

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkeszti és kiadja: a vallás- és közoktatásügyi miniszter úr támogatásával és megbízásából a magyar orvosi facultások sajtóbizottsága:

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

T A R T A L O M:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Matolay György: A vastagbél-daganatokról. (451—455. o.)

Hedry Miklós: A vérsejtsüllyedés klinikai jelentőségéről sebészeti betegségeknél. (455—458. oldal.)

Kovács Ferenc: A méhjátrahajlás műtéti kezeléséről. (458—460. oldal.)

Ráth A. Zoltán: Schizoid családban átöröklött izom-atrophia. [Családfa.] (460—462. oldal.)

Nádor-Nikitits István: A liquor cerebrospinálisban észlelt nem specifikus pozitív Wassermann-reactióról. (462—464. oldal.)

Székely László: Az anus praeternaturalis elzárásának új módja. (464—465. oldal.)

Therapia. Sellei József, Bársony Tivadar és Liebner Ernő: Ekezemakezelés 10%-os konyhasó-oldat intravenás alkalmazásával. (465—466. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Urologia. — Szülészet és nőgyógyászat. — Gyermekeorvostan. (466—470. oldal.)

Könyvismertetés. (470. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület április 17-i ülése. (470—471. oldal.)

Az Országos Balneologiai Egyesület XXXI. kongresszusa április 23. és 24-i ülése. (471—474. oldal.)

Közkórházi Orvostársulat ápr. 21-i ülése. (474—475. old.)

Az orr- és gégegyógyászati szakosztály ápr. 20-i ülése. (475. oldal.)

Az Apponyi Poliklinika április 21-i ülése. (475—476. o.)

A Debreceni Orvosegyesület ápr. 23-i ülése. (476. oldal.)

Hajós Lajos: A beteg szeretete mint gyógytényező. (476—477. oldal.)

Vegyes hírek. (477—478. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudomány-egyetem I. számú sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Verebely Tibor dr. egy. ny. r. tanár).

A vastagbél-daganatokról.

Írta: *Matolay György* egyet. tanársegéd.

(Első közlemény.)

A sebészet egyik legnehezebb fejezetét a vastagbél-daganatok műtéti kezelése képezi. Általában a gyökeres kiirtás az elfogadott műtéti beavatkozás, s a palliatív műtét (colostomia, enterostomia, kirekesztés), csak mint előkészítő műtét kerül szóba, pl. ileusnál vagy olyankor, ha a daganat összekapaszkodottsága miatt nem távolítható el. Ezen általános elveken belül nincs tisztázva az, hogy a különböző műtéti eljárások közül melyiknek adjuk az elsőbbséget úgy a beavatkozás nagysága, mint a késői kiújulás szempontjából. Általában megállapítható, hogy a vastagbélben végzett varratok sokkal rosszabb eredményt adnak a vékonybélben vagy a gyomron végzettekénél. *Körte* 1900—1913-ból 757 esetet gyűjtött össze, s a halálozást a vastagbél-daganatok gyökeres műtéteinél 32,2%-nak találta. Ő maga 1890-től 1900-ig 19 beteget operált gyökeresen, ezek közül 7 halt meg, ami 36,8% halálozásnak felel meg. 1900—1912-ben operált 64 vastagbél-resectiójának halálozása már sokkal kevesebb, mert csupán 17 beteg halt meg, ami 26,5%-nak felel meg; a javulás tehát csaknem 10%. *Haberer* 1913-ban 60 esetet közöl, 26,75% halálozással és *Küttner* halálozási arányszáma 1914-ben 25%-ot tett ki. A műtéti halálozás tehát, bár az eredmények javultak, még mindig nagy, kb. 25—30%. Ennél jobb eredmények rendszeren kis számú esetre vonatkoznak, ilyenkor az egyes sebészek személyes ügyességén és a betegek szigorú megválogatásán kívül a véletlen is nagy szerepet játszik. Kétségtelen, hogy a műtéti technika haladásával a csökkent halálozás mellett is a vastagbél-resectio ma is nagy és veszélyes beavatkozás, mert egyrészt a vastagbél-varratokat kísérő szövödményeket nem sikerült kiküszöbölni, legfőljebb csak csökkenteni, és

másrészt a műtétet rendszeren idősebb korban végezzük, s az idős betegek ezt rosszul tűrik, s ezenkívül köztudomású a rákos szervezet különösen csökkent ellenálló-képessége.

Az okok, amelyek a vastagbél-varratok eredményeit veszélyeztetik, a bonetani viszonyok mellett első-sorban a vastagbél-tartalom igen fertőző voltában keresendők. A vastagbél a vakbél-től a flexura hepaticáig és a flexura lienalistól a sigmáig a hátsó hasfalhoz van rögzítve és körletének csak egy része van hashártyával borítva. Az e helyen végzett resectio csak a bél lefejtése után válik lehetségessé, s a savós hártával be nem fedett hátsó bélrészlet sokkal kevésbé alkalmas a varrat elvégzésére és nehezebben is tapad össze, mint a mindenütt savós hártával borított vékonybél vagy gyomor, ami azután könnyen varratelégtelenséghez vezet. A hártárvastagbél mozgékony és savós hártával is be van borítva, de itt is nehézséget okoz a varrásnál a cseplesz és a ligamentum gastrocolicum tapadása. A sigma alsó részlete már igen nehezen mozgatható, miért is helyen a nagy mélység miatt is a varrat elvégzése nehéz. A vastagbélben lévő appendices epiploicaek is sokszor akadályozzák a varrat elvégzését, bár másrészt jól felhasználható a varrat biztosítására.

Ezekhez járul még az is, hogy a vastagbél verrel való ellátása nem olyan bő, mint a vékonybélé, miért is a mesocolon kiterjedt resectiójánál könnyen lép föl keringési zavar és széli elhalás, ami azután varratelégtelenség és hashártyagyulladás-hoz vezet. Ilyen kiterjedt mesocolon-resectio akkor válik szükségessé, ha a nagyobb erek mentén fekvő rákosan elfajult mirigyeket vagyunk kénytelenek eltávolítani. Általában a vastagbél-fal rendes viszonyok mellett is vékonyabb a vékonybél vagy gyomor falánál, s a varrat elvégzését ez a körülmény is nehezebbé teszi. Ha pedig a bél valamely szűkületet okozó elváltozás miatt az akadály felett kitágul, a bél-fal vizenyős, törékeny lesz, úgyhogy a varratok átvágnak, később pedig annyira elvékonyodhatik, hogy a *Lembert*-varrat elvégzése szinte lehetetlenné válik.

A bonetani viszonyoknál sokkal több zavart okoz a rendes viszonyok közt is rendkívül tapadó és fertőző

vastagbél-tartalom. Ezen tapadósság miatt a bél műtétek előtt sokszor kellőképpen ki nem tisztítható. Daganatoknál ezenfelül a bél-tartalom tovahaladása rendszeresen akadályozott, a bél-tartalom a daganat felett pang, bomlik, a szűkület miatt a belet nem lehet jól kitisztítani. A pangó bélsár részben mechanikusan, a bélfal feszítése által részben igen fertőző voltánál fogva akadályozza a bélvarrat gyógyulását s ez varratelégtelenséghez vezethet.

A sebészek már régóta igyekeztek ezen okokat megszüntetni és elsősorban a bélegyesítés tökéletesítésére törekedtek. Megkísérelték a belet fémgyűrűvel vagy felszívódó anyagok segítségével egyesíteni (makarónitészta, sárgarépa, magnéziumgyűrű), de minden kísérlet fölött a varrat győzedelmeskedett. Ma általában két-három rétegben varrják a belet, mint azt *Körte*, *Haberer*, *Hartert*, *Moszkovics* és mások munkájából is kitűnik.

Igen nehéz kérdés a bél-tartalom mechanikus és fertőző hatásának távoltartása, illetve csökkentése. Itt elsősorban a beteg előkészítése és utókezelése jön tekintetbe. A műtét előtt alkalmazott hashajtóval, beöntéssel azonban szűkület esetén nem mindig tudjuk kellőképpen kitisztítani a belet. A bélsár felpuhítására sokan *Pendl* eljárását alkalmazzák, aki a műtét utáni napon 1–1½ evőkanál ricinust és azután 11 napig ½ kanállal ad. A műtét utáni 3–4. napon megindul az igen híg széklet és a bélsár nem sűrűsödik be. *Reichl* a műtét után egy napig nem ad enni a betegnek, s bőralatti konyhasós infúzióval és 150–200 g-os végbélbeöntéssel fedezi a beteg vízszükségletét. A 3–4. napon olajos beöntést ad. *Pauchet* hashajtónak paraffinolajat ajánl. Ezenkívül még, az egyes sebészek szerint, a betegek utókezelésének számtalan változása ismeretes. Klinikánkon a betegek, ha nem voltak elaltatva, pár órával a műtét után, altatásnál másnap, kortyonkint hideg teát kapnak inni a konyhasós infúzió mellett. A végbélen át cseppentő készülékkel vizet csak akkor viszünk be, ha a varrat magasan fekszik, nehogy az esetleg összegyűlő víz a varratokat szétfeszítse. Beöntést csupán 48 óra múlva alkalmazunk és pedig 5–10 cm³ glicerin, esetleg 2–3-szor is, míg a szelek megindulnak, ami a 3–4. napon legtöbbször bekövetkezik. Ezután olajos beöntés és ricinusra a széklet rendszeren könnyen megindul.

A bélsár mechanikus hatása mellett sokkal veszélyesebb ennek igen fertőző volta. Míg ugyanis a gyomor és a vékonybél aránylag kevés bakteriumot tartalmaz, a vastagbél ezekben rendkívül gazdag. A gyomornedv sósav tartalmánál fogva erősen baktericid hatású. A vékonybél-tartalom, az ileum alsó részletét kivéve, csaknem csiramentesnek mondható, amiben nagy szerepet játszik a bélnyálkahártyának azon tulajdonsága, hogy a vele érintkező mikroorganizmusokat megöli, mint azt *Schütz*, *Rolly*, *Liebermeister* vizsgálatai bizonyítják. A vékonybél ezen bakteriumelpusztítóképesége azonban igen könnyen megszűnhetik. Ha pl. a bél kiürülése akadályozott, s a bél-tartalom pang, úgy ez csakhamar telve van bakteriumokkal, melyek azután, ha a kiürülés rendessé válik, ismét hamarosan elpusztulnak (*Ad. Schmidt*). Az ileum alsó részében, amint a vakbélhez közeledünk, mindinkább szaporodnak a bakteriumok, s számuk a vastagbélben még növekszik. A bakteriumok száma rendkívül nagy. Így *Strassburger* szerint könnyen emészthető táplálék mellett a bélsár beszárítható anyagának csaknem 1/3-a bakteriumokból áll, ami *Lucksdorf* számítása alapján kb. 128 billiónak felel meg, azaz 1/2 milliónak köbméterenként. *Klein* ugyan a bakteriumok 99%-át táptalajon már nem tudta

tenyésztetni, de egyrészt ez nem bizonyítja azt, hogy ezek az élő szervezetben is életképtelenek, másrészt a megmaradó 1% is oly nagy mennyiség, hogy ez a vastagbél-tartalom fertőző voltát kellően megmagyarázza. A vastagbélbakterium flórája függ a táplálkozás minőségétől. Így csecsemőknél a bakteriumflóra más, mint felnőtteknél. Legtömegesebben a coli bacillus fordul elő, de kóros esetekben, pl. ileusnál vagy rákos fekélynél staphylo- és streptococcusok is nagyobb számban jelennek meg. Ebből magyarázható, az éves sebváladékokon és a pangás következtében keletkező rothadási termékeken kívül, a pangó bél-tartalom rendkívül fertőző volta, ami az ileusos betegeknek fertőzés iránt egyébként is nagyfokú érzékenysége mellett föltétlenül hozzájárul a fertőzés (pl. hashártyagyulladás) kifejlődéséhez. De maga a coli bacillus is bizonyos körülmények között képes gyulladást okozni, úgy a környezetben (hashártya, hasfal), mint távoli szervekben (mellhártya, meninx), sőt általános fertőzést is okozhat (*Lexer*). Ha a hashártya a bél-tartalom kijutása következtében fertőződik elsődleges fertőzésről beszélünk. Régebben, a mai műtéti technika kifejlődése előtt, leginkább az ily módon keletkezett hashártyagyulladás volt a halál oka. Ma, mióta a hasüreg izolálása és a helyes varrási mód általánosan elterjedt, ez már kivételesnek mondható. Mióta a varrási technika tökéletesedett, a varratelégtelenség okozta másodlagos hashártyagyulladás is, mely régebben igen gyakori volt, szintén ritkának mondható.

De jól alkalmazott varratok mellett is keletkezhetnek a műtét után hashártyagyulladás anélkül, hogy a hasüreg műtét közben fertőződött volna. Ennek oka a varratok fertőződésében keresendő, amelyek fertőződhetnek akár műtét közben, akár műtét után a bél felől, amikor idegen testként szerepelve gyulladást és varratelégtelenséget okoznak és kilökődnek, amint erre a figyelmet *Schloffer* felhívta. Helybeli körülírt hashártyagyulladás is reáterjedhet a varrat helyére, s a varrat meglazulhat. Okozója lehet a varratelégtelenségnek a bél rossz tápláltsága is, amikor a táplálkozási zavar következtében széli elhalás lép föl és a seb széle emiatt nem tapad össze. Ennek elkerülésére a mesocolont közel e bélhez vágjuk át, hogy az erek közt lévő összeköttetések ne sérüljenek meg. A széli elhalás különösen a felhágó vastagbél s a flexura hepatica resectiója után gyakori, miért is ennek elkerülése végett célszerűbb, mint azt többek közt *Körte*, *Cavaillon*, *Rotter*, *Haberer*, *Hartert* is hangoztatják, az egész vastagbelet a vakbél-től a haránt vastagbél közepéig eltávolítani és ileotransversostomiát készíteni. A vastagbél-nél, mint általában egyéb gyomor- és bélműtéteknél is, a varrat-átvágás kilökődés a 3–5. napon következik be, úgyhogy a hashártyagyulladás szempontjából rendszeren az 5–6. nap a kritikus. A hasi műtétek után keletkező tüdőfolyamatok a fertőző bél-tartalomnak megfelelően gyakoribbak és súlyosabbak a vastagbél-műtétek után, mint a gyomor- vagy a vékonybélben végzett műtétek kapcsán.

Az I. sz. sebészeti klinikán 11 év alatt 99 beteget operáltunk vastagbél-daganat miatt. Ezek közül férfi 59 és nő 40 volt. Kor szerint a betegség a következőképpen oszlott meg:

2–30	30–40	40–50	50–60	60–70	70–83
6	14	17	30	20	12

Leggyakoribb volt tehát a betegség 50 és 60 év között, ami kb. megegyezik mások tapasztalatával is (*Engelsmann*, *Walther*, *Hartert*), bár *Willms* és *Miller* 40 és 60 év között éppoly gyakran látták a betegséget,

mely férfiaknál gyakoribb volt, mint nőknél. A daganat helye s a kor között összefüggés nem volt kimutatható, mert pl. vakbél, sigma vagy egyéb rákos betegek átlagos kora kb. ugyanaz volt.

Elhelyezkedésük szerint leggyakoribb volt a sigmarák, 53 esettel, a többi részlet sorrendben a flexura lienalis 13, a vakbél 12, a haránt vastagbél és leszálló vastagbél 7—7, a flexura hepatica 4, a felhágó vastagbél 3 esettel szerepel. A legtöbben ugyanezt találják, csupán *Miller* talál egyforma arányban sigma- és vakbélrákot. Ha elfogadjuk a daganatoknak jobb és bal vastagbélfél szerinti való felosztását, ami azon tapasztalaton alapszik, hogy a két vastagbélfélen végzett műtétek eredményei különbözőek, a jobb colonfélre 28, a balra 71 megbetegedés esik. Szövettanilag 3 sarkomát kivéve a többi rák volt és pedig adenocarcinoma, hegesedő, velős vagy nyákos formában; 1 esetben többszörös rákkal volt dolgunk.

A betegek közül 47-nél (47,3%) dudoros porc kemény, nyomásra kissé fájdalmas, sokszor ökölnél nagyobb daganat volt tapintható, mely a környezettel erősen össze volt kapaszkodva, sőt két esetben a hasfalban okozott tályogot. A daganatot *Pauchet* 30%, *Hartert* 25%-ban, *Miller* pedig minden 5. betegénél tapintotta, ami azt bizonyítja, hogy nálunk a betegek egyrészt betegségük igen előrehaladott állapotában keresik fel az orvost, másrészt, sajnos, még mindig gyakran előfordul, hogy borogatás, fektetés és egyéb módon kezelik a beteget, s nem küldik idejében oly helyre, ahol a megfelelő vizsgálatok elvégezhetők. Azon betegeknek, ahol a daganat nem volt tapintható, székelési zavarok, székrekedés, hasmenés, véres szék, tompa nyomási és spontán fájdalom miatt végzett Röntgen-vizsgálattal volt a kórisme felállítható. Két esetben sigmaráknál vakbélkilyukadást és hashártyagyulladást láttunk, 6 betegünkönél különböző helyen lévő rák következtében hasvízkór és carcinosis peritoneit találtunk.

Rendkívül súlyos szövődménye a vastagbél daganatoknak az ileus. Az irodalomból összegyűjtött 926 eset közül 38,1%-ban volt ileus, ami azt mutatja, hogy $\frac{1}{3}$ -a az eseteknek bélezáródással kerül a sebészhez. *Hartert* még ennél sokkal nagyobb számú százaléokban látott ileust, mert 73 betege közül 47-nek volt ileusa, s ezek közül 30-nak az elzáródása teljes volt. A 47 betegen kívül még 7 betegnél voltak szűkület tünetei észlelhetők, úgyhogy csak 26%-ban nem volt semminemű bélszűkület észlelhető. *Burgess* 175 eset közül csupán 10,98%-ban, *Miller* 129 beteg közül 19-ben látott heveny ileust, és 45%-ban idült ileust kifejlődve. *Mikulicz*, *Rotter*, *Berg*, *Körte* stb. kb. 30—39%-ra teszik az ileussal operált betegek számát.

A különböző szerzők összeállításából az derült ki, hogy az ileus leggyakoribb sigmaráknál (*Mikulicz*, *Rotter*, *Eiselsberg*, *Körte* stb.), s innen a vakbél felé haladva számuk csökkent. Klinikánk összeállítása ugyanezt mutatja. 22 ileusos betegünk közül 12-nek sigmarákja, 5-nek colon descendens, illetve flexura lienalis rákja volt, 2 esetben flexura hepatica, 1—1 esetben vakbél, felhágó-, s harántvastagbél daganat okozta az ileust. Eseteink is bizonyítják, hogy az ileus sokkal gyakoribb baloldali, mint jobboldali daganatnál. *Körte* csaknem háromszor annyi ileust talált baloldalinál, mint jobboldalinál, *Burgess* jobboldali daganatnál 13,29%-ban, baloldalinál 86,7%-ban látott ileust. Ennek oka abban keresendő, hogy a vakbélben még egészen híg béltartalom a sigma felé mindinkább beszárad, s ilyenkor már nehezebben hatol át a szűkületen. A legtöbben, így *Mikulicz*, *Körte* stb., azt találták, hogy ott is érvényesül a régi szabály, hogy minél magasabban van az el-

záródás, annál nagyobb a veszély, így magasan ülő vastagbélrák következtében föllépett ileusnál *Mikulicz* 70% halálozást talált, s a mélyen ülőknél csupán 30%-ot. *Körtenél* jobboldali daganat okozta ileusnál 69%, baloldalinál 39,7% a halálozás, *Waldenströmnél* ez az arány 85, illetve 47%. Klinikánkon a műtéti halálozás a daganat helye szerint ileusnál a következő: az 5 jobboldali daganat közül meghalt 2, a baloldali 17 közül 5.

Mint említettük, a vastagbélrák gyógyítására ma a gyökeres műtét az elfogadott és e célra számtalan eljárással rendelkezünk. Régebben általában még ileusnál is az egyszakaszos resectiót alkalmazták. Később azonban *Mikulicz*, *Körte*, *Schlosser* ajánlatára a már *Gussenbauer*, *Heinecke*, *Volkman*, *Schede* által is végzett többszakaszos eljárások valamelyike nyomult előtérbe. Az ileusnál is megkísérelt egyszakaszos resectio eredményei ugyanis oly lesújtóak voltak, hogy a sebészek más eljárásokat voltak kénytelenek megkísérelni. Hogy az egyszakaszos resectio ileusnál ily rossz eredménnyel jár, annak oka elsősorban a leromlott szervezetben keresendő, mely a nagy műtéti beavatkozással nem tud megbirkózni. A szív ereje gyengült, főképp a pangó bélsárból felszívódó toxinok következtében, amit a ki nem elégitő táplálkozás még csak fokoz. A rendkívül telt belek igen megnehezítik a varrat kivételét, a pangás következtében fokozottan fertőző béltartalom, valamint a bélfal vizenyős gyulladása miatt a belsebek gyógyulása zavart, a varratok könnyen átvágnak, s a hashártya fertőződik. Az új műtéti eljárásnak arra kellett törekednie, hogy először megszüntetve az ileust, a normalis bélműködést helyreállítsa, s azután kellőképpen előkészítve a beteget, s kitisztítva a beleket, a daganatot eltávolítsa.

A leromlott beteg életét legkevésbé veszélyeztető eljárás kétségtelenül a colostomia. Ha a daganat helye akár a klinikai tünetek, akár a Röntgen-vizsgálat alapján ismeretes, a daganat felett, ettől lehetőleg oly távol, hogy a daganat későbbi eltávolításakor akadályul ne szolgáljon, a colostomia helybeli érzéstelenítésben könnyen elvégezhető. Oly esetekben, ahol a daganat helye biztosan ki nem mutatható, legcélszerűbb coecostomiát végezni, mert ilyenkor föltétlenül az akadály felett készítettük a nyílást. Hátránya a coecostomiának, hogy a hígabb béltartalom miatt a betegre nézve kellemetlen, s nem mindig tudjuk eldönteni a jobboldali ferde, vagy pararectalis metszésből, hogy esetleg a has bal felében helyet foglaló daganat eltávolítható-e második műtéttel vagy nem. Oly esetekben, ahol sigmarák kórisméjével a bal oldalon hatoltunk be, s úgy találjuk, hogy a daganat a sigma felett fekszik, legcélszerűbb a sebet zárni, s a daganat felett, vagy ha ennek helye pontosan meg nem állapítható, a vakbélben készíteni nyílást. Oly esetekben, ahol az ileus oka pontosan nem kórismézhető és nem dönthető el, vajjon a vékony vagy vastagbélen van-e az akadály, a középvonalba hatolunk be. Ha a daganat a vastagbélen van, akkor sigma, le- hágó vastagbél és flexura lienalis ráknál ebből a metszésből a harántvastagbelet kivarrhatjuk. Ha azonban a daganat a vakbél, felhágó vastagbél, vagy a flexura hepaticán fekszik, legcélszerűbb a has-sebet zárni, s a megfelelő helyen behatolva elkészíteni a colostomiát. Abból az alapelvből kiindulva, hogy ileusos betegeknek a lehető legkisebb beavatkozás végzendő, másrészt tekintetbe véve a colostomia hátrányait, egyesek a colostomia elkerülésére megkísérelték ileusnál a daganatnak bél összeköttetés útján való kirekesztését. *Körte* s mások is azonban állást foglalnak ez ellen. A beavatkozás a beteg állapotát tekintve nagy, a varrat elvégzése a tágult beleken nehéz, a varrat tartóssága bizonytalan,

úgyhogy mi sem alkalmazzuk az eljárást. A colostomiát az ezt követő daganateltávolítás nélkül csupán akkor végezzük, ha a daganat inoperabilis. Egyébként az ileus oldódása és a beteg erőbeli állapotának javulása után a daganatot resecáljuk. *Mikulicz* után első sorban *Schloffer* volt az, aki a többszakaszos resectio végzését ajánlotta. *Schloffer* ileusnál a daganat felett magasan colostomiát készít, azután, ha az ileus megszűnt és a beteg megerősödött, a daganatot eltávolítja és 3. ülésben később zárja a colostomia nyílását. A colostomia helyéül a harántvastagbelet ajánlja. Mások, mint *Harter*, *Romanis*, *Burgess*, *Crille* coecostomiát készítenek. Klinikánkon mindkét eljárást alkalmazzuk. Sigma-, lehágó vastagbél- és flexura lienalis-ráknál tehát baloldali vastagbél-daganatoknál colostomiát, egyéb helyen fekvő, tehát jobboldali ráknál pedig coecostomiát készítünk. A colostomia elvégzésénél fontos a hasfal fertőzéstől való megóvása, minek elkerülésére számtalan eljárást ajánlottak. Így *Hartert* a belet a hashártyán kívül a bőrhez is rögzíti tovaftató varrattal és a sebet gumiszövetettel ragasztja be, hogy a bélsárnak a sebbe való bejutását megakadályozza. Mások a *Moynihan*-féle csövet, esetleg a *Boit* által ajánlott szívó-készülékkel felszerelve használják a bél kiürítésére. *Lockhart-Mummery* ileusnál Káder-sipolyt készít a vakbélben, azután pár nap múlva végzi el a daganat kiirtását. Klinikánkon a belet a hashártyához rögzítjük csomós varratokkal, azután ugyancsak csomós varratokkal a bőrhez öltjük. A bél megnyitásával, ha lehet, 2–3 napig várunk, igen feszes has esetében legfőljebb punctióval a gázokat bocsátjuk ki. Oly esetekben, ahol a belet rögtön meg kell nyitnunk, jó eredménnyel alkalmaztuk a *Paul-Mixter*-féle csövet. Ezekkel az eljárásokkal alig láttunk hasfali fertőzést.

A három szakaszban végzett műtétet egyesek igyekeztek megrövidíteni azáltal, hogy az első és második szakaszt egyszerre, tehát a colostomiát és a resectiót egy ülésben végezték. Mások a resectióval egyidőben zárták a colostomiát. Mindkét eljárás illogikusnak látszik, mert egyrészt ileusnál a colostomia és resectio végzése túl nagy beavatkozás, másrészt a colostomia-zárás, azonnal a resectio után nem előnyös, mert a colostomia biztosító szelepként szerepel a resectio varratainak biztosítására.

Másik többszakaszos eljárás a *Mikulicz* ajánlotta előhelyezés, melyhez lényegében hasonlót már előtte *Gussenbauer* és *Heinecke* is végeztek. A műtét lényege az, hogy a daganatot kifejtve, azt a hashártya előtt rögzítjük és a hasüreget teljesen zárjuk. Ezután a daganatot messze az épből kivágjuk, s az odavezető kaesba esetleg vastag gummicövet kötünk vagy varrunk be, hogy a bélsárnak sebbe való befolyását megakadályozzuk. A daganat eltávolítását *Bloch* és *Mikulicz* is a kivarrás után pár nap múlva ajánlják. *Körte* a daganat ily késői eltávolítását feleslegesnek és veszélyesnek tartja, mert a daganatból ezen idő alatt is bejuthatnak rákos részletek a keringésbe és e mellett a csakhamar üszkössé váló bélből rothadási termékek is felszívódhatnak. Később *Mikulicz* is rögtön eltávolította a daganatot, azután Dupuytren-féle vagy valamely más szerkezetű bélzúzóval a 10–12. naptól kezdve az anus praeternaturalist a hashártyán kívül fekvő bélsipollyá alakította át, melynek zárása könnyebb feladat. Legtöbbször, így *Rotter*, *Krause*, *Körte*, ugyanazon eljárást alkalmazták, legfőljebb a használt bélzúzók voltak különbözőek. Az előhelyezési eljárás előnye, hogy a daganat kimetszését a hashártyán kívül végezzük, s a két szakaszban való operálás a műtéti beavatkozás veszélyét csökkenti. Hátránya, hogy hosszadal-

mas, a zúzó alkalmazása kellemetlen, fájdalmas, s a zárás, ha az előhelyezéshez nem állott elég bél rendelkezésünkre, néha nehéz, a beteg bélsipolyt vagy szűkületet kaphat, mely után esetleg ileus is felléphet. A zúzó alkalmazásának a fájdalom mellett az a hátránya is van, hogy megzúzhatja a mesenteriumot is, s ilyenkor az ebben futó erek zúzása következtében a bél elhalhat. *Moskovitz* a mesenterium ezen esetleges megzúzása miatt nem a mesocolon, de az ellenkező oldal felé egye-síti a belet és itt készíti a sarkantyút. *Hochenegg* a zárást nem zúzó alkalmazása, de resectio és körkörös varrattal végzi. Ugyanígy jár el *Schmidt* is, s mindketten jó eredményekről számolnak be. *Anschütz* a *Mikulicz* által végzett előhelyezésnél 12%-ban állapítja meg a halálozást. Ezen kedvező eredmény miatt az eljárást legmelegebben ajánlja. *Körte* a halálozást az előhelyezésnél ennél magasabbnak találja, de megállapítja azt is, hogy a *Mikulicz* egyszakaszos resectiójánál elért 46%-os halálozás a technika haladásával lényegesen csökkent.

Klinikánkon 22 ileusos betegünk közül teljes és már több napja fennálló bélelzáródásnál 12 esetben colostomiát végeztünk. 10 betegnél, kiknek ileusa csak 24–48 órás volt, vagy az elzáródás nem volt teljes, amennyiben ha széklet nem is, de szelek néha távoztak, előhelyezést végeztünk. 12 betegünk közül meghalt 4, a 10 előhelyezéssel operált közül 3. A halálozás tehát ileusos betegeinknél összesen 7, azaz 31,8%. Ezeken kívül még különböző helyen lévő daganatoknál 24 esetben végeztünk előhelyezést 5 halálozással, ami 20,83%-nak felel meg. Az előhelyezésnél a daganatot kifejtve, alatta gazeccsíkot vezetünk át, azután a bélkaesot egymás mellé fektetve, csomós varratokkal körülbelül három ujjnyi darabon egymáshoz rögzítjük, majd körkörösén hozzáöltjük a hashártyához, azután a bőrhez. Ha az ileus súlyos, vagy azonnal megnyitjuk a belet s a daganatot eltávolítjuk, vagy legalább vastag tűvel a gázokat kibocsátjuk, s a szűrés helyét egy öltéssel zárjuk. Ha a beteg állapota megengedi, a belet csak 2–3 nap múlva nyitjuk meg s távolítjuk el a daganatot. *Moskovitz* a daganatot azonnal eltávolítja, de az eltávolítás előtt a daganat alatt és felett zúzóval leszorítja a belet s ezt csak néhány nap múlva távolítja el.

Az anus praeternaturalis zárását rendszeren 2–3 hónap múlva végeztük. A sebészek egy nagy része a bél egymáshoz varrása által keletkezett sarkantyút zúzók segítségével távolítja el, azután zárja a belet. A zúzonak már előbb említett fájdalmassága és egyéb veszélye miatt a zúzó használatát már sokan mellőzik (*Hochenegg*, *Schmidt*) és vagy resectio vagy egyszerűen a bélvégek felkészítése és összevarrása útján állítják helyre a bélösszeköttetést. Összevarraskor a bél beszűkülhet és ennek elkerülésére egyesek az előhelyezés elvégzésekor mindjárt bélösszeköttetést is készítettek a daganat alatti bélrészletek között. Klinikánkon bélzúzót csak néhány esetben alkalmaztunk. Ha a bonetani viszonyok megengedik, a bélvégeket körkörösén varrjuk össze, miután előzetesen felkészítettük, ha ez nem lehetséges, resectio útján végezzük a bélegyesítést. Néhány esetben a bél az összevarrás után beszűkülhet, ilyenkor a szűkület feletti és alatti bélkacsok között utólag összeköttetést készítettünk. Az esetek legtöbbszörében az anus praeternaturalis zárását úgy végeztük, hogy a bélvégeket előhúzva, egymás mellé fektettük s lehetőleg extraperitonealisan elől és hátul Lambert-varratokkal összevarrtuk. Ezután a varratok közt a belet átvágva, a nyálkahártyát varrtuk el, s utána két rétegben összevarrtuk a belet. Három esetben

az előhelyezéssel egyidejűleg végeztük a bélösszeköttetést, ami azonban csak ileusmentes esetekben ajánlatos, mert a leromlott ileusos betegeknél ez a varrat a műteti beavatkozás veszélyét megnöveli.

A többszakaszos resectio rendkívül hosszadalmas volta arra készítette a sebészeket, hogy elsősorban a nem ileusos betegeknél most már bő tapasztalatokkal s technikai készséggel felszerelve, újból megkísérlik az egyszakaszos resectiót. Arra nézve, hogy a szűkület mily fokánál, s vajjon ileusnál is resectiót végezzünk-e, egységes vélemény még nem alakult ki, úgysszintén az is vita tárgyát képezi, hogy a bélből mily nagy darabot resekaljunk. Az irodalmat áttekintve, azt találjuk, hogy elsősorban a helybeli érzéstelenítés volt az, amely újból az egyszakaszos resectio felé fordította a figyelmet. Újabban *Bakes* 10 esetben végzett sikerrel resectiót, bár betegek közül néhánynak szűkülete is volt; ileusnál azonban *Schloffer* eljárását ajánlja. *Raichl* ileusnál szintén a többszakaszos resectio híve, de egyébként egy szakaszban resekal; jól előkészítve s megválogatva a beteget, 13 esetben a műtétet halálozás nélkül végezte. *Haberer* 10 betegről tesz említést, akiknél, bár öt betegnek idült ileusa volt, resectiót végzett. Ezek közül egy beteg halt meg. *Haberer* felemlíti, hogy resectióval néha még oly betegeket is gyökeresen operálni lehet, akiknél az előhelyezés technikailag el nem végezhető. *Körte*, *Cavaillon*, *Perrin* azon állásponton vannak, hogy különbséget kell tenni a szövődményes és nem szövődményes daganatok között. Ott, ahol ileus, daganatkörűli genyedés, invaginatio, szomszédos szervekkel való összenövés, vagy szív-, tüdő-, vesemegbetegedés van jelen, a műtét több szakaszban végzendő. Ott, ahol ezek nem állanak fenn, az egyszakaszos resectio elvégezhető. *Hartert* három esetben resekalált ileusban halálozás nélkül; szerinte, ha a beteg általános állapota jó, ha erős bélperistaltica van s a haspuffadás mérsékelt, a resectio elvégezhető, még ileusos betegnél is. Egyéb, nem komplikált esetben az egyszakaszos resectio híve, s a műtétet 17 betegnél 17-7%-os halálozással végezte. *Sebrechts*, az ileust kivéve, szintén az egyszakaszos resectio végzését ajánlja, s *Falkenberg*, *Miller* ugyancsak ennek hívei. *Selaffke* ileusnál nem resekal, egyébként az egy- és kétszakaszos resectio halálozását egyformának találja. *Erdmann* 42 esete alapján az egy szakaszban végzett resectio híve. Ileusnál vagy nagyfokú bélszűkület esetében, a bél kitisztítása végett, coecostomiát végez. Halálozása az első 3 évben 18% volt, jelenleg feltűnő jó, 5%, pontosabb adatokat azonban nem közöl. A daganatot, ha szűkületet okoz, még áttételek esetében is eltávolítja. Látjuk tehát, hogy az egyszakaszos resectio hívei megszorodtak, eredményei javultak, bár igaz, hogy eseteiket is jobban megválogatták. Nagyobb anyaggal csak *Körte* és *Miller* rendelkeznek és ők a resectióról tartózkodóbban is nyilatkoznak. Eredményeik is rosszabbak, mert halálozásuk 30–35% körül mozog.

Klinikánkon 36 esetben végeztünk egyszakaszos resectiót. Minden válogatás nélkül kiterjedt rákoknál, sokszor idült ileus mellett. Ezek közül meghalt 11 (30-5%). Eredményeink tehát körülbelül megfelelnek *Körte* eredményének, valamivel jobbak *Miller*énél, aki 70 resectio közül 34%-ot veszített. A halál oka elsősorban hashártyagyulladás, azután különböző tüdőfolyamatok és szívgyengeség voltak.

Rendkívül élénk vitára adott alkalmat a resectio helyének és az eltávolítandó bél nagyságának kérdése és a bélösszeköttetések technikai kivitele. A szerzett tapasztalatokon okulva, a bélműködés lehető megtar-

tása mellett a technikailag könnyebb, tökéletesebb, lehetőleg aseptikusabb eljárásra törekedtek. *Lefebure* vizsgálatai alapján a vastagbelet működés szempontjából három részre osztja. Megkülönböztetve a *Bauchin-billentyűt*, a jobb és a bal vastagbél felett. Szerinte a *Bauchin-billentyű* visszatartja a még kellően meg nem emésztett bétartalmat, s egyúttal megakadályozza visszafolyását. A jobb vastagbélfelet működése lassú, egyenletes, lefelé haladó hullámmozgásból, s a colon közepétől a vakbélhig húzódó antiperistaltikus hullámból tevődik össze. A bal félben ezenkívül ingamozgások, egyes kisebb részletek különálló mozgása is szerepel. A jobb vastagbélfeletnek még van emésztőképesége, a balnak nincs. A jobb vastagbélfelet feletti billentyűt, szerinte, a műtétnél lehetőleg kímélnünk kell. A gyakorlat azt mutatja, hogy a vastagbélfelet jobb vagy bal felének, sőt az egész vastagbélnek eltávolítása is lehetséges, maradandó panaszok nélkül. Kiterjedt resectiók után egyideig hiányozván a vastagbélnek bélsárbeszárító, besűrítő képessége, kezdetben gyakran hasmenés lép fel, ez azonban csak átmeneti, s pár hét múlva megfelelő táplálkozásra, esetleg gyógyszeres kezelésre megszűnik. *Colmers*, *Lane*, *Schlesinger* több teljes vastagbélkiirtásról számoltak be, mely után betegek panaszmentesek voltak. Egyesek a kiirtott billentyű működését pótolni igyekeztek. Így *Kellong* a vékonybélnek a vastagbélbe való betüremítésével mesterséges billentyűt készített. *Cascio* a vastagbélben hosszú tasakot hagy, mely átvénne a vakbél szerepét, s a vékonybélben szintén vak tasakot készít, mely súlyánál fogva betüremkedik s pótolja a billentyűt. Egyik eljárás sem látszik célszerűnek, sőt *Cascio*é különösen a vastagbélben hagyott tasakot illetőleg hibás, mert a tasakban meggyűlő s ott pangó bélsár a bélműködésre zavarólag hat, s a felszívódó bomlási termékek a betegre nézve ártalmasak.

(Folytatjuk.)

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. sebészeti klinikájának közleménye
(igazgató: † Kuzmik Pál dr. ny. r. tanár.)

A véresejtsülyedés klinikai jelentőségéről sebészeti betegségekben.

Írta: *Hedry Miklós dr.* egyetemi tanársegéd.

A pathohaematologia új fejezettel bővült a vörösvérsejtek sülyedési sebességének vizsgálatával. *Fahraeus* alapvető munkálatai óta sorozatos közleményekben számoltak be úgy a hazai, mint a külföldi szerzők a vörösvérsejtek sülyedési reakciójának jelentőségéről és gyakorlati használhatóságáról. E jelenség tulajdonképpen már a humoral pathologusok által ismert „crusta physiologica“-nak újbóli felfedezése. A modern diagnostika segédeszközeinek sorába csak *Fahraeus* felfedezései után kerültek, aki kimutatta, hogy terhes nők vörösvérsejtjei gyorsabban ülepednek és ezért terhességi reakciónak gondolta, míg a további vizsgálatok azt eredményezték, hogy nemcsak a terhesség alatt van gyorsult sülyedés, hanem különböző élettani és kóros elváltozásoknál. *Linzenmeyer*, aki a vörösvérsejtek sülyedési jelenségét klinikai és biológiai szempontokból tárgyalja, azt találta, hogy a reactio igen értékes támpontot nyújthat, különösen a nőgyógyászatban, az elhatároló kórisme felállításánál, így pl. a lobos adnextumornak a nem lobosaktól való elkülönítésére.

A klinikusok ezekután joggal remélhették, hogy

a süllyedési reactio révén diagnostikai segédeszközt nyernek, mely minden esetben a betegágnál felhasználható lesz. Ez a várakozás, hogy nem teljesedett be, bizonyítják vizsgálataink is.

A vörösvérsejtek süllyedése finom biológiai folyamat, mely különböző befolyások alatt állhat és ennek következtében klinikai szempontokból való értékelésekor a legszigorúbb kritika mellett szabad felhasználnunk. A reactio lefolyásában különböző tényezők játszanak közre, amelyek a süllyedést gyorsítólag vagy gátlólag befolyásolják. A legtöbb vizsgáló kísérleteinek megállapítása szerint a vérsejtsüllyedés megváltozásában a legfőbb szerepe a vérplasmának van, de ezenkívül más tényezők is vannak, melyek a gyorsult süllyedés okaiként szerepelhetnek, így pl. alacsonyabb vörösvérsejtszám, haemoglobintartalom csökkenése és a vér viscositásának hatása. Ezzel ellentétben Szabó vizsgálatai óta tudjuk, hogy a süllyedésre gyorsítólag ható tényezők és a süllyedés gyorsasága között párhuzamot kimutatni nem lehet.

A sebészeti megbetegedéseknél való hasznavehetőségről még kevés tapasztalatról számoltak be, ezért annál inkább jogosult az a törekvésünk, hogy változatos sebészeti anyagunkon elért eredményeinkről röviden beszámolhassunk.

A II. számú sebészeti klinikán egy év óta foglalkozunk a vörösvérsejtek süllyedési sebességének meghatározásával különböző sebészeti megbetegedéseknél. Vizsgálataink célja az volt, hogy megállapítsuk:

1. milyen sebészeti megbetegedéseknél fordul elő gyorsult süllyedés;

2. vajjon a talált értékek leolvasása után milyen törvényszerűséget vonhatunk le különböző sebészeti megbetegedések diagnostikai értékelésében;

3. milyen gyakorlati jelentőséget tulajdoníthatunk és várhatunk a süllyedési reactio révén.

A reactio technikai keresztülvitelére a használatos eljárások közül *Plaut* vizsgálati methodikáját, mint a legpontosabbnak látszót, választottuk. Az eljárás lényege röviden abban áll, hogy 2-5 cm³ híg, 1-1%-os natriumcitrat-oldatot töltöttünk 10 mm átmérőjű és 100 mm magas üveg dugós rázóhengerekbe, amihez 7-5 cm³ venosus vért adtunk, majd szobahőmérsékletnél 30 perces időközben milliméterekben olvastuk le a vörösvérsejtek süllyedését.

A vörösvérsejtek süllyedésénél legfontosabbnak találtuk annak megállapítását, hogy mekkora a süllyedés nagysága közvetlenül félóra után, de azért figyelembe vettük az első, második és harmadik óra múlva és majdnem minden esetünkben a 24 óra utáni megállapodott végértékeket.

A mi vizsgálati anyagunk 450 vérsüllyedésre vonatkozik, kizárólag sebészi megbetegedésben szenvedő férfinnél és nőnél, a 10-70. életévek között. Vizsgálataink legnagyobb anyaga a sebészeti tuberculosusra és a rosszindulatú daganatokra vonatkozik. A sebészeti gümös kórformákra vonatkozó eseteinket a következő csoportokba foglaljuk össze:

I. csoport: A csontok és ízületek gümös megbetegedései: 54 eset.

II. csoport: Gümös nyirokmirigyek: 24 eset, hideg tályog: 8 eset.

III. csoport: Bőrtuberculosis: 4 eset.

IV. csoport: Húgy-ivarszervek tuberculosisa: 8 eset.

V. csoport: Tüdőtuberculosis: 12 eset.

VI. csoport: Hasüregi tuberculosis: 6 eset.

A csontok és ízületek gümőkóros megbetegedéseire vonatkozó vizsgálatok azt mutatták, hogy norma-

lis süllyedési értéket (1-3 mm-ig) egy esetben sem tudtunk kimutatni. Gümös térdizületi gyulladás minden esetünkben gyorsult süllyedést mutatott és a süllyedés foka mindig arányban állott a körfolyamat kiterjedésével és súlyosságával. A térdizület gümös elváltozása miatt hat esetben végeztünk *Helferich* ajánlotta műtétet, melyek közül két esetben a térdizületet alkotó csontok nagyfokú gümös elváltozása miatt amputatiót kellett végeznünk. Ez utóbbi eseteknél a kezdő süllyedés 56-59 mm, a végsüllyedés 71-74 mm volt, tehát prognostikai szempontból a legmagasabb és a legsúlyosabb süllyedési értékeket észleltük. Ebből gyakorlati tanulságként azt vonhatjuk le, hogy minél nagyobb a vörösvérsejtek süllyedési sebessége, annál rosszabb a prognózis. Összehasonlító vizsgálatokat végeztünk arra vonatkozólag is, hogy változik a vörösvérsejtek süllyedési értéke a gümös térdizületnek műtéti gyógyulása után. Vizsgálataink meglepő eredménnyel végeztek, amennyiben a vérsüllyedési sebességre való csökkentő hatását tudtuk kimutatni.

Az alábbi táblázatban tüntetjük fel a sebészeti tuberculosos megbetegedéseknél talált vizsgálati eredményeinket:

Diagnosis	Normalis érték 1-3 mm-ig	Mérsékelt süllyedés 4-9 mm-ig	Közepes süllyedés 10-19 mm-ig	Gyorsult süllyedés 20 mm-en felül	Összes eset
Arthritis tbc.	—	6	3	15	24
Caries ossis	—	3	7	16	26
Spondylitis	—	—	—	4	4
Lymphoma	5	8	5	6	24
Abscessus frigidus	1	1	4	2	8
Scrophuloderma .	—	3	—	1	4
Tbc. renis	—	—	—	3	3
Epididymitis tbc.	—	1	1	3	5
Tbc. pulmonum ..	—	—	2	10	12
Tbc. coeci	—	1	—	—	1
Peritonitis tbc. ..	—	—	1	4	5
	6	23	23	64	116

E táblázatból világosan kitűnik, hogy a vörösvérsejtek normalis süllyedését 6 esetben, mérsékelt süllyedést 9 mm-ig 23 esetben, közepes süllyedést 19 mm-ig 23 esetben és gyorsult süllyedést 64 esetben maximalisan 74 mm-ig tudtunk kimutatni. A táblázatban feltüntetett vörösvérsejtek süllyedési értékei az első félórára vonatkoznak. Korbán és nembén a vörösvérsejtek süllyedési sebessége között különbséget nem észleltünk.

Ezen reactio jelentősége kétségtelenül a gümőkór kórisméjében és kórlefolrásában értékesíthető. Vizsgálataink szerint gyakorlati értéke ezen reactionnak tulajdonképpen a csontmegbetegedések pathológiájában van, mert általában azt tapasztaltuk, hogy minél kiterjedtebb a csontoknak vagy ízületeknek gümös elváltozása, annál intenzívebb a süllyedési érték. Differential-diagnostikai szempontból a vörösvérsejtek süllyedése egyes esetekben döntő fontosságú lehet pl. ízületi gümőkórnál és ízületi egérnél, vagy coxitis és Perthes-féle kórképnél.

A rosszindulatú daganatoknál végzett süllyedési reactio fölötte nagy eltéréseket mutatott. Vizsgálataink nem fedik teljesen *Linzenmeyer*, *Kovács* és *Löhr* eredményeit, akik a rosszindulatú daganatokra vonatkozólag kimutatták, hogy észlelésük szerint gyorsult süllyedés volt megállapítható. *Löhr* 100 kivizsgált carcinoma és sarkoma esetében, 4 kivétellel, gyorsult süllyedési értéket talált. A mi vizsgálataink szerint klini-

kailag és kórszövettanilag is kórismézett esetekből 69 carcinománál és 8 sarkománál végeztük el a sülyyedési reactiót.

Vizsgálati eredményeinket a rosszindulatú daganatokra vonatkozólag az alábbi táblázat tünteti fel:

Diagnosis	Normalis érték 1-3 mm-ig	Mérsékelt sülyyedés 4-9 mm-ig	Közepes sülyyedés 10-19 mm-ig	Gyorsult sülyyedés 20 mm-en felül	Összesen
Cc. mammae.....	3	5	7	5	20
Cc. nasi.....	3	—	1	—	4
Cc. labii.....	6	6	5	2	19
Cc. buccae.....	—	1	1	—	2
Cc. linguae.....	—	—	2	—	2
Cc. oesophagi....	—	—	—	4	4
Cc. cutis.....	1	2	1	2	6
Cc. recti.....	—	1	6	4	11
Struma maligna..	1	—	—	—	1
Cystocarcinoma ovarii	2	—	—	—	2
Sarkomák.....	3	2	1	2	8
	19	17	24	19	79

A fenti táblázatból kitűnik, hogy a különböző daganatoknál általában rendkívül változatos sülyyedési értékeket észleltünk, és pedig 19 esetben normalis értékeket, 17 esetben mérsékelt sülyyedést, 24 esetben közepes sülyyedést és 19 esetben gyorsult sülyyedést kaptunk. Emlőráknál általában azt tapasztaltuk, hogy feltűnően alacsony sülyyedési értékeket kaptunk, mely értékek csak a kifehélyesedett és áttételes gócnál fokozódtak. 20 emlőrák eset közül 3 ízben subnormalis értéket kaptunk, dacára a hónaljárokban kiterjedt áttéti gócnak, míg ezzel szemben gyorsult sülyyedést csak 5 esetben találtunk. Bizonyos pathologiai lassúbodást észleltünk kiterjedt ajakráknál (19 eset), bőr (6 eset) és a pofa nyálkahártyájának (2 eset) rákos megbetegedéseinél, továbbá rosszindulatú golyva és a petefészek rosszindulatú daganatainál, melyeknek theoretikus magyarázatát adni nem tudjuk. A sülyyedési reactio fölülte nagy eltéréseket adott végbélráknál. Klinikailag igen szembevető elváltozásoknál többször kaptunk közepes sülyyedést, és pedig 1 esetben 8 mm, 6 esetben 12—18 mm között és 4 esetben gyorsult sülyyedést mutatott maximalisan 44 mm értékig. Ezen utóbbi esetekben, dacára a nagyfokú kachexiának, a sülyyedési értékek feltűnően alacsonyak voltak, ezzel ellentétben viszont feltűnő volt, hogy kiterjedt nyelőcső-carcinoma 4 esetében a sülyyedés erősen gyorsult volt (35—42 mm-ig).

A vérsülyyedési reactio eredményeink alapján a jó- és rosszindulatú daganatok elhatárolásakor nem mondható specifikusnak, mert nem mindig állandó értéket szolgáltat. A klinikailag biztosan megállapított daganatos elváltozásoknál több ízben cserben hagyott, úgyhogy a megállapított diagnosisunknál még irányítónak sem szolgálhatott a folyamat súlyosságára nézve. A jó- és rosszindulatú daganatok elhatárolásánál, különösképen az emlőtumoroknál, a vörösvérsejtek sülyyedési értékelésekor legyünk elővigyázatosak, mert eseteink legnagyobb részében nem bírt döntő jelentőséggel. A sülyyedési reactio, finomsága dacára, nem alkalmas arra, hogy a carcinoma korai diagnosisát eldöntsük. Végeredményben ez a reactio sem körjelzésre, sem körjósásra nem alkalmas.

Vizsgálat tárgyává tettük, hogy a gyomorfelekély és gyomorrák között lehet-e a sülyyedési reactiót differential-diagnostikai szempontból értékesíteni. Ezen kérdés tisztázása szempontjából minden esetben klini-

kailag és műtéttel is igazolt 32 ulceros és 30 carcinomás betegnél végeztük el a reactiót. Gyomorfelekélynél (32 eset) általában normalis sülyyedési értéket kaptunk, 6 eset kivételével, amikor gyorsult volt a sülyyedés, a környező szervek szövődményes gyulladása miatt (perigastritis, adhaesiok, körülírt peritonitis). Hasonló értékeket talált Kovács vizsgálataiban, aki 28 ulceros esetében 26 ízben normalis vagy ez alatti sülyyedési értékeket talált. Ezzel szemben valamennyi gyomorrákos betegünkél, számszerint 30-nál, a vörösvérsejtek sülyyedése 9 esetben közepes és 15 esetben gyorsult volt. A műtétilag is kórismézett gyomorereseteinkről nyert értékek az alábbi táblázatban vannak összeállítva:

Diagnosis	Normalis érték 1-3 mm-ig	Mérsékelt sülyyedés 4-9 mm-ig	Közepes sülyyedés 10-19 mm-ig	Gyorsult sülyyedés 20 mm-en felül	Összesen
Cc. ventriculi....	2	4	9	15	30
Ulcus ventriculi..	8	13	5	6	32

A fenti táblázatból azt látjuk, hogy a sülyyedés nagysága változatos értékek között mozog. Hogy ennek magyarázatára minő pathogenetikai tényezők szerepelhetnek, hogy egyes esetekben kisebb értékeket kaptunk, másutt feltűnő gyorsulást, az a kutatások egyik nagyon is vitatott kérdése. Általános megfigyelésünk, hogy minél előrehaladottabb a kachexia, annál nagyobb a vörösvérsejtek sülyyedése, éppúgy, mint a gümőkóros megbetegedéseknél. Természetesen, itt is jelentősége van a másodlagos vérszegénységnek és a megkevesbedett vörösvérsejtek számának is, mely a gyorsulási sülyyedést eredményezi. Vizsgálataink alapján bizonyos jogosultsággal bír annak felvétele, hogy a normalis sülyyedési értékek legnagyobb valószínűség szerint ulcus mellett szólnak, míg ezzel ellentétben a gyomorrák, észlelésünk szerint, gyorsult sülyyedéssel jár. Tekintettel arra, hogy ulcusnál is hasonló megfigyelésünk volt, ezért a sülyyedési reactiót az ulcus és carcinoma ventriculi közötti elkülönítő körjelzésre csak az összes klinikai tünetek figyelembevétele mellett szabad értékesítenünk, mert Haselhorst vizsgálatai szerint „még így is tévedésekre és meglepetésekre lehetünk elkészülve“.

A máj és epeutak betegségeinél 20 esetben vizsgáltuk a sülyyedési reactiót. 20 epeköves betegnél 10 esetben erősen gyorsult sülyyedést találtunk, 7 esetben közepes sülyyedést és 3 esetben normalis volt a sülyyedés. Ez utóbbi 3 esetben ikterus állott fenn, ami, úgy látszik, gátló momentumként szerepelhet. Epeköves betegeinknél általában erősen gyorsult sülyyedést találtunk (36—56 mm-ig). Löhr is felemlíti munkájában, hogy epehólyaggyulladásnál jellegzetes a gyorsult sülyyedés. Ez a reactio mint therapiás indikátor szerepelhet, mert tájékoztat bennünket némileg a folyamat súlyosságáról és a gyulladással terület kiterjedtségéről.

Féregnyúlványlobnál 99 esetben vizsgáltuk a sülyyedési értékeket, és pedig 30 heveny, 15 izadmányos és 54 idült kór folyamatnál. A heveny és izadmányos féregnyúlványlobnál az esetek felében, az idültknél csak 12 esetben találtunk 20 mm-en felüli sülyyedési értékeket, míg a többi esetünk a mérsékelt és közepes sülyyedés között oszlott meg. Tehát itt is azt a szabályszerűséget állapíthattuk meg, hogy a folyamat kiterjedésével és súlyosságával a sülyyedést arányosnak találtuk.

Az endokrin mirigyek zavarában alapuló betegségek közül 3 Basedow-kórt, 4 petefészek cystát és 1 pankreatitis haemorrhagicát vizsgáltunk; egy esetben sem észleltünk a normalistól eltérő sülyyedést.

A heveny és idült csontvelőgyulladás (12 eset), valamint alszárfekélynél minden esetben gyorsult süllyedést találtunk. Furunkulusnál (7 eset), karbunkulusnál (5 eset), tályogoknál (4 eset), a bőralatti kötőszövet heveny fertőzéses gyulladásainál (3 eset), panaritium minden nemében (6 eset) gyorsult süllyedést találtunk, mely a folyamat kiterjedtségével egyenes arányban állott. Lymphadenitisnél (3 eset), lymphangoitisnél (2 eset) a süllyedés feltűnően magas értékeket adott és itt is meg volt állapítható bizonyos törvényszerűség a vörösvérsejtek süllyedése és a fertőző folyamat intenzitása között.

Eseteink közül végül felemlítjük azokat, melyeknél a vörösvérsejtek süllyedése nem következett be (golyvák 8 eset, jóindulatú daganatok 6 eset, fibroma, angioma, atheroma, lipoma, enchondroma).

Mindezek alapján vizsgálataink eredményét a következőkben foglalhatjuk össze:

A vörösvérsejtek süllyedési reactiója a kórisme felállításában és a sebészeti megbetegedések megítélésében — mint specifikus próba — az elkülönítő kórismében nem értékesíthető. Vizsgálataink alapján a reactio értékes felvilágosításokat nyújt a gyulladásos jellegű folyamatoknál, mert a talált értékek alapján tájékoztat bennünket annak kiterjedéséről és súlyosságáról. Különösen fennáll ez a gümőkóros sebészeti megbetegedéseknél, ahol a gyorsult süllyedés rossz prognostikai jelnek tekinthető. Ulcus és carcinoma ventriculi közötti elkülönítő kórismére a reactio nem értékesíthető, mert hozzátétve következtetések levonására sem jogosít fel. A rosszindulatú daganatoknál a süllyedési reactio nem alkalmas arra, hogy a rák korai diagnózisát eldöntsük, ezért bizvást mellőzhető. Véleményünk abban összegezhető, hogy a süllyedési reactio a sebészeti diagnostikában maradandó helyet nem foglalhat el.

Irodalom: Mensch: Die Blutkörperchen-Senkungsmethode in der Chirurgie. Münch. med. Wochenschr. 1924, 40. sz. — Löhr: Weitere Ergebnisse bei Anwendung der Blutkörperchen-Senkungsprobe in der Diagnostik Chirurgischer Erkrankungen. Deutsche med. Wochenschr. 1922, 12. sz. — Pribram und Klein: Bemerkungen zur klinischen Verwertbarkeit der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen. Münch. med. Wochenschr. 1924, 17. sz. — P. vom Dahl: Über die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei diffuser Peritonitis. Zentralbl. f. Chirurgie 1924, 11/a. sz. — Linzenmeyer: Die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen und ihrer praktische Bedeutung. Münch. med. Wochenschr. 1923, 40. sz. — Sonntag: Blutkörperchensenkung in der Chirurgie. Zentralbl. f. Chirurgie 1924, 43. sz. — Gerlóczy Géza: Orvosi Archivum 24. köt., 152. old. — Szabó Géza: Vörösvérsejtek süllyedéséről belső betegségekben. Orvosi Hetilap 1925, 48. sz. — Lányi Andor: Vörösvérsejtek süllyedésgyorsulásának okairól. Orvostudomány 1925, 15. évf., külön füzet. — Plaut: Münch. med. Wochenschr. 1920, 10. sz. — Haselhorst: Deutsche med. Wochenschr. 1923, 33. sz.

A budapesti kir. m. Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. női klinikájának közleménye (igazgató: Tóth István dr. egyetemi ny. r. tanár).

A méhhátraahajlás műtéti kezeléséről.

Írta: Kovács Ferenc dr., tanársegéd.

(Második, befejező közlemény.)

Adataink egyúttal fontos következtetést engednek vonni arra a sokat vitatott kérdésre vonatkozólag is, hogy a méhhátraahajlás mily szerepet játszik a sterilitás előidézésében. Bármennyire tetszetős és könnyen értelmezhető is a meddőség a méhhátraahajlás eseteiben (a portio helyzetváltozása, elemelkedése a sper-

mával való intimebb érintkezést megnehezíti, a szöglet-törés miatti pangásos zavarok következtében létrejövő méhnyálkahártya-hurut a nyálkahártyát a fogamzásra alkalmatlanná teszi; a nyakesatorna megtörése a belső méhszáj táján és a nyálkahártya hurutos duzzanata a sperma felhatolását a méhürbe physikailag megnehezíti; a hurutos méhváladék vegyi reactiója megváltozván, a sperma aktiv mozgóképességét bénítja, stb.) mégis e tekintetben elsősorban a gyakorlati tapasztalás az, amelynek alapján az elméleti meggondolásokat kritika tárgyává kell tennünk. Már Schultze és Olshausen is felhívták a figyelmet arra, hogy ezen elméleti okoskodások kézenfekvősége dacára is igen ritkák az olyan esetek, amelyekben a sterilitás minden kétségen kívül a méhhátraahajlásra vezethető vissza. Szerintük az ok legtöbbször a függelékek elváltozásaiban keresendő. Hofmeier tankönyvében pedig kategorikusan kijelenti, hogy „Sterilität wird im allgemeinen durch Retroflexio nicht bedingt“. (Handbuch der Frauenheilkunde, 1920; 263. old. 18. sor.) Ezzel szemben Küstner, Menge, Döderlein és számosan mások a sterilitást a méhhátraahajlás jellemző tünetének tekintik.

A női sterilitás gyakoriságának megítélése általában igen nehéz feladat és legtöbbször csupán relativ lehet. Még ha teljesen ki tudjuk is rekeszteni a férfit, mint a meddőség előidézőjét: kérdés, mennyi idő múlva nevezhető egy házasság, illetve sexualis kapcsolat meddőnek. Hofmeier magánbetegségeinél majdnem 17% primaer sterilitást talált; Brunnenberg poliklinikai anyagon 8-8% elsődlegesen természetlen házasságot tudott kimutatni. A különböző statisztikák adatai általában 8 és 21% között ingadoznak. Igen szerény középértéket választunk tehát és inkább a mértéken alul maradunk, ha azt mondjuk, hogy általában a házasságoknak kb. 10–12%-a elsődlegesen meddő.

Ha már most összevetjük ezen számokkal a mi adatainkat, akkor azt látjuk, hogy összes nem virgo, tehát nemi életet már élő retroflexiósaik közül csupán 56 esetben nem szerepel terhesség az anamnesisben (78 egyszer terhesséssel és 179 többször terhesséssel szemben). Ezen számból azonban még le kell vonnunk 16 esetet, mint amelyeknél a hátraahajlás mellett a függelékeknek műtét által is megállapított megbetegedése is szerepelt (s e miatt azok resectiója vált szükségessé), úgyhogy a fennmaradó 40 eset csupán 12,6%-át képviseli az összes műtéti kezelésünk alá kerülő retroflexióknak. Ha még meggondoljuk, hogy ezen eseteink egy része is nem élt rendes házasságot, hajadon volt, s ezért vagy egyéb okból prophylaxist használhatott a fogamzás megelőzésére; úgy azt kell mondanunk, hogy méhhátraahajlásban szenvedő beteganyagunknál nem fordult elő gyakrabban meddőség, mint egyébként; vagyis a terméketlenséget nem sorozhatjuk a méhhátraahajlás gyakoribb tüneteinek közé. Valószínűleg ennek tudható be részben az a körülmény is, hogy 56, illetve a függelékesonkítással operáltak levonása után 40, még előzőleg másállapotban nem levő operáltak közül a műtét után, tehát amíg a hátraahajlást, mint a meddőség esetleges okát, már megszüntettük, csupán öt esetben következett be terhesség, amelyek közül is három olyan fiatalokban volt (21, 23 és 28 éves), hogy a nemi élet rövidsége miatt elsődleges meddőségről még aligha lehet náluk szó. Hasonló eredményről számol be Hölders is, aki a tübingeni klinika anyagán mutatta ki, hogy a sterilitás a méhhátraahajlás operatív correctiójával nem szűnik meg; továbbá Vértes a kolozsvári, Teutem a leideni klinika betegstatisztikáján jut ilyen következtetéshez.

Hasonló következtetéshez kell jutnunk a vetélések kérdésével kapcsolatban is. Az újabb nagyobb statisztikák

tikák szerint átlag 4—6 rendes szülésre esik egy abortus (*Ahfeld, Franz, Keyssener, Küstner*: id. Stöckel után), s e viszony nagy városokban a bűnös vetélések szaporodásával az abortusok javára még eltolódik (*Stöckel*). Ez tehát általában mintegy 20% vetelésnek felel meg. Kimutatásunkban retroflexióink terhességeinek összes száma 727, ebből 576 kiviselt szülésre 151 abortus esik, ami 20.7%; tehát alig több, mint a nem retroflexiósnők vetéléseinek az arányszáma. (Amilyen eltolódást e százalékban egyrészt az előző abortusok számának szándékos vagy jóhiszemű hiányos bevallása okozza, azt másrésztől bőven ellensúlyozza a bűnös vetélések száma, amit természetesen a retroflexiótól függetlenül is tekintetbe kell vennünk, mint ezen vetélések jó részénél fennforgó be nem vallott aetiologikus körülményt.) Itt is azt kell tehát mondanunk, amit a sterilitással kapcsolatban kénytelenek voltunk megállapítani, hogy a tapasztalat rácsfol azon számos nőorvos (*Küstner* stb.) által hangoztatott álláspontra, mely szerint a méh-hátrahajlás a spontán vetélések okai között lényegesebb szerepet játszana a pangás következtében, mely a decida vérzéseire vezetve a pete elpusztulását és kiürülését voná maga után. Bármennyire logikus legyen is ezen elméleti megfontolás, adataink nem győznek meg bennünket arról, hogy e körülménynek nagyobb szerepe volna a vetélések előidézésében. Inkább hajlandók vagyunk *Reifferscheid* álláspontjára helyezkedni, amely szerint a retroflexióknál néha fellépő habitualis abortusok esetében is a vetelés nem annyira magára a hátrahajlásra, mint inkább az egyidejűleg jelenlevő egyéb okokra (infantilismus, általános megbetegedések, stb.) vezethető vissza. Az összeállításunkban szereplő számok már eléggé tekintélyesek ahhoz hogy ilyen irányú állásfoglalásra jogosítsanak bennünket. De még jobban megerősödik ezen álláspontunk akkor, ha a műtét utáni revisio anyagát vesszük ezen szempontból vizsgálat alá. Operáltjaink összesen 34 ízben kerültek műtétjeink után másállapotba (=20.5%); ezek közül a terhességet zavartalanul kiviselte (illetve a vizsgálat alkalmával előrehaladott normalis terhesség állapotában volt) 25, elvetélt 9 = 26.5%. Vagyis a műtét folytán, mely a retroflexiót korrigálta és a méhet physiologiás helyzetbe hozta, a vetélések számának a rendes szülések számához való viszonya ugyanazon anyagon nem javult meg, sőt (valószínűleg a gazdasági viszonyok kedvezőtlenebbé válása és ezáltal a bűnös vetélések számának szaporodása folytán) még rosszabbodott.

Műtétek szempontjából a következő táblázatban csoportosítjuk eseteinket:

Ventrofixatio sec. Doléris	Ventrofixatio sec. Leopold-Czerny	Ventrofixatio mellett végzett egyéb műtétek							függelék- eltávolítás	myomagóc- enucleatio
		plastica	collum- amputatio	egyéb hüvelyi műtét	appendek- tomia	összenő- vések oldása	függelék- eltávolítás	függelék- eltávolítás		
259	21	158	7	9	43	67	egy- oldali	két- oldali		8
316										

Műteteinknél a hasat a legtöbb esetben hosszanti irányú középvonalú metszéssel nyitottuk meg, csupán nyolc esetben kezdtük az operációt *Pfannenstiel* szerint harántmetszéssel a mons pubis felső határánál. Ezen utóbbi eljárás ugyanis azon nagy hátránnyal bír, hogy előre nem látott szövödmények, kiterjedtebb összenövés esetében a feltárás igen megnehezített; viszont előnye alig van. Kosmetikus szempontból a linea alba jól gyógyult vonalas hegje alig torzít jobban; ha pedig másodlagos vagy keloidos a gyógyulás, akkor a harántheg is erősen láthatóvá válik. Műtétj eljárásunkat már rövi-

den ismertettük; most csak ismételtén hangsúlyozhatjuk, hogy módszerünk megválasztásának helyességét, illetve azt, hogy a méh-hátrahajlás sebészeti correctiójánál a laparotomiával járó eljárást gyakoroltuk, ezen utóbbi táblázatunk teljes mértékben igazolja. Azt látjuk ugyanis ebből, hogy a hasmegnyitás akár a hátrahajló méh összenövéseinek oldása, akár egyéb mellékműtétek miatt (függelékresectio, myomagóc enucleatio, appendektomia stb.) legtöbbször szükséges volt. A beteg végeredményben nem azért fordul az orvoshoz, hogy méh-hátrahajlását szüntessük meg, hanem hogy egészségét helyreállítsuk. Ezt a célt pedig nem szolgálhatja tökéletesen az olyan eljárás, mely kisebbnek alig mondható beavatkozás árán a helyzetváltozást ugyan talán corrigálja, de esetleg jelenlevő myomagócot, beteg férregnyűlványt, kóros méhfüggeléket benthagy s így azok jelenléte a betegség állapotának további forrása lehet.

Nézzük már most műtétjeink eredményeit, egyrészt az operatio elsődleges veszélyeinek, másrészt az elért orthopaedikus és functionalis eredmények szempontjából.

Összes operáltjaink közül zavartalanul, símán gyógyult 302 eset (95.5%). Többször előforduló, múltó, egy-két napos hőemelkedéstől eltekintve, mely a gyógyulás idejét és menetét nem zavarta, komolyabb műtét szövődmények (nem számítjuk ide a műtétől függetlenül egyízben a kilencedik napon fellépő és bakteriologiaiailag is kimutatott paratyphusbacillus-infectiót. másik esetben pedig cystitis tuberculosát, mely a gyógyulást 39, illetve 33 napra elnyújtotta) a következők: kisebb hasfali abscessust kapott kilenc operáltunk = 2.8%; kettőnél, kilencnél függelékkiirtás is történt, kisebb esonkizzadmány lépett fel, mely megnyújtotta a gyógyulást. Műteteink mortalitása 0%, összes morbiditása pedig 4.4%; azonban ebbe beleszámítottuk az adnex-műtétek és fixált retroflexiók morbiditását is, amelyeket természetesen csak hasmegnyításos műtét útján lehetett corrigálni. Ha a műtét eljárás következtében előállt gyógyulási zavarokat tisztán a mobilis retroflexiókra vonatkoztatjuk, vagyis amelyeknél conservativ kezelés (vagy *Alexander-Adams*-műtét) is keresztülvihető lett volna, úgy még jóval kisebb a megbetegedési százalék. S ha áttekintjük e gyógyulási zavarok könnyű természetű voltát, azt kell mondanunk, hogy azok még mindig sokkal kedvezőbbek a betegre nézve, mint retroflexiójának beláthatatlan időtartamú kezelésének hátrányai.

Ellenőrző vizsgálat céljából 136 esetben állt rendelkezésünkre orvosi lelet (108 esetben a vizsgálatot magunk végeztük, 28 esetben idegen orvos). A *kosmetikus eredmény* idealis; a vonalas hasheg a legtöbb esetben egy-két év múlva már alig látható. (Ezt a körülményt részben annak tudjuk be, hogy mi a hasseb zárásánál a peritoneum, csomós izom, csomós, majd külön tovaftató fasciavarraton kívül még zsírvarratokat is alkalmazunk, melyek nemcsak a bőr sebszéleinek tökéletes adaptációját teszik lehetővé, de megakadályozzák a frissen sarjadó bőrheg széthúzódását és kiszélesedését is.) *Sérv* a műtét után egyetlen esetben sem támadt; nem látjuk tehát indokoltnak *Döderlein-Krönig* operatív gynaekológiájában felhozott amaz aggályt, mely szerint a Doléris-féle ventrofixationnak: „az a hátránya az *Alexander-Adams*-műtéttel szemben, hogy a hasüreget sokkal nagyobb hosszúságban nyitja meg és ezáltal a sérvképződés lehetősége fennáll“ (4. kiad., 232. old., 17—20. sor). Ellenkezőleg *Vértess* 206 *Alexander-Adams*-műtétjéről beszámolván, felhívja a figyelmet arra, hogy annak kellemetlen következménye lehet a sérv, mely

kimutatásban 11%-kal szerepel! — Hasonlóképen nem fordul elő *ileus* sem, ami talán amaz elővigyázatosságunknak tudható be, hogy *Hofmeier* ajánlata szerint, mint már fentebb említettük, a méh-fundust minden esetben néhány öltéssel felületesen a hólyag peritoneumához öltöttük és így az *excavatio vesico uterina* szájadékat a belek elöl elzártuk. Hogy ez mennyire fontos tényező, azt igazolni látszik *Fuchs* kimutatása, aki az utolsó 20 év irodalmából 22 típusos ventrofixációs *ileust* állított össze.

Az egyes sebészeti eljárások értékelhetősége elsősorban azon *orthopaedikus* eredménytől függ, amelyet általuk elérni óhajtunk. Recidivák szempontjából az egyes szerzők kimutatása még ugyanazon típusú műtéteknél is igen különböző eredményeket tüntetnek fel, s minél nagyobbak az eltérések a műtét eredményeiben, annál inkább mutatja ez azt, hogy a műtét kivitelének technikai körülményei mennyire fontosak. Az *Alexander-Adams*-műtetre vonatkozólag e számok meglehetősen nagyok, 5–20%-ig váltakoznak (*Cohn* a *Küstner*-klinika anyagán 17.9%-ot, *Bucura* a *Wertheim*-klinikáról 13.3%-ot mutat ki; *Vértes* 8%-ról, *Zimmermann* 5%-ról számol be stb.). Ezzel szemben a különböző, hasmegnyitással járó ventrofixurás eljárásokkal kapcsolatban *Meissner* (hallei klinika) 14%, *Schäffer* (Bumm-klinika) 12.4%, *Seitz* (Giessen) 7.5% recidivát látott. A mi kimutatásunk messze elmarad e számok mögött, amennyiben anatómiai recidivát egyáltalában nem láttunk. Csupán néhány esetben állapítottuk meg azt, hogy az anteverzióban mobilisan fixált méh retroflexió szögét megtartotta. Ez azon induratiós elváltozásokra vezethető vissza, melyek a méhfal szövetében hosszabb idő óta fennálló hátrahajlásnál pangás stb. folytán jönnek létre.

A legjobb próbaköve azonban valamely retroflexió operatio teljesítőképességének az utána lezajlott terhességek és szülések eredménye. Hiszen ezen műtétek túlnyomó nagy része a genitális élet virágkorában, 20–35 év közt történik; a jó eljárástól tehát nemcsak azt kell megkövetelnünk, hogy az anatómiai helyzetet tartósan helyreállítsa és a panaszokat megszüntesse, hanem hogy a nemiszervek élettani működésükben semmi zavart ne szenvedjenek. A 166 utóvizsgálatra jelentkezett, illetve kérdőívünket visszaküldő operáltunk közül a műtét után másállapotba jutottak 31-en; ebből kettő kétszer is szült, egy pedig rendes szülésen kívül egy ízben elvetélt. Az összes 34 terhesség közül kilenc esetben történt vetélés a terhesség első harmadában; négyen az ellenőrzővizsgálatra négy-nyolc hónapos másállapotossággal jelentkeztek. A műtét után fellépő abortusok nagy százalékszáma (26.5%) — amennyiben ilyen kis számokból egyáltalában jogosult percenteket megállapítani —, aligha vezethető vissza a műtét következményeire; hiszen a méh rendes élettani helyzetét nyerte vissza. Inkább gondolhatunk (ha a véletlent ki akarjuk kapcsolni), a szomorú socialis és gazdasági viszonyok következtében egyre szaporodó bűnös művi beavatkozásokra, illetve a corrigált retroflexiótól független, egyéb általános vagy helyi okokra. Mind a 25 terhesség teljesen zavartalanul folyt le. A 21 szülésnek több mint felét (11 esetet) mi magunk észleltük klinikánkon. Úgy ezen szülések, mint az észlelésünkön kívül lezajlottak is — a betegek bemondása szerint — teljesen normalisak voltak, úgy a szülőerők, mint a szülés időtartama tekintetében. Az általunk észlelt 11 esetben a magzatok elhelyezkedése a normalis viszonyokat tüntette fel. *Complicatio*, amely beavatkozást igényelt volna (néhány esetben szükségessé váló episiotomiától, illetve gátvarrástól elte-

kintve), egyetlen esetben sem fordult elő. Az általunk észlelt esetekben a gyermekek mind élve születtek, rendes fejlettségűek voltak. A gyermekágyi involutio is teljesen rendes volt s a méh anatómiai helyzete szülés után is megtartotta lazán a hasfalhoz fixált ante-flexio versió helyzetét.

A mondottak alapján hétévi ventrofixációs anyagunk kritikai feldolgozásából leszűrődő tanulságainkat röviden a következőkben foglalhatjuk össze:

A panaszokat okozó méhhátrahajlás kóroktanában kevés a jelentősége a veleszületett hajlamosságnak, ellenben uralkodó szerepe van az előző szüléseknek.

A méhhátrahajlás a meddőség, valamint a vetélések okai között nem játszik oly lényeges szerepet, mint amekkorát egyes nőorvosok e tényezőnek tulajdonítanak.

A panaszmentes retroflexio kezelésre nem szorul; azonban a méhhátrahajlás, még a mobilis is, legtöbbször olyan panaszokat okoz, melyek miatt a gyógyító beavatkozás indokolt.

A műtét technika és a sepsis mai fejlettsége mellett a méhhátrahajlás sebészeti gyógyítása olyan csekély veszéllyel jár, hogy annak alkalmazása aggodalom nélkül kiterjeszthető a mobilis retroflexiók megfelelő eseteire is.

A számos műtét mód közül legcélszerűbbek a hasür megnyitásával járó eljárások. Ezek között is legjobbnak tartjuk a hosszanti irányú középvonalú hasmegnyitással a módosított *Dolér*-féle eljárást a *Hofmeier* ajánlotta fundushozzáöltéssel a hólyag peritoneumához. Ezen eljárás ugyanis egyszerű, könnyű, gyorsan végezhető, úgyszólván veszélytelen, a hasür legtökéletesebb áttekintését engedi meg a legkisebb hasseb mellett; végleges orthopaedikus, valamint functionalis eredményei az irodalomban eddig közltekhez viszonyítva a legkedvezőbbek s a nemiszervek élettani működését semmiben sem zavarja.

Irodalom: *Brunnenberg*: Diss. Inaug. Würzburg 1897 (cit. *Hofmeier*). — *Döderlein-Krönig*: Operative Gynaekologie 1921. — *Fuchs*: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1922, 60. köt. (Festschrift). — *Germann*: Monatschr. für Geb. u. Gyn. 1918, 48. köt., 3. füz. — *Guggisberg*: Mschr. f. Geb. u. Gyn. 1919, 50. köt., 5. füz. — *Hofmeier*: Handbuch der Frauenheilkunde 1920. — *Hofmeier*: Mschr. f. Geb. u. Gyn. 1923, 63. köt., 4–5. füz. — *Küstner*: Mschr. f. Geb. u. Gyn. 1919, 50. köt., 4. füz. — *Körner*: Zeitschr. f. Gyn. 1922, 85. köt., 1. füz. — *Littauer*: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1918, 48. köt., 6. füz. — *Meissner*: Mschr. f. Geb. u. Gyn. 1916, 44. köt., 1. füz. — *Menge*: Zentralblatt f. Gyn. 1914, 21. sz. — *Reifferscheid*: Halban-Seitz Biologie und Pathol. des Weibes. — *Seitz*: Archiv. f. Gyn. 1920, 114. köt., 1. füz. — *Taufer-Tóth*: Nőgyógyászat, 1916. — *V. Teutem*: Zeitschr. für Geb. und Gyn. 1915, 77. köt., 2. füz. — *Vértes*: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1917, 46. köt., 5. füz. — *Zimmermann*: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1923, 86. köt., 3. füz.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem elme- és idegkórtani klinikájának közleménye (igazgató: Schaffer Károly dr. ny. r. tanár).

Schizoid családban átöröklött izomatrophia. (Családfa).*

Írta: Ráth A. Zoltán dr. tanársegéd.

Heredodegenerációs idegbajoknak endogen elmebetegséggel való szövődése a dolog természeténél fogva egyáltalán nem meglepő jelenség, mégis aránylag kevés ilyen közlemény lát napvilágot. (Például spinal-neuroticus izomatrophia manias-depressió elme-

* Bemutatta az orvosegyesület elme- és ideggyógyászati szakosztályában, 1925 február 16-án.

zavarral között *A. Westphal*; von *Reckenwald* 3 testvérnél dementia praecoxot és *Werdnig-Hoffmann*-szerű izomatropiát talált; *Sokolow* elmebetegénél spinalis amyotropiát írt le; *Lewi* Duchenne-Aran típusú betegségének kompenzáló nagysági téves eszméiről számolt be; *Tscherning* schizophréniát állapított meg 3 dystrophiás testvér egyikénél, stb.)

Alábbiakban 14 családtagot feltüntető családfában nem kevesebb, mint 7 Charcot-Marie-Tooth-féle spinalneuroticus pr. izomatropiát, 3 kimondott elmebeteg, 1 schizoid psychopathát, több schizothym characterű egyént találunk és 4 esetben láthatjuk az idegbetegséget elmebajjal szövődve.

É. Teréz betegünk, kinek családjáról szó lesz, 1924 októberében vétetett fel az elme- és idegkörtani klinikára.

12 éves koráig úgy testileg, mint szellemileg jól fejlődött, járása kifogástalan volt. Ez időtől kezdve 18 éves koráig lassan progrediált az izomsorvadás, azóta stagnál. Első menses 17 éves korában. Praepsychotikus egyénisége: zárkózott, túlérzékeny, hüvös. Anyja iránt kicsi kora óta kóros ellenszenvvel viseltetik. 23 éves kora óta észlelik betegségét; vonatkoztatásos, üldöztetési téveseszméi töredékeket kezdett hangoztatni; tekinteteket, megjegyzéseket fogott fel, amik az ő kigúnyolására voltak szánva, olvasmányait, újságok cikkeit magára vonatkoztatta. Szüleit, főként anyját szünet nélkül vádolta, hogy mellőzik, éheztetik, nem engedik érvényesülni; heves indulatkitörései alkalmával anyját ütlegelte, haját tépte. Majd szobáját eltorlaszolta; ágybanfekvési, étkezési negativismus jelentkezett. Két évi elég jó remissió után, 28 éves korában vétetett fel, felvételekor badar téveseszméket takargat, így, hogy titokban férjhez ment, másállapotban van, szülés előtt áll. Környezetében csupa ellenséget lát, egyes hallucinációk, illúziók téves eszméit irányítják, módosítják. Előre ment betegségek: 1919-ben spanyol-influenza. Lueses anamnesis negatív.

Typusos astheniás alkat. 174 cm magas, 50 kg súlyú. Nagyszámú degenerációs stigma. Szemmozgások szabadok, nystagmus nincs. Jobb pupilla valamivel tágabb, mint a bal, fényre mindkettő közepes kitéréssel, elég élénken reagál. Gl. thyr. normalis. Végtagok a törzshöz arányítva hosszúak, vékonyak, kezei nagyok, hidegek, lividek, lábai pes equino-varus állásban, alszáarak és lábak hidegek, lividek; cutis marmorata. Catarrhus ap. 1. d. Subfebrilis. Vizezés-, végbélzavar nincs. Mindkét alszár, láb izomzata erősen sorvad, ezek élénk ellentétben vannak a combok megtartott izomzatával, a peroneusok, mm. ext. digit. long. és a láb kis izmai két oldalon körülbelül egyforma mértékben sorvadtak. Ha a láb nem éri a földet, úgy a lábfejek lógnak; egy kistokú plantar-flexióra képes, lábának külső és belső szélét képtelen emelni. Lábujjak kezdődő karomállásban vannak. Nagylábujjá párnázott izomzata erősen sorvad. Mozgások térdizületben szabadok. Kis kézizmok részéről éppen csak jelezve van kistokú kezdődő térfogatcsökkenés. Ataxia, görcs nem észlelhető. Behúnyt szemmel és összetett lábakkal inog. Járáskor először a lábujjak háti és laterális felszíne éri a talajt, a lábnak egészen laterális és jórészt dorsalis oldalára lép. Lépéskor térdben magasra emeli lelógó lábát, lassan teszi le, miközben kissé dőcög ide-oda. Patella- és Achilles-ín reflex m. o. hiányzik. A száj körül, a háton az intercostalesekben és a bal láb sorvadott izmaiban néha fibrillaris rángások. A proximalis végtagrészek és törzs izomzata teljesen ment a sorvadás alól. Idegtörzsek nyomásra nem érzékenyek. Lábizmok részleges vill. elfajulási reakciót adnak. Panasza, hogy lábai

gyakran fáznak, majdnem állandóan fáznak; lábon és alszáarakon ecsetérintést bizonytalanul jelez; egyébként érző körben említésre méltó eltérés nincs. Beszédének alaki rendellenessége nem észlelhető. Modorosan viselkedik, félszegen, esetlenül mozog; általában negativistikus, magára hagyatva közönyösen elfekszik, ismételt parancsokra megkezdett műveleteiben az ergoschizisek egész sorozatát produkálja. Spontan mozgásait gyakran stereotypen végzi. Hangulata közönyös. Szópáros emlékezeti vizsgálatnál 20–30% hibát ejt. Ijesztő látási hallucinációi vannak. Helyre, időre tájékozott, betegségi belátása nincs.

Érdeklődése a saját sorsa, a külvilág eseményei iránt csökkent. Szemérem- és undor érzése eltompult. Ismeretkörében lényegesebb hézag nem mutatkozik. Kórlefolyás: típusos schizophrénia. Hat hónap után javultán távozott.

A patiens családjáról az egyik intelligens laikus (elégé elfogulatlanul látszó) családtagtól olyan terjedelmű és minőségű adatokat kaptunk, hogy azok alapján érdemesnek mutatkozik a családfa részletesebb vizsgálata.

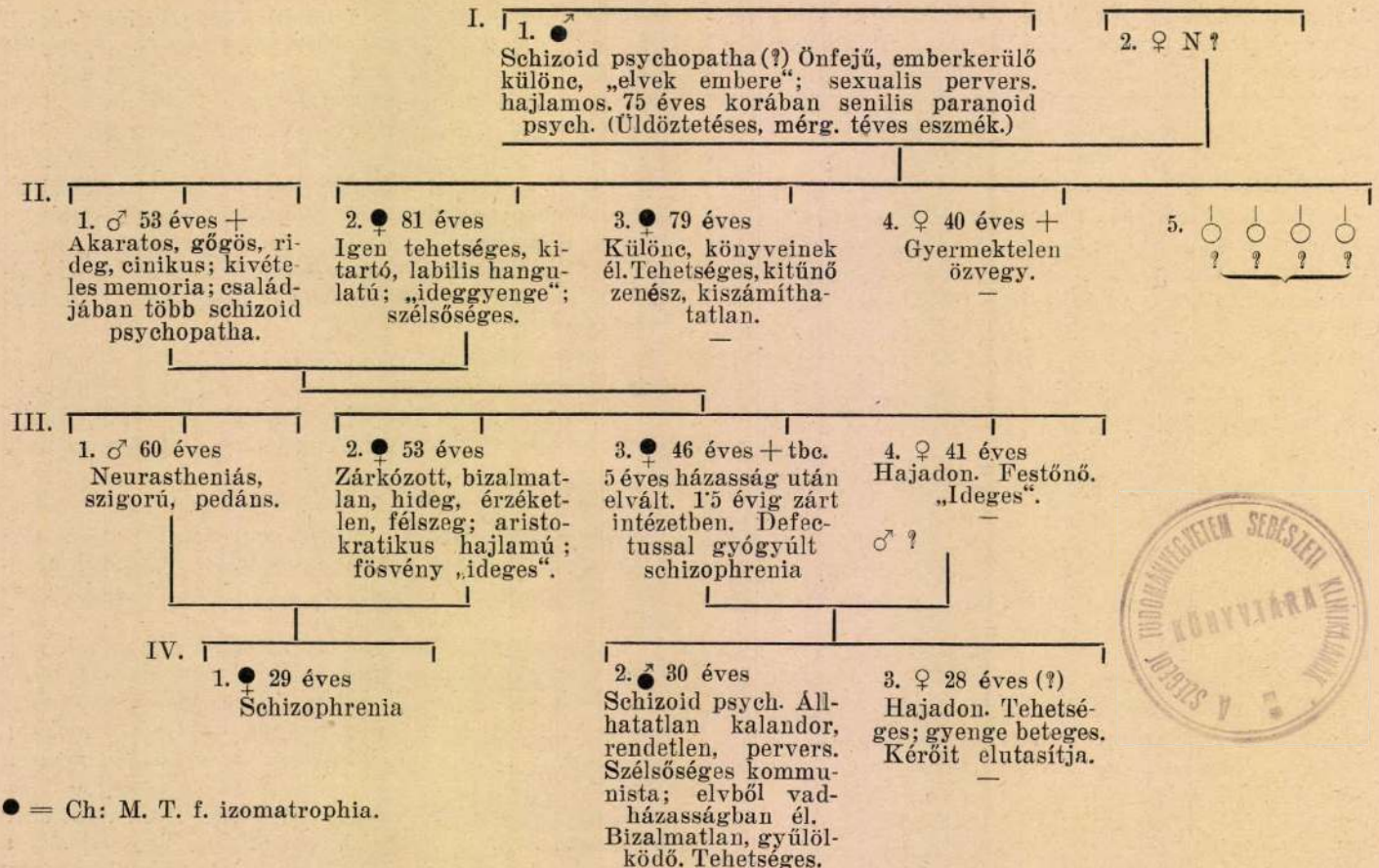
Az izomsorvadásról azt halljuk, hogy annak kezdete, a legkülönbözőbb külső körülmények dacára, valamennyi betegnél körülbelül egyidőre esik, a 8–10 éves korra. A betegség minden esetben a kis lábizmokban jelentkezett először és lefolyása, progressiója minden esetben szigorúan azonos volt; általában nagyon jóindulatúnak mondható, csak a negyvenes évek után kezd kifejezett lenni a kézizmok sorvadása; úgy látszik, a sorvadás súlyossága generációnként valami keveset enged, talán valamivel később indul meg, hamarabb megállapodik a folyamat, a végtagok hosszabb ideig, csökkent mértékben ugyan, de functióképesek maradnak.

Az átöröklés menete folytonos, dominans. Sajnálatos körülmény, hogy éppen az egészséges egyedeknek nem voltak utódaik. Három felnőttkorú maradt mentes, ezek a testvérek sorában éppen a legfiatalabbak. A degenerációs folyamat 7 eset közül 5-ször nőknél jelentkezett, látszólagos ellentétben azon megállapítással, hogy a férfibetegek száma 5-ször annyi, mint a nőké. A hajlamosság a legtöbb esetben nemhez kötött recessív (Lenz), ezen menetnek itt nyomait sem láthatjuk.

A családtagok psychés constitutióját elemezve, elsősorban feltűnhet, hogy kivétel nélkül schizoid characteriologiai stigmákat mutatnak. Ezek az egyének zárkózottak („begubózottak“), bizalmatlanok, ridegek, kiszámíthatatlanok, egyszer túlérzékenyek, máskor érzéketlenek, ingerlékenyek, „idegesek“, psychés reakciójuk előreláthatatlan, abrupt, különös; köznapi nyelven szólva, különcök valamennyien.

Elég gyakori lelet, hogy a schizoid psychopathiás elem egy családban megszakítás nélkül, szinte dominans jellegként követhető több generáción keresztül; erre különösen *Kahn* hívta fel a figyelmet. A schizophrénia ilyen családban ott jelentkezik azután, ahol a másik szülő részéről kiegészítő schizoid örökletes faktorok járulnak hozzá a törzs eddig lappangó schizoid irányú megbetegedési készségéhez, hajlamához. (*H. Hoffmann*.) Az apai és anyai részből összetetalálkozó pathogen faktorok, schizoid örökletesi részegységek (Teilanlagen) egymással complementszerűen viselkednének ilyenkor (*Rüdin, Kretschmer*).

I. 1 feltehetően schizoid psychopatha az elaggásban paranoid psychosisban betegedett meg, üldöztetési téveseszméi voltak, teljesen elzárkózott, egy teremtet lelkét sem eresztett a közelébe, ételeit maga készítette. Arra nézve, hogy demenssé lett volna és állapotát mint dementia senilist kellene felfogni, adat nincs. *H. Hoff-*



mann több családja vizsgálata alapján utalt arra, hogy egyes senilis paranoid állpotkép (éppen a család túlnyomóan schizoid terheltsége alapján) a schizoid örökletes alap (Erbanlage) késői érvényre jutásának köszönheti létét; hogy a folyamat olyan későn manifestálódik, annak magyarázatára elképzei, hogy gátló factorok az egész életen át hatottak és csak az előre haladott seniumban az általános biológiai leépítés (involutio) korában engedték előtérbe jutni az általuk fedett schizoid constitutiós elemet. Megerősíthetné ezt a feltevést, hogy I. 1. praepsychoticus egyénisége a schizoid formakörbe tartozik.

II. 2 és 3 a leírás szerint schizothym egyéniségek. II. 4-ről sokkal kisebb mértékben jellemző a schizoid vonás, amint hogy az izomsorvadástól mentes 3 családtag psychésen is a leginkább „normalisnak” mondható. Önkénytelenül is felmerül az a gondolat, hogy a schizoid hajlamot (reaktív típust) a constellatióban rejlő tényezők potenciája teljes kifejtésében támogathatták; a nyomorékság állandó érzése bizonyos mértékben elősegítette a hasonló phaenotypusok megjelenését.

II. 5 alatt 4 kis korban, a kérdéses betegségek megjelenési ideje előtt elhalt testvér következik.

II. 1 az adatok szerint olyan családból való, ahol több schizoid psychopatha lehetett. Őt magát mint gögös, cinikus, rideg, kivételes jó memoriájú embert halljuk emlegetni. Feltehető, hogy I. 1. családjában meglevő schizoid pathogen factor a II. 1-től hasonmúval kiégyesítve, potenciájában növekedett és a következő rétegekben III. 3 defectussal gyógyult schizophrénia mellett a kifejezetten schizoid III. 2-öt hozta létre, míg III. 4 relative egészséges maradt.

Az ezután következő generációban már két elmebeteg van. III. 3-nak állítólagosan egészséges férjétől egy schizoid psychopatha fia származott, ez jelenleg körülbelül 30 éves, két eddig egészséges 3–5 éves gyermek apja. III. 2 férjében bizonyára kisebb energiájú, de feltehetőleg szintén hasonmú hajlamosító örökletes részegységekkel találkozva, hozta létre patient, kifejezett schizophréniájával.

A sorvadás dominans menete mellett generációként némi javulást mutatott, míg a psychoticus megnyilvánulások recessivitás mellett fokozatosan súlyosabb formában jelentek meg; olyan mértékben, mint amilyenben a körülmények kedvezőtlen összetalálkozása

folytán a psychosisra disponáló factor potenciájában nőtt.

A fent vázolt családja a schizophréniának és a Ch.-M.-T.-féle izomsorvadásnak közös aetiologiájára hívhatja fel a figyelmet, ez a közös aetiologiai momentum mindenképpen szerint a heredodegeneratio, az electiv külső csíralevel bántalom.

A budapesti királyi magyar Pázmány Péter Tudományegyetem III. sz. belklinikájának (igazgató: br. Korányi Sándor egyetemi ny. r. tanár) közleménye.

A liquor cerebrospinalisban észlelt nem specifikus positiv Wassermann-reactióról.

Írta: Nádor-Nikitits István dr.

Kafka és Kirschbaum¹ összehasonlító klinikai, serologiai, anatómiai és szövettani vizsgálatai megerősítették, hogy az agy-gerinevelő burkainak fokozott átjárhatóságával járó megbetegedéseknél, elsősorban pedig az acut meningitiseknél előfordulhat nem specifikusan positiv Wassermann-reactio a liquorban. E nem specifikus positiv Wassermann-reactiót azonban csak akkor észlelték, ha a serum Wassermann-reactióra positiv volt, amikor is a serumból jutott át a positiv Wassermann-reactiót adó test a liquorba a meninxeken keresztül (természetesen az előbb jelzett gondosan megcsejtett vizsgálatokkal kizárták a központi idegrendszer syphilisének lehetőségét). Ezzel szemben kijelentik viszont, hogy negativ serum Wassermann-reactio esetén positiv Wassermann-reactiót a liquorban nem specifikusan nem láttak és az nem is fordulhat elő. Kraemer², eltérően ezen tapasztalatoktól, meningitis tuberculosánál ++++ positiv reactiót kapott 0.2 cm³ liquorral, amikor a serum csak ++ pozitíven reagált, sőt egy esetben positiv Wassermann-reactiót észlelt negativ serumreactio mellett meningococcus meningitisnél.

válás után történt meg. Ellene szól *Kafka* és *Lesser* véleményének másrészt az a körülmény is, hogy a friss, illetve erősen kezelt luesok liquora könnyen negatívvá válik inaktiválás után, sőt *Eicke* szerint még azon paralysis progressiva esetek liquora is, akiknek Wassermann-reactiója a serumban negatív értéket mutat.

Meg kell jegyeznünk, hogy e nem specifikusan positiv liquor Wassermann-reactiók nem csökkentik lényegében a Wassermann-reactio nagy fontosságát, ha a szabály alól való kivételek eshetőségét ismerjük és ezen eshetőségre gondolunk. A diagnosztikus tisztázása céljából minden esetben ezért felette ajánlatos, ha a többi liquorvizsgálatokat is megejtjük (colloidreactiók, összefehérje, globulinmeghatározás stb.) és ha ezeknek, valamint a klinikai tünetek összességéből igyekeznünk diagnosztikánkat fölláttani.

Irodalom: ¹ *Kafka* u. *Kirschbaum*: Deutsche Zf. Nervenheilk. 1922, 75. köt. — ² *Kraemer*: Münch. med. Woch. 1918, 41. sz. — ³ *Plaut*: Münch. med. Woch. 1918, 45. szám. — ⁴ *Lesser*: Arch. für Derm. 1921, 87. l. — ⁵ *Mestreizat*: Cpt. rend. des séances de la soc. biol. de Paris. 1921, 8. sz. és Bulletin de la soc. chimie-biologique 1924, 7. sz. — ⁶ *Nádor-Nikitits*: Cpt. rend. des séances de la soc. biol. de Paris. 1925, 4. sz. — ⁷ *Higier*: Münch. med. Woch. 1925, 14. sz. — ⁸ *Heinemann*: Arch. für Schiff- u. Tropenhyg. 1924, 1. és 5. sz. — ⁹ *Kafka*: Med. Klin. 1921, 1035. l.

A Sátorajjúhelyi Szt. Egyleti Kórház (igazgató: Zinner Sándor dr.) sebészeti osztályának (osztályvezető főorvos: Székely László dr.) közleménye.

Az anus praeternaturalis elzárásának új módja.

Írta: Székely László dr.

Bár számos eljárás ismeretes a bélsársipoly és az anus praeternaturalis elzárására, adott esetben, mint azt a gyakorlat mutatja, gyakran nem adnak kielégítő eredményt. A sikertelenségnek legtöbbször két oka van; és pedig vagy az, hogy helybelileg erősen fertőzött területen dolgozva, a primára bevarrott seb elgyenyed s e miatt, avagy más okból, a sipoly kiújul, vagy pedig a hashártya ürege a legnagyobb gondosság és elővigyázat dacára befertőződik, hashártyagyulladás keletkezik, ami azután a beteg egyáltalán való meggyógyulását teszi kétséssé. Mindkét hibaforrás legbiztosabb kikerülésére legjobb eljárás tehát az, amikor az anus praeternaturalistól távolabb eső helyen per laparotomiam igyekszünk a folytonosságot helyreállítani, az anus praeternaturalis helyét pedig akár ugyanakkor, akár második ülésben zárjuk el. Természetesen, ez csak bizonyos esetekre s főleg olyanokra áll, amikor nem mesterségesen készített anus praeternaturalis elzárásáról van szó, melynek elhelyezésénél és készítési módjánál — ha az eset maga s főleg a beteg állapota megengedi — már számításba vesszük annak elzárási mikéntjét. Egy szóval nem iskolaesetről van szó, hanem olyan esetekről, amikor nincs módunkban a helyet megválasztani, pl. elhanyagolt kizárt sérvek kapcsán előállott bélsársipoly vagy anus praeternaturalis esetében.

A bélsársipolyok és anus praeternaturalis keletkezési módjait vázlatosan összefoglalva, megkülönböztetünk

1. mesterséges bélsipolyokat, melyeket a sebész készít és

2. spontán keletkezetteket.

A mesterséges sipolyok lehetnek átmenetiek, pl. bélelzáródásnál, midőn az elesett beteg állapota nem

engedi meg a gyökeres műtétet, vagy a tervezett műtét technikai okokból csak több ülésben végezhető el, mint pl. carcinománál, tuberculosinál, stb., és lehetnek állandó jellegűek, mikor is a gyökeres műtét a beleken vagy a kis medencében helyet foglaló inoperabilis daganat miatt nem vihető ki és csak a bélelzáródás megoldása jöhet szóba.

Ritkábban fordulnak elő a spontán bélsársipolyok és anus praeternaturalisok, melyek keletkezhetnek az idült lobos folyamatoknál, pl. a belek gümös megbetegedésénél, amikor is a daganatszerű képlet összekapaszkodik a hasfallal, azt is elárasztja gümőkkel, melyek elszajtosodnak, szétesnek s a bélsárbakteriumok hatása alatt bélsárflegmonera, majd átfuródásra vezetnek. Még ritkábbak a heveny gyulladásokhoz (appendicitis perforativa) társult bélsipolyok.

Előállhatnak bélsársipolyok sérülés kapcsán is (tehénzarvdöfés), de leggyakoribbak a spontán fellépő bélsipolyok közül azok, melyek bélüszkösödéssel járó elhanyagolt kizárt sérvek kapcsán lépnek fel.

Bármiképen keletkezik is bélsársipoly vagy anus praeternaturalis, kétségtelenül rettenetesen hatnak a betegre s környezetére. A kellemetlen büzt terjesztő állandó bélsárfolyás, mely gyakran a sipoly elhelyeződése miatt pelotával sem szabályozható, a beteget foglalkozásukban, társadalmi érintkezésükben gátolja, egész idejüket annak tisztántartására kell szentelniük, gyakran erős, égő fájdalmakat, viszketést okoznak, amit a környéki, sokszor minden kezeléssel dacoló idült, makacs ekzema idéz elő. Mindezen okok erősen hatnak a beteg lelkiületére, súlyos neurastheniára vezethetnek, aminek — ha hosszabb ideig áll fenn — még a sipoly elzárása után is nyomai maradhatnak. Ehhez járul még az, hogy azon esetekben, mikor a bélsársipoly magasan van, a beteg inanitiós tünetek között valósággal elsenyved.

Mindezekből látható, hogy milyen fontos a bélsársipolynak vagy anus praeternaturalisnak mielőbbi elzárása. A használatos eljárások közül legegyszerűbb a sipoly átvarrása, amikor is a hashártya üregét nem nyitjuk meg, a hasfali peritoneumhoz odanőtt bélkacsot nem választjuk le, hanem a sipoly falait kimetszük, a belet sero-serosus varrattal elzárjuk s a hasfalat rétegesen bevarrjuk. Ha a bőr igen feszülne, úgy a sipoly mellett, akár mindkét oldalon is, feszítlenítő segéd bőrmetszéseket ejtünk (*Dieffenbach*). Ezzel az eljárással csak egészen kicsi sipolyok láthatók el, a kiújulás gyakori.

Sokkal tökéletesebb *Moynihan* eljárása, aki a sipoly körüli bőrészletet az éppen babérlevél alakban körülmetszi, az így kapott bőrlebens széleinek összevarrásával a sipoly külső nyílását elzárja, majd követi a sipolyt egészen a bélíg, melyből azt ékalakban kimetszi. A belet két rétegben zárja, elsüllyeszti s tiszta műszerekkel friss isolatio- és kesztyűváltás mellett a hasfalat rétegesen zárja. Az eljárásnál kevés a kiújulás, de meg kell nyitni a hasüreget és kiterjedt összenövéseknél nem végezhető, gümös sipolyoknál egyenesen veszélyes, mert a saját szövetből álló bélfal könnyen beszakad (peritonitis) s még több sipoly keletkezik. Ha a sipoly körüli bélészlet az egyesítésre nem alkalmas, úgy szabályszerű bélresectiót kell végeznünk.

Braun a sipolyt körülmetszi, az oda- és elvezető bélkacs között széles összeköttetést készít az által, hogy az egymás mellett fekvő bélsárákat néhány centiméternyi hosszúságban összevarrja. Ezen varrat mellett kétoldalt és vele párhuzamosan mindkét bélkacsot

felhasítja és a két külső, egymásnak megfelelő lebenyt két rétegben egyesíti.

Az anus praeternaturalist, mielőtt elzárjuk, bélsárpollyá alakítjuk át az által, hogy a sarkantyút igyekezzünk eltávolítani. Ezt bélzúzonak (*Dupuytren*, *Mikulicz*) a sarkantyúra való helyezésével és fokozatos összeszorításával érjük el, amikor is a zúzóba befogott sarkantyú 8–10 nap alatt elhal és így széles összeköttetés keletkezik az oda- és elvezető kacs között. A műszer alkalmazása nagy óvatosságot igényel, mert mesenterium vagy becsúszott bélkacs becsípése nagy bajokat idézhet elő. Olykor a sarkantyú vissza is nő.

Ezek volnának azok az eljárások, melyekkel a sipoly helyi elzárását eszközöljük.

A bélfolytonosságnak laparotomia útján való helyreállítását célzó műtét a sipolyhoz vezető kacs kiiktatása, amely abból áll, hogy az ideiglenesen összevarrott bélsárpolytól távolabb eső helyen felkeressük az oda- és elvezető kacsot, köztük széles „side-to-side” összeköttetést létesítünk és az anastomosis és a sipoly-nyílás között mindkét bélkacsot lekötjük. Célszerűbb a lekötés helyett a belet átvágni, mert egyszerű lekötés után már észleltek kiújulást. Ennél az eljárásnál ugyan helyreáll a bélfolytonosság, de a sipolyhoz vezető bélkacsok állandóan több-kevesebb nyálkát választanak el, ami a betegre nézve állandó kellemetlenség. Eljárásom éppen ezen nagy kellemetlenség végleges kiküszöbölését célozza, annál is inkább, mert semmivel sem rejt nagyobb veszélyt magában az egyszerű bélkiiktatásnál.

1925. évi június hó 25-én nagyon elesett, gyöngénő beteget szállítottak be osztályomra, kinek combserve nyole nappal azelőtt záródott ki. A lesoványodott 60 éves nőbeteg nyelve, ajka száraz, hőmérséke 37.1° , érelkése filiformis, üres, percenként 136. Has erősen elödomborodó, puffadt, kopogtatási hangja dobos. A vékony hasfalán keresztül látszik az erős bélmozgás. A bal Poupert alatt tenyérnyi területen a bőr fényes, piros, lobos, közepén kis ökölnyi hullámzó terime-nagyobbodás.

A könnyen megállapítható kórisme kizárt sérvből eredő bélezáródáshoz társult bélsárphegmone volt. Tekintettel a beteg korára, általános állapotára és arra, hogy nyole nap óta nem táplálkozott, úgy ítéltük meg a helyzetet, hogy itt gyökeres műtétről legfeljebb csak későbbi időben lehet szó s így csak a bélsárphegmone megnyitása jöhetett tekintetbe. Felületen aethylechlorid bódulatban a bélsárphegmonet megnyitottam, amikor is kitűnt, hogy egy vékonybél körülbelül 10 cm-nyi darabja teljesen el van halva. Ezt a csatokban lógó béldarabot eltávolítottam s a bélesonkokat néhány biztosítóöltéssel a Pouparthoz rögzítettem. A proximális csontból több liternyi bűzös folyékony bélsár ürült, melyet steril konyhasó-oldattal kiöblítünk. A beteg másnap jól érzi magát s néhány nap múlva megkezdjük a m. sphincter ani ext. rendszeres tágitását s az elvezető csont öblítését, nehogy az összeessék. Minthogy a beteg jó étvágya és bőséges táplálkozása dacára alig erősödött, továbbá minthogy a naponta többször végzett letisztogatás és a *Lauenstein* ajánlotta dermatol-pasta alkalmazása mellett a csaknem állandóan folyó, majdnem teljesen folyékony bélsár súlyos ekzemat okozott, arra következtettünk, hogy magasan fekvő anus praeternaturalissal van dolgunk, azért igyekezzünk ezt mihamarabb elzárni.

1925. évi július 28-án, miután a bélesonkokra gazet helyezünk és ragtapaszcsíkokkal teljesen elzárjuk, aether-chloroform-keverék bódulatban a beteget a köldök alatt laparatomizáljuk. Az oda- és elvezető bélkacsokat körülbelül 15 cm-nyire az anus praeternaturalistól átvágjuk s a négy bélesonkot dohányzacskóvarrattal elsüllyesztjük, a bélfolytonosságot „side-to-side” végzett széles nyílással állítjuk helyre. A két 15 cm-nyi hosszú vékonybéldarabot kettős lekötések között fodráról szabadaddá tesszük és átvágott végüket még két egymás fölé helyezett dohányzacskóvarrattal invagináljuk. A hasüreget rétegesen zárjuk. Most jön a műtét második szaka. A ragtapaszcsíkokat eltávolítjuk, a két bélnyílásba egy-egy peant vezetünk,

megfogjuk az invaginatumot s a béldarabot kesztyűujj módjára kifordítva az anus praeternaturalis nyílásán keresztül kihúzzuk, úgy, hogy a két béldarab a hasból nyálkahártyájával kifelé fordulva lóg ki. A kihúzott béldarabok tövét megzúzzuk, a nyálkahártyát lefejtjük s egy-egy erős lekötés fölött levágjuk, a sebet sarjadzással hagyjuk gyógyulni. A beteg 14 nap alatt símán meggyógyult.

Eljárásom tehát azon esetekben alkalmazandó, amikor az anus praeternaturalis helybelileg el nem zárható, akár azért, mert a súlyos, minden helyi kezeléssel dacoló ekzema a bevarrást lehetetlenné teszi (magasan fekvő anus praeternaturalis), akár azért, mert — mint pl. az adott esetben (*hernia cruralis inc.*) — a lobos területben fekvő bélesonkoknál való minden praeparálás a közelfekvő s könnyen beszakadó combvisszér miatt nem tanácsos. Az eljárás a betegre nézve a bél egyszerű kiiktatásánál nem rejt nagyobb veszélyt magában, mert alig hosszabbítja meg a műtétet néhány perccel, kiújulás kizárt, a hasüregben feleslegesen bennmaradó bélkacsok nyálkelválasztása nem képez állandó nagy kellemetlenséget a betegnek és minthogy a fertőzött területen nem kell a hasüreget megnyitni, a hashártyagyulladás veszélye sem nagyobb, mint az egyszerű bélkiiktatásnál.

THERAPIA

A Charité Poliklinika bőrgyógyászati osztályának (főorvos: *Sellei József dr. kir. tanácsos*) és Röntgenlaboratóriumának (főorvos: *Bárony Tivadar dr.*) közleménye.

Ekzemakezelés 10%-os konyhasó-oldat intravenás alkalmazásával.

Írták: *Sellei József dr., Bárony Tivadar dr. és Liebner Ernő dr.*

Az intravenásan adott 10%-os natrium bromatum-oldat kitűnő hatását az acut, nedvedző ekzémáknál minden oldalról megerősítették. A kedvező eredményeket *Lebedjew*¹ nyomán legtöbbször a brómcomponens sedatív hatásának tulajdonították. *Sellei és Liebner*² — a 10%-os natrium bromatummal végzett kísérleteik után — nem csatlakoztak az általános véleményhez, főleg azért nem, mert a bróm per os még sokkal nagyobb adagokban sem ad hasonló eredményt. Véleményük szerint az intravenásan adott 10%-os natriumbromid valószínűleg „a kolloidok megváltoztatásával” fejti ki hatását. A bróm azonban nemesak per os adagolva hatástalan, hanem bizonyos sókban intravenásan is. A 10 és 20%-os strontiumbromid naponként történő intravenás befecskendezése (5–10 cm³) acut és subcut ekzémákra úgyszólván semmi hatással nem volt *Sellei és Liebner* kilenc esetében. Mindkét említett sorozatban hypertoniás brómoldatról volt szó és mégis — bár az egyik sorozatban a natriumot a biológiai szempontból a calciumhoz hasonló hatású strontiummal helyettesítették — az egyik sorozatban (natriumbromid) kitűnőek voltak az eredmények, a másik sorozatban (strontiumbromid) a kezelés csaknem hatástalan maradt. A 10%-os natriumbromid-kezelésnél ezek alapján — úgylátszik — nem a brómcomponens dönti el a therapiás eredményt.

A 10%-os strontiumbromid sorozat után *Bárony Tivadar* ajánlatára egy évvel ezelőtt áttértünk a 10%-os konyhasóoldat intravenás adagolására. Az injectiókat (10%-os natriumchlorid-oldat, 10 cm³) naponta adtuk. Az eredmény igen jó volt. 28 esetben végeztük a kezelést, ezek közül nyole volt nagy kiterjedésű acut dermatitis, hat exacerbált ekzema, öt dyshidrosis és kilenc sub-

acut ekzema. A viszketés a legtöbb esetben még az injectio napján csillapodott, papulosus efflorescentiák másnapra laposabbak, halványabbak lettek, a nedvedzés csökkent, a gyulladás szinte egyik napról a másikra engedett acuitásából. Acut nedvedző dermatitisek és ekzemák általában 5–8 nap alatt javultak (egy esetben csak 12 nap alatt), nem nedvedző, nagy kiterjedésű ekzemák és dermatitisek 3–7 nap alatt. Betegeink egy részét localisan, külsőleg is kezeltük (aqua calcis—ol. olivarum aa, aqua plumbica, kamillateás borogatások), mások semilyen helyi kezelésben nem részesültek.

G. O.-né, 33 éves. 1925 április 23. Második hete papulosus ekzema a végtagokon, a hason és a mellen. Hat natriumchlorid-injectio után 8 nap alatt gyógyult, minden külső kezelés nélkül.

Más esetekben a megelőző egyéb külső kezelés eredménytelen volt és csak a konyhasó-injectiók után következett be a javulás.

B. J., 25 éves szerelő. 1925 április 7. Második hete fejlődő hyperaemiás, duzzadt ekzema seborrhoicum az areon, nyakon, mellen és a hát felső részén. Olajos borogatásra, Burow-kenőcsre rosszabbodott, duzzadtabb lett. Egyheti külső kezelés után adott kilenc natriumchlorid-injectio után 12 nap alatt gyógyult.

28 betegünk közül öt esetben nem volt eredménye az eljárásnak, négy subacut ekzémánál és egy dyshidrosisnál. Ez esetekben a tünetek csaknem változatlanok maradtak (a viszketés és nedvedzés átmeneti csökkenésétől eltekintve). A négy ekzema közül kettő folytatlagos natriumbromid-kezeléssel szemben is refractaer maradt, kettő azonban ez után gyógyult. Hogy ez utóbbi két esetben a brómcomponens hatott-e — egyéb tényezők mellett — előnyösen, vagy a hypertoniás oldat folytatlagos adagolása, erre biztos feleletet adni nem tudunk. Minthogy azok az esetek is magyarázatra várnak, melyekben az előrement brómnatrium-kezelés volt hatástalan és az utólagosan adott natriumchlorid-injectiók után jött létre javulás, illetőleg gyógyulás.

Az a körülmény, hogy egyes esetekben külső kezelés is történt, alig nehezítette meg az eredmények elbírálását. Néhány esetünkben a külső kezelés majdnem hatástalan volt egészen addig, míg az injectiókat meg nem kezdtük. Hangsúlyozzuk, hogy amikor az injectiók hatására az acut jelenségek visszafejlődtek, megszűnt, illetve csökkent az ekzémás bőr irritabilitása is, ami abban állott, hogy amíg az előbb igen enyhe hatású külső kezelésre (kamillatea, mézszivola, híg Burow-vagy ólomvizes borogatásokra) a gyulladásos tünetek hevesebbek lettek, az injectiók tartama alatt ekzémás betegeink nemesak a borogatásokat, hanem később az erősebb resorcinos-ichthyolos kenőcsöket is jól tűrték.

Konyhasós infúziókkal (nagyobb mennyiségű subcutan és intravenásan adott physiologiás konyhasó-oldattal megkísérelték már régebben is az ekzemák kezelését. Ezek az eljárások azonban nem vezetnek olyan szembetűnő eredményhez, mint az imént ajánlott, könnyen, kényelmesen adagolható 10%-os intravenás injectiók.

A 10%-os natriumchlorid intravenás injectiójával egy esetben sem észleltünk semmiféle kellemetlenséget, ez előnyt biztosít eljárásunknak a — bár szörványosan, de mégis előforduló — brómnatrium- s calciumchlorid-mellékhatásokkal szemben.

Hogy az intravenás 10%-os natriumchloriddal elért eredményeknek mi a hatásmechanismusa, ezt nem tudjuk; a folyamatba vett kísérletektől várjuk a feleletet arra, hogy mennyiben hat, mint hypertoniás oldat, mennyiben, mint konyhasóoldat és hogy milyen szerepük van ebben az ionhatásoknak.

Összefoglalás: 1. 10 cm³ 10%-os natriumchlorid-oldat naponként történő intravenás befecskendezése az

ekzema és dermatitis kezelésében jó eredményeket ad; a legtöbb acut, nedvedző folyamat gyorsan javul, illetőleg gyógyul, lassúbb a hatás a subacut folyamatoknál.

2. Az eredmények nagyjában megegyeznek a 10%-os natriumbromiddal elért eredményekkel.

3. Az injectiók teljesen ártalmatlanok, semilyen mellékhatásuk nincs.

Irodalom: ¹ Lebedjew, Dermatologische Wochenschrift 1924, 35. sz. — ² Sellei és Liebner, Bőrgyógyászati, urológiai és venerológiai szemle 1925, 3. sz.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A lágyyszájpad elváltozásai belső betegségeknél. P. Neuda. (Grenzg. d. Med. u. Chir. 1926, 39. köt.)

Szerző vizsgálatai szerint a lágyyszájpad nyálkahártyáján gyakran észlelhetők jellegzetes elváltozások, melyek, charakteristikus voltuknál fogva, bizonyos betegségsoportok elkülönítő körjelzésénél is értékesíthetők. A nyálkahártya szín-, vérteltség, rajzolat-, víz- és zsírtartalom megváltozásából származó eltérések főleg a bélrendszer és vele összefüggő mirigyes szervek megbetegedésénél jelentkeznek, csakis a lágyyszájpadra szorítkoznak s jelzői lehetnek nemcsak kóros állapotoknak (ikterus, zsírsanyagcsere-zavar, stb), de különálló betegségeknél is. Így a lágyyszájpad kifejezett hyperaemiája észlelhető ulcus duodeni estiben, míg ulcus ventriculi, appendicitisnél rendszerint normális. Sárgás elszíneződés látható viszont cholecystitis és cholelithiasis oly eseteiben is, hol általános ikterusnak nyoma sincs jelen. Sárgaságnál a sárga színváltozás intenzitásából és kiterjedtségéből következtet annak okára; májbetegségeknél inkább diffúz és intensiv, epehólyagbántalmaknál (cholecystitis, cholelithiasis) enyhébb és körülírtabb, rendszeren csak foltszerűen a raphe-szögletre terjed ki az elváltozás. Lueses megbetegedéseknél (mesaortitis, tabes, májlues, stb.) gyakran sötét, barnássárga, duzzadt, elmosódott rajzolatú zsíropastosis jellegű a nyálkahártya (májlaesio?). Hasonló a kép fejletlen vagy infantilis jellegű fiataloknál is (intrafoetalis májbántalom?). Pankreas megbetegedésekre (acut pankreatitis, zsírnekrosis) barnás árnyalatú színváltozás a jellemző. A szerző a lágyyszájpad ezen önálló symptomatológiáját annak a vérrendszerrel összefüggő fejlődéstani vonatkozásával magyarázza.

Fischer dr.

A benzinmérgezés hatása a vérre. N. Schustrow és E. Salistowskaja. (D. Arch. f. klin. Med. 150. köt., 271. old.)

Állatkísérleteiben a vörösvérsejteknek és a fehérvérsejtek minden fajtájának megfogyásán kívül a vérregenerációnak, a csontvelő fokozott működésének tüneteit is észlelték. A benzin-anaemiát haemolysissnek tartják, nem pedig aplasiának. A benzol erősebb mérég lévén, gyorsan aplasiás anaemiához vezet. A hatást a vérsejtek lipid-anyagainak feloldódásával magyarázzák.

Perémy dr.

Apró bőrvérzésekről vérpangás esetén, főleg hypertoniánál és endocarditis lentánál. N. Weissmann. (Zeitschr. f. klin. Med. 102. l.)

Szerző az először Rumpell és Leede leírta, majd Stephan által behatóbban vizsgált és endothelsymptomának nevezett jelenséget vizsgálta változatos belgyógyászati beteganyagon. Vizsgálatait Stephan útmutatásai szerint végezte, úgy, hogy a kart a vérnyomás-mérő manchettájával öt percig 70–100 Hg-mm nyomással leszorítva tartotta, majd a következő öt percben figyelte, vajjon jelentkeznek-e apró bőrvérzések. Azt találta, hogy endocarditis lentánál az endothelsymptoma úgyszólván mindig erősen positiv, úgyhogy itt az endothelsymptoma differentiózó jelnek tekinthető.

Ezenkívül pozitív volt az endothelsymptoma tiszta glomerulonephritisnél (egy eset) és majd minden hypertóniásnál (21). Érdekes, hogy a kar leszorítása közben mérve a capillariskok vérnyomását, azt találta, hogy ez hypertóniásoknál sem magasabb, mint egészséges embereknél (500 H₂O-mm). Míg hypertóniásoknál ezalatt igen sok bőrvérzés jelentkezik, egészségeseknél egy sem. Véleménye szerint fel kell tételezni, hogy a tünet okozója a capillariskok falának functió elváltozása a vegetatív, illetőleg sympatikus-idegrendszer kóros állapota következtében; annál is inkább, mert jelenleg mindinkább úgy látszik, hogy a hypertóniát centralis vegetatív idegrendszeri elváltozások okozzák.

Friesz dr.

A vörösvérsejtsüllyedésről. M. Georgopoulos. (Zeitschr. f. klin. Med. 102. 1.)

Tudva azt, hogy a calciúmsóknak milyen nagy szerepe van a vér alvadásánál s mivel egyesek a vörösvérsejtsüllyedést összefüggésbe hozzák a véralvadásal, a szerző vizsgálta nyulak vörösvérsejtsüllyedésének idejét a vérpályába adott calciúmhlorid-injectio előtt és után. S azt találta, hogy a süllyedés calciú adása után mindig gyorsult. Ebből az következne, hogy azon esetekben, ahol az alvadási idő rövid, a süllyedésnek is gyorsulnia kellene lenni és viszont. A tapasztalati tények azonban ennek éppen az ellenkezőjét bizonyítják, úgy, hogy további vizsgálatoknak kell eldönteni, hogy mi az oka a süllyedés gyorsulásának calciú adása után.

Friesz dr.

Cardiazollal és hexetonnal szerzett tapasztalatok. Lange. (Deutsche med. Wochenschr. 1926, 7. sz.)

Részletes görbékkel illusztrált beszámolót közöl a cardiazollal hatásáról. Különösen akut, súlyos keringési zavarokban mutatkozott hatásosnak, ahol fontos volt hamarosan eredményt elérni. Ha a pulzust sem lehetett már tapintani s intravenás adagolás is kiviétel volt, a subcutan injectio is többnyire pár perc alatt elegendő volt arra, hogy a pulzus ismét tapinthatóvá váljék. De még chronikus keringési elégtelenségben — akár muscularis insufficiencia, akár billentyűhiba lett legyen is az oka — jó eredményt mutatott akkor is, ha a betegek a digitalist nem tűrték. Súlyos pneumoniákban nemesak a vérkeringést, hanem a légzőcentrumot is kedvezően befolyásolta. A subcutan befeecsendezés néha körülbelül egy óráig tartó égető érzést okoz, érzékenyebb betegek azért így nehezebben is tűrik. Kellemetlen mellékhatásokat nem észleltek. A cardiazollal tehát nagyon jó hatású szernek tartják. A hexeton is nagyon jól bevált mindenféle szívgyengeségben és keringési zavarnál, mert a keringésre és a légző centrumra is jó hatással van. Néhány esetben azonban intravenás injectio után izgalmi jelenségeket, még súlyos tonusos-clonusos görcsöket is észleltek. Ezért szívesebben alkalmazták intramuscularisan vagy subcutan, de így hatása a cardiazollal szemben lényegesen gyengébb.

Szabó Géza dr.

Sebészet.

A műtétek után fellépő tüdőgyulladás Röntgen-kezelése. C. Fried. (Klin. W. 1. füzet, 1926.)

