81. évfolyam. 49 szám. Budapest, 1937 december 4.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC, MISKOLCZY DEZSŐ, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR
VÁMOSSY ZOLTÁN, VIDAKOVITS KAMILLÓ, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Mező Béla: A beteg hólyag és gyógykezelése. (1213—1216. oldal.).
Csapody István: A kötőhártyazsák pótlásának műtéte (1217—1219. oldal.).
Fabinyi Géza: Gyermekkori orrmelléküreggyulladások, különös tekintettel a heveny fertőző betegségekre. (1219—1223. oldal.).
Herzum Alfonz: Adatok az ifjúsági sportolók szívnagyságának kérdéséhez. (1223—1226. oldal.).
Raksányi Árpád: Adatok a rák mikrobiologiájához. (1226—1227. oldal.).
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (195—198. oldal.).
Lapszemle: Belorvostan. — Szülészet — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. — Bőrgyógyászat. — Elméleti tudományok. (1227—1229. oldal.).
Könyvismertetés: (1229—1230. oldal.).
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (1230—1233. oldal.).
A Budapesti Orvosi Kamara nyilatkozata az ingyenrendelések ügyében. (1234. oldal.).
Vegyes hírek és Hetirend: (1234—1236. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.).

A beteg hólyag és gyógykezelése.

Irta: *Mező Béla dr.* egy. m. tanár közkorházi főorvos.

(Klinikai előadás.)

Az egészséges ember éjjel nem vizel s nappal hólyagját 4—5 ször üriti ki. A hólyag megbetegedése esetén megváltozhatik a vizelések száma, a vizelések elosztódása, a vizelés lefolyása, a vizelet többé kevésbé fájdalmas is lehet és végül megváltozhatik a kiürített vizelet maga is. Ezeknek a tüneteknek a kellő értékelése vezet bennünket a fennálló kóros elváltozás felismerésére és annak helyes gyógykezelésére.

A gyakori vizelésnek (pollakisuria) 2 főcsoportját különböztetjük meg: 1. a tiszta, genymentes vizeletű és 2. a zavaros, genyes vizeletű gyakori ürítést. Ezeknek ismét több fajtája van: *a)* a csak nappali gyakori vizelés, *b)* a csak éjjeli gyakori vizelés, *c)* az éjjel-nappali gyakori vizelés, *d)* a testmozgásoktól függő gyakori vizelés és *e)* az akarattól független vizeletcsepegés.

A *csak nappal jelentkező* gyakori vizelés ideges jelenség. Ezzel ellentétben áll a *csak éjjel mutatkozó* gyakori vizelés, amely a hibásan prostata-tultengés néven ismert hólyagnyak daganatoknak a legelső tünete. Éjjeli gyakori vizelés esetén azonban rejtett szivelégtelenségre is kell gondolnunk. Az *éjjel-nappal jelentkező* gyakori vizelés igen gyakori alakja az, amikor a napi vizeletmennyiség jelentékenyen megnövekedik (polyuria). — Diabetes mellitus, diabetes insipidus, vese zsugorodás, vagy kezdeti gümőkór esetében a vizelet akár napi 3—4 liter is lehet. Ilyenkor a hólyag hamarább megtelik és a beteg napjában 8—10-szer kénytelen üríteni. De gyakran kell vizelni a betegnek akkor is, ha a vizelet napi mennyisége nem nagyobb a rendesnél, de a *hólyagot valami kivülről összenyomja* (terhes méh, medencedaganat stb.). *Reflexes gyakori vizelést* okozhatnak a hólyagdaganatok és az ureterben megakadt kövek is. Az éjjel-nappal egyaránt tartó gyakori vizelés leggyakoribb alakja azonban az, hogy a hólyag a vizelés alkalmával csak hiányosan ürül ki, *(retentio incompleta)* és a hólyagban a kivizelés után még kisebb-nagyobb, vizeletmennyiség visszamarad (residuum), a miért a hólyag hamarább megtelik. A hólyag hiányosan ürül ki hólyagnyak daganatok, (prostata tultengés), húgycsőszükületek, a hólyag beidegzési zavarai (ideg-, illetve gerincvelő sérülések, tabes, stb.) esetében. Ha e betegségeken nem segítünk, a beteg állapota lassankint annyira romlik, hogy a beteg vizelete, akaratától függetlenül- állandóan csepeg. *A telt hólyag esetén tapasztalható ezen vizeletcsurgás* (ischuria paradoxa) megkülönböztetendő az idegsérülések, illetőleg idegbénulások kapcsán jelentkező azon vizeletcsurgásoktól, amikor a hólyagzáró izom megbénul s a hólyag teljesen üres. A telt hólyag melletti vizeletcsurgást igen gyakran a hólyagkiürülés teljes megbénulása *(retentio urinae completa)* előzi meg, amely akkor szokott bekövetkezni, ha a daganatos prostata, vagy a szükült hugycsőrész gyulladásos vérbőség következtében megduzzad. *Az akarattól független vizeletcsurgásnak* van azonban más alakja is. Elhuzódó szülések után elhalhat a hólpag-záróizom vagy a hólyag, ill. az ureter fala is s a hólyag és a hüvely, a hólyag és méhnyak, ill. az ureter és hüvely közt is keletkezhetik sipoly. Van azonban *a vizeletcsurgásnak veleszületett alakja* is, amikor a hólyag elülső fala nem záródott vagy az ureternyilás rendellenes helyen, a hüvelyben, hugycsőben, vagy a bőrön szájadzik. *A hirtelen testmozgástól jelentkező gyakori vizelés* hólyag vagy vesemedence kő jele. Ilyenkor a vizeletben górcsővel mindig találunk vörös vérsejteket.

A vizeletsugár alakjának és erejének a megváltozását csak ritkán okozza a hólyagidegek vagy a hólyagizomzat betegsége. E tüneteket rendszerint a hólyagnyak, ill. a hugycső elváltozásai váltják ki. E betegségek kapcsán a vizeletsugár csak nehezen indul meg, vékonyabb, erőtlenebb lesz, úgy hogy előrehaladottabb esetben a vizelet akár csak cseppekben ürül.

A genyes vizeletű gyakori vizelés a hólyaggyulladás kétségtelen jele. Ezzel részletesen foglalkozunk.

A hólyaggyulladást a hólyag bakteriumos fertőzése okozza. A fertőző csirák közt gyakoriság tekintetében első helyen van a coli, azután a staphylococcus, a proteus, a streptoccocus, a gonococcus; ezeken kivül sorrendben a typhus, a pneumococcus, a pyocyaneus stb. következik. Néha több fertőző csira is található egymás mellett, s megtörténik, hogy a fertőző csirák felváltják egymást.

Azt látjuk, hogy nem minden fertőzési lehetőség jelent egyuttal hólyaggyulladást. A kellő erejű szervezet a fertőzésnek egy ideig ellenállhat, ugyannyira, hogy a vizelet erősen bacterium tartalmú, lehet, anélkül, hogy a holyagfal maga megbetegednék *(bakteriuria)*. A hólyaggyulladás kifejlődését bizonyos tényezők: a medence vérbősége, a vizeletpangás, s a hólyagfal sérülése elősegíthetik.

A hólyaggyulladás minden korban előfordul. A gyermekkorban a leányokon, az idősebb korban pedig a férfiakon gyakoribb. Ennek az az oka, hogy a lányok rövid hugycsövén a hüvelybakteriumok könnyen bejutnak a hólyagba, mig az idősebb korban a hugyivarszervek gyulladásra hajlamositó betegségei gyakoribbak a férfiakban.

A hólyaggyulladásokat rendesen *heveny- és idősült* csoportra osztjuk. Ez a beosztás azonban csak a kifejlődés és a lefolyás időtartamát akarja jelezni, mert vannak olyan hólyaggyulladások, amelyek kezdetben is csak kevés kellemetlenséget okoznak, mig máskor a régi gyulladások is igen heves tünetekkel járnak.

A fertőző csirák a hólyagba juthatnak a hugycsövön át *(ascendáló* fertőzés), 2. a veséből *(descendáló* fertőzés), 3. a hólyagfalon át a szomszédos gyulladásos gócokból *(lymphogén* fertőzés); vagy 4. a vér útján *(haematogen* fertőzés), amikor a fertőző csirok a holyagfal erecskéiben akadnak meg. A hólyaggyulladás kiterjedhet az egész hólyagra, de igen gyakran csak a hólyag egy körülirt része, leggyakrabban a trigonum betegszik meg.

Górcső alatt a betegség kezdeti szakában a submucosa hajszálerei belöveltek s a kötőszövet savósan és gömbsejtesen beszürődött. Előrehaladottabb szakban a kötőszövet erősen gömbsejtesen beszürődött, úgy hogy helyenként kis tályogok keletkeznek. A hám felszinén sok esetben fibrin csapódik le, amelyben hám- és genysejtek vannak *(cystitis membranacea)*, máskor a fibrin az elhalt nyálkahártya mélyebb rétegeit is magába foglalja, sőt néha nemcsak a hám és submucosa, de még az izomzat is elhal *(cystitis gangraenosa)*. A hosszantartó idősült gyulladás következtében a hólyagfal minden rétege, még a hólyagot körülvevő kötőszövet is erősen megvastagodhatik. A megvastagodás következményekép a hólyag tágulékonysága igen szenved, kivéve ha a hólyag kiürülése valamilyen oknál fogva nem tökéletes. A nyálkaháryta alatti kötőszövet megvastagodása következtében a nyálkahártya nem ritkán egyenetlen dudoros *(cystitis granulans)*. A gyulladás néha polyp-szerű kötőszövetes növedékeket is termel, amelyekben gyengefalú, könyen vérző kis erek is haladhatnak *(cystitis vegetans)*. Az erősebb gyulladás esetén keletkező tályogok falát tömörülő kötőszövet képezi. E tályogok megnyilása fekélyek keletkezésére vezet. A hámtól fosztott helyek elhalt részeibe calcium sók csapódhatnak le *(ulcus incrustatum)*. Az ilyen fekélyek legfelső, elhalt részében vannak a kalcium-sók, második részében a genysejtek, baktériumok s a thrombotizált erek, a fekély harmadik rétegét pedig a gömbsejtesen beszürődött és megvastagodott kötőszövet teszi. A hámsejtek elfajulása következtében néha kis tömlők is keletkeznek *(c. cystica)* a melyek csak egész kivételesen érnek el mogyorónagyságot. A gyulladásos izgalom néha mirigyszerű hámmal bélelt járatokat is képez, *(cystitis glandularis)*, máskor pedig azt látjuk, hogy a nyálkahártya kisebb-nagyobb területen elszarusodik, laphámszerű lesz, *(leucoplacia vesicae)*. Súlyosabb esetekben a gyulladás reáterjed a hólyagizomzatra is. A hólyag izomzatában ilyenkor kezdetben csak vizenyőt, hajszálértágulást, genysejtes beszürődést és végül a kötőszöveti sejtek megszaporodását *(sclerosis)* találjuk. A gyulladásnak a hólyag körüli kötőszövetre való átterjedése a hólyag-körüli zsirszövet kérges megszaporodására vezethet, amely a hólyagot a környező részekhez rögziti.

A hólyaggyulladásnak három elmaradhatatlan tünete 1. a gyakori vizelés; 2. a vizelés fájdalmassága; és 3. a genyes vizelet.

A vizelet gyakorisága a gyulladás fokától függően lehet 1 óra, vagy akár 1 perc is, de megtörténik az is, hogy a vizelési inger meg sem szünik. A vizelési inger parancsolóan jelentkezik, úgy hogy a beteg vizeletét nem is tudja visszatartani s a vizelet a beteg akarata ellenére elmegy.

A fájdalom annál nagyobb, minél nagyobbfokú a gyulladás. A fájdalom egy része a gátra, a hugycsőre, vagy a combra sugárzik ki s lehet állandó, vagy időszakos. A vizelés elején jelentkező fájdalmakat a hólyag telődése váltja ki, a vizelés alatti fájdalmakat a gyulladásos hólyagnyaknak a tágulása, a vizelés végén jelentkezőket pedig a lobos nyálkahártyafelületek egymással, vagy a bennük lévő idegen testekkeli érintkezése váltja ki. A testmozgás alkalmával jelentkező fájdalmakat a hólyagban mozgó kő idézi elő. Nagyon fájdalmas a gyulladásos hólyagfal érintése s a hólyag erőszakos tágítása is.

A vizelet néha csak kis fokban *genyes,* úgy hogy alig zavaros, míg máskor a genytartalom oly nagyfokú, hogy a vizelet teljesen átlátszatlan. A vizeletben igen gyakran *vér* is van. Különösen a gonococcus és a colibacillus okozta gyulladások szoktak vérzéssel járni. A genyen és véren kívül még fibrin, álhártyák, üszkös cafatok és calciumphosphat törmelékek is lehetnek a vizeletben.

A vizeletben a genynek megfelelő mennyiségben *fehérjét* mindig találunk, ami azonban rendesen 1 pro millnél nem nagyobb. Egyes hólyaggyulladások esetén azonban azt észleltem, hogy a vizeletben nagymennyiségű (4—7 pro millnyi) tisztán hólyageredetű fehérje jelent meg. Egyik álhártyás hólyaggyulladásos esetemben a vizeletben lévő 7 promillnyi fehérje mennyiségéből arra gondoltam, hogy a gyulladás a vesemedencékre, illetve a vesékre is átterjedt s ezért ureter katheterezést végeztem. Az ureter katheterrel azonban mindkét veséből tiszta, geny- és fehérjementes vizeletet kaptam. Mivel a hólyagban fekélyes folyamat nem volt kimutatható, a vizeletben vér nem volt, s mert a hosszabb idő óta kórházban fekvő nő vizeletéhez ondó sem keveredhetett, kétségtelenül megállapítottam, hogy a vizelet nagy fehérjetartalma a hólyagból származott. E lehetőség után kutatva, azóta több ilyen tömeges fehérjevizeléssel járó hólyaggyulladást láttam, amely kórképet *cystitis albuminuricának* neveztem el. Azóta külföldön is észlelték. Ez a kórkép az álhártyás hólyaggyulladással rokon. A beteg érfalakon mindkét esetben átszűrődik a fehérje, amig azonban az álhártyás gyulladások esetében a fehérje a hólyagfalon megalvad, a cystitis albuminurica esetében, fermentek hiányában a fehérje megalvadása elmarad, s a fehérje egyenesen a vizelethez keveredik.

Az erjedéses hólyaggyulladások alkalmával a vizelet ammóniákszagú, az üszkös gyulladások alkalmával pedig határozottan bűzös.

A hólyaglob rendesen nem jár lázzal. Kivétel csak a súlyos, üszkös hólyaggyulladás. Ha tehát az egyszerű genyes hólyaggyulladáshoz láz társul, ez annak a jele, hogy a gyulladáshoz valamely *szövődmény* (prostatagyulladás, hólyagkörüli-gyulladás, vagy medencegyulladás) csatlakozott, de nem ritka az sem, hogy az eszközbevezetések alkalmával keletkező apró sérülések a septicus láz okozói (katheter-láz). Az e szövődmények kapcsán jelentkező urosepsis különösen az üszkös hólyaggyulladások esetében gyakran okoz halált.

A hólyaggyulladás kórismé je a fentiek alapján igen könnyű, bár egyes betegségek a hólyaglob tüneteit utánozhatják. A prostatagyulladás fájdalmas gyakori vizelést és pyuriát is okoz, gyakori vizelést okoznak a hólyagkörüli daganatok, s a terhes méh is. Hólyagtáji fájdalmakat a tabes, a hólyag és ureter-kő, a hólyagdaganat és a vesék megbetegedése is okoz. Ezekben az esetekben csak a pontos vizsgálat és a hólyagtükri lelet döntheti el a kórismét. Fontos, hogy a hólyaggyulladás okát tisztázzuk, mert csak az ok megszüntetésével tudjuk a bajt céltudatosan gyógyítani. Éppen ezért meg kell határoznunk a kórokozó csírokat is, mert sokszor nem közönséges genyesztő, hanem gümőbacillus okozza a gyulladást. Szabály az, hogy amikor a gyulladás oka nem teljesen tisztázott, s amikor a hólyaggyulladás a szokásos kezelésre nem javul, mindig *gondoljunk gümőkórra.*

A pontos kórisme érdekében szükséges tehát, hogy *a hólyagot minden esetben tükörrel is megvizsgáljuk.* A hólyagtükrözés (cystoskopia) azonban csak akkor lehetséges, ha a hólyagnak bizonyos befogadóképessége van. Minél nagyobb a hólyag befogadóképessége, annál könnyebb a vizsgálat és annál megbízhatóbbak a tükrözéssel kapott képek is, mert igen kicsi, 25—30 ccm-es befogadóképesség esetén a hólyagnyálkahártya durva ráncokba szedődik és nehezen tekinthető át. Az egészséges hólyagnyálkahártya halványsárgás-rózsaszinű sima, fénylő, s rajta a szemfenék erezéséhez hasonló vérerecskék láthatók. A gyulladás legelső szakában a látható kis erek száma tetemesen megszaporodik, mert a vérerek belövéltek. Ha a gyulladás fokozódik, akkor a nyálkahártya egyenletesen haragos vörös színű, mert a középerek rajzolatát a belövelt hajszálerek teljesen elfedik. Ugyanekkor a nyálkahártya megvastagszik, fényét veszti, redőkbe szedődik, annyira, hogy kifejezett esetekben a nyálkahártya agyvelőszerűen dudorzatos.

Az igen heveny gyulladások esetében a nyálkahártya egyes részein átlátszó rózsaszinű hólyagocskák *(oedema bullosa)*, fekélyek, *(ulcera vesicae)*, nyálkakártya vérzések *(cystitis haemorrhagica)* s a fekélyes részek kötőszövetes burjánzása is szépen látható. Idősült gyulladás esetén a nyálkahártya már nem haragos piros, hanem szürkés-vörös, s erezettség az idősült, gyulladásos nyálkahártyán sem látszik.

A hólyagtükör kitünően mutatja a gümős elváltozásokat, a hólyagköveket és daganatokat is. — Bizonyos esetekben azonban a kórmegállapitás még hólyagtükörrel is nehéz. Nehéz például annak az eldöntése, hogy a megvastagodott, ráncokba szedődött hólyagfal tisztán gyulladásos, vagy daganatos eredetű-e? Ugyancsak nehéz a tisztázása annak is, hogy a hólyag falán lévő vizenyő tályog, vagy daganat szomszédságában keletkezett-e? Sokszor a hólyaggyulladás néhány napi kezelése annyira megjavítja a helyzetet, hogy a megismételt tükrözés eredményes. Kétes esetekben a gyanus részletekből próba kimetszést végzünk.

A hólyaggyulladások *kórjóslata* az ok szerint igazodik. Az előrehaladottabb bonctani elváltozással nem járó folyamatok kellő orvoslásra igen gyorsan gyógyulnak, míg a szövődményes hólyaggyulladások csak akkor szünnek meg, ha az előidézett kórbonctani elváltozásokat is megszüntetjük, amelyek miatt a hólyaggyulladás életveszélyes lehet.

A hólyaggyulladást *hygieno-diaetás* rendelkezésekkel, belső szerekkel, becseppentésekkel, mosásokkal és műtéttel kezelhetjük. A heveny, gyulladásos beteg lefektetendő. Az alhasi és gáti tájra meleg borogatások alkalmazandók. A paprikás, borsos, mustáros ételek, a szeszes italok, kávé, tea, sok folyadék megtiltandó. A székletét rendezendő.

A belső szerekkel végzett kezelésnek leglényegesebb része a fájdalmaknak és a gyakori vizelési ingernek erélyes megszüntetése. Minél hevesebbek a gyulldásos tünetek, annál nogyobb szükség van a fájdalomcsillapító és görcsoldó szerekre, amelyek a hólyag nyugalombahelyezésével valósággal gyógyítólag hatnak. A morphium megnyugtató hatása a legtökéletesebb, de mivel székszorulást okoz, lehetőleg ne rendeljük. Kiválóan bevált, morphiumot nem tartalmazó, összetétel a következő:

Papaverini hydrochlorici, 0.04, Homatropini methylbromati 0 0015, Acid phenylaethylbarbiturici 0.015 Amidazopheni 0.15, Sacharri 0.20, m. f. p. D. tal. dos. No. X. S. 3x1 port.

Igyekeznünk kell arra, hogy a vizelet izgató hatását csökkentsük. Ezért, ha a hólyag befogadóképessége nem túlságosan kicsi, a vizelet mennyiségét tej, teák és alkaliás ásványvizek (Margit, Salvator, Paptamási, Harmatvíz kevés sóda bicarbonával) adásával növeljük. A húgyhajtó teák is jók, mert a bennük lévő arbutin a hólyagra megnyugtatólag hat.

Az újabb vizsgálatok alapján a belsőleg adott hexamethylentetraminnak és készítményeinek, valamint a salolnak kevés a hatása, mert ezek a szerek már a bélcsatornában elbomlanak és hatékony formában alig kerülnek a húgyutakba. A viszérbe adott hexamethylentetramin azonban eljut a vesékhez is és kitünően fertőtlenít. E célból a 40%-os oldatból naponként kétszer 5 vagy 1x10 ccm (2—4 gr. hatóanyag) adandó. Jó a magyar urocerta, vagy a külföldi amphotropin. Ezek a szerek azonban sokszor nagy vizelési ingert váltanak ki. Újabban nagyon divatos lett a methylenkék, melynek hibája azonban az, hogy a vizeletben nem ér el olyan töménységet, hogy számbavehető fertőtlenítő hatást kifejthessen. A belső fertőtlenítő szerek során igen nagy haladást képviselnek a külföldi pyridium s neotropin és a velük egyenrangú magyar vestin. Ezek savanyú és alkális közegben egyaránt hatnak és már 1:500.000 hígításban is gátolják a csírák fejlődését. Egyetlen hátrányuk, hogy a fehérneműt piszkolják. Röviddel ezelőtt a Bayer-gyár prontosil néven egy piros szinű vegyületet hozott forgalomba, mely különösen a strepto- és staphylococcusokkal szemben bizonyult jó hatásúnak.. Ugyanezt a célt szolgálja a magyar sanochrom is. Hátránya ezeknek is az, hogy a vizeletet vörösre festik. Kiderült azonban az, hogy e szerek hatékonysága nem a szines, hanem a bennük lévő színtelen aminobensolsulfamid gyökhöz van kötve, s a Chinoin-gyár deseptyl, a Richter-gyár pedig ambesid néven már szintelen vegyületet hoz forgalomba. Ezekből is napjában 3×1—2 tabletta rendelendő, de a szerek érbe is adhatók.

A tapasztalat azt mutatja, hogy coccusfertőzések esetén a vizelet gyakran *alcaliás,* colifertőzések esetén pedig *savanyú.* Ez vezetett arra a gyakorlatra, hogy a vizeletet coccusfertőzés esetén savivá, colifertőzések esetén pedig alcalissá tegyük. Ez a kezelési mód azonban nem állja meg a kritikát, mert azon a határon belül, amennyire a vizelet kémhatása gyógyszerekkel megváltoztatható, a kisérletekben a coccusok és a coli-bakteriumok is kitünően fejlődtek. Egyesek a kémhatás megváltoztatásától ennek ellenére igen szép eredményeket láttak s így az eljárás szükség esetén mégis megkisérelhető. A vizelet lugosítására a natriumhydrocarbonicum s a natriumcitricum keverékéből angol szerzők néha hónapokon át napi 20—30 gr-ot is adnak, s vele kapcsolatban sok folyadékot itatnak. A vizelet savanyítására az aci-

dum phosphoricum, az acidum hydrochloricum dilutum, az ac. bensoicum, vagy az ammoniumchloratum használható fel. A vizelet savanyításakor főleg hús és szénhydrátok, lugosításakor pedig kevés nitrogentartalmú ételek mellett főleg főzelék és gyümölcsök adandók.

A kis befogadóképességű hólyagokat *becseppentéssel*, a nagyab befogadóképességüeket pedig *mosással* kezeljük. A becseppentéseket a hólyagba csúsztatott vékony Nelaton, vagy Tiemann katheteren át végezzük, mégpedig úgy, hogy a vizelet kiürítése után a hólyagba és húgycsőbe 5—10 ccm fertőtlenítő oldatot juttatunk. E célra eddig 1—2%-os argumentum proteinicumot, vagy ¼—1%-os argentum nitricumot használtunk. A hólyagmosásokat vagy katheter nélkül végezzük, hogy a húgycsövön át *Janet* szerint nyomjuk be a mosófolyadékot a hólyagba, vagy pedig a hólyagot a hólyagba vezetett katheteren át öblítjük ki. Mosófolyadékul eddig leginkább 1‰-es argentum nitricumot 1:5.000—1:4.000-es kalium hypermanganatot, 1:5.000 hg. oxycianatumot, vagy a 3%-os borsavat alkalmatuk. A hólyaggyulladások kezelésekor azonban azt tapasztaltam, hogy e gyógyszereknek a hatása nem volt kielégítő. Ezért megkértem *Belák Sándor* professor urat, hogy az eddig leghasználatosabb fertőtlenítő szereink bakteriumölő képességét határoztassa meg. E vizsgálatok meglepően szomorú eredményt adtak. Kiderült ugyanis, hogy a nyálkahártyát erősen izgató lapis 1‰-es oldata a bakteriumokat csak tíz perc alatt öli el, a lapis pótszereként használt 1%-os argentum proteinicum pedig 1 óra alatt sem öli el a bakteriumokat. A 2%-os arg. proteinicum is csak 30 perc mulva pusztítja el a csírokat. A hg. cyanatumról azt tanultuk, hogy igen erős bakteriumölő szer. A valóság pedig az, hogy az 1:3.000 hg. cyanatum 2 óra alatt sem pusztítja el a bakteriumokat pedig a nyálkahártyákon csak 1:5.000 oldat használható. A 3%-os bórsav a bakteriumokat nem öli el, csak a fejlődésüket gátolja, a káliumhypermanganat 1:10.000 oldata pedig a bakteriumokat csak egy óra alatt pusztítja el. E tények alapján nyilvánvaló lett, hogy a mosófolyadékok elsősorban mechanikus úton, a geny és a bakteriumok erőművi eltávolításával hatnak.

Ilyen eredmények után a fertőtlenítő hatást a különféleképpen ható, de egymással cserebomlásba nem menő *vegyületek keverésével* igyekeztem fokozni, ami kiválóan sikerült is. Az élenyítő káliumhypermanganatnak a gyengén összehúzó bórsavval, a fehérje-méreg hydrargirum oxycyanáttal, illetve a maró kénsavvel történő keveréke ugyanis elsőrendű fertőtlenítő keverékek birtokába juttatott, amelynek segélyével a nyálkahártyagyulladások igen eredményesen kezelhetők. Ha ugyanis a 3%-os bórsavoldathoz annyi káliumhypermanganatot adunk, hogy a káliumhypermanganat töménysége a bórsav-oldatban 1:5 000 legyen, akkor ez a keverék az összes bakteriumokat 20 másodperc alatt elöli, ha pedig a bórsavoldatban a káliumhypermanganat töménységét 1:4.000-re emelem, ez a keverékoldat a fertőző bakteriumokat néhány másodpercen belül olyan gyorsan elpusztítja, hogy a bakteriologus a csírák elölésére szükséges időt már mérni sem tudja. A káliumhypermanganatnak az 1:5.000 hg. cyanatum. ill. 1:8 000 normal kénsavval készített hasonló keverékei ugyanolyan jó csíraölőképességűek. E keverékek közt, mint említettem, legjobban mégis a káliumhypermanganat bórsavas keveréke válik be, amely rendkívül nagyfokú csiraölőképessége ellenére a szöveteket egyáltalán nem izgatja, úgy hogy a baktériumokra szinte fajlagosan hat.

A *bórsavas hypermanganatkeveréket* a használat előtt frissen kell készíteni mert a keverék csak akkor áll el, ha azt párolt vízzel készítjük, míg a vizes oldatban egy idő múlva csapadék keletkezik. Vigyáznunk kell arra is, hogy a borsav teljesen tiszta, szenyezéstől mentes legyen, mert a szennyezett bórsav a káliumhypermanganattal csapadékot képez. E keverékoldat becseppentésre is használható, azonban minden esetben addig adandó, amíg a beadott folyadék teljesen tisztán nem jön vissza, mert kellő hatást csak így fejt ki.

Amióta keverékoldataimat használom, a hólyaggyulladásokat sokkal gyorsabban és biztosabban sikerül meggyógyítanom, mint az a régebben használt szerekkel lehetséges volt. Egészen súlyos hólyaggyulladások néha napok alatt meggyógyulnak s észleltem olyan vesemedencegyulladást is, amely annak ellenére, hogy a vesemedencében még benn volt a kő, a bórsavas-hypermangános mosásokra gyógyult, amit azelőtt sohasem sikerült elérnünk. Ha a gyulladás a mélyebb szövetekre is átterjed, vagy ha a gyulladás a prostatát, vagy a vesemedencéket is megbetegítette, akkor a gyulladás még keverékoldataimra is csak akkor gyógyul meg, ha a szövődményeket is kikezeltük, de a gyógytartam így is tetemesen csökkent.

Ha a hólyag kiürülése nem tökéletes, a gyógyulást igen meggyorsítja az *állandó katheter alkalmazása*, amely a hólyag nyugalombahelyezése és a vizeletpangás megszüntetése által hat, de vele a hólyagot naponként akár 2—3-szor is kezelhetjük. Az állandó katheter hátránya azonban az, hogy izgat, egyes betegek csak nehezen, vagy egyáltalán nem is tűrik. Az ilyen esetekben csillapítószerek adandók. A húgycsőhurut megelőzésére, a katheter naponként, vagy másodnaponként cserélendő és a húgycsövet minden alkalommal a keverékoldattal alaposan át kell mosni.

Incrustált fekélyek esetén a fekélyeket a mészsóktól magas hólyagmetszéssel tisztítjuk meg. *Zsugorhólyag* esetében betegünkön csak hólyagsipoly készítéssel segíthetünk. *Az álhártyás gyulladások* különösebb kezelést nem igényelnek, *az üszkös hólyaggyulladások* esetében azonban mindig magas hólyagsipoly készítendő. A *cystitis cystica és granulosis esetén*, ha nem mutatkozik javulás, sor kerülhet az elváltozások elektromos alvasztására. A *leukoplakia vesicae* elektrocoagulálással elroncsolandó. *A heves fájdalmakat okozó (rebellis) idősült hólyaggyulladásokat* fel kell tárnunk. A látható fekélyeket megkaparjuk, a sarjadzásokat eltávolítjuk s a hólyagot a folyamat gyógyulásáig nyitva hagyjuk. Az ilyen esetekben egyesek a rádium alkalmazásától is jó eredményt láttak.

Azokban az esetekben, amikor a hólyagtáji fájdalmak a szokásos kezelésre nem mulnak el — s ide elsősorban a gümős folyamatok tartoznak, — sor kerülhet a fájdalmak műtétes megszüntetésére, a keresztcsont előtti sympathicus idegrostok átvágására, a *praesacralis sympathektomiára* is. A hólyag érzőidegei ugyanis a keresztcsont előtti sympathicus rostokban futnak és így ezek megszakítása a hólyagtáji fájdalmakat tényleg megszünteti. Hátránya e műtétnek azonban az, hogy az eredmények nem mindig tartósak és ha túlsok ideget távolítunk el, akkor a hólyag kiürülése tökéletlen lesz, vagy akár teljes vizelési képtelenség áll be.

Emlékeztető!..

Felhívjuk az Orvosegyesületek és Szakosztályok titkárainak figyelmét, hogy az ülésjegyzőkönyvek kivonatát az ülést követő héten küldjék meg szerkesztőségünknek. A hónapok multával beküldött jegyzőkönyvek actualitásukat veszítették s így ezek közlésére nem vállalkozhatunk.

Vámossy prof.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Székesfőv. Új Szt. János-kórház szemosztályának közleménye.

A kötőhártyazsák pótlásának műtéte. (Szemüregi plasztika.)*

Irta: *Csapody István dr.* egyet. rk. tanár, főorvos.

Már többször volt alkalmam beszámolni arról a törekvésemről, hogy a vendégszem-beillesztést minden eset számára lehetővé tegyem.** Vendégszemet mindig hordanak azok, akik fél szemüket szabályos kifejtés által vesztették el. Szeretnének viselni többnyire azok is mind, akiknek erre alkalmas kötőhártyazsákjuk nem maradt. Hálás vagyok kartársaimnak, mert esetek átengedésével közelebb vittek célomhoz már akkor, mikor még féluton lévén, csak féleredményekről tudhattak.

A szükségessé vált műtétet szokás orbitoplastikának nevezni. De ez félreérthető szó, melyet jobbal kell pótolni. A plastikát az orbita bemenetében végezzük ugyan, de falaival nincsen dolgunk. Orbitoanaplasticát tulajdonképpen akkor végezünk, ha eviscerált szemgödör borítására van szükség. Üregi plastika majdnem ugyanazt mondja. Valamivel jobb üregalakító műtétről beszélni, mert a feladat lényege és egyuttal különlegessége és nehézsége, hogy üreget formálunk a szemhéjak alatt, melyben vendégszem hordható. Evégből magát a forradásosan zsugorodott és feláldozandó kötőhártyazsákot kell ujra alakitanunk, bőrből mását készítenünk, pótolnunk. Tulajdonképpen új szervet formálnunk; ezért a kötőhártyazsák pótlása vagy egyszerüen *zsákalakitás* lenne az ujszerü, de legtalálóbb kifejezés.

A műtét iránt támasztott követelmények nem csekélyek:

a) ne kockáztassa a szemhéjaknak sem épségét, sem helyes állását, és lehetőleg

b) ne okozzon forradásokat kivül, a szem körül,

c) az üreg elég nagy legyen rendes és nem külön készült vendégszem viselésére, de ehhez az is kivánatos, hogy

d) alakja legyen hü mása az elpusztult kötőhártyazsák alakjának, legyenek új áthajlásai és külső-belső zuga,

e) legyen száraz az üreg,

f) utólagos zsugorodás ne tegye tönkre az eredményt.

g) lehetőleg egy műtét elég legyen.

Természetes, hogy kozmetikus célu műtétben nem szabad a szemhéjak s a szemkörnyék kozmetikájában kárttennünk. Világos, hogy a műtét annál inkább eléri célját, minél szebben ül a vendégszem, tehát sem kicsiny, sem szabálytalan alakú üreggel nem elégedhetünk meg. Azonban a betegek azért a leghálásabbak, ha az elkészített üreg száraz, ha nem gyülik meg az üvegszem mögött váladék és nem tapad éktelenül a felszinére. Ennél csak egy fontosabb a betegre nézve, az eredmény tartossága.

Mint már két éve megjelent hosszabb közlésemben leírtam, sikerült olyan eljárást kidolgoznom mely sablonos műtétként, kiforrott szabályok szerint végezve biztositja az eredményt. Külső metszések nélkül, nyeletlen bőrkarélyt használok az alakításra. A karélyt alkalmas eszközzel feszitem meg s rögzitem helyére. Megállapitottam, hogy a *zsugorodás helyes irányitása szükséges, evégből pedig a bőrkarélyt meg kell feszíteni és középen behelyezés után ketté kell választani.*

Eszközöm s egész eljárásom utolsó közlésem óta további egyszerüsítésen esett át. Műszerem egyszerüsített formája, mellyel az utolsó 9 plastikát végeztem, egy nagy reform-szemhez hasonlit, melynek tágassága egyetlen csavarral szabályozható. Nagyobb felsőszemhéji és kisebb alsószemhéji kanala van, jobb és bal szemhez ugyanaz a műszer alkalmas. A pajzs is karcsubb lett az első mintánál, a segitségével nyert bőrkarély minden ránc nélkül simul a műszerre.

A nyeletlenül beültetett bőrkarély életbenmaradására bizonyosan számithatunk. Ez nagyszámú műtétem egyöntetü tapasztalata. A sebalapul használt szemteke-mögötti lágyrészek bő erezete, a bőrkarély elcsuszás ellen biztositott helyzete és rögzitésének módja különösen kedvező helyzetet nyujtanak a megtapadásra. Azt kell mondanom, hogy a szemhéjak alá ültetett bőrkarély megélésének feltételei még jobbak, mint hasonló nagyságu, az arcon alkalmazott nyeles bőrkarélyé. Bőrkarélyom hegyes csücskei sem halnak el. Előfordult, hogy ezek a csücskök nem tapadtak le s mint szabad, felkunkorodott, ép bőrrészleteket kellett őket 10—14 nap mulva lemetszenem. Magyarázatul arra hivatkozom, hogy a bőrkarély széleit sehol sem varrom, mert eszközöm sima felszinei széles odasimitással rögzitik és hogy a bőrkarély megfeszítése mindig valamivel kisebb, mint rugalmas összehuzódása volt. Hogy a szemüregi plasztikákkal hirük szerint mindig annyi baj volt, s hogy kezdetben nekem is voltak részleges lebenyelhalásaim, csak avval okolhatom meg, hogy a bőrkarély sorsa még a megtapadására oly kedvező feltételek közt is bizonytalanná válik, ha az elhelyezésével való hosszas próbálkozás, nyesegetések, szabdalások alatt szenved sokat. Ezért tüztem ki célomul sablonos műtét kidolgozását, ezért vagyok hive a teljes és nem részleges plasztikának. Ezért nem ajánlom, hogy esetről-esetre új terv szerint tegyünk kisérletet a lebeny kiszabásával és rögzitésével. Ez az, amit a bőrkarély nem bir ki, *ebben van a kockázat.*

Az eredmény szempontjából legfontosabb, hogy bőrrel fedett, ép áthajlási redőket érjünk el, és hogy a két áthajlás a külső zugnál megszakitás nélkül menjen át egymásba. Enélkül jól ülő vendégszemet viselni nem lehet. A szemhéjak épségét a műtét nem veszélyezteti. Helyes állásuk azonban elengedhetetlen a teljes kozmetikus eredményhez. A szemhéjak befordulása a műtét kidolgozásában elég sok gondot okozott. A forradásos befordulás érthető módon fenyeget, hiszen a szemhéjak béléséül ültetett lebenyszél zsugorodása igy kell, hogy hasson. Ezen a forradás-kiirtásos első két metszés helyes vezetésével segitettem. Ez a két metszés, melyek a pillavázkihámozás sebvonalához hasonlítanak, leghelyesebben valamivel hátrább, mintegy 3 mm-re a szemhéjszél mögött legyenek. — A műtétet nagyon megkönnyiti, ha a kanthotomia sebszéleinek széles felszabadítása felől erős hajlított (Cooper-) olló egyik szárát döfjük előbb az alsó, aztán a felső szemhéj két lemeze közé és az ollót úgy zárjuk, hogy a belső lemezt, pillavázt és kötőhártyát a kellő távolságban vágja át. Ekkor jönnek a hegyes kampók és következik a forradásos kötőhártyazsáknak a tarsusok hátsó részével együtt való eltávolítása. Az egész pár percig tart. De kötőhártyának a pillavázon kivül nem szabad bennmaradnia, mert rajta a bőrharély meg nem tapadhat. Eleinte a bőrkarélyt teljesen isotopiássá akartam tenni és egy esetben ajakközti metszésekből indultam ki. Megbántam, mert a pillaszőrtelepek elhaltak, sőt az egyik szemhéjban nagyobb hiány támadt. Ez az egyetlen eredménytelen esetem. Ma azt mondhatom, hogy a megmaradt tarsuscsikon bentmaradt kötőhártya az eredményt nem befolyásolja. Ellenben a forradásos szemhéjbefordulás megelőzésére szükséges, hogy a metszést, mint mondottuk, a tarsektomia vonalánál valamivel hátrább vezessük. Ugyancsak ajánlatos,

*) A Magyar Szemorvostársaság 1937. április 17-i ülésén tartott előadás.

**) Lásd Budapesti Orvosi Ujság, 1935. 15. szám.

hogy a bőrkarély csücskeit, melyek a szemhéjakra kerülnek, visszájukon olló segitségével vékonyra nyesegessük.

A műtét menete a következő:

1. Szemzugmetszés. Ennek sebszéleit föl és lefelé *szélesen* szabaddá tesszük.

2. „Tarsektomiás" metszések ollóval.

3. A forradásos kötőhártyazsák eltávolítása.

4. Az eszköz beillesztése, a szükséges tágság beállítása.

5. A karély kiszabása a karon.

6. A karély eszközre varrása erős fonállal. Az alsó csücskök varratát az alsó, a felsőkét a felső kanál szárán csomózzuk.

7. Ha a kanál domborulatán a karély sebszélei tátonganak, ide külön finom csomós varratot helyezünk, melyet nem öltünk át az eszköz likain.

8. Gyöngyök behelyezése a bőrkarély szemzugi részébe.

9. A bőrkaréllyal borított műszert a karról a szemüreg fölé visszük.

10. A *belső* szemzugi varratot a szemzug bőrén át kiöltjük. (Esetleg újabb érzéstelenítéssel.)

11. Az eszközt a feltárt üregbe helyezzük.

12. A külső szemzugi varratot a kanthotomiás metszés sebajkain, a szemgödörszél tájékán kiöltjük.

13. A belső és külső szemzugi varratokat gyöngy felett csomózzuk és evvel a karélyt harántul megfeszitjük.

14. Az eszközt a szükséges fokig nyitjuk s evvel a bőr karélyt függőleges irányban feszitjük. A kanalak az orbitaszéleken üljenek és ne sülyedjenek a mélybe, mert akkor szárai a szemhéjszélekre feküdnének. Az eszköz csavarját erősen meghuzzuk.

15. A karély alapjának sürü bemetszései keskeny késsel (kettéosztás).

16. A kanthotomiás metszést egyesitjük. A szemzug felőli utolsó varratba fölöltjük a karély belső szemzugi csücskét is.

17. A karély széleit alul-belül, felül-belül, alul-kívül, felül-kivül csipővel megkeressük, ha kell a szemhéjszél felé előre huzzuk. Ahol kell, finom varratokkal oda is rögzithetjük.

18. Az üreg kitörlése a seb alapjának lenyomásával. Az üreg szoros kitömése gázcsikokkal az egyik zugtól kezdve az áthajlásokon át a másik zugig. A gáztömeget az eszköz zárja tartja vissza.

19. Vaselin a szemhéjszélekre és gyöngyökre, kötés sok vattával. Az eszköz csavarjára többször hajtogatott gáztörlőt teszünk, hogy a vérrel erősen össze ne tapadjon.

20. A kar sebének egyesítése kapcsokkal.

(A műtét leirásának megértéséhez korábbi közlésem ábrái nélkülözhetetlenek.)*)

Az utókezelés nagyon gondos legyen, evvel biztositjuk a tartós eredményt. A műszer egy hétig benn van. Közben a kitömést egyszer válthatjuk is, de ha csak keveset nedvesedett át, inkább hagyjuk. Egy hét mulva varratkivétel és műszereltávolítás. Az üreg nagy, a lebeny lefoszlóban lévő hámmal borított, szine rózsaszinű; a bemetszések tátonganak, jelezve az áthajlások felé elosztott feszülést. *Az épen hagyott szemmozgató izmok a sebalapot a nézetés irányában elmélyitik s ezzel folyton nyujtást gyakorolnak rá.*

Nagyon ártalmas volna a helyzetet már most véglegesnek tekinteni. Ha ideiglenes vendégszemet teszünk be, a legnagyobb is szinte elsüllyed az üregben. A következő napokban azt tapasztalhatnók, hogy a bőrkarélyon elhalásos szigetek támadnak, másutt elődomborodik. A korán megváltoztatott nyomási és feszítési viszonyok következményei ezek. Ezért azt ajánlom, hogy a második héten a Desmarres-kanalakkal feltárt üreget szorosan és gondosan tömjük ki, gázcsikokkal, a két áthajlás mélyén kezdve úgy, hogy a gáztömeg, mint elég kemény egységes tömeg töltse ki az üreget. Igy telik el a második hét, amikor már az új helyen megtapadó bőr karély elég ellenálló ahhoz, hogy egy prothesis élének nyomását elbirja.

A friss bőrkarély sérülékenységének oka az első időben abban keresendő, hogy átültetett szövet új helyén elhuzódó gyulladáson megy át, mely hónapokig tarthat. Erről egy alkalmas esetben kimetszett bőrcsik *szöveti vizsgálata* révén győződtem meg. A gyulladást követi a hegesedés.

1935. szept. 12. végzett zsákalakitás után a karély alsó széle felhuzódik. Ezért nov. 21. az alsó áthajlást külön beültetett bőrcsikkal pótoljuk. Ugyanekkor az eredeti karély 2 cm hosszú, 2 mm széles szegélyét eltávolitjuk és feldolgoztatjuk. A két hónapja átültetett bőrrész többrétegü laphámja helyenként el van vékonyodva, helyenként hiányzik. A hám alatti rostos kötőszövetben kisebb-nagyobb gócokban gömbsejtes beszürődés van sok lymphocytával, plasmasejttel és kevesebb leukocytával. Helyenként sok a fiatal ér s a kötőszövet sarjadzásos jellegü. Egyes helyeken néhány mélyebb hámcsap van s néhol a sarjadzásos szövetben egy-egy külön hámsziget látható. Lehetséges, hogy ez a szöveti kép a ferde metszési irány következtében jött létre. A mélyre helyezett hámszigetek mindenesetre szabályos hámsejtekből állanak. Helyenként néhány verejtékmirigy látható; ezek környékén is kifejezett gömbsejtes beszürődés van. *Borsos-Nachtnebel* prof.)

Amig a forradás-képződés tart, fenyeget a zsugorodás veszélye. A műtét alapelve, hogy *a két új áthajlás mentén támadó forradásképződés legyőzze a lebeny alapján végbemenő és ellentétesen, a közép felé huzásban érvényesülő hegesedést.* Ezért osztjuk sürü bemetszésekkel két felé a bőrkarélyt. Ezért kell még a második héten szoros kitöméssel nyujtanunk a bőrt. Korán betett vendégszem alatt, ahol széle nem fekszik jól, elválik a bőrkarély az alapjáról, ahol pedig jól fekszik, ilyenkor még, — mint mondottuk, — elhalás támadhat. Az alapjától elváló lebeny nem hal el, csak előreboltosul és szükítően hat. A teljes eredményt kockáztatja az ilyen elválás, mert azt jelenti, hogy az orbitaszél menti forradásképződésnek fölébe kerekedik a lebeny alapjának centripetális zsugorodása.

Betegeinket legkorábban 4 hetes korukban engedjük ki ellenőrzésünkből, egyes esetekben a műtét után 6 hétig tart az utókezelés. Ez alatt néha avval kell az üreg tágságát biztosítanunk és a helyes forradásképződést irányítanunk, hogy a műszerünket egypár napra ujra visszahelyezzük. Ilyen utólagos tágításra, a csavar változó erejü beállításával, igen alkalmas ugyanaz a karélyfeszitő eszköz, melyet a műtéthez használok. Ekép az első hetekben véglegesen és ujabb műtét nélkül ki lehet tágitani esetleges zsugorodástól szükülésnek indult üreget. A bőrkarély, melyet ugyis bőven szabtunk ki, ekkor még bámulatosan plasztikus és a forradások sem teremtettek végleges helyzetet.

Kórházi tartózkodás csak az első héten szükséges, azután már bejárhat a beteg kezelésre.

Amióta kisebb műszeremet használom,két hasznos egyszerüsítéshez jutottam el. A külső szemzugot majdnem mindig azonnal egyesítem s utólagos kanthoplastikára nincs szükség. A karról vett bőrkarély karcsubb alakja pedig azt is megengedi, hogy a kar sebét minden esetben primára egyesitsük. Kapcsok alkalmazását különösen ajánlhatom. A másodlagos hiány tirselése tehát elmarad. A műtét ideje is megrövidül evvel, a kar teljes ellátásával együtt 60 percen belül szoktuk befejezni.

*) Eine neue Höhlenplastik. Zeitschrift f. Augenheilkunde 1935., és *Blaskovics* mütéttana 329. ábra.

A beteg kora	A műtét ideje			Utolsó észlelés			Vendégszemet hord	
							év	hó
	év	hó	nap	év	hó	nap	ó t a	
38	1932	I	14	1933	X	18	1	10
21	1932	II	4	1937	III	22	5	1
17	1933	IX	21	1937	III	22	3	6
38	1933	X	5	1937	III	20	3	5
16	1934	I	13	1937	IV	16	3	3
48	1934	X	6	1937	II	26	2	4
34	1934	XI	22	Eredménytelen				
60	1935	II	14	Gyógyultan távozott				
43	1935	III	2	1937	III	22	2	
27	1935	V	23	1937	IV	17	2	
44	1935	VI	19	1937	III	19	1	9
45	1935	VI	19	Gyógyultan távozott				
20	1935	IX	12	1937	III	22	1	6
17	1935	X	24	1997	III	10	1	5
18	1935	XI	5	1937	IV	15	1	4
21	1936	II	24	1937	III	20	1	1
22	1936	VII	7	1936	X	26	3	
16	1936	XI	19	1937	III	3	4	
20	1937	I	14	1937	III	27	2	
25	1937	II	6					
40	1937	II	24					

Ma már 30 eset tapasztalataival rendelkezem. A mellékelt táblázat 21-nek eredményéről számol be. Az előbbi 9-et különböző eljárások szerint operáltam, veszteségeim és eredményeim is voltak, de tartós sikere az első kilencből csak egynek van. Ekkor kezdtem saját karélyfeszítő eszközömet használni és ettől kezdve beszélhetek saját műtétemről. A két csoport különválasztása tehát megokolt. Ebben a második sorozatban 21 esetből 20 gyógyult. Az első műtét gyenge eredménye is mutatja a feladat nehézségeit, a második sorozat a saját műtétemmel megoldott esetek majdnem 100%-os maradandó eredménye késztetett arra, hogy ujból szóba hozzam eljárásomat. A legutóbb operált 3 esetem is 2 hónapos, a többi még régebbi, több mint fele egy évnél korábbi. Eredményeim tehát tartósak. Operáltjaim időnként megmutatják magukat vagy levélben közlik állapotukat. A leghálásabb betegek közé tartoznak annyival is inkább, ha eredménytelen kisérletek után jutnak el ahhoz, hogy vendégszemet hordhatnak. Két fiatal operáltam ment férjhez, az egyik azzal mentette ki magát, hogy gyermekágyban fekszik. Egy fiatalember álláshoz jutott operált szemével, egy másik azzal dicsekszik, hogy észre sem veszik, hogy üvegszemet hord.

Egy esetemben különösen örömöm telt a sikerben, mert magam is eljárásom próbájának tekintettem. Műtétem a kötőhártyazsák-alakítás nevét szóról-szóra megérdemli, ha nemcsak meglevő, összeszükült üreg esetében végezhető el sikerrel, hanem akkor is, ha szemüreg nincs is, még kevésbbé kötőhártyazsák:

Egy 17 éves fiú jött azzal, hogy vendégszem-illesztés céljából megoperáljam. 8 hetes csecsemő korában *Verebélyi* prof. angioma miatt operálta úgy, hogy eltávolította a felső szemhéjat és kitakarította az orbitát. A szemgödör helyén csak egészen lapos bemélyedés tapintható, amit az alsó szemhéj felhuzódott bőre borit. A műtét itt is sikerrel járt, az operált másfél éve vendégszemet hord, mely természetesen kissé laposabb a rendes formánál. Az első metszésvonalat az alsó szemhéj pillasora alatt vezettem, hogy a pillákat a felső szemhéj kialakításához használjam fel, mert ott kozmetikailag fontosabbak. A műtétet az angioma visszamaradt részeiből történt vérzés oly fokban nehezitette, hogy már-már abbanhagytuk, egyébként azonban a rendes módon ment végbe.

Három esetben volt szükséges, hogy visszahuzódott karély szél miatt utólag még bőrcsik beültetésével kiigazítást végezzek.

Eseteimben a kezdeti csalódások és türelempróbák után mindig örömem volt. Eljárásom kidolgozásában és részletes leirásában az a cél vezetett, hogy kartársaim is szivesen vállalkozzanak műtétem végzésére.

Ha mások eredményeiről hallanék, az volna legigazabb örömem.

A székesfővárosi Szent László közkórház közleménye.

A gyermekkori orrmelléküreggyulladások, különös tekintettel a heveny fertőző betegségekre.*)

Irta: *Fabinyi Géza dr.*, a Szent László kórház orrgégész-szakorvosa.

A gyermekkori orrmelléküreggyulladások fontosságára a világháború után főleg amerikai laryngologusok *(L. Dean, W. Davis)* hivták fel a figyelmet és mutatták ki, hogy azok *sokkal gyakoribbak és jelentősebbek, mint eddigelé hitték.* A heveny fertőző betegségekkel kapcsolatos sinusitisekkel és szövődményeikkel már jóval előbb foglalkoztak *(Killian, Paunz).*

Mivel az orrmelléküregek végleges tájbonctani kialakulása kb. az ivarérés idejére esik, — a gyermekkori sinusitisek közé a csecsemőkortól a 14 éves korig észlelt folyamatokat soroljuk.

Az orrmelléküregeket alkotó csontok üregesedése melléküreggyulladást *már csecsemőn is lehetővé tesz.* Ujszülötteken, néhány hetes csecsemőkön is leirtak súlyos genyesedéseket *(Davis, Tsunooka).*

Újszülöttön legfejlettebbek a *rostasejtek* s így ezeknek jut legkorábban szerep a gyulladásokban. A *felső állcsontüreg* ujszülöttön kb. lencsenagyságu, csakhamar növekedésnek indul és mint legnagyobb melléküreg, kedvezőtlen kiürülési lehetőségeivel, a gyulladásoknak aránylag gyakori szinhelyévé válik. Nagyságban különösen a maradandó fogak kifejlődése után gyarapszik. Az *ékcsont* ujszülöttön csupán keskeny hasadék és csak az 1—2 évben indul növekedésnek. Átlagban a 3. év után van klinikai jelentősége. A homloküreg is kb. a 3. évben kezd erősebben fejlődni és fontosabb szerepet vinni a gyulladásokban. Csecsemőn és 1—2 éves gyermeken a homloküreg mint *recessus frontalis* az elülső rostasejtekkel áll szoros bonctani és kórtani kapcsolatban.

A gyermekkori melléküreggyulladások kifejlődésében *helyi és általános okok* szerepelnek. E folyamatok továterjedését a gyermekkori melléküregek csontfalának vékonysága, érdus volta, valamint a csont és a csonthártyavénák közti számos összeköttetés és az el nem csontosodott varratok segitik elő. Hozzájárul még ehhez az, hogy az üregesedés változatosságával kapcsolatban nem egyszer közvetlen összeköttetés van az egyes melléküregek

*) Előadta a Magyar Fül- Orr- és Gégeorvosok Egyesületének 1937. évi nagygyülésén.

között. Az orr nyálkahártyája különösen érzékeny és gyakran szolgál fertőző betegségeknek behatolási kapujául a gyermekkorban. Igen sokszor látjuk azt, hogy a *tultengett garatmandula* folytán az orrüreg kiürülése akadályozott és igy a pangó orrváladék útján könnyüszerrel fertőződhetnek a melléküregek, melyeknek kiürülése szintén nehezített ezekben az esetekben. *A torokmandula tultengése* és gyakori gyulladása ugyancsak elősegiti az orrüreg fertőződését. A tultengett garat és torokmandulájú gyermekekben a rejtett melléküreggyulladások számarányát amerikai szerzők 12—15%-ra teszik. Az orrüreg csontjainak és nyálkahártyájának mindazon elváltozásai, melyek a melléküregek váladékának kiürülését akadályozzák, szintén megkönnyitik a gyulladások létrejöttét. De még ha nincsenek is ilyen akadályok jelen, akkor is megvan az orrváladék pangásának veszélye, mert a *csecsemő egyáltalában nem, a kisgyermek pedig csak igen ritkán tudja az orrát rendesen kifujni.* Ajánlatos volna, ha a szülők és ápolónők a gyermek rendes orrfujására nagyobb figyelmet fordítanának.

Azokban a heveny fertőző betegségekben, *melyeknek kórokozója az orr és torok utján jut a szervezetbe* (kanyaró, vörheny, influenza, diphtheria), gyakran látunk orrmelléküreggyulladást kifejlődni, különösen , ha azt az említett helyi elváltozások elősegitik. Áll ez a *közönséges náthára* is. Az *orrdiphtheriában* az álhártya eltömeszeli az orrüreget és váladékpangást okoz. Súlyos skarlátos betegeken szintén észleltünk *álhártyás rhinitishez csatlakozó sinusitist.* A nyálkahártya duzzanatának lymphaticus alkat, allergiás állapotok, vitaminhiány, endokrin zavarok is lehetnek okozói. A fertőzött vizű uszodákbani fürdés nem egy nyári sinusitis okozója.

A gyermekkori sinusitisek bacterium-florájának vizsgálata igen sokszor (legfőképpen a skarlát esetekben) streptococcus különféle törzseit, több esetben pneumococcust és staphylococcust mutatott.

A heveny gyulladásoknak van hurutos, genyes és csontvelőgyulladással járó alakja. Ez utóbbit főleg skarláttal kapcsolatban látjuk. A felső állcsont csecsemő és kisgyermekkori csontvelőgyulladását egyes szerzők *(Brown-Kelly, Schmiegelow)* nem sinus, hanem fogeredetünek tartják.

Az idült melléküreggyulladásokban a nyálkahártya tultengését, esetleg a későbbiekben *sorvadását* találjuk. Az atrophiás nyálkahártya a vékony csontok mellett könnyen átbocsáthatja a kórokozókat — igy nemrég észleltünk egy 7 éves, ozaenában szenvedő gyermeken aránylag csekély melléküregi elváltozások mellett halálosan végződő pneumococcus-meningitist.

Ami a tüneteket illeti, azok általában megegyeznek a felnőtteken észleltekkel, de különbség az, *hogy a subjectiv tünetekről a kis gyermek nem tud beszámolni,* viszont a fájdalom *helye tekintetében sem lehet egy siró, lázas, félő gyermeken pontosan tájékozódni.*

Az *orrfolyás* oly közönséges tünet a gyermekkorban, hogy sem a szülők, sem az orvosok gyakran nem is gondolnak komolyabb betegségre, amig aztán heveny esetekben a folyamatnak a környező szervekre átterjedése, idült esetekben pedig az esetleges fertőzési forrás kutatása nem tereli a melléküregekre a figyelmet. *A heveny gyulladás kezdeti tünetei* a gyermekben az acut rhinitistől gyakorlatilag nem különböznek. Valószinü is, hogy a csecsemő és kisgyermekkori acut rhinitisekben a melléküregek is többé-kevésbbé részt vesznek.

Az ismert tünetek mellett a nagyobb gyermekeken sem mindig található lokalizálható nyomásérzékenység a megfelelő melléküreg felett. Az 1%-os pantocain-tonogenes tampon behelyezése után a rhinoscopia anterior bővebb felvilágositást adhat a genyes orrfolyás eredetéről. Elkülönitő kórisme szempontjából a lueses coryzáról és az orrdiphtheriáról nem szabad megfeledkeznünk.

Az idült melléküreggyulladások tünetei közül az orrfolyáson és a néha nem lokalizálható sinusérzékenységen kivül a garat hátsó falán leszivárgó váladékot látunk, amely orrgarathurutot, garathurutot okozhat és makacs köhögési rohamok, valamint hányás kiváltója lehet. Néha a subfebrilitas, nephritis, pyelitis, polyarthritis, anaemia, asthma eredetének keresése vezet a rejtett melléküreggenyedés nyomára.

A kórisme megállapitásában a *rhinoscopia anterior és posterior,* valamint a cystoskopnak megfelelő szerkezetü, kb. 11 sz. catheter vastagságú *nasopharyngoscop* és az orrnak a váladék leszivása után történő vizsgálata, az érzékenység helyének vizsgálata, szövődményes tünetek keresése játszanak főszerepet. A *diaphanoscopia* a maxillaris sinusitisek felismerésében nyujthat segitséget. A *Röntgen-vizsgálat* igen fontos ugyan, de teljes mértékben nem épithetünk reá. A határesetek megitélésében óvatosnak kell lennünk. Legbiztosabban észlelhetők Rtg. felvételen a felső állcsontüreg elváltozásai. Sokszor nehéz a gyermekről kellő helyzetben Rtg. felvételt készíteni, ilyenkor jóelőre megfelelő *csillapító szert* kell adni. A műtéti beavatkozások előtt tájékozódás szempontjából ajánlatos *többirányú felvételt* készittetni.

A gyermekkori heveny sinusitisek tovaterjedésük folytán leggyakrabban *szemüregi szövődményeket okoznak,* amelyek egyszerű szemhéjvizenyő, retrobulbaris phlegmone, retrobulbaris tályog, osteomyelitis, thrombophlebitis alakjában jelentkezhetnek. Retrobulbaris neuritist önmagában ritkán láttunk.

A *szemhéjvizenyő* a frontalis és ethmoidalis sinusok gyulladásakor a felső szemhéjon, a maxillaris sinusitisekben az alsó szemhéjon jelentkezik. A *szemhéjoedema kifejlődése gyakran rövid idő alatt megy végbe.* Elkülönitő kórisme szempontjából belső árpára, könnytömlőgyulladásra (alsó szemhéjvizenyő esetén), kezdődő erysipelasra, szemdiphtheriára, szemsérülésre, szunyogcsipésre, esetleg vese és sziveredetü vizenyőre kell gondolnunk. Ezek legtöbbjétől nem nehéz a melléküregi eredetü szemhéjduzzanatot elkülöniteni.

A *retrobulbaris phlegmoneban* a szemhéjak beszürődöttek, kemények, nem mozognak, a szemgolyó kidülled, mozgásai korlátozottak, sőt egészen rögzült is lehet, legtöbbször lefelé-kifelé tolódott, kötőhártyája belövelt, áthajlási redője tasakszerüen kidomborodik. *Néha a másik szemhéjon is collateralis vizenyő keletkezik.* A szemfenéki vizsgálat többször pangásos *elmosódott határú papilla nervi opticit* mutat. Nem egyszer *orbitalis tályog* fejlődik ki, ha azonban kellő időben és módon szabad lefolyást biztositunk a sinusokban levő genynek, a tünetek visszafejlődnek. A retrobulbaris phlegmoneval kapcsolatos látási zavarok csak nagyobb és értelmesebb gyermekeken vizsgálhatók pontosan. *Rendkivül fontos tehát, hogy a szemszövődményekkel járó eseteket állandó szemészeti ellenőrzésnek vessük alá.*

A folyamat továbbterjedése kapcsán a szemüregi vénák thrombophlebitise, sinus cavernosus thrombosis, meningitis, extraduralis tályog fejlődhet ki. Az orrüreg felől is vihet a meningitis utja, legtöbbször a lamina cribrosán át. Megemlitem, hogy egyik kanyarós, 6 éves betegünkön, ki halála napján meningitis miatt került gégészeti vizsgálatra, a morbillivel kapcsolatos rhinitisből eredő jobboldali ethmoiditist és maxillaris sinusitist, kezdődő szemhéjvizenyőt állapitottunk meg. A boncolás az említett sinusitisek mellett *a lamina cribrosán lencsenagyságú elhalást talált.*

Az idült melléküreggyulladások ily szövődményeket csak fellángolásuk esetén okoznak. Fontos azonban, hogy negativ rhinoskopiai lelet esetén is gondoljunk ilyesfajta szövődmények jelentkezésekor letokolt empyemára, vagy régi nyálkahártyafolyamatra. Az idült sinusitisekkel kapcsolatos egyéb elváltozásokról és megbetegedésekről már a fentebbiekben szóltunk.



1. ábra. 3. é. fiu. Scarlatina, sin. ethm. et max. l. d. phlegm. retrob., pangásos papilla. Collater. szemhéjoedema a b. oldalon.

A heveny melléküreggyulladásokkal kapcsolatos sulyos szövődmények gyermekekben aránylag gyakoriabbak, mint felnőttben, de gyermekeken is *főleg a heveny fertőző betegségekben jelentkeznek*, különösen vörhenyben. A következőkben a szt. László kórház beteganyagán az utóbbi 4 év alatt észlelt eseteimet ismertetem.

Az egészen könnyű eseteket, melyek szövődmény nélkül folytak le s amelyeket legtöbbször a beteg más okbeli általános átvizsgálásakor diagnostizáltunk, nem dolgoztam fel. Igy maradt 66 olyan eset, amelyben vagy maga a gyulladás, vagy szövődményei okoztak olyan tüneteket, melyek a gyermekgyógyászt gégészeti consilium igénybevételére indították. E 66 gyermek közt 30 fiú és 36 leány volt. Életkoruk a következő volt:

1 éves: 1, 2 éves: 2, 3 éves: 8, 4 éves: 6, 5 éves: 4, 6 éves: 10, 7 éves: 4, 8 éves: 7, 9 éves: 7, 10 éves: 4, 11 éves: 3, 12 éves: 6, 13 éves: 2, 14 éves: 2.

A gyermekek közül vörhenyben szenvedett 53, orr- és torokdiphtheriában 4, vörhenyben és diphtheriában 2, vörhenyben és pertussisban 1, vörhenyben, diphtheriában és kanyaróban 1, kanyaróban 1, kanyaróban és diphtheriában 1, influenzában 2, orbáncban 1. Látjuk tehát, hogy az esetek legnagyobb része (86%), vörhenyes eredetü volt.

A gyermekek közül legtöbbnek túltengett torok és garatmandulái voltak. Két gyermeknek tonsillája és adenoidja is el volt távolítva, háromnak a tonsilláját kivették, de adenoidjuk megmaradt. Az öt tonsillektomiás gyermek közül kettőnek támadt felsőállcsontüreg genyedése, mely punctiós-öblitéses kezelésre meggyógyult, egynek-egynek könnyebb lefolyású felsőállcsont és homloküreggenyesedése volt, mely conservativ kezelésre gyógyult, egynek rostasejtgenyesedése, mely retrobulbaris phlegmonét okozott és a középső kagyló resectiójára, valamint a rostaüreg kitakarítására gyógyult. A 21 retrobulbaris phlegmonés gyermek közül 15-nek igen nagy, 5-nek középnagy tonsillája volt.

A sinusitisek és otitisek szövődését eseteinknek mintegy *38%-ában láttuk. A retrobulbaris phlegmonés* eseteknek *szintén 38%-ában egy vagy kétoldali mastoiditis* is fejlődött, ami anthrotomiát tett szükségessé. Az otitises betegek közül majdnem mindeniknek tultengett, vagy legalább is középnagyságú tonsillája és adenoid vegetatiója volt.



2. ábra. Ugyanaz 3 héttel a mütét után (kagyló lux. belső rostakitakarítás és Caldw.-Luc. mütét.).

Az egyes melléküregek gyulladásait a következő felsorolás mutatja:

Sin. ethm. l. d.	4
Sin. ethm. l. s.	5
Sin. maxill. l. d.	12
Sin. maxill. l. s.	8
Sin. front. l. d.	2
Sin. front. l. s.	1
Sin. maxill. l. utr.	2
Sin. ethm. l. utr.	1
Sin. ethm. et front. l. utr.	1
Sin. ethm. et maxill. l. utr.	1
Sin. ethm. et maxill. l. d.	9
Sin. ethm. et maxill. l. s.	3
Sin. ethm. et front. l. d.	3
Sin. ethm. l. d. et sin. maxill. l. utr.	1
Sin. ethm. l. utr. et sin. maxill. l. d.	1
Pansinusitis l. d.	6
Pansinusitis l. s.	4
Pansinusitis l. utr.	2
összesen:	66

Az egyes melléküregek gyulladásai alig választhatók el egymástól oly világosan, mint a felnőtt betegeken és nem tartom kizártnak, hogy osztályozásomba hibák csuszhattak be. Hihető, hogy különösen a heveny fertőző betegségekben valamennyi sinus fertőződik és később kerül egy vagy több előtérbe. Boncolási leletek, különösen skarlátban, de más betegségekben is több esetben mutatták, hogy a legnagyobb mértékben megbetegedett sinus mellett a többiekben is voltak lobos folyamat jelei.

E 66 beteg közül, mint említettük, 21 esetben támadt retrobulbaris phlegmone. A fennmaradó 45 közül 5 esetben észleltünk alsó és felső szemhéj vizenyőt, 4 esetben pedig felső állcsont feletti duzzanatot és alsó szemhéjvizenyőt.

A heveny sinusitisek jellegzetes tünetei közül a *láz* mindenik esetben megvolt.

A fájdalom azokban az esetekben hiányzik, amelyekben a melléküregek kiürülése többé-kevésbbé akadályta-

lan. Több olyan esetünk volt azonban, amelyekben a bőséges gennyürülés ellenére is megmaradt a nagy láz s ilyenkor aktivan kellett beavatkoznunk.

A sinusitisek megjelenésének ideje a skarlátos betegeken kb. 2/3 részben a betegség első hetére, a többiekben a második hét végétől a hatodik hétig terjedő időre esik. Egyéb fertőző betegségekben szenvedő sinusitises betegeken nem lehetett szabályszerüséget megfigyelni.

A betegek legnagyobb része (35 = 53%) a szokásos conservativ eljárásokra (1%-os ephedrin oldatos tampon, gőzölés, argyrol, choleval, protargolos orrcseppek, meleg helyi alkalmazása, a váladék leszívása) tetemesen javult, ill. gyógyult. *Itt jegyzem meg, hogy az ephedrint mind vizes, mind olajos* (Ephedrin Inhalasol Richter) *oldatban 1931 óta jó eredménnyel alkalmazzuk sinusitisekben* a duzzadt orrnyálkahártya lelohasztására. A szivásos kezelést — az elektromos motoros felszerelés hijján — gumiballonnal végezük, miközben a másik orrnyilást befogjuk. A szivásos kezelés különösen a kisebb gyermekeken fontos.

A 66 sinusitises beteg közül 21-nek (32%) volt retrobulbaris phlegmonéja, ezeket külön csoportosítva tárgyalom. A fennmaradó 45 eset közül 7 betegen végeztük a Higmore-üreg, ill. üregek csapolását és 1%-os rivanolos, utóbbi időben ¼ ezrelékes hypermangános-bórvizes öblítését, 2 betegen a középső kagyló luxatióját és a rostasejtek megnyitását, egy betegen csupán a középső kagyló luxatióját. Felmerülhet az a kérdés, hogy a heveny fertőző betegségek alatt végezzünk-e oly műtétet, mely a melléküreg kiürülését és az orr kitisztulását közvetve előse-

Kor (év)	Alapbetegség	Melléküreg-betegség	Szemelváltozás	Beavatkozás	Cyógyult Meghalt
11	influenza	sin. ethm. et max. l. d.	Retrobulb. phlegm.	Highmore punct. és öbl.	gy
5	skarlát	„ „	„ „	Kagyló resect. Belső rostakitak. Highmore punct.	„
3	„	„ „	„ „ + elmosódott pang papill.	Kagyló lux. Belső rostakit. Highmore punct. Külső rostakit. orbit absc. inc.	„[1]
6	„	sin. ethm. l. s.	Retrobulb. phlegm.	Kagyló lux Belső rostakit.	„
1	skarl. + dipht. + morb.	sin. ethm. l. d.	„ „	„ „ „ „	„
8	skarlát	sin. ethm. et front l. d.	„ „	„ „ „ „	„
9	„	sin. ethm. l. d. sin. max l. utr.	„ „	Kagyló resect j. o. Highmore punct. mindkét oldalt	„
10	„	sin. ethm. et front. l. d.	„ „ + decolor. papillae	Kagyló lux. Belső, majd külső rostakit.	„
8	„	sin. ethm. et front. l. utr.	Retrobulb. phlegm.	Kétold. kagyló lux. és belső rostakit. majd j. o. külső rostakit.	„
4	dipht. fauc et nasi	sin. ethm. et max. l. utr.	„ „	Kétold. kagyló lux és belső rostakit. mindkét. old. Highmore punct	„
3	skarlát + pertussis	sin. ethm et max. l. s.	„ „	Kagyló lux. belső rostakit.	„
10	skarlát	sin. ethm. l. utr. sin. max l. d.	„ „ + elmosódott pang. papill.	Kétold. kagyló lux. és belső rostakit. j. o. Highmore punct.	„
7	„	sin. ethm. et max. l. s	Retrobulb. phlegm.	Kagyló lux. és belső rostakit. Highmore punct. Sin front. felvésés, külső rostakit. Caldw-Luc. op.	+[2]
9	„	sin. ethm et max. l. d.	„ „ + elmosódott papilla	Kagyló lux. és belső rostakit. Highmore punct.	„
14	„	pansinusitis l. s.	„ „	Kagyló lux, és belső rostakit. Highmore punct. Sin. front. felvésés külső rostakit. Caldw-Luc. op.	„[3]
2	influenza	sin. ethm l. s.	Retrobulb. phlegm.	Kagyló lux. és belső rostakit.	„
3	skarlát	sin. ethm. et max. l. d.	„ „	Kagyló lux. és belső rostakit. Highmore punct. Caldw-Luc. op. Coniunctiva incisio	„[4]
9	„	sin. ethm. et max. l. s.	„ „	Kagyló lux. belső rostakit.	„
11	„	sin. ethm. l. s.	„ „	„ „ „ „	„
3	„	pansinusitis l. d.	„ „	Kagyló resect. belső, majd külső rostakit.	„
2	skarl. + diphth.	sin. ethm. l. s.	„ „	Kagyló lux. és belső rostakit.	„

[1]) 4 év mulva külső fistula keletkezett, feltárás, kikaparásra gyógyult.
[2]) meningitis, boncolás a család kívánságára nem volt.
[3]) orbita absc. incisio.
[4]) atroph. nervi opt. maradt vissza.

gíti. Ezek közül főleg az adenotomia jöhetne szóba. *Bäumler* kedvező eredménnyel számol be ily műtétekről skarlát alatt. Ily irányú tapasztalataink nincsenek.

A fentebb ismertetett 45 beteg közül 3 halt meg. Közülük kettőben nem a mellüreggyulladás volt a halál oka. A harmadik kanyarós gyermek lam. cribr. nekrosisáról fentebb szólottam.

A 21 retrobulbaris phlegmonés eset ismertetését a mellékelt táblázat adja.

Bármennyire óvatosnak kell is lennünk a gyermekkori mellüreggyulladások műtéti orvoslásának javallásával, fenyegető szövődmények esetén a sebészi beavatkozás feltétlenül helyénvaló. Minthogy eseteinkben határozott szemüregi elváltozások voltak jelen, nem tartottuk jónak a conservativ eljárásokkal tovább kisérletezni.

Először legtöbb esetben a középső kagyló luxatióját ill. szükség esetén elülső végének csonkolását és a rostasejtek belső kitakarítását végeztük. Kis gyermekeken a fülészeti polypcsipő jól használható a műtétekhez. Ha ez nem volt elég, a rostasejtek külső megnyitását és kitakarítását a proc. front. maxill. levésése után végeztük, egyes esetekben a homloküreg trepanatiójával kapcsolatban. Ez utóbbi esetekben *Hajek* szerint nyitva hagytuk a sebet. Koponyaüri szövődmények jelentkezésekor széles feltárást kell végezni. Eseteinkben erre nem került sor.

A műtéti beavatkozások alkalmával a gyermek finom csontrendszere, a fejlődés különféle szakával járó változatok s a szűk terület miatt különösen *óvatosan kell eljárnunk.* A Highmore-üreg punctiója is figyelmet kíván. Mind a punctió, mind a Highmore-üregen végzett egyéb beavatkozás alkalmával tekintettel kell lennünk a maradandó fogak telepeire és az üreg magasabb fekvésére, valamint a felső fal gyenge voltára. Épen ezért a Highmore-üreg megnyítását az alsó orrjárat felől — melyet egyesek ajánlanak, — gyermeken nem végezzük. Eseteinkben Caldwell-Luc műtétet végeztünk .Természetesen a műtéti beavatkozások mellett a conservativ kezelést folytatjuk.

A láz, duzzanat és orrfolyás megszűntével ne mulasszunk el időnként *ellenőrző vizsgálatot* végezni, hogy a folyamatok idültté válását megakadályozzuk. A vörhenyes beteg orrváladékát ajánlatos még a zárlat lejártakor is bakteriológiai vizsgálat alá venni a fertőzés továbbvitelének megakadályozása végett.

A műtéti terület gyógyulása a vörheny betegeken általában elég lassu. Különösen a külső rostaüregi és homloküregi műtétek után láttunk egyes esetekben hosszú ideig holtcsontokat ürülni. Egy esetünkben a külső műtét helyén 4 év mulva sipoly keletkezett; fel kellett tárnunk és kikaparnunk.

Azoknak a sinusitiseknek a kezelése, amelyek nem heveny fertőző betegséggel kapcsolatban keletkeztek, nagyjából megegyezik a fentebb mondottakkal, különbség az, hogy ezek jóval ritkábban okoznak szövődményeket és könnyebben befolyásolhatók a conservativ kezeléssel.

Az idült sinusitisek kezelésében mint segédműtét, elsősorban az adenotomia — szükség esetén tonsillektomia is — ajánlatos. A sövénytorzulatok műtéteivel a gyermekkorban nagyon óvatosnak kell lennünk. A helyi elváltozásokon kívül az általános oki tényezők kiküszöbölésére is tekintettel kell lennünk.

Összefoglalás: A gyermekkori mellüreggyulladások nagy része — különösen az idült folyamatok — kevéssé határozott tünetek közt folynak le, ezért fontos a gyermekek gégészeti ellenőrzése. Csecsemőkön és kis gyermekeken főleg a rostasejtek és a felső állcsontüreg betegszenek meg. Az aetiologiában a túltengett garatmandula és az orrüreg anatomiája mellett az alkati endokrin, allergiás, anaemiás, tbc.- és, stb. tényezők játszanak szerepet. Legtöbbször a gennykeltő bakteriumok a kórokozók. A vizsgálatkor az objective észlelhető tünetekre vagyunk utalva. A röntgenvizsgálat legjobban a felső állcsont folyamataiban értékelhető.

A szemüregi szövődmények a legfontosabbak, főleg vörhenyben észleljük őket. Az ismertetett 66 súlyosabb, fertőző betegség alatti sinusitis 86 %-a vörhenyes volt, köztük 21 retrobulbaris phlegmone.*) Ezek egy kivétellel meggyógyultak. Az esetek legnagyobb részében hypertrophiás tonsillák és adenoid vegetatió volt jelen.

Műtéti beavatkozást csak a conservativ kezelés sikertelensége, vagy fenyegető szövődmény esetén végzünk.

Az idült sinusitisek kezelésében a helyi okok mellett az általánosakra is tekinteni kell.

A Magyar Királyi Testnevelési Főiskola Sportorvosi Intézetének közleménye.

Adatok az ifjusági sportolók szívnagyságának kérdéséhez-

Irta: *Herzum Alfonz dr.* rendelő főorvos.

Amikor az ifjusági sportolók szivnagyságával kivántam foglalkozni, először is megbizható eljárást kerestem. A szív serdülő korbeli növekedését, valamint alkati nagyság különbségeit szemmel tartó eljárásnak látszott Bernuth módszere. Nagy előnye, hogy mutató számaival az anyag könnyen csoportosítható. Mint ismeretes, a Bernuth módszer a testfelület és szivfelület egymáshoz való viszonyát fejezi ki. A Bernuth számot úgy kapjuk meg, ha a testmagasságot megszorozzuk a röntgen képen mért mellkas szélességgel és ezt elosztjuk a szív felületével. A szivfelületet Bernuth röntgen felvételen planimetrikusan méri ki, vagy ami egyszerübb, a szív hosszát megszorozza szélességével. A Bernuth index tehát:

$$\frac{\text{testmagasság} \times \text{mellkasszélességgel}}{\text{szivszélesség} \times \text{szivhosszal.}}$$

Bernuth szerint a szivfelületet az utóbbi eljárással mérve 23-nál, planimetrikusan mérve pedig 31-nél kisebb index szám rendellenesen nagy szívnek felel meg.

Vizsgálataimat a fenti képlet szerint végeztem. A röntgen felvétel költséges volta miatt ortodiagrammokat készítettem. Az ortodiagrammot *Moritz* és *Dietlen* szerint mértem ki s álló helyzetben, légzési középállásban készítettem és a szivnek diastolés méreteit rögzitettem.

90 tájékozódó vizsgálat után kezdtem el feldolgozásra került adataim összegyüjtését. Főképen nagyobbnak látszó szivek ortodiagrafiás képeit rögzítettem, amit néhány feltünő kicsi szív ortodiagrammjával egészítettem ki. Az alább közölt adatok tehát nem fejezik ki az ifjúsági sportolók szivének átlagos nagyságbeli arányszámát és ezért van az is, hogy a közölt anyagban nagyobb számmal szerepelnek vitiumok. A sportolók mindegyikéről a szokásos anamnezisen kivül pontos sportanamnézist készítettem. Az általános és aprólékos belorvosi vizsgálaton kivül megmértük a sportolók testsúlyát és magasságát, vitáliskapacitását és vérnyomását, azonkivül pulzusmegterhelési próbát és sokszor Ekg-s vizsgálatot is végeztünk. Vizsgálataim zöme 13—17 éves sportolókon történt.

Az igy feldolgozásra került 172 szív legkisebb Bernuth értéke 24, a legnagyobb pedig 44 volt. Adataim tehát Bernuthnak planimetrikusan mért adataival egyeznek meg in-

*) Ez előadás óta újabb 3 hároméves gyermek retrob. phlegm.-je gyógyult.

kább, mert ilyen módon mérve, mint már mondottam, Bernuth 31-nél kisebb index számokat nagy szivnek tart.

Az első ábrán mutatom be átvizzsgált anyagom. A szív nagysága szerint három csoportba osztottam őket. A 24—32 Bernuth indexig láthatók a nagyobb szivek, a 33—37-ig terjedő csoport a középnagy sziveket és végül a 38—44-es a kisebb sziveket foglalja magába.

illetve 165 Hg mm-es vérnyomást találtam. A bántalmazott szívizomzatú két sportolón 2, illetve 5 éve heveny myokarditis zajlott le és az ekg-s vizsgálatkor megnyúlt átvezetési időt, valamint hasadt R hullámokat lehetett regisztrálni.

A szívnagyság és a sportolás idejének felső határa között mégis érdekes összefüggést látunk. Amint a táb'á-

1. táblázat.

		25		26		27		28		29		30		31		32		33		34		35		36		37		38		39		40		41		42		43		44	
		V	S	V	S	V	S	V	S	V	S	V	S	V	S	V	S	V	S	V	S	V	S	V	S	V	S	V	S	V	S	V	S	V	S	V	S	V	S
Nem sportol				B				B				B		B B		BB B		1 B T		1 M		2		2		1								2				1		1	
éve sportol	1									B H		1		1 4		2		2		1 2		2 1		1		1		1		1				1						
	2			B		1 B		2		1 1 T		4 M T		1 1 T		4 2		2 3		2 2		1 2 T		2 3		1 2		1		1		1							
	3	1		B				4		2 1		5		2 1 H		5 1		2 1		1 4		2 1		2		2 B													
	4	B		1				1		4 1		3		4 1		2 1		3		1 3		1																	
	5	1 B		1				1		1		1		1				1		1																			
	6							1								2																							
	7									1																													
Össz.		3	1	3	1	2		9		9	6	13	3	9	9	13	6	8	6	6	11	5	6	2	6	3	4	1	1	1	1	1		1					

Jelmagyarázat: arab számok = esetek száma, B = vitium, T = hyperthyreosis, H = hypertonia, M = myocard. laesio, V = versenyzők, S = sportolók.

Mint látható, a nagy szivek csoportjában 95, a középnagyokéban 67 és a kis szivekében 10 eset szerepel. Megemlítendőnek tartom, hogy a táblázat szerint 85 versenyző fiu közül 59 a nagy, 24 a közép és csak 2 tartozik a kis szivüek csoportjába. De mert nem sorozatos vizsgálat, hanem lehetőleg nagy szivek kiválasztása történt, százalékos értékelésük nem helytálló. Már jobban értékelhető az a számbeli különbség, amit egyes csoportokon belül észlelünk. Igy láthatjuk, hogy a nagy szivek csoportjában 59 versenyszerüen és csak 28 szórakozásból sportoló fiú van, tehát a versenyzők vannak nagy tulsulyban. Evvel szemben a középnagy szivek csoportjában a viszony megfordul: 24 versenyzővel szemben már 33 sportoló szivet jegyezhettünk fel, jelezve azt, hogy serdülő korban a versenyszerű sportolás és szivnagyság között határozott összefüggés van. A táblázat 16 vitiumot tüntet fel. Ezek közül 13 insuf. bicusp., 2 stenos. mitrális és 1 aorta insf. volt. Kettő a középnagyok csoportjában látható, 14 pedig a nagy szivek közé tartozott. Érdekes, hogy 2 közülük versenyszerű sportolást is folytatott, 5 szórakozásból sportolt, 9 pedig egyáltalában nem végzett testedző munkát.

A szivnagyságnak vizsgálata abból a szemszögből, hogy valaki hány éve sportol, illetve versenyzik, a serdülő korban nehéz, mert a serdülő kor különböző korú tagjai már eleve különböző idő óta sportolhatnak csak. Igy pld. egy 13 éves fiú csak 1—2 éve versenyezhet, ellenben egy 17 éves sportoló mögött már 6 éves versenymult lehet. Mint látható, a csoportosításban figyelemmel voltam arra, hány éve sportol az illető, azonkivül arra, hogy ez a sportolás versenyszerü volt-e vagy sem. A táblázatban, amint a jelmagyarázatból is látható, szivbajokon kivül 5 hyperthyreosis, 2 hypertonia és 2 sérült izomzatú szív is szerepel. A két hypertoniásban ép veselelet mellett 160, zat is mutatja, minél jobban kisebbedik a szív, annál kevesebb idő óta tartó sportolást, illetve versenyzést tudunk kimutatni. Ehhez még hozzá kell venni azt, hogy a 32-es Bernuth szám alatt a versenyzők vannak többségben, 32-től fölfelé pedig a sportolók, amit a táblázat alsó részében látható számoszlop is mutat. Vizsgálataink tehát kimutatták, hogy serdülő korban a versenyszerű sportolás évei és a szív nagysága között határozott kapcsolat van. Úgy látszik, hogy a szívnagyság a versenyszerű sportolás éveinek számával aránycsan növekszik.

A 25 és 26 csoportban normállal jelzett négy esetre vonatkozólag meg kell jegyeznem, hogy mind a négy jeles labdarúgó és az iskolai csapatokon kivül egyesületi csapatban is játszanak és azok hetenként megismétlődő mérkőzésein és gyakorlásain is részt vesznek, ami rendkivül nagyfokú sportmunka. A versenyzők zöme 27—33 között van. A hyperthyreosisok 29—35 index értékeket adtak. Az egyik hypertoniás szórakozásból üzött sportolás mellett 29, a másik 31 index számot, tehát inkább nagyobb sziveket mutat. Az egyik myocard. laesiós esetében, aki szórakozásból sportolt, 30-as mutató számot, a másik nem sportolónál 34-et kaptunk. A két versenyző billentyűbajos 24.7, illetve 26 mutató számmal szerepel.

A további kérdés az volt, milyen kapcsolat van a szivnagyság és a sportolás, illetve versenyzés nagysága között. A sportmunka nagyságának megha'ározása a sportolók adatai szerint nehéz és ezért más úton próbáltam választ kapni. Feljegyeztem, hogy egy sportoló hány sportágat üz versenyszerüen, mert ebből a sportmunka nagyságára is következtethettem. Kiderült, hogy a nagy szívüek csoportjába tartozó 59 fiú 101 sportot üzött versenyszerüen, tehát egyre 1.7 sportág versenyszerü üzése jutott. A középnagy szivüek csoportjának 24 versenyzője 29 sportágban

versenyzett, tehát az egyre jutó átlag 1.2 volt. Adataim kiszámításakor uszást, vizipolót, futást, labdarugást, evezést, sít, tornát, tenniszt, gyorskorcsolyát, hockyt és kézilabdát vettem figyelembe. Megállapitható tehát, hogy a sportolás versenyszerü üzése mellett a szivnagyság szempontjából rendkivül nagyjelentőségü a versenyszerüen üzött sportok száma is. Ez a körülmény a sportok minőségi különbségei mellett a sportolás mennyiségének jelentőségére is rávilágit.

A szivnagyság és az anamnesis adatainak összegyüjtését mellőznöm kellett, mert azok bemondása olyan megbizhatatlan, hogy csak hibás következtetésre vezetett volna.

A szivnagyság és vitáliskapacitás viszonya serdülő korban minden további nélkül nem hasonlitható össze. A vitáliskapacitás már felnőtteken is különféle tényezőktől, elsősorban a testmagasságtól és testsúlytól függően változik, de serdülő korban ehhez még az élettani fejlődéssel járó növekedése is hozzájárul. Ezért kiszámitottam Lorenz féle spirometer index értéküket. (Lorenz index:

$$\frac{\text{vitaliskapacitás}}{\text{testmagasság}}$$

Azonban, mint ismeretes a Lorenz szám is állandóan növekszik serdülő korban. Egyik legutóbbi dolgozatomban ismertettem 1573 ifjusági sportoló átlagos Lorenz féle spirometer index számát, aminek középértékei a következők:

10 évesek	14·4	13 évesek	17·3	16 évesek	22·3
11 „	15·3	14 „	19·8	17 „	22·5
12 „	15·9	15 „	21·4	18 „	22·9

Ezen átlag sportorvosi vizsgálatra vonatkozik, ahonnan a nyilvánvalóan betegek és hibásfejlődésüek hiányoznak.

Az alábbi táblázatban a vitaliscapacitás és szivnagyság közötti viszonyt kivántam szemléltetőbbé tenni olyan módon, hogy a vizszintes sorokban Bernuth index szerint, a függőleges sorokban pedig vitalcapacitásaink nagysága szerint szerepelnek a fiúk. A vitáliskapacitást jelző sorban 0-tól kezdve pozitiv, illetve negativ irányba haladó 1, 2, 3 stb. számmal megjelölt oszlopok vannak aszerint, hogy a Lorenz féle spirometer index a fent közölt átlagértéknél nagyobb vagy kisebb. Ha pld. egy 14 éves sportoló esetében 20.8-es Lorenz számot kaptam, az egygyel nagyobb a korának megfelelő átlagnál, tehát a + 1 csoportba került.

2. táblázat.

A szivnagyság és vitalis capacitas viszonya.

Bernuth	Az átlagos Lorenz-értéktől való eltérés											
	+6	+5	+4	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3	−4	−5
25			1	1				B				B
26				1	1			B	B		B	
27				1			B					
28	1			2	2	2	2			B		
29	2	3	1	1	1	2	2		1	1		B
30	2	1	2	2	1	1B	2	4		M		
31	1			5	3	3	5B		1	B		
32		2	1	2	3	2	5		2BB	1		1B
33			2	3	3	2	2B	3		1		
34				2	3	3	6	1	1	M	1	1
35				1	2	1	2	3	2	1	1	
36					2	1	4	1		1		1
37						B	2	1	2	2		
38						1					1	
39							1	1				
40									1			
41						1		1	1			
42												
43												1
44											1	

A mellékelt táblázatot egy kereszt alakú vastagabb vonal négy részre osztja. A függőleges vonal 0 mellől indul lefelé, a vizszintes pedig a 32 Bernuth szám alatt huzódik. Ezáltal a szivek négy csoportját kaptuk, ami rendkivül érdekes módon világitja meg a vitaliscapacitás és szivnagyság közötti összefüggést. A felső baloldali négyszögben a nagyobb szivek és az átlagosnál magasabb vitalcapacitás érték felett rendelkező esetek, a felső jobb négyszögben a nagyobb szivek de átlagosnál kisebb vitaliscapacitású esetek foglalnak helyet. A baloldali alsó négyszögben a középnagy és kis szivek magasabb vitálkapacitás értékkel, a jobboldali alsó négyszögben pedig alacsonyabb vitálkapacitás értékkel szerepelnek. Mindenekelőtt megállapitható, hogy a szivnagyság a vitalis kapacitás számával párhuzamosan halad, még pedig olyanformán, hogy nagyobb szíveknek nagyobb, kisebb szíveknek pedig átlagosan kisebb vitalis kapacitásuk van. Rendkivül érdekes és az ifjúsági sportolók vizsgálatában használható lelet, amit a nagy szivek két csoportjának összehasonlításakor látunk.

A nagy szivűek két csoportjában szembetűnő különbség, hogy a nagy szivek kisebb vitálkapacitás értékű négyszögében milyen sok a vitium. Az ott szereplő 23 eset közül 12 vitium és beteg myokard.-ú szív volt. Ha tehát valamely szív átlagosnál nagyobb, de kisebb vitális kapacitású nagy valószinűség szól amellett, hogy valamilyen baja, elsősorban vitiuma van. Minél nagyobb a szív és minél kisebb a vitális kapacitás, annál valószinűbb, hogy beteg szívvel van dolgunk. Természetesen figyelemmel kell lennünk a légzőszerv esetleges elváltozására is, mint pld. pleuralis lenövés, stb., ami a vitális kapacitást hátrányosan befolyásolhatja. Ifjúságiak sportorvosi vizsgálata során e táblázat hasznos szolgálatot tehet, mert vitás esetekben véleményünk kialakitását megkönnyiti.

A vitálkapacitás legnagyobb számai 28—32 Bernuth index között láthatók és 27 alatt ismét aránylag kisebb vitálkapacitással találkozunk, mintha a sportolás következtében megnagyobbodott szivek optimalis értékei 28—32 Bernuth index között mozognának. Támogatja ezt az a megfigyelésem is, hogy a 25 és 26-os csoportba tartozó sportolók, mint előbb mondottam, a serdülő korban talán nem kivánatos nagyságú sportmunkát végeztek, ami szivük nagyobbfokú tágulására, illetve hypertrophiájára vezetett.

3. táblázat.

A pulsusszám, szivnagyság és vitalis capacitas közötti összefüggés.

	+	−	0	−	−
25					
		79		91	
32					
33					
		84		86	
44					

A pulsus-számnak és vérnyomásnak a szivnagysághoz való viszonyát a vitálkapacitásban bemutatott csoportositás szerint számitottam ki.

4. táblázat.
Vérnyomás, szívnagyság és vitalis capacitas közötti összefüggés.

	+	0	−
25 — 32	$^{121}/_{75}$ Hg mm	$^{128}/_{81}$ Hg mm	
33 — 44	$^{125}/_{76}$ Hg mm	$^{123}/_{77}$ Hg mm	

A III. tábl. a pulsusról, a IV. pedig a vérnyomásról számol be. A bal felső négyszögben a nagy vitálkapacitású nagy szívek, a jobb felső négyszögben a kis vitálkapacitású nagy szívek, az alsó sarokban pedig a középnagy és kis szívek megfelelő csoportjai szerepelnek. Az egyes négyszögekbe tartozó esetek pulsus-, illetve vérnyomásadataiból kiszámítottam azok középarányosát, s a megfelelő kockákba írtam. A pulsus és vérnyomás, amint a táblázaton is látható, a szokottnál kissé magasabb, valószínűleg azért, mert vizsgálataimat a délutáni órákban végeztem. Azonkívül fontos szerepe lehet annak az izgalomnak is, amit a fiúkon a vizsgálat során észrevehettünk. Mint látható, a pulsus-szám és vérnyomás legkisebb átlagértékét a bal felső kockában kaptam, ami a sportolás következtében megnagyobbodott és nagy vitális kapacitású szívnek felel meg. Evvel szemben a legszaporább átlagpulsust és legmagasabb vérnyomás-átlagot a jobb felső kocka, tehát a legtöbb kárt szenvedett szívek adták. A közép- és kis szívek mindkét csoportja is nagyobb átlagértékkel szerepelt. E vizsgálataimmal sikerült ifjúsági sportolókon is kimutatnom, hogy a sportolás következtében megnagyobbodott szívek általában kisebb pulsusszámúak és vérnyomásúak is. A vitálkapacitás tárgyalásakor elmondott diagnostikai útmutatást a pulsus és vérnyomás ezen viselkedésével is hasznosan kiegészíthetjük.

Végül ugyanilyen csoportosítás alapján számolok be a pulsusmegterhelési próba és szívnagyság közötti összefüggésről. Minden esetben pulsusmegterhelési próbát végeztünk olyan módon, hogy 10 guggolás után meghatároztuk a pulsus megnyugvásának idejét. Rendesnek vettük, ha egy perc alatt, gyorsultnak, ha egy percnél hamarabb, lassúbbnak, ha egy percen túl tért vissza kiindulási értékéhez a pulsus-szám.

5. táblázat.
Megterhelési próba, szívnagyság és vitalis capacitas közötti összefüggés.

	+		0		−	
25 — 32	Gyorsult:	39·7 %		Gyo sult:	16·7 %	
	Normalis:	50·6 %		Normalis:	43·3 %	
	Lassúbb:	9·7 %		Lassúbb:	40·0 %	
33 — 44	Gyorsult:	31·8 %		Gyorsult:	11·1 %	
	Normalis:	47·7 %		Normalis:	61·1 %	
	Lassúbb	20·5 %		Lassúbb:	27·8 %	

Az V. táblázat a fent ismertetett négy csoport keretén belül szereplő esetek pulsusmegterhelési próbáit ismerteti. Ha a nagy szívek két csoportját összehasonlítjuk egymással, szembetűnő különbséget látunk. A nagy vitálkapacitású nagy szíveken 90.3% normalis és gyorsult esettel szemben 9.7% lassúbb reactiót találtunk. Evvel ellentétben a kis vitális kapacitású nagy szíveken 60% szabályos és gyorsult esettel szemben már 40% lassúbb megterhelési próba áll. A közép- és kis szivek mindkét csoportja is két, illetve háromszor annyi lassúbb reactiót mutat, mint a bal felső csoport. E jelenség azt a feltevést látszik igazolni, hogy az ifjúsági sportolók azon szíveinek, amik sportolás hatására megnagyobbodtak, nagyobb vitálkapacitásúak, azonkívül pulsus-számuk és vérnyomásuk kisebb, fokozottabb teljesítőképességük is van.

Összefoglalás: 90 tájékozódó és 172 feldolgozott ifjúsági sportoló vizsgálata szerint a Bernuth-mutató a szívnagyság megitélése szempontjából ifjúsági korban használható eljárásnak bizonyult.

A vizsgálatokkal megállapíttatott, hogy az ifjúsági sportolók szívnagysága a versenyszerű sportolás nagyságával és idejével összefüggően növekszik.

Az átlagosnál nagyobb szívek, akiknek átlagosnál kisebb vitálkapacitásuk van, rendszerint bántalmazottak.

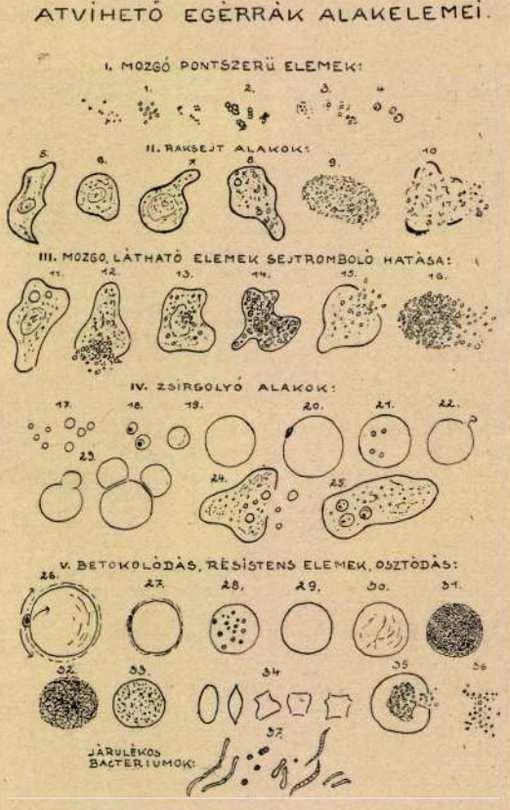
Ifjúsági sportolók optimalis szívnagysága úgylátszik 28—32 Bernuth index érték között mozog.

Az átlagosnál nagyobb, de nagy vitálkapacitású szívek pulsus-száma és vérnyomása a többi szívekhez képest alacsonyabb és úgylátszik, nagyobb teljesítőképességük is van.

Adatok a rák mikrobiologiájához.*

Irta: *Raksányi Árpád.*

Átvihető egérrák alakelemeinek megfigyelésével és rendszerezésével 37 jellegzetesebb alakféleséget találtam, melynek vázlatos képeit itt közlöm:



A képleteket a daganat különböző részeiből vett fedőlemezkészítményekkel könnyen meg lehet találni, ha a gombostűfejnyi daganatrészt kevés fiz. konyhasóoldattal,

*) A vizsgálatokhoz használt Ehrlich féle egérrák anyagot a budapesti Kórbonctani és Kisérleti Rákkutató Intézet adta. A rajzokat 1937. júliusában a tihanyi Magyar Biologiai Kutató Intézetben készítettem.

vagy Sudán III. oldattal fedőlemezre kikenjük, vaselinnal vájt tárgylemez fölé jól leragasztjuk és 1000-szeres nagyitáson felül vizsgáljuk. A készitmények napokon keresztül való megfigyelésével az alakelemek időbeli változásait is megfigyelhetjük.

Felmerül az a kérdés, hogy e szabályszerüen és kétségtelenül előforduló jelenségek élő lények-e és milyen csoportba tartoznak, továbbá, hogy mily szerepük van a rák aetiológiájában.

Ezeknek az alakelemeknek egyikét vagy másikát már sok kutató megtalálta és leirta. Chytridium,- myxomyceta,- szivacs,- protozoafélékhez nekrobioticus vagy degeneratiós termékekhez sorolták; legujabban pedig *Gerlach* a rákban elementaris testecskéket talált. Hogy e képletek kis alakjai virusfiltereken szaporodásképesen átjutnak e, még nincs végleg eldöntve.

A lerajzolt alakelemek nagyon hasonlók *Preisz Hugó* által Zentr. f. Bact. Parasit. u. Inf. krank. 1937 juliusi számában nagyon pontosan leirt *Pettenkoferiákhoz*, melyek bacteriumokon élősködnek, facultativ sejtélősdiek, rendkivül változatos alakuak, különböző gazdatalajokon különbözőképp viselkednek, nőnek, osztódnak, 20 mikronnál is nagyobb alakokká érhetnek, melyek plasma + hólyagos állományból vannak összetéve. Az átvihető egérrákban talált kis szervezetek hasonlóak a Pettenkoferiákhoz, de nem bacteriumokban, hanem sejtekben élősködnek, cystás alakjaik pedig homogen, vagy differentiált lipoidtartalmu golyók. Nyitva áll az a kérdés, hogy a Pettenkoferiák nem egységes szervezeteket utánzó viruscoloniák-e.

A rákkutatás irodalma mindinkább több adatot nyújt ahhoz a feltevéshez, hogy a rák aetiologiájában a kóros szövetekben szokszor előforduló saprophytáknak, illetőleg facultativ sejtélősdieknek szerepük van. A kórokozó contagiás indexe azonban oly kicsi, hogy gyakorlatilag elhanyagolható, mert daganatot csak praecancerosus helyen való elhatalmasodásával tud létrehozni. Hiánypótló regenerativ szövetburjánzás, rákágens hatására atypusosan szaporodó hámsejtek és elrákosodott szövettömegek együtt alkotják a rákdaganatot.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Postenkephalogrammos symptomák visszafejlődése 95 szá alékos oxygen belégzés után. *R. Schwab, J. Fine, J. Mixter.* (Arch. of. Neurol. and Psych. 1937. 37.).

A befúvott levegő gyors eltávolodása elejét veszi a postenkephalographiás kellemetlen symptomák kifejlődésének. *Fine, Frehling, Starr* beigazolták, hogy a test szöveteiben, az intestinalis lumenekben, a hasüregben gyorsitani lehet a levegő absorptióját. Ezen analogiák alapján fog alkoznak e cikk szerzői 95%-os oxygen belélegeztetésének az enkephalographia residualis levegőjére gyakorolt hatásával.

Az alapelv röviden a következő: az alveolusok levegője 75% nitrogent tartalmaz, melynek partialis nyomása 570 hgm. a vérben valamivel nagyobb ez a nyomás, míg a szövetekben 630 hgm. A szövetek nitrogenjének csak valamivel nagyobb nyomása magyarázza a gáznak a vérbe és az alveolusokba történő lassú diffusióját. 95%-os oxygen belélegeztetésével a nitrogen partialis nyomása az alveolusok levegőjében és a vérben csaknem nullára csökken és igy megnövekedik a gáz diffusiója a szövetekből és gyorsul az absorptio. Enkephalographia alkalmával a levegő a subarachnoidalis és ventricularis üregekben a capillaris és venosus hálózattal van contactusban. A nitrogengáz absorptiója a véren át, a vér és a subarachnoidalis gáz percentualis viszonyától függ. A kettő közötti különbség az enkephalographia után rendszerint igen kicsi. Igy a 80—120 ccm iniciált levegőnek 48—72 órára van szüksége az absorptióra. Ellenben, ha 95% oxygent lélegeztetünk be, a nitrogengáz mechanikusan kimosódik a tüdőből, ez készteti a vér nitrogenjét arra, hogy a tüdőt ellepje. Igy a vér 20—30 másodperc alatt csaknem teljesen megszabadul a nitrogentől. Az oxygen fractionálása igen gyorsan történik, miután venosus és capillaris vér 30—40 ccm oxygent absorbeál percenként.

Ebből arra lehetne következtetni, hogy ha az oxygen annyival könnyebben adsorbeálódik, mint a nitrogen, hogy enkephalogramm készítésére lehetne használni. De azt találták, hogy ha oxygennel töltik a subarachnoidalis üregeket, úgy az nitrogengázt von el a vérből és ½ óra alatt 13% oxygen, 5—6% szénoxyd és 81% nitrogen lesz a subarachnoidalis üregekben, vagyis ugyanaz a helyzet, mintha a levegőt iniciáltuk volna be.

Az oxygen belélegeztetésére alkalmazott készülék igen egyszerü, ápolónő is kezelheti. Az enkephalographiában alkalmazott levegő mennyisége 60—240 ccm között változik. Ha az oxygen belélegeztetését megkezdjük, 1 ccm pituitrin készitményt adunk i. m., a gerincvelői folyadék kiválasztásának fokozására, az absorbeálódó levegő helyének kitöltésére. A beteg 3 óráig marad a belélegeztető készülékben.

95%-os oxygen belélegezése esetében a pulsus 60-ra száll le, de a bradykardia csak ½ óráig tart. Utána a beteg meglepően jól érzi magát. — 37 esetről számolnak be a szerzők, összehasonlító, ellenőrző kisérletekkel és felvételekkel.

Eszenyi Margit dr.

A férfiklimakterium biologiai alapjainak kérdéséhez. *Moszkowicz.* (Wien. Klin. Wschr. 1937. 42.

A két nem között a klimakteriumban észlelhető különbséget biologiailag azáltal lehet objectiven megállapitani, hogy a prolan-kiválasztás minden klimaxban lévő nőben fokozott, viszont 50—91 év közti férfiaknak mindössze 20%-ában. *(Österreicher).*

Moszkowicz a normalis férfi sexualitásának lassúbb, tehát nem krisisszerü megszünését erősebb *sejtnemisége* („Zellgeschlechtigkeit") által próbálja magyarázni. A sejtnemiség dönti el a korai foetalis szakban és valószinüleg még a gyermekekben is a nemi phaenotypust (a Koliska f. „Somageschlecht"), de kifejti hatását az egész életen át is és szerző feltevése szerint ez az oka annak, hogy férfi-hormonok vannak a nő vizeletében és fordítva. Feltevését a természetes parabiosis-kisérletekkel *(Tandrel—Keller, Lillie)* és a synkainogenesissel *(Dantschakoff)* támasztja alá. A biologiai meggondolások alapján a himembryónak igen erős *epistasisra* (sexualitás-túlsúlyra) van szükség), hogy meg legyen védve az anyai hormonok káros hatása ellen. Ha az epistasis nem nagyon erős: keletkezik a hypogenitalismus, kryptorrchismus, here-hypoplasia, stb. *Kyrle* szerint a himembryo az uterusban elszenvedett ártalmak által igen *kedvező kiválasztáson* megy át és ezért ellenállóbb a férfinem a klimaxban.

Azok a férfiak, kiknek epistasisa alacsony, már gyermekkorban kitünnek az intersexualis jelenségek (mastopathia praepuberalis, hernia inguinalis congenita, átmeneti typus adiposogenitalis), a férfikorban hydrokele, elhizás, a haladottabb korban mastopathia és postatopathia által. A sejtnemiség alacsony epistasisát fel lehet ismerni: a vizeletben fokozott a prolan- és folliculinkiválasztás, talán kreatinuria is van parenteralis kreatin-bevitel után és még más anyagcserezavar által. A prostatahypertrophia (M. prostatopathiának nevezi az Aschoff f. mastopathia mintájára) lényege, hogy a szerv bisexualis része szaporodik (ez kranialis rész), a himrészlet (kaudalis) sorvad. Ennek oka a hormonegyensúlynak a női-irányban eltolódása (biologiai jele a fokozott prolan-kiválasztás). Igy a normalis férfi azáltal van védve a prostatahypertrophia ellen, hogy csiramirigyfunctiója magas korig lényegesen nem csökken.

Tehát a normalis férfi nem megy át a klimakteriumon, csak az, akiben magasabb korban fokozott a prolan-kiválasztás. Ebbe a csoportba tartoznak a prostata-hypertrophiások.

Lehoczky Tibor dr.

Compensált szívbetegek bilirubinaemiája vízmegterhelés után. *L. Stanojevic és R. Arandjelovic.* (Klin. Wschr. 1937. 40.).

A klinika 20 betegén, miután a betegekkel másfél liter folyadékot itattak, folytatólagosan bilirubinmeghatározásokat végeztek. A betegek közül hatnak sem máj, sem szívbaja nem volt (ezeket vették rendes értékeknek), hat volt májbeteg és hét compensált szívbajos. A bilirubinmeghatározásokat a vízmegterhelés után 1, 2, 4, 24 óra mulva *H. van den Bergh* szerint végezték. Eredményeiket görbéken érzékeltették. Az első csoportban 3—4 óra mulva a serum-bilirubin enyhe emelkedést mutatott (a kiindulási érték 9—27%-a); a májbetegek csoportjában, a sárgaságban szenvedők 14—262%, a nem ikterusosak pedig 40—118% emelkedést mutattak. A szív-

bajosok bilirubin-emelkedése 10—183%-ot tett ki. Az emelkedés maximuma általában 4 óra multán következett be. Végeredményben tehát a szívbajosok bilirubin-emelkedése az egészségesek cseké y, s a májbetegek kifejezett emelkedése között áll. Kérdés, hogy ez az emelkedés enyhe májbántalom, vagy pedig a klinikailag még ki nem mutatható decompensatio tünete-e?

Thaisz Kálmán dr.

Szülészet.

A köldökzsinór ereinek különös elváltozásai. *W. Rust.* (Arch. f. Gyn. 165. 1. 58.).

A négy héttel korábban született magzat köldökzsinórjának erei rendkívül megvastagodtak és megkeményedtek, nyílásuk erősen megszűkült. A megvastagodás az egészen apró érelágazódásokra is kiterjedt. A szövettani vizsgálat szerint a megbetegedés főleg a vérerek adventitiáját illette, melynek helyén egy széles, elhalt szövetrétegbe ágyazott, körkörös lefutású, az érfal egész hosszában követhető mészlemezt talált. Az érfal külső, rugalmas lemeze hiányzott s az elhalt réteg az erősen megvastagodott mediába közvetlenül folytatódott, mely csak az intima felé eső részében mutatott szabályos, körkörös szerkezetet, helyét egyébként szabálytalan, finomrostú, kötőszövet foglalta el. A jól felismerhető belső rugalmas réteg után az erősen kiszélesedett intima következett, mely főleg éretlen kötőszövetből állt. A lepényben elágazó erek hasonló szövettani képet mutattak, annyi különbséggel, hogy üregük tátongó volt. Az egész köldökzsinórra kiterjeszkedő vérömleny minden valószínűség szerint egyik rugalmatlan falú ér szülés alatti megrepedéséből keletkezhetett. A lepény szövettanilag rendesnek bizonyult. A lues kóroktani szerepét kizárja a kórelőzmény, a szülők negativ vérpróbái, a syphilises érelváltozások jellegzetességeinek hiánya.

Az eset érdekessége, hogy az erek fent leírt elváltozásai a magzatra nézve következmények nélkül maradtak. Az újszülött egészséges, rendesen fejlődik s így felderítetlen marad, hogy az erek megbetegedése csak a köldökzsinór ereire szorítkozott, vagy a magzat érrendszerére is ráterjedt.

Kriszt József dr.

Szemészet.

A retinitis solarisról. *Thogen Kin.* (Acta. Soc. Ophth. Japonicae. 31. k., VIII. f., 128. o.).

A szerzőnek a legutóbbi napfogyatkozás után 6 egyént volt alkalma megfigyelni, (3 férfi-, 3 nőbeteget,) akiken (a phenoménnek az ideghártyára physikochemiai hatása következtében) a retinitis solaris tüneteit lehetett megfigyelni. A 6 paciens közül 3 minden védőüveg nélkül, 2 tussal befeketített üveglapon, 1 pedig ibolyaszín papiron keresztül nézte a napfogyatkozást, de úgy látszik az utóbbi védekezés sem bizonyult elég erősnek a sugarak ellen. Objectiv vizsgálat centralis scotomán kívül semmi positiv eredményt nem szolgáltatott. (Látótér szabad volt, absolut scotoma nem volt kimutatható.). A szemfenéken, a macula környékén sötétvörös, pigmentált terület volt észlelhető, amelyet szürkéssárga oedemás terület vett körül. Retinitis góc, vérzés nem volt látható. A sötétvörös terület 1—2 nap alatt finom folttá alakult.

Szerző az elváltozást főképen az idegelemek nekrosisának tartja. Prophylaxisul vastag, fekete védőüveget, gyógyszerül pedig jódkáliumot, továbbá jódcalcium, injectiókat, higanyos készítményeket ajánl.

Bíró Imre dr.

Statistikai feljegyzések a tuberculotikus megbetegedésekről Formósában. *Fujimura S.* (Acta So. Ophth. Japonicae. 1937. 3. füzet 282. o.).

Formosa szigetén, amelynek lakossága japánokból és kinaiakból tevődik össze, *Fujimura* 20.000 szembeteg közül 391 tbc-s megbetegedést észlelt. (217 japán, 174 kínai). A tbc. az összes szembetegségek 1.95%-át okozta. A szerző megfigyelései jórészt arra irányultak, hogy a japánok és kinaiak közötti faji különbségeket bizonyos betegségek gyakori, vagy ritka előfordulása révén érzékeltesse. Így pl. számszerűleg bizonyítva látja, — részletes statistikai adatok alapján —, hogy az uvea és retina tuberculosisa inkább a japánok, a conjunctiva, valamint a corneo-sclera systema hasonló eredetü betegségei inkább a kinaiak között találhatók nagyobb számmal. A betegek életkorát mindkét fajt illetőleg azonosnak találta.

Bíró Imre dr.

A kötőhártya primaer tuberculosisa. *Samuelson.* (Arch. of. Opht. 15. k. 975. o.).

Három eset kapcsán szerző összegezi a conjunctiva primaer tuberculosisára vonatkozó ismereteinket. Különösen gyakorinak látszik — szerinte — a bántalom Dániában, ahol rövid idő alatt 40 primaer conj. tuberculosis esetet kezeltek a Finsen Intézetben. Eseteiben a folyamat az alsó szemhéji kötőhártyában kezdődött és ráterjedt a szemhéjakra is, a praeauricularis nyirokcsomók erős duzzadásától kisérve. A szervezetben sehol másutt nem volt tbc. góc található s esetei közül csak egyben talált az ascendentiában tuberculotikus megbetegedést. A kezelés főképen a *Finsen* besugárzás volt, amely ½—2 év alatt mindhárom esetben teljes gyógyulást eredményezett.

Bíró Imre dr.

Gyermekgyógyászat.

A pertussis prophylaxisáról. *Meader.* (Amer. Journ. of Dis. of Childr. 53. k.).

115 pertussisos fertözésnek kitett gyermeknek 10 ccm. pertussis reconvalescens savót adott intramuscularisan, e csoportban 68%-ban teljes volt a védettség. 183 hasonlóan veszélyeztetett, de nem kezelt controll-gyermeken csak 34%-ban nem történt fertőzés.

Kerpel-Fronius Ödön dr.

Hydrokephalussal járó nemi koraérés. *Dorff* és *Shapiro.* (Amer. Journ. of Dis. of Childr. 1937. 53, 481.).

Két betegükön pubertas praecox-ot hydrokephalussal szövődve észleltek. Azon nézetüknek adnak kifejezést, hogy a hydrokephalus következtében fokozott intracraniális nyomás a hypothalamus-infundibulum-hypophysis rendszer összeköttetését valamelyik pontján megszakítja és ez vezet másodlagosan pubertas praecoxhoz.

Lénárt György dr.

Ikterus gravis és congenitalis anaemia. *Saxl.* (Jahrb. f. Khk. 148. 5.).

Szerző 10 esetet ismertet, amelyekben újszülöttek vérképző rendszerének megbetegedését észlelte. Mind a 10 esetben különböző kórképekhez, mint sepsis, *Jaksch—Hayem,* lues , cong. epeútelzáródás, melaena-hoz csatlakozott ikterus gravis, ill. anaemia congenitalis. Szerző az ikterus gravist ezek alapján genetikailag a legkülönbözö ártalomra visszavezethető reactiónak tartja.

Kulcsár Margit dr.

Csecsemőkori veleszületett rekeszlazaság. *Cosak* és *Wienbeck.* (Mschr. f. Khk. 70. 3—4.).

Szerző egy esetet közül; 6 hetes csecsemőt hoztak hozzá bronchiolitis diagnosisával. Status: dextrokardia, bal mellkasfélben dobos kop. hang, j. o. a tüdő felett mindenütt apró, nedves zörejek. Szapora pulsus. Gyomorbél rtg.: a contrastpép a gyomor felső polusát a 3. borda magasságában mutatja, pár óra mulva a vékonybél és 6 óra mulva a vastagbél egy része is a bal mellkasfélben található. Recidiváló bronchiolitisek kapcsán a csecsemő négy hónapos korában halt meg.

Differentialdiagnosis a rekeszsérvtől: rekeszsérv 80%-ban j. o. nehéz szülés kapcsán keletkezik, phrenicusbénulás folytán. Jóindulatú a legtöbb esetben. A veleszületett rekeszlazaság fejlődési rendellenesség, amely már a foetalis élet 5. hónapjában jelentkezik. A bélrendszer ekkor indul hatalmas fejlödésnek, s a csökkent ellenállású rekesz enged a nyomásnak, izomrostjai elszakadnak, papirvékony kötőszövet lesz, gyér collagen rostokkal, melyet mindkét oldalt serosa borit. A rekeszsérven élesen körülírtan izomhiány van, míg a veleszületett rekeszlazaság esetében mindig fel lehet fedezni egy-két degenerált izomrostot.

Mendelényi dr.

Bőrgyógyászat

A napsugárzás és fotosensibilizálás hatására képződött bőrrákok és bőrsarkomák keletkezéséről. *Büngeler W.* Sao Paulo. (Klin Wschr. 1937. 29.).

900 fehér egéren tanulmányozta a fotosensibilizáló anyagok szerepét egyidejü napfénybesugárzás mellett a bőr daganatainak létrejöttében. Az eredményeket részletesen a Zeitschrift für Krebsforschung-ban ismerteti. Fotosensibilizálásul haematoporphyrin, eosin és az anthrasol szolgál. Mintegy 300 egeret hetenként 1—2-szer fotosensibilizált fenti oldatok subcutan alkalmazásával és ezeket az állatokat naponként 4—5 órán keresztül intensiv napsugárzásnak tette ki. Controllképpen az állatok másik csoportját sötétben tartotta és fotosensibilizáló anyagokat adott nekik, másrészüket csupán nap-

fény hatásnak tette ki fotosensibilizáló anyag nélkül. A kísérleti állatok első csoportjában kezdetben gyulladásos elváltozások, majd atrophiás és hypertophiás folyamatok jelentkeztek a bőrhám és a kötőszövet részéről. Később papillomák és fibromák jelentkeztek. A negyedik kísérleti hónaptól kezdve az állatok egy részében ezekből a jóindulatú daganatokból valódi, áttételeket okozó carcinoma és sarkoma fejlődött ki és az állatok elpusztultak. A 4., 7. hónapban a tumorbeteg állatok száma közel 100% volt. A controllállatok közül csupán a kátránnyal kezelteken fordult elő egyes esetben a bőr jóindulatú papillaris burjánzása. Egy-két jóindulatú daganat kifejlődését a tisztán fotosensibilizáltakon is észlelték, a controll állatok daganatos elváltozásai azonban messze elmaradtak a besugárzott és egyidejüleg fotosensibilizált állatokétól. Tehát a fényérzékennyé tévő anyagoknak a befolyása a napfénydaganatok keletkezésében elvitázhatatlan.

Szép Jenő dr.

A tetoválások hegnélküli eltávolítása. *K. Thurn.* (Papenburg. (M. Klin. 1937. 34.).

A tetoválások hegnélküli eltávolítása mindezideig nem sikerült. Ez azért ütközik nehézségbe, mivel a festékanyag a bőr legalsóbb rétegéig hatol, — a coriumba — és onnan a szomszédos nyirokerekbe. Különösen a kínai tuss hatol egészen a böralatti kötőszövetig, ahol mint compact szénréteg látható a tetovált bőr felpraeparálása után. Ezek eltávolítása prognostikailag a legkedvezőtlenebb. Egy másik gyakran alkalmazott festékféleség a zinober. Szerző eljárása a következő: a bőr epithelrétegét salicyl-collodium-oldat többszöri ecsetelése után elpusztítja, illetőleg eltávolítja. Az így hámjától megfosztott, nedvező területet finom, szemcsés kony asóval kezeli, amit egy kis falapáttal a felületre szorít. A fellépő fájdalmak 20—30 másodperc mulva valamit alábbhagynak. A fájdalmak elkerülése végett épen ezért az első ülést helyi érzéstelenítésben, vagy evipan natrium-narkosisban végzi. A felületre alkalmazott száraz kötést 3—4 nap mulva veszi le. A konyhasó hatására a mesterségesen provokált gyulladás következtében a festékrészecskék a corium mélyében mobilisálódnak, s ezáltal a felületre jutása kedvezőbbé válik. A nedvezés következtében jelentkező pörkök és varok a felszinre kerülő festékanyagot tartalmazzák, s épen ezért ezek eltávolítása a 3. napon szükséges, mivel enélkül teljes regeneratio esetén a festékanyag ismét a mélyebb rétegekbe és a nyirokerekbe kerül. Az elpusztult epithel regeneratiója 6—8 nap alatt bekövetkezik, anélkül, hogy a legcsekélyebb hegképződés maradna vissza. A legtöbb esetben a detetoválás 1 ülésben megtörténhetik. Ha esetleg festékes részek maradnának, úgy az eljárást megismétli. A tetovált helynek aether, vagy evipan natr. narkosisban physiologiás konyhasó oldattal végzett többszöri lekefélése ugyancsak a kívánt célhoz vezet.

Gödény Sándor dr.

Elméleti tudományok.

A vércukor meghatározása 0.01 ccm vérben. *F. Rappaport* és *I. Reifer.*. (Klin Wschr. 1937. 40.).

Eljárásuk a kapott eredményben az eddigi eljárásoktól nem igen különbözik, legfeljebb annyiban, hogy vele magasabb alkoholokat is ki lehet mutatni, míg a többivel nem. Főelőnye, hogy igen kis mennyiségben történik *(Hagedorn—Jensen,* stb. eljárásokhoz 0.01 ccm vér szükséges) és így kis állatokon többször egymásután is elvégezhető. Az eljárás lényege, hogy a cukor savanyú oldatban, vízfürdőn perjodattal oxydálódik, a perjodat jóddá reducálódik. A megmaradt perjodatot jodometriásan határozzák meg és azután az elfogyott perjodatból számítják ki a cukor mennyiségét.

Thaisz Kálmán dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Honorarium medicorum. Orvosi anekdoták. Összegyüjtötte *D. Bélay Ödön.* (Budapest 1937. Ára: 2.— P.).

Az orvosi hivatás, mely minden komolysága mellett is a humor kiapadhatatlan forrását rejti magában, minden időben bőséges anyaggal szolgált a tréfás helyzetek, mondások és adomák kedvelői számára. Hazai anekdotakincsünk is bővelkedik orvosi vonatkozású vidám történetekben, melyek egyrésze azonban ma már a fiatalabb orvosnemzedék előtt ismeretlen s így félő, hogy hamarosan a feledés homályába fognak merülni. Ezeket az utókor számára megőrizni nem haszontalan feladat, s ezért dicséret illeti meg a szerzőt, (kinek álneve alatt egy ismert fiatal collegánk rejtőzködik) amikor a nagy anyagból szeretetes kézzel válogatott ki és szedett csokorba néhány száz talpraesett anekdotát. A kis könyvben egyaránt helyet találtak a falusi orvosi praxis mulatságos epizódjai, betegek és orvosok zamatos ki- és elszólásai, professzori különcködések és a szigorlati drukktól zavaros agyvelők csodabogarai. Hisszük, hogy a vidám könyvecske még a mai nehéz, sit venia verbo „apraxiás" időkben is sok gondterhes arcra fog mosolyt varázsolni, s ezért olvasását minden borus kedélyü collegának melegen ajánljuk.

Milkó prof.

Obstetrics. *Williams.* Resived by *H. J. Stander.* Seventh Edition. (D. Appleton Centuri Company New-York—London.).

