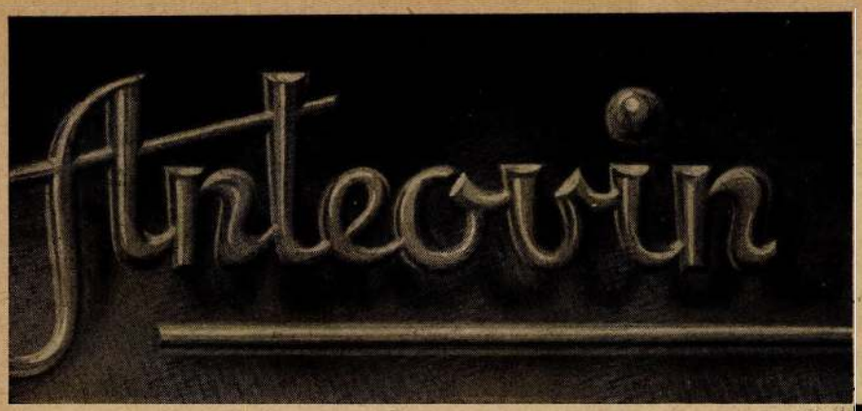


Organikus és anorganikus tápsókat, foszforsavat, lecithint és emésztő fermentumokat tartalmaz. Hízókúráknál lábadozóknak előnyösen adagolható.

100 gr ára ... ... P 2.—
250 „ „ ... ... P 4.—

A Toldin az Államkincstár (Közalapok) terhére rendelhető.

DR·EGGER·LEO ÉS EGGER·I·BUDAPEST·VI



Csökkent petefészekműködés eseteinél

Hypophysis elülső lebeny gonadotrop hormon és tüszőhormon kombináció tablettákban és ampullákban



Csökkent hereműködés eseteinél

Hypophysis elülső lebeny gonadotrop hormon és herekivonat kombináció tablettákban és ampullákban

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁR R. T., BUDAPEST, X

STERIL-KUHN-KATGUT

Tökéletesen megbizható!
Magyarországon évtizedek óta ismerik, használják, becsülik!

MAGYAR KATGUTÜZEM KFT.
Budapest, VII., Vilma királynő-út 33

BIROBIN „CHINOIN" dragée

ERŐSITŐ-, HIZLALÓ- ÉS VÉRKÉPZŐSZER

a szervezet saját assimilatorikus anyagait tartalmazza!

Rákos cachexiánál, reconvalescentiában, hízókúrára, kivérzéses és toxikus vérszegénységnél, tbc-nél kitünő hatású!

100 dragée eredeti üvegben

79. évfolyam 15. szám Budapest, 1935 április 13

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC ISSEKUTZ BÉLA GORKA SÁNDOR HÜTTL TIVADAR
VÁMOSSY ZOLTÁN POÓR FERENC REUTER KAMILLÓ ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Csépai Károly: Az ok jelentősége az orvosszakértői működésben. (395—402. oldal)
Székács Sándor: Tabes és terhesség. (402—404. oldal)
Incze Gyula: Elsődleges nyelőcsőgümőkór esete. (404—406. oldal)
Molnár István: Az enyhe lefolyású disseminált myelitisek és encephalomyelitisek gyakoribb előfordulásáról. (406—408. oldal)
Ebergényi Sándor: Septikus vetéléshez társult panopthalmitis. (408—409. oldal)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (57—60. oldal)
Sülle József: A nem veseeredetű nitrogen retentióról. (409—410. oldal)
Tóth Zoltán: Kék sclera esete. (410—411. oldal)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat — Urologia — Bőrgyógyászat. — Fülészet. (411—414. oldal)
Könyvismertetés (414. oldal).
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei (414—419. oldal)
Burger Károly: Néhány szó a bábaképzés kérdéséhez. (419—421. oldal)
Johan Béla: Megjegyzések Burger professor »Néhány szó a bábaképzés kérdéséhez« című tanulmányához. (421—422. oldal)
Kunsági (Kamerlór) Antal: Hozzászólás Barla Szabó Jenő cikkéhez. (422. oldal)
Szondi Lipót: Megjegyzések Varga Tibor dr. »Feer-féle vegetativ neurosisról« c. cikkéhez. (422—423. oldal)
Vegyes hírek (a borítólap 3. és 4. oldalán).

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Az ok jelentősége az orvosszakértői működésben.*

Irta: *Csépai Károly dr.* egyet. magántanár, az OTI orvos-igazgatója.

Az utóbbi években feltűnő módon megszaporodott azoknak a pereknek száma, amelyeket kártérítés címén indítottak magánorvosok és egészségügyi intézmények ellen. Ezeknek a kártérítési igényeknek túlnyomó része kellően meg nem alapozott és ilyenkor rendszerint nem is érik el céljukat, mely végeredményben a pereskedők gazdasági helyzetének megjavítása szokott lenni. Egészen kétségtelen, hogy a súlyos gazdasági helyzet okolható a kártérítési perek számának feltűnő emelkedése miatt és nem az a körülmény, hogy az orvosok ma talán több műhibát követnek el, mint régebben. Hogy milyen komolytalan alapon támaszthatnak egyesek kártérítési igényt, arra példaképpen a következő keresetet említhetem meg: egy betegünket gyomorfekéllyel beutalták az intézet egyik sanatoriumába. Kéthavi ápolás után a beteg elhagyta a sanatoriumot és később elmebetegség miatt az Angyalföldön állott egy évig ápolásban. A keresetben előadta, hogy a sanatoriumban folytatott helytelen kezelés következtében megbolondult és ezért kéri az okozott kár megtérítését. Első pillanatra hajlandó volna az ember elnéző vállvonogatással beszélni erről a keresetről, de ha így teszünk, nincs igazunk, mert bizonyos körülmények között, még az ilyen kereset is komoly következményekkel járhat, ha a szakértők nem állnak feladatuk magaslatán. Bárki perelhet szegényjogon, tehát akármilyen valószínűtlen is a kereset alapja, a per megindulhat. A multak tapasztalatai alapján állíthatom, hogy a legindokolatlanabb esetekben is akad olyan ügyvéd, aki a fél képviseletét a bíróság előtt még átlátszóan absurd tényállás mellett is vállalja. Hátra van még a bírósági orvosszakértő, akinek dönteni kell abban, hogy orvosilag indokolt-e a kereset. Nem hiszem, hogy akadnak olyan orvosszakértők, akik a fenti esetben az okozati összefüggést megállapítanák. Azonban tudnunk kell azt, hogy mindenkor a laikus bíró ítél, aki az orvosszakértő véleményét belátás szerint használja fel az ítélet kimondására. Ha az orvosszakértő téves vagy bizonytalan véleményt ad, elképzelhető, hogy a laikus bíró téves ítéletet mond, mert nincs módjában szaktudás híján ellenőrizni, hogy a szakértő véleménye téves-e? 1929-ben történt, hogy az intézet a törvény rendelkezései alapján beszüntette segélyezését egyik olyan betegnek, aki gyomorfekélyben szenvedett és aki nem volt hajlandó magának a sanatoriumban atropin-injectiók adását megengedni. Perre kerülve a sor, az elsőfokú bírósági szakértő a következő véleményt nyilvánította: »kérdés, hogy felperes viselkedésével gyógyulását hátráltatta-e? Erre kifejezetten nemmel kell válaszolnom. U. i. felperes bemondásából és a nála lévő receptekből megállapítható hogy a kérdéses injectiók atropin-injectiók voltak, márpedig ezzel a kezeléssel az ulcus duodeni vagy ventriculi alig befolyásolható.« A bíróság felperes keresetének a szakértői vélemény alapján helyt adott. Ebben az időben még az elsőfokú ítéletet meg lehetett fellebbezni és így az ügy a kir. Itélőtáblához került, ahol magasabb képzettségű szakértő meghallgatása után a keresetet elutasították azzal az indokolással, hogy »az atropin-kúra a gyomorfekély gyógyulását igen előnyösen befolyásolván, felperes azáltal, hogy a feltétlen jó hatású atropin-injectióknak magát alávetni nem volt hajlandó, felgyógyulását hátráltatta.« Ha ez az ügy az utolsó két évben került volna tárgyalásra, akkor az elsőfokú ítélet megfellebbezhetetlen, tehát jogerős lett volna és jogerős lett volna az említett bírósági orvosszakértő ama megállapítása, hogy a gyomorfekély atropinnal kezelése végeredményben helytelen. Ennek a bírósági döntésnek birtokában a fentebb említett panaszos ügyvédje joggal hivatkozhatott volna arra, hogy bírósági megállapítás szerint bebizonyítottnak tekinthető, hogy az illető beteget az intézet sanatoriumában tényleg helytelenül kezelték. Ha most a bíró azt kérdezi az orvosszakértőtől, vajjon elképzelhető-e az, hogy neuropathiás vagy psychopathiás alkatú egyén idegállapota a helytelen kezelés következtében rosszabbodott, vagy egyenesen elmebetegség tünetei törtek ki, a fenti

* Előadatott a budapesti kir. Orvosegyesület február 23-i ülésén, melynek jegyzőkönyve a hozzászólásokkal együtt lapunk 9. számában olvasható.

szakértői vélemény ismeretében nem tarthatjuk lehetetlennek, hogy olyan bírósági szakértő is akadjon, aki erre a kérdésre positiv igent fog mondani. De még valószínűbb, hogy akad olyan orvosszakértő, aki a bíró kérdésére azt fogja válaszolni, hogy »az okozati összefüggés nagyon valószínűtlen, azonban teljesen «kizárni» nem lehet.« A ma érvényben lévő bírósági gyakorlat azt mutatja, hogy még ilyen teljesen határozatlan szakértői vélemény alapján is elég gyakran előfordul, hogy az orvosilag valószínűtlen, de nem teljességgel lehetetlen szakértői vélemény alapján a bíró kétségen kívül megállapítja az okozati összefüggést. És akkor akármilyen absurdumnak is látszik, megszülethetik az a bírói ítélet, amely kimondja, hogy az orvos vagy intézmény az előbb említett panaszosnak kártérítéssel tartozik.

A fenti példával torzítva kívántam reámutatni azokra a súlyos jogi következményekre, amelyeket a helytelenül vagy bizonytalanul véleményező bírósági orvosszakértők működése maga után vonhat. Kiderül azonban ebből a példából, hogy *az orvosszakértői működés punctum saliense az ok és okozat közti összefüggés megállapítása.* Ezzel áll vagy bukik az orvosszakértői vélemény. A bíró az orvosszakértőtől azt akarja megtudni, hogy az orvosi tudomány mai állása szerint valamely betegség valamely külső traumának vagy foglalkozási ártalomnak a következménye-e vagy nem, hogy valamely betegséget valamely külső trauma vagy foglalkozási ártalom rosszabbított-e vagy nem? Ha a bírósági szakértő az okozati összefüggést helyesen állapítja meg, úgy a bíró jó ítéletet fog kimondani, ha helytelen az oki összefüggés megállapítása, akkor még a legjobb bíró is rossz ítéletet hozhat.

Az okkal mint elméleti philosophiai fogalommal rendkívüli sok vita foglalkozott. Philosophiai nézőpontból minden eseményt a feltételek végtelen sorozata okoz. Philosophiailag tehát az egész láncolat összessége az ok. Az ok philosophiai fogalma azonban sem a jogtudományban, sem az orvostudományban, sem a socialis biztosításban nem alkalmazható. »Schon das Gesetz von der Ökonomie des Denkens verbietet es uns bei jedem Vorgang alle daran beteiligten, auch für uns unwesentlichen Faktoren zu analysieren.« *(Fischer)*[1] Philosophiailag a láncolat minden egyes feltétele teljesen egyenlő értékű, mert különben az esemény nem következhetett volna be. A gyilkos, aki késsel leszúr valakit, philosophiailag éppen olyan ok, mint a kés, vagy a késes, aki a kést készítette. A különböző tudományok nézőpontjából azonban az egyes feltételek különböző értékűek. Egyet kell közülük kiválasztani, amely nem szükségképpen a láncolat utolsó tagja, amely azonban az eredmény eldöntése nézőpontjából a legnagyobb jelentőségű. Éppen ezért a különböző tudományágak az ok fogalma alatt mást és mást értenek. *Lubarsch*[2] szerint »ok valamely esemény olyan feltétele, melyet a változó szükséglet szerint felállított kérdéssel emelünk ki és amely már magától értetődő és éppen ezért elhanyagolható feltételek ismeretében bizonyos események törvényszerű összefüggését fejezi ki.«

A betegségek oktanában *exogen* és *endogen* okok folytán létrejött betegségekről szokás beszélni. Az exogen betegségek külső ok nélkül egyáltalán nem jöhetnek létre. Az exogen ok lehet egyizben felmerülő acut behatás, vagy idősült. Az előbbi csoportba tartozik a trauma, mely lehet mechanikus, chemiai, thermikus és lelki, továbbá a fertőzés és acut mérgezés. A chronikus külső okok közé tartoznak az ipari vegyi foglalkozású betegségek okai, alkoholismus, csökkent tápláltság, rossz lakásviszonyok stb., stb. Az endogen betegségben minden külső ok hiányzik. Itt a szervezetben rejlő ok szerepel, pl. alkati betegség, endogen elmebajok, psycho- és neuropathiák. Az ilyen betegség minden külső ok nélkül mutatkozhat, a laikus azonban mindig külső okot keres, különösen ha a betegség egy bizonyos időpontig tüneteket nem okoz. *Az orvosi tapasztalat viszont azt mutatja, hogy ilyen endogen betegségek nem szoktak acutan beható külső traumák következményei lenni.*

A legtöbb betegségben azonban nemcsak egy ok szerepel, hanem több ok, illetőleg körülmény. Azt látjuk pl., hogy külső káros befolyásnak, mint a meghűlésnek vagy fertőzésnek igen sok ember exponált és mégis csak egy része betegszik meg. Ilyenkor exogen és endogen oki feltételekről beszélünk, melyeknek jelentősége azonban nagyon különböző. A két véglet a tisztán exogen és tisztán endogen betegség, ahol vitának tulajdonképpen helye alig lehet. Igen sokszor fordul azonban elő, hogy valamely betegségben rendkívül különböző okok és feltételek szerepelnek, melyeknek a betegség létrehozásában rendkívül különböző jelentőségük van. *Az orvosszakértő legfontosabb feladata éppen abból áll, hogy ezeknek a különböző okozati feltételeknek súlyát egymással szemben helyesen megállapítja.* Ezzel kapcsolatban kell a lényeges rész-ok (wesentliche Teilsursache) fogalmáról megemlékezni. A német birodalmi biztosítási hivatal olyan esetekben, melyekben több ok szerepel valamilyen betegség létrehozásában, csak a lényeges rész-okot ismeri el okozónak. *A rész-okot akkor kell lényegesnek tekinteni, ha emberi számítás szerint a betegség nélküle belátható időn belül nem fejlődött volna ki, vagy nem folyt volna le hasonlóan kedvezőtlenül.* Azonban nem napok, hetek, kevés hónapról van itt szó, hanem évekről. A német birodalmi biztosítási hivatal szerint pl. nem lényeges ok az olyan esemény, amely a várható halált csak hat hónappal siettette. A lényeges rész-okkal szemben élesen meg kell különböztetni a megnyilvánulásra alkalmat szolgáltató okot (auslösende Gelegenheitsursache). Szemben az előzővel, itt olyan alkalomról van szó, amikor a már meglévő betegségi tünetek megnyilvánulhatnak, a nélkül azonban, hogy ennek előidézésében a feltétel döntő szerepet játszott volna. Legjobban megvilágítja a lényeges rész-ok és a megnyilvánulásra alkalmat adó ok között fennálló különbséget a sérv traumatikus keletkezésének kérdése. Gyakran előfordul, hogy a munkás munka közben, pl. nagyobb teher emelésekor veszi észre, hogy a sérv elhagyja a sérvkaput és ilyen módon manifestté válik. Ez a megnyilvánulásra alkalmat adó ok typusos példája, amelyet sem a német birodalmi biztosítási hivatal, sem a német birodalmi törvényszék nem fogad el egyizben ható döntő oknak és ezért baleseti kártalanításáról sem lehet szó. A tágult sérvcsatorna már kétségtelenül igen hosszú ideje fennállott és a munka alkalmat szolgáltatott arra, hogy ez az állapot manifestté váljon, de ez a manifestálódás biztonsággal határos valószínűséggel a nélkül is bekövetkezett volna aránylag rövid idő alatt. Az igazságszolgáltatásban az ilyen folyamat megítélését az utolsó csepp elvének szokás nevezni. A sérv manifestálódásán kívül idetartozik pl. a recehártya leválás, a szokványos vállficam, súlyos ütőérelmeszesedésben érmegpattanás, súlyos gümőkórban vérhányás, szívbetegek esetében szívbénulás stb. Ilyen esetekben a trauma csak mint alkalmi ok szerepel, melyet sem Németországban, sem Svájcban baleseti eseménynek a bíróságok nem ismernek el. Ezzel szemben ha hirtelen megerőltető munka közben a sérv elsőízben lép ki és kizáródik, az egyizben ható traumát mint a betegséget előidéző lényeges rész-okot kell felfogni és ennek megfelelően a kártalanítási kötelezettség fennáll. Ugyancsak lényeges rész-ok az, ha valakinek a fejére tégladarab esik és ott csak azért ejt súlyosabb sérülést, mert az illető koponyacsontja abnormisan vékony. *Reichardt* könyvében a következő példával világítja meg a lényeges rész-ok és a kiváltó alkalmi ok között fennálló különbséget. Új házat építenek valahol. A ház összeomlik magától: a hibás szerkezet nyilvánvaló. Ha az új ház könnyű teherpróba alkalmával, pl. beköltözéskor, vagy nagy szélvihar alkalmával dől össze, bár kétségtelen az alkalmi ok, minthogy a hibás szerkezet nyilvánvaló, az összedőlés oka nem a beköltözés, sem a szélvihar. Ha ez az új ház

azonban földrengés alkalmával dől össze, a földrengés lényeges rész-ok még akkor is, ha más házak épen maradnak. Nyilvánvaló, hogy az épen maradt házak szerkezete jobb volt, mint az összedőlt házé, nyilvánvaló, hogy az összedőlt házban szerkezeti hiba volt, ennek ellenére a földrengést lényeges rész-oknak kell tekinteni, mert ahhoz, hogy az eredmény létrejöjjön, a súlyos külső erőművi hatás feltétlenül szükséges volt. Tabes dorsalisban szenvedő beteg csontja tudvalevőleg rendkívül hajlamos a spontan törésre. A külső trauma ilyen esetben az előző példával analog módon lehet lényeges rész-ok, vagy megnyilvánulásra alkalmat adó ok is. Ha a törés a mindennapi élet közönséges cselekményei között történik, pl. magas lépcsőre hág fel az illető, csak alkalmi okról beszélhetünk, éppen úgy, mint amikor a súlyos szerkezeti hibájú ház jelentéktelenebb teherpróba alatt összedől. Ha azonban a tabeses pl. a síkos, kemény talajon elvágódik és combcsontját eltöri, a trauma lényeges rész-ok még akkor is, ha kifejezett tabes dorsalisról van szó, éppen úgy, mint ahogy lényeges rész-oknak kellett tekinteni a földrengést.

Az orvosszakértő legfontosabb feladata mint a fentiekből látjuk, az, hogy különbséget tudjon tenni a lényeges rész-ok és a megnyilvánulásra alkalmat adó ok között. Sajnos, ebben a szakértők gyakran tévednek nemcsak Magyarországon, hanem külföldön is. Erre vonatkozólag *Reichardt* könyvében a következő olvasható : »Freilich kann man mit Hilfe mancher Literaturstellen stets beweisen, dass jede Krankheit durch jeden — nach so geringfügigen — Unfall «ausgelöst» werden könne. Es muss aber dem gegenüber berücksichtigt werden, das solche litterarische Äusserungen gewöhnlich nur ganz allgemeine und unbestimmte Gesichtspunkte geben, vielfach auch ungeprüfte Anschauungen aus früheren Jahrzenten wiederholen.« Pusztán irodalmi adatokkal bizonyítani valamely betegség okozati összefüggését külső traumával tulajdonképpen soha nem lehet. Mindig a concret eset bírálandó el. Bizonyos körülmények között azonban bizonyos irodalmi adatok támogathatják a szakértői okfejtést. *Ezeknek az irodalmi adatoknak azonban vitán felül állóknak kell lenni.* Közismert, hogy az orvosirodalom rendkívül nagy és a beavatottak előtt az sem titok, hogy az irodalmi adatok nem jelentéktelen része nem állja meg a helyét a szigorú tudományos kritika előtt. Ezek az adatok azonban bármennyire tévesek is, ténylegesen benne vannak az irodalomban és ezekre bármikor lehet hivatkozni. Ilyen téves adatok bekerülhetnek természetesen tankönyvekbe is, a nélkül, hogy ez a körülmény eme adatok helyességének vitán felüli állását bizonyítaná. Az adatok egyrésze évtizedek előtt merült fel, amelyeket újabb adatok esetleg már régen megcáfoltak, de ez természetesen nem teszi lehetetlenné, hogy ezekre a régi és újabban már többszörösen megcáfolt adatokra történjék hivatkozás, különösen, ha a szakértő csak a régebbi adatokat ismeri.

Igen sokszor látjuk az orvosszakértői véleményekben azt a súlyos hibát, hogy az orvosszakértő a véleményadásban határozatlan és ingatag. Az ilyen véleményt a bíró vagy nem tudja kellőképpen felhasználni, vagy alkalmas arra, hogy a bírót tévútra vezesse és helytelen ítéletet mondjon. A szakértőnek azt kell megállapítani, hogy valamely betegség létrejöttében bizonyos oknak van-e döntő jelentősége vagy nincs. Bizonyos esetekben az orvosi tudomány ma már lehetővé teszi a határozott választ. Más esetekben azonban az okozati összefüggést csak valószínűséggel állapíthatjuk meg. *A valószínűségnek azonban nagyfokúnak (biztonsággal határosnak) kell lenni. Lehetőségekre az orvosszakértői vélemény nem támaszkodhat. Egyik legsúlyosabb hiba az, ha az orvosszakértő azt a véleményt adja, hogy az ok okozati összefüggés fennforgása valószínűtlen, de nem lehetetlen.* Mint a későbbi példákból látjuk, az ilyen szakértői vélemények alapján születnek meg túlnyomó részben a téves bírói ténymegállapítások. Az orvosszakértő adott esetben azt fejtse ki, hogy az orvostudomány mai állása szerint fennforog-e *nagy valószínűséggel* az ok okozati összefüggés, avagy nem? Az a kifejezés azonban, hogy nem lehetetlen, vagy ahogy magyartalanul mondják »nincs kizárva«, nem orvosi megállapítás. Elméletileg nem lehetetlen, hogy a föld összeütközik valamely csillaggal. Ennek az eseménynek valószínűsége azonban csak olyan nagy, mintha az egész Szahara területén 12 porszem volna elhelyezve és ezek összeütközésére kellene számítani. Ilyen lehetőségekre az orvosszakértői véleményt alapozni nem szabad. *Strassmann*[3] erre vonatkozólag a következőket mondja : »Lehetségesnek minden lehetséges és teljesen lehetetlen úgyszólván semmi nincs a földön ; ezt a bíróság előtt sokszor ki kell jelentenünk. De nem feladatunk olyan bizonytalan lehetőségről vitatkozni, amelyeknek a különleges esetben nincsen meg a nagy valószínűsége . . . Természetesen nem lehetetlen, hogy bizonyos idő elteltével az orvosi felfogás megváltozik. Hiszen naponta új tapasztalatok, új ismeretlen tényekre tanítanak bennünket. De mint *Seidel* találóan mondja, *nem lehet a bírót olyan, a jövőre szóló váltóval kifizetni, amit talán soha beváltani nem tudunk.*«[3] Lássuk a német legfőbb birodalmi törvényszék döntését erre vonatkozólag, ahol a tisztán jogi álláspont érvényesül : »Bizonyítás alatt nem valamely tény matematikai biztossággal való bizonyítását kell érteni. A fennforgó körülmények szerint és a gyakorlati élet tapasztalatai alapján olyan fokú valószínűséget kell bizonyítani, amely gyakorlatilag bizonyosságnak számít. Puszta lehetőségek, amelyek olyan távoliak, hogy csak rendkívüli körülmények között lehet velük számolni, nem értékelendők a bizonyítás nézőpontjából.« (1914. III. 3-i döntés.)

Nem ritkán fordul elő az orvosszakértői véleményezésben az, hogy a pusztán időbeli összefüggést okozati összefüggésnek fognak fel és ismernek el. A post hoc ergo propter hoc téves gondolkozási kapcsolása az orvosi tudományban nagyon jól ismert és tulajdonképpen közvetve vagy közvetlenül a laikus közönség kausalitási vágyából magyarázható. Jól tudjuk, hogy a legtöbb betegség lefolyását a természet és nem az orvosi beavatkozás szabja meg. Az orvos és laikus egyaránt szereti az alkalmazott gyógyító tényező sikerét ennek egyedüli következményeként hinni. Kétségtelen, hogy ez a betegek bizalmának lényeges tényezője. A gyakorló orvos maga is elhiszi betege olyan irányú véleményét, hogy a gyógyulás csak egy bizonyos gyógytényező következménye volt. Ez a gondolkozás a gyakorló orvos bírósági orvosszakértőt is befolyásolhatja. Ez a magyarázata annak is, hogy a bírósági orvosszakértők egy részében gyakran megtalálható a post hoc propter hoc téves gondolkozási kapcsolása. A pusztán időbeli összefüggés téves értelmezésének egyik megszokott alakja a kausalitas megfordításának tünete, amikor valamely betegséghez utólagosan szerkesztenek előzetes balesetet, mely esetleg semilyen formában sem történt meg és az ok válik okozattá.

Az orvosszakértő egyik legfontosabb feladata, ámbár inkább szakértői, mint orvosi feladat, éppen annak megállapítása, hogy történt-e baleset, avagy nem, illetőleg, hogy olyan baleset történt-e, amely a következmények létrehozására alkalmas volt-e? Nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy ebben a kérdésben a legnagyobb körültekintéssel kell eljárni és nem lehet jóhiszeműen elfogadni a vizsgálandó egyén adatait, sőt a baleseti jegyzőkönyvek is igen szigorú kritikával tanulmányozandók át. Különösen nagy gonddal vizsgálandók a baleset körülményei olyan esetekben, amikor olyan endogen betegségről van szó, amelynek kóroktanában külső traumás befolyások az orvosi tapasztalat szerint szerepet nem szoktak játszani. *Reichardt* szerint ilyen esetekben az orvosszakértői bizonyítás kapcsán annak megállapítása szükséges, hogy a baleset olyan fokú volt-e, mely alkalmas volt az illető szerv súlyos bántalmazására, to-

vábbá, hogy az állítólagos súlyos sérülésnek megfelelő, jól észlelhető acut tünetek mikor jelentkeztek? Ha a szakértő ezeket a követelményeket nem tartja szeme előtt, gyakran áldozatul fog esni az említett helytelen gondolkozási kapcsolásnak, amikor az okot az okozattal felcserélik.

Néhány hónappal ezelőtt vidékről egy kőművessegédet küldtek fel az osztályomra a diagnosis megállapítása végett. Elmondotta, hogy a mult év március 19-én kb. egy méter magasból leesett a nyakszirtjére, elvesztette eszméletét. Az utána következő négy hét alatt mindkét karja és keze megbénult. Betegségét az elszenvedett baleset következményének tartja. A vizsgálat syringomyeliát állapított meg mindkét felkar, alkar és kisizmok súlyos atrophiájával. Minthogy nem lehetett elzárkózni ama feltevés elől, hogy a nyakszirtet ért súlyosabb sérülés a gerincvelőt is megsértette, esetleg haematomyelia keletkezett, ami a később jelentkező tüneteket magyarázhatta, nagy gonddal iparkodtunk a baleset körülményeit tisztázni. Kiderült, hogy a baleset-bejelentőlapon, melyet vidékről beszereztünk, a következők foglaltattak: »belső vakolatjavításon dolgozott egy méter magas állványon, megszédült és lebukott. Lebukás után tovább dolgozott, az esésnek azon időben nem tulajdonított fontosságot.« A kerületi pénztár a balesetvizsgálatot is megtartotta és a sérült kihallgatása során azt adta elő, hogy talán félrelépés következtében esett le az állványról. Esés után pár perc mulva már tovább dolgozott, a keze azonban fájt, de munkáját csak két hét mulva hagyta abba. Ez adatok birtokában meg lehetett állapítani, hogy sérültet komoly baleset nem érte, semmi esetre sem olyan, mely a syringomyelia tüneteit előidézhette volna. Ehhez súlyos acut tüneteknek kellett volna mutatkozni, amelyeknek azonban a tárgyilagos kivizsgáláskor nyomát sem lehetett találni. A betegnek nagy valószínűség szerint kisebb mértékben régebben meg volt a syringomyeliája és a balesetet is valószínűleg azért szenvedte, mert izmainak ügyessége már szenvedett.

Reichardt a következő példával világítja meg a betegségek és a balesetek véletlen összetalálkozását. Németországban naponta 1900 baleset történik a munkásbiztosításban, kb. 100 a magánbiztosításban és kb. 50 a vasúti közlekedésben. Ezeken kívül számban messze túlhaladólag fordulnak elő a mindennapi élet ú. n. balesetei, amelyek vagy nincsenek összefüggésben az üzemi munkával, vagy nem biztosított egyéneken fordulnak elő. A másik oldalon tekintetbe kell venni a nem traumás eredetű megbetegedések igen nagy számát Minden hetedik haláleset gümőkór, 50.000 személy hal meg évenként rosszindulatú daganatokban, tehát a szenvedők száma legalább kétszerannyi. A lakosság 0·5 %-a epilepsiás, ez jelent 300.000 beteget. Legalább 1‰-e szenved lelki betegségekben. Ezenkívül rendkívül nagy a psychoneurosisok száma. *Reichardt* legalább négyszázra becsüli a naponként psychés jellegű kórformákban megbetegedő egyének számát. Arteriosclerosis, cukorbetegség, torzító izületi gyulladás és egyéb endogen betegségek járulnak még a fenti számokhoz. Nyilvánvaló, hogy az egyik oldalon igen nagy az előforduló balesetek száma, a másik oldalon a tisztán endogen eredetű kórformák mennyisége, tehát már mathematikailag is kétségtelen, hogy ilyen endogen betegségek első megnyilvánulását lényeges vagy lényegtelen traumával kapcsolatosan fogják észlelni. E mellett a közönség hiszékenysége rendkívül nagyfokú lévén, a köztudat ezeket az endogen betegségeket állandóan külső trauma következményének fogja tekinteni. Sajnos, a közönség eme helytelen felfogását egyes szakértő működése csak megerősíti. «Sok szakértőnek ugyanolyan helytelen és homályos a gondolatmenete, mint a nagyközönségé.» *(Reichardt.)*

Külföldön, különösen Németországban, mely a socialis biztosításban mindig az élvonalon haladt, a helyzet ma már lényegesen jobb, elsősorban a birodalmi biztosítási hivatal munkája következtében, mely lehetővé teszi, hogy az elvi jelentőségű döntések a legszélesebb orvosi körökben is ismeretessé váljanak. Ezelőtt 25 évvel azonban *Placzek*[4] még így ír egyik előadásában: «A tünetek bármily leírását közvetlen baleseti következménynek tekintik. Bármely időbeli egymásutánt minden további nélkül okozatilag összekapcsolnak. Egyáltalán nem fontolják meg, hogy a szóbanforgó kórkép aetiologiája egészen más szokott lenni, továbbá, hogy valamely baleset, illetőleg a kérdéses baleset egyáltalában előidézhet-e, avagy keletkezésében és további fejlődésében lényegesen befolyásolhat-e valamely kórképet. A szakértői vélemény megszületik, de minden lehetőség megvan a szakértői vélemények összeütközésére.» Nálunk a hivatalos bírósági orvosszakértő képessége rendkívül különböző. A legmagasabb képzettségtől kezdve az egyszerű gyakorló orvosig, akinek szakértői rátermettségét és képzettségét megfelelő orvosi forumnak nem volt alkalma ellenőrizni, működnek hivatalos szakértők gyanánt. A társadalombiztosítási körökben, amelyek számukkal és socialis jelentőségükkel messze kiemelkednek a magánbiztosítási, polgári és egyéb ilyen ügyek halmazából, általánosságban olyan orvosszakértők működnek, akiket ugyan újabban az igazságügyminiszter nevez ki, de *orvosi rátermettségüket és azokat a különleges képességeket, melyeket a hivatalos orvosszakértőtől feltétlenül meg kell követelni, az arra legilletékesebb forum, az igazságügyi orvosi tanács nem bírálta felül.* Pedig, hogy ilyen szigorú orvosi kritika feltétlenül szükséges a hivatalos szakértők összeválogatásakor, arra vonatkozólag *Lehmann*[3] szavait idézem: »Régebben jó szakértőnek azt nevezték, aki jó diagnosisokat tudott csinálni. A socialis törvényhozás eme téves nézet felett már nagyon régen napirendre tért. Mindannyian ismerünk kiváló orvosokat, akik mint szakértők egyáltalán nem használhatók.« A társadalombiztosítási perek bizonyos részében utóbbi időben változás állott be. A keresőképesség és keresőképtelenség eldöntésében ma már olyan hivatalos szakértők működnek, akiknek ezirányú képességét az igazságügyi orvosi tanács megállapította. Azon a területen azonban, ahol leginkább foglalkozni kell az ok és okozat összefüggésének elbírálásával, a baleseti kártalanítás peres ügyeiben, még ma is a régi rendszer áll fenn. Az itt működő szakértők orvosi képesség dolgában ugyan többnyire megütik a mértéket, amelyet ezzel a rendkívüli felelősséggel járó munkakör betöltésekor megkövetelhetünk, de szakértői nézőpontból tekintve, mint az alábbi példák meg fogják világítani, mégis gyakran komolyan kifogásolható működésük. Mint a fenti idézetből is látható, lehet valaki igen jeles és népszerű gyógyító orvos és igen rossz szakértő. Sőt gyakran éppen azok a tulajdonságok, amelyek valamely gyakorló orvost a közönség körében a legkeresettebbé és a legnépszerűbbé teszi, akadályozzák meg abban, hogy az orvosszakértői feladatkört alkalmas módon töltse be.

Az alábbaikban néhány gyakorlati példával akarom megvilágítani az elmondottakat.

Magyarországon a kártalanítandó foglalkozási betegségek között gyakorlatilag csak az ólommérgezésnek van ma jelentősége, mert ipari higanymérgezés ezirányú iparunk fejlettlensége következtében alig fordul elő. Meg kell azonban állapítani, hogy az ólommérgezés kártalanításával kapcsolatban súlyos orvosszakértői tévedésen alapuló helytelen jogerős bírói ítéleteket hoztak. Az ólommérgezés tünetei és következményei közismertek, ezeknek részletezésére itt idő nincs. Kevésbbé ismert azonban az a körülmény, hogy *az ólomiparban foglalkoztatott munkások között a nyomdászok aránylag a legkevésbbé veszélyeztetettek.* A mai viszonyok között leginkább az accumulator-munkások forognak veszélyben. Minthogy azonban részben a régi nyomdák kevésbbé hygienikus berendezése, másfelől régebbi téves nézetek miatt a közhit a nyomdászokat tartotta a legjobban veszélyeztetetteknek, nem csodálkozhatunk, ha a bíróság elé kerülő esetekben legtöbbször nyomdászokkal találkozunk. A nyomdászok rendszerint évtizedeken keresztül dolgoznak munkahelyükön, közben megöregednek és az öregséggel együttjáró betegség tüneteit észlelik. Bizonyos, elég jelentékeny anyagi előnyök, másfelől a fentebb többször említett kauzalitási vágy okozza, hogy ezek a munkások bármilyen beteg-

ségüket foglalkozásukkal, illetőleg ólommérgezéssel hozzák kapcsolatba. Ha valahol, ezen a területen kell az orvosszakértőknek a legnyitottabb szemmel és a legszigorúbb kritikával működni. Ehelyett azonban mit látunk?

Ötvenkilencéves nyomdász 1932 augusztus 21-én tüdőrákban elhalt. A bíróság megállapítja az orvosszakértő véleménye alapján, hogy felperes néhai férjének halála az ólommérgezés következménye. A kir. ítélőtábla helybenhagyta az ítéletet, mert az elsőbíróság által megállapított azt a tényállást, hogy a felperes 1932. évi augusztus hó 21-én elhalt férjének a halál okául megállapított tüdő- és hörgrákbetegségek és az ólommérgezés mint foglalkozási betegség között az okozati összefüggés megállapítható, az elsőbíróság által meghallgatott bírósági orvosszakértőnek kellően megokolt szakvéleményével megnyugtató módon bizonyítottnak találta. Az orvosszakértő indokolása a következő volt: »Figyelemmel arra, hogy a rákok kóroka még mai napig nincs tisztázva és figyelemmel arra, hogy néhai nyomdász foglalkozásával kapcsolatban elporló ólombelégzésnek volt kitéve évek hosszú során át: nem zárható ki azon körülmény, hogy nem-e esetleg ezen nehéz fémsók belégzésének volt a következménye az a tüdőrák, mely néhai halálát okozta.» Ennek a véleménynek alapján mind az elsőbíróság, mind *a kir. ítélőtábla olyan határozottsággal tudta megállapítani a tüdőrák és az ólommérgezés között fennálló okozati összefüggést, hogy új szakértő meghallgatását teljesen feleslegesnek tartotta.* (I.)

Hatvannégyéves nyomdász a »Tolnai Világlapja» nyomdaüzemének alkalmazottja. Ez az üzem 1917 óta a legmodernebbek közé tartozik és ezért az ólommérgezésnek a veszélye itt minimalis. 1930 augusztusában a bal kéz gyengesége miatt, melyet ólommérgezéssel hoztak összefüggésbe, vízgyógyászati kezelés alatt áll. 1930 november 21-én az intézeti vizsgálat keresőképességcsökkenést nem állapított meg, mert a kisfokú paresis megszűnt, a piros vérsejtek száma 4,600.000 volt és a vérben basophil szemcsézettséget találni nem lehetett. A beteg bal alszára erősen visszeres, rajta nagyobb kiterjedésű lábszárfekély. A beteg 1932 szeptember 5-én a bal lábszár rákja következtében meghalt. Az özvegy keresetet indított az Intézet ellen. Az elsőfokú bíróság az orvosszakértő véleménye alapján megállapította, hogy az elhalt lábszárán kifejlődő fekélyt, illetőleg rákot az ólommérgezés okozta és ennek alapján a keresetnek helyt adott. A bírósági szakértő annak alapján állapította meg, hogy felperes ólommérgezésben szenved, hogy egy magánorvos basophil pontozottságú piros vérsejteket talált a vérben. Az Intézet laboratóriumaiban basophil szemcsézettségű sejtek kimutathatók nem voltak. A szakértőnek indokolnia kellett volna, hogy miért tartja a magánorvos leletét a megbízhatóbbnak, legalább is olyan névre kellett volna hivatkozni, amelynél a szakismeret ezen a téren vitán felül áll. De köztudomású, hogy abból a leletből, hogy a vérben basophil szemcsézettségű sejtek előfordulnak, ólommérgezésre egymagában következtetni nem lehet, sem arra, hogy a szervezetben még ólom van felraktározva. Ehhez a basophil szemcsézettségű sejtek bizonyos száma szükséges, amely minimalisan 20 látóterenként egy. A magánorvos véleményében erre vonatkozólag adat nem volt. Ezt a bizonytalan adatot fogadta el az orvosszakértő teljesen meggyőzőknek az Intézet laboratóriumainak leletével szemben. De tegyük fel, hogy az elhalt a kérdéses időpontban tényleg ólommérgezésben szenvedett. Mindenki előtt közismert, hogy az alszárfekély bizonyos százalékban rákosan átalakulhat, azonban semmiféle orvosi adat nem áll rendelkezésre, mely azt bizonyítaná, vagy legalább is nagy mértékben valószínűvé tenné, hogy a rákos átalakulást a szervezetben felszívódott ólom okozza. Evvel szemben az orvosszakértő a következő szakvéleményt adta: »felperesnél ólom még mindig van a szervezetben elraktározva s ha ólomgőzökbe kerülne a felperes, akkor balkezének kisfokú idegbénulása, amely jelenleg munkáját alig zavarja, feltétlenül súlyosbbodna, de feltétlenül súlyosbbodna egész állapota. Ha pedig van még elraktározva a szervekben ólom, akkor fennáll az időlt ólommérgezés is. Minthogy pedig felperes lábán févő fekély az utóbbi hónapokban nemhogy javult volna, hanem határozottan rosszabbodott s most már rosszindulatú elfajulást mutat: ezen rosszabbodás és a fennálló ólommérgezés között az oki összefüggés nem tagadható.« Az elsőfokú ítélet fellebbezés folytán a táblához került, mely újabb szakértő meghallgatása alapján az elsőfokú ítéletet jogerőre emelte. (II.)

Negyvenkilencéves gyári munkást a Szent István-kórházban 1931 május 22-én átfúródott gyomorfekéllyel megoperálták. A beteg meggyógyult, utána bejelenti igényét, hogy gyomorfekélye miatt, melyet ólommérgezésű eredetűnek tart, kártalanítsák. Az Intézet igénylőt elutasította, mert egyfelől megállapította, hogy az ólommérgezés klinikai tünetei hiányoznak, másfelől, hogy a piros vérsejtek száma 4,400.000, a vérben basophil szemcsézettségű sejtek egyáltalán nem találhatók és a vizeletben haematophorphyrin nincsen. Az elsőbíróság 50%-os keresőképességcsökkenést állapított meg, melyet a kir. ítélőtábla is elfogadott. A bírósági szakértő a következő véleményt adta: »Felperes gyomorfekélye keletkezése tekintetében az ólomnak szerepe nem feltétlenül zárható ki, mert az ólom a gyomornyákhártya-ellenállóképességét csökkentő gyomorhurut előidézésével szokott gyomorfekélyhez vezetni. Ugyane felülvélemény szerint a felperes említett többi bántalmai ólommérgezés nélkül is kifejlődhettek ugyan, de azok ólom eredete mégsem zárható ki, mert felperes munkabeosztása az ólommérgezésre alkalmas volt.« (III.) (Ítélőtáblai indokolás.) Az ólommérgezés klinikai tünetei hiányoztak, ezt az orvosszakértő sem vonta kétségbe. Az ólommérgezést egyfelől azért állapította meg, mert munkabeosztása lehetővé tette ólommérgezés kifejlődését, másfelől nem »zárhatta ki«, hogy a gyomorfekély keletkezésében esetleg az ólommérgezésnek szerepe lehetett. Az orvosi indokolás óvatos és tulajdonképpen orvosi nézőpontból alig kifogásolható. Szakértői nézőpontból azonban a vélemény téves. Téves elsősorban azért, mert puszta lehetőségekre alapítja véleményét, amely a szakértői véleményben nem engedhető meg, másfelől a gyomorfekély keletkezését úgy állítja a laikus bíró elé, amelyből ő azt a meggyőződést merítheti, mintha a gyomorfekély keletkezésében az ólommérgezésnek döntő szerepe lehetne

Az előbb említett két esetben, amikor az orvosszakértői vélemény alapján jogerős bírói ítélet mondotta ki, hogy az ólommérgezés rákot okoz, a bíróság szakértői igazán úttörő munkát végeztek, mert ilyen szakértői vélemény és ilyen ítélet sem Európában, sem másutt nem hangzott el addig. A gyomorfekély és ólommérgezés összefüggésére vonatkozólag rendkívül elszórva bár, de találunk adatokat. Igy *Gutzeit* 16 ólommérgezésben szenvedő esetben négy gyomorfekélyt észlelt. Az 1927-es *Strümpell-Seyfarth*-tankönyv szintén lehetőnek tartja ólommérgezés kapcsán gyomorfekély keletkezését, bár megjegyzem, hogy mikor még *Strümpell* egyedül szerkesztette kiváló könyvét, ilyen adatok még nem voltak benne találhatók. Előadásom során megemlékeztem arról, hogy az irodalmi adatok nem mindig bizonyítók. Az orvosszakértőnek irodalmi adatokkal bizonyítani nem lehet és csak akkor támogathatja velük egyébként is jól megalapozott érveit, ha ezek az irodalmi adatok általánosan elfogadottak, tehát kritikán felül állanak és az eset egyéb körülményei is az összefüggést valószínűsítik. A gyomorfekély és ólommérgezés közti okozati összefüggést azonban ebben az esetben az, a fenti, nagyon önkényes és bizonytalan irodalmi adatokon kívül más adatok nem támogatják. Minthogy azonban ez a kérdés felmerült, helyesnek gondoltam, hogy osztályom anyagából statistikát állítsak össze erre a kérdésre vonatkozólag. A Betegségmegállapító Állomáson tudvalévően igen nagy számban fordul elő gyomorfekélyes vagy gyomorfekélyre kivizsgálandó eset. Az utóbbi három év alatt 1053 gyomorfekélyes vagy gyomorfekélyre gyanus eset fordult meg az osztályon. Ezek között 59 munkásnak a foglalkozása volt olyan, amely ólomfeldolgozással kapcsolatban áll. Ugyanekkor pl. közlekedési munkás 92, háztartási alkalmazott 92, cipész 47, tisztviselő 39, famunkás 52, vasmunkás 100 állott észlelés alatt. Megállapítottam ezenkívül. hogy Budapesten és vidékén 10.000 ólommal foglalkozó munkás van. A közlekedési vállalatok vezetői és kalauzainak száma ezzel szemben 5.000. Kimutatásunk szerint ezek között 57 gyomorfekély fordult elő az utolsó 3 év alatt. Utóbbiaknál tehát a gyomorfekély előfordulásának gyakorisága mintegy kétszerese az ólommal foglalkozó munkásokkal szemben. Ezekből az adatokból nyilvánvaló, hogy azokon a munkásokon, akiket hivatásuk az ólom és vegyületeivel kapcsolatos foglalkozásra kényszerít, nem fordul elő gyakrabban gyomorfekély, mint egyéb munkakörben. Az utolsó hét esztendőben az osztályon 29 biztos ólommérgezést észleltünk. Nyolc esetben semmiféle gyomorpanasz nem volt és így röntgenvizsgálat sem történt. Huszonegy esetben a gyomorpanaszok miatt végzett teljes klinikai kivizsgálás megállapította, hogy 17 esetben a gyomor és duodenumon semmi elváltozás nem volt kimutat-

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM

ható, két ízben állapítottunk meg gastritis chronicát és két ízben ulcus ventriculit és duodenit. Ezek a számok kétségtelenül igazolják, hogy a gyomorfekély és az ólomártalom között fennforgó oki összefüggés feltételezése klinikailag teljesen valószínűtlen.

A baleseti kártalanítás nagyobb lehetőségei következtében természetesen ezen a területen még nagyobb számban találkozunk téves orvosszakértői véleményezéssel.

Harmincegyéves lakatos, aki 1929 február 8. óta tüdőgümőkór miatt ambulans kezelés alatt állott, 1930 február 7-én deréktáji fájdalomról kezdett panaszkodni. A betegen gyors iramban gümős csigolyagyulladás fejlődött ki, ami később compressiós gerincvelőgyulladás tüneteit okozta. Egy év mulva kártalanítási igénnyel jelentkezett és előadta, hogy 1929 december 18-án munka közben baleset érte. A balcset abból állott, hogy nehéz tárgyat emeltek. Igénylő szó szerint a következőket mondja: »derekam megroppant és nem is tudtam mindjárt kiegyenesedni. A balesetnek nem tulajdonítottam akkor nagyobb fontosságot és tovább dolgoztam 1930 február 1-jéig.« Megjegyzem, hogy ekkor kezdték el nála az újpesti Socialpolitikai Telepen a mesterséges légmellkezelést. A munkaadó jelentésében hangsúlyozza, hogy az igénylő balesetét senkinek sem jelentette, arról senki sem tud. Intézetünk a kártalanítási igényt elutasította. A bíróság az orvosszakértő véleménye alapján tényként azt állapította meg, hogy felperes gerincbántalma a fentemlített balesettel okozati összefüggésbe hozható. A kir. ítélőtábla az elsőfokú ítéletet jogerőre emelte (IV.) Ez az eset a kauzalitás megfordításának typikus példája. Egy év óta gümőkórban szenvedő egyén betegségével állandóan dolgozik. Később gümős csigolyagyulladást kap. A betegséghez néhány hónappal később az egy év lejárta után balesetet construált, amelynek alapján az orvosszakértő az okozati összefüggést megállapította. Tegyük fel azonban, hogy a munkást munka közben tényleg érte derékrándulás. Ebben az esetben a szakértőnek azt kell elbírálni, hogy ez a derékrándulás súlyos mértékben sértette-e meg azt a szervet, amelyben később az egyébként nem traumás úton kifejlődő betegség mutatkozott, és hogy ennek megfelelő acut tünetek mutatkoztak-e? Amennyiben ilyen súlyos sérülés kimutatható, ámbár a tuberculosis traumás eredete legnagyobb mértékben kétséges, az orvosszakértő nem jár el helytelenül, ha a csontgümőkór kifejlődését közvetett okozati összefüggésbe hozza a súlyos traumával, feltéve, hogy az időpont, melyben a csontgümőkór kifejlődik, sem túl közel, sem túl messze nem áll a sérülés időpontjától. Jelen esetben komoly sérülésről nem lehetett szó, mert a beteg balesetét senkinek nem jelentette és azonnal tovább dolgozott, munkáját még heteken át folytatta és csak akkor hagyta abba, amikor a tüdőgümőkórjának súlyosbodása légmellkezelést tett szükségessé. *A német birodalmi biztosítási hivatal több ízben leszögezte ítéletileg, hogy csonttuberculosis jelentéktelen traumáknak nem okozati következménye.*[5]

Ötvenötéves asztalos 1927 november 8-án munkaközben megcsúszott, a kezében tartott kalapácsra esett és mellkasának balfelét erősen megütötte. A Rókus-kórházba vitték, ahol bordazúzódása miatt két hétig feküdt. Négy és félévvel később, 1932 január elején nagy láza támadt, bő és bűzös lett a köpete. 1932 február 10-én a Szent István-kórházban megoperálták jobboldalt a mellkasát és azóta állandó genyfolyása van. Megjegyzem, hogy nevezett munkást 1930 márciusában és 1931 júniusában klinikailag és röntgenesen átvizsgálták, nála semmiféle elváltozást kimutatni nem lehetett. A tény tehát az, hogy a munkás kb. öt év előtt a bal mellkasfelén bordazúzódást (nem törést) szenvedett, a közbeeső időben a vizsgálat tüdőelváltozást nem mutatott ki, öt év mulva az ellenkező oldalon tüdőtályog keletkezett. Senki egy pillanatig sem gondolhat arra, hogy itt a bal mellkasfélen elszenvedett zúzódás öt évvel később jobboldali tüdőüszkösödést okozhat. Evvel szemben a bíróság kétséget kizárónak tekintette az okozati összefüggés fennforgását. (V.) Lássuk most már a szakértői véleményt. Az orvosszakértő a következőket mondotta: »Megállapítható, hogy felperes jelenlegi betegsége nem tüdőcsúcshurut, illetőleg tüdőgümőkór, hanem tüdőüszkösödés, mely kizárólag a jobb tüdőben van jelen. A tüdőüszkösödés nagyon ritkán származik a tüdőnek tuberculosis okozta elváltozásától. Az adott esetben a két bajnak egymással összefüggése így is csak annak feltételezésével volna elképzelhető, hogy a tüdőüszök keletkezése előtt a tuberculosis átterjedt a jobb tüdőre. A jelen esetben azonban ezen jobboldali tüdőüszkösödésnek felperes régi baloldali tüdőcsúcshurutjával kapcsolatos összefüggése azért is felette valószínűtlen, mivel felperes régi tüdőcsúcshurutját a Munkásbiztosítási Orvosi Tanács (az OTI-tól teljesen független bírósági szerv) 1930 március 28-án, mint 1931 június 27-én gyógyultnak találta, továbbá mivel a jelenlegi röntgenfelvétel nem mutat a tüdőben biztosan tuberculosisos eredetű elváltozásokat, végül, mivel köpetében sem 1932 februárjában a kórházi kezelés alatt, sem a jelenlegi vizsgálat alkalmával nem volt Koch-féle tuberculosis-bacillus található. Végeredményben tehát az összefüggés felperesnek jelenlegi jobboldali tüdőbaja és az 1927 november 8-án elszenvedett mellkasi zúzódás között nagyon valószínűtlen, mindazonáltal annak lehetősége ki nem zárható.« Ez a lelet kétségkívül nagy klinikai műveltségű orvos szakvéleménye. Ennek ellenére meg kell állapítani, hogy mint szakértői vélemény helytelen. Helytelen azért, mert olyan formában fogalmazta meg szakvéleményét, amelynek következtében a laikus bíró úgy érezte, hogy neki a baleset és későbbi betegség között fennforgó okozati összefüggést feltétlenül meg kell állapítani. *Az orvosszakértő olyan alakban fogalmazza meg szakvéleményét, amelynek alapján a bíró az orvosi tudomány ma érvényben lévő elvei alapján megnyugtató módon ítélhet.* A vélemény bizonytalansága és ingatagsága miatt jött létre a helytelen bírói ténymegállapítás.

Ötvenötéves munkást munkaközben jobb lábán jelentéktelen baleset ért, mely után arról kezdett panaszkodni, hogy főként a jobb lábán, de egy idő óta a bal lábán is fájdalmas zsibbadást érez, mely járás közben annyira fokozódik, hogy meg kell állnia. A maximalis vérnyomás 190 mm és kétségtelenül meg lehetett állapítani, hogy claudicatio intermittensről van szó. Igénylő betegségét az elszenvedett balesettel hozza összefüggésbe. Az alsóbírósági orvosszakértő a következőket mondotta: »a betegség kiváltó oka tudásunk mai állása szerint ismeretlen. A talált sebészi elváltozások pedig sem akkor (az orvosszakértői szemle alkalmával), sem most számottevő munkaképességcsökkenést nem tartottak fenn. Az ütőerek elzáródásos tüneteit a perújítás során beszerzett zsidókórház jelentések is igazolják. Mivel tehát a baleseti eredet teljes határozottsággal nem zárható ki, másrészt pedig traumás behatás után a fenti betegség kifejlődhetett, felperes jelenlegi állapota és elszenvedett balesete közt az oki összefüggés lehetséges.« Ezen az alapon a szakértő keresőképességcsökkenést állapított meg. Ez a szakvélemény teljes egészében téves. A claudicatio intermittens tünetei mindkét alsó végtagon észlelhetők voltak. De még ha a sérülés oldalán keletkezett volna a betegség, sem lett volna a szakértő jogosult baleseti eredetű keresőképességcsökkenést megállapítani, mert a baleset olyan jelentéktelen volt, hogy még a bírósági szakértő véleménye szerint sem okozott érdemleges munkaképességi zavart. Egészen nyilvánvaló, hogy a magas vérnyomásban szenvedő beteg arteriosclerosisa már régebben fennállott és a súlyosabb tünet jelentkezésekor construálta utólagos balesetét. (VI.)

Ugyanez a bírósági szakértő a következő súlyos tévedést követi el egy másik szakvéleménye megadásakor: középkorú bányamunkás két társával bányafával töltött csillét húzott fel ferde pályán, mintegy 300 kg-ot. Napról-napra ezt a munkát végezték. Két társa tolta a csillét, ő pedig forgatta az emelőkart. Egyszerre munka közben elsápadt, rosszul lett, a munkát abbahagyta és vért hányt. Hazament, másnap újból megjelent munkahelyén, de nem tudott dolgozni. Kórházba szállították, ahol súlyos kruppos tüdőgyulladást állapítottak meg, melynek a beteg néhány nap mulva áldozatául esett. A bírósági orvosszakértő a következő véleményt adta: »néhai L. I. a balesetnek minősítendő túlerőltetésben, mely azonnali tüdővérzést is provokált, annyira legyengült, szervezetének ellenálló ereje annyira lecsökkent, hogy a benne lévő saprophyta kórokozók pathogenekké lehettek és a halálos betegséget létrehozták, vagyis a tüdőgyulladás által előidézett halál és az elhalálozott által rövid idő alatt végzett testi túlerőltetés közt az oki összefüggés megállapítható.« Feltűnő, hogy a laikus bírót nem győzte meg ez az érvelés. (VII.) ezért két más szakértő véleményét is kikérte, akik egybehangzólag azt állapították meg, hogy az Intézet álláspontja helyes, amely szerint a munkás súlyos tüdőgyulladással dolgozott, betegsége következtében kapta a tüdővérzést és később meghalt. A fellebbviteli bíróság az elsőfokú bírósági ítéletet helybenhagyta. Megjegyzem, annak ellenére, hogy az összes szakértők egybehangzóan elfogadhatatlannak tekintették a fenti téves szakértői álláspontot, a nevezett bírósági szakértő egy polemia kapcsán ma is teljes mértékben fenntartja régi véleményét és legfontosabb indoka e polemia kapcsán, melyet velem szemben érvényesített az, hogy »*aki életében csak egyetlen egy ízben is látott kruppos tüdőlobot, keletkezésének első óráiban . . . az előtt nem lehet kétséges, hogy ilyenkor nemhogy mázsás súlyoknak felfelé vontatása, hanem még a fennjárás is lehetetlenség.*« (! ?) Azt hiszem, erre tulajdonképpen nem is kellene megjegyzést tenni, mert hiszen mindenki előtt világos, hogy bizonyos személyek, bizonyos körülmények között még a legsúlyosabb betegséggel is dolgozhatnak, vagy megkísérelhetik a munkát, de utalhatok *Kaufmann* megállapítására, aki hírneves könyvében a következőket mondja; »tüdőgyulladásban előfordul, hogy a megbetegedettek az első napokban még dolgoznak, a munka alatt azonban összeesnek . . .«

Számos ilyen szakértői furcsaságot lehetne itt felsorolni, de helyszűke miatt még csak egy esetet említek :

Harmincéves kórházi takarítónő 1928 január 9-én ablaktisztítás közben a székről leesett és szeméremtáján megsérült. Elsősegélyben annak a kórháznak alorvosa részesítette, ahol alkalmazva volt. A jobb szeméremajak kisfokú zúzódását, kisvérömlenyt és gyermektenyérnyi horzsolást állapított meg a jobb combhajlatban. Néhány hónappal később kártalanítási igényt jelentett be. A szakvizsgálat azonban teljesen normalis anatomiai viszonyokat találván, igénylőt elutasította, amibe ő bele is nyugodott. Két évvel később újból kártalanítási igényt jelentett be avval, hogy állapota rosszabbodott, mert vizeletcsurgásban szenved. A beteggel azonban közben a következő történt. Másfél évvel a baleset után a Szent István-közkórházban egy, a végbélnyílás felett kilenc cm-re kezdődő daganat miatt vastagbél- és végbélkiirtást végeztek. A kórházi főorvos szószerint a következőket mondta : »hogy ezen daganat minek a következménye volt, arra nézve semminemű támpontunk nincs. Előrement sérülés felvételére kórtörténeti adataink semmi támpontot nem szolgáltatnak.« A beteg egy évvel a műtét után időszakos vizeletcsurgást észlelt, amikor is a nőgyógyászati vizsgálat rectovaginalis sipolyt állapított meg. Nem lehet kétséges, hogy a rectovaginalis sipoly a súlyos műtét, illetőleg a rosszindulatú daganat következménye. Ennek ellenére a bíróság azt állapította meg a szakértői vélemény alapjá, hogy felperesen a baleset következtében hüvelybélsipoly maradt meg, mely 30%-os keresőképességcsökkenéssel jár. (VIII.) Nyilvánvaló, hogy az események pusztán időrendben követik egymást és nem okozati összefüggésről van szó, mert hiszen utóbbi esetben a vizeletcsurgás nem két évvel a baleset után jelentkezett volna. Másfelől a rendkívül súlyos műtéttel kapcsolatos körülmények orvostermészettudományilag teljesen megmagyarázzák a rectovaginalis sipoly keletkezését.

Ilyen orvosszakértői vélemények és az ilyen, ezeken felépülő bírósági ítéletek hallatára az embert bizony jogos aggodalom töltheti el, hogy vajjon igazságosnak tekinthetők-e ezek a jelenségek. Mondhatná valaki, hogy semmi méltánytalanság nem történik, végeredményben szegény emberek egy kis munkanélküli keresethez jutnak és ez socialis érdek. Már többször hangsúlyoztam, hogy nem lehet socialis és caritativ nézőpontokat összezavarni, aminthogy teljesen helytelen az »in dubio pro aegroto« álláspont is. A német birodalmi biztosítási hivatal 1927 november 22-én a következő döntést hozta : »Ilyen elv jogossága nem ismerhető el. Nyilvánvalóan arra a büntetőjogban érvényes alapelvre támaszkodik, hogy in dubio pro reo, azaz, hogy kétség esetén a vádlott javára kell dönteni. A baleseti sérült azonban nem vádlott, hanem a kártalanítási eljárásban egyenrangú fél.« De ne gondoljuk, hogy az ilyen kártalanítási perek kapcsán éppen az arra leginkább rászorulók jutnak segítséghez. A legravaszabb, legkörmönfontabb emberek lehetnek azok, akik ilyenképpen a maguk részére anyagi előnyöket tudnak biztosítani a köz rovására. Nem régen fordult elő, hogy az intézet betegellenőrzése a következőket jelentette : Egy beteg, aki évek hosszú során át súlyos, ú. n. »traumás neurózis« miatt balesetkártalanításban részesült, csaknem teljes keresőképtelenséggel, akit az intézet igényével elutasított, de a bíróság ítélete alapján a segély folyósítandó volt, rendszeresen dolgozik saját zöldségkereskedésében. A vizsgálat kiderítette, hogy munkáját zavartalanul folytatja. Az orvosszakértői vizsgálatra a testvérét küldte, aki helyette simulálta a tüneteket. Méltóztassék megengedni, hogy ezzel a kérdéssel kapcsolatosan egy kiváló svájci jogtudós véleményét szó szerint idézzem : »Gewiss gelten die meisten der im Gebiete der sozialen Unfallversicherung und die ärztlichen Gutachten zu stellende Anforderungen auch für die private Unfallversicherung. Allein die Rückwirkungen auf das Empfinden und das Gedeien grosser Volkskreise, ja fast des ganzen Volkes, sind bei der Sozialversicherung ungemein viel stärker, verzweigter und schwerer zu überblicken. Die Ausübung der Sachverständigentätigkeit nach gewissen Richtlinien, ist deshalb gerade hier eine überaus ernste Sache.« *(P. Piccard.)*[6]

Igazságtalan volnék azonban, ha ezt a kérdést csak a sötét oldaláról mutatnám be. El kell ismerni, hogy a bírósági orvosszakértők között olyan jeles orvosok is vannak, akik tapasztalataik alapján hajlandók okulni és lehetővé teszik azt, hogy az igazságszolgáltatás a socialis biztosítási kérdésekben nálunk is elérje vagy legalább is megközelítse azt a niveaut, melyet mi külföldön és elsősorban Németországban látunk. Ennek egyik ékesszóló bizonyítéka a következő ítélőtáblai ítélet :

Az intézet a csigolyaközti izületek megbetegedésében szenvedő biztosítottat kártalanítás iránt emelt igényével elutasította, mert orvosi szaktanácsának véleménye szerint a baleseti eseményt kb. két hónappal követően észlelt elváltozások a baleset időpontjától történő kifejlődés felvételét teljesen valószínűtlenné teszik és azok egy sokkal régibb keletű — valószínűleg a háborúban szerzett — betegségből származás mellett bizonyítanak, továbbá, mert a vizsgálat megállapításai szerint a biztosítottat ért trauma nem volt oly súlyos természetű, hogy a már említett megbetegedés okozására, vagy súlyosbbítására alkalmas lett volna. Az elsőbíróság járadékot ítélt meg orvosszakértőjének véleménye alapján. E vélemény szerint a spondylarthrosis betegség oka tulajdonképpen ismeretlen, a traumás eredet sem zárható ki teljességgel és mert baleset történt »nem lehet elzárkózni azon feltevés elől, hogy felperes spondylarthrosisának kifejlődésében az elszenvedett baleset szereppel birt, azaz oki összefüggés legalább is valószínű.« A kir. ítélőtábla az I. sz. belgyógyászati klinika véleménye alapján, amely szerint a szóbanlévő betegség keletkezésekor a biztosítottnak a háborúban szerzett betegségének is szerepe lehetett, továbbá az intézetnek a baleset jelentéktelen súlyosságára vonatkozó, illetőleg az Intézet orvosi szaktanácsának fentebb említett és helyesnek elfogadott adataira tekintettel tényként megállapította, hogy nemcsak nem volt adat annak megállapítására, hogy a panaszolt betegséget üzemi baleset okozta, hanem ellenkezőleg, az adatok ennek lehetőségét is egyenesen kizárják. »Ezért a kir. ítélőtábla az elsőbíróság szakértőjének a traumás eredet lehetőségére utaló, egyébként mivel sem alátámasztott és a fentebbi adatokkal ellentétes megállapításait figyelembe vehetőnek nem találta.« A kir. ítélőtábla megállapította még, hogy az összefüggés valószínűségének felvételére az adott esetben, mikor a betegségnek a balesetet megelőző időben fennállása kétségtelenül megállapítást nyert, nem alkalmas az az elsőbírósági szakértő részéről felhozott körülmény sem, hogy a spondylarthrosis nevű betegség oka nem ismeretes. (IX.)

Meg vagyok győződve, hogy a magyar judikatura a fenti ítélet szellemében fog tovább haladni és az a sok szakértői tévedés alapján hozott, a mai orvostudomány szellemével ellenkező bírói ítélet, mellyel ma még elég gyakran találkozunk a socialis biztosításban, lassanként a múlté lesznek. Újból hangsúlyoznom kell azonban, hogy a legfőbb feladat ebben a nagyfontosságú kérdésben az orvosszakértők vállára nehezedik. Amíg az orvosszakértők nem adnak kellően megalapozott, megingathatatlan szakvéleményeket, addig a laikus bíró jó ítéleteket rendszeresen nem hozhat. Ennek az előadásnak egyik legfontosabb célja éppen az volt, hogy az orvosi nyilvánosság előtt egyfelől rámutatva ezekre a hiányokra, kérjem azoknak az orvosoknak hathatós közreműködését, akik socialis biztosítási, de egyéb ügyekben is a magyar igazságszolgáltatás részéről mint orvosszakértők igénybe vétetnek. Azt, hogy hibák történtek, senkinek restellni nem kell, mert senki nincsen hiba nélkül. De mindnyájunknak emberi és állampolgári kötelessége, hogy arra törekedjünk, hogy ezek a hibák kiküszöböltessenek. Ne helyezkedjünk arra az álláspontra, hogy egymástól nem tanulhatunk és különösen nem lehet arra az álláspontra helyezkedni, hogy az OTI kebelén belül működő Baleseti Orvosi Szaktanács-tól nem lehet tanulni. Ennek a tanácsnak tagjai olyan kiváló képzettségű és képességű orvosok — többnyire a tudományegyetem magántanárai — akik mögött egy vagy több évtizedes orvosszakértői mult áll. Ezek a képességek fokozott mértékben kötelezik az orvosszakértőket arra, hogy amikor a baleseti szaktanács véleményével ellentétes megállapításokat szögeznek le, ez ne történjék merő lehetőségek, bizonyítatlan adatok és nem mindenben kifogástalan logika

alapján, hanem olyan alapossággal és felkészültséggel, amelyet ezeknek a szakértőknek tudása, képesítése és multja megérdemel.

Sokat javíthatna a helyzeten az a körülmény is, ha az Igazságügyi Orvosi Tanács véleményén alapuló bírói döntéseket rendszeresen összefoglalnák és megjelenésükről gondoskodva, lehetővé tennék, hogy ezek a nagyértékű szakértői vélemények az összes orvosszakértők közkincsévé váljanak. Végül méltóztassék megengedni, hogy előadásomat *Lacassagne* ismert mondásával fejezzem be: »la prudence et la valeur des experts constituent la sauvegarde de la profession medicale«.

Irodalom: 1. *König Magnus:* Handbuch der ges. Unfallheilk. 1932. 1933. *Fricke dr.* után idézve. — 2. *Reichardt:* Einführung in die Unfall und Invaliditätsbegutachtung 1921. — 3. *Kaufmann:* Handbuch der Unfallmedizin 1932. — 4. *Placzek:* Gutachtliche Seltsamkeiten 1911. — 5. *P. Rostock:* Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes über den Zusammenhang zwischen Unfall und Erkrankungen. — 6. *Gelpke-Schlatter:* Unfallkunde 1930.

Döntések és végzések: I. T. B. VIII. 550.687/3/1933. — II. M. F. XVI. 12.898/1932. — III. M. F. XVII. 12.898/1932. — IV. M. F. XX. 5449/18/1932. — V. M. F. XVIII. 8461/11/1933. — VI. VIII. 553.079/1934/6. — VII. VI. 2361/20/1929. — VIII. M. F. XIX. 1002/14/1932. — IX. M. F. XVIII. 13.627-21/1934.

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

Tabes és terhesség.

Irta: *Székács Sándor dr.*, egyetemi tanársegéd.

A tabes a közép-életkor betegsége, 60—70%-ban 30—45 év között fordul elő. Fiatalabb, gyermek- és serdülőkorban is észleltek tabest *(Strümpell, v. Leyden, Remak, Mendel* és *Tóbiás* stb.), de ezek a veleszületett luesen alapuló esetek ritkák, mivel csak elvétve ér el egy-egy magasabb kort; másrészt ritkaságszámba megy az extragenitalis fertőzés. A nők ritkábban kapják meg ezt a betegséget, mint a férfiak; általában 6—7 tabeses férfira jut egy tabeses nő (*Friedrichsen, Penkert* stb.). Természetesen ez csak hozzávetőleges megállapítás, mely nemzetek, vidékek és foglalkozások szerint is változik. A betegség közismert gerincvelői, illetőleg agyi tünetei a nőkön általában ugyanazok, mint a férfiakon. A hószám rendszerint szabályosan folyik le; néha a betegség kezdetén fájdalmak vannak (vulva-, vaginalis crisisek); ritkán a kéjérzés fokozódik, a vulvából nagyobb nyálkaelválasztás indul meg (vaginalis clitoris crisisek). Később gyakoriak a menstruatiós zavarok, némelykor a menopausa korábban bekövetkezik. Az egészséges asszonyok kétszer-háromszor olyan gyakran termékenyülnek meg, mint a tabesesek *(Cardenal, Fruhinsholtz)*. A gyermektelenség kezdetben nem a tabes, hanem inkább a lues rovására írható, mert a betegség lappangó ideje alatt — a fertőzés következményeképpen — többször következik be elvetélés, kora-, macerált magzat szülése, vagy kiviselt terhesség esetében a gyermek első életéveiben meghal. A betegség későbbi szakában a nemi ösztön csökken, majd többnyire teljesen megszűnik és így csak elvétve jön létre fogamzás. *Friedrichsen* összeállítása szerint egy tabeses asszonyra átlag 1·6 szülés és 0·9 vetélés jut.

Az irodalmi adatok alapján a tabesszel szövődött terhesség s így természetesen a szülés is ritka s nagyobb szülőintézetek anyagában is csak elvétve fordult elő. Az irodalom eddig csak 27 tabeses beteg szüléséről számolt be. Hazai irodalmunkban ilyen közlést nem találtunk, ezért említésreméltó a budapesti II. sz. női klinika három tabesesének terhességlefolyása.

I. eset. 336/366/1927. sz. flsz. H. D. F.-né, 39 éves. Tizenhatéves korában ment férjhez, férje meg nem határozható időben lueses fertőzésen esett át. 1917-és 1919-ben két rendes szülése volt, gyermekei ma is élnek, egészségesek. 1920-és 1925-ben két, II.—III. hónapos vetélését méhkaparással fejezték be. 1918-ban gyakori erős fejfájása és szédülése miatt felkereste a belgyógyászati klinikát. Ekkor Wa. R.-ja positiv (++++) volt. Azóta rendszeres antilueses kezelésben részesült. 1921 november óta 6—8 hetenként napokon át typusos gyomor-crisisei voltak, lábaiban hasogató fájdalmakat érzett, vizelete elcsepegett. 1922-ben az ideggyógyászati vizsgálatkor: a bal pupilla tágabb, mint a jobb, fényreactiójuk hiányzott; *Romberg* negativ; a reflexek kiválthatók; ezidő óta az idegklinika kezelése alatt állott. 1925-ben lábai megdagadtak, bokaizületi fájdalmakról, kettős látásról panaszkodott, nehezen tudott olvasni. Az 1926 év elejétől átlag 6—8 hetenként jöttek a gyomo-crisisei; étvágya jó, járása bizonytalan, a bal bokaizületben arthropathia tabetica. Argyll—Robertson-tünet és Romberg: positiv, a baloldali Achillesinreflex nem volt kiváltható. Az asszony 1926 december hó végén teherbe esett; már terhességének első hónapjaiban, az addig csupán 6—8 hetenként jelentkező gyomor-crisisei jóval sűrűbben, először 3, majd 1—2 hetenként lepték meg s 4—6 napon át tartottak. A terhesség további fennállása kapcsán a rohamok közötti időben is az étkezéstől függetlenül naponta többször hányt, fáradt, levert, kínzó szomjúság gyötörte; nyelve bevont, kisebb foetor ex ore; a kötőhártyán, látható nyálkahártyán és bőrön kisfokú sárgás elszíneződés, a szív felett halk systoles zörej, legyengült, 5 kg-ot fogyott a gyógyszerkezelés eredménytelen. Tekintettel arra, hogy terhessége alatt nemcsak a napokon keresztül tartó erős, gyomortáji görcsös fájdalmakkal és kínzó heves hányingerrel és hányással járó gyomorcrisisei jelentkeztek gyakrabban és súlyosabb alakban, hanem ezen régebbi keletkezésű betegségéhez terhességi toxicosis is társult (állandó hányás, lesoványodás, étvágytalanság, icterus stb.), az ideggyógyászati vélemény alapján a terhesség kiviselését nem tartottuk megengedhetőnek, ezért azt a III. hónap elején, 1927 március 19-én megszakítottuk. A művi elvetélés után a gyomorpanaszok lényegesen csökkentek, a toxikus tünetek megszüntek s csupán a régebben fennálló gyomor-crisisek jelentkeztek, — elsőízben 3 hétre — majd ezt követő két éven át csak 4—6 hetenként ismétlődtek; 1929—1930 év között egy éven keresztül szüneteltek és a mai napig is csak átlag 2—3 havonként jönnek meg. Az asszony azóta is állandó orvosi ellenőrzés alatt van.

II. eset. 2106/2038/1932. sz. flsz. Sz. Z.-né, 33 éves. Tizenhétéves korában ment először férjhez. Első férjének — kitől négy év mulva elvált — jelenleg paralysis progressivája van. 1918-ban élő, érett, fiúgyermeket szült, ki ma is él, egészséges. 1923-ban újra férjhez ment. 1924, —25, —27, —28, —30 években II—IV. hónapos vetélései részben maguktól, részben méhkaparással fejeződtek be. 1924-ben tüdővérzéssel intézetben feküdt. 1928-ban gyakran fájt a feje, szédült, látása romlott, járása bizonytalanná vált; gyomor- és szívpanaszai miatt kórházba vétette fel magát, ekkor Wa. R.-ja positiv (++++) s ezóta részesült rendszeres antilueses kezelésben. 1929 óta lábaiban időnként napokon át hasogató fájdalmakat érzett. 1932 január közepén teherbe esett. Az első hónapokban gyomortáji fájdalmai, hányingerei, övérzései, lancináló fájdalmai, gyakori szívdobogása, nehéz légzései voltak. Az első magzatmozgást megfelelő időben — május 12-én — érezte. Eddig rendszeres orvosi ellenőrzés alatt állott. Az asszony terhességének ötödik hónapjában kereste fel rendelőnket s azóta észleltük. Az akkor megejtett vizsgálatok eredménye a következő: a bal tüdőcsúcs felett rövidült kopogtatási hang; respiratorius arythmia; a szívcsúcson az egész systolét kitöltő zörej volt hallható, a pulmonalis II. ékeltsége mellett, a szív relativ tompulata elérte a medioclavicularis vonalat; Graefe: positiv, Moebius jelezve, Romberg: positiv, mindkét oldali térd- és Achillesinreflexe hiányzott; anisocoria, mindkét oldalt teljes pupilla-renyheség; a szemfenéken régi chorioditises gócok. (Dg.: tabes dorsalis, myodegeneratio cordis.) Wa. R.: negativ, Kahn és Kiss R.: positiv (++). A terhesség második fele zavartalanul folyt le, csak időnként állottak fenn a gyomorpanaszok. Óvatos antilueses kezelést kapott, melyet a VII. hónapban a jelentkező icterusos tünetek miatt félbe kellett szakítani. Október 28—29-ig hányingerekkel kapcsolatos gyomortáji fájdalmai voltak; november 2—3-ig a fentiekhez hasonló jelenségek után, november 13-án méhösszehúzódások indultak meg melyeket az asszony jelzett, de feltűnő volt, hogy azok alig voltak fájdalmasak. 11 óra 10 perces tágulási szak után az álló burkot megrepesztettük. Az ezt követő 20 perces kitolási szakban az asszony hasprését kellőleg nem működtette, ezért a méhösszehúzódásokat enyhe expressióval támogattuk. A koponyafekvésben megszületett leánymagzat súlya: 2850 gr, hossza: 48 cm, fejkerülete: 34 cm. A lepényi szak 10 percig tartott.

A gyermek Wa. R.-ja: negativ, ma is él, egészséges. Az asszony tabese változatlan.

III. eset. 831/767/1933. sz. flsz. Cs. E. 39 éves, hajadon. 1915-ben élő, érett leánygyermeket szült, ki félév mulva meghalt. 1921-ben ismét élő, érett fiúgyermeket szült, ki nyolcnapos korában halt meg. 1925-ben klinikánkon VI. hónapos spontan vetélése folyt le, — hydramnion, az életképtelen magzaton a lues szemmel is látható jelei voltak, — a gyermekágyban vett vérének Wa. R.-ja positvnak (++++) bizonyult, de az asszony klinikánkról való kibocsátása után nem kezeltette magát. 1929. év elejétől kezdve gyakori szívdobogása, fejfájása, szédülése, hányása, övérzése, többízben fulladásérzése volt és epilepsiaszerű rángások közt eszméletét elveszítette, feledékeny, lábaiban hasogató fájdalmakat érzett, melyeket időnként zsibbadás és érzéstelenség váltott fel, járása bizonytalanná vált, vizelete elcsepegett. Panaszai miatt kórházba került, ahol antilueses és maláriás kezelést kapott — dg.: tabes dorsalis. — Távozása után ismét elhanyagolta baját, nem kezeltette magát. 1932 augusztus közepén teherbe esett; egész terhessége alatt a fenti tünetek változatlanul meg voltak; orvosa rendszeres óvatos antilueses kezelésben részesítette. Magzatmozgást nem érzett, csak terhessége végén sejtette azokat. Az asszony csak pár héttel szülése előtt került hozzánk. Vizsgálatkor szemmozgásai szabadok, pupillái egyenlőtlenek, szűkek, fényre renyhébben reagáltak; Romberg: positiv, térd- és Achillesinreflexe mindkét oldalt hiányzott; a hasfalon és lábszárakon érzéshiány; az érintési, valamint fájdalomérzés jelentékenyen csökkent. Járása bizonytalan különösen lépcsőn lemenés közben. Wa. R.: negativ Kiss R.: positiv (++). Május 12-én erőteljes méhösszehúzódások indultak meg, amelyeket feszülésnek jelzett, azok fájdalmasságát nem érezte, csak időnként panaszkodott húzó érzésekről, derék- és keresztcsonttáji tompa fájdalmakról. Feltűnő, hogy az asszony az egész szülése alatt álmos, aluszékony volt s csak némelykor, a méhösszehúzódásokra figyelt fel. A hat óra 15 percig tartó tágulási szak után, a burok megrepedt, majd az asszony hirtelen székelési ingerről panaszkodott — de közben hasprését egyáltalán nem működtette — s az azt követő méhösszehúzódás hatására koponyafekvésben spontan megszületett a 3200 gr súlyú, 50 cm hosszú, 32 cm fejkerületű fiúmagzat. A lepényi szak tíz percig tartott. A gyermekágy zavartalanul folyt le. A gyerek egészséges, Wa. R.-ja: negativ. Az asszony tabeses tünetei változatlanok; gyermeke jól fejlődött, tünetmentes.

Első esetünkben a 39 éves V. P. nőn a fertőzés után 5 évvel a tabes kezdő jelei mutatkoztak, majd a betegség teljesen kifejlődött, 1927-ben újból teherbe esett. A művi elvetélést az tette indokolttá, hogy terhessége alatt — az addig 6—8 hetenként jelentkező gyomor-crisisek súlyosabb alakban, gyakrabban — 1—2 hetenként ismétlődtek s 4—6 napig tartottak s azok lezajlása után — a rohamok közti időben az asszony folyton hányt, súlya és erőbeli állapota fokozatosan csökkent. A beavatkozás helyes voltát igazolta az, hogy a terhesség megszakítása után a gyomor-crisisek hevessége és gyakorisága a gyermekágyban, majd azután is csökkent, a rohamok között jelentkező hányás pedig teljesen megszűnt, a beteg erőbeli állapota javult. A beteg ma is állandó ellenőrzés alatt áll, azóta terhes nem volt, gyomor-crisisei éppúgy jelentkeztek, mint terhessége előtt. Esetünk amellett látszik szólni, hogy a tabeses gyomor-crisisek a terhesség alatt fokozódhatnak és hogy ha a fokozódáshoz még súlyos terhességi toxicosis is társul, esetleg a terhesség megszakítása válhatik szükségessé.

Második esetünkben a 33 éves, VII. terhes, ki a lueses fertőzés előtt egészséges gyermeket szült, a lueses fertőzés után ötízben vetélt s az azt követő tíz évre a tabes kifejlődött. Tabesének második évében ismét másállapotba jutott; terhessége rendesen folyt le, azt végig kiviselte; s a szülés alatt az erőteljes fájásokat jelezte ugyan, de azok alig voltak fájdalmasok. A kitolási szakban az asszony hasprését kellőleg nem működtette; a született gyermek egészséges és ma is lueses tünetektől mentes. Az asszony tabese tehát sem a terhességre, sem a szülésre káros hatással nem volt.

Harmadik esetünkben a 39 éves, IV. terhes, ki kb. 18 évvel azelőtt lues-szel fertőződött, ötéves tabeses panaszai mellett újból teherbe jutott. Az asszony a magzatmozgást nem érezte, terhességét rendesen kiviselte és érett, egészséges gyermeket szült. A szülés alatt az erőteljes, kiadós méhösszehúzódásokat fájdalmasnak nem érezte, hasprését nem működtette és csak közvetlenül a fej kigördülése előtt volt székelési ingere s így szülése feltűnő könnyen folyt le. Itt is, mint az előbb tárgyalt esetben, a tabes a terhességre és szülésre káros hatással nem volt.

A tabesesek szülésére vonatkozó legelső közlés 1885-ben *Litschkus*-é volt; esetében a bántalom a szülés elhúzódását hozta létre. *Bernhardt* 1890-ben először terhes tabeses nő terhességét megszakította. *Friedrichsen* háromnegyed éve tabeses betegén terhessége alatt gyorsan előrehaladó látóidegsorvadás és szemidegbénulás támadt, mely öthetes kenőkúra hatására visszafejlődött, a látás javult; az asszony terhessége végén élő gyermeket szült ugyan, de a gyermek 18 óra mulva meghalt. *Hamblen* terhesség alatt a tabest hasi fájdalmak — crisisek — jelentkezése révén fedezte fel; kezelésére a crisisek nem javultak; esetében szüléskor a fájástevékenység nem tért el a rendestől. *Penkert* szerint a terhesség alatt szabályos időközönként jelentkező hányás mindenkor tabesre gyanus. Esetében a terhes nő a tabes I. szakában volt, főtünetei: rohamos lancináló fájdalmak és gyakori gyomor-crisisek; a beteg a rohamok lezajlása után gyorsan magához jött; terhessége végén négy fájdalmas méhösszehúzódás hatására élő, érett gyermeket szült; a szülési fájdalmakat csak félóráig érezte. A szülés után a gyomor-crisisek gyakorisága és hevessége változatlanul fennállott. *Fruhinsholtz* esetében egy-két éve frigid nő a gyomor-crisisek alatt kívánja a közösülést; nemi ösztöne a terhesség alatt felélénkült, a gyomor-crisisek fokozódtak. *Richter* óvatos, kisadagú fajlagos kezeléssel kedvező hatást ért el. *Glas* tabo-paralysis esetében malaria-kezelést adott, mely a beteg állapotát javította. Ez utóbbi három esetben az anyák terhességük végén fájdalom nélkül, élő, egészséges gyermeket szültek. *Haselhorst* szerint szüléskor a méhösszehúzódások fájdalmatlansága mindenkor tabesre utal. ezt igazolja esete is. *Mirabeau* előrehaladott tabes mellett észlelt terhességet, mely rendesen folyt le, a beteg a magzatmozgást egyáltalán nem érezte. Az asszony a szülési fájdalmakat nem jelezte, bár erőteljes méhösszehúzódásai voltak, részvéttelenül feküdt, hasprését nem működtette. *Chon, v. Lyle, Jakub, Rübsamen, Kehrer* hasonlóan teljes fájdalomnélküli tabeses szülést írt le. *Zacharias* esetében az asszony szüléskor csak könnyű keresztcsonttáji fájdalmakról, húzóérzésekről panaszkodott, hasprését nem működtette. *Theiss* súlyos bénulásos szakban lévő szülőnő tabese kapcsán a szülés után jelentős javulást látott. *H. G. de Cardenal* szerint a tabes a szülést meg is nehezítheti, a méh renyhesége, izületi, medencecsont atrophiás zavarai folytán.

Mint láthatjuk, a tabessel járó elváltozások a terhességre általában nincsenek rossz hatással. Az irodalom adatai és saját észleléseink azt mutatják, hogy a terhesség alatt a gyomor-crisisek fokozódhatnak. Az asszony betegségének bármely szakában is legyen, az, hogy tabese van, egyedül nem indokolja a terhesség megszakítását. Ez csak olyan kivételes esetben válik szükségessé, ahol a betegségnek a megszokott lefolyásától eltérő, feltűnő rosszabbodása, a beteg leromlott állapota erre kényszerít s ha ahhoz még más súlyosbító körülmény is járul, mint azt saját esetünkkel kapcsolatban közöltük. Az asszony előrehaladott tabes esetén a hasfal érzéstelensége folytán a magzatmozgásokat nem érzi. A terhesség alatt adott kis adagú, kombinált fajlagos kezelés ajánlatos (kéneső, bismuth, salvarsan), azonban jóindulatú, illetőleg állandósult tabes esetén a salvarsan mellőzendő, mert már többször megtörtént, hogy az addig veszteglő tabes salvarsanra rohamosan súlyosbodott *(Schaffer)*.

Bár a tabesnek a szülésre gyakorolt hatása sem nevezhető ártalmasnak, mégis találunk eltérést a physiologiás lefolyástól. A hasprés már kezdődő tabes kapcsán is, tökéletlenül működik, mert a reflexiv megszakadt. Az ataxiás és paraplegiás szakban a hasprés teljesen hiányzik, a szülés

tartama meghosszabbodhatik, mivel az érzőpályák elfajulása következtében hiányzik a méhtevékenység szabályozottsága és támogatása. De ilyen súlyos esetekben a medencefenék izomtonusának csökkentsége, esetleg megszünése viszont magyarázza gyakran a szülés könnyű és gyors lefolyását. A vajudó szempontjából azonban a szülés csak rövid ideig tart, mert az egész szülési munkája fájdalommentesen folyik le. A méhösszehúzódások mindenkor erőteljesek, kiadósak, de nem fájdalmasak. Az asszony az érzési ingervezetés megszakadása miatt a méhösszehúzódásokat egyáltalában nem vagy csak csökkent mértékben érzi. Minél előrehaladottabb a folyamat, annál szembeszőkőbb a szülés fájdalmatlan volta. Bár a tabes igen súlyos és gyógyíthatatlan betegség, mégis »az élettani viszonyok sajátságos — kóros — megváltozása következtében nemcsak, hogy nem akadályozza meg a szülést, hanem fájdalomnélküliségével a szó szoros értelmében megkönnyíti azt« *(Mirabeau)*. Egészséges asszonyok szülése is lehet érzéktelen (partus insensibilis) ; ilyenkor az egyéni érzékenység csökkenése mellett a fő ok legtöbbször a nemzőszervek nagy tágulékonyságában keresendő ; azonban lehetséges, hogy a fájdalomnélküliség alatt gerincvelőbetegség, myelitis vagy tabes rejtőzik s az érzéketlenség annak csak egy korai jele *(Haselhorst, B. Wolff)*.

A tabeses szülések kapcsán szerzett tapasztalatok azt mutatják, hogy a méh tevékenysége a központi idegrendszer befolyásától a legnagyobb mértékben független. A szülés lefolyása alatt a gerincvelő alsó részletei csak a kitolási szakban visznek bizonyos szerepet. A XI. háti- és II. ágyékicsigolya között fekvő — vagyis a II. háti segmenttől lefelé eső — gerincvelőrészlet a szülés lefolyását szabályozza, illetve támogatja. Ezek a befolyások természetesen kiválthatnak reflectorikusan mozgató ingereket, azonban magából a méhből kiinduló összehúzódásokra csak serkentőleg vagy gátlólag hatnak. Kísérleti vizsgálatok megmutatták, hogy központi idegeitől és sympathikus összeköttetéseitől teljesen megfosztott méh koncipiál, fájástevékenységét megtartja, peristaltikus mozgásokat tud végezni *(Goltz, Ewald, Freusberg, Rein, Frommel, Masius, Simpson, Cohnstein)* s még a szervezetből egészben eltávolított terhes méh is megszüli magzatát *(Kurdinowszki)*. Myelitis vagy a gerincvelő haránt laesioja esetében — a méh idegrendszerbeli teljes elszigeteltsége és a hasprés teljes kiiktatása ellenére is — a szülés bekövetkezhetik (*Windscheid, Zimmermann, Spitzer, Kruiger-Offergeld* stb.). Ezért fel kell tételezni azt, hogy a női nemi szervekben olyan reflexek jöhetnek létre, melyek nem mennek át a gerincvelőn s ezek a reflexek a méh peristaltikus mozgását kiválthatják. A méh automatikus működését fenntartó legfontosabb idegelemek a nagy Frankenhäuser-féle cervicalis, majd a paracervicalis vaginalis (Dembo), paravaginalis (Knüpffer) és uterinalis ganglionok, melyet még maga a méh intramuralis és subserosus ganglion hálózata (Hoogkammer) egészít ki. (*I. R. Müller* vizsgálatai szerint ezek a ganglionok nem a méhfalban, hanem a méhfalon vannak és így juxtamuralis reflexekről beszélhetünk.) Ezeknek a ganglionoknak van a legnagyobb szerepe a szülés létrejöttében, ezek azok, amelyek a magzat megszületését egyedül is létrehozhatják. Ezek az autonom ganglionok tabes (és más gerincvelőbetegségek) esetén sértetlenek maradnak s így biztosítják a méh működését. Noha a méhnek önálló idegközpontja van, az összehúzódási jelenségek bizonyos részletei tekintetében mégis be van kapcsolva az általános idegrendszerbe. Erre mutat az a tény, hogy a sympathicus nervus hypogastricusokkal és sacralis nervus pelvicusokkal dúsan el van látva, amelyek mozgatópályákon kívül érzőket is vezetnek, de amelyeknek a méhre gyakorolt különleges befolyása végérvényesen még nincs tisztázva. A jelzett pályákon serkentő és gátló ingerek juthatnak a méhhez, melyek a szülés alatt a méh automatikus tevékenysége mellett a hasfal izomzatának reflexes úton kiváltott együttműködését hozzák létre s így a hasprés segítségével biztosítják a szülés rendes lefolyását.

A tabeses anya magzatát rendszerint végig kiviseli s az újszülöttek egészségesen jönnek a világra. A tabeses szülők gyermekeinek e betegség előtti halálozása 44%, a tabes kifejlődése után ez a szám 28%-ra esik *(H. G. de Cardenal)* s ez a luesre vezethető vissza, mert a magzat megbetegedését — fertőzését — csak a virulens lues okozza s a virulentiacsökkenéssel — mint az tabes esetén rendszerint bekövetkezik — csökkennek a magzat megbetegedésének esélyei is. A tabes mint betegség nem öröklődik, a tabeses szülők tisztán csak a lues tekintetében veszedelmesek a leszármazottakra.

A tabes a gyermekágy lefolyását nem zavarja, ezt bizonyítják eseteink és az irodalom megfigyelései. A betegség súlyosabb szakában a közlemények csak elvétve említenek meg hólyag- és végbélzavarokat.

Irodalom : *Bernhardt :* Arch. Psych. 1891. 304., 1892. 277. Neur. Zbl. 1890. 710., 1891. 478. — *H. G. de Cardenal :* Inaurg. Diss. Bordeaux. Ref. : Zbl. Gyn. 1904. 565. — *Chon :* Zbl. Gyn. 1902. 16, 421. — *Döderlein :* Hb. d. Geb. 1925. III. B. 777. — *Friedrichsen :* Inaurg. Diss. Berlin. 1893. — *Fruhinsholtz :* Annales de Gyn. 1912. 144. — *Glas :* Zbl. Gyn. 1929. 3458. — *Halban—Seitz :* V. B. 4. T. 1428, VI. B. 2. T. 1098, 1153. — *Hambleu :* Amer. journ. of obstetr. and Gyn. 1925. IX. B. 102. — *Haselhorst :* Zbl. Gyn. 1923. 27. 102. — *Jakub :* Zbl. Gyn. 1911. 26. 1273. — *Kehrer :* Zbl. Gyn. 1922. 41. 1650. — *Kruiger—Offergeld :* Arch. Gyn. 1907. 83. B. 2. 257. — *v. Leyden—Goldscheider :* Hb. d. inner. Krankh. X. B. — *Litschkus :* Wratsch. 1885. 17. Ref. : Zbl. Gyn. 1885. 39. 650. — *v. Lyle :* Mschr. Gyn. 16. B. 971. — *Mirabeau :* M. m. Wschr. 1902. 5. 125. — *Mendel—Tobias :* Mschr. Psych. 1911. 31. B., Med. Klin. 1911. 43. — *Moebius :* Zbl. Nervenheilk. 1884. — *I. R. Müller :* Lebensnerven u. Lebenstriebe. Berlin 1931. — *Penkert :* Mschr. Gyn. 1909. 29. B. 141. — *Remak :* Arch. Psych. 1891. 304. — *G. Richter :* Zbl. Gyn. 1922. 40. 1618. — *Rübsamen :* Zbl. Gyn. 1922. 41. 1651. — *Schaffer :* Elme- és idegkórtan. 1927. 250. — *Spitzer :* Arch. Gyn. 1932. 152. B. 3 513. — *Stoeckel :* A szülészet tankönyve. 1930. 588. — *Strümpell :* Mschr. Gyn. 1909. 29. B. 141. — *Theiss :* Zbl. Gyn. 1906. 20. 569. 571, — *B. Wolff :* Arch. Gyn. 1906. 78. B. 2. 402. — *Zacharias :* M. m. Wschr. 1906. 7. 351.

A Ferenc József Tudományegyetem Törvényszéki Orvostani Intézetének közleménye. (**igazgató : Jankovich László ny. r. tanár.**)

Elsőleges nyelőcsőgümőkór esete.

Írta : *Incze Gyula dr.*, egyet. tanársegéd.

A gümőkór ritkán terjed rá a nyelőcsőre, mert a többrétegű laphám, a lenyelt táplálék, nyál, köpet gyors keresztülhaladása a gümőbacillus megtelepedésének nem kedvez. Emiatt az implantatiós fertőzés inkább csak olyankor történhetik meg, ha a laphám sérül, vagy gyomorhámszigetek szakítják meg, vagy ha a nyelőcsőben szűkületek, tágulatok képződnek. A közölt csekélyszámú eset egy része haemato-, lymphogen-fertőzés, de kivétel nélkül mindegyik a szervezetben egyebütt lévő gümős gócból származik ; elsőleges nyelőcsőgümőkór ezideig a hozzáférhető irodalomban nem került közlésre. *Glinski* ugyan felteszi, hogy a gyomorhámszigetek vázának lymphoidszövete elsődleges gümőkór kiinduló helye lehet, *Nakamura* szerint a gyermekek nyelőcsöve ugyancsak lehet gümőkóros fertőzés kapuja, ezek a feltevések azonban ezideig igazolva nincsenek.

A gümőkórnak a nyelőcsőben megtelepedése különféle módon lehetséges :

1. *Implantatiós fertőzés* létrejöhet maró anyagokkal történt mérgezés után *(Chiari, Breus, Evert)*, nyelőcsőrákban szenvedőkön másodlagos nyelőcsőgümőkórt ír le *Zenker, Cordua, Edsal, Fischer W., Dean Gregy*. Ezen

esetekben azonban, mint azt *Orth* hangsúlyozza, a haematogen-fertőzés lehetőségével is kell számolni. *Nakamura, Trallero* gyomorhámszigetekben, főleg azok cystáiban és a mirigyek kivezető csöveiben, *Nakamura* diverticulumok falában, *Winkel, Kaufmann* azok környezetében talált gümős szemcséket.

2. *A környezetről átterjedés* tracheobronchialis nyirokcsomók és a gerincoszlop gümős megbetegedése esetén *(Schneller, Mandelstamm, Eiermann). Sternberg* 160 gümőkórral fertőzött gyermek boncolása alkalmával két esetben látta gümőkóros nyirokcsomóknak a nyelőcsőbe áttörését, de a folyamat egyikben sem terjedt tova a nyelőcsőben.

3. *Haematogen-fertőzés* esetét említi emberen többek között *Starck*, szarvasmarhán *Stolpe*.

4. *Lymphogen-fertőzés* szerepel *Fontana* két esetében, amelyben a gümős folyamat a tüdőkből jutott a nyelőcsőbe. Számos közleményből a fertőzés útja nem világlik ki, illetve eldöntése valóban lehetetlen *(W. Fischer)*.

A nyelőcsőgümőkór bármely életkorban előfordul, észlelték féléves csecsemőn és 86 éves egyénen is, azonban túlnyomó részük mégis a gyermekkorra esik, így pl. *Hasselmann* 16 esetéből három : tíz éven aluli gyermek. A gümőkór megjelenhetik a nyelőcső bármelyik szakaszában kisebb-nagyobb kiterjedésben, leggyakrabban azonban a középső szakaszban. Kiterjedtebb fekélyes folyamatokat észleltek *Fraenkel, Kummel, Fischer W., Starck, Zuppinger, Schrotter, Kaufmann*. Mint a kölesgümőkór részjelensége, megjelenhetnek a gümős szemcsék a nyelőcső bármelyik rétegében, de úgylátszik az izomrétegben ritkábban *(Glockner* esete).

Esetünk a következő :

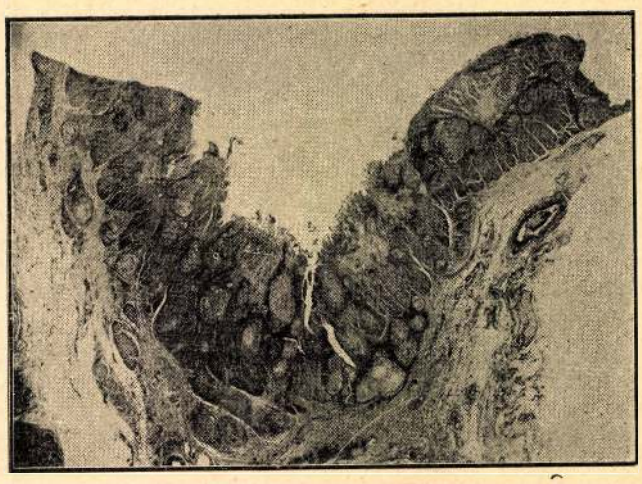
Előzmény : Tízéves idióta fiúgyermek halála előtt 20 hónappal véletlenül marólugot ivott. A következményes nyelőcsőszűkület miatt szondázták, majd gyomorsipolyon keresztül táplálták, amit azonban később a szűkület tágítása után zártak. Halála előtt néhány nappal gümős agyhártyagyulladása támadt. Klinikai kórisme : Meningitis basil. tbc. *Boncolási lelet :* (orvosrendőri boncolás a lúgmérgezés miatt) ált. szemcsés gümőkór. Nagyfokú, heges nyelőcsőszűkület orsóalakú tágulattal. Kiterjedt hegesedés a gyomor- és patkóbél nyálkahártyáján. Régen zárult gyomorsipoly. A *nyelőcső* nyálkahártyáján a gyűrűporc magasságáig eltérés nincs, csupán hámja fehéres kissé és vastagabb. A gyűrűporc alatt közvetlenül belvilága 1·5 cm körfogatra szűkül, hasonló szűkület van a légcső oszlásának magasságában is, a kettő között orsóalakú, legnagyobb körfogatán 4 cm-es tágulat mutatkozik. Az alsó szűkülettől lefelé a belvilág kp. tág, hámja fehéresen vastag, a tágulatban hám nincs. A szűkületekben és közöttük a nyelőcső fala tömött vaskos, heges, a felszínt szintén tömött, rendetlenül futó szürkésfehér hegszövet képezi. Az átmetszeten minden rétegben szürkéssárga áttűnő, tömött, gombostűfejnyi, itt-ott nagyobb számban lencse-borsó nagyságúvá összefolyó gümőszemcsék sorakoznak egymás mellé, melyek közül néhány gombostűfejnyi a felszínt is eléri. A gümős beszűrődés a felső szűkület, illetőleg a hámhiány határán élesen szűnik meg, ettől felfelé a nyelőcső átmetszete szabad szemmel semmi kóros eltérést nem mutat. A nyelőcső körüli kötőszövetben, főleg a légcső és nyelőcső között, számos lencse-bab nagyságú, tömött nyirokcsomóban a jellegzetes gümőszemcsék mellett nagyobb összefolyó, határozottan sajtos gócok mutatkoznak, néhány nyirokcsomó teljesen elsajtosodott. A gége, légcső, hörgők nyálkahártyáján csupán köles-mákszemnyi göbcsék láthatók, nagyobb, elsajtosodott gócot sem itt, sem a tüdőszövetben, vagy a gondosan átvizsgált szervekben nem sikerült találni. A máj- és tüdőkapuban, a bélfodorban megnagyobbodott nyirokcsomók nincsenek.

Kórszöveti lelet : A szűkületek tájából, az ép és hámfosztott heges szövet határáról, továbbá a tágulatból hossz- és harántmetszetek készültek. A felső szűkület táján az ép hámmal fedett nyelőcső szövete górcsövileg sem mutat lényeges kóros eltérést, csupán a submucosában van csekély gömbsejtes beszűrődés és némi kötőszövet-szaporulat. Inne lefelé azonban a hám fokozatosan elvékonyodik (1. *ábra)*, majd megszűnik (a metszeten látható hámemelkedés műtermék), alatta a nyálkahártya mind keskenyebbé válik, majd a muscularis mucosae is eltűnik és a mindinkább vaskosabbá váló submucosa hámfosztott felszínét gömb- és plasmasejtesen beszűrődött tömött, vaskos hegszövet képezi. Ebben a szövetben a hám megszűnése alatt közvetlenül keletkeznek a jellegzetes gümős-szemcsék, óriássejtekkel és némi elsajtosodással. A nyelőcső tágult részé-



1. *ábra :* Hosszmetszet a felső nyelőcsőszűkületből : jobbra az éphámú nyelőcsőszakasz a szűkület felett. Balra: Gümők a submucosában. Hámmentes felszín, kifekélyesedett gümővel.

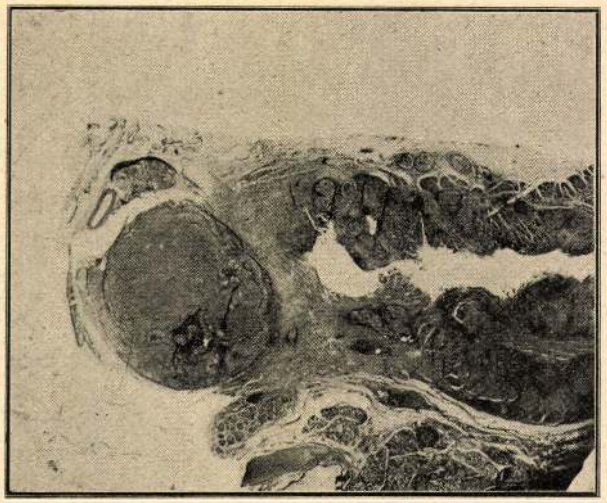
ben már úgyszólván valamennyi réteg, a heges submucosától a külső izomrétegig, sűrűn tele van szórva kisebb-nagyobb gümős szemcsékkel, melyek főkép az izomrétegekben a harántmetszeten koszorúalakban ülnek *(2. ábra)*, több helyen na-



2. *ábra :* Harántmetszet a tágulat közepéből. A nyelőcsőfal minden rétegében koszorúalakban ülő gümők.

gyobb conglomeratummá folynak össze. Némelyik szemcse a felszínt is eléri, detritusszerűen szétesett és kifekélyesedett, míg mások az elsajtosodás különböző szakát és kiterjedését mutatják. Sok elsajtosodás nélküli rostos gümő van mind a felszín alatt, mind az izomrétegben, vaskos rostos tokkal körülvéve, míg mások ezek közül is kezdődő központi elsajtosodást mutatnak, sugarasan elrendezett epitheloidsejtekkel. A submucosa mindenütt vaskos kötőszöveti nyalábokkal átjárt, a nyalábok az izomrétegekbe is behatolhatnak, úgyhogy néhol a belső izomréteget teljesen hegszövet pótolja. Az izomzat általában nagyfokú sorvadást árul el, sok helyen szitaszerűvé vált (lúgmérgezés !). A nyelőcsövet környező nyirokcsomókban miliaris göbcsék mellett néhol majdnem az egész nyirokcsomóra kiterjedő elsajtosodás látható, ugyanez figyelhető meg azokban a nyirokcsomókban, amelyek a nyelőcsőnek úgyszólván a falában vannak *(3. ábra)*, jeléül annak a szoros kapcsolatnak, amely a nyelőcső falának gümős beszűrődése és a legközvetlenebb táji mirigy között fennáll *(primaer complex)*. A többi szervekben csupán miliaris gümős szemcsék mutatkoznak — kiterjedtebb elsajtosodás, vagy eltokolódás nélkül. *Gümőbacillusokat* csak szórványosan lehet találni a nyelőcső falában, leginkább az egyes óriássejtekben, ellenben határozottan több

van azokban a sajtos nyirokcsomókban, amelyek közvetlen a nyelőcső fala mellett vannak.



3. *ábra:* Harántmetszet a tágulatból: A nyelőcső falában lévő nagyfokban elsajtosodott nyirokcsomó.

A lelet szerint tehát a kiterjedt gümőkóros folyamat elhelyeződése az *implantatiós fertőzés* mellett szól, u. i. az éphámú és hegesedéstől, szűkülettől mentes felső szakaszban gümőkóros fertőzésnek nyomát sem találtuk. A gümős folyamat éles határral ott végződik, ahol a hámsérülés, szűkület, illetve tágulat, tehát arra a területre szorítkozik, ahol a lefolyt lúgmérgezés egyrészt a hámsérülés, másrészt a nyelőcsőtartalom akadályozott áthaladása, pangása révén a nyelőcsőbe jutott gümőbacillusok megtelepedésére kedvező feltételeket teremtett. Az eset tehát — az irodalomban ismertetett kevésszámú adat mellett — az implantatiós fertőzés újabb bizonyítéka. A gümős fertőzésnek a nyelőcsőre közvetlen környezetből átterjedése jelen esetben nemcsak azért valószínűtlen, mert az irodalmi adatok szerint az átterjedő fertőzés még áttörés esetén sem szokott elérni nagyobb kiterjedést a nyelőcsőszövetben, hanem főképp azért, mert a nyelőcső szomszédságában régebbi gümős gócot (tüdő-, nyirokmirigy-, gerincoszlopgümőkór) nem találtunk. Ugyanez áll a lymphogen-fertőzés lehetőségére nézve is. A gümős folyamat elhelyezkedése határozottan a haematogen-fertőzés ellen szól. Valószínűtlen, hogy haematogen (miliaris) gümőkór a nyelőcsőnek csupán meghatározott, körülírt szakaszára szorítkozzék — még akkor is, ha a szűkületet illetve a tágulatot locus minoris resistentiaenek tekintjük — és az éphámú szakaszt megkímélje.

Több körülmény szól azonban amellett, hogy esetünkben a nyelőcsövet valóban a gümőkóros fertőzés kapujának tekintsük, vagyis a fertőzést elsődleges nyelőcsőgümőkórként fogjuk fel. Mint említettük, *Nakamura* felteszi, hogy a gyermek nyelőcsöve gümős fertőzés kapuja lehet, *Glinski* szerint pedig gyomorhámszigetekből (laphámhiány) is kiindulhat elsőleges nyelőcsőgümőkór. Ezen feltevések mellett azonban a felsorolt esetekben az implantatiós fertőzés tényleg majdnem kivétel nélkül gyomorhámszigetekben, gurdélyokban, marómérgezés utáni szűkületekben, tágulatokban történt, tehát esetünkben az implantatiós fertőzésre a lehetőség az irodalmi tapasztalatok szerint is adva volt. Nem hagyható azonban figyelmen kívül, hogy idióták mindenféle szennyezett, fertőzött táplálékot válogatás nélkül bekebeleznek, ami a fertőzés lehetőségét elősegítheti. Méginkább támogatja az elsőleges nyelőcsőgümőkór feltehetőségét az, hogy a gümős folyamat a nyelőcsőben a legsúlyosabb, legkiterjedtebb, tehát abban a szervben, amely másodlagos gümős fertőzésre annyira nem alkalmas, hogy az implantatiós fertőzés is csak kivételes viszonyok között fordul elő. A szöveti lelet szerint a rostos tokkal bíró, utólagos elsajtosodásnak induló, helyenként határozottan rostos jellegű gümők és a szétesés a felszínen mind amellett szólanak, hogy a gümős folyamat a nyelőcsőben régebbi keletű. Ezzel szemben a szövetileg is gondosan átvizsgált többi szervekben csupán a szokásos nagyságú miliaris göbcsék mutatkoztak, ellenben conglomeratumokat, elsajtosodást, eltokolódást sehol sem találtunk, kivéve a nyelőcsövet és ennek falában, illetve közvetlen környezetében lévő nyirokcsomókat, amelyeknek kiterjedt elsajtosodása a primär komplexum kívánalmait kimeríti. Más fertőzési útra azért sem gondolhatunk, mert a leggyakoribb fertőzési kapukban, a tüdőben, légutakban és a bélben, semmiféle gümős gócot nem sikerült találnunk, tehát a másodlagos fertőzés feltételezésére semmi támpontunk nincsen.

Végeredményében tehát *esetünkben az implantatiós nyelőcsőgümőkórt elsőlegesnek* és a kölesgümőkór kiindulási helyének kell tekintenünk.

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

Az enyhe lefolyású disseminált myelitisek és encephalomyelitisek gyakoribb előfordulásáról.

Irta: *Molnár István dr.* egyet. tanársegéd.

Az utóbbi években az irodalom a myelitisek gyakoribb megjelenésére hívja fel figyelmünket. Így *Austregesilo*[1] »Egy új neurotrop infectio?« cím alatt a Braziliában megfigyelt acut és subacut neuromyelitiseket ismerteti, *Stout*[2] pedig 28 eset kapcsán szól hozzá a heveny disseminált encephalomyelitisek kérdéséhez. E tárgyról a legalaposabb tanulmány talán *Patrikios* »Les névraxites en Grèce« című dolgozata[3], melyben az először elszórtan, 1929 óta pedig epidemiaszerűen előforduló hasonló esetekről számol be. Az ismert idegrendszeri betegségek kórképének egyikébe sem pontosan beleillő eseteit négy csoportba osztja. Az elsőben a betegség jellege meningo-radiculo-polyomyelitises, a másodikban a pyramis pálya megbetegedése a legszembetűnőbb, a harmadikban a tünetek főkép bulbo-pontopeduncularis localisatióra vallanak, míg a negyedik csoportban elsősorban az agyvelő betegszik meg. A második csoport klinikai szempontból aszerint tagozódik három alcsoportba, hogy a kórelőzményben szereplő kisebb vagy nagyobbfokú agyi tünetekkel (fejfájás, émelygés, hányás, látási zavarok, bágyadtság stb.) *a)* egyidejűleg, *b)* csak évek multán, *c)* a III. agyideg megbetegedésével együtt jelentkeznek a myelitis tünetei. A nélkül,hogy akár az ismertetett beosztáshoz, akár az új neurotrop infectio nézetéhez feltétlenül csatlakoznánk, a mult félévben klinikánkon észlelt négy hasonló esetet ismertetem.

A figyelmet nem is annyira az esetek különlegesen bonyolult idegrendszeri volta, hanem az a tény érdemli meg, hogy míg az 1918. és 1921. évi súlyos influenzajárványok után igen gyakran kerültek olyan betegek a klinikára, kik a status post encephalitidem súlyos kórképét mutatták, addig az influenzajárványok gyakoribb volta, szinte évről-évre ismétlődő szabályszerű megjelenése ellenére, az ilyen esetek ritkábban észlelhetők, a lefolyásukban aránylag jóindulatú, leggyakrabban disseminált myelitisek, ill. encephalomyelitisek pedig előtérbe nyomulnak. E betegségek kórképe éppen disseminált voltánál fogva igen tarka lehet, úgyhogy az elkülönítő diagnosis szempontjából is sok betegség kerül szóba. Így hysteria (különösen a myelitisek

abortiv formáiban), gerincvelőburok- és csigolyamegbetegedések (elsősorban cc. és tbc.), gerincvelődaganatok, haematomyelia, tabes, kombinált hátsó és oldalsó kötegmegbetegedések, a sclerosis multiplex hevenyen kezdődő alakja, lues cerebrospinalis, a Landry-féle felszálló paralysis és a toxikus fertőzéses polyneuritis, míg a polyneuromyelitis kórképével sokszor teljesen egybefolyik.

A kórhatározás sokszor csak a betegség lefolyása alapján lehetséges. Eseteinkben a rövidség kedvéért csak a kórelőzmény értékesíthető adatait, a betegvizsgálatnál pedig csak a jellemző elváltozásokat sorolom fel :

1. P. D. 37 éves férfi. Gyakran van magas lázú torokgyulladása. Hat hónap óta, bár vizelési ingere rendesen jelentkezik, vizelete mégis nehezen indul meg. Három hete gyors járás közben jobb talpában görcsös fájdalmat érzett, de azért tovább tudott menni. Nyolc nap óta subfebrilis, ezen idő előtt hőmérsékét nem mérte. Nyolc napja először jobb, majd bal alsó végtagjában erős nyilaló fájdalmat érzett. A fájdalom 2—3 percig tartott, öt óra mulva megismétlődött. Hasonló fájdalma volt másnap, illetőleg harmadnap. Betegsége negyedik napja óta csak segítséggel tud járni, fájdalma ezen idő óta nincsen, de alsó végtagjaiban állandó zsibbadást, bizsergést érez, izomereje állandóan gyengül, lábait alig tudja mozgatni. Ugyanezen idő óta nem tud spontan vizelni, nem veszi észre, ha széklete akaratától függetlenül elmegy. Jelen állapot : H : 37·6° C. Tüdők felett kissé érdesebb alaplégzés. Bal szembogara nagyobb, mint a jobb. Jobb pupillája szabálytalan köralakú. A has-, cremaster-, analis-, patella- és Achillesinreflexek nem válthatók ki. Kóros reflex nincsen. Az alsó végtagok tonusa és izomereje csökkent, a combok abductiója, extensiója, az alszáraknak a térdizületben történő kinyujtása, a lábfejek és lábujjak activ mozgása teljesen hiányzik. A L_4 segmentumtól lefelé a felületes érzésfajok hypaesthesiája mutatható ki, sőt a hideg-melegérzés teljesen hiányzik. Ugyanezen a területen zavart a helyzet-, mozgás- és nyomásérzés. A térdizület helyzet- és mozgásérzése ép. Lumbalpunctióra fokozott nyomással kissé zavaros, halványsárga liquor ürül ; a sejtszám 86, Pándy + + + +, Nonne—Appelt + +, Wassermann-reactio negativ, aranysolgörbe : 11232,10000,00000,0. A nyolc nap mulva megismételt érzésvizsgálat a folyamat terjedését mutatja. A tapintás-, hő- és fájdalomérzés L_1-től lefelé csökkent, L_4-től lefelé pedig teljesen hiányzik. A gerincoszlopról készült röntgenfelvételen kóros eltérés nem látszik. A javulás első tünetei tíz nap mulva észlelhetők : a felső és középső hasreflexek kiválthatók, a patellareflexek kiváltása műfogással sikerül. A 12. napon az alsó hasreflexek is kiválthatók, keveset már spontan is vizel ; a harmadik héten L_4-től lefelé már csak hypaesthesia mutatható ki, néhány nap mulva pedig a mozgató zónában is javulás áll be. A klinikát két hónap mulva jelentékenyen javulva hagyja el. Ekkor időközönként már a cremaster reflexekis kiválthatók, az Achilles-inreflexek hiányzanak, L_4— L_1 területén kisfokú hypaesthesia. A lábujjak mozgásán kívül az alsó végtagok összes mozgása — habár csökkent izomerővel — active sikerül, spontan vizel, incontinentia alvi-ja megszűnt. További két hónap mulva orvosa értesítése szerint javulása a mozgás és érzés területén egyaránt tovább tart, az Achilles-inreflexek kiválthatók.