Tekintettel arra, hogy a műtétek után fellépő tüdőgyulladásnak semmiféle specifikus gyógyszere nincs, megpróbálták a Röntgen-besugárzást. A besugárzás 40 eset közül 32-nél gyógyulást eredményezett. A Röntgen-besugárzás hatása a hőmérséklet csökkenésében, a helyi tünetek visszafejlődésében és a beteg subjectív jóérzésében nyilvánul. A hőmérséklet esése vagy kritikus, vagy pedig lytikus. Hét esetben, mivel jó közérzet és lázmentesség mellett a tüdőbeszűrődések még fennállottak, a besugárzást meg kellett ismételni. Gócos vagy lebenyes tüdőgyulladás jelenléte a besugárzás eredményére nincs kihatással. Tüdő- és mellhártya, valamint septikus tüdőgyulladásnál is eredményesen alkalmazták a besugárzást. Két esetben a fellépő tüdőgyulladás eltolt tuberculotikus góc fellob-

banása volt; egyik esetben a besugárzásra leest a hőmérséklet, de a tüdőlelet nem változott, míg a másik esetben a besugárzás eredménytelen volt. Nem operált betegek tüdőgyulladásainál, valamint tuberculotikus tüdőgyulladásnál is észleltek jó eredményt besugárzásra. Az adag mennyiségét a beteg alkata szerint szabják meg. 80–120 R. mennyiséget adnak ½ mm vastag zink- és ½ mm vastag aluminiumlemezen átszűrve 50 cm focus távolságból a bőrre, úgyhogy a beteg leheny a besugárzott területre essék.

Pordes a Röntgen-sugarak gyógyító hatásának okát a fehérvérsejtes beszűrődés szétrombolásában látja. Arnold pedig a vegetatív idegrendszerre gyakorolt véredénytagító és vérbőséget okozó hatást tartja a gyógyulás okának.

Ornstein László dr.

Pylorusszűkületet okozó hatalmas diverticulum. Sebening és Schöndube, Frankfurt. (Arch. f. kl. Chir. 1925, 137. köt., II. füzet.)

67 éves nő gyomorcarcinoma-kórismével műtétre kerülve, a pylorust elfoglaló, almányi daganatot találtak, amely szoros összefüggésben volt az epehólyaggal. Antrumresectio és a vele összefüggő epehólyag eltávolítása után Billroth II. Gyógyulás. A kiirtott daganat a gyomor nagygörcsületének praepylorikus részét a gyomor ürege felé benyomó cystának bizonyult, amely a pylorust erősen szűkítette és amely az epehólyag fundusán át ceruzavékony nyílással közlekedett a zsugorodott, vastagfalú, köveket tartalmazó epehólyaggal. Az epehólyag ezen diverticulumát az epehólyagfundus adenomájának cystikus tágulásából származtatják.

Czirer.

Mediastinalis folyamatok haláloskimenetelű hasi megbetegedések képében. Neumann. (Wiener klin. Wochenschrift 1926, 1. sz.)

Két halálos esetével kapcsolatosan tárgyalja, hogy a gyomor- és béltonia, az epehólyag pangása, egész a bélsárhányásig fokozódó székszorulás oka némely esetben tisztán mediastinalis eredetű lehet, oly értelemben, hogy valamely mediastinalis folyamat (tuberculosis vagy daganat) a nervus vagust összenyomja. Hogy ez könnyebb lefolyásban mily gyakori eset, még egyelőre megállapítani nem lehet, de az bizonyos, hogy nem tartozik a ritkaságok közé.

Demjanovich K.

Fájdalmas izom- és ízületi bántalmak kezelése. Josef Misgeld. (Med. Klin. 1. sz.)

A heveny és idült izom- és ízületiúszok, izom-fájdalmak, ischias és izomneuralgiák esetében a salicyl-készítmények gyakran nem hozzák meg a gyógyulást. Ezért Misgeld, Blumenfeld és Schall példájára, ezekben az esetekben nagy klinikai anyagon (összesen 240 eset) új készítménnyel, a salderminnel próbálkozott. Kísérletét feltűnő eredmény kísértte, amennyiben összes esetei rövidesen teljesen gyógyultak.

A saldermin virágjában gyűjtött solanum- és papaverfélék kivonata, melyet menthollal és aetherikus olajokkal kevernek. Az új szert részint bedörzsölések, részint kenőcsös borogatások alakjában alkalmazzák.

Pernyész.

Diaphragma molle. Altschul. (Med. Klin. 2. sz.)

Altschul diaphragma molle néven új kórképet írt le. A megbetegedést az jellemzi, hogy a rekesz a nap különböző szakában különböző helyzetbe kerül: reggel normalis képet mutat, délnél egy magasságba kerül a jobb rekesszel, este pedig ennél két-három harántujjal magasabbra. Az oka a megbetegedésnek szerinte az, hogy a nervus phrenicust lefutása közben a tüdőhilus tuberculotikus megbetegedése, mediastinalis tumor, vagy az aorta, illetve szív balkamra tágulás miatt valamelyes ártalom éri, úgyhogy a vezetés nem szakad ugyan meg, de az ideg fáradékony lesz.

A klinikai tünetek nem kifejezetek: részint mellkasi, részint hasi jellegűek. (Köhögés, mellkasi szűrés-fájdalom, szívdobogás, gyomorteltség, felfúvódottság, hányinger.)

A megbetegedést már mások is észrevették, de nem figyelték rendszeresen. Ebből nagy fogalomzavar keletkezett, mert ki-ki a talált lelet szerint keresztelte el a betegséget (relaxatio, eventeratio, rekeszelégtelenség). Okául gyomor-bélfelfúvódást, hashártya-, mellhártyafolyamatokat, traumákat szerepeltettek, mások veseszületett rendellenességnek tartották. *Altschul* állításának igazolására rövidesen ismertetni fogja nagyszámú eseteit.

Pernyész.

Adatok a bélelzáródás kórtanához és sebészi kezeléséhez. *J. Perlmann.* (Arch. f. Klin. Chir. 1925, 137. köt., 2. füzet.)

215 bélelzáródásban szenvedő beteget operálva, megállapítja, hogy az ileus leginkább férfiaknál fordul elő, és pedig inkább fiatalabb, mint idős korban. A spastikus ileus aránylag ritka. A mechanikus ileus felosztja obturációs, strangulációs ileusra, volvulusra és invaginációra. Az elkülönítő kórismét az egyes ileus formák között rendkívül nehéznek és néha teljesen lehetetlennek tartja. Pontosán ismerteti esetenként az ileus okát és a követett műtéti eljárást, mely annál jobb eredményt ad, minél korábban végezzük azt. A végzendő műtétet mindig a beteg erőbeli állapotához és a műtéti lelethez kell alkalmazni. Legnagyobb halálozást talált a volvulusnál, minek okát abban keresi, hogy a kórisme bizonytalansága miatt a betegek rendszeren későn kerültek műtetre. A sigma volvulusa jobb műtéti eredményt adott, mint a vékonybél. Az ileus miatt végzett műtéteket súlyos beavatkozásnak tartja, melyeknek kimenetele mindig kétséges, a korai kórisme azonban a beavatkozás veszélyét lényegesen csökkenti.

Matolay.

A tennis-könyök prognosizáról. *Ochsenius.* (D. med. Wochenschr. 1925, 48. sz.)

Leírja saját könyökén történt észlelését. 27 éve jobb könyökében tennisjáték közben hirtelen fájdalmakat érzett, majd alkarizmainak nagyfokú elfáradását. Bizonyos mozgásoknál (hajlított könyöknél való supinatio) igen intenzív fájdalom érzése volt, mely időnként elmúlt, de igen gyakran ismétlődött, olyannyira, hogy tennisezni, vívni, sőt időnként írni sem tudott. Röntgen-lelet arthritis deformans mutat a radiohumeral ízületben. Ezen leírt eset alapján kétségbevonja *Saar* azon állítását, hogy az ilyen tennis könyök rövid gyógykezelés után minden esetben teljesen meggyógyul.

Lumniczer dr.

Urologia.

Dystopiás vese heveny tuberculosisa. *Bock* (Eis-leben). (Zeitschr. f. Urologie 1926, 20. köt., 2. füzet.)

Esetét érdekes lefolyása, a betegséget kiváltó ok, a diagnosis helyes felállítása miatt közli. 21 éves nő 3/4 éves jobb alhasi fájdalmairól panaszkodik. Diagnosis jobboldali adnextumor, appendicitis chronica. Műtét lumbalanaesthesiában: a tumor és appendix kiirtása. Kilenc nap alatt teljes gyógyulás. Három hét múlva az alsó hasat egy érzékeny fluctuáló tumor tölti ki. Punctióra vizelet ürül. Hátsó kolpotomiával Perrin-behelyezés, melyen át napi 600–700 g vizelet ürül. Chromocystoscopia: ép hólyag, jobb vese nem működik. Jobb ureter catheterbe 10 cm³ tejet fecskendezve, a Perrin-ürül ki. Röntgen: a jobb vesefészekben vesearnyék nincs. Diagnosis: hydronephrosis a medencében lévő jobb vesében. Műtét: középső hasmetszés; a retroperitonealis tumor környezetével erősen összekapaszkodott, kiválasztani nem lehet. Kikanalazva a törékeny masát, sebet ellátva, bevarrja. A kaparék tuberculosus sarjszövet. Beteg tuberkulin- és napkúra után 37 nap alatt gyógyul, sebek zárulnak. Négy hónap múlva panaszmentes; gynaekologice jobb oldalon egy nem érzékeny köteg tapintható, egyébként rendben. Cystoscopia: a hólyag kissé jobb felé húzott, jobb vese nem működik.

A beteg panaszait az adnextumor okozta, mely a műtétnél tuberculosus elváltozást nem mutatott. Az első műtét kiváltó okként szerepel a hevenyen fellépő

vesetuberculosisnál, mikor is az ureter elzárult és hydro-, illetve pyonephrosis keletkezett. A vese dystopiás volta, embryonalis lebenyzettsége és a vesepangás alkalmas volt a tuberculosus fertőzésre.

Hasonló esetekben, a jobb áttekinthetőség miatt, a számbavehető műtétek közül a laparotomiát ajánlja.

Egerváry dr.

Haematuria hydronephrosissal. *J. Gottlieb.* Moszkva. (Zeitschr. f. Urologie 1926, 20. köt., 2. füzet.)

Haematuria hydronephrosissal viszonylag ritkán fordul elő és nem kardinalis symptoma. A moszkvai urológiai klinikáról részletesen közöl két esetet, mely azért is érdekes, mert a haematuria egyetlen symptomája volt a hydronephrosissal. Az összes lehető vizsgálatokat elvégezte, ennek dacára csak a pyelographia tisztázta, hogy a haematuria oka: hydronephrosis. *Israel* 40 hydronephrosis közül hétnél figyelt meg vérvizelést. *Blatt* 20 esetben négyenél, melyek közül egy analog szerző esetével. Több német szerző ritka jelenségnek tartja a vérvizelést hydronephrosissal, addig a római sebészeti klinika statisztikája szerint 38–45%-ban fordul elő. *Israel* a vérvezelés okát úgy magyarázza, hogy a vesemedencében lévő retentiós vizelettel egy időben vénás pangás áll fenn. A vér az egyenes csatornákon át a vesemedencébe lép át s a lefolyás helyreállítása után a véres vizelet a hólyagba jut. Az ex vacuo vérzést, mely a hirtelen kiürülő vesemedencenyomás megszünte után lépne fel s melyek a hólyagvérzésekhez hasonlóak, s melyet *Blum*, *Bary*, *Molinari* feltételez, *Israel* elveti. Szerző szerint a vérvezelés oka a vese hyperaemiája, mely hydronephrosissal a súlyosabb vese süllyedése által jön létre. Az ex vacuo vérzésről szerző eseteiben nem lehet szó. Szerző az esetek egy részében a vérvezelés okát a hydronephrosis glomerulonephritisében feltételezi.

Egerváry dr.

Néhány szó a dystopiás vese diagnosisához. *J. Gottlieb.* Moszkva. (Zeitschr. f. urologische Chirurgie XIX. köt., 1–2. füzet.)

A dystopia felismerésére egyetlen exact vizsgálati methodus a pyelographia. Az ureterhossz mérése, melyet *Hochenegg* ajánlott, idejét multa, elvetendő, mert az ureter cathetert előrehaladásában kő, nyálkahártyaráne akadályozhatja, másrészt a catheter teljes felfezése nem zárja ki a vese fekvésének változását, abnormitását. 142 esetből 18-ban a pyelographia mutatta meg a dystopiát. Ezekből három esetben a dystopiás vese más kóros változást nem mutatott.

Egerváry dr.

A hypernephromások végső sorsa. *G. G. Smith és A. B. Shoemaker.* (Massachusetts General Hospital.) (The Journ. of Urology XIV. köt., 4. füzet.)

62 esetről referál; 43 féfnél, 19 nőnél fordult elő, a két oldal körülbelül egyenlő arányban volt megítélve. Az V. évtizedben kétszerannyi volt a megbetegedés, mint a többi korban együttvéve. Feltűnő volt, hogy a legfontosabbnak tartott tünet, a haematuria, az eseteknek több mint a felében hiányzott, megnagyobbodott vese vagy tumor körülbelül 75%-ban fordult elő. A megnagyobbodott vese — bizonyos korban — már tumorgyanús, alaposan kivizsgálendő, akár van haematuria, akár nincs. Hangsúlyozza a pyelographia fontosságát, amely mindig karakteristikus képet adott és útbaigazította. Sajnálatos, hogy a haematuria olyan későn jelentkezik, vagy kimarad, mert ez a tünet viszi a beteget először az orvoshoz, már pedig az operabilitás szempontjából a minél korábbi diagnosis a fontos. Fájdalmakról nem igen panaszkodtak a betegek, inkább csak akkor, amikor haematuria is fellépett, mit az ureternek véralvadékokkal való elzáródására vezet vissza. 27 esetnél operative eltávolították a tumort, nephrektomiát végeztek, köztük egy esetben a tumor a mellékvesében ült, s a vese meghagyásával volt eltávolítható; négy operatív halálozás fordult elő, hat beteg további sorsáról nincs tudomása, kilenc esetnél volt kedvező és tartós az eredmény, 4–12 évig éltek a betegek. 19 esetnél csak feltárták a tumort, hat halálozással. A nem operáltak kétharmada egy éven belül meghalt.

Érdekes volt egy humerusmetastasis sorsa, az amputatio után csak öt év múlva halt meg „veserák“ következtében. Metastasisok a comb és felkaron, különösen a végeken, a vörös csontvelőben lépnek fel, mint a vörös velő vékony és kanyargós capillarisaival magyaráz. Egyes csontmetastasisok nagy, erythemás Röntgen-dosisokra jelentősen megjavulhatnak, ami a beteg élet-tartamát megnyújthatja. Egy metastasis esetén a műtét még szóba kerül, többszörös metastasisok azonban kizárják.

Radó Béla dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A hüvelyi csírok virulentiájának élettani kísérő-tünetei. Louros. (Klin. Wochenschrift 1926, 4. sz.)

A Ruge-Philipp-módszerrel megjelölt avirulens streptococcusok között vannak oly törzsek, melyeket a vér a próbában ugyan megöl, melyek azonban a szövetekben septikus elváltozásokat képesek létrehozni. Klinikailag és kísérletileg bebizonyítható, hogy a virulentiának különböző fokai különböztethetők meg. A virulencia a csírokra jellemző és azoknak egyik „tulajdonságát“ képezi. A kevésbé virulens csírok sokkal nagyobb glykolysist képesek előidézni, mint a resistensek, olyannyira, hogy előbbieket a hüvelyben, a pálcikák kivételével, saját glykolysisük okozta gennyiségű savképződés áldozatai lesznek. A resistens csírok hiányos glykolysise mellett viszont a pálcikák nem képesek megélni és így ezek mennek tönkre. Vagyis a hüvelyi váladék pH-concentrációját illetőleg a csírok virulentiája, illetőleg resistenciája igen lényeges szerepet játszik. A csírok mérgezőképességét a virulencia és resistencia kíséri, illetőleg annak fokaival párhuzamosan halad.

Liebmann.

A homoeoplastikus petefészekátültetés anyagáról. Sippel. (Klin. Wochenschrift 1926, 7. sz.)

Az átültetésre használt petefészeknek működés-képesnek kell lennie. A működésképes és tápláltság mellett szervátültetésnél fontos szerepet játszanak még az egyén biochemiai tulajdonságai és ez a magyarázata a működésképes, de testidegen petefészek gyors felszívódásának. Az eredmények mindenképpen javíthatók volnának, ha az átültetés előtt vérvizsgálattal választanák ki az egymáshoz illő eseteket. A megfelelő anyag megszerzése meglehetősen nehéz. Legcélszerűbben még a méhen kívüli terhességnél, méh- és hüvely-aplasiánál eltávolított és egyideig esetleg jégén conservált petefészeket használhatók. Az újabb vizsgálatok szerint újszülöttek petefészekének átültetésétől is jó eredmények várhatók. Az átültetésre kerülő anyagot célszerű szabad szemmel s kis darabját góreső alatt is megvizsgálni. Tuberculosis és carcinoma, vagy ennek dispositiója a transplantatummal át nem vihető s így a szabad szemmel egészségesnek talált petefészek, ha beteg egyéntől származnak is, transplantálhatók. Így lehetséges volt sok esetben cervixcarcinomás beteg petefészkét baj nélkül átültetni. Rákos szervezet védekezőképességét rákos petefészekszövet transzplantálásával fokozni nem sikerült, ez esetekben az átültetés sem sikerült. A végzett 127 homoeoplastikus transzplantatio mind simán gyógyult, egynél sem volt lényegesebb szövődmény.

Liebmann.

A női kankó gyógykezelése autovaccinával és multivalens kevert vaccinával. P. Schumacher és H. Kliewe. (Arch. f. Gyn. CXXVI. köt., 1. füz.)

A nemibetegségeknek, különösen a kankós megbetegedéseknek a világháborút követő elterjedése teszi actualissá a kérdést. A régóta alkalmazott chemotherapiás gyógyító eljárások eredményeit, illetőleg sikertelen kísérleteit jelen munkájukban nem ismertetik.

A női nemiszervek kankós megbetegedéseinek vaccina kezelése azon feltevésből indul ki, hogy megölt baktériumok befeeszkendezése a szervezetet fokozott

immun anyag termelésre készíti, tehát activ immunitásról van szó. Hevenyes megbetegedéseknél vaccina-kezelést végezni nem szabad. A gyógykezelés ilyen esetekben kizárólag ágynyugalomból és borogatások alkalmazásából álljon. Ha idült gyulladásnál kezdünk vaccina-kezelést, úgy gyakori intramuscularis injectiókat adjunk az adagok egyenletes lassú emelésével és a klinikai tünetek, valamint az általános állapot állandó szemmel tartásával. Egyes nagyobb adagok intravenás alkalmazása a folyamat rosszabbodását, újbóli hevenyessé válását vonhatja maga után. Idült állapotban a vaccinának kezdeti adagja 10 millió, idősebb folyamatoknál 20–25 millió és egészen idősült, tehát régi folyamatoknál, ahol a függelékek táján érzékenység már alig van, vagy egyáltalán nincsen, 50 millió auto- vagy multivalens gonococcus-vaccinát ajánlanak. A gonococcusoknak végleges eltűnése a húgycső, illetőleg a nyakcsatorna váladékából már hat intramuscularis injectio megadása után elérhető, ha multivalens vaccinát adunk, míg autovaccina alkalmazásánál ugyanazt az eredményt 20–180 millió csírral érjük el. Szerzőknek kizárólag ilyen kezelés mellett sikerült kankósan fertőzött nőbetegeik 66%-ánál, átlagban 50 nap alatt, a váladékot gonococcusmentessé tenni. 17%-ban visszaesést láttak. A helyi kezeléssel elért jobb eredményt lényegesen rontja az a körülmény, hogy utána 31%-ban recidiva lépett fel. Egyidejűleg alkalmazott helyi és vaccina-kezelésnél látták a legjobb eredményt, még pedig multivalens gonococcus-vaccinával 80%-ban, autovaccina- és helyi kezelés mellett 91%-ban érték el gyógyulást. Recidivát egy esetben láttak fellépni, ez esetben a vaccina-kezelés eredménytelensége miatt. A húgycső és nyakcsatorna váladékának állandó gonococcus mentességét átlagban a 30. napon érték el. A női nemiszervek ascendáló kankós megbetegedésének helyes kezelése tehát Schumacher és Kliewe szerint a jól alkalmazott helyi kezelés és vaccina-therapiából áll.

Haba dr.

Vizsgálatok a vérmenyiség megszaporodásáról a terhességben. P. Bohnen és K. Borrmann. (Arch. f. Gyn. CXXVI. köt., 1. füz.)

Az eddig ismert eljárások kritikai méltatása után ismertetik W. Griesbach által ajánlott kolorimetriás eljárást, amely a legpontosabb értéket adja. Beszámolnak saját vizsgálataikról, amelyet 10 esetben a terhesség első felében, 20 esetben a terhesség második felében és 10 nem terhes nőnél végeztek. Az utóbbiaknál az összvérmenyiségre 64%-ot kaptak. Ezen érték megközelíti a Griesbach által kiszámított 67%-ot. A terhesség első felében lévő nőknél ez érték 763%. Olyanoknál, kik a terhesség második felében voltak, 7%-nak találták az összvérmenyiséget. Ezek szerint a vérmenyiség megszaporodása már a terhesség első felében kimutató tény. A terhesség első felében fellépő szívelváltozások ezek szerint a vér mennyiségének megszaporodásában lelik magyarázatukat.

Haba dr.

Fájdalom nélküli szülés hypnosisban. U. Franke dr. (Arch. f. Gyn. CXXVI. köt., 1. füz.)

A fájdalom nélküli szülés vezetésére vonatkozó kísérletek ismertetése után szerző a hypnosisban vezetett szülések technikáját tárgyalja. Nassauerrel és Haupttal ellentétben, akik erkölcsi és egészségi ok miatt ellenzői az amnesiával járó szüléseknek, a hypnosis jogosultságát hangsúlyozza. A hypnosisban vezetett fájdalom nélküli szülés két szakaszra oszlik: 1. az előkészítésre, 2. magára a hypnosissra. Igen fontosnak tartja a terhes nő hypnotikus előkészítését. Ismételt felébredés esetében, vagy későn megkezdett hypnosisnál a Hallauer által ajánlott narkohypnosit alkalmazta. Jó hypnosis mellett a szülők 1/5-énél sikerült Frankenak a szüléseket teljes amnesiában vezetni.

Haba dr.

Gyermekorvostan.

Adalékok az anya és gyermeke közötti endokrin kölcsönhatáshoz. *R. Neurath.* (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1925—1926, 31. köt., 3—4. füz.)

Az újszülött mastitise, arcának hypophysaer eredetű puffadtsága, pajzsmirigyének és nemzőszerének relatív atrophiaja mindmegannyi ismert bizonyítéka annak, hogy az anyai hormonok átmennek az újszülöttbe. Ezzel szemben az, hogy a foetus is képez hormonokat, melyek bejutnak az anyai szervezetbe, ma még alig méltatott tény, jöllehet erre mutatnak már *Lüttge* és *Mertz* terhességi reakciói is. Még meggyőzőbbek a kísérletek, melyek kimutatták, hogy az anya veséjének, pancreásának, stb. kísérletes károsítása után a foetus megfelelő szervei fokozott működést fejtenek ki. Ilyirányú állatkísérletek megerősítésül szolgálhat azon ugyancsak vikariáló hyperfunctionnak minősítendő eset is, midőn a két izben egészséges gyermeket szült nő tíz hónappal strumectomiája után egy hatalmas strumájú gyermeknek adott életet. *Lenart György dr.*

Adatok a porenkephalia keletkezéséhez és klinikájához. *Kikuth.* (Jahrbuch f. Kinderheilkunde. 111—61. köt., 1—2. füz.)

Szerző háromhónapos porenkephaliás csecsemőt észlelt. A súlyos klinikai tünetek (görcsök, tremor, nystagmus, izomrigiditás, aluszékonyság) chloral s urethan adagolására visszafejlődtek ugyan, azonban nyolc hónap múlva baloldali bénulási tünetek léptek fel s változatlanul fennállottak az exitusig, mely bronchopneumonia következtében három hónap múlva állott be. Sectiónál nagy defectus a jobb hemisphaerán.

Különböző szerzők a porenkephalia kóroktanában vascularis, traumás, gyulladásoz folyamatokat és fejlődési rendellenességeket szerepeltetnek. Szerző fenti esetét enkephalomalaciás folyamat folytán fellépő cystaképződésre vezeti vissza, mely talán a szülésnél fellépő agyi vérzés után jött létre. *Vitéz Gera dr.*

Az idiomuscularis duzzanatról és rángásról a csecsemőkori. *F. Demuth.* (Zeitschr. f. Kinderheilk. 39. köt., 5. füz.)

Egészséges csecsemőnél az első kilenc hónapban idiomuscularis duzzanatot vagy rángást kiváltani nem sikerül. Szerző 36 súlyosan dystrophiás csecsemőnél mechanikus inger által a törzs izomzatán idiomuscularis rángást tudott kiváltani, egyeseknél csak közvetlen a halál előtt, másoknál napokkal azt megelőzőleg. Ezek alapján az idiomuscularis rángást a szerző igen rossz prognostikai jelnek tekinti és pathogenetikailag e tünetet a szervezet acidosisára vezeti vissza.

Beck Rella dr.

Proteintherapia s hatása gyermekek és kísérleti állatok organismusára. *Tur.* (Zeitschr. f. Kinderheilk. 40. köt., 4. füz.)

Célja volt oly eseteket vizsgálni, ahol a szövetek reakcióképessége csökkent. Kísérleteit lóvérserummal és tehéntejjel végezte, először fiatal, egészséges házinyulaknál, azután gyenge, leromlott gyermekeknél. A legfiatalabb gyermek 1 hónapos volt, a legidősebb 15 éves, többnyire tuberculosis esetek. Lázás reactio 38°C-ig terjedt s 24 óra múlva tünetmentesek voltak. Az elért hatás bizonytalan, gyakrabban negatív, mint jó. Legjobb hatást gyengén fejlett, rosszul táplálkozó csecsemőknél látott. Reakcióként láz, fehérvérsejtszaporulat és a fermentatív energiának megváltozása lépett fel. Táplálkozási zavaroknál javulás — jobb étvágy és súlygyarapodás — már az első injectiók után mutatkozik. A proteintherapia a vörösvértestek, haemoglobin s festődési index emelkedésére nincs hatással. A vérképben lymphocyták s monocyták szaporodása látható, gyakori fiatal alakok megjelenése is. Klinikailag eredményes esetekben a vérserumban megszapordik a lipase, katalase, estherase és az autolythikus fermentek, eredményteleneknél ezek csökkenése mutatható ki, kétes esteknél a fermentumok viselkedése is ingadozó.

Henszelmann dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Anekdoten aus der medizinischen Weltgeschichte von *E. Holländer.* Verl. Ferd. Enke, Stuttgart. Ara füzve 20 M.

Ez a 224 oldalos, elsőrangú illusztrációkkal, főleg pompás arcképekkel díszített, remek nyomású könyv sok tanulságos és élvezetes órát szerzett nekem, míg az utolsó betűig elolvastam. Címe kissé félrevezet: nem mind „anekdota” az, ami benne van, hanem igen sokszor a korszakra, a személyre jellemző történeti feljegyzés, sokszor nagyon is komoly esemény, életrajzi adal, mint pl. *Semmelweis* felfedezése és küzdelme, *Joannes Wierus* üldözött élete, *Paracelsus* önhitt, de erőteljes düzzadó írásai, s különösen az ókori orvosokról tett feljegyzések, élmények éppen nem vices adomák. Általában furesa egyvelege ez a könyv a komolynak és a tréfának. Nem vindikálja magának a történelmi munka komoly értékét és mégis tanít, korszakokat és irányokat megvilágít egy-egy nagy ember reflektor-alakjával. Észrevétlenül, mindenestre fáradság nélkül és élvezetesen, néhol mulattatóan tanulunk belőle orvostörténelmet.

Az új kor már egyre tréfásabb lesz és itt nem egyszer fakadunk hangos hahotára. *Boerhaave* tudományos lepecsételt hagyatéka, mit egy angol nagy pénzen árverésen vett meg, s amiben csak ennyit talált: „Den Kopf halt kalt, die Füße warm, Und pfropf nicht allzusehr den Darm”; *Du Bois-Raymond*, *Hyrtl* tréfás szigorlatai, számos élelőddés az orvosi honorárium, *Doyen* persiflázsa körül jól megkacagtatnak bennünket.

Aki fáradt napi munka után nagy emberek szellemében, s a háttérét képező korok történelmi fényében akar gyönyörködni, az vegye meg e könyvet, mely nemcsak szórakozással tölti be pihenőórát. *Vámosy.*

Praktikum der Zahnärztlichen Chirurgie. Von *B. Steiner.* Verlag: Urban & Schwarzenberg Wien, 1926. 200 Seite mit 113 Abbildungen und 2 Tafeln. 9 M.

Szerző kifejezetten kezdők részére és szorosban a fogászati sebészet körébe számítható műtétek technikájával foglalkozik könyvében (az állcsontok sebészetét nem érinti). Rövid bonctani előismeretek előrebocsátása után bőven és kimerítően tárgyalja (40 oldalon át) a fogorvos gyakorlatában szükséges érzéstelenítési eljárásokat és e részben különösen *Sicher* bonctani megállapításaira támaszkodik. Gyakorlati hasznának azok az összeállítások, melyekben egy-egy fog területén végzendő beavatkozásokhoz való érzéstelenítések módjait összegezi. Bőven tárgyalja a fogextractiókat és itt szól a typusos és atypusos extractiókról, az extractiók utókezeléséről és azok szövödményeiről. Külön fejezetet szentel a III. nagyörölő extractiójának, amikor azt a fog ú. n. nehéz fogzásának kapcsán kell végeznünk. A gyökérhártya és gyökérhártyalobokat tárgyaló (körülbelül 30 oldal) elméleti fejtegetéseket nem tartjuk éppen egy „Praktikum”-ba valónak és nem is osztjuk azt az indicatio állítást, mellyel e részben találkozunk. Egyébként úgy az előbbi fejezetekben, mint továbbá a gyökésűcsresectiókról, a cystákról, replantatiókról, retineált fogakról, epulisról szóló fejezetekben a bécsi iskola tanításait látjuk, annak az iskolának tanításait, mely oly sok maradandó alkotott az utolsó évtizedekben szakmánk terén. Legsikerültebb fejezete a könyvnek az atypusos fogextractiókról szóló; abban sok megfontolandó és megszívlelendő dolgot találhat minden szakember. A munkát nemcsak a kezdőknek, de a gyakorló szakembereknek is melegen ajánljuk.

Szabó prof.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület április 17-i ülése.

Prof. Krüekmann (levelező tag): Hangsúlyozta, hogy a szemnek a tuberculosis-kutatásban különleges szerepe van, mert ezen a szervben sok tuberculotikus elváltozást experimentálisan nagyon könnyű megfigyelni. A szemben megkülönböztetett: productiv, exsudativ, fibrosus és caseosus formát: ide tartozik még a lupus, mint a szemhéjak tuberculotikus megbetegedése.

A kizárólag productiv forma, az elsajtosodott tuberculum a szemnek keveset árt, mert ezen betegségformánál a szem átlátszó közegei a betegségben ritkán vesznek részt.

Az exsudatív formák már sokkal súlyosabbak, mert az áttetsző közegek zavarosságán kívül még iris-összenövéseket is okozhatnak.

A nagyrészt fibrosus formák miliaris és submiliaris tuberculumok következtében keletkeznek. Leggyakrabban chorioiditis disseminatánál észlelhetők.

Az elsaftosodások főként fiatal egyének corpusciliare-jában fejlődnek ki, az észlelés elől hosszabb ideig rejtve maradhatnak és ezalatt a szemet elpusztíthatják.

Néha a szervezetben az egyedüli hely a szem, ahol a tuberculosus elváltozás kimutatható.

A gyógyulás százaléka az utóbbi években 80–85%-ra emelkedett, 10 esztendő előtt 10–15% volt. A gyógyulás százalékszámának emelkedése szorosan összefügg az immunitás tanának felismerésével és a kipróbált diatetikával. Sok eset kedvező diatetikus fel-tétel mellett spontán gyógyul. A spontán gyógyulás leggyakrabban fordul elő fiatal egyéneknél a harmadik decenniumban, szoptató asszonyoknál, vagy heveny betegségek után legyengült betegeknek. Kivétel az influenza és kanyaró, mert ezen betegségek következtében a szervezetben felhalmozott immunanyagok elpusztulnak.

Egyidejűleg fennálló tüdőtuberculosis a szemre nézve is kedvezőtlen. Itt nem használ a specifikus terapia, mert a szervezetben immunanyagok amúgyis túlzott mértékben vannak felhalmozva, amelyek azonban hatástalanok maradnak.

A szem chronikus tuberculosis esetén a legnagyobb kíméletre és korai kezelésre van szükség. A terapia szempontjából a legfontosabb az egyes formák felismerése és pontos megfigyelése. A specifikus kúrákkal csak akkor szabad az organismusnak segíteni, ha újabb ártalmakat nem okoznak.

A tuberculosis-immunanyagokat a specifikus kó-rokozó által előidézett reactionnak kell tekinteni. Ezért csak olyan terapia jöhet tekintetbe, mely a szerveze-tet újabb immunanyagok képzésére ingerli. Nincsen olyan szerv, amely a tuberculosisbacillust elpusztítaná. Actív immunizálásra kell törekedni.

Vetített képekben megmutatta azon klinikai ese-tek, amelyeknél az elváltozások egyáltalán befolyá-solhatók. Részletesen ismertette a sokféle tuberculin-praeparatumot, minden egyes esetben megmagyarázta a használat módját.

A szem, tekintettel az áttetsző közegek nagyobb tömegére és csekély vértartalmára (3–4 csepp vér az egész bulbusban), gyakrabban betegszik meg tuber-culosisban és nagyobb szüksége van a segítségre, mint más szervnek.

Minden esetben kizáróan egyéni gyógymódra kell törekedni.

Az Országos Balneologiai Egyesület XXXI. kongresszusa április 23. és 24-i ülése.

Vámosy Zoltán egyetemi tanár megnyitójában lehangoltan szólott arról, hogy ez országban a politi-kán kívül nincs érdeklődés még életfontos közegész-ségi és közgazdasági kérdések iránt sem. Kormány és parlament ügyszólván tehetetlenek, mert idejüket és energiájukat a politikai harcok foglalják le. De bízik a magyar fürdők jövőjében, mert ügyüket ők maguk vették kezükbe a fővárossal, mint fürdővárossal élükön. Megalakult több, az idegenforgalommal foglakozó és ennek kiépítését céltudatosan művelő egyesület és az eredmény már is mutatkozik. Pünkösdre 60 ham-burgi orvos, júniusban 200 amerikai orvos, ősszel való-színűleg ugyanilyen számú mexikói orvos látogatja meg fővárosunk hévveit és a Balatont. 1928-ra pedig a Balneologiai Egyesület meghívására itt tartják „Tagung“-jukat a német balneologusok és az „Aerzt-liche Studienreise“, valamint itt lesz a „Hydrologiai Society“ internationalis congressusa. Ezen évben kü-lönben nagyméretű nemzetközi turisztikai és fürdő-ügyi kiállítás lesz Budapesten, mi az idegenek ezreit gyűjti ide. Ennyi Akarás és tetterő, azt hiszi, meg fogja hozni azt a várva-várt eredményt, hogy a tör-vényhozás kellő támogatásban részesítse és viszonyait törvénnyel rendezze a magyar fürdő- és forrásügynek, az ország legmostohabban kezelt közgazdasági ága-zatának.

1. **Práger Márton:** *A fürdés és az ipari betegsé-gek.* Előadó vázolja az ipari betegségeket és rámutat

keletkezésükre, eredetükre. Az ipari betegségeket a munka káros hatása következtében kiváltódott kórfor-mának tartja, amelynek csak az előidéző okai ipari jellegűek, klinikai képük, megjelenésük azonban tel-jesen megegyeznek a más körülmények között észlelt betegséggel. Szintúgy a therapiában sincs különbség. Adatok, tények alapján szegezi le és bizonyítja be az előadó, hogy ipari betegségek jórészt elkerülhetnék a munkások, ha nagyobb gondot fordítanak a testük tisztaságára, különösen, ha munka után megfürödné-nek. A fürdés, a tisztaság elhanyagolása folytán gyak-ran terjed a munkások között nem egy ragályos beteg-ség. Előadó számos iparüzemet tanulmányozott és leg-több helyen nem talált megfelelő mosdót. Szükségesnek tartja annak minden üzemből való felállítását. Ezzel kapcsolatosan nyomdai üzemekben javasolja a por-szívókkal való portalaníást. A fürdéstől ma még sokan idegenkednek, célszerű, hasznos lenne ezért, ha az egészségügyi propaganda elhatolna a műhelyekbe és világossá tenné a munkások előtt a mosdás, a für-dés fontosságát.

Vámosy Zoltán elnök: Szerette volna hallani, hogy előadó milyen fürdőrendszert gondolt legegélho-zozatónak. Azért is, mert halljuk, hogy a munkások nem szívesen fürödnek és őket arra kényszeríteni nem lehet. Kérdés, hogy az erre szükséges időt a gyár fizesse-e vagy a munkás szabad idejének rovására menjen?

Szegedy-Maszák Elemér: Az ipartelepek egész-ségügyi viszonyai az iparfelügyelők felügyelete alatt állanak, kik rendszeres gyárvizsgálatokat tartanak. A háború, a forradalmak a gyárak hygienés viszonyait is károsan befolyásolták. Fontos a porfűvök helyett a porszívó-készülékek használata a gyárakban, mit az iparfelügyelők állandóan szorgalmazzanak. A gyári fürdőket a munkások nem veszik igénybe kellő mér-tékben. Itt csak az egészségügyi ismeretek terjesztésé-től lehetne eredményt várni.

Szukováthy Imre: A nagybányai szénbánya munkásfürdő berendezése a munkások előtt igen nép-szerű. A langyos zuhany és gőzfürdőt — jóllehet annak használataért minimális díjat fizetnek — hetente leg-alább egyszer használják a statisztikai adatok szerint.

A fürdés propagandáját a gyermekkorban kell kezdeni és e korban kell a fürdőt szokássá tenni. A wien fürdőtulajdonosok lehetővé tették anyagi ál-do-zatok hozzászával, hogy minden wien iskolai tanuló hetente legalább egyszer zuhanyfürdőt vesz. Az iskolai fürdéseket kell tehát — mint azt a külföldi államok-ban látjuk — (Brüsszel stb.) rendszeresíteni és így egy fürdőt jobban szerető generációt nevelni.

2. **Szabóky János:** *A nedvdús meleg klíma és a lágos sós vizek hatásáról a légutak megbetegedéseinél.* A szárazföldi, tengeri nedves meleg klíma főleg meg-nyugtató s kímélő hatású. Szárazföldi nedves meleg klímával Európában leginkább a nyári s csak kevésbé a korai és késői tavaszi hónapokban találkozunk. Ned-ves, meleg tengeri klíma a tengerparti helyeket s ten-geri szigeteket jellegzi és míg ez a klíma földrészünk-nek déli részében leginkább ősszel és tavasszal figyel-hető meg, addig télen ezt a klímát csakis a trópusus és subtropikus tengerparti helyeken, szigetekeken talál-juk. A nedves meleg klíma egyrészt indicatióinak meg-állapítása nehéz, mert ez egyrészt az alapklima jelle-gétől függőleg, másrészt pedig az egyes helyek fekvése szerint változhatik. Főindicatióit ennek a klímának az atmospherai izgalommal szemben annyira érzékeny légzőszerveknek, különösen azok nyálkahártyáinak izgatottságával járó hurutjai s azok az alkalmazkodási képességükben csökkent véredényrendszer megbetege-dései képezik, amelyeknek tevékenységét ismét óvato-san fokozni célozzuk.

Az alkalikus muriatikus gyógyvizek componens hatásuk s anisotoniájuk okozta osmotikus ingadozásai által az emésztést, az anyagcserét, a vesetevékenységet fokozzák, a nyálkatömegek oldása által az expektora-tiót könnyítik meg. CO₂-tartalmuk által pedig termé-szetes szénsavas fürdőkre használhatók. Ezek a vizek a légzőszervek hurutos megbetegedéseinél, a véredény-rendszer, az emésztőszervek s bizonyos hólyag- és vese-megbetegedéseknél indokoltak. A nedves meleg klíma és a langyos sós vizek hatásukban meglehetősen fedik egy-mást, különösen a légzőszervek, de bizonyos tekintet-ben a véredényrendszer megbetegedéseinél is. Az olyan minket érdeklő szárazföldi gyógyhelyeknek főtypusa,

hol ez a két természetes gyógytényező együtt megtalálható, Gleichenberg. Olyan gyógyhelyekkel, melyekben ez a két természetes gyógytényező télen, késői ősszel s korai tavasszal is megtalálható, nem rendelkezünk. Tisztán klimatikus szempontból tavasszal s ősszel első-sorban Ajaccio, Pelagora, Lesina, Lyssa s egynehány dalmát partvidéki hely jöhet szóba, csak ősszel pedig: Abbázia, Lovrana, Lussinpicolo, Chigale s csak kevésbé a Riviera di Levante. Télen csak a subtropikus s tropikus partvidékeket jellegzi nedves meleg klíma.

3. Szukováthy Imre: *A sportok orvosi rendelese fürdőhelyeken.* (Az igazgató-tanács felkérésére tartott előadás.) Amint valamit mint orvos orvosságként rendelünk, úgy az nem lehet már társadalmi eszköznek a propagálása, vagy csupán szórakozás, hanem mint a rendelesek megfelelően gyógyító hatást akarunk előidézni, hatóeszköz: gyógyszer kell, hogy legyen. Hogy a sportot mint gyógyszert rendelhessük, tisztában kell lennünk hatásával, mely egyrészt az emberi testre, szervezetre, másrészt a lélekre, idegrendszerre hat. Az emberi testre vonatkozóan a sportok az általános anyagcserére élénkítően hatva, az elhízásnál, rheumás betegségeknel, kösvény, obstitiónál stb. szerepelhetnek gyógyító eszközként. A sportok az izomzatra és a szívizomzatra, a vérkeringésre is hatnak és így a szívizomzat különböző megbetegedéseinel jöhetnek számításba, mint gyógytényezők. De hatással van a sport a légzőberendezésre és a tüdőre is, miért is még e szempontok is komoly számításba jöhetnek. Végül az általános edzés szempontjából hatalmas preventív gyógyszer a kezünkben. Ha a sportokat analizáljuk, úgy tapasztalhatjuk, hogy azok egészben rithmikus, úgy szólván automatikus mozgások összetételéből állanak és ez esetben az idegrendszer működésével a sportok gyakorlásánál alig, vagy egyáltalán részt nem vesz, viszont a sportok más fajainál a figyelem legébrebb fenntartása szükséges és az idegrendszer úgy szólván teljes egészében koncentrálódik a sport művelésénél. Ezt a két alapelvet ismerve, adagolhatjuk a sportot, mint gyógyszert, részben az idegrendszer pihentetőjeként, részben az idegrendszer teljes működésének a sport gyakorlásával való koncentrálásával annak lekötőjeként. Amint a sportot betegeknek rendeljük úgy, mint gyógyszert, azt csupán orvos rendelheti a betegség foka és minősége szerint, annak használata közben állandó orvosi felügyelet kell. A sport, mint gyógyszer, nemcsak a legkellemesebb és közkedveltségnek örvendő gyógyszer, hanem gyógyítási hatását megfelelően kihasználva, egyik leghatásosabb gyógyszerünk is lehet.

Schulhof Vilmos: Súlyosabb betegségekben szenvedőknél nagyon meg kell válogatni az ajánlott sportok minőségét, melyek között lényeges különbségek vannak.

Vámosy Zoltán elnök figyelmezteti a hozzászólót, hogy tévedésben van, ha azt hiszi, hogy minden fürdőn csak nehezen mozgó súlyos betegek vannak, kik nem sportolhatnak. El kell ismernünk, hogy a neurastheniások, emésztési zavarokban szenvedők, sőt tüdő- és szívbetegéknél is a sport észszerű üzése gyógyfaktor lehet.

Sümei József: Rendkívül fontosnak tartja, hogy minden gyógyhely, a komoly specialis jelentőségű helyek is berendezkedjenek a sport minden ágára. A fürdőorvosnak komolyan kell ezzel foglalkoznia, különösen a tüdőt és szívet illetőleg. A sport-orvosképzés fontos és sürgős feladat.

Benczúr Gyula: Szükségesnek tartja a distinctiót a súlyosabb betegeket kezelő fürdők, azaz igazi gyógyintézetek között és oly fürdőhelyek között, melyben a vendégek egy része üdül, nyaraló. Míg előbbiben a sport szerepe csekélyebb, utóbbiban a sportok bevezetése, helyes üzése nagy örömmel üdvözlendő, annál is inkább, mert ezáltal a sportok üzése oda és arra az időre tereltetik, amely üzésére a legalkalmasabb. Pártfogásába veszi a nálunk — persze egyrészt az utak poros és sáros volta miatt — lenézett, de külföldön sok helyen igen kedvelt biciklisportot.

Vámosy Zoltán elnök újra konstatálja, hogy ismét oly orvos szólalt föl, ki főleg mankón járó betegeket lát. Még izületi bántalmak lepergése után is sok haszna lehet a sportnak, mit a saját eseteivel is bizonyíthat.

Tausz Béla: Klimatikus gyógyhelyen gyakran vetik fel a betegek az orvos előtt azon kérdést, hogy a sport mily fajtáját szabad üzniök? Főleg neurasthe-

niásokat, asthma bronchialeban, stb. szenvedőket, kiknél a sport üzése bizonyos mértékben gyógyító erejű, direkte ki kell oktatni, hogyan használják a sportot minőségileg és időtartamat illetőleg. Melegen üdvözlí azon eszmét, hogy a fürdőorvosoknak kurzust akar tartani a sport élettani és gyógytani jelentőségéről.

Dalmady Zoltán: Minden fürdőhelyen fontos, hogy az orvos a sportok hatását ismerje. Még a legkomolyabb betegségekkel foglalkozó fürdőhelyen is ismételtén jut az orvos abba a helyzetbe, hogy a sportolás megengedésében vagy elrendelésében állást kell foglalnia. A sportok adagolásánál mérlegelnünk kell, hogy versengéssel jár-e az illető sport, abbahagyható-e bármikor, automatikus mozgásokból áll-e, s hogy a betegnek van-e végzésében régebben szerzett gyakorlata?

Előadó: Zárszóban megköszöni a themáról keletkezett vitát. Meg van győződve, hogy lényegében egyetértünk abban, hogy a sport helyesen adagolva és ellenőrizve minden fürdőhelyen kisebb-nagyobb mértékben, de értékes gyógyeszköz többféle betegség kezelésében.

4. Mandler Ottó: *A physikalis gyógy módok szerepe a testnevelésben.* Előadó főleg a normalistól eltérő, vagyis a hibás testalkat alkalmával alkalmazandó gyógy módokról beszél. Főleg a gyógygymnastikát emeli ki a physikotherapiának nagy köréből, melynek ily esetekben a legtöbb szerep jut. A gerincoszlopferdüléseknél alkalmazandó gyógygymnastikai tényezőket fejtegeti, majd miután a gyógygymnastikának történetét is ismertette, előadó kifejté, hogy a gyógygymnastika gerincoszlopferdülések esetén nemcsak gyógyító hatással bír, hanem mint a test fejlődését elősegítő faktor is szerepel. A gerincoszlop ú. n. kyphotikus ferdülésének az elkerülésére egy általa szerkesztett gallérnak a használatát ajánlja. Sürgeti az orthopaediailag képzett személyzet alkalmazását, mert nem szabad a gyógygymnastikát a közönséges tornával összetévesztenünk. A komplikált szertorna helyére az iskolai tornáztatás alkalmával is a célszerű szabadgyakorlatokat és játékokat kellene felvenni és különös súlyt kellene helyezni a törzsgyakorlatok helyes kivételére.

Második tudományos ülés április 24-én.

1. Farkas Márton: *Az asthma bronchiale gyógykezelése villamos fényfürdőkkel.* Felhívja a figyelmet azon kedvező, gyakran feltűnő eredményekre, melyeket az asthma bronchialenek villamos fényfürdőkkel való gyógykezelése nyújt, tekintetbe vétele nélkül az illető egyének allergiájának. A hatás lényegét nemcsak a göres leküzdésében, hanem és főleg a göresre való hajlamosság engedésében látja. Bármennyire paradoxonnak lássék, a hőhatás folytán nemcsak a szervezeti bronchitikus jelenségek enyhülnek, hanem a neurotikus jelenségek is.

10—15 villamos fényfürdő után a bronchialis asthma tünetei elmaradnak. A constitutionalis factort ezzel nem elimináltuk. A tüneti gyógyulást kövesse a villamos fényfürdőkkel való intermittens kezelés, s roboransnak a hydrotherapiái kezelés.

Az időérzésről szóló régebbi tanulmányai kiegészítéseképen ő is megállapítja, hogy az astmatikusok között gyakori az időérzés, de azt is, hogy idegileg teljesen egészséges emberek is betegedhetnek meg asthmában.

Szerinte a bronchialis asthma physice primaer módon nem keletkezik, de utánzás módján, emlékezés útján, psychomechanice igen. S így a psychotherapiának csak jelentős a szerepe. Az asthma bronchiale keletkezési feltételeit jórészt ismerjük, de egységes pathologikus okát nem.

2. Schulhof Vilmos: *A rheumatismusról újabb kutatások megvilágításában.* Előadó a gyakorlatban és az irodalomban észlelhető zavarok elkerülése céljából szükségesnek tartja, hogy a „rheumatismus” fogalma pontosan meghatározassék és azt kívánja, hogy csak azokat a kóros állapotokat nevezzék rheumásaknak, melyeknél erre hajlamos egyénekben a mozgási szervek lágyrészeiben hideg vagy klímás ingerek befolyására jellegzetes, múló, ismétlésekre hajlandó fájdalmak és ezek miatt átmeneti mozgási korlátozottság lépnek fel. A hajlamosságot többféle külső és belső körülmény adhatja meg, ezek között szerepelhet valamely elsődleges intensív klimatikus inger is. A rheumás meg-

betegedés úgy jön létre előadó feltevése szerint, hogy bizonyos klímás ingerekre vagy hidegre a legfinomabb erek, a hajszálerek, egyes területeken rendellenesen reagálnak, nevezetesen tartós hajszálteres összehúzódsok és pangások, valamint ezek által okozott savós és aprósejtes beszűremkedések létesülnek. Ezzel a feltevéssel könnyen érthetők a klinikai tünetek: a fájdalmak és a tapintási leletek, valamint a már régen bevált gyógyeljárások hatása. Tudományos támaszt szolgáltatnak e feltevés számára az újabb capillarmikroszkopiai eredmények, melyekről előadó beszámol és amelyekkel jól egyeznek a rheumatismus nyilvánulásával kapcsolatos egyes figyelemreméltó jelenségek.

Benczúr Gyula: Kétségtelen, hogy mindenféle a rheuma csoportjába sorolt bántalom, így maga az izomrheuma (myalgia) és a bőr kisebb arteriái és hajszálerei tonusa, illetőleg vasomotorikus reakcióképessége között összefüggés áll fenn. Maga is már hosszabb ideje figyeli a bőr érzékenysége és rheumás hajlam közti viszonyt. *Mackensie* híres könyvében, melyben az isomer zónákon belüli reflexekről szól, is utal e körülményre.

Ezután elnök a pályázatok eredményéről számol be. A pályakérdések közül csak a „Mik a jó fürdőorvos és fürdőorvosképzés kellékei” címűre érkeztek pályamunkák. A beérkezett négy munka közül, mely mindegyik értékes gondolatokat tartalmaz, a bírálóbizottság egységes véleménye szerint *Gámán Béla* munkája a legjobb, melynek ennél fogva a pályadíj odaítélését.

3. Bence Gyula: *A vesebajok balneo- és klimatoterápiája.* (Az igazgató-tanács fölkérésére tartott előadás.) Előadásának célja annak ismertetése, hogy az ismert balneo- és klimatoterápiák eljárások miként egyeztetethők össze a vesepathologia és terapia haladásának elvével. A vesebajokról való felfogás az utolsó két-három évtizedben nagy változáson ment át, amióta *Korányi S.* a fagypontmeghatározás klinikai módszerével a vese functionalis diagnostikáját megalapozta. A vese működésének egyénenkénti vizsgálata lehetővé teszi az egyes gyógyeljárásoknak rationalis alapon való megítélését. Más elbírásban részesítendő az anatómiailag beteg, de functionalisan teljesen ép vese, vagyis a kompenzált vesebaj, mint a dekompenzált vesebaj, mely utóbbi az anyagszere következményeinek nem tud eleget tenni kiválasztási képességével, úgy a víz-, mint a só- és N-tartalmú anyagokra vonatkozólag elmarad a szükséglet mögött. Ez utóbbi zavar ahhoz vezet, hogy az említett anyagok bennrekednek a szervezetben és kifejlődik az az állapot, melyet *Korányi S.* veseinsufficienciának nevezett. A vesebajok ezen szakainak szigorú szemeltartásával kell az ismertető eljárásokat megfelelően méltatni.

1. Ivókúrák: Kompenzált vesebajoknál a régen elterjedt vese átmosásának elve bőséges folyadékvétellel nem egyeztethető össze a beteg szerv kímélési elvével. Különösen áll ez ásványvizekre, melyek nemcsak vízmennyiségükkel, hanem különösen bővebb só-tartalmukkal terhelik meg a vesét. Magasabb vérnyomású, bár kompenzált vesebajoknál nagyobb folyadékmegterhelés a szív kimerülésének veszélyét idézheti elő.

Ivókúra csak köszvényes vesebaj esetén ajánlatos, amikor a jó sókiválasztási képesség mellett a Karlsbadi vizet teljes mértékben pótló *Mira* Glaubersós víz jól alkalmazható. Nagyon jó szolgálatot tesz ilyenkor a lithiumtartalmú *Hungária*-forrás vize, melynek nagy előnye konyhasó- és natriumbicarbonat-szegénysége. Ha a vese koncentrálóképesége hiányos, az oldott molekulákat csak híg vizeletformában tudja kiüríteni, ilyenkor a „Zwangpolyuria”-hoz szükséges vízmennyiséget a Hungária-víz alakjában célszerű alkalmazni, mert kis sótartalmánál fogva nem terheli a vese oldott molekulakiválasztó képességét.

2. Fürdőeljárások: Ezek célja, amennyiben nagyobb hőhatásoknak tesszik ki a bőrt, az izzasztás útján a veseműködésnek részbeni pótlása úgy a víz-kiválasztás, mint a só- és N-tartalmú anyagok szempontjából. Eredményük nem mindig áll arányban az esetleges káros következményekkel, így különösen a szívre való hátrányos befolyással. Az izzadságban aránylag több víz és konyhasó távozik, mint N-tartalmú alkatrészt. Legyünk óvatosak N-retentióval járó esetekben, nehogy ezen anyagok koncentrációja az izzasztás következtében a szervezetben fokozódjék és így az uraemia veszélyének tegye ki a beteget. Ha az

izzasztás célja a retineált N részbeni eltávolítása, akkor az izzasztás közben való itatással pótoljuk a víz-veszteséget.

Indifferens 34–35 °C-nyi protrahált 1–2 órás fürdők növelik a diuresist. Ezek alkalmazásakor is a szív állapotát kell szem előtt tartani. A vérnyomás csökkentését és a szívműködés javítását szolgálhatják szén-savas fürdők.

3. Klimatoterapia: Legnagyobb hírnévnek örvend az egyiptomi klíma. Igazi gyógyulást Egyiptomban nem igen látunk. A bőrön át való nagy vízvesztesség *A. Löwi* tapasztalatai szerint nem jár együtt a vizeletmennyiség csökkenésével, még kevésbé oldott alkatrészeinek kevesedésével. Vese-kímélésről tehát nem lehet szó. Miután a párolgás fokozódása nagyobb vízvesztességgel jár, ennek pótlása a szívet fokozott mértékben terheli. Az infekciók veszélye (influenza, torokgyulladás stb.) éppúgy megvan Egyiptomban, mint máshol. A vese kellő koncentrálóképeségének hiányában a fokozott vízpárolgás a retentio veszélyét rejti magában és a lappangó vízkórt, sőt uraemiát válthat ki. Kompenzált vesebajosoknál nagyon fontos a szív erejének megtartása céljából a kellő mozgás. Ennek lehetősége sokkal inkább van megadva a Földközi-tenger európai partján, mint Egyiptomban. Káros minden legesekélyebb szívélváltozás és jelentékenyebb vérnyomásemelkedés esetén az egyiptomi klíma erős párolgásával járó túlságosan nagy vízforgalom lebonyolítása. Ugyanezen betegre nézve nem közömbös a tengeri útnak esetleges nehézsége. Egyedüli célja mindezek után az egyiptomi klímának a téli időszakban a meghűlési ártalmak elkerülése. Ez a tél túlnyomó részén az európai Rivierán, Dél-Olaszországban, Siciliában kevesebb kockázattal, az imént felsorolt veszélyek nélkül is elérhető. A tavasz, a nyár és az ősz idején a Balaton partja enyhe klímájával szintén megfelel e célnak. Előadó ezután az egyes vesemegbetegedések részletes indikációjával foglalkozik, hangsúlyozván, hogy mindezen eljárások csak kiegészítői lehetnek a vesebaj gyógykezelését uraló, functionalis alapon nyugvó diétás eljárásnak. Ezért ivókúra, fürdő-eljárás vagy klímás tényezők alkalmazása csak ott jogosult, ahol a diétás eljárás szigorú egyéni keresztülvihetősége megfelelő intézetben lehetséges.

Szörényi Tivadar: Helnan les Bains sivatagfürdőt illetőleg azzal egészíti ki előadó szavait, hogy Helnan levegője bakteriummentes, van kénes vize, kitűnő diétás konyhája. A sivatag levegője az idegtünetekre is előnyösen hat.

Szabóky János: Örömmel veszi tudomásul, hogy az előadó úr éppen a hypotoniás vizeket tartja célszerűnek, ha egyáltalán az ivókúra indikált. Kérde előadó urat, hogy tekintettel arra, hogy a vesebajosoknál a kímélet szükséges, nem volna-e előnyös a középnedves meleg klíma?

Tausz Béla: Felveti azon eszmét, hogy három vesebeteg, melynek nitrogéneszeréje előzetesen meg van határozva, háromféle eljárásnak vetnők alá. Az egyikkel ivókúrárt végeztetünk Hungária- vagy Miravízzel, a másodikat langyos fürdőkkel, illetve izzasztófürdővel kezeljük, a harmadikat klimatikus fürdőre küldjük s e tekintetben felajánlja a Gizella-telepi Duna-szanatóriumot, hol pontosan meghatározható a főlvezt nitrogénmennyiség, a vizelet pedig 1 óra alatt Budapesten van, ahol a laboratóriumban feldolgozható.

Vámossy Zoltán: Felveti ama gondolatot, hogy nem helyettesíthetné-e az afrikai sivatag-klímát a mi Nagy-Alföldünk? Szerepelne itt még a magyar Alföld pszichikus hatása is. Meg lehetne oldani a kérdést egy szép állami gazdaságban, még pedig szétszórt tanya-rendszerrel, melyek mindenike 1–2 vendégszobát rejtene magában. Valami olyat nyújthatnánk ezzel a bel- és külföldi fürdővendégeknek, amit Amerikában „Clan”-nak neveznek és gazdaságilag biztos sikernek tartanak.

Bence Gyula: Zárszóban *Vámossy* tanár gondolatát értékesnek tartja. Megemlíti, hogy eme eszmét már Orth is kifejezte. *Tausz Béla* gondolatára azt válaszolja, hogy hasonló irányú kísérletek máris folynak kórházi osztályán.

4. Dalmady Zoltán: *Adatok a Balaton balneologiai ismertetéséhez.* A Balaton földrajzi tulajdonságait összehasonlítva Európa más tavainak földrajzi tulajdonságaival, arra a megállapításra kell jutnunk, hogy a Balaton a maga nemében egyedülálló jelenség.

Míg Európa többi nagy tava (Genfi-, Bódeni-, Gardaió stb.) egytől-egyig magas hegyektől koszorúzott több száz méteres mélységű tavak, addig a Balaton 600 négyzetkilométeres kiterjedése mellett is csak három méter átlagos mélységű, oly sekély mélységű tó tehát, minőhöz fogható más a kontinensen nines. Nagy kiterjedése és csekély mélysége és az éghajlati viszonyok egész különleges, mással nem pótolható gyógyító tényezővé, fürdőtani értéké teszi. Csakis a déli tengerek homokos partjain lévő fürdőhelyek gyógyító értéke volna összemérhető vele, de a Balaton itt is előnyben van, mert az édesvízben fürdőzés a betegségek túlnyomó többségében feltétlenül előnyösebb, mint a tengeri fürdő. Hiába a Balatont, mint természeti szépséget, mint egyszerű tófürdőt állítani párhuzamba a külföld tavaival és tóparti fürdőivel. Mindenkori figyelembe kell venni, hogy a Balaton alakulatánál és éghajlatánál, vízének hőmérsékleti és egyéb tulajdonságainál fogva a maga nemében egész Európában egyedülálló gyógyító tényező, mely semmi mással nem pótolható. Pusztán a Balaton kultúráján, megfelelő berendezésű gyógyfürdők létesítésén és kellő propagandán múlik, hogy a Balaton egész Európának keresett, kedvelt és nélkülözhetetlen fürdője legyen.

Közkórházi Orvostársulat április 21-i ülése.

Bemutató:

1. Tessényi Béla: *Béltünetek két esete.* I. 20 éves fiú, két nap előtt teljes jólét után hirtelen hányás, heves görcsös fájdalmak a jobb alhasban. Felvételnél bevont nedves nyelv, 94 puhább pulzus, 38,5 °C hő; szék, szelek nem mennek, hányás nines; az ileocecalis tájon csecsemőfejnyi, kissé érzékeny, mobilis tumor; egyebütt puha, nem fájdalmas has. Műtét: 40 cm-es invaginatio iliaca a bélhalál jeleivel, resectio end-to-side anastomosis az ileum coecum között; appendectomia, gyógyulás. Az invaginatio csúcsán polypus a bél lumenében. II. 10 éves leány, három hét előtt appendicularis roham, egy nap előtt hirtelen heves görcsök a jobb alhasfélben, ricinusra szék. Subfebrilis, nem hány, csuklik, szék nem mennek, a köldöktől jobbra, kissé lejjebb, egy jól mozgatható, alig fájdalmas csecsemőnyi tumor, egyebütt puha, nem érzékeny has, Katzenstein-klýmára véres szék. Műtét: körülbelül 30 cm-nyi hosszú invaginatio iliaca, bélhalál jelei ninesenek, desinvaginatio; appendectomia, sebzés, prima gyógyulás. Az invaginatio előfeltétele a bél rendellenes állapota, polypus tumor, mint I. esetben, spasticus contractura, mint II. esetben. A betürodés szakaszonként is történhetik görcsös attack-ok kíséretében, mint a II. esetben, hol a három hét előtti rohamot betürodés által okozottnak kell felvennie, annál is inkább, mert az appendix ép volt. Gyógymód sebési legyen minél korábban. *Flesch-Thebesius* statisztikája szerint 38 esetből az első 24 órában operáltak 100%-a, a második 24 órában 57%-a, a harmadik 24 órában operáltak ellenben csak 2%-a gyógyult.

Göbl Albin: A gyakorlatban egy hasüregi resistenciáról eldönteni, hogy az invaginatio tumor, sokszor igen nehéz, mert gyakran hiányzik a véres szék (még *Weber* is) és hiányozhatnak a súlyosabb ürülési zavarok. A Röntgen gyakran perdöntő képeire pedig a szükséges műtét gyorsabb keresztülvitele miatt nem kerül a sor. Legkönnyebben felismerhető a leggyakrabban előforduló ileocecalis invaginatio, míg a tisztá vékonybélbetürendkedés már gyakrabban okoz diagnosztikai tévedéseket.

Előadás:

2. Révész Jenő: *Tapasztalatok a Dick-féle vörhenyoltásról.* Rövid visszpillantást vet a vörheny aetiologiájára, melynek ez idő szerinti eredménye a *Dick*-ek álláspontja, hogy a kórokozó vírusa streptococcus haemolyticus scarlatinae. Ezen filtrálható vírus toxinjai ezrelék-hígításban a vörheny iránt fogékony egyének meghatározására szolgál, míg koncentráltabb toxinja aktiv immunisálásra. Beszámol az új Szt. János közkórház gyermekosztályán végzett kísérleteiről. 476 esetben végzett bőrpróba eredménye: + 205 (43,07%), — 254 (53,36%), kérdéses 11 (2,33%), rendellenes 6 (1,25%). Védoltást 147 esetben alkalmaztak. Három védoltás 112 (76,19%), négyre 31 (21,09%), ötre 4 (2,72%) gyermeknél volt szükség. Hatodik védoltásra egyenél sem volt

szükség. *Dick*-negatív gyermek egy sem kapott vörhenyt, *Dick*-védoltott egy. A védoltások — nem mindenkinél — reactióval jártak, fájdalom, láz, hányás, toroktűnet, sőt néha scarlatinaform exanthema. Az oltások káros hatását nem észlelték. A védoltásokat 5–7 naponként eszközölték; hat éven alul 250, 750, 1500 bőregységnyi, hat éven felül 500, 1500, 3000 B. E. adagokban i. m. Vörhenybetegeken végzett *Dick*-próba a reconvalescentia stadiumában mind negatív reactiót adott. Lázás betegségek a bőrpróbaakra hatást nem gyakoroltak, gümőkóros betegeknek inkább negatív reactiót kapott, fülbetegnek szintén némi eltolódás tapasztalható a negatívok javára. A *Dick*-féle oltásoknak minél szélesebb körben való alkalmazását ajánlja.

Torday Ferenc: Hangsúlyozza, hogy a *Dick*-féle oltásokról folyamatban lévő közlések egyelőre nem bizonyítanak amellett, hogy a *Dick*-féle védoltással a vörhenyvel szemben feltétlenül sikeresen lehet védekezni. Azon elméleti alapot, mely szerint a szervezetben keringő nagyobb mennyiségű specifikus antitoxin az illető fertőző kórral szemben védelmet nyújt, némileg megintatja a gráci egyetemi gyermekklinika és közegészségügyi intézet közleménye, mely szerint diphtheriában súlyosan megbetegedett gyermekek vérében nagyobb mennyiségű diphtheria antitoxint találtak. Ugyanilyen értelemben kell felfogni azokat a hozzászóló által is észlelt eseteket, hol *Dick*-negatív gyermekek rövid időn belül súlyos scarlatinában betegedtek meg. Megemlíti következtetések levonása nélkül azon esetet, hol előzőleg egészséges, gyengébb alkattú fiúnál a *Dick*-testoltást követően súlyos hasmenéses tünetek között másnapra körülbelül három hétig tartó állandó láz állott be. A + Pirquet-reactió és a Röntgen-képen látható hilusárnyékon kívül egyéb szervi elváltozások nem voltak; a lázgörbe ty-ra emlékeztet ugyan, de semmiféle laboratoriumi vizsgálat ty-t, illetve ty-os csoportba tartozó megbetegedés gyanúját nem erősítette meg. Meggyőző adatok szerzése okából azt tartja kíváncsúnak, hogy tömeges védoltások lehetőleg oly keretekben történjenek, hol a védoltottak következtetés, állandó, megbízható megfigyelése hosszú időkre biztosítottak látszik.

Juba Adolf: *Dick*-oltás könnyen és minden baj nélkül végezhető. Több száz tanulónál végzett vizsgálatokat. Megbízható-e? Két tanuló vörhenyt kapott, akik pozitív reagáltak. De az egyik a védoltásokat félbeszakította, a másik a sorozatos oltások után még mindig + reactiót adott. Egy gyermek, aki negatív reagált még s megkapta a vörhenyt, felette enyhén, 38 °C alatti lázzal, de tipikus málnanyelvvel. Érdemes lett volna *Dick*-el subcutan oltást végezni, meg tudandó, a kiütést kioltja-e? Mindenesetre nagy előny, ha már azt mondhatnók, hogy negatív *Dick* igen könnyű vörhenyt jelent. *Torday* esete különálló, nem gondolja tbc-nek, inkább hastyphusnak; nagyon sok gyermek fertőzött tbc-vel és mégis eddig csak egy ily eset fordult elő. A *Dick*-oltások feltétlenül folytatandók és tapasztalatok gyűjtendőek. Kár, hogy oly körülményes az eljárás, oly sokszoros próbát követel.

Kalocsa Kálmán: 14 esetben észlelte skarlát kitörését *Dick*-negatív egyének, közülök hatnál a betegség első két napján megismételt *Dick*-reactio öt esetben pozitív eredményt adott. A skarlát minden esetben enyhe volt, három esetben egészen atypikusan enyhe, a *Dick*-reactiók később negatívvá váltak. Ez esetekben tehát relatív és bizonyos körülmények között elégtelenné vált védettségről beszélhetnénk. A védettséget csökkentő körülménynek tekinthető a menstruatio, alatta *Dick*-negatív nőknél több esetben a reactio pozitívvá vált. A *Dick*-negatívok védettségi fokának meghatározására a bőradag többszöröseit tartalmazó toxinoldatok alkalmazhatók, melyekkel az immunitás foka kitírátható. Skarlátreconvalescenteknél az immunitási görbe a legtöbb esetben a 20. nap körül meredeken emelkedik, menstruatio alatt a görbe kissé visszaesik. Célszerű aktiv immunisálás esetén is az elért immunitási fokot meghatározni és lehetőleg magas immunitási fok elérésére törekedni.

Gerlóczy Zsigmond: *Torday Ferenc* felfogásához csatlakozik. Most is változatlanul az a véleménye, aminek a Budapesti Kir. Orvosegyesületben *Bókay* és *Johan* előadásához való hozzászólásában kifejtett, amikor is kijelentette, hogy korainak tartja a *Dick*-féle védoltások széleskörű alkalmazása elrendelése tárgyában a népjóléti ministerium megkeresését. Maradjon a kísérletezés egy ideig továbbra is azok kezében, akik

kórházi osztályokat vezetnek, mert a pontosan észlelt esetekből tisztább képet fogunk alkotni magunknak, mint az általános orvosi gyakorlatban gyűjtött esetek talán tiszterannyi tömegéből. Hogy az új Szt. János közkórház gyermekosztályán a védoltások bevezetése óta eltelt mintegy négyhónapi idő alatt skarlát házi fertőzés nem fordult elő, azt nem lehet határozottsággal a védoltások javára írni, mert a multban is számtalan esetben megtörtént, hogy folytatása nem volt egyes skarlátos megbetegedéseknek. Évek kellenek még ahhoz, amikor a Dick-féle védoltások értékéről nyilatkozhatunk.

Révész Jenő (zárszó): Előadó szigorú megítélését ajánlja annak, hogy positiv-e, vagy negativ-e a reactió? A toxint specifikusnak tartja.

Az orr- és gégegyógyászati szakosztály április 20-i ülése.

Napirend előtt **Safranek János** melegen üdvözlöi **Lénárt Zoltán** elnököt nyilván. tanárrá való kinevezése alkalmából, mire **Lénárt** meghatott szavakban mond köszönetet.

Réthy Aurél indítványai nyomán kifejlődött vitában, **Paunz M.**, **Tóvölgyi E.**, **Fleischmann M.** és **Safranek J.** felszólalásai után, **Lénárt** elnök javaslatára a szakosztály elhatározza, miszerint ezekután évente legalább négy ülést tart és a programot az Orvos-egyesület meghívóján fogja a tagok részére megküldeni.

Bemutatók:

1. Pesti Lajos: Műtéttel kezelt ozaena esetek. 21 *Halle* szerint operált eset közül a pörkképződés megszűnt 7-nél, 12-nél csökkent, 2 nem változott. Az orrbűz 12-nél megszűnt, 8-nál csökkent, 3-nál megmaradt. A műtői complicatiók közül melléküreggyenedést látott 7 esetben. Könnycsorgás a műtét után 3 esetben, otitis 2 esetben lépett fel. Egynél chronikus periostitis jelentkezett. A műtői technikára vonatkozóan hangsúlyozza a crista pyriformisnak a csontlebenyhez való csatolását és az egész laterális orrfal mobilisatiójának a fontosságát. **Hinsberg** szerint operált két eset kapcsán inkább ez utóbbi műtétet ajánlja, mert ennek eredménye nem függ az összenövésektől, melléküreggyenedés nem lép fel, és az utókezelés könnyebb.

Safranek János: Az ozaena kóroktana még nincs véglegesen tisztázva. Végleges bírálatot a bacillaris theoriáról és a vaccinatiós orvoslási módokról még nem lehet mondani. A Lautenschläger-féle műtétet 20 esetben végezte. Végleges eredményt e műtétről csak több év múlva lehet megállapítani. **Hinsberg** módosítás szerint operált 2–3 esete meglepően jó eredményt mutatott.

Kepes Pál: A synchiák igen sok esetben felmondják a szolgálatot. A Hinsberg-féle módosítás tartósabb eredményekkel bíztat.

Lénárt Zoltán: Azt az eredményt, mit a Lautenschläger, *Halle*, *Hinsberg*, stb. komplikált műtétek eredményeznek, sokkal egyszerűbben is elérhetjük az által, hogy a septum és orrfenék nyálkahártyáját elődoborítjuk decalcinált marhaesontlemezeknek a nyálkahártya és perichondrium alá eszközölt implantatiójával. Szólok két év óta 57 esetben végezte ezt a műtétet, az eredményekről, amelyek igen jók, külön előadásban szándékozik beszámolni.

Pesti Lajos: A Halle-műtét hátrányaira reámutatott. A Hinsberg-műtét eredményei kitűnők, technikai lag egyszerű, utókezelésre kényelmes.

2. Pesti Lajos: *Streptococcus mucosussal fertőzött homlok empyema esete.* 23 éves nőbetegnél négy hete főfájások, periostitis abscedens a homloküreg frontális falán. Genyben streptococcus mucosus tiszta kultúrája. Killián-műtét — gyógyulás. A streptococcus mucosus hasonló pathogenitása eddig csak otitiseknél volt ismeretes.

Paunz Márk: A jövőben hasonló esetekre figyelünk kell, miután valószínű, hogy a gondos bakteriologiai és histologiai vizsgálat a jövőben más esetekben is igazolni fogja a streptococcus mucosus kórokozó szerepét.

3. Réthy Aurél: Műtét előtt ideges alapon fellépett hőemelkedés. 21 éves betegnél tonsillektomia mű-

téte előtt 38 C° hőemelkedés, holott betegnek, apró acut megbetegedésektől eltekintve, hőemelkedése soha nincs. Műtétet elhalasztja; félóra múlva hőmérsék normalis. Egy hét múlva a műtét előtt ismét 37.8 C°, műtét után hőmérsék normalis. Ez nem hysteriás hőemelkedés. A nervosus hőemelkedés a kiváltó ok megszűntével elmúlik, brómmal befolyásolható, a hysteriás hőemelkedés azonban nem.

4. Tóvölgyi Elemér: Az orrgarat fibro-angiomája. 18 éves férfibetegnél félév előtt a baloldali orrüreg fokozatosan elzáródott, jelenleg teljesen eldugult. A dugulást egy az orrüreg hátsó nyílására teljesen reáfekvő kisdíonyi, síma felületű és némileg mozgatható daganat okozza, mi a szövettani vizsgálat alkalmával fibro-angiomának bizonyult. Előadó a háború alatt egy orrgarat-fibromát *Denker* szerint operált. Ez a műtét a legmegfelelőbb az orrgaratdaganatok eltávolítására. A műtét alig csillapítható, rendkívül súlyos vérzéssel járt. Az óriási vérzések efajta műtéteknél igen gyakoriak, ez okból az aspiratio elkerülésére feltétlenül ajánlatos a Kuhn-féle intubatio. Jelen esetben előadó megkísérli igen erős elektrolytikus árammal a daganat visszafejlesztését és csak ha ez nem vezetne kielégítő eredményre, úgy *Denker*-műtétet fog Kuhn-intubatio segítségével ismét végezni.

Brill József: 20 éves fiúnál bal orrüregben kis-ujjnyi haemangioma. Már próba-excisionál óriási, csak Belloque-ra szűnő vérzés. Radikális műtét *Denker* szerint carotis externa leköttéssel. Dacára ennek, oly nagy vérzés, hogy daganat teljesen eltávolítható nem volt. A beteg orra jelenleg telve hegekkel, tumorrészekkel. Közeljövőben diathermiás kezelést fognak megkísérlni.

5. Pollatschek Elemér: Acut tonsillaris sepsis kapcsán fellépő Highmor-üreg és rostasejt gennyedés operált és gyógyult esete. (Kézirat nem érkezett be.)

Az Apponyi Poliklinika április 21-i ülése.

Előadások:

1. Epstein Tibor: A vérkép gyakorlati jelentősége. A Schilling-féle vérkép diagnostikus, prognostikus és therapiás használhatóságát tárgyaló összefoglaló klinikai előadás (egész terjedelmében közlésre kerül.)

Lobmayer Géza: Sebészeti prognózis és diagnosis tekintetében nagy fontosságot tulajdonít a vérképnek.

Fekete Sándor: Kérde, mennyiben fedí a vérkép eltérései a vörösvérsejtek süllyedését?

Pesti Lajos: Felhívja a figyelmet az angina agranulocytotica-ra, ahol ugyanis relativ leukopenia mellett 100%-ban lymphocytosis van, granulált sejtek nincsenek. Ezek az esetek prognostikailag igen súlyosak. Jobb a prognosisa az ú. n. monocyta anginának.

Epstein Tibor (zárszó): Nőgyógyászati megbetegedésnél, amennyiben gonorrhoea eredetű, kifejezőbb a vérsejtsüllyedés meghatározása. Pyogen gyulladásoknál teljes értékű a Schilling-féle vérkép.

2. Kaufmann Oszkár: Összefoglaló ismertetés a pyorrhoea alveolaris kóroktanáról. Ismerteti a ma legismertebb teoriákat a régóta fennálló Károlyi-féle túlterhelési tannal kezdve, mely szerint a pyorrhoea egy dinamikai zavaron alapszik, melynek következménye lesz az alveolaris atrophia és a pyorrhoea többi tünete. A túlterhelés létrehozó factorai az éjszakai fogcsikorgatás, foghiányok, fogazatanomáliák. A túlterhelés által resorptiót tételez fel, mely a fog meglazulására vezet. *Weski* Röntgen- és anatómiai vizsgálatok alapján a pyorrhoeában egy atrophia parodontii partialist lát, érte a parodontium alatt a gingiva és alveolus functionalis és morphologiai egységét. Az atrophia horizontalisnak nevezi, ha a csont sorvadása a fogra merőleges szegmentumokban jön létre és verticalisnak, ha a sorvadás a fog gyökerével párhuzamos irányban halad előre. A gyógyítás szempontjából ideális célnak látja a partialis atrophianak totalissá, a verticalisnak pedig horizontalissá való átváltozását.

Gottlieb primaer csontatrophia-t tételez fel, amelyet constitutiós alapon vél létrejöhetni. A fejlődés során a fogzás nem áll meg a korona áttörésével, hanem az epithel proliferációs tendenciája folytán a korona áttörését a gyökér áttörése követi, kivéve akkor, ha a cementnek elég nagy a vitalitása ahhoz, hogy ezen mélyreburjánzásnak ellentálljon. Az alveolus invulu-

tiója is párhuzamosan bekövetkezik ezzel és az így létrejött hiányt a cement másodlagos növekedése repa-
rálja. A fogazatokat két csoportra osztja, és pedig re-
generációra képes és erre képtelen fogazatokra. Röviden
még felelmi, hogy a pyorrhoea tisztázatlan aetiolo-
giájú és így a therapia sem vezet legtöbbször célra és
ennél sokkal fontosabb a pyorrhoea megelőzése.

Bemutatók:

1. Kelemen Endre: *Teratoma ventriculi* (kézirat nem érkezett).

2. Forbáth Rózi: *Streptococcus mucosus otitis*. Ezen otitisnek a többitől, amennyiben a subjec-
tiv panaszok nem oly vehemensek és az objectiv elvál-
tozások is enyhébbek. Jellemző a korai erős hallás-
rosszabbodás, fülzúgás, mastoidalis érzékenység. Huza-
mosabb időn át sem rosszabbodik a beteg közérzete,
ellenben ezalatt előrehaladó csontdestructio igen ki-
terjedt. A kevés subjectiv panaszra való tekintettel rit-
kán kerül a beteg specialista elé, pedig ilyenkor a mű-
tét sürgősen elcélzott.

A Debreceni Orvosegyesület ápr. 23-i ülése.

1. Kovács István: *Malaria quartana et tertiana duplex* ritka esetét mutatja be egy 13 éves fiún, kinél
a roham alatt vett vérben látóterenként 40–50 plasmo-
dium is volt (nem vastagsepp készítmény!), sok vörös-
vértestben pedig 5–8 biztosan tertiana pécsetgyűrű-
vagy amoebooid-alak is szorongott, mellettük arányta-
lanul kevesebb jellegzetes quartana-öv. Perniciosus jel-
legű anaemia és súlyos, diffus glomerulonephritis
komplikálta az esetet, melynek terapiájául a rohamot
8–10 órával megelőző teljes adag chinint nyújtott,
harmadnaponként 10 cg-mal csökkenve. Második chinin-
adag után a naponkénti rohamok teljesen megszűntek,
a nephritis igen gyorsan javult. Bár első fertőzés az
előzményekből nem volt biztosan megállapítható, az
esetet recidivának tartja, melynél a decemberi quartana
recidivához a koratavaszi tertiana recidiva csatlakozott.

2. Jarolin Nándor: *Gyermekbénulás súlyos, de
feltűnően javult esete*. Hároméves leánykát mutat be,
ki nyolc hónappal ezelőtt poliomyelitis anterior acuta-
ban betegedett meg; a klinikára azonban csak két hó-
nappal az acut stadium fellépése után került a követ-
kező állapottal: jobb alsó és bal felső végtag hulla-
állásban, atrophisált izomzattal, hüvös tapintattal;
activ mozgások nem vihetők ki, passive a végtagok jól
mozgathatók; nagyfokú hypotonia, areflexia. érzési kör
részéről eltérés nincs. Therapia: sorozatos lumbal-
punctiók (20–30 cm³), izzasztás, meleg fürdők, activ-
passiv mozgások, massageok, galvanotherapia, belső-
leg phitin. Kéthónapos kezelés után az alsó végtagon
szembetűnő javulás, felső végtag változatlan. Ekkor
hazavitték, majd két hónap múlva visszahozták, mikor
is állapota a felvételi statussal egyezett. A terapiát
szénsavas fürdőkkel (*Szontagh prof.*) egészítettük ki.
A javulás feltűnő volt. Két és fél hónapos kezelés után
az izmok activ működési képessége a nervus peroneus
által innervált izmok kivételével visszatért. Spontan
állni és járni tud. A szénsavas fürdők alkalmazása nyom-
mán észlelt feltűnő javulás kíváncsiság tennék ezen
fürdőknek hasonló esetekben való alkalmazását. Az eset-
ből egy másik tapasztalat is leszűrhető, nevezetesen az,
hogy egy félbeszakított kezelés teljes visszaesést ered-
ményezhet.

3. Sulyok Dénes: *Újabb vizsgálatok az uraemia
pathogenesiséről*. A régebbi uraemia-theoriák rövid
ismertetése után áttér Becher vizsgálataira, aki valódi
uraemiánál a phenolok és aromatikussavak meg-
szaporodását mutatta ki. A phenolmérgezés és a valódi
uraemia tünetei úgyszólván teljesen azonosak; a phe-
nolok és aromatikussavak mennyisége uraemiá-
nál teljesen párhuzamos a klinikai tünetek súlyosságá-
val. A belklinikán előadott általános vizsgálatok ered-
ménye mindenben megegyezett Becher tapasztalataival,
az általa ismertetett quantitativ xanthoprotein-reactio
magassága párhuzamosan haladt a klinikai tünetek
súlyosságával. Azokban az esetekben, amikor a maradék-
nitrogen- és a xanthoprotein-reactio értékei eltérő ered-
ményt mutattak, kivétel nélkül utóbbi felelt meg a kli-
nikai tüneteknek.

4. Jósza László: *Veleszületett részleges valódi
óriásnövés*. (Kézirat nem érkezett be.)

A beteg szeretete mint gyógytényező.

írta: Hajós Lajos dr. egyetemi magántanár.

A szeretet azon synaesthesiás, synenergiás ténye-
zők közé tartozik, amelyek egy psychében támadván,
a másik psychében, amelyre vonatkoznak, párhuzamos
érzéseket, párhuzamos akarati impulsusokat keltenek
és a felhívó által kitűzött célt a felhívott törekvésének
is céljává képesek tenni.

Orvosi értelemben a szeretet hatása ezért a sug-
gestiv, a lelki inductio által létrejött hatások közé
tartozik. Ezért — ha szokatlan és újszerű is — orvos-
tudományos komolysággal tárgyalható és ha a szere-
tet a gyógyítandó beteg bajára üdvös hatást gyako-
rolhat, akkor gyógytényező, amellyel therapiás érte-
lemben is számolni lehet és számolni kell és akkor a
szeretetnek a beteggel szemben való gyakorlása nem-
csak az emberszeretet és irgalmasság közkeletű ideái-
nak és érzelmeinek ösztönös és öntudatlan emanatioja
legyen, hanem váljék tudatossá, gyakoroltassék, mint
az orvosi működés épp oly fontos kelléke vagy eszköze,
miként a lelkiismeretes vizsgálás, a gondosság, a meg-
fontolás és kitartó akarat.

Nincs szüksége ennek a tárgynak — a szeretet
gyógyító hatásának — casuistikus bizonyításra. Elég,
ha csak néhány mindig ismétlődő jelenség példájára
hivatkozom. A betegek nagy része, többnyire testi
rossz érzéseik psychés hatása folytán, kedvetlenek,
bizalmatlanok, akaratosak, szeszélyesek, ami kezelésü-
ket is nehezíti, akadályozza, zavarja. És mit látunk:
azt, hogy majd minden beteg kivételt tesz egységekkel,
akikre hallgat, akiknek engedelmeskedik, akikben bízik.
Mi sem könnyebb, minthogy az orvos ezen privilegizált
helyet foglalja el a betegnél; csak első pillanattól
keltse azt a benyomást a betegre, hogy ő csak a javát,
csak a gyógyulását akarja, hogy ő hozzá vonzódo sze-
retetből folyólag az ő gyógyulása neki minden másnál,
minden más beteg gyógyulásánál fontosabb, hogy ő
megkülönböztetett patiente, az ő különös pártfogása
alatt áll, aki megvédelmezi, még a környezet neki kelle-
metlen kívánságaival szemben is, pl. hogy lenyomja
magába az ételt, amitől undorodik, tőrje a borogatáso-
kat, amiktől fázik, stb.

Mindennapos tapasztalat, hogy az orvos szigora
csak félelmet kelt és a titkos kijátszás ösztönét csik-
landozza, ha csak nem párosul a beteg által megérzett
meleg szeretettel. Akkor kapitulál: csak hogy örömet
okozzon az orvosnak és dícséretét kiérdemelje, tűri a
fájdalmát, szedi pontosan a gyógyszereit és alig várja,
hogy eldicsekedjék engedelmisségével. Hogy ez a lelki
hatás sokszor többet ér a borogatások és szerek
pharmakopiás hatásánál, arra kár szót vesztegetni.
Aki tapasztalta, hogy egy bizalomkeltés és megnyug-
tatás által lehetővé vált alvás mennyivel többet ér az
álmatlan éjszakán át halmozott minden gyógyszerrel
és gyógyeljárásnál, annak nem kell bővebben magya-
ráznom a szeretet suggestiv útján létrehozott meg-
nyugtató orvosi értékét. Ugyanezt tapasztaljuk meg
nem felelő tápfelvételnél, hogy a szeretetből fakadó
biztatás, az orvos szeretetteljes dícséretét kiérdemelni
akaró önelgőzős hatása jobb minden stomachicumnál.

Ámbár magától értetődő, hogy mentől nagyobb
szerepet játszanak egy betegség keletkezésében és tüne-
teiben a psychés tényezők, annál nagyobb szerephez
is juthatnak a gyógyítás psychés factorai, mégis ez a
tétel óvatosságot követel. Először is el ne feledjük
a „mens sana in corpore sano” axiomáját. Bármilyen
traumás, vegyi, toxikus, fertőző vagy álképletes hatás
vált is ki egy szervi betegséget, egyúttal a psyché is
megváltozik és alkalmat ad, alkalmat követel a gyó-
gyítás psychés tényezőinek alkalmazására. A gyó-
gyulás psychés factorai közé kell számítanunk nem-
csak a közvetlen gyógyító suggestiókat, hanem a kellő
testi és lelki nyugalom elérésére, valamint az orvossal
szemben való engedelmisségre vonatkozó lelki behatá-
sokat is, amelyek a szeretet jól észrevehető és megérez-

hető meleg kisugárzása által kísérve, ezerszer hatásosabbak, mintha csak az orvos tudásából és szigorából látszanának fakadni. Ha most azokat a betegségeket vesszük, amelyek okai és tünetei nagy részben vagy kizárólag psychészek, mint a neurosisok, úgy meg kell állapítanunk, hogy ezeknél a psychés gyógyhatások indicatíói nem oly kiegészítő szerepet visznek ugyan, mint a szervi betegségeknél, de a psychés hatások érvényesítése nagyobb akadályokba ütközik, mint a szervi betegségeknél. Ennek oka nagyon kézenfekvő. A szervi beteg psychéje önmagában normalis, csak a testi körülmények által van megzavarva. A neurotikus idegbeteg psychéje már önmagában többé-kevésbé pathológiás és ha némelyikük a suggerálhatóság kóros túlságát is mutatja, amely szinte tág ajtót tár a gyógyító psychés behatás elé, de épp oly sokan közöttük a pathológiásan kételkedők, gyanakvók, kényszergondolatosak és téveszmések, betegesen szórakozottak, félreértők és félremagyarázók is, akiknél a gyógyító lelki behatás a legkülönbözőbb akadályokba ütközik. Azt is tekintetbe kell venni, hogy a kórosan hypersuggestivek nemcsak az orvos suggestiójára fogékonyak, hanem kórosan befolyásolható lelkükben, mint a legkülönbözőbb bakteriumok a tenyészgelatinán, minden azonnal fogamzik, úgyhogy az orvos gyógyító suggestiói mások suggestiv hatása és a betegben önként támadó autosuggestiók által lépten-nyomon contracarriroztnak. Ezért van, hogy az idegbetegek suggestiv kezeléséhez specialisabb hozzáértés és hajlam kell, hogy segítségül veszi a hypnosis suggestiót fokozó eljárását is, hogy különféle kezelési rendszerek és stylizált tanok costume-jeiben lép fel, mint a Kneip (Rickli) természetgyógyászok, Cuenisták, Freudisták, theosophusok, spiritisták, stb.

Ne vegyék nekem rossz néven a *Freudisták*, hogy ők, akik egy mélyen tudományos megalapozású elméletből vezetik le sajátos detectív és persecutor eljárásukat a neurosisoknál és a neurosisok ellen, ebben a felsorolásomban ott találják módszerüket, a psychoanalysis, olyan stylizált gyógyeljárásokkal egy sorban, amelyek tudományos alapja nem oly mély, vagy csak tudákos speculatio, sőt sokban sarlatán szemfényvesztés. Gyógyeljárásukkal szemben való észrevételeimet más alkalommal és más helyen akarom kifejtetni, itt csak a szeretet terápiás értékének szempontjából teszek egy-két megjegyzést. A psychoanalyticusok a szeretetet kizárják gyógyító módszerükből. Teszik ezt elméletük consequens folyományaként és elméletük védelméért. Arra a tapasztalásra jöttek, hogy patientseik, ha őket szeretettel karolták fel, sokszor oly gyógyeredményeket mutattak, amelyek többé-kevésbé személyes, sexualis háttérrel bírtak. Röviden, hogy betegek beleszerettek orvosaikba, és gyógyulásuk, mint ők nevezik, „Übertragung“ eredménye, ami talán olyasfélét jelent az ő ideológiájuk szerint, hogy régi kórokozó sexualis élményeik hatását egy új sexualis élmény ténye vagy kilátása eltakarja. Ezt azonban kerülni akarják, mert elméleti felfogásuk szerint a gyogyeredményt el kell tudni érni ilyen új adhaesiv ragtapaszok nélkül is, amelyek kényesek, tisztán az élet elrejtett emlékezeti rétegeinek feltárása által. Hogy tehát az elmélet tisztaságát védjék, és személyes kényelemből is, a beteget érzelmileg „drei Schritten vom Leib“, hideg távolságban tartják, ostentative ridegek és szigorúak, a betegből minden érzelmi, vagy sexualis ellenérték iránti reményüket eleve meghiusítva, csak gyógyulásukért hozott áldozatokat: pénzt, időt, kényelmet és szemérmük leküzdését követelik. Ez a fő oka módszerük therapiás sikertelenségének. Ezt a sikertelenséget fedik úgy, hogy amikor elméleti puritanismusuk szigorú bástyáin egy-egy enyhébb szélről oda sodort mag gyökeret ver és virágot hajt, azt az elmélet virágjának nézik és publikálják, pedig az a kizárásra ítélt, de mégis valahogy odatévedt szeretet virága.

Itt nem akarom bővebben a szeretet és szerelem fogalmait, azok egymáshoz való viszonyát tárgyalni. Kétségtelen, hogy bárminő betegségben szenved a beteg, közte és orvosa között, ha koruk, nemük és ízlésük

egyoldalúan vagy kölcsönösen megfelelő, sexualis vonzalom is támadhat. Hogy ily esetben mi a tennivaló? Ugyanaz, mintha sexualis vonzalom támad más foglalkozású emberek között, életük másféle körülmények közötti találkozásainál. Az ily szerelmek az illetők személyes érzelmei, érdekei és erkölcsi stylusuk szerint fognak elintéztést nyerni. Ezen a téren mindig fognak születni idyllek, tartós boldogságok, drámák, tragédiák. Az orvos is ember, sőt szeretjük hinni, hogy művelt, lelkileg emelkedett, nemes ember, elvárhatjuk, hogy akár a lábát vagy tüdejét, akár az idegbaját gyógyítja egy nőnek és támad közöttük egyoldalú vagy kölcsönös szerelem, nemeslelkű, művelt ember módjára fogja önzően vagy önzetlenül, de becsületes férfi módjára elintézni.

Még csak egy dolgot akarok megemlíteni.

A beteghez való szeretet túlságát, amely a félelem agyrémeit hozza, az objectív orvosi tisztánlátást, a tudás útjain való határozott cselekvést akadályozza. Ezért helyes, ha orvos a feleségét, szülőjét, gyermekét más objectív orvos tudására, lelkiismeretességére, szeretetére bízta. Mert a maga túlságos szeretete nemcsak orvosi ténykedésében gátolja, hanem a betegben is gyógyulási bizalom helyett kétségeket, félelmeket ébreszt.

VEGYES HÍREK

Előfizetésük megújítására és hátralékuk kiegyenlítésére kérjük előfizetőink közül azokat, kiknek a **mult-heti számukhoz befizetőlapot** mellékelünk. **Előfizetési díj:** egész évre 250.000, fél évre 125.000, negyedévre 65.000 korona. **Kérjük nagyon a sürgős elintéztést, mert a késedelemből a lapnak kára van.**

A Budapesti Királyi Orvosegyesület május 1-i ülésének napirendje: *Bemutatás: Biedermann János:* Veleszületett szívbj felnőtt egyénben. *Előadás: 1. Alth Egon:* Pityriasis rosea nevű bőrbetegség aetiologiája. *2. Skrop Ferenc:* Az electrocardiogramok diagnostikai értéke.

A Közkórházi Orvostársulat május 5-i ülésének tárgysorozata a következő: *Bemutatások: 1. Scheitz László:* Anilin nekrosis esete. *2. Dobronyovszky József:* Dystrophia juvenilis esete. *3. Wolff Károly:* Ritkább fejlődési rendellenességű vesék. *4. Nyomárkay József:* Hólyagba áttört ovarialis abscessus gyógyult esete. — Az ülést megelőzően az *igazgató-tanács* 3/6 órákor ülésre jön össze a jövő ülésszak programjának megbeszélésére s a Semmelweis-előadás ügyében.

Személyi hírek. A vallás- és közoktatásügyi miniszter *Bosányi Andor dr.* egyetemi tanársegédnek „A gyermekkor alkati rendellenességei és rendszer-megbetegedései“, *Novák Miklós dr.* egyetemi tanársegédnek a „Sebkezelés és kötéstan gyakorlatokkal“, *Ratkóczi Nándor dr.* egyetemi tanársegédnek „A Röntgen-diagnostika és therapia“ és *Rusznay István dr.* egyetemi tanársegédnek „A vese és vérkeringési szervek betegségeinek kór- és gyógytana“ című tárgykörből a Pázmány Péter Tudományegyetem orvostudományi karán egyetemi magántanárrá történt képesítését jóváhagyólag tudomásul vette.

Orvosi tanfolyam Balatonfüreden. A magyar fürdőhelyek közül Balatonfüred volt az első, amely a külföldi évtizedes gyakorlatot átvéve, *Vámosy Zoltán* tanár javaslatára orvosi tanfolyamot rendezett fürdőhelyen, hogy így alkalmat adjon az orvosoknak személyes tapasztalatok alapján meggyőződni a hely gyógytényezőiről és orvosi értékéről. Balatonfüred orvosi tanácsadó testülete, mely tavaly a szívbetegségek köréből vette előadásának tárgyát, az idén az orvostudomány minden ágából vett előadásokkal fogja gyarapítani a tanfolyam hallgatóinak ismereteit. A tanfolyam ideje május 9-től 15-ig tart. *Előadók: Angyán, Bencze, Bókay, Csépay, Csiky, Jancsó, Ranschburg, Romberg* (München), *Tóth, Verebely* egyetemi tanárok. Délélő-

tönként két-két előadás lesz, délutánonként pedig a fürdői főigazgatóság kirándulások keretében fogja a különböző fürdőhelyeket az orvosoknak bemutatni. Az utolsó kirándulás május 15-én Hévizre lesz, hol *Schulhof Vilmos dr.* tartja meg előadását. A tanfolyam résztvevőit a főigazgatóság díjmentes elhelyezésben részesíti. Az ellátásért (reggeli, ebéd, vacsora) 65.000 koronát számít fel naponta. Jelentkezés: 1926 április 30-ig a balatonfüredi főigazgatóságnál.

Fogorvosi rendelő a városházán. A tanács a központi városháza épületében (III. pavillon, földszint) „Székesfővárosi Alkalmazottak Segítő Alapjának Fogorvosi Rendelője” címen fogorvosi rendelőt létesített és egyidejűleg megszüntette a hasonló (VII., Nyár-utca 19. és IX., Mester-utca 19. szám alatt) intézményeket. A fogorvosi rendelő minden olyan fogászati munkának elvégzésére igénybevehető, amelyek orvosi kezelést igényelnek, és pedig a főváros szolgálatában álló összes alkalmazottak, nyugdíjasok, ezeknek özvegyei és árvái, valamint családi pótlékban részesülő családtagjai részéről. A rendelő munkaszabályzatát, az igénybevétel díjait, az orvosi és segédszemélyzet alkalmazását és fizetését külön polgármesteri rendelet szabályozza. A szükséges átalakítások után immár rendeltetésének átadott intézmény újabb hathatós tényező lesz a székesfőváros közegészségügyének szolgálatában.

A birodalmi egészségügyi hét megnyitása. A berlini egyetem aulájában vasárnap nyitották meg a birodalmi közegészségügyi hetet. A birodalmi elnök kérésére a felolvasása után *Kuelz dr.* birodalmi belügyminiszter mondott beszédet, amelyben vázolta a felvilágosítás és oktatás fontosságát a közegészségügy fejlődésében. *Adam* professor ismertette ezután a birodalmi egészségügyi hét szervezetét, amely az összes egyesületek, intézmények, hatóságok, erkölcsi testületek segítségével igénybevétele fogja tudni teljesíteni a maga elé tűzött nagy célt. Többek felszólalása után *Hamel dr.* titkos tanácsos záróbeszédében annak a reményének adott kifejezést, hogy az a közösség, amelybe a társadalom széles rétegei az egészségügyi hét közvetítésével kerülnek, hosszú időre áldásos működést fog kifejteni a közös emelésében.

Hans Much, a neves és sokoldalú hamburgi professor, ki újonnan épülő intézetének berendezése és felszerelése előtt nagyobb külföldi tanulmány- és propagandaúttján Budapestre és Pécsre is ellátogatott a múlt héten pénteken a Természettudományi Társulat élettani szakosztályának ülésén tartott nagy érdeklődéssel „Das Lipoidproblem” címmel előadást. Előadásának részletes ismertetésére később visszatérünk.

Az alkohol ellen. Gyula város közgyűlésén *Pallmann* református lelkész indítványt tett a kocsmák vasárnapi bezárására. A javaslat külföldi példákra hivatkozva, azt kívánja, hogy a hét egy napján, vasárnap, az összes szeszes italok árusításával foglalkozó üzletek zárva tartassanak. Az indítványt a közegészségügy szempontjaiból igen üdvösnek kell tartanunk és rá kell mutatnunk arra, hogy a fakultatív alkoholtilalom csak az egyes apróbb közigazgatási egységekből kiindulva valósítható meg.

Orvosdoktorra avattattak a budapesti Kir. Magy. Pázmány Péter Tudományegyetemen az elmúlt hét szombatján: *Dobák László Antal, Fárba Béla Zoltán, Kovács S. Ferenc, Tretter Antal László.* Üdvözljük az új kartársakat!

Orvosok és gyógyszerészek harca. Hosszantartó háborúság fejeződött be a napokban Würzburgban, mely az orvosok és gyógyszerészek között folyt. Az orvosi kar — a világon mindenütt — etikai szempontból elítéli a gyógyszer- és gyógymód-reklámozást. A würzburgi egyetem tanácsa és a kórházat fenntartó testületek együttes határozata folytán az olyan gyógyszerészekről, kik napilapokban vagy más nem szakajtó-termékekben hirdettek gyógyszereket, megvonták a klinikák és kórházak gyógyszer szállítási megrendeléseit.

Az intézkedésnek meglepő eredménye volt: az összes gyógyszerhirdetések egy csapásra eltűntek. Nem ártana Magyarországon sem némely hasonló intézkedés.

Halperth Akos fürdőorvos Karlsbadban lakik Alte Wiese „Weisser Hase”.

Tuszkai Ödön dr. orvosi működését Marienbadban megkezdte.

RATKÓCZI: Belgyógy. Röntgen-diagnostika gyakorlóorvosoknak. Kötve 160.000 korona.

Étrendi előírások a gyakorlatban. Írta Soós Aladár dr., élelmiszer-értéktáblázattal és gyakoribb ételreceptekkel. Fűzve 50.000 K-ért, kötve 75.000 K-ért kapható kiadóhivatalunkban.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint április 18-tól április 24-ig előfordult:

Hasi hagymáz	6	2	Gyermekágyi láz...	1
Küteges hagymáz	—	—	Báranyhimlő	26
Hólyagos (ál-)himlő	—	—	Járv. fültőmirigylob	52
Kanyaró	117	1	Vérhas	5
Vörheny	45	1	Járv. agygerincagyhártyalob	—
Szamárhurut	14	2	Trachoma	26
Roncs, torok-, gégeleob	29	1	Veszétség	—
Influenza	7	3	Lépfene	—
Ázsiai kolera	—	—	Heine Medin	—

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

A szerkesztő fogadóóráját kedden és pénteken 11—12-ig tartja.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

K. M. EGYETEMI NYOMDA BUDAPEST — FŐIGAZGATÓ: DR. CZÁKÓ ELEMÉR

LEGTÖMÉLETESÉBB ERŐS BACTERICID MŰTÁSU ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

Székesfővárosi SZÉCHENYI-GYÓGYFÜRDŐ Városliget.

970 méter mélységből előtörő 74 C° kénes rádióaktív forrás. Medence- és különfürdők, iszapgyógyulások, szén-savasfürdők. Elektroterápia. Diathermia. Hőkezelések. Zander. Javallatok: Idősült csúsz, ízületi izmádnyok, kösvény, elhízás, idegszabák, különösen ischiás. Szív-bántalmi betegségek. Ivókúra.

Dr. REICH MIKLÓS-féle BUDAPEST IV, SEMMELWEIS-U. 2. ZANDER-GYÓGYINTÉZET Tel.: József 4—12. Lift.

Diathermia Gyógyintézet hő-, fény- és villamos kezelésekre. Budapest V, Vilmos császár-út 18. I. em. Telefon: 13-96. Vezető orvosok: Dr. Kiss Jenő Dr. Kovács József

Lipót-városi **VÍZGYÓGYINTÉZET** DIATHERMIA Quarz stb. Dr. Farkas Márton V. Bátor-utca 3.

Dr. JUSTUS BÖRGYÓGYÍTÓ ÉS KÖZMETIKAI INTÉZETE Kórházi főorvos IV, Ferenc József rakpart 26. Telefon: József 56-76.

Dr. Mandler Ottó gyógyintézete, Kálvin-tér 10. Elektro-thermo-hydrotherapia, Zander, inhalatorium.

PÁLYÁZATOK.

Vas vármegye és Szombathely város közkórházánál újonnan szervezett orr-torok-gége rendelő-főorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. Javadalmazás: évente a költségvetésben jóváhagyott tiszteletdíj, mely ez idő szerint évi 20.400.000 koronát tesz ki. Felhívom szakorvos urakat, hogy okmányaikkal kellően felszerelt kérvényeiket, méltóságos Tarányi Ferenc dr. főispán úrhoz címezve, 1926 május 23-ig hozzám annyiival is inkább nyújtsák be, mert az elkésztett érkező pályázatok figyelembe nem vétetnek. Szombathely, 1926 április 23. 482/1926. szám. Pető Ernő dr., igazgató-főorvos.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkeszti és kiadja: a vallás- és közoktatásügyi minister úr támogatásával és megbízásából a magyar orvosi facultások sajtóbizottsága:

HERZOG FERENC VAMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VAMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

T A R T A L O M:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Ertl János: Az állkapocssebészet újabbkori fejlődése. (479—482. oldal.)

Matolay György: A vastagbél-daganatokról. (483—485. o.)
Lumniczer Sándor: A tömlős hasüri daganatokról. (485—487. oldal.)

Steiner Béla: A véres liquor cerebros spinalis vizsgálatáról. (487—489. oldal.)

Therapia és diagnostika. Hofhauser István és Schön Jenő: Tüdőbetegek insulinkelzése. (489—490. oldal.)

Fábián Lajos: A cukormeghatározás új colorimetriás módja. (490—491. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Urologia. — Gégészet. — Bőr- és nemikórtan. — Gyermekeorvostan. (491—495. oldal.)

Könyvismertetés. (495. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának április 26-i ülése. (496. oldal.)

A Magyar Röntgen Társaság ápr. 26-i ülése. (496. oldal.)

Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Szövetség orvosi szakosztályának április 23-i ülése. (496—497. oldal.)

A Debreceni Orvosegyesület április 29-i ülése. (497—498. oldal.)

A Szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának április 17-i ülése. (498—499. oldal.)

A Budapesti Orvosok Szövetsége május 3-i közgyűlése. (499—501. oldal.)

Kérdések és feleletek. (501. oldal.)

Vegyes hírek. (501—503. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Az állkapocssebészet újabbkori fejlődése.*

Írta: *Ertl János dr.* egyetemi magántanár, egészségügyi főtanácsos.

(Első közlemény.)

Az állkapocssebészet legjelentősebb fejlődését tulajdonképpen a világháború alatt élte át.

Az e téren alkalmazott műtéti eljárásokat általában a következményes functiozavarok és kozmetikai elváltozások megoldásának kérdése irányítja s variálja. Legtöbbször a következményes állapot nehéz, bizonytalan megoldhatósága szabja meg a nagyobb műtétek kereteit. Az ily műtétben mindig benne van az önkénytelen mérséklés, ami már a gyógyítás lényegébe ütközik. Ezt különösen a rosszindulatú daganatok kiirtása terén tapasztalhatjuk.

A functionalis chirurgia nyújtja azon alapot, melyen az eredményes gyógyító műtéti eljárások fölépülhetnek. A háború előtt az állkapocssebészet terén nagyon is érezhető volt a functionalis chirurgia biztonságának hiánya. Ezt a hiányt a világháború pótolta az arc-, állkapocs-sebesültek nagy tömegeivel, kiknek megmentése végeredményben is az élettani functiók helyreállításában állott.

Találóan jegyzi meg erre *E. Payer* és *C. Franz*: „der Krieg nimmt und gibt, der Chirurgie aller Zeiten hat er besonders viel gegeben“.

Az állsontsérülések terén a gyakorlatban általában háromféle sebészi feladat adódott, ú. m.:

1. Az élettani működések helyreállítása.

2. Kórfolyamatok megszüntetése.

3. Kozmetikai küllem helyreállítása.

Ezen három feladatnak megfelelően alakultak ki a megfelelő műtéti eljárások. Ú. m.:

1. képző,

2. közvetlen gyógyító,

3. a különlegesebb kozmetikai műtétek.

* A Magyar Sebésztársaság 1925 szept. 11—13-i nagygyűlése II. vitakérdésének referatuma.

A plastikai sebészet ezen hármas feladatát átvitte más területekre is, miáltal mindinkább tovább fejlődött, úgyhogy az állkapocssebészet csak egy fejezete maradt. Az állkapocssebészet terén ezen újabb műtéti eljárások értékét ma már egy évtizedes tapasztalatok alapján bírálhatjuk el. Jelen referatumban mindezek tudományos felfogásáról, gyakorlati értékéről óhajtok beszámolni, hozzácsatolva 6000 eset kapcsán szerzett saját tapasztalataimat.

Az állkapocssebészet ezen újabbkori fejlődését legcélszerűbb a *plastikai sebészet* hármas feladata szerint összefoglalni.

E célból röviden ismernünk kell e hármas plastikai feladat lényegét. *A plastikai sebészet első feladata:*

1. Az anatómiai elváltozásokból származó functiozavarok helyreállítása.

Ezen feladatnak a *képző műtétek* vannak hivatva megfelelni. Minden következményes functiozavart annál tökéletesebben állítunk helyre, mennél pontosabban tudjuk az elváltozott anatómiai tájat újból kiképezni. E téren a mechanikus pótlásokkal, lebenyes befödésekkel szemben sokkal tökéletesebb eredményeket érünk el, ha a hiányzó szövetrétegeket is pótoljuk. E célból ma már közvetlenül felhasználhatjuk, s irányíthatjuk a regenerációs folyamatok törvényszerűségét. Ez úton magával a szervezettel kinövesztethetünk olyan fontos szövetrétegeket, melyeket közvetlenül pótolni nem tudunk (pl. ésonthártya, csont, agyhártya, nyálkahártya conjunctiva, urethra). Ezen biológiai irányban fejlődött ki a *közvetlen functionalis chirurgia*. Ez ma már a szervezet bármely részén főként az anatómiai elváltozások okozta élettani működési zavarok megoldásával foglalkozik.

2. Kórfolyamatok megszüntetése.

Ezen célból végzett műtétek egyetlen célja a közvetlen gyógyító beavatkozás. Egyes kórfolyamatok megszüntetésének lényege a műtét gyökerességében rejlik. Teljesen gyökeresek csak akkor lehetünk, ha nem fekez bennünket a kiirtás utáni helyzet megoldásának nehézsége. Ezen nehézségeket a képző műtét van hivatva elhárítani. *Igy a gyógyító műtét gyökeressége a képző műtét biztonságára kell, hogy támaszkodjék.* E két mű-

tét kölcsönösségével már különlegesebb eredmények érhetők el.

3. Kozmetikai küllem helyreállítása.

Az arc minden műtéténél igen fontos a kozmetikai helyreállítás. Ezirányú munkálatok fejlesztették ki a kozmetikai sebészetet.

Az állkapocsebészet terén a műtėti beavatkozások ezen három csoportjára mindig szükség van. Így, jelen referatumban az állkapocsebészetet a műtėti beavatkozások ezen háromfélesége szerint foglalom össze.

Képző műtétek.

Az állkapocsebészet terén a legújabban fejlődött képző műtétek képezik a tulajdonképeni functionalis chirurgiát, melynek feladata az állkapocs bármely ok következtében létrejött hiányait, elváltozásait mennél pontosabb anatómiai értékben pótolni. Mert csakis így lehet az általa fenntartott élettani működéseket tökéletesen helyreállítani.

Az állcsonthiányok többféle úton jönnek létre. Úgymint genyes elhalások, állképletek kiirtása, sérülések, lövések után. A legnagyobb anyagot szolgáltatja e téren a világháború.

A nagy tömegekben megjelenő arc- és állcsont-sérülések a világháború újdonságai és meglepetései voltak. Ezek képezték a legsúlyosabb, a legnyomoroságosabb sebesülési formákat, mivel az állcsont sérülésével a szájür s annak képletei is szétroncsolódtak.

A békében ily eseteink nem voltak, s így kezdetben azok kezelése terén mutakozó bizonytalanság általában a konzervatív kezeléshez vezetett. Már az első eseteknél kitűnt, hogy e téren a fogorvos és sebész együttes közreműködésére van szükség. Nagy érdemei vannak e téren Szabó, Salamon tanároknak, különösen pedig Gadány főortorvosnak, a VI. sz. kórház volt parancsnokának, aki a legelső között vette észre a két szak együttműködésének fontosságát s azt mindjárt a kezdetben bevezette.

A sérülések súlyosságában háromféle fokozatot lehetett megkülönböztetni, úgymint:

1. könnyebb sérüléseket 2–3 cm-es löcsatornával,

2. az állcsont egy részének pl. corpus, haránt ág hiányait, a környező lágyrészek nagyobb kiterjedésű roncsolásaival,

3. teljes állhiányokat.

E két utóbbi csoport sérültjei még az orosz-japán háborúban is mind elvesztek. A világháborúban már mindezeket a rokantság megszüntetésével sikerült megmenteni.

Az állkapocssérülések és csonthiányok műtėti eljárásait — végeredményben tehát a functionalis chirurgiát — e téren elejétől kezdve sürgősen ki kellett építeni. Ezen munkálatok kezdetben mindenütt egymástól függetlenül indultak meg.

A könnyebb sebesüléseknél általában mindenütt conservative jártak el. Az állcsontot dentalis sínrel rögzítették s a sebet palliative kezelték. A könnyebb esetek egy része ezen eljárásra meggyógyult. Azon esetek azonban, melyek ily kezelésre meg nem gyógyultak, pseudarthrosisba mentek át. Én már a kezdetben, aránylag kisebb műtėti beavatkozással, igyekeztem megakadályozni a pseudarthrosisok létrejöttét. Ugyanis mindazon eseteknél, melyek hatheti sínkezelésre meg nem gyógyultak, *osteo periostealis plastikát* végeztem. (Lásd: Oesterreichische Vierteljahrsschrift für Zahnheilk. 1915 I. Gyógyászat, 1914, XII. Ertl: Chirurgie der Gesicht und Kiefer Defecte Urban Schwarzenberg 14–19. old.) Ezen műtéténél már ekkor a periost csontképző tulajdonságára helyeztem a főszűlyt. Az ily módon operált esetek

legnagyobb része hatheti megfelelő utókezelés mellett teljesen meggyógyult. Ezen eredmények nagy előnyt jelentettek, mert míg a konzervatív kezelés után állandóan szaporodtak a pseudarthrosisok, addig ezek nálunk csupán elvétve fordultak elő. Ez volt az első lépés, midőn már a kezdetben eltértem a konzervatív iránytól.

Idővel ez eljárások jelentősége másodrendű lett, mert a haretérről mindinkább kiterjedt defektusok jelentek meg.

Mindazonáltal a háború első évében a konzervatív kezelés folytán egyre szaporodó állzületek előtérbe tolak azok megoldásának kérdésénél.

A pseudarthrosisok kérdése.

Mily nehézséget okozott e kérdés, azt legjobban bizonyítja azon nagy irodalom s a számos eljárás, mely e téren különösen külföldön kifejlődött. Nálunk ezen kérdés különösebb nehézséget nem okozott.

Különbözőképpen magyarázták a pseudarthrosisok létrejöttét, így Bier s többen az állcsontnak csökkentebb regeneráló készségével. Wunschein szerint a magyaroknak, horvátoknak erősebben fejlett az állcsontjuk és így azoknál a regeneratio is nagyobb. Lindemann, Kühl szerint az egyes állkapocsrészeknek egyenlőtlen a regenerálódása.

A pseudarthrosisokat különféle eljárásokkal igyekeztek megoldani, így Thomas a fakalapáccsal való ütögetést ajánlja. Előszeretettel alkalmazták a különféle injectiókat, úgymint jódot, Schröder, Arkövy chlorzinket, Bier saját vérinjectiót, Jaegel inactivált lóserumot, Schröder, Dilger, Makakara peroist-emulsiót. Lexer már műtétet, a hegek egyszerű kimetszését, Esser az állzület átszőgezését ajánlja.

Végül azonban bebizonyult, hogy a pseudarthrosisok véglegesen csakis csontátültetéssel oldhatók meg.

Csontátültetések.

Az állcsonthiányok pótlása terén az első időben általában nagyon idegenkedtek a szabad csontátültetéstől s inkább különféle prothesiseket alkalmaztak. Ez érthető is volt, mert hiszen a háború előtt a csontátültetések tana csupán két évtizedes rendszeres fejlődését élte, s az állkapocs terén ekkor még a legkezdetlegesebb kísérletezések történtek. A háború előtti irodalomban minden szerző még további kísérletezésre ösztönöz. (E. Payer: „Es ist eine Tatsache, dass kein osteoplastisches Verfahren bisher technisch in entsprechender Weise für die verschiedenen Anforderungen ausgearbeitet und systematisch in Anwendung gebracht worden ist.“)

A háború előtt a kisebb defektusokat és pseudarthrosisokat szerves plastikával igyekeztek megoldani. Így 1891-ben Bardenheyer homlokcsontból, 1892-ben Rydiger és Wölfler a klavikulából bőrlebenyen, 1893-ban F. Krause az ép mandibulaszélből izomnyélen vesz csontlécet. A hadi pseudarthrosisok megoldásánál sokan ezen eljárásokat alkalmazták s fejlesztették tovább, így Rydiger eljárását különösen a franciák, a Krause-félet Pichler.

Szabad csontátültetéssel is többen kísérleteztek a háború előtt, így 1900-ban Sykoff. 1907-ben Lexer még kifőtt csontot használ, de mihamar áttér a tibiából vett periosteum csontra. 1908-ban E. Payer és Heller bordát alkalmaz és ajánl. 1908-ban Tillmann a tibiából már nyolc centiméteres transplantátumot vesz, mely azonban legnagyobb részt sequestrálódott. 1910-ben Hacker az állcsontból vesz egy szabad darabot, mely sequestrálódott. 1910-ben Eberlein bordát transplantál, mely begyógyult. 1911-ben Goebel ugyanígy jár el s a transplantátum begyógyult. 1913-ban Schmieden két esetben tibiá-

ból transzplantál, egyik begyógyult, másik sequestrálódott. 1913-ban *Manninger* bordát transzplantál, jó consolidatiót ér el. Látjuk, hogy e téren a háború előtt is történtek munkálatok. A közleményekből azonban kitűnik, hogy az eredményekkel legnagyobb részt maguk a szerzők sem voltak megelégedve (*Payer*). A világháború tömeges eseteinél tehát célhoz vezető műtéti eljárásokat, bevált módszereket teljesen nélkülöztünk. Így e téren mindent elejétől ki kellett építeni.

A csontátültetések terén legelső között tűnnek fel a düsseldorfiak, úgymint *Ostermann*, *Hauptmayer*, *Lindemann*, *Bruhn*, kik már a háború első évében számos pseudarthrosisnál csontátültetést végeznek, miáltal a közfigyelmet magukra vonták. A düsseldorfiak *Axhausen* tanai szerint jártak el.

A műtét lényege abban áll, hogy a törvégekbe egy kúpszerű fúróval tölesérszerű lyukat fúrtak, majd a tibiából egy *Axhausen* szerinti wandständig csontot véve, ennek két végét kúpszerűen lereszelve, a csontvégek töleséreibe illesztik. Mivel a wandständig csont után gyakoriak voltak a lábtörések, úgy később *Klapp* ajánlatára a crista ileiből vették a transzplantatumnak s a meghegyezett törvégeket annak spongiosájába tolják be s az állsontot az alsó és felső fogak összedrótázásával rögzítették. A külföldön ezek voltak a legelső transzplantációs eljárások, melyek a kezdetben leközlött kedvező eredmények alapján számos követőre is találtak.

Ez időben én magam már nem csupán pseudarthrosisoknál, hanem nagyszámú, kifejezett defektusnál végeztem sikeres transzplantációt, még pedig teljesen eltérő eljárással s műtéti felfogással.

Magam a mi mestereink eredményei által jelzett úton indultam el (*Verebély*, *Kuzmik*, *Dollinger*) s a fősúlyt nem a mechanikus rögzítésre, hanem a transzplantatio biológiai föltételeire helyeztem. A nagyobb állsonthiányok s lágyrészhíonsolások kiterjedt hegedésekkel gyógyultak. A heges területet már kezdetben sem találtam a transzplantatum számára megfelelő befogadó talajnak és oda törekedtem, hogy annak circulatíós kapacitását minél jobban helyreállítsam. E célból nagy súlyt helyeztem a lágyrészek anatómiai rétegeinek reconstruálására. Ez úton fejlődött ki a *reconstructiv plastika*, amely ezen feladatnak igen jól megfelelt. Ennek lényege: a szervezet megakadályozott gyógyulási tendenciájának műtéttel való keresztülvitele. A sebgyógyulás alkalmával ugyanis azt látjuk, hogy a szervezet a sérült terület minden rétegét egyesíteni igyekszik, a hegesséssel össze is hozza az egyes rétegeket és a sebszéleket, ezek azonban egyesülni nem tudnak a közbeiktatózott hegek miatt. Így, ha a hegeket kiirtjuk és az egyes rétegeket megfelelően mobilizáljuk, vagy subcutan pótoljuk, úgy 1–2 műtéttel a sérült tájat a szervezet gyógyulási tendenciájának megfelelően, kellő rétegeztségben állíthatjuk helyre. A *reconstructiv plastikának* tehát az a lényege, hogy 1–2 műtéttel megteremtí a szükséges anatómiai rétegeztséget, s ily módon a befogadó terület circulatíós kapacitását is helyreállítja. Ebben rejlik a transzplantatio sikerének legfőbb föltétele.

A reconstructiv plastikával a lágyrészek reconstruációja terén is eltértem a többi eljárásoktól. A lágyrészpótlást kivétel nélkül mindenütt lebenyes plastikával végezték. A lebenyeket távolabbi testtájokról, sternumról, mellkasról vették és 15–20 ülésben hengergették az arci defektus felé. Mire az ily lebeny rendeltetési helyére érkezett, az kötőszövetes zsugorodás folytán circulatíós kapacitásban sokat veszített. A lebenyes plastika azonban a szükséges anatómiai rétegeztséget

sem állította helyre, hanem a sérült területet egyszerűen bőrlebennnyel befedte.

A lágyrészplastikának az átültetett csont későbbi sorsára van nagy kihatása, mert a heges területben a csont igen könnyen felszívódik. Ezen körülményekből adódott minden transzplantatio legfontosabb biológiai föltétele, mely szerint: *a befogadó terület circulatíós kapacitásának olyannak kell lennie, hogy a beültetett csontmennyiséget fel tudja táplálni. Ez a harmonikus transzplantatio.* Ezen föltételt minden szövetelem átültetésénél szigorúan szem előtt kell tartanunk. Ezért én mindig vékony csontlemezt alkalmaztam.

Az *Axhausen*-féle wandständig csont állandó vastagságú, mely az adott helyzetekhez mérten nem adagolható. Ha ezen biológiai föltételnek, vagyis a circulatíós kapacitásnak pontosan megfelelünk, úgy, eltérően az *Axhausen* tanától, elérhetjük a transzplantatum továbbélését.

Ezen biológiai elveket már az első eseteknél fölismervé, állandóan szem előtt tartottam s ennek tulajdonítom, hogy már ezen eseteknél is gyors összeforrást, végleges gyógyulást értem el. Ekkor azonban a csont regenerációs folyamatait gyakorlatilag még nem tudtam felhasználni és irányítani, úgyhogy az első eseteknél csupán egyszerű *homogen structurában való begyógyulását* értem el. A hasonsszerkezetűvé válást, formgleich structurálódást ekkor még nem ismertük.

Ez úton azonban továbbhaladva, az állkapocsátültetések, a csontátültetés-tan biológiájának mélyebb megismeréséhez, sőt teljes tisztázásához is vezettek. Bővebben erre ezúttal nem térhetek ki, mivel mindezek a functionális chirurgia körébe tartoznak. Ez egy másik munkám tárgyát képezi.