Williams-nek a nemrég elhunyt kiváló szülésznek könyvét, amely az angol-szász szülészeti irodalom legjobb müvei közé tartozott és amelyet az amerikai szülészek nagyrésze „tankönyv"-nek tartott, egyik tanitványa *Stander* ujonnan átdolgozta és kibővitette. A könyv ilymódon tartalmában gyarapodott, de a szerző, — amint hansúlyozza is, — továbbra is szemelőtt tartotta *Williams*-nek elveit, úgy hogy méltán tekinthető *Williams* könyve újabb kiadásának. Szerző nagy szorgalommal gyüjtötte össze és használta fel a legújabb szülészeti irodalmat és ilyen értelemben az összes fejezetek bizonyos mértékben bővültek. Különösen áll ez a szülészetben ma oly óriási irodalmat képviselő hormonologiai vonatkozásokra. Külön kiemelendőnek vélem a terhesség physiologiáját és a terhességi toxikosisokat tárgyaló fejezeteket, amelyek nemcsak nagy alapossággal és körültekintéssel iródtak, de látszik rajtuk, hogy a szerző maga is jelentős kutató munkát végzett a két tárgykörben. A therapia ismertetésében szerző nagy conservativismusról tesz tanuságot, ami, tekintve az amerikai szülészek egy részének túlzott activitását, főleg ott, helybeli viszonylatban nagyon dicséretes törekvés. Mégis jobb szerettük volna, ha pl. a placenta praevia therapiájában a császármetszéssel szemben nem képviselne annyira túlzottan conservativ álláspontot és nem állna annyira a ballontherapia mellé. A conservativ eljárások közt pedig talán célszerü lett volna az újabban lassaként térthódító *Willet*-fogóról is megemlékezni, amely nemcsak a placenta praevia kezelésében, de egyébként is, pl. elhúzódó szülések esetén igen kiváló eszköznek bizonyult. Örvendetes, hogy a császármetszés technikája szempontjából már erősen hajlik a cervicalis metszés felé, kár azonban, hogy ezt az eljárást, amely kétségtelenül kedvezőbb eredményeket ad, mint a corporalis metszés, nem általánosítja és így a szülés megindulásától számított 6 órán belül végzett esetekben még mindig a corporalis metszés mellett foglal állást. Egyes egyéb részletkérdésekre vonatkozó eltérő felfogásunk elenére is a könyvet a szülészeti irodalom igen értékes gyarapodásának tartjuk. Amidőn még megemlítjük, hogy e kiadásban *Williams* classikusnak mondható könyve újabb és az eddigieknél tökéletesebb ábrákkal gyarapodott, a müvet úgy tudományos nivója, komoly és megfontolt álláspontja, jól sikerült beosztása, mint világos stilusa miatt mindenkinek csak a legmelegebben ajánlhatjuk.

Burger prof.

Therapie der Frauenkrankheiten. Prof. *W. Benthin* Göttingsberg. (Urban u. Schwarzenberg kiadása. 1937. 210 oldal. Ára: 8 RM.).

Benthin 210 oldalas, értékes munkájának alig 3 év után már második kiadása jelent meg. E könyv voltaképen folytatása az 1930-ban kiadott „Diagnose und Differentialdiagnose der Frauenkrankheiten" című munkájának, mellyel a tudományos orvosi könyvpiacon elismert nagy sikert ért el. A szerző könyvét fiatal, kisebb gyakorlati tapasztalattal rendelkező, főkép vidéki orvosok számára irta s így a kis gynaekologiának nem annyira a mütéti, mint inkább conservativ kezelési módjaira helyezte a fősúlyt. Ez ok miatt azonban könyve korántsem hiányos, mert a nőgyógyászat minden ágában megtalálhatja az olvasó az őt érdeklő fejezetet.

A könyv első része a folyás különböző okaival, alakjaival és kezelésével, a fiatalkorúak, fogamzási korban és a változás korán túl lévő nők vérzési rendellenességeivel, valamint a magtalanság kérdéseivel foglalkozik. Részletesen leírja a külső és belső nemzőszervek különböző megbetegedéseit. Különösen kiemeli a méh helyzetváltozásaival járó panaszokat, a hátrahajlott méh felemelésének s a gyürük behelyezésének technikáját, valamint a gyulladásos méh- és függelékbetegségeket. Részletesen kitér a gyulladásos elváltozások különböző kezelési módjaira. Külön fejezetet szentel a kankónak és a női nemzőszervek gümös elváltozásainak. A daganatok terén pontosan elkülöníti az operálandó és megfigyelendő eseteket. Legnagyobb részletességgel tárgyalja a rosszindulatú daga-

natok klinikai tüneteteit, s a szükséges teendőket. Különösen értékes könyvének az a része, melyben tanácsot ad operált, vagy sugarasan kezelt rákos betegek vagy recidivált esetek utókezelésére vonatkozólag.

Az első kiadáshoz viszonyítva teljesen átdolgozta az endokrin zavarokat tárgyaló fejezetet, melyben a legújabb és gyakorlatilag legjobban bevált kezelési eljárásokat ismerteti. Általánosságban a hormonkezelés különböző, mai nap már elfogadott módjaira, valamint e kezelési eljárással elérhető eredményekre minden hormonkérdéssel összefüggő megbetegedésnél részletesen kitér. Rámutta a helytelen hormonkezelés különböző ártalmaira s az így keletkezett különböző zavarokra, végül behatóan foglalkozik a húgyivarszervek különböző megbetegedéseivel és ezek kezelésével.

Az utolsó részben a kisebb beavatkozásokra ad értékes tanácsokat. A kis gynaekologia műtétei közül részletesen ismerteti a méhszájkimetszést, a próbakaparék vételét, a méhszájtágítást, a méhkaparást, a Douglas-punctiót, a kismedencebeli genygyülemek hüvelyboltozati megnyitását, a kürt átfúvást és a physikalis therapia különböző módszereit.

A könyv úgy szakorvosnak, mind az általános gyakorlatot folytató orvosnak igen nagy segítségére lehet, mert az egyes betegségek tárgyalásakor a részletes leírás mellett mindjárt pontos utasítást és recepturát is ad a különböző kezelési módokra. A 23 ábrával ellátott, gyakorlati szempontból értékes könyvet kartársaim figyelmébe ajánlom.

vitéz Szathmáry Zoltán dr.

Réztábla a kapu alatt. *A. J. Cronin.* Angolból fordította: *Szinnai Tivadar dr.* (Dante kiadás. 1937. Ára füzve: 5.60; kötve 6.60 P.).

Orvosokkal és orvosi vonatkozású kérdésekkel foglalkozó regényeknek egy újabb példánya jelent meg a közeli napokban a könyvpiacon. *Cronin* könyve méltán keltett nagy feltűnést Angliában, ha hitelt lehet adni azoknak a leleplezéseknek, melyekkel az angol orvosi kar bizonyos rétegeinek tudatlanságát, a betegekkel és tudománnyal való sarlatánkodást tárja elénk. Arról is értesülünk, hogy az angol orvos képesítésének több fokozata van, melyek közül már a legalacsonyabb is módot ad arra, hogy magángyakorlatot folytathasson. Így érthető meg, hogy a falusi orvos nem tud különbséget tenni a pancreas és thymus között. A regény hőse is egy ilyen legalacsonyabb képesítésű orvos, ki azonban telve tudományos ambitiókkal, hivatása iránti lelkesedéssel indul pályájának, hol lépten-nyomon összeütközésbe kerül a kollégákkal s a közönség előítéletével. De sorsát ő sem kerülheti el, áldozata lesz annak a sarlatán szellemnek, mellyel az író egy bizonyos orvosi réteget vádol. A könyv az orvosi sensationöktől független fordulattal ér véget, amint a regényhős kiábrándulva a kollégákból és önmagából, új életet kezd. Az érdekes történetekkel teleszött könyvet mindenkinek ajánlhatjuk.

F. E. dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 26-i ülése.

Bemutatás:

Hermann F.: *Protamin-insulinnal kezelt cukorbetegek.* A Stefánia-úti Belgyógyászati Intézetben eddig 15 cukorbeteget állítottak be az amerikai insulinzinkprotaminat-kezelésre. Az eredmények igen kedvezőek: különös előny a befecskendezések számának csökkenése, az étkezések időpontjának szabadabb megválaszthatósága és a vércukornak a régi insulinkezeléssel el nem érhető tartósan egyenletes és alacsony szintje. Egyes eseteket részletesen ismertet.

Horn Z.: Az újpesti gróf Károlyi-kórház cukorbajos betegein megvizsgálta a Chinoin-féle zink-protamin-insulin (Zink-protinsulin Chinoin) hatását. Eredményei nagyjában megegyeznek a külföldi készítmények révén elért hatásokkal. Zink-protamin-insulinnal kezelt cukorbetegeken a sebgyógyulás feltűnő javulását észlelte. A külföldi szerzőkkel megegyező eddigi tapasztalatai alapján valószínűnek tartja, hogy nemcsak a szövődmény nélküli cukorbetegeken, hanem a sebészi megbetegedéssel szövődött cukorbajosok kezelése terén is a zink-protamin-insulin fontos indicatiós területet nyer.

Lendvay J.: Minden esetben organon protamin-zink-insulint alkalmazott. Két esetben, amelyek közül az egyik furunculosissal szövődött a másod, illetve harmadnap alkalmazott protamin-insulin befecskendezésre megszünt a glykosuria és normalis szintre csökkent a vércukor. Feltűnő gyorsan gyógyult a furunculosis. Előzőleg a betegek csak napi 20, illetve napi 30 E. Chinoin-insulin mellett voltak cukormentesek. Visszont harmadik esetben a beállítás csak protamin insulin és insulin combinatiójával sikerült. Végül negyedik esetben a protamin-insulinnal már beállított beteg 10 nap után ugyanezen protamin insulin adag mellett nagyfokú glykosuriát kapott, vércukra is felszökött és a beállítás csak jóval magasabb protamin-insulin adaggal sikerült. Ez utóbbi esetben mutatkozó ingadozás arra figyelmeztet, hogy a protamin insulinnal történő tolerantia-meghatározás csak hosszabb intézeti észlelés alapján lehetséges.

Hetényi G.: Az insulin-zink-protaminat hatása gyorsabb és megbízhatóbb, mint az insulin-protaminaté. Nem biztos, hogy a zink az insulin-protaminat stabilitására fejti-e ki ezt a kedvező hatását, vagy nem a sejtprotoplasma fixáló képességét befolyásolja-e: ez utóbbira látszik utalni az a tény, hogy a zink hozzátétele a histaminnak, a hypophysis hátsólebeny kivonatának és az adrenalinnak hatását ugyancsak erősíti és tartósabbá teszi. — Az insulin-zink-protamin a diabetikusok szénhydrátanyagcseréjét normalissá teszi: a vele teendő tapasztalatok ez okból különösen érdekesek lesznek abból a szempontból, vajjon sikerül-e vele a diabetesnek az érrendszerre kifejtett káros hatását megakadályozni, ami az insulinnal nem sikerült.

Előadások:

Matolcsy T.: *A jó- és rosszindulatú csontdaganatok műtéti eredményeiről.* Az I. sz. sebészeti klinika 600 operált csontdaganatát ismertette, amely közül osteoma volt 100, chondroma 11, epuloid 58, csonttömlő 48 és sarkoma pedig 383. A centralis fekvésű epuloidok és csonttömlők esetében ajánlja az előadó a csontfal felvésése után a csontüreg bennékének kikaparását és helyére szabad csontátültetés elvégzését. Ez az eljárás igen meggyorsítja a csontüreg kitelődését és gyógyulását. A szárnyas állatokon végzett transplantatiós kisérletei, úgyszintén klinikai tapasztalatai kapcsán azt ajánlja, hogy a csontcysta üregébe a csontátültetés előtt történjék meg, amikor is annak gyógyulása a fokozottabb csontregeneratio miatt gyorsabb, mint a csontosodás befejeződése után, a 24 éven túl.

383 operált sarkomás eset közül csak az utolsó 162-ről számol be részletesen, minthogy ezeken minden egyes esetben szövettani vizsgálat is megtörtént és a betegek műtét után ellenőrzés alatt állottak. Ezen 162 eset közül 14 ízben végeztek sarkoma miatt csontresectiót és a hiányt szabad csontátültetéssel pótolták, míg 148 esetben radicalis műtétet végeztek. A hosszú csöves csontokból kiinduló sarkomák közül műtét után 5 éven túl életbenmaradt, illetve gyógyultak száma 7.5%.

Kubányi E.: Két esetet mutat be, ahol az amputatio helye megválasztásának megkönnyítésére arteriographiát végzett. A beavatkozást alkalmasnak tartja kivételes esetekben a tumor nagyságának meghatározására, azon célból, hogy az amputatio az épben történhessen.

Gaál A.: A csontdaganatok kezelésében nagy általánosságban lényegtelen szerep jut a röntgensugárzásnak. Csupán kivételes esetekről tudunk, amelyekben eredményes volt a röntgenkezelés. Szerepe lehet ezenkívül a műtéti eljárással kapcsolatos műtét előtti-utáni, ú. n. *prophylactikus* besugárzások révén. Két röntgenkezelésre jól reagáló esetet mutat be, amelyek röntgenkezelését műtétre alkalmatlanságuk miatt *Verebély* professor indicálta. A betegek közül az egyik (histologia: epuloid jellegű sarkoma) 5 év elmultával is él és panaszmentes, a másik (histologia: malignus myeloma) 3 éve áll megfigyelés, illetőleg kezelés alatt. Jelenleg már szintén panaszmentes.

Rósa L.: *Therapiás és diagnostikus eljárások elektromos rövidhullámokkal, különös tekintettel a szívbetegségek vizsgálatára.* (Filmbemutatással.). A biologiai rövidhullámtudomány folytonos gazdagodást, fejlődést mutat. Szerző vizsgálatai vetettek fényt az elektromágneses, szórt terek hatalmas biológiai activitására. A kondenzátortér alkalmazását oly javallatokra korlátozza, amelyekben súlyt kell helyezni megfelelő és mélyreható átmelegítésre is. A szórt terek hőtermelő hatása elhanyagolható, a sugárzás intensitása a tér egységére vonatkoztatva csökken, viszont a tér nagyobb felületén szóródik szét. Javallataik a tulajdonképeni specifikus rövidhullámú javallatok, az acut és idült fellobbantható, vagy fellobbantandó lobok, kóros érszükületek következtében beálló keringési zavarok, angina pectoris, a vegetatív rendszer izgalmi állapotai, stb. A szórt terek activitása gyulladásos folyamatok fellobbantásában, rheumás, izom, ízületi és idegfájdalmak felerősítésében, hőemelkedésekben és lobos területek provocatiója során a vérsejtsüllyedés sebességének fokozódása formájában nyilvánul meg. Helytelenül alkalmazott kezelés, túl-

adagolás, beszürödések, beolvadásához, fokozott izzadmányképződéshez vezethet.

Fontos technikai fejlődés a rövidhullámú orvosásban az elektropyerexia, az elektromos úton történő lázkeltés mellyel a lázfolyamat bármikor megállítható és 10 perc alatt elmulasztható. Alkalmazását az idegrendszeri lues, a paralysis progressiva, az izületi rheumatismusnak helyi kezeléssel dacoló formái és az acut nyálkahártyagonorrhoea területén elért eredmények teszik jogosulttá. — A Lakhovsky-féle magasfeszültségü és centiméteres hullámhosszúságok előállítására szolgáló berendezésnek egy általa módosított a mikrohullámsávban is megfelelő energiát szolgáltató változatát mutatja be.

Diagnostikai célra olyképen értékesíthető, hogy neuritisek, vagy neuralgiák, általában beteg idegelemek, a rövidhullámú tér bizonyos energiája mellett azonnal zsibbadás, bizsergés, vagy fájdalom formájában mutatkoznak meg. — Úgy therapiás, mint diagnostikai célra alkalmazható adagoló készüléket mutat be, amely a potentiálkülönbséget méri.

A rövidhullámú tér diagnostikus alkalmazásának legközelebbi jövője a szív állapotának rövidhullámú vizsgálata. Az eljárás, a marconi-cardiographia lényege az, hogy valamely adókészülék rezgőkörében mindaddig állandó frequentájú rezgés történik, amíg a rezgést valami el nem hangolja. Ha a rezgőkör condensatorlemezei közé valamely, térfogatát rhythmikusan változtató test kerül, a rezgőkör frequentiája állandó és ugyancsak rhythmusos változás alá kerül. E változást capacitás-változások idézik elő, amelyek az anódáramot jelző müszeren rhythmusos kilengés formájában leolvashatók. E rhythmusos áramingadozásokat special is regisztráló berendezés vetíti fényképre. E berendezés lényegében katódsugárcsőből áll. Az eljárás klinikai szempontból vonható következtetések levonására csak a legszigorúbb controll mellett használható fel. Elméletben megvan a lehetősége annak, hogy az összehúzódások minőségéből a szívizom teljesítőképességének fokára következtetést vonjunk le. Arhythmiásan működő szív esetén az egyes szívösszehúzódások minősége és intensitása is érzékeltethető. Az orvosi gyakorlat számára a vizsgáló módszer akkor lesz érett, ha a görbealakulás minden fázisa pontos összhangba lesz hozható az egyéb klinikai és elektromos vizsgálati eljárásokkal.

Radnai P.: *Atzler* és *Lehmann* készülékével végzett felvételeket mutat be, amelyek *Rósa* „Marconigrammjai"-val úgy normalis, mint kóros körülmények között teljesen azonosak. *Rósa* tehát nem dolgozott ki új eljárást és új eszközt, hanem a már meglévő Atzler-féle dielektographiát alkalmazza lényegbe nem vágó módosításokkal. Az eljárás az orvosi gyakorlat céljaire teljesen alkalmatlan, mert nemcsak a szív telődéséről tájékoztat, hanem alak- és helyzetváltozásai is belejátszanak a nyert görbébe.

Teleki P.: Diagnostikus célt nem szolgálhat a vérsejtsüllyedés-sebesség változása. Ugyancsak nem használható diagnostikus értékünek az idegek reagálása bekapcsolt készülék közelében, amit hozzászóló sohasem észlelt. Az elektromágneses (antennás) és szórt mezejü (unipolaris) és a két lemez közötti condensátor-mező között sem hatásfokú, sem lényegi különbség nincs. Az 1 wattos készülék nem alkalmas adnexitis kezelésre és elfogadható *Wintz* prof. előadása, aki azóta ér el klinikáján eredményeket, mióta nagy teljesítménnyel dolgozik. Daganatok kedvezően nem befolyásolhatók ultrarövidhullámokkal, úgy hogy a malignus tumorok kezelése contraindikált ultrarövidhullámmal.

Rósa L.: Előadásában ismételten hangsúlyozta azt, hogy a rajzolt görbéket, mint typusokat az Atzler-féle elemzésben és csak azért mutatja be, mert a vetítés során saját felvételei kevésbbé jól láthatók és nehezebben vetíthetők voltak. — Az általa bevezetett újítás, a katodsugárcső alkalmazása annyiban lényeges, hogy jobb registrálást tesz lehetővé, éppigy újítás a felvevőkészülékben az is, hogy oly oscillatort (pl. duodioda cső) alkalmaz, mely *Atzler* eredeti kisérletei idején még nem is létezett. Az eljárás értékét az idő és a további kutatások fogják meghatározni.

A Lakhovszky-féle magasfeszültségü mikrohullámapparatussal elért eredményeket *de Cigna* professor, a Saint Louis, Calvaire kórházak és az Institut Physique Biologique is megerősítik, tehát az eredmények nem egyedülállók. Ami az elektromágneses és condensator-tér azonosságát illetné, physikai eszközökkel is, pl. potentiáldifferentia megállapításával könnyü a kettő közötti különbség kimutatása. Ha *Teleki* kétségbevonja a kisenergiájú elektromágneses terek biológiai activitását, ezt csak kisérleti úton és az eredmények utánvizsgálásával teheti meg. A fajlagos rövidhullámhatások mellett kellő számú bizonyíték sorakoztatható fel. Ismételten óvást emel acut lobokban a nagy adag alkalmazása ellen.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Otologiai Szakosztályának november 3-i ülése.

Barkó M.: *Késői meningitis otogen sepsis miatt végzett radicalis mütét után. Labyrinthektomia. Gyógyulás.* A radicalis mütéti üreg kihámosodása után három héttel, hirtelen ugyanazon oldalon facialis bénulás, majd leptomeningitis purulenta jelentkezett. A kikapcsolt labyrint megnyitása után gyógyulás. Bemutató hangoztatja a facialis-paralysisnek, mint a belső hallójáraton keresztül a koponyaür felé propagáló fertőzés tüneténck fontos diagnostikai jelentőségét.

Sz. Liebermann T.: A Goldberger-féle dupla binauraloskop segítségével kimutatható az endokranialis resonantia eltolódása, amely a leptomeningitis folytán állt elő.

Kepes P.: Nehezen képzelhető el, hogy egy serosus labyrinthitis mindjárt latens stadiumba menjen át. Előbb genyes labyrinthitisnek kellett bekövetkeznie. Mindenesetre a nystagmus viselkedéséből is következtetést lehet vonni a labyrinthitis egyes stadiumainak a megítélésére. A Weber-féle laterizálást a labyrinthus nélküli oldal felé úgy magyarázná, hogy a hangvilla rezgését, mint vibratiós mozgást a hallóideg-csonk átveheti.

Rejtő S.: Lehetetlennek tartja, hogy a halló ideg csonkja a koponyacsontok rezgéseit, ezeket az inadaequat ingereket percipiálja. A Weber-féle kisérlet lateralizálása is mindig subjectiv adat, s a Goldberger-féle binauralis otoskoppal sem tudjuk elensúlyozni.

Fleischmann L.: Az előadott esetben a labyrint-gyulladást nem inducált labyrinthitisnek, hanem latens labyrinthgenyedés acut exacerbatiójának tartja, mert inducált labyrinthitis azelőtt ép labyrinth serosus lobját jelentette, mely igen zajos kiesési tünetekkel (III. fokú nystagmus, hányás, szédülés, egyensúlyi zavarok) jár, míg a jelen esetben már ezt megelőzőleg sem volt vestibularis functio.

Pogány Ö.: A Weber lateralizálása ebben és az ehhez hasonló esetekben valószínüleg egy nem kellőleg tisztázott resonantia tünet. Vigyázni kell arra, hogy phantastikus következtetéseket ne fűzzünk az acusticus „csonk" functiójához. Ez minden mai anatomiai és physiologiai tudásunkkal ellenkezne.

Barkó M.: A genyes belső-fülgyulladás latensen következett be, a functio tehát csak lassanként szünt meg. Ennek tulajdonítható a subjectiv és objectiv tünetek elmosódott volta. A Weber-féle vizsgálat értékelését kizárólag gyakorlati szempontból óhajtottam érinteni.

Sz. Liebermann T.: *Belsőfül trauma érdekes esete.* 18 éves gyengén fejlett, rossz csontrendszerü nőbetegnek — létráról leesés következében — hajtü fúródott a promontoriumába. Kephalikus hányás, vérzés, mely azonban spontan megszünik. I. és II. fokú nystagmus. 3 napig 38 fokon alul maradó hőmérsékletek. Azon túl trypaflavin- és urocedan-kezelés mellett láztalan. A hányás a lab. megnyugvása és a nystagmus megnyugvása után sem szünt meg. Belgyógyászatilag azotaemiát vettek fel, mert meningealis tünetek hiányoztak, liquorlelet negativ volt. 3 hét mulva exitus. A boncoláskor a *túloldali* nyakszirttájon haematomát mutatott sinus sérülés következtében, mely részben organizálódott, részben új vérzésből állt. A sziklacsont haránt törése. Az eset mutatja, hogy individualisan kell eljárni, ha sablon szerint operált volna, semmit sem javít az eseten, de a haematoma meg nem békülésében és a hányás persistálásában az operatiót vészesnek lehetett volna tartani.

Krepuska I.: A labyrint töréses sérülései esetében sebészi feltárás megkisérlendő, nemcsak a genyes labyrinthitis és meningitis megelőzése, hanem rejtett vérzések és vérömlenyek sebészi ellátása céljából.

Révész B.: Kérdezi, hogy miért várt éppen 12 napig? Szintén a röntgenfelvétel elmulasztását kifogásolja.

Pogány Ö.: Ha röntgenvizsgálatot végeztek volna, talán kiderül a hátsó koponyacsont sérülése és ennek következtében beálló haematoma. Nem látom bizonyosnak, hogy ez esetben a halál oka a labyrinthus-sérülés volt.

Sz. Liebermann T.: Úgy véli, hogy a boncolás eredménye igazolja, hogy a passiv kezelés volt a helyes, mert ha operált volna, talán hibáztatná magát a *túloldali* haematoma előidézésében, vagy nyugalomba nem kerülésében. A labyrinthus felvésése semmi kedvező befolyással nem lehetett volna a lefolyásra. A szövettani vizsgálat bizton meg fogja erősíteni ezt a feltevését.

Kelemen Gy.: *Retrolabyrinthaer osteomyelitis foudroyans meningitissel.* Az 52 éves betegen acut mastoiditis miatt végzett trepanatiót sima gyógyulás követte. 22 nappal a műtét után hirtelen eszméletvesztés, hidegrázás, gennyel telt liquor és hasonló viharos tünetek közepette csakhamar letalis kimenetel következik. A boncolás acut purulens leptomeningitist mutat, a sziklacsont metszetsorozata pedig azt, hogy epitympanalisan genyes nekrosisos gyulladás jelentkezett, mely a tegmencellákon át több helyütt eléri a durát; mégsem itt történt az áttörés, hanem úgy, hogy a tegmen celláin át a folyamat a csiga feletti cellák felé tartott és így érkezett a pneumatizációtól teljesen mentes pyramiscsúcsba. Itt a corticalis alatt tályog képződött, mely annak sequestrálása után a dura alatt tovaterjedt, lateralis irányban visszafelé, a saccus endolymphatikust is magába zárva. Ebből a tályogból, mely tehát a pyramiscsúcs csontjában eredve vált extraduralissá, indult ki azután az agyburkok fertőződése.

Krepuska G.: Felszólaló a bemutatott eset szövettani bemutatása alapján helyesebb lett volna, ha „Otitis media suppurativa chronica és osteomyelitis parabyrinthica"-nak nevezi bemutatását, mert a metszeteken jól látható a dobüreg nyálkahártyájának igen kifejezett lobos állapotban megvastagodása, vérbő, sőt szabad izzadmány is látható és a sziklacsont perilabyrinth csontja több helyen át van szőve lobos gócokkal.

Kelemen Gy.: A dobüregben és a környezet légtartó celláiban két jól elkülönböztethető folyamat látszik: régi gyulladás, mely kötőszövetes szervült productumokat hagyott és az új, haemorrhagiás-nekrosisos, ez terjedt a sziklacsont légtartó üregeket nélkülöző csúcsába és okozta a végzetes osteomyelitist.

Rejtő S.: *Otogen kisagyi tályog operált és gyógyult esete.* Bemutató a 16 éves leánybetegen az előző kétoldali radicalis műtét után baloldali labyrinthektomiát végzett s a hátsó agygödör tályogát szélesen feltárta. Sima gyógyulás.

A Magyar Röntgen Társaság november 4-i ülése.

Weisz M.: *Kóros elváltozást utánzó mellüreg felvételek.* Az orrmelléküregek csak több, különböző typusu, egymást kiegészítő röntgenfelvétel alapján ítélhetők meg. Az orrmelléküregek vizsgálatához nagyon gyakran elkészítendő occipito-frontalis, Schüller-typusú felvétel már kifogástalan beállítási pontosság, vagy koponya assymetria következtében téves adatokat szolgáltathat a sinus maxillarisokra és a rostasejtekre vonatkozólag. A beállítás pontossága praktikusan megítélhető a dens epistrophei helyzetének figyelembevételével. Ha a dens epistrophei a mediansíktól (a septum nasi basisának a meghosszabbításától (deviál, akkor a deviatio irányába eső sinus maxillaris és az ellentétes oldali rostasejtek egy része árnyékoltnak látszik.

Boris A.: 2 esetet mutat be az előadottak illustrálására. Az első esetben egy molaris fog projectiója vetül a sinus maxillarisba, mely teljes árnyékoltságot okoz és csak a frontalis irányú felvételen volt kivetíthető. A második eset a homloküreg áthajlásában — egyébként nem ritkán észlelhető — árnyékszaporulat, mely jelen esetben osteotomának bizonyult, de néha csak a válaszfal kiszélesedése utján keletkezik.

Vidor J.: A beállítás pontosságára a kétoldali mandibulaszár proc. coronoid.-nak symmetriája eléggé megbízható tényező annál is inkább, mivel a septum maga is gyakran erősen deviál.

Holitsch R.: Az occipit.-front irányú beállításakor az orr-gyökre támaszkodás kellemetlen és a beteg akaratlanul is assymetriásan helyezi el a fejét. Ismerteti ennek eliminálására alkalmas eszközt.

Weisz M. Hangsúlyozza, hogy a septum deviatióban a basis nem vesz részt.

Engel S.: *Maxillaris cysta.* 47 éves férfin 3 év előtt radicularis cysta műtét. Féléve újból növekszik bal maxillája. Tojásnyi homogen árnyék a bal maxillában, mely a Highmor kétharmad alsó részét kitölti és a facies felszint usurálja. Az orbitalis felszint az árnyék felső éles és domború széle el nem éri. Műtét: follicularis cysta, cholestearin törmelékkel, teljesen eltávolítható. A régebbi cysta és a jelenlegi között biztos összefüggés meg nem állapítható.

Pesti L.: A bemutatott cysta műtétje alkalmával a maxilla facies falát az állcsontüregbe behorpasztott, nagyrészt usurált csontlemez alakjában találta, amely a Highmorban néha látható csontos sövényt utánzott. Az egészben kifejtett cystazsák malignitásra még gyanus sem volt. Extrasinularis (praemaxillaris) elhelyezkedésénél fogva, follicularis eredetünek kell minősíteni, amely a 2 évvel előbb kiirtott radicularis cysta mellett coincidentaliter is fejlődhetett.

Gmelin O.: Az aetiologiára vonatkozólag megjegyzi, hogy a betegen 3 év előtt radicularis cysta műtétet végzett. Ezt nem tartja összefüggőnek jelen cystájával, mert sipoly nélkül gyógyult és három évig tünetmentes volt. Ezen cystát follicularisnak tartja. Rámutat a többirányú koponya felvételek szükségességére cysta gyanu esetén.

Wald B.: *A normalis tüdőrajzolat variánsai.* A normalis és kóros tüdőrajzolat közötti határ csak akkor állapítható meg, ha a tüdőrajzolat kóros elváltozásai mellett a normalis variánsokat is felismerjük. A rajzolat variánsait a tüdőerek anatomiai varietásai okozhatják. Ezenkívül más tényezők is szerepet játszanak, melyek szerepe gyakorlatilag fontosabb, mint az anatomiai varietásoké. Első helyen a képkészítés technikai feltételeinek befolyását tárgyalja. Ezek a feltételek az élességre és contrastgazdagságra gyakorolt hatásuk folytán határozzák meg a rajzolat sürüségét. A technikai tényezők tárgyalásából azt a következtetést vonja le, hogy a tüdőrajzolat sürüsége helyes elvek szerint exponált képen attól függ, hogy milyen tecnikai felszerelés áll rendelkezésünkre. Rámutat arra, hogy a mellkasfal vastagságának is befolyása van a látható tüdőrajzolatra. Majd áttér a légzési phasisnak a tüdőrajzolat képére gyakorolt befolyására és megállapítja, hogy a légzési phasis a felső és alsó részekben ellentétesen befolyásolja a rajzolat sürüségét. E jelenség okát a légzési mechanismus sajátosságára vezeti vissza. Tárgyalja a beteg alkata és a rajzolat sürüsége közötti összefüggést és rámutat arra, hogy a piknikus alkatú egyének az átlagosnál sürübb, az asthenikusnak az átlagosnál ritkább a tüdőrajzolata. Foglalkozik a vizsgált egyén kora és a rajzolat sürüsége közötti összefüggéssel. A gyermekekben sürübb a rajzolat és az érágak viszonylagosan vastagabbak. E sajátságnak okát részben a gyermeki mellkas alkatában, részben pedig a tüdő érrendszerének a tüdőnél viszonylagosan fejlettebb voltában látja. Az öregebb emberek rajzolata is sürübb és az érágak itt is vastagabbak. Ennek magyarázatát a senilis emphysemában és a tüdőerek diffus sklerosisában találja meg.

Polgár F.: *Hasi perforatio.* Heveny, lázas megbetegedésben szenvedő beteget centralis pneumonia gyanujával küldtek röntgenvizsgálatra. Ha hasi tünetek teljesen hiányoztak, az egyéb vizsgálati leletek is negativak voltak. A röntgenkép a máj és rekesz közt levegősávot mutatott, mely tünetből vékonybél fekély tünetmentes átfuródására, tehát typhus abdominalisra kellett következtetni. A bakteriologiai lelet 3 nap múlva beigazolta a röntgenologiai typhuskórismét.

Diagnostikai tévedés coxitis esetében. 7 é. leánykában az acetabulum felett kb. diónyi carieses góc látható kis sequesterrel. 5 hónappal előbb készült felvétel negativnak minősíttetett, holott a későbbivel összehasonlítva jól látni az acetabulum tetejének decalcinatióját és egy vékony atrophiás zónát e felett, míg a combfejecs eltérést nem mutatott.

Fogel M.: *Praepyloricus elváltozások és ezek megítélésében felmerülő nehézségek.* A pars praepyloricán kóros elváltozások röntgennel is nehezen ítélhetők meg. Leggyakoribb a fekély és a rák. Ezek egymástól sokszor nem differenciálhatók el, különösen a szükületeet okozó esetekben. Az esetek egy részében biztos diagnosist csak a szövettani lelet ad.

Friedrich L.: Saját gyakorlata és tapasztalatai alapján is megerősítheti előadó kartársnő azon megállapítását, hogy a praepyloricus elváltozások megítélése a röntgendiagnostika legnehezebb feladatai közé tartozik. Felhívja a figyelmet arra, hogy kétes esetekben a gastroskopia tehet jó szolgálatot.

Bársony T.: Utóbbi időben a gastroskopiát hasonló esetekben, valamint a leleteik ellenőrzése céljából is igénybe vették, de nem jutottak vele lényegesen előbbre.

Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztályának november 8-i ülése.

Kubányi E.: *Esetek a rádiumsebészet köréből.* A budapesti Eötvös Loránd Rádium- és Röntgenintézet ma még nincs abban a helyzetben, hogy a kötelező 5 év távlatából bírálhassa felül adatait. Előadó hangsúlyozza, hogy rádiumsebészeti bemutatásaival azon irányelveket kívánja röviden vázolni, amelyeket ezen speciális intézetben követnek. A rák sebészi gyógyítása és a sugártherapia határkérdései tudományunk állandóan fejlődésben lévő kérdése, amely előrelátható még évtizedek mulva sem fog teljesen nyugvópontra

jutni. Az elsőleges sebészi beavatkozás, vagy az előbesugárzás javallatának megválasztása, a rádium-moulage, tűzdelés és protrahált röntgen-therapia esetről-esetre kiszemelése fix tervek szerint történik. Az Eötvös Lóránd rádiumkórház amikor megnyitotta kapuit, egységes programmot dolgozott ki, amelyhez híven ragaszkodik. A rádium-sebészet ezen legfontosabb célkitüzéseinek vázolása volt az előadás célja.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztályának november 9-i ülése.

Bemutatás:

Kepes P.: *Szokatlan nagy kiterjedésü, a középső orrkagylóból kiinduló, műtéttel eltávolított papilloma durum.* A papilloma durum anatomiailag jóindulatú hámdaganat, de klinikailag a felső légutakban nem tartható annak, mert folytonos növekedésével a környezetére általmas lehet, ezenkívül rosszindulatúlag elfajulhat. A bemutatott kemény, papillomás daganat, a középső orrkagylóból indult ki. 42 éves férfi jobb orrfelét teljesen kitöltötte a szükés-vörös daganattömeg. A próbaexcisio papilloma durumot mutatott. Attól tartott hogy a daganatnak rákosan elfajult része is van, ezért a legradicalisabb műtéti eljárást alkalmazta. A daganat rendkívül vérzékeny volta miatt előzetes carotis ext. lekötés után *Denker* szerint tárta fel a daganatot. A Highmore-öböl medialis falát bedomborította a daganat, az öbölben geny volt. A medialis sinus fal elvételekor vált áttekinthetővé a daganat, amely elől a vestibulum natis, hátul a choanat kitöltötte. Ekkor volt megállapítható, hogy a daganat a középső kagylóból indult ki. Sikerült teljesen kiirtani, a beteg gyógyult. — Évekkel ezelőtt észlelt hasonló esetet, hol több próbakimetszés papilloma durumot mutatott, a daganat növekedése miatt előzetes carotis ext. lekötés után ugyancsak *Denker* szerint irtotta ki a tumort. Kitünt, hogy a daganatban rákosan elfajult részek is vannak. A betegen recidiva nem mutatkozott, öt évvel a műtét után nephritisben halt meg.

Zoltán I.: Az orrban jellemző szövettani képet adó papillomák annyira különbözőek klinikai megjelenésükben (solid, növekedésükben destructiv tumorok, multiplex, karfiolszerü tumorok, verrucák), hogy nem lehet őket egységes daganatnak felfogni. Ezért a daganat meghatározásában annak szövettani structurája nem elegendő. Papillaris burjánzások igen gyakoriak egy mélyben növekedő rák külső részeiben, ezért, ha a próbakimetszés alkalmával csak ilyen felületes részletek kerülnek vizsgálatra, a lelet megtévesztheti a klinikust.

Liebermann T.: Ajánlja hasonló esetben az elektromos kés használatát, mely szükségtelenné teszi az előzetes érlekötést és a kiujulás valószínüségét is csökkenti.

Kepes P.: ad. *Zoltán.* A mai pathologusok megkülönböztetnek kemény- és lágy papillomát a felső légutakban is. Hozzászóló a régebbi pathologusok álláspontját fogadja el, akik nem tartottnák szükségesnek a külön papilloma elnevezést. — ad. *Liebermann:* Elismeri az elektromos kés használatának előnyeit, de az ezzel történő operálásnak rajta kivülálló akadályai voltak és szívesebben alkalmazta az általa már elsajátitott technikát.

Safranek J.: *Diónyi chondroma laryngis laryngofissióval operált esete.* A bemutatott jókora diónyi daganat 52 éves férfi pajzsporca bal lemezének belfelületén kb. 3 év óta lassanként növekedett s a hangképzésnek, légzésnek és nyelésnek mindinkább fokozódó zavarával járt. A laryngofissio útján submucosusan egészében kiirtott tumor tiszta porcdaganatnak bizonyult. Az ily esetek ritkák. Az *Alexander* által az irodalomból összegyüjtött 29 eset közül csupán 7 volt tiszta chondroma, a többi részben vegyes daganat (chondrosarkoma), részben ekchondrosis (lobos eredetü porcburjánzás) és enchondroma (nem porcszövetes anyatalajból fejlődött heteroplastikus daganat) volt. A bemutatott esetben a tumor eltávolítása eljes sikerrel jár s a gyógyulás müködészavar nélkül kövekezett be.

Lénárt Z.: A daganat nagyságából arra következtet, hogy az thyreotomiával eltávolítható lett volna. A laryngofissio behatóbb mütét, mert a gyürüporc támasztja meg a pajzsporcot és átvágása a későbbi gégefunctióra gyakorol befolyást.

Zoltán I.: Az orr-, gége- és fülklinika anyagában 2 gégechondromát észletek, a betegek más okból nem kerülhettek mütétre. Egy chondrosarkomát is észleltek, utóbbi mütéttel gyógyult.

Safranek J.: A jókora diónyi porcdaganathoz csupán a pajzsporc átmetszésével, vagyis thyreotomiával kellőképpen hozzáférni s azt ilymódon extirpálni nem lehetett, hanem a gyürüporc átmetszése is szükségessé vált a daganatot tehát valóban laryngofissio útján távolította el.

Előadások:

Safranek J.: *Halálos szövődményü tonsillektomia-esetek.* Tonsillektomia után Uj Szent János kórházi osztályán 1926-tól ez év július haváig operált közel 9000 esetben a mütéttel kapcsolatos halálos szövődményt egyet sem észleltek. Julius végén távollétében az osztály másodorvosai által 3 egymásután következő napon operált 16 beteg közül 1 orrsövényresectiós betegen erysipeloid, 5 tonsillektomizált betegen pedig magas láz kiséretében a mütéti sebfelületen diphtheriához hasonló lepedék, a környezet lobos duzzanata s a nyaki nyirok-csomók beszürődése mutatkozott. Ezek közül 3 betegen súlyos peritonsillaris és parapharyngealis phlegmone keletkezett. Széles külső feltárás, chemotherapia (prontosil, stb.), antistreptococcus-serum stb. alkalmazása ellenére 2 betegen a mütéti seb környéke elüszkösödött s az egyiken kétoldalt, a másikon egyoldalt galambtojásnyi szétesés jeletkezett és a mütétet követő 8., ill. 9. napon az oldalsó garattájék verőereinek felmaródása folytán hirtelen keletkezett heves vérzés a vér aspiratiója folytán halálos kimenetelü volt. A 3. phlegmones betegen a folyamat több heti kezelés után meggyógyult, de ezen a betegen is csak úgy, mint a többi tonsillektomizált betegen, a lágyszájpad súlyos bénulása mutatkozott. A tonsillaris sebfelületet borító lepedék a mütét utáni 10—12. napon leválott,de a lágyszájpad bénulása több mint 6 hétig tartott, s faradisálásra csak lassacskán fejlődött vissza. Az ismételt bakteriologiai vizsgálat diphtheriára mindenkor negativ volt. A felkent készitményekben legnagyobbrészt pneumococcusok, spirillumok és fusiformis bacillusok, majd főként streptococcusok találtattak és streptococcus capsulatus tenyészett ki. A phlegmones szövetekből nyert genyből streptococcus pyogenes tenyészett ki, a vérből bakteriumok cultura'is kimutatása nem sikerült, az ismételten vizsgált qualitativ vérkép kisebb-nagyobb fokú balratolódást mutatott, agranulocytosisra, lymphoidsejtes anginára, leukaemiára, vagy más hasonló bántalomra támpontot nem nyujtott. A szövődmények okának keresésekor az a gyanú is felmerült, hogy az érzéstelenitő oldatban lehetett bakteriologiai, vagy vegyi ártalom, vagy mindkettő. A neotonocain-oldat megmaradt és lefoglalt részének és az elkészitéséhez használt anyagoknak tüzetes bakteriologiai és vegyészeti hivatalos vizsgálata e feltevést megdöntötte. A már sokszor tonsillektomiát végzett, gyakorlott mütőknél az infiltratiós érzéstelenités technikájában *sorozatos* hibát nem lehet feltételezni, ugyanigy az aseptikus óvszabályok elhanyagolását sem. Az előadóban, valamint a consiliumba hivott szakorvosokban az a meggyőződés alakult ki, hogy az operált betegeknek valamely kórnemző bakteriumokat terjesztő betegtársuk által történt *másodlagos fertőzéséről* volt szó. Különösen egy diphtheria-gyanus betegre terelődött a gyanú, akin ugyan az ismételt bakteriologiai vizsgálat diphtheriára negativ volt, s Plaut—Vincent-anginára jellegzetes eredményt adott, utóbb azonban ezen a betegen is lágyszájpad-bénulás mutatkozott. Ezenkívül több súlyos, genykeltők okozta betegségben szenvedő beteg (peritonsillaris phlegmone, angina Ludovici, stb), volt ápolás alatt, kiknek szigorú izolálása az osztály zsufoltsága miatt nem volt lehetséges. Az irodalmi adatok szerint tonsillektomia után septikus szövődmények (nyaki phlegmone, mediastinitis, sepsis) jóval gyakoribbak, mint általában hiszik. *Claus* csupán 2 év alatt 11, ezek közül 9 halálos esetet gyüjtött össze. Tonsillektomia után diphtheriás fertőzések is ismeretesek, ez esetben többnyire bacillushordozókról volt szó. Tömeges kórházi fertőzések is előfordultak. Súlyosan elitéli, hogy az esetekkel a napilapok egy része sensatiót hajhászó módon foglalkozott. Nagyon sajnálja, hogy egyes kartársak is nyilatkoztak erről a napilapokban. E kartársak megfeledkeztek az orvosi rendtartás ama cardinalis pontjáról, mely szerint *orvosi szakkérdések megvitatása napilapokban tilos!*

Pollatschek E.: A szakosztály nevében hálásan köszöni a rendkívül érdekes és tanulságos előadást. A vitát a következő ülésre halasztja, de már most kijelenti, hogy a hirlapi cikkekre és nyilatkozatokra mondottakkal a szakosztály azonosítja magát az előadóval.

A Budapesti Orvosi Kamara nyilatkozata az ingyenrendelések ügyében.

A Budapesti Orvosi Kamara választmánya hónapokig tartó tárgyalások és alapos megvitatás után az ingyenrendelő intézmények működésének szabályozására rendelettervezetet készített és azt az október 24-iki képviseleti közgyülés egyhangú határozata alapján, mint javaslatot a m. kir. Belügyminiszter Urhoz felterjesztette. A javaslatnak egyes rendelkezéseit az elnökség a közgyülés utasítására minthogy azok élő jogszabályokon alapszanak, életbeléptette.

A Kamara e határozataival kapcsolatban nyilatkozatok jelentek meg a napi sajtóban, melyek a nagyközönség körében félreértésre és nyugtalanságra adhatnak okot. A rendelkezések helyes értelmezése és a nyilvánosság tájékoztatása céljából a Budapesti Orvosi Kamara elnöksége az alábbiakat közli:

A Kamara a határozatokat a köz érdekében, valamint az orvosok erkölcsi és gazdasági érdekeinek védelmében hozta. A köz érdekében ugyanis úgy erkölcsi, mint anyagi szempontból azt követeli, hogy a közpénzekből (társadalmi, egyházi, községi, városi, állami támogatás) fenntartott intézmények ingyenes orvosi szolgáltatásait csakis az arra tényleg rászorult hatósági szegénységi bizonyitvánnyal igazolt szegények vehessék igénybe. A rendelkezések, tehát nem irányulnak a valóban szegény betegek ellen, hanem épen ellenkezőleg azok érdekeit védik. Mivel pedig elvitathatatlan, hogy a hatóságilag igazolt szegényektől anyagi ellenszolgáltatást szedni nem méltányos, ezért a szegény betegek érdekében való az erre vonatkozó rendelkezés is. A kibocsátott rendelkezések természetesen nem vonatkoznak az életveszély esetén nyujtandó első segélyre.

A Kamarának az az intézkedése pedig, hogy ingyenrendeléssel kapcsolatban dijazott magánrendelés nem folytatható, az 1936:I. tc.-ben foglaltatik.

A Budapesti Orvosi Kamara kibocsájtott rendelkezése tulajdonképen az orvosi kar régi kivánságának megvalósítását jelenti. Hasonló értelmü határozatokat már az Országos Orvos Szövetség kongresszusain hoztak és azoknak számos ingyenrendelő a határozatok kifüggesztése mellett érvényt szerezni igyekezett. Annál kevésbbé érthetők az ingyenrendelők orvosainak aggályai a Kamara azonnali hatályú rendelkezéseivel szemben, mert amint a vezető orvosoktól hónapokkal előbb bekért jelentésből kitünik, az ingyenrendelők túlnyomó része eddig is hatósági szegénységi bizonyitványt követelt a betegektől.

Az ingyenrendelések működésének szabályozásánál a Budapesti Kamarának a fővárosi orvosok egyetemes érdekeit kellett szem előtt tartania, mert a magángyakorlat csaknem teljes megszünéséhez vezetett az a körülmény, hogy a fizetőképes betegek egyik része a túlméretezett betegbiztosításban és a magánbetegbiztosító intézményben nyer filléres dijak ellenében orvosi ellátást, másik része pedig az ingyenes rendeléseken igyekszik az orvosi dijazás elől menekülni. E helyzet megjavításához csak az első lépést tette meg tehát a Kamara e rendelkezések kibocsájtásával, melyet természetesen a magánbetegbiztosítás területén is folytatni kiván. A sociális biztosítás terén teendő reformjavaslatokkal pedig szintén foglalkozik a Kamara.

Az 1936:I. t. c. a kamarák feladatkörét félreérthetetlenül megszabja. A törvény rendelkezései szerint ugyanis a kerületi kamarák feladata, hogy saját területükön az orvosok erkölcsi és anyagi érdekeit a közérdekkel összhangban érvényesitsék, valamint, hogy közegészségügyi, valamint orvoskari kérdésekben állást foglaljanak. Ennek a törvényben előirt feladatnak kötelességszerüen tett eleget a Budapesti Orvosi Kamara, amikor a maga autonom hatáskörében a főváros orvosaira vonatkozóan e rendelkezéseket kibocsájtotta.

VEGYES HIREK

Személyi hirek: A braziliai sebészek egyesülete *Adám Lajos* professort tiszteletbeli tagjává választotta. — *Frigyesi József* professort a Societe Francaise de Gynaecologie levelező tagjává választotta. — A vallás- és közoktatásügyi miniszter *vitéz Borsos László dr.* kórházi főorvos, *Jakab Mihály dr.* egyet. tanársegéd, *Lumniczer Sándor dr.* egyet. tanársegéd, *Németh László dr.* honv. főorvos, *Prochnow Ferenc dr.* egyet. tanársegéd, *Geldrich János dr.* egyet. tanársegéd, *Hermann János dr.* egyet. tanársegéd és *Gaál And ás dr.* egyet. tanársegédnek a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetemen magántanárrá történt képesitését tudomásul vette s őket e minőségükben megerősítette.

A finn „Duodecim" Társaság *Grósz Emil, Orsós Ferenc* és *Szent-Györgyi Albert* professorokot tiszteletbeli tagjaivá választotta. A Duodecim Társaságnak, melyet 12 finn orvos alapitott most már 1000-nél több tagja van, a következő folyóiratokat adja ki: Duodecim, Terveydenhoitolehti, Acta Duodecim, Medicina Fennica. A Társaság célja, hogy az ország orvosi tudományát, a beteg-gyógyitást és közegészségügyet előmozditsa.

Pályázat a pécsi egyetem orvos-physikai tanszékére. A vallás- és közoktatásügyi miniszter a pécsi Erzsébet Tudományegyetem orvostudományi karán üresedésben lévő orvos-physikai tanszékre nyilvános pályázatot hirdet. A pályázni óhajtók kérvényeiket, amennyiben jelenleg is állami alkalmazásban vannak, előljáró hatóságuk útján, ellenkező esetben közvetlenül a pécsi Erzsébet Tudományegyetem orvostudományi karának dékáni hivatalában 1937. december 31-ig nyujtsák be.

Adriatica Tengerhajózási R.T.

expressz- és postajáratok hetenként

Triest-ből és **Velencé**-ből

Dalmácia
Albánia
Görögország
Törökország
Egyptom
Palesztina
Szíria
Rhodos
Fekete tengerre

Felvilágositás és prospektus

Adriatica Tengerhajózási R. T.

magyarországi fióktelepe

VII., Thököly-út 2. IV., Váci-utca 4

A Magyar Gyermekorvosok Társasága Igazgató Tanácsa az 1938. évi nagygyülésre 2 referáló kérdést tűzött ki. 1. A csecsemőkori táplálkozási zavarok diaetás kezelésének mai állásáról. — 2. A csecsemő- és gyermekkori allergiás betegségek. Az első kérdés referenséül *Hainiss Elemér* ny. r. tanárt; a második kérdés referenséül *Lukács József* egyet. magántanárt kérte fel.

A Budapesti Orvosi Kamara nov. 28-án tartott rendkívüli közgyülésén megvitatták *Sarudy Ottó* illetménytervezetét, amely szerint a magánkórházak és sanatoriumok orvosainak díjazása megegyezik a fővárosi kórházak orvosainak a fizetésével, az ingyenrendelőkben pedig az OTI-rendelőorvosok fizetése szerint alakul a díjazás, a végzett munkaóráknak megfelelően.

Bakay Lajos professzor elnöki megnyitójában bejelentette, hogy az országos kamara választmányi ülése a tervezetet tárgyalás alapjául elfogadta. Több felszólalás után a közgyülés egyhangú határozattal elfogadta a választmány három pontba foglalt javaslatát. A javaslat első pontja szerint az orvosi munkát magángyakorlatnak kell tekinteni az olyan intézetekben, ahol az orvosok helyhez kötött tevékenységet fejtenek ki. Az orvosok ezt a tevékenységet csak akkor végezhetik, ha az intézet a Budapesti Orvosi Kamarával keretszerződést kötött. A javaslat második pontja szerint a Budapesti Orvosi Kamara felhatalmazza az elnökséget és a választmányt, hogy a keretszerződésre vonatkozó tárgyalásokat kezdeményezze és azok eredményeit tárja a közgyülés elé. A harmadik pont a kereszteződések zsinórmértékéül elfogadja a Sarudy-féle javaslatot.

A javaslatok elfogadása után *Gyertyámossy János* kamarai főtitkár ismertette a Biztosítási Intézeti Orvosok Egyesületének beadványát a biztosítási orvosi viszgálatok díjazására vonatkozóan. A tervezet szerint a díjakat az intézeti orvosok szövetségének a Budapesti Orvosi Kamarával megkötendő együttes megállapodása szabályozza. A tervezetet a jövőben ismételten tárgyalni fogja a közgyülés.

Az újjáépített Rudas gyógyfürdő és gyógyszálló megnyilt. Juventus rádiumos fürdők. Törökfürdő hét különböző hőfokú medencével. Elektrotherapia. Massage. Ivókúrák az Attila, Hungária és Juventus gyógyforrások vizeivel. A legtökéletesebb kényelemmel berendezett gyógyszálló. Diaetás konyha. Napi ellátási rendszer.

Felvilágosítást nyujt a gyógyfürdő vezetősége, Budapest, I., Döbrentei tér 9.

Koszorúmegváltás. *Buday Kálmán* professzor elhunyta alkalmával *Balla Pál* ny. h. államtitkár koszorúmegváltás címén adományt juttatott az Orvostanhallgatók Segítő Egyesületének, melyért az elnökség ezúton is hálás köszönetét fejezik ki.

Orvosdoktorrá avattattak a pécsi Tudományegyetemen november 24-én: *Robicsek Elza, Beleznai József, Varga Horgosi Ferenc.* — A budapesti Tudományegyetemen november 27-én: *Coundet Alfréd Olivér, Egán Győző, K. Kotona János Gyula, Migály László.* Üdvözöljük az új Kartársakat!

Lapunk mai számához Vajna József gyógyszerészeti laboratoriuma Budapest, *Tinct. Ferri Athenstaedt-*, stb.-ről szóló ismertetését csatoltuk.

Helyreigazítás: *Lehoczky Tibor* Aktedron-ról szóló közleményében (O. H. 46. sz.) a tabletta, illetve injectiók hatóanyaga 0.10 mg-nak, illetve 0.20 mg-nak van jelezve. Helyesen 10 mg., illetve 20 mg.

HETIREND

December 6-án este 7 órakor: a Budapeti Orvosi Kör ülése. *Lehoczky Tibor:* A klimakterium idegorvosi vonatkozásai.

December 7-én d. u. 6 órakor: a Magyar Gyermekorvosok Társasága ülése. (Gyermekklinika tantermében). *Romhányi József:* Veleszületett szívbajhoz csatlakozó agyembolia; *Wolf Margit:* Purpura teleangiektodes annularis Majocchi; *ifj. Szlávik Ferenc:* Érdekesebb masto ditis csecsemőn; *Vahl Vera:* Veleszületett femurdefectus; *Wollek Béla:* Insulin okozta helyi lipomatosis; *Kiss Pál:* Diphtheria után állandósult szívblokk.

December 7-én este ¾7 órakor: a Budapesti Orvosi Kaszinó ülése. *Lichtenberg Sándor:* A rendszerpathologiai megítélés jelentősége az urologiai diagnostikában és therapiában.

December 8-án: a Közkórházi Orvostársulat ülése. (Rókus-kórház). Előadások: *Spirkó Pál:* Az epekő és mütéti indicatiói; *Csiky-Strauss Árpád:* Új gyógymód a sebészi tuberculosis kezelésére.

December 9-én este 7 órakor: a Magyar Röntgen Társaság ülése: Bemutatás: *Boris A.:* Ismeretlen eredetű meszes falú árnyék a mellkasban. — *Wald B.:* A hiatus aesophagei viselkedése kardiospasmusok esetében. — Előadás: *S. Kreuzfuchs* (Wien) m. v.: Die arteria pulmonalis in Constitution und Pathologie.

December 10-én d. u. 6 órakor: a Budapesti Kir. Orvosegyesület ülése. Bemutatások: *Elischer Ernő:* Basedow-esetek; *Lobmayer Géza:* Az infravörös fényképek jelentősége a sebészetben; *Matolay György:* Sympathicus ganglion operált esetei. — Előadások: *Neuber Ede:* A skleroma serologiája és fajlagos kezelése, különös tekintettel újabb kutatásokra. Ezen napirend változást szenvedhet.

SEDYLETTA
tabletta
Szabadon rendelhető:
O.T.I. – M.A.B.I. – M.Á.V.
PODMANITZKY GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VI., Podmanitzky-u. 69



„Műhibának tartom, . . .
ha a modern sebkezelésnél nem alkalmazzák az ultraviolett-besugárzást, illetve a kombinált kezelést kvarc- és Sollux-lámpával, mert ez az ideális kezelési mód."
(Dr. Bach, Medizinische Welt, 1935., 7.)
Vigyázzunk, csak eredeti hanaui lámpát!
Kapható a szaküzletekben.
A »Therapeutische Leistung der künstlichen Höhensonne« című értékes szakkönyvecskét kívánatra díjmentesen megküldjük.
SIEMENS, kvarclámpa-osztály
Budapest, VI., Nagymező-utca 4.
Telefon: 124—396.
KÜNSTLICHE HOHENSONNE ORIGINAL HANAU

668—1937. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

Az Országos Tüdőbeteg Sanatorium Egyesület pályázatot hirdet a gyulai József Sanatoriumban megüresedett *orvos-gyakornoki* állásra.

Javadalmazása természetbeni lakás, első oszt. élelmezéssel kapcsolatos teljes ellátás és havonként 60.— pengő fizetés.

A pályázni kívánó nőtlen, vagy hajadon orvosdoktorokat felhívom, hogy báró *Láng Boldizsár* m. kir. titkos tanácsos, egyesületi elnök úr őexcellentiájához címzett kérvényüket, alulírotthoz, Gyulán, a József Sanatoriumba, *f. é. december 20-ig* nyujtsák be, illetve küldjék el.

A kérvényhez eredetiben, vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni: *a)* születési anyakönyvi kivonatot; *b)* hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyítványt; *c)* magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt; *d)* az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; *e)* egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét, szolgálati bizonyítványokat; *f)* rövid életleirást (corriculum vitae).

Gyula, 1937. november 24.

Gáli Géza dr.
a József-Sanatorium igazgató-főorvosa.

Kimutatás az 1937 XI 1.-től 20 ig Magyarországon bejelentett heveny fertőző megbetegedésekről (Mb) és halálesetekről (Mt)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphteria.		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. Abauj-Torna	93.667	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4	—	1	—	—
2. Bács-Bodrog	113.347	4	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Baranya	251.659	17	1	2	1	6	—	16	—	—	—	—	—	8	1	2	—	—
4. Békés	336.592	9	4	1	1	19	1	2	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
5. Bihar	181.105	6	—	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.330	12	2	9	2	1	1	3	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
7. Csanád, Arad-, Torontál	174.760	1	—	1	—	6	—	7	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
8. Csongrád	148.200	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
9. Fejér	231.483	10	2	6	—	6	1	8	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.820	4	—	—	—	3	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11. Hajdu	181.283	4	1	2	—	6	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12. Heves	323.191	21	6	2	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	421.741	9	2	—	1	11	2	11	—	—	—	—	—	14	1	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	182.450	3	—	—	—	2	—	9	—	—	—	—	—	15	1	—	—	—
15. Nográd és Hont	229.215	8	1	2	—	6	—	2	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,454.326	35	2	10	1	41	2	91	—	—	—	—	—	178	2	—	—	—
17. Somogy	390.100	8	1	—	—	11	1	14	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—
18. Sopron	142.743	2	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	419.707	43	4	4	—	3	—	2	—	1	—	—	—	35	—	1	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	158.013	7	1	3	—	2	1	—	—	—	—	—	—	1	2	1	—	—
21. Tolna	266.405	7	1	2	2	9	1	24	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
22. Vas	273.097	2	—	—	—	7	—	9	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
23. Veszprém	247.787	7	2	3	1	5	—	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
24. Zala	368.903	—	—	—	—	2	1	13	—	—	—	—	—	1	—	8	—	—
25. Zemplén	149.524	5	—	2	—	2	—	1	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—
I. Baja	30.238	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1,043.459	6	1	6	1	55	1	109	—	—	—	—	—	73	—	—	—	—
III. Debrecen	124.128	7	4	2	—	6	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—
IV Győr	50.872	1	—	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.429	—	—	—	—	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.735	1	—	3	1	2	1	8	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
VII. Miskolc	65.825	3	1	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VIII. Pécs	68.957	2	—	1	—	5	—	5	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—
IX. Sopron	35.938	3	—	—	—	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.858	1	—	1	1	6	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.646	—	—	—	—	3	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen:	8,943.533	249	37	64	13	241	16	372	1	2	1	1	—	366	12	16	—	—
Előző évben:		160	27	21	6	207	17	363	3	2	—	8	—	283	12	2	—	—

SEVENAL-CHINOIN

hypnoticum—antiepilepticum—sedativum

81. évfolyam. 50. szám. Budapest, 1937. december 11.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC, MISKOLCZY DEZSŐ, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR
VÁMOSSY ZOLTÁN, VIDAKOVITS KAMILLÓ, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANAR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Neuber Ede: A hajdúvármegyei vitézek gyermekeinek egészségügyi átvizsgálása az 1936—37. évben. (1237—1255 o.).
Guszman József: Súlyos nyelvtünet arsenobenzol-mérgezés kapcsán. (1256—1258. oldal.).
Grósz István: A lues cutireactiója szemészeti megvilágításban. (1258—1260. oldal.).
Török Gábor: A p-aminobenzolsulfamid-therapia kérdéséhez. (1261—1263. oldal.).
Szekér Jenő: Nyelőcsőből eltávolított idegentestek. (1264. oldal.).
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (199—202. oldal.).
Lapszemle: Belorvostan. — Szülészet. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. — Bőrgyógyászat. — Elméleti tudományok. (1264—1267. oldal.).
Könyvismertetés: (1267. oldal.).
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (1267—1270. oldal.).
Vajda Károly: Orvosi vonatkozások Kant életében és műveiben. (1270—1274. oldal.).
Vámossy Zoltán: Orvos és beteg a speciális biztosítás rendszerében. (1274. oldal.).
Vegyes hírek és **Hetirend:** (1275—1276. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.).

A hajduvármegyei vitézek gyermekeinek egészségügyi átvizsgálása az 1936—1937. évben.*

A vizsgálatokat vezette: *Neuber Ede dr.*, egyet. ny. r. tanár, miniszteri biztos.

Munkatársai: *Bókay Zoltán dr., Fornet Béla dr., Hüttl Tivadar dr., Jeney Endre dr., Kreiker Aladár dr., Verzár Gyula dr.*, egyet. ny. r. tanárok, *Csilléry András dr.* szakelőadó, *Gärtner István dr.*, egyet. m. tanár, m. kir. tiszti főorvos, vitéz *Solth Károly dr.* statisztikus, szkf. tisztiorvos.

A Vitézi Rend részéről szervezte: vitéz *Ambrus József dr.* egyet. magántanár.

Vizsgálatokban résztvettek: *Schlammadinger József dr., Skutta Árpád dr., Horváth Dénes dr., Nagy Imre dr.* (Bőrklinika), *Paul Benő dr., Végh Pál dr., Udvardy László dr.* (Belklinika), *Kulin László dr., Mecseki László dr.* (Gyermekklinika), *Dobay Miklós dr., Rencz Antal dr.* (Sebészeti klin.), *Széky Antal dr., Péter László dr.* (Idegklinika), *Tatár József dr., Szinegh Béla dr.* (Szemklinika), *Jakabfi Imre dr.* (Fül-, orr-, gégeklinika), *Réthy Aladár dr., Baranyai Pál dr., Herpay Zsombor, Fekete Béla* (Közegészségtani Intézet), *Orsós Jenőné dr.* (Stomatológiai poliklinika), *Erdős Elza* védőnő, *Bodor Éta* irodakisasszony és 5—6 ápolónő.

Főméltóságú Kormányzó Úr!
Mélyen tisztelt Vitézi Rend!
Méltóságos Elnök Úr!
Igen tisztelt Hölgyeim és Uraim!

Ha egy országnak, vagy vidéknek felszini, tájtani, vízrajzi, éghajlati, növény- és állattani viszonyait akarjuk megismerni, vagyis mindazt a jellegzetességét, ami más vidéktől, más országtól megkülönbözteti és rányomja bélyegét, egyben megszabja az emberi település lehetőségét, keretét és módozatait, akkor legelső feladatunk, hogy a mondott szempontok szerint ezt a vidéket, vagy országot felderítsük, közelebbről felmérjük és térképezzük. Évszázadokkal ezelőtt még nagy fehér foltok tátongtak a földabroszon, némely világrész belseje egyáltalán ismeretlen volt, de jöttek hőslelkű és lángeszű férfiak, akik egészségük, sőt életük árán is kikutatták, meghódították a kultúrember számára a mérhetetlen Afrikát, s a többi gazdag világrészt. Évszázadok óta folyik ez a conquistadori munka, hogy az ember uralma alá hajtsa a földet. Természetes, hogy időrend szempontjából az utazók, illetve hódítók felfedező s az államférfiak szervező munkája az első. A török kiűzése után Hazánk térképén is tátongtak ismeretlen fehér, sőt bátran mondhatjuk, fekete foltok, ahol minden eliszapolódva, zsombékolódva, emberi lakhatásra alkalmatlan állapotban éktelenkedett az ország képén, különösen az Alföldön. *Széchenyi István, Baross Gábor, Darányi Ignác* és a hozzájuk hasonló szabású államférfiak messzelátó tekintete és szervező munkája kellett ahhoz, hogy emberi településre alkalmassá váljék újból ez a föld.

Önmagunkat ámítanók azonban, ha ezzel megelégednénk. Most, miután már a település elemi követelményeit megteremtették, amikor a vízszabályozás, közlekedés, közigazgatás megszervezve, készen rendelkezésre áll, a magasabb kultúrigényekből fakadó, finomabb nivelláló feladatok végzése időszerű, szükséges. Most kellenek többek között egészségügyi conquistádorok, akik meghódítsák ezeket a területeket a nemzet biológiai vagyonállománya számára, akik elhódítsák a nemzetet, elsősorban a nemzet virágát, a jövő gyümölcsének igéretét még mindig pusztító, senyvesztő kórságoktól, betegségektől. A középkorban lepra, kiütéses typhus, pestis, kolera és ezeknek melegágya: az ápolatlanság, a piszok, az élősdiek szedték áldozataikat ezer és ezer számra. Hála a civilisatiónak, az orvostudomány hatalmas fejlődésének, a közegészségügy megszervezésének, sikerült ezeket Európaszerte annyira kiirtani, hogy még a nagy háború alatt sem tudták országunkban — szórványos endemiáktól eltekintve, miket csírájukban elfojtottak — tömeges halált okozó epidemiájuk kaszáját megsuhogtatni. A mai kor problémái azonban, mint a nemi betegségek, tuberculosis, trachoma, vérkeringési szervek betegségei, rák, csecsemőhalandóság, rheumás-fertőző betegségek, egyke, stb. stb. itt vannak és égetően sürgetik megoldásukat.

Hála a kulturális decentralisatio szellemében alapított vidéki egyetemeknek, amelyek közül pl. az alföldiek

*) Előadta *Neuber Ede* folyó évi november hó 18-án a Budapesti Kir. Orvosegyesületben a Kormányzó Úr Őfőméltósága jelenlétében.

activ hordozói az alföldkutatásnak, máris biztató és eredménnyel kecsegtető, határozott lépések történtek mindkét alföldi egyetemen az egészségügyi felderítő és adatgyüjtő munka irányában is. Nagy szükség van e téren különböző szakmájú ferfiak önzetlen együttműködésére, mert hiszen egészségügyünk szervesen összefügg a vidék földrajzi, klimatologiai, sociális viszonyaival és tagozódásával. Hogy az orvos ezen, mint mondám, conquistadori, országhódító útján elindulhasson, elsősorban szükséges, a vidék felderítése, feltérképezése. Értem ezalatt az egészségügyi adatgyüjtés fáradságos, bogáncsos munkáját. Miképen ismerjük meg egy tájék egészségügyi állapotát, következeskeppen hiányait, igényeit, stb. stb., ha nem ismerjük magát a terepet? Találóan mondja *Kerényi Károly* jeles egyetemi tanárunk egyik tanulmányában, hogy manapság jobban, mint bármikor, érint bennünket a tájék és szellemének kölcsönös viszonya, kölcsönhatása. Rendkívül fontosak tehát azok a speciális szálak és feladatok, amelyek egy-egy egyetem és környéke között fennállanak. Az egyetem, miközben kisugározza környezetébe a szellemi javakat, magába kell hogy szívja környezetének szellemét és azt sublimálnia kell; ez energiájának állandó forrása. Minden egyetemnek szervesen bele kell épülnie környezetébe, hogy életrevaló lehessen és a nemzetnek hasznos munkát hajthasson. Kell, hogy az egyetem és környéke egymást inspirálják. Bármennyire csábító gondolat is volna tovább fejtegetni az egyetemeknek vidékenként felmerülő speciális feladatkörét, nagyon messze vezetne tárgyamtól, ezért rátérek a tulajdonképeni feladatomra.

Szerénytelenség nélkül mondhatom, hogy az *iskolák városában, Debrecenben,* lelkes munkatársaimmal karöltve immár hetedik esztendeje új irányú munkát végzünk az egészségügyi adatgyüjtés területén, mégpedig 7 éven át 10.000 I. oszt. elemi iskolás gyermeket vizsgáltunk át egészségügyi szempontból, alávetve őket nemcsak klinikai, hanem laboratóriumi (röntgen- és serológiai vérvizsgálat, anthropometriai és vércsoport meghatározások) vizsgálatoknak is, hogy pontos *bilogiai kataszterт* nyerhessünk a 6—7 éves korosztályról. *Herczeg Ferenc* olvasva átfogó vizsgálati beszámolónkat, a „magyarság fekete könyvének" nevezte azt. Folyamatban van most a Kir. Magyar Egyetemi Nyomda részéről a „hungarologiai" sorozatnak kiadása, feldolgoztatva a magyar földre és népre vonatkozó összes ismereteinket, a nép faji, táj-, népművészet, stb. karakterét. Úgy érzem, a mi munkásságunk szerves része ennek a hungarológiai feltárásnak, mert mi más volna inkább hungarológia és ezen alapuló nemzetszolgálat, mint édes véreinknek megóvása betegségektől, nyomortól, tudatlanságtól, piszoktól, tuberculosistól, vérbajtól, stb. A debreceni elemi iskolás tanulók után immár 3. éve végeztünk a Tisza István Tudomány Egyetem hallgatóin (közel 3000 hallgatón) hasonló átfogó és még részletesebb orvosi vizsgálatot. 1935—36-ban csak az I. éveseket kötelezte erre a miniszteri rendelet, az 1936—37. és 1937—38. tanévben azonban már az összes évfolyamok hallgatóira kötelező volt a részvétel. Ezen a módon az emberi élet két nagy határállomásán: az iskolaköteles kor és a főiskolai kor küszöbén pillantunk bele ebbe a biológiai kataszteri könyvbe; fekete lapokon kívül akadnak ott fehérek is, de hogy valamennyi ünnepi keretben pompázhassék, a magyar fajta egészségét, életrevalóságát hirdethesse, szükség volna arra, hogy e két jelzett korhatár küszöbének átlépése előtt *„egészségügyi sorozás"* formájában az összes gyermekek, illetve hallgatók és felvételre pályázók hasonló általános, egyben beható orvosi vizsgálaton essenek keresztül, hogy már ezáltal szét lehessen válogatni a beteget az éptől és a beteg — főleg a sulyosabb természetű fertőző betegekre gondolok — be se kerülhessen az épek közé a „kulturkarámba" ahogy egy helyen az iskolát neveztem, nehogy köztük továbbterjessze betegségét. Elgondolásaim tehát amint látni méltóztatnak, két irányban mozognak: a vizsgálatok segítségével megállapítandónak vélem a tanulók egészségi állapotát, tehát egy-egy korosztálynak egészségügyi keresztmetszetét, illetve pillanatfelvételét, hogy az ebből levont és egyáltalán levonható következtetések oknyomozó értékelése alapján megszabható legyen a prophylaxis. Vagyis meg kell gyógyítanunk a felvétel előtt a sulyosabb természetű betegségeket, amikor ezek még gyógyítható állapotban vannak, főleg pedig védenünk kell az egészséges tanulókat a súlyosabb természetű fertőző betegektől (syphilis, tuberculosis, trachoma, stb.).

1936—37. tanév folyamán az egyetemi hallgatók összes évfolyamainak vizsgálatával párhuzamosan, de tőlük természetesen függetlenül megejtettük a Vitézi Szék felkérésére és szervezésében a hajdúmegyei vitézi gyermekek egészségügyi megvizsgálását. *E vizsgálat, eltekintve hazafias, emberbarátи és egészségügyi célzatától, érdekesnek igérkezett, azert is, mert egy zárt és nagyjában szelektált embercsoportnak gyermekeiről volt szó.* S ebből a szemszögből nézve érdekesnek kínálkozott annak megtudása, hogy a vitézi gyermekek egészségi állapota az átlagosnál rosszabb, vele egyenlő, avagy nála jobb-e; hogy lélektani szempontból, fegyelmezettség, jólneveltség, stb. tekintetében látható-e különbség; hogy a megállapított bajok orvoslására milyen intézkedések volnának celszerűek, miképen lehetne biztosítanunk a vitézi gyermekek egészségi állapotának megóvását, fokozását, miként lehetne egészségügyi állapotukat hathatósan és állandóan figyelemmel kisérnünk s végül, hogy a váromanyosok közül csak az avattathassék, aki egészségi állapotát orvosi bizonyítvánnyal kielégítően igazolja.

A legnagyobb örömmel és készséggel kapcsolódtunk bele a Vitézi Széknek ebbe a nemes kezdeményezésébe és igen nagy kitüntetésnek vettem, hogy a Vitézi Szék erre felszólított. Vizsgálataink megkezdése előtt már tisztában voltunk azzal, hogy egészségügyi szempontból a vizsgálandó anyag rendkívül heterogén lesz úgy kor, mint sociális rétegződés szerint is, mégis egy zárt embercsoport egészségügyi állapotába fog bepillantást engedni, melyből legalább is erre az embercsoportra nézve bizonyos következtetéseket vonhatunk le.

1936. októbertől kezdve 1937. márciusig 947 vitézi gyermeket vizsgáltunk át Debrecen és Hajdu vm. területéről. El lehet képzelni, hogy vidékről, falvakból, tanyákból mily nehéz szervezési munka volt előállítani ezt az anyagot, melyben szerepeltek egészen karonülő kisdedektől 24 éves korig minden rangú és rendű vitézi gyermekek. A felvilágosító propagandán kívül a pénzkérdés és a lebonyolítás technikai része is megoldandó volt. Ebben a tekintetben a Vitézi Szék a következő adatokat bocsátotta rendelkezésünkre:

Vitéz *Lépes Győző* ezredes már évekkel ezelőtt annak az óhajának adott kifejezést, hogy a vitézi nemzedék ellenőrzése és az esetleges bajok orvoslása minél előbb életbelépjen. Három orvos-vitéz, ú. m. dr. v. *Várady-Szabó Miklós,* dr. v. *Szily Tibor* és dr. v. *Ambrus József* ennek az elgondolásnak értelmében már hosszú évekkel ezelőtt mintegy 200 debreceni vitézi gyermeket vizsgált meg és látott el orvosi tanáccsal. Évekig szunnyadni látszott ez a terv, míg 1936 nyarán *Kovách Elemér* dr. táblabíró, mint a társadalmi bizottság elnöke újból felvetette azt a gondolatot, hogy nem volna-e célszerű a feledésbe ment fenti óhajt ismét felvenni s e célból vitéz *Berényi István* vitézi székkapitány, tábornok és dr. vitéz *Kovách Elemér* táblabíró, a társadalmi bizottság elnöke azt a kérdést intézték dr. vitéz *Ambrus József* egyet. magántanárhoz, hogy a hajduvármegyei vitézi gyermekek egészségügyi rendszeres átvizsgálása, orvosi tanáccsal ellá-

tása és sorsuk további, legmegfelelőbb módon történő irányítását miképen lehetne célravezetően megszervezni? Vitéz *Ambrus József dr.* legmegfelelőbbnek vélte, ha ezek a szervezési munkák *Neuber Ede* dr. prof. ugyanilyen irányú nemzetvédelmi célokat szolgáló és már 1929. óta folyó egészségügyi vizsgálataiba kapcsolódhatnának bele. — 1936. szeptember havában vitéz *Berényi István* tábornok és vitéz *Kovách Elemér* táblabíró keresték fel *Neuber* professzort és előadták a H. v. V. Sz. ezirányú óhaját.

A munka megszervezése: a) a vitézi járási őrmesterek, illetve hadnagyok felkértek megfelelő orvosokat, hogy vállalják el a vitézi gyermekek ellenőrzését addig, amíg a vitézi gyermekek vizsgálatára a *Neuber*-klinikán sor kerül. Fő feladatuk az volt, hogy lázas, ragályos betegségekre gyanús gyermekeket ne engedjenek útra. A hadnagyok, a vitézi járási őrmesterek és vitézi megbízottak (polgári egyének), valamint a nemzetes asszonyok egyaránt kivétel nélkül a legnagyobb lelkesedéssel és odaadással működtek közre a Debrecenbe történt beutazás lebonyolításában.

Külön ki kell azonban emelnünk v. *Kiss István* őrnagy, v. *Kőszegi Frigyes*, v. *Kósa Vince*, v. *Tury Elemér*, v. *Geguss István* teljesítményeit.

Az egész vármegye területén a nemzetes asszonyaink főként az utazási költségek előteremtése, meleg utiruhák, bundák, kocsik, a vitézi gyermekek fogadtatása, kalauzolása és ellátása körül végeztek meleg szívvel, nagy energiával igen értékes munkát. Külön kiemeljük vitéz *Kovách Elemérné*, vitéz *Somogyi Rezsőné*, vitéz *Kőszegi Frigyesné*, vitéz *Nagy Józsefné* és dr. vitéz *Pajor Kálmánné* közreműködését.

A vidéken bekapcsolódott orvosok végezték el a Moro-reactio leolvasását, aminek eredményét 48 órával a vizsgálatok után levélbelileg közölték *Neuber Ede* professzor al és ők osztották szét a vidéki szülők között a vizsgálatok után szolgálati úton elküldött „Orvosi Értesítőket", melyek a további teendőkre vonatkozó orvosi tanácsokat tartalmazták, s amelyek betartása a vitézi gyermekek gyógyulása érdekében szükségesnek bizonyult.

A szervezés munkájára vonatkozólag egy adatot közlünk még: jóllehet a vizsgálatok az őszi és téli hónapokra estek és távoli falvakról, tanyákról — Tisza partjáról — kellett behozni gyermekeket, összesen 947-et hoztak be és szállítottak haza, *egyetlen baleset nélkül!*

Különösen ki akarom emelni vitéz *Ambrus József dr.*, egyetemi magántanár lelkes és fáradhatatlan munkásságát, aki igen nagy érdemeket szerzett a szervezés munkájában és administratiójában. Nagy része volt abban, hogy ez az igazán nagyszabású vállalkozás zökkenés nélkül volt lebonyolítható. Ugyancsak *Schlammadinger József dr.*, egyet. magántanár rendkívül értékes administratiós tevékenységét is ki kell emelnem, amely a vizsgálati adatok feldolgozásában nagy értéket képviselt.

Végül hálás szívvel fordulunk vitéz *Igmándy-Hegyessy Géza* m. kir. testőrtábornok és vitéz *Tóókos Gyula* törzsszékkapitány úr felé, akik a legnagyobb megértéssel és szeretettel támogattak munkánkban, s akiknek az égisze alatt történt ez a kezdeményező vállalkozás.

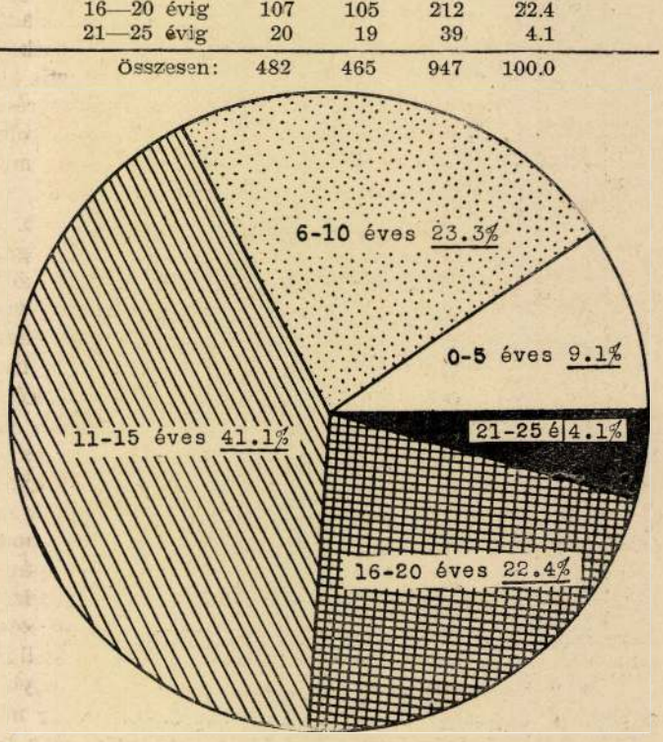
Ugyancsak hálás köszönetünket fejezzük ki *Verebélyi Tibor* egyet. ny. r. tanár úrnak, hogy előadásunkon szokott előzékenységével az elnöklést vállalni szíves volt.

Tehát teljes felkészültséggel és a nemes cél lelkes átérzéséből fakadó odaadással láttunk neki e vizsgálatok hazafias és érdekes munkájának. Aki még nem látta ezeket a vizsgálatokat, az el nem tudja képzelni, milyen pontosan kidolgozott és fogaskerék módjára egymásba illeszkedő apparátusról van szó, mely legteljesebb rendszerességgel vizsgálja át a gyermekeket. A debreceni, vezetésem alatt álló bőr- és nemibeteg klinika alagsorában jól szellőzött, de jól is fűtött, világos szobák sorozata áll e célra rendelkezésre, ahol egymás mellett vizsgálta a gyermekeket a belgyógyász, a sebész, a dermatológus és venerológus, a gyermekorvos, az idegorvos, a fül-, orr- és gégeorvos, a szemész, a stomatológus, anthropológus, hygienikus, majd a belgyógyászati és sebészeti klinika röntgenlaboratóriumában a röntgenszakorvos. Minden egyes gyermektől (kivéve azokat, kiktől valami ok folytán nem lehetett) serológiai vizsgálat és vércsoport meghatározás céljaira vért vettünk. Mindegyiken allergiás reactiót végeztünk tuberculosisra, kivételt csak a csecsemő korban tettünk. Mindegyiket röntgenátvilágításban részesítettük; akik valamilyen betegség irányában gyanúsaknak mutatkoztak, még köpet-, vizelet- vagy egyéb mikroszkópos és bakteriológiai (gombakimutatás) vizsgálatban is részesültek. A vizsgálatok hetenkint egyszer, csütörtöki napokon egész délelőtt folytak 60—90-es csoportokban. Az adatoknak egybegyűjtése, pontos bevezetése egyéni rovatokba külön orvosi és irodai munka tárgyát képezte és ez a hét egyéb napjain folyt legnagyobb serénységgel. A betegnek talált gyermeknek szülei értesítést kaptak gyermekük betegségéről és egyben utasítást, hogy a bajt otthon a községi orvos kezelheti-e, vagy sanatoriumi, illetve klinikai kezelés szükséges-e. Amennyiben ez utóbb eset forog fenn, mindjárt közöltük az illetékes klinikával és a Vitézi Szék eljárt azirányban, hogy a beteg helyet és ellátást kaphasson. De értesítettük az egészségesnek talált gyermekek szüleit is az örvendetes eredményről. Megemlítem, hogy számos szülő önként kérte a megvizsgálását, amit természetesen készséggel teljesítettünk. Ezeknek és az egyetemi hallgagatók között vizsgált vitézi gyermekeknek beszámításával az összes vizsgáltak száma jóval meghaladja az ezret, feldolgozásra és kiértékelésre azonban csak 947 szorosan vett vitézi gyermek került. Az anyag feldolgozása után a következő kép alakult ki, amit bátor vagyok diapositivokkal és néhány magyarázó szóval bemutatni.

A statisztikai adatok részletesebb ismertetése előtt már hangsúlyozni kívánom, hogy a vizsgálatra került 947 vitézi gyermek kor szerinti megoszlása rendkívül különböző volt, ezért nem is lehet köztük olyan arányszámbeli összehasonlítást, a betegségek előfordulását illetőleg olyan nagyobb horderővel bíró számszerű megállapítást tennünk, mint azt bizonyos megszorításokkal eszközölhettük az elemi iskolások és főiskolások vizsgálata alkalmával. Ezért is minden kimutatásunk öt éves korcsoportokra vonatkozik.

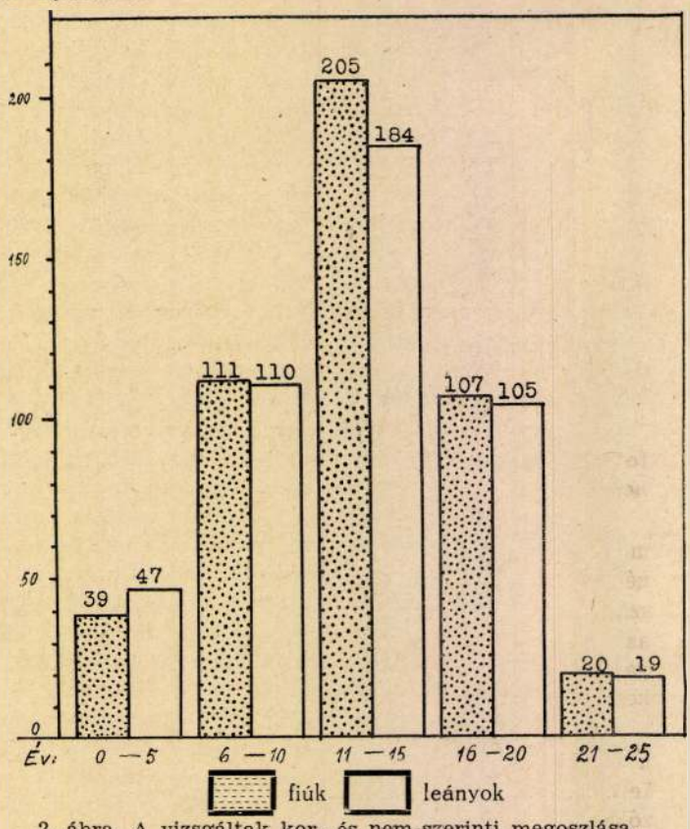
A vizsgáltak *korszerinti* megoszlása a következő volt:

Korosztályok	Fiúk	Lányok	Összesen vizsgáltak száma	és %
0—5 évig	39	47	86	9.1
6—10 évig	111	110	221	23.3
11—15 évig	205	184	389	41.1
16—20 évig	107	105	212	22.4
21—25 évig	20	19	39	4.1
Összesen:	482	465	947	100.0

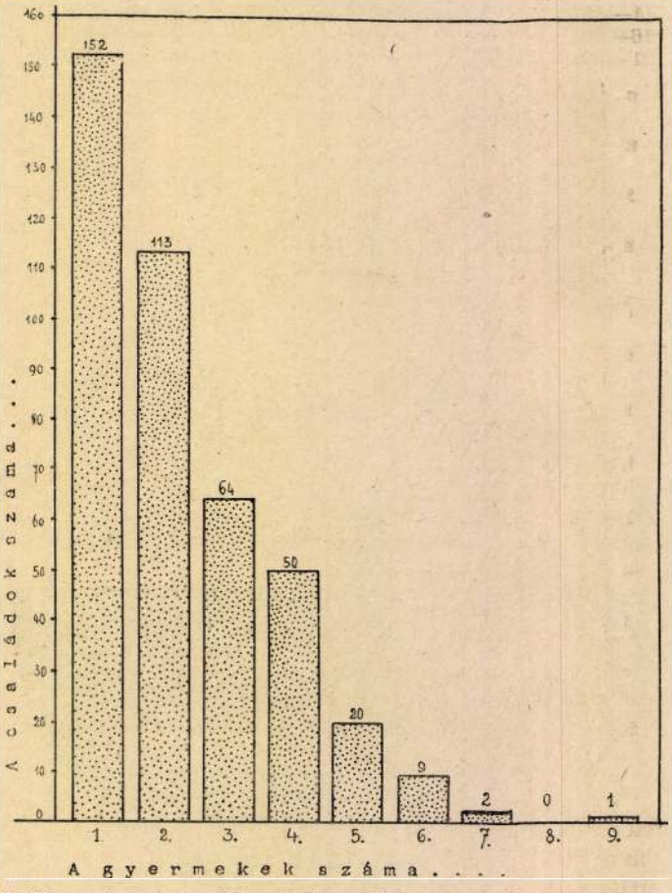


1. ábra. A vizsgáltak korszerinti megoszlása. (947 eset.)

Valószínű, hogy a legfiatalabb korosztályúakat nem hozták el teljes számmal a vizsgálatokra (Hajdu vármegyében az összes vitézi gyermekek száma 1100-on felül van) és innen ered a 0—5 évesek kicsiny előfordulási arányszáma.



2. ábra. A vizsgáltak kor- és nem-szerinti megoszlása. (947 eset.).



3. ábra. A megvizsgált vitézi családok megoszlása a gyermekek száma szerint. (411 család.)

A vizsgálatra jelentkezett vitézi családok megoszlása a legidősebb gyermek kora és a gyermekeik száma szerint:

Legidősebb gyermek kora:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	gyermekes családok száma:
0— 5 éves	4	2	—	—	—	—	—	—	—	6
6—10 éves	26	12	3	1	—	—	—	—	—	42
11—15 éves	75	42	24	16	8	3	—	—	—	168
16—20 éves	41	44	34	26	7	6	1	—	—	159
21—25 éves	2	13	3	7	5	0	1	0	1	36
Összes családok száma:	152	113	64	50	20	9	2	0	1	411
Összes gyermekek száma:	152	226	192	200	100	54	14	0	9	947

Egy vitézi családra tehát 2.3 gyermek jut. Itt Hajdúságban azonban valószínűleg valamivel nagyobb az egyes vitézi családra eső gyermekszám, miután nem jelent meg valamennyi az egészségügyi vizsgálaton. Jelen táblázatban pedig csupán a megjelentek szerepelnek. A legtöbb családnak azonban csak 1 gyermeke volt és az egygyermekes családok közül csupán 4 volt olyan, melynek 0—5 éves volt a gyermeke.

Syphilis.

A syphilis leküzdése, vagy legalább is lehető legszűkebb határok közé szorítása a mai embervédelem legfontosabb problémái közé tartozik. Egészségügyi vonatkozásban különösen évszázadokkal ezelőtt, még pedig a középkor és az újkor fordulójától számítva fenyegette nagy veszedelemmel az emberiséget, irtózatos pusztítást végezve soraiban. Ezekben az időkben — a renaissance koráról van szó, — mondhatni tehetetlenül állottak vele szemben, sem a kórokozót, sem a fertőzés módját, sem a védekezést nem ismerték, a gyógykezelést meg legkevésbbé. Sajnos, a régebbi időkből pontosabb syphilis-statisztika nem maradt fenn, ami nem is lep meg, mert akkor a syphilisben szenvedő embereket ú. n. fekete listán vezették, összefogdosták, internálták, sok helyütt mint súlyos gonosztevőket kezelték, persze megfelelően gyógyítani nem tudták őket. Érthető tehát, ha a vérbajos egyén titkolta betegségét, bizonyára innen származik a „titkos" betegség elnevezés. Orvoshoz nem ment, mert félt attól, hogy feljelenti — amire különben utóbbi kötelezve is volt, — hanem súlyos betegségével kezeletlenül bujkált s fertőzte embertársait. Mindezt csak azért óhajtottam előrebocsájtani, mert orvosi működésem kezdetén e felfogásokból még számos nyommal találkoztam, amik még a régi letűnt idők maradékaiként éltek a köztudatban. Már a nemibetegségnek „bujakór" névvel való illetése ilyen praejudikáló csökevénynek minősíthető. Pedig a nemibetegségeket ilyen megvilágításban nem lehet és nem szabad megkülönböztetnünk egyéb fertőző betegségektől, mert ezzel a bántó megkülönböztetéssel elsősorban az embernek és így a fajvédelemnek okozhatunk helyre nem hozható károkat. A nemibetegségeket a jövőben már csak azért sem szabad „titkosnak" bélyegezni, mert ma már a laikusok is tudják, hogy a nemi életen kívül is szerezhetők. És ha a nemi életen belül is történik a fertőzés, akkor sem dobhatunk követ a nemibetegre, hogy az betegségével megbújjék, mert ezzel a magyar ifjúságnak s így országunknak és nemzetünknek ártunk.

Feltünt e vizsgálatainkban, hogy a hajduvármegyei vitézek gyermekei általában kisebb százalékban szenvedtek el syphilis-fertőzést, mint a népesség általános fertőzöttsége. Főleg a kevesebb lélekszámmal biró helyeken (így falvakban és községekben) voltak e gyermekek eb-

ben a tekintetben egészségesebbek, illetve mentesek a syphilistől, ahol a promiscuitásra nyilvánvalóan kevés az alkalom és mód. A syphilis-vizsgálatok a legnagyobb körültekintéssel történtek, mert előző, systematikus gyermekvizsgálatainkból meggyőződhettünk arról, hogy csak a legalaposabb, leggondosabb klinikai és laboratóriumi vizsgálattal lehet felfedni a tünetmentes syphilis-beteget, kinek szervezete kezelés nélkül idővel súlyos károkat szenved el és még arra is lehetőséget nyujt, hogy lappangó syphilisével egészséges környezetét, egészséges iskolatársait fertőzze. Ezért a beható klinikai vizsgálaton kívül minden egyes gyermek vérsavóját is megvizsgáltuk — kivéve azokét, akiktől valamely ok folytán vért nem vehettünk, — mégpedig négyféle reactióval: két Wassermann antigénnel és Sachs-Georgi-, valamint Kahn-féle praecipitatiós reactióval. Már a klinikailag syphilisnek kórismézett, vagy legalább is gyanúsnak minősített gyermek szüleit is alapos vizsgálatnak vetettük alá és tőlük vért is vettünk. Ez annál könnyebben sikerült, mert a gyermekek jórészét a szülők maguk is elkisérték a vizsgálatra. A vérbajos vagy arra gyanús gyermekek családjának kivizsgálása már csak azért is fontos, mert nem egyszer utóbbiakon találtuk meg a syphilis kétségtelen klinikai vagy serológiai jelenségeit.

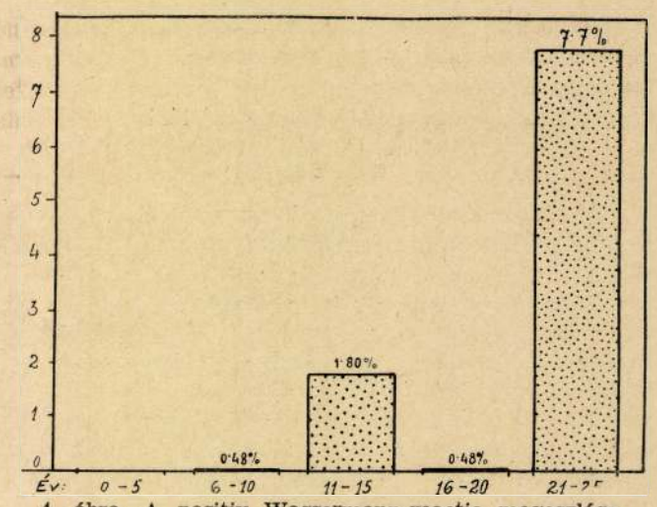
A veleszületett syphilis — különösen késői formájában — alig okoz tüneteket, ilyenkor a vérvizsgálat is sokszor, mintegy 40%-ban negativ. Minden gyermeken, de különösen a syphilisre gyanús gyermeken syphilises stigmák után kutattunk, melyek igen fontos támpontot nyujtanak a helyes diagnosis irányában. Ilyen stigmák: nyeregorr, feltűnően széles orrgyök, ívelt szájpad, jellegzetes hegek a száj körül, keratitis parenchymatosa, rendetlen állású fogazat, rossz hallás, általános nyirokcsomóduzzanat, továbbá a világrahozott syphilisre jellegzetes bőrtünetek és arckifejezés. Ezek a syphilises stigmák egyikmásik esetben kitünő segítséget nyujtottak a vérbajos gyermek felkutatására, sőt ezeknek alapján nem egyszer megállapítottuk a szülők idősült, tünetmentes syphilisét is. Nagy fontosságú továbbá a syphilisre gyanús gyermeknek és szüleinek kórelőzményét is pontosan kitudakolni, különösen ki kell terjeszkednünk az abortusokra, halvaszülésekre és előrement syphilises kezelésekre is, valamint pontosan ki kell kérdeznünk a szülőket és egyéb családtagokat esetleg már végzett vérvizsgálatok eredménye felől.

Mindezeknek pontos megállapítása és mérlegelése után szabad csak kétes esetekben véleményt mondanunk, s ha nem tudtunk pontos syphilis-diagnosist felállítani még így sem, akkor a syphilisre gyanús gyermeket és szüleit újból berendeltük és náluk az újabb vérvizsgálat előtt salvarsannal, bismuth-tal, vagy higannyal provocatiót végeztünk, ami aztán egyik-másik esetben positiv eredményhez vezetett.

Részletes eredményeink a következők: a *Wassermann*-reactio kivitele elmaradt különféle okból (vérvétel lehetetlensége) 58 gyermeken. A serológiailag megvizsgált 889 gyermek közül a serológiai reactiók positivnak bizonyultak 12 esetben és negativnak 877 alkalommal. A Wassermann és társreactiókat a vizsgált gyermekek közül tehát 98.6%-ban negativnak és 1.4%-ban positivnak találtuk.

A positiv Wassermann-reactiók megoszlása az egyes korcsoportokon belül:

0— 5 éves	50	vizsg. gyermekből	Wa. R.	pos.	volt	0 (0%)
6—10 éves	203	„	„	„	„	1 (0.49%)
11—15 éves	388	„	„	„	„	7 (1.80%)
16—20 éves	208	„	„	„	„	1 (0.48%)
21—25 éves	39	„	„	„	„	3 (7.70%)



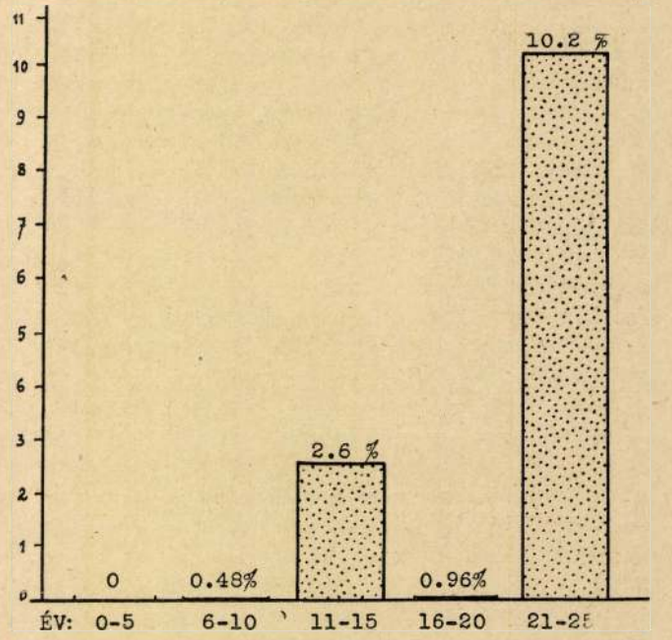
4. ábra. A positiv Wassermann-reactio megoszlása korcsoportok szerint.

A klinikai, illetve serológiai vizsgálatok eredménye folytán összesen 15 megvizsgáltat találtunk *syphilisesnek*, közülük 8-an 4 testvérpárt alkottak.

A syphilis szempontjából klinikailag és serológiailag megvizsgált gyermekek közül — vagyis azok közül, akiknél Wa. R. is történt — syphilisesnek minősítettünk 1.68 százalékot. Ezek közül feltétlenül syphilisnek 11, azaz az összes ilyen szempontból megvizsgáltak 1.23%-a, míg valószínűen syphilisesnek kellett minősítenünk 4 gyermeket, azaz az összesek 0.45%-át.

Miután azonban a fenti 1.68%-os előfordulási arány a 0—25 éves összes megvizsgáltakra vonatkozik, jobb felvilágosítást nyujt a syphilis elterjedtségére vonatkozólag a betegeknek korcsoportok szerinti megoszlása.

0— 5 éves	50	vizsg. gyerm.	közül	bizt.	syph. volt	0 (0%)
6—10 éves	203	„	„	„	„	1 (0.48%)
11—15 éves	388	„	„	„	„	8 (2.06%)
16—20 éves	208	„	„	„	„	2 (0.96%)
21—25 éves	39	„	„	„	„	4 (10.2%)



5. ábra. A biztos syphilis-esetek megoszlása korcsoportok szerint.

A teljesen biztos syphilises fertőzöttség tehát az elemi iskolás korban (6—10) levőknél elég kisfokúnak bizonyult és összehasonlítva a debreceni hasonló korúak átlagos 2.2%-os biztos syphilises fertőzöttségével, nagyon kedvezőnek mondható. A serdülő (11—15) korbeliek fer-

tőzöttsége sem haladja meg az átlagos mértéket. A legidősebb korúak igen magas fertőzöttségi arányszámát a kis számok játékán alapuló véletlen okozhatta és semmiképpen sem fogadható el irányadó mértékül.

Tuberculosis.

A tuberculosis elleni küzdelem ma kétségtelenül vezető helyen áll fiatal nemzedékünk egészségének megóvásában. Köztudomású, hogy *az emberiség legnagyobb része fiatalabb korában átesik a gümőkóros fertőzésen*, — erre nézve különféle statisztikák állanak rendelkezésünkre — *azonban csak kevesen betegszenek meg könnyebb-súlyosabb lefolyású tuberculosisban. Tehát ismerünk gümőkóros fertőzést és gümőkóros megbetegedést.* A gümőkór fertőzési lehetőségeiről ennek az előadásnak keretében nem beszélhetek bővebben, csak fel akarom hívni a figyelmet *Czerny* maradandó értékű szavaira: „a tuberculosis leghatalmasabb és legcélszerűbb therapiája a praeventio". Minthogy úgyszólván mindenki átesik gümőkóros fertőzésen — ú. n. physiológiás fertőzésen — s ez a gümőkór rendkívül nagy elterjedésénél fogva szinte kikerülhetetlen, közegészségügyünk hivatott irányítóinak tehát arra kell törekedniök, hogy a fertőzésből betegség ne váljék. S tényleg itt is nagymértékben érvényesülnek *Czerny*-nek megelőzést hirdető tanai, mert a tuberculosissal inficiált gyermek könnyebben legyőzheti a Koch-bacillussal történt fertőzést, ha a fertőzés kezdetén olyan viszonyok közé kerül, melyek szervezetének ellenállóképességét emelik, továbbá megakadályozzák azt, hogy újabb fertőzéseket — superinfectiót! — el ne szenvedjen. Vagyis az ilyen gyermeket hosszabb-rövidebb időre ki kell ragadnunk környezetéből s olyan milieu-be hoznunk, melyben a legideálisabban meg van adva minden eshetőség, hogy a gümős fertőzés fölött úrrá legyen.

A világrahozott syphilissel szemben csak szerzett gümőkórt ismerünk. A legsúlyosabb gümőkórban szenvedő szülőktől származó gyermek közvetlenül születése után teljesen tuberculosismentes. Csak a születése után történik a gümőkóros fertőzés. Régebben az a felfogás állott előtérben, hogy a gümőkóros szülők gyermekei jobban disponálnak e betegségre, ma ez már nem talál hitelre, mert pontos megfigyelések kétségtelenné tették, hogy gümőkóros gyermekek kizárólag azért fordulnak elő nagyobb számmal gümőkóros családban, mert ebben az amúgyis fertőzött környezetben több alkalmuk akad gümőkóros fertőződésre. Az eddigi megfigyelések ugyanis azt bizonyítják, hogy mindenki többé-kevésbbé fogékony a gümőkóros fertőzéssel szemben, a fertőzött szervezet későbbi sorsát nagyrészt a beteg alkata, vagyis természetes ellenállóképessége, a megfelelő gyógykezelés, milieuváltozás stb. dönti el.

Nem kevésbbé fontos, hogy milyen módon történik a fertőzés, mert a gümőkóros fertőzésre, esetleg megbetegedésre nemcsak a szervezetnek ellenállóképessége van befolyással, hanem az a körülmény is, hogy milyen virulentiájú és tömegű Koch-bacillussal fertőzte a gyermek magát. Egészen más elbírálás alá esik az a fertőzés, amikor a gyermek pl. az iskolában a padló porába beszáradt tbc.-bacillussal fertőzi magát, vagy pedig valamelyik társának nyilt gümőkóros jelenségeiből (pl. cavernából) *massiv* fertőzést szenved el. Per analogiam hasonló a helyzet, ha saprophyta módon élő pyogen (pl. staphylococcus, streptococcus) csirkkal történik a fertőzés, vagy ugyanazon typusú kórokozókkal bár, de olyanokkal, amelyek kóros képletekből származnak (pl. furunculus, carbunculus, stb.).

Azért térek ki e helyen különösképpen a gümőkóros iskolafertőzésre, mert a megvizsgált vitézi gyermekek tekintélyes része iskolába jár, vagy egyéb „kötelék" tagja, így pl. leventealakulatba vagy ifjúsági sportegyesületbe tartozik. Már pedig a gümőkóros fertőzés ott szedi a legtöbb áldozatát, ahol a gyermekek nagyobb tömegekben zárt helyen huzamosabb ideig tartózkodnak. Igen természetes, hogy e helyeken a vitézek gyermekei ugyanabban a mértékben vannak a fertőzésnek kitéve, mint a többi gyermekek, s éppen ezért ezt a kérdést csak az iskolaorvosi intézmény kiépítésével tudjuk megoldani.

Hogy ez tényleg így van, azt 10.000 debreceni I. oszt. elemi iskolás gyermek egészségügyi vizsgálatainak statisztikai adataiból merítettük. Néhány évig ugyanis olyan megfigyeléseket végeztünk, amelyekben gümőkórosan erősebben fertőzött iskolákban már a tanév elején (tehát szeptemberben és októberben) általános egészségügyi felvételt készítettünk, *különös tekintettel azonban a gümőkóros fertőzésre*, s méginkább az activ és nyilt tuberculosisban szenvedő gyermekek felkutatására. Ezekben az osztályokban — igazgatói rendeletre — évközben nem voltak elültetések, minden tanuló maradt júniusig a tanév elején kijelölt helyén. Mármost ugyanezekben az osztályokban a tanév végén (májusban, júniusban) vizsgálataink azt a fontos megállapítást eredményezték, hogy *újabb gümőkóros fertőzéseket főleg olyan egészséges tanulók szenvedtek el, akik az egész tanév alatt a nyilt gümőkórban szenvedő gyermekek mellett, előtt, vagy mögött ültek.* Ezek a vizsgálatok a különböző fekvésű debreceni iskolákban annyira egyöntetű eredményt adtak, hogy megbízhatóságuk felől nincs okunk kételkedni. Körülbelül ugyanabban az időben tőlünk teljesen függetlenül *Petrányi Győző* hasonló vizsgálatokat végzett Szegeden, ugyanezzel az eredménnyel. Ezek a vizsgálatok is bizonyítják, hogy activ, illetve nyilt tuberculosisban szenvedő gyermeket nem szabad az iskola padjaiba engedni, mert elsősorban a mellette, előtte vagy mögötte ülő társait fertőzi, tehát nyilvánvaló, hogy gyermekkorban a legtöbb esetben nem kívülről behurcolt, hanem iskolafertőzéssel állunk szemben. A vitézek gyermekeinek gümőkóros statistikája ezek szerint csak akkor javulhat lényegesen, ha a gümőkóros fertőzésnek sikerül az iskolában gátat vetni.

A vitézi gyermekek vizsgálata még egy rendkívül érdekes és alapjában véve meglepő körülményre mutatott rá, arra t. i., hogy *a vidéki, falusi gyermekek között Debrecen várossal szemben sokkal rosszabbak a viszonyok tuberculosis-fertőzés szempontjából.* Illustrálás céljából a hajdúmegyei vitézi gyermekek gümőkóros fertőzöttségét mutató térképen kívül adjuk a következő kimutatást, amely a község neve mellett mutatja a tuberculosis arányszámát és zárójelben a vizsgálataink során talált összes megbetegedések arányát az azon községben vizsgált összes vitézi gyermekek számára vonatkoztatva.

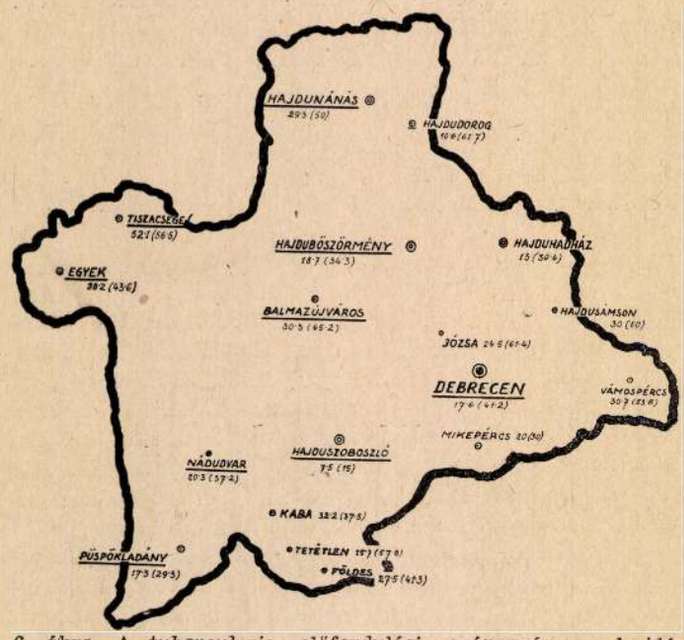
A *tuberculosis* előfordulási arányszáma a hajdúmegyei vitézi gyermekek között vidékek szerint (az összes betegségek arányszáma zárójelben). A dültbetűs községekben activ tuberculosist *nem* találtunk (l. túloldalt).

Ez a körülmény csak úgy magyarázható, hogy Debrecenben jobbak a közegészségügyi viszonyok, mint a falvak és községek legtöbbjében, dacára a fent elmondottaknak. A tuberculosis ama betegségek egyike, amely elsősorban függvénye a socialis helyzetnek, közegészségügyi-, lakás-, stb. viszonyoknak. Falvainkban vályogból épült, szellőzetlen, kis ablakú, vizes, penészes lakások vannak, rendesen egy szobában lakik az egész család, csatornázás nincs, viszont sok a por és piszok, a táplálkozás mennyiségileg sem kielégítő, minőségileg pedig rend-

szerint egyoldalú, érthető tehát, hogy a tuberculosis jobban pusztít itt, mint a nagyvárosban, ahol a közművek inkább kielégíthetik a magasabb színvonalú közegészségügyi igényeket és ahol a vitézi gyermekek socialisan is jobb körülmények között élnek.

A debreceniek között tbc. fertőzöttséget 17.6%-ban, míg a vidékiek összessége között 24.3%-ban találtunk. (Lásd a térképet és táblázatot.)

Tiszacsege	52.1	(56.5)%
Kaba	32.2	(37.5)%
Vámospércs	30.7	(53.8)%
Balmazujváros	30.3	(65.1)%
Hajdusámson	30.0	(50.0)%
Hajdunánás	29.3	(50.0)%
Egyek	28.2	(43.6)%
Földes	27.5	(41.3)%
Józsa	24.5	(61.4)%
Nádudvar	20.3	(37.2)%
Mikepércs	20.0	(30.0)%
Hajdúböszörmény	18.7	(34.3)%
Debrecen	17.6	(41.2)%
Püspökladány	17.3	(29.3)%
Tetétlen	15.7	(57.8)%
Hajduhadház	13.1	(30.4)%
Hajdudorog	10.6	(61.7)%
Hajduszoboszló	7.5	(15.0)%



6. ábra. A *tuberculosis* előfordulási arányszáma a hajdúmegyei vitézi gyermekek között, vidékek szerint. (947. eset.) Az aláhúzott helységekben activ gümőkórt is találtunk.

Ha közelebbről betekintünk e viszonyokba, behatóbban tanulmányozzuk a szociális helyzetet, kiderül, hogy Tiszacsegén, ahol legtöbb a tbc-és fertőzés, legszegényebbek a vitézek. Egy szoba-konyhás vályog lakásokban laknak. Adókedvezményben is csak a legelesettebb szegények részesülnek. Esetleg adókedvezményekkel lehetne ösztökélni a több szobás lakások építését; a vályog, amit a földmives rendszerint maga vet ki, nagyobb ház építését sem drágítja meg. Költségessé az építkezést a faszerkezetek (tető, ajtó, ablak) teszik. A vályog ellen elvileg nem lehet kifogást emelni, mert rendszerint jól kiszárad, ellenben megszüntetendő anomália a szellőzetlenség, a kis ablakok rendszere, ami annak a folyománya, hogy télen fütő anyag nincs és ami kevés van (szalma, trágya) szintén drága. Az alföldi földmives előszeretettel huzódik meg egy szobában (ahol a kemencéje áll), akkor is, ha van több. Láthatjuk ezt Debrecenben is, még a jobbmódú civiseknél is. Helytelen és egészségügyileg elitélendő eljárás ez, ami erkölcsi szempontból is visszás és káros. Felvilágosítással és adókedvezményekkel buzdíthatnók a népet több szobás házak építésére és több szobában lakásra. Elsősorban a lélekszám szaporodása szempontjából kellene a vitézeinket támogatnunk, ami családalapítás tekintetében jutna különösen kifejezésre, hogy megfelelő utánpótlásról gondoskodás történjék.

Utóbbi körülmény is kidomborítja azt a tételt, amit említettem, hogy minél több ember tartózkodik huzamosabb ideig egy zárt helyiségben, annál nagyobb az esélye a tbc.-s fertőzésnek. Tehát activ, nyilt tbc.-s gyermekeket nem szabad megtürnünk iskolákban a többi egészséges gyermek között, hanem megfelelő egészségügyi intézetekben kell őket elhelyeznünk, addig míg ki nem gyógyulnak, vagy legalább is el nem veszítik fertőzőképességüket.

Nagy nyereséget jelent az, hogy a közelmultban Szentgotthárdon, azóta pedig a Svábhegyen is gróf Zichy János iskolasanatóriumokat létesített, amelyek egyképpen szolgálják a gümőkóros, mint az egészséges gyermekek érdekeit. Itt megvan a lehetőség arra, hogy a gyermekek erőbeli állapotukhoz mérten oktatásban részesüljenek — tehát nem maradnak el teljesen tanulmányaikban, — de elsősorban megfelelő gyógykezelésben van részük, még pedig a nekik leginkább megfelelő környezetben. „Megfelelő" alatt nemcsak a jó levegőt, napfényt, ózondus erdei párát értem, hanem a lelki milieut is, mely nagyban különbözik a kórházak és klinikák mondjuk „ridegebb" és „zordabb" környezetétől, ami a dolgok természetében rejlik. Az alföldi szegénysorsú vitézek számára is nagy előnyt jelentene, ha gümőkórban szenvedő gyermekeik a Mátrában nyerhetnének hosszabb-rövidebb időre elhelyezést, mert az alföldi szélsőséges klima hátráltatja a gyógyulásukat, a magaslati levegő pedig igen kedvezően befolyásolná a gyógyfolyamatot.

Még arra külön is rá szeretnék mutatni, hogy éppen fiatal korban mennyire fontos a tuberculosis elleni védekezés — védelem a massiv fertőzés ellen, továbbá olyirányu védelem, hogy a gümős fertőzésből betegség ne fejlődhessék ki, — mert az egész szervezet fejlődését igen kedvezőtlenül befolyásolja a gümőkóros fertőzés. Nagyon jól tudjuk, hogy a *gümős bőrbetegségek az esetek tulnyomó részében nem elsődlegesek, hanem a gyermek, illetve fiatal korban szerzett belső tuberculosisnak a későbbi, főként pubertas utáni években történő és manifestálódó szövődménye.* Ezt vallja ma a dermatologusok tulnyomó része. Már pedig az egész országban, főleg az Alföldön és Hajdumegyében a gümős bőrbetegségek, igy a *bőrfarkas (tuberculosis luposa cutis)* rendkívül magas százalékában (részletes statisztikai adatokat l. „A bőr gümős megbetegedéseiről„ c. munkámban, Orvosképzés, 1936) fordul elő. A súlyosabb természetű bőrgümősödések nagy csapást jelentenek a betegekre, hónapokig, sőt évekig munkaképtelenné válnak, azonkivül súlyos terhet jelentenek az egészségügyi intézmények számára, közvetve tehát államra és adófizető polgárokra is, mert pl. a bőrfarkas kezelése hónapokat, sőt éveket vesz igénybe klinikai vagy kórházi ágyon.

A tuberculosisra történt vizsgálatainkat éppen a fentjelzett okok miatt is a legnagyobb alapossággal, körültekintéssel végeztük, igénybe véve minden diagnosztikai és laboratóriumi eljárást, mellyel a tudomány ujabb haladása megajándékozott bennünket. Igy végeztünk *klinikai, röntgen-* és *allergiás vizsgálatokat* és amennyiben szükség mutatkozott rá, átvizsgáltuk a szülőket és családtagokat is. A röntgen átvizsgálások 14 éves korig a sebészeti klinika röntgenlaboratóriumában, 14 éven felül a belgyógyászati klinikán történtek.

A laboratoriumi vizsgálatok részletes eredményeit a következőkben foglalhatjuk össze (l. táblázatokat is.):

A *Moro-reactio* leolvasására nem jelent meg 110 gyermek (ideszámitva azon csecsemőket is, kiken nem volt végezhető), tehát a Moro-reactio szempontjából összesen 837 gyermek jön tekintetbe. Ezen 837 gyermek közül

Moro-negativ volt . . . . . 609 azaz 72.7%'
Moro-positiv „ . . . . . 228 azaz 27.3%'

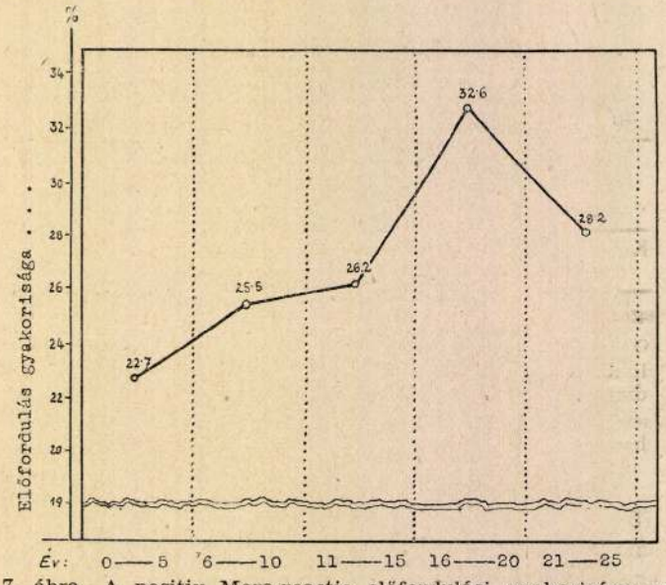
Kifejezetten positiv (+++) volt a számbajövő 837 gyermek közül 62, azaz az ilyen tekintetben megvizsgáltak 7,4%-a.

A Moro-reactiók erősségi fokuk szerint a következőképpen oszlottak meg:

+	108,	azaz az összes positiv Moro-reactiók	47.4%
++	58,	„ „ „ „ „ „	25.4 „
+++	62,	„ „ „ „ „ „	27.2 „

A megvizsgáltak kora szerint a positiv Moro-reactio előfordulási gyakorisága a következőképpen alakul:

0— 5 éves	66	Moro-ra vizsgáltból	+ volt	15	= 22.7%'
6—10 „	192	„	+ „	49	= 25.5 „
11—15 „	359	„	+ „	94	= 26.2 „
16—20 „	181	„	+ „	59	= 32.6 „
21—25 „	39	„	+ „	11	= 28.2 „



7. ábra. A positiv Moro-reactio előfordulási gyakorisága az egyes korcsoportokban (844. eset.).

Röntgen-vizsgálat történt 930 gyermeken. Röntgennegativ volt ezeknek 64.5%-a. Röntgen-elváltozást tehát a vizsgáltak 35.5%-ában találtunk, viszont gümőkóros elváltozást 21.6%-ban lehetett kimutatnunk. A tuberculosison kívül ugyanis más tüdőbeli megbetegedés, mint pl. bronchopneumonia is okoz röntgenvizsgálattal kimutatható elváltozásokat.

Mindkét vizsgálatot (Moro+Röntgen) 820 vitézi gyermeken végeztük el. 100 vitézi gyermeken volt a Moro és a Röntgen egyaránt positiv, vagyis a Moro-val+röntgennel vizsgáltak 12,2%-a.

A tuberculosis megoszlása korcsoportok és kórformák szerint:

Korcsoportok neme	0–5 f	0–5 l	6–10 f	6–10 l	11—15 f	11—15 l	16—20 f	16—20 l	21—25 f	21—25 l	összeg f	összeg l	f+l
activ	1	1	3	2	5	7	1	2	—	—	10	12	22
inactiv	5	7	18	18	40	32	28	24	3	4	94	85	179
össz. tbc.	6	8	21	20	45	39	29	26	3	4	104	97	201

Bel- és gyermekgyógyászati vizsgálatok:

Különös figyelmet érdemel az a körülmény, hogy a belbetegek számának (251) igen nagy része mutatott *gümős* (activ és inactiv) elváltozást, kereken a betegeknek tekinthetők 80%-a. Ez a csoport az összes megvizsgáltakra (933) vonatkoztatva is igen tekintélyes részesedési arányt, 21.6%-ot eredményez.

A *szervi szívbajban* szenvedők száma 14, ami az összes ilyen tekintetben megvizsgált 933 gyermekre vonatkoztatva 1,5%-os előfordulást jelent. Ez igen kedvező.

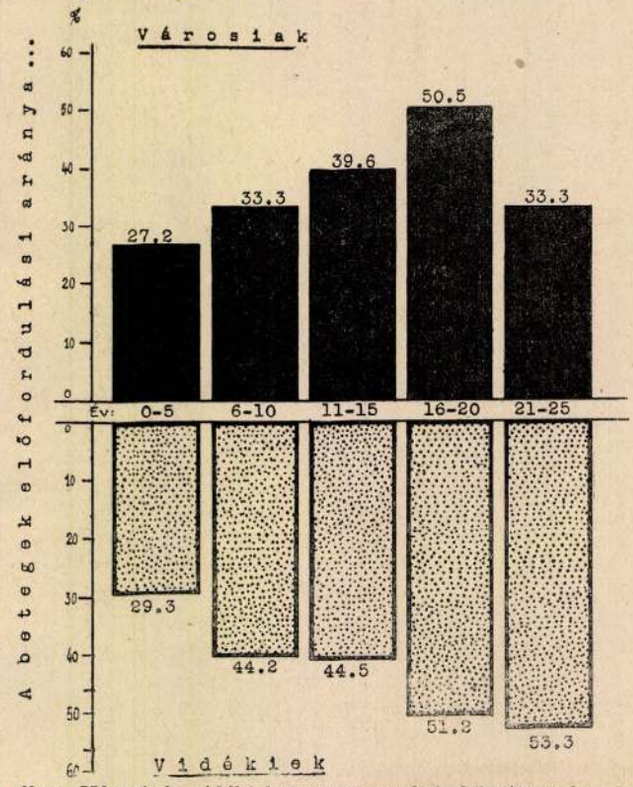
A vizsgálatokon a bel- és gyermekgyógyászati szempontból megvizsgáltaknak 26.9%-a mutatott valamelyes elváltozást, de miután ezeknek 80%-a a gümőkórosok (gyógyult és jelenleg is beteg) csoportjába tartozott, mindössze tehát 5.3%-nak volt a gümős fertőzésen kívül egyéb belbetegsége.

Még egy táblázatot és egy grafikont bemutatunk annak demonstrálására, hogy a megbetegedések aránya miként oszlik meg városi és vidéki vizsgáltak között korcsoportok szerint:

Korcsoportok:	0—5	6—10	11—15	16—20	21—25
Város (Debrecen)	27.2	33.3	39.6	50.5	33.3
Vidék (18 község)	29.3	44.1	44.5	51.2	53.3

Az egészségi állapot romlása a kor haladtával mindkét csoportban jól kifejezésre jut.