2. G. B. 39 éves férfi. Két héttel ezelőtt két napig fájt a feje, náthás volt, lázasnak érezte magát, de hőmérsékét nem mérte. Következő napon combjaiban zsibbadást érzett, másnap reggel lábai oly gyengék voltak, hogy az orvosa ajánlotta gőzfürdőbe alig tudott elmenni, estére pedig mindkét alsó végtagja teljesen megbénult. Ezen idő óta spontan vizelni, székelni nem tud. Néhány nap előtt hónaljában enyhe zsibbadást érzett, bal karja jóval gyengébb volt, de ez hamarosan elmúlt. Két nap óta lábait kicsit tudja mozgatni, érzése itt újra kissé visszatért. Jelen állapot : H : 37·1 C. A felső végtagok tonusa, throphiája és izomereje jó, ín- és csonthártyareflexek kétoldalt egyformán kiválthatók. Has-, cremaster-, a bal patella- és az Achilles-inreflexek hiányzanak, a jobb patellareflex műfogással időközönként kiváltható. Kóros reflex nincsen. Az alsó végtagok tonusa kisfokban, izomereje láthatóan csökkent, a térdben kinyujtott alsó végtagok emelése kb. 45°-ig sikerül. Lábujjak mozgása jó. A villamos-ingerlékenység rendes. Tapintás-, hő- és fájdalomérzés a D_7 segmentumtól lefelé alig észrevehetően, a D_{11} segmentumtól lefelé kifejezetten csökkent, de egyik érzésfajra sem esik ki teljesen. A helyzet-, mozgás- és nyomásérzés megmaradt. Még a klinikán kívül végzett lumbalpunctio lelete : víztiszta liquor, sejtszám 53 (lymphocyta), Pándy +, Nonne—Appelt ±, Wassermann-reactio negativ, aranysolgörbe : 01233,21000,00000,0. Kórlefolyás : Ittlétének második napján mindkét patellareflex kiváltható, a harmadik napon a hypaesthesia már csak a D_{11} segmentumtól lefelé mutatható ki ; az ötödik napon a térdreflexek ismét nem válthatók ki, az alsó végtagok izomereje gyengült. Hatodik nap : a felületes érzésfajokkal szembeni hypaesthesia D_{12}-nél kezdődik. Hetedik nap : jobb patellareflex kiváltható, jobboldalt Babinski-, a 12. napon a patella- és Achilles-inreflexek mindkét oldalt kiválthatók, mindkét oldalt Babinski. 14. nap : támogatással tud járni, a D_{12} segmentumtól lefelé egészen a térdekig már csak hideget-meleget téveszt, térdtől lefelé a tapintás- és fájdalomérzés is csökkent. A 18. napon már van vizelési ingere, de spontan vizelni még nem tud. A klinikáról ekkor távozik, későbbi sorsáról sajnos, nem kaptunk értesítést.*

3. L. R. 38 éves ápolónő. Három éve jobboldali ischiasa volt, ennek meggyógyulása után azonban bemondása szerint Achilles-inreflexei biztosan ki voltak válthatók. Hat hónappal ezelőtt két napig tartó náthája volt, hőmérséke ekkor 38·5 C-ig emelkedett. Négy hónappal ezelőtt többször szédült, két hónapja pedig gyakran volt kínzó fejfájása. Egy hónap előtte bal lábában térdtől lefelé szaggatást érzett, de ez két iszappakkolásra és salicylatok szedésére elmult. Tíz nappal ezelőtt néhány napi bágyadtság és álmosság után jobb lábában erős húzó fájdalom és zsibbadás kezdődött, lábát másnap gyengének érezte, bizonytalanul járt. Székelésre, vizelésre panasza nincsen. Jelen állapot : H : 37·1 C. Mindkét patellainreflex élénken, a bal a jobbnál valamivel élénkebben váltható ki. A jobb Achilles-inreflex hiányzik, a bal kiváltható. Kóros reflex nincsen. A jobb alsó végtagon kisfokú hypotonia, ugyanitt az izomerő és minden irányban történő activ mozgás nagymértékben csökkent. A jobb L_5, S_1 és S_2 segmentum területén a felületes érzésfajokkal szemben hyp-, illetőleg anaesthesia, mely érzészavar nyolc nap mulva annyira javult, hogy ecsetérintést, hideget-meleget, tűszúrást már csak a jobb comb hátsó medialis területén kb. 20 cm hosszú, tenyérnyi széles sávon jelez gyengébbnek, illetőleg a jobb lateralis boka és lábfej lateralis szélén egyáltalán nem érez. Mélyérzésben eltérés nincs. A lumbalpunctio teljesen negativ leletet ad, a gerincoszlop Röntgenfelvételén számottevő eltérés nincs. Bejövetele után egy héttel a lábmozgások kezdenek javulni, hat hét mulva a jobb Achilles-inreflex időközönként kiváltható. Hét heti ittartózkodás után sokat javulva hagyja el a klinikát, a jobb láb izomereje szemmelláthatólag javult, activ mozgásai minden irányban szabadok, mindkét Achilles-inreflex kiváltható. Három hónap mulva érzési eltérés már csak a jobb boka körül mutatható ki.

4. Dr. W. P.-né 39 éves. Egy egészséges gyermeke van, két spontan abortusa volt. Két héttel ezelőtt hét napon át gyengének, fáradtnak érezte magát, hőmérsékét nem mérte. Hét nappal ezelőtt éjjel forrónak érezte a jobb láb öregujját, majd később a jobb combját és lábfejét is, ezen testrészei hőre és fájdalomra majdnem teljesen érzéketlenné váltak. Öt nap előtt vette észre, hogy szájának baloldalán hirtelen nem tudott jól rágni, az étel a szája balfelén kifolyt, szája ugyanekkor jobbra húzódott. Két napja erős nyálfolyása volt. Tegnap óta a jobb felső végtagján is csökkent a hő- és fájdalomérzése. Bal arcfele könnyen fázik. Jelen állapot : H : 37·2 C. A jobb cornea- és coniunctivareflex renyhén, a bal cornea- és coniunctivareflex jól kiváltható. A bal sulcus nasolabialis kissé elsímult, fogmutatáskor a bal szájzug elmarad. Kiöltéskor a nyelv jobbra devial. Izmok ereje, trophiája, tonusa jó, az összes ín-, csonthártya- és bőrreflex kétoldalt egyformán, jól kiváltható. Kóros reflex nincsen. A pajzsporcogótól lefelé, a középvonalban éles határral végződő jobboldali hemianaesthesia a felületes érzésfajokkal szemben, mely hemianaesthesia intensitása foltszerűen változik. Mélyérzés ép. A lumbalpunctio rendes viszonyokat ad, a Wassermann-próba a vérben és a liquorban is negativ. Egy hét mulva a hemianaesthesia kiterjedése a felvételi állapothoz képest változatlan, intensitása azonban lényegesen csökkent. A beteget három hét mulva látjuk újra ; A cornea- és coniunctivareflex most kétoldalt egyformán váltható ki, facialisparesise megszűnt, kiöltéskor a nyelv még jobbra devial. A jobb testfélen minimalis hypaesthesia. Négy hónap mulva orvosférjétől értesítést kapunk, hogy felesége állapota még tovább javult.

Eseteinkben tehát rövidebb-hosszabb prodromalis szak után, mely alatt fáradtság, bágyadtság, esetleg a felső légutak hurutja és subfebrilitas figyelhető meg, aránylag hirtelen jelentkeztek a súlyos idegrendszeri tünetek. E tünetek az érző és a mozgató körre terjednek ki, súlyos esetekben teljes harántlaesio képét látjuk. A súlyos tünetek ellenére a javulás aránylag hamar, néhány hét vagy már

* 9 hónap múlva kapott értesülés szerint teljesen munkaképes, a végtagok izomereje és mozgása kifogástalan. Csekély érzés eltérés csak pontos vizsgálattal mutatható ki, a has- és cremasterreflexek hiányzanak. Egyedüli panaszát az képezi, hogy ritkán egy-két csepp vizelet akaratán kívül elfolyik.

néhány nap mulva is megkezdődik és igen messzemenő fokot érhet el. A betegség helyes felismerése nem is annyira a követendő gyógyeljárás, mint a prognosis szempontjából fontos, mely, mint láttuk, igen kedvezőnek mondható. Therapiás szempontból a symptomás gyógykezelésen kívül salicylatok, antiseptikumok (trypaflavin, urotropin), jodkali, esetleg pedig higanyos kenőkúra és bismutinjectiók jönnek tekintetbe, a későbbi időben pedig a bénult részek faradizálása és strychnininjectiók.

Irodalom : 1. *Austregesilo :* Rev. sudamér. Méd. (1933). Ref. : Zbl. ges. Neur. u. Psych. (1934). — 2. *Stout* és *Karnosh :* J. amer. med. Assoc. (1933). Ref. : Zbl. ges. inn. Med. (1934). — 3. *Patrikios :* Revue Neurologique II. (1933)

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

Septikus vetéléshez társult panophthalmitis.*

Irta : *Ebergényi Sándor dr.* tanársegéd.

A gyermekágyi sepsissel kapcsolatban a szem áttételes genyes megbetegedései csak ritkán fordulnak elő. Ezen betegségek formái : retinalis vérzések és retinitis septika, ritkábban subconjunctivalis és scleralis tályogok iridochorioiditisek, metastaticus ophthalmitisek. A legújabb összefoglaló statistikák közül *Halban* és *Köhler* 163 *boncolásra kerülő* sepsisben négyszer, *Axenfeld* 173 *halálos sepsis* közül hétszer talált áttéti ophthalmitist. *Domenico* halállal végződő esetében a szülés utáni ötödik héten a jobb szemben, majd egy nap mulva a bal szemben támadt genyes áttétel. *Makarewicz* háromhetes gyermekágyasnak ismerteti kétoldali áttételes panophthalmitisét. Hasonló eseteket még többen közölnek. *Lüttge* betegének III. hónapos lázas abortusa kapcsán keletkezett ophthalmitise meggyógyult. Legújabban *Albricht* írt le puerperalis sepsis kíséretében támadó és rohamosan kifejlődő genyes iridocyklitist, mely panophthalmitisbe ment át és a genyben fonalas gomba volt kimutatható. A közlemények alapján megállapítható, hogy a gyermekágyi áttételes genyes szemgyulladások a legritkább áttételes szövődmények közé tartoznak. Olyan lappangó sepsises esetekben, amikor a jellegzetes tünetek csak lassan és később fejlődnek ki, a szemáttétel korai keletkezése kezdetben egyetlen, figyelmeztető tünet lehet. Ezért ilyenkor a szem elváltozása értékes korai diagnostikus adatot szolgáltathat.

Klinikánk utolsó 12 évének (1922—1934-ig) anyagában a súlyos fertőzéssel beszállított 310 gyermekágyas (ezekből 224 bűnös vetélés után) közül sepsisben meghalt 236. Ezek közül boncolás történt 171 esetben és azok a genyes gócok áttételes helye szerint a következő megoszlást mutatják :

tüdő	26	bőr	3
szívbelhártya	20	agyhártyák	3
vese	19	gyomor	2
lép	12	nyelőcső	2
máj	11	pajzsmirigy	2
szívizom	6	nyálmirigy	2
agy	4	fül	2
belek	4	szem	1

Ezen adatokból kitűnik, hogy az összes gyermekágyas sepsis közül egy esetben találkoztunk áttételes panophthalmitissel, mely az összes septikus esetek 0·3 %-a. Így anyagunk is megerősíti az irodalom azon adatait, hogy a gyermekágyi fertőzés panophthalmitises áttétele mennyire ritka. Ha ennek okát keressük, arra kell gondolnunk, hogy a szem szervezetünknek legönállóbb és a szervezeti közösségből legjobban kirekesztett szerve ; edényrendszere is isolált, daganatos áttétel is alig fordul elő benne, ezért a szem elsődleges megbetegedései is a legritkább esetben illetik a szervezet többi részét, az izomzatba sem terjednek át. Ez indokolja egy ilyen kórtörténetünk rövid ismertetését.

(657. felv. sz., 1933.). Harmincnyolcéves VIII. P. ♀ Ab. WaR és társreactiók ++. (Erősen lázas állapotban vett vérből). Felvételkor előadja, hogy tíz nappal előzőleg nehéz zsákot emelt, azóta dereka, hasa fáj, vérzik. Eleinte vérzése erős, darabos, majd pár nap mulva kevesebb. Az utóbbi napokban folyása rendkívül bűzös. Felvétel előtti három nap óta nagy lázai vannak többszörös hidegrázással. Már öt nappal ezelőtt, tehát mikor még nagy lázai nem voltak, közérzete, általános állapota is kielégítő volt (fent járt?), jobb szeme fájni kezdett. Az érzékenységet duzzanat, belöveltség és homályos látás kísérte, melyek csakhamar annyira fokozódtak, hogy két nap óta ezen a szemén egyáltalán nem lát. A betegnél orvos vagy bába nem volt, mindennemű művi beavatkozást tagad.

Az eléggé leromlott, anaemiás beteg nyelve szürkés-barnás lepedékes. A tüdők felett érdes légzés, alsó határai szűkültek. A szív balra megnagyobbodott, csúcson systolés zörej. Hasa mérsékelten puffadt, érverése 116, könnyen elnyomható, hőmérséke 38·5. Belsővizsgálatkor bőven másfél ujjnyi méhszáj, bő, véres, törmelékes, bűzös folyás. A férfiökölnyi méh mindkét, de főleg baloldalt a spinákig terjedő exsudatumba van ágyazva.

Szemészeti lelet : A jobb oldali szemhéj erősen duzzadt, kötőhártyája, valamint a szemtekei kötőhártya nagyfokban, vizenyősen kidomborodik, a szaruhártya diffuse borús, szürkált, a mellső csarnokban kevés geny. Az iris duzzadt, szennyesszürke. A pupilla nagyrészt izzadmánnyal elzárt. Szemtükörrel a szemfenékről csak a széli részekről nyerhető visszfény. A bal szem ép.

Tripaflavint, urotropint, jégtömlőt, szíverősítőket és tartós i. v. cseppinfusiót (5%-os dextrose + 1%-os alkohol) adunk. Másnap exitus. Boncolás : A halál közvetlen oka általános vérfertőzés (septico pyemia) általános eves hashártyagyulladással. Eves tályogok a tüdőben és a szívizomban ; fertőzéses áttétel az agyban és a jobb szemben. A májban és vesékben súlyos zavaros elfajulás, a lépben fertőzéses duzzadás. Az előzőleg minden valószínűség szerint IV. hónapos terhes méhben súlyos eves nyálkahártyagyulladás. A méh viszerei evesen rögösödöttek. A jobb szem panophthalmitisének typikus képe volt látható. A szemhéj duzzadt, a kötőhártya rostonyás, genyes alvadékkal borított, feltűnően bő nedvű, élénkvörhenyesen belövelt és a szemteke előtérbe eső részén kocsonyás összeállású, igen sok, hajszálnál vékonyabb véredényektől áthatott. A szaruhártya mindenütt egyenletesen zavaros, szürkés színű, átlátszatlan. A szivárványhártya nem látszik. A mellső csarnok felső részén néhány gombostűfejnyi gázhólyag, alul geny található. Sajnos, a szemek kivételétől, minthogy az az arcot feltűnően eltorzította volna, a kórboncnok kénytelen volt elállni. Bár így nélkülözzük a finomabb szövettani vizsgálatot, az eset azonban lényeges hiányt nem szenved, mert a panophthalmitis diagnosisa a szem látható nagyarányú elváltozása mellett makroskopice is kétségtelen. Másrészről mikroskopos vizsgálattal az előrehaladott folyamat miatt az ilymódon egészen tönkrement szem genyes elváltozásának jellemző, sokat nem mondó képén kívül egyéb már nem lett volna várható.

A panophthalmitis általában az ötödik héten fejlődik ki, de gyors lefolyású is lehet és ilyenkor 24 óra alatt a szem teljes elpusztulása mellett vakulás jöhet létre. Az esetek kétharmadában egyoldali, egyharmadában kétoldali az áttétel. *Axenfeld* 63 eset közül két esetben talált kétoldalit. Statistikája alapján ezeknek prognosisa rosszab. A halálozás itt 85 %. Huszonhét eset közül négy maradt életben. *Groenouw* szerint még nagyobb a halálozás, úgyszintén *Makarewic* szerint is (100 %-os mortalitás). Az egyoldali fellépéskor *Axenfeld* szerint 66 %, *Groenouw* szerint 58 % a halálozás. *Axenfeld*, *Groenouw* és *Feuertag* megfigyelései szerint 78 % gyakorisággal többször szülő nőkön keletkezik inkább a metastasis. Esetünket viszonylagos ritkasága mellett érdekessé teszi az a körülmény, hogy *a szem genyes áttétele a gyermekágyi fertőzés olyan korai időszakában jött már létre, amikor az általános septicus tünetek még teljesen hiányoztak, sőt a közérzet és általános állapot igen jó volt.* Ezért a szem lobos megbetegedését gyermekággyal kapcsolatban mindig mint

* Előadták a Magy. Szemészorvos Társ. XXVI. nagygyűlésén, 1934 június 3.

igen komoly és kórjóslat szempontjából fontos tünetet kell értékelnünk, amelyből a további lefolyás súlyos voltára következtethetünk. Esetünkben is a gyorsan kifejlődő vakuláshoz és hamarosan halálhoz vezető áttétel többször szülő nőn fejlődött ki. Az áttétel még a hidegrázásos, illetve az erősen lázas állapot előtt keletkezett, tehát akkor, amikor a sepsis általános tünetei még nem voltak kialakulva. Hasonló esetekben tehát a korán kifejlődő szemáttétel nemcsak mint diagnostikus, de mint prognostikus tünet is felhasználható, olyan értelemben, hogy ezzel kapcsolatban a legsúlyosabb kórjóslat állítható fel, még akkor is, ha a beteg általános állapota jó és minden egyéb súlyosabb tünet hiányzik.

Irodalom: 1. *Albrich Konrád*: Szemészet. 1928. 1. — 2. *Brügelmann*: Mschr. 76. 404. 1927. — 3. *Halban—Seitz*: V. 3. 347. és VIII. 1. 614. — 4. *Lüttge*: Mschr. 71. 156. 1925.

A Magy. Kir. Államvasutak központi rendelője és kórháza laboratoriumának közleménye (főorvos: Puhr Lajos egyet. magántanár).

A nem veseeredetű nitrogen retentióról.

Irta: *Sülle József dr.*

A maradék nitrogent (a továbbiakban RN) azok a nitrogentartalmú anyagok alkotják, melyek a vér fehérjeinek kicsapása után megfelelő módszerekkel a szüredékben még kimutathatók. Ezek az anyagok: húgyany, húgysav, kreatinin, aminosavak, ammoniák és indican, melyek összmennyisége rendesen 20—40 mg% között ingadozik.

A RN értékének megszaporodása elsősorban az elégtelen veseműködés jele. Az utolsó tíz évben azonban olyan eseteket is írtak le, ahol a veseparenchyma kimutatható elváltozása nélkül lépett fel a RN megszaporodása. Több német és francia szerző cholera nostrasban, *Frank* súlyos enteritisben, *Bessan* és *Leichtentritt* ételmérgezés okozta hányás és hasmenésben, *Tilleston* és *Comfort* bélelzáródás esetén talált szaporodott értékeket. *Whipple, Orr, Haden* és *Häbler* kísérletileg létrehozott pylorustenosisban mutattak ki nitrogenretentiót. Ugyanezt észlelték a Mayo-klinikán is, többé-kevésbbé kifejezett tetaniástünetek mellett. Mindezeknél az extrarenalis nitrogenretentiók esetében uralkodó jelenség volt a nagyfokú hányás, hasmenés. Ezért észszerűnek látszott a szerzőknek az az egyértelmű feltevése, hogy a RN megszaporodását a testnedvek nagymérvű megfogyása, a vér besűrűsödése magyarázza. *Blum*-é az érdem annak felfedezésében, hogy intact vese mellett a RN megszaporodását egyes esetekben nem a testnedvek megfogyása, hanem a vér konyhasótartalmának csökkenése okozhatja. Feltevésének helyes voltát azzal bizonyította, hogy hypochloraemiás és azotaemiás betegének konyhasót adva, a RN érték hirtelen leesett. *Blum* után több hypochloraemiás azotaemiás esetet közöltek. Figyelemreméltó, hogy ezekben az esetekben — a gyomorban és a vékonybelek felső részén — hurutos-, spastikus- vagy mechanikusan ható tényezők szerepeltek. Azonban többen leírtak olyan műtétek után bekövetkező RN emelkedéseket is, melyeket konyhasó adással sikerült megszüntetni. (*Whipple, Robinea, Levy, Torday Á.* stb). *Kerpel-Fronius* experimentalis (diaetás) exsiccosisban talált hatalmas nitrogenretentiót. Állatkísérleteiben a kiürítendő nitrogen és az ehhez szükséges vízmennyiség között akkora disparitást ért el, hogy az intact vese maximalis concentrálóképességét felülmulva, súlyos nitrogenretentio következett be. Ez a relativ insufficientia folytán fellépő RN megszaporodás. A kísérletekben természetesen nyomon követte a nitrogenretentióta vérkonyhasó megszaporodása is.

A teljesség kedvéért megemlítjük, hogy leírtak extrarenalis nitrogenretentiót decompenzált szívbajok esetében is, ahol a megszaporodás az általános pangás, oliguria folytán állott be, továbbá leukaemiában, ahol az azoteamiát a nagyfohú sejtszétesés bomlástermékei idézték elő. Végül súlyos májelégtelenség esetén (atrophia haepatis flava) és a szervfunctiók halálelőtti bénulása következtében ugyancsak megszaporodhat a vér maradéknitrogentartalma.

Kórházunban az utóbbi évek folyamán két extrarenalis nitrogenretentiót észleltünk. Az elsőben 90 mg% RN mellett a vesékben sem szabadszemmel, sem szövettanilag elváltozás kimutatható nem volt. A sectio (*Puhr*) ökölnyi pancreasfej-carcinomát állapított meg, erős periduodenalis adhaesiókkal. Második esetünkben az 50 éves férfi egy év óta 22 kg-ot fogyott. Már felvétele előtt egy hónappal csillapíthatatlan hányása volt. A hányadékban néha előző napi ételmaradék volt. A kórházi osztályon is naponta 15—20 hányást észleltek. Ismételten végzett RN vizsgálatok eredménye alapján (66—68 mg%) uraemia látszott fennforogni. Csak a további észlelés és egyéb vizsgálatok során derült ki a súlyos tünetek rákos háttere. Idevonatkozólag a vizsgálatok eredményeiből a következőket kell kiemelnünk. Vizelet: fajsúly 1017, fehérje: negativ, üledékben: vörösvérsejt és vesealakelemet ismételt vizsgálattal sem találtunk. Vérnyomás: 95 hgmm. Szemfenék: ép. Vörösvérsejtsüllyedés: 1 ó. a. 80 mm (*Westergreen*). Próbareggelinél szabadsósav: 0, összeaciditás: 20,. A boncolásnál talált lelet: *Cc. pylori. Carcinosis peritonei.* A daganatszövet circularisan infiltrálta és erősen beszűkítette a pylorust. *A vesékben kóros elváltozást szövettanilag sem sikerült kimutatni.* (*Puhr*).

Esetünkben az ép vesék mellett talált nitrogenmegszaporodás okát biztosan megállapítani rajtunk kívül álló okból nem tudtuk. A szükséges vizsgálatokat a hirtelen fellépett halálos kimenetelű vérhányás akadályozta meg. Feltételezhető, hogy a nagymérvű vízveszteség következtében beálló relativ veseinsufficientia okozta az osmoregulatio felborulását. A súlyos chlorveszteség, az anaciditás alapján azonban valószínűbbnek tartjuk, hogy esetünk a hypochloraemiás azotaemia csoportjába tartozik. A konyhasó megfogyását a következő circulus vitiosus okozhatta: *a)* napi 15—20 hányás jelentős chlormennyiséget vont el a szervezettől; *b)* a vér konyhasószegénysége megfelelő agyi centrum izgatása útján hányást váltott ki, ami újabb chlorveszteséggel járt; *c)* a nitrogentartalmú anyagok megszaporodása ugyancsak hányást s ezáltal chlorveszteséget okozott. Kétségtelen, hogy a vér chloridtartalmának ismerete teljesen tisztázta volna az azotaemia hátterét. Intact vese mellett fellépő nitrogenmegszaporodás hyperchloraemia kíséretében (az experimentalis exsiccosis példájára) relativ insufficientia mellett, a vér konyhasó megfogyása pedig — ceteris paribus — hypochloraemiás azotaemia mellett szólt volna.

A vérkonyhasó mennyiségének ismerete azonban nem csak diagnostikai szempontból fontos, hanem értékes therapiás beavatkozásokra is adhat alapot. A vesebetegeknél szokványos só- és vízmegvonással ellentétben *a vér natriumchlorid-concentratiójának megfelelően individualizált* konyhasó- vagy vízbevitel még súlyos esetekben is a beteg állapotának lényeges javulásához vezethet, amint ezt *Möller, Mc. Intosh, van Slyke*, nálunk *Farkas György* vizsgálatai bizonyítják.

Eseteinket ritkaságuk teszi közlésre érdemessé; egyébként megerősítik azt az igazságot, hogy *egymagából a RN megszaporodásból veseelégtelenségre következtetni nem szabad. A rendesnél magasabb RN érték jelentőségének helyes elbírálásához szükségünk van egyebek mellett a vér konyhasótartalmának pontos ismeretére. A vérkonyhasó ellenőrzése nemcsak diagnostikai, de therapiás szempontból is fontos lehet.*

Irodalom: *L. Blum:* Presse med. 1928. — *Haden* und *Orr:* J. of exp. Med. 37. — *Tileston—Comfort:* Arch. int. Me. 14. — *Whipple:* J. of exp. Med. 28. — *Habler:* Z. exp. Med. 54. — *Korányi:* Vesebajok 1930. — *Austin—Stillmann—Slyke:* J. of biol. chem. 1931. — *Kerpel—Fronius:* O. H. 1932. 13. — *Csapó—Kerpel—Fronius:* O. H. 1932. 37., 1933. 19., 1934. 32. — *Farkas György:* Z. für Kl. M. 1933. Orvosképzés 1934. — *Kohlschütter:* D. M. Wschr. 1934. 22. — *Torday A.:* O. H. 1934. 42.

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

Kék sclera esete.*

Irta: *Tóth Zoltán dr.* klin. tanársegéd.

W. S. 47 éves, egy év óta jobb szemére egyre rosszabbul lát, pár hete bal szeme is gyengül.

Két mankón jár, chondrodystrophiás csontrendszerű; rövid, görbe, fejletlen végtagok, széles váll, nagy, négyszögletes koponya, kissé benyomott arckoponya, előreálló állcsúcs, barnás-vöröses haj és szakáll. Szemmozgásai rendesek, sclerája kék. A bulbus ereződése halványabban látható, a csarnok mély, az iris fakó-tengerzöld, a szélek felé kékes, reactiói jók, felszíne síma, reliefrajzolat jóformán nincs. Réses lámpával vizsgálva, a bulbus ereződése gyérebb, az erek vékonyabbak. Szemnyomásvizsgálathoz 1% pantocain becseppentésére meglehetős vérágasság támad, sokkal több satnyább ér látható, Diascleralisan átvilágítva a sugártest-tájék kivételével a bulbus erősebben áttűnik, a pupilla élénken világít. Jobb szemén phakosclerosis, a balon kezdődő. Tensio 14 Hg mm o. u.

Látása: j. 1/o ü. n. j.
b. 3/o — 5.0 D. sph. — 1.0 D. cyl. 180° = 40/o.

A szemfenék ép.

Mióta emlékszik, mindig kék a szemfehérje, 12 éves korában volt az első csonttörése (elesett), azóta a jobb karja nyolcszor, a bal négyszer tört el, lábai is többször eltörtek, legutolsó törése négy éve volt. Fogai rosszak, kitöredeztek. Izmai fejletlenek, keze gyönge. Jól hall.

Első feleségétől lett öt gyermeke közül az elsőszülött fiúnak (Izrael, 26 é.), a második feleségétől származott nyolc gyermek közül a negyediknek (Aladár, 6 é.), kék a sclerája.

A család másik két kék sclerás tagjának kórtörténetét is röviden feljegyzem és a két nem-kék sclerásét is.

W. Izrael, 26 é., elsőszülött kórtörténete: mióta csak emlékszik, sklerája kék. Első csonttörése hatéves korában volt: lépcsőről legurult, baltérde eltörött; 12 éves korában labdázás közben kis eséstől bal könyöke kiugrott a helyéből, azóta karját nem tudja kinyujtani egészen. Tizenhatéves korában kezdtek fogai romlani, étkezés közben töredeztek, majd kitörtek. Egyszer pl. kiflibe harapott és három metszőfoga törött ki egyszerre (akárcsak a minden kis insultusra támadó csonttörések), kisebb korában angolkór. Jól hall.

Látása: j. 20/o. — 0·5 D. — 0·5 D. cyl. 180/60/o.
b. 50/o. — 0·5 D. 60/o.

Tensio: j. 17, b. 22.

Fundus ép. Bulbus színe, ereződése átvilágíthatósága, irisének színe, jóformán relieftelensége stb. akárcsak az apjáé.

159 cm magas, 48·5 kg súlyú, gyengén fejlett és táplált férfi, haja, szőrzete barnás-vörös.

Aladár (hatéves), második feleségétől. Első csonttörése kétéves korában: kis huga kezéből kiugrott, aki utánakapott s a megragadott jobb lába eltörött. Ötéves korában második törés: megbotlott az utcán és eltörött a jobb lába az előző törés fölött. Harmadik törés 1932 decemberben; egyet lépett játék közben és eltört a jobb lába. Gyengén fejlett, vékonycsontú fiúcska, iskolába nem vették fel kis növése miatt (4—5 éves gyermeknek megfelelő fejlettségű). Vékony, különös alakú kézalkat, ami Izrael bátyján még jobban, különösen kifejezett. Metszőfogai is szuvasok, egyik-másik foga görbén nőtt. Hallása jó. Gyermek-fertőzőbetegsége nem volt, tüdőgyulladás kétszer. Rövid gyaloglás (10—15 lépés) után lábfájásról panaszkodik: »térdhajlásban szúr«. Minden után érdeklődő, szellemileg kifogástalan. Sötétszőke hajú és szemöldökű, feje négyszögletes, középen a homlok kidudorodik, kék sclera, a tekei kötőhártya erezett (a kék alapon nehezebben észlelhető), az iris színe piszkos-kékesszürke, reliefképződés nincs, reactiói jók, szemnyomása tapintással a rendesnek megfelelő (nem volt mérhető). Réseslámpa-lelet, mint atyján. Látása 60/o. o. u. astigmia nincs. Izommozgás kifogástalan. Szemfenék ép.

A kilencéves Lászlónak lábficama volt.

A 12 éves Etel leánytestvére angolkóros fogazatú, négyszögletes fejű.

Látása: 40/o — 0·5 cyl. 90° — 60/o
60/o.

Különben egészséges szemű. Fundus ép.

Mór (22 éves), 60/o ép szem és szemfenék.

Spurway (1896) közölt először egy családban négy nemzedéken át öröklődő kék sclerát és csonttörékenységet. *Eddowes* 1900-ban, ettől függetlenül, *Peters* 1908-ban közölt egy kék-sclerás családfát, melyben négy nemzedéken volt kimutatható a baj és embryontoxonnal együtt öröklődött. *Sachs* lámpával átvilágítva az egész bulbust, abnormis világosnak találta, csak a sugártestnek megfelelően jelentkezett sötétebb gyűrű. (Tévedés tehát a »Kurzes Handbuch« ama megállapítása, hogy *Freytag* volt az első, aki kék-sclera esetén Sachs-lámpával a bulbust átvilágította s így a sclera vékonyságát bebizonyította). *Peters* szerint vagy vékonyabb, vagy áttetszőbb a sclera, az előbbi a valószínűbb, de sem az átvilágítás, sem pedig a csekély szemnyomáscsökkenés nem bizonyít a sclera vékonysága mellett. A sclera-kéklés oka is minden bizonnyal az ér- és ínhártya (mesenchyma!) fejlődési zavara (a rostozat hypoplasiája?).

Eddowes szerint a baj a mesenchyma hypoplasiája. *Takahashi* thyreoidea hypofunctiónak tartja, *Antonnelli* a kék sclerát öröklött lues következményének tekinti. *Steinhäuser* edényhypoplasiát tételez fel okául.

Bosel Georg szerint a kötőhártya és az ínhártya capillaris hiánya miatt kéklik a szemgolyó; nem sikerült neki u. i. semmiféle izgatással sem vérbőséget létrehozni. Eseteinkben a bulbus gyengén, de ereződött volt, az érzéstelenítő pantocain becseppentésére pedig látható vérágasság támadt. A nagyothallás a labyrinthus csontos falának táplálkozási zavara. (*Van der Hoeve* 1917.). Esetünkben egyetlen egy családtagon sem észleltük.

Leírtak kék-sclera esetén vérzést az elülső csarnokban, kis saphylomát *(E. Custodis)* basalsejtes cc.-t a bulbus felületén *(Blatt)*.

Licskó (1928) bemutatott egy kék-sclerás családot, csonttörésekkel, 3—8 és 8—10 Hg/mm tensióval. Endokrinzavarokra gondolt.

E bajjal kapcsolatban esetünkben feltűnő volt a fogak romlottsága, törékenysége. Az izomzat satnyasága, valószínűleg a tokszalagok változásával hozta létre a több ízben előforduló ficamot. Nem végeztek eddig hajszálér-mikroscopiát és nem említik az iris relieftelenségét, illetve a lacuna és crypta igen hiányos képződését, az iris mesenchymából származó részének hypoplasiáját.

W. S. ószeres, családfő hajszálér *mikroskopiai lelete* (*Mészáros* tanársegéd, I. bel. klin. volt szíves a felvételeket, a bőrérnyomást stb. kérésemre elvégezni):

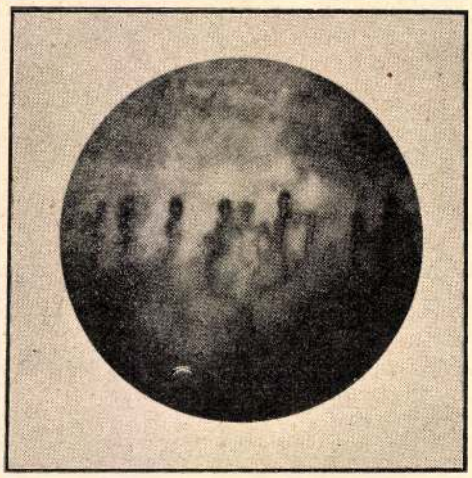
Igen sok csavarodott lefutású capill., sok anastomosis, sok mesocapillaris, áramlás lassú, 10—15" (I. o. — I. 5" norm.). Ajakán nagyon tág, rendetlen lefutású capillarisok. 30 Hgmm bőrérnyomás, 3—4" reactiv hyperaemia (2·5"-nél rövidebb a normalis. 1. kép). Egyébként lilás-szederjes ujjhegyek. Lába, keze zsibbad. Vérnyomása 145/80.

Izrael capillaris vizsgálatának eredménye: hidegben elkékülnek, elérzéktelenednek gyakran ujjai, hidegek és szederjesek különben. Reactiv hyperaemia R. H. 15", bőrérnyomás nem mérhető, capill. nagyrészt hajtűalakúak, hosszúra nyultak, néhány mesocapill., stasis váltakozik lassú áramlással. Ajakon igen tág és rendetlen capillarisok.

Láttuk tehát a csontrendszer (törések), a fogak (kitöredezés, a fogbél mesenchyma eredetű), az iris (relieftelenség), izom- és ínrendszer, tokszalag (ficamok), érrend-

* Bemutatta a M. Sz. T. 1933. évi április 29-i ülésén.

szer (capill. hypoplasia), sclera (kéklése) kóros változásainak tüneteit. Ezen szövetek valamennyien a mesenchyma származékai. Tulajdonképpen tehát testünk legnagyobb tömegét kitevő szövetnek gyengén fejlettségéről van szó, mely szövetrendszer-betegség tünetcsoportjának a csont-



törékenység és a kék-sclera csak két legfeltűnőbb tagja. Minthogy a mesenchyma adja a szervezet szilárd vázát, ez szabja meg a test alakját, méreteit, arányait *(Lenhossék)*, érthető az a sajátságos külalak, amilyen betegeinknek is van.

Persze a fejlődéshiba jelentkezhetik valamennyi mesenchyma-származékon, vagy annak csak egyesein, változó kórképet, tünetcsoportot teremtve ezáltal.

Lehet a baj csirafejlődési zavar, de keletkezhetik endokrin-zavarok miatt is (az endokrinmirigyek hiányos fejlődése eredhet a hibás capillaris fejlődésből is !).

Érdekes még, hogy két anyától is származott gyermekek közül csakis a fiúkon jelentkezett, egyetlen nőtagon sem észleltünk csonttörést, kék-sclerát. Feltűnik a család soktagúsága : 13 született, hét él.

Van-e, vagy lehet-e valami gyakorlati haszna e bajjal kapcsolatos foglalkozásnak? Igen, mert mennél korábban (kora gyermekkorban) fedeztük fel a bajt, annál valószínűbb, hogy valamiféle orvoslással meg is próbálkozhatunk. Esetünkben a hatéves kisfiút szándékozunk gyógykezeltetni, hátha a serdülésig kedvezőbb fejlődési állapotba juthat, pl. mész-anyagcserezavara vagy endokrin-mirigyműködése megjavításával.

Az észlelt kék-sclerás családot a betegség tökéletes képviselőjének tartjuk, másrészt az iris relieftelenségének megállapításával és a capillar-mikroscopiai felvételekkel e kórkép jellemző tüneteit gyarapítottuk, ezért tartottuk közlésre érdemesnek.

Irodalom : *Behr :* Kl. M. f. Augenheilk. 51. II. 281. o. 1913. — *Blatt N. Graef :* Arch. III. 540. 1923. — *Bolten :* Ref. Kl. M. f. Augenheilk. 42. 274. 1919. — *Golden :* Kl. M. f. Augenheilk. 74. 369. 1925. — *Freytag : G.* Kl. M. f. Augenheilk. 66. 507. 1921. — *Gimplinger :* Ref. Zbl. f. Ophthalm. 16. 605. 1926.— *Lederer E. :* Orvosképzés 1933. febr. I. füzet, 91. o. — *Licskó Andor :* O. H. 928. II. 875. o. — *Peters :* Kl. M. f. Augenheilk. 46. I. 130. 1908. és 51. I. 5945. 1913. — *Stenvers :* Graef. Arch. 95. 94. 1918. — *Takahashi :* Graef. Arch. 115. 206. 1925. — *Urbanek :* Ref. Zbl. f. Augenheilk. 64. 391. 1928. — *Van der Hoeve* und *A. de Kleyn :* Graef. Arch. 95. 81. 1918. — *Vogelsang :* Kl. M. f. Augenheilk. 81. 928. — *Vogt A. :* Kl. M. f. Augenheilk. 75. 464. 925. — *Voorhove :* Ref. Kl. M. f. Augenheilk. 59. 682. 917.

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

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A paroxysmusos tachycardia kezeléséről. *H. Bohnenkamp.* (Klin. Wschr. 12. sz. 1935.)

A paroxysmusos tachycardia kezelésében eddig a leghatásosabb szernek a chinin bizonyult intravenás adagolás alakjában. Ujabban *Stepp* és *Schliephake* a cholin intravenás adagolását ajánlották, ami azonban éppen úgy, mint a chinin, nem teljesen veszélytelen eljárás. A szerző azokban az esetekben, amelyek úgy a chininnel, mint a cholinnal szemben refraktárek maradtak, új therapiás eljárással kísérletezett. Ezeknek a betegeknek, akik már hetek óta szenvedtek paroxysmusos tachycardiában, nagy adag intravenás digipuratumot adott. A szívműködés állandó ellenőrzése mellett kb. 2—3 perc lefolyása alatt 2—4·5 ccm digipuratumot fecskendezett a venába. Négy betegen sikerült a már hetek óta állandóan tartó rohamot evvel az eljárással hirtelen megszüntetnie. Az eljárás elméletileg az acut digitalis-intoxicatio veszélyével jár ugyan, de a szerző négy esetében semminemű kellemetlenséget nem észlelt. Természetes, hogy a nagy digitalis adagokat csak olyan esetben szabad alkalmazni, ahol a tachycardia már hetek óta áll fenn és más eljárással nem volt megszüntethető. *Czoniczer dr.*

Az agyvelő érzékenysége röntgensugarakkal szemben. *W. Scholz.* (Klin. Wschr. 1935. 6. szám.)

A szerző vizsgálat tárgyává tette, vajjon helytálló-e az az általánosan elterjedt hit, hogy az agyvelő nem érzékeny a röntgensugarakkal szemben. Ennek eldöntésére 28 kutya koponyáját sugározta be. Közülük nyolc egészen fiatal (néhányhetes) állat volt. Azt tapasztalta, hogy a fiatal állatokon a besugárzás igen súlyos agyi elváltozásokat okozott, de a felnőtt állatokon is jelentkeztek bár kevésbbé súlyos, de kifejezett klinikai tünetek és anatomiai elváltozások. A klinikai kép görcsökben, bénulásokban, a fejlődés elmaradásában nyivánult, anatomiai elváltozásként nekrosisokat, vérzéseket lehetett találni az agyban és gyakran hydrokephalust. Emberre vonatkozólag csupán egy észlelése van, mely egy férfibetegre vonatkozik, aki néhány évvel a tarkótáj besugárzása után súlyos idegrendszeri tünetek között betegedett meg és meghalt. Az agyállomány hasonló elváltozásokat mutatott, mint a besugárzott kutyáké. *Czoniczer dr.*

Eljárás a Castle-ferment kimutatására. *K. Singer.* (Klin. Wschr. 1935. 6. szám.)

A szerző új eljárást dolgozott ki annak a kimutatására, vajjon a beteg gyomortartalma tartalmaz-e Castle-féle fermentumot. E célból a vékony gyomorsondával nyert gyomortartalmat szűri, közömbösíti és fehér patkányokba fecskendezi. Amennyiben a gyomortartalom Castle-fermentumot tartalmaz, úgy már a második-harmadik napon jelentkezik a retikulocyta-crisis. Ha a gyomortartalmat befecskendezés előtt felfőzte, úgy a hatás elmaradt. Ugyancsak mindig hatástalan marad a vészes vérszegénységben szenvedő betegből nyert gyomortartalom : ennek injiciálása után retikulocyta-crisis nem jelentkezik. Az eljárás tehát alkalmas arra, hogy kérdéses esetben biztosítsuk, vagy kizárjuk az anaemia perniciosa diagnosisát. *Czoniczer dr.*

Sebészet.

Az epulis, osteodystrophia fibrosa és óriássejtű sarcoma elhatárolása. *Renner C.* (Archiv für Klin. Chir. 175. 3. 388.)

Az ostitis fibrosa, vagy mint újabban *Christeller* nevezi, az osteodystrophia fibrosa a csontok azon rendkívül súlyos táplálkozási zavara, amelynek lényege a csontszövet lebontásának és felépítésének megzavarása a csontvelő másodlagos elváltozásával kapcsolatban, dacára az újabb kutatások szorgos ismertetésének, még nem egészen tisztázott kórkép. E betegségnek morphologiai alapon való elkülönítése egészen különböző természetű folyamatoktól, mint például egyszerű granulomáktól, epulisoktól vagy daganatoktól nem éppen könnyű. Az epulisok három fajtáját szokták megkülönböztetni : rostos, óriássejtes és intraossealis alakjait. Az első kettőnél a klinikai kép és szövettani kép is igen jellemző, de az intraossealis alaknak elkülönítése az osteodystrophia fibrosától sokszor még szövettanilag is nehéz. A szerző három érdekes és ritka alakját mutatja be az epulis intraossealis alakjának, amelyek úgy makroskoposan, mint szövettanilag megfelelnek az ostitis fibrosa localizált formájának. Két esetben a felső állcsontban, egy esetben az ülőcsontban volt az elváltozása. A körülbelül ökölnyi puha, barnásvörös gócok szöveti képein megtaláljuk a jellemző óriássejteket, rostos

sejtes alapállományt és a részben vért tartalmazó cystákat. Mindhárom eset daganat benyomását keltette. A szerző számos szövettanilag igen hasonló elváltozásokkal, amilyenek: epulisok, valódi ostitis fibrosák (ú. n. barna daganatok) és sarcomák vizsgálataival egészíti ki tanulmányát. Ezek nagyfokú morphologiai hasonlóságuk dacára is, még a három ismertetett esetében sem tartja szerző lehetetlennek az elkülönítést a valódi ostitis fibrosától. Éppen a legújabb anyagcsere- és állatkísérletek mutatták ki, hogy ostitis fibrosánál jelentős mészanyagcserezavarok és parathyreoideák disfunctiója mutatható ki. Ezek az elváltozások és további kutatások valószínűen még jobban kiemelik és elkülönítik az ostitis fibrosát a hozzá igen hasonló kórképektől. Eddig *Recklinghausen* felfogása igazolódott be, aki pathogenetice egy csoportba sorolja az ostitis fibrosát a rachitissel és osteomalaciával. *Ascher Ferenc dr.*

Az elsődleges ureterpapillomáról. *W. Sinnreich.* (Archiv für Klin. Chirurgie 179. 1.)

Elsődleges ureterpapilloma esetet ismertet, melynek egyetlen tünete súlyos vérvizelés volt. Az erősen kivérzett beteg bal veséjét daganat kórismével kiirtották. Az eltávolított vese felső kelyhében nyálkahártyavérzést találtak, szövettani vizsgálattal sem volt daganat kimutatható. A beteg a tizennegyedik napon panaszmentesen távozott. Egy év mulva ismét vérvizeléssel jelentkezett. Az azonnali vizsgálat a bal uretercsonkból származó vérzést derített ki; a jobb vese tökéletesen működött. A contrasanyagtöltéssel végzett uretergraphia a bal uretercsonk alsó részében, az ureternyílás felett 2 cm-re, az ureterfalból bedomborodó daganatot mutatott. Az uretercsonk kiirtása után végzett szövettani vizsgálatnál a daganat papillaris fibroepitheliomának bizonyult.

Az elsődleges ureterdaganat ritka előfordulása, valamint a tünetek kevéssé jellemző volta miatt, nem minden esetben sikerül a helyes kórismét azonnal felállítani, azért minden diagnostikai segédeszközt igénybe kell venni. A gyógykezelés vagy nephrectomia vagy — ha a daganat fekvése az ureterhólyagba való beültetését lehetővé teszi — uretercsonkolás. *Gerő Géza dr.*

Szülészet.

Portioerosio kezelése radium- és röntgenbesugárzással. *A. J. Kuratschenkow.* (Strahlentherapie 1934, 51. 4. sz.)

Hatvankét portioerosiót kezelt radium-, illetve röntgensugárral, ezen eseteit két csoportra osztja. Az első csoportba 36, régóta fennálló, fekélyes, a conservativ kezeléssel dacoló, elhanyagolt erosio tartozott, ezeket radiummal kezelte. A radiumnak 20—30 mg-nyi mennyiségét alkalmazta 24—72 órán át, a portiotól 0·1—5 cm távolságból. Ennél nagyobb radiumadagot a petefészek ártalmának veszélye miatt csak 45 évesnél idősebb betegeinek adott. A radium behelyezése után 24—48 órával a portio duzzadása, vérbősége s a folyás erősbödése figyelhető meg. A radium eltávolítása után e tünetek, valamint az esetleges fájdalmak néhány napon belül megszünték. Egy hét mulva megkezdődött az erosio behámosodása szélei felől, vagy szigetszerűen. A teljes behámosodás 3—6 hét alatt következett be. A gyógyulás az összes radiummal kezelt esetekben úgy klinikailag, mint szövettanilag tökéletes és tartós volt. A második csoportba sorolt 26, felületes, s fiatalabb erosiót röntgenbesugárzással kezelte (250 r.). A gyógyulás 6—8 hét alatt ugyanúgy folyt le, mint a radiumkezelés után. A kizárólag röntgennel kezelt erosiók fele gyógyult, egy-egy negyedrésze javult, illetve változatlan maradt. Az erosio kiújulását — ami conservativ kezelés után oly gyakran látható — illetve rosszindulatú elfajulását két év alatt egyetlen sugarasan kezelt esetében sem észlelte. *ifj. Mauks Károly dr.*

Chronikus adnexgyulladások műtéti kezelése. *G. Halter.* (Zentrbl. f. Gyn. 1935. 6. sz.)

Százötvenkét esetben végeztek műtétet chronikus adnexgyulladások miatt, mindig a beteg határozott kívánságára. A műtéti indicatio felállításakor nagy körültekintéssel jártak el. Műtét előtt hatheti lázmentességet követelnek meg, elvégezve a provocativ eljárásokat (omnadin-injectiók, abdominovaginalis diathermia), továbbá meghatározzák a beteg vérsejtsüllyedését is. Ujabban, mint provocatiós eljárással, blennovaccinának a portióba történő befecskendezését is végzik, mely annak eldöntésére is alkalmasnak igérkezik, hogy gyulladásos vagy neoplastikus folyamat van-e jelen. A 152 eset közül 115 esetben radicalisan jártak el (uteruseltávolítás egyik vagy mindkétoldali adnexummal). Hetven esetben abdominalis, 36-szor vaginalis totalexstirpatiót és nyolc supravaginalis amputatiót végeztek. Radicalis műtéteik mortalitása 1·7%, műtét utáni complicatio abdominalis totalexstirpatio után 44·2%-ban, vaginalis totalexstirpatio után 16·6%-ban, supravaginalis amputatio esetében 25%-ban fordult elő. Harminchatszor conservative jártak el 2·6% mortalitással, műtét utáni complicatio 11 esetben keletkezett. Műtét után egy éven belül 84 beteget volt alkalmuk utánvizsgálni. A radicalis műtétek messze felülmulták a conservativ műtétek eredményeit, így pl. fájdalommentességet radicalis esetekben 95·3%-ban, míg a conservativ műtétek után csak 39·2%-ban értek el. A cikk írója e felsorolt adatok alapján inkább a radicalis műtéti eljárást ajánlja. *Kollár Sándor dr.*

Szemészet.

Intracranialis nyomás és retinalis venás nyomás közötti összefüggés. *J. G. Lindberg.* (Graefes Arch. 1935. 191. oldal.)

Baillart-tal ellentétben, aki a szemfenéki vérnyomást úgy méri, hogy ophthalmodynamometerrel egyeneltesen nyomást gyakorol a bulbusra míg az arteria centralis retinae pulsálni kezd, szerző szívótárcsát helyez a bulbusra, negativ nyomást létesít, miáltal a külső légköri nyomás nyomja egyenletesen a szemgolyót. Vizsgálatai szerint művi intracranialis nyomásfokozódáskor a retinalis venákban a nyomás párhuzamosan halad az intracranialis nyomásváltozással. Hosszan tartó agynyomásfokozódás után, ha az csökken, akkor azonnal csökken a retinalis venás-nyomás is. Egy bizonyos határon a nyomáskülönbség a retinalis arteria és vena között majdnem nulla és így a circulatiós viszonyok nagyon rosszak, úgyhogy adva van a pangásos papilla keletkezésének a lehetősége; ilyenkor azonban agyanaemia keletkezik, ami vérnyomásfokozódást idéz elő, miáltal a retina ereiben is nagyobb lesz a nyomás és így nem lesz pangásos papilla. Szerző állatokon nem tudott pangásos papillát előidézni 80 Hg/mm-es intracranialis nyomásfokozódáskor sem. *Weinstein Pál dr.*

Adatok az embolia arteriae centralis retinae kérdéséhez. *F. Mehlmack.* (Zeitschr. f. Augenheilk. 1935. 213.)

Harminckilencéves nőbeteg hirtelen megbetegszik az arteria centr. ret. oldalágának emboliájában. Az anamnesisben polyarthritis, szívbillentyűbántalom. Szemfenéken embolus az art. temp. inf.-ban. Az aetiologiában először arteriosclerosisra kell gondolni. Jelen esetben a szemfenéki ereken arteriosclerosis nem volt látható. Wassermann-reactio negativ. Spasticus elzáródás sem volt jelen, mert az embolus jól látszott. A beteg jó látásélességgel meggyógyult, ami úgy magyarázható, hogy nem a főág, hanem a mellékág területében esett ki a retina functiója, amely a keringés megjavulásával szintén javult. Esetében néhány nap mulva az embolus canalisálódott: az érfal és embolus között vérpálya alakult ki. *Weinstein Pál dr.*

Gyermekgyógyászat.

Éretlen és félérett pneumoniák a gyermekkorban. *Fanconi.* (Deutsche Med. Wschr. 1934. 46.)

A gyermekkori pneumoniák sokkal változatosabb alakban jelentkeznek, mint a felnőtt korban. Ennek magyarázata nagyrészt abban rejlik, hogy a fiatal szervezetnek nagyon különböző az immunitási állapota, illetve kicsi vagy csökkent a védekező mechanismusa; függ természetesen a betegséget okozó bakteriumok milyenségétől és virulentiájától is.

Wiscott beosztását a gyermekkori pneumoniák esetében alapul véve megkülönböztet: I. éretlen, lobaris formájú pneumoniákat, melyek jelentkezhetnek:

1. dystelektatikus paravertebralis (torpid jobb felső lebeny pneumonia),
2. hilifugalis, peribronchialis,
3. miliaris,
4. septicus, primären abscedalo alakban.

II. Félérett, focalis alakot, melyekben megkülönböztet:

1. fűrésztypusút (Sägetypus-pneumonie),
2. subacut és maradékpneumoniát (= Restpneumonie), (pseudotuberculosis).

III. Érett lobaris alak: croupos, zyklikus, fibrines.

Az érett alakot jellemzi a hirtelen kezdet, tünetgazdagság, kritikus gyógyulás. Ez a forma a gyermekkor sajátja, erős védekező mechanismust, nagyfokú szerzett immunitást tételez fel.

Az éretlen alakok lappangva kezdődnek, a csecsemő- és fiatal gyermekkorban gyakoriak és vagy az Engel-féle atelectatikus paravertebralis alakban jelentkeznek, vagy a hilusból indulnak ki és felöltik a hilifugalis peribronchialis alak képét. Csecsemőkorban esetenként az egész jobb felső lebeny atelectasiás lehet. Leromlott csecsemőn, ha rossz a védekező mechanismus, kifejlődhet belőlük a rövidesen halállal végződő torpidpneumonia. Ritkán látható alakja az éretlen pneumoniáknak a miliaris bronchopneumonia, mely leggyakrabban kanyaróhoz csatlakozik. A harmadik életévben már ritkábban jelent-

kezik az éretlen alak, míg leggyakrabban súlyos betegségek, mint kanyaró és szamárhurut után láthatjuk. A lázgörbe ezen alakok esetén teljesen szabálytalan; gyenge csecsemők végig lázmentesek is lehetnek.

A félérett alakokban már a magasabb láz, a röntgenkép erőteljesebb védekező mechanismusra enged következtetni. Lassan fejlődik ki a góc: úgy néz ki, mintha a pneumonia charaktere változnék. Ezeket az eseteket jelölhetjük pseudolobaris bronchopneumoniáknak. Más esetekben a betegség röntgennel azonnal kimutatható góccal jelentkezik, a góc azonban kicsi marad. A beteg reggelenként láztalan, este azonban magas láz jelentkezik. Ez az állapot hetekig fennállhat. Vérinjectióra vagy vérátömlesztésre gyorsan gyógyul. Ezt a formát Sägetypus-pneumoniának nevezi; csak röntgennel diagnostizálható. Még nagyobb diagnostikai nehézségeket okoz a subacutan, csaknem láztalanul lezajló pneumonia. A negativ tuberculin-próba és a gyorsan eltűnő infiltratio különbözteti meg ezt a formát a specifikus infiltratiótól. Ilyen subacut, félérett pneumoniára az asthmás gyeremkek különösen hajlamosak.

Wollek Béla dr.

Urologia.

A vesemedence rupturáról. *B. S. Abeshouse.* (Surg. Gyn. & Obst. 1935. 60. 3. sz. 710.)

A tiszta vesemedence ruptura ritka. Összesen 64 esetet talált az irodalomban, melyekhez három saját esetét csatolja. A ruptura lehet traumás vagy spontán. A traumás ruptura előfordulhat normalis vagy lobos (pyelonephritis) és obstruált vese esetén (hydronephrosis). A ruptura direct vagy indirect trauma hatására jöhet létre, úgyhogy a vese nekiütődik az alsó bordáknak, vagy a felső ágyékcsigolyák haránt-nyúlványának. A spontán vesemedence ruptura általában olyan vesében jön létre, melyben vagy chronikus pyelonephritises folyamat van jelen, vagy melynek medencéje az ureterben, vagy magában a medencében jelenlévő akadály következtében kitágult. Létrejöhet a ruptura kő által előidézett nekrosis eredményeképpen is. Pathologiásan gyengült vesemedence esetén perforálhatja a medencét esetleg ureter katheter is, valamint létrejöhet a ruptura pyelographia esetén ha a contrastanyag felfecskendezése fokozott nyomás mellett történik. A traumás ruptura férfiakban gyakrabban fordul elő, mint nőkben. A vesemedence rupturának nincsen absolut jellemző tünete. Gondolni lehet reá, ha chronikus pyelonephritises vagy hydronephrotikus anamnesis mellett hirtelen intensiv vesetáji fájdalom keletkezik, melyet csakhamar vesetáji duzzanat, hidegrázás, láz, hányinger, esetleg shok vagy collapsus kísér. A collapsus gyakran hiányzik a spontán ruptura esetén. Ruptura gyanúja esetén elvégzendők a szokásos urologiai vizsgáló eljárások. Nagyon legyengült vagy igen toxikus esetekben a retograd pyelographia contraindikált, az intravenás pyelographia azonban aggodalom nélkül elvégezhető. A kezelés eredménye a korai diagnosistól és a gyors sebészi beavatkozás lehetőségétől függ. A beavatkozás minősége a talált anatomiai és kórbonctani elváltozásoktól függ. A műtét lehet conservativ és lehet radicalis. A conservativ eljárás lényegileg incisióra és drainagera szorítkozik, és ha lehetséges, corrigálja azokat az elváltozásokat, melyek alapján a ruptura létrejöhetett. A radicalis műtét a rupturált vese eltávolításából áll, természetesen csak akkor, ha a másik vese ép. Nagyon legyengült vagy toxikus esetekben a műtét két szakaszban végzendő el. Első alkalommal az incisió és a drainage, melyet egy későbbi időpontban követhet a nephrektomia vagy a conserváló műtét.

Bodon György dr.

Bőrgyógyászat.

A lues korai diagnosisa. *Schreuss.* (Deutsche Med. Wschr. 1934. 43. sz.)

A syphilises fertőzés és a primaer affectus létrejötte közötti időben a betegség felismerése nem áll módunkban. Ebben az incubatiós időben legfeljebb a mirigyek punctióját lehet megkísérelni, mivel ismeretes, hogy a spirochaeták már nagyon hamar, még a primaer affectus keletkezése előtt eljuthatnak a regionalis mirigyekbe. A vizsgálatnak negativ kimenetele természetesen a legcsekélyebb bizonyosságot sem szolgáltatja a fertőzés megtörténte ellen. A syphilis korai felismerésében a klinikai tüneteknek sohasem szabad túlzott jelentőséget tulajdonítani. A klinikai tünetek, legyenek azok akármilyen jellegzetesek is, egymagukban sohasem lehetnek elégségesek arra, hogy a diagnosist biztosan felállítsuk és a kezelést megkezdjük. Erre nézve egyedül és kizárólagosan csak a spirochaeta pallidának tökéletes kimutatása szolgál. Természetesen műhiba ebben a szakban a diagnosist ex juvantibus salvarsankezeléssel tisztázni. Gyakran előfordul, hogy a primaer affectus valamilyen oknál fogva, pl. gyulladásos phimosis miatt, hozzáférhetetlen és ennek következtében izgalmi savó belőle nem nyerhető. Ilyen esetekben a mirigypunctióhoz folyamodhatunk. Primaer affectus esetén a mirigyek punctatumában mintegy 80%-ban positiv leletet kapunk, melynek az a nagy előnye is megvan, hogy a talált spirochaeták egészen biztosan pallidák, mert a mirigyekben praktikus értelemben véve egyéb spirochaeták nem fordulnak elő.

Vanik Vince dr.

Új utak a gonorrhoea kezelésében eleven cserzéssel. *R. Jäger.* (Dermat. Wschr. 31. sz. 1934.)

Ismerteti a gonorrhoea minden egyes megnyilatkozási formájának tactocut go. készítménnyel befolyásolható-kezelését. A szer a nyálkahártyát cserzi és ezáltal fokozza resistentiáját, illetve a gonococcusok lap szerinti tovanövekedésének gátat vet. Emellett igen gyorsan megszünteti a subjectiv tüneteket is. A szer lényegesen megrövidíti a gonorrhoea gyógyulási idejét, ennek következtében socialis szempontból is figyelemre méltó.

Schlammadinger József dr.

A felsőajak hypertrichosisának eltünése terhesség alatt. *Svend Lomholt dr.* (Klin. Wschr. 28. sz. 1934.)

Női hypertrichosis és belső secretio újabban igen foglalkoztatja a szakköröket. Némely esetben fiatal leányokon sikerült szerzőnek peteészekkészítményekkel lényeges javulást elérni. Közöl két apró megfigyelést, mely rávilágít a fennálló összefüggésekre. Huszonötéves, barna leánybetege házasság előtt bajusznövést mutatott. Huszonhétéves korában, első terhessége alatt a szőrszálak finomabbak és világosabbak lettek. A szülés után visszaerősödtek a szőrszálak. Majd egy újbóli terhesség alkalmával ismét megvilágosodtak és finomabbak lettek, ugyanakkor pedig az alkarokon és alszárakon látható, elég hosszú lanugohajak kihullottak és a terhesség megszüntével, normalis, finom lanugoszálaknak adtak helyet. Egy másik nőbetege, kinek pubertas idején és utána olyan erős hypertrichosisa volt, arcán és nyakán, hogy hetenként kétszer kellett borotválkoznia, hasonló megfigyelésről tett említést. Az első terhessége alatt annyira javult a helyzet, hogy egyszeri borotválkozással is beérte. Hypertrichosisának javulása minden egyes terhesség alatt bekövetkezett.

Schlammadinger József dr.

Indokolt-e a Rost-féle késői exsudativ ekzematoid-ot az ekzemák csoportjától elkülöníteni? *E. Jülg.* (Dermat. Wschr. 31. sz. 1934.)

Széles alapon végzett tanulmányainak az eredményét foglalja össze. Behatóan tanulmányozta az allergiás viszonyokat, anyagcserét, a vérkép változásait és arra az eredményre jut, hogy semmi sem indokolja *Rost*-nak a felfogását. A késői exsudativ ekzematoid kórképének megjelölésére legalkalmasabb az »allergiás ekzema constitutionalis alapon« elnevezés.

Schlammadinger József dr.

Fülészet.

A füleredetű agytályogokról. *Y. Meurman.* (Acta Otolaryngologica XX. 3—4.)

Szerző a helsinki fül- és gégeklinika beteganyagából — az 1901—1932-ig terjedő időből — 56 füleredetű agytályogesetet dolgozott fel, ebből 31 nagyagytályog (I. cs.), 24 kisagytályog (II. cs.), egy pedig nagyagy + kisagytályog volt. 15 esetet személyesen észlelt, ebből 8 az I. cs.-ba, 7 a II. cs.-ba tartozott.

A nagyagy- és kisagytályogokra vonatkozó tünetek és vizsgálati eredmények összehasonlításából érdekes megfigyeléseket és tapasztalatokat merített, melyeket a következőkben foglal össze: A heveny fülgyulladás kétszer annyi nagyagytályogot (Nat), mint kisagytályogot (Kat) okoz. Az idült egyformán okozhatja úgy az egyiket, mint a másikat. Ami a *symptomákat* illeti, *pangásos papilla* egyforma arányban volt jelen mindkét tályogféleség esetében. *Pulsusszámcsökkenés* Nat-esetén 40%, Kat-esetén 28% volt észlelhető. Pulsusszámcsökkenés és lumbalis nyomásfokozódás combinatiója gyakoribb volt Nat-ban mint Kat-esetén, egyben a Nat-nál nagyobb is a hajlam a pulsusszámcsökkenése iránt, tehát ennek előidézésében az agynyomáson kívül egyéb tényezőknek is közre kell hatniok. Nat eseteinek 30%-ban észlelt *spontan nystagmust*, ezekszerint a spontan nystagmust nem lehet kizárólag a hátsó koponyagödör megbetegedéseire jellemző tünetnek tekinteni. A Nat legnagyobb része a temporalis lebenyben helyezkedett el, csak egy volt multiplex, a legnagyobb 100 cm^3 genyet tartalmazott, a legkisebb diónagyságú volt, fejlődési idejük 1—8 hétre tehető, a legnagyobb két és félhét alatt érte el max. nagyságát. 35%-ban a dura makroskopikusan épnek látszott. A Kat-ok tyúktojásnyi nagyságtól ujjhegynyiig váltakoztak és 36%-ban belsőfül, 36%-ban a középfül, 12%-ban a sinus sigmoideus

megbetegedése következtében keletkeztek, 16%-ban nem volt az eredet pontosan kimutatható. A sejtes elemek felszaporodása a lumbalfolyadékban nem jelent minden körülmények között rossz kórjóslatot, mert cm³-ként 7700 sejtszám mellett is meggyógyult egy nagykiterjedésű tályogban szenvedő betege. A tályoggenyben úgy a Nat, mint a Kat esetek egyrészében csupán egyfajta kórokozót, a másik részében különböző kórokozókat lehetett kimutatni. Leggyakoribb szövődmény a meningitis volt, Nat-gal szövődött meningitis egy sem volt megmenthető, míg Kat-gal szövődött meningitis esetek közül egy gyógyult. Nat-esetében 50%-ban meningitis képezte a halál okát, 25%-ban fokozott agynyomás, Kat-esetében fordított volt az arány, 47%-ban fokozott agynyomás és 27%-ban meningitis okozta a halált. A gyógyulási arányszám az I. cs.-ban 29%, a II. cs.-ban 29·2% volt, ami, tekintve a régi statisztikát és sok esetben járatlan műtőket, elég jónak mondható, valószínűleg az utóbbi évek jobb eredményei javították az átlagos eredményt is. A szerző által személyesen észlelt esetek közül I. cs.-ba tartozó 8 közül 4 gyógyult (50%), II. cs. 7 közül 4 (57%). A feltárást a sziklacsonton át végezte s csak ritkán tartja szükségesnek az egyéb úton való megközelítést. A tályogot szúrcsapolással igyekszik megtalálni, — vastagabb tű segítségével — ezt sokkal eredményesebbnek és veszélytelenebbnek tartja, mint a késsel bemetszést, ami rendkívül kíméletlen eljárás lenne. Csupán subduralis tályog esetén vágja fel a durát. Négy esetben gumispongyát használt drainezésre, máskor vékony puha gumicsöveket helyezett a tályogüregbe, melyeknek számát a szükséghez mérten növelte s így minden kis kiöblösödést sikerült drainezni, de legfontosabb, hogy bármiképpen is történjék a geny levezetése, mindig szem ellenőrzése mellett történjék, nehogy kellemetlen meglepetések érjék a műtőt. *Krepuska István dr.*

KÖNYVISMERTETÉS

Az Erdélyi Múzeum Egyesület Orvostudományi Szakosztályának »Értesítő«-je újból megjelent *Veress Ferenc prof.*, elnök és *Koleszár László* titkár szerkesztésében.

A 241 oldalas könyv a folyamatosan számított XLV-ik évfolyam, de emellett az I. Ujfolyam megjelölést is viseli, melynek ezen I. füzete a szakosztály I—LXV. üléseinek (1922—1932) jegyzőkönyveit foglalja magában. Lehetetlen ezt a kiadványt nem a legnagyobb elismeréssel és meghatottsággal említeni. Ha az ember elolvassa *Koleszár dr.* előszavát és *Veress prof.* elnöki megnyitóját, könny szökik a szemébe. Ezek a férfiak a mögéjük sorakozó lelkes munkatársakkal — hogy csak néhány ismert nevet említsünk: *Veress Géza, Török Imre, Gyergyay Árpád, Mezey Sándor, Pataky Jenő, Scheitz Vilmos, Orient Gyula* és *Filep Gyula, Feszt György, Herskovits Izidor, Jakobi József, Leitner Fülöp, Steiner Pál, Borsos Imre, Jancsó Ödön, Czakó József,* — tiszteletre méltó culturmunkát végeztek, midőn az újra alakított Szakosztály hányatott ülésein hol az unitarius collegiumban, hol az iparoskörben, hol az Europakávéházban, vagy a Magyar Casinóban önképző és tudományfejlesztő előadásaikat szívós életrevalósággal megtartották s ott eseteiket bemutatták, tapasztalataikat, nézeteiket kicserélték. Tudományunk újabb haladásának úgyszólván minden terrennumáról találunk e 65 ülés jegyzőkönyvei közt egy-egy jól kidolgozott összefoglalást, mit a hozzászólások élénkítenek. A magyar nemzet és cultura örökké hálás lehet azért az erőfeszítésért, amivel erdélyi kartársaink annak érdekeit istápolják s amely munkájukra mindig a legnagyobb elismeréssel gondolunk. *Vámossy prof.*

Die unsichtbaren Krankheitserreger. Filtrierbare Vira. *Prof. J. Baló.* (S. Karger. Berlin 1935.)

Három évvel ezelőtt ismertettük és méltattuk e helyen (O. H. 1932. 331. oldal) *Baló* professornak »Láthatatlan kórokozók. Filtrálható virusok« című könyvét, amelyet a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat adott ki. Azóta ez a könyv megszerezte a magyar orvosi szakkörök elismerését, mert kitűnő vezérfonálnak (és egyszersmind tankönyvnek) bizonyult azok számára, akik a kórokozóknak e nehezen tanulmányozható csoportjában tájékozódni akarnak. *Baló* könyve egyformán hasznos a klinikusoknak, epidemiologusnak, hygienikusnak.

E könyv most német kiadásában fekszik előttünk, amely korántsem egyszerű fordítása a magyar szövegnek, mert a mű több részében teljesen átdolgozva került németül kiadásra. Terjedelmesebb az »Általános rész». Itt hosszabb, új fejezetekben foglalkozik a szerző a filtrálható virusok méreteivel, festődésével. Teljesen átdolgozta azt a fejezetet, amely a filtrálható virusok okozta betegségek után mutatkozó immunitással foglalkozik, egyenként tárgyalva a különböző immunanyagokat. Az epidemiologusokat különösen érdekelheti az a fejezet, amely a virusgazdákról szól s ezeknek szerepét a fertőzések keletkezésében tárgyalja. A »Részletes rész«-ben néhány új, olyan kórformát ismertet, amelyek kórokozóját, filtrálható virusnak tartják. A német kiadás részletes részében új a verrucáknak ott olvasható csoportosítása (verruca vulgaris, verruca plana, verruca senilis v. seborrhoica, condyloma acuminatum, laryngealis papilloma, a lovak és szarvasmarhák verrucái, a kutyák szájpapillomái, a nyulak infectiosus papillomái, a békák verrucái). Az ember fentebb felsorolt verrucáinak okozója a szerzők egyrészének véleménye szerint közös.

A fertőző betegségekkel foglalkozók szempontjából említésre méltó, hogy *Baló* professor a vörhenyt nem említi fel a filtrálható virusok okozta betegségek közt. A szakemberek közt ez a felfogás mind általánosabbá válik. A vörhenybetegeken észlelhető, — s közvetlenül bakterium- (streptococcus) hatással nem magyarázható tünetek a streptococcus toxinfelszívódásának következményei. A poliomyelitisre vonatkozólag pedig megemlítjük, hogy hazai járványtani megfigyeléseink amellett szólnak, hogy Heine Medin-járvány idején ennek virusa a fertőzött területen valószínűleg igen elterjedt s a fertőzött egyének immunizálódását váltja ki. A fertőzötteknek tehát úgylátszik csak igen kis része mutat gerincagyi megbetegedést.

Baló professor könyvének német kiadása néhány újabb ábrával is gazdagodott (poliomyelitises gerincagy, lyssa) s ábrái a kitűnő papiron általában szebbek. Ábrái legnagyobbrészt eredetiek.

A magyar kutatók munkáját mindenütt ismerteti, így nagy szolgálatot tesz azoknak is, akiknek csak magyarul megjelent közleményei a külföld előtt ismeretlenek maradtak volna. De szolgálatot tesz a magyar orvostudomány ügyének is, amely büszkén presentálhatja a külföldnek ezt a munkát, mint egy magyar tudósnak a külföldi szakirodalomban is valóban hézagpótló művét. Kívánjuk *Baló* professornak, hogy hosszú évekre visszanyuló fáradságos munkájának minél nagyobb legyen külföldön a sikere, magunknak magyaroknak pedig azt kívánjuk, hogy minél előbb lásson napvilágot *Baló* professor könyvének új — legalább a némethez hasonlóan — bővített magyar kiadása. *Johan Béla prof.*

A Budapesti Kir. Orvosegyesület április 6-i ülése.

Bemutatások:

Kubányi E.: *a) Veleszületett sarcoma. Műtét kilencnapos csecsemőn.* Veleszületett ökölnyi fibrosarcomát távolított el, amely a hát-hónaljszögletben fejlődött. A kórszövettani leletet *Wolff Károly dr.* ellenőrizte. Különös érdekessége az anya azon bemondása, hogy a terhesség VIII. hónapjában a méhe erős traumát szenvedett. Az utóbbi körülmény — hacsak feltevésszerűen is — újabb adatot szolgáltathat a trauma és a sarcoma közötti összefüggés lehetőségére. Három hét után gyógyultan távozott.

b) Fertőzött hydronephrosis. Műtét 16 hónapos gyermeken. Tizenhat hónapos leánygyermeken fertőzött zsákvese miatt nephrectomiát végzett. Az eset érdekessége, hogy a gyerek fiatal korára tekintettel a szokásos vesefunctionalis vizsgálati eljárások kivihetetlenek voltak és így tisztán a klinikai leletre és az i. v. pyelographiára támaszkodva kellett a műtéti indicatiót felállítani. Négy hét után gyógyultan távozott.

Rejtő S.: *A labyrinthuson át feltárt acustikus tumor.* A labyrinthuson át vezető utat tartja az acustikus tumorok leghelyesebb műtéti eljárásának. Jelen esetben, sajnos, rosszindulatú daganatról volt szó és így a jól hozzáférhető daganatot eltávolítani nem tudta, de a széles feltárás elegendő helyet biztosított a radium elhelyezésére. A beteg a beavatkozást jól tűrte, panaszai megszűntek.

Láng A.: A kényes anatomiai viszonyok ellenére minden mellékserülés nélkül sikerült a daganatmaradékhoz radiumtűkkel hozzáférni s a kényes képleteket a radium ártalmas mellékhatásoktól megvédeni. Három héttel a radium alkalmazása után a daganat lényegesen megkisebbedett s újabb excisio fogja eldönteni a radiumnak hasonló módon történő megismétlésének szükségességét. Alkalmazott radiumbesugárzás 504 mgm radium-óra volt.

Krepuska I.: Bármennyire is kívánatos volna az acustikus tumorok translabyrinthär eltávolításának javallatait minél jobban kibővíteni, ez mégis sokszor nehézségbe ütközik, mert a mai finomabb halló- és egyensúlyozó-érzékszervi vizsgálatok mellett és röntgenfelvételek segítségével sem valósítható meg az a pontos localisatio, amely ilyen műtét eredményes kivitelének elengedhetetlen feltétele.

Előadások:

Fischer E.: *A láb-elferdülések betéttel kezeléséről.* A *lúdtalpnak* és a *pes cavusnak* betéttel kezelése nem ad kielégítő gyógyeredményeket; lúdtalpnál a használatos betétek nem akadályozzák meg a meglazult tartású lábnak a lépés legördítésekor bekövetkező reflexióját, detorsióját, abducatióját és ezek következményét: a lábboltozatok süllyedését, — pes cavusnál nem tehermentesítik eléggé a fájdalmas metatarsusfejecseket és sarkot. Ennek oka elsősorban az, hogy e betétek túlságosan rövidek. Hogy a betét ezen feladatoknak megfelelhessen, ahhoz szükséges, hogy (a valgitas correctióján kívül) a betét támassza kellőképpen mind az öt metatarsus basisát, a középsőknek (II., III., IV.) egész diaphysisét is, a betét elülső végének — a fémrészeknek — legalább is a középső metatarsusfejecsekig kell előrenyúlnia. Ha az elülső harántboltozat is süllyedve van, úgy a betétnek ezen fejecseket directe kell alátámasztania; mobilis lúdtalpnál merev, contract állapotban lévőnél limitáltan rugalmas betétre van szükség. Az általánosan használt betét-typusok bemutatásával bizonyítja, hogy ezeknek nincs meg a kellő hosszúságuk és ezért csak az állás pillanatában támasztanak, a legördítésnek már legelső fázisában elemelkedik a láb a rövid betétről és minden lépésnél bekövetkezik, a betét dacára, a lúdtalp esetében a láb elülső részletének reflexiója, detorsiója, abductiója, — pes cavus esetében az elülső harántboltozat fájdalmas süllyedése. A kellő formájú és hosszúságú betét, a láb elülső részletét minden lépésnél kissé a plantarflexio és a normalis torsio felé kényszeríti, azaz a lépés dynamikáját használja fel a lábdeformatio javítására.

Kopits J.: A betét alkalmazását a lúdtalp gyógyításában csak segédeszköznek tartja. Miután a lúdtalp deformitásának a kulcsa a sarok pronatiója, azt kívánja a betéttől, hogy a sarokcsont supinatióját állítsa helyre. A betét olyan hosszú lehet csak, hogy a láb legördítését ne akadályozza. Nyerges lábnál (pes excavatus) nagyon sokszor szükség van műtéti beavatkozásra, nem érünk célt csak betét hordatásával.

Fischer E.: A sarkot igazán megfogni a betéttel nem sikerül, ezért a valgitast a saroknak és talpnak kellő alátámasztásával kell korrigálni. A láb legördítését a betét nem gátolja, hiszen a legördítés végső fázisa a középső metatarsus fejecsek periferiáján folyik le. Az izomzatnak tornával erősítése a betétviselés mellett mindig végzendő.

Csapó J.: *A középfülgyulladás és csecsnyúlványgyulladás jelentősége a csecsemőkorban gyermekorvosi szempontból.* A középfül és kapcsolt részeinek gyulladása az esetek egy részében nem tekinthető localis megbetegedésnek, a veszély nem annyira a sinus thrombosis, meningitis stb., mint az általános toxikus hatás. Ez adja meg ennek a betegségnek a gyermekorvosi jelentőségét. A beteg gócból felszívódó toxinok súlyos anyagcserezavart és a legsúlyosabb klinikai képét okozhatják. Amennyiben a gócot idejében trepanatióval meg nem nyitjuk, a csecsemő elpusztul. Ez az oka, hogy a conservativ álláspontot feladtuk és bizonyos esetekben trepanatiót végeznek még akkor is, ha manifest mastoiditist nem látnak. *Septikus otitis* alatt azokat az eseteket értjük, amelyekben a magas láz mellett a csecsemő súlyát tartja, elég jól eszik, nem hány, a közérzet, turgor, étvágy jelentékenyen nem zavart, a táplálék tolerantiája kielégítő, nagyobb anyagcserezavart nem constatálunk. A *toxikus otitiseknél* az anyagcserezavar, a víz- és sóháztartás labilitása, esetleg destructiós folyamatok uralják a képet. A toxikus otitis és mastoiditisnek több alakját lehet megkülönböztetni. Az első csoportban nőitejtáplálás, néhány nyálkás szék mellett fejlődik ki az acut toxicosis eszméletzavarral. A második csoportban a betegség elhúzódó, a csecsemő bágyadt, étvágytalan, néhány nyálkás széket ürít, súlyát azonban tartani nem tudjuk, a bakteriotoxikus hatás folytán az állapot folyton romlik, ha nem trepanálunk idejében, a csecsemő elpusztul. A harmadik csoportban hirtelen vizes széklet minden alimentaris ártalom nélkül, kifejlődik az acidosis, exsikkosis eszméletzavarral. A negyedik csoportba tartoznak az elhúzódó otitisek, amelyekben óvatos táplálással a conditiót tartani tudjuk, ha azonban nehezebben tolerálható táplálékot adunk, a csecsemő intoxikál. A *septikus-toxikus* esetekben a magas láz, általános vérzékenység, nagy súlyesés, hányás, rossz turgor dominálják a képet, a prognosis kétes. Az operált csecsemők táplálásával óvatosnak kell lenni, a székek száma és minőségére való tekintet nélkül lehetőleg nőitejjel kell őket táplálni redukált mennyiségben, csak a reparatio után térjünk át concentráltabb, nehezebben assimilálható táplálékra. A középfülgyulladásnak nemcsak az acut, hanem az idült táplálkozási zavarokban is jelentősége van, dystrophiát, esetleg decompositiót okozhat. A dysenteriának egyik legfontosabb szövődménye a középfül és kapcsolatos részeinek gyulladása, bizonyos esetekben ez okozza az állapot romlását és ezt csak megfelelő időben végzett trepanatióval lehet megakadályozni. A fülész és gyermekorvos összműködése révén idejében végzett activ beavatkozással és óvatos táplálással súlyosan beteg csecsemőket lehet megmenteni.

György E.: *A középfülgyulladás és csecsnyúlványgyulladás jelentősége a csecsemőkorban fülészeti szempontból.* Az otitis és az occult mastoiditis is (zárt genygóc) a csecsemő szervezetére nagymértékben ártalmas. Rendesen valamely gyakoribb csecsemő-megbetegedéshez társul (grippe, pneumonia, enteritis, dysenteria stb.) és ekkor ezen alapbetegségek súlyosabb lefolyását okozza. A súlyosbodás lehet: 1. heveny tüneteket mutató toxikosis, 2. a csecsemő ellenállóképességének nagymérvű csökkenése, erősen beszűkült tolerantia, ami könnyen toxikosishoz vezethet, 3. hosszabb ideig fennálló genyfelszívódás folytán kifejlődő atrophia, decompositio. Hangsúlyozza acut toxikosisban a megváltozott otologiai lelet fontosságát, kiemeli az exact fülvizsgálat mellett idejében elvégzett paracentesis jelentőségét. Műtét indicatiójának felállításakor fontos a klinikai kivizsgálás, fülészeti szempontból a mastoiditisek occultak, tünetei sokszor egy súlyosbodó otitis tüneteivel azonosak. Helyes indicatio alapján elvégzett műtétek eredményei feltűnően jók.

Torday F.: Egy év előtt a Közkórházi Orvostársulatban számolt be a budapesti Állami Gyermekmenhely anyagán szerzett tapasztalatairól a csecsemőkori szövődményes középfülgyulladások műtevésének kérdését illetőleg. Azt a meggyőződését hangsúlyozta, hogy a csecsemőkorban a középfül-gyulladás kezdeti időszakában a csecsnyúlvány felvésése csak akkor indokolt, ha a megnyilvánult csecsnyúlványgyulladás tünetei hamarosan nem fejlődnek vissza. Azóta a menhelynek külön fülészeti osztálya van. Az itt nyert megfigyelései alapján az a véleménye, hogy sokkal kedvezőtlenebbek a középfülgyulladáshoz társult csecsnyúlványgyulladás műtéti kezelésének esélyei azokon a csecsemőkön, akik már hosszabb idő óta tartózkodnak kórházban, mint az otthon megbetegedett és a járóbetegrendelésen megfigyelés alá kerülő csecsemőkön. Előbbieket a műtét nagyon megviseli, míg a tünetek gyakran conservativ kezelésre is visszafejlődnek.

Krepuska G.: *Troday Ferenc* hozzászólását nem hagyhatja megjegyzés nélkül, mert ama állítása, hogy a gyermekkori septikus otitisek esetén a korai műtét nem ad jobb eredményt, mint a várakozó vagy conservativ álláspont, nem fedi nagy anyagon nyert tapasztalatai alapján elfoglalt álláspontját. Ellenkezőleg, a két előadó által közölt és ehhez hasonló esetekben a paracentesis és antrotomia tekintetében, ezeknek szélesebbkörű alkalmazását ajánlja. Késői dobhártyametszés vagy elkésett antrotomia legtöbbször sikertelen és így discreditálja a műtétet. Az empyema anthri sem meríti ki a műtét szükségességét, mert a gyermekkori sziklacsont különleges felépítése, pulposus alkata folytán, folyékony genynélküli, egyszerű osteomyelitis is okozhat otogen sepsist, különösen rosszul táplált, leromlott csecsemőkön.

Szatmári S.: A Szent László-kórházban 140 dys. csecsemőn végeztek antrotomiát. Az indicatio felállítása részben otogen elváltozások, részben tisztán belgyógyászati indicatio alapján történt. Gyógyuló eredményekkel meg vannak elégedve, mert a gyógyulás 46%-ra emelkedett.

Paunz M.: Minden lázas, súlyos decomposiót mutató csecsemőn a fül vizsgálatára a legnagyobb súlyt kell helyezni, mert kétségtelen, hogy az észre nem vett otitis ártalmas az egész szervezetre. A korai paracentesis szükséges, a korán végzett antrotomia sok csecsemő életét mentheti meg.

Binder E.: Néhány csecsemőfülről készített röntgenképet demonstral annak bizonyítására, hogy bár el kell ismerni, hogy a csecsemőfülről készített röntgenképek értelmezése igen nehéz, annyival is inkább, mivel itt a pneumatikus rendszer hiányzik, mégis, különösen ha a klinikussal, illetőleg a fülész-szakorvossal együtt működnek, eredményes lehet. Nagy súlyt kell helyezni a képek tökéletes elkészítésére, mert egészen finom tünetekből kell ítélkezni.

Hainiss E.: Ha a csecsemőkori táplálkozási zavarok keletkezésében a parenteralis componens a kiváltó ok, a táplálkozási zavarok gyógyítása nem vezethető olyan könnyen, mint hogyha az alimentaris componensből eredő. Ezért komolyabb a prognosis parenteralis toxikosisok esetén. A parenteralis toxikosis keletkezésében constitutio, conditionalis beállítás és a causa nocens nagysága együttesen szerepelnek tényezőként s e három erősségi játéka határozza meg a toxikosis létrejöttét, tehát egyazon fajtájú és egyazon erősségű ok nem minden szervezetben idézi elő e súlyos sensoriumzavarral járó állapotot. Van így természetesen sokszor fülbetegség is, amely látszólag súlyosabb formájában sem hoz létre toxikosist, máskor pedig aránylag enyhének tűnő elváltozás is könnyen fenyeget a toxi-

kosis veszélyével. A fül megbetegedése csecsemőkön egyébként is az adott anatomiai és physiologiai viszonyok miatt könnyebben jön létre, mint nagyobb korban, amit akár a grippés epidemiák esetén következményként keletkező otitisek csecsemőkorban mutatkozó számbeli túlsúlya is kifejezésre juttat. A fül ellenőrzése és adott esetben a beavatkozás tehát csecsemőkorban különös jelentőséggel bír. Volt idő, amikor nem egy csecsemőt kezdődő toxikosisban a szokványos detoxikáló eljárások bevezetése dacára is váratlanul elvesztettünk és járványok idején szomorú része volt a naponkénti visiteknek a boncterem látogatása, amely alkalomkor nem egy esetben nem tudtuk a halálokot illetőleg kellőkép megnyugvást szerezni, amíg a mastoidealis rész post mortem felvésése nem hívta fel a figyelmet az antrum fel nem ismert elgenyedésére. Ez adta a kiindulópontot oly esetekben antrotomia elvégzésére, amidőn a fenyegető toxikosis okát sehol máshol nem tudtuk fellelni, mint a fül betegségében, de a paracentesis útján megindított fülfolyás sem volt a megbetegedett gócnak megfelelő levezető útja. Ezen észleletek közben jelentek meg amerikai közlemények, amelyek a csecsemőkori enteritiseket igen nagy százalékban otogen eredetűeknek tüntették fel, amely megfigyelés — ha nem is ismeri el ennek ilyen erős vonatkozását — hozzászóló mindenesetre a kibontakozó therapiás eljárásainknak lényeges erősítést adott. Immáron éveken keresztül követik azt az álláspontot, hogy a csecsemőkön parenteralis toxikosis egyéb okok kizárása után a fül megbetegedésével magyarázható s fennálló fülfolyás dacára is az antrumban keressük a toxikosis forrását, amelynek helyességét nemcsak a szórványosan bemutatott esetek igazolják, hanem a gyógyult esetek sokkal nagyobb száma is.

Rejtő S.: A két előadásban közölt észlelések pontos adatai mindenkit meggyőzhettek arról hogy a toxikus otitisek esetén végzett felvésések eredményesek voltak. Nem arról beszélünk, hogy a csecsemők latens vagy occult mastoiditisét a gyermekorvos venné észre először és indikálná a műtétet, hanem arról van szó, hogy csecsemők szervezetét intoxikáló genyes középfület tekintet nélkül arra, hogy van-e mastoiditise vagy nincs, sürgősen méregteleníteni kell, mert különben elpusztul a gyermek. Erre pedig — ha a paracentesis nem elegendő — egyetlen út a csecsnyúlványon át történő antrum feltárás.

Bosányi A.: Az enteralis és parenteralis fertőzések együttes előfordulásának egyik legkritikusabb alakjáról, az otitis mastoiditissel szövődött csecsemőkori dysenteriáról referál osztályának tavalyi statistikája alapján. A dysenteriában elhalt csecsemőknél az előzetes műtétben, valamint a boncolásban 100%-ban megállapították a fülszövődményt. A mai táplálási és egyéb therapia mellett a csecsemőkori 44% dysenteria halálozás nem annyira a bélmegbetegedés, mint inkább a fülszövődmény által létrejövő acut, vagy subacut toxicosis következménye. A gyógyult esetekben is magas számmal, 46·5%, szerepel az antrum empyema, sőt a csecsemőkoron túl is, egy-két év között az elhaltaknál 95%, a gyógyultaknál 39%, két év felett az elhaltaknál 83%, a gyógyultaknál 17%. Végzetes hibának tartja antrum empyema esetén a conservativ várakozó álláspontot, a műtéttel elkéshetünk, mert az otogen toxicosis (nem sepsis) gyorsan végez a beteggel, akár acut a bélfolyamat, akár gyógyuló. A spontán gyógyulás kivételes ritkaság. Az antrum empyema diagnosisa nem mindig könnyű, fültünetek (fülfolyás) teljesen hiányozhatnak, máskor egész enyhék, de sohasem fulminánsak, ami a leromlott szervezet energiás állapotával függhet össze. Tisztán belgyógyászati indicatio alapján tavaly 55 esetben végeztetett antrotomiát, a 16 negativ műtéti lelet mellett a narcosis nélkül végzett mütét semmit sem ártott, ezek a betegek is mind meggyógyultak, viszont 19 esetben nem történt műtét, de a sectiókor antrum empyemát találtak és ezek a betegek kétségtelenül azért haltak meg, mert nem operálták őket. Ezek az adatok azt mutatják, hogy nem a műtéttől kell tartózkodni, hanem iparkodni kell az antrum empyema diagnostikáját tökéletesíteni és a műtét időpontját helyesen megválasztani.

Csapó J.: A fülész és gyermekorvos között fennálló véleménykülönbség megszüntetésének több feltétele van: 1. A fülész ne csak a fülleletet, hanem a csecsemő általános állapotát is vegye tekintetbe. 2. A gyermekorvos lehetőleg maga is nézze meg a fület, a fül jelentőségét sokkal könnyebben fogja értékelni, ha a fül betegségéről saját szemével is meggyőződik, mintha csak a fülész leírására van utalva. 3. A gyermekorvosok közti véleménykülönbség kiküszöbölésének alapfeltétele az, hogy a középfülgyulladást, mint gócfertőzést, a csecsemőpathologiában kellően értékeljük. A táplálék jelentőségének és a bélmilieunak egyoldalú és túlzott előtérbe állítása okozta, hogy a súlyos állapotért a komoly középfülgyulladást rendszerint kísérő nyálkás székleteket tettük felelőssé, kezeltük a csecsemő székletét oly táplálékokkal, amelyek az általános állapotot sokszor jelentékenyen rontották a fület elhanyagoltuk s így a csecsemő meghalt. Ha azonban a csecsemőt könnyen assimilálható táplálékon tartjuk, a székletek száma és jellegére tekintet nélkül és megfelelően kezeljük a fület, úgy a székletek megjavulnak, a csecsemő meggyógyul. Általános szabálynak kell tekinteni, hogy nem a székletet, hanem a csecsemőt kell kezelni.

Közkórházi Orvos Társulat március 27-i ülése.

Bemutatások:

Biró B.: *Füstmérgezés légcsőmetszésre gyógyult esete.* 1934 decemberében négyéves és kétéves fiút hoztak be a Szent István-kórház gyermekosztályára füstmérgezéssel. A nagyobbik másnap délután bronchopneumoniaban exital. A kisebbik egy felső légút stenosis typusos képe fejlődik ki, ami miatt előbb intubalást, később alsó légcsőmetszést végeznek. Decanulalás, gyógyulás. A tűz alkalmával ágynemű, tollpárna, dunyha, cipők, ruhanemüek, kátránypapírral letakart szalmazsák égtek el és a mérgezést az oxygenhiányon kívül nemcsak a CO és CO_2, hanem egyéb irrespirabilis gázok is okozták, elsősorban az SO_2, amelyből vízzel H_2SO_3, ez oxydálódva H_2SO_4, kénsav lehetett. A kénsav helybeli maró hatása okozta a gége és légcső oedemáját, a nagyobbikon bronchopneumoniát.

Simkó B.: *Magas egyenes állás, fejtetőtartás.* Bemutat egy esetet, ahol a magas egyenes állás fejtetőtartással szövődött. A manualis correctiót megkísérelték, de a fej rögzültség miatt eredménytelenül. Annak ellenére, hogy a hirtelen keletkező agynyomási tünetek miatt a szülést sikerült magasfogómütéttel eredményesen befejezni, mégis a korai praeventiv correctiót tartják ilyenkor a választandó eljárásnak.

Bárdossy I.: *Ulcus simplex ilei perforalt esete.* A pathogenesis ismertetése után esetét ismerteti. Negyvenegyéves férfit 1935 január 1-én perforalt peritonitiszel szállítottak be. Műtétkor az ileumon a coecumtól 70 cm-re egy lencsényi kerek perf. nyílást talált. A fekélyt és környékét húszfilléresnyi nagyságban kimetszve, a belet egyesítette. Tamponade, réteges hasfalszűkítés. Síma gyógyulás után a beteg szépen sarjadzó hasfali sebbel, jó bélműködéssel távozott. Az anamnaesisből, klinikai képből és műtéti leletből valószínű diagnosist a szövettani lelet megerősíti.

Szenteh I.: *A Douglas-punctio jelentősége a nőgyógyászatban.* A Szent Rókus-kórház szülő- és nőbetegosztályának az anyagából ismertet 326 Douglas-punctiót, mert annak a révén ismertek fel számos hasüri vérzést. Hátrányát egy esetben sem észlelték. Tekintettel arra, hogy a Douglas-punctiót rendszerint sürgős hasműtét követi, gyakorló orvos ne végezze; ez a beavatkozás csak intézetben történhetik. Ismerteti anyaguk alapján a Douglas-punctio feltételeit és javallatát.

Balló B.: *Ötévi gyomorátfúródás anyagának tanulsága.* (Kézirat nem érkezett).

Kárpáti O.: A gyomor-nyombélfekélyátfúródások műtéti eljárását illetőleg a sebészek két táborra oszlanak: a conservativ és radicalis táborra. A radicalis tábor figyelmen kívül hagyja, hogy a fekélyátfúródott beteg nem azért kerül a műtőasztalra, hogy a fekélyét meggyógyítsák, hanem az életét súlyosan veszélyeztető hashártyagyulladás megszüntetése végett. A »Gyógyászat« 1930 24—25. *(Hüttl)* számában közöltem a Szent Rókus-kórház 1. számú sebészeti osztályának több mint egy évtizedes fekélyátfúródásos anyagát és a műtét minden esetben kivétel nélkül a fekély elvarrásából, csepleszfedésből és drainageból állott. A gastroenteroanastomosis vagy csonkolás fekélyátfúródáskor ellenjavallt, mert megbolygatja a haránt-remesét, amely szerv-rekeszként (Organbarriere) szolgál a has-üreg csepleszfölötti és csepleszalatti része között és így a fertőzést az epigastriumból a mesogastriumba viszi át. A fekély harántirányú elvarrása mellett szűkület sohasem jött létre. A gastroenteroanastomosis a jejunalis fekély képződésének veszélye miatt csak felgyógyulás utáni heges szűkületek esetén javallt, egyébként csonkolás végzendő *Billroth* I—II. szerint és ha a fekély eltávolítását mély fekvése vagy a hasnyálmirigygyel történő összekapaszkodása akadályozná, úgy a Finsterer-féle kirekesztéses csonkolás alkalmazandó, amely esetben az eredmények ugyanolyan jók, mintha a fekélyt is eltávolították volna.

A Magyar Urologiai Társaság január 28-i ülése.

Pitrolffy-Szabó B.: *Vesegümőkór és hypernephroma együttes előfordulása.* Negyvenhétéves nőbeteg; két hónap óta fájdalmak a jobb vesetájon, véres vizelet. A vese férfiökölnyi, vizeletében 20—25 genysejt, Koch-bacillusok. Jobb o. vesegümőkór kórismével nephrektomia. A kivett vese alsó polusá-

ban almányi hypernephroma, a felső polusban gümős gócok. A klinikai és cystoskopos vizsgálat, a positiv gümőbacilluslelet mind vesegümőkórra utalt. Lehetséges, hogy a fájdalom vagy a vérzés a hypernephroma első tünete volt, a tünetek hasonlósága miatt azonban a kettő elkülönítése nem volt lehetséges, annál is inkább, mert a hypernephroma és vesegümőkór együttes előfordulásával a legritkábban találkozunk. (Egész terjedelmében megjelenik az O. H.-ban).

Minder Gy.: Tuberculosis és tumor együttes előfordulása véleménye szerint csak véletlen jelenség. A tumor a vese körülírt szakaszában okozhat pangást, de ez nem elegendő, hogy ott tbc., vagy kő keletkezzen. Egy esetében, mely hydronephrosis miatt került műtétre, a műtét alkalmával derült ki, hogy az alap-ok a pyelumot összenyomó daganat.

Előadás :

Scheibel P.: *Evipan az urologiában.* Kétszáztizenhaevipan-narcosisról számol be, melyek mind teljesen jól sikerültek. Főleg a beteg korára és erőbeli állapotára helyezi a fősúlyt. Az adagolás technikájának újabb, általuk alkalmazott gyors beadásnak híve, azaz az első 3, 5 ccm gyors befecskendezésének. Említi a pulsus, légzés érdekes változásait. Kisebb és nagyobb urologiai műtéteket végeztek evipan-narcosisban; prostatektomiát és nephrektomiát, az utóbbi másfél évben csak ebben végzik. A prostata kihámozásának, illetőleg a vesekiluxálásának idejére alkalmazzák az evipan-narcosist. Említi, hogy a helyi érzéstelenítés elhagyása óta a sacralis decubitusok megszűntek. A fő ellenjavallatok : a máj, illetőleg epehólyag betegségei, súlyos diabetes ; vitiumosokon sok narcosist végeztek, minden baj nélkül. Közli a kül- és belföldi halálozási statistikát. Említi a máj teherbíró képességének megállapítására szolgáló próbákat.

Piri L.: *Mező* osztályán az evipant 1932 második fele óta használják, megállapíthatták, hogy az inhalatiós altatószerek mellett feltétlenül értékes szert nyertek benne. Az adag testsúly szerinti meghatározása körülményes és nem mindig meg bízható, e helyett az elalvási dosishoz tartották magukat. Percenként fél ccm-t adnak, addig, míg a beteg ingerekre reagál. Cystoskopia, kisebb intravesicalis műtétek, kényelmesen elvégezhetők. Az ébredés hamarosan bekövetkezik, hányinger fejfájást, szédülést nagyon ritkán észleltek és a betegek kellemesebbnek mondják, mint az inhalatiós bódítást. Gyakrabban észleltek kisebb excitatiot. Nagyobb műtétekben az elalvási mennyiség kétszeresét szokták adni. Ha a műtét a nehézségek miatt elhúzódott, vagy a beteg a műtét közben ébredezni kezdett újabb evipan beadásával rendszerint el tudták érni újra a mély narcosist. Csak néhány esetben mikor ez sem bizonyult elégségesnek, tértek át az aetherre, rendszerint minimalis aethermennyiségre szorultak. A szernek csupán két rossz tulajdonságát volt alkalmuk megfigyelni. Néha váratlanul csődöt mond és még nagy adaggal sem sikerül a beteget elaltatni, a másik pedig, hogy különösen hosszabb narcosisok után gyakran erős és hosszan tartó excitatio jön létre.

Farkas I.: Véleménye szerint az eddig használt helyi érzéstelenítés sokkal veszélytelenebb, mint az evipan. A helyi érzéstelenítéskor az eredménytelenség alig 5—10%-ot tesz ki és az ilyenkor alkalmazott aethylchlorid-bódítás veszélytelenebb, mint az evipan. Az urologiában használt epiduralis injectió esetében csak akkor áll be decubitus, ha az első befecskendezést intracutan alkalmazzák. Az evipannak nagy hátránya, hogy néha már 1—2 ccm-es adag esetén bekövetkezik a mély elalvás, néha pedig még 10 ccm után is csak izgalom, ezenkívül az alsó végtagok görcsös összehúzódása még sokáig fennáll. Igaz viszont, hogy a szívre és vesére kevésbé veszedelmes, mint az inhalatiós narcosis, de ezeket a szerveket a helyi érzéstelenítés sem fenyegeti. Az evipan-narcosist csak akkor használja, ha a helyi érzéstelenítés kivihetetlen, vagy nagy nehézségekbe ütközik, ahol csak rövid ideig tartó műtétről van szó. Nagyobb beavatkozások esetén a régen bevált módszerek alkalmazását tartja helyesnek.

Minder Gy.: Az evipan-narcosist az urologiai klinikán kb. 50 esetben kisebb műtéteken és nehezebb vizsgálatok esetében alkalmazták. Általános alkalmazását az urologiában nélkülözhetővé teszi, hogy az urologiában használatos érzéstelenítő eljárások annyira beváltak és veszélytelenek, hogy az evipan alkalmazása esetén mégis csak kikerülhetetlen veszedelmeket vállalni nem szeretnék. Kellemetlen esete nem volt és ezt annak tulajdonítja, hogy az evipant lassan, percenként 2—3 ccm-ként adagolja.

Mező B.: Osztályán, amit csak lehet, helyi érzéstelenítésben operál. Az evipant a beteg nagyfokú idegessége vagy magas vérnyomás mellett alkalmazza, ha az általános bódítás különben nem javalt. Az evipant helyi érzéstelenítéssel kapcsolatban nem alkalmazta. Azokban az esetekben, hol a helyi érzéstelenítéses műtét a beteg ingerült állapota miatt nem menne símán, ott néhány csepp aether adagolásával eléri, hogy a beteg megnyugszik és a műtét fájdalom nélkül végezhető.

Scheibel P.: A hólyag-, illetőleg a vesevizsgálatokban csak akkor alkalmazzák az evipant, ha a helyi érzéstelenítés nem vihető keresztül (sphincterspasmus, rossz capacitas esetén). Nagy műtétek esetén a helyi érzéstelenítés után csak a fájdalmas időszakra alkalmazzák az evipant.

A Magyar Szemorvostársaság február 16-i ülése.

Bemutatások :

Nagy M.: *Kristályképződés a lencsében.* Negyvenegyéves nőbetege mindkét szemén, a lencse hátsó kérgében képződött symmetrikusan elhelyezkedő kristályokat mutat be. Emellett a beteg mindkét szemén $^{6}/_{9}$-re javítható a látóélesség. A lencsében egy évi észlelés alatt semmi zavarosodás nem mutatkozott. Az elváltozást valószínűleg az ovariumok működészavara okozta.

Biró I.: *Adatok a degeneratio pigmentosa retinae öröklődéséhez.* Két családfát mutat, amelyen a bántalom domináns módon öröklődött. Az első családfa négy generatión keresztül 49 családtag közül 13 beteget tüntet fel (nyolc férfi öt nő), a második családfa három generatión keresszsül 31 családtag közül hat beteget (5 : 5). Az első család minden vizsgált beteg tagjánál cataracta cortic. post.-t észlelt, a második családon a degeneratio pigmentosa retinaen kívül más elváltozást nem talált.

Bendenritter F.: *Fissura orbitalis superior tünetcsoport.* Tizenhétéves fiúbetege 1933 szeptemberéig egészséges volt. Ekkor kimutatható ok nélkül fejfájás és hányás s majd egy hónappal később a jobb szemén ptosis jelentkezett, a szemmozgások minden irányban hiányosak voltak, majd lassan a látása is elveszett. Mindenféle vizsgálat negativ eredményt adott. A tünetek jód szedésére félév alatt visszafejlődtek. 1934 szeptemberében a bal szemén jelentkeztek hasonló tünetek. Röntgen a bal fissura orbitalis superior lényeges megkeskenyedését mutatja. A tünetek oka olyan folyamat lehet, amely a fissura orbitatis superiort megszűkítette (periostitis). Ennek okát azonban nem sikerült kideríteni. Tuberculosis és lues kizárható. Rheumás alapon létrejött bántalomra gondol.

Horay G.: *Episcleritishez társult kétoldali ideghártyaleválás spontan gyógyult esete.* Negyvenhatéves férfin először a bal szemen, majd hat héttel később a jobb szemén is, körülírt episcleritishez néhány nap alatt teljes ideghártyaleválás csatlakozott, amely 4—5 hét alatt, chlorioiditises gócok és papilla-oedema visszahagyásával magától visszafejlődött. Belvizsgálat negativ. Lehet, hogy az episcleritis okozta az exsudatios chorioiditist és a következményes ablatio retinae-t *(Purtscher, Pichler)*. De lehet, hogy az ú. n. Harada-féle kórképről van szó, amelynek minden jellegzetessége megvan a bemutatott esetben : fejfájás, kétoldaliság, az uvea elülső részének teljes épsége és az ablatio spontan gyógyulása. Nem illeszthető be azonban a Harada-féle kórképbe az episcleritis.

Csillag F.: A Szent Rókus-kórház szemosztályán egyoldali gócos scleritishez társuló és onnét kiinduló ideghártyaleválást észlelt. A látóélesség egy méterről ujjolvasásig romlott. Négy tej-injectio után a javulás megindult, két röntgenbesugárzás után egy hónap alatt a scleritis és az ablatio retinae teljesen meggyógyult, a látótér szabad lett, a látóélesség $^{6}/_{9}$.

Liebermann L.: A hozzászóló említette esetben, mikor az ideghártyaleválás a scleritis kapcsán szemünkláttára keletkezett, hiba lett volna minden más eljárás, mint ami a scleritis ellen be szokott válni : tej-befecskendések, később röntgen. A hatás — úgy a scleritisre, mint kétségtelenül *ennek folytán* az ablatiora is — meglepően gyors és tökéletes volt. Ezek az esetek némely ablatio gyulladásos eredete szemszögéből is igen tanulságosak.

Horay G.: *Csillag, Purtscher, Kamocky* és *Pichler* eseteiben a retinaleválás csak egyoldalú volt.

Incze K.: *Dyscephalodactylia (Vogt) és uvealis fejlődési rendellenességek.* Két esetet ismertet : 1. Veleszületett epithelialis iriscysta dyscephalodactyliával, az eddig közölt esetektől eltérően ornithocephaliás változattal. 2. Részleges, veleszületett szivárványhártya és érhártya coloboma, az arckoponyának öröklött — az apánál is meglévő — igen magas, sajkaszerű felső szájpadképződésben nyilvánuló torzulásával. További adatok kívánatosak olyan értelemben, hogy lehet-e feltételezni valami törvényszerűséget a koponya és az uvea fejlődési rendellenességeinek együttes előfordulásában.

Előadások :

Kreiker A. : *A myopia keletkezési módjáról.* Az újabb szerzők a myopia-irodalomban figyelmen kívül hagyják azt a körülményt, hogy a Steiger-féle örökléses-elméletben a külső tényezőknek is lényeges szerep jut. A közellátóság keletkezésében és terjedésében fontos szerepe van a közeli munkának, de nem mint az egyénre ható kóros tényezőnek, hanem mint létfenntartó lehetőségnek, amely a myopiás variáns életképességét biztosítja. A myopiát tehát a faj, nem az egyén szerzi meg. Ezeket az eredetileg *Darwin*-tól származó nézeteket az újabb öröklástani kutatás inkább megerősíti, mint cáfolja. Természetesen az orvost elsősorban az egyén és nem a faj érdekli s így szeretné ismerni az idioplasmának azt a materiális vagy functionális megnyilatkozását a kialakuló szervezetben, amely mint terminalis ok vezet a myopiás fénytörésre. *Steiger* erre nézve semmit sem mond. Egyelőre nincs is más vizsgálati methodikánk, mint a statistika. Ez is hiányos azonban, mert éppen a legfontosabb első nyolc életévről semmit sem tudunk, amikor minden szem fénytörése kialakul. Nem ismerjük a fénytörés *stabilisatiós* görbéjét, amely pedig minden kutatás kiinduló pontja kell, hogy legyen. Előadó saját vizsgálatai arra engednek következtetni, hogy a fénytörés kialakulásában egyformán lényeges a szerepe a törőfelszíneknek és tengelynek. A stabilisatiós görbe ismerete nélkül nem meggyőzőek *Grunert* legújabb tapasztalatai sem a pilocarpin hatásáról a myopiás szemre.

Ha a kérdés tavolról sem tekinthető megoldottnak, egy mégis kétségtelennek látszik : mindeddig nincs semmiféle olyan positiv adat, amely arra mutatna, hogy a myopia keletkezésében az alkalmazkodásnak, közeli munkának, írás-olvasásnak a legcsekélyebb szerepe is volna. Nem is az olvasás az a foglalkozás, amely a gyermeki szem alkalmazkodását a legnagyobb mértékben igénybe veszi, hanem a különböző játékok. Tapasztalatai ezt kétségtelenül igazolják. Az iskola-myopia tanának hívei figyelmen kívül hagyják azt a körülményt is, hogy a korlátozás a közeli munkában rendszerint komoly, néha életbevágó beavatkozás és így kérdés, nem lehetne-e a felelősségérzet hiányával vádolni azt az orvost, aki ezt olyan ingatag elmélet kedvéért, mint a myopia alkalmazkodási tana, megteszi. Több példát sorol fel arra, hogy ez a korlátozó orvosi tanács nem egyszer letérítette az iskolázás útjáról a kezdődő myopiást, aki kertész vagy nevelő lett eredetileg tervezett magasabb életpályája helyett.

Lehetséges, hogy valaha módunkban lesz a myopiát gyógyítani. a genotypus befolyásolásával, vagy a bulbus növését szabályozó szervek, illetve correlatiók megismerésével.

Csapody I. : *Steiger* megállapításainak eredménye, hogy az öröklést a fénytörés alaptényezőjéül ismertette el s ma nincs is szemorvos, aki az öröklés több vagy kevesebb szerepét tagadná a fénytörés kialakulásában. Ez nagy dolog, de ehhez szükségtelen a ma már általánosan meghaladottnak tekintett darwinizmushoz visszatérni. A távol jövő kérdése, hogy sikerül-e bebizonyítani, egyetlen ok-e az öröklés, ez azonban *Steiger* érdemét nem kisebbíti. Elméletét többen módosították, de annak közvetlen bizonyítására nincs is mód, hogy az öröklés alapján kialakult fénytörés külső hatások, írás-olvasás által módosul-e vagy nem. Az egypetéjű ikrek nem mindig egyforma fénytörése a modificatio lehetőségét bizonyítja, amit ma legtöbben a szemre feszülő külső szemizmoknak tulajdonítanak. Emellett azután hivatkoznunk kell a biologiai analógiák egész sorára (köztük a garatmandula szerepére az arckoponya, sőt a mellkas kialakulásában). Mind azt mutatják, hogy tartósan vagy megismétlődve érvényesülő kicsiny hatások jelentékenyen tudják a szervezet felépülését befolyásolni. Nehéz megérteni, miért kellene éppen csak a szemet kivételnek tekinteni s a szemtengely külső hatásokra támadó bármilyfokú megnyúlását is tagadni. Még soká nem fogjuk tudni megmondani, hogy az öröklés, mint alapok mellett a szem használata elhanyagolható vagy el nem hanyagolható fokú tengelymegnyúlást okozhat-e. Ne feledjük azt se, hogy már a millimeter tört részei is jelentősek a szem fénytörésében. Több okból is küzdünk a gyermekek közelről dolgozása ellen. Amíg azonban a külső hatások fényfórést-módosító hatása határozottan nem tagadható, felelősségünk a bevált egészségügyi szabályok további megtartását teszi kötelességünkké — a szem érdekében is.

Rötth A. : A közellátóság öröklődésére öt nemzedékre terjedő családfát mutat be, melyben a kisfokú myopia dominans, a nagyfokú myopia valószínűleg recessiv módon halad. Két közellátó szülő utódai nagy valószínűséggel myopiásak. A fénytörés öröklődési menetének pontos tanulmányozására azonban a jövőben olyan családfákat kell szerkeszteni, melyek az egyes egyén fénytörési tényezőit (szaruhártya fénytörése, tengelyhossza, lencse törőereje) lehetőleg külön-külön felsorolják, mert ezek külön biologiai egységek. Az exogen tényezők szerepe a fénytörés kialakulásában lényeges nem lehet, de az egypetéjű ikreken előforduló különbségeket mégis csak azok magyarázzák.

Kiss F. : Fontosnak tartja elkülöníteni az örökléses és a congenitalis állapotokat. A kettő közel áll egymáshoz, de mégsem ugyanaz. Egészséges cigány férfi és egészséges magyar nő gyermekei pl. (szegedi észleletek) többségükben nem életképesek. Ez az állapot nem öröklött, hanem congenitalis. Magyarországon sok betegség magas száma ilyen szerencsétlen fajkeveredéseken alapul, mely állapot nem örökléses, hanem helyesebben nevezve congenitalis. Öröklés ugyanis a *Darwin* és *Lamarck* gondolatai szerint nincs.

Kreiker A. : Sajnos, a myopia kérdésében mindig csak autorokra, véleményekre és meggyőződésekre hivatkozhatunk, de sohasem positiv, a kérdést hiánytalanul tisztázó tényekre. Még az egypetéjű ikrek esetében szerzett tapasztalatok is értelmezhetők különbözőképpen, de semmiesetre sem mint a közeli munka káros hatása. A gyermeknél a rendkívül kis olvasási távolság természetes állapot, amelyet a felnőtt szempontjából elbírálni nem lehet. Más célja előadásának nem volt, mint felszólalni a myopiás egyén írás-olvasásának korlátozása ellen s rámutatni ennek a korlátozásnak ártalmas következményeire az egyén további sorsában.

Ernyei I. : *A sympathicus viszonya a ciliaris idegekhez.* Emberi és állati (kutya, disznó, borjú) anyagokból készült, prolongáltan osmiumozott sorozatos kereszt- és hosszmetszetekben a következőket állapította meg : 1. A nervi ciliares brevesnek a plexus caroticus internussal a ganglion ciliaren közvetett összeköttetésén kívül közvetlen összeköttetése is van. 2. A ciliaris idegek egész hosszában szakaszonként köralakú világos (érző) és sokszögletű (sympathicus) sejtek láthatók. Ez utóbbiak nemcsak a ganglion ciliarenak, de a plexus caroticus internus sympathicus ducainak sötét sejtjeiből is származhatnak. 3. A ciliaris idegek szomszédságában a velőtlen rostokból állő idegek a plexus caroticus internus idegeinek egyenes folytatásai. Ezek az erek autonóm idegei.

Kiss F. : A nn. ciliares-t előbbi vizsgálataival szemben parasympathicusnak mondották, főleg arra hivatkozva, hogy a nn. cilliares kizárólag vékonyvelős rostokból állanak, holott a sympathicusnak minden postganglionaris rostja velőtlen. *Schimert János* legújabb vizsgálatai igazolják, hogy a nyaki sympathicusban vannak vékony velős postganglionaris rostok. Ugyanezen categoriába tartoznak a nn. ciliares. Előadó vizsgálatai először tisztázzák a nn. ciliaressel összefüggő sejtek milyenségét, melyek szintén sympathicusnak bizonyulnak, bármiféle más (parasympathicus) jelleg nélkül.

Ernyei I. és **Gellért A.** : *A látóideg finomabb szerkezete.* Emberi és állati (nyúl, kutya, szarvasmarha, sertés) anyagokból készült, prolongáltan osmiumozott és ezüstözött kereszt- és lapmetszetekben vizsgálták a látóideg és látóidegfő rostjait. Eddig elért eredményeik szerint a látóideget felépítő vékony velőhüvelyű rostok morphologiailag átmérőjük szerint két csoportba oszthatók : vékonyabbakra és vastagabbakra ; ezt a különbséget a tengelyfonalak vastagsága okozza. Prolongáltan osmiumozott metszeteken a látóidegfőben a rostok még velőhüvelyeseknek bizonyultak. A papillomacularis nyaláb morphologiailag nem különíthető el az ideg többi részétől.

A Magyar Phonetikai Társaság március 20-i ülése

Előadás :

Némai J. : Az énektechnikában a gyakorlás és a kimüvelés nagy szerepet játszik, de leginkább anatomiai adottságtól függ. A m. thyreo-arytaenoideus a legfontosabb hangszalagizom, az emberekben nem alakult ki egyformán, van egyszerűbb és complikáltabb, jobban széttagolt typus. Valószínű, hogy a több irányban kisugárzó izomnyalábok alkalmasabbak arra, hogy a hangszálagot finom mértékben, fokozatokban beállítják és az énekhangnak ú. n. hajlékonyságot adjanak. Előadó metszetet mutat, amelyet a hangszalagok szintjén vízszintesen vezetett az egész gégén keresztül és melyben előzőleg a hangrés záródását reconstruálta. Majd rámutat arra a dús izomzatra, mely részint vízszintes, részint haránt kötegekkel a hangszálag és a külső falazat közötti területet kitölti.

Az énekmesterek azt tanítják, hogy a hangot előre kell vinni. Ez azonban csak feltevésen alapszik. Valójában úgy van, hogy a hanghullámok minden irányban szétterjednek és ha gátlás (torok beszűkítése, nyelvgyök emelése) nélkül törnek elő a gégéből, akkor az egész rezonatorkészüléket veleszólásnak indítják. Ilyenkor az énekes a kemény és a lágy szájboltozaton érzi meg legjobban a rezgéseket.

A Magyar Orvosok Röntgen Egyesülete február 27-i ülése.

R. Herz (Az I. G. Farben-Industrie A. G. AGFA mérnöke, Berlin): *Ujabb eredmények a röntgenphotographia terén.* A contrastélesség, érzékenység és gradatio photographiai fogalmának meghatározása után a bromezüst emulsio érzékenységének fokozását ismertette. A photochemia megoldotta a selectiv photoanyag kérdését annyira, hogy a röntgenfilmek röntgensugár iránt érzékenyebbek, mint a közönséges fény iránt és fordítva; a napfény mellett használandó film röntgensugár iránt csak kismértékben érzékeny. Legújabban olyan anyag előállítása is sikerült, ami az ismert túlsugárzás, solarisatio jelensége alapján a photographiai folyamat megfordítását teszi lehetővé, miáltal diapositiv készítése nélkül, az eredeti röntgenfelvételről egyszerű másolás útján azzal teljesen egyenértékű, sőt sok esetben felülmúló dianegativot készíthetünk. Részletesen foglalkozott a bromezüst kristály microvilágával és a photographiai folyamat mechanismusával. Végül pedig a röntgenphototechnika legújabb vívmányáról, a tomographiáról emlékezett meg, mely *Grossmann dr.* mérnök és *Chaoul*, a berlini Charité tanárának kutatásai nyomán általános érdeklődést keltett. Az eljárás mechanikus úton lehetővé teszi, hogy a vizsgálandó testrésznek csupán egy kérdéses síkja kerül élesen a röntgenfilmre, a többi pedig elvetülve, ennek élességét nem rontja. Ezáltal síkmetszetszerű röntgenképet készíthetünk s oly részletekre is fényt deríthetünk, melyek az eddigi technikával nem voltak észlelhetők. Az előadást jól szemléltető, vetített képpel kísérte.