A transzplantatumnak *consolidálódnia* kell. A síma begyógyulás még nem jelent consolidatiót, pedig ezidőtájt számos elsődlegesen begyógyult esetet sikeresnek minősítettek. A konsolidációra a külföldön hosszabb ideig várákoztak, akár egy-két évig is, mert a csontfelszívódás és újdonsképződés hosszú időt vesz igénybe (*Axhausen* tana). Ez idő alatt a fixáló sánt a beteggel állandóan hordatták, rendszerint egy évig.

Magam a jó consolidatio szempontjából, kellő circulatíós kapacitás mellett, több biológiai föltételt tartok szem előtt. Így igen fontos, hogy *az adaptáló felületet minél jobban megnagyobbítsuk.* Az én adaptációs eljárásaim is bizonyos fokozatos fejlődésen mentek keresztül. Legelső eseteknél egyszerű pántolást, ékelést, ékeléses pántolást, legvégül subcorticalis beékelést, beoltást végeztem. Sklerotikus csontvégeknél pedig többlemezű összehozást. (Mindezeknek leírását lásd: *Ertl*: Chir. 82–85. o.) Ügyeltem a *homogen szövetelemek adaptálására*, az adaptáló felület *egészséges nyitott canalisációjára*, igyekeztem a transzplantatum hátsó vésett felszínét a csontvégek hátsó nyitott, ép periosteumához illeszteni, hogy az a *defectust lehetőleg kitöltse.* Ezáltal a csontosodási folyamatok útját előnyösen egyengethettem. Ha ezen biológiai föltételeknek pontosan megfelelünk, úgy a hatodik héten teljesen szilárd consolidatiót érhetünk el s a csont további vastagodása már *formgleich structurában* történik, ami Röntgen-képen is jól kivehető.

A mechanikus műveletek: fűrészelés, reszelés, fúrás, nagyon is hátrányosan befolyásolják a csontregenerációt. Ezen mechanikus műveletek éppen az adaptálás helyén úgy a transzplantatum, mint a csontvégeken befalazzák a csontesatornácskákat, összezúzzák a periosteumot s így az összeforrást megnehezítik. Ebben rejlik az ily eljárásoknál az elhúzódo consolidatio egyik oka. Az összeforrás szerencsés esetekben az *Axhausen*

szerinti csontújdonképződés idejével esik össze, tehát legalább egy év. Ezen idő alatt rugalmas federezés érezhető. Ha a consolidatio még ezen időn túl sem áll be, úgy az ily eset sorsa bizonytalanná vált, mert a transplantatum ily esetben többnyire már felszívódásnak indult. Így állott a transplantatiós tan 1916. év elején. Számottevő esetekkel csak a düsseldorfiak és mi rendelkezünk. A többiek ekkor még a kísérletezéseknél tarottak. Az állcsont-transplantatiók iránti bizalmatlanságot ez időben növelte még azon körülmény, hogy a transplantatiós eljárások a csontchirurgia egyéb területein sem váltak be. Amíg a végtagok csonthiányait a végtag rövidülése mellett a törvégek összetolásával sikerült megoldani, addig az állkapocs terén ily eljárást alkalmazni nem lehetett, s így egyedül a transplantatio sikerétől kellett a megoldást remélni. A szakkörök figyelme ekkor már a mi eredményeink felé is fordult. Kórházunkat számosan tanulmányozták s ennek volt következménye a bécsi orvosegyesület meghívása, hol 1916. márc. havában 15 eset bemutatásával előadást tartottunk.

Ezen előadást követő vitában híven tükröződik vissza a transplantatiós tan akkori állása.

Így *Wunschein* professzor beszámol, hogy 600 eset közül hat ízben végzett transplantatiót: két eset azonnal kilökődött, a többi még nem consolidált, de arra még mindig vár. *Tandler* professzor a késői consolidatiót a mandibula gyöngébb callusképző tulajdonságával magyarázza. *Weiser* professzor 300 esete közül két ízben próbálkozott meg tibiális transplantatióval, mindkettő kilökődött, — egy claviculából vett transplantatum begyógyult és így inkább a kötőszövetes eredetű claviculát ajánlja. *Pichler* a szomszéd mandibulaszélből izomnyelen tol át egy csontlécet (*Krause* szerint). Három ily esetről referál, eredményei kielégítőek. Ezen vitában a consolidatio kérdése is felszínre került. Az elhúzódó consolidatiót *Tandler* a mandibula, mint kötőszöveti származású csont csökkent callusképző képességével magyarázza, *Ullmann* hadifáradalmakkal. A helyes értelmezést *Landaraf* jelöli meg, mikor a consolidatiót a műteti technikával hozza összefüggésbe.

Röviddel ezután *Eiselsberg* professzor adjunctusa, *Pichler*, kórházunkat keresi föl egyheti tanulmányozásra, ki innen hazatérve már sikeres merevrendszerű transplantatiókat végez s így útját egyengeti a fejlődő transplantatiós eljárásoknak.

A bécsi előadás után alkalmunk volt a német eredményeket is közvetlenül áttanulmányozni. Így Berlinben *Klapp*, *Bier*, *Axhausen*, *Schröder*, *Williger* eredményeit láttuk, majd a hamburgi, frankfurti, müncheni és düsseldorfi eredményeket. A legnagyobb betegállománya a düsseldorfi kórháztelepeknek volt (11.000). Legnagyobb részt 2—3 centiméteres pseudarthrosis-transplantatiót végeztek. Feltűnő volt ezen eseteknél, hogy síma gyógyulás után is a consolidatio elhúzódott s a lágyrészek hosszabb ideig duzzadtak voltak. A consolidatióra hónapokig, évekig vártak.

Ezen időben a transplantatiók terén egy újabb nehézség merült fel: az állcsont görbült részeinek, különösen az állcsont egész testének pótlása.

Állcsontgörbület részeinek pótlása.

Németországban e célra hasonló görbületű csontokat használtak fel. Így: *König* bordát alkalmazott, *Lexer* megkísérelte a lapockát. Legjobban felelt meg a *Klapp* által ajánlott crista ilei.

A franciák és az entente-államokban leginkább a bordát használták. A transplantatumot több darabra is főték, avagy a görbült részt több különálló darabból pótolták.

Magam a crista ilei aponeorosisokkal átszőtt periosteumtól nem vártam megfelelő bioplastikus energiát s így más megoldást kerestem. Ugyanis eddigi csontbiológiai tapasztalataim alapján egy tetszés sze-

rinti alakban hajlítható csontos transplantatumot szerkesztettem. Ezen transplantatum már az első eseteknél (1916 III.) igen jól bevált. Minden görbületet, sőt egy darabból az egész mandibulát is ki lehetett vele képezni. (*Corpus angulus* hajlásait.) A hajlítható transplantatum ezen görbült helyzetben két hét múlva megmerevedett s hat hét múlva a törvégekkel szilárdan, csontosan összeforrt. A hajlítható transplantatum későbbi esetekben is mindig a legtokéletesebb eredményeket adta, úgy, hogy tíz éves tapasztalatok alapján ezen eljárással a görbült részek pótlása végleges megoldást nyert.

A mandibulánál alkalmazott hajlítható transplantatum két gyaluforgácsszerűen levésett periost-corticalis lemezből áll, melyeket vésett felszínükkel összefektettünk s a periosteumot egypár öltéssel összevarrjuk. Így az egészet kívülről egy közös periost-hüvely fedi be. Átültetés után az életben maradt periosteum a vékony corticalis réteget mindkét felületen fel tudja táplálni s így az egész transplantatum tovább él és vastagszik. Ezen transplantatumban tulajdonképpen a csontképzés apparatusa két rétegben van átültetve, miáltal az egész transplantatum hasonszerkezetű formában fejlődik tovább és a functio kívánalmainak megfelelően vastagszik. Nagy előnye ezen transplantatumnak, hogy a genyedésekkel szemben is igen ellentálló. (Bővebb leírását lásd *Ertl*: *Chirurgie der Gesicht und Kieferdefekte*, 91—96. oldal, *Tafel 25*. *Ertl*: *Plastikai sebészet I. rész*. *Ostermann*: *Zentralbl. für Chir.* 1921, 41. sz. *Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkrieg* *Schjerning*. 9. köt. *Röntgenologie*, 182. old.)

Az e téren elért eredményeim alapján a hajlítható transplantatumot a csontplastikák egyéb területeire is átvitettem. S itt számos esetben szintén meglepő sikerrel alkalmaztam s alkalmazom. A csontchirurgia bármely terén, hol a merevesontú transplantatióval eredményt elérni nem lehetett, ott mindig a hajlítható transplantatum hozta a legmegfelelőbb megoldást s minden esetben megbízhatónak s előnyösnek bizonyult. A hajlítható transplantatum ezen előnye több újabb eljárás kifejlesztéséhez vezetett, úgyhogy később mint különálló rendszer, a hajlítható rendszerű transplantatiók, határolódott el a merev rendszerű transplantatiótól. A csontchirurgia terén ezáltal egy újabb eljárással gazdagodtunk, mely nagy léptekkel fejlesztette tovább a functionális chirurgiát. Később kitűnt, hogy a hajlítható transplantatum szerves lebenyek alakjában is igen jól felhasználható, miáltal ismét újabb és különlegesebb csontplastikai eljárások alakultak ki, pl. osteomyelitis-üregek, vagy tuberculosus góccok kiirtása utáni csontos kinövesztése. Felhasználtam mint egyszerű hajlítható csontlebenyt koponyahiányok, állizületek befedésére, majd csöves formában duplicaturák alakjában mandibulánál, spondylliseknél, hol ez eljárással *Jung* is jobb eredményeket ért el. Oly helyeken, hol a kisebb elmozdulásokat megakadályozni nem lehet, végtagoknál, felkar, alkar, igen jól alkalmazható. Előnyösen lehet felhasználni a különféle kozmetikai correctiók terén, különösen nyeregornál, hol *Mádi-Kovács* is sikeresen használja fel. Úgy szabad, mint szerves formában igen jól bevált a különféle csontplastikáknál. Ezen eljárásokkal a drótvarratokat is nélkülözni tudtam. A hajlítható transplantatum előnyeit Németországban különösen *Ostermann* szép és különleges eredményei is igazolják. Sikeresen használható fel a különlegesebb esetek ad hoc contemplált megoldásánál. Általában a hajlítható rendszerű transplantatiók és csontplastikák egy évtizedes tapasztalatok és eredmények alapján bebizonyították, hogy kitűnően felelnek meg mindazon várakozásoknak, melyeket a merevrendszertől reméltünk.

(Folytatjuk.)

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudomány-egyetem I. számú sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Verebely Tibor dr. egy. ny. r. tanár).

A vastagbél-daganatokról.

Írta: Matolay György egyet. tanársegéd.

(Második, befejező közlemény.)

A tapasztalat azt mutatta, hogy a vastagbél különböző helyein végzett resectio gyógyuláseredményei különbözők. Főleg a vakbél-gümőkóránál végzett resectio eredményei hívták fel a figyelmet arra, hogy a jobb vastagbél-félen végzett resectio, ha kiterjedtebb is, jobb eredményt adnak, mint a bal vastagbél-félen végzettek. Minthogy különösen rossz eredményt adnak a haránt vastagbél-varratok, a jobb colon-fél daganatainál elvileg ileoceocolicus kiirtást végezzünk a vastagbél közepén készített ileocolostomiával, sőt egyesek (*Schlesinger, Colmers, Lane*) a bal vastagbél-fél daganatainál is az egész vastagbél kiirtását ajánlják, mert szerintük az ileosigmoideostomia elvégzése könnyebb a vastagbél-varratnál. Általában a bal vastagbél-félen a rosszabb műteti eredmények és a sokkal gyakoribb ileus miatt is inkább több szakaszban végzik a resectiót. Klinikánkon, mint említettem, 36 esetben végeztünk egyszakaszos resectiót. Minthogy saját eseteinkben az ileocolicus kiirtás a megfelelő ileocolostomiával még igen mélyen ülő ráknál is kedvezőbb gyógyulási viszonyokat mutatott, mint a vastagbél kimetszés, mi is arra a meggyőződésre jutottunk, hogy a vastagbél jobb felében ülő daganatok esetén ileoceocolico resectiót végezzünk. Egyébként is a jobb vastagbél-félen inkább resekálunk, míg descendens és sigmarák-nál inkább előhelyezést végezzünk. Ezen általános kere-ten belül mindig a beteg állapota és a daganat mozgathatósága szabta meg, hogy resectiót vagy előhelyezést végezzünk.

A vastagbél resectionál a belet nem thermocauterrel, de késsel vágjuk át, a csomókat megjódó-zuk, mint azt *Fritzsche, Payr* is ajánlották. Az elvar-rásnál fontosnak tartjuk, hogy a savós hártya legyen összefektetve, mert ha ez nem történik, a varratot sem cseplest, sem mint azt *Kirschner, König* megkísérelték, bonyesik nem biztosítja.

Miként a végzendő műtetre vonatkozólag, úgy a bélegyesítésre vonatkozólag sem alakult ki egységes vélemény. Egyesek, hivatkozva arra, hogy mindig a legphysiologiasabban kell eljárunk, az end-to-end bélegyesítést ajánlják, így *Miller, Erdmann, Lee* a kör-körös varrat híve. Ezzel szemben a körkörös varrat bizonytalanságára, az utána gyakran keletkező bél-sipolyokra hivatkozva, *Bakes, Deaver, Gibson, Mosko-vitz, Haberer*, stb. a bélvégeket vakon elvarrva, oldal-varratot végeznek. *Hartert, Romanis* mindkét mód-szert alkalmazták. Mások a belet end-to-side egyesítik, különösen ileocecalis resectionál, hogy mind a két bélkaes elvarrásával ne nyujtsák a műtét idejét. Az ol-dalsó összeköttetés előnye, hogy a bélrészletek között tetszésszerűtől bő nyílást lehet készíteni és a széles savós hártfafelszinek jól összetapadnak, anélkül, hogy a keringésben bármiféle zavar is állhatna elő, ami az end-to-end egyesítésnél előfordulhat. A vakon varrott bélelzárásnak is megvan azonban a maga hátránya. A bélsár mechanikus hatására, vagy széli elhalás következtében a bélvégek kinyílhatnak. Ennek biztosít-ására *Tietze, Körte*, stb. a vastagbélcsont hasháryán kívül való kivarrását ajánlják, hogy az esetleg kelet-kezett bél-sipoly ne fertőzhessen a hasüreget. *Strauss* a varrat biztosítására a cseplest használja fel, a varra-tot cseplestbe burkolja s ezt azután néhány öltéssel a

hashárytához rögzíti, úgy, hogy a varrat ezáltal mint-egy a hasháryán kívül feküdjék. *Falkenburg* a kör-körös varratnál gyakori bél-sipolyok elkerülésére az odavezető kacsot mérsékelten invaginálja az elvezető kacsba, s a serosát csomós varratokkal egyesíti. El-járását *Mayhard, Gibson, Morisini, Hartert* is ajánlják. A mesocolon nyílást, valamint a hashárya hiányát össze kell varrnunk, vagy ha ez nem vihető keresztül, e helyekre a cseplest kell rögzítenünk. Klinikánkon ileocolostomiánál iso- vagy antiperistaltikus oldal-varratot végezzünk (side-to-side). Lehágó vastagbél, sigma resectionál pedig, ahol elegendő hosszú bél rit-kán áll rendelkezésre, körkörös varratot végezzünk. Az oldalvarrat elvégzése technikailag könnyebb, a fertőzés veszélye kisebb, viszont a körkörös varrat kétségtel-nül physiologiasabb. Tapasztalataink szerint azonban, a technikai kivitelől eltekintve, a betegre nézve közöm-bös, hogy a belet mily módon egyesítettük. Úgy a bél-működést, mint a bélgöygyulást illetőleg mindkét var-rási módot egyenlőnek tartjuk.

Rendkívül fontos a varrat elvégzésénél a foko-zott asepsis, mint azt *Reichel, Bakes, Haberer, Hartert* hangoztatják, részben ennek tudható be az is, hogy a vastagbél-resectio eredményei javultak. A fertőzés lehető elkerülése végett már régen kísérleteztek oly varrási móddal, melynél az egyesítés után nyitjuk meg a belet, így a fertőzés csaknem teljesen ki van zárva. *O'Hara, Rostowzew, Moskovitz, Shoemaker, Halsted, Hartert* közölnek ily eljárásokat. Ezen eljárások azon-ban nagyon körülményesek, nagy gyakorlatot, külön-leges eszközöket igényelnek, úgy, hogy a gyakorlatban elterjedni nem tudtak. Kis daganatoknál *Reich* a daga-nat invaginálását ajánlja, mely felett a belet egye-sítjük. Egy esetben sikerrel végezte. Eljárásának hát-ránya, hogy csak előzetes colostomia mellett végezhető, mert a daganat invaginálásával a bélnyílás teljesen zárul. Egyszerűbb, a gyakorlati életben jobban alkal-mazható eljárást közöl *Lee*. Megfelelő kis eszközökbe fűzött két fonállal leköti a belet a daganat felett és alatt, s a fonalak fölé és alá behelyezi a csomós varra-tokat, ezután galvanocauterrel átvágja a belet s a két csomót az előzetesen behelyezett fonalakkal össze-varrja, úgy, hogy csupán a mintegy 4 mm vastag esz-köznek megfelelőnek marad a bél nyitva. Ezekkel az eszközökkel átvágva a belet, a belet lekötő fonalakat, miáltal a bél újra átjárhatóvá válik. Az eszközöket kihúzva, a belet azon a helyen is összevarrja. Az el-járás mindenesetre tetszetős, kivitele könnyebb a *Hartert*-énál, s a két kis eszközön kívül semmiféle fel-szerelést nem igényel. Saját tapasztalataink ezen el-járásokkal nincsenek s így kellő kritikát velük szem-ben nem gyakorolhatunk. *Hartert* a Perthes-klinika 41.3% halálozását eljárásának alkalmazása óta nagyon lecsökkentette, úgy, hogy 14 ilymódon operált beteg közül egy sem halt meg a műtét következtében. Össze-sen három beteget vesztek hosszabb idővel a műtét után tüdőgyulladás s egyéb betegséggel. Hogy ez a jó eredmény mennyiben írható az eljárás javára, azt a továbbiak fogják megmutatni.

Figyelmet érdemel még az a kérdés, hogy drai-nezzük-e a sebet. Mint általában a hasüreg drainezésé-nek kérdése, ez sem tisztázott. A gázecsíkok behelye-zése azt célozta, hogy varratelégtlenség esetében a béltartalmat kifelé vezesse. A tapasztalatok azonban azt mutatták, hogy a varratra helyezett gázecsík a var-rat gyógyulását kedvezőtlenül befolyásolja, úgy, hogy ma a sebészek tekintélyes része, *Mayo, Reichel, Habe-rer, Körte*, stb., a drainezés ellen foglal állást oly érte-lemben, hogy biztosan záró varratoknál nem drainez-

nek, oly esetekben azonban, ahol a varrat biztonságához kétség fér, ennek környékére, de magára a varratra gumicsövet helyez. Ezzel szemben *de Bovis*, *Sebrechts* minden esetben a drainezést ajánlják. Klinikánkon olyan esetekben, ahol a daganat kicsiny volt, a mesocolonból nagyobb darabot nem kellett eltávolítani, s így a bélnek vérrel való ellátása nem szenved, a bél nem szakadékony, a varrat jól elvégezhető, nem tápnálunk. Mindazon esetekben azonban, ahol a varrat tartósságára nézve a legkisebb gyanu merült fel, a hasüreget drainezzük.

A műtéttel elért végleges gyógyulást az egyes összefoglaló munkák nem mutatják nagyon rossznak. A vastagbélrák aránylag ritkán okoz távoli áttételt, a nyirokcsomók nem nagyon hamar szüremkednek be, miért is a korai kórisme a tartós gyógyulás szempontjából rendkívül fontos. A nyirokcsomók a nagyobb erek mentén fekszenek s ezért pontos eltávolításuk kiterjedt áttételek esetében lehetetlen. A nyirokcsomók gyakran csak gyulladáson megnagyobbodtak, ez azonban sokszor csak mikroskóppal dönthető el, miért is ha megnagyobbodott mirigyeket találunk, ezek lehetőleg eltávolítandók. Az áttételek gyakorisága 34–54% közt változik szerzők szerint. *Staemler* azon nézetének ad kifejezést, hogy talán az áttételek gyakorisága a végbél felől felfelé terjedően valamivel csökkent. Az áttételek közül a leggyakoribb a mirigy- és hashártya-áttétel. A távoli szervek közül leggyakrabban a máj, azután a tüdőben találunk áttételt, bár néhány esetben a petefészek-, vese-, bél-, myocardium-, lép-, ureter-, pajzsmirigy- és esontáttételt is láttak. *Hayes* a Mayo-klinikán 100 esetben végzett vizsgálatot az áttételekre vonatkozólag s azt találta, hogy 63%-ban a mirigyekben áttétel nem volt. Leggyakrabban a sigmarák okozott áttételt, utána a colondescendens, harántvastagbél, flexura hepatica, flexura lienalis, felhágó vastagbél következik. A daganat nagyságából az áttételekre következtetni nem lehet. *Körte* nagy gyűjtőmunkája szerint 434 beteg közül 61·3%, azaz 266 beteg maradt a műtét után életben. Ezek közül 102, azaz 38·3% volt több mint három évig recidivamentes. Az egész anyagra vonatkoztatva ez a szám 23·5%. *Hartert* 39·1% tartós gyógyulásról számol be (3 év). *Miller* 129 betege közül 50% betegsége 1 éven belül kiújult, 12·5% 2 év, 25% 5 év múlva recidivált, 13 beteg 5 évnél tovább élt, 1 beteg 16 év múlva pusztult el áttétel következtében.

Az I. számú sebészeti klinikán összesen 70 beteget operáltunk gyökeresen. Ezek közül meghalt a többszakaszos resectio következtében 8 (23·4%), az egyszakaszos resectio következtében 11 (30·5%). Az egyszakaszos resectio következtében elért rosszabb eredményeink annak tudhatók be, hogy hét esetben idült ileusnál is végeztük a műtétet s ezen ileusos betegeink közül három meghalt. Tapasztalataink alapján az egyszakaszos resectiót csak oly esetben tartjuk javaltnak, ahol ileus nincs jelen, ha a beteg erőbeli állapota kielégítő, s a daganat könnyen kifejthető, úgy, hogy a bélegyesítés minden technikai nehézség nélkül elvégezhető. A daganat elhelyeződése szerint a halálozás így oszlik meg:

Vakbél	Colon asc.	Flex. hep.	Colon trans.	Flex. lien.	Colon desc.	Sigma
8	2	3	5	10	5	37
2	—	1	2	3	2	9

Hazánk nagy részének megszállása következtében, sajnos, betegeink elenyésző csekély számáról tudunk adatokat beszerezni, úgy, hogy ezekből pontos következtetést a tartós gyógyulásra vonatkozóan nem vonhatunk le. A kérdezősködésünkre beérkezett vála-

szokból azonban kiderült, hogy három betegünk 5 évnél régebben operálva, még máig is él és kettő immár 3 éve panaszmentes, két betegünk 1½, illetve 1 évvel a műtét után jól érzi magát.

A palliatív műtétek közül a colostomia mellett elsősorban a bélösszeköttetés és a kirekesztés jönnek tekintetbe. A tapasztalat ugyanis azt mutatja, hogy inoperabilis daganatoknál bélösszeköttetést végezve, azok néha később operálhatókká válnak. *Langemak* ez okból minden daganatnál előbb bélösszeköttetést végzett s azután resekált. A gyökeres műtét ily módon való végzését a már előbb említettek alapján nem tartjuk célszerűnek. Az egyesek által ajánlott egy- vagy kétoldali kirekesztés a beavatkozás nagysága, s a kirekesztett bélrészlet secreetuma levezetésének nehézsége miatt célszerűtlennek és feleslegesnek látszik, miért is nem alkalmazzuk. Nem alkalmazzuk a bélösszeköttetést ileusnál sem. Az okokat, amiért ezen műtétet helytelennek tartjuk, előbb kifejtettük, de mások tapasztalata is a mellett szól, hogy az ileusnál végzett bélösszeköttetés a betegre nézve sokkal nagyobb beavatkozás, mint a colostomia vagy az előhelyezés. Így *Körte* gyűjtőmunkája szerint a halálozás 20–64·5%. Éppen ezért ő is, valamint *Prutz*, *Eiselsberg*, a műtét végzése ellen foglaltak állást. A bélösszeköttetés végzésének csak inoperabilis esetekben van jogosultsága, olyankor, ha a daganat szűkületet okoz, ileusnál azonban végzése nem jogosult. Tapasztalataink szerint alkalmazására igen ritkán kerül sor, mert a betegeknek vagy ileusuk van, vagy a daganat előhelyezhető, illetve resekálható.

A 99 rákos beteg mellett klinikánkon 32 esetben végeztünk vakbélgümőkór miatt műtétet. Betegeink közül 21 nő, 11 férfi volt. Leggyakoribb volt a betegség a 20. és 30. év között. A kórisme a rendesen tüdőfolyamat mellett, fiatal korban fellépő és sokszor szűkületet okozó, a vakbél tájon tapintható, legtöbbször jól mozgatható termenagyobbodásból nagy valószínűséggel fel volt állítható. Eseteink mindegyike a kórbonctanilag tuberculosis hypertrophica coeci név alatt leírt kórformához tartozik. Oly esetekben, ahol a Röntgen a Stierling-tünetet nem mutatta és szűkület tünete vagy daganat nem volt jelen, vagy az igen kicsiny volt, a vakbélgyulladásból való elkülönítés nehéz volt és sokszor csak a műtéttel volt a pontos kórisme feállítható.

A vakbélgümőkór, mint általában a körülírt bélgümőkór, operálandó. Kezelésére a gyökeres kiirtás az elfogadott műtéti eljárás, amely mellett bélösszeköttetést csak akkor végeztünk, ha a betegnek ileusa van, ha annyira leromlott, hogy nagyobb beavatkozást nem bír már ki, avagy igen kiterjedt bélgümőkórja van, amelynek a vakbélbeli folyamat csak kis részlete. A műtétet különösen a helybeli érzéstelenítés alkalmazása óta még aránylag a súlyosabb tüdőfolyamatokkal bíró betegeknél is elvégzendőnek tartjuk, mert a bélen lévő góc eltávolítása kedvezően befolyásolja a tüdőfolyamatot. A műtét ileocecalis resectióban áll, ileocolostomiával. Egyesek a flexura hepaticát nem irtják ki, mások ezt is eltávolítják. Klinikánkon a flexurát kiirtjuk, nehogy vaktasak maradjon vissza, melyet, mint előbb említettem, nem tartunk célszerűnek, mert a tömlőben meggyűlő béltartalom súlyánál fogva nem kedvező, a varratok feszítése miatt, a bélseb gyógyulására, s másrészt a pangó bélsárból bomlási termékek szívódhatnak fel, amelyek a beteg általános állapotára vannak káros befolyással. A belet oldalvarratokkal egyesítjük, s a Bauchin-billentyű pótlására, mivel annak kiirtásából semmiféle hátrányt nem láttunk, nem törekszünk. Ügyszintén nem láttunk semmiféle eltérést

az iso- vagy antiperistaltikus egyesítés között a bél-működést illetőleg. A körkörös vagy end-to-side egyesítést nem használjuk. A bélcsonkok elvarrása, lekötése két dohányzacskóvarrattal pár perc alatt elvégezhető, s a bélegyesítést ily módon végezve, sokkal aseptikusabb, mint a másik két eljárásnál. Betegeink közül kettőnél kiterjedt gümös hashártyagyulladás miatt csak próbametszést, kettőnél pedig nagyfokú leromlottságuk s idült ileusuk miatt csak bélösszeköttetést végeztünk. 28 betegnél resekáltuk a vakbelet a flexura hepaticával együtt s ileocolostomiát végeztünk a fent leírt módon. Ezek közül meghalt három betegünk, úgy, hogy a halálozás 11-71%. A hasüreget a legtöbb esetben tampon behelyezése nélkül zártuk, s csak oly esetben tamponáltunk, ahol a vastagbélcsonk elvarrása, vagy a csonk hashártyával való borítása nem volt tökéletes.

A tartós gyógyulásra vonatkozólag, sajnos, csak 10 betegről nyertünk értesítést, a többinek sorsáról tudomásunk nincs. Ezek közül négy, több mint 5 éve operálva, teljesen panaszmentes (egyiket közülük 7 éve operáltunk). Két beteget 4, illetve 3½ éve, egy beteget 3 éve, egy beteget 2½ éve operáltunk és jelenleg is egészségesek. Három beteg 2, 1½ és 1 évre a műtét után szintén jól érzi magát és teljesen panaszmentes.

A vastagbélresectiókat, ha csak lehetett, helybeli érzéstelenítésben, esetleg bódítással egyesítve végeztük. A betegeket csak akkor altattuk, ha az érzéstelenítés tökéletlen volt, vagy ha a daganat erős összekapaszkodottsága miatt nehezen volt kifejthető.

A vastagbélresectio végzésénél különféle behatolási módokat ajánlottak. Klinikánkon a vakbélresectiónál pararectalis, sigmaráknál baloldali ferde, a Poupart-szalaggal párhuzamos metszéssel hatoltunk be. A vastagbél egyéb helyein lévő daganatoknál oly metszést alkalmaztunk, melyen keresztül a daganatot legjobban el tudtuk távolítani. Legtöbbször azonban baloldali pararectalis s a középvonalban vezetett metszést alkalmaztunk, az előbb említettek mellett.

Az elmondottakból kitűnik, hogy a vastagbél-daganatok sebészi kezelésében ez idő szerint egységes vélemény még nem alakul ki. A műtési módok és eredmények sebészek szerint különbözőek. Csupán ileusnál mondható egységesnek az eljárás, midőn általában a lehető legkisebb beavatkozásként a colostomiát vagy előhelyezést végzik, s az egyszakaszos resectiót nem alkalmazzák. Az azonban kétségtelenül megállapítható, hogy az utolsó 10 évben a műtési technika következtében a halálozást illetőleg öröndetes javulás állott be, s minden reményünk meg lehet arra, hogy a felismerés korai lehetősége a műtési eredményeket még továbbra is javítani fogja.

A kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Verebely Tibor dr. egy. ny. r. tanár.)

A tömlős hasüri daganatokról.

Írta: Lumniczer Sándor dr. klinikai műtőorvos.

A hasüreg sebészetében olyan tömlős daganatokkal, melyek sem női nemiszervekkel nincsenek összefüggésben, sem pedig nem parasitaer eredetűek (echinococcus), ritkán találkozunk és akkor is rendszeren úgy, hogy a beteg más körképpel kerül a műtőasztalra, mint hogy az ilyen hasüri tömlős daganatok helyes körismézeése igen nehéz. Az idetartozó daganatok egyébként nem egységes eredetűek. Egyrésztük kifejezetten hámszár-mazék, mert üreinek falát különböző jellegű hámszövetek borítják. Ezeknek a hámszövetű tömlős hasüri

daganatoknak az eredete sincsen egységesen tisztázva. Régebbi felfogás szerint a nyitvamaradt, de később lefűződött ductus omphalo-mesentericusból származnak (Raesfeld, Roth, Händel, Colmers, stb.), újabban vannak akik egyes, az entodermából levált csirokból származtatják, nem zárva azonban ki, hogy a daganatok némelyike a ductus omphalomesentericussal, illetőleg a Meckel-féle gurdéllyal összefüggésben van, különösen azok, melyek a köldök közelében, illetőleg az ileumon helyeződnek el (Benecke, Sängner, Gfeller, Sprünger, stb.). Kostlivy feltevése az, hogy ezek a tömlős daganatok eredetileg Meckel-féle gurdélyokból keletkeznek, melyek később lefűződtek. A tömlők másik csoportjában hámszövetes bélés nem mutatható ki az ürökben, a fal helyenként savós hártabélésre emlékeztető, endothelszerű sejtektől borított, másutt sajátságosan sarjadjó jellegű. Hogy ezek tömlős lymphangiomák-e, avagy cystásan elfajult vérömlenyek, avagy a peritonealis hámnak (endothelnek) körülírt burjánzásából, lefűződéséből s elfajulásából eredő képletek, amint azt a lépfelszín kis tömlőinél leírták, ezidőszert vitás.

A tömlők rendszeren solitaerek, ritkább a több tömlőből álló daganat, ilyen eseteket leírtak Sängner és Klopp, Hennig, Roth, Runkel, Anderson, Seeligmann, Hueter, Leusch, Higgins, Schirmer, Strodl, Baumann, Sträuli és ilyen az alább leírt III. számú esetünk. Előfordul, hogy az eredetileg egy tömlőből álló daganat a közepén lefűződik úgy, hogy a kép olyan, mintha két tömlő volna jelen (Dittrich, Buchwald, Fröhlich).

Ha a hasüregben előforduló tömlős daganatok elhelyeződését nézzük, nem véve tekintetbe a hátsó hasfalból kiemelkedő úgynevezett retroperitonealis tömlőket, a daganatokat Colmer beosztása szerint három csoportra oszthatjuk:

1. A hasfalban, a hashártya és az izomzat között előforduló daganatok;
2. A bél domborulatán, a savós hártya alatt és
3. A bélfodorban, a lemezek között előforduló daganatokra.

Ha az irodalomban ezen beosztás szerint nézzük a közölt eseteket, akkor a legutolsó összefoglaló munkák (Stämmler, Forster) adatait az azóta megjelent esetekkel (Higgins, Bay, Schirmer, Strode, Baumann, Lotheisen, Toniselli, Sträuli, Tugulea, Wereschtschinsky, Novi, Karter, Valente és a mi megfigyeléseink), kiegészítve azt találjuk, hogy a hasfalban 5, a bélfalban 42, a bélfodorban 39 eset ismeretes. A bélfalban előforduló eseteknél az esetek körülbelül 50%-ánál a tömlőt az ileumon, a Meckel-féle gurdély rendszer előfordulási helyének megfelelő helyen találjuk.

Az I. számú sebészeti klinikán három ilyen esetet gyógykezeltünk, mely eseteket röviden az alábbiakban ismertetjük:

I. D. L.-né 41 éves, körülbelül egy éve érez hasában daganatot, különösebb panaszok nélkül. A hasfalak puhák, az epigastriumban két férfikölnyi, síma felszínű, mintegy kocány körül mozgatható, a légző mozgásokat nem követő, nyomásra kissé fájdalmas daganat tapintható. Gyomor és bél teljesen szabad, a daganat látszólag ezekkel nincs összefüggésben. **Műtét:** a köldök felett végzett median laparotómiával megnyitjuk a hasüreget, a hashártya megnyitása után a has sebébe valóssággal előugrik a jókora gyermekfejnyi terimenagyobbodás, mely alaposabb vizsgálatnál a következő viszonyokat mutatja: az alsó részlet kidomborodik a ligamentum gastrocolicumnak, illetőleg a mesocolon transversumnak alsó felszínén, úgyhogy a colon transversum kifesztítve felette fekszik. Felső széle a gyomor és vastagbél között bujik ki, úgyhogy a gyomrot maga előtt felemeli. Baloldali széle eléri a lépét, hátul a hasnyálmirigyre fekszik rá, jobbra valamivel túlnyúlik a középvonalon. A daganatot igen tágult kanyargós viszerek ágazzák be, melyeket azonban a

mesocolon lemezeinek átvágása után sikerült sértetlenül letölteni. A legnagyobb nehézséget az arteria lienalis megtartása okozza, ami azonban szintén sikerül. A mesocolon lemezek sebének összevarrása és vérzésesillapítás után réteges hasfalvarrat.

A kiirtott daganat kissé nagyobb gyermekfejnél, többrekeszű, rekeszeinek néhol a fala síma, másutt finom növedéktől egyenetlen, dűdörös. Az egyes kisebb-nagyobb ürök tartalma rozsdabarnás véres folyadék.

Górcsövi vizsgálata: a tömlő falát hyalinosan elfajult kötőszövet alkotja, melynek magvai erősen megnyúltak, orsóalakúak. A kötőszövetben számos, részben önálló fallal bíró, részben csak endothellel bélelt hajszálér fut, melyeknek környéke itt-ott gömbsejtesen beszűrődött. A kötőszövetben elszórva és egybeült is számos helyen találunk folliculuszerű gömbsejt halmazokat, középső epitheloid sejtesomóval és azt körkörös övező lymphoid gyűrűvel. A falban kisebb-nagyobb zsírszövetekkel mellett sajátságos sejthalmazok foglalnak helyet, melyek az alább említendő óriássejtekben bővelkednek. A harántul metszett tok legnagyobb részén Van Giesonnal jellegzetesen festődő, általában hosszirányban, helyenként körkörös lefutó síma izomréteg húzódik végig. A tömlők falának síma területeit egyrétegű, nagyon alacsony sejtréteg borítja, mely megfelel a hashártyát, avagy ízületi üregeket bélelő endothel megduzzadt rétegének, amint lefutásában követve, típusos vékony endothelrétegbe megy át. Ez az endothelréteg néhol szorosan ráfekszik az említett rostos tömlőfalra, másutt arról leemelkedik valamelyes nagyon laza, tág recéjű, lymphangiómára emlékeztető szövetburjánzás közbeekelődése folytán. Ezen laza szövet tág recéiben kerek vagy inkább epitheloid, néhol óriás sejtek fekszenek a bőséges hajszálerek mentén. A dűdörös tömlőrészlet tetején valamelyes amorph törmelék réteg borítja, ez alatt és az izomzat között laposan szétterülve, sajátságos sejtréteget találunk, mely gömbsejtesen beszűrődött, tág, vérrel telt erekkel behálózott, helyenként rögös, festékeket tartalmazó sarjszövetnek felel meg, azzal a különbséggel, hogy igen nagy számban tartalmaz különféle nagyságú óriássejteket, amelyek kivétel nélkül cholesterinjegyeceket foglalnak körül, halvány, finomabb, szemcsés, bőséges protoplasmájukkal. Helyenként azt a benyomást teszi, mintha az óriássejtek egészen különös ovoid hízagokat bélelnének. Az óriássejtek szomszédságában a fibroblastok is bő plasmájú, világos sejtekké (epitheloid) duzzadtak meg. A tömlő egy más helyéről készített metszetében a kocsonyás fibrines alvadék közepén látszólag teljesen szabadon fekvő golyókat találunk, melyek ugyancsak ilyen rétegzetesen elrendezett, bőséges protoplasmájú vacuolák sejtekből állanak, közben néhány hajszálérrel és egészben borítva ellapult endothellel. Kétségtelenül polyposus növedékek ezek, melyek a metszésnél látszólag kerültek ilyen a faltól független helyzetbe.

II. O. J.-né 34 éves, nyolc éve veszi észre, hogy hasában lassan növekedő daganata van, mely semmiféle fájdalmat nem okoz és melynek egyetlen tünete az, hogy nagyságánál fogva az asszonyt egyes mozgásoknál akadályozza. Vizsgálatnál feltűnik, hogy a jobb hasfél erősen előredomborodik. Tapintással a bal bordaív alatt emberfejnyi terimenagyobbodást találtunk, mely összehúzódott izomtapintatú, homályosan hullámzik, teljesen fájdalomtalan, síma felszínű, nem rögzített. Kopogtatásnál tompa hangot ad, s tompulata összefüggött a lép tompulataival, melynek felső határa a hónaljnyalban a IX. borda magasságában van. A daganat jobboldalt a köldöktől három harántujnyira terjed, alsó széle pedig a köldököt körülbelül tenyérnyi szélességgel haladva túl. Májtoimpulátus rendes. Vérték: lymphocytá 26,5%, eosinophil 1%, polymorph. neutrophil 70%, fiatal kifialak 2,5%.

Műteti lelet: median laparotomiával megnyitjuk a hasüreget, megnyitás után szürkés-fehér tömlő ugrik

elő, amely felett a harántremese és a flexura lienalis feszül ki. A hasüreg pontos izolálása után kiderül, hogy a tömlő a mesocolon lemezében baloldalt foglal helyet a lép alatt. Rajta futnak a mesocolon kanyargós tágtul erei, s hátra terjed a hasüreg hátsó faláig, anélkül azonban, hogy akár a retroperitonealis szervekkel, akár a belekkel összefüggne. A daganat felett a mesocolon lemezét behasítva, a tömlőt sikerül úgy eltávolítani, hogy a hátsó lemez sem sérül meg. A mesocolon lemezeit összeöltve és a vérzést pontosan csillapítva, a hasat rétegesen zárjuk. Az eltávolított terimenagyobbodás hullámzik, belseje dűdörös, rajta papillómás növedékek láthatók, melyek együttesen polyposusan túltengett vastagbélnyárhártyának látszanak.

A kiirtott daganat górcsövi vizsgálata azt mutatja, hogy a tömlő falát kérges, vaskos, részben hyalinosan elfajult igen sejt- és érszerű kötőszövet alkotja, amelyben sövények által elválasztott apróbb tömlők foglalnak helyet. A kötőszöveti rostok között egészen vékony Van Giesonnal festődő síma izomnyalábok húzódnak végig. A tömlő ürterét törmelékes, amorph anyag tölti ki, közte levált hámsejtekkel. Minden kis hasadékot, épp úgy, mint a tömlő üregét is kivétel nélkül egyrétegű magas hengerhám bélel, mely helyenként kisebb-nagyobb polypusokat képez. Ezen kép több helyen változatosabb lesz azáltal, hogy a magasabbra törő növedékek teljesen utánozzák a vastagbél túltengett polyposus nyálkahártyájának képét, másutt viszont a kötőszövetbe betérjedő hengerhámú bélelt csatornákkal azok mirigyeihez hasonlóak. A toknak a tömlő felé tekintő felszínét végig bolyhos, béllyálkahártyára emlékeztető boríték fedi. Egyes helyeken ezen bolyhok polyposus növedékeket képeznek, melyek élénken emlékeztetnek rendetlen szerkezetükkel adenomás jellegű vastagbélrákra, a nélkül azonban, hogy a fal áttörésével rosszindulatúság kétségtelen jelei fennforognának.

III. K. L. négyéves kislány ileus tüneteivel került a klinikára, hol vizsgálatkor a defense miatt nehezen tapintható, a bal hasfelet elfoglaló daganatot találtunk a hasüregben. Narkosisban végzett tapintás szabadon mozgó, a kismencedéből a két bordaív alá tolható, férfikölnyi daganatot derített ki, mely az ileussal okozati összefüggésben levőnek látszott.

Műténél a daganat mesenterialis tömlőnek bizonyult, melyet, minthogy a fala nagyon vékony, igen bőven erezett volt és a bélfallal erősen összefüggött, kihámozni a mesenterialis erek sérülése nélkül nem sikerült. Ezért a daganatot a hozzátartozó béldarabbal együtt irtottuk ki a belet oldalsó entero-enteroanastomosissal egyesítve. A tömlős daganat azáltal okozta az ileust, hogy a daganat domborulata felett kifeszített bél beszűkült, a felette lévő bélszakasz kitágult, s a tömlőt 180 fokra megcsavarta.

A kiirtott daganat egy gyermekkölnyi, egy rekeszű, belső felületén bordázott és nyolc kisebb, galambtojásnyi tömlőből áll, mely utóbbiak a bélen szőlőfürtszerűen lógtak. Valamennyi a bél fodori szélén ül úgy, hogy a bél savós hártájára folytatódott a tömlők borítékába. Tartalmuk híg, zavaros, emulsiószerű folyadék volt. Górcsövi vizsgálatnál a bélés egyrétegű endothelnek mutatkozott.

A leírt három eset közül a második jellemző képviselője a hámú bélelt tömlőknek, melyeknek fali szerkezete igen különböző. A hámos daganatok fala górcsövileg legnagyobb részben a rendes bélfal szerkezetét mutatja, sok esetben még a bélfal izomrétege is kimutatható (*Fritz, Buzzi, Dittrich, Sprengel, Kuzmik, stb.*) Előfordul, hogy a nyálkahártya a tömlő belsejében nem teljesen fejlődik ki s az egész kéreg síma hengerhámú van bélelve (*Quensel, Kostlivy, Roth*). Néha az izomréteg teljesen hiányzik és csak kötőszövetes tok van jelen. (*Anderson, Morton, Buchwald*). A hámbeledésben néha kehelysejteket találunk (*Puschmann, Hueter, Nasse, Quensel*), olykor laphámbeledéssel dermoid cystát

(Gfeller, Hediger), avagy köbhámmal bírnak (Neupert). A bélfalban és az izomzat között előforduló tömlők rendszeren a bél nyálkahártyájához hasonló béléssel bírnak, mely kötőszövettel vagy izomréteggel van körülvéve. (Quensel, Hueter, Seeligman.) Vannak állítólag olyan hámeredetű tömlők leírva, melyekben a hystológiai leletben hámbélést egyáltalán semmit sem találtak megemlítve (Fränkel, Batle, Leuss).

A másik két esetünkben hámbélés nem mutatható ki a cysták belső felületén, a tömlők az úgynevezett endothelialis cysták közé sorolandók. Harmadik esetünk szokatlan nagyságú lymphangioma cystocavernosum, amelyhez hasonlólt írt le Öhrlein, s melyek keletkezésükben talán a nyaki hygromáknak felelnek meg. Első esetünkhöz hasonló szövettani leírást sehol sem találtam. Ennek az esetnek az eredete szintén igen kérdéses, mert lehetséges, hogy a betegnek eredetileg lymphangiomája volt, melynek üregébe valamilyen módon bevérzett és ez a vérzés pusztította el a hámbélést, lehet azonban az is, hogy valamilyen, a hashártyából levált csirából eredt. A szövettani képet igen érdekessé teszi az a nagyszámú óriássejt, mely a cholesterin jegecek környékén látható.

A daganatok nagysága igen változó. A legnagyobbakat Runkel 63—28 cm és Leuss 56—12 cm írtak le. A daganatok másodlagos elfajulása igen ritka. Runkel, Terrier és Anderson találtak ilyen tömlőben papillaris és adenomás burjánzást és ezen ritka esetek közé tartozik a mi II. esetünk is, ahol több helyen találtunk ilyen polypusos növedékeket. Másodlagos fertőzést észlelt egy esetében Neupert.

A daganatok felismerése és a helyes klinikai diagnosztizálása igen nehéz, egyrészt mert ritkaságuknál fogva nem igen gondolunk rájuk, másrészt, mert nehéz egy hasonló daganatoktól (petefészek-tömlő, hydronephrosis, Gravitz-tumor, stb.) megkülönböztetni. Több esetben a beteg appendicitissel került a műtőasztalra és csak műtét közben vették észre, hogy nem appendicitis, hanem ilyen hasüri tömlős daganat okozta a tüneteket. Gyakran okoznak béltüneteket, sőt ileust is, melyet csavarodásra, vagy betüremkedésre vezethetünk vissza (III. sz. esetünk). Petefészek-tömlőktől bimanualis vizsgálattal el tudjuk különíteni, hydronephrosishoz hólyagtükri vizsgálat és a daganatnak a vesetájon való elhelyeződése képezhet alapot a megkülönböztetésre. Tömör mesenterialis daganatokkal szembehelyezi őket az, hogy rendszeren hullámozást tapasztalunk. A mi II. számú esetünkben a kép teljesen olyan volt, mintha a daganat a léppel volna összeköttetésben és műtetre lépechinococcus kórismével került és csak a hasüreg megnyitása után derült ki, hogy mesenterialis tömlős daganattal állunk szemben.

A tömlős daganatok kezelése minden esetben sebészeti. Ha a beteg állapota és a bonctani viszonyok megengedik, a daganatot ki kell irtani. Ez a műtét a fodorlemezei között elhelyezkedő daganatoknál rendszeren igen szépen végrehajtható, mert a daganat nem lévén erősen összenőve a környezetével, tompán kihámozható. A bélfalban fekvő tömlőknél a tömlő rendszeren olyan szorosan össze van kapcsolódva a béllal, hogy a kiirtás csak úgy lehetséges, ha az illető bélrészletet is kiirtjuk (III. számú esetünk). Ha a beteg állapota rossz, akkor a tömlőt megnyitjuk és a hasfalhoz kivarrjuk és esetleg második műtéttel, amikor a beteg állapotát rendbehoztuk, irtjuk ki a tömlő falát. Ha ez később sem lehetséges, akkor hosszú ideig tartó edzéssel és kezeléssel lassan iparkodtak a kivarrt üreget begyógyítani, ügyelve arra, nehogy korai letapadással újabb tömlő

jöhessen létre. Punctiót mindenképpen mellőznünk kell, egyrészt mert a daganatot környező belek miatt a keresztülvitele igen veszélyes, másrészt a tömlő igen rövid idő után ismét megtelik folyadékkal. A műtét beavatkozás, ha a beteg állapota jó, kevés halálozással jár. A mi három közölt esetünk per primán gyógyult és mind a három beteg a műtét után 9. napon teljesen gyógyultan hagyta el a klinikát.

A Stefánia-gyermekekórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinika közleménye (igazgató: Bókay János dr. egyet. nyilv. rendes tanár.)

A véres liquor cerebrospinalis vizsgálatairól.

Írta: Steiner Béla dr. egyetemi tanársegéd.

A lumbalpunctióról az utóbbi esztendőben Kafka¹, Eskuchen², Lange³ és Pappenheim⁴ tollából jelent meg összefoglaló értekezés. Az egymásután megjelenő monographiák egyrészt a liquor-diagnostika haladását jelzik, másrészt a mind nagyobbodó érdeklődés fokmérőit. A lumbalpunctio ma már nemcsak a klinikusok diagnostikus eszköze, hanem szükségszerűen a gyakorlóorvos nélkülözhetetlen segítőtársa is. Ez a meggyőződésünk annak a számbelileg is jelentékeny anyagnak az áttekintéséből alakult ki, melyet klinikánkon volt alkalmunk észlelni. Nem egy alkalommal sikerült a lumbalpunctio révén a klinikailag biztosnak látszó agyhártyagyulladásat kizárni és a vizsgáló figyelmét az agydaganat, typhus kórisméje felé irányítani. Életet mentünk meg, mikor a liquor-diagnostika az agytályog felvételét teszi valószínűvé és a sebész kellő időben avatkozhat be. Többször észleltük gümős agyhártyagyulladásban szenvedő betegeinknél a klinikai tünetek oly fokú javulását, hogy diagnosisunk helyességében kételkedtünk. A pozitív liquorlelet mindig mutatta, hogy itt csak látszólagos javulásról van szó és a néhány nap múlva bekövetkező remissio újra bizonyította, hogy a liquor vizsgálata sokszor pontosabb felvilágosítást ad a beteg állapotáról, mint a klinikai status.

A liquor cerebrospinalis normalis körülmények között víztiszta folyadék. Ha a punctio alkalmával véres liquor ürül, az első felvetődő kérdés, hogy a vérzés a művi beavatkozás következménye-e, vagy pedig valamely pathologikus folyamat jele.

A két folyamat szétválasztása a következő nézőpontok alapján történik:

1. Essentialis vérzésnél a liquor egyenletesen véres. Arteficialis vérzésnél a liquor vértartalma kezdetben kifejezettebb, míg a későbbi részletekben lényegesen csökken. Az utolsó portióban a vér makroszkopikusan hiányozhat. Több alkalommal észleltük azonban az ellenkező lefolyást is: kezdetben ürülhet víztiszta liquor és csak a következő részletek válnak véressé. Ez a tapasztalatunk vezetett oda, hogy mindig két csőben fogjuk fel a liquort. Az első csőbe 2—3 cm³ liquort engedünk le, mely elégséges a legfontosabb vizsgálatok elvégzésére, míg a második csőbe 10—15 cm³-t. Ezen eljárás mellett minden olyan esetben, amikor a vérzés az első cseppek után áll be, a vizsgálatra kifogástalan anyaggal rendelkezünk.

2. Arteficialis vérzésnél centrifugálás után az üledeket alkotó vörösvértestek feletti folyadékréteg színtelen, pathologikus vérzésnél sárga vagy vörös. Ezen szabály alól kivételt csak olyankor látunk, ha vízes

eszköz használata miatt arteficialis vérzésnél áll be haemolysis.

3. Arteficialis vérzésnél (ami gyakorlatilag a friss vérzéssel azonos) ép vörösvértesteket, pathologikusanál (régí vérzésnél) vérpigmentet és haemosiderin rögöket látunk a mikroszkop alatt.

4. Arteficialis vérzésnél alvadás következik be, pathologikus (régí) vérzésnél nem.

5. Ha punctio alkalmával liquor nélkül tiszta vér ürül, ez jelzi, hogy még nem értük el a subarachnoidalis ürt. Ilyenkor az ellenkező oldalról beszúrva, még tiszta liquort nyerhetünk.

A véres liquor a vizsgálati eredmény értékesítését nagy mértékben zavarja. *Lange* azon a nézeten van, hogy a praxisban ilyenkor a liquor vizsgálatát legjobb elhagyni. Szerinte minimalis vér jelenléte, mely centrifugálás után vörös üledéket nem okoz és csak mikroszkopikusan ismerhető fel, a Wassermann-reactio értékesítését, exact liquor-diagnosis felállítását lehetetlenné teszi. A fehérje és colloid reakciók, a sejtszámolás eredményét a hozzákeveredő vér meghamisítja. A punctio másnapi megismétlése sem segít, mert a liquorba jutott vér eliminálása hosszantartó folyamat eredménye.

Miután az arteficialis vérzés sokszor igen fontos segítőeszköztől foszt meg, érdemesnek tartjuk rámutatni azokra a módszerekre, amelyek mellett a művi vérzést a minimumra szoríthatjuk le.

A punctio az esetek legnagyobb részében sikerül, ha az előírt irányt pontosan betartjuk és a beteget biztosan tartjuk. Mindkét követelménynek könnyen teszünk eleget, ha a punctio *ülő helyzetben történik*. Ezzel a véleményünkkel ellentétbe kerülünk a legtöbb szerzővel, akik szerint fekvő helyzetben kell pungálni, mert *ülő* betegnél a liquor lebecsújtásakor előálló gyors nyomásváltozás könnyen veszélyessé válhat. Ezzel a feltevessel szemben hivatkozhatom előző munkám⁵ egyik adatára, mely szerint klinikánkon 30 év alatt végzett 10.000 punctio miatt csupán két haláleset következett be. Az általunk észlelt fejfájás, szédülés, meningismus esetek száma pedig lényegesen alatta marad az irodalomban általánosan közölt 10–30%-nak. Örömmel állapítjuk meg, hogy klinikánk eljárását vallja *Lange* is, aki szerint az *ülő* helyzetben történő punctio ellen felhozott kifogások: sind nur aus theoretischen Überlegungen entstanden, die aber durch die Praxis nicht bestätigt sind. Természetes, hogy agytumor gyanujánál, tetanus súlyos alakjainál mi is fekvő helyzetben pungálunk.

Az irány betartására fontos, hogy a beszúrás helyét pontosan kikeressük. A crista osis ilei legkiállóbb pontját összekötő egyenest elképzelve, az alatta vagy felette lévő csigolyaközt megjelöljük. Általánosságban a beszúrás a median vonaltól kissé oldalt történik és a tű alulról és oldalról fel- és befelé halad. *Nádor-Nikitits*⁶ a behatolás irányának megválasztására és annak megtartására szellemes eszközt szerkesztett. A bőr átszúrása után a ligamentum flavumon keresztül a lamina externa és interna durae matris közötti cavum epiduraleba jutunk. Fontos tudni, hogy itt laza kötőszöveten, zsírszöveten kívül a gerincvelőhöz haladó arteriák rami spinalesei és nagy venaplexus van. Az arteficialis vérzés majdnem kivétel nélkül ezen vénákból ered. Az arachnoideát átszúrva, a cavum subarachnoidaleba jutunk.

Előfordul, hogy a tű, a helyes iránytól eltérve, esontba ütközik. Ha ilyenkor próbálkozunk irányváltoz-

tatással, könnyen okozunk vérzést. A leghelyesebb a tűt kihúzni és egy csigolyával feljebb beszúrni.

Hosszú időn keresztül az accidentalis vérzés folytán szennyezett liquort nem vizsgáltuk. Némelykor azonban a diagnosis felállítására, a beteg további sorsa szempontjából, igen fontos a liquorlelet. Gyermekekben a punctiótól leggyakrabban arra a kérdésre várunk feleletet, hogy meningitissel vagy meningitisz utánzó kórformával állunk-e szemben. Erre a kérdésre feleletet tudunk adni, ha a fehérjetartalmat, a sejtszámot, a liquor cukormennyiségét határozzuk meg és a centrifugált üledéket mikroszkopikusan vizsgáljuk.

Véres liquor esetén csak a Nonne-Apelt- és Pándy-reactio negativ volta értékesíthető, mert positiv leletet a hozzákeveredett vér is okozhatja. *Wüllenweber*⁷ vizsgálatai szerint a Pándy-reactio positiv, ha 0.625% vérsérum keveredik hozzá, vagyis ha 1 cm³ liquorra 1/100-ad rész vérsérum esik.

Normalis liquorban a fehérvérsejtek száma legfeljebb 5–10. Ha véres liquorban a sejtek száma szaporodott, eldöntendő, hogy mi esik ebből a vérzés számlájára. A vizsgálat menete *Pappenheim* szerint a következő: A Fuchs-Rosenthal-kamrában a mm³-ben található fehérvérsejtek számát megállapítjuk. Ellenőrzés céljából a liquorban lévő vörösvértesteket is megszámloljuk, a liquort physiologikus konyhasóval keverve. Miután a vérben a vörösvértestek és a fehérvérsejtek aránya körülbelül 600:1-hez, a vérzés folytán a liquorba került fehérvérsejtek száma a talált vörösvértest érték 600-ad részét teszi ki. Ezen eljárásnak igen sok hibaforrása van és csak kifejezett sejtszaporodás mellett ad használható eredményeket. Még kevésbé vonhatunk le következtetést a kikent készítményben lévő leukocyták és lymphocyták arányszámából, miután meningitis tuberculosánál az üledékben a 90%-os leukocytoisistól a majdnem kizárólagos lymphocytosisig minden átmenetet megtalálunk.

Ha a fehérjereactio positiv, a sejtszaporodás pedig — a methodus természeténél fogva — bizonytalan eredményt ad, úgy semmi adatunk sincs pathologikus folyamat felvételére, még kevésbé azok elkülönítésére. Ily kényszerhelyzetben kísérletet tettünk, hogy vajjon a liquor cukortartalmának meghatározása nem ad-e használható értékeket. Előző munkáinkban⁸ részletesen foglalkoztunk a liquoreukor diagnostikus jelentőségével. Rámutattunk, hogy a liquoreukoresökkenés gyakorlatilag biztos jele az agyhártyagyulladásnak. Azon esetek száma pedig, melyeknél a cukoresökkenés hiányzik, elenyésző és csak hosszantartó görcsös állapot után végzett vizsgálatoknál észlelhető.

A vérrel keveredett liquor cukortartalmának diagnostikus jelként való felhasználásánál a következő nézőpontokat tartottuk szem előtt: A liquor normalis cukortartalma 55–80 mg-%. A vére 70–110 mg-%. Ha a liquor cukortartalma normalis volt, a legkisebb vérmennyiség hozzákeverődése a cukor mennyiségét csak növelheti. Nagyobb mennyiségű vér jelenléte esetén azonban a vér magasabb cukortartalma a liquoreukor fogyását elfedheti. A legfontosabb kérdés tehát annak az eldöntése, hogy a vizsgálandó liquorban hány százalékat tesz ki a vér. Előzőleg utaltunk rá, hogy az arteficialis vérzés intenzitása az *esetek többségében* csökkenő tendenciát mutat, úgyhogy több csőben felfogva, az utolsóban a liquor csak véresen tingált, illetőleg a vér makroszkopikusan hiányozhat. Ezekben a liquorokban a vér mennyisége nem haladja meg az 1%-ot és gyakorlatilag a liquoreukorérték diagnostikus értékelésénél elhanyagolható. A hozzákeveredett vér százalékos mennyiségének megállapítására *Lange* szellemes

eljárást dolgozott ki, amely azonban az általános gyakorlatra kissé complicált. Gyakorlatilag elegendő felvilágosítást ad már a fehérvérsejt- és a vörösvértest-szám összehasonlítása.

Kifejezett agyhártyagyulladásnál a liquor cukortartalma rendszeren 30 mg-% alatt van. Ahhoz tehát, hogy 60 mg-%-os, tehát normalis értéket kapjunk, legalább 20% vér hozzákeverődése szükséges. Ilyen szabad szemre az utolsó részletében is vérjellegű folyadékot kísérleteinkben nem használhattunk fel.

Vizsgálatainkban elsősorban azt volt szükséges eldönteni, hogy vérzés esetében — várakozásunkkal ellentétben — nem minden esetben csökkent-e a cukortartalom. Az irodalom régebbi adatai szerint ugyanis kóros vérzés kezdeti szakában mindig cukoreszkkenés észlelhető. *Lange* ezekre menő liquorvizsgálataiban ezen megfigyelést nem tudta igazolni. Munkánk folyamán mi véres liquorban a normalisnál alacsonyabb cukortartalmat csak agyhártyagyulladásnál észleltünk. Ezzel eldőlt a principialis kérdés, hogy a liquor cukortartalmának változása vérzés esetében is diagnostikus célra felhasználható. Természetesen a véres liquor cukortartalmának elkülönítő kóriszménkben való felhasználásánál nagy elővigyázattal kell eljárni. Míg nem szennyezett liquornál 50 mg-% alatt biztosra vehetjük az agyhártyagyulladás kóriszméjét, 55 mg-% felett pedig azt kizárhatjuk, véres liquor esetében óvatosságból csak nagyobb kilengéseknek tulajdonítunk jelentőséget. *Biztosnak tartjuk a meningitis kóriszméjét, ha véres liquor esetében a cukortartalom csak 40 mg-%-ot tesz ki, vagy alatta marad.* Valószínűnek tartjuk, hogy a liquor nem agyhártyagyulladásban szenvedő betegtől származik, ha az esupán véresen tingált és annak cukortartalma 65 mg-% felett van. Ezen megállapításaink alapját képező eseteinkből néhányat a következőkben közlünk:

T. B. Borostyánsárga liquor. Pándy: +++. Liquor cukortartalma: 57 mg-%. Klinikai diagnosis: Enkephalitis chronica.

T. V. Véres liquor. Pándy: +++. Liquor cukortartalma: 68 mg-%. Diagnosis: Eklampsia.

K. A. Szabad szemre opalescáló, véres üledéket adó liquor. Pándy: +. Cukortartalom: 86 mg-%. Diagnosis: Enkephalitis.

G. J. Szabad szemre nem véres. Üledékében vörösvérsejtek. Pándy: —. Liquor cukortartalma: 89 mg-%. Diagnosis: Status eklampticus.

T. R. Kifejezetten véres liquor. Pándy: +++. Cukortartalom: 32 mg-%. Boncoláskor meningitis tuberculosa-t találtunk.

M. I. Véres liquor. Pándy: +++. Cukortartalom: 23 mg-%. Boncolás eredménye: Meningitis tuberculosa.

B. M. Kifejezetten véres liquor. Pándy: +++. Liquorcukor: 8 mg-%. Két nap múlva a punctiót megismételve, a cukortartalmat újra 8 mg-%-nak találtuk. Érdekesnek tartjuk megemlíteni, hogy ebben az esetben kontroll céljából az agygyomrocs tartalmát is megvizsgáltuk. Pándy-reactio positiv volt; sejtszám 36; liquor cukortartalma 28 mg-%.

K. M. Előző nap plexus sértés. Punctatum zavaros. Üledéket vörösvérsejtek alkotják. Pándy: ++. Cukortartalom: 15 mg-%. Boncolás eredménye: Meningitis tuberculosa.

R. L. Szabad szemre opalescáló, véres üledéket adó liquor. Cukortartalom: 41 mg-%. Boncoláskor meningitis tuberculosa-t találtunk.

Irodalom: ¹ Springer, Berlin 1917. — ² Urban u. Schwarzenberg, Berlin 1917. — ³ Spezielle Pathologie (Kraus u. Brugsch), Urban u. Schwarzenberg, 1923. — ⁴ Rikola, Wien 1922. — ⁵ Jahrbuch für Kinderheilkunde CII. köt. — ⁶ Orvosi Hetilap 1925, 32. sz. — ⁷ Klinische Wochenschrift 1924, 34. füz. — ⁸ Orvosi Hetilap 1923, 7. sz., Orvosi Hetilap 1925, 5. sz., Jahrbuch für Kinderheilkunde 102. köt.

THERAPIA ÉS DIAGNOSTIKA

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem III. sz. belklinikájának (igazgató: br. Korányi Sándor dr. egyetemi ny. r. tanár) és a budakeszi Weiss Manfréd alapítványi szanatóriumnak (igazgató-főorvos: dr. Róth Miklós, a III. sz. belklinikai v. adjunktusa) közleménye.

Tüdőbetegek insulinkezelése.

Írták: Hofhauser István dr. és Schön Jenő dr. főorvos.

Az insulinnak a tuberculosis therapiájába való bevezetését egyikünk a következő elméleti indokok alapján látta megkísérlendőnek.*

1. javítja a beteg étvágyát és ily módon súlygyarapodásra vezet (*W. Falta, Vogt, I. S. Lorant, R. Bauer, u. W. Nyiri, Priesel u. Wagner*);

2. elősegíti a glikogen-appositiót;

3. ellensúlyozza a tuberculotikusoknál gyakran észlelt, sympathikotoniára visszavezethető tüneteket (*B. Mendel, E. Kylin, P. F. Richter*);

4. a szövetek víztartalmát — mely gyakran, különösen súlyos esetekben megfogyatkozott — normalis fokra emeli és azon megtartja (*Priesel u. Wagner, O. Tezner u. A. Ebel*);

5. esetleg immuntherapiás hatása is van.

Jelen dolgozatunk az insulinnak kizárólag a tüdőbeteg étvágyára és súlygyarapodására való hatását tárgyalja. Kezelés céljára olyan betegeket választottunk ki, akik a jó és bőséges konyha dacára nem híztak, sőt fogytak. Eljárásunk a következő volt:

Első nap ebéd előtt 8, vacsora előtt 5 egységet (Wellcome-, Lilly- és Leo-insulin) kapott a beteg subcutan s az injectio után 40–45 perc múlva kezdte meg az étkezést. Amennyiben étvágya lényeges javulást mutatott, ezen adag mellett maradtunk, ha javulás nem következett be, vagy a súlygyarapodás nem indult meg, az adagokat néhány egységgel emeltük (10–7, 12–8, 15–10, 18–12, 20–15-re és így tovább). Az eddigi maximális dosis 50 egység. Súlyos esetekbenél lehetőleg magas napi adagot igyekeztünk elérni. Általában individualis adagolásra törekedtünk; volt, aki este is ugyanannyit kapott, mint délben, másnál viszont, mivel este insulin nélkül is volt étvágya, az esti adagot elhagytuk. Nagy gondot fordítottunk a hypoglykaemia megelőzésére, a betegeket kitanítottuk, hogy, ha kellemetlen tünetek (remegés, izzadás, erős éhségérzés) jelentkeznek, a kéznél lévő cukorból vagy csokoládéból fogyasztson és ilyen cukros teát hozzá, esetleg limonádét vagy édes befőttlevet. Ilyen módon, dacára a nagy adagoknak, egyszer sem jelentkezett hypoglykaemia. Akik éjjel is megéheztek, azoknak cukros tej állott készen az éjjeliszekrényükön. Feltűnő volt, hogy az étvágy javulása nemcsak az injectiót követő, hanem még a másnap délelőtti étkezéseknél is jelentkezett.

Toxikus vagy nervosus hányásoknál, melyekre az insulinnak egyébként is jó hatása van (*W. Thalheimer*), tejből, cukorból és konyakból álló, opiumcseppeket tartalmazó tápessörét adattunk (hogy a hypoglykaemiát elkerüljük) és az insulin adagolását tovább folytattuk. Gastritiseknél néhány napra kihagytuk az insulinát és megfelelő diétát rendeltünk. Anacidoknak sósával, hasmenés ellen (relativ pankreas-insufficiencia?) pankrin-tablettákat adagoltunk. Ha azt láttuk, hogy az ekként megindított súlygyarapodás tartós jelleget öltött, az adagot óvatosan csökkentettük, és, ha a hízás

* Lásd O. H. 1926, 14. sz.

így is tovább folytatódott, az insulint lassan teljesen el is hagytuk.

Ilyen módon insulinnal kezelt tüdőgümőkórban szenvedő betegeink közül néhány jellemző eset rövid kórtörténetét, a többinek pedig helyszűke miatt a státusát alábbiakban ismertetjük.

1. *B. E.*, 21 éves. Progrediáló exsudatív nodosus jobb felső lebeny folyamat, cavernával. Koch-positív, febrilis.

2. *W. A.*, 19 éves. Kisfokú stationær hiluselváltozás, chron. subfebrilitás.*

3. *L. H.*, 24 éves. Teljes jobboldali cirrhosis cavernával, baloldali progrediáló acinosus-nodosus folyamat, Koch-positív, gyakori profus vérzések, afebrilis.

4. *B. A.*, 26 éves. Néhány meszes góc, chron. subfebrilitás (activ tuberculosis?), asthenia universalis.

5. *W. E.*, 17 éves. Kisfokú stationær hiluselváltozás, chron. subfebrilitás.

6. *B. A.-né*, 26 éves, felv. 1925 szept. 28. Lassan progrediáló, kiterjedt, bilaterális, productív, nodosus-cavernosus folyamat, Koch-positív. 4–5 hetenként 6–8 napig tartó lázas szakok. Kezdetben súlyban gyarapszik, majd öt hét óta állandóan fogy. Dec. 6-án megkezdett insulín-kezelésre (átlagos 40–50 egység) fogyása megáll és 43 nap alatt 430 kg-ot gyarapszik. Állandóan afebrilis. Feltűnően többet — még éjjel is — eszik. Az insulinnak napi 30 egységről 50-re való elérése a különben is igen felfokozott étvágyat lényegesen nem befolyásolta.

7. *Sz. E.*, 19 éves, felv. 1925 dec. 10. Bilaterális, progrediáló, kevert nodosus-cavernosus folyamat, Koch-positív, febrilis. Intracutan reactio: alig pozitív. Nyolc napig nem hízik, sőt fogy. Dec. 20-án insulín-kezelés (délben 20, este 15 egységgel). Négyheti kezelés után 220 kg-ot gyarapszik. Temperatura csökkenő tendenciát mutat. Étvágya jobb, táplálékfelvétele kétszeresére emelkedett.

8. *P. T.*, 21 éves. Bilaterális, progrediáló, exsudatív, nodosus-cavernosus folyamat, Koch-positív, febrilis.

9. *Sz. G.*, 25 éves. Bilaterális, stat. prod. nodosus folyamat. Gonitis tuberculosa.

10. *J. I.*, 21 éves. Bilaterális, progrediáló, productív, nodosus folyamat, jobboldalt cavernával. 10 hó előtt phrenicus-exairesis a jobboldalon.

11. *N. E.*, 23 éves, felv. 1925 dec. 3. Bilaterális, progrediáló, exsudatív, disseminált, nodosus folyamat, Koch-positív. Subfebrilis, nagyfokú cyanosis, dispnoe. Intracutan reactio: negatív. Az első 16 napon étvágytalan, alig eszik, 140 kg-ot fogy. Dec. 19-én insulín-kezelésre (délben 25, este 20 maximalis dosissal) fogyása megáll. 30 nap alatt 220 kg-ot hízik. Az insulín hatására feltűnő volt étvágyának javulása (amint maga mondja, szeretné az egész ételt egyszerre behabzsolni). Táplálékfelvétele körülbelül háromszorosára emelkedett.

12. *L. J.*, 24 éves, felv. 1925 okt. 21. Baloldali progrediáló, exsudatív nodosus folyamat, Koch-positív, febrilis. Nov. 6-án pneumothorax, utána négy napra afebrilis, mely azóta tart. Dec. 9-ig 2 kg-ot gyarapszik, majd étvágyát elvesztve, alig eszik, tovább hízni nem képes. Intracutan reactio: pozitív. Dec. 25-én insulín-kezelésre (délben 15, este 10 egység maximalis adaggal) étvágya feltűnően javul, sokkal többet eszik, súlygyarapodása 24 nap alatt 380 kg.

13. *B. I.*, 18 éves, felv. 1925 szept. 8. Bilaterális, progrediáló, exsudatív, nodosus-cavernosus folyamat, Koch-positív, febrilis, igen sokat köhög, dyspnoe. Rosszul táplálkozik, állandóan fogy (6 kg-ot fogyott). Dec. 6-án megkezdett insulín-kezelésre (délben 20, este 20 egység maximalis dosis) étvágya javul, fogyása megáll, lényegesebb súlygyarapodást azonban elérniük nem sikerült.

Fenti esetekből a következő tapasztalatokat szűrhetjük le:

Azon tüdőgümőkórban szenvedő betegeknél, akik a sanatoriumi hygienás-diaetás kezelés minden factorával (fektetés, légkúra, túltáplálás), továbbá a gyógyszeres roborálás eszközeivel szemben refractaereknek bizonyultak, insulín-kúrával az étvágy feltűnő javulását és fokozott táplálékfelvételt (1., 3., 9., 10. sz. eset), sőt egyeseknél jelentékeny súlynövekedést sikerült elérni (2., 5., 6., 12. sz. eset), ami együttjárt a közérzet és általános állapot megjavulásával. Ez a súlygyarapodás két esetünkben (1. és 5.) az insulín megvonása után is tovább folytatódott, egy esetben a beteg további sorsáról eddig nem nyertünk tudomást, a többi pedig még kezelés alatt áll. A 13. esetről a hatás nem ily szembe-ötölő s csak heteken át tartó állandó fogyás megszűnésében nyilvánul. Külön kiemelendőnek tartjuk a 11. számú esetet. A fiatal paciens felvételekor a legrosszabb benyomást keltette, súlyos tüdőlelete mellett igen kifejezett általános intoxicatio tüneteivel. 16 napi észlelés folyamán állapota egyre rosszabbodott s az insulint valóban csak tapasztalatszerzés kedvéért kíséreltük meg nála. A kezelés eddigi eredményéről a kórtörténet tesz tanúságot.

Hangsúlyozni kívánjuk, hogy insulinnal kezelt 13 esetünk közül csaknem infaust prognózisú volt öt eset (3., 7., 8., 11., 13. sz.), igen kiterjedt elváltozásokat mutatott öt eset (1., 6., 9., 10., 12. sz.) és csak három esetben (2., 4., 5. sz.) volt benignus megbetegedés. Eredményeink tehát ennek megfelelően értékelendők.

Igen nagy előnye az eddig használt therapiás methodusokkal szemben, hogy, mint tapasztaltuk, nem kétélű fegyver: nem okoz semmiféle általános reactiót (láz, hidegrázás, toxikus tünetek), sem gócreactiót, aminek az a magyarázata, hogy hatása nem a parenchyma ingertherapián alapul. Contraindicálnak sehol sem találtuk. Haemoptoe betegünknek inkább a teljes nyugalom megőrzése céljából hagytuk ki és a vérzés megszűnése után tovább folytattuk.

Ezek szerint insulinnal kezelt súlyos tüdőbetegeknél elért eredményeink a további kísérletezésre és újabb megfigyelések gyűjtésére érdemesnek látszanak.

Az insulinnak a tuberculosisos hőmenetre, anyagcserére, vérsejtsüllyedésre és allergiára gyakorolt hatása folyamatban lévő experimetumok tárgyát képezi.

Irodalom: *W. Thalhimer:* Ref. Kongressszentralblatt XXXIV. köt., 414. old. — *I. S. Lorant:* Wien. Arch. f. in. Med. IX—X. köt. — *B. Mendel:* Münch. med. Wochenschr. 1925, 6. sz. — *W. Falta:* Kl. W. 1925, 1669. old. — *Vogt:* M. m. W. 1926, 1. sz. — *Priesel u. Wagner:* Kl. W. 1926, 1—2. sz. (Lásd u. o. irodalmat.) — *E. Kylin:* Kl. W. 1925, 1455. old. — *P. F. Richter:* M. Kl. 1925, 39. sz. (Irodalom.) — *R. Bauer u. W. Nyiri:* M. Kl. 1925, 39. sz. (Irodalom.) — *O. Tezner u. A. Ebel:* M. Kl. 1926, 2. sz. (Irodalom.) — *Hofhauser I.:* O. H. 1926, 14. sz.

A Fehérkereszt Gyermekkorház I. osztályának (főorvos: Petényi Géza dr. egy. m. tanár) közleménye.

A cukormeghatározás új colorimetriás módja.

Irta: Fábán Lajos dr.

A cukor quantitativ meghatározására általában a rézszó redukáló képességét használják fel oly módon, hogy a reductio folytán keletkezett cuprooxyd mennyiségét gravimetriásan (*Allihn*), titrimetriásan (*Fehling*, *Bertrand*), jodometriásan (*Bang*, *Schoorl*, *Bruhns*), illetve colometriásan (*Folin* és *Wu*, *Lorber*) határozzák meg.

Az alábbi cukormeghatározás lényege abban áll, hogy ismert mennyiségű és concentrációjú rézhydrocarbonat-oldatot a meghatározandó cukoroldat redukáló hatásának teszünk ki s a cukor mennyiségére nem a keletkezett cuprooxydból, hanem a rézoldat színintenzitásának csökkenéséből következtetünk, az eredeti oldattal való összehasonlítás útján. Előnye az előbbieknél felett gyorsabb és egyszerűbb kivitele. Egy-egy meg-

* Négyheti insulínkezelés és az azt követő 6 hét alatt 9 kg-ot hízott.

határozás fehérjementes oldatban 7–8 percet vesz igénybe, mely idő több cukormeghatározás együttes végzésekor lényegesen csökken.

Szükséges adatok:

a) *Standard oldat.*

1. 60 g kristályos K_2CO_3 -t, 12 g $KHCO_3$ -t, 18 g KSCN-t 200 cm³-es Erlenmeyer-lombikban körülbelül 180 cm³-ig töltünk fel destillált vízzel és 50–60 fokra hevítve, vízfürdőn oldjuk; az oldatot az esetleg kevés oldatlanul maradt üledékről 200 cm³-es mérőlombikba szűrjük.

2. 0.9814 g kétszer átkristályosított $CuSO_4 \cdot 5H_2O$ -t kémsőben néhány cm³ destillált vízzel oldunk és lassan — CO_2 felszabadulását lehetőleg elkerülve — az előző oldathoz öntjük s destillált vízzel utánaöblítve, 200 cm³-re egészítjük ki. 20 percig forrásban lévő vízfürdőbe tesszük, majd kihülés után üveg dugós sötét üvegben tartjuk.

b) *Összehasonlító oldat.*

A standard oldat 8 cm³-ét kémsőben 12 cm³ destillált vízzel hígítjuk. Körülbelül egy óra hosszat vattával gyengén bedugaszolva állni hagyjuk, mely után a coloriméterekbe töltjük. Az éket légmentesen zárva, az oldat változatlanul eltartható s csak friss standard oldat készítésekor újítandó meg. Az oldat egy cm³-e 0.5 mg színrezt tartalmaz.

Meghatározás: A destillált vízzel hatszorosára hígított szőlőcukor-oldatból 0.6–0.6 cm³-t lemérünk két egyenlő falvastagságú Wassermann-csőbe s hozzá-mérünk 0.4–0.4 cm³ standard oldatot. Gyenge össze-rázás után főzőpohárban forró vízfürdőbe tesszük (melyhez egyenletes forrás céljából kevés talcumot adhatunk) s négy percig forraljuk. Egy pernyi hűtés után két percig centrifugáljuk s Autenrieth-féle coloriméterben colorimetrizáljuk. A 100 cm³-ben lévő cukormennyiséget grammokban megkapjuk, ha a leolvasott osztályzatot 400-zal osztjuk.

Fehérjetartalmú folyadék (vér, liquor) cukortartalmának meghatározásakor a hatszoros hígítást a fehérjekicsapással együtt végezzük (Folin és Wu szerint) a következőképpen: századköbcentiméterekre beosztott pipettába felszívunk egy rész vért, cseppenként egy centrifugacső fenekére bocsájtjuk s három rész destillált vízzel utánaöblítjük. Egy rész 10%-os natrium-wolframát s cseppenként egy rész $\frac{2}{3}$ normalkénsav hozzáadása után gummidugóval összerázzuk s élesen lecentrifugáljuk. A felszínen lévő víztiszta folyadék 0.6 cm³-ét használjuk a cukormeghatározáshoz. A minimalisan szükséges vérmennyiség 0.3 cm³. A 0.25%-nál magasabb cukortartalmú oldatok cukortartalmát oly módon határozzuk meg, hogy két-, illetve négyszerezére hígítjuk s az eredményt két-, illetve négyszer vesszük.

Sorozatos meghatározásnál a többszöri vénapunctio elkerülésére a vért ujjhegyből nyerhetjük, ha egy centrifugacsövet kétfuratú dugóval látunk el, melynek egyik nyílásába egy körülbelül 60° alatt meghajlított $\frac{1}{2}$ cm³-es századfokokra beosztott pipettát tesszünk, úgy, hogy a vége a centrifugacső fenekétől körülbelül 2 cm-nyire érjen, másik nyílásába egy, a dugó alsó végéig érő hajlított üvegcsövet, melyet szívógummival szerelünk fel. E készülék segítségével szívjuk fel 0.3 cm³-ig az újból kibuggyanó vért s a kicsapáshoz szükséges reagenseket.

A meghatározás kontrollálása részint pontosan ismert concentrációjú cukoroldat, részint vér cukortartalmának Folin-Wu-methodussal párhuzamosan végzett meghatározásával történt. Helyszűke miatt táblá-

zat közlését mellőzöm. A számos vizsgálat alapján a hibahatárt 0.05%-on aluli cukortartalomnál 10%-nak, 0.5%-on felüli cukortartalomnál 5%-nak találtam. Vércukormeghatározásnál a Folin-Wu-methodussal talált cukorértéknél átlag 10%-kal kisebbet kaptam.

Középértékek csecsemőknél és gyermekeknél vércukorra nézve 0.085–0.105, liquorcukorra 0.005–0.075.

Összefoglalva az eddigieket: fenti colorometriás cukormeghatározás a réz reduktóján alapul s kielégítő pontossága, valamint egyszerű kivitele használatát főleg sorozatos meghatározásoknál teszi indokoltá.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az ulcus kezelése ezüstnitrattal. U. Steinberg. (D. Arch. f. klin. Med. 150. köt., 285. old.)

Gyomor- és duodenumfekélyes betegeknek $AgNO_3$ oldatot adott, és pedig 0.25–0.40 g : 120, naponta 3–5-ször egy evőkanállal. Az argyrosis elkerülésére a kezelés hat hétnél tovább sohasem tartott. Az ismételt Röntgen-vizsgálat és a klinikai észlelés egyaránt eredményesnek mutatta az eljárást.

Perémy dr.

Az ulcusos fájdalom és spasmus keletkezéséről. R. Cobet és K. Gutzeit. (D. Arch. f. klin. Med. 150. köt., 295. old.)

Ulcusos betegeknek Röntgen-ernyő előtt elektromos árammal ingerelve a gyomornyálkahártyát, sem spasmus, sem fájdalom nem támadt. Ezt sósavval meg-savanyított contrastpép etetése után sem észlelték, amiből azt következtetik, hogy az ulcusnál a fájdalmat nem, vagy legalább is nem egyedül a sósav váltja ki a fekély megtámadása révén.

Perémy dr.

Diathermia alkalmazása dysbasia angioscleroticiánál. Determann. (Deutsche med. Wochenschr. 1926. 8. szám.)

Szemben Scheipnerrel, aki a diathermiát fenti betegségnél teljesen hatástalannak tartja, Determann nagyon fontos szerepet tulajdonít neki a dysbasia angiosclerotica terapiájában. Nézete szerint semmi más eljárással nem sikerül a vérekek olyan hosszantartó kitágulását elérni s ezáltal a vérrellátással összefüggő tüneteket, a sántitást és a fájdalmat legyőzni. Az eredmény annál jobb, minél inkább a vérérgörcs van előtérben a sclerotikus componenssel szemben. Csak akkor határozza el magát operatív kezelésre — a periarterialis sympathectomiára —, ha a diathermia alkalmazása hatástalannak bizonyult.

Szabó Géza dr.

Tapasztalatok a bulbo-capninnak a remegésre való hatásáról. Lewy. (Deutsche med. Wochenschr. 1926. 9. sz.)

A paralysis agitans durva és középerősségű remegése ellen a bulbo-capnin hydrochlor. 0.1 g adagja subcutan vagy intramuscularisan sok esetben hatásosnak mutatkozik, mely szerző kísérleteiben görbékké is jól illusztrálható volt. A bulbo-capnin-injectio hatása körülbelül egy óra múlva jelentkezik és teljes erősségben tart hét órán keresztül. De megfigyeltek eseteket, amelyekben a nyugodtság, bár fokozatosan csökkenve, 3–5 napig is eltartott; mások viszont hetenként kaptak egyszer 0.1 g-ot és visszanyerték munkaképességüket. Két esetben pedig néhány injectio után a remegés hónapokra megszűnt, vagy csak igen jelentéktelenné vált. A hatás csökkenése vagy más kellemetlen tünetek még hosszas adagolás után sem jelentkeztek. A szer az alkalmazott adagokban teljesen ártalmatlan s az injectio sem jár fájdalommal. Biztos indicatio az esetek kiválasztását illetőleg még nem lehetséges; úgy látszik, hogy kezelésre alkalmasak a paralysis agitansos tremorok, ha nagy lengésűek, tekintet nélkül a rigiditás fokára, úgyszintén a choreák és tremor jellegű ataxiák, viszont a postencephalitises tremor nem alkalmas a kezelésre.

Fleischhacker peroralis adagolás után jó hatását látta a szernek, szintén leginkább paralysis agitansnál, viszont enkephalitis utáni tremornál így is hatástalan-nak bizonyult. Optimalis dosisa kétszer napjában 0.1 g. Kellemetlen mellékhatásokat nem észlelt.

Szabó Géza dr.

A vér tejsavtartalma carcinomabetegeknél. *H. Schumacher.* (Klin. Wochenschr. 1926, 12. sz.)

Warburg vizsgálatai, melyek szerint a carcinoma növekedése közben szőlőcukorból tejsav képződik, vetették fel azt a gondolatot, hogy a tejsav kimutatása talán felhasználható a carcinoma diagnosztikájában. Valóban sikerült is *Nordennek*, majd *Glausnernek* rákos betegek vizeletében tejsavat kimutatnia. Szerző a carcinomabetegek vérében végzett tejsavmeghatározásokat, melyek arra az eredményre vezettek, hogy a betegek egy részénél a tejsavconcentratio normalis (11 mg-% körül), másik részénél kifejezetten emelkedett volt. A műtétek és a sectiós leletek kiderítették, hogy azok a betegek, akiknek vérében a tejsav meg volt szaporodva, mind májmetastasisban szenvedtek. Ez a lelet megegyezik a régebbi vizsgálatok eredményével, melyek szerint a májnak szerepe van az izmokban képződött tejsavnak cukorra való visszaalakításában. Azt a kérdést, vajon a vér tejsavconcentrációjának emelkedése csupán a máj carcinomás elváltozására jellemző-e, avagy másnemű májbetegségeknél is megtalálható, további vizsgálatok fogják eldönteni.

Czoniczér dr.

Sebészet.

Az agyvelő szűrcsapolása. *Neisser.* (Med. Klin. 1926. 2. sz.)

Az eljárásnak az a lényege, hogy a lágyrészek és a csont egyszerű megfűrészával utat teremtünk az agy különböző helyeire. Az utóbbi évek kitűnő eredményei, melyeket az agydaganatok operatív beavatkozásainál értek, háttérbe szorították azokat a beavatkozásokat (Balkenstich, Okzipitalstich), melyeknek egyedüli célja a nyomásesökkentés volt. Az operatív beavatkozást megelőző daganat- vagy tályoglocalisatioiban a szűrcsapolásnak igen fontos szerepe van. A szűrcsapolás által nyert törmelék görcsövi vizsgálatának eredménye legtöbb esetben nemcsak műtéti indikációt képez, hanem pontosan mutatja a megbetegedés helyét is. Az agyvelő szűrcsapolásához egyaránt alkalmas a kézi- és a villamosfűrés. A punctiós tűk közül az igen vékony és igen hegyes tű vált be. A szűrcsapoláshoz elégséges a terület érzéstelenítése vagy átfagyasztása. Az eljárásnak egyedüli komoly veszélye csak az esetleges vérzés lehet. Míg a teljesen ép agynál a vérzés a legnagyobb ritkaságok közé tartozik, addig az agy organikus elváltozásainál, a fokozott agynyomás következtében, nagyobb vérzés is előfordulhat. A tályogpunctióknál nem annyira a vérzés fenyeget, mint inkább az, hogy a tüvel a geny elhúzóódik. A szűrcsapolás a legjobb eredményeket a folyékonyan maradt subduralis vérömlenyeknél adja, melyek meggyógyítására gyakran egy csapolás is elegendő. Az apoplexiás vérzések helye a klinikai tünetek alapján oly jól lokalizálható, hogy a diagnosztikus punctio teljesen felesleges. Az agygyomrocsnak traumás ömlenyei sokszor egy-két szűrcsapolásra meggyógyulnak. Végezetül sorrendbe foglalja azokat az eredményeket, melyeket részben már magával a szűrcsapolással, részben a szűrcsapolás segítségével, mint diagnosztikus eszközökkel értek: subduralis vérzések, különféle agyi vérzések, az igen ritka kisagyi cysták, gyomrocsömlenyek, daganatok és végül tályogok.

Demjanovich K.

Bőrátvételt okozó rákos megbetegedésekről. *Dürbeck.* (Kl. W. 1926. 3. sz.)

A rosszindulatú daganatok bőrátvételének okáról hiányos ismereteink vannak. Az irodalomban is csak hiányosan foglalkozik velük. *Dürbecknek* két esete volt. (1. Gyomorrák, áttételekkel a vesében, mellékvesében,

mindkét sipesontban, a bal felkarsont fejcsében, kulesontban, koponyatetőben, kemény agyburokban, elszórtan a bőrben. 2. Epehólyagrák, áttételekkel a bőrben, nyirokmirigyekben, mellhártyán, a hörgőkörül szövetben.) A bőrátvételek nem olyan ritkák, mint azt *Kaufmann* és *Wolff* összeállításából gondolhatnánk. A bőrátvételek az általános carcinomatosisnak a jelei, amely átlag 1–6 hónap alatt megöli a beteget. Leggyakrabban a gyomorrák képez a bőrben áttételt. A szerző első esetében az áttétel útja kimutathatóan a nyirokut volt. Valószínű azonban, hogy a hosszú útba, mely az eredeti daganattól a bőrre vezet, itt-ott a vérpályá is — eddig még ki nem derített módon — bekapcsolódik. Az a körülmény, hogy pl. gyomorráknál a bőrátvételek aránylag gyakoribbak, arra enged következtetni, hogy bizonyos közvetlen összeköttetés (*Brücke*) van a belső szervek és a bőr között. Ezt támogatja az a megfigyelés is, hogy a bőrtraumák a belső szervekben is elváltozásokat hozhatnak létre (pl. kiterjedt égési sebek kapcsán fellépő patkóbélfekély).

Demjanovich K.

Az echinococcus-fertőzés serologiai kimutatásáról. *Horovitz-Wlassova.* (Deutsche Med. Woch. 1926, 147. oldal.)

Megfigyelései alapján arra az eredményre jut, hogy az echinococcus-fertőzés kimutatására a Ghedini-Weinberg-féle complement eltérítési reactio igen jól használható, amennyiben az esetek 90–95%-ában positiv reactiót ad. Antigenül az echinococcus-folyadékot vagy a hólyagok vizes kivonatát használta, melyhez conserválás céljából thymolt kevert. A reactio szigorúan specifikus: egészséges, syphilisben, tuberculosisban s maláriában szenvedő egyéneknek sohasem sikerült. Ami az antigen kémiai természetét illeti, legvalószínűbb, hogy lipidoid anyagok játsszák a főszerepét.

Paunz dr.

A gyermekkori bélinvaginációról. *Werner Birkenfeld.* (Arch. f. Klin. Chir. 1925. 137. köt., 2. füz.)

A háború óta a gyermekkori invaginációk száma szaporodott, ami csak a táplálkozás változásával meg nem magyarázható, annál kevésbbé, mert legtöbb esetben anyatejjel táplált gyermekeknél fordult elő. 20 év alatt 51 invaginációt észleltek, 35 fiú- és 16 leánygyermeknél. Az esetek felében hat hónappal fiatalabb csecsemőknél fordult elő, s leggyakoribb volt a negyedik hónapban. A műtéti eredményt illetőleg fontos, hogy az invaginatio első 12 órájában operáljunk, mert azután a bélfal elhal, s áteresztve a baktériumokat, hashártyagyulladás keletkezik. A 12 órán belül operáltak 55.5%-a gyógyult, a 12 órán túl operáltak 20%-ával szemben. Az invaginatio keletkezésének módjait és okait, majd klinikai lefolyásukat, kórismézésüket ismertetve, megemlíti, hogy a kórisme felállításánál néha jó szolgálatot tesz a Röntgen-vizsgálat is. A leggyakoribb volt az ileocecalis tájon lévő invaginatio, de iliacalis, sigma tájon s a vastagbélben is előfordult. 18 esetben daganat nem volt érezhető, hat esetben az invaginatio kettős volt, úgyhogy a bélfal öt rétegben feküdt egymáson. A kettős invaginatio rendszeren az ileocecalis tájon fordult elő, úgyhogy az invaginált vékonybél még külön a vakbélbe türemkedett be. A műtéteket aetheraltatásban végezték, s leginkább a középvonalban hatoltak be. 22 esetben csupán desinvagináltak és öt esetben a vakbelet is rögzítették a fali hashártyához. Nyolc esetben bélresectiót végeztek. Hét esetben bélsipolyt készítettek, az invaginatumot bennhagyták. Az ily módon operált betegek mind meghaltak, miért is ez eljárást nem ajánlják.

Matolay.

Pleuritis fibrinosa adhaesiva mesterséges légmellnél. *Unverricht.* (Klin. Wochenschr. 6. sz.)

A mesterséges légmellnél fellépő mellhártyagyulladások többnyire izzadmánnyal járnak, azonban olykor kevés izzadmány mellett inkább a rostonya termelése, szalagos összenövés képzése, a mellkassfal behúzódása uralja a képet. Klinikai jelei hasonlóak az izzadmányos alakéhoz, csak a láz, fájdalom kisebb és a dyspnoé hiányzik.

Berensy Gábor dr.

A heveny fertőző csontvelőgyulladás kezelése. Nordmann. (Med. Klin. 1926. 4. sz.)

Nordmann az osteomyelitis acuta infectiosa kezelését illetőleg óva int a mostanában divatba jött „conservatív” eljárásoktól, amelyek e súlyos megbetegedést desinficiensek befejezőkezelésével, vagy fehérjetherápiával, stb. akarják meggyógyítani. Szerinte ha a megbetegedést sikerült kórismézni, úgy azonnal radikálisan kell beavatkozni. A lágyrészeket és a beteg csontvelőt szélesen fel kell tární, tamponálni s a beteg végtagot sinre kell fektetni. Minél korábban történik a beavatkozás, annál tökéletesebb és gyorsabb az eredmény. Egyszerű subperiostalis tályognyitással csak akkor elégedhetünk meg kivételesen, ha a megbetegedés túlságosan „szelíd”. De a cél mindig a csontvelőtályog feltárása kell hogy legyen, még akkor is, ha már septikus a beteg, feltéve, hogy a műtétet előre láthatólag kibírja. Ha a beteg a radikális műtét után exítál, úgy a halál oka nem a műtét, hanem az általános megbetegedés súlyossága, vagy még többször az elkésett sebészeti beavatkozás.

Pernyész.

Urologia.

Az ureterszűkületekről. N. P. Rathbun Brooklyn Hospital. (Journ. of Urology, 14. évf., 4. sz.)

A szerzők egy csoportjával szemben sokan és velük a szerző azt állítják, hogy az ureter szűkülete meglehetősen gyakran előforduló megbetegedés, mely könnyen kórismézhető és a kezelésnek könnyen enged. A kórisme megállapításánál különösen az ureterogramm pontos felvételi technikája a fontos és ennek tulajdonítja, hogy aránylag sokkal többször volt alkalma ezt a betegséget felismerni. Megszokta, hogy minden esetét, amelyik a hólyagfeletti tractus megbetegedésére gyanús, igen alapos vizsgálatnak vessen alá, functionalis vizsgálaton kívül Röntgen-vizsgálatot végez minden esetben árnyékot adó katheretrel és pyelographiával; ezt azonban sohasem végzi egy ülésben mindkét oldalt. Pyelographiára a vesemedencét 15%-os natriumjodid-oldattal tölti meg (amelytől soha semmiféle káros következményt nem látott), a felvétel után a katheret visszahúzza és megtölti az uretereket. Ezek közül 7 volt tuberculotikus, 17 pedig kővel volt komplikálva. A stricturának kétségtelenül szerepe van a kőképződésben, különösen fontos pedig a recidiváknál, hol a drainaget megnehezíti. 63 esetben állapította meg a primaer ureterszűkületet, 34 sterilvizelettel, 39 különböző fokú infectióval. Minden esetben a szűkület feletti ureterszakasz és a vesemedencének kisebb-nagyobb fokú tágulása volt kimutatható. Szerinte tehát a hydronephrosisok egy részét is az ureterszűkület idézi elő, és ezek tágitása által esetleges vesedestructio és későbbi nephrektomia idején kikerülhető. 11 esetben pyelitis gravidarum állott fenn, itt is az ureterszűkület lehet az egyik aetiologiás tényező. Az ureterszűkület jelentőségét mutatja, hogy minden esetben a szűkület tágitása által teljes gyógyulást sikerült elérnie.

Radó Béla dr.

A vesékn kívüli gümös gócek jelentősége az egyoldali vesegümőkór műtéti eredményeinél. M. Condamin. (Journ. d'Urol. 1926. 21. köt.)

A műtett egyoldali vesegümőkór végleges gyógyulása az idevágó statisztikai adatok szerint nagyban függ a szervezet extrarenalis gümös folyamataitól. A genitális gümőkór, miután a hólyagfolyamatot továbbra fenntarthatja, a végleges gyógyulást akadályozhatja, vagy ha a vesefolyamattól függetlenül fejlődik, a műtét utáni késői exitusnak lehet oka. Régi gümös csontfolyamatok a prognosist nem rosszabbítják. Spondylitisnél általában rossz a prognosis, aminek oka abban rejlik, hogy ezen elváltozásnál gyakoriak a kétoldali vesefolyamatok. Inactív tüdőfolyamatok a gyógyulásra nincsenek befolyással. Az activ folyamatok egy részénél a műtét után az állapot, az általános szervezeti fellendülés következtében, látszólag javul, azonban, ha nem is a műtéttel összefüggésben, később mégis

rosszabbodás lép fel és az elváltozások a késői mortalitásban nagy szerepet játszanak. Erős széteséssel, lázzal járó tüdőgümőkórúknál a műtéti indicióval óvatosnak kell lenni, mert ezeknél a műtét hirtelen rosszabbodást és gyorsan bekövetkező laetális kimenetelt válthat ki.

Adler-Rácz dr.

A gerinevelőérzéstelenítésnél fellépő azotemia. Abadie, Baldous, Dornier. (Presse Medic. 1926 márc. 27.)

Gerinevelőérzéstelenítés mellett végzett műtétek után a vér nitrogéntartalma, tapasztalataik szerint, átlagosan egy hétig tartó megnövekedést mutat. Ez a tünet egyrészt a műtéti beavatkozás következménye, mértéke tehát a beavatkozás súlyosságától függ. Magának az érzéstelenítő eljárásnak is van azonban közvetlen hatása ez irányban. Stovain és syncaín után erősebb emelkedést észleltek, mint novocain és scurocain után. A nitrogenretentio ilyenén növekedésével tehát az eljárásnál számolni kell, ami nem jelenti azt, hogy a gerinevelőérzéstelenítés, mint ártalmas beavatkozás, elvetendő, mert az általános narkosis sok egyéb oknál fogva válhat ártalmassá. A gyorsabban ható stovain helyett a kevésbé mérgező novocain alkalmazása azon esetekben kívánatos, ahol kifejezett vese vagy máj működési zavar van, amikor is az érzéstelenítés lassúbb beállása mellett éppoly jól és amellet veszélytelenebbül hajtható végre a műtét.

Adler-Rácz dr.

Gégészet.

A tonsilla palatina tokjáról. Argaud R. A., Vicla. (Cpt. rend. de science de la biologie 1925.)

Dacára annak, hogy köztudomású dolog, hogy a mandulának tokja van, úgy az anatomusok, mint a laryngologusok annak jelentőségét illetőleg nincsenek egy véleményen. Sokan csak egy nyálkahártyakettőzetnek tartják, mások viszont a tonsillák egy sajátos szervének. Szerző morphologiai és histologiai vizsgálatai kimutatják, hogy már a 9 cm hosszúságú magzatnál a lymphoid szövet egy különös más szövetbe van ágyazva, minden életkorban kimutatható azonban egy élénken megkülönböztethető tok, erősen beerezve és rugalmas rostokkal gazdagon ellátva.

Vida dr.

Az orrváladék biologiai tulajdonságainak vizsgálata. Alagna G. (Valsalva, 1925. I. évf.)

Normalis egyének és hydrorrhoeában szenvedők nyálkáját vizsgálva, elsősorban baktericid hatásukat kontrollálta. A készített filtratum typhus, lépfene és streptococcusokkal szemben semminemű baktericid hatást nem gyakorolt, sőt ellenkezőleg, a bakteriumok szaporodását inkább elősegítette. Bakteriolyisínkre vizsgálva, az eredmény szintén negativ maradt. Adsorptióra vagy toxinok megkötésére semmi támpontot nem talált; az orrüreg refrakter hatását fertőző betegségekkel szemben phagocytosissal magyarázza.

Vida dr.

A ganglion sphenopalatinum által befolyásolt csillapíthatatlan csuklás. Rechfeldt. (Laryngoscope 35. kötet.)

Két singultus esetet ír le, melyeket gyógyszeres és mechanikai úton hasztalanul igyekeztek befolyásolni. Mindkét esetben a középső kagyló eredési helyét cocainozva, a csuklás megszűnt. A második esetben a ganglion sphenopalatinum izgatása által a csuklás ismét kiváltható volt.

Vida dr.

Az orrból kiinduló koponyaüri gyulladásos folyamatokról. Burger H. (Zbl. f. Ohrenhk. 1926 márc.) Beszámoló az irodalomban eddig leírt 534 esetről, közte az amsterdami klinika 7 esete.

Az anamnesisben influenza, trauma, műtétek a kagylókon és melléküregekben, stb. szerepelnek, különösen akkor, ha a váladék lefolyása bárminő okból akadályozott volt. A jelentkező klinikai tünetek értékelése igen nagy nehézségekbe ütközik. Az előforduló agyi complicatiók közül azok $\frac{3}{5}$ része a homloküregből indult ki. A Highmur-barlang nem játszott szerepet az esetekben. Az ikéből megbetegedéséhez járuló szövödmények (meningitis, sinus cavernosus phlebitis) csaknem ki-

vétel nélkül halálosak. Általában az orr- és mellüregek-ből kiinduló meningitisek sokkal rosszabb prognossissal bírnak, mint a középfül megbetegedéseikhez járulók.

Vida dr.

Az orrüregeken át bevitt gyógyszerek applikációmódja. *Undritz W. F.* (Vracebnaja gaseta. Zentralblatt 1926. III.)

A *Polte* által 1922-ben leírt eljárást sikerrel alkalmazta több mint 100 betegnél. Az orrnyílást speculummal kellőképpen feltárva, az alsó kagyló szabad szélébe fecskendezi az oldatot. Miután a kagyló subepithelialis rétege erősen venosus, csaknem cavernosus, az eljárással az intravenás injectio tökéletesen pótolható. (Gyermekek, panniculus adiposus.)

A módszerrel neosalvarsant, adrenalint, calcium chloratumot, urotropint juttatott be minden melléktünet nélkül a beteg véérébe. Rhinitis hypertrophicánál különösen könnyű az eljárás. Az utólag resecált kagylót mikroszkoposan vizsgálva, azon nekrosis thrombosis, gyulladásos tünetek nem voltak felfedezhetők. *Vida dr.*

A neuritis retrobulbarisnál végzett rostacsontműtétek hatásmódjáról. *Caneghem.* (Annales des maladies d'oreilles, etc. 1925. 44. köt.)

Öt betegről számol be, kiknél lues és sklerosis multiplex kizárható volt a fennálló neuritis retrobulbaris mellett, úgyhogy csakis rhinogen eredetű megbetegedésről lehetett szó, mint a látási zavar okáról. Minden esetben azonban az orr- és melléküregleletek negatívok voltak (Röntgen). Rostacsontkitakarítások után valamennyi esetben lényeges javulás állott be. Szerző szerint a műtét haszna azzal magyarázható, hogy a neuritis retrobulbarisnál főleg vasomotoros és trophikus zavarok (edénygörcsök) játszanak szerepet, amik az a. ophthalmica mentén lokalizálódnak, ezáltal létrejön a nervus opticus károsodása, nevezetesen legérzékenyebb részének, maculopapillaris rostjainak. Az a. ethmoidalis post., továbbá ennek anastomosisai körül véghezvitt műtétek (tehát hátulsó rostacsont, ikcsont) ügylátszik reflex úton befolyásolhatják a vasomotoros edénygörcsöket.

Vida dr.

Bőr- és nemikórtan.

Arsen mint sensibilisator fénykezeléseknél. *K. Finkenrath.* (Derm. Zeitschr. 1926 márc.)

Ehrmann több pityriasis lichenoides chronica kezelésekor arra a tapasztalatra jött, hogy a fénykezelés egymagában nem elegendő a baj elmulasztásához, de arsen egyidejű adása mellett hamarosan célhoz vezet. Szerző hasonló bajnál azt találta, hogy igen magas fénydosisoknál, pl. a Bach-féle lámpával az erythema-dosis 3–4-szeresével egy bevilágítás után is teljes gyógyulás következik be, amiből azt következteti, hogy *Ehrmann* túlságosan alacsony dosisokat használt, amiknek hatását azonban az arsen fokozta, tehát sensibilisatorként szerepelt, miként azt *Ehrmann* is sejtette már. Szerző a bőr fényvel szemben való érzékenységének vizsgálásából azt a tapasztalást is leszűrte, hogy a Röntgen-sugarakkal és egyéb terapiás fény-sugarakkal szemben a bőr érzékenysége párhuzamosan viselkedik, tehát Röntgen-károsodások elkerülése céljából mindig kipróbálandó a bőr ultraviolett-érzékenysége.

Steiger-Kazal.

Spirochaeták jelenléte syphilitikus egyének cerebrospinalis folyadékában. *Jeanselme E.—Schulmann E.—Martin R.* (Presse méd. 1925. 33. évf., 62. sz.)

Számos szerző valamennyi gondos kísérlete, amely a lues legkülönbözőbb szakában a liquor cerebrospinalisban spirochaeták kimutatását célozta, negatív eredménnyel járt. Szerzők a legkülönbözőbb módszerek alkalmazásának áttekintése után bizonyos módosítással a *Wille* és *Kirchner* alkalmazta eljárást (10% pozitív lelet?) vizsgálták utána 22 esetben, de spirochaetát egyszer sem sikerült kimutatniok. Ezért helyesnek vélik azt a felfogást (*Sézary, Milian*), hogy amíg a véredények épek, belőlük a spirochaeták kilépése nem lehetséges.

Turán.

Új eszköz a tuberculosis fénykezeléséhez. *J. W. Kime.* (Med. Journal a. Record 1926 febr.)

A lupusnak concentrált napfényvel való kezelését *Finsen* kezdte meg 1898-ban, szerző pedig 1900-ban és 1902-ben hívta fel erre a kezelésre a figyelmet tüdő-tuberculosisnál és sebészi tuberculosisnál. A kék üvegen keresztül való fénykezelés eszméjét *Kime* vetette fel és ezáltal sikerült a hősugarakat eliminálnia, viszont a kék, violett és ultraviolett sugarakat concentrálnia. Szerző a bőr tuberculosis elváltozásaira kék filterrel szűrte, az általános fénykezelésre pedig szüretlen concentrált napfényt ajánl. Az új eszköz egy öt láb átmérőjű, csiszolt és fényezett fémlap, amely a nap-sugarakat concentrálja, ezeket a sugarakat azután lilaszínű celluloidernyőn keresztül naponta emelkedő dosisban kell alkalmazni a bőrön.

Steiger-Kazal.

Impetigo bullosa és a hozzá közelálló megbetegedések. *M. Schubert.* (Derm. Zeitschr. 1926 febr.)

Az impetigok, vagy tisztán staphylococcus-, illetőleg streptococcus-fertőzések, vagy pedig mindkét kórokozó együtt van jelen. A lényegesen ritkábban előforduló staphylogenes eseteket a staphylococcus pyogenes aureus okozza, amelyet *Schubert*nek és másoknak (*Hoffmann, Heidinger, Wieland*) impetigo bullosánál, pemphigus neonatorumnál és a Ritter-féle dermatitis exfoliativánál a hólyagbennékből és a vérpályából sikerült kitenyészteni. Ezek a tenyésztési eredmények a három betegség azonossága mellett szólnak. A kórokozó virulentiája, valamint a megtámadott szervezet ellenállóereje szabja meg, hogy a három betegségforma közül melyik lép fel. A kórokozónak a vérben való kimutatása azt bizonyítja, hogy az impetigonephritist is a staphylococcus pyogenes aureus okozza.

Steiger-Kazal.

Gyermekorvostan.

Vörheny és vegetatív idegrendszer. *Bloch és Königsberger.* (Zeitschrift f. Kinderheilk. 1925. 39. köt., 5. füz.)

Sorozatos adrenalin-érzékenység meghatározásokat végeztek vörhenybetegeken, betegségük kitörésétől számított három hónapon át. Intravenás adrenalin-adagolás után rendszerint a második percben kaptak egy maximalisan is alig 20 mm Hg.-nyi emelkedést, melyet gyors és erős vérnyomáscsökkenés követett, úgyhogy a kezdőérték csak 15–20 perc múlva tért vissza. Ez a kezdeti csekély emelkedés legalább részben az injectio okozta psychikus izgalomnak tulajdonítandó.

Tekintettel arra, hogy a fenti jellegzetes lefutást mutatta a vérnyomásgörbe 10 héttel a megbetegedés kezdete után is, feltehető, hogy annak oka nem a vörheny-betegségben magában, hanem az illető egyén vagotoniás constitutiójában keresendő. Vagyis másképen: vagotoniások a vörhenyvel szemben különösen disponáltak. A vérnyomásgörbékkel egyidejűleg registrált pulsus-görbék semmi a vörhenyre jellegzeteset nem mutattak.

Lenart György dr.

A csecsemő vizeletében történő organikus savak kiválasztásáról. *M. Landsberger.* (Zeitschr. f. Kinderheilkunde 39. köt., 5. füz.)

A csecsemő vizeletében kiürülő organikus savakat *Van Slyke, Palmer* módszerével meghatározva, szerző a normalisan táplált csecsemőknél igen kis különbségeket talált. A táplálékban a fehérje mennyiségét fokozva, a savkiürítés mérsékelten emelkedett. Ha a táplálékot isodynam mennyiségű, de zsírdús táplálékkal helyettesítette, akkor egészséges csecsemőnél lényegesebb változást nem észlelt, míg a rachitikus csecsemőknél az organikus savak a vizeletben a megelőző érték kétszeresére emelkedtek. Ezen emelkedést a megszaporodó ketontestek okozzák, melyek a rachitikus szervezet csökkent anyagcseréjében elégni nem képesek. A kornak, továbbá a vízfelvételnél az organikus savkiürítésre semmi befolyást nem észlelte. *Beck Rella dr.*

Pankreas adagolása csecsemők és kis gyermekek táplálkozási zavarainál. *Leitner.* (Jahrbuch f. Kinderheilkunde 111. köt., 1–2. füz.)

Szerző kedvező eredménnyel adott pankreaspraeparatumokat a bél gyulladásos állapotainál, toxicosisoknál, gastrointestinalis infantilismus eseteiben és atrophia súlyos alakjainál. Pankreatan sec. Egger-t adagolt egy éven alul 4-szer $\frac{1}{4}$ tablettát, 1–2 év között 3–4-szer $\frac{1}{2}$ tablettát, nagyobb gyermekeknél pedig 2–3 tablettát naponta. A gyógyszeres kezelést mindig könnyű diatával kombinálta. Szerző az általános állapot, étvágy rohamos megjavulását s súlygyarapodást észlelt még olyan esetekben is, ahol minden más beavatkozás cserbenhagyta. *Vitéz Gera dr.*

A csukamájolaj el nem szappanosítható részének antirachitikus hatásáról. *H. Behrendt.* (Zeitschrift f. Kinderheilkunde 39. köt., 5. füz.)

Régebbi tapasztalatok bizonyítják, hogy az oxydált csukamájolaj, különösen pedig a belőle előállított magasabb oxydsírsavak igen intensiv antirachitikus hatást fejtenek ki. Szerző a csukamájolajban lévő, el nem szappanosítható anyagok gyógyító erejét exact klinikai kísérletekkel bizonyítja. Minden más, gyógyítást előmozdító factor kizárása mellett, ezen anyag segítségével 12 súlyos rachitis esetében 4–6 hét alatt gyógyulást ért el. A vizsgált esetekben a gyógyulást a klinikai tüneteken kívül Röntgen-felvétellel és a vér phosphortartalmának a normalis értékig való emelkedésével bizonyítja. *Beck Rella dr.*

KÖNYVISMERTETÉS

Atomok, molekulák, kristályok. *Rhorer László.* Tudományos gyűjtemény 8. kötet. Danubia kiadása. Pécs, Budapest. Ára 35.000 korona.

A Röntgen-sugarak és rádium felfedezése, a hozzájuk kapcsolódó genialis kísérletek és ezekből levont következtetések hosszú sorozatán át lassanként az anyag végső szerkezetének a megismeréséhez vezettek. Az atomokról és molekulákról alkotott régebbi nézetek megszűntek hypothesisek lenni. Az atomok létezése ma már kísérletileg eldöntöttnek tekinthető, sőt ismerjük maguknak az atomoknak belső szerkezetét és azoknak molekulákká és kristályokká váló térbeli csoportosulását is. Ez a tárgy mindenkit, aki a tudománnyal foglalkozik és szeret gondolkodni, közelebbről érdekel. Nagyon hasznos munkát végzett tehát a szerző, amikor az idevágó igen szétterjedt irodalmat kiváló rövidséggel, áttekinthetően összegyűjtötte és a nem teljesen szakember előtt érthetetlen magas matematikai levezetéseket elhagyva, azoknak eredményeit közérthető nyelven megmagyarázza. A munka nagy tudással és szorgalommal van megírva. A bonyolódott részletek útvesztőjén mestéri intuitióval vezet keresztül. Nem száraz fizikai fejtegetéseket ad, hanem eleven, vonzó előadásban mindvégig leköti a figyelmet.

A kiadónak nem nagy dícséretére válik a könyv silány kiállítása. *Kelen.*

Psychologische Studien am Geruchssinn. 11 ábrával. *Hans Henning—Danzig.* (Urban u. Schwarzenberg. Berlin—Wien 1926. Ára: 4.5 márka.)

Ez a körülbelül 100 oldalas füzet az *Abderhalden* szerkesztésében megjelenő hatalmas munkának, a biológiai kutatási módszerek kézikönyvének a hatodik részéhez tartozik, amely a kísérleti psychologia módszereit tárgyalja.

Henning a szaglásvizsgálatok terén elismert szaktekinély; a szaglás psychológiáját terjedelmes és közkezen forgó monographiában dolgozta fel s nevéhez sok és érdekes technikai újítás, illetve kísérleti megállapítás fűződik. Ezen munkájának a beosztása a következő:

Előjáróban az inger expositióját tárgyalva, ismerteti a vizsgálati technika eszközeit, lehetőségeit, a kedvező kísérleti feltételeket és azok tartós biztosításának módját. A szaglási mechanizmus pontos ismerete sok tévedéstől óv meg vizsgálataink során, s ezért *Henning* ezt a kérdést is beható tárgyalás alá veszi,

éppúgy, mint a különböző mérési módszereket, amelyeknek pontos keresztülvitelén az egyes szagok ingerküszöbének a helyes megállapítása múlik. Ezen bevezető fejezetek után következik a szaglás psychológiájának rövid, de élvezetes tárgyalása, ahol ismerteti a felfogás és felismerés, szag emlékezés és illatfantázia sok igen érdekes és gyakorlatilag értékesíthető tényét és megállapítását. Érdekesítők azok a fejezetek, amelyekben az illatkomplexumokról és részeiről, valamint az összeolvasztásról és szétválasztásról, illetve megkülönböztetésről szól. Az utolsó fejezeteket a fáradás, bénulás és egyéb pathológiás jelenségek tanulmányozásának szenteli a szerző.

A munkának az ad becset, hogy exact kísérletezésre oktat, mert mindig megismertet bennünket a hibaforrásokkal is, emellett azonban reámutat azon kérdésekre, amelyeknek tisztázása még további vizsgálódásoknak lenne a feladata, s így beható kísérletezésre serkent. Érdekes adatokat közöl az illatszerkeverők feltételesen őrzött titkaiból is és néhány becses technikai és bibliographiai útmutatással szolgál. A könyvecske tehát hasznos útbaigazítója lesz azoknak, akiket a szaglás lélektana közelebbről érdekel és ebben a kérdésben gyors tájékozódást óhajtanak szerezni. *Schaffer.*

Lehrbuch der Krankheiten des Herzens und der Blutgefäße. *Ernst Romberg.* 4. és 5. kiadás. Ferdinand Enke Stuttgart, 1925. 123 ábrával. Ára fűzve 39.50 M, kötve 43 M.

A müncheni I. sz. belklinikai kitűnő vezetőjének könyve 4. és 5. kiadásban jelent meg. A mű terjedelme 884 oldal, csaknem 100 oldallal nagyobb, mint az 1921-ben megjelent 3. kiadásé, az ábrák száma héttel több. A régi beosztást a szerző változatlanul megtartotta, mert — amint azt előszavában hangsúlyozza — mai ismereteink mellett helyesebbnek tartja, ha az orvos a betegség megítélésében és a beteg kezelésében a megbetegedett szervből, illetve annak megváltozott működéséből indul ki. Az így alkotott ítéletet kell azután az életfolyamatok idegrendszeri, belsősecretiós, physikai, chemiai, stb. befolyásolásáról lévő ismeretivel összeegyeztetnie.

A bevezető rész 82 oldalnyi rövid anatómiai és physiologiai tájékoztató után a vizsgáló módszereket tárgyalja. Az egyszerű physikai vizsgáló eljárások mellett kiterjeszkedik részletesebben a Röntgen-vizsgálat, az electrocardiographia, a sphygmographia, a vérnyomásmérés, a capillarisk vizsgálásainak, stb. eredményére.

Ezt követőleg 480 oldalt foglal el a szervi szív-bajok ismertetése. A subjectiv szívjelenségek között tárgyalja az angina pectorist is, ami — szerinte — nem önálló betegség, hanem szervi elváltozások és functiós zavarok alapján egyaránt előforduló tünetcsoport. A fejezet további részében sorba veszi a szív-bajok objectiv tüneteit, a szívizom chronikus elégtelenségének, a billentyűbajoknak és a veleszületett szív-bajoknak tüneteit, okait és kezelését, majd néhány ritkábban előforduló szívbetegség mellett részletesebben a szív helyzetváltozásait, az acut myocarditist és endocarditist. A fejezetnek a chronikus szív-bajokat tárgyaló részében vezérfonalként vonul végig a kezdődő szívizomsufficiencia felismerésének és a jó szív működés helyreállításának elsőrangú fontossága. Hangsúlyozza kifejezetten azt is, hogy ebből a szempontból a billentyűbajok ugyanolyan megítélés alá tartoznak, mint az insufficienciát előidéző sok egyéb tényező. A szív-burok bántalmait 37, az erek betegségeit 172 oldalon tárgyalja. Az utóbbi fejezetben részletesen ismerteti az arteriosklerosist, az acut és chronikus arteriitist, különösképp az aortitis syphiliticát, az aneurysmákat, a periarthritis nodosát, az arteriák thrombosisát és emboliáját, a vénák gyulladását, tágulását, thrombosisát, stb.

Az utolsó fejezetben 42 oldalon az ideges szív- és érbántalmakat tárgyalja. Az u. n. essentialis hypertonia legtöbb esetét nem tartja egyszerű vasoconstrictor neurosisnak; szerinte a tartós hypertensio oka majd mindig a vese kis arteriáinak kezdődő sklerosisos elváltozása.

Az elsőrangú kiállításban megjelent mű részletes és bőséges tájékoztatást nyújt a szív és az erek betegségeinek minden kérdésében, tárgyalja a balesetbiztosítás, a graviditás és a narkosis kérdéseit is. A klinikai részt számos tanulságos kórtörténeti kivonat élénkíti. A bőséges irodalmi összeállítás specialis kérdésekben a szakembernek is kitűnő útbaigazítást nyújt. *Pákozdy.*

A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának ápr. 26-i ülése.

Fischer Ignác: Elmeorvosi bizonyítványok és vélemények. Elsősorban az elmeorvosi bizonyítványok és vélemények szerkesztéséről és helytállóságáról beszél. Példákkal bizonyítja, hogy elmebetegekről kiállított bizonyítványok, mivel rendszerint egyoldalú információk alapján készülnek, sokszor nem tükröztethetik vissza a valóságot, az igazi állapotot; annak azonban, hogy a szakorvosi vélemények még akkor is annyira ellentétesek, mikor az összes adatok rendelkezésre állnak, nem az elmeorvosi tudomány labilitása az oka, mint azt hangoztatni szokták, hanem az ezen tudományágban való járatlanság s tapasztalatlanság, vagy pedig az ezen tudományágat művelőknek etikai ingadozása. Természetesen vannak határesetek is, midőn tudományosan és becsületesen megindokolt érvek mellett is merülhetnek fel nézeteltérések, de itt sohasem állhat fenn az a szembezők ellentét, hogy az egyik nézet épelméjűség, a másik kifejezett elmebetegség mellett tör lándzsát. Ezen határesetekben nem az orvosi, hanem a jogi vonatkozásban lehet eltérés, amikor az egyik fél még beszámíthatóság, önrendelkezés mellett, a másik már beszámíthatatlanság, önrendelkezési kép telenség mellett argumentál. A lucidum intervallumokról, a malariakezelés folyamán mutatkozó remissziós állapotokról és más fontos idevágó kérdésekről fejti ki még saját véleményét.

Minich Károly: Az előadó fejtegetéseire mindenben hozzájárul. Fontosnak tartja, hogy a bizonyítvány követhetetései a részletesen ismertetett vizsgálati lelettel egybehangzásban legyenek. Mindenkor megjelölendő azon ok is, amely célra a fél bizonyítvány kiállítását kérelmezte, mert ezáltal lehet elkerülni azt, hogy a bizonyítványt más célra használhassák fel, mint amelyre a vizsgáló orvos azt kiállította. Nézet szerint magánfél kívánságára is állítható ki orvosi bizonyítvány, és pedig természetesen úgy pozitív, mint negatív irányban. Természetesen elmeegészségről szóló bizonyítványt egy vizsgálat alapján kiállítani nem lehet, hanem csak akkor, ha többszörösen megismételt vizsgálat dacára tagadólagoz az eredmény. A vizsgálatok számát, idejét, esetleg tartamát mindenkor célszerű megjelölni. Külön elmeorvosi szakértő kijelölését ítéletábrái székelyek szerint azért nem tartja megvalósíthatónak, mert a törvény büntető ügyekben minden törvényszéket saját szakértőjének igénybevételeire kötelezi és mert a táblai székelyen alkalmazott szakértő állandóan úton volna és ennél fogva semmiféle gyakorlatot nem is folytathatna. Minden szakértői véleményt csak a bíróságnak adott orvosi tanács jellegével bír s így annak elfogadása vagy el nem fogadása kizárólag a bíróságra tartozik.

Ranschburg Pál: Sem a szakértői tudás, sem a megfelelő morális alap nem fogja lehetővé tenni, hogy oly komplikált kérdésben, mint az elme normalitása, abnormitása és betegségei, ne támadjanak nézeteltérések és ellentétesek. A legegyszerűbb klinikai kérdésekben, mint pl. szemfenék-, sella-, serumvizsgálatok, ugyanazon napon teljesen elsőrendű és érdektelen szakemberektől a legelterőbb véleményeket kapjuk.