A vidékiek nemcsak egészükben, hanem minden egyes korosztályban is rosszabb egészségi állapotot, — kivéve a syphilis-fertőzést — nagyobb megbetegedési arányt tüntetnek fel. — Ez a különbség minden valószinüséggel a város több egészség-megóvó *(praeventiv)* és gyógyitó lehetőségének tudható be.



8. ábra. Városi és vidéki beteg gyermekek közötti arány korcsoportok szerint (947 eset.).

A bel- és gyermekgyógyászati vizsgálatok keretében 10 éves korig — ahol csak lehetett — *bélfergekkel történt fertőzésre is végeztünk vizsgálatokat,* 15 éves korig pedig *tekintettel voltunk a fejlettség, tápláltság, alkat minőségére is, s figyelemmel kisértük a rachitises nyomokat a csontrendszeren.* Ezekre vonatkozólag a következőket találtuk:

Belgyógyászati vizsgálatok.

Korcsoportok, nemek	0—5 é.		6—10 é.		11—15 é.		16—20 é.		21—25 é.		Összesen		Fiu + leány
	f.	l.	f.	l.	f.	l.	f.	l.	f.	l.	f.	l.	
Vizsgálva nem volt													14
Egészséges volt: 15 éves koron alul 409 (l. fejlettség és táplálltság szerint részletezve), azon felül 273													682
Beteg volt													251
											Összeg:		947
Leletek:													
Vitium cordis				1	3	4	4	1	1		8	6	14
Bronchitis			4	2	6	6	1	2			11	10	21
Bronchopneumonia						1						1	1
Pneumonia crouposa			1								1		1
Tonsillitis						1						1	1
Nephritis					1						1		1
Appendicitis chron.								2				2	2
Status post Heine-Medin							1				1		1
Morbus Little	1		1								2		2
Dysmenorrhoea						1		1				2	2
Graviditas								1				1	1
Status virilis								1				1	1
Lymphoma colli							1				1		1
Pleuritis exsudativa			1								1		1
Aktiv tuberculosis	1	1	3	2	5	7	1	2	—	—	10	12	22
Inaktiv tuberculosis	5	7	18	18	40	32	28	24	3	4	94	85	179
Összes betegek:	7	8	28	23	55	52	36	34	4	4	130	121	251

A debreceni I. o. elemi iskolás gyermekek vizsgálataiban különös súlyt helyeztünk a bélférgek felkutatására, ugyszintén a bélféreg fertőzések megszüntetésére, illetve legszükebb korlátok közé szorítására. Hogy ez mennyire sikerült, azt évről-évre végzett statisztikai felvételeink bizonyítják legélénkebben. Amíg az 1930—31.-ki gyermekvizsgálatainkban 43,5%-ban találtunk bélféreg fertőzést, addig 1931—32.-ik évben már csak 23,4%-ban és utóbb ez az arányszám is 15%-ra csökkent. Találtunk olyan iskolás gyermekeket is, akik nemcsak egy,- hanem két,- sőt háromféle féreggel voltak fertőzve.

A debreceni iskolás gyermekek bélféreg fertőzésének ugyszólván évről-évre történő csökkenését tulajdonképpen azzal magyarázhatjuk, hogy ilyen irányú vizsgálataink előtt Debrecenben senki sem tudott és gondolt bélféreg fertőzésre, a bélféreg által kiváltott tüneteket pedig idegességgel, vérszegénységgel stb. magyarázták és eszerint is kezelték. Igen természetes, hogy a különböző idegcsillapítók és roboráló szerek nem használtak, a gyermekek továbbra is idegesek, álmatlanok, étvágytalanok és az iskolában szórakozottak maradtak, s csak mikor a bélféreg elleni kezeléseket megkezdtük, gyógyultak meg e szegény emberpalánták. Mennyit szenvedhettek e gyermekek évekig (Debrecenben és bizonyára egyebütt is) bélféreg-betegségben, amit megfelelő iskola-egészségügyi szolgálat nélkül nem lehet felismerni, tehát gyógyítani sem. E tekintetben igen nagy előnyt jelentenek a gyermekeken megejtett systematikus egészségügyi vizsgálatok. Háromféle bélférget találtunk: *oxyuris vermicularis-t, trichocephalus dispar-t, és ascaris lumbricoides-t.* A debreceni elemi iskolás vizsgálatok alkalmával még hymenolepis nana-t is észleltünk.

Bélférgek megoszlása:

Korcsoportok nemek	0—5 f	0—5 l	6—10 f	6—10 l	11—15 f	11—15 l	Összesen f	Összesen l	f+l
Negativ	22	16	54	60	15	8	91	84	175
Oxyuris vermicularis			5	3	1	1	6	4	10
Trichocephalus dispar	1	2	2	1	1		4	3	7
Ascaris lumbricoides	1	1					1	1	2

Összesen 194 esetben vizsgáltunk féregre, ezek közül 175 volt negativ, azaz 90,3% és 19 positiv, vagyis 9,7%. Eme aránylag kicsiny anyagból történt vizsgálatokból természetesen nem lehet általános érvényü következtetéseket levonni a bélférgek elterjedésére a hajdumegyei vitézi gyermekek között.

Rachitis:

A rachitis — angolkórság — mint hiánybetegség, avitaminosis szintén egyike azoknak a népbetegségeknek, melyek a szocialis és más, főként orvos-hygieniai ellátottság ki nem elégitő voltában lelik okukat.

A rachitises jelenségekre, valamint e betegség maradandó nyomaira 0—15 évig voltunk figyelemmel. Ebben a korcsoportban összesen 696 gyermeket, 355 fiut és 341 leányt vizsgáltunk. 136 gyermeken találtunk rachitisre valló jeleket, azaz 19.1%ban, még pedig fiukon 75-ön, azaz 21,1%-ban, lányokon 61-en, azaz 17,6%-ban. Ezek az arányszámok lényegesen jobbak, mint a debreceni I. oszt. elemi iskolások között talált 31,76% összelőfordulási számarány. Ha azonban csak a 6—10 éves korosztályt hasonlitjuk össze a debreceni I. oszt. elemi iskolásokkal — amint hogy csakis ez a helyes összehasonlitási alap, — akkor kiderül, hogy az ebben a korosztályban vizsgált 221 vitézi gyermek közül (111 fiú és 110 lány), 65-ön (36 fiún és 29 lányon) voltak rachitises jelek, ami pedig 29,4%-ra rug

(fiúkra vonatkoztatva 32,4%-ra, lányokra 26,3%-ra). Végeredményben tehát a vitézi gyermekek rachitis tekintetében nem árulnak el kedvezőbb viszonyokat, mint általában a lakósság. Említésre méltó körülmény, hogy mindkét vizsgálatunk alkalmával a fiúk magasabb megbetegedési arányszámot mutattak, mint a lányok.

Rachitises stigmák elhelyezkedése:

Korcsoportok nemek	0—5 f	0—5 l	6—10 f	6—10 l	11—15 f	11—15 l	Összesen f	Összesen l	Össz. f+l
Fejen		2			1		1	2	3
Mellkason	12	12	26	23	21—10		59	45	104
Csöves csontokon		2						2	2
Fej és mellkason	1	2	6	3	1		8	5	13
Mellkas és csöves csontokon				1				1	1
Fej, mellkas és csöves csontokon	2	2	4	2	1	2	7	6	13
Összesen:	15	20	36	29	24	12	75	61	136

Ugy a debreceni I. oszt. elemi iskolások, mint a vitézi gyermekek vizsgálata folyamán *tekintettel voltunk a vizsgáltak általános állapotára, ami talán legmegfoghatóbban a fejlettség, tápláltság és alkat fogalmával határozható meg.* Ime álljanak itt erre vonatkozó leleteink:

Fejlettség, tápláltság és alkat:

Korcsoportok, nemek	0—5 év f.	0—5 év l.	6—10 év f.	6—10 év l.	11—15 év f.	11—15 év l.	Összesen f.	Összesen l.	Fiú+leány
A vizsgálatokról e szempontból valami ok folytán elmaradt	5	2	3	4	44	56	52	62	114
Fejlettség szerint osztályozva:									
Jól fejlett	3	—	1	3	11	14	15	17	32
Közepesen fejlett	26	37	85	79	129	99	240	215	455
Gyengén fejlett	5	8	22	24	21	15	48	47	95
Táplálság szerint osztályozva:									
Jól táplált	2	1	2	4	9	10	13	15	28
Közepesen táplált	31	39	86	77	132	105	249	221	470
Gyengén táplált	1	5	20	25	20	13	41	43	84
Alkat szerint osztályozva:									
Normalis alkat	29	38	89	76	134	106	152	220	472
Astheniás alkat	5	7	19	30	37	22	51	59	110

Fejlettség szempontjából a gyengén fejlettség, elmaradottság nagyobb előfordulási arányára (16,3%) kell rámutatnunk. Elég magas arányszám ez tekintettel arra, hogy idősebb korunkról is van szó. — Astheniás alkatuak 18,9%-ban fordultak elő.

A különböző betegségekre, szervi elváltozásokra történt vizsgálatok után önként felmerül a kérdés, hogy milyen összefüggés van e betegségek és a környezet, illetve a milieu között, mert bizonyára vannak szerves oki összefüggések. Az elemi iskolások vizsgálatai alkalmával in extenso foglalkoztam is a tuberculosisnak a környezettel, lakóházzal, talajjal, napfénnyel, szellőzöttséggel, zsufoltsággal való összefüggésével. A vitézi gyermekek környezettanulmányát nem mi végeztük, ennélfogva erről mi nem számolhatunk be. Mindenesetre előbb már utaltunk egészen röviden a gümőkórnak előfordulási megoszlása tekintetében a környezet determináló fontosságára és szerepére.

Bőrgyógyászati vizsgálatok:

Bőrgyógyászati szempontból egészséges volt 552 (az ilyen irányban vizsgált 939 egyén 58.8%-a), betegnek bizonyult 387 (41.2%).

A talált elváltozások közül nagyobb mértékben fordult elő a fejtetvesség (74 esetben, az összes bőrgyógyászatilag megvizsgáltak 7.9%), seborrhoea (73 vizsgálton, 7.8%), a pyoderma ((33 esetben, 3.5%) és acne (32 gyermeken, 3,4%). Ezek összefüggő kórképek (tetvesség-pyoderma, seborrhoea-acne); nagy számuk részben azzal magyarázható, hogy serdülő korban történt a vizsgálat (seborrhoea+acne), részben azonban szanálást kíván (tetvesség), mert mint azt a multban is többször kifejtettem, súlyosabb bajoknak forrása lehet. Általában megállapíthattuk, hogy szemben a debreceni I. oszt. elemi iskolások vizsgálataiban talált leletekkel, a vitézi gyermekek bőrgyógyászati szempontból sokkal kevesebb kivánnivalót hagytak hátra és különösen tisztasági szempontból messze felülmúlták amazokat. (Talált elváltozások és betegségek részletes kimutatását 1. a táblázatban).

Sebészi megbetegedések:

A sebészi megbetegedések felismerése a korai életkorban különösen nagyjelentőségü, mert ha e betegségeket magukra hagyjuk, akkor a későbbi életkorban az esetek nagy részében már nem gyógyithatók, sőt egyik-másik esetben már az is nagy eredményt jelent, ha a betegség rosszabbodását, vagy terjedését meg tudjuk akadályozni.

Igy pl. az egyetemi hallgatóink egészségügyi felvételeiben találtunk olyan gerincelferdüléseket, amelyeken már alig, vagy egyáltalában nem lehetett segíteni, noha utóbbiakon régebben a gyógyítási lehetőség fennállott, ha ezeket már az elemi vagy középiskolában megfelelő szakszerű kezelésbe vették volna. A súlyosabb természetű gerincelferdülések magukra hagyva előbb-utóbb bordapúpot okoznak, amelyek a testmozgást és légzést hátráltatják, s ennél fogva tulajdonosaikat számos foglalkozási ágra alkalmatlanná teszik. Régebbi vizsgálatainkban elszomorítóan nagy %-ban találtunk súlyos *ludtalpat* is, amelyeknek eredményes kezeléséről az egyetemi, általában huszas évek fölötti korban már szintén elkéstünk, mert ez a betegség már a gyermekkorban, jelentkezése után sürgős orthopediai beavatkozást igényel. Ugyanez áll a *lágyék-* és *vizsérvekre* is.

A sebészi vizsgálatok keretében még különös figyelemmel kell lennünk a régebben fennálló és kezelésben nem részesült *csont- és izületi betegségekre,* melyek esetleg megfelelő korrekciót kívánnak, hogy a csontrendszernek, vagy izületnek stb. eredeti állapota helyreállhasson.

Különös tekintettel kell lennünk a *fejlődési rendellenességekre,* melyeknek egy része szintén korai és szakszerü kezelést igényel, mert magukra hagyva nemcsak a szervezet teljesítőképességét befolyásolják ártalmasan, hanem később még rokkantsághoz stb. is vezethetnek.

Minthogy a hajdumegyei vitézek gyermekei már a legzsengébb kortól (csecsemő kortól) a 24 éves korig kerültek vizsgálatra, meg volt a lehetőség arra, hogy a legkoraibb gyermekkorban mutatkozó sebészi elváltozást szakszerű kezelésbe vétessük, a szülőket rögtön figyelmeztessük gyermekük fogyatékosságára és ez alapon megbeszéljük. Nem is kell megjegyeznem, hogy más — nem sebészi, de a pályaválasztásra kiható betegség esetén — szintén hasonlóképpen informáltuk a szülőket. Erre a szempontra igen nagy súlyt helyezek, mert sem nálunk, sem külföldön nem nyer ez elég méltánylást. Régebbi vizsgálataim meggyőztek arról, hogy helytelen pályaválasztás volt nem egyszer oka annak, hogy a fiatal korban kelet-

Vizsgálatok bőrbetegségekre.

	0–5		6–10		11–15		16–20		21–25		Összesen		Fiú és leány együtt
	é v i g												
	f.	l.	f.	l.	f	l.	f.	l.	f.	l.	fiú	leány	
Vizsgálaton nem jelent meg	4	3		1							4	4	8
Negativ	23	31	70	63	131	96	66	55	8	9	298	254	552
Beteg volt	12	13	41	46	74	88	41	50	12	10	180	207	387
Syphilis congenita (biztos)					1	4		2	1		3	5	8
Syphilis congenita (valószínű)				1	1	2					1	3	4
Syphilis acquisita latens									2	1	2	1	3
Nyeregorr			1			2					1	2	3
Széles (süppedt) orrhát	1		2	1	2	2		1			5	4	9
Adenopathia	2	2	11	16	5	9	4	2		1	22	30	52
Urethritis gonorrh. sanata									2		2		2
Epididymitis gonorrh. sanata									1		1		1
Pyoderma	2	2	5	6	9	5	1	3			17	16	33
Angulus infectiosus oris	1		5		3	3	2				11	3	14
Pityriasis simplex faciei		1		1	1	1					1	3	4
Pityriasis versicolor					1			1			1	1	2
Mikrosporia			2		2						4		4
Lepothrix						1	1				1	1	2
Pityriasis rosea						1						1	1
Scabies	1		3		3	1	2	2	1		10	3	13
Pediculi capitis	1	3		15	1	28		23		3	2	72	74
Bolhacsípések				2	2	1					2	3	5
Vakarási nyomok		2	1	2							1	4	5
Piszkos					1	2		3			1	5	6
Alopecia areata	1			1							1	1	2
Alopecia toxica (typhus után)									1		1		1
Alopecia traumatica	1		1		1						3		3
Seborrhoea			1		1	16	18	28	2	7	22	51	73
Acne					1	6	16	7	1	1	18	14	32
Eczema seborrhoicum		1	1	2	2	2	1	2	1		5	7	12
Eczema	2	2	3	1	2	4					7	7	14
Prurigo								3				3	3
Strophulus		1										1	1
Vitiligo			1		2		1				4		4
Leukoderma			1								1		1
Aurantiasis cutis					1						1		1
Ephelis				2	1	2					1	4	5
Pigmentatio racemosa cutis							1	1			1	1	2
Cutis marmorata		4	4	8	7	12	2	1			13	25	38
Akrocyanosis						1	1				1	1	2
Erythrocyanosis cruris								1				1	1
Congelatio manuum							2				2		2
Hyperidrosis					3		4	1			7	1	8
Hypertrichosis		2	1	3	1	6	3	2		1	5	14	19
Verruca			4		4	2		1			8	3	11
Akrochordon					1				1		2		2
Fibroma						1	2			1	2	2	4
Keloid					2						2		2
Naevus pigmentosus (pilosus)			1	2	4	3	5	1	2		12	6	18
Naevus verrucosus							1		1		2		2
Naevus angiomatosus	1		1		2	1	1	2			5	3	8
Naevus anaemicus				1			3				3	1	4
Ichthyosis		1	2		3	1					5	2	7
Phimosis	3		3		7		1		1		15		15
Striae distensae						1			1		1	1	2
Cicatrisatio post combustionem		1	3	1	2	4	3	1			8	7	15
Cicatrisatio post herp. zoster.				1			2		1		3	1	4
Cicatrisatio post pyoderma					4						4		4
Cicatrisatio post scrophuloderma						1						1	1

kezett sebészi, főleg izületi és csontbetegségek a későbbi korban rohamosan rosszabbodtak és viselőjüket nem ritkán munkaképtelenné tették. Ezt a szomorú jelenséget pedig elkerülhették volna, ha a gyermekeket már kezdet-

től fogva lebeszélték volna olyan foglalkozási ágakról, melyek testi, vagy szellemi fejlődésüket gátolják. Nagyon fontos, hogy ez az irányítás, a gyermekek zsenge éveiben megtörténjék, mert ilyenkor még hajlithatók, rábeszélhetők, viszont később, amikor a gyermek már bensőleg szintén állást foglalt életpályája tekintetében, akkor egyáltalán nem, vagy csak nehezen, lelki megrázkódtatás árán érhető el. Rendszeres vizsgálatok végzése sebészi betegségek felkutatására már csak azért is fontos, mert kezdődő, vedett ludtalpban. — Majdnem hasonló arányban fordult elő a scapula alata, összesen 49 esetben. Aránylag gyakori volt a sérv is, amelyet 20 gyermeken találtunk, viszont 6 gyermeken már sérvműtét is történt. Ilyképpen az összes megvizsgáltak 2.8% szenvedett sérvben. Megemlítendő egy család, amelyben 6 gyermeknek, 5 lánynak és egy fiúnak veleszületett csipőizületi ficama volt, habituális jelleggel, anélkül, hogy bármilyen lépés történt volna a gyógyítás érdekében.

Sebészeti vizsgálatok.

	0–5		6–10		11–15		16–20		21–25		Összesen		Fiú + leány
	é		v		i		g						
	f.	l.	f.	l.	f.	l.	f.	l.	f.	l.	f.	l.	
Vizsgálaton nem jelent meg	1	1	1	1	4	3	1	1	1		8	6	14
Negativ	34	43	92	93	162	146	67	75	15	9	370	366	736
Beteg volt	4	3	18	16	39	35	39	29	4	10	104	93	197
Scapula alata		2	10	10	12	12	2	1			24	25	49
Scoliosis			1	1	4	5	2	3	2		9	9	18
Lordosis			2		4		1				7		7
Kyphosis						1	1				1	1	2
Deformált mellkas				1	1						1	1	2
Pectus gallinaceum	1		1								2		2
Luxatio coxae congenita			1	2	1	2		3		3	2	10	12
Genu valgum					1		1				2		2
Exostosis			1								1		1
Hallux valgus							1	2		3	1	5	6
Pes planus					5	13	16	14	1	4	22	31	53
Pes plano-valgus						2		3	1		1	5	6
Torticollis									1		1		1
Syndactylia						1		1				2	2
Hernia inguinalis		1		1								2	2
Hernia scrotalis	1		3		4		2		1		11		11
Hernia umbilicalis	2					2		1			2	3	5
Hernia parietalis abdominis					1			1			1	1	2
Kryptorchismus			6		10						16		16
Varicokele					5		10		1		16		16
Hydrokele					2						2		2
Varicositas cruris							2	1			2	1	3
Struma				1		5		1				7	7
Branchiogen cysta						1						1	1
Synechia labiorum minorum						1						1	1
Atrophia musculi pectoralis					1						1		1
Dystorsio pedis						1						1	1
Deformitas pedis							1				1		1
Status post herniotomiam					2		3		1		6		6
Status post appendectomiam			1		3	4	4		1		9	4	13
Status post laparatomiam medianam					1			1			1	1	2
Status post spondylitidem								1				1	1
Status post thoracotomiam						1						1	1
Strictura oesophagi post intoxicationem Na OH. (gastrostomia)								1				1	1

noha súlyos sebészi betegségekről sok esetben sem a gyermekek maguk, sem a szüleik semmit sem tudnak.

Nem történt vizsgálat sebészi szempontból valamilyen ok folytán 14 gyermeken. A megvizsgáltak közül sebészeti elváltozás nem volt található 736 gyermeken (370 fiún és 366 leányon), azaz a sebészi betegségekre megvizsgáltak 78,8%-a találtatott egészségesnek. Sebészeti szempontból tehát fogyatkozást tüntetett fel 197 gyermek, azaz a megvizsgáltak 21,2%-a. — A talált elváltozások közül leggyakoribb volt a *lúdtalp*, melyet 53 esetben észleltünk. Sebészeti vizsgálatra került 933 gyermek tehát 5,7%-ban szen-

Röntgenvizsgálatok:

Röntgenvizsgálat természetesen nem csupán a gümőkór felkutatása céljából történt. Ma már a röntgenátvilágítás az orvosi diagnostika elengedhetetlen szükséglete. Több mint tizezer vizsgálatunk bizonyitja, hogy mennyivel több tuberculosist és egyéb betegséget kutathatunk fel röntgen-átvilágítással, mint csak egyszerű klinikai és egyéb laboratoriumi vizsgálattal.

A vitézi gyarmekeken röntgen-elváltozást az átvizsgáltaknak (930) több mint ⅓-ában találtunk. Az elváltozások között magától értetődően legnagyobb számban sze-

repeltek a tüdőben és a savós hártyákon (mellhártya, szívburok) észlelt elváltozások; ezek között is legtöbb volt a kötegesen szélesebb hilus (254 esetben).

Különleges röntgenleletek voltak: ductus Botalli apertus (1), ecchinococcus-cysta (1) és proc. supracondyloideus humeri (1). (Részletes kimutatás a táblázatban).

gyothallásnak), tuberculosis, ritkábban a skleroma, stb.

Fül,- orr,- gégebetegségekre valami ok miatt nem történt vizsgálat 36 gyermeken, a vizsgálatokban részesültek közül egészségesnek találtunk 537 gyermeket, azaz a megvizsgáltak 59%-át, mig betegnek bizonyult 41%, vagyis 374 gyermek.

Röntgen-vizsgálatok.

	0—5		6—10		11—15		16—20		21—25		Összesen		Fiu + leány
	é		v		i		g						
	f.	l	f.	l.	f.	l.	f.	l.	f.	l.	f.	l.	
Negativ	16	27	65	72	146	112	62	78	11	10	300	299	599
Vizsgálaton nem jelent meg	4	4	2	3	2		1	1			9	8	17
Valamelyes elváltozást találtak	19	16	44	35	57	72	44	26	9	9	173	158	331
Ezek a következők:													
Phthisis							1	1			1	1	2
Tbs.-s beszür. v. disseminált gócok				1	1	2		1			1	4	5
Kötegesen szélesebb hilusok	13	17	29	28	41	59	24	32	6	5	113	141	254
Tömött, dús hilusok			7	4	6	4	3				16	8	24
Primaer meszes góc				1	4	3	3	4		1	7	9	16
Meszes vagy fibrosus góc v. mirigy:													
perihilarisan			4	5	7	13	5	5	2	2	16	25	41
hilusban	1	2	7	8	12	17	15	13	3	3	38	43	81
csúcsban					3	1	1				4	1	5
paratrachealisan	1	1	1	1	2	4		2			4	8	12
Interlobaris callus	1		1				1	2		1	3	3	6
Rekesz-callus			1			1					1	1	2
Pleuropericardialis adhaesio					1						1		1
Pleuralis csipke lateralisan							1				1		1
Pneumonia			1								1		1
Hypertrophiás szív					1	1	8	3	1		10	4	14
Mitralisan configurált szív			2		2	2	4	1		1	8	4	12
Golyóalakú szív							1				1		1
Vegyes typusú szív					1	1	1				2	1	3
Aorta dilatatio								1				1	1
Ductus Botalli apertus			1								1		1
Echinococcus			1								1		1
Processus supracond. humeri						1					1	1	1

Vizsgálatok fül-, orr- és gégebetegségekre:

Az orr és gége, főleg azonban a fül betegségeinek felkutatása már a korai gyermekkorban szintén igen nagy előnyt jelent, mert ilyenkor még gyakran segithetünk egyik-másik súlyosabb természetü betegségen. Igy pl. *a későbbi nagyothallásnak különböző okai lehetnek*, melyek egy része kiküszöbölhető, de legalább is javítható, ha a szakszerü kezelést a betegség fellépésekor kezdjük meg. *Ugyanez áll a beszédhibák egy részére is, nevezetesen a dadogásra.* E vizsgálatok fontosak a pályaválasztás szempontjából is, mert a beszédhibák, süketség stb. bizonyos pályák sikeres művelését kizárják.

A gyermekek és fiatalkoruak orrlégzésének zavaraira is nagyobb súlyt kell helyeznünk, mert ha utóbbiakat már korán nem kezeljük, akkor az egész életen át kisérik viselőjüket. Az orrlégzés zavarai előbb-utóbb, főleg hideg és szeles időben súlyos idült garat- és gégehurutot okozhatnak, melyek bizonyos foglalkozási ágak ellátására hátrányosak, azonkívül különféle fertőző bajokra hajlamositnak, de viselőjüket már állandó jelenlétükkel is rendkivül elkedvetlenitik és lehangolják. Pedig az orrlégzés zavarai fiatal korban szintén könnyebben gyógyithatók. A gyermekek erről a betegségükről rendesen nem tudnak s ezért ajánlatosak a systematikus orrvizsgálatok.

Végül nem hanyagolhatók el e vizsgálatok keretében *az idült, súlyosabb természetü fertőző betegségek sem;* e tekintetben első helyen áll a syphilis (gyakran oka a nagyothallásnak), tuberculosis, ritkábban a skleroma, stb.

Halláscsökkenést észleltünk 28 gyermeken, az összes fülészetileg megvizsgáltak 3.1%-ában. Általában igen sok gyermeken találtunk pathologiás leletet a fülben. A fül-, orr- gégészeti szempontból betegnek bizonyult 374 gyermek közül 200-nak volt valamilyen fülbaja (53,5%). A fül,- orr,- gégevizsgálatok keretében ritkább és szokatlanabb leletek a következők voltak: idegen test a külső hallójáratban 2 gyermeken, meszes dobhártya 2 esetben, lugmérgezés következtében keletkezett nyelőcsőszükület 1 gyermeken. (Részletes kimutatás a táblázatban.)

Szemvizsgálatok:

Ezek a vizsgálatok a debreceni I. oszt. elemi iskolás tanulók és a debreceni egyetemi hallgatók egészségügyi felvételeihez hasonlóan *három irányban történtek: 1. a kötőhártya fertőző betegségeinek felkutatása, 2. a szem functiójának ellenőrzése, 3. a fénytörési hibák felderítése és javítása szempontjából.* A szemvizsgálatoknak már a korai gyermekkorban való végzése, továbbá a különböző szembajok gyógyítása s ezáltal későbbi elhatalmasodásuknak meggátlása stb. különösképpen nagy előnyt jelent azok számára, akik később magasabb szellemi teljesítményekhez kötött pályát választanak, vagy pedig jó látásuk foglalkozásuknak egyik fontos kelléke.

Örömmel jelenthetem e helyen is, amint azt a debreceni I. oszt. elemi iskolások és a debreceni egyetemi hallgatók szemvizsgálatai alkalmával is tettem, hogy egyet-

Fül-, orr- és gégevizsgálatok.

	0—5		6—10		11—15		16—20		21—25		Összesen		Fiu + leány
	é		v		i		g						
	f.	l.	f.	l.	f.	l.	f.	l.	f.	l.	f.	l.	
Vizsgálaton nem jelent meg	7	2	3	6	2	4	5	5		2	17	19	36
Negativ	23	33	68	68	112	102	52	67	5	7	260	277	537
Beteg volt	9	12	40	36	91	78	50	33	15	10	205	169	374
Halláscsökkenések:													
Ismeretlen aetiológiájú	1		1	3	1	3	2	2		1	5	9	14
Otitis med. chron. következtében			1	1	1	1	1			1	3	3	6
Cerumen következtében					1	2					1	2	3
Heges dobhártya következtében			2								2		2
Behúzódott dobhártya következt.			1			2					1	2	3
Surdo-mutitas					1						1		1
Mutitas			1								1		1
Dadog			1			2					1	2	3
Cerumen	5	6	11	13	22	21	10	16	4	3	52	59	111
Heges dobhártya	1		1	1	9	1	1	1		2	12	5	17
Behúzódott dobhártya		3	9	4	11	12	2	4			22	23	45
Meszes dobhártya			1				1				2		2
Otitis med. cath. exsud.	1	1		1		1					1	3	4
Destructio membr. tymp.				1		1						2	2
Otitis media chronica	1		3	2	1	3	2			1	7	6	13
Status post anthrotomiam			1			3			1		1	3	4
Corpus alienum meatus ac. ext.						1					1	1	2
Rhinitis acuta	2	4	8	5	4	3	1			1	15	13	28
Rhinitis sicca		1		1	7	4	1	3			8	9	17
Rhinitis chron. hypertroph.	1				4	1	1	1			6	2	8
Rhinitis atrophica simplex						2	1				1	2	3
Polypus nasi					1						1		1
Erosio septi nasi				2						1		3	3
Folliculitis introitus nasi					1					1	1	1	2
Eczema introitus nasi				1								1	1
Synechia septi nasi				1								1	1
Deviatio septi nasi			1	3	15	7	1	3	8	3	36	16	52
Subluxatio et deviatio septi nasi					1		2	1			3	1	4
Hypertrophia conchae inf.					1					2	1	2	3
Tonsillitis acuta							1				1		1
Tonsillitis chronica					1	1	6	3			7	4	11
Hypertrophia tonsillarum			2		6	9	7	5	2	1	17	15	32
Status post tonsillectomiam		1	4	2	11	8	4	5			19	16	35
Pharyngitis acuta							3	1		1	3	2	5
Pharyngitis chronica		1		1	1	3	6	2	2	1	13	8	21
Uvula bifida						1						1	1
Strictura oesophagi post intoxicationem Na OH.								1				1	1

len egy *trachomás* beteget sem találtunk, noha évtizedekkel ezelőtt különösen a Nagyalföld fészke volt ennek a fertőző kötőhártyabetegségnek. A *folliculosis* is elég gyakori kórkép az Alföldön, azonban ezzel a fertőző megbetegedéssel is csak kisebb számban találkoztunk. A magyar közegészségügy vezéreit tehát méltán nagy elismerés illeti, hogy ezeket a rendkivül súlyos kötőhártyabetegségeket ki tudták irtani, de legalább is a legszükebb határok közé szorítani. Kankós kötőhártyagyulladás sem szerepel statisztikánkban.

A szem functioinak ellenőrzésére nagy gondot fordítottunk, mert e téren különösen a látás fogyatékosságainak felismerése már a pályaválasztás szempontjából is nagy fontossággal bir. Hibás szemmüködéssel sujtottak — pl. szinvakok — bizonyos foglalkozásokra (soffőr, vasuti alkalmazott, orvos, mérnök, hajós, pilóta, stb.) egyáltalán alkalmatlanok, mármost az orvos feladata, hogy erről gyermekeket, ifjakat, illetve szüleiket jó időben felvilágositsa, hogy eszerint és ennek tudatában rendezhessék be életüket.

A fénytörési hibák felderítése és javítása szintén felbecsülhetetlen fontosságú. Más régebbi vizsgálatainkban is tapasztalhattuk, hogy igen sok olyan fénytörési hibát találtunk, melyeket nem korrigáltak, hanem erőltetett alkalmazkodással volt kénytelen a gyermek munkáját végezni, holott fénytörési hibákat megfelelő üveggel teljes mértékben javithattunk volna. Utóbbiak korai felderítése és kijavítása pedig szintén nagy fontosságú, mert ezek különben az ilyen gyermekek testi és szellemi fejlődését nagy mértékben gátolják. *E hibák systematikus szemvizsgálatok nélkül* rendszerint a gyermekkorban *felfedezetlenül maradnak,* mert a gyermek a lencse rugalmassága következtében kisebb fénytörési hibákat erőltetett alkalmazkodással javítani tud. Utóbbi anomáliától azonban később súlyosabb természetü zavarok támadhatnak, még pedig későbbi gyenge látás, kancsalság, rossz testtartás, gerincelváltozások stb.

Szemészeti vizsgálatok.

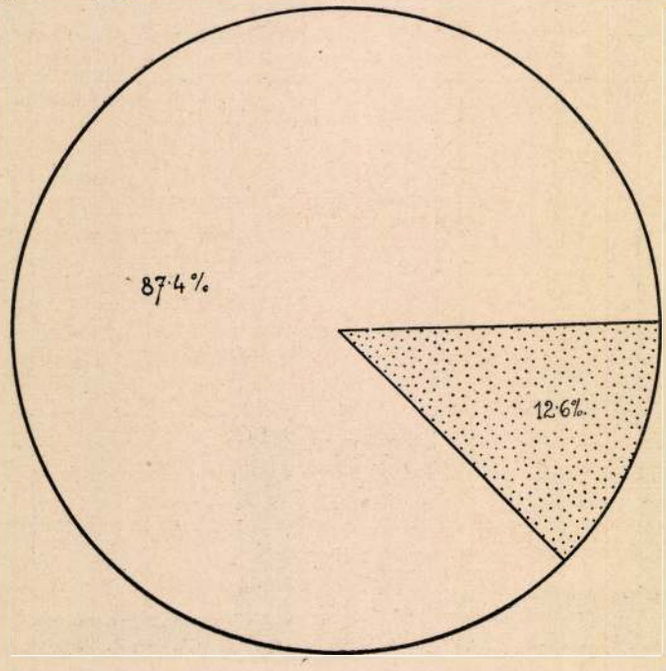
	0–5		6–10		11–15		16–20		21–25		Összesen		Fiu + leány
	é v i g												
	f.	l.	f	l.	f.	l.	f.	l.	f.	l.	f.	l.	
Vizsgálaton nem jelent meg	14	15	7	11	13	13	5	8	1	2	40	49	89
Negativ	21	31	92	93	172	145	80	86	17	13	382	368	750
Beteg volt	4	1	12	6	20	26	22	11	2	4	60	48	108
Hypermetropia			2		1	1	1				4	1	5
Astigmia hypermetropica			2		1	1		1			3	2	5
Myopia					2	1	5	2			7	3	10
Myopia majoris gradus				1				1				2	2
Astigmia myopica				1	3			1		1	3	3	6
Amblyopia ex anopsia			1				2				3		3
Strabismus convergens		1	1		2	2	1	1			4	4	8
Strabismus divergens								1				1	1
Nystagmus						1						1	1
Heterochromia iridis						1						1	1
Koloboma iridis					1						1		1
Anisokoria							1				1		1
Macula corneae		1	2	1	1			1			3	3	6
Pterygium									1		1		1
Conjunctivitis	1			1	2	3	3	2		1	6	5	11
Folliculosis conjunctivae	1		4	2	2	4	4				11	6	17
Chalazeon	1		1		1	3	2	1			5	4	9
Hordeolum						2		1				3	3
Blepharitis	1		1		7	6	6	3		1	15	10	25
Tumor (verruca, naevus palpebrae)			1						1	1	2	1	3
Eczema			1	1	1	2					2	3	5

Szemüveget rendeltünk 21-nek. Maximalis myopia — 10 D. Maximalis hypermetropia + 4 D.

Szemészeti vizsgálataink eredményei a következőképpen alakultak:

Valami ok folytán nem került vizsgálatra 89 gyermek (40 fiú és 49 lány). A szemészeti szempontból megvizsgált 858 gyermek közül:

egészségesnek találtunk 750 gyermeket (382 fiut és és 368 leányt.); szemészeti fogyatkozásban szenvedett 108 gyermek, (60 fiu és 48 leány).



= egészséges = beteg

9. ábra. Szemvizsgálatok (858 eset.).

A megvizsgáltak tehát 87.4%-ban egészségesek és 12.6%-ban szembetegek voltak.

A feltüntetett ártalmak közül (l. táblázat)' kitünik a fénytörési hibákban szenvedők nagy száma. Maximalis myopia (közellátás) — 10 D, maximalis hypermetropia (távollátás) + 4 D volt. A pubertassal eltünő folliculosis conjunctivae előfordult 11 fiun és 6 leányon.

Vizsgálatok idegbetegségekre:

A debreceni I. oszt. elemi iskolások vizsgálata alkalmával még nem terjeszkedtünk ki ideggyógyászati vizsgálatokra, ezeket először az egyetemi hallgatók vizsgálata alkalmával végeztük. Igy eleinte az idegbetegségeket is a bel-, vagy gyermekgyógyász kutatta és dolgozta fel Mindenesetre az orvosi vizsgálataink teljességét szolgálja az ideggyógyász szakorvos bevonása is, aki a finomabb alkati, vagy szerzett idegaffectiók jelenlétét is méltányolja és ezáltal az egyén biologiai kataszterének feltárásához, majd felépítéséhez lényegesen hozzájárul. Különösen fontos az ideggyógyász szerepe abban a tekintetben, hogy a pályaválasztás szempontjából értékes útmutatásokat adjon. Sokszor hátrányos a szellemi pályákra törekvés bizonyos neuropathiák esetében, máskor neurasthenia eseteiben ez nemcsak nem hátrányos, hanem szinte kívánatos és a fokozott szellemi tevékenység mint foglalkozási therapia jön tekintetbe. E szakma keretében még a tehetségvizsgálatokra is gondolok, amelyek rendkívül nagy értéket jelentenek ifjú nemzedékünk pályaválasztása szempontjából.

A vitézi gyermekek vizsgálata röviden a következő képet mutatta: 28 gyermeken külső okokból nem történt idegbetegségekre vizsgálat. A megvizsgáltak közül ideggyógyászati szempontból egészséges volt 858 gyermek (438 fiu és 420 leány) és betegnek találtunk 61 gyermeket, tehát a megvizsgáltak 6.6%-a esett kifogás alá. Az

Vizsgálatok idegbetegségekre.

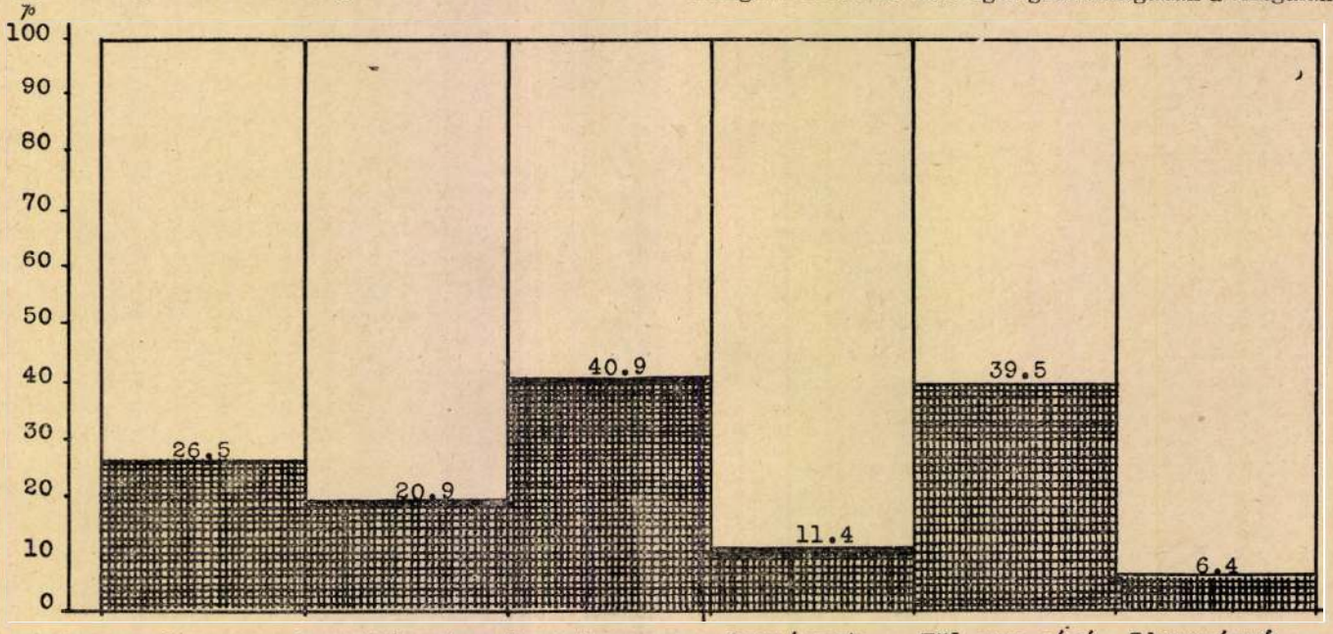
	0—5		6—10		11—15		16—20		21—5		Összesen		Fiu + leány
	é		v		i		g						
	f.	l.	f.	l.	f.	l.	f.	l.	f.	l.	f.	l.	
Vizsgálaton nem jelent meg	4	4	9	1	2	4	1	2	1		17	11	28
Negativ	34	41	93	103	195	168	99	91	17	17	438	420	858
Beteg volt	1	2	9	6	8	12	7	12	2	2	27	34	61
Általános idegrendszeri tünetek:													
Exophthalmus					1						1		1
Gynaekomastia					1						1		1
Adipositas									1		1		1
Turrikephalia					1						1		1
Diagnosisok (kórformák):													
Debilitas		1	3								3	1	4
Idiotia			1								1		1
Imbecillitas				1								1	1
Hydrokephalus			3	1	1	1					4	2	6
Neurasthenia						2		2		1		5	5
Neoropathia	1	1	2	5	3	9	8	6	1	1	15	22	38
Dystrophia ad poso-genitalis					1						1		1
Trigeminus neuralgia								1				1	1
Haemikrania								1				1	1
Kephalalgia						1		1				2	2
Enuresis nocturna						1						1	1
Pavor nocturnus				1								1	1
Paraplegia							1				1		1
Paralysis nervi peronei (Heine Med.)								1				1	1
Atrophia musc. post luxationem					1.			1			1	1	2

ideggyógyászatilag betegnek tekinthető 61 gyermek között feltünő nagy számban szerepelnek a neuropathiások (62%). Aránylag sok volt a hydrokephalus is (6), de különösen jelentős számúak a csökkent értelmüek (12), még pedig debilitas, idiotia, imbecilitas és hydrokephalus kórformákban szenvedők.

Meg kell állapitanunk azt is, hogy az egészségesnek talált gyermekek fellépése, neveltsége, viselkedése kétségtelenül azt a benyomást keltette a vizsgáló orvosokban, hogy itt válogatott emberanyagról van szó.

Vizsgálatok fog- és szájbetegségekre:

Ebben a fejezetben különösen érvényesül fenti kijelentésem, hogy a vitézi gyermekek statisztikai feldolgozása nem tartozik a könnyebb feladatok közé, mert az életkor szempontjából rendkivül heterogen anyaggal állunk szemben. Amig az I. oszt. elemi iskolások fogvizsgálatai alkalmával a 6—8 éves gyermek fogazatát, a főiskolások vizsgálatánál a 18—24 éves fiatalember fogazatát ismerhettük meg, addig a vitézi gyermekek vizsgálata a legzsengébb kortól 25 életévig foglalta magában a vizsgálandó



10. ábra. A betegek (fogyatékosak) és egészségesek arányszámai különböző szakmák szerint.

anyagot. Nyilvánvaló tehát, *hogy szigorú értelemben statisztikai feldolgozást e fejezetben nem nyujthatunk, felvételeink bizonyos fokú tájékozódást mégis adnak a hajdumegyei vitézek gyermekeinek fogállapotáról.* Minket az utóbbi orvosi szempont is bizonyos fokig kielégit, mert ezeknek az adatoknak birtokában érdekes áttekintést nyerhetünk a hajdúmegyei vitézek gyermekeinek fogállapotáról és elindulhatunk a szükséges megelőzés és gyógykezelés megszervezésére. Ennek az előadásnak szük keretén belül nem tárgyalhatjuk külön-külön a tej és állandó fogakat, hanem azok adatait a vizsgálati anyag aránylag kicsiny volta miatt közös rovatban hozzuk. Amint régebbi közleményeimben és előadásomban már kifejtettem, a gyermekek általános egészségügyi felvételeinek keretében a fogak állapotának megismerésére különös súlyt kell helyeznünk, mert a fogazat a gyermek későbbi fejlődésére nagy befolyást gyakorol. E tekintetben a debreceni I. oszt. elemi iskolások és egyetemi hallgatók statisztikai adataira hivatkozhatom, melyekből kitünik, hogy a rossz fogazattal birók többé-kevésbbé visszamaradtak testsulyban. *E vizsgálatok keretében különös gondot fordítottunk a szuvas fogak felkutatására, továbbá a foghiányok, tömések és foggyökerek számára.* Mindenesetre nagy figyelmet fordítottunk az u. n. fogstigmákra is, melyeknek jelenlétéből alkati betegségekre (pl. syphilisre, rachitisre stb.) is következtethettünk. Igen természetes, hogy az iny és szájüreg nyálkahártyájának megbetegedéseire is tekintettel voltunk.

Az egyetemi hallgatók fogászati vizsgálatainak ismertetésében különösen rámutattam arra, hogy a 18—24 éves életkorban — amikor t. i. az egyetemi hallgatók vizsgálat alá kerültek — fogászati szempontból sikeres praeventióról már alig, vagy egyáltalán nem lehet szó, ha a középiskolában rendszeres fogászati vizsgálatban és kezelésben nem részesültek. A rendszeres fogápolásnak és orvosi ellenőrzésnek az elemi iskolában kell kezdődnie és folytatódnia a középiskolában, illetve leventeintézmény stb. keretei között. A maradandó fogak hajlamos egyéneken már a 12—18. életévek között mutathatnak nagyszámu és nagyfokú szuvasodást; az egészséges fogak megvédése szempontjából rendkivül nagy előnye volna annak, ha a fogszuvasodásban szenvedő fiúk és lányok már a középfokú iskolák első éveiben, vagy a leventeintézmény keretei között megfelelő fogászati kezelésben részesülhetnének, miáltal nemcsak a beteg fogak volnának megmenthetők, hanem megakadályozható volna az is, hogy a szuvas fogak az egészségeseket fertőzzék. Az egyetemi hallgatók fogvizsgálatai kapcsán nyertük azokat a megdöbbentő adatokat, hogy 18—24 éves ifjaknak nagyszámú (14, 15 sőt 16) szuvas foguk volt, melyek kezelésben sohasem részesültek, sőt fogorvos soha szájukba nem nézett.

A fővárosban és közvetlen környékén sokkal jobbak e tekintetben a viszonyok, azonban vidéken még eléggé siralmasak és a fogállapot tekintetében a hajdumegyei vitézek gyermekei sem mutatnak sokkal jobb adatokat egyéb debreceni gyermek átlagával szemben, úgy hogy a jövőben minden lehetőt meg kell tennünk, hogy e téren javuljanak a viszonyok. Jól tudjuk, hogy a szuvas fogak gyökércsatornáin keresztül a legkülönfélébb kórokozók kerülhetnek a szervezetbe, melyek életfontosságú szervekben igen komoly elváltozásokat okozhatnak, sőt az életet is fenyegethetik. De ha ez nem is következik be, akkor is igen hátrányosak a szuvas fogak; szájbüzt, visszataszitó kozmetikai látványt okoznak, az ilyen egyént többé-kevésbbé kiközösitik a társadalomból. A szuvas fogú ember nem tud rágni, ezért a szilárdabb, darabos táplálékokat falatokban, rágás nélkül nyeli le, miáltal a gyomor működését rontja. Ennek következménye idősült gyomorhurut, ami pedig éltesebb korban fekélyt és rákot okozhat; de tekintsünk el ezektől a súlyos szövődményektől, elég ha idősült gyomorhurut bekövetkezik, mert ez is egészségileg lerontja a beteget, megakadályozza a rendes táplálkozást, közvetett uton vérszegénységhez, lesoványodáshoz, idegességhez vezet.

Fogászati vizsgálataink számszerű adatai a következők:

	fiu	leány
Összes vizsgált	457	446
Vizsgálva nem volt	25	19
Egészséges fogazatú volt	94	80
Hiányos fogazatú volt	62	68
Beteg fogazatú volt	341	348
Zománc-hypoplasia	17	6
Hutchinson fog	1	1
Záródási rendellenesség	23	28
Pótlások (korona, híd, prothesis)	7	13
Töméssel rendbehozott fogak	8	13
Fogszabályozás alatt	—	1

A fogászatilag megvizsgált 903 vitézi gyermek közül 174-nek volt egészséges fogazata, azaz 19,3%-nak. Különösen ki akarom emelni, hogy a hiányos vagy beteg fogazatuaknak csak elenyésző kicsiny hányadának (42 egyénnek, azaz mindössze 5.7%) hozták rendbe hiányos és beteg fogazatát.

Anthropometriai vizsgálatok:

Vizsgálataink tekintetében, mint eddig is, *R. Martin* módszeréhez alkalmazkodtunk. A vizsgálatokban a következő adatokat vettük fel: hőmérséklet, érlökés, oculo-cardialis reflex, testsúly, állótestmagasság, ülőtestmagasság, mellkas kerület, vizszintes fejkerület, legnagyobb fejszélesség, járomcsont szélesség, legnagyobb fejhosszúság, morphologiai arcmagasság, fejmagasság, dermographismus, hajszin, szemszin. Elvégeztük továbbá a vércsoport meghatározást.

I. TÁBLÁZAT:

Vizsgált gyermekek kor- és nemszerinti megoszlása:

Kor (év, hó)	fiú	leány	összesen
0 — 0.6	1	—	1
0.7— 1.6	4	8	12
1.7— 2.6	7	7	14
2.7— 3.6	10	13	23
3.7— 4.6	8	9	17
4.7— 5.6	16	15	31
5.7— 6.6	22	14	36
6.7— 7.6	25	22	47
7.7— 8.6	22	32	54
8.7— 9.6	22	24	46
9.7—10.6	30	31	61
10.7—11.6	38	33	71
11.7—12.6	37	35	72
12.7—13.6	47	40	87
13.7—14.6	43	37	80
14.7—15.6	43	43	86
15.7—16.6	34	39	73
16.7—17.6	30	30	60
17.7—18.6	10	10	20
18.7—19.6	9	2	11
19.7—20.6	9	7	16
20.7—21.6	3	—	3
21.7—22.6	4	8	12
22.7—23.6	5	6	11
23.7—24.6	2	—	2
24.7—25.6	1	—	1
Összesen:	482	465	947

Az I. sz. táblázat szerint megvizsgáltunk 947 vitézi gyermeket, akik közül 482 a fiu és 465 a leány. Évek szerint csoportosítva (n ± 6 hó) kitünik, hogy félévestől 25 évesig minden korosztály szerepel. Ilyen heterogen kormegoszlás mellett az egyes csoportokba kerülő kevés tag miatt a vizsgálatok eredményéből mélyreható következ-

tetést nem vonhatunk le. Az eddig megvizsgált I. oszt. elemi iskolás gyermekvizsgálatokkal összehasonlítás céljából legcélszerűbbnek látszik a 6—7—8—9 éves gyermekek adatainak statisztikai feldolgozása.

Mintaképpen eme korosztályok súlyát, testmagasságát és a két méretből számított *Buffon—Rohrer* és *Livi* indexeket mutatjuk be.

Megadtuk a tagok számát, az észlelt legalacsonyabb és legmagasabb értéket (Min.-Max.), a számított arithmetikai középértéket (M.), a valószínű hibát (± Vh.), a tagok szóródását kifejező négyzetes eltérés (σ) és a variatiós együtthatót (v.) Lásd: II. táblázatot.

II. TÁBLÁZAT:

6—9 éves gyarmekek anthropometriai méretei:

Kor	Tagok sz.	Min.	Max	M	± Vh	σ	v
			A) Súly kg-ban.				
Fiuk:							
5.7—6.6	22	15	24	20.25	± 0.36	2.37	12.00
6.7—7.6	24*	15	27	21.67	± 0.35	2.45	10.91
7.7—8.6	22	18	31	24.26	± 0.40	2.92	12.08
8.7—9.6	22	20	35	25.34	± 0.54	4.00	16.00
* Egy gyermek adatait nem vettük fel.							
Leányok:							
5.7—6.6	14	13	27	19.32	± 0.58	3.80	20.00
6.7—7.6	21*	16	27	20.30	± 0.39	2.63	13.00
7.7—8.6	32	17	46	23.56	± 0.71	5.11	21.25
8.7—9.6	22**	20	36	25.30	+ 0.44	3.31	13.20
* Egy, ** két gyermek adatait nem vettük fel.							
			B) Magasság cm-ben.				
Fiuk:							
5.7—6.6	22	100	122	112.57	± 0.35	5.58	5.00
6.7—7.6	24	106	127	117.88	± 0.29	4.63	3.90
7.7—8.6	22	111	133	123.21	± 0.35	5.72	4.63
8.7—9.6	22	110	142	126.25	± 0.47	7.82	6.19
Leányok:							
5.7—6.6	14	98	124	110.89	± 0.49	7.57	6.91
6.7—7.6	21	96	127	114.20	± 0.40	6.35	5.61
7.7—8.6	32	110	153	122.13	± 0.49	8.07	6.64
8.7—9.6	22	115	139	127.66	± 0.34	5.65	4.49
			C) Buffon—Rohrer index.				
Fiuk:							
5.7—6.6	22	1.29	1.69	1.41	± 0.006	0.10	7.02
6.7—7.6	24	1.18	1.52	1.32	± 0.005	0.09	6.59
7.7—8.6	22	1.12	1.58	1.30	± 0.006	0.10	7.69
8.7—9.6	22	1.02	1.57	1.25	± 0.008	0.13	10.40
Leányok:							
5.7—6.6	14	1.28	1.62	1.44	± 0.006	0.11	7.64
6.7—7.6	21	1.19	1.77	1.36	± 0.007	0.13	9.56
7.7—8.6	32	0.92	1.47	1.28	± 0.008	0.13	10.16
8.7—9.6	22	0.98	1.44	1.21	± 0.007	0.11	9.09
			D) Livi index.				
Fiuk:							
5.7—6.6	22	23.5	25.7	24.16	± 0.075	0.55	2.27
6.7—7.6	24	22.7	24.6	23.61	± 0.061	0.39	1.65
7.7—8.6	22	22.4	25.2	23.48	± 0.100	0.87	2.78
8.7—9.6	22	21.7	25.1	23.23	± 0.100	0.87	3.75
Leányok:							
5.7—6.6	14	23.4	25.3	24.29	± 0.080	0.57	2.36
6.7—7.6	21	22.9	26.0	23.76	± 0.100	0.68	2.83
7.7—8.6	32	20.9	24.5	23.02	± 0.100	0.89	3.87
8.7—9.6	22	21.4	24.5	22.59	± 0.100	0.74	3.27

III. számú táblázatban közüljük a 7 éves I. oszt. elemi iskolás gyermekek méreteit a felsorolt eddigi adatok alapján.

A II. és III. táblázat összevetéséből kitünik, hogy a vitézi fiuk súlya a korukbeli debreceni I. oszt. elemistáknál 1.38 kg-mal nagyobb, amely különbségnek valószínű hibája 0.35. A vitézi fiuk pedig a korukbeli elemistáknál 3.93 cm-rel magasabbak, amely különbségnek valószínű hibája 0.32. A vitézi fiuk tehát súlyban és magasságban a korukbeli I. osztályú tanulóknál jobban fejlettek, ez a különbség négyszer, illetve kilencszer nagyobb a valószínű hibánál. A fiukon tehát e különbséget jelentősnek kell minősítenünk. A vitézi leányokon azonban súlyban és magasságban ilyen jelentős különbséget nem állapithattunk meg, mert a vitézi leányok ugyan 0.73 kg-mal súlyosabbak a korukbeli I. oszt. leányoknál, de ennek valószínű hibája 0.39. Magasságot tekintve a vitézi leányok 0.54 cm-el szintén magasabbak ugyan, de a különbség valószínű hibája 0.42. A valószínű hibáknál a különbség csak lényegtelenül nagyobb, ezért a vitézi leányok és korukbeli I. oszt. elemi iskolás leányok között jelentős különbséget megállapitani nem lehet.

III. TÁBLÁZAT.

7 éves elemi iskolás gyermekek méretei:

	Tagok sz.	M	± Vh	σ	v
Súly kg.-ban					
Fiuk	668	20.20	± 0.06	2.38	11.73
Leányok	656	19.57	± 0.06	2.31	11.80
Magasság cm.-ben					
Fiuk	668	114.95	± 0.13	5.06	4.40
Leányok	656	113.66	± 0.13	4.97	4.37

A közölt adatokból azonban azt a biztató jelt vonhatjuk le, hogy a vitézi fiúk súlyban és magasságban jobban fejlettek, mint a koruknak megfelelő I. oszt. iskolai tanulók, akik között a társadalom minden rétege képviselve volt. A vitézi leányok jobb fejlettsége azonban a rendelkezésünkre álló adatok alapján nem állapitható meg.

Rendkívül nagy örömömre szolgált, hogy a hajdúmegyei vitézi gyermekeket egészségügyileg átvizsgálhattuk és különösen nagy fontosságot tulajdonítok annak, hogy súlyosabb természetű fertőző betegségekre (syphilis, tuberculosis, trachoma, stb.) végezhettünk rajtuk beható kutatást. Különböző embercsoportokon végzett systematikus vizsgálatok kétségkívül nagy jelentőségűek, mert általuk nemcsak érdekes statisztikai adatok birtokába jutunk — ami szintén szükséges a közegészségügy szilárd alapokra építése érdekében —, hanem felkutathatjuk, és megfoghatjuk a súlyosabb fertőző betegségeket is, főként azokat, melyek nemcsak az egyént veszélyeztetik, hanem a velük egy helyen tartózkodó egészségeseket is. (pl. iskolában, tornacsarnokban, leventecsapatban, stb.).

A megelőzés, praeventio fogalma sohasem állott annyira előtérben, olyan becsben, mint ma. Ez elsősorban szintén a fertőző betegségekre vonatkozik, különösképpen a syphilisre és a tuberculosisra.

Mielőtt Hajduvármegye vitézi gyermekeit vizsgálat alá vettük, már egészségügyi vizsgáluatban részesítettünk az utóbbi 7 év folyamán 10 000 elemi iskolást és 1500 főiskolai hallgatót, a fentebb kifejtett alapeszmék értelmében. Örömömre és jóleső elismerésre szolgál, hogy elemi iskolás vizsgálataimnak olyan visszhangja támadt, hogy már sokan követték azokat. Valódi céljukat — ifjú nemzedékünk egészségének megvédését, az ideális fajember megközelítését — azonban csak akkor érnők el, ha országszerte kötelezővé tennék azokat, az iskolába lépés előtt *„egészségügyi sorozás"* formában.

Valamennyien nagy hálára vagyunk kötelezve *Hóman Bálint* vallás- és közoktatásügyi miniszter iránt, hogy az iskolaorvosi intézmény újjáépítését és megszervezését napirendre tűzte, mert ez záloga annak, hogy a közeljövőben jól működő iskolaorvosi szervezet fog őrködni a gyermek és serdülő nemzedék egészségén. Az első kapavágás már megtörtént. Nagy elismerés illeti *Darányi Gyula* professzort, aki az iskolaorvosi intézmény kiépítését gyakorlatilag nagy buzgósággal végzi.

Ugyancsak hálás köszönetünket fejezzük ki *Szily Kálmán* államtitkár úrnak, aki egészségügyi vizsgálatainkat mindenkor nagy megértéssel és szeretettel támogatta.

A fentiekre azért tértem ki kissé részletesebben, mert

a súlyosabb természetű fertőző betegségek elleni harcot *feltétlenül* a legszélesebb alapokra kell fektetnünk, vagyis igyekeznünk kell az összes fertőző gócokat, forrásokat, (így elsősorban a syphilis, tuberculosis, trachoma, stb. gócokat) felkutatni és megsemmisíteni, nehogy ezek egészséges ifjainkat fertőzéssel fenyegessék. A vitézi gyermekeket is elsősorban az iskolai fertőzés fenyegeti, mely alól lehetőségig mentesítenünk kell őket.

Mai törvényeink értelmében a 6 éves gyermek iskolaköteles, kérdés azonban, hogy iskolaképes-e mindenkor? Erre a megkülönböztetésre számos írásomban és előadásomban visszatértem már s mindig ama meggyőződésnek adtam kifejezést, hogy vessük alá az iskola küszöbét átlépő gyermeksereget rendszeres, mindenre kiterjedő orvosi vizsgálatnak, elsősorban azonban fertőző betegségek szempontjából, mert súlyos syphilisben, tuberculosisban, trachomában, de akár pyodermában és tetvességben szenvedő gyermekek sem léphetik át az iskola küszöbét és foglalhatnak helyet az iskola padjaiban, hogy ott az egészségeseket fertőzzék. Az iskolaegésszégügynek ez az új szerű és korszerű berendezése a vitézi gyermekek számára is nagy előnyt jelentene.

Igaz, hogy a magyar törvénykönyv 1921:XXX. tc. 7. §-ának 2. pontja azt mondja: a kir. tanfelügyelő ragályos, vagy undort keltő betegségben szenvedő gyermeket rövidebb, vagy hosszabb időre kizárhat az iskolából. Hogy azonban ez keresztülvihető legyen és a beteg gyermekek egészségügyi intézetben helyeztethessenek el, kétségtelenül szükség volna az „egészségügyi sorozásra". Sajnos ez ma megfelelő számú és képzettségű iskolaorvos hiányában még nem valósítható meg, azonban minden remény meg van arra, hogy már a közeljövőben kiépül teljesen az iskolaorvosi intézmény s akkor a gyermekek egészségügye nagy lépést halad előre.

Elemi és középfokú iskolák egészségügyi szolgálatát feltétlenül meg kell szerveznünk. E felfogás mellett felelősségem teljes tudatában már csak azért is állást foglalok mert az egyetemi hallgatók egészségügyi átvizsgálása alkalmával sok olyan súlyos betegséget, sőt rokkantságot is találtunk, amely betegségeket kezdeti szakaikban megfelelő kezeléssel meggyógyíthattuk volna, ha az elemi vagy legalább a középiskolában felfedezzük őket.

Kétségtelen, hogy a fővárosban az iskolaorvosi intézmény már előrehaladottabb állapotban van, mint a vidéken. Az újabb nemzedékünk, a magyar fiatalság egészségügyének megjavítása, emelése érdekében azonban a vidéket semmi esetre sem szabad elhanyagolnunk. E tekintetben nagyon is megszívlelendők Hazánk legnagyobb és legmagyarabb élő írójának *Herczeg Ferenc*nek szavai, aki egyik fajegészségügyi munkám ismertetése alkalmából írta: „A nemzetnek nemcsak legnagyobb, de egyetlen gazdagsága a magyar nép. Ez a pompás, emberséges, munkabírásban, férfias erényekben és művészi képességekben kiváló parasztság bizonyára a világ földmíveseinek elitjéhez tartozik. Ha lelketlen módon magára hagyjuk, mint tettük eddig, akkor ez a tékozlásnak legesztelenebb módja, mely magában hordja a megtorlást". Ez a tétel mindenesetre még inkább vonatkozik a parasztság elitjére, a gazdálkodó vitézekre, akik a világháborúban megmutatták példaadóan nemzet- és hazaszeretetüket. Igen természetes, hogy a vitézek gyermekeit is a lehető leggondosabb egészségügyi védelemben kell részesítenünk, hisz ők is hivatottak apjuk nyomdokain haladva Hazánk oltalmazóivá válni. Éppen ezért a vitézi rendben gondoskodásnak és megfelelő propagandának, felvilágosításnak, népnevelésnek is kellene ezirányban folynia, hogy a jövő nemzedék egészsége tulajdonképpen már a házastárs megválasztásánál kezdődik, általában a házassággal.

A jövőben a magyar fiatalság egészségvédelmének elsősorban a megelőzés, a praeventio jegyében kell folynia. Ez már azért is fontos, mert a súlyosabb fertőző betegségektől megóvott egyének az országnak, a nemzetnek jobb katonái, biztosabb adófizető polgárai, lesznek, mint súlyos betegségen átesett, habár ki is gyógyított egyedek, kiknek szervezete sokszor magán viseli maradandóan az átvészelt betegség nyomait, defektusait (Defektheilung.).

Ilyen elgondolások alapján a jövőben szakképzett (gyermek)-orvosnak volna feladata annak megállapítása, hogy az iskolaköteles gyermek valóban iskolaképes-e? De ez csak kezdet, az egész iskolás életkor alatt periodikusan megismételt orvosi vizsgálatok volnának hivatottak arra, hogy a gyermek egészségi állapota felett őrködjenek intézményesen mindaddig, amíg a felnőtt felelősségteljes öntevékenysége venné át a további irányítást és kezdeményezést saját egészségi állapota felett.

Amint már fentebb kifejtettem a vitézi gyermekeken végzett vizsgálataink részben kicsiny, részben igen heterogen anyagon nyert adatokra vonatkoznak, így statisztikai feldolgozásra nem nyujtanak biztos alapot, ámde igen érdekes orvosi bepillantást engednek meg egy zárt embercsoport egészségügyi viszonyaiba. *Általában megállapítható, hogy a vitézi gyermekek egészségügyi állapota kielégítő, bizonyos vonatkozásokban* —, amint arra helyenkint rámutattam — *jobb, mint a hasonló társadalmi rétegek egyéb csoportjaiban.* Vannak azonban hiányok is, melyeken segíteni lehet és kell is. Örömünket és megelégedésünket a végzett munkán még fokozná az, ha tudnók, hogy a szükséges segítség foganatosításához szerény munkásságunkkal hozzájárultunk.

A Vitézi Rend megalapítása mindenesetre azt a célt szolgálja, hogy a nemzet kebelén belül „példaadó törzs" létesüljön. Vizsgálataink kétségkívül amellett szólnak, hogy ez egészségügyi szempontból már meg is történt, s most már arra kell törekednünk, hogy ez a „példaadás" minél erősebben kidomborodjék s az egész ország és nemzet javát szolgálja.

A Vitézi Rend —, melyet a Kormányzó Úr Őfőméltósága Hazánk legsúlyosabb helyzetében hívott életre, hogy a társadalom minden osztályának példátmutatóan mindenkor az élen haladjon —, méltán hivatott tehát arra is, hogy egészségügyi szempontból is mintaképül szolgáljon a nemzet széles rétegeinek. Vizsgálataink módszerének és célkitűzéseinek legmagasabb elismerését jelenti a Főméltóságú Kormányzó Úr kitüntető érdeklődése, mellyel szerény előadásunkat megtisztelni kegyes volt. Engedtessék meg nekem, hogy ebben mintegy zálogát és biztosítékát láthassam egészségügyi programmunk országos kifejlesztésének, melynek segítségével szent meggyőződésem szerint nagy lépésekkel vihetnők előre a magyar nép egészségügyét és egyuttal nagy mértékben felkelthetnők széles rétegek érdeklődését az egészségügy iránt általában, s bekapcsolódhatnának abba a nagy országos munkába, amely nemzetünknek jövőjét és boldogulását biztosítaná.

Ádáz idők chaosából a magyar nemzet ezer év folyamán mindig megtalálta a helyes kivezető utat, ehhez azonban feltétlenül szükséges hogy Európa feltörekvő, mondhatnám friss népei között a magyar nép egészségügyét különösen féltő gonddal őrizzük, mert ha nem, úgy a környező frissebb néptörzsek egyszerűen átburjánoznak rajtunk s betemetnek életerősebb vegetatiójukkal. Ezt pedig minden erőnkkel meg kell akadályoznunk s a magyar nép fölényét e téren is biztosítanunk. Isten adja, hogy úgy legyen!

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

Súlyos nyelvtünet arzenobenzol-mérgezés kapcsán.

(Arsenobenzol-glossitis.)

Írta: *Guszman József dr.* egyet. c. rk. tanár.

Az arzenobenzolos kezelésnek szövődményeként — sajnos nem nagyon ritkán — előforduló bőrgyulladás — az u. n. salvarsan-dermatitis — tünetei általában eléggé jól ismertek a gyakorlóorvos előtt. Ennek a komoly és igen veszedelmes, mérgező mellékhatáson alapuló kórfolyamatnak a felismerése, bár lefolyása közben fölötte változatos alakot és fokot ölthet, részben a külső körülmények (kezelés közben, vagy közvetlenül utána), részben a klinikai megjelenés (részarányú elhelyezkedés) alapján mégis aránylag ritkán okoz diagnostikai nehézségeket. Felmerül már most az a kérdés, vajjan a nyálkahártyákon is előfordul-e a salvarsan-dermatitis-szel analog elváltozás. De itt a száj nyálkahártyájának nem azokra az enyhe és gyorsan muló hurutos-lobos állapotaira gondolok, melyek jóformán valamennyi súlyosabb salvarsan-bőrgyulladás esetén felmerülnek, hanem a valóban súlyos, jól körülírt, külön tünetként kiemelkedő elváltozásokra. S itt már eleve kijelentem, hogy a látható nyálkahártyák, elsősorban a száj-nyálkahártya egyes részei úgy látszik csak felette ritkán, sőt egészen kivételesen válnak szinhelyévé oly körülírt és külön tünetként kimagasló bántalomnak, melyet az arzonobenzol ártalmas mellékhatásának kell tekintenünk.

Ezekről a nyálkahártyalaesiókról vajmi kevés irodalmi adatunk van. És még e kevés adat közül is nem egy akad, mely kóroktanilag nincsen tisztázva. Az eddig ismertetett néhány eset alakra is, lefolyásra nézve is egymástól meglehetősen elüt; arzenobenzolhatásra valamelyes jellemző tünet tehát nem ismerhető fel. Éppen ezért ezeknek a nyálkahártyákra vonatkozó eseteknek tökéletes felderitése egyelőre nagy nehézségekbe ütközik.

A bőr gyógyszeres kiütéseinek sokféleségével azonosan a száj nyálkahártyájának intoxicatiós jelenségei is igen változatosak és ha már a bőr gyógyszeres exanthemáinak rendszerint nincsen állandó jellegzetes nyilvánulása, úgy még fokozottabb mértékben áll ez a nyálkahártyák ilyen természetü megbetegedéseire. Hiszen itt még inkább mint a bőrön, akárhányszor azonos behatások vagy vegyileg azonos szerek fölötte változatos reactiót okozhatnak s viszont, teljesen heterogen tényezők hatása azonos nyilvánulásokat hozhat létre. Természetes, hogy ily módon a száj nyálkahártyáján mutatkozó elváltozások az arzenre vagy vegyületeire vonatkozóan sem birhatnak általában jellegzetes, szabályszerüen jelentkező képpel. Ez az eddigi gyér adatok alapján könnyen megállapítható. Éppen azért tartom szükségesnek az osztályomon hosszasan észlelt egyik esetnek kissé bővebb leirását, mert oly jellegzetes nyálkahártyaelváltozással járt, aminőt tudtommal még nem irtak le. A kórkép rögzítése azért is fontos, mert igy a jövőben alkalomadtán hasonló eset könnyebben válik felismerhetővé.

K. I. 35 éves háztartási alkalmazott 1936 III. 11.-én vétetett fel osztályunkra. Kórelőzmény: 1935 márc. havában positiv Wa.-r. alapján lues elleni kúrát kezdett, amit jól türt. Később még egy másik kúrát is végig csinált. 1936 jan. havában a harmadik Bi-arsenobenzol kúrájába kezdett, amelyben 10 Bi. és 8 neosalvarsan injectióig jutott. Ekkor a *salvarsan-dermatitis* tünetei kezdtek muttakozni rajta. Ily körülmények között került osztályomra a beteg, aki akkorra már 8 kg-ot fogyott.

St. pr.: Csaknem egész testén dermatitis, mely a hónaljban, a könyöktájakon és a genitocruralis hajlatokban erősebb. A hajas fejbőr igen korpádzó, egyenletesen kopaszító hajhullás. A nagyajkak belső felszinén lencsényi kissé kiemelkedő erosiók. Szájbüz. Inye duzzadt, a szemölcsök (papillae interdentales) duzzadtak, érzékenyek, Bi.-szegély. Nyelve szélén és hátán macerált felületü erosiok. Körmei épek. Klinikailag lueses tünet nem található. Wa. r.: ++++.

Hetek alatt a kezelés folyamán (Na.-thiosulfat) a dermatitis javult, a hajhullás megállt és a szájgyulladás is szünőben van. Nem igy a nyelv. A nyelv bal szélén és baloldalt a háton ugyanis lencse-babnyi körülirt papula-szemü képletek támadtak, melyek bizonyos fokig hypertrophiás lueses papulákhoz hasonlók. Ezek lassan alakjukat, sőt helyüket is változtatják. A külső nemirészeken, főként a nagyajkak belső felszinén kiemelkedő erosiókból papula-szerü képződmények alakulnak ki, melyek ugyancsak makacskodnak. Közben a nyelvhát baloldalán fokozatosan egyre feltünőbben alakul ki egy élesen körülirt plaque, mely szürkés-sárgás-fehéres álhártyával van boritva. A 3×2 cm. nagyságú plaque szélén az álhártya kissé leválik, felemelkedik, de erősebb húzásnak sem enged és könnyen vérzik. Noha spirochaeta pallida sem a genitaliák, sem a nyelv elváltozásain nem volt kimutatható, Bi.-kúrát kezdtünk, de minden látható eredmény nélkül. A külső nemiszerveken ülő papula-szerü képletek egyikének kimetszése és szöveti megvizsgálása fajlagos szövetet nem derit ki és csak egyszerü idültebb bőrlobot mutat. A nyelven lévő makacs elváltozás miatt 1936 nyarán *újabb arsenobenzol-kúrát* kiséreltünk meg, ez azonban gyors *rosszabbodásra* vezetett. úgy hogy el is hagytuk. A nyelv hátán lévő plaque ugyanis megduzzadt és kiterjedésében is megnagyobbodott, az álhártya hüzásakor, sőt már kisebb vongálásakor is bővebb vérzés jelentkezett.

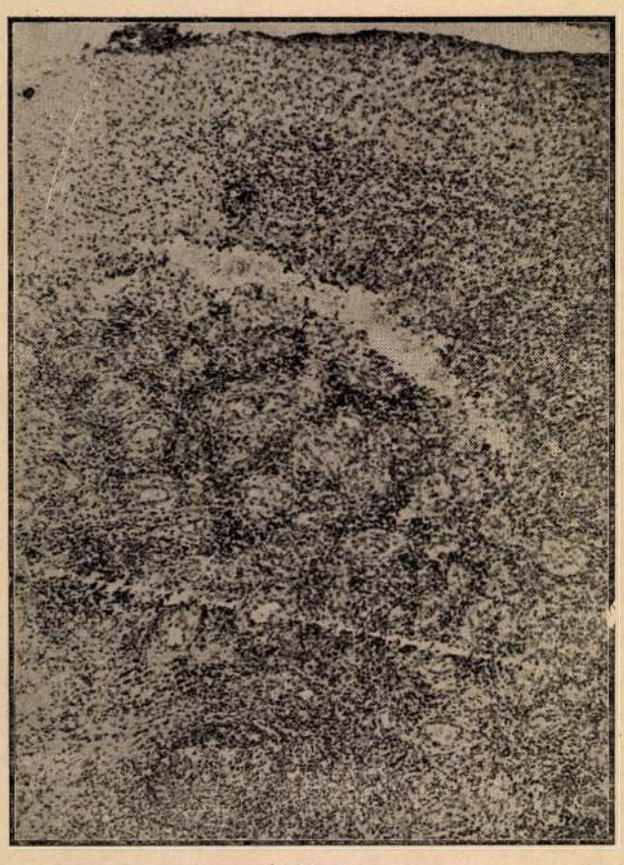


1. ábra.

Miután az arzenobenzolt elhagyjuk és ismét a Na-thiosulfatra tértünk át (per os), a nyelvelváltozás kissé megnyugodott. Enyhe szájöblitőkre 1936 dec. eleje óta a nyelven lévő álhártyás plaque némileg javult, nevezetesen fokozatosan, bár rendkivül lassan kisebb területre huzódik vissza; a gyógyulás tehát a szél felől halad. Mindazonáltal a nyelv ezen sajátságos elváltozása különösen rendkivüli makacsságával tünik ki. (1. ábra). Közben a pofa nyálkahártyáján közvetlenül mindkét szájzug mögött egy-egy pengőnagyságú plaque fejlődött ki, mely klinikailag teljesen a leukoplakiához hasonlit, tehát tejfehér, pikkelyalaku, lemezes, száraz hyperkeratosissal járó elemekből álló góc. A beteg egyébként nem dohányos.

1936. XII. 28.-án a nyelv álhártyás plaquejéből kimetszés. *Szöv. vizsg.:* Górcső alatt a kimetszett anyag felszinét helyenként fibrinlepedék boritja, melyben nagymennyiségü leukocytát és széttöredezett magvu sejtet találtunk. A fibrinlepedék alatt egy helyen még felismerhető a többrétegü el nem szarusodó laphám, amely szabályos. A szövetanyag besejében felszaporodott tág capillarisok találhatók, melyek körül idültebb jellegü kerek- és plasmasejtekből álló lobos beszürődés van. (2. ábra.) E sejtek mellett a mélyebb részekben nagy mennyiségben lebenyes magvu fehérvérsejt található.

Egyes helyeken csiracentrum-képződés ismerhető fel. Az erek endothelsejtjei és a kötőszövet sejtjei duzzadtak. Helyenkint vérzés. A található idült gyulladásnak egyébként specifikus jellege nincsen; daganatos sejtburjánzás nem található. (Prof. *Zalka*).



2. ábra.

A nyelvben lévő hatalmas croupos membránás plaque immár hetek óta csaknem egyforma, bár a gondos szájápolás után a góc érzékenység irritáltság folyton csökken és — amint már említettem — terjedelme is lassan kisebbedik. A még néhány hónapja a széleken fityegő álhártyarészletek most már nem képződnek újra:

Az összes tüneteket a következőkben surithetjük össze. A harmadik Bi.-arsenobenzol-kúra folyamán súlyos, salvarsandermatitis fejlődik ki, mely méreteiben az átlagos typusnak felel meg. Az általános dermatitisszel párhuzamosan heveny szájlob is jelentkezik, melynek létrehozásában alkalmasint a Bi.-hatás is közreműködik (bismutszegély). Ugyanakkor a hajzat csaknem teljesen kihullt, a körmök azonban jóformán teljes épségben maradtak. A genitalis erosiók kifejlődése ugyanerre az időre jut. A dermatitis teljes visszafejlődésével együtt a száj lobja is megszünik. Megmaradnak azonban még egyidőre a nyelvnek élesen körülirt elváltozásai, melyek közül a szélein lévő papulaszerü beszürődések lassankint elmulnak. A nyelv hátán lévő körülirt nagy, egységes álhártyás plaque ezzel szemben egyre jobban kialakul, most már mint egyetlen makacsul, immár egy év óta nagyjában változatlan elváltozás, amihez persze még a két buccalis leukoplakiaszerü gócot is hozzá kell sorolnom. Az álhártyás nyelvplaque jelenleg is éles határú, elég vastag fibrines hártyával borított góc, mely az utóbbi időben minden hevenyebb jelleget levetett magáról, de még a leggondosabb szájápolásra is csak csigalassusággal javul.

A kérdés, amely itt felmerül az, hogy a nyelv ilyen súlyos és különösen hosszasan elhuzódó kórképe közvetlenül összefügg-e az utolsó antilueses kúrával és ha igen, annak mely tagjával, a bismuttal-e, avagy az arsenobenzollal? Azt hiszem, nem kell sokat bizonyítanom, hogy esetemben a nyelvbántalom szorosan kapcsolatos az utolsó kúrával. Nem oly egyszerü azonban annak eldöntése, hogy a nyelvbántalom bismuthmérgezés eredménye-e, avagy az arzenobenzoltól ered. Megjegyzem már e helyütt, hogy az irodalomban az alkalmazott gyógyszerek egyikének mellékhatásaként sem találtam hasonló elváltozást leirva.

A bismutstomatitisnek kórképe másfél évtizedes tapasztalás után általában jól ismert. Az előforduló súlyos elhalások a foghúsra, nyelvre, buccára és a szájpad nyálkahártyájára terjedhetnek, de ez a súlyos szövődmény egyetlen plaquera és még hozzá ily hosszú időn keresztül (több mint egy éve) nem korlátozódik. Egyetlen adatot találtam csak *Léri, Tzank* és *Weissmann-Netter* ismertetésében, mely bizonyos fokban megközelíthetné az általam észlelt nyelvelváltozást. Syphilis maligna praecox esetében a beteg nyelvének hátsó részén 6 Chinin-bismut-inj. (0.2) nyomán fájdalmas, nem beszürődött éles határu sárga fénylő plaque keletkezett, amelyen azonban álhártyát nem irnak le és amelyet az észlelők maguk sem tartanak biztosan bismuttól eredőnek, hanem azt „lésion linguale de nature indéterminée"-nek nevezik. Hosszú tapasztalás alapján állítom, hogy sok hónapon keresztül elszigetelten álhártyás bismutstomatitist sohasem észleltem.

Marad az arzenobenzolhatás kérdése. Itt persze elméletben szóba kerülhetne, hogy a káros mellékhatást az arzen mint elem, avagy a complex arzenobenzolvegyület, vagy végül annak csupán szerves része okozza-e. Említettem, hogy arzenobenzolkezelés nyomán keletkező súlyosabb dermatitisek kapcsán aránylag gyakran enyhébb stomatitiseket észlelünk, amelyek apró vérzéses gócokkal is lehetnek tarkitva. Ezek az elváltozások a garat nyálkahártyájára is kiterjedhetnek. De ezek a stomatitisek mindennapi jellegüek és aránylag rövid idő alatt elmulnak. Ezeken az aránylag enyhe nyálkahártyatüneteken kivül csak gyéren találtunk súlyosabb, akár nekrosishoz vezető mellékhatásokat az irodalomban. *Laurentier* esete úgy látszik valóban salvarsanstomatitisre vonatkozik. Vegyes kénesősalvarsan-kezelés nyomán stomatitist észlelt nőbetegén, melynek lezajlása után egyedül neosalvarsankezelésre (0.6 gr.) súlyos dermatitisen kivül ujra előtört az igen heves stomatitis. Említettük, hogy esetünkben is ujabb arzenobenzol adagolásra rosszabbra fordult a nyelv állapota. *Simon* is észlelt súlyos salvarsandermatitissel kapcsolatosan szájgyulladást. E szerző szerint az arzenobenzolstomatitis mint egyetlen arzenmérgezéses tünet is jelentkezhet, esetleg olyképen is, hogy a salvarsandermatitist megelőzi. *Chatelier* egy novarzenobenzol-kúra után purpurával kapcsolatos foghusvérzést említ. *Zinsser* 10 neoezüst-salvarsan inj. nyomán súlyos dermatitisen kivül stomatitist és gingivitist is észlelt. *Schaefer* neosalvarsankezelés nyomán (4.2 gr.) a nyelven és a buccalis nyálkahártyán lichenes kiütésről számol be, ugyanakkor a beteg tenyerén arzenhyperkeratosis is kifejlődik. Végül felemlítem *Urbach* esetét, melyben neosalvarsankezelés nyomán aphthás jelenségek mutatkoztak a száj nyálkahártyáján.

Látnivaló, hogy a most fölsorolt gyér számú adat nem közelíti meg az esetemben észlelt nyelvelváltozást, sőt attól teljesen elüt. Engem abban a föltevésben, hogy a nyelvlaesiót az arsenobenzol hozta létre, főként az erősít meg, hogy e tünet feltünő makacs és minden kezelésnek ellenáll, ami pedig a súlyosabb arzenobenzolmérgezéses bőrtünetre is eléggé jellemző. Ha azt látjuk, hogy már egy kissé is súlyosabb salvarsandermatitis bizonyos testrészeken mennyi hónapra, sőt egy éven túl is képes elhuzódni, ez a nagyfokú chronicitás hasonló elváltozás esetén a sokkal érzékenyebb nyálkahártyán nem lephet meg minket.

Mindezek után véleményem szerint tudomásul kell vennünk, hogy teljes kopaszsággal szövődött súlyos salvarsandermatitissel kapcsolatban egyéb, rövidebb-hosszabb ideig fennálló, nagyrészt banalis szájlaesiókon kivül a nyelven egyetlen körülirt nagy, álhártyás gyulladásos góc támadt, mely immár több mint egy éve megvan és csak a legutóbbi időben kisebbedik igen csekély fokban. Mint ugyancsak igen makacs tünet, a leukoplakia-szerü buccalis elváltozást is ki kell emelnem, mely lichen planushoz a legtávolabbról sem hasonlít. Mindkét elváltozást, de főként a körülirt glossitist az arzenobenzolmérgezés egy különösen makacs, eddig még alig észlelt és mindenesetre eddig még nem ismertetett tünetének tartom.

A Pázmány Péter Tudományegyetem szemészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Blaskovics László ny. r. tanár.)

A lues cutireactiója szemészeti megvilágitásban.

Irta: *Grósz István dr.*, egyetemi tanársegéd.

A tuberculosis sikeres bőrpróbája (Pirquet) indította el a syphilis cuti-reactiójára vonatkozó munkásságot, melynek eredményekép ma már megbízható diagnosticum birtokában vagyunk. A bőrgyógyászok egy része tartózkodó az eljárással szemben, más része értékes segédeszköznek tartja. Az idevágó elsősorban venerológiai irodalom ismertetése nem tartozik tárgyunkhoz, e helyett utalok Plannernek a Jadassohn-féle kézikönyv 15. kötetében megjelent kitünő monographiájára, melyben az egész kérdés irodalmát, történetét, pathológiáját és klinikumát kimerítő módon tárgyalja. A nem fajlagos chemiai szerekkel és antigenekkel történő cutan-próbák (higany, lecithin, agar-agar, gelatin, stb.) helyébe a spirochäta tenyészet felhasználása lépett. Ez Noguchi nevéhez füződik; a később tárgyalandó csoporttal szemben ez u. n. kultúr-luetin. A szemészeti irodalomból 3 szerző említendő meg, ki kultur-luetinnel dolgozott; *Löwenstein*, aki az Elschnig klinikán 10 keratitis parenchymatosa (ker. par.) közül 8-szor látott positiv reactiót. (6 positiv W), mig 4 késői luesben kétszer; a seronegativ lappangó lues megállapításában tartja értékesnek. A másik szerző *Rosica*. 137 lues-gyanús anyagának százalékos statisztikája a következő; az első szám a positiv luetint, a második (zárójelben levő) szám positiv W-t jelent %-ban: ker. par. 80 (100), iritis 16 (36), chorioiditis 42 (31), retinitis és neuritis 70 (42), látóidegsorvadás 76 (32), másodlagos atrophia 57 (28), szemizombénulás 36 (18). A próbát ő is a harmadszakos lappangó luesban tartja értékesnek. Feltünő a retinára és látóidegre vonatkozó magas százalék. A 3. dolgozat *Wolf* és *Zeeman*-tól származik. 39 lues esetből 23 positiv luetint látott, a serológiai reactióval nagyjában párhuzamosan. Az eljárás ker. par.-ban, iritisben ad felvilágosítást, mig a metalues esetén sok a negativ reactió. Két további angol szerzőt említ *Pischel* (Cohen és Browning); eredményeik előttem ismeretlenek.

A cultur-luetinnél egyszerűbbnek látszott a syphilises szerv-kivonatokkal történő bőrpróba elvégzése. *(Neisser, Meirovsky, Nicolas.* stb.). Nagy haladást jelentett a pneumonia alba-tüdőből készült kivonat bevezetése (Fischer). Klausnerrel együtt megállapították, hogy a pallidin a gummosus lues, a késői velszülött és malignus luesben ad bőrreactiót. A korai szakban és metaluesben negativ. Ellenőrző kisérletekből kiderült, hogy a reactió fajlagos és a spirochaeta jelenlétéhez van kötve.

Klausner 1914-ben számolt be az Elschnig klinika anyagából; Merck-féle pallidinnal dolgozott, még pedig a legtöbb szerzővel ellentétben cutan eljárás segítségével. Pallidinba mártott oltólándzsával # alakú sebet ejt. Száz luesgyanús szembeteg közül összesen 20 positiv reactiót észlelt. 20 ker. par. közül 12 positiv, mig a WaR csak 5 esetben volt positiv. 20 cyclitis közül 4 positiv. Metaluesben a pallidin mindig negativ; az uvea és retina bántalmaiban kb. párhuzamosan halad a W-val. Az oltás fajlagosságát biztosítja a számos ellenőrző vizsgálat negativ volta. Ker. par.-ban érzékenyebb lévén a W-nál, azt kiegészíti. A negativ oltás a késői és heredolues fennállását kizárja. A cutan-reactió után egy esetben a negativ W positivvá lett; ezt először *Müller* és *Stein* lueses nyirokmirigy kivonattal történő oltás után irták le, ugyanezen szerzőktől származik az a megállapitás, hogy az először negativ luetin ismételt oltás után positivvá válhat (sensibilisálás?).

Lauerstein és *Planner* (1921) 112 esetet dolgoztak fel; házilag készült lép-, máj, nyirokmirigy carbolos kivonatát használták. Friss ker. par.-k túlnyomóan positiv eredményt adtak, csak 6% negativ lelet mellett. A lefolyt régi esetek ritkábban positivak: 12 közül 8. Két friss ker. par. esetén a luetin negativ maradt; e ritka tünetet erőteljes felnőtteken tapasztalta, a cong. lues minden egyéb tünete nélkül. Ker. par.-ban a W-nál érzékenyebb, u. i. friss esetben a luetin reactió az esetek ⅓-ban biztosítja a diagnosist negativ W mellett. Lezajlott ker. par.-ban az esetek felében positiv a luetin, mig a W csak egy negyedében. Itt tehát pontosabb eljárás a W-nál.

Egyéb mély keratitis esetében (23) negativ lévén, fontos diagnosticai jelentőséget tulajdonitanak neki. A főleg másodszakú luesen alapuló cyklitis (16) közül csak 2 positiv és 3 kérdéses adódott. Negativ luetint adott 6 látóidegsorvadás, valamint chorioiditis és neuritis is. 5 esetben láttak provokáló hatást ker. par.-ban, gócreactiót egyizben. Iridocyklitisben a reactió eldönti, hogy másodszakú vagy világrahozott luesen alapul-e.

1924-ben állitotta elő Busson organluetinjét (Wien. Klin. Woch. 1924.), amellyel *Rabitsch* dolgozott (143 vegyes eset). 19 seropositiv esetéből 16 positiv bőrreactiót észlelt: 7 ker. par., 5 keratoiritis stb. és 3 negativat (látóidegsorvadás, n. III. bénulás, exophthalmus). Viszont 124 seronegativ betege közül 6 positiv luetin. A diagnosticum terét a seronegativ késői luesban látja.

1926-ban *Pischel* irt kimerítő dolgozatot a Mellerklinikán e tárgyról. A tárgy pontos kidolgozása miatt bővebben ismertetjük azt. Szerv luetint használt, melynek elkészitése a következő: lueses szervek (pneumonia alba-tüdő, nyirokmirigy, lép, máj) darabkáit mozsárban négy súlyrész steril élettani konyhasóoldattal eldörzsölt, majd annyi carbolt tett hozzá, hogy tartalma ¼%-os legyen. Állás közben keletkező zavaros, sárgás folyadékot leszívja, jégen tárolja. Az intracutan reactiót 24—36 óra mulva olvassa le. Gócreactiót egy ízben látott: hypopyon 24 óra mulva. 80 ker. par. közül 70 volt a positiv luetin reactiók száma, a WaR-é csak 66. Ennek megfelelően negativ a luetin 12½%-ban, a WaR 17½%-ban; tehát előbbi kissé érzékenyebb. Egyik táblázatát érdekes volta miatt ismertetjük (±= gyengén positiv).

Csoport	Luetin	WaR	esetek száma	%
1.	+	+	54	67½
2.	+	±	4	5
3.	+	—	8	10
4.	±	—	3	3¾
5.	±	+	1	1¼
6.	—	+	6	7½
7.	—	—	3	3¾
8.	—	±	1	1¼

Teljesen megegyező a lelet a 71%-ban s hasonló 77 ½%-ban. A 12 positiv leutinre 8 negativ és 4 kétes W. jut. Ez az esetek 15%-a, melyben a luetin segitséget jelent. Ha hozzáadjuk a 4. csoportot, ez a szám eléri a 19%-ot. A 8 negativ WR-jú eset mind régi vagy kezelt beteg közül került ki (7 kezelt, egy spontán) s az ujabb friss attak alatt is negativ maradt. A negativ luetin és positiv W azt jelenti, hogy a kezelés vagy az idők folyamán a cutanreactio negativvá válhat. Ez elsősorban a régi ker. par. esetekre érvényes.

Tanulságos egy másik tábla is, mely az egyéb eseteket tartalmazza.

Diagnosis	Eset	Luetin		WaR	
		—	+	—	+
Kerat. prof.	5	5	0	0	5
Kerat. punct. prof.	3	3	0	2	1
Kerat. punct superf.	2	2	0	1	1
Kerat. discif.	2	2	0	0	2
Retinochor.	6	6	0	1	5
Atr. n. opt.	4	4	0	3	1
Iritis pap.	1	1	0	1	0
Iridocycl.	3	3	0	0	3
Conj. ekzem.	3	3	0	1	2

A szerző conclusiója, hogy luetin a ker. par. diagnostikájában határozott segitség. Mivel egyéb mely karititisben negativ, fontos megkülönböztető diagnostikai jel a ker. par.-al szemben. Luesellenes kezelés hatására negativvá válhat. Recidiva vagy visszaesés alkalmából is gyakran negativ, mint a WaR. Elterjedését az akadályozza, hogy kereskedelemben kapható kész kivonat nincs.

Magyarországon is foglalkoztak szemészeti szempontból a reactióval. *Bendenritter* az Állami Szemkórházban végzett vizsgálatairól 1932-ben számolt be a Magyar Szemorvos Társaságban. A reactió tetőpontján 72%-ban érte el 24 óra mulva, 19%-ban 48 óra mulva és 6%-ban 72 óra mulva. Ő már luotest-tel dolgozott. 50 ker. par. esete közül a W 88%-ban, Sachs-Georgi 68, Kahn 76, a luetin pedig 90%-ban volt positiv. A W próbával szembeállítva annál érzékenyebbnek mutatkozott friss esetekben (W 87½%), a régiekben azonos értékü (90%). Kétes vagy negativ W esetén fontos eljárásnak tartja mély keratitis diagnostikájában.

A legujabb közlemény *Giacomelli*-é (Olasz Szemorvos-társaság, Triest, 1935); ő is luotesttel dolgozott. 101 betegen szerzett tapasztalata szerint a reactio majdnem mindig positiv luesre gyanus szembetegségekben, főleg congenitalis eredettel; itt a War-nál érzékenyebb. A serologiát nem pótolni, hanem kiegészíteni hivatott.

Vizsgálataimat a Müller és Brandt-féle szerluetinnel végeztem, melyet a bécsi Serotherapeutisches Institut gyárt. (luotest). Ez steril ½%-os carbolos, konyhasós kivonat, mely nyulnak több spirochaeta törzs beoltása után keletkezett scrotális syphilomájából készül. A nagymértékben fajlagos kivonat forgalomba hozatala annyiban is haladás, hogy a nehezen szerezhető emberi szervek helyett állati anyag kerül feldolgozásra, másrészt gyári készítmény lévén, a nehézkes és változó értékü házi elkészítést fölöslegessé teszi. A diagnosticum 0.25 ccm fiolákban kapható. Kizárólag intracutan dolgoztam: könnyed benzines lemosás után az alkar hajlító aldalán 0.1—0.2 ccm-t fecskendezünk be szigorúan a bőr lemezei közé, igen vékony és jó tüvel, mire lencsényi élesszélü anaemiás hólyag jelenik meg. Leolvasás 24, és 48 óra mulva. Positiv az oltás, ha kb. 2 × 4 cm nagyságú ovális, beszürődött, élesszélű, élénk piros kiemelkedő plaque (urtica) jelenik meg. Ezzel szemben pseudo-reactióról szólunk, ha a jelenség nem urticariaszerü, nem élesszélü, továbbá 48 óra mulva elhalványodik, mig a positiv fajlagos oltás nemcsak megmarad, hanem erősebbé válik, sőt néhány napig ilyen is marad. Nem jellegzetes, gyengén pozitiv oltás esetén a leolvasás tehát megismétlendő 48, ill. 72 óra mulva. Hevesebb reactió esetén nyirokérgyulladás, sőt központi pustula majd fekély keletkezhet; ez ritka. Megjegyzem, hogy a luotest a legujabb és legmegbizhatóbb diagnosticum, amivel rendelkezünk. Nálunk *Sulyák* számolt be értékéről. Szerinte a régi, kezelt, seronegativ lappangó syphilis, továbbá a nyilvánvaló és lappangó veleszületett és a malignus lues járnak positiv reactióval. Szemészileg fontos, hogy sem a korai lues (I. és II.), sem az ú. n. metalues nem ad positiv reactiót, hanem — a congenitalison kívül — csupán a harmadszakos, vagy helyesebben a késői lues. E fajlagos allergiás reactio leghatározottabb nyilvánvaló harmadlagos esetekben: gummás folyamatokban. A 4 évesnél idősebb rejtett luesben 70%-ban, míg az ennél frissebb esetben 23%-ban positiv a reactio. Ez ellentétben áll *Plannerrel,* aki lappangásban is negativ eredményt látott, kivéve a III. szak latentiáját; ezek olyan egyének, akik valamikor tertiaer jelenségeket mutattak; ez azt jelenti, hogy a túlérzékenység évekkel túléli a klinikai tüneteket; megjegyzendő, hogy a cong. lues korai alakjában (születés után) a reactio mindig negativ, mert a jelenségek a szerzett lues másodlagos tüneteivel analogok. Figyelmünk tehát elsősorban cong. lues oly fontos szemészi megnyilvánulása, a ker. par. felé fordul. Ami a késői luest illeti, az szemészileg kisebb jelentőségű, ha a metalues csoportját kihagyjuk; tabesben és p. p.-ben ugyanis mindig negativ a luetin, míg lues cerebriben olykor találkozunk positivitással. A sclera, uvea, orbita gummája elég ritka és serologiailag megfogható. Értéke inkább a seronégativ késői lappangásban van.

Most áttérünk beteganyagunk ismertetésére (+ = gyengén positiv, ++ = erősen positiv luotest reactiót jelent).

1. S. L.-né, 43 éves, 3 évvel ezelőtt hasonló gyulladás, jelenleg 2 hónapja tartó, mély disciformis jellegü szaruhomály. V. o. d.: 20/o. A teljesen negativ serológiai lelet mellett a luotest +. Recidiva!

2. K. E. 10 éves fiú. Anyja két abortuson ment át, serológiailag negativ, luetin +. Jelenleg friss, mély keratitis balszemén. Csecsemő korában elvégzett W. R. most is negativ. Luetin ++.

3. F. J. 26 éves. Egy hónapja gyulladt mindkét szeme. Súlyos mély keratitis balszemén, majd a jobbon. Wa. R., Kiss negativ, ezért a gyanú a tüdőre és prostatára irányult; negativ tüdöröntgen, urológiai lelet: prostatitis chron. Luetin ++.

4. L. L.-né, 36 éves, diagnosis: Mac. corn., syn. post. res d. iritidis, cat. compl. inc., opac, c. v., chor. invet, glauc. sec. o. u. Egy testvére halva született. Egy élő gyermek. Két 6 hetes, egy 3 hónapos ab. 3 éve antilueses kúrát kapott. 8 éves kora óta gyakran van szemgyulladása. Wa. R. negativ. Mellkasröntgen: szélesebb aorta, aortás typusú szív. Az erős fehérjevizelés miatt nephrosis luetica gyanúja. Az erősen positiv luetin tisztázza az okot. Ezek szerint cong. luesen alapuló ker. par. utáni állapottal és elülső uvet s-szel volt dolgunk.

E négy esetben tehát a luetinnek köszönhető a diagnosis, mely a negativ serológiai lelet révén téves lett volna (tbc.!). A következő esetekben a luetin a kétes, bizonytalan vagy nem egybevágó serológiai leletet erősíti meg.

5. H. A. 25 éves, balszeme 1 hónapja, a jobb ½ éve gyulladt. Diagnosis: ker. par. W. I. antigennel negativ, II. és III-al +. Kis ++. Luotest ++, mely döntő módon bizonyítja a veleszületett lues diagnosisát.

6. K. E. 18 éves. Kórjelzés: ectasia bulbi, glauc. sec.; szaruban mély diffus homályok. Negativ W. mellett a Müller ++ és Meinicke Kl. II. ++. Luetin +. A veeszülött lues idegrendszeri fészkét jelenti a baloldali központi facialisbénulás és positiv Romberg. (Lues cerebri.)

Noha a serologiai lelet nincs okvetlenül párhuzamban a luetin reactióval, előfordul egyöntetű lelet is.

7. N. S. 20 éves. Balszemén 7 évvel ezelőtt gyulladás, jobbszemén 4 hete. Diagn.: Ker. par. rec. o. d., myopia et

Mac. c. o. s. Az avascularis typusú ker. bismuth-kezelés dacára súlyosbodott. Wa. R. +++. Luetin 48 óra múlva erősen positiv (fájdalmas).

8. Cs. I. 7 éves, balszemen friss, mély szaruhártyagyulladás. A Wa. R. is, a Kiss is +++. Luetin ++.

Egyéb mély ker.-ben, a luetin mindig negativ.

9. B. J. 25 éves. Jobbszemen mély korongalakú homály. Mind a serologia, mind a luetin negativ. Ez utóbbi kizárja a cong luest. Diagn.: ker. disciformis. (herpes?) o. d.

10. K. E. 12 éves. Szaru közepén lencsényi mély, korongalakú homály. Szurkált hám. Mély erezödés. Negativ Wa. R. és luetin. Diagn.: ker. prof. tb.

Megemlítem üvegtesti homály egy esetét, negativ Wa. R.-val, mely a myopiának lett volna tulajdonítható, ha a ++ luotest nem tereli helyes irányba a diagnosist.

12. 25 éves férfi. Kórelözményében kezelt lueses fertözés, vérzékenységére való tekintettel a vérvételt mellözzük. Episkleritiséről positiv luetinje deríti ki, hogy késői luesen alapszik.

Negativ eredményt adott inveterált, szerzett luesen alapuló súlyos kétoldali chorioretinitis (2 évvel ezelőtt antilueses cura és positiv Wa. R.).

Míg a luetin értéke velenemzett és harmadlagos esetekben nagyra becsülhető, az idegrendszer késői lueses bántalmaiban rendesen negativ. Lues cerebriben néha positiv.

14. G. D.-né 30 éves. Ophthalmopleg. a int. o. d. Ép szemfenék, férje pp.-és; két ab., két halott magzat. 1934-ben negativ W., jelenleg önkötös, Müller +, Meinicke +++. A luetin gyengén positiv. Dg.: lues cerebri.

15. S. J.-né 35 éves, egy ab. Jobbszemén egy hónapja rosszul lát, jelenleg fényérzése nincs. Centrumban néhány pigment rög. W., Kiss +++++. Rhinológiai lelet: ozäna, uvula defectus. Luetin +. Ideglelet: tabes. A neuritis retrobulb. acuta képét lues cerebriben látjuk, tabesben nem. Átmeneti kórkép?

Végül tabesben és pp.-ben rendesen negativ bőrpróbát észlelünk.

16. Anisocoria, decoloratio pap. o. u. Wa. R. ++++. Luetin gyengén positiv. Tabes.

17. Decoloratio pap. Wa. R. és Kiss negativ, Meinicke positiv. Luetin negativ.

Az irodalmi adatok és saját megfigyeléseink alapján *összefoglalólag* a következőket mondhatjuk: a luetinpróba fájdalmatlan, egyszerű és megbízható eljárásnak bizonyult, mely a szemészileg oly fontos congenitalis és késői lues jelenlétére nézve becses felvilágosítást ad. Elvégzésére a luotest igen alkalmas és fölötte áll a körülményes elkészítéssel járó, kevésbé tartós egyéb kivonatoknak. A vérvétel általa elkerülhető, ami kisgyermek esetén előnyt jelent; az technikailag is néha nehézséget jelent és a szülők ellenzését váltja ki; felnőtt pedig — a W. közismert jelentőségénél fogva — nem lát insultust a bőrpróba elvégzésében. Az eredmény 24, legkésőbb 48 óra múlva már megvan. A serológiai reactiókat azonban nem teszi fölöslegessé, hanem értékesen kiegészíti őket. Ker. par. esetében érzékenyebb, mint a W.; mivel egyéb mély szaruhártyagyulladásban mindig negativ, a ker. par. elkülönítő kórismézében nagy segítséget jelent. A luetin elvégzése tehát — főleg negativ vagy kétes seroreactiók esetén — döntő fontosságú a cong. lues, elsősorban a k. diagnostikájában. Ez annál is fontosabb, mert a súlyos esetek ritkulnak, de annál több az atypikus és könnyű eset, amelyek a szülők elégtelen kúrájának eredményei. Positiv reactiót látunk még a cong. luesen alapuló cyclitis vagy chorioiditis ant. (uveitis ant.) eseteiben is. Mivel a szem és adnexái, továbbá az orbita gummózus megbetegedése ritkaságszámba megy, jelentősége is csekély. De segítségünkre van a késői lappangás esetén: makacs episkleritis, keratoiritis, lappangó uveitis, periostitis; itt a serológia gyakran cserbenhagy; így a lappangó szakban *Guszman* 30% seronegativitást észlelt. Itt a luetin becses szolgálatot tehet. Ezzel szemben a metalues diagnosisában nem használható; itt a vér- és liquorlelet a döntő. Ugyancsak negativ a lues korai időszakában (iridocyclitis, stb.). A luetin reactio antilueses kezeléssel dacolhat, de negativvá is válhat; ez történik kiújulás esetén is. Ismeretes provokáló hatása, mely hol egy-két, hol több befecskendezésre jelentkezik; késői seronegativ, latens, valamint cong. luesben positiv cutanreactióra a negativ Wa. R. is positivvá válhat; ez a harmadik szakban a salvarsanprovocationál megbízhatóbb a lues gyógyulásának megitélése szempontjából *(Stein)*. Megemlítem, hogy therapiásan is alkalmazták; ez a reactio után olykor észlelhető gócreactión alapszik; inkább makacs esetekre (lues maligna) és arthritisekre tartandó fenn. A reactio lényege valószinűleg túlérzékenység (allergia) a spirochaeta iránt (*Nakano, Planner*, stb.). *Összefoglalva a luetin reactio* (luotest) *megbízható és a praxisban (vidék!) könnyen keresztülvihető értékes diagnostikum, mely a szemészetben — most már hozzáférhető lévén — nagyobb elterjedést érdemel.*

Noha nem tartozik szorosan tárgyunkhoz, legyen szabad néhány therapiás megjegyzést tennem. Az a tény, hogy ma jobb a ker. par.-sok látásélessége gyógyulásukkor, mint régen, véleményem szerint nem az antilueses kúra hatására vezetendő vissza, hanem arra, hogy a nagyobb mértékben megindult szociális munka (biztosítás, általános hygiene javulása, stb.) eredményeképp a cong. lues ritkul, vagy főleg könnyű alakban jelenik meg; tehát ab ovo jobb a sorsa a cong. luesben szenvedőnek (lásd feljebb). A láztherapiával (tej) combinált specifikus kúra fontosságát azonban ez nem érinti; úgylátszik, hogy a cong. luesben, mint a késői luesben a bismuth és jód fontosabb, mint a neosalvarsan; ez utóbbit egyébként kitünően helyettesíti a lues minden szakában a solusalvarsan, mely főleg intolerantia vagy technikai nehézség (gyermek) esetén értékes; a stabil kész oldat izomba adható. E helyen meg kell említenem egy szert, melynek szemészi jelentősége még nem ismeretes;* ez az öt vegyértékű *spirocid* (stovarsol), mely a gyermekgyógyászatban már naponta használatos és felszínes gummák, vérkeringési szervek, máj, vese és idegrendszer késői syphilisében, valamint a lues prophylaxisában és utókezelésében bevált peroralis antiluetikum. Érdekes feladat lenne e szert ker. par.-ban kipróbálni, különösen roboráló hatására való tekintettel; további előnye, hogy a beteg otthon házilag kezelhető; ugyanez áll a késői lues szemelváltozásaira, különösen salvarsan-tilalom vagy intolerantia esetén. Az adagolásra nem térek ki, csupán az intervallum fontosságát hangsúlyozzuk. A kérdés részletes ismertetése az adagolási vázlatokkal együtt Joseph közleményében található (Neue Deutsche Klinik 11. köt.).

*) A szert legújabban *Heim* velenemzett lueses szembajokban igen értékesnek találta (l. ref. O. H. 1937. 44. sz.)

Kiadványainkat olcsón kapják meg előfizetőink az összeg előzetes beküldése után. *Soós Aladár:* Étrendi előírások III. kiadás, 5 P helyett 4 P; *Horváth Boldizsár:* A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra 5 P; *Kunz 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 helyett 2.— P.; *Krepuska István:* a füleredetü agytályogok kór- és gyógytana 4 P. — A befizetési lap hátulján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni.

Szeged városi közkórház Gréf-Gyermekkórházának közleménye. (Főorvos: Török Gábor.)

A p-aminobenzolsulfamid-therapia kérdéséhez.

Irta: *Török Gábor dr.*

Domagk alapvető megfigyelése, szerint sulfamid-csoportot tartalmazó azofesték egerek streptococcusfertőzését meg tudja gyógyítani. E megfigyelés alapján hozták forgalomba néhány éve, mint streptococcus-specifikumot, Németországban prontosil, Franciaországban rubiazol néven az azofestékvegyületeket. *Domagk* azon a véleményen volt, hogy e festékek fajlagos hatása a molekulában levő azokötésen alapszik, de *Fourneau* és munkatársai, *Nitti* és *Bovet*, továbbá *Buttle* és munkatársai kimutatták, hogy az azofesték p-aminobenzolsulfamid componese állatkisérletekben a streptococcusfertőzés ellen ép oly hatásos és kevésbbé mérgező, mint a prontosil. Nálunk a p-aminobenzolsulfamid *deseptyl* és *ambesid* néven van forgalomban.

Mind a prontosilnak, mind a később előállított p-aminobenzolsulfamid-készítményeknek hatásosságát emberi streptococcusfertőzésekben is számos klinikai megfigyelés bizonyítja. Ha endokarditis lentában és súlyos sepsisben nem is váltották be a hozzájuk fűzött reményeket, azok az eredmények, amelyeket mindenekelőtt orbánc, septikus anginák. lymphadenitisek, cystopyelitisekben látunk, bizonyítják, hogy gyógyszerkincsünk igen értékes szerrel gazdagodott. A p-aminobenzolsulfamid alkalmazási területe napról-napra bővül. A bőrgyógyászok eredményesen alkalmazzák genyes kötőszöveti és bőrgyulladások ellen, sőt mind ezekre, mind gombás fertőzésekre és sebekre, égésekre helyileg, oldatban és kenőcs alakjában is rendelik. A fül-orr-gégegyógyászatban mandulakörüli folyamatokban, középfül-megbetegedésekben és az ezekből kiinduló sepsisben s az orr melléküregeinek gyulladása esetén láttak tőle eredményt. A sebész-urologusok — nem tekintve a már fentebb említett hólyag- és vesemedencegyulladásokat — ajánlják genyes hólyagműtétek előkészítő szakában, valamint a műtét utáni kezelésben s a szemészekkel, sebészekkel egyetemben általában műtétek után a zavartalan gyógyulás biztosítására. Heveny és idült sokizületi lob, endocarditis, továbbá influenza eseteiben is beszámolnak jó eredményekről. Ajánlották még többek közt puerperalis sepsis és staphylococcusfertőzések ellen, sőt kankós betegségek ellen és meningococcus-meningitis esetén is; a staphylococcus- és meningococcusfertőzések ellen azon az alapon, hogy nemcsak állatkisérletekben bizonyult hatékonynak, hanem emberen tett megfigyelésekben is. Ami a kórokozók fajtáját illeti, elsősorban a streptococcusok ellen ad kezünkbe erős fegyvert, de hatásosnak mutatkozott még coli, staphylococcus és meningococcus ellen is; a kankós fertőzések esetén elért eredmények értékét *Ehlers* megfigyelései gyengítik, ugyanis szerinte itt igen nagy adagokra van szükség, amelyek már kellemetlen mellékhatásokkal járhatnak.

E közleményemben nem a p-aminobenzolsulfamiddal (deseptyllel) elért eredményeinkről akarunk beszámolni, csak éppen említjük, hogy orbáncban, makacs, más gyógyeljárásoknak ellenálló cystopyelitisekben, heveny endocarditisben, továbbá grippe esetében — itt különösen anyavérrel együtt — láttunk tőle meggyőző eredményt. Mint minden új szerrel, de különösen mint a rettegett sreptococcusfertőzés eredményesnek látszó gyógyszerével, a p-aminobenzolsulfamiddal is széles körben indultak meg a klinikai vizsgálatok, de természetesen az ujabb és ujabb javallati területeket a jövő kritikája megfelelő határok közé fogja szorítani.

Azok a mellékhatások, amelyek étvágytalanságban, hasmenésben, hányásban nyilvánulnak, nem komolyak. Ezeket az inkább csak kellemetlen melléktüneteket főleg csecsemőn és kisebb gyermekeken észleltük; minden valószinüséggel a belső adagolás következményei és ha sósav adagolásával nem szüntethetők meg, akkor intramuscularis alkalmazásra térjünk át. Adhatjuk a szert ilyen esetben érbe is, bár egyesek ezt nem ajánlják,sőt *Sommer* a prontosil intravenás befecskendezése után egy halálesetet is észlelt. Mi a deseptyl érbefecskendezésétől kellemetlenséget nem láttunk.

Ugyancsak nem támasztanak szigorúbb tilalmat a bőrkiütések; 22 esetből 3-ban észleltünk kanyaró szerü kiütést, melyet anorexia kisért. Erős kiütés esetén a szert egy-két napra célszerű kihagyni, azonban a további adagolástól sem láttunk hátrányt; a kiütés nem előhirnöke a szederjességnek, a sulf-, illetve methaemoglobinaemiának, amellyel az alábbiakban még foglalkozni fogunk.

A vérnek p-aminobenzolsulfamid adagolásával kapcsolatos elváltozásával a magyar orvosi irodalomban *Discombe*-nak a Lancet-ben megjelent cikke nyomán kezdtek foglalkozni, bár *Discombe* előtt már mások is észlelték ezt a jelenséget *(Colebrook Kenny, stb.)*. *Discombe* az említett közleményben szederjességről és sulfhaemoglobinaemiáról számol be és nem foglal el határozott álláspontot a tekintetben, hogy az egyidejűleg adagolt magnesiumsulphat és a sulfhaemoglobinaemia között volt-e kapcsolat. *Paton* és *Eaton* ugyancsak a Lancet-ben megjelent közleményükben azt irják, hogy 4 olyan betegük vérében, akik sulfatot nem kaptak, csak prontosilt, s szederjesek lettek, nem sulfhaemoglobint, hanem methaemoglobint lehetett kimutatni. Sulfatot is szedő betegeik lelete nem volt egységes: voltak olyanok, akiknek sulfat szedése ellenére sem támadt sulfhaemoglobinaemiájuk. *Discombe*-bal ellentétben arra az álláspontra helyezkednek, hogy a szederjesség, a sulfhaemoglobinaemia nem túladagolás következménye; túlnagy, már mérgező adag minden esetben methaemoglobinaemiát okoz, kis, therapiás adag (a sulfatgyököt tartalmazó sulfonal vagy trional módjára) csak érzékeny égyénekben okoz methaemoglobinaemiát, sulfhaemoglobinaemia keletkezésének feltétele pedig elegendő mennyiségü sulfur jelenléte.

A magyar orvosi irodalomnak fentebb említett, a sulfhaemoglobinaemiára vonatkozó adatai *Lévy*-től származnak. *Lévy Discombe* cikke és egy ambesidtől cyanotikussá vált, általa észlelt eset kapcsán a szer szedése alatt nemcsak a vér spektroskopiai vizsgálatát végeztette el, hanem a részletes haemostatust is ellenőrizte. Vizsgálatainak eredményét röviden a következőkben foglalhatjuk össze: 4 olyan beteg vérében, akik p-aminobenzolsulfamid mellett magnesiumsulfatot is kaptak, sulfhaemoglobin jelentkezett; 1 esetben, akinek magnesiumsulphatot nem adtak, nem volt sulfhaemoglobinaemia. Csökkent a szer hatására a haemoglobin és kezdetben megszaporodtak az eosinophil sejtek és egyes esetekben a reticulocyták. További adagolás folyamán egyes esetekben csökkent a thrombocyták és a vörösvérsejtek száma, a haemoglobin tovább süllyedt, s volt eset, amelyben a lebenyesmagvú leukocyták megfogytak, a lymphocyták pedig megszaporodtak. — Mindezekből *Lévy* azt következteti, hogy a p-aminobenzolsulfamid nemcsak a haemoglobint változtatja meg, hanem ártalmas a vérképző csontvelőre is. Alkalmazását, „bármily kecsegtetőek is pl. az orbáncban elért eredmények," nem tartja veszélytelennek.

Lévy e megállapítása nem maradt visszhang nélkül. *Hajós* ellenvetésében saját tapasztalataira hivatkozik: a sulfamidok kiterjedt alkalmazásakor egy esetben sem látott szederjességet. *Kostyál* a debreceni gyermekklinika ugyancsak ilyen értelmű megfigyelését sorakoztatja fel érvül, továbbá *Discombe* következő megállapítását: „A sulfhaemiglobinaemia okozta cyanosis igen érdekes és aggasztónak látszó tünet, de szerencsére semmiféle komolyabb következménnyel nem jár, ha jelentkeztekor a szer adagolását abbahagyjuk. Az eddigiek szerint a szer előnyei tetemesen felülmúlják hátrányait, alkalmazását csak további ismeretek fogják korlátozni vagy kiterjeszteni." Ellentétben *Lévy*-vel, mint saját eseteink vizsgálatából (egy héten keresztül naponta 3 tabl. sulfanilamidot adott), mind a *Lévy* által közölt esetek elemzéséből azt következteti, hogy keserüsó-combinatio nélkül a minőségi és mennyiségi vérképben, a vérfestéktartalomban s a thrombocytaszámban a sulfanilamid változást nem okoz. Sulfatcombinatióval nem kisérletezett.

Tudvalevő, hogy a gyermekek, kivált a csecsemők és kisgyermekek vérképző rendszere sérülékenyebb, ingerekre jobban és hamarabb reagál, mint a felnőtté. Ha tehát a sulfanilamid adagolása bizonyos veszélyt rejt magában, mert erősebb vérméreg és csontvelőinger, mint egyik-másik széltében használatos más gyógyszer (pl. a pyramidon), akkor ennek elsősorban a fiatal gyermek vérképző rendszerének működésében kell kifejeződnie. E gondolatmenet alapján csecsemőknek és gyermekeknek az előírt therapiás és ennél nagyobb mennyiségü deseptylt (Chinoin) adagoltunk és időnként ellenőriztük: *a)* a fehérvérsejtszámot, *b)* a vörösvérsejtszámot, *c)* a haemoglobint, *d)* a thrombocyták és *e)* reticulocyták számát és végül *f)* a milyenségi vérképet. Vizsgálatra kerültek egészséges (4 eset) és beteg gyermekek, endokarditisben, typhusban, influenzában pyelocystitisben, stb. szenvedők. Összesen 22 gyermeken 100-nál több haemostatust vettünk fel. Ezen vizsgálatokból, amelyekben segédorvosom, *Berényi Imre dr.* segédkezett, 6 csecsemő, 2 egészen fiatal gyermek és 6 idősebb gyermek adatait a táblázat mutatja.

Vizsgálatainkban, mint a táblázatból látható, a *fehérvérsejtek, a lebenyesmagvúak számában,* therapiás mennyiségű deseptyl adagolására sem csecsemőkön, sem gyermekeken *lényegesebb eltolódást nem lehetett megállapítani.* Nem változott ezek száma erősebb mérvben az esetek túlnyomó részében a csecsemő- és gyermekkori adagolásnak akár kétszeres túllépésére sem. A gyógyító adagként megszabott mennyiség *nem okozott változást a lymphocyták számában sem,* sőt csak elvétve volt csekélyfoku lymphocytosis olyankor is, mikor a csecsemő- illetve gyermekkori adagnál többet adtunk. Az *eosinophil sejtek megszaporodását* is *csak* főleg az adag áthágásakor észleltük ,a *vörösvérsejtek száma* és a *haemoglobin* említésre méltóan *csak* ilyen esetekben csökkent. Olyan határozott csökkenést a *thrombocyták* számában, amiről *Lévy* említést tesz, még az *adag kétszeres áthágásakor sem* állapithattunk meg, ellenben — főkép csecsemőn — már therapiás mennyiségekre is megszaporodtak, különösen hosszabb adagolás esetén, a *retikulocyták*..

Ez utóljára említett leletünk amellett szól, hogy a p-aminobenzolsulfamidnak tényleg affinitása van a vérképző szervek iránt. Kérdés azonban, hogy olyan „vérméreg"-e, amelynek alkalmazását fontolóra kell, hogy vegyük. *Ha az utóbb említett lelet, (a reticulocyták megszaporodása) mellé állítjuk haematologiai vizsgálataink többi adatait, akkor teljesen tárgyilagosan állíthatjuk, hogy a deseptylt ott, ahol eredményt remélhetünk tőle, nemcsak, hogy alkalmazni lehet, hanem alkalmazni kötelességünk.*

Fvs. szám ezer	Vvs. szám millió	Hb. %	Eo.	Ba.	Fi.	Pá.	Se.	Ly.	Mo.	Re.	Thr. ezer	Vér vizsg. időpontja
Kórisme: Atrophia (3 hónapos).												
7.2	3.6	68	2	—	1	2	46	48	1	4	220	VI. 30.
8.9	3.8	74	5	—	2	4	48	40	1	12	230	VII. 6.
7.6	3.0	62	1	—	1	2	34	61	1	10	210	VII. 14.
7.5	2.9	76	1	1	1	1	26	68	2	28	180	VII. 22.
VI. 30.—VII. 22-ig naponta 3x½ tabletta deseptyl, egy ízben 0.8 $MgSO_4$ intravenásan.												
Kórisme: Atrophia, cystitis (2 hónapos).												
16.8	4.35	80	1	—	—	2	24	72	1	5	344	VIII. 12.
19.6	3.9	80	2	—	1	2	31	64	—	7	320	VIII. 19.
17.2	3.4	66	3	2	1	3	52	38	1	8	325	VIII. 25.
12.1	3.2	62	4	1	3	2	55	34	1	13	295	IX. 9.
VIII. 12—VIII. 19. naponta 2 ccm.; VIII. 19—VIII. 25. 4 ccm., VIII. 25—IX. 9. 5 ccm. deseptyl intravenásan.												
Kórisme: Bronchopneumonia (8 hónapos).												
21.8	4.8	67	4	—	1	4	55	35	1	2	460	VI. 12.
11.6	4.2	77	3	1	1	3	43	48	1	11	373	VI. 16.
13.8	4.15	78	2	—	1	2	47	47	1	7	240	VI. 21.
10.2	3.8	72	3	—	2	3	46	45	1	13	235	VI. 26.
11.2	4.1	80	2	—	1	2	44	50	1	18	260	VII. 2.
VI. 12—VI. 16. 3x¼ tabletta, VI. 16—VI. 21. 3x½ tabletta, VI. 21—VI. 26. 3x1 tabletta, VI. 26—VII. 2. 3x1½ tabletta.												
Kórisme: Influenza, Coxitis pur (8 hónapos).												
18.0	3.9	89	2	—	1	3	43	51	—	3	350	VIII. 12.
11.2	3.8	70	3	—	2	4	40	50	1	6	315	VIII. 19.
12.8	3.2	62	3	—	1	1	33	61	1	3	306	VIII. 25.
10.1	3.4	55	4	—	1	2	38	54	1	7	255	IX. 1.
11.9	3.4	54	7	—	1	1	38	52	1	11	269	IX. 7.
VIII. 12—VIII. 19. naponta 2.5 ccm., VIII. 19—VIII. 25. 4 ccm. deseptyl intramusc., VIII. 25—IX. 1. 3x1 tabletta, IX. 1—IX. 7. 3x1½ tabletta.												
Kórisme: Atrophia, rachitis, furunculosis (10 hónapos).												
24.0	3.8	86	5	—	2	5	24	62	2	9	290	VII. 5.
25.0	3.0	62	2	—	1	2	40	54	1	37	210	VII. 13.
23.0	3.7	68	2	—	1	1	29	66	1	28	238	VII. 23.
VII. 5—VII. 23. naponta 3x½ tabletta.												
Kórisme: Atrophia, otitis med. (11 hónapos).												
13.0	4.05	80	5	1	1	2	22	68	1	4	340	VII. 1.
18.7	3.9	88	8	—	1	2	29	59	1	9	290	VII. 7.
17.2	3.8	75	9	—	1	1	22	66	1	10	260	VII. 14.
6.6	3.4	88	2	—	1	1	38	58	—	48	210	VII. 24.
VII. 1.—VII. 24. naponta 3x½ tabletta. Egy ízben 1.2 g. $MgSO_4$ intravenásan.												
Kórisme: Pleuritis exsud. (2 éves).												
10.4	4.2	84	2	—	2	4	43	48	1	6	340	VIII. 12.
9.6	3.9	76	4	—	2	5	50	38	1	8	310	VIII. 19.
20.8	2.2	55	—	—	2	6	73	18	1	5	295	VIII. 25.
21.2	2.1	46	—	1	3	5	74	16	1	6	290	VIII. 28.
18.9	2.0	44	1	1	3	6	71	17	1	12	295	IX. 4.
VIII. 12—VIII. 19. naponta 4 ccm., VIII. 19—VIII. 25. 6 ccm. deseptyl intramusc. (VIII. 21. absc. fem. d.), VIII. 21—IX. 4. napjában 3x1½ tabletta.												
Kórisme: Influenza, pseudocroup, (3 éves).												
10.1	4.2	82	3	1	1	2	53	39	1	4	302	VI. 12.
9.6	4.6	86	5	—	4	5	60	25	1	3	295	VI. 16.
10.2	4.1	84	4	1	1	4	54	34	2	5	210	VI. 21.
8.1	3.8	78	14	1	1	1	45	38	—	17	230	VI. 26
8.2	3.4	72	16	1	1	1	53	25	2	42	220	VII. 2.
VI. 12—VI. 16. napj. 3x½ tabl. VI. 16—VI. 21. napj. 3x1 tabl., VI. 21—VI. 26. 3x1½ tabl., VI. 26—VII. 2. 3x2 tabletta.												
Kórisme: Lymphad. colli, tonsillitis, (6 éves).												
8.2	3.8	74	5	1	2	2	57	32	1	1	—	V. 21.
9.6	3.4	82	2	2	1	3	66	24	2	4	—	V. 26.
8.2	3.6	84	1	—	1	2	57	39	—	2	284	V. 28.
6.9	4.0	78	3	—	2	3	60	32	—	4	296	VI. 2.
6.8	3.6	80	1	—	2	5	60	30	2	11	265	VI. 7.
5.3	2.9	72	8	1	1	2	47	40	1	9	210	VI. 14.
V. 28.—VI. 2. napj. 2x½ tabl., VI. 2.—VI. 7. 3x1 tabl., VI. 7.—VI. 14. 3x1½ tabl., 2 napig ½ kk. $MgSO_4$ per os.												