Kelen B. elnök: köszönetet mond a neves külföldi előadónak igen tanulságos előadásáért.

Néhány szó a bábaképzés kérdéséhez.

Irta: *Burger Károly dr.*, egyetemi c. rk. tanár, a budapesti m. kir. bábaképző intézet igazgatója.

A bába működésének fontossága és jelentősége a nemzet szaporodása s a szülőnők egészsége és testi épsége szempontjából annyira közismert, hogy bővebb magyarázatra nem szorul. Vannak ugyan, akik helyesebbnek vélnék, ha a szülészet a bábák kezéből az orvosokéba menne át. Talán bizonyos mértékben célravezető is volna ez, ha t. i. elérhetnők, hogy minden szülést szakszülész bonyolítana le s a bába szerepe csak segédkezés volna. Ez azonban addig, amíg kellő számú szülőintézet vagy legalább is szülőház nem áll a vidék rendelkezésére, technikailag kivihetetlen. Igy csak az általános gyakorlatot folytató orvos vehetné át a bába szerepét, aki erre nemcsak azért alkalmatlan, mert fertőzött esetekkel is foglalkozik, hanem, mert — éppen hivatásánál fogva — nem szentelhet kellő időt a szülések észlelésére. Valószínű az is, hogy ez a rendszer fokozott activitáshoz vezetne a szülészetben, aminek a vajúdók adnák meg az árát. Ebből a szempontból elég az Egyesült Államok példájára hivatkoznom, ahol a lakosság zömének szülését orvosok vezetik (bába csak a bevándorlottak között van) s az anyai halálozás és a gyermekágyi megbetegedések száma nagyobb, mint bárhol másutt a világon.

A szülészetet tehát a bábák kezéből kivenni — legalább is egyelőre — még olyan értelemben sem lehet, hogy a szülések kellőképpen felszerelt intézetekben folyjanak le, mert a kérdésnek ilymódon való megoldása annyi szülészeti osztály felállítását és a közlekedési eszközöknek (utak, autók, stb.) olyfokú tökéletesítését tenné szükségessé, ami a mai viszonyok között még gazdag országban sem volna keresztülvihető.

Számolnunk kell tehát azzal, hogy a szüléseknek legnagyobb részét, — legalább is vidéken — a bábára kell bíznunk. Ha pedig igy áll a helyzet, akkor gondoskodnunk kell a bábák tökéletesebb kiképzéséről, mert a napjainkban hazánkban működő bábák legnagyobb része sem előképzettségénél, sem képzettségénél fogva nem alkalmas arra a felelősségteljes feladatra, amely reá hárul. Ezért szívesen teszek eleget a szülészeti ügyek miniszteri biztosága megtisztelő felszólításának, hogy a bábaképzés reformjával néhány szóban foglalkozzam.

A bábaképzésnek óriási jelentőségét mutatta az elmult tavaszon Londonban tartott nemzetközi bábacongressus, amelynek főtárgya a bábaképzés kérdése volt és amelyen a szülészetnek kiváló képviselői is kifejtették álláspontjukat. Mindenekelőtt meg kell jegyeznem azt, hogy a congressuson képviselt 15 nemzet között *egy sem volt, amely a bábaképzésre oly rövid időt szánna, mint mi.* Ha valaki ismeri azt az anyagot, amelyből a magyar bábák kikerülnek, úgy tisztában van azzal, hogy a rövid ideig tartó kiképzés oka nem a mi bábanövendékeink magas szellemi képességében rejlik.

Nem célom a congressus tárgyalásának ismertetése, csak általános tájékoztatás céljából felemlíteném, hogy a bábaképzés ideje Hollandiában, Olaszországban három év, Svédországban, Dániában, Belgiumban, Lettországban, Svájcban, Jugoszláviában, Romániában, Csehszlovákiában két év, Németországban és Ausztriában 18 hónap, stb. Kitűnik tehát, hogy mindenütt a világon már eddig is hosszabb, tehát alaposabb kiképzésben részesítették a bábákat, mint nálunk. A congressus mégis úgy határozott, hogy a bábaképzést tökéletesíteni kell. Tartson az három évig, amely három évből legalább két évet tisztán szülészeti légkörben (in a purely obstetrical atmosphere) töltsön a növendék.

Azt hiszem, már az eddig említettek is elegendők annak bizonyítására, hogy hazánkban a bábaképzés reformra szorul. Hangsúlyoznám azonban, hogy nem azért, mert a külföldet akarjuk követni, hanem, *mert az eddigi bábaképzésünk nem bizonyult elégségesnek.* Azok, akik bábaképzéssel foglalkoznak, a tanév végén sokszor maguk is csodálkoznak azon, hogy egy év alatt mennyi mindenre sikerült a többnyire éppen csak hogy írni-olvasni tudó növendékeket megtanítani. Sajnos azonban ez még mind nem elégséges, mert *elsősorban a gyakorlati kiképzés az, amelyből egy év kevés, hogy a bába mesterségében, amely kimondottan gyakorlati, tökéletesen megállhassa a helyét.*

A legközelebb fekvő gondolat az volna, hogy az eddiginél magasabb előképzettségű nők vétessenek fel bábatanfolyamokra. Ennek sajnos nagy akadálya nálunk az a körülmény, hogy a falusi bába általában véve nem keres annyit, amennyi a megélhetéséhez szükséges s igy intelligensebb, nem abból a községből származó s ott valamelyes anyagi alappal nem rendelkező bába, egyedül a bábamesterségből megélni nem tud. A bábaképzés rendezésének egyik legfontosabb előfeltétele ezért — véleményem szerint — *a bábák jövedelmének rendezése. Mindaddig, amíg a bábák megfelelő megélhetéséről gondoskodás nem történik, addig a bábakérdés oly értelemben, hogy mindenhová kellően képzett bába kerüljön, megoldható nem lesz.* Törekednünk kell azonban arra, hogy képzettebb bábáink legyenek, mert ha mindig csak az adott körülményekkel számolva cselekszünk és beletörődünk abba, hogy falun csak az lehet bába, aki odavaló, *a bábaság intézményétől fejlődést nem várhatunk.*

Első pillanatra átmeneti megoldás volna a bába szerepét a védőnőével összekötni, amint azt illetékes körök tervbevették. Anyagi szempontból mindenesetre haladást jelentene ez a terv, mert igy újabb pénzáldozat nélkül elérhető volna, hogy a kisebb községekbe is intelligensebb bábák kerüljenek. *Szülészeti szempontból azonban nem tekinthető e megoldás kifogástalannak,* mert már Semmelweis hangsúlyozta, hogy »Az összes kormányokhoz fordulok kérésemmel: hoznának törvényt, mely mindenkit, aki valamely szülőházban (tehát szülészettel) foglalatoskodik, ott működése idejére tiltson el az olyan dolgoktól, melyek bomlott anyagokkal képesek szennyezni a kezét.« Miután

pedig a védőnő fertőző betegekkel is foglalkozik, *e rendszer hivatalosan szentesítené azt, ami a bábának tilos.* Éppen ezért utóbb *Tauffer* professor sem volt híve ennek a megoldásnak.

A védőnő-bába-rendszer tulajdonképpen Angliából származik, ahol azonban, úgylátszik, *nem vált be teljesen.* Erre mutat az a körülmény, hogy a legutóbbi londoni congressuson éppen angol részről azt hangoztatták, hogy *a védőnőt a bábától külön kell választani.* Elsősorban a kiképzés szempontjából. Eddig ugyanis szokásos volt, hogy ápolónői képzettséggel rendelkezők hat hónap alatt megszerezhették a bábaoklevelet. Most azonban azt tervezik, hogy az ápolónői képzettséggel bírók is *legalább két évet töltsenek el szülészeti intézetben,* mielőtt bábagyakorlatra bocsátják őket. Belátták tehát azt, hogy a bábamesterség pontos és alapos szakképzettséget kíván. Csak azt említeném még fel, amit ugyanezen a congressuson *Fairbairn* professor, a Central midwives board elnöke mondott: »Az ápolónők azért állanak oly magas fokon és azért oly kiválók Angliában, mert *Florence Nightingale* rövid idő alatt az ápolónőképzést az addigi alacsony fokról igen magasra emelte. Azóta az volt az elv, hogy a bábaság az ápolónői hivatáshoz csatlakozzék és annak mintegy függeléke legyen. A bábáknak azonban az ápolónőkkel egyenrangúaknak kell magukat tartaniok és egymáshoz való viszonyukban nem hagyhatják magukat jobban háttérbe szorítani (to be swallowed up) az ápolónők által, mint amennyire a haditengerészet hagyná magát a hadsereg által.« Azt hiszem, nem fér kétség ahhoz, hogy ez a kiváló és nagy tapasztalattal rendelkező szakember nem nyilatkozott volna így, ha az ápolónő-bába-rendszert megfelelőnek és a gyakorlat igényeit kielégítőnek tartaná. A dolgok ilyetén állásakor nem tudom helyesen cselekednék-e, ha most akarnánk bevezetni és megkísérelni egy olyan rendszert, amellyel annak hazájában éppen napjainkban akarnak vagy legalább is szeretnének szakítani.

A német »*Gemeindeschwester*«-rendszer, amelyet egyesek példának hoznak fel, valóban mintaszerű. A »Gemeindeschwester« azonban nem foglalkozik szülészettel, *sőt éppen a fertőzés veszélye miatt nemcsak szülésznői tevékenységet nem szabad kifejtenie, de még gyermekágyast vagy újszülöttet sem ápolhat.* Tehát éppen az ellenkezőt bizonyítja, mint aminek példájául állították oda, t. i. hogy a két foglalkozást, a bábaságot és a védőnői, illetve ápolónői teendőket összekapcsolni veszélyes és ezért feltétlenül helytelen. Más kérdés az, hogy az ápolónői vagy védőnői tanfolyamot végzett egyén, ha emellett megfelelő bábaképzésben is részesül, nem lesz-e értékesebb bába, mint az, aki csak bábaoklevéllel rendelkezik. Ilyen értelemben helyeselhető az egyesítés, azonban *csak azzal a kikötéssel,* hogy az illető egyén azontúl *csupán vagy az egyik vagy a másik foglalkozást űzze, de semmiesetre sem a kettőt együtt,* márcsak *Semmelweis* tanításai miatt sem.

Egy másik, újabban felvetődött terv szerint a magyar bába-védőnő nem foglalkoznék szülészettel, hanem csak, mint egyes körzetekben alkalmazott közegészségügyi szerv, többek között a bábák ellenőrzését is végezné. Amíg a bábahivatásnak a védőnőivel történő összekapcsolása abban az esetben, ha a bába-védőnő szülészeti működést is fejtene ki (ami azonban a fertőzés veszélye miatt egyenesen lehetetlen), anyagi szempontból a vidéken megélni alig tudó bábák helyzetén némileg javított volna, addig az újabban felmerült terv, amely a bába-védőnőnek csupán felügyeleti jogot adna, a szüléseket vezető bábák anyagi helyzetén semmit sem változtatna. Márpedig a bábaság színvonalának emelése szempontjából anyagi helyzetük javítása feltétlenül szükségesnek látszik. Másfelől az sem bizonyos, hogy ilyen módon lényegesen javulna a helyzet az ország szülészeti ellátása szempontjából. Hiszen az ú. n. bába-védőnő nem tenne egyebet, mint azok, akik a bábák működését eddig is ellenőrizték és ő is csupán *a már bekövetkezett bajt* állapítaná meg hogy t. i. a magzat elhalt, vagy az anya súlyos állapotban került ki a szülésből, avagy éppen életét áldozta fel hivatásának teljesítése közben. A bába működését eddig a községi orvos, járásorvos, a kerületi szülész-főorvos, annak szaksegédje, továbbá végső fokon a szülészeti ministeri biztos ellenőrizte. Javítana-e sokat a helyzeten, ha az eddigi tényezőkön kívül még egy szerv, a bába-védőnő is megállapítaná *utólag,* hogy hiba történt. Nem volna-e sokkal *célravezetőbb a bábák kiképzésének tökéletesítésére* s így azok színvonalának emelésére törekedni, akiknek a szülészetben cselekvő szerepük van és akik kellő képzettség esetén eredményesebben működhetnek az anyák és a születendő magzatok érdekében.

Ily értelemben is megfontolandónak látszik tehát a bába-védőnői rendszer bevezetése. Nem akarom azt mondani, hogy a bába-védőnő, mint ellenőrző szerv teljesen felesleges volna, csupán azt vélem, hogy túl vérmes reményeket nem fűzhetünk működéséhez, mert szülészeti eredményeink javulását elsősorban a szülészettel foglalkozó bábák kiképzésének tökéletesítésétől várhatjuk.

Amennyiben az illetékes körök a bába-védőnői rendszert, mint ellenőrző szervet mégis szükségesnek és célravezetőnek látnák, a bába-védőnők kiképzésének kérdéséhez is célszerűnek látszik hozzászólni. Ezek csak akkor lesznek szülészeti szempontból értékesebb egyének, ha szülészeti képzettségük is tökéletesebb lesz. Nem hiszem ugyanis, hogy magasabb képzettségűnek tekinthető az a bába, aki a védőnői tanfolyam elvégzése után rövid néhány hónap alatt nyeri el a bába-oklevelet. Hiszen látjuk, hogy Angliában a hat hónapi bábacursus ezek számára nem bizonyult elegendőnek. *Nem magasabb képzettségű bábák volnának ezek, hanem magasabb előképzettségű, de rosszabbul képzett bábák.*

A bábamesterség gyakorlati. Ahhoz, hogy valaki jól képzett bába legyen, bizonyos fokú szülészi gondolkozást kell elsajátítania, nem szólva a szülészeti asepsisről, amelyet nem elég megtanulnia, hanem annyira el kell sajátítania, hogy gondolkozás nélkül, még véletlenül se vétsen ez ellen. Márpedig azt látjuk, hogy okleveles orvosok, akik tanult, intelligens emberek és szülészeten kívül két éven át sebészeti klinikát is látogatnak, gyakorlati évük alatt nem egyszer vétenek az asepsis ellen. Ha máskor nem, bizonyos reflexes mozdulatok alkalmával, amidőn megragadnak olyasmit, ami nem csirmentes. Evvel, azt hiszem, minden sebészettel és szülészettel foglalkozó szakember tisztában van. Nem hiszem tehát, hogy a védőnői tanfolyamot végzett növendék néhány hónap alatt el tudjon olyat sajátítani, amire sokszor végzett orvosok sem képesek.

Azt mondhatná valaki, hogy amit az egyszerű falusi asszony tíz havi tanfolyamon elsajátít, azt a magasabb előképzettségű, már védőnői oklevéllel bíró, néhány hónap alatt is megtanulhatja. Az elméleti tanulmányokra vonatkozólag ez talán így is van. A gyakorlat szempontjából azonban már csak azért sem, mert az intelligencia és a műveltség nem áll mindig arányban a kellő manualitással. Azonkívül pedig a tíz havi bábacursus éppen annyira nem elegendő, mint amennyire nem volna elegendő a védőnők számára a néhány havi bábaképzői tanfolyam. Gondoljuk csak meg, hogy ily módon mikép aránylana egymáshoz a védőnői és a szülésznői képzettség. Az pedig, hogy mikor vétheti nagyobbat a bába-védőnő vajjon, ha a védőnői administratiókban követ el hibát, avagy pedig a szülés alkalmával, amidőn az anya és magzat életéről és testi épségéről van szó, nem kétséges. Azt hiszem, hasonló meggondolások vezetik az angol szülészeket akkor, amidőn azt kívánják, hogy mindenki, aki bába-oklevelet akar szerezni, *legalább két évet töltsön »szülészeti atmospherában«, vagyis szülészeti klinikán.*

Ha az ú. n. bába-védőnő legalább egy évet fog bábaképző intézetben eltölteni, úgy remélhető, hogy mint ellenőrző közeg eredményeket mutathat majd fel. A védőnőbábák kiképzésének közelebbi részletei, azt hiszem, úgyis további megbeszélés tárgyát fogják képezni, ha az illetékes körök úgy fognak vélekedni, hogy egy újabb ellenőrző közeg beiktatásától az ország szülészeti eredményeinek javulása várható. Ezúttal csak arra az egy körülményre óhajtanám a figyelmet felhívni, hogy a minimum, ami szülészeti szempontból szükségesnek látszik, mégpedig nemcsak hazánk, de a nyugati államok tapasztalata alapján is, az, hogy a növendék legalább egy évi kiképzést szülészeti intézetben nyerjen. Csak így érhető el, hogy az esetleg megszervezendő bába-védőnők legalább is egyenértékűek legyenek a csupán bába-oklevéllel rendelkezőkkel. Különben azokra a gyakorló bábák felügyeletének jogát nem lehetne nyugodtan rábízni, mert olyan működést ellenőriznének, amellyel maguk sincsenek jobban tisztában, mint azok, akiket ellenőrizniök kell.

Sokkal nagyobb jelentőségű a védőnői oklevéllel nem bíró bábák képzésének kérdése. Ezek tényleges szülészeti működést fejtenek ki s így az anyák és születendő magzatok életével és testi épségével sáfárkodnak. Ha a hazai viszonyok mellett nem is remélhető, hogy érettségizett, három éven át képzett bábáink legyenek, mint pl. a hollandusoknak, szerény nézetem szerint, mégis tarthatatlan a mai helyzet, amidőn a bábatanfolyamra jelentkezők egy része még az órát sem ismeri, a tanfolyam tartama pedig ezen nagyobbrészt teljesen unintelligens egyének számára tíz hónapig tart. Nem akarom ezzel azt mondani, hogy a bábanövendékek felvételét kössük okvetlenül magasabb képzettséghez, bár nagyon is kívánatos volna. Négy középiskolával, vagy még inkább érettségivel bíró nő ugyanis nem lesz hajlandó arra, hogy elhagyott tanyán folytasson bábagyakorlatot akkor, amikor vannak községek, ahol a bába a szülés vezetéséért és a gyermekágyas ápolásáért néhány pengőt kap csupán és megfelelő lakást sem találhat magának. Szerencsére a magyar földmívesosztály asszonyai között elég gyakran akadnak oly természetes intelligentiával és megfelelő kézügyességgel rendelkezők, akik a bábamesterség elvégzésére többé-kevésbbé alkalmasoknak bizonyultak. Nem egyszer meglepő, hogy a tanév végén mily értelmesen tudnak felelni oly kérdésekre, amelyek eddigi ismeretkörüktől teljesen távolállottak. Azt az elméleti tudást, amire egy falusi bábának okvetlenül szüksége van, az értelmesebbek egy év alatt, ha nehezen is, de elsajátíthatják. A baj csak ott van, hogy az intézetből történő távozás után néhány hónappal már el is felejtették megint mindazt, amit tanultak, *mert nem állott kellő idő rendelkezésükre ahhoz, hogy a tanultakat meg is emészthessék.* De még kevésbbé elegendő az egyéves tanfolyam a kellő gyakorlati tudás elsajátítására. Gondoljunk csak arra, hogy Svédországban bábagyakorlatot csak az folytathata, ki legalább 100 szülést vezetett intézetben. Feltétlenül szükségesnek látszik ezért, hogy a bábaképző tanfolyam legalább is két évig tartson, ebből az első tanév kb. az eddigihez hasonló módon töltessék el, *a második tanév alatt pedig az elméleti ismeretek állandó ismétlése mellett a fősúly a gyakorlati kiképzésre helyeztessék.* A gyakorlati kiképzés nagy jelentőségét különösen hangsúlyoznám, mert azt látjuk, hogy a nyugati államokban is, ahol 2—3 évig tart a tanfolyam, a gyakorlati kiképzéssel nincsenek teljesen megelégedve. Ott az ellenkező hibába estek, mert a bábanövendékek éveket töltenek el anatomiai, bakteriologiai ismeretek elsajátításával, ahelyett, hogy a drága időt kellő gyakorlati ismeretek szerzésére használnák fel. Ezt azért említeném, mert tapasztalatom szerint *a túl nagy elméleti képzettséggel bíró bába épp olyan veszedelmes a közre, mint a tudatlan.* Kellő gyakorlati tapasztalata és önkritikája nem lévén, magát többé-kevésbbé felületes elméleti ismeretek alapján oly képzettnek tartja, hogy a nem szakszülész orvost lenézi. Még nagyobb baj ennél, hogy nem akar megmaradni a bába működési körében, amely a rendes szülés vezetéséből áll, hanem már azt kezdi követelni, hogy gátvarrást, fogóműtétet is végezhessen, amint azt a legutóbbi nemzetközi bábacongressuson elhangzott vélemények mutatták.

Bár a ma használatos hivatalos bábakönyv talán nem felel meg minden tekintetben, főleg részletkérdésekben a szükséges követelményeknek, mégis úgy vélem, hogy elvileg az az anyag, amely benne foglaltatik, a bába elméleti tudásához elegendő. *Nem félművelt szülészekre van szükségünk, hanem jó bábákra. A gyakorlati kiképzés azonban kevés* és ezért vélem szükségesnek, hogy a bábatanfolyam két évig tartson. Ezáltal könnyebben megoldható lenne a bábák numerus claususának kérdése is, amelyre helyszűkmiatt ezúttal nem térek ki, éppúgy, mint a bábák továbbképzésére sem.

Az eredmények javulását ugyanis elsősorban a tökéletesebben képzett s jobban megválogatott bábáktól várhatjuk. Az ellenőrzés, amely (mióta *Tauffer* professor az új szülészeti rendtartást oly kitűnően megszervezte) jobb nálunk, mint bárhol másutt, nem kevésbbé fontos ugyan, de az emberélet megmentése szempontjából csak másodsorban bír jelentőséggel. Bármennyire tökéletes az ellenőrzés, addig nem lesznek jobbak az eredmények, amíg a szüléseket intéző bábák nem állanak a helyzet magaslatán.

E rövid közlemény keretein belül természetesen csak általános irányelveket óhajtottam hangsúlyozni. Annak megállapítása, hogy a tervbevett hosszabb tanulmányi idő alatt részleteiben milyen legyen a tanítási tervezet, későbbi feladat.

Megjegyzések Burger professor »Néhány szó a bábaképzés kérdéséhez« című tanulmányához.

A cikkíró úr érdekes közleményének csak ahhoz a részéhez kívánok hozzászólni, amelyben a védőnő-bábakérdésről szól. Mindenekelőtt megemlítem, hogy e kétféle tevékenység, illetve foglalkozás összekapcsolásának gondolatát azok a szervek vetették fel, amelyekhez az országnak bábákkal leendő ellátása tartozik. Mint ismeretes, a belügyminister úr a mult évben elhatározta, hogy a falvakba egészségügyi védőnőket küld ki. Az úgynevezett tízéves egészségvédelmi programm keretében körülbelül 800 egészségügyi védőnőnek beállításáról van szó. A szülészeti ügyek ministeri biztossága látván, hogy mily nagy nehézségekbe ütközik az, hogy kis községek megfelelő bábát kapjanak, vetette fel a gondolatot, nem lehetne-e a falusi védőnők és bábák munkakörét egy személyben, a falusi védőnőbába személyében egyesíteni. A gondolat igen logikusnak és keresztülvihetőnek látszott.

Nekem elejétől kezdve bizonyos aggodalmam volt e megoldással szemben. Míg egyrészről hangsúlyoztam annak a fontosságát, hogy falvakban a különböző egészségvédelmi szolgálatokra *egy*, általánosan képzett védőnőt kell beállítani, addig más részről sokallottam azt, hogy a védőnő még a bábai teendőkkel is megbízassék. Sokallottam ezt különösen azért, mert a falvakba kiküldött védőnőinknek az úgynevezett házi betegápolás beállításával és a socialis gondozás kérdéseivel is kell foglalkozniok. Reámutattam arra, hogy a védőnő e munkakörön felül a bábateendőket jól ellátni képtelen lesz, illetve, ha a bábai teendők reábizatnak, úgy a védőnői teendők ellátása fog szenvedni. Mivel ezen aggodalmaimat megfelelő tapasztalatokkal alátámasztani nem tudtam, örömmel fogadtam a szülészeti ügyek ministeri biztosának javaslatát, hogy képezzünk ki néhány védőnőt bábává s küldjük ki őket kísérletképpen a falvakba. Ez meg is történt — a kísérlet azonban igazolta aggodal-

maimat. A megboldogult *Tauffer* professornak megértő gondolkodásmódját igazolja az, hogy közel egy évvel ezelőtt e tanulságok alapján feladta régebbi eziránvú elgondolásait. A védőnőknek a közreműködését azonban a szülészeti kérdésekben mégis biztosítani akarta és így vetődött fel a gondolat, hogy a védőnő megfelelő szülészeti (bábai) kiképzés után mint a bábák tevékenységének az ellenőrzője vegyen részt a falun a szülészeti problemák megoldásában.

Átérezve azt a nagy fontosságot, amit a szülészeti kérdések az anya- és csecsemővédelem szempontjából is jelentenek, megboldogult *Tauffer* professorral megbeszéltük, hogy miképpen lehetne ily irányú kísérletet végrehajtani. Megbeszéltük a védőnők bábai (szülészeti) kiképzésének kérdését is. A további eziránvú tárgyalások azonban *Tauffer* professor halálával abbamaradtak.

Nem kívánok hozzászólni ahhoz a kérdéshez, hogy milyen tartamú kiképzésre lenne szükségük a védőnőknek, hogy a bábafoglalkozást is értsék, mégpedig azért nem szólok most e kérdéshez, mert mint *Burger* tanár cikkéből látom, a szülészeti szakembereknek a felfogása a kérdés lényegét illetőleg is különböző. Először tehát azt kell eldönteni, hogy kívánatos, illetve szükséges-e az, hogy a védőnő — akárcsak ellenőrzői minőségben — résztvegyen falun a szülészeti munkában. Ezt a kérdést elsősorban szülészeti és másodsorban financialis szempontból kell mérlegelni és eldönteni. Mint a falusi egészségvédelmi szolgálatok vezetője, a bába és védőnői működési kör összekapcsolásában az egészségvédelmi szolgálat szempontjából nem látok előnyt. Ellenkezőleg, nehézségeket látok. Ezek áthidalásának módját csak akkor kell majd keresnünk, ha financialis szempontok ezt parancsolólag előírják, vagy ha a szülészszakemberek ezt kívánatosnak tartják.

Johan Béla dr.

Hozzászólás Barla Szabó Jenő dr. cikkéhez.

(O H. 1935. 14. sz.)

Ennek a hozzászólásnak a tárgya tulajdonképpen nem a hypophysis hátsólebeny-therapia érdemi részét illeti, mert erre vonatkozólag nincsenek közvetlen tapasztalataink. Csupán az alapgondolathoz, a vérhas tüneti kezelésének kérdéséhez szólunk hozzá, mintegy az alkalmat ragadjuk meg, hogy újból felhívjuk a figyelmet a Szent László-kórházban, Bosányi főorvos gyermek dysenteria osztályán alkalmazott azon eljárásra, amely az utóbbi évek folyamán mint tüneti kezelés a legjobban bevált s amelyet a Budapesti Orvosi Ujság 1933. 30. sz. 681. old. megjelent cikkben eredmények részletezése nélkül már említettünk. Ez a *ventrobaryt-therapia.*

Elgondolásunk abból indul ki, hogy a bismuthhoz hasonló hatású szert keressünk, amely a gyulladásos folyamatot kedvezően befolyásolja, a bélfalat bevonja, ezáltal a nyugalmat biztosítja és a bismuthnál nagyobb, massiv adagokban adható anélkül, hogy toxikus hatástól kellene tartanunk. Választásunk a magyar készítményű röntgenkontraszt anyagra, a ventrobaryt-ra esett, mert úgyszólván korlátlan mennyiségben adható. A csecsemők folyékony tápszereiben könnyen elkeverhető s mivel a tápszer ízét nem változtatja meg, csak rázókeverékszerűvé teszi, a betegek csaknem kivétel nélkül szívesen megeszik. Hatása annyira kielégítő, hogy nincs okunk alkalmazásától eltérni. Példának csak a múlt évet (1934) említem. Napi 100—200 gramm mennyiségben 94, nagyrészt súlyos dysenteriában szenvedő beteg kapta, akik között 20 volt extrem súlyos, 20—30-szori, legtöbbször tömeges véres székletéttel. Átlagban egy hétig szedték, de volt, aki csak két napig kapta, egynek pedig 21 napig adtuk. Ugyancsak átlagban a 2—3. napon a vér mennyisége a székletben jelentékenyen csökkent, a 4—5. napon pedig eltűnt. A szélsőséges értékeket nézve: 11 esetben egy nap alatt eltűnt a vér a székletből és csak egy esetben tartott a vérzés — lényegesen csökkent mennyiségben — 15 napig. Hatását tovább vizsgálva az is kitűnt, hogy a ventrobaryt elhagyásakor csak két esetben maradt 10 fölött a napi széklet-szám, míg a zöménél a normalisra vagy közel a normalishoz esett le.

Ezzel a néhány adattal csak arra akartam rámutatni, hogy a dysenteria tüneti kezelésében ezideig nincs olyan szerünk, amely a ventrobaryt előnyeit felülmúlná. Ellenkezőleg: előnye, hogy nemcsak pár napig adható, hanem aránylag nagy mennyiségben akár heteken keresztül is, teljesen ártalmatlan szer, amely bélizgalmat sohasem okoz, hatása tartós, hiszen röntgen segítségével napokkal az elhagyása után is kimutatható a belekben, jó hatása nemcsak a vérzésre vonatkozik, hanem a nyálkásodás s a tenesmus enyhítésére és a székletek absolut számának csökkentésére is és pedig úgy magában, mint a fentemlített cikkemben leírt dietás therapia, valamint a specifikus (serum-, immunvér) therapia kiegészítőjeként. Az utóbbi időben a tüneti kezelés tökéletesítésére ascorbinsavval is folytatunk kísérleteket.

Kunsági (Kamerlór) Antal dr.

Megjegyzések Varga Tibor dr. „Feer-féle vegetativ neurosisról" c. cikkéhez.

(O. H. 1935. 14. sz).

Varga Tibor dr. cikkében meggyőző módon hívja fel a figyelmet arra, mily nehéz a *Feer-féle vegetativ neurozis* tünetcsoportot elkülöníteni az *encephalitistől.* E két tünetcsoport differentiális diagnostikájában kívánom a következőket hozzáfűzni:

Tünetileg a Feer-féle kórkép felette hasonló az általam 1935-ben leírt és *hypothalamus-extrapyramidalis syndromának* nevezett tünetcsoporthoz.* E tünetcsoportra jellemzőnek tartom: 1. a *paroxysmalis* létrejöttét, azaz ama megjelenési formát, hogy időszakosan maximalis fokig tudnak felfokozódni oly jelenségek, melyek nyugalmi helyzetben is kismértékben fellelhetők. Ezek: 1. paroxysmalis magatartási zavarok; 2. paroxysmalis mozgáskoordinatiós zavarok (hyper- és hypokinesis); 3. paroxysmalis hőingadozások; 4. paroxysmalis vasomotoros zavarok; 5. paroxysmalis tachy-, illetve bradycardia; 6. paroxysmalis vérnyomásingadozások; 7. paroxysmalis súlyingadozások; 8. paroxysmalis vízháztartási zavarok; 9. paroxysmalis cukormobilisatiós zavarok (pl. praediabeteses görbe); 10. paroxysmalis albuminuria; 11. paroxysmalis izzadás. E tüneteket két más tünettel tudom még kiegészíteni azóta nyert tapasztalataim alapján: 12. paroxysmalis vérképingadozások és 13. paroxysmalis alvási zavarok. II. A második differentiális diagnostikai jel hypythalamus-extrapyramidalis tünetcsoportra: *dissociatio a tünetekben,* azaz oly tünetek ugyanazon időbeni megjelenése, melyek egyébként egymást kizárni szokták, így: 1. dissocialt anyagcserezavarok (csökkent alapanyagforgalom mellett magas, vagy praediabeteses vércukorgörbe, vagy magasan felfokozott alapanyagforgalom mellett súlyos elhízás, esetleg feltűnő soványság csökkent alapanyagforgalom mellett stb.); 2. dissociatio egyéb életjelenségek között, pl. a csöves csontok korai elcsontosodása hypogenitalismus mellett, vagy hypertrichosis hypogenitalismus mellett van. A tünetek paroxysmalis keletkezése és dissociatiója jó szolgálatot tehet a hypothalamus-extrapyramidalis tünetek elkülönítésében minden más

* Menjelent: Gyógyászat 1933. 40—41 szám: Diagnostikai és therapiás tévedések az endokrinologia és neurologia határterületén.

megbetegedéstől. Úgy vélem, hogy *a Feer-féle vegetativ neurosis tünetcsoportjában — az esetek egy részében — kétségtelenül a hypothylamus-extrapyramidalis rendszer megbetegedéséről van szó*, amint arra részben *Feer*, részben *Tedde* és *Honig* rámutatott. *A paroxysmalitás és a dissociatio vizsgálata hivatott arra, hogy megmondja, mely vegetativ neurosisban kell gondolnunk a hypothalamus-extrapyradimalis localisatióra.* Az alábbi eset példa a hypothalamus-extrapyramidalis syndrom és a Feer-féle kórkép azonos localisatiójára.

B. K. tízéves gyermeken ötéves korban keletkeznek először a k.-tünetek: hirtelen hányás és nyugtalanság, paroxysmalis tachycardia (160-as pulsus), paroxysmalis, vérnyomásemelkedés, napokig tartó álmatlanság, choreás mozgás, coordinatiós zavar, asthmás légzés, csillapíthatatlan orrviszketés. Az extrapyramidalis localisatio mellett szól: a choreás mozgáson kívül a kéz-, homlok-, tarkó- és egyéb beállításos reflexek teljes hiánya, valamint a hypotonia, mely ismételt passiv mozgásokra hypertoniába megy át. A *Feer-féle kórképre kell gondolnunk a typikus Feer-féle tenyér miatt*, mely a betegen szintén paroxysmalisan jön létre. A fenti rohamok hét- és nyolcéves korban szinte havonta ismétlődtek és az utóbbi évben számuk kevesbedett. Az eset pathogeneziséhez tartozik, hogy az apai nagyapa és annak egy testvére paralysis agitansban szenvedett, tehát az extrapyramidalis pályának egy heredodegenerativ gyengesége áll fenn a családban. Anyai nagynénje pedig szintén vegetativ neurosisban szenved.

A Feer-féle megbetegedés szerintünk a hypothalamus-extrapyramidalis rendszernek functionalis, neurotikus megbetegedése lehet.

Szondi Lipót.

VEGYES HÍREK

Személyi hírek. A göttingai szemészeti klinika igazgatói állására *E. Seidel* jenai professzort hívták meg, a bőrgyógyászati klinika igazgatójának pedig *W. Krantz* professzort nevezték ki. — A hallei anatomiai intézet igazgatói állására *V. Haller von Hallerstein gróf* berlini rendkívüli tanárt hívták meg.

Prof. J. van Breemen (Amsterdam) április 16-án, délután 6 órakor az I. sz. egyetemi szemklinika tantermében (VIII., Mária-utca 39) »Differential-Diagnostik bei rheumatischen Erkrankungen« címen előadást tart.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület április 13-án délután 6 órakor tartandó ülésének napirendje. Bemutatás: *Krepuska István:* Füleredetű genyvérűség szokatlan klinikai tünetekkel. Előadások: 1. *Hochenburger Emil:* Gyógykísérletek a Cemach-féle quarzlámpával. 2. *Baráth Jenő* és *Fülöp József:* Vizsgálatok az anaemia perniciosa és a polycythaemia vera pathogenesiséről és therapiájáról. 3. *Hofhauser János:* A negyedik nemibetegség (Durand-, Nicolas-, Favre-betegség) sebészi jelentősége.

A budapesti Orvosi Casino előadássorozatának április 16-i előadását este $^3/_4$7 órakor *Paul Benő dr.* (Debrecen) tartja »Ujabb allergiás irányelvek a belgyógyászatban« címmel.

Az Orvosi Nagyhét rendező bizottsága az egyesületek tagjainak szétküldte a résztvételre szóló felhívását. Ezúton is kérjük kartársainkat, hogy a rendező bizottságot munkájában támogassák és jelentkezésüket mielőbb juttassák el a Nagyhét-irodába, Budapest, IX., Gyáli-út 4.

A II. Nemzetközi Ideggyógyászati Congressus f. év július 29-től augusztus 2-ig tartja tudományos ülését Londonban az University College termeiben. Magyar részről előadás tartására jelentkeztek: *Benedek, Ranschburg, Thurzó, Lehoczky, Orbán, Kaufmann, Piróth, Eszényi* és *Zádor* ideggyógyászok. A congressuson mintegy 45 nemzetnek képviselői vesznek részt. A délelőtti üléseken a gerincvelői folyadék, a homloklebeny működése, a hypothalamus és tengéleti idegrendszer központi képviselete, végül az epilepsia pathogenesise, kóroktana és kezelése mint referatumok kerülnek tárgyalásra.

Dr. J. Van Bremen Budapesten. *Dr. J. Van Bremen*, a Ligue Internationale Contre Le Rheumatisme főtitkára, a magyar orvosok rheumamozgalmának tanulmányozására és főleg a budapesti balneologiai gyógytényezők alapos megismerése céljából, egy heti tartózkodásra Budapestre érkezik. Folyó hó 15-én részt vesz a Magyar Orvosok Rheuma Egyesületének választmányi ülésén és este ½8 órakor előadást tart az amsterdami rheumaközpont munkásságáról filmbemutatással egybekötve, a Gellért-szálló zenetermében. Április 16-án d. u. 6 órakor az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága meghívására előadást tart az I. sz. Szemklinika (Mária-utca) előadótermében a »rheumás betegségek differential diagnosisa«-ról. Mindkét előadást a kartársak figyelmébe ajánljuk.

Az első magyar diaetetikai és tápszerkiállítást a m. kir. belügyministerium jóváhagyásával a budapesti Orvosi Casino rendezi f. évi május 5—25-ig saját helyiségeiben (VI., Andrássy-út 2.). Ezen kiállítás megrendezésének célja a gyakorló orvosokat a forgalomban lévő legkülönfélébb tápszerekkel, roborativ szerekkel és egyéb diaetetikai készítményekkel megismertetni. A kiállítás tartama alatt előadásokat tartanak a diaetetika köréből. Tekintettel arra, hogy a kiállítás a Nemzetközi Vásár tartama alatt is nyitva lesz, a vidéki orvosoknak is alkalmuk nyílik ezen kiállítás anyagával megismerkedni. A kiállítás megtekintése díjtalan.

A Magyar Elmeorvosok Országos Egyesülete a Magyar Orvosi Nagyhét keretében május 26-tól június 2-ig tartja XIII. országos értekezletét, melynek védnöki tisztét ezúttal is *Scholtz Kornél dr.* államtitkár vállalta. Az értekezletet megelőző napon, május 25-én d. u. 6 órakor az Elme- és Idegkórtani Klinikán tartják évi közgyűlésüket, mely alkalommal az egyesület első elnökének: *Oláh Gusztáv dr.* ny. h. államtitkárnak átadják az egyesület tiszteletbeli tagságáról szóló díszoklevelet. Ugyanekkor fogják átadni *Schaffer Károly dr.* egyet. ny. r. tanárnak az egyesület tiszteletbeli tagságáról szóló díszoklevelet, valamint *Niessl v. Mayendorf* leipzigi professornak az egyesület levelező-tagságáról szóló oklevelet. Az értekezletre az előző congressusok határozata, illetve a beérkezett indítványok alapján a következő referatumokat tűzték ki: 1. *A lázkeltés jelentősége az elme- és idegkórtanban.* 1. a kísérletes lázkeltés hatása az ép idegszövetre, előadó: *Horányi Béla dr.*; 2. a lázkeltés hatása a kóros idegszövetre, előadó: *Lehoczky Tibor dr.*; 3. a lázkeltés klinikai jelentősége az elme- és idegkórtanban 12 évi tanulsága alapján, előadó: *Somogyi István dr.* A referatumhoz hozzászólásra felkérettek *Schaffer Károly dr., Benedek László dr.* és *Sarbó Arthur dr.* — II. *Nyílt idegosztályok elmegyógyintézetekben.* Előadók: *Fabinyi Rudolf dr.* és *Nyirő Gyula dr.* Felkért hozzászólók: *Ráth A. Zoltán dr., Mandel Ignác dr.* és *Tanka Dezső dr.*. — *Testi és szellemi fogyatékosok büntetőjogi felelőssége és a beszámíthatóság mértékének megállapítása.* Előadók: 1. jogi szempontból *Angyal Pál dr.*; 2. gyógypaedagógiai szempontból *dr. jur. Bernáth István*: 3. orvosi szempontból *vitéz Szecsődy Imre dr.* Felkért hozzászólók: *Németh Ödön dr.* és *Ranschburg Pál dr.*, jogi szempontból *Rácz György dr.* — Az értekezlet nagy programmjára tekintettel egy előadás 15 percnél, egy hozzászólás öt percnél tovább nem tarthat.

Május 30-án, áldozócsütörtökön, elegendő jelentkező esetén Visegrádra hajókirándulást terveznek (a résztvételi díj kb. két pengő). A résztvenni szándékozók elhatározásukat legkésőbb május hó 10-ig jelentsék be az egyesület titkárának.

A Balatonfüredi Orvosi Tanácsadó Testület által Balatonfüreden május 12—18-ika között tartandó *orvoshét* előadói: *br. Kétly László, Verebély Tibor, Bakay Lajos, Frigyesi József, Hainiss Elemér, Ángyán János, Scipiades Elemér, Rusznyák István, Hasenfeld Arthur, Bencę Gyula, Thurzó Jenő* egyetemi tanárok, *Barla-Szabó József, Haynal Imre, Helényi Géza, Kiss Pál, Kubányi Endre* egyetemi magántanárok és *Biedermann János* közkórházi főorvos.

Délelőtt tudományos előadások vannak, délután a balatonparti fürdőhelyekre rendezett kirándulások keretében a tanfolyam hallgatói a Balaton és az egyes balatoni fürdőhelyek gyógyértékeiről és culturalis viszonyairól szerezhetnek személyes tapasztalatokat.

A tanfolyam ünnepélyes megnyitása május 13-án délelőtt 9 órakor lesz. Az elhelyezés díjmentes, az ellátás napi öt pengő. Jelentkezni és érdeklődni a Balatonfüredi Fürdőigazgatóságnál lehet.

Molnár Béla dr., v. egyetemi tanársegéd, belorvos, ezévi rendelését megkezdte Karlsbadban (Alte Wiese — »Deutsches Haus«).

Angliában 50.000 fontos Marie Curie-alapítványt létesítettek.

Moszkva, Leningrad, Kiew, Odessa, Charkow, Baku, Swerdlowsk, Irkutsk és Chabarowsk városok egészségügyi repülőgépeket kaptak, melyek a környékükön levő oly helységeket keresik fel, ahol nincs orvos, vagy amelyeket valami elemi csapás ért.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Kimutatás az 1935 márc. 31 - ápr. 6-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.	Mb.	Mt.
1. Abaúj-Torna 92.827	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4	3	—	—	—
2. Bács-Bodrog 111.860	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—
3. Baranya 251.131	1	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	15	7	1	—	—
4. Békés 334.130	1	—	—	—	12	—	3	—	—	—	—	—	15	14	—	—	—
5. Bihar 179.115	—	1	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	4	7	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont304.182	1	—	1	—	4	—	2	—	—	—	—	—	11	5	1	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál174.511	—	—	1	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	22	—	—	—
8. Csongrád.....148.191	—	—	—	—	3	1	6	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—
9. Fejér 230.719	1	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	13	2	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony156.241	—	—	—	—	3	—	2	—	1	1	—	—	—	2	—	—	—
11. Hajdú 180.159	1	—	—	—	1	1	3	—	—	—	—	—	110	11	—	—	—
12. Heves 320.921	1	—	—	—	2	—	3	—	1	—	—	—	12	8	—	—	—
13. Jász-Nk.-Szolnok 417.676	2	—	—	—	3	—	4	1	—	—	—	—	5	11	—	—	—
14. Komárom és Esztergom181.173	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—
15. Nógrád és Hont 226.557	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-Kk...1,418.317	5	—	—	—	30	2	32	—	—	—	—	—	167	20	—	—	—
17. Somogy 388.775	—	—	—	—	9	—	3	—	—	—	—	—	13	8	1	—	—
18. Sopron 143.235	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
19. Szabolcs és Ung 410.116	—	—	—	—	7	—	3	—	—	—	—	—	12	13	4	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg154.630	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
21. Tolna 267.560	—	—	—	—	8	—	8	3	—	—	—	—	29	8	—	—	—
22. Vas 274.227	—	—	—	—	6	—	6	—	—	—	—	—	35	9	—	—	—
23. Veszprém 246.093	—	—	—	—	4	—	2	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—
24. Zala 367.564	—	—	1	—	3	—	5	2	—	—	1	—	—	8	2	—	—
25. Zemplén 148.150	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—
I. Baja 29.329	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
II. Budapest 1,027.106	—	—	10	—	47	—	67	—	—	—	—	—	371	8	—	—	—
III. Debrecen 121.326	1	—	—	—	5	1	2	—	—	—	—	—	35	6	—	—	—
IV. Győr 50.844	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely 59.825	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
VI. Kecskemét 80.729	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	20	2	—	—	—
VII. Miskolc 62.597	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—
VIII. Pécs 65.963	—	—	—	—	3	1	1	—	—	—	—	—	71	1	—	—	—
IX. Sopron 36.022	1	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—
X. Szeged 137.479	1	—	—	—	4	—	3	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
XI. Székesfehérvár..... 41.247	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen : 8,840.527	16	1	14	—	191	9	175	6	2	1	1	—	950	205	11	—	—
Előző évben :	31	4	10	—	222	—	226	12	1	2	—	—	610	11	5	—	—

Pályázat.

A vezetésem alatt álló Szeged városi közkórháznál üresedésben lévő három (3) segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A segédorvosi állások javadalmazása a XI. fizetési osztály harmadik fokozatának megfelelő illetmények, továbbá egy bútorozott szobából álló intézeti lakás és I. osztályú élelmezés az önköltségi ár 50%-ának megtérítése mellett.

Orvosi magángyakorlat megengedve nincsen.

Az állásokra való kinevezés háromévi időtartamra szól, mely idő elteltével az alkalmazás pályázat mellőzésével meghosszabbítható.

Felhívom azon nőtlen orvos-doctorokat, kik ezen állások egyikét elnyerni óhajtják, hogy képzettségüket, magyar állampolgárságukat és eddigi működésüket igazoló okmányokkal fel szerelt — Szeged szab. kir. város Főispánjához címzett — folyamodványukat hozzám 1935. évi április hó 30-ik napjának déli 12 órájáig nyujtsák be.

Az állás a kinevezés megtörténte után azonnal elfoglalandó.

Szegeden, 1935. évi április hó 8-án.

Debre Péter dr.
közkórh. igazgató-főorvos.

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

Lapunk mai számához Richter Gedeon vegyészeti gyár r.-t. Budapest, „Ovarium"-ról mellékletét csatoltuk.

PHOSPHOROS
ZAMAKO
Calc. phosph. tribas. tartalmú zabmaláta tápszer
Csukamájolajat nem bíró
gyengecsontú és ideges gyermekek számára
Rendelhető szabadon: Közgyógyszerellátás (O.B.A.), Országos Stefánia Szövetség, Székesfővárosi alkalmazottak, Tüdőgondozó Intézetek, Keresk. Segélyegylet, Bányapénztárak terhére.
Főorvosi engedéllyel: O.T.I., M.A.B.I., MÁV. és Posta terhére. MÁV. terhére üzletvezetőségek útján is kivételezhető.
Mintával és irodalommal szívesen szolgálunk
Krompecher tápszeripari kft. Budapest, V., Nádor-u. 15

AZ ATHENAEUM IRODALMI ÉS NYOMDAI R.-T. NYOMÁSA NYOMDAIGAZGATÓ: WOZNER IGNÁC

79. évfolyam 16. szám Budapest, 1935 április 20

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal
VIII., Üllői-út 26, II. em. Tel.: 31-1-86
Előfizetések postautalványon vagy csekklapon küldendők. A feladóvevényt nyugtául ismerjük el

MEGJELENIK SZOMBATON

Egyes számok kaphatók a kiadóhivatalban 70 fillérért, Magyar Orvosi Archivum számai 2 pengőért

Hirdetések kizárólagos felvétele „Petőfi" irodalmi vállalat Pesti Alfréd Budapest, VII., Kertész-utca 16

Előfizetési díj: Az „Orvosi Hetilap"-ra és Az Orvosi Gyakorlat Kérdéseire együttesen egész évre 26 pengő, 200 čk., 300 dinár, 800 lei, egyéb külföldre 6 dollár vagy a belföldi díjak + portóköltség; félévre ezen összegek fele; negyedévre negyede, egy hóra 2.50 — pengő. A „Magyar Orvosi Archivum" egész évre 10 pengő, 70 čk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

Előfizetések küldendők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámlára. *Csehszlovákiában:* Lucenska Uverna Banca Uc. Spol.-hoz »O. H. betétkönyvére« Lucenec; *Jugoszláviában:* a Somborska Stedionica podruznica Opste Privredne Banka Sombor, »O. H. számlájára.« *Romániában: Borsos Béla dr.*, Arad, vagy Lepage könyvkereskedés Cluj, Str. Matia 1. *Egyéb külföldről:* Géza de Takáts M. D. 122 South Michigan Avenue, Chicago.

GLANDUBOLIN

Izolált tüszőhormon.
A csökkent ovarialis tevékenység fokozására.
10.000, 1000 és 100 egységet tartalmazó ampullák; 1000, 300 és 100 egységet tartalmazó tabletták; 100 egységet tartalmazó suppositoriumok.

GLANDUOVIN FORTE

6 és 10 darab 2 cm³-es ampullát tartalmazó dobozokban.

Ötszörös erősségű petefészek kivonat.
Indicatiók: Genitalis hypoplasia, petefészek kiesési tünetek, a-, oligo-, hypomenorrhoea, chlorosis, anaemia, sterilitas, ovarialis dysfunctiók, dysmenorrhoea és klimakterialis zavarok.

OVAKLIMAN

Brómozott ovarium, papaverin, theobromin és calcium combinatiója. A klimakterium összes zavarainál!
50 tablettát tartalmazó üvegek.

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁR RT. BUDAPEST X.

Polybrom effervescens Dr. Egger



Évtizedek óta a bróm-adagolás megbízható és kedvelt formája!

Melléktünetet nem okoz!

Szénsav-dús kellemes ízű italt szolgáltat!



Az epilepsia kezelését reformálja a

PROMINAL

N-methyl-aethylphenylmalonyl-hugyanyag

Typikus luminalhatás altató hatás nélkül, még magas therapiás adagokban is:
Éveken át tartó alkalmazásnál is jól tűrhető.
A betegek akadálytalanul folytathatják foglalkozásukat.

EREDETI CSOMAGOLÁSOK:
Cső 10 tablettával, üveg 50 tablettával à 0·2 g

»Bayer«
LEVERKUSEN — I. G. WERK

E. MERCK
DARMSTADT

Magyarországi vezérképviselet:

Magyar Pharma Gyógyáru RT.,
Budapest V., Akadémia-u. 3.

Wirth Károly,
Budapest, V., Báthory-u. 16.

79. évfolyam 16. szám Budapest, 1935 április 20

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC ISSEKUTZ BÉLA GORKA SÁNDOR HÜTTL TIVADAR
VÁMOSSY ZOLTÁN POÓR FERENC REUTER KAMILLÓ ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Buday László: A vérnyomás öröklési módja. (427—430. oldal)
Augustin Vince: Statisztikai adatok a systolés vérnyomás öröklésehez. (430—432. oldal)
vitéz Ambrus József: A meningitisre vonatkozó észleletek és gondolatok. (432—435. oldal)
Zoltán László: Idült mandulagyulladás és pajzsmirigy. (435—437. oldal)
Pilau Gusztáv: Keratoma diffusum palmare et plantare symmetricum szemölcsökkel szövődött esete. (437—439. oldal)
Ács Miklós: Adatok az uretersérülésekhez. (440—441. oldal)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (61—64. oldal)
Szira Zoltán: Quincke-oedema a penisen. (442—443. oldal)
Kisfaludy Pál és Forst Ferenc: Rákos betegek gyógyszeres roborálása. (443—444. oldal)
Murányi László: A légutak hurutos megbetegedéseinek gyógyításáról sebészi vonatkozásban. (444—445. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat — Urologia — Bőrgyógyászat. — Fülészet. (446—448. oldal)
Könyvismertetés (448. oldal).
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei (448—453. oldal)
Donhoffer Szilárd: † J. J. R. Macleod. (453. oldal)
Vegyes hírek (453—454. és a borítólap 3. oldalán).

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

A vérnyomás öröklési módja.*

Irta: *Buday László dr.*, tanársegéd.

Hogy valamilyen tulajdonságnak létrejöttében mennyi szerepe van az öröklött alkatnak (genotypus) és mennyi a milieu-nek, ezt a kérdést leginkább az ikrek vizsgálata döntheti el. Az egypetéjű ikrek öröklési anyagát azonosnak tekinthetjük, míg a kétpetéjűeké különböző. Amennyiben a milieuhatást nagyjából egyformának vesszük, a kétpetéjűek eltérése az egypetéjűektől a genotypus különbözőségén fog alapulni. Ha megnézzük valamilyen tulajdonságra nézve az egypetéjű ikrek egyes tagjai közt fennálló átlagos különbséget és ezt viszonyba állítjuk a kétpetéjűekben talált átlagos eltéréssel, minél kisebb ez a hányados, annál nagyobb szerep jut az öröklésnek a tulajdonság alakulásában a milieuvel szemben. *Curtius, v. Verschuer, Zipperlen* adatai szerint az egypetéjű ikrek systolés vérnyomásában az átlagos eltérés 5·1 mm, a kétpetéjűekében 8·4 mm. Ez a különbség, ha nem is látszik túlnagynak, az öröklés szerepét biztossá teszi. *Weitz* egyik egypetéjű ikerpárja azért is érdekes, mert a vérnyomás változása is egyformán folyt le náluk. A két 64 éves nőtestvér egészen különböző külső körülmények között élt; az egyik nehéz munkát végzett, a másik igen könnyű háztartási teendőket; vérnyomásuk azonos szívpanaszok mellett 178 és 182 volt. Három év mulva egyformán panaszmentesek lettek és vérnyomásuk leszállt a normalisra.

Az öröklés jelentősége mellett szól a magas vérnyomásnak és következményeinek (gutaütés, szívelégtelenség) gyakoribb előfordulása egyes családokban. *(Weitz, Nádor-Nikitits, O'Hare, Walker* és *Vickers, Zipperlen* stb.). *Jendrassik* professor is azt tanította, hogy az apoplexia öröklődik. Hasonlót alacsony vérnyomás esetében is észleltek *(Weitz, Strasser* és *Löwenstein). Nádor-Nikitits* érdekes családfája az ikerterheltséget és familiaritást egyformán mutatja. A kifejezetten hypertoniás apának két ikerfia közt (kétségtelen egypetéjű ikrek) 37 éves korában malignus nephrosklerosisban meghal az egyik. A másik félelemből megvizsgáltatja magát. Vérnyomása már nagyobb, a vizeletben fehérje nyoma. Alig több mint egy év után magas vérnyomással, nagyobb maradéknitrogénnel, retinitis albuminurica-val kerül felvételre és hamarosan elpusztul. Az ikrek hat fivére közül négynek a vérnyomása ugyancsak emelkedett volt.

Ami a külső tényezőket illeti, melyek a vérnyomás emelésében szerepet játszhatnak, *Weitz* csak a húst ismeri el fontos tényezőnek. *Saile* mérései szerint a húst nem fogyasztó szerzetesek (kartauziak, trappisták) vérnyomása alacsonyabb mint a húsevőké (bencések, ferencrendiek). *Nádor-Nikitits* hypertoniás betegeinek anamnezisében nem fordult gyakrabban elő a testi, szellemi túlerőltetés, infectio, hús, alkohol, nikotin, kávé, túlságos élvezése, mint más betegeken. Ezzel szemben *Baráth* és *Mirgay* a nagyvárosi élet izgalmainak szerepét hangsúlyozzák a hypertonia létrejöttében.

Ha valamely tulajdonságra vonatkozólag az öröklés jelentősége megállapítást nyert, következő lépés az *öröklési mód* tisztázása. A szerzők legnagyobb része a kórosan fokozott vérnyomás öröklésével foglalkozott, bár nyilvánvaló, hogy normalis és kóros vérnyomást egymástól élesen elválasztani nem lehet. *Weitz* családfáiban olyan gyakran talált magas vérnyomást, vagy valamilyen szív- vagy érrendszerbeli betegséget a szülők között, továbbá a beteg és egészséges gyermekek aránya annyira megközelítette a dominans öröklési módra jellemző 1 : 1 arányt, hogy közelfekvően gondolt arra, hogy hypertonia esetében egyszerűen dominans öröklési typusról van szó. *Allan* megpróbálta tekintetbe venni a hypertonia gyakoriságát az egész népességben és ebből kiszámítani, hogy milyen gyakran várható, hogy a különböző családtagok hasonló bajban szenvedjenek. Összehasonlítva ezeket a számokat a talált értékekkel, lehetségesnek tartja ugyancsak a dominans öröklési módot, bár az a véleménye, hogy szükség van még további adatgyüjtésre.

* Az Országos Természettudományi Tanács támogatásával készült dolgozat.

Weitz az alacsony vérnyomásról is azt gondolja, hogy valószínűleg dominánsan öröklődik. Hivatkozik a saját és *Strasser* és *Löwenstein* szórványos megfigyeléseire.

Az eddigi vizsgálatokból azonban nem derül ki, hogy az alacsony és magas vérnyomás egymással szemben hogyan viselkedik, és nincs adat arra vonatkozólag sem, hogy vajjon azonos jelentőségű-e, ha az apa vagy az anya magas vagy alacsony vérnyomású és hogy nincsenek-e különbségek a gyermekek neme szerint.

A fenti kérdésekre vonatkozólag két anyag állott rendelkezésünkre. Az egyik a klinika tízéves beteganyaga a másik *Csörsz Károly*-nak Tépe biharmegyei községben végzett mérési adatai, melyek átengedéséért itt is hálás köszönetemet fejezem ki. A feldolgozás egyszerűsítésére egyik anyagban sem különítettem el a normalis és nem normalis vérnyomás-értékeket, hanem mindkettőben egyformán alacsony, közepes és magas csoportot állítottam fel. A három érték között önkényes határt kellett vonni és erre a célra legmegfelelőbbnek látszott a quartilok szerinti felosztás. Tekintettel arra, hogy a vérnyomás kor és nem szerint változik, külön figyeltük a férfiak és nők vérnyomását az egyes évtizedekben. Az egy bizonyos évtizedben előforduló összes eset számából lehasítottuk az első és utolsó negyedet és néztük, hogy milyen vérnyomás alá esik az első és fölé az utolsó. Az első érték alá esőket neveztük alacsonynak, a második fölé esőket magasnak, a kettő közé jutott a közepes (normalis) vérnyomás (az esetek fele). Az így nyert quartil-határokat és az anyag (8805 eset) részletes feldolgozási módját *Augustin* cikke hozza. Ezekből kiderült, hogy ha csak az egyik szülő halálokára voltunk tekintettel, akkor is az apoplexiában, szívszélhüdésben, érelmeszesedésben, vese- vagy cukorbajban elhaltak gyermekei között az átlagosnál (25%) több volt a magasabb vérnyomású, viszont a tuberculosisban és gyomorbajban meghaltak gyermekei között az alacsony vérnyomású. A rákos szülők gyermekei leggyakrabban közepes vérnyomásúak voltak. Hátra volt most még, hogy a másik szülő betegségére is tekintettel legyünk. Ebben az összeállításban közepes vérnyomásúnak vettük a szülőt ha rákban halt meg, magas vérnyomásúnak, ha a fent részletezett keringési-, vese- vagy cukorbajban szenvedett és alacsony vérnyomásúnak, ha tuberculosisa vagy gyomorbaja volt. Sajnos, még így is csak kis esetszámok állottak rendelkezésünkre és ezért nagy segítségül szolgált a *Csörsz Károly*-tól rendelkezésre bocsátott anyag.

Csörsz 1927-ben számolt be Tépe 1100 lelket kitevő biharmegyei községben végzett örökléstani vizsgálatairól. A falu anyakönyveit 1751-től feldolgozta, úgyhogy az igen nagy munkával elrendezett cédulakatalógusból könnyű szerrel össze lehetett állítani 93 családfát, ahol két, itt-ott három generációból voltak vérnyomásadatok. A szülők és gyermekek vérnyomásának megítélésére itt is a quartilhatárokat alkalmaztam, melyeket az összes (800) vérnyomás-adat szolgáltatott. A tépei anyag, szemben a klinikaival, egészséges egyénekből állott és annál értékesebb eredménynek tűnt fel, hogy az eredmények nagyjában hasonlók voltak, jeléül annak, hogy ép és kóros vérnyomás között éles határ, azaz lényegbevágó különbség nincs.

Összevonva a klinikai és tépei anyagot és nem választva szét a gyermekeket nemek szerint, a szülők vérnyomásának különbözősége szerint az eloszlás a különböző vérnyomáscsoportokban a következő volt. A számok az esetek számát jelentik (l. táblázat).

Az összeállításból látható, hogy ha alacsony és magas vérnyomás találkozik a szülőkben, a gyermekekben egyik sem dominál a másik felett különösebben (kissé talán az apa alacsony vérnyomása). Más a helyzet, ha az egyik szülő közepes vérnyomású. Ilyenkor az anya magas vérnyomása erősen dominál az apa közepes vérnyomásával

Apa vérnyomása	Anya vérnyomása	Gyermek vérnyomása		
		alacsony	közepes	magas
magas	alacsony	22	33	24
alacsony	magas	18	26	11
magas	közepes	15	50	16
közepes	magas	6	32	30
alacsony	közepes	13	32	4
közepes	alacsony	7	16	9

szemben, de az apa magas vérnyomása nem dominál az anya közepes vérnyomásával szemben. Az alacsony vérnyomásra vonatkozólag ellenkezőleg áll a dolog. Ha az apa alacsony vérnyomású, az anya közepes, a gyermekek között kevés magas vérnyomású lesz, több alacsony vérnyomású. Ha azonban az anya alacsonyabb vérnyomású és az apa közepes, az eloszlás az átlagosnak felel meg.

A legfeltűnőbb eredmény a fentiek szerint az, hogy a magas vérnyomást a gyermek inkább kapja az anyjától, mint az apjától, (úgy a fiú, mint a lány), az alacsony vérnyomást pedig inkább az apjától (a részletekből az látszik, hogy elsősorban a fiú). Ezt meg lehetne magyarázni azzal a felvétellel, hogy a magas vérnyomású anya több magas tényezőt tartalmaz, mint a magas vérnyomású apa. Ez leginkább akkor volna érthető, ha a nemi chromosoma is tartalmazna vérnyomás-gént. Tudvalevőleg a nemi chromosoma nőben két egyforma részből áll (X X), míg férfiban két különbözőből (X Y), vagy talán az Y hiányzik is. Igy a magas vérnyomásra disponaló gén nőben előfordulhat homozygota formában (mindkét fél tartalmazza), férfiban csak heterozygota-alakban. A vérnyomás milyensége azonban nem függhet csak a nemi chromosomától. Egész kétségtelen a családfák alapján, hogy a magas vérnyomás apáról öröklődhetik fiúra ; apának és fiúnak közös X-chromosomája pedig nincs. *Lenz* óta általánosan elfogadott a nézet, hogy a normalis tulajdonságok több génpártól függnek (polymeria). A vérnyomásra vonatkozólag is fel kell vennünk tényczőket az autosomákban. Ha A jelenti az alacsony, A1 a magas tényezőt az autosomában, X az alacsony és X1 a magas tényezőt a nemi chromosomában, akkor a hypertoniás anya képlete $\frac{A_1\ A_1}{X_1\ X_1}$, míg a hypertoniás apáé $\frac{A_1\ A_1}{X_1\ Y}$ lehet. A közepes vérnyomású apát és anyát legtermészetesebben teljesen heterozygota intermediär alaknak foghatjuk fel, ahol a magas és alacsony tényezők egyensúlyban vannak : $\frac{A_1\ A}{X_1\ X}$ és $\frac{A_1\ A}{X_1\ Y}$. Igy ha magas vérnyomású anya és közepes vérnyomású apa kerül össze, több, magas apa és közepes anya esetében a sema szerint és valóban is kevesebb magasabb vérnyomású utód születik. Az alacsony vérnyomásra vonatkozólag pedig valószínű, hogy az apa gyakrabban teljesen homozygota az alacsony tényezőket illetőleg $\frac{A\ A,}{(X\ Y)}$ mint az anya.

Ha elvégezzük a fenti képletekkel a lehetséges génkombinációkat és megnézzük, hogy a nyert arányok egyeznek-e a találtakkal, úgy több eltérést fogunk találni. Magas-alacsony kombináció esetében főleg közbülső alakoknak kellene keletkezniök, valóságban azonban erősen képviselve vannak úgy a magas, mint alacsony értékek. Ez azonban az általános örökléstanból is ismeretes, hogy ha az egyik tulajdonság nem dominál a másik felett, hanem mindkettő hatása érvényre jut (intermediär öröklési typus), a közti alak nem ritkán igen nagy variabilitást mutat, sőt egyes alakok az egyik, mások a másik szülői tulajdonsághoz hasonlíthatnak (tökéletlen dominancia esete). A vérnyomás öröklésére vonatkozólag ugyanez áll. Itt a szülőhöz való hasonlóságot az azonos neműség elősegíti, amelyről később még szó lesz. Az eltérések többi része is ezzel áll összefüggésben és határozott rendszert mutat.

A számítás szerint pl. alacsony vérnyomású anyának közepes vérnyomású apával kötött házasságából elméletileg sok alacsony vérnyomású fiúnak kellene születnie. A tépei családfák határozottan ellene látszanak mondani ennek. Ugyanígy az alacsony vérnyomású apának is kevesebb ilyen leánya van, mint várható volna, magas vérnyomásúnak pedig kevesebb magasabb vérnyomású, mint kellene. Az egyirányú eltérések külön törvényszerűség mellett szól-

nak, mely a fentivel (hogy a magas vérnyomás inkább anyáról, az alacsonyabb inkább apáról öröklődik) szövődik. Míg az utóbbi nem mutat correlatiót azonos nemek között, (hiszen a magas vérnyomású anyának sok hypertoniás fia is van) addig az első meg kell hogy nyilatkozzék a correlatiós coefficiensben.

A correlatiós coefficiens — 1-től + 1-ig terjedő szám, mely megmondja, hogy kapcsolat van-e bizonyos jelenségek között. Ha nincsen, akkor a coefficiens (r) = 0. Ha positiv a correlatio, (tehát az egyik növekedtével a másik is nő és fordítva), a mi esetünkben pl. ha a magas vérnyomású apának több magas vérnyomású fia van és az alacsonynak több alacsony, akkor 0 és + 1 közé eső tizedestörtet kapunk. Ha a correlatio ellentétes (az egyik emelkedésével a másik csökken), akkor a coeff. negativ értéket ad.

A coefficiens kiszámítható volt, úgy a klinikai, mint a tépei anyagra. A klinikaiban az apoplexiában elhalt szülőket tekintettem magas vérnyomásúaknak, a tuberculosisban elhaltakat pedig alacsony vérnyomásúaknak. Erre az anyagra a Bravais-formulának alternativ variabilitás (magas vagy alacsony) esetére alkalmazandó képletét használtuk. A tépei anyagban minden szülőnek is meg volt a vérnyomás értéke, itt tehát alkalmazható volt a Bravais-formula fluktuáló variabilitás esetére (mindenféle varians alacsonytól magasig). Itt azonban ki kellett küszöbölni a nem és kor okozta különbséget. Ez úgy vált lehetségessé, hogy minden vérnyomásértéket reducaltunk 21—30 éves férfi vérnyomására. Az egyes évtizedeknek megfelelő középértékeket t. i. elosztottuk a fenti kor középértékével és azután minden egyes 21—30 fölötti vérnyomásértéket elosztottunk ezzel az illető kornak megfelelő quotienssel.

A correlatiós coefficiensek viselkedését alábbi táblázat tartalmazza :

	apa és fiú	apa és lány	anya és fiú	anya és lány
klinikai anyag	+ 0·17	+ 0·03	+ 0·04	+ 0·19
tépei anyag .	+ 0·10	— 0·03	+ 0·05	+ 0·12

A táblázatból nyilvánvaló, hogy azonos nemen belül a correlatio nagyobb, bár a coefficiensek általában kicsik.

Hogy az azonos neműség bizonyos fokig elősegíti a vérnyomás öröklését, ez a klinikai anyagból a hypertoniás betegségekre vonatkozólag szépen demonstrálható sok eset alapján, ha nem vagyunk tekintettel a másik szülő betegségére. Ez a használható esetek számát rendkívül megnöveli. Az alábbi táblázat azt mutatja, hogy hogyan viselkedik a gyermekek vérnyomása, ha valamelyik szülő agyvérzésben halt meg :

	Apa meghalt agyvérzésben			
	alacsony	közepes	magas	
fiúk vérnyomása	61	105	88	esetben
lányok vérnyomása	58	94	54	«

	Anya meghalt agyvérzésben			
	alacsony	közepes	magas	
fiúk vérnyomása	29	51	28	esetben
lányok vérnyomása ..	27	66	54	«

A táblázatból az látszik, hogy ha az apa halt meg agyvérzésben, a fiúk között volt több a magasabb vérnyomású, ha pedig az anya, úgy a lányok között. A többi magas vérnyomással járó betegségben elhaltak utódaira általában szintén megtalálható ez a viszony, úgy hogy ha összevonjuk az agyvérzés, szívszélhüdés, érelmeszesedés, cukorbaj, vesebaj, szívbajban elhaltakat, az összesített eredmény a következő lesz :

	Apa meghalt hypertoniás betegségben			
	alacsony	közepes	magas	
fiúk vérnyomása	134	350	217	esetben
lányok vérnyomása ..	150	310	185	«

	Anya meghalt hypertoniás betegségben			
	alacsony	közepes	magas	
fiúk vérnyomása	90	196	112	esetben
lányok vérnyomása ..	93	236	149	«

Az összeállításból az látszik, hogy bár minden csoportban a magas vérnyomás többségben van, az apák fiai és az anyák lányai között lényegesen több a magas vérnyomású, mint az apák lányai és az anyák fiai között.

A tuberculosisra vonatkozólag, ha nem is annyira kifejezetten, hasonló eltérés található. Minden csoportban az alacsony vérnyomás nagyobb számmal van képviselve, mint a magas, de az alacsony és magas vérnyomás aránya legnagyobb az apák fiainál, azután az anyák lányainál, kisebb az apák lányainál és anyák fiainál :

	Apa meghalt tuberculosisban			
	alacsony	közepes	magas	
fiúk vérnyomása	56	118	36	esetben
lányok vérnyomása ..	52	105	43	«

	Anya meghalt tuberculosisban			
	alacsony	közepes	magas	
fiúk vérnyomása	53	77	44	esetben
lányok vérnyomása ..	44	75	33	«

A többi betegség vagy csak kis számmal szerepel vagy nem mutat különösebb törvényszerűséget. Ezért csak a rákban meghalt szülők gyermekeire vonatkozó eredményeket közöljük, melyekben feltűnő az eloszlás egyenletes volta.

	Apa meghalt rákban			
	alacsony	közepes	magas	
fiúk vérnyomása	32	63	29	esetben
lányok vérnyomása ..	31	74	33	«

	Anya meghalt rákban			
	alacsony	közepes	magas	
fiúk vérnyomása	42	98	42	esetben
lányok vérnyomása ..	39	110	38	«

Az azonosneműség jelentősége a vérnyomás öröklésében a hypertoniás csoportban mathematikailag is igazolható. Hogy azonban a hibaszámítást alkalmazni lehessen, az anyagot kissé át kellett rendezni. A hibaszámítást ugyanis a hármas beosztásra (alacsony, közepes, magas) alkalmazni nem lehet, csak alternativ variabilitás esetében (alacsony vagy magas). Ezért a legsűrűbb értéket minden korosztályban határnak vettük ; az e fölé eső értékeket magasaknak, az ez alá esőket alacsonyaknak tekintettük. A legsűrűbb értéket képviselő számra jutó eseteket elhagytuk. Az alacsony és magas vérnyomású gyermekek %-os eloszlása a következő volt :

	Apa meghalt hypertoniás betegségben	
	alacsony	magas
fiúk vérnyomása	43·7 %	56·3 %
lányok vérnyomása ..	46·7 %	53·3 %

	Anya meghalt hypertoniás betegségben	
	alacsony	magas
fiúk vérnyomása	48·1 %	51·9 %
lányok vérnyomása ..	36·3 %	63·7 %

Tekintetbe véve az esetek számát, mathematikailag igazolható, hogy a hypertoniás anyák lányai és fiai között a magas vérnyomás %-os arányában fennálló különbség reális, t. i. ez a szám (11·8) nagyobb, mint a különbség valószínű hibájának háromszorosa (8·3). Ugyanez áll a hypertoniás apák és hypertoniás anyák magas vérnyomású lányaira vonatkozólag is. A különbség a %-os arányban (10·4) itt is nagyobb mint a valószínű hiba háromszorosa (7·0). Ezen arányok mellett a kapott különbségeknek hitelt lehet adni.

Az örökléstanban aránylag kevéssé ismeretes a fentihez hasonló törvényszerűség, hogy az azonos neműség az öröklést elősegítse. A szellemi képességek öröklésében

találtak nagy hasonlóságot anya és lánya között és megemlítésre méltó az osztrák rheumastatisztikának megállapítása (*Freund* közlése), mely szerint a rheumás nőbetegek apja ritkábban volt beteg, mint a rheumás férfibetegeké, viszont a rheumás nőbetegek anyja gyakrabban szenvedett rheumatismusban, mint a férfiaké.

Ha felvetjük a kérdést, hogy ez a második törvényszerűség, hogy az azonos neműség mint elősegítő tényező hat, hogyan valósulhat meg a fenti öröklési sémában, úgy legkézenfekvőbbnek kínálkozik az a feltevés, hogy azok a génkombinációk, melyek nem teljesen homozygoták, hanem az egyik génpár szempontjából heterozygoták, csak a szülő és gyermek azonos neműsége esetében érvényesülnek megfelelő irányban. Igy az $\frac{A}{X_I}\,\frac{A}{X}$ képletű nő és az $\frac{A}{X_I}\,\frac{A}{Y}$ képletű férfi csak akkor, vagy többnyire akkor lesz alacsony vérnyomású, ha az elsőnek az anyja, a másodiknak az apja is alacsony vérnyomású volt. Az $\frac{A_I}{X_I}\,\frac{A}{X_I}$ képletű nő pedig csak akkor magas vérnyomású, ha az anya hypertoniás volt. Ha az apa volt magas vérnyomású, a lány vérnyomása közepes lesz, vagy talán magas-közepes. Ezzel a felvétellel a számított és talált értékek között durva eltérés alig adódik. Mindezeknek a törvényszerűségeknek a megerősítése még további vizsgálatot kíván, mely folyamatban is van. Ott kerül majd ismertetésre a részletes eloszlás nemek szerint és a lehetséges számított kombinációk ismertetése is, mely itt hosszadalmas volna és melyet az anyag aránylag kicsi volta nem is igen érdemel meg.

Összefoglalólag azt mondhatjuk, hogy a vérnyomás öröklésében két törvényszerűség fennállása valószínű. Az egyik az, hogy a magas vérnyomást inkább örökli az anyjától úgy a fiú mint a lány, mint az apjától, az alacsonyvérnyomást pedig inkább az apjától, elsősorban a fiú. A lányokra vonatkozólag itt elegendő adatunk még nincs. Mindezek a hatások akkor érvényesülnek elsősorban, ha a másik szülő vérnyomása közepes. Ha az egyik szülő vérnyomása alacsony, a másiké magas, intermediaer öröklési typus jön létre, igen nagy variabilitással, illetőleg tökéletlen dominanciát mutatva (a gyermekek között számos magas és alacsony vérnyomású is található, nagyjából azonos arányban). A másik törvényszerűség pedig abban áll, hogy az azonos neműség bizonyos fokig elősegíti a vérnyomás öröklését, tehát a fiúk viselkedésükben inkább az apjukhoz, a lányok inkább az anyjukhoz hasonlítanak. A talált eredmények legnagyobbrészt megmagyarázhatók volnának azzal a felvétellel, hogy a vérnyomás milyensége legalább két génpártól függ, melyek egyike az X-chromosoma volna és hogy azok a génkombinációk, melyekben az egyik chromosoma heterozygota, csak a szülő és gyermek azonos neműsége esetében érvényesülnek megfelelő irányban.

Irodalom: *Allan*: Arch. of int. med. 52, 944. 1933. — *Augustin*: O. H. 1935. — *Baráth* és *Mirgay*: Wiener Arch. inn. Med. 25, 221, 1934. — *Curtius*: l. *Verschuer*. — *Csörsz*: A debreceni Tisza István Tud. Társ. II. oszt. munkái. 1926, II., 3. — *Freund*: Acta rheumatologica. Anno VI. 22. 1934. — *Lenz*: l. *Verschuer*. — *Nádor—Nikitits*: Arch. des maladies du coeur etc. 18, 582, 1925. — *O'Hare, Walker* és *Vickers*: Journ. of the amer. med. assos. 83, 27, 1924. — *Saile*: l. *Weitz*. — *Strasser* és *Löwenstein*: Wien. Arch. 17, 403, 1929. — *v. Verschuer*: Erbpath. 1934. — *Weitz*: Z. f. klin. Med. 96, 151, 1923. u. o. 101, 115, 1925. XLI. Kongr. f. inn. Med. 1929. D. m. W. 1934. 1280, — *Zipperlen*: Z. f. Konstitutionslehre. 16, 93.

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 I. belklinikájának közleménye (igazgató: Herzog Ferenc ny. r. tanár).

Statisztikai adatok a systolés vérnyomás öröklésehez.*

Irta: *Augustin Vince dr.*

A systolés vérnyomás magasságát több exogén és endogén factor határozza meg. Az utóbbira legjobban alkattani és örökléstani vizsgálatok alapján következtethetünk. Régi gyakorlati tapasztalat, hogy bizonyos családokban szív- és véredénybetegségek és magasabb vérnyomás gyakrabban fordulnak elő, de pontos vizsgálatokat a vérnyomás magasságának öröklésérőI aránylag kevesen végeztek. *Zipperlen* hypertoniás, primaer és secundaer zsugorvesés betegei szüleinek 53%-a halt meg agyvérzésben. *Weitz* 82 hypertoniás egyén családfáját vizsgálta át és 78·6%-ban talált a szülőknél szív- és keringési betegségre utaló halálokot, míg 267 nem hypertoniás controll betegénél csupán 30·3%-ban. *Weitz* ezen az alapon a hypertoniát az esetek legnagyobb részében dominánsan öröklődő betegségnek tartja. Rajtuk kívül még többen, — leginkább amerikaiak — magyar részről főleg *Nádor-Nikitits* foglalkoztak a hypertonia családi előfordulásával. Ő is *O. Müller*-rel és *Zipperlen*-nel megegyezőleg saját vizsgálatai alapján is az essentialis hypertonia, az arteriosclerosis és nephrosclerosis közös alkati alapja mellett foglal állást.

Az alkati hypotonia tüneteiben és kóroktanában kevésbbé ismert betegség. *Strasser* és *Löwenstein* ezt is familiarisan találták és *Weitz* az essentialis hypotoniára nézve is domináns öröklési módot vesz fel.

Mi vizsgálatainkban az I. sz. Belklinikán 1923 és 1932 közt feküdt beteganyagot dolgoztuk fel vérnyomás-örökléstani szempontból, megfigyelve azt, hogy milyen összefüggés mutatkozik a szülők haláloka és a betegek vérnyomása közt. Halálokul a betegek által bemondott adatokat vettük. Feltételezve azt, hogy a szív- és keringési rendszer betegségeiben elhaltak vérnyomása a normalisnál magasabb, tuberculosisban, gyomorbajban, végelgyengülésben, rákban elhaltak vérnyomása normalis vagy a normalisnál alacsonyabb, feldolgoztuk az összes, gyakrabban előforduló halálokokat, hogy necsak a magasabb, hanem a normalis és alacsonyabb vérnyomás öröklésére is kapjunk adatokat.

A betegek vérnyomását klinikánkon fekve, Riva-Rocci-Recklinghausen-készülékkel mérjük, *Korotkov* szerint az arteria brachialison hallgatódzással. Értékeinket higanymilliméterben adjuk meg.

Az értékek összehasonlítására az egyszerű középértékek nem megfelelők, ezért célszerűbbnek látszott betegeinket normalis (közepes), alacsonyabb és magasabb vérnyomású csoportokba osztani. Első pillanatra nehéz feladatnak látszott, hogy mit nevezzünk közepes, alacsony és magasabb vérnyomásnak, mert a vérnyomásértékek minden korban többé-kevésbbé széles variatiós görbét adnak, melyből egyes különálló csoportokat kiszakítani nem lehet. Azok a tetszőleges határok, melyeket az irodalomban leírnak, elsősorban a magasabb vérnyomás elkülönítésére szolgálnak, de a kor- és nembeli különbségeket nem veszik kellően figyelembe. *Volhard* határa, mely 140 mm felett enyhe vérnyomásemelkedésről beszél, túlságosan sematikus, mert biztos, hogy 140 mm feletti vérnyomás magas egy 30 éves nőben, de normalis a hatvanas években. *Peters* sémája már tekintettel van a korral kapcsolatos emelkedésre, mert egy mathematikai formulát hoz, melyben a kor is szerepel, de a vérnyomás nem emelkedik mathematikai függvényéhez hasonlóan egyenletesen. Ugyanez a hibája a biztosító társa-

* Az Országos Természettudományi Tanács támogatásával készült dolgozat.

ságok formuláinak is, melyek azonkívül — főleg a nőkre vonatkozólag — túl alacsony normákkal dolgoznak. Az irodalombani hasztalan keresés indított arra minket, hogy saját anyagunkból állapítsuk meg a határokat, tekintetbe véve a vérnyomás korral történő jellemző emelkedését és azt, hogy a nők vérnyomása a 35. év körül elhagyja a férfiakét *(Csomay* és *Wallner)*.

Legmegfelelőbbnek látszott a vérnyomáshatárok megállapítására az egész anyagot *Galton* szerint quartilokra felosztani. Ezen célból az egész anyagot 5—5 higanymilliméterenként csoportosítva, a nemek és életkor-évtizedek szerint külön-külön summatiós görbékbe rajzoltuk fel. Az egy-egy görbébe eső esetek számát megszámolva, az, anyag alsó 25 %-át alacsonyabb vérnyomásúnak, a 75 %-on felül esőket pedig magasabb vérnyomásúnak vettük. A középső esetek — melyek az egész anyag 50 %-át teszik ki — adják a normalis (közepes) vérnyomást. A határok megállapítása a summatiós görbékből graphikailag történt.

Az alábbi táblázat mutatja az anyagunkon kapott quartil-határokat. (A határértékeket mindig az illető csoportba kell beleszámítani.)

Férfiak

kor	alacsony	közepes	magas
21—30	—105	110—125	130— mmHg
31—40	—105	110—125	130— mmHg
41—50	—110	115—135	140— mmHg
51—60	—115	120—150	155— mmHg
61—70	—120	125—155	160— mmHg

Nők

kor	alacsony	közepes	magas
21—30	—100	105—120	125— mmHg
31—40	—105	110—130	135— mmHg
41—50	—115	120—145	150— mmHg
51—60	—125	130—165	170— mmHg
61—70	—130	135—175	180— mmHg

A táblázatból látható, hogy a nők vérnyomása a fiatalkorban a férfiakénál kissé alacsonyabb, de a 41. és 50. évek közt elhagyja azt és hogy a 61—70 éves korban a férfiakban a 160, a nőkben csak a 180 mmHg feletti vérnyomást nevezhettük magasnak.

Mivel a vérnyomásértékeket 5—5 higanymilliméterenként csoportosítottuk, az anyag eloszlása nem volt egészen egyenletes, mert a graphikailag kiszámított értékektől (a kötött csoportok miatt) a felvett határok positiv vagy negati ivrányban kismértékben eltolódtak. Összegezve azonban az egyes értékeket, mint az az alábbi táblázatból látható, ezek a kis eltérések kiegyenlítik egymást. 8805 betegünk eloszlása a fenti határok szerint a következő :

Férfiak közt

kor	alacsony vérnyomású	közepes vérnyomású	magas vérnyomású
21—30	205	518	173
31—40	248	496	250
41—50	339	538	351
51—60	249	540	262
61—70	158	316	161
Összesen :	1199	2408	1217
Százalékban:	24·8 %	50 %	25·2 %

A szülők haláloka szerint a feldolgozás úgy történt, hogy mindig csak az egyik szülő betegségét figyelembe véve, megállapítottuk, hogy a beteg nemének és korának megfelelőleg az alacsony, a közepes, vagy a magasabb vérnyomáscsoportba tartozik-e? A végén a korosztályokat összegeztük és az absolut számokból százalékot számítottunk. Ha az alacsony vagy magas csoportban a 25 %-tól lényeges eltérés mutatkozik, az annak a csoportnak az alacsonyabb vagy magasabb vérnyomás irányában való terheltségét mutatja. Mindkét szülő betegségét együtt nem tudtuk figyelembe venni, mert így anyagunk oly kis csoportokra forgácsolódott, melyek alig voltak értékelhetők.

Nők közt

kor	alacsony vérnyomású	közepes vérnyomású	magas vérnyomású
21—30	187	496	214
31—40	207	529	199
41—50	224	433	253
51—60	223	407	207
61—70	101	208	102
Összesen :	933	2073	975
Százalékban:	23·4 %	52·1 %	24·5 %

Az alábbi táblázat az utódok vérnyomását mutatja a szülőknél leggyakrabban előforduló halálokok szerint csoportosítva. Itt nem választottuk külön az apa és az anya betegségét, hanem csak azt néztük, ha az egyik vagy másik szülő bizonyos betegségben elhalt, mily arányban fordulnak elő az utódok közt a koruknak és nemüknek megfelelő közepes és a közepes vérnyomásnál alacsonyabb és magasabb vérnyomású egyedek.

A szülők haláloka :	esetek száma	A gyermekek között a különböző vérnyomás százalékokban alacsony	közepes	magas
összesített beteganyag	8805	24·2	50·9	24·9
cukorbaj	159	20·8	44·0	35.2
vesebaj	224	17·9	47·3	34·8
szívbaj	634	21·5	47·0	31·0
agyvérzés	705	24·8	44·8	30·4
szívszélhűdés, hirtelen halál	330	19·1	51·0	30·0
érelmeszesedés	259	20·4	51·8	27·8
végelgyengülés	917	27·1	46·5	26·4
tüdőgyulladás	674	23·3	50·5	26·2
rák	631	22·8	54·7	22·5
tuberculosis	736	27·9	51·0	21·2
gyomorbaj	181	28·2	51·4	20·4

A táblázatból látható, hogy cukorbajban, a szív- és érrendszer és a vese betegségeiben elhalt szülők gyermekei közt több volt a magasabb vérnyomású és kevesebb átlagban az alacsonyabb, mint az egész beteganyagban. Ezzel szemben tuberculosisban (főleg tüdőtuberculosisban) és gyomorbajban elhaltak utódai közt az alacsonyabb vérnyomás volt gyakoribb és a magas ritkább az átlagnál. Ezek alapján, mivel ismeretes, hogy az előbbi csoportba tartozó betegségek gyakran magasabb, az utóbbi csoportba tartozó betegségek általában alacsonyabb vérnyomással járnak, mondhatjuk, hogy az utódok egy része örökli szülőinek úgy a magasabb, mint az alacsonyabb vérnyomását. Azon betegségekben, hol a szülőknél sem volt feltételezhető az átlagostól eltérő vérnyomás, így végelgyengülésben és tüdőgyulladásban elhaltaknál, az utódok vérnyomása is megfelel az átlagos eloszlásnak. A rákban elhaltak gyermekeinél sincs egyik véglet sem erősebben képviselve, sőt feltűnő az esetek kis szóródása : a közepes csoportban a szélső értékek rovására az átlagosnál is több eset fordul elő (54·7 %). Mint ismeretes, rákos betegek hypertoniára nem hajlamosak *(Gigon, Perémy)*, sőt vérnyomásuk az átlagosnál alacsonyabb. Azonban ez a hypotonia a betegség következménye is lehet, mert a betegek vérnyomását a rák fejlődése előtti időből nem ismerjük. *Benedetti* konstitucios vizsgálataiban azt találta, hogy a rákos betegek alkati szempontból nem tartoznak valamelyik véglethez,

hanem normalis vagy paranormalis typusúaknak tekinthetők. Ha szabad az utódok vérnyomásáról a szülőkére következtetni, azt kell feltételeznünk, hogy a rákban később megbetegedettek vérnyomása — alkatukhoz hasonlóan — általában az átlagos körül mozog.

Összefoglalás : Az agyvérzésben, szívszélhűdésben, hirtelen halállal, érelmeszesedésben, cukor- és vesebajban elhaltak utódai közt az átlagosnál gyakrabban fordul elő a magasabb vérnyomás, míg a tuberculosisban és gyomorbajban meghaltak utódainál gyakoribb az átlagosnál alacsonyabb vérnyomás. Rákban, végelgyengülésben és tüdőgyulladásban elhunytak gyermekei közt sem az alacsony, sem a magas vérnyomás nincs erősebben képviselve. Rákos betegségben elhaltak utódai közt van a legtöbb közepes vérnyomás.

Irodalom : *Benedetti :* Z. f. Konst. lehre *16*, 261, 1932. — *Csomay* és *Wallner :* Bpesti Orv. Ujság 1934, 43. sz. — *Gigon :* Kongrzbl. f. d. ges. inn. Med. *20*. 420, 1921. — *Müller-Parrisius :* Die Blutdruckkrankheit. 1932. Enke. Stuttg. — *Nádor—Nikitits :* Arch. des maladies du coeur etc. 1925, 583. — *Perémy :* O. H. 1930, 44. sz. — *Peters :* M. m. W. 1925, 503. — *Strasser* és *Löwenstein :* Wien. Arch. f. inn. Med. *17*, 463, 1929. — *Volhard :* l. *Lipmann :* D. m. W. 1918, 907. — *Weitz :* Z. f. kl. Med. *96*, 151, 1923.— *Weitz :* D. m. W. : 1934, 1280. — *Zipperlen :* Z. f. Konst. lehre *16*, 1932.

A Tisza István Tudományegyetem belklinikájának közleménye (igazgató : Fornet Béla ny. r. tanár).

A meningitisre vonatkozó észleletek és gondolatok.

Irta : *vitéz Ambrus József dr.* egyet. magántanár.

1. Az O. H. 1933. 39. sz. és 1934. 4. számban ismertetett reactiót nem szabad erős fény- vagy hőforrás közelében beállítani, mert e két tényező valamelyikének, esetleg a kettő együttes hatására, a képződött csapadék gyorsan ülepszik mind a nem meningitises, mind a meningitises liquort tartalmazó csövekben. Erre az észleletre fényképezés közben jöttünk rá. (A fényforrás 100-as villanyégő volt, mely $^3/_4$ m távolságban állott a kémcsőállványtól.) Minthogy a kiképződött csapadék láng felett történő felmelegítéskor inkább a folyadékfelszín irányába emelkedik, arra kell gondolnunk, hogy itt valamilyen *fényhatásról* van szó, melynek mibenlétéről véleményt egyelőre nem nyilvánítunk.

2. A próba rendkívüli érzékenységére jellemző, hogy vele a liquorhoz keveredett olyan kis vérsavómennyiségek is kimutathatók, amilyenek globulin- cs colloidreactiók segítségével fel sem ismerhetők. Különösen ú. n. negativ liquorokban lehet ezt jól figyelemmel kísérni. Természetesen nem a plexus venosus sérülése folytán bevérzett liquorokról van szó, hanem olyanokról, amelyekbe csak egész kevés vér került a bőr szúrási csatornájából. A kiképződött csapadék mennyisége és minősége az ilyen liquorban, jól láthatóan ugyanolyan mint a vért nyomokban sem tartalmazóban, azonban, a csapadék nem adsorbeálódik a felszínen, hanem lassan ülepedik.

3. Állás közben a kaliszappan colloidlabilitása növekszik, ezért csak kis mennyiségeket tartsunk készletben. (Rp. sapo kalini purissimi *1·0*, aquae dest. ad *50·0*.) Elméleti elgondolás alapján, kevés gummi arabicum hozzáadásával a colloidstabilitást növelni lehetne. *

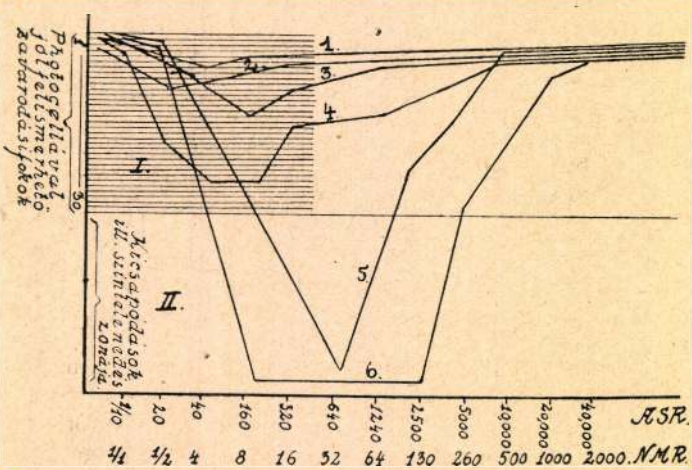
4. A más-más gyógyszertárakból beszerzett kaliszappanok colloidlabilitása között lényeges különbségek vannak. Hasonló viszonyokkal találkozunk tehát, mint a mastix- és benzoegyantáknál.

* A közlemény írásakor vizsgálatokat és kísérleteket nem végezhettem.

5. Az előző közleményekben ismertetett elkülönítő kórjelzéseken kívül legutóbb megállapítást nyert az, hogy e reactio révén a *lues cerebrospinalisos* és a *paralysises* liquor is egymástól biztosan elkülöníthető.

6. Egy igen magas lázzal járó, purulens meningitises kisdednek a vérképe állandó leukopeniát és absolut lymphocytosist mutatott. Sectiója alkalmával látható volt, hogy az egész agy- és gerincvelő ½—1 cm vastag, megalvadt genysejtpáncélba volt burkolva. A vérképet ezek alapján úgy értelmezhetjük, hogy a leukopenia azért következett be, mert a leukocyták mind a lobos agyburkok irányába vándoroltak ki, ennélfogva : szervezeten belőli, leukocytás elvérzésnek is nevezhetnénk ezt az állapotot. Az agranulocytás vérképek tehát ilyen okokból is létrejöhetnek.

7. A meningitis liquorral szemben külön csoportot alkotnak az ú. n. *negativ* liquorok (l. *Orvosképzés* 1934. 1. sz. 92. old.). Ebbe a csoportba sorolhatjuk a subnormalis, a normalis és az ú. n. meningismusos liquorokat. Jelenlegi megjelölésük : a »± vagy + (egy kereszt) a globulin-reactiók erőssége«, vagy ennek megfelelő »kisfokú zavarodás — elszíntelenedés a colloid-reactiókban« — nézetem szerint teljesen elégtelen és kezdetleges megjelölési mód. Ugyanis az emberi szem alig tud biztonsággal két-háromféle zavarodási foknál többet elkülöníteni vagy ilyenre visszaemlékezni, azért fel is hagytam az ilyenforma megjelölésekkel. Arra gondoltam, hogy a pontosabb megítélés és a subjectiv hibák kiküszöbölése céljából mérésre a *fényelektromos* hatást kellene felhasználni. A debreceni egyetemi physikai intézetben, elgondolásaim alapján *Szabó* és *Piroth* tanársegéd urak berendezést rögtönöztek, melynek alapelve az volt, hogy állandó fényforrás mellett a vizsgált folyadék fényelnyelő képességét photocellával, illetve annak áramkörébe kapcsolt érzékeny galvanometerrel mérjük. * A zavarodás foka, illetve a fényelnyelőképesség fordítottan arányos a galvanometer tűjének kitérésével. Ez az eljárás sokkal egyszerűbb és pontosabb, mint a drága optikai műszerekkel történő mérés. Minden különösebb nehézség nélkül sikerült mintegy 30 különféle zavarodási fokot elkülöníteni az *első (I)* zonában ! (Ehelyütt jegyzem meg, hogy pl. a haemoglobintartalom meghatározása a Sahli-féle haemometerrel s az ennek alapján kiszámított festődési index, legfeljebb véletlenül lehet pontos. Minden színmérést photocellával kellene végezni.) Joggal remélhető tehát, hogy a különböző liquorokban előidézett zavarodások pontosabb megjelölése az elkülönítő-kórjelzést sokkal szabatosabbá fogja tenni.



Ahhoz, hogy az egyes vizsgálók leírta eredményeket értékelni tudjuk, előzetesen nemzetközileg elfogadott egységekben kellene megállapodni.

* Ezek a kísérletek *négy* évvel ezelőtt történtek.

8. A liquorsejtek megszámolása általánosan elterjedt vizsgáló-eljárás, ezzel szemben a sejtek qualitativ megjelölése a granulák és a sejtmagszerkezet alapján, kevés figyelemben részesül, holott ezen a területen is igen fontos adatoknak juthatunk birtokába. A qualitativ cytologiai vizsgálat fontosságát egyetlen példával igazolom: a sejtszám mind meningitis basilarisban, mind poliomyelitisben elérheti már a tünetek megjelenése napján *kmm*-ként a 200—300-at magas összes-fehérje és globulintartalommal egyidejűleg. Ennek alapján nem lehet tehát elkülöníteni. A cytologiai vizsgálat azonban bebizonyítja, hogy poliomyelitisben mindig polymorph magvú fehérvérsejtek jelennek meg, melyek között bakteriumok *nincsenek*; gümős meningitisben a subacut gyulladásra jellegzetes sejtek vannak túlsúlyban és csak a vég felé szoktak a leukocyták tömegesen megjelenni. A gyermekbetegségek liquorcytologiája egyébként még nagyon hiányosan kidolgozott fejezete a gyermekorvostannak.

9. Néhány szerző kivételével — a vizsgálók nagy többsége a *Koch*-bacillus kimutatását a meningitis basilaris kórjelzése szempontjából — elsőrendű fontosságúnak tartja. És ez a helyes álláspont. El kell fogadnunk azonban azt mint valóságot, hogy belekerülhetnek a liquorba gümőbacillusok anélkül is, hogy egyidejűleg gümős meningitis basilarisa volna a gyermeknek. Ezek forrásai legtöbbször a gerinccsatorna felé törő gümős csigolyafolyamatok.[1] Magam többízben találtam ilyen folyamatokban meningitises kiesést a colloid reactiókban annak jeleként, hogy a gerincagyburkok már belekerültek a lobos övbe (zonába). Ezenkívül még más, ismeretlen úton és módon is belekerülhetnek a liquorba gümőbacillusok, anélkül, hogy meningitis volna jelen vagy fejlődne belőle; ez arra mutat, hogy a lágyburkok gyulladása, a felületükre került bacillusok révén nem következik be olyan könnyen, mint haematogen úton. Igy influenza- és encephalitis-járványok idején többízben is kimutattak gümőbacillust negativ, nem lobos jellegű liquorokban; magamnak egyízben sem sikerült ez.

A *Koch*-bacillus kimutatása a fibrinhálózatban valamelyes jártasságot igényel. Célszerű az alábbiakban ismertetett és bevált, néhány műfogást alkalmazni. Amíg csak néhány fibrinszál (pókháló) van a kémcsőben, nem érdemes vizsgálatokat végezni. A kémcsövet jégszekrénybe kell tenni, mert hidegben a fibrinkiválás meggyorsul. Ha bőségesen képződnek ki szálak, egy idő multával harisnyaformájú hálózatot alkotnak. A különböző előírásokkal szemben az a valóság, hogy az ilyen hálózatot nem is lehet lapszerint kiteríteni, mert a fonalak összecsapzódnak és a bontótűvel történő szétmacerálás sohasem elég finom. Legjobb az egész tömeget a tárgylemez közepére helyezni és 1—2 csepp híg lúggal, kb. ujjbegynyi területen finoman eldörzsölni.[2] A tökéletes homogenizálódás után, vékony üvegpálcáról n/10 sósavval közömbösítsük, lakmusz-papírcsík ellenőrzésével. (Ha savat adunk először a fibrinhez, akkor is megduzzad, de annyira rugalmassá válik, hogy szinte nem lehet eldörzsölni). A homogenizálás a gümőbacillus vizsgálata szempontjából igen hasznos, mert minden alakelem eltűnik és alaktalan péppé alakul (különösen fontos ez olyan készítményben, mely acidofil és meglehetősen savalló fibrinszálcsákat tartalmaz). Contrastfestésnek a híg malachitzöld határozottan szebb, mint a methylenkék. Különös nehézséget jelent az, amikor az egész készítményben egyetlen s esetleg nem is jellegzetes formájú savalló testet találunk. Célszerűbb ilyenkor a véleményezéssel az újabb vizsgálatig várni. Zavaró tényezők lehetnek: mikroskopikus kristályok, amik ellen *minden* festékoldat megszűrésével védekezünk s az üveglemezeken lévő karcolások, amelyekbe a carbol-fuchsin úgy beleévődhet, hogy nem lehet onnan kimosni. Ezért ilyen fontos vizsgálathoz mindig csiszoltszélű, új tárgylemezt és új fedőlemezt kell használni. Lúggal homogenizált készítményben a *Koch*-bacillusok tapasztalatom szerint, igen könnyen, még ½ higítású Ziehl-Nielsen-oldattal, egyszeri gőzölésig történő felmelegítéssel is tökéletesen festődnek. Savállóságukat a homogenizálás nem csökkenti.

A bacilluskeresést megkönnyítené, ha a készítmény képét mikroskopon keresztül vászonernyőre vetítenénk. Nagy nagyítást használva, egyszerre nagyobb terület volna áttekinthető. Célszerű volna minden fontos bakteriologiai és cytologiai leletet az ocular helyére szerelhető mikrophotographálóval lefényképezni s a képet a kórtörténethez mellékelni.

10. A gümős meningitis liquor cukortaltalma alacsony, tejsavtartalma magas. Nagy fontossága volna annak, ha a tejsav és a cukor kimutatására megfelelő qualitativ próbát sikerülne kidolgozni. *Geldrich* az előbbi kérdést sikeresen megoldotta ugyan, a gyakorlatban azonban még egyszerűbb eljárások is nehezen terjednek el. Elméleti megfontolások révén arra a gondolatra jutottam, hogy a qualitativ és titrimetriás quantitativ mérések egyesítését oly módon lehetne elérni, ha *a kérdéses vegyületeket valamilyen kristályos formába vinnénk át s a kristályok számát Bürker-kamrában megszámolnánk*, mint a vérsejteket. Igy a tejsavóból ferrilactat vagy ferriphenolat kristályokat, az acetonból jodoformot, a cukorral osazon-képzés vagy a reducalóképesség kihasználásával rézsókat stb. képeznénk. Éppen az *újabb physikai* számítási eljárások igazolják a *statisztikai* módszerek nagy értékét. Élénk agyi tünetek mellett a liquorelválasztás rendszerint olyan bőséges, hogy elegendő vizsgálati anyaghoz juthatunk. Az ilyen vizsgálat nem volna szorosan vett mikro-meghatározás, de ez csak előnyére válna, mert biztonságosabb a nagyobb mennyiségekkel való dolgozás.

11. Valamennyi qualitativ próba között, melyet már a *meningitisgyanús* beteg ágya mellett elvégezhetünk, első helyen áll egyszerűsége, megbízhatósága és állandósága miatt a 20%-os sulfosalicylsavval történő kicsapása az összesfehérjének. Az, hogy 2—3 csepp kémlőszer segítségével valószínűségi véleményt mondhatunk arranézve, hogy lobos vagy nem lobosjellegű agyburki folyamattall állunk szemben, olyan előny, melynek értékét az ismeri igazán, aki összehasonlításokat végezhetett más eljárásokkal is. A reactio használhatóságát fokozza az a körülmény, hogy a liquorral elvégezhetjük előzőleg a *Waltner*-reactiót. Ha ez positiv és utána még meningitises jellegű fehérjeszaporulatot is kimutathatunk benne, a gümős agyhártyagyulladást igen nagy valószínűséggel feltételezhetjük. Ha a két próbát az említett sorrendben végezzük ugyanazzal a liquorral, azok egymást nem zavarják a legkisebb mértékben sem, mindössze a sulfosalicylsavból kell kevéssel többet adjunk.* A globulin- és colloid-reactióknak — amelyek *szintén fehérje-reactiók* — ugyanolyan fontosságuk van, mint más vizsgáló módszereknek, nem lehet tehát ezeket »*másodrangú*« eljárásoknak nevezni a gyermekkori meningitisek kórjelzésében sem.

12. Valószínűleg túlzásnak fog látszani a liquorvizsgálat ilyen aprólékos részletezése. Pedig nem az. Mindez azt a célt szolgálja, hogy a szabatos kórjelzést minél hamarabb megtehessük. Ezen múlik a gyermek élete. A korán felismert otogen-eredet, a műtétet, m. cerebrosp. epidemicában a serumkezelést, poliomyelitis esetén a reconvalescens, illetve a felnőtt-vérsavókezelést jelenti. Ha majd birtokában leszünk a megfelelő gyógyszernek vagy

[1] Még a periduralis ürbe áttört csigolyahidegtályogokból sem jut azért egykönnyen gümőbacillus a liquorba. A dura erős szövete igen nehezen szakad át.

[2] A lúggal történő homogenizálás előnyeire, másoktól függetlenül, magam is rájöttem.

* A két reactio együttes végzését *Takács* ajánlotta.

gyógyító eljárásnak, mely a *Koch*-bacillust közvetlenül elpusztítja, annak alkalmazásától is csak akkor remélhetünk tökéletes eredményt, ha a folyamatnak abban a szakában alkalmazzuk, amikor még sem az agyszövetben, sem az agyalapi idegekben irreparabilis sérülések nem következtek be. A beavatkozás ideje tehát a betegség *első* szaka, amelyet az agyszövet fokozott hydratatiós állapota jelez (l. előbbi dolgozataimat). Elsőleges gümős affectióban elpusztult csecsemőkön és specifikus, lobularis pneumonián átesett betegeken, valamint boncolási észleletek alapján állítom, hogy a fokozott hydratatio még ebben a betegségben is *reversibilis* folyamat. Ezt szokták összetéveszteni a haematogen (arteriás) bacillaris, lágyburki szétszóródással, — az igazi meningitissel — mivel ez is agyoedemát okoz. Számos alkalommal ismertettem már azon nézetemet, hogy bármely betegség esetén is az ú. n. meningealis tüneteket az okozza, hogy az agyszövet fokozott hydratatiója következtében a kéreggátlás gyengül s az ősi reflexek tömegesen felszínre kerülnek (ezeket nevezzük meningealis tüneteknek), vagy igen könnyen kiválthatókká válnak. Javarészük helyzet- és nyakreflex, tehát a *Kernig*-tünet és aequivalensei is azok. Igazi meningitisben a tünetek foka azért nagyobb, mert a lágyburkokból a toxinok és savtermékek egyenest bele diffundálhatnak az agyszövetbe mint (gallertbe) kocsonyába. Haematogen úton, az agyszövetbe került bármilyen toxin, főképpen ha láz és az anyagcsere acidotikus eltolódása is közrejátszik, szintén megduzzasztja az agyszövetet, a tünetek is megjelennek, de természetesen ha az ok szűnik, az okozat is elmarad : ez játszódik le gyermekeken igen sokszor közönséges (banális) pneumoniák, gyomor- bélhurutok stb. alatt. Meningitis basilarisban az lesz a beavatkozás ideje, amikor a lágyburkokban a gümők még pontszerűek s az agyszövet elváltozása nem több, mint toxikus vizenyő. Mind a laboratoriumi, mind a klinikai kórjelzésnek ezt az állapotot kell biztosan felismernie, mert ebből az állapotból van még út az élet és a gyógyulás felé.

Sajátos, hogy gyermekeken az agyi tünetek megjelenése milyen kevéssé függ az alapfolyamat terjedelmétől. A tünetek kifejlődése, úgylátszik, nem annyira a bakteriummérgek mennyiségén, hanem azok minőségén és kedvező felszívódási lehetőségén múlik ; ezen azt értjük, hogy a tünetek akkor a leghevesebbek, ha a lobos, illetve genyes góc mélyen van s kifelé nincs levezető útja. Igen kevés bakteriummérgek már elegendő ahhoz, hogy kötődvén az idegszövethez, élénk agyi tüneteket okozzon. Szinte kényszerítőleg arra kell gondolnunk, hogy a bakteriummérgek elsősorban fermentmérgek, melyek a dúcsejtek anyagcseréjét bénítják. Minden egyéb már ennek a következménye, tehát a savtermészetű, tökéletlen égéstermékek felhalmozódása s az ennek következményeként beálló fokozott hydratatio is. Számos példa felhozható ennek igazolására : elsősorban maga a gümős meningitis, mely néha olyan kisterjedelmű, hogy még a kórboncnok is nehezen akad rá. A heveny genyedő folyamatok közül a csecsemőkori otitist és mastoiditist említem, mely folyamatokban a geny tömege legtöbbször nem több egy porcellángombostű fejénél. Élénk agyi tüneteket láttunk egyízben lymphadenitises gyermeken. A mélyen fekvő nyirokcsomóban kb. borsónagyságú tályogocska volt (op. : *dr. Schmidt* sebészeti klin.). A klinikai tünetek megjelenése szempontjából kedvező az a körülmény, hogy az idegszövetben a diffusiós sebesség a legkisebb a többi szövethez képest, mert ha nem így volna, akkor minden csekély okból kifolyólag akár opisthotonusig fokozódó agyi tünetek jelenhetnének meg.

Az idegszövet kezdődő hydratatódása subjectiv tünetekben nyilvánul meg : a jó közérzet elvész, főfájás jelentkezik. Legsúlyosabb fokát az agyoedemának az agybarázdák ellapulása és az agyszövet szakadékonysága jellemzi. Bármennyire különösen hangzik is, a gyomorrontást követő főfájás és a meningitises opisthotonus egyazon tünetláncolatnak *első*, illetve *utolsó* láncszeme, *mely azonos mechanismus alapján jön létre.*

A tünet mechanismusát magyarázó nézetemet még régebben, a »*functionalis decorticatio*« fogalmával jelöltem meg. Ennek további bizonyításaként a reflexogen zóna kiterjedését is felhozom. Ez az állapot tulajdonképpen a pyramispályák megszakításának vagy sérülésének jele, holott az meningitis basilarisban nem következik be. Az ok tehát nem is lehet más, mint a cortex állapotának megváltozása, jelesül duzzadása. Ugyanez az egész gerincvelőre is kiterjed, jóllehet a jellegzetes szétszóródás, az art. cerebri media mentén következik csak be. Ilyen kettős oka van a *Trousseau*-féle vasomotor és az *Oppenheim*-féle gerincoszlop tünetnek is. Szembetűnő az is, hogy a *Kernig*-tünet és az azzal egyenértékű többi tünet kiváltásakor beálló flexiók milyen nagymértékben különböznek az akaratlagos mozgásoktól és mennyire hasonlítanak az egyensúly megőrzésére történő automatás mozgásokhoz. Ezért újból megemlítem, hogy ezek alapján is feltehető, hogy a térd-, csípő-, váll- és könyökizületi hajlításokat előidéző impulsusok — melyeket ezen reflexek kiváltása kor hozunk létre — nem a pyramispályákon, hanem a *Monakow*-köteg, a tractus tecto-, vestibulospinalis és a fasciculus lang. pasterior pályáin vetítődnek ki a mozgató végkészülékekhez. Bizonyos azonban, hogy a pyramispályák épsége ezen reflexek (tünetek) létrejöttének *fontos* feltétele.[1]

Az egészen korai tünetek közül különösen becsesnek tartom a jellem megváltozásának tünetét, ami láztalan vagy jelentéktelen lázzal járó állapot : a gyermeknek soha sincs igazi jókedve.[2] Idegen ezt nem is veszi észre, hanem csak a gyermek anyja. Korai tünet a nyaki izmok tonusának kisméretű fokozódása és a symphisis érzékenysége. *Megszólításkor a gyermek óvatosan fordul a hang irányába; éppúgy mint a parotitis vagy nyaki spondylitises beteg.*

Az egyes szerzők a meningitis basilaris egyes szakainak jelzésére más és más meghatározást használnak, megfelelően annak a szemszögnek és gondolkozásnak, amelyből az egész kórfolyamatot megítélik. Az előbbiekben elmondottak alapján a meningitis basilaris I. szakaszát a fokozott agyszövethydratatio szakának nevezem ; tünetei : a *Kernig-typusú* helyzet és nyakreflexek, vasomotoros izgalmak, vestibularis tünet. II. szakasz : az agyalapi idegek gyöki tünetei : egyik oka az, hogy az agyalapon felszaporodó gümősizzadmány izgatja, majd lobos-elfajulásos folyamatokat indít meg a gyököben : oculomotorius, trigeminus, abducens facialis tünetek. III. szakasz : a psychés működés teljes kiesése : az enkephalitises szak. Az art. cerebri media mentén bekövetkező ellágyulások a fali lebenyek sérülését okozzák ; a kéreggátlás még fokozottabb mértékben kiesik, ami más és más ősi reflex felszínrekerülését eredményezi : a különböző testtartásokban történő elhelyezkedés, a jobbra-balra történő iactatio, a test hosszúsági tengelye körüli forgás, a kéz ujjainak különböző tartásban történő összeszorítása — ami *fogó reflexnek* is felfogható — mind ezt bizonyítja. Ezek a tünetcsopor-

[1] Ujabb észleléseim szerint a *Kernig-Netter* va'amint a *Brudzinski* 1. reflexek a helyzet (Steh) reflexek, jelesül : a tonusos labyrinth és tonusos nyakreflexek *specialis faja*, mely akkor jöhet létre, ha nemcsak a kéreggátlás hanem a kisagy tonusszabályozó működése is csökken de a pyramis, a subcorticalis és a spiralis rendszer pályái sehol sincsenek átvágva. A *Sherrington* f. metszés után tehát nem is jöhettek létre s ezért nem jelentkezett a *Kernig* tünet a *Magnus, de Kleyn* és *Rademaker* kisérleteiben.

[2] A prodromáló kanyarós is rosszkedvű és nyűgös — oka annak is hasonló.

tok természetesen nem élesen elhatároltak, hanem rétegszerűen fedik egymást.

A II. és III. szakban mélyreható idegszöveti sérülések következnek be, amelyek irreparabilisak.

Irodalom: Ugyanezen tárgykörrel foglalkozó dolgozataim: 1. O. H. 1924. 30. sz., u. e. Jahrb. f. Kh. CVI. k. — 2. Megjegyzés *S. B. dr.* közleményére: O. H. 1925. 8. sz. — 3. Gyógyászat 67. évf. 25. sz. — 4. »A mastix reactiók és viselkedésük meningitisnél.« Gyermekorvoscongr. 1927. Bp. — 5. »Összefüggések az agyi tünetek és a liquorelváltozások között.« Gyermekorvoscongr. 1928. Debrecen. — 6. O. H. 1928. 18. sz., u. e. Jahrb. f. Kh. CXXI. — 7. O. H. 1930. 22. gy. r. — 8. O. H. 1931. 11. sz. (részleges vonatkozások). — 9. O. H. 1932. 35. sz. — 10. O. H. 1933. 17. sz., gy. r. — 11. O. H. 1933. 39. sz., u. e. Jahrb. f. Kh. 1933. 140. kötet. — 12. O. H. 1934. 4. sz., u. e. Jahrb. f. Kh. 1934. 142. kötet. — 13. O. H. 1934. 16. sz. gy. r. (részleges vonatkozások). — 14. Orvosképzés 1934. 1. sz., u. e. a német kiadványban is megjelent.

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

Idült mandulagyulladás és pajzsmirigy.

Irta: *Zoltán László dr.*, műtőorvos.

A tonsilla palatinák élet- és kórtanával összefüggő számos kérdés egyike azt tárgyalja, van-e valamely hormonalis vagy egyéb kapcsolat a pajzsmirigy és a mandulák működése között. A kérdés eredete az orvosi gyakorlat megfigyeléseiben rejlik: olyan eseteket észleltek, melyekben a pajzsmirigy gyulladása feltűnő módon heveny mandulalobbal esett egybe. Máskor a szájüregnek tonsillektomiával is tökéletesbített rendbehozása is jó hatással volt a meglévő golyvabetegségre. Ilyen és hasonló megfigyelések indították meg a rendszeres kutatást, amely, megfelelően a mai tudományos áramlatnak, elsősorban hormonalis kapcsolatot keresett.

1905-ből származik *Holz* közleménye: adenotomia után a fennállott kétoldali exophtalmus megszűnt, illetőleg a kiújult adenoidok gyökeres kiirtása után eltűnt a kiújult exophtalmus is. *Hurley* 1910-ben adenotomia után gyógyult két basedowról számol be. Ugyanő állapítja meg 1915-ben, hogy thymus-hypertrophia igen gyakran adenoid-, tonsilla- és pajzsmirigy-hypertrophiával jár együtt. *Syk* 1926-ban közöl egy esetet, melyben a golyva, illetőleg a tachycardia szűnt meg tonsillektomia + adenotomiára. Állatkísérletet 1910-ben *Busacca*, majd 1929-ben *Malfatti* végzett. Pajzsmirigykiirtás után vizsgálva a tonsillákat, a lymphatikus állomány szaporodását találták, de ezenkívül semmi jelentőset. 1913-ban *Thiesen* megállapítja, hogy heveny tonsillitis után támadhat heveny thyreoiditis. 1922-ben *Brown* fejti ki azon véleményét, mely szerint thyreotoxicosis szempontjából a tonsillaris fertőzés nem visz nagyobb szerepet, mint más tényező, például sinus, fogak, légutak. Hasonló volt *Church* véleménye is.