Donath Gyula: Bizonyos elmebetegségeknél, különösen paranoiánál, az imbecillitás határmagjainál, ameddig az eszmék, cselekedetek plausibilisek, logikai ellentmondást nem mutatnak, a szakértők véleménye ellentétes lehet azért, mert mások bemonadására, illetőleg utánjárására vannak utalva. Helyes és szükséges ezért a kétes vizsgálati eredményt a bizonyítványban feltüntetni. Hozzászóló a minap egy ön- és közveszélyes iszákos esetében, kit felesége esellel sem tudott rábírní, hogy a vizsgálatra megjelenjen, bizonyítványt állított ki elmeegészségintézet elhelyezés, illetőleg gyógyítás céljából, azonban ama kitételrel, hogy a beteg előbb rendőrorvos által megvizsgálandó. Hogy az esetleg elért cím, állás, diploma nem bizonyítja az elmeépiséget, ismeretes dolog. Hozzászólónak van egy súlyosan imbecillis betege, ki a chemiai doktorátust elnyerte. Paralytikusoknál, kikenél kezelés által vagy önként remissió állott be, egyénenként vizsgálandó, hogy vajjon foglalkozásuk, amelyet újból meg akarnak kezdeni, nagy felelősséggel jár-e, vagy sem.

Fischer Ignác (zárszó): Az idő rövidsége miatt a hozzászólásokra csak nagyjában válaszolhat. Hisz leg-

többen majdnem egészében osztják az előadásban kifejtett felfogásokat; *Ranschburg* is hozzájárul az elmondottakhoz, de ő még nem látja lehetségesnek az ellentétes vélemények teljes kiküszöbölését az elmeorvosi ismeretek mai állása mellett. Ezen állításának bizonyítására felhozott ellenvetelt és hasonlatai azonban az előadó szerint nem találóak.

A M. Röntgen Társaság ápr. 26-i ülése.

1. Engel Sándor: *Ulcusfülke gyomorcarcinomában.* Két esetet mutat be, ahol tipusos kráteres ulcus ventriculi volt és az autopsia carcinomát talált. A differenciális diagnosis néha rendkívül nehéz. Jó szolgálatot tesz a *Holitsch-féle tünet* (a pajzsszerű elődomborodás, ha a gyomór profilvonala előtt van és ebben ül a fülke = ulcus, ha a profilfalon belül = carcinoma), továbbá a *Haudek* által csoportosított tünetek, melyek közül a legfontosabb, hogy az ulcus mindig egy plust, a carcinoma egy minust ad. Igen jelentős a fülke nagysága; cseresznyemagnál nagyobb mindig gyanus carcinomára.

Polgár, Révész, Weisz hangsúlyozzák, hogy az ulcus carcinoma Röntgen-diagnostikája egyáltalában nem kidolgozott fejezete a radiológiának és egyes esetekben, így a bemutatottakban is, teljes lehetetlen lett volna a képekről a carcinomás degenerációt előre leolvasni. *Holitsch* elmagyarázza az általa leírt differenciál-diagnostikai jeleket, amelyek alapján több esetben sikerült az ulcus carcinomát felismerni.

2. Polgár Ferenc: a) *Nyelőcsőtágulat ritkább esetei.* Az ú. n. idiopathikus oesophagus-dilatatio sokszor fejlődik ki úgy, hogy egyből, elsősorban mediastinalis vagy más localisatiójú megbetegedés mutatható ki, anélkül, hogy a tágulat egyszerűen mechanikus okokra lenne visszavezethető. Így egy esetben substernalis strumája volt a betegnek, mely a nyelőcső felső részét félretolta, de nem szűkítette, míg az alsó rész nagy tágulatot és retentiót mutatott. Másik esetben disseminált tüdőtuberculosishoz, a harmadikban nyelőcsődiverticulumhoz társult a tágulás, egy ízben vese-üledék volt kimutatható. Az esetek a szokásos belgyógyászati kezeléssel dacoltak, míg a cardia tágitása a panaszokat megszüntette. b) *Adatok a pleuralis folyadékgyülemek eltolódásának vizsgálatához.* Mellkasi izzadmányok helyzetváltozásának vizsgálatára eddig az álló és hanyattfekvő átvilágítást alkalmazták (*Lenk*). Számos eset bemutatásával demonstrálja, hogy az eltolódás vizsgálatára az oldalfekvésben horizontális sugáriránnyal való átvilágítás a legalkalmasabb módszer. Basalis izzadmányok oldalfekvésben falhozálló vagy mediastinalis elhelyeződést vesznek fel, míg az eltolódás ezt megakadályozza. A legtöbb izzadmány helyzetét változtatja.

Kővári László bemutat érdekes hasonló oesophagus dilatatio eseteket.

Holitsch fontosnak tartja, hogy diffus oesophagus dilatatio esetekben kutassunk kiterjedt tuberculosis, mediastinalis megbetegedések, stb. után, amelyek kapcsolatban a vagus rostok bántalmazottak lehetnek.

Bárony Tivadar figyelmeztet arra, hogy nemcsak a vagus rostok laesiója vagy functionalis zavara, hanem egyéb beidegzési zavarok és reflexeknek a legkülönbözőbb aethiologiájú zavarai szerepelhetnek. Ugyanezt hangsúlyozza *Weisz* és *Haas* is.

Az Erzsébet Egyetemi Tudom. Szövetség orvosi szakosztályának április 23-i ülése.

Bemutatás:

Göczy Lajos: *Halott egyénen végzett császármetszés esetét mutatja be.* Substernalis struma következtében beállott életveszélyes dyspnoe miatt sebész által végzett tracheotomia után bekövetkezett hirtelen elvérzéses halál után közvetlenül sectio caesaria classikát végzett a *Scipiades* tanár vezetése alatt levő klinikán, amidőn algid asphyxiában levő élő érett leánymagzatot nyert, akit *Schultze-féle* lóballással és 0.3 cm³ intramuscularis lobelin-injectióval térített magához.

Halott egyénen császármetszést élő magzat nyérése érdekében legjobb a terminalis légzés megszűnése után azonnal végezni, de csak hosszabb agniától, vér-

szellőztetési zavaroktól, intoxicációtól és igen magas hőmérsékttől meg nem előzött hirtelen terhességi halálozások eseteiben. Principiell csak akkor végezzük a műtétet, ha az anya elhalálozásánál éppen jelen vagyunk s általa a környezetet nagyfokú lelki megrázkódtatását nem váltjuk ki. Ha csak az anya halála után hivatunk ilyen műtétre, azt csak a környezet egyenes felhívására végezzük, de ekkor is legfeljebb az anya halála után 20 percnél maximalis időn belül.

Előadás:

Albert Armin: Éhezés következtében fellépett táplálkozási zavarok a csecsemőkori. Casuistikus esetek kapcsán kimutatja, hogy lefogyott, vagy eredetileg sovány csecsemők, ha azokat a *Finkelstein-Cserny* iskola által használt Budin-féle szabály, valamint a Heubner-féle energiaquotiens szerint tápláljuk, éheznek, táplálkozási zavarukat az éhezés okozza, míg ha azon csecsemőket a Pirquet-féle rendszer szerint tápláljuk, rendbejönnek, mert éhezésük megszűnik. Az okok abban keresendők, hogy a Budin-féle szabály minimuma, vagyis a testsúly egytizede, illetve az energiaquotiens 70 caloriával testsúlykilogrammonként messze alatta marad a sovány csecsemő tényleges minimalis szükségletének, míg ha a csecsemőnek a Pirquet-féle minimumot, vagyis a csecsemő üllomagasság négyzetének háromtizedét ($\frac{3 \text{ sz}^2}{10}$) adjuk, nem éheznek.

Azért az általános gyakorlatban a vitaminokkal való kísérletezés helyett, melyek a rendszeresen táplált csecsemők táplálékában úgyis benne vannak, a quantitativ táplálás fontosságára hívja fel a figyelmet, mely legkönnyebben a Pirquet-féle rendszerrel való táplálással érhető el.

Gobbi Gyula: Nem lehet a táplálási szabályok szerint az éhező csecsemőket sablonosan valamely általános diatára fogni, hanem egyénileg kell eldönteni a táplálás mikéntjét.

Göttche Oszkár: Az bizonyos, hogy az éhezés okozhat bajt, ez már régen ismert igazság. Az utóbbi időkben a koncentrált táplálékok bevezetése, miből klinikánk is kivette részét, éppen azt célozta, hogy egyes esetekben a chronikus inanitio elkerülhető legyen (pl. chronikus dysenterianál a cukornélküli Moro). Azt, hogy egy csecsemő éhezés, vagy más okból jutott decomponált állapotba, az anyák anamnesiséből megtudni nagyon nehéz, mert a bementett adatok rendszerint hibásak. A tápláléknak nemcsak a mennyisége fontos, hanem a minősége is. Az előadó említ egy esetet, mikor pertussis és pneumoniában szenvedő gyermek nagy quantum táplálék adására meggyógyult, a gyógyulást talán mégsem lehet a táplálékra visszavezetni? Vannak esetek, amikor igen is szükséges a koplaltatás (pl. parenteralis infekciók); és aki csak egyoldalúan a nagy quantumra fekteti a fősúlyt, az sok esetben nemcsak hogy nem használ, de direkt árt a betegnek.

Heim Pál: Előadó a Pirquet-féle systema híve és azt tartja, hogy úgy a csecsemőnek, mint a gyermeknek minden esetben, betegségeiben is, legalább is az ezen systema szerinti minimumot kell adagolnunk. Szerinte a táplálék mennyiségét nem szabad a súly után megszabnunk, hanem csakis üllomagasság után. Ebben kétségtelenül nincs igaza, mindkét systema használható, és vannak esetek, különösen betegség esetében, mikor mind a két systema cserbenhagy. Vannak esetek, mikor a koplaltatás indikált, amíg még a Pirquet-féle minimum is káros. Általánosságban ilyen elveket nem lehet kiszabni. Az előadás címe „Az inanitio okozta csecsemőkori táplálkozási zavarok” igen nehéz fejezete a csecsemőkori pathológiának, mert egész más következménnyel jár, ha az inanitio totalis, mintha partialis, pl. csak a fehérjére, vagy csak a szénhidratokra vonatkozik. Ha az előadónak az volt a célja, hogy felhívja figyelmünket arra, hogy az éheztes ok nélkül káros, akkor ebben igaza van és célját elérte, de ha bármilyen egyéb volt vele a célja, akkor azt nem érte el.

április 27-i ülése.

Előadás:

Prof. Hans Much (Hamburg): Über Tuberkulosefragen und das Lipoidproblem. A biológiának, éppúgy mint a többi természettudománynak, műveléséhez feltétlenül szükséges a matematika ismerete, mert csak

mathematikával juthatunk el a tünetmentek legmélyebb analysiséhez. Kutatásunkban nem a ténymegállapítás a legfontosabb, hanem a problemafeltevés, nem az eredmény, hanem a methodika. Ennélfogva a kísérletezés művészetét kell fejleszteni. A biológiai kísérletnél és a biológiai jelenségnek értelmezésénél nem az anyag, hanem annak állapota a fontos; az immunitás jelenségkörében legelső fontosságúak az egyén tulajdonságai, csak másodsorban a kórokozó, miért is csak emberen szerzett tapasztalatok bírnak értékkel. Mivel minden egyén más és más tulajdonságú, nem a statisztikai adatgyűjtés, hanem az egyéni constitutio kutatása a legfontosabb feladat.

Eután reátérve a lipoidok kérdésére, hangsúlyozza azok jelentőségét, mint antigenekét, majd a tuberculosiról szólva, a palestinai kutatások eredményeként azt a syphilisről is tudott körülményt emelte ki, hogy t. i. az intact arab lakosságot az első tuberculosis-infectio epidemiaszerűen támadja meg, ellentétben az Európából származó zsidósággal. Mivel a tuberculosist különböző stadiumaiban különböző az egyén constitutiója, már pedig a therapiának a constitutiót, mint legfontosabbat, kell elsősorban tekintetbe vennie, ennélfogva a tuberculosis ellen nincs és sohasem is lesz hatásos gyógyszer.

A Debreceni Orvosegyesület ápr. 29-i ülése.

1. Loessl János: *Luxatio habitualis mandibulae.* Bemutat egy 20 éves férfibeteget, kit ezelőtt fél esztendővel mindkétoldali habitualis alsó állkapocsficam miatt *Nieden* szerint operált meg. A beteg rövid történetéből kiemeli azt, hogy az ásitástól, rágástól minden nap több ízben ismétlődő alsó állkapocsficama oly fájdalmat okozott, hogy már táplálkozni is alig tudott. A fél évvel ezelőtt végrehajtott műtét a mandibularis ízület rögzítésében állott, melyen a fascia temporalisból vett lebenyt használta fel. Beteg panaszmentes s nyolc kilót hízott.

2. Bäcker István: Egy a táplálóereket és az idegeket tartalmazó köteg s egy kifordult diverticulum alakjában *persistáló ductus omphalomesentericus* műtéttel gyógyult esetét mutatja be. (Egész terjedelmében megjelenik.)

3. Hüttl Tivadar: *1. Enterocystoma és cysta urachi.* Bemutat egy 16 éves fiút, aki öt éves kora óta évente többször, utóbbi időben mindig gyakrabban ismétlődő görcsös hasi fájdalmakkal betegedett meg, amelyek minden alkalommal szél- és székrekedéshez, hányáshoz, vizeletretentióhoz vezettek. A beteg állítása szerint a görcsök és kísérő tünetek 3–4 nap alatt oldódni szoktak. Az ileus tüneteivel beszállított betegnél felvételkor a hasüregben a hasizmok görcsös összehúzódása következtében tapintani semmit sem lehetett, csupán akkor, amikor a görcsök megszűntek után a hasizmok ellazultak. Ekkor kint, hogy a hasüregben a köldöknek megfelelően és inkább alatta, három ökölnyi, síma felületű, folyadékkal telt daganat foglal helyet, mely további vizsgálatok szerint sem a belekkel, sem pedig a húgyhólyaggal nem függ össze, csupán utóbbinak tetejét domborítja le. Újabb görcsrohamnál a daganat falának görcsös összehúzódása volt észlelhető és ezen az alapon a daganatot síma izomelemekkel tartalmazó fallal való urachus cystának gondolta. A műtétnél ezen cysta mellett egy diónyi második cystát is talált, amely a hólyaggal függött lazán össze. A nagy cysta kocsánya a mesenterium gyökéhez haladt. Mindkettőt eltávolította. Görcsövi vizsgálatnál a nagyobbik cysta belfal szerkezetét mutatta, hengerhám bélással. A kisebbik üregét jellegzetes átmeneti laphám bélelte. A szövettani kép és a műtéti lelet alapján a nagyobbikat a ductus omphaloentericus enterocystomájának, a kisebbiket urachus cystának tartja. A beteg műtét után simán gyógyult. *2. Urachus persistens.* 13 éves leánynál hét éves korában a köldök tájékán képződött egy sipoly, melyen keresztül azóta vizelet ürül. A sipolyon átvezetett ureter-katheter akadály nélkül halad végig azon, majd a húgycső nyílásánál jelenik meg. A húgycső csökevényesen fejlődött, szokatlanul tág, a betegnek incontinenciája van. A körkép urachus járatnak felelt meg, amelyet a beteg incontinenciájával kapcsolatosan fellépett cystitisre nyitott meg a köldöknél. A sipolyt kiirtotta, majd annak a symphysis mögött fekvő tágult végéből készített hólyagot. A műtét gyó-

gyulást nem eredményezett. Eleinte sipoly képződött a symphysis felett, majd a vizelet utat talált magának a köldök felé a hasfal rétegei között és újból visszaállott az eredeti állapot, a betegnek megint egy hónall bélelt, vizeletet ürítő köldöktáji sipolya lett. Az eset érdekességét abban látja, hogy a hibásan fejlődött szervezet a kiírtott urachust megint helyreállította. A göröcsövi vizsgálat a klinikai diagnosist megerősített. Újabb műtétet szándékozik végezni.

4. Szontagh Félix: *Lugmérgezés a köztakaró igen súlyos ronsolásával.* A lúgkő kereskedésben való árusítását szabályozó végleges rendelet f. évi május hó 1-vel lép életbe. Hatásának eredménye bevárandó. Bemutató azonban ettől, illetve az ezen rendeletet kiegészítő propagandától nem reméli a teljes sikert, hanem az egyedüli helyes megoldást a lúgkő háztartásbeli alkalmazásának betiltásában látja. A bemutatott esetben feltűnők azok a nagy terjedelmű s mélyreható ronsolások, amelyek az áll alatt és a nyakon és ettől teljesen függetlenül a hason főképpen jobb oldalt körülbelül két tenyérnyi terjedelemben az igen concentrált lúgoldat maró hatására állottak elő s végeredményben — a mérgezés 10 nap előtt történt — száraz üszkösödésnek (mummificatio) minősíthetők. Ilyen súlyos és nagy terjedelmű ronsolásokat a bőrön előadó ezideig nem észlelt. A száj-, illetve a torokbeli elváltozások (valószínűleg a nyelöcső és gyomorban is) hasonlóképpen igen súlyos természetűek. Mindezek dacára a gyermek egyelőre életben van és táplálkozik. Bemutatja a bőrronsolásokat híven demonstráló mulage-készítményt is, melyet a budapesti kiállításra el fog küldeni.

5. Jósá László: *A sebészti tuberculositis stibium-kezeléséről.* A stibium a tropusi protozoás betegségek hatásos gyógyszere. Hollaender 1913-ban a leukocytákban élősködő sporidiumot írt le, amit tuberculosisosak vérében talált. 1919-ben ő alkalmazta először a stibiumot ez alapon, mint antiprotozoás szert scrophulásoknál igen jó eredménnyel. A debreceni sebészeti klinikán 103 eset közül (mindenféle lágyrész-, csont- és ízületi tuberculositis) 43 gyógyult stibium-kezelés folyamán. Ezeket megrostálva, arra a meggyőződésre jutott az előadó, hogy 25 esetben kétségtől a stibium segítette elő a gyógyulást. Ahol egyáltalán van hatása, az minden más szernél hamarabb, sokszor rohamosan mutatkozik, ebben látja a szer fő előnyét. A calium stibio-tartaricum 1/2%-os oldatából 3–6 cm³-t tartalmazó mennyiséget ad intravenásan hetenként egy-kétszer. A szer teljesen ártalmatlan, muló kellemetlenségek csak magasabb dosisoknál tapasztalhatók (köhögés, hányinger, izomfájdalmak és láz). Ha két-három hét alatt szemmel látható javulás nem mutatkozik, abba hagyja a stibiumot. A gyógyulás megítélésének objectivebb tételére végzett allergia változási vizsgálatokat aránylag kevés esetben volt módjában elvégezni, mert beteganyaga főleg ambulans volt. Ajánlja a szer minél kiterjedtebb kipróbálását tüdőtuberculosisnál is.

Szontagh Félix kérdezi, hogy a hőmenetre van-e befolyása a stibium-kezelésnek.

Jósá László: Az injectiókat követő 1/2–1 napig tartó kilengéseken kívül a hőmenetet a stibium nem befolyásolja.

A szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának április 17-i ülése.

Bemutatás:

Kovács Ödön: 13 éves fiút mutat be, kinél a májnak nagyfokú megnagyobbodása észlelhető. Tekintettel arra, hogy a szív ép, a Wassermann-reactio negativ, ikterus- és lépmeagnagyobbodás hiányzik, az esetet a fennálló mellhártyaösszenövés okozta pangásos májnak tartja.

Előadások:

1. Pogány István: *Tapasztalatok syphilitikus egyének oltási váltólázáról.* Kísérleteihez három tertiana törzset használt. Az első a szegedi elmeklinikától kapta, hol már e törzs hét passageon ment keresztül, mindig paralytikusokon vitette tovább. A törzs virulentiája, paralytikuson továbbvive, mindinkább fokozódik, sőt a 10. passageban lévő és beoltott paralytikus meg is halt. Erről az esetről a kifejlődött klinikai kép ritkása miatt részletesen beszámol.

A második törzset egy malariában hevenyen megbetegedett egyéntől nyerte. Ez a törzs 13 passageon keresztül 19 egyénbe oltatott át.

Syphilitikusokon vive tovább a tertiana törzset, annak virulentiájában lényegesebb változást nem látott, ellenben a malaria lefolyásában igen meglepő és feltűnő egyéni különbségeket észlelt.

A harmadik törzs egy már két hónapja malariában szenvedő betegtől eredt, ki előzőleg chinint is szedett. E törzssel oltott betegeknek chinin resistenciát nem észlelt, rohamaik chininre azonnal megszüntek.

A beoltást a bőr alá 5 cm³ vérrel, de egy pár esetben intravenásan is végezte 3 cm³ vérrel. A karvenából vett vért minden további kezelés nélkül oltotta át. A beoltás helye mindig reactionmentes maradt.

A Wagner-Jauregg-klinika észleleteivel szemben, a gametakepzés megszűnését, sőt még számbavehető csökkenését sem észlelte. Nem találta azt, hogy az oltási váltóláznál a rohamok rendetlenebbül folynának le, s hogy a rohamok tetőfokán kevesebb számú plasmodium lenne.

Az összes beoltottnak a rohamok alatt a lép megnagyobbodása pontosan ki volt mutatható. Négy esetben a máj is megnagyobbodott.

Beszámol egy tabeses egyénről, ki igen nagy mennyiségű és igen sok plasmodiumot tartalmazó vérrel sem volt fertőzhető.

10 roham után chinint adott. Recidivát még igen kis mennyiségű chininadagolás után sem látott.

2. Erdélyi Jenő: Az idei influenzajárvány alatt csecsemőknél előforduló középfülgyulladásokról számol be. 91 esetből 68 csecsemőnél fordult elő; 41 esetben egyik oldalon, 27 esetben mindkét oldalt. Mindegyik esetben paracentesist végzett és az összes esetek kivétel nélkül simán gyógyultak. A korai beavatkozás mellett foglal állást, mert ez a gyermeket a láztól, táplálkozási zavaroktól, leromlástól megóvjja, a gyors gyógyulást biztosítja és a további szövődmények kifejlődését megakadályozza.

Hainiss Elemér két szempontból kívánja az előadást kiegészíteni, az egyik a csecsemők grippes hajlama, a másik a csecsemőkori otitisek fejlődése.

Túlhaladott álláspont, hogy a betegségek keletkezését egy kórokozó szerepeltetésével magyarázzuk egyoldalúan. Pathogenis szempontból a fertőző megbetegedés létrejötténél két tényező szerepel: kórokozó és szervezetbeli hajlam. Ahogy virulens kórokozó jelenlétében a szervezet resistenciája esetén nem feltétlen következmény a megbetegedés, úgy erős fogékonyság esetén kórokozó nélkül nincs fertőző megbetegedés. A csecsemőkorban a fertőző betegségekkel szemben általában erős resistentia mutatkozik, kivéve a grippes infectiókat, amelyekre a csecsemőszervezet disponátabb, mint a későbbi gyermekkor. Érdekes, hogy a grippe egyes hullámai azonos típusú szövődményt okoznak. A mult év tavaszán a pneumoniás alak, télen az enterális alak, most pedig az otitis complication dominál. Ennek magyarázatát az adhatja, hogy a grippes infectio mindig társfertőzés, hol a pneumococcus, hol a mikroococcus catarrhalis, hol a streptococcus, hol más egyebek a kísérői. A kísérő flora jellege szabja meg a szövődmények útját. Az otitisekkel szemben a radicalis álláspont híve, egyrészt a paracentesis veszélytelen, másrészt ennek a hőmérsékletet és közérzetet befolyásoló jótékony volta miatt. Ez álláspont azonban éppen csecsemőknél sokszor nem jut érvényre, minthogy gyakori az otitis rendkívül gyors, úgyszólván órákalatti s nem ritkán észrevétlen kifejlődése, amit a csecsemődobhártya anatómiai viszonya okozta nehezebb diagnózis is magyaráz.

Bedő Imre jó diagnostikai jelnek tartja a csecsemők nagyfokú nyugtalanságát és azt a tünetet, hogy a beteg fül tragusának megérintésére abban az irányban húzza el a csecsemő a száját.

Falta Marcel szintén a diagnózis nehézségeire és a kezelés fontosságára hívja fel a figyelmet.

Baracs Marcel szerint a paracentesis megejtése még nem mindig védi meg további szövődményekről a beteget.

Treer József: Az idei influenzajárvány a csecsemőknél az orr-garathurutban nyilvánult meg, ennek pedig a legtermészetesebb következménye a középfülgyulladás. A paracentesis kérdésében jelentkező eltérő vélemény okát abban látja, hogy nem tesznek különbséget a középfülgyulladás egész enyhe, középsúlyos és legsúlyosabb alakjai között.

április hó 24-i ülése.

Bemutatás:

Szentkirályi Zsigmond: Három Recklinghausen-beteget mutat be. Egy 26 éves leányt, egy 65 éves aszszonyt és egy 52 éves férfit. A két első eset a *morbus Recklinghausen* minden classikus tünetét mutatja, harmadiknál csupán a bal vállon és felkaron látható néhány tenyérnyi területen apró foltos pigmentanomalia, a karon orsószzerű elrendezésben cutan tumorok.

Előadás:

Vidakovits Kamill: *Az epeköbetegségnek néhány actualis kérdéséről, 118 műtét tanulságának megvilágításában.* Mindenekelőtt reámutat arra a jelenségre, hogy az utolsó két esztendőben mindenütt a világon a sebészek a korai műtét szükségességének kimutatására statisztikát közölnek; a congressusokon fő themául választják a kérdést, sőt a németek vele körkérdés alakjában is foglalkoznak egyik szaklapjukban. Ennek okát az idővel szerzett tapasztalatokban látja, melyek *Kehr* tanának némely megállapítását megcáfolták, melyek az eredményeket lényegesen javultaknak mutatják és melyek szerint a késői szakban operáltak rossz gyógyulási eredményeket adnak. Nem kis mértékben hozzájárult a kérdés revidiójának szükségességéhez a conservatív és sebészi therapiák által elért gyógyulási eredményeknek az összehasonlítása, mely, tekintve ama végeredményt, hogy a sebészi therapia, különösen az egyszerű esetekben, veszélytelen módon nagy biztonsággal meg is gyógyítja a beteget, a sebészi gyógyulási eljárás előnyére billenti a serpenyőt. Az appendicitissel összehasonlítva az epeköbetegséget, a kettő közötti legnagyobb hasonlatosságot abban látja, hogy mindegyik betegségnek veszedelmei a korai műtéttel egyaránt, aránylag veszélytelen módon megelőzhetők.

A betegség actualis kérdései közül foglalkozik az epekövek képződésének kérdéseivel, melyek közül egy sem bír gyakorlati fontossággal, mert reájuk olyan eljárást, amellyel a kövek képződését meg lehetne akadályozni, alapítani nem lehet. A Rovsing-félében, tekintve szerzőjének eljárását a therapiában — cholecystotomia —, nagy inconsequentiát lát. A kérdésben nem az a fontos a gyakorlat szempontjából, hogy hogyan, hanem hogy hol képződnek az epekövek. Ez irányítja beavatkozásunkat. Másik kérdés a duodenalis szonda alkalmazása az epekövek kihajtása céljából. Ezzel az eljárással bajt is lehet okozni, mert a hólyagból kihajtott kövek a choledochusban akadnak meg. Sok esetben teljesen hiábavaló a használat, éppen azon esetekben, amelyekben legkívánatosabb volna, hogy vele eredményt érjünk el.

Legfontosabb az infectio kérdése, mely az epeköveknek a sebészi kriteriumot adja meg. Különösen azon leplezett esetekre utal itt, melyeknek kórismézése próbalaparatomia nélkül néha lehetetlen. Hysteriának minősített betegekre utal, akiknél a műtét súlyos elváltozásokat derített ki az epehólyagban vagy azon szervrendszeren, melynek megbetegedését a köves epehólyag okozhatja: pankreas, duodenum, máj, appendix.

Anyagának statisztikai jellegű adatai: ezek között a legfontosabb megállapítás, hogy sok közöttük a 40 éven, tehát a kritikus koron felüli beteg, akiknél a legsúlyosabb kórbonctani elváltozások voltak már jelen. Egyszerű eset alig van 10 a 118 között.

Kimutatja továbbá anyaga alapján, hogy sem a hőmenetből, sem egyéb vizsgálatok alapján sok esetben nem lehet a kórbonctani elváltozásokra következtetni. Az első roham után közvetlenül, vagy hat esetben az első 14 napon belül végzett műtét már a legsúlyosabb elváltozásokat mutatta, vagyis ezen esetek már a komplikáltak sorába tartoztak.

Meghalt 118 beteg közül 13, vagyis 11%. Részletesen ismerteti az eseteket, melyek mind a legsúlyosabb sorába tartoztak. Van közöttük több olyan, aki 3–4–12 hetes iktérussal került műtétre. Nagyon elítéli azon szereket, melyek nagy reclammal kerülnek piacra, mint az epeköbetegséget biztosan gyógyító szerek. A gyakorlóorvost ezek megtévesztik, aki, bízva sikerükben, ennyi ideig kezeli például iktérusan-injectiókkal az iktérusos beteget.

Külön foglalkozik az eseteknek kórbonctani elváltozásai és a halál oka közötti összefüggéssel. Ebben a kérdésben főleg a cholemia, illetve májinsufficienciának van legnagyobb szerepe. Ezért külön foglalkozik az iktérussal és főleg azon eszközeinkkel, melyekkel ma

az előrehaladott iktérusban lévő beteget műtétre még alkalmas állapotba lehet hozni. Legnagyobb fontossággal bírnak e tekintetben *Wildegans*nak az idei német sebészcongressuson közölt megállapításai. Thrombintükörsüllyedés, epesavak által okozott mérgezés. Therapeutikus szempontból *Walthers* eljárása követendő.

Méltatja a műtét tartamát, a bódítási eljárást, illetve érzéstelenítési eljárást, valamint a beteg korát is a műtétek kimenetelében, majd összehasonlítja eredményeit 17 külföldi sebész kimutatásával.

Mindezekből a legfontosabb tanulság, hogy az epeköves beteget sokkal korábban kell megoperálni, mint az ez idő szerint nálunk még szokás. Hogy ezt még nem érthették el, annak okát abban látja, hogy a későn műtétre kerülőknek szomorú sorsa elriasztja a beteget a műtéttől, de különben is nálunk még szokás a betegeket a műtéttel ijeszteni és nem a conservatív eljárásoknak esetleges káros következményeire figyelmeztetni.

Hozzájárulnak még a korai műtét ellen minduntalan elhangzó ellenvetések is, mint: 1. a kórismezés néha nehéz; 2. a műtét utáni halálozás még magas; 3. az epekőműtétek technikailag olyan nehezek, hogy nem végezheti minden sebész; 4. az epeköves beteget nem fenyegeti olyan közvetlen veszély, mint az appendicitissel beteget; 5. mert a műtét sem biztosít a recidiva ellen.

Ezen ellenvetésekre a következőkkel felel:

ad 1. A próbalaparatomia minden esetben felderíti a baj igazi okát, hiábavaló módon sohasem végezzük.

ad 2. Az egyszerű eseteknek halálozása a legtöbb kimutatás szerint 0% vagy 1% alatt van. Csak a conservatív kezelés fiaskója által súlyos állapotba került esetekben magas.

ad 3. Az egyszerű eseteknek műtétje olyan, amelyet minden sebésznek el kell tudnia végezni. Ne juttassuk késői stadiumba a beteget, mert különben a legbrilliansabb technikával sem oldható már meg az eseteknek egy része.

ad 4. Igaz, hogy a közvetlen veszély rendszeren nem olyan nagy, mint az appendicitisnél, de annál több bajt okoz idővel. Bizonyos szövődésményei éppenséggel nem veszélytelenebbek, mint az appendicitisnél.

ad 5. Egyszerű esetekben lehetetlenség a recidiva. Komplikált esetekben az elváltozások természetéből folyik, hogy sokszor nem operálhatók meg tökéletesen. Az úgynevezett recidiváknak oka leginkább a kő okozta következményekben keresendő, melyeket az a nagy eputakban maga után hagy, főleg strictura és fertőzés.

Végül felveti a kérdést, hogy mi a haladás az epekövek sebészi therapiájában az utóbbi időben? Erre a következőkkel felel:

1. A betegnek a műtétre való előkészítése súlyos, főleg iktérusos betegeknél. 2. A műtétnek egyszerűsítése, esetleg szakaszokra való osztása, amely ellen azonban ellenérveket is hoz fel. 3. Az utókezelés. Itt különösen az acidosis és cholaemia következményeinek leküzdésére irányuló eljárások jelentenek nagy haladást.

A legnagyobb haladás az lesz azonban, hogyha az epekőműtét is éppen olyan magatartást öltető műtétnek fog elismertetni, mint a vakbélgyulladás műtétje, amit remélünk, nem késik már soká a távol jövőben.

Machánszky László teljes mértékben csatlakozik az előadó megállapításaihoz. Annak bizonyosságául, hogy Szegeden mennyire tartózkodnak a betegek az epekőműtéttől, megemlíti, hogy a városi közkórházban az utolsó 20 esztendő alatt végzett 15.000 műtétből csak 82 volt epekőműtét. Szinte kivétel nélkül valamennyi a lehető legsúlyosabb állapotban került a műtőasztalra.

A Budapesti Orvosok Szövetsége május 3-i közgyűlése.

Elnöki megnyitó

elmondotta: *Gerlóczy Zsigmond* dr. egyetemi tanár.

Tisztújító rendes évi közgyűlést alapszabályaink szerint az elnök január első felében hirdet. S ha ez éven ez csak május 3-ára esett, ez azt bizonyítja, hogy szekerünk még mindig nincs a rendes kerékvágásban. De kérdem, állami életünk rendes medrében folyik-e már? Elementáris erők rázkódtatták meg államiségünk egész szerkezetét, úgyhogy nemcsak az ornaméntikája

hullott le a szép épületnek, hanem megingatták az azon támadt nagy repedések alapfalait is.

Országunk megcsontított; egészséges organizmusából leszabdaltak oly részeket, amelyek az egészséget táplálták és a csontok erein elfolyt a vérünk. Már-már az elvérzés veszedelem fenyegetett, mikor azok, akik a bajunkat okozták, hebehurgyán bekötötték vérző csontjainkat, a vérzést azonban egészen elállítani nem tudták, de nem is akarták. És amikor az egész organizmus beteg, akkor természetes, ha az államot alkotó szervek működésében is hiba támad.

„Szanalás“ néven ismerjük azt a műveletet, amelylyel dűldező országot talpra akarják állítani, mint ahogyan a sok vért vesztett beteget vér átömlesztésével igyekeznek megmenteni. Itt-ott feléled tőle az erejét vesztett szervezet, de nem egyszer az átömlesztést az egyes részek elsorvadása, pusztulása követi.

Az államoknak mindenkoron és mindenhol számottevő része volt az orvosi kar. A társadalomnak erre a tanultságánál és képzettségénél fogva nagy értékű csoportjára mindenkinek egyénenként, az államnak pedig a maga egészében szüksége van. A beteg ember terhére válik magának és családjának, terhet jelent az államnak is. Az a nemzet pedig, amelynek népessége között sok a beteg, a dologra nem alkalmas: elgyengül. Fejlődést, művelődést, vagyonosodást nem várhatunk ott, ahol a népesség nagy tömegei betegek. Amely állam kormányzata nem látja meg a népessége egészségügyi bajait és nem siet segíteni azokon, az hasztalanul fordul a pénzügyi szanalás akármilyen módszeréhez, az a nemzet erejét gyarapítani nem tudja.

Nehéz időkben ösztönszerűen nagyobb figyelmet szoktunk fordítani a körülöttünk mutatkozó jelenségekre. Bajokat veszünk észre, amiket azelőtt nem láttunk meg. Kormányzatunk, amely a boldogabb időkben nem sokat foglalkozott egészségügyi bajainkkal, amely az egészségügy hivatott munkásainak és bírálóinak figyelmeztetéseit, kéréseit elintézés nélkül félretette: ma, amikor az egészségügyi kormányzat élén annak nagy jelentőségét teljes mértékben átértő miniszter áll, ki mellett szóhoz jutnak az orvosok, szinte lázas munkával iparkodik pótolni évtizedek mulasztásait és elismeréssel kíséri az orvosi kar önzetlen és érdemes munkásságát.

Erre a munkára pedig igazán ráillik az önzetlen jelző, mert a magyar orvosi kar bámulatraméltó megadással viseli el a megélhetése elé tornyosuló gondokat és nélkülözéseket, a megpróbáltatásnak most már sorozatos éveit.

Nem lehet csodálkoznunk azon, ha egyesek, akik a nyomasztó gondokat jobban érzik, vagy akik kishitűek, a mostoha viszonyok folytán elégedetlenségüknek itt-ott hangosabban is kifejezést adnak, azt azonban igazán sajnálkozással kell látnunk, ha az orvosok nyomasztó helyzetének okát egyesek a Szövetség struktúrájában keresik. Vegyük észre ezek a tisztelt kartársak, hogy nemcsak az orvosok keresete csappant meg annyira, hogy egyesek úgyszólván a nyomor ijesztő képét látják maguk előtt, hanem foglalkozáskülönbség nélkül mindenkit fojtogat az élet mindinkább súlyosabbá váló terhe. Ezek a kishitű kartársak azonban a válságos helyzet kiindulási pontját nem jó helyen keresik, ha azt hiszik, hogy a Szövetség nem foglalkozik eleget az orvosi kar anyagi érdekeivel, s rossz helyen keresik a remediumot is.

Összeálltak néhányan és elhatározták, hogy megalakítják a *Magyar Orvosok Országos Gazdasági Egyesületét*. Határozatokat hoztak, programponthoz állapítottak meg, amelyek mindegyike a Budapesti Orvosok Szövetsége alapszabályaiban benne van s amelyek megvalósulása érdekében immár 27 esztendeje dolgozunk. Ez idő alatt sikerrel védelmezte a magángyakorlat érdekeit úgy a hatóságok, mint a betegpénztárak, sőt igen gyakran a nagyközönség részéről is a humanizmus helytelen és egyoldalú értelmezése alapján támasztott követelésekkel szemben. E munkájában természetesen nem kerülték el figyelmét azok a jóléti intéz-

mények sem, amelyek a munkájukban kifáradt és nyugdíjra, sőt segítségre szoruló orvosok, valamint özvegyeik és árváik támogatása céljából alakultak. E jóléti intézmények éppen széttagoltságuknál fogva nem szolgálhatják eredményesen azt a célt, melyért alakultak és ezekből nem látszik kívánatosnak újabb egyesület megalakítása, mely egyszerű tagsági díjával csak újabb megterhelést jelentene az orvosokra, másrészt az egyesületeket terhelő administratív költségeivel programja megvalósítására jövedelmének csak igen csekély részét fordíthatja.

Szövetségünk választmánya a Magyar Orvosok Országos Gazdasági Egyesülete megalakulásával szemben egyhangúan annak a meggyőződésének adott kifejezést, hogy azok a kartársaink, akik az orvosi kar nehézhelyzetének megjavítását új gazdasági egyesület megszervezésével gondolták elérhetőnek, törekvéseikkel és munkájukkal csak a Szövetség keretein belül számíthatnak eredményre. Szövetségünk, amelynek tisztikara és választmánya mindenkoron önfeláldozóan dolgozott az orvosi kar anyagi és erkölcsi érdekeinek megvédésén, most is nyugodt, a legszilárdabb meggyőződés hangján vallja, hogy karunk érdekeit az újonnan alakult egyesületnél sokkal hathatósabban szolgálhatja, mert a Szövetség ez idő szerint az orvosi társadalomnak hivatalosan befelé és kifelé is elismert képviselője.

És éppen ezért választmányunk meg van győződve arról, hogy disszidens kartársaink is be fogják látni azt, hogy eredményt csakis a Szövetségben való munkálkodással érhetnek el. Mert nehezen érthető meg, hogy amit az egy és ugyanazon cél érdekében a Szövetségben tömörült több mint 2000 kartárs megfeszített munkájával a gazdasági viszonyoknak általános és leközdhetetlen megromlása következtében nem tudott kivívni, azt kartársaink egy kis töredéke a *Szövetségen kívül* szervezkedve el tudná érni.

Főtítkáruk jelentéséből méltóztatnak majd tudomást venni arról, hogy Szövetségünknek az összetartásban rejlő ereje a mai nehéz helyzetben is mennyi eredménnyel járt a kartársak erkölcsi és anyagi érdekeire is. Elég ha megemlítem a betegpénztári orvosok sikeres megvédését és azokat az eredményeket, amiket éppen az orvosi kar megromlott kereseti viszonyainak nyomtérő feltárással az adózás terén sikerült kiharcolnunk. Minél egységesebb az orvosi kar, minél erősebb az Orvosok Szövetsége, annál nagyobb lehet reményességünk arra, hogy bajainkon segíteni tudunk.

Ezért a Szövetség minden tagjának éber figyelemmel kell örködni azon, hogy ez az egység meg ne bomlassék. A vezetőknél pedig kötelességük meg a legjobb szándékból is fakadó olyan gondolatokat, tévtörekvéseket és mozgalmakat megakasztani, amelyek az erők szétforgácsolásához vezetnek. Ily törekvések az elmúlt év folyamán bukkantak fel, de a Budapesti Orvosok Szövetsége kiállotta épületének szilárdságpróbat. A kishitűeket elragadta az a szellem, amely ma minden régít, még a legjobbat is, átforgatni igyekszik, nem mérlegelve azt, hogy a szilárd alapfalak megbolygatása veszedelemmel járhat az egész épületre. Már folyt a fúrómunka, de mért nem lehetett azt zajtalanul végezni, észrevették azt a régi lakók, akik megdöbbenéssel látták, hogy az épület helyenként alá van aknáva, s az aknába robbantóanyagot helyeztek el. A terv az volt, hogy a robbantással tíz részre fog szakadni a Budapesti Orvosok Szövetsége egységes, tömör épülete. A tíz fiókra szakított Budapesti Orvosok Szövetsége mindegyik fiókja külön-külön fiókja lett volna az Országos Orvos-Szövetségnek. A tervező azt hitte, hogy ezzel egy csapásra megszűnnek a lakók panaszai; azt hitte, hogy a Budapesti Orvosok Szövetsége tagjai, ha nem egy fedél alatt lesznek, különválva nagyobb erőt tudnak bevinni az Országos Orvos-Szövetségbe.

Hála belátóbb kartársaink éberségének és józan kritikájának, megvédelmeztük Szövetségünket e robbanástól. A tíz kerületre szétvetett Budapesti Orvosok Szövetsége romhalmaza maga alá temette volna az Országos Orvos-Szövetség hatalmas épületét. Ez a hibás

elgondolásból készült terv ma már csak rossz álmokép, amelyet el fogunk felejtteni.

Tisztelt Közgyűlés! Büszkén mutathatunk rá arra, hogy a Budapesti Orvosok Szövetsége tagjaiban a kartársi együvértartozás érzése minden más érzésnél nagyobb. Ez adja meg néki azt az erőt, hogy higgadtságát a legválságosabb helyzetekben is meg tudja őrizni. Anyagi érdekeink előmozdításáért és megvédéséért, sajnos, tovább kell folytatnunk a harcot. A mi harcunk azonban valami egészen sajátos. Nekünk a harcban voltaképpen nincs is ellenségünk. Az orvosok nem harcolhatnak a betegek ellen, de igenis harcolniuk kell az ellen a felfogás ellen, hogy a humanizmus szent nevében kötelesek az esztendő hosszú során át nagy költségekkel és erőfeszítéssel megszerzett tudásukat és éjjel-nappali önfeláldozó munkakészségüket csak azért, mert hivatásuk így parancsolja, ingyen rendelkezésre bocsájtani, vagy kinek-kinek tetszése szerint megszabott tiszteletdíjáért, avagy a hatóságoktól és pénztáraktól lealacsonyítóan megállapított fizetésért vállalni.

A magyar orvosi kar a megélhetéséért folytatott harcában mindig nobilis fegyverekkel küzdött és mindig vigyázott arra, hogy a jól értelmezett humanizmuson sebet ne ejtsen, ami éppen Szövetségünk érdeme. Szövetségünk minden tagjának orvosi rendtartásunk szellemében kell nemes hivatását betöltenie. De amikor a mi harcunkban a legmesszebbmenő védelemben részesítjük a reánszoruló beteg embertársainkat, kötelesek vagyunk kivédeni azokat a vágásokat is, amikkel felénk sujtanak. Így többek közt azzal vádolnak, hogy a kuruzslás elterjedésének mi vagyunk az okai, mert a betegek, nem tudván eleget tenni az orvosok túlköveteléseinek, tömegesen keresik fel a kuruzslókat. Fájdalommal kellett tapasztalunk, hogy több napilapunk a kuruzslókról írott hasábos cikkével tág teret nyújtott az ilyenféle vélemény elterjedésének.

Napjainkban a tömegpsychosis révén veszedelmesen terjed a kuruzslás,* amelynek üldözése a legerélyesebb hatósági beavatkozást sürgeti. Szövetségünk már évekkkel ezelőtt felterjesztést intézett a kormányhoz a kuruzslás szigorú üldözése tárgyában, de mert azóta e tárgyban nem történt semmi sem, Szövetségünknek feladata a kérdés napirenden tartása, és pedig nemcsak abban az irányban, hogy a törvényes rendelkezések szigorítását meg sürgessük, de még inkább azért, hogy felvilágosító munkát végezzünk a kuruzslás veszedelmes volta felől. Ha azonban napilapjaink a delejesasszonyról és egyéb kuruzslókról hasábos közleményeket hoznak, anélkül, hogy egyben óva intenék a nagyközönséget azoktól a veszedelmektől, amiket szélhámosok, tanulatlan emberek kuruzslása okozhat a beteg embernek, az olyan reklámja a kuruzslásnak, amelyen a törvényes rendszabályok sem segíthetnek.

A kuruzslás kérdése csak olyképen vetődött ide elnöki megnyitómbe, hogy akadt ujság, amely az orvosok túlmagas honorárium-követelését említette a kuruzslás egyik oka gyanánt. Mai közgyűlésünket alkalomul óhajtottam felhasználni arra, hogy választmányunknak már az ujságokban közzétett tiltakozását a közgyűlés tiltakozásával is megerősítem.

Tisztelt Közgyűlés! Egy évre szólott megbízatásunk ideje a mai napon lejárt. Munkálkodásunkról főtitkárunk jelentése fog számot adni. Én csak örömmel állapítom meg azt, hogy a tisztikar és az egész választmány a legszebb egyetértésben munkálkodott a Budapesti Orvosok Szövetsége tagjai érdekében és hogy akármilyen kényes és talán ellentéteket kiváltható kérdés került is elénk, azok megoldása az igazán bensőséges együttérzés alapján mindenkoron úgy sikerült, hogy a Budapesti Orvosok Szövetsége erejét és tekintélyét a legkisebb csorba sem érte.

Erőnket és tekintélyünket nemcsak megóvnunk, de továbbra is növelnünk kell. Szükséges ez az Országos Orvos-Szövetség érdekében is, mely legnagyobb

* Minden háború után észlelt jelenség a spiritizmussal együtt. Sz.

fiókjának, a Budapesti Orvosok Szövetségének szilárd alapfalain épült fel és csak azon állhat meg.

Abban a reményben, hogy a Budapesti Orvosok Szövetsége továbbra is a minden magyar orvos javát szolgáló Országos Orvos-Szövetség erőssége marad, megnyitom évi rendes tisztújító közgyűlésünket.

Az elnök megnyitó szavai után *Grosch Károly dr.* főtitkár számolt be a szövetségi év történetéről.

A közgyűlés a főtitkár jelentését, többek hozzászólása után, egyhangúlag tudomásul vette.

Ezután *Patai Samu dr.* pénztáros terjesztette elő elszámolását a múlt évről, amelyet a pénztárvizsgálóbizottság jóváhagyó jelentése alapján a közgyűlés tudomásul vett és a felmentvényt a pénztárosnak és a választmányának megadta. A jövő évi tagsági díjat a közgyűlés 8 pengőben, azaz 100.000 koronában állapította meg, azzal, hogy felhatalmazta a választmányt szükség esetén pótdíj kivetésére.

Nyolevan új tag felvétele után a közgyűlés közfelkiáltással választotta meg az 1926. évre a Szövetség tisztikarát. Elnök: *Gerlóczy Zsigmond dr.* Alelnökök: *Hüllt Hümér dr.* és *Vladár Márton dr.* Főtitkár: *Grosch Károly dr.* Titkár: *Gellért Elemér dr.* Jegyző: *Rohrböck József dr.* Pénztáros: *Patai Samu dr.* Gazda: *Körmöczy Zoltán dr.* A választmányba mint új tagok kerültek be: *Raisz Aladár dr.* és *Teleky Kálmán dr.*

KÉRDÉSEK ÉS FELELETEK

Kérdés: 1. Kilátásom van esetleg, hogy egy járás-orvosi állást elnyerhessek. Tisztiorvosi képesítésem nincsen, de a kinevező főispán úrhoz jó összeköttetésem vannak. Az első kérdésem ezután: szükséges-e a járásorvosi állás elnyeréséhez feltétlenül tisztiorvosi képesítés, vagy a főispán úr kinevezhet engem anélkül is, esetleg a tisztiorvosi vizsga utólagos letétele feltételezésével?

2. A második kérdésem: Igaz-e, hogy a jövő évtől kezdve a tisztiorvosi képesítés nem háromhónapi kurzus lesz, mint eddig, hanem egyéves rendes tanfolyam?

Felelet: 1. A tisztiorvosi állás elnyeréséhez feltétlenül szükséges az 1883. I. tc. 9. §-ban előírt tisztiorvosi minősítés. Ennek hiányában a kinevező hatóság és kinevezett egyén annak a veszedelemnek teszik ki magukat, hogy a közigazgatási bíróság a kinevezést, illetőleg rendezett tanácsú városi tisztiorvosi állásoknál és Budapest székesfővárosi tisztiorvosi állásoknál a választást megsemmisíti.

2. A tisztiorvosképzés reformja előkészítés alatt áll; kizártnak látszik az, hogy a jövőben rövid háromhónapos tanfolyam is tartassék.

3. A tisztiorvosi hivatás betöltése oly rendszeres és nagy előkészületet feltételező tanulmányok folytatását teszi szükségessé, hogy a szükséges ismeretek tanfolyam hallgatása nélkül nem szerezhetők meg.

Szerk.

VEGYES HÍREK

Előfizetésük megújítására és hátralékuk kiegyenlítésére kérjük előfizetőink közül azokat, kiknek a mult-heti számukhoz befizetőlapot mellékelünk. Előfizetési díj: egész évre 250.000, félévre 125.000, negyedévre 65.000 korona. Kérjük nagyon a sürgős elintéztést, mert a késedelemből a lapnak kára van.

A Magyar Orvosi Archivum 2. füzeté a mult héten a következő tartalommal jelent meg: *Fritz Gusztáv dr.*: A csökkent légnyomás hatása a vér összetételére, *Fritz Gusztáv dr.*: Néhány digitális fajtázatot hatáserkének vizsgálata, *vitéz Berde Károly dr.*: A mikrosporon Audouini ellenállóképességéről, *Boros József dr.*: Vizsgálatok az emberi vörösvérsejtek nagyságáról, térfogatáról és alakjáról és azoknak összefüggéséről, *Burger Károly dr.*: A serum fehérjeértékének műtétek utáni változásáról, *Csapody István dr.*: Kísérletes vizsgálatok az atropin-mydriasisról, *Lieb-*

mann István és Sümegi István dr.: A vegetatív idegrendszer állapotának vizsgálata a terhességben, *Fáykiss Ferenc dr.:* A féregnyúlvány diverticulumbai, *Kolta Ervin dr. és Förster Gyula dr.:* A Röntgen-sugarak hatása a vérre, *Szabó Jenő dr. és Szilágyi Aladár:* A vérsajtűsüllyedési reactio pathológiájáról, *Freystadt Béla dr. és Morelli Gusztáv dr.:* Érzésvizsgálatok a nyelven. A Magyar Orvosi Archivum előfizetési ára egész évre 125.000 korona, félévre 65.000 korona. Megrendelhető az Orvosi Hetilap kiadóhivatalában, ahol egyes számok 25.000 koronáért kaphatók.

Személyi hírek. A Kormányzó Úr Öfömlétsége *Verebély Tibor dr.* egyet. ny. r. tanárt az igazságügyi orvosi tanács elnökévé három év tartamára kinevezte. — Az igazságügyminiszter *Lovrich József dr.* egyet. c. rk. tanárt, a budapesti bábaképző igazgatóját, a Munkásbiztosítási Orvosszakértői Tanács elnökévé, *Borszék Károly dr.* egyet. c. rk. tanárt, közkórházi főorvost, e tanács alelnökévé, *Haberern J. Pál dr.* egyet. c. rk. tanárt pedig e tanács előadtagjává kinevezte.

A budapesti Királyi Magyar Pázmány Péter Tudományegyetem orvostanhallgatóinak symphonikus zenekara és kamarazene egyesülete május hó 14-én, pénteken a gyógyszerintézet (VIII., Üllői-út 26., II.) tantermében a segítő-egyesület segélyalapja javára *házi hangversenyt* rendez. **Műsor:** 1. Mendelssohn: Hebridák, symphonikus nyitány. 2. Beethoven: C-moll vonósnyegyes, 18. mű. a) Allegro ma non tanto. b) Scherzo. c) Menuetto. d) Allegro. Előadják: *Zoltán László* (I. hegedű), *Wollek Béla* (II. hegedű), *Remete Tibor Pál* (viola), *Tóth Aladár* (cello). 3. Bizet: Az arles-i leány, szvit nagy zenekarra. a) Preludio. b) Minuetto. c) Adagietto. d) Carillon. 4. Schubert: H-moll symphonia. a) Allegro moderato. b) Andante con moto. 5. Smetana: „Életemből“, vonósnyegyes. a) Allegro vivo appassionato. b) Allegro moderato à la Polka. c) Largo sostenuto. d) Vivace. Előadják: *Behorszky Gábor dr.* (I. hegedű), *Zoltán László* (II. hegedű), *Zsögön Béla dr.* (viola), *Fekete Gyula dr.* (cello). 6. Beethoven: Egmont. Vezényel: *Klimes Károly* karnagy. Műsor (mely egyszersmind belépőjegyül is szolgál) ára 10.000 korona. Felülfizetéseket a jótékonycélra való tekintettel köszönettel fogadnak. A hangverseny kezdete pontban este 8 órakor.

A Magyar Gyermekorvosok Társasága II. nagygyűlése az Orvosegyesület Semmelweis-termében május 10-én, hétfőn és május 11-én, kedden fog ülésezni. Napirend: *Május 10-én, délelőtt pont 9 órakor: Referatum:* a) *Bosányi Andor:* Az angolkór kórlényegének és kóroktanának mai állása. b) *Flesch Armin:* Az angolkór gyógyítása. *Előadások:* *Beck Rella:* A vizelet- és vérdiastase viszonya angolkórban. *Csapó József és Istvánics József:* A vér alkali- és calciumtartalmának viszonya tetaniánál. *Götche Oszkár:* Az angolkór röntgenes diagnostikája. *König Gyula és Lénárd György:* Glykaemiás reactio angolkórban. *Petényi Géza:* Adatok az angolkór tünettanához. *Petheő János és Bakucz József:* Quarz-besugárzásra fellépő változások a vér- és vizeletben. *Tolnai Margit:* Angolkór és vérphosphor. *Vas J. Jenő:* Thymus és exsudatív diathesis. *Venetianer Piroška:* Az ekzema-halál kérdéséhez. *Rohrböck Ferenc:* A novasurolról az exsudatiók terapiájában. *Deutsch Márton:* A peritonitis pneumococcica kórtanáról. *Mandel Andor:* A mikrosporiasisról. *Márkus Stefánia:* A congenitalis májtumorokról. *Schatz Róbert:* A metastasos vesekörüli genyedekek a gyermekkorban. *Délután pont 4 órakor: Előadások:* *Bán Ilona:* Adatok a csecsemő- és gyermekkor vérnyomásához. *Bókay Zoltán:* Vizsgálatok a vérserum alkali-elosztásáról a csecsemőkorban. *Csapó József:* A vér-alvadástendenciája a gyermekkorban. *Török Gábor:* A csecsemők véreinek katalitikus hatásáról. *Ferencz Pál:* Védőoltási kísérletek bárányhimlőnél. *Herzfeld Erzsébet:* A colostrum antitesttartalmáról. *Kövér Sándor:* A chinin-prophylaxis influenzánál. *Petényi Géza:* Activ immunizálási kísérletek. *Groszmann Ferenc:* Az

allergiás és antitoxinos bőrpróbák klinikai értékelése. *Preisich Kornél:* Az emberi tuberculosis pathológiájának kérdéséhez. *Semseyné Ballus Sarolta:* A Gordon-reflexről. *Steiner Béla:* A vegetatív idegrendszer tónusa. — *Május 11-én, délelőtt pont 9 órakor: Referatum:* *Bókay János és Johan Béla:* A vörheny elleni védekezés a Dick-féle eljárással. *Előadások:* *Feuer István:* Tapasztalatok a Dick-féle eljárással a Bródy-gyermekórházban. *Imre Mihály:* A Dick-oltások eredményeiről. *Pethő János:* A Debrecenben végzett Dick-oltások. *Farnos Ilona:* Az eosinophilia és Dick-test viselkedése vörhenybetegéknél; eosinophilia a Dick-féle activ immunizálásnál. *Hainiss Elemér:* Neutralizáló kísérletek a Dick-toxinnal. *Pauncz János és Csoma Eszter:* Adatok a Dick-féle bőrpróbát befolyásoló tényezők ismeretéhez. *Szirmai Frigyes:* Kísérletes vörhenyvizsgálatok. *Tüdős Endre és Kiss Pál:* A vérplasma fehérjefraksiók viselkedése a vörheny alatt. *Fischer Aladár:* A gyermekkori empyema thoracis sebészi kezelése. *Grósz Gyula:* A gyermekkori morbus asthenicus összefüggése a gyomor secretiójával. *Jakobovits Béla:* A stenosis pylori műtét gyógykezelésének eredményéről. *Kiss Pál:* A végnélküli fonál bevezetése az oesophagusba miniumsonda segítségével. *Délután pont 4 órakor: Előadások:* *Lukács József:* A csecsemő-pankreas sejtmagoldó képességéről. *Rohrböck Ferenc:* Tapasztalatok az insulinnal a gyermekkori diabetes melitusnál. *Roboz Pál:* Insulinnal kombinált gyógyszerek hatása a diuresisre. *Ruszt Irén:* Lipasemeghatározások dializált vizeletben. *Ederer István:* A csecsemő-kori szénanyageseréről. *Kramár Jenő:* Adatok az intoxicatio pathológiájához. *Lukács József:* Adatok a galvános ingerlékenység ismeretéhez. *Fábián Lajos:* Adat a sinus punctio complicatiohoz. *Tüdős Endre:* A lues congenita kezelésében 5 év alatt nyert tapasztalatok. *Kovács Ödön:* A Meinicke-féle mikroreactióról. *Barabás Zoltán:* Automatikus mozgások járványszerű fellépése a gyermekkorban. *Fekete Sándor:* A csecsemő-halandóság befolyásolhatósága. *Fekete Sándor:* A csecsemőáplálékok értéke csecsemővédelmi szempontból. A Magyar Gyermekorvosok Társasága ülésein a *kar-társakat vendégül* szívesen látja.

Az orvosi továbbképzés központi bizottsága tanvaszi tanfolyamai közül a budapesti egyetemi klinikán tartandó *kéthetes tanfolyam* május hó 25-én kezdődik és június hó 5-ig tart. A tanfolyamot az orvosi fakultás tanárai tartják. Ezen tanfolyam keretében folyó évi május hó 28-án, pénteken d. e. 11:30 órakor az I. számú egyetemi szemklinikai tantermében (VIII., Mária-utca 39.) *Bürgi Emil dr.* berni egyetemi tanár „A gyógyszerkombinációkról” címmel előadást tart.

A pécsi egyetem közegészségügyi ismeretterjesztő tevékenysége. A pécsi egyetem orvosi karának tanárai és tanársegédei, röviddel az egyetem pécsi megtelepedése után, megkezdték azt a munkát, amelyet Budapestén más, erre hivatott testületek régen nagy eredménnyel folytatnak: a szélesebb néprétegek közegészségügyi tanítását, oktatását. Az egyetem orvosi karának tagjai, szorosan vett hivatásukon jóval túlmenően, vidéki kiszállásokat rendeztek, amelyeken a professorok és tanársegédek közérdekű egészségügyi kérdésekkel foglalkoztak. Rendszeresítették az úgynevezett járási összejövetelek intézményét, bekapcsolódtak az iskolán kívüli népművelés munkásságába, oktatták a tanítókat, karöltve dolgoztak más, közegészségügyet ápolni hivatott tényezők és hatóságokkal. Így volt azután lehetséges, hogy Pécsen és Baranya vármegyében az elmúlt esztendőben közel kétszáz olyan népszerű előadás tartatott, amelyen a nagyközönség a közegészségügy legfontosabb kérdéseit tanulta megismerni. Az egyetem irányú munkásságának eredményei nem maradhatnak el, ha a közegészségügyi viszonyok javulásában egyelőre nem is látszik e munka teljes eredménye; abban, hogy egy széles körű igazi kultúrcentrumává válik az egyetemi város, ez a tevékenység bőséges jutalmat nyert.

A Nemzetközi Embervédelmi Kiállítás országos akciói. A Nemzetközi Embervédelmi Kiállítás keretében teljes kulturális, egészségügyi és történelmi vonatkozású anyagokkal vonulnak fel a nagy vidéki városaink és vármegyéink. A kiállítás eme része elé osztatlan érdeklődéssel tekint nemcsak a magyar nagyközönség, hanem a külföld is. Szeged, Debrecen, Pécs és a városok egész sora fogja dokumentálni, hogy a magyar kultúra évszázadokra nyúlik vissza és különös érdekűvé teszi az embervédelmi kiállítás e részét majd az a csoport, amely az elszakítás következményeképpen előállott visszafejlődést fogja képekben, modellekben, statisztikai táblázatokban meggyőzően bemutatni. A kiállítás igazgatósága országos látogatási akciót indított, amelynek keretében a felrándulók három kedvezményes napot tölthetnek az úgynevezett „Látogató-füzetek” révén a fővárosban. A kiállítás május végén nyílik meg s közel három hónapig áll az érdeklődők rendelkezésére.

Külföldi balneologusok Budapesten. Május utolsó hetében a hamburgi orvosi fakultás tagjai többnapos tanulmányút keretében Budapestre is ellátogatnak, ahol a világhírű keserűvízforrások megtekintését vetették tervbe. A Közép- és Kelet-Európát felölelő tanulmányutat, mely a fürdőügyet teszi vizsgálat tárgyává, *G. Meyer prof.* (Buxtehude bei Hamburg, Postrasse 3.) vezeti.

A kötelező sertéshúsvizsgálat Csehországban. Német mintára a csehek is bevezették a nyers sertéshúsnak trichinára (borsókaféregre) való kötelező vizsgálatát, kísérletképpen egyelőre Karlsbadban, ahol a nagy idegenforgalom az élelmiszerek fokozott egészségügyi ellenőrzését kívánatosá teszi. Az emberre is igen veszélyes borsókaféreg tudvalegyen a nyers vagy tökéletesen sült-főzött sertéshús élvezete után terjed, ezért a közfogyasztásra szánt sertéshús előzetesen vizsgálatnak vetendő alá, azoknak a részeknek kivételével, melyek csak erős átsütés (karaj) vagy főzés (füstölt-hús, sonka) után kerülnek fogyasztásra. Németországban a rendszeresen keresztülvi vizsgálatok óta a trichinabetegség nagyon megritkult, ugyanezt várják Csehországban is.

Congressusok. A Német Gyógyszertani Társaság VI. nagygyűlése ez év szeptember 22-én kezdődik Düsseldorfban. (Levelezés: *J. Schüller prof.*, Köln, Zülpicherstrasse 47.) — Az Orosz Sebészeti Társaság kongressusát május 27-én tartja Moszkvában.

A sopronmegyei trachoma. Sopron vármegye tisztifőorvosának legutóbbi jelentése szerint a trachomás betegek száma a betegség főfészkeiben, Rábacsanakon, örvendően apadt. Újabb megbetegedés az utóbbi időben csak kettő fordult elő (Szanyban és Rábaszentandrán egy-egy eset).

A német gümőkórellenes küzdelem. A nagy egészségügyi kiállítás kereteiben, melyet ez év nyarán Düsseldorfban tartanak, ülésezik a német központi gümőkórellenes bizottság május 25-e és 27-e között a rajnaparti Hannoverben. Ez alkalommal ünneplik a tüdőbeteg gondozó intézmény megalapítójának, *Brehmer Hermann* százéves születési évfordulóját. A német középponti gümőkórellenes bizottság a jövőben első sorban a gyermektuberculosis gyógyítására szolgáló intézményeket kívánja támogatni és az építkezési segítyeket, melyeket a multban a legkülönbözőbb gümőkórellenes intézmények rendelkezésére bocsátott, a jövő költségvetési évben kizáróan a nehéz gümőkórosok gyógyintézeteire fogja fordítani.

A szociális biztosítás Angliában. Az angol Nép-szövetségi Unió nemrég tartott harmadik congressusán élénk eszmecsere tárgyát képezte a szociális biztosítás kérdése. Jelenleg Angliában körülbelül 15 millió emberre vonatkozik az özevgy-, árva- és agkori biztosítás, melyet most egységes törvénnyel szabályoztak. A betegségi, rokkantsági és balesetbiztosítás, mely a legkülönbözőbb köz- és magántestületek között oszlik

meg, szintén egységes rendezést kíván. A javaslatba hozott reform legfontosabb alapelve a teljes egyenlőség, ami azt jelenti, hogy minden biztosított és családtag ugyanazokat a szolgáltatmányokat kapja, progressív hozzájárulásuk fejében. A congressus egyidejűleg állást foglalt a balesetbiztosítási intézmény fejlesztése mellett.

A nemibajok az angol flottalegénység között. A legutóbb megjelent hivatalos kimutatások szerint a nemibajos fertőzések az angol flotta légénységében elérték, sőt meghaladták a régi, háborúelőtti mértéket. A háború ugyanis ilyen vonatkozásban sem gyakorolt kedvezőtlen hatást a flottalegénység egészségi állapotára, mert a nemibajok meglehetősen megritkultak. Ma már ez a körülmény elvesztette hatását, úgyhogy most 1000 matrózra ismét 110 nemibeteg jut és ezeknek több mint egyharmada vérbajos.

Orvosi továbbképző tanfolyamok. Az orvosi továbbképzés központi bizottsága által rendezett iskola-orvosi tanfolyamra a résztvevők számát kizárólagosan azért állapították meg *huszonötben*, hogy az oktatás minél gyakorlatiabb lehessen. E létszámnak csak mérsékelt emelésére van kilátás s minthogy máris száznál többen jelentkeztek, a bizottság kéri azon orvosokat, kik még ezentúl óhajtottak jelentkezni, hogy erről mondjanak le s halasszák a legközelebbi tanfolyamra. A bizottság arra fog törekedni, hogy már őszkor újabb tanfolyam tartása legyen lehetséges. A kéthetes általános továbbképző orvosi tanfolyamokra még lehet jelentkezni, ezen tanfolyamokon a létszám nincs korlátozva. Felvilágosítást írásbeli megkeresésre az orvosi továbbképzés központi bizottságának irodája, VIII, Mária-utca 39. (I. sz. egyetemi szemklinika) készségesen ad.

A III. mentésügyi congressus. Ez év szeptemberében tartják Amsterdamban a III. nemzetközi mentésügyi congressust Hollandia uralkodó hercegének, a királynő férjének díszelnöksége alatt. A congressus titkárságához eddig tíz európai állam részvételi bejelentése érkezett be, de valószínű, hogy valamennyi kultúr állam elküldi képviselőjét. A congressus keretében mentési versenyt is tartanak, azonkívül szcenizált bemutatások lesznek mesterséges hajótöréssel és mesterséges vasúti szerencsétlenséggel, melyek a tömegmentési munkálatokról nyújtanak élethű képet. Bővebb felvilágosítást a congressus titkársága nyújt (Amsterdam, Keizersgracht 134.).

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetemen folyó hó 3-án a következő orvosdoktorokat avatták fel: *Bohunka Zoltán, Fekete Sándor, Hering Pál János Kornél, Lopussny Erzsébet Mária, Sipos Gyula, Streitmann Ernő, Szabados János, Szabó József, Szőke Kálmán Péter, Tóth Mihály, Vaszari István, lovag Witkowiński Károly Szörény, Keller Adám, Kitzreber János, Mayer János Dénes, Ruppenthal Miklós és Fehér László* gyógyszerészdoktor. Üdvözljük az új kartársakat.

† **Szana Sándor dr.** udvari tanácsos, előbb a temesvári, majd a budapesti állami gyermekmenhely igazgató-főorvosa, 58 éves korában Budapesten elhunyt. Élénk és sikeres munkásságot fejtett ki az állami gyermekvédelem megalapítása és kifejlesztése terén.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint április 25-től május 1-ig előfordult:

Hasi hagymáz	11	(—)	Gyermekágyi láz...	1	(1)
Kütegés hagymáz ..	—	(—)	Bárányméltó	40	(—)
Hólyagos (ál-)himlő ..	—	(—)	Járv. fültőmirigylob ..	57	(—)
Kanyaró	109	1	Vérhas	4	3
Vörheny	73	4	Járv. agygerincgyágyarlob ..	1	(—)
Szamárhurut	9	1	Trachoma	11	(—)
Rones, torok, gégeleob ..	30	—	Veszétség	—	(—)
Influenza	9	2	Lépfene	—	(—)
Ázsiai kolera	—	(—)	Heine Medin	—	(—)

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

Dr. Schulhof Vilmos, fürdőorvosi gyakorlatát Hévízfürdőn (Ferenc József-ház) megkezdte.

A szerkesztő fogadóóráját kedden és pénteken 11—12-ig tartja.

Lapunk mai számához a „Chinoin” gyógyszer- és vegyészeti termékek gyár r.-t. Újpest, újabb gyógyszer-készítményekről szóló prospektusa van mellékelve.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

K. M. EGYETEMI NYOMDA BUDAPEST — FŐIGAZGATÓ: DR. CZÁKÓ ELEMÉR

LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A
LYSOFORM
OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

TÁTRA SANATORIUM

ÓTÁTRAFÜREDEN. STARY-SMOKOVEC. 1020 m

Az ideális tátrai magaslati klímának előnyei egyesítve modernül be-
rendezett physikai-diaetás sanatorium gyógyító tényezőivel.

ELSŐRANGÚ DIAETÁSKONYHA, fekvőcsarnokok,

szabadlégtorna, szénsavas, fenyő-, forró-, fényfürdők, vízgyógyintézet, Zander, quars-, Sollux-, diathermia-, villanyos kezelés. Röntgen-, belgyógyászati laboratorium. Indikációk: Basedow-kór, chlorosis, anaemiák, ulcus, dyspepsia, diabetes, adipositas, asthenia, bronchitis, asthma bronchiale, hypertonia, neurasthenia, hysteria, reconvalescentia. — Tuberculosusok, fertőző- és elmebajosok kizárva. Sanatoriumi napi pousálár 65 Kc-től fölfele. Főorvos: dr. Szász Emil. Menetjegyirodában, világoztatást nyújt, fürdővizumot szerez dr. Adorján László. Vigadó.

Lipót-
városi

VÍZGYÓGYINTÉZET

DIATHERMIA
Quarz stb. Dr. Farkas Márton
V. Báthory-utca 3.

Szoportatós- dadákat évtizedek óta a közismert
dr. Szegő-féle orvosi intézetből
vesszük. VI, Szív-u. 69. T.: 93—22.

Dr. PAJOR Sanatorium és Vízgyógyintézet

Budapest, VIII, Vas-utca 17. — A magánklinikai osztályon
teljes ellátás napi díja 140.000 korona.

Dr. REICH MIKLÓS főorvos BUDAPEST-IV, SEMMELWEIS-U. 2.
ZANDER-GYÓGYINTÉZET Tel.: József 4—12. Lift.

Dr. JUSTUS BÖRGYÓGYÍTÓ ÉS KOZMETIKAI INTÉZETE
Kórházi főorvos
IV, Ferenc József rakpart 26. Telefon: József 56-76.

Dr. Mandler Ottó gyógyintézete, Kálvin-tér 10. Elektro-thermo-
hydrotherapia, Zander, inhalatorium.

DR. PÁPAY-féle Oltóintézet és Szérumtermelő rt.
Teréz-körút 31. Telefon: 88—00.
Lerakat: HUNNIA gyógyszer-tár VII, Erzsébet-körút 56.

Opsogon

Polyvalens gonococcus-vaccina.

WETOL SEBOLAJ.

Friss sérülések, gyulladás, tályog, furunculus stb. kezelésére
kiválóan alkalmas.

Gelodurat Pohl

Jód + higany

GELOCAL

A Ricord-féle összetétel és pedig:

0.20 Kal. jodat. + 0.002 Hydr. bi-jodat.

0.50 " " + 0.005 " "

eredeti dobozokban

minden gyógyszer-tárban.

Csak a bélben oldódó és felszívódó gyógyszer,
mely a kóros góccok felszívódását elősegíti s a
syphilitikus endotoxinokat a vesék útján eltávolítja.

Gyártja:

G. POHL DANZIG

Magyarországi főraktár:

„MEDICHEMIA” gyógyszer-készítmények gyára r.-t.
BUDAPEST X, HÖLGY-UTCA 14.

Natrium
KAKODYL.
Dr. Egger

Fájdalmatlan, jól bevált sub-
cutan injectio 0.05 vagy 0.10
erősségben, 12 vagy 20 am-
pullás dobozokban.

PERKODYL
Hatványozott hatású
Arsen - injectio

Arsen-, Strichnin-, Phosphor-therapia
számára.

Na. monomethyl ars. 0.05
Strychnin 0.0001
Na. Glycerophosphor 0.05
1 doboz 20 ampulla.

Na.
ARSENICOSUM
Dr. Egger

Erőteljes, anorganikus arsen-
injectio. A csomagolás emel-
kedő és csökkenő dosisokban
0.001—0.01—0.01 g-ig 20 am-
pullát tartalmazó dobozokban.
B csomagolás emelkedő dosi-
sokban 0.001—0.02 20 ampullát
tartalmazó dobozokban.

Mintával és irodalommal szívesen szolgálunk:

Dr. EGGER LEO és EGGER J. gyógyszer-vegyészeti gyár Budapest VI, Révay-u. 12

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkeszti és kiadja: a vallás- és közoktatásügyi minister úr támogatásával és megbízásából a magyar orvosi facultások sajtóbizottsága:

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL
GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

T A R T A L O M:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Szathmáry Zoltán: A chorioepitheliomáról. (505—509. o.)

Ertl János: Az állkapocssebészet újabkori fejlődése. (509—514. oldal.)

Jánosy Gyula: Intracisternásan adott gyógyszerek hatásáról. (514—516. oldal.)

Soós Aladár és Hetényi Géza: Az éhezhető-kúra. (516—519. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Urologia. — Szemészet. — Gyermekegyetemen. — Elméleti tudományok köréből. (519—522. oldal.)

Könyvismertetés. (522—523. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület május 8-i ülése. (523—524. oldal.)

Elnöki megnyitó a Magyar Gyermekegyesület Társaságának II. nagygyűlésén május 10-én. (524—525. oldal.)

Közkórházi Orvostársulat május 5-i ülése. (525. oldal.)

A Magyar Orvosok Röntgen Egyesületének április 28-i ülése. (525—526. oldal.)

A Magyar Urológiai Társaság és a Kir. Orvosegyesület Gynaekológiai szakosztályának április 30-i együttes ülése. (526—528. oldal.)

A Debreceni Orvosegyesület május 6-i ülése. (528—529. o.)

Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Szövetség orvosi szakosztályának május 1-i ülése. (529. oldal.)

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat. (529—531. old.)

Megjegyzés a Székely László dr. „Az anus praeternaturalis eljárásának új módja” című közlésére. [O. H. 18. sz.] (531. oldal.)

Vegyes hírek. (531—532. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. női klinikájának közleménye (igazgató: Tóth István dr. egyetemi nyilvános rendes tanár).

A chorioepitheliomáról.*

Írta: Szathmáry Zoltán dr.

(Első közlemény.)

I. Történelmi és statisztikai adatok.

Az üszöktérhességet már *Hippokrates* ismerte s keletkezését az ondó sűrűbb tapadásabb voltával magyarázta. Az első szabadszemmel látható, részletes leírása a múlt század elejéről származik. A mola aetiologiáját azonban csak a mikroszkop feltalálásával ismerték meg, mikor ezt a szövetet részletes vizsgálat tárgyává tették.

Magának a chorioepitheliomának tudományos kutatása *Saenger* nevéhez fűződik, ki 1889-ben megjelent dolgozatában a daganatot még anyai eredetűnek vélte s deciduoma malignumnak nevezte el. *Marchand* 1895-ben ismerte fel magzati eredetét. Utána 6 éven át vitatkoztak a syncytialis és Langhans-sejtek keletkezéséről s a daganatnak aetiológiájáról. Hogy a chorioepithelioma ismerete mily homályos volt, mutatja a sok elnevezés, melyet az akkori időben találunk: deciduoma malignum, deciduosarkoma, sarkoma deciduocellulare, blastoma deciduo-chorioncellulare, carcinoma syncytiale, syncytioma malignum, destruáló üszöknek, destruáló lepény-polypusnak nevezték a chorioepitheliomát.

Midőn a genesisben már véglegesen megállapodtak, kezdtek lassan átnézni a múzeumokba elrett régi készítményeket, régi metszeteket, melyeket azelőtt carcinomának, sarkomának tartottak s azt találták, hogy ezek között nem egy akad, mely minden kétséget kizárólag: chorioepithelioma. Ha pedig az irodalomban kutatunk, úgy már 1795-ben akadunk olyan részletes és

pontos leírásra, melyre utólag egész biztosan állíthatjuk, hogy az álképlet chorioepithelioma volt. A cikk, mely „*De Hydroke uteri et de Hydatidibus in utero visis aut ab eo exclusis*” címmel jelent meg, *Georgini*-től származik.

Az irodalomban azóta nagyon sok cikket közöltek. Kezdetben csak egyes eseteket írtak le, majd később, mikor ezek száma szaporodott, egymás után jelentek meg a nagyobb közlemények, monografiák. A chorioepithelioma nagy irodalmának háromnegyed része német szerzők tollából került ki; utánuk az angolok és franciák foglalkoztak legtöbbször ezzel a kérdéssel.

A mi chorioepitheliomáról szóló irodalmunk meglehetősen szegény. Az első esetet *Aezél Károly* írta le 1895-ben: „*Über ein Fall von deciduärer Geschwulst*” cím alatt, míg az első nagyobb dolgozatot, két eset kapcsán, *Tóth* prof. közölte 1904-ben. 1909-ben s a *Tauffer-Tóth-kézikönyvben* Rókus-kórházi esetével együtt, már 6 esetet ismertettek. Utána legtöbbször *Velits* foglalkozott e kérdéssel — ki a „chorioepithelioma benignum” diagnosist is felállította —, míg a többiek csak egy-két esetet ismertettek.

Klinikánk anyagával kapcsolatban összeállítottam a chorioepithelioma rendelkezésünkre álló irodalmát. *Saenger* első, 1889-ben leírt esetétől a mai napig több mint 850 közleményt sikerült összegyűjtenem. Ezekben a cikkekben leírt 1051 chorioepitheliomából azonban csak 400 volt olyan, mely statisztikám összes adatait tartalmazta, a többiből vagy egy, vagy több adat hiányzott, úgyhogy ezeket nem használhattam. Az eddig megjelent négy nagyobb, 100—300 esetet tartalmazó közlemény a chorioepitheliomának csak a mola, abortus és szülés után fellépő százalékos arányait tartalmazta, de nem tüntette fel a halálozást, műtéti eredményeket, gyógyulást, kor szerinti különbséget stb. Kimerítőbb, részletesebb adatokat tartalmazó közlemények csak csekély számú eset alapján készültek s így általános következtetésre nem igen használhatók.

Klinikánkon és poliklinikumunkban az első hazai chorioepithelioma felismerése és leírása, vagyis 1902

* Kivonatban előadva a Magyar Nőorvosok Társaságának 1925 szeptember 9-én tartott I. nagygyűlésén.

óta, 53.000 terhes nőt kezeltek. Ezek között üszöktérhesség 32 esetben fordult elő, vagyis 1690 terhesre esett egy mola. Ilyen irányú összeállítást csak kettőt találtam az irodalomban. *Galabin* angol szerző úgy véli, hogy kb. 2000 szülőnőre esik egy üszöktérhesség. Már közelebb áll saját számarányunkhoz *Brücke* nagyobb anyagból összeállított statisztikája, mely szerint 1790 terhes nőre jut egy mola.

32 molás beteggel szemben 11 chorioepitheliomát észleltünk klinikánkon, vagyis 4900 terhesre esik egy chorioepithelioma. A 11 eset közül ötször mola, ötször vetélés s egyszer rendes szülés után lépett fel chorioepithelioma. *Sunde* 240 üszöktérhesség után 38 chorioepitheliomát talált (15·8%). Klinikánkon 32 mola után ötször fordult elő (15·9%). *Hitschmann*, *Christofolletti*, *Frankl* csak 7·5%-ban, *Seitz* 6·5%-ban, viszont *Pestalozza* 20%-ban látott üszöktérhesség után chorioepitheliomát.

Ha a 400 esetből összeállított statisztikámat abból a szempontból nézzük, hogy chorioepithelioma mi után lépett fel, úgy azt látjuk, hogy ennek 45·6%-a (182) üszöktérhesség, 27·2%-a (190) vetélés, 20·7%-a (83) rendes szülés és 6·5%-a (26) méhenkívüli terhesség után keletkezett. Az utolsó szám kissé magas; itt ugyanis valószínűleg az összes méhenkívüli terhesség kapcsán fellépett chorioepithelioma szerepel, melyet mint ritka szövödményt legtöbbször részletesen közöltek, míg a mola, abortus és szülések után fellépő daganatok egy nagy része nincs leírva.

Hogy statisztikánk százalékos aránya mennyire egyezik más szerzők számarányával, azt az alább közölt táblázat mutatja:

1. táblázat.

S z e r z ő	Chorioepitheliomák megoszlása a keletkezés szerint			
	üszökterhesség után	vetélés után	rendes szülés után	méhenkívüli terhesség után
Seitz..... (? eset)	42%	30%	25%	(2—3%)
Teacher (188 eset)	39%	31·4%	26%	3·6%
Kennas (78 eset)	49·2%	19·2%	30·7%	0·9%
Ladinszky..... (135 eset)	41·1%	33·8%	22·6%	2·5%
Polano..... (? eset)	50%	30%	20%	—
Statisztikánk 400 esetéből	45·6%	27·2%	20·7%	6·5%

Statisztikánk alapján a betegek átlagos kora 33·7 év, *Kennas* szerint 33, *Ladinszky* szerint 32 év. (Saját 11 esetünkben 34 év.) 400 esetünkben a szülések átlagos száma IV. P., *Ladinszky* szerint II—III. P. (Saját eseteinkben V. P.)

A 400 beteg közül megoperáltak 296-ot (74%); ezek közül meghalt 144, vagyis a halálozás a műtétek dacára is még 48·3%. Az egyes műtétek a következőképp oszlanak meg: 179 exstirpatio uteri per vaginam (44·8%), 61 esetben exstirpatio uteri per laparotomiam (15·3%), 35 esetben csak a hüvelyi gócot távolították el (8·7%), s 17 esetben csak méhkaparást végeztek (5·2%).

Dacára a műtéti kezelésnek, a 400 beteg közül meghalt 250 (62·5%), meggyógyult 150 (37·5%). Általános áttételeket kapott 174. Csupán hüvelyi metastasist 82 esetben találtunk. *Teacher* statisztikájában 188 beteg közül meghalt 121, vagyis 64·3%.

Saját 11 esetünkben nyolcra végeztünk műtétet (72·7%); ezek közül meghalt három (37·5%). Két betegünk — műtét nélkül — általános áttételekben pusztult el. Egynek sorsáról — kit Röntgennel kezeltünk s hüvelyrecidívával bocsájtottunk ki — nem tudunk. Két betegünket rádiumkezeléssel gyógyítottuk meg, úgy,

hogy végleges, recidiva nélküli gyógyulást öt esetben értünk el (46%). Az egyes chorioepithelioma eseteinket nem részletezem, mert az alábbi táblázatban a fontosabb adatok úgyis kitűnnek.

2. táblázat.

Sorszám	Fejlap-szám és évszám	Kor	Para	Mi után keletkezett chorioep.			Műtét és kezelés	Meghalt Gyógyult	Áttétel
				mola	ab.	rendes szülés			
1.	250/1905.	44	III.	1	—	—	Curettagé és a hüvelyi góc kimetszése	— 1	Csak hüvely
2.	234/1909.	43	VIII.	1	—	—	Exstirpatio uteri per lap. sec. Doyen	—	Tüdő
3.	20/1915.	43	VIII.	1	—	—	Radium	— 1	Hüvely
4.	910/1923.	42	IX.	1	—	—	Exstirpatio uteri per vaginam	— 1	—
5.	273/1914.	38	VII.	1	—	—	Excochl. + paquelin, recidiva után radium	— 1	Hüvely, recidiva
6.	398/1903.	44	XIII.	—	1	—	A hüvelyi góc kimetszése	—	Hüvely, tüdő, vese, lép
7.	106/1905.	30	V.	—	1	—	—	—	Máj, tüdő, lép, genit. szabad
8.	1097/1924.	28	III.	—	1	—	Vértransfusio	—	Tüdő, nyirokesomó
9.	300/1902.	22	II.	—	1	—	Exstirpatio uteri per vaginam	—	Tüdő, agy, portio
10.	574/1919.	20	0	—	1	—	Exstirpatio uteri per vaginam	— 1	—
11.	447/1912.	20	II.	—	—	1	A hüvelyi góc kimetszése + Röntgen	— ?	Hüvely, recidiva

II. Kóronctani rész.

A daganatnak kóronctanatát tekintve, csak az érdekesebb részleteket, hosszú viták leszűrdött eredményeit foglalom össze. A chorioepithelioma kétséget kizárólag terhességgel függ össze. Ez alól csak olyan esetben találunk kivételt, ha a tumor keletkezése ébrenyi csírákra vezethető vissza, ilyen azonban ritkán fordul elő. Az átnézett irodalomban — *Schlagenhauffer* első esetétől a mai napig — 34 esetet találtam, hol a daganat kiindulását férfiszervekben talált teratomák embryonalis szövetei képezték. Nőknél ilyen eredetű kiindulás ritkábban fordul elő, mindössze hat esetet sikerült összegyűjtenem. Legérdekesebb *Djewitzky* leírása, ki 75 éves virgonál a hólyagban talált chorioepitheliomát.

A daganat elsődleges góca leggyakrabban a méhben, még pedig alepény tapadási területén található meg. Jóval ritkábbak a méhenkívüli terhesség kapcsán keletkezett chorioepitheliomák. Az irodalomban összesen 31 esetet találtam (29 a petevezetőben, 2 a petefészekben). Ilyen esetben a méh nyálkahártyájának elváltozásai épp olyanok, mint méhenkívüli terhességnél s nem egyszer tévútra vezetnek. A decidualis reactio sokszor vezette már hibás diagnózisra a kezelőorvost. Több eset fordul elő az irodalomban, hol a méhenkívüli terhességnek tartott beteget nem operáltak meg, conservative kezelték s csak a késői műtét alkalmával derült ki, hogy a méhenkívüli terhesség már chorioepitheliomává alakult át s a beteg menthetetlen volt. Kivételt csak akkor találunk, ha a petevezetőben talált elsőd-

leges daganat már korán látható és felismerhető áttételeket képezett a hüvely nyálkahártyáján akkor, mikor még általános áttételek nem voltak.

Az elsődleges góc keletkezését tartva szem előtt, el kell választanunk a *Dunger* által ektopiás chorioepitheliomának nevezett alakot. Itt ugyanis a pete megapadási helyén kívül lép fel a chorioepithelioma, míg a pete beágyazási helyén semmi kóros elváltozást nem találunk. Az ilyen elsődleges góc legtöbbször a hüvelyfalban ül (statisztikánkban 13). Pár esetben a méhszájon, parametriumban, lig. latumban találtak chorioepitheliomás képleteket olyankor, mikor a méhben az elsődleges góc a leggondosabb keresés mellett sem volt fellelhető. Ilyenkor nem egyszer elegendő volt a hüvelyi góc kimetszése, sőt részleges eltávolítása s a beteg meggyógyult. Téves volna azonban feltételezni azt, hogy ezeknek az eseteknek nagy része csak egyszerű kimetszésre meggyógyul; legtöbbször ugyanis a hüvelyben fellépett képlet mellett már tüdőáttételek vannak jelen s ilyenkor a betegek rendszeren ebben pusztulnak el. Vannak azonban olyan példák is, hol a fellépett tüdőáttételek dacára, teljes gyógyulás következett be. Erre vonatkozólag olyan leírásokat is találunk, hol a tüdőáttétel — melyet a Röntgen-átvilágítás és klinikai kép (véres köpet, köpetvizsgálat, stb.) a legnagyobb bizonyossággal megállapított — az elsődleges góc kiirtása után visszafejlődött. Azonban korántsem szabad ebből általános következtetést levonni, mert az előbbivel szemben egész sorát találjuk azoknak az eseteknek, hol a méhkaparás negatív eredménye miatt csak a hüvelyi gócot távolították el s a beteg a méh izomfalában ülő chorioepitheliomának általános áttételeiben pusztult el. A curette ugyanis csak a nyálkahártyát távolította el, a mélyebben fekvő daganatgócig már nem ért s így a negatív eredmény téves diagnoszhoz vezetett. A hüvelyi góc kiirtása sokszor eredménytelen, mert legtöbbször — mint egyik esetünk is mutatja — újabb áttételek képződnek.

A chorioepithelioma ektopiás alakja a chorionbolyhok hámjának deportált sejtjeiből keletkezik. Elsődleges hüvelygócokban nem egyszer jelentős nagyságú chorionbolyhrészleteket találunk, melyek burjánzásnak indulva, rosszindulatú chorioepitheliomává alakulhatnak át olyankor, mikor a méhben semminemű kóros elváltozás nincs. Hogy ezekben az esetekben az esetleg már a méhben is meglévő elsődleges góc visszafejlődött s csak a hüvelyi áttétel nőtt tovább, vagy pedig a hüvelyi góc keletkezése volt elsődleges, az még a mai napig is vitás. Tovasodott s a szervezetbe szétvitt bolyhok ugyanis nagyon hosszú ideig képesek latens állapotban maradni, míg egyszer egy bizonyos ingerre burjánzásnak indulva, chorioepitheliomává alakulnak át. *Kworostansky* rendes szülés után két hétre — 22 esetből 18-szor — talált boholyrészleteket a méh izomzatában. *Wormser* még három hét múlva is rendszeresnek tartja jelenlétüket. Nagyszámban találtak ilyen tovasodott latens bolyhokat szív- és vesebajosoknál, placenta accretánál, daganatos méhnél s végül molánál. Az utóbbi a legfontosabb, mert, mint említettük, a chorioepithelioma aetiológiájában 40–50%-kal szerepel.

Az egyik kérdés ezután az, hogy az ilyen visszamaradt s az izomzatban szétszórott boholy- és molarészek meddig maradnak jóindulatúak, hol van a malignitás határa? A másik kérdés: az így visszamaradt és szétszórott boholyhám mennyi ideig képes latens állapotban maradni?

Az első kérdésre eddigi ismereteink alapján nem tudunk még válaszolni. A szövettani alapon épült úgy-

nevezett „határesetek“ igen széles területet ölelnek át. Góreső alatt sokszor nem tudjuk megítélni, hogy a kérdéses daganat chorioepithelioma-e már, vagy még nem? Ezen a téren nem egyszer többet nyújt a klinikai kép és kórlefolyás, mint a legpontosabb szövettani vizsgálat. Leghelyesebb, ha a kettőt összefogva állítjuk fel diagnosztikánkat.

A második kérdésre pontos választ adhatunk. Ismeretes, hogy a chorioepithelioma néha a biztosan megállapított utolsó terhesség után csak évek múlva jelentkezik. Ilyen esetekben a nyugalmi állapotban maradt boholy valamely eddig ismeretlen ingerrel hirtelen fellobban, rohamosan növekedni kezd s rövid pár hét alatt már általános áttételekhez vezethet. 2–3 évi latenciával bíró esetek nem ritkák, de találunk az irodalomban 10, sőt 13 évig lappangott chorioepitheliomákat is. *Ries* egy myomás méhben a szülés után 18 évre még élő, érintetlen bolyhokat talált. *Polano* szerint az ébrényi csírák 20 évig is képesek megtartani fejlődőképességüket.

Az ektopiás chorioepithelioma ritkább fajához tartozik egyik esetünk, hol a szervezetbe sodort bolyhok nem a nemiszervekben, hanem a nagyobb parenchymás szervekben képeztek rosszindulatú gócot, míg a nemiszervekben a legpontosabb vizsgálattal sem tudtunk elfajult chorionhámot találni. Tekintve, hogy az irodalomban ehhez hasonlót csak kettőt találtunk, érdemesnek tartjuk rövid közlését.

S. D. Fejlapsz. 106/1905. 30 éves, V. P. Utolsó havi-baja öt héttel felvétele előtt, 10 napi késéssel jelentkezett. Utána többször kirázta a hideg, lázas volt, két hét óta fekszik.

Felvételkor a lesóványodott, vérszegény nőbetegnél ökölnyi, rugalmas tapintatú daganatot találtak altestében jobb oldalt, mely szélesen összefügg a jobbra és hátra tolt rendes nagyságú méhhez. A máj jóval nagyobb, nyomásra érzékeny. Mivel a medencében talált daganatról nem tudtuk biztosan megmondani, hogy honnan ered s májtályogra is volt gyanúnk, a beteget belklinikára tesszük át, hol csakhamar sárgaság lép fel. A belklinikán a bal májlebensből punctio útján nem nyertek gennyet s a beteget a sebészeti klinikára tették át további megfigyelés végett, azonban átszállítása után harmadnapra meghalt. Boncolásnál a 4760 g súlyú májban számos lúdtójasnyi, különböző consistenciájú és szerkezetű, kékesvörös metszéslappal bíró daganatot találtak. Ugyanilyen szerkezetű, kisebb áttételes gócot foglaltak helyet az agyban, tüdőben, vesékben és mesenterialis nyirokcsomókban. A medencében lévő rugalmas tapintatú képlet, mely a méh jobb felső sarkával is össze volt növe, egy vékony bélkacsal függött össze, s belseje — mely tiszta gennyel volt tele — a bél üregével közlekedett. A nemiszervek teljesen épek voltak, bennük szövettanilag sem találtak kóros elváltozást.

Góreső alatt a daganatokból készült metszetek a chorioepithelioma typusos képét mutatták. Tekintve, hogy az utolsó rendes havibaj csak 10 napot késett s rá a beteg rövidesen meghalt, valószínű, hogy a folyamat az előző, egy évvel előbb lefolyt szülés után latens állapotban visszamaradt chorionbolyhokból keletkezett. Bizonyítja ezt a feltevést az is, hogy a havibaj elmara-dásával egyidőben egy orvos konstataulta a megnagyob-bodott máját s a hasüregben lévő daganatot.

III. A chorioepitheliomával fellépő ovarialis luteincysták szerepe.

Az üszöktérhesség és a petefészkek cystás elfajulásának összefüggésére a magyar irodalomban alig találtam említést. Úgy a mola-terhességhez, mint a chorioepitheliomához legtöbbször a petefészkek tömlős elfajulása csatlakozik. Ezeknek az elváltozásoknak összefüggésére a chorioepithelioma kórbonctanának megalapítója, *Marchand* hívta a fel a figyelmet. Utána számosan foglalkoztak e kérdéssel, mely hosszú ideig

nagy viták tárgyát képezte s befejezéshez még a mai napig sem jutott. Kezdetben sok tévedésre adott alkalmat, mert a chorioepitheliomás méh kiirtásával nem egyszer feleslegesen távolították el az elváltozott petefészkeket s okoztak ezáltal kiesési tüneteket olyan fiatal nőknél, kiknek ez a műtét egész életükre kihatással volt. Később rájöttek, hogy a folyamat jóindulatú s még gyermekfejnői tömlők is nyomtalanul eltűntek, sőt az asszonyok ismét teherbe jutva, szültek. Pontos észlelések, leírások mutatták, hogy az ilyen petefészkelváltozások idővel teljesen visszafejlődtek, vagyis tisztára csak az üszöktérhességgel, illetve chorioepitheliomával voltak összefüggésben. Később rendes terhesség kapcsán is észleltek ilyen elváltozásokat. Ezek után ismét hosszú vita fejlődött ki az összefüggések magyarázására. A viták alapját az képezte, hogy a mola az elsődleges elváltozás-e, s ezt követi a *Pick* által elnevezett „degeneratio polycystica luteinalis ovariorum”, vagy pedig fordítva?

A petefészek ilyen természetű elfajulását üszöktérhességgel kapcsolatban *Kröner* 50–60%-ra, *Onslow* 80%-ra becsüli. Valószínű azonban, hogy ez a szám arány alacsony, mert csak ott észlelték, hol műtéttel kapcsolatban szabad szemmel láthatóvá vált, vagy pedig oly nagy volt, hogy ujjal is ki lehetett tapintani. Azok az esetek, ahol a tömlős elfajulás kicsiny volt s az üszök korai megszakításával gyorsan visszafejlődött, nem kerültek észlelés alá. Valószínű, hogy ez az elváltozás minden esetben megvan, csak kicsinységénél fogva nem ismerhető fel.

Az említett luteintömlők az atresiás tüszők luteinsejtrétegének a burjánzásából keletkeznek s terhességgel kapcsolatban fordulnak elő. Nagyon hasonlítanak a valódi sárgatesthez s terjedelmük legtöbbször cseresznyenagyságú. A petefészek felületét egyenetlenné teszik s nagy számuk folytán nem egyszer gyermekfejnőre is megnőhetnek. Növekedésük elég gyors, visszafejlődésük azonban hónapokig eltarthat.

Fejlődésük a rendes terhességgel kapcsolatos biochemiai alapon magyarázható a következőképpen. A tüsző megrepedése alkalmával a pete további útján vagy megtermékenyül, vagy elpusztul. Pusztulása után a corpus luteum spurium luteinsejtjei is visszafejlődnek; megtermékenyülés esetében azonban tovább szaporodnak és corpus luteum verummá alakulnak át. Ennek a terhesség további folyamán az ezzel foglalkozó szerzők szerint az a szerepe, hogy syncytiolysin képzésével védje az anyai szervezetet a foetalis sejtelemektől. (*Fischer, Wallart, Bürger, Santi, Heimann, Wiczinsky.*) Üszöktérhesség esetén a vérpályán át a sárgatesthez jutott inger, mely ennek luteinsejtjeit fokozott burjánzásra bírja, mindenesetre quantitative sokkal nagyobb s valószínűleg qualitative is megváltozott. Az ily módon hatalmasan megszorodott luteinsejtek nagymennyiségű fehérjéhez kötött lipoidot tartalmazva, sokkal több védőterméket juttatnak a szervezetbe, mint rendes terhességnél.

A szervezet védőkészülékében véleményünk szerint nemesak a luteintömlők lipoidja, hanem a vérben lévő lipoid is szerepet játszik. Tudjuk azt, hogy rendes terhességnél fokozott a vér lipoidtartalma, mely összetételében nagyrészt egyezik a petefészektömlőkben talált lipoiddal. Ha felvesszük, hogy a vérben lévő lipoidnak ugyanaz a szerepe a terhességben, mint a petefészekben található anyagnak (ilyen irányú kísérletek folyamatban vannak), úgy ez a vérkeringésben lévén, sokkal hamarabb és könnyebben juthat el a szervezet minden részébe s fejtheti ki védőhatását, mint a petefészektömlő azonos védőterméke. Lehetséges azonban

s valószínű is, hogy a terhes asszony vérének fokozott lipoidtartalma a luteintömlők lipoidjából, mint raktárból veszi eredetét s így a két feltevés egy kalap alá kerül.

Az üszöktérhesség kapcsán keletkezett petefészektömlőket tehát részben fokozott életvegytani hatás alapján magyarázhatjuk. Hogy az elmondottakon kívül esetleg még más tényező is szerepet játszik a petefészektömlőknek ilyen természetű átalakulásában, az lehetséges, sőt valószínű is, de erről közelebbit még nem tudunk.

Tekintve, hogy molánál gyakoribb a terhességi toxicosis, mint rendes terhességnél, ezért ennek fellépését könnyebben vezethetjük vissza ugyanazon — az előbb már említett — alapra, mint normalis terhességnél. A toxicosis fellépését molás eseteinkben a szervezet elégtelen védekezésében, a ki nem fejlődött luteintömlőkben, a csökkent syncytiolysin-képzésben kereshetjük, mely nem képes megküzdenni a kóros lepénybolyhok megszorodott toxinjával.

Hogy az üszöktérhességgel és chorioepitheliomával kapcsolatos luteintömlők keletkezése másodlagos s a petével, mint elsődleges okkal van összefüggésben, azt több nyomós okkal bizonyíthatjuk:

a) Az irodalomban nem egy ikerterhességet közöltek, hol az egyik magzat rendesen kihordva, élve született, míg a másik molás elfajulás miatt vagy teljesen felszívódott, vagy fejlődésében lényegesen visszamaradt. Ha már most a petefészek tömlős elfajulása volna elsődleges, úgy nem lehetne megmagyarázni az egyik pete üszkös elfajulását, a másik petéből keletkezett s kihordott magzattal szemben; vagy mind a kettőnek át kellene alakulni molává, vagy egyiknek sem.

b) *Aichel*nek még 1900-ban sikerült állatoknál mesterségesen üszöktérhességet előállítani a lepény többszöri megpiszkálásával, ronsolásával. Az így keletkezett mola mellett is megtalálták a luteintömlőket, mely ezek után semmiesetre sem lehet elsődleges.

A luteintömlők fellépése, amint látjuk, lényeges szerepet játszik az üszöktérhesség és chorioepithelioma keletkezésének lehetőségében. A szervezet védőapparátusába tartoznak s csökevényes kifejlődésük, a syncytiolysin hiányos képzésével megadják a lehetőséget arra, hogy a mola vagy chorioepithelioma kifejlődjék. Meggyőző példája ennek utolsó chorioepithelioma esetünk, mely az említetteken kívül annyiban is érdekes és ritka, hogy olyan szövödményhez társult, mely az eddigi irodalomban nem ismeretes:

T. J.-né. Fejlapsz. 1097/1924. 28 éves, III. P. A kór-előzményekből a következőket emeljük ki: Két gyermeke közül egyik háromhetes korában halt meg, a másik él, egészséges. Betegnek sohasem érezte magát. Első havibaját 18 éves korában kapta, azóta négyhetenként jelentkezett, négy napig tartó erős vérzéssel, görcsökkel. Utolsó menstruatio 1924 január első felében.

Jelen betegsége terhességének harmadik hónapjában lépett fel (felvétele előtt három hóval). Fokozatosan gyengülni, majd soványodni kezdett, húzó deréktáji fájdalmak léptek fel, állapota rohamosan romlott. Terhessége negyedik hónapjában vette észre, hogy lábai, főleg estefelé, megdagadnak. Később a vizenyő állandósult, mindinkább fokozódott, az arca, végtagokra, a has bőrére is ráterjedt. Vizelete mennyiségében semmi változást nem vett észre. Dacára, hogy étvágya jó volt s gyomorpanaszai nem voltak, mégis gyakran kínoztta hasmenés. Néhány hét óta szokatlanul sokat alszik.

Betegségével az I. számú belklinikán veszik fel, hol a közös vizsgálat a következőket mutatta:

Közepeken fejlett, erősen lesoványodott nő. Bőre száraz; az alsó és felső végtagok, valamint a nagyjak vizenyősen átvödöttak, duzzadtak. Az arc puffadt. Mellkasi szervek épek. A has egyenletesen elődomborodó, méhfenék két ujjal a köldök felett tapint-

ható. Magzati szívhangokat a leggondosabb kereséssel sem találunk; magzatmozgást 10 nap óta nem érez. Feltűnő a hüvelyfalak rendkívül halvány színe. Testsúly 43 kg. Arsen-injectiók.

A II. sz. női klinikára történt átszállítása előtt egy héttel a belklinikai vérvizsgálat a következőket mutatta: 660.000 vörösvérsejt, 10% haemoglobin. Morfológiai vérkép: aniso-, poikilocytosis, haeterochromasia, néhány megal- és erythroblast. Ugyanekkor a fehérvérsejtek száma 13.000, ebből: 65% karélyozott, 13% pálcikamagvú, 7% fiatalkorú alak, 2% myelocyt, 10% lymphocyt, 2% eosinophil, 1% mononuclearis leukocyt. Közvetlenül az áthozatal előtt megvizsgáltatnál már csak 470.000 a vörösvérsejtek száma. A fehérvérsejtek százalékos aránya alig változik, mindössze a myelo- és lymphocyták száma szaporodott.

A fentiek alapján a belgyógyászati diagnosist anaemia perniciosára tették, dacára, hogy a vérkép eltérő.

Aug. 3-án szülőfájások lépnek fel. Mivel a nőgyógyászati vizsgálat 6-7. hónaposnak megfelelő nagyságú és consistentiájú terhes méhet talált, jó fájásokkal, az asszonyt a II. számú női klinikára szállítjuk át, hol két óra múlva mintegy héthónapos macerált fiúmagzatot szült minden vérvesztés nélkül. 20 perc múlva hasonlóképen, a legkisebb vérzés nélkül, távozik az ép lepény, hiánytalan burkaival együtt. A petemellékrészek teljesen vértelenek voltak. T.: 37,5, P.: 120.

Dacára, hogy a szülés lefolyása közben semmi vérvesztés nem volt, az asszony állapota mégis aggasztónak látszott a nagyfokú vérszegénység miatt, miért is a terhesség második napján a már több helyen bevált vértransfúsióhoz folyamodunk. Bár általában 10-15 cm³-rel szokták kezdeni a vérátömlesztést, a beteg súlyos állapotára való tekintettel mindjárt nagyobb adaggal kezdjük a vérképzés fokozását célzó eljárást. Egyik Wassermann negatív háziterhesünknel a vérátömlesztésnél szokásos vérpróbákat elvégezve, ennek véreből 100 cm³-t transfundálunk betegünkbe (20 cm³-t intramuscularisan, a többi intravenásan).

A vérátömlesztés után az asszony állandóan subfebrilis, csak a gyermekágy nyolcadik napján száll le a hőmérséklet 37° alá. Az arsen-injectiókat ezen idő alatt is adjuk s csak a tizedik napon — mivel folyása már nem volt — szállítatjuk vissza további kezelés végett az I. számú belklinikára.

A vérátömlesztés hatása rendkívül gyorsan és szépen mutatkozott. Nyolc nappal a transfúzió után már 840.000 a vörös- és 4000 a fehérvérsejtek száma. (Ez utóbbitól 68% neutrophil, 2% eosinophil, 0% basophil, kis lymphocyt 13%, nagy lymphocyt 10%, átmeneti alak 10%, mononuclearis 1%, myelocyt 1%. Ezenkívül 100 vörösvérsejtnek megfelelően két myeloblastot és 10 magvas vörösvérsejtet találunk.) A XI. napon a vörösvérsejtek száma már 970.000, Hgl. 15%; a XIII. napon 1.070.000, Hgl. 19%; a XIV. napon 1.475.000, Hgl. 21%. (84% leukocyt, 16% lymphocyt.) A halála előtti napon: vörösvérsejtszám 1.280.000, Hgl. 18%. Ugyanakkor 650 cm³ konyhasós infusio, a beteg azonban, dacára a vérkép szép javulásának, aug. 23-án meghalt.

A II. sz. kórbonctani intézet boncjegyzőkönyvéből helyszűke miatt csak a diagnosist közlöm: anaemia perniciososa, myelohypertrophia rubra, pigmentatio a májban, atrophia brunea myocardii, disseminált catarrhalis bronchopneumonia és pleuritis acuta fibrinosa jobb oldalt, emphysema bal oldalt, dysenteria chronica, endometritis dyphteritica, hypoplasia aortae, anaemia universalis.

Habár a klinikailag és kórbonctanilag megállapított vészes vérszegénység nem is volt mindenben tipusos, mégis rendkívül szokatlan és meglepő volt a szövettani metszetek képe, mely nem várt eredményt hozott. Ugyanis úgy a méhnek a jobboldali petevezető benyílási helyéből kimetszett rész — hol kisebb, visszamaradt, lepényszerűnek vélt vörös törmelék foglalt helyet —, valamint a jobb tüdő bronchopneumonias gócai-nak tartott szövetrészek göreső alatt a chorioepithelioma képét mutatták. Úgy a méhfalban, mint a tüdőmetszetekben talált daganat Krompecher professor felülbírálata alapján a Marchand-féle tipusos chorioepithelioma szerkezetének felel meg. A halál oka ezek után már nem volt kétséges. Kérdéses volt azonban az, hogy mikor fejlődött ki a daganat, mely a szülés után 20 napra a beteg életét kioltotta s nem chorioepithelioma okozta-e a terhesség alatt fellépett nagyfokú vörösvérsejtszökkenést? Hiszen ismeretes, hogy a

chorioepithelioma az erős, hosszantartó vérzések miatt nagyfokú másodlagos vérszegénységhez vezethet. Olyan leírás is akad az irodalomban, hol a haemoglobin 10%-ra, a vörösvérsejtek száma pedig 760.000-re süllyedt.

Esetünkben a vészes vérszegénység és chorioepithelioma külön fennállhatott. Az utóbbi keletkezését a következőképen magyarázzuk: a terhesség harmadik hónapjában fellépett anaemia perniciososa a beteg szervezetét annyira legyengítette, tönkretette, hogy a koraszülés után visszamaradt kis lepényszövet chorionhámja, nem találva ellenállásra, syncytiolysinek (luteincysták nem voltak) gyorsan burjánzásnak indult, áttételeket képezett a tüdőben s ez által halálos kimenetelűvé vált. Az a feltétel, hogy a chorioepithelioma lett volna elsődleges s a fellépett vérszegénység csak secundaer anaemia lett volna, nem igen képzelhető el. Hiszen ha a chorioepithelioma a terhesség harmadik hónapjában lépett volna fel, úgy annak négy hónap alatt feltétlenül lett volna valami klinikai tünete. A chorioepitheliomások anaemiáit az erős vérzések, külsőleg látható vérvesztések okozzák. Esetünkben pedig sem a terhesség alatt, sem pedig a szülés lefolyása és a gyermekágy alatt nem volt a vérzésnek csak legcsekélyebb nyoma sem. A szülés teljesen spontán lefolyású volt, amely — ha a chorioepithelioma már akkor fennállott volna — feltétlenül nagy vérzést idézett volna elő. S maga a kórbonctani kép is azt mutatta, hogy a daganat keletkezése és tovafejlődése a tönkretett szervezetben rendkívül gyors lefolyású volt. A kiesiny, szinte sorvadott petefészkek nem voltak képesek luteinsejtszaporulatot, syncytiolysinokat képezni, mely a daganat fejlődését ellensúlyozni tudta volna s ezért a beteg rövidesen elpusztult.

Esetünk tehát — hol a chorioepithelioma anaemia perniciosával szövődött, illetve annak segítségével keletkezett — egyedülálló az irodalomban s mint ilyen, érdemesnek tartottuk a részletesebb közlésre.

Visszatérve még egyszer a luteincystákra, azt mondhatjuk, hogy kifejlődésük s megnagyobbodásuk nem kóros, hanem voltaképen physiologias. A mola vagy chorioepithelioma eltávolítása után, vagyis az előidéző ok megszüntetésével többször még gyermekfejnyi tömlők is visszafejlődhetnek s ezért helytelen, sőt egyenesen hibás műtéti eltávolításuk. Az ilyen műtét a sokszor még fiatal asszonyt egész életére a kiesési tünetek betegévé teszi s megfosztja a szülés lehetőségétől. Nem egy casuistikus közleményt találunk még az újabb irodalomban is, hol fiatal, 23-27 éves betegeknek, a mola eltávolítása után 2-3 héttel, vaginalis total-exstirpációt végeztek kétoldali ovarialis luteincysta miatt. A luteintömlők műtéti eltávolításának csak akkor van helye, ha a mola vagy chorioepithelioma eltávolítása után hosszabb idő múlva sem mutatnak hajlandóságot a visszafejlődésre, vagy ha ellenkezőleg, még növekednének.

(Folytatjuk.)

Az állkapocssebészet újabkori fejlődése.

Írta: Ertl János dr. egyetemi magántanár, egészségügyi főtanácsos.

(Második, befejező közlemény.)

Az állkapocs pótlások tanában még egy utolsó kérdés várt megoldásra: a felhágó ág és rágóizület pótlása.

Rágóizületképzés.

Külföldön általában Klapp eljárását alkalmazzák, ki a IV. metatarsialis csontot helyezi a felhágó ág helyére, s annak fejcsét az izületi vápába. Ha a haránt ág középső része is hiányzik, úgy azt a crista ileiből pótolja s ezt az angulusban a metatarsialis csonttal összepántolja.

Magam az izületképzést a hajlítható transplantátummal igyekeztem megoldani. Sikerült is úgy fejcsét,

valamint vápát kiképezni a szükséges tokszalaggal egyetemben.

Az ízületi vápaképzés lényege: Az egymásra fordított periosteocorticalis csontlemezek végén a periosteumot 3–4 centiméterrel hosszabbra vesszük, a csontlemezek végeit V-alakban széthúzzuk s ezen helyzetben kissé megtörjük. A periosteumot ezután erre ráhúzzuk és betüremítjük, egy-két öltéssel rögzítjük. A kétoldali periost-duplicatura tokszalagot van hivatva pótolni. S ha azon egy redőt készítünk, az igen jól helyettesíti a lig. collateralét. Az ízületi vápát a tub. articulare helyezve, a tokszalagnak alkalmazott periosteumot a tub. articulare letölti periosteumához varrjuk. A tub. articulare könnyebben elérhető s ezért egyszerűbb az ízület idehelyezése.

Izületi fejecset: úgy készítünk, hogy a hajlítható periosteocorticalis-csontlemeznek végét félcentiméternyi nagyságban T-alakban megtörjük s kihajlítjuk, majd a hosszabbra szabott periosteummal beborítjuk. Az ilyen formán szépen kialakult fejecs alatt, tehát a collumon, a periost-duplicaturákat néhány öltéssel rögzítjük s a visszahajló periosteumot az előbbi módon tokszalag gyanánt használjuk fel.

Az ily módon kiképezett ízületek functionalis szempontból teljesen megfelelő eredményeket adtak. Különösen meglepő a bemutatott eset, hol felhágó ágat és ízületi vápát készítettem. Az eset most 3 hónapos s 10 napos s mogorót is könnyen átharap. Ezen eljárások segítségével a legsúlyosabb eseteket, úgymint a teljes állesonthiányokat is functioképesen sikerült pótolni. *Ilyformán az állkapocspótlások tana, vagyis az állkapocs functionalis chirurgiaja teljesen megoldást nyert.*

A háború későbbi éveiben mindinkább többen próbálkoztak meg a csontátültetésekkel s az Axhausen-féle vastag wandstándig csont helyett inkább a vékonyabb csontlemezeket alkalmazták. Az adaptálásnál is mindinkább mellőzték az erős mechanikus rögzítéseket, drótvarratokat, s mindinkább a mi elveink felé közeledtek. *A külföldi nagyobb intézetek legújabb statisztikája szerint általában $\frac{1}{4}$ részben értek el gyógyulást, míg én majd minden esetben.*

Igy Sykoff-Lexer-Sörensen, Klapp már egy periosttasakot képez a törvégeken s oda helyezi be a vékony csontlemezt. Jenkel és Lehne: 1920. Altona. 54 esetben nyolc kigenyesedésük volt. Erős mechanikus beillesztést tartanak szükségesnek. Partsch a breslauer kongresszuson referálja eredményeit. A csípőtarajt használja, mert ezzel a görbületeket is meg tudja adni. 76 esete közül 55 teljesen gyógyult. Egy esete három hét múlva meghalt, ezen a csonton semmi regressiv elváltozást nem látott s így a felszívódási theoria revisióját tartja szükségesnek. Eiselsberg az 1922. évi müncheni kongresszuson számol be. Nyeles eltávolítás 57 esetben végzett, ebből nyolc nem volt megfelelő. Nagyobb defectusoknál csípőtarajt 13 esetben transzplantált, ebből három kilökődés, kettő halálozás, nyolc jó eredményt adott, 10 esetben bordát használt fel, ebből öt begyógyult, egy esetben tibiából eredmény nélkül transzplantált. Óriási defectusoknál Pichler-féle mesterséges prothesiseket használ. Röviddel ezután újabb statisztikát közöl Pichlerrel egyetemben (Archiv. f. klin. Chir. 1922, CXXII. köt., 2. füz., 337 old.). A Pichler által kiépített s leírt lebenyes oltási plastika igen jól felelt meg. 66 esetben nyolcszor nem volt megfelelő, 54 esetben jól gyógyult, kettő kigenyedett, kettő chronikus nephritis miatt meghalt. 29 esetben szabad átültetést végeztek: 14 esetben csípőtarajból, 14 esetben tibiából, egyszer bordából. Luxenburger a müncheni Kieferstation eredményeiről referál. 200 szabad transzplantatio közül $\frac{1}{4}$ rész jól gyógyult.

Az entente-államok eredményeiről 1924. évi chicagói kongresszuson számol be W. F. Coughlin, a St. Louis-i egyetem sebészstanára, ki tapasztalatait a

francia fronton s a francia kórházakban szerezte. A franciák, hasonlóan a németekhez, szintén lebeny-vándoroltatással földték be a defectust. A csontthiányt bordával pótolják, leginkább azonban a Rydiger-klavikula átültetését alkalmazták. A csontgörbületeket úgy oldották meg, hogy a transzplantatumot több darabra törték vagy a görbület helyére több csontot, legtöbbször három darabot ültettek be.

Mindezen műteti eljárásokból, különösen az adaptálásokból kivehető, hogy a csont regenerációs folyamataira s így hasonszerkezetűvé válására még sehol nem gondolnak.

Magam a merevrendszerű átültetések terén már 1916 elején a regenerációs folyamatok felhasználásával és azok céltudatos irányításával az átültetett vékony csontlemezen kinövesztettem a csontstructura összes rétegeit. Miáltal az teljesen hasonszerkezetűvé (*formgleich structurájúvá*) vált. Az ily transzplantatumon már pár hónap múlva Röntgen-képen jól meg lehetett különböztetni a corticalis externát, a diploét, s a corticalis internát. Ezen eredmény tisztán a biológiai irányú fejlődésnek köszönhető. *A transzplantatumnak ilyformájú begyógyulását manapság a merevesontú transzplantatiók legökéletesebb eredményének kell tekintelnünk.* Gyakorlati téren ily eredményről a külföldi irodalom ma még sehol említést nem tesz. A formgleich strukturába való begyógyulás az élettani működést véglegesen állítja helyre. Ezen esetekben késői felszívódás már nem következik be, mert a csont a szervezet correlatiójába tökéletesen és véglegesen beleolvad. Az ily beteg véglegesen meggyógyul és számos ily betegem mogorót is átharap.

A mi eseteink mind simán és véglegesen gyógyultak. Eljárásaim tehát a rokkantságot véglegesen megszüntették. 1918 január havában Berlinben a Bier-klinika meghívására műteti eljárásomat be is mutattam s ezen eset szintén igen jól gyógyult.

Az első száz esetnél három genyes kilökődés fordult elő. Másikülönben minden transzplantatióm sikerült.

Az állkapocs-transzplantatio volt azon terület, mely nagyban hozzájárult a csontátültetések tanának tisztázásához. A legújabb kísérleti kutatások Lexer, Bier, Rode, v. Hoffmann, mind igazolják kísérleti alapon azon irány helyességét, melyen már tíz éve haladok.

Az állkapocs sérüléseinek és bizonyos kórfolyamatoknak gyakori és igen kellemetlen szövődménye a szájjár.

Eltekintve az átmeneti hevenyszájjártól, az állandósult állapotban kétféle alakját kell megkülönböztetnünk, úgymint a contracturás és az anchylosis szájjárt.

1. Contracturáknál.

Le Dentu a rágóizmok desinsertióját ajánlja.

2. Anchylosisok.

Előidézhetik: trauma, lövés, genyes lob, otitis media, állesont osteomyelitis, rheuma, gonorrhoea. Ritkán veleszületett is lehet. Létrejöhet még szülési trauma következtében, fogóműtét után. Ilyenkor az állcsont fejlődésében visszamarad s madárcsont jön létre.

Az anchylosisok csakis műtétrel oldhatók meg. A műtét lényege Esmarch-féle pseudarthrosisképzés, vagy a König-féle fejecsresectio.

A pseudarthrosis biztosítása céljából interpositumokra van szükség. Így: Helferich már 1894-ben musculus temporalis lebenyt helyez a pseudarthrosisba. Sokan e célra szabad zsírlebenyt vagy környékből vett nyeles

fassialebenyt alkalmaznak. *Luxenburger* a pseudarthrosist a haránt ágon készíti s interpositumnak a sternokleidomastoideust alkalmazza. Az állizületképzés sok esetben, különösen hadisérüléseknél még nem hoz teljes megoldást. Itt még a *processus coronoideus* levésére is szükség van. A műteti behatolás általában *König*, *Murphy*, *Blair*, *Bockenheimer* szerint történhetik. *L. Imbert* (Lyon) a tragus előtt hatol be s a masseter mögött subperiosteal reseccálja a fejecset. *Klapp*: az angulusnál hatol be, lefejt a massetert, interpositum helyett 4–6 napig gézzel tamponál. Sokan az izmokat, úgymint pterygoid externust és massetert a pseudarthrosison keresztül varrják össze egymással. Különösen ezen eljárások után gyakoriak a recidívák.

Magam a recidívák megakadályozása céljából úgy járok el, hogy az interpositum céljaira a közvetlen közelben lévő *Bischo-féle zsirpamatot* használom föl, melyet alul a masseterhez, felül pedig a pterygoideus externushoz varrok. Ily módon sikerült is a recidíváknak elejét venni.

Mindezek után láthatjuk, hogy a biológiai irány az állkapocsebészet terén tökéletesen fejlesztette ki a functionalis chirurgiát. *A functionalis chirurgia biztonságával most már a gyógyítás lényegének is sokkal tökéletesebben felelhetünk meg.*

II. Közvetlen gyógyító műteti beavatkozások.

A functionalis chirurgia biztonsága lehetővé tette azt, hogy gyökeresség szempontjából teljesen kihasználhatjuk a *szervezet műteti teherbírását*. A műteti teherbírásra támpontot nyújtott a szervezet sérülési teherbírása, amit a hadisérültek nagy tömegein volt alkalmunk megfigyelni.

Ez különösen azon kórfolyamatoknál fontos, hol a gyógyulás a műtét gyökerességében rejlik. A gyökeresség kérdése az állcsontok sebészetében különös figyelmet igényel, mert ennek nyomában mindig functiózavarok (rágás, beszéd, légzészavar) és kozmetikai eltorzulások lépnek. Mindezeknek nehéz megoldhatósága önkéntelenül is mérséklőleg hat. Ma már a functionalis chirurgia biztonsága ezen gátló hatást teljesen megtudja szüntetni.

Ily gyógyító műteti beavatkozásokat végzünk:

1. *Az állcsont daganatainak*, különösen a rosszindulatú daganatok kiirtásánál,
2. *bizonyos septikus osteomyelitis*es folyamatoknál,
3. *az állcsont egyéb kóros elváltozásainál.*

1. Az állcsont daganatai.

a) *Jóindulatú daganatok*: A jóindulatú daganatok kiirtása terén mindig szem előtt tartandó az egyes szövetelemek regenerációs készsége, mert ennek cél tudatos irányításával a kiirtás nyomában járó hiányokat legelsősorban is magával a szervezettel tehetjük nyomtalanná (pl. cysták kiirtásánál).

Jóindulatú daganatok az *odontogen* daganatok, úgymint a cysták, multilocularis cystomák, odontomák, kongenitalis epulidok, odontoblastomák. Mindaddig, míg jóindulatúságot mutatnak, a legnagyobb kímélettel távolítjuk el őket s mindig odatörekedünk, hogy a kiirtás helyén nagyobb elváltozások ne maradjanak vissza. Így a cysták kiirtása után a csonttürekeket újból csonttal kinövesztethetjük, ha az üreg szélein a csontregeneratio útjait biztosítjuk.

Ugyanily elbírálás alá esnek *nem* a fogrendszerből kiinduló jobbindulatú daganatok is. Úgymint epulisok, fibromák, osteomák, chondromák, angiomák, myxomák. Óvatosaknak kell lennünk az elvérzés eshetősége

szempontjából az állcsont aneurysmás daganatainál (angioma-racemosum).

b) *Vegyes daganatok*: Leginkább a kemény szápadon a szájalapon lépnek fel. Mint a kemény szápad endotheliomái, vagy adenomái, melyek a parotis vegyes daganataihoz hasonló szerkezetűek. Ezeket a kemény szápad partialis resectiójával ajánlatos eltávolítani. A felső állcsonton előfordulnak még daganatszerű hyperostosisok, melyek a melléküregeket eltömhetik. *Bardenhauer* ezeknél a felső állcsont kiirtását ajánlja.