Fvs. szám ezer	Vvs. szám millió	Hb. %	Eo.	Ba.	Fi.	Pá.	Se.	Ly.	Mo.	Re.	Thr. ezer	Vér vizsg. időpontja
Kórisme: Tbc. pulm., pyelitis, (6 éves).												
8.4	4.2	88	1	—	1	2	64	30	2	4	—	V. 21.
9.8	3.9	85	—	1	1	2	65	21	—	5	—	V. 26.
8.9	3.95	80	3	1	1	3	64	28	—	4	300	V. 28.
10.8	4.2	84	1	1	2	3	65	27	1	1	340	VI. 2.
7.9	3.8	78	3	—	2	4	54	36	1	8	285	VI. 7.
4.6	3.3	76	5	—	2	4	51	37	1	8	215	VI. 14.
V. 28—VI. 12. naponta 3x½ tabl., VI. 2—VI. 7. 3x1 tabl., VI. 7.—VI. 14. 3x1½ tabl., 2 napon át 1 kk. $MgSO_4$ per os.												
Kórisme: Infuenza (6 éves).												
9.4	4.1	84	3	—	—	2	50	44	1	2	—	V. 21.
6.4	4.1	92	1	—	1	3	65	30	—	4	—	V. 26.
8.9	4.2	86	2	—	1	3	61	32	1	3	276	V. 28.
6.8	4.25	92	2	—	1	2	59	36	—	3	296	VI. 2.
7.8	4.1	82	5	—	2	3	55	34	1	9	218	VI. 7.
7.6	3.8	78	18	1	2	3	59	16	1	28	202	VI. 14.
V. 28—VI. 2. naponta 3x½ tabl., VI. 2—VI. 7. 3x1 tabl., VI. 7—VI. 14. 3x2 tabl.												
Kórisme: Paratyphus (9 éves).												
6.0	3.4	89	—	—	1	2	47	49	1	5	280	VII. 5.
6.4	3.2	64	2	—	2	4	41	50	1	14	250	VII. 13.
6.8	2.8	78	—	—	—	—	40	60	—	15	154	VII. 25.
6.2	2.8	76	2	—	1	2	38	57	—	16	170	VII. 31.
7.2	2.9	76	3	—	1	3	44	48	1	15	190	VIII. 8.
VII. 5.—VIII. 8. naponta 3x1 tabl. Két ízben 2.0 g $MgSO_4$ intravenásan.												
Kórisme: Pyelocystitis (10 éves).												
12.0	4.1	83	—	—	—	5	63	30	2	3	289	VI. 30.
12.5	4.15	88	1	—	2	3	54	39	1	4	300	VII. 6.
7.2	3.6	74	4	—	2	3	62	28	1	6	230	VII. 14
4.7	2.7	75	4	1	1	3	55	35	1	25	200	VII. 22
VI. 30—VII. 6. naponta 3x1 tabl., VII. 6—VII. 14. 3x1½ tabl., VII. 14—VII. 22. 3x2 tabl., Két egymásutáni napon 2.0 g. $MgSO_4$ intravenásan.												
Kórisme: Endocarditis (13 éves).												
7.2	3.85	88	2	—	2	4	72	19	1	5	240	VII. 3.
7.0	3.0	82	5	—	1	1	63	30	—	13	256	VII. 26.
6.8	3.1	80	6	—	1	2	60	30	1	15	250	VII. 31.
7.0	3.2	78	5	1	2	2	64	25	1	18	230	VIII. 8.
VII. 3—VII. 26. naponta 2x2.5 ccm., VII. 26—VIII. 8. naponta 2x4 ccm. deseptyl intravenásan, 7 napon át 1 kk. $MgSO_4$ per os.												

Eltekintve a túlérzékenység ritka eseteitől, therapiás adagokban nem okoz gyermekek vérében olyan morphológiai eltérést, ami alkalmazását valamennyire is korlátozná.

Hogy ezen álláspontunkkal helyes úton járunk, mutatják azon vizsgálataink is, amelyek a vér sulf,- illetve methaemoglobinját illetőleg a deseptyl adagolása alatt végeztünk.

Mint már fentebb is említettük, *Discombe* és előtte is már egy-két szerző p-aminobenzolsulfamidtól szederjességet észlelt, amit a vérben kimutatott sulfhaemoglobinra vezettek vissza. *Discombe* szerint, amint azt már *Colebrook* és *Kenny, van den Bergh* is lehetségesnek tartották, a sulfhaemoglobinaemia megjelenésében talán szerepe volt az adagolt sulfatoknak, ezért szerinte sulfatok alkalmazása sulfanilamid-készítményekkel egyidejűleg nem engedhető meg. Ugyanezen álláspontot foglalta el *Paton* és *Eaton* is, akik methaemoglobinaemiát is észleltek. Mi 22 gyermek közül 12-nek a deseptyl adagolás alatt magnesiumsulfatot is adtunk, részben belsőleg, részben érbe. 4 gyermek két napon át naponta ½—1 kávéskanálnyit kapott, 3 gyermek egy héten keresztül naponta 1 kávéskanálnyit, 3 csecsemő 0.80—1.2 g-ot intravenásan egyizben, 2 gyermek 2.0 g-ot ugyancsak érbe többizben. A vért a 12 gyermeken összesen 74-szer vizsgáltuk spektroskoposan sulf-, illetve methaemoglobinra; magnesiumsulfat adagolása alatt, illetve után sem voltak ezek egyizben sem kimutathatók. Abban az egy esetünkben sem találtunk a vérben sulf,- illetve methaemoglobint, amelyben cyanosis támadt.

Szó sincs arról, hogy e vizsgálataink eredményében *Discombe* és a többi szerző sulf,- illetve methaemoglobin esetleges jelenkezésére vonatkozó állításainak cáfolását lássuk. Azt hisszük azonban, hogy azon következtetést vizsgálatainkból teljes joggal levonhatjuk, hogy sulfanilamid (deseptyl) alkalmazásával kapcsolatban sulf-, ill. methaemoglobin jelentkezése gyermeken nem gyakori jelenség. A sulfatoknak sem lehet absolut jelentőségük a mérgezés kiváltásában (sulfatok adagolása nélkül egy izben magunk is észleltünk szederjességet); tapasztalataink alapján inkább azok véleményéhez csatlakozunk, akik a cyanosist a szer iránti különleges érzékenységgel magyarázzák.*) Semmi okunk sincs feltételezni, hogy a gyermekkorban a p-aminobenzolsulfamid iránt nagyobb az egyéni érzékenység, mint legtöbb, a gyermekkorban használatos gyógyszer iránt. Itt említjük meg, hogy legujabban *Discombe* és *Archer* a magnesiumsulfát szerepéről új elméletet állítottak fel: A magnesiumsulfat fokozza a vastagbélben az osmosisnyomást, s ennek következtében a szervezet belsejéből folyadék lép át a bél lumenébe. Itt a nedvdus közegben rohamosan elszaporodnak a rothasztó baktériumok és a táplálléknedv cystinjéből kénhydrogént képeznek. Ez azután felszivódik és a vérfestékhez kötődve sulfhaemoglobint ad. A kapcsolódást a bélben keringő p-aminobenzolsulfamid katalizálja. Ez elmélet szerint sincs tehát a sulfatnak a sulfhaemoglobinaemia keletkezésében közvetlen szerepe, és ez alapon is érthető volna, hogy kisérleteinkben magnesiumsulfat intravenás befecskendezésére nem észleltünk kénvérfestékképződést. Az említett föltevés a sulfatok belső alkalmazására nézve sem cáfolja meg kisérleteink eredményét, mert nyilvánvaló, hogy a bélrothadási folyamat (ha ugyan tényleg oki kapcsolatban van a sulfhaemoglobinaemiával) nem állhat be mindenkin egyforma mértékben.

Mindezekből és fentebb ismertetett haematologiai vizsgálataink eredményéből az a következtetésünk, hogy a deseptylt gyermekeken ott, ahol alkalmazástól eredményt remélünk, alkalmazni fogjuk. Sohasem történhet baj, ha megfogadjuk *Discombe* tanácsát és a szer adagolását szederjesség jelentkezésekor abbahagyjuk és sulfatok egyidejü alkalmazását kerüljük (bár vizsgálataink szerint a sulfatoknak a toxicosis kiváltásában nincs absolut jelentőségük). Tanácsos ezenkivül, ha az előirt adagnál nagyobb mennyiségben, vagy huzamosabb ideig, vagy anaemiával járó esetekben adjuk a szert, a vérstatust időnként ellenőrizni. A legutóbbi esetben ajánlatos a kezelést vérátömlesztésekkel kombinálni, hiszen ezek ilyenkor amugy is javalltak.

*) Megjegyzés a korrektura alkalmából: Azon legújabban közölt esetek is (Lancet 1931, 898; Jour. of the A. M. A. 1937, 1005), amelyekben sulfamid adagolásával kapcsolatosan a vérképzés ártalmát észlelték, e szerrel szemben egyéni túlérzékenység mellett szólnak.

Emlékeztető!..

Felhívjuk az Orvosegyesületek és Szakosztályok titkárainak figyelmét, hogy az ülésjegyzőkönyvek kivonatát az ülést követő héten küldjék meg szerkesztőségünknek. A hónapok multával beküldött jegyzőkönyvek actualitásukat veszítették s így ezek közlésére nem vállalkozhatunk.

***Vámossy* prof.**

Az Erzsébet Tudományegyetem sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Neuber Ernő ny. r. tanár.).

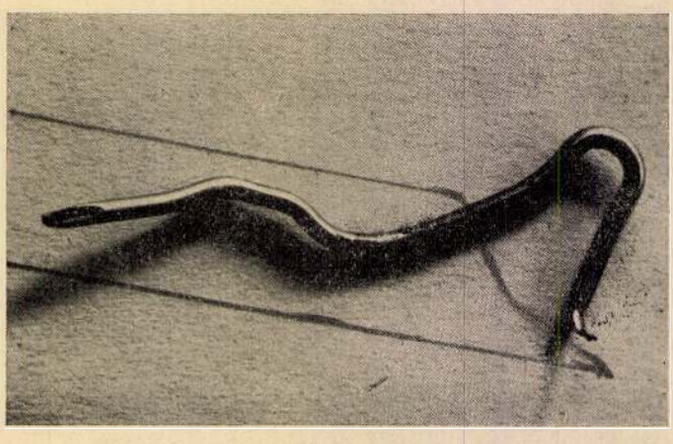
Nyelőcsőből eltávolitott idegen testek.

Irta: *Szekér Jenő dr.*

Idegen testek a nyelőcsőbe sokszor egészen szokatlan körülmények között jutnak be. Erre vonatkozólag a nagyobb gyűjtőmunkákban és az egyes intézetek beszámolóiban igen bő irodalom áll rendelkezésre *(Hacker-Lotheisen, H. Starck, v. Eicken, Bajkay, Erdélyi,* stb.). Egyes szerzők rövid közleményekben, mások szakosztályi bemutatásokkal járulnak hozzá e tárgykör változatos adatismertetéséhez. Az ugyanazon anyagból (pl. csont) álló idegen testek eltávolítása sokszor igen egyszerű, máskor még a gyakorlott szakorvos ügyességét is ugyancsak próbára teszi. Nagy anyagunkból két eset ismertetését tartjuk közlésre érdemesnek:

I. 38. éves nőbeteg, gyermekkorában lúgot ivott. Kezelésre javult, jól nyelt, évekig különösebb baja nem volt, csak időnként voltak nyelési nehézségei. Emiatt gyakorló orvost keresett fel, aki nyelőcső szűkületének tágítása céljából a nőgyógyászatban használt 13. sz. Hegar-féle fémsondával kisérletezett. Midőn ezt a nyelőcsőbe már annyira bevezette, hogy csak két ujjal tudta tartani, a műszer kicsúszott ujjai közül s eltünt a nyelőcsőben. A beteget orvosa hozta el rendelésünkre. Röntgen-vizsgálattal jól lehetett látni, hogy a műszer a nyelőcső alsó részén helyezkedik el. Tekintettel a nehéz fémtárgyra, azt oesophagoskopia segítségével fekvő helyzetben távolítottuk el. A nyelőcsőben a heges szűkületet, amely miatt a 13. sz. Hegar-tágító tovább nem csúszhatott, az idegentest eltávolítása után meg lehetett állapítani.

II. 27 éves férfi-fegyenc, evés közben a fogházőr váratlan megjelenése után köhögni kezdett és panaszkodott, hogy a babot nem tudja lenyelni; ezért azonnal hozzánk hozták. Vizsgálatkor gyanus volt, hogy valami idegentestet nyelt, de erről a beteg nem akart tudni. Csak amikor a röntgenfelvételt megmutattuk, melyen a fémből való, hegyes végü, hajlított tárgyat jól lehetett látni, vallotta be a rab, hogy álkulcsot akart készíteni, de félelmében, hogy az őr azt nála megtalálja, lenyelte.



A röntgen-felvételen látható az idegentest, még pedig olyan helyzetben, hogy a hajlott vége lefelé áll s ennek visszahajló része hegyes és éles. Tehát minden valószínűség szerint ez a hegyes, éles, kampós, visszahajlott alsó vége akadt meg a nyelőcső falában, így tehát a szög kihúzásakor az a veszély állott fenn, hogy felhasítjuk a nyelőcső falát és ezen a résen át a mediastinum könnyen fertőződhetik, aminek a kimenetele rendesen halálos. A legnagyobb oesophagoskop csövet úgy vezettem be, hogy először az idegentest felső része került be a cső üregébe, így továbbhaladva eljutottam az alsó vége felé, akkor a cső hosszabbik végét úgy forgattam, hogy igyekeztem a fém hegyes végétől a nyelőcső falát elemelni, ezáltal sikerült a hegyes végén túljutni. Ezek után a fém kiemelése idegentest-fogóval, a csőnek egyidejű kihúzásával, már könnyű dolog volt. Kivételkor tényleg észleltük az idegentestnek nagyon éles és hegyes végét. Az ábrán látható, hogy a fém többirányban görbölt, amit a fém alakja és a mellette lévő árnyék jól feltüntet. A fém vastagsága 3 mm., hossza 7 cm volt (a hajlítást nem számítva). Kivétel után a köpet kissé véres; teljes koplalást rendelünk el. A beteg simán gyógyult.

A sima gyógyuláshoz kétségtelenül hozzájárult az a körülmény, hogy hamar került megfelelő intézetbe. Nem volt idő arra, hogy a lenyelt idegen-test erősebben befúródjék a nyelőcsőbe. De segítségünkre volt a röntgenvizsgálat is, mert így előre tájékozódtunk az idegen-test nagyságáról, helyzetéről, sőt anyagáról is. Amint a leírásból látjuk, a beteg nem is vallotta be, hogy mi történt. Ez az eset bizonyítja, hogy még felnőttekkel szemben is kerülünk olyan helyeztbe, hogy a beteg az orvost félrevezeti, illetőleg dissimulál. Mindennapos dolog, hogy gyermekek nem tudnak pontos felvilágosítást adni az idegen-testről. Feltételezzük, hogy a felnőtt pontosan tudja, hogy mit nyelt le, s nem is gondolunk félrevezetésre, holott ez is előfordulhat. mint ebben az esetben is, ahol a büntetéstől való félelem az oka annak, hogy a tényállást hamis formában adta meg. (T. i. már másodszor ítélték el hosszabb időre s jelenleg a szökés kisérlete miatt szigorították volna szabadságvesztés-büntetését.). Az oesophagoskopos beavatkozás kellő körültekintés mellett még nehezebb esetekben is teljes gyógyuláshoz vezethet.

Ez utóbbi eset világosan bizonyítja, hogy ilyenkor egyedül helyes eljárás az oesophagoskopos beavatkozás. Meggyőződésem, hogy már a letolás kisérlete is elégséges lett volna ahhoz, hogy a nyelőcsövet átszúrja a lenyelt idegen-test hegyes, éles vége, mely ezenfelül még horogszerűen hajlított is volt.

Sajnos még mindig látjuk az idegentest sondával végzett lenyomását, mikor idegentest gyanuja forog fenn a nyelőcsőben. Sokszor tapasztaljuk, hogy a beteg nem mond igazat. Pl. azt állítja, hogy kis darab csont akadt meg és azóta egy falatot sem nyelt, a végén azonban az derül ki, hogy egész tömeg húsdarabot kell eltávolítani, amíg a megakadt csontdarabkát kiemelhetjük. Az ilyen esetben végzett előzetes sondázás csak megnehezíti az eltávolítást, vagy pedig épp a sondázással segítik elő a nyelőcső sérülését, melynek végzetes következménye lehet.

Míg az első eset a tárgy szokatlan volta, addig a második az eltávolítás technikája miatt érdemel említést.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az endokrin fájdalmi állapotokról. *Bauer.* (Wien. Klin. Wschr. 1937. 42.).

A fájdalom *tisztán* klinikai analysise olykor fontos diagnostikai segítséget adhat.

1. *Polyalgiát,* amelynek rheumatikus jellege van, tehát vándorló fájdalom a végtagokon, törzsön (myalgia, neuralgia, vagy arthralgiaszerü) a következő endokrin betegségek okozhatnak:

a) Hypothyreoidismus, panaszok nagyjában neurastheniás typusuak, de ellentétben a „malade à petit papier"-val, a tüneteket szinte ki kell húzni a betegből. Jellemző a sápadt, duzzadt, száraz bőr, a súlynövekedés, fázás, aluszékonyság. Természetesen a thyreoidin-kezelés kitünő hatású.

b) Hyperthyreoidismus (főleg rheomatoid polyalgiák, fejfájás neuralgiformis fájdalom.)

c) Paratyreoidea-elégtelenség manifest tetania nélkül is okozhat a végtagokban paraesthesiát, fájdalmas feszülést és merevséget. Ca-adagolás gyorsan szünteti. *Parathyreoidea-*

hyperfunctio (pl. adenoma) okozhat *ostitis fibrosa cystica Recklinghausen*-t rheumatikus typusú neuralgiákkal.

d) Akromegalia, a rheumatoid, vagy neuralgiform fájdalmak a csontokban, izületekben és izmokban (esetleg akroparaesthesiával), ha igen erös pseudotabes pituitaria-ról lehet beszélni. Ugyanez elöfordul a *dystrophia adiposo-genitalis*-ban, *hypophysis-tumorban, a Cushing-syndromában* (a csontfájdalom oka osteoporosis).

e) Mellékvese-elégtelenség (M. Addisonii);

f) ovarium-elégtelenség (klimax, castratio);

g) diabetes.

2. *Abdominalis-görcsös fájdalmak* (kólikák, spasmusok) oka lehet: *a) mellékvesemegbetegedés,* amelynek, különösen súlyos, peritonitist utánzó formája az acut mellékvese-vérzés; *b) hypophysaer-kachexia,* amelyben a fájdalmak helye sokszor a jobb felső hasi quadrans; *c)* a *tetania* gyomor-bélgörcsei ulcus esetében, gastrikus krisissel téveszthetök össze; *d) hyperthyreoidismus; e) diabeteses praecoma.*

3. *Stenokardiform és angiospastikus fájdalom* elöfordul *hyperthyreoidismusban* (oka a vegetativ idegrendszer túlérzékenysége a heves pulsatiós megrázkódtatások miatt), *paraganglioma,* vagy *phaeochromocytoma* által elöidézett u. n. „Hochdruck-Krisis"-ben.

4. Nem szorosan vett endokrin fájdalom a hypophys's tumor okozta intrasel'aris feszülés által elöidézett *tompa fejfájás.*

Lehoczky Tibor dr.

Szülészet.

Férfias átalakulás és visszanőiesedés. *J. Novak* és *O. Wallis.* (Arch. Gynaek. 1937. 164. 3.).

30 éves nő addig rendesen jelentkező havivérzése kimaradt, majd néhány hónap mulva férfias átalakulás jelei mutatkoztak: férfias jellegü szörzet, erös bajusz- és szakállnövés, a haj megritkulása, mély és érdes hang, férfias testalkat, az emlök megkisebbedése, a clitoris megnövekedése 3½ cm-nyire. E tünetek mellett feltünően magas volt a vörösvérsejtszám (6.600.000) és vércukorérték (150 mg%), s mérsékelten emelkedett a vérnyomás. A vizeletben sem tüszőhormon, sem férfi-ivarhormon, sem prolan nem volt kimutatható. Nögyógyászati lelet: ép hymen, rendes nagyságú méh anteflexióban, mögötte és töle jobbra férfiökölnyi daganat; baloldali környezet szabad. A jobb petefészekből kiinduló daganatot hasmetszés útján eltávolitották. A 390 g. súlyú, egyenetlen felszinü daganat legnagyobb metszéslapjának csaknem a felét két, óriási, sárgatesthez hasonló, szövettanilag atypusos luteinsejtdaganatnak bizonyult képlet foglalta el, melyek között, valamint ezen hatalmas „sárgatestek" körül szürkésbarna, dúsan erezett, részben vizenyösen fellazult petefészekstromából, részben elsöleges és sorvadt tüszökből álló szövet találtatott. Mütét után a beteg zavartalanul gyógyult; férfias jelleget adó elváltozásai hamar visszafejlödtek, havivérzése a mütét után 4 héttel rendesen jelentkezett. A vörösvérsejtszám és a vércukorérték, valamint a vérnyomás a normalisra csökkent, a vizeletben tüszőhormon jelent meg. Bár a daganatszövet hormonvizsgálata negativ eredményt adott, mégis kétségtelen, hogy a másodlagos nemi jellegek férfias átalakulását a petefészek luteinsejtdaganata okozta, mely szövettani szerkezetében a mellékvesekéreg daganataival messzemenő hasonlóságot mutatott.

ifj. Mauks Károly dr.

A vérkép viselkedése hosszantartó hormonkezelés esetén. *W. Wobker.* (Arch. f. Gynaek. 1937. 164. 3.).

14 beteget hónapokon keresztül tüszőhormonnal és részben progesteronnal is kezelt s ezen idő alatt rendszeresen ellenőrizte vérképüket. Vizsgálatainak eredményeképen megállapitja, hogy az emlitett hormonoknak ma általánosan használt adagjai még hosszantartó alkalmazás után sem okoznak lényegesebb, vagy jellemző vérképelváltozásokat.

ifj. Mauks Károly dr.

A menstruatiós cyklus időtartamának ingadozásairól. *J. Björnsson.* (Arch. f. Gynaek. 1937. 164. 3.).

Knaus és *Ogino* elmélete az érdeklödés elötérébe állitotta a rendes menstruatiós cyklus időtartambeli ingadozásainak kérdését. Szerző az oslói egyetem közegészségtani intézetében 180 ápolónő-növendék adatait vizsgálta e szempontból. A két egymást követő havivérzés első napja között átlag 28.9 napt telt el, a vérzés átlag 4.5 napig tartott. A növendékek között egyetlen egy sem volt, kinek havivérzése mindig szabályos időközökben jelentkezett volna, sőt közel 60%-uk teljesen rendetlenül menstruált, ami részben a tanulmányi idő alatt megváltozott életkörülményeikkel magyarázható.

ifj. Mauks Károly dr.

Szemészet.

Szemfenéki vérzések influenza eseteiben. *Reiser K. A.* (Zeitschr. f. Aug. 92. 207.).

A bonni szemklinika anyagából szerző öt influenzás megbetegedés közül, amikor is az influenza szemfenéki vérzéseket okozott. Többnyire gyermekeken jelentkeztek a vérzések, amelyek a betegség gyógyulásával együtt nyomtalanul felszívódtak. Az irodalomban nagyszámú adat bizonyítja az influenzával kapcsolatos szemcomplicatiókat. Szerző idézi *Fraenkel* pathologus adatait, aki súlyos influenza következtében elhalt egyének 25%-ában talált szemfenéki vérzéseket. A vérzések keletkezése és eltünése egyaránt toxikus eredetü érfalbántalomra enged következtetni.

Biró Imre dr.

A keratitis parenchimatosa therapiájáról. *Kroll A. G.* [Vestn. Oftalm. (Orosz). Ref. Zbl. f. Aug. 39. 544.].

A keratitis parenchymatosa elterjedtsége indokolja a közlemények nagy számát, amelyek a kétségtelenül luetikus eredetü szembajjal foglalkoznak. Az orosz kutató egy évtized tapaszatalatait adja közzé a kerat. parench. therapiáját illetöleg. A megbetegedések nagy száma következtében alkalma volt az egyes gyógyító eljárások hatását figyelemmel kisérni, s azt tapasztalta, hogy a gyógyulás úgy a gyógyitás időtartama, mint eredménye és esetleges recidivák szempontjából az erélyes combinált specifikus kurák után a legmeggyözöbb. Higany-, jód-, arsen-, bismuth-kurát ajánl, midenekelött neosalvarsant, localisan atropint, dionint és sárga higanykenöcsöt. Fontos, hogy minél korábbi életkorban kezdödjön a kezelés. Az általa foganatositott kezelési methodus mellett az eredmények jók és recidivamentesek voltak.

Biró Imre dr.

A sympathiás szemgyulladás rhinogen eredetéről. *Waldmann B.* (Amer. Journ. Ophth. 10, 618.).

A sympathiás szemgyulladás aetiologiáját kutatva, szerző kétségbe vonja a perforáló sebzés egyedüli jelentöségét s egy régebben sokat hangoztatott elmélet felújitásaképen a sympathiás szemgyulladás keletkezését áthatoló sebzés hiányában is feltételezi. Következtetésének egyik kiindulópontja az az egyéni megfigyelése, hogy az iritis serosa megegyezik a sympathiás szemgyulladás klinikai képével. Egy esetében az iritis serosában megbetegedett szem gyulladását néhány hónap mulva a másik szem gyulladása követte. A rhinologiai vizsgálat orrmelléküreg megbetegedést diagnostizált, amelynek kezelése után nemcsak a melléküregbántalom, hanem az iritis is meggyógyult. A szerző továbbiakban három kontinens legnagyobb szemklinikáinak statistikái alapján bizonyítja, hogy a legtöbb sympathiás gyulladás feltünően az októbertől áprilisig terjedő hideg évszakban fordul elő, míg a meleg évszakokban a megbetegedések száma elenyészően csekély. *Waldmann* a Pfeiffer-féle influenza bacillusban látja az orrmelléküreggyulladások elöidézöjét. Tanulmánya végén hangsúlyozza, hogy áthatoló sérülések, mütéti sebek, valamint egyéb momentumok, (tuberculosis, syphilis) csak akkor jöhetnek számitásba, ha legyengitették a megtámadó szövetek ellenálló képességét.

Biró Imre dr.

Gyermekgyógyászat.

A Klippel—Feil syndromák három formája, elkülönitésük és kisérő idegrendszeri tüneteik. *Jules R. Dreyfus.* (Ztsch. f. Khk. 58. 6.).

Az első formájában a nyakcsigolyák számának maximalis csökkenése, esetleg teljes hiánya észlelhető. Ebben az esetben a felső bordák egész a koponyáig érnek és úgynevezett thorax cervicalist képeznek, valamint mindig található egy spina bifida cervicalis superior is. Feltünö még a fej mozgásának korlátoltsága és a hajzatnak a hátig terjedése. Anatomiailag a nyakcsigolyák helyén rövidebb-hosszabb elcsontosodott block *(Feil* szerint masse cervicodorsalis) van, melyen a spina bifidának megfelelö csonthiány észlelhető.

A második forma nem kifejezett amennyiben ebben is megvan a hajnak a hátig lenövése, csakhogy ez pehelyszerü és foltokban jelentkezik. A nyak itt is rövidebb és széles basisú, de a fej mozgatása nem annyira korlátolt, mivel a nyaki gerincoszlop elváltozása kisebb fokú.

A Klippel—Feil-féle anomáliák harmadik formájához tartoznak azok az esetek, amelyeken az első formában tárgyalt elváltozásokon kívül még más fejlödési rendellenességek, ú. m. nyúlajk, sérvek, stb. szerepelnek. Idegrendszeri kisérötünetek lehetnek a sternokleidomastoideus és trapesius contracturája, vagy bénulása, múló, vagy állandó hemipare-

sisek és hemiplegiák, stb. Szerepelhetnek paroxysmalis, a felső végtagra localisáló fájdalmak, paraesthesiák, hyperaesthesiák, stb.

A Klippel—Feil-syndromák prognosisa a gyermekkorban, ha az 1 évet elérték, quo ad vitam, nem rossz. Therapiája: orthopaed kezelés. Pathogenesise: veleszületett, valószínüleg a korai magzati életben keletkező rendellenesség.

ifj. Szlávik Ferenc dr.

A szamárköhögés immunkezeléses vizsgálata. *Keller.* (Ztschr. f. Khk. 1937.).

Szerző 20 nem vaccinált és 43 vaccinált pertussisos betegén köhögési görbét állított fel és sorozatos complementkötési reactiót végzett. A 2 görbe egymáshoz viszonyából a következő derültek ki: *nem vaccináltakon* az antitest görbe csúcspontja egybeesik a gyógyulás megindulásával. *Vaccináltakon* a vaccinatio által keletkezett és a complementkötési reactióval kimutatható specifikus antitest identikus azzal, amely spontan lezajló infectióval kezdődik. A vaccinatio által előidézett antitestképzés, még a relativ késői adás után is, gyorsabban éri el a maximumát, mint a nem vaccináltakon és ezzel egyeidejüleg megindul a gyógyulási folyamat is. Complicatiók esetén eredménytelen a vaccinatio, ép úgy, mint az egy éven aluli csecsemőkön is. A prophylactikus vaccinatio még akkor is, ha magas antitest titerrel jár és az infectio bekövetkeztéig elég hosszú intervallum is telik el, nem mindig gátolja meg a betegség kifejlődését. A vaccinatio, bár csak korlátozott hatáslehetőséggel rendelkezik, elvégzése mégis jogosult.

Móritz Dénes dr.

Gyermekkori pneumoniák hideglevegő-ingerrel történő kezelése. *J. Joachims.* (Ztschr. f. Khk. 58. 5. 620.).

A szerző pneumonias csecsemőn szabad-levegő ingereket alkalmaz, oly módon, hogy hatórás periódusokban váltakozva szabad-, majd szoba-levegőben tartja a gyermekeket. A hidegről történő behozás után a betegen hamarosan az arcnak és a ruhával nem fedett területeknek kipirosodása jelentkezik, ugyanezen területeken börhömérővel hőemelkedés is kimutatható. Javul a börreactio kapcsán az általános állapot és a keringés is valószínüleg a vegetativ rendszer ingerlése folytán.

Szerző szerint az állandó hideg-levegőn tartás hatástalan, mert itt a leirt börreactio nem következik be. A börreactio általában 3—4 óra alatt zajlik le, csak az esetek kis százalékában mulik el hamarabb, itt a négy órás periódusok bevezetése célszerübb.

A kezelés még az igen súlyos esetekben is alkalmazható csak teljesen rossz keringésü collapsusban lévő, valamint latens spasmophiliában szenvedő gyermekek esetében contraindicált.

Krempels Géza dr.

Bőrgyógyászat.

Endangitis obliterans és ulcus cruris kezelése sexualis hormonnal. *H. Teitge,* Berlin. (Med. Klinik. 1937. 35.).

Szerző progynon adagolás után ismételten tapasztalta, hogy betegek az injectiót követő 4 órában a kezeken és lábakon beálló melegérzésről számoltak be, vagy a betegek kéz- és lábzsibbadása, e tagok hüvössége, a lábaknak térdizületi merevsége megszünt. A progynonnak a feltünő érmozgató hatását figyelembevéve elsősorban endangitis obliterans esetekben végzett therapiás kisérleteket. Három betegének közli kórtörténetét. Első 51 éves betege peripheriás sklerosisban szenvedett, lábai állandóan hüvösek voltak. Belgyógyászati rtg.-vizsgálat arteriosklerosist mutatott. Előzetesen váltott fürdők, mozgatás, massage, padutin, nagyon kevés javulást eredményezett. Három napon át adott egyenként 10.000 E.-ü progynon injectio a beteg panaszait megszüntette. Második, 78 éves, betege bal lábán endangitis obliteransból eredő kezdeti gangraena volt látható. Először 20.000 E. progynont kapott, azután 2 naponként 10.000 E.-t. Fájdalmai megszüntek, lábain tartós melegérzés jelentkezett, a 6. injectio után gyógyultan távozott. A harmadik, 57 éves férfi, bal lába és bal karja cyanotikus, hideg, a bal nagy lábujjon borsónyi decubitus, intermittáló sántitás. Különböző kezelések, többek közt sympathektomia után javulás alig mutatkozott, sőt a lábszáron ulcus crusis is jelentkezett. 10.000 E-es progynon injectio után gyors javulás, a 19. napon gyógyulás következett be. Hasonló jó eredményeket ért el a férfiak és nők ulcus crurisa kezelésében. Állatkisérletekből kiderült, hogy az adrenalin és follicu'us-hormon érmozgató antagonisták. Hypogenital'smus esetében ez az egyensúly az érszükítő adrenalin irányába eltolódik. Szerző a progynon-kezelést minden más kezeléssel szemben előtérbe helyezi. A betegek gyógyulása után is kb. 10 naponként szükséges 10.000 E. progynont adni, recidivák elkerülése céljából. Tapasztalatait összefoglalva azt állitja, hogy endangitis obliterans, ulcus cruris, végtagok hidegérzése, tompultsága, progynon-kezeléssel megszüntethető. Decubitusra, diabeteses és Raynaud-gangraenákra a hormon-kezelés hatástalan. A folliculushormon nők és férfiak fenti megbetegedésében egyaránt hatásos.

Skutta Árpád dr.

A primuladermatitis keletkezését megakadályozó kisérletek. *Roderich Helmke.* Göttingen. (Derm. Wschr. 1937. 37.)

A primula-dermatitis felfedezésével és leirásával egyidőben felvetődött az a kérdés, hogyan lehet azt megakadályozni. *Nestler* közvetlenül a primula-méregnek a börrel érintkezése után 96%-os alkohollal végzett lemosásokat, eredmény nélkül. *Urbach* említésreméltónak tartja *Eitel* ajánlatát, ki a viszketést és börgyulladást eredményesen küzdötte le natrium bicarbonicum oldattal. *Piza* szerint egy primula-tenyésztő, hogy a dermatitist elkerülje, a primulával érintkezés után kezeit minden alkalommal szalmiákkal mosta le. Szerző, aki maga is primula-érzékeny, sajátmagán végzett kisérleteket. Jobb al- és felkarján primula-levé darabkával egy percig végzett bedörzsölést. Az alkaron e helyet nem kezelte és másnap erős viszkedés, pir, duzzanat, csomók és hólyagcsák jelentkeztek A jobb felkart egy perccel a bedörzsölés után 96%os alkohollal háromszor alaposan ledörzsölte eredménytelenül. Másnapra ugyanolyan elváltozások keletkeztek e helyen is, mint az alkaron. Ugyanilyen kisérleteket végzett natrium bicarbonicum porral, 10%-os natrium bicarbonicumos borogatással és mosással, továbbá vízvezetéki vízzel történő lemosásokkal. Mindezen kisérletek szintén eredménytelenül végződtek; másnapra a bedörzsölt területeken dermatitis jelentkezett. Egy újabb kisérletében a fent elmondott módon dörzsölte be karjának két területét, egyiket kezeletlenül hagyva. A másik helyet háromszor egymásután alaposan lemosta 25%-os ammoniákkal, majd a bört leszárította. A nem kezelt területen a reactió másnap jelentkezett, az ammoniákkal kezelt területen semmiféle elváltozást nem észlelt. Az ammoniák tehát a primula-dermatitis keletkezését megakadályozta. Szerző folytatja kisérleteit az irányban, hogy miképen fejti ki az ammoniák a primula méregre hatását.

Fülöp Gyula dr.

Elméleti tudományok.

A parenteralisan adott acetylcholin hatása a harántcsikolt izomzatra, izületekre és csontokra. *Neuburger F.* és *Scholl R.* (Arch. f. Exp. Path. u. Pharm. 186.).

Neuburger és *Scholl* arthritis deformansban szenvedő betegeiket acetylcholinnal kezelték. A kezelés egy, legfeljebb három kúrából áll. Egy kúra 12 napig tart, mely idő alatt a betegek minden második nap 0.1g.acetylcholint kapnak izom közé. Pár hónappal később észlelve a betegeket, azoknak legnagyobb része teljesen fájdalom és panaszmentes volt, anélkül, hogy a röntgenképen bármily csekély változás is észlelhető lett volna.

Ezenkívül kisérletileg igazolták, hogy a prophylactikusan adott acetylcholin meggátolja a fixálás folytán keletkezendő anchylosist izom- és csont-atrophiát

Kisérletüket úgy végezték, hogy húsz nyulnak kinyujtott jobb hátsó végtagját gypskötésbe helyezték s felének minden második nap 0.01 g. acetylcholint adtak izom közé.

Négy hét mulva, a kötés leszedése után az acetylcholinnal nem kezelt állatok gypskötötte végtagja teljesen merev, sem aktiv, sem passive nem mozgatható, az izomzat sorvadt, a csont spontan törései pedig a csont-atrophia mellett szólnak.

Ezzel szemben a kezelt állatokon a gypskötés levétele után semmiféle elváltozás nem látható, az állatok éppen úgy mozognak, mint négy héttel azelőtt.

Kővári Ferenc.

Thymus és lymphatikus rendszer. *Klein.* (Klin. Wschr. 1937. I. 820.).

Terhesek vizeletét tengerimalacokba fecskendezte be 4—6 héten át napi 2 ccm-nyi mennyiségben. A nőstény állatokon a lép súlya jelentékenyen megnövekedett, górcső alatt a pulpa hyperplasiája és a Malpighi-testek megfogyatkozása volt kimutatható. Him állatokon a súlygyarapodás lényegesen kisebb volt, szövettani elváltozások nem voltak észlelhetők. A submandibularis és mély nyaki nyirokcsomókban az injectiók semminemü változást nem okoztak. A thymus, kü'önösen pedig annak kéregállománya, nagyfokú atrophiát mutat, nőstényе-

ken ezenkívül a terhességből ismert Fulci-sejtek jelentkeznek. A Malpighi-testek és a thymus hasonló viselkedése funct'ójuk hasonló voltára enged következtetni. A terhes vizelet hatóanyaga ez esetben mindenek szerint annak prolantartalma.

Lénárt György dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Háziállatok harcgázbetegségei és gázvédelme. Irta: *Haskó Sándor dr.* (Egyetemi Nyomda; ára: 3 P.).

Haskó Sándor 60 oldalas könyve jól megírt ismertetése a háromfajta harcigáznak, hatásmódjaiknak, az á'taluk okozott sérülések kezelésének és az ellenük lehetséges védekezésnek. A könyvnek ez a része természetesen változatlanul ráillik az ember által elviselt harcgázsérülésekre is és így az az orvosok számára is hasznos ismertetéseket foglal magába. Különös érdekességét azonban az adja meg, hogy behatóan, s ami főérdeme: saját tapasztalatai alapján is foglalkozik a háziállatok, különösen a háborúban legfontosabb ló fogékonyságával és viselkedésével a harcgázokkal szemben, amit kitünő fényképfelvételekkel is érzékít. Mi orvosok helyenkint meglepő dolgokat tanulhatunk belőle: pl. hogy az oxygent nemcsak belélegeztetni, hanem bőr alá bocsájtani is lehet, bár így lassabban, de 12—24 óráig is hat. Sőt — ami még meglepőbb, — hogy állatorvos collegáink 500—1500 ccm. oxygent gyüjtőérbe is mernek adni nagyobb állatoknak minden veszedelem nélkül, mert azt a dyspnoes reducalt vér felveszi magába, mielőtt a coronariákba vagy agyi capillarisokba jutna (a légembolia N gázát azonban nem!).

Igen érdekesek a takarmány és kerti termények mustárgázsérüléseiről és méregtelenítéséről közölt eljárások és több sikerült fényképpel bemutatott saját tapasztalatai. Végül a ló és kutya védő gázálarcait tárgyalja, rámutatva arra a nehézségre, ami a ló nagy levegőfogyasztásában, zablája nélkülözhetetlenségében és a kutya hószabályozásában áll elő, mikor a gázálarca miatt a nyelvén v'zet nem párologtathat. Leírja aztán a maga által szerkesztett száraz gázálarcot, mely külföldön több követőre talált, s amelyben hámoslovak 2 óra, hátaslovak 1 óra hosszat tudnak ügetni még elég concentrált gázos terepen is.

Haskó dr. könyvét melegen ajánlhatjuk az érdeklődőknek.

Vámossy.

Säuglings- und Kleinkinderpflege. 2. kötet. Prof. *W. Birk.* (F. Enke, Stuttgart, 1936. Ára: 6 RM.).

Birk és *Mayer* könyve eddig is a csecsemő- és gyermekgondozás classikus tankönyvének számított. Bővített új kiadása méginkább az. A gondozónőnek alapos ismeretet nyujt, anélkül, hogy tudálékosságra nevelne. Első részében a csecsemő- és gyermek anatomiáját és élettanát ismerteti. A szervek ép élettanának leírása után felsorolja a gyakoribb kóros elváltozásait. Második felében a csecsemő táplálásával foglalkozik. A szoptatás, mesterséges táplálás, egészséges és beteg gyermekek táplálásának kérdéseit nemcsak megtanitja, hanem a legkisebb részletekre is kiterjedő gyakorlati tanácsokat ad. A gyermekápolás fejezetét a gyermek testi- és lelki fejlődésének ismertetésével kezdi, majd leírja az egészséges és beteg gyermek ápolását. Megtanítja az ápolónő által elvégzendő therapiás eljárások kivitelét. A kórtani részben különös gondot fordít a fertőző betegségekre. Negyedik része az anya- és csecsemővédelemmel, utolsó része az eugenetikával foglalkozik. A könyv minden sorából érzi az olvasó, hogy nem száraz tankönyvnek készült, hanem a gyakorlati életbe lépő gondozónők megbizható tanácsadójának.

Lukács József dr.

Die Homäopathie im Rahmen der Gesamtmedizin. Von *A. Stiegel u. H. Gessler.* (52. o. Hippokrates-Verlag Stuttgart. Leipzig. 1937. Ára: 1.50 RM.).

A könyvecske első fejezetében *Stiegler* a fájdalomnak homaeopathiás gyógyításával foglalkozik. *Sauerbruch-Wenke*nek „Wesen und Bedeutung des Schmerzes" cimi alatt megjelent könyvéből idézi, hogy *Hahnemann* a fájdalomnak nem kevesebb, mint 73 fajtáját különböztette meg. Mai tudásunk szerint sokkal kevesebbre szabjuk e felosztást és ahol csak lehet, a gyógyítás terén az oki javallatnak igyekszünk eleget tenni. A szerzőnek a similia similibus elve alapján elért eredményei nem meggyőzők és inkább suggestiv therapia benyomását teszik. Ugyanezt kell mondanunk *Gessler*nek nem nagyszámú kórtörténetéről, amely 17 migraen és 20 polyarthritis esetre vonatkozik. Az előbbit argentum nitricum belladonna, gelsemium, sanguinaria és spigelia, az utóbbit sulfurnak homaeopathiás adagjával gyógyította. Tekintettel az esetek csekély számára és az ezen bajokban nem ritkán előforduló spontan gyógyulásra még *Biernek* közismert állásfoglalása sem tisztázza a kérdést és semmiképen sem okolja meg a szerzőnek azon követelményét, hogy az orvosképzés terén okvetlenül helyet kell adni az homaeopathiának.

Vajda Károly dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület december 3-i ülése.

Bemutatás:

Vajna G.: *Fejfekvéses ikermagzatok collisiója.* 31 éves I. P. ikerszülésekor az első magzat feje homloktartásban illeszkedett a medencébe. A második magzat feje az első magzat deflexiós tartásban lévő fejének tarkó és nyak, hát szögletébe beszorult, s azzal egyidőben igyekezett a medencébe benyomulni, ami a szülés elakadásához vezetett. A medencébe ékelődött fejet onnan kimozdítani nem lehetett, fogómütét sem vezethetett eredményre, mert az első magzat fejének meghúzása a második magzat fejét igyekezett volna a medencébe beerőszakolni. A szülést császármetszéssel fejezték be. Úgy az anya, mint a magzatok egészségesen hagyták el az intézetet.

Gyulai B.: Az ikercollisio nagyobb feladatok megoldását követelő szülészeti szövődmény. Az I. sz. női klinika ötödik esete (10.000 szülésre esett 1) a következő: az első lábfekvésben lévő magzat lovagol a másik koponyafekvésben lévő magzat nyakán. Megoldás: A második magzat fejét jobbfelé félretoljuk, első magzat extractiója után a második spontan fejvégű fekvésben megszületik. a) 2300 g., b) 2600 g. súlyú élő, érett. Az ikercollisio megoldásában szabályok nem állapithatók meg, a műtő találékonyságának és képességének tág tér adódik a szülés befejezésére.

Előadások:

Pallós K.: *Módositott biologiai eljárás kevés folliculint tartalmazó folyadékok quantitativ hormonmeghatározására.* Előadó az amerikai *Fluhmann* eljárását ismerteti, melyet alkalmasnak tart kevés folliculint tartalmazó oldatok mennyiségi meghatározására. Az eljárás a következő: nöstény egereknek a castrálás utáni 7. naptól kezdve 2 napon át ad 4.5 ccm, 6 részre elosztott, különböző mennyiségü folliculint tartalmazó physiologiás konyhasóoldatot subcutan. Az utolsó injectio után 12 órával az állatokat leöli és a hüvelyt kiboncolva szövettanilag vizsgálja. *Fluhmann*tól eltéröleg 4 reactiót ismertet: negativ, atrophiás reactiót, melyben a hüvelyt kétrétegü köbös hám béleli ki; 2. Proliferatiós reactiót, melyben a hám 8—10 rétegü, sok leukocytával, magoszlási alakokkal; 3. Elnyálkásodási reactiót, melyet a proliferatiós sejtréteg felszines sejtsorainak elnyálkásodása jellemez; 4. Elszarusodási reactiót, melyben az elnyálkásodott sejtsorok atrophiája mellett a proliferatiós sejtek elszarusodása dominál. Negativ reactiót adnak az olyan oldatok, melyek nem tartalmaznak tüszőhormont. Proliferatiós reactio fejlödik ki olyan oldatok hatására, melyek literenként 20—60 I. E. folliculint tartalmaznak. A literenként 90—120 I. E. folliculint tartalmazó oldatok hatására az elnyákosodási reactio áll be. Olyan oldatok hatására, melyek literenként több, mint 150 I. E. tüszőhormont tartalmaznak, a hüvelyhám elszarusodik. A felsorolt értékek között átmeneti reactiók fejlödnek ki. A reactio idejét rövidíteni lehet azáltal, ha a vizsgálandó oldatot 36 óra alatt injiciáljuk 6 órás időközökben. A szöveti elváltozások így is beállanak, csak az átmeneti reactiók kissé szélesebb határúak. Az eljárás gyors és olcsó gyakorlati segédeszköz lehet a laboratoriumban olyan esetekben, midőn a kérdéses oldat 150 I. E. folliculinnál kevesebbet tartalmaz és így direct meghatározásra az Allen—Doysi-testtel nem alkalmas.

Szarka S.: Mindenki, aki physiológiás nedvekben méri a tüszőhormontartalmat, azaz, ahol az esetek legnagyobb részében alacsony concentratiójú hormon oldatokról van szó, világosan látja, hogy milyen hasznos segédeszköz a Fluhmann-reactio. Feltünő, hogy az irodalomban eddig semmi visszhangja nem volt. Aki ezt a kérdést újra felvetette, alaposan utánavizsgálta és a gyakorlati használatra alkalmassá tette, szinte annyit használt, mint az eredeti leíró Megemliti az eredeti *Allen-Dolsy* tüszőhormon-titrálási eljárás lerövidítését célzó vizsgálatok között saját eljárását, amely a méhmirigyek reactiójén alapul és amely ugyancsak 40—44 óra mulva ad eredményt. Ez azonban csak concentráltabb oldatok titrálására alkalmas.

Szolnoki F.: *Idős többszörszülők szülései.* Előadó a II. sz. női klinika anyagából a szülések száma, valamint az életkor szerint osztályozva ismerteti a többszörszülőkre vonatkozó adatokat. Megállapítja, hogy a szülések számának növekedésével a szülés alatti szövődmények száma, anyai és magzati halálozás is növekedik. Ennek okát az idős többszörszülők rossza anyagi körülményeiben, valamint ennek következtében megviselt szervezetben és az előrehaladó évekkel inkább előforduló rejtett elváltozásokban találja. Kiemeli, hogy a sokszorszülő asszonyok legnagyobb része a terhesség idején nem állt orvosi ellenőrzés alatt. Felhívja a figyelmet arra, hogy az idős többszörszülők szülési kockázatának javítására nagyfontosságú volna anyagi helyzetük javítása, másrészt felvilágosításuk azon irányban, hogy terhességük alatt vegyék igénybe orvosaik tanácsát. — Megfelelő praeventiv gyógykezeléssel, tanácsadással, a beteg, terhes asszonyok intézetbe szállításával remélhető lesz, hogy az idős sokszorszülő asszonyok szülése sem lesz veszésebb, mint a fiataloké.

vitéz Sövényházi A.: Ismerteti az anyai halálozási viszonyokat kutató angolországi statistika érdekes adatait. Eszerint legtöbb veszély az első szülés jár. A halálesetek 45%-a először szülőkre esik. A másodiktól a hetedikig csökken a veszély s csak a nyolcodik és ezen felüli szülések kapcsán emelkedik az életveszély. Az előadó álláspontját igazolni látszik ez. Ugyanis annak az oka, hogy az előadás anyagában már a négyen felüli szülések életveszélye emelkedett, bizonyára abban is keresendő, hogy a sorszor szülő asszonyok nagyrésze rossz socialis és egészségügyi viszonyok között élő rétegekből kerül ki, akik a szülészeti praeventio eszközeit sem vették igénybe.

Burger K.: *A medencebeli kötőszövetre vonatkozó újabb adatok s azok klinikai jelentősége.* Anatomiai vizsgálatairól számol be, amelyek a septum vesico vaginale kötőszövetére vonatkoznak. Kiderült, hogy kötőszöveti megvastagodás, illetőleg lemez, amely a húgycső és a hüvely közötti szoros kötőszövetből indul ki, a mellső hüvelyfal mentén ráterjed a cervixre és a belső méhszáj magasságában éles széllel végződik. Innen kétoldalt a lig. rotundum tapadása alá nyulványt bocsát, amely a terhesség alatt kifejezettebben látható és kb. kisujjnyi szélességű.

Szerepe e lemeznek egyrészt a hólyag alátámasztása, mert mintegy második rétege a fascia vesicalisnak. Másrészt a lig. rotondum alá haladó nyulványai révén résztvesz a méh lehorgonyzásában és a szülés folyamán nehezíti a passiv szakasz túlságos kinyulását.

Kórtani jelentősége, mint már említettük az, hogy a tágulás végén, illetve a kitolás elején a lefelé nyomuló fej haránt irányban túlfeszítheti és így hosszában berepedhet. Ha a repedés lefelé tovaterjed, úgy alkalmat adhat cystokele keletkezésére olyankor is, amidőn a gát nagyobb ellenállást nem adott és a fej így nem feszíthette túl ezen kötőszöveti lemeznek a hüvelyfal mögött helyetfoglaló részét. Hogy e lemez felső szakaszának túlfeszítéséhez milyen erő szükséges, az függ annak ellenállásától is és itt kapcsolódik be ennek a lemeznek a sorsa is a constitutio kérdésébe.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Gynaekologiai Szakosztályának nov. 4-i ülése.

Frigyesi J. elnök: megemlékezik *Gál Ödön*, az I. sz. női klinika tanársegédjének elhunytáról. Hangsúlyozza, hogy ez nagy veszteség nemcsak a klinikának és szükebb munkatársainak, hanem az egész szakmánknak is, mert a megboldogult rendkívül nagy szorgalmú és tudású, igen olvasott fiatal orvos volt. *Gál Ödön dr.* egyike volt a szóló mellett felnőtt legönzetlenebb, legkészségesebb és legtehetségesebb fiatalembereknek.

Megemlékezik a Dtsch. Ges. f. Gynäk által Berlinben rendezett congressusról és annak érdekes anyagáról. Sajnálatának ad kifejezést, hogy Magyarországról csak kevesen mehettek ki. Úgy véli, hogy az az ok, miszerint a költségek nagy volta tartotta vissza a kartársakat, téves. Mérlegeljük a helyzetet és igyekezzünk a jövőben az internationalis külföldi congressuson nagyobb számban részvenni. A legközelebbi nőgyógyászati congressus Amsterdamban, május hóban lesz.

Előadások:

Schürger S.: *A lepényleválasztás mortalitásának és morbiditásának javulására irányuló törekvésekről.* A láztalan és spontan szülést követő lepényleválasztás kórjóslata jó. Romlik a kilátás, mihelyt a szülőnöt vérveszteség érte, valamint, ha azt műtét előzte meg. Rossz a kilátás, ha a szülőnő lázas, ha a méhür fertőzött, ha plac. accreta, increta, dissecans van jelen. *Stoeckel* összeállítása szerint — mely 1925-ben a bécsi nagygyülésre készült, — 7% az átlagos, reducált halálozás és 33% az átlagos megbetegedés. 1925-től a mai időkig terjedő adatok azt mutatják, hogy úgy a halálozás, mint a megbetegedés százalékos megoszlása a felére csökkent. Az ú. n. Peters-féle eljárás úgylátszik, hogy az eredményeket tovább képes javítani: hazánkban legalább is különböző intézetek 219 lepényleválasztást 1.6% reducált és 16% morbiditással, a kispesti Szülőotthonban 53 lepényleválasztást 1.9% össz., ϕ% reducált halálozással végeztek. A Peters-féle eljárás ellen csak egyetlen aggály merül fel: a légembolia nagyobb eshetősége. Előadó kimutatja, hogy ettől sem kell túlságosan tartani. A lepényleválasztás kockázatainak csökkenése nem szabad, hogy gyakoribb leválasztást vonjon maga után, vérzéskor viszont ne várjunk addig, míg a vérvesztéség maga is bajt jelent. Lázas és fertőzött viszonyok között a lepényleválasztás 16% mortalitást is meghalad, ezért egyes szülészek súlyos fertőzéskor lepényleválasztás helyett a méhnek lepényestől kivételét mérlegelik. — Placenta accreta, increta, dissecans esetében, a lepény nem lévén leválasztható, a méh kivétele javallt.

vitéz Sövényházy A.: Az I. sz. női klinika és részben *Frigyesi* porf. Bakáts téri kórházi anyagának lepényleválasztásait és méhüri betapintásait 33.500 szülés kapcsán észlelt 617 eset tapasztalatai alapján ismerteti. A lepényleválasztás gyakorisága átlag 0.9%, a méhüri betapintásoké az utóbbi években 1.4%-ra emelkedett. — 305 lepényleválasztás után összesen 9 septikus haláleset volt. Ez 2.9%, azonban az esetek egy kivételével, nagyobb szülészeti műtéttel és szülés alatti septikus lázzal jártak, úgy hogy a halálozásnak t. k. csak bizonyos hányadáért tehető felelőssé maga a lepényleválasztás. — Az utolsó 250 méhüri betapintából haláleset nem volt. Az összes 312 esetre 2 lázas, műtétes szülés után bekövetkező halál esett, mely 0.6%-nak felel meg. A morbiditás lepényleválasztás után 20%-ról 10%-ra — méhüri betapintás után 14.8%-ról az utolsó években 6.3%-ra javult. Újabban aránylag korábbi időpontban avatkoznak be, amikor még a ki nem vérzett szervezetnek erősebb a fertőzés elleni ellenállása.

Az országban évente kb. 2000 ilyen beavatkozás történik a magángyakorlatban, ahol a a kipróbált rendszabályok nem mindig tarthatók tökéletesen be, — ezért nem szabad a beavatkozások jelentőségét lekicsinyelni. A halálozási és megbetegedési százalék csökkentése végett hangsúlyozandó: a szülészeti műtétek javallatainak szigorú betartása, a lepényi szak szabályos vezetése és a szükségessé váló betapintás kellő időben, steril gummikesztyűben végzés, úgy hogy a felhatoló kéz a vulva és a hüvely falával ne érintkezzék. — Lázas szülések esetében mindenképen törekedni kell a lepény spontan megszületésére, mert különösen lázas, műtétes szülések után igen nagy a méhüri betapintással járó veszedelem.

Szarvas F.: A lepényleválasztások számát valószínüleg csökkenteni lehet a Rukopp—Gabastou-eljárás alkalmazásával. Intézetben ez igen könnyen végezhető. Abból áll, hogy a köldökzsinór venáján át steril vizet fecskendezünk be a lepénybe, mely felduzzasztva, többnyire leválik és megszületik.

Raisz D.: A Peters-féle technikával 132 esetben végeztek lemény, illetőleg lepényrészleválasztást 13% morbiditással. Egy súlyosan fertőzött asszony halt meg. (Szennyes lepedék a hüvelyben és a méhszájon, — atonia.) Hangsúlyozza a lepény-vizsgálat fontosságát és nehézségeit. A lepény megszemlélését egymagában nem tartja elegendőnek. A szülőnő érdekében, de forensikus szempontból is kívánatos volna, a megtekintésen kívül a placentának valami objectivebb eljárással, — pl. a Franken-féle felfújás, — megvizsgálását kötelezővé tenni ép úgy, mint ahogy kötelező a szembecseppentés.

Gyulai B.: Felhívja a figyelmet arra, hogy a leválasztott lepény méhürből eltávolításakor kezünk a méhürben maradjon. Betapintás céljából az újabb kézfelvitel infectio forrása lehet. Külső kezünk segítségével a leválasztott lepény mindig eltávolítható, amint azt az I. sz. női klinikán már évek óta végzik.

Burger K.: Annak, hogy az utolsó évek folyamán a lepényleválasztás mütétének halálozása lényegesen csökkent, fő okát a fokozott sebvédelem elveinek szemmeltartása mellett, abban látja, hogy ma már éppen azért, mert jobban tudunk védekezni a mütét alkalmával fenyegető fertőzés ellen, hamarább avatkozunk be. Bár távol áll tőle, hogy a lepény kézzel történő leválasztását propagálni akarná, nem

vitatható, hogy az a beteg, aki még kevesebb vért vesztett, jobban ellen tud állni az esetleges fertőzésnek, mint, aki már csaknem teljesen kivérzett. A nagyobb ellenállásban szerepe van a vérátömlesztésnek is, ami ugyancsak részben magyarázza az eredmények javulását a multtal szemben. A Peters-féle eljárást már hosszú évekkel ezelőtt végezték még *Kubinyi* tanár idejében, amit az is mutat, hogy azt 10 év előtt megjelent könyvében már mint követendő eljárást hangsúlyozza. Felhívja még a figyelmet arra az ugyancsak ismert elvre, hogy a lepény manualis leválasztása előtt kíséreljük meg azt narkosisban még egyszer exprimálni. Ha vissza is marad ilyenkor cotyledo, annak leválasztása kevébbé veszélyes beavatkozás, mint az egész lepény leválasztása. A Mojon—Gabastou-eljárás, tapasztalatai szerint, sokszor eredményhez vezet, de helye csak akkor van, ha nem vérzés miatt kell a lepényt leválasztani. Csak természetes, hogy a legnehezebb a szülész helyzete akkor, ha fertőzött szülőcsatorna esetén kell a lepényt leválasztani, ilyenkor a legnagyobb a mortalitás. Ezért merülhet fel ilyenkor a totalextirpatio kérdése, lepényleválasztás helyett. Ezt elhatározni azonban igen nehéz, mert többnyire fiatal asszonyokról van szó. Talán valamennyire inkább szóbakerülhet ez az eljárás azokon, akinek már több gyermekük van és 40. életévüket már meghaladták. Ilyenkor is azonban nagyon meggondolandó a dolog.

Schürger S.: A méhüri betapintásokat is feltárással végeztük, ez 136 esetben halálozás nélkül történt, 2 phlegmasia alba dolenst leszámítva, sepsis nem volt. A lepény leválasztásakor lehetőleg mi is csak egyszer hatolunk fel, ismételt felhatoláskor sem feledkeztünk meg a feltárásról. A fertőzött esetek lepényleválasztásának kérdése nincs megoldva, az újabb irodalmi adatok tanulsága szerint a radikalis (méhkiürtás) felfogásának is vannak hívei. Az a kérdés, hogy ilyen körülmények között merész kisérlet számba megy-e a méh kivétele, vagy a klinikai felfogás is elismeri-e a kivételes javallatot.

Frigyesi J.: Bár örvendetes a lepényleválasztás eredményeivel kapcsolatban elért javulás, ennek ellenére nagy beavatkozásnak tartja ma is. A placenta leválasztással kapcsolatos halálozás ma is nagyobb, mint a nehezebb nőgyógyászati laparotomiák halálozása. Ezért a lepényi szak gondos kezelésére hívja fel a figyelmet és nem volna amellett, hogy az indicatiót kiterjessze. Nagyon kövér és már előzetesen több vért vesztett szülőnő esetében hamarabb lesz meg a leválasztás javallata, mint másokon.

Különösen nagy veszéllyel jár a lepényleválasztás fertőzött esetekben. Szakember ilyenkor ismételten is meggondolja és csak ha elkerülhetetlennek találja, végzi el a lepényleválasztást. Nem hiszi, hogy el lehetne kerülni a veszélyt azáltal, ha ilyenkor esetleg méhkiürtást végeznénk, mert fertőzött területen a még nagyobb mütéti beavatkozás eszközlése szintén veszélyes.

Bársony J.: *A női ivarmirigyműködés erősségének vizsgálatára irányuló törekvések.* Azokat a kisérleteket és gyógyeredményeket ismerteti, melyeket egyrészt *Ceni* allerg.ás cutanreactiójának alkalmazásával, mésrészt a *Ceni* által alacsonyrendü gerincesek hyperactiv párzási szakában kivett ivarmirigyei kivonatának alkalmazásával elért. A reactio anaphylaxiás jellegü és alkalmazásával megközelitő felvilágositás nyerhető a női ivarmirigyműködés actualis állapotáról. A reactio az életkor különböző szakaszaiban nem fajlagos, legerősebb az ivaérettség korában. A petefészekműködés gyengeségekor és a petefészekműködéssel antagonista belső elválasztású szervek túlműködésekor negativ, a reactio. Alkalmasnak látszik a reactio az alkalmazott hormonkezelések közvetlen és késői hatásának, vagyis annak ellenőrzésére, milyen mértékben változtatja meg az alkalmazott hormonkezelés a szervezet genetikus allergiáját. A genocutin-reactiót a gyakorlatban használt ivarmirigy- és gonadotrop-hormonok alkalmazásával kiváltani nem sikerült, lehetővé vált azonban *Ceni* allergotestjével túlérzékennyé tett állat vérserumából előállítani egy anyagot, melyre megfelelő higitásban a szervezet hasonlóképen reagál, mint *Ceni* allergotestjére. A petefészekműködés zavaraiban és a pajzsmirigy túlműködésével járó megbetegedésekben a *Ceni* által előállított anyag alkalmazásával jó eredményt ért el.

Burger K.: Nagyon érdekesnek és tanulságosnak tartja előadónak nagy szorgalommal végzett vizsgálatait. Sajnálja azonban, hogy *Ceni* nincs jelen s igy nem kaphat felvilágositást azon anyag természetére vonatkozólag, amellyel a vizsgálatokat végezték.

Frigyesi J.: Elismeréssel adózik az előadó alapos vizsgálataiért. Bár eleinte hihetetlennek látszott, hogy ilyen egyszerü módszerrel betekintést nyerhessünk a hormonviszonyokba, — feltétlenül érdemes ezzel az eljárással foglalkozni, mert ha bevállana, nagy haladást jelentene.

A Szegedi Egyetembarátok Orvosi Szakosztályának november 10-i ülése.

Sipos K.: *Balanitis xerotica obliterans (post operationem) Stühmer.* 40 éves veleszületett fitymaszükületes beteg. 3 hét előtt phimotomia, miután fokozatosan a makk nagy részén a húgycsönyilást is magábafoglaló sárgás-fehér, bőrszerü leukoplasisás megvastagodás jelentkezett. Az elváltozás a balanitis xerotica kezdeti szakának teljesen megfelel. A sorvadásos szak kifejlődését közömbös kenőcsök állandó használatával és nagy adag röntgenbesugárzással próbálja megakadályozni.

Wlasics T.: M. I. 27 éves férfibeteg. 1930 óta pikkelysömöre van. Az erős gyulladásos jelenségek miatt a szokott kezelést megkezdeni nem tudta. Ingerkezelésre gócszerü hatást észlelt, az egész köztakarót elborító dermatitis exfoliativa generalisata alakult ki. Annak ellenére, hogy az ingerkezelést még kezdetben abbahagyta, a beteg állapota roszszabbodott, sőt septikus lázmenet társult a börgyulladáshoz. Bakteriologiai vizsgálat a vérből háromszor nemleges. Hajzat sorvadt, erősen megritkult, sok helyen csaknem teljesen kihullt, a körmök szarutömegekkel fedettek, sok helyt letöredezettek, lehullottak. Az izületek táján a bör sorvadásnak indult, mozgáskor berepedezik. A sorvadások miatt a kórkép jelenleg pityriasis rubra Hebra képét mutatja.

Dósa A.: Savó-ideiglenes syphilise miatt arsenobensolbismut kezelésbe vett 17 éves nő börén a kezelés második hetében 0.30 g. revival gyüjtőeres alkalmazása után eleinte a felső végtagokon, a törzsön, majd mindenütt a Milian-féle 9. napos kiütésnek megfelelő vascularis fajtájú, kanyarószerü erythemák, csalánfoltok jelentkeztek. Állandó magas láz kiséretében na. thiosulfat, calcium, Bruck-féle szervezetátmosás ellenére, soha a beteg arsenobenzolt nem is kapott újra, egy hét mulva a kiütés eleinte csak korpázó, később lemezekben hámló epidermidalis jellegü börgyulladássá vált. Noha a száj nyálkahártyáján kisebbfokú piron kivül súlyosabb elváltozások nem támadtak, a granulocyták száma mégis 20%-ra csökkent.

Vitéz Matolcsi K.: *A méhfüggelékgyulladások és méhkörüli izzadmányok mai therapiája.* Előadó saját anyaga (278 beteg) és a világirodalom adatai alapján tárgyalja fenti themát. A mütéti radicalismus 10—15 év óta erősen megcsappant és általános érvényü szabálynak mondható ki, hogy adnextumort acut és lázas subacut állapotban operálni nem szabad. Csak ha három izben csődöt mond a 4—4 hetes intézeti resorptiv kezelés, kerülhet szóba a mütét. A mai irodalom inkább laparotomia mellett döntött s a vaginalis totalis exstirpatiót ritka szerző ajánlja. A laparotomia lehet conserváló a fogamzóképesség megtartásával, de az indicatio megszorítása újabban inkább a radicalis mütétnek kedvez, hol a méhet is amputáljuk, vagy extirpáljuk. Az amputatio mellett szól a kisebb mortalitás, mely még akkor is lényegesen alatta marad az extirpatióénak, ha az 1.23%-os csonk-cc. fellépését is számításba vesszük. Továbbá nagy előnye az amputatiónak a portio meghagyása (hüvely architekturája és a cervix váladék biologiájára). Ezek után szól előadó a kolpotomia s az azt helyettesitő kolpopunctio + rivanol kezelésről. Ezek főleg Douglas abscessusok és pelveoperitonitises exsudatumok esetében használatosak, adnextumorok esetén kevésbbé. Majd végül röviden érinti conservativ resorptiv therapiáját, mely alkalommal fontosnak tartja a beteg egyéni és céltudatos kezelését, történjék bár az a legegyszerübb módszerekkel (terpentin inj., ichtyolos tampon, hőlégfürdő, diathermia, stb.).

Kühbacher F.: Helyesli az előadó által képviselt conservativ álláspontot, de a túlzó tartózkodást helyteleníti, mert bár az adnexum gyulladásos megbetegedései túlnyomó többségben conservativ kezelésre meggyógyulnak, mégis egy töredéke csak mütéti úton gyógyitható, ha a betegnek munkaképességét akarjuk helyreállitani. A socialis indicatiónak ma, amikor mind több és több a dolgozó nő, talán még nagyobb jogosultsága van, mint a multban volt. A genyes adnextumorok a betegre nagy veszélyt jelentenek és ha a kezeléssel ellenkeznek a kezdő időpontban operálandók. A szegedi női klinikán 17 év alatt végzett 3254 laparotomiából 331-et

adnex megbetegedés miatt végeztek és ebből 97 genyes folyamat volt. Az összmortalitás minden levonás nélkül 4.8%. A conservativ kezelésben igen előnyösen használható az ultrarövid besugárzás, mely már subacut stadiumban is alkalmazható és így a betegség tartama megrövidül.

Csajághy M. és Mezei B.: *A schizophrenia görcs és insulin-shok kezelése.* Ismertetik a szegedi ideg- és elmegyógyászati klinikán ápolt schiozphreniás betegeken végzett Manduna-féle görcs és Sakel-féle insulin-shok kezelésének methodikáját, eredményeit és a kezelések hatásmechanismusát. Görcs kezelésekor a cardiazol helyett az olcsóbb magyar tetracort alkalmazták, amely azzal minden szempontból megegyezik. Görcskezelést 73 schizophreniás betegen végeztek. Az esetek 35%-a mutatott teljes és jó remissiót. Tehát a náluk észlelt spontan gyógyulási arányszámot (13%) a tetracor-kezelés 2.6 szeresére emelte. Kezeléseik során haláleset nem fordult elő. Legsúlyosabb szövődmény egy combnyaktörés volt. A tetracor-kezelés előnye, hogy egyszerű, olcsó, rövid idő alatt elvégezhető, hátrányai az esetleges szövődmények s a nyugtatók alkalmazásának korlátozott volta. Insulin shok kezelést 35 esetben végeztek. Az esetek 50%-a jutott teljes és jó remissióba. Tehát az insulin shok kezelés a spontan javulási arányszámot a négyszeresére emelte. Kezeléseik során haláleset nem fordult elő. Az insulin shok kezelés előnye hatásosabb volta, azonnali nyugtató hatása; hátrányai: drágaságban. lassúságban nyilvánulnak meg, továbbá abban, hogy nagy személyzetet igényel. Szövődmények itt is csak az epilepsiás görcsrohamok és elhúzódó shokok alakjában jelentkeztek. Mindezek alapján mind a görcskezelést mind az insulinshok kezelést hatásos gyógymódnak tartják, valódi értékük azonban szerintük csak évek múlva bírálható el a katamnestikus adatok birtokában.

Miskolczy D.: Az ismertetett kezelési módok nem újabbak, mint az előadó mondja, hanem az elsők, mert eddig a schizophreniát nem tudták gyógyítani. A tetracoros görcsroham lefolyását azért mutatta be, hogy lássák milyen drasztikus kezelésekhez kell nyulniok az elmeorvosoknak, milyen heroikus küzdelmet vívnak az elmebetegségekkel. — Hangsúlyozza, hogy az insulin shokban még megdöbbentőbb képet nyujtanak s egy insulin shokban fetrengő beteg mellett még a legerősebb idegzetű ember is megrendül, főleg ha olyan góctünetek maradnak vissza, mint az előadó által ismertetett aphasia, stb. Ezek a tények arra a gondolatra is vezethetik az embert, hogy az insulin kezelés után iatrogen eredetü betegségek maradnak vissza. Mind a két kezelés a spontan javulási arányszámot jelentékenyen emeli. Ha a kezelések csak az exogen eredetü schizophreniát befolyásolják, — ami valószínü, — akkor is nagy jelentőségüek.

A Debreceni Orvosegyesület november 11-i ülése.

Karossa-Pfeiffer J. és Réthy A.: *Debrecen város hastyphus endemiájának ismertetése, különös tekintettel az 1936. évi szennyvízeredetü fertözésekre.* Debrecen sz. kir. város a világ egyik legnagyobb kiterjedésü városa. Területe (957 km²) háromszor akkora, mint London, 13.3%-kal nagyobb, mint New-York város és 7.8%-kal nagyobb, mint Nagy-Berlin. Lakosainak száma 1930-ban 117.275 volt, jelenleg kb. 125.000. A város hastyphussal fertözöttsége magyarországi viszonylatban is szokatlanul magas; a 10.000 lélekre számított morbiditás 1934-ben 2.86, 1935-ben 21.0, 1936-ban 14.0 volt. Közigazgatási és épitésrendészeti okokból a várost 3 övezetre osztották fel, mely felosztásnak azonban epidemiologiai szempontból is fontos jelentősége lett. Ugyanis az 1935. évben az I. övezetben (belsőség), ahol a km²-kinti népsürüség 8.445 volt, a typhusmorbiditas a legalacsonyabb 13.3‰; legfertözöttebb a II. övezet (kertség, telepek), ahol a népsürüség 2.418 és a morbiditás 31.6‰; középhelyet foglal el a hatalmas kiterjedésü III. övezet (tanyavilág, erdőség), melynek népsürüsége csak 23.7, typhusmorbiditása pedig 26.3‰. Ennek a jelenségnek az oka az egyes városrészek különböző hygieniás és sociographiai viszonyaiban található meg.

1936-ban a hastyphus járványgörbéje a szokottnál lényegesen korábban és az országostól is eltéröleg már junius hónapban culminált. Megállapitást nyert, hogy ezt a korai maximumot a junius hó 30-án a városra zudult felhőszakadás (47.4 mm csapadék 1.02 percmilliméteres maximalis esősürüséggel) okozta, melynek levezetésére a csatornahálózat elégtelennek bizonyult. Az egyik csatornanyiláson visszaömlő szennyvíz megfertözte az állomásépület előtt lévő ú. n. „postakut"-at, mely furott kú vizének élvezetétől 12 egyén typhusban megbetegedett. A zápor folytán számos pincelakást is elárasztott a regurgitáló szennyviz, minek következtében bizonyithatólag 6 typhusmegbetegedés történt. Augusztus 1-én a felhőszakadás megismétlődött (64.b mm csapadék 1.87 percmilliméteres maximalis esősürüséggel). Ez utóbbi zápor okozta szennyvízelárasztásokkal ugyancsak 6 typhusesetet sikerült összefüggésbe hozni. Ehhez az összesen 24 szennyvízeredetü megbetegedéshez később még 5 contact-fertözés társult (együttvéve az összes typhusesetek 16.2%-a.).

Az 1936. évben Debrecenben összesen 179 helybeli typhusmegbetegedés történt 20 halálozással (letalitás: 11.1%). Az esetek 13.4%-a volt szennyvízeredetü; 14.0% bacillusgazdától szerezte fertözését, 22.3%-ban contact-fertözést sikerült kimutatni; a betegek 9.5%-a idegen helyről importálta a typhust; végül az összes esetek 40.8%-ban a fertözés forrása ismeretlen maradt. A betegek isolálása kielégitő volt, amennyiben azok 86.1%-a részére sikerült kórházi elhelyezést és ápolást biztositani.

Véghelyi P.: Kérdi előadót, célravezető-e typhusban megbetegedettek környezetének azonnali activ immunizálása? Minthogy nagy valószínüséggel számitani lehet arra, hogy ezen egyének már az incubatio stadiumában vannak, avagy igen rövid idő multán fertőződni fognak, utal a vaccináltak negativ phasisának jelentőségére, amely a betegség kirobbanásszerü megindulásához vezethet; ilyeneket alkalma volt megfigyelni. Kérdi előadót, nem volna e célszerübb a környezetet a megbetegedés megállapitásakor *passive, avagy vegyesen, passive és active immunisálni?*

Jeney E.: Amikor a debreceni Typhus-Nagybizottság első ülésén résztvett, kérdés tárgyává tette, hogy előfordul-e záporesök alkalmával a mélyebben fekvő mellékhelyiségek elárasztása szennyvízzel? Akkor megnyugtató választ kapott. Rövidesen kiderült azonban, hogy ilyen esetek 1—2-szer majdnem minden évben előfordulnak. Köszönetet mond előadóknak, hogy e kérdést gondosan átvizsgálták.

Az activ mentesités során az ú. n. „negativ phasis" jelentőségét nem kell túlbecsülni. Ez a *Wright* által megjelölt állapot csak rövid ideig (pár órától 1—2 napig tart), ha a kezdő adag nem volt túlmagas. A fokozott fogékonyság ideje hamar elmúlik. A már előzetesen fertözött és lappangási időben lévő egyének vaccina-kezelése erösebb reactiók kiváltásával járhat. Elismeri, hogy a typhus-beteg környezetének activ mentesitésekor óvatosságra van szükség. Emiatt azonban még sem lehet lemondani a typhus-járványok idejében az activ mentesités előnyeiről.

Orvosi vonatkozások Kant életében és műveiben.

Irta: *Vajda Károly dr.*

Néhány hónappal *Kant* halála után a nagy philosophusról szóló életrajz jelent meg, amelynek egyik epizódja keresetlen egyszerűséggel és megható naivitással szemlélhetőbben érzékelteti világra szóló nagyságát, mint akár sok kötetre terjedő méltatás. Azt olvassuk ebben az igénytelen életrajzban, hogy 1804. február 12-én Königsberg városa azoknak a szép verőfényes és felhőtelen napok egyikére virradt, amilyenekben a Keleti tenger lakóinak — főleg télen — olyan ritkán van részük. A város minden lakosa néhány nap óta aggódó szeretettel és féltő kiváncsisággal leste a *Kant* betegágyától érkező orvosi értesítéseket, mert híre járt, hogy a város legnagyobb fia utolsó óráit éli. 11 óra tájban kis bárányfelhő jelent meg a kék égboltozaton és akkor a Pregel egyik hídján sétáló közkatona arra hívta fel a járókelők figyelmét, hogy ez bizonyára *Kantnak* égbe szálló lelke, amely fehér felhő alakjában tér vissza teremtőjéhez. És valóban, néhány perc alatt bejárta a várost a szomorú hír, hogy minden idők legnagyobb philosophusa befejezte földi pályafutását. Ez a faluból kikerült parasztfiú, a nép egyszerű gyermeke, soha *Kantnak* egy sorát sem olvasta, de hallomás folytán lelke mélyén el volt telve nagy földijének jelentőségétől és az ő primitiv dualisztikus életfelfogásában így képzelte a halált, mint a léleknek a testtől való elválását.

Utolsó életéveit *Kant* nagy szellemi hanyatlásban töltötte és ezen mi, orvosok csodálkozhatunk legkevésbé. Az a hatalmas agy, amely a kultúremberiségnek mindenképen legintensivebb és sokak szerint legértékesebb munkáját végezte, végre is kimerült. Törékeny kis teste, amely hosszú 80 éven át hősiesen dacolt és meg is küzdött egy páratlanul termékeny életnek sok-sok testi és lelki viszontagságával, végre is felmondta a szolgálatot, világszerte csodált emlékező tehetsége gyengült, látása megromlott. Igazán már csak árnyéka volt saját magának és tisztára vegetativ életet élt. De még élete utolsó heteiben is fel-fel csillant a régi geniusnak egy-egy sugara. Élete utolsó 10 évének hűséges mentora *Wasianski* diakonus meghatóan szép és lebilincselően érdekes feljegyzéseiben olvashatjuk, hogy 10 nappal halála előtt olyan nagyfokú gyengeség vett erőt a magával tehetetlen aggastyánon, hogy alig tudott már a lábán állani. Ülni is csak úgy tudott, hogy karosszékét minden oldalról vánkosokkal kipárnázták. Így várta hűséges orvosát, *Elsner* orvosprofessort, aki az egyetem rektori tisztségét viselte és a déli órákban meg szokta látogatni. Amint ez a szobába lépett, *Kant* erejének utolsó megfeszítésével mégis felállott, hogy méltó módon üdvözölje orvosát és nem is akart többé leülni. Ekkor *Wasianski* figyelmeztette *Elsnert*, hogy *Kant* csak azért nem ül le, mert orvosa áll. *Elsner*, aki már hónapok óta fájdalmas szívvel észlelte *Kantnak* napról-napra fokozódó szellemi hanyatlását, semmiképen nem akarta ezt elhinni, de *Wasianski* kérésére mégis leült. Ekkor azután *Kant* is visszahanyatlott karosszékébe ezen szavakkal: *„Das Gefühl für Humanität hat mich noch nicht verlassen"*. Másnap kezdetét vette egyetlen és utolsó betegsége: 10 napig tartó végelgyengülése.

Goethe mondja *Kantról*, hogy valahányszor egy-egy lapját olvassa, mindig az az érzése támad, mint mikor az ember sötét lépcsőházból olyan terembe lép, amelybe minden oldalról betódul a fény és a világosság. És ezt nem a fiatalság lobbanékony lelkesedésében mondotta, hanem 80 éves korában, amidőn egy bölcseségben eltöltött élet tapasztalata és az öregkor higgadt judiciuma irányította minden mondanivalóját. És ha ma *Kant* orvosi vonatkozású művei olvasásakor nem fog el minket mindig ugyanaz az érzés, annak csakis az az oka, hogy az azóta eltelt másfél évszázad alatt soha nem sejtett óriási lépésekkel haladt előre az orvosi tudomány. Másrészt azonban nagy meglepetéssel látjuk, hogy egyes orvosi munkái, főleg amelyek a suggestiv therapiával foglalkoznak, minden változtatás nélkül helyet foglalhatnának bármely modern idegklinikai előadás keretében.

Kant 1724-ben született Königsbergben. Atyja nyergesmester, anyja parasztleány volt. Boldog házasságukból 9 gyermek született, akik közül 4 már kis gyermekkorában meghalt. A megmaradt 5 között 3 leány volt, akik mint cselédek keresték meg kenyerüket és később egyszerű mesteremberekhez mentek nőül. A kisebbik fiú mint prédikátor töltötte életét a königsbergi járás egy nagyobb városában; világhírű bátyjával való érintkezése néhány levélváltásra szorítkozott. Midőn *Kant* az elemi iskolát kitünő sikerrel elvégezte, atyja maga mellé akarta venni inasnak és csak egy *Scholtz* nevű lelkésznek köszönhetjük, hogy ez a terv nem vált valóra. Ez felkereste a nyergesmestert és figyelmeztette, hogy kis fia már testi gyengesége miatt sem alkalmas a nyergesmesterségre, hiszen 10 éves korában legfeljebb 5 éves gyermek benyomását tette, inkább középiskolába kellene őt járatni, mert kétségtelen, hogy az eleveneszű, rendkívül szorgalmas fiú bármilyen tudományos pályán is boldogulni fog. S midőn az anyagi gondokkal küzdő nyergesmester kijelentette, hogy képtelen az ehhez szükséges költséget előteremteni, *Scholtz* magára vállalta, hogy mindadig, míg a fiú középiskolai és egyetemi tanulmányait folytatja, ő fog gondoskodni a család tüzifaszükségletéről. Így azután *Kant* a néhány év előtt *Nagy Frigyes* által alapított collegium Fridericianumba került, ahol mindjárt az első félévben az első eminens helyére küzdötte fel magát. Akkoriban még nem volt érettségi vizsga és a középiskola elvégzése sem volt bizonyos számú évekhez kötve, hanem amint a professorok valamely tanulóról úgy vélekedtek, hogy képes lesz egyetemi tanulmányokat folytatni, kiadták részére az ú. n. távozási bizonyítványt. *Kant* 16 éves volt, mikor ezt megkapta. Közben érte életének legnagyobb csapása. Elvesztette édesanyját, akiről még 75 éves korában is könnyes szemmel úgy nyilatkozott, hogy mindazt, amit életében elért, csakis édesanyjának köszönheti, aki már kis gyermekkorában beleplántálta a szép, nemes és jó iránti szeretetet, a becsületességet és szorgalmat, az őszinteséget és az igazság szeretetét.

A távozási bizonyítvány alapján *Kant* beíratkozott az egyetem philosophiai fakultására, ahol 5 éven át elsősorban tisztán bölcsészeti, de ezeken kívül földrajzi, physikai, chemiai, csillagászati, anthropológiai, sőt az első két félévben egy-egy orvosi collegiumot is hallgatott. 21 éves korában „summa cum laude" befejezte egyetemi tanulmányait és akkor szomorú szívvel ráeszmélt arra, hogy philosophiából nem nagyon lehet megélni és ezért kénytelen volt 9 éven át mint házitanító működni, hogy kenyerét megkeresse. Csodálatos, hogy míg későbbi életének úgyszólván minden napjáról vannak hiteles feljegyzések, addig ezen küzdelmes 9 évről alig tudunk valamit. Több családnál működött ilyen minőségben, így egy *Keyserling* nevű grófi családnál is, amelynek egyik leszármazottja alapította a század elején a híres düsseldorfi szabad egyetemet. Ezen 9 év alatt igen értékes könyvtárt vásárolt össze és félretett 20 aranyat is, hogy esetleges betegsége esetére legyen miből orvost és gyógyszertárt fizetni. Minthogy hosszú életén át soha beteg nem volt, hagyatékában érintetlenül megtalálták ezen összeget. 30 éves korában visszatért az egyetemre, megszerezte a docenturát, de dacára annak, hogy napjában 5—6 előadást tartott, a leckepénzekből alig tudott megélni, úgy hogy lassankint kénytelen volt értékes könyvtárától megválni. „Naturgesichte und Theorie des Himmels" c. munkája az egész világon olyan óriási feltűnést keltett, hogy *Nagy Frigyes* a hallei egyetemre hívta meg rendes tanárnak és nagy fizetésen kívül a titkos tanácsosi címmel is ki akarta tüntetni. *Kant* azonban midenképen szülővárosában akart maradni és ez okból nem fogadta el ezen meghívást. Erre *Nagy Frigyes* királyi rendelettel utasította a königsbergi egyetem tanácsát, hogy a bölcsészeti kar a legközelebbi üresedés esetén csakis *Kantot* terjessze elő kinevezésre. Ez azonban *Kantnak* nagy szerénységével összefüggő okoból csak 1740-ben történt, midőn a nagy philosophus már 46 éves volt.

Kant testi szervezete viselőjét egyáltalán nem hosszú életre szánta. Úgy látszott, mintha a természet minden energiáját csakis szellemi képességeinek minél tökéletesebb kifejtésére pazarolta volna. Testmagassága 153 cm. volt, feje szokatlanul nagy, mellkasa lapos és behúzódott. Jobb válla magasabb volt a balnál, lapockacsontjai szétállottak, csont- és izomrendszere rendkívül gracilis volt. Mai constitutionalis beosztásunk szerint *Kretschmer* értelmében leptosomnak kellene tekintenünk, de még sokkal inkább *Stiller* astheniás typusának felelt meg; egész testén alig volt zsírnak még a nyoma sem, úgyhogy ruháit csak mindenféle mesterkedéssel volt képes testén megerősíteni. Mellkasának gyengesége dacára elég erős hangja volt. Igen nagy volt az étvágya, de reggeli üres theáján

kívül napjában csak egyszer étkezett. Beleiről saját magának az volt a véleménye, hogy alacsony termetéhez képest túlhosszúak és obstipatióját ezen aránytalansággal hozta összefüggésbe. Érzékszervei mind kitünően működtek. Látása életének végéig szemüveg nélkül is kitünő maradt. Fiatal korában myop volt, de nem annyira, hogy ez írásnál és olvasásnál akadályozta volna. Ezen myopia azonban nem növekedett és élete második felében kitünően egyenlítette ki presbyopiáját, úgyhogy szemüvegre soha sem volt szüksége, dacára annak, hogy hihetetlenül sokat írt és olvasott. Hetvenedik évében bal szemén hályog fejlődött. Néhány hónappal halála előtt jobb szeme is hályogos lett, ugyanakkor addig kitünően működött izlelő szervei is felmondták a szolgálatot. Hallása mindvégig kitünő maradt. Teljesen inmusikális volt és szinte csodálatos, hogy az emberiségnek ezen szellemileg olyan hihetetlen magasságáig emelkedő képviselője egyízben kijelentette, hogy képtelen megérteni, mikép találhat valaki a zenében élvezetet. Haja szőke volt, arcszíne friss és még aggastyán korában is rózsaszínű maradt. Kortársai nem győzték magasztalni nagy kék szemének a szépségét és az azokból kisugárzó mély értelmet és szívjóságot.

Csodálatos volt emlékező tehetsége. Egyízben nagyobb társaságban szó esett a híres londoni Westminsterhídról és ekkor *Kant* majdnem másfél órán át olyan részletes és szemléltető előadást tartott a hídról, hogy a társaság egyik tagja — londoni mérnök — arra kérte a házigazdát, mutassa be annak a londoni kollegának, aki annyira ismeri a híres hídnak legminutiosusabb részletét is és semmiképen nem akarta elhinni, hogy nem is mérnök tartotta ezt a szemléltető előadást, hanem philosophus, aki soha nem távozott Königsbergből. Ugyancsak így járt *Kant*, midőn órákon át Olaszország építészeti szépségeiről beszélt, vagy mikor kisérleti chemiáról tartott rendkívül látogatott előadásokat, anélkül, hogy eprouvettát vagy lombikot látott volna. Van *Kantnak* egy csodaszép könyve, amelyet már azért is el kellene olvasni mindenkinek, mert egyike azon kevés munkáinak, amelyeket minden philosophiai előismeretek nélkül teljesen meg lehet érteni és élvezni: *„Beobachtung über das Gefühl des Schönen und Erhabenen"*. Ebben többek között az egyes nemzetek jellegzetes tulajdonságait festi. Különösen mesteri és még a mai viszonyoknak is teljesen megfelelő a francia nép jellemzése. Általános volt a vélemény, hogy a könyv szerzője bizonyára éveket töltött Franciaországban, pedig soha nem járt ott, sőt a könyv megjelenéséig francia embert nem is látott.

Ami *Kant* életmódját illeti, télen nyáron egyformán öt órakor kelt. Maga főzte meg theáját. Ez volt a reggelije. Ugyanakkor elszívott egy pipadohányt. Azután még egyszer átgondolta aznapi előadását, amelyet 7-től 9-ig tartott. Azután 1 óráig munkáin dolgozott. Ekkor ebédelt és ez volt egyetlen étkezése, amely azonban az akkori idők szokása szerint órákat vett igénybe. Hosszú ideig vendéglőben ebédelt és ilyenkor szívesen látott asztalánál bárkit. Később, midőn messze földről Königsbergbe jöttek az emberek csak azért, hogy a világhírű philosophussal egy asztalnál üljenek és szellemes társalgását élvezzék, az ilyen ünnepeltetés terhére kezdett lenni, miért is saját háztartást rendezett be magának és mindennap legalább három vendéget hívott meg ebédre. Ebéd közben soha philosophiáról nem beszélt, hanem köznapi eseményekről, politikáról, művészetről és más tudományokról. Rendkívül éles politikai judicuma volt, így állandó figyelemmel kisérte *Napoleon* pályafutását és előre megjósolta bukását. Asztaltársai nem győzték csodálni sokoldalú tudását, szinte megdöbbentő emlékező tehetségét és szellemességtől sziporkázó társalgását. Mint nőtlen ember, csak férfiakat láthatott vendégül, de a férfitársaságban szokásos kétértelmű kisiklások teljesen hiányoztak *Kant* asztalánál. Az egyszerű nyergesmester és az írni olvasni alig tudó parasztlány fiának egész lényéből olyan áthidalhatatlan distantia és olyan — a szónak nem mai, hanem régi, nemes értelemben vett — arisztokrata előkelőség áradt, hogy még legmeghittebb barátai sem mertek volna jelenlétében kissé sikamlós élcet csak érinteni is. Hogy egyébként milyen végtelen tiszteletet gerjesztett önkénytelenül személye körül, annak talán legékesebb bizonyítéka, hogy az ő rektorsága alatt az összes fakultások hallgatói még a szokásos diákcsinyektől is tartózkodtak, nehogy mint fegyelmi hatóságnak dolga legyen ilyen haszontalanságokkal.

Ebéd után egy óráig sétált és pedig mindig ugyanazon az útvonalon. Rendszerint egyedül tette meg ezt az utat, mert sétaközben nem szeretett beszélgetni. Azt tartotta, hogy ilyenkor csukott szájjal, az orron át kell lélegzeni, ismerte tehát az orrkagylók levegőszűrő szerepét. Séta után olvasgatott, vendégeket fogadott és részletesen előkészítette másnapi előadásának anyagát. Soha nem uzsonnázott és nem is vacsorázott. 10 órakor lefeküdt. Mindvégig kitünő, zavartalan álma volt.

Ami egészségi állapotát illeti, arról ő maga több ízben is úgy nyilatkozott, hogy tulajdonképen sohasem volt beteg, amennyiben soha olyan bajban nem szenvedett, amely ágyhoz kötötte volna, másrészt azonban sohasem volt teljesen egészséges sem, mert egész életén át nem hagyta el egy percre sem a jobb bordaív alatt székelő fájdalomszerű nyomás. Mai tudásunk szerint, különösen, ha étkezési szokásait szem előtt tartjuk, epepangásból eredőnek kell tekintenünk ezt a fájdalmat, hiszen napi egyszeri étkezés mellett kétségtelenül zavarok lehettek az epekiválasztás körül. De közrejátszhatott itt chronikus obstipatiója is, amely ellen már fiatal kora óta állandóan az iskolatársa, *Trummer dr.* által rendelt aloe és rhebarbara pilulákat szedte és pedig 70 éves koráig napjában egyet, később lasankint 4-ig fokozta az adagot.

Ami egyébként életmódjában orvosi szempontból feljegyzésre méltó, fiatalabb korában feltűnő sok vizet ivott, anélkül, hogy szomjúsága késztette volna erre. Később elhagyta ezt a szokást, mire orrának nyákhártyája olyan száraz lett, hogy nem tudott burnótozni. Így azután az aranyközéputat választotta és mérsékelt mennyiségű vizet ivott. Hálószobáját csak igen hideg napokon fűttette, ellenben dolgozószobájában csak bizonyos megszokott hőmérsék mellett érezte jól magát, úgyhogy ezt sokszor hűvösebb nyári napokon is fűteni kellett. Feltűnő dolgot olvashatunk egyik életrajzában: *Jachmann* említi, hogy *Kant* egyik angol barátjának a tanácsára reggelenkint egy kávéskanál chinatincturát szedett, mire érverése kihagyó lett, amint azt nemcsak ő, hanem több orvos is megállapította. Amint azután a tinctúrát elhagyta, érverése is rendbejött. Legtermékenyebb időszakában, midőn kritikai munkáit írta, tehát 54. és 64. életéve között, állandóan agynyomásról panaszkodott, amely egész nap nem hagyta el. Ez magyarázatát találhatja abban az intensiv szellemi munkában, amelyet ezen évtized alatt kifejtett. 70 éves korában annyira fokozódott a jobb hypochondriumban székelő fájdalom, hogy dacára minden orvosság elleni antipathiájának, mindenféle belső szerekkel is próbálkozott, azonban eredménynélkül. Ugyanakkor vette észre egészen véletlenül, hol bal szemén alig lát valamit. Öregkori hályog okozta a látásnak ezen csökkenését. Néhány héttel halála előtt jobb szeme is hályogos lett. 78 éves korában délutáni sétája alkalmával diplopia lépett fel nála, amely azonban estére megszűnt, majd egy

hét múlva néhány percre teljesen elvesztette látását. Kétségtelenül retinalis vérzésekről volt szó. Néhány hónappal halála előtt gyomorindispositióval kapcsolatban teljesen elvesztette eszméletét. A gyorsan odahívott orvos agyvérzésre gyanakodott, néhány óra múlva azonban *Kant* teljesen visszanyerte eszméletét.

Kant orvosi vonatkozású művei között mindenekelőtt külön kell választani azokat, amelyeket tisztán orvosi munkáknak lehetne nevezni és külön azokat, amelyek orvosi vonatkozásaik mellett a philosophia határterületét is érintik. Az előbbiekhez tartozik *„Versuch über die Krankheiten des Kopfes"* c. munkája, amely 1764-ben jelent meg. Közismert szerénységében kísérletnek nevezi ezen tartalmas eszmefuttatást, amely azonban az orvosi tudomány akkori állása szerint mindennek nevezhető inkább, mint annak. Ebben a sokat olvasott és citált művében az elmezavarok különböző fajtáit ismerteti. Amint ezt a tiszta ész kritikájának szerzőjétől másképen várni nem is lehet, már az egyszerű butaságot is félig-meddig az elmeműködés kisfokú rendellenességének tekinti. Külön választja a butaságot, az ostobaságot, az együgyűséget, a balgaságot és a bárgyuságot és a nála megszokott precizitással megjelöli a köztük levő különbséget, majd rátér a bambaságra és a hülyeségre. Az utóbbihoz sorolja a phantastismust és részben a hypochondriát is. A szenvedélyes szerelmet is kisfokú elmezavarnak tartja és úgy a fanatikusnak, mint a visionáriusoknak gondolkodásában és cselekedeteiben olyan eltéréseket talál, amelyek semmiképen nem férnek össze a normalis elmeműködés feltételeivel. Majd rátér a súlyosabb elmezavarokra, a búskomorságra és a dühöngésre. Mindezeket az akkori idők szellemében igen élvezetes módon definiálja, úgy hogy ezen munkája ma is rendkívül tanulságos olvasmányt szolgáltat.

1755-ben súlyos influenzajárvány vonult végig Európa északi részén és Anglián. *Kant* kötelességének tartotta, hogy az orvosok figyelmét ezen epidemiára felhívja. Meg is tette ezt *„Nachricht an Ärzte"* c. közlésében. Ebben olyan classikus leírását nyujtja ezen kórképnek, hogy az orvosi szempontból még ma is teljesen megállja a helyét. A betegség náthával, főfájással, szédüléssel és a test különböző részein fellépő izomfájdalmakkal kezdődött, amelyekhez később köhögés, néha hasmenés és teljes étvágytalanság társult. Sokszor nagyfokú izzadás is jelentkezett és feltűnő volt, hogy ezen esetek majdnem mind meggyógyultak. A kezelés az akkori therapia szellemében hashajtókban, érvágásban és hólyaghúzók alkalmazásában merült ki. Később, midőn az orvosok tapasztalták, hogy izzadással járó esetek enyhébben folytak le, mesterséges izzasztást alkalmaztak. Alig volt ember, aki meg nem kapta a betegséget, amely később a háziállatokat sem kímélte; főleg sok kutya és ló pusztult el. *Kant* megjegyzi, hogy nemcsak a levegő útján, de érintkezés által is terjed a járvány. Érdekes volt, amint azt *Tothergill* angol orvos is feljegyezte, hogy a betegség kezdetben majdnem kizárólag a cselédeket támadta meg, véleménye szerint azért, mert többet jártak ki és így nagyobb fokban voltak kitéve a levegő által történő fertőzésnek.

1798-ban jelent meg *„Der Streit der Fakultäten"* c. munkája, amelynek harmadik fejezete a philosophiai fakultásnak az orvosival való vitáját ismerteti a következő alcím alatt: *„Von der Macht des Gemüts durch den blossen Vorsatz seiner krankhaften Gefühle Meister zu sein"*. Tulajdonképen *Hufelandnak* szóló levélről van szó, amelyben köszönetét fejezi ki azért, hogy Makrobiotik-jának egy példányával megtisztelte. *Kant* kifejti, hogy erős akarattal urává tudunk lenni még olyan betegségeknek is, amelyek nem hypochondriás természetűek, hanem anatomiai elváltozásokon alapulnak. Példának említi saját baját, azt a jobb bordaív alatt székelő fájdalmat, amely egész életén át egy percre sem hagyta el, amelyen azonban erős akarattal túltette magát azáltal, hogy igen intensiven foglalkoztatta szellemét előadásaival és irodalmi munkásságával. Amint ebből láthatjuk, a Couéismusnak tulajdonképeni megalapítója *Kant* volt. Igen szellemesen az emberiségnek azon régi vágyát teszi vizsgálat tárgyává, amely az élet meghosszabbítására irányul. Tévesnek minősíti azt az elterjedt hitet, mintha az emberek csak az egészséges élet meghosszabbítására törekednének, hiszen még a legsúlyosabb betegek is, akik éveken át nemcsak szobájukat, de még ágyukat sem képesek elhagyni, minél hosszabb ideig akarnak élni, még azok is, akik minduntalan hangoztatják, bár megváltaná őket a halál szenvedéseiktől. *Hufelanddal* egyetért abban, hogy sokkal fontosabb a prophylaxis, mint a therapia és néhány sajátmagán tett tapasztalattal igyekszik ezen tétel igazságát bizonyítani. Így említi, hogy amikor csak módjában van, csukott szájjal orrán át lélegzett és ezáltal elejét vette minden náthának és köhögésnek. Azáltal, hogy napjában csak egyszer evett, elérte nézete szerint azt, hogy emésztő szervei obstipatiójától eltekintve, mindig kifogástalanul működtek. Még számos olyan, diaetára és életmódra vonatkozó tanácsot találunk ezen kis munkájában, amelyek az orvosi tudomány mai állása szerint is megállják helyüket.

1766-ban nagy feltűnést keltettek *Swedenborg*-nak, a hirhedt mystikusnak még a 18. század szemeivel tekintve is kissé confusus munkái, amelyekben el akarta hitetni, hogy a jóslás, a távolbalátás és más titokzatos tehetségekkel van megáldva. *Kant* figyelmét sem kerülték el az erre vonatkozó hírlapi közlések, de asztaltársai is figyelmeztették, hogy ezt a szélhámost le kellene leplezni. Meg is tette ezt *„Träume eines Geistersehers erläutert durch Träume der Metaphysik"* c. művében, amely egyszersmind egyetlen humorisztikus munkája. Rendkívül éles, de amellett nem bántó satyrával sorban megcáfolja *Swedenborg*nak minden állítását és pozdorjává töri összes argumentumait. Bebizonyítja, hogy minden állítása homlokegyenest ellentétben áll a józan észnek legszerényebb követelményeivel és nem egyéb, mint egy teljesen megzavarodott elmének jóhiszemű tévedése vagy tudatos füllentése. A túlvilággal fennálló állítólagos kapcsolatai az utóbbi csoportba tartoznak, míg ú. n. távolbalátásai fantasztikus mesék, amelyeknek még szemernyi alapjuk sincsen. Éles judicummal, ellentmondást nem tűrő tárgyilagossággal és szívet-lelket derítő humorral tárgyalja a vaskos munkának minden fejezetét és egyikben sem talál egyetlen egy tételt sem, amely csak némileg is valószínűvé tenné *Swedenborgnak* nagyhangú kijelentéseit. Ezen munkája állandó derültségben tartja az olvasótés valósággal lenyűgözi érdeklődését.

Sok orvosi vonatkozást találunk *„Anthropologie in pragmatischer Hinsicht"* című terjedelmes munkájában, amely 1798-ban jelent meg és valóságos kincsesbányája az ember szellemi működésére és érzéseire vonatkozó ismereteknek. Bármennyire fog fejlődni az anatomia, a biologia, physiologia és psychologia és bármennyire fog ezen fejlődéssel kapcsolatban változni *Kant* ezirányú megállapításainak a magyarázata, maguk az utolérhetetlen szabatossággal csoportosított tények időtlen időkig standardizált igazságok fognak maradni. Az érzékszervek működéséről, a képzelő erőnek csapongásairól és gátlásairól, az álmok magyarázatáról szóló fejezetek ma is oly elevenek és egész terjedelmükben helytállók, mint a különböző szenvedélyeket és temperamentumokat, továbbá az egyes nemzetek jellemét tárgyaló részek.

Különben alig van *Kantnak* munkája, amelyben ne találkoznánk mélyen szántó orvosi vonatkozásokkal és mindig avval az érzéssel tesszük le a könyvet: Roma locuta est, és mélyen átérezzük azon leggyakrabban idézett mondásának igazságát, amelyet a hálás utókor méltónak talált arra, hogy aranybetűkkel sírkövének márványlapjára vésse: hogy két hatalmas érzés van a világon, amelyek annál nagyobb csodálattal töltik el az embert, minél többet foglalkozik velük: fölöttünk a csillagos ég és bennünk az erkölcsi törvény.

Orvos és beteg a socialis biztositás rendszerében.

Dr. Bakács György könyve.

(Athenaeum)

Elolvastuk és mélyen elszomorodott szívvel tettük le. Hát ennyire jutottunk? A jótékonyság és népegészségügy szolgálatában csak úgy tudunk eredményeket felmutatni, hogy e két eszme molochjának taposómalmában — amiből oly sok embernek kell megélni, — az orvosi rend teljesen felőrlődik és elpusztul nemes ethikájával, tudomány és emberszeretet iránti hajlandóságával együtt? — Mi, akik messzebb állunk e létért való küzdelemtől, úgy érezzük magunkat e drámai erejű helyzetfestés után, mint a vége felé közeledő beteg, ki addig hitt a biztatásnak s a saját optimizmusának, de egyszer csak tükröt tartanak elé és megretten önmagától látva, hogy itt már a vég.

Mert nehogy azt higyje valaki, aki kathedráján, laboratóriumában vagy régi biztos praxisában ül és nem folytat kenyérharcot és tömegmunkát, hogy biztosítva van az erkölcsi és anyagi kár ellen, ami rendünk egyre elkeseredettebb és sajnos — meddő küzdelméből valamennyiünkre háramlik. Nem! Ez a harc mindnyájunké kell, hogy legyen, mert ami reánk tör egy hamis társadalmi elgondolásból, a politikai álszeméremből táppénznek nevezett munkanélküli segélyosztásból, egy altruista intézménynek az elhelyezendő protekciósok számára méretezett administratiójából: — az a maga szűkkeblű és könyörtelen elgondolásában nem csak igába fogott rabszolgáinak, hanem az egész orvosi rendnek értékeire tör és azt akarja minden erkölcsi és tudományos tekintélyétől megfosztani és a maga szolgálatába állítani.

Drámainak mondottuk *Bakács dr.* könyvét, amit az tesz olyan megkapóvá és őszintévé, hogy nemcsak az orvos, hanem e rendszerben ép úgy kárt szenvedő beteg helyzetével is foglalkozik. Sőt minden panasza, kritikája, javaslata ennek is érdekében, az örök orvosi törvényből: az „aegroti suprema lex"-ből veszi eredetét és végkövetkeztetéseit.

A kollektivizmus — individualizmus és betegbiztosítás szembeállításával kezdi, hogy azután két külön fejezetben tárgyalja az orvos, majd a beteg helyzetét a socialis betegbiztosításban. Helyzetfestései, számszerű adatai hívek és meggyőzőek. A szabad orvosválasztási rendszer előnyeinek jellemzésében részletesen ismerteti az angol *„National Health Insurance"* szervezetét és működését, mi az angol józan ész („common sense") alapján épült fel és élő példája annak, hogy az administratio nem lehet öncél és diktatorikus hatalom, hanem a beteg és az orvos viszonyát szabályozó tényező és segítőeszköz a törvényben lefektetett magas eszmék gyakorlati megvalósításának szolgálatában. — A socialis biztosításnak az orvosi ethikára hatásával is behatóan foglalkozik V. fejezetében, bőven idézve id. *Imre József* és *Verebélyi* professorok megkapó előadásait, *Tauffer* Semmelweis-serlegbeszédét.

A legnagyobb érdeklődéssel olvastuk utolsó fejezetét, melyben az általa szükségesnek vélt reformokat tárgyalja. Őszintén bevallva azt szerettük volna, hogy az egész nagy felhőkarcoló-rendszer feldöntését javasolta volna a szerző, ki annyi bátorsággal és hozzáértéssel ostromolta annak hibáit. Feldöntését és vésszatérést ahhoz a régi, társadalomtudományi és sociálpolitikai szónoklás és szervezés nélküli, jól kialakult rendszerhez, melyben minden munkaadó a maga kebelében administrálta munkásainak egészségét és jólétét, tartott gyári háziorvost, esetleg szakorvosokat is, ellátta gyógyszerrel, táppénzzel is a maga betegét, még pedig sokkal emberségesebben, mint a mai tömegrendeléseken — mert hiszen ez saját érdekében állott — és szívesen megfizette ha kellett, jóravaló munkása után a kórházi ápolást is. Százados multra visszatekintő bányapénztárak, társládák és nagy ipartelepek, kereskedőházak betegsegélyző egyletei mutattak fel ilyen kitünő szervezettséget derék és szakképzett orvosokkal és a lehető legcsekélyebb administratióval. Ezeket kellett volna csak egy ügyes törvénnyel nyilvántartásba venni, megfelelően szabályozni és ellenőrzésükről, vitás ügyeiknek szakszerű elintézéséről gondoskodni.

Bakács dr. higgadtabb reformer lehet — mert jobban ismeri a helyzetet — és csak keveset kíván: reparatiót a multakra nézve és az orvosi kamarák meghallgatását a keretek további kiterjesztése előtt. Az a reparatio, hogy csak annyi szolgáltatást vállaljon a betegbiztosítás, amennyi a befolyt járulékokból futja, aligha lesz keresztülvihető, mert megszokták már a nagy igényléseket. Pedig ha a járulékok úgy folynak be, mint eddig, s a hátralék 50—60 millió pengőt fog kitenni — többet, mint egy évi előirányzott bevétel, — akkor ez a rendszer ismételt sanálások ellenére is csődbe fog kerülni. Alig hisszük, hogy ezen a *Nok-Sarudy* leleményes incassálás (bélyegekben) segíteni tudna. Igaz, hogy evvel a jogosultság igazolása is meg volna oldható, ami sok teherkönnyítést jelent, mert ma boldog-boldogtalan igénybe veszi az orvosi segítséget, noha az igazoltatás az orvos feleidejét lefoglalja. — Elemi követelés, hogy fel kell emelni a rendelési időt és az orvosi fizetéseket, hogy a mai áldatlan állapotok megszűnjenek.

Bakács dr. avval menti reformjavaslatainak szerénységét, hogy azok a realitások terén mozognak. Kijelenti azonban, hogy e kívánalmak pillanatnyilag sem jelentik azt, hogy feladjuk a szabad orvosválasztás nagy elvét, mit a census alattiakra facultative, a census fölöttiekre pedig teljes mértékben kíván kiterjeszteni. Végül a kamarai törvény 39. §-ának novelláris módosítását kívánja, hogy ebbe beleilleszthető legyen az Orsz. Orvosszövetség 1936. május 10-iki congressusának azon határozata, hogy „valamennyi intézet kössön most már az Orsz. Orvosi Kamarával kollektiv megállapodást, ugyancsak a Kamarával egyetértésben alkosson az orvosi hivatáshoz méltó új illetmény- és működési szabályzatot".

Mindezt azért, mert „nemcsak a tömegek, de az orvosok is igényelnek socialis gondoskodást, védelmet socializálásuknak mai formájával szemben".

Köszönetet kell mondanunk *Bakács* kartársnak a bátor szóért, az orvosi rend sebeinek őszinte feltárásáért, még a vonzó és lebilincselő tárgyalási módért is, amivel az olvasó érdeklődését felkelti és ébrentartja. Az orvosi rend avval hálálhatja meg ezt az „ébresztőt", hogy minden tagja tartsa rendi kötelességének azt megszerezni, legalább is elolvasni, panaszait, javaslatait lelkébe vésni és egy testtel-lélekkel beállani abba a rendi sorba, amely azt kiáltja: „Elég! — Most már mi következünk."

Vámossy.

VEGYES HIREK

Személyi hírek: A debreceni tudományegyetem *Neuber Ede* professzort választotta meg felsőházi képviselőjévé. A megbizatás 10 évre szól. Felsőházi póttaggá *Hüttl Tivadar* professzort választották meg.

Szent-Györgyi emlékérem. A Ferenc József Tudományegyetem orvosi kara annak emlékezetére, hogy *Szent-Györgyi Albert* a Nobel-dijat elnyerte, bronzérmet veretett. A dombormü Szentgyörgyi István szobrászmüvész alkotása. Az érem



előállitási ára 10 pengő. Aki az emlékérem egy példányára igény tart, szíveskedjék ezt az összeget a Szeged-Csongrádi Takarékpénztár Szeged 603. sz. csekkszámlájára „Szent-Györgyi emlékérem" megjelöléssel beküldeni.

A Budapesti Orvosok Kamarazene-Egyesülete december 16-án este 8 órakor, a Budapesti Királyi Orvosegyesület Semmelweis-termében (VIII., Szentkirályi utca 21.) rendezendő házi hangversenyének müsora: 1. *Reger M.:* Változatok egy Beethoven-thema felett. 2 zongorán előadják: *Furka Gizella* és *Kerntler Jenő dr.*; — 2. Néger vallásos dalok: *a)* Go down Mozes; *b)* Where you there; *c)* Sometimes I feel; *d)* Nobody knows; *e)* Josua fit the battle of Jerico. Énekli: *dr. Dubay Miklósné.* Zongorán kiséri: *Manninger Vilmos* prof. 3. *Haydn:* Vonósnégyes, B-dur, op. 76. No. 4. Allegro con spirito. — Adagio. — Menuetto. — Allegro ma non troppo. Előadják: *Belohorszky Gábor dr.* (I. hegedü), *Zoltán László dr.* (II. hegedü), *Zsögön Béla dr.* (viola), *László Tibor dr.* (cselló.).

Londonban typhusjárvány van. 1 nap alatt 9 haláleset fordult elő. 24 óra leforgása alatt újabb 15 megbetegedést jelentettek. Délwales egyik községében szintén 10 megbetegedés fordult elő.

A török parlamentben törvényt hoztak, mely az állami állami tisztviselőknek megtiltja, hogy külföldi nőkkel házasságot kössenek.

Hollandiában az egyetemi és főiskolai hallgatók száma 1936—37 évben 12.383 volt, mely 1% visszaesést mutat. Egyedül az orvosi fakultáson volt szaporulat az előző évhez viszonyítva.

Externisták pere a bécsi közkórházakkal. Bécsben a felsőbiróság foglalkozott azzal a panasszal, melyet 23 orvos tett a kórházi alap ellen. Az orvosok, mint gyakornokok (aspiránsok) müködtek különböző bécsi kórházakban. A fennálló szolgálati rendeletek szerint 1934-ig mindig a rangidös aspiráns kapta meg a megüresedett másodorvosi állást. 1934-ben a miniszterium eltért ettől a szokástól. A panaszosok sérelmezték a kinevezések alkalmával mellőzésüket. A perben a kórházi alap arra hivatkozott, hogy az elő járóság a fennálló rendeletek alapján a kinevezéseket saját belátása szerint intézheti el. A polgári bíróság elutasította a felpereseket. A felső bíróság most a panaszosok javára döntött. Az indokolás az volt, hogy a szolgálati utasítás fennálló törvényei és rendeletei szerint a gyakornokoknak meg nem vonható joguk van arra, hogy rangidösségüknek megfelelően másodorvosokká lépjenek elő. A panaszosok mellőzése jogtalan volt és kártérítésük indokolt.

Munkatársainkat felkérjük, hogy cikkük correcturáját a *kézirattal együtt* ezentúl kizárólag *szerkesztőségünkbe* (VIII., Üllői út 26. II.) szíveskedjenek beküldeni.

Eladó fekete díszmagyar ruha. (Cím a kiadóhivatalban.).

Új indicatio a cukorbetegség gyógyításában. *Rausch.* (Orvosi Hetilap 1937. 39.) Vizsgálatai bizonyítják, hogy a Mira glaubersós gyógyvíz a cukorbetegség szénhydrát anyagcseréjét kedvezően befolyásolja és ezt a hatást tartósan fejti ki. Kivánatos tehát, hogy az insulin és diaeta mellett a kúra keretében a Mira glaubersós gyógyvízzel is támogassuk a kezelést.

HETIREND

December 13-án este ½7 órakor: a Magyar Orvosok Rheuma Egyesülete és a Magyar Urologiai Társaság együttes ülése (Urologiai klinika). Tárgy: Összefüggések a húgyivarszervi és izületi megbetegedések között. Referensek: *Noszkay Aurél, Dzsinich Antal, Puky Pál.*

December 13-án este 7 órakor: a Kis Akadémia ülése. (Közegészségtani Intézet tanterme). *Rohringer Sándor:* A folyók élete. (Vetített képekkel.).

December 13-án este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Winternitz Arnold:* A tüdőcarcinoma.

December 14-én este ½7 órakor a Budapesti Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztályának ülése. (Orr-, gége- és fülklinika). Hozzászólások a mult ülésen elhangzott előadáshoz. Bemutatások: *v. Tátrallyay-Wein Zoltán: a)* Septikus tüneteket okozó orrsövényfekély; *b)* Pneumatizált orrkagyló nyomásából eredő fejfájás. — *Zoltán I.:* Ritka orrgarat-daganat. Előadás: *Réthy A.:* A gége-beidegzés élettana és kórtana.

December 14-én este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Casino ülése. *Guszman József:* A börgyógyászat haladása 40 év alatt a gyakorló orvos szempontjából.

December 15-én d. u. 6 órakor: a Közkórházi Orvostársulat ülése. (Rókus kórház, Székács-terem): Bemutatás: *Zágon Antal: a)* Osteomyelitis luetica esete; *b)* Extragenitalis luesfertözés esete; — Előadások: *Szöllössy László:* Bélsipolyok készítése és zárása; *Mansfell Ottó:* A nögyógyászati hormonkezelés mai állása.

December 15-én d. u. ¼7 órakor: a Budapesti Orvosegyesület Társadalomorvostani Szakosztályának ülése. (Orvosegyesület, Szentkirályi u. 21). *Fekete Sándor:* A nőorvoslás társadalomorvostani vonatkozásai.

December 15-én este ½7 órakor: a Budapesti Kir. Orvosegyesület Otologiai Szakosztályának ülése. (Orr-, gége- fülklinika). Bemutatások: *Krepuska István:* Sziklacsontba áttört acustikus tumor. (Kórbonctani készitmény bemutatással). *Rejtő Sándor:* Mütéti facialis sérülés azonnali rendbenozása. (Beteg-bemutatással). Előadás: *Krepuska István:* Adatok a sinus phlebitis kórszövettanához.

December 16-án este ½7 órakor: a Kir. Magyar Természettudományi Társaság Élettani Szakosztályának ülése. (Élettani Intézet Tantermében): 1. Tisztújitás; 2. *Simon S., Vidos A.* és *Weiner P.:* Az oxytocin hatása a vércukorra; 3. *Mansfeld Géza:* Újabb vizsgálatok a thyroxin hatásmódjáról; 4. *Simon Sándor:* A vérsavók vérnyomás emelő anyagairól.

December 16-án este ½7 órakor a Pesti Izr. Hitközség Kórházai Orvosi Karának ülése. Bemutatás: *Gottsegen György* és *Vas Marcell:* Hypophysaer kórképek. (Cusching- és Simmonds-kór esete). Előadások: *Liebner Ernő:* Gombás infectiók szerepe a csecsemő és fiatalkori ekzemák pathogenesisében. *Pető Ernő:* Csecsemők táplálkozási neurosisa.

December 17-én délután 6 órakor: a Budapesti Kir. Orvosegyesület ülése. *Korányi* emlékelőadás: Néhai *Buday Kálmán:* „Az extrapulmonalis (sebészi) és tüdögümökór viszonya. Felolvassa: *Zalka Ödön.* Az előadás után az egyesület közgyülést tart.

3968—1937. szám. A móri járás főszolgabírájától.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

Fejérmegye móri járásához tartozó csákberényi orvosi körzetben megüresedett és az 1936. évi IX. tc. alapján kinevezéssel betöltésre kerülő *körorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

A csákberényi orvosi körhöz tartoznak Csákberény község és a székesfehérvári járásból Zámoly község.

Az állás a X. fizetési osztályra nézve megállapított fizetéssel és lakással van egybekötve.

A pályázók kérvényüket a m. kir. belügyminiszterhez címezve a móri járás főszolgabírájához *1937. évi december hó 31-ig* napjáig tartoznak benyujtani.

A kérvényhez a következő okmányokat kell csatolni: *a)* születési anyakönyvi kivonat; *b)* hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítványt; *c)* magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt; *d)* az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet, *e)* egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat, *f)* tiszti, vagy községi orvosi képesítést igazoló okmányt, *g)* polgári közszolgálatban alkalmazást igazoló okmányokat, *h)* közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletü tiszti orvosi bizonytíványt; *i)* katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat, *j)* az esetelges szakképzettséget igazoló okmányokat, *k)* az esetleges nyelvismeretre vonatkozó adatokat.

Közszolgálatban álló pályázók az előírt kellékeket, amelyek a törzskönyvi lapon, (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, törzskönyvi lapjukkal, (minősítési táblázatukkal) igazolhatják.

Újrendszerü tiszti orvosi képesítéssel bíró pályázók előnyben részesülnek.

Az 1935:IX. tc. 12. §-a értelmében körorvossá ezúttal kivételesen olyan orvos is kinevezhető, aki tiszti, vagy községi orvosi vizsgát még nem tett. Az ilyen orvos azonban köteles a kinevezés napjától számított 3 éven belül a tiszti, vagy községi orvosi képesítést megszerezni, mert különben állását veszti.

Az állás a kinevezésig ideiglenesen helyettesítés útján van betöltve.

Mór, 1937. évi december hó 2.-án.

Olvashatatlan aláírás:
főszolgabíró.

Svábhegyen egy percnyire Nagyszálló Fogaskerekű állomásától, Evetke-út 1 (Karthausi-út sarok) berendezett összkomfortos **lakások** közp. fűtéssel, melegvízzel **kiadók.** Közelebbit házfelügyelőnél és 116—228.

Kimutatás az 1937 XI 21-től 27-ig Magyarországon bejelentett heveny fertőző megbetegedésekről (Mb) és halálesetekről (Mt)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty. Mb.	Mt.	Dysenteria. Mb.	Mt.	Diphteria. Mb.	Mt.	Scarlatina. Mb.	Mt.	Mening. Cerebr. e. Mb.	Mt.	Poliomyelitis. Mb.	Mt.	Morbilli. Mb.	Influenza. Mb.	Malaria. Mb.	Typhus exanth. Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.667	9	—	1	—	1	—	2	—	—	—	—	—	3	1	—	—	—
2. Bács-Bodrog	113.347	4	2	4	—	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
3. Baranya	251.659	6	—	4	—	8	—	19	—	—	—	—	—	6	2	1	—	—
4. Békés	336.592	1	—	—	—	10	1	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
5. Bihar	181.105	5	3	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.330	4	1	5	3	6	—	5	—	—	—	—	—	46	—	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.760	2	—	—	—	4	1	9	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
8. Csongrád	148.200	1	—	—	1	3	1	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
9. Fejér	231.483	3	—	1	2	4	—	9	—	—	—	—	—	13	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.820	—	—	—	—	5	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11. Hajdu	181.283	5	—	—	—	4	—	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
12. Heves	323.191	12	3	2	—	3	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	421.741	6	1	3	1	8	—	15	—	—	—	—	—	44	2	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	182.450	5	—	3	—	3	—	5	—	—	—	—	—	31	1	—	—	—
15. Nográd és Hont	229.215	9	3	—	—	7	1	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,454.326	25	3	5	—	28	1	68	—	1	—	1	—	287	2	—	—	—
17. Somogy	390.100	7	—	—	—	13	—	13	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—
18. Sopron	142.743	1	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	419.707	14	5	1	—	6	1	1	—	—	—	—	—	46	—	—	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	158.013	7	1	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—
21. Tolna	266.405	4	—	—	—	6	—	14	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
22. Vas	273.097	3	—	—	—	5	—	4	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
23. Veszprém	247.787	8	—	—	—	4	—	3	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
24. Zala	368.903	6	—	—	—	7	2	6	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—
25. Zemplén	149.524	2	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—
I. Baja	30.238	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1,043.459	6	—	17	4	30	—	112	—	—	—	—	—	101	4	—	—	—
III. Debrecen	124.128	20	1	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
IV. Győr	50.872	2	1	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.429	1	—	—	—	3	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.735	—	—	1	—	2	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII. Miskolc	65.825	2	—	3	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VIII. Pécs	68.957	4	—	1	—	3	—	13	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
IX. Sopron	35.938	2	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
X. Szeged	138.858	1	—	—	—	8	1	5	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.646	1	1	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
Összesen:	8,943.533	189	25	51	11	206	11	356	1	2	—	2	—	605	17	5	—	—
Előző évben:		133	16	12	3	195	11	316	3	1	—	6	—	321	11	4	—	—

81. évfolyam. 51. szám. Budapest, 1937. december 18.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC, MISKOLCZY DEZSŐ, GORKA SANDOR, HÜTTL TIVADAR
VÁMOSSY ZOLTÁN, VIDAKOVITS KAMILLÓ, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANAR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Verebély Tibor: „Korányi Emlékelőadás" elnöki bevezetője. (1277—1278. oldal.)