A kérdés ezek után a tonsillaris eredetű thyreotoxicosisok, basedow és strumitisek területére terelődik át, érdekesebbé válik és a megoldás gyakorlati haszna a szerzőket szélesebb medrű kutatásra serkenti. *Röder* 1924-ben basedowos betegeken tonsilla-massage-okat végzett, melyek után javulás, illetőleg gyógyulás állott be. *Whitton* nyolc basedowos betege közül kettő gyógyult, kettő javult tonsillektomiára: colloid struma esetében jó hatást nem talált. Viszont *Halle* és *Kümmel* éppen ellenkezőleg colloid struma esetében láttak rendesen megkisebbedést, basedowban nem tulajdonítják a javulást kizárólag a tonsillektomiának. *Fraser* thyreotoxicosis tizenöt esetében 60%-os gyógyulást, illetőleg javulást észlelt tonsillektomia után. Ezen szerzőkkel szemben *Bullwinkel* és *Mac Kensie* a tonsillák eltávolítása után négy esetben észlelt heveny, súlyos thyreoiditist, annak minden határozott tünetével. 1931-ben *Rejtő* és *Venetianer* közöltek olyan megfigyelést, mely szerint ritkán, de előfordul, hogy tonsillitis után megbetegszik a thyreoidea és thyreoiditis, illetőleg strumitis áll elő. *Liebermann* és *Rejtő* azt is megfigyelték, hogy tonsillektomia után a golyva, illetőleg a nyaki duzzanat kisebbedett, sőt meg is szűnt. Hasonló kedvező hatást látott *Putzu*, *Abbot* és *Vogel*.

Ha összefoglaljuk az irodalmi adatokat, akkor a tonsilla és a glandula thyreoidea között valaminő gyulladásos, illetőleg hormonalis összefüggés körvonalait látjuk kibontakozni. Ezen összefüggés mindig kórosan elváltozott tonsilla és ép thyreoidea, illetőleg kórosan elváltozott thyreoidea: a struma között áll fenn. Az észlelt esetek egyrészről azt látszanak bizonyítani, hogy 1. tonsillitis vagy adenoidok jelenlétekor az egyidejű struma, basedow, exophtalmus a műtét tonsillektomia, adenotomia — elvégzése után javul, esetleg megszűnik; 2. tonsillitisek után keletkezhetnek a thyreoidea, struma lobos megbetegedései, melyeknek gyógyulása és javulása a kezdeti tonsillitis lezajlásától, illetőleg a tonsillák kiirtásától függ.

Másrészről figyelemre méltóak az olyan adatok, melyek szerint tonsillák kiirtása után is támadhat thyreoiditis, strumitis, mégpedig igen súlyos formában. Ez a megfigyelés beleilleszthető azon ismert tünetcsoportba, hol a tonsillák eltávolítása után az eddig nyugvó betegség (pl. polyarthritis) fellobbanhat.

Mindezen adatok valóban megengedik annak a lehetőségét, hogy a beteg tonsillák valaminő befolyással vannak a pajzsmirigy állapotára, illetőleg a kóros tonsillák és a pajzsmirigy egyes bajai (struma, basedow, thyreotoxicosis) között valami eddig közelebbről nem ismert kapcsolat van. Ezért igyekeztünk azt kutatni, vajjon ezen összefüggés: az idűlten beteg tonsilláknak pajzsmirigyre irányuló hatása a rendelkezésünkre álló klinikai és laboratoriumi módszerekkel kimutatható-e? Pontosabban: azon klinikai és laboratoriumi tünetekkel észlelhető szervezeti elváltozások, melyeket a feltételezett pajzsmirigy-megbetegedés hoz létre, megszűnnek-e, illetőleg javulnak-e tonsillektomia után.

Vizsgálatainkat 33 mandulakiirtott betegen végeztük. Munkánk menetét azon elváltozások szabták meg, melyeket a struma, hyperthyreosis, thyreotoxicosis és basedow esetén klinikai eszközeinkkel ki tudunk mutatni. E célból meghatározásaink körébe — melyeket műtét előtt és utána 3—4 nappal végeztünk — bevontuk a kórelőzményt, a nyak körfogatát, az alapanyagcserét. Ezeket — hogy a kapott adatokat értékesíteni tudjuk — csaknem egyenlő testsúly mellett határoztuk meg. Figyeltük a vérkép, vérnyomás és a vércukor változásait. Meghatároztuk az adrenalin-érzékenységet és figyeltük a szervezet reactióját érbe adott thyroxin és extr. thyreoideae-val szemben. A betegek közül kilencet alkalmunk volt ugyanezen szempontok mellett tonsillektomia után 3—4—5 héttel, három beteget pedig a tonsillektomiát röviddel követő struma-műtét után újra vizsgálni.

Eredményeink a következők:

1. A kórelőzmény adatai alapján 33 eset közül csak két beteg észlelte magán, hogy tonsillitis támadásakor nyaka duzzadtabb, keze remeg, izzad, idegesebb. Ezen tünetek a tonsillitis lezajlása után állítólag megszűntek. A százalékos arány csekély (6%) annak ellenére, hogy ezen betegek közül — természetesen ismét a beteg saját megfigyelése szerint — súlyos, következményes megbetegedésen kilenc ment keresztül (27%), könnyebben megbetegedett 11 (33%). A következményes betegségek így oszlottak meg: súlyos polyarthritis 3, könnyű polyarthritis 5, endocarditis 5, pleuritis 3, chorea, nyaki diffus lymphadenitis, monarthritis, appendicitis 1—1. A kórképek közül nem egy mutatja a tonsillaris sepsis bélyegét, azaz sok keletkezett tonsillitis utáni metastasis gyanánt. Ennek ellenére a thyreoidea felé irányuló gyulladásos, illetőleg toxicus ártalmat csupán két

esetben mutathattunk ki, itt sem éppen szabatos módon. A betegek közül egy sem észlelt gyakori tonsillitis után a gyulladásmentes időszakban valaminő elváltozást, mely a pajzsmiriggyel összefüggésbe lett volna hozható.

2. A nyakkörfogat ugyanazon testsúly mellett ½ cm-nél nagyobb változást egy esetben sem mutatott. Öt esetben (15 %) észleltünk ½ cm-es körfogat-csökkenést. Ezek közül kettő, négy hét multán is ellenőrzött esetben, a nyak visszanyerte műtét előtti körfogatát. A körfogatváltozások ezen csekély kilengéseire inkább a műtéttel kapcsolatos testsúlyváltozás, mint a hormonalis befolyás, vagy az esetleges gyulladásos, toxicus elváltozások megszűnése ad magyarázatot.

3. Tonsillektomiára a thyreoidea állapotában esetlegesen beálló változások pontos megfigyelésére alapanyagcserevizsgálatokat végeztünk. Pontos előkészítés után *Krogh* és *Benedict* szerint határoztuk meg a gáz-anyagcserét. 32 eset közül 14 esetben emelkedett, 18 esetben csökkent az alapanyagcsere a műtét előtti értékhez viszonyítva. Ezen ingadozások azonban esetenként nem haladták meg a 2—4 %-ot, mindig az általánosan rendesnek ismert határok (+15 —10) között mozogtak. Az értékváltozások oly kicsinyek, hogy a számítási és vizsgálati hibahatárokon belül maradnak és nem értékelhetők. Az alapanyagcserében oly kilengést, ami a pajzsmirigyműködés gyökeresebb megváltozását jelentette volna, egy esetben sem találtunk.

4. A vérnyomás műtét előtt minden esetben rendes volt. A tonsillektomia után mért értékek a műtét előttiektől alig különböztek. A talált minimalis eltérések a vérnyomásnak rendes viszonyok között is észlelhető psychés ingadozásaival könnyen magyarázhatók. Nem észleltünk egy esetben sem magas vérnyomást és nem következett be műtét után a vérnyomás csökkenése a feltételezett esetleges lappangó thyreotoxicosis megszűnése kapcsán.

5. Tanulmány tárgyává tettük a Schilling-féle vérkép változásait is. Forme fruste basedowban, rejtett thyreosisokban sokszor útbaigazít a vérkép jellegzetessége *(Kocher)*. A vizsgálatok ezen irányban sem mutattak jelentősebb elváltozásokat. Az esetek nagy részében (75 %) a minőségi vérkép rendes volt és a tonsillektomia után sem változott. Öt esetben (15 %) a vérkép balra tolódott : tán a még eléggé activ gyulladás kísérőtünete volt ez. Ezek közül három esetben műtét után a vérkép rendessé vált, két esetben változatlan maradt. Három esetben (10 %) jobbra tolódott képpel találkoztunk. Ezen betegek 18—20 évesek voltak s meglehetősen lymphoid alkatúak. A fehérvérsejtszám átlagban 6000—8000 között mozgott, műtét után három esetben emelkedett (10 %), 11-ben csökkent (33 %), 19 esetben változatlan maradt (57 %). A megnőtt fehérvérsejtszám eseteiben két betegen fellobbanó polyarthritis-szel, egy beteg esetében subacut endocarditis-szel állottunk szemben. A vörösvérsejtek viselkedésében sem mutatkozott különösebb és jelentősebb változás. Általában a vörösvérsejtek száma állandó maradt (60 %), kilenc esetben (27 %) kisfokú csökkenést láttunk ; négy, későn is ellenőrzött esetben (13 %) csekély emelkedésről számolhatunk be. Mindezen változás elenyészően csekély és következtetések belőle le nem vonhatók.

6. A thyreoidea egyes betegségeiben, főleg a hyperthyreosisban, a belső elválasztásos rendszer egyensúlyában is változás észlelhető. Legsúlyosabban, illetőleg legkönnyebben rögzíthetően a hasnyálmirigy és a mellékvese szenved, amely a vércukorszint magasabb állandósulásában, illetőleg a szervezet fokozott adrenalin-érzékenységében nyilvánul meg. Ha feltételezzük, hogy az idült en lobos tonsillák valaminő összefüggésben vannak a pajzsmiriggyel, hyperthyreosist létrehozó értelemben, akkor ennek a vércukorszint és az adrenalin-érzékenység változásaiban meg kell nyilvánulnia. A *Hagedorn-Jensen* szerint végzett vércukorvizsgálatok ez irányban nem nyujtottak semmi támaszt, 33 eset közül csupán egyszer találtunk a rendesnél valamivel nagyobb értéket (145 mg %), amely azonban a műtét utáni meghatározáskor rendes szintjére süllyedt. Az összes többi esetben műtét előtt és után is rendes érték mutatkozott (75 mg %—120 mg %).

Az adrenalin-érzékenység vizsgálatakor már nem kaptunk ilyen egyöntetű eredményt. Rendes értékeket kaptunk műtét előtt és után 27 esetben (81 %). Fokozott érzékenységgel találkoztunk négyszer (12 %). Ezek közül három esetben erősebb neurasthenia is volt jelen, egy esetben a fokozott adrenalin-érzékenységnek okát nem találtuk. A neurastheniások közül egyen tonsillektomia után a fokozott érzékenység többszörös ellenőrző-vizsgálattal sem volt többé észlelhető. Thyreosisra utaló más diagnostikai jelet ezen betegeken egyszer sem találtunk. Érdekesség szempontjából említjük meg, hogy két esetben az adrenalin-érzékenység negativ irányú eltolódását találtuk.

7. Más célú vizsgálataink közben megfigyeltük, hogy az alapanyagcsere emelkedésével járó thyreosisokban az intravenásan adagolt thyreoidea-kivonat vagy thyroxin, jól megfigyelhető melegérzést, erős szívdobogást, halánéktáji fájdalmat okozott. Ezen tünetek egészséges egyéneken vagy hiányzanak vagy csak igen csekély mértékűek. Vizsgálatainkat ez irányba is kiterjesztettük. Harminchárom eset közül csak két esetben (6 %) voltak a fentebbi tünetek élesen észlelhetők, ezek azonban műtét után is megmaradtak. A két beteg szervezetét különben többi vizsgálatunk egészségesnek mutatta.

Az említetteken kívül alkalmunk volt három oly esetben is elvégezni a vizsgálatokat, ahol a beteg strumáját később resecáltuk. Két esetben a golyva basedowos, egyben diffus-colloidos volt. A typusos tünetekkel rendelkező basedowos esetekben a tonsillektomiát a jód-atoxylos előkészítés után végeztük el. Az egyik esetben az alapanyagcsere kezdeti értéke +66 % volt, amely előkészítés után +22 %-ra csökkent, tonsillektomia után +20 %-ot találtunk. A másik betegben ugyanezen értékek +70 %—+34 %—+33 %-nak feleltek meg. A többi vizsgálat eredményeiben sem az előkészítés, sem a tonsillektomia nem hozott semminemű változást. A resectio után az alapanyagcsere értékei a rendes +2 %-ra, illetőleg +11 %-ra csökkentek. A harmadik esetben, mely síma struma diffusa colloides volt, a kapott szokásos eredmények a műtétek előtt és után sem változtak.

Észleltünk ezeken kívül még 29 enyhe és súlyos basedowos beteget. Mivel ezeken a tonsillektomiát nem végezhettük el, csak a kórelőzmény adataira támaszkodhattunk. Összesen csak két esetben szólt a beteg olyan megfigyelésről, hogy tonsillitiseivel kapcsolatban betegségének rosszabbodását észlelte. Bár nem tulajdonítunk ennek különösebb jelentőséget, mégis megemlítjük, hogy mindkét esetben a basedow súlyos formában jelentkezett (+58 %, illetőleg +76 %). Valószínűleg a véletlen különös játéka folytán egyik beteg, kin a tonsillitisek gyakoriak voltak és a gégészeti vizsgálat is kimutatta a tonsillákon a lefolyt súlyos elváltozásokat, a műtét utáni harmadik napon minden gondos előkészítés és kezelés ellenére meghalt. A halál jellegzetes basedow-halál volt.

Munkánkban igyekeztünk minden olyan klinikai és laboratoriumi tünetet gondosan megvizsgálni, amely a tonsillák és a thyreoidea között lévő bárminemű összefüggés fennállását bizonyítaná. Meg kell itt állapítanunk, hogy tonsillektomia után a szervezetben semminemű oly elváltozás nem áll be, amely a pajzsmirigy-anyagcsere megváltozását okozná, illetőleg meglévő golyva, basedow a tonsillektomiára sem javulást, sem rosszabbodást nem mutat.

Az irodalomban közölt esetek kétségtelenül azt mutatják, hogy a pharynx nyirokgyűrűjének (tonsillák, adenoidok) megbetegedései és a thyreoidea állapota között, bizonyos esetben mégis kapcsolat lehet. A régebbi adatok azon-

ban csak ezen tények egyszerű registrálásában merültek ki, az összefüggés okát megmagyarázni nem igyekeztek. Azon állatkísérletek is, melyeket *Busacca* és *Malfatti* végeztek, meddőek maradtak. Ennek ellenére az irodalmi adatok hűségében bízva, egy-egy szerző a pajzsmirigy-betegségek gyógyítását az egyidejű tonsilláris vagy adenoid betegségek megszüntetésével kísérelte meg. Ezen kísérletek bizonyos százalékban eredményre is vezettek, amit a szerzők jó része hajlandó volt a tonsillektomia, adenotomia javára írni és megerősítette őket a tonsilla-thyreoidea közötti összefüggés hitében.

Ismeretes, hogy a pajzsmirigyben helybeli és általános fertőzés esetében igen ritkán szokott áttétel keletkezni. Ennek oka lehet: 1. hogy a thyreoidea endokrin szerv; 2. sajátos szerkezete van (bő vérellátás, jódtartalom); 3. lymphutakban szegény. Mindezek ellenére az irodalomban találunk adatokat, hol, főleg általános fertőző bajok után (*Sudeck, Jorge:* scarlatina, *Budak-Lusicky:* paratyphus) áttételes úton lobosodásba került a pajzsmirigy. Egyrészről ez a tény, másrészről a tonsillaris fertőzés metastasis képzésére való nagy hajlandósága nem zárja ki annak a lehetőségét, hogy egy-egy esetben akár az acute, akár a chronikusan megbetegedett tonsillák éppen csak a pajzsmirigyben okozzanak áttételt, ami természetesen egyértelmű a thyreoiditis keletkezésével. *Clute* és *Lakey*, akik a thyreoiditist tanulmányozták, arra a meggyőződésre jutottak, hogy a thyreoiditisek közül a heveny és idült formának lehet oka tonsillitis, genyes thyreoiditis esetén nem találtak beteg tonsillát. Ezen áttéti thyreoiditis a fertőzés virulentiája, a szervezet ellenállóképessége és a pajzsmirigy szöveteinek reactiója szerint különféle alakban jelentkezhetik. Virulens fertőzés esetén hirtelen fellobbanó, súlyos acut thyreoiditis támadhat, pajzsmirigy-megnagyobbodás, septikus-oedemás beivódás, dyspnoe, láz, hidegrázás stb. tünetei között. A tonsillák chronikus fertőzöttsége esetén *chronikus thyreoiditis* keletkezhetik, talán a Riedel-féle strumához hasonló kezdeti alakban. Minthogy a hosszabb ideig fennálló thyreoiditishez igen gyakran *thyreotoxicus* componensek is csatlakoznak, lassanként basedowhoz igen hasonló kórforma állhat elő (nagyobb pajzsmirigy, subfebrilitás, thyreotoxicosis stb.). Természetesen, ha a beteg kifejlődött kórkép esetén kerül orvosi kezelésbe, igen nehéz a helyes kórisme, midőn rajta a basedownak majdnem minden főtünete megtalálható. Mindkét, acut és chronikus kórforma bámulatos javulást mutat ezek alapján a tonsilláknak, mint a fertőzéses és így kiindulásos gócnak eltávolításával. Az irodalmi adatok egyrésze talán így magyarázható. Ami a valódi basedowot illeti, itt teljes százszázalékos gyógyulást az irodalomban sem sikerült tonsillektomia után találnunk. Egynémely basedowban pedig a fektetés, a megfelelő étrend, a szokott környezetből kirekesztés maga is javító hatású lehet, méginkább a kórházi kezelés, amely a basedow idegi componensére egynémely betegen majdnem gyógyító befolyású és így retrograd úton jó hatású az egész folyamatra is.

Sok lényeges és kevésbbé lényeges körülménynek kell összejátszania, hogy a tonsillaris eredetű thyreoiditis kórképe kialakulhasson. A legfőbb lehetőségeket *Brown* foglalta össze, aki szerint »bizonyos esetben vagy a csökkent jódtartalmú pajzsmirigynek van affinitása a tonsillákban generalizált fertőzés, illetőleg méreg iránt, vagy a pajzsmirigy felé migráló fertőzésnek van bizonyos selectivitása a pajzsmirigy bizonyos structurájával szemben«.

A fenti vizsgálatok eredménye összefoglalva a következő volt:

Klinikai és laboratoriumi tüneteken keresztül (anamnesis, nyakkörfogat, vérnyomás, teljes vérkép, alapanyagcsere, adrenalin- és thyroxin-érzékenység), vizsgáltatott az idűlten lobos mandulák hatása a pajzsmirigyre, illetőleg annak működésére. A tonsillektomia előtt és után észlelt rendes adatok nem mutatnak hormonalis kapcsolatra. Az összefüggés inkább fertőzéses-áttételes úton képzelhető el. Ezt a feltevést több irodalmi adat, valamint a csekélyszámú, de kifogástalanul gyógyult eset is támogatja.

Irodalom: *Abbot—Clifford:* Internat. Clin. 98. 4. ser. 42. — *Brown:* Eye, Ear etc. Monthly 1922. »—» Laryngoscope, 32. 590. 1922. »—» Laryngoscope, 1929. — *Budak—Lusicky:* Lijecn. Vjesn. 1932. 512. — *Bullwinkel:* Laryngoscope, 1933. 291. — *Busacca:* Congr. Ital. Laring. 26. 84. 1910. — *Church:* Surg. Clin. N. Amer. 1932. 507. — *Clute—Lakey:* Ann. Surg. 1932. 493. — *Fraser:* Brit. med. Journ. 1931. — *Halle:* D. m. W. 1931. 1204. — *Holz:* Berl. Kl. Wschr. 1905. — *Hurley:* Zbl. Lar. 26. 86. 1910. — »—» Zbl. Lar. 31. 126. 1915. — *Jorge:* Semana med. 1931. 92. — *Liebermann:* O. H. 1931. 1116. — *Malfatti:* Congr. Ital. Laring. 25. 139. 1929. — *Putzu:* Policlin. Sez. Prat. 1933. 210. — *Rejtő:* O. H. 1931. 1116. — *Röder:* Berl. Kl. Wschr. 1924. — *Syk:* Acta Oto-lar. 5. 535. 1926. — *Thiesen—Clement:* Albany N. Ann. 1913. 465. — *Venetianer:* O. H. 1931. 1116. — *Vogel:* Erg. Chir. Orth. 1930. 316.

A Szent István-közkórház bőr- és nemibeteg-osztályának közleménye (főorvos: Guszman József c. rk. tanár).

Keratoma diffusum palmare et plantare symmetricum szemölcsökkel szövődött esete.

Irta: *Pilau Gusztáv dr.*, alorvos.

A palmo-plantaris keratosisok a dermatologiának igen érdekes és szép, de még nem tökéletesen ismert — sőt mondhatjuk meglehetősen zavaros — fejezetébe tartoznak. A megbetegedés oka még ma is homályban van, de nemcsak a kórokot nem ismerjük, hanem még azon körülmények nagy részét sem, melyek a megbetegedést kiváltják.

Két nagy csoportot szokás megkülönböztetni: a symptomás és idiopathiás keratosisok csoportját. Az egyikben mindenkor kimutatható a külső ártalom, míg a másikat ismeretlen kórok, talán a csiraplasma megbetegedése okozza. E két csoportba való felosztás két szélső véglet, közöttük számos átmeneti alak fordul elő, amelyeket *Siemens* idiodispositionalis alakoknak nevezett el. Ezekben a keratosisokban a csiraplasmában lévő elváltozás csak bizonyos külső ártalmak hatására jelentkezik betegség képében.

Az idiopathiás keratosisok fő képviselője az *Unna-Thost* által leírt keratoma palmare et plantare, melyben a külső tényezők befolyását nem lehet kimutatni és melyről tudjuk, hogy legnagyobbrészt az első életévben kezdődik és öröklékeny. Valódi idiopathiás keratosisról csak akkor beszélhetünk, ha annak öröklékeny voltát ki tudjuk mutatni. Ez az öröklékenység családi; kimutatása aránylag nem nehéz, csak vigyáznunk kell, nehogy olyan eseteket minősítsünk öröklékenyeknek, melyek ugyanegy családban gyakoriak, de külső tényezők által okoztatnak. Az idiodispositionalis csoportba tartozó esetek a magános esetek, melyekben a családi öröklékenységet nem lehet kideríteni, vagy melyekben ugyan bizonyos külső ártalom kimutatható, de mégis a megbetegedésnek a csiraplasmából eredő voltát nem lehet tagadni *(Neuber* esete*)*. A symptomás keratosisok tökéletesen utánozhatják az idiopathiás alakokat és azoktól csak lefolyásban különbözhetnek, ezért keratosisokban külső ártalmakra mindig kell gondolnunk.

Az idiopathiás és idiodispositionalis megjelenésű p. p. keratosisokat a mai napig is még külalaki megjelenés szerint osztjuk fel, mit *Arzt* és *Fuhs* ajánlott. Megkülönböztetünk megközelítően diffus, élesen határolt, szigetvagy vonalszerű és sok kis gócos keratodermiákat, melyek azonban egymással összefolynak, közöttük éles határ nincs. Ezt a felosztást azonban az újabb irodalomban

mind jobban és jobban támadják *(Fuhs, Siemens, Galewsky* stb.), mert mind a három forma a csiraplasmának azonos betegsége, az alaki megjelenés különbözősége pedig csak változat, melyeket más-más csoportban tárgyalni jogosulatlan. Hogy különböző megjelenési alakok ugyanazon csiraplasmaártalomnak csak varietásai, azt legjobban azok az esetek mutatják, ahol egyes alakok ugyanazon egyénen vagy családban egymásba átmennek. *Michael* esetében egy családtagon kevéssel a serdülés után a keratodermia disseminált alakban jelentkezett, míg előtte öt nemzedéken át a diffus Unna-Thost-féle alakban fordult elő. *Galewsky* esetében a keratodermia csak késői korban lett diffus, míg fiatalabb korban kisgócos volt. A csiraplasma ártalmának fajáról és idejéről semmit sem tudunk, csak egy kétségtelen, hogy a csiraplasmának ektodermalis része sérült, mely sérülés különbözősége hozza talán létre az alaki különbségeket.





Keratoma diffusum palmare et plantare symmetricum szemölcsökkel szövődött esete.

A keratodermiáknak mind a három csoportjában találkozunk részben kimutathatóan örökletes alakokkal, részben magukban előforduló esetekkel. Mind a három csoportban jelentkezhetnek a megbetegedések korán születéskor vagy kevéssel utána, vagy csak a későbbi korban *(Fokin* és *Fišer* esetei 35, ill. 38 éves korban). A késői korban jelentkező eseteket az atypiás csoportokba sorolják. Atypiák lehetnek nemcsak a keletkezés időbeliségében, hanem a megjelenés alakjában is. *Moncorps* pl. az alaki atypiáknak nyolcféle formáját különbözteti meg. Atypiás esetekben öröklés esetén a megbetegedések száma kevesebb *(Winkle)*, mint typusos esetekben, hol a megbetegedés dominansan öröklődik, tehát atypusos esetekben a csiraplasma ártalma úgylátszik kisebb. A mi esetünk is a magános, későn megjelenő atypusos esetek csoportjába tartozik, bár a megjelenésének alakja tökéletesen az *Unna-Thost* által leírt typusos keratoma p. p. képét mutatja.

Ha azokat a többi megbetegedéseket nézzük, ahol ugyancsak feltesszük a csiraplasma sérülését, ott is megtaláljuk minden esetben az atypiákat, melyeket itt már az alapbetegséggel szemben nem határolnak oly élesen körül. Ilyen pl. az epidermolysis bullosa és a Recklinghausen-betegség. Itt a tüneteket csak a typus varietasainak, nem pedig a typustól lényegesen különböző megbetegedéseknek, újabb typusoknak tartják. Ezek az atypiák is megnyilvánulhatnak időbeliségben és alaki megjelenésben. Például *Goodman* leírta egy 37 éves férfi esetét, aki csak kilenc hónapja szenvedett epidermolysis bullosában. *Keining* esetében az epidermolysis 24 éves korban, *Fröhlich* esetében 19 éves korban jelentkezett. A Recklinghausen-betegség eseteiben is ismeretesek atypiák (Formes frustes-alakok), amelyek nagy változatosságot és egy vagy több jellemző tünetnek a hiányát mutathatják. Ismeretesek olyan Recklinghausen-esetek, ahol csak pigmentfoltok találhatók vagy pigmentfoltok neurofibromatosissal együtt, de bőrtumorok nélkül *(Landois* és *Variot)*. A R.-betegség is jelentkezhet későn, mint *Schwoner* esetében 43 éves korban, *Lekisch* esetében 22 éves korban ; bár kétségtelen, hogy a megbetegedés idejének megállapításába könnyen hiba csúszhat be azzal, hogy a kis kezdőtüneteket (szeplő foltok) nem vesszük észre vagy másképp értelmezzük.

Negyvennyolcéves nős férfi, megbetegedésének idejében és azóta is villamoskocsivezető. Szülei rokonságban nem voltak. Tudtával családjában hasonló baj nem fordult elő. Húszéves korában kankója volt, ami rövid idő alatt nyom nélkül lezajlott. Nemi szervein sebek, kiütések nem voltak. Betegsége 30 éves korában kezdődött, egyidőben tenyerén és talpán. Az elszarusodás először kisebbfokú volt, de rövid idő alatt elérte jelenlegi vastagságát. Bőrbajával kezdetben nem sokat törődött, később azonban már több ízben orvosolták. Legtöbbször kesztyűben járt, mert kellemetlen volt ha mások kezének állapotára figyelmeztették. Kocsivezetői munkáját jól ellátta, finomabb munkát azonban nem tudott végezni. Öklét teljesen zárni nem tudja. Kellemetlen kezének és lábának állandó izzadása, mely ha gyakran nem mosdik, erősen bűzössé válik. Lábát cipőjében állandóan nedvesnek érzi és ha sokat állt, talpában égető érzései voltak. Többször próbálta már kezén és lábán a hámot lefaragni, de az mindannyiszor utána nőtt. Arsent semmiféle formájában nem szedett.

Mindkét tenyerén és az ujjak hajlító oldalán, a kéz háti oldala felé élesen határolva számos gombostűfejnyi, kendermagnyi, borsónyi, sőt annál nagyobb sárgás-zöldes transparentiájú, kemény elszarusodott göbcsék (l. ábra). Ezek a göbcsék az ujjakon többnyire különállóak, míg a tenyéren, különösen annak közepén és ulnaris oldalán, az 5 mm-t is elérik. Helyen-

ként egy-egy, kissé vérzékeny *rhagas*. A papillaris rajzolat elmosódott, csak a főbb tenyéri vonalak vannak meg. Erythemás szegély nem található. Vaskos felrakódások vannak a mutatóujjak radialis oldalán is. Jelentékeny hyperidrosis. Mindkét kéz ujjainak háti felszínén és a kézhátakon borsónyi, kisbabnyi verruca vulgarisszerű képletek. Ezek száma egy-egy kézen 8—10. Színük sárgás-barna, a bőr szintjéből jól kiemelkednek.

Mindkét talp bőrén (l. ábra) teljes kiterjedésükben a nyomásnak kitett helyeken kifejezettebben, mint a lábfej boltozatának megfelelően, hatalmas hyperkeratosis. Ez a hyperkeratosis az ujjakon a tenyéri hyperkeratosishoz hasonlóan szarugyöngyökből áll, amelyeknek egy része különálló. A talpon a szaruképletek egymással összefolynak és vaskos hyperkeratosisos páncélt képeznek, amely a lateralis részén igen jelentékeny; még kifejezettebb a sarkon, ahol a szaru basaltoszlopszerű képleteket alkot, amelyeknek magassága az Achilles-in tapadásánál az 1 cm-t is eléri. Az elváltozások felszíne sehol sem síma, inkább göröngyös, kisebb-nagyobb barázdákkal tarkított. A folyamat a lábháti oldal felé éles határban végződik erythemás szegély nélkül. Kifejezett hyperidrosis. A lábhát teljesen szabad, a test egyéb felszínén sem találunk sehol hyperkeratosist.

A talp bőrének medialis részéből egy borsónyi képletet kivágtunk és szövettanilag feldolgoztuk. Feltűnő volt az igen vastag lamellaris szaruréteg, amely alatt a stratum granulosum is igen határozott, parakeratosist nem észleltünk. A spinocellularis sejtek rétege vastag, helyenként vizenyős. Az alapréteg aránylag keskeny, bár néhol a rendesnél többszörösen szélesebb helyek is találhatók. A hám kb. egyforma mélyrenyúló papillákat képez, melynek következtében a széle fűrészszerű. A subcutis rostos kötőszövet, amelyben a verejtékmirigyek száma a rendesnél jóval nagyobb (*Zalka Ö.* főorvos lelete).

A belső szerveken kevés kóros elváltozás volt kimutatható. A szív kissé hypertrophiás, a basison halk systolés zörej. Működése ütemes, száma percenként 76. Tüdőhatárok kissé tágultak, mindenütt sejtes légzés, zörej nincsen. Vérnyomás 140/80 Hg/mm. Láz nincsen. A vizeletben semmi kóros. Wa. r.: negativ. A mellkas röntgenátvilágításakor a tüdőmezők szabadok, a rekeszek éles szélűek, jól mozognak, az aorta diffuse mérsékelten tágabb, a szív aorta typusú, haránttátmérőben kissé nagyobb.

Esetünk a diffus p. p. keratosisok csoportjába tartozik, melynek fő képviselője a dominansan öröklődő keratoma p. p. Ezt a betegséget először *Thost* írta le 1880-ban ichthyosis palmaris et plantaris néven. A 38 személyt felölelő családban dominans öröklődési viszonyokat talált. 1883-ban *Unna* saját megfigyelései alapján a nevet keratoma palmare et plantarera változtatta át és az ichthyosisoktól elkülönítette. Idők folyamán azonban a typustól mind több és több eltérést, atypiát találtak; számos magános eset és alaki különbség is előfordult. Tekintve, hogy a mai gyakorlatban a p. p. keratosisok felosztása még mindig morphologiai *(Moncorps)*, egy-egy esetnek az eddigiek közé való besorolása nehéz. Az irodalomban a legfiatalabb esetekkel sokszor úgy találkozunk, mint »újabb kivételekkel« *(Wirz, Schmidt)*. Ha a p. p. keratosisokat a csiraplasma betegségének fogjuk fel, de már a különböző atypiákat csak változatoknak tartjuk, akkor ilyen nehézségeink nincsenek.

Esetünk a solitaer esetek csoportjába tartozik, u. i. a beteg közeli hozzátartozóinak körében hasonló bajról nem tud. Betegsége csak későn, 30 éves korában kezdődött. A keratomák az esetek kétharmad részében már az első életévben szoktak kezdődni, míg a többi egyharmad a legközelebbi életévekben; bár közöltek a serdülés után *(Kissmeyer, Löblowitz* stb.), sőt 45—48 életévben kezdődő eseteket is *(Fokin, Fišer, Neuber)*. Ezek a késői esetek, mivel a csiraplasma sokáig rejtett tulajdonságainak activálódásáról van szó, rendesen külártalmak kapcsán fejlődnek ki. Pl. *Neuber* 67 éves férfibetegének 47 éves korában kezdődött a betegsége, mikor mint folyóparti munkás dolgozott és lábát az érdes folyópart állandóan ingerelte. (Idiodispositionalis alak.) Esetünkben ilyen kiváltó mozzanatot nem találtunk. Betegünk fiatalkora óta, mint villamoskocsivezető dolgozik. Ezek a kései magános esetek igen hasonlíthatnak a symptomás keratosisokhoz, az ekzema tyloticumhoz stb., azonban attól lefolyásában és alaki megjelenésében legtöbbször elkülöníthető. Míg a symptomás keratosisok gyógyulási hajlamúak, addig az keratoma p. p. egyáltalán nem. Egy hónapig tartó kezeléssel alig tudtunk valami kevés javulást elérni. Erythemás szegély a hyperkeratoticus részek szélén nem volt, ami a baj kezdetén úgyszólván állandó tünet, sőt mint tudjuk, egyes alakok tisztán csak erythema képében zajlanak le. A hyperkeratosis a tenyéren és a talpon igen kifejezett és vaskos volt. A talpon különösen a nyomásnak kitett helyeken, a sarok táján és a talpak oldalsó részén az egy cm. vastagságot is elérte. (Ezekben az esetekben beszél *Vörner* az epidermis óriás növéséről.) A nyomásnak ki nem tett helyeken is észlelhető volt, bár kisebbfokú, hyperkeratosis. (A külső tényezők hatása, bár kisfokban, de azért itt is érvényesült.) Ily nagyfokú elszarúsodást az irodalomban csak kevés esetben találunk, melyek szintén az atypusos esetek csoportjába tartoznak. A typusos esetek legnagyobb részében mérsékelt hyperkeratosis van.

Külön érdekességűek a kézháton észlelt veruccaszerű képletek, amelyek miatt a beküldő orvos a megbetegedést a tenyérre is ráterjedő *verrucositas*nak tartotta. A p. p. keratosisoknak combinatióját verrucákkal az irodalomban csak kevés esetben észlelték. *Wirz* közli 21 éves egyetemi hallgató esetét, kinek születése óta tenyerén csak erythemákat észleltek mérsékelt hyperkeratosis mellett, míg a kézhátakon számos szemölcsszerű képlet volt. Ő esetét typus inversusnak tartotta, mert a főbetegség a p. p. keratosis, az atypusos jelenségek, a veruccák mellett háttérbe szorult. Hasonló eseteket észlelt még *Hopf* és *Rasch* is. *Rasch* a kopenhágai nemzetközi nagygyűlésen mutatta be esetét, mint a tenyéri keratodermia disseminata combinatióját a kézháti acrokeratosis verruciformisszal.

Esetünk a diffus p. p. keratosisok csoportjába tartozik, ennek egyik atypusos alakja. Ha a megbetegedés okául a csiraplasma bántalmazottságát tesszük fel, akkor annak egy érdekes alakját észleltük, amennyiben a congenitalis adottság alapján magánosan symmetricusan csak a késői korban jelentkezett és szemölcsökkel szövődött volt.

Irodalom: *Arzt* u. *Fuhs*: Arch. f. Dermat. 145, 325. — *Fišer*: Zbl. f. Hautkrankh. 22, 180. — *Fokin*: Mh. Dermat. 26, 446; Hdb. d. Haut- u. Geschl. VIII. 2. — *Fröhlich*: Zbl. f. Hautkrankh. 30, 551. — *Galewsky*: Arch. f. Dermat. 138, 445. — *Hopf*: Arch. f. Dermat. 167, 344. — *Keining*: Zbl. f. Hautkrankh. 26, 353. — *Kissmeyer*: Dermat. Zschr. 28, 40. — *Lekisch*: Arch. f. Dermat. 125, 588. — *Löblowitz*: Prag. med. Wschr. 23, H. 18, 211; Hdb. d. Haut- u. Geschl. VIII. 2. — *Michael, Jeffrey C.*: Arch. of Dermat. 27, 78; Zbl. f. Haut- u. Geschl. 45, 57. — *Moncorps*: Hdb. d. Haut u. Geschl. VIII. 2. — *Neuber*: Arch. f. Dermat. 162, 197. — *Rasch*: Arch. f. Dermat. 167, 375. — *Schmidt*: Arch. f. Dermat. 165, 377. — *Schwoner*: Arch. f. Dermat. 125, 45. — *Siemens*: Hdb. d. Haut u. Geschl. III. Virchovs Arch. 238, 200. — Arch. f. Dermat. 157, 392. — *Thost*: Inaug. — Diss. Heidelberg 1880; Hdb. d. Haut u. Geschl. VIII. 2. — *Unna*: Vjsch. Dermat. 15, 231. — *Vörner*: Arch. f. Dermat. 56, 1. — *Winkle*: Inaug.—Diss. München 1925; Zbl. f. Haut u. Geschl. 20, 56. — *Wirz*: Arch. f. Dermat. 166, 423.

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

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

Adatok az uretersérülésekhez.

Irta: *Ács Miklós dr.* tanársegéd.

Az urologust és nőgyógyászt egyaránt érdeklik az ureter mindazon elváltozásai, melyek nőgyógyászati műtétekkel hozhatók okozati kapcsolatba. Az urologiai klinika tizéves anyagából 3455 nőbeteg közül csupán három ilyen esetet találtam. Ezen aránylagos kicsiny szám magyarázata kétségtelenül az, hogy az esetek rendszerint nem kerülnek az urologiai klinika észlelése alá, hanem a megfelelő nőgyógyászati intézetben láttatnak el.

Eseteink rövid kórtörténete:

Fjlsz.: 694/925. 36 éves, VII. P. nőbeteg, cc. portionis uteri miatt 1925 január 26-án más helyen vaginalis total exstirpatio. Síma gyógyulás után három hónapig panaszmentes majd gyakori vizelési ingerek időnkénti hőemelkedésekkel és enyhe hasi fájdalmakkal. Három hét óta magas lázak, hidegrázásokkal; a bal vesetájnak és a baloldali húgyvezér lefutásának megfelelőleg erős fájdalmak.

Jelen állapot: Mellkasi szervek épek, jobb vese nem tapintható, bal vesetájon érzékeny ellenállás. Felvételkor hőmérséklete 38·2°- C. P.: 108.

Cystoskopia: a vizelet homályos, néhányszori mcsásra feltisztul. Cap.: 150 g. A hólyagnyálkahártya általában ép. A jobb ureterszájadék ép, a bal ureterdomb a rendesnél valamivel erősebben kiemelkedik, fölötte kb. 3 cm hosszúságú, vonalszerű behúzódás, melynek felső csúcsából a bal vese nyomására sűrű geny ürül. Lobos, kissé beboltosított trigonum.

U. C. jobboldalt símán végig felmegy, belőle rendes ütemben tiszta vizelet ürül, a baloldali ureterkatheter azonban 4 cm-re elakad, belőle erősen zavaros vizelet ürül.

Indigocarmin (intravenásan)

Jobboldal:	Baloldal:
4 perc mulva világoskék	10 perc mulva sincs elszíneződés
6 perc mulva intensiv kék	
jobb △ = 0·97	bal △ = 0·24
üledékben: 1—2 vörösvérsejt	üledékben: sok genysejt
Vér ϑ = 0·59	

A klinikai vizsgálat alapján kétségtelen a nagy functiós kiesést mutató baloldali vesegenyedés kórismeje, mely miatt a vesét feltártuk. A vesét megnagyobbodva találjuk, a pyelum, valamint a húgyvezér felső szakasza tágult, alsó szakasza azonban rendes. A vese felülete kisebb-nagyobb tályogokkal van teleszórva, ezért eltávolítjuk. A kivett vese metszéslapján is számos tályog látható. Síma gyógyulás után nyolcadik napon kibocsátás.

Az eset mérlegelése alapján minden valószínűség szerint a pyonephrosis kifejlődése a félesztendővel azelőtt végzett nőgyógyászati műtéttel van összefüggésben, illetve annak következménye. A kiterjesztett hüvelyi úton történő méhkiirtás (Schauta) kapcsán a baloldali ureter kiboncolása, illetve a megfelelő parametriumrészek lekötése alkalmával az ureterfal, vagy hozzá egészen közel eső szövetrész átöltése történhetett, ami az ureter megtöretését és lefolyásbeli akadályozottságát okozta. Ilymódon a húgyvezérben is, a vesemedencében is pangás, majd fertőzés útján pyonephrosis jött létre.

Fjlsz. 46/934. 58 éves nőbetegen méhnyakrák miatt más helyen Wertheim-műtét. Utána a betegnek 24 óra mulva sincs vizelete; ezért urologiai vizsgálat történik.

Cystoscopia: hólyagban vizelet nincs. Capacitas rendes. A trigonumot három gömbszerűen felemelkedő, kis mogyorónyi, élénkvörös oedema foglalja el, melyek az ureterszájadékokat részben elfedik. A bal szájadék egy ilyen vizenyős dombon ül, a jobb szájadék pedig az oedema peripheriás alapján. Mindkét szájadékban a katheterek már a szájadék kezdetén megakadnak. Működés egyik oldalról sem figyelhető meg.

A kórelőzmény, valamint a hólyagtükri vizsgálat alapján nyilvánvaló, hogy mindkét oldalt átjárhatatlan akadály van az ureterekben. Tekintettel a beteg aggasztó állapotára, a relaparatomiától, illetve a húgyvezéreket nyilván elzáró ligaturák oldásától, elállottunk és más úton igyekeztünk biztosítani a vizelet lefolyását. Kiszabadítjuk a vese alsó polusát, az uretert, majd a pyelumot. Ezután megnyitva a vesemedencét, annak sebén keresztül letolt ureterkatheter 25 cm-re merev ellenállásra talál. Mathieu-fogóval átbökjük a veseállományt és Nelaton-kathetert húzunk le a pyelumba. Zárva a pyelumot, draincső behelyezése után a sebet rétegesen egyesítjük. A katheter sűrű cseppekben tiszta vizeletet ürít. Utána a betegen időnkénti hőemelkedések és a katheter jólvezetése mellett (vizelet napi mennyisége 700—1320 ccm között váltakozik) szűnni nem akaró hányingerek, hányások, melyek a transrenalis drenage utáni ötödik napon szünnek csak meg. A műtét után tíz órával a vér ϑ = 0·61. Rest. Nitr.: 82 mgr-%. Műtétet követő harmadik napon ellenőrző cystoscopia *(Prof. Illyés)*. A trigonum felső szélén a lig. interuretericumnak megfelelőleg, harántul futó, kakastaréjszerű, vizenyős, vörös, bal szélén kékesen livid kiemelkedés látszik, melyben kivehető a bal ureterszájadék. A jobb ureterszájadék a kiemelkedés meredek széle mellett jól látható. Az ureterkatheter mindkét oldalt 2·5 cm-re elakad. A transrenalis drainage kapcsán a bal veséből kapott vizelet homályos-szalmasárga, savi vegyhatású, △ ja = 1·20. Üledékében 100—120 genysejt 2—3 szemcsés henger mellett. A műtét utáni nyolcadik napon a vér ϑ = 0·61. Rest. Nitr. = 91 mgr-%. A kilencedik napon a katheter jólvezetése ellenére nagy szomjúságérzet; a beteg állapota mindinkább romlik, rendkívül aluszékony; a vizelet mennyisége azonban nem csökkent. A tizenkettedik nap jobboldali transrenalis drainage. Az ureter ujjnyi vastag, a pyelum nagy diónyira tágult, feszes, a vese a rendesnél lejjebb fekszik, a veseállomány sorvadtnak látszik. Utána az állapot nem javul és mindkét katheter lassú cseppekben történő vezetése mellett (7 óra 15 perc alatt 220 g vizelet), a tüdővizenyő súlyos tünetei és uraemiás görcsök közepette bekövetkezik a halál. A sectios lelet mindkétoldali lekötés okozta ureter strangulatiót állapított meg, jobboldali heveny hydronephrosissal és mindkét ureter felső szakaszának tágulatával. A húgyhólyag nyálkahártyája nagymértékben vizenyős. A boncolási lelet emellett bronchopneumonia gangraenosát mutat a szívizomzat és a máj zavaros duzzadása mellett, a lép subacut albumino-toxicus gyulladásával.

Az eset mérlegelése alapján kétségtelen, hogy Wertheim-műtéttel kapcsolatos kétoldali ureterlekötés történt és az amúgyis igen leromlott senyvedéses betegen a kétoldali transrenalis drainage, mint életmentő műtét jött szóba.

Fjlsz.: 601/934. 50 éves nőbetegnek 22 évvel ezelőtt baloldali genyes vesezsák miatt balveséjét eltávolították; 16 éve méhizomrostdaganat miatt supravaginalis csonkolás. Hat nappal ezelőtt más helyen végzett jobboldali intraligamentaris petefészekdaganat eltávolítása kapcsán a jobboldali húgyvezér sérülése miatt ureter-beültetés történt a hólyagba. Műtét utáni harmadik napon olyguriás (100—150 g a vizelet napi mennyisége), hányingerek, fokozott szomjúságérzet.

Jelen állapot: nagyon lesoványodott nőbeteg, bőre és látható nyálkahártyái halványak, a nyelv száraz, szív, tüdő ép. A has előmborodó, feszes, puffadt, diffuse érzékeny. A köldöktől symphysisig terjedő hosszanti középvonalú műtéti heg, melynek felső harmada sarjaktól fedett. Baloldalt ferde lumbalis műtéti heg. Jobboldalt a lumbalis tájék kitöltött, érzékeny, valamint a jobb ureter lefutásának megfelelőleg határozott tapintási érzékenység. Az összes vizelet zavaros, szalmasárga, fajsúlya 1010, savi vegyhatású. Üledékében 18—20 genysejt és bakteriumok láthatók.

Cystoscopia: vizelet zavaros, cap. 40 g. A jobb ureterszájadék hasadékszerű, jól látszik, a bal medialisan fekszik, duzzadt; a hátsó falon közel a vertexhez, a beültetés helyén heges oedemás öböl, melyben az ureterszájadék, mint mély behúzódás látható. A katheter először 1 cm-re, majd többszöri kísérletre 4 cm-re megakad az ureterszájadékban.

A kórelőzmény, valamint az urologiai vizsgálat alapján kétségtelenül a hólyagba beültetett, feszesen meghúzott ureter a hólyagba szájadzásnál és kissé fölötte megszűkült.

Tekintettel a beteg súlyos állapotára és arra a körülményre, hogy e szűkült rész alulról a hólyagon át nem tágítható, ferde lumbalis metszéssel feltárjuk jobboldalt az uretert és a vesét. Az ureter drótszerűen megfeszül, kisujjnyi vastag, oldaltabban fekszik és a vese is nagyobb, feszes. Az uretert középső harmadában félcentiméter hosszúságban megnyitjuk és e nyíláson át 5 Ch. ureterkathetert vezetünk be, mely azonban a hólyagba-szájadzás helyén elakad; a 4 Ch. azonban keresztüljut. A hó-

lyagból ezután a kathetert Joung-eszközzel kiemeljük és centralis végéhez 7 Ch. kathetert kötünk, melyet a 4 Ch. katheter segítségével az ureterbe, illetve a hólyagba behúzunk. A katheter felett zárjuk az uretert, majd miután meggyőződtünk a katheter jólvezetéséről, azt berögzítjük. Műtét után az állapot javul, jó diuresis, időnkénti lázas állapot. Tizennyolcadik napon katheter eltávolítás, egy hónap mulva per primam gyógyult lumbalis metszés sebével, magától vizelve, gyógyultan kibocsátás.

Uretersérülés mindazon műtétek kapcsán fordulhat elő, ahol az ureter beleesik a műtét területébe. Megkülönböztethetünk szándékos, véletlen és következményes uretersérüléseket.

I. Szándékos uretersérülések. Ezek különösen gyökeres nőgyógyászati műtétekkel kapcsolatban jöhetnek létre. Pl. rákosan beszűrődött ureter alsó szakaszának resectiója, intraligamentaris myoma által körülnőtt ureter, mikor a húgyvezér a daganat közepén fut *(Chrobak, Rühl)*.

II. Véletlen uretersérülések. Létrejöhetnek megváltozott topographiai viszonyok közt (intraligamentaris daganatos elváltozások, gyulladásos összenövések), fejlődési rendellenességek esetén (ureter duplex) és hiányos műtői készség miatt.

III. Következményes uretersérülések. A húgyvezér műtét alatt nem sérül, csupán nagyobb darabját csupaszították le, emiatt táplálkozása szenved és később elhal. *Stoeckel* véleménye szerint maga a lemeztelenítés nem okoz még olyfokú táplálkozási zavart, hogy elhalás következzék be, szerinte ez csak mint hajlamosító körülmény szerepel a megtöretésben, ami azután tágulatokat és fokozódó keringési zavarokat okozva, vezethet végül elhaláshoz.

Az uretersérülés helye nőgyógyászati műtétek kapcsán lehet a linea innominata alatt a hólyagba szájadzásig mindenütt, de leginkább az arteria uterinával és a ligamentum infundibulopelvicum-mal való kereszteződés helyén.

Ami a sérülések gyakoriságát illeti, az irodalomban a legkülönbözőbb adatok szerepelnek. A Johns Hopkins Hospital statisztika 143 méhnyakrák műtéte közül 17 véletlen uretersérülésről, hét postoperativ sipolyról és 10 ureterlekötésről számol be. *Wertheim, Weibl* 1000 hasi műtétjében 144 ureterresectio, illetve -sérülés fordult elő (14·4%). *Kermauner* statisztikája 371 hasüri műtétről szól 10 uretersérüléssel. *Schauta, Thaler* 654 hüvelyi méhkiirtás kapcsán 2·9% hólyag-, illetve uretersérülésről számol be. *W. Latzko* és *J. Schiffmann* 25 év alatt végzett 6000 hasi és hüvelyi műtétből, melyek közül 900 Wertheim szerepelt, hat akaratlan uretersérülésről tesznek említést. Ezen hat esetből kettőben lekötés történt, azt követő átmetszéssel; az egyikben az arteria uterina kereszteződése, a másikban a ligamentum infundibulopelvicum területén. Mindkét eset Wertheim-műtét kapcsán fordult elő. További két lekötés történt átmetszésekkel, nagy intraligamentaris cystomák kifejtésénél, egy átmetszés pedig előzetes lekötés nélkül, a hüvelyboltozat magasságában, kiterjedt összenövéseket okozó méhfüggelék-daganat gyökeres műtétje és végül egy átöltés méhizomrostdaganat miatt végzett hüvelyi totalexstirpatio esetében. E legutóbbi uretersérülés magától gyógyult egyheti vizeletcsurgás után. Egy uretert lekötöttek és subperitonealisan sülyesztettek, kettőt Kawasaye szerint csomóztak, egyet pedig beültettek a hólyagba és egy esetben pedig, hol a sérülést — épúgy mint az átöltött esetben — csak a műtétet követő napon a hüvelyi vizeletcsurgásból ismerték fel, később kifejlődő pyonephrosis miatt nephrectomia vált szükségessé. A *Tauffer*-klinika 2210 hasmetszéséből 10 alkalommal (0·5%) történt húgyvezérsérülés, hét intralig. cystoma, két intralig. myoma és egy genyes adnex-műtét kapcsán. *Frigyesi* 15 éves anyagából 3300 laparatomia közül hat uretersérülésről számol be (3300 hasmetszésből 230 Wertheim-műtét), három sérülés Wertheim-műtét, egy intralig. cysta-műtét és két intralig myoma-műtét mellett fordult elő.

Az uretersérülések következményei a szerint változnak, hogy lekötés történt, vagy pedig folytonossághiány állt elő, továbbá egyoldali vagy kétoldali volt-e a sérülés, illetve lekötés. Az egyoldali lekötések, mint az irodalom adatai is igazolják, nem minden esetben okoznak tüneteket. *Noble* és *Schroeder* egy-egy esetében csak a boncolás derítette ki a féloldali húgyvezérlekötést, mely klinikai tüneteket egyáltalán nem okozott. Igen valószínű, hogy műtétek kapcsán több alkalommal is előfordulhatnak féloldali lekötések a nélkül, hogy tudomást szereznénk róluk.

A húgyvezérsérülések ellátásában irányadók: a sérülés helye, kiterjedése, minősége (áthatoló, vagy részleges), ideje (műtét alatt, vagy később került a műtő tudomására), a vesék működőképessége és végül a beteg általános erőbeli állapota. Az irodalom felemlít olyan esetet is, mikor az uretersérülés megoldása miatt a megfelelő oldalon nephrectomiát végezve, később derült ki, hogy az époldali ureternek megfelelő vesét távolították el *(Morris)*.

Saját eseteink, valamint az irodalom adatai alapján látjuk, hogy kiváló műtői készség mellett is előfordulhatnak szórványosan húgyvezérsérülések, illetve alákötések. Önként adódik a kérdés, mik azok a tényezők, melyek a megelőzés szolgálatában állnak és amelyek alkalmazásával ezek elkerülhetők. Az a véleményünk alakult ki, hogy a már elsőízben *Pawlik*, majd *Latzko* és *Kelly* által ajánlott, de később sokak által elvetett előzetes ureterkatheterismus és a katheteknek műtét alatti rögzítésével a sérülés könnyebben elkerülhető. Az újabb időkben *Mock* és *Dore* ajánlották mindazon műtétekben, hol veszélyeztetve lehet az ureterek épsége.

Az a felfogás, hogy a húgyvezérek kiboncolása a felvezetett katheterek mellett a parametrium deszkakemény rákos beszűrődésekor éppoly nehezen vihető keresztül, mint katheterek nélkül, nem állja meg helyét, mert ilyen esetekben a felvezetésnek nincsenek meg a feltételei, tehát egyáltalán fel sem vezethetők. Az ureterkatheterismus ugyanis ilyenkor, részben a hólyag deformitása miatt fel nem kereshető ureterszájadékok, részben a kisfokú hólyagcapacitas és végül mindazon elváltozások miatt, melyek pangás és a rákos folyamatnak tovaterjedése következtében jönnek létre (a hólyagnyálkahártya nagyfokú fellazulása, bullosus oedema, necrobioticus jelenségek), sikeresen el nem végezhető. A hólyagdeformitásoknak, valamint a pangásos jelenségeknek kétségtelen oka a nőgyógyászati műtétet javalló daganatos elváltozásai a genitalis apparatusnak. Ha tehát az említett tényezők miatt megfelelő technikai készség mellett az ureterkatheteknek felvezetése sikertelen, rendszerint operálhatatlan, rosszindulatú folyamat van jelen és mindenkép indokolt a gyökeres műtéttől tartózkodni, illetve előtérbe kerül a conservativ sugaras kezelés, esetleges tüneti kezelés mellett.

Irodalom: *Scipiades:* Magy. Seb. Társ. munkálatai 1908. 577 old. *Kubinyi:* Adatok az ureter sebészetéhez. *W. Stoeckel:* Zeitschr f. Gyn. Urolog. 1912. III. kötet. *Archibald Donald:* Journal of Obstetrics and Gynecology 1910. XVII-ik kötet, 108 oldal. *Bland Sutton:* Journal of Obstetrics and Gynecology 1908. XIII-ik kötet, 328. oldal. — *Henry C. Coe:* American Journ. of the Medical Sciences 1902. Januar. *W. Latzko* és *I. Schiffmann:* Erkrankungen des weiblichen Harnapparates. Halban Seitz Biologie und Pathologie des Weibes V. *Lichtenberg—Voelcker—Wildbolz:* Spezielle Urologie IV. Teil. *W. Latzko:* Gynaekologische Urologie 968. *Frigyesi:* O. H. 1929. 225. oldal.

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

Quincke-oedema a penisen.

Irta: *Szira Zoltán dr.*

Az *oedema circumscriptum acutum Quincke*, más néven *urticaria gigantea* vagy *oedema fugax*, az urologiai gyakorlatban igen ritkán előforduló kórkép Kedvenc megjelenési helyei: az arc, ajak, fül, szemhéjak, továbbá a törzs bőre és a gége nyálkahártyája, ennélfogva az e szervekkel foglalkozó orvosok praxisában gyakoribb. A gégészek ezt az oedemát a légutak veszedelmes, szűkítő hatásáról ismerik. A nemiszerveken való megjelenése ritkaságszámba megy. Férfiakon gyakoribb, mint a nőkön. Az e cikkben ismertetett beteg oedemája a penisen jelent meg és orvosa nyilván paraphimosisra gondolt, mikor repositio céljából klinikánkra utasította a beteget.

Az oedema szöveti képe, akár exogen, akár endogen behatás okozta is az urticariát, teljesen azonos. A nagyság csak makroskoposan észlelhető elváltozásban nyilvánul meg. Mikroskoposan a bőr körülírt részén az irha mélyebb erei túlságosan megtelnek, a bőrpapillák vizenyősek lesznek, tehát terjedelmükben megnőnek, a kötőszöveti nyalábok megduzzadnak s a nyirokrések tátonganak. A savós izzadmány, amely a papillákban fejlődött ki, az irha felső részében összenyomja az ereket és ezáltal localis ischaemiát okoz. E folyamat azonban az urtica eltűnése után maradandó nyomot nem hagy maga után. A Quincke-oedema, amely rendszerint szabálytalan időközökben, rohamszerűen lép fel, néha órák, néha napok mulva szintén nyom nélkül tűnik el.

Betegünket, aki 28 éves raktári munkás, a hatalmas oedema gyors keletkezése szemmelláthatólag psychice is megzavarta. Közérzete rossz. Penise, mivel oedemája a penis tövénél kezdődött, körtéhez hasonló alakú. A fityma lemezei tömlőszerűen megduzzadva, csaknem teljesen elfedték a glansot. Első pillanatra is szembetűnő a penis bőrének gyöngyházfényű, áttetsző volta, mely ellentétben volt a pharaphimosisnál szokásos élénkvörösszínű gyulladással. A beteg a penis bőrének feszüléséről panaszkodott. Az oedema tapintata lágy és rugalmatlan, hőmérsékkülönbség a test többi részéhez viszonyítva nem volt észlelhető. A fitymát a glansról könnyedén elmozdíthattuk, a beteg a legcsekélyebb fájdalmat sem jelezte. Strangulatio, illetve a contractiós gyűrű hiányzott. A penis körfogata körülbelül a sulcus coronarius magasságában mérve 26 cm. A betegnek láza, hidegrázása, sem a rendelésen jelentkezésekor, sem az oedema megjelenését megelőzőleg nem volt, orbánccal tehát nem téveszthető össze az eset. A bőrnek a szokottnál halványabb színe is ellentétben állt e feltevéssel. Differentiáldiagnostikai szempontból szóbajöhetett még a nephritiseket gyakran kísérő oedema, ezért vizeletvizsgálatot végeztünk. A vizelet szalmasárga, fs.-ja: 1018, vegyhatása: savi; benne fehérje, geny, cukor nem volt kimutatható. Az üledékvizsgálat is negativ eredménnyel járt.

A beteg előadta, hogy 1934 november hó 23-án, három nappal az oedema kifejlődése előtt, gyomorpanaszokkal (étvágytalanság, hányinger, szédülés) egy belgyógyászati járóbetegrendelést keresett fel. Itt tüzetes vizsgálat után is csak megfigyelés alá helyezték, gyógyszeres kezelést nem kapott. Gyógyszert állítása szerint az utóbbi időben egyébként sem szedett.

A vizsgálatok alapján allergiás megbetegedésre kellett gondolnunk, bár ez esetben is, mint a többi allergiás alapon kifejlődött bajnál, nehézségbe ütközött az indítóok kiderítése, amely nélkül pedig hiánynélküli munkát nem végezhettünk.

Az utóbbi években főleg *Doerr* és *Urbach* kutatásai igazolták, bogy a Quincke-oedema is a prurigo, urticaria és ekzema, valamint a szénaláz, asthma stb. kórképével együtt az allergiás megbetegedések közé sorolható. *Doerr* feltételezi, hogy bizonyos egyének szervezetében oly folyamat játszódik le (sensibilisálás), amely egész csekélyfokú ártalommal szemben is létrehozza a túlérzékenységet. Ez a sensibilisálás jelen esetben az emésztőszervek nyálkahártyáján át jött a szervezetbe. A vérben vagy a szövetekben, akár a vérsavóban, akár pedig sejthez kötötten jelen van egy anyag, amit ő *reagin*-nak nevez. Ha most ehhez a reaginhoz megfelelő, tehát specifikus allergen jut a szervezetbe, a kettő combinált hatásából egy új, mérgező anyag születik, mely képes a bőrön, nyálkahártyán, sőt a belső szervekben is oly jellegzetes kórképet létrehozni, mint jelen esetben a szóbanforgó Quincke-oedema. A beteg anamnesiséből nem volt megállapítható az oedemát kiváltó allergen. Ennek megállapítását megnehezítette részben az a tény, hogy a betegnek ez volt az első oedemás rohama, továbbá az is, hogy bár az allergenek és reaginek specifikusak, a beteg sensibilitása polyvalens is lehet, azaz érzékenysége több anyaggal szemben is fennállhat. A második vagy harmadik rohamnál az ismétlődő, bajt kiváltó insultusra sokszor a beteg is felhívja az orvos figyelmét, hiszen a hús- és halfélékről, tojásról, tejről és több gyümölcsről tudjuk, hogy a táplálkozási allergenek sorában foglalnak helyet. A beteg azonban nem emlékezett, hogy az említettek közül bármelyik ételt fogyasztotta volna betegségét megelőzően s mivel állítása szerint gyógyszert sem szedett, a gyógyszer-allergenek szerepéről is le kellett mondanunk. Feltételezhető azonban, hogy a kórokozó a mindennapos tápszerek között szerepelt vagy a beteg napi foglalkozásával függött össze.

Ily körülmények között a desensibilisálás csak a sötétben való tapogatódzással lett volna egyenlő és therapiánk a régi, urticariáknál többé-kevésbbé bevált purgálásban és intravenásan adott calciuminjectio adásában merült ki.



Az oedema lefényképezéséhez sajnos nem voltunk felkészülve, pedig félő volt, hogy másnap az oedemának nyomát sem fogjuk találni. A cikkhez mellékelt felvétel a beteg jelentkezése, illetve az első calcium injectio beadása után 12 órára készült. Az oedema akkorra már lényegesen megkisebbedett, az előzően kifeszített bőr lazán,

ráncokba szedődve fekszik. A vizenyő a penis függő helyzeténél fogva a legmélyebb helyén, a praeputium lemezei közt foglal helyet. A penis körfogata a legduzzadtabb helyen mérve már csak 16 cm.

A harmadik napon adott második calcium injectio után az oedema teljesen felszívódott. A beteg közérzete jó. Mivel a kezelés tisztán tüneti volt csak, kértük a beteget, hogy újabb rohama esetén tüstént keresse fel ambulantiánkat.

Az Országos Társadalombiztosító Intézet Központi Kórháza Radiumosztályának közleménye (osztályvezető-főorvos: Kisfaludy Pál).

Rákos betegek gyógyszeres roborálása.

Irta: *Kisfaludy Pál dr* és *Forst Ferenc dr.*

Bár a sebészeti beavatkozás és a sugaras gyógymód külön-külön, vagy együttesen, a rák gyógyításában kiválóan jó eredményeket ért el, mégis vannak esetek, midőn a rákot kiirtani a folyamat előrehaladottsága folytán már nem lehet. Az ily esetek már rendszerint sugárérzéketlenek is, mert legtöbbször másodlagosan fertőzöttek, vagy pedig csonttal, porccal vannak összekapaszkodva stb. Idesoroljuk még a szövettanilag is jellegzetes, minden körülmények között sugárérzéketlen daganatokat is.

A sugárérzékenység fokozásának kérdésével már évek óta foglalkozik a tudományos világ. A ráksejtek sensibilizálásának problemáját kétféleképpen igyekeztek elérni, úgymint:

1. organotherapiával, vagyis a szervezet biologiai áthangolásával *(Fichera, Fodor—Kunos)* és
2. chemotherapiával (Blair-Bell-féle ólom-, *Aschner* arany-, *Blumenthal* jódatoxil-kezelése stb.).

Sugárhatástani szempontból az utóbbinak nagyobb jelentőséget tulajdonítunk, mégpedig a következő meggondolás alapján. Tudjuk, hogy ha egy daganatot akár radium-, akár röntgensugárral besugározunk, bizonyos körülmények között az megsemmisülhet. Ám szem előtt kell tartanunk azt is, hogy a daganat nem önálló egység, minthogy az egészséges szövetek közé van ágyazva és ezért vigyázni kell arra, hogy az a sugármennyiség, amelyet a daganat elpusztítására szántunk, meg ne támadja a környező egészséges sejteket is. U. i. hiába sugárérzékenyebb a ráksejt, mint az egészséges sejt, ha a sugárérzékenység különbsége oly csekély, hogy az optimalis sugáradagot a gyakorlatban nem mindig találjuk el. Ilyen esetekben van nagy fontossága a sugár iránti sensibilisalásnak. Ezt úgy érhetjük el, hogy vagy a daganatba juttatunk bizonyos fémsókat, amelyek radium- és röntgen-sugárhatásra magában a daganatban secundaer sugarakat képeznek s a gyógyhatást ilymódon fokozzák, vagy pedig az egész szervezetet roborálva, a vérképet javítjuk meg. Sugárhatástani szempontból nézve a daganatok gyógyítási lehetőségét, fontos szerepet játszik ugyanis többek között a conditio is. Vérszegény, leromlott, senyvedő betegen alkalmazott besugárzás nem kecsegtet sok sikerrel. Ennek egyik okát a vérkép romlásában kell látnunk. Hogy a vér a besugárzással kapcsolatosan fontos szerepet tölt be, azt több megfigyelésünk igazolja. Igy rosszul reagálnak besugárzásra mindazon daganatok, amelyek alapjának vagy környékének vérellátása rossz, mint pl. hegből, lebenyes, átültetett részből kiinduló tumorok. Ugyanezen okból sugárhatással nehezen befolyásolhatók a vékony alapon elhelyezkedő daganatok is, mint pl. a gingiván, kemény szájpadon stb.

Az O. T. I. uzsokiutcai központi kórházának radiumosztályán a három legfontosabb kezelési eljárást (műtétes, röntgen- és radiumkezelés) alkalmazzuk rákos betegeinken, együttesen vagy esetenként külön-külön. Műtéteink nagyrészét elektromos késsel végezzük. Mindenesetre a különféle kezelési módokat egymás segítőtársának tekintjük s mindig a körülmények pontos mérlegelése után nyúlunk egyikhez vagy másikhoz. E kezelési módok közül bármelyiket alkalmazzuk is, minden esetben az étrend előírása, az életmód szabályozása, állandó ellenőrzés stb. mellett gyógyszeresen is igyekszünk támogatni a beteg szervezetét, márcsak az előbb említett szempontokból is.

Osztályunkon ez évben megfigyeléseket és vizsgálatokat végeztünk annak megállapítására, hogy az ismert roboráló szerek közül melyik végzi el jobban munkáját a rákos szervezetben. Nagy beteganyagunk és ellenőrzési rendszerünk bőven adott erre alkalmat.

Vizsgálataink során különféle, általánosan ismer, vérképző- és erősítőszerek kipróbálása után jutottunk el ta birobin nevű készítményhez (Chinoin). A birobin egy gyógyszercomplexus, amely dragée-formában kerül forgalomba, 0·15 g gyomornyálkahártyakészítményt, 0·015 g ferrochloridot, 0·0002 g cuprisulfatot és 0·001 g mangánhypophosphitot tartalmaz. A készítménynek mind a négy alkatrésze erős vérképzőszer s mivel több oldalról serkentik a vérsejtképzést, ezért a hatás mintegy summálódik.

A gyomor nyálkahártyájából előállított specialis készítmény antianaemiás hatóanyaga miatt a legkülönfélébb vérszegénységben bevált szer. Ezenfelül roborál, hízlal és az assimilatiót fokozza. A gyomornyálkahártya és a vérsejtképzőkészülék közti szoros kapcsolatot bizonyítja számos szerzőnek (*Bence, Moynichan, Hartmann, Ellis* stb.) az a megállapítása, hogy a gyomor nagykiterjedésű pusztulása vagy műtéti eltávolítása anaemia perniciosához hasonló kórképet okoz. *Fenwick* a gyomornyálkahártya sorvadására figyelmeztet vészes vérszegénységben. *Sturgis* és *Isaacs* anaemia perniciosa eseteiben nagyobbfokú vérsejtképződést értek el gyomorfal adagolásával, mint májjal. *Bence* a máj kiváló hatását is a gyomor hatóanyagainak tulajdonítja és felteszi, hogy a májnak csak raktár szerepe van és a gyomorból odakerült anyagok szolgáltatják a hatásos tényezőt. A hatás módjáról még nincs tiszta képünk, de bizonyos, hogy anaemia perniciosában, valamint következményes anaemiákban is igen jó hatású a gyomor: az étvágyat javítja és a vér regeneratióját helyes mederbe tereli.

A birobin vaskomponenséről csak annyi a mondanivalónk, hogy a vasvegyületek értéke nem vastartalmuktól, hanem az alkalmazott vas-vegyértékektől és chemiai kötésétől függ. A birobin a jól kihasználható ferrochloridot tartalmazza, amit sikeres megoldásnak tartunk, mert értékesíthetőség szempontjából a haemoglobin-synthesishez szükséges kétvegyértékű ferrovegyületeké az elsőség, mivel a szervezetnek a vasat már nem kell átalakítania (reducalnia).

A réz szerepéről a szervezetben ma még megoszlanak a vélemények, de mind jelentősebb szerepet tulajdonítanak neki az anaemiák kórszármazásában. *Sümegi* daganatos állatokon végzett vizsgálatai azt igazolják, hogy a daganatsejtek felraktározzák magukba a rezet, ez természetszerűleg rézhiányt okoz a szervezetben és ezt nyomon követi az anaeima kifejlődése. A réz daganatbeli elraktározódása bizonyos felső mérték után megszűnik. Ha ezen állatoknak rezet adagoltak, azt tapasztalták a controllokkal szemben, hogy anaemiájuk 20%-kal csökkent, a górcsövi vizsgálat erősebb vérsejtregeneratiót mutatott, ezenkívül az étvágy javult és ezek az állatok pár nappal tovább is éltek. Az elmondottakból következik, hogy a tumor csak a fölépítéséhez szükséges rézmennyiséget veszi magába, a fölösleg vérsejtképzésre és a szervezet roborálására fordíttatik *(Sümegi)*. Régi szerzők beszélnek már a réz jótékony hatásáról anaemiák esetében és újabban általában katalytikus hatást tulajdonítanak neki. A vizsgálatok azt is igazolják, hogy a

vasnak rézzel egyidejű adagolásával jobb eredményeket lehet elérni, mint pusztán vasadagolással.

A mangán hatásának jelentőségét a haemopoetikus szervekre az utóbbi idők kutatásai mutatták ki (*Schwarz, Mayer, Cervello, Faludy* stb.). A mangánnal hosszú időn át foglalkozó munkások mérgezéses jelenségei, melyek között főleg a polycythaemia kórképének tünetei uralkodtak, irányították a kutatók figyelmét a mangán felé. Ezekben a munkásokban 8—9 milliós vörösvérsejtszámot is észleltek. A mangán jótékony hatása a vérszegénység legkülönfélébb eseteiben ma már igazolt tény. A csökkent vitalitású vérképző szerveket ingerli: a vörösvérsejtek és thrombocyták száma növekedik, a vér haemoglobintartalma szaporodik, az anyagcsere fokozódik.

A birobint 39 betegünkön próbáltuk ki. Vizsgáltatainkat 22 esetben vérképvizsgálattal, a vörösvérsejtek süllyedési sebességének és számának, valamint a vér haemoglobintartalmának meghatározásával kötöttük össze; 17 esetben a subjectiv és objectiv tüneteket (étvágy, súly, arcszín, közérzet, erőbeli állapot, munkaképesség stb.) vettük figyelembe. Az eredményesség értékmérőjének az étvágy és közérzet javulását, a súlygyarapodást és a haematologiai eredmények javulását tekintettük. Teljesen kivizsgált 22 betegünk közül 18-on volt eredményes kezelésünk; javulatlan négy betegünk közül három közbejött betegségen (pleuritis, pneumonia, vérzés) esett át a kúra alatt, egy pedig gyorsan előrehaladó, reménytelen eset volt. Ezen eredményeinket támogatja a haematologiai vizsgálat nélkül megfigyelt 17 esetünk is. Legtöbb betegünkön 10—14 napra már jelentkezett a hatás; az étvágy javulása mondhatni kivétel nélkül korán mutatkozott. A súlygyarapodás 1½ és 6 kg, a vvs. szaporodás 200.000 és egy millió között mozgott. A közérzet jelentékenyen javult, testi erejük és munkaképességük lényegesen fokozódott. Néhány kórképet az alábbiakban közlünk:

1. U. I. 46 éves férfi. Nyelőcsőrákja miatt radium- és röntgensugaras kezelést végeztünk. Nagyfokú anaemiával és 14 kg súlyveszteséggel jelentkezett. Csak folyadékot tudott nyelni. Kúra előtt vvs.-szám 3,060.000, hgbl. 63%, a vvs. süllyedési sebessége 80 (*Westergreen-Haselhorst* eljárása szerint egy óra multán leolvasva), súly 45·75 kg. A sugaras kezelés és a nyolcheles birobin-kúra után a szűkület tünetei annyira enyhültek, hogy jelenleg szilárdabb étellel is táplálkozik, mellkasi fájdalmai és nyomásérzései megszűntek, étvágya, erőbeli állapota sokat javult. Vvs.-szám 4,122.000, hgbl. 89%, vvs.-süllyedés 45, súly 51·40 kg.

2. Sz. N. 53 éves, nyelvrákos férfi. A szövettani vizsgálat laphámcarcinomát mutatott. A carotis externa előzetes lekötése után elektromos késsel eltávolítjuk a zöldmandulányi tumort és tüzdelési eljárással radiumbesugárzást alkalmazunk. Egy hét mulva röntgensugaras orvoslás. Hathetes birobin-adagolás után határozott étvágyjavulás, 3·20 kg súlygyarapodás, jó közérzet. Vvs.-szám 4,010.000-ről 4,570.000-re, a hgbl. 73%-ról 86%-ra emelkedett. Tünetmentes.

3. Sz. F. 38 éves nő. Operálhatatlan hüvely- és méhnyakrákja miatt radium- és röntgensugaras kezelést alkalmaztunk. Hathetes birobin-adagolásra a vvs.-szám 430.000-rel, hgbl. 11 %-kal emelkedett, testsúlya 3·30 kg-mal növekedett; étvágya, erőbeli állapota és közérzete sokat javult.

4. P. G. 55 éves mandularákos férfibetegen szöveti lelet carcinoma basocellulare) tüzdelési eljárással radium-, majd röntgensugaras kezelést alkalmazunk. Jelentkezésekor vvs.-szám 4,120.000, hgbl. 76%, súly 75·60 kg. Háromszázötven birobin-tabletta elfogyasztása után vvs.-szám 4,530.000, hgbl. 87%, súlya 3·50 kg-mal több. A beteg erősebbnek érzi magát, tud dolgozni; tünetmentes.

Mint látjuk, a fenti rákos betegeken a szinte törvényszerűen bekövetkező vérképromlás nemcsak hogy nem jelentkezett, de sőt valamennyi esetünkben úgyszólván kivétel nélkül a vérkép feltűnő javulását észleltük. A birobinnak tehát két fontos szerepet tulajdonítunk az elért jó eredmények alapján: 1. a szervezet conditióját növeli és erős vérképző, 2. a fém komponensei a daganatban felhalmozódnak, mint azt már leírtuk és így másodlagos sugárzást fejtenek ki, ami annyit jelent, hogy a daganatra leadott sugármennyiség hatását ezáltal fokozzák, anélkül, hogy ez az egészséges sejtek életképességére ártalmas volna.

A birobinos kezelés ideje alatt a legcsekélyebb mellékhatást (émelygés, felböfögés, gyomornyomás, görcsök, székrekedés stb.) sem észleltük és az aránylag hosszú használati idő (6—8 hét) után sem jelentkeztek kellemetlenségek.

A Pázmány Péter Tudományegyetem I. sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Verebély Tibor ny. r. tanár).

A légutak hurutos megbetegedéseinek gyógyításáról sebészi vonatkozásban.

Irta: *Murányi László dr.*, műtőorvos.

Feltűnő jelenség, hogy műtéten — főleg altatáson — átesett, vagy huzamosabb fekvést igénylő sebészi bántalomban szenvedő betegeken aránytalanul nagyobb számban állapíthatjuk meg a légzőszerveknek valamelyes bántalmazottságát, — mint járulékos betegséget — mint az ugyanannyi ideig fekvő úgynevezett belosztálybeli betegeken. Ezen esetekben a köhögés mint kísérő tünet jóformán megszokott szövődmény gyanánt jelentkezik. A köhögés nem önálló megbetegedés, csupán tünet, mely a sebészeti alapbetegséggel kóroktani vonatkozásban tulajdonképpen nem áll. Társulását *belső* és *külső* körülmények mozdítják elő.

A *belső* tényezők még időbelileg is szoros vonatkozásban állanak a külsőkkel, amennyiben az előbbieknek a szervezetre irányuló hatása rendszerint a műtét vagy sérülés idejében veszi kezdetét, amely időpont a külső tényezők létrejöttének is alkalmul szolgál. A műtét, az altatás, a sérülés a legtöbb egyén szervezetére kisebb-nagyobb psychikus és szöveti trauma jelentőségével bír, ami a szervezetben olyan — előttünk nagyobbrészt ismeretlen — belső változásokat (áthangolást) hoz létre, amelyek a külső tényezők hatásának fokozottabb érvényesülését segítik elő. Újabb vizsgálatok arra engednek következtetni, hogy ezen belső áthangolásban az alkatnak nagy szerepe van s főleg a lymphatikus-arthritikus diathesis az, amely sok egyént hörghurutra hajlamosít. Ezeknek tavaszi és őszi hurutját *Klare* az ultra-ibolyasugarak által kiváltott fehérjeszétesésre vezeti vissza; *Stolte* e sugarak hatására támadó sóeltolódást vesz fel, mely a szövetek duzzadását, vízbőségét vonva maga után, hörghurutra ad alkalmat. *Klare* felfogása alapján feltételezhető, hogy a műtét vagy sérülés közben elszenvedett vérzések révén előállott fehérjeszétesés a hurutos jelenségek létrejöttét elősegítheti. *Stolte* megfigyelését viszont nagyban alátámasztja az a tapasztalat, hogy altatáson átesett betegeken nagyobb számban találunk hörghurutot. Az altatás ugyanis nemcsak a légzésformát zavarja meg, hanem a hörgrendszer nyálkahártyáján, továbbá az alveolusokban mélyreható szöveti és keringésbeli változásokat is hoz létre (vérbő, duzzadt nyálkahártyák, kitágult vagy atelektásiás alveolusok), mind oly körülmények, melyek a fertőzésnek alkalmas talajt teremtve, hörghurutot vonnak maguk után.

A *külső* tényezők közül a hurutos jelenségek kiváltásában nagy rész esik éppúgy a túlhevülésre, mint a hirtelen lehűlésre. Ezeknél számottevőbb az az ártalom, ami a légzésben szerepet játszó izmok teljesítőképességét éri, egyrészt a műtét vagy sérülés által (mellkas, nyak, has), másrészt a kényszerült ágyban-fekvés révén, amidőn munkaképességüknek a korlátozott mozgási lehetőség szab határt.

Az elmondottak alapján nyilvánvaló, hogy a sebészet klinikájában a légzőszervek szövődményes megbetegedésé-

vel is mindenkor számolnunk kell s ezért — a Dr. Wander-gyár felkérésére — készséggel fogtunk egy újabb készítménynek — az eulysin-nek— a megvizsgálásához. Figyelmen kívül hagyva azon eseteket, amidőn a garat vagy légcső kisfokú hurutos állapota (tracheo-laryngitis) száraz, izgatott köhögést tart fenn, amit bódítókkal biztosan csillapíthatunk is, nem vagyunk birtokában eredményesen ható szereknek olyan esetekben, melyekben a köhögési ingert a légutakban szívósan megtapadó s vagy egyáltalában nem, vagy csak igen nehezen felköhöghető váladék tartja fenn. Minden sebész tudja, hogy ez a kínzó és megnehezített köhögés milyen fájdalmas minden műtött betegnek. Ismeretes, hogy a besűrűsödött, szívósan tapadó köpet a légutakban lévő csillószőrök ciliaris mozgását nagymértékben akadályozza és gátolja s így természetes, hogy ilyenkor még a fokozott fájdalommal járó fokozott köhögés sem tud a légutakban oly erős légáramlást létrehozni, amely a köhögés eredményességét biztosítaná. Ha a hurutos gyulladás ráterjed a légzőszervek csillószőrös hámmal nem bélelt mélyebb rétegeire, az alveolusokra és a legkisebb hörgőkre is, a vagusból és a sympathikusból jövő ingerek többé nem képesek a tüdőizomzatot olyan fokozott munkára serkenteni, amilyenre — az újabb irodalmi adatok szerint — egyébként a köpetkiürítés munkájában hivatva van. A nehezített köhögésnek fenti okait figyelembe véve, érthető, hogy miért rendelünk ma már mindinkább ritkábban ipecacuanha vagy senega főzeteket. Therapiás kívánalmainkat inkább megközelítik a gyáripar által forgalomba hozott — főleg illóolajokat és kámfort tartalmazó — parenteralis alkalmazású készítmények, de azok sem hiánytalanul. Mert a köhögés okát és dynamikáját szem előtt tartva, alapvető fontosságú, hogy az e célra ajánlott gyógyszerkészítmény :

1. meg tudja akadályozni a váladék besűrűsödését, vagy fel tudja azt higítani ;

2. elősegítse a hörgőknek a felszín felé irányuló peristaltikus mozgását ;

3. amennyire lehetséges, csökkentse a bakteriális fertőzés esélyeit.

Mielőtt e kívánalmak szempontjából bírálat alá vennénk az eulysin összetételét, jeleznünk kell, hogy e készítmény 1 cm^3-ben 0·50 g *aetherben* oldott 0·30 g *szerves jódot*, 0·20 g *kámfort* és 0·02 g *thymolt* tartalmaz.

Közismert tapasztalat, hogy a *jód* a hörgi mirigyekre és a nyálkahártyára gyakorolt hatása révén bőségesen felhigítja a hörgőkben megrekedt váladékot, sőt azt a felszívódásra alkalmassá is teszi, mely tulajdonságával a szóbajöhető gyógyszerek közül (saponariák, sók stb.) egyik sem vetekedhetik. Hogy a jódnak az expectoratióra gyakorolt ezen előnyös tulajdonságát ma is még csak szórványosan vesszük igénybe, azt a nagy adagokban nyujtott jódalkáliák okozta kellemetlen tapasztalatokkal magyarázhatjuk. Az eulysinben parenteralisan nyujtott szerves jód mellett e nem kívánatos mellékhatást sohasem észleltük, ami arra vezethető vissza, hogy a szerves jód a befecskendezés helyéről lassan szívódik fel, miáltal a köpet elfolyósítására alkalmas depot szolgáltat. E mellett a befecskendezés helyén gyulladást, fájdalmat, szövetelhalást nem okoz.

A jó köptetővel szemben támasztott követelményünknek első pontját a szerves jód mellett szerencsésen egészíti ki az eulysinnek *aethertartalma*. Az aethert a hörghurutok gyógykezelésére 1925-ben *Bier* ajánlotta először. Ajánlatában *Bier*-t az a téves hite vezette, hogy az aetheraltatás utáni tüdőgyulladások a *sok* aether által okozott tüdőérbénulás folytán keletkeznek. Ennek alapján föltételezte viszont, hogy kevés aether a tüdő vérellátását javítani fogja. Ma már tudjuk, hogy a műtétet követő tüdőgyulladásokat nem bénulás, hanem a hörgrendszer nyálkahártyáján az aetheraltatás által előállott — localis izgalom, továbbá a megszaporodott váladék félrenyelése, a műtét alatt és az azt követő időkben észlelhető felületes légzés segítik elő. A kiindulás tévedésétől eltekintve azonban, a gyakorlat igazolta, hogy kismennyiségű aether központi hatásával lényegesen támogatja a jód váladékhigító hatását. Nem kevésbbé fontos azon különleges tulajdonsága, — amit *Engelmann* mutatott ki — hogy a csillószőrök mozgását is élénkíti s így e kettős hatás kifejtésével lényegesen hozzájárul a váladék kiürítéséhez és ez úton a köhögés megszűnéséhez. Az aethernek a hörghurutok gyógykezelésében kiváló használhatóságát támogatják *Gordonoff* vizsgálatai, melyek igazolják, hogy kismennyiségű aether a légzőközpontot is izgatja, az agy, a tüdő és a bőr véredényeit tágítja, sőt bizonyos fokig a bakteriumok szaporodására is gátlólag hat.

Az eulysin harmadik hatóanyaga a *kámfor*, melynek hatása abban nyilvánul meg, hogy izgatja a légzőközpontot és az edénymozgató központot s részben a tüdőn keresztül választódván ki, antiseptikus hatása is számbavehető. Más tekintetben pedig különleges teljesítményt fejt ki a légzés mechanikájának javításában azzal, hogy a mellkasi és tüdőizmok működését emelve, a legkisebb hörgők és az alveolusok kiürülését mozdítja elő. A kámfornak a légzőszervek hurutos megbetegedéseiben közhasználatos igénybevételét az az ismert tény is indokolja, hogy ez esetekben a szív is többé-kevésbbé érdekelt. Vagy azáltal, hogy a fennálló hurut akadályokat gördít a szív működése elé, vagy pedig mivel éppen a szív hiányos működése folytán a bekövetkezett pangás okozója a hurutnak. Annál érthetetlenebb az a tapasztalat, hogy az eulysinhez hasonló célra szolgáló gyógyszerkészítmények legtöbbje e fontos alkatrészt olyan kis adagban tartalmazza (0·025 g—0·05 g), amitől hatás egyáltalán nem is várható.

Értékes alkatrésze a készítménynek másik stearopten tagja, a *thymol*, amelynek fertőtlenítő tulajdonságáról az utóbbi évek irodalmában mind több szó esik. Bakteriumölőképessége nagyobb, mint a kresolnak vagy phenolnak, viszont mérgező rezorptiv hatást alig és szöveti ártalmat sohasem okoz a befecskendezés helyén.

Az eulysin egyes alkatrészeinek gyógyszertani méltatásából nyilvánvaló, hogy mindazon követelményeknek, amelyeket a köhögés dynamikája és mibenléte egy jó köptetővel szemben támaszthat : hiánytalanul megfelel. Egyes alkatrészei az egymás hatását támogató elv szemmeltartásával választattak meg, adagjuk jól megszabott. Az eulysint több mint egy év óta használjuk klinikánkon a műtétet vagy altatást követő különböző hörghurut, tüdőgyulladás, tüdőtályog, tüdőüszkösödés eseteiben s alkalmazásának mindenkor előnyös hatását állapíthattuk meg. Befecskendés után rövid idő mulva a nehezített légvétel könnyebb, mélyebb lesz, a váladék könnyebben szakad fel és a köhögés kínzó jellegét hamarosan elveszíti. A közérzet javulásával a köpet mennyisége kevesbedik, genyes jellege is eltűnik. Ezen előnyeit szembetűnőleg azon műtött betegeinken észleltük, akik előzőleg másféle gyógyszerelésben részesültek. Egyes eseteinkben talán a súlyosabb hörghurut elmaradása is a már altatás előtt adott eulysinnel látszik összefüggésben lenni. Minthogy e készítménynek jódozott olajtartalma aetherben oldott, a befecskendezés vékony tűvel is történhetik. Mélyen a farizomzatba adva, fájdalommentes. Szövetártalmat utána egyszer sem láttunk ; az aetheríz és szag néha 1—2 óra hosszat is érezhető volt. Egyszerre 1—2 cm^3-t adtunk s esetleg ezt az esti órákban megismételtük.

Általában mondhatjuk, hogy a légutak hurutos betegségeiben, különösen sebészi beavatkozások után, eulysin-befecskendezéssel módunkban állott a szívós váladék kiürülését mindenkor sikeresen elősegíteni s így azzal betegeinket kíméltük és sebészi tényked ésünk eredményét biztosítottuk.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A szív és keringés vizsgálata a rendelőórán. *Rosin.* (Zeitschr. f. aerztl. Fortbild. 1935. 4. sz.)

Összefoglalólag tárgyal néhány vizsgálatot, melyekről a szív és keringés állapotára következtethetünk. Fontos a szívműködés és vérnyomás vizsgálata mozgás után. Megmérjük a beteg vérnyomását és anélkül, hogy levennők a manzsettát, tíz mély térdhajlítást végeztetünk, utána ötször egymásután, egyperces időközökben a vérnyomást ellenőrizzük. Normalis esetben a systolés vérnyomás emelkedett, de öt percen belül visszatér a kiindulási értékre. Kisfokú működési gyengülés esetében a vérnyomás eleinte nagyobb, azután a kezdeti érték alá esik, majd újból felemelkedik a kiindulásra. Kifejezettebb elégtelenség esetében az emelkedés kimarad; egyideig azonos nivón marad a vérnyomás, majd süllyed és lassan tér vissza a kiindulási értékre. Súlyos esetben a süllyedés azonnal megkezdődik. Csak az eltéréseknek lehet jelentőséget tulajdonítani. Normalis lelet e keringés rossz voltát nem zárja ki. Ezért más vizsgálatok is szükségesek. Ugyane kísérlet alatt megfigyeljük a pulsus és légzés szaporaságát is. A pulsus egészséges egyénen csak 10—20 ütéssel, a légzés csak egy-két légvétellel szaporodik és egy perc alatt normalls értékre süllyed. Keringési gyengeség esetén 20—30-al szaporodhat a pulsusszám, a légzés 10—20-al és főleg lassúbb a visszatérés a kiindulási értékre. Ha ismertük a beteg vérnyomását előzőleg, keringési gyengeség mellett szól a systolés vérnyomás süllyedése és a diastolés emelkedése. *Buday dr.*

A szívaneurysma tünettanához. *Scherf* és *Erlsbacher.* (Med. kl. 1934. 51. sz.)

Három esetben, ahol a bal koszorúsér thrombosisa állott fenn, a második héten különös lüktetést észleltek a csúcslökéstől be- és felfelé. Az erős lüktetés néhány centiméternyi területen volt látható és tapintható és 6—9 hétig tartott. Mivel az egyik meghalt betegen a boncolás azon a területen szívaneurysmát talált, úgy gondolják, hogy a másik két esetben is ez rejtőzött a tünetek mögött. *Buday dr.*

Az ásványvizekről vesekő esetén. *Wolf.* (Med. Welt. 1935. 3. sz.)

Szerző *Rovsing* véleményét idézi, aki a lúgos ásványvizek kerülését ajánlotta vesekő esetén, mert ilyenkor phosphatok csapódnak ki a kő felületén és azt megnövelnék. Helyette *Rovsing* naponta 2—3 liter destillált vizet ajánlott ivókúrának hónapokon át, mely szerinte teljesen veszélytelen. Szerző ugyanezzel a kezeléssel jó eredményeket ért el. *Buday dr.*

Sebészet.

A helyre nem tehető veleszületett csípőízületi ficam diaphysisen végzett magas osteotomia. *Francillon M. R.* (Zeitschr. f. Orthop. Chir. 62. 1. 71—110. 1934.)

A diaphysisen magasan végzett csontmetszést a veleszületett csípőizületi ficam kezelésére *Schanz* vezette be először. Az eljárásnak lényege abban áll, hogy a szervezet számára új, a járás egyensúlyi viszonyainak jobban megfelelő körülményeket teremt. Ugyanakkor a glutheus izomzat számára alkalmasabb működést biztosít, miáltal a ficamnak egyik leglényegesebb jele, a Duchenne—Trendelenburg-féle tünet tüntethető el. A magas diaphysis osteotomia nehézsége egyrészt abban áll, hogy rendkivül pontosan kell a proximalis és distalis csontvéget beállítanunk a megfelelő szögbe, másrészt e kivánatos szöget a végek megszilárdulásáig meg is kell tudni tartani.

A szerző elmondja, hogy milyen tényezők befolyásolják a szögbeállítást s az osteotomia magassága hogy nyilvánul meg a szög nagyságával. Elengedhetetlenül fontos a betegnek járásközben való vizsgálata, miközben a csípőn kívül az egész alsóvégtag összesített viszonyait kell tekintetbe vennünk. Szerző az új műtét pontos technikáját is leírja. *Puky Pál dr.*

Kötés a quadriceps-izom térdkalácsra gyakorolt húzásának kiiktatására. *Pitzen.* (Zeitschr. für Orthop. Chir. 62. 2. 193—195.)

A szerző cinkenyvvel felerősített húzópántok segítségével úgy tudja a térdkalácsot rögzíteni annak proximalis szélébe akaszkodva, hogy a legkisebb elmozdulásoktól is mentesiti. Eljárása különösen alkalmasnak mutatkozik térdkalácstörések conservativ kezeléséhez. Ilyen esetben sok alkalommal el tudta kerülni a műtétet és ilyen módon kevesebb heggel történő gyorsabb gyógyulást és jobb működőképességet ért el. Jól bevált a kötés szokványos térdkalácsficam műtétje után, ahol a jó gyógyulást nagyrészben befolyásolja a térdkalács megfelelő rögzítése. Mindkét esetben teljesen ki lehet iktatni a quadriceps-izomnak a térdkalácsra irányuló húzását, akár hetekre is, ha az szükségesnek mutatkozik.

Legeredményesebb alkalmazást a szerző itt közölt kötése a Schlatter-féle betegségnél nyert, ahol a betegség fokának megfelelően 3—7 hétig lehet a kötést változatlanul fekve hagyni. A Schlatter-betegség ilyenmódon szépen gyógyul, mert a quadriceps húzásának kiiktatása folytán a ligamentum proprium patellae nem vongálja többé a betegség székhelyét. Amióta a klinikáján *Pitzen* a cikkében leírt kötést alkalmazza, az összes kezelések alá került ilyen esetek mind műtét nélkül gyógyultak. *Puky Pál dr.*

Szülészet.

A dysmenorrhoea kezelése a praesacralis sympathicus idegek átmetszésével. *V. S. Counseller, W. Mc. Craig.* (Amer. J. Obst. a gyn. 28, 2. 1934.)

A fájdalmakat szerintük a régebbi elméletekkel szemben a méh spastikus összehúzódása váltja ki, amit valószínűleg a petefészek dysfunctiója okoz a medencebeli sympathikus ingerlékenységének fokozásával. A műtétet Cotte 90, Michon 22, Fontaine és Hermann 15 esetben végezték. 14 saját esetükből kilenc 100%, két 95%, három 75%-os javulást mutatott. Hat eset minden más elváltozás nélküli volt, míg a többiben a fennálló anatomiai elváltozást is corrigálták. Műtét után a cyclusban zavart nem észleltek, más közlések később rendes terhességekről is beszámoltak. *Miklós László dr.*

A terhesség befolyása a daganatok növekedésére. *L. A. Emge,* San Francisco. (Am. J. Obst. a Gyn. 28, 5. 1934.)

Mint az eddigi irodalmi adatokból, úgy saját méhrák eseteikből (6) sem sikerült a terhességnek a növekedésre történő hatását biztosan megállapítani. Egy emlőrák a terhesség alatt rohamosan nőtt. Három petefészektumorukból csak egy cystikus teratoma növekedett. A myomák növekedése csak látszólagos, amit a terhességi fellazulás okoz. Állatba átültetett adenofibromájuk terhesség alatt csak a fokozott secretio következtében tünt fel nagyobbnak. A daganatok növekedése annyi ismeretlen tényezőtől függ, hogy nehéz volna a terhesség hatását megállapítani. *Miklós László dr.*

A sebészi thrombosis- és emboliáról. *Rehn.* (Münch. Med. Wschr. 1935. 1.)

Postoperativ thrombosisra és emboliára hajlamosító tényezőként a constitutiót s a műtét okozta ártalmas behatást tekinthetjük. Mindkettőnél keringési labilitas áll fenn. Kiváló okként a beavatkozás szerepel, a vérkeringésre és a vérösszetételre való hatásával. Minél kisebb a műtéti beavatkozás okozta ártalom és minél enyhébb és rövidebb a műtét utáni decompensatio, annál kisebb a thrombosis veszélye s annál gyorsabban kerül ki a beteg a veszélyes zónából. Nagyon fontos tényező a beteg állapota és a narcotikum milyensége. Ujabb vizsgálatok szerint jelentős szerepe van az embolia létrejöttében a meteorologiai helyzetnek is. Az ok még kevéssé tisztázott. Ezt talán a légkör ionisatiós viszonyainak megváltozásaiban kell keresni. A thrombosis és embolia elleni küzdelemnek főleg tehát a műtéti ártalmak ellen kell irányulnia s ez a küzdelem, amint saját eseteik is bizonyítják, nem kilátástalan. Természetesen teljesen kizárni a halálos következményű emboliákat, sajnos, előreláthatólag ezentúl sem lesz lehetséges.

Oláh József dr.

Szemészet.

A Hamburg-féle therapia látóidegsorvadásban. *A. Löffler.* (Zeitschr. f. Augenheilk. 1935. 196 old.)

A Hamburg-féle therapia elve az, hogy nehéz fémet juttat be a szervezetbe (1/4%-os $KMnO_4$, 1 cm^3), miáltal az idegsejtek oxydativ energiáját véli fokozni. Szerző 16 esetben végezte e kezelést hónapokon keresztül (volt olyan beteg, aki 135 injectiót kapott). Általános tüneteket nem észlelt. Sokszor feltűnt a közérzet javulása. Hét tabeses látóidegsorvadásos esetben a másfél évig tartó kezelés alatt a jobb állapotban lévő szem nem rosszabbodott. Négy eset gyorsan romlott. Egy tabeses eset alkohol-nicotin amblyopiával társult: a kezelés eredménytelen volt. Három esetben a kezelés előtt csak fényérzés volt és így már eleve kilátástalan a therapia. Hasonlóképpen az első csoportban, ahol az egyik oldali relative jó látású szem mellett a másik szem nagyon rossz volt, ezen utóbbit a kezelés nem tudta megvédeni a teljes megvakulás ellen.

Weinstein Pál dr.

Percutan tuberculinkezelés szembetegeken. *A. Löwenstein.* (Zeitschr. f. Augenheilk. 1935. 191 old.)

Eljárása a következő: a szőrrel nem fedett testrészt (felkar, mell) benzinnel alaposan megtisztítja, üvegpapírral tenyérnyi területen ledörzsöli a bőrt, úgyhogy az epithel lejöjjön, de ne vérezzék. A ledörzsölt helyen 1—8 csepp cc. alttuberculint vagy tebeprotint cseppent és üvegpálcával jól bedörzsöli. A specifikus reactio 24 óra mulva jelentkezik a kezelt bőrterület kivörösödésével, esetleg hólyagképződéssel. A legerősebb reactio is lezajlik 8—10 nap mulva. Hőmérsékletemelkedés sose észlelhető. Feltűnő a positiv esetekben az izgatott szem hirtelen megbékélése. Általános jelenségek nem mutatkoznak. A gyógyító hatást a bőr immuntestképző képessége idézné elő.

Weinstein Pál dr.

Gyermekgyógyászat.

Megjegyzések a Heine-Medin-kór korai kórismézéséhez. *Wieland.* (Kinderärztl. Praxis. 6. évf. 2. f. 1935.)

Szerző beszámol a baseli gyermekklinika *Heine-Medin*-eseteiről, amely betegség szerinte characterváltozáson ment keresztül és 1910 óta súlyos lefolyásúak.

A specifikus serumtól csak akkor vár hatást, ha azt a bénulás előtti stadiumban adják. A korai diagnoisisnak tehát fontos jelentősége van. Felhívja a figyelmet bizonyos praemonitorikus tünetekre, melyek nagyon jól értékesíthetők a *Heine-Medin* korai felismerésekor és therapiájában. Ezek a tünetek egyrészt általánosak, másrészt localizáltak. Az általános tünetek között megemlíti a gyengeségérzést és a bizonytalan, nem localizálható fájdalomérzést. Minden motiválatlan fáradtságérzés, izomgyengeség egy előtte teljesen egészséges gyermeken fel kell hogy hívja a figyelmet egy larvált poliomyelitisre még akkor is, ha láz nincs. Ez 2—14 napig is elhúzódhatik. A localizált praemonitorikus fájdalomjelenségek között a Lasègnetünetet, az ú. n. spin sign-t és a meningismust említi meg. Ezek közül a Lasègne-tünetet a leggyakoribb sensibilis kísérőjelenségnek tartja kezdődő Heine-Medin-kór esetén. Ha mind e tünetek hiányzanak a lumbalpunctio, kivitelét elengedhetetlennek tartja.

Wirth József dr.

Ritka complicatiók tonsillectomia után. *Markovicz.* (Klin. Wschr. 9. 1935.)

A complicatióknak két csoportját különbözteti meg a szerző: 1. a műtéti technikával függ össze (különböző szerencsétlenségek localanaesthesia és narcosis kapcsán, postoperativ vérzés, aspiratio stb.), 2. az alapbetegséggel összefüggő esetek. Közleményében ez utóbbival foglalkozik, melynek szintén két alapcsoportja van: *a)* postoperativ sepsis, *b)* postoperativ exacerbatiója előbb fennállott tonsillaris eredetű betegségeknek. A sepsisre vonatkozólag nincsenek megfigyelései. A 2. csoportba tartozólag három esetet ír le: 1. Gyakori angina és az ujj izületeinek duzzanata miatt tonsillectomia, utána két nap mulva erythema multiforme keletkezett. 2. Gyakori anginás panaszok. Tonsillectomia után közvetlenül magas láz, gyomorpanaszok, hányinger, szédülés. Baloldali nystagmus, myringitis acuta bullosa, hallás romlik. Paracentesis esetén secretio nincs. Ebben az esetben myringitis bullosa szerepel a nervus auroticus gyulladásával. 3. Chronikus tonsillitis miatt végzett tonsillectomia után enyhe icterus támadt a betegen, kinek előzőleg gyomor-bélpanaszai nem voltak. Egységes okra az eseteket visszavezetni nehéz, csupán theoriák állanak fenn. *Swift* a rheumatismusra vezeti vissza, szerinte nem más, mint a szöveteknek hyperergiás gyulladása egy előzetes infectio által sensibilizált szervezetben. *Moro* és *Keller* allergiás jelenségeknek tartják. *Milien* felfogása szerint intoxicatio vagy physikalis behatásra a szervezet ellenállóképessége csökken s az addig latens infectio activálódik.

György Ede dr.

Urologia.

A vesemedence fémöntvényeiről. *L. N. Atlas* és *Ch. A. Bowers.* (Journ. of Urol. 1935. 33. 12.)

A szerzők szerint a pyelographia tanítása szempontjából a két dimensiós röntgenkép nem adja kellőképpen vissza a vesemedence valódi anatomiai viszonyait. Ezért azt ajánlják, hogy röntgenképek mellett használjanak a vesemedencéről készült fémöntvényeket is a tanítás céljából. A fémöntvények készítésére részben műtéti úton eltávolított, részben hullai anyagból származó veséket használtak. A vesemedencét először parowax-al (paraffin-származék) öntik ki megfelelő nyomás alkalmazásával, majd a parowax-mintáról fémöntvényt készítenek. A vesemedence kiöntése előtt még levegő-befúvásos röntgenképet is készítenek a vesemedencéről. Ez a két eljárás szerzők szerint leginkább alkalmas arra, hogy a vesemedence valóságos viszonyairól hű képet adhasson.

Bodon György dr.

A vizeletsavanyítás veszedelmeiről urologiai esetekben. *G. D. Oppenheimer.* (Journ. of. Urol. 1935. 33. 22.)

Két esete kapcsán felhívja a figyelmet, hogy a vizelet savanyítása végett alkalmazott acidifikáló sótherapia könnyen acidosishoz vezethet, különösen olyan esetekben, mikor csökkent veseműködéssel kell számolni. A savanyítás céljából adott ammoniumchloridnak csak igen nagy adagjai képesek normalis körülmények között a vér pH-ját reducalni. Csökkent veseműködés mellett a szokásos napi 8 g alkalmazása is súlyos tünetekhez vezethet. Ezért igen gondos vegyi és klinikai ellenőrzés ajánlatos minden olyan szer alkalmazásakor, mely a szervezet sav-basisegyensúlyára befolyással bír.

Bodon György dr.

Bőrgyógyászat.

Elektrotechnikával kapcsolatos szigetelőszalag hatására létrejövő carcinomáról. *W. Lüngerer.* (M. M. Wschr. 1934. 42. sz.)

Egy érdekes körülmények között kifejlődő carcinomát közöl a szerző, melyet szövettani vizsgálat céljából küldtek be intézetébe vizsgálatra. A beteg 43 éves lakatos, kinek munka közben egy fehéren izzó vascső esett a jobb csuklójára és egy kb. kétpengős nagyságú harmadfokú égést hozott létre. Sebe szépen gyógyult, idővel azonban munka közben kabátja ujja széle a keletkezett heg alsó szélét állandóan véresre sebezte s hogy ezt megakadályozza, a sebet szigetelőszalaggal ragasztotta le. A szigetelőszalag alatt négy hét mulva borsónyi göbcse keletkezett. Kezelőorvosa a göbcsét kimetszette, a sebet a varratokkal egyenlítette, mely tíz nap alatt meggyógyult. A histológiai vizsgálatra beküldött anyag carciomának felelt meg. Mivel a primaer laesio és a cc. képződése között az idő rövid volt (négy hét), nem tudott a szerző összefüggést találni a tumor keletkezése és az égés között. Az anamnesisből megállapította, hogy a szigetelőszalag kátránytartalma miatt játszott szerepet a göbcse keletkezésében. Az idő rövidségéhez pedig hozzájárult az, hogy az előbbi piszkos szalagot benzinnel mosta le a beteg, mely lipoidoldó anyag lévén a kátrány felszívódását elősegítette. A szerző feltevése szerint valószínűleg tiszta kátrány-carcinomáról van szó, melynek képe a fehér egereken kísérlet közben keletkezett kátrány-carcinomával teljesen megegyezett.

Horváth Dénes dr.

Szabad-e a suboccipitalis punctiót syphilises betegeken a rendelőóra alatt elvégezni? *Memmesheimer.* (D. M. Wschr. 1934. 41. sz.)

A syphilidologusok többsége szerint a suboccipitalis punctiót előnyben kell részesíteni a lumbalpunctio felett. Többször előtérbe kerül az a kérdés, hogy a suboccipitalis punctiót a rendelőóra alatt is el szabad-e végezni, vagy pedig ezen célból kórházi, vagy klinikai ambulantiára kell-e küldeni a beteget. Számos syphilidologusnak az a véleménye, hogy a suboccipitalis punctiót mindenki elvégezheti a rendelőóráján, aki annak technikáját teljesen ismeri és aki abban kellő jártassággal bír. A beteg kora, a beavatkozás számára ellenjavallatot majdnem sohasem képez. Az utóbbi időben már a csecsemők suboccipitalis punctióját is ajánlják, szerző véleménye szerint azonban tanácsosabb a három első életévben a suboccipitalis punctióval várni. A mellékjelenségek között elsősorban a cisternapunctio alatt és után támadó collapsus említendő. A punctio alatt ritkán keletkező, a punctióstűn keresztül történő vérzés létrejöttében kétféle ok szerepelhet, ú. m. vagy a tű a cisternán belül szúrja át az ereket, vagy pedig a cisternán kívül fekvő vena plexus sérül a tű által. Ezen vérzéseknek az a következménye, hogy egyrészt nem kapunk tiszta liquort, másrészt pedig nem ritkán többé-kevésbé súlyosabb meningealis izgalmat okoznak.

Vanik Vince dr.

Fülészet.

A fülkürt szerepének vizsgálata. (Állatkísérletek előzetes közzététele.) *G. Holmgren.* (Acta Oto-laryngologica Vol. XX. Fasc. 3—4.)

A fülkürt és csillószőrös hámjának szerepét teljesen tisztázni eddig még nem sikerült, ezért szerző újabb kísérleteket végzett kutyákon olyképpen, hogy a fülkürtök pharyngealis nyílásait művileg (varratokkal) elzárva vizsgálta meg a középfül nyomásviszonyait, a termelt váladék viselkedését és altatott kutyákon a dobüregbe bejuttatott idegen anyagok vándorlásának irányát. A fülkürt művi elzárása után manometer segítségével (melynek tűjét a dobhártya csontkeretén át sikerült hermetikusan a dobüregbe bevezetni), a dobüreg légnyomásának fokozatos csökkenését figyelhette meg. Másfél órán át tartott ezen kísérlete. Néhány nappal a fülkürt kísérleti elzárása után a dobhártya behúzódott és a dobüregben

savós-nyálkás váladék gyülemlett meg. Az észlelt váladék részben vagy egészében is azon mirigyek váladékából tevődhetik össze, melyek a fülkürt hámjában elszórtan megtalálhatók. A mélyen elaltatott kutyák dobüregébe juttatott xeroformszemcséket a fülkürt csillószőrös hámja a *pharyngealis nyílás felé sodorta*, mert ott jelentek meg bizonyos idő mulva a xeroformszemcsék. *Krepuska István dr.*

Vörheny utáni fülkagyló-elhalás esete. *H. Tsukamoto.* (Mschr. Ohrenheilk. 69. évf. 2. füz.)

Szerző a gyermekkorban igen ritkán előforduló megbetegedésről számol be. Vörheny után fellépő genyes fültőmirigylobhoz társult a fülkagyló-elhalás egy rendkívül leromlott kétéves gyermek esetében. Pemphigus gangraenosus és noma ki voltak zárhatók. Súlyosbította az esetet az a körülmény, hogy a genyes parotitist — általánosságban a vörheny kórokozójának tekintett — streptococcus haemolytikus okozta, mely tudvalevőleg anaerob. bakt. hozzátársulása nélkül egymagában is igen súlyos nekrosisokat képes létrehozni. A genyedés áttörte a feszes fasc. parotideo-masseterica, aztán a sipolynyíláson át a nekrosis továbbterjedt a környező bőrre és bőralatti kötőszövetre, majd elérte az antrotomiás sebterületet (b. o. u. i. a vörhenyes csecsnyúlványgyulladás miatt koponyalékelést kellett végezni); feltartóztathatatlanul továbbterjedt a fesztelenítő praeauricularis metszés felé s lassan elpusztította a külső hallójárat körüli lágyrészeket. A fülkagyló kékesen elszíneződött, összezsugorodott és lelökődött. S bár a legerélyesebb beavatkozásokat eszközölték (vörhenygyógysavó, mesterséges táplálás, röntgenbesugárzás a vérbőség fokozására és demarkalódás elősegítésére, erélyes desinficiensek és cardiotonicomok adagolása), három hónappal a betegség keletkezése után a keringési szervek felmondották a szolgálatot és beállott a halál, mielőtt még demarkálódott volna a folyamat.

Krepuska István dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Lehrbuch der normalen Anatomie des Menschen. *F. Sieglbauer dr.* (Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien. 1935. III. kiadás. 880 oldal. Ára 20 RM.)

Jellegzetes német típusú anatomiai tankönyv ábrák nélkül. A leírás inkább részletesnek mondható, melyet azonban nagy mértékben enyhít azon körülmény, hogy a mellékesebbnek látszó részek petittel vannak szedve. A fejezetek után hasonló petittel találjuk röviden leírva az egyes szervek szövet- és fejlődéstanát, mely leírások mellett azonban a hallgató nem nélkülözheti a részletes szövet- és fejlődéstani tankönyveket. A könyv használatát megkönnyítik még a lapszélekre szedett alapfogalmak, miáltal a leírás kisebb részekre tagolódik és áttekinthetővé lesz. A könyv pontosan követi a baseli nomenclaturát. Ha a könyv tovább bővíttetnék, úgy túlmenne a jól használható tankönyv méretein, sőt a jelenlegi szigorlati rendszer mellett a magyar hallgatóság részére ennél $^1/_3$— $^1/_4$-del rövidebb leírás a kívánatos. Az anatomia leggyorsabban fejlődő fejezete ma a vegetativ idegrendszer, melynek leírása azonban csupán a 15—20 év előtti adatokra támaszkodik, holott az újabb gazdag irodalomban kétségtelenül sok tankönyvre érett morphologiai adat van. A leírás általában kiforrott, vérbeli anatómusra vall. *Kiss F. prof.*

Le Università Italiane. (Acta Medica Italica. 1. sz. Milano 1935.)

Az újonnan induló monographiasorozat ezen első, 168 oldalas kötete áttekinti az olasz főiskolák történetét és mai berendezkedését. Megtudjuk, hogy az 1933—34-es tanévben 63.475 volt az összes olasz főiskola beírt hallgatóinak száma. Elöljárónak összefoglalást találunk a salernói iskola történetéről, mely »az összes egyetemek anyja«; azután névsorban következik Baritól Veneziáig 27 olyan város, amelynek falai között valamely főiskola helyezkedett el. Firenze, Milano és Nápolyban 6—6, Bolognában és Torinóban 5—5 főiskola működik. A kötet első betekintésre lexikonszerű: de csakhamar megkapja az olvasót a csak látszatra szürke szöveg, bárhol üti fel a könyvet: ez nem is lehet másként, hiszen az olasz történet vagy 850 esztendeje tárul fel a főiskolák alapításának és sokféle hányattatásának elmondásából. A valamikor sok részre oszlott Italia minden tartományában megismétlődik, hogy a helybeli főiskola bőségesen részesedik a kis állam bújából-öröméből: rossz időben összezsugorodik az egyetemi élet, az államegység rendbehozatalakor pedig első gondja a vezetőknek, hogy az Alma mater új életrekeltéséről gondoskodjanak, mindig abban a meggyőződésben, hogy városuk vagy országuk hírnevét Italián belül és kívül mi sem szolgálja jobban, mint magas színvonalú universalis főiskola. Egyetlen város sem volt oly hatalmas vagy gazdag, hogy ne tartotta volna egyetem alapítása által fényét még emelhetőnek; s ami meghatóbb, kicsiny városkák hallatlan áldozattal igyekeztek fenntartani egy-egy főiskolát, mely összenőtt annak történetével, de mai életével is ezer szál köti össze. Ilymódon válik adathalmaz helyett lenyügöző olvasmánnyá ez a kötet, mely mindvégig hitvallás az örök élő tudomány ápolásának elmaradhatatlan volta mellett. *Kelemen György dr.*

Biological standardization. *Leage of Nations Quarterly Bulletin of the Health Organisation.* (Special number 1935 január.)

A biologiai termékek értékméréséről a Népszövetség Egészségügyi Szervezete által kiadott külön szám két részt foglal magába. A nagyobb első rész több olyan gyógyserum értékmérését tárgyalja, melyek számára még végleges standardok nem voltak felállítva. Így a következő serumok számára állapít meg standard mértéket: gáz gangraena (vibrion septiqeu és oedematiens) serum, antipneumococcus serum (I. és II. typus), staphylococcus antitoxin, antitetanus serum. A streptococcus antitoxin (antiscarlatina-serum) számára nem volt lehetséges a standard érték megállapítása, minthogy ezeknek a serumoknak ellenőrzésére *Dick* laboratoriumának (Chicago) van szabadalma (!). Az ülésen elhatározták a staphylococcus toxoid- (anatoxin), a coli antitoxin-, továbbá az anti-typhusserum standardizálására vonatkozó vizsgálatok elvégzését is. A Népszövetség ezen egészségügyi conferentiáját Kopenhágában 1934 augusztus 28—30-ig tartották meg és azon Dánia, Anglia, Amerika, Canada és Franciaország képviselői vettek részt.

A kiadvány második kisebb része foglalkozik a sexualhormonok standardizálásával és beszámol azokról az intézkedésekről, melyet a follicularis- és a corpus luteum-hormon, továbbá a férfi sexual-hormon értékmérésének ügyében tettek. A conferentiát Londonban 1932 július 30-tól augusztus 1-ig tartották meg és résztvettek azon Anglia, Németország, Amerika, Hollandia és Franciaország kiküldöttei.

Faragó Ferenc dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület április 13-i ülése.

Bemutatás:

Krepuska I.: *Füleredetű genyvérűség szokatlan szövődményei.* 42 éves férfi b. o. idült, genyes középfülgyulladás és következményes sinusthrombosis tüneteivel kerül 1934 IV. 11-én az I. számú sebészeti klinika fülészeti rendelésére. Az azonnali radicalis fülműtét, sinus sigmoideus és transversus feltárás, valamint a belső torkolati vivőér alákötése után a hidegrázás a betegnél kimarad. A koponya lemezes csontjának diploejában tovahaladó staphylococcus pyogenes albusfertőzés azonban az áttéti tályogok egész sorát hozta létre még hónapokon keresztül, időnként magas láz kíséretében. Bal tüdőtályog és kilenc áttéti tályog megnyitásán kívül a koponyacsontok osteophlebitise, osteomyelitise és a corticalis és vitralis lemez kiterjedt sequestrálódása miatt a koponyaboltozat különböző helyeit perforáló 11 extraduralis tályogot kellett feltárni 10 hónap alatt. Röntgenképeken demonstrálja a koponyacsont nagymérvű pusztulását. A beteget most, a műtét után egy évvel mutatja be teljesen gyógyultan.