Egészen más műteti elbírálás alá esnek: *az állcsont kifejezetten rosszindulatú daganatai*, úgymint a *carcinomák és a sarkomák*.

A szájr, arc rosszindulatú daganatai, ha nem is az állcsontokból indulnak ki, vele mégis szorosabb vagy közvetett összefüggésben lehetnek. Mert vagy ráterjednek vagy azon keresztül közelíthetők meg, különösen előrehaladottabb állapotukban.

A rosszindulatú daganatok közül gyakoriabbak a carcinomák, mint a sarkomák. Háromnegyedrészen férfiaknál fordulnak elő.

Carcinomák.

Igen fontos a korai fölismerés és a prophylaxis. *Virchow* izgalmi tana alapján nem csupán a hegyes, éles fogak állandó sebzését kell prophylactikusan megakadályoznunk, hanem az egész szájr, fogsort, nyelvet, pofát, physiologikus mozgásainak viszonylatában kell ellenőriznünk. Bizonyos korban a fogsor harapása kikopik, rajta kívül-belül éles sánc keletkezik, egyes fogak elvesznek és így a fogsorban hézagok keletkeznek. Ebben a korban a pofa is már veszít rugalmasságából, jobban ráncolódik, a hiányzó fogak helyére betüremkedik és így előfordulhat, hogy egy és ugyanazon a helyen állandóan megsérül. Ezen körülményben adva van már az állandó inger. A nyelv ezen solitaer fogakhoz állandóan hozzáütődik, dörzsölődik s ezért van az, hogy a carcinomák legtöbbször a nyelv szélén lépnek fel. A fogsor kopását a chronikus inger szempontjából állandóan ellenőrizni kell. Ugyanezen körülményeket az operált eseteknél még szigorúbban kell elbírálnunk, mert ha ezek az elsődleges góc előidéző okai között szerepeltek, úgy meg nem szüntetésük esetén műtét után is a kiújulás okai lesznek.

Az állcsonton ülő carcinomás daganat kiirtásánál háromféle műteti eljárás használatos, úgymint:

1. resectio a folytonosság megtartásával,
2. resectio a folytonosság megszakításával,
3. egész mandibula fél exarticulatioja.

1. Resectio a folytonosság megtartásával a leg-egyszerűbb műtét, utána functiózavar nem marad vissza, csupán sarjadzó csontfelszín.

2. A folytonosság megszakításával végzett resectiónál a törvégek összetolódásának megakadályozására egy közbeiktatott prothesist alkalmaznak. Ezzel átmenetileg, de mindig rövid időre, egypár napra sikerül is az articulatiót s így a functiót fenntartani.

3. Teljes féloldali exarticulatiókat már kivételesen végeznek. Ezen gyökeres beavatkozástól azért tartózkodnak, mert a nyelv hátraesúszik, az állkapocsfél az ellenkező oldalra húzódik, az articulatio eltolódik és így rágási, nyelési és beszédzavarok állanak be. Mindezeknek megoldása nehezebb, mint maga az exarticulatio műtétje. Ezért az állcsontcarcinomáknál a partialis resectio a legáltalánosabb műteti eljárás.

Ezen háromféle műteti eljárás tulajdonképpen már a műteti mérséklés, megalkuvás három fokozata, hol önkéntelenül is a kímélet elve érvényesül. Ezen elv

a jóindulatú daganatok kiirtásának fő feltétele, de a carcinomáknál már a gyógyítás lényegébe ütközik.

A partialis resectióval operált eseteknél azt látjuk, hogy a nyitva maradt csontfelületek a kiújulás leggyakoribb helyei. A csontvégeken levő sarjak már eredetileg is hajlamosak az elfajulásra. Régi sebészi szokás, hogy resectio után az articulatio biztosítására különféle prothesiseket alkalmaznak. Az e téren használatos prothesiseknek már számottevő irodalmuk van, dacára ennek, a prothesisek kérdése a nagy általánosságban még nem alakult ki. Még ma is sokan használják a káros s a számos recidivát okozó inmediate prothesiseket.

Ami a *prothesiseket* illeti, általában háromféle formáját különböztetjük meg, úgymint:

1. Közvetlenül a műtét után alkalmazott *prothesiseket*. Erre szolgálnak legújabbban a különféle dentális sínek. Régebben inkább az inmediate prothesiseket alkalmazták. Ezeket *Claud Martin* vezette be, ki ugyanolyan alakú és vastagságú darabokat használt, mint a mandibula. *Partsch* a fogorvosoktól való függetlenítés céljából ajánlja a *Hansmann*-féle síneket, viktor-fém-ből készülnek s kettősen drainsőbe helyezve a csontvégekhez drótozzák.

Billing kettéhajtott ezüst pléhdarabot ajánl, mely a csontvégeket villaszerűen veszi közre és drótvarratokkal erősíti meg.

Schröder kauesukból készít mű állkapcsokat, melyek különféle nagyságban készen kaphatók, ezeket különösen *König* ajánlja.

Igen megfelelő a *Hauptmayer*-féle sín. A *Sauer*-féle resections verband.

Féloldali exarticulációnál a *Sauer*-féle schife Ebene ferde síkú sínt alkalmazták. Ebből fejlődött a *Schröder*-féle gleitschine.

2. Gyógyulás és a hegesezés lezajlása után a secundaer prothesiseket alkalmazzák.

A prothetikus kezelés igen nagy körülményt igényel, különösen az inmediate prothesisek használata. Az ily közbeiktatott prothesis a törvégekre gyakorolt állandó nyomásánál fogva, mint a kiújulást elősegítő állandó inger szerepel, s különösen akkor veszedelmes, ha azt a csontvégekbe ékeljük bele. Az ily prothesisssel önmagunk helyezzük az állandó ingert a műtét helyére. Oly esetek, hol a kiújulás a törvégeken, a prothesis okozta nyomás helyén lép föl, bizonyítéka annak, hogy a kiújulás oka a közbeiktatott prothesis, végeredményben pedig a nem eléggé gyökeres műtét volt, mely ily prothesisek alkalmazásának szükségességét vonja maga után.

Az állandó carcinomáinál az embryonalis ivjáratnak megfelelő állandóselet carcinomásan fertőzöttnek és kiújulásra hajlamosnak kell tekintenünk. Ezen területet az önálló vérkeringés, *Szabó* tanár és *Simon* anatómiai vizsgálatai alapján az önálló beidegzés határozza meg, mely a for. mentaleban ér véget. Ez alapon tehát a gyökeresség elvének úgy felelünk meg, ha kezdődő eseteknél is az egész állandóselet a for. mentale előtti résztől kezdve kiizesítjük.

A kiirtás után következik a műtét második, sokszor igen nehéz phasisa, a reconstructio, mikor is az operált területet újból helyre kell állítani. Ez már képző műtét és a műtét ezen szakában a kiújulás számos okát elháríthatjuk.

Igy legelőször elejét kell venni a műtét utáni kiterjedt hegképződésnek. E célból arra ügyelünk, hogy a szövetelemeket ne zúzzuk, meg nem felelőket ne egyessünk. Lehetőleg elkerüljük a rendellenes feszülést és a ráncképződést. Nem használunk mély átöltő varra-

tokat. Az egyes szövetrétegeket mobilizálva külön-külön egyesítjük és különösen ügyelünk arra, hogy ne maradjanak vissza csupasz granuláló szigetek. A szájrúrt tehát nyálkahártyával teljesen kibéleljük. Műteti területet reconstructiv plastikával zárjuk. Távlabbról vett bőrlebenyeket egyáltalában nem használunk, legföljebb szomszédos lebenyes eltolásokat végzünk. Különösen elkerüljük a hidas lebenyeket (*Izrael-Gersuny*). Ha a hiány reconstructiv plastikával s lebenyeltolással nem zárható, pl. kiterjedt pofa-carcinománál, úgy legcélszerűbb a sebszéleket összevarrni s a területet nyitva hagyni és inkább később egy külön plastikai műtétet elzárni. A hadisérültek az ilyen állapotot hosszú ideig is egészen jól tűrték.

Reconstructio alkalmával tekintettel kell lennünk arra is, hogy a kiirtás után szűkebbé válnak a szájrúri viszonyok és így a fogak és lágyrészek viszonya is megváltozik. Az egyedül álló fogak, még ha símák is, a lágyrészeket decubitásokat okozhatnak és így kiújuláshoz vezethetnek; e tekintetben különösen a felső fogak veszedelmesek. Igen sok esetben ezen körülményekben voltak megtalálhatók a kiújulás okai.

A plastikai elvek szerint végzett reconstructio után *semminemű prothesist nem alkalmazok*, mivel arra szükség sincs. A szájrúrt semmiféle idegen testtel nem irritáljuk, műfogsort is csupán egy-két év múlva hordatunk. Azonban egy-két hónap múlva az ép oldalra ferdesikú sínt készítettünk, melyet a beteg időközönként visel. A beteg fél állkapoccsal is megfelelően táplálkozik és sikeres reconstructio után az állandó fél hegesen el nem húzódik, a nyelv hátra nem esúszik. Ha ily eset két-három évig recidivamentes, úgy a fiatalabb korúaknál csont- és izületpótlás is végezhető. Ezen elvek alapján többszörösen kiújult, s az operálhatóság határát átlépő eseteket is sikerült megmenteni.

Érdekes megfigyelés az ily rákos folyamatoknál, hogy már határozottan inoperabilisnek minősített eseteknél, vagyis inoperabilis mirigyáttételeknél, a helybeli góc gyökeres kiirtás és a fennebbi elvek pontos betartása után korai helybeli recidivát nem észleltem. A helybeli recidivát mindig valamely rejtett chronikus inger, pl. egy magában álló felső fog, prothesis felületek erős surlódása okozta. Ily esetekben a metastatikus mirigyek a végzetesek, s e téren minden rendelkezésre álló egyéb gyógytényezőt kell felhasználnunk, úgymint a Röntgen-, rádium-, autovaccina- stb. kezelést. A primaer góc alapos kiirtásával a beteg életét, munkaképes állapotát hosszabb ideig, hónapokig is fenntarthatjuk.

A fentebbiekből adódik plastikai szempontból az operálhatóság határának megállapítása. Így tapasztalataim alapján *kilátással operálható meg azon beteg, kinél a metastatikus mirigyek még eltávolíthatók, akár a véredények resectiójával is. A helybeli góc pedig a szervezet műteti teherbírásán belül, tehát sokszor igen kiterjedt volta mellett is eltávolítható.* A képző műtét keretében bármily nagy defectus is úgy reconstruálható, hogy a beteg megfelelő küllemmel foglalkozását tovább végezheti.

Az állkapocscarcinomák terén általában az tapasztalható, hogy az operálhatóság határa szűkebb korlátok közé van szorítva, mivel sokszor túlkorán kezdik meg a primaer góc palliativ kezelését (Röntgen s rádium). Eseteim nagy része az indicatiók ezen határából kerültek műtetre, melyek ma már 3-7 évesek. Ennek bizonyítására szolgál a két bemutatott eset: 3-6 évesek.

Az állkapocscarcinomák terén csakis a gyökeres műtétől várható a tényleges gyógyulás. A primaer góc Röntgen- vagy rádiumkezelést az operálhatóság hatá-

rán belül nem eszközöljük, az elsődleges gócot, ha lehet mindég kiirtani törekszünk.

A Röntgen-therapiáról maga *Holzkecht* nyilatkozik az 1924. évi berlini Röntgen-kongresszuson. Ő a Röntgen terén katasztrofális összeomlását látja a rák elleni küzdelem eddigi munkahypothésiseinek.

Sarkomáknál a műteti mérséklésnek akkor van helye, ha azok a legkezdetlesebb állapotban kerülnek műtetre.

Gyakrabban felső állcsonton fordulnak elő és inkább nőknél, mint férfiaknál. Felső állcsonton levőknél az orbita alapot csak az alveolus vagy a keményszájpad elhatárolt daganatainál lehet meghagyni.

Az alsó állcsonton kis alveolaris daganatoknál esonthidat hagyhatunk. A középső részen ülőknél resectiót, egy oldalon levőknél exarticulációt ajánlatos végezni.

Közvetlen gyógyító műteti beavatkozásokat végzünk:

3. Az állcsont septikus osteomyelitiszes folyamatainál.

Az állcsontok osteomyelitisét előidézhetik kariosus fogakból kiinduló infectiók, nyálkahártyafekélyek, frakturák, sérülések, lövések. Létrejöhetnek haematogen úton s a csöves csontok ily folyamataihoz társulhatnak. Gyermekeknél gyakoriak a fertőző betegségek után. Az osteomyelitishez társuló igen súlyos szövődmény *a peri és retromaxillaris abscessus*, mely a fossa pterygopalatinából az orbitalis ürbe, a temporalis tájra, vagy a koponyaalap felé terjedhet, mikor is halálos meningitist s genyes thrombophlebitist okozhat, különösen a sinus cavernosusban, a vena facialis comm. v. jug. interna, sin. sigmoideusban. *Partsch* ezeket a járomív tempore resectiójával tárja fel. Mindezen szövődményeket legtöbbször elkerülhetjük, ha az állcsont mindennemű genyes folyamatainál már a kezdetben a csontban üllő góc kitakarítására törekedünk. Ezt pedig elvégezhetjük a feltárás alkalmával vagy külön, az akut tünetek lezajlása után. A súlyosabb esetek túlnyomó részében az egyszerű feltárás nem elegendő. A csontban lévő újabb góc akut eruptiókhoz vagy chronikus elhúzódó osteomyelitishez vezethet, amely évekig is elhúzódhat (voltak eseteim, hol 10 évig is tartott). Az ily elhúzódó folyamatok csak gyökeres kiirtással szüntethetők meg.

Ha egy akut genyes folyamat feltárás dacára sem állapodik meg, hanem septikus osteomyelitis formájában tovább terjed, úgy sürgősen a leggyökeresebb műteti beavatkozással kell a beteg életének megmentésére sietnünk. A mandibulából kiinduló genyes folyamat legtöbbször a rágó izületbe s innen a koponyaalap felé terjed. Ily esetekben a feltárás bármily mély és kiterjedt legyen, nem elegendő, mivel az állcsont nagy területen elhal s az izületbe áttört genygyülem a feltárás helyén már nem tud kiürülni s így tovább a koponya-alap felé terjed. Ily esetekben a beteg állkapocsfél kiizetését végzem. A rágóizület eltávolításával a koponya-alap jól feltáráshoz s hozzáférhető és ily módon az ott lévő genygyülem alaposan kitakarítható. *Ily gyökeres feltárással a súlyos, életveszélyes folyamatokat is sikerült megmentenem.*

Azt tapasztaltam, hogy az ilyen súlyos septikus folyamatok jól fejlett, egészséges állcsonton ritkák, többnyire megállapodnak s inkább idült formába mennek át.

A heveny-foudroyans lefolyást többnyire bizonyos előkészítő folyamatok vagy elváltozások előzik meg. Legtöbb esetben a csontállomány inactált fogak-

kal, gyökerekkel, fogcsirokkal volt teleszórva. Ezen fogcsirokat sklerotikusabb csontfal veszi körül, minek következtében az egész csontállomány számos ily sklerotikusabb szigettel van megszakítva. Egy ily sziget fertőzése a másikkra terjedhet, ami hirtelenül egy diffus osteomyelitis kitörését eredményezi.

A hadisérültek számos osteomyelitiszes eseteit a csontgócok gyökeres kiirtásával mind sikerült megmenteni, úgyhogy ebből kifolyólag halálozásunk nem volt. A kiirtás utáni eltorzulások és functiozavarok megoldása a képző műtét feladatát képezi.

Közvetlen gyógyító műteti beavatkozásokat végzünk:

3. Az állcsont bizonyos különlegesebb kórfolyamatainál, úgymint *aktinomykosis*, *phosphornekrosis*, *tuberculosis*, *lues*. Az állkapocssebészet terén ezen kórfolyamatok legrégebben ismeretesek.

Általában ezen kórfolyamatoknál különböző fokú gyógyító műteti gyökerességre, vagy a kórfolyamatok utáni elváltozások plastikus megoldására lehet szükség.

Műtéteimet lehetőleg helyi érzéstelenítéssel végzem, azonban a septikus folyamatoknál s carcinomáknál több esetben igen jó eredménnyel alkalmaztam a *Lobmayer* eljárása szerinti végbélnarkosist, melynél semminemű kellemetlenségem nem volt, *Lobmayer* eljárása különösen a száji műtéteknél nagy jelentőségű.

A felső állcsont.

E téren a sebészi beavatkozások közül általánosan ismertek a különféle resectiók. Aránylag ritkák a törései is, melyeknek praedilectió helyeit a *Le Fort*-féle typusok jelölik meg.

Egy igen fontos feladat a *felső állcsont perforatióinak vagy defectusainak elzárása*, illetve pótlása. Kisebb perforatiók zárására a szomszédos ny. hárttyát, a proc. alveolaris vagy a pofatasak ny. hárttyáját használják fel. Nagyobb hiányoknál *Thiersch-Rosenthal* a pofa bőréből egy nagyobb lebenyt a pofa egy haránt résén keresztül helyez a defectus helyére. *Biedermann* ugyanily módon homlokbőrlebenyt alkalmaz. *Eiselsberg* alkarból vagy a felkarból *Tagliacossa*-féle lebenyt használ. *Perthes* és *Reich* különösen a lövési defectusoknál a nyakról vesznek hosszú lebenyeket. Ily hosszú lebenyeknél *Perthes* azok *előzetes körülvágását ajánlja*. *Fischer Aladár* a szélen fekvő kisebb hiányokat nyálkahártya-lebennyel fűdi be, olyformán, hogy a belső szájpadszáron egy hidat képez, a lebenyt ez alá helyezi, miáltal a defectus széles befödését biztosítja. Lövések után sokszor oly súlyos elváltozások és hiányok maradhatnak vissza, hogy azok csupán fogorvosi prothesisekkel fedhetők.

Mindezen eljárásoknál a csonthiányok puha szövetekkel pótolhatók és így ezeket sem tökéletes, sem természetes pótlásoknak nem tekinthetjük.

Magam odatörekedtem, hogy a *felső állcsont hiányait is csontosan pótoljam*. Ez a *szerves periostcorticalis lebennyel*, vagyis a *periost csontképző képességének felhasználásával sikerült is elérnem*.

Az eljárás lényege az, hogy a defectust annak széleiből behajtott nyálkahártyájával az orrüreg felé elzárom, ezen nyálkahártya nyitott oralis felszínére, ezután reáborítom a szomszédból vett periost corticalis lebenyt. Ezen lebeny új helyzetében mihamar megmerevedik, majd csontot képez és így 1–2 nap múlva a defectus csontosan kitelődik, és a beteg végleg meg szabadul az obturator kellemetlenségeitől.

III. Kozmetikai sebészet.

A plastikai beavatkozások harmadik feladata a kozmetikai küllem helyreállítása.

Az állkapocs bizonyos rendellenességei kozmetikai szempontból is javítást igényelnek. Ilyen elváltozások a mikrognathia, makrognathia, prognathia, agnathia, a rudimenter állkapocs, madárarc.

Az állkapocs osteoplastikus meghosszabbítását *Eiselsberg* három esetben végezte. Az állkapocs osteoplastikus resectiójánál egy igen kellemetlen s nagyon fájdalmas szövödmény a fűrészelés alkalmával a *n. mandibularis felrostosodása*, az ily rostok seprőszerűen belenőnek a száj nyálkahártyájába s legkisebb érintésre is elviselhetetlen fájdalmat okoznak. Ily esetekben a fájdalmak megszüntetése céljából a *n. mandibularis* el kellett távolítanom.

Az állkapocs kozmetikai szempontból való meghosszabbítására *Esau* bordát, *Blair* bordaporcot, *Lexer* szabad zsírszövetet, magam pedig hajlítható csontot alkalmazok.

Az állkapocs nagyobb műtétei után mindig kozmetikai correctióra van szükség. Egyáltalában az arcon, nyakon minden műtéti beavatkozást lehetőleg nyomtalanná kell tenni. *Az ily irányú törekvés a kozmetikai sebészet kifejlődéséhez vezetett, mely ma már a szigorúbb követelményeknek is meg tud felelni.*

Mindezek más munkám tárgyát képezik.

Ha a plastikai sebészet mai niveaujáról tekintünk vissza annak kezdetére, úgy mindinkább érthetővé válnak e tudomány szak megalkotójának, *Dieffenbach*-nak szavai, mikor azt mondja, hogy: *Eine Chirurgie auf Mechanik gebaut ist ein Reiter auf hölzernem Pferd, eine Chirurgie auf Physiologie gegründet durchfliegt dagegen die Wüsten wie ein arabisches Pferd.*

Igy történt a fejlődés, s jelenleg is a természet örök törvényszerűségei a biológiai irányban jelölik meg a természetes tovafejlődés útját.

A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem belklinikájának közleménye (igazgató: Csiky József dr. egyetemi ny. r. tanár).

Intracisternásan adott gyógyszerek hatásáról.

Cardiazol, pilocarpin, adrenalin, atropin.

Írta: Jánossy Gyula dr. egyet. tanársegéd.

Ismeretes, hogy a gyógyszerhatás nagymértékben függ az adagolás módjától. Ezért mindig meg kell fontolni, hogy adott körülmények között a gyógyszeradagolásnak melyik módját válasszuk és azt az adagolási módot kell választanunk, amely legegyszerűbbnek látszik. Kísérleteink, betegeken szerzett tapasztalataink azt mutatják, hogy nyultvelői centrumok hirtelen kifejlődő bénulásai ellen például morphiummal, CO-dal stb. történt acut mérgezés esetében a lobelint, a coffeint legegyszerűbb intracisternásan adagolni, mert e gyógyszerek intracisternásan adagolva azonnal izgatják a nyultvelői centrumokat és a hatás $\frac{1}{2}$ –2 óráig tart. Tehát intracisternás adagolással egyesíteni tudjuk az intravenás (intracardialis) és subcutan adagolás előnyeit: az intravenásan adott lobelin és coffein hatása gyors, de nem tartós, a subcutan adagolté tartós, de nem gyors, az intracisternásan adagolté gyors és tartós.

Kísérleteink közben azonban azt is tapasztaltuk, hogy a gyógyszerek intracisternás adagolásakor olyan hatások is fejlődnek ki, amelyek intravenás vagy subcutan adagoláskor egyáltalában nem jelentkeznek,

viszont nem észlelhető több olyan tünet, amely intravenás vagy subcutan adagoláskor mindig megállapítható. Intracisternásan adott gyógyszerek hatása tehát lényegesen különbözik attól a hatástól, amelyet ugyanazon gyógyszer intravenásan vagy subcutan adagolva előidézik.

Ez az észlelésünk, továbbá az a körülmény, hogy a gyógyszerek intracisternás adagját csakis kísérleti úton lehet megállapítani, minden új gyógyszer intracisternás kipróbálásakor a legnagyobb óvatosságra int. A lobelinnel és coffeinnel elért therapiás eredmények mégis arra ösztönöztek bennünket, hogy minél több gyógyszer intracisternás hatását tanulmányozzuk, adagját meghatározzuk és alkalomadtán gyógyítási célból kihasználjuk. Az alábbiakban azokról a megfigyelésekről óhajtok beszámolni, melyeket cardiazol, pilocarpin, adrenalin és atropin intracisternás adagolásakor szereztünk.

A cisterna cerebello-medullaris punctióját az Orvosi Hetilap 1924. évi 911. oldalán leírt módszerrel végeztük, 6 cm hosszú tűvel pungáltuk meg a beteget és néhány köbcentiméter liquor kibocsátása után fecskendeztük be a liquorral hígított gyógyszeroldatot. A lélekzést a gyógyszer adagolása előtt $\frac{1}{4}$ óráig, utána $2\frac{1}{2}$ óráig regisztráltuk, a pulzust ugyanezen idő alatt 5–10 percenként ellenőriztük. Olykor a punctio művelete a betegeket nyugtalanná tette, ilyenkor megvártuk, bármilyen hosszú ideig tartott is, míg a beteg megnyugodott és ezután adtuk be a cisternába óvatosan a gyógyszeroldatot.

Cardiazol Knoll. Érdekel bennünket, hogy vajjon a camphorkészítmények hatása hasonló-e a coffein hatásához? Kísérleteinket vízben oldható és liquorral keverhető camphorkészítménnyel, a cardiazollal végeztük. A cardiazol, subcutan és intravenásan adagolva, főleg a szívre és a légzésre hat, a szív működés erőteljesebb lesz, a légzés mélyebbé válik. A szív erejének acut hanyatlásánál dicsérik hatását, továbbá narkosis után bekövetkező légzéscsavaroknál. Subcutan és intravenás adagja 0.1 g, mely óránként megismételhető többször egymásután. (*Schmidt, Hildebrandt, Krehl, Ruef.*)

Intracisternás adagja 0.04–0.05 g. Ez adag hatására a légzés azonnal mélyebbé válik, hasonlóvá lesz a Kussmaul-typusúhoz, a beteget bő izzadás lepi el, bradycardia keletkezik, a hatás körülbelül egy óráig tart. Az intracisternás cardiazol-injectio után legtöbbször nauseaát észleltünk, mely azonban pár perc múlva megszűnt. A cardiazol tehát, éppen úgy, mint a lobelin és coffein, a cisternába fecskendezve, nem elektive hat valamelyik nyultvelői centrumra, hanem valamennyi nyultvelői centrum izgalmát idézi elő. Peripheriás hatás nem észlelhető.

A cisternapunctio előtt subcutan adott 0.001 g atropin megakadályozza a nausea, bradycardia, izzadás kifejlődését, a légzés azonban nagy kilengésű marad.

Vizsgálataink alapján joggal feltételezzük, hogy a cardiazol hirtelen kifejlődő nyultvelői bénulásoknál, intracisternásan adagolva, éppen olyan jól fog hatni, mint a lobelin és narkoticumokkal, morphiummal, CO-dal történt mérgezés esetén az intracisternás cardiazol-injectio szintén életmentő lehet.

Pilocarpin. Két betegünknek adtunk intracisternásan 0.005 g pilocarpint, a betegek az injectio után azonnal hányingert kaptak, a hányinger $\frac{1}{2}$ –1 $\frac{1}{2}$ óráig tartott és a betegeken nagy elesettség vett erőt. Vérnyomás és pulzus változatlan maradt, légzés az erős hányinger miatt izgatottá, rendetlenné vált és nem volt jól regisztrálható.

Egy súlyos cavernás tüdőtuberculosisban szenvedő betegünk 0.01 g pilocarpint kapott cisternájába, igen erős hányinger, hányás és nyálazás jelentkezett, a beteg közérzete nagyon rosszra vált, pulzus a hányinger alatt 92-ről 110-re szökött. Ez állapot két óra múlva megszűnt és a beteg úgy érezte magát, mint injectio adása előtt. Izzadás nagyobb mértékben nem volt észlelhető, mint általában hányáskor szoktuk látni. Az összes reflexek normalisak maradtak.

Minthogy intracisternásan adagolt pilocarpin hatására nagy gyengeségérzést, továbbá a betegekre annyira kellemetlen hányingert és hányást láttuk első sorban kifejlődni, ezért ezirányú vizsgálatainkat nem folytattuk.

Adrenalin. Adrenalin-vizsgálatainkhoz Richter-féle tonogent használtunk. Az alábbi betegek kaptak intracisternásan adrenalin:

1. Colitis haemorrhagica	0.0001 g-t.
2. Imbecillitas	0.0002 „
3. Hemiplegia	0.0005 „
4. Sklerosis polyinsularis	0.0005 „
5. Hemiparesis	0.0008 „
6. Pneumonia	0.001 „

Intracisternásan adott adrenalin még 0.001 g-os adagban is teljesen hatástalannak bizonyult.

Annak eldöntésére, hogy a liquor teszi-e tönkre az adrenalin, két esetben a következő kísérletet végeztük: In vitro kevertünk 0.0002 g adrenalin 1 cm³ cisternából vett liquorral és ezt a keveréket fecskendeztük ugyanazon betegeknek venájába, akiknek cisternájából a liquor származott. A liquorral kevert adrenalin intravenásan adva, tipusos adrenalinhatást hozott létre.

Atropin. Az alábbi betegeknek fecskendeztünk cisternájukba atropint:

1. Cc. ventriculi	0.0001 g-t.
2. Cc. mammae	0.0002 „
3. Quadruplegia	0.0003 „
4. Colitis haemorrhagica	0.0004 „
5. Hemiplegia	0.0005 „
6. Hemiparesis	0.0006 „
7. Sklerosis polyinsularis	0.001 „
8. Hemiplegia	0.001 „
9. Hemiplegia	0.0012 „
10. Hemiplegia	0.0013 „
11. Hemiplegia	0.0015 „
12. Hemiparesis	0.0015 „

A fenti esetekben az intracisternásan adott atropin észrevehető hatást nem okozott. A hatástalanság oka érdekelt bennünket, ezért első sorban meg kellett győződnünk arról, hogy a vizsgálatainkhoz használt atropin-oldat jó-e? Ugyanabból az oldatból, amelyből 0.0015 g a cisternába adva teljesen hatástalan volt, ugyanazoknak a betegeknek subcutan adtunk másnap 0.001 g-t, 20 perc múlva nagy torokszárazság mellett percenként 16–20 pulzusszaporulat jelezte a hatást. Az atropin-oldatunk tehát kifogástalannak bizonyult.

Hat esetben adtunk cisternaliquorral kevert 0.001 g atropint a bőr alá részben 1 cm³, részben 2 cm³ liquorral hígítva. Az így adott atropin hatását mindig összehasonlítottuk ugyanazon egyénen másnap, liquor nélkül adott ugyanazon mennyiségű atropin hatásával. Négy esetben valamivel gyengébb hatást kaptunk a liquorral együtt bőr alá fecskendezett atropintól, mint attól, amelyet liquor nélkül fecskendeztünk be. Azonban a különbség nem volt oly kifejezett, hogy bizonyítaná a liquornak nagyfokú atropin megkötőképességét.

További vizsgálatainkhoz Stern kísérletei adták meg a következő lépést. Stern feltételezi, hogy bizonyos anyagok liquorból jutnak az agyi centrumokba. Véleménye szerint vannak gyógyszerek, amelyek azért nem

hatnak az agyvelőre, mert a vérből nem tudnak bejutni a liquorba, azaz a vér-liquor közti gáton nem hatolnak át. Ilyen anyagnak tartja az atropint is. Véleményét állatkísérletekkel bizonyítja: nyulaknak agygyomrába adott atropin valóban nagyon toxikusnak bizonyult.

Stern kísérletei alapján joggal feltételeztük, hogy az atropin az ember nagyagyi centrumaira is fog hatni és a hatástalanság okát az adagok kicsiségében kerestük. Növeltük az atropin adagját azért is, mert a liquor esetleges atropin megkötőképességét is az adag növelésével lehet legésszerűbben kompenzálni.

Feltevésünk helyességét az alábbi két vizsgálatunk bizonyítja:

13. Hemiplegia. Pulzus 68. Vérnyomás Riva-Rocci szerint 155–70 Hg-mm. D. e. 11 órakor cisternapunctio. A cisternába 0.002 g atropint fecskendezünk. Az intracisternás atropin-injectio után a beteg kifogástalanul érzi magát, sem a légzésgörbén, sem a pulzusán, sem idegrendszerében változás nem észlelhető. Rendesen megebédel, meguzsonnázik. Az atropin peripheriás tünetet sem okoz.

Este 7 órakor vesszük észre, hogy a szavakat értelmetlenül mondja ki, reflexek élénkebbek, kóros reflex nines, csak a régi hemiplegiás oldalon, pupillák rendesek. Légzés kissé gyorsult, percenként 26. Pulzus percenként 80. Vérnyomás Riva-Rocci szerint 195–85 Hg-mm.

½8 órakor nyugtalanná válik, keveset hányni, felfelül ágyában, amit máskor segítség nélkül nem szokott tenni. Beszél, de nem lehet megérteni. A hozzá intézett kérdésekre értelmetlen feleletet ad. Beszéde „madárnyelvhez” hasonló.

Este 9 óra körül elalszik, de gyakran felébred és ilyenkor értelmetlenül beszél, fészkelődik, többször ki akar kelni ágyából. Éjjel 3 órakor azonban nyugodttá válik és alszik reggelig.

Reggel 9 órakor ébred, teljesen értelmesen beszél. Légzés 24, rendes, pulzus 88. Jól érzi magát. Állapota ugyanolyan, mint injectio előtt. Az este ½7 órától történt dolgokra egyáltalában nem emlékszik.

14. Hemiparesis. Pulzus 72. Légzés nyugodt, szabályos, percenként 21. Déli 12 órakor a cisternába 0.002 g atropint fecskendezünk 2 cm³ liquorral hígítva. Az intracisternás injectio után kifogástalan közérzete van, a légzés görbe, közvetlen az injectio után változatlan, 10 perc múlva valamivel kisebb kilengésűvé válik, a légvételek száma percenként 18. Pulzus állandóan 72. Idegrendszerben változás nem észlelhető. Rendesen megebédel, megvacsorázik. Vacsora után este ½8 órakor felkel az ágyából és járkálni kezd, járás közben tántorog. Nem hányni.

½9 órakor izgatottá válik, értelmetlenül beszél, ágyából felkel, láthatólag izgatott, beszélget ismerőseivel, akik nincsenek a közelében. Aggyba fektetjük, az ápolószemélyzetet nem ismeri meg, a hozzá intézett kérdésekre értelmetlenül felel. Pulzus 86. Nem izzad, bőre nem száraz, pupillák rendesek.

10 órakor minden beavatkozás nélkül megnyugszik és elalszik. Éjjel fel-felébred, ilyenkor beszél körülötte nem lévő emberekhez értelmes hangon és értelmes szavakkal és fel akar kelni az ágyból, hogy dolgozzon. Azonban könnyen visszafekethető az ágyba, egyáltalában nem agresszív. Az ágyba fektetve, megnyugszik és alszik keveset. Reggel ½3 órától kezdve 7 óráig azután egyfolytában alszik.

7 órakor teljesen jól érzi magát, az éjszaka történetekre nem emlékszik, állapota teljesen olyan, mint az injectio adása előtt.

Tehát intracisternásan adott 0.002 g atropin csak 7–8 óra múlva hatott és ekkor körülbelül 8 óra hosszúra tartó psychés izgalmat okozott, teljes amnesiával. A nyultvelői centrumokra nem hatott, így a légzés centrumára sem, pedig elméleti meggondolás alapján közelfekvő volt, hogy létrejön a légzőcentrum izgalma, melyet az atropin, subcutan vagy intravenásan adagolva, minden gyógyszerkönyv tanúsága szerint létre szokott hozni. Nem hozott létre az intracisternásan adagolt atropin peripheriásan sem hatást, jelölül annak, hogy az atropin nem jutott megfelelő koncentrációban a vérkeringésbe. Pedig joggal várhattuk, hogy az atropin felszívódik a durazsákból, mert, mint Blum is kiemeli, a liquorba juttatott festékanyagok rövid idő alatt megjelennek a vizeletben, a liquorból tehát elég gyorsan juthatnak anyagok a vérpályába.

Első pillanatra különösnek látszik, hogy az atropin a cisternába való adagolás után csak 8 óra múlva hatott. Ennek azonban egyszerű magyarázata van. A liquor áramlása igen lassú (Weigeldt), a liquorba juttatott anyagok tulajdonképpen csak az osmosis útján, továbbá a pulsatiós és légzési liquorhullámzás segítségével keverednek (Hartwich), tehát a keveredés és így az anyagok továbbítása is meglehetősen lassan történik. Ügylátszik, 8 óra idő kellett ahhoz, hogy az atropin a cisternából a psychés centrumokhoz jusson.

Saját észleléseink is amellet szólnak, hogy a liquor keveredése a cisternába fecskendezett anyagokkal igen lassú. Ha a liquor gyorsan áramlana, akkor a cisternába fecskendezett oldatok (lobelin, coffein, cardiazol) nem izgatnák $\frac{1}{2}$ –2 óráig a nyultvelői centrumokat, mert az áramlás elsodorná ez anyagokat távolabbi helyekre, viszont távolhatások inkább volnának észlelhetők.

Általánosan elterjedt vélemény, hogy a durazsákból az anyagok gyorsan kerülnek a vérkeringésbe. (Festékkoldatkísérletek.) A mi vizsgálataink azt bizonyítják, hogy a durazsákból bizonyos anyagok nagyon lassan, vagy egyáltalában nem jutnak ki. Ha az anyagok gyorsan hagynák el a durazsákat, akkor nem hatnának centralisan az adagolás után 8–16 óráig (atropin) és peripheriás hatást is kellene előidézniök.

Számolnunk kell azzal az eshetőséggel is, hogy bizonyos anyagok a durazsákból való felszívódás közben olyan változást szenvednek, melyek miatt hatástalanokká válnak és ez volna az oka annak, hogy az intracisternásan adott nagymennyiségű anyag (0.001 g adrenalin, 0.0015 g atropin, stb.) peripheriás hatást nem hoz létre. Az előbb említett atropinkísérletek tanúsága szerint az atropin még 8–16 óra múlva is a durazsákban van. Intracisternás adagoláskor tehát az atropin peripheriásan valószínűleg azért nem hat, mert a durazsákból igen lassan szívódik fel.

Stern feltételezi állatkísérletei alapján, hogy vannak anyagok, amelyek a vér-liquor közti gáton nem hatolnak át, a mi emberen végzett vizsgálataink amellet szólnak, hogy ilyen gát a liquor felől a vér irányában is van és egyes anyagok ezen a gáton vagy egyáltalában nem, vagy csak nagyon lassan haladhatnak át.

Irodalom: Blum: Münch. med. Wochenschr. 1925, 34. sz. — Hartwich: D. Zeitschr. f. Nervenheilk. 85. köt. — Jánossy: O. H. 1924, 51. sz., 1925, 11. és 40. sz., Med. Klin. 1925, 2. és 27. sz., 1926, 4. sz. — Stern: Schweiz. med. Wochenschr. 1923, 53. évf., 34. sz., Ref. Kongresszbl. 1924, 33. köt., 206. old., Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych. 1923, 13. köt., 1–2. füz., Ref. Kongresszbl. 1924, 33. köt., 206. old. — Schmidt, Hildebrandt és Krehl: Klin. Wochenschr. 1925, 35. sz. — Ruef: Klin. Wochenschr. 1925, 35. sz. — Weigeldt: Physiol. u. Pathol. des Liquor cerebrospinalis, Jena 1923.

A budapesti királyi magyar Pázmány Péter Tudományegyetem III. sz. belklinikájának (igazgató: br. Korányi Sándor egyetemi ny. r. tanár) közleménye.

Az éheztető-kúra.

Írták: Soós Aladár dr. egyet. magántanár és Hetényi Géza dr. egyet. tanársegéd.

I. Az éheztetés mint gyógytényező.

A táplálékfelvétel az elemi életjelenségek közé tartozik, zavara a sejt működés megváltozásához, megszüntetése a sejt gyors halálához vezet. Ez az egysejtű lényeknél könnyen áttekinthető folyamat többsejtű organismusokban olyképen módosul, hogy bennük egyes sejtek — illetve a magasabbrendű szervezetben szövetek és szervek — a felvett tápanyagok elraktározására képesek s így a tápfelvétel megszűnése esetén bizonyos tartalékok bocsáthatnak a szervezet rendelkezésére. Minthogy azonban előbb-utóbb ezek a raktárak is kiürülnek, a tápfelvétel huzamosabb szünetelése a magasabbrendű organismusoknak is halálához vezet.

Ezek szerint tulajdonképpen célszerűtleneknek kellene tartanunk azokat a törekvéseket, amelyek a táplálék megvonásával a szervezet üdvére, sőt a beteg szervezet gyógyítására irányulnak. Ez a paradoxon azonban csak látszólagos, ha a következő körülményeket vesszük számba: 1. A tápfelvétel rövidebb ideig tartó korlátozása vagy beszüntetése a szervezetre nézve súlyosabb következményekkel nem jár. 2. A tápfelvétel a szervezetre nézve nem csupán energiabevitelt jelent, hanem rá bizonyos munkát is ró. Ez a munka egyfelől az egész szervezetet, illetve annak anyagszerűségét terhel meg, másfelől még különösen azokat a szerveket is, amelyek a táplálék felvételét, továbbjuttatását, feldolgozását és kiküszöbölését végzik. Ebből a szempontból az éhezésnek kimélő, tehermentesítő hatás tulajdonítható.

Az éhezésnek a gyógyászatban való alkalmazása csaknem olyan régi keletű, mint amilyen a *diaceticus gyógykezelés* maga. Mint azt oly sokszor látjuk, a nép körében való elterjedés itt is megelőzte a tudományt. Hiszen elegendő, ha az ú. n. Schroth-kúrára gondolunk, mely laikus körökben való gyors elterjedésével vonta magára a tudomány érdeklődését. Újabb nagy lökést az éhezés tudományos alapon való gyógyindiciójának a világháború adott. Egyfelől azáltal, hogy az éhezés veszélyeiről táplált felfogást lényegesen enyhítette, másfelől azzal, hogy az éhezésnek, illetve a chronikusan elégtelen táplálásnak bizonyos betegségekre való kedvező hatását kétségtelenül bebizonyította.

Mielőtt az éhezésnek a gyógyászatban való alkalmazására térnénk, röviden az éhezés physiológiájának nevezetesebb adatait óhajtom ismertetni.

Ami mindenekelőtt az éhezés elviselhetőségét illeti, arról a következőket tudjuk: az az időtartam, ameddig az éhezés az élet veszélyeztetése nélkül elbíráható, egyénileg meglehetősen ingadozó. Függ egyfelől az éhség megkezdésénél rendelkezésre álló tápraktárak teltségi állapotától, függ azonkívül az életkortól. fiatal egyének az éhezés következtében hamarabb halnak el, mint öregek. Különösen rosszul bírják az éhezést az újszülöttek. Az ember és egyes állatfajok közt is van különbség: nyúl 15–20, kutya 30–40 napig képes koplalni, az ember átlag 4–6 hétig. Hogy e számok csak átlagértéket jelentenek, amelyek alól bőven van kivétel, azt ékesen bizonyítja Mac Swineynek, az ismert corki polgármesternek esete, ki éhezésének 75. napján halt meg.

Az éhezést általában kínosnak szokták tartani, pedig embereken és állatokon végzett kísérletek egyhangzóan azt mutatták, hogy fájdalmak az éhezés következtében fel nem lépnek. Az első napon a rendes

étkezések idején éhségérzet jelentkezni szokott, később azonban ez is elmarad. Hasonlóképp szünetel a víz után való vágyakozás is.

Az éhezõ testsúlya fokozatosan esik: legnagyobb a két első napon, később a testsúlyesést ábrázoló görbe lankásabbá válik. Hosszabb éhezésnél a napi testsúlyvesztés a kiinduló testsúlynak 0.7–1.5%-a. Az egyes szerveknek az éhezési anyagvesztésben való részvétele főleg a régebbi physiologusokat érdekelte: kiderült, hogy, jöllehet, minden szerv veszít az éhezés alatt súlyából, a súlyvesztés különösen azon szerveket éri, amelyek igénybe nem vétetnek. A működő szervek, főleg a szív és az idegrendszer, aránylag keveset veszítenek állományukból.

Az éhezõ szervezet hőmérséklete hosszú ideig teljesen normalis, vagy igen csekély mértékben (0.1–0.5°-kal) csökken. Praemortalisan jelentékenyebb esés szokott bekövetkezni.

Pulzusszám és vérnyomás egybehangozó vizsgálatok szerint kismértékű csökkenést mutatnak. Emellett a pulzusszámnak napközi periodicitása megmarad, reggel és délután szaporább, délben és este ritkább. Mozgás a pulzusszám hamarabb bekövetkező és nagyobb fokú szaporodásához vezet.

A vörösvérsejtek száma rendszeren nő. Ez a polycythaemia rendszerint relativ, amennyiben a haemoglobininconcentratio emelkedése nem kíséri.

A gyomorbéltraktusnak és az emésztőmirigyeknek működése természetesen csökken. A bélmozgások a Boldireff-féle „periodische Leertätigkeit” kivételével megszűnnek. Az epe kiválasztás a normalisnak felére-harmadára csökken, a pankreasé csaknem nulla. Csekély mennyiségű, bélepithelből és zsírkristályokból álló szék naponta ürítettetik.

Egyik eléggé jellegzetes tünete az éhezésnek az izomerő csökkenése, az adynamia. Allatkísérletekben először az állatok aluszékonyága szembeötlő. A járás és állás egyre nehezkesebbé lesz, végül az állat egyáltalán képtelen mozogni. Ezzel szemben trainirozott éhezőnél e tünet elmaradhat: ismeretes, hogy *Succi* éhezése 23. napján vívógyakorlatot végzett és színházba ment.

A legrészletesebben vizsgált az éhezésnek a szervezet anyagcseréjére gyakorolt hatása. Ami mindenekelőtt az elégek intenzitásának fokmérője gyanánt tekinthető ú. n. alapanyagcserét illeti, az már az éhezés első napjaiban — a második napon észlelni szokott kifokú átmeneti emelkedéstől eltekintve — meglehetősen alacsony értékre esik. Ez az érték azonban az éhezés további szakjaiban már nem igen csökken tovább (*Benedikt* szerint csak körülbelül 8%-ot), sőt a negyedik héten emelkedést mutat. Az első napokban bekövetkező csökkenés kétségkívül a tápfelvétel dinamikus hatásának elmaradására vezethető vissza. A további lefolyás ellene szól *Rubner* ismert tételének, mely szerint éhezés alatt a productio testsúlykilogrammonként állandó. Hasonlóképp nem áll helyt *Pflüger*nek a sejt anyagcseréjének a külső viszonyoktól való függetlenségét hirdető hypothesisa sem: a protoplasma bomlása éhezés alatt kisebbé válik („Anpassung an die Not”).

Az egyes anyagok forgalmáról az éhezõ szervezetben a következőket tudjuk:

1. A szervezet szénhidrat-készlete 2–3 nap alatt kifogy: ezen ideig a szervezet szükségletét főként belőle fedezi. Ha tökéletesen sohasem fogy is el a máj glikogenraktára, a megmaradt minimális mennyiség a szervezet anyagcseréjében már részt nem vesz. Az izomglikogen valamilyen tovább marad meg.

2. A jelzett idő után a szervezet számára a zsír képviseli a fő tápanyagot: kalorimetrikus vizsgálatok szerint az összes melegtermelésnek 72–90%-a esik a zsírok elégésére. Maximumát a zsír elégése 2–3 nap után éri el, azután a szervezet zsírtartalmának fogyásával párhuzamosan fokozatosan csökken.

3. A fehérjebontás az éhezõ szervezetben — rövid átmeneti növekedés után — ugyancsak fokozatosan csökken. Csak az éhezés utolsó szakjában lép fel a sokat méltatott ú. n. *terminalis fehérjeszételés*, illetőleg ennek mértékéeként a vizelet-N megsaporodása. Kézenfekvő e jelenség felléptében a szervezet zsírkészlete kifogyásának indicatorát látni: erre mutat felléptének késői időpontja, zsír-, illetőleg szénhidrat-adagolással való megszüntethetősége, továbbá az a megfigyelés, hogy előzetesen rosszul táplált állatoknál korábban és nagyobb mértékben észlelhető, mint hizottaknál. *Mans-*

feld vizsgálatai szerint thyeroidektomisált állatokon e terminalis fokozódás elmarad.

A fehérjének az *összanyagcserében* való részvétele 7–20%-ra tehető, ami arra mutat, hogy a szövetfehérjék a tápanyagok fehérjéjénél nehezebben bontatnak el.

4. Ami végül az *ásványi anyagokat* illeti, azoknak kiválasztása éhezés alatt fokozatos csökkenést mutat egy igen alacsony szint eléréséig, amelyen azután a kiválasztás a halál bekövetkeztéig megmarad.

A mondottakban volt összefoglalható mindaz, amit a klasszikus physiologia az éhezésnek a szervezetre kifejtett hatásáról tanít. Mint látni fogjuk, az általa nyújtott nézőpontok kiegészítésre szorulnak, ha az éhezés gyógyhatásának magyarázatát akarjuk adni.

Áttérve már most az éhezésnek tudományos alapon való therapeutikus alkalmazására, nincs szándékomban azon javallatoknak ismertetése, amelyeknél az éhezésnek nem *activ* hatása használtatik ki, hanem céljuk tisztán a tápanyagok mechanikus hatásának elkerülése. Ilyen pl. a gyomorfekély, a bél akut és idült megbetegedéseinek elrendelt éhezés. Utóbbinak — főleg akut exacerbatiók idején, vagy diaetetikuss regime-ok bevezetjeként — legkivált *v. Noorden* vált szövszólójává.

Nem sorolom ide azon eljárásokat sem, amelyek a tápfelvétel korlátozását, de nem teljes megszüntetését írják elő. Ilyen eljárások részben quantitativ, részben qualitativ korlátozásokkal számos betegségnek nyernek alkalmazást, így a szív, vese, máj, anyagcsere és a belsősecretiós szervek megbetegedéseinek.

Szorosabb értelemben vett éhezőkúráknak a belgyógyászatban a betegségek két csoportjában van terük:

1. a vesék megbetegedésénél,
2. az anyagcserebetegségeknél.

1. Vesebetegségek.

A vesebetegségek kezelésébe *Volhard* vezette be az éhezőnapokat, még pedig a diffus glomerulonephritisek akut stadiumában. Az akut vesegyulladás kezdetén alkalmazott 3–5 napos éhezés közvetlen következményeképp az oedemák lecsapolódása, a vérnyomás csökkenése és a szívinsufficiencia kifejlődésének megakadályozása szokott észleltetni. Persze a tápanyagok felvételének szünetelésénél fontosabb itt talán a folyadékbevitel szüneteltetése.

Volhard az említett jó eredményeket — ismert felfogásához híven — nem az említett kimelés következtében beálló javulásában, hanem az ú. n. extrarenalis momentumok befolyásában látja, mely utóbbiak közül a sérült capillarisfal áteresztőképességének jelentőségét állítja előtérbe.

Alkalmazást nyernek még az éhezőnapok az uraemia (még pedig a valódi uraemia), illetve a praeruraemiás állapotok kezelésében is. Itt a vesék kimelésén kívül a szervezetben felhalmozódott mérgező anyagok mobilizálása és könnyebb kiürülése az, aminek az elérését az orvos az éhezéstől várja.

2. Anyagcserebetegségek.

a) Obesitas.

A viszonyok itt állanak a legegyszerűbben szemünk előtt. A normalis mértéket felülhaladó testsúly lecsökkentésére irányuló törekvés egyszerű physiologiai alapon nyugszik. Az éhezőnapokat rendszeren periodikusan alkalmazzuk, pl. egyszer-kétszer hetenként.

b) Diabetes.

A diabetesben *Cantani* (1880) tekinthető az éhezőnapok meghonosítójának. Németországban különösen *Naunyn* és *Weintraud*, Franciaországban *Guelpa* propagálták ezt az eljárást. *Guelpa* empirikus alapon ajánlotta a sűrűn visszatérő éhezőnapokat, amelyeket még keserűvíz itatásával toldott meg, abból a gondolatból kiindulva, hogy a diabetes nem egyéb enterogen intoxi-

cationál. Ez a heroikus kezelési mód azonban kétségtelenül túllőtt a célon és a betegek súlyos leromlását okozta.

Experimentalis alapon Allen, Joslin és munkatársaik dolgozták ki az éheznapok indicatióját. A diabetikus beteg kezelését 3–4 napos éhezéssel kezdik és ezután lassan, fokozatosan építik fel a betegre nézve legcélszerűbb étrendet. E kúra elve nem új, új csak a technikája, t. i. tervszerű keresztülvitele hosszabb időn át, mint ahogy ezideig mertük, és új az éhezés felhasználása vezető kúra formájában. Míg az éheznapok az amerikai szerzők előtt csak elszórt epizódjai voltak a diabetes kezelésének, még hozzá olyanok, amelyek csak a legsúlyosabb esetek számára ultimum refugiumnak tekintettek, addig most az éheznapok egyéb diabetikus regime-ekkel karöltve rendszeres alkotórészei gyógykezelésünknek. (Alkalmazásukat csak az insulin fokozódó elterjedése szorította meg.)

Az éheznapok hatása az esetek többségében bámulatatosan jó. A *glykosuria* rövid idő alatt megszűnik, a *vércukor* — habár későbbben és nem minden esetben — erősen csökken, aminek következtében mindazon szövődmények, amelyeknek létrehozatala vagy elősegítése a *hyperglykaemiának* tulajdonítható, gyakran egész hirtelen elmaradnak: viszketés, szomjúság, álmatlanság megszűnnek, esetleges neuralgiák, furunculások, stb. javulnak. De épp ilyen kedvező az éheznapok befolyása az *acidosisra* is, még ennek legsúlyosabb alakjainál is. Az éheznapok a diabetikus beteg *toleranciájára* is elvitathatatlanul kedvező hatásúak, persze csak akkor, ha őket óvatos, a beteg toleranciáját fokozatosan megközelítő, de azt túl nem lépő táplálás követi.

Egészen egyedülálló és gyors az éheznapok hatása a *diabetikus comában*, illetőleg a *fenyegető coma idején*. Az insulin felfedezéséig kétségtelenül az éhezés volt a legerősebb fegyverünk a comával szemben, de még most is — az insulin mellett — fontos kiegészítő tényezője a coma elleni küzdelemnek.

Ha az éheznapok javallatainak és ellenjavallatainak felállítására vonatkozólag szabályokat akarunk felállítani, szükséges előbb az éheznapok hatásmódjának egységes nézőpontból való magyarázatát keresni. Az első gondolat kétségkívül az, hogy a legkülönbözőbb állapotokban elért jó hatás — amelyhez még a laikusok felállította indicatiók egész serege csatlakozik — a tápfelvétel elmaradása okozta *kíméletnek* volna tulajdonítható, amelyről a bevezetésben emlékeztem meg. Ez a kímélő hatás vonatkozhatik egyes szervekre, vonatkozhatik szervrendszerekre és vonatkozhatik az egész anyagerére. Egymagában ez a nézőpont érvényesülhet a gyomor- és bélbetegségek, a circulációs rendszer megbetegedéseinél és részben a diabetesben is. De már a vesebajoknál észlelt kedvező hatás alig magyarázható tisztán a vese kímélésével, éppígy a fogyókúrák sem kímélés által hatásosak, sőt azokat — mint ismeretes — mozgással, massage-zsal és egyéb megerőltető procedurákkal szoktuk összekötni. A diabetesnél sem elegendő e nézőpont egymagában.

Nézetem szerint a kérdés kielégítő magyarázatához jutunk, ha az éhezésnek dinamikai, az anyagáramlásra kifejtett hatást tulajdonítunk. Legegyszerűbb fogalmazásában ez a hatás a következő módon nyilvánulna: a vér és a szövetnedvek összetétele közt egészséges szervezetben egyensúlyi állapot áll fenn. Ez az egyensúly, mint minden egyensúly az élő szervezetben, nem statikus, de dinamikus. Tápfelvétel ezt az egyensúlyi állapotot oly módon zavarja meg, hogy a táp-

anyagokban jelenlévő s belőlük felszívódó termékeknek a vérben való koncentrációja nő. Ez a megszorodás azonban azonnal megindítja a reguláló folyamatot: az érfalakon keresztül megindul a felszaporodott anyagok áramlása, mely tart mindaddig, míg az egyensúlyi állapot vér és szövetnedv között helyre nem áll.

Mi történik az éhezésnél? A leírt folyamatnak éppen ellenkezője. Ha az éhezés kezdetén a vérnek és szövetnedveknek koncentrációja normalis, e folyamat csak rövid ideig fog tartani, mert a szövetnedveknek tápanyagokban való elszegényedése automatikusan — mint azt a physiologiai részben láttuk — a hőtermelés alacsonyabbá válását vonja maga után. Amíg azonban ez be nem áll, a sanguinipetalis áramlás kifejezőként megtaláljuk az éhezési lipaemiát, a vérsavó maradék-nitrogenjének átmeneti felszaporodását, stb. Az egyensúly helyreállása után vér- és szövetnedveconcentratio párhuzamosan csökkennek.

Szembeötlővé válik e sanguinipetalis áramlás mindazon esetekben, amikor az éhezés kezdetén szövetretentio áll fenn egy vagy több anyagra nézve. A vérben ilyenkor keletkező vacuum a szövetekben felhalmozott anyagoknak a vér felé való áramlását váltja ki. Kielégítő veseműködés mellett ez anyagok kiküszöbölése a jelzett áramlást mindaddig fenntartja, míg a retentio meg nem szűnt, amikor is az egyensúlyi helyzet ismét beáll és az előbbieken vázolt módon az éhezés folytatása esetén immár a vér- és szövetnedvek koncentrációja párhuzamosan csökken.

Így magyarázható az éhezés jó hatása mindazon esetekben, amikor a kímélet nézőpontja egymagában nem ad kielégítő magyarázatot. A vízre vonatkozólag oedemás, de kielégítő veseműködéssel bíró betegeknél más magyarázat tulajdonképpen el sem képzelhető. De ugyanez áll a N-tartalmú anyagok, a konyhasó, a szőlőcukor retentiójára is. Utóbbinál — a diabetesben — persze ez áramlás megindulása nem elegendő, de nem lehetetlen, hogy ez közvetve a cukor elégsét képes elősegíteni.

Az elmondottakat összefoglalva, az éhezést javallatnak tarthatjuk:

1. ha a tápanyagokat felvevő, továbbító és feldolgozó szerveknek teljes nyugalma kívánatos;
2. ha a vér- és szövetnedvek közti egyensúly a szövetnedvek koncentrációjának növekedése irányában tolódott el.

Hátra van még az éhezés ellenjavallatainak tárgyalása. A háborús tapasztalatok ezeknek számát lényegesen megesapantották. Jóllehet, mint láttuk, a physiologia és az empiria a nem túlságosan hosszadalmas éhezés veszélyeit egészséges embernél már régen minimalisaknak vagy nullának deklarálta, e veszélytelenség a köztudatba csak a háborús tömegkísérletek révén jutott be. Így a jelenleg uralkodó felfogás ellenjavallat gyanánt csak az erőbeli állapot jelentékeny legyengülését és a szívizom, valamint az érrendszer sklerotikus megbetegedéseit tekinti. Nézetem szerint azonban nem szabad figyelmen kívül hagyni a háborús tapasztalatok másik oldalát, t. i. azt a tényt sem, hogy a háborús éhezés bizonyos betegségeknek szaporodását idézte elő. Hogy ezeknek, a háborúsított országokban mindenütt észlelt jelenségeknek physiologiai alapja is van, azt egy szerv példáján kívánom bebizonyítani, t. i. a májén.

A májat az éhezés vagy hosszabb ideig tartó elégtelen táplálkozás kétségkívül károsítja. Ismeretes az ikterus catarrhalis, az acut és subacut májatrophia, a syphilitikus ikterus, salvansanikterus eseteinek a há-

ború alatt és a háborút követő években való halmozódása, valamint a májnak ugyanekkor egyéb hepatotrop mérgekkel szemben tanúsított csökkent resistenciája. *Umber* és *Herxheimer* mutattak rá először arra, hogy a májban lefolyó, az anyagcsere normalis menetének biztosításához szükséges szintetikus és destruktív folyamatok a máj glikogenszegénysége esetén helytelen irányban tolnak el, viszont a *glykogenben gazdag* máj toxikus befolyásokkal szemben ellentállóbbnak mutatkozik. Ez a resistenciafokozódás, mint ahogy azt *Versé*, *Herxheimer*, stb. kimutatták, egyaránt vonatkozik exogen mérgekre, mint aminő pl. a phosphor, és olyanokra, amelyek az intermediaer anyagcsereben keletkeznek. Éhező állatoknál, mint az már régóta ismeretes, a májsejtek elváltozásai észlelhetők; az ilyen állatok májának súlya, mint azt a physiologiai adatok közt láttuk, igen nagy veszteséget szenved el, a legnagyobbat valamennyi szerv között. Már most experimentális intoxicációknál, vagy pl. a májműködés teljes megszüntével járó acut májatrophianál a bevitt táplálék szénhidratgazdagsága esetén is morphologie a májparenchyma feltűnő glikogenszegénysége mutatható ki. Kétségtelen tehát, hogy éhezés vagy chronikus inanitio a máj ellenállóképességét csökkentve, a májait erő ártalmak számára a talajt előkészítheti.

Ezen elgondolás alapján ellenjavalltnak kell tartanunk az éhezést a máj megbetegedéseinek, de már azon állapotokban is, amikor a máj laesiójára csak gyanunk van, mint pl. a friss secundaer luesnél, malariánál és egyéneknél, kiknek már volt egyszer vagy több ízben sárgaságuk.

Lichtwitz észleletei az éhezésnek bizonyos belső secretiós szervekre gyakorolt káros hatása mellett szólanak. Lehet, hogy ily értelmű megfigyelések más szervek tekintetében is fognak történni, úgyhogy az ellenjavallatok exact felállítása mai tudásunk alapján még korai volna. A javallatok terén észlelhető túlzásokkal szemben azonban az imént vázoltak figyelembevételével mindenesetre küzdenünk kell.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Melaninkiválasztás melanosarkomák Röntgenbesugárzása után. *J. Borak és F. Driak.* (Klin. Woch. 1926. 10. sz.)

Egy, a múlt évben megjelent közleményében *Lenk* említést tesz egy betegről, akinek a vizeletében a máj Röntgenbesugárzása után melanin jelent meg. A sectionál kiderült, hogy a betegnek májmelanosarkomája volt. E közlés alapján szerzők megkísérelték három melanosarkomás betegük tumorait besugározni és valóban a besugárzás utáni 24–48 órával mindhárom esetben megjelent a vizeletben a melanin. A Röntgen-dosis, mely a mesterségesen melaninuria provokálására szükséges, körülbelül 125% H. E. D. Határozottan megállapítható volt, hogy a besugárzás hatására az erősen pigmentált melanosarkomás göbök világosabbá váltak, de nem kisebbek meg, ellentétben a nem pigmentált göbökkel, melyek rohamosan visszafejlődtek. Szerző e tapasztalatból azt következteti, hogy a Röntgenbesugárzás hatására mindig csupán a besugárzott sejt legactívabb functiója szenved és ha az történetesen a pigmentképzés, úgy a növekedési képesség, mint kevésbé élénk functio, intakt marad. *Czonicz dr.*

A typhus abdominalis combinációs terapiája (sero- és chemotherapy). *Hilgermann.* Előzetes közlemény. (Münch. Med. Woch. 1926. 13. sz.)

Szerző már régebben kísérletezett typhusbacillus-gazdák epehólyagjának natrium salicylicummal való

fertőtlenítésével. Jóllehet, a natrium salicylicum 0.5–2%-os oldatban a typhusbacillusok 24 órás bouillon-szintenyésztését 4–11 óra alatt előlte, a typhusbacillus-gazdák epehólyagjának teljes csiramentesítése nem sikerült. Újabban végzett állatkísérleteiben tengerimalacokba és házinyulakba intraperitonealisán oltott 5 cm³ 24 órás typhusbouillonkulturát és az így történt mesterséges infectio után 2–5 óra múlva 2 cm³ 4%-os natrium salicylicum-oldatot fecskendezett be intravenásan. Az eredmények igen jók voltak: míg a kontrollállatok, melyek az infectio után natrium salicylicumot nem kaptak, 24 óra alatt kivétel nélkül elpusztultak a szerveikből a typhusbacillusokat ki tudta tenyészteni, addig a kezelt állatok életben maradtak. Néhány állat azonban, mely a natrium salicylicumot a mesterséges infectio után csak 5 óra múlva kapta, az oldat befecskendezése után néhány óra múlva göresök között hirtelen exalt, szerveiből azonban elektív táptalajokra való kikenés után typhusbacillus nem tenyészett. Ezen hirtelen exitusokat szerző arra vezette vissza, hogy 5 óra alatt az állat szervezetében a typhusbacillusok már igen nagy mértékben elszaporodtak a natrium salicylicum által előlve, nagy mennyiségű endotoxin szabadult fel hirtelen. Újabb kísérleteinél ezt a toxinhatást kiküszöbölendő, a mesterséges infectio után 3 órával 5–10 cm³ typhusantiserumot adott intramuscularisan s újabb 2 óra múlva (tehát az infectio után 5 órával) 2 cm³ 4%-os natrium salicylicum-oldatot fecskendezett be intravenásan. Az így kezelt állatok mind életben maradtak, mivel a typhusantiserummal bejutott, fölös mennyiségben lévő antianyagok egy része a natrium salicylicum által elől bacillusok testéből felszabadult toxinokat ártalmatlanná tette. Szerző azt reméli, hogy ezen kombinált eljárást emberre átvive, a typhusmegbetegedés időtartama lényegesen megrövidíthető lesz. *Dvorák dr.*

A vörösvérsejtsüllyedés idült ízületi bántalmaknál. *M. Holzweissig.* (Grenz. d. Med. u. Chir. 1926. 39. füz., 117. old.)

Chronikus polyarthritiseknél, a gyulladásos folyamatnak megfelelőleg, rendszerint gyorsult a vörösvérsejtsüllyedés; normalis értékű csak a lobmentes időszakban lehet. Nem gyulladásos eredetű idült ízületi bántalmaknál (osteoarthrosis) szintén rendes a süllyedés, viszont gyorsulást észlelt szerző az *Umber* és *Munk* által leírt, endokrin zavarokból származtatott idült ízületi betegségeknek is, ami, szerinte, a bántalom gyulladásos természetével szől. Minthogy a vörösvérsejtsüllyedés megváltozása ízületi megbetegedéseknél is a lobos folyamatok aktivitásától függ, tájékoztatást nyújthat — a klinikai tünetek és egyéb vizsgálati adatok mellett — a betegség állapotára, illetőleg annak jellegére vonatkozólag is. Értékesítésének előfeltétele természetesen minden más zavaró tényező (tuberculosis, más lobos folyamat, stb.) kizárhatósága. *Fischer dr.*

A jobb- és baloldali coronaria-arteriák thrombosisának intravitalis differentialis diagnosisának kérdéséről. *Prof. D. Plotnew.* (Zeitschr. f. klin. Med. 102. köt., 2–3. füz.)

A coronariák thrombosisának diagnosa élőben nemcsak lehetséges, hanem még az is megállapítható, hogy a jobb- vagy baloldali érben támadt-e az elzáródás. A coronariák thrombosisának közös tünete az állandó status anginosus, mely sokszor többszörös rohamban nyilvánul meg. A status anginosust gyakran status asthmaticus is kíséri. Az utóbbi nem aequivalense az előzőnek, hanem csak kísérő tünete. A szíven hallgatódzva, sokszor diastolés galopp-rythmust találunk. A jobb coronaria thrombosisára jellemző, eltekinve az általános tünetektől, az acut szívtágulás jobb felé, melyet igen érzékeny acut májduzzanat kísér (kezdetben) tüdőpangásos tünetek nélkül. A bal coronaria thrombosisánál, az általános tüneteken kívül, balra és lefelé találunk acut szívtágulást, acutan jelentkező tüdőoedemával. *Friesz dr.*

Klinikai megfigyelések skarlát nephritisnél. *F. Koch.* (Zeitschr. f. klin. Med. 1926. 102. köt., 2—3. füz.)

A skarlátbetegek reconvalescentiájában a legtöbb esetben, mint következménye vagy kísérő tünete a szervezetben lejátszódó immunisatiós folyamatnak, vérnyomásemelkedés jelentkezik; ez egy vagy több nap múlva minden következmény nélkül eltűnhet. De albuminuriához és haematuriahoz, vagyis acut diffusz glomerulonephritishoz is vezethet. Ez további bizonyítéka annak, hogy a vérnyomásemelkedés már a vese-tünetek előtt kimutatható és hogy lényeges szerepe van a glomerulonephritis létrejöttében. *Friesz dr.*

Sebészet.

Eredményesen operált idült szövődményes rekesz-sérvről. *Péter Walzel.* (Wien. Klin. Woch. 1926. 4. sz.)

Egy beteg pontos kórtörténetét ismerteti, akinél mellkasi lövés kapcsán empyema, majd hét évvel a sérülés után gyomorpanaszok (véres hányás, göresös fájdalmak) léptek fel, az empyema kiújult, úgy-hogy a mellüreget újból meg kellett nyitni. Nemsokára ezután a beteg gyomorpanaszai annyira fokozódtak, hogy beleegyezett a már régebben ajánlott műtétbe. A hasüreget felől behatolva, a gyomrot, a haránt és le-hágó vastagbelet a rekeszen lévő nyíláson keresztül a rendkívül nagy összenövések miatt nem tudják vissza-helyezni a hasüregbe, úgyhogy a mellüreget is kényte-lenek voltak megnyitni, s ezúton lefejtetni őket. Vissza-helyezésük ily módon könnyen sikerült. A rekesz nyí-lását, amelyet az odafekvő lép részben már elzárt, sike-rült összevarrni és úgy a has-, mint a mellüreget drai-nezés nélkül zárták. A beteg 14 nap múlva mellüregé-ben újból genyvedést kap, ami miatt a mellüreget drai-nezni kellett. A beteg zavarátalanul meggyógyult. Ezen eset alapján, adott esetben, a combinált eljárás végzését ajánlja. *Matolay.*

A végálló aneurysma arteriovenosum. *Prof. A. G. Bršowsky.* (Arch. f. klin. Chir. 137. köt., 1. füz., 183. l.)

Fenti elnevezéssel olyan art.-ven. aneurysmát ír körül, melynél a visszér központi része rögösödött, mi-nek következtében a vér visszafolyása gátolt, illetve csak kerülő úton lehetséges. Háromféle typust ír le:

1. Az elszakított verőér környéki része rögösödött, a visszér központi része szinte; így az ütőér összekötte-tésbe kerül a visszér környéki részével. Szerinte ilyen ninesen közölve. (*Ollé* által leírva „Orvosképzés“ külön szám, 1922.)

2. Az oldalán sérült ütőér összeköttetésbe kerül a központi részében rögösödött visszérrel. (Általa két eset ismertetve.)

3. A központi ütő- és visszér rögösödött, a kör-nyéki ütő- és visszér összeköttetésbe lép egymással. (*Wambersky* által leírva.)

Ezen visszeres ütőérdaganatféleséget a következő tünetek jellemzik: 1. Az ütőeres aneurysma intermittáló főképe. 2. A visszeres ütőérdaganatra jellemző tünetei, főkép pedig a kifejezett erős pangás a végtag környéki részén. *Ollé.*

A hydrops articulorum intermittensről és családi megjelenéséről. *Prof. Schlesinger.* (Wien. Kl. Wochenschr. 1926. 23. sz.)

Ez a betegség szabályos időközökben fellépő és 1—2 napig tartó ízületi duzzanatból áll, mely gyulla-dásos tünetek nélkül jelentkezik, salicyllal nem befolyá-solható és a szív vagy ízületek bonetani elváltozásai-val nem szövődik. Mintegy 100 eset ismeretes az iro-dalomban és ezeknek több mint 75%-ában a térdnek duzzanata a jellegzetes; azonban a testnek minden izü-letében felléphet. Az egyes szabályos időközök pár nap és több hét között váltakoznak, de egyazon esetre min-dig jellemző a naptárszerű ismétlődés. Leggyakrabban paraesthesiák, zsábaszerű fájdalmak és levertség je-lentkeznek először, melyek a duzzanat tetőfokán elmúlnak. Több esetben, melyek között ötten egy családhoz tarto-ztak, feltűnő volt, hogy a betegséggel gyakran Quincke-

féle oedema, ritkábban vérzékenység és időszakos fültőmirigyduzzanattal járó nyálfolyás csatlakoztak. Az előidéző okot illetőleg négy irányban gyanakodha-tunk: 1. Secretiós angioneurosis az támogatja, hogy a betegek gyakran idegbetegek és a betegség nagyobb idegmegrázkódtatás után lépett fel először. 2. Leg-kevésbé van összefüggésben a rheumatikus bántal-makkal. 3. Bizonyos autointoxicatio felvétele nélkül nehezen magyarázható a periodusos fellépés. 4. Hata-rozott összefüggésben van a nemi működésekkel, mert csakis akkor jelentkezik, amikor azok már vagy még megvannak és terhesség alatt viszont elmaradnak a duzzanatok. Gyógykezelése meglehetősen bizonytalan. Igen ritkán segítenek physicalis beavatkozások, pune-tio, öblítések, Röntgen. Arsen alkalmazása több eset-ben eredményes volt. Ezenkívül minden más gyógyszer és gyógyító eljárást (fürdők, magaslati kúra) megpróbálhatunk, melyek egy-egy esetben eredményre vezet-hetnek. *Horváth B. dr.*

Az előrehaladott rák gyógyítása fiatalkorúak vér-savójával. *Hans Elsner.* (Med. Klin. 46.)

Míg kezdetben a meg nem operálható rákbetege-ket a) a saját, vagy b) más hasonló rákban szenvedő beteg savójával oltotta, újabban fiatalkorúak vérsavó-ját alkalmazza, állítólag jó eredménnyel. Azon elvből indul ki, hogy az öregek rákját a szervezet „előrege-dése“ és ezzel kapcsolatosan a vérből bizonyos anyagok eltünése váltja ki. A fiatal egyének hormondús vére annyira megjavítja a kachektikus betegek állapotát, hogy azok hízásnak indulnak, munkaképesek lesznek és helyzetük így jó időre elviselhetővé válik.

Pommersheim.
**Desitin-kenőccsel szerzett tapasztalatok a lábszár-
fekély kezelésénél.** *Fritz Lauerbach.* (Klin. Woch. 51.)

A kenőcs chlórozott csukamájolajból, zinkoxyd-ből és vaselinből készül. Nagy anyagon használta, úgy-hogy a kenőccsel elért eredmények feljogosítják arra, hogy azokat az általánosság részére ismertesse. A sar-jadzást és hámosodást egyformán jól segíti elő. A kör-nyezetben ritkán okoz gyulladási tüneteket. Kifeje-zetten szagtalanítja a kezdetben bűzös fekélyeket. A kezelés elején fokozódó nedvedzés állandóan csök-
kent. Súlyos varixos ekzémáknál hatástalan. Zinken-yv-kötések alatt is kitűnően bevált. A jó hatást a csuka-májolaj vitamin tartalmának tulajdonítja.

Pommersheim.

Urologia.

A bikaherében történő elváltozások a ductus deferens ronsolása után. *Éd. Retterer.* (Journ. d'Urol. 1925. 31. köt.)

A ductus deferens elzárásával a herecsatornák hámján változások észlelhetők, melyeknek eredménye-ként a hám lassanként reticularis szerkezetet vesz fel. Ez nem atrophia, hanem hypotrophia a structura meg-változásával. Ezzel párhuzamosan a nemi ingerek csök-kennek, majd teljesen eltűnnek. Herebeültetéssel nem-csak ezek a funtiók térnek vissza, hanem az agy- és izomműködés is észrevehetően javul. A here belsősecre-tiós elemeinek a herecsatornákat borító hámot veszi fel. *Adler-Rácz dr.*

A patkóvese diagnózisához. *Boss William,* Breslau. (Zschr. f. Urologische Chirurgie. 1926. 30. köt., 1—2. füz.)

Míg *Israel* többnyire műtét közben, *Braasch* tanár 98%-ban állapítja meg a patkóvesét. Szerző 23 éves fibetegnél palpato, az endoszkopiai vizsgálatoknak a Röntgen-képpel való összehozása, a kétoldali pyelo-graphia, ugyanakkor a vesék hossz tengelyének egymás-hoz és a gerincoszlophoz való viszonya által, továbbá a vesében lévő kőárnyék jelenléte, annak helyzete által műtét előtt diagnostizálta a patkóvesét.

A patkóvese diagnózisára már szerkezeti anoma-liák, congenitalis abnormitások, fejlődési zavarok utal-hatnak. Figyelembe veendő a távolhatások is, melye-
ket más szervekre gyakorol (hasszervek, vérkeringés).

Az ismételt gondos palpato alkalmas esetekben diagnoszhoz vezet. A palpato albuminuriának csak egészes patkóvesénél van diagnostikai értéke. Míg a cystoskopiának jelentősége nincsen, addig az ureterkatheterismusk a Röntgen-képpel való összevetése fontos, miután az ureterek rövidülését a median át-helyeződése által meg lehet állapítani. Egyedül a Röntgen-felvételből lehet következtetni a két veseszár összekötő hídjára. A patkóvese diagnózisát megkönnyíti az egyidejűleg létező kő. A köveknek mély és medialis fekvése, melyek a patkóvese tengelyében fekszenek, biztosítják a diagnózist. Teljes világosságot nyújt a kétoldali pyelographia, mely a patkóvese V-formájú tengelyviszonyát, valamint a vesemedence helyzetét, az uretertorkolatot világosan mutatja. Utal továbbá az isthmus helyzetére és ezzel együtt a műtét mikéntjére is.

Ha a diagnózis nem műtét előtt állapított meg, patkóvesére vall a vesefészkek üressége, a perirenalis zsírszövetek hiánya, a vese ébrényi lebenyezettsége, valamint aberráló edények jelenléte. A pyelotomia patkóvesénél egyszerű, mivel a vesemedence a ptotikus vesének elülső oldalán fekszik. Recidivákkal számolunk, mert az ureter az isthmus által comprimáltatik, miáltal pangás áll be.

Ha az összekötő híd szétválasztásától eltekintünk, ajánlatos a vesét zsírtokjába visszahelyezni, nehogy esetleges ismételt műtétnél a vese környezetével nagyon összenőjön.

Egerváry Tibor dr.

Szemészet.

Röntgen-sugarak hatása a lencserostokra. *Bussacca és Sighinolfi.* (Bollet. d'ocul. 1925.)

Az első szerzők, kik e kérdéssel foglalkoztak, úgy találták, hogy a Röntgen-sugaraknak semmi hatásuk sincs a lencsére. *V. Hippel* már gravid nyulak röntgenezésével congenitalis cataractát bírt létrehozni. (Állítólag, mert a Röntgen-sugarak a lecithint choliná változtatják át.) *Tribondeau* kísérleteiben fiatal állatoknál cataracta fejlődött, időseknél sohasem. *Rados* és *Schinz* tagadják, hogy a Röntgen-sugarak ártanak a lencsének.

Szerzők kísérleteiket 30 állaton végezték, melyeket három csoportba osztottak. Az első csoport filtrálatlan sugarakat kapott, a második 3 mm-es aluminium- vagy 1/2 mm-es zinkszűrővel filtrált egyszeri besugárzást, a harmadik csoportnál az első besugárzás után két hónappal újabb kis adagokat alkalmaztak. 6 H-nál erősebb adagokra már két óra után mikroszkopikus elváltozásokat találtak a lencsében, míg makroszkopice a lense nem látszott homályosnak. Ezen elváltozások (fénylő cseppek a sejtmagban, a citoplasma homályossá válik, stb.) 3–4 nap múlva eltűnnek és különben is csak a lense széli rostjaiban észlelhetők. Filtrált sugarakra ugyanezen elváltozásokat kisebb fokban észlelték, míg a harmadik csoportnál semmi elváltozást sem találtak. A fent leírt tünetmények magyarázatát talán *Wels* kísérletei adják, melyek kimutatták, hogy globulin-oldatokból a Röntgen-sugarak hatására kicsapódik a globulin, de ezen változás reversibilis. Minthogy másrészt a lensemag rostjainak kémiai szerkezete más, mint a kéregrészt rostjaié, valószínű, hogy ez magyarázza meg azt, hogy miért maradnak amazok intactok, míg ezek megbetegednek.

Kretz Tibor dr.

A trachoma gyógyítása sajátvérsérummal. *Besso.* (Bollet. d'ocul. 1926.)

Angelucci először ajánlotta, hogy nemcsak trachomások, de szem-, gége-, tüdő-, stb. tuberculosist is gyógyítsunk trachomások sérumával. Szerinte a hatás részint protein hatás, részint a specifikus toxinok antitest képzésre serkentenek. Később újabb fényes eredményekről számolt be, melyeket 10–13-szor 1 1/2 cm³ vérsérum subcutan adagolása által elért. De ekkor *Angelucci* már a serumkezelés mellett a localis therapiát is használta, melyet, szerinte az előbbi nemcsak hogy nem contraindicál, de még fokozza a hatását. Szerző 100 trachomást kezelt saját vérrel részint egyedül, részint helyi kezelé-

sel egybekötve, de objectiv jó eredményeket nem tapasztalt, csak a subjectiv érzés javult meg. Éppígy a francia szerzők sem ajánlják a saját vért trachománál.

Angelucci és iskolája különben a trachomát a lymphatismus részjelenségének tekintik, és antagonizmust találtak közte és a phthisis között, mely utóbbi inkább hyperthyreoidéas egyéneknek lép fel. Ezen teoriát azonban elsőnek *Brana* állította fel, ki már 1922-ben állította, hogy a trachoma constitutionalis lymphatismusban szenvedő egyéneken található, akiknél épp ezen constitutio okozza a hegesedést. A súlyosabb alakok eddig ismeretlen virus által okoztatnak, de szintén csak lymphatikus egyéneknek. Nagyszámú statisztikai adatai alapján a következőket állapította meg: 1. a trachomások igen nagy százaléka degeneratív stigmákkal bír; 2. igen gyakoriak foganomaliák; 3. rhachitis, hereditas is gyakran áll fenn és ezen esetekben a legkifejezettebb a hegesedés is; 4. minél nagyobb fokú a constitutionalis lymphatismus, annál makacsabb a trachoma lefolyása. *Steiner* ugyan *Brana* teoriáját cáfolni igyekezett, de constitutionalis lymphatismus helyett scrophulosisra gondolt. *Winski* viszont úgy találta, hogy a trachoma csak részjelensége a tuberculosishoz és erre hajlik *Angelucci* is, míg *Addario La Ferla* ezt tagadja. Minthogy tehát ilyen megoszlók a vélemények, szerző azt hiszi, hogy a trachoma nem bizonyos constitúcióhoz kötött, hanem, hogy a szegényebb néprétegekben a rossz hygienikus viszonyok folytán úgy a trachoma, mint a fentemlített bajok is gyakran fordulnak elő.

Kretz Tibor dr.

Parenteralis rézinjectiók a trachoma gyógyításában. *Padovani.* (Bollet. d'ocul. 1926.)

A réz colloidalis oldatban legalkalmasabb parenteralis injectiókra. *Kopaczewski* ugyan tagadja, hogy colloidalis fémoldatoknak specifikus kémiai hatásuk lenne, de a tapasztalat (pl. a colloidalis higany anti-infectiosus hatása, stb.) az ellenkezőjét bizonyítja. *Lumière* is azt állítja, hogy a colloidalis fémek okozhatnak chokot is, de máskor viszont éppen hyperthermiát okoznak. Szerző colloidalis rézinjectióira tényleg majdnem mindig hyperthermiát látott. Közöl öt esetet, melyek közül négyben 4–5 injectióra (2, 3 1/2, 4 1/2, stb. cm³ intramuscularisan) a pannus és egyéb súlyos trachomás tünetek teljesen eltűntek. Az ötödik esetben csak egy injectiót kapott a beteg, mire állapota szintén feltűnően megjavult. Egy esetben míg az egyik szem meggyógyult az injectiókra, a másik szemben a tünetek kiélesedtek. Ezen különös tény magyarázata, valamint therapiájának hatásmódja fogják szerző legközelebbi kutatásának tárgyát képezni.

Gyermekorvostan.

Az ammoniakképzés a csecsemőkorban. *M. Landsberger.* (Zeitschr. f. Kinderheilk. 39. köt., 5. füz.)

A vizelet ammoniaktartalmát befolyásoló tényezők közül a vastagbélben történő savképződést tanulmányozza a szerző. Ha a savképződést fokozta nehezen resorbeálódó szénhidrátok vagy zsírdús táplálék adagolása által, akkor a vizelet NH₃ coefficiente is emelkedett, viszont annak csökkenését észlelte sok fehérje bevétele után. Az újszülötteknél is az erjedési flora fellépésével nagyobbodik a vizelet NH₃ tartalma. Neuropathiás csecsemők chronikus obstipatioja és alcalikus székletei kapcsán alacsony a vizelet NH₃ tartalma. Mindezen jelenségek azt mutatják, hogy a vastagbélben történő savképződés fokozódásával paralel emelkedik a vizelet NH₃ tartalma és a titrálható aciditása, bár ez utóbbi csekély fokban és nem rendszeresen.

Beck Rella dr.

A resorcin alkalmazásáról és ártalmairól a gyermekkorban. *O. Connert.* (Zeitschr. f. Kinderheilk. 39. köt., 5. füz.)

Szerző a resorcin a gyermekkorban bőrbajok kezelésében értékes szernek tekinti, de hangsúlyozza káros mellékhatásait, melyeket főleg fiatal csecsemőknél észlelhetünk. Úgy az irodalmi adatok, mint saját tapaszt-

talatai azt mutatják, hogy a resorcin intoxicatio összes halálos végződésű esetei három hónapnál fiatalabb csecsemőkön fordultak elő, amiért ezeknél a resorcin alkalmazását elvetendőnek tartja. A fiatal csecsemő aránylag nagy testfelülete és a finom bőr nagyobb felszívóképessége magyarázza ezen jelenséget. Intoxicatio tünetek esetén (bágyadtság, aluszékonyság és methaemoglobinaemia) excitantiákat, konyhasós infusiót és vértransfusiót ajánl.

Beck Rella dr.

A gyomorlipase hatása faj-azonos és faj-idegen savóban. M. Landsberger. (Zeitschrift f. Kinderheilk. 39. kötet, 6. füzet.)

Szerző a Davidson-féle kísérlettel kimutatta, hogy a tributyrin a csecsemők gyomorlipaseja anyatejsavóban gyorsabban hasítja, mint a tehéntejsavóban. Ennek magyarázata nem az ion-tartalom különbözőségében rejlik, hanem az anyagok kolloidális összetételében, mivel a lipasehatás fehérjementes savóban egyenlő gyorsaságban megy végbe.

Mihalovics dr.

Leukocytia vérvkép és infectio. Stettner. (Monatschr. f. Kinderheilk. 1926, 31. köt., 3–4. füz.)

A genyes természetű infectiók vérreakcióját a korai gyermekkorban a lymphocyták megfogyásának a hiánya jellemzi. Az infectio kapesán a szervezet fokozott igénybevételével megfogynak a vérben a myeloid és végül a lymphoid elemek is. Némely esetben a lymphocyták megmaradása alkalmul szolgál a helyzet, illetve az infectio fokának a megítélésére. A korai gyermekkor vérvképének mintegy különlegesége a myeloid és lymphoid elemek ezen harmonikus együttműködése, amely a fejlődés kapesán csaknem teljesen megszűnik. A gyermekkorban szintén előforduló súlyos kimerülési reactio, ellentétben a felnőttkével, jóindulatú és nem zárja ki a csaknem teljes gyógyulást.

György dr.

Winckel-féle betegség (septicaemia) két esetéről. Connerth O. (Zeitschr. f. Kinderheilk. 39. köt., 1. füz.)

A szerzőnek két esetet volt alkalma észlelni. Az első minden tekintetben megfelel a Winckel által leírt kórképnek (látatlan ikterus mellett cyanosis haemoglobinuriával). Kiterjedt bõrgyulladás tüneteit mutató 39 napos csecsemőt észlelt, akin rövid idő alatt a bõr szederjes elszíneződést mutatott, dyspnoe és motoricus izgalom nélkül. Hasonló elszíneződést mutatott a nyálkahártya is, később láz nélkül ikterus lépett előtérbe haemoglobinuriával és a környéki mirigyek mérsékelt megnagyobbodásával. Az ismételt vérvkép a vörösvérsejtek megfogyását és a fehérvérsejtek felszaporodását mutatta. A gyermek két nap múlva exitált. Kórházba való felvétele előtt 3%-os bõrvaselin- és 5%-os resorcinpasta-kezelésben részesült. Ehhez teljesen hasonló a második esetben észlelt egyhónapos csecsemő kórkepe. Mindkét esetben legvalószínűbb a chemiai intoxicatio kizárása után egy a bõrön keresztül támadt acut streptococcus sepsishez hasonló kórforma szerepe.

György Ede dr.

Kis fehérjemennyiséggel elért súlygyarapodás hiányosan fejlődő csecsemőknél. Langer és Schmal. (Zeitschr. f. Kinderheilk. 39. köt., 1. füz.)

Hiányosan fejlődő csecsemőknél a négy első hónapban az anyatejhez hozzáadott kis fehérjemennyiséggel szép súlygyarapodást lehet elérni. A fehérjének ezen súlygyarapító hatása nem a fehérje által képviselt caloriamentesség következtében fejt ki hatását, mert a súlygyarapodás bekövetkezik akkor is, ha a csecsemőnél az eddig nyújtott összcaloria mennyiségét csökkentjük. A fehérjének jelen esetben specifikus hatását bizonyítja az is, hogy más tápanyag (zsír, szénhidrát) hozzáadására, vagy az eddig nyújtott mennyiség fokozásával hasonló eredményt elérni nem lehet, valamint az, hogy a fehérje kihagyásával ezen kedvező súlygyarapodás azonnal kimarad. A fehérje ezen jó hatásának magyarázatát abban találja, hogy ezen gyermekeknél fokozott fehérjeszegénység, illetve szükség van jelen.

György Ede dr.

Elméleti tudományok köréből.

A tápanyagok hatása a serum fehérjetartalmára. R. E. Mark, Wien. (Pflügers Archiv 212. kötet, 1. füzet, 95. oldal.)

A szerző a vérserum fehérjének exogen szabályozó feltételeit vizsgálja, illetve kutatja azt a kérdést, hogy mily változás állhat be a serum fehérjetükrében a különböző tápanyagok hatására. Kutyakísérleteiben kiindulásul megállapítja először az éhezés (teljes ételtalmegezés) okozta változást a vérserum fehérjében, mely szintre 10,5%-os növekedésben nyilvánul meg, ezután tér át az egyes tápanyagok hatásainak a vizsgálatára. Kísérleteinek eredményeképpen azt állítja, hogy a különböző tápanyagok különbözőképpen hatnak felszívódásuk és assimilációjuk folyamata alatt a serum fehérjetartalmára. *Húsbevitelre* múló hyperproteinoplasmia jön létre, *cukorra* nincs jelentős változás, *sza-lonnára* pedig a serum fehérjetartalmának múló súlyledése mutatható ki. A szerző szerint ezen jelenségek tüzetesebb vizsgálata révén újabb adatok nyerhetők a vérfehérjék viselkedésére vonatkozólag.

Antal.

A mellékvesék és a paraganlionok viselkedése insulinmérgezés alatt. R. H. Kahn, Prága. (Pflügers Archiv 212. kötet, 1. füzet, 55. oldal.)

A szerző kutya- és nyúl-kísérleteiben megerősíti egyesek (Poll, stb.) azon észlelését, hogy insulinmérgezéskor a mellékvesék mindkét állományában morfológiai elváltozások lépnek fel. Kimutatja egyben, hogy az insulinhatás észlelhető a kutya paraganlion aorticumán is. Vizsgálataiban bebizonyítja, hogy a mellékvese chromaffin szöveteinek fentemlített morfológiai elváltozásait adrenalintartalmának csökkenése is követi. Az insulinmérgezésnek a mellékvesére irányuló ezen hatása az idegpályán át történik a szerző szerint. Splanchnikus átvágáskor az előbb leírt hatások nem lépnek fel.

Antal.

KÖNYVISMERTETÉS

Elmekörtan. Írták: Szabó József dr. és Nyirő Gyula dr. Szeged. 1926.

Most, hogy megjelent a munka második része — első részét már ismertettük az O. H.-ban —, mondhatjuk csak igazán, hogy mennyire mindenre kiterjedő figyelemmel írták meg a szerzők könyvüket. A legújabb eredményeknek is szorítottak helyet, úgyhogy a tanuló igazán mindenről tájékozódhatik. Ez a befejező rész az elmebajok részletes tárgyalásával foglalkozik. A rendszertana nem tér el lényegesen az újabb tankönyvekben szokásostól. Minden kórképet a maga gyakorlati fontosságának megfelelő terjedelemben és részletességgel tárgyalnak, a dementia paralytica, schizophrenia, alkoholos elmébántalom, hysteria, maniás depressiós elmezavar 30–30 oldalt foglal el, tehát való-ságos értekezések. Amit azonban külön ki kell emel-nem s ami tankönyvben a legfontosabb — a didaktikai érzék, mellyel szerzők könyvüket megírták, világos, szabatos stílusban, a tanuló által is könnyen áttekin-tető rendszerességgel. Kívánjuk, hogy minden orvos kezébe kerüljön e könyv s minél hamarabb új kiadás váljék szükségessé.

Reuter.

Lebensvorgänge in der Haut der Menschen und der Tiere. P. G. Unna és J. Schumacher. Franz Deuticke, Leipzig u. Wien 1925. Ára 5 M.

Unna és tanítványai már hosszú évek óta dolgoz-tak azon, hogy a bõr finomabb chemiáját felderítsék. E vizsgálatok azonban nagyobb jelentõséget csupán akkor nyertek, amidõn Unna, az általa bevezetett chromolysis segítségével, képes volt felhasználni a fe-hérjék ama két fontos tulajdonságát, hogy: különbözõ módon festõdnek és oldódnak. Ilyen módon sikerült minden sejtben kisebb körzeteket (nuclein-, cyto-se-, globulin-, fermentum-, stb. helyeket) kimutatni; min-den sejt tehát élesen definiált, chemiai testek mozaikjá-nak fogható fel, hol az egyes építõkövek fehérjetartalmuk, chemiai reakciójuk, oldhatóságuk és az oxvgen-hez való magatartásuk szerint különböznek egymástól. Oxygenhelyek kimutatására rongalitfehér-, reductiós helyeké pedig kaliumpermanganat- és vascyan-

reagenst használt. Megkülönböztet *u. n. primaer oxygen-helyeket* (pl. a magvakban), hol oxygenen kívül még egy peroxydase is található; vannak továbbá *secundaer oxygenhelyek*, melyek savanyú fehérségek (cytose, globulin) segítségével a mag oxygenjét képesek magukhoz vonni és így a bőr oxygenraktárává válhatnak. Az elszarusodást *Unna* szerint a tyrosin felszaporodása jellemzi; „valódi” az elszarusodás akkor, ha a folyamat csak a sejtekben megy végbe, nem pedig az intercellularis sejtermékekben is. A bőr pigmentjének, a melaninnak szerinte háromféle eredete lehet s ezért megkülönböztet egy epithel-, egy kötőszöveti és egy szaruscsoportot. A bőr zsírproductiójával, cholesterin és cholesterinester, phosphatidek és glicerinzsírok szerepével végződik a munka.

A szerzőknek sikerült a 106 oldalas könyvecskében, mely tulajdonképpen *Unna* és tanítványai régebbi munkáinak mintegy népszerű összefoglalása, mindvégig érdekes és vonzó módon előadni *Unna* theoriáját a bőr histochemiájáról. Tudnunk kell azonban, hogy a szerzők igen nagy része nem fogadja el *Unna* ezen nézeteit, sőt igen kiváló autorok egyenesen ellene foglaltak állást. *Unna* maga is elhagyta a régebben oly fontosnak tartott Millon-reagensét, a kaliumpermananganat azonban éppen olyan megbízhatatlan reagens, mint az előbbi. Mindazonáltal a bőr histochemiájának napról-napra való fokozódó jelentősége folytán kíváncsios lenné, ha e munkát, mely könnyen érthető stílusánál fogva nemcsak orvosok számára készült, minél számosabban olvasnák el. *Temesváry György dr.*

Die Prostitution. Bloch. Louis Marcus, Berlin. 1925. II. kötet, I. rész.

Bloch munkájának második kötetét a 16. és 17. század történetével kezdi. Szembeállítja a renaissance korát a közép- és ó-korral s kiemeli a syphilit, mint azt a tényezőt, amely a 16. század elejétől napjainkig a prostitutio átalakulására, fejlődésére a legfőbb hatást gyakorolta. A syphilis feltűnése a 15. század végén, majd epidemiaszerű fellépése Európa összes országaiban szükségessé tette az államhatalom beavatkozását. Már *Vidius*, *Astruc* és mások korán felismerték a prostitutio jelentőségét a syphilis terjedésének szempontjából. *Bloch* hosszasan foglalkozik e kérdéssel, majd rátér a 16. és 17. századok viszonyaira. Részletesen tárgyalja Olasz- és Franciaország állapotát. Habár az erkölcsi szempontokon felül a syphilis terjedésének meggátlása céljából a 16. és 17. századok államfelfogása szükségesnek tartotta a prostitutio teljes megszüntetését és sokszor drákói szigoruságú rendelkezésekkel törekedett ezt elérni, mégis szemet hűnyt a gyakran nagy politikai befolyást élvező kurtizánok felett. Az államhatalom nem ért célt, mert a társadalomból kitaszított, a hatóságoktól üldözött prostituáltat foglalkozásának titokban való folytatására kényszerítette és ezáltal kifejlesztette az államhygiene szempontjából veszedelmesebb titkos prostitutiót.

A 18. és 19. század államhatalma toleránsabban viselkedett a prostitutióval szemben; felismerte a titkos prostitutióban rejlő nagyobb veszedelmet és a teljes megszüntetés helyett szabályozására törekedett. Európa államai, elsősorban Franciaország, már 1765-ben elrendelte a prostituáltak összeírását, majd 1798-ban a kötelező orvosi vizsgálatot. 1810-ben Frankfurtban elismerték a prostituáltot mint foglalkozást, 1834-ben pedig megjelent Hamburgban *Abendroth*-nak a prostituáltot szabályozó *u. n. kék könyve*. Hasonlóképpen Genfben is 1809-ben kibocsátották a prostituáltot szabályozó rendeletet. Oroszország 1843-ban intézkedett a prostituáltak összeírásáról és a kötelező orvosi vizsgálatról. Angliában és Dániában nem volt hivatalos prostitutio.

A mű részletesen tárgyalja a prostitutiónak az irodalomra és művészetre gyakorolt hatását. *Bloch* számos irodalmi munkát idéz, melyek részben a prostitutiót támadják, részben nagyhírű kurtizánok élettörténetét örökítik meg.

A befejező szavakban utal korunk nagy társadalmi mozgalmaira (munkás-, nőmozgalmak), amelyek az individuum jogainak kimélyítése által a prostitutio kérdésének új irányt adtak. Nem az államhatalom erejében látja a problema megoldását, hanem az egészséges sexualitikaiban, a nő és férfi nemi téren való egyenjogúsításában, az öntudatos nemi abstinentiában és az erkölcsi defectusban szenvedőknek társadalmi úton való gondozásában véli a kivezető utat.

A szerző e nagy anyagot felölelő munkájával értékesen szaporította a szakirodalmat és a forrásmunkák számát, az érdekes tárgynak áttekinthető feldolgozásával pedig nem szakkörök részére is hozzáférhetővé tette. *Földvári Ferenc dr.*

A Budapesti Kir. Orvosegyesület május 8-i ülése.

Bemutatás:

1. Biedermann János: Veleszületett szívbetegség felől egyénben. A 33 éves mosónő kórelőzménye (1923 július): Gyermekkora óta kékeszínű és megvastagodott ujjvegek. Evék óta köhög. 10 hó előtt hidegrázás, azóta láz, köhögés, véres köpet. Három graviditas, két abortus. Klinikai tünetek: kifejezett arc- és ujjcyanosis, dobverő ujjak. Bilateralis fibrocacaeosus, ulcerosus, phthisis, köpetben sok Koch-bacillus. Szívrevolúciók a jobb mellkastélen a 3., 4. és 5. bordaközben, szívesűcs az 5. bordaközben a jobb med.-clavic. vonalban. Surranás. Szívtompulat: baloldalt egy ujjnyira parasternalisan, jobboldalt fenn a jobb III. borda, kívül (jobboldalt) a szívesűcs. Hosszú, fűvő, systolés zöreje a sternumon a IV. borda magasságában, diastolés is átmegy, vezetődik a szívesűcs és jobb hónaljárok felé. Két részből álló systolés zöreje a manubrium sterni: az első hangos, kissé érdes, a második halkabb, fűvő. Interseapularis téren jobboldalt kettős diastolés hang. Jobb II. bordaközben ékelt pulmonalis II. Elektrokardiogramm I. és II. levezetésben negatív „R” komplexus; III. levezetés normalis. Vérnyomás: systolés 80–85, diastolés 38–40 Hg-mm. Capillaris mikroszkopia: teltebb, szélesebb, kanyargós venásszár, sötét alak, kifejezett subpapillaris plexus. Vörösvérsejt 7,400,000. Wassermann-reactio negatív. Hasiszervek elhelyezése normalis. Röntgen: szív legnagyobb tömegével a jobb mellkastélen, szívesűcs jobbra néz, szív meredek balról-felülről jobbra-lefelé („steile Schägform” *Assmann*). Kétves bal és háromves jobb szívfél. Orthodiagramm: M. r. 76 cm; M. l. 3 cm; L. 145 cm; T. 106 cm. Klinikai felvétel: congenitalis dextrocardián kívül congenitalis cyanosis szől congenitalis vitium mellett. Topikus diagnosishoz a szívzöreje karaktere vezet; ez megfelel a pulmonalis stenosisnak; azonban mivel a pulmonalis II. ékelt, s a systolés zöreje egy helyen két részből áll és különböző karakterű és divergáló irányú (*Vierordt, Posselt, De la Camp*) és dilatációs jobb szív hypertrophia áll fenn, a többi gyakoribb congenitalis anomalia kizárása után, kamrasövény defectusra következtet. Rövid diastolés zöreje és Gerhardt-féle tünet (kettős diastolés hang interseapularisan körülírtan) miatt még pulmonalis insufficiencia is. 1925 ápr. jobb oldali capsularis hemiplegia motoros aphasiával. 1925 nov. exitus letalis. Boncolás *Nachtnebel* tanársegéd által: szív a középvonaltól jobbra, szívesűcs is jobbra tekint. Megnagyobbodott jobb szívfél; jobb kamra 4–8 mm vastag, bal ugyanannyi. Jobb kamra erősen táglalt. Az arteria pulmonalisnak két billentyűje van: az előlő vékony, a hátulsó vastak s a falhoz lenőtt. Az arteria pulmonalis szájadéka erősen szűkült, egy ujjat nehezen fogad be, kerülete 3½ cm; a conus is erősen szűkült; kezdeti részén heges, vastak határ úgynevezett harmadik gyomrot képez. A kamraközti sövényen 2½ cm átmérőjű kerek nyílás az aorta alatt mellül, melyen át a két kamra közeledik. Az aorta elől és baloldalt ered a bicusp. kamrából és sagittalis irányba hajlik hátra a bal főbronchus felett. A pulmonalis a tricuspidalis kamrából hátul jobboldaltól ered. Klinikailag dextrocardia, anatómiai értelemben csak congenitalis dextroversio (*Paltay*). A congenitalis pulmonalis stenosis és septumdefectus diagnózisát (közölve 1923. *Benedict-évkönyv*) a sectio igazolta. A pulmonalis insufficienciát valószínűvé tette. A corrigált értanspositio klinikai tüneteket nem okoz. (Elektrokardiogramm; Röntgen-felvétel és anatómiai készítmény demonstrálása.)

Előadás:

1. Alth Egon: Pityriasis rosea nevű bőrbetegség aetiologiája. A pityriasis roseát 1860-ban írta le először *Gibert*, de az aetiologiája mai napig ismeretlen. Vannak, akik azonosítják a herpes tonsurans maculosus et papulo vesiculosus seu squamosus néven leírt kórképpel; vannak, kik ettől elkülönítik, de parasitásnak

tartják és végül vannak, kik tagadják a parasiták elméletét és a legkülönbözőbb okokra vezetnek vissza ezen betegséget. Tanulmányom célja volt, hogy eldöntsem egyrészt, minő összefüggés van a pityriasis rosea és a herpes tonsurans maculosus et papulo vesiculosus seu squamosus között, másrészt parasiták betegsége-e a pityriasis rosea. Kontrollképen 15 herpes tonsurans esetet dolgoztam fel. Ezen esetek között szerepelt úgy a közönséges herpes tonsurans plequemint, a herpes tonsurans corporis et capitis, a herpes tonsurans maculosus et papulo vesiculosus és végül egy herpes tonsurans squamosus eset is. Vizsgálataim eredménye: mind ezen esetekben megtaláltam a bőrelváltozások hámkaparékában a trichophyton gombát; a herpes tonsurans maculosus et papulo vesiculosus seu squamosus a bőr felületi trichophytiájának egy alakja. A pityriasis rosea aetiologiáját kutatva, úgy egészséges egyének ép bőrét, mint különböző bőrbajokban szenvedő egyének kóros bőrét vizsgálat tárgyává tettem. Ép bőr hámkaparékában magvashámsejt nincsen, kóros bőr hámkaparékában mindig kevesebb vagy több magvashámsejt található a göröső alatt a lob jeleként. A kóros elváltozású bőrön sporák nincsenek, míg ép bőr hámkaparékában mindig találhatók; míg azonban az ép bőrön ezen sporák, ha nagyobb számban is vannak, a göröső alatt elszórtan találhatók, addig a roseás elváltozások hámkaparékában nemesak elszórt sporák, de nagyobb sporatömegek, összefüggő sporacsoportok és láncok, sőt elágazódó sporaláncok is láthatók 1–1 látótérben. Ezen lelet annál feltűnőbb, mert nem parasiták kóros bőr hámkaparékában sohasem találhatók. A sporákon kívül úgynevezett körtealakokat is látunk a pityriasis roseás elváltozások hámkaparékában. Ezen körtealakok az átmenetet képezik a spora- és gombatagok között. A pityriasis rosea eseteim nagyobb számában ezen képleteken kívül még gombatagok, tagozottan hosszabb fonalak és 2–4-tagú gombafonalak is láthatók. Ezen gombatagokat és fonalakat könnyű megkülönböztetni a trichophyton gombától, de nehéz a pityriasis versicolor kórokozójától, a mikrosponon furfúrtól, miért is 12 pityriasis versicolor esetet számos készítményben kontrollképen megvizsgáltam. Ezen két betegségnél a göröső alatt talált különbségeket figyelembe véve, azon meggyőződésre jutottam, hogy bár a pityriasis roseánál talált sporák, gombatagok és fonalak igen nagy hasonlatosságot mutatnak a mikrosponon furfúrtól sporáihoz és gombatagjaihoz, valamint fonalaihoz; ezekkel még nem azonosak. Tanulmányom eredménye: a pityriasis rosea nem azonosítható a herpes tonsurans maculosus et papulo vesiculosus seu squamosus körképével; a pityriasis rosea tisztán a bőrre localisált parasiták gombás megbetegedés.

Leskó Jenő: Két kérdést intéz az előadóhoz. 1. Történt-e átoltási kísérlet? 2. Készített-e kulturát, mert ezek nélkül nem vagyok meggyőződve a felfedezett gomba specifikus voltáról.

Zárszó: Ilyen kísérletek nem történtek.

Schuster Gyula: Újabb kísérletek elmebetegségekre gyógyítására. (Egész terjedelmében fog megjelenni.)

Elnöki megnyitó a Magyar Gyermekorvosok Társaságának II. nagygyűlésén május 10-én.

Tartotta: *Bókay János dr. egyet. tanár.*

Tisztelt Nagygyűlés!

Midőn második nagygyűlésünket ezennel szerencsém van megnyitni, hazafias örömmel adok kifejezést, hogy ezen összejövetelünkre is oly gazdag tudományos anyag gyűlt össze, hogy valóban bő szüretelésre van kilátásunk. A bejelentett előadások nagy sorozata is mutatja, hogy ezen tudományos társulásra már szükség volt, mert ily bőséges tudományos anyagot más fórumon már nem tudtunk volna kellőleg elhelyezni. A bejelentett előadások nemesak mennyiségileg bőségesek, de gazdagok minőség tekintetében is és mutatják, hogy hazai szakembereink műhelyeikben derekasan dolgoznak, az actualis themákat felkarolják s igekeznek arra, hogy szaktudományunk előrehaladását előmozdítsák, s a külföldi szakembereivel ezen munkában lépést tartanak.

Referáló themáink kiválasztásánál az igazgató-

tanács körültekintéssel igyekezett eljárni s oly kérdéseket jelölt ki, melyek világszerte foglalkoztatják, mondhatnám izgatják a szakembereket, s ezen kérdések megvitatása eredményesnek is ígérkezik. Az angolkór pathogenesise szaktudományunknak ma is még tisztázatlan kérdése s örvendünk, hogy annak egyik referense azon kartársunk, ki ezzel a kérdéssel már jó két éve foglalkozik s a lefolyt évben a Rockefeller-alapítvány előzékenysége folytán az Egyesült-Államok területén, Baltimoreban, *Mc. Collum* és *Howland* tanárok mellett, kik ma a legkiválóbb rachitiskutatók, huzamosan dolgozhatott. Örvendünk, hogy a rachitis terapiájának kérdését *Flesch* érdemes kartársunk vállalta, ki tapasztalatainak nagy tárházából kétségtelenül értékes adatokat fog nekünk szolgáltatni. A második referáló tárgy: a vörheny prophylaxisának kérdése, ma az egész művelt világ szakembereit foglalkoztatja s így csak örvendetes, hogy ezen nemzetközi munkából mi magyarok is kivesszük részünket, úgy, mint kivettük részünket 1894-ben a diphteriaellenes gyógsavókezelés értékének megállapításánál s 1911-ben a Heine-Medin-betegség körülményeinek tisztázásánál. A kijelölt két referáló tárgykör is mutatja, hogy mennyire fontos, hogy minél szorosabban kapcsolódjunk a külföldhöz s azokat az összekötőszálakat, melyeket a világháború szétszakított, újból összeszövjük. Igaz örömmel regisztrálhatom, hogy ezen munkánk sikeresen halad előre, s a volt semleges államok mellett Anglia, Olaszország, Franciaország szakembereivel helyreállított összeköttetésünk, sőt helyreállott a régi szívélyes kartársi viszony is. Különösen örömről szolgál az, hogy az Egyesült-Államok szakértőivel újból a legmelegebb collegialis kapcsolatba jutottunk, mit csak még jobban megszilárdít a Rockefeller Foundation, melynek áldozatkészsége folytán már eddig is néhány szaktársunk tölthetett hosszabb időt, tudományos kutatások céljából, az Egyesült-Államok területén.

Németország és Ausztria szakembereivel szoros tudományos összeköttetésünk régi keletű s visszanyúl a múlt század közepére, *Bókay* senior működésére s ezen kapcsolatoság még szilárdabbá vált azáltal, hogy a magyar szakemberek egész sora tagja lett a még 1883-ban alapított *Gesellschaft für Kinderheilkunden*nek s ezen társaság évi ülésein magyar szakemberek a multban mint előadók elég sűrűn szerepeltek is. Midőn a *Gesellschaft* mult évi karlsbadi ülésén esekélyiséget módfelett kitüntette azzal, hogy tiszteletbeli tagjai sorába választott, *Czerny* és *Finkelstein* nagyérdemű kartársaimmal egyidőben, ezen tényben a magam személyének kitüntetése mellett a magyar paediatría elismerését láttam. Ezúttal egy felette örvendetes hírről is jelentést tehetek a tisztelt Nagygyűlésnek. A *Gesellschaft für Kinderheilkunde* ugyanis csak nemrégiben megtartott választmányi ülésén, magyar kezdeményezésre, egyhangú lelkesedéssel határozta el, hogy 1927 szeptember havában a magyar fővárosba jön el s itt tartja meg évi ülését. Nem első alkalom ez, hogy a *Gesellschaft* a magyar fővárosba ellátogat. 1913-ban a Bécsben megtartott ülés után a *Gesellschaft* számos tagja lerándult hozzánk s ittléte alatt kegyelettel adózott *Bókay* senior emlékének is azzal, hogy a Stefánia-gyermekkorház előkertjében lévő szobor talapzatára hatalmas koszorút helyezt el.

Midőn mindezek közlése hazafias örömmel duzzasztja meg keblünket, szívünket mély fájdalom tölti el, hogy az év folyamán, 1925 június 25-én elvesztettük egy régi, kipróbált bajtársunkat, *Erőss Gyulát*, ki fiatal társaságunknak egyik alapítója s a magyar paediatríának közel félszázadon át igazán lelkes és nagyon értékes munkása volt. Körülbelül egyidőben léptünk a paediatría munkásai körébe s *Bókay* senior mellett fejlődünk mindketten, az Ősz-utcai szegénygyermekkorház szerény épületében. Boldogult atyám egyik legkedvesebb tanítványa volt, mert értékessé tették őt pontos, lelkiismeretes és ambiciózus munkássága s kiváló érzelme a gyermekekkel való helyes bánásmód iránt.

Ha valaki *Erőss Gyula* szakbeli tevékenységét a ma szemüvegén át nézi, talán nem látja azt oly jelentékenynek, ha azonban a nyolcvanas és kilencvenes évek üvegén át szemléljük működését, úgy látjuk annak nagy kihatását nemcsak a mi viszonyainkra, hanem a külföldi állapotokra is. 1883 őszén lép ki a kórházból s *Bókay* senior ösztönzésére egy évre külföldi tanulmányútra kel s midőn útjáról az *Epstein* kiváló vezetése alatt álló prágai lelencházból 1885-ben hazatér, minden erejét

és idejét az újszülöttek tanulmányozásának szenteli s ritka pontossággal figyeli meg néhai Kézmárszky tanár klinikáján az újszülött anyagot.

Mélyenszántó munkái, melyeket ezen időtájt közzétesz a *Jahrbuch* és *Archiv für Kinderheilkunde*ban és az *Archiv für Gynaekologie*ban, a külföldön is méltán feltűnnek s azt eredményezik, hogy a szülőházak újszülött anyaga ügyszólván mindenhol a gyermekorvosi szakszerű megfigyelése alá kerül s ezen materialis mindszorosabban kapcsolódik a gyermekorvostan anyagához. Fájdalom, Erőss később, szaktudományunk végtelen kárára, a tollat letette és szavát a szaklapokban már csak ritkán hallottuk; lefoglalta őt a Poliklinika, melynek egyhangú bizalommal élére állították, s ezentúl főcélja ezen szép intézmény továbbfejlesztése volt. Elhunytával a magyar orvosi rend s a gyermekorvosi kar egyik kiváló s érdemekben igazán gazdag tagját veszítette s halálát mélyen fájjaljuk. Ezen fájdalmas accor-dal zárom elnöki beszédemet s a nagygyűlést ezennel megnyitom, sikert kívánva tudományos tárgyalásainak.

Közkórházi Orvostársulat május 5-i ülése.

Bemutatók:

1. Scheitz László: *Anilinnekroszis* esete. A tinta-irónsérülés következményei még kevéssé ismertek. A szövetekbe került irónból súlyos szövetnekrosist okoz, mely sipolyképződésre vezet, majd kifehélyesedik és az elhalt szövetrészek igen lassan lökődnek le. A nekrosist a triphenilmethan csoportba tartozó methylibolya okozza. Ha sérülés után az irónbelet a környező szövetekkel egyetemben azonnal kivágjuk és varratokkal a sebet egyesítjük, a gyógyulás nyole napig tart. Elhanyagolt esetekben az elhalt részeket kivágják s esetleg éles kanállal eltávolítják. Gyógyulási tartam ilyenkor 1–4 hónap. Két betege közül az egyik a sérülés után öt nappal jelentkezett. Az ibolyaszínű szöveteket éles kanállal eltávolítja; 10 nap múlva granulatio. A másik beteg a sérülés után már két órával jelentkezett. Az irónhegyet körülvágva, a festékek infiltrált szövetekkel együtt eltávolította. Gyógytartam nyole nap.

Gerlóczy Zsigmond: Csodálkozik, hogy nem nagyobb a casuistika, hiszen nagyon sokan használnak anilinceruzát.

Scheitz László (zárszó): Az esetek valószínűleg gyakoriabbak, de a collegák megnyugszanak a hosszantartó gyógyulásban. A szövetekbe került anilinnél mindig nekrosist okoz. Prophylaxisra célzó intézkedések még nem történtek.

2. Dobronyovszky József: *Dystrophia juvenilis*. A 25 éves nőbeteg családjában idegbaj-izombénulás nem fordult elő. Szülői unokatestvérek voltak. Baját 12 éves korában vették észre, mikor tüdőpanaszaival orvoshoz vitték, bár megjegyzi, hogy ügyetlenségére már előbb figyelmesek lettek, s mivel előrehajolva járt, nyole éves korában hátegyenesítőt kapott. Fejlődése idején mind jobban feltűnt a betegnek, hogy karja fokozatosan gyengül, annyira, hogy végül vállmagasságig sem tudta fel-emelni. Négy éve egyforma stadiumban van. Alsó végtagjain gyengülést sohasem érzett. Tekintve, hogy a családban hasonló megbetegedés nem fordult elő, a szülők közeli rokonságát kell támpontul venni; t. i. ha véletlen folytán egyenlő irányú gyengeség áll fenn a szülőknél, ez a leszármazásban kóros elváltozást támaszthat; ha a szülők rokonok, úgy egyenlő irányú fejlődési gyengeség már eleve könnyebben találkozhat. Az átöröklődés mellett szól a bántalom előhaladó jellege, gyorsabb kezdettel, lassú, fokozatos terjedéssel s végül változatlan állapotban való maradásával. Elkülöníti a hasonló izom-sorvadásos tünetekkel járó bántalmaktól, minők a pseudohypertrophia alak, a Charcot-Marie-féle amyotrophia, az atrophia musculorum progressiva, a syringomyelia, a poliomyelitis, neuritis, a Friedreich-féle átöröklődő ataxia. Jelen eset a vállöv-, mell-, hátizmokra való lokalizálódásával, symmetrikus elhelyeződésével, kifejlődésének kezdeti idejével, lefolyásával, az érzési kör intactságával a dystrophia juvenilis csaknem tiszta körképét adja. Sajnos, ilyen esetben a körmegeelőzés azon módján kívül, hogy ilyen családok tagjainak a házasságot eltiltjuk, korai esetben végzett izomgyakorlat és felügyelet melletti testgyakorlásokon kívül mást nem tehetünk.

3. Wolff Károly: *Ritkább fejlődési rendellenesség* vesén. Egy 52 éves asszony holttestében accessorius leletként a jobb oldalon olyan egyébként sima felületű vesét talált, melynek elülső és középső harmadának találkozásánál egy kisalmányi, félgömbalakú kiemelkedés foglalt helyet. Ez a terimenagyobbodás is veseszövetből állott és egy önálló papillával rendelkező renculusnak bizonyult. A renculusban lévő papilla hossz tengelye a többi vese papillák hossz tengelyére merőlegesen helyezkedett el. A vesékben egyébként ascendáló pyelonephritis volt mindkét oldalon. Az elváltozás létrejöttét azzal magyarázza, hogy a fejlődés folyamán az egyik vese papilla a normalisan függélyes irány helyett vízszintes irányban sarjadt ki a medence falából. A papillákat másodlagosan beburkoló metanephrogen szövet így nem tudott a rendellenes irányban kifejlődni papillát bevonó veseblastomával simán összefolyani és ez okozta a vese felületén talált kidomborodást.

4. Nyomárkay József: *Hólyagba áttört ovarialis abscessus műtéttel gyógyult esete*. A női genitális gyulladásos-genyes megbetegedései gyakran jutnak complicatio-ba a hólyaggal és belekkel, ritkán ezeknek perforálásához is vezetnek. A parametran exsudatum, ha elgenyed és ezt nem vezetik le, áttörhet a többi között a bélbe vagy hólyagba, ezen az úton kiürül. Más és ritkább eset az, ha genyes adnextumor vagy ovarialis abscessus tör át a hólyagba. Ilyenkor a spontán gyógyulás lehetősége a minimumra redukálódik, mert az adnextumor állandó secretálása miatt a fistula nem gyógyulhat s így előbb-utóbb egy a hólyagból, innen a vesékbe ascendáló septikus folyamat életveszélybe dönti a beteget. Ezek operative gyógyítandók. A prognózis függ attól, hogy a fistula a hólyag peritoneumtól borított részén van-e, vagy az extragenitalis részen. Az előbbi esetben rosszabb a prognózis. Az alapmegbetegedés lehet gonorrhoeás, septikus és tuberculosus. Esete egy 37 éves nő, kinek baja hat év előtt gonorrhoeás fertőzéssel kezdődött. Azóta folyása és adnexérzékenysége megvan. Négy év előtt láztalan lefolyású abortusa volt. Mult évben kolpotomiát végeztek nála. Ettől fogva kezdődtek hólyagpanaszai. Az urológiai klinikán hólyagba áttört adnextumort találtak s onnan teszik át a beteget. A közepén anteflexióban lévő uterustól jobbra almányi, balra diónyi, alig érzékeny, környezetével összekapaszkodott adnextumort tapint. A bizonyos békőtető ascen-dáló folyamat megelőzése végett vitalis indicatióból laparotomiát végez total exstirpációt. A jobb oldali adnextum tapadási helyén a hólyag hátsó falán gombos szondát befogadó fistulanyílás van, amit két rétegben elvarr, hasat lefelé drainezi. A beteg 18. napra gyógyultan távozik. Kimenettelkor cystoskopos vizsgálatnál gyógyult fistulanyílást s e körül kisfokban oedemát gyuladt nyálkahártyát talál. A praeparatumban ép tubát és almányi ovarialis abscessust talál. Dacára, hogy a genyben gonococcut kimutatni nem sikerült, a látott strepto- és staphylococcusokat secunda fertőzésnek gondolja s jelenlegi baját a hat év előtti gonorrhoeás fertőzés folyamánának tekinti.

A Magyar Orvosok Röntgen Egyesületének április 28-i ülése.

Bemutatók:

1. German László: Koponyacsont-transplantatio. Az anamnesis szerint a beteg 1914-ben gránátszilánktól sérült, a homlokesont hajás fejbőrrel fedett részének jobb oldalán. Nyole hónapig feküdt kórházi kezelésben, többször operálták. 1915-ben a Verebély-klinikán a jobb femurból végeztek transplantációt a defectus helyére. Utána idegbeteg volt, de 1916 októberében már bevonult szolgálatra. Kórházunkba ez évben került bajának megállapítása végett, a felvételek ekkor készültek, szóval a sérülés után 11 és 1/2 évvel. Az I. dorsoventralis és II. sinistrodextralis irányú felvételeken jól látható a körülbelül ötkoronás nagyságú transzplantált femurcsont, azonkívül a homlokesont felső részének teljes csonthiánya, a dura megtartásával. Idegrendszerre lényeges eltérést nem mutat. Láták jól reagálnak, kisfokú tremor, állás bizonytalan. Középerős dermatographia. Hasfali, cremaster reflexek nem válthatók ki, térd-reflexek élénkültek. Szellemi képessége egyhónapi ideg-osztályi megfigyelés után kisfokú fogyatékosságot mutatott.

2. **Hollaender Leó:** a) 46 éves férfit klinikai ambulantiáról mellkasátvilágításra küldtek nem különösen súlyos vagy charakteristikus mellkasi panaszok miatt. Az átvilágításnál a bal hilusnak a felső részében egy tekintélyes nagyságú, elég élesen körülírt árnyék látható, mely intenzitásában megfelelne egy elmeszesedett mirigypakettnek. A ferdeben való forgatásoknál azonban kitűnt, hogy az árnyékot adó tömörülés jóval hátrább projiciálódott el, mint a mediastinumban fekvő árnyék. Tapintásnál azután észlelhető volt, hogy a hát bőre alatt, az interseapularis térben, egy lapos kemény resistentia van, melynek elmozdításakor látható, hogy az tulajdonképpen az árnyékot adó tömörülés. Pontosabb kikérdezésnél kiderült, hogy a beteg e helyre 14 év előtt egy salvarsan-injectiót kapott. Az esetre azért óhajtom a figyelmet felhívni, mert hasonló árnyék könnyen abba a tévedésbe ejthet, hogy elmeszesedett mirigypakettéről van szó.

b) Normalis körülmények között a rekeszt két, csaknem symmetrikus ív alakjában látjuk a thoraxba bedomborodni, úgyhogy a jobb valamivel magasabban fekszik. Kivételesen azonban, ha a gyomorban vagy a bal flexurában nagyobb gázfelhalmozódás van, a baloldali áll magasabban. Mély légvétel alkalmával mindkét rekesz leszáll oly módon, hogy domború alakját mindvégig megtartja. Exspiriumnál visszatér eredeti helyére, vagy annál még valamivel magasabba. Ezen rekeszmozgásnak ilyen módon való lejátszódása több oknak a componense, ezek közül egyik legfontosabb a rekeszizom összehúzódása. Inspiriumkor a rekeszizom összehúzódik és a tüdőt a mellkasban létrehozott negatív nyomás következtében lefelé húzza. A nervus phrenicus izgatásánál látható, hogy az izom tonusának a növekedésével az mélyen leszáll, csaknem kiegyenesedik. Az izom bénulásánál ellenben, tonusát elvesztve, enged a mellkasi negatív nyomásnak és abba mélyen bedomborodik. Minthogy mély légvétel alkalmával a thorax kitágul és benne a negatív nyomás fokozódik, rekeszizombénulásnál ilyenkor a leszállás helyett egy bedomborodás észlelhető: ezt paradox rekeszmozgásnak nevezzük. Ha a bénulás egyoldali, akkor az fog történni, hogy mély légvételkor az époldali rekeszizom lefelé száll, a betegoldali pedig felfelé és ilyen módon egy hintaszerű mozgás jön létre. Ezt a jelenséget különösen azóta van módunkban gyakran észlelni, amióta tüdőtuberculosis terápiájában a rekeszbénítást a phrenicotomia útján eléggé gyakori beavatkozás. Meg kell még említeni, hogy paradox légzőmozgás, vagy ahhoz igen hasonló jelenséget kapunk még nem ritkán pneumothoraxnál, továbbá bronchostenosisnál, tehát olyan körülmények között, amikor a thoraxot tágítjuk, anélkül, hogy a tüdőbe levegő tódulhatna be. Hasonlóképpen a Müller-féle kísérletnél is ez történt.