† **Buday Kálmán:** Az extrapulmonalis (sebészi) és tüdőgümőkór viszonya. (1279—1284. oldal.)

Hainiss Elemér: A só- és vízanyagforgalom dissociatiója egyes csecsemőkori atrophiákban. (1285. oldal.)

Kopits Jenő: A világrahozott csípőizületi ficamodás korai kórismézésének biztos módja. (1286—1288. oldal.)

Fényes Pál: Sacralis anus elzárásra szolgáló „Anoclusor" készülék. (1288—1289. oldal.)

Papp János és Réti József: Thomson-féle myotonia congenitás beteg anyagcseréje. (1289—1290. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (203—206. oldal.).

Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. — Bőrgyógyászat. (1290—1293. oldal.)

Könyvismertetés: (1293. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (1293—1297. oldal.)

Domonkos Antal: Amerikai kórházak. (1297—1298. oldal.)

Vegyes hírek és Hetirend: (1298—1300. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

„Korányi Emlékelőadás" elnöki bevezetője.

Elmondotta: *Verebély Tibor* ny. r. tanár,
a Budapesti Királyi Orvosegyesület elnöke.

Igen tisztelt Orvosegyesület!

A sors így rendelte s nekünk belé kell törődnünk; mára tervezett örömnapunkat emlékünneppé kell avatnunk. Hiába hívjuk a dobogóra *Buday Kálmán* kedvesen mosolygó, komolyan szerény alakját, idézésünkre csak szelleme száll fel hozzánk hantjai alól, hogy elmondja nékünk egy igazi nagy lélek utolsó üzenetét: a becsületes munka legszebb dicsőítését, bensőségesen átérzett apotheosisát.

Ha igazat kellene adnunk *Antoniusnak*, aki a halott *Caesart* azzal búcsúztatta, hogy

„A rossz, mit ember tesz, túléli őt,
A jó gyakorta sírba száll vele",

akkor *Buday Kálmán* sírjára nem hullanának kiapadhatatlanul családjának, tanítványainak, tisztelőinek, a magyar tudományos világnak könnyei, mert ő életében mást, mint jót és nemeset nem tett, örökségül reánk mást, mint igazi értéket nem hagyott. A Shakespeare drámában a hálát, emberi kegyeletet pillanatnyilag megzavarja az irigyek zajongása; *Buday Kálmán*nak azonban nem voltak irigyei, s ezért ő reá nem illik *Antonius* komor megállapítása. Igaz, *Buday Kálmán*nal sírba szállt mind az a jó, ami az ő egyéniségéhez volt kötve; de jó mind az is, ami túlélte őt, s élni fog mindaddig, amíg a magyar ajak fog hirdetni tudományt. Ilyen jót, a jók legjavát akarta nekünk adni ránkmarad hagyatékával, a mai ünnepre szánt előadásával is, amelyet mélységes kegyelettel terjesztünk ezennel az Orvosegyesület szine elé.

Igen tisztelt Kartársaim! A történelem-bölcsészetben sokat vitatkoznak afelett, hogy az emberiség culturalis fejlődésének egyes korszakaiban milyen szerep jut az azokban élt nagy embereknek. Vannak, akik azt állítják, hogy a fejlődés nagyobb lendületét mindig egyes kiváló tehetségek, egyes lángeszű reformátorok kezdeményezése indítja meg úgy, hogy ezeknek egyénisége nyomja rá bélyegét az illető kor szellemére. Mások viszont azt tartják, hogy a fejlődésnek törvényszerűen bekövetkező szakaszai termelik a kiváltságosak közül azt, vagy azokat, akikben az illető kor követelése testet ölthet; ezek tehát eszerint hordozói, hirdetői volnának az egyes korok felvetődő, uralkodó eszméinek.

Minthogy biologiai szemszögből tekitve a történelemben is, mint minden természeti eseményben a phylo- és otogenesis törvényének kell érvényesülnie, nekünk orvosoknak szükségképen az utolsó felfogás látszik helytállónak. Biologice ugyanis az öröklött tehetségből is csupán a környezet, a milieu válthatja ki az adaequat ingerületet; az ingerület mérve függ azután az egyéni associatiós pályák fajilag biztosított finomságától és fejlettségétől.

Ennek a tételnek igazolására legérdekesebb a magyar orvostörténelemben a mult század második kétharmadának forrongó, mondjuk sorsdöntő korszaka. A magyar tudományos orvosi életet a mult század első évtizedeiben *Müller Kálmán* „kegyelettel szólva" úgy jellemezte, hogy „szürke középszerűség terült el rajta" akkor, amikor a nyugati népek, sőt szomszédaink orvosi gondolkozásában is *Morgagni — Bichat — Virchow* eszméi már rég ledöntötték a galenusi tilalomfát.

Ennek az új szellemnek levegőjéből került haza 1843-ban *Balassa János*, telve munkakedvvel, lelkesedéssel, tudományszeretettel s azzal az elhatározással hogy egész erejét a magyar tudományos orvosi élet megteremtésének szenteli. Munkásságának első évtizedében sikerült azt az egyéni, orvosi tekintélyt megszereznie, mely később a közpályán fellépésének a súlyt megadhatta. Amikor a szabadságharc leveretése s az elnyomatás sötét évei után lassanként ébredezni kezdett a nemzeti élet, ebbe a forrongásba törvényszerűen belesodródtak a vaju-

dó orvosi problemák is, amelyeknek tehát nem felvetője, de hivatott szószólója lett *Balassa János*.

A köréje csoportosult lelkes fiatal nemzedékből két munkatársa, akiket az ő géniusza eleinte a sebészetben ihletett meg, követte őt ki az orvosi közélet porondjára: *Markusovszky Lajos* és *Korányi Frigyes*. Az élet ugyan elhódította őket a sebészettől, de nem *Balassától*, akivel együtt méltán a magyar orvosi tudomány megteremtőinek ismerte el őket a hálás utókor. Amikor a váratlanul korai halál *Balassát* elszólította a vezéri székből, utóda s eszméinek örököse *Korányi Frigyes* lett. Amint a mult század közepső harmadában *Balassát*, úgy utolsó évtizedeiben *Korányit* tekintette hivatott vezérének az orvosi társadalom, míg a kettő felett, mint összekötő kapocs *Markusovszky* szelleme lengett.

A magyar orvosi kultura történetében ez a három egybeforrt név fogja mindig annak az új korszaknak hajnalát jelenteni, amelybe a magyar orvosi rend szinte emberfeletti erővel felküzdötte magát a vezető, nagy népek orvosi tudásának szintjére. Emléküknek a mai nemzedék úgy véli legméltóbban leróni háláját és tiszteletét, hogy nevükkel egy-egy olyan kíváló képviselőjének ünnepi előadását ékesíti, aki ebben a nagy munkában az ő szellemükben tevékeny részt vett.

Ezek között munkásságának értékében és tevékenységének suggestiv hatásában az els ősorban állt *Buday Kálmán*, akit az Orvosegyesület az idén arra kért fel, hogy nevében *Korányi Frigyes* szellemének hódoljon. *Buday Kálmánt* ezt célzó munkájából elszólította a Mindenható. Ünnepi előadásán az utolsó simításokat végezte, meggyötört testében csodálatos lelkierővel, végzetének teljes tudatában azzal az elhatározással, hogy vállalt kötelezettségének a halál pitvarában is eleget tesz. Ez az ő elhatározása szent nekünk, mikor előadását ma közreadjuk, s hálánkat haló porainak rójuk le.

Igen tisztelt Orvosegyesület!

Kedves Kartársaim!

Engedjék meg, hogy elhunyt kíváló kartársunk emlékének szánt hivatalos köszöntésemet a mult subjectiv emlékének felidézésével vezessem be.

Buday Kálmán, mint fiatal műtőnövendék annakidején a sebészeti klinika beteganyagán kiterjedt vizsgálat tárgyává tette a csontgümőkórnak akkor még alig kidolgozott kérdéseit. Ezt a munkáját, mely első nagyobbszabású sebészi szárnypróbálgatása volt, a Természettudósok Vándorgyülésének elnöksége kitüntetés céljából bírálatra Édes Atyámnak osztotta ki, aki viszont nekem, az akkor fiatal kórboncnoknak adta át elolvasásra és véleményezésre. Most pedig, amikor Ő, — mint nekem mondotta — hattyúdalának akarta ezt a mai előadását tekinteni, a sors szeszélye nekem, a sebésznek juttatja a megtisztelő feladatot, hogy Neki a kórboncnoknak ezt az ő szép munkáját, az Orvosegyesület nevében megköszönjem és a Korányi-éremmel tüntessem ki.

Pályáink kereszteződése s ezzel lelkiségébe nyert bepillantás révén úgy érzem, hogy nemcsak elnöki kötelességből, hanem értékének legteljesebb megismeréséből fakadhat minden szó, amelyet emlékéhez intézek.

Azt szokás mondani, s ez szinte megingadhatatlan tétellé lett, hogy a végzet útjai szeszélyesek, az emberi események okai kifürkészhetetlenek. Persze, aki a közkeletű causalis felfogásnak megfelelően valamely történést mindenáron egy bizonyos, önkényesen kiemelt egyetlen okból akar megmagyarázni, annak tényleg sokszor adósa marad a sors. De aki a conditionalismus álláspontjára helyezkedik, aki az események magyarázatát a feltételek szövődményében keresi, annak akkor is sok minden megérthetővé lesz, ha a feltételekből csak egynéhányat sikerül is kibogoznia.

Annak, hogy *Buday Kálmán* éppen szép munkájával elért első sebészi nagy sikere után tért át a kórbonctanra, kétségtelenül nem egyetlen oka, hanem feltételei voltak, amelyeket az ő lelkiségében vélek megtalálni, úgy mint azt sírja széléről életére visszapillantván átéreztem.

Az ő *lelke* túl finom, túl érzékeny volt ahhoz, hogysem hamarosan fel ne sebezték volna azok a tüskék, azok a gazok, amelyeket a gyakorlati pályán oly dúsan burjánoztat az embertársak hálátlansága, igazságtalansága, irigysége.

Az ő *szíve* túlságosan jó, túlzottan együttérző volt ahhoz, hogysem fel ne őrölte volna az a mérhetetlen agódás, gond, amely különösen a sebész működését kiséri, amikor embertársai legdrágább kincsét, az életét fenyegeti a megsemmisülés réme.

Az ő *tudásvágya* sokkal mélyebbre törő, alaposabb volt, semhogy hiány nélkül kielégíthette volna az a sokszor hézagos megismerés, mely az élet misztikuma mögött rejlik, amikor az orvost gyógyító hivatása beavatkozásra kényszeríti.

Az ő *lelkiismerete* túlságosan kényes, aggodalmaskodó volt ahhoz, hogysem gyors elhatározásra kényszeríthette volna a szükség, amikor a sebésznek olykor maró kétségek között adja kezébe a kést.

Az ő *egyénisége* túlságosan szerény volt mindig ahhoz, semhogy a gyakorlat izgalmas versenyében, hogy ne mondjam, tülekedésében, ki tudta volna küzdeni azt a helyet, amely képességei alapján megillette.

Lelkisége ezen együtthatói hívták vissza a kórbonctanra, amikor fentemlített munkájának kórtani értéke reá terelte az illetékes körök figyelmét s megnyittatták előtte az elhelyezkedés lehetőségét. Élete további folyása beigazolta, hogy ez volt az ő igazi munkatere ,ez volt az ő elhivatottsága. Itt kifejtett munkássága megszerezte neki az egész tudományos világ elismerését, tudása és egyénisége megnyerte az egész magyar orvosi társadalom szivét, iskolája meghódította a magyar kórbonctan egész területét.

Szeretetünk, tiszteletünk és hálás elismerésünk mai újabb jelének értékét nem csökkentheti, sőt úgy érzem emeli, emberibbé teszi, az, hogy ő nincs többé közöttünk.

Az egyéniség élő varázsa elfedhet emberi gyengéket, letompíthatja a bírálat tárgyilagos ítéletét, elnémíthatja a feltörő gáncsoskodást. — Akiről azonban halála után is csak jót és nemeset tudnak hirdetni a kortársak, akiknek őszintén hálásak akkor is, amikor nincs többé tőle mit várni és remélni, akinek sírjára a legigazibb, a legnemesebb emberi érzés: az elköltözöttek tisztelete helyezi az elismerés babérkoszorúját, vagy akár a hála szerény emlékérmét, az igazi érték volt ott, ahová Sorsa állította. Ez volt és marad felejthetetlen kedves Társunk és Elnökünk: *Buday Kálmán*.

Az extrapulmonalis (sebészi) és tüdőgümőkór viszonya.

Báró Korányi Frigyes emlékelőadás.

Irta: † *Buday Kálmán* ny. r. tanár.

Előadásom tárgyául az extrapulmonalis, vagy ahogy még ma is nevezni szokták a sebészi gümőkórnak a tüdőgümőkórhoz viszonyát választottam s különösen azt kerestem, hogy a boncolási anyagon a sebészi gümőkór különböző megjelenéseiben milyen fokú gümőkóros tüdőelváltozások milyen arányban fordulnak elő. Érdeklődésem ezen kérdés iránt az én sebészi multamban, helyesebben régmultamban gyökerezik, amikor csontizületi gümőkórban szenvedők műtétei alkalmával minduntalan szóbajött az, hogy nincs-e a betegnek haladottabb tüdőgümőkórja. Már ettől fogva figyeltem az ilyen eseteket s érdeklődésemet még fokozta, hogy a gümőkórnak *Ranke* szerinti időszakokba osztása a sebészi és tüdőgümőkór viszonyát új világításba helyezte.

Az extrapulmonalis gümőkór fogalmát tágabb értelemben vettem, mint a sebészi gümőkór névből következnék. Különben is a sebészi gümőkór, mint azt itt tavaly *Bakay* professor megjegyezte, ma már kevésbbé található, amióta a csont- és nyirokgümőkórt inkább conservativ módon, a tüdőgümőkort pedig elég gyakran sebészi beavatkozással kezelik. Extrapulmonalisnak tekintettem és vizsgálataim körébe vontam minden olyan idülten lefolyó gümőkórt, mely nem a tüdőben székel, s elég kiterjedt arra, hogy önálló betegségnek tekintsék s nem közvetlen folyománya a tüdők gümőkórjának. Tehát mellőztem itt az idült tüdőtuberculosis következményeként jelentkező tápcsatorna és légúti gümőkórt.

De a többi extrapulmonalis gümőkóreseteket mind számba vettem, tekintet nélkül arra, hogy haematogen, vagy lymphogen eredetűek-e, ami amúgy is sokszor kétséges marad; az extrapulmonalis név helyett, rövidség kedvéért a sebészi gümőkór elnevezést is használom, bár az itt tekintetbe vett megbetegedések egy része nem sebészi kezelés tárgya. Az extrapulmonalis tuberculosisok közé került így a csontok és izületek, a mellékvesék, vesék, továbbá férfiak és nők nemiszerveinek gümőkórja, a központi idegrendszer magányos gümője és az idült savóshártyagümőkór.

Ide tartoznék persze a bőr és a szem gümőkórja is, de ezekre nézve nincs kellő számú esetem, pedig amint tavaly ugyancsak itt *Neuber* és *Horay* kifejtették, a bőr és szem gümős megbetegedései gyakran szövődnek tüdőgümőkórral, de azzal haladottság szempontjából nem ritkán ellentétesek.

Abból a fenti megszorításból, hogy csak az idülten lefolyó sebészi gümőkóresetekre voltam tekintettel, önként folyik, hogy sem a heveny, miliaris gümőkórt, sem a heveny gümős agyhártyagyulladást nem fogtam fel önálló extrapulmonalis tuberculosisnak.

A sebészi és a tüdőgümőkór kölcsönös viszonyával sokan foglalkoztak, a kérdés irodalma tehát elég nagy, de mégsem akkora, mint a tárgy fontossága megérdemelné. Részben azért van ez, mert a hivatásos phthisiologusok sok betegük közt aránylag kevés sebészi gümőkórt látnak, a sebészek és nőgyógyászok pedig gümőkóros betegeiket hamar elvesztik szem elől s azok tüdőelváltozásai amugyis csak másodsorban érdeklik őket. Nálunk tudtommal főkép *Lénárt Egon* foglalkozott az extrapulmonalis gümőkórral a Budakeszi-i Erzsébet-Szanatorium beteganyagán.

A legérdekesebb problema, amely ezen vizsgálatokban felvetődik, természetesen az, hogy van-e ellentétesség sebészi és tüdőgümőkór közt s továbbmenve, hogy ad-e valóban védelmet a sebészi gümőkór a tüdőgümőkór terjedése ellen? Sok és régi klinikai észlelet és különösen kórboncolási tapasztalat szól amellett, hogy az ellentétesség bizonyos foka felvehető.

A saját vizsgálataim főképen a budapesti I. számú Kórbonctani Intézet klinikai boncolásaira vonatkoznak 1906-tól 1934-ig terjedő időről, tehát 29 évről; a részletes boncolási jegyzőkönyvek a tüdők állapotáról elég kimerítő felvilágosítást adnak. Ezenkívül a székesfőváros prosecturáinak több régi és pár újabb évről származó adatait is felhasználtam, nemkülönben kolozsvári feljegyzéseimet. Általános tapasztalat, hogy a közkórházba s különösen azok tüdőosztályaiba a tüdőbajosokhoz képest aránylag kevés sebészi tuberculosis kerül s az utóbbiak is viszonylag súlyosabb tüdőelváltozásokkal, mint a klinikákon. Ezért a klinikai és közkórházi leletek összesítése talán a leghívebb képet adja arról, hogy a különböző szervek idült gümőkórja mellett milyen fokú és jellegű gümős tüdőelváltozások szoktak leginkább előfordulni.

Csak olyanok sebészi gümőkórját vettem számításba, akik 15. évüket betöltötték, tehát a serdülőkorba jutottak. Ugyanis a tüdőben főleg a 15. évtől fogva indul meg az első fertőzés utáni ú. n. postprimaer gümőkór, engem pedig a tüdőgümőkórnak főleg ez a második megjelenési alakja érdekelt, míg az elsőleges tüdőfertőzésre nem voltam tekintettel, mert ez maga a felnőttekben nem megy át haladó gümőkórba.

Összesen 514 sebészi gümőkór tüdőelváltozásait tudtam összegyüjteni. Nem különös nagy szám ez, de mégis elegendő arra, hogy bizonyos következtetéseket vonhassunk belőle, ha kellő óvatossággal járunk el. Kezdettől tudatában voltam annak, hogy az egyes szervekre nézve adódó számok s az ezek alapján kiszámított százalékok mennyire lenyügözik, hatalmukba kerítik az embert s mint valami lidérc viszik az ingoványok felé. Iparkodtam ezeknek a csábításoknak ellenállni s inkább az olyan eredményeket fogadtam el megbízhatóknak, amelyek különböző időből és klinikáról, közkórházból véve megközelítőleg azonosak voltak.

A boncolási anyagnak a felvetett kérdés szempontjából való tanulmányozása már első meggondolásra is bizonyos hátrányokat és előnyöket rejt magában. Hátránya, hogy a sebészi és a tüdőgümőkór jelentkezési idejéről, azok egymásutánjáról nem tájékoztat eléggé, a korai időszakban bekövetkezett gyógyulások sem ismerhetők fel szabatosan, viszont előnye az, hogy a mérleget az élet végén zárja le, amikor már nem merülhet fel az az ellenvetés, amely a puszta klinikai megfigyelésekre nézve felvetődhetik, t. i., hogy talán évek mulva más lett volna a sebészi és tüdőmegbetegedés viszonya. Persze ugyanilyen ellenvetés szóba kerülhet akkor is, ha valaki a sebészi gümőkór miatti beavatkozásban, vagy közbejött egyéb betegségben, pl. sérvkizáródásban, átfuró gyomorfekélyben hal meg, de ezek is csak olyan pillanatnyi helyzetképeket rögzítenek meg, mint a klinikai megfigyelés s egészben az ily esetek nem nagy számuak és az eredményt lényegesen nem befolyásolják.

Eleinte eseteimben én is azt kerestem, hogy a sebészi és tüdőgümőkór az egyes esetekben párhuzamosan halad-e vagy a súlyos sebészi gümőkór mellett a tüdőgümőkór könnyű foka miatt ellentétesség vehető fel, vagy pedig előrehaladt tüdőgümőkór kezdődő, köny-

nyű sebészi gümőkórral párosul, amikor fordított ellentétességről, invers antagonismusról szólhatnánk. De rá kellett jönnöm, hogy ezen az alapon az osztályozás nehéz, az eredmények túl vázlatosak s nem adnak elég betekintést és összehasonlítást. Ezért célszerűbbnek láttam a tüdőelváltozásokat 5 csoportba osztani. A tüdőleletek ezen osztályokba sorozása sok tekintetben hasonlít ahhoz, amelyet *Reisner* newyorki klinikus alkalmazott 3 év előtt megjelent alapos tanulmányában; ebben ő 240 különböző extrapulmonalis gümőkór tüdőleletét tette beható vizsgálódás tárgyává.

A mi eseteink közül az I. csoportba azok kerültek, amelyekben semmiféle postprimaer idült tüdőgümőkór nem volt; nemlegesnek vettem s ide soroztam azokat az eseteket is, amelyekben egyedüli tüdőelváltozásként csak elsőleges fertőzést találtunk. A II. csoportot azok az esetek képezték, amelyekben ártatlannak tekinthető csekély tüdőcsúcsi elváltozások voltak, pl. hegek, betokolt köleslencsényi pár szürke, vagy sárga göbcse, vagy ugyanilyen nagyságú, hegekbe zárt meszes góc. Ezeket az enyhe csúcsi elváltozásokat tuberculosis abortiva névvel is szokták illetni. A III. csoportban a tüdők szóródási gócai már nagyobbak számosabbak, s a felső tüdőmezőt többé-kevésbbé elfoglalják, de üregképzés nincsen; egy-két göbcse az alsó lebenyekben is lehet. Ezt az idült tüdőelváltozást tuberculosis disseminata és conglomerata névvel szokás illetni s túlnyomóan haematogen eredetű. A IV. csoportban mogyorónyi, legfeljebb kis diónyi csúcsi barlangok is voltak, gyakran mindkét oldalon, mellettük még csak kevés sajtos göb, úgyhogy a tüdőelváltozások még nem voltak kiterjedtek, sem különösen haladó jellegűek. Az V. csoportba a nagyobbfokú, s többnyire bronchogen terjedés jeleit mutató tüdőtuberculosisokat soroztuk, amelyek többször az egyik tüdőt erősen roncsolták több nagy cavernával néha az alsó lebenyben is; gyakori volt mellettük a bél- és gégegümőkór. Ezek a tüdőleletek megegyeztek azokkal, amelyeket harmadlagos tüdőtuberculosisra, a phthisis fibrocaseósára tartunk jellegzőnek. Az ide tartózó eseteinkben a tüdőelváltozások súlyosságuk miatt már magukban is a halál előidézésére alkalmasak voltak, míg a III. és IV. számú csoportban a tüdőtbc. kisebb fokú volt, hogysem egymagában halálos kimenetelt okozhatott volna.

A tüdőgümőkór eseteket izzadmányos-sajtos vagy szövetburjánzásos proliferativ jellegük szerint nem különítettem el; ez a kétféle szöveti elváltozás ugyanis épen a tüdőben olyan sokféleképen szövődik, hogy ezen az alapon eseteink osztályozása majdnem lehetetlen. Nem kisértettem meg az endogen-haematogen és exogen fertőzés szempontjából sem a tüdőelváltozások csoportosítását, ezt meg fogja érteni az, aki ismeri azt a zürzavart, amely ezen a téren ma uralkodik. Azt gondolom, hogy beosztásunk, bár inkább csak formai jellegeken alapul, összehasonlításra jó alapot ad, bár a II. és III. csoportnak úgyszintén a IV. és V. csoportnak eseteit egymástól elkülöníteni nem volt mindig könnyű, mert átmenetek előfordultak.

Azt alig kell hangsúlyozni, hogy nemcsak a tüdőgümőkórnak, hanem a vele együtt előforduló extrapulmonalis gümőkórnak a milyenségére és kiterjedésére is tekintettel voltunk.

A következőkben szervek szerint elkülönítve ismertetjük az extrapulmonalis gümőkór különböző megjelenéseit s a velük járó tüdőelváltozásokat. Mindegyik szervre nézve kiegészítjük ezeket pár megjegyzéssel az életkorról, s arról, hogy az illető szerv gümőkórja milyen gyakran járt együtt más extrapulmonalis szervi gümőkóral és általános miliaris gümőkórral.

Addison-kórral szövődött tuberculosis-esetünk 26 volt. Ezek eloszlása a tüdőtuberculosis súlyossága szerint a következő:

1. csoport	6	23.1%
2. „	15	57.7 „
3. „	3	11.5 „
4. „	2	7.7 „
5. „	0	0.0 „

Eszerint negativ tüdőlelet volt 23%-ban, csúcsi abortiv tuberculosis 57.7%-ban, ez meglepően nagy szám. Csupán két esetben, 7.7%-ban, volt néhány kis kaverna. Előrehaladt tüdőgümőkór egy esetben sem volt és egy beteg sem halt meg tüdőtuberculosisban. Tehát jelentékeny antagonismus van Addison betegség és tüdőtuberculosis között. Miliaris tuberculosis 2 esetben 7.6%-ban, meningitis tuberculosa 1 esetben 3.8%-ban, béltuberculosis 1 esetben 3.8%-ban, egyéb szervi tuberculosis (1 tuberculum cerebri és 1 phthisis renalis tbc.) 2 esetben 7.6%ban volt. Ezek mind szokatlanul alacsony értékek. Az Addison-betegség leggyakrabban 31—40 év között fordul elő. 60 év felett egy esetet sem találtunk, a vizsgált esetek középértéke 36 év.

A férfi nemiszervek gümőkórját 73 esetben észleltük. Ezek csoportok szerinti megoszlása:

1. csoport	19	26.0%
2. „	9	12.3 „
3. „	16	21.9 „
4. „	20	27.4 „
5. „	9	12.3 „

Tehát sok a súlyos tüdőelváltozás, együtt közel 40% és kevés az abortiv folyamat. Külön vizsgálva az egyes férfi nemi szervek gümőkórját, megállapítható, hogy oly esetekben, amelyekben a mellékhere is részt vesz kevesebb a súlyos tüdőtuberculosis és jóval több a negativ eset, mint azokban, hol prostata tuberculosis mellékhere gümőkór nélkül észleltetik. A prostata tuberculosis esetek között gyakori az olyan, ahol megállapítható, hogy a prostata a súlyos tüdőtuberculosis mellett utólag betegedett meg. Az esetek zöme 38—40 év között fordult elő, 50 év után kevés esetet találtunk. Miliaris gümőkór 42.2%-ban fordult elő, ez szokatlanul magas arányszám, sokkal magasabb, mint bármely más szerv esetében. Hasonlóan magas a meningitis tbc. arányszáma 34.4% is. Bélfekély 30.1%-ban, egyéb szervi tuberculosis összesen 21.9%-ban volt.

A méhkürtök gümőkórját 70 esetben észleltük, ezek megoszlása a különböző súlyosságú tüdőfolyamatok szerint a következő:

1. csoport	24	34.3%
2. „	7	10.0 „
3. „	16	22.8 „
4. „	10	14.3 „
5. „	13	18.6 „

Tehát elég sok a cavernás eset, az összes eseteknek majdnem egyharmada. A 70 eset közül 41-ben volt általános gümős peritonitis, tehát 58.5%-ban, a többi esetben nem volt peritonitis, vagy csak a Douglas-űrben volt körülírt gümős folyamat. Ha a tüdőtuberculosis súlyosságát a peritonitissel szövődött és nem szövődött esetekben külön vizsgáljuk, úgy kiderül, hogy a peritonitissel járó esetekben több a nem súlyos tüdőgümőkór, a peritonitis nélküli esetekben ez fordítva van. Endometritis tbc.-t 34 esetben észleltünk. A méhgümőkórral szövődött esetekben is kevesebb a súlyos tüdőgümőkór. Az esetek

háromnegyed része 30 évnél fiatalabb volt; egyetlen extrapulmonalis gümőkórban sem dominál annyira a fiatal kor, mint méhkürti tuberculosisban. Ez amellett szól, hogy a tuba tuberculosis kifejlődésének a nemi érés időszaka kedvez, ez bizonyíték a haematogen eredet mellett és a peritonealis kiindulás ellen. Utóbbi ellen szól különben az is, hogy az esetek 41%-ában hashártya gümőkór nem volt kimutatható. Feltünő gyakori tuba-tbc. mellett a bélfekély, 42 esetben 60%-ban találtuk. Ezek közül 8 esetben nem volt tüdő-tbc, 6 esetben pedig abortiv tüdőfolyamat volt. Cavernás tüdőfolyamat csak 19 bélfekéllyel szövődött esetben fordult elő. Ebből arra lehet gondolni, hogy a bélfekély az esetek jórészében nem tüdőeredetű, hanem a hashártya-tuberculosisból, esetleg a mesenteralis nyirokcsomók gümőkórjából keletkezik retrograd úton, esetleg a vér, vagy epe útján. Egyéb szervi tuberculosis 14%-ban fordult elő (agyi gümő 4, csont 2, vese 3, mellékvese 1 esetben). Ez elég kevés. Vesetuberculosis csak 3 esetben fordult elő, tehát az urogenitalis tbc. elnevezés nőkre nem illik. Miliaris tbc. az esetek 25.8%-ához járult. A peritonitissel járó esetekben, ahol kevés a súlyosabb tüdőtuberculosis 29.2%-ban, a peritonitis nélküli esetekben, ahol sok a súlyos tüdőeset, 20.7%-ban volt miliaris tbc. A tuba tuberculosis hajlamosít miliaris tuberculosisra, az extrapulmonalis formák közül, csak a férfi genitaliák tuberculosisa mutat ennél magasabb százalékot. Meningitis tbc-val szövődött eset 18.5% volt, ez is magas arányszám.

Vesetuberculosis 62 esetét vizsgáltuk, ezek eloszlása a tüdőfolyamat súlyossága szerint:

1.	csoport	17	27.4%
2.	„	17	27.4 „
3.	„	16	25.8 „
4.	„	10	16.2 „
5.	„	2	3.2 „

Tehát az esetek több, mint felében 54.8%-ban nem volt számottevő tüdőfolyamat. 16.2%-ban voltak kisebb cavernák és csak 3.2%-ban volt előrehaladt tüdőgümőkór. Az abortiv esetek jórészt meszes csúcsfolyamatok voltak, elszórt kis göbcsékkel. Tehát az antagonismus a vese és tüdőgümőkór között igen kifejezett. 10 esetben (4 férfi, 6 nő) a kiterjedt vesetuberculosishoz az alsó húgyutak és férfiakban a nemi szervek nagyfokú tuberculosisa járult, mégis tüdőelváltozás vagy egyáltalán nem volt, vagy csak teljesen jelentéktelen, úgy hogy ezek az esetek az isolált vesephthisis képe alatt folytak le. Az életkort illetően 20 és 40 év közé esett 67.3%, 60 év felett egy eset sem volt. A férfi esetek 54%-ában genitalis gümőkórt is észleltek, nőkben csak 8%-ban. A férfiak genitalis tuberculosisától eltekintve 22.5%-ban volt más extrapulmonalis gümős folyamat kimutatható, ezenkívül 8 esetben 12.9%-ban volt serosa tuberculosis. Béltuberculosis 13 esetben 20.9%-ban fordult elő, az esetek egy részében jelentéktelen tüdőelváltozás mellett, tehát ezeket haematogen eredetűnek vehetjük. Miliaris tbc. 21.2%-ban és gümős agyhártyalob 11.5%-ban észleltetett.

32 esetben észleltünk különálló gümős agyi gócot. Ezek összefüggése a tüdőtuberculosissal a következő:

1.	csoport	7	21.8%
2.	„	4	12.5 „
3.	„	6	18.8 „
4.	„	8	25.0 „
5.	„	7	21.8 „

Meglepő sok a cavernás eset, majdnem fele az összes eseteknek, aránylag kevés az inactiv tüdőlelet. Az esetek zöme 30—40 év között fordult elő, mégis inkább fiatalokban találjuk, mert 45 év felett egy eset sem volt. 10 esetben 31.2%-ban volt más extrapulmonalis folyamat kimutatható. (Csont 4, női gen. 3, férfi gen. 2, vese 2, mellékvese 1, myocardium 1.). Ezenkívül 5 esetben volt gümős mellhártya és 5 esetben hashártya elváltozás. Gümős bélfekélyek 11 esetben 34.3%-ban voltak, ez úgy látszik a súlyos tüdőgümőkórral függ össze. Miliaris gümőkór 32.1%-ban és a gümős agyhártyagyulladás 39.2%-ban fordult elő.

A csont-tuberculosisok közül a spondylitis tuberculosát kívánom ismertetni. 60 esetünk csoportszerinti megoszlása:

1.	csoport	21	35.0%
2.	„	16	26.7 „
3.	„	13	21.7 „
4.	„	9	15.0 „
5.	„	1	1.6 „

Az egyes csoportok százalékszáma tehát folytonosan csökken. Súlyos tüdőtuberculosis csak 1.6%-ban volt, az összes cavernás esetek százaléka 16.6%. Antagonismus a spondylitis tbc. és tüdőgümőkór között kivehető, de valamivel kisebbfokú, mint vesetuberculosis esetében. Legtöbb eset 20 és 40 év között fordult elő, de még ötven év felett is előfordul 26.7%-ban. Negativ tüdőletettel, vagy kisebb fokú tüdőgümőkórral főleg a 20 éven aluli és 50 éven felüli esetek járnak. Miliaris gümőkór 17.6%-ban fordult elő, ezek között főleg a negativ tüdőlelettel bíró esetek a gyakoriak. Meningitis tbc. 13.7%-ban volt jelen, egyéb szervek haematogen gümőkórját pedig 20%-ban találtuk.

A polyserositis esetek közé soroztuk azokat, amelyekben legalább 2 serosa mutatott kóros elváltozást. (58 eset). Nem vettük ide a tüdőtuberculosishoz csatlakozó pleuritist. Az esetek csoportos megoszlása a következő:

1.	csoport	24	41.3%
2.	„	16	27.6 „
3.	„	14	24.1 „
4.	„	3	5.3 „
5.	„	1	1.7 „

Feltünő a cavernás esetek csekély szám összesen 7% és az 1 és 2 csoportba tartozó esetek igen nagy száma 69%. Határozott antagonismus mutatkozik a két kórforma között, a polyserositis mintegy védelmet jelent a súlyos tüdőtuberculosissal szemben. Esetek zöme 20 és 30 év között fordult elő. A polyserositis eseteinkben a pleura 57, peritoneum 40 és pericardium 19 esetben szerepel különböző combinatiókban. Miliaris tbc. 20%-ban, meningitis tbc. 8%-ban fordult elő, tehát a hajlam sem miliaris tbc.re, sem agyhártya lobra nem különösen nagy. 14 esetben 24.1%-ban más szervekben is volt extrapulmonaris tbc, tehát a polyserositis esetek nem hajlamosak nagyobbfokú generalisatióra.

Ha ezekután megkíséreljük eredményeinket összefoglalni, elsősorban igyekszünk következtetéseinkben a köteles óvatosságot szem előtt tartani s még azt is megengedjük, hogy adataink, amelyek több évtizedből vannak összeszedve, némileg el is avulhattak, mert úgy az extrapulmonalis, mint a tüdőgümőkór felismerésében és kezelésében olyan haladás történt, amely az újabb boncolási statistikák eredményeit is megváltoztathatta. Mégis annyit merünk állítani, hogy az extrapulmonalis és a tüdőgümőkór közt az esetek jelentékeny részében bizonyos ellen-

tétesség észlelhető, amennyiben erősen kifejlődött extrapulmonalis gümőkór esetén is a tüdőgümőkór elég gyakran, vagy teljesen hiányzik, vagy csak enyhe fokú. Ellenben a teljes párhuzamosság aránylag ritka, más szóval előhaladt extrapulmonalis és súlyos tüdőgümőkór együtt elég kivételesen, eseteinknek kb. 8%-ában fordult elő. A bevezetésben említett 514 extrapulmonalis gümőkór közül semmilyen idült tüdőgümőkór nem volt 28.6%-ban, enyhe csúcsi gümőkór 21.6%-ban, tehát az esetek felében 50.2%-ban számottevő, activnak tekinthető tüdőgümőkórt nem találtunk; 22.2%-ot tettek ki azok az esetek, amelyekben a felső tüdőmezőben idült szóródás volt caverna nélkül, 18.3%-ban találtunk kis tüdőcavernákat, 9.3%-ban előhaladt tüdővészt. Tehát a cavernás elváltozások az összes eseteknek csak 27%-ában fordultak elő.

Nagyjában azt is mondhatjuk, hogy minél kiterjedtebb és minél inkább haladó jellegű volt az extrapulmonalis gümőkór, annál kevésbbé járt vele együtt súlyos tüdőtbc., míg a mérsékeltebb, vagy kezdődő extrapulmonalis gümőkór többször szövődött súlyos tüdőtbc-val. Ebben is van bizonyos ellentétesség.

De az ellentétesség foka tekintetében a különböző szervek nem egyformán viselkedtek. Elég határozott ellentétességet mutatott a tüdőtuberculosissal szemben az előhaladt vesetbc., a csontok közül különösen a csigolyák gümőkórja, az Addison-kórral járó 2 oldali mellékvesegümőkór és a polyserositis tuberculosa. Ellenben jóval kisebb fokú ellentétességet árult el a tüdőtbc. súlyossága tekintetében a férfiak és nők nemiszervi gümőkórja és az agy magányos gümője, ezeknek elég sok esetében súlyos előhaladt tüdőgümőkórt találtunk. Ezen két szélsőközt középen állnak a hashártygümőkór és a rendszeres megbetegedés alakjában megjelenő nyirokcsomó gümőkór, ezekben úgy könnyű, mint súlyos tüdőmegbetegedések majdnem egyformán előfordultak, bár a súlyos jellegű hashártya és nyirokcsomótbc. gyakran szövődött enyhébb tüdőgümőkórral.

Érdekes, hogy az ellentétességet nem is annyira a nemleges tüdőesetek száma jelzi, hanem még érzékenyebben az enyhe csúcsi gümőkóreseteknek az arányszáma. Abortiv csúcsi gümőkórt találtunk a mellékvesetbc. esetek 57.7%-ában; a polyserositisek 27.6, a vesetbc. 27.4, a csigolyatbc. 26.7%-ában, míg a nemi szervekre nézve csak 12.3, illetőleg 10%-ban, a magányos agyi gümőre 12.5%-ban.

Az extrapulmonalis gümőkór keletkezésének módját illetőleg még sok a tisztázandó kérdés, de ami azok keletkezésének idejét illeti, észleleteink támogatják *Hübschmann*-nak azt a felfogását, hogy ezek bármely életkorban kifejlődhetnek. Leggyakrabban ugyan a gyermekkorban jelentkeznek, de megindulhatnak felnőtt, sőt idős korban is. Tehát nincsenek kötve az elsőleges fertőzés utáni évekhez, hanem az elsőleges góchoz tartozó, el nem meszesedett nyirokcsomóból, vagy a postprimaer tüdőgócból évtizedek mulva is keletkezhetnek. Láttuk, hogy az idősebb kor elég hajlamos csigolya- és nyirokcsomógümőkórra és polyserositisre is, még legkevésbbé a nemiszervek tbc.-ára, agyi magányos gümőre.

Tehát a szervi hajlamosság bizonyos mértékig az életkorhoz van kötve. Egyébként arról, hogy valakiben miért éppen egy bizonyos szervben fejlődik ki az extrapulmonalis gümőkór, pl. miért a vesében, miért nem a csontokban, elég keveset tudunk. A mellékvesére nézve felveszik a fejlődési visszamaradást, mint hajlamosító okot, míg a bélhuzamban épen a nyirokszövetben gazdagság segítené elő a gümős megbetegedést, a csontokban a gümőbacillus megtapadására különleges hajszálérrendszer lehet kedvező, a nemiszervekre nézve a kiállott gonorrhoea. De ezek mind csak aprólékos részletek, a döntő tényezőket még nem ismerjük. Véleményem szerint gondolni kell arra is, hogy azok a sejtek, amelyeknek a vérrel az illető szervbe hurcolt és ott fennakadt gümőbacillisukkal a küzdelmet elsősorban fel kell venni, t. i. a hajszálérendothelsejtek talán nem egyforma hatékonysággal működnek a különböző szervekben, vagy pedik, hogy teljesítőképességük ú. a. szervekben is időnként változik, erősödik, vagy gyengül.

Az extrapulmonalis szervi gümőkór keletkezési viszonyait kisérletileg is nehéz tanulmányozni, mert a legtöbb kisérleti állat gümőbacillusokkal fertőzve nem egy szervre korlátozott, hanem általános gümőkórt kap. — *Jancsónak* és *Elfernek* sikerült ugyan házinyulakon csontgümőkórt előidézni.

Ilyenfajta kisérletekből csak annyit lehet következtetni, hogy különleges viszonyok közt a gümőkór egy bizonyos szervre korlátozódhatik, de nem nyerünk felvilágosítást az extrapulmonalis gümőkór változatos elhelyezkedéséről. *Sternberg* azon megkülönböztetése, hogy a gyermekkor inkább mesenchymmegbetegedésre hajlamos (nyirokcsomó és csontgümőkórra) míg a felnőtt-kor inkább az entodermáéra (tüdő-, légúti-, bélgümőkórra), sokkal szellemesebb, semhogy találó lehetne; gondoljunk csak az idős emberek nyirokcsomó-, csontgümőkórjára, polyserositisére. Igy egy mondatban összesürítve ezt a nehéz kérdést nem lehet megoldani.

Nem kevésbbé súlyos feladat előtt állunk, ha azt keressük, vajjon mi az oka annak a klinikai és bonctani észleletekkel sokszorosan igazolt ténynek, hogy bizonyos szervek extrapulmonalis gümőkórja elég ritkán, másoké jóval gyakrabban szövődik súlyos tüdőtbc.-al. Lehetne arra gondolni, hogy a gümőkór által megtámadott szerv életfontosságán múlik a különbség. A gümős csigolyagyulladás gerincagynyomás által, a polyserositis a légzés gátlása útján, a phthisis renalis a kimerítő genyedés által valóban sokkal inkább veszélyeztetik az életet, mint az életbenmaradás szempontjából kevésbbé fontos nemiszervi, vagy végtagcsontgümőkór. De ez a felvétel magában nem oldja meg a kérdést, hiszen az agy magányos gümője az életet igen erősen veszélyezteti, s valószínűleg gyorsan is válik halálossá, mégis elég sokszor látunk vele együtt súlyos tüdőgümőkórt. Azonkívül vannak sokáig elhúzódó csigolya és vesetbc.-ok, amelyek hosszú fennállása ellenére a tüdőtbc. megmarad az ő enyhe abortiv mivoltában. Nem lehet ezért elzárkózni azon feltevés elől, hogy egyes szervek elhúzódó gümőkórja folyamán a szervezetben olyan védőanyagok képződnek, amelyek a tüdőgümőkórt, ha megindult is, féken tartják.

Erre vonatkozólag a boncolási leletből bizonyítékokat szerezni nem könnyű. Nevezetesen bajos azt eldönteni, hogy valamely esetben az együttesen előforduló sebészi és tüdőgümőkór közül melyik volt a régibb, mert pl. a csúcsi betokolt meszes góc fennállási idejét elbírálni nem tudjuk.

Mégis vannak esetek, amikor a sebészi gümőkórt frissebb keletünek vehetjük fel, míg máskor meg a tüdőtbc. látszik fiatalabbnak. Igy látunk régi, haladott tüdőgümőkór mellett nem régóta fennálló izzadmányos hashártyagümőkórt, vagy kezdeti időszakban lévő vese-, nemiszervi-, agyi- és csontizületi-tbc.-t Máskor a már régen fennállott térdizületi gümőkór mellett friss tüdőtbc.-t találunk s az oly féloldali haladott vesephthisisekben, amelyekben a másik vesén pótló túltengés is fejlődött a cavernás tüdőbajt jogosan későbbinek tarthatjuk, mint a vesetbc.-t A III. számmal jelzett szóródásos tüdő-

gümőkóresetek javarészt ilyen késői haematogen tüdőmegbetegedések.

Csakhogy az ilyen esetek, amelyekben az extrapulmonalis és tüdőgümőkórt keletkezésük ideje szempontjából valamennyire el lehetne a boncolási lelet alapján bírálni, aránylag nem gyakoriak, s azért összeállításunkból csak valószínűséggel merem következtetni azt, hogy az extrapulmonalis gümőkóros megbetegedések egy része az egyidejüleg fennálló tüdőgümőkór előhaladására inkább gátlólag, mint serkentőleg hat. Továbbmenni tisztán tetemvizsgálatokból szerzett anyagon nem lehet s az ellentétesség, főleg az extrapulmonalis gümőkórnak immunizáló hatása kérdésében a megoldás csak pontos klinikai észleletek útján lesz lehetséges, amelyek sorozatos röntgenátvilágításokkal ellenőrzik a tüdők magatartását a sebészi gümőkór egész lefolyása alatt, magától értetőleg a halállal végződő esetek boncolási lelete is igen fontos és lényeges kiegészítése a klinikai észlelésnek.

Vizsgálatainkkal tehát egyáltalában nem tartjuk a themát eldöntöttnek, de eredményeink szerint bizonyos kutatási irányokra mégis felhívni óhatjuk a figyelmet, pl. arra, hogy a nemi szervi gümőkór a vesegümőkórtól elkülönítve is tanulmányoztassék, épúgy kívánatos a csontgümőkórra nézve a végtagcsontgümőkór különválasztása a csigolyákétól, mert ezek a tüdőgümőkórral ellentétesség szempontjából nem egyformán viselkednek.

Tüdőleleteinket csak röviden kívánjuk általánosságban is jellemezni. Teljesen ép tüdőt legtöbbször polyserositisekben találunk. Azután következtek sorrendben a csigolyák s a méhkürtök, bár ez utóbbiak, mint láttuk, jelentékeny arányban súlyos tüdőelváltozásokat is mutattak. Az enyhe csúcsi gümőkór igen nagy számmal 57.7%-kal szerepelt a mellékvesében, azután jöttek a polyserositis, vesék, amelyek gümőkórja a tüdőgümőkórral szemben legnagyobb ellentétességet mutatott. A III.-as jelzésű szóródásos idült tüdőgümőkórt legritkábban láttuk a mellékvesék, leggyakrabban a térdizület gümőkórjával együtt. Ez a tüdőelváltozás átlag az esetek 20%-ában mutatkozott. A felső tüdőmezőknek ezt a szóródásos gümőkórját általában haematogennek tartják s a mi eseteinkben is ez a felvétel szinte magától értetődő. Néhányszor a Bard—Piérey-féle tuberculosis diffusa fibrosa képe alatt jelent meg s emphysemával párosult, így egy 20 éves férfin, aki csigolyatbc.-ban halt meg.

A kis cavernás tüdőgümőgóc leggyakoribb volt a férfi nemiszervek, agy és térdizület gümőkórjában, legritkább a polyserositisekben, mellékvesegümőkórban. Ezt a tüdőleletet is főleg haematogénnek fogják fel, az üregek nemcsak kicsinyek, hanem gyakran feltisztultak, kétoldaliak és aspiratiós sajtos pneumoniákat a hörgők útján nem okoznak. Ezeket a jellegeket mi is gyakran megtaláltuk.

Különös méltatást érdemelnek azok az esetek, amelyekben a tüdőgümőkór előhaladt, súlyos képet öltött. Ez az V-ös számú tüdőbajalak teljesen hiányzott Adisson-kórosak mellékvesetuberculosisa mellett, igen csekély, 5% alatti volt csigolya-, vese-, nyirokcsom-tbcokban, polyserositisekben, míg 12% feletti a férfi- és női nemiszervek, térdizületi és agyi gümőkór-esetekben. Összesen kb. 40-szer, eseteinknek kb. 8%-ában volt jelen ez a súlyos tüdőtbc, amelyre jellemző az, hogy a cavernák számosak, nagyok, a betegség gyakran féloldali, a caudalis tüdőrészekben gyakran aspiratiós sajtos gyulladásos gócok vannak s az esetek jórészében bél- és gégefekélyek is fejlődnek. Nagyon hasonlítottak ezek a súlyosabb tüdőelváltozások a phthisis fibrocaseosának nevezett formához, a közönséges tüdővészhez. *Reisner* az ő eseteinek 26%-ában tudott extrapulmonalis gümőkórral együttesen phthisis fibrocaseosát megállapítani. Lehetséges, hogy a mi arányszámunk azért kisebb, mert ennek a typusnak a felvételében elég szigorúan jártunk el, de származhatik a különbség onnan is, hogy anyagunk túlnyomóan nem tüdőosztályról, hanem klinikáról származik, ahol súlyosabb tüdőtbc-t keveset vettek fel.

Ha már most azt látjuk, hogy extrapulmonalis gümőkórral együtt 40 esetben előhaladt, terjedő tüdőbaj is volt megállapítható, felvetődik az a kérdés, vajjon jogosult-e a harmadlagos tüdőgümőkórra nézve *Ranke*-nak a merev felfogása, amelyhez többek közt *Pagel* is annyira ragaszkodik. Ők hangsúlyozzák, hogy a harmadlagosnak elnevezett tüdőbaj egész fennállása alatt más szervben nem fejlődik számbajövő gümőkór a vér- és nyirokpálya útján, mert visszatérés a III. időszakból a II.-ba nem fordulhat elő. Ezért szerintünk, ha valakinek cavernás, terjedő tüdőbaja mellett más szervében haematogén vagy lymphogén idült gümőkórja fejlődik, akkor az illető még mindig a gümőkór második időszakában van s a tüdőbaja sem harmadlagos jellegű.

Ezt az okoskodást *Beitzke* mesterkéltnek tartja s az én véleményem szerint is ellentétben van a tapasztalatokkal. Nemcsak mások, hanem mi is láttunk olyan tüdőtbc-t, amely minden egyéb alaki tulajdonságában a III. tüdőbaj jellegével birt s mégis más szervben friss haematogen áttét fejlődött ki. Láttunk pl. tüdőtbc-t ökölnyi felsőlebeny-, és kisebb alsólebenycavernákkal, aspiratiós sajtos pneumoniával, bél- és gégegümőkórral s e mellett nem régi, de elég kifejezett prostatagümőkórt. Ily esetekre azt mondani, hogy ez a tüdőbaj az általános tüdőtbc. keretébe tartozik, s elkülönítendő a valódi harmadlagos tüdővésztől, annyit jelent, mintha összetartozó dolgokat jogosulatlanul akarnánk szétválasztani.

Helyesebb, s a való helyzetnek megfelelőbb azt mondani, hogy oly haladott és terjedő tüdőbaj mellett is, amely jellegeire nézve egyébként a Ranke-féle III. stádium tüdőtbc-nak megfelel, felléphet kivételesen olyan érzékenységi fokozat, amely a lymphogen vagy haematogen áttételnek kedvez. Így keletkezhetik némelykor előhaladt tüdőbajban szenvedőknél is prostata-, vagy csontizületi gümőkór, agyi tuberculum, papillonephritis, vagy peritonitis tuberculosa. Igaz, hogy ily esetekben rendszerint a különben kiterjedt tüdőtbc. előhaladásában legalább időlegesen némi megnyugvás áll elő s ilyenkor keletkezhetik a látszólag harmadlagos tüdővészben szenvedőkön valódi, nem abortiv miliaris gümőkór is, vagy gümős agyhártyagyulladás.

Jellemző *Pagelnek* és *Schürmannak* az a vallomása, hogy a leggondosabb vizsgálattal sem tudták mindig eldönteni, vajjon egy bizonyos előhaladt tüdőtbc. esetüket az általános tuberculosisok, vagy a harmadlagos helyi phthisisok közé sorozzák-e? Legyen szabad itt 15 év előtt tartott Balassa-előadásomnak azt a mondatát idéznem, amely akként szól, hogy nem állhat meg olyan értelmezés vagy elmélet, amely a helyesen felismert morphológiai tényekkel ellentétben van. Így kell felfognunk ezt a vitás kérdést is. Minél többször találunk harmadlagos jellegekkel biró, haladott tüdőtbc. mellett friss extrapulmonalis gümőkórt, annál inkább halványodik a jogosultsága annak, hogy az ú. n. harmadlagos tüdőbajra nézve a másodlagos jelenségek utólagos fellépésének lehetőségét kétségbe vonjuk.

Még az a nézet is ellenőrzésre szorul, amely szerint extrapulmonalis gümőkórhoz gyakrabban társul a heveny miliaris gümőkór és a gümős agyhártyagyulladás, mint a tüdőre korlátozott gümőkóresetekhez. Erre nézve még pontos számadataim nincsenek, mert a miliaris gümőkórt illető igen nagy anyagomat még csak átlapozni tudtam,

de amennyit abból eddig kivehettem, a benyomásom az, hogy az extrapulmonalis gümőkór legföllebb %-osan jár gyakrabban miliaris általános gümőkórral, de a miliaris gümőkór esetének absolute véve jóval nagyobb száma az, amelyben nincs semmi extrapulmonalis gümőkór, hanem vagy csak meg nem nyugodott elsőleges fertőzés, felnőtteken pedig főleg postprimaer tüdőgümőkór, amely leginkább chronikus szóródás képében jelentkezik, de sokszor kis cavernákkal is, tehát a haematogen tüdőtbc.-nak azon formáiban, amelyek összeállításunkban III. és IV. szám alatt szerepeltek.

Az egyes extrapulmonalis tuberculosisok közt azonban a miliaris gümőkór hozzájárulása szempontjából is különbségek vannak s különösen a nemiszervek idült gümőkórja mellett gyakran látjuk a miliaris gümőkór fellépését.

Nem tudok teljesen egyetérteni azokkal sem, akik az összes extrapulmonalis tuberculosisokat az általános gümőkórnak, tehát a másodlagos időszaknak a keretébe foglalják. Ha el is tekintünk a lupustól, amelyet még *Ranke* is harmadlagos gümőkórnak fogott fel, van elég más szervi gümőkór, amely halálosan folyhat le anélkül, hogy bárhol másutt, mint az illető szervben és kivezető utaiban gümőkóros elváltozás volna, — láttunk az előzőkben ilyen csigolya-, mellékvese-, vesegümőkór- és polyserositis-eseteket. Ezeket az eseteket, amikor a szervezet egyetlen activ gümős góca extrapulmonalis elhelyezésű, *Hübschmannal* épúgy elszigetelt szervi tuberculosisoknak tartom, mint a harmadlagos tüdővészt. Igaz, hogy ezek az elszigetelt extrapulmonalis tuberculosisok nagy kisebbségben vannak a harmadlagos tüdőgümőkórhoz képest.

A mi adataink még más tekintetben is más eredményt nyujtottak attól, amely a közfelfogásban él. Az extrapulmonalis gümőkórt, mint már említettük, sokan kivétel nélkül az általános tuberculosisok közé számitják s különösen fölveszik, hogy náluk még más szervekben is időnkinti haematogen szóródások által gümőkór fejlődjék. A mi eseteinkben e szempontból különböző extrapulmonalis szervek viselkedése nem egyforma volt, pl. a mellékvesegümőkór Addisonosaknál ritkán szövődött más extrapulmonalis gümőkórral, míg az agyi magányos gümő elég gyakran. Mégis úgy találtuk, hogy az ily halmozott előforduláshoz képest átlagban 4—5-szörte voltak gyakorobbak az oly esetek, amelyekben csak egy szervben volt idült gümőkór, vagy pedig az egyetlen extrapulmonalis megbetegedés mellett még csak a tüdőben találtatott postprimär gümőkór. A csont- és vesegümőkór együttes előfordulásakor nem ritkán mindkét extrapulmonalis gümős megbetegedés elég előhaladott volt, mig ugyanakkor a tüdőben csak enyhe csucsi gümőkórt lehetett megállapitani, ugyhogy a két együttes extrapulmonalis megbetegedés egymással párhuzamosnak, de a tüdőgümőkórral szemben ellentétesnek mutatkozott.

Vizsgálataink eredményeképen véleményünk az, hogy igen szigorúan határolják körül az idült általános gümőkór fogalmát azok, akik szerint az az érzékenység, amely az általános idült gümőkórhoz kötött, kezdettől fogva egyformán megvan s az élet végéig megmarad anélkül, hogy helyi érzékenységbe menne át. Viszont az is tulzásnak látszik, hogy harmadlagos tüdőgümőkórosaknál tisztán helyi érzékenységet vesznek fel, amely sohasem mehet át általános érzékenységbe, nevezetesen nem járhat vér- és nyirokpályán történő áttétekkel.

Mint a két szigorú megkötöttség alól bőven akadnak kivételek. A sokak által az általános gümőkór keretébe számított vese- és csigolyatbc-k számos esetben csak helyileg terjednek s nemcsak a vérpályán, hanem még a tájéki nyirokcsomókban sem okoznak áttéteket. Másrészt a jellegzetesen harmadlagosnak tekintett tüdőtbc. tartama alatt nemcsak más szervek frissebb haematogén gümőkórja fejlődhetik, hanem heveny általános miliaris gümőkór gümős agyhártyagyuladás és nyirokcsomó áttét is. A pubertas phthisisre pl. jellemző a kiterjedt sajtos tüdőgyuladások mellett a tüdőkapu nyirokcsomóinak nagyfokú elsajtosodása, s milyen gyakran látjuk a tüdővészesek bélfekélyein a bélfodri nyirokcsomók oly erős duzzadását és elsajtosodását, hogy azt abortivnak semmiképen sem lehet mondani.

Az érzékenységi fokozatok elkülönitésében tehát korántsem értük el a szabatosságnak azt a mértékét, amely megnyugtató volna. Ha pedig az általános idült gümőkór fogalmát beszükitjük oly módon, hogy csak azokat az eseteket számitjuk oda, amelyekben csakugyan több különböző szerv egyszerre betegszik meg gümőkórosan, viszont, ha a helyi gümőkór fogalmát kibővitjük azzal, hogy lehetségesnek tartjuk az u. n. harmadlagos tüdőmegbetegedésre nézve is bizonyos körülmények közt a humoralis áttéteket, akkor végeredményben arra az álláspontra jutunk, amelyet neves pathologusok már évtizedek óta képviselnek: hogy a gümőkór lefolyásában csak az elsődleges fertőzés képez jól felismerhető időszakot, mig az u. n. második időszak éles elkülönitése mesterkélt és mostani formájában fen nem tartható.

Ezzel természetesen nem akarjuk tagadni azt, hogy vannak a gümőkórnak olyan megjelenései, amelyekben a haematogén terjedés hevenyebb, vagy idültebb formái uralkodnak, sem pedig azt a mindennapi tényt nem tévesztjük szem elől, hogy a legtöbb haladó tüdővész a tüdőre szoritkozó gümőkóros folyamat, amelyben a terjedés elsősorban a hörgök utján történik s a tüdőn kivül inkább csak a légutakat és a bélhuzamot veszélyezteti. De a humoralis védelem az u. n. harmadlagos tüdővészben szenvedőknél sem mindig tökéletes s viszont van haematogén uton keletkező extrapulmonalis gümőkór, amely egészen az egy szervre korlátozottság jellegeivel bir. Ezeknek a különböző érzékenységi fokozatoknak átmenete, bizonyos közti érzékenységi formák ismerete még nem tisztázott kérdés s külön tanulmányokat igényel.

Első tekintetre nem kivánatos visszaesésnek látszik, hogy amit jól felépitettnek gondoltunk, az megint leromboltassék, hogy a Rankeféle II. és III. időszakok tana, amely olyan kristálytisztának tünik fel, megint elhomályositttassék. De a legszebben megalkotott elméletek csak addig állhatnak meg, amig a valósággal ellentétbe nem kerülnek. Épen a tuberculosis tanának története telve van nagy elmék tévedéseivel, amelyeket idővel ki kellett küszöbölni, bármilyen kiváló tekintélyektől származtak is. Emlékezzünk csak arra, hogy *Virchow* az elsajtosodást és a gümőkórt lényegileg különbözőnek állitotta, vagy hogy *Koch Róbert* az emberi és szarvasmarha gümőkór bacillusát eleinte azonosnak tartotta; *Behring*nek azt a felfogását, hogy az ember mindig már a gyermekkorában s a bélen át fertőzi magát a gümőkórral, az ujabb szabatos vizsgálatok elavulttá tették.

Biznunk kell abban, hogy elfogulatlan vizsgálatok által, amelyek nem ismernek más tekintélyt, csak az igazságot, sikerülni fog az, hogy *Ranke* nagy jelentőségü, a gümőkór ismeretében korszakot alkotó tanai is a dogmatikus megmerevedés veszélyei alól felszabadulva a való élettel még közelebbi kapcsolatba jutnak. Erre a célra össze kell fogni klinikusoknak és pathologusoknak, s ez egyik nehéz, de szép feladat lesz a jövő tuberculosiskutatás számára.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Pázmány Péter Tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye. (Igazgató: Hainiss Elemér ny. r. tanár.)

A só- és vízanyagforgalom dissociatiója egyes csecsemőkori atrophiákban.*

Írta: *Hainiss Elemér dr.*, egyet. ny. r. tanár.

Az egészséges jó constitutiójú csecsemő vízháztartása közismerten labilisabb, mint a felnőtté, az újszülött és hydrolabilis alkatú csecsemőé pedig még labilisabb, mint a normalis csecsemőé. Mindenek szerint ennek több oka van, amelyek közül egyik jelentőségteljes momentum a csecsemő testének nagy gazdagsága extracellularis, konyhasótartalmú vízben. Ennek a főraktárai — bőr, agy, csontok — ugyanis csecsemőben proportionalis túlsúlyban vannak a cellularis víz főraktárával, az izomzattal szemben.

Sorvadt csecsemőknél sokszor fokozott a hydrolabilitás és igen gyakori a sóanyagcsere zavara is. Míg azonban általában — mint *Gamble* és mások vizsgálataiból tudjuk — a só- és vízveszteség közel párhuzamosan haladnak, amiért is alacsony osmotikus concentratiót a vérben *ritkán* látunk, addig a demineralisált sorvadt csecsemők *egy részénél*, mindenek szerint a decompositiós typusnál észleleteink szerint a szervek a sóleadás ellenére nem szegényebbek, hanem gazdagabbak lesznek vízben, *tehát a sóháztartás és vízháztartás dissociál.*

Salge az osmotikus concentratio nagyfokú csökkenését látta decomponált csecsemőkön s mi három esetünkben, — 0.48° és — 0.50° közti fagypontot találtunk alacsony 5.03—5.36% serumprotein kisérletében. Egyik hirtelen halállal végződött esetünkben a szövetekben is a vérnek megfelelő elváltozásokat (fehérje- és fagypontcsökkenés) észleltünk s emellett a víztartalom a normalisnál nagyobb volt. A szövetek demineralisatiójára utal *Hamilton* bilanz-kisérlete is, melyben kimutatta, hogy a sorvadt csecsemő per gr. nitrogen jóval több kaliumot retineál, mint az egészséges csecsemő, amiből arra lehet következtetni, hogy a sorvadt csecsemő ezzel cellularis sóhiányát reparálja. Ezen adatokból általános következtetést levonni elhamarkodott és merész gondolat volna, hisz a csecsecsemőkori sorvadás genesise oly sokféle, hogy az atrophia külsőleg azonosnak látszó alakja bizonyára különféle anyagcserezavarban szenvedő szervezeteket takar, amelyek közül a decompositiós typus még a legjobban isolálható. Hogy *Rominger* szerint ezek nem mindegyikében áll fenn demineralisatio, azt éppúgy a heveny vízleadás coincidentiájával lehet magyarázni, mint a mi vizsgálataink azon ritka eseteit, amikor a serumprotein értékét nem találtuk csökkentnek. Ha t. i. a vizsgálat ép egy nagyfokú vízleadás idején történik, akkor a hirtelen nedvveszteség larválhatja a fennálló só- és proteinhiányt. Hasonlóan érdekes helyzetet teremthettünk állatkisérleteinkben, amikor fiatal kutyákat só- és fehérjementesen tápláltunk liszt, rizsnyák és cukor keverékével.

Ezekben *Schultz* vizsgálataival megyegyezően 1 hét leforgása alatt csökkent az állatok vérének osmotikus concentratiója a fiatal szervezet osmoregulatiójának labilitása folytán. A szervek osmotikus concentratiójának hasonló csökkenése mellett azonban kifejezetten emelkedett azok víztartalma és erősen csökkent a serumfehérje értéke. Ha azonban ehhez a diaetához fehérjét keverünk, a szövetek víztartalma normalis marad, a hyposalaemia pedig csakis kisfokú lesz, ami azt mutatja, hogy a só- és vízháztartás e sajátságos dissociatiója a fehérje anyagcserezavarával is kapcsolatos.

Táblázat.

	Normalis táplálas			Egyoldalú lisztt.			Egyoldalú liszt és fehérje tápl.		
	száraz anyag	fehérje %	fagypont	száraz anyag	fehérje %	fagypont	száraz anyag	fehérje %	fagypont
Vérserum	—	4·72	—0·59°	—	3·86	—0·42°	—	4·2	—0·52°
Agy	12·7	—	—0·63°	10·5	—	0·48°	12·42	—	—0·58°
Izom	17·9	—	—0·70°	15·9	—	—0·46°	17·57	—	—0·52°

Távol áll tőlem, hogy ezen kisérletek és meggondolások alapján a lisztártalom atrophiás formáját és a decompositiót azonosítani akarnám a mindkettőnél gyakran meglévő serumproteincsökkenés révén, hisz előbbinél a hiányos bevitel, utóbbinál a fokozott fehérjeszétesés ennek a változásnak az eredete. Kórélettani szempontból azonban kétségkívül érdekes a lisztártalomnál és a sorvadás egyes — mindenek szerint a decompositiós typusú — eseteiben a hypoproteinaemia, hyposalaemia és relativ vízgazdagság együttes előfordulása. A sóveszteség, ezt sok kisérlet bizonyítja, kétségtelen hajlamosságot teremt normalis vízbevitel mellett is az exsiccatióra. Ezt a vízleadást azonban a sorvadás egyes eseteiben — mint együttes vér- és szövetvizsgálataink bizonyítják, egy másik, a vízretentiót elősegítő erő gátolni látszik. Ennek a hatása abnormis dissociatiót teremt a só- és vízháztartásban oly értelemben, hogy a sóveszteséget nem követi ilyenkor az osmotikus szempontból felesleges víz leadása. Ez a fölös rész a helyén marad, miáltal a vérben és a szövetekben kórosan alacsony sóconcentratio jön létre normalis vagy olykor még annál magasabb víztartalom mellett. Ha ezzel kapcsolatban *Schade* modell-kisérleteire utalunk, melyek szerint a szövetek és a vérpálya közti vízáramlás egyik legfontosabb hajtóereje a vérserum oncotikus nyomása, akkor alapot nyerhet az a gondolat, miszerint a osmotikus szempontból felesleges víz lefolyását a hypoproteinaemia gátolja. Minél alacsonyabb u. i. a serumprotein értéke, annál kisebb az oncotikus nyomás s így annál nehezebbé válik a vízáramlás a szövetekből a vér felé.

Ezzel az ismertetéssel a sorvadt csecsemők *egy csoportjánál* talált érdekes pathophysiológiai képre: a sószegénység, hypoproteinaemia és relativ vízgazdagság együttes előfordulására akartam a figyelmet felhívni. A demineralisált decomponált szervezet feltűnően labilis vízanyagforgalmában a só- és vízháztartás sajátságos dissociatiójának is lehet szerepet tulajdonítani, ami a fehérje anyagcserezavarával látszik összefüggésben lenni. Ez a pathophysiológiai kép igazolja azt a régóta hangoztatott nézetemet, miszerint az atrophia gyüjtőfogalom alá sorolt sorvadásos esetek pontosabb osztályozást és csoportosítást, de legalábbis a decompositio különállitását kívánják.

*) A IV. nemzetközi gyermekorvos congressuson, Rómában 1937. szeptember 28-án tartott előadás.

A Pázmány Péter Tudományegyetem Gyermekklinikájának közleménye. (Igazgató: Hainiss Elemér ny. r. tanár.).

A világrahozott csípőizületi ficamodás korai kórismézésének biztos módja.

Írta: *Kopits Jenő dr.*, egyetemi rk. tanár,
az orthopaediai osztály főorvosa.

A világrahozott csipőizületi ficamodás véres műtét nélküli gyógykezelésével szerzett évtizedes tapasztalataink szerint, annál biztosabban számíthatunk a ficamodás meggyógyulására, minél fiatalabb életkorban kezdjük meg annak gyógyítását. A közelmultban még elég korainak tartottuk a ficamodás gyógykezelésének a megkezdését, midőn a gyermek járni kezdett, s sántításával elárulta csipőizületének a fogyatékosságát. Mindinkább kialakult azonban a törekvés, a gyógykezelés eredményének biztosítása végett, hogy még korábban, a csecsemőkorban kezdjük azt már meg, mely életkorban a gyermeki test csontvázának a leggyorsabb fejlődése lehetővé teszi a ficamodás meggyógyulsását, már a gyermek járása megkezdésének az idejére.

A gyógyítás megkezdése természetesen csak akkor lehetséges, ha a ficamodás kórismeje megállapítást nyert. A korai gyógykezelésre törekvés tette szükségessé, hogy még a járás megkezdése előtt, a csecsemőkorban meg tudjuk állapítani a ficamodás jelenlétét.

A ficamodás felismerése ebben a korban sok nehézségbe ütközik, főleg azért, mert annak tünettanából a ficamodásra legjellemzőbb, a végtag megváltozott, hibás functiója még nem vizsgálható. Csupán a csecsemő testének külső alakváltozásaiból, teste idomainak egymáshoz viszonyított, a normalistól eltéréséből s némileg a csipőizület passiv mozgatásának vizsgálatából nyerhetünk csak némi támpontot a ficamodás gyanujának a felvételére. Nagyon sokszor gyermekét jól megfigyelő anya hívja fel az orvos figyelmét az általa észlelt, normalistól eltérőnek látszó jelenségekre, tüzetesebb vizsgálat megejtése végett. Különösen oly családokban, melyekben már ficamodásos gyermek volt vagy ilyent az anya környezetében észlelt, kívánják meg, hogy minél előbb, sokszor már az újszülött megvizsgálásával mondjunk véleményt, hogy ficamodásban szenved-e, vagy sem? Hogy a ficamodás megállapítása ebben a korban nem könnyű, mutatja *Lorenz* észlelése, aki az „úgynevezett világrahozott ficamodásról" szóló könyvében azt írja, hogy 1000 megvizsgált újszülött közül egyetlen egyszer sem talált ficamodást. Ennek az az oka, hogy ilyenkor még ha az izület fejlődési rendellenessége jelen van is, a fejecs eltolódása még oly csekély, hogy észlehető tüneteket még nem okoz. Ez a *Putti* által *praeluxatiós* stadiumnak nevezett állapota a ficamodásnak.

A tünetek közül ritkán, de észlelhető újszülötteken a csipőizület zsugorodása a ficamodott oldalon, az egyik végtag rövidülése, ami ritkán lemérhető valóságos rövidülés, legtöbbször csak látszólagos és csupán a medencefél magasabban tartása által okoztatik. Ilyenkor a combok medialis oldalán a normálisan is észlelhető haránt irányú redő magasabban áll a rövidebbnek látszó oldalon, vagy pedig kettős. Ugyanígy elhúzódik egyik oldalon a farredő, valamint a lágyékredő is, sőt leánygyermekeken a vulva rése is ferdén áll, elhúzódott a ficamodott oldal felé. Sokszor a végtag befelé, máskor kifelé fordult állása kelti fel a gyanut a ficamodásra.

Joachimsthal a derékszögben felhajlított és erősen távolított combok tengelyének a lefutási irányából állapítja meg a ficamodást. A ficamodott oldalon ugyanis a comb tengelye nem a vápa, hanem a csípőtövis irányába fut. *Peltheson* a comb és térd maximalis behajlítása mellett az ülőgumó oldalán észlelhető besüppedésből állapítja meg a ficamodást, mert ép izület esetében a végtag ilyen állásában ezen a helyen kidomborodás észlelhető. *Baron* a rövidebbnek látszó végtag hosszkülönbségének a változását vigzsgálta mozgás közben. A térdben nyujtott s csípőben 90°-ra behajlított végtagállásban s azon túl maximalis hajlításban a rövidülés úgy változik, hogy a rövidülés az első állásban fokozódik, míg a túlhajlításban csökken, vagy eltünik. Ugyancsak ő mutat rá, hogy ép viszonyok mellett a végtagok távolításakor azok hossza kisebbedik, míg közelítés esetében fokozódik. Ficamodáskor a végtag hossza közelítés alkalmával is egyenlő marad, esetleg csökken, de semmi esetre sem nő.

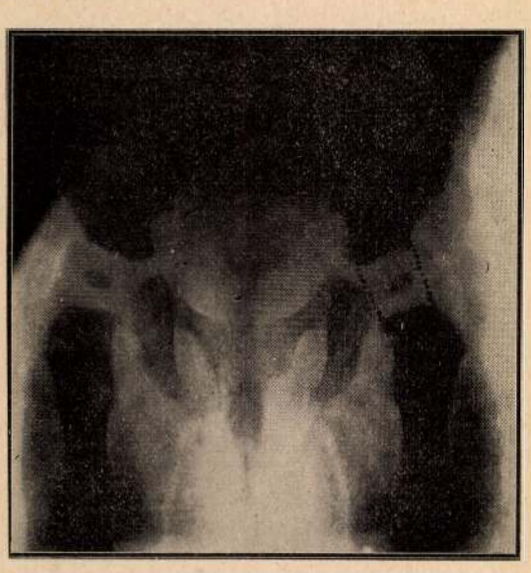
Ficamodás esetében sokszor a comb abductiója némileg akadályozott, bár subluxatio mellett teljesen szabad lehet. Nem egyszer ropogás észlelhető a ficamodott izületben, sőt vizsgálat közben a fejecs érezhető zökkenés és tompa zörej kiséretében helyére is ugorhatik. Természetesen az utóbbi esetben nem áll fenn tovább kétség a ficamodás kórismeje iránt.

A felsorolt tünetek mindegyikének nagy hiányossága, hogy subjectiv mérlegelésnek van alávetve, mely függ a vizsgáló megfigyelőképességétől és talált lehet helyes megítélésétől. Másik nagy hibája, hogy majdnem valamennyi tünet az ép oldallal összehasonlításra van alapítva s hasznavehetetlenné válik mindkét oldali ficamodás kórismézése esetében, továbbra is bizonytalanságban hagyva bennünket, hogy van-e ficamodás, s az egy- vagy mindkét oldali-e? A felsorolt tünetek egyike sem nyujt olyan absolut biztos jelet, melynek alapján kétségtelenül megállapíthatnánk a ficamodás jelenlétét. Én legalább ezek alapján nem tartanám jogosnak a vélt ficamodás gyógykezelésének a megkezdését.

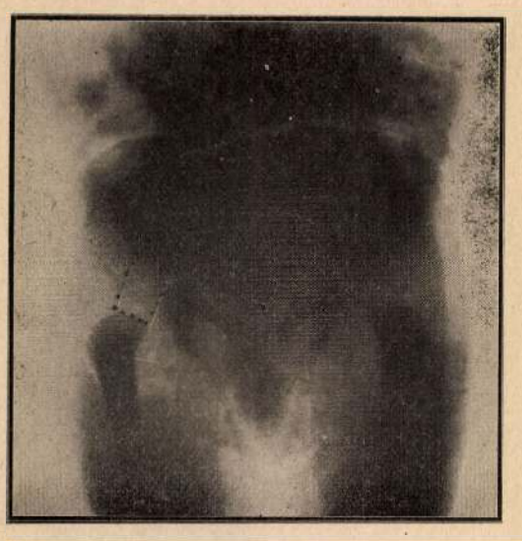
A kórisme bizonyosságának a megállapítása végett végül mégis a röntgen-felvételhez fordulunk.

A röntgen-felvételtől várjuk, hogy a felsorolt tünetekből ficamodásra gyanussá vált izület állapotára biztos fényt derítsen. Nem ütközik nehézségbe a röntgenképen a kórisme megállapítása, ha a fejecs csontmagva már kifejlődött, főleg, ha a fejecs eltolódása elég nagy. Subluxatio esetére azonban az alig észlelhető eltolódás mellett vitás lehet még ekkor is a kérdés eldöntése. *Kreutz* ilyen esetben a fejecs csontmagvának a hypoplasiájából, sőt esetleg teljes hiányából állapítja meg a ficamodást. Különben a skiagrammon látható egyéb elváltozások, a fejecs csontmagvának hiányában is, mint a csombcsont proximális végének magasabbra helyeződése, eltávolodása a vápa fenekétől, a csípőcsont vápa részének az erősen lejtős, meredekebb körvonala volnának olyan tünetek, melyekből a ficamodás jelenlétét megállapíthatnók. E tünetek egyikének sincs azonban mértéke, ismét csak egyéni megítélés s a másik oldallal összehasonlítás útján alkotható vélemény a tünetek értékeléséről. *Hilgenreiner*, hogy pontosabb megállapítást nyerjen a röntgen-felvételről, az Y-alakú porcoknak megfelelő hézagon át húz vízszintes vonalat, melyre merőlegesen mindkét oldalt függélyes vonalat irányít a combcsont proximalis végéhez, aminek hosszából állapítja meg a fejecs esetleg magasabb állását. Ezután mindkét oldalt a vápa lejtős körvonalával húzva párhuzamos ferde vonalat az Y-alakú porc helyén átvezetett vízszinteshez, a medence két oldalán szögletet nyer, melynek nagyobb nyilása a ficamodott oldalon dönti el a kórismét. Ismét összehasonlításon alapuló megállapítás, mely vitássá teheti a kórismét mindkét oldali ficamodás esetében.

A feladat az volna, hogy olyan jelet találjunk, mely akár egyodali, akár mindkét oldali ficamodás esetében biztos támpontot adjon a kórisme felállítására, még olyan fiatal korban is, mikor még a fejecs csontmagva nincs kifejlődve. Ez irányban foglalkozva a röntgen-felvétel megfigyelésével, azt hiszem, sikerült ezt a jelet megtalálnom.



1. ábra.

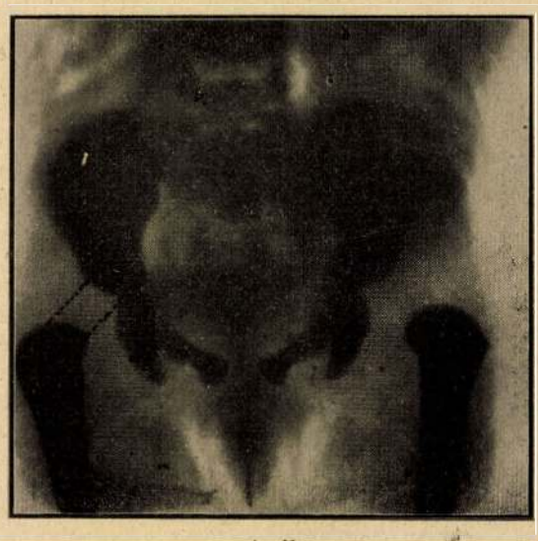


2. ábra.

Vizsgálataim kiindulási ponjául olyan csecsemők röntgen-felvételeit használtam fel, kiknek a csípőizületein klinikai vizsgálattal a ficamodásnak a legkisebb gyanuját sem találtam. Először az első életévük második felében lévő csecsemőkről készítettem felvételeket, akik csontmagvának a fejlődése a combcsont fejecsében már megindult. Az 1. ábrán mutatom be a talált viszonyokat. A 6½ hónapos csecsemőről készült felvételen a vápa boltozata, valamint a combcsont proximalis vége még egyenes körvonalat mutat. Ha e két vonal legszélsőbb pontját összekötjük egymással, úgy a két vonal párhuzamosan futva a másik két vonallal együtt olyan *derékszögű parallelogrammot* zár be, melynek a közepe táján fekszik a fejecs csontmagva. Számos felvételt átvizsgálva az izületi csontvégek látható árnyékain ezt a megszerkeszthető geometriai alakot, mint az ép izület jelét, mindig megkaptam. Ugyanezt az alakot szerkeszthetjük meg akkor is, ha a csonmag még hiányzik, tehát az izület állapotának a meghatározására egy fontos adatot nélkülöznünk kell. Ezt mutatja az ujszülöttről készült felvétel (2. ábra), melyen azonban a négy vonal által bezárt terület nem négyzet (quadratum), hanem téglalap (oblongum), mert a combcsont proximalis végének a nyaki része még sokkal fejletlenebb, rövid. Akár négyzet, akár téglalap a parallelogramm a lényege az, hogy szögletei 90°-ot képeznek. Ha ezt a planimetriai alakot találjuk, akkor bátran felvehetjük, hogy a vizsgált csipőizület ép.



3. ábra.



4. ábra.

Ha most ugyanilyen módon megvizsgáljuk az 5 hónapos, már csontmaggal bíró, ficamodásra gyanus tünetekkel jelentkező, csecsemő felvételét (3. ábra), úgy az előbb leírt vonalakból bezárt geometriai alak négy oldala nem egyenlő és az általuk befogott szögek ferde szögek, a csontmag pedig az így nyert *dülényded (romboid)* területeken kívül fekszik. Csontmag hiányában is ficamodásra mutat az 1 hónapos csecsemő (4. ábra.) felvételének a csípőrészén is megszerkeszthető a ferdeszögű parollelogramm.

A felvétel alkalmával mindenesetre ügyelni kell arra, hogy a combok középállásban, párhuzamosan álljanak egymással, hogy a jellegzetes mértani alakot ki tudjuk hozni s abból a kórismére biztos következtetést vonhassunk.

Az ép csípőizület biztos jele tehát a vápa és a combcsont proximalis vége között megszerkeszthető derékszögű parallelogramm, míg a ficamodott izületé a ferdeszögű romboid.

E diagnostikus jel nem összehasonlítások, távolságok s szögek és körvonalak mérlegelésén alapul, hanem teljesen megbízható, ismert geometriai alakok megszerkesztésével nyujt adatot a ficamodásra, vagy hiányára. Alkalmazható úgy egyoldali, mint mindkét oldali ficamodás megállapítására, függetlenül egymástól, különkülön midegyik izületen.

A csipőizületi ficamodás korai kórismézése biztos jelének a kutatására ezirányú vizsgálataimat már évek óta végzem, mely idő alatt volt alkalmam meggyőződni az előadott észleletem helyességéről. Beigazoltam ezt sokszor e diagnostikus jel alapján végzett repositióval, de volt alkalmam az idők folyamán felnövekedett kisgyermekek functionalis vizsgálatával is ellenőrzinem a csecsemőkorban megállapított positiv, vagy negativ kórisme helyességét.

Biharvármegye Gr. Tisza István Közkórházának közleménye.

Sacralis anus elzárásra szolgáló „Anoclusor" készülék.*

Írta: *Fényes Pál dr.*, sebészfőorvos.

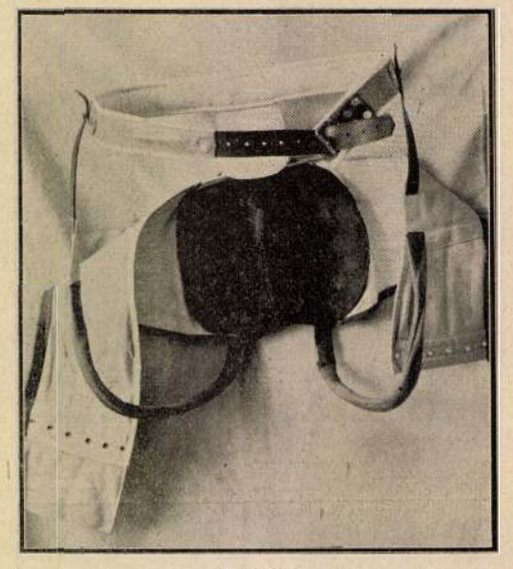
A sacralanus elzárásának eddigi megoldásmódjai érthetően sem az orvost, sem betegét nem elégítették ki. Ez az oka annak, hogy újabban mind több sebész vált hűtlenné a sacralanus képzésének műtétéhez az abdominalis anus műtéte javára. Ily értelemben nyilatkoztak pl. egy a „Der Chirurg" mult évi számában feladott körkérdésre *Voelker* és *Kirschner* is. *Reichle* (Stuttgart) és *Jaeger* (Berlin) mindenféle elzáró pelotta és bélsárfogóval való vesződséget kiábrándultan hagytak abba. Ez utóbbi szerző legutóbb operált öt betegét megkérdezve, azt a választ kapta, hogy egy kivételével mind elhagyták a nekik rendelt pelottát s maguk szerkesztette felkötőfélékkel kísérleteztek, melyekkel jobban meg voltak elégedve, mint a drága gyári constructiókkal.

A legutóbbi két év alatt három rectum cc. miatt operált betegemen készítettem sacralis anust, s ezt nem szivesen hagynám el az abdominalis anus kedvéért. A műtét utáni állapot valahogy közelebb áll a physiológiás viszonyokhoz, ami már a beteg psychéje szempontjából sem megvetendő előny. Minhárom beteg a nekik rendelt s nálunk általánosan ismert „Mastdarmverschlusspelott"-át mint használhatatlant, elhagyta. Hempel berlini cég gyártotta s ezidőszerint legjobbnak ismert „Verschlusspelottát" betegeimnek megrendelni módjukban nem állott, hiszen nem számítva a magas vámot, 60—70 RM-ba kerülnek, s hozzá — ha a már citált német szerzők skepticismusára gondolok, — még e most legjobbnak ismert német gyártmányok sem váltják valóra a hozzájuk fűzött reményeket.

E körülmények indítottak arra, hogy magam kíséreljek megszerkeszteni egy megfelelő készüléket.

Készülékem legfontosabb része egy a sacralis anus és környékéhez egyénileg formált „Laticel gummipárna", mely a sacralis anusba benyúló kis kúppal bir. E puha kis kúp amellett hogy jól tömít, nem kelt izgató idegentest érzést. A gummipárnát alkalmazási helyéhez egy lyuggatott duraluminiumlemez rögzíti, mely a derékon körbefutó övhöz egy fémkar segítségével akként csatlakozik, hogy a gerincoszlop oldalirányú elmozdulásaihoz alkalmazkodhat. A laticelpárna szegélye valamivel túlér a duraluminium lapon, amivel lehetővé válik a test formáihoz szorosabb odasimulás, miről a segédrögzítőként elgondolt haskötő gondoskodik.

A „Laticel" a Magyar Ruggyantaárúgyár készítménye. Kiváló tulajdonságai révén, melyek közül csak porozitását, könnyűségét, puhasága mellett is rugalmasságát, a test formáihoz és jól alkalmazkodik és szagtalan voltát említem, — méltán terjedt el különösen a kórházi üzemekben. Mind e tulajdonságai készülékemben is előnyösen jutnak érvényre. Likacsosságánál fogva nem okoz kipállást, minden más gummifajtánál jobban alkalmazkodik a test formáihoz, s végül — mint erről meggyőződhettem — a



1. ábra.



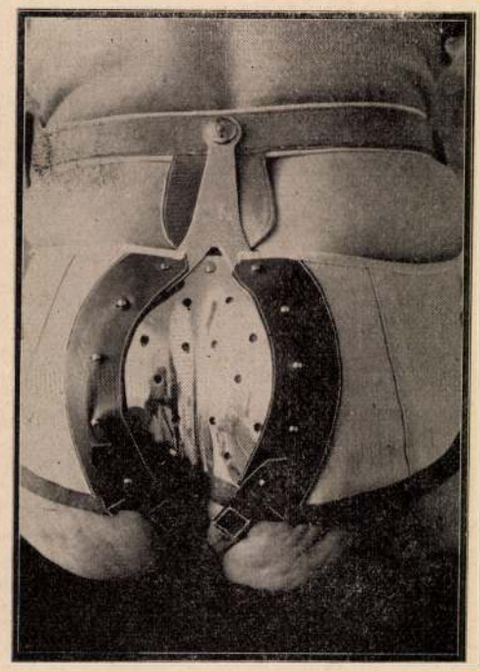
2. ábra.

faeces szagát több hónapi használat után sem veszi át. Könnyen tisztítható, rugalmassága és jól mintázható volta révén, különösen ha megfelelő vastagságúra készítik, a rajta fekvés sem kellemetlen. A bélnyílásba benyúló kis gummicsap az ily anusokban mindig jelenlévő nyálkahártyaprolapsust a maga kellemetlen tüneteivel megszünteti. A dugasz és pontos odafekvése formált széklet eltávozása ellen hathatósan véd.

Betegem, kinél az első modellt alkalmaztam, már 8 hónapja használja azt, s vele a legteljesebb mértékben meg van elégedve. Hasonlóan kedvezően nyilatkoznak más kartársak is, kik készülékemet betegeiken alkalmazni

*) Bemutatta a Magyar Sebésztársaság 1937. évi nagygyülésén.

szívesek voltak. Külön is ki kell emeljem egyik kartársam magas társadalmi osztályban élő betegét, kinél számos külföldi modellel történt eredménytelen próbálkozás után készülékem annyira bevált, hogy az éveken át visszavonultságban élő úriasszony a társas érintkezést ismét felvehette.



3. ábra.

A sacralanusnál elért kedvező eredmények után önként felvetődött az eszme, hogy hasonló principiumok alapján nem lehetne-e egy abdominalis anus zárására szolgáló készüléket szerkeszteni? Ez irányban azonban kísérleteim — sajnos — nem jártak kielégítő eredménnyel. A haskötő feltevése körülményesebb s az előtüremkedő belet pelottával visszatartani megbízhatóan nem lehet. Véleményem szerint tehát abdominalis anus praeternaturalisok esetén a receptaculumokkal biró kötelékek, esetleg plastikai úton történő műtéti megoldás tartják meg jogaikat.

Készülékemet a „Rókus Gyógyászati Cikkek Gyára" Budapest, VI., Teréz-körút 30. készíti s *„Anoclusor" sec. Dr. Fényes"* védjegyezett név alatt hozza forgalomba. A mérték és modellvételhez szükséges utasításokat a cég megadja, de ajánlatosabb a céggel személyes kapcsolat felvétele, mely a helyes mérték- és modellvétel szempontjából nagyobb garanciát nyujt.

Kiadványainkat olcsón kapják meg kiadóhivatalunktól hátrálékban 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. mümelléklettel	5.— P
Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülő-helyei, 215 oldal — — — Vászonba kötve (8 P. h. 7 P.)	6.50 P helyett 5.50 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
Issekutz Béla: Gyógyszerrendelés	8.— P helyett 6.— P
Krepuska István: A füleredetü agytályogok kór- és gyógytana ára	4.— P

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel való rendelésnél a portóköltséget is felszámítjuk.

A Ferenc József Tudományegyetem belgyógyászati diagnostikai klinikájának (Igazgató: Purjesz Béla ny. r. tanár) és a Szegedi Honvéd- és Közrendészeti kórház (Parancsnok: Szél Pál I. o. főtörzsorvos) közleménye.

Thomson-féle myotonia congenitás beteg anyagcseréje.

Irták: *Papp János dr* és *Réti József dr.*

A Thomson-féle myotonia congenita ritka betegség, melyet a heredodegeneratiós betegségek csoportjába soroznak. E betegséget a harántcsíkolt izomzat élettani megváltozása, fokozott concentratiós készsége és tonusa, mozgásszegénysége, továbbá különleges elektromos reactiója jellemzi.

Aetiologiája egyáltalán nem tisztázott. *Bechterew* szerint oka egy sajátságos anyagcserezavar, mely az izmok mérgezését okozza. *Lundbergh* hypoparatyreoidizmusban keresi az okát, mások pedig a sympathicus-parasympathicus rendszer uralma alatt álló sarcoplasmának fokozott ingerlékenységét gondolják kiváltó oknak. Myotonia congenitás betegnek azonban sem mellékpajzsmirigyeiben, sem májában nem találtak kóros elváltozásokat.

Az ujockiképzés alkalmával feltünt, hogy az egyik ujonc a kiadott parancsokat gyakorlatokat csak lassan, ügyetlenül tudja végrehajtani, ezért kórházi megfigyelés végett osztályunkra küldték. Kórtörténetének fontosabb adatai: Gyermekkora óta beteg, súlyosabb mértékben azonban csak serdülő korától. Munkavégzéskor, súlyemeléskor görcs fogja meg a kezét, ha pedig nyugalmi állapottából valamilyen szándékolt mozgást akar végezni, egész testében görcs jelentkezik. Nehezen tud elindulni, de néhány nehézkes lépése után járása javul. Sűrűn megbotlik s ilyenkor „mint egy darab fa, úgy vágódik el". Kézszorításkor görcsöt kap a keze s a megfogott kezet, bármenynyire akarja is, alig tudja elengedni. Ásítás után szája egy darabig nyitva marad, tüsszentés után szemhéjai egy ideig görcsösen záródva maradnak. Nyelés alkalmával kezdetben a torka görcsösen összeszorul, ami miatt egy ideig nyelni sem tud. Katonai szolgálatát ellátni nem birja, mert a vezényszavak, parancsok elhangzása után beszélni, elindulni, parancsot végrehajtani nem tud. Jelen állapota: Alacsonyabb termetű, túltengettnek tetsző izomzatú férfi. Izomzatának körvonala mindenütt jól látható. A központi idegrendszer vizsgálata a mimikai- és rágóizmok, valamint a nyelvmozgató izmok görcsös állapotát mutatta. Az izmok tonusa passiv mozgatásra rendes. Testszerte csökkent reflexek. Érzési eltérés vagy hiány nincs. Az izmokra gyakorolt mechanikus ingerlésre lassú és erősen elhúzódó contractiók láthatók, domb, pamat és hurkaképződéssel. E jelenség a nyelven is észlelhető. Akaratlagos mozgások végzésekor (kézszorítás, nyugalmi helyzetből való megindulás, stb.) az illető izomcsoportokban tartós összehúzódások támadnak. Jellegzetes myotoniás elektromos reactio.

E ritka bajban szenvedőn — betegségének jellemző, megváltozott izomélettani viszonyaira való tekintettel — ásványi só-, fehérje- és szénhydrát-anyagcsereforgalmi vizsgálatokat végeztünk. Meghatározott és állandó ásványi só-, fehérje- és szénhydrát tartalmú étrenden 3—3 napi pihenés (teljes ágyi nyugalom) és megterhelés (adagolt munka: lépcsőn járás, futás, fegyverforgatás) alatt naponként végeztünk vizsgálatokat.

Ásványi anyagcsereforgalmi vizsgálataink phosphor, kálium, nátrium, calcium meghatározásokból álltak vérben, vizeletben és székletben; összehasonlítva a felvételt a leadással. Kálium meghatározásokat *Kramer-Tisdall,* nátrium meghatározásokat *Rusznyák-Hatz,* calcium meg-

határozásokat *Clark* eljárása szerint végeztünk, a phosphort pedig kolorimetriásan *Bell-Doisy* szerint határoztuk meg. Az ásványi anyagcsere vizsgálatakor azt találtuk, hogy nyugalomban is, munkavégzés után is a táplálékban foglalt Ca, K, Na és P teljes mértékben kiválasztódott. A 3—3 napos vizsgálat ideje alatt a felvétel, illetőleg a kiválasztás oxidokban és grammokban kifejezve a következő volt:

Kiválasztás	CaO	K_2O	Na_2O	P_2O_5
Felvétel	2.030	2.282	4.265	3.456
nyugalomban	2.055	2.223	4.259	3.454
testi munka után	2.026	2.203	4.235	3.440

Ugyanekkor a serum Ca, K, Na és P tartalma mgr%-ban:

	Ca	K	Na	Anorg. P
Nyugalomban	11.9	20.5	315.5	4.8
Munka után	11.8	18.3	327.5	5.0

A fehérje anyagcserét vizsgálva, ugyancsak a fentebb említett standard étrenden, carbamid és maradék-Nitrogen meghatározásokat végeztünk *Folin-Wu* eljárása szerint. Vizsgálati eredményeink etekintetben sem mutattak a rendestől eltérést, u. i. a beteg bejövetelekor a maradék-Nitrogén 32.2 mgr%, a carbamid pedig 7.2 mgr% volt. Nyugalomban a maradék-Nitrogén 32.2 mgr%, a carbamid 6.9 mgr%. Megterhelésre a maradék-Nitrogén 26—42 mgr%, a carbamid pedig 6.8—7.6 mgr% közt mozgott.

Minthogy több külföldi szerző, élükön *Bechterew*, myotoniások vizeletében fokozott kreatin-kiválasztást talált, magunk is elvégeztük e meghatározásokat. Az eredmények (1.98—2.05 gr.) nem támogatták e szerzők adatait, mert a kapott értékek normálisak és teljesen megegyeznek a *Freisz* és *Mohos* találta adatokkal.

Végül a szénhydrat anyagcserét vizsgáltuk meg. Előbb éhgyomorra, majd 40 gr. dextrose-megterhelésre végeztük a vércukor-meghatározásokat *Hegendorn-Jensen* és *Bang* szerint; előbb az egyik, majd mindkét eljárás egyidejü alkalmazásával. A terhelés után 2 órán át ellenőriztük a vércukor nagyságát. A vizsgálatok ezen esetben is nyugalomban és munka-megterhelésre végeztük.

Betegünk vércukra éhgyomorra 176 mgr% volt. Vizeletében cukrot kimutatni sem a kórházba való felvételkor, sem dextrose megterhelésre, ugyszintén testi munka végzése után sem sikerült. A cukor-megterhelés eredményei a következők voltak:

	A vércukor mgr%-ban					
	0	10	30	60	90	120
Nyugalomban	176	180	192	186	184	184
Munka után	176	186	200	190	188	190

Ezeket az adatokat *Hagedorn-Jensen* szerint végzett meghatározások adták. Egyidejüleg — önmagunk ellenőrzésére — Bang-féle meghatározásokat is végeztünk, melyek értékei az előbbiekkel szemben alig 1—2 mgr% eltérést mutattak.

Tehát, mint látható, az éhgyomori vércukorszint magas értékeket szolgáltatott, melyet dextrose-megterhelés akár nyugalomban, akár munka végzésekor csak kevéssé növelte meg. Leletünkhöz hasonlót az áttekinthető irodalomban nem találtunk s ez talán hozzásegit bennünket az aetiologia tisztázásához, legalább is az esetek egy részében. Ismeretes, hogy a calamus scriptorius sérülése (piqur diabetic), valamint a hypothalamus tájának megbetegedései hyperglykaemiat okoznak. A szénhydrat anyagcsere adatai alapján arra gondolhatni, hogy e betegség oka a hypothalamikus központok valamilyen bántalma s ily módon tárgyi bizonyítékkal támogathatnánk az *Erb*-féle elméletet, azaz a betegség helyének a hypothalamus tájára való localisálását.

Vizsgálatainkat összefoglalva azt mondhatjuk, hogy

1. Az ásványi só és fehérje anyagcsere-forgalomban a rendestől eltérést nem találtunk;

2. A kreatin-kiválasztás az ép viszonyokkal egyező;

3. A vércukorszint majd 50%-kal magasabb mint egészséges emberen.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Veseelváltozás Bence—Jones-fehérjevizelés esetében. *Ellenbeck.* (Münch. Med. Wschr. 1937. 46.).

A Bence—Jones-fehérjét ürítő, multiplex myelomás betegek veséjének kórszövettani képe régóta ismeretes. Ezen, csupán a tuberculosisra szorítkozó, s a nephrosis szöveti képének megfelelő elváltozás nem magyarázza azon ritkábban előforduló eseteket, amelyekben — elsősorban a maradék-N emelkedésében jelentkező — veseinsufficientia tünetei észlelhetők.

A szerző sectiós leletei és állatkisérletei alapján bizonyítja, hogy a veseinsufficientia oka a glomerulusok elváltozása. Az egyes glomerulus-kacsok hyalinosan degenerálnak, majd zsugorodnak. Ezek az elváltozások glomerularis keringés romlásához, a vesemüködés elégtelenségéhez vezetnek.

Friedrich Géza dr.

A ligamentum flavum hypertrophiája által okozott a'só háti fájdalom. *G. Spurling, F. Mayfield, J. Rogers.* (J. A. M. A. 1937. 928.).

Első leirója óta *(Elsberg, 1913)* eddig 7 eset volt ismeretes. Szerzők újabb 7 esetet ismertetnek. A panaszok hirtelen mozdulatkor a derékban jelentkező és mindkét, vagy csak az egyik alsó végtagba kisugárzó fájdalommal kezdődnek. A tünetek a cauda equina compressiójából adódnak. A ligamentum flavum hypertrophiája —bár a lehetőség erre máshol is fennállhat — mindig 4—5. ágyéki csigo'ya között volt észlelhető. A gerincoszlop lumbalis része igen merev, de a röntgenfelvételen eltérés nem mutatható ki. Contrast-anyag befecskendezése után készült röntgenfelvételek a subarachnoidalis ür elzáródását mutatták a 4—5. ágyékcsigolya magasságában. Lumbalpunctióval a hypertrophia alatt liquor nem volt nyerhető, felette a rendes nyomással ürülő liquor eltérést nem mutatott. Mind a hét esetben a pontos localisatio után laminectomiával a többszörösére megvastagodott szalagot eltávolitották. A tünetek 8 héten belül gyógyultak, a betegek a mütét óta panaszmentesek. Legrégibb esetük 8 hónapos.

Petrányi Gyula dr.

Cortikotrop hyperpituitarismus morphologiai bizonyítékai emberen. *E. J. Kraus.* (Klin. Wschr. 1937. 1528.).

Chronikus agynyomásemelkedéssel járó betegségek 84%-ában a hypophysis első lebenye megnagyobbodott. A hypophysis súlya ezen esetekben férfiakban az átlag 0.63 g. helyett 0.79 g., nökön 0.71 g. helyett 0.86 g. volt. E hyperplasiát a három sejtféleség közül főleg a basophil sejtek okozták. Az utolsó 52 fokozott agynyomással járó betegségben meghaltak mellékveséjét is pontosan megvizsgálta és azt találta, hogy az esetek 89.5%-ban a mellékvesekéreg is hypoplasiás és a két mellékvese súlya az átlagos 10 g. helyett 13.5 g. A hypophysis hyperplasiájából következtethető fokozott cortikotrop-hormon termelésen kivül a mellékvesekéreg hyperplasiájához vezető más ok található nem volt. A hypophysis első lebenye és a mellékvesekéreg közti összefüggést bizonyitja még az is, hogy hypophisaer kachexiában viszont a mellékvesekéreg sorvad. Hypophysaerdienkephalikus dystrophia 12 esete közül 5-ben a mellékvese normalis volt, 6 esetben megnagyobbodott, 1 esetben pedig, melyben a roncsoló folyamat a hypophysis első lebenyére is ráterjedt,, a dystrophia adiposogenitalis kachexiába ment át és a boncolás alkalmával ennek megfelelően a mellékvesekéreg is sorvadtnak bizonyult.

Petrányi Gyula dr.

Sebészet.

A tibia subperiostalis haematomájának elcsontosodásáról. *Max Detlesen.* (Zbl. f. Chir. 1937. 36.).

Néha a diagnosis felállítása nehézségekbe ütközik és csak a feltárás alkalmával tünik ki, hogy tulajdonképen miről van szó. A szerző által észlelt beteg tibiadaganattal jelentkezett felvételre. Helyi lelet: a bal tibia alsó harmadának belső felszinén fél tojás alakú, 20 cm hosszú, nem fájdalmas, csontkemény lapos terimenagyobbodás, amely felett a bör ép. *Röntgen:* az említett területen a légyrészeknél sötétebb, a csontnál világosabb árnyék mutatkozik. A lerakódás területén a tibia árnyéka nem mutat elváltozást, élesen határolt, rajzolata világos és egyenletes. A tibia periosteuma 4 mm-re megvastagodott, A daganat alsó határán 2 cm. hosszú, 2 mm vastag ujjszerüen begörbült, felfelé néző, csontsürüségü árnyékfolt, a daganat felső szélén borsónyi árnyék észlelhető. Az egész lelet operatiót kíván, lues, tbc. kizárása után. *Mütét:* A bör alatt közvetlen néhány mm. vastag csontkemény rész átvésére után, puha barna részbe jutnak. Az egész massát kikanalazva, a csontkemény széli részeket levésve csupasz arrosio nélküli periosteum-mentes tibia látszik. Bőrvarrat, nyomókötés. Utólag kiderült, hogy a beteg földmunkát végzett és a talicska alsó szélébe gyakran beütöte alsó lábszárát. Itt valószinüleg a bevérzés volt a gyakori trauma oka. Más szerzők szerint *(Cone és Stone)* is észleltek hasonló kórképet, de egyszeri trauma behatása után. *Elision* szerint 16.000 csontmegbetegedésre 12 ossificáló haematoma esik. Keletkezése legtöbb szerző szerint: a csontot a sérülés izomfeszülés állapotában találja és a periosteum szakadása folytán beáll a vérzés. A korábban elfogadott sejtszétrobbanás esetét elutasitják.

Mikroskopiai lelet: a haematoma organisatiójáról van szó, fibro-blastok és az osteo-blastok útján támogatva a csonthártya csontképző képessége által. Therapia: egységes. Exstirpatio, csonthártyavarrás, szorító kötés.

Pongrácz Ferenc dr.

Megvédi-e a gyomorfekélybetegeket a fekély átfuródásától a histidin-kezelés? *Carl Flechtenmacher.* (Zbl. f. Chir. 1937. 16.).

Szerző két általa operált duodenum, illetve gyomorperforatióval kapcsolatban azon nézetének ad kifejezést, hogy a Larostidin-kúra, mely mindkét betegén néhány héttel a perforatio előtt látszólagos javulást okozott, csak a szükséges mütéttől téritette el a beteget az átmeneti tünetmentességgel; azonban a perforatio helyén semmiféle gyógyulási folyamatot nem lehetett észlelni a mütét alkalmával.

Lovich Ede dr.

Az epeutak átvizsgálása a cholecystektomia technikájában. *I. Th. Riga.* (Zbl. f. Chir. 1937. 16.).

Szerző okvetlen szükségesnek tartja cholecystektomia alkalmával az epeutak müszeres átvizsgálását, mert a kézzel történő tapintással a choledochusban lévő kövek 50%-a rejtve marad, *Jakubovici* módszerét ajánlja, aki a cystikus csonk lekötése előtt egy vékony kőfogót vezet a duodenumig, a Vater-papillát is kitágítva ezzel. A kőfogót kinyitva húzza vissza. Igy a duodenumba betolni nem sikerült követ néha a kőfogó visszahuzásával sikerül eltávolitani. Nelatonkatheterrel átfecskendezése a ductus choledochusnak, felvilágosithat a Vater-papilla átjárhatóságáról. A papilla kitágítottsága 1—2 hétig tart és biztosítja a legtöbbnyire fertőzött epe és apró kövek eltávolítását. A feltágítást *Sebesing* szerint contraindicálja a phlegmonosus choledochus gyulladás, acut genyes colangitis és a pankreasfej chronikus gyulladása.

Lovich Ede dr.

Szülészet.

Az amenorrhoea és sterilitás sugaras kezelésének végeredményéről 128 asszony besugárzása kapcsán. *I. Kaplan.* (Am. J. Obst. 1937. 3.).

128 eset kapcsán, ahol úgy a besugárzott asszonyokat, mint a született gyermekeket hosszú időt át — egyes esetekben 10 éven keresztül — megfigyelték, azt találták, hogy a röntgen-kezelés a nőgyógyászati sugárkezelés terén seholsem oly eredményes és sokatigérő, mint épen a petefészkek működési zavarai és sterilitás esetében. Azért hivják fel ismételten a figyelmet eljárásukra, mivel egyéb ajánlott eljárások, beleértve az organotherapiás kezelést is, nem váltották be a hozzá füzött reményeket. A havivérzés 76 esetben rendeződött, 52 esetben javulás nem következett be. A legidősebb kezelt nő 45, a legfiatalabb 19 éves volt. Minél fiatalabb volt a beteg, annál sikeresebb volt a kezelés. A sugárkezelést minden esetben különböző időtartamú hormonkezelés előzte meg; 8 esetben méhkaparás szerepelt a kórelőzményben. A petefészkeket minden esetben besugározták. 80 esetben a hypophysist és 5 esetben a pajzsmirigyet is besugározták. A kezelés 200 KW. 4. MA. árammal 0.5 mm. réz és 1 mm. alumínium szürőn keresztül 30—40 cm. távolságból történt. A besugárzást 4 medencebeli mezőben alkalmazták, az alkalmazott sugármennyiség egy-egy mezőre 75—150 R. 3, néha 4 héten keresztül, hetenként 1 kezelésben. 76 asszony közül, kiknek havivérzése a kezelés után helyreállt, 44 teherbe jutott; 84 esetben terhesség nem következett be. A 44 teherbe jutott asszony közül 17 egynél többször jutott másállapotba, 5 teherbe jutott, de vetélt. Ezeknek az asszonyoknak az amenorrhoeája 1 hónap—4 évig tartott és 1—11 évig voltak sterilek. A betegek semminemű ártalmát nem észlelték. A havivérzés egy esetben sem maradt el, vagy gyengült a kezelés után, hol előzőleg rendesen jelentkezett. A gyermekek — bár egyesek 11 éve állanak megfigyelés alatt — sem szellemi, sem testi rendellenességet nem mutatnak.

Abrahám János dr.

Menstruatiós cyklus és vérkép. *O. Bokelmann.* (Arch. Gynaek. 1937. 164. 3.).

A vörösvérsejtszám és haemoglobin-érték a menstruatiót megelőző héten fokozatosan emelkedik. A havivérzés ideje alatt a vörösvérsejtszám átlag egy millióval, a haemoglobinérték pedig 15%-kal csökken. A csökkenés mértéke független a vérzés tartamától és erősségétől. A reticulocyták száma ugy a havivérzés előtt, mint az alatt és után mérsékelten emelkedett. A vérlemezkék száma havivérzés alatt a keringő vérben csükken; a vérzési idő hosszabb lesz. A fehérvérsejtszámnak a menstruatiós cyklussal kapcsolatos megváltozása még kétes s nyilt kérdés az is; hogy a tüszőhormonnak a cyklus folyamán a szervezetben lejátszódó mennyiségi ingadazása milyen összefüggésben van a vérkép elváltozásaival.

ifj. Mauks Károly dr.

A granulosasejtdaganatok rosszindulatúsága. *H. Hückel.* (Arch. f. Gynaek. 1937. 164. 3.).

22 éves nőbeteg baloldali méhfüggelékeit 1922-ben szövettanilag rosszindulatúságot nem mutató granulosasejtdaganat miatt eltávolitották. 14 évvel később, anélkül, hogy a havivérzés rendellenes lett volna, a daganat helyi kiujulását észlelte, ami áttételképződés folytán csakhamar a beteg halálára vezetett. Az áttételképződés itt is, úgy mint általában petefészekrákok esetén, a hashártya és az elsőleges daganat szomszédságára szorítkozott; távoli áttételek hiányoztak. A kiújult granulosasejt-daganat röntgenkezeléssel nem volt befolyásolható. Klinikai szempontból nagyon fontos, hogy ezidőszerint nem tudjuk élesen elkülöníteni egymástól a jó és a rosszindulatú granulosasejtdaganatokat, ezért minden olyan daganat esetén ajánlatos gyökeres mütétet (abdominalis totalexstirpatiót) s utána intensiv röntgenbesugárzást alkalmazni, tekintet nélkül a beteg életkorára.

ifj. Mauks Károly dr.

Szemészet.

A szem és az endokrin mirigyek. *P. Vancea.* (Graefes Arch. f. Ophth. 135. 1.).

Vancea sok egyéni észleléssel átszött ismertetést közöl a szem és az endokrin mirigyek közötti kapcsolatról. Sorra véve az egyes belső elválasztású mirigyeket, először a hypophysis és a szem közötti összefüggést vázolja. A hypophysis által a terhesség közben előidézett szemtünetek mechanikus eredetüek ugyan, (chisma compressiója), de az elváltozások egy részét a hypophysis endokrin működésével (érbeidegzési hatások) is lehet magyarázni. (Löchlein szerint a terhesek 80%-ában hypophysaer reactio van jelen, amely természetesen a szemet sem hagyja érintés nélkül.). Fontos szerepe van az agyfüggeléknek a szemfeszülés szabályozásában és újabb vizsgálatok szerint *(Baillart)* az üvegtesti vérzések keletkezésében. Szerző ezután az irodalom ismert adatait összegezi, amelyek a hypophysis hormon-kezelés jó hatását bizonyítják azokban az esetekben, amikor a kóros tünetek hypophysis eredetüek voltak.

Másodsorban a pajzs- és mellékpajzsmirigy jelentőségét világítja meg egyes szembetegségek keletkezésében. A Basedow-kór s annak egyik tüneteként keletkező exophthalmus a pajzsmirigy hyperfunctiójának következménye. Basedowon

kívül a pajzsmirigy dysfunctiója a szemen egyéb zavarokat is okozhat. Igy struma keletkezése után számos esetben hályogképződést láttak. A tetania kapcsán észlelhető cataracta, valamint néhány fiatalkori hályogforma a vér calciumtartalmának csökkenésében leli magyarázatát, amelynek a thyreo-systema egyik fontos regulatora. Befolyással van a pajzsmirigy-hormon a glaukomás szemek feszülésére s szerepet játszik a spontan ideghártyaleválás létrejöttében is.

Ugyancsak jelentős a máj működése némely szembetegség pathogenesisében, nevezetesen a hemeralopia, a xanthopsia, ritkábban a fokozott könnyelvá'asztás, diplopia eseteiben, mely utóbbi rendellenességek a máj állapotával synchron javulhatnak és e'mulhatnak.

A pankreas cataracta diabetica, a mellékvesék bizonyos latens glaukomás állapotok alkalmával játszanak fontos szerepet.

Részletesen tárgyalja a szerző a nemi mirigyek, különösen az ovarium működését, amelyneknek csökkent, vagy fokozott volta a normalis szembeli folyamatokat (szemfeszü'és, vérkeringési-, anyagcserezavarok, szemmozgások, juvenilis hályogformák) befolyáso hatja.

Az angioneoritikus eredetü szempanaszok rövid összefoglalása után szerző befejezésül a hormonkezelés eredményeit ecseteli s ismételten hangsúlyozza az endokrinologiai kutatások nagy jelentőségét.

Bíró Imre dr.

A látóideg orbita mögötti compressiójáról. *P. Desvignes,* (Ann. d'Ocul. 1937. 174, 289.).

Desvignes összefoglalja azokat a tüneteket, amelyek a látóideg direct compensatiója révén keletkeznek, az idegnek a chiasmától az orbitába belépéséig történő útján. Vizsgálata főként az olfactorius lebeny meningiomái és a suprasellaris tumorok által előidézett elváltozásokra terjedt ki. (Egy későbbi keletü dolgozatában kizárólagosan az olfactorius lebeny meningiómáival foglalkozik. Ann. D'Ocul 174. 550.). A nervus opticus compressiójának első tünete a látásélesség csökkenése, amely kezdetben nem jár szemfenéki elváltozásokkal. Igen korán lehet centralis scotomát, később peripheriás látótérkiesést kimutatni, amely rendszerint a tumor oldalán, a folyamat súlyosságával arányban kisebb-nagyobb területre terjed ki. A bántalom progrediálása folyamán a látóidegfő sorvad, de a tabeses atrophiától az erek aránylag ép volta megkülönbözteti. Pangás ritkábban a tumor, gyakrabban az ellenkező oldalon jelentkezik.

Bíró Imre dr.

A sympathiás szemgyulladás prohylaxisáról. *Nakamura* és *Uchida.* (Graefes Arch. 137. 233.).

A két japán kutató 234 perforáló bulbussérülés kapcsán közli észleléseit. Ezek közül 95 esetben: 1. két héttel a sérülés után a szem még gyulladásos volt; 2. a sérülés a corpus ciliaren keresztül történt; 3. az áthatoló sérüléshez utólagos irido-cyclitis társult; 4. sympathiás izgalom keletkezett a másik szemen. Mindezen esetekben szerzők tuberculotikus kezelést foganatosítottak és azt tapasztalták, hogy az esetek súlyossága ellenére egyetlen esetben sem támadt a másik szemen gyulladás, míg a többi 139, tuberculosiskezelésben nem részesült beteg közül 9 esetben sympathiás gyulladás keletkezett. Ezzel kapcsolatosan szerzők a tuberculosis-kezelés fontosságát hangsúlyozzák.

Bíró Imre dr.

Gyermekgyógyászat.

Gyermekek járványos benignus ikterusa. *Popovici-Lupa, V. Petrescu-Coman.* (Mschr. f. Khk. 1937. 70. 2.).

1932—33 és 1934—35 őszén és telén ikterus járványt észleltek. Első járvány alatt 33, a másodikban 34 megbetegedés fordult elő. Az ikterust 1—7 napi prodromalis szak vezett be hányással, hasmenéssel, colicával, mérsékelt lázzal. Egyes esetekben még léguti hurutos tünetek is csatlakoztak. Az ikterus jelentkezésekor a fájdalmas acut májduzzanat minden esetben megvolt, s e betegségre igen jellemző. Az ikterus catarrhalis ismert klinikai képe mellett positiv bilirubinuria, direct serumbilirubin reactio és monocytosist mutató leukopenia jellemezték a kórképet. A megbetegedés jóindu'atúnak bizonyult. Ágynyugalom, szénhydrátos d'aeta és peroralis urotropin medicatio mellett 1—2 hét alatt enyhe lefolyás mellett nyomtalanul gyógyult. A megbetegedést Walgreennel egyértelműen epidemiás hepatitisnek fogják fel. Aetiologiája, valamint a járványtani sajátságok tisztázatlanul maradtak. Az incubatiós idő 21—28 nap között váltakozott.

Flesch István dr.

A diphtheria „téli csúcsának" dispositiós feltételezettségéről. *F. Gallenkamp.* (Ztschr. f. Khk. 1937. 58. 5.)

A frankfurti gyermekklinika 10 éves diphtheria anyagának korra, nemre és évszakokra vonatkozó statistikai feldolgozása alapján arra a következtetésre jut, hogy a diphtheria morbiditási görbéjének a téli hónapokban mutatkozó kiugrása nem a bacillus virulentiájának fokozódásából adódik, hanem annak oka a gyermekek dispositiójának évszakos megváltozásában keresendő. E dispositióváltozás főleg az 5—15 éves korszakokban a legkifejezettebb, míg a 0—5 éves gyermekek között alig mutat lényeges ingadozást, miért is ezen korosztályban nem jut kifejezésre a fenti morbiditási évszakok kiugrása.

Flesch István dr.

A tetrophan hatása a polyomyelitises bénulásokban. *H. Schenstedt.* (Mschr. f. Khk. 69. 5—6.)

A polyomyelitises végtagbénulások kezelésében a tetrophan izomtonizáló hatása az izomhoz tartozó neuron épségétől függ. Éppen ezért igen sok esetben hatástalannak bizonyul. — Mégis egy rekeszbénulás kapcsán szerzett igen meglepő jó tapasztalata alapján hasonló esetben melegen ajánlja. Az erőtlenül köhögő, cyanotikus betegen kiben a röntgen is bal oldali rekesz paresist mutatott, 1 ccm tetrophan intralumbalis befecskendezése után 10 perc mulva erőteljes köhögésbe kezdett, cyanosisa megszünt s néhány nap alatt minden más beavatkozás nélkül gyógyult. Végtagbénulásai is később (időt nem ir) meggyógyultak.

Flesch István dr.

Bőrgyógyászat.

A Thorium-X (Degea) értéke és hatása bőrbetegségek kezelésében. Prof. *W. Scholtz.* (Derm. Wschr. 1937. 39.).

Szerző két év óta foglalkozik Thorium-X alkalmazásával azzal a céllal, hogy összehasonlítsa a röntgen- és Bucky-kezelés hatását.

A bőr felszines rétegeinek megbetegedése esetében a Th-X hatása ugyanaz, mint a röntgen-, vagy határsugaraké. A Th-X alfa, a Bucky beta, a röntgen kevert sugárzás. Mély hatása csak az utóbbinak van. A Th-X és határsugarak közt csak előnybeli különbség van éspedig az alfa sugarak javára. A Th-X ugyanis könnyen alkalmazható pontosabban adagolható mindenféle testfelületen, különösen lakk-vehiculumban. Kezelés alkalmával nagy súly helyezendő az elhatárolásra, mert egészséges bőrön hosszantartó gyulladást, oedemát, égést és viszketés okoz. Hámló, akanthotikus bőrelváltozásokon, (psoriasis, lichen, ekzema, verruca, stb.) sokkal enyhébb a gyulladás, mint normalis bőrön.

Th-X-lakk mastisol és a propylalkoholos oldat 1:10 arányú keveréssel nyerhető. Az egészséges bőrrészletek elhatárolására ichthyol-mastisol 1:3 arányú keveréke alkalmas. Úgy a lakk, mint a kenőcs az alapanyag hozzáadásával higítható, gyógyszerek hozzáadásával pedig a Th-X hatása fokozható. Ekzema esetében a lakk egyenlő arányban keverhető Arning-tincturával; psoriasisra cignolinnal, körömmykosisra pedig jódtincturával. Igen hatásos a Th-X-kezelés hyperkeratosisra, különösen hyperkeratotikus rhagadiform ekzemákra. Lupus erythematodes esetében a Th-X-kezelés eredménye nagyon közömbös. Alopecia areata és diffusa jó eredménnyel kezelhető. Naevus flammeus 1 ccm 2000 E-e Degea spiritus + 1 ccm ichthyol keverékével ecsetelendő három egymás utáni napon és ezt 2—3 hetenként ismételjük. Hasonló kezeléssel xanthoma is elmulasztható. Néhány esetben alkalma volt kavernás angiómákba néhány csepp lugollal kevert alkoholos Th-X-et fecskendezni, amire azok teljesen megszüntek.

Összfoglalva: a Th-X-kezelés teljesen egyenértékü a Bucky-kezeléssel, minélfogva indicatióik is közösek. A Th-X jobban alkalmazható, sőt chemiai szerekkel is combinálható.

Skutta Árpád dr.

A chloasma gravidarum, vagy uterium oka, megelőzése és leküzdése. *H. Hruszek.* Reulinger. (Münch. Med. Wschr. 1937. 34.)

A terhességi cariesről eleinte azt tételezték fel, hogy D-vitamhiány tünete, később azonban kiderült, hogy a C-vitamin hiánya okozza. *Bucher* terhesség és szoptatás alatt prophylactikus caries-therapiát végzett eredményteljesen, természetes, vitamingazdag táplálékkal és mesterségesen előállított C-vitaminnal. A chloasma leggyakrabban terhességgel kapcsolatban kerül megfigyelésre, mint a terhességnek korai jele. A chloasma gravidarum és uterinum oka szerző szerint C-hypovitaminosis. Az utóbbi években ugyanis sike-

rült igen gyakran megállapítani, hogy terheseken, kik nagy mennyiségben fogyasztottak C-vitaminban gazdag gyümölcsöt és főzeléket, egyáltalán nem, vagy csak ritkán jelentkezett chloasma. A várakozásnak megfelelően más terheseken, kik különböző oknál fogva C-vitamin-szegény táplálékon éltek, igen nagy számban észleltek chloasma gravidarumot. Egyes esetekben éveken keresztül fennálló és a szokásos halványító és hormonkezeléssel ellenkező hyperpigmentatio is jelentkezett. Kézenfekvő tehát, hogy chloasma gravidarum és uterinum esetében az aetiologiai momentumot ki kell egészíteni annyiban, hogy a pathogenesisben a terhesség csak mint közvetett ok szerepel. A graviditas —, mint az számos közleményből kiderül — fokozott C-vitamin igényléssel jár. Amennyiben már a terhesség előtt nem történik gondoskodás C-vitaminban gazdag táplálékról, akkor a terhesség alatt chloasma tünetek jelentkeznek, melyek kedvezőtlen esetekben évekig, néha az egész életen keresztül, mint kozmetikai panaszok zavarják a psychét. Szerző tehát a chloasma gravidarumot nem mint egy normalis terhesség jelét, hanem a terhesség előtt és alatt fennálló C-hypovitaminosis tünetét fogja fel. Gondoskodnunk kell tehát arról, hogy az anyajelöltek C-vitaminban gazdag táplálékon éljenek és olyan esetekben, hol mindezek ellenére caries és chloasma jelentkezik gyárilag előállított synthetikus vitamint (cebiont, cantant, redoxont, stb.) kell adagolni, a lehetőséghez képest parenteralisan, mert oralis adagolással az elégtelen resorptio és a bélcsatornában történő hasadás következtében nem tudják kifejteni substituáló hatásukat. A cikk végén szerző megemlíti, hogy a terhesség után hosszú ideig megmaradó hyperpigmentatio esetében a szokásos perhydrol-, sublimatkenőccsel történő hámlasztáson kívül a *Roelen* által röviddel ezelőtt ajánlott acidum carbolicum liquefactumos hámlasztást is el kell végezni, egyedül, vagy peroralisan, illetve parenteralisan történő C-vitamin adagolással combinálva. Azon régi szabály, hogy a prophylazis többet eredményez, mint a therapia, chloasma gravidarum esetében is fennáll.