Előadások:

Hochenburger E.: *Gyógykísérletek a Cemach-féle Quarzlámpával.* A Cemach-féle vízhűtéses gégequarzlámpa ultraibolya sugarai a felső légutak tbc-s folyamatainak gyógyításában jól beváltak. Ez adta a lökést, hogy a további sebészi-, röntgen- és rádiumkezelésre már alkalmatlan rosszindulatú daganatokat besugározza. Itt is hasznos tényezőnek bizonyult. A sugárzás fájdalomcsillapító hatása, a szervezetet gyöngítő narcoticumok adagolását tette feleslegessé. A tumorok terjedelme megkisebbedett, ami a functiók javulását eredményezte. A már rendszerint igen legyengült betegek állapota, étvágya javult, súlygyarapodás állt be, a betegek életkedve visszatért. Mindezek alapján az eljárás, az eddig bevált gyógyító módszerek mellett mint hasznos tényező állítható be a rosszindulatú daganatok elleni küzdelembe, s még a reménytelen állapotban lévő betegek esetében is segítségünkre van.

Büben I.: Az ultraibolya sugaraknak a szervezetet roboráló, baktericid és fájdalomcsillapító hatását igyekszenek a különböző megbetegedések gyógyításában értékesíteni. A rákgyógyításban — a ténylegesen gyógyító, bevált eljárások — a műtét, radium és röntgen mellett hasznosan értékesíthetjük azon gyógyítómódszereket is, amelyek a rendszerint legyöngült szervezet roborálására alkalmasak. Vonatkozik ez főképpen a rák azon előrehaladott stádiumára, amikor már úgyszólván a szervezet erősítése az egyedüli fegyverünk. Ilyen, talán leghelyesebben az »adjuváns« szóval jelölt értelemben igen sok

eljárást, módszert próbáltak ki; új utak, új lehetőségek tárultak fel anélkül azonban, hogy kielégítő számban tartós javulást sikerült volna elérni. Az ilyen eljárások között említhetjük a belsősecretiós, a különböző fémek és szervkivonatok combinált adagolásán alapuló therapiát, és — mint az előadásban hallottuk — bizonyos értelemben az ultraibolyasugaras kezelést is. Az utóbbinak főképpen a szervezet roborálásában, továbbá a fájdalomcsillapításban ismertetett eredményeit tartom különösen figyelemreméltónak.

Kisfaludy P.: A rákos daganatok esetén elért megkisebdést csupán a lobos tünetek csökkenésének tulajdonítja. Ez a tény úgy a sebészeti beavatkozás, mint a sugárkezelések (radium, röntgen) szempontjából nagyfontosságúak. Tény az, hogy a másodlagosan fertőzött rosszindulatú daganatok sugárérzékenységét e fertőzés igen ártalmasan befolyásolja. Igy pl. a rendkívül sugárérzékeny lymphosarkomák és lymphogranulomatosisos daganatok sugárérzékenységüket elveszítik akkor, ha azok feltárás után másodlagosan fertőződnek. Azáltal, hogy az előadó fent ismertetett eljárásával a lobos jelenségeket aránylag rövid idő alatt csökkentheti, a daganatok sugárérzékenységét ilymódon fokozhatja, — az előadó gyógyeljárását az Orvosegyesület figyelmébe ajánlja, különösen az inoperabilis rákos daganatok kezelésében, mint előkészítő adjuvans beavatkozást.

Hochenburger E.: Nagyon köszöni az értékes hozzászólásokat. Ujból hangoztatja, hogy nem mint egy új daganatgyógyító eljárást, hanem az eddig jól bevált sebészi és sugaras eljárások mellett, mint hasznos segítő beavatkozást emelte ki a Cemach-féle quarzlámpával való besugárzást. Evvel még akkor is segítségére lehetünk a betegeknek, amikor már az eddigi eljárások tovább nem alkalmazhatók.

Baráth J. és Fülöp J.: *Vizsgálatok az anaemia perniciosa és a polycythaemia vera pathogenesiséről és therapiájáról.* Polycythaemiás betegekből húsadagolás és histamininjectiók után 1½ óra mulva a gyomorbenneket kivették és szűrőn átengedve perniciosában szenvedő betegeknek rectalisan klysmában adagolták 200—300 cm³ mennyiségben. A gyomornedv rendkívül hatásos; igen élénk reticulocyta-reactio kíséretében a vörösvérsejtszám és haemoglobin értékek egészen a normalis értékekig emelkedtek. Azt a következtetést, hogy a polycythaemiás betegek gyomorbenneke igen nagy mennyiségben tartalmazza a haemopoesisben nélkülözhetetlen szerepet játszó anyagot (Castle-féle factor, addisin), patkánykisérletekben sikerült bebizonyítani. A Singer szerint végzett patkány reticulocyta kísérletben hatalmas, 180—200%-ig terjedő reticulocytaszámot sikerült elérni a húsemésztés és histaminadás után kivett polycythaemiás gyomorbennékkel, míg a normalis gyomorbennék után beálló reactio csak 40—60%-ig terjedő emelkedést hoz létre. A húsemésztés után kapott gyomorbennék jóval hatásosabb, mint a tiszta gyomornedv.

A kísérletekből arra a megállapodásra jutnak, hogy a polycythaemiás betegek gyomorbenneke fölös mennyiségben tartalmazza az addisinnek nevezett haemopoetikus anyagot, míg ez az anaemiás beteg gyomorbennékében nem képződik. Az anaemia perniciosa és a polycythaemia vera tehát ellentétes kórképek: *hypoaddisinismus* és *hyperaddisinismus*. A gyomor tehát olyan mirigyrendszer, melynek váladéka a haemopoesisben nélkülözhetetlen anyag, mint ezt *Bence* kísérletei bebizonyították.

A gyomor fokozott tevékenységénél (húsemésztés, histamin) történő nagymennyiségű gyomornedv-elvonás a kísérletek szerint kedvezően befolyásolja a polycythaemia kórképét. Jelentékeny vörösvérsejtszám csökkenést tudtak evvel a módszerükkel elérni, a kórkép javulásával kapcsolatban. További vizsgálatok feladata annak megállapítása, nem lehetne-e a gyomorelválasztó tevékenységének csökkentésével (röntgenbesugárzás stb.) a polycythaemiák esetén gyógyító hatást kifejteni.

Bence Gy.: Az előadó kísérleteit nagyon figyelemreméltónak tartja azon szempontból, hogy újabb bizonyítékát szolgáltatják annak, hogy a vérképzés egyik legjelentékenyebb factora a gyomorműködés. Nem szerencsés a hypo-, ill. hyperaddisinismus elnevezés az anaemia perniciosa, ill. a polyglobuliára vonatkozólag, mert egy még teljesen el nem döntött irányba való rögzítést jelent. Az addisin elnevezés Morris és munkatársai szerint a gyomornyálkahártya »belső« secretiós, a vérképzést befolyásoló termékét illeti. Márpedig az eddigiek szerint még nem vehető fel egész határozottsággal, hogy belső vagy külső secretiós termék-e az anaemia perniciosa ellenes hatóanyag. A polyglobulia keletkezésének megítélésekor nem szabad figyelmen kívül hagyni a lép szerepét, melynek tuberculosisa, ill. daganatai szintén polyglobuliával járnak anélkül, hogy ez esetekben a gyomornak fokozott vérképző anyagtermelésére mutatna valamely jel.

Faludi: Felhívja a figyelmet arra, hogy amennyiben a további kísérletek is beigazolnák a Hitzenberger-theoria helyességét és a polycythaemia vera tényleg az intrinsic factor megszaporodásának a következménye, akkor a gyomornedv ilyenirányú vizsgálata lehetővé teszi a tüneti polyglobuliák, az abnormis myeloid reactióval járó valódi polycythaemiák és a néha tüneti polyglobuliával járó myelosisok egymástól való elkülönítését.

Baráth J.: Az az ellenvetés, hogy gyomorsecretiók után nem fejlődik ki perniciosa képe, nem bizonyító erejű, mert embernél nem szoktak olyan nagy resectiót végezni, amely a gyomornyálkahártya működését teljesen kirekesztené. A betegek különben sem érik meg legtöbbször azt az időt, amelyben a nagy anaemia szaka bekövetkezne. 11 totalis gastrektomia esetéből mindenesetre öt esetben anaemia perniciosa állott be, mint azt már *Bence* említette egyik előadásában. Nem érvényesíthető a perniciosa pathogenesisének új felfogása ellen *Detre* azon másik ellenvetése sem, hogy achyliás állapotok sem idéznek mindig elő perniciosát. Tudvalevőleg a savelválasztás és a Castle-féle anyag képződése egymástól független: achyliás chloranaemia esetén utóbbi kimutatható a gyomorbennékben. *Bence* a lép jelentőségére is gondol és ennek fontosságát hangoztatja. Előadók szintén gondoltak erre és jelenleg splenektomisált patkányokon dolgoznak a kérdés tisztázása céljából. *Faludi* gondolata az erythrocytosisos és leukocytosisos állapotok kapcsolatáról az amerikai irodalomban már előfordul.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Otologiai Szakosztályának március 8-i ülése.

Bemutatások:

Székácsné Friedmann I.: *Ritka szövődmény antrotomia után.* 14 hónapos csecsemő otitisének harmadik hetében antrotomia. Műtét után 39—40 fokos continua nyolc napon keresztül. A nyolcadik napon az operált oldalon a nyakon az állszöglet alatt, a sternocleidomastoideus mellső széle mentén hatalmas duzzanat. Másnap incisio, amikor a mélyből nagymennyiségű geny ürül. Utána néhány napig a hőmérséklet csökken, incisio utáni tizedik napon a nyaki sebben nekrosis fejlődik ki; a nyaki seb összeolvad a fül műtéti sebével. A sebüregek bakteriumflórája: igen sok saprophyta, levegőmikrobák, fusiformis bacillus, mikrococcusok, streptococcusok, sarcinafélességek. Három nap alatt a nekrosis terjedt, a nekrotikus szövetrészeket eltávolítva, hatalmas üreg fejlődik ki, melynek felső határa a fülműtéti seb, alsó határa a jugulum, elülső az állkapocsszöglet a masseter tapadásánál, hátulsó a sternocleidomastoideus széle, feneke a thrombotisált és kigenyedt jugularis interna. Körülbelül három hét alatt teljes gyógyulás. Hogy nem a jugularis interna thrombotisált, azt a Queckenstedt-féle eljárással ellenőriztük.

Wein Z.: A mastoiditis-műtétek genyes területen végeztetvén, a lágy részek fertőződése és így nyaki phlegmonék keletkezése közelfekvő lehetőség és inkább azon kell csodálkoznunk, hogy többször nem következik be. Felhívja a figyelmet ennek a szövődménynek néha kevéssé kifejezett voltára, amikor a csecsnyujtvány hátsó széle mögött végzett nyomásra ürülő geny árulja csak el a kórlefolyás zavarának okát. Ez eset kapcsán is kifejezi aggályát az alsó sebzugban történő sebszűkítéssel szemben.

Göttche O.: Az előadáshoz hozzáfűzi, hogy a csecsemő előzőleg súlyos intoxitatiót, majd broncho-pneumoniát állott ki, ami mind közrehatott abban, hogy a középfülgyulladás oly súlyos lefolyást nyert. A betegség alatt a csökkenő anyatejet és vitamindús táplálékot kapott. Ez az eset is élénk bizonysága annak, hogy minden beteg csecsemő — akármilyen fülészi vagy sebészi betegségben szenved — csecsemőosztályon ápolandó.

Kelemen Gy.: *Kisagytályog.* A cholesteatomás roncsolásból eredő, szokatlan terjedelmű tölcséresen csőalakú tályog a bal kisagyi féltekén áthatolva beterjedt a jobboldaliba is. Mélysége tíz cm volt (a keményített agyon mérve 7·5 cm). A halált a 4. agygyomrocsba történt betörés okozta. A pyramis hátsó csontos falának pusztulásával tízfilléresnyi nyílás vezetett a durához és ennek megnyitása után a tályogba. Ritka volt a kórokozó: Morgan-typusú proteus és meglepő jó maradt a hallás: súgóbeszédre 5 cm, utóbbi körülmény miatt különösen kívánatos a belső fül szövettani feldolgozása.

Krepuska I.: Egyik esetében (kétoldali kisagytályog 4. agygyomrocs belevonásával) szintén bámulatos jó volt a betegoldali fül hallása (4 m súgóbeszédre vonatkoztatva); úgylátszik azon heveny esetekben marad meg ilyen jónak a hallás, ahol nem a belső fül genyes gyulladása indította meg a tályogképződést.

Szász T.: *Paget-okozta hallászavar?* Három év óta egyre gyengébben halló, most már majdnem süket, 13 éves leányka hallászavarának vizsgálata az idegelemek elváltozására jellemző eredménnyel járt. A sziklacsontok röntgenfelvételei *(Bársony Tivadar)* másrészt a csontrendszer többi részén röntgennel talált elváltozások (atlas, os zygomaticum) jogossá teszik annak feltételezését, hogy a Paget-féle ostitis deformans részletjelenségéről van szó.

Götthe O.: A bemutatott esetet három hónapja észleli; egy 11 éves leánygyermekről van szó, akin három éve hallási zavarok keletkeztek és három hónapja a nyakát fájlalja; a nyaki csigolyák röntgenfelvétele az atlas felpuffadását mutatja szabálytalan felritkulásokkal (mozaik structura), azonkívül a bal járomcsont is hasonló elváltozásokat mutat. A sziklacsontok tömöttebbek a rendesnél. A tuberculin- és Wassermann-reactiók negativak, Widal- és suipesteter-agglutinatio szintén. Az esetet rendszer-megbetegedésnek tartja és pedig Paget-kórnak. Recklinghausen-féle betegség ellen szól, hogy a vérsavó anorganikus phosphor és calcium tartalma normalis.

Rejtő S.: Csontrendszerünk alkati megbetegedései közelről érdeklik a fülorvost, mert ezek útján igyekszik magyarázni az otosclerosis megoldhatatlan kérdéseit. A fülorvosok leginkább szövettani készítmények alapján ismerik ezeket a kórképeket, ami azonban nagyon hiányos ismeretet nyujt, mely még a hasonló kórformák elkülönítéséhez sem elegendő. *Szász* főorvos és *Götthe* magántanár klinikai képben mutatták be a *Paget*-ről elnevezett kórformát és hozzászóló mindenben aláírja a bemutatók véleményét. A beteg süketségének az okát az ablakok pathologiás elváltozásaiban keresi, mert *Nager* zürichi professor classikus monographiájában közölt nyolc (Recklinghausen- és Paget-kór) szövettanilag feldolgozott sziklacsontjának négy esetében a kerek ablakok csontos elzáródása, stapesankylosis és a kengyeltalp rugalmas szalagjának merevsége volt a süketség oka.

Wein Z. elnök előterjeszti **Pogány Ö.** indítványát, — amely a következő: A hangvillavizsgálatok terén az utóbbi években sok változás történt. Vannak országok, ahol már meghatározzák pontosan az alsó és felső hanghatárt. Kérjen fel valakit a szakosztály, hogy ezt a themát dolgozza fel és adja elő a szakosztály ülésén.

Rejtő S.: Azzal a kérdéssel, amit *Pogány* kartárs felvetett, csaknem tíz év óta foglalkozik egy nemzetközi bizottság. Tanulságos volna ennek beszámolóját itt ismertetni. Ne tévesszen meg senkit ezen újabb vizsgálóeljárások gyakorlati értéke. A diagnosis és gyógyítás nézőpontjából ma még mindegy, hogy killanyárammal vagy hangvillákkal hozzuk-e létre a vizsgálati hangot; mindegy, hogy a graphikusan képletekkel vagy régi módon fejezzük-e ki a hallás fokát. Az újabb eljárások célja, hogy lehetőleg objectiv összehasonlításra alkalmas módon fejezze ki a hallás quantitativ viszonyait. Felhívja a szakosztály figyelmét a szegedi egyetem élettani tanszékének egy legutóbbi közleményére, amelyben *Csinády* magántanár az eddigieknél olcsóbb és egyszerűbb hallásvizsgáló apparátusát ismerteti.

A Magyar Urologiai Társaság február 25-i ülése.

Minder Gy.: *Gynaekologiai határesetek.* I. 27 éves, gravida, IV. hónapban. Állandó ureterkatheter, egyoldali decapsulatio dacára állapota annyira romlik, hogy művi abortust vezetnek be. Utána a beteg rohamosan javul, nyolc héttel később kifogástalan vesefunctio.

II. 15 éves nőnél a hólyagból incrustált hajtűt távolít el műtétileg. Kitűnik, hogy IV. hónapos gravid, a felső húgyutakban pangás és infectio fejlődött ki. Ureterkatheterezés kivihetetlen és azért a betegnél hysterotomia történt. Beteg a műtétet nem birta ki, 8. napon exitus.

III. Sectio caesares alkalmával az ureter ligaturába került. Három héttel később a felvétel alkalmával állapota olyan súlyos, hogy csak nephrostomia volt elvégezhető. 2½ hónap mulva secundaer nephrectomia; teljes gyógyulás.

IV. 58 éves nőnél totalexstirpatio után anuria: kétoldali ureterligatura következtében. A ligatura feloldása a nehéz műtéti viszonyok miatt nem jöhetett számításba, azért előbb egyik, majd másik oldali pyelostomiát végeznek. Beteg a második műtét után szívgyengeség és tüdőembolia tünetei között meghalt.

V. 35 éves betegnél tumor miatt totalexstirpatio történt. ½ évvel később uraemiás állapotban kerül felvételre. Pyelostomiára előbb az állapot javul, majd hat hét mulva cachexiás tünetek között exitus: az uteruscsonkból kiinduló recidiva mindkét ureter lumenére ráterjedt.

Eseteiből azt a tanulságot vonja le, hogy a terhesség megszakítása pyelitis gravidarumnál csak a legsúlyosabb esetekben jöhet szóba, ahol az állandó u. k. és a decapsulatio eredménytelen maradt.

Nehéz vagy nagyobb gynaekologiai műtétek előtt prophylaktikus u. k. felvezetését ajánlja, uretersérülések elkerülése végett.

Mező B.: Méhkiirtás után jelentkező anuria esetében mindkét ureternek 3—5 cm-nyire történt elzáródását kórismézte. Az ureter lekötési helyeinek hasmetszés útján való feltárását választotta. A leszorító fonalak átvágásával az uretereket felszabadította, a vizeletelválasztás megindult ugyan, a beteg azonban szívgyengeség következtében meghalt.

Nőgyógyászati műtétek után nyolc uretersipolyt észlelt; a vese állapota szerint járt el. Kielégítő veseműködés esetén igyekezett a veséket conserválni. Három esetben az ureterscsonknak a hólyagba való beültetésével *Sampson* szerint teljes gyógyulást ért el. Rendes ureterműködést észlelt, sikerült az u. k.-k felvezetése, a veseműködés megjavult. Egy esetében a műtét csak hólyagmobilizációs eljárása révén volt keresztülvihető. A hólyagmedencesipolyokat rendesen conservative kezeli, egy esetben azonban kényszerült beavatkozni: a hólyagot harántul megnyitotta és a sipolynyílás körüli részét resecálta. Teljes gyógyulást ért el.

A. F. Kraus (Prága) és **Herman J.**: *A felső húgyutak röntgenképe prostatásoknál.* A prostatahypertrophiánál a műtét eredménye függ: 1. a beteg általános állapotától, 2. a vese működőképességétől, 3. a műtét kivitelének módjától. A veseműködés megromlásának és a veseüregtágulásnak általánosan elfogadott magyarázata szerint ezt a vizeletkiürülés mechanikai akadálya okozza. *Zuckerkandl* és *Katz* szerint a vas deferens megtöretése az ureteren, *Tandler—Zuckerkandl* szerint az ureter intramurális részének összelapítása, *Fuchs* szerint a hólyagból kiinduló reflex az oka a felső húgyutak tágulásának, *Kraus* szerint pedig az infectiónak is lényeges szerepe van ebben. A vese működőképességének megismerésére szolgál a higítási próba, a vér-maradéknitrogen és fagypont csökkenésének meghatározása, az indigokarminkiválasztás megfigyelése. Az előadók szerint a felső húgyutak állapotának legtökéletesebb indikátora az *intravenás pyelographia* (i. v. p.) *Illyés, Lichtenberg* és *Schloffer* klinikájáról származó eseteket mutatnak be; ahol az i. v. p. szabályos eredményt ad, ott a műtét a vesék működőképességének szempontjából elvégezhető. Ahol tágulások vannak, de azok az előkészítés alatt visszafejlődnek, illetőleg nem túlnagy fokúak, helyes műtéti technika és jó utókezelés mellett gyógyulást lehet elérni. Ahol a kiválasztás akár az egyik oldalon is hiányos, avagy nagyfokú tágulások találhatók, ezek az esetek műtétre nem alkalmasak. Az i. v. p. a nagy tapasztalattal bíróknak újabbat nem mond; ahol azonban a prostatahypertrophiát tekintve speciális klinikai szemlélet kialakulására nincsen alkalom, az i. v. p. megbízhatóbb indikátor, mint a többi vizsgálati módszer és a legbiztosabb eszköz a műtétre alkalmas esetek kiválasztására.

Farkas I.: Örömmel üdvözli az eljárást, melynek segítségével transurethrális prostatabeavatkozások után jól megállapítható, hogy a felső húgyutak tágulása mennyire fejlődik vissza.

Illyés G.: Az urologiai klinikán a prostatahypertrophiások esetében a vesék állapotának meghatározására mindig nagy súlyt helyeznek. Az i. v. p.-t nem végzik minden esetben, főleg anyagi okokból, mert a kontrasztanyag nálunk még mindig igen drága, hanem csak bizonyos indicatiók alapján akkor, mikor az állandó katheterkezelés 1—2 heti eredménye nem mutatkozik eléggé hatásosnak; ilyenkor az i. v. p. tájékoztat bennünket praktikus szempontból arról, hogy a vesék anatomiai állapota milyen és lehetséges-e olyan fokú regeneratio, hogy az illető radicalis műtétre alkalmassá válhatik. Egy másik indicatio akkor áll fenn, ha lázas pyelonephritis van, midőn megint az i. v. p. ad felvilágosítást, hogy melyik vesemedencében van nagyobbfokú pangás, aminek megállapítása műtéti feltárást tehet szükségessé.

A Magyar Röntgen Társaság március 8-i ülése.

Révész V. elnök kegyeletes szavakkal emlékezik meg *Simonyi Bélának*, a Társaság vezetőségi tagjának elhúnytáról, aki hivatásának lett áldozata, szaporítva a röntgenologia hősi halottainak számát, röntgencarcinoma következtében húnyt el.

R. Herz (Berlin) m. v.: *Über die physikalischen Grundlagen der Röntgenbildanalyse.* Azon physikai alapfogalmakat ismerteti, melyektől a röntgenkép élessége függ (röntgenfilm, erősítő ernyők, röntgencsövek, fókusztárgy-filmelhelyezés, stb. physikai viszonyai). Foglalkozik az újabbfajta erősítőernyőkkel, melyek kevésbbé sugárérzékenyek, de élesebb képet szolgáltatnak, mint az eddigiek. Ismerteti a most forgalomba került solarizált másolófilmeket, melyek az eredeti képpel azonos, nem fordított másolatokat adnak. Behatóan tárgyalja a testmetszet-röntgenfelvételek physikai alapjait s a keresztülvitelére alkalmas készülékeket (Grossmann-féle tomograph, stb.).

Március 18-i ülése.

Halász A. (m. v.): *Röntgenártalmak a bírói gyakorlatban.* Behatóan foglalkozik az orvosi műhiba jogi értelmezésével. Mindjobban elszaporodnak a műhiba címén indított pörök orvosok s különösen röntgenszakorvosok ellen. Az elszaporodás főokát abban találja, hogy a collegialis viszony az orvosok közt megromlott; a háttérben többnyire egy másik orvos áll, aki tanácsaival és felbiztatással igyekszik a beteg bizalmát önmagának megszerezni, esetleg ezen a réven erkölcsi vagy anyagi előnyökhöz jutni. Előadó számos eset részletes ismertetése kapcsán világítja meg, hogy a magyar bírói joggyakorlatban mily álláspontra helyezkedtek a felsőbb bírói fórumok, mily elvi jelentőségű ítéleteket hoztak. Valószínűnek tartja, hogy a jövőben lassanként szigorúbb, az orvosokra hátrányosabb felfogás fog kialakulni.

Holits R.: A kártérítési pörök megszaporodásának egyik főoka a nagy szegénység, megszaporodott a koldusoknak, köztük a rosszhiszemű, erőszakos, zsaroló koldusoknak a száma. Megkönnyíti helyzetüket a szegényjogon való pörlési lehetőség; tét nélküli sorsjegynek tekintik a pert, melynél csak nyerhetnek a perlő betegek a legkisebb rizikó nélkül, míg az orvos az izgalmakon kívül még a legalaptalanabbnak bizonyult esetben is elveszíti a meglehetősen magas, a felperesen be nem hajtható perköltségeket. A szegénységi jogon való perlés valamilyen reformra szorul. További ok az orvosok megbecsülésének lecsökkenése, amiben szerepet játszik a nagy tömegeknek biztosítási intézetekbe való bekényszerítése kötött rendszer alapján, mely miatt bizalmatlanul áll szemben a beteg és társadalmi köre kezelőorvosával s közvetve az egész orvosi renddel szemben. De szerepet játszik a collegialitás lecsökkentése a gondokkal küzdő orvosok közt, a kenyérharc, mellyel minden eszközzel érdemeket akarnak szerezni más orvosok betegeinél s az orvosok egyrészénél még ma is fennálló féltékenységből folyó animozitás különösen a röntgenesekkel szemben.

Polgár F. kérdezi, van-e jogi értéke a besugárzások előtt a betegtől kért reverzálisoknak. — **Révész V.**: Van-e lehetősége annak, hogy adott esetekben ne egyes szakértők, hanem erkölcsi testületek adjanak véleményt? — **Koppenstein E.**: A készülékek hibáiból eredő balesetekért (pl. kábelszakadás esetén áramsérülés, stb.) ki felelős, az orvos vagy az intézet? — **Haas L.**: Hogy oszlik meg a felelősség, kit terhel az eljárás költsége pl. ingyenes gyógyintézetben díjtalan állásban lévő assistens, főorvos és gyógyintézet közt? Kinek kell a szavatossági biztosítást kötni?

Halász A.: A szegényjogon való perlés sok visszaélésre s alaptalan perre ad okot, az ügyvédi karra is terhes, de semmi kilátás arra, hogy megszoríttassék. — A reverzális nem mentesít ugyan a műhiba jogi következményei alól, de az orvosra előnyösen befolyásolja a bírót oly esetekben, amikor ingadozik annak az eldöntésében, hogy tényleg műhiba, vagy a kezeléssel járó természetes rizikó rovására irandó-e a sérülés. — Az árami, stb. balesetek szintén a műhiba kategoriájába tartoznak, melyért az orvos felel, ha a szokásos óvintézkedéseket elmulasztotta. Az intézet csak az esetben felel, ha az orvos kívánsága dacára nem volt hajlandó előzőleg a szükséges óvintézkedésekre a lehetőséget megadni. — A felelősség arra az orvosra hárul, aki a kezelést tényleg végezte (assistens vagy főorvos), egymástól függetlenül; hogy díjtalanul, vagy díjtalan állásban történt-e nem befolyásolja a felelősség kérdését; az intézet legfeljebb az egyetemleges felelősség keretébe vonható be.

A Szegedi Egyetem Barátai Egyesület orvosi szakosztályának február 28-i ülése.

Előadás:

Borbély F.: (m. v.) *A sclerosis multiplex therapiája.* (A Koressios-féle serummal nyert tapasztalatok). Előadó tíz esetben alkalmazta ezen haemolytikus serumot és hatására nyolc esetben észlelt lényeges javulást. Annak dacára, hogy a serum hatásmechanismusa ismeretlen, a beteg érdekében megkísérlendőnek tartja ezen therapiát.

Ratkóczy N. (m. v.): *A lymphogranulomatosis therapiája.* (Kézirat nem érkezett.)

Hetényi G. (m. v.): *Vizsgálatok az elhízás pathogenesiséről.* (Zsíranyagcserekísérletek). Az általánosan vallott energetikai felfogás elégtelenségét kimutatva, az előadó az elhízást *zsírforgalmi* zavarnak tartja. Nyolc napos elégtelen táplálás után el nem hízottak vérének zsírconcentratiója alig változik, elhízottaké erősen süllyedt, aminek oka alighanem abban keresendő, hogy az elhízottak zsírraktáraiból nehezített a zsír kijutása. Az alimentaris hyperlipaemia elhízottakon jóval kisebb fokú, amiből az elhízottak szöveteinek fokozott zsír-aviditására lehet következtetni. E két kísérletisorozat eredménye előadó munkaelméletét csakugyan támogatni látszik és további vizsgálatok alapjául szolgálhat.

Március 7-i ülése.

Bemutatás:

Kulitzy G.; *Szülés alatt keletkezett emphysema subcutaneum.* Huszonnégyéves, először szülő nőn — akin három éve chorditis nodosa miatt hangszalagműtétet végeztek — a kitolási szakban az arc, nyak és mellkas tíz perc leforgása alatt erősen megduzzadt. E területek felett lószőrpárna-tapintatot kaptak: emphysema subcutaneum fejlődött ki. Azonnal üregi fogóműtét. Két hét alatt az emphysema teljesen visszafejlődött. A gyermekágy tizedik napján gégészeti vizsgálat: a bal hangszalagon kisebb hegesedés. Röntgenvizsgálat: tüdő, szív: negativ lelet. Esetükben a hangszalagműtét helyén locus minoris resistentiae volt jelen és a kitolás végén, midőn a légcsőben a levegő nyomása maximalisra fokozódott, ehelyeütt, talán mikroszkopikus nyíláson át került levegő a légcsőből a laza kötőszövetbe. Erre mutat az a körülmény is, hogy először a nyak duzzadt meg és pár perc alatt a duzzadás felfelé a fejre és lefelé a mellkasra is reáterjedt.

Berecz J.: Kiegészítésképpen megjegyzi, hogy néha a mediastinumban rendkívül nagy nyomás alatt lévő levegőgyülem annyira komprimálhatja a tüdőket, hogy csak a mediastinumig terjedő hatalmas bemetszésekkel menthetjük meg a fulladozó beteget. A bemutatott esetben a bőr alatti levegőgyülem nem volt oly kiterjedt, hogy bármilyen beavatkozás vált volna szükségessé. A levegő kibocsátása céljából infuziós tűk beszúrása fertőzéshez és hosszantartó gennyedéshez vezethet, amivel a gyermekágy zavartalan lefolyását tennők kockára.

Falta M.: A leírt bőremphysemához igen hasonló kórkép a fülkürt nyálkahártyáján át keletkező emphysema. Nem lehetetlen, hogy hosszú vajudás alatt a vulnerabilis fülkürtön át is létrejöhet hasonló kórfolyamat.

Előadás:

Molnár J.: *A méhrák és a pyometra.* A pyometra a méhrák mellett elég gyakran előforduló szövődmény. Keletkezésében szerepe van a nyakcsatorna elzáródásának és az infectionak. Tapasztalataik szerint a méh drainezése és desinficiens oldatokkal való öblítése időveszteséggel jár és az eredmény sem kielégítő. Sokkal helyesebb haladék nélkül elvégezni a radium behelyezését olyan cervicalis, illetve intrauterin applicatorral, amely váladékpangásra nem ad alkalmat. Tehát nem a pyometrát kell kezelni, hanem a méhrákot.

Berecz J.: Az újabb irodalmi közlések szerint a radiumkezelések után, illetőleg radiumkezelések következtében is kifejlődhetik pyometra, amelynek oka a nyakcsatornának radiumkezelés okozta heges szűkülete. Erre vonatkozólag tapasztalataik nincsenek, részben azért, mert radiumkezelés után radicalis műtétre került eseteik száma kevés ahhoz, hogy belőle következtetést vonhassanak le. Radiumkezelés után végzett radicalis műtétre vonatkozólag mégis azt a tapasztalatot szűrhették le, hogy lehetőleg per laparotomiam oldandó meg az eset, mivel a hüvelyi úton történő radicalis megoldásnak nehézségei vannak a radiumkezelés következtében a hüvelyboltozatban létrejövő hegesedés és zsugorodás miatt.

Szász S.: *Klinikai adatok a szemkeményedés (glaukoma) kór- és gyógytanához.* 1. Számszerű adatok: Évi átlag 1·94%. A betegek eloszlása kóralak és nem szerint: Egyszerű szemkeményedés (Gl. simplex). Férfiak arányszáma: 18·75%; nőké: 22·91%. Rohamszerű szemkeményedés (Gl. inflammatorium). Férfiak arányszáma: 16·87%, nőké: 41·68%. Ez adatok a klimax-al kapcsolatos érbeidegzési zavarok szerepére utalnak.

2. A klinikai adatok megerősítik azt a feltevést, hogy az egyszerű és rohamszerű szemkeményedés létrejövetelének módja különböző s míg az előbbi esetben a szembeli erek kórosan fokozott sympathikus beidegzése, az utóbbi esetben az ú. n. parasympathikus beidegzés csökkent volta, vagy hiánya okolható, az anyagcsere kóros meglassulásáért s a szembell nyomás emelkedéséért.

3. A gyógyszeres kezelés tekintetében uralkodó szerepe van a szembogárszűkítők csoportjának, nevezetesen a pilocarpinnak és ezerinnek, mint amelyekkel a szembeli anyagcsere közvetlenül élénkíthető. A közvetett anyagcsereélénkítők (adrenalin, ergotamin) helyes adagolásának kérdése teljesen megoldva nincsen.

4. A műtéti beavatkozások tekintetében különbség van az egyszerű és rohamszerű szemkeményedés között. Míg ugyanis az egyszerű szemkeményedés esetében a »korán, de keveset» elv csaknem minden fenntartás nélkül alkalmazható, a rohamszerű szemkeményedés esetében a lehetőség szerint korai és erélyesebb beavatkozás mellett kell állást foglalnunk.

5. A »zöld hályog» elnevezés megfelelőbb, félreértésre alkalmat nem adó névvel pótlandó. Helyette a »szemkeményedés» elnevezés volna használható.

Falta M.: Fontosnak tartja a szembogárszűkítő szerek alkalmazása eseteiben az időbeosztást; a kora reggeli órákban kell már kezdeni, hogy megelőzzük a legnagyobb nyomásfokozódást. Hogy a klimakterium után sokszor csak a 60—70. évben keletkezik a glaukoma, itt az arteriosklerosis szerepére kell gondolni. Ameddig gyógyszerekkel jól boldogulunk, ne operáljunk. Hogy a lelki izgalom mily számbaveendő kórok, egy esetét említi, melyben az addig teljesen egészséges szemű nő, kit az ura előző este megvert, reggelre mindkét szemére glaukomában teljesen megvakult. A védő sötét szemüveggel glaukoma esetében néha többet árthatunk, mint használunk.

A Debreceni Orvosegyesület március 14-i ülése.

Bemutatások:

Ambrus M.: *Fehérvérsejt kiválási sebessége és annak változásai műtétek után.* A vizsgálatokat Westergreen-csőben végzi oly módon, hogy 15 perc, 30 perc, egy óra és két óra állás után a kicseppentett vérben vérsejtszámolást végez. A fehérvérsejtszám csökkenése fejezi ki a kiválás sebességét. Három typust ismer fel, ezek: 1. Normalis vörösvérsejtsüllyedés esetén a fehérvérsejtkiválás is lassú egyenletes. 2. Genyedő betegségekben közepesen fokozott vörösvérsejtsüllyedés mellett a kiválás is gyorsul, a gyorsulás az első óra végén válik kifejezetté és a második óra végére a kiválás teljesebb, mint a normalis esetekben. 3. Egyes esetekben erősen vagy közepesen gyorsult vörösvértestsüllyedés mellett a fehérvérsejtkiválás igen gyors, az első negyedórában már majdnem teljes. Műtét hatására a kiválási sebesség jellegzetesen változik. Közvetlenül a műtét után egy-két napig a vörösvértestsüllyedési sebesség csökken és igen lassúvá válik a fehérvérsejtkiválás is. A harmadik naptól kezdve a vörösvértestsüllyedési sebesség fokozódik és gyorsul a fehérvérsejtkiválás is. Ez a műtét után a 6., 7., 8., néha még a 14-ik napon is kimutatható. Majd lassanként visszatérnek a műtét előtti viszonyok. Csak a vörösvértest süllyedési sebessége marad még hosszabb ideig fokozódott. A hatására tehát a szervezetben reactio zajlik le, mely a sejtplasmaviszony megváltozásában a gyógyulás egész tartama alatt kimutatható. Egyes betegségekben, így a vizsgált esetek közül rák és cholelitiasis eseteiben észlelt igen gyors fehérvérsejt kiválásnak bizonyos keringési zavarok esetén szerepe lehet a műtét utáni complicatiók, mint thrombosis, pneumonia stb. keletkezésében.

Kovács F.: A fehérvérsejtek kiválási sebességének változása összefügg azok tapadási viszonyainak megváltozásával, amelynek tanulmányozása céljából már 1931-ben *Philipsborn* igyekezett megfelelő eljárást alkalmazni. A debreceni női klinikán *Ebergényi* egy ennél sokkal célszerűbb módszert dolgozott ki (O. H. 1934. 32.). Ennek segélyével a fehérvérsejtek tapadási képességének olyan változatai állapíthatók meg a különböző élettani és kórtani viszonyok között, amelyekből reménhetőleg új diagnostikai és prognostikai megállapításokra nyílik kilátás. A módszer és az egész kérdéscomplexum még új; annak gyakorlati felhasználhatóságára nagyobb vizsgálati anyag feldolgozása fog majd világot vetni. Ilyen irányú vizsgálatok a debreceni női klinikán már két év óta folyamatban vannak.

Mandel L.: Tüdőtuberculosisban szenvedőkön sorozatos haematologiai vizsgálatokat végzett (fehérvérsejtszám, vérkép, vérsejtsüllyedés) a különböző műtétekkel kapcsolatban. Ezek során a leukocytaszám és vérsejtsüllyedés hasonló alakulását észlelte, mint az előadó.

Ökrös S.: *Húgycsőruptura különös esete.* Harminchárom éves férfi fahordás közben lépcsőn lefelé menve megcsúszott és a gátjára zuhant. A sérülés után borékja és hímvesszője erősen megduzzadt, majd szederjesen elszíneződött, igen fájdalmas volt. Négy nap mulva súlyos állapotban felkeresi a klinikát, ahol a phlegmonosus borékot és a hasfalat incidálják. A másnap megejtett boncoláskor, a borék és hímtag, valamint a comb és hasfal bőralatti kötőszövetének kiterjedt vizeletes és genyes beszűrődése állapítható meg. Sérülés a húgycső belfelületén nincs jelen. A belső húgycsőnyílás előtt 4·5 cm-nyire a hátsó falon egy 2 cm hosszú Littre-féle tasak van, melynek feneke a sérülés folytán átszakadt. Itt jutottak ki a fertőző csírok és a vizelet a húgycső körüli véresen beszűrődött sérült szövetbe és sepsis útján halált okoztak. A sérülés területébe eső harántcsíkolt izomszövet Mallory-festéskor jellegzetes viaszos elfajulást mutatott.

Ökrös S.: *Az epehólyag fundusának carcinomái.* 1. Negyvennégyéves férfi epehólyag fundusában lencsenagyságú rákos fekély van. Fölötte 6 cm széles semilunaris septum húzódik. A septum alatti részben egy gubacsnagyságú cholesterin-kő van beékelődve és egyik kúpalakú nyúlványa a rákos fekély kraterében helyezkedik el. A daganat részint infiltraló adenocarcinoma, részint kocsonyás rákszövet. 2. Hatvanhatéves nő epehólyag fundusi részén a lumenbe bedomborodó rákos góc van, mely papillaris szerkezetű atypusos sejtű adenocarcinoma. E két esetben a májban és a környéki nyirokcsomókban voltak áttételek. 3. Hatvanegyéves férfi epehólyag fundusi részén felterjedve a májszélig mogyorónagyságú, rákos góc fekszik a hashártya alatti szövetben, mely a nyálkahártyát laposan bedomborítja. A rák adenocarcinoma, mely a hashártya alatti nyirokrésekbe is beterjedt.

A rák az első esetben a fundus nyálkahártyájából, a másodikba a fundusi vég félholdalakú harántrekesztékéből, a harmadikban pedig a hólyagfenék subserosájában fekvő epeutakból indult ki.

Előadás:

Orsós F.: *Az istmus aortae repedésének két újabb esete.* A Tisza István Tudományos Társaság 1931 XLIII. ülésében négy isthmus-repedést ismertetett, melyekben úgy a sérülés mechanismusa, mint a sérülés helye és alakja hasonló volt. Mind a négy esetnek erőművi oka az volt, hogy a törzset ért tompa erőbehatás áthelyeződvén az aorta véroszlopára is, az utóbbinak visszahatása megrepesztette a falazatot, mégpedig indirect módon az isthmusban. Az isthmus aortae jelentősége embernél c. munkájában (Tisza István Társ. II. oszt. Munk. IV. köt.) megtaláljuk magyarázatát az isthmus-repedésekre hajlamosságának. Az aorta ezen szakaszában a rugalmas lemezek száma átlag csak felényi, mint pl. az ívben vagy a mellkasi részben. Ezenfelül a szerkezet is határozatlan és a lig. heg táján nagymértékben nélkülözi a rugalmas elemeket. Azóta két újabb hasonló eset fordult elő. Hetvenéves, vonatgázolt férfin a fej és a végtagok levágásán kívül a törzs erős összenyomatást szenvedett. A repedés közvetlenül a lig. heg fölött fekszik harántirányban körülfutó és elnyujtott hullámhegy és hullámvölgy vonalára emlékeztet. A második eset a biharkeresztesi légsűrítő robbanásakor fordult elő. Az egyik áldozat óriási erővel röpült neki a falnak, majd egy szabadon futó vastag csőnek, mely a törzset kettészelte. A mechanismus tehát itt is a törzs hirtelen összenyomatása volt. A harántirányú, körülfutó repedés közvetlenül a lig. heg alatt fekszik és hasonló alakú. Feltűnő, hogy mind a két esetben a folytonosság-megszakítás vonalának hullámhegye a hátulsó, a hullámvölgye pedig az elülső falra esik. Áttekintvén ezek után az előző négy esetet, mindegyikben teljesen azonos alakú és elhelyeződésű volt a repedés vonala. Kétségtelen, hogy ezen törvényszerűség oka az ithmus trajectoralis szerkezetének sajátszerűségében rejlik.

Orsós F.: *Fedett haránt kettévágása a gégefőnek és bárzsingnak.* Harminchatéves férfit többen megtámadván, lyuktörést szenvedett a fejtetőn, több, a koponya közepéig hatoló vágott sérülés a fej arci felszínén. Ezenkívül a nyakon zsinegelési barázdára emlékeztető harántirányú sérülés találtatott, mely a gégefő közepét keresztezte. E helyen 8 cm hosszú barázda feküdt, melynek középső, 4·5 cm hosszú, 3—6 mm széles középső része barnavörösen beszáradt. A barázda ezen részében mákszemnyi-mustármagnyi vérzéses pettyek is látszottak,

medrének középvonalában pedig az irha közepéig terjedő kötőtű szélességű folytonosságmegszakítás is húzódott. A barázda két vége nem mutatott beszáradást, csupán halvány barnásszederjes elszíneződést és jobboldalt egy vérzéses pettyet. A nyak oldalsó és hátulsó felszínére a barázda nyomokban sem folytatódott. Minőségében a nyak sérülése kétségkívül dróttal létesített zsinegelési barázdára emlékeztetett, de határozottan ellene szólt a zsinegelésnek, hogy a barázda kizárólag a nyak elülső felszínére szorítkozott. A belvizsgálat alkalmával kiderült, hogy a musc. sterno-hyeoideus és a sterno-thyreoideus a barázda vonalában zúzott és elfakult volt. Lehántásuk után pedig a gégefőnek és a bárzsingnak haránt irányú teljesen áthatoló folytonosságmegszakítása tárult elé. Az elmeszesedett pajzsporc megszakítási vonala szemcsésen töredezett is volt. A bárzsing két csonkját csak néhány izomköteg tartotta egybe. Sértetlen maradt a bárzsing kötőszövetes burka, ellenben haránt irányú impressio mutatkozott a 6. nyakcsigolya testén, igen kevés vérzéstől kísérve. A gégefő és a pajzsmirigy körüli lágyrészek is csak kis terjedelmű véres beszűrődést mutattak. Ezek alapján ú. n. élvágott sérülésnek minősítettük a nyak laesioját. A vizsgálatkor kiderült, hogy az egyik tettes a fej sérülései után a földön hanyat fekvő áldozatot egy ásócsapással le akarta fejezni. Az ásó szerepelt szélének éle — bár elég éles volt — nem vágta át az irhát, a bőralatti rétegeket és az izomzatot, csupán a meszesedett gégefőt és a bárzsingot. A vérzés aránylag csekély voltából és a nyaki zsigerek súlyos sérülésének fedett voltából arra következtetünk, hogy az a sérülés volt időrendileg az utolsó. A bőr és bőr alatti képletek relativ épenmaradását u. i. a gégefő meszes voltán kívül a csökkent szövetturgorból magyarázhatjuk. Az előbb ejtett sérülések teljesen szétroncsolták az agy elülső felét, részben a központi ducokat is és elszakították az ütőeres koszorút. Az ásóvágás időpontjában bizonyára már nagyfokban lecsökkent volt a vérnyomás, vagy a szív talán már nem is működött. A vérnyomás megszűntével pedig, különösen vágás esetében, tapasztalat szerint kevésbbé sérülékenyek a szívósabb szövetféleségek.

J. J. R. MACLEOD

Március 16-án a skóciai Aberdeen-ben 58 éves korában meghalt *J. J. R. Macleod*, a physiologia professora. Útja Aberdeen-ből indult el, hol *J. Macwilliam* tanítványa volt, ezután néhány évet Londonban töltött *L. Hill* mellett, majd Cleveland-ben, később a canadai Toronto-ban az élettan tanára. Kutató munkássága legnagyobb részét a szénhydratanyagcsere problémáinak szentelte, ezt koronázta az insulinnak *Bantin*-gel közösen történő előállítása, amiért 1923-ban Nobel-díjat kapott. Sikerei tetőfokán visszatért szülővárosába, hogy elfoglalja az első mestere nyugalombavonulása folytán megüresedett tanszéket. Munkássága nem korlátozódott intézetére, állandóan tevékeny részt vett a Rowett Research Institute for Animal Nutrition kutató munkájának irányításában és a Medical Research Council működésében, ezenkívül állandóan sokat dolgozott az orvostermészettudományi kutatás és oktatás ügyének előbbrevitelén.

Mint tudós a legnagyobbak közül való, mint emberhez még kevesebben érnek fel hozzá. Páratlanul szerény és közvetlen ember volt, kit minden munkatársához mély emberi kapcsolatok fűztek. Munkakedve betegségében sem változott. Az utóbbi években sűrűn kiújuló chronikus polyarthritise nemcsak mozgásában korlátozta nagymértékben, hanem nagy fájdalommal járt. Ennek dacára reggeltől estig dolgozott és ha máskép nem lehetett, tolókocsin vitette magát a laboratoriumba, hol mindig egyforma kedvességgel és vidámsággal tanított, tanácsolt és segített.

Nekünk magyaroknak barátunk volt, ezt bizonyította azzal is, hogy barátjának fiát európai klinikai továbbképzése során félévre a pécsi belklinikára irányította. Ő maga is mindig örömmel gondolt a Pécsett töltött napokra és őszinte csodálattal adózott a magyar egyetemek rendkívül nehéz viszonyok között kifejtett tudományos munkásságának. Távozásakor kijelentette: I'll tell what I have seen here in Aberdeen, and all over the British Empire

Donhoffer Szilárd dr.

VEGYES HÍREK

Személyi hírek. Az igazságügyminiszter *v. Szecsödy Imre dr.* az angyalföldi ál.ami elme- és ideggyógyintézet főorvosát az igazságügyi orvosi megfigyelő és elmegyógyító intézet főorvosává nevezte ki.

Halálozás. *Pajor Sándor dr.* e. ü. főtanácsos, a Pajor dr. vízgyógyintézet és sanatorium megalapítója és elnökigazgatója 75 éves korában, *Fischer Jenő dr.* Máv. BBI. orvosa 41 éves korában Budapesten elhúnytak.

A Közkórházi Orvos-Társulat április 24-i rendkívüli ülésének tárgysorozata. *Bemutatás:* 1. *Torday Árpád:* A heveny rheumás megbetegedésekről. *Előadás:* 1. *Horváth Boldizsár:* Az orthopaediás betegségek rheumaszerű panaszai és a rheumás betegségek orthopaediai elváltozásai. 2. *Keller Kálmán:* Az alveolus levegő szénsavtensiójának mérése lélegzésgyakorlatok szempontjából. — Hozzászólásra felkérettek: *Bézi István, Faludi Géza, v. Gönczy István, Guszmann József, Laub László, Licskó Andor.*

A Magyar Orvosok Röntgen Egyesülete április hó 24-én tartandó ülésének tárgysorozata: *Herman János:* A századik tudományos ülés. — *Bemutatás: Faragó Sándor:* Ritka nyelőcsőtágulat esete. — *Előadások: Györgyi Géza:* A relief-vizsgálat a mindennapi gyakorlatban. — *Horváth Béla:* Szemészeti felületi röntgentherapia.

Az Országos Balneologiai Egyesület április 26-án és 27-én megtartandó congressusának és tisztújító közgyűlésének napirendje: A Gazdasági Osztály évi nagygyűlése április 26-án délelőtt tíz órakor a Szent Gellért-szálló dísztermében. *Bánlaky Géza:* Elnöki megnyitó. *Szendy Károly,* Budapest polgármestere: A fürdőváros jövője. * *Tausz Béla:* Az 1934. év fürdővendég forgalma. *Felber Lipót:* Ásványvizeink 1934. évi statistikai adatai. — Délután hat órakor I. tudományos ülés az Orvosegyesület Semmelweis-termében. *Vámossy Zoltán:* Elnöki megnyitó. *Papp Lajos:* Emlékbeszéd Dalmady Zoltán relett. * *Szabó Imre:* Gyógykúrák psychikus tényezői. — Április 27-én délelőtt kilenc órakor a congressus résztvevőinek a budapesti gyógyfürdőket mutatjuk be szakszerű vezetés mellett. Találkozás délelőtt félkilenc órakor a Vörösmarty-téren, Autobus-Tours előtt. Indulás autobusokon pontosan kilenckor. — Tisztújító közgyűlése április 27-én délben egy órakor a Szent Gellért-gyógyfürdő dísztermében. Napirend: Elnöki megnyitó. Főtitkári jelentés. A pénztáros és számvizsgálóbizottság jelentése és a felmentvény elhatározása. Tisztikarválasztás. Számvizsgálóbizottság választása 1935. évre. Esetleges indítványok. — Április 27-én délután hat órakor II. tudományos gyűlés az Orvosegyesület Semmelweis-termében. *Simicska Gábor:* Rheumatismus és gyógyítása, különös tekintettel a fürdőkezelésre. *Barla-Szabó József:* A fürdőtherápia a társadalombiztosításban. * *Belák Sándor:* Klímatényezők adagolása. * *Schulhof Ödön:* Gyulladásos szövetanyagok keletkezése physikotherapiás behatások kapcsán. *Nemes Jenő:* Készülék a budai hévvizeknek keserűvizekkel való automatikus keverésére. Este ½9-kor társasvacsora a Vadászkürtben. Részvételi díj: 2 P 20 fillér. Jelentkezés a tudományos ülések alatt. — Április 28-án egésznapos kirándulás Esztergomba. Indulás pontosan reggel ½9-kor a Vörösmarty-téren Autobus Tours előtt autobusokon. Esztergom hévvizeit, fürdőberendezését, a bazilikát, kincstárat, az ásatásokat tekintik meg a résztvevők szakszerű vezetés mellett. Indulás Esztergomból 18 órakor. Részvételi díj: 7 pengő. Csak azokat a jelentkezéseket veszik figyelembe, amelyekkel egyidejűleg a részvételi díjat is megkapják. Jelentkezni április 25-ig lehet. Vidéki orvosrésztvevők részére a m. kir. kereskedelemügyi ministerium 33%-os menetdíjkedvezmény igénybevételére jogosító igazolványok kiállítását engedélyezte. A Szent Gellért, Szent Lukács és Szent Margitszigeti gyógyfürdőkkel kapcsolatos gyógyszállókban vidéki orvosrésztvevők és hozzátartozóik napi 5 pengőért kapnak a congressus ideje alatt a Központi Gyógy- és Üdülőhelyi Bizottság előzékenysége folytán lakást, ellátást. A lakás, ellátás költségeit a résztvevők közvetlenül a szállodákban fizetik. Mindennemű pénzküldemény, levelezés a főtitkár címére. Frank Mkilós dr. főorvos, Budapest, I., Attila-körút 19. sz. küldendő.

A Charité Poliklinika orvosi kara április 26-án, este ½7 órakor tartandó ülésének tárgysorozata: *Előadás: Gyárfás József:* A nem gonorrhoeas prostatitis aetiologiája és pathologiai vonatkozásai. — *Wirkmann Tibor:* A neurosisok az idegrendszert illető újabb élettani kutatások megvilágításában.

Klebelsberg-emlékünnep. Szeged város közönsége kegyeletes ünnepség keretében áldozott f. hó 11-én *Klebelsberg Kunó grófnak* emlékének, mely alkalommal avatták fel a volt

* Az igazgatótanács felkérésére tartott előadás.

kultuszminiszter síremlékét a fogadalmi templomban. Az ünnepségen megjelentek az elhúnyt hozzátartozói, továbbá *József* és *József Ferenc* főhercegek, *Hóman Bálint* kultuszminiszter, *Szily Kálmán* államtitkár, a szegedi egyetemi tanács, az ország többi egyetemének kiküldöttei, valamint a Tudományos Akadémia képviselői, Szeged város és a tanyavilág küldöttségei. Az emlékmisét *Glattfelder Gyula* megyéspüspök mondotta, majd megáldotta a templom falában elhelyezett síremléket. A rekviem után a városházán volt díszközgyűlés, melyen *Baranyai Tibor* főispán beszéde után *József* főherceg tartotta meg ünnepi emlékbeszédét, melyben méltatta *Klebelsberg* gróf culturális, tudományos és publicisztikai működését.

Előadások a gyermekfogászat és iskolafogászat köréből. Gyakorlófogorvosok és iskolafogorvosok számára tíznapos továbbképző tanfolyam lesz ez év május 20—29-ig a budapesti egyetem stomatologiai klinikáján. A tanfolyam ingyenes, adminisztrációs költségek díja 5 pengő. A vidéki fogorvosok részére kedvezményes vasúti utazás és ellátás van biztosítva. Oly budapesti, de főleg vidéki orvosok számára, kik a tanfolyamon nem vehetnek részt, a tanfolyam vezetősége a gyermekfogászat és iskolafogászat köréből tartandó, mintegy 35 előadást kb. 240 oldalon könyv alakjában is kiadja. A könyv kedvezményes előfizetési ára 5 pengő. A tanfolyamra jelentkezés április 27-ig az Iskolafogorvosi Továbbképző Tanfolyam Vezetőségénél (Budapest, VIII., Mária-utca 52.).

Magyarország Orvosainak Évkönyve és Címtára. Az évtizedek óta közkedveltségnek örvendő Évkönyv 45-ik évfolyama a közelmultban jelent meg. Az eddigi kiadásoktól eltérőleg a közérdek szempontjából fontos újításokat

Kimutatás az 1935 április 7—13-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.	Mb.	Mt.
1. Abaúj-Torna 92.827	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog 111.860	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—
3. Baranya 251.131	1	—	2	—	4	—	3	—	—	—	—	—	63	7	5	—	—
4. Békés 334.130	—	—	—	—	6	1	5	—	—	—	—	—	21	13	1	—	—
5. Bihar 179.115	—	—	—	—	3	1	1	—	—	—	—	—	6	1	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont304.182	1	—	—	—	5	—	2	—	—	—	—	—	4	4	1	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál174.511	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	8	1	—	—
8. Csongrád.....148.191	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
9. Fejér 230.719	1	—	—	—	5	—	6	—	—	—	—	—	7	2	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony156.241	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—
11. Hajdú 180.159	1	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	59	5	—	—	—
12. Heves 320.921	1	—	—	—	2	1	2	—	—	—	—	—	17	4	—	—	—
13. Jász-Nk.-Szolnok 417.676	—	—	—	—	4	—	—	1	—	—	—	—	3	5	1	—	—
14. Komárom és Esztergom181.173	2	—	—	—	1	—	9	1	1	1	—	—	—	1	—	—	—
15. Nógrád és Hont 226.557	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-Kk...1,418.317	4	1	—	—	30	—	38	—	—	—	—	—	165	6	2	—	—
17. Somogy 388.775	—	—	—	—	3	1	3	—	—	—	—	—	7	5	7	—	—
18. Sopron 143.235	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung 410.116	2	—	—	—	3	—	1	—	1	—	—	—	14	6	6	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg154.630	2	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—
21. Tolna 267.560	1	—	—	—	11	2	5	1	1	—	—	—	14	4	—	—	—
22. Vas 274.227	—	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	53	1	1	—	—
23. Veszprém 246.093	1	—	—	—	4	—	3	—	—	—	—	—	11	1	—	—	—
24. Zala 367.564	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1	10	1	—	—
25. Zemplén 148.150	—	—	—	—	4	1	3	—	—	—	—	—	—	3	1	—	—
I. Baja 29.329	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest 1,027.106	4	—	25	—	35	—	57	1	—	—	—	—	389	3	—	—	—
III. Debrecen 121.326	—	—	—	—	6	1	5	2	—	—	—	—	17	2	—	—	—
IV. Győr 50.844	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely 59.825	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI. Kecskemét 80.729	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
VII. Miskolc 62.597	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
VIII. Pécs 65.963	—	—	—	—	8	—	1	—	—	—	—	—	44	3	—	—	—
IX. Sopron 36.022	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—
X. Szeged 137.479	—	—	—	—	3	—	7	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
XI. Székesfehérvár..... 41.247	—	—	—	—	4	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen : 8,840.527	23	3	28	—	161	8	178	6	3	1	1	—	914	106	32	—	—
Előző évben :	51	7	14	3	259	16	264	7	2	1	—	—	486	10	17	—	—

Richter-féle gyermektápliszt
csecsemők mesterséges táplálására
évtizedek óta kitűnően bevált, szénhydrátokat könnyen oldódó alakban tartalmazó igen kellemes piskótaizű tápszer.

SEVENAL—CHINOIN hypnoticum, sedaticum, antiepilepticum

találunk az »Orvosi év története« című fejezetben, mely az előző év fontosabb személyi, társadalmi és tudományos eseményeit öleli fel, közli az 1934. évben megjelent magyar, német, francia nyelvű orvosi műveket, a forgalomba hozott új gyógyszerspecialitásokat és a különböző orvosi vonatkozású ministeri rendeleteket. Az újítástól eltekintve, a könyv beosztása és adatai az előző éviekhez igazodik, azonban itt is találunk előnyös módosításokat. Az Évkönyv a »Petőfi Irodalmi Vállalat«-nál Kertész-u. 16. rendelhető meg.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Orvosi rendelőnek és lakásnak kiválóan alkalmas 6-szobás lakás (esetleg osztható) kiadó. Klauzál-utca 35, I. emelet. Felvilágosítás: a házfelügyelőnél.

Sebész-szülész szakorvos tőkével keres vidéken nagyobb helyen, hol kórház még nincs, belgyógyász **feles társat magánkórház létesítéséhez.** Ajánlatot „Helyi viszonyokat ismerővel" jeligére a „Petőfi" irodalmi vállalathoz, VII., Kertész-utca 16. szám kér.

Orvos Pesten, Pestkörnyéken ***helyettesítést*** vállal. „Azonnalra is" jeligére a „Petőfi" irodalmi vállalathoz.

TABLETTAE FERRI PROTOXALATI Dr. DEÉR SINE ET CUM ARSENO

1 szám Pilulae Blaudi = 24 mg Fe
1 „ „ ferratae = 19 mg Fe
1 „ **DEÉR**-tabletta = **31 mg FE!**

A vasat mint gyorsan felszívódó ferrooxalatot, az arsent a legracionálisabb formában tartalmazza. Adagolása kényelmes. Zavaró melléktünetek hiányzanak.

Kínzó, száraz köhögést

CODERIT CHINOIN

TABLETTA *kitűnően befolyásolja!*

Mérsékli a hörgő-nyálkahártya lobos izgalmát, az expectoratiót megkönnyíti, a légzőközpontot megnyugtatja.

10 és 20 tablettás phiola

Figyelem!

SCHLIEPHAKE közlése:

a „Deutsche Medizinische Wochenschrift"-ban *az ultrarövidhullámú kezelésről*:

„Újabban szikraközös géppel is le tudnak menni 15 méteres, sőt ennél némileg még rövidebb hullámhosszakig is. Itt azonban — éppen úgy mint a diathermiánál — ***csillapított*** rezgésekről van szó. Ezek a gépek annyiban jelentenek haladást a rendes diathermiával szemben, amennyiben a mélybeli átmelegítés jobb. ***Nem engedhető meg azonban, hogy ezt a „rövidhullámú diathermiát" azonosítsák az ultrarövidhullámú therápiával.*** Az összes, lázgörbék és röntgenképek alapján kivizsgált eddigi gyógyulási eredmények ***csillapítatlan*** hullámokkal végzett ultrarövidhullámú kezelésekre vonatkoznak."

(Csillapítatlan hullámot az adócsöves gép szolgáltat.)

Ezenkívül ugyanezen cikkben még a következőkre hívja fel *Schliephake* a figyelmet:

„Mindig újból hangsúlyozni kell, hogy eredményeket csak akkor várhatunk, ha olyan készülék áll rendelkezésünkre, amely valóban minden követelménynek megfelel."

Nyilvánvaló tehát, hogy az URH-kezelés specifikus ezköze *az adócsöves készülék.* ***Hazánkban már eddig is húsz darab adócsöves Siemens-URH-készülék van üzemben.*** (Klinikák, kórházak, betegbiztosító intézetek, szanatóriumok és magánorvosok birtokában.)

Az adócsőre a gyár ***ezer üzemóra garanciát vállal.***

Részletes leírás, szakirodalom, költségvetés küldését és a készülék bemutatását üzemben készséggel vállalja a

MAGYAR SIEMENS-REINIGER-MŰVEK RT.
RÖNTGEN- ÉS ORVOSTECHNIKAI GÉPGYÁR
BUDAPEST, VI, NAGYMEZŐ-U. 4. TELEFON: *24-3-96.

SEVENAL—CHINOIN ***hypnoticum, sedaticum, antiepilepticum***

Kiadványainkat olcsón kapják meg kiadóhivatalunktól hátralékban nem lévő előfizetőink. A pénz előre beküldése után azonnal bérmentve küldjük meg az alábbi igen hasznos könyveket:

Soós Aladár: Étrendi előírások III. bővített kiadás ..... 5.— P helyett 4.— P

Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája 230. old., 110 ábra és 16 old. műmelléklettel.... 5.— P

Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal ..... 6.50 P helyett 5.50 P
Vászonba kötve (8 P h. 7.— P)

Rigler Gusztáv: Közegészségtan és a járványtan tankönyve ..... 25.— P helyett 5.70 P

Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala, 86 oldal ..... 2.50 P helyett 6.— P

Issekutz Béla: Gyógyszerrendelés .. 8.— P helyett 6.— P
Az orvosi tudomány magyar mesterei. Kiadja a Markusovszky Társaság. 196 oldal ..... 4.— P helyett 3.50 P

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel való rendelésnél a portóköltséget is felszámítjuk.

Orvosi berendezést használtat, jókarban levőt, általános orvosi praxishoz, esetleg fogorvosit is, **megvételre keresek.** „Sürgős 6858" jeligére Blockner J. hirdetőjébe IV Városház-utca 10. sz.

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

Szab. szám 93189.

A gonorrhoeás megbetegedések gyógykezelésében az újabb időben jelentékeny szerepet játszanak a festékanyag-készítmények. Az eddig forgalomban lévő készítmények egy újjal gyarapodtak, amelyet a Richter-gyár *Acrigonin* néven hoz forgalomba. Ez a szerves festékanyagból készült praeparatum, teljesen megfelel azon követelményeknek, amelyeket a jó vizeletfertőtlenítőktől elvárunk, nevezetesen, hogy úgy savi, mint lúgos vegyhatás mellett megtartja csiraölő képességét, a nyálkahártya mélyebb rétegeibe és a húgycső függelékes mirigyeibe is behatol. Izgató vagy mérgező hatása nincsen, mert bár legnagyobbrészt a vesék útján ürül ki, veseizgalmat nem okoz. Fájdalomcsillapító hatású is, mivel az idegek iránt specifikus affinitással bírván, behatol az érzőideg-végkészülékekbe. Ezen hatásainak tudhatjuk be, hogy az Acrigonin alkalmazására gonorrhoe esetén csökken a genyképződés, aminek következménye, hogy a folyamat ritkábban terjed át a hátsó húgycsőre. Gonorrhoeás cystitis esetén fájdalomcsillapító hatása a papaverinnel ér fel. Néhány injectio után a vizelet fokozatosan feltisztul, a gyakori vizelési inger lényegesen enyhül s a terminalis fájdalom és vérzés megszűnik. Jó hasznát vesszük még az Acrigonin-nak azon esetekben is, amidőn vegyes fertőzéskor más bakteriumok is megtalálhatók, mivel az utóbbiakra épp oly baktericid hatást fejt ki, mint magára a gonococcusra. *Acrigonin a kankós megbetegedések lefolyását meggyorsítja, a műszeres kezelést hathatósan alátámasztja s a complicatiók kifejlődését gátolja.* (*Kron Imre dr.* főorvos: »Acrigonin-nal végzett kísérletek a gonorrhoeás megbetegedések kezelésében.« »Gyógyászat« 1933. évi 51. sz.).

POLYSAN

compl x immunvaccína 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 közkórházakban.

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



MINTÁVAL ÉS IRODALOMMAL KÉSZSÉGGEL SZOLGÁL

AZ ATHENAEUM IRODALMI ÉS NYOMDAI R.-T. NYOMÁSA

NYOMDAIGAZGATÓ: WOZNER IGNÁC

79. évfolyam 17. szám Budapest, 1935 április 27

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal
VIII., Üllői-út 26, II. em. Tel.: 31-1-86
Előfizetések postautalványon vagy csekklapon küldendők. A feladóvevényt nyugtául ismerjük el

MEGJELENIK SZOMBATON

Egyes számok kaphatók a kiadóhivatalban 70 fillérért, Magyar Orvosi Archivum számai 2 pengőért

Hirdetések kizárólagos felvétele „Petőfi" irodalmi vállalat Pesti Alfréd Budapest, VII., Kertész-utca 16

Előfizetési díj: Az „**Orvosi Hetilap**"-ra és Az Orvosi Gyakorlat Kérdéseire együttesen egész évre 26 pengő, 200 čk., 300 dinár, 800 lei, egyéb külföldre 6 dollár vagy a belföldi díjak + portóköltség; félévre ezen összegek fele; negyedévre negyede, egy hóra 2.50 — pengő. A „**Magyar Orvosi Archivum**" egész évre 10 pengő, 70 čk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

Előfizetések küldendők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámlára. *Csehszlovákiában:* Lucenska Uverna Banca Uc. Spol.-hoz »O. H. betétkönyvére« Lucenec; *Jugoszláviában:* a Somborska Stedionica podruznica Opste Privredne Banka Sombor, »O. H. számlájára.« *Romániában: Borsos Béla dr.*, Arad, vagy Lepage könyvkereskedés Cluj, Str. Matia 1. *Egyéb külföldről:* Géza de Takáts M. D. 122 South Michigan Avenue, Chicago.

CHINOIN - CHINOIN 1910 ❖ 1935 CHINOIN - CHINOIN

Az antilueses therapia haladása:

MEDOBIS „CHINOIN"

új bismuth-készítmény

½ cm^3-ben tartalmazza az optimalis bismuthmennyiséget

Nagy klinikai hatékonyság! Fájdalmatlan!

Aligszines, átlátszó, híganfolyó!

10 amp. orig. dobozban: **P 3·10**

25 cm^3 üvegben: **P 6·—**

Dr. Bayer & Co.
„Forte" kétszeres chinin tartalommal

PNEUMOSTOP

Irodalmat és mintát szívesen küldünk.

Magas chinin tartalmu parenteralis köptető a felső légutak hurutos bántalmainak eredményes kezelésére.

SEVENAL—CHINOIN hypnoticum, sedaticum, antiepilepticum

Polybrom effervescens Dr. Egger



Évtizedek óta a bróm-adagolás megbizható és kedvelt formája!

Melléktünetet nem okoz!

Szénsav-dús kellemes izű italt szolgáltat!

HALSTERIN

STANDARDIZÁLT ÉS KONCENTRÁLT, A-ÉS D-VITAMINT TARTALMAZÓ KÉSZITMÉNY

5 cm^3 SOLUTIÓT ÉS 50 TABLETTÁT TARTALMAZÓ ÜVEGEKBEN



RICHTER GEDEON
VEGYÉSZETI GYÁR R.T. BUDAPEST X.

79. évfolyam 17. szám Budapest, 1935 április 27

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC ISSEKUTZ BÉLA GORKA SÁNDOR HÜTTL TIVADAR
VÁMOSSY ZOLTÁN POÓR FERENC REUTER KAMILLÓ ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Frigyesi József: Mikor szükséges és mikor nélkülözhető nőgyógyászati megbetegedésekben a műtét? (459—464. oldal)
vitéz Kémeri Dezső: Bőr- és belbetegségek, mint az acut fertőző betegségek késői tünetei. (464—467. oldal)
Roboz Pál: A csecsemőkori athrophia hormontherapiája. (467—469. oldal)
Simon Dezső: Az egészséges bőrön előforduló penész- és sarjadzó-gombákról. (469—471. oldal)
Szántó Géza: A belső fül harántsubiculum repedésének pathogenesiséről. (472—473. oldal)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (65—68. oldal)
Rhemann Ferenc: Még nem szült nők méhelőesése. (473—475. oldal)
Tóth Zoltán: Glaukoma capsulare Vogt esete. (475—476. oldal)
Ludány György: Villikinin az emberi bélnyálkahártyában. (476—477. oldal)
Kovács László: Bűnös abortusok lefolyása és szövődményei. (477—478. oldal)
Lapszemle: Belgyógyászat — Sebészet — Szülészet — Szemészet. — Gyermekgyógyászat — Urologia — Bőrgyógyászat — Orr-, torok és gégegyógyászat. (478—480. oldal)
Könyvismertetés (481. oldal).
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei (481—486. oldal)
Vegyes hírek (486. és a borítólap 3. és 4. oldalán).

Mikor szükséges és mikor nélkülözhető nőgyógyászati megbetegedésekben a műtét?

(Klinikai előadás.)

Irta: *Frigyesi József dr.* egyet. ny. r. tanár.

A műtét szükséges vagy nélkülözhető volta minden műtéttel gyógyítható betegség tárgyalásánál nagyfontosságú. Ez az a kérdés, amely miatt a beteg legtöbbször nemcsak a szakorvos, hanem a kezelő-, ill. háziorvos tanácsát is kéri. Különösen akkor fordulnak bizalommal a — sajnos — ma már kiveszőben lévő, bizalmat jogosan élvező háziorvoshoz, amikor több szakember vizsgálata után eltérőek a vélemények. A vélemények, ill. tanácsok eltérő volta méltán tűnik fel a betegnek s általában a laikusnak, pedig az gyakran eléggé indokolt, mert ezirányú döntésünk sok szempont mérlegelésétől függ. E szempontoknak különböző fokban való értékelése magyarázza meg nemcsak a szakemberek eltérő véleményét, hanem azt is, hogy néha egyik-másik kérdésben ugyanazon szakembernek is változhat a véleménye, részint saját megváltozott tapasztalása alapján, részint azért, mert időközben a szóban levő betegség gyógyítására vagy a tünetek szüntetésére újabb gyógymód is merült fel. A döntés tulajdonképpen egyszerű volna, ha minden esetben csupán azt mérlegelnők, hogy az illető betegség vagy elváltozás veszélyezteti-e az életet, ill. okoz-e nagyobbfokú kellemetlenségeket, hogy a szóban levő elváltozás kellemetlen következményei megszüntethetők-e műtét nélkül is, vagy csak műtéttől remélhetünk javulást, továbbá, hogy a műtét veszélyes-e vagy sem.

A műtét kilátásai és veszélyei szempontjából mások a viszonyok egészséges és mások egyébként sem egészséges szervezetnél. Ezért utóbbinál nem kifejezett veszélyes behatást is — csak életveszély esetén fogunk elvégezni.

Tagadhatatlan, hogy újabban a műtét veszélyessége az asepsis ismeretével, a műtői készség fejlődésével, valamint azáltal, hogy a bódítást, különösen nőgyógyászati műtéteknél érzéstelenítő eljárásainkkal tökéletesen ki tudjuk küszöbölni — lényegesen csökkent. Műtéti javallatainkat így kiterjeszthetjük nem tökéletesen ép szervezetű, magasabb korú, nagymértékben vérszegény, szív- és tüdőbeteg egyénekre is, de másrészt természetes, hogy ennek dacára itt csak nélkülözhetetlen esetekben végezzük.

Egyes betegségek jelentőségét is máskép ítéljük meg ma, mint esetleg 1—2 évtizeddel ezelőtt. A műtéti beavatkozáson kívül pedig ma már a physika (sugaras és hő) kezelések olyan eszközeit ismertük meg, melyek egyikmásik esetben méltán veszik fel a versenyt a műtéttel.

Mindezen szempontok mérlegelésével tudunk tehát csak esetenként a műtét elvégzése, illetve elhagyása között választani. Az általános érvényű szempontoktól eltekintve azonban külön kell foglalkoznunk azokkal a megismerésekkel is, melyek az egyes nőgyógyászati megbetegedések terén általában megváltoztatták, vagy legalább is lényegesen befolyásolták az utóbbi időben a műtét szükségességéről alkotott véleményünket.

Egyike a legszembetűnőbb változásoknak az, amit e téren az idült méhbelhártyagyulladás (endometritis chronica) fejezeténél láttunk. Tudvalevő, hogy az e néven ismert betegségeket és tüneteiket, így a bővebb havivérzést, fokozott méhüri váladékot, egy időben a méhizomzat betegségének, tehát metritisnek tartották és nevezték. Majd általános lett az a vélemény, hogy a tüneteket a méhbelhártya elváltozása okozza. Ismerték az endometritis interstitialist és az endometritis glandularist. A gyulladásos eredetű feltevésnek természetes következménye volt az a felfogás, hogy minden ilyen endometritist méhkaparással gyógyítottak. Ezeknek egy részében *Hitschmann* és *Adler* bizonyították be, hogy a kikapart és eltávolított endometrium szöveti képe — melyben a mirigycsövek meg vannak szaporodva és ki vannak tágulva — élettani elváltozások és a menstruatiós cyclus valamelyik szakaszának felelnek meg.

A többi vérzésekre vonatkozó ismereteink is gyökeres változásoknak lettek alávetve és a ma is gyulladásos eredetűnek kórismézett, vagy egyéb ismert anatomiai ok-

ból származó vérzések mellett sok olyan csoportot sikerült felállítani, ahol a rendellenes vérzések, a genitalis cyclus hormonalis szabályozásának valamilyen rendellenességén alapulnak. Igy például: a rosszul kifejlődött vagy hiányosan összehúzódó méhizomzat (functionalis muscularis hypotonia) folyományaképen fennálló bő vérzés, vagy a sárgatest túlkorai visszafejlődése következményeképen létrejövő túlgyakori vérzés, vagy akár a rendes időben meg nem repedő tüsző, vagy granulosasejt-daganat kóros hormontúltermelése okozta glandular cystikus hyperplasiás vérzés, valamennyien e csoportba tartoznak.

Meg kell emlékeznem az ú. n. fiatalkori és változáskori vérzéseknek nevezett rendellenességekről. Bár ezen vérzések egy része ugyanazon kóroktani (aetiologiai) alappal bír, mint az egyéb ismert, más korban is meglevő vérzési rendellenességek, — mégis egyik kóroktanilag nem tisztázott részük úgylátszik jellegzetesen a genitalis cyclus beállása és kialvása idején fordul elő.

Az ovarialis cyclus élettanára vonatkozó ismereteink rohamos fejlődése a műtéti kezeléssel szemben mindjobban a hormonalis gyógykezelés útjára tereli ezeket a vérzéseket.

A hormonalis gyógykezelés igen különböző aszerint, hogy milyen belső elválasztásos rendellenesség következményeképpen áll fenn a vérzés. Az említett esetekben pl. a rosszul fejlett, kicsiny méhet vagy a rosszul működő méhizomzatot hosszabb időn át nagyobb adagokban nyujtott tüszőhormon-készítményekkel befolyásolhatjuk; a sárgatest életét viszont a hypophysis elülsőlebeny sárgatestképző hormonjával hosszabbíthatjuk meg. A glandular cystikus hyperplasián alapuló vérzéseknél a fennálló tüsző átalakulását sárgatestté ugyancsak erős luteinisaló hatású gonadotrop hormon-készítményekkel próbáljuk elősegíteni, vagy pedig tünetileg a vérző méhnyálkahártyát a sárgatest hormonjával kíséreljük meg átalakítani secretiós phasisban levő nyálkahártyává és így a normalis lelökődést elősegíteni.

Mai ismereteink alapján is tökéletes elméleti alappal bír terhes vér adása, esetleg transfusio alakjában. Ezt az eljárást — tisztán empirikus alapon — már másfél évtizeddel ezelőtt is alkalmaztam, tehát akkor, amikor a terhes vér hormonalis mechanismusáról, a cystikus hyperplasiánál szerepet játszó hormonokról alig tudtunk valamit.

Műtéti beavatkozás szempontjából különleges megítélés alá esnek ezek az anatomiai ok nélkül fennálló vérzések. Elsősorban a beteg kora játszik szerepet a műtéti beavatkozás elhatározásánál.

A curettage-hoz nem szívesen nyúlunk virgóknál, egyes esetekben mégis megtettük, amikor minden egyéb gyógykezelés eredménytelen maradt. Ma azonban nem helyes és szükséges, hogy egy ilyen szerencsétlen beteget, mint az régebben többször megtörtént, ismételten kikaparjanak. Ezek az egy betegnél ismételten végzett kaparások igazolják a legjobban, hogy a curettage-nak ilyen esetben nincsen sok értéke, bár tagadhatatlan a momentán palliativ eredmény, mert a vérzés elállítása szempontjából, legalább átmenetileg — csak a legritkább esetekben hagyott cserben.

Bár a megismerések alapján eleinte azt hitték, hogy a túlerős havibaj kezelésében a méhkaparás most már végkép elvesztette jelentőségét és bár bizonyos, hogy az előbbi évekhez képest alkalmazása elenyészően csekély számra szorítkozott, egyes esetekben azonban ma is nélkülözhetetlen szükség van rá. Igy főleg kórjelzési szempontból, különösen minden klimaxban, vagy hozzá közel eső időben jelentkező rendetlen vérzés esetén, részint pedig, mivel ma is a méh összehúzódására, mint egyik legerősebb inger a méh kikaparása szerepel. Ezeken kívül szükség van a méhkaparásra minden elhúzódó, tehát 8—10 napnál tovább tartó, illetve rendetlen időközökben jelentkező vérzésnél, valamint minden olyan vérezgetésnél, melynek véleményünk szerint decidua maradvány az oka.

Mint ahogy a méhkaparás javallatának legnagyobb része feleslegessé vált, ma már nem leszünk abban a helyzetben, hogy valakinél bonctani ok nélküli vérezgetések miatt 6—8-szor végezzünk kaparást. Ehelyett azonban, ha a hormon-gyógyítás eredménnyel nem jár, a változás korához közelálló időben, méltán folyamodhatunk méhenbelüli rádiumkezeléshez, illetve sugaras kezeléshez, vagy ha egyéb javallat is hozzájárul, a méhnek ma már tényleg kis beavatkozást képező hüvelyi kiirtásához.

A méhkaparáson és hormonalis gyógyításon kívül tudvalevően e vérzések ellen egyéb gyógymódokat is megkíséreltek. Kipróbáltuk a lép besugárzását, ez azonban nálunk csak az esetek egyharmadában adott eredményt. A röntgenkezelést (így időleges castratiót, féloldali castratiót) fiatalabb betegeknél nem végezzük. A méhenbelüli rádiumkezelés 40 évnél idősebb betegeknél jön szóba. Az ilyenkor szokásos sugáradag 1800 mg-óra. Természetes, hogy ezt a kezelést sem tekinthetjük közömbös, teljesen veszélytelen beavatkozásnak. Különösen ha gyulladásos jelenségek állottak fenn. Némelyek, bár nem sok eredménnyel, ma is használják a legkülönbözőbb alvadást elősegítő szereket, mint: calcium, gelatina, haemolisalt saját vér, 10 %-os konyhasóoldatot intravenásan. Újabban a régi, *Pincus* által ajánlott, atmocausisos eljárást elevenítették fel modernebb eszközökkel.

A többi szóba jövő műtéti eljárás közül az ovarium resectiót abban az időben végeztük, amikor a modern hormonalis therapiát még nem ismertük és uterus exstirpatio, ovarium resectio és röntgenkezelés között kellett választanunk. Tekintve, hogy ezek közül egyedül az ovarium resectio volt az a gyógyeljárás, amely mellett a fogamzás készség megmaradására számíthattunk, ezért fiatal betegeknél ezt választottuk. Két esetben azt a megfigyelést merítettem, hogy az ovarium resectio a vérzést néhány évre lecsökkenti, végleges eredményt azonban nem hoz.

Ugyancsak lényeges elváltozáson ment át a görcsös havibaj (dysmenorrhoea) tana. A havivérzéssel járó, különösen annak kezdetén fellépő nagy görcsök és fájdalmak tudvalevően inkább infantilis, astheniás alkatú nőknél, illetve általában gyengébb ellenállású vérszegény nőknél, chloroticáknál és különösen neurastheniásan érzékenyebb egyéneknél lép fel. Ha mindezt tudjuk, úgy a gyógyításban nem fogunk azonnal méhszájbemetszéshez, valamint a különböző tágító eljárásokhoz nyúlni, hanem az általános viszonyok javítására törekszünk. Nevezetesen havibaj alatti fekvést, a hasra meleg alkalmazását, fejfájás esetén antypirint, pyramidont, görcsös összehúzódásoknál troparint rendelünk. A görcsös havibajjal kapcsolatos fájdalmak csillapításánál, illetve az ilyenkor szokásos fájdalomcsillapító szerek adagolásánál ügyelnünk kell arra, hogy ne neveljünk morphinistákat. Ezért ilyen görcsök ellen semmi esetben se rendeljünk morphiumot.

Mivel pedig a dysmenorrhoeák jórésze a petefészekműködés valamely zavarával függ össze, nagyon sok esetben észlelhetjük a görcs szűnését, illetve elmaradását havibaj előtt adott tüszőhormon- vagy petefészek-, illetve sárgatest-szervkivonatokra. Utóbbiak hatásmódja még nem tisztázott. Éppúgy ismeretes és régi tapasztalat, hogy a rendszeres nemiélet és házasság is meg szokta a dysmenorrhoeás görcsöket sok esetben szüntetni. Hogy gyakran mennyire nem mechanikus ok idézi elő a dysmenorrhoeát, mutatja egyes esetekben a régen bevált és ismert Fliess-féle eljárás: az alsó orrkagylónak — esetleg orrsövénynek — 5—10 %-os novocainnal való ecsetelése. Ez a kezelés akkor szokott használni, amikor az alsó orrkagyló nyálkahártyáján a havivérzés alatt vérbő duzzadt területeket látunk.

Mindettől eltekintve azonban tagadhatatlan, hogy nem egyszer olyan esetekben, amikor a most elmondott eljárások eredménytelenek, a méhnyaktágítás esetleg sikerre vezet. Igy eredményes néha akár a lamináriával történt tágítás is, bár az eredmény — ilyen esetben rendesen csak néhány hónapig tart. Mások a Hegar-féle tágítást és vele egyidőben a belső méhszáj hosszanti bemetszését, illetve esetleg csak a külső méhszáj bemetszését és elvarrását végzik.

Bizonyos azonban, hogy az esetek túlnyomó részében hormonalis készítmények adagolása, máskor a szervezetre ható általános gyógyeljárások megoldják a kérdést és csak kivételesen van szükség görcsös havibaj miatt a különböző méhnyaktágító műtétek végzésére. Utóbbi években a klinika nagy anyagában görcsös havibaj miatt nyakcsatornatágító műtétet alig végzünk.

*

A *portio elváltozásai* közül különösen előzetes szülések után létrejött méhnyakrepedések következményeképpen észlelt nyálkahártya kifordulások (ectropiumok) adták sokszor — sőt legtöbbször — feleslegesen az okot az ú. n. Emmet-féle műtétre, amely ezen repedések egyesítéséből áll. Hogy ilyen berepedésnél a méhnyak-nyálkahártya nyitva marad, felülete látható, az természetes. Azonban ez legtöbbször tulajdonképpen csak pseudo-ectropium — bővebb folyást, más kellemetlenséget nem okoz és így beavatkozásra nem szolgáltat okot.

Még kevésbbé van kóros jelentősége a portión észlelhető kisebbfokú túltengéseknek. Ilyen esetben régebben különösen sok méhnyak-csonkulást (amputatiót) végeztek. Ez az a műtét, mellyel 20—30 évvel ezelőtt a nőorvosok szinte határtalan mértékben éltek vissza és melyről ma nyugodtan mondhatjuk, hogy az esetek kb. 90%-ában felesleges volt. Ma még a méhsüllyedések és előesések műtétje alkalmával is igen ritkán végezzük. Részint mivel a méhnyaknak a méh helyzetének megtartásánál támasztó és így biztosító szerepe van és részint mert a nyaki rész túltengése az előesett rész visszahelyezése után és néhány glycerines tampon alkalmazására vissza szokott fejlődni. A duzzadt portiókon itt-ott látható kisebb-nagyobb, borsónyi, sárgás-szürke kiemelkedéseket, ú. n. Naboth-tüszőket járóbeteg kezelésen 1—2-szer scarificatorral felszúrva kiüríthetjük. Utána valamely összehúzó (adstringens) oldattal öblítést végeztetünk. Ez az eljárás a portio látszólagos túltengését rendesen visszafejlődésre bírja.

*

A *méh helyzetváltozásai esetén* és ezek közül különösen a méh hátrahajlása alkalmával követett eljárásunk is lényeges változáson ment át az utóbbi időben. Még néhány évtizeddel ezelőtt minden méh-hátrahajlást operálandónak tartottak Újabban annak megismerése óta, hogy a méh-hátrahajlással járó panaszok nem mindig vannak oki összefüggésben a méh-hátrahajlással, csaknem az ellenkező végletbe estünk. Tény az, hogy a méh-hátrahajlással összefüggésbe hozott tünetek, mint a derékfájás, fokozott havi vérzés (menorrhagia), esetleg bővebb váladéktermelés, mind oki összefüggésbe hozhatók a méh-hátrahajlással, de viszont tény az is, hogy igen sok ilyen helyzetváltozás tünetet nem okoz. A rendellenes vérzéseket többek között okozhatják hormonalis elváltozások, a derékfájások pedig lumbago, idegrendszerbeli működési zavar, a gerincoszlop bizonyos elváltozásai, pl. az utolsó ágyékcsigolyának a keresztcsonthoz való növése, nagyobbfokú lúdtalp, a törzs és medence erőművi készülékének egyensúlyzavara (statico-dynamikai insufficientiája; *Kermauner*) stb. Derékfájást okozhat még chlorosis, valamint alkati gyengeség is. Ezért méh-hátrahajlásnál először arról kell meggyőződni, hogy oki összefüggésbe hozható-e a panaszokkal vagy nem. Erről úgy győződhetünk meg, hogy a mozgathatóan hátrahajlott méhet előrehozzuk és előrehajlott helyzetét Hodge-gyűrűvel biztosítjuk. Ezután megfigyeljük, hogy a fennjáró betegnél erre elmúlnak-e a tünetek. Sokszor azt is látjuk, hogy annak dacára, hogy a felemelés nem sikerült, vagy a gyűrű nem tartotta meg rendes helyén a méhet, a beteg — nyilván a folyamatba vett kezelés suggestiv hatására — panaszainak megszűnését jelzi. Ez is jele annak, hogy az ilyen betegeken a helyi kezelésnek inkább csak suggestiv hatása van. Általában azt mondhatjuk, hogy kicsi, nem duzzadt, le nem süllyedt és nem nagy mértékben hátrahajlott méh panaszokat okozni nem szokott. Ellenben a duzzadt, nagyobb vagy rögzített, illetve a környezet gyulladásával szövődött és a Douglas mélyéig hátrahajlott méh inkább hozható oki összefüggésbe a beteg panaszaival. Ettől függ, hogy egyáltalában kezelésre szorul-e vagy sem. Ha pedig az oki összefüggés a helyzetváltozás és panaszok közt megállapítható, a kezelés szükségessége fennáll, ilyen esetben dönteni kell arról, hogy gyűrű-kezeléssel vagy műtéttel szüntessük-e meg a panaszokat.

Gyulladással nem komplikált, szabadon mozgatható méh-hátrahajlásokat, különösen, ha azok a gyermekágyban keletkeztek, inkább felemeléssel és gyűrűvel kezeljük, mert remény van rá, hogy a gyűrű néhány hónapi hordása után a méh-hátrahajlás végleg meggyógyul. Viszont minden olyan esetben, ahol a gyűrűkezelés eredménytelen, a beteg a gyűrűt bármely oknál fogva nem tudja hordani (pl. folyás), vagy nem hajlandó hordani s minden olyan esetben, ahol a méh-hátrahajlás gyulladással, összenövéssel vagy kisebb-nagyobbfokú süllyedéssel szövődött és ez az elváltozás más okra vissza nem vezethető tüneteket okoz, műtétet végzünk. Méh-hátrahajlás mellett fennálló meddőség, szokványos vetélés esetén, valamint ahol minden más kezelés eredménnyel nem jár, szintén műtétet végzünk. A szóba jövő műtétek közül ma már a legtöbb csaknem veszélytelen.

*

Egészen más elbírálás alá esik a helyzetváltozásoknak egy másik csoportja, a *hüvely-, méhsüllyedések és előesések*. Ha ugyanis valamely esetben nagyobbfokú méhsüllyedés vagy előesés a betegnek panaszt okoz, azt leghelyesebben és legcélszerűbben műtéttel gyógyíthatjuk meg. A méhsüllyedések és előesések gyógyításában a műtéti mód a helyes. A gyűrűkezelés ideig-óráig elodázhatja a műtétet, de nem gyógyíthatja meg a süllyedést. Igy tehát a gyűrűkezelés csak ott van helyén, ahol a műtét nem végezhető, nevezetesen nagyobbfokú cukorbetegség, súlyosabb véredényelmeszesedés, magas kor esetén. Nem hallgathatjuk el azonban, hogy ma több nem nagy beavatkozást képező műtét áll rendelkezésünkre a kisebb és a nagyobb süllyedések gyógyítására is, melyek helyi érzéstelenítésben végezhetők és a nem egészséges szervezetre sem járnak veszélyel. Ezeket a beteg általános állapota szerint választjuk meg. Nagyobb beavatkozást csak a teljes méhelőesés megszüntetését célzó műtét képez.

Mindez a nagyobbfokú süllyedésekre, illetve előesésekre vonatkozik, amikor is rendesen a mellső és hátsó hüvelyfal lejebbszállásával a hólyag- és végbélnek összefüggő részlete is előesik. Más elbírálás alá esik a szülés után előforduló kisfokú, az izomzatra rá sem terjedő, következményekkel nem járó hüvely-gátrepedés. Kisebb hüvelyrepedéseket, ahol a hüvelyfalak nem süllyedtek le, ahol a méh rendes magasságában maradt, a levator-izmok működése tökéletes, hol a hüvely záróképessége is jó, ennélfogva a repedésnek semmi következménye nincs, egyáltalában nem szükséges sem operálni, sem hüvelygyűrűvel kezelni. Ilyen esetekben mindennemű gyógyító beavatkozás felesleges és ártal-

mas. Hogy a levator-izmok működése jó-e vagy sem és hogy az illető esetben van-e kilátás a méh süllyedésére vagy sem, azt a végbélemelő izom és hasprés működésének vizsgálásával állapíthatjuk meg.

Olyan asszonyoknál, akiknél belátható időn belül még fogamzásra van kilátás, mivel egy bekövetkező szülés esetében a végzett műtét eredménye valószínűleg kárbaveszne, a műtéttel inkább várunk a kilátásban levő vagy várható terhesség és szülés utáni időig.

*

A *myomák* gyógyításának kérdését máskép ítéljük meg, amióta az izomdaganatok gyógyításában a műtéti és a régebbi tüneti kezelés mellett bőven szereztünk tapasztalatokat a sugaras kezeléssel.

A myoma főtünete a vérzés és a szomszéd szervekre gyakorolt nyomás. Olyan myomákat, melyek sem fokozott havivérzést, sem más természetű panaszokat nem okoznak, szóval tünetnélküliek, egyáltalában nem kell kezelni. Ezt igazolják klinikánk adatai is. Nevezetesen az 1932—33. évben a járóbeteg-rendelésen megfordult 7130 új beteg. Myomát kórismeztünk 187 esetben, műtétre vettünk fel 131-et, műtét nélkül kezeltünk 42-t, nem igényelt kezelést 14. Viszont az 1933. évben *műtét céljából 126 myomás beteget* vettünk fel (részint járóbeteg-rendelésünk, részint orvosok küldték őket). *Ezek közül is csak* 109-et operáltunk, műtét nélkül kezeltünk 9-et, gyógyítást nem igényelt 8.

A vérzés csillapítására az ú. n. tüneti kezelés (secalekészítmények) csak akkor van helyén, ha ez a gyógyszeres kezelés eredménnyel jár és csak a klimaxhoz közelálló korú myomásoknál, amikor ugyanis az a célunk, hogy e tüneti kezeléssel esetleg csak 1—2 évig, nevezetesen a klimax beálltáig a vérzést csökkentsük, elviselhetővé tegyük.

Ugyanebből a célból alkalmazható ma még, átmenetképpen a jód-befecskendezés vagy még inkább a formalinos méhüri mosás. Egyébként azonban az egész régi ú. n. tünteti kezelést ma már nem alkalmazzuk.

Ha a myoma panaszokat okoz és azt gyógyítani kell, akkor vagy sebészi vagy sugaras kezelésről lehet szó. E két kezelési mód elhatárolásánál szemelőtt kell tartani, hogy a sugaras kezelés a petefészek sorvasztásával és így a klimax előidézése révén hat, a műtéti kezelés pedig magát a myomát, illetve a myomás méhet távolítja el, de megtartja a petefészkeket és azok működését. Másrészt azonban nagyjelentőségű körülmény a kezelés megválasztásánál az is, hogy a sugaras kezelésnek nincs halálozása, a műtétinek pedig még a mai fejlett technika, asepsis és érzéstelenítő eljárások mellett is 2—3 % halálozása van. A veszély természetesen kisebb egészséges szervezetű, nem öreg egyéneknél, ahol egyéb szövődmény, mint súlyosabb szervi megbetegedés, nagyobbfokú vérszegénység stb. nincsen.

Ezért nem operálunk, hanem sugaras kezelést végzünk olyan nőknél, akiknél a vér haemoglobin-tartalma az elszenvedett vérzés folytán 20—30 %-ra csökkent le, akiknél komolyabb jellegű szervi megbetegedések rontják a műtét kilátásait. Úgyszintén röntgenezünk 43—44 éves, vagy ennél öregebb myomás betegeket, ahol tehát a klimax előidézése nem jelent nagyobb hátrányt, ha myomájuk egyéb tüneteket, mint fokozott havivérzést nem okoz.

Minden a méhürben fejlődő submucosus myoma, úgyszintén a rosszindulatú elfajulásra gyanús daganat operálandó. Erre a gyorsabb, különösen klimaxban fellépő feltűnő növekedés hívja fel a figyelmet. Operálunk a daganat elhalására való gyanú esetén is. Különösen előnyben részesítendő az operatív kezelés a most felsorolt esetektől eltekintve fiatal nőknél akkor, amikor kilátás van arra, hogy a myoma enucleálható lesz, úgyhogy a teljes fogamzásképesség is megmaradjon.

*

A *rák gyógyításában* a sugaras kezelés (röntgen-rádium) szintén hatalmas vetélytársa lett a sebészi kezelésnek. Gyakorlott műtő kezében műtéttel, avagy jól felszerelt intézetekben rádium- és röntgenkezeléssel ma már 40—50 % végleges gyógyulást tudnak elérni (relatív gyógyulási százalék.) Az ú. n. abszolút gyógyulás általános nagy gyüjtőstatisztikák szerint 20 %, egyes jobb eredménnyel működő intézetekben pedig 28 %. A műtétet azonban terheli a műtéti veszedelem, mely a Schauta-féle hüvelyi műtétnél még 5—6 %, a *Wertheim*-féle műtétnél pedig 10—12 % körül van. Viszont a sugaras kezelés rovására irandó, hogy nem minden rák reagál sugaras kezelésre. Vannak egyes — sugaras kezeléssel szemben többé-kevésbbé — refraktär viselkedő rákok is. A szakemberek egyaránt használják ma mindkét kezelést és a sugaras kezeléssel igyekeznek a műtéti eredményeket megjavítani. Mi azon az álláspónton vagyunk, mint a szakemberek legnagyobb része, hogy minden előreláthatóan nagyobb veszély nélkül operálható rákot megoperálunk. A műtétnek veszedelme annál inkább fokozódik, minél jobban terjesztjük ki az operabilitást, vagyis minél több előrehaladott esetet is operálunk. Ezért a műtéti halálozás csökkentésére, éppen a sugaras kezelés eredményeiben bízva, ma már a nagyon előrehaladott eseteket nem operáljuk. Igy az én régebbi anyagomban 881 eset közül az operálhatóság 43 %-ot tett ki. Míg az újabb 356 esetemben az operabilitás már csak 34·9 %. Régebbi anyagomban a műtéti halálozás 239 *Wertheim*-féle műtét után 10·7 % volt, 135 hüvelyi méhkiirtás után pedig 5·82 %. Volt azonban az utóbbi sorozatban 101 eset 1 halálozással is. Ez eredmények, különösen ennyire hasonló körülmények között, főképpen a folyamat előhaladottságának foka szerint változnak.

A sugaras kezelést ma nemcsak az előrehaladott súlyos esetek gyógyítására használjuk, hanem bizonyos körülmények között a műtétre történő előkészítésre, a rákos rész feltisztítására is. Ezirányú tapasztalataink még nem véglegesek.

Ugyancsak a műtét eredményeit megjavítani van hivatva a műtét utáni ú. n. prophylactikus besugárzás is, amelyet ma a rosszindulatú daganatok műtéte után, minden esetben alkalmazunk.

A technika javulásával, az altatás kiküszöbölésével, az esetek jobb megválasztásával alapos a reményünk arra, hogy a műtéti veszedelem, az elsőleges műtéti halálozás csökkenni fog. Egyelőre ma még nem úgy áll a kérdés, hogy *műtét vagy sugaras kezelés*, hanem esetenként állapítandó meg, hogy melyiktől várhatunk jobb eredményt és *a műtéti eredményeket is a sugaras kezeléssel igyekszünk javítani.* Általános tapasztalás azonban, hogy úgy az egyik, mint a másik kezelési módnak csak akkor lesznek jók az eredményei, ha a rákot korábban fogják a gyakorlatban felismerni és ezzel kapcsolatban a rákos betegek már kezdeti állapotban jutnak a szakemberhez.

Igen nagy jelentőségű és talán a legáldásosabb eredménye a rádium-kezelésnek, hogy a már nem operálható rákbeteget is meg tudja a rádium a kellemetlen tünetektől kímélni, sőt az esetek kis számában (kb. 10—12 %) még az inoperabilis esetekben is eredményt tudunk vele elérni.

Négyszázöt inoperabilis méhnyakrák esetünkből (5 évi meg-figyelési idő elteltével) gyógyult 38 (9·3 %). 26 inoperabilis méhtestráknál 15·3 %-ban értünk el végleges gyógyulást. 17 inoperabilis hüvelyráknál sugaras kezeléssel gyógyult 12·2 %. 19 inoperabilis szeméremtest rák eset közül sugaras kezeléssel gyógyult 11 %.

A sugaras gyógyítás segítségünkre van továbbá a műtét utáni kiújulások gyógyításában is. Főképpen a helyi recidivák — leginkább a hüvely zárási vonalában és a parametriumban jelentkezők — sugaras kezelése bíztat eredménnyel. A távolabbi mirigy-, továbbá az áttételes

kiújulások sugaras kezelésében eredményre nem számíthatunk. A helyi kiújulások kezelésében a rádiumot és röntgent kombináltan alkalmazzuk. Kis százalékban (átlag 10 %) gyógyulásra, az esetek nagyrészében azonban csak rövidebb-hosszabb ideig tartó tünetmentességre számíthatunk.

Klinikánkon az utolsó 10 év alatt 108 méhrák-műtét utáni kiújulást kezeltünk sugarasan. Az 5 évi megfigyelési idő eltelt ezek közül 69 esetben, melyekből gyógyult 7 eset = 10·1%.

*

A *nemzőszervek gümőkórjában* az utóbbi évek kutatásai és tapasztalásai alapján a műtéti kezelés szintén tért vesztett a sugaras kezeléssel szemben. E kérdés mérlegelésénél ugyanis az a körülmény játssza a főszerepet, hogy a női nemzőszervek tbc.-je úgyszólván sohasem elsőleges, de az esetek túlnyomó többségében nem is egyedüli előfordulási helye a gümős megbetegedésnek. A tbc.-s méhfüggelékek (főleg tubák) operálásában nagy a halálozás és különösen a belekkel levő szívós és kiterjedt összenövések miatt sok bélsérülés és ezzel kapcsolatos sipolyok is szoktak keletkezni, illetve visszamaradni. Részben ezek a körülmények magyarázzák, hogy a műtéti halálozás egyes statisztikák szerint 10 %-on felül van. Másrészről a sugaras kezelésnek különösképpen a röntgenkezelésnek jó eredményeiről az utóbbi időben mind több és több helyről számolnak be. Természetes, hogy a nemiszervek sugaras kezelésén kívül nem szabad elhanyagolni a gümős betegek megfelelő általános, illetve éghajlati kezelését sem (diaeta, napfürdő, quarz stb.).

Általában azt mondhatjuk, hogy nem erősen összenőtt, nem nagyon kiterjedt elváltozásokkal járó eseteket, szóval ahol a műtéti beavatkozás előreláthatólag nem fog veszéllyel járni és különösen fiatal nők csillapíthatatlan vérzéssel járó nemzőszervi gümőkórját fogjuk inkább operálni.

Ha a műtét előreláthatóan nem jár nagy veszéllyel, ha nincsenek kiterjedt összenövések, ha könnyen kivehetők a méhfüggelékek, úgy csak ezeket a beteg részeket távolítjuk el. Különben a műtétnél rendesen a méh hüvelyfeletti csonkolását is elvégezzük. Fiatal nőknél azonban ennél a műtétnél igyekezünk legalább az egyik petefészket megtartani.

A *petefészek-daganatot* elvből operálandónak tartjuk, részben állandó növekedése, részben a kocsánycsavarodás veszélye, de főképpen és elsősorban azért, mert nagy százalékban rosszindulatúvá lesz.

A műtétet csaknem mindig hasfalon át végezzük és pedig rendesen csak a daganatot irtjuk ki. Kétoldali vagy rosszindulatú elváltozásra hajlamos esetekben a méh hüvelyfeletti csonkolását is elvégezzük.

A folyadék-bennékű tömlős daganatoknak szur-csapolás útján való megkissebbítése idejét múlta ; veszélyes és nem gyógyító eljárás, ezért elvetendő. Ez a határozott állásfoglalás nem jelenti azonban, hogy minden almányi vagy ennél kisebb folyadék-bennékű petefészekdaganatot megoperálunk, mert tudvalevően vannak köztük retentiós képletek is, melyeknek műtéttel való gyógyítása nem múlhatatlanul szükséges. Ilyen esetben a daganat jellegének tisztázásáig a beteget megfigyelés alatt tartjuk és 2—3 hónaponként ellenőrző vizsgálatra rendeljük. A daganat növekedése esetén szükséges a műtét.

*

A *méhfüggelékek gyulladásainak* heveny és félheveny állapotában a műtét nincs helyén. Tüneti kezelés végzendő. Azokat a függelékgyulladásokat azonban, melyek hónapokon át dacolnak a gyógyító kezeléssel, vagy amelyek évek mulva is kiújulnak, illetőleg a beteget állandóan munkaképtelenné teszik, műtéttel gyógyítjuk. A műtét végzése idősebb nőknél könnyebb feladat elé állítja a nőorvost, mint fiataloknál. Nevezetesen idősebbeknél több kilátás van a végleges gyógyulásra, mert gyökeresebb kiirtást végzünk és nem kell petefészek visszahagyását szem előtt tartanunk. A fiatalokon végzett konzervatív műtétnek aránylag rossz a végleges eredménye, mert a megmaradó függelékrészben, illetve csonkban gyakran keletkezik műtét után izzadmány. Mindennek dacára fiatal nőknél végzett gyökeres műtét esetén is, igyekszünk legalább a petefészket megtartani és ha bármely okból ez sem vihető keresztül, úgy legalább petefészek-részleteket ültetünk vissza.

A gyulladásos megbetegedéseket részint az áttekintés, részint a konzervatív kivitel szemelőtt tartása végett hasmetszéssel szoktuk operálni és csak előre elhatározott teljes kiirtásokat végzünk hüvelyen át.

Lázaskodással járó, lobellenes kezeléssel dacoló genygyülemeket, ha hozzáférhetők, alulról nyitunk meg.

*

Meddőség miatt régebben is, ma is sokféle műtétet végeztek. E műtétek javallatának kérdése az utóbbi évek megismerése alapján lényeges változásokon ment keresztül. Mióta tudjuk, hogy a meddőségnek oka az eseteknek kb. egyharmadában a férj spermahiánya (necrospermiája) vagy a nemzőképességének bármely más okból fennálló hiánya, azóta e kérdésnek tisztázása nélkül a meddőségben szenvedő nőnél semmiféle beavatkozás nem indokolt. Ugyancsak nincs helyén semmiféle helyi vagy műtéti kezelés ott, ahol a lelet és kórelőzmény szerint a petefészek csökkent vagy zavart működése okolható némi valószínűséggel a meddőségért. Ugyanis ilyen esetben hormonkezelés (hypophysis mellsőlebeny és folliculus hormon megfelelő adagjainak) hosszú időn keresztül való alkalmazása végzendő és sok esetben sikerrel is jár. Ugyancsak ezt a kezelést végezzük megfelelő vérbőséget előidéző eljárásokkal együtt infantilis jellegű, kicsiny, meddő nemzőszervek esetén. Mindettől eltekintve pedig, ha a nemzőszervek valamely helyi elváltozásában keressük a meddőség okát, nincs semmi célja a méhszáj vagy méhnyak tágítása céljából végzett — ezelőtt igen elterjedt — beavatkozásnak mindaddig, míg méhkürt-átfúvással, vagy salpingographiával meg nem győződtünk, hogy a meddőséget nem a kürt valamely elzáródása okozza-e? Csak ha ez ki van zárva, akkor indokolt a méhnyak tágítása — esetleg a hozzáfűzött óvatos méhkaparás, az endometriumnak »áthangolása«, a méhnyálkahártya megváltoztatása céljából.

Tisztán a méhnyakban feltételezett szűkület miatt — ezelőtt olyan rendkívül nagy számban és különböző módon — végzett méhnyak-bemetszések és tágítások legnagyobb része azért sem indokolt, mert a legtöbb esetben az ondósejt felhatolását akadályozó szűkület nincs is jelen. Ez nem is valószínű, ha elgondoljuk, hogy ezekben az esetekben minden akadály és nehézség nélkül kiürül a menstruatiós vér és benne az ondósejteknél nagyobb vértestek. (Vörösvérsejt 7 mikron Sp. fejszélesség 3·1 mikron).

Legnehezebb feladat elé a meddőség megszüntetése akkor állít, ha az előzetes vizsgálatok szerint a meddőség oka a petevezető (kürt) elzáródása. Az e célból ezelőtt végzett salpingostomiák nem jártak eredménnyel. Ezért ma, megfelelő esetekben, megfelelő módon az ép kürtrésznek, sőt ezek híján a petefészeknek is a méh falába való beültetését végzik. Az előbbi esetben kb. 10 % eredményre számíthatunk.

*

Mint e rövid, vázlatos áttekintésből is látszik, a kérdés eldöntése : »Mikor szükséges és mikor nélkülözhető nőgyógyászati megbetegedéseknél a műtéti kezelés?«, nagy tapasztalatot és a szakma teljes ismeretét igényli. A döntés tehát a szakembert, a műtétet végző nőorvost illeti meg.

Az egyes esetekben minden tényezőt egyenként kell mérlegelni. Ha a beteg minden tekintetben nincs teljesen megnyugtatva, helyesen cselekszik, ha másik szakember véleményét kéri ki, de még jobban jár el, ha háziorvosával vagy valamely más, bizalmát bíró orvosával együtt kéri ki a szakember véleményét.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Bethesda nyilvános jellegű Diakonissa-kórház közleménye.

Bőr- és belbetegségek, mint az acut fertőző betegségek késői tünetei.*

Irta : *vitéz Kémeri Dezső.*

A vikariáló jelenségek észlelése [1] világossá tette azt, hogy az orvos általában, ha csak szakmája szemszögéből vizsgálja a beteséget, úgy jár, mint az a közönség járna, aki a dráma egy felvonását, vagy éppen csak egy jelenetét nézné meg és abból igyekezne megítélni a darab egész mivoltát.

Ha a bőrbajok bizonyos csoportjának okát keressük, helyesebben : azt vizsgáljuk, hogy ilyen bőrtünet jelenlétében milyen elváltozások vannak a szervezetben — mint azt már több ízben is megírtam — bizonyos bőrbajok minden esetében, legtöbbször távoli szervben, bizonyos kimutatható pathológiai anatomiai elváltozás van jelen. Ez a pathologiai anatomiai elváltozás mindig a szervezet belsejében lévő gyulladásos folyamat, sőt legtöbbször folyamatok sorozata. A gyulladásos folyamatok közül elsősorban a felső légutak hurutos és tályogképző folyamatai jönnek számításba. Ez azonban csak a gyakoriságra vonatkozik. Dyshydrosis [2] különféle ekzémák,[3] pyodermák,[4] acne vulgaris[5] prurigok, pruritusok, erythematodesek esetében stb. megtaláltuk a különböző pyogen gócokat s azokat gyógyítva legtöbbször a következményes tüneteket is szemmelláthatóan befolyásolni tudtuk.

Hogy bizonyos typusú pyogen-elváltozásnak, bizonyos typusú bőr- vagy egyéb betegségek felelnének meg, erre vonatkozólag egészen biztos adataink még nincsenek, bár ennek a lehetősége nem kizárt, mert pl. urticaria esetében a szervezetben általában egészen specialis elváltozások találhatók.

Az urticariát ugyanis leggyakrabban akkor látjuk a bőrön megjelenni, ha a szervezetben a felső légutak hurutos folyamatai olyannyira mélyre terjedőek, hogy a tonsilla és mirigyrendszere nem tudja már az ártalmat felfogni, localisálni, hanem a folyamat ráterjed a tüdőhilusokra is. [6] A felső légutak hurutja ilyenkor már csak a szomszédság révén is ráterjed a táplálócsatornára s ezért találjuk bevontnak a nyelvet, ezért vannak a köztudatban gyomorelváltozásokhoz kötve az urticariás jelenségek s ugyancsak ezért váltja ki a tüneteket gyakran bizonyos étel, mint vegyi inger a hurutos táplálócsatorna útján. E körülményeket tekintetbe véve ilyen irányú therapiával évek, sokszor évtizedekig tartó physikai, vagy chemiai behatásokkal szemben fennálló allergiás urticariákat sikerült véglegesen meggyógyítanunk. A külső kiváltó physikai és chemiai ingerekre s azok szerepére itt nem akarok kitérni. [7]

Tehát elsősorban is ezeken a helyeken kell kutatnunk a végső ok után anélkül, hogy kötnénk magunkat ahhoz, hogy csak itt találhatjuk meg a baj okát. Ha azonban a szervezetben kifejezett egyéb tüneteket, pl. cholecystitist vagy appendicitist találunk, nem elégedhetünk meg ezek eltávolításával, hanem ezen betegségek okozóját ugyancsak meg kell keresnünk, mert orvosi ténykedésünk csak így válhatik tökéletessé.

* A magyar dermatológiai társulat 1935 április 12-i ülésén tartott előadás.

Egy-egy betegünk esetében megtörtént az, hogy az elérhető gócok kiirtása után nem értünk el teljes gyógyulást. Ezekben az esetekben eleinte azt kellett felvennünk, hogy itt bizonyára más, esetleg endokrin, vagy anyagcserezavar külső ártalom, stb. volt a betegség oka. Későbbiekben azonban úgyszólván minden esetben kiderült az, hogy a góc itt is megvolt.[8] az elváltozásoknak ugyancsak góc volt az oka, csak valamilyen okból folyóan akkor még nem tudtuk felismerni és így kiirtani azt. Igy volt ez már a dyshidrosis, eczema, furunkulosis, acne vulgaris, pyodermák, prurigók, pruritusok, erythematodesek stb. eseteiben is. A szabály tehát mindig ugyanaz, hogy az «utolsó» pyogen gócot is ki kell irtanunk a szervezetből még akkor is, ha a tünet, amely miatt a gócok kiirtását megkezdettük, már el is tűnt.

Sokkal nehezebb a tbc.-s gócok activ szerepét bizonyítani. [6]

A tüdőben a Röntgen által kimutatható elváltozásoknak sokkal nagyobb fontosságot tulajdonítok, mint ahogy azt a dermatológiában, vagy általában az orvostudományban manapság szokásos.[7] A tüdőben található kis meszes folyamatok, hamu alatti parazsak, amelyek csak az élenyüket várják, hogy újból lángralobbanhassanak. A gócokban bezárt bakteriumok táplálkoznak, anyagcseretermékeket adnak le, szaporodnak. Anyagcseretermékeik máshova, mint a szervezetbe nem kerülhetnek. Hogy ezek a szervezetre nézve nem közömbösök, az nem lehet vita tárgya.

A Pirquet-reactio, bár néha igen értékes tájékozódást nyujt a szervezetben lévő gócok állapotáról, mégsem eléggé pontos és nem eléggé éles. A tuberculoid-szerkezet igen nagy, de nem absolut bizonyíték. A statistikai adatok értékelése mellett el kell fogadnunk az ex juvantibus — nocentibus bizonyítékot — sőt feltétlenül figyelembe kell vennünk a klinikus szempontjából fontos társtüneteket, amelyek a kimutathatóan tbc.-s szervezetben, nevezetesen a bőrön extrem esetekben kifejezetten megvannak.

A társtünetek észlelését igen fontosnak tartjuk. A külsőből, elsősorban a bőrről igen sok mindent leolvashatunk. Alkat, összbenyomás, küllemből bizonyos csoportbetegséget önkéntelenül is kizárunk, vagy egy bizonyos betegségcsoportra gondolunk anélkül, hogy prejudikálnunk szabad volna. Astheniás vagy plethorás külső, bőrszín, pigmentzavarok, a veríték- és faggyúmirigyek functiós zavarai, a körmök, a hajzat viselkedése, egymagában nem bizonyító, de több ilyen jel jelenléte felhívja a figyelmet a belső folyamatok activitására, sőt ezek egyike-másika legalább is olyan positiv jele pl. a tbc.-s gócok activitásának, mint akár a jellegzetes hőemelkedés.

Bizonyos növényi parasiták megtelepedése a bőrön ugyancsak jelez a szervezetben történt elváltozásokat. Pityriasis versicolor eseteiben az activ tbc.-s elváltozás majdnem 100 % biztonsággal kimutatható a szervezetben. Szerintünk pl. a «parasitär dyshydrosis», valamint a «parasitär» eczemák eseteiben a szervezetben ugyancsak majdnem 100 %-os biztonsággal kimutatható az activ pyogen góc.

Kifogásolható volna az, hogy egymással homlokegyenest ellenkező elváltozások egyformán lehetnek ugyanazon tbc.-s elváltozás jelei. A soványság-kövérség, sápadtság, túlpirosság, hyperidrosis, anidrosis, hypersteatosis vagy asteatosis, hypertrichosis vagy hypertrichosis körülírt, vagy általános hyperpigmentatio, vagy pigmenthiány éppen úgy egyik, mint a másik ugyanazon belső elváltozás bőrön jelentkező tünete lehet. Ez az ellentmondás csak látszólagos, világossá válik, ha felvesszük azt, hogy a toxicosis nem mindig hat közvetlenül a bőrre, hanem pl. valamely endokrin-mirigyre, vagy mirigyrendszerre, vagy az antagonistájára akár közvetlenül, akár pedig közvetett úton a beidegzésen keresztül.

Az endokrin-zavarokat különösen újabban gyakran úgy emlegetik, mint végokokat s ezzel a legtöbb esetben meg-

elégszenek. Szerintünk az endokrin-zavaroknak is megvannak a végokai, amelyek mindenkor — a mérgezésektől eltekintve — csak acut és chronikus betegségek lehetnek. A Basedowos betegek közismerten tbc.-sek, de vajjon kinek jutna eszébe azt állítani, hogy a Basedow-kór következtében lettek azzá és nem pedig a tbc. tette őket Basedowosokká.

A bakteriologia eleinte megelégedett a bakteriumok kimutatásával s a bacterium szerepét csak akkor látta bizonyítottnak, ha a bakteriumot úgy az elsődleges, mint a másodlagos jelenségekben, sőt közben is kimutatta és identificálta. Ma tudjuk, hogy ezen követelmények csak az egyik formára, a metastasisos formára vonatkoznak. Bebizonyosodott az, hogy ilyen bacteriumokozta elváltozás (streptococcus staphylococcus stb. góc) következtében toxikus úton megváltozik a szervezet érzékenysége a külvilág ingereivel — tehát úgy a physikai behatások, mint a chemiai anyagokkal szemben, anélkül, hogy a góc a szervezetben metastasist képezne. Ez a jelenség tehát a legtöbbször túlérzékenység formájában jelentkezik. Ezt a változást mi úgy képzeljük el, hogy a szervezet aspecifikus és constans védőképességét a gócok egészben vagy részben lekötik s így a szervezet (talán a sejtek) a külvilág behatásaival szemben kiegyensúlyozatlan marad. A chemiai anyagok természetesen vonatkoznak a bacteriumokra és gombákra, valamint ezek anyagcseretermékeire is. *Feltevésünk szerint tehát minden humorális úton létrejött elváltozásnak megvan a pathologiai anatomiai alapja, ha nem is ott, ahol a következményes elváltozással találkozunk.*

Eleinte ezeket elszigetelt jelenségeknek hittük, később azonban általános érvényű szabálynak kellett felfognunk. Ha ezek a feltevések igazak, úgy ilyen szemszögből revisio alá kell vennünk az összes bőrbajokat s mivel a vikariáló jelenségekből láttuk, hogy a következményes elváltozások egy szakmára nem korlátozhatók, tehát az összes betegségeket is.