A klinikai ambulantiáról szintén jelentéktelen mellkasi panaszokkal mellkasátvilágításra küldöttek egy 24 éves leányt, akinél a bal rekesz kifejezett bénulását, illetve paradox légző mozgását találták az átvilágításnál. A betegnél a tüdőkben elváltozás nem volt, műtét nem történt és az első percben nem lehetett magyarázatát adni a rekesz részéről fennálló tünetnek. A nyakon nem volt semmi olyan elváltozás, mely a phrenicusnak e helyen való sérülését okozhatta volna. Arra kellett tehát gondolni, hogy a phrenicusnak talán lejjebb való lefutásában van valami, ami annak működését tangálja. A phrenicusnak a thoraxban való lefutása a következő: fent kétoldalt a mediastinumban fut az aortának két oldalán meglehetősen közel a pleurának a mediastinum felé néző oldalához, majd hozzáfekszik a szív két oldalához és így éri el a rekeszt. Mint említettem, fent a csücspleurához fekszik közel és a Williams-féle tünetet — mely tudvalevőleg a rekesz korlátolt mozgékonyaságából áll — egy olyan csücspleuritis következményének tartják, mely a rekesz részleges bénulását okozza. Elképzelhető, bár ilyen a leg-súlyosabb csücsfolyamatok mellett sem látunk soha, hogy a phrenicus oly intensíven vonatik be a folyamatba, mely teljes bénuláshoz vezet. Betegünknel csücsfolyamat egyáltalán nem volt kimutatható, az okot tehát lejjebb kellett keresnünk és ezt véljük megtalálni abban a meszes nyirokeszómban, amelyet a bemutatott kép mutat. Felmerül ugyan itt is az az ellenvetés, hogy meszes nyirokeszomót gyakran és rekeszbénulást ritkán találunk, mégis ebben az esetben, mint az egyedüli plausibilis magyarázatot, ezt kell elfogadnunk a rekeszbénulás okául.

3. **Ratkóczy Nándor:** Régi (hat év előtt adott) salvarsan-injectio által okozott mellkasi árnyékot mutat be s ez árnyékhoz hasonló árnyékot adó elmeszesedett tüdőgóc- és mirigyárnyékot, valamint a letokolt exsudatum hasonló képét. Differentialdiagnosis mindig felállítható. A salvarsan-árnyék egészen szabálytalan szélű s a beteg elforgatásakor mindig kitűnik, hogy az a mellkas üregén kívül fekszik, a bőrrel, illetve izomzattal többnyire elmozdítható.

4. **Janáky Gyula:** A csontlágylás Röntgen-diagnostikája. Két esetről számol be. Egyiknél a csontlágylás csak igen kezdeti állapotban van, azonban a Röntgen-felvételen már igen kifejezettek az elváltozások. A csontstructura rajzolata durva, a csontgerendák egymástól távol vannak, a kompakt állomány megkevesebedett. A másik betegnél az osteomalatia már igen kifejezett. A csontlelet a Röntgen-képen itt is hasonló az előzőhöz, tehát ezen felvétel nemcsak ezen beteg, hanem a másik betegnél felvett kórismét is megerősíti. Ezen beteg medencéjéről készített Röntgen-képen is jellegzetes csontlágylásos tünetek vannak, amennyiben a medencebemenet kifejezetten kártyaszívalakú. Mindezek alapján a csontlágylás korai idejének igen megbízható diagnostikus tényezője a vétagokról és medencéről készült Röntgen-felvétel.

Előadás:

Schill Imre: Az exsudatum felső határa kopogtatással parabola alakú, míg Röntgennel kívülről-felülről, lefelé és befelé haladó ferde vonal, mert a projectiós viszonyok olyanok, hogy a seapularis vonal projiciálódik legjobban kifelé, kiejebb, mint a hátsó hónaljvonal és ezért csak a parabola belső szárát látjuk Röntgennel. Ennek bizonyítására a tompulat felső határának és a seapularis, valamint axillaris vonalnak ólomlemezrel való jelzése után készült felvételeket mutat be. Hangsúlyozza a topographikus vonalak projectiójának fontosságát a mellkason végzendő sebészti beavatkozások szempontjából.

A Magyar Urológiai Társaság és a Kir. Orvosegyesület Gynaekológiai szakosztályának ápr. 30-i együttes ülése.

1. **Mansfeld Ottó:** A húgyutak gestatiós vonatkozásai physiologiás és pathologiás viszonyok között. A referátum anyagát következő csoportokban tárgyalja: a) a húgyutak gestatiós helyzetváltozásai; b) a vérkeringés, beidegzés és működésváltozásai; c) a gyulladáshoz vezető betegségek; d) sérülések és sipolyok; e) a gestatio alatt végzett urológiai műtétek és az ilyen műtétek utáni gestatio; f) a gestatio folytán a húgyutak szomszédságában keletkező betegségek góccok befolyása a húgyutakra; g) rendellenes dislocatiók és fejlődési rendellenességek; h) hólyagkövek és daganatok. (Egész terjedelmében közöljük.)

2. **Dózsa Jenő:** a) *Pyelitis gravidarum* keletkezése, kórisméje és terápiája. A terhességi pyelitis pathogenesisében a legfontosabb factornak, a vizelet-pangást létrehozó ureter beszűkülés keletkezését, két tényező együttes hatásával magyarázza. Az egyik intratoricus: a terhességi toxikosis következtében létrejött ureteratonia, a másik mechanikai: a gravid uterus compressiója. A kettő közül az első feltétele az utóbbi érvényesülhetésének. Felfogását bizonyító érveit pyelographiás felvételekkel támasztja alá. A kórismezés hólyagtükri és vesevizsgálati módszerrel történik. Az urológiai klinikán (Illyés tanár) utóbbi időben észlelt 45 eset közül a pyelitis 33%-ban a terhesség első felében, 67%-ban a második felében mutatkozott; 43%-ban vesemedencebeli retentióval szövődött. A pyelitisek 80%-a conservativ kezelésre simán gyógyult, 6%-a spon-tan abortushoz vezetett, 14%-a pyelonephritisbe ment át. Három súlyos kétoldali pyelonephritis exitussal végződött. A pyelitisek conservativ terápiájában, az ezeknél használatos általános rendszabályok mellett, különösen kiemeli az Illyés által 1904-ben először ajánlott, ureter-katheter útján való drainezését a pyelumnak. Ezekután a pyelonephritisek radicalis terápiáját tárgyalja. Végül a pyelitisek szülés utáni lefolyásával és későbbi következményeivel foglalkozik.

b) *A vesegümőkór és gestatio kérdése.* A terhesség alatti, illetőleg a szüléssel és gyermekágygal kap-

csolatosan fellépett vesegümőkórt az eddigi irodalomban 53 esetben találta leközölve, melyben *Israel, Wildbolz* és *Böckel* 4-4 esettel rendelkeznek. Az urológiai klinikán (*Ilyés*) 15 eset került észlelésre. Közülük 14-nél nephrektomia történt. Ez a vesegümőkór miatt operált 283 nő számához viszonyítva 5-3%-ot tesz ki. A vesegümőkórnak terhességgel való szövődése kapcsán sokszor felmerült, de kellőképp nem tisztázott vitakérdéseket tárgyalja. Nevezetesen: 1. a terhességnek a vesegümőkórra gyakorolt befolyását; 2. a célszerű beavatkozás módját és idejét; 3. a nephrektomia utáni újabb graviditás szempontjából való viselkedés szabályozását.

1. Arra a conclusióra jut, hogy a terhesség a húgyszervi gümőkórra részint a specifikus folyamat aktiválása, részint a gümős gócek szétesését elősegítő hatása következtében súlyosbítólag hat. A folyamat aktiválása szempontjából még fokozottabb hatású a *gyermekágy*.

2. Egyoldali folyamatoknál lehetőleg korai nephrektomia végzendő; kétoldaliaknál a terhesség lehetőleg korai megszakítása mellett lényegében azok a sebészi elvek érvényesek, melyek terhesség nélkül általában irányadók. A nephrektomizáltak 67%-a a terhességet jól kihordta, egészséges magzattal.

3. A gümőkór miatt nephrektomizáltak szülészeti prophylaxisának kérdését egységes elvek szerint nem tartja szabályozhatónak. Az újabb concepcio megengedésének idejét, a hólyag és megmaradt vese állapota mellett, az egyén általános egészségi állapota határozza meg. Ahol ezek nem esnek kifogás alá, ott az újabb graviditás — mint azt *Ilyés* nyolc nephrektomizált betegénél észlelték — nem jár különösebb veszéllyel. A súlyos hólyagelváltozásoknál a conceptio lehetőleg évekre kitolandó. (Egész terjedelmében közöljük.)

Tóth István: Elsősorban köszönetet mond *Ilyés* elnöknek a kitűnő gondolatért, hogy a két egyesületet összehozta. Külön köszönet illeti a két referens urat nagy munkájukért. Részletesen nem foglalkozik az előadottakkal, csak megjegyzi, hogy *Latzkó* észlelését, miszerint a fej emeli ki a hólyagot, megerősítheti, harántfekvés esetén a hólyag egész mélyen marad. A pyelitis aetiologiájában a mechanikus nyomásnak nem tulajdoníthat nagyobb jelentőséget, nagy nyomák, intraligamentaris daganatok mellett miért nem látunk pyelitist? Különben is a pyelitis, mint előadó is mondotta, 33%-ban már a terhesség első felében kezdődik, mikor még az ureter nyomatásáról szó sem lehetett. A *Stöckl* említette toxikosison kívül sokkal több szerepe van itt már a terhesség korai idejében is az egész kis medencebeli szervek hyperaemiájának, oedemájának, mi az ureter lumen szűkülését is okozhatja.

Frigyesi József: 1. A terhességgel szövődött vesemedencegyulladást előbb belső kezeléssel, ennek eredménytelensége esetén a vesemedencebeli refendált vizelet leeresztésével ajánlja gyógyítani. Súlyos esetekben az *Ilyés* által ajánlott állandó ureter-katheter mindig célhoz vezet. Ezért pyelitis miatt a terhesség megszakítását nem tartja indokoltnak. Azon esetekben, hol az állandóan benthagyott ureter-katheter célhoz nem vezet, már nemcsak vesemedencegyulladás és retentio, hanem a vese állományának genyes megbetegedése áll fenn. Ezen esetekben a vese műtét kezelése látszik egyedül célravezetőnek. A *Dózsa* által említett rossz statisztikát abból magyarázza, hogy az esetek később kerülnek észlelés, illetve műtét alá. Az ureter-katheter bevezetése a terhesség legvégéig, egész a szülésig sikerült. Csak először szülónél jár nehézséggel a kilencedik hónapban, mikor ugyanis a koponya már a medencében van.

2. Beszorult incarcerationált hátrahajlott terhes méh okozta legsúlyosabb vizeletretentiók és hólyagelváltozások nem indokolják a terhesség megszakítását. A hólyag kiürítése óvatos katheterezéssel csaknem mindig sikerül. Végző esetben inkább végezne a hólyagnak troicarral való kiürítését. Ahol pedig a beszorult terhes méh felemelése vértelen módon nem sikerül, úgy az laparotomia útján könnyen megoldható. Ilyen esetben végzett már terhesség alatt ventrofixatiót.

3. Hólyag nyálkahártya gangrenáját hasonlóképpen, mint a beszorult terhes méhnél, előesett méh kiszorulásánál is észlelt.

4. A hólyagba áttört és ismételt genyedéssel járó folyamatok közül, ha a genyedet pyosalpinx okozza, per laparotomiam végzett tumorirtás és a hólyagcommunicatio izolált varrása után a hassebet zárta. Gyógyulást ért el. Utóbbi időben, hasonló fertőzött esetekben, rivanolt önt a hasüregbe. A parametriumból ki-

induló, hólyaggal communicáló genyedéseket extra-peritonealis kereste fel, lehetőleg hüvelyen át.

5. Vesedystopia által okozott rendkívül ritka szülészeti complicatiót ismertet, melyben az első szülés magzat-perforációval végződött. A gyermekágy letelte után végzett hasmetszés alkalmával állapította meg az ökolnyinél nagyobb, medencébe szorult, promontorium előtt elhelyezett dystopiás solitaer vesét. A később bekövetkezett terhesség után sectio cesareát végzett, az anya gyógyulásával és élő, kiviselt magzattal.

6. *Dózsa* teoriáját az uretertágulat és terhességi pyelitis keletkezésére vonatkozólag nem osztja. Mint *Tóth* tanár, ő is *Stöckl* álláspontját fogadja el, hogy e tágulásokat a terhesség alatt nyomás nem okozhatja.

7. A gümőkóros hólyag- és vesemegbetegedés ugyanúgy rosszabbodik a terhesség alatt és ugyanazon okból súlyosbodik, különösen a gyermekágyban, mint a szervezetben egyebütt fellépő gümőkóros megbetegedések.

8. Nephrektomia után egy vesével bíró terhesek, ha a vese és hólyag teljesen egészséges, káros következmény nélkül kiviselik a terhességet. Ismétlődő terhességek alatt a nephrektomizált nő állapota, illetőleg veséjének működése fokozatosan romlik, mint azt az előadó is említette. Ilyen esetekben alapos vizsgálat és mérlegelés alapján engedné meg a conceptiót, illetőleg a terhesség kiviselését.

Ilyés Géza: A terhességi pyelitis a terhesség különböző szakában jöhet létre. Gyakori vizeleti ingerekkel és erős hidegrázással kezdődik. Ilyenkor hólyagtükrön keresztül a trigonum táján nagyfokú lobosodás látható, mely különösen az ureterszájadék körül erősen kifejtett. A hólyagmosások ilyenkor kerülendők, mert az ureter körüli nyálkahártya duzzanatot okoz, mely a vesebeli retentiót fokozza és azonkívül a hólyagbéli izgalom az ureterek antiperistaltikus mozgását váltja ki, miáltal a geny a hólyagból a vesemedencébe juthat. Azért is az ilyen esetekben Nelaton-katheterrel a hólyagbéli vizelet leeresztése után 6-8 cm³-nyi 1-2-3%-os protargol-oldatot kell a hólyagba fecskendezni és azt bent hagyni. Ez a hólyaggörcsöket csökkenti, adstringens hatás folytán az ureterszájadék körüli oedemát kedvezően befolyásolja, mi a vesebeli retentio megszűnésére vezet és a beteg hamar láztalan lesz. Csak ha ezen kezelés pár nap alatt nem vezet eredményre, indokolt az ureter-katheterismus, melynek fő célja a retentiós vizelet leeresztése. Az ureter-kathetert hosszabb időn, napokon át bent lehet hagyni, decubitus, fekély vagy következményes ureterszűkület veszélye nélkül. Az állandó ureter-katheter alkalmazásának helyességét bizonyítja azon körülmény, hogy a kathetert át néha nemcsak cseppekben, de sugárban ömlik a vesemedencébe retineált vizelet. A vesemedenceöblítés ilyenkor nem fontos, fő a drainázs ureter-katheter benthagyása által. Csak éppen annyi folyadék fecskendezendő be a katheterbe óvatos nyomás mellett, amennyi az esetleg felgyülemlett fibrincafatok eltávolítására elegendő, hogy így a catheter vezetése biztosítva legyen. Ha az ureter katheterizálására a láz nem szűnik meg, akkor a vese műtete indokolt, mivel feltételezhető, hogy a genyes folyamat már magában a vesében van. Megtörténhetik, mint egy ízben tapasztalta, hogy a vesemedencében visszamaradt vizelet azért nem ürült ki az ureter-katheterben, mert a vesemedencebeli zsír lobosodás és compressiók folytán az egyik kelyhet lezárta, melyben a genyes vizelet retineálódott. Ez azonban csak kivételes eset. A vesén végzendő műtét a vesetok lehúzásából, dekapsulációból áll, mely által a vese felszínén lévő apróbb tályogok megnyílnak és a vesére alkalmazott Mikulitz-tampon által jól draineztetnek. Nephrotomiának ilyenkor nincs értelme, mert az alkalmazott vesemetszés nem biztos, hogy a vesében lévő tályogot épen találja. Ha a vesében kiterjedt tályogok vannak és az általános sepsis veszélye fenyeget, a másik ép vese mellett a megbetegedett vese eltávolítandó.

Boross Ernő: Ha a terhességi vesemedencelobnál ureter-kathetert használunk, a retentio megszűntével a rázóhideggel járó lázak frappáns módon leesnek. Az elsőízben ureter-katheterizáltak azonban a kathetert hosszabb ideig nem tűrik. Azt kénytelenek vagyunk eltávolítani, mire a lázak újból jelentkeznek. A rövid ideig benthagyott catheter az oedemásan duzzadt és szűkült nyálkahártyán a congestiós folyamatot nem szünteti meg. A többször végzett ureter-kathetert rendszerint jobban tűrik, melyet 7-8 napig is benthagy. A tökéletes decongestatio folytán (8 nap) végleges

retentio és lázmentes állapot következik be és a méh folytonos nagybodása dacára recidivák nem állnak be és a terhességet kihordják. Tehát nem a méh meg-nagyobbodása, hanem a medencebeli szervek vérbősége bevezetője és okozója a terhességi vesemedencelobnak.

Mansfeld Ottó (zárszó): *Tóth* tanár megfigyelése harántfekvésnél végzett császármetszés alkalmával el-dönti, hogy a hólyag kiemelkedését lényegileg az el-ül-fekvő rész nyomása okozza. *Frigyesi* azon nezetét, hogy pyelonephritisnél a terhesség megszakítása többé szóba nem jöhet, nem tudja egészen osztani, sőt reá nézve a legmeglepőbb az, hogy az urológiai klinika anyagában a terhességi pyelitisek közül 6-6% halálosan végződött. A szülészek úgylátszik a könnyebb eseteket látják, az urológusok a legsúlyosabbakat. *Illyés* tanár megállapítását, hogy a terhességi cystitiseknél az instillatio jobb, mint a hólyagmosás, örömmel veszi és ezt maga is megerősíti. Az ureterek megszűkülésénél a nyálkahártya duzzadásának fontos szerepe van, mire *Tóth* tanár is a főszólyt helyezi.

Dózsa Jenő (zárszó): Hozzászólók ellenvetéseiben a terhesség alatti ureterszűkülésre vonatkozó felfogás-t nem látja megdöntöttnek. Az, hogy esetei egyharmadában a pyelitis már a terhesség első felében észlelhető volt, nem szól ellene, azért sem, mert ezeknél pyelum-és ureter-distenziót nem talált. A terhesség elején mutatkozó pyelitiseket illetőleg, a nőknél oly gyakori, már a graviditás előtt meglévő — más aetiologiájú — (chron. obstipatio, tonsilitis, gynaekologiai megbetegedésekkel összefüggő) pyelitiseknek tulajdonít nagy jelentőséget, melyek a graviditás lett nöben tovább fennállnak és a graviditás alatt — mint minden más fertőzés — exacer-bálnak. A nagyfokú ureter- és pyelum-distenziókat a graviditás második felében fellépett pyelitiseknél ész-lelte, mikor a terhességi toxikosis és a gravid uterus compressiója érvényre jut.

Azt az ellenvetést, mely szerint nagy fibromáknál, adnextumoroknál uretertágulás nem látható, és így a compressio hatás sem fogadható el, felfogásával nem tartja ellentétnek, sőt ellenkezőképp, azt támogatónak véli. Felfogásában ugyanis a két tényező együttes ha-tását hangsúlyozza. A genitális tumoroknak az urete-rekre gyakorolt nyomása azért nem érvényesülhet az ureter beszűkítésében, mert itt hiányzik az egyik té-nyező, a terhességi toxikosis okozta ureteratonia.

Azt a feltevést, mely szerint a terhesség alatti ureterszűkülést csupán az ureter nyálkahártyájának hyperaemiás duzzadása okozná, azért nem találja valószínűnek, mert ennek az ureter physiologiás szűk helyén, nevezetesen a linea innominata magasságában kellene kifejlődnie. Ezzel ellentétben a pyelographiás felvételek a szűkülést mindig e fölött mutatták, nem a physiologiás helynek megfelelő rövid szakaszon, ha-nem az ureter nagyobb — a compressiónak megfelelő — hosszában. A tágulás hirtelen kezdete — túlnyomó rész-ben jobboldali volta is — a gravid uterus compressiója mellett szól.

A Debreceni Orvosegyesület máj. 6-i ülése.

1. **Kopáry József:** *A nyálmirigysipoly Röntgen-kezelése.* A nyálmirigysipoly kezelése a leghálátlanabb sebész feladatok közé tartozik. 30 körül van az ajánlott műtétek száma, melyek közt a Gasser-dúc kiirtása is szerepel. *Luigo Spropani* ajánlatára kezdte *Kaest* a nyálmirigysipolyok Röntgen-kezelését. A világirodalom-ban 10 Röntgen-besugárzásra gyógyult esetről tesz említést. Az előadó öt gyógyult parotissipolyt mutat be. A fistulák aetiologiája részint gyulladásos, részint traumás eredetű. A bemutatott esetek között egy 18 éve fennálló parotissipolyos nőbeteg is szerepel. Mind az öt esetben a bemutatott teljes gyógyulást ért el.

2. **Dóczy Gedeon:** *Syphilis papulosa* (condyloma latum) a külső hallójáratban. 25 éves syphilitisben szen-vedő pincérnő jobboldali külső hallójáratba duzzadt, be-szűródött, érzékeny. Az incisura intertragicától az ép dobhártya felé a bőr macerált hámmal borított, több-helyen hámtól fosztott, kissé lividvörös, granulatiós alappal. A tragus és antitraguson egyenként babnyi infiltrált, széles alapú, dudoros felületű, nedvező, livid-vörös színű, burjánzó papula. Elszórva az áll bal-oldalán, a végtagokon lencsényi-füllérnyi, sonkavörös, helyenként hámló infiltrált papulák. Bal hónaljjaokban forintnyi infiltrált, széles alapú, burjánzó, karfiolszerű papula. Inguinalis, fülmögötti és jobboldali állalatti

mirigyek beszűródtek. A fül papuláiból vett izgatási savóban spirochaeta pallida: positiv. Wassermann. Sachs Georgi, 3. Meinicke-reactiók: erősen pozitívek. A rendelkezésre álló irodalomban 7 magyar (*Török* 5, *Szekér* 1, *Tóbi* 1) és *Körner* 1 esetét találta.

Váradi-Szabó Miklós: Az újképződmény csupán a hallójárat bemeneti részleteire terjed ki. A csontos hallójáratot fedő bőr teljesen ép. Dobhártya, kis be-lőveltségtől eltekintve, ép. A hallás tompultságát a szűkült hallójárat teljesen megmagyarázza. Kiemeli a megbetegedés ritka voltát s hogy könnyen összetéveszt-hető más, a hallójáratban fellépő gyulladással.

3. **Schmidt Lajos:** *Sarkoma sinus frontalis.* Utal a sinus frontalisból kiinduló daganatok nagy ritkasá-gára és bemutat egy 23 éves nőbeteget, kinek ökölnyi homlokúri sarkomáját távolította el. A beteg panaszai három év előtt fejfájással és az orrgyök, illetve bal belső szemzug feletti tájék elődomborodásával kezdőd-tek. Utóbb ezen tünetekhez még a bal szemgolyó dis-locatiója és kettős látás társult. Három hónappal fel-vétele előtt agyi izgalmi tünetek léptek fel: hányással, öntudatzavarral és eszméletlenséggel járó rohamok. Ezek tíznapi tartam után elmúltak, a beteg látása meg-javult: ekkor törte át a tumor a sinus elülső falát. Felvételekor a bal homloktájon félgömböszerű, ép bőrrel fedett daganat látszott, melynek alsó falát papírvékony csont borította, míg felső részén egy harántirányú, holdsarlóalakú csontdefectuson át tapintható volt maga a tömött feszes tumor. Ezen a szakaszon tovavezetett agypulzálás is látszott. A bal szem előre, ki- és lefelé dislokálódott. Radicalis műtét két hónap előtt. A tumor a hatalmasan kitágult bal sinus frontalis periosteumá-ból indult ki és ennek csontos falát a homlok, valamint a scala antica felé áttörte. Szöveti vizsgálattal óriássejtű sarkomának bizonyult. Síma gyógyulás. Műtét után a szem dislocatiója megszűnt, a homályos látás és kettős képek eltűntek.

4. **Kovács István:** 12 éves fiút mutat be, kinél *enkephalitis* után a valódi paralysis agitans nagy-mértékben megközelítő *parkinsonismus* fejlődött ki. Lárvaszerű arc, izomrigiditás, mely órákig tartó kata-toniás helyzetben is megnyilvánul, egyenletes kilen-gésű, oscillatorikus, nyugalmi tremor, mely éjjel szü-netel. Önkényes mozgások hiánya; positiv Stellwag. Anisokoria, renyhe pupillareactiókkal. A többi reflexek épek, villanyos ingerlékenységi, érzési eltérés nincs. Baloldalt enyhe ptosis, jobb facialis paretikus. Beszéd halk, monoton, bulbaris jellegű. Mikrographia, retro-pulsio, adiadochokinesis. Kedélye igen labilis. Liquor nagy nyomású, tiszta, magas cukortartalommal; a fehérje- és colloidreactiók ép viszonyokat mutatnak. Anamnesisében kilenc hónappal előbb láz, meningealis tünetek nélkül lezajlott, három hónapig tartó enkepha-litis lethargica.

Szontagh Félix: A gyermekkorban az enkephali-tis ugyan legtöbbször meningealis alakban fordul elő (néha az elkülönítés a gümös agyhártyagyulladás-tól nehéz), mindazonáltal hosszszó látott classicus en-kephalitis lethargicát, myoclonusos alakokat és fél-oldali bénulással járó polioenkephalitist is. Egy ilyen esetében a lumbal punctio után a negyedik napon ty-pusos vörhenymegbetegedés jelentkezett, melyet súlyos glomerulonephritis követett. Nem hiszi, hogy az en-kephalitis, továbbá a poliomyelitis járványok fertőzé-s természetűek volnának. Kikötés helyezi, hogy későbbi alkalommal kifejt egy elméletet, mely ezen rejtélyes járványok megértéséhez valamivel köze-lebb visz bennünket.

5. **Zih Sándor:** *A chemotherapiai kutatás mód-szerei és irányelvei.* Többféle módon ható chemothera-peutikum van. Az egyik csoport mind in vitro, mind in vivo hatékony. A másik in vitro hatástalan, in vivo hatékony. Ennek vagy az az oka, hogy a szer a szerve-zetben úgy változik meg, hogy hatékony anyag lesz belőle (pl. öt értékű arsenvegyületből három értékű), vagy serumérzékenyebbé válnak hatása alatt a parasiták, vagy antitest productiót indít meg. Általában oly ese-tekben, ahol egy therapia sterilisans magna nem lehet-séges, fontos szerepet játszanak a keletkező antitestek a chemotherapeutikum hatásánál. A chemotherapiai kutatás többirányú: igyekeznünk a parasitára elektive ható anyagokat feltalálni, ezeket úgy módosítani, hogy parasitotrophiajuk növekedjék. Igyekeznünk a parasita-protoplasmában különféle chemoceptorokat feltalálni, hogy a combinatiós therapiát lehetővé tegyük. Érdekes felvilágosítást nyerhetünk a parasitákban létrejövő

biológiai változásról is. Sikerült *Lewy*nek streptococcusokat pneumococcusá átalakítani chemotherapeuticumokkal. Az előadó pedig diphteriabacillusokat változtatott át apathogen Gram negatív, chemotherapeuticumokkal alig befolyásolható páleikákká, melyek ezt a tulajdonságukat többszöri táptalajra való áttöltés és állatpassage után is megtartották. Még ideális hatású chemotherapeuticumot nem találtak, de az út s a lehetőség adva van.

Hüttl Tivadar: A chemotherapiás szerek hatásának elbírálására ma még nem áll rendelkezésünkre olyan eljárás, mely ezen szerek értékének megítélését objectív módon megengedné. Az állatkísérletek eredményei nem vihetők át az emberi szervezetre; mindazok, akik a legkülönbözőbb chemotherapiás szereket ajánlatba hozták, mind csak subjectív tapasztalatokról számolhatnak be. Véleménye szerint a szerek hatásának megítélésénél a szervezet resistenciájának viselkedését is figyelembe kell venni s arra törekedni, hogy a chemotherapiás szerekkel az általános fertőzőes tüneteket módosítsuk, szabályként tartva szem előtt azt a régi tapasztalatot, hogy azok az esetek adják a legjobb prognoszt, amelyeknél a fertőzés általános tünetei egymással arányban állanak.

Szontagh Félix: A bakteriumok szerepét illetően a hivatalos orvostudomány felfogásától ugyan eltérő véleményen van, mégis ami a bakteriumok variabilitásának kérdéséről, a hivatalos orvostudomány álláspontjára helyezkedik. Már körülbelül öt évvel ezelőtt a budapesti Kir. Orvosegyesületben tartott „Variatio, virulencia, periodicitás és anyagforgalom” című előadásában nyomatékosan hangsúlyozta, hogy a bakteriumoknak a szervezetben való variabilitása elől nem térhetünk ki. Felemlíti, hogy már régebben *Babes* feltételezte a typhusbacillusnak a coliból való keletkezését és hogy annakidején a francia orvosi akadémián is hasonló felfogás jutott kifejezésre. Megemlíti továbbá *Dunbar* idevágó észleleteit és *Pringsheim*nek 1910-ben a bakteriumok variabilitását tárgyaló könyvét. A specificitás kérdésében még akkor is, ha elfogadná a bakteriumok ú. n. kórokozó szerepét, a specificitás momentumát *Schmidtberger*rel (aki egy általános érvényű anaphylatoxint tételez fel) egyetértőleg magában a mérgegképzésben, végeredményben tehát magában a szervezetben véli kikutatandónak.

Verzár Frigyes: A chemotherapiás beavatkozás kétségtelenül két irányú lehet. A parasitára és az egyénre irányulhat. Új út kínálkozik az utóbbi irány szempontjából a Besredka-kutatók alapján a localis immunitás fokozására. Lehetséges, hogy a szervezetnek egy kórokozóval szemben specifikusan érzékeny sejtjeit e szervhez affinitással bíró anyagokkal specifikusan lehet immun anyagképzésre ingerelni. Bizonyos tekintetben ilyen hatásokat fejtünk ki, ha az „A” vitamin hiányában kifejlődött localis bőrimmunitási csökkenést cholesterin derivatummal, mint amilyen valószínűleg az „A” vitamin, gyógyítjuk.

Erdélyi Pál: Kifejti, hogy nem hisz a chemotherapeuticumok specifikus hatásában. Csak a chininről, mint antimalariaciumról, vehető fel, de ez sem bizonyos. Még az antisiphiliticumokat sem tartja specifikus hatásúaknak. Inkább úgy gondolja, hogy ezek a szerek a szervezet védőberendezéseit intenzívebb munkára sarkallják (stimuláló hatás). Ezért függ a constitutiótól, hogy az egyes esetben melyik szer hat jobban. Nem lehet elképzelni, hogy pl. a ma legclassikusabb chemotherapeuticus szer, az urotropin, az epehólyagra, vesemedencére, húgyhólyagra, stb. specifikusan hasson a szokásos dosirozás mellett.

Az Erzsébet Egyetemi Tudom. Szövetség orvosi szakosztályának május 1-i ülése.

Bemutatás:

Mészáros Károly: *Vesekő és vesetuberculosis* esetéről számol be, ahol egy egészen kezdeti stadiumban lévő tuberculotikus vesében apró, kölesnyi kövecske a tuberculotikus vesepapillának egy szokatlanul nagy arteriáját arodálta és életveszélyes vérzést okozott. A kő minden valószínűség szerint primaer módon keletkezett, de a műtétet kikényszerítő életveszélyes vérzés létrehozásában a két kórfolyamat együttes szerepvállalására volt szükség. Ugyanis, mint azt már más alkalommal kifejtette, a tuberculotikus gócek nedv-

sükséglete óriási s csakis ez magyarázza meg, hogy olyan abnormis nagyságú arteriát arodálhatott a tuberculotikus vesepapillában a kehelyzúgban beékelődött kövecske.

Niederecker Gáspár: *Phocomelia ritka esetei.* Két esetet mutat be, egy hétéves fiúgyermeket és öt éves leánygyermeket. Mindkét esetben a femur nagyfokú hiánya van jelen.

Előadás:

Ifj. Imre József: *A pécsi szemklinika első évi műtési forgalmának tanulmányai, különös tekintettel a hályogműtétekre.* Előadásának első felében azokat a szempontokat sorolja fel, melyekre való tekintettel minden nagyobb klinikai és kórházi osztály műtési anyaga évente feldolgozandó lenne. Majd ismerteti néhány műtési módosítását és megemlíti néhány új eljárást, melyek már az egyetem pécsi működése alatt alakultak ki. A sérülésekkel kapcsolatosan szükségessé vált műtétek közül mint unikumot ismerteti az egyik üvegrobbanás által sérült beteget. A 10 éves kislány felső szemhéján keresztül nagyobb üvegszilánk hatolt be, mely a szemtekét az egyenlítő mögött sértette, hosszában megnyitotta a látóideghüvelyt és ebből egy nagy diónyi liquorral telt cysta alakult ki, melynek előlő harmadát a cysta üregével teljes szélességben közlekedő szemteke alkotta. A szemteke eltávolítása után még két napig volt egy igen kevés liquorszivárgás, majd ez is megállt és a beteg a műtét után nyolc nappal gyógyultán távozott. Recidiva nem keletkezett. A hályogműtétekről számol be ezután, ismertetve a klinikán követett technikát. A hályogkivonások 44,7%-a zárt tokban történik, ennek tulajdonítja, hogy a végeredmény feltűnően jó: az operáltak 85%-a legalább $\frac{1}{18}$ látással távozott. Harmadosztályú eredmény (V:6) 60-nál kevesebb, de némi tárgylátás, összesen csak 3%. 20%-nál a végeredmény $\frac{1}{7}$ vagy annál jobb látás, a legtöbbben végeredményben $\frac{1}{9}$ – $\frac{1}{12}$ látásélességgel bírtak. A tokos hályogműtétek az üvegtestvesztéssel nem tették gyakoribbá, a nem komplikált eseteket véve tekintetbe, az üvegtestvesztés 2%, ezek véletlenül nem tokos extractiók voltak. A postoperatív gyulladás jelentékenyen ritkább, mint az utóbbi években más klinikákról közölt statisztikákban, 4%, ezzel szemben a legtöbb összeállításban 10–11%-ot találunk. Ezt is a tokos műtétek nagy számával magyarázza, mert ezek után nem marad kéregrés a szemben, amely nagyon jó táptalaj. A sebepedések száma jelentékeny, 13%, de komolyabb következményekkel egy esetben sem járt. Veszteségük az első évben nem volt.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat.

Írta: Grósz Emil dr. egyetemi tanár.

Az Orvosi Hetilap 1863. évi 32. számában *Wagner János, Kovács Sebestyén Endre és Markusovszky Lajos* aláírásával a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat ügyében felszólítás jelent meg. E felszólítás elmondja, hogy *Arányi, Balassa, Bókai, Csász, Gebhardt, Hirschler, Kovács Sebestyén Endre, Lippay, Lumniczer, Markusovszky, Rupp, Sauer, Semmelweis, Stockinger, Verzár és Wagner* 1860-ban oly társulat alapítását vetették célba, mely „a haza összes orvosi személyzetét kebelébe fogadván, képes legyen biztosítékot nyújtani nemcsak a kiadandó könyvek célszerű megválasztása és lehetőleg jutányos kiállítása, de azoknak minél nagyobb elterjedésére nézve is”.

Az alapszabályokat Ő Felsége a király 1862 szeptember hó 17-én jóváhagyta s az előbb nevezettek *Wagner, Kovács Sebestyén Endre és Markusovszky* bízták meg, hogy az orvosokhoz felszólítást intézzenek. E felszólítás kifejti, hogy a társulat által kiadott könyvek sokkal kevesebbe fognak kerülni, mintha rendes könyvkereskedői úton állítatnák ki. Minél nagyobb a tagok száma, annál olcsóbb lesz a könyv. (Egy nyomtatott ív kiállítása akkor 30 forintba került: 870.000 koronába, most 2–3 millióba!)

Az alapszabályok a társulat célját a következőképp írják elő: „A társulat célja orvosi szakhoz tartozó könyvek magyar nyelven leendő kiadása által az orvosi

tudományok művelését és terjesztését előmozdítani, melyet 1. idegen nyelven írt remekmunkák magyarra fordítása és kiadása; 2. eredeti jeles és hasznos művek kiadása és segítése által törekszik elérni."

A felszólítás a következő szavakkal végződik: „A nemzetek új életre ébredésének ezen időszakában, midőn a polgárosult népek a tudomány és ipar terén mind versenyre keltek, nekünk sem szabad hátramaradni, s a részvétnek és szorgalomnak pótolnia kell a csekély számat és kiegyenlíteni a visszás viszonyokat. E közmunkában mindenkinek kijut osztályrésze; az orvosé: tudományának művelése és polgártársai egészségének ápolása. Ezen cél elérésének egyik fő eszköze jó könyvek, s ezeket kiállítani feladata társulatunknak. Egyesülve célt érhetünk, s ápolva a tudományosságot, a haza és nemzet iránti kötelességünket is leróhatjuk."

Kétségtelen, hogy a felszólítás *Markusovszky Lajos* fogalmazása. A társulat alapításának eszméje is tőle származik. Ugyancsak *Markusovszky Lajos* az *Orvosi Hetilapban* cikksorozatát közölte, melyekben fáradságtalanul agitált a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat érdekében. Ezekben a társulat feladatát következőképp foglalja össze: „A társulat első feladata kétségtelenül oly munkákat állítani ki, melyekre leginkább s közöttünk a legnagyobb résznek szüksége van; a második feladat: megnyitni a magyar orvosi közönség számára a művelt népek orvosi buvárlatának fordításait s erejéhez képest a bármily nyelven megjelent munkákkal gazdagítani orvosi irodalmunkat, a harmadik ezekkel párhuzamosan járó feladat végre oly eredeti hazai művek megjelenését elősegíteni, melyek a tudomány színvonalán állanak s a társulat tagjai kíváncsainak megfelelnek."

A társulat alakuló ülését 1864. évi január hó 15-én tartotta meg s elnökekül 192 szavazat közül 182-vél *Balassa Jánost* választották, alelnökül *Rupp Jánost* és *Bókai Jánost*, első titkárrul 192 szavazat közül 164-gyel *Markusovszky Lajost*, másodtitkárrul *Koller Gyulát*. Pénztárnok: *Kiss Károly*. Az igazgató-tanács tagjai: *Lumniczer, Hirschler, Semmelweis, Kovács Sebestyén, Endre, Arányi Lajos, Poor Imre, Jendrassik Jenő, Patrubány Gergely, Batizfalvi Samu, Wagner János*, a vidékről *Káta Gábor, Korányi Frigyes, Balogh Kálmán, Sass István, Kain Albert*.

E névsort csak mély megilletődéssel olvashatjuk.

Balassa János 1864. évi február hó 20-án tartotta székfoglalóját, ebben hálás elismeréssel emlékezik meg *Markusovszky*-ről, ki az angol *New Sydenham Society* mintájára az Orvosi Könyvkiadó Társulatot megszervezte.

Korányi Frigyes, Markusovszky Lajos-ról 1902-ben tartott emlékbeszédében, *Balassa* elnöki megnyitójáról azt mondja: „Ez a beszéd ma is megérdemelne, hogy szóról-szóra felhangozzék a magyar orvosi világban: hazaszeretet, az orvosi hivatás magasztosságának hitvallása, a magyar kultúra orvosi tudomány fejlődési feltételeinek hiánya feletti őszinte fájdalma; a magyar orvosok sanyarú és a tudománnyal való lépéstartást akadályozó helyzete, az önálló tevékenység általi kiemelkedésének szüksége és az erre való egyesülésre riadószerű felhívás lángoló szavakban hangzik fel benne."

A könyvkiadó társulatról *Balassa* azt mondja: „Orvosrendünknek oly nagy hazai cél körüli csoportosulása magasztos látvány."

„Angolország nyelve két nagy és hatalmas nemzetnek nyelve és mégis hasznosnak és szükségesnek látszott egy olyan orvosi egyesület alakítása, mely részint az eredeti angol irodalmi működést támogassa, részint az idegen orvosi szellemi munkának becsesebb termékeit átültetni segítse és így az angol orvosi közönség az egész művelt világ orvosi szaktudományának gyors haladását követhesse."

„Mennyivel indokoltabb ezt nekünk tennünk, kik kevesen vagyunk, az európai népesorportok között elszigetelten állunk, hogy gyenge szakirodalmunk lábra kaphasson."

Az Orvosi Könyvkiadó Társulat félszázadot meghaladó működése alatt e feladatot megvalósította: kilenc ciklusban 114 munkát adott ki, ezek között számos többkötettest. Az első évben *Niemeyer* belgyógyászátát s *Billroth* sebészetét, majd *Stellwag* szemészetét, *Sims* nőgyógyászátát, *Taylor* orvosi jogtudományát, *Böke* fülészetét, *Schwimer* bőrkórtanát, *Fodor* közegészségügyét *Angliában*, stb.

Az Orvosi Könyvkiadó Társulat adta ki *Bókai, Kétly, Korányi* szerkesztésében a belgyógyászat hatkötetes nagy munkáját is.

Markusovszky jóslása valóra vált, a társulat könyvtára az eredeti magyar munkákon kívül a művelt világ orvosi remekműveinek nagy részét tartalmazza.

A háború, a forradalmak s a békekötés által eredményezett súlyos gazdasági helyzet szünetelésre kényszerítette a társulatot.

Az igazgató-tanács — melyben a halál szörnyű aratást tartott: 12 budapesti tagja közül 6, a vidéki 12 tagja közül 9 elhunyt — 1926. évi április hó 29-én tartott ülésében elhatározta, hogy alapszabályainak 3. §-a értelmében újból megkezdje „az orvosi szakhoz tartozó könyvek kiadását s ezáltal az orvosi tudomány művelését és terjesztését".

Nehéz gazdasági viszonyaink között a magyar orvosi rendnek nagy szüksége van arra, hogy az orvosi irodalom termékeihez olcsó áron jusson hozzá, nagy szüksége van arra, hogy az orvosi tudomány haladásáról megbízható tudományos könyvekből értesüljön, nagy szüksége van arra, hogy útmutatást találjon a mindinkább növekedő irodalom helyes kiválasztására.

A társulat igazgató-tanácsa elhatározta, hogy eredeti és fordított orvosi könyvek kiadását újból megkezdje s minden erejéből arra törekszik, hogy a magyar orvosi társadalomnak a gyakorlatra legszükségesebb s legjobb könyveket a lehető legolcsóbb áron nyújthassa. Arról a beadványról sem feledkezett meg, melyben 1860. évi június hó 4-én 141 orvostanhallgató magyar tankönyvek kiadását sürgeti.

A társulat célját akkor érheti el leggyorsabban, ha sikerül a magyar orvosi rend túlnyomó részét sorába egyesíteni.

A nagy alapítók példájára a társulatnak nincsenek díjazott állásai, a tisztikar és igazgató-tanács erejét önzetlenül bocsátja az ügy szolgálatába. Ilyen körülmények között a társulás eredménye csak az lehet, hogy a magyar orvosok magyar könyveket a legolcsóbb áron kaphatják meg. Minél nagyobb a tagok száma, annál olcsóbban.

Ezért bizalommal fordulunk a magyar orvosokhoz s arra kérjük őket, hogy tagjaink sorába belépjenek. A taggyűjtő-ívet megküldjük az egyetem orvosi fakultásainak, a kórházaknak, az orvosegyesületeknek, a fiókszövetségeknek s mindazoknak, akik azok megküldését kérik.*

A tisztújító közgyűlést előreláthatóan június hó 11-én, pénteken este 6 órakor a budapesti *Királyi Orvosegyesület* *Semmelweis*-termében fogjuk megtartani. E közgyűlés fogja a választásokat is megejteni. (Az Orvosi Könyvkiadó Társulat tisztikara jelenleg a következő: Elnök: *Tóth Lajos*. Alelnök: *Dollinger Gyula*. Titkárok: *Székelly Ágoston* és *Scholtz Kornél*. Igazgatósági tagok: *Bókay János, Grósz Emil, báró Kétly Károly, báró Korányi Sándor, báró Müller Kálmán, Tauffer Vilmos, id. Imre József és Kenézy Gyula*.)

Tagdíjul 1927-re 20 pengőt fogunk javaslatba hozni.

Kiadásra az első sorozatban a következő munkák kerülnek:

Báró Korányi Sándor: Klinikai előadások a vese pathológiájának köréből.

Tóth István: Nőgyógyászat.

Albrich Konrad: A szembetegségek és szemtünetek összefüggése a szervezet egyéb betegségeivel.

* Belépésre jelentkezéseket, esetleg tagdíjakkal együtt, postán vagy személyesen az *Orvosi Hetilap* szerkesztősége is elfogad.

A kiadványok száma a tagok számával emelkedik. *Markusovszky* fáradhatatlanul hirdette, hogy milyen erő rejlik az erők egyesítésében. *Fogadjuk meg a társulat nagy alapítójának intelmét s hazánk minden orvosa tartsa kötelességének, hogy a társulat tagjai sorába belépjen.*

Megjegyzés a Székely László dr. „Az anus praeternaturalis eljárásának új módja” című közlésére. (O. H. 18. sz.)

A cikkben közölt módszert Németországban már harminc év előtt mint *Trendelenburg* eljárását ismerték és gyakorolták. Ha nem is áll rendelkezésemre az eredeti közlés, de ideiktathatom *Jeannel prof.* „Chirurgie de l'intestin” (Párizs 1898, 28. old.) művének a „Traitement de l'anüs contrenature” fejezetének a c) pontban „Procédé de Trendelenburg”-ra vonatkozó (1894) kiadvonátát:

A combservek kizáródása kapcsán képződött bél-sipolyok zárása céljából az ép bőrterületen bemetsz, 6 cm-nyire a Poupart felett, azzal párhuzamosan és behatol a hasüregbe. Egy segéd ujjával megállapítja összenövések esetén az oda- és elvezető bélkacsot. Csonkolja és egyesíti a bélvégeket. A visszamaradt sipolyszárakat kesztyűujjserűleg kihúzza megelőző zárás után s azokat eltávolítja.

Payer lipcsei klinikájáról *Hohlbaum prof.* „Zum Anus praeter Verschluss” cím alatt a *Zentralblatt für Chirurgie* 1924. évi 19. számában azt írja:

Eine andere und zweifello die sauberste Beseitigung des Anus praeter, die vor vielen Jahren v. Hacker empfohlen hat und die darin besteht, dass man abseits vom Anus laparotomiert, zu- und abführende Schlinge quer durchtrennt, anastomosiert, und die blind verschlossenen Darmschenkelreste primär oder sekundär entfernt, haben wir in einer grösseren Reihe von Dünndarmfisteln auch bei denkbar schlechtestem Allgemeinzustand in Lokalanästhesie mit durchweg gutem Erfolg verwendet. *Chudovszky M. dr.*

VEGYES HÍREK

Előfizetésük megújítására és hátralékuk kiegyenlítésére kérjük előfizetőink közül azokat, kiknek a mult-heti számukhoz befizetőlapot mellékelünk. Előfizetési díj: egész évre 250.000, félévre 125.000, negyedévre 65.000 korona. Kérjük nagyon a sürgős elintézését, mert a késedelemből a lapnak kára van.

A Budapesti kir. Orvosegyesület 1926. május 15-én tartandó tudományos ülésének programja: *Bemutató: Polgár Ferenc:* Bronchographiás leletek: a) bronchiectasiás cavernánál, b) tüdőtumornál. *Előadás: 1. Pándy Kálmán:* A syphilis socialis gyógyításáról. 2. *Ertl János:* Újabb biológiai elvek a sebészetben I. A biológiai irány fejlődése és jelentősége. Functiozavarok és a réteges szövetpótlások.

A Közkórházi Orvosegyesület május hó 19-i ülésének tárgysorozata: 1. *Wolff Károly:* Spontan szívruptura esete. 2. *Erdély Gyula:* Tüdővel összekapcsolódott bordasarkomának tüdő- és mellkasfalresestíóval gyógyult esete. 3. *Konrád Jenő:* A formalinreactio alkalmazása tüdőgümőkóránál. 4. *Elischer Gyula:* A viszértágulatok befeckendezéssel való gyógyításáról kétévi tapasztalat alapján.

A „Magyar Nőorvosok Társaságá”-nak igazgatótanácsa 1926. évi március hó 26-án tartott tanácsülésén elhatározta, hogy az ezen év szeptember havára tervezett nagygyűlést *Bársony János* egyetemi tanár, a társaság volt elnökének halálával beállott körülmények miatt 1927. év tavaszára halasztja. Főthema és referensek nem változnak. A nagygyűlés helyét és idejét az igazgatótanács a szaklapokban közölni fogja.

Az Apponyi Poliklinika Orvosai Tudományos Társulásának május 19-i évváró ülésének napirendje: 1. Elnöki megnyitó. 2. Titkári jelentés. 3. Könyvtári jelentés. 4. Új tisztikar választása. *Előadás: Holitsch Rezső dr.:* A Röntgen-therapia újabb javallatai (vetített képekkel). Vendégeket szívesen látnak. Ülés után társasvacsora Gundelnél.

Személyi hírek. *Aldor Lajos dr.* egészségügyi főtanácsos Karlsbadban, *Szabóky János dr.* egyetemi magántanár, egészségügyi főtanácsos Gleichenbergben. *Cukor Miklós dr.* Franzensbadban, *Tuszkai Ödön dr.* Marienbadban, *Halpert Akor dr.* Karlsbadban, *Hoffmann Lajos dr.* Tarsafürdőn, (Bad Tatzmannsdorf), *Schulhof Vilmos dr.* Hévízen, *Sümei József dr.* Balatnfüreden fürdőorvosi működésüket megkezdték.

A Keresetképtelen Orvosokat Segélyező Egyesület sorsjátékának húzása miniszteri engedéllyel május 2-áról június 15-ére halasztott. Az egyesület vezetősége kéri azon kartársakat, akik eladás céljából sorsjegyeket vettek át, hogy a még meglévőket május hó folyamán igyekezzenek elhelyezni, és a befolyt pénzről és az el nem adott sorsjegyekről legkésőbb június 1-éig szíveskedjenek beszámolni, mert az e hatánapig vissza nem szolgáltatott sorsjegyeket a rendező-bizottság az illető kartársak által megtartottnak volna kénytelen tekinteni.

Nemzetközi egészségügyi értekezlet Párizsban. Május 10-én ül össze Párizsban az a nemzetközi egészségügyi értekezlet, melynek tárgya az 1912. évi nemzetközi egyezmény átalakítása, illetve módosítása. Ez az egyezmény szabályozza a fertőző betegségek elleni nemzetközi védelmet és vonatkozik a pestisre, kolerára, sárgalázra, himlőre, kiütéses typhusra. Ugyancsak Párizsban tartja ülését május 15-én a Nemzetközi Veszedelem Elleni Nemzetközi Egyesülés is; mindkét igen fontos értekezleten *Grosch Károly dr.* népjóléti és munkaügyi minisztériumi osztálytanácsos képviseli a magyar kormányt.

Orvosi továbbképző tanfolyam Balatnfüreden. Május hó 9-én kezdődött meg Balatnfüreden a „Balatnfüred orvosi tanácsadó testülete” által rendezett orvosi tanfolyam. Ez a tanfolyam sorrendben már a második, mert a mult év folyamán is tartottak hasonlókat. A fürdőigazgatóság tervbevette, hogy a tanfolyamok tartását rendszeresíteni fogja. A tanfolyamok rendezésének eszméjét *Vámosy* tanár pendítette meg, aki látva a magyar fürdők elhagyatottságát, tervbevette, hogy megkísérli azok látogatottságának föllendítését. Eszméjét a Balatnfüred orvosi tanácsadó testületének előadta, melynek elnöke, *bárá Kéty Károly*, azt magáévá tette és megbízta a fürdő igazgatóságát a terv keresztülvitelével. A tanfolyamok célja kettős: 1. az orvosok tudományos ismereteinek fokozása, 2. hogy felhívja az orvosok figyelmét arra, hogy az ország megmaradt területén is vannak olyan gyógytényezők, melyek nemcsak, hogy felveszik a versenyt a külföldiekkel, hanem ezenkívül olyan tulajdonságaik is vannak, amelyek másutt hiányoznak. A tavalyi tanfolyam főképpen a szívpatológiával és a szívbetegségek terapiájával foglalkozott. Mivel azonban Balatnfüred gyógytényezői nem merülnek ki a szív- és a vérkeringési szervek kezelésében, hiszen például vulkanikus iszapja kiválóan hatásos egyes izületi bántalmak és a női genitáliák gyulladásos folyamatai ellen, ezért a tanfolyam vezetősége elhatározta, hogy az idei tanfolyamon nem annyira a vérkeringési szervek bántalmainak, hanem az orvostudomány más ágainak a legavatottabb szakemberek által való tárgyalásával fogja a tanfolyamon résztvevő orvosok ismereteit gyarapítani. A tanfolyamon közel 100 orvos vesz részt, a hallgatók sorában túlnyomóan vidéki kartárs, de szép számmal jelentek meg fővárosi collegák is. A tanfolyam előadói a budapesti és a vidéki egyetemek tanárai és docensei köréből kerülnek ki. A tanfolyamon a népjóléti miniszter, a vármegye, a járás és a község is képviseltetik magukat. A tanfolyam tudományos részét hasznos és szórakoz-

tató kirándulások egészítik ki, amelyek keretében ismertetik a felkeresett helyek klimatikus és egyéb gyógytényezőit.

Az Akadémia kitüntettjei. A Magyar Tudományos Akadémia ezévi nagydíját, mellyel a sor szerint ez évben biológiai munkásságot kellett jutalmazni, *Krompecher Ödön dr.* egyetemi ny. r. tanárnak ítélte oda a basalsejtes rák kutatása körül végzett sorozatos munkáiért. *Krompecher* professor nagyjelentőségű tudományos munkásságát már nem egy helyen méltatták elismerésre; kutatásait legutóbb tartott Balassa-előadásában foglalta össze, mely előadása az Orvosi Hetilap hasábjain jelent meg. Kitüntetése osztatlan örömet keltett az egész magyar orvosi társadalomban és mi sem maradhatunk el a gratulálók közül. *Schaffer Károly* professort az Akadémia rendes tagjává választotta, hogy ez az elismerés is mily méltó tudományos munkássággal szemben nyilatkozott meg, a tavalyi „Ahuccaro” nagydíj után, azt mindnyájan büszkén érezzük.

A gümőkór Hódmezővásárhelyen. Hódmezővásárhely város április havi közegészségügyi statisztikája arról tesz tanuságot, hogy az Alföld nagy népbetegsége, a tuberculosis, egyre fokozódó erővel szedi áldozatait a városban is. Ez indította a város vezetőségét arra, hogy a közelben (ú. n. Kútölgyön) fekvő tüdőbeteg-üdülőhelyet sanatóriummá építse ki. E célból az illetékes tényezők rövidesen érintkezésbe lépnek a népjóléti miniszteriummal, hogy a múlt évben kilátásba helyezett kölcsönösszeget e terv megvalósítására megkapják, egyúttal máris intézkedtek állandó orvosi állás rendszerezésére iránt.

A Nyírvidék felsegélyezése. Ismeretes, hogy a békeszerződés következtében válságos gazdasági helyzetbe jutott északkeleti országárszeink felsegélyezésére részben a helyi, részben országos tényezők tanácskozással folytattak. Illetékes közegészségügyi szakkörökben az a vélemény, hogy ennek a segélyezésnek első sorban a közegészségügyi viszonyok javítását is céljaul kell kitűznie. Ez országárszeinkben ugyanis (Szabolcs, Szatmár, Beregmegye) ma az a helyzet, hogy a halálozás minden tényezője, a csecsemőhalandóság éppúgy, mint a gümőkór, horribilis mértékben szedi áldozatait és okozza azt, hogy, ellenére e megyék fölöttébb örvedetes szaporodási arányszámainak, szaporaságuk jóval alacsonyabb, mint lehetne. E megyék lakosságának propagatív képessége akkora, hogy az ott bő forrásvízhez hasonlóan, egyenletesen előbuzgó magyar életek, ha nem esnének a magas halálozásnak nagy részben áldozatait, egész országunk csökkenő néperezének táplálékául szolgálhatnának. Remélhető, hogy ez értékes területek helyzetének javításában az egészségügyi kormányzat is kiveszi részét.

Kiirtják a gümőkóros teheneket. A földművelésügyi miniszter nemrégiben rendeletet bocsájtott ki, melynek értelmében a gümőkóros (gyöngykóros) tehenek az államkinestár terhére összevásárlandók és hatóságilag kiirtandók. A rendelet végrehajtására a megyék alispánjai és a járási állatorvosok már meg is kapták az útbaigazításokat. Mint értesülünk, az ország számos megyéjében már meg is kezdődött a beteg tehenek összevásárlása és kiirtása, aminek feltétlenül üdvös hatása lesz a lakosság közegészségügyére, hiszen köztudomású, hogy a gyöngykórosban szenvedő tehenek teje az emberre is súlyos ártalmakat rejt magában.

Az orvosi továbbképző tanfolyamok ajánlása. A magyar királyi népjóléti és munkaügyi miniszter 1926. évi április hó 30-i rendeletével felhívta a törvényhatóságokat, hogy az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága által a folyó év tavaszán és őszén a buda-

pesti és vidéki egyetemeken, valamint Budapest székesfővárosi közpórházaiiban és az Apponyi Poliklinikán tartandó továbbképző tanfolyamokon azoknak a közszolgáltatásban álló orvosoknak, akik a tanfolyamok valamelyikén résztvenni kívánnak, erre a célra a lehetőséghez képest szabadságot engedélyezzenek, s hogy a törvényhatóságok orvosaiának a tanfolyamokon való résztvételét megfelelő anyagi segélyek vagy ösztöndíjak engedélyezése útján is elősegítsék.

A berlini ingyenes közfürdők. Berlin város tanácsa a város húsz közfürdőjében a kerületi előjáróságok útján igazolt munkanélkülieknek és egyéb segélyre szorulóknak hetenként legfeljebb egy ingyenes fürdőt engedélyez, melynek költségeit a népjóléti segélyalap viseli. A fürdők igénybevétele az elmúlt hónapban olymértvű volt, hogy naponta körülbelül 12.000 ingyen zuhanyfürdőjegyet osztottak ki.

Halálozás. *Daday Jenő dr.*, a győri kórház sebészfőorvosa, Budapesten tragikus körülmények folytán, nem mint a lapok írták, cyanáli, hanem hydrargyrum oxycyanattól tiszta higanymérgezés tünete között elhunyt. — *Chrapek Jenő Edgár dr.*, a Lorántffy Zsuzsanna-kórház sebészfőorvosa, 39 éves korában hirtelen elhunyt. Régi súlyos szervi szívbaia következtében szívbénulás ölte meg, mikor rendes napi munkájához akart fogni. Temetése általános és mély részvét mellett május 10-én volt.

RATKÓCZI: Belgyógy. Röntgen-diagnostika gyakorlóorvosoknak. Kötve 160.000 korona.

Étrendi előírások a gyakorlatban. Írta Soós Aladár dr., élelmiszer-értéktáblázattal és gyakoribb étel-receptekkel. Fűzve 50.000 K-ért, kötve 75.000 K-ért kapható kiadóhivatalunkban.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint május hó 2-től május hó 8-ig előfordult:

Hasi hagymáz	10	1) Gyermekegyi láz...	—	1)
Küteges hagymáz	—	Bárányhimlő	36	—
Hólyagos (ál-)himlő	—	Járv. fültőmirigylob	56	—
Kanyaró	150	1) Vérhas	5	—
Vörheny	67	3) Járv. agygerincagyhártyalob	—	—
Szamarhurut	21	3) Trachoma	26	—
Rones, torok-, gégeleob	24	2) Veszettség	—	—
Influenza	5	2) Lépfene	—	—
Ázsiai kolera	—	Heine Medin	—	—

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

A szerkesztő fogadóórát kedden és pénteken 11—12-ig tartja.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

K. M. EGYETEMI NYOMDA BUDAPEST — FŐGAZGATÓ: DR. CZAKÓ ELEMÉR

A legolcsóbb tátravidéki gyógyhely: Stoószfürdő. Sanatorialis összár: 40 csehkrona. Főorvos: Nagy Albert dr., helyettese: Nemes J. Gy. dr.

LEGTÖNÉLETESEBB, ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A
LYSOFORM
OLDATBAN SZAGTALAN NEM ÉRZÉK BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

Lipót-városi **VÍZGYÓGYINTÉZET** Quarz stb. Dr. Farkas Márton V. Báthory-utca 3. **DIATHERMIA**

Dr. JUSTUS BÖRGYÓGYÍTÓ ÉS KOZMETIKAI INTÉZETE
Kórházi főorvos
IV, Ferenc József rakpart 26. Telefon: József 56-76.

RÖNTGEN ÉS ELEKTROMEDIKAI BERENDEZÉSEK
QUARZLÁMPÁK LÜDERS ÉS KANIS
raktárról kaphatók Budapest, VII. Miksa-u. 5. T.J. 130-26.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkeszti és kiadja: a vallás- és közoktatásügyi minister úr támogatásával és megbízásából a magyar orvosi facultások sajtóbizottsága:

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL
GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

v. Arady Kálmán: A sklerodermia néhány ritkább tünetéről. (533—535. oldal.)

Szathmáry Zoltán: A chorioepitheliomáról. (535—538. o.)

Pernyész Sándor: A kulesesont töréses ficama. (538—540. o.)

Soós Aladár és Hetényi Géza: Az éheztető-kúra. (540—544. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Szemészet. — Gyermekorvostan. (544—547. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület május 15-i ülése. (547—548. oldal.)

A Balatonfüredi Orvosi Továbbképzőtanfolyam május 10-től 15-ig. (548—550. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának május 10-i ülése. (551. oldal.)

Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Szövetség orvosi szakosztályának május 7-i ülése. (551. oldal.)

A Szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának május 8-i ülése. (552. oldal.)

A német Röntgen-Társaság XVII. nagygyűlése. (552—553. oldal.)

Anatómiai congressus Freiburg in Breisgauban. (554. o.)

A pathologusok freiburgi nagygyűlése. (555. oldal.)

Mivel lehetne meggátolni a lúgmérgezéseket? (555—556. oldal.)

Vegyes hírek. (556—557. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem IV. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: Herzog Ferenc dr. egy. ny. r. tanár.)

A sklerodermia néhány ritkább tünetéről.

Írta: v. Arady Kálmán dr.

(Első közlemény.)

A sklerodermiáról ma már általánosan elfogadják azt, hogy nem csupán a köztakaróra szorítókozó bőrmegbetegedés, hanem hogy a szervezet általános megbetegedése, amely, mint ilyen, a szervezet igen különböző részein előidézhet specifikus elváltozásokat. Így a tünetek is rendkívül változatosak. Míg azonban a bőr és bőralatti részek elváltozásait mindenki jól ismeri, a nyálkahártyaelváltozásokat már kevésbé — legfeljebb még a nyelv- és szájüregsklerodermiáról vannak rendszeres ismereteink (O. Kren és Fr. Anske adtak róla összefüggő képet) —, addig a többi szervekben található elváltozásokról csak egyes elszórt észlelések szólnak, úgyhogy némelyek kétségbe is vonják azok sklerodermiás eredetét. Pedig ezen ritkább lokalitások ismerete is fontos, annál is inkább, mert ezek némelyike a betegség korai, sőt olykor legelső tüneteként jelentkezhetik, amikor is a bőrelváltozások még nem eléggé kifejezett vagy atypusos volta esetén éppen ezen ritkább tünetek vezethetnek a helyes diagnózishoz.

A közelmúltban a sklerodermiának néhány ritkább tünetét volt alkalmunk klinikánkon észlelni.

1. B. Ede, 41 éves, nagyszülei, unokatestvérek, atyja pedig anyai nagyanyjának volt unokaöccse. A családban ideg- vagy hályogbeteg nem volt. Rendes időre született és tanult meg járni. Másfél éves korában bélhurutja, 24 éves korában tüdőgyulladás, 25 éves korában anginája, 27 éves korában diphtheriája volt, utána baloldali tonsillotomia, 35 és 37 éves korában prostatissal és mellékherelobbal szövődő gonorrhoeája volt. Gyerekkora óta rövidlátó. Lueses infectiót tagad.

1916-ban füle és két lába megfagyott. Ettől kezdve bőre mind feszebb lett, megbarnult és sokszor, főleg ha sokat járt, fájt is. Majd arcán és két kezén is hasonló tünetek támadtak. Négy év előtt lábujjain renyhén gyógyuló fekélyek, egy éve jobb bokáján ütés után sebet és orbáncot kapott, ettől fogva bokája rosszul

mozog. 1917-ben erős meghűlés után egyre fokozódó rekedtsége támadt. Állítólag már ekkor kezdődő paresist találtak a gégecszek. 1919 óta bal szemére fokozatosan megvakult.

Fokozódó panaszaival múlt év tavaszán a Szent István-kórházba került. Itt előbb pajzsmirigykezelést kezdtek, de a kórtörténet adatai szerint szívdobogás és nagy általános rosszullét miatt rövidesen fibrolysin-injectiókra tértek át. Akkori szemlelete: jobb oldalt a lencsekéregben széli vesszős homályok, rendes tensio, bal oldalt a pupilla területében elszürkült lencse, iris-árnyék nem kapható, vörös visszfény nincs, szemfenék nem látható, tensio rendes. Látás jobb oldalon 18 /o-cyl. 3/0 D. 30° = 35 /o; bal oldalon fényérzés loc. jó (Csapody dr.). 1925 május 30. Extractio lobularis c. iridectomia o. sin. (Csapody), utána négy nappal a bal szem látásélessége + 10/0 D. 0 + cyl. 2/0 D. 120° = 10 /o. A műtét utáni másodlagos cataracta miatt aug. 17-én discissio catar. secund. o. sin. (Csapody), utána a bal szem látásélessége az előbbi correctióval 35 oxyoptriára javult és olvassa a Csapody VI. írást.

Klinikai felvétel 1925 okt. 20-án. A fejlődésében visszamaradott 41 kg súlyú, 149 cm magas férfi, testmagasságának fele pontosan a symphysis magasságában, a két kar kiterjesztve 142 cm. Fejkerület 51½ cm, a fej 17 cm, a nyak 21 cm, a törzs 54½ cm, a felső végtag 60½ cm, a felkar 30 cm, a kézfej 8 cm, az alsó végtag 84½ cm, ebből a comb 38 cm, a talp 18½ cm hosszú. A medence szélessége 39½ cm, háskörfogat 73 cm, a tenyér 8 cm, a comb körfogata 15 cm-rel a térd felett 32½ cm, az alsó végtag körfogata 15 cm-rel a boka felett 19 cm.

A bőr mindkét alsó végtagon, kisebb mértékben a felsőkön és arcon is elvékonyodott, kissé fénylő és helyenként barnásan pigmentált, a csontszorosan ráfeszül, nem ráncolható. Az elváltozás a lábszáron térdig, a karokon pedig könyöktől pár centiméterrel feljebb terjed. A lábujjak végperce zsugorodott, a köröm legtöbbjéről hiányzik. Az öregujj mindkét lábán mérsékelt dorsalflexióban. Az interphalangealis ízületekben a mozgás minimális, a jobb lábfej csak derékszögig, a bal még kevésbé emelhető, a térdízületben és csípőben is mérsékelt mozgáskorlátozottság. Az Achilles-ín merev, feszes köteg alakjában elődomborodik. A lábujjakon több heg és néhány kis fekély. A talp bőre megvastagodott. A lábfej hideg tapintatú. A felső végtagokon hasonló, de kisebbfokú elváltozások.

A fejtető és nyakszirt bőre is feszebb, éppígy az arc bőr is nehezebben ráncolható; az arc ráncai elsimultak. Kisfokú masque sklerodermia. A koponya kicsiny, az állkapocs elvékonyodott. Röntgen-felvételen a töröknagyreg feltűnően keskeny. Akromikria.

A homloktájon a haj kihullt, szemöldök, bajusz, szakál is ritkult; a test többi részén a szőrzet megtartott. Feminin szőrzettypus.

Az ajkak elvékonyodottak, szorosan az ínyhez simulnak. A szájnýtás nem teljes. Az egész szájnyalak-hártya halvány. A nyelv jól és egyenesen nyújtható, épnek látszik. A lágyszájpad jól emelkedik. A hátsó garat elvékonyodott, medialis részében szinte áttetszőnek látszik. A garat hátsó falának nyálkahártyája fénylő, sima, sorvadt. A sinus piriformisban majd minden vizsgálatkor feltalálható kevés habos nyák, ami arra vall, hogy a nyelés nem tökéletes, bár a betegnek erre vonatkozólag semmi panasza nincs.

A gége vizsgálatát (Freystadt dr.) megnehezíti az a körülmény, hogy az epiglottis hangadáskor egyáltalán nem emelkedik, minekfolytán a gégeének csak hátsó része (az aryporcok) látható. A hangszalagok megtekintése céljából az előzőleg cocainozott merev epiglottis előreemelésére volt szükség. Hangadáskor csak a hangszalagok pars cartilaginea érintkezik egymással, a pars ligamentosa között elég széles, ovalis rés marad. Az aryporcok nyálkahártyája vékony, a porc körvonalai élesen látszanak. A hangszalagok kissé megvékonyodottak, fénylő fehérek. Gyulladásos tünetek nincsenek. A beszéd csak nagy levegőpazarlással lehetséges, úgyhogy néhány szó után újabb mély belégzésre kényszerül. A hang aphoniás, csak az első szótagok kimondása történik magas fistulahangon.

Izzadás a bőrön minimális. Megnagyobbodott nyirokesomók nem tapinthatók. Oedema nincs. A bőr alatti zsírpárna csak a hasfalban és az emlőkön maradt meg. Itt aránytalanul vastag. Az izomzat a lábszárakon rendkívül sorvadt, kisebb mértékben az alkarokon is.

Szem jól zárható. Szemmozgások kivihetők. Mindkét szem kötőhártyája halvány. Jobb szem cornea, iris ép, csarnok rendes mélységű. A lencse széli részeiben néhány vészós homály, úgyszintén a hátsó kéreg részben centralisan egy tömöttebb homály. Szemfenék ép. Bal szem cornea ép, csarnok mély, irisben felül szabályos műteti rés, lencse helyén hártás maradék, ennek közepén kis rés, szemfenék ép (Horau dr.).

Pajzsmirigy kicsiny, de jól tapintható. Mellkas normalis. Bal tüdőcsücs tömpult, a tüdők felett mindenütt érdes légzés. Átvilágításkor mindkét tüdő finoman márványozott. Rekesz jól mozog. Szív rendben. Pulzus 70–80 percenként. Has és hasi szervek épek. Herék kicsinyek, zöld mogorónyiak, de rendes consistentiájúak. Libido, erectio, ejaculatio normalis. Idegrendszeri eltérés nincs. Vizeletben semmi kóros. Wassermann- és Sachs-Georgi-reactio negatív.

4.500.000 vörös-, 5030 fehérvérsejt. Vörösvérkép rendes, fehérvérképben kis eltolódás balra. Lymphocytosis és eosinophilias nincs. Vércukor 83 mg-%. A vér viszcositása 8.9. Alapanyagcsere Krogh szerint +5.5%. Specifikus dinamias fehérjehatás Liebesny-reggeli után +13%; a reactio két óra múlva éri el a maximumot.

Psychéjében sok infantilis vonás: makaes, önfejjű, ellentmondó, következtelen. Azt hiszi, hogy rajta csak kísérleteznek, ezért az alkalmazott konyhasó-injectió kezelésnek ellenszegül és a további vizsgálatok elől dolgainak elvégzése végett fél napi kimenőt kérve, végleg eltávozik.*

Röviden összefoglalva, egy 41 éves testileg és szellemileg infantilis emberen a diffus sklerodermia kétoldali lencse-zavarodást és tipusos gégeelváltozásokat is okozott.

Ha keressük, hogy betegünkön az infantilismus melyik typusnak felel meg, úgy a növényben való visszamaradás, a széles medence, az abnormis zsíreloszlás (az emlőkön és a hasfalban, más helyeken a panniculus teljes hiánya), a feltűnően keskeny sella, a rendesenél kisebb, de jól működő herék, a megtartott potentia, az

* A beteg utóbb mégis jelentkezett és 33 intravenás hypertoniás konyhasó-injectiót kapott. Kezelés után a bőr, főleg a homlokon és arcon, jól ráncolható, a lábfej meleg tapintatú, a mozgási korlátozottság lényegesen kisebb fokú, járása javult, a vérviszcositás 6.3-ra csökkent, alapforgalom +22.9%-ra, a specifikus dinamias fehérjehatás pedig 17%-ra emelkedett; gégetükrözés nemcsak az aryporcok, hanem a lumen hátsó harmada is látható, az epiglottis nem oly merev, hangadáskor kifestő emelkedés látható.

elesontosodott epiphysisfugák, a kis pajzsmirigy, a feltűnő rossz tolerancia pajzsmirigykésztéményekkel szemben, a psyché gyerekes volta és végül a csökkent specifikus dinamias fehérjehatás alapján kétségkívül hypophysis eredetűnek kell felfognunk, még pedig a hypophysis elülső lebenye hypofunctiója következményének.

Elkülönítő körjelzés szempontjából gondolnunk kell ugyan még pluriglandularis insufficienciára is, mely betegségnek sklerodermiával való combinatioja eléggé ismeretes, úgyhogy *Sterling* egyenesen degeneratio genito-sklerodermicáról beszél ilyen esetekben, de, miként azt *H. Zondek* nagyon helyesen hangsúlyozza, ha — mint esetünkben is — a tünetek egyetlen inertiós mirigy megbetegedésével megmagyarázhatók, nem beszélhetünk pluriglandularis insufficienciáról. Különben is a pluriglandularis insufficiencia két nagyon fontos tünete, az anaemia és a kachexia, betegünkön nem volt található.

Alig néhány hónapja köztelt *W. Heimann-Hatry* egy hypophysis eredetű törpén észlelt sklerodermiát, mint az első ilyen irányú észlelést. *Heimann-Hatry* a két elváltozás — sklerodermia és belsősecretiós zavar — között elveti az oki összefüggés gondolatát és jórészt az általuk megejtett vegetatív idegrendszeri functiós vizsgálatok alapján, a vegetatív idegrendszer functio-zavarát veszi fel aetiologiai tényezőnek, még pedig a sympathicusnak fokozott ingerlékenységén, illetve fokozott tonusán alapuló véredénymegbetegedést másodlagos trophiás zavarokkal. Bár tagadhatatlan, hogy a legkisebb arteriák megbetegedése sok esetben elősegíti a sklerodermiás elváltozások létrejöttét, az erek elváltozását egyedül még sem fogadhatjuk el a sklerodermia kizárólagos okozójának, hiszen, miként azt *Cassierer* és *Hirschfeld* találóan megjegyzik, más, súlyos verőer-elváltozás, így arterio- és arteriolosklerosis sem okoz sklerodermiát. Sajnos, esetünkben a vegetatív idegrendszer tüzetesebb functiós vizsgálatát a beteg idő-előtti és váratlan eltávovása lehetetlenné tette. Mindazonáltal az irodalom mérlegelése alapján elfogadjuk *Cassierer* azon álláspontját, hogy a sklerodermia oka a vegetatív idegrendszer dysfunctiójában keresendő és alapján véve vasomotoros-trophiás neurosis. Ezen feltevéseinket a klinikánkon újabban végzett hypertoniás konyhasó-injectiós kezelésnek a legtöbb esetben való sikeres volta is igazolni látszik.

Esetünkben kétségtelenül megállapítható a belső elválasztás zavara is. Cataractaképződés inertiós megbetegedések kapcsán elég gyakran előfordul. *C. H. Sattler* szerint az inertiós mirigyek többféle működés-zavara okozhat lencseborúságot: a parathyreoidea hypofunctiója (tetania és valószínűleg a myotoniás dystrophia kapcsán észlelt hályogok), elősegítheti a Langerhans-szigetek elégtelen működése (cukorbeteg hályoga), talán az ivarmirigyek csökkent működése is (öregkori hályogok), végül, mint mondja, a hypophysis hyperfunctiója a diabetes insipidus mellett észlelt cataracták eseteiben. *Vossius*, aki elég gyakran talált cataractát golyvás betegeken, oki összefüggést vesz fel a cataractaképződés és a struma között, melyet ő thyreogen anyagcserezavarra vonatkoztat. *W. Löhlein* ezzel szemben rámutat arra, hogy mások golyvásakon sem láttak nagyobb arányban hályogképződést, mint ép pajzsmirigy mellett (*Possek*).

Esetünkben azonban a fenti belsősecretiós zavarok egyike sem forog fenn, sőt a hypophysisnek csökkent működésével van dolgunk. A belsősecretio zavaraival tehát betegünk hályogképződése nem magyarázható.

Sokkal kevesebb azonban az, amit sklerodermia

és cataracta együttes előfordulásáról tudunk. 1868-ban ismertet először *A. Rothmund* megfigyeléseket cataractának egy sajátságos, szerinte még azideig nem észlelt bőrmegbetegedés kapcsán való előfordulásáról. Ő a vorarlbergi Walsertalnak mindhárom kis falujában talált egy-egy családot, amelyekben a gyerekek életük első évében a végtagokon és az arcon sajátságos bőrelváltozásokat kaptak, amelyek végül is a terhességi hegekhez hasonló fehér csíkokban állandósultak. A bőrelváltozásokon kívül ugyanezen gyerekeken a 4–6. életévben kétoldali cataracta fejlődött ki. A bőrelváltozások a leírás szerint minden valószínűség szerint sklerodermiának, vagy legalább is ahhoz rendkívül közelálló megbetegedésnek feleltek meg, annál is inkább, mert ma már tudjuk, hogy skleroderma csíkalakban gyerekeken is előfordulhat.

1904-ben észlelt a kiel szemklinikán *O. Werner* négy testvért, akiken sklerodermiás bőrelváltozásokon kívül 24–34 éves korukban kétoldali cataracta is fejlődött.

1920-ban *A. Vossius* ismertet két esetet, amelyek a mienkhez igen sok tekintetben hasonlóak: 1. 37 éves nő, 15 éve sklerodermiás és amenorrhoeás, 20–21 éve erős rekedtség és négy éve látásromlás. Sklerodaktylia, masque, cataracta centralis o. u., jobb oldalt előrehaladottabb stadiumban, a felső légutakon gyulladáson elváltozás nincs, a hangszalagok csak a proc. vocales területén záródnak, a beteg magas fistulahangon beszél nagy phonatiós levegőpazarlással. 2. 35 éves férfi, mindig magas fistulahangon beszélt, három éve mindkét szemén látásromlás; sklerodaktylia, masque, cataracta centralis o. u., és az előbbivel azonos gégeelváltozások, néhány edénytagulattal a hangszalagokon.

1923-ban *G. Guillain, Th. Alajouanine* és *R. Marquézy* közölnek egy esetet: 28 éves férfin súlyos sklerodermiás elváltozások az alszáraon, kétoldali hályog és infantilismusos tünetek: 148 cm, a proximális végtagrészek aránytalanul rövidek, gynaecomastia, széles medence, feminin szőrzettypus, jól fejlett genitáliák.

Végül 1926-ban *H. Curschmann* a Bergmann-Staehelin belgyógyászati kézikönyvében említi, hogy több ízben látott sklerodermiában pluriglandularis insufficienciára valló jelenségeket, így pl. általános lesoványodást, tetaniát és bronchotetaniát, cataractát partialis skleroderma mellett.

Az irodalom ezen kevés adatából is megállapítható, hogy a sklerodermiás hályognak nincs egységes klinikai képe. *Rothmund* eseteiben széli vesszős kezdet után rendkívül gyorsan, 4–8 nap alatt teljes homály fejlődött és az elülső lencsefal erősen kidomborodott, szűkítve ezáltal az elülső csarnokot. Ez utóbbi jelenséget *Werner* is észlelhette egyik esetében. Az esetek abban is különböztek a fiatalkori hályog rendes képétől, hogy az érett hályognak nem volt meg a fiatalkori hályogok aránylag fehér színe. *Vossius* mindkét ízben maghályogot látott, a még átlátszó peripherián néhány csíkalakú homállyal. *Werner* egyik esetében csak az elülső corticalis részeken maradt néhány tiszta terület, egy másikban pedig az egész lencsében szabálytalan multiplex homály volt jelen. A mi betegünknek széli vesszős homálya volt és csak később zavarosodott meg a központi rész, tehát az öregkori hályoghoz hasonló a klinikai kép. Az a körülmény azonban, hogy betegünk még csak 41 éves és már hat év előtt észrevette látása romlását, továbbá, hogy családjában felmenő ágon hályogbeteg nem volt, tehát a cataracta nem egy hereditásos anticipatio jele, nagy valószínűséggel kizárják az öregkori hályog felvételét.

A sklerodermiás alapon fejlődött hályog mindig

kétoldali. Ha a vizsgálat idejében az egyik szem még szabad is lenne, rövidesen megkezdődik a másik szemén is a lencse megzavarosodása. Leginkább diffus symmetriás sklerodermiában észlelték, kivéve *Rothmund* eseteit, és leginkább a harmincas életkorban. Igen figyelemre méltó *Werner* egyik esete, mert azt mutatja, hogy a hályogképződés meg is előzheti a bőrelváltozásokat és a betegség első tünete lehet.

Ha magyarázatát akarjuk adni annak, hogy miképpen keletkezik skleroderma kapcsán hályog, csak feltevésekre vagyunk utalva. Hiszen még magának az alaphettségnek, a sklerodermiának sem tisztázott az aetiologiája. *Vossius* mindkét esetében a pajzsmirigyet találta kicsinynek és ebből, valamint azon körülményből, hogy golyvásakon aránylag gyakran látott hályogot (*Werner* betegei között is volt két golyvás), a skleroderma és ezzel együtt a cataractaképződés thyreogen eredetét fogadja el. Éppígy *Guillain* és munkatársai is az általuk észlelt infantilismust ugyancsak hypothyreosisnak fogják fel. *Curschmann* említett esetében a cataractát szintén incretiós alapon magyarázza.

R. Cassierer azonban nem tartja mai ismereteinket elegendőnek a skleroderma incretiós eredetének bizonyítására, bár a sokszoros kapcsolat vele le nem tagadható. A belső elválasztást is az idegrendszer szabályozza és legvalószínűbbnek látszik a sklerodermiát az autonóm idegrendszer funkciójavarára visszavezetni.

A vegetatív idegrendszer dysfúnciójával megváltozhatik a szervezet nedveinek sóconcentrációja, ami az oly érzékeny ciliaris sejtek működésére is káros lehet. A csarnokvíz összetételének a megváltozását vegetatív, még pedig sympathicus behatásra *J. Kajikawa*, továbbá *J. Yamamoto*, nálunk *Karczag* és *Zilahy* vizsgálatai bizonyítják, *L. Aschernek* és tanítványainak vizsgálatai pedig általában a sejtek permeabilitásának, tehát trophiás működésének a sympathicustól való befolyásolását tanúsítják. A lencse túlnyomóan csarnokvízből osmosis útján táplálkozik, mikor is az intracapsularis epithelrétegnek jut az a feladat, hogy a csarnokvizet a lencsének megfelelő osmosis koncentrációba hozza. Lehetséges, hogy sklerodermiában az intracapsularis epithelréteg permeabilitása is szenved, az általa produkált folyadék osmosis koncentrációja megváltozik, ami *Peters* vizsgálatai szerint nem közömbös a lencsére.

Rothmund eseteiben rokonházasságot tudott a szülőkön kimutatni; *Werner* betegeinél is valószínű ezen családi terheltég. A mi esetünkben is többszörös rokonházasság mutatható ki, mely körülményt *Rothmund* és *Werner* fő aetiologiai tényezőnek tartanak.

(Folytatjuk.)

A kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. női klinikájának közleménye (igazgató: Tóth István dr. egyetemi nyilvános rendes tanár).

A chorioepitheliomáról.

Írta: Szathmáry Zoltán dr.

(Második, befejező közlemény.)

IV. Klinikai rész.

A klinikai kórkép és kórlefolyás azon ismeretes részét, melyet a nagyobb nőgyógyászati kézikönyvekben is megtalálhatunk, nem érintem.

A chorioepithelioma első tünetei recidiváló lepenyi polypussal téveszthetők össze. Mindkettő kórképét a vérzés uralja. A kérdés rendesen akkor dül el, mikor a megejtett szövettani vizsgálat a rosszindulatúság gyanú- vagy biztos jelét adja. Ha leszámítjuk az

egy évnél tovább lappangó eseteket, akkor statisztikánk szerint leggyorsabban kiviselt terhesség után (átlagban 7-5 hétre) lép fel a chorioepithelioma. Míg üszök után 10-2 hétre, addig vetélés után 12-6 hétre jelentkezik ez a daganat. Magyarázata ennek valószínűleg az, hogy rendes szülés után sokkal nagyobb a lepény tapadási felülete s így nagyobb a lehetősége az elsődleges góc keletkezésének. Hozzájárul ehhez még az is, hogy a kihordott terhesség hosszú ideje alatt az asszony is többet szenved, nagyobb mennyiségű vándorsejt árasztja el a szervezetet, mint például egy 2-3. hónapos vetélésnél.

Attól függően, hogy a chorioepithelioma mennyi ideje állott fenn, a velejáró vérvesztések is különböznek. Az ilyen vérzést voltaképpen úgy foghatjuk fel, mint a visszamaradt lepényszövetek utáni vérzéseket. Nagyságuk sokszor olymértékű lehet, hogy a vörösvérsejtek száma akár 600.000 alá is süllyedhet s a haemoglobin mennyisége 10%-ra fogy. Ilyen esetekben természetesen nemcsak a vérvesztés, hanem a daganatos kachexia is szerepet játszik.

A chorioepithelioma leggyakoribb szövödménye az albuminuria, mely sokszor igen magas százalékos mennyiséget ér el. Ennél azonban sokkal kellemetlenebb complicatio a láz, a fertőzés. Infectio chorioepitheliománál gyakran fordul elő, mert a daganatos gócot úgy tekinthetjük, mint egy visszamaradt lepényszövet maradványát, mely — mint tudjuk — rendkívül könnyen fertőződhet s hol a fertőzés — a legtöbbszor nyitott nyakcsatornán át — csak idő kérdése. 11 esetünkben hatnál találtunk a műtét előtt gyakori hidegrázást s 39°-on felüli hőemelkedést. Az ilyen helybeli fertőzés azután nem egyszer válik általánossá, mely az amúgy is gyenge beteg sorsát megpecsételi, menthetetlenné teszi. Azok a szerencsétlen betegek, kik nem kerülnek idejekorán megfelelő kezelés, műtét alá, vagy a nagyfokú vérvesztésnek, vagy a fertőzésnek esnek áldozatul.

V. A chorioepithelioma gyógyítása.

Amint az első, részletesebben leírt esetek tisztázták a chorioepithelioma rosszindulatú voltát, a kezelés kérdése is eldőlt. Később azt vették észre, hogy nem egy esetben a góc részletes kiirtása is teljes gyógyulást eredményezett. Az esetek száma azonban csekély volt, úgyhogy legtöbb szerző visszatért a radicalis műtėti kiirtáshoz. A ritka spontán gyógyulásokról és a részleges kimetszések eredményeiről már a kórbonctani részben volt szó. Hasonlóképpen feltüntetettük statisztikai adataink közlésénél az elért műtėti eredményeket, amely szerint 400 esetből 296-ot operáltak (74%). Dacára, hogy a 296 műtétből 250 volt teljes kiirtás (vaginalis totalexstirpatio, exstirpatio uteri et adnexorum per laparotomiam), az operált betegeknek mégis 48,3%-a meghalt. *Teacher* statisztikája (188 eset) jobb eredményeket mutat ugyan (99 radicalisan operált betegből meghalt 37%), de itt nincs feltüntetve az, hogy a műtét után hosszabb időre nem következett-e be kiújulás s ennek következtében exitus? Ezt hozzászámítva — mert hozzá kell venni — bizonyára sokkal rosszabb végeredményeket kapott volna. Saját 11 esetünk műtėti eredménye (37,5% halálozás) szintén a statisztikai adatoknál van feltüntetve.

Mivel a műtėti beavatkozás után gyakran lépett fel kiújulás, ezért — mint a rosszindulatú daganatoknál — megkísérelték a Röntgen-kezelést, azonban sikertelenül. Saját eseteink között szintén van egy, hol Röntgennel kísérleteztünk, de eredménytelenül; a beteg recidivával távozott s valószínűleg rövidesen elpusztult. A rádiumkezelés sem hódított nagyobb tért, mind-

össze három esetet találtam közölve, melyek meggyógyultak.

Amint látjuk, dacára a nagy műtėti beavatkozásnak, a chorioepitheliomás betegeknek fele mégis meghal. Mivel az irodalomban talált három mesothoriummal gyógyított eset, valamint két súlyos állapotban lévő rádiummal kezelt betegünk gyógyulása szép eredményhez vezetett, szükségesnek tartjuk eseteink rövid közlését abból a célból, hogy felhívjuk a figyelmet a rádiumsugarak használhatóságára főleg oly esetekben, hol a nagyobb műtėti beavatkozás a beteg leromlott állapota miatt nem lehetséges.

I. eset. N. J.-né. Fejlapsz. 273/1914. 38 éves, VII. P. 1914 január havában orvosa szerint mintegy IV—V. hónapos magzatot vetélt, mely után „nagy mennyiségű üszök” távozott. Vérzése nem szűnt meg s ezért felvétele előtt három héttel ismét orvoshoz fordult, ki „valamit” kivágott hüvelyéből s azt ismét összevarrta.

Felvételkor (1914 május 20.) az erősen kivérzett nőbetegnél régi, lezajlott tüdőfolyamatot állapíthattunk meg. Nőgyógyászati lelete a következő: középtág hüvely; közvetlenül a hügyesónyílás mögött, a hüvely jobb oldalán, mandulanagyságú, puha, kékesvörös, egyenetlen felületű, vérzékeny növedék foglal helyet, mely a szeméremcsont felett elmozgatható. A hüvely falán máshol, vagy a vaskos, ép húmmal fedett portion hasonló elváltozást nem látunk. A méh kiesiny, retropónálva foglal helyet, környezete szabad. A vörösvérsejtek száma 2.600.000, a fehérvérsejteké 8000, Hgl. 60%, testsúly 48 kg.

A daganatból kimetszett szövet góreső alatt a chorioepithelioma atypusos alakját mutatta.

Május 28-án a paravaginalis kötőszövetbe elég mélyen beterjedő daganatot éles kanállal eltávolítottuk s a vérzést részben Paquelin-égetővel, részben alákötésekkel csillapítottuk. Tamponade. A műtėti anyag szövettanilag ugyanazt az eredményt adta: chorioepithelioma malignum. A műtét után hatodik napra a kimetszett terület helyén ismét egy körülbelül diónyi, kékesvörös, málékony, vérzékeny daganat képződött. Látna az előbbi sikertelenséget, rádiumkezelést kezdünk. Első alkalommal 2600 mg-óra sugármennyiséget alkalmazunk. A kezelést követő nyolcadik napon a chorioepithelioma helyén — mely mintegy kétkoronásnyi terjedelmű volt — már csak lencsényi hámfosztott terület látható. A két hét múlva végzett méhüri kaparékban góresővilág csak szétcsúszott, magfestődést nem mutató szövetfoszlányokat találunk. Közben a beteg általános állapotának javítására kakodyl-injectiókat adunk. Június 12. II. rádiumbesugárzás: 100 mg a hüvelygócra, összesen 2400 mg-óra mennyiségben. Öt nap múlva a hüvelyi góc már teljesen behámosodott. Június 26. III. kezelés: 50 mg a hüvelybe, 50 mg a méhüribe, összesen 2400 mg-óra sugármennyiségben. Július 7. IV. kezelés: 2400 mg-óra, testsúly 58 kg. Július 16. V. kezelés: 1200 mg-óra. Az öt kezelés alatt tehát összesen 11.000 mg-óra sugármennyiséget kapott a beteg, mely teljes gyógyuláshoz vezetett, amennyiben a kezelés után 1½ évre egészségesen láttuk viszont, testsúlya 59 kg volt.

II. eset. V. J.-né. Fejlapsz. 20/1915. 43 éves, VIII. P. Nov. 28-án — a terhesség harmadik hónapjában — üszöktörhességet ismertünk fel. Ballon tágitás után s glanduitrin adagolására jó fájások lépnek fel s a mola spontán távozik. Utána betapintunk s néhány kis szövetcsíkot hozunk még ki. Gyermekágy subfebrilis, távozáskor kiesiny, anteversio-flexióban lévő méhet találunk, zárt méhszájjal, szabad környezettel. Kevés világos folyás.

December 21-én erős vérzéssel a mentők szállítják be klinikánkra. A beteg teljesen kivérzett, leromlott, állni sem tud, szédül, homályosan lát. T.: 38-3°, P.: 126.

Vizsgálatnál az elülső hüvellyel alsó harmadában diónyi, kékesfekete, taplószerű, rendkívül érzékeny, a felületről kiemelkedő daganatot találunk. A portio vaskos, a nyakcsatorna ujjnyi, a méh ökölnyi. Diagnózis: chorioepithelioma malignum. A vizsgálatot csak egész felületesen végezhetjük, mert közben igen erős vérzés indul meg az elülső hüvellyel daganatgócából. Terpentines gaze-csik, tamponálás. A vérzés szűnik. Két nap múlva méhkaparást végzünk s a hüvelyi gócból is kimetszünk egy keveset szövettani vizsgálatra. Mivel a beavatkozás folytán ismét erős vérzés indul

meg, de most már a méh üreből is, méhüri mosást végzünk hideg vízzel. Úgy a méh üregéből, mint a hüvelyi göcából készített metszetek a chorioepithelioma típusos képét adták. (Krompecher prof.) Tekintettel az asszony nagyfokú leromlottságára, a radicalis műtéttől elállunk, mert féltő, hogy a beteg nem bírja ki. Rádiumkezelést kísérelünk meg, mely nem várt gyors javulást s végül teljes gyógyulást eredményezett. Első alkalommal három darab $\frac{1}{2}$ 28 mg rádiumot helyezünk a méh ürébe s a nyakcsatornát jodoformos gazeval tamponáljuk, majd kitömjük a hüvelyboltozatot s a hüvely felső részét, hogy a hüvelygőcra alkalmazott 98 mg-nyi rádium hátra ne csúszhasson. Másnap eltávolítjuk a réztubusokat s méhüri mosást végzünk. Az említett területet tehát 22 óra alatt 3950 mg-óra sugármennyiség érte. A kezelés után a beteg aránylag jól érezte magát, nem vérzett. A hetedik napon azonban egy óráig tartó hidegrázás után 41° -ra emelkedett hőmérséklete. Másnap a láz csökkent s harmadnapra már láztalan volt. A tizedik napon kevés kávéaljyszerű hányadék s erős hidegrázás után ismét 40° fölé emelkedik a hőmérséklet. Feltárás mellett vizsgálva a beteget, azt látjuk, hogy a hüvelyfal alsó részében helyet foglaló, diónyi, kékesfekete daganat eltűnt, csak kevés sarjszövet fedti helyét. A méh is kisebb, parametriumok szabadok. Méhüri mosást végezve, kezdetben csak kevés szennyos váladék ürül, majd hirtelen erős vérzés indul meg, melyet csak tamponálással tudunk megszüntetni. Másnap ismét hidegrázás. A további nyolc nap alatt, a bűzös folyás miatt, még két ízben mossuk ki a méhet. Testsúly $52\frac{1}{2}$ kg. Jan. 12-én saját kívánságára távozik.

Elbocsájtáskor a hüvelygőc helye már behámo-sodott, a méhszáj záródott, a méh maga kicsiny, környezete szabad.

Febr. 8-án második kezelés, mely alkalommal 2550 mg-óra sugármennyiséget kap. Állapota annyira javult, hogy rendszeren dolgozik. Testsúly 55 kg. Márc. 24-én harmadik rádium, 2000 mg-óra, testsúly 57 kg. Ápr. 24-én negyedik kezelés, 2800 mg-óra. 1917 febr. 22-én ötödik kezelés, 3400 mg-óra, okt. 25-én hatodik rádium, 2000 mg-óra, vagyis összesen 16.500 mg-óra.

A beteg már a harmadik kezelés előtt teljesen jól érezte magát, semminemű panasa nem volt. Genitalis lelete elváltozást nem mutatott, csak a hüvelygőc helyét jelezte az alapnál világosabb színű hegyszövet. Utoljára 1923 októberben, tehát nyolc év múlva láttuk, teljesen egészségesen.

Amint a két esetből láthatjuk, a rádiumsugaras kezeléssel súlyos chorioepitheliomák is meggyógyíthatók.

VI. Az idősebbek chorioepitheliomája.

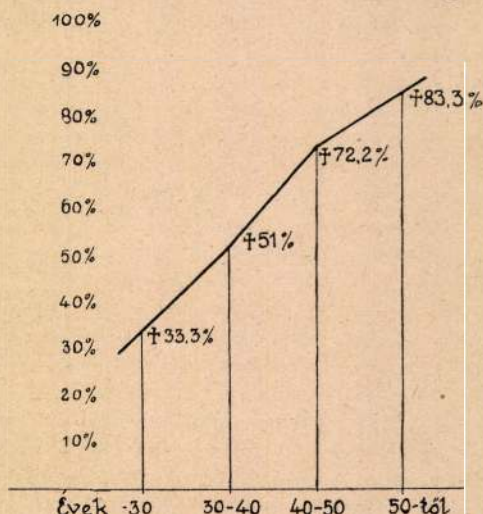
A 400 esetből összegyűjtött 182 molás eredetű chorioepitheliomát 40 éven felüliek és aluliak csoportjába osztályozhatjuk. A statisztikai résznél összegyűjtött számadatokból az tűnik ki, hogy e két korosztály között a chorioepithelioma lefolyásában lényeges különbség van. 40 éven felül a chorioepithelioma aránylag sokkal gyakoribb, rosszabb indulatú, hamarabb vezet a beteg pusztulásához. Ezek a betegek, kik már közel, vagy már benne vannak a climacterium idejében, elérték a rosszindulatú daganatok átlagos korhatárát. Ebben az időben lép fel a legtöbb genitális carcinoma, sarkoma, ebben az időben fajul el a legtöbb petefészektoimló rosszindulatúvá. Ugyanilyen szerepet játszik a kor a chorioepithelioma aetiológiájában is. Hogy az előbb említett tényező lényeges befolyással van a rosszindulatú daganatok s így a chorioepithelioma kimenetelére, azt az alábbi számokkal igyekszünk igazolni.

A molás terhesség után keletkezett chorioepitheliomák halálozási görbéje kor szerint.

Amint látjuk, 40–50 év között két és félszer több chorioepitheliomás beteg hal meg, mint 30 éven alul. Ennek okát a fentiekben már vázoltuk.

A tények megítélésében lényeges szerep jut a szülések számának is. Statisztikánk alapján betegeink

átlag nyolcszor jutottak teherbe (40 éven felül). Az ilyen nyolcszor szült méh, mely a szülések miatt gyakran volt nagyobb inzultusnak kitéve, bizonyára kevesebb ellenállásra képes, mint egy fiatal nő egészséges szerve. Szerepet játszik továbbá a climax. A nő szervezete ebben az időben mintegy elveszti belső működési egyensúlyát s ezzel együtt ellenállóképessége is valószínűleg csökken. A rosszindulatú daganatoknak



fellépésével sokkal hamarabb fejlődik ki ebben az időben a kachexia, mely azután rövidesen pusztuláshoz vezet. Ezért itt kell keresnünk az okát annak, hogy miért lép fel az üszöktérhesség ebben a korban gyakrabban s ha fellépett, miért alakul át oly nagy százalékban aránylag rosszabb indulatú chorioepitheliomává.

Ha a statisztikánkban összeállított eseteket kor szerint két csoportba osztályozzuk, úgy 400-ból 118 chorioepithelioma esik 40 évnél idősebb asszonyokra s csak 282 fiatalabbakra. Míg 282-ből csak 104 keletkezett mola után (37.4%), addig az idősebbeknél 118-ból 78 (66.1%); vagyis 40 éven felül majdnem kétszer oly gyakori az üszöktérhesség után fellépő chorioepithelioma, dacára annak, hogy ebben a korban a nők már ritkábban fogamzanak. Az alábbi táblázat a kor szerint két csoportba osztott chorioepitheliomák keletkezését mutatja:

3. táblázat.

	Chorioepithelioma keletkezett			
	mola után	ab. után	szülés után	ménki-vüli terhes. után
40 éven alul (282)	104	85	73	22
Átlag IV. P.	(36.9%)	(29.4%)	(25.9%)	(7.8%)
40 éven felül (118)	78	26	10	4
Átlag VIII. P.	(66.1%)	(22%)	(8.9%)	(3%)

A legnagyobb különbség a két csoport között a halálozásnál mutatkozik. Míg a 40 éven alóli, mola után fellépett 104 chorioepitheliomás betegből csak 42 pusztult el (40%), addig az idősebb asszonyok közül 78-ból meghalt 58 (78%). Vagyis az idősebbek közül majdnem kétszer annyi beteg esett ennek a daganatnak áldozatává, pedig a műtétek aránya egyforma mind a két időben. Saját 11 esetünkben is az öt mola eredetű chorioepitheliomából négy 42 évnél idősebb nőkre esik. A két csoport halálozási százaléka oly nagy különbséget mutat, hogy önkénytelenül is felmerül a kérdés, nem lehetne-e az ilyen idősebb nőket, mint azt

már az előbbi részben is felemlítettem, prophylacticusan megvédeni a rájuk váró veszélytől? Ezen a téren a korai diagnózis felállításán kívül két mód adódik: prophylacticus műtét és prophylacticus rádiumkezelés.

Saját s az irodalomban talált három esetben azt láttuk, hogy rádiummal még olyan betegeknek is lehet eredményt elérni, hol a beteg állapota miatt a gyógyulás reménytelennek látszott. Tehát a rádiumsugaras kezelésnek elég szép eredménye van a chorioepitheliomával szemben.

Mivel a mola a chorioepitheliomának leggyakoribb előfutárja az idősebb korban (66%), célszerű volna minden 40 éven felüli asszony üszöktérhessége után a méhürbe helyezett kis mennyiségű rádiumsugaras mennyiséggel elejét venni a chorioepithelioma kifejlődésének. Mert ha ezzel a kezeléssel kifejlődött, súlyos eseteket sikeresen kezeltünk, annál eredményesebben használhatnók a kezdeti időszakban, mikor talán a visszamaradt molarész még nem indult rosszindulatú elfajulásnak. Lehet, hogy a sugaras kezelés nagyobb góccokat nem képes elrontcsolni, de ezeket a kezdeti csírákat feltétlenül elpusztítaná. Az esetek egy részében mindenesetre feleslegesen alkalmaznók a rádiumot (33·9%), de ezzel szemben ott van a nagyobbik csoport (66·1%), melynek $\frac{3}{4}$ része rövid pár hónap alatt elpusztulna, dacára a 70%-os műteti kezelésnek. Magával a kezeléssel semmi károsat nem cselekszünk, még ha feleslegesen alkalmaztuk is, tehát nem volna semmi, ami ellenjaválná.

A másik mód, a radikálisabb: a méh teljes kiirtása. Erre vonatkozó adatot már 1904-ben találunk, még pedig nálunk. *Rosenberger* azt írja közleményében, hogy idősebb nőknél, különösen ha már több gyermekük van, a chorioepitheliomának csak legkisebb gyanúja mellett, tehát molánál is, távolítsuk el a méhet. Fiatal, gyermektelen nőknél ezt a műtétet csak akkor tartja javalltnak, ha a chorioepithelioma diagnózisában teljesen biztosak vagyunk. Utána hosszabb ideig nem került e dologról szó, csak a háború után vetődött fel ismét a kérdés, mely Németországban és Svédországban csakhamar gyakorlati alkalmazást is nyert. Legutóbb *Essen-Möller* tárgyalja részletesen a lehetőségeket s felkéri társait, hogy eseteik közlésével támogassák egy nagyobb anyag összegyűjtésében. Maga öt esetet közölt. Az esetleg túlradiálisnak látszó eljárás enyhítésére több, már a rádiumkezelésnél is ismertetett érvt lehet felhozni: 1. ezeknél az idősebb betegeknek sokkal gyakrabban alakul át a mola chorioepitheliomává, mint a fiataloknál s ha átalakult, úgy rosszabb indulatú, rosszabb lefolyású; 2. a 40 éven felüli nők legtöbbször többszörös multiparák, közel állanak a climaxhoz, tehát nemzés szempontjából méhükre nincs többé nagyobb szükségük; 3. egyes vidékeken az üszöktérhesség után orvosi felügyelet nem vihető mindig keresztül; 4. magát a műtétet — melynek halálozási százaléka alig van — complicatio nem igen zavarhatja.

Az itt említett két eljárás közül az első — saját tervünk — látszik előnyösebbnek, mert lényegében nem jár nagyobb beavatkozással, káros következménnyel, nem kell hozzá nagyobb sebészeti készség, könnyen kivihető, azonban gyakorlati használhatóságának bizonyítása csak több eset kapcsán lehetséges. A méhszájnak laminariákkal való óvatos tágítása után, a méhürbe többször behelyezett, de kis adagú sugármennyiségeket úgy kellene megválasztanunk, hogy ezek a petefészek működését ne tegyék tönkre, ne szüntessék meg s így ne okozzanak kiesési tüneteket.

Ha feltevésünk beválna, úgy számos chorioepithe-

lioma keletkezését akadályozhatnók meg s csökkenthetnók a rendkívül magas halálozási százalékot.

(A terjedelme miatt közlésre nem alkalmas, 858 chorioepitheliomáról szóló cikkből összeállított irodalom, amelyet *Tóth* tanárnak bemutattam volt, bárkinek rendelkezésére áll a szerzőnél.)

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem I. számú sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Verebély Tibor dr. egy. ny. r. tanár).

A kulcscsont töréses ficama.

Írta: *Pernyész Sándor dr. klin. műtőorvos.*

Kulcsesonttörések százával vannak leírva az irodalomban, a különböző fajú kulcsesontficamokról is számos közlést olvashatunk, de olyan esetet, ahol a kulcsesont törése együtt fordul elő annak ficamodásával, egyet sem találtam a számomra hozzáférhető irodalomban. Ennek oka távolról sem az, mintha a kulcsesont töréses ficama — esetünktől eltekintve — még sohasem fordult volna elő, hanem valószínűleg inkább az, hogy azok az intézmények, amelyek kulcsesontsérülés szempontjából nagy beteganyag felett rendelkeznek, így a katonaság és a munkásbiztosító pénztári rendelő, nem méltatták közlésre érdemesnek az eseteiket. A kulcsesont töréses ficama azonban valószínűleg tényleg rendkívül ritka. Az I. számú sebészeti klinikán kezelésünkbe került ilyen esetet éppen ezen ritkasága miatt tartjuk érdemesnek a közlésre.

Sch. J., 18 éves, közepesen fejlett, sovány, sápadt földműves előadja, hogy 17 nap előtt három méter magasból letráról a kemény földre esett s megütötte a jobb vállát. Ettől a pillanattól kezdve jobb vállá fájt, karját a vízszintes fölé emelni nem tudja. Másnap bement a pápai közpórházba, ahol megröntgenezték, majd harmadnap megoperálták, s egy hét múlva eltávozott a kórházból, anélkül, hogy állapotát valamit is javult volna. A 17. napon felkeresett bennünket panaszaival.

Jelen állapot: A beteget megvizsgálva, azt találtuk, hogy a jobb kar felemelése a vízszintesig könnyen sikerül, de a vízszintesen túl való emelése, valamint a felemelt karnak a középvonal felé való behúzása gátolt s fájdalmas. A kulcsesont belső harmadának megfelelőleg körülbelül almányi tömört, esontkemény daganat látható, amely nem fájdalmas. E terület felett 5 cm hosszú, vízszintes, friss műteti heg fut.

Röntgen: A jobb kulcsesont a középső és belső harmad határán eltört, a belső törvég a mellestallal nincs ízületi összeköttetésben, hanem a sternoclaviculáris ízületből kifecamodott, úgy, hogy a mellestalltól körülbelül 2 cm-re oldalfalé függélyes irányban fekszik. Az ízületi felszín lefelé, a törési felszín felfelé tekint.

Műtét (op. prof. *Verebély*): Az említett műteti heg körülírásával hatolunk be. Simán rájutunk a törvégekre, amelyek kötőszövetes-csontos szövetbe vannak ágyazva; kihámozásuk könnyen sikerül, s a műteti lelet teljesen megfelel a Röntgen-kép fent leírt elváltozásainak. A kulcsesont belső ízületi felszínétől 2 cm-re kifelé kissé ferdén felülről-kivülről lefelé-befelé haladó vonalban törött; a letört darab az ízületből kiugorva a szegycsont elé tolodott, úgy, hogy ízületi felszíne lefelé, törési felszíne felfelé tekint, s külső oldalának nekifekszik a hosszú törési darab törési felszíne. A törvégeket szabaddá téve, a belső törvéget eredeti helyére visszahelyezzük, s a törvégeket összedrótózzuk. Mivel a belső törvég az ízületben szilárdan áll, azért varrattal a mellestallhoz nem is rögzítjük, mindössze néhány erősítő izomvarratot helyezünk el föléje. Sebzés. Rögzítő kötés.

Ha ismerjük azokat a körülményeket, amelyek kulcsesonttöréshez, illetve ficamhoz vezetnek, úgy könnyen megértjük a töréses ficam keletkezésének módját is. E körülmények annyira közismertek, hogy itt egész röviden csak felrészítésükre szorítkozhatunk.

A kulcsesont a lapocka és a mellestől közé beiktatott „S” alakú görbült csont, amely mozgás szempontjából a hatalmas vállövi izomzat hatása alatt áll. „S” alakú görbülete is változik, aszerint, hogy mennyire fejlett a vállövi izomzat. Fejlett izomzatú egyénknél a görbület kifejezett, gyermekeknél, nőknél a csont majdnem egyenes. Úgy a mellestől, mint a lapocka acromionjával ízületi összeköttetésben áll. A sternoclaviculáris ízület, dacára a tági ízületi toknak, rendkívül erős, mert hatalmas szalagok erősítik (Lig. sternoclaviculare, costoclaviculare, interclaviculare). Az ízületnek csak az elülső, alsó szögletében van egy gyengébb helye, azért a praesternalis ficamok aránylag gyakoriak. Az acromioclaviculáris ízületet ugyancsak erős szalag erősíti (lig. acromioclaviculare), ezenkívül ez a csontvég a lig. coracoclaviculare útján (amelynek két része van: lig. trapezoides és conoides) még külön összefügg a lapockával, úgyhogy a kulcsesont külső harmada mozgás szempontjából a lapockával bonctani egységet képez. Ennek megfelelőleg indirect traumákra nem is igen törik, sem nem ficamodik. A tipikus indirect törések a kulcsesont belső, illetve középső harmadán jelentkeznek.

Úgy a sternalis, mint az acromialis ízület belső szerkezete olyan, hogy, működésüket tekintve, golyóizületek szerepelnek, jóllehet bonctanilag nem azok. Ezt a működési lehetőséget a tági tokszalag mellett az magyarázza, hogy az egymással izesülő csontvégek mindkét ízületben egymástól feltűnő távol vannak. A közöttük lévő teret tömött porcos anyag (discus articularis) tölti ki, amely tökéletesen hozzáilleszkedik mindkét egymással izesülő csontvéghez.

A kulcsesontnak önálló mozgása nincs, mert nincsen egyetlen izma sem, amely kizárólag a sternoclaviculáris ízületre hatna. A kulcsesontnak minden mozgása a lapockán keresztül jön létre. Természetes tehát, hogy az indirect kulcsesonttörések, illetve ficamok is a lapockán át váltódnak ki.

Az indirect kulcsesonttörések létrejötténél mindig két erőcomponens hat:

1. A külső erő, amelyet képviselhet rugás vagy ütés, amely a vállat oldalról vagy hátulról éri; esetleg vállraesés, könyökre vagy nyújtott kar mellett kézre-esés is okozhat kulcsesonttörést, de csak ha a kar nem előre, hanem oldalra vagy hátrahelyezett.

2. A vállövi izomzat, amely védekezésésképp összehúzódik.

E két erő mindegyike lehet olyan nagy, hogy külön is képes eltörni a kulcsesontot. Minél nagyobb a külső erő és minél inkább a kulcsesont hosszirányában hat, annál kisebb szükség van a második componensre és fordítva. A külső erő ugyanis Strasser szerint két összetevőre bomlik: egy érintőre, amely előre vagy hátrafelé hat, s egy hosszirányúra, amely a kulcsesont hosszirányában hat. Ha a vállat hátulról éri ütés, úgy a két összetevő közül az érintői lesz az erősebb, az erő tehát közvetlen hatásából veszíti a kulcsesontot illetően. Ilyenkor a törés létrejöttéhez nagy szükség van az izomzat segítő hatására, míg ha oldalról jön az ütés, úgy a külső erő inkább hosszirányban hat, ilyenkor inkább maga is eltörheti a csontot. A vállövi izomzat szerepe viszont a törés létrehozásában annyira nem lebecsülendő, hogy néha maga is képes létrehozni a törést (pl. discos-, gerely- vagy füleslabdadobásnál, ha az illető tárgy előbb csúszik ki a kézről, mint kellene).

Minden olyan erő, amely a kulcsesont indirect törését létrehozhatja, létrehozhatja a kulcsesont mellcsonti ficamát is. Hogy törés vagy ficam jön-e létre, az

függ először a csont és ízületek relatív erősségi viszonyától, másodszor attól, hogy a külső erő inkább érintői vagy hosszirányú componense irányában hat-e, és harmadszor a vállövi izomzattól. Minél fejlettebb a vállövi izomzat, annál inkább képes rögzíteni a kulcsesontot a trauma pillanatában, tehát annál könnyebben törik a csont. Minél gyengébb, annál inkább együtt mozoghat a vállal a kulcsesont, tehát annál könnyebben ficamodhatik. De mivel gyengébb vállövi izomzatú egyénknél is az izomzat a trauma hatására a képzelhető legnagyobb erővel összehúzódik, azért — tekintve, hogy a csont különben is gyengébb, mint az ízület — hasonlíthatatlanul gyakoribb a törés, mint a ficam.

Látuivaló tehát, hogy a trauma eredménye nem a beható erő nagyságától függ, hanem a csont, ízület és izomrendszer egymáshoz való viszonyától, illetve egyes esetekben az izomzat beidegzési zavarától.

Ha a kulcsesont eltörött, úgy a váll a kar súlya alatt lesüllyed s egyben előre és befelé fordul, mert a vállövi izomzat elülső része (musculus pect. min. és a musculus pect. maior sternocostalis része) túlsúlyra jut a vállövi izomzat hátsó része (musculus latissimus, musculus trapezius felső része) felett. A kulcsesont külső törvége követi a vállat e mozgásában, tehát szintén lesüllyed, előre és befelé fordul. A kulcsesontnak e mozgásában jelentős szerepet játszik a musculus subclavius, amely az acromialis törvéget erősen lefelé és befelé húzza. A belső törvég így magasabbra kerül, mint a külső, gyakran rajta lovagol a külsőn. Fordított viszony, hogy t. i. a külső lovagol a belsőn, csak kivételesen fordul elő, akkor, ha a beható külső erő meghajlítja és úgy tör el a csontot.

Sokan úgy tartják, hogy a belső törvég is dislocálva lesz, és pedig azért, hogy a musculus sternocleidomastoideus claviculáris része felrántja. Ez azonban nem áll. Hogy nem áll, arról meggyőződhetünk, ha Röntgen-képet csináltatunk nemcsak a sérült, de az egészséges oldalról is. A képen meggyőződhetünk, hogy mindkét kulcsesont belső része, egészen a sérült kulcsesont töréséig, egyenlő magasságban áll. De a sternocleidomastoideus claviculáris része különben is nagyon közel tapad a sternoclaviculáris ízülethez, úgyhogy húzóhatása már ezért sem érvényesülhet. De még ha érvényesülne is, paralizálná hatását a musculus pect. maior kulcsesonti részének lefelé húzó hatása. Ha azonban mégis ténylegesen felfelé dislocált, úgy ez csak azért jöhetett létre, hogy a külső törvég felfelé egyenesedő sternalis vége, amelyen lovagol, felemelte.

Ebből a gondolatmenetből magátólértetődővé válik a mi esetünk is. Itt is az történt, hogy a három méter magasból való vállraesés alkalmával a belső és a középső harmad határán eltört a kulcsesont, s a külső törvég típusosan a belső alá kerülve, azt fellökte. Ez a fellökés olyan óriási erővel történt, hogy a belső törvég a sternoclaviculáris ízületből kificamodott, s függélyes helyzetbe került.

Kérdés, hogy miért olyan ritka ez a törés utáni ficamodási forma? A felelet egyszerű: az esetek legnagyobb számában a beható erő kiegyenlítődését talál az egyszerű reakcióban, a törésben. A trauma legtöbbször már meg is szűnik abban a pillanatban, amikor a törés bekövetkezett. Ha tovább tart, akkor a csontvégek még mindig elcsúszhatnak egymás mellett, s ha egymásnak akadnak is, hatalmas erőnek kell ahhoz érvényesülni, hogy a belső törvég fellökése olyan óriási erővel történjék, hogy az kiszakadjon a szalagokkal kitűnően körülbástyázott sternoclaviculáris ízületből. Jelen esetünkben ez megvolt, mert a sérült 3 méter

magasból esett a kemény földre, míg a legtöbb esetben egyszerű álló helyzetből való nyújtott kar melletti tenyérre-, könyökreesés szerepel, esetleg vállára esik az illető. Még a lóról vagy kocsiból való esés is jelentékenyen alacsonyabb magasságot képvisel.

Gondolni lehetne arra is, hogy nem a pápai műtét alkalmával jött-e létre az általunk észlelt állapot. Erre vonatkozólag kérdést intéztünk a pápai kórház vezetőjéhez, aki azt válaszolta, hogy műtét előtti Röntgen-vizsgálata alkalmával pontosan olyannak látta a viszonyokat, mint ahogy azt mi később a klinikán észleltük. Ő a törvégeket műtete alkalmával szintén egyesíteni próbálta, de csontfűrője műtét alkalmával eltörött, s így változatlanul hagyva a viszonyokat, lemondott az egyesítésről.

A beteg a nyolcadik napon primára gyógyult sebbel hagyta el a klinikát, miután még rögzítő kötést kapott. E rögzítő kötést a harmadik héten eltávolította és karját mozgatni kezdte. A hatodik héten a karnak már minden mozgása fájdalom nélkül keresztülvihető lett, s a műtési terület helyén is, a műtési hegthel eltekintve, mi sem árulja el a lezajlott kulcsesonttörés, illetve ficam helyét.

Irodalom: Boss: Zur Lux. clav. praesternalis. Bruneche Beit. f. Chir. 121. köt., 3–5. füz., 679–686. old. — Ewald: Moderne Therapie der Fract. und Lux. Wiener klin. Wochenschr. 35. évf., 22–23. sz. — Haechner: Zur Lux. clav. retrosternalis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. CXXX. köt., 423. old. — Meyer: Zur Lux. sternoclav. Deutsche Zeitschr. f. Chir. CXIX. köt., 497. old. — Mező Béla: Új gipszkötési eljárás. O. H. 66. évf., 3. füz., 21–22. old. — Pfanner: Über den Bruch des Schlüsselbeines. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 172. köt., 1–4. füz., 217–234. old. — Schlegel: Lux. retrosternalis clav. Münch. med. Wochenschr. 1922, 69. évf., 14. sz., 511. old. — Schulze: Zur Lux. clav. retrost. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 3–4. füz., 282–287. old. — Továbbá a *Jahresbericht für Chirurgie* 1912-től 1916-ig terjedő köteteiben a kulcsesonttörésekre és ficamokra vonatkozó összes referátumok. — *Zentralorgan* 1212–1921. terjedő köteteiben a hasonló összes referátumok.

A kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem III. számú belklinikájának közleménye (igazgató: báró Korányi Sándor dr. egyetemi ny. r. tanár).

Az éheztető-kúra.

Irták: Soós Aladár dr. egyet. magántanár és Hetényi Géza dr. egyet. tanársegéd.

II. Az éheztetés és fantizmus.

Németországban, Drezda mellett, a Loschwitz-hegyen van egy különleges sanatorium, ahol a betegeket kizárólag Schroth-kúrával kezelik. Ennek a kúrának az a lényege, hogy a beteg egész napon át csupán vizeszsemlyét fogyaszthat, de azt tetszése szerinti mennyiségben és naponta egyszer egy tányér rizs- vagy darapépet kap. Víz nem ihatik, csupán 1–2 pohár bort, a jelentkező szomjúságot erős akarattal le kell győznie. A kúra tehát *szomjazzatás és éheztetésben* áll, melyet 8–12 hétig következetesen visznek keresztül. A kezelés maga meglehetősen megerőltető és hogy az ingadozó és gyenge jelleműek a kúrát idő előtt ne szakítsák félbe, ahhoz oly vezetés szükséges, amely egy percre sem enged ki suggestív hatása alól a beteget.

Az intézet vezetője, Möller dr., fanatikus híve e gyógyeljárasnak. Meggyőző erővel és heves szavakkal kel ki az általánosan divó túltáplálás ellen. Szerinte sokkal többet eszünk, mint amennyire a szervezetünknek szüksége van és mint amennyit az feldolgozni képes, ennél fogva a szervezetünk „anyagcsere-salakokkal” van elárasztva. Hogy salakok alatt mit ért, nem

hajlandó megmagyarázni, hanem összefoglalja e néven mindazon anyagokat, amelyek fáradságot, elernyedést, idegességet, stb. okoznak. A salakok káros hatását az ember alkohollal, kávéval, dohányzással és húsextraktívanyagok élvezetével, szóval izgatószerekkel mesterségesen igyekszik elnyomni és ez vezet a betegségekre. Helyes szerinte csak az a táplálkozás lehet, amelynél az emberek naponta csak kétszer táplálkoznak és akkor is csupán annyit, amennyi az éhség csillapításához feltétlenül szükséges.

A kultúra betegei a legtökéletesebben az intensív tápmegvonásra gyógyulnak és erre ő különösen a Schroth-kúrát tartja alkalmasnak. A kúra kezdetén beálló kellemetlen közérzet, szédülés, gyengülés mind azt jelentik, hogy a szervezet a fölhalmozódott salakoktól a táplálkozás helyes szabályozása révén kezd megszabadulni. A káros anyagok kiküszöbölését egyrészt úgy igyekszik elérni, hogy a beteget éjjelen át állig bepakkolják, tehát *izzasztják*; másrészt pedig azért, hogy naponta *magas beöntésekkel* tisztítják ki a beleket. Hetenként egyszer vagy kétszer ivónapot iktatnak be, amelyeken a szervezet átmosása céljából a napi folyadékbevitel (főleg borban) a két litert is eléri. A salakok távozását makroszkopikus vizetvizsgálattal ellenőrzik. Szemmelláthatóan demonstrálja a betegeknek azt, hogy amíg a kúra elején a vizelete sötét és nagy fajsúlyú volt, amelyben állás után többujjnyi csapadék képződik, a kúra alatt a csapadék mennyisége egyre kevesbedik, míg végül a teljesen átlátszó vizelet, amely állás után sem törik meg, azt jelenti, hogy a beteg szervezet minden káros anyagától megszabadult. A közben elvesztett testsúlykilókat (8–10 kg fogyás nem ritka) oly örömmel tudatja a beteggel, mint amellyel a diabetikussal szoktuk közölni a cukormentességet. Az intézet közel száz betegével külön-külön minden nap többször foglalkozik, csodálatosan fanatikus, suggeráló, buzdító és serkentő hangon. Ezt a munkát imponáló kitartással sok év óta folytatja és a betegek ezreit tudja rábeszélni arra, hogy rendes életmódjuktól eltérve, hetekig koplaljanak és szomjazzanak. Az indicatiók megállapítása tekintetében, bár jóval túlmegy azon a határon, amelyet az intensív tápmegvonással járó kúrák számára általánosan meg szoktunk vonni, a rendelkezéseiben mégis orvosi szempontok vezetnek és előírásait individualisan változtatja.