Fülöp Gyula dr.

Befőtt-conserválószerek, mint betegség előidézők. *Kurt Finkerath.* Berlin. (Med. Klinik. 1937. 40.).

Szerző betegén száraz, csak időnként jelentkező, seborrhoeás jellegű, rohamokban jelentkező és az arcra, felkarokra, combokra és gluteusokra továterjedő ekzemáról van szó. A betegség a combokon jelentkezett, egy frissen festett WC használata után és a kiváltó ok valószínüleg a festékben lévő terpentin volt. Szerző betegén terpentin-túlérzékenységet észlelt és a combokon, gluteusokon elhelyeződés is amellett szól, hogy a betegséget a friss festék, illetőleg terpentin okozta. Nem tudta azonban szerző megmagyarázni azt, hogy a kezelési jó eredmények ellenére miért lángolnak fel bizonyos időközökben a régi gócok, illetve miért jelentkeztek újak. Hosszas keresés után végül a beteg anyja elmondotta, hogy a rosszabbodás, illetőleg új kiütés mindig kompót fogyasztása után keletkezett. A kompót chemia vizsgálata alkalmával kiderült, hogy az salicylsavval készült. Az anya elmondotta, hogy a kompót készítéséhez „Einmachhilfe" néven kapható szert használtak, mely a kompótok tartósságát biztosítja. Ezek a szerek a legtöbbször salicylsavat tartalmaznak, mely a szervezetre nézve nem közömbös, vele szembeni túlérzékenység igen gyakori és nagy mennyiségben fogyasztva mérgezést is idézhet elő. Allergiásokon mindenesetre túlérzékenységi reactiót idéz elő még akkor is —, mint jelen esetben —, ha az eredeti betegséget más anyag hozza létre.

Fülöp Gyula dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die homöopathische Behandlung der Augenkrankheiten. *Karl Erhard Weiss.* (Hippokrates-Verlag, Stuttgart—Leipzig. 1937. 2. kiadás. 182 oldal.).

Szerző a második kiadás előszavában azt írja, hogy az 1 kiadás megjelenése óta, amikor is könyvét a tudományos szemészet ellenségesen fogadta, sokat változott a homoeopathia útja és ma elismerést talált Németországban. Szerinte a szemésznek azért is foglalkoznia kell a homoeopathiás gyógymóddal, mert ez a szemészetet még jobban összekapcsolja az általános orvostudománnyal. A könyv két részre oszlik. Az általános rész a homoeopathiában használatos gyógyszereket ismerteti (168 gyógyszer van felsorolva) mindegyik szer általános hatását és szemészeti indicatióját megemlíti. A második részben sorjába veszi a szembetegségeket és megadja a megfelelő betegség ellen használatos homoeopatha gyógyszert, de sok helyen említi a localisan alkalmazható nem homoeopatha gyógyszert is. Míg a glaukoma tárgyalásában dicséretreméltó tárgyilagossággal hangsúlyozza a műtét mielőbbi szükségességét és a mioticumokat, addig a cataracta gyógyítására az α-dinitrophenol H. D.-t ajánlja, amely szert általánosságban fogyasztó kúrában alkalmazzák (újabban kevésbbé, mert nagyon mérgező) és sokszor cataractát okoz. — éppen ezért ajánlja a nem érett hályog feltisztítására.

A könyvről érdemleges bírálatot elsősorban az mondhat, aki megkísérelte a szembetegségek homoeopatha gyógyítását. *K. v. Hofe* greifswaldi szemészprofessor legújabb dolgozatában számos homoeopatha szer kitapasztalása alapján arra az eredményre jutott, hogy egyedül a scrophulotikus szemhéj és szaruhártyabántalmak kezelésében ajánlott calcium phosphoricumtól látott *némi* eredményt.

Weinstein Pál dr.

Studien über hereditäre, multiple Epiphysenstörungen. *S. Ribbing. Helsingsfors.* (Acta Radiologica. Supl. XXXIV. Ára: 8.50 Svéd korona.).

A száz oldalas és mintegy száz kitünő röntgenképpel illustrált munka a familiarisan jelentkező és az irodalomban is kevésbbé ismert epiphysis csontosodási zavar 23 esetének rendkívül szorgalmas feldolgozása. Ezek az elváltozások a láb és kézközépcsontokon, valamint a térd-, könyök- és vállizületeket alkotó csontokon jelentkeznek. A röntgenképek részben kifejezett pusztulásokat mutatnak az epiphysisben, részben pedig csontmag hasadását és rendellenes csontosodást láthatunk. Az esetek egy részében az epiphysis csontosodási zavara a csigolyákat is megtámadja és a csigolyatesteken biconvex alakváltozást idéz elő. Ezek a familiaris epiphysishibák sokban hasonlítanak azokhoz a csontrendszeri zavarokhoz, melyeket *Achondroplasia atypica* (Silverskiöld—Morquio-féle kórkép) osteochondritis dissecans *(König)*, Perthes—Legg—Calvé—Waldenström-féle betegség kyphosis dorsalis juvenilis, vagy adolescentium *(Scheuermann)*, hallux rigidus stb. önálló kórkép alatt ismer a szakirodalom. A nagy hasonlóság alkalmat ad a szerzőnek arra, hogy a familiaris epiphysis hibák és a felsorolt önálló kórképek között párhuzamot vonjon, anélkül azonban, hogy lényeges összefüggést találna a két csoport között. A szerző esetei alapján inkább epiphysis alkati gyengeségét hangsúlyozza.

Befejezésül az öröklődés mechanismusára vonatkozólag is értékes adatokkal szolgál.

A könyvet, mely adatgyüjtése és kitünő röntgenképsorozata folytán értékes forrásmunkának minősíthető, szegényebb országbeli olvasó egy kis irigységgel fogja olvasni, mert bizony mi is szeretnénk olyan bő anyagi forrásokkal rendelkezni, amely megengedné, hogy egy aránylag szükre szabott themát hasonló részletességgel feldolgozhassunk.

Horváth Boldizsár dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület december 10-i ülése.

Bemutatás:

Elischer E.: *Basedow-esetek.* Az első 9 éves leány, akin hetek alatt fejlődött ki a súlyos kórkép. Eredménytelen röntgenbesugárzás után narkosisban subtotalis resectiót végzett. Négy hónap alatt 10 kg-ot hízott, szív- és idegtünetei teljesen elmultak. Mint a pubertáson innen jelentkezett esetet tartotta érdemesnek a bemutatásra. Második esete 45 éves, 6 éve beteg, asszony, két tojásnyi a sternum alá terjedő strumával. Súlyos szívtünetek miatt kivételesen két szakaszban localisan operálta, először a felső üterek lekötését végezve, majd előkészítés után subtotalis resectiót. 5 hónap alatt 20 kg-ot hízott, Krogh-ja 116%-ról 4%-ra szállt le. Szívtünetei javultak és munkaképes lett. A harmadik eset 23 éves varróleány, akit hat évvel ezelőtt operált. A műtét után, bár Krogh-ja 91%-ról lement 8%-ra, a Basedow egyéb tüneteit illetően nem következett be javulás, ismételt belgyógyászati kezelés, klimatotherapia sem hozta meg a javulást, annak ellenére, hogy anyagcsereforgalma normalissá lett. Hangoztatja a korai műtét és gondos előkészítés fontosságát, a sebészi therapia értékét a késői utánvizsgálatok adják meg.

Czeyda-Pommersheim F.: A 2. sz. esettel kapcsolatban arra hívja fel a figyelmet, hogy mindgyakrabban kerülnek sebészek kezébe olyan betegek, akiken a pajzsmirigy elváltozásai mellett a szívelváltozások állanak előtérben. Mind gyakrabban javalják a belgyógyászok a szívizom, szívbillentyük, szíverek elváltozásai esetében a pajzsmirigy el-

távolítását. Az általa szívelváltozások miatt eddig operált betegek valamennyiján erősen fokozott volt az alapanyagcsere is. Itt felmerül az a kérdés, hogy milyen viszony áll fenn az említett szívelváltozások és a pajzsmirigy fokozott működése közt. Hogy ez hyperthyreosis-e, vagy mint valószínüleg ritkán — esetleg teljesen — Basedow, annak összes tüneteivel. És ebből önként adódik egy újabb kérdés, hogy szívelváltozások alkalmával érdemes lesz-e normalis működésü pajzsmirigyet kiirtani és vajjon milyen eredménnyel?

Bakay L.: Az igen radicalis beavatkozás híve. Két esetben súlyos szívelváltozás esetében tolalis pajzsmirigy eltávolítást végzett meglepő jó eredménnyel. A Plummer-féle előkészítő eljárás híve, de jelentőséget tulajdonit az arzen és cuprum alkalmazásának is. Felhívja a figyelmet a műtéti technika jelentőségére.

Szenthe L.: Az I. sz. sebészeti klinika utolsó egy esztendejének 10 legsúlyosabb Basedow-betegén szerzett tapasztalatairól szól. A bemutatóval ellentétben súlyos Basedowosokon, kiknek összes Basedow-tünete mellett szívelégtelenségük is van, a beteg idegrendszerétől függően érzéstelenitve, vagy altatva, de mindig egy ülésben subtotalis pajzsmirigykiirtást ajánl. A helyesen előkészített betegek a nagyobb, gyökeres műtétet is jól türték.

Említett 10 beteg anyagcserefokozódása mind 70% felett volt, de volt 90%-os is. Az összes Basedow-tünetek betegein megvoltak, ehhez járult még a 10 beteg szívmüködési elégtelensége. A szívzörejek bicuspidalis insufficientiájára jellemzök voltak, a szív csúcsán és basisán voltak hallhatók és a pulmonalis második hangja ékelt volt. A szívizom súlyos elváltozását elektrokardiogrammal mindig sikerült kimutatni; ezeket a vizsgálatokat a klinikán működő belgyógyász-szakorvos ellenőrizte.

A betegek előkészítése 9—23 napig tartott. Ezen idő alatt naponta intravenásan cukoroldatot adtak, a Plummer-oldatból felemelkedtek napi 10, de volt olyan beteg, aki napi 28 cseppet kapott. Ez alatt az előkészités alatt kaptak még chinint, digitalist, bromot és altatót. Műtét előtt elvégezték az anyagcserevizsgálatot s azt mindegyik esetben jelentősen leszorították. Hat műtétet érzéstelenitésben, négyet pedig altatásban végeztek. Valamennyit egy ülésben subtotalisan resecálták.

Ellenőrző vizsgálatra csak öten jelentkeztek. Mind az öt beteg 10—20 kg-ot hizott, incompensatiója mindnek megszünt, a szívizom elfajulását elektrokardiographiával vizsgálva, az csak egy betegükön maradt meg, ugyanezen a szívzörejek sem változtak. A többin azonban mindkettő eltünt.

Lobmayer G.: *Az infravörös fényképek jelentősége a sebészetben.* Bemutatásában vetíti azokat a felvételeit, melyeket oly betegekről készitettek, kik viszceres pangásban (visszértágulatok, emlőrák, szegycsontmögötti golyva, stb.) szenvedtek és akikbn a felületen keresztül a mélybe hatoló infravörös sugarak ezt az elváltozást igen jól érzékeltették. Az eljárás az orvostudomány még kiaknázatlan területe, melyre még nagy jövő vár.

Augusztin V.: Az I. belklinikáról egy substernalis struma és egy mediastinalis tumor infravörös felvételeit mutatja be, a rendes fényképen nem látható, de az infravörös sugarakkal kimutatható tágult venahálózat demonstrálására. A capillaris értágulat az infravörös felvételen nem látható, csupán a vastag, tág venák. Az eljárás didaktikus szempontból fontos, mert oly érelváltozásokat örökít meg, melyek más uton nem szemléltethetők.

Ratkóczy N.: A venás rajzolatot az infravörös felvételhez hasonlóan jobban észlelhetjük, ha azt vörös (pl. röntgenadaptáló) szemüvegen keresztül nézzük.

Matolay Gy.: *Agyéki sympathicus ganglion-kiirtás két esete.* Két férfibeteget mutat be, kiken az ágyéki II., III., IV. ganglionT kiirtotta egyiken egy, a másikon mindkét oldalon. Az egyik betegen másfélév előtt periarteriás sympathektomiát végeztek, azonban a javulás csupán átmeneti volt. A második betegen két év óta tartó malum perforans pedis miatt végezte az ágyéki ganglionok kiirtását és a jobb talpon lévő pengönyi, a bal tolpon lévő 10 fillérnyi seb a műtét után hét hét mulva gyógyult. Az irodalom, valamint saját tapaszatalatai alapján is adott esetben a ganglionok kiirtását ajánlja, mert a periarterialis sympthektomiával szemben csupán ez a műtét ad tartós és maradandó desympathisálást. A műtétet egyoldali folyamat alkalmával retroperitonea'isan hátulról, kétoldali esetében pedig a hasüreg megnyitásával egy szakaszban mindkét oldalon egyszerre lehet végezni.

Bakay L.: A lumbalis ganglionok kiirtása állandó eredménnyel jár, mint azt 4—5 esztendös esetein látja. A periarterialis sympathektomia esetében sokszor van visszaesés. Tekintve a sympathicus-sebészetről táplált megoszló véleményeket, azokat az eljárásokat, amelyek célra vezetnek, le kell rögziteni.

Hauber L.: *Leriche* és mások az erek spastikus állapotától származó megbetegedéseket újabban egy mellékvese kiirtásával gyógyitják sikeresen. Féloldalt már amputált endarteritises betegen a másik láb gangraenája miatt azon oldali mellékvese decorticatio és ¾ résznyi resectiója, valamint a II.—IV. lumb. ganglionok kiirtásával gyors javulást ért el. A türhetetlen fájdalmak egy csapásra megszüntek, a végtag kipirult, meleg lett, az I. és II. ujj körömperce élesen elhatárolt vonallal jól demarkálódik, a lábfej életképes. Csupán a mellékvese decorticatiója, vagy esetleg eltávolitása áldásos lehet a még ki nem fejlödött gangraena esetén.

Bence Gy.: 37 éves férfibetegen Bürger-féle kórt (thromboangitis) észlelt osztályán, mely kb. 1 éven át ellenkezett minden belorvosi, igy intravenás hyperton ás sóoldatokkal végzett, ismételt kezeléssel is. A betegnek mindkét láb nagyujján gangraena fejlödött. Tonsilla expressio után igen jelentékeny leukocyta-emelkedés mutatkozott. Tekintettel arra, hogy e bántalmat focalis infectióval is kapcsolatba hozzák, tonsillektomiát végeztetett. A beteg röviddel utána teljesen meggyógyult, azóta — kb. 3 éve, — zavartalanul végzi foglalkozását.

Boros J.: *Arsen okozta polyneuritis esete egy családban.* A bemutatott esetek egymástól csak súlyosságban különböznek, a neurologiai elváltozások lényegükben azonosak.

Az első csoportban múlt év decemberében betegedtek meg öten, egy házaspár három kis gyermekével. Az egyik gyermek, 16 hónapos kisfiu, súlyos gastroenteritis tünetei között halt meg 3 nap alatt. A többiek hasonló, de enyhébb tünetek között betegedtek meg: nátha, conjunctivitis, köhögés, hányás, ill. hányinger, hasmenés. Polyneuritisre utaló tünetek, föképen zsibbadás, paraesthesiák, majd fájdalom a végtagokban, már pár nap mulva jelentkeztek, ám 2—4 hét volt szükséges ahhoz, hogy a következményes petyhüdt bénulás kifejlödjék.

B. K. feleségét január 25-én (a betegség kezdete után kb. 6 héttel) és őt magát február 3-án vettük fel a klinikára. Felvételkor már talpraállni, járni, kezével fogni nem tud. Ujjait és csuklóban a kezét mozgatni alig tudja, felkarizomzata nagyon gyenge, de az alkar hajlitása, nyújtása sikerül. Lábujjait, lábfejét mozgatni nem tudja, combizomzat nagyon gyenge, de némi mozgás lehetséges. Mindkét lába térdtől lefelé oedemásan duzzadt volt, in-periostreflexek hiányoztak. A peroneus és a radialis által beidegzett néhány izomban, továbbá a medianus által beidegzett kis kézizmokban részleges elfajulási reactio volt.

A család másik fele, az 54 éves id. K. S., az asszony atyja, továbbá két fivére, kb. 2 hónap előtt betegedtek meg. A két fiatalabb beteg acut gastroenteritis tünetei között lett beteg, majd teljes étvágytalanság és rohamos fogyás. Néhány nap mulva először a lábon, majd a kezeken zsibbadás, később nagy fájdalom és rohamos gyengülés jelentkezett. Az idősebb K. S.-nak acut mérgezéses tünetei nem voltak, betegsége lényegesen enyhébb, csak nagyfokú izomgyengeségben, soványodásban és zsibbadásban, valamint teljes in- és periostareflexiában nyilvánul.

Szív: a bénulás tetőfokán legkifejezetteb tachykardia minden esetben. Egy esetben a myokardium súlyos laesióját az Ekg. is mutatta, három T., mely lassan múlik; másik esetben lapos T-k. Conjunctivitis 3 esetben, makacs melanosis 1 esetben, barnás korpádzó hámlás 2 esetben. Körömelváltozások 5 esetben fordultak elő. Papillitis 4 esetben.

Előadások:

Neuber E.: *A skleroderma serologiája és fajlagos kezelése, különös tekintettel újabb kutatásokra.* A kiewi egyetem felkérte előadót, hogy az orosz egyetem skleroma kézikönyve számára a fajlagos diagnostika és a fajlagos gyógykezelés köréből irjon egy-egy fejezetet. Ez az előadás e két fejezetnek kivonatos közlése.

Előadó már 1909-ben *Goldzieher Miksa dr*-ral kiépitette a tokos bacillusok complementkötési reactióját, amellyel nemcsak a tokos bacilluscsoportot, hanem azon belül a sklerombacillus elkülönítését is sikerült elérnie. Később egyedül végzett complementkötést egyéb tokos bacillusokra (typusokra) is, igy e kutatásokat az ozeana, a *Friedländer*, stb. kórokozókra is kiterjesztette, amely vizsgálatok szintén azt eredményezték, hogy a skleroma bacillus és a többi typus a tokos bacillusok csoportján belül a complementkötési el-

járással könnyen elkülöníthetők, továbbá azt is sikerült bebizonyítania, hogy a skleroma-kórkép egy sui generis megbetegedés.

Előadó foglalkozik még egyéb (agglutinatio, praecipitatio) serologiai eljárásokkal, amelyek azonban megbíz atóságban és érzékenységben a complementkötési eljárás mögött maradnak.

1917—1918-ban sikerült előadónak skleromás betegein a *fajlagos allergiás reactiókat* is kiépítenie, melyek közül az intratcutan fajlagos *allergiás reactiókat* a legérzékenyebbnek találta. Ezen az úton haladva, előadó immár 9 éve foglalkozik *a skleroma fajlagos kezelésével.* Legelőször a *fajlagos vaccina-kezelést* kisérelte meg, amely igen jó eredményeket adott, ha a szervezet nem volt anergiás állapotban. Amennyiben a szervezet anergiásnak mutatkozott, akkor előbb aranykezelésben részesítette, hogy az anergiás szakból kiragadja és ismét átvigye a hyperergiásba. Utóbbi esetekben a fajlagos vaccina-kezelés már igen jó eredményeket adott.

Végül *fajlagos reconvalescens* savó-kezelést alkalmazott (eddig 8 esetben) kitünő eredménnyel. Ezt főleg egészségileg erősen leromlott skleromás betegeknek adta, akiken activ immunkezelést már nem alkalmazhatott — ezzel már nem terhelhette meg az anergiás szervezetet, — a passiv fajlagos kezelés egyik-másik esetben azonban úgyszólván csodákat müvelt. Legutóbb pedig *fajlagos transfusiós* kezelést végzett. Utóbbi kezelésnek feltételei mindenesetre ritkán vannak megadva, mert csak elvétve akad olyan reconvalescens skleromás beteg, akinek vércsoportja megfelel a skleromás betegének. Utóbbi fajlagos kezelési mód feltétlenül a legértékesebbek közé tartozik, mert ebben a fajlagos védőanyagok a gyógyult szervezetből közvetlenül átmennek a beteg vérébe. Ennek megfelelőleg a gyógyhatás is kitünőnek bizonyult.

Mindezek alapján előadó a fajlagos therapiát feltétlenül a többi gyógykezelés (chemo-sugaras therapia) fölé helyezi.

Lénárt Z.: Mint laryngológus hangsúlyozni kívánja, hogy *Neuber* prof. eredményei, tudományos értékük mellett, rendkívül fontos gyakorlati vívmányt jelentenek. A skleroma eddig teljesen gyógyíthatatlan betegség volt, amely ellen tisztán tüneti kezelésre voltunk utalva. Az infiltratumok kiirtása, a szükületek tágítása, úgyszintén a röntgenkezelés is csak helybeli javulást idézett elő, az általános fertőző folyamat azonban továbbra is fennállott és előbb vagy utóbb a beteg halálát okozta. A *Neuber* prof. klinikájára küldött betegeink közül azok, akiknél a betegség még a kezdeti stádiumban volt, a vaccina-kezelésre nyom nélkül meggyógyultak, de az előrehaladott szakban is megbecsülhetetlen a vaccina kezelés értéke, mert általa a localis kezelés eredményei tartósakká válhatnak. Nagy jelentősége van továbbá annak, hogy a skleroma a seroreactio segítségével biztosan felismerhető. Igy a kezdődő, tüneteket még nem okozó megbetegedések korán felismerhetők, ami lehetővé teszi az idejekorán való gyógykezelést, másrészt a lappangó betegséget a beteg környezetéhez tartozókon meg lehet állapitani és igy a fertőzés továbbterjedését meg lehet gátolni. Tapasztalataink annak a felismerésére vezettek, hogy a specifikus vaccinakezelés a skleroma-therapia problémáját teljesen megoldotta és büszkék lehetünk arra, hogy ennek a nagyjelentőségü kérdésnek a megoldása, amely el fog terjedni az egész világon, magyar tudósnak köszönhető.

A Magyar Urologiai Társaság november 14-i ülése.

Bochkor D.: *Lymphoid leukaemia kapcsán fellépett anuria.* 41 éves férfibeteg 20 órás anuriával került az Uj Szt. János kórház urológiai-sebészeti osztályára, miután előzőleg leukaemia kórismével a budapesti Eötvös-rádiumkórházban besugározták. Az anuriát ideiglenesen ureterkatheterismussal sikerült megoldani, 4 nappal később exitus. A boncolás kapcsán kiderült, hogy az egyik oldalon a nagy retroperitonealis nyirokcsomók teljesen összenyomták az uretert, a másik oldalon az összenyomás nem volt oly nagyfokú, a teljes eldugulást, illetve anuriát uratszemcsék dugaszolása idézte elő. A leukaemia és vesekőképződés között okozati összefüggést lát, mert leukaemiás betegek húgysavas homok, illetve kő képződésére hajlamosak.

Előadás:

Schmidt A.: *A vese-ecchinococcusról.* Az ecchinococcustömlők keletkezését ismerteti. Az összes ecchinococcus-esetek 2½%-a vese-ecchinococcus. A vese sebészi beteg égei között az ecchinococcus nagyon ritka, az első sebészeti klinikán 1000 vesemütét közül csak 3-at végeztek ecchinococcus miatt. A kórismét a vizeletben megjelenő féregfejecskék, leánytömlők könnyítik meg. A röntgenkép nem mindig jellegzetes. A tömlő szúrtcsapolása kórismézés szempontjából mühiba, mert a környező szövetek fertőzését okozhatja. A vese-ecchinococcus kezelése sebészi. Négyféle sebészi eljárás használatos: 1. A vesét a tömlővel együtt eltávolítják, ha a vese teljesen tönkrement. 2. A tömlőt vesecsonkolás kiséretében távolítják el. 3. A tömlőt megnyitva kitakarítják és elsüllyesztik. (Veszélyes eljárás, melyet ma már nem használnak.) 4. A tömlőt kivarrják és nyitva kezelik. Ez a legkiméletesebb és leggyakrabban alkalmazott eljárás. Az I. sz. sebészeti klinikán 3 vese-ecchinococcus esetet nephrektomiával kezeltek, mert mindhárom esetben a vese tönkrement. Egy vese-ecchinococcust utánzó retroperitonealis ecchinococcust pedig kivarrással kezeltek.

Farkass I.: Bemutatja az évek előtt operált ecchinococcusesetét, amely egy 28 éves férfira vonatkozott, akinek a hólyagon át baloldali vesegörcsök kiséretében mogyorónyi tömlő távozik el. Utóbbi sok konyhasót tartalmazott, de horgokat nem. A marha-ecchinococcussal végzett complement kötésü reactio erősen positiv volt. A májban is dónyi elmeszesedett ecchinococcus-tömlők. A röntgenképen inkább vesecystára jellegzetes képet talált. A vese feltárása után kinyitás után a tömlőket kivarrta, tamponálta, ilymódon teljes gyógyulást ért el.

Babits A.: *Hombreollal szerzett tapasztalatok dülmirigy túltengés eseteiben.* 26 esetben alkalmazta a prostatahypertrophia első és második stádiumában a hombreolt, a hatás megitélésében a subjectiv panaszok változásain kívül a residualis vizelet és a sphincter cystoskópiai képének változását vette alapul.

Az első csoportban, ahol cystoskópiailag alig volt bedomborodás, 9 eset közül 8-ban, a második csoportban enyhe sphincter bedomborodás mellett 3 eset közül 3-szor, a harmadik csoportban mérsékelt oldallebenyek esetében 3 eset közül 3 a hombreol-kezelésre javulást mutatott. Mindhárom csoportban residualis 200 ccm-n alul. A negyedik csoportban (11 eset), ahol a prostatanagyobbodás tetemes volt, egy esetben némi javulást, 10 esetben változást nem tapasztalt. A vizelet hormontükrének megállapításában azt tapasztalta, hogy a kezelés alatt a vizeletben több hormon választódott ki, mint amennyit bevitt.

Hajós K.: Általános endokrinológiai elgondolás alapján szól a kérdéshez. Az eddigi vizsgálatok szerint úgy látszik, hogy a prostatának is van belső secretiós szerepe, de nem tudjuk, hogy ez milyen szövettani elemekhez van kötve. A prostatahypertrophia hormonkezelésében sok ellentmondás van, mert pl. a castrált egyén prostatája elsorvad, tehát a herehormon hiánya következtében kisebb lesz a prostata. Az öreg korban hiányzik a herehormon és mégis megnagyobbodik a prostata. Miután a prostatahypertrophia inkább az öregedő kor betegsége és az öregkor élettanilag pluriglandularis elégtelenségnek tekinthető, a herehormon adagolása csak általánosan erősitő, stimuláló hatással birhat. Emellett szól az is, hogy a herehormon inkább az általános kórtüneteket szünteti meg, de nem befolyásolja a prostata helybeli, anatómiai elváltozásait.

Szarka S.: A gonadotrop hormonnak a hímnemü szervekre gyakorolt hatását ismerjük. A gonadotrop hormon hatására úgy a nemileg nem érett, mint a nemileg érett állatok nemzőszervei megnövekednek. A különböző forrásokból származó gonadotrop hormon hatása között azonban különbséget kell tenni. A vizeletből származó hormon hatását magából a mirigyből, de különösen a terhes ló vérserumából származó gonadotrop hormonok sokszorosan felülmúlják. Az I. sz. női klinika laboratóriumában egy ilyen gonadotrop hormon keveréket állított elő, amellyel a hímnemü szerveken a legerősebb növekedést érte el. A gonadotrop hormon hatásának, férfiakon végzett pontos kisérletes vizsgálatára, meglehetősen kisszámú adat áll rendelkezésünkre. Nőknél e tekintetben a vizsgálatok sokkal előrehaladottabbak. Ma már tudjuk, hogy a férfi és a női sexualhormonok chemiailag közeli rokonok s igy azt a jelenséget, hogy a férfiak szervezetében tüszőhormont, a női szervezetben hímnemü hormont találunk, nem tartjuk csodálatosnak.

Minder Gy.: Az Uj Szt. János kórház urológiai osztályán szintén alkalmazzák a hormonkezelést, egységes kép még nem alakult ki, mert többféle készítményt használnak. Sikeres esetek mellett sikertelen esetei is vannak, a hatás megítélését nehezíti egy bizonyos, megbizható testobjectum jelen-

léte. Az újabb ismeretek a prostatahypertrophia endokrin genesise mellett bizonyítanak, s ha bizonyos embryológiai vizsgálatoknak is hitelt adunk, úgy egy régi, eddig érthetetlen klinikai megfigyelésre kapunk magyarázatot, amely arra vonatkozik, hogy a prostatahypertrophia csak a colliculus seminalistól centralisan fekvő mirigyrészletekre terjed ki. Embryológiailag ugyanis a prostatának ez a része bisexualis eredetű, s így annak növekedése a here incretorikus működésének csökkenésével, vagyis a heterosexualis befolyás növekedésével okozati összefüggésbe hozható.

Farkas I.: Négy éve foglalkozik a prostatahypertrophia hormonkezelésével. A hatás megítélésében ő is nehézségeket lát. Újabban férfihormonokon kívül női hormonnal, így gyandubolin nagy adagaival kísérletezett, s meglepetésére ilyenkor is jó hatástl átott. Ebből azt következteti, hogy a sexualhormonok bármelyikével lehet bizonyosfokú eredményt elérni, valósínüleg olymódon, hogy azok a hólyag izomzatát erősítik és ezzel a vizelet kiürítését megkönnyítik. Ennek tulajdonítja, hogy eredményeket csak a prostatahypertrophia első és második stádiumában érünk el.

Babits A.: A hormonhatás kérdésének kutatását prostatahypertrophia eseteiben az is nehezíti, hogy a kísérletekhez felhasznált állatokon észlelt prostatahypertrophia az embereken észlelt elváltozásokkal nem mindenben egyezik.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika Orvosai Tudományos Társulásának november 10-i ülése.

Bemutatások:

Eisenberg D.: *Postenkephalitises beszédzavarok és azok kezelése bolgár kúrával.* A beszéd az agykérgi beszédközpontok által irányított és a pyramis-rendszeren át effektuált akarati ténykedés, mely mozgásbeli folytonosságában az extrapyramidum által beállító- és együttmozgásokkal, továbbá szünetek által tagolt folytonossággal, beszéd-dallammal, tempóval és rhythmussal ellátva mechanizáltan, gépszerűen folyik le. A járványos agyvelőgyulladás által okozott extrapyramidalis beszédváltozások klinikailag: 1. akinetikus-hypertoniás, 2. hyperkinetikus-dystoniás és 3. psychomotoros beszédzavarok csoportjára oszthatók. Négy beteg bemutatása nyujt példát az akinetikus-hypertoniás kórformának a monosymptomás rekedtségtől a teljes anarthriáig terjedő nagy változatosságára, egy beteg mutat hyperkinetikus-dystoniás és az egyik első csoportbeli beteg a psychomotoros (Benedek-féle klazmaniás) beszédzavarra valló tüneteket. Bemutató tapasztalatai szerint a belladonna 5%-os főzetével történő ú. n. bolgár kúra, mint lényegében hypertonia-elleni kezelés, a beszédzavar hypertoniás jellegére javító hatású, azonban a postenkephalitises beszédzavarok tüneteinek fentebb felsorolt túlnyomó többségét nem befolyásolja.

W. Kaufmann I.: *Közép- és köztiagy pluriglandularis megbetegedés javult esete.* 41 éves férfibetegen, akin családi terheltség, lues, tbc. kimutatható nem volt, két év előtt kezdődő, az utolsó félévben rohamosan progrediáló fejfájás, végtagfájdalmak, állmatlanság, myasthenia-szerű teljes elerőtlenedés, súlyos polidipsia és rohamos lesoványodás mellett objectiv enkephalitisre valló klinikai elváltozások jelentkeztek a központi- és vegetativ idegrendszer működéseiben. A vérmirigyrendszer terén eddig le nem írt csoportosulásában a mellékvesekéreg- és hypophysis súlyosan csökkent, viszont a pajzsmirigy túlműködése volt megállapítható. A sella sekély és kicsi, röntgenvizsgálat thymust nem, ellenben a bal mellkasfélben ismeretlen aetiológiájú, mindmáig tünetmentes, lúdtojásnyi meszes cystát vagy tumort mutatott ki. Úgy az idegrendszeri tünetek, mint az endokrin systema elváltozásai egységesen csak a közép- és köztiagy gyulladásos megbetegedésével magyarázhatók. Az összes subjectiv panaszok a vérmirigyrendszer és a vegetativ idegrendszer kóros reactióival együtt hatheti Richter-féle cortigen-kezelésre teljesen megszüntek, a központi idegrendszerbeli tünetek terén pedig részleges javulás állott be.

Weinstein P.: A szemészeti analysis enkephalitisre hívja fel a figyelmet.

Lobmayer G.: *Érdekes sebészi esetek. Többszörös gyomorperforatio:* Sz. B. 25 éves iszákos férfibetegnek 3 éves gyomorpanaszai vannak. Bejövetelének reggelén rosszullét, hányás, csuklás, hőmérséklete: 38.6, pulsus: 120. Azonnali műtétkor a kisgörbületen, közelebb a cardiához, tehát rendellenes helyen perforatio. Peritonitis. Műtét után delirium tremens. Exitus. Boncoláskor kitűnik, hogy a hátsó falon, az elülsőnek megfelelő helyen egy másik perforatio is van.

Többszörös ileus okok: K. L.-né 55 éves nőbetegről referál, kit ileus gyanúja miatt megoperált. Műtétkor kiderült, hogy az ileusra négy ok is volt: 1. húrszerű köteg, mely leszorítja a duodenum pars horizontalisát, 2. baloldalt férfiökölnyi parovarialis cysta, mely leszorít egy oda lecsúszott vékonybélkacsot, 3. incarcerált jobb cruralis sérv, 4. kő okozta epehólyaggyulladás. Sima gyógyulás. Szél, székelés volt.

Rekord kötermelés. Sz. N.-né 4 éves nőbeteg, 11 gyermek anyja, 1 év óta 14 kg-t fogyott. Vizsgálatakor a jobb hasfélben elmozgatható, gyermekfejnyi daganat. Műtétkor óriási epehólyag, 1816 kő és egy férfitenyérnyi, hófehér, porckemény, rákra gyanús terület. Szövettani lelet: carcinoma adenomatosum. Gyógyultan távozik.

Fájdalmatlan combnyaktörés. Dr. E. M. 54 éves férfi az utcán elesik. Súlyos, darabos combnyaktörés, amely a férfi relativ fiatal korára és az aránylag nem nagy traumára való tekintettel túlságosan súlyos. Vizsgálatkor feltünik a beteg relativ fájdalmatlansága, mely luesre teszi gyanússá. A Wassermann-vizsgálat feltevését igazolja, amennyiben +++ positiv volt. Antilueses kúra, gyógyulás.

Ranschburg P.: *Nyaki gerincvelői tumor esete.* 42 éves, többgyermekes asszonyon legalább 3 évre visszavezethetőleg mindkét felső végtag és az egész bal testfél érző hüdése fel a C_4-ig és a jobboldali mozgató hüdés a C_3-tól, ill. a C_4-től lefelé állott fenn, úgyszintén jobboldali Horner-tünet, j. o. phrenicus-hüdés: vasomotoros-, verejtékkiesés és fájdalmi zavarok, s egyáltalán minden téren egyazon localisationak megfelelő jobboldali góc okozta Brown-Sequard-hüdés tünetcsoportja fejlődött ki. A myelographia *(Ranschburg-Holitsch)* az egész nyaki gerincvelőt a C_2—C_4 magasságában körülfogó stop-ot mutatott, melyen alul inkább intra-, semmint extramedullaris hegesedés vagy tumor volt. Tapasztalataink szerint felvehető. Rectalis aethernarkosisban *Lobmayer Géza* a beteg ép öntudata s teljes fájdalmatlansága mellett végzett laminektomiát a 4—6 nyakcsigolyán, hol is a velő duzzadt, lágyabb, s a pia alatt fölfünő dara-kölesnagyságú kékesfekete pettyekkel tarkázott volt (melanoblastoma). Az ettől felfelé terjedő nyaki velőn a kemény- és középső agyburok főleg jobboldalt a piával jórészt összenőtt. Az adhaesisok lehetőleges felszabadításával a seb záratott. Per primam sebgyógyulás. A jobboldali mellkasfél légzési hüdése, a tachypnoe, tachykardia, Horn-tünet, s az egyéb sympathikuszavarok pár órával amütét után már megszüntek. Azóta a mozgató hüdésben fokozódó lényeges javulás. Hat hét leteltével a napokban Röntgen-besugárzást kezdtünk. A nyaki velő és nyúltvelő piájának primaer melanoblastomái (*Farnell, Globus* és *Bailey*, 1931—1936) csak a legutolsó években lettek ismertekké.

A Pesti Izraelita Hitközség Kórházai Orvosi Karának novemberi ülése.

Bemutatás:

Szécsi I.: *Bronchographiás esetek.* A typikus tünetektől eltérő néhány eset bemutatása a demonstratio célja. 19 éves piknikus leány, 1 évig tartó 38 C° körüli hőmérséklet, úgyszólván semmi köpet. Koch negativ. Ok a bal hátsó mezőben ülő cylindrikus tágulat. *Secundär bronchiektasia több esete:* 15 éve tartó zsugorodó tbc. a tal tüdőben, nagy elhúzottságával a szív és mediastinumnak. Napi 200 ccm. Koch negativ köpet, normalis süllyedés. Nagyszámú zacskószerű tágulat a bal közép és alsó mezőben. Genyes b. o. mellhártyagyulladás bordaresectióra gyógyult. Egy év után köhécselés, többszöri tüdővérzés. Ok a callus kürthatására fejlődő cylindrikus hörgtágulat.

Vérzés gyakori tünet. Nyálkahártya arosiók, vagy varixok az okai. *Gergely* egy esetében az 5 éve tartó ismert vérzéseket a piknikus 21 éves fiun, kiben mindkét alsó mezőben cylindrikus hörgtágulások voltak, csak 2 oldali pneumothorax tudta megszüntetni. Éveken át tünetmentes volt, amikor a töltést önként abbahagyta. Utóbb vérzéses halál következett be.

Diagnostikusan tanulságos eset: 36 éves piknikus nőbeteg ismétlődő tüdővérzések miatt ismételt tüdősanatoriumi kezelés. Spec. folyamatok műtéti kezelése céljából került Pestre, amikor kiderült, hogy a szív mögött elhelyezkedő cylindrikus br. e. az ok. Endobronchialis guajacolenucerios kezelésekre teljes tünetmentesség.

Hasonló esetek demonstrálása amellett szól, hogy az atypikus esetek felkutatása érdemes, mert főleg az endobronchialis kezelések s újabb műtéti eljárások sok esetben tudnak a beteg baján segíteni.

Eseteik igazolják *Gergely* régebbi észlelését, hogy a világos hajszínü, piknikus testalkatúakon a bronchiektásia gyakoribb.

Kalocsay G.: A bronchoskopia és a bronchographia elterjedése nagy lépéssel vitte előre a belgyógyászati diagnostikát és therapiát is. Bizonyos, hogy igen sok esetben nyújt felvilágosítást épen olyan esetekben, ahol a belgyógyászati vizsgálatok nem tudják teljesen tisztázni a tünetek okát. Ha belorvosaink megismerkednek és megbarátkoznak a tejesen ártalmatlan eljárással, úgy sokkal többször fogják igénybevenni a gégészek segítségét s a betegnek mindig haszna lesz belőle. Felhívja a figyelmet a kevés contraindicatióra (jódérzékenység, tbc., általános gyengeség). Ismertet egy irányítható kathetert, melynek segítségével erősen megkönnyített a középső és felső lebeny betöltése is. Nincsen szükség a szokásos Trendelenburg-helyzet alkalmazására. Nemcsak az üregképződéssel járó elváltozások alkalmasak a bronchographiára, még több hasznát látjuk a térszükítő folyamatokban. (Jó- és rosszindulatú tumorok). Kéri a belgyógyászokat, hogy minél gyakrabban alkalmaztassák a therapiásan kiváló hatású endobronchialis kezeléseket.

Deutsch E. és Erős G.: *Polyomyelitis anterior acuta infectiósa foudroyans esete. Deutsch E.:* A polyomyelitis acuta halálos kimenetelü foudroyans esetéről értekezett. A megbetegedés genius epidemicus-ának malignitása, továbbá a bemutatásra kerülő kórszövettani készítmények érdekes volta késztették az előadót a tragikus gyorsasággal lepergett kórfolyamat ismertetésére. Budapesttől távol betegedett meg a 11 éves kitünően fejlett és táplált leánygyermek a légző- és emésztőszervek enyhe hurutos tünetei között, a fej és az egész gerincoszlop mentén székelő fájdalmaktól kísérve; a jelzett tünetek lázzal jártak, melynek maximuma 38 C° volt. Egy hét eltelte után szállították a beteget Budapestre; megérkezét követő nap hirtelen mindkét oldali felső végtagja megbénult, melyhez néhány órán belül teljes hangtalanság csatlakozott. Ebben az állapotban került a gyermek a Bókdy-Gyermekkórház fertőző osztályára, ahol a két felső végtag teljes laza hüdésén kívül a nervus reccurens teljes bénulását észlelték. A gyermeknek egy fél nap leforgása alatt három ízben voltak légési nehézségei és az utolsó roham a légzésbénulás összes tünetei között halálhoz vezetett. A még korábban, kórházon kívül végzett lumbalpunctió alkalmával a liquor erős nyomással ürült s a nyert folyadékban kevés fehérje és pleocitosis volt kimutatható. Az észlelt tünetek ascendáló gerincagyfolyamat tipikus képét nyujtották, melyek a medulla spinalis nyaki részéből a légzőcentrumra terjedtek át. (Landry-féle paralisis). „Polyomyelitis reconvalescentenserum" 50 ccm-ét fecskendezte be intramuscularisan, azonkívül tetrophant is adagolt s természetszerüen a szokásos, a centralis légzési zavarokat befolyásoló gyógyszereket (Lobelin, stb.). A betegen az utolsó órában állandó mesterséges légzést alkalmazott. Az ismertetett esettel kapcsolatban foglalkozott a betegség ganglio cellulotrop virusának systemelektiv tulajdonságával. Vetített képekkel ismertette a majmokon végzett kisérleteket, nemkülönben a betegségnek az embereken észlelt typusait. Részletesen foglalkozik az area olfactoria-nak zinksulfat és pantokain 1%-os oldatával történő befecskendezésére, utalva a macacus majmokon végzett ezirányú kisérletekre. Behatóan foglalkozik a P-reconvalescens serum, Mischnormalserum és vértransfusio prophylactikus és therapeutikus értékével.

Erős G.: Az idegrendszer szövettani elváltozásait demonstrálja. Az eset kórbonctani érdekessége az, hogy egészen korai stadium képét mutatja. A szöveti beszürődésekben a polyoblastokkal szemben a leukocytás phasis dominál, amit az emberi pathologiában csak ritkán látunk, inkább a kisérleti majom-polyomyelitis korai stadiumaiban. — A legsúlyosabb elváltozások a gerincvelő cervicalis segmentumában voltak, intensitási sorrendben következnek ezután a lumbalis segmentum, a nyultvelő, végül az agy. Kiemeli, hogy a pathologiai folyamat leglényegesebb momentuma a motoricus systema idegsejteinek bántalma, a szöveti beszürődés részben csak secundaer jelenség, a perivascularis infiltratumok és lágyburkok elváltozásai pedig a mesenchyma reactioi a virus mérgével szemben. A virus affinitását a motoricus idegsejtsystema iránt is az mutatja, hogy a nagyagyban idegsejtelváltozások és neuronophagia kizárólag csak az area praecentralisban figyelhetők meg. A nyultvelőben ez az electivitás nem olyan kifejezett, a legtöbbször, mint a bemutatott esetben is, a sensoricus idegmagvak sejtjei is megtámadottak. Az idegrostokon a peripheriás idegekben elváltozásokat egyáltalán nem talált. Utal arra, hogy a kórbonctani elváltozások adatokat szolgáltatnak a virus behatolási kapuira és az idegek mentén terjedésére vonatkozólag is. A majomkisérletek meggyőzően igazolják az idegek mentén történő terjedést, ám újabban bizonyos jelenségek alapján felvették azt a lehetőséget is, hogy a gyors szétterjedésben az idegek és idegpályák mellett esetleg a nyirokkeringés és liquor is szerepet játszik.

Richter H.: A kórszövettani lehet nagyon hasonlít az experimentalis polyomyelitis esetében talált szöveti elváltozásokhoz. A meningealis és vascularis elváltozások csak kisérő jelek, a folyamat lényege az idegsejtekben játszódik le; ez a primaer folyamat. A reconvalescens serum hatásossága idáig csak az ú. n. virus-közömbösítési próbákon alapszik. Összehasonlító statistikai adatok, amelyeket az 1931. amerikai járvány idején gyüjtöttek serummal kezelt és nem kezelt esetekről, nem bizonyítják a serum-kezelés hatásosságát. Inkább az egyes esetekben észlelt közvetlen klinikai benyomás az, amely a szerzőket a serumkezelés alkalmazására indította.

Steiner B.: Utal a praeparalytikus stadium felismerésének nehézségére. A nehezen beszerezhető reconvalescens serum helyett felnőttek vérét használják. A Landry-typusú bénuláshoz hasonló korformát Amerikában egy kullancs (dermacentor andersoni) csípése után is észleltek. A kullancs eltávolítása teljes gyógyuláshoz vezet, ha nem találták meg, több esetben légzési bénulást okozott.

Goldberger M.: Kiemeli az eset nagy jelentőségét, mely mindenképen indokolja az eset ismertetését. Abból, hogy a garat és bélrendszer elváltozásai egymásmellett találhatók fel, arra kell következtetni, hogy az általános fertőzés tünetét és nem a behatolási kapú útját jelzi. A szövettani képek azt bizonyítják, hogy a sejtek elpusztulását nem a sejtkörüli oedemák idézik elő, hanem az idegsejtek primaer tönkremenése. A restitutio tehát attól függ, hogy mennyire és mennyi idegsejt pusztul el és maradtak-e ép idegsejtek, amelyek a functiót átvehetik. Érdekes volna annak vizsgálata, hogy az eset mennyire igazolja, hogy a gyermekkorban időközönként jelentkező halmozott peripheriás facialis bénulások csakugyan a Heine—Medin-betegség abortiv esetei. A reconvalescens serumot adnunk kell, mert nem tudunk jobbat.

Bányai G.: Felhívja a figyelmet a polyomyelitis anterior acuta rövidhullámú kezelésére. A kórház fertőző osztályának egyik betegén észlelt, valamint a főként francia és olasz szerzők által közölt therapiás eredmények az esetek csekély száma miatt és a tünetek spontan javulási tendentiája folytán ugyan nehezen ítélhetők meg, mégis biztatóak Az intumescentia lumbaliónak, ill. cervicalisnek megfelelően alkalmazott elektródok alkalmazásával a Heine—Medin betegség óvatos rövidhullámú kezelését ajánlja.

Acél D.: Aetiologiai és epidemiologiai szempontokból szólt hozzá.

Amerikai kórházak.

Az amerikai korházak szervezete lényegesen eltér az európaiakétól. Az a nagy különbség legfőképen annak a ténynek tulajdonítható, hogy Amerikában a betegellátás majdnem teljes mértékben a privát praxis tárgyát képezi. Mig itten az O. T. I., a M. A. B. I. a betegek ezreit látja el orvosi kezeléssel, Amerikában a biztosító intézetek csak ambulanciákat létesítenek a nagyobb gyári üzemekben. Ezenkívül csupán a betegség alatti kereset elmaradás ellen van biztosítás.

Majdnem háromnegyed része az amerikai kórházaknak, magántulajdonosok kezében vannak, amely elsősorban a magánpraxist szolgálhatja. Vannak ugyan az u. n. megyei kórházak, nagyobb városokban, melyekben a szegény sorsu betegeknek ingyenes kezelésre lehet igényük. Ezek száma azonban nem nagy. Nem privát kórháznak tekinthető még az egyház által fentartott néhány kórház is.

A kórházak alakulása megfelel bármilyen közérdekü vállalkozás alakulási módjának. Az alakuláshoz szükséges pénzt elsősorban részvények és kötvények kibocsájtásával kezdik meg. Jórészt olyan nagy vagyonú emberek, alapítják az ilyen kórházakat, akikben kellő mértékben

meg van a hajlandóság emberbaráti intézmény alapítására, de befektetett pénzükért jövedelmet is akarnak látni. Legtöbb esetben egy nagy vagyonú ember és közvetlen személyi ismerősei alapítanak kórházat. Egypár kiragadott példa talán eléggé illustrálja ezt. A filmemberek közül első helyen áll *Harold Lloyd*, kinek vagyona 12 millió dollár körül van, 300 ágyas kórháza van Los Angelesben, a hires „Hollywood Hospital," építési költsége kb. 1 millió, melynek ¾ részét ő fedezte, ¼ részt személyes barátai adták. A filmhírességek közül sok névvel találkozunk még a kórházalapítók között, így *Charley Chaplin, Wallace Beery, Douglas Fairbanks*, a *Barrymore fivérek* nevével sőt a filmszinésznők is elég szép számmal vannak képviselve, a már meghalt *Mary Dressler*, a hires *Mary Pickford*, sőt a nem amerikai *Greta Garbo* is, aki Európában létesített kórházat. De nemcsak a film emberei látják igy biztosítva a nevük és vagyonuk fennmaradását, hanem az orvosok között is találunk vállalkozó szellemüeket, nem szólván a nagy vagyonú autógyárosokról, így *Henry Ford* a saját munkásai részére alapítja a „Dearborn Hospital"-t, továbbá *Nash* és *Vincent Benedix*, az autó alkatrész gyáros alapítanak több kórházat Chicagóban. Az irók közül *Sinclair Lewis*. A nagyobb kórház alapítók között találjuk *William Wrigley*-t a rágógumi királyt is. De nemcsak a dúsgazdag és közismert nevű emberek neveivel találkozunk, hanem akad igen sok kisebb kereskedelmi ember, akik egész jelentéktelen kis helyiségekben alapítanak pár ágyas kórházat, mellyel nemcsak örök emléket állítanak nevüknek, hanem jó tőkeelhelyezési lehetőségnek és biztos pénzforrásnak vetik meg alapját. Ehhez hozzájárulnak az évente rendezett gyüjtések, s a magánosok adakozása az ilyen kórházakban ingyenes betegek részére felállítandó ágyakra. Ott ahol megyei kórház nincs, ott a megye a maga ingyenes betegei részére megjelöl egy vagy két privát kórházat, ahol az ingyenes betegek ápolási költségeit magára vállalja.

A kórházak tehát üzleti kereskedelmi társasági forma szerint alakulnak. A legnagyobb érdekeltséggel biró alpítókból a főrészvényesekből egy u. n. „Committee" alakul. Ez a bizottság mint egy legfőbb irányitója a kórház ügyeinek, de természetesen majdnem kizárólag csak az anyagi ügyekre van ingerentiája. A bizottság egy neves orvost abban a városban, ahol a kórház van, szerződtet a kórházhoz igazgatói minőségben. Az igazgató hatáskörébe tartozik a kórház személyzetének kiválogatása, a kórház felszerelése és üzemben tartása.

A kórházak privát jellege nemcsak alapítások módjában nyilvánul meg, hanem abban is, hogy az itt fekvő betegek mindvégig kezelő orvosuk privát betegei maradnak. Márészt viszont más, mint orvos, nem is hozhat beteget a kórházba. Az orvos tehát a kórházban is épp úgy kezeli betegét, mint otthon; a kórházi személyzet csak arra való, hogy szakszerű ápolást nyújtson s az orvos parancsait teljesítse. A kezelés számára tehát nem csak az az előny marad meg, hogy olyan valaki kezeli a beteget, aki már őt és a constitutióját ismeri, hanem a betegnek felgyógyulásba vetett bizalmát is növeli az, hogy megszokott orvosától nem kell megválnia. A kórházba vonuláskor az orvosok általában, hacsak a betegnek nincs kifejezetten más kivánsága, ragaszkodnak egy bizonyos általuk kijelölt kórházhoz, ahol betegeiket elhelyzik. Minden kórház körül csoportosul ily módon egy bizonyos számu orvos. Ezeknek legkiválóbbjai egy u. n. „staff"-et alkotnak, amelynek tagjai az igazgató mellett saját osztályukat illetőleg tanácsadókul működnek a kórház fejlesztése érdekében is speciális tudományos kérdésekben. De az orvosok hetenkint referádákat is tartanak, mikoris a különböző tudományos kérdéseket, valamint a kórházban lévő betegek körül felmerült különleges complicatiók teszik vita tárgyává. Ezek a viták kétségkivül nagy mértékben fejlesztik az orvosok szaktudását. Természetszerüleg a külső kezelőorvosok egyedül nem tudnak mindenféle munkát elvégezni a beteg körül. Minden kórház rendelkezik megfelelően felszerelt laboratoriummal, röntgennel, physikalis kezeléssel és az ezekhez szükséges segédszemélyzettel. Ezeknek orvosai állandó alkalmazottai a kózháznak.

Az ápolás orvosi részét az u. n. interne-ek látják el, Amerikában a diploma megszerzése után kötelező egy vagy két évig terjedő kórházi gyakorlat szerzése. Az internisták ezekből a gyakorló orvosokból kerülnek ki. Minthogy ezek mintegy tanulmányaikat folytatják, ezalatt az idő alatt fizetést nem kapnak, csak lakást, kosztot és mosást. Feladatuk a kezelőorvos utasításainak legpontosabb végrehajtása, általában az ápolás orvost igénylő részének ellátása.

Az ápoló személyzet kétféle, az olyan kórházak, amelyek egyszersmind ápoló tanfolyamot is tartanak, könnyen jutnak megfelelő számú ápolóhoz. Itt a növendékek azután néhány végzett ápoló vezetése mellett végzik el a szolgálatot. A felvétel a tanfolyamra érettségihez van kötve. Kiképzésük rendkivül gondos. Sőt az u. n. staff tagjai adják elő nekik a szükséges tantárgyakat. Ilyen körülmények között nem csodálható, hogy még ők fizetnek, hogy egy-egy nagyobb kórház tanfolyamára bejuthassanak. Ott ahol nincs ápoló tanfolyam, szerződtetett ápolónők vannak.

Az ápolási költségeket természetesen a privát kórházakban a beteg vállalja. Ez nem pausálé alapon van megállapítva, hanem az orvos által rendelt orvosságtól kezdve egészen a műtőszoba, műszerek használatáig, mindennek megvan a maga megszokott taksája. Ingyenes ápolás csak az alapítványi helyeken van. Egyebekben a magánkórház nemfizető betegnek csak első segélyt köteles nyujtani. Az esetleges további kezelés céljából azonnal átteszi a megyei kórházba. Tekintettel arra, hogy az ilyen magánkórházak a legtökéletesebben fel vannak szerelve, a modern orvostudomány minden eszközével, a betegek és külső orvosok bizalmát teljes mértékben bírják.

Igy azután nagyon jó jövedelmi források is alapítóik számára. A kórházalapítás tehát nemcsk a legnemesebb és filantrópikusabb gesztus szenvedő embertársainkkal szemben, hanem — beteg ember mindig lévén, — kitünő és biztos üzleti befektetés is.

Az amerikai magánkórházrendszer a privát praxis térnyerését jelenti. Gazdag embereknek jó tőkebefektetés az ilyen magánkórházak alapítása, nagy pacienturával rendelkező magánorvosoknak pedig praxisuk kibővítését hozza magával, mert a betegek kezelését nem kénytelenek abbahagyni, amikor a beteg kórházba szállítása szükségessé válik.

Domonkos Antal.

VEGYES HIREK

Személyi hírek. A Kormányzó a miniszterelnök előterjesztésére *Mutschenbacher Tivadar dr.* egyet. rk. tanárnak *Horváth Boldizsár dr.* egyet. magántanárnak és *Kerekes László dr.* kórházi főorvosnak a magyar vöröskereszt érdemkeresztjét adományozta. *Krompecher István dr.* egyet. magántanár a heidelbergi egyetem újabb meghivására a mostani félévben vendégprofessúrája keretében két tárgyból tart rendszeres előadásokat az orvostanhallgatóknak; egy anatomiai colleg umon kivül — részben saját vizsgálatai alapján — a szövetek biologiájáról ad elő.

A Nobel alapítvány dijait f. hó 10-én ,pénteken osztották ki ünnepélyes keretek között.A stockholmi zenepalota hatalmas terében már a kora délutáni órákban díszes és előkelő közönség gyült össze, hogy jelen legyen az ünnepségen. Pontosan öt órakor felharsantak a teremben elrejtett zene-

kar kürtjelei, jelezve a király és a királyi család érkezését. Amikor a királyi család elfoglalta helyét, bevonultak a Nobel-díjjal kitüntetett tudósok, kiket a közönség felállással köszöntött.

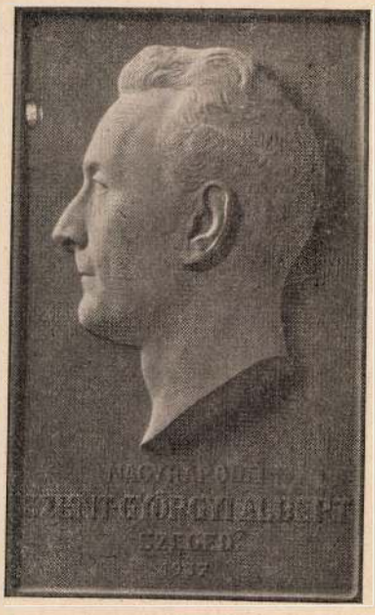
Szent-Györgyi Albert professzor érdemeit *Hammerstein* svéd egyetemi tanár svéd, majd angol nyelven méltatta, melynek elhangzása után *Szent-Györgyi Albert* professzor átvette a király kezéből a díszes aranyérmet, az oklevelet és a csekket tartalmazó borítékot. A közönség viharos tapssal köszöntötte az 1937. évi orvosi Nobel-díj nyertesét.

Szent-Györgyi Albert professzor a kötelező Nobel-előadást szombaton tartotta meg az orvosi kar pathologiai intézetében. Az előadás után résztvett a svéd egyetem rektorának díszebédjén.

Klinikai továbbképző tanfolyam orvosok számára. Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága 1938. január hó 17—22-ig a budapesti egyetem orvosi fakultásán a diagnostika és therapia haladásáról egyhetes továbbképző tanfolyamot rendez. A délelőtti előadásokat a fakultás rendes tanárai tartják, a délutáni gyakorlatokat a tanszék segédszemélyzete. A klinikai szakmákon kívül ezúttal a kórbonctan, gyógyszertan, törvényszéki orvostan és röntgenologia is képviselve lesz. A részletes programmot az Országos Orvosi Kamara közlönye decemberi számának mellékletekép minden magyarországi orvos (10.400) megkapja.

Az egyes előadásokat az orvosok jelentkezési díj nélkül hallgathatják. Felvilágosítást az orvosi továbbképzés központi irodája: Budapest, VIII., Üllői út 26., írásbeli megkeresésre készségesen ad.

Szent-Györgyi emlékérem. A Ferenc József Tudományegyetem orvosi kara annak emlékezetére, hogy *Szent-Györgyi Albert* a Nobel-díjat elnyerte, bronzérmet veretett. A dombormű Szentgyörgyi István szobrászművész alkotása. Az érem



előállítási ára 10 pengő. Aki az emlékérem egy példányára igényt tart, szíveskedjék ezt az összeget a Szeged-Csongrádi Takarékpénztár Szeged 603. sz. csekkszámlájára „Szent-Györgyi emlékérem" megjelöléssel beküldeni.

öt világrész angol olvasóit izgatja hónapok óta *Cronin*, az orvos-író „The Citadel" című regénye, amely a londoni Harley Street híres orvosi rendelőinek üzleteiről, egy hatalmas klikk „Citadellájáról" mond el kemény igazságokat. — 140.000 példányban fogyott el Angliában ez a könyv néhány hónap alatt és nem kis feltünést keltett a magyar kiadás sem. Orvosok és laikusok vitatják izgatottan, vajjon árt-e vagy használ az ilyen leleplező munka a tudománynak, orvosoknak és az orvosban bízó betegeknek. — Dante kiadás.

Laboránsnő szövettani és serologiai szakképzettséggel, perfekt gyors- és gépíró, több évi klinikai laboratóriumi gyakorlattal, német nyelvtudással laboratóriumban elhelyezkedést keres, „Állandó állás" jeligére a Kiadóhivatalba.

262.357—1937. XVI. B. M. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

A fennhatóságom alatt álló budapesti—lipótmezei m. kir. állami elme- és ideggyógyintézetben megüresedett *elme- és idegosztályos tiszteletdijas főorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

Az állás az állami rendszerü VIII. fizetési osztály 3. fokozatával járó illetménynek megfelelő tiszteletdijjal javadalmazott.

Az alkalmazás ideiglenes, tartama 1 (egy) év, mely 1—1 évre meghosszabbítható; az alkalmaztatás, minthogy az ideiglenes minőségü, végleges kinevezésre jogigényt nem nyújt.

Felhívom az ezen állásra pályázni óhajtókat, hogy a megfelelően felülbélyegzett pályázati kérvényüket a m. kir. belügyminiszterhez címezve — közalkalmaztatásban lévők hivatali főnöküknek útján — a budapesti—lipótmezei m. kir. állami elme- és ideggyógyintézet igazgatójának (Budapest, I., Hidegkúti út) jelen hirdetménynek a Budapesti Közlönyben történt *harmadszori közzétételétől számított 15 napon belül* nyújsák be.

A pályázathoz eredetiben, vagy hiteles másolatban a következő okmányok csatolandók:

a) születési anyakönyvi kivonat; *b)* hatósági erkölcsi bizonyítvány; *c)* magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítvány, esetleg a magyar állampolgárság igényelésének szabályszerü bejelentésést (opció) igazoló okmány; *d)* az állami szolgálatra alkalmas testi és szellemi épséget igazoló újkeletü közhatósági tiszti-orvosi bizonyítványt; *e)* magyar orvostudori oklevelet; *f)* szakképzettséget igazoló okmányt; *g)* curriculum vitae-t; *h)* esetleges egyéb szakképzettségről szóló okmányokat és eddigi müködésről szóló bizonyítványokat; *i)* a szakdolgozatok különlenyomatait; *j)* az esetleges jelenlegi alkalmazást és annak minőségét.

Közszolgálatban álló pályázók az előirt kellékeket törzskönyvi lapjukkal (minősítési táblázatukkal) igazolhatják.

Budapest, 1937. évi december hó 9-én.

M. kir. Belügyminiszter.

330—1937. ikt. sz. Alapítványi Margit-kórház Pásztó.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

A vezetésem alatt álló pásztói Alapitványi Margit közkórházban lemondás folytán betöltésre kerülő *alorvosi állásra 1937. december 28-i* határidővel pályázotot hirdetek.

Az alorvos javadalmazása az állami rendszerü X. fiz. osztály 3. fokozatának megfelelő fizetés, I. oszt. élelmezés, lakás, fütés, világítás, mosás.

Erre az állásra olyan nötlen (hajadon) orvosdoktorok pályázhatnak, kik sebészi, vagy szülészeti alapos jártassággal rendelkeznek. Mütőorvosok, vagy szakorvosok előnyben részesülnek.

A választás egy évre szól, mely pályázat mellőzésével több izben is meghosszabbítható. Távozás 2 hónappal előbb bejelentendő.

Magángyakorlatot a kórházigazgatóval köthető megállapodás értelmében folytathat.

Pályázók kellően felszerelt kérvényeiket a Kórházbizottsághoz címezve alulirott kórházigazgatóhoz lehetőleg személyesen nyujtsák be.

Pásztó, 1937. december 1-én.

Olvashatatlan aláírás
kórházigazgató főorvos.

A chronikus izületi és inhüvelygyulladások kezelésében a meleg alkalmazásának kiemelkedő szerepe van. A physikalis gyógymódok közül a diatheria és újabban a rövidhullám a balneotherapiától mindig több teret látszik elhóditani. Az eredmények jók, a kezelés kényelmes és tiszta; mégis van egy igen nagy része a betegeknek, melyeken a mozgási korlátozottság nem akar javulni, a folyamat nem jut nyugvóra. Ilyen esetben akárhányszor frappáns eredményt érünk el **iszapkezeléssel** thermalis fürdőkkel kapcsolatban. Az iszap melege éppen a legújabb vizsgálatok tanusága szerint sokkal mélyrehatóbb és intensivebb, mint gondoltuk, a nedvkeringést nagyobb mértékben élénkíti, mint az említett electrotherapiás eljárások és úgy látszik, ennek tulajdonitható, hogy chronikus, torpid folyamatok néha egy kezdeti heves reactio után oldódnak, a mozgások felszabadulnak. A mobilisatiónak igen hatásos támogatója a szakszerüen elvégzett massage.

A székesfővárosi Szent Gellért és Széchenyi gyógyfürdőkben az iszapkezelést tanult és tapasztalt fürdőszemélyzet végzi, mely a beteget beküldő orvos utasításaihoz szigoruan tartja magát.

A magyar gyártmányú érinthető

PHILIPS röntgengépek, BIOSOL kvarclámpák stb.
összes típusai mindenben azonosak
a hollandiai törzsgyárban készült
világhírű METALIX készülékekkel

METALIX RÖNTGEN R.-T.
gyári raktára és bemutató-termei:
Budapest, IV., Múzeum-körút 37
Telefón: 182—680

Kimutatás az 1937 XI 28-tól XII 4-ig Magyarországon bejelentett heveny fertőző megbetegedésekről (Mb) és halálesetekről (Mt)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphteria.		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. Abauj-Torna	93.667	4	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	26	2	—	—	—
2. Bács-Bodrog	113.347	1	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Baranya	251.659	8	1	3	1	5	—	11	—	—	—	—	—	2	1	1	—	—
4. Békés	336.592	1	—	2	—	14	1	2	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—
5. Bihar	181.105	5	4	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.330	8	1	4	1	2	—	4	—	—	—	—	—	4	—	1	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.760	3	—	—	—	5	—	8	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—
8. Csongrád	148.200	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
9. Fejér	231.483	4	1	—	—	4	—	9	1	—	—	—	—	26	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.820	2	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11. Hajdu	181.283	2	1	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12. Heves	323.191	9	1	1	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	421.741	8	—	1	2	7	—	15	—	—	—	—	—	44	—	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	182.450	3	—	2	—	3	—	15	—	—	—	—	—	61	2	—	—	—
15. Nográd és Hont	229.215	5	—	—	—	3	—	7	1	—	—	—	—	3	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,454.326	29	1	2	1	32	—	104	—	—	—	—	—	297	1	2	—	—
17. Somogy	390.100	7	—	—	—	6	2	23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18. Sopron	142.743	1	—	—	—	9	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	419.707	23	6	1	—	6	1	3	1	—	—	—	—	5	—	2	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	158.013	13	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—
21. Tolna	266.405	7	1	—	—	7	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
22. Vas	273.097	3	—	—	—	—	1	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23. Veszprém	247.787	9	1	3	—	5	—	3	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—
24. Zala	368.903	8	2	1	—	6	—	14	1	—	—	—	—	—	—	6	—	—
25. Zemplén	149.524	1	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	20	—	—	—	—
I. Baja	30.238	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1,043.459	7	—	5	2	30	—	86	—	—	—	—	—	57	2	—	—	—
III. Debrecen	124.128	7	—	—	—	9	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
IV. Győr	50.872	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.429	2	—	—	—	5	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.735	4	—	1	—	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII. Miskolc	65.825	1	—	2	—	8	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VIII. Pécs	68.957	—	—	2	—	5	—	20	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
IX. Sopron	35.938	4	1	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.858	1	—	1	—	11	—	17	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.646	1	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen:	8,943.533	191	21	31	7	210	5	403	4	—	—	—	—	559	12	15	—	—
Előző évben:		102	15	12	2	192	10	263	2	2	1	3	—	269	11	2	—	—

SEVENALETTA -CHINOIN- SEVENALETTA

81. évfolyam. 52. szám. Budapest, 1937. december 25.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC MISKOLCZY DEZSŐ GORKA SÁNDOR HÜTTL TIVADAR
VÁMOSSY ZOLTÁN VIDAKOVITS KAMILLÓ REUTER KAMILLÓ JENEY ENDRE

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Engel Károly: A rheumás és a syphilises aortabillentyű elégtelenség elkülönítő kórjelzéséről. (1301—1303 oldal.).
Preininger Tamás: Kukoricaüszög (ustilago maydis) okozta dermatomycosis. (1304—1306. oldal.).
Matolcsy Tamás: A jó- és rosszindulatú csontdaganatok műtéti eredményeiről. (1306—1309. oldal.).
Kiss Pál: Beteg csecsemők cardialis eredetű latens oedemája. (1309—1312. oldal.).
Pitrolffy-Szabó Béla: A rosszindulatú heredaganatok. (1312—1314. oldal.).
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (207—210. oldal.).
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Nőgyógyászat. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. — Bőrgyógyászat. (1314—1317. oldal.).
Könyvismertetés: (1317. oldal.).
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei. (1317. oldal.).
Puder Sándor: Egy műveltségtörténeti tanulmány orvosi vonatkozásai. (1318—1321. oldal.).
Vegyes hírek: (1321—1322. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.).

A rheumás és a syphilises aortabillentyű-elégtelenség elkülönítő kórjelzéséről.

(Klinikai előadás.).

Irta: *Engel Károly dr.*
egyetemi c. rk. tanár.

E két betegség elkülönítésével még a szívbajokról szóló nagyobb könyvek is csak nagyon mostohán foglalkoznak, még legtöbbet *Scherf* kis könyvében olvastam e tárgyról. Pedig a betegség elkülönítését rendkívül fontosnak tartom. Fontossága elsősorban a kórjóslat teljesen eltérő voltában van. A rheumás aortabillentyűelégtelenség (a. b. e.) a legtöbbször befejezett anatomiai elváltozáson alapszik és mint ilyen stationaer baj, a syphilises a. b. e. ezzel szemben az esetek túlnyomó részében kifejezetten előrehaladó természetű betegség. A rheumás a. b. e.-ben a szívizom elváltozása legtöbbször nem nagyfokú, elhatárolt, kisfoltú területekre szorítkozó, ezzel szemben a syphilises a. b. e.-ben szenvedő szívizomzata a még később tárgyalandó több okból, de első sorban a koszorus erek nyilásának beszükülése miatt súlyosabbban, kiterjedtebben beteg és amellett a betegség természetében benne van az előrehaladó, romlásra hajlamosság. A kóroki gondolkodásnak megfelelően tehát, amelynek *Jendrassik:* Belorvostanának bevezetésében oly szép fejezetet szentelt, az elkülönítő kórjelzést lehetőleg pontosan és ami még fontosabb, lehetőleg korán kell megejteni, hiszen a syphilises a. b. e. befolyásolhatósága legalább is az esetek egy jelentős részében ettől függ.

Az elkülönítő kórjelzés tulajdonképen csak a tiszta a. b. e.-re vonatkozik, hiszen amint combinált billentyűbántalomról van szó, aminek a megállapítása persze sokszor nem könnyű, akkor a syphilises a. b. e. szóba sem jön. Nagyon nagyszámú és részletes kórbonctani vizsgálat alapján ma jól tudjuk, hogy a syphilises mesaortitises folyamat ráterjedése a kéthegyű billentyűre nagyon ritka, még sokkal ritkább és valóságos irodalmi rarítás az, hogy ennek alapján a kéthegyű billentyűelégtelensége fejlődik ki. Klinikailag persze néha nem könnyű annak a megállapítása, hogy az a. b. e mellett nem elégtelen-e a kéthegyű billentyű is. Nem a „mitralizálódott", tehát egészen előrehaladt a. b. e.-re gondolunk most, hanem arra, hogy az aortitis systoles zöreje jól vezetődik a szívcsúcs felé, sőt mint *Scherf* mondja „filtrálás folytán" még a zörej jellege is megváltozhat és épen ezért könnyen ad téves értelmezésre alkalmat.

Vegyük már most sorra minek alapján lehet mégis a két betegséget egymástól elkülöníteni?

Fontos mindenekelőtt a beteg kora. A rheumás a. b. e. legtöbbször a gyermekkorban, ill. egészen fiatal korban átszenvedett endokarditis következménye és épen azért korábban mutatkozik. A korai huszas évekig mutatkozó a. b. e.-ben tehát elsősorban rheumás eredetre kell gondolnunk, bárha azért az a. b. e syphilises eredete még e korban sem zárható ki teljesen. Tudjuk ugyan, hogy a veleszületett syphilis csak ritkán okoz aortitist, (megjegyzem, hogy ennek okát, bárha e kérdéssel sok év óta foglalkozom, egyáltalában nem tudom megadni) és így a. b. e.-t is, mégis kivételesen előfordul, úgy az egyik, mint a másik, az irodalomban azért elég szép számmal van leírva a huszadik éven innen mutatkozó syphilises a. b. -e épúgy, mint aortaaneurysma, én magam csak egyet láttam az egyik és egyet a másik betegségből. Mennél inkább távolodik azonban valaki a huszas évektől, olyan, aki nem tudja magáról, hogy gyermekkorában baja volt a szivével, annál nagyobb a valószínűsége annak, hogy a. b. e.-je syphilises eredetű. Igen fontos, de persze távolról sem döntő, az anamnesis. Ha valakinek gyermek, vagy fiatal korában kifejezett, lázzal járó sokizületi gyulladása, vagy vitustánca volt, vagy sokszor volt lázas mandulagyulladása, amelynek kapcsán szivét nagyon vizsgálták, nagyon valószínű az a. b. e. rheumás eredete. A huszadik életévig jellemző anamnesis már önmagában majdnem bizonyító, később már nem. Még 20 és 30 között is ritka a syphilises a. b. e, de már nem annyira, mint a 20. életéven innen. Sokkal nehezebb már a kor szerinti elkülönítés 30 és 40, méginkább 40 és 50, ill. 50 és 60 év között. Ebben a korban már mindkét eredetű a. b. e. előfordulhat és mint assistensemnek, *Bárkány* doktornőnek a Szent István kórház kórbonctani anyagán végzett statistikai vizsgálatai mutatják, körülbelül egyforma gyakran fordul elő. Ennek az oka

természetesen az, hogy rheumás a. b. e. aránylag jóindulatú betegség, amelynek hordozója igen gyakran él el magas kort. A 40. és 60 életév között tehát a beteg kora önmagában nem döntő, de nem döntő ilyenkor önmagában már az sem, hogy a betegnek biztosan volt syphilise, vagy nem. Nem dönt az anamnesis e korban azért, mert hiszen a rheumás a. b. e.-t hordozó is szerezhet syphilist, másrészt meg tudjuk, hogy sok syphilises a. b. e.-ben szenvedő nem tudja magáról, hogy syphilise volt, anyagunk szerint ez körülbelül az esetek ⅓-ánál többre áll így. A szervezetben kimutatható syphilises tünetek jelentőségére később fogok kitérni.

Van-e különbség a klinikai képben? Lássuk először a hallgatózási leletet. Ha a diastolés zörej mellett még kifejezetten csengő diastolés hangot hallok, úgy az syphilis mellett szól, ilyenkor voltaképen legtöbbször úgy áll a dolog, hogy az aorta II. hangja kifejezetten csengő és amellett hallok halk diastolés-zörejt is és a pulsus már kifejezetten peckelő. Rendkívül érdekes a hallgatózás szempontjából a *Kühnel* által leírt tünet, amelynek tudomásom szerint egyes klinikusok, kivált a bécsiek, nagy jelentőséget tulajdonítanak. *Kühnel* szerint syphilises a. b. e.-ben, a diastolés zörej punctum maximuma az aorta hallgatózási helyén van, tehát jobboldalt a II. bordaközben, míg rheumás a. b. e.-ben az — kivált álló helyzetben — a szegycsont közepén van. *Kühnel* ezt elsősorban annak tulajdonítja, hogy syphilises a. b. e.-ben rendszerint nagyobb az aorta tágulása, mint a rheumásban és ezért a diastolés zörej jobban vezetődik jobbra és felfelé. Poliklinikai anyagomon úgy én, mint sajnos, korán elhunyt munkatársam, *Epstein Tibor*, évek óta gondos figyelemmel vizsgáltuk e szempontból a. b. e.-ben szenvedő betegeinket, tapasztalataink alapján arra a következtetésre jutottunk, hogy önmagában e tünet alapján nem gyakran eszközölhető az eldöntés. Rheumás a. b. e.-ben is előfordul az, hogy a diastolés zörej csakúgy hallható az aorta hallgatózási helyén, mint a szegycsont közepén. A mi tapasztalataink is megerősítik azonban *Kühnel* észleletét annyiban, hogy ha a zörej feltűnően erősebb az aorta hallgatózási helyén, mint a szegycsont közepén, úgy ez az a. b. e. syphilises eredete mellett szól. Kivált nagy jelentőséget tulajdonítok e szempontból azon eseteknek, amelyekből hármat láttam, ahol biztos lues és biztosan lueses eredetű a. b. e. mellett (évek óta aortalgia!) a diastolés zörejt úgyszólván csak a jobb második bordának a szegycsonthoz tapadásán hallottam, a szegycsont közepén nem is, vagy alig. Mindenképen érdemesnek tartom, hogy e tünettel tovább foglalkozzunk, jelentőségének megitélhetőségét még lezártnak nem tartom. Systolés zörej ép oly gyakran hallható a rheumás a. b. e.-ben, mint a syphilises eredetűben, jellege is mindkét fajtájú billentyűelváltozásban egyforma, mind a kettőről tudjuk, hogy voltaképen sokkal gyakrabban okozza azt a kisfokú aortastenosis mint azt régente gondoltuk.

A szív nagyságának, történjék annak megállapítása akár kopogtatással, akár röntgenvizsgálattal, az elkülönítő kórjelzésben nagy jelentősége lehet. Jól tudjuk, hogy az a. b. e. e folytán visszaáramló vérnek a mennyisége rendszerint nem olyan nagyfokú, hogy ez önmagában a bal kamra jelentős tágulatát okozhatná. A. b. e.-ben azért nem is ritka, hogy a szív nagysága megközelítőleg normalis, vagy az csak alig nagyobb. Tágultabb lesz azonban a bal kamra, amint a szív izomzata beteg. Mivel syphilises a. b. e. mellett a szívizom megbetegedése rendszerint korábban következik be, nagyobbfokú és előrehaladó természetű, a szívnek rendes vagy megközelítőleg normalis nagysága az a. b. e.-nek inkább rheumás eredete mellett szól. Incompensált állapotban úgy rheumás, mint syphilises a. b. e.-ben mindig jelentősen megnagyobbodott a szív, ez persze ilyenkor sem az egyik, sem a másik irányban nem értékesíthető.

Nagyon fontos az, ha a. b. e. mellett az aortitis tüneteit tudom megállapítani, voltaképen elsősorban ez bizonyítja az a. b. e. syphilises eredetét. A. b. e. mellett járáskor mutatkozó szegycsont mögötti fájás syphilises eredet mellett szól, rheumás a. b. e-ben alig fordul elő. Kifejezett anginás fájás is jelentősen az a. b. e. syphilises eredetét bizonyítja, kivált ha a beteg még az arteriosklerosisos koron, mondjuk az ötvenedik életéven innen van; ötvenen túl úgy az egyik, mint a másik fajta a. b. e. gyakran szövődik arteriosklerosissal, amely aztán, az alapbajtól függetlenül, oka lehet az anginának. Rendkívül fontos az, amire könyvében *Scherf* hívja fel a figyelmet, hogy aortitisre és ily módon az a. b. e. syphilises eredetére vall az, ha kétoldalt a peripheriás ereken (a carotison vagy a subclavián, ill. a radialison) tapintással különbséget tudunk megállapítani. Aortitis syphilitica elváltozásai folytán ugyanis gyakran fordul elő ugyancsak az arteriosklerosisos koron innen (kb. az esetek 25%-ában *Maresch)*, hogy az aortából eredő egyik, vagy másik érnek benyilási helye beszűkül; rheumás a. b. e.-ben ez úgyszólván soha nem fordul elő.

Jól tudjuk, hogy olyan egyénen, akinek systolés aortazöreje van, a szervezetben egyébként kimutatható bármely syphilisre valló tünet jelentősen bizonyítja az aortaelváltozás lueses eredetét, tehát az a. b. e.-éét is. Ilyen a vér positiv Wassermann-reactiója, tabes valamilyen tünete (fényre nem reagáló pupilla, hiányzó patella-, vagy Achillesinreflex), stb. Mindezen tünetek a. b. e. mellett is elsősorban a syphilises eredetre terelik a figyelmet, de miként azt már az anamnesis tárgyalásában említettem, nem biztosan döntők, mert hiszen rheumás a. b. e.-t hordozónak is lehet syphilise vagy tabese. Ugyanolyan fontossága lehet a gerinccsapolás útján nyert folyadék bármely syphilisre való reactiójának is, amely *Cole* és munkatársainak tapasztalata szerint idegrendszeri elváltozást fel nem mutató lueses a. b. e.-ben szenvedőkön 50%-ban fordul elő.

Fontos és érdekes felvilágosítást adhat az elektrokardiogramm. Mint már ismételten mondottam, a syphilises a. b. e.-ben szenvedőnek szivében sokkal inkább van myocardialis elváltozás, mint a rheumás a. b. e.-ben, amiről az ekg. legtöbbször jó felvilágosítást ad. — A syphilises a. b. e.-nek illetőleg a syphilises szívizomelváltozásnak jellemző elektrokardiographiai képe ugyan nincsen, kifejezetten koszorúsérszűkületre való elváltozás (megint elsősorban az arteriosklerosisos koron innen) azonban jelentősen syphilises eredet mellett szól. Érdekes, hogy syphilises szívelváltozás mellett nagy on ritka az arhythmia absoluta, a. b. e. esetében tehát elsősorban aránylag fiatal emberen arhythmia absoluta inkább syphilises eredet ellen szól.

A beteg neme nem döntő jelentőségű. Ismeretes ugyan, hogy a syphilises a. b. e. férfin háromszor oly gyakran fordul elő, mint nőn; azonban *Budaynak* érdekes vizsgálatai szerint a. b. e. egyáltalában gyakrabban fordul elő férfin, mint nőn, tehát a rheumás a. b. e. is.

Igen nagy fontosságúak a betegség keletkezésének adatai. Ha az a. b. e. lázas betegség folyamán keletkezik, úgy differentiál diagnostikai nehézség nincsen, ilyenkor az a. b. e. hevenyes láz folyamán rheumás, ill. sepsises eredetű, idősült láz esetén inkább endokarditis lenta. A syphilises a. b. e. csak rendkívül ritkán jár lázzal; azt persze nem szabad elfelejtenünk, — erre vonatkozó ada-

tokat mind többen közölnek, — hogy a syphilises a. b. e.-re rakodhat reá az endokarditis lenta, csakúgy, mint a rheumás endokarditis okozta elváltozásra. Ha ellenben láztalan betegen hónapok ill. évek folyamán szemünk láttára fejlődik ki az a. b. e., az majdnem biztosan syphilises eredetű. Rheumás endokarditis alapján lassan, lappangva, évek alatt a. b. e. nem keletkezik. És e helyen kell megemlékeznem arról, hogy a fenti megállapítás az ötvenes éveken túl levő emberre is vonatkozik, mert az arteriosklerosis, amire különben gondolni kellene, rendkívül ritkán okoz a. b. e.-t. Ez tulajdonképen elvi jelentőségű dolog, amire először talán *Mönkeberg* hívta fel a figyelmet. Magam olyan fontosságot tulajdonítok e kérdésnek, hogy megbíztam assistensemet, *Bárkán Leopoldina dr.*-t azzal, hogy e kérdés tisztázására dolgozza fel a Szt. István kórház *Zalka* tanár úr által e célra szivesen rendelkezésre bocsátott kórbonctani anyagát, amiért *Zalka* tanár úrnak e helyen is hálás köszönetemet fejezem ki. Vizsgálatait részletesen más helyen közli, itt csak meg akarom említeni azt, hogy 392 boncolt a. b. e. esetből tisztán arteriosklerosisos eredetű csak 12 volt, tehát 3%. Az arteriosklerosisos eredetű a. b. e. ezek szerint oly ritka, hogy még a későbbi, sőt egészen előrehaladott korban szemünk láttára fejlődő a. b. e.-ben is elsősorban syphilisre kell gondolnunk, sokkal kevésbbé arteriosklerosisra. *Frey* berni klinikus 1936-ban megjelent szív-könyvében részletesen foglalkozik az arteriosklerosis okozta a. b. e.-gel. A Szt. István kórház óriási anyagot tett kórbonctani vizsgálatok alapján valószínűnek tartom azt, hogy sok arteriosklerosisos eredetűnek tartott a. b. e. nem az; nézetem szerint későbbi korban is úgyszólván csak kétféle eredetű a. b. e. jöhet szóba: a rheumás és a syphilises eredetű; az arteriosklerosis eredet csak egészen kivételes.

A kórlefolyás megfigyelése sokszor van segítségünkre az elkülönítő kórjelzésben. Ha a betegség gyorsan romlik, ha incompensatiós jelenségek aránylag gyorsan következnek be, úgy elsősorban syphilises eredetre kell gondolnunk. Régente a syphilises a. b. e.-ben szenvedő élettartamát csak 2½—3 évre becsülték. Bárha ma minden klinikus és gyakorló orvos ismer oly biztosan syphilises eredetű a. b. e.-ben szenvedőt, akinek betegségét 10, sőt 15 év előtt állapította meg, egészben véve mégis azt kell mondanom, hogy ha a syphilises a. b. e.-ben szenvedő baja incompensálódik, akkor, ha nem is könnyen, de legtöbbször sikerül ugyan a compensatiót elérni csakúgy, mint a rheumás a. b. e.-ben, de sokkal ritkábban sikerült a beteget huzamosabb időn át a compensatióban megtartani, mint rheumás a. b. e. esetén; a többnyire kirívó ellentétnek oka megint az a már többször említett körülmény, hogy a syphilis a b. e.-ben a szívizom betegsége rosszabb indulatú, inkább előrehaladó természetű, mint a rheumásban.

Megkísérlettem részletesen felsorolni a két betegség elkülönítő kórjelzésének adatait, úgy vélem, hogy azok alapján az elkülönítő kórjelzés az esetek nagy részében, ha nem is mindjárt kezdetben, de az észlelés folyamán lehetővé válik. Marad azonban nem egy eset, ahol a kórjelzés szinte mindvégig kétes. Hogy milyen differentiáldiagnostikai nehézségek merülhetnek fel, azt jól illustrálja következő betegem története, aki évek óta van megfigyelésem alatt. Az első vizsgálat idején 34 éves volt. Typusos a. b. e., systolés-diastolés zörej az aortán, *Kühnel*-tünet negativ. Luesről nem tud, Wassermann-vizsgálat mindig negativ volt. Arra emlékszik, hogy 16—17 éves korában mondották, hogy valami szívbaja van, ő azonban ezirányban soha semmit nem érzett. Izületi betegsége nem volt, veleszületet syphilisről nem tud, ami azért fontos, mert 23 éves korában keratitis parenchymatosa ellen kénesőbedörzsöléseket kapott. Luesre való elváltozás a szervezetben nem volt kimutatható. Évek előtt elsősorban a keratitisre való tekintettel jódnatriumot vétettem a beteggel és bismuthbefecskendezéseket is adtam neki. Több évi megfigyelés után, amely idő alatt az elég erős munkában lévő férfi változatlanul teljesen jól volt, és amely idő alatt a Wassermann-reactio mindig negativ maradt, idegrendszeri tünetek nem fejlődtek és ép maradt az elektrokardiographiai lelet szerint a szívizomzat is, mégis rheumás eredetűnek kell betegem a. b. e.-ét felfognom.

A két betegség elkülönítéséről szóló tanulmányba nem tartozik bele a therapia; fontossága miatt néhány szóval mégis erről is meg akarok emlékezni.

A már kifejlődött billentyűelváltozást sem az egyik, sem a másik esetben visszafejleszteni nem tudjuk, mindkét esetben az anatomia elváltozás irreparabilis. Rheumás billentyűelváltozásban arra kell törekednünk, hogy az endokarditis ki ne újuljon és hogy a szív izomzata ne romoljék; e szempontból gondosan végig kell vizsgálni a szervezetet, nincsen-e benne oly elváltozás, amely mint focus szerepelhet; elsősorban az idősült mandulagyulladásnak van e szempontból jelentősége. Syphilises a. b. e. ellen syphilisellenes kúrát kell alkalmaznunk, hacsak a beteg nincs incompensált állapotban. Kivált az amerikai szerzők (elsősorban *Cole* és munkatársai) nagyszabású statisztikai vizsgálatai mutatták ki azt, hogy az aortitis erélyes kezelése bismuttal és neosalvarsannal még az a. b. e. stádiumában is jelentős módon hosszabbítja meg a beteg életét. Kétes esetben, ilyenek a fentiek szerint minden differentialdiagnostikai körülmény tekintetbe vétele után is megmaradhatnak, inkább döntsünk a syphiliskezelés mellett, mint ellene, a betegnek a kúrával sokkal kevesebbet árthatunk, mint amennyit használhatunk. Talán különös és kissé leverő is, hogy egy részletes elkülönítő kórjelzéstani tanulmány végén erre az álláspontra kell helyezkednem, hiszen ily módon látszólag erősen csökken az elkülönítő kórjelzés értéke. A dolog azonban nem így van. Az elkülönítő kórjelzés, mint már a bevezetésben mondottam, fontos, elsősorban a kórjóslat teljesen különböző volta miatt. De fontos azért a gyógyítás szempontjából is. Összehasonlíthatatlanul nagyobb biztonsággal és határozottsággal szánom el magam a syphilisellenes kúrára és végeztetem azt a beteggel többször is ismételve és éveken át akkor, ha biztonsággal, vagy nagyon is jogos gyanú alapján merem mondani, hogy a beteg a. b. e.-je syphilistől van, mintha csak azért végeztetem a kúrát, mert a syphilises eredetet nem tudom kizárni.

Kiadványainkat olcsón kapják meg előfizetőink az összeg előzetes beküldése után. *Soós Aladár:* Étrendi előírások III. kiadás, 5 P helyett 4 P; *Horváth Boldizsár:* A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra 5 P; *Kunszt János:* A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal, 6.50 P helyett 5.50 P. 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 helyett 2.— P.; *Krepuska István:* a füleredetű agytályogok kór- és gyógytana 4 P. — A befizetési lap hátulján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni.

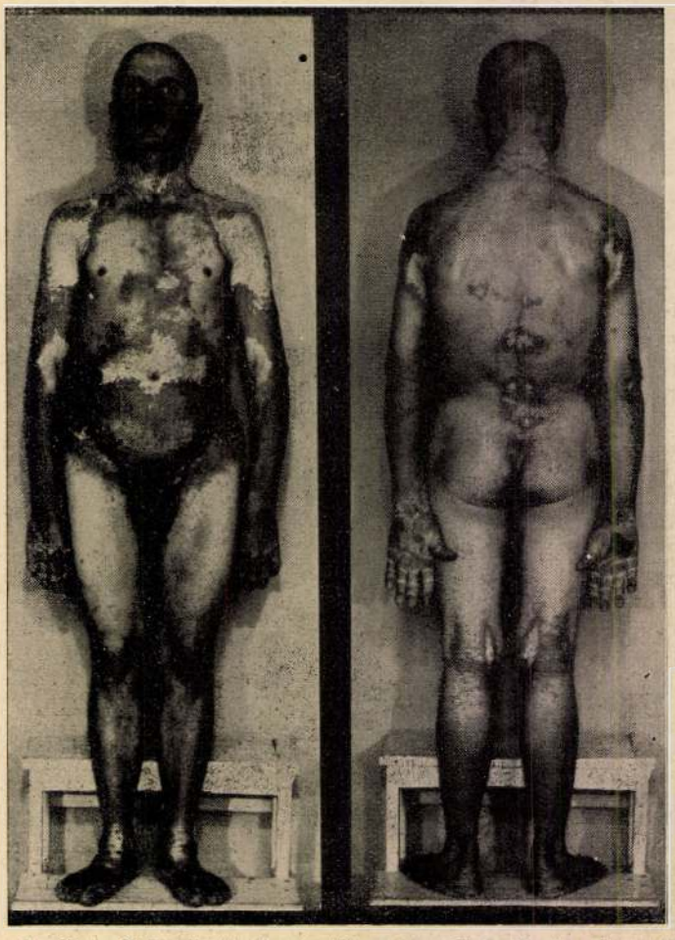
EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Tisza István Tudományegyetem bőr- és nemibeteg klinikájának közleménye. (Igazgató: Neuber Ede ny. r. tanár.)

Kukoricaüszög (ustilago maydis) okozta dermatomycosis.

Írta: *Preininger Tamás dr.*, egyet. c. rk. tanár, klin. adj.

Az irodalomban eddig ismertetett esetek alapján az a vélemény alakult ki, hogy csak az I. (Phycomyceták), III. (Ascomyceták) és IV. (Hyphomyceták) osztályba tartozó gombák között találunk olyan fajokat, amelyek az emberi bőrön kóros elváltozásokat, ú. n. dermatomycosisokat hoznak létre. A II. osztályba tartozó Basidiomyceták dermatomycosist nem okoznak, bár egyes fajaik (légyölő, gyilkos-, hánytató galóca, stb.) az emberi szervezetre mégis veszélyesek, mert súlyos gombamérgezést okozhatnak. Klinikai megfigyeléseink és laboratóriumi vizsgálataink azonban valószínűvé teszik, hogy az e csoportba tartozó gombák között is vannak olyan fajok, amelyek különös körülmények között, számos tényező együttes hatására, dermatomycosist okozhatnak; erre *Clamann**) is gondol, kinek szalmaüszköt sikerült kimutatni a mezeimunkások bőrén.

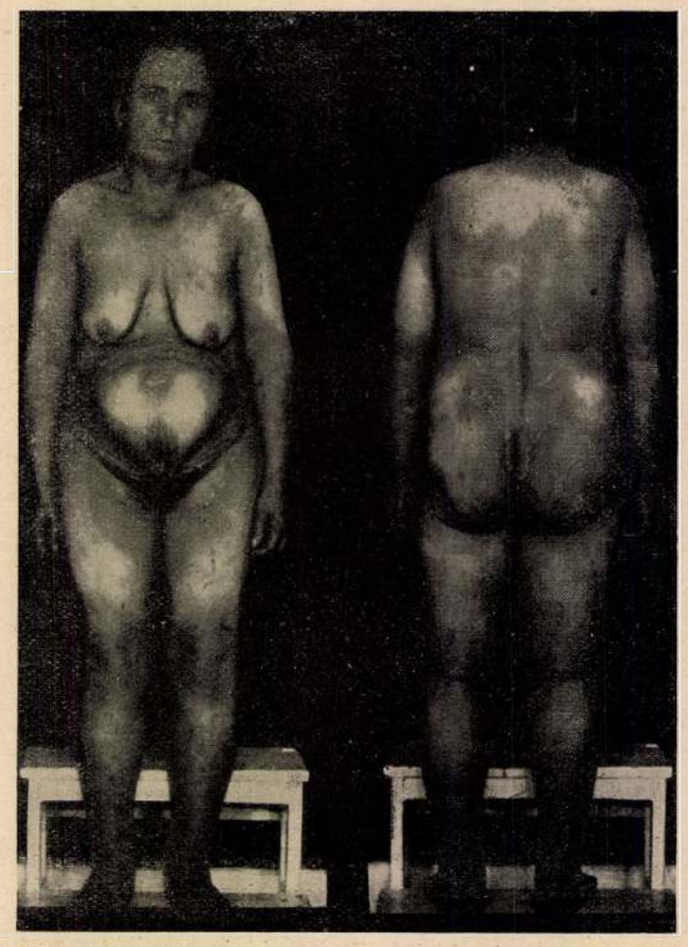


1. ábra. Kukoricaüszög (ustilago maydis) okozta dermatomykosis.

D. F. 31 éves gazdasági cselédet 1936. október 14-én jelentkezett klinikánkon. Elmondta, hogy három héttel ezelőtt, vagyis szeptember utolsó hetében bőrbetegsége támadt. Legelőször tenyerén, talpán égést érzett, majd bőre e helyeken megduzzadt, kipirult és száradni kezdett. Ez a pir és duzzadás két-három nap múlva mindkét hónaljban, könyök- és térdhajlatban is megjelent, majd fokozatosan törzsét is ellepte. Lázasnak nem érezte magát, de állandóan fázott.

Felvételkor bőrén az 1. ábrán látható elváltozásokat találtuk. A hajas fejbőr erősen korpázó, száraz, hámlik. Tenyér- és talpbőre hyperkeratosisos, rajta nagylemezes hámlás, a levált hám alatti bőrrészlet be van szürődve. A mellkas, a has, a felső végtagok, a keresztcsájék, a lágyék- és térdhajlatok bőre teljesen symmetriás elrendeződésben infiltrált, bővérű, kissé barnás árnyalatú, száraz tapintatú, a köldök környékén, a könyökhajlatban, a válakon, elülső hónaljredőben, nyakon, lábháton pedig nagylemezes hámlás. A mellkas több területén, valamint a combokon és a farizmok feletti bőrön számos gombostűfejnyi-, kölesnyi vérbő papula.

A beteg lágyékhajlatában tapintható nyirokcsomók. Wassermann- és segédreactiók negativak. A bel- és ideggyógyászati vizsgálat negativ. Vörösvértestek száma: 4,380.000, a fehérvérsejteké: 8000. Haemoglobin 70%. A minőségi vérképben feltünő a 7% eosinophilia. Betegünk hámkaparékában górcső alatt vörösvértestekre emlékeztető kerek, vöröses színü képleteket észleltünk.



2. ábra. Kukoricaüszög (ustilago maydis) okozta dermatomykosis.

Esetünk kórképe nagyon emlékeztetett egy két évvel azelőtt kezelt betegünk bőrfolyamatára, amelyet a 2. ábrán mutatok be. Amint látjuk mindkét esetben teljesen azonos folyamatról van szó. Ez az asszonybetegünk felvétele alkalmával, 1934 őszén, határozottan és ismételten azt állította, hogy betegsége kukoricatöréssel függ össze. Ilyen elgondolással allergiás vizsgálatokat végeztünk különféle antigenekkel, amelyeket részben egész, részben szétdarabolt és szétdörzsölt kukoricaszárból, levélből, termésből állítottunk elő alkohol, aether és víz segítségével kivonat, illetőleg főzet alakjában. A vizsgálatok általában negativ eredménnyel végződtek, csak a kukoricalevél főzetével átitatott négyszögcentiméternyi gazelebeny helyén észleltünk vérbőséget. Kutatásainkat akkor nem folytathattuk, mert betegünket családi körülményei hazaszólították.

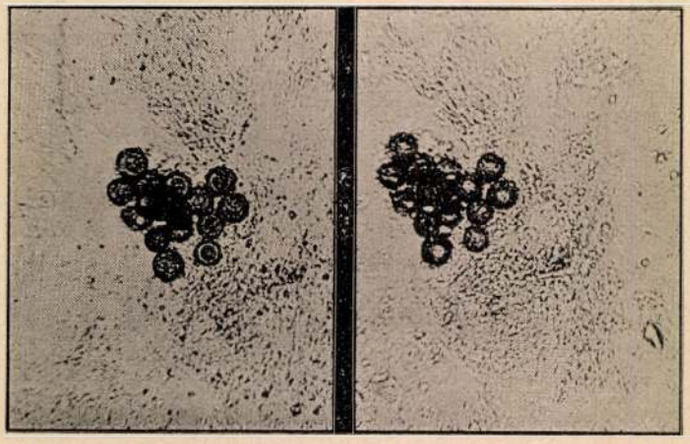
*) L. Dermat. Wschrift 78, 584.

Férfibetegünket is kikérdeztük ilyen irányban és megtudtuk, hogy szeptemberben ő is kukoricát tört. Rajta is ugyanilyen allergiás vizsgálatokat végeztünk, ezek azonban kivétel nélkül mind negativ eredményt adtak. Ezekután megkértük betegünket, hogy hozzon ugyanarról a földről kukoricát, ahol szeptemberben dolgozott. A behozott tengeriszáron egy nagy, jó tenyérnyi sötétbarna, majdnem fekete üszköt pillantottunk meg. Ez terelte figyelmünket a *kukoricaüszög*, az *ustilago maydis* felé, annál is inkább, mert — miként említettem —, a beteg hámkaparékában már előzőleg is vörösvértestre emlékeztető kerek, vöröses színű képleteket láttunk. Az üszög spóráit összehasonlítottuk a hámkaparékban található képletekkel és ezek, miként mikrophotogrammjainkon is látható, teljesen azonosak voltak.



3. ábra. Kukoricaüszög (ustilago maydis) spórák csírázó alakokkal.

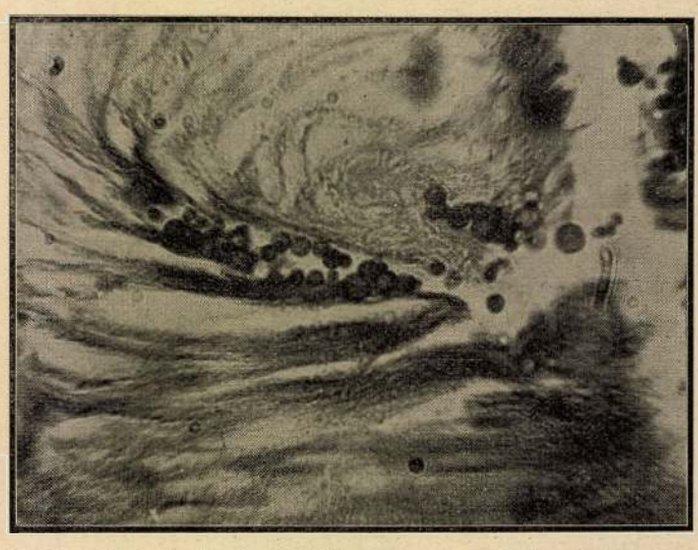
A spórák górcső alatt kb. 10 mikron átmérőjű, többnyire kerek, ritkábban ovális alakú, tüskés szélű, illetőleg szemcsés felületű képletek, amelyek a hát bőréből kimetszett szöveti képben is szépen láthatók.



4. ábra. Kukoricaüszög (ustilago maydis) spórák a hámkaparékban.

A hát bőréből kivágott akácfalevél alakú és nagyságú bőrdarabnak *szöveti lelete* a következő: a szaruréteg mindenütt, de különösen egyes gócban eredetijének többszörösére megvastagodott. Ennek megfelelően a stratum granulosum is helyenként kiszélesedett, 4—5 sejtsorból áll, viszont vannak helyek — bár egészen kis terjedelemben, — ahol a szarurétegben parakeratosis észlelhető és itt a stratum granulosum elsatnyult, sőt el is tünt. A hám maga csak alig vastagabb, a hámlécek inkább szélességükben, semmint mélységükben növekedtek meg. A stratum papillare és subpapillare bőven, a készítménynek szinte egész kiterjedésében tartalmaz perivascularis kisebb-nagyobb beszüremkedést lymphocytákból és leukocytákból. Ezek a beszüremkedések szorosan övezik a kitágult és vérbő capillarisokat és praecapillarisokat. A stratum papillare és subpapillare mérsékelt vizenyős fellazulásban. — A bőr mélyebb rétegeiben kóros elváltozás nem látható. A *Gram* szerint festett készítményekben egy szőrtüszőnyílásban helyet foglaló, megvastagodott szarudugóban a concentrikusan rétegezett szarulemezek között kisebb-nagyobb, de szabályosan kerek, Gram-positiv spórák láthatók, amelyek több helyütt csírázást is mutatnak és kétségtelenül azonosak a mikrophotogrammokon feltüntetett képletekkel.

Esetünkben rendkívül feltűnő a kórfolyamat teljesen részarányos elhelyeződése. Ezt nem tudjuk mással magyarázni, mint azzal, hogy itt is, miként a betegség keletkezésében is, számos külső körülmény és talán egyelőre még ismeretlen belső tényező játszott szerepet. Tudjuk, hogy az 1936-os ősz általában meleg, de csapadékos volt, éppúgy, mint az 1934-es is (lásd nőbetegünket). A nedves időjárás sok esővel és kellő meleggel pedig a növényvilágban is kedvez a fertőzésnek. Betegünk ezenkívül elmondta, hogy egy alkalommal erősen tűzött a nap, munkája közben megizzadt, majd hirtelen zivatar keletkezett, záporesővel és a beteg hiányos ruházata teljesen átázott. Tanya nem lévén a közelben, bundájába burkolózott és összekuporodva, fázva töltötte az egész éjszakát. Véleményünk szerint ezek a körülmények mind fontos szerepet játszottak abban, hogy a kukoricaüszög spórái egyáltalában megtelepedhettek bőrén. A beteg testfelülete számos kukoricaüszög spórával lehetett telehintve, az izzadás, majd a teljesen nedves, átázott ruha, a bunda alatti páraképződéssel társulva föláztatta a hámot, elsősorban azokon a helyeken, ahol a ruha az „összekuporodás" alkalmával leginkább ráfeküdt a testre, vagyis a hajlatokban. Az első bőrtünetek is jobb és baloldalt, teljesen részarányosan a hajlatokban mutatkoztak és innen terjedtek azután a többi bőrfelület felé.



5. ábra. Kukoricaüszög (ustilago maydis) spórák csírázó alakokkal. (Szöveti kép.).

Hogy estünkben a kukoricaüszög nemcsak mint mellékes lelet, hanem valószínűleg, mint kórokozó is szerepel, azt támogatja az a jelenség, hogy az ép bőrterületről gombát kimutatnunk nem sikerült, azt csakis az elváltozott területek hámkaparékában észleltük és csírázó alakot is láttunk (l. szöveti kép).

A betegnek hámlasztó kenőcsöt adtunk, erre bőrének legfelsőbb hámrétegei leváltak és további gombát a hámkaparékban már nem találtunk, a bőr azonban még hosszú ideig (kb. 4 hónapig) beszűrődött, kemény maradt, amin nem is csodálkozhatunk, ha a fentebb ismertetett szöveti leletre gondolunk.

Az *ustilago maydis* a basidiomyceták osztályában az eumycetákhoz tartozik, így esetünk támogatja azt a feltevést, hogy a második osztályban a basidiomyceták osztályában is vannak olyan gombák, amelyek különös alkalmazkadó képességük révén alkalomadtán a saprophyta állapotból átléphetnek a parasitás életbe, vagyis kórokozóvá válhatnak. Figyelmet érdemel esetünk azért is, mert azt igazolja, hogy részarányos bőrelváltozást nemcsak belső (neurogen, vasomotoros, endokrin, heriditaer, stb.) hanem bizonyos körülmények között ártalmatlannak látszó külső (exogen) okok is létrehozhatnak. Ezek a körülmények jelen esetben: a kukoricaüszög spórái + meleg, esős időjárás, izzadás, napsütés, hirteles esőben megázás, átfázás, majd a pára a felöltött bunda alatt, de lehet még sok más ismeretlen tényező is, mint erre a dermatitis pratensissel kapcsolatban legutóbb *Gougerot*, klinikánkról pedig *Schlammadinger* mutatott rá. Végül figyelmet érdemel esetünk azért is, mert az irodalomban ezideig hasonló esetet még nem közöltek, pedig a kórkép aránylag gyakori előfodulását az is valószínűvé teszi, hogy már két esetben észleltük.

A Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Verebély Tibor egyet. ny. r. tanár.)

A jó- és rosszindulatú csontdaganatok műtéti eredményeiről.*

Írta: *Matolcsy Tamás dr.*, egyet. tanársegéd.

A röntgenfelvételek tökéletesedésének és a diagnostikai eljárások javulásának tudható be az a tény, hogy az utóbbi időben mind gyakrabban találkozunk mi sebészek a csontdaganatok korai eseteivel. Érthető tehát, hogy úgy a klinikusokat, mint a kórboncnokokat egyaránt fokozottabb mértékben érdekli ennek a kérdésnek a tisztázása és minden törekvés arra irányul, hogy miképen lehetne a csontrendszer daganatait már a korai szakban elkülöníteni nemcsak egymástól, hanem egyéb gyulladásos, pyogenes, gümős, bujakóros, sugárgombás elváltozásoktól is.

Sajnos, ma még a csontdaganatok kórszövettani elkülönítése nem teljesen tisztázott, habár az újabb kutatóknak *(Blodgood, Codman, Ewing, Puhr)* sikerült ezen a téren némi rendet teremteni. Főleg az amerikai szerzők tértek el az eddig ismert felosztásoktól és a csont daganatait histogenetikai szempontból inarkodtak csoportosítani és ezek szerint megkülömböztetnek osteogen, a csont szövetéből kiinduló és a haemopoetikus rendszerből, tehát a csontvelő sejtjeiből kiinduló daganatokat. Dacára annak, hogy ez a felosztás, amely kórszövettani szempontból jól körülírt csoportba foglalja össze a csontok daganatait, a gyakorlat számára csaknem teljesen használhatatlan, mert a szövettani vizsgálatok elvégzéséhez feltétlenül szükséges a próbakimetszés, amely különösen a kezdeti szakban, vagy ha a daganat centralis fekvésű, csaknem a gyökeres műtéttel egyenértékű beavatkozás. De ha ezeket a nehézségeket leküzdve sikerül is a próbakimetszést elvégeznünk, az esetek elég nagy számában a szövettani vizsgálattól sem kapunk határozott választ a kórisme, illetve a prognosis szempontjából. Éppen ezért klinikusoknak a csontdaganatok kórisméjének felállításakor ma még legtöbbször nem marad más hátra, mint az eset általános jellegére, makroskopos és röntgenleletre és nem a szövettani vizsgálat eredményére támaszkodni.

Tagadhatatlan, hogy a röntgenfelvételek tökéletesedésével a csontdaganatok kórismézése nagy lépéssel haladt előre, de sajnos, még ma sem jutott el odáig, hogy főleg a kezdeti szakban minden esetben teljes határozottsággal el lehessen különíteni a csontrendszer daganatait egymástól, vagy egyéb gyulladásos elváltozásoktól, ami viszont a gyógykezelés szempontjából döntő fontosságú volna. Mégis mielőtt az I. sz. sebészeti klinika csontdaganatainak anyagát — 600 esetünket — statisztikailag ismertetem, legyen szabad előbb néhány szóval összefoglalnom azokat az irányelveket, amelyeknek szem előtt tartása lényegesen megkönnyíti a röntgenképen talált elváltozások leolvasását és értékelését.

A röntgenképeken talált elváltozások vizsgálatakor is elsősorban súly helyezendő arra, hogy a kóros elváltozás hol fekszik: a diaphysis közepén avagy a végén, vagy az epiphysisben. Egyes (solitaer) vagy többszörös (multiplex) gócoknak épp úgy meg van a jellemző praedilectiós helyük, amelyből sokszor következtethetünk az elváltozás mineműségére, mint az elterjedt (diffus) elváltozásoknak.

Az elváltozások tömörsége is jellemző bizonyos daganatokra: a csontot tömörebbé más daganatok teszik, mint amelyek ellágyítják, vagy pedig tömlőssé alakítják.

A röntgen-kórisme szempontjából egyik legfontosabb kérdés a csonthártya viselkedésének, illetve reactiójának megfigyelése, mert a csontujdonképződés minőségéből, hiányából vagy fokából, illetve elhelyezkedéséből következtethetünk arra, hogy az elváltozás gyulladásos, vagy daganatos természetű-e, s utóbbi esetben milyen daganat.

A daganatok jelentkezhetnek kinövések vagy felpuffadások, megvastagodások vagy hiányok, kimaródások alakjában. Szabálynak tekinthető, hogy nagyfokú csontpusztulás, vagy csonttermelés jelenléte daganat mellett szól.

Röviden összefoglalva azokat a cardinalis tüneteket, amelyek révén leginkább elkülöníthetők a csontdaganatok a csont egyéb megbetegedéseitől, azt mondhatjuk, hogy a *genyedések*, az osteomyelitisek rendesen a velőüreg hosszában terjednek, s mindig erős kéreg- és csonthártyamegvastagodással társulnak. A *gümőkór* inkább az izületek közelében székel, egyaránt elpusztítja a csontot és a porcot, de csonttermelést alig okoz. A *syphilises gummák* a csonttal párhumazosan csíkolt csontfelrakódást okoznak, a velő felől kimarják a csontot, a széli részeken viszont erős csonttermelést váltanak ki. Az elcsontosodó *vérömleny* a kéreg és a csonthártya között foglal helyet mint vastagodás, melyben mindig jól kivehető a kéregállomány körvonala. A daganatok közül a jóindulatú *exostosisokat* az élesen körülírt kinövés jellemzi, mely többnyire az izületek közelében, a metaphysiseken helyezkedik el. *Chondromák* ugyan általában éles körvonalúak, lebenyesek, de ritkán előfordulhat az is, hogy határai elmosódottak, különösen a subperiostalis chondromák. Az *epuloid* velőeredetű, felfújja a csontot, elvékonyítja ugyan a kérget, de ritkán töri át. A *periostalis* sarkomát rendszerint olyan újonan képződött csontgerendák jellemzik, melyek merőlegesek a kéregállomány felszínére. A *myelogen* sarkomában a csontos gerendák kitöltik a velőüreget is, korán pusztítják a kéregállományt, amely beolvad a daganat tömegébe. A *myeloma* rendszerint többszörös

*) Előadatott a budapesti Kir. Orvosegyesület 1937. nov. 26-iki ülésén.

velőeredetű göb, mely először a velőüregben idéz elő élesen körülírt hiányt, mondhatjuk lyukat, majd kimarja a kéregállományt is. A *rákáttétel* szintén göbök alakjában pusztítja a csontokat, de néha hatalmas termeléssel társul, mint osteoplastikus burjánzás.

A jó- és rosszindulatú csontdaganatok közül csupán azokat tárgyaljuk, amelyeknél sebészi beavatkozás szóbajöhet.

Az I. sz. sebészeti klinikán 600 csontdaganat került műtétre, amely a következőképen oszlott meg:

Osteoma 100, chondroma 11, epuloid 58, csonttömlő 48, sarkoma 383. Összesen 600.

Osteoma.

Az osteogen jóindulatú csontdaganatok közül, ahová az elenyészően ritka fibromák, myxomáktól eltekintve az exostosisok, osteomák és chondromák tartoznak — az első kettőt egy csoportban tárgyaljuk, minthogy azoknak elkülönítése aetiologiai alapon ezidőszerint igen nehéz.

Sebészi szempontból legcélszerűbb *Verebélyi* tanár négyes felosztását elfogadni, aki megkülönböztetett: 1. exostosis cartilaginea multiplex és solitariat, 2. osteoma tendinomusculare, 3. üregi (cavitaris) osteomákat és 4. enosteomákat.

I. az *exostosis solitaria* inkább a férfiakon, az élet derekán fordul elő, rendszerint a hosszú csöves csontokon, közel az ízülethez, vékony nyélen, vagy széles alapon ülő csontdudor alakjában. Az exostosis cartilaginea multiplex ezzel ellentétben a serdülőkor betegsége, mely a legkülönbözőbb alakú és nagyságú változatosságban jelenhetik meg, amihez rendszerint a csontok sajátságos eléktelenedése társul.

Az I. sz. sebészeti klinikán 77 esetben végeztünk exostosis miatt műtétet. Ezek közül 59 esett az alsó és 16 a felső végtagra, 2 a csigolyák nyúlványára.

II. Aránylag ritka megjelenési formája az osteomáknak az ú. n. *osteoma tendinomusculare*, amely rendszerint az izmok tapadásánál, főképen a felkar tuberositásain jelenik meg tüskés formában, amelynek a csontszilánkjai az inak és izmok nyalábjaiba terjednek be. Vitás kérdés mindezideig az, hogy ezek az osteomák megfelelő izmok tapadási helyén a folytonos vongálás kapcsán létrejött megvastagodások-e, vagy inkább a csontváz fejlődési rendellenességeinek fogandók-e fel. Mindössze 5 esetben találkoztunk az osteomáknak ezzel az alakjával.

III. Sebészi szempontból igen nagy jelentőségű az osteomáknak az ú. n. *üregi (cavitaris)* csoportja. Fontosságuk nemcsak abban rejlik, hogy a melléküregek kivezető nyílásainak elzárásával váladéklappangást és így annak gyulladását (sinusitis) hozzák létre, hanem nagyságuknál fogva betörhetnek a szemüregbe, vagy onnan kiindulva a szemgolyó kidülledését (exophthalmus) idézhetik elő.

Az üregi osteoma tarka klinikai megjelenési fermája mellett (sinusitis, exophthalmus) a kórisme tisztázására legalkalmasabbnak kétségtelenül a röntgenfelvétel bizonyult. Ennek oka pedig nemcsak a röntgenfelvételek tökéletesedésében keresendő, hanem annak a szerencsés körülménynek tudható be, hogy a koponyacsont osteomái tömörségüknél fogva éles röntgenárnyékot adnak, amelynek erősségét olykor még fokozza a melléküregekben lévő, a daganatot körülvevő levegőréteg is.

Az I. sz. sebészeti klinika csontdaganatai között 16 esetben fordult elő a koponya melléküregeiben, sőt magában a koponyában osteoma, ami aránylag igen nagy szám, az irodalomban eddig összesen ismertetett 238-hoz viszonyítva.

IV. *Enosteomák* aránylag ritkák, rendszerint mint kissebb eburneált tömörülések foglalnak helyet a szivacsos csontállományban, leggyakrabban a hosszú csöves csontok epyphysisében, valamint az állcsontban és a csigolyákban. Mindössze két ízben észleltük az osteomának ezt az alakját, mely egyik esetünkben a sacralis csigolyában, míg másik esetünkben a calcaneusban foglalt helyet.

Az itt felsorolt osteomák és exostosisok esetében akkor végeztünk műtétet, ha vagy nagyságuknál fogva az ízületek vagy izomzat révén akadályozták a végtagok szabad mozgását, vagy mechanikus nyomást gyakoroltak valamely idegtörzsre.

Műtéti eredményeink ezekben az esetekben teljesen kielégítőek voltak; a betegek kivétel nélkül 8—10 nap alatt távoztak. Későbbi helyi kiújulást egy esetben sem észleltünk.

Chondroma.

A jóindulatú daganatok közül a chondromákat szintén három csoportba sorolhatjuk, úgymint: 1. ekchondrosis multiplex, 2. enchondrosis multiplex és 3. chondroma solitarium. Az első kettőt *Verebélyi* tanár chondrosis névvel foglalja össze és így fogalmilag is elkülöníti őket a valódi chondroblastoma fogalmától.

Míg a solitaer chondromák rendszerint cseresznyénél, tehát röntgenképen 10 filléresnél nem nőnek nagyobbra, addig az enchondrrosis multiplexnél az egyes gócokban egymás mellett helyetfoglaló mogyorónyi-diónyi göbök olyan összefüggő dudoros tömeggé folyhatnak össze, hogy azok a csontot teljesen deformálják. Ezek inkább rövid csöves csontokon, a kézen és lábon jelentkeznek, jóval ritkábban a hosszú csöves csontokon.

A chondromák szöveti jellegük megtartásával általában hajlamosak a rosszindulatú elfajulásra, nevezetesen áttételek termelésére, amikor is mindig chondrosarkomás jellegűek *(Kreyssel)*. Tapasztalat szerint azok a chondromák, amelyekben bőséges a myxomás szövet keveredése, gyakrabban rosszindulatúak, mint a rostos és vegyes daganatok. Egészen tiszta chondromák egyébként ritkák.

Ebből magyarázható az a tény is, hogy tiszta chondromás esetünk száma igen csekély. Mindössze 11 ízben operáltunk solitaer chondromát, melyek közül 7 az alsó, 4 pedig a felső végtagokra esett.

A porcdaganatok kezelésében ugyanaz az elv érvényesül, mint az exostosisoknál. Kiirtandó az a daganat, amely mechanikus zavarokat okoz, vagy amely huzamosabb lappangás után hirtelen növekedésnek indul. A chondromák eltávolításának gyökeresnek kell lenni, mert tökéletlen kiirtásuk nemcsak helybeli kiújulással, hanem beoltásos (inplantatiós) göbök fejlődésével is járhat.

Külön hely illeti meg a csontok barna daganatait és a csonttömlőket.

Barnadaganatok (epuloid).

Az úgynevezett barnadaganatokat az újabb kutatásoknak sikerült a csontsarkomáktól elkülöníteni. A klinikai vizsgálatok azt mutatják, hogy ezek a barnadaganatok, ha szövettanilag magukban hordozzák is a rosszindulatúság minden tulajdonságát, gyógyulás szempontjából klinikailag teljesen úgy viselkednek, mint a jóindulatú daganatok. Az óriássejtes barnadaganatokat régebben legkülönbözőbb nevek alatt ismertették az irodalomban (óriássejtes sarkoma, myeloplaxoma), *Verebélyi* tanár epuloid gyüjtőnévvel foglalta össze őket, minthogy szöveti képük teljesen megegyezik a fogmeder nyujtványából kiinduló epulisokkal.

Az *epuloidok* kórismézése röntgenfelvételek alapján sokszor igen nehéz, mivel könnyen összetéveszthetők a

csont rosszindulatú daganataival és a csonttömlőkkel. A daganat elhelyezkedéséből némi következtetést vonhatunk ugyan le annak mineműségére, amennyiben az epuloidok inkább az epiphysis-vonal közelében helyezkednek el, szemben a sarkomával, amely viszont előszeretettel a metaphysisből indul ki, a csontcysták pedig leggyakrabban a diaphysisben jelennek meg. Mindamellett teljes határozottsággal kórismét sokszor csak a műtéti lelet, vagy a szövettani vizsgálat tudja eldönteni.

Az I. sz. sebészeti klinikán 58 epuloid került műtétre, amelyek közül 56% az alsó, 23% a felső végtag hosszú csöves csontjaira esett, míg 11% a többi csontokra.

A csonttömlők.

Úgyszintén igen nagy nehézségekbe ütközik a csonttömlőknek elkülönítése úgy a rosszindulatú daganatoktól, mint az epuloidoktól. A csonttömlők rendszerint minden tünet nélkül lassan, lappangva fejlődnek, rendszerint csak akkor válnak ismertekké, ha a megtámadott csontok fejlődésük helyén spontán törést szenvednek. Klinikai tapasztalatok azt mutatták, hogy a csonttömlők ilyen spontán törés után, amidőn a tömlő tartalma kiürül, minden különösebb gyógykezelés nélkül is meggyógyulhatnak.

Ezek a tapasztalatok serkentették a sebészeket arra, hogy ilyen irányú műtéttel iparkodjanak a kérdést megoldani. Az irányelv az volt, hogy a tömlő falának felvésése után a fal bélését lekaparva, a fennmaradt üreg megtelődjék vérrel, illetve alvadékkal, ami azután elősegíti a tömlő kitelődését. Ez az elgondolás be is vált, hátránya ennek az eljárásnak csupán az volt, hogy a tömlő telődése hosszú időt, néha éveket vett igénybe és így mindaddig fennállott az elvékonyodott csont törésének veszélye. Továbbiakban úgy iparkodtak ezen a nehézségen segíteni, hogy a csonttömlő üregébe szabad csontátültetést végeztek, ami nagyban meggyorsította a csonttömlő üregének telődését. Arra nézve, hogy ezek a beültetett transplantatumok milyen gyorsan alakulnak át és töltik ki az üreget, úgy állatkísérleteink, mint klinikai megfigyeléseink nyujtanak felvilágosítást. A szárnyas állatok pneumatikus csontjain végzett transplantatiós kisérleteimről már részletesen beszámoltam a berlini Orvosegyesületben, éppen ezért itt csupán azoknak végeredményét legyen szabad ismertetnem. A szárnyas állatok pneumatikus csontjainak üregébe beültetett transplantatumok ugyanis kisérleteimben 290 nap alatt alakultak át teljesen és töltötték ki a csont velőüregét. A klinikai eseteinkben, ahol a csontvelő üregébe ültettünk át tibialécet és zsírszövetet, az átalakulás valamivel hosszabb idő után következett csak be, mivel a szárnyas állatok csontregeneratiója háromszorta gyorsabban folyik le, mint az embernél.

Az I. sz. sebészeti klinikán 48 esetben került savós displastikus csonttömlő műtétre, ezek közül 45 esetben végeztünk autotransplanatiót a csonttömlő üregébe. A transplantatum további sorsát röntgenfelvételekkel ellenőriztük és azt találtuk, hogy a beültetett csont lényegesen gyorsabban alakul át a fiatalkorban a csontosodás befejezése előtt (1 év), mint 24 életéven túli egyéneknél, akiknél a transplantatum csak 2—3 év alatt alakult át teljesen.

Sarkoma.