A szervezetet tehát acut és chronikus betegségek támadják meg, amelyek bizonyos idő multán generalisalódnak, az egész szervezetet elárasztják. A betegség, ha a szervezet legyőzi, visszahúzódik, azonban az eredeti betegségből kisebb-nagyobb gócok maradnak vissza. Ezek ellen a gócok ellen a szervezet továbbra is küzd, a gócokat igyekszik a rendelkezésre álló erők viszonya szerint körülárkolni, elhatárolni, toxinjaikat lekötni. Ez sokszor sikerül is neki egyideig, míg azután a szervezet újabb megterhelése következtében — újabb betegségek, öregedés, egyoldalú physikai, vagy chemiai ingerek általi túlterhelés stb. — a gócok által előidézett következmények előtünnek, melyek, *szerintünk még mindig mint a régi alapbetegség tünetei folytatódnak a különböző bel- és bőrbetegségek stb. formájában.* Ezeket a tüneteket természetesen ma még önálló betegségekként emlegetik.

Egyik régebbi dolgozatomban [2] a dyshydrosisra vonatkozólag nagyjában összeállítottam azokat a betegségeket, amelyek gócokat képezhetnek s azokat az elváltozásokat is, amelyek gyakrabban szerepelnek gócként.

acut fertőző betegségek	scarlatina	chron. sepsis (focal-infect.)	corysa
	morbilli		tonsillis
	erysipelas		pharyngitis
	typhus		highmoritis
	paratyphus		abscessus peridentalis
	pneumococcus		pyorrhoea alveolaris
	meningo «		cholecystitis
	gono «		appendicitis
	strepto « inf.		pyelocystitis
	staphylo « stb.		nephritis
			prostatitis
			adnexitis
			stb.

chron. fertőző betegségek	syphilis
	tuberculosis

Abban az időben egyetlen bőrbetegségben, a «toxicus» dyshidrosis eseteiben láttuk ezt bizonyítottnak. Ma azonban látjuk azt, hogy egy bizonyos határon belül minden bőrbajra érvényes szabály.

Végeredményben majd minden egyes betegség olyan formában folyik le, mint ahogy azt syphilis esetén látjuk. A beteg megszerzi az initiál affectiót, a folyamat a nyirokutakon tovaterjed, elárasztja az egész szervezetet, bőrtünetek keletkeznek. A szervezet gyengébb-erősebb küzdelem után az acut veszedelemmel megbirkózik, eltünteti a jelenségeket a bőrről. A betegség azonban tovább küzd a szervezettel. Jelentkeznek a késői tünetek bőr, zsigeri, érrendszeri, idegrendszeri betegségek formájában, melyek a további állandó küzdelemnek biztos jelei. Minden kezelés nélkül sem folyik le a betegség minden egyénben egyformán, vagyis ezt a sorozatot nem mindenki csinálja végig. El kell fogadnunk azt — bár a régi serologiai reactiók ismerete előtti megfigyelések ilyen szempontokból nem elég alaposak — hogy vannak syphilisek, amelyek spontán is gyógyulnak és látjuk, hogy vannak syphilisek, amelyek kórképében csak gummát, csak aortitist, csak tabest, vagy csak paralysist okozott a syphilis anélkül, hogy az egyén szervezetében más tünetek mutatkoztak volna. Lehetséges azonban az is, hogy ezen tünetek egyike-másika csak lappangó állapotban van jelen. Megtörténhet az is, hogy a betegen ezen tünetek úgyszólván mindegyike mutatkozik.

Ha csak az acut fertőző betegségek leggyakoribb alakjait vesszük figyelembe, pl. a scarlatot, kanyarót vagy a diphteriát stb., az initial affectió ezekben a betegségekben legtöbbnyire a torokban van. Innen kiindulva, a folyamat generalisalódik, kivetődik a bőrre, éppen úgy, mint syphilis kórképében. Az acut tünetek lezajlásával legtöbbnyire visszamarad a góc, amely leggyakrabban a tonsillában marad meg, vagy súlyosabb esetben máshova is áttevődik, akár per continuitatem, akár metastasis útján, pl. a vesébe. Tegyük fel azonban azt, hogy esetünkben a tonsillában a szervezet védekezőképessége a virust elfogta s körülhatárolta és így áttételt okozni nem tudott. A szervezet megküzdött vele. Ez a győzelem azonban nem végleges, hanem folytatódik, mert éppen úgy, mint a nemzetek harcában a legyőzött már legyőzetése pillanatában azon gondolkodik és mesterkedik, hogy hogyan győzhetné le a győztest, ugyanígy az a kis góc, a betegségnek ez a körülbástyázott erődje, csak azt lesi-várja, hogy a szervezet mikor gyengül a legkisebb mértékben is, hogy ő azonnal actióba kezdhessen. Tehát ugyanaz a fertőző betegség, ha a szervezet acute megküzdött vele quo ad vitam, ha metastasis útján nem okoz áttételt (appendicitis, cholecystitis stb.), toxicus hatás alakjában mutatkozhat, fenntarthat különféle érzékenységváltozásokat, allergiás állapotokat, gyulladásokat stb. Ezek a toxicus hatások megtámadhatják a különböző szerveket vagy szervrendszereket, bőrtüneteket okozhatnak, zsigeri elváltozásokat idézhetnek elő s megtámadhatják az endokrin-rendszer egy vagy több tagját, ezáltal a legkülönbözőbb endocrinzavar képében mutatkoznak.

Mindezen eredmények a fertőzés mineműségének és a szervezet ellentállóképességének függvényei. A beteg szervezet a rendelkezésére álló erők viszonya szerint igyekszik lekötni az ártalmat s ez gyakran sikerül is neki. *Vagyis a szervezet a latensen allergiás egyént normergiássá egyensúlyozza.*

A scarlat, kanyaró stb., amelynek «initial affectiója» a tonsillában volt s amelynek következtében ott tályog képző-

dött, egy idő mulva jelentkezik, allergiás állapotok, dyshidrosis, plaqueos eczema, urticaria, furunculosis stb. alakjában vagy metastasisosan áttevődik a már említett betegségek formájában.

Végeredményben az ilyen gócok háromféleképpen okoznak bajt.

1. Tovaterjedhetnek per continuitatem.

2. Átkerülhetnek a vér vagy nyirokerek útján metastatis formájában.

3. Allergia útján.

Az említett tünetek tehát megfelelnének az eredeti alapbetegség (fertőző betegség) «secundär» illetve «tertiär» tüneteinek. hogy ezek a secundär»,« illetve «tertiär» tünetek nemcsak a bőrön, hanem az izületekben, zsigerekben, sőt az ér- és idegrendszerben is jelentkezhetnek, az csak egészen természetes.

Arra a kérdésre, hogy más és más tünetcsoport jelentkezik-e késői tünetként aszerint, amint más és más volt az alapbaj, az acut fertőző betegség, amely az elsőleges gócot létrehozta, választ adni nem tudunk. Ilyenirányú megfigyelések ma még nem állanak rendelkezésünkre.

A Rosenow-féle elektiv localisatiós tant ilyen alapon tudjuk magyarázni. Ennek alapján ugyanis elképzelhetjük azt, hogy az eredeti alapbaj szerint különféle tünetek, illetve tünetcsoportok jelentkezhetnek az alapbaj következményeként, amelyek mindig bizonyos meghatározott elváltozásokat okoznak, vagy pedig egy bizonyos körre szorítkozott tünetcsoportokba vicariálnak. Feltehető volna az hogy a scarlatból visszamaradt focus elsősorban nephritist és endocarditist, a kanyaróból visszamaradó pedig pl. ekzemát, dyshidrosist vagy rheumatismust okozhat. Ezek természetesen csak felvett példák anélkül, hogy azt egyelőre valamivel is alátámasztani tudnánk.

Az acut fertőző betegségek egy bizonyos idő mulva más egyénre nézve már nem fertőzőek, legfeljebb az egyénre magára nézve maradnak ártalmasok. Ugyanúgy felfoghatjuk ezeket a jelenségeket, mint ahogy azt a syphilis-kórképében látjuk, amikor már a baj másra át nem vihető, nem fertőző, az egyénre nézve továbbra is nagy veszedelmeket rejthet magában. A scarlatos beteg, aki már mást nem fertőz, következményeiben, gócaiban az egyénre nézve ugyancsak további veszedelmet jelenthet.

Fertőző betegségekkel foglalkozó orvosok általában bebizonyítottnak tartják az ú. n. «halk fertőzés» lehetőségét. Vagyis kiáll valaki bizonyos fertőző betegséget anélkül, hogy láza volna, anélkül, hogy bőrén tünetek fejlődnének ki, holott ezen következmények a fertőző betegségeknek szinte elengedhetetlen feltételei voltak. A folyamat úgyszólván minden klinikai tünet nélkül folyik le. Viszont fertőzőképessége által és esetleges következményeiben bebizonyítható, hogy a fertőzés megtörtént s a betegség lefolyt.

Gougerot[10] legújabban láthatatlan, azaz külső jeleiben nem észlelhető dermatosisokról »dermatose invisible«-ről beszél, melyek csak következményeikben lesznek felismerhetők. Mindezen jelenségek a gócok ismeretével megmagyarázhatók, viszont azok ismerete nélkül absurdumok látszatát keltik.

Világosan beszélve tehát, az acut fertőző betegségek acut tüneteiknek lezajlásával, szerintünk az eredeti betegség nem gyógyul, hanem folytatódik különféle tünetek formájában, amelyek majd mindegyike ma még az orvostudományban mint önálló betegség szerepel, holott ugyanazon betegség különböző tünete.

Ha a syphilishez való hasonlatunkat tovább akarjuk folytatni s vizsgáljuk az egyes syphilises megnyilvánulásokat, akkor azt látjuk, hogy majd minden egyes syphilises megnyilvánulási formának megfelelő tünetcsoportot megtaláljuk a pyogen és tbc.-s elváltozásokban is. Hasonlót a tbc.-re vonatkozólag *Poór* már 1925-ben állít. Ha a különféle gócok a szervezetben együttesen megvannak, valószínűleg nemcsak egymás mellett futnak, nemcsak specialis tüneteket okoznak, hanem egymást befolyásolhatják is. Bizonyos pyogen vagy tbc.-s pathologiai anatomiai elváltozások pl. befolyásolhatják a syphilis megjelenési formáját. Erre vonatkozólag későbbi dolgozatomban positiv adatokkal is akarok szolgálni. Egyelőre csak annyit említek meg, hogy pl. késői syphilises papullák a tenyéren és talpon dyshidrosishoz hasonló formában jelentkezhetnek olyan egyéneken, akiknek a tonsillájában már előzetesen is súlyos pyogen-elváltozások voltak találhatók. *Guszmann* is már régóta felhívja a figyelmet arra, hogy pl. a follicularis licheonid syphilis egészséges egyénen nem igen fordul elő, hanem csak lymphomás tbc.-s betegeken.

Ha a pyogen-elváltozásokhoz a szervezetben még tbc.-s gócok vagy éppen syphilises elváltozások is csatlakoznak, akkor ezek a betegségek egymás megjelenési formáját, valamint azon tünetek lefolyását lényegesen befolyásolhatják.

Úgy a pyogen mint a tbc.-s góc nem egy bizonyos tünetű betegségnek az oka, hanem rendkívül heterogen tünetcsoportnak, amelynek úgyszólván minden egyes tünete mint említettem is a pathologiában önálló kórként szerepel. A Flandin által leírt apeidosis[9] ezen magyarázat alapján világossá lesz. Különféle lobos szervi szöveti elváltozás histologiailag alig különböztethető meg a syphilises szervi szöveti elváltozásoktól. Sokszor csak az alig kimutatható spirochaeta jelenléte döntötte el sok vitás gyulladásos szövet syphilises eredetét. A Milián-féle biotropismus[9] is csak ezen úton válik világossá.

A pyogen focusok okozta betegségek rendszeres megismerése, a pyogen focusok helyes ismeretén áll vagy bukik. Aki ezeket nem tanulja meg saját szakmája keretein belül megismerni, ezekkel a kérdésekkel sohasem boldogul.

Legjobban összefoglalja a fogak és tonsillák pyogen elváltozásait *Pässler*.[8] Ugyancsak *Pässler* volt az első, aki a tonsillák rendkívül fontos vizsgálatát hangsúlyozza már 1908-ban. *Pässler* a tonsillavizsgálatot a belgyógyászatban majdnem fontosabbnak tartja, mint a stetoskopos vizsgálatot. Egészen aprólékosan leírja, hogy milyen a beteg tonsilla s melyik az a fogelváltozás, amely a gócfertőzés szempontjából már számbaveendő. Csodálatos, hogy *Gürich, Delbanco, Pässler, Billing, Rosenow, Hunter, Barber* stb. — akik oly korán felismerték ezen elváltozások komoly jelentőségét — még ma sem értékelik kellőleg ezek munkásságát. Ránk vonatkozólag különösen érdekes *Delbanco* 1900-ban megjelent munkája, aki már bizonyos fokig ekkor igyekszik magyarázni az acut fertőző betegségek maradványainak szerepét az orvostudományban. A megfelelő elismerés hiányának okát mi abban látjuk, hogy a belgyógyászatban sokszor igen nagy nehézségek vannak egyes gyógyulások bizonyítására, másrészt pedig mi bőrbetegeink eseteiben azt tapasztaljuk, hogy bizonyos betegségek gyógyításához nem elegendő a pyogen focusok kiirtása, hanem az ugyancsak igen gyakran activ tbc.-s gócok szerepe is figyelembe veendő. Ezt látszik igazolni néhány igen súlyos ekzemás, neurodermás betegünk esete. Hasonló észleléseink vannak acne vulgaris, acne indurata, rosacea, valamint néha szinte megoldhatatlannak látszó pyogen elváltozás stb. eseteiben.[5]

Eddigi munkásságomban — mivel igen szerény körülményeim csak ezt engedik meg — kizárólag klinikai észlelésekre támaszkodtam. Elgondolásomat elért therapiás eredményekre építettem fel. Nem akartam egyszerre nagyon szétágazó irányban haladni és ezért igen sokáig foglalkoztam a dyshidrosissal s lassan térsem át az ekzemák okának kutatására s csak mikor már a gócokat, valamint a vikariáló tüneteket ezen esetek kapcsán jól ismertem, tértem át

az acne különféle fajtái, az erythematodes, az alopecia areata, az erythema axsudativum multiforme, az erythema nodosum, erythema induratum Basin, prurigok, pityriasis rosea s a pyodermák igen sokféle alakjainak vizsgálatára.

Ma, amikor a dermatologia úgyszólván minden fejezetében van ilyen irányú tapasztalatunk, az elgondolás egészében helyesnek tetszik, vele szerintünk a legnehezebb problémák megoldhatónak látszanak, illőnek tartottuk, hogy elgondolásunkat közrebocsássuk azért is, hogy azok, akiknek ilyen irányú munkálkodásra módjuk van, ezeket saját hatáskörükben ellenőrizhessék és kiépíthessék.

Összefoglalás: 1. *Acut fertőző betegségek lefolyásuk után legtöbbször nem gyógyulnak véglegesen, hanem visszahagyott gócaikon keresztül akár egész életen át tüneteket tudnak fenntartani éppen úgy, mint a syphilis.*

2. *Ezek a tünetek az orvostudományban ma még önálló betegségek alakjában szerepelnek, holott felfogásunk szerint ugyanazon betegség, esetleg betegségek, különböző megnyilvánulási formái, tünetei.*

3. *A pyogen, tbc.-s és syphilises gócok befolyásolhatják egymás megjelenési formáit s befolyásolhatják az egész kórkép lefolyását. Önállóan külön-külön, de valószínűleg együttesen is létrehozhatnak tüneteket.*

Irodalom: 1. *v. Kémeri:* Derm. Wschr. 1934. 99. 32. — 2. *v. Kémeri:* The Etiology of Dysidrosis. Opera collecta congressus V. Internationalis Medicorum pro artificibus Calamitate Afflictis Aegrotisque 1929. 465; Die Aetiologie der Dyshidrose. Dermat. Wschr. 1930. 91. 43. — 3. *v. Kémeri:* Dermat. Wschr. 1930. 44. 1615; — 4. *v. Kémeri:* Strahlenther. 1933. 46. k. 355. l. — 5. *v. Kémeri:* Derm. Wschr. 1934. 8. — 6. *v. Berde:* Bőr- és nemibetegségek tankönyve 1934. — 7. *v. Kémeri:* Strahlenther. 43. k. — 8. *Pässler:* 1931. — 9. *Tzanck:* Immunologie Biophylaxie etc. 1934. Masson edit. — 10. *Gougerot:* Zbl. f. Haut med. G. 1934. 11. *Guszmann—Engel.* Syphilis: 1932.

A Madarász-utcai csecsemő- és gyermekkórház közleménye (vezetőfőorvos: Flesch Ármin egyet. magántanár.)

A csecsemőkori athrophia hormontherapiája.*

Irta: *Roboz Pál dr.*

A csecsemőkori atrophia hormontherapiájára vonatkozólag több irányban történtek próbálkozások. Az ilyen gyógyszeres kísérletek előterében az insulinnal való kezelés áll, amit amerikai szerzők kezdeményezésére részint cukoroldatnak subcutan, intravenás, peroralis vagy rectalis bevitelével kapcsolatban, részint anélkül, Európában is kiterjedten alkalmaztak és általában kedvező eredményekről számolnak be. De vannak szerzők, akik lényeges eredményt nem látnak.

Újabban *Nobecourt* és munkatársai kezdeményezésére thyreoideával próbálták az atrophiát javítani. Ő is, *Marini* is néhány sikeres esetről számol be, bár úgylátszik, hogy a thyreoideás kezelés nem mindig veszélytelen (thyreotoxikosisok).

Wateff, Kuttner, Solomonoff hypophysis hátsó lebenykivonattal kísérleteztek. Ezekről a vizsgálatokról, tekintettel arra, hogy a közölt esetek száma igen csekély, véleményt még nem alkothatunk.

A dystrophiás állapotok thymussal kezelésére az irodalomban csak kevésszámú adatot találunk. *Lereboullet, Lereboullet* és *Gournay* esetek részletes ismertetése nélkül utalnak arra, hogy thymustabletták peroralis adagolása révén kryptorchismusban, fejlődésben és növekedésben visszamaradt gyermekeken, dystrophiákban jó eredményt láttak.

Saját vizsgálatainkban az atrophiát thymuskivonat intramuscularis befecskendésével kíséreltük meg befolyásolni. A thymus vizes kivonatát, amely dyalisálással és alacsony hőfokon való bepárlással készült, a Richter-gyár bocsájtotta rendelkezésünkre. Az ampullák egy része 1 ccm-ben 1 g friss thymusnak megfelelő anyagot tartalmazott (thymus mite), egy másik sorozat 2 ccm-ében 5 g friss thymusnak megfelelő kivonat volt (thymus forte). Kísérleteink túlnyomó részében csak thymus forte-t használtunk.

Therapiás vizsgálataink kivitelében a következő irányelveket tartottuk szem előtt. Thymussal kezelésre csakis olyan súlyos atrophiás csecsemőket választottunk ki, akik többheti kórházi ápolás után gyógytápszerekkel befolyásolhatók nem voltak, súlyuk nem gyarapodott. Az esetek egy része más irányú beavatkozással (vér, cukorinfusio, insulin, halsterin) befolyásolható nem volt. Az esetek eredetére csak annyiban voltunk tekintettel, amennyiben olyan atrophiásokat, akik bántalmát súlyos fertőző betegség tartotta fenn (tbc.), nem vettünk kezelés alá. Eseteink mindegyikében az atrophiás állapotot több ok idézte elő: fertőzések, táplálkozási zavarok, ápolási ártalmak. Lényegesnek azt tartottuk, hogy minden esetben olyan csecsemőket kezeljünk, akik az atrophia jellegzetes képét adják, melyet, mint ismeretes, nagyfokú lesoványodás, száraz, fakó bőr, sok esetben étvágytalanság, hányás jellemeznek. Általában véve testsúlykg-onként 0·5—1·0 g thymusnak megfelelő hatóanyagot fecskendeztünk be. Úgy látszik, hogy ha hatás mutatkozik, 2·5—3·0 g-nál nagyobb mennyiség befecskendése nem szükséges. Megjegyezzük azonban, hogy kellemetlen mellékhatást 4—5 g, egy esetben kétszer 5 g kivonat befecskendésére sem láttunk. Hangsulyozzuk, hogy a kezelést két, esetleg három hétig kell folytatni, minthogy a súlygyarapodás néha csak a második héten indul meg.

Eset	Kor	Súly	Kezelés tartama	Gyarapodás megindultának napja	Súlygyarapodás
1	2	3000	10	4	170
2	12	4850	14	3	650
3	3	3750	22	2	350
4	2	2525	17	6	175
5	1	1350	25	8	250
6	3	3650	10	2	450
7	2	4050	7	4	250
8	3	3300	14	3	300
9	4	3300	26	2	250
10	2	2900	12	3	150
11	5	2050	22	5	200
12	3	2150	14	3	200
13	2	3100	14	4	200
14	4	3600	16	8	160
15	2½	2900	18	—	—
16	3	3950	14	—	—
17	1	1700	16	—	—
18	3	2700	17	—	—
19	2	2100	14	—	—
20	3	2800	20	—	—

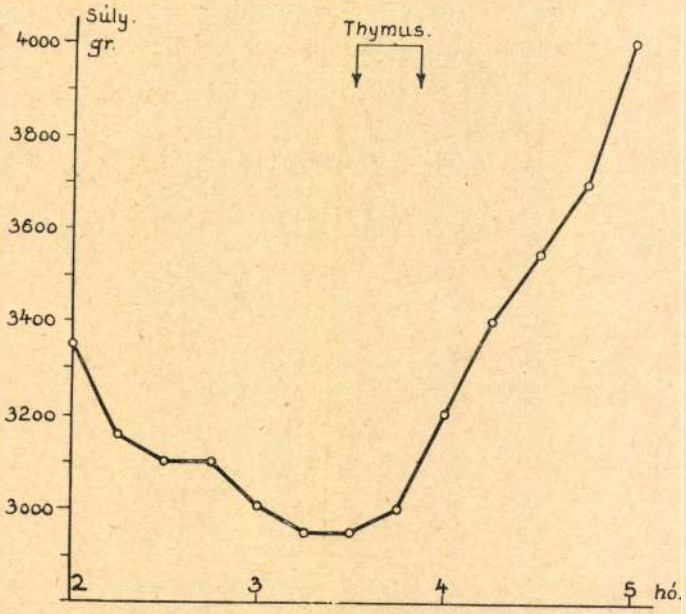
20 esetben végzett vizsgálatainkról a táblázatunk nyujt áttekinthető képet, amelyben a csecsemők kora, súlya, a kezelés tartama s a kezelés alatt végbement súlygyarapodás van feltüntetve. 20 esetünk közül 6 teljes gyógyulással végződött (csillaggal megjelölt esetek). Megjegyezzük, hogy 5. sz. esetünkben, egy koraszülött atrophiás csecsemőnél, a thymuskivonatnak feltűnően jó hatása volt. Az addig étvágytalan, szondán táplált, teljesen

* Előadatott a M. Gy. O. T. 1934. évi nagygyűlésén.

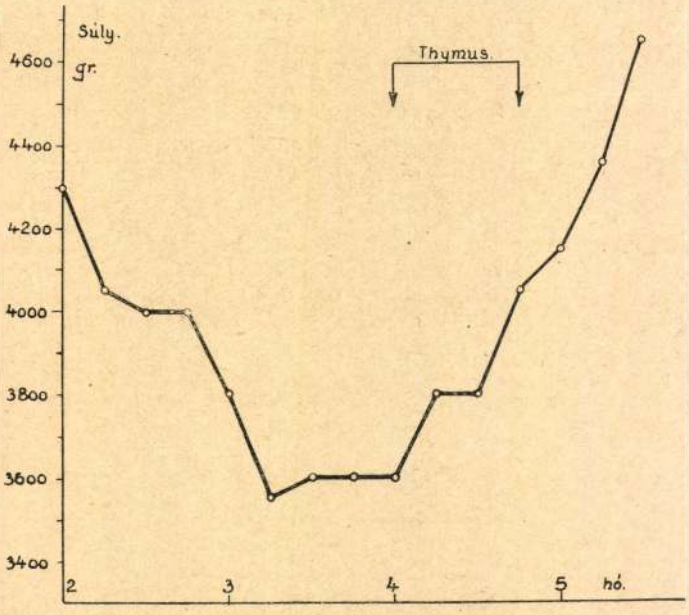
lapos súlygörbéjű csecsemő a kezelés nyolcadik napján fejlődésnek indult, nehány nap mulva erőbeli állapota javult s egyenletesen gyarapodott. A csecsemő a thymuskezelés befejezése után közbejött fertőzés következtében, bronchopneumoniában meghalt. Kiemeljük a 2. és 6. sz. eseteinket, ahol közvetlenül a befecskendések után rohamos súlygyarapodás következett be, 2. sz. esetünkben 11 nap alatt 650 g, a 6. sz. esetben 8 nap alatt 450 g. Feltűnő volt, hogy olykor, különösen az 1. és 4. sz. esetben még a súlygyarapodás megindulása előtt az általános állapotban változás állott be, u. i. az addig étvágytalan, sokat hányó csecsemők a taplálékot szívesebben vették s hányásuk csökkent.

Nyolc esetben a thymus-injectiók hatása alatt a csecsemők állapotában határozott javulás következett be, a súlygörbe felfelé fordult, a csecsemők étvágya javult, ez a javulás nem mutatkozott tartósnak s a súlygörbe ismét ellaposodott.

Az első és második ábra a thymuskivonat hatásáról világos képet ad.



1. ábra.



2. ábra.

Az első ábra (1. sz. eset) egy anyatejjel táplált csecsemő súlygörbéjét tünteti fel, akinek táplálása az étvágytalanság és hányás miatt nagy nehézségekbe ütközött. Cukor-infusiók és vérinjectiók állapotán nem javítottak, thymuskivonat hatására azonban csakhamar fejlődésnek indult.

A második ábra (3. sz. eset) egy igen súlyos atrophiás csecsemő súlygörbéjét ábrázolja, akivel sem gyógyszerekkel, sem más gyógyszeres beavatkozással eredményt elérni nem tudtunk. A thymuskezelés megkezdése előtt a csecsemő többízben kapott vértransfusiót, szőlőcukor-infusiókat, továbbá halsterin-cseppeket, insulint — eredmény nélkül. Thymuskivonat hatására gyógyulás következett be. Hat eset a thymussal szemben teljesen makacs módon viselkedett. E hat eset közül négyben insulinkezeléssel is próbálkoztunk, peroralis cukorbevitellel kapcsolatban, szintén eredmény nélkül.

Kissé részletesebben térünk ki 2. sz. esetünk ismertetésére, mert ennek az esetnek a kórtörténete több szempontból tanulságos. A csontig és bőrig lesoványodott csecsemőt öthónapos korban 4500 g testsúllyal vettük fel osztályunkra. Bár sorozatosan adtunk cukor-infusiókat, több esetben vérátömlesztést, a csecsemő nem fejlődött, étvágytalan volt, sokat hányt. Első ízben kilenc hónapos korában kíséreltünk meg nála thymusinjectiókat. A csecsemő súlygörbéje ekkor felfelé fordult, két hét alatt 400 g-ot hízott. Hogy a javulás nem maradt tartós, talán annak tulajdonítható, hogy a kezelést rövid ideig, mindössze egy hétig folytattuk. Tíz hónapos korában a csecsemő súlya 4100 g volt. Ekkor peroralis cukorbevitellel kapcsolatban insulin-therapiát kezdtünk nála el. Tisztán a cukoroldat hatására néhány napig tartó átmeneti javulás következett be, insulin-befecskendések hatása alatt (eleinte három, később négy egység) jelentős súlygyarapodás állott be, a csecsemő súlya 4150 g-ról 4800 g-ra emelkedett. Ekkor a további insulinkezelés ellenére a súlygörbe ellaposodott. Ezek az adatok azt bizonyítják, hogy az insulin-kezelésnek némely esetben megfigyelhető eredményei nemcsak a cukorbevitelnek tulajdoníthatók, amint azt *Block* véli. Az insulin-kezelés befejezése után egy héttel a csecsemőn thymus-injectiókat kezdtünk meg. A kezelés két hétig tartott, ez idő alatt a csecsemő 700 g-ot hízott. A súlygyarapodás ezentúl tartósnak bizonyult s a csecsemő az osztályt gyógyultan hagyta el.

Azok az esetek, melyekről beszámoltunk, kétségtelenül bizonyítják, hogy az atrophia egy részében thymuskivonat intramuscularis befecskendése útján igen jó eredményeket lehet elérni.

Kérdés, minek tulajdonítható a thymuskivonat kedvező hatása?

Mielőtt erre válaszolnánk, szükségesnek tartjuk az atrophia kórlényegének rövid megbeszélését. A csecsemőkori atrophia a lesoványodásnak egy oly fajtája, amely hosszabb ideig tartó, megismétlődő ártalmak hatására jön létre s amelyre jellemző, hogy a szervezet akkor sem tud súlygyarapodással reagálni, ha kellő minőségű és caloriatartalmú tápanyag áll rendelkezésére. E meghatározásban benne rejlik, hogy a szervezet intermediaer anyagcseréjében és a sejtek assimilatiós és dissimilatiós képességében zavarok vannak.

Finkelstein az atrophia lényegét abban látja, hogy a szövetek vízmegkötőképessége, a sejtek rendes duzzadási állapota megváltozott. Kétségtelen, hogy atrophiás szervezet vízmegkötőképessége csökkent, amit már az atrophia klinikai képe is bizonyít, de e mellett szólnak még más kísérleti vizsgálatok is. Igy *Jochims* bebizonyította, hogy atrophiában a plasmakolloidok vízmegkötőképessége csökkent. Bizonyos azonban, hogy nem csak a vízanyagcserében, hanem a szénhydrát-, zsír-, fehérjeanyagcserében is zavarok állanak fenn. Az atrophiás csecsemők vércukorszintje alacsonyabb, a vércukor csökkenése az atrophia súlyosságával párhuzamos *(Jaso)*, a kénkiválasztás fokozott *(Roi)*, a kreatinin-kiválasztás csökkent *(Garot)*. Mindezek a zavarok nem valamely éhezéses állapotra jellemzőek, mert pl. éhezésben a kreatinin-kiválasztás fokozott, hanem egy, az atrophiás szervezet minden sejtjére kiterjedő ártalomra. Hogy miben kereshető ennek az elváltozásnak lényege, arra pontos feleletet adni nem tudunk.

Minden bizonnyal a sejtek kolloidalis állapotában végbemenő elváltozásról van szó, amelynek egyik legfőbb és legszembetűnőbb tünete a szövetek vízmegkötőképességének csökkenése. Minthogy az atrophiás szervezetet ért ártalom a szervezet minden sejtjére kiterjed, megszűnik a rendes működése egyrészt azoknak a szöveteknek, amelyekben az anyagcserefolyamatok lejátszódnak, másrészt azoknak a szöveteknek, amelyek e folyamatokat kormányozzák. Az idegrendszer — úgylátszik — nem szenved lényeges ártalmat, a belső elválasztású mirigyekben azonban, amint ezt *Lasch* és *Pogorschelsky* kimutatta, többékevésbbé súlyos elváltozások találhatók. A legkisebb eltérést a thyreoidea mutatja, melynek súlya alig csökken, míg az ovariumok majdnem teljesen beolvadnak s a thymus súlya is jóval erősebben csökken, mint ahogy az az atrophiás testsúlyveszteséggel arányban volna.

Hogyan képzelhetjük el az atrophiás szervezetet érő gyógyszeres beavatkozások hatásmódját?

Minthogy az atrophiában egy általános, a szervezet minden sejtjére kiterjedő elváltozás áll fenn, sikeres lehet minden ú. n. »protoplasma aktiváló« általános beavatkozás, amellyel a szervezet »áthangolását« lehet elérni. Ide sorolhatók azok az eredmények, amelyeket serum injectióval, vérinfusióval, lipoidok befecskendésével lehet elérni. A hormontherapia (insulin, thyreoidea) szintén kiindulópontja lehet olyan circulus vitiosusoknak, amelyek az atrophiás sejtanyagcserezavar kiküszöböléséhez vezethetnek. A hormontherapia két irányban hat: egyrészt befolyásolja a belső secretiós mirigyek között fennálló correlatio utján a hormontermelést, másrészről az egyes anyagcserefolyamatok közötti szoros kapcsolatok révén általános, az egész anyagcserére kiterjedő hatásuk útján.

Azt gondoljuk azonban, hogy a thymuskezelés eredménye nemcsak ilyen általános hatással magyarázható, hanem bizonyos fokig fajlagos jellegű, u. i. a thymus hatásának okát elsősorban a sejtek vízmegkötőképességének fokozásában látjuk. Erre a nézetre számos, a thymusmirigy élettani működésére vonatkozó adat jogosít fel.

A thymusnak véres úton való kiirtása vagy röntgensugarakkal elsorvasztása a növekedésben visszamaradáshoz vezet. (*Bosch, Klose, Hart, Millani* és mások). A thymektomizált állatokra jellemző a bőr alatti kötőszövet sorvadása, csontelváltozások, a bőr sajátságos fonnyadt volta, melyre különösen *Matti* hívja fel a figyelmet. Friss thymuskivonatok injectiója viszont patkányokon, kutyákon, nyulakon a testsúly fokozott gyarapodásához, növekedéshez vezet. (*Katsura, Evoli, Miyagava, Crema, Asher* és *Ratti Parhon* és *Cahane*). Különösen szembetűnő a thymus növekedést fokozó hatása akkor, ha az állatokat kedvezőtlen taplálkozási viszonyok közé helyezzük, pl. *Mac* Collum-diaetán (*Asher* és *Ratti*). Fontosak *Demel* kísérletei, aki thymusátültetéseket végzett s nemcsak fokozott gyarapodást, hanem a hyperthymisált patkányok általános erőbeli állapotának fokozódását találta. *Guddernatsch, Romeis* és *Knipping* lárvakísérletei arra mutatnak, hogy a thymus elsősorban a testtömeg növekedését idézi elő, míg a metamorphosist gátolja. A növekedésben két ellentétes folyamatot különböztetünk meg. Az egyik a metamorphosis és a differenciálódás, a másik a testtömeggyarapodás és integrálódás (*Seckel*). A differenciálódás folyamatában elsősorban a pajzsmirigynek van fontos szerepe, míg az integrálódást a thymus segíti elő, más hormonok, így talán az insulin közreműködésével.

Hogy a thymus a szövetek vízmegkötőképességét fokozza, arra a fenti közvetett bizonyítékokon hívül egyéb, közvetlenül a thymus só- és vízanyagcserére ható működését vizsgáló kísérleti munkák is állanak rendelkezésünkre.

Scheer azt találta, hogy thymuskivonatok in vitro kísérletekben a gelatina és izomszövet duzzadékonyságát fokozzák. Igen fontosak *Seckel* kísérletei, aki vizes thymuskivonat hatását vizsgálta csecsemőkön, 100—150 ccm tea megitatása után. *Seckel* eredményei a következőkben foglalhatók össze: Thymuskivonat a vizeletkiválasztást csökkenti: a vizeletkiürítés csappan, de kevesbedik az extrarenalis vízleadás is. Az esetek többségében csökken a konyhasó kiválasztása, a konyhasó visszatartása a vízmegkötés fokával halad párhuzamosan. Úgy látszik, hogy a vér víztartalmának növekedése is kisebb teaitatás és thymuskivonat befecskendése után, mint anélkül, erre vallanak azok a változások, amelyeket *Seckel* — mindenesetre csak kevésszámú — esetben (4) a vér fehérjetartalmában talált.

Seckel vizsgálataiból arra a következtetésre juthatunk, hogy a thymus a szervezetben, extrarenalisan, a szövetek vízmegkötőképességének fokozása útján vízvisszatartást idéz elő.

Mindezek a kísérleti eredmények, azt hisszük, feljogosítanak arra, hogy a thymusnak a csecsemőszervezet vízháztartásában különleges szerepet tulajdonítsunk. A csecsemők sejtjei nagymértékben vízdúsak, a csecsemők egész állapotára jellemző a bőr turgorának viselkedése. Ismeretes viszont, hogy a thymus súlya is az első életévben a legnagyobb, u. i. a testsúly 4·2 ezrelékét teszi, míg a második életévben a testsúlynak csak 2·2 ezreléke. Mindezen adatok alapján jogosultnak tartjuk azt a felfogást, hogy a csecsemőszervezet sejtjeinek víztartalmát, duzzadékonyságát hormonalis úton a thymus kormányozza.

Nem lehetetlen, hogy az atrophia keletkezésében is jelentős szerepe van a thymusnak. Azon ártalmak iránt, amelyek a csecsemőszervezetet érik s az atrophiás állapotot idézik elő, úgylátszik, a thymus különlegesen érzékeny, erre vallanak *Lasch* és *Pogorschelsky* már említett vizsgálatai. A thymus csökkent működése viszont a sejtek vízmegkötőképességének megváltozásához vezet. Az atrophia ugyan nem egységes okra visszavezethető kóros állapota a szervezetnek, a thymus elsorvadása azonban az atrophiás állapot kialakulásában mindig jelenlévő tényező. A thymus-therapia a csökkent thymushormontermelés pótlására törekszik s így, ebben a megszorított értelemben oki jelentőséget is tulajdoníthatunk neki.

Összefoglalás. 20 súlyos atrophiában szenvedő csecsemőn végeztünk vizes thymuskivonat intramuscularis befecskendésével orvosló kísérleteket. A befecskendett kivonat mennyisége általában testsúlykilogrammonként 0·5—1·0 g friss thymusnak felelt meg. 20 esetünk közül 6 gyógyult, 8 javult, 6 pedig nem volt befolyásolható.

A thymusnak az atrophiás állapot hatása két tényezőből tevődik össze. Az egyik: általános »áthangoló« hatás, amely sokszor még a súlygyarapodás megindulása előtt az étvágy javulásában és a hányás csökkenésében nyilvánul meg, a másik: a szövetek vízmegkötőképességének fokozódása, amit azok a rohamos súlygyarapodások bizonyítanak, amelyeket eseteink egy részében megfigyelhettünk.

A Tisza István Tudományegyetem bőr- és nemibeteg klinikájának (igazgató: Neuber Ede ny. r. tanár) és a páviai kir. Tudományegyetem növénytani intézetének (igazgató: Gino Pollacci prof.) közleménye.

Az egészséges bőrön előforduló penész- és sarjadzó-gombákról.

Irta: *Simon Dezső dr.*

Az orvos-mykologusok ezideig főleg a kóros bőr gombaflórájának megismerésére törekedtek. Elsősorban a klinikailag vagy górcsövileg gombás eredetűnek bizonyult bőrelváltozásokból igyekeztek kimutatni a kórokozókat. Másodsorban azokat a betegségeket tanulmányozták, amelyek

klinikai jellegzetességüknél fogva hasonlítanak a gombás eredetű betegségekhez. Ez utóbbi vizsgálatok eredménye, hogy a gombák okozta betegségek száma az úgynevezett ritka bőrmycosisokkal megszaporodott.

Történtek vizsgálatok a különféle bőrbetegségekhez társuló penészgombák — az úgynevezett másodlagos mycosisok — megismerésére is. *Selenew*, *Falchi*, *Niethe*, *Russ*, *Ballagi* és *Oláh* szerint nagy számban találhatók penész- és sarjadzó-gombák a különféle más okú bőrbetegségekben is, melyek fenti kutatók szerint befolyásolják utóbbiaknak megszokott klinikai képét, sőt gyógyulásukat is késleltetik.

Olyan kutatások, melyek az egészséges emberi bőr gombaflórájának megismerését céloznák, alig ismeretesek. Ezek közül *Falchi*, *Clamann*, *Cornbleet* vizsgálatai érdemelnek említést. *Clamann* földművesek ép bőrén cladosporiumot és helminthosporiumot, *Cornbleet* egészséges bőrön két esetben epidormophyton inguinalet, egy esetben mikrosporon Audouinit talált. E szerzők azonban olyan kis anyagon végezték vizsgálataikat, hogy belőlük nem ismerhetjük meg eléggé az egészséges bőrön előforduló gombákat. Éppen ezért szükségesnek tartottam, hogy nagy anyagon ilyen célú vizsgálatokat végezzek, hogy ezáltal egyrészt jobban megismerhessük az egészséges bőr gombaflóráját, másrészt megállapíthassuk, vajjon az egészséges bőrön megtalálhatók-e a kórokozó, illetőleg a másodlagos mycosisokban szereplő gombák.

Vizsgálataim céljára egészséges hajas fejbőrről, törzsről, hónaljból, emlő alól, a kéz és lábujjak áthajlási redőiből s körömalatti piszokból vettem kaparékot, továbbá egészséges szájnyálkahártyáról is végeztem ojtásokat.

Vizsgálataim alkalmával a járulékos fertőzés elkerülése céljából a kaparékokat láng felett leégetett eszközzel vettem s szintígy kezelt két tárgylemez közé zártam. A leojtást a kaparék vétele után csak 8—10 nap mulva végeztem, így a kísérő bakteriumok sokkal kevesebb számban nőttek ki a táptalajokon. A fentieken kívül ugyancsak a járulékos fertőzések megakadályozása végett a laboratoriumban hetenként kétszer formalint párologtattam el, melynek gőzét vízzel csaptam le.

A tenyésztésekhez Saborauod-féle maltose-, glucose- és méz-agart, továbbá a *Benedek* által leírt 8%-os glucose-agart használtam. A kaparékokat nem a táptalaj közepére, hanem — mint a botanikusok — széli részére ojtottam, mert így a cultura fejlődését a csövön keresztül már 3—4 nap mulva megfigyelhettem górcső alatt. Ez a módszer igen jó előzetes tájékozódás céljaira. Minden culturából függőcseppi tenyésztést is végeztem. A függőcseppi tenyésztés penészgombák identificálására minden esetben megfelelő és kielégítő, ezzel szemben a dermatophytonok meghatározására nem mindig alkalmas teljes mértékben. Többízben tapasztaltam ugyanis, hogy 25—30 napos függőcseppi tenyészetekben csak elvétve fordultak elő fructificatiós organumok, míg az ugyanolyan korú agartenyészetekben nagy számban lehetett őket találni. A fejlődési szerveknek a függőcseppekben ilymódon való csökkenését a condensvíz kisebb tápértékével magyarázom. Éppen ezért a függőcseppeket minden esetben az eredeti tenyészet kikent készítményeivel is ellenőriztem.

Tekintettel arra, hogy a gombák makro- és mikroskopos leírása egy ilyen dolgozat keretében nem vihető keresztül s a botanikai könyvekben úgyis részletesen megvan, csupán táblázatosan ismertetem a tenyésztett gombafajokat s egyúttal azt is feltüntetem, hogy a vizsgált bőrterületen vagy nyálkahártyán hány esetben tenyésztek ki.

Mint a fenti táblázatból kitűnik, a penészgombák is, a sarjadzó-gombák is a hajas fejbőrön fordulnak elő a legnagyobb számban. Egészséges hajas fejbőrről 584 kaparékot ojtottam le, melyek közül 546 esetben (93·46%) tenyészett ki egy vagy több penész- illetve sarjadzó-gomba. Ugyanazon kaparékból 412 esetben egy, 106 esetben kettő, 28 esetben három gombafaj tenyészett.

Gomba neve	Hajas fejbőrről	Lábujjak közül	Kézujjak közül	Emlő alól	Hónaljból	Törzsről	Köröm alól	Szájnyálkahártyáról
1. Acremonium ceph. Corda	12	1	—	—	—	1	—	—
2. Actinomyces-fajok	25	3	—	—	2	—	—	—
3. Alternaria tenuis	58	15	—	3	7	4	4	—
4. Aspergillus-fajok	49	5	—	3	6	3	4	—
5. Bispora catenulata	1	—	—	—	—	—	—	—
6. Botrytis Bassiana	4	—	—	—	1	1	—	—
7. Botrytis cinerea	6	1	—	2	—	1	—	—
8. Botrytis carnea	1	—	—	—	—	—	—	—
9. Cladosporium herbarum ..	26	—	—	7	6	1	—	—
10. Cladosporium Mansoni ..	2	—	—	—	—	—	—	—
11. Cryptococcus albus	32	4	—	8	6	3	9	18
12. Cryptococcus niger	3	—	—	—	—	—	—	—
13. Cryptococcus ruber	22	—	—	—	—	1	2	3
14. Fusarium Moronei	2	—	—	—	—	—	—	—
15. Haplographium de Bella M.	23	—	—	3	4	—	—	—
16. Hormodendron algeriensis	21	7	1	6	2	—	3	—
17. Monilia-fajok	4	3	—	—	2	—	—	1
18. Monosporium apiospermum	—	2	—	—	—	—	—	—
19. Mucor-fajok	7	2	—	2	4	1	1	—
20. Oidium-fajok	3	8	—	2	1	—	1	2
21. Oospora d. Agatae	6	—	—	—	2	1	—	—
22. Oospora floccosa	2	—	—	1	—	—	—	—
23. Oospora penicillioides	2	—	—	—	—	—	—	—
24. Penicillium-fajok	153	42	7	15	21	31	26	3
25. Saccharomyces-fajok	30	7	—	6	8	—	5	5
26. Schisosaccharomyces hom.	121	26	—	14	19	13	3	2
27. Scopulariopsis brevicaulis	46	—	—	—	2	2	6	1
28. Sporótrichum globuliferum	1	—	—	—	—	—	—	—
29. Sterigmatocystis nigra....	9	—	—	—	—	2	—	—
30. Trichothecium roseum Link	37	4	—	4	2	1	—	—
31. Torula convoluta	—	1	—	—	—	—	—	—

A láb ujjainak áthajlási redőiből 150 esetben ojtottam le kaparékot, melyekből 108 esetben (72·0%) tenyészett ki gomba, mégpedig ugyanazon kaparékból 89 esetben egy, 13 esetben kettő, 6 esetben három gombafaj tenyészett. Ezzel szemben a kéz ujjainak áthajlási redőiből vett 50 kaparékból csak 8 esetben (16%) volt positiv a tenyésztési lelet. A többi kaparékokkal leojtott csövek nagy részében csak staphylococcus nőtt, kis részük pedig sterilen maradt. Mint a fentebb mondottakból látható, a kéz ujjainak áthajlási redőiből aránytalanul kevesebbszer sikerült gombák jelenlétét kimutatnom. Ennek magyarázatát abban keresem, hogy a kezeit egyrészt mindenki gyakrabban mossa meg, másrészt a kéz, mely állandóan levegő, illetőleg napfény hatásának van kitéve, sokkal kevésbbé megfelelő talaj gombák megtelepedésére, mint a cipőviselés következtében mindig páratelt közegben lévő láb, melynek ujjai egyébként is szorosan állnak s a kéz ujjaihoz képest igen korlátolt mozgásúak.

A hónaljból vett 150 kaparékból 77 esetben egy, 9 esetben két gombafaj (57·33%) tenyészett.

Az emlő alóli 120 kaparékból 54 esetben egy, 11 esetben két gomba (54·16%) tenyészett.

Köröm alól vett kaparékot 92 esetben ojtottam le s ebből 42 esetben egy, 11 esetben két gombafaj (57·60%) tenyészett.

Törzsről 100 egyéntől ojtottam le kaparékot s csak 54 esetben (54%) kaptam positiv eredményt, 41 kaparékból egy, 12-ből kettő, egyből három gomba tenyészett.

Egészséges szájnyálkahártyáról 100 esetben végeztem ojtásokat s négy esetben penész-, 31-ben pedig valamilyen sarjadzó-gomba (35%) tenyészett.

Összesen tehát 1346 kaparékot vizsgáltam meg, melyekből 955 esetben (70·95%) kaptam positiv tenyésztési eredményt.

Az egészséges hüvely gombaflórájának megvizsgálására sajnos nem rendelkeztem elegendő anyaggal. Klinikánknak a m. kir. »Horthy Miklós« állami közkórházban működő közrendészeti osztályára egy év alatt csak néhány olyan beteg került, akinek nem volt gonorrhoeája. Csupán egy esetet akarok e helyen megemlíteni. A kivizsgálásra beutalt beteg szürkésfehér cervix-váladékában igen kevés laphámsejt és leukocyta mellett Gram-positiv rekeszes fonalakat találtam. A vizsgálat többszöri megismétlés alkalmával is mindig positiv gombaleletet adott. Minden egyes leojtott csövön egy téglavörös, rövid bolyhú gomba tenyészett ki, mely mikroszkopos vizsgálattal acrostalagmus cinnabarinus *Cordá*-nak bizonyult. Ezen gombát női nemi részekből ezideig csak *Perazzi* tenyésztette ki egyszer, mint saprophytát. Lehet, hogy a gomba itt is mint saprophyta volt jelen, bár az is lehetséges, hogy még csak később okozott volna tüneteket, hiszen az acrostalagmus cinnabarinus korokozó voltát *Oláh*, — ki ezen gombát hazánkban emberről először tenyésztette — emberen és állaton végzett ojtási kísérleteivel kétségtelenül bebizonyította. A közelmultban pedig *Fazakas* ismertetett egy acrostalagmus cinnabarinus által létrehozott kerato-Meibom mykosist, mellyel kapcsolatban a gomba kórokozó voltát állatkísérlettel is bebizonyította. Sajnos, esetemben sem allergiás, sem complement kötési reactióval nem erősíthettem meg a gomba kórokozó voltát, mert a beteget a negativ gonococcus lelet miatt osztályunkról el kellett bocsátanunk. A gombával megejtett állatojtási kísérlet több ízben positiv eredménnyel végződött.

Az egészséges bőrről tenyésztett penészgombák közül számszerint leggyakrabban a penicillium, a sarjadzók közül a schisosaccharomyces hominis fordult elő. A legtöbbször mindkettőhöz valamilyen más gomba is társult. Nagy számban tenyészett még aspergillus, scopulariopsis brevicaulis, a *Ballagi* által két esetben psoriasisból tenyésztett s aleuriosporás hyphomyceta néven leírt trichothecium roseum *Link*, haplographium *Bella-Marengo*, hormodendron algeriensis, cladosporium herbarium, különféle actinomyces fajok, a dohány, paradicsom, paprika gyakori kórokozója az alternaria tenuis, melynek emberen való előfordulásáról eddig csak *Oláh* és *Fazakas* írt. Ugyancsak nagy számban tenyésztek a sarjadzó-gombák közül a különböző cryptococcus és saccharomyces fajták. Kevesebb számban találtam kórokozó mucor fajokat, továbbá a selyemhernyóbetegséget okozó botrytis *Bassiana*-t és a szőlő- és más gyümölcsféléken gyakori saprophyta botrytis cinereat. Néhány esetben különböző oospora fajokat is tenyésztettem, míg a *Tiraboschi* által leírt aspergillus effusus n. sp., továbbá az aspergillus candidus seu monilia candida csak egy esetben tenyészett. Elvétve sikerült olyan penészgombákat is tenyésztenem, melyeknek az emberi bőrön való előfordulásáról még eddig nem számoltak be, ilyenek a *botrytis carnea*, *bispora catenulata*, *oospora floccosa*, *oospora penicillioides*, *sporotrichum globuliferum* és a *torula convoluta*.

Önként felvetődik az a kérdés, hogy az egészséges emberi bőrre honnan kerülnek a fent leírt gombák. Könnyű rá a felelet. A közvetlen környezetéről. Hiszen a lakásban, mint azt *Moesz* vizsgálataiból tudjuk, számtalan penészgomba található. Csak néhányat említek. Pl. a nedves falon penicillium, aspergillus, cladosporium herbarum, torula heterospora, acrostalagmus. Az élelmiszerek közül kenyéren penicillium, aspergillus, mucor racemosus, rhizopus nigricans, szőlőn botrytis cinerea, narancson és citromon a penicillium italiacum s a kalászosokon cladosporium található. A bornak a penészes ízét, továbbá a sajtokon lévő feketés foltokat szintén cladosporiumok okozzák.

Megemlítem, hogy *Benedek* az általa kórokozónak leírt schisosaccharomyces hominist egészséges bőrről soha sem tenyésztette. Éppen ezért nagy súlyt vetettem arra, hogy vajjon vizsgálataim ebben az irányban milyen eredményre vezetnek. A kérdés tisztázása céljából minden egyes kaparékot leojtottam a *Benedek* által ajánlott 8%-os glucose agarra és ezen csöveket 27° C hőmérsékleten thermostátban tenyésztettem, nehogy az esetleges negativ eredményt a nem megfelelő táptalaj, illetve hőmérséklet rovására írjam. *Benedek*-kel ellentétben azt találtam, hogy a schisosaccharomyces hominis az egészséges bőrön majdnem annyi százalékban megtalálható, mint azt *Oláh* a különféle nem gombás eredetű bőrbetegségekből tenyésztette. A gomba tenyésztéséhez nem is szükséges a Benedek-féle táptalaj s az általa előírt 27° C hőmérséklet, mert Saborauod-féle táptalajokon (maltose, glucose, méz agar) szobahőmérsékleten is éppen olyan jól tenyészik.

Vizsgálataim célja, mint már említettem, nemcsak az volt, hogy révén az egészséges bőr penészgombáit jobban megismerjük, hanem az is, vajjon az egészséges bőrön megtalálhatók-e a kórokozóként ismert gombák? Dermatophytont egy esetben sem tenyésztettem. Nem tenyésztek az újabb időben kórokozóként leírt gombák közül a scopulariopsis brevicaulison kívül más scopulariopsis törzsek és cephalosporium féleségek. Nem tenyészett továbbá acladium, acaulium *Vignolo-Lutati*, acrostalagmus cinnabarinus *Corda* s a közelmultban *Oláh* által leírt keratomykosist okozó periconia ceratitidis sem. Sok esetben tenyészett azonban a tropusokon kórokozó hormodendron algeriensis és cladosporium herbarum. A ritka bőrmykosisok kórokozói közül haplographium de *Bella-Marengo*, acremonium cephalosporium *Corda*, az onychomykosist okozó scopulariopsis brevicaulis s az ugyancsak onychomykosisból isolált cryptococcus féleségek tenyésztek nagy számban. Több esetben kitenyészett a bőrről és a száj nyálkahártyájáról a soor kórokozójának sarjadzó és fonalas változata, valamint a *Ping-Ting-Huang* által a dyshidrosis kórokozójának leírt actinomyces-törzs is, mely utóbbit a csupasz bőrön kívül a hajas fejbőrön is észleltem. Elég nagy számban tenyésztek aspergillus fajok (fumigatus, flavus, flavescens), melyek tüdő-, oto- és ceratomycosisok kórokozóiként vannak leírva, továbbá az interdigitalis mycosist okozó monilia és oidium fajok. Kevesebb számban találtam kórokozó mucor fajokat, valamint a gabonaneműeken élősködő s az emberen maduramycosist okozó sterigmatocystist. A *Tarozzi* és *Radelli* szerint ugyancsak maduramykosist okozó monosporium apiospermiumot két esetben isoláltam a láb ujjai közül. Végül a hajas fejbőrről egy esetben a Musgrave- és Clegg-féle mycetoma kórokozóját, a nocardia asteroidest is kitenyésztettem.

Ha vizsgálataim eredményét *Oláh* vizsgálataival összehasonlítjuk, arra a meggyőződésre jutunk, hogy az egészséges és kórosan elváltozott emberi bőr penész- és sarjadzó-gombaflórája között nincs lényegesebb különbség. A penész- és sarjadzó-gombákat éppen ezért az eddig használt felosztástól eltérőleg csupán két csoportba osztanám, mégpedig az elsőbe azokat a gombákat csoportosítanám, melyeknek kórokozó volta már ezideig is kétségtelenül bebizonyult, a másikba viszont azokat, melyek tudtunkkal ezideig csupán saprophyta életet éltek, de emellett mind az egészséges, mind a kóros bőrön is előfordulnak.

Helyesnek tartanám a penészek ilyen irányú felosztását már csak azért is, mert eddigi vizsgálataim alapján (állatkísérletek) *Oláh*-hoz hasonlóan azt észleltem, hogy az ezideig csak saprophytaként ismert penészek is igen gyakran hoznak létre klinikai elváltozásokat.

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

A belső fül harántsubiculum repedésének pathogenesiséről.

Irta: *Szántó Géza dr.*

A belső fül csontos tokjában található repedések keletkezésére vonatkozóan nagyjából két lehetőségre hívta fel a legtöbb szerző a figyelmet. A szerzők egy része Politzer véleményéhez csatlakozva, ezen repedéseket véredényekből származtatja, mások *Otto Mayer* után indulva, a repedések létrejöttében fokozott mechanikus igénybevételt, tehát traumákat tartanak a legjelentősebb tényezőknek. Ezeknek a repedéseknek, különösen pedig a *Brunner* által harántsubiculum-repedésnek nevezett fissurát, súlyos koponyasérülések mellett újabban *Kelemen* dolgozta fel, aki arra az eredményre jutott, hogy a repedések keletkezése semmi összefüggésben sincs koponyasérülésekkel, valamint sziklacsont-töréssel járó koponyaalapi törésekkel. Bár ő is hajlik a mechanikus magyarázat felé, mégis úgy tartja, hogy a »Konsolträger-theorie« helyett egyszerű elmélettel is beérhetjük: ezeken a helyeken a sziklacsont haránt lamellarendszerének a hiánya, a gyakran ismétlődő nyomásváltozások következtében repedések keletkezését engedi meg.

A repedések és a trauma közötti összefüggés megvilágítására feldolgoztuk egy olyan egyénnek a sziklacsontját, akin közvetlenül a halál előtt néhány nappal a sziklacsont közelében végzett koponyalékelés ezt a csontrészletet kis, ismétlődő megrázkódtatásoknak tette ki. Ennek a számtalan kis vésőcsapásnak az erőssége párhuzamba állítható azokkal a behatásokkal, amelyeket *O. Mayer* az ő »Konsolträger«-elméletében megemlít. Amellet ezek a traumák közvetlenül a sziklacsont mellett mentek végbe, anélkül, hogy a csontot magát érték volna. Az eset azért is alkalmas volt a mi szempontjaink szerint történő feldolgozásra, mert betegünkön semmiféle fülelváltozás nem fordult elő.

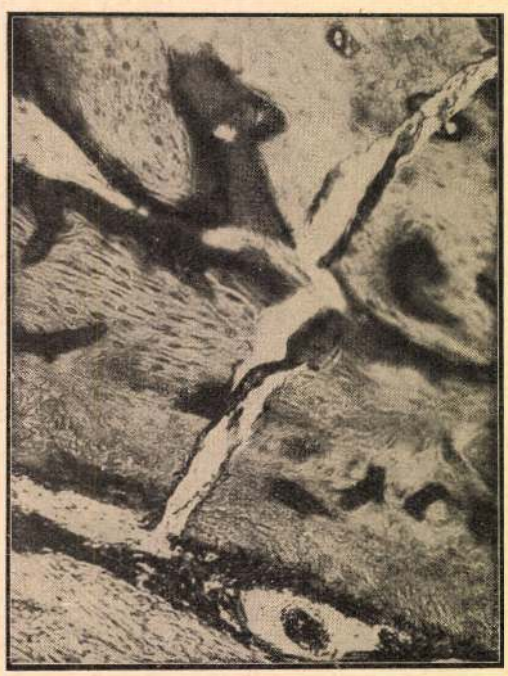
Tizennégyesztendős földművesleányról van szó, aki kb. egy esztendeje beteg. Szédülés, hányás, fejfájás, kettőslátás tünetei között lett beteg. Testsúlya állandóan csökkent. Mindkét oldalt pangásos papilla. Röntgenlelet mélyebb sellát és a proc. clin. mellett egyenetlenségeket mutatott. Csontrendszere ép. Hallása mindkét oldalon ép. Jobboldalt utóbbi időben atr. n. optici. B. o. papillitis in atr. vergens. Mindkét szem teljesen vak. A decompressiós trepanatiónál a jobb halántéktájékon kb. 5 cm széles és 10 cm hosszú csontdarabot távolítunk el. A dura nagy nyomás alatt áll, a felhasítás után lelapított agytekervényeket látni. Az elülső agykamrák punctiója révén 80 cm³ tiszta folyadékot kapunk. Ennek lebocsátása után a feszülés csökken. Lágyrész-varrat. Három nappal műtét után exitus. A boncjegyzőkönyv fontosabb adatai: Glioma mollae region. subthalamicae l. d. cum compressione acquaeductus Sylvii et pontis, inde hydrokephalus gravis internus. Haemorrh. intermeningealis baseos cerebri. Attenuatio ossium cranii.

A jobboldali sziklacsontot a szokásos technikával dolgoztuk fel, amely mellett horizontalis metszési síkokat választottunk. A metszetek megtekintésekor a következők tűnnek szembe. A csontedények mindenütt duzzadásig megteltek, kevés vérrög, számos kisebb-nagyobb vérzés látható, amelyek a tegmenben kezdődnek és egészen a carotis csatornájáig követhetők. Hasonló vérzéseket látni a facialis csatornájában és a térd magasságában is. A középfül nyálkahártyája vérbő. A kisebb üregeket és csontsejteket több helyen izzadmány tölti ki, amely a középfülben rögöket alkot, amelyek a nyálkahártya redőiben a hallócsontocskák szalagjai között, valamint a kengyel szárai közötti területen helyezkednek el. Ezek a szűrődmény (transsudatum) tömegek egyes részeken a bennük helyet foglaló sejtek pecsétgyűrűalakja és egyéb alapelemek révén izzadmányhoz (exsudatum) válnak hasonlókká és egészen a hypotympanonba követhetők, ahol a kürt nyílása körül helyezkednek el.

Fissurákban a sziklacsont feltűnően szegény. Az ívjáratok környékén is alig fedezhetők fel. Kizárólag a haránt subiculumrepedés látható élesen, mégpedig a 225—260-ig terjedő metszeteinken. Ezek szerint tehát meglehetős nagy mélységi kiterjedése van. Mint rendszerint, úgy esetünkben is, a kerek ablak fülkéjétől az ampulla sagittalisig követhető. Az ampulla szemben lévő falzatán is egy fissura látható, amely a repedés folytatásának látszik, emellett az szól, hogy ugyanolyan magasságban kezdődik, mint az előbbi. Csupán végződése van jóval magasabban, mint a fő fissuráé.

Ezek szerint a feldolgozott sziklacsontban, mind a lágyrészekben, mind magában a csontban, határozott vérbőség mellett számos helyen izzadmány és szűrődménytömegek is képződtek. Nehéz volna eldönteni, hogy ezek az elváltozások a koponyalékelés folytán jöttek-e létre, vagy pedig a haldoklás jelenségeinek fogandók-e fel. Mindenesetre azokon a határokon belül maradnak, amelyeket az utóbbiak számára szoktunk megállapítani.

Ha részletesebben akarjuk vizsgálni az itt tárgyalás alá kerülő repedést, azt látjuk, hogy annak szélei kissé szét vannak nyomva (1. ábra). A repedést kitöltő szövet



1. ábra.
Kötegszerű tartalom a repedésben, amely egy helyen a periosteummal összefüggeni látszik. A repedés a csontlamellákat keresztezi.

az egész fissura hosszán végighalad. Egy helyen (1. ábra) a középfül submucosája, illetve csonthártyája és az azt kitöltő tartalom között összefüggés fedezhető fel. A lemezrendszerre az elcsontosodott érfallal együtt harántul halad ez a repedés. A repedés felső részéről származó képen (2. ábra) jól szembetűnik a tájéknak a viszonya az erekhez. Az erek lefutását a repedés mindenütt keresztezi. A fissura alsó végződése a kerek ablakban egy endoglobularis ürben történik. A subiculum csontja mind lefelé, mind felfelé vastagodni kezd; e vastagságbeli növekedésnek az oka a körkörösen futó lemezrendszerek harántul futó lemez-systemák benyomulásában található meg. Ezen a helyen a repedés megszűnik, ezek szerint az csupán a legkeskenyebb csontrészletre szorítkozik. Természetesnek fogjuk találni, hogy a csont a leggyengébb helyen törik el,

azokon a helyeken, ahol a csontrész a legvékonyabb, vagy pedig ott, ahol az áthaladó erek és idegek a csontot szitaszerűen átfúrva, azt meggyengítik. Emellett a repedéseknek a klassikus tájéka, tehát a két ablak környéke sincs megkímélve azoktól az elváltozásoktól, amelyek, mint



II. ábra.
Az ábra alsó részén látható repedés harántul halad ezen tájékon látható véredényekre.

fentebb említettük, traumás vagy agonalis úton jönnek létre. A kengyel szárai között vérzések, illetve izzadmány láthatók. A haránt subiculumrepedés már csupán azért is olyan szembetűnő éppen ezen a csonton, mert rajta egyéb fissura szinte nem is látható.

A koponyaüri nyomásnak a fokozódása, ami a szemfenék vizsgálata révén vált felismerhetővé és ami miatt a tehermentesítő koponyalékelést el kellett végezni, a sziklacsonton semmiféle elváltozást nem okozott. *Brunner* szerint a koponyaüri nyomásnak heveny változásai pangásos vérzéseket, valamint pangásos izzadmányképződést okozhatnak a belső fül területén. Hasonló elváltozásokat találtunk mi is a középfülben, valamint a csontfal sejtrendszerében is, ezek mellett a belső fül szabad marad. A chronikus agynyomás *Brunner* szerint nem szükségképpen okoz elváltozásokat.

Hogy ezt az esetet, mint »kísérleti« casust értékesíthetjük, *Brunner* vizsgálatai mutatják, aki kísérleti koponya traumák (kalapácsütések) kapcsán vérbőséget, vérzéseket és izzadmányképződést figyelt meg állatain. Az ampulla szemben lévő falán mutatkozó repedés sérüléses eredetét bizonyítja, hogy az a haránt subiculum fissura folytatásában helyezkedik el, mégpedig közvetlenül ennek a törésvonalában. Ennek a helynek pontos leírását *Kelemen* munkájában találjuk meg. A törés megszűnik 1. ahol a csont vastagabbá válik, tehát a subiculum alatt, illetve felette, 2. ott, ahol rugalmasabb helyek, mint pl. endoglobularis ürök kerülnek az útjába. A repedésben látható callosus szövet jelenléte is amellett szól, hogy a jelenség keletkezésében a koponyalékelés traumájának szerepe nincs, hiszen a lékelés és a halál között csupán három nap telt el, ami korántsem elegendő ahhoz, hogy hasonló képződmény ott megjelenhessen. A repedés tartalmának éreredete ellen az szól, hogy itt is, *Kelemen* eseteiben is, a repedés az ereket keresztezi (l. az ő munkájának 8. ábráját).

Figyelemreméltó továbbá az a körülmény, hogy ezt a fissurát egy 14 esztendős leány sziklacsontján vizsgálhattuk, akinél a csontnak a korral járó tulajdonságai *(Eschweiler)* nem járulhattak hozzá a repedés keletkezéséhez. Itt tehát már a serdülés idején az említett repedés ismert formájában teljesen kifejlődve tűnik szembe.

Összefoglalás. Egészséges sziklacsonton, amelyet három nappal a halál előtt a halánték tájékon végzett tehermentesítő koponyalékelés alkalmából apró traumák (vésőcsapások) értek, a csont folytonosságának semmiféle megszakítása nem volt megállapítható, továbbá az ablakkörnyéki és az ívjáratok melletti ismert repedések is hiányoztak, csupán a haránt subiculum-repedést találhattuk meg teljesen kifejlődött alakjában. Egyéb repedéseknek a hiánya és a tárgyalt fissurának a benneke, amely sokkal régebbi keletkezésre mutat, mint a három nappal előbb megesett trauma, kizárja, hogy az utóbbi és a repedés között okozati összefüggés lehessen. 14 esztendős egyénen a csont törékenységét sem tarthatjuk az anatomiai leletet magyarázó tényezőnek. Leletünk kizárja a repedés bennékének érből való származását. Mivel ezek az enyhe megismételt traumák a belső fül csontos tokjára semmiféle felismerhető hatással nem voltak, eggyel több okunk van arra, hogy annak keletkezését más mechanikus tényezőkre, mint például a periodikusan, chronikusan ismétlődő nyomásemelkedésekre vezessük vissza.

Irodalom: *Brunner:* Mschr. Ohrenheilk. 1925. 697. Wien. kl. Wschr. 1931. I. 73. Mschr. Ohrenheilk. 1933. 1450. — *Eschweiler:* Z. Hals- usw. Heilk. 34. 152 (1933). — *Kelemen:* Arch. Ohr.- usw. Heilk. 137. 36. (1933). — *O. Mayer:* II. Congr. internat. ORL. 1932.

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

Még nem szült nők méhelőesése.

Irta: *Rhemann Ferenc dr.* tanársegéd.

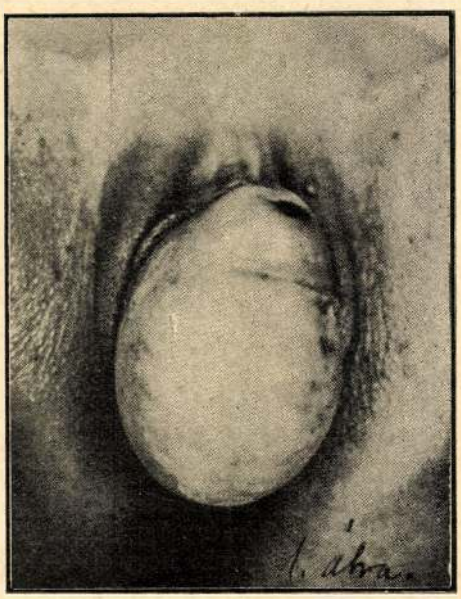
A női nemzőszervek süllyedésének okára vonatkozólag a nézetek régebben meglehetősen ellentétesek voltak. Igy a berlini iskola *(Bumm, Martin)* a medencebeli kötőszövet elégtelenségével, a bécsi iskola *(Tandler, Halban)* az izomzat sérülésével magyarázták a női nemzőszervek süllyedésének keletkezését. *Jaschke* szerint mind a két nézet védelmezőinek igazuk van mert a szüléssel kapcsolatban — ami az ilyen süllyedések főoka — mind a két szövetrendszer megsérül.

Az 1923-ban tartott német nőorvos-nagygyűlés részletesen megvitatta ezt a kérdést. Igy kialakult az a nézet *(Flatau, Mathes, Graff* és mások) hogy elsősorban az alkaté ezen elváltozás létrejöttében a főszerep, sőt előbbi nézetét módosítva, *Jaschke* is megállapítja, hogy a constitutio mint főok mellett a gát, medencefenék (kötőszövet és izomzat) sérülése csak mint alkalmi ok szerepel. Ugyanitt *Sellheim* nemcsak a veleszületett, hanem az úgynevezett »szerzett« alkat szerepét látja a legfontosabbnak. Véleménye szerint az első szülés ideje a mai viszonyok között megkésik, a női teherbíróképességgel a physikai munka sokszor visszaél. *Heynemann*-nak feltűnt, hogy mennyivel gyakoribb a prolapsus Halleban, mint Hamburgban, és ezt az ottani nők mezei munkájával magyarázza. *Wagner* később (1931) a prágai és berlini prolapsusanyagot hasonlítja össze és a kettő közötti nagy eltérést fajkülönbségnek tudja be. *Szathmáry* is ezen földrajzi fekvés szerint megoszló faji különbségek jelentőségét igyekezett kimutatni, összehasonlítva a magyar

és a germán nők közötti nagy eltéréseket, amelyek éppen a genitalis descensusokra, illetve prolapsusokra vonatkoznak.

Ma már nem kétséges, hogy a méh előesések létrejöttében a legfontosabb ok a rendellenes alkat, különösen annak asthenias fajtája. Sőt a teljesen hasonló alkat mellett is vannak olyan körülmények, amelyek a prolapsus kiváltó okai lehetnek. Ilyenek a nehéz testi munka, nagy lesoványodás, a foglalkozási különbségek. Miután az egyes vidékek földrajzi tagosulása azon vidék lakosainak foglalkozására és ezzel kapcsolatban táplálkozására, sőt összes életviszonyaira is rányomja a bélyegét (túlnyomóan ipari, mezőgazdasági, stb. munkás), ilyen értelemben beszélhetünk a méhelőeséssel kapcsolatban a hajlamosság szempontjából *földrajzi különbségekről* is *(Wagner)*.

Hogy mekkora szerepe van az alkat változásainak ezen betegség előidézésében, azt bizonyos psychoneurotikus tünetek is mutatják, amelyek határozottan constitutionalis eredetűek ; hiszen az alkati eltéréseken általában a megváltozott testi és lelki functiók, stigmák összességét értjük. Ugyanis éppen a prolapsus kérdésével kapcsolatban egyes szerzők érdekes megfigyeléseket tettek. *Graefe, Mathes* írták meg a háború után, hogy a nagyfokú lesoványodás, amely a méh függesztő készülékét is elernyesztheti, a háborús psychosisok analogiájára (gyomorzavarok, amenorrhoea, stb.) és azokkal együtt kifejezett süllyedéses panaszokat is okozott az arra hajlamos nők közt, anélkül, hogy a nemiszerveken előzőleg a legcsekélyebb anatomiai elváltozás is létrejött volna. Ezen panaszokat psychotherapiával sikerült befolyásolni, és ezen idő óta hiányoznak is az irodalomból az ilyen közlések. *Mathes* ezt a kórképet úgy magyarázza, hogy a hasüreg szervei által fenntartott nyomás a lesoványodás mellett is megmarad és a legyengült medencefenéken kiváltódik a prolapsus érzése.



A méhelőesés, illetve süllyedés tehát megfelelő alkat mellett jön létre ; de a közvetlen okot rendesen az előző egy vagy több szülés képviseli. Az alkati tényező döntő szerepét azonban legjobban az előzőleg még nem szült nőkön mutatkozó sülyedések vagy méhelőesések bizonyítják. Bár az irodalomban nem nagyon bőven találunk erre vonatkozó adatokat, mégis írtak le már újszülötteken is veleszületett prolapsust. A még nem szült nők genitalis prolapsusa legtöbbször a hibás alkatnak ha nem is mindig egyedüli, mindenesetre azonban legszembetűnőbb megjelenési módja.

Az újszülöttek prolapsusai súlyos fejlődési zavar részjelenségei és legtöbbször spina bifidaval járnak együtt. Csak két eset ismeretes, ahol csupán a medencefenék aplasiája és nem spina bifida kísérte a teljes prolapsust. *(Maroudis* és *Radwanski* esetei.) Ez a megfigyelés indíthatott egyes szerzőket arra, hogy a felnőtt korban nulliparákon vagy virgokon előforduló kisebb-nagyobb süllyedések esetén occult spina bifida után kutassanak *(Graff, Ebeler)*. Sőt ezek úgy vélik, hogy ez a tényező a multiparák prolapsusaiban is szerepel. Azóta számosan a kellő értékére szállították le ezt az erőszakolt feltevést, melyet *Heynemann* gondos röntgenvizsgálatai cáfolták meg először hatásosabban. *Graff* 26 nullipara prolapsusa közül csak két esetben látott occult spina bifidat. Saját alább részletezendő eseteink közül egyen sem sikerült ezt az elváltozást röntgenképpel igazolni.

Még nem szült nőkben előforduló méhelőesés aránylagos ritkasága és kórtani tényezőinek tisztázása indokolja, hogy klinikánkon három év alatt 67 részleges és teljes méhelőesés közül öt nulliparán előfordult méhelőesést röviden ismertessünk.

1. 31 éves, földmívesasszony, (326/1933. fejlsz.), 11 éve férjes. 1927-ben II. hónapos vetélése volt. 1929-ben klinikánkon jobb oldali csecsemőfönyi petefészektömlőt távolítottak el. Erős alhasi, deréktáji fájdalmai vannak. Pár hete nehéz munka végzésekor ökölnyi daganat jelenik meg a szeméremrésben. Vizsgálat : alacsony, sovány nő, gyenge izomzatú, a bőr petyhüdt, könnyen ráncokba emelhető, emlők kicsinyek, petyhüdtek. Erőlködéskor az elongált méhnyak és a középnagy méhtest egyrésze a mellső és hátsó hüvelyfallal együtt megjelenik a szeméremrésben. A méhür hossza 12 cm. Diagnosis : Prolapsus partialis uteri. Elongatio colli. Eversio parietis vaginae partialis. Therapia : collum amputatio és mellső-hátsó plastica. Síma gyógyulás.

2. 49 éves, földmívesasszony (132/1934. fejlsz.), 20 éve férjes, soha terhes nem volt. Egy év óta vérzései kimaradoznak. Ezen idő óta munka közben daganat jelenik meg szeméremrésében. Vizsgálat : sovány, alacsony termetű nő, petyhüdt izomzatú, a bőr petyhüdt, közepesenráncolható, emlők kicsinyek, petyhüdtek, has elődomborodó, feszes. A szeméremrésből csapalakú, síma portio lóg ki. Jókora tojásnyi rectokele, amelynek erősen megnagyobbodó zsákjába erőlködéskor a méh egészen kinyomul (lásd 1. ábra). A hüvely tágulékony, a méhnyak erősen elongált, a méhtest ökölnyi, göbös tapintatú, myomás, baloldalt jókora lúdtojásnyi subserosus myomás göb tapintható. A környezet szabad. Diagnosis : Prolapsus totalis uteri myomatosi. Elongatio colli. Rectokele. Therapia : mivel a myomás méh 49 éves asszonyon panaszokat nem okoz, csak collumamputatiót és gondos hátsó plasticát végzünk, rectumraffolással. Síma gyógyulás.

3. 22 éves, földmívesasszony (1272/1933. fejlsz.), két éve férjes, soha terhes nem volt. Utolsó havi baja öt hónapja. Egy hónap óta dereka, hasa fáj, ez idő óta veszi észre, hogy »méhe kicsúszott.« Vizsgálat : alacsony, sovány nő, a bőr közepesen ráncolható, emlők középnagyok, feszesek, a has erősebben elődomborodó, petyhüdt, a hüvely tág, a kis almányira duzzadt méhnyak a szeméremrésben jelenik meg, VI. hónaposnak megfelelő terhes méh, szívhangok hallhatók. Diagnosis : Elongatio colli. Cysto-rectokele. Graviditas VI. Therapia : a méhnyakat visszahelyezzük, tamponkezelés. Pár napi megfigyelés után az asszony hazamegy, rendes időre szült.

4. 23 éves, földmívesasszony (762/1933. fejlsz.), négy éve férjes, két évvel ezelőtt háromhónapos abortusa volt. Utolsó vérzése három hónapja. Egy hónap óta dereka, keresztcsontja fáj, ez idő óta veszi észre, hogy »méhe kicsúszott«. Vizsgálat : alacsonytermetű, sovány nő, bőre petyhüdt, könnyen ráncolható, emlői kicsinyek, petyhüdtek, hasa kissé elődomborodó, petyhüdt, a hüvely tág. A szemérmerésben kis almányi képlet alakjában a méhnyak megjelenik, IV. hónaposnak megfelelő terhes méh. Diagnosis : Elongatio colli. Cystorectokele. Descensus uteri. Graviditas IV. Therapia : a méhnyak visszahelyezése, tamponkezelés. Pár nap mulva az asszony hazamegy és odahaza rendesen szült.

5. 32 éves, háztartási alkalmazott (543/1933. fejlsz.), soha terhes nem volt. Erős derék- és keresztcsonti fájdalmai vannak, kb. négy hónap óta az az érzése, hogy hüvelyéből valami kiesik. Vizsgálat : sovány, közepes termetű nő, gyengén fejlett izomzatú, bőre petyhüdt, ráncokba szedhető, minimalis zsírlerakódás. Az emlők kicsinyek, petyhüdtek, csüngők, a has laza, a hüvely közepesen tág, kisfokú cystokele, a méhnyak elongált és préseléskor erősen kinyomul a szeméremrésből. A méh kisfokú retroflexio-versioban. A méhür hossza 10 cm,

környezet szabad. Bő folyás. Diagnosis ; Elongatio colli. Prolapsus partialis uteri. Therapia : Collum amputatio. Zavartalan gyógyulás.

A fentiekből látható, hogy összes betegeink többékevésbbé asthenias alkatúak, amely a mai általános felfogás szerint hajlamosít genitalis süllyedésekre. Mind a nehéz testi munkát végzők (földmíves, napszámos) osztályába tartoznak. Mint említettük, számos szerző ennek a factornak tulajdonít legfontosabb szerepet (*Heynemann, Spiegel, Michailov, Sellheim, Jaworszky* stb.). Egyik betegünk (2. eset) panaszai a klimakteriumba jutással kapcsolatban jelentkeztek, amely idő, mivel a szövetek ilyenkor elveszítik rugalmasságukat, hajlamosít a prolapsusok képződésére (*Graff* stb.).

Klinikánk utolsó három évi anyaga szintén ezen megfigyeléseket erősítheti meg. Ez idő alatt 2922 nőgyógyászati műtét közül 879 süllyedés miatti plasticus műtétet végeztünk (= 30·1 %). E betegeink 65 %-ban tartoztak a nehéz testi munkát végzők közé, akiken 55 %-ban a süllyedéses panaszok a 40. életév után jelentkeztek.

Egyesek a nemiszervek daganatos hajlamosságát összefüggésbe igyekszenek hozni a süllyedésre hajlamossággal. *Sichel* csecsemőfőnyi daganatot távolított el nulliparából, akinek teljes prolapsusa a daganat eltávolítása és a prolapsus egyszerű visszahelyezése után, többé nem mutatkozott. *Baron* terhesség mellett nagy cystát távolított el és a prolabált méhet visszahelyezte, a prolapsus később nem mutatkozott. A mi első betegünkből is nagyobb petefészektömlőt távolítottak el négy éve. Nehéz volna azonban a prolapsust ezzel oki kapcsolatba hozni ; de az sincs kizárva, hogy a prolapsus létrejötte szempontjából oly fontos medencefenék kialakulása és a régi ovarialis cysta fejlődése között alkati hajlamosság szempontjából hasonló összefüggések lehetnek, mint a süllyedéses alkat és a spina bifida, illetőleg egyéb fejlődési rendellenesség között. Ilyen értelemben második betegünk esetében a klimakterium jelentkezése mellett a myoma is szerepelhetett mint kiváltó ok. További két betegünknek, pedig (3. és 4. eset), a terhességgel kapcsolatban (de még szülés előtt) keletkeztek a süllyedéses panaszai és így az azzal járó fellazulás lehetett a hajlamosság mellett a kiváltó ok. Az alkati hajlamasság igen feltűnően érvényesül második betegünkön, akinek hasfalai teljesen petyhüdtek voltak, hatalmas rectus diastasissal s a hasprés működésekor a két isolalt rectus megfeszülve, másféltenyérnyi széles, völgyszerű, mély bemélyedéssel (elvékonyodott fascia és bőr) volt leírejöhetnek.

A többi szerzővel együtt a *constitutiónak tulajdonítjuk tehát* mi is a legfontosabb szerepet a még nem szült nők süllyedéses elváltozásainak létrejöttében. *Azonban hangsúlyoznunk kell ezen alkati hajlamosság mellett a nehéz testi munkának, belső nemiszervek daganatainak, a terhességi fellazulásnak és a klimax-szal kapcsolatos sorvadásos jelenségeknek mint alkalmi tényezőknek a fontosságát.* Ilyen alkalmi okok nélkül véleményünk szerint csak igen erős hajlamosság mellett kivételesen keletkezhetnek nulliparákon a süllyedéses tünetek és elváltozások, éppúgy, mint a sérvek is ; hiszen a méhsüllyedés nem egyéb, mint ivari sérv. Megfelelő alkati vagy szerzett hajlamosság nélkül még előző szülések is csak legfeljebb rectokele kifejlődését idézhetik elő. Azonban ha a genotypikus alkati hajlamosságot phenotypikus alkati tényezők is megterhelik, mint amilyenek foglalkozásból, nehéz testi munkából és nem megfelelő, rossz táplálkozásból származó ártalom, vagy esetleg a klimax, terhesség, daganat, akkor a méhsüllyedés legsúlyosabb alakjai a szülés traumája nélkül is létrejöhetnek.

Irodalom : *Baron :* Bulletin 1933. 411.o. — *Bumm, Martin, Tandler, Halban :* Zit. Halban-Seitz, III. k. — *Ebeler :* Zit. Heynemann Zblt. f. Gyn. 1924. 3. — *Flatau, Jaschke, Mathes, Sellheim :* Zblt. f. Gyn. 1923. 25. — *Graefe:* Zblt. f. Gyn. 1919. 11. *Graff :* Amer. Journal. 1933. 6. *Heynemann :* Zbllt. f. Gyn. 1924. 3. *Jaworszky :* Zblt. f. Gyn. 1917. 28. — *Maroudis :* Zblt. f. Gyn. 1931. 37. *Michailov :* Zblt. f. Gyn. 1925. 37. (ref.). — *Radwanszki :* Zit. Maroudis. *Sichel :* Zblt. f. Gyn. 1922. 38. — *Spiegel :* Zblt. f. Gyn. 48. (ref.). — *Szathmáry :* O. H. 1933. 1119. old. — *Wagner :* Zblt. f. Gyn. 1931. 4. (ref.).

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

Glaukoma capsulare Vogt esete.*

Irta : *Tóth Zoltán dr.*, klin. tanársegéd.

E különös szembetegségről gyüjtött tapasztalatait *Vogt* 1925-ben közölte s ő is nevezte el glaukoma capsularenak (synonymák gl. capsulo-cuticulare, exfoliatio capsulae lentis anterioris). Minthogy a betegség tünetei egészen jellegzetesek és megfelelnek esetünkben is a *Vogt* által leírtaknak, ismétlések elkerülése végett mindjárt esetünk leírásával kezdjük.

V. M. 70 é. férfi, látása 1931 szeptember óta fokozatosan romlik, pár hete mindent görbének és hullámosnak is lát.

Jelen állapot : Közepesen táplált, alacsony, ősz es férfi ; arcán rosaecea, a bulbaris conjunctiván egy pár nagyobb kanyargó ér. A szaru körül az ínhártya 3—4 mm szélességben palaszürke, kissé a nívó alá süllyedt, e területen néhány hajszálvékony vérágacska. A szaru hátsó felületén szétszórtan kevés finom festékszemcse, a csarnok inkább mélyebb, a pupillaszegély depigmentált, rajta finom, halvány-kékes fehér pelyhecskék, egy-kettő az iris elülső felszínén is. Az elülső lencsetok közepén pupillányi korongalakú, a lencsetoktól alig elütő, igen finom cuticula, szélei enyhén felgöndörödtek, tűhegynyi festékrögök és pehelytöredékek rajta. A lencse kérgében homályképződés, az üvegtest tiszta. A pupilla piszkos-szürke, behorpadt, enyhén excavált, körülötte elég szabályos atrophiás gyűrű. A bal szaru hátsó felületén középen pigmentált alapú, mákszemnyi pelyhecske tapad. Tágított pupilla mellett (pigmentpor ömlést nem észleltünk a tágításkor) a lencsetok szélibb részén körben igen finom szemcsékből összetett, sugárirányú foltok (csipkéket mutató változás), melyeket a középső pupillányi korongtól tiszta lencsetok-részlet választ el. Szemnyomás j. 31, b. 23. Hg mm, a szem adnexái épek. Látóterén nem teljes centralis scotoma a macularis folyamatnak megfelelően. Wa : negativ, tuberculinpróba : negativ, vérnyomás : 180 Hg mm. Nem iszik, nem dohányzik. Látása j. 5/o. ü. n. j., b. 5/o. + 2·0 D = 20/o. Tonometriás analysissel kora reggelenként a j. szemén 31 és 34 közötti a nyomás ; este 23—25 között, balon 19 és 26 között váltakozott 24 óra alatt. Fluorescinpróbakor 2 g per os a csarnokvíz megfestődik, coffein provokáláskor (d. u. 4^{h}-kor) 31-es nyomás, mely 23-ra esett vissza egy félóra mulva. Pilocarpinra a pupillák nem szűkülnek meg egészen (rigid iris), a tensio 24 óra alatt 18 és 26 között ingadozik, pár nap mulva hajnalban újra 31.

XI. 7-én Cyklodialysis a j. szemen ; műtét után 13., 20., 23-as tensio, egy hó mulva balszemén is 31 a nyomás. Megterhelési próbák a balon is primaer glaukomás értékeket adnak. Három hónap mulva a j. szaru hátsó felületén középen is egy nagyobb pehely, egy-két apróval több a balon is ; a balon csaknem elkopott a pupillaris korong, néhány cuticula-foszlány. A j. maculában 1—½ pupillányi vérzés, a balon változatlan állapotok. Látása j. 5/o + 2·0 D = 8/o., b. 5/o + 2·5 D = 30/o.

Jellegzetes exfoliatio capsulae lentis anterioris esete.

Vogt szerint magasabb életkor (60 éven felüliek) betegsége és 75%-ban, *Rehsteiner* szerint 64%-ban glaukoma chr.-ot is találunk a betegeken. Féloldali változások esetében csak azon a szemen volt glaukoma, illetve ahol kifejezettebb a cuticula-képződés, nagyobb a tensio emelkedés is. Primaer glaukomások között 7—8·6 %-ban található *Vogt* szerint a lencsetok destrukciója folytán támadt lemezes foszlás. Egyedülálló biologiai és physikai viselkedése ez a felületes lencsetok-lemezeknek. Egyes idősebb egyéneken a lemezek törékennyé, rugalmatlanná válnak, csarnokvíz felvétele által borússá lesznek és lehámlanak. Hogy az oka örökölt sajátosság-e, mint sok más aggkori jelenség, vagy toxicus vagy táplálkozási zavar-e, el nem

* Bemutatta a M. Sz. T. 1932 február 13-i ülésén.

dönthető. A bolyhok és pelyhek nagyobb mennyiségben keletkezhetnek és mint alig oldódó, nehezen felszívódó anyag, a csarnokzugban lerakódnak (anatomiailag nincsenek e helyükön kimutatva), a csarnokvíz filtratióját akadályozzák és így a nyomást emelik. *Elsőleges tehát a cuticula-képződés és másodlagos a glaukoma.* A szöveti lelet 4—5-szörösére megvastagodott lencsetok, az aequator tájékán a felsőtokrészlet foszlása volt észlelhető, epithel, rostszövet ép, tok, corp. ciliar chorioidae is *(Rehsteiner).*

Bussaca a pelyheket s a cuticulát a csarnokvízből kicsapódott gyulladásos terméknek tartja. *Rehsteiner* műterméknek ítéli a *Bussaca* metszetein észlelhető lencsetok felrakódásokat.

Schieck nézetét vallja *Hartmann:* a pupillaszegély bolyhai hyalin degeneratio, a cuticula pedig úgy képződik, hogy a degeneratio folytán az iris hátsó lapjának epithelsejtjei az elülső lencsetokra kerülnek.

Kraupa megkülönbözteti az üvegfúvók tiszta lemezes hámlását a senilis, szemcsésen elfajult toklemezektől (ezek a Vogt-cuticulák). Esetünk érdekessége, ami miatt közlésre érdemesnek tartottuk, az, hogy nálunk, úgylátszik, elég ritka, eddigelé magyar szerzőtől nem olvastunk róla, másrészt a bajjal eddig nem jelzett változást észleltünk.

Az egyik a sugártest táji besüppedése és palaszürke színe a bulbusnak, diapupillárisan átvilágítva a szemet, e tájék árnyékképe szabálytalan, keskenyebb árnyékgyűrűt mutat; ez kétségtelenül a sugártest csarnokzug megbetegedésére (depigm., atrophia) vall.

A második a maculában jelentkező degeneratio, illetve a jobbszemben pár nap előtt jelentkező macularis vérzés. Ezek a leletek, változások megerősítenek azon felfogásunkban, hogy a baj oka nemcsak a könnyen észlelhető iris- és lencsetok-változásokban keresendő, hanem itt tulajdonképpen ehhez csatlakozik a csarnokzug, sugártest senilis változása is (megfelelően az illető szövetek szerkezetének). A degenerativ folyamat a bulbus elülső részén kívül a fundust is érinti (macula-folyamat, vérzés). Később azonban már a glaukomával együtt teszi vagy teheti tönkre a szemet. Esetünkben tehát az egész szemgolyó általános (senilis) betegségéről van szó.

Másodlagos idült csarnokzug-eltömődéses glaukoma ellen szólnak a megterhelési próbák primaer glaukomára jellemző eredményei, továbbá az, hogy szinte szemünk láttára válnak le a cuticulák és pelyhek, szóval egyre több kerülhet a csarnokzugba, de ezzel arányosan mégsem fokozódnak a glaukomás tünetek. A beteg három éve van megfigyelésünk alatt, de a szemnyomás a nem operált szemen sem több, mint hol 20, hol 23, látótere egyáltalában nem glaukomás typusú, a papillák változatlanok, a látás élessége a macula lutea változásához mért.

Irodalom: *Vogt:* Kl. M. f. Augenheilk. B. 75. S. 1. 925. — *Vogt:* Lehrb. u. Atlas der Spultampenmikroskopie des lebenden Auges. II. Teil 932. — *Busacca:* Arch. f. O. G. B. 119. S. 135. 1927. — *Szillinszky:* Kl. M. f. A. B. 79. S. 389. 1927. — *Rehsteiner:* Kl. M. f. Augenheilk. B. 82. S. 25. 929.

A tihanyi Magyar Biológiai Kutatóintézet II. osztályának közleménye.

Villikinin az emberi bélnyálkahártyában.

Irta: *Ludány György dr.*, tanársegéd.

A bélbolyhok physiologiájára vonatkozó újabb vizsgálataink folyamán sikerült rámutatnunk arra, hogy a bélboholyműködést nemcsak helyi, hanem általános, a vér útján ható ingerhatások is szabályozzák. Vizsgálataink ugyanis azt eredményezték, hogy a patkóbélbe injiciált 0·4%-os sósavoldat annak nyálkahártyájában egy anyagot activál, illetve szabadít fel, mely a vérkeringésbe kerülve a bolyhokra távolhatást fejt ki, t. i. azok mozgását erősen fokozza, illetve ha az hiányzik, azt kiváltja. Hasonló eredménnyel zárultak azok a kísérleteink is, melyekben sósavas nyálkahártyakivonatokat készítve, kísérleti állatainknak azt intravenásan beadtuk[1] További vizsgálataink során megállapítottuk, hogy ez a boholyműködést szabályozó anyag nem azonos az ugyanilyen mechanismus szerint létrejövő eddig ismert két bélhormonnal, a secretinnel és a cholecystokininnel. *(Bayliss* és *Starling; Ivy.).* Hatásának megfelelően ezt az anyagot *villikininnek* neveztük el.[2] A villikinin sem cholin, sem histamin vagy adenosinszerű anyag.[3] A bélcsatornába nem a táplálékkal kerül, u. i. már kutyaembryók bélnyálkahártyájában is kimutatható.[4] Nem fajspecificus, mert az különféle állatok bélnyálkahártyájából is előállítható és ezek a kutya boholyműködésére mind igen erősen hatnak.[5-6]

Tekintve, hogy a boholyműködésnek a táplálkozás folyamán igen sokoldalú és fontos szerepet kell tulajdonítanunk, mint többek között a chymusnak az emésztőnedvekkel való keveredésében, a béltartalom és a lympha továbbításában, a bélnyálkahártya felületén való rétegképződés megakadályozásában, az *Exner* által leírt védekező mechanismusban és valószínűleg a Brücke-féle «Saug und Pump«-elmélet értelmében a felszívódás fokozásában.* fontosnak tartottuk az ember duodenumnyálkahártyájának villikinin tartalmát megállapítani.

Kb. 10—12 órás hullák patkóbélnyálkahártyáját lekaparva, annak 20 gr.-ját kvarchomokkal finoman eldörzsöltük és 100 ccm. 0·4%-os sósavval 30 percig extraháltuk. Majd állandó lassú főzés közben kristályos Na-acetáttal vagy 40%-os NaOH-dal lacmushoz gyengén savanyúvá közömbösítettük. Kihűlés után szűrtük és lehetőleg jégszekrényben sterilen tartottuk. Használat előtt a kivonatot NaOH-dal lacmushoz közömbösítettük. Kísérleteinkhez 3 hulla duodenumának nyálkahártyáját használtuk fel; a két felnőtt férfi haláloka szívizomelfajulás és agydaganat, míg egy négyéves leánygyermeké fulladás volt. Mindhárom esetben a gyomor- és bélhuzam ép volt.

Az így előállított kivonatot éhező állatnak adtuk be intravenásan, megfigyelve azok boholyműködésének fokát a befecskendés előtt és után.

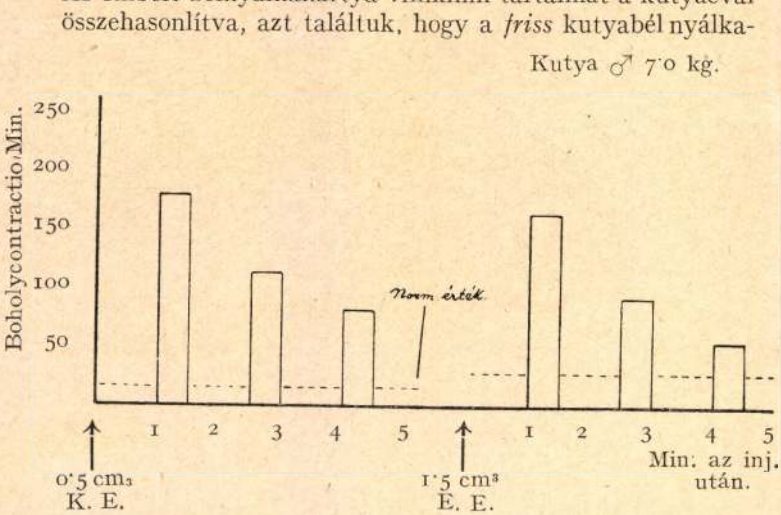
Kísérleti állatként különböző súlyú kutyákat használtunk, melyek mind 36—48 órát éheztek. A kutyákat chloraloseval narcotisáltuk és villamos thermophorra fektettük, hogy őket a hőveszteségtől megóvjuk. A hasüreget a linea albában megnyitva, a patkóbelet a pylorus alatt lekötöttük és egy jejunumkacsot előhúzva, azt a mesenterium tapadásával szemben felvágtuk, egy fagyűrűn keresztülhúztuk és a nyálkahártya felületét gombostűvel kifeszítettük. Hogy a kihúzott bélkacs hőmérséklete is állandó maradjon, a fagyűrűt egy saját szerkesztésű kettősfalú fémdobozzal vettük körül. A boholyműködést binocularis microscoppal vizsgáltuk.

Éhező kutyákban általában igen gyenge a boholyműködés. Gyakran, különösen hosszabb, 48 órás éhezés után, több órai megfigyelés után sem észlelhető boholymozgás. Hogy a boholyműködés fokát számbelileg is kifejezhessük és bizonyos összehasonlításokat tehessünk, megszámoltuk az egy látótérben az egy perc alatt lefolyó boholycontractiók számát a befecskendés előtt és után.

Vizsgálataink minden esetben ugyanazt az eredményt mutatták. Sósavval az emberi nyálkahártyából is kivonható villikinin. Ha ebből a kivonatból kísérleti állatoknak testsúly kg.-ként 0·2 ccm.-t a vena saphena parvaba fecs-

* A bélbolyhok felszívódást gyorsító szerepe még nem egészen tisztázott; vannak ugyan megfigyelések, melyek ezen felfogás mellett szólnak,[8] a kérdés végleges eldöntése azonban további vizsgálatokat kíván. Ilyen célú kísérleteink folyamatban vannak.

kendeztünk, akkor mintegy 15—20 másodperccel a befecskendés után 3—5 percig tartó erős boholymozgás indult meg. (Lásd ábrát.) Minden egyes boholy többször egymásután összehúzódott, miközben ingamozgásokat is végeztek. Az emberi bélnyálkahártya villikinin tartalmát a kutyáéval összehasonlítva, azt találtuk, hogy a *friss* kutyabél nyálkahártyájából ugyanezen eljárással körülbelül háromszor több villikinin vonható ki. Ami az emberi nyálkahártyából kivont villikinin tulajdonságait illeti, azok teljesen megegyeznek a kutyáéból készültével: pepsin és tripsin nem támadja meg, NaCl-dal nem sózható ki, trichlorecetsavval nem csapható ki, állati szén nem adsorbeálja és a Schleicher és Schüll f. diffusios hüvelyen (No. 579.) keresztül igen jól diffundál. Ezek a vizsgálatok egyúttal újabb bizonyítékát szolgáltatják annak, hogy a boholymozgásra ható hormon, a villikinin, nem fajspecificus.



Az emberi (E. E.) és kutya (K. E.) duudenumnyálkahártyájából készült sósavas kivonat hatása a kutya bélboholymozgására.

Irodalom: 1. *v. Kokas* und *v. Ludány:* Pflügers Arch. 1933. 232. 293. — 2. *v. Kokas* und *v. Ludány:* u. o. 1934. 234. 182. — 3. *v. Kokas* und *v. Ludány:* u. o. 1934. 234. 589. — 4. *de Ludány:* C. R. Soc. Biol. Paris. 1933. 113. 1449. — 5. *de Kokas* et *de Ludány:* C. R. Soc. Biol. Paris. 1933. 113. 1447. — 6. *Kokas* és *Ludány:* Magy. Biol. Kutatóint. Munkái. VII. 1934. — 7. *v. Kokas* und *v. Ludány:* Pflügers Arch. 1932. 231. 20. — 8. *Kokas* és *Ludány:* O. H. 1933. 29. sz.

RÖVID KÖZLÉSEK A TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSI GYAKORLATBÓL.

A szombathelyi m. kir. bábaképzőintézet közleménye (Igazgató-tanár: Örffy Lajos.)

Bűnös abortusok lefolyása és szövődményei.

Irta: *Kovács László dr.* tanársegéd.

A criminalis abortusok lefolyása és szövődményei teljesen kiszámíthatatlanok. Sokszor a tapasztalt egyén, pl. orvos beavatkozása halált okozó következményekkel jár, máskor pedig súlyos sérülésekkel járó beavatkozások után, amikor szinte biztosra vesszük a sepsis bekövetkezését, síma, lázmentes gyógyulást tapasztalunk.

Következőkben pár ilyen esetet szeretnék ismertetni részben a szombathelyi, részben az időközben megszűnt szekszárdi bábaképző anyagából.

B. I.-né 24 éves, ötödször terhes asszony, 1934 január 18-án jelentkezik felvételre. Elmondja, hogy két hónapi havibaj-kimaradás után január 16-án vérezni kezdett. Kérdezősködésünkre csak annyit ismer be, hogy hüvelyéből hajtűvel véralvadék-darabokat távolított el. Megvizsgálva: lúdtojásnyi, puha uterust találunk, szabad környezettel, ép, zárt méhszájjal. Véres, nyákos folyás. T. 37·4. Mivel a kezdő vetélést arteficialis eredetűnek gondoljuk, a beteget megfigyelés alá vesszük és teljes conservativ álláspontot foglalunk el. 19—20-án láztalan, kevés véres folyás. 21-én fájások kezdődnek, 22-én d. u. megszületik a tyúktojásnyi pete. Ép burkok, csupán az egyik poluson hiányoznak a chorion bolyhok kb. kétfillérnyi területen, miért is belső vizsgálatot végzünk. A nyakcsatornát egy ujj számára átjárhatónak találjuk, de ujjunk kemény tárgyba ütközik, melyről megállapítjuk, hogy az vastag dróthajtű egyik szára, mely hegyével kifelé néz, másik szárával pedig be van ékelve a nyakcsatorna hátsó falába. Feltárásban a hajtű szárát magfogóba fogva, minimalis felfelé tolás és kis rotálás után könnyen eltávolítjuk. A vetélés napján d. u. 38 fokra emelkedő hőmérséklet, egyébként teljesen símán lefolyó gyermekágy, annak ellenére, hogy a minden valószínűség szerint nem steril hajtű majdnem egy hétig volt a méh üregében.

Reconstrualva az esetet, úgy képzeljük, hogy a hajtű a méhüreget még teljesen ki nem töltő pete mellett becsúszott, azt kivételesen érintetlenül hagyta, s mint idegen test, váltott ki fájásokat. Hogy a vetélést megindító eszköz a méhbe becsúszik, gyakran előfordul. Régebbi szekszárdi anyagunkban, ahol az egykés Sárköz nap-nap után szállította a complikált abortusokat, többször láttunk eltávozni peterészekkel együtt meghegyezett lúdtollat, gyökeret, egyízben kézimunkához való hegyes lyukasztócsontot. Ezek azonban kivétel nélkül incomplet vetélés formájában folytak le, legtöbbje súlyos sepsissel combinálva.

Az abortust megindító eszköz fennakadására elég érdekes példa szintén szekszárdi anyagunkban fordult elő.

Egy ötgyermekes asszony öt hónapos terhességét úgy akarta félbeszakítani, hogy egy kb. 30 cm hosszú drót végét visszahajlította, nyilván, hogy sérülést ne okozzon s úgy tolta azt fel a cervixen át. A burkot sikerült is megrepesztenie, de a drót visszahúzásakor a kampó a belső méhszájban fennakadt s azt semmiféle rángatással eltávolítania nem sikerült, sőt a kihívott orvosnak sem. Beszállításkor az asszony hőmérséklete 39 fokon felül, a méhből bűzös, ribizli-lé-szerű bő folyás. Zárt méhszáj, megtartott cervix. Megkíséreltük a kampót óvatos felfelé tolással kiakasztani, de nem sikerült. Hysterotomia anterior után távolítottuk el, amikor az uterust is kiürítettük. Két nap alatt láztalan lesz, síma gyógyulás.

Gyakran az eszközzel, mellyel tulajdonképpen a cervixbe akartak felhatolni, a környezetben, legtöbbször a boltozaton okoznak sérülést.

Szerencsésnek mondhatja magát, aki ilyenkor körülírt tályogképződéssel szabadul, ami különösen a hátsó boltozatsérüléseknél gyakori. Ha azután ezen genyes gyulladások nagyobb következmények nélkül elmulnak, rendesen eredeti célukat is elérik az asszonyok, mert a vetélés is bekövetkezik, legtöbbször elhúzódó formában.

Van azonban ez alól is kivétel, amint ezt alábbi esetünk is szemlélteti:

T. I.-né 35 éves, hatszor terhes (ebből kettő vetélés) asszonyt 1933 november 12-én szállítják intézetünkbe. Utolsó menses állítólag hat hét előtt. Egy hete beteg. Erős alhasi görcsök, hidegrázás, láz, naponta pár csepp vérzés. Erős faggatásra csak annyit hajlandó elárulni, hogy felszúrt a hüvelyébe. Megvizsgálva: vulva livid, portio elvált, a symphisishez nyomott. A méh a rendesnél nagyobb, magasra emelve, feneke három ujjal a symphisis felett tapintható, hátsó felszínével egybeolvadt egy csecsemőfőnyi resistentiával, mely mindenfelé jól elhatárolt, a boltozatot ledomborítja. Kolpotomia útján félliternél több bűzös genyet bocsátunk el. Kibocsátáskor, tíz nap mulva, az uterus még mindig elvált, a rendesnek másfélszerese, gömbölyű, de kemény, háta mögött és tőle jobbra kétujjnyi vastag kéreg, mely eloszlik, mielőtt a csípőlapátot elérné. Öthónap mulva újra jelentkezik, hogy hasában daganat nő. Megvizsgálva, héthónapos terhes méhet találunk, teljesen szabad környezettel.

Igen gyakori, hogy intrauterinnek vélt, tulajdonképpen extrauterin graviditas mellett kísérelnek meg magzatelhajtást.

H. F.-né 44 éves, harmadik graviditas. Sok évvel ezelőtt két szülése volt. Mindkét alkalommal napokig vajudott, végén halott magzatot szült. Mensese most két hónapig ismét kimaradt, terhesnek érezte magát. Az újabb szenvedésektől félelmében magzatát egy orvossal elhajtatta. Azóta két ízben igen erős vérzése volt. Mivel a vérzés még mindig nem szűnt meg, s rosszul érzi magát, felkereste a bábaképzőt. Vizsgálatkor vulva alig livid, portio felpuhult, mellső ajak hyper-

trophizált. Uterus férfiökölnyi, jobb sarkán kis, almányi, kiugró, kemény göb, környezete szabad. Véres, nyákos folyás. Myomával szövődött terhességre, illetve incomplet abortusra gondolunk s curettage-t végzünk. Dúsabb nyálkahártya cafatokat kapunk. Controllra berendeljük. Két hónap mulva jelentkezik. Elmondja, hogy közben volt három napig tartó erős vérzése s nagy alhasi görcsök. Status ugyanaz, uterus valamivel megkisebbedett, kemény. A myomás uterus amputatióját ajánljuk.

Laparotomia alkalmával a csepleszt a myomásnak gondolt göbre ránőve találjuk. Tompa felszabadítás után látjuk, hogy extra-uretin graviditással van dolgunk, mely részben isthmicalis elhelyezkedésű volt. A lepény a tuba kitágított interstitialis részében tapadt s egész keményre tömörült össze. A kitágított tubasarokra volt rátapadva a cseplesz, ennek lepraeparálásakor a peteür megnyílik s előbukkan a hb. tízhetes vajszerűen málékony, felázott magzat. A hasüregben egy csepp vért sem találtunk. Feltehető, hogy az erős vérzéseket a pete részleges leválása okozhatta, a vér az uterus üre felé találván utat. A hasüregbe történő vérzést a cseplesznek a rupturált részre történő letapadása akadályozta meg.

A criminalis vetélésnek, de különösen a lázakkal, környezetbeli elváltozásokkal (adnexitis, stb.) lefolyó abortusoknak a statistikai adatok szerint igen gyakori, távolabbi következménye a másodlagos meddőség.

Évekelőtti vetélésből származtatható igen érdekes, időleges sterilitast figyeltünk meg egy esetünkben.

W. S.-né 32 éves, elmondja, hogy első férjhezmenetelét kilenc év előtt szülei erőszakolták ki. Csakhamar concipiált, ő azonban nem akart gyermeket s azért kb. háromhónapos magzatát orvossal elhajtatta. Síma gyógyulás. Utána rendes menstruatiók. Férjétől csakhamar elvált s rövidesen újra férjhez ment, most már saját akarata szerint. Bárhogy szeretett is volna most már gyermeket, nem concipiált az azóta eltelt hosszú évek alatt. Kéri, vizsgáljuk meg, mi ennek az oka, segítsünk, ha van rá mód. Vizsgálat: teljesen normalis genitalis viszonyok, szabad környezettel.

Részben explorativ, részben therapiás célból curettage-t végeztünk. Meglepetésünkre a nyálkahártya-cafatok között öt darab, majdnem négyzetcentiméter nagyságú csontlemezke ürült. A méh nyálkahártya elcsontosodására, elporcosodására gondolunk, melyet újabban többen leírtak. Alaposabban szemügyre véve a csontlemezeket, feltűnt, hogy azok nem laposak, hanem kissé domború-homorúak, nem is egyenletesen vastagok, hanem egyik szélük felé vastagodnak. Ezen vastagabb széleken mintha a lapos csontok három rétege is sejthető lenne. Az a gyanunk támad, hogy az előzetes vetélés alkalmával visszamaradt, valamikép beékelődött magzati csontokkal van dolgunk. Épp azért a csontlemezeket szövettanilag is megvizsgáltatjuk. *Görög dr.* egyetemi magántanár, prosector főorvos véleménye a következő: A kis csontlemezkék hasonló szerkezetűek, mint amit fiatal embriók koponyacsont maradványain szoktunk látni. Lupe-nagyítással kitűnően felismerhetők benne a csontjáratok és gerendák, és gyenge mikroskopos nagyítással a levegővel telt csontsejtek is. E lemezkék eredete tehát a kilenc év előtt megszüntetett terhességben keresendő. Hogy a meddőséget a feltételezett koponyacsontoknak ez a visszamaradása okozhatta, megerősítve látjuk azon tény által, hogy a méh kiürítése után pár hónap mulva az asszony ismét jelentkezett s nála kb. háromhónapos terhességet állapítottunk meg. (*Matusovszky* egy esetük kapcsán 14 esetet gyüjtött össze a világirodalomból, melyekben magzati csontoknak a méhben visszamaradása szerepelt.)

Az itt felsorolt esetek végeredményben mind szerencsésen végződtek. Éppen ez az egyik érdekességük. Amíg egy intézetben ilyen sorozat összeadódik, a rosszul végződött esetek száma ezt, sajnos, sokszorosan felülmúlja.

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

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A tüdő megszúrásának elkerülése légmellutántöltéskor. *Albert.* (Dtsch. Tb. Blatt. 1935, 3. sz.)

Abban az esetben, ha kicsi a légmell, az utántöltést erőltetett kilégzés állapotában végzi. Ilyenkor a tüdő távolabb kerül a mellkasfaltól és sokkal kisebb a veszélye annak, hogy a tüdőbe szúrunk. *Buday dr.*

Vese- és ureterkövek glycerinkezelése. *Lickint.* (M. m. W. 1935, 22. sz.)

Az evőkanalanként adott glycerinmennyiséget kevésnek tartja. Három napon át háromszor napjában 50 g tiszta glycerint ad, összesen tehát 450 g-t egy kúrában. Izjavítót nem tesz hozzá. A napi folyadékmennyiség 1500 ccm. Émelygést, hasmenést, veseizgalmat sohasem látott. A kezelés ellenjavalt vesegyulladás és túlnagy kövek esetében. 16 esetből 14-ben a kő a hólyagba került, ill. teljesen eltávozott. *Buday dr.*

Allergiás kísérletek a tüdőgyulladás keletkezésének tisztázására. *Fried.* (Arch. of Path. 18, 865.)

Házinyulakat lósavó intraperitonealis befecskendezéseivel senzibilizált. Ezután a lóvérsavót a légcsövön át a tüdőbe fecskendezte. Erre heveny, exsudativ, gyorsan terjedő tüdőgyulladás keletkezett, mely sok esetben csak az egyik tüdőre szorítkozott és úgy makro-, mint mikroskoposan az emberi kruppos tüdőgyulladáshoz hasonlított. Ugy gondolja, hogy az emberi tüdőgyulladás keletkezésében is szerep jut a tüdő ilyen allergiás, hyperergiás reactiojának. *Buday dr.*

Sebészet.

Csont és ízületi tuberculosis elektrocoagulatiója. *Pitzen.* (Die Medizinische Welt 1934. 35.)

A szerző részletezi az egyes csontokban és ízületekben előforduló tuberculosis gyógytartamát és számadatai alapján a gyógytartamot igen hosszúnak találja. Ezért mint előtte mások is, úgy ő is kisebb-nagyobb műtéti beavatkozásokkal próbálkozik. A csonttuberculosis gyógytartamának megrövidítésére körülbelül hét évvel ezelőtt a góc kitakarítása után a thermokauter platin kacsával igyekezett a gócban helyi gyógyulást elérni. A kiégetés azonban még a helyi továbbfejlődését sem akadályozta meg a tuberculosisnak, nemhogy a távoli gyógyulást elősegítette volna. Az ugyanebből az időből felhozott irodalmak anyaga mind hasonló szomorú képet mutat.

A legutolsó években azonban hat felnőtt betegénél helyi eljárást alkalmazott a gócnak electrocoagulatio útján való kitakarításával és az összes eseteknél csodálatosan szép helyi eredményről számolhat be. Egy beteg három és fél hónappal a műtét után miliaris tuberculosisban meghalt, a többiek mind gyógyulást mutattak. Részletesen leírja a műtéti és sebkezelési eljárást és megállapítja, hogy az electrocoagulatio a csonttuberculosis kezelésében lényeges előhaladást jelent. Megfigyelései majdnem mindenben megegyeznek a *Lexerével* és hasonlóan jók az *Erlacher* megfigyeléseivel. Ovatosságra int a gyermekek hasonló gümőkórja esetén történő alkalmazásakor, mert a magas frequentiájú áram az epiphysis fugákat könnyen szétrombolhatja.

Arra is felhívja a figyelmet, hogy a gócok ilymódú feltűnő jó gyógyulása csak helyi gyógyulást jelent és nem szabad ebből a beteg tuberculosisának a gyógyulására következtetni. *Puky Pál dr.*

A vesedaganatok differencial diagnosisa. *Prof. R. Demel.* (Wiener Klin. Wochenschr. 1934. 38. 1145.)

A vesedaganatok korai felismerésének azért van nagy jelentősége, mert csak a korai műtéttől remélhető tartós gyógyulás. A hematuria egyike a legértékesebb tüneteknek, mert gyakran meglehetősen korán jelentkezik, amikor a daganat még kicsiny és a többi tünetek még hiányzanak. A vesedaganatok kapcsán jelentkező vérvizelésre jellemző, hogy fájdalom nélkül jelentkezik, néhány óráig vagy napig tart és akkor hirtelen újra megszűnik. Tükrözéssel döntendő el, hogy hólyag- vagy valamelyik oldali vesevérzéssel állunk-e szemben. Az urologiai röntgendiagnostika fejlődése is nagy segítséget nyujtott a vesetumorok felismeréséhez. Retrograd pyelographiával nemcsak a vese fekvését: hanem a vesemedence és kelyhek alaki változásait, valamint telődési zavarait is megfigyelhetjük. Kis daganatoknál, amelyek a vesemedencében alaki változást nem okoznak, intravenás urographiával sikerül a veseürökkel összefüggésben nem álló vesegócokat is kimutatni. A daganat kitapintása leggyak-

rabban, sajnos, csak akkor lehetséges, ha már bizonyos nagyságot ért el. A fájdalmak rendesen kedvezőtlen prognosist jelentenek, mivel itt leggyakrabban mirigyáttételek váltják ki.

Vérvizelést még a következő betegségek idézhetnek elő: vesetuberculosis, vesekő, toxikus vérvizelés, anaemia perniciosa, leukaemia, scorbut, nephritis, hydronoephrosis, traumaticus vérvizelés és a vesemedence betegségei. Ha a vérvizelés okát a leggondosabb vizsgálattal sem lehet megállapítani, akkor a vese próbafeltárása végzendő.

Pitrolffy-Szabó Béla dr.

Szülészet.

A méhenkívüli terhesség felismerésének és a fel nem ismerés felelősségének határa. *Fink.* (Zbl. Gynäk. 1934. 44. sz.)