A legnehezebben megoldható problémák egyike, hogy milyen tempóban és előírás szerint térjen át a beteg a rendes kósztra többhetes szomjazzatás és koplaltatás után. A Möller-sanatoriumban az átmenetet olyan étrenddel vezetik be, amely csupán nyersen fogyasztható élelmiszerből áll és nagyon hasonlít azon előíráshoz, amelyet a nyerskosztosok követnek.

A nyerskosztosok a vegetáriánusok egy külön osztályába tartoznak. Az ember empirikus úton jött rá a húsfogyasztás ártalmára és bizonyos betegségeket igyekezett meggyógyítani és elkerülni azzal, hogy a kizárólagos növényi táplálkozásra tért át. A *vegetarismus* gyökerei igen hosszú időre nyulnak vissza. Tulajdonképpen két csoportra oszlanak. Az egyik szektához tartozók csupán a leölt állatok testrészei és az azokból készített termékeket utasítják vissza, viszont az élő állatból származó tojás- és tejtermékeket a növényi származású élelmiszerek mellett korlátlanul fogyasztják. Azon emberek tápláléka, akik ovo-lacto-vegetabil étrenden élnek, a rendes vegyes táplálkozástól csupán abban különbözik, hogy a hús extractív anyagai hiányzanak belőle. Igazi vegetáriánus kosztoknak tehát ez nem nevezhető, hanem megfelel annak, amit *húsmentes koszt* néven ismerünk és rendelünk.

A szigorú vegetáriánusok fractiója étkezéséből mindennemű élelmiszert töröl, amely állati származású. Vezetőjük a német *Baltzer* volt, aki Nordhausenben alapította meg az első vegetáriánus egyesületet. A cél, amelyet a vegetáriánusok kitűztek maguknak, kettős: „Vissza a természethez” és „Ne ölj”.

Szerintük az ősember kizárólag növényevő volt és az állatokat csak később kezdte fogyasztani. A *Natur-mensch* szervezetét a kultúra nem gyengítette le, betegségekkel szemben ellenállóbb volt, lényegesen hosszabb életkort ért meg és ezért életmódja követendő példa. A természetes életmód nemcsak a táplálkozásra, hanem a ruházatra, lakásra, az alvás és munka közötti viszonyra, a nemiéletre és az általános életszokásokra is vonatkozik. A tisztán növényi táplálkozás helyessége továbbá *ethikai alapon* is indokolható. Az állat megölése, a vér látása, sőt fogyasztása az emberben lapangó durva ösztönöket kelti életre. Az ölés, a gyilkolás egyike a legnagyobb bűnöknek. Azt a határt azonban, amely a védésünkre szoruló állatokat az életünkre ártalmas, vagy a nekünk nem tetsző, tehát pusztítható állatoktól elválasztja, nem tudják megadni. Az *aesthetikai momentumok* közül, amelyek az embert az állati élelmiszerek élvezetétől vissza kell hogy tartsák, legfontosabb talán az undorító állati hullának a felhasználása táplálkozási célra, amit előszeretettel hívnak „dögevésnek”. A húsevő, ragadozó állatokhoz hasonlóan az állatrészekkel és vérral táplálkozó ember indulatosabb, vérengzőbb és kötekedőbb természetű, mint a növényevők. Ez az érvelés azonban fordítva is helyes; valószínűbb, hogy itt az egyén természete az elsődleges, amely azt a neki inkább megfelelőbb, őt jobban kielégítő hús- és állatrészek felé hajtja, a szelíd növényevő állatok természetéhez jobban hasonlító ember pedig talán hamarabb válik vegetáriánussá.

Lehet, hogy éppen ez a *szellemi rokonság* tömöríti egy táborba a vegetáriánusokat, akik különös életmódjuk következtében mind valamilyen magasabb erkölcsi cél szolgálatába állítva érzik magukat: az emberiség megjavítása, a bűnözés, egymásnak ártó emberek megtérítése, a megértés és a szeretet elterjesztése a világon, az erkölcstelenség megszüntetése, a nemiösztönök megtisztítása, stb. Az általuk megálmodott világ gyors bekövetkezését maguk is pesszimistikusan ítélik meg és készséggel elismerik, hogy nehezen elérhető célokért, utopiáért lelkesednek. A vegetáriánus szektához tartozókat jellemző külsejükről is könnyen meg lehet ismerni. Sokan közülük egészen különcök, hosszú haját és szakállt növesztenek, mert az a természetes; környezetükből minden állati származású tárgyat eltávolítanak, cipőt, kesztyűt prémét, gyapjút nem hordanak. A gyűlölet minden állati származású anyag ellen egész a fixa ideáig növekedhetik. Sokszor átesap ez a mértéknélküli állatszeretethez, állatvédelembe, sőt harcba a *vivisection* ellen. Igen sokakat vezet a *gazdasági helyzet* a táborukba, hisz a vegetáriánus éttermek és konyhák, különösen hogyha azok egy fanatikus vegetáriánus kezelésében állanak, a szegényebb néposztály élelmiszerében fontos szerepet töltenek be.

Az egészséges ember táplálkozásában a vegetarizmus különösebb hátrányokkal nem jár, sőt a diatetikában több betegség kezelésében a növényi koszt bevezetése hathatós gyógyító eszköz. A növényi táplálék aránylagos fehérje- és zsírszegénysége, nagy volumene, cellulosegazdagsága és aránylag rossz kihasználhatósága bőven ellensúlyozható a konyhatechnikai képességgel, amellyel a vegetáriánusok ételeiket igen változatosan és ízletesen képesek előállítani. A vegetáriánus ember is igen jól megtarthatja a munkaképességét és

emellett igen szép testi vagy sportbeli teljesítményekre lehet képes. A táplálkozás reformja csak egy része azonban a vegetáriánus általános életmódjának, aki egyenletesen osztja be munkáját és üdülését, mozgását és nyugalmit, kerül mindennemű excessust, nem iszik alkoholos italokat, sokszor kávé sem és nem dohányzik. Ezt pedig igen egészséges és célszerű életmódnak kell tartani.

Az igazi vérbeli vegetáriánusok azonban főleg a „*Rohkostler*ek”, a „*nyerskosztosok*”. A legkiválóbb irodalmi képviselőjük *Andries*, aki szerint a természetes életmódot az ember csak akkor követheti, hogyha táplálékát csupán olyan élelmiszerekből állítja össze, amelyeket nyersen is élvezhet. A nyerskosztosok egy része némi inkonzekvenciával kenyeret és burgonyát is fogyaszt. A legkedvesebb élelmiszereik: alma, szilva, körte, narancs, szőlő, mazsola, füge, dió, mogyoró, paradicsom, mák, stb., saláta és olaj; vizet keveset isznak, szomjúságukat inkább bizonyos gyógyteákkal csillapítják.

Egy külön nyerskosztos szektát alapított a fényképész *Schlickeysen*, aki követőit olyan táplálékra fogja, amely kizárólag *gyümölcsből* és *kenyérből* áll.

A nyerskoszt csakhamar egyhangúvá válik. Az étvágy eltűnik és a tápfelvétel egyre kevesebb lesz, amit jelentékeny súlycsökkenés fog követni. A lefogyás a fanatikus követők szerint nem aggasztó tünet, sőt a test fölöslegeinek az eltávolozását jelenti, amit a testi megkönnyebbülésen kívül bizonyos *szellemi megtisztulás, tisztább gondolkodás és fenkölttség* követ. A testsúlynak nem a maximuma, hanem a minimuma jelenti az egészséget, a kitartást és az erőt.

Zürich egyik sanatoriumában a betegek kizárólag nyerskosztot élnek. A sanatorium főorvosa *Birchner-Brenner*, aki a nyerskoszt táplálkozási előnyeit a következő tudományos színezetű elméleti alapra igyekszik fektetni: a növények a nap sugárzó energiáját szilárd vegyületté kötik meg, tehát hasonlíthatók a villamos accumulatorokhoz. Ha a szerves vegyületek az emberi szervezetben elégnak, úgy belőlük a szervezetre értékesíthető annál több energia szabadul föl, minél nagyobb az elfogyasztott táplálékban ennek az energiának, az *életenergiának a feszültsége*. Az élelmiszereket ezen az alapon első-, másod- és harmadrendű accumulatorokra osztja be. Az elsőrendű accumulatorok töltési feszültségüket az emberi testen kívül kétféleképpen veszíthetik el. Vagy úgy, hogy az állat megessi őket és feldolgozás után értékesíti az azokból szabadabbá váló életenergiát, amelynek egy részét arra használja föl, hogy a táplálék alkotórészeiből a saját maga testét energiafelhasználás árán fölépítse. Az állati származású élelmiszerek tehát csak annyi életenergiát tartalmaznak, amennyit a sejtek fölépítésük alkalmával a rendelkezésükre álló energiából felhasználnak. Az állati sejt feldolgozása tehát az emberi szervezetre nemcsak hogy energiahaszonnal nem jár, hanem a komplikáltabb vegyületek előállítására még energiát igényelhet. Hasonló az eset az élelmiszer főzésénél vagy sütésénél, amikor a hőbehatás az előbb még magas energiafeszültséget teljesen leronthatja. Az állati származású élelmiszerek, valamint a főtt és sült ételek ennél fogva a harmadrendű accumulatorok csoportjába tartoznak.

Ez az elmélet annyira önkényes elgondolás, amelynek semmiféle objectív kísérleti alapja nincs, hogy megdöntésére sok szót vesztegetni nem érdemes. A fanatikus nyerskosztosok természetesen rá minduntalan hivatkoznak.

A természetes életmód hirdetőinek a bibliája *Zoroaster Zend-Avestája*. Általában három Zoroasztert különböztetnek meg, akik közül az első Krisztus előtt

6000 évvel élt. A *Zend-Aveszta* mintegy 400 kötetből áll, pergamenlapjai arab források szerint 12.000 tehén bőréből készültek. A XVIII. század közepén vált ismertté franciá fordítása. A mű rengeteg tanítást tartalmaz az emberi életéről, az emberiség keletkezéséről és az akkori ember minden szükségletét és igényét felölelve, szabályokat és törvényeket ad. A táplálkozásról szóló részében a tisztán növényi, főleg pedig a nyers táplálkozás előnyeit emeli ki és annak a követését ajánlja. Ugyancsak ebből a forrásból merítette tanait *Hanish dr.* angol orvos, aki az emberi szervezet élettartamának a meghosszabbítására és szellemi életének megjavítására különleges természetes életmódot ír elő, amelynek követésére és művelésére az egész világon elterjedt *Mazdaznan* szektát alapította (mazdaznan magyarul: mestergondolat). Követői nem kizárólagosan nyerskosztosok, hanem a szigorú vegetariánusok és a nyerskosztosok között állanak. Szerintük minden betegségnek és szervezetbeli disharmoniának azok az „*erjedések*” az okai, amelyeket a belekben az egymáshoz nem illő élelmiszerösszetételek okoznak. A mazdaznan táplálkozás problémája tehát a tápanyagok helyes összeállítás. Többféle étel egy étkezéshez csak akkor jól emészthető, ha azok egymást úgy egészítik ki, mint azt a búza vagy a tej és tojás összetételében látjuk. A nyers búzát a mai átlagember gyomra nem tudja jól megemésztetni, elő kell tehát készíteni és olyan állapotba hozni, hogy szervezetünk a legkevesebb munkával választhassa ki belőle azt, amire szüksége van. Ez a *tudományos főzés* feladata. A túlságosan rokonfajú anyagok erjedést okoznak a gyomorban, illetőleg a belekben. Ha egy étkezéshez kétféle keményítőt fogyasztunk, pl. rizst és burgonyát és esetleg még kenyeret is hozzá, akkor a gyomornedvek előbb az egyiknek a keményítőjét fogják feldolgozni, a másikat tehát elhanyagolják, mert már akkor a feldolgozásához nem marad elegendő emésztőnedv a gyomorban. A másik keményítőféle tehát erjedésnek indul. Ugyanígy nem fér össze a tojás és a sajt, mert mind a kettő fehérjedús. Erjedést okoznak továbbá a túlságosan ellentétes anyagok is, a só és cukor, a savak és sók, a gyümölcs és főzelék, a salátafélék cukorral, stb. Az ilyen ellentétes összetételek azonban elvesztik erjesztő hatásukat, ha azokat hosszasan főzzük együtt, ami által azok egymással alaposan összekötődnek. A legtöbb erjedésnek a cukor az oka, ezért az étkezéshez a cukor mindig kerülendő. A hús és hússzármazékok fogyasztása szigorúan tilos.

Az erjedések káros következményeinek az elkerülésére naponta *magas bélbeöntéseket* használnak, az elégségi folyamatok gyorsítására intenzív mély *lélekzetvételi gyakorlatokat* végeznek és a szervezetet salakjaitól rövidebb-hosszabb *bőjtőkkel* igyekeznek megtisztítani.

Diaetetikai szempontból e tanoknak nem lehet jelentőséget tulajdonítani; azok tulajdonképpen az enyhe vegetariánus előírásnak felelnek meg. Az erjedésekről szóló elméletük és az, hogy a táplálkozásból bizonyos összetételeket kizárnak és másokat előnyben részesítenek, mind komoly alapot nélkülöz, teljesen önkényes és mesterkelt.

Az ilyen vagy valamilyen más hasonló életmódnak a betartása a vegyeskoszt élvezeti értékének nagymértvű redukálásával jár. Az élvezet megvonása pedig bizonyos önfegyelemzést és önmegtagadást jelent: huzamosabb időn át a keresztülvitele vagy akkor történhetik, hogyha valamilyen testi fájdalom, betegség megelőzése vagy megszüntetése a cél, vagy pedig hogyha az illetőt a mentalitása bizonyos magasabb, emberfölötti, szerinte kizárólag ilyen módon elérhető

cél *fanatikus*sá teszi. Az általánosan használt táplálkozásnak a megreformálása azonban csak egy része annak a törekvésnek, amely a szellemi és testi megújodására, beteg szervezetének kieserülésére irányuló vágy felé hajtja az embert. Erre az eszközök: 1. az *állati származású élelmiszerek élvezetének elhagyása* (vegetariánusok, nyerskosztosok, mazdaznan), 2. a *különböző túltáplált szervezet feleslegeitől és salakjától a megszabadulás* (bőjtölés, beöntések, izzasztás), 3. *valamilyen különleges szempont szerint összeállított táplálék fogyasztása* (nyerskoszt, gyümölcskenyérkoszt, mazdaznan, stb.) útján.

A különleges életmódon élő emberek túlnyomórészt valamilyen betegség vezette az új táplálkozási módhoz. A jelszavak, amelyekkel az ilyen emberek táborukat növelni akarják, a legtöbbször azonosak azokkal, amelyeket a gyógyítóeszközök jellemzésére használunk. Betegségmentességet és hosszú életet ígérnek, mint legfőbb jót. *Energikusan el kell ítélniük azonban a táplálkozás olyan reformjait, amelyekkel valaki orvosi képzettség nélkül orvosi célokat akar szolgálni.* Amíg az ilyen emberek betegek gyógyításával csupán saját hatáskörükben foglalkoznak, állítólag önzetlenül és amíg az az eljárás, amellyel az állítólagos eredményeket elérik, ártalmatlanoknak mondhatók, addig a leghelyesebb ezeket sorsukra bízni. Minden új csoda rövid ideig tart, amelyet nagy csalódás vált föl. Ha pedig objectív hatásról is be lehet számolni, a helyes mag. orvosilag kellőleg kiépítve, úgys meg fog maradni (egy javasasszonynak köszönhetjük a digitálist, a paraszt *Priessnitz*nek a fölmelegedő pakkolásokat, stb.).

Káros hatású lehet azonban, ha valamilyen táplálkozási reform apostolai a *tömegpsychosisra* alapítanak. A tömegpsychosis rendesen személyhez kötött és magán hordja az apostol etikájának vagy egyéni céljainak a bélyegét. Természetes, hogy az ilyen gyógyfenoménok főleg akkor tűnhetnek föl, amidőn a tömegpsychéje a követésre elő van készítve. Erdélyben az idegen uralom alá került magyarok körében 2–3 éve talált talajra *Bicsérdy Béla* tanítása, amelyet fanatikus követői „*bicsérdyzmus*” néven ismernek és terjesztenek. Amíg ez a tan a sokféle táplálkozási reform egyikének látszott, úgy annak az eltűnését az ismeretlenségbe nem volt érdemes a róla szóló megemlékezéssel feltartani. Újabb időben e tanok egyre szélesebb tért hódítanak és elterjedtségüknek talán az az oka, hogy a nagyközönség könnyen hajlik a mysticismus felé. Az orvosok ezt a mysticismust nem fogják tudni megtörni addig, míg e tanokat maguk is felületesen ismerik. Az objectív ismertetés egymagában véve is elegendő érvet fog hozzá szolgáltatni.

A bicsérdyzmus lényegét maga a „Mester”, ahogy magát nevezni szereti, „*A Halál legyőzése*” című 360 oldalas könyvében írja meg. A könyv alcímei: Az életnek évszázadokig terjedő meghosszabbítása (makrobiotika), a vénülés és az összes betegségek leküzdése minden életkorban, kizárólag természetes úton. A „Mester” 10 éves koráig egész sereg astronomiai, physikai, geológiai, őslénytani munkát olvasott, szülői akarata ellenére. Mint 19 éves fiú, circusi athletákat győzött le. 20 éves korában egy betegség lepte meg, amelyet az orvostudomány legkitűnőbb képviselői sem tudtak meggyógyítani. Ekkor a gyógyítást maga vette a kezébe, miután az orvostudomány egész világirodalmával, sőt a bonkés használatával is megismerkedett. Erejének kifejtésében betegsége sem gátolta meg, hanem azt folytonosan fejlesztve, a súlyemeléshen világrekordot teremtett és így a világ négy legerősebb emberei közé

került. Eközben betegsége gyógyításával összefüggő kísérletei irányát a természetes gyógymódok terére tette át. Egy különleges diatetikai eljárása segítségével, időnyerés szempontjából, mintegy 15 évig az alvást is nélkülöznie lehetett, ami által a legnagyobb európai könyvtárak tudományos adatainak olyan nagy anyagát emésztette meg, amelynek feldolgozására egy közönséges polgári életmódot folytatott tudós 200 év alatt sem lett volna képes. Erőit ugyanis 15 évig átlag napi 20–22 órán át sikerült folytonos szellemi munkára lekötönie. Tudását felfedezésének nagy számával egészítette ki, melyek útján 16 évig klinikai orvosi vélemények szerint gyógyíthatatlan betegségtől végleg megszabadulni sikerült. Ekkor lépett az apostolkodás útjára. Nem lehet olyan kérdés, amelyre három és fél évtizedes gigászi törekvései eredményeként megszerzett képességei alapján az emberi tudás összes ágazataiban is a valóságnak megfelelő választ meg ne adhatná. Mindenségi kapcsolatai útján a természettudomány keretébe vágó bármilyen kérdésre képes nemesak órákon, de napokon át is beszélni.

Minden irodalmi adatot felsorol könyvében annak a bizonyítására, hogy az emberek először növényi, helyesebben gyümölcsesvők voltak és ennek köszönhetőek azt, hogy századokig élhettek. Az emberi kor felső határa akkor szállott alá, amidőn az emberek megismerték a tűz hatását az élelmiszerekre és ezzel összefüggésben az állati táplálkozásra tértek át. *Az ember életkorának a meghosszabbítása ennél fogva csak akkor következhetik be, hogyha tisztán nyers gyümölccsel táplálkozik.* A vegetáriánusok és a nyerskosztosok általánosan ismert példái és érveinek felsorolása után azt találja, hogy az igazi gyümölcskoszt csak akkor hosszabbítja meg az életet, hogyha a szervezet salakjaitól megtisztul. A salakoktól egyrészt bőjtöléssel szabadulhat meg az ember, másrészt felhasználhatja e célra a gyümölcsnedvek tisztító hatását. A kizárólagos gyümölcskoszt természetes energiáit sem felejtí el az előnyök sorába állítani. A gyümölcsökön kívül azokhoz hasonló hatást tulajdonít a korpás kenyérnek és ezért a kosztja az igazi bicsérdystának csupán *gyümölcsből és kenyérből* állhat (I. *Schlickeysen!*). A rendes táplálkozásról a bicsérdyzmusra körülbelül kétheti teljes koplalás után lehet áttérni, de nem ritkák a harminc-, sőt negyvennapos bőjtök sem. Az eközben bekövetkező súlycsökkenés a szervezet rossz anyagaitól és salakjaitól származik, amelyeknek távozása után a megtisztult szervezetet gyümölcs-kenyérkosztban tartva, minden betegségtől mentes marad, és így elérheti az átlagos életkort, amelyet a „Mester” körülbelül 200 évre tart. Állításai bizonyítására felsorolja mindazon hosszúéletű emberek történetét, akik szokatlanul magas korukat gyümölcs és kenyéren táplálkozva érheték el.

Idáig tehát a bicsérdyzmusban nincs semmi új, hanem a különböző táplálkozási reformok compilatiója. *Az újság abban áll, hogy apostoli tevékenységét betegségek gyógyítására használja fel.* Nem elég az, hogy a tanait követőknek hosszú életet és betegségmentességet ígér, hanem a reformátoroknál egészen újszerű módon a betegeknek az orvos és a gyógyszerek iránti bizalmát megingatni igyekszik. „A találgatáson alapszik az orvostudomány, amelynek 16 évig magam is szenvedő médiuma voltam, mind a természetes gyógytényezőkkel ellentétben lévő gyógykezelés, serumozás, erőszakos táplálkozás akadályozták a gyógyulást. A gyógyszerek sikerei egy negyedét sem mutatnák föl, ha a betegek a rendelt porokat, cseppeket el nem sikkasztanák. Kórházak és klinikák betegszobáiban az orvos és ápolónő távozása után általában ez a szokás, a lelkiismeretes

bevevők elpusztulni vagy nagyon megszenvedni kénytelenek.”

De ha már az orvostudományba való hitet megingatta, a „Mester” igyekszik a hiányt azzal pótolni, hogy betegeket fogad és előszeretettel olyanokat, akikről az orvostudomány már lemondott. Hogy a pácienst a kúra bevezetését jelentő többhetes koplalást kibírja, az említett erősuggestióhoz, rábeszéléshez folyamodik. Revolverét kiteszi az asztalra, azon megjegyzéssel, hogy rögtön föbelövi magát, ha a kúra nem sikerül. Eredményes gyógykezeléseiről „körtörténeteket” is közöl, amelyeknek a megítélésére kár minden szót vesztegetni, de alkalmasak arra, hogy egyrészt a „Mester” rendkívüli képességeiről, másrészt kúrájának gyógyító hatásairól félrevezethesse a könyvét elolvasó laikust. Talán a legjellemzőbb egyik állítólagos súlyos, lázas tüdőbetegének a története: „36 éves fiatal nő, testéből a halál szaga árad, hangja alig volt, melléből genyes vércafatok szakadoztak ki. Orvosai hónapok óta lemondottak róla. A kúra táplálkozásnak még aznap beszüntetése után délben 200 g nyerstej és 60 g datolyával, este ugyanannyival kezdődött. A kúra első nyolc napja alatt annyi genyes köpet ürült, hogy a tápmegvonást még négy napra ki kellett terjesztetni és mielőtt 24 órán át négy evőkanál ribizkenedvet fogyasztott, ereje szemmel láthatóan visszatért. Két hét múlva a szivattyúskút húzására is képes volt. Testsúlya öt hétig egy nivón maradt. Rohamos javulás után tejcsomagjait egyenként 100 g-mal emeltem datolyarészének meghagyása mellett, esti és déli étkezéshez 40 g kenyéradagot is pótoltam. Hat hét múlva hegyikirándulásokat tettünk és a beteg testsúlya 13 kilóval emelkedett.”

Az a suggestív erő, amely könyvének olvasásakor az olvasó felé árad, kétségtelen, sokkal intensívebb a személyes érintkezés révén. Figyelmezteti is a „Mester” követőit, hogy senkitől mástól tanítást ne fogadjon el, egyedül tőle. Minden levelet megválaszol, amelyben nem mulasztja el sohasem tanai kitartó követésére buzdítani a kérdezőt és az élől szóval való tanításra Adakaleh szigetén egész iskolát tart fenn. Hívei elterjedtségére jellemző, hogy Erdélyben külön hetilap jelenik meg „Bicsérdyzmus” címen.

Az elmondottak után talán felesleges a bicsérdyzmust kritizálni és vele foglalkozni nem is volna érdemes, ha a kúra teljesen veszélytelen lenne. *A magángyakorlatban már egyre gyakrabban találkozunk betegekkel, sőt klinikánkra is kerültek már esetek, ahol a bicsérdyzmus fanatikus követése igen nagy károkat okozott.* Könyvében előszeretettel sorolja föl az éheztetéssel meggyógyított súlyos tüdőbetegeknél elért jó eredményeit. Ebből természetesen az következik, hogy nagyon sok tüdőbeteg kezd el e tanok hatása alatt koplalni, lesóványodását, lázának emelkedését szervezete tisztulásának fogva föl, rövidesen és feltartóztatlanul romlik le az állapota.

Az észszerűen végrehajtott tápmegvonást, mint gyógyítóeszközt, a diatetika sokszor alkalmazza. A túl-hajtott bőjtöket azonban inkább ártalmaknak kell tekintenünk. Maga a „Mester” is megdöbbenne azon eredmények láttára, amelyekre pl. Németországban a lakosság háború alatti tömegéhezése vezetett. Sajnos, nem minden ember van birtokában annak a nagyszerű képességnek, hogy *intenzív légvételekkel a testsúlyát bármikor 150–200 g-mal növelni tudja, mint azt Bicsérdy magáról állítja.*

A bicsérdyzmus a tőlünk elszakadt magyarok sorában járványosan hódít. Könnyen érthető, hogy a néplélek ott fogékony iránta. Hívei most már Magyarországon is terjeszkednek. Egyesületet alakítanak,

propaganda-összejöveleteket tartanak, sőt már merészségben odáig mentek, hogy a biesérdyzmust tárgyaló könyv megszerzését orvosoknak küldött körlevélben ajánlják.

Eddig csak a napisajtó tájékoztatta a közönséget. Ha azonban az orvosok fel fogják világosítani a betegeket a biesérdyzmus követéséből származó veszélyekre, csakhamar hozzásorolhatjuk ezt a divatot is a feledésbe ment táplálkozási reformok közé.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Anaemia perniciosás esontvelő befecskendezéssel végzett állatkísérletek. *Kairiuschitis.* (D. M. Woch. 1926. 12. sz.)

Anaemia perniciosában meghalt betegek esontvelőjéből a halál után 3–15–30 órával kiirtott pépet fecskendezett be szerző különböző kísérleti állatokba, elsősorban nyulakba, s morphologiailag vizsgálta sorozatosan a vérüket. A nyulak 1–2 ilyen esontvelő befecskendezése után súlyos localis és általános tünetek között rövidesen elpusztultak, míg ugyanolyan mennyiségű, nem anaemia perniciosás esontvelő befecskendezésére csak minimalis localis és általános jelenségekkel reagáltak s életben maradtak. Ilyen perniciosás esontvelő gyakran az állati sepsis kórképét idézte elő s gyakran megaloblastokat lehetett a vérben kimutatni. Megkísérelte azonkívül perniciosás betegek vérének intravenás befecskendezésével lovakra átvinni a betegséget, de ezen kísérletek nem vezettek eredményre. *Szabó dr.*

A kövérség keletkezéséről. *S. Lauter.* (D. Arch. f. Klin. Med. 150. köt., 315. old.)

Az ember akkor hízik, ha több tápanyagot vesz fel, mint amennyit elhasznál. A hízás zsír elraktározásában áll, amihez az anyagot előszörban a táplálék zsírja szolgáltatja. Szénhydrat is átalakulhat zsírrá, míg a fehérjéről ez még nem bizonyos. Semmi okunk sincs arra a feltevésre, hogy a kövér emberben a zsírképződés folyamata a táplálékból más módon megy végbe, mint a rendes természetűnél. Arra sem lehet gondolni, hogy az elhízott egyén zsírja nehezebben égne el. Eszerint a kövérség keletkezése tisztán a bevitel és a fogyasztás energetikai viszonyán fordul meg. A kalória-szükségletet főként az izomzat munkája növeli. Ez a legfőbb tényező, mely a teljes nyugalomban végbemenő legkisebb fogyasztás, az alapanyagcsere értékéhez hozzáadódik. Jóval kisebb a táplálkozás okozta fokozódás, a specifikus dinamikai hatás. Az anyagcseret változtató belső tényezők lehetnének tehát az anyagforgalom változása, a specifikus dinamikai hatás változása, végül az izommunka thermodynamikai hatásfokának a módosulása. Az ilyen endogen elhízás az endokrin mirigyek pathológiájából ismeretes és ezideig élesen különbözni látszott az életmód okozta exogen elhízásodástól. A szerző nagyszámú anyagcserevizsgálataiban azt találta, hogy endogen kövérség eseteiben az alapanyagcsere úgyszólván sohasem volt kisebb a normánál, sőt az abszolút értékek gyakran meglepően nagyok voltak. Az alapforgalom nagysága és a kövérség egyes formái között nem állapítható meg összefüggés. A fehérje specifikus dinamikai hatása sem volt kisebb a normalisnál, hanem ugyanazon tág határok között mozgott. A sokat vitatott „luxusfogyasztás” sem volt kimutatható. Annál nagyobb azonban az izommunka jelentősége. A mozgás hatására vonatkozó vizsgálatokból kitűnt, hogy a kövérek, bár szívvelégtelenségiük nem volt, hamarabb elfáradtak és kedvezőtlenebb hatásfokkal dolgoztak, mint a normalis egyének. Ha a kövér munkát végez, akkor oxygenfogyasztása és anyagelhasználása inkább fokozódik, így tehát még jobban kellene fogynia, mint a rendes tápláltságúnak; ha mégis megtartja a súlyát, akkor vagy többet eszik,

vagy kevesebbet dolgozik. A tapasztalás csakugyan azt mutatja, hogy a kövérek intensív mozgástól tartózkodnak és egyébként is nyugodtabbak. Hogy pedig ez milyen tekintélyes kalóriamegtakarítást jelent, arról számítással könnyű meggyőződni. De ez a megtakarítás csak akkor jelent hízást, ha a táplálkozás bőséges, az étvágy jó. Eppen az itt a kérdés, hogy miért nem igazodik a kövér ember étvágya pontosan a szükségletéhez. Az étvágy nemcsak az objectív „szövetéhségből”, hanem tudatos tényezőkből is ered. Ezek részben közvetlenül a táplálkozásra vonatkoznak, nevezetesen a jóllakásban talált különös élvezet, az ízletes ételek okozta szertelen öröm, az ilyenek után való mohó kíváncsiság. Másrészt pedig a kövérek, legyenek pathológiások vagy endokrin zavarban nem szenvedők, ugyan-csak endogen tulajdonságaik folytán, temperamentumuknál fogva kevésbé élénkek: psychomotoros természetűek és affectivitásuk egyaránt lanyhább. És éppen ezen a ponton találkoznak a szerző szerint az exogen és endogen kövérek: az endokrin zavarok is a psyche megváltozása révén módosítják az egyén reakcióképességét és ezáltal vezetnek elhízáshoz. A Bergmann-féle lipomás tendencia felvételére nincs ok. *Perémy dr.*

Újabb eredmények az ikterus kezelésében. *Rosenberg.* (D. M. Woch. 1926. 12. sz.)

Az ikterusokat, *Umbert* ajánlata szerint, két csoportra osztja: haemolytikus (hyperbilirubinaemia) és cholaemiás, illetőleg hypercholaemiás ikterusokra. Az első csoportnál, mint therapiás eljárás, csak a lép-exstirpatio jöhet szóba, amely ugyan nem causalis therapia, mert a vörösvérsejtek resistentiaesökkenése azután is megmarad, de az ikterus eltűnik s megszűnik a betegnek éppen az ikterussal kapcsolatos kellemetlenségei. A második fajta ikterusok létrejöttében az epeutaknak, illetőleg a májnak három csoportba osztható megbetegedései játszanak szerepet: 1. az epepangás, 2. az epeinfectio, 3. a májsejtek degeneratív megbetegedései. Az epepangásnak megszüntetésére rendelkezésünkre állanak gyógyszerek, amelyek az epe-elválasztás növelését és tisztán mechanikai úton az akadály eltávolítását hozzák létre. Tapasztalataik szerint a légjobb epehajtó, chologog szer a *magnesium-sulfat* duodenumszondával direct a duodenumba vive; 20–40 cm³ 20%-os oldat a choledochus és az epehólyag erős contractióját váltja ki. Így láttak többször 2–3 duodenalis istillatio után katharrhalis ikterusokat teljesen megszűnni. További chologogum a *hypophysin*, amelynek azonban praktikus eredményei még nem megbízhatóak, amint az atophannal való combinációjával (ictophysin) végzett kísérletek bizonyítják. Az epe-savas sókkal készült praeparatumok — agobilin, eubilein, felanin, cholaktol — biztos eredményt még ezideig nem mutattak, mint chologogumok. *Westphal* 1–2 evőkanál olajra az epe-elválasztás fokozódását állapította meg, s ezen az alapon készült chologog szereknek — mint eunatrol, chollysin, stb. — van bizonyos hatása. Jó cholereticumnak bizonyult *Brugsch* kísérleteiben az atophan, mely natriumsója alakjában *ikterosan* néven kerül forgalomba. Hatása emberen nem olyan jó, mint állatkísérletekben, mindenesetre a magnesiumsulphat duodenalis injectiója lényegesen hatásosabb, bár amannak viszont előnye a könnyű alkalmazása. Újabbban az *atophyan* alkalmazását alkalmazzák szívesebben az ikterosan helyett. Ha az ikterus létrehozásában spasmusok is szerepelnek, mint beékelt choledochus kónél, akkor jó hatásúak a spasmusoldó meleg alkalmazásán kívül az antispasmusos gyógyszerek — atropin, papaverin. Az *epeinfectio*-ellenes desinfiáló hatású szerek közül jónak mutatkozik a *saliformin*, melynek componentjei, salicylsav és formaldehyd, a májon mennek keresztül; ugyancsak a salol, urotropin és borovertin is. Ilyen desinfiens szerek combinációja a *cyclotropin* (urotropin + natr. salicyl + coff. natr. sal. oldat), amellyel szintén jó eredményeket értek el. Már a *choleval* (colloidalis ezüst epesavakkal) kevésbé hatásosnak mutatkozik. A máj parenchymájá-

nak degenerációja esetén nem igen van gyógyszerünk. Ilyenkor — mint általában minden súlyosabb iktus esetén — fehérjeszegény, szénhydratdús étrend van helyén. Megkísérélhető *Umber* ajánlatára 20 g dextrose-nek vagy laevulosenek 20 egység insulinnal való együttadása, mert megfigyelés szerint a májsejtek annál könnyebben szenvednek hepatotrop ártalmaktól, minél szegényebbek glikogenben. Ezen eljárástól néhány esetben kedvező eredményt láttak. Ha a parenchyma-sérülés syphilitis eredetű, természetesen erélyes specifikus kúra alkalmazandó. Ha a belső kezelés eredménytelen, jöhet számításba a sebészi beavatkozás. Még subacut és belső kezelés ellenére továbbhaladó májatrophia esetén is próbálkoztak cholecystektomiával és choleochus drainage-zsal, hogy az epehólyagnak eltávolításával s az epe szabadabb elfolyásával a legtöbb esetben fontos infectio főhelyét megtisztítsák. Legújabbban a franciák a májkólikákat hasonlónak tekintik az asthmarohamokhoz, ezért „desensibilisatio“ végett 1–2 hónapon keresztül egy órával minden étkezés előtt 1 mg peptont adnak. Erre vonatkozólag még nincsenek a szerzőnek vizsgálatai.

Szabó dr.

Sebészet.

A peripherikus idegek lövési sérülése és műtéti kezelése. *Jakobson.* (Arch. f. Klin. Chir. 137. II.)

A polgárháborúban keletkezett idegsérülések rendszerint a csont egyidejű sérülésével járnak együtt. Ennek oka a lövés rövid távról való behatása és a lövedék robbantó hatása. Hosszantartó kauszálgiáknál és neuralgiáknál a sérülés fölött alkalmazott alkohol-injectióktól jó eredményt látott. A hegyszövetbe beágyazott ideget fel kell szabadítani és meg kell akadályoznunk az újabb hegesezés kifejlődését. Erre a legalkalmasabb eljárás az ideget az izomszövet védelme alá helyezni. Az idegek resectiója, sőt egy esetben a peripherikus csont felezése és a fél darab bevarrása a centralis csontba szintén jó eredményt adtak.

Pommersheim.

A szívburok obliterációjának diagnostikailag és műtétilag érdekes esetéről. *M. Kirschner és M. Matthes.* (D. Med. Woch. 1926. 6. sz.)

Nehezített diastole, tompa szívhangok s gyenge szív működés mellett fellépő nagyfokú viszeres pangás a nyak és kar viszereiben, melyhez rendszeren pangásos máj- és hasvízkór is társul és a jobb szív tágulásának hiánya, *Volhard* szerint jól megkülönbözteti az egyszerű szívburok-obliterációt a nehezített systolét okozó mediastino-pericarditistól. Szerzők egy esetet ismertetnek, ahol mellhártyagyulladás után fejlődtek ki a szívburok elzáródásának fenti tünetei. Az esetet érdekessé teszi az, hogy *Volhard* észlelésével szemben itt a jobb pitvar tágulása is jelen volt. A pontosabb vizsgálatok a polyserositis és mitralis billentyűszűkülettel szemben, annak ellenére, hogy jobb pitvartágulat volt jelen, valószínűvé tették az obliteráló szívburokgyulladás jelenlétét. A beteget megoperálva, igen megvastagodott szívburkot találtak; a jobb pitvar s kamara határán körkörösén 4 cm széles s körülbelül 3 mm vastag mészréteg volt látható, mely a szív tágulását akadályozta. A heges szívburok-részletet s a meszes lerakódást eltávolítva, a szív működése szemmel láthatóan erőteljesebbé vált. A beteg zavar-talanul gyógyult, nyolc hét múlva mája lényegesen kisebb volt, hasvízkórja alig volt kimutatható, s a nyaki viszeres pangása csaknem teljesen megszűnt. Az eset azt bizonyítja, hogy jobboldali szívtágulat mellett is obliterálva lehet a szívburok. Bár a betegről több Röntgen-felvételt is készítették, a mészlerakódás nem volt kimutatható. A műtétnél nem elégedhetünk meg csupán a szívburok lefejtésével, de a megvastagodott részleteket el is kell távolítanunk. A szívburkot bonyeátültetéssel pótolni, mint azt *Schmieden* ajánlja, nem okvetlenül szükséges, mert jelen esetben ennek semminemű hátrányát sem észlelték.

Matolay.

Az arteria carotis sebészetről, különös tekintettel a lekötésnek agyi következményeire. *Fritz Brünning.* (D. med. Wochenschr. 4. sz.)

Perthes és a saját észlelései alapján a carotis communis vagy az interna lekötése után az agyvelő részéről a következő elváltozásokat észlelte és az alább említett klinikai tüneteket figyelte meg: 1. Elégtelen collateralis pályáknál vérszegénység következtében agylágyulás következik be. A tünetek azonnal lépnek fel; a kilátás reménytelen. 2. Thrombosis és embolia folytán rövidebb-hosszabb idő után fejlődik ki az agylágyulás, amikor végeredményben szintén rossz a prognosis. 3. Viszeres pangás és oedema, esetleg a viszeres rögösödése, a 2–3. napon féloldali bénulást okozhat, amely azonban pár nap alatt javulásnak indul, s néhány hét múlva gyógyuláshoz vezet. *Pommersheim.*

A rugalmas pólya használhatósága alszárfekek-lyek kezelésénél. *D. Arnsdorf.* (D. M. Wschr. 1926. 6. sz.)

A szerző alszárfekeklyénél 15 esetben jó eredményt alkalmazta a Lüscher és Bömper cég által forgalomba hozott gummival átitatott trikopolyát. A fekélyt tetszés-szerinti gyógyszeres ellátás után vékony gazeréteggel befedte s az alszárat előbb mullpólyával, azután rugalmas pólyával becsavarta a lábfej közepétől a térdig. Egy esetben közvetlenül a bőrre alkalmazott rugalmas pólya három nap alatt súlyos szőrtüszőgyulladást okozott. A kötések kezdetben három-, később nyolcnaponként váltotta. A zinkeneykötéssel szemben előnye, hogy kezelése tisztább, kevesebb időt igényel, ugyanazt a rugalmas pólyát többször lehet használni, vele a beteg fürödhetik és tapasztalatai szerint gyorsabb gyógyulást eredményez.

Pollner.

Epeműtétek utáni és az epeutak megbetegedéseivel kapcsolatos vérzésekről. *K. Büdinger.* (Arch. f. Klin. Chir. 137. köt., 2. füz.)

Az epeutak megbetegedésének sokkal gyakoribb részletjelensége a bélhuzamon át való vérzés, mint azt általában felveszik. Körtörténetek és boncleletek alapján, melyeket részletesen közöl, megkülönböztet 1. nem dyskrasiás, 2. cholaemiás, illetőleg dyskrasiás vérzéseket. Előbbiek csoportjába tartoznak a spontán vérzések az epeutakból és a kísérő edényekből, vérzések a környezetből, beleszámlítva a májat és végül a műteti vérzések. A második csoportba osztja a több szervből történő vérzéseket, a savóshártyák vérzéseit, a bőrvérzéseket, a tápcsatorna vérzéseit és a műteti vérzéseket.

Herresbacher dr.

Golyvamegelőzés jódossóval. *B. Breitner.* (W. kl. W. 1926. 2. sz.)

Wagner-Jauregg nek a bécsi orvosegyesületben a jódossóval való golyvamegelőzés problémájáról tartott előadása kapcsán *de Quervain* nek a golyvakérdésben le-szögezett álláspontját fejt ki részletesen és hozzáfűzi álláspontját. Ami mindenekelőtt a golyva aetiológiáját illeti, a jódhiány-elmélet nem áll ellentétben a régebbi vízelmélettel, ellenkezőleg, megerősíti azt. Amennyiben a vízelméletet nemcsak kizárólag a vízre korlátozzuk, hanem ha a víz csak mint a ható agens vivője szerepel, akkor éppen úgy, mint a levegő, talaj, élelmiszer, stb., egyike azoknak a bennünket környező természeti fel-tételeknek, melyeknek jódtartalma a jódhiány-elmélet szerint a golyva aetiológiájában a főszerepet játssza. Pontos itatási kísérletek ezzel teljesen egybehangzó eredményre vezettek, mert pusztán jódhiányos vidékről származó vizen tartott, de egyébként jódgazdag környezetben élő kísérleti állatok golyvamentesek maradtak. Erős támpontja a jódhiányos elméletnek a golyvák számának időszakonként való növekedése, mely összeesik a talaj jódtartalmának időszakos csökkenésével. Különösen erős lendületet adott az elméletnek a jódadagolással elért prophylaktikus és gyógyeredmény, mely, tekintet nélkül az összes elméletre, mindenképpen egyértelmű eredményre vezetett. Kérdés, hogy aetiologia dolgában nem szerepelnek-e a jódon kívül egyéb fémek is. A vizsgálatok azt mutatták, hogy higany, arsen, silicium,

phosphor, brom is szerepelnek és *Bircher* ennekfolytán a jódnak csak conditionalis, nem pedig egyedüli okként való szerepét hajlandó elfogadni. A jódnak a szervezetben vagy a pajzsmirigyben való hatásmódjáról alig tudunk valamit. Hogy befolyásolja-e a pajzsmirigy váladékának minémiségét, az homályos kérdés. Azonban a katalysatorként való hatás elvetendő, ha tekintetbe vesszük a jódkiválasztást is. A jódadagolás körül nagyjában megegyeznek a vélemények, ez heti 1 mg körül mozog. Hogy azonban, ismerve egyes egyének rendkívüli jóderékenységét, így is adódhatnak kellemetlen tünetek, az előrelátható. Azonban ezek a golyva-prophylaxis rendkívül fontos és nagy horderejű kérdésénél alig számítanak. Itt meg kell jegyezni, hogy a sokszor hangoztatott individualizálás itt is fontos. Élettani hatásmód ismerete szerint nagyjából megmondható, hogy mely fajta golyvás betegnél várható jódkellemetlenség. A fiatalkori golyvák kizárólag többé-kevésbé hypofunctiós képet mutatnak és ennek megfelelően sohasem váltak megfelelő jódkelésre hyperfunctiósakká. Az életkor haladával azonban a golyvák is inkább „felhalmozó” alakot öltenek és ezeknél a jódadagolás káros. *Herresbacher dr.*

Az orchidopexia módosításáról kryptorchismus-nál. *N. N. Sokolow* (Leningrad). (Arch. f. klin. Chir. 137. köt., 2. füz.)

Ferde inguinalis metszésből emeli ki a herét, a peritoneumot, illetve a tunica vaginalis peritoneit közep-távolságban átmetszve, finoman mindkét irányban lefejt, mint ez általában veseszűletett sérvnél is szokás. A canalis inguinalisnál ellátva a hashártyaszakot, a heréhez lepraeparált hashártyát használja gubernaculumnak, s a herezacskó legmélyebb pontján kidugva, a herezacskó bőrének kis részletével együtt selyemfonállal összeköti s a comb bőréhez rögzíti. Az átkötött hashártya és herezacskóbőr 8–10 nap alatt lelekedik s így a herezacskó legmélyebb pontján rögzítődik a here. Az eljárás előnyét abban látja, hogy az ilyen gubernaculum nagy felületen húzza a herét, s elhalást vagy atrophíát nem okoz. *Borsos dr.*

Szemészet.

Kötőhártyavizsgálatok gümőkórral terhelt gyermekeken. *Sgroso*. (Arch. di ottalm. 1925, 212. old.)

1922 óta 500, gümőkóros szülőtől származó, gyermeket vizsgált meg. A legtöbbször a kötőhártya kissé vérbő volt, 19 esetben enyhe papillaris hypertrophiát talált folliculussal. Egyetlen egy eset volt trachomára gyanús, de ez is gümőkóros fertőzésnek bizonyult. Ezen vizsgálati eredmények igazolják *Angelucci*-t, aki ellentétet lát a gümőkór és a trachoma között. *Horay dr.*

A conjunctivitis a tropusokban. *Elliot E.* (Brit. med. journ. 1925.)

A tropusokban főleg a conjunctiva betegségei különböznek a mieinktől. Ebben valószínűleg a pornak, nagy melegnek és a szélnek van szerepe. A blennorrhoea conjunctivae különös sajátosságai: a fertőzés inkább más beteg kötőhártyáról történik és nem a nemiszervek útján; a lefolyása sokszor subacut vagy chronikus; nagy mértékben függ az időjárástól, nagy melegben epidemias jellege van; virulentiája kisebb, mint az európai blennorrhoeaé, úgyhogy sokan kétségbevonják a két betegség kórokozójának identitását. A conjunctivitis membranacea a tropusokban gyakoribb és epidemias jellegű. A fertőzést bacillushordozók terjesztik. Ritkán kísérí orr- és torokdiphtheria. Alkalmazkodási bénulást nem okoz. Azonban nagyon gyakori szövődmény a keratitis, amely a vegyes fertőződés miatt igen veszélyes és 50%-ban vaksághoz vezet. A Koch-Weeks-conjunctivitis rendszerint a trachomával együtt jelentkezik. *Horay dr.*

Összefüggés a hypophysis működése és a glaukoma között. *L. Müller*. (Klin. Monatsbl. f. Augenhk. 1925 dec.)

Müller a pituitrinnak ép szembe való becséppentésekor nagyon sok esetben egymást követő, jellegzetes tüneteket észlelt. Először a Schlemm-csatorna felől jövő

nagy episkleralis vénák duzzadnak meg, amiből arra lehet következtetni, hogy a pituitrinnak a csarnokvíznek a Schlemm-csatornába való elfolyására hatása van. Körülbelül két perc múlva az iris gyöki része megduzzadt, valószínűleg a dilatator pupillae tonusának fokozódása folytán. További két perc múlva mélyebb lesz a csarnok, amit csak a csarnokvíz nagyobb mérvű odaáramlásával lehet magyarázni, amely áramlást viszont a sugártestnyulványok elválasztó sejtjeinek pituitrin- okozta osmosisváltozása okozza. Három glaucománál pituitrin becséppentéssel therapiás hatást is észlelt. *Müller* ezen észlelései gyarapítják azon tapasztalatokat, amelyekkel *Imre*, *Hertel* és *Freytag* vizsgálatai alapján az endokrin szerveknek a szem belső nyomására való hatását illetőleg rendelkezünk. *Horay dr.*

Rézlerakódás a szaruhártyában rézkészítmények therapiás alkalmazása után. *Sallmann*. (Zeitschr. f. Augenh. 57. kötet.)

A szerző 40 trachomás beteget vizsgált meg rész-lámpával és azt találta, hogy kisfokú rézlerakódás a corneában nagyon gyakori. A hat hónapon túl rézzel kezelt betegeknél megtalálta a jellegzetes elváltozásokat. Nagy nagyítással a rézlerakódásokat a cornea endothelja alatt lehet látni, és pedig először a limbus felső, majd a limbus alsó részén. Oldalt alig. Kifejezett esetekben szabad szemmel zöldes sáv látható a limbusban. Ritkán a cornea közepén. A siderosis és argyrosis jelenségével ellentétben, a rézlerakódás idővel lassan eltűnik, a kezelés megváltoztatásával. Kísérletekben nyulak corneáján nem sikerült cuprum alkalmazásával rézlerakódást előidézni. *Horay dr.*

Gyermekegyógyászat.

A gyermekek gyomornedvelválasztásának vizsgálatai és kapcsolatosan próbareggelként adott extractiv anyagok viselkedése. *Ivanow Gluchowa* és *Sawschinsky*. (Jahrb. f. Kinderheilk. 61. köt., 1–2. füz.)

A gyomorvizsgálatokra vonatkozó ezen cikksorozat orosz szerzőktől származik Leningradból. Fenti, első részben szerzők az ugyancsak orosz *Rasenkoff* vizsgálatai alapján — melyek szerint a vérbe adott extractiv anyagok ugyanolyan mennyiségű gyomornedvelválasztást indítanak meg, mint a gyomorba adottak — próbareggelként 5%-os 200 cm³ Liebig-féle extractumot adtak, amelyet először ½, majd 1, 2 óra múlva vettek ki egészen (különböző napokon megismételve) s utána következőleg 20 percnként emeltek ki részleteket vékony szondával. E fractionált vizsgálatok alkalmával minden esetben meghatározták a gyomornedv mennyiségét, HCl, összaciditás, pepsintartalmát. A vizsgálatok alapján kitűnt, hogy a Liebig-extractum 70–80 perc múlva hagyja el a gyomrot s vizsgálatokra ezért csak az ezen idő után kiemelt *tiszta* gyomornedvet használták fel. Összesen három gyermeknél végeztek ilyen vizsgálatot, 4–6 naponként megismételve. Állítólag ezen extractummal erősebb gyomorsecretiót tudnak kiváltani. A kiemelt gyomornedv mennyiségével rendszeren (de nem mindig!) arányos a szabad HCl százaléka. Bár kétségtelen, hogy e módszerrel tisztább képet kapni a gyomornedv elválasztásáról, de hogy e methodus a legkényelmesebb, mint szerzők mondják, azt még sem lehet mondani. *Rohrböck Ferenc dr.*

A csecsemők gyomorsecretiós működéséről emésztés alatt és után. *Wolowik*. (Jahrb. f. Kinderheilk. 61. köt., 1–2. füz.)

Előbbi közleménnyel parallel a csecsemők gyomorsecretióját vizsgálta 73 esetben ugyancsak extractiv anyaggal (kel-lével), amelyet csecsemőknek koruk szerint 80–100–150 cm³-nyi mennyiségben adott. Ugyancsak vizsgálatokat végzett anyatejjel és rizslével. Methodikája az volt, hogy az első kiemelés ½ órával a beadás után történt, utána 4–5 órán át ½ óránként aspirált gyomornedvet, amikor is — miután a kel-lé a vérbe ment át (?) — *tiszta* gyomortartalmat kapott. Vizsgálatai kapcsán azt találta, hogy a kel-lé úgy

qualitative, mint quantitative — összehasonlítva a tej-jel és rizslével — a legerősebben hat a gyomormirigyek secretiójára. Azonban a vizsgálatok önmagukban elég különböző eredményeket mutattak. Így emésztés alatt és után egészséges csecsemőknél az achylitól a hyperchlorhydriáig terjedő értékeket is kapott, de a különböző betegségek csecsemőknél is (toxicosis, parenteralis infectio) úgy a motilitás, mint a savelválasztás foka különböző lehet. Positív eredménye, hogy oly csecsemők, kik üres gyomorral csak kevés, gyengén savanyú gyomornedvet választanak el, ezek emésztés alatt és után is kevesebb és csökkent savtartalmú gyomornedvet produkálnak és fordítva, ha az éhező gyomor működése kielégítő, akkor izgalmi anyagok bevitelére után is intenzív lesz a gyomorsecretio.

Rohrböck Ferenc dr.

A csecsemők üres gyomrának secretiók működéséről. Wolowik. (Jahrb. f. Kinderheilk. 61. köt., 1—2. füzet.)

76 csecsemőnél végzett szerző üres gyomornál vizsgálatot olyképen, hogy 9—10 órával az utolsó étkezés után vékony, puha szondával félóránként öt órán át aspirálta a gyomornedvet. A kiemelt gyomornedv mennyisége összesen 25—55 cm³ közt, az egyes portiók 0—18 cm³ közt ingadoztak. A legtöbb esetben a gyomornedv mennyisége ez öt óra alatt hullámszerűen viselkedett. A HCl-t véve alapul, eseteit három csoportba osztja: 1. ahol az egész idő alatt minden részletben HCl volt jelen; 2. ahol csak egyes portiókban volt HCl; 3. ahol a HCl teljesen hiányzott. Azonban szabályszerűséget megállapítani nem tud, mert igen jól fejlődő csecsemőknél sokszor tartósan hiányzott a HCl, míg toxicosis, chronikus táplálkozási zavaroknál néha meg bő volt a HCl-kiválasztás. Az egyes adagok összaciditása 2—60 közt, a szabad HCl 0—40 közt, a pepsin 0—14 közt ingadozik, utóbbi arányban áll a szabad HCl-elválasztással. Cikkéhez azt a reflexiót fűzi, hogy a periodikus spontan gyomornedvelválasztás csecsemőknél valószínűleg az egész intermediaer anyagcserével függ össze.

Rohrböck Ferenc dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület május 15-i ülése.

Bemutatás:

1. Schill Imre: *Lamblia intestinalis cholelithiasis tünetei mellett.* Klinikailag cholelithiasis képeben lefolyó esetben a gyomorbél-tractus functionalis vizsgálatának és a cholecystographiának negatív lelete mellett a duodenalis bennébe nagyszámú lamblia volt, amelyek magnesiumpulphatos duodenalis öblítésekre és neosalvarsan-kezelésre eltűntek. Reichenow-féle flagellata-táptalajon sikerült öt napig élő kultúrát nyerni, melyben látható fejlődési alakok a fejlődés rekonstrukcióját engedik meg, amit mikrophotogramokkal demonstrál.

Friedrich László: A lamblának a bélben levő jelenléte még nem elégséges egy kórkép előidézésére. Hogy vajon a sphinkter hypertoniás beállítása, amint Westphal gondolja, praedisponál-e az epehólyagba való bejutásra, vagy más momentumok, még nem tisztázott; az kétségtelen, hogy ehhez valami secundaer momentum szükséges. Minden kétes és cholecystitis vagy cholelithiasisra gyanús esetben fontos a cholecystographián kívül a duodenalis szonda alkalmazása is, mert csak ennek segítségével van módunkban az epének kémiai, főleg morfológiai tanulmányozhatósága. Mint előadó esetéből is látszik, a duodenalis szondán felfogott epének (különböző ingerek után) bakteriológiai pontos feldolgozása parasitológiai s így indirect aetiológiai szempontból is nagy fontossággal bír.

Szemző György: Duodenalis szondázások kapcsán két betegnél észlelt lamblia, mindkét esetben cholelithiasisban szenvedőknél. Egyik esetben feltűnő volt a lamblia példányok számának az ismételt szondázások folyamán való folytonos csökkenése, majd átmeneti teljes eltűnése. A lamblia újból való megjelenésekor megkezdett emetinkúra alkalmával minden injectio chole-

lithiasis attaque-ot váltott ki, miért is az rendszeresen véghez vihető nem volt s talán ez a magyarázata annak, hogy a kúra a lamblia hatástalan maradt. A beteg most (évekkel később is) jó conditióban van, bár duodenalis nedve most is tartalmaz lamblia (feltűnő, hogy a MgSO₄-injectio utáni sötétebb eperészletben számuk csekélyebb volt, mint az ú. n. májepében). Másik betegnek jelenlegi sorsáról nem tud. A lamblia közvetlen pathogenitásának bizonyítékát nem nyerte.

Baló József: A lezajlott háború alatt főleg angol és amerikai protozoológusok vizsgálták a katonák bél-sarabán előforduló protozoonokat. Kiderült, hogy a katonáknak 5—12%-a van lamblia intestinalissal fertőzve, de ezeknek csak igen kis százaléka mutat tüneteket. Valószínű, hogy a lambliaval is úgy van, mint az entamoeba histolyticával. Főleg az angol Dobell mutatta ki, hogy a dysenteria amoebája nemcsak a meleg, hanem a mérsékelt égöv alatt is előfordul és 3000 egyénből mintegy 100 van vele fertőzve. A dysenteria amoebájával fertőzött egyéneknek mintegy 10%-a mutat tüneteket a bél részéről. Mivel nincs eldöntve, vajon az emberi lamblia intestinalis azonos-e az állatok (egér, patkány, házinyúl) lambliajával, megemlítenéd, hogy hazánkban Kollán a lamblia egy fajtát szárnyasokban, s ezek között a házi kacsaiban találta.

Berger Iván: A háború alatt (1916 őszén) súlyos enteritist szenvedő katona faecesében milliószámra talált lamblia intestinalist. Emetinnel sikerült az enteritist megszüntetni és a lamblia is eltűntek a faecesből.

Borszék Károly: Felveti azt a kérdést, hogy abban az esetben, ha bebizonyítást nyer, hogy a lamblia az epehólyag epéjében állandóan kimutatható, gyökerező gyógyulás szempontjából nincs-e indicálva az epehólyag kimetszése?

2. Polgár Ferenc: a) *Bronchographiás leletek.* Bronchiektasiás cavernával, mely mint izolált, önálló kórkép ritka lelet és régi, hörgőspollyal szövődött tüdőszérelés talaján fejlődött ki, a contrasttöltés azt mutatta, hogy az üregben különböző alakú cseppek képeiben jelenik meg a contrastanyagul használt jodipin. A legmélyebb pontra lesüllyedő és a folyadék felszínén úszó jodipinsepp nivókülönbségéből a folyadékréteg magasságára lehet következtetni.

b) *Hörgőszűkületet okozó tüdőtumor.* A contrastanyag a főhörgőben és annak kezdeti ágaiban compact öntvényyszerű telődést hoz létre, mely kirágott, elmosódott határral végződik a parenchyma felé. A daganatos hörgőszűkület új tüneteként a kitöltött hörgők eltörlődését, a hörgőmeztöretést mutatja be.

Előadás:

1. Ertl János: *Újabb biológiai elvek a sebészetben. I. A biológiai irány fejlődése. Réteges szövetszövetpótlás elve a lágyrészek terén.* Az újabb biológiai elveket három előadás keretében foglalja össze: A regenerációs folyamatok gyakorlati jelentősége, szövettájtetések tana, a biológiai-irány fejlődése és a réteges szövetszövetpótlások elve. A háborúelőtti idők sebészi kutatásainak legfőbb feladatát a szövetszövetpótlások, szövettájtetések tanának tudományos fejlesztése képezte. A világháború sebesültjei számos új sebészi feladat megoldását tették szükségessé, miáltal egy újabb irányú fejlődés indult meg. Ez új irány a természeti törvényszerűségek, a szervezet állandó célszerűségi törekvéseinek, különösen a regenerációk beható megismerése alapján fejlődött tovább. Ily alapon fejlődtek újabb műtéti eljárásai is. A functionalis gyógyulás egyik legfőbb feltétele az anatómiai rétegzettség helyreállítása, vagyis a réteges pótlás, aminek regenerációs folyamatokkal tökéletesében lehet megfelelni. Az egyes szükséges rétegeket magával a szervezettel sikerült kinövesztetni. Így sikerült kinövesztetni többek között agyhártyát, a nyálkahártyákat: orrgarat, pharynx, oesophagus, urethra — conjunctivát, esontot, esonthártyát. A csontsebészet terén ez alapon sikerült elérnie a transplantatum hasonszerkezetűvé válását. Sikerült a különféle hajlítható transplantatumok megszerkesztése, az ízületképzés és a csontüregek csontos kinövesztése. Mindezek a csontsebészet újabb fejezeteit nyitják meg. A biológiai irány kifejlesztette a functionalis chirurgiát, s megteremtette annak biztonságát is. Ez alapon a gyakorlati gyógyítás terén, különösen ott, ahol a gyógyítás a műtét gyökereességére rejlik, már tökéletesíteni tudtuk eredményeinket. Így a rosszindulatú daganatok, bizonyos se-

bécsi tuberculosus és septikus folyamatok terén. A biológiai irány általában három téren ért el különlegesebb eredményeket: 1. az anatómiai elváltozásokból származó functiozavarok megoldásánál, tehát a functionalis chirurgia terén, 2. bizonyos kórfolyamatok megszüntetésénél, 3. kozmetikai küllem helyreállításánál. 1. Az anatómiai elváltozásokból származó functiozavarok megoldása terén ma már háromféle sebészeti eljárás áll rendelkezésünkre: 1. plastikai műtétek, 2. szövetátültetések, 3. szövetelemek regenerációs kinövesztése. A biológiai irány mindezeket egymást kiegészítő kölcsönösségükben használja fel, 1. plastikai műtétek. A háború előtt kivétel nélkül mindenütt a lebenyes plastikákat alkalmazták. A lebenyes plastika az anatómiai rétegzettségnek nem pótolja, csupán befedést végez. Ezért a functiót sem állítja tökéletesen helyre. *Bier* a lágyrészhianyokat a specifikus szövetelemek regenerációs kinövesztésével igyekszik pótolni. Előadó e téren a regenerációs folyamatok felhasználásával a reconstructis plastikai eljárásokat szerkesztette meg, melyeket teljesen más irányú műtéti elv vezet, mint a lebenyes plastikát. Ezért ezek mindinkább tovafejlődtek és tökéletesebb functionalis eredményeket hoztak. Ez képezi a kozmetikus hegplastikának is az alapját. (Az előadás egész terjedelmében közlésre kerül.)

Zinner Nándor: Az előadás tárgyhöz szorosan kapcsolódó előzetes közlést tesz. A sebészet biológiai alapelveinek szemeltartásával sikerült neki az epiphysis növekedési porokorongját úgy átültetni, hogy az 14 nappal a transplantatio után is életképes. Egy öt éves fiú congenitalis részleges tibia-hiányát pótolta; ugyanazon alszár fibulájának proximalis darabjából vett vékony csontlécezt, az epiphysis-fuga és csontmag egy részével ültetett át a tibia distalis felének pótlására, úgyhogy a transplantatum epiphysis része került a hiányzó belső boka helyére. 14 hónappal a transplantatio után az átültetett rész Röntgen szerint négyszeresen megvastagodott és eredeti hosszának körülbelül 10%-ával nőtt. Mivel a Röntgen-képen való mérésnek sok hibaforrása lehet, az eredmény igazolására — egy közben szükségessé vált correctiv műtét alkalmával — egy darabot excindált a transplantatum epiphysis részéből és ezt szövettani vizsgálatnak vetette alá. A bemutatót mikroszkopi metszetben biztosan megállapítható a poro életképessége (jól festődő, oszló sejtmagvak), a poroképzés és a csontosodás, mint az epiphysis fuga-sejtek autochton vitalitásának jelei, melyek eredménye csakis a hosszúnövekedés lehet. A dolog fontossága miatt teszi ezen előzetes közlést, vizsgálatait tovább folytatja (állatkísérletek) és azokról be fog számolni.

A Balatonfüredi Orvosi Továbbképző-tanfolyam május 10-től 15-ig.

Balatonfüred másodszor nyújtott alkalmat a magyar orvosoknak arra, hogy ismereteiket kiváló professzorok előadása révén felfrissítsék és személyesen szerzhessenek meggyőződést arról, hogy megcsontított országunknak is vannak még olyan gyógytényezőkkel ellátott fürdői a Balaton körül, melyek versenyre kelhetnek a külföldiekkel. A rendező fürdőigazgatóság nem kímélt sem fáradságot, sem költséget, hogy e célokat minél tökéletesebb formában érje el és a siker nem maradt el: minden résztvevő a legteljesebb megelégedéssel távozott.

A tanfolyam május 10-én kezdődött, *Kétly Károly* báró Balatonfüred orvosi tanácsadótestületének elnöke üdvözlő szavai után *Csiky József* professzor adott elő a *főfájás pathológiájáról és terapiájáról*. Ismereti a koponyában keletkező fájdalom localisatióját és a fejfájást kiváltó okokat. Majdnem minden fejfájásnál constitutív momentumok szerepelnek, különösen azoknál, amelyeknél anatómiai elváltozás nem mutatható ki. Részletesen ismerteti a neurastheniás fejfájást, melynek hereditásos jellege kézenfekvő. Azonkívül a migraine-t, amelyet veleszületett disposition kívül vasomotoros zavarra vezet vissza. Külön-külön tárgyalja az agydaganatokkal, agytályoggal, agyhártyagyulladás, luessel, vízfejtéssel és cerebrális arteriosklerossissal járó fejfájásokat. Nagy haladást jelent a luessel fejfájás diagnostikájában a Wassermann és a többi, ehhez a csoporthoz tartozó reactio (*Sachs-Georgi*, *Meinicke* stb.), a gyógykezelés szempontjából pedig a salvársan. A koponyaürről kívül keletkező fejfájások közül részletesen tárgyalja az úgynevezett rheumás fej-

fájást, amelynek nálunk nem tulajdonítanak olyan jelentőséget, mint a külföldön. E bántalom gyógyítása igen egyszerű: rendszeres massage és melegborogatás. Beszél még azokról a fejfájásokról, amelyek mérgezések, vérkeringési zavarok folytán keletkeznek. Minden egyes fejezetnél részletesen tárgyalja a megfelelő therapiát.

Utána *Angyán János* professzor *reconvalescentia decompensatio után* címmel tartott előadást. A decompensatio az esetek jó részében nem jelenti a szív erő kifejtő részének működésképtelenségét, csak azt, hogy a szív erő kifejtése nem juthat érvényre. A decompensatio következményeiben mindenkor a pangásnak jut legfőbb szerep. Majd a pangás javulásának módjairól, a pihenésnek a szív saját vérkeringésére gyakorolt serkentő hatásairól, a gyógyszeres tényezőknek hatásmódjairól szól. Végül foglalkozik a decompensatio reconvalescentiájának prognosisával, annak gyógyszeres reakciók alapján való megítélésével, az alapbetegségnek a reconvalescentiára való hatásával és a szervezet regeneráló képességének a decompensatio reconvalescentiájában való jelentőségével.

Május 11-én *Tornai József* egyet. magántanár tartott előadást *szívba és graviditás* címen. A kérdéssel az orvosoknak két nagy tábora: a gynaekologusoké és a belorvosoké, régi idő óta foglalkozik. A régebbi idők statisztikája szerint a halálos kimenetelek száma 50—60% volt, ma legföljebb 12%.

Mióta a vizsgálómódszerek tökéletesebbek, tudjuk, hogy sok szívbeteg nő elég szerencsésen esik át e folyamaton. A halálosan végződő esetek többjében szívbaion kívül más komoly bajt (tuberculosist, nephritist stb.) is találtak.

A graviditás egyik veszélye az endocarditis recidívájának lehetősége, másik veszélye a szívnek, vérkeringésnek erős mechanikus túlterhelése. Az endocarditis némelykor elég hamar vissza is fejlődhetik. A graviditás vége felé némely esetben, bizonyos tünetek alapján, tévesen billentyűhibát (mitralis insufficienciát) állapítunk meg, ahol pedig szervi baj nincsen. A prognosis nézőpontjából a szívizom előbeli viszonyainak mérlegelése a legfontosabb. Kisfokú szívélváltozás, jó szíverő, elég jó prognosist ad. Az aorta-bajok általában rosszabbak, mint a mitralis billentyű bajai.

A graviditás időelőtti megszakítása indicióit, ennek szabályait részletezi. A kérdésnek judicaturai része nagyon hiányos, mert a szociális vonatkozásokkal nem foglalkozik, az orvosnak, mint a leghivatottabb humanitásának nem nyújt megfelelő jogkört és felhatalmazást. Részletezi végül, hogy milyen szívbaion szenvedő nők léphetnek házasságra. Hangsúlyozza, hogy a szülöket, esetleg magát a beteget is, figyelmeztetni kell, hogy esetleges graviditás komoly veszéllyel járhat.

Utána *Csépay Károly* egyetemi magántanár *sympathicotonia és vagotonia* címen tartotta meg előadását. A vegetatív idegrendszer ingerlékenysége az endocrin mirigyrendszer termelte hormonok hatása alatt áll. A hormonok túlnyomórészt a vegetatív idegrendszer mindkét felére, a sympathicusra és parasympathicusra is hatnak (hormonok amphotropiája); ez és az endocrin mirigyrendszer egyes részei között uralkodó szoros correlatív kapcsolatok lehetetlenné teszik az abszolút sympathicotonia, vagy abszolút vagotonia kifejlődését. Vannak kórképek, melyekben sympathicotoniás kórformák és melyekben a vagotoniás tünetek dominálnak. A klinikai vizsgálatok eredménytelenségének nem az alapelv helytelensége az oka, hanem az Eppinger és Hess inaugurálta pharmacodynamikus methodika, mely vegetatív idegrendszer tonusának vizsgálatára teljesen alkalmatlan; a vegetatív idegrendszer tonusa oly módon vizsgálható, ha különböző hormonok behatását tesszük vizsgálat tárgyává a vegetatív idegrendszer ingerlékenységére. Ily módon vizsgálható a vegetatív idegrendszer adrenalin-, pituitrin-, insulin- és thyroxin-érzékenysége.

Május 12-én *Bókay János* egyet. tanár *A vörhenyfertőzés elleni védekezés a Dick-féle eljárással* címen tartott előadást. 6007 próbaoltása és 606 végigvezetett védőoltása alapján tett tapasztalataiból az alábbi következtetéseket vonja le. 1. A Dick-féle bőrpróbával szerzett bőrséges tapasztalatai (6007 eset) Dickék tapasztalataival teljesen megegyeznek. A bőrpróba pozitív eredménye és a vörheny iránti fogékonyság között a legszorosabb összefüggést látja s így a Dick-féle cutanpróbát a védekezés szempontjából nagy jelentőségű. 2. A toxinnal való activ immunizálás methodikus toxinbefecskendezéssel fokról-fokra fokozódó toxinanyaggal az esetek

zömében (90%) a szervezetét a Dick-próbára negatívva teszi s a védőoltások is arra utalnak, hogy az immunitás tartós. Tudvalevő, hogy az amerikai észlelők, kik több mint hároméves tapasztalatra tekinthetnek vissza, az immunitás tartamát legalább is három évre terjedőnek tartják. 3. Az immunitással olykor járó kellemetlen mellékhatások, melyek különben is enyhe természetűek és rövid ideig tartók, nem képezhetnek okot arra, hogy az eljárást mindnagyobb és nagyobb körre kiterjesztve ne gyakoroljuk, s az a meggyőződése, hogy a Dick-próbával és a vele kapcsolatos methodikus activ immunisatióval a vörhenyjárványok fellépését és kiterjedését sikerrel fogják leküdeni.

Hasenfeld Arthur egyetemi magántanár az *angina pectoris*ről tartott előadást. E napjainkban mindinkább terjedő betegség pathológiáját ismertette, részletesen kifejtve *Wenckebach* és *Romberg* elméleteit. Rámutat arra, hogy a koszorúér-theoria és a neurogen-theoria egymást kiegészítik. A status anginosus szomorú esetei a legerősebb bizonyítékot szolgáltatják a koszorúér-theoria helyessége mellett. A prognózis és a terapia szempontjából fontosnak tartja az *angina pectoris vera* elkülönítését a lueses aortalgiától és az aorta nervosától. Részletesen elmondja a megkülönböztetést lehetővé tevő momentumokat. A prognózis mindig bizonytalan és komoly. A prophylaxisról szólva, különösen hangsúlyozza annak fontosságát, hogy luest kiállott egyének 10–12 évvel az infectio után, tekintet nélkül a Wassermannra, antilueses kezelésbe vétessenek. A therapiáról szólva fontosnak tartja a teljesen therapiai fegyverzet fölvonultatását, amiben az orvosságok ügyes combinatioja és variatioja által tág tere nyílik az orvos therapiai művészetének. A szénsavas fürdőket nem ajánlja, mert reflex úton hatnak, már pedig az *angina pectoris*nál mindenképpen igyekezzünk a reflex-hatásokat elkerülni. Belorvosi therapiánk elégtelensége indokoltá teszi a baj eliminálásának megkísérlését sebészi úton. A gondolat itt a fájdalom centripetalis útjának a megszakítása. Reservátion nyilatkozik ezen eljárásokról több okból. 1. A műtéthez való készülődés. A műtét maga is izgalommal jár, ami rohamot válthat ki. 2. Az alapbajt a koszorúér-megbetegedés továbbhaladását meg nem akadályozza. 3. A fájdalom figyelmezteti a beteg szívét arra, hogy mikor nem szabad reá több munkát hárítani. Ha ezen figyelmeztetés elesik, nincs meg a control.

Május 13-án *Bencze Gyula* egyetemi magántanár *A vesebajok szív- és vérérdényelváltozásairól* beszélt. A normalis veseműködésnek éppenúgy előfeltétele a megfelelő vérkeringési sebesség, mint az ép veseparenchyma. Éppen azért vesebajok esetén éppenúgy figyelniünk kell a veseműködés ép voltára, mint a keringési szervek megfelelő karbantartására.

A vesebajok egész sora a szív- és a vérerek mélyreható elváltozásával jár: a bal szív hypertrophiája, ennek megelőzője az ütőeres nyomás fokozódása. A kettő között a szoros oki összefüggés ma már kétségtelen. A vérnyomásemelkedés keletkezésének okára vonatkozólag a felfogás még nem egységes. Az egyes teoriákat részletesen fejtegeti. A vérnyomásemelkedés a vesebajok több csoportjának cardinális tünete. A vérnyomásemelkedés vesebaj esetén mindig azt mutatja, hogy a baj az egész vesére kiterjedő, tehát nem szigetesen (Herdnephritis) elváltozás. Miután a szívnek a magas vérnyomás következtében fokozott munkát kell végeznie, hypertrophiáját egy bizonyos idő múlva a szív kimerülése követi. Ezt kell mindenképpen megfelelő eljárásokkal késleltetni, illetve megelőzni. Ezen eljárások között az életmód berendezése a legfontosabb, épúgy a testi munkára, mint az étrendre vonatkozólag. Normalis izommunka, amely fáradtságot nem okoz, alig emeli a vérnyomást, ha azonban már fáradt egyén végez további munkát, akkor a vérnyomás csakhamar ismét emelkedik. Természetesen ez újabb munkatöbbletet ró az amúgy is igénybevett szívre. Fejtegeti az étrendben a folyadék-fölvétel, só és nitrogéntartalmú anyagok fölvételének megszorítását, annak indicatióit és hatását. A gyógykezelésben arra kell törekednünk, hogy a vesebaj rationalis kezelésével a vérnyomásemelkedést és az ennek következtében beálló szívkimerülést lehetőleg megelőzzük.

Ranschburg Pál egyetemi tanár: *Az álmatlanság kór- és gyógytana* címen előbb az alvás mechanizmusát ismerteti. Az újabb kutatások annak a föltevésnek adtak igazat, mely az alvás ösztönének székhelyét a harmadik

agygyomrocs tájékán lévő úgynevezett látótelepekbe helyezi. Az embernél, főleg a kultúrembernél azonban ez a felváltva *alvó és éberségi központ* a maga időszakosan gépies működését megtanulta alárendelni a szellemi működések szervének, az agykéregnek. Ilyképen az elalvás gondolata egyengeti, az aludni nem tudás félelme gátolja a látótelepközpont automatizmusát. Egyébként az *alvás mélységének tanulmányozása* friss és fáradt idegzetűeknél bebizonyította, hogy alvás és éberlét nem egymással ellentétes állapotok, hanem számtalan átmenet vezet az éberlétből az álomosságon, szendergésen és álmokkal átszótt szunyadozáson át a mély és teljesen tudattalan alvásig. Ilyképen igaz van néha a betegnek, aki jóhiszeműen állítja, hogy egész éjjel ébren volt, de környezetének is, mely az ellenkezőt tapasztalta. A szunyadozó egyén énjének töredékei virrasztottak, miatt az agykéreg túlnyomó része mégis pihent, illetve aludt. Az ilyen egyént soha nem érheti baj nem alvásából, de nélkülözni fogja az üdítő pihentesség érzését. Reggel fáradtabb, mint amikor lefeküdt.

Az álmatlanság okai főleg lelki, avagy inkább idegbetegségekből, illetve egyéb testi zavarokból vagy fájdalmakból eredők lehetnek. Minden esetben fontos a *psychikai és a physikai. vízágyógyászati, villanuos, klimatikus gyógykezelés*. Végül részletesen foglalkozik a vegyszerekkel, a könnyebb és komolyabb *csillapító- és altatószerekkel*, melyek hatásai megfelelő ideig és helyes módon való alkalmazás esetén felette áldásosak s amellett veszélytelenek lehetnek, míg meg nem felelő használat esetén egyrészt hatástalanokká, másrészt károsakká is válhatnak. Az erősítő szerek feladata a hibásan működő idegközpontoknak épségét helyreállítani. Fontos az álmatlan egyén étkezési és életrendje is. Sablonos útmutatásokat a kávé, tea, dohány, szórakozások, testi mozgás stb. nézőpontjából adni nem lehet. Az álmatlan beteg testi, szellemi állapotának ismeretén alapuló szigorúan *individualizáló életrend* megszabása a célra vezető eljárás.

Május 14-én *Verebély Tibor* egyet. tanár *Az epeköszéset néhány időszzerű kérdéséről* értekezik 1314 epeköszésetének tapasztalata alapján. Azok az elméletek, amelyek a kőképződés magyarázatára eddig felállítottak, döntő befolyást gyakoroltak a betegség belgyógyászati s még inkább a sebészi kezelés módjára. Legutóbb éppen sebészi részről hangoztatott azon elmélettel száll vitába, amely az epeköszéset helyét a májban keresi. Újabb több száz műtétében a kövek csiszolataiból és a kiirtott epehólyagok görösví vizsgálatából azt bizonyítja, hogy a kőképződés helye az epehólyag, a mélyebb epeutak pedig csak akkor, ha azok előzőleg valamely okból erősen kitágultak.

Saját statisztikájával támogatja azt a felfogást, hogy az epekövek jelenléte és az epehólyag, illetve epeutak rákjának kifejlődése között összefüggés van; nem olyan értelemben, hogy a rákot az epekö okozza, hanem az epekö okozta elváltozások teremtik a talajt, amelyen a rák kőképződése megindul. Összefoglalja a belgyógyászati epekökezelés lehetőségeit és kilátásait s szembeáll a váddal, amely az epekö sebészi kezelését azzal bélyegzi megbízhatatlannak, hogy a műtét után az epeköbetegség kiújul. Valódi kiújulást ezideig alig sikerült kimutatni, s ahol ennek gyanuja fölmerült, ott is az esetek elhanyagoltságában keresendő a kiújulás oka. Az epeköbetegség gyökeres gyógyítása kifogástalan eredménnyel akkor lesz sebészileg elérhető, ha az epekövek gyógyításában is a korai műtét nyer polgárjogot, épúgy, mint a vakbélgyulladásnál. Természetesen ez időszert nem jelenti az azt, hogy a helyes belgyógyászati kezeléssel kísérlet ne történjék.

Tóth István a császármetszésről tartott előadásában rámutat arra, hogy amikor már daganatok, bélbajok stb. miatt igen jó eredménnyel végeztek hasmetszést, a császármetszés az anyára nézve 80%-ban végetes volt. A nagy halálozásnak oka az volt, hogy a föl-metszett méhet vagy egyáltalában nem varrták össze, vagy nem tudták jól összevarrni. Ma már a műtét elvesztette veszélyességét, hogyha nincs már előtte fertőzve a méh, olyan biztosan meggyógyul az anya, bármilyen más hasmetszéses műtét után. A magzat pedig mindig élve kerül ki a műtétből, hiszen úgy veszik a méhből minden erőszak nélkül, mint a francia babát a kirakatból. Vázolta, hogyan csinálták 100 év előtt e műtétet, s tanulságos rajzokban szemléltette, hogy végzik ma. Régebben éppen e műtét igen nagy veszélyességénél fogva, csak akkor végezhatték a császármetszést, ha a

rendes szülőutakon még feldarabolva is lehetetlen volt a világra hozni. A mai szülészetnek legszebb hajtása a gyermekvédelem, ami a szülésnél kezdődik. A műtétnél sokkal veszedelmesebb a szövődmény, ami miatt csinálják (szűk medence, a rángógöres, a placenta praevia, a súlyos vesebaj, stb.). Az utolsó nyolc év alatt 96 császármetszést végzett, mindegyik magzat élve született, s csak három anyát veszített el, s ezek is magukban hordozták már a halál csiráját.

Habár minden orvosnak kell tudnia császármetszést végezni, mégis ez — mint annyi sok más műtét — nem a gyakorló orvos körébe tartozik; ehhez kellő felszerelés, segédlet, dexteritás kell. De igenis a gyakorló orvosnak kell fölismernie a szűk medencét, a terhességnek és a szülésnek olyan szövődményeit, amit sikerrel csak a császármetszésnél háríthat el és ezért az ilyen terhes szülőnőket intézetbe kell küldeni idejében, ahol meg tudják menteni úgy az anyát, mint a gyermekét.

Az utolsó napon tartott *Jancsó Miklós* egyetemi tanár előadást az oltási maláriáról. Az oltási maláriát már mindenfelé használják a paralysis progressiva, de más metalueses megbetegedések, sőt nem lueses eredetű idegbántalmak gyógykezelésére is és az elért eredmények jók vagy biztatók. Az ivartalan generációjában emberpassageokon tovább vitt malária több tekintetben különbözik az anopheles által átoltott maláriától, amiről előadónak is volt alkalma meggyőződnie a szegedi elmeklinikán maláriával oltott 56 paralytikus és tabesesenél, másrészt a bőrklinikán oltott 34 syphilises egyénénél.

Az oltási malária incubatio-ideje eltér az anopheles által átoltott maláriától s 3–50 nap között változik, aszerint, hogy az oltás mennyi vérrel és hová történt. Az incubatio megrövidül, ha a vérátoltás hőemelkedést vált ki, megnyúlik, ha lázas hevenyfertőző bántalom alatt történik az oltás. Ismételt vérátoltással is 5–10%-ban nem jön létre megbetegedés, még ha visszérbe történt is az oltás, ellenben anophelesekkel úgy szólván kivétel nélkül igen. A lappangó fertőzés provokálható. Paralytikusoknál a hőmenet nem tipusos.

*Wagner-Jauregg*nél a tertianatörzs átoltása a gametakepzés megszüntét hozta létre a 33. átoltás után. Előadónál *Engel* még 11. passage-ban anopheleseket tudott fertőzni s azokkal a maláriát átoltotta. A 17. passageban a vérben még elég sok gametát talál. A lépelt lueseseknél mindig megnagyobbodva találja, paralytikusoknál néha még sectionál sem.

Az oltási malária chininre könnyen és gyorsan gyógyul, éppen azért igen alkalmas a paralytikusok gyógykezelésére. Ellenben a tropica nem enged könnyen chininre s ezért is sokkal veszedelmesebb.

A passageok az oltási tertiana megbetegítő hatását, incubatioidejét nem befolyásolták, mint ahogy a gyógyító hatását sem. Egyes törzseknél virulentiafokozódást észlel, mert hovatovább hosszabbak a rohamok, gyakoribb az ikterus és a súlyos kórkép beavatkozást igényel, de más törzsnél ez nem volt észlelhető.

Az oltási malária marasmusos, myodegeneratio cordisban szenvedő paralytikusokra, igen előrehaladott esetekre, koros egyénekre veszedelmes. Gyors lefolyású, vagy infantilis, avagy juvenilis esetekre hatástalan; taboparalytikusok ügylészik, hogy gyakrabban pusztulnak el. A megfigyelt 34 lueses esetből nem látott egyet sem elpusztulni, pedig volt közte 55 éves férfi és 57 éves nő is. 56 paralytikus közül 2 pusztult el a rohamok alatt, 1 chininidiosynkrasia következtében.

Nyugtalan paralytikusoknál többször észlelnek lép-repedést. Leggyakoribb complicatióknak az ikterus látszik, nagyobb fokánál azonnal chininnel kell beavatkozni. Előrehaladott paralytikusoknál gyakran észlelnek tályogképződést chinin, camphor bőr alá vagy izomba fecskendezését követően. Gyors elerőtlenedés, a plasmodiumok gyors felszaporodása a vérben, a rohamok megszüntetését teszik szükségessé. Graviditásnál nincs ellenjavallat a maláriás oltás. Ha a rohamok igen súlyosak, a beteg túlságosan megviselt, enyhíteni lehet a rohamokat vagy szüneteltetni.

Halálosvégű bőrvérzésekkel, súlyos ikterussal járó chininidiosynkriát is látott előadó paralysisban szenvedőnél. Mivel nagyszámú, anopheles által előidézett maláriánál és chininkezeléseknél ilyenét sohasem látott, paralytikusoknál pedig többször észlelték, azon a véleményen van, hogy ilyen esetekben nem tisztán chininidiosynkriáról van szó, hanem a malária folytán legyengült paralytikus szervezet reagál ily vérzésekkel a

chininre. Rokonságban lévőknek tartja a kórképet a forróégyövi haemoglobinuriával. (Schwarzwasserfieber.)

Az oltási malária gyakran gyógyul spontan, pár roham után is. Ilyenek újra olthatók maláriával. A spontan gyógyulás immunizálódás következménye.

Felsorolja a különböző elméleteket, amelyek a malária hatását paralysisnál magyarázni igyekeznek s arra az eredményre jut, hogy a maláriának a paralysisre való hatása nem csak általános protoplasmaactiválás. Elsődleges és másodlagos syphilisnél a maláriás kezelés hatása hasonló s nem áll hátrább, mint egynémelyik fémes antisiphilitikumé, csak hogy míg azok a metalueses megbetegedésre nem hatnak, addig ez a metalueses megbetegedésekre is hatással bír és eklatánsabban hat, mint a vegyi antisiphilitikumok.

A tanfolyam befejező előadását *Schmidt Ferenc* egyetemi magántanár tartotta. A Balaton földrajzi és klimatologiai viszonyait ismerteti, melyek e vidéket alkalmassá teszik, hogy partjain kora tavasztól késő őszig az üdülők különféle sportokat űzzenek, a fáradtak pihenést, a betegek gyógyulást találjanak. Egyes helyeknek, mint Balatonfürednek berendezése pedig a téli időben is kedvező viszonyokat nyújt úgy az egészségeseknek, mint a betegeknek a pihenésre és gyógyulásra.

Foglalkozott azután a szénsavas fürdők indiciójával. Több orvosnak az a nézete, hogy vérnyomásemelkedésnél angina pectorisnál és insufficiens szívénél a szénsavas fürdőt rendelni nem szabad. Ezen nézettel ellentétben tudományos vizsgálatok eredményeivel és tapasztalati tényekkel kimutatja, hogy a szénsavas fürdők e betegségek gyógyításában is lényeges segítségére vannak az orvosoknak. Kellő hozzáértéssel alkalmazott szénsavas fürdők a vérnyomásemelkedést csökkentik, az idegrendszert megnyugtatók, s ezzel a kitűzött orvosi célt — a betegek javulását — hatalmasan elősegítik. Hogy az orvosok egyrésze mégis ellene van a szénsavas fürdőknek, az azon a tapasztalaton alapul, amelyet a régi időben a CO₂ fürdők vételénél észleltek, midőn a legtöbb helyen a természetadta CO₂ tartalommal használták a fürdőket az egészségesek és súlyos betegek egyaránt, s így egyrészt a fürdő hideg hőfoka, másrészt sok esetben a kelleténél több CO₂ tartalma a szervezet részéről oly erős reakciót váltott ki, amelynek kellemetlen következményei a contraindiciókat az orvosok lelkébe véste s a contraindició kereteit erősen kitágította. Ma már tudjuk, hogy a fürdő hőmérsékét egyének és betegségek szerint változtatni, a CO₂ tartalmat pedig szabályozni lehet s ezzel meg van adva a mód, hogy egyes, igazán ritka esetek kivételével sikerrel alkalmazzuk a CO₂ fürdőt olyankor is, midőn régebben alkalmazzuk tilos volt.

A délelőtti előadásokat a délutáni hajókirándulások egészítették ki. Tihany és Badacsony festői szépségeiben gyönyörködtek, Balatonföldvár és Balatonalmádi nagy lendülettel folyó építkezéseit, új fürdőjét tekintették meg a résztvevő orvosok és családtagjaik. Külön hajón, kellemes időjárás mellett tették meg az utakat és élvezték a Balaton környékének fenséges panorámáját. A kedvező néhány melegebb nap annyira fölmelegítette a Balaton vizét, hogy 14-én Almádiban már 22 C°-ot mértek az orvosok jelenlétében, így előre is bizonyítva látták a másnapi előadó, *Schmidt* magántanár szavait: néhány melegebb nap már elegendő, hogy a Balaton fürdésre alkalmas legyen, ellentétben az osztrák mélyvízű hegyitavakkal. A szombati befejező előadás után Hévízre utazott a tanfolyam hallgatóinak és családtagjainak többsége. *Schulhof Vilmos* fürdőorvos ismertette előttük az egész Európában páratlan, melegvízű (32–36 C°), nagy kiterjedésű (50.000 m²) tó sajátosságait és az indiciókat, melynek alapján, mint kiváló gyógytényező használható. Csodálkozva látták még azok is, kik csak néhány évvel ezelőtt jártak ott, hogy mennyi új épület, villa, ház várja már Hévízen az üdülést keresőket.

Ezzel a kirándulással véget ért a kitűnően szervezett és rendezett tanfolyam. Valamennyi résztvevője megelégedéssel és kellemes emlékekkel utazott haza — az ország, a megszállott területek minden részébe — és eredményét mutatni fogja a látogatottság, mely talán már az idei nyáron föllendíti a balatoni fürdőhelyeket; sok tennivaló van itt még, hogy lehetőleg minden üdülésre elköltött pénz az ország határain belül maradjon, de reméljük, az idén nyáron már lényegesen több marad idehaza, mint a múltban.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának máj. 10-i ülése.

Sarbó Artúr: *Agydaganatos képződményt* mutat be, melyben a bal fali-nyakszírti lebeny csúcsán ülő daganaton kívül, az agy jobboldali homloki I. és II. gyrusának és a mellő központi tekervény középső részének megfelelően, a kemény agyburok belfelületén egy levegővel telt hólyag (pneumokele) mutatkozott a boncolásnál, melyet **Baló** főorvos végzett. A dionyi hólyag mély benyomást hozott létre a jelzett területen. E terület bántalmazottságára utaló tüneteket észlelt bemutatón a beteg, mely tünetek hasonlóak voltak a néhány hó előtt e helyen bemutatott pachymeningitis haem. int. eseteiben észleltékhez, és főleg szemmozgászavarok (convergentia hiánya, bradyteleokinesis a szemgolyó mozgását illetően), az együttes mozgások hiányosságában, dysmetriában, ideatoricus apraxiában, stb. nyilvánultak. Azt hiszi, hogy a dura belfelületén lejátszódó lueses és talán alkohol okozta pachymeningitishez a decompressió trepanatio alkalmával juthatott be a levegő. Az agy pontos feldolgozása és a histológiai vizsgálat lesz hivatva a rejtélyt megfejteni. Utal a Verebély-, Manninger-féle esetekre, melyekben külerőszaki behatások után jöttek létre pneumocysták, de ezekben az esetekben ép agyat ért a trauma, míg jelen esetben a decompressio ugyan szintén külerőszaki behatásként szerepelt, azonban a lég hólyag keletkezésének előfeltételként a dura belfelületén lejátszódó folyamatokat kell szerepeltetnünk.

Baló József (vendég): A boncolás alkalmával feltűnt neki, hogy az agyvelő felületén a benyomatás jóval nagyobb volt, mint a bemélyedést okozó s a dura belső felszínén lévő levegővel telt hólyag. Ezt azzal magyarázza, hogy a test melegénél sokkal nagyobb volt a hólyagba zárt gáznemű anyag térfogata, mint a kihűlt hullában.

Ranschburg Pál: A hozzászóló által 1915-ben a Verebély-klinikán leírt és észlelt esetben bitemporalis átlövés után hosszabb idővel mutatkozott tumorszerű tünetekkel a pneumocysta cerebri, melyet a Röntgen-vizsgálat kimutatott, a műtét felderített s amely csaknem az egész jobb homlokagy helyét elfoglalta.

Schaffer Károly: A lég hólyag keletkezése az operációval függ össze és mindenek szerint a dura praeformált kóros szerkezete által feltételezettnek látszik.

Hajós Lajos: A kórboncolás exactsága megkívánja, hogy ha gáznemű anyagok találatnak a szövetelek között, ezek vegyi minémisége megállapítható legyen. Ez úgy volna kivihető, hogyha vacuumos üveg edények kihúzott nyúlvánnyal állának rendelkezésre, amelyek vékony hegye beszűrhető a gázzal telt üregbe, ott letörhető s ekkor az üveg magábaszívja a gázt. Utána az üveg leforrasztandó és vizsgálatra küldhető.

Schuster Gyula: *Újabb eljárás acut elme zavarok gyógykezelésére.* Kórbonctani és pathophysiologiai tapasztalataink alapján az elmebeli betegségek létrejötténél toxinok szerepelnek, melyek a ganglionsejtekre hatnak; egy másik fontos tényezője a psychosinak az agyi capillariskok állapota. A toxikus folyamatra és capillariskokra anaphylaxiaszerű schockreakciókkal lehet hatni. Előadó anaphylaktogenekkel anaphylaxiás reakciókat létesített és kedvezően befolyásolhatja a heveny zavartságokat (amentia, mania, a dementia praecox egyes kórformái, stb.) s így a psychosinok lezajlásának idejét tetemesen meg lehet rövidíteni. Előadó utal az anaphylaxiás reakciók kórtanára, a máj- és lép- anyagszerepére, valamint a belső betegségek és psychosinok közötti összefüggésekre. Felfogása szerint a proteintesttherapiának ez az új, nem veszedelmes fajtája ellentétben az eddigi általános eljárással.

Büchler Pál: Therapiai szempontból különbséget kell tenni az endogen és exogen psychosinok között, mert első esetben az agykéreg sejtjeinek progressiv degenerációja a betegség oka, melyet semmi eszközzel megállítani nem vagyunk képesek; második esetben fennálló dispositio mellett külső conditionális okok folytán jön létre a psychosis, s ez utóbbit therapiásan befolyásolhatjuk. Nem hiszi, hogy endogen psychosinokban az ismerttetett gyógyeljárás sikeres lehetne.

Hajós Lajos: Az anaphylaxiás ictus kezelés komoly és bátor, talán veszélyes kezdeményezés; úgy lehet, hogy a psychosis lefolyására tünetileg gyógyító

hatású és ha a betegség nem endogen, öröklött hajlamon fejlődött, hanem valami accidentalis kóros forrásból, akkor talán végleges gyógyulást okozhat.

Fejér Árpád: Nem látja igazoltnak az előadás eseteiben az anaphylaxiás állapotot. Véleménye szerint heteroproteinhatásról van szó.

Ranschburg Pál: A kísérletezést érdemesnek tartja. Utal *Lévai* vizsgálataira, amelyeket a hozzászóló osztályán is végzett s amelyek az intracutan injectióknak a subcutanokkal szemben aránytalanul erősebb hatását mutatták. Kérde, miért alkalmazta előadó az injectiók ezen módját? Nem hiszi, hogy a schizoprenia a nemzés pillanatában determinálva volna, csak a dispositio van determinálva.

Fischer Ignác: Előadó gondolatmenetét helyesli, de azt tartja, hogy óvatosnak kell lenni az elbírálásban. Már az is óriási eredmény lenne, ha a betegség lefolyását meg lehetne rövidíteni. Módot kell nyújtani arra, hogy a megfigyelések sorozata eszközölhető legyen.

Fabinyi Rudolf: Az ú. n. anaphylaxiás therapia interpretálása és elnevezése kétségtelenül új, de az eljárás, kevés változtatással, régi. A lipótmezei elme-gyógyintézetben különféle psychosinokban szenvedők nagy adagban kaptak teinjectiókat (15–20 cm³, sőt 40 cm³) különböző időszakokban, igen erős lázreakciókkal, de az eredmény nagyon csekély volt.

Az Erzsébet Egyetemi Tudom. Szövetség orvosi szakosztályának május 7-i ülése.

Bemutatás:

Scipiadés Elemér: *Tanulságos szűkmedencés esetek.* Három, általánosan szűk-laposmedencés egyént mutat be, akik közül kettőnek a szülését császármetszéssel fejezték be, és pedig egyiknél köldökzsinórelőesés mellett, egynél pedig a szülés spontan folyt le. Összevetve az ezen eseteiben tett tapasztalásokat a szűk medencékről régebben írt dolgozataiban levont tanulságokkal, azt a conclusiót vonja le, hogy: szűkmedencés therapiánkat nemesak azzal tehetjük az anya károsítása nélkül a magzatra nézve előnyösebbé, ha therapiánkat a régi, szoros értelemben vett szülészeti műtétek rovására tesszük chirurgikusabbá, hanem, úgy látszik, azáltal is, ha elsőfokban szűk medencék kapcsán nem visszük túlságba a spontan szülés mindenáron való elérése érdekében az expectativ kezelést, hanem chirurgikus műtét-hez nyulunk arra alkalmas aseptikus minden olyan esetben is, mikor a spontan szülés lehetőségét biztosan kizárni ugyan nem tudjuk, de annak lehetősége a fej és medence között mutatkozó térránytalanóság következtében még a burokrepedés után jó fájások mellett folyó kitolási időszak elején is vitás, kivált ha a magzat élve való megszületésének kilátását korai burokrepedés, kedvezőtlen beilleszkedés, vagy köldökzsinórelőesés is rontja.

Előadás:

Rohrer László: *A rák sugaras gyógyításáról.* A Röntgen- és rádiumsugarak alkalmazási és mérési módjának rövid vázolója után ismerteti a sugárhatás mechanizmusára vonatkozó feltevéseket (másodlagos B-sugarak keletkezése, Compton-hatás, Dessauer-féle Punktwärmehypothese), a túlzott intensív therapia (*Krönig, Warnekros*, stb.) sikertelenségének okait, *Kock* és *Verländer, Regaud, Alberti* és *Pollitzer* kísérleteinek eredményeit s az egyszeri és az elosztott adagolás előnyeit és hátrányait. Az indicatiókra vonatkozólag azt tartja, hogy az operabilis esetek ezentúl is operálandók, míg sugaras (lehetőleg combinált Röntgen- és rádiumsugár) kezelésre utalandók azon betegek, kiknél az operatio más okból (szív, vese kóros volta miatt) ellenjavallt, továbbá az inoperabilis esetek, ahol a radiotherapia még akkor is, ha végleges gyógyulás nem lehetséges, áldásos hatású a fájdalmak enyhítésére, a bűzös váladék megszüntetése, stb. következtében.

A szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának május 8-i ülése.

1. Folytatólagos hozzászólások Vidakovits Kamill előadásához:

Genersich Antal: A Kehr-féle indicatiók revíziója indokolt, nagy mértékben csökkenvén a műtét veszély a localis anaesthesia révén. De revisio alá kell venni az epekő keletkezésére nézve ma is általánosan elfogadott pangásos és infectiosus theoriát és az ez alapon Kehr által követelt cholecystostomia indicációját is. Rosing szerint a kövek nem az epehólyagban keletkeznek, hanem csak ott nőnek; a bilirubin mészmag mindig a májban keletkezik. Az infectio nem oka a kőnek, hanem a kő okozza az infectiót, illetve elősegíti létrejöttét, állandósulását. Mivel a pigmentkiválás igen ritkán következik be, rendszeren egy ember életében csak egyszer, a cholecystektomia ép hólyag mellett felesleges, káros, megnyújtja a műtét idejét. Recidiva cholecystostomiánál épp olyan ritka, mint ektomia és choledochotomia vagy drainage mellett.

Egan Ernő a cholecystographia kórismeit fontos-ságára mutat rá.

Zárszó: Az előadó újból hangsúlyozza, hogy Rosing elméletében sok ellentmondás van az epekővek keletkezéséről. A gyakorlati élet tapasztalatai is ezt bizonyítják. Hogy 300 egynéhány esetben kielégítő eredményt kapott Rosing cholecystostomia-műtéttel, csak azt bizonyítja, hogy a korai műtét jogosult, amit az előadó is a legnagyobb nyomatékkal hangsúlyozott. A cholecystographia jó segédeszköz a diagnózis felállításában, de hátránya az, hogy csak a kövek jelenlétét mutatja meg, de nem az annyira fontos kórbonctani elváltozásokat.

Bemutatás:

1. **Erdélyi Jenő:** Egy agyalapi, a labyrinthuson áthaladó törést szenvedett, megoperált és következményes, elhúzódó agyalapi meningitisben elhalt fiú praeparatumát mutatja be. Az esettel kapcsolatban a labyrinthuson áthaladó töréseknél, amennyiben az agyhártyák részéről szövdmények lépnének fel, a lehető korai műtét beavatkozást ajánlja.

Vidakovits Kamill szerint az agyalapi töréseknél nagyon nehéz megállapítani, hogy mikor kell műtéttel beavatkozni.

Treer József az adott esetben akkor avatkozott volna be, mikor a betegnél a süketség fellépett.

2. **Szarvas András:** a) *Traumás eredetű aneurysma.* Bemutatja egy betegét, aki 10 éve az oláh harctéren megsebesült, a golyó a bal sternoclavicularis ízület mellett ment be s a 10. csigolya magasságában távozott. A golyó horzsolta az arcus aortae felső és felső részét, ahol kifejlődött egy tyúktorjásnyi aneurysma, ami a vena anonyma compressiója folytán a nyaki és felkari vénák erős kitágulására vezetett. A betegnek az aneurysma semmi tünetet nem okozott. A golyó a kimenetelnél sértette a gerinevelőt, s ahol egy Brown-Séquard-féle bénulást okozott, amely részben visszafejlődött, részben a baloldalon fent is áll.

b) *Primaer echinococcus-tümlő* a tüdő bal felső lebenyében. Egyik gyomorpanaszokkal jelentkező beteg mellkasának átvilágításánál, a bal tüdő felső lebenyében egy jó almányi, éles határu, szerkezet nélküli árnyék. Qualitativ vérképen eosinophilia 9%, praecipitációs reactio negativ.

Előadás:

vitéz Berde Károly: *Délmagyarország kórokozó fonalgomba florájáról.* Az 1924–1926. évek folyamán Szeged és környékének pathogen dermatophyton floráját tanulmányozva, 17 különböző faj jelenlétét állapította meg, 400, klinikailag gombás eredetűnek kórismézett bőrelváltozás kórtermékeinek feldolgozása után. Fajmeghatározási célokra csupán az eredeti Sabaud-féle táptalajokat tartja megengedhetőnek, más összetételeket használva, az eredmények nem mindig megbízhatók. *Finkelstein* antiforminos eljárásának különösebb hasznát nem látta. Egyéb gombafajok mellett elsőként állapítja meg hazánkban a mikrosp. felineum, a trich. niveum denticulatum és az epidermophyton interdigitale jelenlétét. A Délvidék leggyakoribb gombafaját a mikrosp. Audouinii-t, az achorion Schönleini-t és a trychoph. violaceumot találta, az állati típusú gombák között a trychoph. faviforme ochraceum vezet; általában e vidéken az emberi gombatípusok dominálnak.

Magyarország más vidékeinek florájához viszonyítva, jellemző a Délvidékre az achorion Schönleini és a trychoph. faviforme gyakorisága, továbbá a trychoph. crateriforme és equinum teljes hiánya. A gombás eredetű elváltozások klinikai képéből, a kórokozó faját illetően, csak legfentebb valószínűségi következtetést mer levonni. E tekintetben hangsúlyozza a lupe használatának fontosságát a klinikai vizsgálatnál. Végezetül ismerteti azon intézkedéseket, melyeket Szegeden a fonalgombás betegségek nagymérvű elharapódzása miatt az 1924. évben az iskolákban és gyermekotthonokban bevezettek, s melyek következtében a szegedi bőrklinikán az 1924. év első felében tapasztalt 12%-nyi gyakorisága a fonalgombás betegségeknek két év alatt 5%-ra apadt le. Előadó szerint ezzel Szeged floráját illetően a háborút követő tinea-járványok időszakának végéhez érkeztünk.

A német Röntgen-Társaság XVII. nagygyűlése.

Írta: *Róna Alfréd dr.* egyet. tanársegéd.

A nagygyűlést a berlini Langenbeck Virchow-Hausban tartották április 11-től 13-ig. 11-én este a Central-szálló dísztermében nagy társasvacsora volt, amelyen a nagyszámú jelenlévő orvosok és hozzátartozók messzemenő szórakoztatásáról kabaret- és tánc-előadással gondoskodtak.

A tudományos ülések tulajdonképpen csak három napig tartottak s csak *Haudek* prof. kiváló elnöklése tette lehetővé, hogy az ülés nagy anyagát teljes egészében letárgyalják, ezt csak úgy érthette el, hogy az előadások 10 percnél rövidebb ideig és a hozzászólók néha csak három percig beszélhettek, úgyhogy csak a leglényegesebb adatokat közölhették, de a napi 25–30 előadás mellett másképp nem is lett volna lehetséges. Ezen idő alatt a Röntgen-therapia és biologia, Röntgen-diagnostika és physika, majd technikai részek kerültek tárgyalásra.

Körülbelül 600-an voltak jelen. Külföldiek közül angol, svéd, hollandi és magyar röntgenológusok is részt vettek.

Haudek üdvözlő és megnyitó beszéde után az első ülésen *Jüngling* és *Holfelder* szerepeltek mint referensek a mamma carcinoma postoperatív besugárzás jogosságáról.

Jüngling kifejtette, hogy a kieli iskola mamma carcinoma besugárzásnál javulást, a tübingeni rosszabbodást észlel, ő azonban a tübingeni technikát kifogásolja. Szerinte, bár öt éven túli recidivamentességet nem lehetett elérni, szükségesnek tartja a postoperatív besugárzást.

Holfelder specialis technikáját mutatja be: közel megy a Röntgen-lámpával és a tubussal közelről igyekszik a mellkas laterális és medialis oldaláról az emlőhöz férközni, elülről is, de óvatosan, hogy a mediastinumot kikerülje, mert szerinte a mediastinum besugárzása nem közömbös, ennek figyelmen kívül hagyása rossz eredményeket adhat, ezért tubust alkalmaz és a sugárnyalábot diafragmázza.

A hozzászóló sebészek vitájából kitűnt, hogy műtét után 4–10 évig még mindig létrejönnek recidivák, úgyhogy semmiesetre sem szabad elhagyni a prophylaktikus besugárzást. Sőt egyes vélemények szerint 5–13 héttel műtét előtt is végzendő besugárzás, mert akkor még sértetlen organismussal állunk szemben és az eredmények jobbak. *Haenisch* csak műtét után nyolc héttel kezdi a besugárzást, a besugárzásokat két év után újra ismétli, minden esetben két mezőről az erythema dosis 50–50%-át adja le.

Pentzoldt 77% gyógyulásról és három év utáni recidivamentességről számol be, amit *Jüngling* kissé nehezen akar elfogadni. *Wintz* bejelentett előadása betegsége miatt elmaradt.

A referensek beszámolója után délután a Röntgen-therapia és biologiai előadások következtek. A sok előadás közül különösen *Mayeré* keltett nagyobb érdek-

lödést, amelyben carcinoma besugárzásoknál, szőlőcukor intravenás befecskendezésével való kombinációjáról számolt be. *Holzkecht* hozzászólása közbejött betegsége miatt elmaradt. *Mayer* jó eredményeket látott pharynx, epipharynx, de más carcinománál is, ahol 10–50%-os dextrose-oldat intravenás injectio után besugározza a beteget és 10–14 nap múlva változás észlelhető. A tumor gyakran néhány nap alatt oly gyors megkisebbedést mutat, mint ahogy azt eddig csak a röntgenre legjobban reagáló sarkománál láttuk. A metastasisok sokkal lassabban reagálnak, bár végül itt is ugyanolyan tetemes megkisebbedés áll be. A besugárzás után is adott egy ideig 33%-os cukoroldatot intravenásan, de ezt később elhagyta. Ha kezelés alatt lázák lépnek fel, akkor a dextroset és a besugárzást 1–2 hétre elhagyja, azután ismét folytatja.

A hozzászólásokból kitűnt, hogy csak időszakos javulást észleltek, véglegesen még nem. *Frik* sóoldatot injiciált besugárzás után, de nem adott olyan eredményt, mint a glykose. *Mayer* végül kijelentette, hogy öt hónapja foglalkozik ezen kezelésekkal; 34%-ban javulást ért el, azonban végleges választ még nem adhat.

Pördes perimandibularis phlegmonenál vitális indicatio alapján Röntgen-besugárzást végzett 19 esetben, mind lényegesen gyorsabban zajlott le, szájjár gyorsabban oldódott.

Groedel és *Schneider* a Röntgen-sugár biológiai hatását demonstrálja azzal, ha egereknek táplálékát besugározza, úgy a vitaminok elpusztulnak és ilyen tápláléktól az egerek is elpusztultak, szemben a kontroll állatokkal.

Bucky helyett, aki személyesen nem jöhetett át Amerikából, munkatársa számol be a valódi felületes bőrtörépről, amit ekzema, akne, psoriasis, lupus és sykosisnál alkalmaztak ultra puha sugárzással. A besugárzás olyan puha sugarakkal történik, hogy előállításához külön lámpa és berendezés szükséges (6–10 KW secundaer). Besugárzás után erős pirosodás és barnulás 8–10 napig tart, epilatio azonban nem lépett fel.

A második nap diagnostikai fő thema referensei *Straus* és *Pribram*, akik az epehólyagvizsgálati eredményeikről számoltak be. Az eddigi epehólyagvizsgálatokat vagy pneumoperitoneum vagy a colonba vitt levegővel végezték, de epeköveket pozitív formában kimutatni nem sikerült, ezért nagyon öröndetes, hogy akadt egy anyag, tetrabromphenolphthaleinnatrium vagy tetrajodphenolphthaleinnatrium, melynek a szervezetbe való bevitele után 16 óra múlva az epehólyagban az epekövek a Röntgen-felvételen meglátszanak. A bromsó kevésbé mérgező és a melléktünetek is kisebbek. Ha kapszulákban per os adagoljuk, megtörténik, hogy nem oldódnak időre, ezek már diagnostikai zavarokat is okoztak, ezért intravenás injectiók formájában is megkísérelték, bár ez kissé körülményes és hosszadalmas, 20%-ban thrombosisok is előfordultak, sőt négy halálesetről is beszámolnak, így inkább az oralis eljárást tartják helyesnek. Az injectio után néha vérnyomássüllyedés, gyenge szívizomzat mellett collapsus is létrejöhet, ezért prophylactice coffein-adrenalin ad. Duodenalis szondán keresztül is próbálkoztak, de nem több eredménnyel. *Pribram* kifejti, hogy az oralis eljárásnak van jövője, de azt hiszi, hogy a praeparatumon talán még változtatni kell.

Ha az epeutak elzáródnak, úgy az epehólyagba nem juthat be az anyag és így az epehólyag nem ad árnyékot.

A máj funkcióját az epehólyagbeli kiválasztással lehet kontrollálni. 16 óra múlva a tetrabromphenolphthaleinnatrium bevitele után rendszerint legjobban látszik az epehólyag, de lehet már 14 óra múlva vizsgálni. Ha eszik a beteg és nyomást gyakorolunk az epehólyagra, úgy már 12 óra múlva is vizsgálhatunk. *Haenisch* véleménye szerint az epehólyagcontractio és ellazulásnál a hólyagban lévő kövek helyzetüket változtathatják, átesoportosítás, „Umgruppierung“. Felszólalók között volt olyan is, aki tetrajodsó után atropint is adott, így már öt óra múlva vizsgálható a beteg epekövekre.

Holzkecht az epehólyagon a bulbus duodeni impressióját látták. *Eisler* felvételekkel bizonyította, hogy az oralis módon több betegnél jobban látta az epeköveket, mint intravenás eljárásnál, ami pedig körülményesebb, miután az injectiót csak lassan, 15–20 perc alatt lehet beadni, ezalatt a betegnek nagyon nyugodtan kell maradnia, hogy a tű el ne mozduljon.

Pribram, aki e tárgy referense, az oralis módszernek nagy jövőt jósol; az amerikaiak most csak oralis módon végzik a vizsgálatokat, ő azonban az intravenás eljárást jobbnak tartja.

A harmadik nap referense *Holthusen*: a Röntgen-dosis mérés megállapításáról, hitelesítéséről.

A „Standardisierungskommission“-nak négy fő pontot kell eldöntenie: 1. Definálni és realizálni kell a Röntgen-egységet. 2. A felmerült egyes kérdéseket ki kell dolgozni. 3. A gyakorlóorvosnak meg kell mondani, hogyan dolgozzanak a Röntgen-egységgel. 4. Milyen viszonyban van a biológiai hatással.

Wintz mértékegységnek a biológiai hatást vette. *Dessauer* az adsorbeált energiát, ami azonban nem helyes, mert nem tudjuk, hogy milyen arányban van a biológiai hatáshoz. Az ionizációs methodus még leginkább definiálható. A méréseknél a testben a másodlagos visszasugárzás hozzáadódik a mért mennyiséghez és ezt lesz hivatva megállapítani a kommissio, hogy mennyi, csak akkor fogjuk tudni, hogy a mélybe mennyi sugár jutott le.

Martius szerint a bizottság által elfogadott „R“ egység mérésére csak a primaer Röntgen-sugár alkalmas, mert a másodlagos visszasugárzás minden készüléknél más. Ha a kamrát a testbe vagy a testre helyezem, akkor hibák történnek.

Hintze hangoztatta, hogy csak biológiai hatás alapján kell dosirozni. Viszont *Friedrich* szerint nincs biológiai adagolás, mert physikai eszközök figyelembe és csak hetek múlva figyelhetem a bőrt. *Holthusen* szerint azonban ha a bőregységdosist, HED-t „R“ egységre akarjuk átszámítani, akkor csak physikai basist vehetünk alapul, így ugyanazt a dosist máskor is megismételhetjük.

Az ülés folyamán többen mutattak be dosismérőket, végeredményben azonban *Friedrich*, mint a „Standardisierungskommission“ elnöke, azt ajánlotta, hogy egyelőre mindenki mérjen úgy, mint eddig, a saját mérőeszközével tovább. A szórt sugártöbbletet hozzá kell mérni, ami 80%-kal is növelheti a dosist. Kéri, hogy engedjék a kommissiót tovább nyugodtan dolgozni, hogy ezen nehéz feladatot megoldhassa, feladatuknak tekintik, hogy a gyakorlatnak egy pontos eszközt kidolgozzanak. Végül *Haudek* is a régi mérőeszközökkel való mérést ajánlotta, hangoztatta, hogy ne szerezzenek be olyan új mérőeszközöket, amelynek alapján, miután nem ismerik, felégetést idézhetnek elő.

A bizottságnak ez a nehéz feladata is csak azt bizonyítja, hogy a röntgenologia nem olyan tudomány, amit rövid idő alatt meg lehet tanulni.

A harmadik nap délutánján a nemzetközi sugárvédelmi bizottság referense, *Glocker*, szabályrendeletbe akarja foglalni a személyzet munka- és időbeosztását. Bécsben szintén most készül egy törvénytervezet. A referens hangoztatja, hogy a régi védelmi szabályok már elavultak, mert 2 mm ólomvédelem a mai kemény therapiai besugárzásoknál a személyzetre már nem elégséges. Szükséges, hogy rendeletileg kimondassék, hogy 100.000 Volt feszültségnél a secundaer szórt sugárzás ellen is meg legyen a védelem, erre 4 mm ólom szükséges. Az angolok 3 mm ólomszekrényt követelnek a személyzet védelmére. Sugár ellen védő készüléket többen mutattak be. *Schlechter* ólomszekrénybe helyezi a lámpát. *Frik* gyomor- és tüdővizsgálatoknál 1–3 mm aluminiumfiltert használ. Ő ugyanis megmérte, hogy 35 cm bőr focus távolság mellett és 5 m-A. terhelésnél gyomorvizsgálatnál 25 perc, tüdővizsgálatnál 45 perc alatt lép fel bőrhypereamia, bőrfelégítés.

Levy Dorn szerint ugyanezen adatok mellett lényegesebben gyorsabban lép fel hypereamia.

Anatomiai congressus Freiburg in Breisgau-ban április 14—17.

Írta: Kiss Ferenc dr. egyet. magántanár.

E congressus főbb tanulságait a következő csoportosításban ismertethetem:

A fejlődéstan köréből transzplantációs kísérleteket ismertetett néhány vizsgáló. Mások a fejlődés korai szakában vitalis festékekkel megjelölték az embryón egyes részeket s az így színezett anyag későbbi eltolódását és végleges elhelyezkedését ismertették. Egy előadó az újabban felvett „növekedési központok” kérdésével foglalkozott. Gräper jeni anatomus mozgóképeket mutatott be az embryonális fejlődés kezdeti szakaszát a külső forma kialakulásáig. Néhány perc alatt demonstrálta egy-egy embryo kialakulását, minthogy a vetítésnél minden másodperc körülbelül egyórai fejlődésnek felelt meg. Minthogy e filmek előállítására költséges, megállapodás történt, hogy a német intézetek közül valamelyik vállalja magára ezen filmek előállítását, nyilvántartását és köröztetését. Ezt a munkát valószínűleg a müncheni anatomiai intézet fogja végezni, Mollier prof. vezetésével. Két fiatal emberi pete is bemutatásra került, melyek szintén hozzájárultak az e téren most már lényegesen kialakult ismereteinkhez.

A fejlődéstan keretében kell megemlítenem a congressus legfeltűnőbb előadását, melyet Bolk amsterdami anatomiai professor tartott az ember származásának kérdéséről. Bolk szerint teljesen ketté kell választanunk egymástól az ember származásának kérdését és az emberi test morphológiájának értelmezését. Ő jelen előadásában csak az utóbbival foglalkozott. Rámutatott arra, hogy az ember physiologiai és morphologiai vizsgálatánál eddig csaknem teljesen figyelmen kívül hagytak két fontos tüneményt. Egyik az, hogy az ember úgy a méhen belüli, mint a születés utáni életben hasonlíthatatlanul lassabban fejlődik, mint az élőlények többi csoportjai. Ezt a tüneményt ő „retardatio”-nak nevezi. Ez a leglényegesebb physiologiai különbség az ember és a többi élőlény között. A másik feltűnő körülmény, hogy az emberi testnek úgy anatomiai, mint szövettani tekintetben sokkal több magzati (fetalis) sajátága van, mint az állati szervezeteknek. Ezt is példákkal világítja meg (felső légutak lefutása, fogzás, genitalis csatorna iránya, szőrtelenség, csontszövet). Ezt a tüneményt ő „fetalisatio”-nak nevezi s szerinte ez a leglényegesebb morphologiai különbség az ember és állat között. Itt célzást tett arra is, hogy az emberi szervezeten oly gyakori tumorképződés is összefüggeni látszik ezen körülménnyel. Előadásában hangsúlyozta, hogy megfigyeléseit ezen említett két szempontból kiterjesztette az emberi test minden szervére, de egy előadásban lehetetlen ezt a nagy kérdést részleteiben is ismertetni. Ezen két főtünet háttérében reámutatott a belsősecretiós mirigyek és a működés szempontjából eddig nem eléggé méltatott embryonális szervek (chorda, ősvese, stb.) szerepére, mely működéseket ő együttesen „endoerion”-nak nevezi.

Az bizonyos, hogy a Bolk előadása is világosan mutatja, hogy a lamarecki és darwini teoriák felállítása és erőltetett propagálása megalapozatlan, elhárított vállalkozás volt, melyet a később felszínre került adatok nem igazoltak, sőt annak határozottan ellene mondtak. A múlt századbéli sok megbukott teoria után mindinkább érvényre jut az az egészséges álláspont, hogy a természettudomány s így a morphologia is hibás spekulációk helyett maradjon a tények objectív gyűjtésénél és vizsgálatánál. Ez az igazi természettudomány.

A szövettani előadások közül különösen sok hozzászólásra adott okot Möllendorff kieli professor előadása a laza kötőszövet elemeiről. Vizsgálatait házinyúl szövetein végezte s úgy találta, hogy a kötőszöveti sejtek nagy mértékben embryonális természetűek. Úgy az előadást, mint a beállított készítményeket sokan kétkedéssel fogadták. Aschoff freiburgi kórbonctani professor

azt is hangsúlyozta, hogy az állati kötőszövet és annak reakciói nagy mértékben különböznek az emberi kötőszövet sajátosságaitól s egyikből a másikra következtetnünk nem szabad. Vonwiller zürichi anatomus mikrodisszekciós vizsgálatokról referált felülről (az objectiven át) való megvilágítás mellett. Érdekes mikroszkopiai készítmények voltak még beállítva a mezeinyúl mellékheréjének időszaki változásairól és az emberi hasnyálmirigy fejlődéséről. Zimmermann budapesti főiskolai professor a Skene-féle járatokat demonstrálta házinyulból.

A makroszkopos anatomia köréből Wassermann müncheni magántanár reconstructiós modellen mutatta be az emberi prostata mirigyes részének fejlődését és elhelyezkedését. Ugyancsak a müncheni intézetből Braeucker bemutatta a mellkasi szervekhez futó vagus és sympathikus idegek finom eloszlását. Mollier müncheni professor gondos praeparálással kimutatta az emberi széles hasizmok aponeurosis- és izomrostjainak összefüggését az ellenoldalon lévő hasonló rostokkal, valamint a musculus rectus abdominis inscriptióival. Ezen vizsgálatok által a hasfal mechanizmusához jelentős adatokat szolgáltatott. Vizsgálatait élőkről (férfin modellekről) vett fényképekkel is kiegészítette. Több részletkérdés tárgyalatott még az összehasonlító anatomia köréből. Hasselwander erlangeni professor stereoskoposan felvett Röntgen-képeket állított be (koponyáról), melyeket két prizmán át nézve, oly pontos, plastikus képet kapunk róluk, hogy azon különböző műszerekkel méréseket is végezhetünk (pl. a koponya üregéről).

A morphologiai folyóiratok kérdését is felszínre vetette egyik holland professor. Jóakarattal és a szükséges intézkedések megtétele végett közölte, hogy a pár hét előtt Hollandiában lefolyt angol-francia anatomiai congressuson sokan kifejezést adtak azon felfogásuknak, hogy a német folyóiratoktól elfordulnak két okból. Egyfelől, mivel a német folyóiratok sokkal drágábbak, mint a hasonló angol-amerikai lapok, másfelől, mert a német folyóiratok közleményei feleslegesen hosszúak (szószaporítók). A német morphologiai folyóiratok jelenlévő szerkesztői nyomban válaszoltak. Sajnálattal közölte Kopsch berlini professor, hogy a német nyomdai és papírárak a háborúelőttinek a kétszeresénél is magasabbak, amin a folyóirat szerkesztői nem változtathatnak. A másik okot azonban valamennyien kiküszöbölni igyekeznek a beérkezett közlemények szövegének és ábráinak redukálása által, bár ez sem lesz könnyen keresztülvihető. Ez a reductio elsősorban az intézeti főnökök által végezhető.