Ezek után legyen szabad a csont rosszindulatú daganatai közül a sarkomákra rátérnem, amelyek úgy a klinikusokat, mint a röntgenológusokat egyaránt érdeklik, mivel minden alkalommal, amidőn a csontdaganat gyanúja felmerül, az első kérdés az, hogy nem sarkomával állunk-e szemben.

Amióta *Virchow* elkülönítette a sarkomát a csont egyéb daganatos és gyulladásos elváltozásaitól, állandó vita folyik ezen daganatok csoportosítása és tisztázása körül, amely még ma sem jutott végleges nyugvópontra. Különösen nehéz a kórboncnokok beosztásának bármelyikét összhangzásba hozni a klinikai lelettel. Újabb kutatások tehát arra irányultak, hogy miképen lehetne a csontsarkoma makroskopos és mikroskopos leletét egybevetni a klinikai lefolyással és így némi rendet teremteni az annyira különböző meghatározások, osztályozások és nomenclaturák között.

Nézzük elsősorban azt, hogy a szövettani vizsgálatok nyujtanak-e erre nézve kielégítő választ, amely a gyakorlat számára értékesíthető volna. Főképpen az amerikai sarkoma bizottság tagjai *(Blodgood, Copeland, Geschickter)* foglalkoztak ezzel a kérdéssel. Nagy anyaguk mindenegyes esetében próbaexcisiót végeztek és így ellenőrizték a röntgenkép alapján felvett kórisme helyességét és a gyógyulás további sorsát.

Ezeknek a klinikai és kórszövettani vizsgálatoknak eredménye az, hogy egyes csontdaganatokat sikerült elkülöníteni a csontsarkomáktól, amelyeknek szövettani lelete teljesen azonos volt a rosszindulatú daganatok szövettani képével, a gyógyulás szepontjából azonban úgy viselkedtek, mint a jóindulatú csontdaganatok. Ezek azok a daganatok, amelyeket — mint említettem — megkülömböztetésül a sarkomáktól, új névvel barnadaganatoknak neveztek el.

A régebbi beosztás, amely myelogen és periostalis sarkomákat különböztetett meg, — mint mondottam — nem bizonyult kielégítőnek és ezért az újabb kutatók *(Blodgood, Geschickter, Compeland, Puhr)* az osteogen sarkomákat histogenetikai alapon iparkodtak osztályozni és felveszik, hogy azok éppen úgy kétféle szövetelemből fejlődhetnek ki, mint a normalis, embryonalis csontszövet: úgymint porcból, vagy kötszövetből. Megkülönböztetnek tehát: 1. differentiálatlan praecartilaginosus szövetekből kiinduló, 2. az enchondralis csontnövekedéssel kapcsolatos; 3. a periostalis csontképződéssel összefüggő sarkomákat. Mindegyiknek közös alkotóeleme kötőszövet, porc és csont, csupán ezeknek a keveredési viszonyai változhatnak meg.

A csontsarkomák szövettani felosztásának további részletezését mellőzve, legyen szabad inkább a klinikai eseteinket ismertetnem.

Az I. sz. sebészeti klinikán az utolsó 20 év alatt 383 csontsarkomás beteg fordult meg. Ezek között a legutolsó 162 esetben a röntgenfelvételeken kívül a daganat szövettani vizsgálata is minden egyes esetben megtörtént s azonkívül a betegek további sorsa, gyógyulási eredménye is ellenőrzés alatt állott.

Ez a 383 csontsarkoma a különböző csoportok szerint a következőképen oszlott meg:

Koponyacsontok 61; felső állcsont 27; állcsont 16; gerincoszlop 7; szegycsont 7; bordák 18; kulcscsont 3; lapocka 17; felkarcsont 23; orsócsont 16; singcsont 7; kézcsontok 21; medencecsont 15; combcsont 74, sípcsont 47; szárkapocscsont 8; lábcsontok 16. Összesen: 383.

Amint látjuk, az alsó végtag hosszú csöves csontjain a sarkoma háromszor gyakrabban (128) fordul elő, mint a felső végtagon (46). Ennek a magyarázatául a szerzők egy része az alsóvégtag nagyobb statikai igénybevételét hozzák fel, míg mások *(Reinhardt)* az alsó végtag epiphysis vonalának későbbi csontosodásában keresik az okot, mivel a sarkoma a 20. életév körül jelentkezik leggyakrabban, akkor, amikor a csontváz más helyén az epiphysis-vonal már elcsontosodott.

Tekintet nélkül arra, hogy a sarkoma, mely csonton jelenik meg, a műtét elvégzésekor az irányelv az, hogy *(Verebély)* a daganat beletört-e már a lágyrészekbe, vagy sem. Eszerint az első esetben, ha a daganat a kéregállományt még nem törte át és így a csont üregébe még be van ágyazva, akkor elegendő csupán a beteg csont részleges eltávolítása és a hiány, — amennyiben szükséges — csontátültetéssel pótolható. Míg a második esetben, ha a sarkoma a csont kéregállományát már elpusztította és beletört a lágyrészekbe és azt infiltrálta, de még távoli szervekben áttételt nem okozott a betegcsontú végtag gyökeres eltávolítása végzendő el. Nem végtag csontsarkomák gyökeres eltávolításának lehetőségét (pl. koponya, gerincoszlop, medence) a helyi bonctani viszonyok szabják meg.

Kérdés most már az, hogy helyes-e a csontsarkoma esetén a plastikus csonkolás, vagy inkább mindig a gyökeres csonkítás mellett foglaljunk állást. Ha figyelembeveszük *Haberer, Härtel, Kümmel* tapasztalatait, akik egyformán jó-, vagy rossz eredményeket láttak a gyökeres csonkítástól, vagy a plastikus csonkolástól, akkor jogos talán az a törekvés, hogy arra alkalmas esetekben a csonkító műtét helyett a megtartó műtétet kíséreljük meg. A statistikai adatok azt mutatják, hogy az ilyen esetekben aránylag ritkán fordul elő helyi kiujulás, viszont a távoli áttételek megakadályozása ezidőszerint nem áll módunkban. — Az összes csontsarkomákban *Müller* szerint 60.8%-ban, *Reinhardt* szerint 32%-ban fordul elő áttétel, ami sajnos a halálozási arányszámnak is megfelel.

Az összes 383 csontsarkomás esetünk közül 10%-ban végeztünk plastikus resectiót, 9%-ban kiüresítést, 31%-ban csonkítást, 50%-ban csontresectiót. E 383 csontsarkomás esetünk közül csupán az utolsó 162 operált eset gyógyulási eredményéről legyen szabad beszámolni, minthogy ezeken minden esetben szövettani vizsgálat történt és később a betegek szövettani ellenőrzés alatt állottak.

Kiemelve a 162 csontsarkomás esetünk közül azokat, ahol plastikus csonkolást végeztünk, vagyis a hiányt szabad csontátültetéssel pótoltuk, 14 esetről számolhatunk be. E 14 eset közül helyi kiujulást 2 esetben, tüdőáttételt 7 esetben észleltünk, míg 5 esetben ezideig sem helyi kiújulás, sem áttétel nem jelentkezett.

Ha a 162 esetből levonjuk azt a 16 esetet, melyben plastikus műtétet végeztünk, úgy a többi 148 esetben, hol már csak a gyökeres műtétet lehetett végrehajtani, az 5 éven túli gyógyulás 47 esetben következett be, 5 éven belül meghalt 42, áttétel jelentkezett 20-on, a további 29 beteg sorsáról az utóbbi időben értesítést nem kaptunk.

Tehát, ha úgy a tüdőáttételben szenvedő betegeinket, valamint azokat, akiktől válasz nem érkezett a meghaltak közé számítjuk, úgy ezekkel együtt 101 azoknak a száma, akiket a 148 esetünk közül elvesztettünk, a 47 gyógyult esettel szemben. De ha figyelembe vesszük még azt is, hogy e 47 gyógyult eset közül 37 esetben a daganat a kéz- és láb apró csöves és lapos csontjaiból indult ki, amelyek a klinikai tapasztalat szerint, ellenére a malignus szövettani képnek, a gyógyulás szempontjából csaknem úgy viselkednek, mint a jóindulatú daganatok, távoli áttételeket igen ritkán okoznak, tehát ha ezeket levonjuk a 47 gyógyult esetünk közül, úgy csak 10 olyan gyógyult sarkomás betegről számolhatunk be, ahol a folyamat a hosszú csöves csontokból indult ki, ami viszont a fentemlített 148 esetnek 7.5 %-át teszi ki.

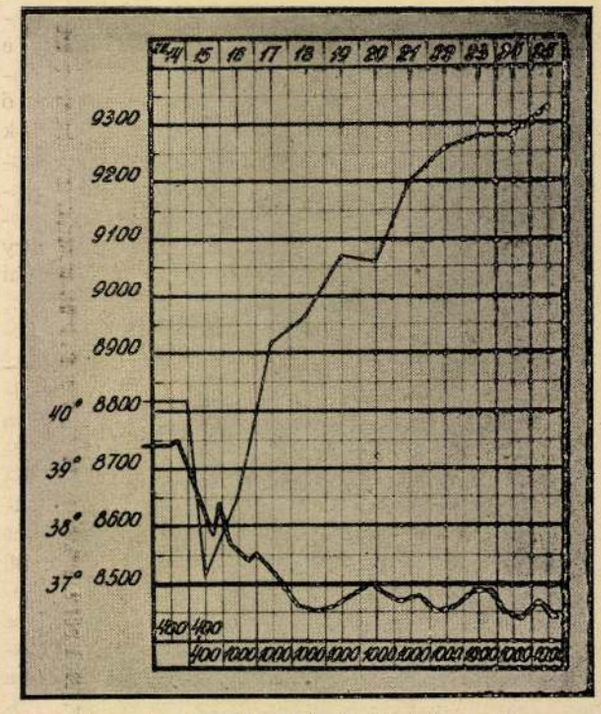
Ezek a szomorú statistikai adatok azt mutatják, hogy csontsarkomák mai gyógyulási eredményei még ma is igen rosszak, akár gyökeres műtétet, akár plastikus csonkolást végeztünk is. Ugyanilyen reménytelen a helyzet a sugaras kezelések statistikai adatainak áttekintésekor, mert ezek között is alig találkozunk szórványosan néhány olyan esettel *(Gál)*, ahol minden kétséget kizáróan, tehát előzetes probaexcisio elvégzése után megállapított csontsarkoma esetében végleges, illetve 5 éven túl terjedő gyógyulást sikerült volna elérni. Éppen ezért ma még a csontsarkomák kezelésében nem marad más hátra, mint a minél korábbi műtét elvégzése, a sugaras kezelés pedig ezidőszerint, mint kisegítő gyógyeljárás kapcsolható be.

A Pázmány Péter Tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye. (Igazgató: Hainiss Elemér ny. r. tanár.)

Beteg csecsemők cardialis eredetű latens oedemája.*

Írta: *Kiss Pál dr.* egyet. magántanár.

Csecsemők lázzal járó, súlyos, *heveny* megbetegedései kezdeti szakában főleg a hiányos táplálkozás, de más tényezők közrejátszása folytán is az esetek többségében a testsúly csökken. A láz megszüntével, a táplálkozás normálissá válásakor ez a csökkenés megszünik, majd a testsúly emelkedése hamarosan megindul.



1. ábra. A vastag vonal a hőmérsékletet, a vékony vonal a testsúlyt ábrázolja. A tábla alsó részén tüntettük fel a táplálék mennyiségét: felső számok a tea, alsók a ⅔-os tej + dara + leves, főzelék, napi mennyiségét jelzik.

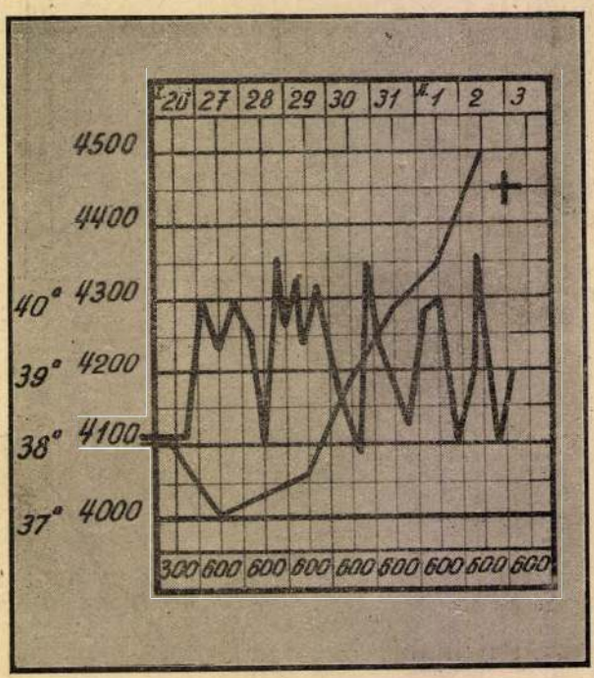
Ilyen eset testsúly és láz görbéjét tüntettük fel az I. sz. ábrán. E 17 hónapos csecsemőt azzal a kórelőzménnyel vettük fel a klinikára, hogy 3 napja magas láza van, nehezen lélegzik, köhög. Vizsgálatkor 39.4°-os lázat mértünk, grippét, anginát, diffus bronchitist kórisméztünk. Testsúlya 8.820 gr. volt. Megfelelő kezelést alkalmaztunk. E napon csak 400 gr. sacharinos teát fogyasztott. 2. nap hőmérséklete 37.9°—38.4° között váltakozott, testsúlya e 24 óra alatt 310 gr-al csökkent, vagyis leszállt 8.510 gr.-ra. Étrendje e napon 400 gr. ⅔-os tej (megfelelő szénhydrát pótlással) + 400 gr. sacharinos tea volt. Általános állapot javult, a helyi tünetek is enyhébbek lettek. *3. nap* hőmérséklete 37.4°—37.8° között ingadozott, általános állapota normális, a helyi tünetek enyhébbfokban, de még fennállottak. Étrendje: 1000 gr. ⅔-os tej. Testsúlya előző naphoz képest 140 gr-al emelkedve 8.650 gr-ot

*) A IV. nemzetközi gyermekorvos-congressuson Rómában 1937 szeptember 28-án tartott előadás nyomán.

tett ki. *4. napon* a legmagasabb hőmérséklete már csak 37.4° volt. Légzése teljesen szabad, hangja tiszta, mellkas felett hallgatódzva már csak durvább alaplégzést s pár száraz, sípoló zörejt hallunk. Gyógyszereket elhagyjuk. Étrendje ⅔-os tej, ⅓-os tejbendara, leves főzelék; a táplálék napi mennyisége 1000 gr. Testsúlya 8.930 gr., azaz 280 gr-al újból emelkedett. Az *5. naptól* kezdve láztalan, tünetmentes. Változatlan étrend mellett testsúlya napról napra emelkedik, úgy hogy a klinika elhagyásakor 9.320 gr. volt, vagyis bejöveteléhez képest 500 gr-ot gyarapodott.

Az eset kórlefolyása világosan mutatja, hogy súlyos heveny, lázzal járó betegségek normális alkatu csecsemők testsúlyát is megingathatják a betegség első napjaiban, nagy súlyzuhanás jöhet létre, ami azonban a láz megszüntével és a beteg korának megfelelő táplálkozás kialakulásakor kiegyenlítődik. A gyógyulás beálltával a kiegyenlítő testsúlyemelkedés látszólag rohamos, aminek magyarázata abban keresendő, hogy a betegségneg már az orvosi észlelés előtti szakában is volt súlyveszteség, amit ugyancsak most pótol a szervezet.

Aránylag gyakran előfordul azonban, hogy súlyosan beteg csecsemők testsúlya *a betegség heveny szakában nem csökken, hanem kórosan emelkedik.* Ez a testsúlyemelkedés váratlan, hiszen az általános állapot sokszor aggasztó, magas láz van, a táplálkozás hiányos. Könnyen magyarázható ez a testsúlyemelkedés, ha a betegség pár napos fennállása már előzőleg kiszáradást okozott. A kiszáradás gyógyításakor a vízkötés s így a testsúlyemelkedés természetes s külön magyarázatra nem szorul. Az is könnyen érthető, hogy a konyhasós oldatok itatása a legsúlyosabb állapotban is eredményezhet testsúlyemelkedést. Ismerjük továbbá a hydrolabilis constitutiót, valamint azt is, hogy chronikus fertőzések és chronikusan hiányos táplálás bizonyos alakjai oedemákat s így testsúlyemelkedést eredményezhetnek, ami a heveny megbetegedésben még fokozódhat. Vannak azonban esetek, amelyek a fenti csoportok egyikébe sem sorozhatók be. Egy igen meggyőző eset kapcsán kezdtünk figyelemmel lenni a szív szerepére.

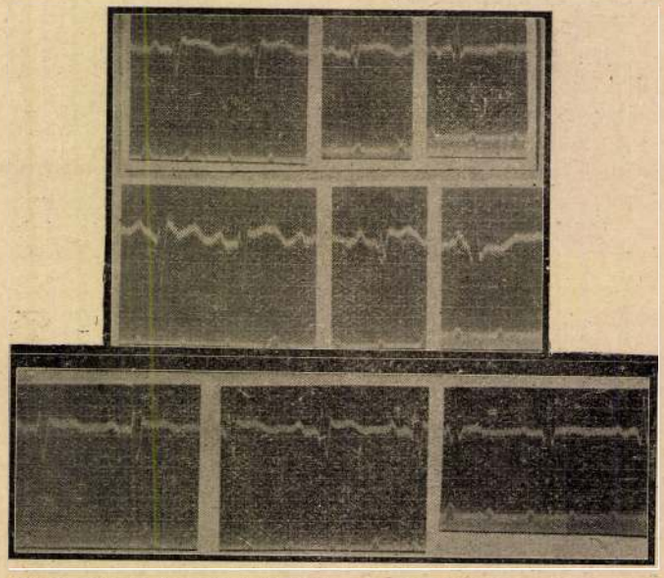


2. ábra. Vonalak jelentése, mint az 1. ábrán. A tábla alsó részén lévő számok az elfogyasztott női tej napi mennyiségét jelentik.

A eset testsúly- és lázgörbéjét a II. sz. ábrán tüntettük fel. E 2 hetes csecsemő a klinikai felvétel előtt 2 nappal betegedett meg 39°-os lázzal, azóta náthás. Klinikai felvételkor a torok nyálkahártyája bársonyosan fellazult, haragosan belövelt. Mellkas felett hallgatódzva érdesebb alaplégzés, számos durva, száraz zörej, sípolás, búgás volt hallható. A máj 3 haránt ujjal meghaladta a bordaivet, puha, tapintásra érzékeny volt. Röntgenvizsgálatkor a tüdők tisztáknak látszottak, a rekeszek szabadon mozogtak, a szív árnyéka minden irányban, legkifejezettebben azonban balra megnagyobbodott, a középárnyék kórosan kiszélesedett.

8 napig állott észlelésünk alatt, láza mindennap 38°—40.5° között váltakozott. Ugy az általános állapot, mint a helyi tünetek a kezelés dacára napról-napra rosszabbodtak. A klinikai tartózkodás *5. napjától* kezdve állandóan nagyfokú légszomj kinozta, bár a tüdő állapota az előbbiekhez képest tovább nem romlott, a röntgenátvilágítás és felvétel a tüdőkben kórosat nem mutatott. A végtagok hüvösek, a bőr szine fakó, sápadt, kissé cyanotikus lett. A szív felett systoles zörej tünt fel. Vérserum fehérje tartalma 5.07%, a vércukor 84 mg% volt. A máj a köldökig ért, puha, tapintásra fájdalmas volt. *Az 5. naptól a 8. napig* állapota tovább romlott, fenti tünetek súlyosbbodtak. Röntgenfelvételen kimutathattuk, hogy a szívmegnagyobbodás a kezeléssel ellenkezve továbbra is fennáll. *A 8. nap* éjjelén állandóan fokozódó légszomj és sápadtság mellett eklampsia keletkezett, ami halált okozott. A 8 nap alatt a székletek napi száma a következő volt: 4, 8, 5, 7, 9, 9, 9. A 6. napon egyszer, a 7. napon háromszor hányt. A bennlét első napján 300 gr., a következő napokon napi 600 gr. női tej volt a tápláléka, más folyadékot nem fogyasztott. A bőre e napokban különösen megváltozott, vastag ráncokba szedve úgy maradt, tapintata mintázóviaszszerű lett. A *testsúlya felvételkor 4100* g., a második napon 4000 gra csökkent, a *2. naptól kezdve emelkedett.* A napi értékek: 3. nap 4030, 4. nap: 4060, 5. nap 4180, 6. nap 4250, 7. nap 4350, 8. nap: 4500 gr.

A szív állapotát nemcsak physikalis és röntgenvizsgálattal, hanem elektrokardiographiával is ellenőriztük. Naponta készített felvételeken láttuk, hogy az elektrokardiogrammon megvannak azok a jelek, melyeket mint súlyos működészavarok jeleit 1932-ben a csecsemőkori grippe heveny szakára jellegzetesként ismertettünk *(Kiss)*: nagyfokú tachykardia (percenként 170 feletti szívösszehúzódás); hiányos coronariás-keringés jeleként felfogott S—T szakasz elváltozás; az I. és II. levezetésben negativ, a III. levezetésben isoelektromos T hullám; az I. és II. levezetésben magasabb csúcsosabb, szélesebb P hullám; kórosan fokozott dextrogramm, QRS kiszélesedése, szárainak felrostozottsága. A sorozatos felvételek mutatták, hogy



3. ábra. Felső sor: Balról jobbra I., II., III. levezetés. Időjelző alul: $^1/_5$". Felvettük a halál előtt 5 nappal. (Lásd: szövegben.) — Középső sor: Balról jobbra I., II., III. levezetés. Időjelző alul: $^1/_5$". Felvettük a halál előtt 3 nappal. A 3. ábrához képest a dextrogramm kifejezettebb; P, S—T elváltozások súlyosabbak.— Alsó sor: Balról jobbra I., II., III. levezetés. Időjelző alul: $^1/_5$". Felvettük a halál előtt 1 nappal. Bár a nagyfokú tachykardia megszünt, a többi kóros jel változatlan.

bár a tachykardia megfelelő kezelésre csökkent, az elektrokardiogramm többi elváltozása nemcsak hogy fennállott, hanem fokozódott: a P csúcsossága, kiszélesedettsége, a QRS kiszélesedése, az S—T szakasz kórossága mind kifejezettebb lett (3. ábra).

A boncolás a légutak nyálkahártyáján a grippe jellegzetes elváltozásait mutatta. A szív fejlődéstanilag és a billentyűrendszer szempontjából ép volt, azonban minden irányban nagyobb, petyhüdt; különösen a jobb szívfél tátongása, petyhüdtsége volt feltünő. A máj megnagyobbodott, zsírosan elfajult, erősen hyperaemiás volt, ezenkívül feltünt a nagyfokú agyoedema.

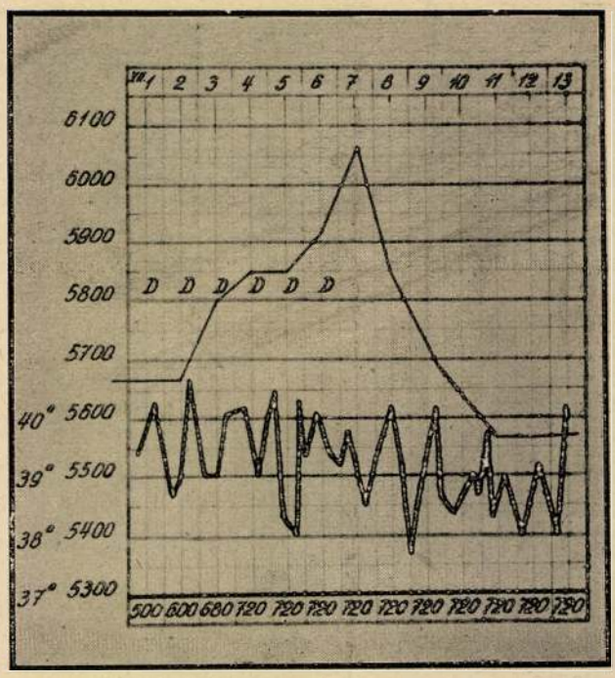
Epikrisis: Grippés csecsemő 8 napig volt megfigyelésünk alatt. Láza 38 és 40.5 C° között ingadozott. Naponta 600 g. női tejet fogyasztott s bár az utolsó napokban 9 széket is ürített, testsúlya a bentlét második napjától kezdve állandóan emelkedett, az emelkedés *hat nap alatt 500 g.* volt, ami *napi 83 g.* emelkedésnek felelt meg. Anyatejen kívül más folyadékot nem fogyasztott. Kiszáradásról nem volt szó: a vérserum fehérje tartalma 5.07% volt. Már a klinikai vizsgálat a szívre terelte a figyelmet: a bőr szine enyhén cyanotikus volt, ép tüdők ellenére állandó légszomjat s a szívcsúcs felett systoles zörejt észleltünk. A mellkas röntgenvizsgálata ép tüdőket mutatott, feltünő volt a szív, amelynek árnyéka minden irányban, de főleg balra erősen megnagyobbodott volt. Az elektrokardiogrammon a grippe heveny szakára jellegzetes elváltozásokat láttunk.

Kétségtelen, hogy súlyos vérkeringési elégtelenségről volt szó, aminek okát a szív heveny dilatatiójában és dysfunctiójában kerestük. Grippés csecsemők szívzavarainak különböző typusaival ezúttal nem óhajtok foglalkozni, utalok a Budapesti Királyi Orvosegyesületben 1932-ben tartott előadásomra, illetve 1933-ban megjelent közleményemre *(Kiss.). A vérkeringési zavar lényegét a hiányos coronariás keringés és a túlzott tachykardia, majd ezek következményei alkotják.* A súlyos vérkeringési elégtelenség felismerésével fenti esetünkben máris megvolt a magyarázata a váratlan testsúlyemelkedésnek. Az okot *kardialis eredetű latens oedemában kerestük,* ami úgy idősebb gyermekek, mint felnőttek kardialis incompensatiójakor általánosan ismert. Ez a latens oedema felnőttekben is csak mindennapi testsúlyméréssel deríthető fel, mert a test látható felszinén a kóros vízkötés nem mutatható ki. Csecsemők naponkénti súlymérése ezt a kardialis eredetű latens oedemát intézetekben könnyen felismerhetővé teszi. Gyakran ez okozza csecsemők súlyos, heveny betegségei kezdeti szakában a súlygörbének váratlanul emelkedő voltát.

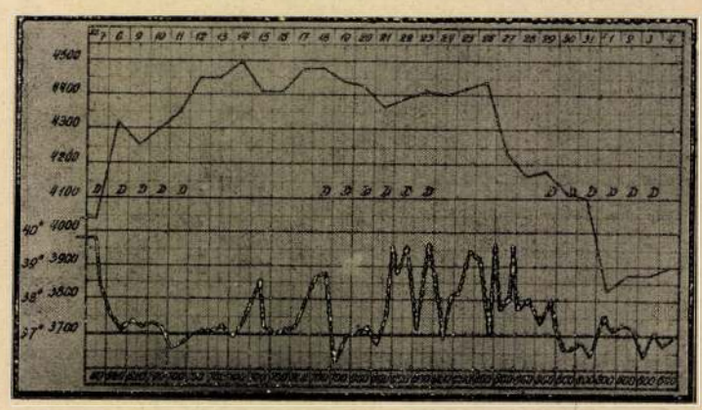
Súlyosan beteg csecsemőkön ez a kardialis eredetű latens oedema néha csak *„relativ testsúlyemelkedés"*-t eredményez. Ez alatt azt értjük, hogy bár minden ok megvolna arra, hogy a testsúly csökkenjen s a testsúly kisebbedését mintegy várjuk, ez mégsem következik be, hanem a csecsemő rendkívül súlyos állapota és hiányos táplálkozása ellenére napokon át megtartja eredeti súlyát. A testsúlycsökkenés e csecsemőkön éppen az általános állapot javulásakor indul meg, érthetően akkor, mikor a vérkeringés egyensúlyba jön s a latens oedema lecsapolódása kezdetét veszi.

1931—1932 telén lezajlott grippejárvány idején 5 hónap alatt 89 csecsemő közül 14 esetben észleltük fenti esethez hasonlóan azt, hogy a testsúly elégtelen vérkeringés következtében *kardialis eredetű latens oedema* kifejezőjeként az elégtelen táplálkozás és súlyos állapot ellenére emelkedett. Hogy a testsúlygörbét pontosabban követhessük, e 14 eset közül 6-on a testsúlyt óránként mértük.

E kardialis eredetű latens oedema megfelelő adag digitalis cumulatiója után gyorsan lecsapódhat. A 6. ábrán egy ilyen eset testsúly- és lázgörbéjét tüntettük fel: közel 5 hónapos csecsemőt kezeltünk grippe, angina, bronchiolitis diffusa miatt a klinikán. A klinikai kép mindenben megfelelt a fenti esetnek; állandóan magas láz, vérkeringési zavarok uralták a kórképet. A betegség első napjaiban kardialis eredetű latens oedema kifejezőjeként a testsúly 5670 g-ról 6070 g-ra emelkedett. 6 napon át adtunk naponta intramuscularisan 0.02 g. digitalist



4. ábra. Vastag vonal a láz, vékony vonal a testsúly görbéje. „D" napi 0.02 g. intramuscularisan adott adigan-t jelent. Az ábra alján a táplálékot, nőitej + szénhydratban gazdagított savanyú sovány tej mennyiségét tüntettük fel.



5. ábra. A vastag vonal a láz, a vékony vonal a testsúly görbéje. „D" napi 0.02 g. intramuscularisan adott adigan-t jelent. Az ábra alján számsorral feltüntetett táplálék női tej volt.

adigan (Richter) formájában. A 6 nap eltelte után, mikor az adigan cummulativ hatása érvényesült s a vérkeringés javult, anélkül, hogy a táplálék napi mennyiségét változtattuk volna, vagy a lázgörbe változott volna, a latens oedema lecsapolódott s a testsúly 3 nap alatt visszatért az 5670 g-os kiindulási értékre. Ebben az esetben tehát hat napi intramuscularisan alkalmazott adigan kedvező hatása után a kardialis eredetű latens oedema lecsapolódott s a testsúly visszatért a kiindulási értékre. Egyes esetekben ez a kardialis eredetű latens oedema csak ismételt digitalis sorozatok után csapolódik le. Ilyen

eset testsúly- és lázgörbéjét tünteti fel az 5. számú ábra: másfél hónapos csecsemőt grippe, angina, bronchitis diffusa miatt kezeltünk a klinikán. A heveny szakban a már leírtak szerint jellegzetes kardialis eredetű latens oedema kifejezőjeként a testsúly 4040 g-ról felemelkedett 4500 g-ra. Ez a latens oedema csak az intramuscularisan adott *harmadik adigan-sorozat* közben csapolódott le.

Boncolások leletei valószínűvé teszik előttünk, hogy e kardialis eredetű testsúlyemelkedés közvetlen magyarázata a bőr alatti kötőszövet megváltozott víztartalmában, a májban kifejlődött nagyfokú vérpangásban, továbbá agyoedemában leli magyarázatát. Egyes esetekben ezek mellett fontos szerepe van a testsúlyemelkedésben annak is, hogy az általános keringési elégtelenséghez másodlagosan a bélfalak nagyfokú vérkeringési zavara csatlakozik, így a felszívódás zavart lesz s hatalmas tömegű folyadék pang a puffadt, peristaltika nélküli belekben.

A Pázmány Péter Tudományegyetem I. sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Verebély Tibor ny. r. tanár.).

A rosszindulatú heredaganatok.

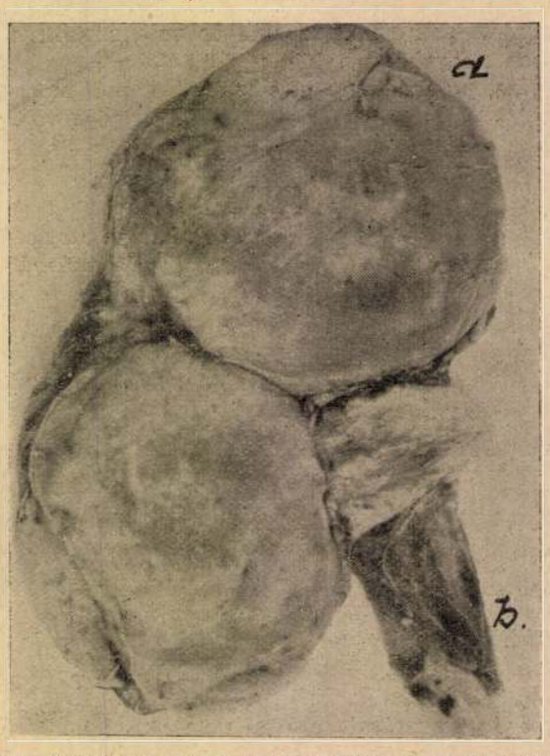
Irta: *Pitrolffy-Szabó Béla dr.* egyet. tanársegéd.

A heredaganatok fejezete ma is egyik legkevésbbé tisztázott területe a daganatkutatásnak; okát elsősorban szöveti felépítésük sokféleségében és szabálytalanságában kell keresnünk. Heredaganat a többi szerv daganataihoz hasonlítva aránylag ritka, legtöbb esetben az érett férfikor betegsége; gyermekkorban ritkább, idősebb korban pedig már alig fordul elő. A heredaganatok beosztása és meghatározása szöveti sokféleségük miatt még ma sem egységes. Vázlatos áttekintésükre azért legalkalmasabb a kötőszövetes-, hám- és heredaganat szerinti csoportosítás.

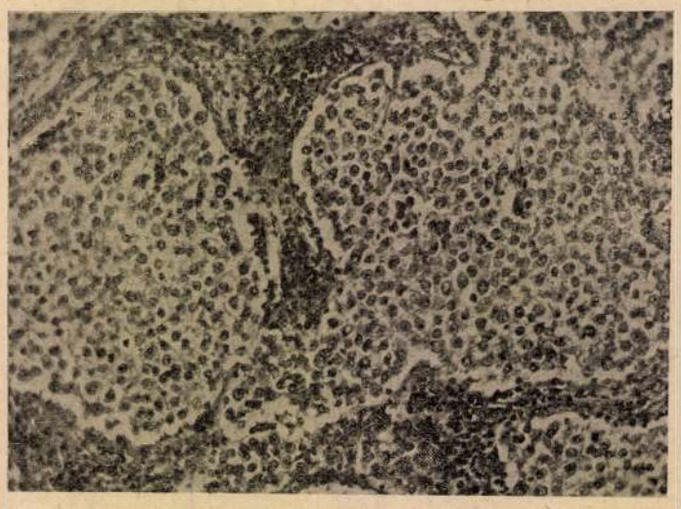
1. *A kötőszövetes daganatok* között leggyakoribb a sarkoma, leginkább a gyermek- és serdülőkorban jelentkezik. Kiindulhat a here csatornaközti kötőszövetéből, ritkábban a közti sejtekből. Metszéslapja egynemű, benne vérzések és elhalások gyakran találhatók. Górcsövi szerkezete szerint lehet orsósejtes, gömbsejtes, vagy vegyessejtes. Jellemző, hogy legtöbbször már évekkel előbb kimutatható a herében, mint kemény fájdalmatlan göb, mely egyszerre indulhat gyors növekedésnek. Áttételeket korán és kiterjedten okoz, leginkább a vérpálya közvetítésével.

2. *Hámdaganatot* leginkább a negyedik évtizedben (30—40 év között) találunk, köztük leggyakoribb a nagysejtű, tömött rák (seminoma). Eredete sok vitára adott alkalmat. Régebben sarkomának tartották. *Krompecher* endotheliomának tekintette. *Chevassu* és a franciák a herecsatorna hámjából származtatják és seminomának nevezték el. Lényegében leghelyesebb a nagysejtű heredaganat, legelterjedtebb a seminoma elnevezés. Metszéslapján egynemű, velős összeállású daganat, consistentiája puha, benne azonban néhány keményebb csomó is elhelyezkedhetik. Az ondózsinór mentén gyorsan felburjánzik és áttételeket nagyon korán, leginkább a nyirokpálya közvetítésével okoz. A legkorábbi áttételek a lágyéki, hashártyamögötti nyirokcsomókban, a későbbiek a bal supraclavicularis árokban jelentkeznek. Előfordulhat azonban az is, hogy a nyirokáttételek a bal kulcscsontárokban érezhetők először. A seminoma sejtben rendkívül dús, a stromát vékony kötőszöveti rostszálak alkotják capillarisokal. A daganatsejteknek nagy kerek, vagy szögletes protoplasmájuk és inkább halványan festődő magjuk van.

Tünetileg jellemző a daganat lappangó, fájdalmatlan kezdete, az egyszerre nekiinduló rohamos növekedés, a korán kimutatható és fájdalmakat is okozó nyirokcsomóáttételek és a beteg gyors leromlása.



1. ábra. Seminoma: *a)* a daganat felezve; *b)* az ondózsinór.



2. ábra. Seminoma: nagy sejtfészkek, a kis mennyiségű stroma kereksejtes beszűrődést mutat.

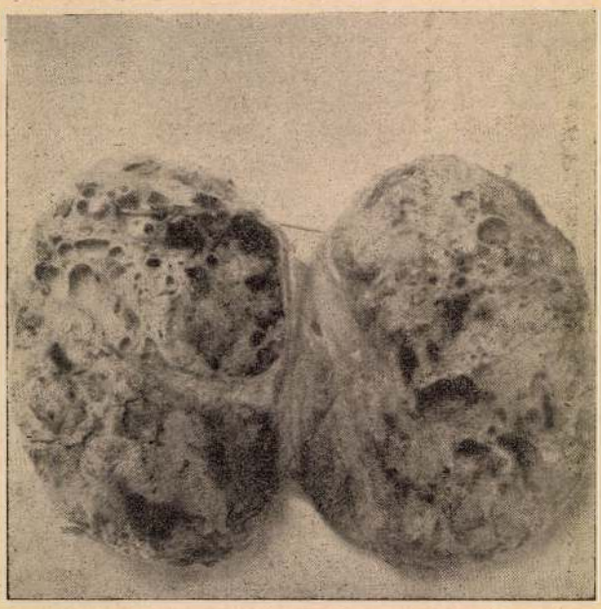
3. *A vegyes heredaganatok* a legkülönbözőbb szövetféleségek daganatos burjánzása által keletkeznek.

A) A *heteroid,* vagy embryoid daganatok hám- és kötőszövetes elemek burjánzásából fejlődnek. Alkotó elemeik különféle részekből: zsír, porcogó, gliasejtek, hámsejtek, stb. tevődnek össze. Előfordul az ilyen daganatokban a méhlepény syncytiumát utánzó hámcsoportosulás is, melyet *chorionepithelioma-testisnek* nevezünk. A chorionepithelioma szöveti felépítésében és klinikai megjelenésében közel áll a seminomához. Átmetszetben a seminomától abban különbözik, hogy a vérzésektől sötét-vörös, szilva-kék, tarka foltos. Szövetileg kétféle sejtcsoportot találunk bennük: a nagy, világos Langhans-sejteket és az ezek között elszórt sok, kismagvú syncy-

*) Előadva a Magyar Urologiai Társaság 1936 június 6-iki ülésén.

tium tömegeket. Vannak azonban olyan atypikus chorionepitheliomák is, amelyek csak az egyik szövetféleséget mutatják, tehát csak *Langhans* vagy csak syncytiumsejtekből állanak. A chorionepithelioma szövete a vérzések folytán annyira elpusztulhat, hogy szöveti összetétele csak áttételeiben ismerhető fel. Korán okoz áttételeket a medencei, valamint a retroperitonealis nyirokmirigyekben és szervekben, melyek rohamosan ellágyulnak.

B) Teratomáról beszélünk, ha több csiralevél származéka alkot egy összetett, vegyes daganatot. Jellemző rá, hogy növekedésében is, áttételeiben is valamely szöveti elem jut tulsúlyra, mely azután elnyomja a többit. Ezért az áttételekben már csak egyféle szöveti elemet találunk.



3. ábra Mikrocystikus teratoma.

A heredaganatok keletkezésében a trauma szerepét leginkább újabb szerzők említik *(Ulrich, Fausler, Laskowitz)*, melyek között leggyakoribb az ütés, lövés, kődobás, vagy autókurbli okozta sérülés.

Az I. sz. sebészeti klinikán heredaganattal operált betegek között csupán négy emlékezett heréjét ért traumára: két esetben ütés, egyben kalapácsütés és egyben autókurbli általi sérülés szerepelt. Sok vitára adott alkalmat a rejtett (kryptorchikus) here daganatos elfajulásának kérdése is. Az újabb statistikai adatok szerint a daganatképződés alig valamivel nagyobb arányban fordul elő kryptorchistikus, mint rendesen leszállt herében. Ezek szerint tehát túlzottnak tekintendő egyesek azon felfogása, hogy minden ép, működőképes rejtett here, ha helyére le nem hozható, eltávolítandó.

A heredaganatok lassan fejlődnek és eleinte alig, vagy egyáltalán nem fájnak. A beteg sokszor éveken át hordozza heréjében a daganatot, aminek valószínű oka, hogy a tunica albuginea bizonyos fokig akadályozza a daganat terjedését. A klinikai tünetek közül a fájdalom a legtöbb esetben évekig tartó jelentéktelen panaszok után (5—7 év) hirtelen támad és rohamokban jelentkezik. Operált eseteink között csupán három betegünk volt, kiknek daganatos heréje teljesen fájdalmatlan maradt.

Ami a kórisme helyes megállapítását illeti, ha gyulladásos jelenségek nélkül látunk herenagyobbodást, mindig heredaganatra kell gondolnunk. Ki kell zárnunk azonban a gümókórt, gummát, hydrokelét, vagy haematokelét (utóbbi kettő társulhat daganattal). A tuberculosis kivétel nélkül a mellékherében kezdődik, mint nyomásra fájdalmatlan porckemény göb, melyből terjedése közben nyomásra érzékeny, herétől jól elkülöníthető beszűrődés támad, mely áttörve a burkot sipolyossá lesz. Ezt követi lassanként az ondóvezető duzzadása, valamint az ondóhólyagok és prostata gümősödése. Syphilis gyanúja esetén mindig Wa.-r.-t végzünk, de tekintet nélkül annak eredményére, megkíséreljük a luesellenes kezelést.

A heregaganatok sikeres gyógyításának legelső feltétele a korai felismerés. Ennek legnagyobb akadálya, hogy a beteg legtöbb esetben későn jelentkezik, egyrészt a kezdeti szak hosszú ideig tartó jelentéktelen fájdalmassága, másrészt a daganat lassú növekedése miatt. Eseteink túlnyomó részében, évekig tartó, szinte tünettelen időszak után hirtelen indult a daganat növekedésnek és jelentkezett a fájdalom. A beteg rendszerint csak akkor tulajdonít bajának jelentőséget, ha a daganat már észrevehető nagyságot ért el és megnövekedett súlyával az ondózsinórt húzva fájdalmak is jelentkeznek. Az áttételek kifejlődésével ezután közérzeti zavarokat, émelygést, fogyást, emésztési zavarokat, étvágytalanságot, gyors leromlást tapasztalunk.

Értékes segédeszköz a kórisme korai megállapításában újabban annak felismerése, hogy heredaganatokban korán kimutatható a prolan a vizeletben. Egyes szerzők szerint ez a tünet a hypophysis elülső lebenye és a here közötti viszony zavarának az eredménye. Tekintve azonban, hogy nem minden heredaganat adja ezt a reactiót (legnagyobb értéket chorionepithelioma esetében találtak), a jövő feladata lesz azon összefüggés eldöntése, mely a daganat szövettani felépítése és ama tulajdonság között van, hogy positiv, vagy negativ prolan-reactiót ad, továbbá, hogy a kórisme és a kórjóslat felállításában ezen reactiónak milyen jelentőséget tulajdoníthatunk.

Az I. sebészeti klinikán műtétre került 21 heredaganat közül — melyeknek mind klinikai, mind szöveti anyaga rendelkezésünkre állott — a következőket tartottuk közlésre érdemesnek:

1. B. S. 56 éves gazdálkodó, 3 éve daganat nő a bal lágyéktájon. Két hét óta érez erősebb fájdalmakat. 20 éve nős, gyermeke nem volt. Jelen állapot: a scrotumban egyik here sem tapintható. Baloldalt a lágyéktájon férfiökönyi, fájdalmas terimenagyobbodás. *Műtét:* ferde inguinalis metszés, a kiemelkedő daganat legnagyobb domborulatán. A daganat homokóra alakú, felső polusához kis sérvtömlő csatlakozik, mely csepleszt tartalmaz. A tömlőt a daganatról lefejtve a tápláló edények és a ductus lekötése és át metszése után a daganatot eltávolítjuk. A daganat férfiökölnyi, kocsonyás, elernyedt izomtapintatú, metszéslapja téglavörös, homályos fényű, szerkezetnélküli. Górcsővel rendes szövetet felismerni nem lehet; sejtes daganatot látunk, mely kötőszövetes sövények által többé-kevésbbé elkülönített kisebb daganatsejtfészkekből és kötegekből tevődik össze. Az ezeket alkotó sejtek hámjellegűek, nagy kerekded, vagy sokszögletű sejttesttel és nagy kerek chromatindus magvakkal. *Diagn.: Seminoma testis sin.* Kryptorchismus. (1183).

2. B. A. 55 éves szabó. 9 évvel azelőtt vakbélműtét. Féléve étvágytalan, 15 kg-ot fogyott, 2—3 hónaponként erős görcsök. Most a has jobb alsó felében gyermekfejnyi, az appendektomiás heggel összefüggő, alig mozgó, tömött, összehúzódott izomtapintatú, nem fájdalmas terimenagyobbodás. *Műtét:* ferde ileocoecalis metszés. A peritoneum megnyitásakor nagy mennyiségű vörhenyes barna, szövetcafatos folyadék ürül. A daganat a jobb csípőtányérban lévő kryptorchikus heréből indul ki, a csípőtányérral szorosan összekapaszkodott, ugyanígy a hasfallal is, a cseplesz és vékonybélkacsok pedig egy conglomeratumot alkotnak körülötte. A cseplesz jó részét resecáljuk, az egymással és a daganattal összetapadt beleket szétfejtjük, a daganatot pedig a hasfal egy részével eltávolítjuk. A hasüregből nagy törlökkel kb. 1.5 liternyi folyadékot itatunk ki. A daganat tokjának megrepedése folytán több maréknyi szövetcafat található a hasüregben, melynek serosáján inplantatiós göböket is találunk. *Diagn.: Sarkoma testis d.* Kryptorchismus. (2766). (Exitus műtét után 1½ évvel).

3. W. R. 30 éves tisztviselő. Egy évvel azelőtt észrevette, hogy bal heréje nagyobbodni kezd. Négy hónap óta rohamos növekedés és feszülő fájdalom. Jelen állapot: bal here jókora férfiökölnyi, sima, kemény, a mellékhere nem tapintható. *Műtét:* semicastratio. Szövetilag a daganat egyes részei igen változatos képet mutatnak. Hengerhámmal, köbhámmal bélelt, részben cystikusan tágult mirigycsövek váltakoznak elszarusodó laphámmal bélelt, szarugyöngyöket tartalmazó üregekkel és mindezek rendkívül sejtdús alapszövetbe vannak ágyazva, mely zsírszövetet, sejtes porcszigeteket tartalmaz. Ezenkívül ducsejtes gliasejtes és rostos idegszövetet is találunk, mely egyes helyeken számtalan, apró psammoma-szerű képleteket tartalmaz. Vannak azonban olyan készítmények, melyekben teljesen fejletlen hámsejtekből álló hatalmas fészkeket találunk, nagy vérzéses és elhalt területekkel. A sejtek között számos, oszlásban lévő alak is látszik. Az egész daganatot rákosan elfajult teratoma embryonalenak tekinthetjük.

4. K. V. 60 éves géplakatos, 5 éve munka közben kalapács nyelével megütötte jobb heréjét, mely azóta fokozatosan keményedik, 7—8 hónap óta erősen duzzad, a has felé kisugárzó fájdalmak jelentkeznek. A jobb herének megfelelően kétökölnyi el nem határolt terimenagyobbadást találunk. Az eltávolított daganatban ép szervet és szövetet felismerni nem sikerült. Vaskos kötőszöveti, sejtszükes nyalábok közé ágyazott, hatalmas daganatszigeteket találunk, melyeken belül a közti stromát csupán vékonyfalú capillarisok és az őket kisérő csekély kötőszövet képezi. Maguk a daganatsejtek nagy, kerek sejttesttel és közepesen festődő, finom chromatindús szerkezetű maggal birnak. *Diagn.: Seminoma testis d.*

5. B. L. 26 éves tanuló. 3 hónappal a bal heréjének megfelelően egyre növekvő daganatot érez, mely azonban nem fáj. A bal herezacskóban lúdtojásnyi, fájdalmatlan terimenagyobbodás, mellette a mellékherét külön tapintani nem lehet. A készítményben egy helyen felismerhetők a mellékherecsövecskék átmetszetei, legnagyobbrészt azonban nagykiterjedésű elhalt és bevérzett területeket láthatunk. Egyes helyeken elszórva ép magfestésű területek vannak, melyek szabálytalan, atypikus, köbhámmal bélelt mirigycső utánzatok tömegéből állanak. A mirigycsövek lumenét vér és lehámlott sejtek töltik ki. *Diagn.: Adenocarcinoma testis s.*

6. D. E. 14 éves tanuló. 6 hét óta tapasztalja, hogy nöl a jobb heréje. Ez idő alatt 5 kg-ot fogyott. A jobb here gyermekfejnyire megnagyobbodott, összehúzódott izomtapintatú, lopótök alakú. Fölötte a bőr el van vékonyodva, de azért elmozdítható. A tüdőben áttéti gócok. A készítményben szervet felismerni nem lehet. Kötőszöveti nyalábok között növekedő hosszúkás daganatsejtkötegek látszanak, melyek orsóalakú, nagyfokban szabálytalan és sok magoszlást mutató sejtek tömegéből állanak. *Diagn.: Sarkoma fusocellulare testis d.*

7. F. I. 36 éves földmíves. 6 évvel ezelőtt bal heréjét megütötte, mely akkor kb. tyúktojásnyira megnagyobbodott és fájdalmas lett. A fájdalmak néhány hónapra rá elmúltak, de a here nem kisebbedett. Félév óta heréje újból fájdalmas és azóta gyorsan növekszik. A bal here férfiökölnyi, tapintásra igen fájdalmas, a bőrrel nincs összekapaszkodva. A készítmény egyik részében hereszövet ismerhető fel, közte a kötőszövet tetemesen felszaporodott. A hereállomány helyét nagyobbára sejtdús daganat foglalja el, melyet keskeny capillarisok és az azokat kisérő kevés kötőszövet elmosódó határú fészekre oszt. A közti stroma nagyfokú lymphocytás beszüródést mutat. A daganatsejtek hámjellegüek, nagyok, kerek, finom chromatinszerkezetű maggal; nagyfokú polymorphismus. Néhol a sejtek némikép adenocarcinomára emlékeztető szerkezetüek, különösen az elhalások körül. *Diagn.: Seminoma testis sin.*

8. C. J. 23 éves földmíves. Két és félhónapja jobb heréjét megütötte, mely azóta folyton fájdalmas, a fájdalom kisugárzik a jobb térdbe. A jobb here férfiökölnyi, porckemény. A jobb inguinalis tájon diónyi, egymással részben összekapaszkodó mirigytömeg, mely fölött a bőr elmozdítható, de alapjával szorosan össze van növe. A műtét kapcsán eltávolítva a kóros herét, kitünik, hogy a daganat a pectineus állományába beszüremkedve, belenőtt az os pubisba, ahol kétökölnyi szétesö tömegü daganatot alkot. Ennek kitakarításakor erős üregi vérzés támad, jodoform-tamponálással sikerült csillapitani. A kiirtott herét csaknem egész kiterjedésében elfoglalja a szétesőfélben levő daganatszövet, mely vérzéses, elhalásos részleteivel igen tarka képet ad. *Diagn.: Sarkoma testis d.*

9. K. A. 33 éves soffőr. 3 hónappal ezelőtt vette észre, hogy közösülés után baloldali heréje fájdalmas lett, megnagyobbodott és azóta folyton növekedve, járás és munka közben állandóan akadályozza. A bal here tyúktojásnyi, összehúzódott izomtapintatú. *Műtét:* Semicastratio. Szöveti lelet: seminoma testis. Említésre méltó, hogy a műtét előtt végzett vörösvértestsüllyedés Westergreen szerint csupán 8.5 mm-t mutatott, míg műtét után félévvel ugyanez 38 mm-re emelkedett. A beteget azóta ellenőrizzük, s 2—3 hónapi panaszmentes idő után szinte periodikusan jelentkeznek áttételei: a lágyéki, hashártyamögötti nyirokcsomókban és a bal supraclavicularis árokban, melyeket mindig heves fájdalmak kisérnek. Néhány besugárzás után ezek elmúlnak, a fájdalmak megszünnek és zavartalanul végzi munkáját, — jelenleg egy évvel a műtét után — az előbb említett periodusokat nem tekintve.

A heredaganatok gyógyítása minden lehetséges esetben műtéti. A legelfogadottabb eljárás a semicastratio. Egyesek *(Chevassu)* a semicastratio mellett még a retroperitonealis nyirokutak és a mirigyek kitakarításával igyekeztek teljesebb gyógyulást elérni. A műtét — mely a hashártya megsértése nélkül a periaortalis, valamint a vena cava inferior mentén levő mirigyek kitakarításából áll, egészen a vesehilusig — nagy beavatkozás. Ha tekintetbe vesszük ennek a gyökeres műtétnek nagy halálozási arányát (10%) és azt a tapasztalati tényt, hogy utóeredménye sem váltotta be a hozzáfűzött reményeket, feltétlenül a kisebb és veszélytelenebb beavatkozás: a semicastratio mellett kell döntenünk.

A röntgenesek előtt régóta ismeretes a heredaganatok nagy sugárérzékenysége. A tapasztalatok azonban azt mutatták, hogy amily gyorsan eltűnnek az áttételek sugárkezelés hatására, ugyanolyan hirtelenséggel indulnak ismét növekedésnek. A röntgenbesugárzásokat minden heredaganat miatti műtét után szükségesnek tartjuk. A műtéti területtel együtt besugárzandók a környéki nyirokmirigyek is. A besugárzást ú. n. fractionált rendszer szerint végezhetjük, melynek előnye, hogya beteg sugárérzékenysége szerint változtathatjuk a besugárzások számát és erejét. Elfogadható és előnyös a *Wildbolz* ajánlotta közvetlen műtét előtti besugárzás is.

Az I. sz. sebészeti klinikán operált 21 heredaganatból 12 seminomát, 6 sarkomát, 1 rákosan elfajult teratomát, 1 adenocarcinomát és 1 interstitialis daganatot találtunk. A heredaganatok műtéteinek általánosan ismert rossz utóeredménye, amit saját tapasztalataink is támogatnak (21 betegünk közül csak 4 volt még életben a műtét után egy évvel), kötelességünkké teszi, hogy a beteget a műtét után is állandó ellenőrzés alatt tartsuk, hogy a jelentkező áttételeket azonnal erélyes sugárkezelés alá vehessük. Amint a fentebb említett egy évvel ezelőtt operált és ma is munkaképes betegünk példája bizonyítja, ez az egyetlen mód, amivel kedvezőbb eredményt érhetünk el.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Avitaminosis okozza-e az Adie-syndromát? *Romberg—Schaltenbrand.* (D. Med. Wschr. 1937. 40.).

Az Adie-syndroma (A. s.): pupillotonia, (egy vagy kétoldali mydriasis, renyhe fény- és elhúzódó közelítési reactio) hypo-, ill. areflexia az alsóvégtagon. Az A. s.-ban szenvedő betegek anamnesisében kimutatható a vitamin, főleg a B-vitamin hiánya. A kórformát szerzők a pellagra abortiv alakjának tartják. A bőrjelenségek hiányát részben az magyarázhatja, hogy Németországban a nap ereje nem tudna olyan súlyos dermatitist előidézni, részben, hogy a táplálékból hiányozna a dermatitist kiváltó anyag (kukorica?). A pupillák említett zavarát ólom-, alkohol-, botulinus-, stb. mérgezésben is megtalálhatjuk

Juvancz Ireneusz dr.

Az agranulocytosis kezelése lázas ember vérének átömlesztésével. *Lainer.* (Klin. Wschr. 1937. 41.).

Agranulocytosis (a) esetében a sternum-punctatum lehet 1. normalis: akadályozott sejtkiáramlás; 2. myeloblastos: akadályozott sejtérés; 3. aplastikus: a sejtképzés teljes meg-

szünése. A normalis ember fertözésre leukocytosissal reagál, de a reactio pontos mechanismusát nem ismerjük. A szerző feltételezi, hogy (a)-ban hiányozna egy anyag a szervezetből, mely a sejtképzést fokozná. Ezért a vért adó tejinjectiót kapott és 4—5 óra mulva, mikor a leukocytosis a maximumát érte el, történt az átömlesztés. 4 esetet közöl (2 benzolmérgezés), ezen esetekben a myelogen sejtek teljesen hiányoztak, ill. csak minimalis számban voltak a keringő vérben, a csontvelö is aplastikus képet mutatott. Ismételt átömlesztésekre (6—10), úgy a vérkép, mint a csontvelö normalissá vált, a súlyosabb klinikai tünetek pedig elmultak.

Juvancz Iréneusz dr.

A lymphogranulomatosisról. *H. U. Gloor.* (Dtsch. Med. Wschr. 1937. 45.).

Összefoglalás a lymphogranulomatosis (lg.)-ról folytatott kutatások jelenlegi állásáról. Kezdeti szaka és megjelenési formája szerint háromféle lehet: *a)* epipharingo-cervicalis; *b)* tracheo-bronchialis (mediastinalis); *c)* gastro-mesenterialis (abdominalis). Tovaterjedése történhetik lymphogen, haematogen úton és helyileg. Leggyakoribb a nyirokcsomókról nyirokcsomókra terjedő idült alakja. Az infectiósus anyagnak a véráramba betörése esetében heveny, rövidesen halálhoz vezető alakot is ölthet; (septicus lázmenet, miliaris lg., aleukia haem. stb.). Biztos diagnosis legkorábban még a cervicalis alakjában állítható fel (próbakimetszés útján), szemben a mediastinalis és abdominalis alakkal. A gyógykezelés eredményessége (rtg., arsen, stb.), a korai kórisme, a megbetegedés helye, kiterjedése és megjelenési formája szerint változik. A lg. lényegére vonatkozó felfogások különbözök. A szerzök többsége a lg-t ismeretlen kórokozó okozta gyulladásos reactiónak tartja. Az állatkisérletek szerint egy, a lg.-ra specificus filtrálható virus kórokozó szerepe valószínü. Közös aetiologiai alapja a tuberculosissal nincsen, legfeljebb a mirigy-tbc. fellobbanását elösegíti.

Noszkó Szilárd dr.

A gyomorvérzés kezelése csekély étrendi korlátozással. *Meulengracht* prof. (Münch. Med. Wschr. 1937. 40.).

368 gyomorvérzö betegnek húst is tartalmazó pépes étrendböl már az elsö naptól kezdve adott annyit enni és inni, amennyit csak kivántak. Föleg a súlyos, erösen kivérzett betegek bőséges táplálkozására helyezett súlyt. Az étrenden kívül még atropint, alkaliákat és vasat is adott a betegnek. Az erösen kivérzett betegek (összesen 14) vérátömlesztést is kaptak. Már az elsö naptól kezdve megengedi, hogy a betegek az ágyban mozogjanak, 2—3 hét mulva pedig az elsö felkelést és átlag 5 hét mulva, a röntgenvizsgálat elvégzése után távoznak a betegek a kórházból. Ezután még hat hétig szedik a gyógyszereket és 5—6 napig tartják a pépes étrendet. A betegek közérzete, ereje így sokkal jobb, mint éheztetéskor és a vérregeneratiójuk is gyorsabb. A vérzés nem fokozódik és nem tart hosszabb ideig, mint a régi kezelés mellett. A 368 beteg közül 5 halt meg, szemben a régi 7.9% mortalitással. A vérzö betegek nem a vérzés elején szoktak meghalni, hanem rendesen csak 8—10 nap mulva az általános leromlás folytán és éppen ezért sokkal inkább van szüksége a jó táplálkozásra a kivérzett és legyengült szervezetnek.

Haintz Ödön dr.

Sebészet.

Evipan-natrium, mint idealis anaestheticum prostatektomia alkalmával. *Reggero Broglio.* (Ztbl. f. Chir. 1937. 16.).

A szerző különösen alkalmasnak tartja az evipan-narkosist urologiai mütétek alkalmával, ha mindkét vese functióképes. Eseteiben azt tapasztalta, hogy a vese csökkent, lassú kiválasztása miatt oly kis adag evipan-natrium elég már a teljes narkosishoz, (néha 3—4 ccm), mely urologiai értelemben egészséges betegekre még hatástalan, vagy alig hat. Prostatektomiáit 8—10 ccm. átlagos dosissal sikerült elvégeznie, melyet még 2—3 órás mély alvás követett. A szükségelt evipan-dosisok kicsinységét az urogenitalis apparatus ártalmának a vesefunctiót csökkentö hatásában látja.

Lovich Ede dr.

A Mayo—Walters-féle húgyhólyag-ektopia mütét. *Max Krabbel.* Aachen. (Zbl. f. Chir. 1937. 13. 693.).

Szerző áttekintést ad az eddigi mütéti technikákról. Az általa használt Mayo—Walters-féle mütét a régi *Maydl—Makkas* elgondolás alapján áll, amikor is az uretereket a vastagbélbe ültetik, a sigmabelet használva erre a célra. Azáltal, hogy az ureterek kb. 2.5 cm-es szakaszon a bél nyálkahártyája és izomrétege között haladnak, az ascendáló fertözés veszélye lényegesen csökkent.

A mütétet három ülésben végzik: 1. az egyik; 2. a másik ureter bevarrása; 3. ülésben a hólyag- és uretercsonkok kiírtása. Az ureterek külön beültetése azért szükséges, mert a mütéti oldalon 3—4 napig vizeletkiválasztás nincs. Szerző az egyes mütéteket kb. kéthetes időközökben végezte. A hamarosan jelentkező vesemedence és kelyhek tágulása a tartós eredménnyel szemben bizonyos aggályokat támaszt, noha *Walters* statistikájában az 5—10 éve operáltak jó állapotáról számol be.

Takáts László dr.

Az ujjak anyaghiánnyal járó sérüléseinek kezelése desitinolannal. *Josef Förster.* Wien. (Zb. f. Chir. 1937. 12. 696.).

Az utolsó ujjpercnek, föleg az ujjbegynek anyaghiánnyal járó sérüléseiben *Löhr* vizsgálatai alapján desitinolan nevü csukamájolajos kenöcsöt 30 esetben használta. A sérüléseket sebtoilette után egy vászondarabra vastagon felkent kenöccsel fedte. — A teljes nyugalmat Böhler-sinnel biztosította. Három, négy nap mulva a seb alján szép sarjadzás, a széleken pedig hámburjánzás volt megfigyelhető. Az elhalt szövetrészek szépen lelöködtek. — A teljes gyógyulás 4—8 hétig tartott. A gyógyulás eredménye functionalis és kosmetikai szempontból egyaránt kedvező volt, amennyiben az ujjbegy jól párnázott lesz, a tapintás és hőérzés megtartott.

Takáts László dr.

Nőgyógyászat.

A tubarák diagnosisához. *Harms.* (Zbl. f. Gyn. 1937. 46.)

Az elsőleges tubarákot két okból nehéz diagnostizálni. Egyrészt nem gondolunk reá, másrészt a tubarák jellegzetes tüneteket nem okoz.

Két esetet tárgyal részletesen. Mindkét nő 50 éven felüli, néhány éve menopausában. Mindkettőnek fiatal korában egy szülése volt, ami után teherbe többé nem jutott. Vérzést és fájdalmat panaszol mindkettő. Miután gynaekologiai leletük nemleges, a kaparás, amelyet kezdödő corpus cc. gyanuja miatt végeztek, szövettani vizsgálata semmitmondó; röntgencastratiót végeznek, mivel klimakterialis vérzésnek minősítik. Néhány hónapos javulás után a vérzés újra megindul. Az ekkor történt vizsgálat adnextumort állapít meg. E megállapítást a véghezvitt laparotomia támogatja, mely primaer tuba-cc.-t állapít meg. Szövettani diagnosis: adnex-cc. papilliferum.

A szerző e két esete és az irodalomban 1931 óta leírt 34 eset hasonló anamnesise és lelete arra tanít, hogy ha egy 50 év körüli nő, akinek fiatalkorában volt egy szülése és azóta teherben nem volt, (akiben tehát valószínüleg gyulladásos folyamat zajlott el a belső nemzőszervekben, ami úgylátszik hajlamosít rákra), rendetlen, vagy újra megindult vérzést és fájdalmat panaszol, úgy kilmakterialis zavarok mellett gondoljunk tubarákra, ha a corpus cc.-t és a gyulladásos adnextumort biztosan kizárhatjuk.

Fejes József dr.

Habitualis abortus esete uterus bicornis unicolis és ligamentum recto vesicale kapcsán. *K. Hübscer.* (Zbl. f. Gyn. 1937. 27.).

25 éves asszony kórtörténetét ismerteti, ki 4 éve férjes és 3 spontan abortus után 1 napos vérzéssel abortustóli félelmében keresi fel a klinikát. A vizsgálati lelet: zárt méhszáj, nagyobb, puhább, terhes uterus, kevés vérzés és jobbra kisökölnyi puha tumor. Nem tisztázott diagnosissal laparotomiát végeznek azzal, hogy akár extrauterin graviditásról, akár a terhességben felpuhult tumorról, vagy fejlödési rendellenességről van szó, a terhesség megmentésére az egyetlen lehetöség. A has megnyitása után uterus bicornis unicollist találnak, az egyik szarvban terhességgel, a kettő között kétujjnyi széles, a rectumtól a hólyag felső részéhez haladó kötöszövetes szalag, amely a kismedencét két részre osztja. A nem terhes szarv és az ú. n. ligamentum rectovesicale eltávolítása után zárják a hasat. Ezután corpus luteum készítményt adagolnak s a mütét utáni 14. napon gyógyultan, zavartalan terhességgel hagyja el a klinikát, terhessége kiviselése után pedig 3050 g-os élö, érett fiugyermeket szül. 1 év után újra teherbe esik, majd normalis terhesség után 3250 g-os fiugyermeke születik. Az esetnek a tanulsága, hogy fejlödési rendellenesség mellett előforduló abortusnak sem

nem az uterus-izomzat fejletlensége (*Wertheim*), sem a fejletlen nyálkahártya (*Menge*) az oka, hanem a medencében lévő helyszűke, aminek megoldása a műtét.

Türrné dr.

Epithelmetaplasia endometritis post abortum után. *Dubrauszky.* Szeged. (Zbl. f. Gyn. 1937. 46.).

218 endometritis post ab. kaparékát szövettanilag átvizsgálva 24 alkalommal talált a szerző az uterus nyálkahártyáját és a mirigyeket kibélelő egysoros hengerhám helyett többsoros hámréteget. Gondosan megkülönböztetendő ez a hámmetaplasia a fiatal decidua néha többsoros hámrétegétől. Ismernie kell ezt a hám-metaplasiát főleg a szövettannal foglalkozónak, hogy ezt a körülírt hámburjánzást rosszindulatú daganatnak ne tartsa.

A sejtek a megszokott hengerhám helyett ovalisak, vagy polygonalisak, világosabban fejlödő sejttesttel és maggal. Sohasem törik át a membrana basalist, tehát a mélybe nem burjánzanak. Viszont gyakran látni benne magoszlásokat. A keletkezett sejtek kevésbbé differentiáltak, mint a nyálkahártya többi sejtjei, ezért nevezzük ezt a szövettani leletet regressiv metaplasiának.

Mivel gyulladásos elváltozások gyakran kimutathatók a szövettani képben, azért a szerzők többsége az epithelmetaplasiák keletkezésében gyulladásnak juttat szerepet. Hogy emellett hormonalis behatások is közrejátszanak, azt bizonyítja, hogy follicu'in és corpus luteum adagolásra hámmetaplasiákat sikerült kimutatni az uterus nyálkahártyáján. Félbemaradt ab. esetén ennek a nagyobb hormonconcentratiónak lehetősége adva van.

Noha ezek a hámburjánzások jóidulatúak, nyomukban nem egyszer fejlödnek carcinomák, amiért is az ilyen betegek controll alatt tartandók.

Fejes József dr.

Szemészet.

Üvegtestfistula-képzés. *Lindner.* (Ztschr. f. Aug. 93. 3.).

Szerző 3 évvel ezelött ajánlotta e módszert igen magas tensiójú zöldhályog eseteiben sekély csarnokkal, valamint szürkehályog- és glaukoma-ellenes mütét után helyre nem álló csarnok esetén. A mütét glaukomában csupán kisegítő eljárás, mely a rákövetkező második mütétet könnyíti meg s teszi veszélytelenné; egyedül nem használható. Hatása kettős: nyomásleszállítás üvegtestzsugorodás révén és a csarnok helyreállítása; ez csak müködő fistula és normalis üvegtest esetén következik be. A mütét menete: alul-kívül kötöhártyaalatti érzéstelenítés, limbus-féle csucsosodó kötöhártyalebeny kiszabása, rögzítöfonál behelyezése. Régibb módszerét megfordította: elöbb trepanál (2 mm) a fehérburok félvastagságáig a limbustól 10 mm-nyire. A bemélyedést és széleit Larsson-féle diathermiás gömbelektródával pergamentizálja, majd kisebb trepannal (1.5 mm.) tovább furva ollóval befejezi a metszést; az érhártyát discissiós tüvel büki át. A többször elöbuggyanó üvegtestgyöngyöt levágja, míg folyékony üvegtest nem jelentkezik; sebzárás. Ha üvegtest nem jelentkezik, úgy a mütét hatástalan marad. Ha malignus glaukomában azonnal folyékony üvegtest ürül, úgy a csarnok mélyülése nem várható. Egy esetben retinaleválás következett be, talán elégtelen coagulatio eredményekép. A mütét hatása a hátsó sklerotomiáéval rokon s annak valójában korszerübb és eredményesebb módosítása.

Grósz István dr.

Cholinerg és adrenerg szerek hatása a szemre. *Myerson* és *Thau.* (Arch. of Opth. 1937. jul.).

Szerzök négy szer hatását vizsgálták becseppentés alakjában. 1—10%-os *mecholyl* (acetylbetamethylcholin) becseppentése myosist okoz, megtartott fényreactio mellett. Az alkalmazkodást elösegíti és a szemnyomást leszállítja; a szemrést szükíti s valószínüleg tágítja a retina ereit. — Az 5%os *prostigmin* az elöbbi synergistája; gátolja, vagy hatástalanná teszi a cholin-esteraset, mely a keletkező acetylcholint hydrolysis útján bontja el. Az alkalmazkodást nagymértékben elösegíti (közelpont közeledik). Az 1%-os *atropin* a mecholylt hatástalanítja; többi hatása közismert. Végül az adrenerg *benzedrin* (⅛—1%), mely az elöbbi synergistája, a pupillákat tágítja és gyengíti a fényreflexet. A szem nyomását emeli, az alkalmazkodást gyengíti. Exophthalmust nem okoz, de a szemrést tágítja és a retinalis ereket szükíti. Míg az első két szer synergismusa egyirányú, a második kettőé nem: az atropin u. i. az adrenerg hatást gátló parasympathicus-féket iktatja ki. Nagy higítású benzedrin (¼%) becseppentésére az Argyll—Robertson pupilla kitágul, nehezen bár, de összehúzódik felvillanó fényre és könnyen, de fokozatosan nappali megvilágításra; a reactiók tehát visszatértek, bár renyhén.

Önmagában hatástalan 1‰-es benzedrin-sulfat+submínimalis adag atropin (1:2000) kifejezett mydriasist és alkalmazkodási bénulást okoznak a szemnyomás emelése nélkül. A szerek hatásmechanismusát ügyes vázlatok érzékeltetik.

Grósz István dr.

Gyermekgyógyászat.

Diphtheria után jelentkezett pitvari remegés. *A. Beer.* (Jb. f. Khk. 149. 205—214.).

Kilenc és féléves gyermeken diphtheriája hatodik hetében pitvari remegés jelentkezett, amit elektrokardiographiás vizsgálattal is sikerült kimutatni. Kezelésül csak peroralisan adott sympatholt vettek igénybe. 3 nap mulva a folyamat megszünt, az elektrokardiogramm a roham elötti alakját nyerte vissza és fokozatosan a myokarditis is gyógyult.

Kiss Pál dr.

Tapasztalatok betaxinnal. *Karl Ebermaier.* (Kinderärtl. Pr. 1937. 8.).

Különböző aetiologiájú peripheriás neuritis és neuralgia alkalmával próbálta ki a betaxint 10 esetben. 8 betegen sikerrel alkalmazta ott is, ahol a physikotherapiás eljárások (massage, hölég, galvanáram, diathermia, rövidhullám), nem jártak eredménnyel. Ezek friss, illetve 1—2 hónapos esetek voltak. Két, már évek óta tartó esetben a betaxin hatástalan volt. Naponta, illetve másodnaponként adott 1—1 ampulla betaxin, összesen 6—8 alkalommal.

Cziglány Flóris dr.

Nem syphilises pseudoparalysis újszülöttön. *K. Stolte.* (Dtsch. Med. Wschr. 1937. 30.).

14 napos csecsemö külsöleg typikus Parrot-féle pseudoparalysises bénulást mutatott a jobb karján. 3 testvére azonban egészséges, s mind a gyermekeken és szülökön a többszöri Wa.-r. negativ volt. A röntgenkép a könyökizületet képző csontok epiphysiseinek felrostozódását s elmosódottságát mutatta, a periosteum felemelödésével. Az anyának a terhesség utolsó heteiben rossz fogából kifolyólag mandibula osteomyelitise volt, s úgy gondolja a szerző, hogy a genyedést elöidéző csira a placentán áthatolva azokat a helyeket támadta meg, ahol a spirochaeta szokott megtelepedni. A gyermek spontan gyógyult, antilueses kúrában nem részesült.

Cziglány Flóris dr.

Téves diagnosis torokdiphtheria esetében. *Opitz.* (Kinderärztl. Pr. 8. 10.).

A legtöbb diagnostikus tévedést s így a legsúlyosabb mulasztást a toxikus torokdiphtheria alkalmával követik el. Az igen sokszor negativ eredményt adó bakteriologiai leletre támaszkodás a serumkezelés késleltetésével a beteg életébe kerülhet. Épen ezért felhívja a figyelmet a korai diagnosis klinikai jeleire, mint a hirtelen kezdet, magas láz, súlyos, általános infectiósus tünetek mellett a sulyos állapotot nem magyarázó csekély objectiv toroklelet. Ilyes esetekben ajánlatos a helyes diagnosis érdekében a beteget félnaponként ellenörzni s figyelni azokra a tünetekre, melyek az ilyenkor szóbakerülö septikus angina, peritonsillitis, tonsilla abcessussal szemben toxikus diphtheria mellett döntök. Ilyenek: a lepedék szennyes volta, az édeskés foetor, az aránylag csekély nyaki mirigyduzzanat mellett rohamosan kifejlödő periglandularis oedema s a rendszerint jelentkező orrfolyás. Felhívja a figyelmet még a follicularis anginák képében jelentkező torokdiphtheriára. Ilyen esetekben az izzadmány egynemü, tompa fehér szine tereli a gyanut a diphtheriára.

Flesch István dr.

Bőrgyógyászat.

Az ekzema és az ekzemaszerű dermatitisek therapiája. *P. Mulzer,* Hamburg. (Dtsch. Med. Wschr. 1937. 37.).

Az ekzemakezelés alapvető tétele a következő: 1. nedves borogatások, minden nedvező és nagymértékben gyulladásos megbetegedésben; 2. átmenet paszta-, vagy kenöcs-kezelésre a folyamat hevenységének csökkenésével; 3. zsírmentes paszták, szárító-kenöcsök alkalmazása zsíros bőrön (seborrhoea); 4. zsírok és puha paszták alkalmazása a bőr kiszáradása és ennek következményei alkalmával. Az általános gyakorlat számára megjegyzendő, hogy ekzemák esetében többnyire előnyben kell részesítenünk a száraz kezelést, mivel arány-

lag gyakran észlelhetők kenőcsizgalmak. A száraz kezelés sokkal inkább hat gyulladáscsökkentően és megnyugtatóan, mint a pasztás, vagy kenőcsös. Ilyen nem izgató, zsírmentes kenőcs, vagy paszta az esidern, melyet a hamburgi Desitin-gyár állít elő. A szerző előírása alapján a gyár ehhez a használatra kész, zsírmentes kenőcshöz tumenol ammoniumot, ként és kátrányt adott és előállított ilyen készítményeket, anélkül, hogy ez a száraz kenőcs consistentiáját megváltoztatta volna. A tumenol ammoniumos kátrányos készítmény hatásában kiemelendő a viszketéscsillapítás és idült beszűrődés visszafejlesztése. Az esidern cum sulfur indicált akne vulgaris, rosacea, pyodermák és mykosisok eseteiben.

Nyáry Lenke dr.

Cheilitis glandularis simplex és ennek szerepe a rosszindulatú elfajulásban. *J. Wendlberger.* Graz. (Arch. f. Derm. u. Syph. 176. 1.).

A vonatkozó irodalmi adatok ismertetése után szerző a kórkép idült lefolyású alakjával foglalkozik. A ch. glandularis simplex az alsó ajkaknak olyan idült lefolyású megbetegedése, amely az ajakpir heterotop nyálmirigyeinek túltengésétől feltételezett és subjective csak igen kevés panaszra ad okot. A mirigyek kivezető csövei a duzzadt alsó ajakpíron, mint gombostűfejnyi világos-vörös, vagy livid pontok láthatók, melyek körül néha fehéren elszíneződött udvar mutatkozik. Ha a mirigyekre enyhe nyomást gyakorolunk, úgy az említett nyílásokban viztiszta cseppek jelennek meg. A kísérő tünetek közül néha szembeötlő az arcnak erős ráncosodása, idő előtti megöregedése. A betegséget általában ritkának tartják. Szerzőnek sikerült klinikája összes betegeinek rendszeres átvizsgálásával a múlt évben 7 ilyen esetet megfigyelnie, ami 1‰-nek felel meg. Vizsgálatait mikrophotogrammon és fényképen mutatja be és arra a következtetésre jut, hogy a Ch. exfoliativa azonos kórkép a Ch. gland. simplex éppúgy, mint a Ch. gland. aposthematosa sem különálló kórkép, hanem csak szövődményes esete a Ch. gland. simplexnek, amelyhez banalis genykeltők révén másodlagos fertőzés csatlakozott. Egy eset szövettani feldolgozása alapján a Ch. abrasiva praecancerosát is ide sorolja. Csaltakozik azok véleményéhez, akik a Ch. gland. sympl.-ben a rosszindulatú elfajulás hírnökét látják. (*Puente, Benjerano,* stb.). Ez különösen a felületes erosiókkal és papilomatosus növekedéssel járó kóros elszarusodási alakokra vonatkozik. Prophylactikus szempontból a gondos szájápolás és az egyre tartó idült izgalmak (caries, alveolaris, pyorrhoea) eltüntetését javallja.

Preininger Tamás dr.

KÖNYVISMERTETÉS

A csecsemő- és gyermekgyógyászat tankönyve. I. és II. kötet. *Eckstein, Degkwitz, Freudenberg, Goebel, György, Rominger.* (Fordította: *Török Gábor.* 1937. 643. o.).

Az eddig használt német tankönyvek olvasásakor sokszor éreztük, hogy az egyes fejezetek már nem mindenben felelnek meg a mai álláspontnak, érthető tehát, hogy nagy örömet okozott, amikor a német könyvpiacon egy újabb tankönyv jelent meg. A könyv egyes fejezeteit a megfelelő részben valóban jártas német gyermekorvosok írták. Az első fejezet a csecsemő- és gyermekkor anatomiai és élettani sajátságaival foglalkozik, amit tankönyvben eddig nem látott részletességgel tárgyal. A második fejezet a ma nagyon fontos egészségvédelmet öleli fel, ez a fejezet teljesen új a régi tankönyvekből legtöbbször hiányzott. Az újszülöttek betegségeit *Eckstein* a tőle megszokott alapossággal tárgyalja. A csecsemő táplálásáról és a táplálkozási zavarokról *Freudenberg* ír röviden, világosan. Ezt a fejezetet a csecsemőgyógyászatban jártas orvos valóban nagy élvezettel olvashatja. Az elméleti rész logikus, tömör, rövid kritikai megjegyzések sem hiányoznak belőle. Sajnos a gyakorlati rész rövid. a gyakorló orvos, de különösen az orvostanhallgató ebből nem fogja megtanulni a csecsemőgyógyászatot. Különösen a pathologiás rész hiányos (toxikosis, idült táplálkozási zavar). Kár, hogy a szerző a fertőzések kóroktani jelentőségét a táplálkozási zavarokban nem méltatja olyan részletesen, mint amennyit azok a gyakorlati tapasztalatok alapján különösen Magyarországon megérdemelnének s éppen itt fordítónak a magyar vonatkozású megjegyzései is hiányosak. A vitaminhiányon alapuló betegségeket *György* olyan alaposan és részletesen ismerteti elméletileg és gyakorlatilag, hogy abból nemcsak az orvostanhallgatók, hanem az orvosok is sokat tanulhatnak. A legjobb fejezet: *a gyermekkor heveny fertőző betegségei.* Ezt a fejezetet a fertőző betegségek legkiválóbb ismerője *Degkwitz* írta. A fejezet mindenben megfelel a mai tudományos álláspontnak és a mai követelményeknek.

A második kötet a gyermekkori tuberculosissal kezdődik *Goebel* tollából. A gyermekkori tuberculosist *Goebel* olyan logikusan és olyan jó beosztással írta meg, ahogy azt ritka tankönyvben látjuk. Nagyon fontos, hogy ez a fejezet mindenben megfelel a gyakorló orvos követelményeinek. A syphilis tüneteinek csoportosítása rövid, világos, kezelése felöleli a legújabb therapiás vívmányokat. A többi fejezetek: száj- és orrüreg, garatür, és középfül megbetegedései, emésztő szervek betegségei, tüdő- és mellhártya betegségei, stb. a régi tankönyvek megszokott keretei között mozognak, egyes helyeken talán érdemes lett volna a therapiával részletesebben foglalkozni.

Ez az elsőrendű tankönyv valóban megérdemli, hogy több nyelvre lefordítsák. Fordító hosszú, nehéz munkára vállalkozott, fáradságot nem kímélő munkájának az eredménye, hogy a legjobb német gyermekgyógyászati tankönyvet azok is teljes egészében könnyen olvashatják, akik nem beszélnek jól németül. Egyes helyeken a fordító nem tudott teljesen szabadulni a német kifejezésektől, reméljük, hogy az elkövetkezendő második kiadásban javítani fog rajtuk. A könyv egyes fejezetei igen ügyesen megfelelő magyar vonatkozásokkal vannak kiegészítve. Ajánlom, hogy minél több orvos forgassa e tankönyvet haszonnal.

Csapó dr.

Iskolai egészségvédelem. *Zuckermann Ferenc.* (Budapest, 1937. Sylveszter irodalmi és nyomdai intézet kiadása. 158. o. Ara. 3. P.).

Részletes iskolaorvostan egységes szempontból tárgyaló művét mindezideig nélkülözi irodalmunk. Pedig a modern iskolaorvostan messze túlnőtt a közegészségtan keretein és az általános higienia tárgykörén kívül főleg paedagógiai és socialis társadalomproblemákkal bővült. A mai iskolaorvosnak a feladatköre igen kiterjedt ismeretet kíván. A lelki higienia, a sportorvostan, a pályaválasztási tanácsadás, a fertőzések prohpylaxisa, stb. kérdések tömegével találhatók a ma iskolaorvosának tennivalói között. Röviden: sokkal többet kell tudnia, mint azt az iskolahigienia szó kifejezi. Ezért választotta — nagyon helyesen — a szerző a sokkal többet kifejező iskolai egészségvédelmi megjelölést. Müve szükreszabott keretek között igyekszik teljes lenni, ami igen nehéz feladat. Segítségére van a nagy gyakorlatból fakadó ügyszeretete, valamint az iskolai életbe tökéletes beleilleszkedés. Paedagógiai jártassága azonban sokszor az orvosi szemlélet rovására megy. Könyve ezért elsősorban a paedagógus és szülő érdeklődését szolgálja. Kár, hogy rendszerezése hiányos. A hasonló külföldi könyvekben megszokott beosztások, nagyobb főcsoportok helyett csak egyes, néhol ismétlésekbe eső fejezeteket kapunk. A tárgykör méretezése sokhelyen nem sikerült. Amilyen részletes és alapos pl. a testnevelés tárgyalása, époly rövidreszabott pl. a szabadlevegős iskolát, vagy iskolanővért tárgyaló fejezet. A szerző azonban kétségtelenül nagy szolgálatot tett a sajnos még igen sok helyen meg nem értett iskolaegészségügynek. Olvasóit meg tudja győzni arról, hogy egyedül az iskola az a hely, ahol módunkban lehet minden magyar ember egészségét kedvező irányban befolyásolni.

Herglóz Jenő dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület december 17-i közgyűlése.

1. Elnöki bevezető. (Egész terjedelmében megjelent az O. H. 51. számában.).

2. *báró Korányi Frigyes* emlékelőadás: néhai *Buday Kálmán:* Az extrapulmonalis- (sebészi) és tüdőgümőkór viszonya. Felolvasta: *Zalka Ödön.* (Egész terjedelmében megjelent az O. H. 51. számában.).

3. Elnöki zárszó és a *Korányi*-emlékérem átadása;

A főtitkári jelentés beszámolt arról, hogy az év folyamán kitüzött pályadijakat a szokástól eltérően a 100 éves jubileumi ünnepségek alkalmával osztották ki. Bejelentette, hogy az egyesület évkönyvét, mely tartalmazni fogja az egyesület 100 éves történetét is *Korbuly György dr.* tollából, ismét kiadják, melyet a tagok rövidesen megkapnak.

6. Külföldi levelezőtagok választása. Az igazgatótanács által ajánlottakat a közgyülés elfogadta.

7. Új tagok felvétele. 25 új tag felvételét a közgyülés elfogadta.

Egy műveltségtörténeti tanulmány orvosi vonatkozásai.

Irta: *Puder Sándor dr.*

Bevilaqua Borsódy Béla dr. és *Mazsáry Béla dr.: Pest-Budai Kávéházak Kávé és Kávésmesterség.* 1535—1935. Művelődéstörténeti tanulmány. Budapest 1937. 163 + 1464 lap, 2 kötet, 262 illustratio.

Bevilaqua Borsody Béla dr. e nagyméretü kétkötetes tanulmány keleti, nyugateurópai, magyar és pesti-budai orvostörténeti fejezeteiben folytatja azokat az orvostörténeti és természettudománytörténeti szemlélődéseit melyeket a Balkán illetőleg Montenegró Maláriájának Epidemiológiájával és néprajzi vonatkozásaival, a budai mészáros céh 13—16. századi okleveleinek magyar egészségügytörténeti vonatkozásaival, a magyar serfőzés történetével, illetőleg az édesvizi élettani kutatás, a Limnológia 17. századvégi magyarországi kezdeteivel, valamint az *Esterházy* Károly gróf egri püspök által 1772-ben alapított egri egyetem magyar csillagászattörténeti és természettudományi jelentőségével, végül a régi magyar nőgyógyászat és közegészségügy egyes fejezeteivel foglalkozó köteteiben, illetőleg tanulmányaiban irt meg.* A 16—19. századi pest-budai és magyarországi kávéval és kávéházakkal foglalkozó jelen munkájának is sok orvostörténeti vonatkozása van.

A 17. századvégi London kávéházainak történetét Thomas Babington *Macaulay* Lord of Rothley, a 18. századi párisi kávéházakét Jules *Michelet* irta meg. Páris, London, Velence, Padova, Róma, Berlin és Bécs 17—19 századi kávéházi élete társadalomtörténeti, szellemtörténeti és irodalomtörténeti szerepének gazdag régi irodalmához csatlakozik a szóbanlévő művelődéstörténeti monographia. Várostörténeti, szokástörténeti, kézművességtörténeti, társadalom,- szellem- és irodalomtörténeti elgondolásaiból bennünket a jelen ismertetésben természetesen csak az orvosi vonatkozások érdekelnek.

*

Az *Es Habes*-ből, vagyis Abissiniából a XV. század végén az arab városi életben elterjedt *Kahua*, vagy's *Kahvé* mihamar megtalálta a maga orvosi irodalmát. Az Antoine *Galland* francia orientálista által a párisi Bibliotheque Royale-ban 1699-ben elhelyezett XV. századvégi kairói arabs orvosi tekercs is már orvosi szempontból mondja el a Kávé ébrentartó, „excitans" szerepéről a közismert mende-mondát, mely szerint az Es Sehodet abissiniai derviskolostor kecskepásztora észreveszi, hogy kecskéi egész éjjel ébren legelésznek. Kiderül, hogy a kecskék egy eleddig észre sem vett vadcserje bogyóit legelték le. A szentéletü dervisek megizlelik a bogyók levét és tőle csodálatosan frissnek érzik magukat, éjszakai zsolozsmáikat hajnalig teljes éberségben mondják. A kávé — a mese szerint — ezóta az irástudók itala, mert megnyugtat, élénkiti a szellemet, felfrissiti és ébrentartja a gondolkozást, a „káros és hideg nedveket" elűzi az agyból a gyomor purgálója, az agy tisztitója. A mesében láthatóan a Coffein-hatás kezdetleges, de világos meglátása csillan fel.

Innen kezdve ez a XVI—XVIII. sz.-i keleti és európai orvosi verses traktatusirodalom és a szépirodalmi kávéköltészet alapgondolata. A kávéház XVI—XIX. sz.-i művelődéstörténeti szerepe viszont valóban semmi más, mint a kávé, vagyis a coffein emez idegélettani hatásának szellemtörténeti és társadalomlélektani kivetülése.

Ami a kávé történelmi és népi-primitiv kezdeteit illeti, az Abissiniában vadontermő kávécserje termésének tüzes kövön megpörkölt pora tevefaggyuba gyurva a Galla-felföld magasszintü, tehát alacsony légkörinyomású fensikjain élő nomád Galla-Galla törzsek népi-kezdetleges szinvtonicumának szerepét viszi máig, azaz népies drógacoffeinizmust jelent,éppen úgy, mint a délamerikai Andes-eken lakó hegyi indiosok is a Coca-cserje leveleinek rágásával üzik népi-primitiv cocainizmusukat. *Bevilaqua Borsody* Béla dr. megállapítja, hogy a később Nyugateurópában élvezeti cikké áthonosodott, alkaloidatartalmu exotikus kulturnövényekből nyert Narkotikumok(komló, dohány, tea, kávé, paprika, kender, mák, kakao) eredetileg ősrégi alkaloidizmust, azaz lupulinizmust, nicotinizmust, theobrominizmust és coffeinizmust jelentettek. Ezeket az ázsiai, afrikai és amerikai természeti és nomád emberek részben egyrészt máig főleg malárialellenes drogul, a nyomukban jelentkező bódulatot, illetőleg mámort viszont vallásos-varázsló és bódulatos-mámoros, révületes „trance" keltésül, illetőleg organistikus- hieratikus- kultikus tömegnarkózisul használták. A kávé az európai török életben máig mutatja ezt az ősi szerepét, mert a muzlin török 20—30 findzsányi kávéval és ugyannyi csibuknyi dohány elszivásával, tehát a coffein és nicotin bódulatával juttatja magát a magyar *Kedv* szóval rokon jelentésü és hangzásu *Kejf* Allahban és a Végtelenségben elrévülő misztikus Trance-ába. Ugyanez a japán teaszertartások idegélettani jelentősége is, mert ezek is a szertartás alatt rendkivüli mennyiségben megivott tea theobrominja által végsőkig felfokozott misztikus, szellemi-vallásos Extasis alkaloidás Extatikumai.

A kávé *Aden, Medina, Kairo* és *Istambul* vonalán a 16. században jut fel Európába, leghamarabb a Duna, illetőleg a hóditó török utján Budára, majd a Levante hajózási utjain sorrendileg Velence, London, Marseille és Páris irányába.

Gházi Szülejmán el Muhibbi szultán — „Szülejmán a Barátságos" — Magyarország legázolója, a nagy irodalmi Maecenas 1535-ben adatja ki *Ibn Szuhud* istambuli főmufti utján azt a császári Fetvát, mely az addig halállal büntetett kávéivást és a perzsa Háfiz verseinek olvasását az egész birodalomra nézve megengedi. A kávé tehát már a törökség művelődési területén is szellemi-irodalmi felülverettel jelentkezik, orvosilag korán felismert és e kezdeti korszakában éppen a coffeinhatás ujdonsága és szokatlansága révén enormis, ma szinte érthetetlen idegélettani-cerebralis reactióval. A kávéval foglalkozó rendkivül nagyszámú XVI—XVIII. sz.-i arabs, zsidó és európai orvosi traktátusok kávéhatásleirásainak valóságos diagnosztikatörténeti értéke van. Ezeket *Bevilaqua Borsody* Béla dr. az arabs és az arabs orvosi műveltségü török és zsidó *Hákimok*, azaz orvos-sejkek, valamint a korai olasz és német utazók, főleg a velencei köztársaság kereskedelmi con-

*) Die Infectionsquellen der Malaria in Montenegro. Wiener Klinische Wochenschrift. Wien. 1917. VIII. (Der Militärarzt.) — Rapport sur. la Malaria historique en Hongrie. 1920. A magyar kormány által a Hamelin-féle határkiigazító Békebizottsághoz a volt magy. kir. Népegészségügyi Miniszterium utján kidolgozott Jelentés. — A pesti és budai mészároscéhek középkori és ujkori iratai. 1270—1873. Budapest. 1930. Franklin. I. II. köt. — A magyar serfőzés története. Bpest. Athenaeum 1931. I. II. köt. — Marsigli Luigi Ferdinando gróf Magyarországi csillagászati megfigyelései. Bpest. 1929. (a M. Kir. Hadtörténelmi Muzeum kiadványai. 1929. II.) — Die Anfänge der Limnologie in Ungarn im Jahre 1686—1699. Vortrag gehalten anlässlich des IV. Internationalen Limnologischen Kongress. (Societas Limnologica) in Budapest. 1930. (Berichte der Societas Limnologica.) Erfurt 1931. Ludwig Spahmer. — Az orvos 1933-1935. — Magyar Nőgyógyászat. 1933—1935. — A Galánthai Gr. Esterházy Károly által alapított egri Csillagásztorony története. 1772—1867. Bpest 1932. Stephaneum.

suljai vagyis Bajlo-i mellé beosztott orvosbotanikusok, leírásainak végül a verses orvosi traktatusoknak és a korszerü kávéköltészetnek orvostörténeti ismertetése keretében mutatja be. Ilyenek *Daud el Miserli* vagyis „Afrikai Dávid" sejknek, a kairói Orvoscéh Főmesterének, továbbá *Abu-Bekr el Hesar Fen* vagyis „az Ezer Tudományok Mestere" és *Hüssein Effendi* istambuli Orvossejkeknek, Antonio Francesco *Naironi* di Bani örményszármazásu római és Marco *Mappi* velencei, valamint *Rauwolff* német botanikusnak, Abbé *Massieu* és Jacques *Delisle-Montanier* francia akadémikusoknak, *Abd el Kader* arab és *Es Sibri* zsidó költőknek, valamint *Limojon* de Saint Didier párisi pamphletistának orvosi, illetőleg költői traktátusai.

A kávé szellemi hatására vonatkozó régi orvosi felfogás kicsapódik a kávé és a kávéház egykori sokfé'e képletes nevében. Az arabs és a török a Kávét az „Irástudók Teje", a „Szellem abrakja", a „Költők Bora", „Mekteb-i irfán", vagyis a „Bölcseség Háza", a „Háborgás Iskolája", vagyis „Mekteb Muharribim" néven nevezi. *Shakespeare*-nél a kávé neve már 1595-ben „Hot and Rebbelious Liquor" vagyis „forró és lázító ital", a 18. századi francia orvos *Blanchard* pedig „Boisson Intellectuel", vagyis „az Értelmesek itala" néven nevezi. Az „intellectuel" itt csak úgy, mint *Bessenyey* György és Csokonai *Vitéz* Mihály 18. századbeli magyar irásaiban még gúnyszó, azonban többnyire kávéval és kávéházzal kapcsolatban.

A kávét a küztudat, ill. a XVII. századvégi kispolgárság, mint új „Pharmakopoea Universalis"-t, mint mindenre jó elyxiriumot tekinti. A görög, örmény, spanyol, olasz és svájci vándorkávésok egyuttal utcai énekesek Csudadoktorok is, ez az oka, hogy a marseil'ei és londoni Orvoscollegiumok az 1670-es években céhi ellenállást mutatnak a kávéval üzött kuruzsló verseny ellen. E'képzelhetetlen tömegű vitairat szól a Kávé mellet és ellen. Soha semmiféle új orvosság, illetőleg új narkotikum körül nem dult olyan orvosirodalmi háborúság, mint a Kávé körül, John *Radcliffe* Esquire, a londoni Orvoscollegium Doyenje már 1686-ban — a londoni *Garraway's Coffehouse*-ban fogadja patienseit.

A tanulmány foglalkozik a Levante, illetve a közeli kelet egyéb kávéházi narkoticumaival is. Megcáfolja a kelet abstinentiájáról, illetőleg antialkoholizmusáról szóló közkeletü mende-mondát; kifejti, hogy a kelet rendkivül mértéktelen kávéivása az ugyancsak rendkivüli arabs és török narcoticumos hajlamnak (*Kumisz:* vagyis lókancatej-ser, *Ajrám:* vagyis szamárkancatej-ser, *Duziko:* vagyis köménypálinka, *Arak:* vagyis rizspálinka, *Raki:* vagyis eperpálinka, valamint a Bends, azaz Hasis, vagyis a Kendermézga, és a Tiriák: vagyis Áfiom, azaz Opium) kávéházi Antidotuma. Szól a kávéházak körül lebzselő epilepsiásokról, a hystero-epilepsiásokról, a chorea saltatoria a Bends és az Afiom nyomorultjairól, illetőleg mindeme Narkótiumok áldozatairól, akiket a kelet, mint a Dsinektől, vagyis a Bolygószellemektől megszállott szenteket tisztel.

Megemlíti, hogy mig az arabs veretü keleti és déli orvostudomány kritikai és induktiv hajlama már a 15. században megsejti a kávé coffeinje, illetőleg trimethyl-oxypurinja idegélettani, agyi és cardiális hatását: addig a 18. századi európai orvostudomány (a már ébredő természettudományos encyklopaedismus idején is) még a középkori okkultisztikus Kabbala és a misticizmus hatása alatt áll, amikor szines költői képekkel a „Kelet", a „Napfény" és a „Világosság" szimbolikájában keresi a keleti kávé hatásának idegélettani eredőjét. Az *„Apollo medicorum et vatum Patronus"* renaissancekori gnómát („Apollo az orvosok és költők Pátronusa") azért terjeszti ki a kávéra is, mert ez lett az izgatott lelkiéletü bölcselők, poéták és irodalmár Abbék valóságos rendi-osztályos narkotikuma. *Limojen* de Saint-Didier XVIII. sz.-i költő csufondáros kávépamphletet ir a botor filozófusok kabbalisztikus orvosi szemléletéről, azt mondja: ezek szentül hiszik, hogy a kávé a glandula pinealis-ra, a tobozmirigyre hat, amivel *Descartes* elméletét csúfolja, mely szerint a „Lélek" székhelye a glandula pinealis. A korszak orvosi felfogásában a kávé az agy és a lélek orvossága, de — last but not least — jó az Obstipatiora, a flatulentiára; a „Pathologia Humoralis" elvén jól hat „az agy vékony, vastag, hideg, meleg, száraz, nedves" és egyéb vaporesjeire és humorjaira, podagrára, az apoplexiára, tehát mint „Pontus intellectualis", azaz „Boisson intellectuel" javallott a csillagászok, írók, költők, abbék, diplomaták, szóval a szellem valamennyi fölkentje számára. Ugyanakkor komoly orvosi traktátusok csinálnak lefordíthatatlan szójátékú rimes rigmusokat a kávéra a középkori Salerno orvosi egyeteme, a *Schola Salernitana* orvosi rigmusai módjára: „Caveat a Cahve, qui non vult habere. Ah veh!", azaz „Óvakodjon a Kávétól, aki nem akar utólag jajgatni!"

Bővebben foglalkozik az izgatott lelkiéletü XVIII. század *Michelet* által is oly jellegzetesnek mondott kávéíró szenvedélyével, illetőleg az alkatilag oly gyakran terhelt felfokozott idegéletü szellemileg exaltált írók, színészek, költők, művészek alkaloidismusnak nevezhető genuin narkotikumhajlamával, mely főleg a XVIII. században a még új kávéházi coffeinismusban mutatkozott meg annyira, hogy az új, tehát még rendkívül erős kávéhatást adó kávé valósággal a „Gens litteraire" rendi-osztályos narkotikuma lett és a kávéról szóló rendkívüli tömegü orvosi vitairatban és a korszakra oly jellemző kávéköltészetben verődött ki.

A tanulmány nem a XVIII. század túltendő, szinte képzelgő műveltség társadalmi utópiára, fülledt szobatudóságra való hajlamát, doktrinaerségét, intellektualis túlfütöttségét és izgatott forradalmiságát vezeti le a kávéból, hanem azt mondja, hogy a korszak szellemi fülledtsége csapódik ki a *Michelet* által a „kávé és a vita nagy századának" nevezett XVIII. század mai szemmel hihetetlennek látszó kávészomjúságában. *Michelet* a kávéhatást, illetőleg annak XVIII. századi szellemtörténeti hatását „immense et incalculable"-nak „mérhetetlennek és kiszámíthatatlan"-nak nevezi, éppen 1849-ben, amikor a romanticizmus és forradalmi szabadságkorszak ugyanolyan kávéházi korszak, mint előzménye, az 1789 előtti forradalmi korszak.

A XVIII. század óta éppen *Rousseau* hatásaként az orvoselméletben jelentkező korai és a később kifejlődő homoeopathia ádáz kávéellenességét csak úgy érthetjük meg, mondja a tanulmány, ha a XVIII—XIX. század átmeneténk rendkívüli kávéfogyasztására gondolunk. Erre nézve jellemző az, amit *Balzac* 1841-ben mond barátjának, *Sainte-Beuve-nek:* „Belehaltam abba az ötvenezer csésze feketekávéba, mely mellett megírtam a Comédie Humaine-t". Erre *Sainte-Beuve,* ki ezt maga írja meg, így felelt: „Tévedsz barátom: éltél ötvenezer csésze feketekávéból!"

A forradalomváró, 1789 előtti felvilágosodottság valóban kávéban és hávéházban éli ki önmagát. A szellemileg túlterhelt korszak fellengzős, szellemileg vonagló vitustáncot járó intellektualis társadalom lélektani histeriája, azaz cerebralisme-je, agyassága, túltengő rationalismusa az, mely az akkor még új, tehát még rendkívül erős kávéhatásban, illetőleg kávénarkosisban találja meg a maga korszerű excitansát. A kávé, — mondja a tanulmány — jellemzőbb a XVIII. századra, mint napjainkra a cocain-

ismus, mert az utóbbiba csak az alkatilag terhelt, mai aljanép verődik el, a XVIII—XIX. század átmenetén a kávé azonban nem az alja nép, hanem a korszak legkiemelkedőbb szellemi vezetői, *Rousseau, Diderot, D'Alembert, Le Sage, Sainte-Fox, Voltaire, Napoleon* és *Balzac*, avagy *Kemény Zsigmond* báró szédületes arányú narkotikuma volt, tehát nem oka, hanem tüneti mutatója volt a korszak terhes, túlzsufolt illuminatizmusának, illetőleg a későbbi romanticizmusnak. A kávé tehát *Le Dantec* által „Degenerées superieures"-nek nevezett magasabbrendű terheltek narkotikuma volt még az 1870-es években is.

Érdekes az, amit a tanulmány a kávéházi dohányfüsttel és a kávépárával telített zárt levegőterében, a jellegzetes „kávéházi atmosphaerában" élő „kávéházi tömegnek" a *Le Bon* által elsőül leírt tömegpszichologia törvényei szerinti lelki módosulásáról, illetőleg viselkedéséről ír. *Bevilaqua Borsódy Béla dr.* ebben a tömegszerű viselkedésben találja meg a „kávéházi szellem", vagyis az „Esprit du Café" idegélettani és lélektani eredőjét.

A magyarországi kávé legérdekesebb orvostörténeti emléke *Luigi Ferdinando Marsigli* grófnak, Buda 1686-i ostroma mérnökkari főnökének, 1685-ben Sopronban írt és ugyanabban az évben Bécsben olaszul kiadott *„La Bevanda Asiatica"*, vagyis „Ázsiai Ital" című, Magyarország török kávééról írt, az európai irodalomban eddig részletesen nem ismertetett műve. A világhírű genialis katona, a korszak legkitünőbb orvosprofessorainak és természettudósainak *(Marcelo Pighi, Geminiano Montanari, Alonso Borelli)* volt tanítványa a bolognai és római egyetemen, a barok tudományosságának egyik legérdekesebb alakja, polihistorságában *Leonardo da Vinci* utóda és *Goethe* természettudományos előfutára. Katona, diplomata, természettudós, régész, a drezdai *Gelehrten Gesellschaft*, a párisi és a montpellierei akadémia tagja, a bolognai akadémia alapítója. Magyarországról írt hatalmas munkája (Danubius Pannonico-Mysicus, Uyttrecht, 1723.) elismeréséül az angol akadémiába, a *Royal Society of Sciences*-be a világhírű physikus, *Isaac Newton* és *Edmond Halley*, a csillagász vezetik be. A kávéról szóló munkája leírja az arabs kávét és közli a korszak legkitünőbb arabs és török orvosainak, valamint néhány európai orvosnak a kávéról szóló véleményét, leírva a kávé agyi- és szív-hatását.

A tanulmány foglalkozik a XVIII. századi pesti *invalidus agg katonák* ispotályával, a pesti *Szent Rókus* és *Rozália Ispotály* keletkezésével, a budai Irgalmasok- a köznyelven „Mizseri Barátok", vagyis Misericordiánusok Ispotályával és a pesti Polgárispotállyal. Magyar orvostörténeti curiositások a XVIII. századi felvidéki, főleg szepesi, német és tót *csudadoktorokról, a Magyar Királynék Vize* (L'eau de la Reine d'Hongrie, Aqua Hungarica, Hungarian Water, Aqua Reginae Hungariae) nevű csudatévő kotyvalékkal egész Európát végigházaló, kávéval is kereskedő, vásári és kávéházi árusokról (Ciarlattani, Charlatans, Kurittyolók", azaz „Kuruzslók") szóló újabb adatok, melyek kiegészítik a *Tóth Béla, Győry Tibor* és *Nékám Lajos* idevágó írásait. Kuriózus a régi vármegye és városi *prothophysicusok*, vagyis physikusok népi magyar gúnynevének, a „vizimókusnak" megemlítése is.

Olvasunk benne a régi pesti Orvosegyetemről, annak az egykori Ujvilág-utcában, a mai Semmelweis utcában volt épületéről, az „Universitá"-ról, a vele szemben volt Arany Sas fogadó kávéházáról, a mult századi medikusdiákság híres diákkávéházáról, melynek oly nagy szerepe volt az 1848-i márciusi napokban. *Abonyi Lajos* 1851-ben megjelent *„Az Egyetem palosa"* című diákregénye nyomán a tanulmány közli, hogy az Arany Sas kávéház jókedvű diákjai az 1830-as években egy napoleon-kori öreg kirurgust, a kávéház egyik öreg vendégét minden évben megválasztották „kávéházi dékánnak". — Olvasunk a tubáknak agytisztító szerepéről és a tubákolók tüszszentésére mondott egészségkívánó „prosit!" köszöntésről. Olvasunk a XIX. század eleji vándorló hályogszúró-orvosokról, az 1831-i „nagy kolera" idejében lefolyt kávéházi tüntetésekről, a híres énekesnő, *Déryné-Szép-pataki Róza* valóságos coffeinismust mutató kávéivó szenvedélyéről, *Petőfi* tuberculosisáról, rachitiséről és alkoholintolerantiájáról, a világháború alatt a műtéti narkosisból felébredő katonák kávészomjúságáról, a világháború után az egykori tudós és irodalmi kávéházakon elömlő tánctéboly, kártyatéboly és az ugyanakkor divatba jövő angol-amerikai typusú pálinkaivás társadalom-lélektani okairól.

A tanulmány feldolgozza a kávé ellen a „természetes életmód", ill. a XVIII. szá advégi „rousseauismo" orvos-társadalmi hatásául jelentkező új orvoselméleti irányokat, így foglalkozik *Hufeland* és *Hahnemann* irányaival, melyek eredménye a kávéellenes és kávéházellenes XIX. századeleji *Diaetetika*, valamint a *„Hosszú élet tudománya"*, a *makrobiotika* és a *homoeopathia* lett. Ezek különböző árnyalatait kézdivásárhelyi *Mátyás István* 1795-ben megjelent Diaetetikája, *Petőcz Mihály* nyitravármegyei prothophysikus 1817-ben megjelent munkája, *Detsy Sámuel* debreceni orvosdoktor Osmanographiá-ja, *Schams Ferenc* budai apothekarius mester 1821-ből, *Kováts Pál* győri orvos 1831-ből, *Seitz Károly* pesti orvos 1840-ből való írásai, valamint *Felsőalmási Balogh Pál* orvosdoktornak, a „Magyar Homoeopathia atyjának" 1831-ben a kávéról („A Kávé a' Thé és a' Tsokoládé") írott kávéellenes művei jelölik. Olvasuk *Schuster Konstantin* múlt századeleji nagyhírű pesti orvosprofessor kávéház-közegészségügyi hivatalos „puncspróbáiról" is.

A socialis orvosi-egészségügyi szolgáltatásra nézve a XVIII. századvégi pesti kávés céh kávéslegényeinek betegsegélyező ládatestvérségéről szólókban találjuk először kifejtve a régi céhi betegsegélyezés zárt, particularis autonomiájának, vagyis az úgynevezett *Legényládának* történeti adalékait. Olvasunk a kávésszolgáktól hetenkint a legényládába befizetett ispotálygarasról, illetőleg a Hetifityingről (Spitalsgroschen, Wochenpfenning), látjuk a céh atyai-patriarkalis gyámkodását a legénység felett, látjuk, hogy a mindenkori alcéhmester, vagyis alelőljáró a legénység socialis ügyeinek, illetőleg egészségügyének őre, munkájának végrehajtója pedig az *öreglegény*, aki négy ládatestvérével együtt tartozik hetenkint, súlyos esetekben, naponkint meglátogatni a polgárispotályban ápolt betegeket.

A pincérek jellegzetes foglalkozási betegségeire nézve érdekesek a „Pincérláb"-ra, vagyis az álldogáló, folyton talpaló pincérek *pes planus*-ára vonatkozó, 1803-ból való adatok. Jellemző az a századeleji felfogás, mely a luest, illetőleg a venereás betegségeket nem népbetegségnek, hanem „a ledér életmód" következményének, tehát olyan megérdemelt „büntetésnek" fogta fel, mely kizárta, azt, hogy az ezekben megbetegedett kávéslegény a legényládából kaphasson ispotályos ládasegítséget. A pesti kávéscéh 1820-ban idevonatkozó szigorú rendszabást hoz; a venereás beteg kávéslegény csakis a saját költségén kezeltetheti önmagát. Hogy aztán kezeltette-e magát, azzal már senki nem törődött. Ez rendkívül érdekes adalék arra nézve, hogy a luest, illetőleg a többi venereás betegséget sem klinikailag, sem bakteriologiailag nem ismerő korszak

éppen arra a népbetegségre hozott korszerűen erkölcsbíráskodó céhi határozatot, mely éppen a kávéházzal adott fertőzési lehetőséget (pohár, kártya, kanál, kávéházi pipa) útján lehetett alattomos és bizonyára igen hathatós terjesztője az ismeretlen eredetű „bujakór"-nak. Ez is jól rávilágít a „bujakór" elnevezés keletkezésére; a luest a régi polgári köztudat ugyanis nyilván az egykorú orvostudományi „büntetéstheoria" hatása alatt fogta fel a „bujaság" következményének illetőleg „büntetésének". Pontosan úgy, mintahogy ez az orvostudományi puritánus elmélet a tuberculosist is a „kicsapongó, káros, szenvedelmek" és a „szerelmi sóvárgás és éjszakázás", valamint az italozás méltán kijáró „büntetésé"-nek vélte.

VEGYES HIREK

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

Összetévesztések elkerülése végett kérjük T. Előfizetőinket, hogy ügyeljenek arra, hogy a mi **22.968 sz.** csekkünkön adják fel előfizetésüket, nem pedig a hasonló hangzású laptársunkén, az Orvosi Hirlapén. Ugy nekünk, mint laptársunknak felesleges levelezést és elszámazkodást okoz, előfizetőinkre pedig jóhiszemü fizetési felszólításokat von maga után.

Az ilyen tévedés mind nekünk, mind laptársunknak nehezen lebonyolítható elszámazkodást okoz, ami sok esetben nem is vezet eredményre s a tévesen máshová küldött összeget végül sem tudhatjuk be előfizetönk javára.

Személyi hír. A Kormányzó a vallás- és közoktatásügyi miniszter előterjesztésére *Göttche Oszkár dr.* közkórházi főorvos,, pécsi m. kir. Erzsébet Tudományegyetemi magántanárnak a szakirodalom müvelése és az orvosképzés terén szerzett érdemei elismeréséül az egyetemi címzetes rendkívüli tanári címet adományozta.

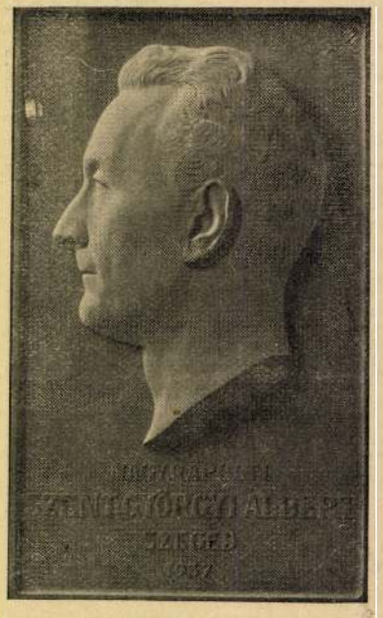
A Budapesti Kir. Orvosegyesület Társadalomorvostani Szakosztályának pályadijai. Az O. T. I. vezetősége a Kir. Orvos Egyesület Társadalomorvostani Szakosztályának ez év elején 10.000 P-ös támogatást szavazott meg azzal, hogy ezt az összeget többek között egészségvédelmi vonatkozású mukák jutalmazására fordítsa. A bírálóbizottság döntése alapján a következők részesültek jutalmazásban: *Vitéz Solth Károly:* Az orvosi kutatás statistikai módszerei című munkája 500 P. jutalomban részesült. Egyenként 150 P. jutalomban részesültek a következő munkák: *Faragó Ferenc:* Vörheny védőoltások csapadékos oltóanyaggal; *Ferenczné, Fröhlich Erzsébet:* Budapest világossága; *Grusz Frigyes:* A nemibetegségek elterjedésének hullámzása és a Munkás, illetve az Országos Társadalombiztosító Intézet nemibetegeinek negyedszázados statistikája; *Kerbolt László:* A beteg falu; *Malán Mihály:* Mindennapi iskolai testgyakorlás és testfejlődés; *Puhr Lajos:* Baleset, trauma és daganat; *Kún Lajos:* Egy baranyai falu földmüves és bányásznépének socialis hygieneje; és *Somogyi Zsigmond:* A foglalkozási betegségek megjelenése. — *Heller Imre:* Az időszakos orvosi vizsgálatok egészségvédelmi jelentősége című pályamunkája 200 P.; *Sümegi István* és *Putnaky Gyula:* Az ólommérgezés jelentősége az érbetegségekben című pályamunkája 300 P, *Héjj István:* A térdizületi porcsérülések klinikája, therapiája és orvosszakértői elbírálása című pályamunkája 300 P. jutalomban részesült. A társadalomorvostani szakosztály ülésein elhangzott egészségvédelmi irányú előadás jutalmazására előirányzott 100 P-t *Kádár Mihály:* Terhesség és syphilis című előadása, az OTI egészségügyi főosztályának rendezésében megtartott tudományos üléseken elhangzott előadás jutalmazására előirányzott 50 P-t pedig *Friedrich László:* A cholecystographia jelentősége a pénztárorvosi gyakorlatban című előadása kapta.

Az Orsz. Közegészségi Egyesület Szabadlevegős Nevelésszakosztálya dec. 13-án alakult meg. A következő tisztikart választották. — Elnök: *Okolicsányi-Kúthy Dezső dr.*, alelnökök: *Gárdi Jenő dr.* és *Gyulai Aladár* paedagógus, főtitkár: *Jankovich Adél dr.*, titkár *Nemes Jenő György dr.*, jegyző: *Flórencz József*, szőv. erdei iskolai tanár. Magyarország képviselőjéül az „Internationales Komitee für Freiluft-erziehung"-ba *Gárdi* indítványára *Okolicsányi-Kúthy Dezső dr.*-t választották meg.

A tanulóifjúság több jólevegőhöz és napfényhez juttatását célzó nemzetközi mozgalom 4. congressusa 1939 tavaszán lesz Rómában.

A Magyar Orvosok Nemzeti Egyesülete és az OTI orvosai *Sarudy Ottó dr.* elnöklésével izgalmas ülésen tárgyalták a 33-as bizottság elé került OTI-javaslatot, amely a hírek szerint, ha megvalósul, alkalmas lesz arra, hogy a jövőben bármely OTI- és MABI orvost, háromhavi felmondás mellett állásából minden indokolás nélkül elbocsáthassák. Sürgösen arra kérik a kormányt, hogy a kiadandó orvosi vonatkozású rendeleteket előbb tárgyalják meg orvosi érdekképviseletekkel, de különösen orvosi kamarákkal és orvosi tanácsokkal.

Szent-Györgyi emlékérem. A Ferenc József Tudományegyetem orvosi kara annak emlékezetére, hogy *Szent-Györgyi Albert* a Nobel-dijat elnyerte, bronzérmet veretett. A dombormü Szentgyörgyi István szobrászmüvész alkotása. Az érem



előállítási ára 10 pengő. Aki az emlékérem egy példányára igényt tart, szíveskedjék ezt az összeget a Szeged-Csongrádi Takarékpénztár Szeged 603. sz. csekkszámlájára „Szent-Györgyi emlékérem" megjelöléssel beküldeni.

Orvosdoktorrá avattattak a pécsi Tudományegyetemen december 16-án: *Schichtanz Lenke, Putz György, Kresz Richard, Csorba Ede, Verling Agoston, Kovács Zoltán, Takátsy Tibor, Haasz Jenő.* — A budapesti tudományegyetemen december 18-án: *Hettler Emil, Hillinger János, Kalvány Sándor József, Konyáry Gábor, Oroszy Magdolna Franciska Ilona, Kadosa László, Matheidesz Pál, Weiner Lajos.* Üdvözöljük az új Kartársakat!

SEDYLETTA
tabletta
Szabadon rendelhető:
O.T.I. – M.A.B.I. – M.Á.V.
PODMANITZKY GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VI., Podmanitzky-u. 69

Szakképzett röntgen laboránsnőt, aki egyéb laboratóriumi munkát is vállal, felvesz a makói közkórház.

Plasmorobin

növényi roborans, tonicum, stomachicum

Anaemiák ellen gyermekeknél is bevált

Római Császár Gyógyszertár, Budapest, II., Fő-utca

Minden gyógyszertárban beszerezhető

Cholangitis, cholecystitis gyógymódja a klinikai vizsgálatok szerint a Mira glaubersós gyógyvízzel való kura. Általában naponta kétszer, éhgyomorra 2—3 decilitert itassunk melegen, kortyonként, vagy üvegcsövön keresztül. Ivás alatt fekvés, májtájékra meleg borogatás, vagy szükséges mozgás. A kúra időtartama 4—6 hét, esetleg higított Mira-vízzel.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

Standardizált csukamájolaj a tüdőorvoslásban. (A székesfővárosi XI. ker. tüdőbeteggondozó intézet közleménye.) A tüdőbetegségek gyógyításában mintegy 100 éve szerepet játszó csukamájolaj hatásmódját ismerteti a szerző tüdőbeteggondozó intézeti tapasztalatai alapján. A hatásmechanismust a szerző még nem alkalmazza egységesnek, kétségesnek látszik azonban, hogy a csukamájolaj roborá ó hatása mellett vitaminjainak biologiai hatása is jelentős tényező a gyógyhatás szempontjából. Ezért nagyon fontos szerinte a standardizált csukamájolajok használata a tüdőgyógyászatban. Másik fontos feltétele a csukamájolaj sikeres alkalmazásának, hogy az amúgy is rossz étvágyú betegben undort ne keltsen. Mindkét szempontból megfelelőnek tartja és ezért alkalmazza a Krompecher-féle Vitajecol standardizált csukamájolajat, melynek A- és D-vitamin tartalma állandó és optimalis. — Emellett csaknem teljesen szagtalan és ízetlen, a Vitajecol gyártásában ugyanis az izesítő és szagjavító eljárás nem ment a vitamin tartalom rovására. Kalória-értéke *Poulsson* szerint evőkanalanként 125 kalória. A szerző több mint 20 tuberculotikus, különböző korú, a betegség különböző megjelenési formáiban és stadiumaiban szenvedő beteget észlelt heteken keresztül. Betegein kivétel nélkül subjectiv és objectiv javulást észlelt. A testsúly növekedése mellett a röntgenlelet javulását, góckeményedést, a humutos tünetek enyhülését és az étvágy javulását észlelte. Tapasztalatai alapján a tüdőtuberculosis csukamájolaj-kezelését rendkívül hasznosnak tartja és annak keresztülvitelére egyik legalkalmasabb készítmény a Vitajecol.

Kimutatás az 1937 XII 5-től 11-ig Magyarországon bejelentett heveny fertőző megbetegedésekről (Mb) és halálesetekről (Mt)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphteria.		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. Abauj-Torna	93.667	5	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	113.347	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Baranya	251.659	26	2	—	—	2	1	17	—	—	—	—	—	1	3	—	—	—
4. Békés	336.592	2	—	—	—	8	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5. Bihar	181.105	4	1	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.330	12	1	2	—	3	—	6	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.760	—	—	—	—	5	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8. Csongrád	148.200	1	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
9. Fejér	231.483	1	1	1	1	7	—	6	—	—	—	—	—	24	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.820	3	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11. Hajdu	181.283	3	1	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12. Heves	323.191	6	3	1	—	4	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	421.741	9	1	1	—	10	1	8	—	—	—	1	—	15	—	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	182.450	5	2	—	—	5	—	11	—	1	—	—	—	57	1	—	—	—
15. Nográd és Hont	229.215	10	3	—	—	4	—	7	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,454.326	18	1	2	—	27	3	69	—	—	—	4	—	291	1	—	—	—
17. Somogy	390.100	2	1	—	—	6	—	14	—	—	—	—	—	4	2	—	—	—
18. Sopron	142.743	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	419.707	16	3	—	—	6	—	3	—	—	—	—	—	16	1	1	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	158.013	8	1	1	—	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—
21. Tolna	266.405	1	—	—	—	6	—	12	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
22. Vas	273.097	4	—	—	—	2	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23. Veszprém	247.787	1	—	—	—	6	1	4	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—
24. Zala	368.903	1	1	—	—	5	—	11	1	—	—	1	—	3	—	—	—	—
25. Zemplén	149.524	2	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	35	—	—	—	—
I. Baja	30.238	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1,043.459	3	—	9	2	35	1	94	1	—	—	—	—	127	3	—	—	—
III. Debrecen	124.128	5	1	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IV Győr	50.872	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.429	3	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
VI. Kecskemét	81.735	5	2	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
VII. Miskolc	65.825	2	—	—	—	7	—	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
VIII. Pécs	68.957	—	—	—	—	1	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IX. Sopron	35.938	1	2	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.858	2	—	2	1	12	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.646	1	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Összesen:	8,943.533	166	28	19	4	184	8	331	2	1	—	6	—	585	14	4	—	—
Előző évben:		96	13	9	—	221	9	284	2	1	—	1	2	371	28	3	—	—

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos,

Typhus abdominalis.

Ebert-Gaffky bacillus okozza. Fertőzhet a beteg, a bacillusgazda (faeces, urina) és az általuk fertőzött tárgyak is lehetnek terjesztői a betegségnek. Az ivóvízen kívül az élelmiszerek közül a tej, gyümölcs, hús szokott leggyakrabban a bacillus terjesztője, továbbvivője lenni. Az ivóvíz rendszerint az endemiák okozója. A typhusmegbetegedések száma állandó hullámzást mutat. Legnagyobb a nyár végén és kora ősszel, aminek talán a legokszerűbb magyarázata, hogy az oly gyakori nyári hasmenések gyengítik a szervezetet — alkalmasabbá teszik a fertőzésre, a bacilusgazdák a hasmenéssel több bacillust ürítenek, miket az ősszel felszaporodó legyek nagy száma könnyen terjeszt.