Az orvos kezéhez kerülő extrauterin esetek ritkán typusosak s ezért könnyen érthetők az e téren előforduló tévedések. 78 operált esettel kapcsolatban szól hozzá e kérdéshez, amely egy fel nem ismert extrauterin miatt törvényszéki esettel kapcsolatban merült fel, ahol mint szakértő szerepelt. A megzavart extrauterin felismerése esetén nagy szerepe van a kifinomult vizsgálati methodusokon kívül (*Ascheim-Zondek*) az anamnesisnek, melynek értéke a beteg intelligentiafokától függ. A felelősséget sem viselheti egyedül az orvos, mert nem egyszer vetélést célzó műveletek után kerül hozzá a beteg. Az ő 78 esete közül csak 38 került hozzá helyes diagnosissal. A hibás diagnosist három csoportra osztja. 1. Összetévesztések appendicitissel, cholecystitissel és peritonitissel. Ezek nem súlyos tévedések, mert úgyis operateur kezébe kerülnek. 2. Elégtelen vizsgálat, technika és kritika; nem fektetnek elég súlyt az anamnesisre s nem typusos esetről lévén szó, elégtelen tapintási készséggel, méhelferdüléssel, daganattal tévesztik össze az extrauterint. Ezek a tévedések sem járnak súlyos következményekkel, mert szintén operateur kezébe kerülnek. 3. Veszélyes tévedések, amelyeknél a hibás diagnosishoz helytelen therapia is járul (intrauterin grav., méhkaparás.) Felhívja a figyelmet arra, hogy a klinikákon a typusos extrauterin eseteket tanítják, holott a praxisban az atypusos esetek gyakoriak. 25 extrauterin eset közül ájulás 4, decidua távozás 2, görcsös fájdalom 22, menses kimaradás 21, rendetlen vérzés 19, negativ tapintási lelet 12 esetben fordult elő. Tehát nagy súly helyezendő az atypusos esetek tanítására, hangsúlyozván a pontos anamnesist és az Ascheim-Zondek-reactio értékét. *Türrné, Fekete Ilona dr.*

A hypophysis elülsőlebeny lactatiós hormonja. *Anselmino-Hoffmann.* (Zbl. Gynäk. 1934. 47. sz.)

Stricker és *Grüter* 1929-ben hyphophysis elülsőlebeny-hormonnal tejelválasztást idéztek elő állatokon és megállapították, hogy ez a hatásos hormon nem azonosa gonadrotophormonnal és hatását az ovarium, illetőleg corpus luteum által előkészített tejmirigyekre fejti ki. Az idevonatkozó vizsgálatoknak ma is ez az alapja, amit újabb vizsgálatok is alátámasztanak. Megállapítást nyert, hogy infantilis vagy castrált állatok nem reagálnak a lactatiós hormonra. Galambok begyében van tejelválasztó szerv, melyen *Riddle* bizonyította be a lactatiós hormon hatását. Szerzők egyéves galambok izomzatába naponta egyszer fecskendezték be a jelzett hormont. A begy kipraeparálásakor azt találták, hogy a controll galambok begyének fala papírvékony maradt, míg a kezelt állatokban a beadott hormonmennyiségnek megfelelően kifejlett tejelválasztó-mirigyeket találtak, melyek tejjel voltak fedve. Későbbi vizsgálatok során hosszas kísérletek eredményeképpen sikerült a lactatiós hormont poralakban előállítani és megállapították, hogy az új hormon nem azonos egyik ismert hypophisis elülsőlebeny-hormonnal sem. A hypophysis hátulsólebenynek az irodalomban ismertetett tejelválasztást fokozó hatása tévedésen alapul, amennyiben a hypophysis hátulsólebeny-hormonnak ilyen hatása nincs, csak a sima izmokra irányuló hatás folytán préselődik ki tej a mirigycsatornácskákból, ami a tévedést okozza. Vizsgálataink során sikerült nem terhes állatoknál is bő tejelválasztást előidézni a jelzett hormonnal. Az így nyert váladék teljesen megfelelt a rendes tejnek, a mikroskop alatt feldolgozott mirigy is mutatta a tejelválasztás stadiumát. A sikeres állatkísérletek után reméli, hogy sikerülni fog mesterségesen létrehozni szoptató dajkákat. *Horváth Zoltán dr.*

Szemészet.

Fiatalok visszatérő üvegtesti vérzése. *Kokott.* (Klin. Mon. f. Augenheilk. 1935 március.)

Eddigi felfogás szerint (*Axenfeld, Stock*) e kórkép a retinalis venák gümős periphlebitisén alapszik. *Marchesani* a legutóbbi heidelbergi ülésen a thrombangitis obliteransnak (*Buerger*) tulajdonít szerepet, amennyiben e betegség szembeli localisatiója okozná a vérzéseket. Szerző a kölni klinikán öt juvenilis, recidiváló üvegtesti vérzésben (négy esetben periphlebitis) a Buerger-kórra vonatkozólag semmi jelet nem talált; ellenben egy esetben gyanus, két esetben biztos tuberculosist. Két beteg chronikus uveitisben szenvedett. Eszerint e kórkép (»angiopathia ret. juv.«) két alakját kell megkülönböztetni: periphlebitis ret. tuberculusán (ez a túlnyomó) és egyéb nem tbc.-és érelváltozásokon alapuló kórképet (*Buerger, Raynaud*). (Hasonló véleményt nyilvánítottak a heidelbergi előadás hozzászólói is. Ref.). *Grósz István dr.*

Gyermekgyógyászat.

Megrövidített sugárkezelés rachitis esetében az erythema ellen védő »Delial« kenőccsel. *Hans Krafft.* (Mschr. f. Kinderheilk. 61. k. 2. f.)

A különböző antiphlogistikus hatóanyagokból összeállított »Delial« kenőcs absorbeálja a quarzsugár erythemát okozó részét, míg a hatékony részt átbocsátja, sőt hatásuk ilyenkor mélyebbre ható. Ezen tulajdonsága miatt a bőrre történő kenése által nagyobb dosisú quarzbesugárzás után sem keletkezik erythema. A kezelési idő így jóval megrövidül. Szerző tíz klinikailag és röntgenológiailag florid rachitises csecsemőn próbálta ki. Heti háromszori besugárzást alkalmazott 8—12—15—20 perces dosisokban. Átlag 8—9 besugárzás után tökéletesen gyógyultak. Tapasztalatai alapján kétségbevonja az erythema eddigi értékelését a rachitis gyógykezelésében.

Flesch István dr.

Az antirachitikumok befolyása az elektrocardiogrammra. *Wolfgang Uhse.* (Jahrb. f. Kinderheilk. 144 (94), 2, 1935.)

A szerző 82 gyermeken vizsgálta az antirachitikumoknak az Ekg-ra ható hatását. Az antirachitikumok: vigantolos tej, vigantol, vigantolos csukamájolaj, tiszta csukamájolaj és quarzbesugárzás voltak, a szokott therapiás adagolásban. Az első négy szer változásokat idézett elő az Ekg-n, az ötödik e szempontból hatástalan volt. A változások a végrezgést: az S-el kezdődő és T után végződő részt illetik. D-vitamin hatására az S—T szakasz elhúzódott. A normalisan hegyes S megvastagszik és legömbölyödik. Az S—T szakasz töréseket mutathat. Elég sokszor kiszélesedik, csomós lesz a T. A vizsgált gyermekek kb. 80%-a mutatott ilyen elváltozásokat. A szerző az Ekg változásait feltétlenül az adott vitaminnak tudja be és evvel bizonyítja, hogy az már therapeutikusan még nem ható kis adagjával is hat a szervezetre. A vigantol által okozott ilyen laesio, mely pedig igen hasonlít a scarlat-myocarditiséhez, klinikailag észlelhető pathologiás jelenségeket nem okozott. Evvel szemben az Ekg változása a vitaminadás után kb. 6—9 hónappal is ugyanúgy észlelhető volt, nem mint a csak transitorikusan jelentkező, pertussis vagy gyakori bronchitisek által okozott elváltozások. Az első jelek a vigantol adása utáni 3—4-ik héten jelentkeznek, annál hamarabb és intensivebben, minél fiatalabb a gyermek. Idősebbek és felnőttek Ekg-ja alig reagál a vigantolra, viszont egészségesek kevésbbé bírják, mint rachitisisesek. *Wollek Béla dr.*

A gyermekkori tetania. *O. Bossert.* (Kinderärztl. Praxis. 6. évf. 2. f.)

Rövid összefoglalás kapcsán felveti a túlingerlékenységi tünetek s az agy és vese organikus elváltozásai közti összefüggést a három általa észlelt és az irodalmi esetek alapján. Ilyenkor normalis calciumtükör mellett a serum phosphortartalma duplájára emelkedik. Megemlíti a parathyreoidea és a thymus szerepét a pathogenesisben utalva *Nitzschke* legújabb vizsgálataira, kinek sikerült a thymusban és más lymphocitár szervekben oly anyagot találni, mely a vér Ca és P tükrét alászállítja. Ez egyébként túlingerlékeny gyermekek vizeletében is megtalálható. Szerep jut az aetiologiában még a fenti szervek disfunctióján kívül a rachitisnek, a pyuriáknak, paratyphusinfectióknak s az oedemáknak. A latens tetaniát már enyhe infectiók s tehéntejjel történő túltáplálás manifestálhatják. Therapiában fontos a szervezet calciummal elárasztása, a tehéntejmentes diaeta s a rachitis kezelése. *Flesch István dr.*

Urologia.

A prostatektomiát követő vizelet-incontinentia gyógyításáról. *B. S. Abeshouse.* (Journ. of Urol. 1935. 33. 28.)

Két esetben jó eredményt ért el a m. gracilis transplantatiója által. A műtéti technika a következő: kőmetsző helyzetben median incisio a gáton, majd a m. bulbo-cavernosus átmetszése után a corpus cavernosum urethraet felszabadítja a diaphragmáig. Bőrmetszés a combon az os pubis-tól a combcsont alsó harmadáig. Kipraeparálja a m. gracilist és az ínas

rész határán átmetszi. Tompa eszközzel a comb-bőrmetszés és a gáti incisio közötti területet átfúrja és ezen az alaguton keresztül áthúzza a m. gracilist a gáttájra. A m. gracilist a corpus cavernosum urethrae köré fekteti és azután néhány csomós öltéssel odaerősíti. A bőrt p. p. egyesíti. A hugycsőbe állandó kathetert fixál. Jobbnak tartja azonban néhány nappal a műtét előtt a vizelet elvezetése szempontjából a suprapubikus cystotomia elvégzését. *Bodon György dr.*

Transperitonealis nephrektomia a vese rosszindulatú daganatai esetén. *L. R. Wharton.* (Surg. Gyn. & Obst. 1935. 60. 3. sz. 689)

A hypernephromák és az embryonalis vegyes daganatok, melyek leginkább szerepelnek a vese rosszindulatú daganatai között, igen érzékenyek a röntgensugár iránt. Ezért vesetumor eseteiket műtét előtt minden esetben besugárzásnak vetik alá. A daganatok a besugárzás hatására lényegesen megkisebbednek, másrészről az alatt a 3—4 hét alatt, ameddig a besugárzás tart, a beteg általános erőbeli állapotát is fokozni tudják. A vesetumorok általában igen sejtdús és erősen vascularizált daganatok, melyeket rendesen csak egy vékony tok vesz körül. A tumor kiirtása szempontjából tehát az lenne az idealis műtéti eljárás, mely lehetőleg a tumor felszabadítása előtt látná el a vese ereit, hogy megakadályozza az isolálással járó manipulatiók által, tumorrészleteknek az erekbe való massirozását; és így csökkentené a későbbi metastasisképződés esélyeit. A lumbalis nephrektomia nem felel meg ezeknek az igényeknek, mert a vesehilus ellátása a vese felszabadítása után következik. Sokkal jobban megfelel a célnak a transperitonealis nephrektomia, mely kényelmes és bő feltárást biztosit és a veséhez haladó erek is könnyen controllálhatók. A transperitonealis nephrektomia technikája a következő: Hosszú incisio a m. rectuson keresztül. A metszést szükség esetén oldalra is ki lehet terjeszteni. A peritoneum megnyitása után a beleket az ellenkező oldalra toljuk át. A hátsó fali peritoneumot legalább 2·5 cm-re lateralisan a felszálló, illetőleg lehágó remesétől vágjuk be, hogy a zárásnál elegendő hashártya álljon rendelkezésre. A peritoneum mobilizálása után óvatosan letoljuk a fali peritoneummal együtt a vastagbelet és jobboldali műtét esetén a duodenumot. Ha a tumor esetleg összekapaszkodott a peritoneummal, úgy azt a peritoneumrészletet a vesén hagyjuk és azzal együtt eltávolítjuk. A peritoneum letolása után a vese kényelmesen láthatóvá válik és a hilusképletek könnyen kitapinthatók az őket körülvevő laza zsírszövetben. Igen fontos, hogy a hilus ellátása előtt a peritoneumot a hilusról letoljuk, mert így biztosan elkerülhető a duodenum megsértése. A veseerek lekötése után könnyen isolálható a vese. Az előre besugárzott tumorok rendesen compactabbak, tokjuk vastagabb és a daganat vascularisatiója is kisebb. Rendesen eltávolítják a vese körüli zsírszövetet, valamint a f. perirenalist is. A hátsó peritoneumot tovafutó catgutvarrattal zárják. Drainage-ra rendszerint nincsen szükség. *Bodon György dr.*

Bőrgyógyászat.

Intracutan reactio kankó esetén és annak diagnostikai jelentősége. *Heidenreich.* (Dermatologische Wochenschrift. 1934. 47. sz.)

A cutanreactio jelentősége kankó esetén, különösen diagnostikai és prognostikai szempontból, eddigelé még nem teljesen tisztázott. Szerzők egyrésze autovaccinát, másik része kereskedésbeli vaccinát használt. A kiviteli mód általánosságban véve kétféleképpen történhetik, mégpedig vagy úgy, hogy a vaccinát a scarificált bőrre bedörzsöljük, vagy pedig úgy, hogy a vaccinát intracutan befecskendezzük. Szerző 68 betegen végzett cutireactiókat, mégpedig részben gonarginnal, részben compligonnal. Vizsgálataiból azt az eredményt szűrte le, hogy a gonargin intradermalis reactiója kankó esetén nagyfokban fajlagos. A compligon után előállott reactió esetében nem tudjuk mindig biztosan eldönteni, hogy vajjon specificus reactióról van-e szó, mert a benne lévő fehérjeanyagok is idézhetnek elő nem specificus reactiókat. A heveny kankóban szenvedők és positiv gonococcus-leletet mutató betegek gonarginnal mindig positiv bőrreactiót adtak. Az idült kankó esetén a bőrreactiók mindaddig positivak, amíg nyálkahártya-recidivák vannak jelen, különben idült kankó esetén a bőrreactiók általában véve negativak szoktak lenni. A bőrreactiók és complementkötési reactiók között bizonyos antagonismus áll fenn. Mindent tekintetbe véve szerzőnek az a véleménye, hogy az intradermalis reactióknak, ha nincs is praktikus értelemben véve különösebb jelentősége a kankó diagnosisának felállításában, azonban a cutireactiók gyors visszafejlődéséből jelentős prognostikai következtetést vonhatunk le, főképpen a recidiva keletkezését illetőleg. *Vanik Vince dr.*

Himlőellenes oltások következtében keletkező bőrtrichophytia. *E. Gregorio.* (Annales de dermatologie et de syphiligraphie. 9. sz. 1934.)

Szerző 23 esetben figyelt meg himlőellenes oltások után keletkező bőrtrichophytiát. Az elváltozás a vaccinatio scarificatiós helyén jelentkezett. Az eredeti elváltozás körül több kisebb elváltozás is keletkezett. Az elváltozás kifejlődése általában elég hosszú, amennyiben annak jelentkezése előtt két hónappal történt az oltás. Minden esetben sikerült a kórokozót, trichophyton faviforme discoides törzset kitenyészteni. A gomba eredete állati s főleg szarvasmarhákon gyakori. A himlőoltásra használt vaccinát előzőleg csirtalanítani kell, anélkül azonban, hogy annak immunizáló hatása csökkenne. A fertőtlenítésre különféle anyagokat használnak, melyek közül legjobban bevált brillant-zöld (tétraéthyl-diamino-triphényl-carbinol), mely a különféle kórokozókat már 1 : 10.000 higításban elpusztítja.

Az a körülmény, hogy a trichophytia járványszerűen a vaccinatio után és annak helyén keletkezett, továbbá, hogy az okozó gombafaj állati eredetű, arra mutat, hogy a kórokozó átvitele a használt vaccinával történt, dacára, hogy abban a gombát a leggondosabb vizsgálattal sem sikerült kimutatni. *Árokháty Vilmos dr.*

Histologiai lelet argyria cutis esetében. *Dr. J. Zoon.* (Dermatologische Zeitschrift. 70.kötet, 3. füzet. 1934.)

Az argyria cutis diffusa az utóbbi évtizedekben a ritka megbetegedések közé tartozik, ellentétben a mult század gyakori előfordulásaival szemben. A per os adagolt ezüstkészítményeken kívül a gyomorbél tractus felől történő resorptio elsősorban olyan esetekben jön létre, amidőn a száj és garat nyálkahártyáját hosszú időn keresztül ecseteljük lapissal, másodsorban pedig olyan esetekben látunk diffus argyriát létrejönni, amidőn munkások ezüstvegyületekkel dolgoznak hosszú időn keresztül. Létrejöhet továbbá argyria cutis sebfelületeknek lapissal való ecsetelése, ezüstvegyületeknek i. v. injectiója következtében is. Hogy az ezüstnek a szervezetben mi lesz a további sorsa, arról keveset tudunk. Legtöbb szerző megegyezik abban, hogy az ezüstkicsapódások kizárólag a cutisban és sohasem az epidermisben, vagy az epidermalis adnexekben rakódnak le. Elsősorban az elasztikus szövetekben található az ezüst, már sokkal kisebb mértékben fordul elő a collagen rostokban. Azonkívül relativ erős lerakódást találunk az izzadság és faggyúmirigyek kötőszöveti hártyáiban, továbbá a folliculusokat körülvevő hártyában. Szerző egy typikus diffus argyriában szenvedő és localis argyriában szenvedő beteg szövettani metszeteit vizsgálta és hasonlította össze s mindkét esetben azt látta, hogy az ezüstlerakódások csak a cutisban fordultak elő, míg az epidermisben és az epidermalis adnexumokban nem talált ezüstlerakódást. *Vanik Vince dr.*

Orr-, torok- és gégegyógyászat.

Clauden, egy értékes vérzéscsillapítószer a rhinolaryngologiában. *Hnidei.* (Mschr. f. Ohrenheilk. Lar. Rhin. 1935. III. füzet.)

A clauden friss állati tüdőszövetből előállított, barna, amorph por. Tablettában vagy injectióban (intramuscularis, intravenás) alkalmazzák. Előnye nemcsak az, hogy a vér alvadási képességét emeli és az alvadási időt megrövidíti, hanem az, hogy thrombosistól és emboliától sem kell tartani, mert hatását csak a sérült érfal közvetlen közelében fejti ki.

Szerző 20 esetben adott tonsillectomia előtt 10 cm^3 clauden-t intramuscularisan és vérzés sem műtét előtt, sem utána nem jelentkezett. Egy esetben conchotomia utáni erős vérzéskor, egyszer pedig csillapíthatatlannak látszó arteriosclerotikus eredetű orrvérzéskor alkalmazta a clauden-t és a vérzés mindkét esetben csakhamar megszűnt. *Ajkay Zoltán dr.*

Sinusitis allergia kezelése dermaprotinnal. *Glasscheib.* (Mschr. f. Ohrenheilk. Lar. Rhin. 1935. III. füzet.)

A dermaprotin tejszerűen zavaros, világossárga, aromásszagú emulsio, mely aetherikus olajokból, cascinből és bakterium-productumból áll. Alkalmazása bedörzsölés útján történik, hetenként kétszer, három csepptől kezdve és cseppenként emelkedve tíz cseppig. Szerző 20 esetben alkalmazta e desensibilisáló kezelést sinusitis allergica esetén, mely a rhinitis vasomotoria allergica következménye szokott lenni. Az esetek közül 18 gyógyult, kettő refractaer maradt. Az utóbbi két eset magyarázatára szerző felveszi, hogy a rhinitis vasomotoria allergicának van egy dysproteinikus formája. A dysproteinismus fehérje-anyagcserezavar, melyben a vérben keringő fehérjetermékek ellen antitestek képeztetnek és így allergiás állapot jön létre. A fehérje-anyagcserezavar oka a hypophysis mellső lebenyének a hypofunctiója. *Ajkay Zoltán dr.*

KÖNYVISMERTETÉS

Ausbildung in der Hygiene. *Darányi Gyula.* Igen időszerű tanulmány, mert hazánkban is most foglalkozik a közoktatásügyi kormányzat az orvosi oktatás új rendjének kérdésével. Komoly érdeklődésre tarthat számot azonban ez a munka a nemzetközi irodalomban is, mert szerző kimerítően és ellenőrzött adatok alapján ismerteti a közegészségtani kiképzés ügyét az összes nagy nyugati nemzeteknél, az északi és keleteurópai népeknél, az Egyesült Államokban és az angol gyarmatokon. Szerző saját tapasztalatain kívül külföldi és belföldi szakmunkákra támaszkodik. Sok adatot külföldi tanulmányútjai alatt gyüjtött össze személyesen. Azonkívül számos kimerítő levélbeli közlemény is állott rendelkezésére. A Németországra, Franciaországra, Angliára és Amerikára vonatkozó fejezeteket ezeknek az országoknak egy-egy hygienikusával nézette át. Az egyes államoknál külön tárgyalja 1. az egyetemi kiképzést, 2. a vizsgák, tankönyvek kérdését, 3. tudományos tevékenység, továbbképzés, egészségügyi propaganda, vizsgáló állomások, stb. ügyét.

Nagy szolgálatot tesz orvosculturánknak azáltal, hogy a hazai viszonyokat e téren részletesen ismerteti. Ugy az egyetemi kiképzést, mint az Országos Közegészségügyi Intézet munkásságát (tisztiorvosok, községi orvosok, védőnők kiképzése, vizsgálóállomás, stb.). Az idevonatkozó adatok nem igen lehettek eddig ismeretesek a külföld előtt, mert sem *Flexner*, sem *Prausnitz* művei, sem a *Rockefeller*-kiadványok (Methods and Problems of Medical Education) nem terjedtek ki a magyar orvosi nevelésnek erre a részére.

Végső következtetésképpen az egyes államok bevált módszerei alapján egy eszményi tanítási tervet javasol. Kívánatosnak tartja az elméleti és klinikai oktatás együtthaladását, a preventív szellem átvitelét a klinikai oktatás terére is. A hygiene az orvosi tanulmányok végén tanítandó. Az orvosi ethika is leghelyesebben ezzel a tárggyal volna összekapcsolandó. Hygieniai gyakorlatok és seminariumok tartását is kívánatosnak tartja. A vizsgálat írásbeli, szóbeli és gyakorlati részből álljon. A doktori értekezések bevezetését is igen hasznosnak tartaná. Megindokolja egy *állami orvosdoktoratus* (Dr. med. et polit.) bevezetésének helyességét. Végül foglalkozik az iskolaorvosi, védőnői és propagandakérdéssel.

A kimerítő tanulmány hasznos tájékoztatást nyujt a kérdés iránt érdeklődőknek, elsősorban a közoktatásügyi kormányzatunknak. Megfontolt következtetései különösen figyelmet érdemelnek ma, amikor mind gyakrabban észleljük, hogy ilyen és hasonló nevelési problémákhoz egyesek a kevésbbé hivatottak közül könnyen előragadott jelszavakkal nyúlnak hozzá.

Az ízlésesen kiállított mű a Franklin Társulat nyomdájából került ki. Kapható a Budapesti Közegészségtani Intézetben, Budapest, VIII., Esterházy-u. 9. Ára P 1.50.

Jeney Endre dr.

Unsere Nahrungs- und Genussmittel, ihre Zusammensetzung, ihre Verfälschung und die lebensmittelrechtlichen Bestimmungen. *Ewald Gerfeldt dr.* (G. Thieme Verl. Leipzig, 1935. 118. old. Ára 4 Rm.)

Valamikor az önellátás, az autarkia idején a gazdasági világ a magánháztartások egységeire oszlott, amelyeknek tagja gondoskodók, termelők és fogyasztók voltak egy személyben. A városi központok kialakulásával az élelmianyagok termelője a földterületen maradt, míg az élelmező-gondoskodói érdekkör a városi háztartásokba költözött a reákapcsolt fogyasztókkal. Az élelmezőket és a mezőgazdasági termelőket tehát ezzel távolság választja el, amelyet egyrészt az élelmiszerpiac, másrészt az élelmiszeripar van hivatva áthidalni. A nem értékálló élelmianyagok, amíg a fogyasztók tárnyérjára jutnak, úgy időben, mint térben bizonyos manipulatióknak vannak alávetve, amelyek nem éppen mindig az élelmiszereket vásárlók érdekeit szolgálják. A község, a hatóság az ellátandókat élelmiszertörvényekkel és rendelkezésekkel védik a félrevezetés lehetősége ellen, sőt a nagyobb szakképzettséget követelő vizsgálatokhoz laboratoriumi szervezetet tartanak fenn a büntető ténykedések céljaira. Az élelmiszertörvények a tudomány haladásával lépést tartva, folytonosan változnak és oly bonyolultan ágaznak szét, hogy az már szinte a használhatóságuk rovására megy. Határozott nyereségnek kell tartanunk az előttünk fekvő könyvecske megjelenését, mert világos, könnyen érthető és tartalmas formában foglalja össze a német élelmiszer-jogi határozmányokat, az élelmiszerhamisítási ismereteket és az élelmiszeripari tudnivalókat. Aki ezt a munkát a magyar viszonyokra alkalmazná, nagy szolgálatot tenne gazdasági, élelmiszertani és élelmezéstani szakembereinknek éppen úgy, mint az élelmiszerekkel való bánásra utalt intelligens nagyközönségnek.

Soós Aladár dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Otologiai Szakosztályának március 29-i ülése.

Bemutatás:

Pogány Ö.: *Chronikus otitis (cholesteatoma) spontan gyógyulása conservativ radicalis műtétet utánzó alakban.* A két esetet azért mutatja be, mert ritkák, érdekesek és tanulságosak. Ezek az esetek azt is bizonyítják, hogy a conservativ radicalis műtét jelenlegi technikája is helyes, mert a spontan gyógyulás útja a szervezet legtermészetesebb gyógyfolyamata. A kórlefolyás útja nyilván a következő: meggyógyul a középfül, elzáródik a már nyilván megbetegedett cellulláktól. Ezekben tovább folytatódik a csontelpusztulás, míg egy valamely szerencsés véletlen positiv lobgáttal megakadályozza a bántalom továbbterjedését, sőt a külső hámja behámosítja a sebüreget és beáll az az állapot, mit conservativ radicalis műtét után látunk. Természetesen az itt képződő cholesteatomát ebből a gyógyult üregből már a fülorvosnak kell eltávotani és a beteget tovább is észlelés alatt kell tartani, úgy mint azt radicalis műtét után általában tenni szoktuk. Hogy miért hámosodik be a cholesteatomás üreg, arra egyelőre csak azt az érdekességet említi meg, hogy amerikai szerzők a nehezen hámosodó radik-üregek behámosítására a cholesteatomás hártyát használja fel *(Todd.)* Szerinte histologice semmi különbség sincs az epidermis és ezen cholesteatomás hártya között. Ugyancsak egy másik amerikai *(Lyons)* az amnionhártyával ért el gyors hámosodást.

sz. Liebermann T.: Két hasonló esetről emlékszik meg. Az egyikben cholesteatoma kivétele után talált kész műtéti üreget, a másikat *Rejtő*-nél látta, itt kész labyrinthektomia volt található.

Előadás:

Kerekes Gy.: *Az elektroakustikai eredmények a fülorvos szempontjából.* Előadó a hallási tér tulajdonságait részletezi. Meghatározza az infra- és ultrahangok, valamint a hallásküszöb és felső hanghatár fogalmát. Tárgyalja a physikai, valamint a logarithmikus hallásegységekbeni mérést. Vázolja úgy az elektroncsöves audionméterekkel, mint a sokkal kevésbbé tökéletes, de hangvillákkal is keresztülvihető audiometriát.

sz. Liebermann T.: A hibaforrásokra mutat rá: a Körner-féle megállapítások a vizsgálat helyének fontosságára, a subjectiv reactioidő különbségére, az egyéni fáradékonysági coefficikus különösen küszöbértékeknél, végül az időmérés tökéletlenségére. Szóval talán problematikus az annyira leegyszerűsített methodika értéke a gyakorlatban, mely a mellékkörülményeket nem veheti kellően tekintetbe.

Krepuska I.: Az otaudion-készülékek elterjedésének nemcsak a drágasága, hanem csekély gyakorlati használhatósága is gátat szab. Jelenleg a suttogó beszéddel való vizsgálat sok hibája mellett is a gyakorlatban jobban beválik, különösen simulatio és dissimulatio leleplezésében.

Zimányi V.: A radio-gyártás fejlődése által megindított elektromos hangmérések a hallásmérés problemáját is nagy lépéssel vitték ugyan előre, azonban úgy látszik, hogy a tudományos mérések és a gyakorlatban alkalmazott eljárások eredményei közt meglehetős különbségek mutatkoznak. Természetes is, mert hiszen a laboratoriumban kidolgozott eljárásoknak a gyakorlatban alkalmazáskor különleges körülményekkel (az egyén intelligentiája, fáradékonysága stb.) is számolnunk kell. Kívánatos volna tehát a tudományos vizsgálatoknak a gyakorlati élettel való intensivebb összeegyeztetése siker elérése céljából.

Deseő D.: Felhívja a figyelmet *Csinády dr.* által szerkesztett készülékre.

Pogány Ö.: A vizsgálatok célja az objectiv mérés. Az lesz a tökéletes készülék, melyben nem szerepel semmiféle zavaró külbehatás, hanem absolute objective méri a hanghatárokat. A kérdést ébren kell tartani és ezért kéri mult ülésen beadott ezirányú indítványának az elfogadását.

Dénes L.: Külföldön már elterjedtek azok az ú. n. »hangfrequentia«-lemezek, amelyek pick-uppel gramofónhoz kapcsolva, a hangerejük is szükséghez képest változtatható. A bécsi *Hajek-Pollák-Rudin* mérnökkel együtt egy hordozható kofferbe épített könnyű generatort szerkesztett (50—5000 Hertzig), melynek ára meg sem közelíti az audiometerét és alkalmas arra, hogy a gyakorlatba átmenjen.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Elme- és Ideggyógyászati Szakosztályának március 22-i ülése.

Bemutatások:

Richter H.: *Kérgi eredetű isolalt kézbénulás esete.* Hatvannégyéves nőbetegen szédüléses rosszullét után néhány óra alatt a jobb kézen mozgási és érzési bénulás támad, melynek proxi-

malis határa a csuklóizület. A váll- és könyökizület mozgásai. szabadok. Agyidegek épek. J. o. triceps-reflex kissé élénkebb. A mozgási bénulás az ujjakban és a csuklóizületben teljes, az érzésbénulás az összes qualitásokra egyformán kiterjed. Mint kérgi izgalmi jelenség néhány napon át a jobb m. adductor pollicis állandó clonusa észlelhető, mely azután elmúlik. Az általános testi vizsgálat magasabb vérnyomáson kívül negativ. A bal láb hüvelykujja igen fájdalmas, acrocyanotikus, a láberek lüktetése itt — ellentétben a másik oldallal — nem tapintható. Érelváltozás röntgenképen nem látszik. Érgörcsoldó szerek alkalmazása mellett úgy az agyi kiesési tünetek, mint a lábon mutatkozó elváltozások hat hét alatt lényegesen megjavulnak, a kézen az érzés visszatér, csak a hüvelykujj hosszú és rövid hajlító izma marad béna. Az agyi bántalom vascularis természete nyilvánvaló, a gyors visszafejlődés inkább érgörcsös bántalom mellett szól. A mozgató és érző agykéreg somatotopikus tagolódása egyes izületek, sőt apró izomcsoportok szerint az agyphysiologia megdönthetetlen törvénye, melyet emberen és majmon végzett kérgi izgatási kísérletek éppúgy igazolnak, mint a bemutatott és számos klinikai észlelés. Nehéz a vascularis laesio helyét magyarázni olyan esetekben, hol — mint a jelen esetben — érző és mozgató kiesés együtt és teljesen azonos kiterjedésben áll fenn. Ugylátszik, hogy az érző és mozgató centrumok közti benső kapcsolatot azon U-alakú rostok tartják fenn, melyek a mellső és hátsó tekervény azonos topikai centrumait kötik egymással össze. Ezeknek a rostoknak a sérülése magyarázhatná meg legjobban az egyidejű és egyforma kiterjedésű érző és mozgató kiesést a bemutatott esetben.

Kaufmann I.: 1. Történt-e villanyos vizsgálat annál is inkább, mert a hirtelen keletkező igen nagyfokú motoros és érző kézbénulás javulása előbb a radialis, majd az ulnaris és legvégül a n. medianus érző és mozgató területén következett be. 2. Összefügg-e az előadó szerint a túloldali hallux nagy fájdalommal meginduló acroparaesthesiája a kézbénulással vagy véletlen coincidentiának tartja-e azt?

Sarbó A.: A kórfolyamat lényegét illetőleg nyomra vezet a beteg bal öregujján lefolyó thromboendangiitis obliterans; ugyanily folyamat tételezendő fel a kéz kérgi központjában. Tekintettel arra, hogy a folyamat kifejlődéséhez 12 nap kellett, érgörcsös megbetegedés kizárható.

Sántha K. Kérdi, hogy az arcon és a nyelven nem voltak-e paraesthesiák és hogy a facialis — tekintettel a kézujj és a facialis centrumok közeli szomszédságára — nem volt-e alterálva.

Richter H.: A karidegek villamos ingerelhetősége teljesen normalis volt. Az érzészavar visszafejlődésének typusa teljesen megfelelt a corticalis érzészavarnak. Az érelváltozás természetéről biztosat mondani nem lehet; valószínű, hogy egy elváltozott falú érben támadt az érgörcs. Az arcon és a nyelven még a teljes bénulás idején sem lehetett semmiféle mozgási vagy érzési zavart kimutatni.

Szatmári S.: *A felső fali lebeny műtéttel eltávolított tuberculuma.* Harmincéves nőbetegnek másfél éve vannak panaszai. Ezen idő óta a jobb lábában időnként rohamokban kifejezésre jutó zsibbadások jelentkeznek. Ugyanezen idő óta a jobb lába gyengül. Közben másállapotba került. Terhessége elején, egy év előtt a jobb lábában clonikus görcsös rohamok jelentkeztek, melyek néhány percig tartottak. Két hónap óta a jobb keze is ügyetlenebb. Terhességének utolsó hónapjában, 1934 decemberben hirtelen jobboldali typusos Jackson-roham támadt, mely néhány percig tartott. Utána ép öntudat mellett látási hallucinatiók keletkeztek. Ezen állapot miatt sectio caesareat végeztek. Jelenleg: jelzett jobboldali centralis facialisparesis. J. o. haemiparesis, melynél a láb a legkifejezettebben bénult. J. o. ínreflexek fokozottak, míg a tonus csökkent. Rombergnél balra dől. J. o. a mély érzések súlyosan zavartak. Positiv Stellreflexek. Beszéd, írás, olvasás, számolás kifogástalan. Látótér ép. Kétoldalt 3. D. pangásos papilla. Serologia minden tekintetben negativ. A j. o. hypotonias paresis, j. o. a mélyérzés súlyos zavara a felületes érzés megtartottsága mellett, a positiv Stellreflexek a baloldali lob. parietalis sup.-ban felszínesen ülő daganatra mutattak. A műtétkor, melyet az I. sebészeti klinikán végeztek, a megadott helyről kb. kisdiónyi, szürkéssárga daganatot távolítottak el, mely szövettanilag typusos tuberculumnak bizonyult. A beteg a műtét óta javul.

Flesch A. beszámol egy több mint 20 év előtt észlelt esetéről, melyben egy nyolcéves leánykán a tünetek alapján tuberculumot vett fel a gyrus centr. ant.-ban. A műtét *(Winternitz)* alkalmával két nagy solitair tuberculumot találtak. A beteg ma is teljesen egészséges. Ezen eset is mutatja, hogy a műtéti kilátások még ilyenkor sem egész rosszak.

Horányi B.: *Multiplex agytuberculum esete.* A 39 éves nőbeteg kb. három hónapja beteg. Betegsége fejfájással és szédüléssel kezdődött, később ezekhez a tünetekhez cephalikus typusú hányás csatlakozott. Felvétel előtt néhány nappal járása ingadozóvá vált és jobbra dőlt; lázas nem volt. *Felvételi állapot:* Jobb koponyatető kopogtatásra igen érzékeny. Mindkét oldalt enyhe abducens-paresis. Pupillák szabályos alakúak, úgy fényre, mint alkalmazkodásra és összetérítésre jól reagálnak. Nystagmus nincs. Baloldalt peripheriás typusú facialis paresis. Hypoglossus rendben. Garatreflex m. o. kiváltható, cornealis reflex baloldalt gyengébb, mint jobboldalt. Tüdők felett sem hallgatódzási, sem kopogtatási eltérés nincs. Szívtompulat balra kissé nagyobb, tiszta, kissé tompa szívhangok. Hasban kóros resistentia nincs, léptompulat nem nagyobb. Vizeletben fehérje, cukor, geny nincs, urobilinogen-reactio negativ. Wassermann-reactio vérben és liquorban negativ. Liquorban sejtszám 276/3, összfehérje: 0·70 mg%, Nonne-Apelt erősen positiv, Ross-Jones erősen positiv, Pándy erősen positiv, Weichbrodt positiv. Kolloidalis benzoe-görbe: 1—2 csövekben nincs kiesés, 3—5 csövekben teljes kiesés, 6—8 csövekben nincs kiesés, 9—12 csövekben teljes kiesés. A beteg a fejét állandóan előre és jobbra hajtva tartja, ebben a helyzetben a nyaki izmok tonusos görcse által rögzítve van, minden kimozdítási kísérletkor a beteg a nyakizmokban heves fájdalmakat jelez. A beteg egész nap ülő helyzetben van, mert mihelyt vízszintes helyzetbe kerül, cephalikus typusú hányás keletkezik. Felállítva a beteget, jobbra dől; járás közben jobbra lateralizál. A jobb alsó és jobb felső végtagok tonusa a normalishoz képest csökkent. A jobb vestibularis ingerelhetősége csökkent a balhoz viszonyítva. Divergentia-jelenség balra positiv. Baloldalt pronaties tünet. Szemfenék oedemás, de mérhető elődomborodás nincs. Az összes idegpontok nyomásra igen érzékenyek. Az egész klinikai tartózkodás alatt (nyolc nap) remittáló typusú láz. Fehérvérsejtek száma 7600, qualitativ vérképben kisfokú balratolódás. A klinikai ápolás hetedik napján baloldalt csaknem complett oculomotorius-bénulás jön létre, a baloldali peripheriás typusú facialis paresis kifejezettebbé vált. Exitus szívgyengeség tünetei között. Elsősorban cerebellaris daganatra kellett gondolni, de a pangásos papilla hiánya, a láz és a liquorlelet tumor ellen szólt. Gondoltak encephalitis disseminate subacutára, illetve acutabb sclerosis multiplexre is. Általános sectio nem történt. Az agyvelőben, elsősorban a kisagyvelőben számos különböző nagyságú, gombostűfej-fillérnyi nagyságig, központjukban elsajtosodó, szövettanilag typusos szerkezetű tuberculum volt található. Az agyalapi burkok jelentékeny fokú gyulladásos beszűrődéseket mutattak, főképpen lymphocytákból és makrophagokból; a lágyburkokban tuberculumok vagy necrosisok találhatók nem voltak. Az agy tuberculumainak kiindulási helye, mivel általános sectio külső okokból nem történhetett, nem volt meghatározható.

Kiss P.: Nyolcéves leány esetét említi, akin az anamnesis és a bőrtuberculosis alapján agytuberculumot vettek fel és a localisatiót a pons jobb felére tették. Azonban azon körülmény alapján, hogy a ventriculogrammon az elülső szarvak aluljobbra voltak áttolva, továbbá, hogy a jobb oldalkamra punctiókor a tűvel az agyállománytól eltérő ellenállású képletet tapintottak, azt vették fel, hogy a ponsba localisált tuberculumon kívül a frontalis regióban is tuberculumnak kell lennie. Pár hét alatt disseminált tüdőtuberculosis halált okozott és a boncoláskor multiplex conglomerat tuberculumot találtak. Egyik hatalmas tuberculum a ponsban ült, a másik pedig a jobb és bal frontalis polusban.

A Magyar Röntgen Egyesület március 27-i ülése.

Kovács A.: *A sacroiliacalis rés felvétele.* A sacroiliacalistájék pontosabb megfigyelésére alkalmas röntgenvizsgálóeljárást mutat be. Nem szabad idegenkedni a projiciált felvételektől. Bizonyítja a sziklacsont röntgendiagnostikája hogy ezeket nem nélkülözhetjük. A Stenvers-, Schüller-, Sonnankalb-, Mayer-féle felvételek egyikével, vagy másikával akárhányszor találunk, egyéb módon ki nem mutatható röntgenelváltozást. A sacroiliacalis izület anatomiai viszonyai: Frontalis metszetben az izfelszínek lefelé convergálnak sagittalis metszetük háromszögalakú, horisontalis metszetben előre divergálnak. A résfelvétel technikája: A hanyatfekvő beteg vizsgálandó oldalát, a vízszíntestől kb. 18—22 fokkal elemeljük, a fősugarat cranial felé döntjük, kb. 10—12 fokkal. A felvételen a sacroiliacalis izület linea terminalis feletti szakasza résszerűen, az izület háromszögének elülső szöglete a kismedence lágyrészárnyékába vetítve igen jól kirajzolódva jelenik meg. Bemutatja eseteit: Arhtritis deformans. Chronikus sacroiliacalis gyulladás veleszületett csípőficam esetén. Sacrolysthesis. Acut osteoarthritis. Ankylosis.

Horváth B.: Nálunk aránylag ritkán észlelt és operált sacroiliacalis lysthesis esetét ismerteti. Amerikában főleg a Mayo-iskola közölt és operált hasonló esetet. A beteg nagy-

fokú deréktáji fájdalmakról panaszkodott, az összes klinikai vizsgálatok azonban negativnak bizonyultak. *Kovács* által készített röntgenfelvétel sacroiliacalis lysthesist mutatott, melynek alapján arthrodesist. végzett. A műtét célja a keresztcsont tovább besüppedésének meggátlása és az izületek csontos ankylotizálásának megindítása. A műtét után a beteg panaszai teljesen megszűntek.

Forfota E.: *Röntgenkymographia.* Az előadó részletesen ismertett a röntgenkymographia történetét majd a *Pl. Stumpf* módosításában jelenleg erősen terjedő modern röntgenkymographiának phototechnikai oldalát. Az eljárás mai alakjában alkalmas arra, hogy a test mélyébe rejtett szervek mozgásainak pontos elemzésére szolgáljon.

Szívkymogrammok kapcsán először a normalis szívről nyert felvételeken demonstrálja, hogy a kymogrammhullámok alakja, nagysága, elrendeződése a szívcontur mentén és azoknak időbeli összefüggése jellegzetes a szív működésére és mintegy graphika registrálása a szívben, annak működése közben végbemenő mozgásoknak. Kóros esetekről nyert kymogrammokon bemutatja, hogy a röntgenkymographiás eljárás értékes segédeszköz a billentyűhibák, ütemzavarok, nagyérelváltozások vizsgálatában, hol számos olyan tünetet tesz a röntgendiagnosis számára hozzáférhetővé, melyek a röntgenes számára ezelőtt elvesztek. Példákkal szemléltet, hogy a mediastinumban és annak környezetében lezajló legváltozatosabb kórfolyamatok olyan elváltozásokat okozhatnak, melyek a szív és nagyerek normalis mozgástypusát jellegzetes módon befolyásolják s így a kymographiás felvételeken nyilvánvalókká, illetve diagnostizálhatókká válnak.

A szívizomzat functionalis értékére vonatkozólag is a röntgenkymographiás eljárás igen értékes diagnostikai segédeszköznek látszik s az eljárás terjedése és további kiépítése reményt nyujt arra, hogy a jövőben, az eddig nagyobbrészt anatomia, topographiai és a szív dynamikája szempontjából csak statikai adatokat szolgáltató röntgendiagnostika — functionalis értékű és jelentőségű vizsgáló eljárássá fog kifejlődni.

Ratkóczy N.: A röntgendiagnostika mindeddig egy bizonyos morphologiai helyzet tisztázására szorítkozott. A röntgenkymographia részleteiben új világot tár fel, midőn lehetőséget nyujt arra, hogy mozgásban lévő szervek functionalis jelenségeit elemezzük. Kétségtelen. hogy az eljárás nemcsak a szív hanem egyéb szervek s így a gyomor mozgásainak filmre rögzítésével is sok értékes adatot fog szolgáltatni a klinikus számára. Köszönet illeti az előadót, hogy az új methodika elterjesztésén munkálkodik és meggyőződést nyujt mindnyájunknak a kymographia általános használhatóságáról.

A gróf Apponyi Albert Poliklinika Orvosai Tudományos Társulásának április 3-i ülése.

Bemutatások:

W. Kaufmann I.: *Hemicrania, epilepsia, menses-zavarok, polyarthritis, polyneuritis, Quinke oedema egyazon egyénen.* Negyvenhat éves hajadonnál örökletes terheltség és előző betegségek nélkül 11 éves korban kezdődő menses, állandó dysemnorrheák, elmaradások, 37 éves korban végleges climax. Ennek beállta kezdetén 35 éves korban jelentkező epilepsia tarda, 44 éves korban b. o.-i hemicrania, dietától függetlenül jelentkező periodikus Quinke-oedema-rohamok, pár hét mulva magas lázakkal polyarthritis, részben súlyos izületi elváltozásokkal, majd főleg j. o.-i paraesthesiákkal és paresissel járó neuritis. Mindkét szemen retinitis circinata (*Waldmann*). Vér- és liquor Wa negativ, ugyanúgy vérkép, vizelet, vércukor is (*Gózony*). Neurologice fokozott inreflexeken kívül egyetlen obj. tünet renyhe fényrefl.-ek. Zsidókórházban antirheumatikus kúrák, náluk tej-injectiók, antalgetikák, sedativák stb. hónapokon át eredménytelenek, végül Bi-injectioktól rohamos gyógyulás. A Quinke-oedemák és a hemicrania időszakosan enyhébb formában még jelentkeznek, de a beteg teljesen munkaképes. A felsorolt bántalmak javarészének esetleg közös allergiás háttérre való visszavezetése (*Hajós K.*) nem járt eredménnyel.

Ranschburg P., Lobmayer G.: *Gerincagyi tumorműtétek esetei.* Tumorgyanús, de neurologiás és myelographiás vizsgálat stb. alapján műtétre nem bocsátott, részben enélkül meg is gyógyult esetek sorozatán kívül beszámol négy dorsalis, egy lumbalis és egy sacrolumbalis tumor operált esetéről. Ezek közül egy carcinomás s egy sarcomás hamarosan elpusztult, három dorsalis eset, egy osteofibroma psammosum és két fibroendothelioma psamosum járóképes lett. Egyikük, ki két éve operáltatott s azóta hólyagkőműtéten, újabban nephrectomián esett át, teljes épségben bemutatásra kerül. Ugyancsak demonstrál egy 7 éve kis almányi sarcoma miatt egyebütt operált, ma is paraplegiás egyébként ép beteget. Lemezeken demonstrálása a myelographia jelentőségének nemcsak a daganat pontos magasságbeli, de a medulla előtti vagy mögötti jobb- vagy baloldali helyzetének meghatározásával. A tumor alsó határának meghatározása még tökéletlen. Kórbonctani praeparatum bemutatása. *Lobmayer* utal egyes műtéti eljárások előnyeire és hátrányaira s a neurologussal és a röntgenezéssel való szoros együttműködés előnyeire.

Előadás.

W. Herzog E. br.: *Gyermekkori neuropathiás és kriminopathiás állapotok orvosi kezelése.* Előadó ismerteti a Gróf Apponyi Albert Poliklinika idegosztálya keretében psychopatiás gyermekek és fiatalkorúak számára létesített ambulatoriumnak ötéves működését. A rendelés beteganyaga ép intelligentiájú, de kedélyéletében többé-kevésbbé súlyosan megzavart, *neurotikus* és *kriminopathiás gyermek* és *fiatalkorú*. A rendelés szervezete hármas tagozatú: *psychiatriai, pedagógiai-psychologiai* és *socialis*. 525 betegből összeállított statisztikája alapján ismerteti a kórformák korok és nemek szerinti megoszlását és azok *pathomechanismusát*, továbbá a mindenkor együttható endogén és exogén kóroknak a kórformákhoz viszonyított százalékos megoszlását. Az esetek 40%-ában kimutatott súlyos terheltség mellett is jelentékeny szerepe volt a *miliőnek*, 50%-ban praedominált a socialis és a psychikus okokból pathogen miliő, 10%-ban *organikus exogén* kórokozó tényezők szerepeltek. A rendelésen használatos therapiás eljárások az egyén somatikus és psychikus therapiája mellett a környezet socialis és psychikus corrigálására terjednek ki. A prognosist nemcsak a kórforma, hanem a beteg kora — melyben a therapia megindult — szabja meg. Ennélfogva a mentalis hygiéne csakis a gyermekkorban kezdődhet, akár praeventio, akár korai psychotherapia formájában.

Az Erzsébet Egyetem Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztályának március 4-i ülése.

Bemutatás:

Orosz D.: *Erythema nodosum tanulságos esete.* Hatéves leány friss intrafamiliaris tbc.-s fertőzéssel. Intialis hőemelkedések után typikus er. nod. az alszáron, alkarokon. Egy-két nappal később nagyszámú tuberculid jelentkezése a törzsön, combokon, felkarokon. Egyidejűleg meningismus, tüdőn jobboldalt perihil infiltratio. Mérsékelt leukocytosis, balratolódás, thrombopenia. Rendkívül gyorsult vvs-süllyedés (1/150) köpet: gyomorbennék. Albuminuria, cylindruria. Intracutanoltás még tuberculin nyomaira is erősen positiv, hasonlókép a liquorral végzett i. cut. Tuberculin-reactióra (1 : 1,000.000 i. cut) újabb atypikus efflorescentiák az alszáron. Bemutató ezalkalommal is hangsúlyozza az e. n. praktikusan tbc.-s, toxikusallergiás jellegét s a disseminatiókkal, meningismussal, meningitisekkel történő szabályszerű időbeli kapcsolatát.

Berde K.: Nem akarja kétségbevonni, hogy kisgyermekkori eryth. nod. esetek vonatkozásban állanak a tuberculosissal, de egyáltalában nem látja bizonyítottnak, hogy ez a felnőtt korra is vonatkoznék. Ellenkezőleg, felnőttek eryth. nod. gyakran egészen más természetű fertőző betegség vagy mérgezés kapcsán, illetve annak következtében jelentkezik, emellett sok esetben negativ tuberculin-reactióval jár, néha a gümőkórral semmi vonatkozásban nem álló eryth. exsudativum multiforme társaságában mutatkozik, szöveti képe pedig egyébként gümős egyéneken sem mutat a tuberculoid-szövethez hasonló elváltozásokat. Szükségesnek tartja élesen körülírni azt, hogy mit értenek erythmae nodosum alatt a gyermekorvosok, mert az a gyanúja, hogy a klinikai kép tekintetében sem egységes a felfogás a bőrgyógyász és gyermekorvos között.

Előadás:

Szacsvay I.: *A külső epeutak betegségeinek beidegzési zavarok által feltételezett diagnostikai tévedéseiről és gyakran az ezzel összefüggő műtét utáni panaszokról.* (Az előadás egész terjedelmében megjelenik.)

Angyán J.: Örül, hogy ma már sebészi részről is hangsúlyozzák az epeutak dyskinezisének jelentőségét. A vizsgálóeljárások haladottsága ellenére is nagyjelentőségű annak a ténynek belátása, hogy az epeutak működési zavara igen gyakran együtt jelentkezik a gyomor-bélrendszer működészavarával és úgy mint ezen szervek dyskinézisét, a gyulladásos okok mellett a célszerűtlen életmód és táplálkozás, hashajtók állandó használata az epeutak működészavarát is okozhatják és fenn-

tarthatják. Élesen meg kell különböztetni a műtét előtt álló csoportot a műtét utáni zavarokban szenvedőktől. Csak rendszeres, gondos megfigyeléssel és a régi empiriában jól megalapozott dietetikai és gyógyszeres kezeléssel kerülhető el a hiába végzett műtét és az ismételt műtét. Az epebántalomban szenvedő szegény betegek rendszeres gondozóintézeti vezetését, oktatását és ellenőrzését szükségesnek tartja.

Scipiades E.: Az előadó gondolatokat kért a vázolt betegség gyógyítására. Egy ilyennel szolgál. Lehet, hogy ez a gyakorlatban célszerűtlennek fog bizonyulni, de mert analogiákon alapszik, megkísérlése indokoltnak látszik. Emlékezet arra, hogy a pruritust is, az ischiast is konyhasós, alkoholos, novokainos befecskendezéssel szokták gyógyítani. Ezért ajánlja azon centralis vezetéses érzéstelenítési eljárást, melyet nagy nőgyógyászati műtétek céljaira dolgoztak ki. Azok az idegek, melyek a tárgyalt betegségben szerepelnek, a plexus solarison mesenterialis superioron és az aorticuson lépnek a külső epeutakhoz. Tehát ugyanazon kötegekben, melyeket az előadó eljárása is érzéstelenít. Kétségtelen, hogy adott alkalommal, mint azt ezen érzéstelenítő eljárással végzett epekőműtétek bizonyítják, a kívánt területeket lehet érzéstelenïteni. Ha aztán az érzéstelenítést szükség szerint ismételten végzik, a szóbanforgó idegeket talán épúgy le lehet szoktatni a panaszokat okozó sensatiókról, mint hasonló érzéstelenítésekkel a pudendust, vagy az ischiadicust.

Berde K.: Utal azokra a spasmusokra, melyek a gyomron és patkóbélen végzett műtétek után jönnek létre s amelyek a szervek beidegzésének további kutatását teszik kívánatossá.

Jendrassik L.: Káliumsók alkalmazásával szervek önműködésének zavarait bizonyos esetekben azonnal rendezni lehet, pl. túlélő szív fibrillálását meg lehet szüntetni. A külső epeutak működészavarait is helyrebillenthetné isotoniás vagy enyhén hypertoniás káliumsók oldata, a *Scipiades* professor úrtól ajánlott helyre fecskendezve.

Szilárd Z.: Duodenalis szondázással végzett vizsgálataiban azt látta, hogy cholecysta-műtét után gyakran megváltozik az epeelválasztás rhytmusa. Gyakran látott állandó epecsorgást, máskor az ingerfolyadék bevitele után az epe fokozott nyomással sugárszerűen ömlött vissza. Bár ezek az észleletek a beidegzés zavaraira utalnak, mégis óvakodni kell a dyskinesiák előtérbe helyezésétől a műtét utáni panaszok magyarázataként. Ritkán előforduló és nehezen kórismézhető belgyógyászati betegségek is kelthetik azt a látszatot, hogy dyskinosis áll fenn: ilyen a chronikus pancreatitis s némely colitis.

Március 18-i ülés.

Előadás:

Follmann J.: *A rák kórjelzésének fejlődése.* Az ókori rákkutatás kóreltozmények keresésére és a klinikai megfigyelésre támaszkodott. A mikroskop felfedezése a szövettani diagnostikával ajándékozta meg a tudományt. Az utolsó 30 év pedig serológiai és biochemiai kutatásaival igyekszik hozzájárulni a kórjelzés felállításához. Ez utóbbinak hatalmas segítőtársa a kísérletes rákkeltés. A tudomány mai állása szerint azonban a klinikai és kórszövettani adatokat tekintjük a rákdiagnosis pilléreinek, míg a serologiai és biochemiai kutatásoktól egyelőre még csak reméljük egy olyan diagnostikus felfedezését, amely a korai kórjelzést lehetővé fogja tenni.

Rhorer: felhívja az előadó figyelmét *Klein G*-nak idevágó kísérleteire.

Entz B.: A rákkérdés azokkal a vizsgálatokkal, amelyekről az előadó megemlékezett, még távolról sem nyert megoldást. Az a meggyőződése, hogy a morphologiai vizsgálatokkal nem dönthető el minden esetben a rák. A szövettani vizsgálatok előtt minden szétesö képződményt rákok közé soroltak és ráknak tekintették a rossz természetű kötőszöveti daganatokat is. A szövettani vizsgálatokkal ezeket a ráktól elkülönítették. Ezek szerint tisztázandó volna, hogy mit tekintsünk ráknak? Ma már a francia iskola is elfogadja a Wirchow-féle felfogást, mely szerint csak a rossz természetű hámdaganatok nevezendők ráknak. A morphologiailag rákos szerkezet sokszor nem felel meg a rák kriteriumainak. (Basaltsejtű rákok, carcinoidok.) Kísérleti állatok spontan rákos daganatai esetén is óvatosnak kell lennünk. Klinikai serologiai chemiai morphologiai viselkedés egybevetésével kell a selejtező munkát végezni.

Scipiades E.: Kérdést intéz az előadóhoz, hogy 1. vajjon tényleg annyira haladt-e már a tudomány, hogy egyetlen sejtnek rákos voltát is meg lehet már állapítani. 2. Mik azok a kriteriumok, melyekből az előadó sejtek differentiáltságát megállapítja és azok elfogadhatóknak tekinthetők-e. 3. Tényleg lehet-e a carcinomát complementkötési reactióval olyan korai stadiumában is diagnostizálni, amikor még klinikai jelek nincsenek. Ha ez igy volna, félelmesnek kellene ezt a megállapítást klinikus szempontból nyilvánítania, mert nagy horderejű volna egy beteget cc-snak nyilvánítani akkor, amikor nála a cc. localisatióját még meg se lehetne állapitani.

Follmann I.: Tudomása van olyan kísérletről Budapesten, amely a Klein-féle daganatkeltéssel azonos eredményű. Az in vitro rákkeltésre vonatkozólag megjegyzi, hogy a táptalaj-elfolyósítás olyan gyanujel, hogy a sejttelepet ismét állatba oltsuk és vizsgáljuk, vajjon nem alakult-e rákossá már a tenyésztett szövet. A differentiálódás-pusztulás demonstrálására pedig szerény kísérletnek tekinti az általa »Die biomorphologische Genese der Basokrebse« című munkájában vázolt hámdifferentiálódás pusztulásának bemutatását, amidőn a hámsejtek rákká alakulnak s megjegyzi, hogy ezen differentiálódás pusztulásának nyomon követése egy specialis feladat, ami még megoldásra vár.

Bányai A.: 1933 június 27-én egy 25 éves I. P. jelentkezett klinikájukon azzal, hogy négy hét óta egész testén viszketést érez. A beteg bőrén papulosus kivirágzások, vakarási nyomok láthatók. A bőrgyógyász rühnek kórismézte a bőrbetegséget és kénes kenőcsöt rendelt bedörzsölésre. Már a második bedörzsölés után hólyagtáji fájdalmak jelentkeztek, a harmadik bedörzsölés után gyakori vizelési inger és hőmérsékemelkedés támadt. Majd vért köpött, garatmandulái megduzzadtak, aluszékonnyá vált, vizeletkiürítés elakadt, magzati szívhangok kimaradtak, ágyában ide-oda hánykolódott és a bőr színe sárgává vált. Az ikermagzatok spontan születtek meg, mindkettőn kezdődő maceratio jelei voltak láthatók. Mindezen jelenségek egy mérgezés képét mutatták. S minthogy ezen jelenségek a bőrre kent kenőcsnek az alkalmazása után kezdődtek, a kenések számával egyenes arányban rosszabbodtak, azok elhagyása után pedig lassanként megszűntek, a mérgezés okául a bőrbetegség ellen alkalmazott kenőcsöt kellett felvenni.

v. Berde K.: Kénes kenőcsök alkalmazása két éven aluli gyermekeken általában tilos. Felnőtteken a mérgezés legnagyobb ritkaság. A hám sérült voltát tekintjük mérgezés alapjának, hiszen az alkalival, krétaporral direct fel akarjuk lazítani a szaruréteget és az esetek ezreiben sem látunk mérgezést, még súlyos bőrgyulladások esetén sem. Valami más tényező az (ikerterhességben rejlő körülmény), ami csökkentette a mérgező anyag gyors kiürülését. Terhesség esetén helyesebbnek látja perubalzsam, styrax használatát.

Entz B: Hivatkozik a budapesti gyermekmenhelyen észlelt esetére, amelyben fiatal gyermeken rühesség miatt Wilkinson-kenőcsös bedörzsölést végeztek. A gyermek 24 óra alatt meghalt, kifejezett kénmérgezésben, vére kénmethaemoglobinná alakult át, egészen barna volt, hullafoltjai is barnásak voltak. Hogy nem a bőr sérülése ilyenkor a kénhydrogén felszívódásának és mérgezésének oka, azt igazolhatja ez az eset, amelyben néhány atkajárattól eltekintve, a bőr egészen sértetlen volt.

Scipiades E.: Egész sorát látta scabieses terheseknek Wilkinson-kenőccsel történő kezelését anélkül, hogy ebből baj keletkezett volna. Ebből az következik, hogy nem kizárólag a terhesség az a tényező, mely a kén iránti fokozott érzékenységet adja, hanem valamely egyéni dispositio, mely talán a terhes infantilis jellegében lelné magyarázatát. Mindenesetre a bemutatott eset intő példa a bőrorvosok részére az irányban, hogy a terhesek scabiesében a kénes kenőccsel nagyon óvatosak legyenek.

Bemutatás:

Frankl J.: *Leukokeratosis buccae l. d. bagózás következtében.* A beteg 15 év óta bagózik, betegsége három éve kezdődött. A jobb arca nyálkahártyáján hüvelykujjhegynyi nagyságú, szabálytalan alakú, elmosódott határú, egyenetlen, zegzugos barázdákkal tagolt felszínű, laposan a szint fölé emelkedő elváltozás látható, melynek színe szürkésfehér, tapintata tömött, merev. Syphilis, lichen, planus erythematodes, psoriasis, dyskeratosis follicularis vegetans, fejlődési zavarok kizárhatók.

A Pesti Izr. Hitközség kórházai orvosi karának február 14-i ülése.

Bemutatás:

Neubauer A.: *Idült középfülgyulladás kapcsán fejlődött agyhártyalob és agytályog műtéttel gyógyult esete.* 1933 novemberében 14 éves leánygyermek került felvételre. Az idegrendszeri lelet, valamint liquorvizsgálat meningitisre utal. Fehérvérsejtszám 18.000, hőmérséklet 39·2, pulsus 120. Szemfenék ép, füllelet: fül mögötti táj érzékeny, baloldalt külső hangvezetőben bő genyedés, jobboldalt kevés, bűzös,

véres váladék. Hallóképessége és labyrintvizsgálat a zavart sensorium miatt nem végezhető. Műtét: baloldalt antrotomia, jobboldalt radical műtét, bőven ürül geny, az antrum és a középső koponyaür széles feltárása. Kilenc napig a beteg állapota állandóan javult, ekkor jobboldali temporalis agytályogra utaló tünetek keletkeznek és újabb műtéttel egy kb. 30 ccm, genyet tartalmazó tályogüreget tárt fel, amely után a beteg állapota rohamosan javult és 17 nap után gyógyultan távozott.

Richter H.: A jobboldali temporalis lebenyben ülő agytályog felismerésének nehézségeire utal. Az ellenoldali érzészavar csak ritkán van jelen, gyakori és már igen korai tünet a pyramis pályalaesiójára vall az ellenoldali reflexek fokozódása, hasreflex legyengülése. Egy másik észleletében ez volt az egyetlen tünet, amely a topicus diagnosishoz vezetett.

Steiner B.: Egy esetében a sorozatos lumbalpunctiók alkalmával a liquorcukor állandó emelkedése segítséget nyujtott a klinikailag meningitis tb.-t utánzó kórkép tisztázására. Aseptikus meningitisben a liquor genyes lehet, de ilyenkor hiányzik a liquorcukor csökkenése.

Boskovitz Gy.: *Szokatlan localisatiójú idegentest a felső légutakban.* 32 éves nőbeteg esetét ismerteti, aki két napig tudomással sem bírt idegentest asperatióról, vagy nyelésről, míg nyelési fájdalmak nem figyelmeztették. Röntgenfelvétellel a sinus pyriformisban, a lágyrészekben tűárnyék látható. Oesophagobronchoskopiával megállapítható a teljes beékelődés a lágyrészekbe és csupán lencsényi sarjszövet árulja el a behatolási nyomot. Röntgenernyő alatt átmetszi a kb. 5—6 mm vastag lágyrészeket és a tűt két részletben kiemeli. Síma gyógyulás a hatodik napra.

Kalocsay G.: A nyelőcső, a gége és a légcső idegentestek diagnostikájának és eltávolításának nehézségére utal. Kiemeli a röntgen hálás szerepét, három érdekes esetét és ezek röntgenképeit demonstrálja.

Wald B.: A nyelőcsőben lévő babszemokozta, az első kétharmadra kiterjedő spasticus szűkület röntgenképét demonstrálja. A rendkívül súlyosnak látszó kép idegentest eltávozása után oldódott és kiderült, hogy csupán egy körülírt helyen van szűkület.

Groszmann F.: A mesenteriumban lévő gombostű röntgenképét mutatja be.

Rosenák I. Beszámol egy esetéről, amelyben a relativ nyelési akadály oka a nyelőcsőben radiologiailag kimutatott öt pengősnyi negativ árnyékot adó tömeges kenyérbél volt. A nyelési akadályt beidegzési zavar — bulbaer paralysis — okozta.

Előadás:

Fodor I.: *Adatok a vérglykolysishez.* A fehérvérsejtjeitől mentesített exalatos vérben, valamint a 0·1% cukrot tartalmazó physiologiás konyhasóoldatban suspendált vörösvérsejtrendszerben nincs glykolysis, tehát sem a vörösvérsejteknek, sem a plasmának a vérglykolysisben nincsen szerepe. Fehérvérsejt hozzáadására glykolysis megindul. Myleoid és lymphoid leucaemiás vérből isolált fehérvérsejteknek 0·1% cukrot tartalmazó physiologiás konyhasó suspensiója élénken glykolyzált; a myeloid fehérvérsejtek nagyobb mértékben, mint a lymphoid sejtek. E kísérletekből következik, hogy a vérglykolysis a fehérvérsejtekhez kötött jelenség. Előadó szerint endocellularis folyamat és nem fermenthatás. Ennek bizonyítékául szolgál az a tény, hogy plasma glykolytikus fermentet nem tartalmaz, holott az irodalmi adatok szerint a fermentumok bizonyos mértékig diffusibilisak. Ugyanezt bizonyítja az a kísérletük, hogy hypotoniás cukoroldattal haemolizált vérben, amely tehát a fermenthatást nem bántalmazza, nincs glykolysis. Hogy itt általános értékű, a szervezetben belül is lefolyó fehérvérsejthatásról van szó, azt még a liquorcukor pathologiás értékei is bizonyítják, miután ez az esetek nagyobb részében akkor alacsony, ha a liquorban a fehérvérsejtszám megnő.

Kísérleteiben kidolgozott methodika megengedte a normalis vérglykolysis nagyságának meghatározását. Ez egy óra alatt 0·024—0·030 mgr%. Ezen értéknek birtokában megállapították, hogy a diabetes mellitusban szenvedőknek a vérglykolysise jelentékenyen lecsökken, ami annyit jelent, hogy a fehérvérsejtek cukorfelhasználóképessége diabetesben lecsökken. E jelenség sem in vitro kísérletekben, sem a szervezeten át insulinnal nem volt befolyásolható.

Steiner B.: A liquorcukor fogyását nem tudtuk a liquorban megszaporodott fehérvérsejtek glykolytikus hatásával magyarázni. Bizonyíték rá, hogy ú. n. aseptikus meningitisekben a fehérvérsejtek száma mm^3-ben ezren felül lehet és a liquorcukorérték mégis normalis.

A Szegedi Egyetem Barátai Egyesület Orvosi Szakosztályának március 14-i ülése.

Előadás:

Kovács Ö.: *A szegedi m. kir. állami gyermekmenhely gondozottjain végzett egészségügyi vizsgálatokról számol be.* A vizsgálatok kiterjedtek a gyermekek physikalis vizsgálatára, súlymérésére, a tuberculin-reactio elvégzésére, továbbá a positiv tuberculin-reactiót adó gyermekek röntgenvizsgálatára, végül az esetleg szükségessé vált egyéb vizsgálatokra. Összesen 2324 gyermek került vizsgálat alá. Közülük semmiféle kóros elváltozást nem mutatott 1195. Positiv tuberculin-reactiót adott 633. Ezek közül 31 nek volt activ folyamat. Ezek az intézettel kapcsolatos deszk-i sanatoriumban nyertek elhelyezést. Sanatoriumi, illetve erdei iskolai elhelyezésben részesült még 51 gyermek, akiknek a folyamat már megnyugodott, de tápláltsági és erőbeli állapotuk nem volt kielégítő. A többi megnyugodott folyamattal bíró gyermek gyermektelen nevelőszülőnél kapott elhelyezést.

Egyéb egészségvédelmi intézkedések részletes ismertetése után előadó kijelentette, hogy a gondjaira bízott gyermekek egészségügyi katasterét a jövőben is fenn fogja tartani és azt szükség szerint kifejleszteni, mert véleménye szerint az állami gyermekvédelem a kötelékébe tartozó gyermekek eredményes egészségvédelme és a társadalomban elhelyezkedése csak egészségi állapotuk állandó nyilvántartása mellett lehetséges.

Csinády J.: *Munkateljesítménymeghatározás katonákon.* Ergometrograph-fa vizsgálta 23 éves katonák jobbkarjának munkateljesítményét. Ez az eljárás, amelyet a Magyar Élettani Társaság 1933. évi ülésén bemutatott (»Arbeitsphysiologie« 8. kötet, 1. füzet; magyarul: »Testnevelés« »Sportorvos« c. melléklete 1933 és 1934), a tiszta izommunka valódi értékének meghatározására alkalmas. Erre pedig szükség van, mert általában az emberi izommunkáról, mint munkateljesítményről a régi eljárások alapján hibás, nagyon túlzott felfogásunk van.

Kísérleteihez különböző constitutiójú és különböző polgári foglalkozású katonákat választott. Fele földmíves volt, másik fele iparos, a legkülönbözőbb iparágakból. Negyven egyénen végezte kísérleteit, kik közül 18-at kiselejtezett, csak a feltétlenül megbízható és jóindulatú 22 egyén adatait foglalta össze táblázatokba. Mérte a testsúlyt, magasságot, vérnyomást, számolta a pulsust, kiszámította a constitutiós indexet. Ezeken kívül az ergometrograph által szolgáltatott adatok szerepelnek táblázataiban. Középértékben 8·5 kg terheléssel tudták a készüléket hajtani. Maximalis terhelés 18 kg volt. Munkateljesítmény középértékben 5268 kg volt. Maximalis teljesítmény, ami egy kovácssegédtől származott, 19.400 kg volt, melyet két óra 18 perc alatt végzett az illető. Ez a munkateljesítmény a jobb kartól származik, de abban nemcsak a jobb kar izmai részesek, hanem mint *Veress* professorral végzett régebbi vizsgálatok bizonyítják, rendkívül dús synergista izomtömegek segítik a karizmokat ezen egyszerű munkájában. A hibaszázalékokat is kiszámította, melyek alapján a munkát minősíteni lehet. Kísérleti egyéneire vonatkozólag 24·36% volt a sietésből származó hibák középértéke és 8·91% a késésből származó hibáké. A legnagyobb munkateljesítmények minőségileg is legjobbaknak bizonyultak. Végül eljárása pontosságának demonstrálására pár adatot közölt *Petrányi dr.*-ral közösen végzett kísérleteiről, melyek functionalis ergometrographiai vizsgálatok segítségével ellenőrzik a dystrophia musculorum progressivára vonatkozó vizsgálataikat.

Varga T.: *A strychnin hatása a gyomor-motilitásra a gyermekkorban.* A strychnin therapiás dosisának megállapításával kapcsolatban figyelte nagy adagok után létrejövő hatást a gyermekek gyomrán. Külön tette vizsgálat tárgyává a strychnin bevétele után közvetlen jelentkező hatást és a tartós adagolás után beálló változásokat. A régebben használatos dosisoktól sem a tonusra, sem a motilitásra lényeges hatást nem látott. Az esetek nagyrészében nagy adagok után kifejezett alak- és tonusbeli változást, motilitás peristaltika-fokozódást észlelt. Az esetek egy részében nagy adag után sem támadt szembetűnő változás a gyomron. A normalis átlagtól eltérő ürüléssel bíró gyermekeken a strychninnek kifejezett normalizáló hatása volt.

A Debreceni Orvosegyesület március 21-i ülése.

Bemutatás:

Thurzó J.: *Kataphreniás ködös állapotbani vándorlás* (poriomania). Ködös állapotban tett hosszabb vándorlások és utazgatások a legtöbbször epilepsiás jellegű tüneti megnyilvánulást jelentenek. Az ú. n. kettős személyiség esetei hysteriás lelki reactiókban szenvedő egyénekre nézve sok téves megállapításra adtak alkalmat. A kettős személyiségek alternáló em-

lékezéshiánya nem létezik, csak téves megfigyelésen alapszik. Psychopathologiai szempontból is érdekkel bír megfigyelt esete. Két ízben rövidebb ideig tartó ködös állapot után három hónapon keresztül tartó ködös állapotban a beteg cél- és iránynélkül gyalog szerrel Pokropevna községből (Tarnopol) egész Hajdunánásig jutott el. A lerongyolt vagabund-beteg az elmeosztályon még egy hónapon keresztül kataton stuporos tüneteket mutatott. Teljesen feltisztult beteg csak a katamnestikusan hozzátartozói által is ellenőrző adatok szerint elszenvedett encephaiitis chronica után fennálló enyhébb testi és lelki kórtüneteket mutatta. Ennek alapján kataphreniás ködös állapotról (*Jolly* értelmében) volt szó. (Megjelenik egész terjedelmében az Orvosi Hetilap-ban.)

Előadás :

Geszti J. : *A collapsuskezelés ingerhatása, mint gyógyító tényező.* Azokról az évekre visszamenő vizsgálatokról ad összefoglaló ismertetést, melyeket munkatársai és ő maga a collapsuskezelés s különösen a pneumothorax ingerhatására vonatkozólag eszközöltek. Kimutatja, hogy ez az ingerhatás, melyet nagyrészben mechanikus tényezőkre vezet vissza, a collapsuskezelés folyamán felette gyakori jelenség s sorozatos röntgenfelvételeken demonstralja, hogy eltérően az eddigi felfogástól, mely az ingerhatást nem kívánatos jelenségnek tartja, az ingerhatásban jelentős therapiás principium rejlik. Fejtegeti a gyógyító ingerhatás helyi és általános feltételeit s különböző szempontokat hoz fel, melyeknek figyelembevételével az ártalmas reactiókat el lehet kerülni.

Március 28-i ülés.

Bemutatások :

Dobay M. : *Serdülőkori nyombéljekély-átfúródás.* 15 éves fiúbetegnek félév óta tartó, két hét óta hevesebb tüneteket okozó görcsös gyomor- és hasi fájdalmai voltak. Folyó évi I. hó 8-án hirtelen rosszul lett, peritonalis tünetek léptek fel. A bizonytalan kórelőzmény és a talált status féregnyúlványgyulladás felé terelték a gyanúkat, amit azonban épnek találtunk, ellenben a duodenum bulbusán jellegzetes pepticus átfúródott fekélyt észleltünk, minek elvarrása után hátsó anastomosist készítettünk. A beteg conservativ kezelésben részesül, jelenleg panaszmentes. A betegnél kizárható a sérülés, más megbetegedés, ami perforatióhoz vezető fekélyeket okozhat (tuberculosis, typhus) és így a második életévtizedben igen ritkán előforduló átfúródott pepticus duodenumfekélyt észleltünk. *Redwitz* szerint az eddig előforduló összes esetek száma kb. 100.

Schmidt L. : *Traumás borda-sarcoma.* 32 éves férfi beteget mutat be, aki 1934 szeptemberében bal mellkasfelének elülső oldalsó részén tompa zúzódásos sérülést szenvedett. A trauma helyén a VIII. bordán hat héttel a sérülés után egy féldiónyi daganat fejlődött, amely február elejéig már lúdtojásnál nagyobbra nőtt. Előzetes pneumothoraxkezelés után a daganatot a mellkasfali izomzattal és a fali pleura megfelelő részével együtt a VII., VIII., IX. borda resectiójával eltávolította. Síma gyógyulás. Szövettani vizsgálattal a daganat a VIII. bordából kiinduló centralis, igen sejtdús, malignus sarcoma perithelialenak bizonyult. A daganatot Thiem értelmében valódi traumás tumornak tartja.

Fazakas S. : *Könnycsövecskedaganat kiirtása és a könnylevezetés helyreállítása.* A könnylevezetés helyreállíthatóságát véve tekintetbe, a könnycsövecske kezdeti része körül elhelyezkedő daganatokat három csoportba osztja. Legegyszerűbb esetben a tumor csak a könnyszemölccsel függ össze, ha eltávolítjuk, a vezetés azonnal helyreáll. Máskor a daganat a csövecske kezdeti részébe, az ú. n. pars papillarisba, más esetben pedig az ezután következő harántrészbe is beterjed. A második esetben természetesen a daganattal együtt el kell távolítani a pars papillaris kisebb-nagyobb részét, vagy (mint az ő esetében) az egészet is, ennek következtében a csövecske új nyílása lefelé tolódik ugyan, de ugyanabban a függőleges síkban marad, tehát új helyzetében is szembe fog állani a megfelelő könnybarázdával. Nem tud azonban abba belemerülni, mert nem áll környezetének legkiemelkedőbb részén. Ezen olyan módon segített, hogy műtétileg új tompaszöget alkotott ki olyanmódon, hogy annak csúcsára került a könnycsövecske új része. Egészen más a helyzet, ha a tumor a canaliculus vízszintes részébe is beterjed. Ilyenkor a megrövidített csövecske nyílása már nemcsak lefelé, hanem egyúttal befelé a saccus felé irányuló eltolódást is szenved, ezért a functiót már nagyon nehéz helyreállítani.

Április 4-i ülés.

Bemutatások :

Ruzicska Gy. : A *ligamentum rotundum daganatai.* A debreceni női klinika utóbbi hároméves beteganyagában összesen hét (kettő a medencén belül, öt azonkívül a nagyajakban helyet foglaló) kétségtelenül a ligamentum rotundumból eredő fibromyoma fibroma és adenofibroma fordult elő. (Az összes myomák 0·16%-a, illetve a külső nemiszervekre vonatkozólag 0·4%-a). A ligamentum rotundum daganataira jellemző bizonyos nagyság után hirtelen támadó vizenyős átivódás, mely gyors térfogatnövekedéssel a hashártyaboríték vongálásával a panaszok hirtelen keletkezéséhez vezet. A medencén belüli egyik csecsemőfőnyi rotundum-daganat esetén évekkel előzőleg a méhet myoma miatt távolították el. Évek mulva a visszamaradt rotundum-csonkban újabb fibromyomás daganat képződött, mely a hasfal bal oldalán subperitonealisan helyezkedett el és nyélszerűen a rotundus-csonkkal függött össze. Ez az eset a rotundumok lehetőleg mély resectiójára hívja fel a figyelmet, mert myomás-hajlam esetén a rotundum-csonk évek mulva is lehet újabb daganat kiinduló pontja.

Ruzicska Gy. : *A petefészek granulosasejt-daganatai.* A debreceni női klinika négyéves beteganyagában a primaer ovarium carcinomák között öt ú. n. »granulosasejt-daganat» fordult elő. A betegek életkora 31, 40, 45, 55 és 60 év volt. Az 55 és 60 éves betegeink 14, illetve hat éve menopausában voltak a daganatok keletkezése és kifejlődése idején. A rendetlen, bő vérzések a tapintható solid ovarium tumor, az esetleges abrassióval nyert túltengett polyposusan felfokozott prolifreatiós méhnyálkahártya körvonalazzák a hormonactiv granulosasejt-daganat kórisméjét. A környezettel történő daganatos összekapaszkodást vagy áttételképződést egy esetben sem láttunk. Két esetben a daganat részleges elhalása kötőszövetes összenövéseket okozott. Ascites két esetben volt. A legnagyobb csecsemőfőnyi nagyságú, kis tömlős rekeszeket is tartalmazó daganat volt, többiek nagyobb ökölnyi nagyságúak, solid, de puhatapintatú, enyhén dudorzatos képletek. A műtét közben leendő felismerés szempontjából igen fontos kiemelni, hogy a metszfelszín legtöbbször homogen szürkés-sárga, gyakran élénk okkersárga színű. Eseteik szöveti szerkezete mind vegyes typust mutatott s mindegyikben található volt úgy folliculoid, mint gyriform szerkezetű részlet, a granulosakötegek igen változatos köteges, csavarulatos elrendeződésével. Általában a tumor finomabb szerkezetének kialakításában az együtt burjánzó kötőszövet reactiója a döntő, ha lépést tud tartani a kötőszövet a granulosa-hámburjánzással, úgy elhalások nem következnek be. Egyik esetükben a folliculin-hormon mennyileges meghatározása 550 E. e. pro liter vér. Az endometrium glandularis cystikus túltengése másodlagos jelenség s hormonalis hatásra fejlődik ki. Két esetben a méhizomzat bővérűségét és túltengését, valamint a senilis petevezetők erős bővérűségét és megvastagodását is megfigyelték. E tumorfajt így a klinikai viselkedés, mint a szöveti szerkezet jellegzetességei alapján jogos megkülönböztetni, illetve különválasztani a többi primaer ovarium carcinomáktól. Eseteikben lehető radicalis megoldást követtünk, a méh csonkolásával vagy teljes eltávolításával együtt. A műtét után, bár áttételek egy esetben sem voltak kimutathatók, a szöveti kép rosszindulatúsága alapján a prophylactikus röntgenbesugárzást is elvégeztük. Öt esetük jelenleg egy, illetve kettő és három éve recidivamentes. E tumorfaj tanulmányozásakor elengedhetetlen a kórbonctani, a klinikai s a hormonologiai észlelés szerves összekapcsolása.

VEGYES HÍREK

A Közkórházi Orvostársulat május 1-i tudományos ülésének tárgysorozata. Bemutatás : *Kriesch Lajos :* Az egyenes hasizmok veleszületett hiányának esete. — *Mansfeld Ottó :* A Doerfler-féle császármetszés technikájáról. Előadások: *Fáykiss Ferenc :* A hashártyagyulladás serumkezelése. — *Hatvany Mária :* A Kaufmann-féle próba értéke a nőgyógyászatban.

A Magyar Urologiai Társaság április 29-én, d. u. hat órakor a Szent Rókos-közkórház üléstermében tartandó ülésének tárgysorozata : *Előadás :* 1. *Hencz László :* Az incrustatiós cystitisről (mult ülésről elmaradt előadás). — *Bemutatások :* 1. *Noszkay Aurél :* A gáti húgycső hiányának plastikai műtéttel történő gyógyítása. 2. *Kasztriner Iván :* Hólyaglues esetek. 3. *Weltner László :* Hólyagmetszés után keletkező myositis ossificas két esete. 4. *Piri Lajos :* Ureterkő kettős vesénél. 5. *Kolossy Béla :* Caries ossis pubis, strict. urethrae, absc. periurethralis go., calculus vesicae, tbc. renis egyidejű előfordulása, műtétek, gyógyulás. — *Előadás : Faragó Zsigmond :* A reflectorikus anuria, mint veseconserváló tényező.

A Magyar Orvosok Rheuma Egyesülete és **Orthopaediai Szakosztályának** május 2-án délután hat órakor a II. sz. Sebészeti Klinika nagytermében együttesen tartandó

tudományos ülése: Az ülés tárgya: *Az idült ízületi megbetegedések* kóroktana, diagnostikája, klinikai megjelenése, kórbonctana és gyógyítása. — Előadók: *Buday László:* A bántalom kóroktana, diagnostikája és klinikai megjelenése belgyógyászati szempontból. — *Erős Gedeon:* A megbetegedések kórbonctana. — *Holitsch Rezső:* Röntgenologiai elváltozások demonstrálása. — *bilkei Pap Lajos:* Az ízületi bajok belgyógyászati, balneo- és physikotherapiás gyógyítása. *Niederecker Gáspár:* A megbetegedések által okozott deformitások s azok orthopaed-sebészeti gyógyítása. — Az előadásokat vita követi.

A budapesti Orvosi Casino előadássorozatának április 30-i előadását este 3/47 órakor *Puder Sándor dr.* tartja »Ujabb nézőpontok a tbc. gyógyításában» címmel.

Az Országos Közegészségi Egyesület Tudományos Szakosztályának az Egyetemi Közegészségtani Intézet tantermében április 30-án este hat órakor tartandó ülése. Tárgysorozat: *Darányi Gyula:* Az utak hygieneje. — *Viola Rezső:* A hygiene és útépítés. — *Balló Alfréd:* Utak portalanítása köztisztasági szempontból. — Felkért hozzászólók *Király Kálmán, Hanzély János, Möller Károly, Waldbauer Olga.*

Az Országos Balneologiai Egyesület április 27-én megtartandó congressusának és tisztújító közgyűlésének napirendje: Délelőtt kilenc órakor a congressus résztvevői a budapesti gyógyfürdőket tekintik meg szakszerű vezetés mellett. Találkozás délelőtt félkilenc órakor a Vörösmarty-téren, Autobus-Tours előtt. Indulás autobusokon pontosan kilenckor. — Tisztújító közgyűlése délben egy órakor a Szent Gellért-gyógyfürdő dísztermében. Napirend: Elnöki megnyitó. Főtitkári jelentés. A pénztáros és számvizsgáló-bizottság jelentése és a felmentvény elhatározása. Tisztikar-választás. Számvizsgáló-bizottság választása 1935. évre. Esetleges indítványok. — Délután hat órakor II. tudományos gyűlés az Orvosegyesület Semmelweis-termében. *Simicska Gábor:* Rheumatismus és gyógyítása, különös tekintettel a fürdőkezelésre. *Barla-Szabó József:* A fürdőtherapia a társadalombiztosításban. *Belák Sándor:* Klimatényezők adagolása. *Schulhof Ödön:* Gyulladásos szövetanyagok keletkezése physikotherapiás behatások kapcsán. *Nemes Jenő:* Készülék a budai hévvizeknek keserüvizekkel történő automatikus keverésére. Este félkilenckor társasvacsora a Vadászkürtben. Részvételi díj: 2 P 20 fillér. Jelentkezés a tudományos ülések alatt. — Április 28-án egésznapos kirándulás Esztergomba. Indulás pontosan reggel félkilenckor a Vörösmarty-téren Autobus-Tours előtt autobusokon. Esztergom hévvizeit, fürdőberendezését, a basilikát, kincstárat, az ásatásokat tekintik meg a résztvevők szakszerű vezetés mellett. Indulás Esztergomból 18 órakor. Részvételi díj: 7 pengő.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika Orvosai Tudományos Társulásának április 30-án délután félhét órakor a Poliklinika termében tartandó ülése. *A)* Bemutatások: 1. *Fehér Lajos:* Maró anyagokkal történt szemsérülések. 2. *Reichl Géza:* Néhány tuberculotikus eredetű szemmegbetegedés bemutatása. — 3. *Ahsbahs Tasziló:* Tünetnélküli méhizomrostszétválás szülés alatt. — 4. *Böhm István:* Ikerszülés. Foetus papyraceus. — *B)* Előadás: 1. *Rósa László:* Az ultrarövidhullámú gyógykezelés elmélete és klinikája.

Megnyílt a Császárfürdő iszapfürdője. Az Irgalmasrend képviseletében a Császárfürdő igazgatósága folyó hó 18-án mutatta be a budapesti gyógyítóintézmények és a sajtó képviselőinek a Császárfürdő újjáépített iszapfürdőjét. Budapest nagymúltú, legrégibb fürdőjének ez a fontos, új osztálya méltó módon egészíti ki a tizenegy bővízű értékes forrással rendelkező fürdő gyógytényezőit. Az új osztály a főépület keleti traktusában, a földszinten létesült. Egyszerre száz személy kaphat benne helyet. Gyógyvizét a 63 fokos Mária-forrásból nyeri, amelyet ma még egyáltalán nem használnak ki teljességében. A Császárfürdő Budának legdúsabb vízű gyógyfürdője: naponta 15 millió liter, különböző hőfokú forrásvizet ad és ebből majdnem tíz millió liter folyik naponként a Dunába használatlanul, úgyhogy ennek a melegével az egész kerület is könnyen fűthető volna. A fürdő már teljes üzemben volt a bemutatás alkalmával. Minden része a balneologia legújabb methodusai szerint kapta az építészeti és berendezési megoldást. A Császárfürdő nevében *Hencz Dezső* alapítványi titkár ismertette az ősi fürdő történeti fejlődését és érdekes, régi adatokat mondott el, majd kifejtette, hogy az Irgalmas-rend, amely modern, nagy kórházat is tart fenn, lépésről-lépésre haladva, milyen reformokat valósít meg. Teljes önzetlenséggel az alapító puchói Marczibányi István aranysarkantyús vitéz intentiói szerint, amelyeket 1806-ban fejezett ki — amikor áldásos alapítványát tette — az alapítvány minden fillérnyi jövedelmét kórházának altruista céljaira fordítja. A budapesti gyógyító intézmények megjelent képviselőinek nevében *Csia Sándor dr.* MÁV igazgató-főorvos fejezte ki teljes elismerését az új iszapfürdő szakszerű berendezéséért és hasonlóan honorálták az idegenforgalmi érdekeltségek képviselői is az Irgalmas-rend nemes munkásságát.— Az iszapfürdő reggel hat órától egyfolytában esti hétig áll nyitva, külön-külön úgy a férfiaknak, mint a nőknek, *Gáspárdy Géza dr.* főorvos vezetése alatt. Működésben van a két új ivókút is: az új Szent Antal- és Mária-források vizével, amelyek egyrészt rheumatikus bántalmak, másrészt bizonyos gyomor- és vesemegbetegedés esetén használatosak.

Nemzetközi szemészeti gyűlések Londonban. Április első hetében Londonban három nemzetközi szemészeti organisatio ülésezett, a nemzetközi szemészeti tanács, melynek 12 tagja van s melynek elnöke *Nordenson* stockholmi tanár. A Cairoban 1937-ben tartandó szemészeti congressus referensei között két magyar is fog szerepelni: *Imre József* (Budapest) és *Szily Aurél* (Münster) egyetemi tanárok. — A vakság megelőzésére alakult nemzetközi szövetség ülésein *Park Lewis* (Buffalo) elnökölt. Ez évben az öröklődő szembajok szerepéről *Franceschetti* genfi egyetemi tanár referált, a vakság okainak classificatiójáról pedig *Van Duyse* genfi egyetemi tanár. — A trachomaellenes védekezés nemzetközi organisatiója ülésein a betegség megelőzésének módjairól *MacCallan* (London), *Zachert* (Varsó) és *Jitta* (Hága) tartottak előadásokat. Nagy érdeklődést keltett *Szily Aurél* bemutatása trachoma-átoltásokról.

Az organisatio elnökéül a legközelebbi ötévi cyclusra *MacCallan*-t (London) választották, a visszalépő elnököt — *Grósz Emil* egyetemi tanárt — pedig a végrehajtó-bizottság tiszteletbeli tagjává.

Ugyanezen időben tartotta az angol Szemorvostársaság évi congressusát, melyen Magyarországról *Klein Miklós* főorvos tartott előadást.

Az angol kormány, az angol Szemorvostársaság, az ipartestületek a legmelegebb vendégszeretetben részesítették a megjelenteket.

Rendünk sorsára jellemző, hogy Kolozsvárott három nagyprakszisú kartársunkat közköltségen kellett eltemettetni. Ez a szomorú tény arra indította az erdélyi magyar orvosokat, hogy felhívást intézzenek testületi alapon történő 30.000 lei összegű életbiztosítás megkötésére.

Salgótarjánban *Schwabach László dr.* fogorvos indítványára a helybeli és vidéki orvosok hathetes fogorvosi és szájsebészeti továbbképző tanfolyamot rendeztek, különös tekintettel a fogászat általános orvosi érdekű vonatkozásaira. Előadókul a gr. Apponyi Albert poliklinika fogászati osztályának szakorvosait sikerült megnyerni. A bátor kezdeményezés teljes sikerrel járt. A salgótarjáni orvosok különös elismeréssel és hálával emlékeznek meg *Simon Béla dr.* egyet. magántanárról, aki a szervezés munkáján kívül kétízben előadást is tartott, teljesen önzetlen, tisztán collegiális szívességi alapon. A fogászati továbbképző tanfolyam sikerén felbuzdulva a salgótarjáni orvosok jövőre belgyógyászati továbbképző tanfolyam tartását tervezik.

Tanulmányi kirándulás. Pöstyén és Trencsénteplic gyógyfürdők a magyar orvosi karral való együttmüködés ápolása céljából a húsvéti ünnepek alatt újabb háromnapos tanulmányutat rendeztek, ami pompásan sikerült s a kirándulók úgy a látottakkal, mint fogadtatásukkal meg voltak elégedve.

Az Országos Közegészségi Egyesület, szem előtt tartva a közegészségügy érdekeit, bizonyos fokban veszélyeztető kutyakultusz kihívó és beteges kinövéseit faliképek kibocsátásával igyekszik megismertetni a nagyközönséget mindazokkal a veszélyekkel, melyeket a kutya jelenthet. A falikép melyet *Darányi Gyula* egyet, ny. r. tanár, az Egyetemi Közegészségtani Intézet igazgatója, *Manninger Gyula* állatorvosi ny. r. tanár, továbbá *Erődy Kálmán* tankerületi kir. főigazgató, *Lőrinc Ferenc* egyetemi magántanár és *Drózdy Gyula*, a „Néptanítók Lapja" főszerkesztője irányítása mellett szerkesztettek, egyrészt 10 pontban sorolja fel az egészségi szabályokat, másrészt szemléltető képekben teszi mindenki által felismerhetővé a kutyák betegségeit. Kapható és megrendelhető az Országos Közegészségi Egyesületben, Budapest, VIII., Eszterházy-utca 9. Ára: lécekkel 4 pengő, ugyanaz lécek nélkül 3 pengő.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Kimutatás az 1935 április 14—20-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.	Mb.	Mt.
1. Abaúj-Torna 92.827	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	23	1	—	—	—
2. Bács-Bodrog 111.860	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—
3. Baranya 251.131	—	—	1	—	6	1	1	—	—	—	—	—	66	4	3	—	—
4. Békés 334.130	1	—	3	—	6	1	—	—	—	—	—	—	20	3	1	—	—
5. Bihar 179.115	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont 304.182	2	—	—	—	11	1	5	—	—	—	—	—	25	1	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál 174.511	1	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	1	3	—	—	—
8. Csongrád 148.191	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
9. Fejér 230.719	1	—	1	—	3	—	3	—	—	—	—	—	10	1	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony 156.241	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
11. Hajdú 180.159	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	33	1	—	—	—
12. Heves 320.921	2	1	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	26	1	—	—	—
13. Jász-Nk.-Szolnok 417.676	—	1	1	—	5	1	—	—	—	—	—	—	21	5	—	—	—
14. Komárom és Esztergom 181.173	1	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
15. Nógrád és Hont 226.557	1	—	1	1	2	1	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-Kk... 1,418.317	8	—	5	—	29	3	27	—	—	—	—	—	179	1	—	—	—
17. Somogy 388.775	—	—	—	—	5	—	3	—	1	—	—	—	18	7	4	—	—
18. Sopron 143.235	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung 410.116	—	1	—	—	4	1	4	—	—	—	—	—	7	1	5	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg 154.630	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	5	—	—
21. Tolna 267.560	1	—	—	—	8	—	4	—	—	—	—	—	52	—	—	—	—
22. Vas 274.227	1	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	36	4	—	—	—
23. Veszprém 246.093	—	—	1	—	8	—	—	—	—	—	—	—	10	1	—	—	—
24. Zala 367.564	3	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	1	10	3	—	—
25. Zemplén 148.150	—	—	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	1	9	2	—	—
I. Baja 29.329	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
II. Budapest 1,027.106	4	—	2	—	38	2	52	—	—	—	—	—	331	3	—	—	—
III. Debrecen 121.326	—	—	1	1	4	—	2	—	—	—	—	—	21	—	—	—	—
IV. Győr 50.844	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely 59.825	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
VI. Kecskemét 80.729	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
VII. Miskolc 62.597	—	—	1	—	5	—	2	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—
VIII. Pécs 65.963	—	—	—	—	3	1	2	—	—	—	—	—	43	1	—	—	—
IX. Sopron 36.022	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
X. Szeged 137.479	—	1	1	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár..... 41.247	—	—	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen : 8,840.527	28	6	18	2	170	12	124	1	2	—	—	—	949	65	24	—	—
Előző évben :	50	6	15	3	232	17	289	2	4	3	1	—	537	10	25	—	—

Kiadványainkat olcsón kapják meg kiadóhivatalunktól hátralékban nem lévő előfizetőink. A pénz előre beküldése után azonnal bérmentve küldjük meg az alábbi igen hasznos könyveket:

Soós Aladár: Étrendi előírások III. bővített kiadás ..... 5.— P helyett 4.— P

Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája 230. old., 110 ábra és 16 old. műmelléklettel.... 5.— P

Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal ..... 6.50 P helyett 5.50 P
Vászonba kötve (8 P h. 7.— P)

Rigler Gusztáv: Közegészségtan és a járványtan tankönyve ..... 25.— P helyett 5.70 P

Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala, 86 oldal ..... 2.50 P helyett 2.— P

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel való rendelésnél a portóköltséget is felszámítjuk.

Krompecher

ZAMAKO

Calc. phosph. tribas. tartalmú zabmaláta tápszer

Csukamájolajat nem bíró

gyengecsontú és ideges gyermekek számára

Rendelhető szabadon: Közgyógyszerellátás (O.B.A.), Országos Stefánia Szövetség, Székesfővárosi alkalmazottak, Tüdőgondozó Intézetek, Keresk. Segélyegylet, Bányapénztárak terhére.

Főorvosi engedéllyel: O.T.I., M.A.B.I., MÁV. és Posta terhére. MÁV. terhére üzletvezetőségek útján is kivételezhető.

Mintával és irodalommal szívesen szolgálunk

Krompecher tápszeripari kft. Budapest, V., Nádor-u. 15

SEVENAL—CHINOIN hypnoticum, sedaticum, antiepilepticum

AZ ATHENAEUM IRODALMI ÉS NYOMDAI R.-T. NYOMÁSA NYOMDAIGAZGATÓ: WOZNER IGNÁC

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, közkórházi főorvos

Mennyi legyen a havi vérzés?

Ezt a kérdést rendesen olyan nők teszik fel, akiknek kevés a hószám alatti vérzésük. Némelyek csak elővigyázatosságból fordulnak orvoshoz, mert úgy tudják, hogy a túlságosan kevés vérzés nem egészséges. Mások már egyenesen panaszkodnak s nyugtalanok, idegesek, ingerlékenyek, ha a havi vérzésük kevesebb, mint rendesen szokott lenni. Nagyon intelligens s nyugodt betegek úgy jellemzik a csekélyebb havi vérzéssel kapcsolatos állapotot, hogy a havi baj alatt s után nem következik be az a jóleső megkönnyebbülés, mint máskor. A magyar nyelv a »tisztulás« szóval kifejezi, hogy a hószám alkalmával a szervezetből valami oda nem való, haszontalan, talán káros anyag távozik el. A közfelfogás is megegyezik ezzel: a kiadós havi baj az egészség jele.

Az aggodalmaskodókat könnyen meg lehet nyugtatni azzal, hogy a szervezet szabályozóképessége igen pontosan működik s ha valakinek kevesebb a vérzése, abból még semmi baj sem származik. S tényleg, az esetek legnagyobb részében semmi hátrányát nem látjuk annak, ha a havi baj kevesebb, mint másokon: csak 1—2 napig tart s kevés felkötőt kell elhasználni. Az ilyen nők rendszerint egész életükön át megvannak panasz nélkül. Még gyermekük is lehet.

Ha a hószám mennyisége állandóan csökkent (oligomenorrhea), akkor az egész szervezetnek s különösen a belső secretiós mirigyrendszernek az átvizsgálása tájékoztat a zavar oka felől. A petefészek csökkent működése lehet constitutionalis, ilyenkor rendszerint hízásra is hajlamos a beteg. Sokszor azonban a pajzsmirigy, hypophysis, mellékvese csökkent vagy fokozott működése a hypovarismus alapja s ilyenkor az alapbetegséggel kell foglalkoznunk. Ha komolyabb zavart nem találunk — akkor más panasz híján — legjobb a beteget megnyugtatni s intensivebb kezeléstől tartózkodni.

Kifejezett panaszt akkor szoktunk hallani, ha a havi baj eddig rendes volt, s mennyisége egyszerre megcsappant. Gyakori ilyenkor a kívánság, hogy az orvos segítsen s tegye a havi bajt bőségesebbé. Szükség van-e erre s ha igen, milyen eljárások állanak a rendelkezésünkre?

Tudnunk kell, hogy a rendes időben bekövetkező, de a szokott mennyiségen aluli gyengébb vérzés nem mindig betegség jele. Nagyon gyakran a szervezet más részén végbemenő s esetleg már elmúlt folyamatok hozzák létre a vérzés csekélyebb voltát, így pl. meghűlés, influenza, bélhurut stb. Máskor ideges affectiók magyarázzák a vérbőség csökkenését; természetesen a nemi élet jelenségei is kihatással vannak erre. Van arra is adat, hogy az erős dohányzás vagy más alkaloidák szedése folytán lecsökkent a petefészekműködés. Ha a vérzés csökkenése csak egyszer-kétszer mutatkozik s más feltűnőbb tünettel nem jár s pontos vizsgálattal sem találunk eltérést, megnyugtathatjuk a képzelt beteget, mert az ilyen csekély eltérésnek jelentősége nincs.

Vannak azonban nők, akiken a hószám alatti vérveszteség kihatással van az egész szervezetre; ha a vérveszteség csekély s a vérbőség nem enyhül, reflexkapcsolatok útján előállanak a kísérőtünetek: vizelési izgalmak, bélműködés zavara, epehólyag fájdalmak, izom s izületi panaszok, szívdobogás, álmatlanság, a beszámíthatatlanságig emelkedő nyugtalanság kísérhetik ezt az állapotot.

Ennek a sokféle tünetnek az okát abban keresték, hogy a havi baj idején mérges anyag képződik a szervezetben, amely hatását testszerte kifejti. Ilyen mérges anyagot kimutatni eddig nem sikerült. Vannak azonban a havi bajjal kapcsolatos változások a szervezet chemismusában. A tüsző- és sárgatest-hormon a vérben a havi baj előtt 1—2 nappal a legmagasabb concentratiót mutatja, ennek hirtelen lecsökkenése váltja ki a vérzést. Ezt a zökkenést az érzékenyebb idegrendszer már jelzi. A méh nyálkahártyájában is felhalmozódnak bizonyos anyagok a havi baj előtt, így glykogen, arsen, jód. Gondolni lehetne arra, hogy a nyálkahártya kezdő szétesésekor ezek, vagy más fehérjebomlástermékek felszívódnak s ez hozza létre a mérgezést. Ilyen felvételre azonban semmi alap nincs. Fiatal leányon, hymen imperforatus miatt nagy haematometra alakult ki, a vizeletben urobilinogent nem tudtunk kimutatni, pedig az a haematomából rendszerint felszívódik. Ez azt mutatja, hogy az ép méh üréből a menstrualis szétesési anyagok nem kerülnek az általános nedvkeringésbe.

Nem is szükséges az oligomenorrheával néha együttjáró izgalmi állapot magyarázatára ilyen hypothetikus mérget keresni. A nemzőszervek élettana azt mutatja, hogy cohabitatio esetén az ott keletkező vérbőség az idegfolyamatok rendes lefolyása esetén elenyészik s megkönnyebbülésnek ad helyet, ha azonban az idegingerület nem elegendő, nem jött létre a kielégülés, az orgasmus állapota — a vérbőség soká megmarad s számos kellemetlen tünet alapja lehet (dyspareunia). Oligomenorrhea esetén hasonló állapot van jelen: a bővérűség nem vezetődik le elég gyorsan s ez reflectorice különböző tünetek forrása lehet.

Az oligomenorrhea kezelésére tulajdonképpen csak az ilyen esetekben van szükség. Bizonyos mérsékelt conservativismus nagyon is ajánlatos, mert nem tudjuk pontosan szabályozni a vérzés fokozására irányuló eljárásunk hatását. Könnyen előfordulhat, hogy az oligomenorrhea erős vérzésbe csap át s ez a jelenség az idegrendszerben fixálódik s később annál több bajunk lesz a vérzés csillapításával. Egyszerű eljárások, amelyekkel helyes diagnosis esetén bajt alig csinálhatunk: meleg lábfürdő, tenyérnyi mustárpapír az alhasra, histamin iontophoresis a nehezen meginduló vérzés idején. Befecskendezés formájában petefészekkivonat, esetleg kevés pajzsmiriggyel, yohimbin, aloe per os kis adagban, per rectum, luteohormont tartalmazó suppositoriumok adhatók. Az általános tüneteket bróm-calcium, valeriána, 1—2 centigrammos luminal s papaverin enyhíti. Adják az eumenol-t s species Amashirae-t is. Néhány évvel ezelőtt erősen ajánlották az apiol-t; nemrég azonban bizonyos szennyezett gyári készítmények alkalmazása után nehezen gyógyuló neuritiseket írtak le.

Amennyiben az oligomenorrhea állandó jellegű, illetve constitutionalis eredetet tételezhetünk fel, akkor a szervezet erőbeli állapotának emelésére kell törekedni. Vitamindús táplálék (különösen A és E), vaspilulák, — mérsékelt quarzbesugárzás, vagy *enyhe* napozás — hegyvidéki tartózkodás, sport, moor-fürdők, iszappakkolás, diathermia (hasi-háti elektródokkal) végezhető.

Sokkal gyakoribb, hogy erős (hypermenorrhea) vagy túl gyakran jelentkező (polymenorrhea) hószám miatt kérik tanácsunkat. Ha a hószám cyclusa megvan, csak 21—25 naponként következik az be, nem kell ellene tenni semmit. A cyclus befolyásolása ugyanis alig sikerül. Általában a vérzést akkor tarthatjuk túl erősnek, ha a szervezetet legyengíti, rossz közérzetet okoz s a vérkép a vérzés után néhány nappal is még anaemiát mutat. Erre ügyelnünk kell, mert különben fölösleges polypragmasiába esünk s a beteget is fölöslegesen nyugtalanítjuk. Ha a vérzés igazán túl erős, vagy a vérzés typusa rendetlenné válik, akkor mindenek-

előtt ennek az okát kell megtalálnunk s aszerint irányítjuk a gyógyítást.

A cyclikus, de erős havi vérzés oka lehet nem rég lefolyt vetélés, hormonalis zavar, a méh szövetének gyöngesége, vagy túltengése, kezdődő myoma, a petefészek, illetve a nemzőszervek gyulladása, általános, vagy localis pangás. Csak az egész szervezetre kiterjedő gondos vizsgálat, pontos anamnaesis s a betegség észlelése fogja meghozni a teljes diagnosist.

Ha a vizsgálat nem szolgáltat gyanut valamely határozott pathológiai folyamatra, vérzéscsillapító szereket alkalmazunk. Valóságos műhiba azonban, ha vérzéscsillapítót rendelünk alapos vizsgálat nélkül, mert ezáltal malignus folyamat esetén elveszítjük az eredményes gyógyításra alkalmas időt. A vérzéscsillapításra alkalmas készítmények az utolsó évtizedben sokkal megbízhatóbbak, mint a régi, egyszerű anyarozs-kivonatok voltak, úgyhogy ezekkel nem is kísérletezünk. Secaconin, okistyptin, stypticin, hydrastis készítmények huzamosabb időn át adagolhatók ; az erős hatású ergam, gynergent nagyon szívesen rendeljük, de 4—5 nap mulva az erős vasoconstrictio miatt mással cseréljük fel ; kitűnő hatású a gravitol. Mindezeket adhatjuk per os, vagy befecskendezés formájában. Gyorsan hat a portióba fecskendezett glanduitrin.

Az életet veszélyeztető hószámi vérzések megszüntetésére méhkaparást végzünk, ha csak nincs ennek ellenjavallata — vagy adrenalinos gazecsíkot viszünk a cervicalis csatornába s hüvelytamponálást végzünk. Volt már arra is esetünk, hogy az erősen kivérzett betegen vérátömlesztést kellett végeznünk. Sokszor jó hatását láttam az intermenstruumban adott 8—10 glanduitrin befecskendezésnek. Általában nagy súlyt helyezünk az intermenstruumban a szervezet erősítésére, a pangás (obstipatio !) megszüntetésére, áthangolásra (lépbesugárzás).

Ha az egyszerű eljárások nem vezetnek eredményre, diagnostikus célból méhkaparást végzünk, szigorúan ügyelve az ellenjavallatokra. Régi vetélés esetén ez egyszersmind a gyógyítást is meghozza. Hormonalis zavar fennforgását illetőleg az egyes vegyészeti gyárak által felajánlott hormonmeghatározás a vizeletben rendszerint semmi felvilágosítást nem ad. A hormon ellátás mikéntjét ugyanis a vizeletben lévő hormon mennyisége egyáltalában nem deríti fel. Ha igazi hormonkutatást akarunk végezni, akkor a vérben kell ismételten meghatározni a hormonokat. A gyakorlatban egyelőre jobban beválik a petefészek-hormonokra jól reagáló méhnyálkahártya szövettani vizsgálata. Ilyenkor is figyelmeztetni kell a kórszövettani vizsgálót a kérdés lényegére, különben könnyen a ma már idejét mult »endometritis glandularis« jelzést fogjuk kapni. A szövettani lelet értékesítéséhez tudnunk kell, hogy a kikapart nyálkahártya a cyclus mely idejéből származik, tudnunk kell, hogy az a proliferatiós vagy secretiós stadiumot mutatja-e s ezeket összevetve megállapíthatjuk, hogy a méhnyálkahártya szöveti szerkezete megfelel-e a cyclus idejének. Ha a hószám idején is csak erős proliferatio képét kapjuk, helyenkénti nekrosisokkal, akkor a hyperplasia glandularis endometrii kórképével állunk szemben, amit a corpus luteum hormonjának hiányos hatására vezetünk vissza. Ebben az állapotban — amennyiben a méhkaparás nem hoz állandó eredményt — corpus luteum-hormon alkalmazására van szükség. A gyárak készítményei hatásos sárgatest-hormont alig tartalmaznak, ilyen készítmények előállítása még igen drága. Az utolsó időben úgylátszik, sikerül a feladatot megkerülni oly módon, hogy rokonhatású szervkivonatot hozunk forgalomba, amely luteohormon hatását képes kiváltani.

A hormonhatás abban nyilvánul meg, hogy adagolására a méhnyálkahártya a proliferatiós állapotból a secretiós stadiumba megy át, a szétesésre megérik, az gyorsabban folyik le s a természetes vérzéscsillapító tényezők (méhizomzat- és véredény-összehúzódás) érvényesülhetnek. Hypertrophia endometrii glandularis esetén a méhkaparás csak a diagnosist segíti elő, igazi gyógyulást a hormonalis viszonyok megjavulása vagy megjavítása hoz. Az ovarialis hormontherapia mellett a hypophysis mellső lebenyéből származó kivonatokat is alkalmazhatjuk.

Nehéz feladattal állunk szemben, ha a vérzés a nemzőszervek gyulladása kapcsán áll elő. A lobos méhnyálkahártya elvesztette reagáló képességét a petefészek-hormonokkal szemben. Acut gyulladás esetén a méhnyálkahártya bővérűsége, szakadékonysága adja meg a hajlamosságot a vérzésre. Subacut lobosodáskor a méh vérbősége mellett a petefészek hormontermelése és a hormonfelszívódás szenved zavart s ennek következménye a nyálkahártya hibás lelökődése. Mindkét esetben szigorúan tartózkodnunk kell minden méhüri beavatkozástól, mert ez a gyulladás továbbterjedését s fellobbanását vonja maga után. Az általános vérzéscsillapító eljárásokkal kell tehát beérnünk s ezeket még legfeljebb kongóvörös- és calcium-befecskendezésekkel egészítjük ki. Több cycluson át mutatkozó, igen erős vérzés s megnyugodni nem akaró gyulladás esetén időszakos röntgenbesugárzást végezhetünk.

A változás korában mutatkozó erős vérzések esetén diagnostikus célból méhkaparást kell végezni, ha ennek nincs ellenjavallata. Sokszor már ez is meghozza a vérzések rendeződését. Ellenkező esetben intrauterin radium behelyezéshez vagy röntgencastratióhoz folyamodunk. A radiumbehelyezés után nem olyan erősek a kiesési tünetek, viszont esetleges régi gyulladás kiújulása fenyeget.

Fekete Sándor dr.
egyet. magántanár.

Heveny gyomortágulás.

Legtöbbnyire hasüregi műtétek után, mint szövődmény szokott fellépni ez a következményeiben kiszámíthatatlan, épp ezért veszedelmes megbetegedés. Előfordulhat azonban bármely más műtét után is, akár altatásban végezték azt, akár helybeli érzéstelenítésben, sőt láttak már heveny gyomortágulatot műtét nélkül is kifejlődni. Régebben nemcsak tüneteiben, hanem lényegét illetőleg is nagyon gyakran összetévesztették az ú. n. arteriomesenterialis duodenumelzáródással, amelyhez az újabb vizsgálatok szerint csak annyiban van köze, hogy heveny gyomortágulat arteriomesenterialis duodenumelzáródást is kiválthat.

A megbetegedés lényege a gyomor falában lévő vegetativ idegrendszernek a bénulása, amelyhez az előbb elmondottak alapján szükségképpen egyéni készséget (dispositiót) kell feltételeznünk.

A tünetek csaknem mindig hirtelen kezdődnek. A beteg, aki eddig teljesen jól érezte magát, nyugtalanná kezd válni, bizonytalan hasi érzékenységről panaszkodik, érverése mindinkább szaporává lesz. Rohamosan romló erőbeli állapot mellett a beteg aránylag ritkán, de feltűnő nagymennyiségű folyadékot kezd hányni. Jellemző erre a hányásra, hogy a beteget nem erőlteti meg, mintha a telt gyomor a szájon át egyszerűen túlfolyna. Kopogtatással és tapintással a felső hasfélben locsanást mutató folyadékgyülemet találunk, amely néha a has alsó felébe, sőt a tövisnyúlványokig is leterjedhet. A hányadék epés, híg fekete folyadék, amely sohasem bélsárszagú. Ha gyomorszondát vezetünk le, a hányadékhoz hasonló, nagymennyiségű folyadékot üríthetünk ki, ami után az előbb elődomborodó gyomortáj ismét ellapul. Előfordulhat azonban az is, hogy a gyomorszonda nem hoz ki folyadékot ; ilyenkor meg kell győződnünk arról, vajjon a szonda vége leért-e a hatalmasan tágult gyomor folyadékszintjéig.

Elkülönítő kórisme szempontjából elsősorban hashártyagyulladás jöhet szóba. A heveny gyomortágulásban azonban hiányzik a láz és a hasnak egyenletes felpuffadása, ami a belek bénulásának a következménye. Legjellemzőbb e tekintetben a hasnak teljes ellapulása, besüppedés a gyomortartalom kiürítése után. Nehezebb az elkülönítés az arteriomesenterialis duodenumelzáródással szemben, mely — ha heveny gyomortágulással egyidejűleg áll fenn — jóformán el sem különíthető ettől. Szóbajöhet végül magasan ülő bélelzáródás ; ennél azonban hiányzik a gyomornak kimutatható nagyfokú kitágulása, viszont megfigyelhető — éppúgy, mint az előbb említett arteriomesenterialis duodenumelzáródásnál — a gyomor időszakos peristalticája.

A betegség kórjóslata mindig nagyon komoly ; a halálozási szám 50—70% között ingadozik. Minthogy nagyon sok függ a korai felismeréstől, már gyanú esetén is szerezzünk bizonyosságot a gyomorszonda levezetésével arról, hogy van-e pangó folyadék a gyomorban. Ezt még gyomorműtétek után is tegyük meg, mert sokkal kevesebbet árthatunk a gyomor kiürítésével, mint amennyire igénybeveszi a folyadéktömeg nyomása a varratokat.

A gyógykezelésnek irányelvei : a gyomormosás és a beteg helyzetváltoztatása. Az előbbit a betegség felismerésének pillanatától kezdve naponta többször végezzük, mert így esetleg a baj teljes kifejlődését is megakadályozhatjuk. A gyomormosás elsősorban ne »mosásból«, hanem a gyomortartalomnak egyszerű lebocsájtásából álljon ; ha ezután öblítünk is, ezt csak kevés és meleg folyadékkal végezzük. Ha oly rohamosan gyűlik meg a gyomortartalom, hogy ennek gyakori kiürítése a betegre nézve nagyon kellemetlen lenne, az orron át állandó katheter behelyezésével gondoskodhatunk a gyomortartalom levezetéséről.

A beteg helyzetváltoztatása olymódon történjék, hogy azzal a gyomortartalom kiürülését elősegítsük. Ezt lényegileg akkor érhetjük el, ha a beteget úgy helyezzük el, hogy a gyomor és belek a has alsó feléből, ellazított hasfal mellett, visszaeshessenek a rekesz felé. Fektessük tehát a beteget jobb, esetleg baloldalára, az ágy lábvégét pedig emeljük magasabbra. Kitűnően beválik az ú. n. térdkönyök-helyzet, amelynek hátránya, hogy a betegre nézve kellemetlen és hogy operált betegnél az első napokban sokszor kivihetetlen.

Ha hasi műtét szövődménye a heveny gyomortágulás, mindenekelőtt a hasra alkalmazott kötést ellenőrizzük, nem szoros-e, nem vág-e be valahol ; ha igen, azonnal tágítsuk meg, hogy a gyomornak esetleges mechanikus leszorítását kiküszöböljük.

A gyomor peristalticájának megindulását gyógyszerekkel alig érhetjük el. Még leginkább physostigminnel, glanduitrinnel és neohormonallal kísérletezhetünk, de mindenképpen kerülnünk kell az ajánlott adrenalint és óvatosan kell bánnunk a morphiummal is. Az előbbi a gyomor mozgását inkább gátolja, mint elősegíti, az utóbbi, ugyanilyen hatás mellett, még a gyomorsecretiót is növeli.

A műtéti megoldás (pl. gastrostomia) a tapasztalatok szerint mindenképpen elvetendő, az általa elért eredmények határozottan rosszak.

Nagy gondot kell fordítanunk a beteg táplálására, illetve nedvveszteségének pótlására. Minthogy a szájon át táplálást akár több napon át is be kell szüntetnünk, a szükséges folyadékmennyiséget a végbélen át vagy bőralatti, illetve visszeres infusiókkal kell bejuttatnunk a szervezetbe. Az erőbeli állapotnak és elsősorban a szív erejének fenntartására szőlőcukor-infusiókat adjunk. A szájon át táplálást csak nagyon óvatosan kezdjük meg akkor, ha a levezetett gyomorszondán pangó gyomortartalom nem ürül már és gyomorperistalticát észleltünk. Ekkor kevés cukros vízzel, teával, vagy lisztes levessel kezdjük meg a táplálást, amihez később kevés vajat és tejet is adhatunk, majd fokozatosan térhetünk át a pépes táplálékra.

Czirer László dr.
egyet. magántanár

A gyakorló orvos feladatai a sebészi gümőkór kezelésében.

A mirigy-, csont- és izületi gümőkór a betegség kezdeti stádiumában kezelhető legeredményesebben. Ilyenkor therapiánkkal még megakadályozhatjuk a betegség tovaterjedésével keletkező deformitások és egyéb szövődmények kifejlődését.

A gyakorló orvos első feladata tehát — mely a betegre sorsdöntő jelentőségű lehet — a korai diagnosis felállítása. Amennyire egyszerű és eredményes azonban therapiánk a kezdeti szakban, oly nehéz — és a latens szakban nem egyszer leküzdhetetlen — problema a kórisme megállapítása.

A csontgümőkór rendszerint akkor mutat legelőször helyi objectiv elváltozásokat, ha a folyamat már a csontfelszínre áttört : tályogot eredményezett. A beteg panaszai : fáradtságérzés, fájdalom, mozgáskorlátoltság azonban jóval előbb felhívják figyelmünket a lassan, alattomban terjedő kórra. Esetleges apró hőemelkedések, makacs neuralgiás fájdalmak, nyomásérzékenység, functiocsökkenés, vérsejtsüllyedés, specifikus reactiók, röntgen stb. elősegítik a helyes kórisme felállítását. A sebészi gümőkór minden formájában kórisménket csak a lues és rosszindulatú daganat lehetőségének kizárása után állítsuk fel. Az ennek alapján idejében megkezdett gyógykezelés idealis eredményeit az becsüli meg legjobban, aki a késői esetek javíthatatlan deformitásait látja. Ilyenkor a kórisme már könnyű, de elszomorító a gyógyeredmény a folyamat megnyugvása esetén is. A gibbusokat, rövidüléseket, contracturákat, atrophiákat eltüntetni — csekély kivételtől eltekintve — nem lehet. Egy periarticularis góc időben történő sebészi, illetőleg röntgen-therapiájának elmulasztása, az izületbe áttörés veszélye miatt, fel nem becsülhető kárt okozhat a betegnek. Ezért a gyakorló orvos legáldásosabb feladatát abban látom, hogy idejében — a gyógykezelés szempontjából legkedvezőbb szakban — juttatja betegét kórismére, illetőleg gyanúja alapján az e célra felszerelt intézet kezelésébe, mely a követendő gyógyítás irányának megjelölésével, időnkénti ellenőrző-vizsgálatok (Röntgen) megejtésével, rögzítő-, tehermentesítő-sínek, gépek alkalmazásával van hivatva a minél tökéletesebb gyógyulást elősegíteni. Minthogy azonban egyrészt a szükséges beavatkozás (műtét, rögzítés) utáni hosszú nyugalmi időt a beteg ismét otthonában — a gyakorló orvos kezelésében — töltheti, másrészt,a szakintézetekkel kapcsolatos együttműködés lehetősége nincs mindig meg, sokszor a gyakorló orvosra háramlik a therapia időszaki irányítása is. Ezért a gyógykezelés legfontosabb feladatait részleteiben is tárgyalnom kell. Ezt — a tárgykör nagyságára tekintettel — csak két, példaképpen kiragadott kórforma keretében vázolhatom. A kezelési elvek azonban általános érvényűek s így útmutatóul szolgálnak a sebészi gümőkór minden formájában.

Nyaki lymphomák esetén a szájüreg vizsgálata, fertőzés-kapujának kiiktatása (pl. tályogos fog kihúzása) az első teendő. Ha Quarz-fénykezelés (egész test besugároztatása) ellenére a solitär nyirokcsomó nagyobbodik, a bőrrel összekapaszkodása, ellágyulása előtt kiirtandó. Ez adja kosmetikai szempontból is a legjobb gyógyeredményt.

Nagykiterjedésű mirigycsomókat röntgenbesugárzással kezelünk. (Kórisme felállításakor lymphosarcoma, lymphogranulomatosis eshetőségére is gondolni kell.)

Ha a beteg már a teljes felpuhulás szakában, lobos, elvékonyodott bőrrel fedett lymphomával jelentkezik, quarzfénykezelés mellett a punctiós therapia jön szóba. A punctiót — mint minden hideg tályog pungálásakor — mindig az ép bőrben, a legnagyobb sterilitással végezzük, még a szúrcsatorna irányát is gondosan megválasztva, hogy sipoly annak helyén ne keletkezzék. A tályogüreg újbóli feszes megtelése előtt a punctiót megismételjük. Lobos beszűrődések lobellenes eljárásokkal (jégtömlő, hideg borítás) kezelendők.

Sipolyos stádiumban az általános és helyi quarzkezelés mellett a bőrt védő kenőcsös kötéseket alkalmazzunk.

Spondylitis : Legnehezebb a kórisme a lappangási időszakban. Minden tartósabban fennálló, egyébként nem magyarázható, a therapiával dacoló, deréktáji fájdalom, intercostal neuralgia, ischias esetén csigolyagümőkór lehetőségére is gondolni kell. A csigolya direkt-nyomási és a gerincoszlop terhelésével járó direkt fájdalmasságán, a gerincoszlop megfelelő részletének merevségén kívül ilyenkor egyéb tünet még nem észlelhető.

Röntgen- és specifikus reactiók segítségével megerősített kórisme alapján a beteg gerincoszloprészlet nyugalomba helyezéséről kell gondoskodnunk. A gyypságybanfektetést leghosszabb ideig a háti csigolyák cariesében kell folytatni, mert míg a nyaki gerincoszlop tehermentesítése a vállakon nyugvó támasztó-kötéssel — az ágyéki csigolyáké fűző segítségével jól kivihető, a hátcsigolyákat tehermentesíteni — különösen a felsőket — alig lehet. Ha a csontrendszer más helyén (pl. térdizület) a rögzítés a fontosabb, itt (deformitások, súlyos idegrendszeri elváltozások megelőzésére) a legtökéletesebb tehermentesítésre van szükség, melyet 10—15 hónapon át következetesen kell folytatni. Nem nagy idő ez a késői esetek sokéves szenvedéséhez viszonyítva, a végeredményt nem is említve. Az ily hosszas fektetés miatt a bőr gondos ápolására, az izmok jókarban tartására (massage), deformitások kifejlődésének megakadályozására (contractura, lóláb-tartás) irányuló utasítások megadása képezik a gyakorló orvos feladatát az általános therapiás tennivalók (diaeta, hygienikus rendszabályok, nap-, quarzbesugárzás, vegetativ functiók szabályozása stb.) mellett. A fektetés idő előtti megszüntetése helyrehozhatatlan károkat okozhat. A beteg lelki egyensúlyának megtartására előnyös az időnkénti milieuváltoztatás. Gyorsabban múlik az idő ilyenkor és elkerüljük az unalom, kedvetlenség és apathiával járó hátrányos vegetativ functiocsökkenéseket. A kórházi és házi fektetés felváltott alkalmazása után a beteg kedélyváltozása mellett az étvágy visszatérését, súlygyarapodását s a betegségnek — még előhaladott stádiumában is — addig nem észlelt, rohamos javulását láttuk. Adott helyzetünkben magaslati gyógyhelyek szóba nem jöhetnek s így meg kell elégednünk a környezetváltoztatásnak főleg psychés jóhatásaival.

Az egyéni találékonyságnak e téren is tág tere nyílik (pl. a betegek foglalkoztatása) és a legfontosabb elv — a tehermentesítés, nyugalom — szem előtt tartása mellett igyekszik célját — mely a beteg testi és lelki conditiójának feljavításában áll — minél egyszerűbb eszközökkel elérni (pl. étvágytalant jól evőkkel együtt ebédeltetni).

Lényegesen hálátlanabb feladat a már deformatiókkal, tályogokkal, esetleg sipolyokkal szövődött késői spondylitis kezelése. A tályogok (retropharingealis-, hátsó mediastinalis- és psoas tályogok) punctióval kiürítése, szigorú asepsis mellett, lehetőleg intézetben történjék.

A sipolyos szakban a geny fertőző voltára tekintettel, a gyakorló orvos feladata a beteggel együtt élők védelme is. Kezelési irányelv ilyenkor : a geny minél tökéletesebb kiürítéséről gondoskodni. Ezt sokszor csak a beteg megfelelő fektetésével, ferde síkba helyezésével érjük el, aszerint, hogy milyen a sipolynyílásnak a genyforráshoz viszonyított helyzete. A geny csak megfelelő esés mellett ürül ki. Ha tehát a combon lévő sipoly genyforrása pl. az ágyéki csigolyákban van, az ágy fejvégi részének emelésével gondoskodunk a jobb kiürülésről. Ha ez nem elegendő, a zeg-zugos, tasakokkal közlekedő genycsatornát enyhe desinficiensekkel fogjuk időnként óvatosan kiöblíteni s így a toxikus anyagok felszívódását megakadályozni.

Az állapot súlyosbodásával az ápolás is nehezebbé válik, az orvosi teendők is szaporodnak, az elért eredmény pedig egyre kevesebb. A kórházak, klinikák megfelelő osztályai ezekkel az ápolandókkal telnek meg és bénulnak meg, holott itt nem a jól felszerelt szakintézeti kezelés a fontos, hanem csak az emberbaráti jóérzés diktálta szeretetteljes ápolás és tüneti kezelés.

Gyakorisága miatt és a gyakorló orvos rendkívül értékes szerepének demonstrálására a csontgümőkór köréből a spondylitist tárgyaltam, a műtéti therapia indicatióinak felemlítése nélkül. Az egyéb csont-gümős megbetegedésnek sebészi tennivalói közül csak a sequestrotomiát és a megközelíthető gócok kellő időben történő eltávolítását említem e szűk keretek között, minthogy ezekkel — therapiás lehetőségképpen — a gyakorló orvosnak is számolnia kell.

Sipos Imre dr.
közkórh. főorvos.

KÉRDÉS — FELELET.

Kérdés : 1931-től kiállított és büntetőügyben felhasznált orvosi látleleteimet Kiskunfélegyházán egymásután sujtják illetékbírsággal. 2 pengős bélyeg és 4 pengő büntetés, összesen 6 pengő volna fizetendő látleletenként. A fizetési meghagyás az 1931. évi 5100. M. E. sz. rendelet 14. §-ára hivatkozik.

Felelet : A büntető ügyekben kiállított orvosi látleletek és bizonyítványok a magyar kir. ministeriumnak 1931. évi október hó 19-én életbelépett 5100/1931. M. E. sz. rendeletének 14. §. 6. bekezdése alapján bélyegkötelesek. A rendelkezés a következőképpen hangzik :

»6. Az olyan bizonyítvány, amelyet nem az 1. bekezdésben megjelölt bíróság, hatóság, hivatal, hivatalos személy, vagy köztestület, hanem *más* — ideértve a közjegyzőket is — állít ki, amennyiben arról különös rendelkezés a következő §-okban nincs, 2 pengő illeték alá esik.

Minthogy az idézett rendelet következő pontjaiban a látleletekre és bizonyítványokra vonatkozó intézkedés nincsen, minden bizonyítvány és látlelet a rendelet életbeléptetése óta 2 pengő illeték alá esik.« *Vitray Antal dr.*

Kérdés : Az O. H. 1934 december havi »Külön-füzeté«-ben megjelent »Desensibilisatiós kísérletek menstruatiós intoxicatióknál« c. közleményben foglalt therapiás beavatkozás technikai kivitelére vonatkozóan kérek szíves útbaigazítást. Mi módon kell a betegtől nyert vérből a vérsavót előállítani, csiramentesen megőrizni a vidéki orvosnak? Miképpen történik a *Lehner* és *Rajka* által kidolgozott depot-módszer alkalmazása, illetve mi ez a módszer? *Gy. Z. dr.*

Felelet : A savókezelés céljaira steril fecskendővel 20—25 ccm vért veszünk, a vért egy szélesnyakú eprouvettába töltjük, egy napig állni hagyjuk, a savót steril tűvel leválasztjuk. A tiszta savót steril, gummisapkás üvegcsében (insulinos üveg) eltesszük. Ha mindezt gondosan végezzük, a savó hetekig eltartható, elővigyázatból hozzáadhatunk néhány csepp 0·3%-os phenolt, amikor a savó kissé zavarossá válik.

A Lehner-Rajka-féle depot-módszer abból áll, hogy ebben az esetben a vérsavót az injectiók folyamán mindig a bőr ugyanazon helyére fecskendezzük be. Rendszerint két depot-t készítünk a hát bőrén, jobb- és baloldalit a lapockák alatt, egyszerre 0·1—0·2 ccm savót fecskendezünk be *intracutan*. A kezelés tartama 8—10 befecskendezés, ilyenkor a depot kimerül és két másik bőrterületen megismételjük a depot-készítést.

Hajós Károly dr.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, közkórházi főorvos

A kéz sajkacsonttörésének kezelése.

A kéz sajkacsonttöréseit ma már nem számítjuk a ritkaságok közé, mivel pontos megfigyelés mellett kb. minden 8–10-ik radiustörésre, mint a leggyakoribb csonttörésre egy sajkacsonttörés esik. A sajkacsont töréseinek két fajtáját kell egymástól élesen elkülöníteni és pedig a sajkacsont-gumó és a corpus-törést. Előbbi mindig extraarticularis és legtöbbször direct trauma által okozott törés, ami a kezeléssel szemben semmi különös igényt nem támaszt és rövid ideig tartó (két hét) rögzítés után gyógyul. Meggyógyul azonban minden kezelés nélkül is, bár ilyenkor hosszabb ideig megmarad a fájdalmasság és a duzzanat.

A corpus-törések ezzel szemben intraarticularis törések. A törésvonal a csont hossztengelyére merőlegesen halad, legtöbbször felezi a csontot. Régebben a sajkacsont törései esetén a csontos consolidatio elérését reménytelen törekvésnek tartották és ez tette indokolttá az akkoriban általánossá vált sebészi kezelési módot, ami a sajkacsont törvégeinek eltávolításából állott. Ma már azonban az intraarticularis törések csontos consolidatiójának számos példáját ismerjük és bátran mondhatjuk, hogy megfelelő kezelés mellett a sajkacsont törései esetében is mindig elérhető a csontos egyesülés. A sajkacsonttörések elhanyagolt eseteiben legtöbbször arthritis deformans fejlődik ki a kéztőcsonti ízületekben, ami a kéztőmozgásokat kísérő állandó fájdalom miatt a beteg munkaképességét lényegesen csökkentheti, sőt bizonyos foglalkozási ágaknál munkaképtelenséget is okozhat.

A sajkacsonttörések helyes kezelésének első és legfontosabb előfeltétele a törés felismerése.

A sajkacsonttörés mechanismusában legtöbbször ugyanazok a balesetek szerepelnek, amelyeket a classikus radiustörések anamnesiséből jól ismerünk.

A tünetek nem olyan súlyosak, mint azt a végtagcsontok töréseiben általában látni szoktuk, mégis több olyan tünet áll rendelkezésünkre, amelyek alapján már a klinikai tünetekből alapos gyanút meríthetünk a sajkacsont törésére. A főképpen orsócsonti oldalon panaszolt spontan fájdalom mellett még jellemzőbb a fossa tabatiére nyomására jelzett fájdalmasság. A fájdalmon kívül nem kevésbbé fontos tünet a tabatiére ároknak kitöltött volta. A sajkacsont töréseinek felismerésében értékes irányítónk lehet a kéztőízület mozgásainak vizsgálata is. Míg egyszerű kéztőízületi rándulás esetén a mozgások minden irányban korlátozottak, illetve fájdalmasak, addig sajkacsonttöréskor különösen feltűnő a dorsalflexio és a radialis-abductio korlátozottsága és fájdalmassága. A klinikai tünetek alapján azonban csak gyanút meríthetünk a sajkacsont törésére, a döntést mindig a röntgenfelvételre kell bíznunk. Kisebb gyakorlattal bíró vizsgáló akkor járt el a leghelyesebben, ha minden kéztőrándulás esetében a kéztőről röntgenfelvételt készít. Mindig egymásra merőleges síkban beállított két felvételt kell készíteni. Míg az oldalsó felvételen a tuberositas-törések, addig a dorsovolaris irányú felvételen a corpustörések láthatók jobban.

A sajkacsont töréseinek kezelésére vonatkozólag a tuberositas törésekről már előbb szólottunk. A corpustörések kezelésére legjobb eljárás a hosszú ideig (6—8 hét) tartó rögzítés. Tudnunk kell ugyanis, hogy itt a törésvonal mentén a csontot nem fedi csonthártya. Nem számíthatunk tehát a csonthártya élénk callustermelő képességére, hanem csupán a csontvelői callus útján remélhetjük a consolidatiót. Ha megfelelő rögzítés által nem gondoskodunk arról, hogy a törésvonalba benövő fiatal erecskék és a frissen fejlődő fiatal callus állandóan szét ne szakíttassanak, akkor az egyesülés nem jöhet létre. A rögzítést leghelyesebben párnázatlan dorsalis gipszinnel végezzük. A csuklóízület mérsékelt dorsalflectált állása mellett a gipszsín a könyöktől a kéztőcsontok distalis fejecséig terjed. A gipszsínnek helyes alkalmazása mellett úgy a könyökízület és az ujjak mozgásai, valamint a pro- és supinatio szabadon marad. Ha betartjuk ezeket a szabályokat, akkor hosszú ideig tartó rögzítés mellett sem fejlődik ki sem izomsorvadás, sem izületi merevség. A beteg a rögzítés ideje alatt ujjait mozgatni tudja, kezével markolni tud, sőt néha még hivatásának is eleget tehet. A rögzítésnek friss esetben 5—8 hétig kell tartani. Több hetes, vagy több hónapos régi esetekben a rögzítés tartamát hosszabbra kell szabni. Négy- és öthónapos sajkacsonttörést sikerült meggyógyítanunk három, illetve öt hónapig tartó rögzítő kezeléssel. A rögzítés tartamára vonatkozólag egyrészt a röntgenfelvétel, másrészt az izületi mozgások fájdalmas vagy fájdalmatlan volta szolgál útmutatóul.

Ha a törvégek között álízület fejlődött ki, akkor hosszas rögzítéstől sem remélhetjük a csontos gyógyulást. Ilyenkor az álizületnek *Beck* szerint történő többszörös megfúrása által érhetünk el jó eredményt. Ha a kéztőizületekben arthritis deformans fejlődött ki, kezelésünkkel legfeljebb a fájdalmakat csökkenthetjük, de a gyógyításról le kell mondanunk.

vitéz Dániel Elemér dr.
egyet. tanársegéd.

Az elhuzódóan megszakadó (u. n. chronikus) kürtterhesség.

Amilyen egyszerű és könnyen felismerhető a hirtelen megrepedt kürtterhesség, olyan nehéz lehet olykor az elhúzódóan megszakadó (leggyakrabban tubaris abortus) méhenkívüli terhesség (mkt.) felismerése, még akkor is, ha a legnagyobb gondossággal, minden klinikai segédeszköz igénybevételével, napokon át vizsgálhatjuk a beteget. Kétségtelen, hogy a vidéki orvos még sokkal nehezebben állíthatja fel a felelősségteljes kórismét, hiszen nem tudja a beteget napokon át, állandóan megfigyelni és laboratoriumi észleléseket végezni; meg kell alkudnia a mostoha vizsgálási lehetőségekkel, továbbá, legtöbbször desintelligens beteggel van dolga, aki sokszor tudatosan is valótlanságot mond mert az előzményeket szégyenérzetből vagy kényszerűségből titkolja.

Az elhúzódóan megszakadó mkt.-t majdnem mindig függeléklobbal tévesztik össze. Alábbiakban négy érdekes esetünk (az első kettő a Szent István-kórház I. sz. szülőnőbeteg-osztályáról, a harmadik és negyedik a Horthy Miklós-kórház sebészetéről) kórlefolyását közlöm. Ezek is mutatják a nehézségeket, melyekkel olykor meg kell küzdenünk.

I. Harmincéves asszony, ki már kétízben szövődmények nélkül szült, elmondja, hogy havi vérzése eddig négyhetenként volt, közepes vérzéssel. Utolsó vérzése — felvétele előtt 28 nappal — egy héttel korábban jelentkezett, bő vérzéssel és azóta is gyakran vérezget. Hasában, mindkét oldalt görcsös fájdalmai vannak. *Status:* Jól táplált nőbeteg, mellkasi szervek épek. Puha, de érzékeny alhas. Portio kissé livid, nem puhább, mozgatása fájdalmas, rendes nagyságú, anteflectált uterus, mindkét oldalt érzékeny adnexum, lényegesebb tapintási eltérés nélkül. Vakbélpontok nem fájdalmasak. Vérzés nincsen,

genyes folyás. Vizeletben : geny és fehérje negativ. Hőmérséklet 37·5. Kórisménk : kétoldali salpingitis. Véleményünket megerősíti a górcsövi lelet, mely úgy a húgycső, mint a cervixváladékban gonococcusokat mutat. (A férj kérdésünkre bevallotta, hogy régi kankóját kikezelték, de néhány hét óta ismét jelentkeznek a bonjour cseppek.) Két nap mulva menstruatioszerű vérzés kezdődik és a Douglas-ban, jobb oldalt izzadmányszerű, csekély resistentia válik tapinthatóvá. Parenteralis tejtherapiát kezdünk, mire 39·4-ig emelkedő láz jelentkezik, az alhasi fájdalmak fokozódnak. Az ötödik napon a Douglas-beli »izzadmány« nagyobb és bal oldalra is átterjedt, vérzés megszűnt. A tejkezelés mellett lobellenes therapiát kezdünk. Az ápolás 11. napján ismét vérezgetni kezd és kb. babszemnyi szövetdarab távozott a cervixből, melyet szövettani vizsgálatra küldtünk. A negyedik tejinjectio és három napi láztalanság után felkeltjük a beteget. A szövettani vizsgálat secretiós stadiumban lévő, jó magfestésű fundusnyálkahártyarészletek között »deciduasejtekre emlékeztető« sejtalakokat is talált, melyeknek »magfestése alig észrevehető«. A második napi fentjáráskor a beteg jobboldali élénk görcsöket kap, szédül. Vérkép : 4,540.000 vvs., 11.600 fvs., 84% hgb. Bár az anamnesis és status, a bő, genyes, go.-s folyás kórisménket gyulladás mellett döntötte el, a szövettani lelet, a tejtherapián kívüli láztalanság és a legutolsó nap szédüléssel járó görcsei, valamint az aznap almányira duzzadt j. o. adnextumor gyanut keltett és ezért megpungáltuk a Douglas-t. Megszakadt mkt.-re jellemző, fekete, törmelékes vért kaptunk. *Műtét :* a j. o. ép tubát kis almányira tágultnak találtuk, tátongó fimbrialis véggel. Az egész adnexum haematomába ágyazott, a b. o.-i függelék a kis medencébe volt lenőve. J. o.-i adnexotomiát végeztem. Síma gyógyulás után, a 11. napon, panaszmentesen távozott a beteg. A cervixváladékban akkor gonococcust nem találtunk. Ellenőrző vizsgálatra azóta nem jelentkezett.

II. Harminckétéves asszony, ki nyolcízben szült, egyszer vetélt, elmondja, hogy szülései normalisak voltak, a gyermekágyak láz nélkül zajlottak le, havi baja négyhetenként rendesen megvolt. Négy hó előtt elmaradt a vérzése, két hónap óta viszont rendetlenül vérezget. Szédülése, ájulása, láza és hidegrázása nem volt. *Status :* Ép mellkasi szervek. Mérsékelten érzékeny, benyomható has. Portio nem livid, rendes nagyságú méh a symphysishez nyomva, mögötte, jobbra és balra izomkeménységű izzadmány, b. o. külön, csaknem ökölnyi resistentia, mely középen kissé dudoros, baloldalán cystosus. Kevés, sötét vérzés a cervixből. Láztalan. Vérkép : 4,660.000 vvs., 10.200 fvs., 94% hgb. Bár mkt.-re is gondolhatunk, inkább gyulladásnak tartjuk. A beteget megfigyeljük. Mivel láztalan maradt és vérzése néhány glanduitrin-corpus luteum-injectióra megszűnt, óvatos felszívó kezelést kezdünk. Az ötödik napon a jobb bordaív alatt görcsös fájdalmak jelentkeznek. Mivel a mkt.-t bizonyosan kizárni nem tudtuk (láztalan, fvs. szám csak 10.200, a Douglas-beli resistentia bizonytalan tapintatú), próbapunctiót végzünk, melynek eredménye mkt.-re jellemző, fekete, törmelékes vér volt. *Műtét :* A hasban vért nem találtunk. A sigma a méh háti felszínéhez szorosan lenőtt. Felválasztása után mindkét adnexumot mélyen a kismedencébe benőve találtuk, csak élesen lehetett a kemény, fibrusos kötegekből kiszabadítani azokat. Kétoldali pyosalpinx volt, heges, zsugorodott ovariumokkal. Adnexumokkal együtt, supravaginalisan amputáltam az uterust. Mivel felválasztás közben néhány csepp geny ürült a b. o.-i tubavégen, *Tóth* szerint felhasítva a cervix hátsó falát, lefelé két csíkkal draineztem a hasüreget. Az appendixet eltávolítottuk. A kivett készítményen, a kétoldali adnexconglomeratumban jól látható mindkét pyosalpinx. A bal ovarium alsó polusán kis almányi bevérzett cysta volt, innen származott a punctiókor nyert sötét vér.

III. Harmincnyolcéves asszony, elmondja, hogy egy rendes szülése, egy láztalan és egy lázas abortusa volt. Havi baja 24—28 naponként jelentkezett. Három hét előtt vérzése tíz nappal korábban jött meg, azóta is kisebb-nagyobb mértékben, állandóan vérzik, ugyanezen idő óta »gyomorgörcsei« vannak. Több helyen vizsgáltatta magát, mivel 37·8-ig emelkedő hőmérsékei is voltak. »Petefészekgyulladással« otthon fektették, hidegvizes borogatásokat és lázcsillapítókat kapott. Szédülése, ájulása nem volt. *Status :* Sovány, sápadt nő, mellkasi szervek épek, csak a szívcsúcs felett hallható gyenge systoles zörej. Pulsus kp. telt, percenként 96. Vérnyomás 120/70 hg/mm. Vizeletben : fehérje, geny negativ. Has puha, alsó harmadában diffusérzékenységgel. Normalis hüvely, portio középen, mozgatásra fájdalmas ; rendes nagyságú, symphysishez nyomott méh, j. o. zöld diómekkoraságú, izomkemény resistentia, mely ökölnyi, puha tésztatapintatú tömegbe ágyazott. Utóbbi a Douglas-t is ledomborítja és b. o.-ra is átterjed. Téglaszínű vérzés. Hőmérséklet 38·4. A vérzés jellege, rendellenes jelentkezése és a genitalis lelet haematoma retrouterinumra ad gyanut. Douglas-punctióval megszakadt mkt.-re jellemző vért kaptunk. Mivel fenyegető veszély nem volt, a lázas állapotra tekintettel, várakoztunk és csak hat nap mulva, midőn négy napon át a hőmérséklet 37·4 fölé nem emelkedett, operáltuk meg a beteget. A *műtét* alkalmával a hasüregben kevés folyékony, sötét vért találtunk. A cseplesz le volt nőve a kismedencébe. Jobboldalt a hüvelykujj vastagságúra kitágult, tátongó fimbrialis végű tuba (ab. tubarius) az ovariummal együtt jókora ökölnyi vérömlenybe volt ágyazva, ugyancsak a vérömlenyben foglalt helyet a baloldali, tömlősen elfajult petefészek is, a hozzátartozó, zárt abdominalis végű, göbös méhkürttel együtt. Jobboldalt salpingektomiát, b. o. adnexotomiát végeztem. A beteg 12 nap mulva gyógyultan hagyta el az osztályt.

IV. Huszonkilencéves nullipara jelentkezett osztályunkon, aki panaszkodott, hogy az eddig pontosan négyhetenként jelentkező havi baja két hete késik. Állítólag sohasem volt női megbetegedése. Két év előtt »béldaganat« miatt operálták. Hasi görcse, szédülése, sötétlátása vagy láza nem volt. *Status :* Közepesen fejlett, viruló nő. Mellkasi szervek épek, pulsus telt, száma percenként 74. Has mindenütt puha, nem érzékeny. Normalis hüvely, kicsi, nem livid portio, virginalis méhszáj, jércetojásnyi uterus, szabad, nem érzékeny környezet. Mivel semmi tapintási rendellenességet sem találtunk és a leány nem is érezte betegnek magát, ovarialis hypofunctióra gondoltunk, de a 14 év óta mindig rendesen jelentkező havi vérzés hirtelen kimaradása mégis gyanus, ezért ellenőrző vizsgálatra berendeljük a beteget és kioktattuk a mkt. tüneteire. A leány három hét mulva ismét jelentkezett, havi baja még mindig nem jött meg. Mivel a *genitalis lelet semmit sem változott* és semmiféle egyéb panasza sem volt, hormonalis gyógykezelést kezdtünk, de óvatosságból vizeletéből Zondek-Aschheim-vizsgálatra küldtünk. Ambulanter adott kétszer 500 E. hogivalra rendes, menstruatiónak látszó vérzés jelentkezik. A harmadik napon arról értesültem, hogy a beteget, a községében lévő szülőotthonban, mkt. miatt megoperálták — mint hozzátartozója mondotta — igen nagyfokú anaemiás tünetek között.

Első esetünkben az anamnesis, a vérkép, a tapintási lelet, a gonorrhoeás folyás és a gyulladásos jellegű kórlefolyás, mind ellene szólt a mkt.-nek, de a hőmenet, a kórszövettani lelet és főleg a próbapunctio eredménye volt az, ami a helyes kórismére még műtét előtt rávezetett, viszont második esetünkben, hol minden tünet a mkt. ellen szólt, éppen a próbapunctio volt az, ami diagnosisunkat helytelen irányba terelte, igaz, hogy a láztalan állapot is hozzájárult tévedésünkhöz.

A harmadik beteg baját, az aránylag magas láz és az általános tünetek hiánya mellett is felismertük, mert a jellemző genitalis lelet útbaigazított, de több vizsgáló vélte gyulladásos exsudatumnak a Douglas-beli haematomát.

Negyedik esetünk, szorosan véve, nem is tartozik ide, hiszen észlelésünk idején minden bizonnyal intact tubaterhessége volt, mégis azért írtam le, mert ezzel is bizonyítani óhajtom, hogy a jellemző tünetek (alhasi görcsök, vérezgetések, portio lividitas, uterus nagyobb, puhább volta, adnex resistentia stb.) hiánya még azt is megtéveszti akinek figyelme a mkt. lehetőségére mindig kiterjed.

Hogy az elhúzódóan megszakadó mkt.-et az acut vagy subacut függeléklobboktól azonnal és biztosan el tudjuk különíteni, az ma még csak jámbor óhaj. A *Schottmüller* ajánlotta haematinaemias spectrum, a vörösvértestsüllyedés, fehérvérsejtszám, az Abderhalden- és Zondek—Aschheim-reactiók még intézetben sem adnak 100%-os biztonságot (pl. az annyira megbízható Zondek-Aschheim-reactio is csak élő magzatbolyhok mellett positiv), a vidéki gyakorló orvos pedig csak nehezen vagy egyáltalában nem végezheti el ezeket a vizsgálatokat. Mint a gyógyítás művészetében mindenütt, úgy itt is a körelőzmény türelmes meghallgatása, a pontos vizsgálat (üres végbél és hólyag !) és a kórlefolyás gondos észlelése az, ami leginkább megóv a tévedésektől.

Ha az anamnesisben vérzéskimaradás, vagy rendetlen, szennyes vérezgetés, szédülés és ájulás nem szerepel, ha az esetleg fennálló csekély vérezgetés hypophysis-kivonatra szűnik, ha a fehérvérsejtszám magas, a vérsejtsüllyedés gyorsult, a beteg lázas és két oldalt fájdalmas adnextumor vagy exsudatum is tapintható, úgy a bizonyossággal határ-

ros valószínűséggel gyulladásról van szó. Ha mindezek megfordítva állanak, a portio livid, a méh nagyobb, puhább, a vérzés piszkos téglaszínű, a hőmérsék 38°-ot nem haladja túl, rekesztáji szúró fájdalmak vannak, vagy a decidua távozik (az uterus öntvényét mutató, zsákszerű képlet ; ha vízbe rakjuk nem bolyhos, hanem olyan, mintha apró grízzel lenne telehintve) és a Douglas-ban vagy a görcsölő oldal adnexumának megfelelően puha tésztatapintatú tömeget érzünk, ezeken kívül, megfigyelésünk alatt a haemoglobin- és vörösvérsejtérték esik, a vérnyomás ingadozik, úgy mkt. nagyon valószínű diagnosisunkat a próbapunctio positiv eredménye úgyszólván bizonyossá teszi.

Végül hangsúlyozom, hogy a mkt. legkisebb gyanujakor is ajánlatos a beteget intézetbe küldeni, mert ha mozgásra vagy a még élő magzatbolyhok cytolytikus hatására újabb vérzés indul meg, azonnali műtét szükséges.

Zágon András dr.
közkórh. adjunctus.

Intravénás serumkezelés a gyakorlatban.

A serumnak mindenfajta alkalmazásától a gyakorló orvos erősen idegenkedik, mert a köztudatban él, hogy a serumbefecskendés halálos kimenetelű shokot okozhat. Ez idegenkedést méginkább fokozzák azok az újraoltások, melyek állatkísérletek alkalmával halálos shokot váltanak ki. Az állatkísérletek halálhoz vezető újraoltásai nem vihetők át bírálat nélkül 100 %-ban az emberre is, mert emberen a lósavóval végzett újraoltások csak ritkán vezetnek shokhoz, még ritkábban halálos kimenetelű shokhoz. A lósavónak izomzatba fecskendése után shokot, még újraoltás alkalmával sem láttunk. *(11.000 oltottra esik 0·018 % halálnélküli shok ; 1600 egyént érbe oltottunk ; közülök 107-en az érbefecskendés újraoltás volt ; 58-esetben ezek közül nem néztünk bőrérzékenységi próbát, míg 52-ben e próba positiv volt. Shokot észleltünk az utóbbi 5 közül, két-egyénen, háromízben.)*

Van-e szükség egyáltalában arra, hogy a lósavót érbe fecskendezzük? Vannak betegségek, (túlnyomó részben a heveny fertőző megbetegedések), melyeknek gyógykezelésében az antitoxikus lósavók kiváló szerepet játszanak. E megbetegedések bizonyos súlyos alakjaiban helyesnek bizonyult a serumnak érbe fecskendése. A heveny-fertőző megbetegedések toxikus eseteiben elkerülhetetlen a gyógysavónak érbe fecskendése, mert nemcsak a betegágynál tett tapasztalatok, de tudományos vizsgálódások is megerősítették, hogy a toxikus esetekben az izomzatba, bőr alá fecskendés nem kielégítő. Ez utóbbi két helyről történő felszívódás csak lassan megy végbe s hosszú órák alatt érhetjük el azt az antitoxin concentratiót, melyre a véráramban szükség van, hogy gyógyhatást fejtsen ki. Az érbe fecskendés a kellőnél nagyobb concentratiójú antitoxint is képes gyorsan hatékony alakban a keringésbe juttatni.

Nem mulasztható el az antitoxikus lósavónak érbe fecskendése, ha megfelelő emberi, birka- vagy marhaserum nem áll rendelkezésre, a következő betegségekben : a torokdiphtheria toxikus alakjai, a gége-diphtheria légzési nehézségekkel járó esetei, a toxikus vörheny, merevgörcs, lépfene, mérgezéses vérhas korai szaka, járványos agyhártyalob, a különböző eredetű sepsisek (orbánc, tonsillaris, abortus). Ajánlják még az antitoxikus lósavó érbefecskendéseket pneumonia crouposa I., perforatiós appendicitist követő peritonitis, súlyos coli-fertőzések esetén.

A lósavónak érbefecskendése mindig komoly javallat alapján történjék, mindig csak gyógyítás — sohasem megelőzés — céljából. Általában azt kell mérlegelnünk, 1. hogy mily károkat okozhatunk adott esetben az érbefecskendett serummal, 2. mit mulaszthatunk, ha az érbefecskendést elhanyagoljuk. Az előbbire vonatkozólag az egyén vizsgálata lesz irányadó, mégpedig abból a szempontból, hogy érzékeny-e a lósavóval szemben, az utóbbira a betegség természete ad választ. E két körülmény egybevetése alapja az érbefecskendés javallatának. Ha a gyakorló orvosnak kételyei vannak még így is, úgy legcélravezetőbb szakorvos kérése a beteg ágyához, kinek mindkét vonatkozásban megfelelő jártassága van. Adott kényes esetben mindig tanácsos a hozzátartozók felvilágosítása a várható veszedelmekről, valamint a betegség természetéről.

Ami a lósavóval szembeni érzékenység kikutatását illeti, erre biztos alapul szolgál a bőrérzékenységi próba.

Az anamnesis sohasem lehet 100 %-ban irányadó, mert ez alapon meglepetésnek tesszük ki magunkat. Nem mindenki emlékszik egy előrement oltásra, vagy más oltást magyaráznak serum-oltásnak. Azután vannak emberek, akiket sohasem oltottak serummal, mégis érzékenyek lósavóval szemben, minek oka az enteralisan bevitt lófehérje *(Kopaczewszki)*. Vannak egyének, kik dacára egyszeri, vagy többszöri oltásnak, mégsem válnak érzékenyekké. (Rossz antitest termelők.)

Biztos támpontul tehát csak a bőrérzékenységi-próba szolgálhat, mégpedig csak arra a serumra vonatkoztatva 100 %-ban, mellyel a próba történt. Ritkán előfordul ugyan az is, hogy az egyén bizonyos sorozat lósavóval szemben bőrérzéketlen, míg másokra érzékeny ; quantitativ különbségek előfordulása gyakori. Ha módunkban van, ugyanazon antitoxikus hatású serumok közül intravenásan mindig a gyengébb bőrreactiót adót válasszuk. (A reactió végzéséhez más-más fecskendők használandók.) *A bőrérzékenység megállapítása azért fontos, mert nem bőrérzékeny egyénnek a serum erébe fecskendhető shok-veszély nélkül)* (a minthogy kb. 1500 esetben anyagunkban ez meg is történt.) *A bőrpróba csak a bőr érzékenységi állapotáról ad teljes felvilágosítást*, belőle más szervek érzékenységére (shok-szervek) csak következtethetünk. Úgylátszik a lófehérje iránt a bőr a legérzékenyebb, mikor ez fennáll, az intravenás adagolás shok-hoz vezethet. *A bőrérzékenység azonban még nem jelenti azt, hogy érbefecskendésre shokot váltunk ki, csak azt, hogy kiválthatunk.* (Ötvenkét eset közül három alkalommal két egyénen.) Javallt esetben bőrérzékeny egyént is érbe kell oltanunk. Az amerikaiak feleslegesnek tartják a bőrpróba elvégzését, mondván, hogy ha érbe kell adagolni a savót, ezt úgyis megteszik minden esetben. Ez az álláspont nem helyes, mert jobb tudni, hogy várhatok-e shokot s erre előkészülni és előkészíteni a környezetet. Azonkívül vannak határesetek a megbetegedésekben, hol elhanyagoljuk az érbefecskendést, ha az egyén bőrérzékeny, míg érbe adagoljuk a serumot, ha a beteg nem bőrérzékeny. Azután meg, ha az egyén bőrérzékeny, mégmindig használhatunk egyes megbetegedésekben emberi, birka- vagy marhasavót.

A bőrpróba lényege, hogy tartalmaz-e vajjon a kérdéses savó olyan anyagokat (anaphylotoxin), melyek a vizsgált egyén bőrére nézve hatékonyak. Ha igen, számolnunk kell nemcsak a bőr, hanem más szervek érzékenységével is. A próba úgy végzendő, hogy idegen fehérje nyomaitól is mentes fecskendőből, melyet legjobb ily alkalommal félóráig főzni 0·20 cm^2 lósavót fecskendünk az alkar bőrébe, a hajlító oldalon. *Fontos, hogy a befecskendés intracutan történjék.* Kb. 20 percig várunk, mert érzékeny egyéneken már 3—10 perc mulva kb. húszfilléres nagyságú urtica és még nagyobb pír keletkezik, mely elérheti a tenyérnagyságot is, sőt 24 óra mulva az egész alkar diffuse megduzzad. A reactio 10—24 órán belül eltűnik, igen ritkán jár fájdalommal. *Minél hamarább minél erősebben* (urtica-nagyság, haragos-vörös udvar) *jelentkezik a reactio, annál érzékenyebb a bőr s tapasztalat sze-*

rint annál inkább várhatók, ha nem is éppen shok, de más anaphylaxiás tünetek (serum exanthema, laza kötőszövetek oedemája, ízületi panaszok). A lósavó érbefecskendésére keletkező shok meggátolására gyakrabban használatos eljárások a következők :

1. Calcium érbeadása a serummal együtt, esetleg tonogen bőr alá fecskendése ugyanekkor. Ily eljárás mellett is észleltünk shokot. (Eseteink zömében ezt nem alkalmaztuk.)

2. Szakaszos oltások, melyeknek lényege az, hogy kis adagokkal kezdve, fokozatosan emelkedünk, — ha közben ugyan nem áll be shok — mindig erősebb concentratiójú serumhigításokkal, míg néhány óra mulva beadjuk az érbe a higítatlan serumot *(Besredka)*. Mások izomba adják a serumot, emelkedve a dosissal, kb. 6—8 óra mulva azután, ha baj nem jelentkezik, érbe. E szakaszos oltás dacára is volt shok esetünk, míg szakaszos oltás nélkül dolgoztunk, az esetek 95 %-ban.

A shok keletkezése érbefecskendés dacára is oly ritka, hogy az említett eljárások mellőzése mellett is csak alig fordult elő, viszont dacára ez eljárásoknak, mégis észleltük. Shok-ot biztosan gátló eljárást emberen eddig alkalmazni nem sikerült.

A szakaszos oltásokkal csak időveszteség érhet. Szakaszos oltással bőrérzékenységet megszüntetni (desensibilizálni) eddig nekünk sohasem sikerült, az egyén továbbra is bőrérzékeny maradt. Ha pedig bőre érzékeny, más szerve is érzékeny lehet, dacára ez oltásoknak is. (Shok után láttunk bőrérzékenységet megszűnni, de csak két hét tartamára.)

A bőrpróba positivitása tehát megszorítja a lósavó érbefecskendésének indicatióját s csak oly megbetegedésekre korlátozza, melyeknek természete (toxikus), kibírja az esetleges shok-veszély jelentkezését. (Az érzékenységi próbával bírók 3·8 %-a kap shokot.)

Más anaphylaxiás tünetek, mint serumkiütés, oedemák, ízületi panaszok háromszor gyakrabban jelentkeznek az érbe oltások, mint bőr alá, vagy izomba oltások után. Nem fajlagos anaphylaxiás hatás az oltottak (ér-, izom-, bőr alá, bőrbe) 6·6 %-án jelentkezik ; bőrérzékenyek közül minden második, nem érzékenyek közül minden 17-ik szenved serum-kiütésben. Ha érbefecskendés közben oedema jelentkezik a szemen, ajkakon, penisen, vulván, könnyen feltételezhető, hogy ugyanaz történik az agy laza szövetében is, ilyenkor a tüt ne húzzuk ki a venából, hanem csak a fecskendőt vegyük le és előre elkészített 20 %-os (conc.) só-, cukoroldatot fecskendjünk be 0·20 g, coffeinnel együtt az érbe.

Pillanatnyilag ez megakadályozza, hogy nagyobb mennyiségű folyadék lépjen ki az erekből a szövetek felé. Ha csak kiütés jelentkezik az érbefecskendést lassan tovább folytatjuk. A lósavónak nagy adagjai (massiv dosisok) a szívizomra semmiféle kóros hatással nincsenek, amit elektrocardiographiás vizsgálatok igazolnak *(Bereczky)*. Az albuminuria oka nem az érbeadott savó, hanem a betegség toxinja, mert nem toxikus megbetegedésekben óriási adagok (napi 60 ccm öt-hat napon át) sem okoznak fehérjevizelést. Az érbefecskendéseket szükség esetén naponta folytathatjuk, anélkül, hogy különösebb anaphylaxiás tünetek jelentkeznének. A savó carboltartalma soha vese-laesiót, vagy görcsöket nem okozott, még a massiv dosisok alkalmazása mellett sem. Kisebb gyermekek olykor sokáig alszanak utána, amire sokszor még szükség is van.

A lósavó okozta anaphylaxiás tünetek — a shokot leszámítva — 83·4 %-ban két nap alatt megszűnnek, 38° C feletti hőemelkedés 1 %-ban fordul elő az összes oltottakra vonatkoztatva. E kellemetlenségek tehát nem félelmetesek.

Befejezésül legyen szabad megemlítenem, hogy chinintől, resorciventől, salvarsantól stb. sokkal több shok-szerű rosszullétet tapasztaltam, mint lósavótól, pedig az utóbbit érbe legalább is tízszer annyiszor alkalmaztuk, beleszámítva a bőrérzékeny egyéneket is.

Az intravenás serum, ha paravenásan megy is egy része, minden következmény nélkül felszívódik.

Peleskei Lajos dr.
v. közkórh. adjunctus.

KÉRDÉS — FELELET.

I. *Kérdés :* Hatvankilencéves férfi, paralysis agitansa van. Szeretném a végtagjain lévő tremort megszüntetni, illetve csökkenteni ; ami betegnek igen kellemetlen. Próbálkoztam már sevenállal, hyoscinummal, papaverinnel, de egyik sem vezetett a legcsekélyebb eredményre.

Kérdezem, hogy van-e gyógyszer, illetve egyáltalán lehetséges-e a tremort megszüntetni, illetve csökkenteni?

Felelet : A paralysis agitans tremorának a megszüntetésére, illetve csökkentésére a következő gyógyszereket szoktuk alkalmazni : 1. Pulv. rhic. scopoliae-ból 10 cgmos adagokban reggel az ágyban még 2 port, délben 1 port, tehát a napi dosis 0·30 g ; 2. Tabl. scopodrinali sec. Medi-Chemia-ból naponta 3—1—2 tablettát ; 3. ½%-os atropin-oldatból napi 3×1 csepptől 1—3 naponként emelve a dosist napi 3×10—15 cseppig ; 4. 0·001 g scopolamin pilulákból napi 1 pilulától napi 3×2 piruláig ; 5 Igen súlyos esetben scopolamin-injectiós kurát alkalmazunk. Ezt már elhagyni nem lehet s idővel az adagot a hatás elérése céljából fokozatosan emelni kell.

Hogy melyik szerrel lehet a legjobb eredményt elérni, arra válaszolni nem lehet, mert egyik betegen ez, a másik betegen a másik szer válik be.

II. *Kérdés:* Egyik községemben a mult években több tetanus eset volt. Egynéhány szülő, kiknek gyermeke nyáron mezitláb szokott járni, azt a kérdést intézte hozzám, hogy nem lehetne-e a tetanus ellen activ immunitást létesíteni? Hallották, hogy külföldön autóversenyeken csak tetanus ellen védoltottak vehetnek részt.

Ha az activ védőoltásnak megvan a lehetősége, mily módon történik az, mit várhatunk tőle, hol lehet a hozzá szükséges oltóanyagot beszerezni? A világháború alatt csak az anatoxin prophylaxist alkalmazták? *Gy. Z. dr.*

Felelet : Tetanus ellen active ugyanolyan elv alapján immunisálunk, mint diphtheria ellen, sőt először éppen a tetanustoxinon mutatták ki *Löwenstein* és munkatársai (1909), hogy annak toxikus hatása kis formalinmennyiség (2—4%) hozzáadására elvész és az így méregtelenített »formoltoxin»-nal (diphtheriában Ramon-féle anatoxin) *Eisler* és *Silberstein* a háború alatt többszáz serumtermelésre szolgáló lovat eredménynyel immunizált.

Ami embereknek tetanus elleni activ immunizálását illeti, a fentiek alapján, ennek a lehetősége éppúgy fennáll, mint a diphtheria esetén ; az immunizálandók kiválasztásának szempontja azonban éppen a két betegség közötti különbség miatt itt más kell hogy legyen. Tetanus ellen elsősorban azokat kellene immunisálni, akik foglalkozásuk miatt a fertőzésnek leginkább ki vannak téve és a hadsereg tagjait háború esetén Ilyen irányú kísérleteket először *Ramon* végzett 1929-ben katonákon, kiket combinált vaccinával oltott, mely elölt typhus-, paratyphus A és B bakteriumok mellett, tetanus-anatoxint is tartalmazott. Egy évvel az immunizálás után az oltottak vérsavója még jelentős mennyiségben tartalmazott tetanus-antitoxint. Embereket ezenkívül még mások is sikerrel immunisáltak tetanus-anatoxinnal.

A világháború alatt tetanus ellen embereket active nem immunisáltak és hazánkban ma is csak állatokat immunizálnak így, emberek immunizálására szolgáló tetanus-anatoxin tudomásom szerint nálunk nincs is forgalomban. Ilyen célra tetanus-anatoxin a »Behring-Werke» I. G. Farbenindustrie A. G. Leverkusen a. Rh.-től szerezhető be. Adagja 1 ccm, négy hét mulva 2 ccm és további nyolc nap mulva 2 ccm (subcutan).

Vásárhelyi János dr.
(Orsz. Közeg. Int.)

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, közkórházi főorvos

Typhus-bacillusgazdák.

A typhusjárványok főforrását — különösen a falvakban — a betegek és a bacillusgazdák képezik. A közhiedelem s olykor maga az orvos is sokkal inkább hajlandó a járvány eredetét az ivóvízben, vagy az élelmiszerekben keresni s a betegek elkülönítésére, székletük fertőtlenítésére, a bacillusgazdák kikutatására kellő súlyt nem helyez. Pedig az újabb járványtani kutatások kimutatták, hogy az ivóvíz, vagy élelmiszer által okozott typhusjárványok aránylag ritkák s a typhus elleni védekezés egyik legfőbb teendője a betegek és bacillusgazdák fertőzési lehetőségeinek kiküszöbölése.

A typhus-bacillusgazdák két csoportba oszthatók: időleges és tartós bacillusürítőkre. Az előbbieknek mondjuk azokat a teljesen egészséges egyéneket, akik a táplálék által felvett typhusbacillusokat minden betegségi tünet nélkül ürítik ki. Tartós (chronikus) bacillusgazdáknak pedig azokat a typhuson átesett egyéneket tekinthetjük, akiknek bélsara, vagy vizelete a heveny megbetegedés lezajlása után hat hónapnál hosszabb ideig tartalmaz typhusbacillusokat. Az időleges bacillusgazdák rendszerint a betegek környezetében fordulnak elő s járványtani lehetőségük jóval kisebb, mint a tartós bacillusgazdáké, mert a bacillusürítés, különösen ha a beteg környezetéből kikerül, rendesen rövid ideig tart. Ezzel szemben a tartós bacillusgazdák évszakoktól függetlenül, hónapokon, sőt éveken át állandóan ürítik a typhusbacillusokat s így állandó fertőzési forrást képeznek. Az időleges bacillusgazdák nem betegek, immunitási reactio náluk nem támad s így érthető, hogy a Gruber-Widal-reactio náluk teljesen negativ. A tartós bacillusgazdák fertőzését már a positiv Gruber-Widal-reactio is jelzi s egyre szaporodik azon klinikai észleletek száma, melyek azt mutatják, hogy az állandó typhusos góc a bacillusgazda szervezetére is hatással van, azaz a tartós bacillusgazdák teljesen egészségeseknek nem tekinthetők. A typhusos betegek 1—5%-a válik tartós bacillusürítővé, mégpedig a nők jóval gyakrabban, mint a férfiak. Bár a gyermekek typhusos megbetegedései sokkal gyakoribbak, mint régen hitték, a gyermek tartós-bacillusgazdák igen ritkák. A tartós bacillusgazdák nagy része a széklet útján, vagy a széklettel és vizelettel egyidejűleg üríti a typhusbacillusokat, ellenben a vizeletürítők száma jelentékenyen kisebb. Miután azonban vizelet-bacillusürítők is vannak, a széklet vizsgálata mellett a vizeleté sem mellőzhető. Tartós bacillusgazdákban a bacillusok főfészke az epehólyagban van s az epehólyag enyhe, vagy súlyosabb gyulladása, esetleg kőképződés, a bakteriumok jelenlétének gyakori következménye.

Az elmondottak szerint a tartós bacillusgazdák felkutatása a typhusjárványok leküzdésének egyik hathatós eszköze. Kétségtelen, hogy a járvány idején inkább a betegek alkotják a fertőzési forrást, de a bacillusgazdák a járványok évről-évre történő átvivői, bennük van az az állandó forrás, mely a járványok időnkénti újbóli fellángolását lehetővé teszi s így kikutatásuk éppen olyan nagyjelentőségű, mint a typhusos betegek pontos elkülönítése és fertőtelenítése. A bacillusgazdák felkutatásának irányelveit a 212.000—1933. sz. belügyminiszteri körrendelet szabja meg. Ennek értelmében »Azokban a községekben (városokban), amelyekben a hastyphusos megbetegedések rendszerint nagyobb számban fordulnak elő, köteles az illetékes tisztiorvos tüzetes vizsgálatot tartani annak kiderítésére, hogy mi lehet a járvány keletkezésének és terjedésének oka. E célból a tisztiorvos az illető község térképébe jegyezze bele a fertőző betegségek törzskönyvének adatai alapján, lehetőleg tíz évre visszamenőleg az egyes typhusmegbetegedéseket.« »A térképet a község kataszteri térképéről áttetsző papíron kell átrajzolni és olyképpen elkészíteni, hogy azon az egyes lakóházak, valamint a közkutak pontosan fel legyenek tüntetve. Az egyes házakban az elmúlt tíz év alatt előfordult typhuseseteket egy-egy nagyobb tinta- vagy szinesceruza-ponttal kell jelezni, mégpedig olyképpen, hogy minden pont mellé oda kell írni annak az évszámnak utolsó két számjegyét, amely évben a typhuseset előfordult. A térképhez készítsen a hatósági orvos a községi elöljáróság segítségével olyan névsort is, amelyben a megbetegedett neve, kora, a megbetegedés ideje és lefolyása fel van tüntetve. A térkép és névjegyzék alapján kell azután következtetést vonni a községben előfordult typhus-megbetegedés eredetére vonatkozólag. Ha egy házban egymásután következő években ismételten mutatkoznak typhus-esetek, úgy az illető házban valószínűleg bacillusgazda is van. Ilyen esetben az illető ház minden egyes lakójának bélsarát és vizeletét — ha egy vizsgálat negativ eredményt is ad — esetleg többször meg kell vizsgálni.« Az idézett miniszteri rendelkezés a typhuson keresztülesett egyének öt évre visszamenő vizsgálatát egyelőre a leginkább fertőzött kilenc törvényhatóságban, úgymint Abaúj-Torna, Bihar, Borsód, Gömör és Kishont k. e. e. Hajdu, Jász-Nagykun-Szolnok, Szatmár, Ugocsa és Bereg k. e. e., Zemplén vármegyékben, Miskolc és Debrecen városokban rendeli el, de egyúttal utasítja a M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézet igazgatóját, hogy ezen vizsgálatokat a jövőben az ország minden részében tervszerűen folytassa. Miután a bacillusgazdák kikutatásának rendkívüli közegészségügyi jelentősége van s a vizsgálatok végzésére a M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézet mindenhol módot nyujt, kívánatos, hogy a vizsgálatok minél előbb az ország egész területére kiterjedjenek. A régi betegek felkutatása szempontjából figyelembe veendő, hogy a tartós bacillásgazda alapmegbetegedése is lehet ambulans typhus, amikor laboratoriumi vizsgálat nélkül a betegség valódi természete rejtve maradhat s azért, ha egy házcsoportban tartós bacillusgazda jelenlétére van gyanú, az összes szóbajöhető egyéneket annak dacára vizsgáljuk át, hogy typhust erről a helyről nem jelentettek. Járvány idején a bacillusgazdák keresését akkor se mellőzzük, ha a járvány kitörési módja vízfertőzésre enged következtetni. Baján 1928-ban január hónapban bombaszerűleg kitörő, vízfertőzésre mutató járványt észleltünk, mely olyan módon keletkezett, hogy a hordókban házhoz szállított artézi vizet egy bacillusgazdakocsis mérte szét. Tehát a vízzel, élelmiszerekkel foglalkozó egyéneket bakteriologiailag rendszeresen ellenőrizzük s már járványmentes időben sorozatos vizsgálatokkal igyekezzünk a bacillusürítőket kiemelni.

A bacillusgazda-vizsgálatok olyan módon történnek, hogy a M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézet által forgalombahozott typhustartályokban legalább kétszer s legalább egyheti időközben küldünk az Intézetbe bélsárt és vizeletet, ahol a vizsgálatot mindenki részére díjtalanul végzik. Ha a vizsgálatok olyan nagytömegűek, hogy a vizsgálati anyag összegyüjtésére a hatósági orvosnak ideje nem jut, az anyaggyüjtést a védőnő, vagy bármilyen hatósági, vagy megbízható közegészségügyi kisegítő személy is végezheti. Lényeges kellék azonban, hogy a vizsgálati anyag pontosan megjelölve, gondosan, az előírás szerint csomagolva gyorsan a postára kerüljön. A typhus-bacillusgazdák kikutatásában egyesek a Gruber-Widal-reactiót is alkalmazzák. A *Hilgermann* módosított eljárása szerint végzett vizs-

gálatkor a diagnostikum különböző friss törzsek formalinban elölt levestenyészetéből készül s 5—10-szeres savóhigítást alkalmazva, az eredményt 50 fokon hat óra mulva olvassuk le. Positivitás esetén az agglutinatiós titert további higításokkal határozzuk meg. A vizsgálathoz 0·3—0·5 ccm, esetleg ujjhegyből vett vér is elegendő. A positivnak talált egyéneknek ismételt széklet- és vizeletvizsgálat végzése szükséges annak megállapítására, hogy a vizsgált egyén ürít-e ténylegesen typhusbacillusokat. A M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézet bakteriologiai osztályának megállapításai szerint a Gruber-Widal-reactio a typhus-bacillusgazdákon nem ad határozott eredményeket s az eljárás a bacillusgazdakutatásokban teljesen mellőzhető.

A bacillusgazdáknak talált egyéneket nyilvántartás és ellenőrzés céljából az elsőfokú közegészségügyi hatóságnak kell bejelenteni s az illetők lakhelyüket csak a hatóság tudtával változtathatják. »A bacillusgazdákat az első évben havonként, az első éven túl pedig a M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézet által meghatározandó időközökben kell ellenőrző-vizsgálatnak alávetni.« Miután a bacillusgazdák mozgási szabadságukban korlátozva vannak s olyan foglalkozást, ahol élelmiszerekkel közvetlenül érintkeznek (szakácsnő, pincér, tejüzemi alkalmazott stb.), nem folytathatnak, érthető, hogy az illetők negativ vizsgálati eredmények elérésére törekednek s esetleg a vizsgálati anyag elcserélésétől sem riadnak vissza s így a vizsgálat hitelességét mindenképpen biztosítani kell. Ez két módon érhető el: vagy úgy, hogy a vizsgálati anyagot maga az orvos veszi s a székelés gyors bekövetkezésére a vizsgálandó egyénnek glycerines kúpot ad; vagy pedig ostyatokba zárt s a székletben könnyen felismerhető növényi magvakat ad az illetőnek s közli a laboratoriummal, hogy a bacillusgazda székének milyen magvakat kell tartalmazni. *Zboray* ajánlataszerint ilyen szempontból a következő magvak jöhetnek szóba: Anethum graveolens, Gypsophylla scrorsoner, Lavandula vera, Nigella damascena, Ruta graveolens, Salvia officinalis, Salvia sclarea, Sinapis alba, Plantago psyllium. A tartós bacillusgazda gyógyultnak csak akkor minősíthető, ha legalább egy éven keresztül laboratoriumi vizsgálattal a bacillusürítés nem mutatható ki. Ajánlatos azonban járványok alkalmával az illetőket újra vizsgálat alá venni.

Természetszerűleg a bacillusgazdák részéről fenyegető fertőzések veszélyei csak akkor volnának biztosan elhárithatók, ha a bacillusgazdákat isolálni lehetne. Miután azonban a tartós bacillusürítők gyakran évekig azok maradnak, az elkülönítés rendszerint szóba sem jöhet s ezért a bacillusgazdák pontos kioktatása és szigorú ellenőrzése a legfontosabb feladat. Figyelmeztetni kell a bacillusgazdákat ürülékeik, vizeletük fertőző voltára s ki kell tanítani őket a tisztasági szabályok legpontosabb betartására. Megkövetelendő, hogy ágyneműjük, fehérneműjük rendszeresen fertőtelenítessék s csakis zárt, légmentes árnyékszéket használjanak, melynek tartalmát oltott mésszel minden egyes alkalommal fertőtelenítsék. Az idézett miniszteri rendelkezés a hatósági közegek kötelességévé teszi annak ellenőrzését, hogy »a nyilvántartott bacillusgazdák élelmi és élvezeti szerek előállításával, kezelésével és forgalombahozatalával, különösen tejkezeléssel ne foglalkozzanak, vízművekben és hasonló munkakörben ne alkalmaztassanak.« De figyelmeztetni kell a bacillusgazdát arra is, hogy az élelmiszerekkel, ivóvízzel kapcsolatos foglalatoskodást saját háztartásában is kerülje s közkutakra pedig egyáltalában ne járjon. Intézkedéseinek pontos betartását maga a hatósági orvos rendszeresen ellenőrizze.

A bacillusgazdák gyógykezelésében rendszerint csupán arra szorítkozhatunk, hogy igyekszünk az epehólyagra vonatkozó, vagy más testi panaszokat megszüntetni. Semmi olyan gyógyszerünk nincs, mellyel a bacillusürítést megszüntetni lehetne. Számos szer közül különösen ajánlják a salicylátokat, ezüstkészítményeket, formalintartalmú desinficienseket, urotropint, methylenkéket, neosalvarsant stb. s újabban a salyrgant és adott esetben a szerek valamelyikével próbálkozhatunk is, biztos eredményt azonban egyik sem ad. Az epehólyag és a májtájék röntgenezésétől hasonlóképpen nem várható eredmény s az újabb német vizsgálatok szerint jó eredményt adó epehólyagkiirtások elterjedését a beavatkozás nagysága és veszélyessége akadályozza meg.

Haranghy László dr.
egyet. magántanár, kórh. főorvos.

A polycystikus »vesedaganatról«.

A polycystikus vese pathogenesise még mindig vitás. Keletkezését egyesek gyulladás, mások fejlődési hiba folytán bekövetkezett retentióra vezetik vissza s vannak, akik valódi hámdaganatnak tartják (multilocularis adenocystoma). Az elváltozás, az igen ritka kivételt nem tekintve, mindig kétoldali. Mindkét nemben egyenlő gyakorisággal fordul elő. A számtalan, kisebb-nagyobb, túlnyomó részben a kéregállományban ülő cysta között azok állandó növekedése és új cysták keletkezése miatt pusztul a veseszövet, úgyhogy a közbeeső falakban sokszor már nemcsak szabadszemmel, de górcsővel sem található. A borsó-, cseresznye-, kisdió-, egész kisalmanagyságú cysták a vese felületén mint a szőlőfürt szemei szorosan egymás mellett feküsznek, a metszlapon pedig léphez hasonlóan számos kerek üreg látható. A kékesen áttűnő cysták tartalma fehérjegazdag, savószerű vagy sűrűbb folyadék, amely genyedéskor zavaros, vérzés után vörhenyes, neutralis vagy gyengén alkalikus, vizelet néha ammoniák szagú. Üledékében cholesterinkristályokat, zsírcseppeket, vörös- és fehérvérsejteket, levállott hámsejteket, ezek törmelékéből és a besűrűsödött cystatartalomból keletkező jellegzetes rosetta alakú képleteket találunk.

A polycystikus vesék egyik csoportja a már halvaszületett magzatban található fel, szülési akadályt képez nagysága miatt, vagy már a csecsemő- és kisgyermekkorban igen súlyos tüneteket okoz. Az uraemiás tünetek jelentkezése után, azok állandó súlyosbodása mellett a kórfolyamat gyorsan halálos kimenetelű. E csoportban gyakran találjuk más szervek, így leggyakrabban a máj polycystikus elváltozását is.

A felnőtt korban, a negyedik és ötödik évtizedben jelentkeznek a másik csoport tünetei. A felnőtt korban tüneteket okozó polycystikus vesék veleszületett voltát és fejlődési rendellenességű eredetét vonták kétségbe és vitatták, hogy ezek valódi újképződmények. Ismertek olyan esetek is, mikor egész életen át, magas korig tünetmentes maradt az elváltozás s csak a boncoláskor vált ismertté. Megbízható észlelések kétségen felül bizonyították familiaris előfordulását és öröklékenységét.

A felnőttek nem ritkán hirtelen betegednek meg, bár az idült, illetőleg a periodikus jelentkezése a tüneteknek a kórjellemző. A klinikai kép igen változó s a tünetek a zsugorvese, vesedaganat, vesemedencegyulladás, vesekő tüneteire emlékeztetnek. A tünetek egyik csoportja sebészi, daganatos megbetegedésre, a másik a veseszövet pusztulására, zsugorvesére utal s hol az egyik, hol a másik tünetcsoport kifejezettebb.

A kórisme szempontjából legfontosabb tünet a kétoldali, jellegzetesen dudoros felületű vesedaganat, mely azonban nem mindig mutatható ki. A vese megnagyobbodása nem egyforma mindkét oldalt, néha egyik oldalon kisebb s tapintással nem állapítható meg. A vizeletvizsgálat vagy nem mutat semmi kórosat, vagy napi mennyisége kisfokban megszaporodott, tiszta, alacsony fajsúlyú s benne fehérje mutatható ki nyomokban. Az esetek mintegy egyharmadában véres a vizelet. A vérzés a vesemedence tágult

gyüjtőereiből cred. A veseszövet pusztulásával az erek és a szív részéről is jelentkeznek tünetek : a bal szív túltengése és tágulása, a vérnyomás emelkedése. Úgy a töltéses pyelographia, mint a kiválasztásos urographia igen jellegzetes képet ad : megnagyobbodott vese, megnyult, vékony kelyhek, a kelyhek vége kitágult, a tulajdonképpeni vesemedence hiányzik.

Ha a tünetek jellegzetes csoportja hiánytalanul megvan, könnyű a kórisme. Ritkán kerül sor a retroperitonealis próbaszurcsapolásra vagy vesefeltárásra. Szurcsapoláskor, többirányú beszúrással különböző színű és átlátszódású folyadékot nyerünk a cysták szokott, fertőzött, vagy bevérzett tartalmának megfelelően s az üledékben feltalálhatók az említett, jellegzetes, rosettaalakú képletek. Az eljárás nem teljesen veszélytelen. Az elkülönítő kórismében, különösen ha csak egyoldalon mutatható ki a vesemegnagyobbodás s a tünetek jellegzetes csoportja hiányos, echinococcus, hydronephrosis s a solitaer vesecysta jön szóba. A polycystikus vese és a solitaer vesecysta között a viszony nem tisztázott.

A kezelés nem műtéti, szigorúan conservativ s általában a chronikus nephritis kezelési elveihez hasonló. Gondosan kerülendő minden olyan tényező, amely fokozott munkát ad a vese pusztuló szövetének. A műtéti beavatkozást csak a szövődmények indikálják. Ilyen szövődmény az igen gyakori fertőzés, a kőképződés, daganatos burjánzás, a gümőkór s a nagytömegű, nehéz vese lecsúszása miatt előálló ureter megtöretés, hydronephrosis. A szövődmények kifejlődésekor is azonban előbb mindig a conservativ eljárásokkal tegyünk kísérletet s ha azok eredménytelenek, a veseszövetet kímélő műtétet végezzünk. A vese eltávolítását csak az életveszélyes vérzés, a súlyos, általános tüneteket okozó genyedés, a gümőkór és a daganatos burjánzás indikálják aránylag jól működő másik vese mellett. A bizonytalan, tompa vesetáji fájdalmakkal, lázzal, hidegrázással, hányással, a »vesedaganat« megnövekedésével rohamszerűen jelentkező tünetek gyorsan visszafejlődnek rendszerint ágynyugalomra, helyi melegalkalmazásra és antipyretikumok, enyhe narcotikumok adagolására.

Az ignipunctio értéke vitatott. Thermokauterrel megnyitjuk lehetőleg a mélyen ülő cystákat is, amivel megkisebbítjük a vese tömegét és a növekvő cysták közötti még ép veseszövetet a nyomás alól felszabadítjuk. Egyidejűleg nephropexiát is végezhetünk. Az eljárás mellett nemcsak az elméleti meggondolások, de jó műtéti eredmények szólnak, más tapasztalatok, így a fertőzés és a maradandó vizeletsipoly ellene. Ismertek esetek, amikor ignipunctiót több alkalommal, mindkét oldalon végeztek, szövődmények nem keletkeztek és a betegek éveken át tünetmentesek voltak. Azok az esetek, mikor sok kicsi cystát találunk, ignipunctióra nem alkalmasak.

A klinikailag manifest esetek kórjóslata igen rossz, a betegek élettartama még a sikeres műtét után is igen rövid. A veseszövet fokozatos pusztulásával lassan kifejlődik a halálos kimenetelű uraemia. Fontos tudni, hogy a polycystikus vesék hordozói igen érzékenyek narcotikumokkal szemben.

Jáki Gyula dr. egyet. tanárs.
(Debrecen, Sebészeti klinika).

Epekőműtétek utáni panaszokról és azok kezeléséről.

Epekőműtétek után hosszabb-rövidebb időre jelentkező panaszok aránylag gyakoriak. Általában azt mondhatjuk, hogy minél előrehaladottabb állapotban volt a műtétkor az epekőbetegség s minél több és súlyosabb szövődmény volt jelen, annál valószínűbb, hogy a beteg a műtét után sem válik teljesen panaszmentessé. Az epekő kétségkívül belgyógyászati betegség s így kezelése is elsősorban belgyógyászati. Ha azonban a betegség a belgyógyászati kezelés dacára nem javul, sőt súlyosbodik, vagy ha olyan szövődmények keletkeznek, amelyek a sebészi beavatkozást szükségessé teszik, úgy ne késlekedjünk sokáig a műtéti javallat felállításával. Ezzel csak a műtét kilátásait rontjuk s a műtét utáni panaszok létrejöttének gyakoriságát segítjük elő.

A műtét és a műtét utáni közvetlen sebészi kezelés befejeztével még nem tekinthetjük a beteget teljesen gyógyultnak, akinek már semmiféle kezelésre nincs szüksége. Igen sok esetben ugyanis a belgyógyászati utókezelés ezen elmulasztása az oka a kiújuló panaszoknak. Az epeutak nyákhártyájának gyulladásos folyamatai, amelyek az epekőbetegséget a műtétig kísérték, a műtét után sem nyugodnak meg hirtelen. A gyulladásos folyamatok kiterjedése és erőssége szerint még különböző ideig tartó belgyógyászati utókezelésre van szükség, hogy ezen folyamatok ne csak teljesen megnyugodjanak, hanem hogy maga a nyákhártya olyan állapotba jusson, amelyben kisebb alkalmi okok a recidivák létrejöttét már nem képesek többé kiváltani. A gyulladási készség ezen megszűnése igen különböző idő után következhet be. A belgyógyászati utókezelés időtartamát az alapbetegség és a szövődmények műtét előtti fokán, a műtéti beavatkozás nagyságán s a sebészi utókezelés lefolyásán kívül nagyjában az szabja meg, hogy a beteg milyen gyorsan válik a műtét után panaszmentessé és hogy a májduzzanat, a sárgaság, a hőemelkedések stb. milyen gyorsan fejlődnek vissza. Egy 3—6 hetes belgyógyászati utókezelést azonban minden esetben célszerűnek tartunk.

Ezen utókezeléskor nagy súlyt kell helyeznünk elsősorban a beteg testi és lelki nyugalmára. Minden olyan hirtelen, vagy hosszabb ideig tartó testmozgást, amely a hasüri nyomás lényegesebb ingadozásával s a hasüri szervek hirtelen helyzetváltozásával járhat együtt, a betegnek kerülni kell. Haskötő alkalmazása feltétlenül célszerű. A székrekedés megakadályozását, a szék rendezését enyhe karlsbadi kúrával a legtöbbször elérjük. A melegen és kortyonként itatott karlsbadi víz az esetleg fennálló, kísérő gyomorhurutra is kedvező befolyással van s az epe kiürülését is elősegíti a belek felé. A karlsbadi kúrát reggel az ágyban végeztessük a beteggel. Alatta és ezenkívül még napjában egyszer száraz, meleg borogatást alkalmazzunk a máj és a gyomortájra. A diaetában fontos a gyakori, kis étkezés. A betegnek hónapokon át minden túl fűszeres, nehezebb, durvább, darabosabb, sok salakot tartalmazó, túl zsíros ételtől, főtt tésztától, túl sok, vagy keményebb húsfélétől, nyers dolgoktól stb. tartózkodnia kell. Ha a cholangitisnek a tünetei a műtét után is kifejezettek, vagy nehezen fejlődnek vissza, úgy célszerű salycil és hexamethylentetramin készítmények adagolása. Kísérletet tehetünk ezen esetekben atophant és epesavas sókat tartalmazó készítményekkel is. Az előbbiek mint az epeutak desinficiensei, az utóbbiak mint epehajtók ismeretesek. Ezen belgyógyászati utókezelésnek rendszeres keresztülvitelével, ha nem is tudjuk a későbbi panaszok kifejlődését minden esetben teljesen megakadályozni, de lényegesen ritkábbá tehetjük őket.

Az epekőműtétek után kisebb-nagyobb időre beálló panaszok egy része a gyomorbélcsatorna különböző működési zavaraival függ össze. Az epekőbetegség kapcsán igen gyakori a másodlagos gyomorhurut, amely későbbi szakában rendszerint sub-, illetőleg anaciditással jár együtt. Ezen anacid gastritis és a gyomorürülésnek különböző rendellenessége hozhatja az operált beteg számos panaszát létre. A belekben, főleg diaeta-hibák kapcsán könnyen fejlődhetnek ki dyspeptikus zavarok, időnként mutatkozó hasmenésekkel, máskor a bélizomzat rendellenes működése makacs székrekedésre vezethet. A műtét után keletkező panaszok kivizsgálásakor tehát elsősorban azt kell eldöntenünk, hogy ezek nem a gyomorbélcsatorna valamilyen működési rendellenességéből származnak-e s ha igen, úgy a kezelésük ezen hibák kiküszöböléséből kell, hogy álljon.

A műtét utáni recidivák szerencsére nem gyakoriak. Létrejöhetnek azáltal, hogy a műtétkor az epeutak valamely helyén kövek maradnak vissza s ezek a gyulladásos folyamat fellobbanására vezetnek. Gyakoribb azonban, hogy a gyulladásos folyamat a műtét után sem múlik el, vagy kiújul s ez tartja fel a panaszokat, sőt újabb kőképződésre is vezethet. A recidivák kezelése sokszor nehéz feladat elé állítja az orvost s megegyezik a kővel vagy anélkül fennálló cholangitisek kezelésével. Újabb műtétet indokolttá tesz, ha a létrejövő tünetekből a gyulladás genyessé válására következtethetünk, vagy ha a gyulladásos folyamatok okát a műtét következtében, vagy más okból kifejlődött epepangásra vezethetjük vissza.

Igen erős próbára teszi a kezelő orvos türelmét a műtét után kifejlődő összenövések kezelése. Keletkezésükre hajló hajlam a különböző egyénekben igen változó. Ahol azonban ez megvan, úgy az ellenük folytatandó küzdelem igen nagy nehézségbe ütközhet. Sok esetben hónapokon, éveken át tartó kezeléssel mégis el tudjuk érni, hogy a folyamat megnyugszik s a beteg lassan panaszmentessé lesz. A kezeléskor itt is a nyugalom, a diaeta, de főleg a helyi meleg igen gyakori alkalmazása (esetleg diathermia) a lényeges. Újabb műtétre csak akkor szánjuk rá magunkat, ha az egyes hashártyaképződmények valamelyik hasüri szerv részéről olyan mechanikus működési zavarokat hoznak létre, amelyek a sebészi beavatkozást szükségessé teszik. Az újabb műtét ugyanis arra hajlamos egyéneken újabb és újabb összenövések keletkezésére ad alkalmat.

Vándorfy József dr.
egyet. magántanár.

Esetek a baleseti szakvéleményezés köréből.

Lágyéksérv baleseti eredetű volt-e?

Az alább leírandó eset annak illustrálására szolgál, hogy a sérvek baleseti összefüggésének kérdését milyen szigorú kritikával kell elbírálnunk, különösen akkor, ha nem teljes értékű vagy egymásnak ellentmondó adatok alapján kell véleményt nyilvánítani.

B. Zs. 21 éves gazdasági cseléd a baleseti jegyzőkönyvben azt állítja, hogy 1934 július 27-én szalmakazal rakása közben a létrán megcsúszott és egyensúlyát vesztve, lezuhant. Szemtanuk állítása szerint a baleset tényleg így történt, utána a sérültet bevitték a házba és hideg vízzel mosdatták, mire csakhamar magához tért. Munkaadó a balesetnél nem volt jelen, de igazolja, hogy a sérülthez azonnal orvost hívtak.

Ezzel szemben a kezelőorvosi bizonyítvány azt mondja, hogy sérült az állítólagos baleset napján saját lábán maga jelent meg a rendelésen azzal a panasszal, hogy létráról leesett s azóta hasában nagy fájdalmat és kemény duzzanatot érez. A vizsgálat megállapítja, hogy a jobb lágyékban »heveny gyulladásos tünetek közt részlegesen kizárt sérv« van, melyet az ugyancsak jelenlévő p...i kórházi főorvos baleseti sérvnek minősít és sürgős műtétet javasol.

A műtétet azonban csak két nappal később, július 29-én hajtották végre. A kórház értesítése szerint a sérv *nem kizáródott* állapotban került műtétre. A sérvkapun friss szövetsérülésnek megfelelő elváltozásokat nem találtak, ellenben a sérvtömlő nyakán, a v. epigastrica felett volt egy kb. 20 fillér nagyságú területen bevérzés, mely nem a műtét alatt keletkezett.

A fenti adatok alapján az O. G. M. P. főorvosa a sérv baleseti eredetét nem fogadja el.

Fellebbezés után az Orsz. Közeg. Tanács a következő szakvéleményt adja:

A rendelkezésre álló adatokból tényként megállapítható, hogy B. Zs. j. o. lágyéksérvben szenvedett, melyet a p . . . i kórházban megoperáltak. A kezelő orvos bizonyítványának az a megállapítása, hogy a »jobb lágyékban heveny gyulladás tüneteit mutató részlegesen kizárt sérvet talált«, nyilván téves, miután a kórházi jelentés kifejezetten megállapítja, hogy a két nappal később végzett műtétkor a sérv nem volt kizáródva és gyulladásos tüneteket sem észleltek. A műtét tehát kétségtelenül szabad lágyéksérven végeztetett és legfeljebb arról lehetne szó, hogy az előzőleg történt kizáródás később magától megoldódott. Erre azonban a rendelkezésre álló feljegyzések tárgyi bizonyítékot nem szolgáltatnak.

A lágyéksérv keletkezését illetőleg a Tanács hozzájárul az O. G. M. P. központi orvosának véleményéhez, mely szerint a sérv az állítólagos balesettel okozati összefüggésbe nem hozható és pedig a következő okokból:

1. Nincs tárgyi bizonyíték arra, hogy a sérült már balesetét megelőzőleg is nem szenvedett-e sérvben. 2. A baleset sérv előidézésére csak akkor lett volna alkalmas, ha az erőművi behatás közvetlenül a lágyéktájat érte és ott kifejezett sérüléses elváltozásokat: szövetszakadást, vérzést stb. hozott volna létre. Erre azonban a baleseti iratokban megnyugtató bizonyítékokat nem találunk. A műtéti lelet szerint ugyan a sérvtömlő nyakán a v. epigastrica felett találtak egy kisebb bevérzést, de a lelet kifejezetten megállapítja azt is, hogy a sérvkapun friss szövetsérülésnek megfelelő elváltozások nem voltak. A tömlő nyakán talált filléres nagyságú bevérzés egymagában nem bizonyíték a sérv baleseti eredete mellett, mert ilyen apró bevérzés létrejöhet műtét közben, a tömlő leválasztása alkalmával észrevétlenül vagy műtét előtt, a helyi érzéstelenítéshez használt oldat befecskendezése kapcsán is. Ha a sérv valóban baleset által jött volna létre, akkor a sérvtömlőben vagy a szomszédos lágyrészekben a szövetszakadást kísérő nagyobb vérömlenyt vagy véres beszűrődést kellett volna találni. 3. A sérv baleseti eredete ellen szól az a körülmény is, hogy magának a kezelőorvosnak igazolványa szerint, nem őt hívták a balesethez, hanem a baleset napján maga a sérült jelent meg az ő orvosi rendelésén, ami baleseti sérv esetén aligha történhetett volna meg.

A fentiek alapján a Tanács véleménye az, hogy fennforgó esetben a rendelkezésre álló adatok a sérv baleseti eredetének igazolására nem elégségesek, a baleset és sérv közötti összefüggés még valószínűséggel sem állapítható meg s a végrehajtott sérvműtét sem hozható a balesettel okozati összefüggésbe.

Milkó Vilmos dr.
egyetemi magántanár.

KÉRDÉS — FELELET.

Kérdés: Ötvenkétéves betegem 18 éves kora óta psoriasisban szenved. Nevezettnek 14 pyorrhoeás foga van, mandulái nagyon zsugorodottak. Összes fogak eltávolítása és a mandulák kivételétől várhatok-e szembetűnő javulást?

Sz. I. dr.

Felelet: Pyogen gócok kiirtásával kapcsolatban vannak olyan irodalmi adatok és megfigyelések, hogy a psoriasis utána feltűnően megjavul, vagy véglegesen el is tűnik. Ha a mandulák egymagukban is betegek, a fogak pyorrhoeája annyira előrehaladott állapotban van, hogy hosszabb időre történő megtartásuk úgy sem volna lehetséges, különösen, ha a fogak nem is élnek, a radicalis eljárást legjobb mielőbb megkezdeni. Nem kell külön hangsúlyoznom azt, hogyha ezenkívül a foggyökereken röntgennel a legkisebb elváltozás is kimutatható, a fogak eltávolítására nézve absolut indicatiónak tekintendő. Természetesen feltűnő és azonnali eredményt ígérni sohasem szabad, de viszont nem tartjuk orvosi gondolkodásunkkal összeegyeztethetőnek azt, hogy kimondottan pyogen elváltozásokat a szervezetben bármilyen címen is megtartsunk.

Kémeri.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, közkórházi főorvos

Helyi érzéstelenítés a kissebészetben.

A fájdalom kiiktatása külön tudomány, melynek külön folyóiratai, számtalan monographiája és külön specialistái vannak. Ezt a nagy kérdéskomplexumot egy szűkre szabott cikk Prokrustes ágyába beleszorítani nehéz feladat. Axiománk: sebészi beavatkozás esetében betegünknek *nem szabad* fájdalmat éreznie; ez teszi a gyakorló orvosnak is kötelességévé, hogy a mindennapi, az úgynevezett kissebészet beavatkozása esetében inál a fájdalmat tökéletesen ki tudja küszöbölni. Erre a célra legjobban megfelel a helyi érzéstelenítés. Ennek legegyszerűbb módja, mikor akár a bőrön, akár a nyálkahártyán az idegvégződést érzéstelenítjük, ez a *felületi érzéstelenítés.*

A bőr idegvégződéseinek érzéstelenítését a fagyasztással érjük el. E célt szolgálja a chloraethyl tubus., hajszálcsöves nyílással és elzárószeleppel. Ha a tubust lefelé tartjuk és a szelepet kinyitjuk, finom sugárban hajtja ki a folyadékot a tubusban lévő elpárolgott és nagy feszültséget előidéző alapanyag. Ha az érzéstelenítendő bőrterületet előzetes aetherledörzsöléssel és jodtinctura bekenéssel víztelenítettük és fertőtlenítettük és a tubust kellő távolságra (½—1 méter) tartjuk, hogy a sugár a bőrre érve ott folyadékréteget ne alkothasson, úgy azt látjuk, hogy a bepermetezett bőrfelület rövid idő mulva hófehér, zuzmarás lesz. A bőr megfagyott, az idegvégződés ingerfelvevő képessége időlegesen megszűnt, a fehér bőrfelület érzéstelen, olyan »fás« érzése van a betegnek. Az eljárás csak nagyon elvékonyodott falu, felületes tályogok felhasítására alkalmas. Lobos, vörös, meleg felületek fagyasztása nehezen sikerül. A megfagyott pergamentszerű bőr átvágása csak bizonyos ellenállás leküzdése után sikerül, ezért fájdalmas. A mélybe a fagyasztás nem hat, ezért a mélyebb rétegek fájdalomérzők maradnak. Furunculusok, carbunculusok érzéstelenítésére használatos fagyasztás *önámítás* és más jobb eljárásokkal helyettesíthető.

A nyálkahártya érzéstelenítését magasabb concentratiójú fájdalomcsillapító oldatok diffusiója által érhetjük el. A gégészetben pl. 10—20% cocain-oldatokkal ecsetelik a nyálkahártyát. Tekintettel a cocain erős mérgező voltára, én inkább a 10%-os alypin-oldatot használom. A mindennapi sebészetben főleg a húgycső érzéstelenítésére jöhet szóba, fájdalmas katheterezés előtt, de itt e szert csak 1—3% erősségben szabad használni. Ugyane célra használhatjuk a psikain-t ½—1%-nyi vagy a tutocain-t 2%-os töménységben. Mindezen szerek a bőrön hatástalanok.

A bőrben, a bőr alatt vagy még mélyebben fekvő gócok feltárására vagy képletek (daganatok, idegentestek) eltávolítására használjuk az *infiltratiós* vagy a *vezetéses érzéstelenítést.* A ½—1—2%-os novocain oldatot vékony tű és fecskendő segélyével a bőralatti kötőszövetbe vagy magába a bőrbe fecskendezzük. A morphium befecskendezés gyors hatásából ítélhetjük meg, hogy mily gyorsan következik be a befecskendezett oldat felszívódása a nyirok- és vérerek útján, ezért az egyszerű novocain-oldat hatása is igen múló volna. A helybeli érzéstelenítés csak akkor lett tökéletes, amikor egy olyan érszűkítő szert sikerült hozzácsatolni, mely időlegesen a felszívódást annyiramegakasztja, akár a végtagot leszorító Esmarch-pólya és ez a szer a tonogen (adrenalin), a mellékvese érszűkítő hatóanyaga. Az 1:1000-re készült tonogen-oldatból 2—3 cseppet adunk 100 ccm érzéstelenítő oldathoz. Igen hosszú idő mulva (1—2 év) a tonogen-oldat megbarnul, bár még mindig megtartotta vérérszűkítő tulajdonságát, azonban célszerűbb, ha mint használhatatlan oldatot eldobjuk. Úgy a novocain mint a tonogen lúgos oldatokkal szemben igen érzékeny és bomlik, ezért a fecskendőket nem szabad a szokásos szódás oldatban kifőzni, hanem csak steril vízben kell felforralni.

Érzéstelenithetünk olymódon, hogy a bemetszés helyén az idegvégződéseket érzéstelenítő folyadékkal elárasztjuk, azaz az egész területet az érzéstelenítő folyadékkal infiltráljuk. Ha képtelenek volnánk is minden egyes pontot egyenletesen folyadékkal elárasztani, néhány perc mulva diffusio, osmosis és inbibitio folytán az oldat tökéletesen és egyenletesen elosztottnak tekinthető. A szövetek ezen infiltratiója azonban az anatomiai tájékozódást megnehezíti. Az utóbbi körülmény arra késztetett, hogy ne az idegvégződéseket érzéstelenítsük, hanem a megfelelő érzőidegek törzsébe fecskendezzük az érzéstelenítő folyadékot és szakítsuk meg ilymódon az ideg vezetőképességét. Ily módon jött létre a vezetési érzéstelenítés. Ez a fájdalommentesség nem következik be azonnal, hanem 5—10 percig várnunk kell, míg az érzőideg közelébe befecskendezett folyadék beivódik az ideghüvelyen keresztül a tengelyfonálig. A tonogenhatás következtében vele együtt járó vértelenség a műtét közben igen kellemes. Legegyszerűbb és leggyakorlatibb példa erre az ujj érzéstelenítése, mely sajnos, nem eléggé közismert, mint azt a számtalan elégtelenül feltárt panaritium bizonyítja. Az ujj alappercét aetherrel vagy benzines törlővel erélyesen ledörzsöljük és azután jodtincturával köröskörül bekenjük. A singi vagy az orsói oldal közepén egy vékony tűvel ellátott 5 cm^3 érzéstelenítő folyadékot tartalmazó fecskendővel majdnem a csontig szúrunk s 1—2 ccm oldatot fecskendezünk be, a tűt kissé visszahúzzuk s ezután ferdén a kézháti oldal felé toljuk, közben állandóan befecskendezve a folyadékot, majd ugyanezt az eljárást végezzük tenyéri irányban is. Teljesen azonosan járunk el az ujj másik (pl. orsói) oldalán. Az ujjat ilymódon alappercének magasságában két beszúrási pontból rhombus alakban körülfecskendeztük, gyakorlatilag egy érzéstelenítő oldatból álló gyűrűvel vettük körül. Hogy teljes az érzéstelenségünk, ezt arról látjuk, hogy az ujj livid, hideg, feszes. Most azután nyugodtan és alaposan láthatjuk el pl. o. a panaritiumot. A műtét befejezése után és a kötés feltétele előtt ne mulasszuk el a folyadékgyűrűn szétmassirozását. Sok ujjgangraena és nem egy kártérítési pör volt e mulasztás következménye. Ott, ahol csont, helyesebben csonthártya közelében végezzük a helybeli érzéstelenítést, 3—4 napig tartó utófájdalom mutatkozik. főleg a csont megérintésére. Erre figyelmeztessük a beteget vagy magyarázzuk meg, ha eziránybam panaszkodik. A szokásos antineuralgikumok bármelyike azonnal szünteti a fájdalmat.

Ha a test felületén akarunk valamely kisebb műtétet végezni (lipoma, dermoid, fibroma stb. eltávolítása), úgy gondolatban egy geometriai figurával (pl. rhombus, ötszög stb.) vesszük körül az eltávolítandó képletet. A geometriai figura szögleteibe egy-egy tűszúrással érzéstelenítő folyadékot fecskendezünk a *bőrbe,* úgyhogy ott egy fehér kiemelkedés (quadli) képződjék. Most ezen körülhatároló kiemelkedések mindegyikébe beleszúrunk és a szomszédos kiemelkedések felé félútig előhaladva befecskendezzük a folyadékot a bőr szintjébe, a bőralatti kötőszövetekbe, az izomzatba és végül az eltávolítandó képlet alá. Ezt az eljárást megismételjük minden egyes szögletpontból. Ha előbb azt mondottam, hogy folyadékgyűrűvel veszem

körül az ujj alappercét, akkor itt arra kell igyekeznem, hogy az érzéstelenítő folyadék egy lapos pezsgőspohár kelyhe gyanánt vegye körül a képletet, mert csak így tudjuk az összes oldalról és alulról jövő érzőidegek vezetőképességét kirekeszteni és a fájdalmatlanságot biztosítani. Vitás kérdés, — és a sebészek itt két nagy táborra szakadnak — hogy vajjon lobos szövetekben végezzünk-e körülfecskendező érzéstelenítést, vagy nem? Vannak, akik csinálják, én azok közé tartozom, aki nem csinálja és nem is ajánlja, mert: 1. a lobos szövet fájdalom-kirekesztése sokkal nehezebb, 2. mert az érzéstelenítő folyadék befecskendezésével a szövetek és sejtek biologiai összefüggését szétválasztom, tehát az infectióval szemben ellenállóképességüket csökkentem, a befecskendezéssel a szervezet védelmi lobgátját áttöröm, 4. a virulens fertőzőanyagot az érzéstelenítő folyadékkal együtt szétfecskendezzük és szertevisszük, végül 5. a lobos szövetekben a tonogenhatás elmultával egyébként is mindig beálló capillaris hüdés itt még fokozottabb mértékben következik be és ezért az utóvérzés veszélye még sokkal nagyobb és kellemetlenebb.

A főidegtörzsek (plexus brachialis, ischiadicus, cauda equina) érzéstelenítése már meghaladja az úgynevezett kissebészet működési területét, ezért arra nem térek ki.

Egyet azonban meg kell a végén mondanom; aki jó sebész akar lenni, az tanuljon meg jól érzéstelenïteni. Ne a sebész higyje magáról, hogy jól csinálta az érzéstelenítést, hanem a beteg ne érezzen semmit. Ne magunknak higyjünk, hanem a betegnek, ha az fájdalomtól jajgat. Az a beteg, aki ideges, nem alkalmas a helybeli érzéstelenítésre és annál ne is erőltessük, mikor annyi más eljárás áll rendelkezésünkre.

Lobmayer Géza dr.
egyetemi magántanár.

A gyakorló orvos teendői, elsőleges syphilises fertőzésre gyanus esetekben.

Minden egyes elsődleges syphilises fertőzésre gyanus esetben, kettős kötelezettség háramlik az orvosra: 1. meg kell kísérelnie a kórokozó kimutatását, 2. a vérsavó vizsgáltatása útján pedig meggyőződést kell szereznie arról, hogy a beteg a savónegativ, elsődleges szakban van-e még.

E kettős ténykedés közül bármelyiknek az elmulasztása igen sokszor döntő kihatású a beteg sorsára. Mai felfogásunk szerint ugyanis a syphilis tökéletes gyógyulásához csak egy út: a minél korábban megkezdett erélyes kezelés vezet. A kezelés korai elkezdéséhez azonban korai diagnosis szükséges.

A nemi részek bármilyen jelentéktelen, de *beszüremk.dő* elváltozása, sérülése (excoriatio, erosio, rhagas, scabieses pustulák, herpes hólyagocskák) gyanus elsődleges syphilises fertőzésre. Műhibát követ el az orvos, ha a beszüremkedett elváltozásra fertőtlenítő hintőporokat, kenőcsöket, borogatásokat rendel, de hibázik akkor is, ha a döntő bizonyíték, a kórokozó kimutatása nélkül megkezdi *ex juvantibus* a kezelést.

A fertőzés utáni első, sőt még a második héten is, a bajt klinikailag biztosan megállapítani nem lehet. A fertőzés gyanuját ilyenkor legfeljebb valószínűvé teszi, a gyanus elváltozásnak mindinkább fokozódó megkeményedése, feltéve, hogy azt a beteg marószerekkel; ezüstnitráttal, rézgáliccal nem edzette.

A betegek zöme azonban csak a fertőzés utáni 3—5. héten keresi fel az orvost. Noha ezidőtájt az elsődleges syphilises elváltozás már teljesen kifejlődött, s typusos esetekben a szakorvos a klinikai képből minden nagyobb nehézség nélkül diagnostizálhatja a bajt, mégis szabályként kell felállítanunk, hogy az ilyen typusos esetekben is keresni kell a kórokozót s még az ilyen esetekben is egyedül a kórokozók kimutatása dönt. A fertőzés utáni 3—5. héten az elsődleges elváltozás alakján, tömöttségén kívül, különben valószínűsíti a bajt még, a tájéki nyirokcsomók fájdalmatlan megduzzadása is.

Ha a fertőzés utáni 2—5. hétben elmulasztjuk a kórokozók kimutatását, elmulasztjuk döntő módon beigazolni a baj fennforgását s ha a spirochaeták kimutatása nélkül hozzákezdünk a kezeléshez, hogy a betegnek tényleg volt-e syphilise, azt többé — hacsak a beteg a kezelést abba nem hagyja s később új tünetekkel nem jelentkezik — megállapítani már nem tudjuk. Sokszor előfordul, hogy az ilyen beteg később más orvost keres fel, aki kénytelen a kezelés továbbfolytatását tanácsolni a betegnek, noha nincs meggyőződve arról, hogy volt-e, illetőleg van-e a betegnek syphilise.

A fertőzést követő nyolc héten át a bajt biztosan, csak a kórokozók kimutatásával lehet megállapítani. A vérsavó vizsgálata ez ideig általában *negativ* eredményt ad, éppen emiatt *diagnostikus* célból a fertőzés utáni két hónapon belül a vérsavó vizsgálatára építenünk nem szabad. De ha már a kórokozókat kimutattuk, a kezelés tartamának, erélyességének a megállapítására rendkívül fontos azt tudnunk, hogy a beteg a savónegativ elsődleges szakban jelentkezett-e. A fertőzés idejének a megállapítására, a beteg bemondását nem szabad elfogadnunk. A beteg rendszerint az elváltozás észrevételétől számítja a fertőzést s azt majd mindig 2—3 héttel fiatalabbnak mondja. De különben is, a savóreactiók nem egyik napról a másikra, hanem a fertőzés utáni 5—8 hét között lassan, fokozatosan válnak mindinkább positivabbá. Ha a beteg a fertőzés időpontját helyesen is mondaná be, még akkor sem tudhatjuk, hogy az 5—6. héten nem-e indult meg már nála a tökéletlen antitoxintermelődés s ezzel egyidejűleg nem-e következett be már a savópositiv szak. Különösen erősebb tájéki nyirokcsomóduzzanattal járó esetekben számíthatunk igen korán beköszöntő savópositiv szakra. Általában az ötödik héten az érzékenyebb csavadékos reactiók már 40%-ban, a durvább complementtérítő vizsgálatok pedig 20—25%-ban positiv eredményt adhatnak.

A savóvizsgálatok elmulasztása nagy anyagi és erkölcsikárt okoz a betegnek. A savónegativ szakban ugyanis, a legjobbak a beteg kilátásai a gyors és tökéletes gyógyulásra. Az ilyen betegeket három, bismuttal combinált erélyes arsenobenzol-kúra után gyógyultnak lehet és kell tartanunk. Ha a savóvizsgálatot elmulasztjuk, kénytelenek vagyunk az abortióra alkalmas savónegativ betegeket is, a régi, *Fournier-Neisser* szerinti idősült, éveken át ismétlődő kezelésben részesíteni, az ilyen betegeket tehát feleslegesen 3—4 kúrával túlterheljük s esetleges házasodásuk engedélyezéséhez s a végleges gyógyulás kimondásához feltétlenül szükséges ellenőrzési időt is, legalább egy évvel hosszabbra kell szabnunk, úgyhogy a beteg végeredményben, eltekintve az anyagiaktól, legalább is három évet elveszít.

A kórokozók kimutatását végezhetjük: 1. az elváltozás felületének, 2. mélyebb rétegeinek, 3. a tájéki duzzadt nyirokcsomóknak a szövetnedvében.

A megtisztított, szélein gasecsomóval enyhén dörzsölt elsődleges elváltozásból 5—6 perc mulva szövetnedv, az ú. n. izgalmi savó szivárog elő; az elváltozás oldalról eszközölt nyomkodása sietteti a savókiszivárgást. Ha magunk a vizsgálatra nem vállalkozunk, az izgalmi savót egyik végén hajszálvékonyra húzott üvegcsőben felfoghatjuk s a cső vastagabb végének paraffinnal, vagy pecsétviasszal lezárása után, akár posta útján is beküldhetjük a vizsgálatra berendezett szakorvoshoz, vagy intézethez. Ha a savó kevés, ajánlatos előbb a csőbe kevés steril, élettani konyhasóoldatot szöktetni. Az izgalmi savót nem szabad szívni.

A hajszáleres szökőerő útján, az elváltozásra merőlegesen tartott csövecskébe a savó magától beszökken.

Kevésbbé ajánlható az izgalmi savónak tárgylemezre kenése s beszárított állapotbani beküldése. Ha ilyen módon akarunk eljárni, legalább is két lemezt küldjünk be vizsgálatra. Véres izgalmi savó vizsgálatra nem alkalmas. Ha az elváltozást erősebben dörzsöltük a kelleténél s az vérzik, mindaddig töröljük le az elváltozás felületét, míg tiszta szövetnedv nem gyűlik össze.

Ha a beteg előzetesen hintőporokkal, vagy desinficiáló borogatásokkal kezelte sebét, a spirochaeták eltűnnek a felületről. Ilyenkor állandó, élettani konyhasóoldatos borogatást rendelünk az elváltozásra s két-három nap mulva veszünk csak izgalmi savót, vagy rögtön megkíséreljük az elváltozás mélyebb rétegeiből kiszívott szövetnedvnek a vizsgálatát.

2 ccm fecskendőből 0·5 ccm adrenalinmentes 0·5 %-os novocainoldatot fecskendezünk az elváltozásba s annak enyhe nyomkodása mellett aspirálunk ; 60—70 %-ban positiv eredményt ad.

Ha az elváltozás felületének, vagy mélyebb rétegeinek a szövet nedvében sem sikerül kimutatni a kórokozót s klinikailag minden okunk megvan az elsődleges syphilises fertőzés felvételére, akkor kénytelenek vagyunk a megnagyobbodott nyirokcsomó szövetnedvében is keresni a kórokozót. Tíz ccm fecskendőből 0·5—1·0 ccm adrenalin nélküli 0·5 %-os novocainoldatot fecskendezünk be a balkézzel rögzített nyirokcsomóba, a tűt a csomó széle felé vezetjük s enyhe nyomkodás közben aspirálunk ; átlag 70 %-ban positiv eredményre számíthatunk.

A spirochaetavizsgálattal sok időt nem szabad elveszteget ni s ha a kórokozót sikerült kimutatni, rögtön meg kell kezdenünk a kezelést. A kezelés megkezdése előtt vett vér vizsgálati eredményének beérkeztét nem szabad bevárnunk. Vidéken sokszor 6—8 nap is eltelik a vizsgálati eredmény beérkeztéig. Ha a kezeléssel várunk, savónegativ betegség esetén bekövetkezhetik a várakozási idő alatt, a savópositiv szak. Leghelyesebb tehát a beteget a vizsgálati eredmény beérkeztéig savónegativnak tekinteni s a spirochaetavizsgálat positivitása esetében rögtön erélyes kezelésben részesíteni.

A savónegativ szak rendkívüli fontossága miatt, a vizsgáló-állomástól meg kell követelnünk, hogy többféle reactiót állítson be a kérdéses savóval. Ajánlatos legalább is háromféle vizsgálatnak a végzése. Ezek közül nem szabad hiányoznia a complementtérítésen alapuló *Wassermann*-vizsgálatnak, de nem szabad hiányoznia valamelyik érzékenyebb csapadékos reactiónak (*Sachs-Georgi*, *Meinicke*, *Kiss* stb.) sem.

Melczer Miklós dr.
egyet. magántanár.

A tuberculosis actuális kérdései.

A művi légmellkezelés sociális jelentősége.

A tüdőtuberculosis gyógyítása *ma főként sanatóriumi fekvőkúrával és művi légmellkezeléssel történik.* Kétségtelen, hogy ez a két gyógyeljárás a tbc. therapiájával foglalkozó nagysága miatt áttekinthetetlen világirodalom ezideig megdönthetetlen két oszlopa. Minden más gyógykezelés, akár műtéti, akár nem, jelentőségét tekintve közelébe sem férhet. Az a tény, hogy ha a gümőkóros beteget pihentetjük, a spontan gyógyulás hamarább bekövetkezik : a sanatoriumi gyógymódnak *egyént gyógyító fontosságát elismertté teszi*, annak socialis szempontból nagyobb jelentősége nélkül. A művi légmellkezelésnek elsőrendű fontossága pedig onnan ered, hogy a beteg tüdőt összenyomva, azt csekélyebb nedvkeringésre, működésre bírjuk ; a légmellkezelés bármikor abbahagyható és a tüdő visszatér eredeti rugalmassági és működési állapotába. A beteg tüdő gyógyulása folytán a positiv köpet negativvá válása pedig mihamar bekövetkezik.

A légmellkezelést nem csupán a tetemes költséget jelentő zárt intézetekben lehet foganatosítani, *hanem el kell végezni a tüdőgondozókban is.* Ami socialis szempontból a legfontosabb, ezzel az eljárással óvatos becsléssel praktikusan *a nyílt gümőkórosok 30—40 %-a gyógyítható*, amely százalékszámban foglaltak közül azelőtt *a legtöbbje elveszett.* Miután ez a gyógyeljárás társadalomegészségügyi és egyéni szempontból is nagy megterhelést jelent az egyén és a betegbiztosító intézetek számára, a szakorvos felelőssége tudatában légmellkezelésre csak a valóban alkalmasnak látszó eseteket választja ki és az eredményeket erős kritikai érzékkel kell hogy értékelje. *A pneumothorax socialis jelentősége a nyílt tbc. zárttá tételében nyilvánul meg. Gazdasági jelentősége a munkaképesség gyors és hosszú ideig tartó helyreállásában jelentkezik.*

A művi légmellkezelést a vázolt okok miatt a tuberculosis elleni küzdelembe mind hathatósabban bele kell vonni éspedig a következők alapján.

A Tuberculosis Elleni Küzdelem Országos Bizottsága megbízása folytán feldolgoztuk az egész ország pneumothorax (ptx.) statistikáját. (1933. dec.) Az eredményeket és az ezekből levont következtetéseket e helyen csak kivonatosan van módunkban ismertetni.

A Bizottság által szétküldött 274 kérdőív közül 60 % érkezett vissza. A kérdőíveket három csoportra osztottuk : A gondozók 80 %-ban, a kórházak 81 %-ban, a magánorvosok 34 %-ban válaszoltak. Az adatszolgáltató fővárosi közkórházak 766 gümős-ággyal rendelkeznek. Ha ehhez hozzáadjuk a 35 vidéki kórházi osztály és sanatorium 3532 gümős tüdőbetegek részére fenntartott ágyszámát, akkor 4298 gümős-ágyról kaptunk felvilágosítást. Miután pedig *Scholtz* adatai szerint az ország összesen 5074 gümős-ággyal rendelkezik, következőleg *Magyarország gümős tüdőbetegek részére fenntartott összes ágyainak 85 %-áról állnak rendelkezésre művi légmellkezelésre vonatkozó adatok.* Az egész országra vonatkozó adatszolgáltatás alapján 1933 december közepén 2220 ptx.-kezelés volt folyamatban. A beszolgáltatott részletes kimutatás 2183 esetről, tehát 17-tel kevesebbről számol be, úgyhogy utóbbit kell tényleges számnak elfogadnunk.

Első kérdésünk : *vajjon hazánkban milyen számú légmellel kezelt betegre lehet számítani?* Hogy ezt a számot megkaphassuk, tudnunk kellene az összes positivköpetű betegek számát. Márpedig ezt biztosan nem lehet megállapítani. De gyakorlati tapasztalat van abban az irányban, hogy legalább használhatóan megközelítő számértéket nyerhessünk. Magyarországon a statistikát és a statistikából kimaradt halottakat tekintve, jelenleg évente 20.000 gümőkórhalálozás fordul elő. Ennek háromszorosát vesszük nyílt gümőkórosnak, tehát a bacilláris tuberculotikusok számát 60.000-re becsüljük. A nyílt gümőkórosokat *Schröder* 21 %-ban, *Blümel* 25 %-ban és *Hermann* 40 %-ban tartja légmellkezelésre alkalmasnak. Ha középértéknek 30 %-ot veszünk, akkor 60.000 nyílt gümőkórost számítva hazánkban — *óvatos becsléssel — 18.000 ptx. volna elvégezhető.* Természetes, hogy ilyen nagyszámú kezelés azonnal nem indítható meg és ha csupán a ptx.-kal kezelhetők felét : 9000-et vennénk alapul és a kiépítendő ptx.-állomások arányában fokoznók a kezeltek számát, akkor is kezdetben a jelenleg kezelt 2183 esettel szemben *7000 beteget kellene a ptx. áldásos hatásában részesíteni. Tehát pillanatnyilag 8000 alkalmas beteg vár kezelésre.* A művi légmellkezelés socialhygienés szempontból, mint a tuberculosis elleni küzdelem legnagyobb figyelmet

igénylő tényezője ezen adatokból válik nyilvánvalóvá. Ugyanezen szempontból fontos, hogy *a légmellel kezelteknek mintegy háromnegyede a 16—30 évesekre esik.*

Milyen eredménnyel kecsegtet a ptx. a tuberculosis elhárítását illetőleg és milyen eredmények várhatók a gümőkórosok gyógyítása szempontjából? Magyarán szólva az a kérdés, vajjon a bacillustartalmú köpettel történő fertőzést hogyan lehet elkerülni. A *köpetlelet* a kezelés előtt úgy oszlott meg, hogy 1972 eset közül 82 % volt positiv és 18 % negativ. A kezelés alatt a köpet bacilláris tartalma úgy változott, hogy 1902 ptx.-os beteg közül 40 % maradt positiv és 60 % lett negativ. *Az eredmény átlagban 50 %-os vészteleníténsnek felel meg.* Mit jelent ez Magyarországon a tuberculosis elhárítását illetőleg? Légmellkezelésre vonatkozólag a nyílt gümőkórosok 30 %-a, azaz 18.000, könnyen lehet azonban, hogy a fele, azaz 30.000 beteg jöhet számításba. *Ötvenszázalékos vészteleníténst véve alapul, ez 9000, illetőleg 15.000-rel kevesebb bacillusürítőt jelent.*

Felvetődhetne az a kérdés is, vajjon a művi légmellkezelés szükségtelenné teszi-e a sanatoriumot. Ezt a meggondolást felfogásunk és *tapasztalatunk alapján*, határozott nemmel válaszolhatjuk meg. Hiszen a *tuberculosis manapság elsősorban therapiás és csak másodsorban prophylactikus problema.* A *munkaképesség* úgy változott, hogy a kezeltek közül 44 %-kal több lett munkaképes, mint volt a kezelés előtt. A ptx.-kezelés tartama a beérkezett adatok szerint átlagban 2½ év. Csupán egy esetben tart a kezelés öt éve és kilenc hónapja. Az átlagos töltések száma 90, az eddig végzett maximalis töltések száma 160. A kezelt betegek 27 %-a fekvő és 73 %-a ambulans, *tehát több mint két és félszer annyi az ambulans, mint a fekvő ptx.-os beteg.* Az ambulansok közül helybeli 65 %, vidéki 35 %, *tehát az ambulansoknak csaknem kétszerese helybeli.*

Oldalszerinti elhelyeződés szempontjából jobboldali 49 %, baloldali 43 % és kétoldali ptx. 8 %-ban fordult elő. Tehát a jobboldali ptx. a legnagyobb számú, ami az irodalmi közlésekkel is egyezik. Feltűnő *a kétoldali ptx.-ok* aránylagos nagy száma, ami arra mutat, hogy ez a tetemes megterhelést jelentő eljárás az országos adatszolgáltatások szerint is eredménnyel kecsegtet.

Az Országos Bizottsághoz visszaérkezett positiv válaszok száma 102, *tehát az intézetek és magánorvosok 39 %-a végez rendszeres ptx.-kezelést.* Ha a positivan válaszolók közül levonjuk a magánorvosokat (25), akkor 77 intézmény, *tehát a választ küldő intézmények 61 %-a végez rendszeres légmellkezelést.* Az eredménystatistikát tekintve, az egyes intézmények eredményei *igen eltérőek*, úgyhogy az alábbiakban közölt számok csak a legkisebb és legnagyobb százalékot mutatják: *kedvező* 10—70 %; *javult* 30—70 %; *rosszabbodott:* 2—20 %; *stationaer* 5—36 %; *meghalt* 1—31 %.

Első töltést ambulanter 77 intézmény közül 40, tehát 52 % végez. Az adatokat részletezve azt látjuk, hogy a *gondozóintézetekben* Budapesten mind a 13 végez, a *22 vidéki gondozó közül* 17 végez, a többi kórházban végezteti. Tehát 35 gondozó közül 30, azaz 86 % készít ambulans első töltést. A *kórházak közül* Budapesten hét közül csak egy alkalmazza; a vidéki kórházak úgy oszlanak meg, hogy 35-ből kilenc készít első töltést; 42 kórház és sanatoriumból csupán tíz, azaz 23 % végeztet ambulanter első töltést. Ezek az adatok amellett szólnak, hogy az összes tüdőbetegintézetek fele és a zárt intézetek 23 %-a, *következőleg elég tekintélyes számban végeznek ambulans első töltést.* Csak az a szomorú, hogy az ország lakosságához viszonyítva szórványos azoknak az állomásoknak száma, ahol egyáltalán végeznek művi légmellkezelést. Amint a felsorolt adatok mutatják, a művi légmellkezelés hazánkban *nincs megszervezve, az arra szoruló tüdőbetegeknek csak egy csekély hányada kerül kezelésre.* Mulhatatlanul szükséges tehát, hogy a mesterséges pneumothorax *országos szervezés alapján minden rászoruló tüdőbeteg részére lehetővé váljék* és ez felfogásunk szerint legjobban *az egész országban felállítandó légmellkezelő-állomások útján oldható meg.*

Puder Sándor dr.

KÉRDÉS — FELELET.

I. *Kérdés:* Az Orvosi Hetilap f. évi 9. számában a »Kérdés-Felelet» rovatban arra a kérdésre, hogy vajjon a községi (kör-) orvos díjazás nélkül köteles-e ellátni a húsvizsgálatot *Atzél Elemér dr.* aláírásával az a válasz adatott, hogy az 1908: XXXVIII. t.-c. 9. § értelmében a községi orvost eme tevékenységéért díjazás illeti.

Én 1928 júliusától mint megválasztott körorvos 1929 augusztusig ténylegesen meg is kaptam a községi szabályrendeletben megállapított díjamat, az időtől fogva azonban — bár a hentesek rendszeresen tovább is befizették — megvonta tőlem a községi főjegyző azzal, hogy a községek háztartási egyensúlyának helyrehozása érdekében miniszteri rendelet jelent meg, mely a községek alkalmazottainak mellékjárandóságait letiltja s a főjegyzőm véleménye szerint ebbe a categoriába tartozik a községi orvos húsvizsgálati díja is.

Kérésem a következő: Jogos-e eme a hentesek által befizetett húsvizsgálati díj visszatartása s melyik az ide vonatkozó rendelet. Ha pedig nem jogos, úgy mi az eljárás, hogy az elmaradt díjamat megkaphassam. *M. L. dr.*

Felelet: A 62.000/1926. B. M. és a 185.127/1932. B. M. sz. rendeletek olyan rendelkezést tartalmaznak, amelyek lehetővé teszik a községeknek azt, hogy költségvetési egyensúlyuk biztosítása végett a községi alkalmazottaknak összes mellékjárandóságait a község javára igénybe vegyék, még akkor is, ha azt valamely előbbi jogszabály, amint jelen esetben az 1908: XXXVIII. t.-c. 9. §-a a községi orvosnak biztosítja is. Ilyen mellékjárandóságnak tekintendő a községi orvos húsvizsgálati díja is. Minthogy a 62.000/1926. B. M. sz. rendelet törvényerejű rendelet, ha a község e díjakra igényt tart, azt törvényes úton visszakövetelni nem lehet. Ilyen mellékjárandóságnak tekintették az 1934 július 1-ig a halottkémlési díjat is, amíg a belügyminister a 134.147/1934. B. M. sz. rendelettel a díjakat ki nem emelte azon mellékjárandóságok sorából, amelyre a község igényt tarthat. A húsvizsgálati díjakkal kapcsolatban is folynak most ily természetű tárgyalások. A községi orvos azonban kérheti a községtől, hogy mellékjárandóságainak elmaradásáért a község az év végén jutalomban részesítse, amelyre a bevezetésben említett rendeletek módot nyujtanak.

Atzél Elemér dr.

II. *Kérdés:* 1. Jogos-e a gyógyszerésznek a norma pauperum szerint felírt, magányos egyénnek szóló vény után más díjszabást számítani, mint a norma pauperum B. M. szerinti ára, ha az az egyén nem részesül közgyógyszerellátásban.

2. Vajjon jogos-e a gyógyszertárnak a gyárak részéről megállapított specialitást a gyár által megállapított árnál drágábban árusítani. Pl. az Adigan Richter-injectio á 1·1 cm³ 6 amp. egy doboz eladási ára a gyár megállapítása szerint 3.— P. Ugyanezt a dobozt azután a patikus retaxálja s 3·60 P-ért adja el. Hivatkozva a gyógyszerész egyesület specialitások árát (eladást) megállapító kiszámítási kulcsra. *K. J.*

Felelet: ad 1. A norma pauperum vénymintái úgy vannak kiszámítva, hogy a munkadíjakból 25% engedmény van levonva, az edényzetből pedig a legolcsóbbak ára számíttatott. Az így nyert árak a közgyógyszerellátás és a betegségi biztosító intézetek részéről történő rendelés esetére érvényesek. Magánegyének részére — függetlenül azok vagyoni helyzetétől — a 25%-kal magasabb munkadíj és a drágább edényzet ára számítható fel. Ez az utóbbi azonban csak pár filléres különbséget tesz ki. Ha azonban az orvos a receptre ráírja, hogy: fiat expeditio simplex, akkor a gyógyszerész csak a legolcsóbb edényzet árát számíthatja fel; a munkadíjból, vagy az anyagok árából azonban semmiféle kedvezményt nem köteles adni.

ad 2. A gyógyszerésznek nincs joga magasabb árat felszámítani a gyári csomagolásban forgalomba hozott szerekért, mint amennyit a Magyarországi Gyógyszerész Egyesület megállapít, illetve a gyár a burkolaton feltüntet. A levélben említett esetek közül (ha a rendelés 1934. évi november 1. után történt) az Adigan-injectio ára 3.— pengőnél, a chininum muriaticum Eri ára pedig 4·90 pengőnél nem lehet magasabb. Amennyiben a gyógyszerész a differentiát nem hajlandó elismerni és visszafizetni, fel kell jelenteni a járási főszolgabírónál.