A lassan emelkedő lázak, levertség, fejfájás, tagfájdalmak rendszerint az első hét vége felé érnek el oly fokot, hogy a fertőzött komoly betegnek érzi magát és orvos segítségét veszi igénybe. A lassan kifejlődő betegség, a lépcsőzetesen emelkedő lázak, száraz nyelv és a már korán jellegzetes arckifejezés (facies abdom.) a helyes irányba vezetheti a vizsgáló orvost. Ha ilyen állapotban még lép-megnagyobbodást, relativ lymphocytosist, az eosinophil-sejtek eltűnését és a vizeletben + diazoreactiót találunk, a typhus diagnosisát majdnem biztosra vehetjük. Osztályomon a diazo-reactio helyett a sokkal egyszerűbb urochromogen-reactiót végezzük, melynek kezdeti positivitása a typhus betegséget, vagy a positivitás újból megjelenése a recidivát előre jelzi. (3 × hígított vizelethez 2 csepp 1%-os kaliumhypermangan-oldatot adunk. + esetben sárga elszíneződés áll be.) Ez a reactio sepsisben is positiv, de morbilli, tbc. miliaris, meningitis és ty. exanthematicus esetén mindig negativ.

Hogy a typhus diagnosisában milyen gyakran tévednek, az kitűnik *Peleskey dr.*-nak az Orvosi Heti'apban nemrég megjelent cikkéből, mely szerint a Szent László-kórházba szállított 5011 betegen 1112 esetben téves volt a diagnosis. Tehát a hasi hagymáz diagnosissal beküldöttek 21%-ában a kórisme téves volt.

Természetesen, ahol a haematologiai és bakteriológiai vizsgálatokat elvégezhetjük, ott könnyebben elkerülhetők az ilyen tévedések. A második hétig a bakteriologiai vérvizsgálat is positiv lehet és csak ez esetben döntő. Negativ vérvizsgálat nem zárja ki a ty. kórisméjét. Székletben és vizeletben csak a betegség második felében várhatunk positivitást. Itt is óvatosnak kell lenni, mert betegünk lehet esetleg bacillusgazda és ilyenkor egy más betegség okozhatta a lázakat. Egyik legfontosabb vizsgálati diagnostikus módszer a Widal-reactio, mely az esetek 99 százalékában döntő jelentőségű a betegség 2-ik, de még inkább a 3-ik hetében. Ezt a vizsgálatot legalább kétszer kell elvégezni, mert egy vizsgálat csak 1:400 titer-értéknek felett döntő. Kisebb titer-értéket, ha növekvő tendentiát mutat, positivnak veszünk. Sokszor segítségünkre van *Löhr* észlelése, mely szerint parenteralis fehérje-befecskendezés, 1—2 ccm. tej intramuscularisan beadva, magasra felhajtja a Widal titer-értéket. Legmegfelelőbb az injectio után 12 órával venni a vért a vizsgálathoz.

A typhusos betegek jellegzetes és közismert normallázmenetétől igen sok eltérés lehetséges: ty. ambulatorius, ty. abortivus és complicatiók okozta lázgörbe-eltérések. A lázmenet mellett igen feltűnő ty.-ban a nyelv mely száraz, lepedékes és csak a hegye és a széle élénkpiros. Majd mindegyik ty.-alakban a nyelvhegyen féregszerű rángásokat láthatunk. Ezt igen jellegzetes és állandó tünetnek tartom.

A betegség 8—9. napján szokott fellépni az öntudat ködössége, kínzó féléber deliriumokkal megszakított typhusos állapot. Az agyhártya-izgalom, Kernig-tünet, jelzett tarkómerevség, meningismus, nem ritka. Meteorismus, ileocoecalis korgás és a köldöktől jobbra 1—2 haránt ujjal nyomásra fellépő fájdalom is jellemző.

Roseolák kb. a 10-ik napon jelennek meg. Főleg a hason rendszerint 3—5. (Itt jegyzem meg, hogy a typhus exanthematicus exanthemája a betegség 4—5-ik napján eruptiószerűen lepi el az egész testet, de főleg a mellkast.)

A tankönyvekben oly jellegzetesnek tartott borsólé-szerű székletet alig észleljük.

Láztalanodás alatt élénk figyelemmel legyünk az esetleges recidivák miatt. (Urochromogen reactio.)

Typhus szövődményei: Alig van a belgyógyászatnak olyan fejezete, melyből kizárható lenne a ty. mint szövődményokozó. Épen e miatt csak a legfontosabbakat és leggyakoriabbakat említem meg. Hősülyedés, sőt sokszor euphoria előzi meg a bélvérzéseket, mely a typhusnak egyik leggyakoribb és igen veszélyes szövődménye. Hasonló körülmények között jöhet létre a léprepedés, de ez még a második hét, míg a bélvérzés, a fekélyek pörkösödése a harmadik hét complicatiója. Léprepedéskor a vér a has bal alsó részében gyűlik meg és itt okoz tompulatot. Figyelemmel kisérendő, mert azonnali sebészi beavatkozást igényel. Baloldali pleuritis exsudativát majd mindig léptájra localisált fájdalommal jelez a beteg. Az ürített vér 10—20 ccm-től 1—1½ liter mennyiségű is lehet. Bélvérzés után a temperatura rendszerint subnormalisra esik le, a pulsus szapora és üres. A beteg sápadt, erősen izzad. Dyspnoe igen súlyos jel. Therapiánk: a hasra Leiter-hűtő, esetleg jégzacskó. Legteljesebb nyugalom. Napjában 3—4×20 csepp tinct. opii, calcium 10%-os konyhasó intravenásan. Gelatine (*Merck*) intramuscularisan. Clauden, Kongó-vörös, stryphnon. Szóval a vérzés csillapítók egész sora napjában esetleg többször is. Újabb észlelések és jó tapasztalatok alapján okvetlenül megkisérlendő C-vitamin nagy adagja 20%-os cukoroldatban intravenásan. Ha cyanosis és dyspnoe jelentkezik, még a transfusió is megkisérlendő. *Lommel* ajánlatára plumbum aceticum 0.10 adagban napjában háromszor adva. Hatása a béltonus fokozása.

Perforatio esetén, hacsak lehetséges, azonnal operálni kell. Az átfúródás diagnosisának felállításában azonban nagy óvatosságra van szükség, mert a narcosis és a laparatomia a legsúlyosabb következményekkel járó beavatkozás egy erősen intoxikált, legyengült betegen. A májtompulat eltűnése, meteorismus, csuklás, hasi catastrophás arc, labilis pulsus, sőt a Douglas ledomborulása sem biztos jele a perforatiónak.

A meteorismus és száraz nyelv toxikus tünetek. Sokszor sikerrel alkalmazzuk ellenük a szélcsövet és a hasra helyezett Leiter-hűtőt. Ez utóbbi alkalmazásakor ne feledkezzünk meg a kellő hólyagvédelemről. Typhus kapcsán gyakran fellépő vizelési panaszokat igen kellemetlenül fokozhatja a hólyagtájra is helyezett hűtő. Épen emiatt sohase mulasszuk el a hólyagtáját vastag vattaréteggel — igen rossz hővezető — védeni.

Egyéb szövődmények: rossz pulsus, keringési gyengeség, decubitus, pneumonia, oedema pulmonum, pleuritis, empyema, pyelitis, hólyagparesis. Elég gyakran látunk az alsó végtagokon thrombophlebitist. Ritkább szövődmény a perikarditis, endokarditis, otitis, parotitis, meningitis, cholecystitis, appendicitis. Mint már említettem, a majdmindig meglévő meteorismus toxikus eredetű és bélparesis által okozott. A legalsó bélkacsok paresise kezdődő ileus tüneteit okozhatja. Emiatt fontos a végbél palpatiója. Előfordulhat az arteria mesenterialis elzáródása okozta heveny gyomortágulat (gyomormosás, térdkönyökhelyzet.). A ritkábban előforduló ikterust *Fränkel* szerint a kis epeutak haematogen-úton létrejött cholangitise okozza. *Strümpell* heveny atrophia hepatis flavát észlelt ty. kapcsán. Négy, vagy öt esetünkben a ty. kapcsán fellépő pleuralis exsudatumban kimutatható volt a typhusbacillus. Ezen exsudatumok gyógyulása nem igen tér el más exsudatumok gyógyulásától. A continua alatt jelentkező sokszor igen magas temperaturát egyes betegek nehezen viselik el. Óvakodjunk ilyen esetben nagy adag antipyretikumok adásától a vasomotorközpont bénulásának veszélye miatt. Legjobban bevált az 1%-os amidopyrin-oldat 1—2 óránkénti evőkanalas adagolása (pro dosi 0.10—0.15) a láz magassága szerint. — Ezzel biztosan nem okozunk collapsust és a hőmérsékletet is mérsékelni tudjuk.

A betegség kapcsán gyakran észlelünk meningismusokat. Ezek 10%-os magn.-sulfat intravenás injectióira szépen javulnak. A meningitisek leggyakrabban otogen eredetűek. A fastigium alatt párszor megfigyeltünk centralis nagyothallást. A ty.-metastasisok okozhatnak tüdő-, máj-, lép-, csont- és agytályogokat. Egy esetben ty. kapcsán észleltem tüdőtályogot, mely empyemát is okozott. Betegeim vérképe leukopeniát mutatott relativ lymphocytosissal. A Zenker-féle degeneratio révén létrejött hasfali izomtályogok is okozhatnak peritonealis izgalmakat. Ty. után fellépő gyöki fájdalmakat a gerincoszlop typhusos áttételei okozhatnak. Szerencsére, még ha később is lobbannak fel, maguktól gyógyulnak.

A typhus lefolyása, az egyes esetek súlyossága nem függ a Widal-titerérték magasságától. Lehetnek a legmagasabb titer-érték mellett csak pár napi kisebb lázak, esetleg csak subfebrilitas, zavartalan gyógyulással. De látunk 100, esetleg 200 titer-érték mellett oly súlyos toxikus eseteket, hol minden fáradozásunk és minden rendelkezésre álló segédeszközeink dacára órák, napok alatt veszthetjük el a különben kitünő testiállapotban lévő 20—30—40 éves, különben teljesen egészségesnek tűnő beteget. A halál ilyenkor többnyire toxikus myodegeneratio következménye. Már csak ezen esetek miatt is a naponkénti (kórházunkban kétszeri) pulsus- és szívkontroll legalább oly fontos, mint a has naponkénti vizsgálata. A toxicitás folytán beteg szív már elég korán jelzi a közelgő veszélyt. Ha „megszalad" a pulsusszám és emellett óraketyegésszerű szívhangokat hallunk az aorta II. hangjának ékeltségével, mely fokozódik, azonnal indítsuk meg legintensivebb szívtherapiánkat. Adjunk bőven intravenásan 20%-os dextroset, napjában többször is. Már csak a beteg gyengébb táplálkozása miatt is, mely a typhusdiaeta következménye, szivesen adunk betegeinknek dextrose-t C-vitaminnal (cevita, proscorbin) sorozatosan. Esetenként szabjuk meg, hogy digitalist vagy strophanthint adjunk-e betegeinknek. Ez utóbbit egész kis adagban naponta többször (egy-kéttized mg. 50 gr. dextroseban. A digitalist is dextroseban adagoljuk). Ha per os rendeljük, úgy napjában háromszor 0.05 pulv. digit.-t + 0 01 extr. nucis vom. + 0.02 luminal + 0.05—0.10 chininnel. Természetesen szükség szerint adagolunk cardiazolt, coramint vagy tetracort is, 20-25 cseppet napjában többször. A ty.-ban majd mindig jelentkező bronchitis, vagy esetleg hypostasis esetén transpulmint, eulysint, ol. camphoratumot adunk intramuscularisan. Roborálás és erősítés végett strychnotonint.

Az alsó végtagok thrombophlebitise esetén a legteljesebb nyugalomba helyezzük a végtagokat, zsíradékkal bekenés után pedig párakötésbe burkoljuk. Az ágy végét téglára emeljük. Tagadhatatlan jó hatását látjuk a p-amino-bensolsulfamid készítményeknek, mint amilyenek az ambesid-, deseptyl-, prontosil-tabletták. Ezek szedésére a duzzadt végtag hamarább lelohad, a hőmérséklet csökken, vagy láztalan lesz a beteg, a fájdalom is lényegesen csökken. Kezdetben háromszor két tablettát adunk, melyet a tünetek szűnésével csökkentünk.

A betegség egész ideje alatt állandóan ellenőrizzük a gondos szájápolást, mely elősegíti a beteg étvágyát, jó közérzetét. Elégtelen szájápolás következménye a fuliginosus nyelvlepedék, ami egyedül szájtoilettel nem szüntethető meg, hanem szükséges olyan tápanyagok nyujtása, melyek a nyálelválasztást fokozzák és a ty. betegnek is adhatók (cakes, kétszersült). Talán még fontosabbak a gyakori decubitusok, melyeknek oka nem mindig a keringési gyengeségben keresendő. Megelőzhetjük gyakori ágylepedő-váltással, a száraz lepedő ráncnélküli kifeszítésével, a kereszt-fartájék kámforos szesszel, alkohollal végzett rendszeres ledörzsölésével, hintőporozásával, s a lehetőleg gyakori fekvésváltoztatással. Mindezekről majd minden nap az orvosnak személyesen is meg kell győződnie. Jó eredményt láttam a gyanús, vagy már felfekvéses területek hőbesugárzásától. Ez a legegyszerűbben „fön" hajszárítókészülékkel végezhető: napjában egyszer kétszer 20 percig meleg levegőt fúvatunk a gyanús, vagy már kisebzett területre.

A typhus therapiájában igen fontos szerepet játszik a diaeta. *Gräfe* szerint a lázas beteg caloria-szükséglete felülmúlja az egészségesét. Egészséges ember napi caloria-szükséglete ágynyugalom mellett kb. 35 pro kg. Lázas beteg caloria-szükséglete 50 pro kg. Elképzelhető, hogy ennek a caloria-mennyiségnek a megközelítő bevétele is milyen nehézségekbe ütközik. Ha ezt figyelembe vesszük, úgy könnyen megérthetjük a typhus-beteg igen nagymérvű lefogyását. Legjobban bevált a kétóránkénti étkezés. Eleinte csak folyékony és pépes ételeket adhatunk: tej, tejszín, kávé, leves, tejbedara, főzelék és burgonyapüré, híg tojás, madártej. A láz csökkenésével, vagy igen elhúzódó súlyos esetekben főtt hallal és hús-hachéval is próbálkozhatunk, mert káros hatását sohasem láttam. Úgylátszik, az eddigi félelem és óvatosság a diaeta terén a betegségben és a reconvalescentiában túlzott volt. Pár napi láztalanság után nyugodtan adhatunk szárnyas-, borjubecsináltat, vagdalthúst, kétszersültet, pirított zsemlyét. A diaeta a recidivát nem akadályozza meg, viszont ha a beteg erőre kap, az esetleges recidivát könnyebben elviseli. Természetesen az olyan ételek, melyek mechanikus úton izgathatják a beleket, mint durva cellulose, kemény húsok, a diaetából kizárandók. A többi gyenge püréket, rizst, húsokat a gyomoremésztés annyira felaprózza, hogy a kóros bélfalat mechanikusan már nem is sértheti.

Osztályunkról a gyógyult beteg 18 láztalan nap és 3 neg. bakteriológiai székvizsgálat után távozhat.

Márialigeti vitéz Cseley József dr.
közkórházi főorvos.

A fogamzás irányithatóságáról.

A fogamzás irányíthatósága lehetőségének gondolata régi tapasztalatokon alapszik: bizonyos időpontokat már régi írások is előnyösnek tartanak a megtermékenyítés szempontjából. Ujabb vizsgálatok megerősíteni látszanak azt a nézetet, hogy egyrészt a menstruatio utáni napok, másrészt az ovulatio időpontja a legalkalmasabbak a megtermékenyítésre. A háborús szabadságoltakon szerzett tapasztalatok szerint a valószínűségi görbe a menstruatio utáni 6. napon 53%-al éri el tetőpontját, utána kb. 10 napig ugyanezen valószinüségi százalék magasságában marad, majd lassan, a 13—14. naptól pedig rohamosan csökken. A menstruatio előtti napokban a megtermékenyítés esélyei igen csekélyek.

A tapasztalati tényeknek kisérleti alapot óhajtanak nyujtani *Knaus* sorozatos vizsgálatai, amelyekkel kimutatta, hogy az ovulatióval kapcsolatban, ezt követőleg, a méhizomzat, a működő sárgatest hatására a hypophysis-hátulsólebeny hormonjával szemben elveszti ingerlékenységét. Számításai alapján felveszi továbbá, hogy tekintettel a normalisan menstruáló asszonyok ovulatiojának időpontjára, amely a 14—16. napnak felel meg, — az élettani ingadozásokat is tekintetbevéve — a 18. napot kell a fogamzó képesség *felső* határának tekinteni, mivel a meg nem termékenyített petesejt a Graf-tüsző elhagyása után csak 25 óráig fogamzóképes: a petesejt körül, a tubába belépése után rövidesen fehérjeburok képződik, mely megfosztja termékenyithetőségétől. Az *alsó* határ természetszerűleg a folliculus repedés amelyik a 14. napon szokott bekövetkezni, ezen időpontból még 24 óra vonható le azon megfontolás alapján, hogy a spermium 24 órát képes élni és termékenyítőképességét megtartani a női nemzőszervekben.

Ezek szerint tehát a normalisan menstruáló asszony a menstruatio utáni 1—10 napig nem fogamzóképes.

A további vizsgálatokból kitünik, hogy a megtermékenyített pete beágyazódása a feltétele annak, hogy a corpus luteum menstrualeból corpus luteum gravid'tatis legyen még mielőtt a menstruatio időpontja bekövetkezett volna. Ha már most a petesejt vándorlásának min'mumát 10 napra tesszük, úgy normalis 4 heti cyklus mellett ovulatio, conceptio és impregnatio a 14—16. napon kell hogy megtörténjék, hogy a beágyazódás idejében létrejötte a sárgatest tönkremenését megakadályozva a következő menstruatio fellépését megakadályozza. A termékenyítésre alkalmas idő tehát, ez utóbbi megfontolás alapján is a 11—17-napok közötti, és a terhességhez vezető cohabitatio optimumának időpontja a 14—16. nap.

Három hetenként, vagy rendszertelenül menstruáló asszonyokon természetszerűleg egészen más számítások vannak érvényben. 26—30 napos menstruatiós cyklus esetében a termékenyítés a 9—17. napig lehetséges; az optimum a 26 naposokon a 11—12, a 30 naposokon 15—16. napokra esik.

Mások vizsgálatai csak részben erősítették meg ezeket az eredményeket és megfigyeléseik eredményeképen némely tekintetben más álláspontot foglalnak el. *Capellmann* szerint az első 14 és az utolsó 3—4 nap a legalkalmasabb a megtermékenyítésre. *Kräuter* az intermenstruum minden napján lehetségesnek tartja a megtermékenyítést, csak a valószínűség nem egyenlő minden időpontban: legjobb a menstruatio utáni idő; a 19. naptól az esélyek csökkenek és a menses előtti utolsó 4 napon minimalisak. Hasonló a nézete *Wittenbecknek* és *Engelmann* is a legnagyobb elővigyázatot ajánlja a számításoknak a praxisban felhasználását illetőleg.

A másik szempont, amelyből a fogamzás irányíthatósága elképzelhető a születendő gyermek nemének befolyásolása. *Unterberger* azt találta, hogy az igen érzékeny protoplasmáju spermiumot különböző hydrogen-ion concentratio mellett a petesejt más és más módon fogadja magába. Ezt a felvételt *Füth* is megerősítette, amennyiben azt találta, hogy erősen savanyú reactio esetében több leány, gyengén savanyú reactio mellett több fiú születik.

Unterberger eredetileg sterilitas megszüntetésére ajánlotta asszonyoknak a natrium bicarbonátos öblítéseket, abból a feltevésből kiindulva, hogy a hüvely erős savtartalma a spermiumok mozgására bénítólag hat. Ezen öblítéseknek az lett az eredményük, hogy az asszonyok rövidesen teherbejutottak és minden egyes esetben fiút szültek. Ebből arra következtet, hogy a hüvely chemismusa nagy befolyással van a nem irányítására. A hüvely savtartalma nemcsak a nő különböző életkorában, hanem a menstruatiós intervallumban is bizonyos ingadozásoknak van kitéve, amennyiben a folliculus repedés idején a legalacsonyabb, a menstruatio előtt és utána közvetlenül a legmagasabb. Ennek következtében úgy a fogamzás lehetősége, mint a nem kialakulása bizonyos élettani ingadozásoknak van alávetve és a menstruatiós intervallum első idejében történt fogamzás inkább lányokat, a második időben történt inkább fiukat fog eredményezni, ami a régi néphittel összhangban van és a háború alatt tett tapasztalatoknak is megfelel. Ugyanilyen értelemben befolyással lehet a nem kialakulására a több mirigy váladékából összetevődő ondóváladék chemiai reactiója.

A szóda, mint chemiai anyag, a csiraplasmára nem veszélyes.

A legtöbb házasságban a fiu-leánynemzés esélyei egyenlőek, mivel a spermium alkali tartalma és a vagina savtartalma egymással kiegyenlítődnek. Ha erősen alkalikus férfi kerül össze oly asszonnyal, kinek hüvelye gyengén savanyú, főként fiúk születnek; gyengén alkaliás férfi és erősen savanyú-hüvelyü asszony esetében többnyire lányok vannak túlsúlyban.

E kisérleteket állatkisérletekkel igazolták és az állatgyógyászatban eredményeiket, állítólag nagy sikerrel, használják.

A születendő magzat nemének befolyásolási lehetőségéhez hozzátartozik végül az a *Schőner* által feltételezett tény, hogy a bal petefészekből több leány, a jobból több fiú születik, 66:33 arányban. Ha sikerül megállapítani, hogy a következő ovulatio melyik petefészekből történik, úgy ez alkalmat adna arra, hogy bizonyos valószinüséggel a születendő magzat neme előre meghatároztassék.

Liebmann István dr. női klinikai tanársegéd.

A szívbetegségek elektrotherapiája.

Az utóbbi években a gyógyszeres, chemiai therapia mellett feltünően előtérbe nyomultak a physikalis gyógymódok, legujabban főleg az elektrotherapia egyes fajai. A szivtherapiában a digitalis ill. strophantin kezelés mellett a physikalis gyógymódok közül aránylag csak a szénsavas fürdők és az *Oertel*-féle „terrain-kúrák" tudtak nagyobb mértékben elterjedni, noha tagadhatatlan, hogy egyes ritka esetekben bizonyos elektrotherapiás eljárásokat is haszonnal alkalmazhatunk a szív kimélése vagy erősítése céljából. Mivel azonban ezen gyógymódoknak célszerű alkalmazási területe, a hangos propaganda ellenére is, igen kicsiny és mivel ezen beavatkozásokkal esetleg árthatunk is a betegnek, célszerű ezen elektrotherapiás gyógymódok javallatait és technikáját röviden áttekinteni.

1. A *galvános és főleg a farados* telifürdők az olyan

szivbajosok teljesítőképességét, akik nincsenek decompensatio állapotában, rendszerint észrevehetően fokozzák. Régi kisérletek kimutatták, hogy ha egészséges munkásokat végkimerülésig dolgoztatunk, ezek lényegesen hamarább nyerik vissza munkaképességüket villamos fürdők után, mint a nélkül. A gyakorlatban azonban nem a fürdőt, hanem inkább a villamos áram száraz alkalmazását szoktuk igénybe venni, amikor az szükségesnek bizonyul. Technikája a következő: az egyik elektródot a hátra, a lapockák alá tesszük; kb. 20×3- cm. nagyságú zinklemezt, nedves mull-pólyába csavarva a törzs köré csavart kendővel erősítjük a testhez. A másik elektródot 2 részletben a két comb elülső felszinén alkalmazzuk és a beteg ezekre helyezi rá két kezét, amelyet homokzsákkal rögzítünk. A kezelés ideje 8—12'. Az áram erőssége olyan legyen, amit a beteg még nem jelez kellemetlennek. Az áram erősségét a kezelés folyamán időnként fokozni kell, mert a bőrellenállás természetes fokozódása következtében a szervezetbe jutó áram mennyisége lassanként csökken. A szerzők többsége farados áramot alkalmaz, van azonban, aki a galvanosat részesíti előnyben. A kezelést naponta végezzük, 10—14 napon, esetleg 3 héten át. Természetesen a villamos kezelés nem pótolja a digitalist, vagy az egyéb hasonlóan ható szereket, csak olyan szivbetegeknek adjuk, akiknek a billentyűhibája, vagy szívizombántalma nem szorul digitalis kezelésre, ellenben ahol a szív bizonyos tehermentesítését kivánatosnak tartjuk. Adható ezenkivül visszanyert decompensatio esetén mint a digitalis gyógyszerelés utókúrája.

A hatás mechanismusát illetőleg feltevésekre vagyunk utalva: valószinü, hogy a végtagarteriák tágulása, amit az áramhatás idéz elő, csökkentvén a keringésbe iktatott ellenállást, mérsékli a szív munkáját; viszont a végtagizomzat áram-okozta tonusfokozódása elősegíti a venák kiürülését a szív felé, vagyis a szív feladatának, a keringés fenntartásának a teljesítésében fokozottabban vesz részt a peripheria. Lehet, hogy az arteriák izomzatának ingerlése is fokozza az erek, a „peripheriás szív" munkáját.

Régebben alkalmaztak sinus-áramot is közvetlenül a szivtájra, ez azonban ma már tulhaladott eljárás, mert avval a veszéllyel jár, hogy a sinus-áram hatása következtében pitvari fibrillatio jön létre.

2. *Szívdiathermia.* Angina pectoris esetekben alkalmazzuk azon célból, hogy a koszorus ereket és azok kisebb-nagyobb elágazásait tágítsuk a hőhatás révén. Az eléggé nagy felületü elektródok a szivtájra és avval szemben a hát bőrére kerülnek. Több heti, esetenként félórás kezelés után gyakran észleltünk kedvező hatást, a rohamok ritkulását. Valószinü, hogy a szükült, vagy görcsre hajlamos erek collateralisai tágulnak ki a gyakran alkalmazott hőinger következtében és biztosítják a szívizomzat jobb vérellátását.

A magas frequentiáju áramok régebben használt két más faja, a *d'Arsonval*-kezelés és a *Rumpf*-féle magas frequentiáju kezelés hatása annyira bizonytalan, hogy ezen kezelési módok ma már teljesen elvesztették jelentőségüket.

3. A diathermiával némileg rokon, azonban más megitélés alá esik a *rövidhullámu kezelés.* A rövid hullámnak kettős hatása van: sugárhatás és hőhatás. Utóbbi kiiktatható, amikor is „athermiás kezelés"-ről beszélünk, az előbbi, a sugárhatás azonban nem zárható ki. A hőhatás előnyös az angina pectorisban és rokon bántalmakban (stenocardia, koszorusérelmeszesedés, coronaria thrombosis utáni állapot stb.), mert épp úgy, mint a diathermia, vagy még jobban, tágitja a szivizomzatot ellátó ereket. A sugárhatás azonban határozottan káros, mert mint a parasympathikust ingerlő beavatkozás, a szervezet egyéb ereinek tágítása mellett a szív koszorus ereit szükíti. Innen van az a tapasztalat, hogy rövid hullámu kezelés után az angina pectoris rendszerint súlyosbbodik. Igy sem az athermiás, de még a thermiás kezelés sem javallt a szívtherapiában, sőt mindkettő határozottan rontja a beteg állapotát.

4. *Röntgen-besugárzás.* Ezt is angina pectoris, vagy hasonló kórképek esetén alkalmazhatjuk próbaképen, azon reményben, hogy a ganglion stellatum és határos idegelemek (nyaki és mellkasi ganglionok) functionalis kirekesztése, vagy esetleg anatomiai elpusztítása folytán a roham kapcsán fellépő kinzó fájdalomérzés nem vezetődik a központi idegrendszerbe. Ártalmatlanabb alakja az egyesek által ajánlott műtéti beavatkozásnak. A gyakorlatban azonban, sajnos alig számolhatunk be jelentősebb eredményről.

5. Átmenet a balneotherapiába, azonban az elektrotherápiával rokon beavatkozás a *radiumos fürdővel* történő kezelés. (Rudas fürdő *Juventus*-forrása). Hatásmechanismusa elméletileg szintén nincs egyértelmüen tisztázva, a tapasztalat azonban azt mutatja, hogy épen enyhébb koszorusérbetegségekben szenvedők, akiken kifejezett anginás rohamok nem szoktak fellépni, akik azonban positiv EKG-lelet mellett enyhe mellkasi nyomásról, szorongásról, gyors fáradásról, levertségről panaszkodnak, ezen kezelés után subjective lényegesen jobban érzik magukat és munkabirásuk fokozódását észlelik. Fixált hypertensio esetén ne várjunk eredményt a radiumfürdőtől.

Mindezen kezelési módok tehát csak adjuvansként foghatók fel a szivbetegségek komoly gyógyszeres kezelése mellett, néha azonban mégis haszonnal alkalmazhatók a cardiológia egyik legnehezebb problémájának a megoldásában, a compensált szívbeteg állapotának fenntartásában.

Zárday Imre dr. OTBA h. főorvos.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés H. L. dr.: 1. Szabad-e magánorvosnak, privát receptjeit egy bizonyos gyógyszertárba irányitani?

2. Szabad-e községi orvosnak receptjeit egy bizonyos gyógyszertárba irányitani?

3. Amennyiben ezt megteszi, ethikai hibát követ el csak?

4. Vagy törvénybe, vagy rendeletbe ütköző cselekményt követ el?

Felelet: Sem a magánorvos, sem a községi orvos receptjeit nem irányíthatja egyik vagy másik gyógyszertárba.

Amennyiben ezt még is megtenné, orvos-ethikába ütköző cselekményt követ el, amelyről a Budapesti Orvosok Szövetsége által „Az orvosi gyakorlat szabályai" címen kiadott orvosethikai szabályok (jóváhagyva a 134.736—1931. B. M. sz. rendelettel) 3. a) fejezete szól „az orvos magatartásáról általában". — Ennek 15. pontja szerint: „Az orvos kerülje még látszatát is annak, mintha valamely gyógyszertárral stb. érdekközösségben volna."

Ne utasítsa a beteget érdemleges ok nélkül egyes gyógyszertárakba és ne tartson rendelést a gyógyszertárban".

Az Orsz. Orvosi Kamarától nyert értesülés szerint az 1936:I. törvénycikkel felállított Orvosi Kamara teljes egészében átvette a M. O. O. Sz. ethikai szabályzatát, sőt fokozott mértékben felügyel annak betartására. — Mint fegyelmi hatóság, orvosi ethikába ütköző cselekményekért konkrét panasz esetén tagjait felelősségre vonja s megtorlást alkalmaz velük szemben. — Ha tehát ilyen ügyben tárgyi adatokkal alátámasztott feljelentés érkezik az illetékes Kamarához akkor az az orvossal szemben megfelelő retorzióval fog élni.

Ezenkivül a Magyarországi Gyógyszerész Egyesület ily esetekben ugyancsak megtorlással élhet hitelrontás, illetve tisztességtelen verseny abbanhagyása címén, mikor is a gyakorlat szerint a bíróság az orvost magas pénzbüntetéssel szokta marasztalni. *Sz.*

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

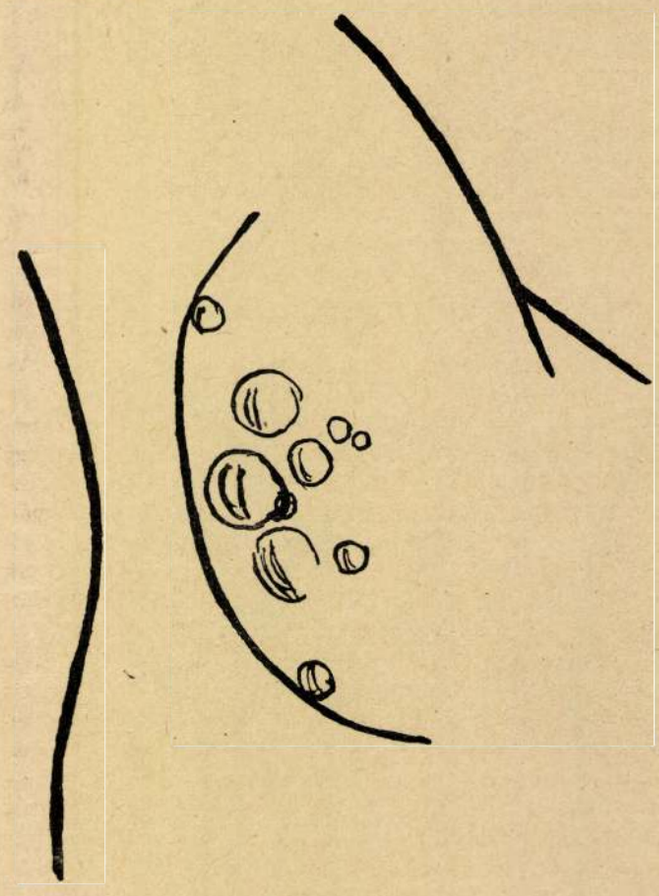
Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

Hydroadenitis suppurativa axillaris.

A hónalji verejtékmirigyekből kiinduló genyedés meglehetősen mostohagyermeke a sebészi tan- és kézikönyveknek. Sok meg sem említi és még nagyobb könyvek is akárhányszor néhány szóval siklanak át rajta. Pedig ha nem is nagy betegség, mégis bizonyos elhúzódó és makacsul kiújuló formáiban igen kellemetlen és bosszantó tud lenni, azonfelül egyáltalán nem ritka. Sajátszerű módon a benne szenvedők túlnyomóan két, a tisztálkodás szempontjából egymással homlokegyenest ellenkező magatartást tanúsító csoportba tartoznak: vannak közöttük igen piszkosak és túlzott hónaljtoilettet csinálók. Az ok közös: a hónalji verejtékmirigyek nyílásainak eltömése durva piszokkal vagy finom puderral vagy krémmel, ami okot szolgáltat arra, hogy a hónalji verejtékmirigyek kivezetőcsöveibe azok tág nyílásain át belekerült staphylococcusok elszaporodjanak és genyedést idézzenek elő. Egyéb okok is szerepelnek, főleg apró sérülések, hámhiányok, minők a ruha dörzsölése, a hónalj kiborotválása, vakaródzás s az erre hajlamosító különféle bőrbetegségek következtében támadnak.

A bántalom azzal kezdődik, hogy egyik vagy mindkét hónaljban, közvetlenül a bőr alatt, kicsiny, alig fájdalmas csomócska keletkezik, mely alapja felett jól mozgatható. Ez később megnő cseresznyemagnyira, vagy akár mogyorónyira, összekapaszkodik a fedő bőrrel, azt elvékonyítja, majd elpuhul s magárahagyva kifakad. Ilyenkor, vagy ha előbb megnyitottuk, híg, tejfelszerű geny ürül belőle, melyre jellemző, hogy nem tartalmaz elhalt cafatokat mint a furunculus. A geny kiürülésével a fájdalmak megszűnnek, a nyílás egyideig nedvedzik, majd betapad, rendszerint napok alatt, míg a visszamaradó infiltratum felszívódása legalább 1—2 hetet igényel. Sokszor megtörténik azonban, hogy folyton új és új csomók támadnak. Alig gyógyult be az egyik tályog, másik képződik, sőt újabb és újabb csomócskák képződhetnek, mielőtt az előzők elpusztultak vagy kifakadtak volna, úgy hogy végül az egész hónalj az elpuhulás különböző stádiumaiban levő tályogocskákkal, fistulákkal teleszórt képletté alakul, melyeket akárhányszor phlegmonosus kemény beszűrődés köt egymással össze. Nem egyszer járulékosan furunculusok, folliculitisek, apró pustulák is lépnek fel, akár a hónaljbőr területén, akár annak környékén. Ez az állapot már gyakran jelentősebb fájdalmakkal jár, melyek a kar mozgathatóságát is erősen gátolják. Néha nyirokérgyulladás, valamint a hónalji nyirokcsomók elgenyesedése is csatlakozik a betegséghez, ez azonban csak ritkán fordul elő. Unicumképen halálosvégű staphylococcus-sepsist is leírtak szövődmény gyanánt *(Irimescu)*. Azonban, ha ilyen ritka szövődményektől általában nem is kell félnünk, maga a hónalji verejtékmirigygenyedés különösen elhúzódó, makacsul ismétlődő formáiban súlyos megpróbáltatás, valóságos crux úgy a betegre, mint az orvosra nézve, mert sok héten, sőt hónapokon át is elhúzódhatik s a beteg közérzetét, sőt munkaképességét is igen érzékenyen érintheti.

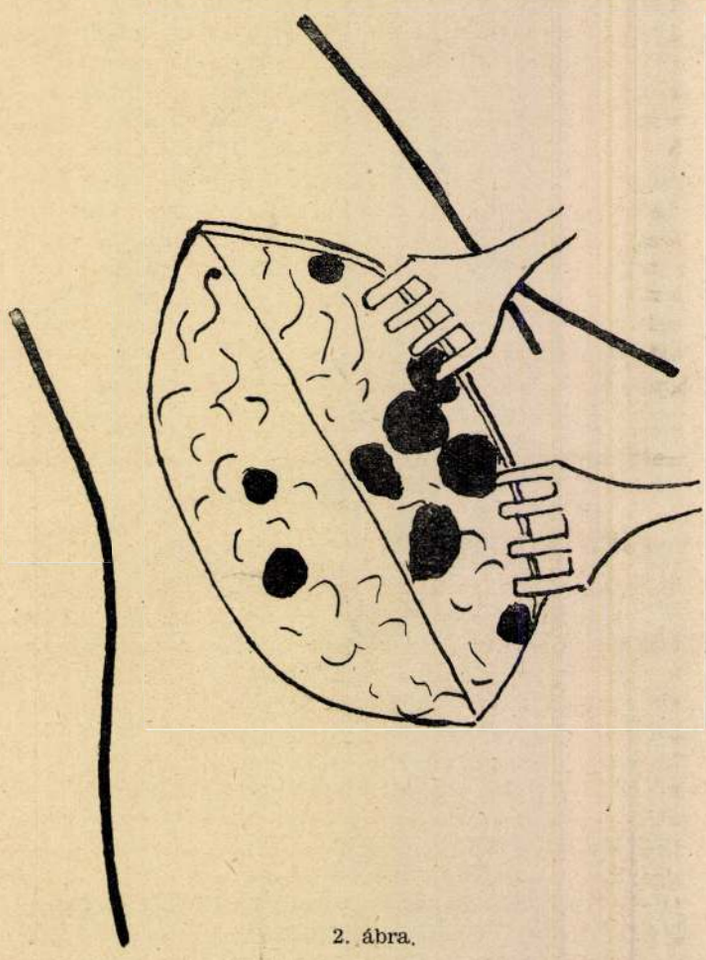
A gyógyítás lehet conservativ és sebészi. A conservativ therapia céljaira különféle antiseptikus borogatásokat, kenőcsöket, tapaszokat, továbbá rövidhullámot és elhúzódó esetekben röntgenbesugárzást ajánlottak. Ez utóbbiak értékére nézve a vélemények ellentmondók. A dermatológusok, különösen újabban, meglehetősen dicsérik; lehet, hogy a besugárzási technika javulásával az azelőtt meglehetősen kétes eredmények javultak, viszont kétségtelen, hogy akárhányszor többszöri besugárzásokra és nem egészen közömbös dosisokra van szükség és az eljárás nem egyszer így is csődöt mond. És ha egyéb betegségeken szerzett tapasztalatokon látjuk azt, hogy néha igen óvatos röntgenbesugárzások után is évek hosszú sora mulva súlyos elváltozások, ulceratiók, sőt rákképződések is léphetnek föl a bőrön, igyekeznünk kell ezt a kétségtelenül igen hatásos gyógyeljárást olyan esetekre korlátozni, ahol mással nem, vagy csak igen nehezen pótolható, és elkerülni ott, ahol egyéb, a jövő tekintetében lényegesen kisebb veszedelmeket magukban rejtő módszerekkel is célt érünk. A hónalji verejtékmirigygenyedés esetében pedig ez annál inkább helyénvaló, mivel ezekben a röntgenkezelés sem teszi az apróbb sebészi beavatkozásokat nélkülözhetővé.



1. ábra.

A sebészi beavatkozások, melyeket a hónalji verejtékmirigygenyedés ellen ajánlottak, részben igen kicsik, részben aránylag nagyok. A pici beavatkozások a tályogocskák felszúrásában, az őket fedő elvékonyodott bőr bemetszésében állanak; a nagy beavatkozások volnának: a beteg hónaljbőrnek hídalakú lebeny képében végzett felpraeparálása *(Klug)*, vagy pedig annak teljes kimetszése, esetleg a hónalji nyirokcsomókkal együtt. Azt mondhatjuk, hogy a pici beavatkozások progrediens, recidivára hajlamos esetekben nem elegendők a kiújulások meggátlására; a megnyitott apró tályogocskákból kiömlő geny könnyen bejut egy másik verejtékmirigy nyilásába, hiszen ilyen mirigyek a hónaljban igen tömegesen fordulnak elő és nyílásaik egymáshoz igen közel feküsznek a bőrben; de

ezenfelül úgy látszik, a nyirokereken át is létrejöhet újabb és újabb verejtékmirigyek fertőződése *(Gans)*. A nagy műtétek, melyeket az imént említettünk, általában túlzottak, hosszú ideig gyógyuló sebet okoznak, esetleg csúf heget hagynak hátra, vagy utólagos plastikát tesznek szükségessé. A helyes út a középen jár és ezért akarom felhívni kartársaim figyelmét arra a radicalis, de kosmetikus eljárásra, melyet a hónalji verejtékmirigygenyedés chronikusan elhúzódó formáiban már évek hosszú sora óta állandóan használok. Ez a következő: A beteget a hátára fektetjük, a kart abducáljuk. Hónaljszőrök leborotválása, jódozás, chloraethyl-bódulat. Enyhébben vagy erősebben ívelt metszéssel, mely a megbetegedett bőrterületnek a hát felé eső szélén, de legalább is a hónaljszőrözet alsó határán halad, átmetsszük a bőrt és a bőr alatti kötőszövet legfelületesebb rétegét. (Lásd 1. ábrát.) Az így körülmetszett bőrlebenyt — mindig a bőralatti kötőszövet felületes rétegében maradva — felpraeparáljuk. A felső sebszélbe akasztott kampó húzására már többnyire a helyes rétegben válik le a bőr az alatta fekvő kötőszövet felületes rétegével együtt. Eközben megnyílnak az összes tályogocskák; ha nem, akkor a visszahajtott lebenyben (lásd 2. ábra) a bőralatti kötőszövet felől nyit-



2. ábra.

juk meg őket. A tályogocskák üregét gyengéd kitörlés után enyhén jódozzuk s laza vioformos vagy tiszta steril gazecsíkot fektetve a sebbe, a lebenyt visszahajtjuk. A következő napon és azután másodnaponként fedőkötésváltás, a csík benedvesítése hydrogenhyperoxyd-oldattal. Néhány nap múlva a csík kiesik, vagy könnyen kihúzhatóvá válik; ekkor csukamájolajba mártott steril csíkkal pótoljuk, míg a seb nem sarjadzik tisztán, majd (rendszerint 8—10 nap) elhagyjuk a csíkot és a bőrlebenyt lazán odanyomva alapjára, egyszerü fedőgazet alkalmazunk. A lebeny többnyire gyorsan visszagyógyul a helyére és vékony heg marad vissza, mely a szőrök kinövése után szinte észrevehetetlen. A bőr és a szőrzet teljesen ép marad. Maga a verejtékmirigy-genyedés a bőr felpraeparálása után egy csapásra megszünik.

Ezt a műtétet természetesen csak többszörös verejtékmirigytályogok, illetve makacsul fellépő újabb ilyen tályogok képződése esetén ajánlom. Ha csak egyedülálló kis kezdetleges csomóról van szó, a conservativ kezelés a helyes. Nyirjuk le egész rövidre a hónaljszőröket (még jobb leborotválni őket, ha ezt ügyesen mellékséríés nélkül meg tudja valaki csinálni) és jódozzuk be enyhén a hónalj egész területét. Ha a csómócska elpuhult, nyissuk meg idejekorán és utána jódozással védve a környéket, egyszerü fedőkötést tegyünk rá. Kerüljük a kenőcsöket és tapaszokat, melyek alatt csak pállik a bőr, pang a váladék és újabb és újabb infectióra nyilik alkalom; még a fedőgazet rögzitő ragasztótapasz is vékony csik legyen csupán, mely a fertőzött területtől lehető távol tapad a mellkas illetve a hát bőrén, és arra is vigyázunk, hogy két nap egymásután ne ragasszuk ugyanarra a helyre, hanem mindig más és másfelé, a helyét pedig gondosan tisztogassuk le aetherrel vagy benzinnel.

Pólya Jenő dr.
egyet. c. rk. tanár, közkórh. főorvos.

A chorea és újabb kezelési módjai.

A chorea kezelésében a kóroktani tényezők irányadók. Veleszületett hajlam és öröklés mellett migrain, kardiovascularis ártalmak, kóros idegrendszeri ingerlékenység szerepelnek. A familiaris eredet mellett nem hagyhatók figyelmen kivül az intoxicatiós-infectiosus tényezők sem, mint amilyen a varicella, endocarditis és különféle mérgezések. Az exogen tényezők mellett szól az is, hogy a chorea legnagyobb hányada télen és tavasszal fejlődik ki, kétszer annyi lány gyermeket betegit meg, mint fiut. A betegséggel szemben hajlammal azok birnak, kik izomrendszeri gyengeségben, fáradékonyságban és fokozott idegrendszeri ingerlékenységben szenvednek.

A choreás mozgásokra jellemző, hogy néhány nap vagy hét alatt fejlődnek ki, s villámszerű rángások mellett laza bénulásra jellemző tünetek is jelentkeznek (chorea mollis). — A testi tünetek mellett szellemi tünetek is észlelhetők, mint amilyen az associatiós repkedés, a szellemi fegyelmezetlenség, zavartság és stupor (5%). A choreára jellemző rángások általában 10—15 hétig tartanak és sokszor kezelés nélkül is gyógyulnak, bár az esetek egyrészében motorikus rendellenességek visszamaradhatnak. A chorea hysteriás alakjában nem ritka a psychés epidemia sem (maladie des tics), azonban kétségtelen, hogy az esetek túlnyomó része organikusan megalapozott s főleg a striatum, a nucleus dentatus a subcorticalis gócok necrosisára, mesenchymalis és gliás elváltozásra vezethető vissza. A chorea gravidarumban leginkább az ú. n. enkephalitis epidemica choreiformis in graviditate alakjával találkozunk, mely a statistika szerint 18—30%-nak felel meg, míg ezzel szemben a szívbillentyűzavarokkal vagy a polyarthritis rheumaticával kapcsolatos choreák mintegy 87%-ot tesznek ki. Miután a terhességben észlelt choreák legnagyobb arányszáma épen organikus eredet mellett szól, legcélszerübb a terhesség megszakítása. Vannak veleszületett choreás állapotok (chorea chronica progressiva Huntington), melyekben dominans öröklés mutatható ki, de ha az öröklés folyamán azt látjuk, hogy a betegség már legalább 6—7 generatiót átugrott, akkor érvényes a Netleshippe szabály, amely szerint: „Einmal frei, für immer frei," vagyis a terheltség kihal. Jellegzetes,

hogy ez az öröklődő betegség az egyéneket 50—75 év között támadja meg. Az arterioskler. eredetű chorea rendesen a nagy magokban észlelhető lágyulás következménye, ami klinikailag hyperkinesisben és hypotoniában nyilvánul. A chorea magva örökletes, de külső betegségek, főleg syphilis, enkephalitis, arteriosklerosis, terhesség és a toxicosisok számos válfaja váltja ki. Emellett rendesen a thalamus és környéke is bántalmazott, de leginkább a lenticularis gócok kórképével találkozunk. Az endogen eredet ellen nem szól, hogy rendesen toxicus anyagokat mutathatunk ki, mert ez inkább a veleszületett csékenység bizonyítéka. Hiszen paralysis kapcsán is jellegzetes choreás képek feilődhetnek ki, de ebben az esetben megtartják a jellemző paralytikus testi tüneteket kisérő psychés jelleget is. Mint jellemző tünetek emelhetők ki ebből az atypiás kórképből az összeférhetetlenség, ingerlékenység, indulatkitörésekre hajlamosság, erőszakoskodás mellett a hazudozási hajlam *(Megendorfer)*, amit többé-kevésbbé kifejezetten a többi paralytikus jelenség kisér.

A betegség nemcsupán az agykéreg alatti nagy ducokat támadja meg, de a homloki tekervények is sorvadtak, a hid és gerincagy, valamint az agy-térfogat állománya is csökken. Az agy állománya 800 grammig redukálódhatik, emellett az agykamrák kitágulnak (hydrocephalus ex vacuo), a lágy burkok megvastagodnak, a ganglion sejtek, a velős rostok sorvadnak, a glia szaporodik, de jellemző a kórképre, hogy sejtes elváltozások hiányzanak. Leggyakrabban a putamenben és a nucleus caudatusban, az agykéregben, annak különösen III. és IV. rétegében észleljük a legsúlyosabb elváltozásokat, akárcsak schizophrenia esetében.

A kezelést illetőleg megkülönböztetjük a hysteriás eredetü choreát a valódi dyskinetikus choreától. Friss esetekben bőven adunk salicylt. A choreás gvereket környezetéből, az iskolából eltávolitjuk, ágyba fektetjük, lactovegetabilis diaetára fogjuk, amelyben a főszerepet gyümölcs és gyümölcsnedvek játsszák. Ahol functionalis elemek játszanak közre, jó eredménnyel 6—8%-os brómoldatot adunk. A Fowler oldat fel- és lemenő adagban szinte kötelezővé válik, de jók az Erb-féle pilulák is. Súlvos esetben nem kerülhetjük el az isolálást. Reggelente adjunk törzsborítást, 1 óráig tartó 32—36°-os fürdőket antipyrinnel combinálva (0.3—0 5 g). Jó eredményt érünk el a luminállal is, melyet napi 0.05 g.-tól felfelé 0.1 g.-ig adagolunk. Hasznos a nirvanol is, de csak akkor, ha adagja már exanthemát idézett elő. Ez általában intramuscularisan adott 2×0.15 g. nirvanolnak felel meg. Hysteriás eredetű choreában természetesen a hypnotikus kezelés a legcélravezetőbb. Időnként rendszeresen alkalmazott lumbalpunctio intravenás salvarsan, enyhe narkosis jó hatású. Súlyos esetben intézeti kezelés, kipárnázott ágy, chloralhydrat klysma nélkülözhetetlen. A legsúlyosabb esetekben morphium, vagy scopolamin adagolása sem kerülhető el.

Gyógyulás után hegyi, tengeri utókúra ajánlatos. Terhességi chorea — különösen, ha szívcomplicatiók fennforognak — mesterséges abortus, vagy koraszülés absolut indicatióját képezi. Könnyű megbetegedés alkalmával nem kell a beteget ágyba fektetni, különösen nem akkor, ha psychés infectio esete forog fenn. Jó mindenesetben a beleket kiüríteni, amely célra ricinusolaj, magnesia-por liquiritia, rheum, paraffinolaj jönnek tekintetbe. Jó eredményt látunk tartós fürdőktől is, melyeket esetleg az egész alvás tartamára prolongálhatunk. Ajánlatosak a borszeszes bedörzsölések, a megnyugtató villanyoskezelés, a gymnastikai gyakorlatok, a nyujtó és hajlító mozgások. A testmozgás jó hatását tartós fürdőkkel is elősegíthetjük. Az aetiologiailag ható gyógyszerek közül még mindig az acidum arsenicosum (0.1/100) a leghatásosabb, melyből naponta emelkedő adagban 3—5 csepptől 25 cseppig emelkedjünk. A nálunk kevésbbé ismert nucleogen tabletták (3x2 tabletta) is frappáns hatásúak lehetnek. A neosalvarsan intravenás injectiója nem szokott cserben hagyni, különösen ha az adott összmennyiség 1.5 g-ot meghalad. — Egyéni tapasztalataink szerinti legjobb hatásúnak a sterilisált és intraglutealisan befecskendezett tej-injectio bizonyult, melynek hatására gyakran szokatlanul rövid idő alatt szűnnek meg a choreás mozgások. Ideges gyermekeknek natrium bromatumból (10:150) 3x1 evőkanállal adjunk. Az individualis kezelés igen fontos, mert egyes betegek, kik semmiféle gyógykezelésre nem gyógyultak, antipyrin aránylag kis adagjára tünetmentessé váltak. Azokban az esetekben, melyekben a chorea kifejezett rheumatikus tünetekkel jár együtt, adjunk háromszor napjában 30 ctg. atophant. Ha a liquornyomás fokozott, mint fent említettük, a rendszeres punctio helyén való s ilyenkor 30—50 ccm. liquor lebocsátásával igyekezzünk a beteget tünetmentessé tenni. Súlyos esetben ne fukarkodjunk a bódítószerekkel. Itt elsősorban a chloralhydrat jön tekintetbe (chloralhydrat 2, mucil. gummi arab. 20, Aqua dest. ad 100) napjában ebből rectalisan 2 evőkanállal adjunk. Morphium injectióhoz csak a legsúlyosabb esetben forduljunk. Ha nirvanol-kurára határoztuk el magunkat, naponta kétszer 0.20—0.30 ctg.-ot adjunk; a toxikus és morbilliszerű exanthema rendesen 5—9 nap között szokott jelentkezni. A chorea az esetek nagyrészében therapiás beavatkozás nélkül is lezajlik, de említett gyógyszeres és physikalis beavatkozásunkkal lezajlását gyorsítani tudjuk, s noha kétségtelen, hogy ez a betegség az extrapyramidium bántalmazottságára vezethető vissza, s az endokarditissel, a tonsillitissel és varicellával, herpes zosterrel szoros és oki összefüggésben áll, mégis orvosi beavatkozás számára hálás feladat, s a gyakorló orvosnak nem egyszer elismerést szerez.

Büchler Pál dr. egyetemi tanársegéd.

A vértelenségből eredő izomzsugorodások (contractura ischaemica musculorum) és kezelésük.

A vértelenségből eredő izomzsugorodás lényegét, bonctani alapját *Volkmann* ismerte fel. A folyamat alapja a vérkeringési zavarból, hiányos vérellátásból származó elsőleges izom- és idegelfajulás. Majdnem kizárólag fiatal korúakon, nevezetesen a gyermekkorban, 14 éves korig fordul elő. A leggyakoribb oka a szorító körkörös gipszkötés, ritkábban sínkötés, hosszú ideig (2—3 órán túl) alkalmazott Esmarch-vértelenítés, verőér sérülés, annak lekötése, rögösödése, dugaszolódása, nagy vérömleny, érzúzódás, a csont törvégeinek nyomása, gyulladás, égés. Az izomzatot tápláló nagyobb verőér ezen okokból bekövetkezett részleges vagy teljes elzáródása miatt megszakad a végtag izomzatának vagy egyes izomcsoportoknak verőeres vérellátása s a vérszegénység, ill. vértelenség következménye súlyos izomelfajulás lesz. Az izomzat szabadszemmel szürkéssárga, vérszegény, a végső szakban merev, szívós, szinte recseg vágás közben. A szövettani vizsgálattal a viaszos izomelfajulás jelei, az izomsejtek magjainak pusztulása, a harántcsíkolat eltűnése, fehérvérsejtes beszűrődés, majd később rostos hegszövet képződése látható. A zsugorodó hegszövet körülfogja az ereket, idegeket, azok elzáródnak, ezek sorvadnak, elfajulnak.

A vértelenségből eredő izomzsugorodás kedvenc helye a kéz és az ujjak hajlító izomcsoportja. Leggyakrabban

a könyöktáj sérüléseiben (supracondylaer extensiós törés, ritkábban könyökficam, rándulás, zúzódás) és az alkar közvetlen csukló feletti törései kapcsán fordul elő. Viszonylagosan ritkán jelentkezik a comb alsó harmadának törései után. Bonctanilag ezekre a helyekre az a jellemző, hogy nagy ér- és idegtörzsek fekszenek közel a csonthoz s az izomzatot kevésbé rugalmas bőnyeköpeny fedi. Az alkar hajlító izomcsoportjára a gyermekkorban ezenkívül még az a jellemző, hogy vérerei kevesebb oldalággal birnak, mint a felnőttkorban. Az ütőér elzáródásában tehát a hajlító izomcsoportban az oldallagos vérkeringés sokkal kisebb, mint a feszítő-csoportban. A folyamat kifejlődésében szerepet játszhat az egyidejű elsőleges idegsérülés, s minden esetben közrejátszik a zsugorodó kötőszövet nyomása által előidézett másodlagos idegfajulás. Az idegsérülés és elfajulás ugyanis érbeidegzési zavarokat idéz elő, ezek még súlyosbbítják a helyzetet és siettetik a folyamat kifejlődését. Az izomműködés hiánya is nagymértékben fokozza a vértelenséget, mert az izomműködés maga is lényegesen elősegíti a vérkeringést.

Fontos törvényszéki orvosi jelentőségű az a körülmény, hogy a zsugorodásnak oka nem kizárólag a merev szorító gipszkötés, ahogy azt még *Volkmann* tanította, hanem a már említett egyéb okai is lehetnek. De kétségtelen, hogy a legnagyobb százalékban mégis a körkörös merev kötés szerepel.

A kezdeti tünetek enyhék, de rohamosan fokozódnak. A végtag duzzadt, szederjes, hűvös, a környéki érlökés csökkent vagy nem is tapintható, heves fájdalmak lépnek fel, érzészavarok jelentkeznek, az ujjak nem mozognak. Később a fájdalmasság megszűnik, a heveny tünetek visszafejlődnek s a végtag a hajlítóizmok zsugorodása következtében lassan hajlításos zsugorodásba jut. A kifejlődött kórban bénulás, teljes működéskiesés, a villanyos ingerlékenység lefokozódása vagy teljes hiánya áll elő és táplálási zavarok mutatkoznak. A kéz állása jellegzetes: a kéz a csuklóban s a középső és végső ujjpercekben hajlított, az alappercekben nyujtott, esetleg enyhén túlfeszített helyzetben van. A lábszáron keletkezett zsugorodásban a lábfejen vagy merev középállás, vagy kifejezett donga-lóláb keletkezik. A kóros helyzetben mind az akaratlagos, mind az akaratonkívüli mozgások csak igen kis fokban vihetők ki.

A kórfolyamat lefolyása és kimenetele attól függ, milyen okból eredt és hogy az izompusztulás milyen szakában sikerült az okot megszüntetnünk. A kórjóslat általában igen kedvezőtlen. A kifejlődött kórban, az izomzat kiterjedt pusztulásában a gyógyítás teljesen kilátástalan. A kezelés majdnem minden esetben már elkésett s a kóros állapoton segíteni alig lehet.

A kifejlődött izomzsugorodás conservativ kezelésére megkisérlendő a végtag felpolcolása, meleg fürdők, villanyos melegítés (diathermia), rövidhullám-kezelés hőlég, massage, villanyozás, a mozgatás, nyujtás és az utóbbi után a nyujtott helyzetben feltett sin. A nyujtást soha sem szabad durván, hirtelen végezni, mert szakadások, vérzések újabb és kiterjedtebb hegesedést, zsugorodást idéznek elő. Ezért a lassú húzással történő nyujtás a választandó eljárás. A legtöbb esetben eredménytelen conservativ kezelésen kívül műtétet végezhetünk. Az inak átvágásával, meghosszabbításával, képzőműtétével, vagy a végtag csontjainak megrövidítésével igyekszünk a zsugorodott izmokat meghosszabbítani. Ezek az eljárások azonban ép úgy, mint az izületmerevítés, csak a statikai viszonyokon és a növekedés miatt azokon is csak átmenetileg javítanak. A periarterialis sympathektomia, az ütőércsonkolás, az idegfelszabadítás (n. medianus, ulnaris), ha az izomzat pusztulása még nem kiterjedt, esetleg eredménnyel járhat.

Az igen kedvezőtlen kórjóslat és az eredménytelen gyógyítás miatt a *megelőzés* nagy jelentőségű. A merev gipszkötést nagy gonddal alkalmazzuk s a felső végtagra körkörös gipszkötést az izomzsugorodásra veszélyes korban ne tegyünk fel. Az egyéb izomzsugorodást okozó elváltozásokat mielőbb meg kell szüntetnünk. Így, ha a könyöktájon nagy vérömleny van, azt kitakarítjuk, a verőér sérülését gondosan ellátjuk, ha törvégek nyomják az ütőeret, azokat azonnal, ha kell, véres úton helyreigazítjuk. A vérkeringési zavarok elég korán, még az orvoslásra alkalmas időben felhívják a figyelmet a fenyegető veszélyre az említett helyeken létrejött sérülések, törések esetén.

Jáki Gyula dr.
egyetemi magántanár (Debrecen).

A sinus cavernosus thrombosis kórisméje.

A sinus cavernosus thrombosisa aránylag ritka szövődmény, de mindenképen komoly jelentőségű kórkép, mellyel a gyakorlóorvos találkozhat s tekintettel a nagy halálozási arányszámra: idejében fel kell ismernie.

A keletkezés módja a következő: Valamilyen septikus phlebitises folyamat eljut a sinus cavernosusba és pedig a dobüreg falának cariese a plexus caroticus utján, avagy a szemüreg gyulladása a vena ophthalmicán át, vagy a rostasejtek genyesedése a vena ethmoidaleseken és vena ophthalmicán keresztül. Az elülső facialis venákkal való kapcsolat révén arcfurunculusok, inficiált sebek is kiinduló pontot képezhetnek. A sinus sphenoidalis gyulladása és falának cariese közvetlenül terjedhet át a sinus cavernosusra. (A közel multban volt alkalmunk 2 ilyen esetet észlelni). Távolabbi területek, általános fertőzés, terhességi phlebitis is okozói lehetnek a sinus cavernosus thrombosisának.

Lényegében szemtünetekről van szó. A leggyakoribb tünet az exophthalmus, mely nagyfokú chemosissal és szemhéjoedemával jár. Ha az egyik oldali cavernosus thrombosis átterjed a másik oldalra is (aránylag gyakran), akkor természetesen a szemtünetek is kétoldaliak. A szemgolyó mozgásai korlátozottak. A n. oculomotorius, abducens és trochlearis bántalmazott, de isolált szemizombénulás is előfordul. A felső szemhéj ptosisát rendszerint a nagyfokú szemhéjvizenyő okozza. Ha a n. ophthalmicusra is ráterjed a folyamat: nagyfokú neuralgia (a szemhéj bőréhez nem lehet hozzáérni a fájdalom miatt) és keratitis neuroparalytica is mutatkozhatik.

A szemfenéken az ideghártya és a látóidegfő vérbőek, kis retinalis vérzések láthatók. Ritkábban neuritis optici és pangásos papilla észlelhető. Ha egyoldali cavernosus thrombosis esetében kétoldali retinalis elváltozások mutatkoznak, úgy azok cerebralis szövődmények (haemorrhagia, oedema, emollitio) következményei. A látásélesség minden esetben többé-kevésbbé szenved. A pupillák oculomotorius bénulás esetében tágak, de miosis is előfordulhat.

A regio mastoidea oedemáját látjuk akkor, ha a folyamat ráterjed a sinus transversusra is. Septicus thrombosis esetében jellemző a septicus lázgörbe. A sinus cavernosus thrombosis az esetek többségében halálos, de előfordul spontán gyógyulás is.

Weinstein Pál dr.
volt szemklinikai tanársegéd
poliklinikai assistens.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

Műtét utáni bélelzáródás.

Műtéteink nagy százalékát képezik azok a beavatkozások, amelyeket a hasüregben végzünk és ezeknek a műtéteknek még ma is ismeretlen eredetű súlyos és fájdalmas, elég gyakran észlelhető szövődménye a *műtét után jelentkező korai bélelzáródás.*

A kórkép lényege a bélműködés megállása, ami már 2—3 nappal a műtét után mutatkozik, ellentétben a postoperativ elzáródással, mely hosszabb idő eltelte után, néha hónapokkal, esetleg évekkel később okoz bélelzáródásos tüneteket. A korai elzáródás eseteit két csoportba oszthatjuk, aszerint, hogy valamilyen ismeretlen ok a beleket megbénítva *paralytikus* ileust okoz, vagy a műtét kapcsán támadt letapadásos köteg, vagy megtöretés *mechanikus* elzáródást idéz elő.

Mint minden bélelzáródás esetén ,úgy itt is az elkülönítő kórisme felállítása a legfontosabb. Bár a pontos kórismézés olykor igen nehéz, mégis talán könnyebb, mint az egyéb eredetű elzáródás alkalmával, mert a betegek a műtét után szemünk előtt vannak, állandóan figyelhetők, ellenőrizhetők. A pontos korai kórisme felállítása két okból fontos; elsősorban azért, hogy a megbetegedés ellen lehető korán kezdjük meg az erélyes küzdelmet, másrészt, hogy megállapítsuk, lehet-e és szükséges-e az újabb műtéti beavatkozás. (A bélbénulás, tehát paralytikus ileus csak korai műtét utáni szövődményként jelentkezik, míg bélelzáródás, tehát mechanikus ileus jelentkezhet úgy közvetlenül a műtét után, mint később.)

Ismeretes, hogy minden hasüri műtét után 16—48 órára a bélműködés, a bélmozgás, a peristaltica megáll, ami azzal magyarázható, hogy a műtétkor a belek káros külső behatásoknak vannak kitéve: lehülés, húzás, vongálás, kiszáradás, s ez hat átmenetileg bénítóan a belekre. Hasi műtétek után a rendes gyógyulás lefolyása az, hogy a második-harmadik napon megindul a bélműködés, ami beöntéssel, hashajtókkal legtöbb esetben gyorsítható. Ha a beteg a harmadik nap elteltével sem érez bélmozgásokat s nem indul meg a bélműködés, akkor elsősorban iparkodni kell belgyógyászati kezeléssel, ami hasmelegítésből, magas beöntésekből, a beteg fekvésének változtatásából és hashajtók adásából áll, — a bélműködést megindítani. Ha ez elégtelen, akkor a visszérbe glanduitrin, hypophysin oldatot fecskendezünk, amivel legtöbbször elérjük a kívánt eredményt. (Fontos azonban, hogy ezeket minél előbb tegyük meg, mert elkésve a bénulással szemben tehetetlenek leszünk.)

A műtét utáni bélelzáródások korai felismeréséhez az utóbbi évek kutatásai a röntgenátvilágításban nyertek jó segédeszközt. *Palmer, Wangensteen* és mások számos vizsgálattal igazolták, hogy az elzáródás után 4—5 órával, amikor még semmiféle külső tünet nem látható, léghólyagok, folyadékszintek mutathatók ki, amelyek általában a bélelzáródásra igen jellemzőek. Az elkülönítő kórisme azonban ennek ellenére meglehetősen nehéz. A bélelzáródásos tünetek bénulás esetén rendesen lassabban fejlődnek ki, heves görcsök hiányoznak, a has egészben puffadt és peristaltica nem észlelhető. A mechanikus elzáródás ezzel szemben, rendesen heves kólikákkal, néha bélmerevedéssel jár és az elzáródás fölötti tágult bélkacs néha kopogtatással kimutatható; az elzáródás pontja feletti bélrészleten fokozott a peristaltica s rendesen erős bélkorgás hallható. Röntgenátvilágításkor gázhólyagokat és folyadékszinteket csupán a mechanikus akadály felett lehet kimutatni, míg bénulásos elzáródás esetében az egész bélcsatornában elszórtan láthatók gáz-hólyagok és folyadékszintek.

Hogy mi okoza ezt a bénulásos kórképet, arra nem tudunk még mindig positiv választ adni. — Említettem, hogy valószínű, miszerint műtétkor a belek lehülnek, vongálásukkor a splanchnikust izgatjuk, feltehető, hogy ezeknek vagy valamilyen még ismeretlen idegbehatásoknak kell érvényesülni, hogy bénulás kifejlődjék, mert boncoláskor semmiféle szervi elváltozást nem sikerült kimutatni. A beteg saját bélhuzama felé fokozott elválasztás s egyúttal csökkent felszívódás folytán kiszárad, s egyúttal hypochloraemiás állapotba kerül.

Tekintve, hogy a műtét utáni *paralytikus* ileus esetén semmi kimutatható bonctani akadály nincs, amely a bélhuzamot elzárná, műtéti beavatkozással csak ritkán tudunk eredményt elérni. A műtétek ilyen esetben kizárólag azt a célt szolgálják, hogy bélsipoly készítésével a bélben fokozódó nyomást csökkentsük. Tapasztalataink azt mutatják, hogy eredményt ilyen sipollyal is csak addig tudunk elérni, amíg a bélfalban nincsenek bénulást kisérő keringési elváltozások, tehát a korai szakban. Az általános folyadékveszteséget, ami napi hat literre tehető, konyhasó infusiók alakjában, a szervezet nagy chlorveszteségét pedig konyhasós oldatnak a visszerekbe fecskendezésével lehet pótolni. A gyomorban felgyülemlő váladékot gyakori gyomormosással, melyet néha naponta ötször is megismétlünk, vagy az orron keresztül a gyomorba vezetett és állandóan benntartott gyomorsondával vezetjük le. A szívműködés erősítésére minden eszköz felhasználandó. Az eredmények sajnos igen rosszaknak mondhatók, csak legritkább esetben sikerül a beteget az életnek megmenteni.

(A műtét utáni korai *mechanikus* elzáródások esetében a tünetek, mint említettem, gyorsan fejlődnek ki és a betegek igen rövid idő leforgása alatt súlyos leromlott, legyengült állapotba kerülnek. Ha felismerjük azt, hogy a bélelzáródást *mechanikus* ok idézi elő, akkor egy percig sem szabad várnunk a relaparotomiával. Azon esetekben, ahol a bél ép, még elhalás nincs, a leszorítást, megcsavarást előidéző köteg átvágása elegendő arra, hogy a bélhuzam átjárhatóságát ismét helyreállítsuk. Előfordul, hogy olyan műtétek után, ahol valamely okból tampont kellett a hasürbe tennünk, a tampon nyomja valamelyik bélkacsot, ilyenkor ennek eltávolításával is elérhetjük a célt. Észleltünk olyan eseteket, ahol a bél savós hártyáján kisebb sérülések, berepedések keletkeztek és a műtétkor más helyre került bél ezeken a helyeken rostonyásan letapadva megtöretést, leszorítást szenvedett. Ilyenkor a műtéttel csak ezt a laza letapadást kell megoldani s a bélrészletet felszabadítani. Ha az elzáró-

dás a bél falát már elpusztította, ami aránylag gyorsan következik be, akkor nagyobb beavatkozásra van szükség, amikor is a teendőt mindig a beteg állapota szabja meg. Rossz állapotban lévő betegen az akadály fölötti tágult bélkacson bélsársipoly készítendő, hogy a béltartalmat levezessük és csak később, amikor már állapota feljavult, kerülhet sor a végleges megoldásra; jó állapotban lévő betegen az akadály egy ülésben is megoldható. Ha ez csak a súlyos beavatkozást jelentő bélcsonkolás útján volna megoldható, akkor megelégedhetünk az oda- és elvezető kacsok összekötésével (entero-entero anastomosis.)

A műtét utáni mechanikus elzáródások másik csoportját a *késői elzáródások* jelentik. (Ezek, mint említettem, néha hetekkel, hónapokkal, sőt évekkel a műtét után észlelhetők.) A mindennapi orvosi gyakorlatban előforduló bélelzáródások jelentékeny százalékát képezik ezek az esetek, amelyek úgy magyarázhatók, hogy azok a letapadások, amelyek a műtét területén képződtek, utóbb szervülnek, majd zsugorodnak és ezzel zárják el a belet. Leggyakrabban leszorításos, strangulatiós elzáródásokat látunk, amelyekre jellemző, hogy a műtét területén keletkezett köteg a bél ürterét a bélfalban és a bélfodorban futó erekkel és idegekkel egyidejüleg szorítja le. Minden ileusos beteghez intézendő első kérdés, hogy volt-e előzőleg valamilyen hasműtétnek alávetve. *Rieder* és *Kétly* kimutatásai szerint a strangulatiós ileusok 54.2%-át műtét utáni kötegek okozzák. Sok esetben egyéni hajlamosság kérdése az, hogy műtét után keletkeznek-e összenövések. Egyes esetekben súlyos, genyes hashártyagyulladás után sem találtunk összenövéseket a hasüregben, míg máskor, kis hasüri műtétek után, ahol semmi gyulladás sem volt látható, áthatolhatatlan és széjjel nem választható összenövések támadnak. A klinikai kép különböző aszerint, hogy az elzáródás hirtelen állott-e be, vagy lassan fejlődött ki. Hirtelen elzáródás esetén erős görcsök, hányás, csuklás kíséretében a beteg collabál, szívműködése rohamosan hanyatlik. A fájdalmak eleinte az elzáródás helyén a legerősebbek, majd átterjednek az egész hasra. Ha a műtét késik, az elzáródáshoz hamarosan hashártyagyulladás is társul, amikor a beteget megmenteni csak a legritkább esetben tudjuk.

Csavarodásos elzáródást is látunk műtétek után rendesen úgy, hogy a köteg elhúzza valamelyik irányba a belet és a rendellenesen telődött bélkacs olyan mértékben fordul meg, hogy a bél ürtere elzárul. Ilyenkor hasonló tünetek között fejlődik ki az elzáródás, mint az előbb említett strangulatiós ileus esetében. Minél nagyobb kiterjedésű a csavarodás és minél magasabban fekvő bélrészlet csavarodik meg, annál súlyosabb és gyorsabb a kórkép kifejlődése.

Az ilyen esetekben is csak a korai műtéttel lehet jobb eredményt elérni, a műtéti beavatkozásaink ugyanazok, mint az egyéb eredetű strangulatiós és torsiós elzáródások alkalmával: a fő elv itt is, hogy minél kisebb beavatkozással kell a bélcsatornát szabaddá tenni, mert általános tapasztalat az, hogy a betegek ilyen állapotban a műtétet nagyon rosszul tűrik és éppen ennek tulajdonítható, hogy a műtéti eredmények aránylag rosszak.

Lumniczer Sándor dr. egyet. magántanár.

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

A butylaethylbarbitursav gyógyszeres alkalmazása.

Az alvás a külső és belő ingerek távoltartását feltételezi. Főleg a psychés functiók, a képzetek elnyomása, tehát a belső ingerek kizárása szükséges.

A betegágynál panaszolt álmatlanság oka, a fájdalomérzeten kivül, mely mint állandó elalvást gátló inger szerepel, számos más belső tényező lehet.

A beteg szervezet felfrissüléséhez szükséges alvást vagy elaltató, vagy átaltató hatású gyógyszerek alkalmazásával tehetjük lehetővé. Enyhébb eseteiben az álmatlanságnak, egyszerü — még narkotikus hatással nem biró — sedativumok rendszeres alkalmazásával is kielégitő eredményt érhetünk el. Az első csoportba tartozó u. n. elaltató hatásu gyógyszerek gyorsan hatnak, de hatásuk rövid ideig tartó. Mintegy az elalvás nehézségein segiti át a beteget, hogy azután a bekövetkezett alvás a rövid idő alatt megszünő gyógyszerhatás után, a természetes álom állapotába vigye át az egyént.

Az átaltató szerek hatása jelentékenyen lassabban fejlődik ki, azonban szemben az előző csoportba osztályozható gyógyszerekkel hatásuk tartósabb. Osztályomon az utóbbi években a barbitursav különböző származékait alkalmaztuk altatás céljából. Ezen készítmények nagyjából közös, gyakori mellékhatása, az alvás után kisebb-nagyobb mértékben fennálló, álmosság, kábultság volt. Igen gyakran tettek betegeink említést fejfájásról, kisfokú szédülésről, sőt néhány esetben szivbetegeken szivgyengeség fellépését is észleltük. Utóbbi jelenség oka, hogy barbitursav hatására a koszorus erek kitágulnak, viszont a balkamra teljesítménye csökken.

A különböző barbitursav származékok hatékonyságát vizsgálva eljutottunk a butylaethylbarbitursavhoz, mely az eddig leginkább alkalmazott phenylaethylbarbitursavtól a phenylgyöknek butylgyökkel helyettesítésében különbözik.

Vizsgálat tárgyává tettem ezen készítményt, melyet a Richter-gyár Etoval néven hoz fogalomba, az adagolás optimális nagyságának megállapítása, a hatás minemüsége, tartama, az esetleges mellékhatások, főleg különböző egyidejüen fennálló kórképek mellett, valamint az indicatiós terület megállapítása céljából.

A készítményt a legkülönbözőbb kórképek kapcsán alkalmaztam. Kicsiny adagokban (0.01—0.015 gr.) rendszeresen alkalmazva, mellékhatásoktól mentes, megbizható nyugtatószernek ismertem meg. Hyperthyreosisban, továbbá neurastheniás betegeken, valamint számos, az idegrendszer izgalmi állapotával járó megbetegedésben, aránylag rövid idő alatt sikerült a felfokozott ingerlékenységet alászállítva, a beteg subjectiv állapotát jelentős mértékben javitanom. Ezen eseteimben az eddig rendszeresen alkalmazott altatószerek nyujtása feleslegessé vált s a betegek nyugodt, üdítő alvással eltöltött éjszakákról számoltak be. A régebben reggelenként fáradtan ébredt neurastheniás beteg, a rendszeresen alkalmazott gyógyszerelés után, friss ébredésekről emlékezett meg. Ezen esetekben tehát, az Etoval hosszú időn át, kis adagokban történő alkalmazása mellett, már a gyógyszerelés kezdő szakában, sedativ hatást észleltem, s ily módon ezen vegyület mint sedativum biztosította a nyugodt alvást. Toxikus hatást a kis adagok még oly hosszú időn át történt alkalmazása után sem észleltem.

Kis adagokban (0.01—0.02 gr.) nyert alkalmazást osztályomon az Etoval hypertoniás betegeinken is. Ezen esetekben az Etoval theobromin készítményekkel egyidejüen nyujtva, nem csupán a subjectiv panaszok csökkenését, de az objectiv lelet: a vérnyomás javulását is jelentősen elősegitette. Erre vonatkozóan összehasonlító vizsgálatokat végeztem olymódon, hogy hypertoniás betegeink egyrésze tisztán theobromin készítményt, másik része phenylaethylbarbitursavval combinált theobromin praeparatumot kapott, s volt a betegeknek egy harmadik csoportja is, kiknek gyógyszerelése butylaethylbarbitursavval egybekötött theobromin készitmény volt. Az eredmények összehasonlítása kétséget kizáróan bizonyította, hogy az utóbbi gyógyszerelés úgy az objectiv lelet, mint a subjectiv állapot javulását illetően felülmulja akár a tisztán theobromin, — akár a theobromin — phenylaethyl_barbitursav készítménnyel kezelt betegek gyógyeredményeit.

Az adagok fokozásával a sedativ hatás helyébe lassanként a narkotikus hatás lép. Már 0.05 gr.-os adagokkal sikerült az álmatlanság könnyebb eseteiben kielégítő eredményt elérnünk. Az altató adag általánosságban 0.10 gr.-ban állapitható meg. Ezen adaggal csaknem minden esetben — tekintet nélkül az álmatlanság okára — teljes altatóhatás következett be és a gyógyszerhatást követő 6—8 óráig tartó alvás mindenkor üditő volt. Azon betegeinken, kik altatószerek nagyobb adagjainak állandó használatát szokták meg, 0.15 gr. Etovallal mindig elértük a kivánt altató hatást.

Az elaltató hatás kb. ½ óra alatt jelentkezik, a bekövetkezett nyugodt, mély alvás 6—8 óráig tart.

Az altatató hatás vizsgálatakor arra a megállapitásra jutottam, hogy az Etoval után, szemben az egyéb barbitursav származékok által előidézett hatással, soha kellemetlen utókövetkezményeket nem észleltünk; még oly esetekben sem, midőn — tisztán kisérleti célból — a szükségesnél nagyobb adagban (0.2—0.3 gr.) nyujtottuk a gyógyszert. Utóbbi esetekben az elalvás a rendesnél hamarabb (8—10 perc) jelentkezett, a bekövetkezett alvás mélyebb és hosszantartóbb volt, azonban káros mellékhatások (bágyadtság, fejfájás, szédülés stb.) még ezen nagyobb adagok után sem voltak észlelhetők.

A megszokás és ezzel kapcsolatban az adag emelésének szükségessége, a butylaethylbarbitursav alkalmazásakor lassabban következik be, mint egyéb altatószerekkel, úgy hogy a készítmény hosszú időn át, ugyanazon adagban nyujtva, mindenkor kielégitő hatást eredményez.

A rendes 0.10 gr.-os tablettákon kivül vizsgálat tárgyává tettük a solutio formájában előállított butylaethylbarbitursav készítményt is. A hatás minemüségét illetően lényegében a fentebb elmondottak érvényesek. Az oldatban alkalmazás, részben az adagolás individualisálását teszi inkább lehetővé, valamint a gyógyszer nyujtását oly esetekben, midőn a beteg egyébként a gyógyszert magához venni vonakodnék. Ez utóbbi esetekben, ételbe vagy italba keverve könnyüszerrel bejuttathatjuk a szervezetbe s a szükségnek megfelelően, az adagolás nagyságától függően nyugtató vagy altató hatást idézhetünk elő. A solutioban történő alkalmazásról meg kell jegyeznem, hogy a gyógyszerhatás — a gyorsabban bekövetkező felszívódás folytán — előbb következik be, mint a tablettákban történő adagolásra.

Gyenge gyomrú, továbbá fokozott hányingerben szenvedő betegeken és általában azon esetekben, midőn bármely oknál fogva a peroralis gyógyszerelés lehetőleg kerülendő, a butylaethylbarbitursav alkalmazását kup alakjában, rectalisan is eszközölhetjük. Egy-egy gyárilag forgalomba hozott kuppal 0.20 gr. butylaethylbarbitursavat juttatunk a szervezetbe. A kup alakjában bejuttatott gyógyszer hatása, néha csak ½—1 órával a beadás után mutatkozik, azonban tartósabb mint az ugyanazon adagban peroralisan nyujtott gyógyszeré.

Kisérleteimet 4 hónapon át végeztem. Ezen idő alatt 200 drb. 0.10 gr.-os tablettát, 100 gr. solutiót és 150 drb. 0.20 gr.-os kupot használtam el.

Számos betegnek hosszú időn át, rendszeresen adtam az Etovalt, azonban cumulativ hatást egy esetben seem észleltem. Ugyszintén még oly hosszú időn át történő alkalmazás után sem láttam kellemetlen mellékhatásokat sem pedig megszokás folytán az alkalmazott adag jelentősebb emelésének szükségét.

Összegezve az elmondottakat meg kell állapitanom, hogy a butylaethylbarbitursav alakjában gyógyszerkészletünk értékes nyugtató és altatószerrel lett gazdagabb, mely hatékonyság szempontjából az egyéb barbitursav származékoknál megbizhatóbb, kevésbbé toxikus és mellékhatásoktól mentes, sokoldalúan alkalmazható gyógyszernek bizonyult.

Scherhardt János dr.
szt. Erzsébet kórház.

A gyomorfekély histidin kezeléséről.

A gyomorfekély többnyire hosszantartó makacs bántalom, amely a szokásos étrendi és gyógyszerkezeléssel dacol és a gyógyulás többnyire csak hónapok alatt ér el oly fokot, hogy az egyén ujból munkaképes lesz. Ezért szükséges volt olyan eljárás után kutatni, amely a kezelés időtartamát a fekvés és étrendi előirások szigorú betartása tekintetében megrövidíti és esetleg az ambulanter kezelést is lehetővé teszi. Ez annál inkább kivánatos, mert a gyomor és nyombélfekélyben szenvedők nagyobb része a kevésbbé módos dolgozó, sokszor nehéz munkát végző társadalmi osztályhoz tartozik. Az ilyen betegek legnagyobb része az étrendi előirásokat és a gyógyszerek szedését nem képes heteken, sőt hónapokon át pontosan betartani. Sok beteg az előirt étrendet a legjobb szándék mellett sem képes betartani. Pl. ha munkahelye lakásától távol esik, e miatt nem képes szabályos időközökben és oly gyakran táplálkozni, mint az szükséges volna és nem vehet olyan minőségű és olyan módon elkészített ételeket magához, aminőket gyomorbaja megkíván. E körülmények kivánatossá teszik oly szer alkalmazását, amely kivált a friss fekély sikeres gyógyítása által később mellőzhetővé tenné a szigoru diaetát.

Ezen okokból fordult az érdeklődés a histidinkezelés felé. Bár a megfigyelési idő rövidsége és az eddig kezelt esetek aránylag kisebb száma miatt e szerről végleges vélemény nem alkotható és a hatás nem minden esetben következik be; mégis ugylátszik, hogy a fájdalmak csillapítása illetve megszüntetése, a kezelés tartamának megrövidítése és a gyógyulás elősegítése által haladást jelent. Általános alkalmazását ez idő szerint drágasága akadályozza.

A histidinre *Aron* vizsgálatai hivták fel a klinikusok figyelmét. *Weissal* együtt végzett állatkisérleteivel kimutatta, hogy az aminosav kivált a histidin (β imidazo γ

aminopropionsav) jelenléte a gyomor épségben maradásához szükséges, mert hiánya miatt fekélyek keletkeznek. Ennek igazolására sipoly segitségével duodenalis nedvet — a váladéknak a gyomorba regurgitátiója megakadályozásával — az ileum alsó szakaszába vezette be, mire a gyomorban fekélyek támadnak. Ezek keletkezését histidinnel meg lehetett gyógyitani. *Oefelein* vizsgálatai kimutatták, hogy a histidin az emberi gyomorbennékben mindig jelen van, azonban peptikus gyomorfekély esetén jóval kisebb concentratióban, mint egészséges egyénekben. E vizsgálatok kétségtelenné tették azt, hogy a histidinkezelés nem egyszerü proteinhatáson alapszik — amit már rég alkalmaznak novoprotin, dextrin alakjában — hanem substitutiós eljárás, mert hiányzó anyagot pótol.

A histidin kezelésre főleg friss, nagy fájdalmakal járó esetek alkalmasak. Kevéssé kedvezőek az eredmények az idült és a recidivára hajlamos esetekben, mert ezekben a hatás később mutatkozik, vagy el is maradhat. Súlyosabb complicatiók, minők az erősebb vérzések, az átfuródás veszélye, a stenosissal járó esetek e kezelésből kizárandók. A histidinkészítményekből (magyar Gerulkin, német Larostidin) naponta 5 ccm-t fecskendeznek be i. m. (020 histidin-chlorhydrat). Egy-egy kúra alatt, — amely 3 hétig tart — 15—20 fecskendést alkalmaznak. Az idült, recidivára hajlamos és az étrendi és gyógyszerkezeléssel dacoló esetekben azonban több, esetleg 30 injectio is szükséges. Utóbbi csoportban szükség esetén a befecskendezéseket 4—6 heti szünet után, esetleg hónapok mulva újból meg lehet ismételni, amikor is 10—15 befecskendezés elég lehet. Recidivára hajlamos esetekben a kúra praeventiv célból is elvégezhető a tavaszi és az őszi hónapokban.

A histidin alkalmazására elsősorban a fájdalmak csillapulnak, majd meg is szünnek és ez a hatás rendszerint már az első 3—5 befecskendezésre mutatkozik. A gyomor savtartalmára lényegesen nem hat, bár előfordul, amint azt magam is tapasztaltam, hogy a savtartalom kissé csökken. A motilitást nem befolyásolja. A görcsöket és a kólikákat amelyek nem a gyomorból származnak, hanem más eredésüek, nem szünteti meg. Gyomorfekélyben a görcsök rendesen az emésztés bizonyos szakaszához vannak kötve. Ezért mellette a savkötők és a görcsoldó szerek, minők a belladonna, az atropin, az octinum, a papaverin stb. is alkalmazandók.

A kezelés elején a histidin az étrendi kezelést sem teszi feleslegessé, bár egyes esetekben a kezelést e nélkül is megkisérelték. A histidin befecskendezése után a fájdalmak oly hamar megszünnek, hogy ezáltal az étrend bővíthető lesz és a diaetás kúra tartama is rövidebbre szabható. Ez a hatás azért figyelemre méltó, mert sok ulcusos beteg a fájdalmak miatt alig tud táplálékot magához venni és azonfelül a heteken át végzett szigorú kaloria és vitaminszegény táplálkozás miatt le is fogy, ami a reconvalescentia szakát meghosszabbítja. A *Leube* és a *Sippy*-féle étrendek B_1 és B_2 és C vitamintartalma oly csekély, hogy a szervezet e szükségletének csak csekély részét tudja fedezni, holott az ujabb kutatások szerint *(Stepp)* a gyomorfekélyek gyógyulásában a vitaminoknak is szerepük van. Kisérletileg C vitamin hiány mellett nagy százalékban tudtak fekélyt létrehozni és viszont kimutatták azt is, hogy vitamindus étrend a fekélyek gyógyulását sietteti. A histidin tehát azáltal, hogy a fájdalmakat hamarosan megszünteti, lehetővé teszi a szigorú étrendről a táplálóbb és vitamindusabb étrendre áttérést, amiáltal a gyógytartam is megrövidül.

A histidin mellett a gyomor- és nyombélbeli vérzés is sokszor hamarább megszünik. A vérzés étrendi kezelése tekintetében a nézetek megváltoztak, mert pl. *Meulengracht* a bőségesebb táplálék által a gyomrot mintegy tamponálja. Nagyobb vérzés esetén alkalmazott vérátömlesztés, histidin kezelés, C vitamindús étrend és Fe adása alkalmassá teheti a vérző beteget a műtétre. A vérző fekély sebészi ellátása tekintetében nem egységes a nézet, mert mig pl. *Finsterer* a massiv vérzésekben a műtét rögtöni elvégzését ajánlja, addig mások a nagy halálozás %-a miatt várakozó álláspontot foglalnak el.

Rtg és gastroskop segélyével kimutatható, hogy a histidin a gyomorfekélyek behámosodását elősegiti. Az eddigi megfigyelések szerint a histidinkezelés után rövidesen a fészkek (Nische) határai elmosodnak majd el is tünnek a gyomorfekélyek 70%-ában. A régi súlyos anatomiai elváltozásokkal járó hegesedő gyomorfekély (ulcus callosum) gyógyulására és a nagyobb, mélyebb fekélyekben a kitüremkedések visszafejlődésére mechanikai okokból nem lehet számitani. Rosszabbak az eredmények a nyombéli fekélyben, mert ezek rendszerint régiek, hegesedéssel, a bulbus eltorzulásával és periduodenalis összenövésekkel járnak. Itt tehát oly nagy anatomiai elváltozások keletkeztek, amelyek nem reversibilisek. A fekély behámosodására tehát csak a friss reversibilis esetekben számithatunk, bár ismertettek olyan eseteket, a melyekben a terjedelmes fekélyek rtg. elenőrzések mellett hosszú idő alatt fokozatosan kisebbedtek, mig végül begyógyultak. A histidin kedvezően hat öreg egyének ulcusára, akiket gyengeségük miatt megoperálni nem lehet. Histidin alkalmazása a fájdalmak megszünését, a bővebb tápfelvételt, súly- és erőbeli gyarapodását lehetségessé tette, úgy hogy a betegek ezáltal operatióra alkalmassá válnak. A szer alkalmazható olyan esetekben is, ahol a pylorus közelében ülő fekély miatt mikroretentio van, amely a gyomorteltség érzetét kelti, folytonos fájdalmakat tart fenn és hyperaciditassal jár. E betegek a hosszantartó szigorú étrend miatt le szoktak fogyni és munkaképességüket csak hosszabb idő után nyerhetik vissza. Ha nagyobb stenosis nincs, akkor ezeken is megkisérelhető a histidin a gyógyszerkezelés mellett, mert így állapotuk hamarább megnyugodhat. Ilyen betegeknek természetesen a histidin mellett vitamin készítményeket is kell adni. A histidint meg lehet kisérelni gyomorhurutnak látszó makacs fájdalmakkal járó esetekben is. Ugyanis sokszor előfordul, hogy a rtg. segélyével a fekély nem mutatható ki, holott a gastroskoppal annak fennállása igazolható. Ezért az étrendi és gyógykezelésnek ellenálló idült gyomorhurutban a histidin megkisérelhető. A 10—15 befecskendezés után vagy még hamarabb beálló javulás valószinüvé fogja tenni a fekély jelenlétét.

A histidin az eddigi észleletek szerint —, amelyek még további megfigyelésekkel bővitendők — a gyógyszeres kezelést kiegészíti, azonban az eddigi therápiát nem teszi nélkülözhetővé. Friss esetekben a restitutio ad integrumot elősegíti. A gyomorfekély recidiváló hajlama miatt sor kerülhet e szer többszöri alkalmazására. Hatására a subjectiv tünetek hamar megszünnek, ami miatt a szigorú étrend tartama is megrövidíthető.

Torday Árpád dr. egyetemi c. rk. tanár.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

Az aktinomykosis modern kezelési módjai.

Az aktinomykosis (A.) az emberi és egynéhány állati szervezetnek olyan fertőző betegsége, melyet a sugárgomba (aktinomyces) okoz. A gomba több faja a természetben különböző — főleg kalászos — növényeken tenyészik, ahonnan közvetlenül, vagy pedig beteg állatokról kerül az emberi szervezetbe. Itt többnyire a tápcsatornát (száj, fog, nyelőcső, gyomor-bélrendszer végbél) és csak ritkábban a tüdőt, bőrt, vagy a test más szerveit támadja meg. Megtelepedési helyén előbb körülírt beszűrődés keletkezik, amely csomóképződés folytán egyenetlen felületűvé válik, később azonban egyes csomós gócok ellágyulnak, majd egy, vagy több helyen szemcsés genyet ürítő sipoly furja át a felette lévő deszkakemény bőrt.

A *kórisme* felállítása az ellágyult részekből szurcsapolással nyert vagy a sipolyjáratokból ürülő szemcsés genyből történik éspedig: *a)* górcső; *b)* tenyésztés segélyével; és *c)* a szervezet immunbiologiai, ú. n. allergiás reactióinak igénybevételével. Utóbbi eljárást a diagnostikában főleg akkor értékesítheljük, ha olyan belső szervek A.-val állunk szemben, melyekből genyet (szemcsét, tőkét) nem nyerhetünk, de elvégezzük minden esetben, még akkor is, ha a diagnosist az *a)*, vagy *b)* pontok szerint már biztosítottuk, hogy ilyen módon a therapia szempontjából nagyon fontos allergia fokáról tájékozódjunk. Az allergiás reactiókat aktinomyces vaccinával végezzük, amit alább még részletesebben ismertetek.

A betegség *orvoslása* régen igen különböző volt. Általában nagymennyiségű jódot adtak a betegnek, k'n'k f.rtőzött gócait röntgennel is besugározták és sebészi kezelést is végeztek. Ez a kezelés azonban messze áll az A. gyógyulása kérdésének megoldásától, mert a legtöbb esetben a fertőző folyamat tovaterjedését nem akadályozta meg, a beteg szervezete folyton gyengült és előbb-utóbb feltartóztathatatlanul bekövetkezett a halál. Az A. modern kezelését csak az újabb időben végzett kutatások állapították meg. Ezek mind *Neuber Ede* prof nevéhez fűződnek, ki immun-kisérleteit klinikánkon 7 évvel ezelőtt kezdte meg és azóta egy olyan jól bevált fajlagos gyógymódot dolgozott ki, hogy az A. therapiáját ma már megoldottnak kell tekintenünk. Eddigi tapasztalataink szerint u. i. a Neuber-féle fajlagos gyógymóddal minden olyan A.-ban szenvedő beteget sikerült meggyógyítanunk, aki a betegség fennállása után rövidesen, vagy legalább is mindaddig jelentkezett kezelésre, amíg szervezete a gyilkos kór hatása alatt el nem romlott.

Neuber azt tapasztalta, hogy az A.-beteg auto- vagy polyvalens aktinomyces vaccina-ojtásra fajlagos allergiás reactióval és védőanyagok termelésével válaszol, amit therapiás szempontból eredményesen felhasználhatunk. Az *allergiás reactio* elvégzéséhez fajlagos eredmények elérése céljából olyan vaccinára van szükségünk, mlyben a betegséget okozó gombatörzs is bennfoglaltatik, miért is polyvalens (vagyis több törzsből készült) vaccinát alkalmazunk annál is inkább, mert az első időben a kétségtelenül legmegfelelőbb *autovaccina* a gomba lassú növekedése miatt még nem állhat rendelkezésünkre, később pedig a tenyésztés nehézségei miatt alig jutunk hozzá. A *polyvalens vaccinát* régebben klinikánk laboratóriuma állította elő, újabban azonban a nagy kereslet miatt ezt már nem végezheti, miért is ennek gyártását a Pápay-féle Oltóintézet és Serumtermelő rt. vette át. Belőle 0.1 ccm-t adunk a betegnek intracutan, mire a beteg szervezet fajlagos positiv reactióval válaszol, ami helyi-, góc- és néha általános tünetekben nyilvánul meg. A positiv *helyi reactio* az első napon a szúrás helyén 0.5—1 cm széles hyperaemiás gyűrű, 48 óra mulva pedig ennél valamivel kisebb, kemény tapintatú beszürődés alakjában mutatkozik, ami 8, 14, sőt 3 hét elmultával is fennállhat, szemben a nem fajlagos csoport-reactiókkal (tbc?), amelyek 2—4 nap alatt rendszerint teljesen visszafejlődnek. A beteg területeken ú. n. fellángolást észleltünk, ami erősebb bőrpirban, a gócok fokozott ellágyulásában nyilvánul meg. *(góc-reactio). Általános reactiót* (láz, főfájás, közérzetváltozás, stb.) csak ritkán észleltünk.

Erősen leromlott, erőtlen, ú. n. *anergiás szervezetben* ezeket a reactiókat nem válthatjuk ki, mert a szervezetben immunanyagok nincsenek, sőt ez az ilyenek termelésére képtelen is. Az anergiás szakban fajlagos vaccinakezelést (activ immunisálást) sem végezhetünk, mert az antigen a szervezetet immuntestek képződésére már nem hangolhatja, sőt annak erejét kimerítvén, a klinikai kép rosszabbodását észlelhetjük, ami végül is halálhoz vezethet. Ilyenkor a szervezetet előbb erősítenünk kell, amit — *Neuber* szerint — jó táplálással és helyes aranyadagolással érhetünk el. Eddigi kisérleteinkben ilyen célból a solganal B.-készítmény vált be a legjobban, minek hatására a legtöbb betegünkön 8—10, sőt 21 kg. súlygyarapodást is észleltünk. Az *aranyadagolást* a következőképpen végezzük: solganal B. vizes oldatából előbb 0.01, majd 5 napos időközökben 0.05 és 0.10 g-ot adunk izom közé a beteg tűrőképessége szerint, amit vizeletvizsgálattal ellenőrzünk. Ha a vizeletben fehérje, vagy vesealakelemek nem mutatkoznak, akkor az adagot 0.25 g.-ra emeljük és esetleg 0.5 g-ot is adhatunk. A szervezet 2—3 g. aranyadagolás után rendszerint megerősödik, a beteg testsúlya gyarapodik, a szervezet az anergiából átlép a hypergiás, majd hyperergiás szakba és az allergiás reactiók is positivakká válnak. Ekkor áttérünk a fajlagos vaccina-kezelésre, amelyet az utóbbi időben az arany együttes adagolásával végeztünk. A beteg továbbra is 5 naponként aranyat kap, a közbeeső időben pedig ugyancsak 5 naponként fajlagos vaccinát.

A fajlagos vaccina-kezelésben kezdő adagul a vaccina ama higításának 0.1 ccm-ét adjuk subcutan, amely higításban az előzőleg intracutan végzett tájékoztató ojtás még éppen kifejezett reactiót adott a szúrás helyén, de az ellenőrző betegen (lehetőleg egészséges egyénen, de semmi esetre sem tuberculosisban szenvedőn!) semmiféle reactiót nem okozott, pl. 1:10 higításban. Öt nap elmultával a vaccina-befecskendezést — éppen úgy, mint a közbeeső időben az aranyadagolást — megismételjük, a további adagok megválasztásában azonban ügyeljünk az előző adaggal elért hatásra. Ha az előző ojtás erős reactiót váltott volna ki (a góc- és általános reactiókat is figyelembe véve), akkor ugyanazt az adagot megismételjük. Ha azonban ezek a tünetek elmaradnak, akkor újabb 5 nap elmúltával az adagot óvatosan (általában 0.1 ccmrel) emeljük, mégpedig úgy, hogy minden következő magasabb adag csak enyhe góc-, illetve helyi és gócreactiót váltson ki. Túlerős reactióktól óvakodjunk, mert a gócok szövetbeolvadása folytán a klinikai kép rosszabbodását okozhatjuk.

A *gyógyuláshoz* általában 10—15 vaccina-befecskendezés elegendő. Az arannyal combinált fajlagos vaccina-kezelés annyira jónak bizonyult, hogy ma már összes betegeinket — tehát még azokat is, akik az allergiás reactiókat jól adták, — előzetesen arannyal kezeljük. Valószínű, hogy az arany a szervezetet a fajlagos kezelésre előkészíti, sensibilisálja; az ilyen előkezelés után u. i. a betegek gyorsabban és biztosabban gyógyulnak. Ha az első arannyal combinált vaccina-kezelésre javulást, vagy gyógyulást észlelünk, akkor 8—10 heti pihenés után egy másik, ugyanilyen kezelést kell adnunk.

Ha jó táplálással és aranykezeléssel a beteget az anergiás szakból kiragadnunk nem sikerült, úgy semmi körülmények között sem szabad fajlagos vaccina-kezelést végeznünk, mert ezáltal a beteg életét veszélyeztetjük. *Neuber* az utóbbi időben ezeket a betegeket nemcsak arannyal kezeli, hanem *reconvalescens savóval,* vagy ugyanabba a csoportba tartozó, gyógyult (reconvalescens) A.-betegek *vérének átömlesztésével* passive immunisálja. A reconvalescens savókezelést úgy végezzük, hogy A.-ból kigyógyult betegek vérsavójából 2—3 naponként 30—60 ccm-t adunk izom közé, 240—300 ccm. összmennyiségig. Így a beteg szervezet kész immunanyagot kap, azokat nem kell sajátmagának feldolgoznia, miként az a fajlagos vaccina-kezeléssel (activ immunisálás) történik. Az említett vérátömlesztés — miként 2 esetben észleltük — még ezt a kitünő módszert is felülmúlja, ami természetes is, mert a beteg szervezet az átömlesztett vérben levő immunanyagot minden előkészítés (praeparálás) nélkül kapja.

Preininger Tamás dr. egyet. c. rk. tanár, klinikai adjunctus, Debrecen.

A fagydaganatok helyi kezelése.

A nem régen megjelent „Nouvelle pratique dermatologique"-ban lapozgatás közben a decemberi időjárás figyelmemet önkénytelenül a fagyás fejezetére irányította. Ebben *Pautrier,* a strassburgi egyetem kiváló bőrgyógyász tanára a következőket mondja: „A fagydaganatok gyakorisága és banalitása azzal a következménnyel járt, hogy gyógyításukat — sokféle háziszert leszámítva, — nagyszámú helyileg ható gyógyszerrel, oldattal és kenőccsel kisérelték meg... De nincsen valóban és gyorsan ható gyógyszerünk." Az utóbbi kijelentés arra indít, hogy újból ismertessek két gyógyszeres eljárást, amelyet hosszú évek óta alkalmazok jó igen eredménnyel. A téli időjárás beköszöntése actualissá is teszi ezt az ismertetést. Az első *Unna*-tól származik. A másikat osztályomon próbáltuk ki és assistensem, *Lehner dr.* írta le néhány év előtt. Mind a kettő a tisztán lobos, hyperaemiás vagy ezen felül vizenyősen duzzadt, égető és viszkető fagyások ellen irányul.

A gyógyítás első módja szerint a fagyott, gyulladt gócokat naponként a következő oldattal ecseteljük be: *Ichthyoli, Tannini, Resorcini aa 2.0, Aquae destillatae 14.0.* A subjectiv kellemetlenségek és a duzzanat csakhamar mérséklődnek, majd meg is szűnnek. Az eljárás hátránya, hogy barnára festi a szaruréteget és hogy ez a szín csupán a szaruréteg lehámlásával tűnik el. Alkalmazása ez okból a kéz és kézujjak fagyásának gyógyítására sok esetben akadályokba ütközik.

Gyakrabban alkalmazom a másik módszert: A fagyos gócokat eleinte 10%-os, később szükség esetén magasabb töménységű cadogeles kenőccsel kentem be és vászonnal vagy gaze-val borítottam és kötöztem be. Az esetek túlnyomó többségében a 10%-os cadogeles kenőcs, amelyet a *Chinoin* gyár készen hoz forgalomba, teljesen elegendő a kedvező eredmény gyors elérésére. A subjectiv tünetek többnyire már egy-két bekenésre tetemesen mérséklődnek. A gyulladás tünetei is aránylag gyorsan múlnak. A bekent területeket azért kell bekötözni, hogy a beteg harisnyái, cipői, kesztyűi, ágyneműje, stb. a cadogeltől be ne piszkolódjanak. Ha a beteg kezét nappal be nem kötözhetjük, például a beteg foglalkozása miatt, a cadogel alkalmazását csupán éjszakára korlátozzuk és napközben egyszer-kétszer kámforos borszesszel dörzsöljük meg enyhén a fagyos helyeket.

Mindkét módszer esetén megtörténhetik, hogy a bőr az alkalmazott gyógyszereket nem tűri, túlérzékeny velük szemben és meglobosodik. De ez vajmi ritkán esik meg. Tekintettel erre a lehetőségre, mégis ajánlatos, hogy első alkalommal csupán egy kis területet kezeljünk a leírt módon és az összes gócok kezelésére csak akkor térjünk át, ha így meggyőződtünk, hogy a beteg bőre a gyógyszerekkel szemben nem túlérzékeny. A gyógyszer okozta bőrgyulladás talcum venetum ismételt reáhintésére, vagy lobcsillapító rázó-keverék alkalmazására gyorsan múlik. Ilyen rázó-keverék a következő: *Talci veneti, Zinci oxydati, Aquae plumbicae, Aquae boricae, Glycerini aa 20.0.*

Az említett gyógyszerek minden alkalmazása előtt a lábat, illetőleg a kezet jó meleg vízben öt percig fürösztjük. Ezenkívül ajánlatos a kéz és láb eleinte enyhe, a kezelés ismétlésekor erőteljesebb massage-a, melyet distalis végüktől a középpont felé haladva végzünk. Jó, ha a betegeket figyelmeztetjük, hogy bő harisnyát, cipőt és kesztyűt hordjanak, melyek nem nehezítik meg a kéz és láb véráramlását.

Török Lajos prof.

Haemotoxikus anaemiák.

Számos olyan chemiai anyagot ismerünk, mely elegendő menyiségben a szervezetbe jutva a keringő vérben többé-kevésbé súlyos elváltozást hoz létre. Ezek az ú. n. haemotoxikus mérgek azonban túlnyomóan nem electivek, amenyiben nem csupán a keringő vérre, hanem — közvetlenül vagy közvetve — a vérsejtképző apparatusra is hatnak, sőt többnyire egyéb szervekben is létesítenek kóros elváltozásokat. E mérgek által okozott intoxicatiók tünettana jórészt közismert. E helyütt csupán az általuk okozott vérelváltozásokkal óhajtunk foglalkozni. Ismeretük gyakorlati szempontból nem csekély fontossággal bir, minthogy nem csupán a kórisme, hanem a kórjóslat, sőt egyes esetekben a betegségmegelőzés kérdésében is értékes adatokat szolgáltathat.

A haemotoxikus anyagok vérbeli támadáspontjuk alapján három csoportba különülnek. Az egyik csoportba a vérsejteket pusztító, ú. n. globulicid mérgeket, a másikba az erythrocytákat feloldó haemolytikus anyagokat sorolhatjuk. A harmadik csoport tagjai viszont a haemoglobint változtatják meg. Alábbiakban áttekinthetőségi okokból ezt a felosztást tartjuk szem előtt.

1. A *globulicid mérgek* gyakorlati szempontból legfontosabbika az *ólom.* Az ólom által okozott vérsejtpusztulás — az egyéb vérsejtpusztító mérgekéhez hasonlóan — a retikuloendothel-rendszerben történik (haemosiderosis). Az ólommérgezés tünetei közismertek, ezért csupán egyes, tévedésekre okot adható körülményeket tartunk szükségesnek felemlíteni. Ezek közül is elsősorban azt, hogy az ólommal foglalkozók sápadt bőrszíne nem mindig, sőt többnyire nem valódi anaemia következménye, hanem a bőr hajszálereinek szűkületét jelenti (vasomotoros pseudoanaemia). Anaemia csupán a mérgezés késői stádiumában jelentkezik, de többnyire akkor is

mérsékelt; 3 millió alá csökkenő erythrocytaszám a kivételek közé tartozik. A haemoglobin megfogyása rendszerint felülmúlja a vörösvérsejtekét s így a vérszegénység kimondottan hypochrom jellegű. A chronikus ólommérgezés egyik fontos tünete a basophil punctatióval (bp.) biró vörösvérsejtek megjelenése. Ez a jelenség azonban távolról sem jellegzetes az ólomintoxicatióra. Bp. vörösvérsejteket ugyanis egyéb kóros körülmények között (posthaemorrhagiás anaemiák, Biermer-kór, regeneratiós stádium, stb.), sőt physiológiás állapotokban (embryókban, haemoglobint tartalmazó gyógyszerkészítmények, véreshurka, stb. fogyasztása után) is találhatunk a keringésben, kétségtelen azonban, hogy ólommérgezettekben a sejtek többnyire nagyobb számban jelennek meg. Úgy látszik, hogy az ólom kicsiny, megbetegedést még nem okozó mennyiségben kerül a szervezetbe, ez már elegendő lehet ahhoz, hogy a bp. sejtek megszaporodjanak *(Bürger)*. Ezzel szemben egyes esetekben kifejezett mérgezési tünetek (ólomszegély, kólika) dacára a bp. sejtek egyáltalán nem szaporodnak meg. Ilyen körülmények között bizonyos óvatossággal ítélendő meg egyes szerzők (*P. Schmidt, Trautmann,* stb.) azon javaslata, hogy az ólommal foglalkozó ipari munkások veszélyeztetettségi foka tisztán a bp. sejtek számának alapján ítéltessék meg s egy bizonyos sejtszám elérése esetén a munkás zárassék ki az üzemből. — További vizsgálatok azt bizonyítják, hogy a bp. sejtek száma nem a mérgezés, hanem az anaemia mértékétől függ s ezzel arányos. Ami a bp. sejtek eredetét illeti, a ma már általánosan elfogadott nézet szerint a basophilia nem degeneratiós, hanem regeneratiós jelenség: a csontvelő fokozott vérsejtképző működésének megnyilvánulása. Valószínűleg ugyanezzel magyarázható az ólommérgezett vérében gyakran található polychromasia, magvas vagy magmaradékos vörösvérsejtek jelenléte, sőt a csaknem szabályszerűen jelenlévő, kifejezett balratolódással járó leukocytosis is.

Egyéb chemiai anyagok toxikus adagja is okozhat sejtpusztulást, de az ezekkel az anyagokkal történő mérgezés olyan ritka, hogy gyakorlati szempontból alig van jelentősége. Egyedül a *benzol* az, melynek haematológiai hatása jelentős, mert éppen ezen a hatáson alapul gyógyszeres használata. A benzol ugyanis megfelelő adagolás mellett a fehérvérsejteket pusztítja s ezen tulajdonsága alapján vezette be *Korányi* a leukaemia therapiájába. Ezenkívül a benzol egészen kis adagokban a vörösvérsejtszámot növeli, míg nagy adagban erythrocytapusztító hatása van, amint ezt a benzolmérgezettek anaemiája is bizonyítja; e tapasztalat alapján *Királyfi* megkísérelte a polycythaemiások vörösvérsejtszámát benzollal csökkenteni. További hatás thrombopenia és következményes haemorrhagiás diathesis kifejlődésében nyilvánul — megfelelő adagokban a benzol tehát mindhárom haemopoetikus rendszert megtámadja és panmyelophthisist okoz. A benzolhoz hasonlóan egy másik chemiai anyag, a *phenyl-hydrazin* anaemiát okozó hatását is megkísérelték a polycythaemia therapiájában kihasználni; súlyos, sőt halálos következmények azonban hamarosan kiközösítették ezt a mérget a therapeuticumok közül.

Újabban a casuistikus közlemények egész sora bizonyítja, hogy bizonyos ritka esetekben az *amidopyrin* (pyramidon) fehérvérsejtméregként hat s nem csupán leukopeniát, de agranulocytosist okozhat. Az amidopyrin nagy elterjedtsége mellett ez a körülmény nem csekély gyakorlati jelentőséggel bir. További vizsgálatok és állatkísérletek azonban azt látszanak igazolni, hogy a pyramidon-agranulocytosishoz bizonyos alkati vagy conditiós tényezők fennforgása szükséges. Ezzel a kérdéssel a legutóbbi években főleg amerikai szerzők foglalkoztak, akik azt állítják, hogy az amidopyrin oxydatiója révén keletkező chinon a leukotoxikus anyag; úgy látszik, ritka esetekben benzolgyűrűt tartalmazó egyéb gyógyszerek (phenacetin, dinitrophenol) hatása is hasonló és ez a hatás fokozódik az amidopyrinnek barbitursavszármazékokkal történő combinatiója révén. Kétségtelen, hogy az amidopyrin-agranulocytosisok száma a gyógyszer nagy elterjedettségéhez viszonyítva igen csekély, — számszerű adatok nem igen állanak rendelkezésre, de megemlíthetjük, hogy amerikai szerzők *(Kracke* és *Parker)* szerint az Egyesült Államok területén 3 év alatt kb. 1300 agranulocytosis-halálozás fordult elő.

2. A *haemolytikus* mérgekhez azokat az anyagokat soroljuk, melyeknek közös tulajdonsága, hogy a keringésben lévő vörösvérsejteket feloldva, anaemiát okoznak anélkül, hogy a haemoglobint vegyileg befolyásolnák. Ilyen haemoglobinaemiát és következményes haemoglobinuriát okozó mérgek az arsenhydrogen, egyes kígyómérgek (cobra), gombák (helvella). A haemolysist okozó anyagok közül gyakorlatilag legjelentősebb az idegen savó, melyet therapiás célból juttatunk a keringésbe. Különösen vértransfusio után fordultak elő a multban nem egyszer halálos kimenetelű vérsejtoldások, melyeket a technika tökéletesedése és elsősorban a vércsoportok ismerete ma a már ritka szövődmények közé sorol.

3. A haemotoxikus mérgek harmadik csoportjába azok az anyagok tartoznak, melyek a *haemoglobint* chemiailag *megváltoztatják*. Ezek közül *a)* egyesek *methaemoglobint* képeznek és egyszersmind *haemolysist* is okoznak, míg *b)* mások csupán a *haemoglobint alakítják át*, anélkül, hogy a sejteket feloldanák. Az első csoportba tartozó anyagokkal történő mérgezések részben ipariak (pl. az anilin- és robbanószer gyártásakor használt nitrobenzol), részben gyógyszeresek (kalium chloricum, pyrodin, pyrogallol, sőt a lázellenes szerek közül nagy adagokban az antifebrin, phenacetin és a maretin), míg egyesek (toluylendiamin, pikrinsav, stb.) állatkísérletek révén ismeretesek. A methaemoglobinképződés folytán mérgezettek vére barnásvörös, a haemolysis miatt a vörösvérsejtek kifejezetten megfogytak, a regeneratiós törekvést pedig fiatal, heterochromasiás, magvas, stb. erythrocytaelemek megjelenése jelzi. Rendszerint kifejezett leukocytosist találunk, néha extrem balratolódással (myelocyták, sőt myeloblastok(.

Klinikai szempontból kisebb jelentőségűek a második csoportba sorolható vérmérgezések, melyek a haemoglobint chemiailag megváltoztatják ugyan, de a haemolysist nem okoznak. E mérgek ugyanis — ilyenek a kéksav, a kénhydrogén — toxikus adagjaikban életfontosságú szerveket támadnak meg s a halál rendszerint még a haematologiai elváltozások létrejötte előtt bekövetkezik. E csoport mérgei közül egyedül a szénmonoxydnak van gyakorlati jelentősége. Mivel a szénmonoxyd affinitása a haemoglobinhoz több, mint kétszázszorosa az oxygénnek, aránylag kis concentratiója elegendő ahhoz, hogy a vér normalis gázcseréjét megszüntesse. Minthogy pedig az oxygénhiány általában compensáló vörösvérsejtszaporodást hoz létre, szénmonoxydmérgezés esetén — úgy acut, mint chronikusabb esetekben — tüneti polycythaemiát találunk. Anaemiát a méregcsoport tagjaival történő mérgezésekben már azért sem észlelhetünk, mivel a haemolysis, mely az anaemiát okozhatná, teljesen hiányzik.

Detre László dr. főorvos,
volt egyetemi tanársegéd.

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

Nervus buccinatorius zsábája.

A trigeminus neuralgiáknak gyakori előfordulását és a sok panaszt okozó kínos rohamok makacs kiújulását megfigyelve látjuk, hogy mikor a betegek a rövid hatású gyógyszerkezelés után, az átmeneti enyhülést hozó sugárzó- és diathermiás, majd lázkeltést megunták, műtétre határozzák el magukat. Az arcideg zsábája ritkább az első ágon, inkább a II. és III. ágon jelentkezik. A leggyökeresebb megoldás a közös dúcnak, a Gasser-dúcnak sebészi feltárása és átvágása. Ezt a műtétet már 1892-ben ajánlotta *Krause*. Bár az újabb sebészi eredmények kimutatása szerint a műtéti halálozás jelentékenyen csökkent *(Dandy* 0%, az utolsó 215 eset, *Adson A.* és *Grant* 1%, *Frazier* 0.8—1.0%, *Fay* 3.5%, *Petit-Deitaillis* 4%, *Dandy* 4.3%, *Jirasek* 8.6% és *Chana C.* 10%), mégis ezt a nagy műtétet a legkiválóbb sebészek is szívesen cserélték fel könnyebben kivihető és kisebb veszéllyel járó eljárással. A Gasser-dúc idegvezetésének megszüntetésére régebben az alkohol-injectiót *(Schlösser, Härtel* és *Braun)*, újabban az elektrocoagulatiót *(Kirschner)* ajánlották. Ennek a műveletnek a pontos elvégzését röntgenernyő alatt ellenőrizték, vagy *Kirschner* szerint célzó-készüléket is szerkesztettek. A nagy gyüjtőmunkában is gyakran szerepelnek műtéti szövődmények. Szemizombénulást és szaruhártyahomályt talált *Kirschner, Dandy, Grant, Chang C., Della-Torré,* és *Jirasek,* hypoglossus-bénulást *Kirschner* és *Dandy,* recurrens hüdést *Kirschner.* E kellemetlen szövődmények elkerülésére dolgozta ki *Kirschner* a célzó készülékét és ajánlotta a Gasser-duc elektromos coagulatióját, *Dandy* pedig a műtétkor az occipitalis behatolást, ahol a tökéletesebb feltárás a melléksérülések elkerülését lehetővé teszi. *Härtel* a szövődményeket a Gasser-dúcba adott alkohol nagy mennyiségéből magyarázza és ezért 0.3—0.4, legfeljebb 0.5 ccm. alkohol befecskendezését tartja helyesnek.

Ezen veszélyek elkerülésére alkalmasnak látszott olyan esetekben, ahol a kiváltó ok a körzetben van, gyökeres, de azért veszélytelen kisebb sebészi megoldások alkalmazása. Ez a megoldás a körzeti ágak vezetésének megszüntetéséből áll, akár vegyi roncsolással — mint az alkohol befecskendezés, — akár a végágak kiirtásával. A végágak kiirtását végezhetjük a körzeti ágnak a csontos csatornából kilépése helyén, esetleg a központhoz közelebb, mint pl. a nervus mandibularisnak az állkapocsba belépése előtt, vagy kilépése után.

Úgy a járóbetegrendelésünkön, mint a fekvőbeteganyagunkon előfordult, hogy az idegzsába elhelyezkedése vizsgálatkor nehezen, vagy egyáltalán nem volt tisztázható, mert a fájdalom úgy a II., mint a III. ág zsábájának felelt meg. Ilyen esetekben, mielőtt a Gasser-dúc vezetésének megszüntetését végeztük volna el, a körzeti ág kikapcsolását hajtottuk végre úgy, hogy a II. ág kilépési helyén és a III. ágnak az állkapocs-csatornába belépésénél és pedig vagy műtétileg, vagy alkohol befecskendezésével. Néhány betegünk már közvetlenül a műtéti beavatkozás után, egynéhány később, a műtéti sebek meggyógyulása után, olykor minden kimutatható ok nélkül, legtöbbnyire, ha túlhideg, vagy túlmeleg ételt vett szájába, vagy csak ha hozzáért a pofa elülső részének nyálkahártyájához — a szájzug körül — jellemző fájdalmakat, rohamot kapott. Ezeken a panaszokon elindulva vizsgáltuk a pofa nyálkahártyájának idegellátását.

Vizsgálataimat az I. sz. bonctani intézetben végeztem, amiért *Kiss Ferenc* egyet. ny. r. tanár úrnak és *Krompecher István* magántanár úrnak itt is hálás köszönetemet fejezem ki.

Vizsgálataim alapján végeztem el azután a nervus buccinatorius vezetésének megszakítását. Az eredmények meglepőek voltak. Betegeimnek több mint fele a beadott érzéstelenítőre, majd alkohol roncsolásra fájdalmaitól azonnal megszabadult. Az alkohol befecskendezést két betegen még egy-, illetőleg kétszer meg kellett ismételni, hogy zsábájától végleg megszabaduljon.

A trigeminus a Gasser-dúcon átjutva, három ágra oszlik. I. nervus ophthalmicus, érzőpályákat tartalmaz, néhány secretiós rosttal. II. Nervus maxillaris, mely három ágra oszolva, ugyancsak érző rostokat tartalmaz. III. ág a nervus mandibularis érző- és mozgató pályákat visz. Átjutva a foramen ovalen, három ágra oszlik: 1. A *nervus spinosus,* vagy ramus recurrens kis ág, amely visszakanyarodik és az arteria meningeával együtt a foramen spinosumon át a koponyaürbe jut, ahol ellátja a kemény agyburkokat érző ággal. 2. A *ramus superior* érző- és mozgató pályákat tartalmaz. A mozgató ideg: a nervus masticatorius a rágóizmokat látja el: a massetert, temporalist, pterygoideusokat, a mylohyoideust és a digastricus mellső hasát; ellátja még a tensor tympanit és a tensor veli palatit. Érző ága a nervus buccinatorius. Ez utóbbi a 2. ágból mindjárt leválik és lefelé és előre haladva a musculus pterygoideus externus rostjaira merőlegesen, a felett halad előre-lefelé, keresztezi a pterygoideus internust és így jut a musculus buccinatorius fölé, ahol ágakra bomolva, az izmot átfúrva jut a pofa nyálkahártyájára és azt érző ágakkal látja el. Az általa ellátott nyálkahártyaterület a szájszöglet fölött és mögött van kb. gyermektenyérnyi kiterjedésben. 3. A harmadik főág, a *ramus inferior,* érző pályákat tartalmaz s három ágra oszlik: a nervus auriculotemporalisra, az alveolaris inferiorra és a lingualisra.

A nervus buccinatorius felkeresése úgy történik, hogy a fájdalmas oldalnak megfelelő oldali mutatóujjunkat zárt, de nem összeszorított fogsor mellett behelyezzük a beteg szájába. Másik kezünkkel 6—8 cm-es vékony injectiós tűvel a masseter elülső széle előtt, annak felezési pontján ferdén felfelé (45°-os szögben) és befelé (20°-os szögben) irányított tűvel áthatolunk a bőrön és ekkor a beteggel a masseterét megfeszíttetve, az izom elülső széle előtt felfelé és befelé toljuk a tűnket a zsírpárnának megfelelően 2—3 cm-rel. A szájüregbe behelyezett újjal érezzük a tű előhaladását. Amikor az a felső bölcseségfog magasságába került, ellenőrizzük a tű helyét úgy, hogy felszólítjuk betegeinket a fogsor erős zárására és a fájdalmas oldal felé szájzugának elhúzására. Ha a tűnk erre az izommozgásra elmozdul, akkor az túl mélyre került, amit kihúzással és felületesebb visszatolással javítanunk kell. Erre a helyre beadott érzéstelenítő hatása alatt a fájdalom megszűnése azonnal jelzi, hogy a nervus buccinatoriust megtaláltuk. Ide beadott 1½ ccm. *80%-os* alkohol véglegesen megszünteti a nervus buccinatorius vezetőképességét. Bár a rágás egy-két napig fájdalmas és nehezített marad, de ilyen feltételek mellett sohasem láttunk melléksérülést, szájzárat, vagy komolyabb panaszra okot.

Azokon az arcideg zsábában szenvedő betegeken, akiken a fájdalmasság a nervus buccinatorius által ellátott nyálkahártyaterületen mutatkozik és azokon, akiken ezen nyálkahártyaterület ingerlésével, érintéssel, akár hideg vagy meleggel a roham kiváltható, a fent leirt kis beavatkozással teljes gyógyulás érhető el. Ezzel a kis beavatkozással feleslegessé válik a nagyobb és több veszélyt jelentő Gasser duc műtéti átvágása, avagy vezetésének alkohollal, vagy coagulálással végzett megszüntetése.

Szenthe Lajos dr.
egyet. tanársegéd.