A freiburgi anatomiai intézet megtekintése is tanulságos volt, különösen azért, mert ez az intézet 1917-ben ellenséges repülők bombáitól leégett és a gyűjtemény csaknem egészen elpusztult. Az épület megmaradt részét helyrehozták s a felrobbant rész helyébe új szárnyat építettek. Ez az új rész a hullakonzerválás, valamint az anatomiai és szövettani tanítás céljaira bár egyszerűen és praktikusán, de jobban van felszerelve, mint bármelyik magyar intézet s kellő áldozatokkal a gyűjtemény is olyan méretű már, hogy a tanítás, sőt a tudományos vizsgálat céljaira is kellő anyag áll rendelkezésre. Új intézeteknek ez a nagyobb áldozattal, de rövidebb idő alatt való jól berendezése és működésbe helyezése úgy a tanítás, mint a tudományos munka szempontjából sokkal célszerűbb, sőt gazdaságosabb is, mint intézeteknek hosszú időre elosztott (elforgácsolt) lassú kiépítése. Ilyen jól felszerelt, tisztán tartott intézetekben nemcsak a tudományos kiképzés lehet jobb, hanem a hallgató nevelést nyerhet az orvosi rend és tisztaság tekintetében is, melyre úgy hallgatóinknak, mint egész népünknek igen nagy szüksége volna.

A jövő évi congressus Kielben lesz, hol Möllendorff professor egy egész délutánra terjedő időt fog kapni az ottani intézetben folyó specialis vizsgálatok és módszerek ismertetésére.

A pathologusok freiburgi nagygyűlése.

Freiburg in Brsg., 1926 április 14.

A német pathologusok társasága április 12-től 14-ig tartotta XXI. nagygyűlését.

A Feketeerdő nyugati lábánál, festői völgy szélén fekvő, tiszta városka már színpompás tavaszi virágköntösben fogadta a kellemesen meglepődött, nagyszámú érkezőt. A szerényen, névtelenül dolgozó rendezőség (Aschoff és munkatársai) kitűnő munkát végzett és mindenkinek legnagyobb meglepedését vívta ki. A közel 200 résztvevő között, valamennyi német egyetemi város képviselői mellett, a különböző országok küldöttei a congressusnak nemzetközi jellegét adták. Képviselve volt: Ausztria, Csehország, Hollandia, Japán, Jugoszlávia, Magyarország, Olaszország, Oroszország, Románia, Svájc, Svédország, Törökország.

Ernst elnöki megnyitója apologia volt a morphologia mellett. „A Goethe-i megismerés, a meglátás hatalma legyen eszközünk, mely az igazi megismeréshez juttasson bennünket.” „Voran mit Goethe” fejezte be lendületes megnyitó beszédét.

Tompították a morphologia dicsőítését Aschoffnak, mint házigazdának, üdvözlő szavai. „Intézetének a „structurája” látható, azonban a *functio*, ami szintén fontos, mostan (a nagygyűlés tartama alatt) szünetel.”

Közel 80 előadás hangzott el. Két magyar előadó is szerepelt: Orsós Ferenc „Az osteomyelitis infectiosa szövettana” és Bézi István „A vérzéses lágy-agyburok gyulladás keletkezéséről a lépnefertőzés esetében”. A magyar előadókat a congressus (szerénytelenségnek ne lássék) figyelemmel hallgatta végig.

A főtárgy Christeller és Frangenheim referatuma volt az *ostitis deformans*-ról. Az előidéző okok ismeretének hiányában a csontváz lágyulással járó betegségeit *histogenesis* alapján két csoportba osztja. Elsőre jellemző a csontváznak mérsékelt vagy elégtelen fejlődése: *achalikus malacia*: rachitis, osteomalacia. Másodikra jellemző a *rendszeres csontapoptosis* és *csontresorptio*: *metaposis malacia*: osteodystrophia fibrosa és osteodystrophia rareficans.

Az osteodystrophia fibrosát felosztja az alábbi formákra: a) az appositio mennyisége szerint: 1. hyperostosis, 2. hypostosis; b) az appositio milyensége szerint: 1. porososis, 2. sklerosis, 3. osteoidmentes; c) a beteg kora szerint: 1. gyermekkori, 2. ifjúkori, 3. öregkori; d) mellékes külső megjelenés szerint: 1. tumorképző, 2. cystaképző; e) általános és körülírt.

A végső következtetések közül figyelemreméltók az alábbi pontok: 1. Az osteodystrophia fibrosa alapján valószínűsítjük a sarkoma fejlődését. 2. Mészanyagcserevizsgálatok mutatják, hogy a fentjelzett formák a mézforgalomban megkülönböztethetők, más és más zavarokkal járnak. 3. Az ember éhezési osteopathiái részben az osteomalaciához tartoznak, de közel állanak az osteodystrophia fibrosához és a skorbutos csontelváltozásokhoz. 4. Az epitheltestecskék és azok hyperplasiáinak szerepe osteodystrophia fibrosa esetében még nincs eléggé felderítve. 5. Az emlős állatok csontrendszerének megbetegedései hasonló módon oszthatók fel. 6. A majmok „Gundu”-ja az osteodystrophia fibrosához tartozik, de a néger „Gundu”-val semmi vonatkozásban sincs. 7. Etetési kísérletek által laboratóriumi állatokban valószínűsítjük a rachitis előidézését eddig nem sikerült. Ezek a csontbetegségek szövettani értékelés alkalmával az osteodystrophia fibrosa hypostosisos-porososisos alakjának bizonyulnak és megfelelnek az ember éhezési osteopathiájának. Hasonlít ezen elváltozásokhoz az állatok kísérleti Moeller-Barlow-kórja és skorbutja.

Az osteodystrophia fibrosára, vagy amint ő mondja, az *ostitis fibrosa* Schmorl jellemzőnek tartja a csontgerendák mozaik structuráját, amelynek alapján gyógyult esetekben is felismeri.

A sejtkutatók közül említésre méltó Schmidtman (Leipzig), aki izolált sejteknek hydrogen-ion koncentrációját állapította meg, s azt megváltoztatva, különböző

alaki elváltozásokat észlelt. Továbbá Staemler (Göttingen), aki éralakítás, sublimatmérgezés és bakteriumfertőzés hatását vizsgálva, egyes szervekben a *zavaros duzzadás* legkezdetibb szakában a sejtek *oxydase* reactiójának emelkedését, majd esökkenését figyelte meg.

A sok előadás közül még csak kettőt ragadunk ki: Ceelen a typhus abdominalis az infectio granuloák közé óhajtja sorozni a megfigyelhető *phlebitis typhosa* alapján. Felfogása több oldalról ellentmondást váltott ki. Érdekes volt Lignac (Leyden) előadása, aki atrophias esecsemók és fiatal gyermekek számos szervében zystint mutatott ki és az ilyen gyermekek vesekárosodását zavart zystin-kiválasztásnak tulajdonítja.

A congressus második napján díszvacsora volt a közeli igen szép fekvésű Kyburg nevű kirándulólhelyen. Számos pohárköszöntő hangzott el. A külföldiek nevében Askanazy válaszolt, megköszönvén a kitűnő fogadtatást; beszéde végén azonban többek között a magyarokat sem említette meg. A vacsora végén Kaufmann odasietett a magyarok csoportjához és Orsós professort vállon ölelve, hangos-tréfásan mondotta hamisítatlan magyaros kiejtéssel: „Ungaren geworden vergessen”, úgyhogy az asztalbontással járó zsibongásban is sokan hallhatták szavait, de közben komolyan kezét szorított Orsóssal. A hat magyar szívén jóleső forróság csapott át erre az ártatlan tréfára, mely általános tetszést aratott.

A jövő évi congressus helyét szavazással döntötték el: Danzig, idő: június hó. A referaturn címe: „Gewächsbildung und Infektion”. Bézi István dr.

Mivel lehetne meggátolni a lúgmérgezéseket?

Írta: sz. Liebermann Tódor dr.

A lúgmérgezések problémája nemcsak a sebész és gyermekorvost foglalkoztatja minduntalan, hanem nagy mértékben a gégeorvost is. Innen veszem a bátorságot, hogy annyi hivatott tekintély után én is elő merjek állni egy szerény, de talán nem kivihetetlen propositióval.

Ha az *alkoholt* tisztán financialis, monopol-szemponctokból jónak látjuk denaturálás által ihatatlanná tenni, miért ne tennők meg ezt ennél az anyagnál, a lúgnál is, melynél az elérendő cél oly fontos emberbaráti és szociális szempontból, hogy áldozatokra is feltétlenül érdemes.

Ha kimondanánk, hogy a marólúgot csakis *ammóniákkal keverve* szabad forgalomba hozni, ennek szúrós szaga egyrészt biztosan megóvná a gyermekeket attól, hogy tévedésből felhajtsanak egy pohár lúgot, az öngyilkosjelölteket pedig az ammóniák okozta tüsszentés és köhögéssinger akadályozná meg ebben.

A kivétel módját úgy tudnám elképzelni, hogy törvényileg kimondanánk, hogy a maró natront, ú. n. „lúgkővet” kicsinyben *nem*, hanem csak oldott állapotban, mint használatra kész lúgot szabad árusítani, mikor is az oldathoz már a kereskedőnek kötelessége volna annyi ammóniát hozzákeverni, amennyi elégséges ahhoz, hogy a tömény, még mosáshoz, satöbbihez fel nem hígított, tehát veszélyes oldat tűrhetetlen rossz szagú legyen. Felhígított állapotban ennyi ammóniák nem zavarják a lúgoldat használhatóságát.

Hogy e módszer a gyakorlatban beválik-e, azt egyrészt a hivatott szakemberek véleménye, másrészt a kísérletek, végeredményben pedig talán a gyakorlat dönthetné el.

A lúgnak a véletlen lúgmérgezések megelőzése céljából való denaturálásáról már sok szó esett. Alulírott is megemlítette volt a „Népegészségügy” 1926. évi február 1-i (3-ik) számában (133. oldal) közzétett cikkében: „A lúgkő forgalombahozatalát szabályozó rendelkezések megvitatása alkalmával felmerült a denaturálás kérdése is, vagyis a lúgkőhöz olyan színanyag és

szagostó szer hozzákeverése, amely anélkül, hogy a háztartásban való felhasználást lehetetlenné tenné, a gyermeket már messziről elriasztja.

Ezen sorok írója a szalmiáksót (ammonium-chlorid) ajánlotta, mivel ebből a lúg ammoniagázt fejlesztvén, talán leginkább megfelelne az előbb említett feltételeknek. Megfestésre pedig az élelmiszereknek szokatlan és éppen ezért szintén elriasztó kékszínű anilinfestéket javasolta.

Ez a gondolat azonban gyakorlatilag egyelőre nem volt megvalósítható.

Nem pedig a kereskedők ellenállása miatt, akik nyíltan kijelentették, hogy ilyen pepecselő munkával nem érnek rá foglalkozni.

Gyárilag pedig nem oldható meg a kérdés, mert a lúg által szabaddá tett ammoniagáz csakhamar elszállana az edényből.

Ugyanez áll, de még fokozottabb mértékben a lúg-oldatra is, amelynek forgalmát még hozzá az edényzet is rendkívül megdrágítaná, ami egyébként nem volna baj, mert akkor inkább vásárolnák az olcsóbb szódát.

A mosonők ellenkezését is felemlítették egyesek, hogy nem lesznek hajlandók bűzös lúggal dolgozni, amivel tényleg számolni kell. A szalmiák a ruhát már nem tenné szagossá, részben mert a mosóvízben nagyon felhigul a gáz, másrészt mert a ruhát öblíteni is szokták, végül mert a szárításkor elpárolog, ha vissza is maradna addig valami.

Leghelyesebb volna — amennyiben az újonnan életbeléptetett rendszabályok nem hoznának jelentős javulást — a lúgkő háztartásban való használatának teljes eltiltása és addig is a propaganda arra is figyelmeztethetné a közönséget, hogy használja a jóval olcsóbb (sokkal kevésbé mérgező), de a háztartás céljaira csaknem annyira megfelelő ú. n. szódát (natr. carbonat cryst.).

Mozsonyi Sándor dr.

VEGYES HÍREK

Előfizetésük megújítására és hátralékuk kiegyenlítésére kérjük előfizetőink közül azokat, kiknek a mult-heti számukhoz befizetőlapot mellékelünk. Előfizetési díj: egész évre 250.000, félévre 125.000, negyedévre 65.000 korona. Kérjük nagyon a sürgős elintézt, mert a késedelemből a lapnak kára van.

A Magyar Röntgen-Társaság május 31-én, hétfőn este 7 órakor tartja tudományos ülését az Orvos-egyesület kistermében. Tárgy: *Holitsch R. dr.* és *Weisz A. dr.*: Beszámolás a Deutsche Röntgen-Gesellschaft ezévi congressusáról.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága által Budapesten és vidéken rendezett tanfolyamok közül a kéthetes budapesti tanfolyam 1926. évi május hó 26-án kezdődik. Az előadásokat a következő budapesti egyetemi tanárok tartják: *Báró Korányi Sándor dr.* egyetemi tanár: A szívbetegségek terapiájának néhány problémája. *Báró Kétly László dr.* egyetemi tanár: 1. A vesekövek kórtana, tünettana és belorvosi terapiája. 2. Az epekövek belorvosi, főleg gyógyszeres terapiája. *Bálint Rezső dr.* egyetemi tanár: A Basedow-kór klinikája és gyógyítása. *Herczog Ferenc dr.* egyetemi tanár: 1. Az elektrokardiogramm klinikai jelentősége. 2. Helyi peripheriás és ritkább általános keringési zavarokról. *Verebély Tibor dr.* egyetemi tanár: 1. A csontok lágyulós betegségei. 2. Az exophthalmusról. 3. Az emlődagánatokról. *Illyés Géza dr.* egyetemi tanár: 1. Urogenitalis tuberculosis. 2. A prostatatútlengés és következményei. 3. A koponya- és agysérülésekről. *Grósz Emil dr.* egyetemi tanár: 1. A ragályos szemgyulladásokról. 2. A pápaszemekről. *Tóth István dr.* egyetemi tanár: A szülészeti műtéttan fontosabb fejezetei. *Schaffer Károly dr.* egyetemi tanár: Az átöröklés jelentősége az elme- és idegkórtanban. *Bókay János dr.* egyetemi tanár: 1. A fertőző kórok elleni védekezés (aktiv és passiv immunisatio). 2. A vörheny elleni véde-

kezés a Dick-féle eljárással. 3. A lues congenita prophylaxisa és terapiájának mai állása. *Nékám Lajos dr.* egyetemi tanár: 1. A bőrbetegségek terapiája. 2. A syphilis terapiája. *Krepuska Géza dr.* egyetemi tanár: Heveny dobüregi gyulladások szövödményei. *Lénárt Zoltán dr.* egyetemi tanár: A vérképzőszervek akut betegségeinél fellépő angináról. *Gerlóczy Zsigmond dr.* egyetemi tanár: 1. A skarlát elleni védekezésnek és a skarlát gyógykezelésének újabb eredményei (Dick-próba, immunoltások, serotherapia, humanserumtherapia). 2. A kanyaró diphteria elleni védekezés újabb módjai (Morbili reconvalescenssavó, Degkwitz-féle állati védősavó, Schick-próba, aktiv immunizálás toxin-antitoxin keverékkel, anatoxin, stb.). *Kelen Béla dr.* egyetemi tanár: 1. A tüdő Röntgen-diagnostikája. 2. Az ovarium besugárzásokról. Ezenkívül *Bürgi Emil dr.* berni egyetemi tanár a gyógyszeres kombinációjáról tart előadást. A népjóléti miniszter a törvényhatóságokat felhívta, hogy orvosait anyagilag is támogassák. A tanfolyam programját az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottságának irodája (VIII., Mária-utca 39. sz., I. sz. szemklinikája) írásbeli megkeresésre készségesen megküldi.

Az orvostanhallgatók száma Magyarország egyetemén. A most folyó tanfélévben Magyarország egyetemének orvosi fakultásain összesen 3078 medikus tanul. Ebből Budapestre 1853, Pécsre 508, Debrecenre 362, Szegedre 355 orvostanhallgató esik.

A venereás bajok elleni küzdelem. Az Országos Közegészségügyi Egyesület kebelében a mult esztendőben megalakult Országos Antivenereás Bizottság kezdeményezésére és közreműködésével az Országos Statisztikai Hivatal útján adatgyűjtést végeztet a népjóléti miniszterium, amely a venereás betegségeknek hazánkban való elterjedéséről lesz hivatva az illetékesek számára tiszta képet nyújtani.

Nemzetközi egészségügyi szervezet. A Sevillában székelő „Federation Sanitaria“, mely Spanyolország összes orvosait, állatorvosait, gyógyszerészeit és minden egészségügyi pályán működő szakembert magában egyesítő szervezet, nemrégiben tervezetlet készített egy nemzetközi egészségügyi szervezet felállítására tárgyában. A terv szerint olyan egyesülésnek kell alakulnia, mely a nemzetközi jog megfelelő alkalmazásával diktatorikus hatalommal szólhatna bele az egyes államok egészségügyének vezetésébe és javításába. A társaság azonban még nem döntötte el, vajjon a Népszövetség keretén belül, vagy önálló szervezet formájában próbálja-e majd megvalósítani a kissé kalandosnak látszó tervet.

Lengyelország túlnépesedése. A békekötés által önállósá lett Lengyelország lakossága az utolsó években oly nagy mértékben gyarapodott, hogy a gazdasági viszonyok egyidejű megromlása mellett súlyos problémát jelent a lengyel népesedéspolitikusok számára. A varsói statisztikai hivatal legutolsó közlései szerint ugyanis a lakosság csak természetes szaporodás útján évi 300.000-rel növekszik; ehhez járul a tengerentúlról való visszavándorlás, ami évenként átlag 10.000-nyi szaporulatot jelent. Az utolsó öt évben az Oroszországból való bevándorlás meghaladta a 1,5 milliót, így az ország lakossága ez idő alatt közel 3,5 milliónyi növekedést mutat.

Olaszországi tanulmányút orvosok részére. Az „ENIT“ (Ente Nazionale Industrie Turistiche) ez évben szeptember hó 12-től 28-ig rendezi III. tanulmányútját orvosok részére Felső-Olaszországban. Az utazási terv szerint a résztvevők szeptember 12-én találkoznak Abbáziában, szeptember 13-án indulnak Portorose, Gradó, Velence, Abano, Battaglia, Roncegno, Levico, Merán, Bolcáno-Gries, Riva, Gardone, Sirmioneba és Salso-maggioreban oszlanak széjjel. A tanulmányút vezetője Prof. Guido Ruata, az ENIT főtitkára. Az utazás elsőosztályú különvonaton, illetve hajón történik. Minden fürdőhelyen a helyi viszonyokat ismerő szakember is-

mertető előadást tart, melyet követ a hely nevezetességeinek és gyógytényezőinek bemutatása. Az előadásokat németül, franciául és angolul tolmácsolják és nyomtatásban is rendelkezésre bocsátják.

A tanulmányúton kizárólag orvosok vehetnek részt, esetleg családjuk egy tagjának kíséretében. A részvételi díj személyenként 1600 líra, ebben úgy az útiköltség, mint az elsőrendű ellátás bentfoglaltatik. Ezenfelül az olasz államvasút a résztvevőknek tetszés szerinti olasz határállomástól Abbáziáig szeptember 1-től, és a tanulmányút végső pontjától, Salsomaggiore-tól vagy Florentól, vagy Rómától tetszés szerinti határvagy kikötőállomásig október 15-ig menetdíjkedvezményt nyújt. A résztvevők száma legfeljebb 200, de a jelentkezéseket június 30-án mindenestre lezárják. Előjegyzéseket a kiadóhivatalunkban kapható úrlapon a következő címre kell küldeni: Ente Nazionale Industrie Turistiche, Rom, Via Marghera 6.

Az amerikai prohibíció erkölcsjavító hatása. A napokban tette közzé *F. L. Hoffmann*, az amerikai legnagyobb életbiztosító intézet igazgatója ama jelentését, melyből kiviláglik, hogy az Egyesült-Államok területén a múlt évben a gyilkosságok száma hihetetlen arányokban növekedett. Az élen áll Chicago, ahol tavaly 663 embert öltek meg, utána Newyork következik, ahol a múlt évben 374 gyilkosság történt. Ezt követi Detroit 243 gyilkossággal, majd a városoknak egész hosszú sora, melyekben összesen több mint 12.000 ember esett az 1925. évben gyilkosságnak áldozatául. Némileg gondolkodóba ejtik ezek a számok az amerikai szakférfiakat, kik a prohibíció esodátételei között elsősorban az erkölcsök javulását voltak hajlandók látni. Kétségtelen tény, hogy az alkoholtilalomnak az erkölcsökre gyakorolt különösen jó hatását mi, távollévők, ezekből a számadatokból nem tudjuk fenntartás nélkül igaznak elfogadni.

A nemzetközi sebészkongresszus és Németország. A nemzetközi sebészkongresszusnak ezidén Rómában tartott ülésén azt a határozatot hozták, hogy a német sebészeket, amennyiben Németország addig belép a Népszövetségbe, a következő 1929. évben Varsóban tartandó ülésre meg kell hívni.

A Röntgen-szakorvosok képzése Amerikában. A newyorki legfőbb egészségügyi hivatal rendelkezése szerint a Röntgen-laboratóriumok vezetői olyan szakorvosi oklevelet is tartoznak megszerezni a rendes diplomán felül, amely a készülékkel való bannitudásukat és különös szakképzettségüket igazolja. Ezt az oklevelet külön állami megbízottakból és orvosszakemberekből álló bizottság előtti vizsga alapján adják ki.

A kristályos insulin. Hírt adtunk már nemrégiben arról, hogy a cukorbetegség gyógyításában immár nélkülözhetetlen gyógyszer, az insulint, sikerült *J. Abel* amerikai kutatónak szilárd állapotban, kristályos formában előállítania. *Abel* most apróra ismerteti a nagyjelentőségű felfedezést. A kristályos insulin 233 fokon olvadó, vízben nem, csak enyhén lúgos folyadékban oldódó vegyület, melynek olyan élettani hatásai vannak, hogy a cukorbetegség gyógyításában korlátlan lehetőségeket nyújt. Egyelőre az insulin vegyi összetétele még nem ismeretes és éppen ezért mesterséges előállítása is a jövő feladata, ma még csak az állati testből, ahol egy mirigynek képezi alkotórészét, lehet tiszta állapotban kivonni. Az *Abel* felfedezése azonban így is korszakot alkotó jelentőségű a gyógyszer tudományban.

A Pázmány Péter-tudományegyetem évzáró ünnepét május 12-én tartotta. *Szentmiklóssy Márton* dr. Rector Magnificus tartotta az ünnepi beszédet, majd a jog- és államtudományi kar dékánja, *Ilyés József* dr. felolvasta az egyetemi pályamunkákról szóló kari jelentést. Legtöbb pályamunka az orvostudományi karhoz érkezett. Összesen 22 hallgató munkásságát részesítették pályá-, illetve szorgalmi díjjal.

† *Soxleth* professzor, az ismert nevű tudós, Münchenben meghalt. Munkásságának méltatására visszatérünk.

A II. sebészeti tanszékre a Pázmány Péter Egyetem orvosi kara május 18-án tartott ülésében a bizottság többségi véleménye alapján szótöbbséggel első helyen *Winternitz Arnold* c. rk. tanárt, második helyen *Bakay Lajos* ny. r. tanárt és *Borszéký Károly* c. rk. tanárt, harmadik helyen *Hüttl Tivadar* ny. r. tanárt jelölte. Az első helyre jelölés ellen *Bakay Lajos* érdekében a bizottság kisebbsége különvéleményt jelentett be, melyhez többen csatlakoztak. Az erős küzdelem dacára mindenki megnyugvással fogja venni a jeles emberek bármelyikének kinevezését is.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint május 9-től május 15-ig előfordult:

Hasi hagymáz	13	Gyermekágyi láz...	—
Küteges hagymáz...	—	Báranyhimlő	29
Hólyagos (ál-)himlő.	—	Járv. fültőmirigylob	58
Kanyaró	118	Vérhas	3
Vörheny	45	Járv. agygerincagyhártyalob	2
Szamárhurut	12	Trachoma	12
Rones, torok-, gégeleob	41	Veszetteg	—
Influenza	2	Lépfene	—
Ázsiai kolera	—	Heine Medin	—

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

A szerkesztő fogadóóráját kedden és pénteken 11—12-ig tartja.

Lapunk mai számához a „Wiener klinische Wochenschrift“ (Organ der Gesellschaft der Ärzte in Wien) című prospektusa van mellékelve.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

K. M. EGYETEMI NYOMDA BUDAPEST — FŐIGAZGATÓ: DR. CZAKÓ ELEMÉR

LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

TÁTRA SANATORIUM

ÓTÁTRAFÜREDEN. STARY-SMOKOVEC. 1020 m

Az ideális tátrai magaslati klímának előnyeivel egyesítve modernül berendezett fizikai-diaetás sanatorium gyógyító tényezőivel.

ELSŐRANGÚ DIAETÁSKÖNYVE, fekvőcsarnokok, szabadlégzőtorna, szénsavas, fenyő-, forró-, tényfürdők, vízgyógyintézet, Zander, quars-, Sollux-, diathermia-, villanyos kezelés. Röntgen-, belgyógyászati laboratórium. Indikációk: Basedow-kór, chlorosis, anaemiák, ulcus, dyspepsia, diabetes, adipositas, asthenia, bronchitis, asthma bronchiale, hypertonia, neurasthenia, hysteria, reconvalescentia. — Tuberculosisok, fertőző- és elmebajok kizárva. Sanatoriumi napi pauszálár 65 Kc-től felfelé. Főorvos: dr. Szász Emil. Menetjegyirodában, Egész évben nyitva. — Fel- Vigadó.

Szoptatós- dadákat évtizedek óta a közismert dr. Szegő-féle orvosi intézetből vesszük, VI, Szív-u. 69. T.: 93—22.

Dr. DOLLINGER BÉLA Orthopaediai intézete. Tornaterem.

Budapest, VIII, Mária-utca 34. (Telefon: József 393.)

Lipót-városi **VÍZGYÓGYINTÉZET** Quarz stb. Dr. Farkas Márton V. Báthory-utca 3.

Dr. JUSTUS BÖRGYÓGYÍTÓ ÉS KOZMETIKAI INTÉZETE Kórházi főorvos IV, Ferenc József rakpart 26. Telefon: József 56-76.

Dr. PAJOR Sanatorium és Vízyógyintézet Budapest, VIII, Vassutca 17. — A magánklinikai osztályon teljes ellátás napi díja 140.000 korona.

Dr. REICH MIKLÓS-féle BUDAPEST IV, SEMMELWEIS-U. 2. **ZANDER-GYÓGYINTÉZET** Tel.: József 4—12. Lift.

Orvosi rendelőnek 1, esetleg 2 butorozott szoba József-körúton **kiadó.** Bővebbet Laudon-u. 2. Portás.

EKZEBROL

Strontium-bróm vegyület isotonias oldatban intravenás injeótiókhoz: naponta vagy másodnaponként.

Forgalomban: dobozok
6 ampullával à 10 cm³.

3-4 injectio többnyire teljes gyógyulást eredményez.

Ekzema ♦ Urticaria ♦ Angioneurotikus dermatosisok, psoriasis stb.

Jodoscleran-Kalcium „Tosse“

(Nitroscleran + jod + calcium) belső kezelésre tablettákban

Forgalomban: phiolák 25 tablettával. Adagolás 3-szor napjában 1 tabletta.

A hypertonia és arteriosclerosis injectiós kezelésére.

NITROSCLERAN ampullákban.

PRIMULATUM FLUIDUM

Javallva mindazon esetekben, ahol eddig a radix. ipecac. és radix. senega infusumai és decoctumai voltak szokásban.

Forgalomban: orig. üvegek.
Adagolás: két óránként 25 csepp.

BISMOGENOL

intramuscularis injectiók a lues minden stadiumában. 4-5 naponként 1 injectio.

15 és 30 cm³-es eredeti üvegekben.

Világirodalmat díjmentesen küld: E. TOSSE & CO., HAMBURG 22. — Kaphatók az összes gyógyszerárakban.

ANTIFEL

Főalkatrészei: Frangulin és Emodin.

Epekólika, epekőbántalmak, epekőképződésre való hajlam.

Állandó használat esetén a rohamokat teljesen megszünteti.

Rp. Antifel lag. orig. I. D. S. Napjában 3-szor 20-30 cseppet.

ARCULOZON

Magnesium superoxyd, magnesia usta, agar-agar és különféle ízjavítók specialis combinatioja.

Hyperaciditas — Gyomorégés — Ulcus ventriculi — Meteorismus — Flatulentia Obstipatio — Ideges gyomorbélzavarok.

Rp.: Arculozon scat. orig. I. D. S. Naponta 3-szor 1 teáskanálnyit vízben.

Kaphatók az összes gyógyszerárakban.

Részletes irodalom: Arcula Chem Fabrik, Rostock, vagy a vezérképviselő által.

QUADRONAL

Lactophenin, phenacetin, antipirin és coff. purum specialis összetétele.

Indikált: Influenza, csúzos bántalmak, fejfájás és fertőző betegségek eseteiben.

Felnőtteknek naponta 3×2 tabletta, gyermekeknek naponta 3×1/2 tabletta.

Originalis phiolákban 20 tabletta-tartalommal kerül forgalomba.

ASTA-WERKE, BRACKWEDE (Németország). KAPHATÓ A GYÓGYSZERTÁRAKBAN.

EUSILIT

Természetes kovasav
natriumbenzoicum-
mal kombinálva.

Bevált köhögést csillapító szer: légutak hurutos bántalmainál, tuberculosinál.

Orig. üvegekben. Naponta 4 evőkanálnyit.

Kapható az összes gyógyszerárakban.

Részletes irodalom: Pharm. Fabrik Hada, Dortmund, vagy a magyarországi vezérképviselő által.

SUPERSAN

Prof. Berliner szerint

Menthol — eucalyptol — antifebrin — antipyrin, melyek 300°-nál savtalanított olajban vannak oldva.

Tüdőlob — Tüdővész — Influenza — Infekciók eseteiben.

Adagolás 1-2 cm³ injectiók. — Orvosi minta és irodalom a magyarországi vezérképviselőség vagy a gyár által
KRONEN APOTHEKE PHARM. FABRIK,
Breslau V. Neue Schweidnitzerstrasse 3.

EATAN

Állati fehérje, vér, kötőszövet, csontok, porcok és szervek hydrolysatja.

Eredeti üvegek, célszerű rendelés kis üvegekben.

Adagolása: felnőtteknek: naponta 1/2-1 kávékanálnyit, gyermekeknek: 5 kg testsúlyra 3-4 csepp 1 tányér levesben.

Kapható az összes gyógyszerárakban.

Részletes irodalmat küld: EATINON G. m. b. H., MÜNCHEN, Karolinenplatz 3.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkeszti és kiadja: a vallás- és közoktatásügyi miniszter úr támogatásával és megbízásából a magyar orvosi facultások sajtóbizottsága:

HERZOG FERENC VAMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VAMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

- Krepuska Géza:** Kétoldali abducens hűdéssel járó intrameningealis és kisagytályog operált esete. (559—560. o.)
- Bodon Károly:** Az adrenalin-búvárlat újabb teljesítményei és új adalékok az adrenalin hatásmódjának megismeréséhez. (560—564. oldal.)
- v. Arady Kálmán:** A skleroderma néhány ritkább tünetéről. (564—567. oldal.)
- Brana János:** Adatok a trachoma mechanikus gyógykezeléséhez, az országos védekezés kapcsán. (567—569. o.)
- Sulyok Dénes:** A polyarthrititis infantilis. (569—571. oldal.)
- Orsós Jenő:** Tengelycsavarodással szövődött külső térdkalácsficam. (571—573. oldal.)
- Therapia. Wein Zoltán:** Az orrgaratür tamponálásának újabb változata. (573. oldal.)
- Lapszemle.** Belorvostan. — Sebészet. — Szemészet. —

Gégészet. — Gyermekeorvostan. — Elméleti tudományok köréből. (573—577. oldal.)

Könyvismertetés. (577—578. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának május 17-i ülése. (578. oldal.)

Közkórházi Orvostársulat május 19-i ülése. (578—579. o.)

Az Apponyi Poliklinika május 19-i ülése. (579—580. o.)

Honvédorvosok Tud. Egyesülete máj. 18-i ülése. (580. o.)

Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Szövetség orvosi szakosztályának május 15-i ülése. (580—581. oldal.)

A Szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának május 15-i ülése. (581. oldal.)

Balkányi Pál: Párizsi tanulmányutam. (581—583. oldal.)

Mayer Ferenc Kolos: Orvostörténelmi jegyzetek. (583—584. oldal.)

Kérdések és feleletek. (584. oldal.)

Vegyes hírek. (584—586. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Kétoldali abducens hűdéssel járó intrameningealis és kisagytályog operált esete.*

Írta: Krepuska Géza dr.

B. F., 32 éves munkás. 1926 jan. 13-án vétetett fel a Szent Rókus-kórház fülészeti osztályára azon panasszal, hogy a gyermekkor óta genyes jobb füle nyolc nap óta igen fáj, fejfájása van, gyakran szédül.

Status praesens: A nagyon elesett beteg lázas (38°). Mellkasi, hasi szerveken kimutatható kóros elváltozás nincsen. Inreflexek fokozottabbak; jobb felső végtagon teleobradikinesis. Mindkét oldalon abducens bénulás; mindkét szemfenéken kisebbfokú, jobb szemén kifejezettebb pangás (*Liebermann*). Mindkét kéz szorítóereje csökkent (30), egyenlő.

Jobb oldal: Hallójáratban kevés geny; dobhártya felső-hátsó része tasakszerűen előtüremkedik, beszűrődött; jobb csecznyúlvány nyomásra érzékeny.

Bal oldal: Heges, behúzódtott dobhártya. Jobboldalt hangos beszédet *ad concham*, baloldalt sűgőbeszédet 20 cm-ről hallja. *Weber* jobbra, *Rinné* jobboldalt „negatív”. Spontan nystagmus, félremutatás nincsen. Forgatási utónystagmus *balraforgatásnál* 20—25, *jobbraforgatásnál* 30—35 mp.

A felsorolt tünetek a jobboldali idült fülmegbetegedéssel kapcsolatos súlyosabb természetű koponyaüri megbetegedésre utaltak, és pedig legvalószínűbben a jobb agyacsfél megbetegedésére.

A másnap (jan. 14-én) végzett műtétnél a következő lelemlyésre méltó elváltozások voltak észlelhetők: A jobb csecznyúlvány corticalisa igen vastag; csecznyúlványüreg nincsen; csecznyúlvány helyén az igen praximalisan fekvő sinus sigmoides, mely körül a koponya hátsó üregével összefüggő gennyel és alvadékvértömegekkel kitöltött tályogüreg van, amely a sinus fala, a jobboldali agyacsfél és a sziklaesont hátsó fala között medialisán egészen a belső hallójáratig terjed. Az agyacs agyburkai nagyrészt genyesen szétmállottak, helyenként a kemény agyburk megmaradt, a csontról levált lemeze és az agyacs között haemorrhagiás genyes

váladék; a lecsupaszított agyacs felső rétege felpuhult, egyenetlen, gödrös, helyenként fiatal kötőszövettel és vérző sarjszövettel borított. *Tegmen antri et tympani* a hallójárat felső falának magasságában áll, több milliméter vastag vérbő sarjakkal átszőtt; egészen a fülkürt dobüri nyílásáig eltávolítva a nagyagy nagyobb terjedelemben szabaddá tétetik; kemény agyburk sima, fényes, nem feszes. *Aditus ad antrum* igen szűk, dobüreg felső öble kicsiny sarjakkal kitöltött. Dobüregben sarjak nincsenek; az igen vastagodott dobhártyával összefüggő kalapácsnak csak a nyele van meg, álló hiányzik. A sinus sigmoides fala vastagodott, merev, bemetszve, szervülő vérrögök mellett frissebb véralvadékok találhatók; erre való tekintettel a *vena jugularis* a nyak középső harmadában alakítottatik. Hallójárat-lebenyképzés.

Jan. 15. Abducens hűdés változatlan, fejfájás megszűnt, sebüreg kifogástalan. Agy (temporalis lebeny) és jobb agyacsfél punctiója negatív eredményt ad. Esti hőmérséklet 39 C°. Lumbalpunkciónál nagyobb nyomás alatt tisztá agyfolyadék, mely *Leukocyt*- és bakteriummentes. SÍma sebgyógyulás; beteg jan. 21-én már lázmentes. A jobb felső végtag teleobradikinesis megszűnt; kezek szorítóereje 60-ra emelkedett. Közérzet, erőbeli állapot igen jó.

Febr. 10. A kétoldali abducens hűdés majdnem teljesen megszűnt.

Febr. 21. Cardialgiás roham, mely után az abducens hűdés — bár mulólag — újra jelentkezett.

Márc. 4. Kihámosodott száraz dobüreg, illetve sebüreg; abducens hűdés alig kimutatható, hallás jobboldalt tetemesen javult (sűgőbeszéd = *ad concham*). Ily állapotban bocsáttatik el a beteg.

Azóta az állapota változatlanul jó, abducens hűdés nyoma sem látszik. A betegnél a kórházban való tartózkodása és azóta is gyakran léptek fel gyomorzavarok.

Amint látjuk, a bemutatott esetben idült genyes középfülgyulladás szövödménye gyanánt a jobb agyacsfél körül elhelyezett extraduralis, intrameningealis tályog, az agyacsfél felületen enkephalitise, ezenfelül nagyobb kiterjedésű perisinuosus tályog a sinus falának idült lobjával párosulva volt biztosan kórismézhető a műtét alkalmával, ehhez hozzájárult, mint ritka tünet, a kétoldali abducens paraesise.

Feltűnő ezen körképben az, hogy a beteg ezen — mindenesetre szövödményeiben már idült — bántalom

* Előadta betegbemutatással a Kir. Magy. Orvosegyesület fülészeti szakosztályának 1926. évi április 15-i ülésén.

keletkezését a kórházba való felvételt megelőzőleg nyolc napra vezeti vissza. Ismeretes, hogy a fülbetegek súlyos szövödményeket latens módon hordhatnak magukban, mint kiterjedt extraduralis, agy- vagy agyacs-tályogot hosszú időn keresztül látszólag nagyobb egészségháborítás nélkül, amidőn végül is apoplectiform módon beáll a terminalis állapot.

Jelen esetben a betegség tüneteinek a betetőződése úgy látszik részben az exacerbálódo *sinus phlebitis trombotisans*, részben az ehhez társuló *agyacs enkephalitis* által következett be, és a műtėti beavatkozás még jókor történt a további fejlődés megakasztására. Ezen feltételezett fejlődési egymásutániság megmagyarázza részben az egész tünetesoport legérdekesebb jelenségét is, tudniillik a *kétoldali abducens hűdést*, amely az idült fülbántalom újra való fellángolása idejére, a műtétet megelőző néhány napra keletkezett.

Az otogen abducens hűdés keletkezésére vonatkozó magyarázatra kiterjeszkedni ezúttal nem akarok, csak röviden felemlíteni szükséges, hogy az otogen többnyire heveny otitis kapesán a bántalom későbbi, sokszor már gyógyuló szakában fellépő abducens hűdés, ide tartoznak az úgynevezett postoperatív abducens hűdés is, keletkeztek légyen azok akár az egyik felfogás szerint a carotis csontesatornáján, akár a sinus petrosus inferior, akár ismeretlen praeformált más réteken át történő fertőzés folyamánaként, végeredményben circumscrip্ত leptomeningitissal hozatnak oki összefüggésbe, bár ezen felfogás ellen szólna Knick* észlelete, aki öt otogen abducens hűdésben szenvedő beteg agyfoliadékát teljesen normalisnak találta. Mások felfogása szerint az abducens hűdés a lobos folyamat toxin behatására keletkezett idegloboknak tekintendők. Ezen felfogás szerint a legtöbb genyes basilaris meningitisnél állandó tünetnek kellene lenni az abducens hűdésnek, így ezen magyarázat sem kielégítő. A szakosztály ülésein ismételtén volt alkalmam arra reámutatni, hogy az otogen, tehát lobos eredetű abducens hűdés keletkezésénél fontos szerepet játszik az abducens és a kemény agyburok között levő anatómiai viszony. A nervus abducens ugyanis a koponyatüregh elhagyása közben a kemény agyburok lemezei között levő aránylag szűk részén — amelyet nem alkot praeformált csontesatorna — vonul a Meckel-féle rés felé. Ezen anatómiai viszonyból igen könnyen megérthető, hogy akár a nyúltagy helyzetváltozásával járó vongálása az idegnek, akár a kemény agyburok legkisebb vízenyős beszűrődése és duzzanata elegendő a rés szűkítéséhez és az abducens strangulálásához.

Az otogen abducens hűdés nem tartozik a gyakori jelenségek közé, általában véve jóindulatú kísérő tünet, amely az alapmegbetegedés rendbehozásával teljesen gyógyulni szokott. Kétoldali abducens hűdésre vonatkozólag az újabb literatúrában csak Vogel (Marsburg) esetét találtam.

A bemutatott esetben a jobboldali abducens hűdés keletkezésére több magyarázat lehetséges, nevezetesen az extra cerebellaris és perisinuosus tályog közvetlen káros hatása nyomás, vongálás, toxicus neuritis alakjában, azonban a baloldali abducens hűdés egyidejű keletkezését és egyidejű gyógyulását csakis olyan közös és a műtét által fokozatosan csökkenő tényezőnek tulajdoníthatom, mint az előbb említett a dura collateralis oedemája által okozott strangulatio.

* II-te Versammlung der Deutschen Nasen- und Ohrenärzte.

A kir. m. Pázmány Péter-Tudományegyetem II. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: báró Kétly László dr. egy. ny. r. tanár).

Az adrenalin-buvárlat újabb teljesítményei és új adalékok az adrenalin hatásmódjának megismeréséhez.*

Írta: Bodon Károly dr. egészségügyi főtanácsos, főorvos.

Az utolsó évtizednek, de különösen az utolsó öt évnek adrenalin-irodalma igen nagy. Ezen nem kell csodálkozni, hisz lépést kellett tartania hormonismereink fejlődésével, annál is inkább, mert eddig az adrenalin az egyetlen hormon, amelyet Scholtz eljárása szerint synthetice elő tudunk állítani és amelyet ennél fogva tiszta vegyi összetételében vizsgálhatunk hatását illetőleg, míg tudvalevően a többi hormont eddig nem sikerült a hozzájuk tapadt sokféle fehérjeanyagtól még csak megközelítően sem megtisztítani. Másfelől viszont a vegetatív idegrendszerre vonatkozó tudásunk ébrénytani, bonctani, élettani, sőt kórtani irányban is Langley, Heubner, Kuntz, Eppinger és Hess, Dresel, különösen pedig Müller L. R. és érdemes munkatársai** úttörő munkálatai kapesán oly sohasem sejtett módon bővült, hogy az nem maradhatott hatás nélkül az adrenalin-buvárlatok iránt való nagy érdeklődésre.

Végül épp legújabban erős lökést kapott az adrenalin-kutatás Zondek¹ által, aki nagyon érdekes vizsgálatai alapján ama nézetének adott kifejezést, hogy az adrenalin-hatás az ionok útján jön létre. Kitént, hogy eddig teljesen ismeretlen vonatkozások állnak fenn az ioneloszlás és a hormonhatás közt és ennek megismerése már is bevilágított e nagyon szövevényes kérdés útvesztőjébe.

Magam is számos vizsgálatot végeztem az utolsó másfél évben az adrenalin-hatásra vonatkozólag részben állatokon és részben klinikai anyagon.

Mindig balrafordító adrenalin-t használtam, lehetőleg friss oldatban. Az intravenás alkalmazáshoz az ampullából frissen kiszívott anyagot előzőleg sterilizált citromsavas Ringer-Locke- vagy physiologikus konyhasóoldattal hígítottam a kívánt fokra. Intravenás alkalmazásánál $\frac{5}{1000}$ — $\frac{1}{100}$ mg adrenalin-t adtam pro dosi a beteg várható érzékenysége szerint, mint ahogy ezt Csépai és Aschner ajánlották. Subcutan (anterbrachium, regio supradeltoides, regio colli lateralis) és intramuscularis, többnyire intradeltoid alkalmazáskor rendszerint $\frac{1}{100}$ mg-ot adtam kg-ként, tehát pl. egy 50 kg-os ember $\frac{5}{10}$ mg-ot kapott. A vérnyomást egy higanymanometeres Riva-Rocci-készülékkel határoztam meg, többnyire auscultatióval (Korotkow).***

Vizsgálataimban a következő célokat tűztem magam elé:

1. Kideríteni, van-e lényeges vagy csak fokozatbeli különbség abban, hogy az adrenalin a bőr alá adjuk-e, vagy pedig a vívdőerbe?

2. Tekintve, hogy eddig az adrenalin-hatás mérésénél többnyire csupán a maximalis vérnyomást vették tekintetbe, kideríteni, hogy miképp viselkedik a minimalis vérnyomás és ezzel kapcsolatban miképp viselked-

* Előadatott a budapesti Kir. Orvosegyesület 1925 november 28-i ülésén.

** Lásd L. R. Müller: Die Lebensnerven. Berlin, Springer. 1924.

*** Itt megjegyzendőnek vélem, hogy Benczur, valamint Rusznyák és Gönczy vizsgálataiból tudjuk, hogy Riva-Rocci-szerű készülékeinkkel nem a vérnyomást, hanem a pulszushullám energiáját mérjük. Korányi az így nyert érték megjelölésére a *hypersphygmia* szót ajánlja ugyan, de a „Húgyszervek betegségei” c. munkájában, félreértések elkerülése végett, maga is a hyper- és hypotonia szavakat használja a hyper- és hyposphygemia helyett.

nek egyéb könnyen megfigyelhető jelenségek, milyenek az érverés és a légzés száma, a pupilla változásai és a dermatographia?

3. Fellépnek-e egyéb eddig még meg nem figyelt jelenségek az adrenalin-befecskendezés után?

4. Lehet-e és kell-e valóban az adrenalin hormonhatását az ionok elosztódásával azonosítani? És végül

5. Milyen lehet vizsgálódásaink és tudásunk alapján az adrenalin-hatást ez idő szerint megmagyarázni? Lássuk most ezeket egymás után.

Az első felvetett kérdésnek nagy irodalma van:

Launoy és Mengny² a jobbra-, a balrafordító és a racemosus (adrenalon) adrenalin hatásait összehasonlították, megállapították, hogy a természetes és a szintetikus adrenalin (mindkettő balrafordító) a leghatásosabbak. Abderhalden és Gellhorn³ Loewe-szerinti szív-szeletkekészítményt (Herzstreifenpräparat) vizsgáltak. Ha az adrenalin vették basisul, akkor a spontan verő szívseletke pozitív inotrop hatására a következő küszöbértékeket állapíthatták meg: l. adr. 1:15 millió dl. adr. 1:75 millió és d. adr. 1:15 millió. Sőt Fröhlich⁴ annyira megy, hogy szerinte a d.-adr. előzetes bevitele a szervezetbe a keringési készüléket annyira befolyásolja, hogy még nagymennyiségű l.-adr. bevitele sem képes a vérnyomást emelni.

Szájon át való adagolásnál a koncentrált adrenalin-oldatok Trias és Dolencourt⁵ szerint lassabban ugyan, de tökéletesebben szívódnak fel, mint a higak. Leggyorsabb a felszívódás Ringer-oldatból, vagy isotoniás konyhasóoldatból. A vér cukortartalma kétszer akkorrá nő, hogyha az adrenalin Ringerben adjuk, mint hogyha destillált vízben adnók. Ezzel szemben Bachem⁶ a szájon át való adagolást majdnem egészen hatástalannak minősíti. Ez állítását nyilván apró adagokra vonatkoztatja. Aschner és Pick⁷ az adrenalinnak a gyomorbélhuzamon át kifejtett hatását vizsgálván, úgy találták, hogy az meglehetősen párhuzamosan folyik le a subcutánéval. A vérnyomás 5–10' múlva emelkedik, tetőpontját 15–20–30' alatt eléri és 40–50' alatt lezajlik. Az emelkedés átlag 30 higanymilliméternyi és ezt néha csekély nyomássüllyedés előzi meg. A subjectív tünetek: mint szívdobogás, remegés, elhalványodás, izgatottság, izomfájdalmak, ritkábban észlelhetők, mint a bőrálatti alkalmazásnál.

A bőrálatti alkalmazás céljából a legtöbb kísérletező a szokásos $\frac{1}{1000}$ oldat 1 cm²-jét adja. En célirányosabbnak tartottam, hogy $\frac{1}{100}$ mgr-ot adjak a testsúly 1 kilogrammjára. Hiszen erősebben ható szereknél a kísérleti egyén testsúlya nem mellékes és az eredmények így inkább összehasonlíthatók. Merném állítani, hogy sok kísérleti ellentmondás az adrenalin megszokott szablonos alkalmazásának tudható be.

Az intravenás alkalmazást szinte egyidejűleg és egymástól függetlenül Sanguinetti⁸ és Csépai⁹ ajánlották. Az utóbbi szerző egy szép vizsgálati eljárást dolgozott ki, amelyet azóta számos szerző követett. Ő kezdő dosisnak az $\frac{1}{100}$ mgr-ot, egyes különleges esetekben az $\frac{5}{1000}$ – $\frac{25}{10,000}$ mgr-ot ajánlja. Aschner Berta¹⁰ is ajánlja az $\frac{5}{1000}$ – $\frac{1}{100}$ – $\frac{2}{100}$ mgr-nyi általa „physiologiás”-nak jelzett adagokat, és ez az adagolás úgyiszlővőn általánosan el is fogadtatott. Legújabbban Platz¹¹ is úgy találja, hogy intravenás alkalmazásnál az $\frac{1}{100}$ mgr-os adag legközelebb fekszik az ingerküszöbhez.

Az a kérdés, hogy az adrenalinérzékenység vizsgálata a subcután vagy az intravenás módszert használjuk-e, még mindig élénk vita tárgyát képezi. A subcután eljárásnak főképp Aschner, az intravenásnak főképp Csépai a szószólója. Az utóbbi látszólagos (subcután) és valódi (intravenás) adrenalinérzékenységet különböztet meg. Szerinte ugyanis a bőr alá adott adrenalin a pillanatnyilag fellépő helyi vasoconstrictio folytán önmaga előtt elzárja a felszívódás útját és így a helybeli véredényösszehúzódás fokától függ, hogy az adrenalin mily koncentrációban jut a vérpályába.

E felfogással szemben a következő álláspontot vélem elfogadhatónak: Az adrenalinhatás sok más, részben ismert, részben ismeretlen tényezőtől függ, és gyakran már oly végtelenül kicsiny mennyiség által váltatik ki, hogy semmiképp sem tulajdoníthatunk a felszívódásnak ily döntő szerepet. Hiszen ha szabad lenne logikus okfejtésre és nem csupán kísérleti eredményre támaszkodni, akkor logice azt kellene állítani, hogy az adrenalinotrop egyéneknek a helybeli reactio fokozott lévén, kevesebb hatóanyag jut vérükbe, s így náluk legalább is kezdetben, kisebb vérnyomásemelkedés lenne várható. Akár bőrálatti, akár izomba való alkalmazásnál elég gyakran láttam a beszűrés helyén fillérnyi, egész fillérnyi vértelen foltot és ennek dacára már 5 percen belül jelentékeny vérnyomásemelkedés volt mérhető; míg olyanoknál, kiknél a nyomás alig vagy sehogysem emelkedett, legalább makroszkopice semmi localis reactio sem volt látható.

Más szereknél is látjuk, hogy azok peroralisan vagy subcután másképp hatnak, mint intravenásan, de azért mégsem lehet például egy látszólagos és egy valódi atropin- vagy digitalisérzékenységről beszélni. E tekintetben nagyon tanulságos a következő eset: Egy Basedownál intravenásan adott $\frac{5}{1000}$ mgr adrenalin után a vérnyomás két percen át süllyedt (Szondi-féle negatív adrenalinérzékenység?), míg a deltoideusba adott $\frac{5}{10}$ mgr adrenalin után, bár nem nagyfokú, de kétségtelen és 30 percig tartó vérnyomásemelkedés volt mérhető.

Bizonyos, hogy az esetek többségében a reactiók párhuzamosan folynak le. Ahol az intravenás injectio másféle adrenalinhatást vált ki, mint a subcután vagy az intramuscularis, ott annak más, döntőbb okai vannak a felszívódásnál, bár az utóbbinak szerepét mégsem merném annyira tagadásba venni, mint ahogy azt Kylin¹² egyik legújabb közleményében tette. Alpern és Collazo¹³ szerint az éhező állat valamivel, az avitaminos állat pedig sokkal kisebb fokban reagál az adrenalinra, mint a normalis állat. Magam pedig többször tapasztaltam, hogy moribundus, de még praeagialis betegek az adrenalinra semmiképp sem reagáltak. A physico-chemiai milieu nagy, sőt valószínűen döntő befolyására még visszatérünk majd. Itt még egyszer csak annyit, hogy nem a felszívódás, hanem a környi és a központi hatószervek (Erfolgsorgane) receptivitása az, ami főképp és nagy terjedelemben a reactio intenzitását megszabja.

És még egy megjegyzés: A Csépai-féle eljárásnak nagy hátránya, hogy gyakorlott segédlettel és gyorsan kell dolgozni. Ha a vérnyomást negyedpercenként kell meghatározni, akkor könnyen tévedhetünk és a tévedés nem korrigálható. Mindenki, aki vérnyomásmérésekkel foglalkozik, különösen kispulsusú egyéneket mérve, sokszor úgy érzi, hogy rosszul mért és hogy utána kellene mérnie. Az intramuscularis módszernél, ahol 5–10 percenként mérek, kellő nyugalommal könnyen utána lehet mérni. Lehetnek persze esetek, ahol gyorsan kell dolgozni, mert a kísérlet természete megkívánja. Ilyenek például a klinikán jelenleg folyó kísérleteim a vérnyomás és a liquornyomás összefüggését illetőleg adrenalinbefecskendezés után. Itt azután Csépai módszere valóban nélkülözhetetlennek mutatkozik. Vele sokszor oly finomságokat lehet kihozni, melyek más módszerek használata mellett nem derülnének ki.

A második kérdéssel már Billingheimer¹⁴ is foglalkozott. Szerinte az esetek felében az injectiót követő systolicus vérnyomásemelkedést egy diastolicus vérnyomássüllyedés kíséri. Egyúttal az érverés görbéje is emelkedik, de rövidesen visszaesik a rendes szintre. En eseteimnek nem csak a felében, hanem túlnyomó számában észleltem ezt a diastolicus hatásjelenséget (Korotkóv szerint mérve), ami azonban csakhamar egy lassan

és folytonosan emelkedő görbére változott. Az érverés görbéje sem esett oly gyorsan a rendes szintre vissza, hanem hosszú ideig megmaradt fennsíkszerűen az elért magaslaton.

Olykor megkísérletem, hogy a Csépai-féle eljárásnál a *maximalis* mellett a *minimalis* vérnyomást is lemérjem, ami természetesen csak úgy volt kivihető, hogy a másik felkaron egy segédem végezte egyidejűleg a mérést.

A légzések számára, valamint a dermographiára úgy látszik csekély a hatás, bár néha kisebbfokú szaporulat megállapítható. Pupillatágulat — mely pedig a nyaki sympathicus izgalma folytán várható lenne — csak ritkán és kis mérvben volt észlelhető, valószínűleg az általam alkalmazott adagok kicsinysége folytán. Tudniillik egy esetben (carcinoma pylori, 49 éves, 54 kg súlyú), ahol a szokott oldat 0.1 cm³-ét adtam intravenásan, azonnal igen erős pupillatágulat lépett föl. A vérnyomás hirtelen 120-ról 210-re szökött fel. (5' — 150 mm, 10' — 125 mm és 20' — 120 mm.) Az arc nagyon sápadt lett, a beteg nyomást érzett a sternum felett, dyspnoé lett és erős keresztfájdalmakról panaszkodott. 2½' múlva a dyspnoé megszűnt, a többi subjectív tünet pedig 4' múlva. A pupillatágulat tartott legtovább: 15 percig. A pulsus feltűnő módon csak 10 veréssel lett szaporább.

3. A harmadik kérdésre: *sikerült-e újabb, eddig még meg nem figyelt jelenségeket észrevennem az adrenalinbefecskendés után?* — *igennel felelhetek.* Bevett szokás, hogy amikor a vérnyomásméréskor a görbe visszaesett a kiindulási pontra vagy alája süllyedt, az orvos befejezi a kísérletet és siet a beteget a kellemetlen felkar-manchettától megszabadítani. Így jártam el sokáig magam is, míg később elméleti megfontolások alapján tovább folytattam a mérést. Erre azután, bár csak ritkán, módomban volt egy jelenséget megfigyelni, amit eddig mások vagy nem észleltek, vagy nem méltattak figyelemre. A látszólag lezajlott vérnyomásgörbét kis idő múlva egy kisebb és rövidebb tartamú második görbe követi. Subcutan alkalmazásnál e magaviselet mintegy jelezve van csak, de az intravenosusnál már szépen kifejezésre jut.

Például: Hemiplegia l. d. 65 éves, 58 kg ¹/₁₀₀ mgr adrenalin intravenásan. Vérnyomás adrenalin előtt 120. Adrenalin után 15' : 125 — 1' 15" : 155 és fokozatosan süllyedt a 3'—45"-ben : 125-re, a 4. percben ismét fölemelkedett 140-re.*

Alább majd meg fogom kísérlni magyarázatát adni a görbe ezen újonnan észlelt és mindenesetre nagyon érdekes viselkedésének. E helyütt csak magát a tényt akarom megállapítani.

Egyúttal még egy érdekes jelenségre óhajtanám a figyelmet felhívni. Ha adrenalin befecskendés után figyelemmel nézzük nyitott száj mellett a betegnek *nem kiöltött* nyelvét, akkor gyakran látjuk, hogy az *kissé elhalványul*, egyúttal elhalványul olykor a pirosfülű emberek *fülkagylója* is. Még világosabb egy másik jelenség, melyet egyszerűség okáért *körömhajszáledény-tünetnek* neveznék el. Ha valaki az egyik karját magasra emeli és a másikat vízszintesen tartja, akkor természetesen a fölemelt kar körmei halványabbak lesznek, mint a vízszintesen fekvő másik kar körmei. *Positiv adrenalinhatás esetén a vízszintesen fekvő kar körmei gyakran éppen úgy elhalványulnak, mint a fölemelt karéi. Ott, ahol a vérnyomásemelkedés elmarad, elmarad a körömhajszáledény-tünet is.* Ha a fölemelt kar körmeit nem vízszintesen tartott, hanem lelógó kar kör-

meivel akarnók összehasonlítani, akkor a kísérlet nem sikerül, nyilván azért, mert a lelógó kar körmei az e helyzetben beálló vivőeres vérbőség folytán vörösek maradnak. A tünet onnan ered, hogy az adrenalin a hajszáledényeket megsűkíti. Igaz ugyan, hogy eddig még nem sikerült szövettanilag a hajszáledényekben izomelemeket, vagy egyéb kontraktilis sejteket kimutatni, mégis klinikai észleletek alapján kénytelenek vagyunk fölvenni, hogy a hajszáledények idegizgatásra vagy közvetlen helybeli behatásokra képesek összehúzódni és kitágulni. Már Morg és Ambrosius¹⁵ capillarmikroszkopos vizsgálataiknál azt látták, hogy 0.5—1.0 mgr adrenalinnak subcutan bevitele után, az áramlás a hajszáledényekben meglassúbbodik, mihelyt az arteriolák fali feszülése emelkedik. A hajszáledény üteres szára szemmel láthatóan megsűkül, sőt láthatatlanná is válhatik, míg a vivőeres száron semminő elváltozás sem lép fel.

Ezen általam leírt körömhajszáledény-tünetnek főképp az lenne symptomatologiai értéke, hogy positiv voltából vérnyomásmérés és egyéb eszközök híján is lehetne positiv adrenalinreactióra következtetni.

*

Az adrenalin vérnyomásemelkedést kifejtő hatását számos szerző nagyon naiv módon nagyon egyszerűnek képzelte: szerintük egészséges emberben a hatás csak attól függött, hogy mekkora az adrenalin koncentrációja a vérben és mekkora a splanchnicus által beidegzett bélbeli vasomotoroknak a receptivitása. Ha az irodalmat tüzetesen átnézzük, akkor látjuk csak, hogy alig van még sejtelmünk róla, hogy a normalis vérnyomás fenntartására mennyi szabályozó behatás szükséges, és hogy mennyiféle és milyenfokú kölesonhatás az, ami a vérnyomási oszlop magasságát előidézi és megszabja. Csak rá akarok mutatni arra, hogy Semerau¹⁶ szerint az adrenalin, minden esetben a szív kamaráinak működését gyorsítja, részben azzal, hogy a sympathicus útján az elsődleges centrumokat izgatja, részben meg a harmadlagos centrumok közvetlen izgatásával. Prusik¹⁷ kimutatta, hogy az adrenalin a pitvarösszehúzódásokat öregbíti, a kamrák systoleit fokozza és az érverések számát növeli. A maximalis vérnyomás tehát *elsősorban a serkentett szív működés következtében növekszik*, a minimalis pedig azáltal csökken, hogy *a végtagok nagy véredényei kitágulnak.* Deicke és Hülse¹⁸ a tüdőerek összehúzódásának nagy befolyását is tekintetbe véve kimutatták, hogy bizonyos körülmények között még *vérnyomáscsökkenés is lehet eredménye a fokozott adrenalinérzékenységeknek.*

Trendelenburg a vér legmagasabb tiszta adrenalin-tartalmát 1 : 1,000,000,000 becsüli. Az adrenalin a mellékvesék velőállománysejtjeinek protoplasmájában, az antagonistikusan ható cholin a mellékvesék kéregállományában képződik. De egyebütt is képződhetik adrenalin a chromaffin rendszerben, valamint, hogy a cholin is a legkülönbözőbb szervekben, de főképp a belek falzatában jön létre. (Véredény-befecskendésekkel ki lehetett mutatni, hogy az adrenalin a mellékvesékből *közvetlenül* is bejuthat a vena portaeba. A mellékvese velőállományának hajszáledényei közlekednek a kéregállományával, ezek pedig a tok vivőereivel. Az utóbbiak viszont a hasnyálmirigy vivőereivel közlekednek, amelyek a vena portaeba ömlenek.)

Általában az a nézet volt elfogadva, hogy az adrenalin nemcsak hogy ingerli a sympathicust, hanem hogy hatása végeredményében egyenlő a sympathicus villamos ingerlésének hatásával. Ingerkiváltásának helye peripherikusan fekszik, az idegvégződés és az izomrost közti (intermediaer) állományban, az úgynevezett myoneuralis junctióban.

Ennek a fölvetelnek sok a szépséghibája. Igen sok

* Az összehasonlító táblázatos kimutatás helyhiány miatt mellőzendő volt.

volt a kivétel, nemcsak a postadrenalis hypertonia, hanem más sympathicus izgalmi jelenség terén is, melynek: a hyperglykaemia, a pulszszaporulat, a vértükör, a specifikus dynamicus hatás fokozódása stb.

Egy ideig úgy látszott, hogy sikerül több világosságot teremteni azáltal, ha megvizsgáljuk a különböző ineretumoknak egymásra, de különösen az adrenalin-effektusra való kölcsönhatását. De mindeme kísérleteknek az az eredendő hibájuk, hogy az alkalmazott anyagok nem egységes összetételűek, mert hozzájuk az állatoknak különféle etetési módjai és a készítményeknek egymástól eltérő úton való előállítása szerint, különféle és semmikép meg nem határozható fehérjeanyagok és hasadási produktumok vannak láncolva és, ami a legfontosabb lenne, a valóban specifikusan ható alapanyag mennyisége ismeretlen marad. Hogy lehessen itt tájékozódni, hát még eligazodni, amikor még a vegyileg tiszta (syntheticus) adrenalinnak sem ismerjük szigorúan specifikus reakcióját, és ahol az eddigleg megállapított reakciókat is tulajdonképp csak még csoportreakcióknak lehet tekinteni? Nagyon helyesen mutatott rá *Borchardt*¹⁹ legújabb közleményében e nehézségekre és nagyon helyesen követeli, hogy előbb tiszta, biológiai beállított hormonokkal kellene rendelkezünk és hogy a hatószervek receptivitását physico-chemiai beállítással az optimalis standardra kellene emelnünk, mielőtt egy végleges, határozott állításra szánnók el magunkat.

Gyógyszerek, legnagyobbbrészt növényi alkaloidok közül, különösen az atropin, pilocarpin, ergotoxin, muscarin, physostigmin és nikotin hatását vizsgálták a vegetatív rendszerre vonatkozólag. A sympathicus és parasymphicus idegrendszerhez viszonyított viseletüket *Regelsberger*²⁰ áttekinthető módon méltatta.

Az adrenalinreactio értékelésénél nem lehet figyelmen kívül hagyni a több szerző által talált sensibilizálási folyamatokat. *Abderhalden* és *Gellhorn*²¹ kimutatták, hogy nagyfokban elbomlott *fehérjementes* szervkészítmények, melynek a pajzsmirigy, hypophysis, thymus, here, petefészek, sárgatest optonjai, de még biogen aminok is, pl. a histamin és a tyramin és egyszerűbb összetételű aminosavak, mint a tyrosin és a B-alanin, a sympathicus végkészülékét sensibilizálják és a *Löwe*-féle szívselejte-készítmény ingerfogékonyságát növelik. *Stuber*, *Russmann* és *Proebsting*²² úgy találták, hogy a békakészítmény egyenlő mennyiségű adrenalinadagokkal szemben annál érzékenyebbé válik, minél gyakrabban és minél több adrenalin fecskendeztünk beléje. A készítmény e viselkedését benne az adrenalin hasadása folytán támadott anyagoknak tulajdonítják. Erre mutat az is, hogy ozonizált (legnagyobb-brészt elbontott) adrenalinnal szemben is nagyobb az érzékenység. Azt is bebizonyították, hogy a serum, de meg a vér és a plasma is adrenalinhatást fokozó erőket váltanak ki, amit szintén annak tulajdonítanak, hogy elbontott adrenalinproductumokat tartalmaznak. Viszont *Abderhalden* és *Gellhorn* (l. c.) e hatást az adrenalin oxydatiója gátlásának tudják be. *Trendelenburg*²³ azt hiszi, hogy az adrenalin egyes hasadási termékei, melyeket gyors változékonyságuknál fogva közelebb meg sem határozhatunk, adrenalinellenesen hatnak, míg mások az adrenalin edényhatását nagy mértékben fokozzák. Ezt a tételt *Hülse*²⁴ más irányú kísérleteivel is megerősítette. Viszont némileg ellentmond e megállapításoknak *Merry Lyon*,²⁵ aki azt állítja, hogy az intravenásan adott adrenalin mennyisége nem áll egyenes arányban a vérnyomás fokozódásával, hanem a *Weber-Fechner*-féle törvényt követi, vagyis a hatástöbblet logaritmikus viszonyban van az adrenalinadag többletéhez. Más szóval, ha a vér kevés adrenalinot tartal-

maz, akkor sokkal kisebb adagokkal érünk el egy bizonyos véghatást, mint olyankor, mikor a vérben sok adrenalin van.

Az adrenalinbúvárlat számára új csapást nyitott *Zondek* (l. c.), aki kimutatta, hogy a K és Ca-ionok antagonistice hatnak a szívre és a gyomorbelre; és pedig csakúgy, mint a vagus, a K-ionok is gátlólag hatnak a szívre és élénkítőleg a gyomorbelhuzamra, ellenben a Ca-ionok csakúgy, mint a sympathicus: élénkítik a szívet és gátolják a gyomorbelet, úgyhogy *Zondek* szerint az ideghatás csak a megfelelő ionok jelenlétében érvényesülhet.

*Vollmer*²⁶ azt állítja, hogy az adrenalinhatás kétphasísú. Az első phasisban — acidosis — a vérben a H⁺ és Ca⁺ megszorodik és a K⁺ csökken, a második phasisban — alkalosis — pedig a K⁺ szaporodik és a H⁺ és a Ca⁺ csökkennek.* Újabban *Zondek*²⁷ szerint minden vegetatív sejtet működésében reversibilisnek kell tartani. A hormonok *nem önmagukban élénkítik vagy gátolják egymást*, hanem aszerint, hogy *mily különböző természetű milieuban folyik le a folyamat*.

A milieu fontosságát és az adrenalinreactio kettős phasisú voltát azóta több szerző megerősítette. E helyütt csak *Kylin*²⁸ és *Vollmer*²⁹ legújabb keletű munkáira akarok rámutatni.

A folyó irodalomból úgy látom, hogy nagy a hajlamosság most arra, hogy mindent a belső milieu befolyásának tulajdonítsunk, vagyis, hogy a hormonhatást az ionok különböző elosztódásának tudjuk be. E kérdés tanulmányozására több kísérletet végeztem főképp kutyákon, véres vérnyomásméréssel (a kanülnek a carotisba való bekötésével). A kutya előzetesen 4%-os morphiumot kapott subcután és ezzel való elkábítása után a kísérlet aethernarkosisban folyt le. Az adrenalin (a kutya súlya szerint a szokásos oldat 0.1–0.2 cm³-ét) a kiproaperált vena femoralisba vagy a jugularisba adtam. A Ca Cl₂-ot 10%-os vizes oldatban adtam ugyanoly mennyiségben ugyanoda. A megölt kutya kivágott szívébe pedig erősebb ingerkiváltás céljából már 1 cm³-ét adtam az 1/1000 adrenalin- vagy a 10%-os Ca Cl₂-oldatnak.

E kísérleteknél azt tapasztaltam, hogy a Ca Cl₂-nak *intracardiális* adagolása után néha rövidke vérnyomásemelkedés lépett fel. *Többszörre azonban*, különösen 1 cm³-nyi adag után, a *vérnyomás alábbszállt*, egy erősen aláfelé görbült domborulat alakjában. 2–3' múlva a görbe kiegyenesedett. Újabb 1 cm³ Ca Cl₂-oldat után ugyancsak 2'-ig süllyedt a vérnyomás, de az előbbi görbének csak felére. Ellenben 1 cm³ adrenalin-oldat intracardiális befecskendésére a görbe azonnal hatalmas és kb. 6'-ig tartó emelkedést mutatott, mely azután fokozatosan alábbszállt, közben szabálytalanul nagyobb és kisebb kilengéseket írva le.

A megölt kutya kivágott szívének izomzatába, vagy még inkább a sinusosomó tájékába adott adrenalinbefecskendés a szíven elég gyakran rövidebb-hosszabb ideig tartó összehúzódásokat váltott ki, ami épp oly módon adott Ca Cl₂-befecskendések után sohasem volt észlelhető.

* E helyütt bátorokodnám a terminológiához egy megjegyzést fűzni. Most elterjedten használjuk az irodalomban e szavakat: acidosis (az anyagcsere intenzitásának csökkenése) és alkalosis (anyagcseregyorsulás). De az acidosis szónak régibb polgárjogai vannak és egy általánosan elfogadott értelmezése. A szó *Naunytól* származik, aki vele a szervezet savmérgezését jelölte meg, főképpen diabetesnél. Itt pedig nem arról van szó, hanem csupán a pH-érték gyenge eltolódásáról fel-, illetőleg lefelé. Talán jobb volna ezen állapotok megjelölésére az *acidaemia* és *alkalaemia* szavakat használni.

Tudom, hogy e néhány kísérlet alapján nincs jogom véglegesen állást foglalni, de mégis úgy látszik, hogy a hormonhatás és a pH-hatás közt nemcsak mennyiségbeli, hanem mélyreható minőségbeli különbség is fennáll.

Végül az 5. pontot, vagyis az adrenalinhatás magyarázatát illetőleg, legyen szabad a következőket kifejtenem:

Müller L. R. és Greving R.³⁰ azzal a lehetőséggel számolnak, hogy a köztiagy vegetatív életcentrumai úgy a sympathicus-, mint a parasympathicus-rendszer fölé vannak rendelve, hogy tehát a köztiagy ez életcentrumai a hatószervekhez való haladtukban majd a sympathicus, majd a parasympathicus pályákat használják és az egyik rendszer élénkítésénél az ellenlábás rendszer gátlását váltják ki. Bernheim³¹ már korábban kimutatta, hogy a suprarenin helybeli hatása mellett szükségképp centrálisan is izgat. Müller és Greving (l. e.) szerint a mellékvesék ineretuma a közti agy életcentrumait támadja. Nézetem szerint e tekintetben fontos szerep jut a liquor nyomásnak is. A vérnyomás és a liquor nyomás közti kapcsolatra vonatkozólag jelenleg folyamatban levő kísérleteim, melyekről majd egy későbbi alkalommal fogok beszámolni, legalább emellett látszanak szólni. Glaser³² szerint a vér isotóniája, isohydriája és isoionája a vegetatív rendszernek, tehát bizonyára a köztiagynak is befolyása alatt áll.

Magyarázatomat végül a következőkben foglalnám össze: Az adrenalinhatásnál egy, bár szabálytalanul görbült, de zárt gyűrűvel állunk szemben. A test folyékony szöveteinek iöntükre és egyéb conditói szabják meg módját és idejét annak, hogy mikor jut az adrenalin akár humoralis akár hormoneuralis módon a központi szürke üregállományhoz (substantia grisea centralis) és a környi végkészülékekhez, míg viszont a központi szürke üregállomány irányítja a reactiv physico-chemiai történés folyamatának módját és ütemét. Alig lehet kétséges, hogy az arterioláknál, eme környi szívnél, csakúgy kell számolnunk dromotrop, bathmotrop, inotrop és tonotrop tényezőkkel, mint a központi szívnél. A chronotrop faktorok azonban, mint-hogy itt hiányzik a beidegzési centrumok egymás mögé való kapcsolódása, elesnek.

Talán némileg még közelebb jutunk a folyamat megértéséhez az általam észlelt és fentebb ismertetett kettős görbe útján.

A modern physica sok jelenséget rezgésekre vezet vissza, vagyis egy központi egyensúlyi helyzet körül való gyors ingásra. Ilyformán az edények tonusa egy egyensúlyi helyzetnek tekinthető, melyet az egymást gyorsan felváltó sympathicus és parasympathicus impulzusok hoznak létre. Ezen egyensúlyi helyzetet valamely agens (pl. az adrenalin) megzavarhatja azáltal, hogy az egyik hatócomponensre — itt a sympathicusra — chemotropice és ionotropice erősebben hat, mint a másik componensre. Minthogy azonban klinikai tapasztalatok szerint a vegetatív rendszer reakcióképessége gyorsan kimerül, a túlizgatott sympathicus csakhamar elfárad és egyidejűleg túlsúlyba kerül a másféle chemo- és ionotropismusa folytán kevésbé adrenalinérzékeny vagus. Ennek izgalma hozza létre a görbe lehágó szárát. De nemsokára a vagus is elfárad, és ezzel a közben pihent sympathicus újra, bár gyengébb, izgalomba kerülhet és kiválthatja a másodlagos görbe felhágó szárát. Ezen teoriám tehát kísérleti támaszt talál az én másodlagos görbémben és ezenfölül azon előnnyel is bír, hogy jól beleilleszthető mai physico-chemiai felfogásunkba.

Ilyformán tehát módunkban áll, hogy egy bizo-

nyos sejtesoportot sympathicus és parasympathicus rostjaival és a hozzájuk tartozó központi idegdüesetekkel egy egységes kis functionalis egységnek tekintsünk és ezzel a mindent elaprózó analytikus gondolkodásmenetről az újabban mindinkább térthódító syntheticus gondolkodásmenetre e kérdésben is áttérjünk.

Irodalom: ¹ Zondek: D. M. Wschr. 1921, 50. sz. — ² Lannoy és Mengny: Ref. Kgrzbl. 1922, 537. old. — ³ Abderhalden és Gellhorn: Pflügers Arch. 1922, 196. sz. 5–6. füz. — ⁴ Fröhlich-Bradt: D. M. Wschr. 1925, 19. sz. — ⁵ Trias és Dolencourt: Ref. Kgrzbl. 1922, 159. old. — ⁶ Bachem: Arzneith. d. pr. Arztes. Berlin 1923, III. kiad. — ⁷ Aschner-Pick: Klin. Wschr. 1924, 28. sz. — ⁸ Sanguinetti: Ref. Kgrzbl. 1922, 204. old. — ⁹ Csépai: Előadás a bpesti Orvosegyesületben. 1921. — ¹⁰ Aschner B.: Klin. Wschr. 1923, 23. sz. — ¹¹ Platz-Brill és Thiel: Ülészegyzőkönyv. M. M. Wschr. 1925, 4. sz. — ¹² Kylin: Klin. Wschr. 1925, 6. sz. — ¹³ Alpern és Collazo: Zschr. f. d. ges. exp. Med. 1923, 35. sz. — ¹⁴ Billinghamer: D. Arch. f. Klin. Med. 1921, 136. sz. — ¹⁵ Morg és Ambrosius: Klin. Wschr. 1922, 19. sz. — ¹⁶ Semerau: Zschr. f. d. ges. exp. Med. 1923, 31. sz., 3–6. füz. — ¹⁷ Prusik: Ref. Kgrzbl. 1923, 28. sz., 53. old. — ¹⁸ Deicke és Hülse: Klin. Wschr. 1924, 38. sz. — ¹⁹ Borchardt: D. M. Wschr. 1925, 20. sz. — ²⁰ L. R. Müller: Die Lebensnerven. Berlin 1924, II. kiad. — ²¹ Abderhalden és Gellhorn: Pflügers Arch. 1923, 3. sz., 4–5. füz., 1924, 1–4. füz. — ²² Stuber, Russmann és Proebsting: Zschr. f. d. ges. exp. Med. 1923, 32. sz. — ²³ Trendelenburg: Ibidem. — ²⁴ Hülse: Ibidem. 1924, 39. sz. — ²⁵ Merry Lyon: Journ. of pharm. and exp. Therapy. 1923, 21. sz. — ²⁶ Vollmer: Klin. Wschr. 1923, 13. sz. — ²⁷ Zondek: D. M. Wschr. 1924, 12. sz. — ²⁸ Kylin: Klin. Wschr. 1925, 20. sz. — ²⁹ Vollmer: Klin. Wschr. 1925, 30. sz. — ³⁰ Müller és Greving: Med. Klin. 1925, 17. sz. — ³¹ Bernheim: Zschr. f. d. ges. exp. Med. 1923, 32. sz. — ³² Glaser: Med. Klin. 1925, 5. sz.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem IV. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: Herzog Ferenc dr. egy. ny. r. tanár.)

A sklerodermia néhány ritkább tünetéről.

Írta: v. Arady Kálmán dr.

(Második, befejező közlemény.)

A hályogképződésnél valamivel gyakoribb lokalitációja a sklerodermiának a gége és a garat. Ellenében a sklerodermiás hályog klinikai képével, itt jellemzők az elváltozások és jellemzők a tünetei is. Mindamellet aránylag nagyon kevés az erre vonatkozó irodalmi adat: alig 10–12 eset van leközlve és legtöbbször ezek sem adnak pontos leírást. Ennek oka jórészt abban rejlik, hogy a kezdeti szakban a tünetek oly csekélyek, hogy a betegek észre sem veszik azokat, legfeljebb csak kis rekedtségről (Gintrac) vagy hangjuk halkulásáról (Dinkler) panaszkodnak, sőt az esetleges gégevizsgálatkor esetleg talált apróbb elváltozásokat, ú. m. halványságot, kis duzzanatot, edénytágulatot — mint Kren hangsúlyozza — a gégeszék nem szokták kórosnak felvenni. Az előrehaladott atrophia szakában pedig a tüzetes gégevizsgálatot megnehezíti, sőt egészen lehetetlenné teheti az egyidejű súlyos arc- és szájuég-sklerodermia, vagy a garat- és gégeelváltozások, mindenekelőtt a gégebemenet szűkülete. Így Hoppe-Seyler esetében a plica aryepiglottica megrövidült, a gégefedő hátrahúzódt és megakadályozta a laryngoscopiát. Kren egy nem tükrözhető beteg az obductiókor az epiglottis vékony, fehéres, atrophias volt. Saját esetünkben is csak az előzőleg cocainozott merev epiglottis előreemelése után volt kivihető a hangszalagok megtekintése.

Az említettekben van az oka annak is, hogy a kezdeti szakokból hiányoznak az észlelések és csak a kifejezett atrophia szakából vannak közlések az irodalom-

ban. Az atrophia egyaránt érheti a nyálkahártyát és az izmokat. Az így előállott elváltozások teljesen analogok a bőr elváltozásaival. A nyálkahártyát *Heller*, *Kren* halványnak, *Hektoen* símának, *Bouchut* és *Dujol* atrophiasnak, *Kren* egy másik esetében pedig nagyfokban sorvadtnak, fénylő és símának találta. *Sottas* esetében a nyálkahártya annyira halvány és elvékonyodott volt, hogy az alatta fekvő képletek átlátszottak rajta. Az elvékonyodó és zsugorodó nyálkahártya a porcra is visszahúzódik és a porc rajzolását szembe-tűnőbbé teszi (*Sottas*, saját esetünk). A hangszalagok maguk halványak, fénylő fehérek, egészen porcellánkinézésűek lehetnek (*Harm*), éllel bírhatnak (*Kren*), esetleg csipkézettek (*Nielsen*). *Sottas* esetében a plicae aryepiglotticae et ventriculares keskeny képletté zsugorodtak és ezáltal a szabadon fekvő hangszalagok szélesebbeknek és laposabbaknak látszottak. A hangszalagokon edényátulatot írnak le *Kren* és *Vossius*. Ezen elváltozás ép viszonyok között is előfordulhat a hangszalagokon, úgyhogy csak a további lefolyásból következtethetünk azok ritka sklerodermiás eredetére (*Kren*).

Jórészen az izmok, még pedig az adductorok zsugorodása okozza a sklerodermiás gégeelváltozásoknak azon jellemző részét, hogy *hangadáskor a hangszalagok nem záródnak eléggé, egyes részeik közt rés marad*. A folyamat itt is symmetriásan szokott jelentkezni és aszerint, hogy a mm. vocales (thyreoarytenoideus internusok), vagy a mm. cricoarytaenoides laterales, illetve a mm. arytaenoides transversi, esetleg ezek kombinációját éri a folyamat, különböző a klinikai kép. *Sottas* esetében a glottis intercartilaginea rendes fokig záródott, de az interligamentosa szélei nem feküdtek össze. Esetünkben is a pars interligamentosa területén maradt kóros rés phonatiókor. *Kren* egyik esetében a mm. interni, egy másikban azokon kívül még a mm. transversi bénulását, helyesebben gyengeségét látta. *Vossius* mindkét esetében csak a proc. vocalis területe záródott. *Kopczynski* csak a két hangszalag békát voltát említi.

A hang ezen elváltozások következtében szintén megváltozik. Ez már akkor is létrejöhet, amikor gégevizsgálattal még semmi eltérés nem látható. Így *Heimann-Hatry* betegének negatív gégelelet mellett rekedtes lett a hangja. A folyamat előrehaladtával a hang mindinkább rekedtebb, halkabb és kevésbé érthetővé válik (*Dinkler*), olykor kissé nasalos színezetű (*Dinkler*, *Vossius*), vagy változó színezetű lesz (*Kren*). Előrehaladottabb atrophia esetén létrejön az a sklerodermiára jellemző sajátságos hang- és beszédátalakulás, amit betegünkön mi is észlelhetünk: *a beteg magas fistulahangon beszél, a hang azonban az első pár szótag kimondása után aphonyássá válik és csak újabb légvétel esetén tud ismét hangosan phonálni. A beszéd csak nagy phonatiós levegőpazarlással történhetik, úgyhogy néhány szó kimondása után újabb lélegzetet kell vennie*. A hangnak emellett sajátos hehezetes („hauchend“) színezete van. Ezen hang- és beszédátalakulás oly jellemző, hogy *Vossius*, akinek röviddel azelőtt volt alkalma egy ilyen beteget látni, újabb esetben már pusztán a hang és beszéd alapján gégesklerodermiára gondolt, amit a vizsgálat valóban igazolt is.

A sklerodermiás gégeelváltozások az eddigi észlelések alapján leginkább diffúz sklerodermia kapcsán támadnak. Majd mindegyik észlelt esetben sklerodaktylia és masque sklerodermique volt jelen (*Hoppe-Seyler*, *Nielsen*, *Sottas*, *Kren*, *Vossius* és saját esetünk). Úgy látszik, hogy a betegség korai lokalisációját képezi a ritkán előforduló gégeelváltozások, így esetünk-

ben is a bőrelváltozások észrevétele után már egy év múlva paresist állapítottak meg a gégeszek, tehát kifejezett atrophia volt jelen.

A gégesklerodermiánál, úgy látszik, gyakrabban találhatók elváltozások a garatban. Mégis aránylag kevés adat található róluk is, annál is inkább, mert, szemben a korai gégetünetekkel, a garat leginkább csak a betegség igen késői szakában betegszik meg, amikor a súlyos arc- és szájüreg-sklerodermia miatt a garat vizsgálata nagy nehézségekbe ütközik, vagy éppen lehetetlen (*Kren*). A garatképletek sklerodermiás elváltozásairól elég áttekintő képet nyújt *Kren* és egyben az okozott functiozavarokat is ismerteti. Az itteni elváltozások teljesen megfelelnek a gégebelieknek, de a különböző hivatásnak megfelelően az okozott functiozavarok is természetesen másképpen jutnak kifejezésre. Hogy a nyálkahártya és különösen az izmok sorvadtsága nyelési panaszokat okozhat, az könnyen belátható. A nyelés nemcsak nehezített lehet, de súlyos esetekben félrenyelés az orra, gégebe is létrejöhet (*Kren*, *Dinkler*), olykor a betegség egészen bulbaris tünetek képében jelentkezhetik, mint azt *St. Kopczynski* a varsói orvostársaságban demonstrálhatta. A rendkívül finom nyelési mechanizmus zavarának azon legkorábbi szakát azonban, amikor a beteg maga még semmi rendellenességet nem érez, de a sinus piriformisban állandóan felgyülemlett habos nyák már annak jelenlétét mutatja, a sklerodermiával kapcsolatban megemlítve máshol sehol sem találtam.

Egészen más szempontból érdekes a következő esetünk:

2. *K. Jenőné*, 32 éves. 14 éves korától izületi fájdalmak, azóta hamar fárad és szívdobogása van. Havi-baja rendes, két egészséges gyereke van. Hat éve veszi észre baját az arcán, két kezén és kisebbfokban a lábán is. Ugyanez időtől hátában is fájdalmak, éjjel izzadások és lesóványodás (betegsége óta 15 kg). Régebben véreset is köpött.

Közepesen fejlett nő, láza nincs. Arca merev, lárvaszerű, orrszárnny, ajkak atrophiasak, rendes szájesukáskor a fogak kilátszanak. Typusos sklerodermiás elváltozások a két kezén és kevésbé a lábakon is, főleg a bőrön, de az izmokban is. A beteg részeken a bőr pigmentált. Keze hideg és száraz, ujjai contracturában, csukló- és ujjak izületeiben mozgási korlátozottság. Jobb keze néhány ujján apróbb üszkösödések. A hátsó garatfalra ilő göbös megvastagodáson kívül ép nyálkahártyák. Nyelvnyújtás csökkent. Nyirokesomók nem tapinthatók. Mindkét tüdőcsúcs felett tompult kopogtatási hang és érdes légzés. Átvilágításkor bal csúcsban szőlőmagnyi két folt, terjedelmesebb hilusok, környékük márványozott. Szívén compensált stenosis ostii venosi sinistra. Pulzus rythmusos, percenként 80 körül. Vérnyomás 90–50 Hg-mm. Hasban semmi eltérés. Ép idegrendszer. Vizeletben semmi kóros, mennyisége rendes. Wassermann-reactio negativ. Verviscositás 6.4. Vértékben lymphocytosis vagy eosinophilia nincs, 7800 leukocyta. Alapanyagcsere (*Krogh* szerint) +34.5%. Vércukor 86 mg-%, 100 g dextrose-megterhelés után félórára 122 mg-%, két órára 105 mg-%. Konyhasó-injectió kezelésre jelentékeny javulás.* A 45 injectio után egy hét múlva az alapanyagcsere is normális, +27%, a specifikus dynamiás fehérjehatás Liebesny-reggeli után +23%.

Betegünkön feltűnő az alapanyagcserének tetemesen fokozott volta: +34.5%. Számos észlelet tanuskodik sklerodermiának Basedow-betegséggel, illetve hyperthyreosissal való kombinációjáról. A pajzsmirigy fokozott működése azonban esetünkben teljesen kizárható, mert sem a psyche, sem a vérkép, sem a klinikai kép, sem az anamnesis erre utaló tünetet nem mutatott. Egyedül az elég tetemes lesóványodás lehetne a hyperthyreosis tünete, de mivel a sklerodermia gyakran jár

* V. ö. *Herzog*: Orvosi Hetilap 1926, 1. sz.

együtt lesoványodással és kachexiával, a testsúly-csökkenést is ilyen természetűnek tartjuk.

Az anamnesis és somatikus vizsgálat, de a Röntgen-lelet is kifejezett tuberculosos elváltozásokat mutatott. Tüdőgümőkórnak sklerodermiával való együttes előfordulása nagyon gyakori, úgyhogy egyesek még aetiologiai vonatkozást is vettek fel a két betegség között. A tüdőgümőkór okozhatja az alapanyagcsere jelentékeny fokozódását, amikor is a betegség aktivitásának lenne *Lanz* és mások (*Róth M.*) szerint biztos jelzője. Betegünkön a tuberculosos aktivitásának semmi tünetét nem találtuk, mert jóllehet az anamnesisben több ilyen tünet szerepel (izzadás, véres köpet), hosszas klinikai tartózkodása alatt ilyen nem észleltünk. A beteg mindvégig láztalan volt, izzadás csak a kezelés vége felé jelentkezett, tehát akkor, amikor az alapforgalom is normalissá változott, a véres köpés nem ismétlődött, tachycardia, gyomor-bélzavarok nem voltak kimutathatók és a köpetben ismételtelen sem találtunk Koch-bacillusokat. Igaz, hogy a láztalanság egyedül még nem szól az inaktivitás mellett, de ilyenkor is a többi toxikus tünet valamelyikét biztosan sikerült volna klinikai tartózkodása alatt észlelnünk. A soványodásról pedig már említettük, hogy sklerodermiás tünetnek foghatjuk fel. Különben is a beteg hat hét alatt tisztán konyhasó-injectió kezelésre és anélkül, hogy lefektettük volna, 6 kg-ot hízott.

A betegnek még kompenzált stenosis ostii venosi sinistrije is van. *F. Kisch* vizsgálatai azonban azt mutatják, hogy míg az aortavitiumok a hypertrophiás szívizom munkatöbblete miatt majdnem kivétel nélkül mérsékelt alapanyagcserefokozódással járnak, addig bicuspidalis vitiumokban csak nagyfokú dyspnoe esetén találunk fokozott respirációs anyagcserét.

Ismeretes másrészt az a sokszoros és szoros kapcsolat, ami a vegetatív idegrendszer és az anyagcsere között van. Azt is tudjuk, hogy a sympathicusizgalom általában az anyagcserét fokozza, a parasympathicus rendszer izgalma pedig csökkenti azt. Könnyen elképzelhető tehát, hogy sklerodermiában, ami, mint említettük, a vegetatív idegrendszer functiozavarának fogható fel, az alapanyagcsere is eltérhet a normalistól.

Hasonlóképpen fokozottnak találta az alapforgalmat *P. Liebesny* is egyik esetében (+27%).

A skleroderma azonban korántsem jár az alapforgalom szükségszerű fokozódásával. Az utóbbi időben klinikánkon több esetben (7 betegen) volt alkalmam az alapanyagcserét sklerodermiás betegeken meghatározni és minden esetben normalis értékeket kaptam. Éppígy rendes volt az alapforgalom *L. Mayer* és *Liebesny* másik esetében is. Sőt az alapanyagcsere nagymértékű csökkenését is észlelték. Így *St. Rothman* egy diffus sklerodermiás betegének, akin *H. Hoffmann* 18 sklerodermiásával analog, a sympathicus rendszer ingerlékenységének csökkenését találta, anyagcsereje is erősen csökkent: -23.9%. Ugyancsak ő idézi *Lortat-Jacob* és *P. Legrain* egy hasonló esetét, hol az alapanyagcsere -33% volt.

Betegünk alapforgalma a hypertoniás konyhasó-injectió kezelésre a többi tünet javulásával együtt szintén a normalis értékére szállott alá (+27%). Az alapforgalomnak a javulás előrehaladásával karöltve járó közeledését a normalishoz mások is észlelték. Így *Rothman* betegének anyagcsereje -12.6%-ra, *Lortat-Jacob* és *Legrain* betegének pedig +17%-ra (thyreoidea-kezelés után) javult a kezelés folyamán és két más gyógyult sklerodermiás betegük alapforgalmát szintén normalisnak találták.

Ezen elszórt észlelések természetesen még nem

elegendők következtetések levonására és csak nagyobb sklerodermiás beteganyagon végzett anyagcsere-meghatározások lesznek hivatva ezen adatok jelentőségét eldönteni. Talán olyan esetekben, amikor az anyagcsere nagyobb eltérést mutat a rendestől, ebből a folyamat súlyosságára, illetve a javulás fokára is vonhatunk le következtetéseket.

Végül még az alapforgalomnak a táplálékfelvételre bekövetkező fokozódásáról, az ú. n. specifikus dinamias hatásnak sklerodermiásokon való viselkedéséről kell szólnom.

A specifikus dinamias hatás a táplálék minősége és mennyisége szerint különböző. Legnagyobb a specifikus dinamias hatása a fehérjének és miként az újabb vizsgálatok mutatják, egészségeseken állandó nagyságú. *R. Plaut*, aki elsőnek hívta fel a figyelmet a specifikus dinamias hatás klinikai jelentőségére, az anyagcsereinek bőséges fehérjefelvételre (200 g vagdalthús) történő fokozódását normalis körülmények között átlag 30%-nak (20-40%) találta. Hasonló eredményre jutott vizsgálatait alapján *Liebesny* is és egészségeseken mi is ezen értékeket kaptuk.

Plaut a specifikus dinamias hatást a hypophysis functiójának tartja és annak csökkenését eseteiben a hypophysis csökkent működésével magyarázta. *Liebesny* vizsgálatai is azt mutatják, hogy a hypophysis megváltozott működésével a specifikus dinamias hatás nagysága is megváltozhatik: csökkent működése ennek csökkenésével, fokozott működése ennek fokozódásával jár rendszerint együtt (egy akromegaliás betegünkön mi is észlelhettük a specifikus dinamias fehérjehatás mérsékelt növekedését), de olyan esetekben is észlelte a specifikus dinamias hatás csökkenését, amikor a hypophysis csökkent működésére semmi támpontot nem talált. Így éppen a sklerodermiában és az ezzel közeli rokonságban álló Raynaud-betegségben talált a rendesen jóval kisebb értékeket és ezek alapján felvette, hogy a specifikus dinamias hatást a vegetatív idegrendszer állapota is befolyásolja. Ugyanezen feltevésre jutott állatkísérletei alapján *J. Abelin* is.

Mi a klinikán a specifikus dinamias fehérjehatást *Liebesny*-reggeli után (200 g vagdalthús és 100 g kenyér) félóránként vizsgáltuk négy órán keresztül és néhány sklerodermiás betegen mi is csökkentnek találtuk azt. Így első esetünkben +55% alapforgalom mellett +13%-nak találtuk; igaz, hogy itt a hypophysis részéről határozott functiozavar volt jelen, így a specifikus dinamias hatás csökkenését ezzel is magyarázhatjuk. Egy másik esetünkben (*F. F.-né*) +5.9% alapforgalom mellett a specifikus dinamias fehérjehatás +16.6% volt. Egy harmadik sklerodermiás betegünkön +13% alapforgalom mellett 12.5% volt a specifikus dinamias hatás. Jelen esetünkben, sajnos, bejövételkor nem határoztuk meg az anyagcsereinek a táplálékfelvétel okozta szaporodását, csak a kezelés végén találtuk azt normalisnak, amikor az alapforgalom is +34.5%-ról +27%-ra, tehát rendes értékére csökkent.

Hogy a táplálékfelvétel okozta izgalom miképpen hat a vegetatív idegrendszer útján az anyagcsereire, az ez idő szerint még nincs eldöntve. *Liebesny* valószínűleg tartja, hogy a táplálékfelvétel okozta inger primaer hatása centralis: a köztiagyban fekvő anyagcsereközpontokra hat izgatólag. Vizsgálataink mindenesetre megerősítik *Liebesny* azon tapasztalatát, hogy az autonóm idegrendszer kóros viszonyai normalis hypophysis mellett is okozhatják a specifikus dinamias hatás elterését a rendestől és annál inkább érdemeseknek látszanak a közlésre, mert, mint *E. Pulay* is mondja, az

ilyen kifejezett eltéréseket feltüntető ilyen irányú vizsgálatok éppen a ma még teljesen tisztázatlan aetiológiájú trophiás neurosisokban érdekesek és talán nagyobb beteganyaggon végezve, az aetiológia tisztázásában is felhasználhatók lesznek.

Irodalom: J. Abelin: Kl. W. 1922, 44. sz., 2188. old.; Kl. W. 1923, 49. sz., 2221. old. — Fr. Anske: Dissertatio, Leipzig 1922. — L. Asher, J. Abelin és N. Scheinfinkel: Biochem. Zeitschr. 1924, 151. köt., 112. old. — L. Bouchut és Dujol: Lyon. méd. 1912, 119. köt., 421. old.; Ref.: Zeitschr. f. N. u. Psy. 6. köt., 1197. old. — Cassierer és Hirschfeld: Kraus-Brugsch X/3. köt., 654. old. — H. Curschmann: Mohr-Staehelin II. kiad., 1926, V/2. köt., 1480. old. — E. Gintrac: Journ. de Bord. 2. Sér., V., 497. old.; Ref.: Schmidt's Jahrb. 1862, 115. köt., 470. old. — M. Dinkler: D. A. f. kl. M. 1891, 48. köt., 514. old. — G. Guillaud, Th. Alajouanine és R. Marquézy: Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris 1923, 39. sz., 1489. old.; Ref.: Zbl. f. d. ges. N. u. Psy. 36. köt. — Harm: Inaug. Dissertatio, Rostock 1903, id. Kren után. — W. Heimann-Hatry: Med. Klin. 1925, 29. sz., 1094. old. — L. Hektoen: Zbl. f. allg. Path. u. path. Anat. 1897, 17. sz., 673. old. — A. Heller: D. A. f. kl. M. 1872, 10. köt., 141. old. — Herzog Ferenc: Orv. Hetilap 1926, 1. sz., 16. old. — H. Hoffmann: Kl. W. 1925, 20. sz., 978. old. — G. Hoppe-Seyler: D. A. f. kl. M. 1889, 44. köt., 581. old. — J. Kajikawa: Biochem. Zeitschr. 1922, 133. köt., 391. old. — L. Karczag és N. Zilahy: Biochem. Zeitschr. 1925, 162. köt., 18. old. — F. Kisch: Med. Kl. 1924, 28. sz., 976. old. — St. Kopczynski: N. u. Psy. Sektion d. Warsch. m. Ges. 1913; Ref.: Zeitschr. f. N. u. Psy. 7. köt., 296. old. — O. Kren: A. f. Derm. u. Syph. 1909, 95. köt., 163. old. — Lanz: Brauers Beitr. 61. köt., 97. old. — P. Liebesny: Biochem. Zeitschr. 1924, 144. köt., 308. old.; Kl. W. 1925, 4. sz., 156. old. — W. Löhlein: Kraus-Brugsch IX. köt., I/1., 233. old. — Lortat-Jacob és P. Legrain: id. St. Rothman után. — L. Mayer: id. E. Grafe után: Erg. d. Physiol. 21. köt., II., 443. old. — Nielsen: Dän. dermat. Ges. 1900; id. Kren után. — Peters: id. Vossius után. — R. Plaut: D. A. f. kl. M. 1922, 139. köt., 285. old. és 1923, 142. köt., 266. old. — Possek: id. Löhlein után. — E. Pulay: Zeitschr. f. kl. M. 1925, 102. köt., 320. old. — N. Róth: Kl. W. 1925, 51. sz., 2442. old. — St. Rothman: Kl. W. 1925, 35. sz., 1691. old. — A. Rothmund: Arch. f. Ophthalm. 1868, 14. köt., 159. old. — C. H. Sattler: D. m. W. 1925, 34. sz., 1387. old. — Sottas: Anal. de dermat. 1900, 843. old. — A. Vossius: Zeitschr. f. kl. M. 1904, 55. köt., 630. old. és Zeitschr. f. Augenhk. 1920, 43. köt., 640. old. — O. Werner: Dissertatio, Kiel 1904. — J. Yamamoto: Biochem. Zeitschr. 1924, 145. köt., 201. old.

Adatok a trachoma mechanikus gyógykezeléséhez, az országos védekezés kapcsán.

Írta: Brana János dr. tanácsnok-orvos.

Az újonnan megalakult s jelenleg is működő trachomabizottság Grósz Emil dr. tanár elnöklete és Scholtz Kornél dr. államtitkárnak, a trachomaellenes védekezés kitűnő szakértőjének értékes támogatása mellett már eddig is jelentős munkát végzett, melynek első eredményéről a bizottság elnöke az Orvosi Hetilap f. évi február 14-i számában megemlékezik. A magyar szemorvosok összesege megnyugvással fogadja a népjóléti miniszternek a törvényhatóságokhoz intézett legújabb rendeletét, mert a trachomaellenes küzdelem az ország népegészségügyére éppoly fontos, szocialisan éppoly messze kiható jelentőségű, mint akár a tuberculosis, vagy a venereás betegségek elleni országos küzdelem. A trachoma e csónka országban a háború óta emelkedő tendenciát mutat, s veszedelmes complicatiója, a pannus is gyakoribb, mint háború előtt volt, s így amennyire örömmel üdvözljük a ministeriumnak a védekezés terén tett jelentős lépését, annyira kíváncsiaknak tartjuk, hogy a törvényhatóságok ébersége és energiája, a hatósági orvosok odaadása és buz-

galma a végrehajtás terén is meghozza azt az áldásos eredményt, melyet ezen közegészségügyi kérdésben méltán elvárunk.

A trachoma felismerését és kezelését illetőleg elsőrendű érdeknek tartjuk, hogy úgy a diagnostikában, mint a specialis gyógyításban, ez utóbbinak mechanikus fogásaiban is minél számosabb vidéki orvos olyfokú jártasságot szerezzen, hogy a küzdelemnek ezen terepén fennakadás ne állhasson elő. Ezen cél elérésére az egyetemi oktatás, a tisztiorvosi, továbbá az 1886. évi V. törvénycikk alapján rendszeresített trachomatanfolyamaink már a multban is nagy súlyt helyeztek, s most, hogy a trachomaellenes küzdelem újabb országos lendületet vett, kíváncsiak, hogy ezen kiképzést sürgősen oly vidéki kartársaink is megszerezzék, akik a fenti tanfolyamokon nem vettek ugyan részt, de trachomás vidékeken folytatva általános orvosi gyakorlatot, tudásukkal az ügynek nagy szolgálatot tehetnek. A továbbképzésnek másik fontos factora, az irodalmi ismertetésekre, szemorvosaink mindenkor nagy súlyt helyeztek, s úgy e lap hasábjain, mint a többi magyar szaklapban a trachomával kapcsolatban a multban sok értékes dolgozat jelent meg.

Jelen cikkemben a trachoma azon mechanikus kezeléséről óhajtok szólni, amely nálunk, Magyarországon, évtizedek óta a legjobban bevált, s ez az id. prof. Imre-féle *abrasio*, vagyis a trachomás csomóknak Imre tanár szerinti lekaparása. Ennek kapcsán meg kell emlékezni a mechanikus kezelés két másik fontos tényezőjéről is, és pedig: a túltengett trachomás szövet rendszeres masszajáról és a trachomás hegek rendszeres nyújtásáról.

Az Imre-féle kaparás lényege abban áll, hogy a trachomás kötőhártya puha, kocsonyás csomóit akár az Imre által konstruált késsel (lásd 1. ábra), akár Prof. Blaskovics késével egyszerűen lekaparjuk. A kaparás fő előnye, hogy a beteg kötőhártya szemeink előtt kiterítve fekszik, s csak ott kaparunk, ahol lekaparható puha csomó van. A kocsonyás csomók eltávolítása lehetőleg korán történjék, azoknak újból való megjelenésekor a kaparás többször is megismétlendő. Egyeseknek azon aggodalma, hogy a kaparások által a hegképződést még inkább elősegítjük, nem indokolt, mert tudjuk, hogy a hegképződés a trachomásan beszűrődött adenoid-szövet természetes gyógyulási folyamata, amely minden nagyobb fokú trachománál törvényszerűen jelentkezik.

A trachomás csomók lekaparásánál elsősorban arra van szükség, hogy úgy az alsó, mint a felső szemhéj kötőhártyáját, továbbá a leginkább megbetegedett felső és alsó áthajlási redőket a kaparóeszköz számára kényelmesen hozzáférhetővé tegyük.

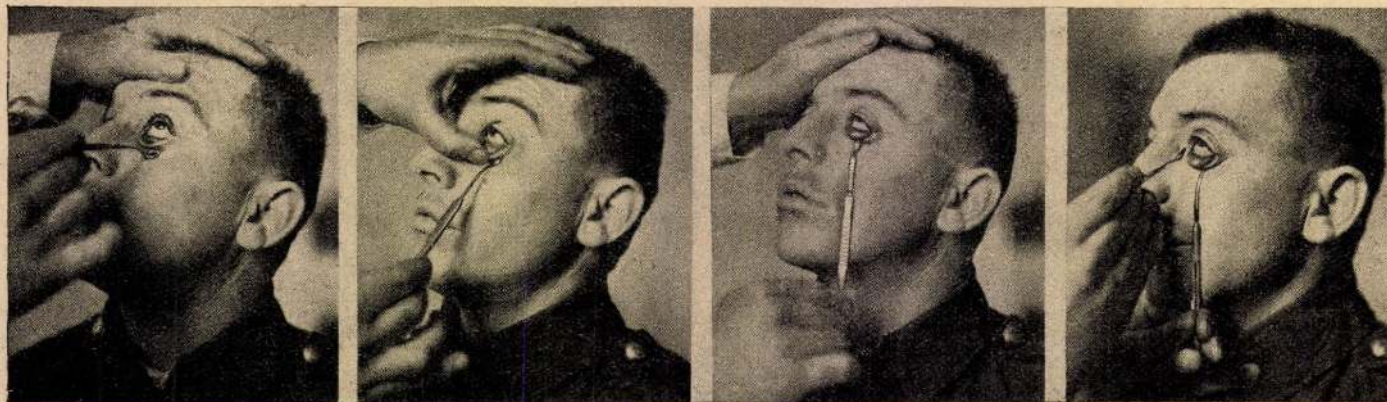
Az eljárást kezdeményező id. Imre ezen kifordító műveletet az általa szerkesztett horog és spatula segítségével végezte, s miután a megbetegedett szemhéji kötőhártyákat és áthajlási redőket ezen eszközökkel kettősen kifordította, késével a puha csomókat lekaparta. 1921-ben Wienben tartott szemézi gyűlésen (Ausserordentliche Tagung der Ophthalm. Gesellschaft in Wien am 4., 5., 6. August 1921) azt ajánlottam, hogy Imrének eljárását a horog és spatula elhagyásával egyszerűsítsük, s a kötőhártyák és áthajlási redők tökéletes kettős kifordítására ezen műveletnél a Desmarres-kanálból átalakított kanalamat használjuk (lásd 2. ábra). Ezen szemhéjkifordító eszköznek a Desmarres-féle kanállal szemben az a kétségbevonhatatlan előnye megvan, hogy az egyszerű szemézi nyél az orbita széleknél megfelelően hajlított, a kanál felülete pedig domború lévén, a reá kifeszített kötőhártya egyenle-

tesen feszül, s a kaparásra kiválóan alkalmassá válik. Az Imre-féle kaparás tehát ezen módosított kanál segítségével, assistentia igénybevétele nélkül, a következőképpen történik:

A kaparás előtt a conjunctiva-zsákba ötpercenként 4–5-ször egy-egy csepp 4%-os cocain-oldatot, majd 1–2 csepp tonogen suprarenalet cseppentünk. Ha trachomás csomók úgy az alsó, mint a felső áthajlásban találtattak, úgy a kaparást előbb az alsó szemhéj kötőhártyáin kezdjük a következő módon: jobb kezünkkel

fokozzuk azáltal, hogy az eszköz nyelét maximalisan a homlok felé gördítjük, mely művelet által a leginkább megbetegedett felső áthajlás a kanál domború felszínére egyenletesen reáveszül, s a kaparó műveletre alkalmassá válik (lásd ábrákat).

Megjegyezni kívánom, hogy úgy az alsó szemhéj kifordításakor bal kezünk hüvelykujjának a kigördítést segítő szerepe, mint a felső szemhéj kifordításánál bal kezünk mutató- és hüvelykujjának szerepe csak addig a pár pillanatig szükséges, míg a kanálra való reá-



az eszköz nyelét vízszintesen tartva, annak domború kanálát enyhén az alsó szemhéj bőrére nyomjuk, amikor is az alsó szemhéj kiskokú ektropiumos helyzetbe kerül. Ezen ektropiumos helyzetet azonnal kihasználjuk és fokozzuk az által, hogy bal kezünk hüvelykujjával az ektropiumos szemhéjszélt a kanál széli részére (peremére) gördítjük s ugyanakkor a kanál nyelét vízszintes, majd félig süllyesztett helyzetéből a függőlegesbe hozzuk annyira, hogy a kanál nyele a pofacsontra reásimul. Ezen művelet alatt az alsó szemhéj kötőhártyája és áthajlási redője feszesen, tökéletesen reásimul a domború kanálra, mikor is a kanál nyelét bal kezünkkel fixálva, a jobb kezünkben lévő kaparó-

gördülést visszacsúszás már nem fenyegeti. Erősen túltengett kötőhártyák mellett, vagy hegesen megrövidült áthajlások jelenlétekor ezen művelet kissé nehezkesebb, a gyakorlat azonban ezen apró nehézségeket idővel a minimumra szorítja. A kifordítás műveletét úgy a betegre, mint orvosra nézve egyébként megkönnyíti az is, ha az alsó szemhéj kifordításánál a beteget jól felfelé, s a felső szemhéj kifordításánál lefelé nézetjük. Érzékeny egyéneknek az előzetes cocainozáson kívül, a már kifordított áthajlási redőkbe, subconjunctivalisan $\frac{1}{4}$ cm³ 1%-os novocain-oldatot is fecskendezünk be, miáltal az áthajlások még inkább kidomborodnak, s $\frac{1}{2}$ perc múlva a kaparás végrehajtható.



1. ábra.
Eredeti
nagyság
2/3-da.



eszközzel, annak élét a kötőhártyára 90 fok, vagy ennél kisebb fokban a haladás iránya felé tartva, a csomókat gondosan, enyhe nyomással lekaparjuk (lásd ábrákat). A felső szemhéj kötőhártyájának és áthajlási redőjének kaparása céljából a felső szemhéjat a következőképpen fordítjuk ki: bal kezünk mutató- és hüvelykujjával a felső szemhéjszélt a pillaszőrökkel együtt gyengéden megfogjuk, kissé le- és előre húzzuk, s ugyanakkor a jobb kezünkben lévő kanál peremét a tarsus convex szélének megfelelően a felső szemhéj bőrébe süllyesztjük, miáltal a felső szemhéj ektropiumos helyzetbe kerül. Ezen ektropiumot azonnal-

A kaparás alatt jelentkező kis vérzést apró steril vattadarabkákkal tamponáljuk, a kés élére reáarakódó kocsonyás masszát a szükséghez képest többször letöröljük, s tovább kaparunk mindaddig, míg a puha csomókat gondosan eltávolítottuk. A félholdalakú redőkön ülő csomók eltávolításánál a szemhéjkifordító kanálra nincs szükség. Az itten ülő néhány csomóhoz legkönnyebben úgy jutunk, hogy a szemrést akár a Snowden-féle szemhéjterpesztővel, akár bal kezünk mutató- és hüvelykujjával széttárjuk és a szemet maximalisan kifelé nézetjük.

A kaparási művelet befejeztével 3%-os



2. ábra.
Eredeti
nagyság
2/3-da.

langyos bórodattal a szemeket kiöblítjük. A szemeket bekötni nem szükséges, s elegendő, ha naponta háromszor langyos bórborogatásokat rendelünk.

A kaparás előfeltétele: puha, kocsonyás csomók jelenléte, a conjunctivák váladékmentessége, vagy csak jelentéktelen váladékképződés.

Nagyobbfokú váladékképződés esetén előbb a secretiót küzdjük le rendszeres 1–2%-os lapis-kezeléssel. Pannus jelenléte a kaparást nem contraindálja, sőt a tapasztalat azt mutatja, hogy a pannusok a kötőhártya megkaparására az esetek igen nagy részében feltűnően tisztulnak. A kötőhártyáknak kaparás utáni kezelése a szerint igazodik, mily fokú az adenoid-szövet hypertrophiája, mily fokú a váladékképződés, s így a napi kezelés, vagy a cuprum-pálcikával való enyhébb vagy energikusabb módon való érintésből, vagy lapisos kezeléssel fog állni.

Amennyire fontos a trachomás csomókat mielőbb eltávolítani, annyira elengedhetetlen a trachoma hosszú időre nyúló kezelésében a túltengett, megvastagodott kötőhártyát rendszeres massagelal vékonyítani és a képződő hegket nyújtani.

A hypertrophiás kötőhártya massageját a szemorvosok általában egy arra alkalmas gömbösvégű üveg-pálcikával magával a beteggel végeztetik. Tapasztalataim azonban azt mutatták, ha ezen műveletet magára a betegre bízom, vagy egyáltalában nem végezte, vagy csak igen enyhén és hanyagul.

A Magyar Szemorvostársaság 1922. évi január 8-i tudományos ülésén tehát azt ajánlottam, hogy a hypertrophiás vékonyítására és a hegek nyújtására szintén a Desmarres-kanálból átalakított szemhéjkifordító eszközöket használjuk,* és pedig úgy, hogy a maximalisan kifordított szemhéj (akár alsó, akár felső) alatt a kanállal energikus vízszintes mozgásokat végezzünk a belső szemzugtól a külsőig és viszont. Ezen eljárást *indirect massagenak* nevezném el, s legfőbb előnyét abban látom és látom, hogy az a rendszeres napi kezelésbe kapcsolódik. A szemhéjakat ugyanis nemcsak a kaparás alkalmával fordítsuk ki maximalisan, hanem a napi kezeléseket is, legyenek azok akár cuprumos edzések, akár lapisos ecsetelések, vagy lapisos becseppentések, mindig és rendszeresen a kanál felett végezzük, mikor is a kanál eltávolítása előtt ezen vízszintes irányú masszaget, illetve hegnyújtást is elvégezhetjük. Mintán a napi kezeléshez rendszerint csak a felső szemhéjat fordítjuk ki, ennek megnyújtása és masszálása után — ha annak szüksége fennáll — az alsó szemhéjat is kifordítjuk és masszáljuk, nyújtjuk a már leírt módon. Megjegyezni kívánom, hogy a felső szemhéjnak a Desmarres-féle kanállal való ú. n. kettős kifordítását diagnostikai célból már háború előtt külföldi szemészek ajánlották (*Axenfeld: Lehrbuch der Augenheilkunde* 381. old.) s nálunk ifj. Imre és ifj. Liebermann professzorok népszerűsítették meg annyira, hogy különösen szemészek a trachomás csomók felkutatásánál a régi, s ujjal való egyszerű kifordítást már teljesen mellőzik.

* Műszerek kaphatók „Mone” orvosi műszerüzemnél, Budapest, Üllői-út 1. sz.

A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem belklinikájának közleménye (igazgató: Csiky József dr. ny. r. egyetemi tanár.)

A polyarthrititis infantilis.

Írta: Sulyok Dénes dr.

A chronikus ízületi gyulladásnak ez a sajátos alakja, melyet néhány évvel ezelőtt írt le Kienböck,¹ nemcsak a röntgenologus szempontjából érdekes megbetegedés. Klinikai képe annyira feltűnő, hogy szinte érthetetlen, miért nem különítették el már régebben az ízületi megbetegedések többi alakjától. Still² ugyan megemlíti, hogy a gyermekkorban lezajlott polyarthritisek megzavarják a csontfejlődést, de mégis Kienböck volt az, aki ezt az alakot elkülönítette, jellemezte s összeállította az idetartozó eseteket.

Számuk nem nagy, Kienböck mindössze körülbelül 20 idetartozó esetet tudott a német, angol és francia irodalomból 1830 óta összeállítani. De ha tekintetbe vesszük azt, hogy ezeknek az eseteknek egy része egészen más név alatt szerepelt, más, kevésbé kifejezett eseteknél az ízületi elváltozások mellett nem vették figyelembe a csontelváltozásokat, akkor igen valószínű, hogy ez a betegség mégis csak sokkal gyakoribb, mint azt a fenti adatok mutatják. Megerősíti ezt az is, hogy rövid időn belül két idetartozó esetet észlelhetünk.

A két beteg kórtörténetének fontosabb adatai a következők:

I. Sz. M., 26 éves férfibeteg. Szülők, testvérek egészségesek, egy testvére szívbajban halt meg, az övéhez hasonló megbetegedés családjában nem fordult elő.

Egy éves korában tanult meg járni, jól fejlődött és teljesen egészséges volt 11 éves koráig. Ekkor meghűlt, kirázta a hideg, ízületei megduzzadtak, igen fájdalmasak váltak. Ettől az időtől kezdve három éven át változó intenzitással, de majdnem állandóan duzzadtak és fájdalmasak voltak az ízületei, gyakran érzett forróságot és hideg borzongást, sokat izzadt. Torka sohasem fájt, szívdobogása nem volt. Három év múlva a folyamat megállapodott, de ízületeinek mozgása korlátozottá vált. 24 éves koráig jól érezte magát, nem volt beteg, csak azt vette észre, hogy fejlődésében visszamaradt. Másfél éve újból megbetegedett, ízületei ismét fájni kezdtek, megdagadtak, lázas volt, a fájdalom és duzzanat jellemző módon hol egyik, hol másik ízületében volt, s ezt mindig sajátos, bizsergősszerű paraesthesia előzte meg. Egyéb panasza nincs, háta, melle nem fáj, szívdobogása nincs. Tenyere, talpa erősen izzad.

Állapota felvételnél: 154 cm magas, korához képest gyengén fejlett, sovány férfibeteg. Bőre halvány, fényes, végtagjain feszes, nehezen ráncolható. Nyálkahártyái halványak. Fejkerület 54 cm, a koponya részarányos, a parietalis és frontalis dudorok erősen kiállnak, a koponya emiatt szögletes („Quadratschädel”). Arca aránylag kicsi, alsó állkapcsa feltűnően rövid, szeme kiáll, orra kicsi. Mindez arcának igen jellemző, gyermekes, együgyű kifejezést ad.

Az ízületi elváltozások részletes felsorolásától eltekinthetünk; röviden összefoglalva, azt találtuk, hogy kis és nagy ízületei feltűnően alaki eltérést nem mutatnak (csupán a bal térd kontúrjai változtak meg azáltal, hogy az alszárcsontok a femurhoz képest hátrafelé subluxálódtak), de mozgékonyáguk részben teljesen megszűnt, részben kisebb-nagyobb mértékben korlátozódott.

A végtagszontok rövidek, vékonyak, az izomzat sorvadt, de elektromos áramra normalisan reagál. A vállöv rendellenesen mozgékony, vállát a füléig fel tudja húzni.

A Röntgen-felvételeken (Halmy dr.) a csontok általában rövidek, a diaphysis feltűnően keskeny („Lantelform”), a csontállomány sorvadt, az ízületi rések keskenyek, szabálytalanok, részint teljesen el is tűntek, az izfalszínnek egyenetlenek. A kézközépcsontok egymással összezsugorodtak.

A szervezet egyéb kóros elváltozást nem mutat.

A belsősecretiós mirigyek működésében semmi zavar nem mutatkozott, pajzsmirigye tapintható, a sella turcica ép, genitáliák jól fejlettek, szőrzet, hang férfias, libido normalis.

Kéthónapi benttartózkodása alatt egyízben még megduzzadt a jobb hüvelykujj első interphalangealis ízülete, majd jobb térdé, de ez pár nap alatt elmúlt. Therapiásan kén- és tejinjectiókat, továbbá mechanoterapiás kezelést kapott, de az elért eredmény igen csekély volt, s a beteg kéthónapi kezelés után nagyjában változatlan állapotban hagyta el a klinikát.

II. D. M., 18 éves nőbeteg. Apja elmebajban halt meg, anyja egészséges. Családjában hasonló megbetegedés nem fordult elő.

Hét éves koráig teljesen jól fejlett, egészséges gyermek volt, egy éves korában tanult meg járni. Korai gyermekkorától fogva pincelakásban lakott.

Hét éves korában szamárköhögése volt, utána izületei lassanként fájdalmassá váltak, nem tudta őket jól mozgatni. Először jobb térdé és válla merevedett meg, majd lassanként, acutabb jelenségek nélkül, ráterjedt a folyamat minden izületére, s azoknak mozgékonyasága kisebb-nagyobb mértékben korlátozottá vált. Betegsége lassan, de állandóan progrediált, 3–4 év óta válla is megmerevedett, lába teljesen merev volt, járni egyáltalán nem tudott. Háta, melle nem fáj, keveset köhög, szívdobogása nines; lába sohasem volt megdagadva.

Állapota felvételnél: 142 cm magas, korához képest igen gyengén fejlett, sovány nőbeteg. Bőre, látható nyálkahártyái igen halványak, kezén és lábán a bőre igen feszes, nehezen ráncolható. Csont- és izomrendszere igen gyenge, a végtagcsontok a törzs hosszához képest igen rövidek, vékonyak. Izomzata satnya. Állkapása feltűnően rövid, orra vékony és kicsi, koponyája aránylag nagy (fejkerülete 52 cm), erősen kidomborodó homlok- és fali dudorokkal. Arc kifejezése gyermekes, előbbi beteghez annyira hasonlít (noha közöttük semmiféle rokonság nem mutatható ki), mintha a testvére volna.

Izületeinek mozgása jóformán kivétel nélkül korlátozott, a mozgítás többé-kevésbé fájdalmas, járni nem tud, orrát nem tudja megfogni, stb., izületei mozgás közben ropognak.

Röntgen-lelet: A csontok felett nagyfokú concentrikus sorvadás. A radius és ulna ceruzavékonyaságú, az epiphysisek aránytalanul szélesek. A radiocarpalis ízület rése megkeskenyedett, felrostozódott. A kéztőcsontok egy atrophias, homogen tömeggé olvadtak össze részben egymással, részben a metatarsusokkal. A metatarsusok feltűnően rövidek. A metacarpophalangealis ízületekben volaris subluxatio és ankylosis. Hasonlóan subluxált és ankylotizált az interphalangealis ízületek legnagyobb része, az ujjak flexiós contracturában vannak rögzítve. Azonos és hasonló elváltozások a többi izületeken is.

Szervezetének átvizsgálása alkalmával tüdejében kis kiterjedésű, zárt tuberculosison kívül semmi eltérést nem találtunk. Kiemelem, hogy a belsősecretiós mirigyek részéről semmi eltérést nem találtunk (sella turcica ép, pajzsmirigy tapintható, szőrzet megfelelően fejlett, secundaer nemi jelleg kifejezett, menstruatio normalis).

Többhónapi benttartózkodása alatt tej-, kén- és glanduovin-injectiókkal kezeltük, továbbá mechanoterapiás kezelésben részesült, azzal a praktikusan igen jelentékeny eredménnyel, hogy a beteg, ha nehézkesen is, de támogatás nélkül tud járni.

Röviden összefoglalva tehát, két betegünk gyermekkori polyarthritiben betegedett meg, egyik esetben teljesen acut, a másikban chronikus kezdettel, melynek következtében az izületek mozgása csontos és rostos ankylosisok által korlátozottá vált, részben teljesen megszűnt, csontjaiknak hosszúság- és vastagságbeli növekedése megakadt, különösen az arc és a végtagok csontjai maradtak fejletlenek. Jellemző, hogy mindkettő betegségének kezdetéig teljesen jól fejlett, normalis gyermek volt, akiknél semmiféle idegrendszeri eltérést vagy belsősecretiós zavarra utaló momen-

tumot nem találtunk. A folyamat lassanként ráterjedt az összes izületekre, generalizálódott, s idővel többé-kevésbé stationaer állapot fejlődött ki.

Mindez jellemző a *Kienböck* által részletesebben 1923-ban ismertetett infantilis polyarthritésre.

Az infantilis polyarthritist régebben is kétségtelenül gyakrabban láthatták, de az esetek nagy részében nem ismerték fel. Még a legújabb időkben is előfordult, hogy ilyen esetet achondroplasiának tartottak. Mert a külső hasonlatosság valóban fennáll. Az achondroplasiánál is kifejlődhetnek másodlagos izületi elváltozások. De az achondroplasia veleszületett rendellenessége a szervezetnek, míg a polyarthrititis infantilis leg súlyosabb esetei is (pl. *Kienböck* első esete), amelyek külsőleg teljesen a chondrodystrophiás törpék képét mutatják, mindaddig teljesen egészséges, jól fejlett gyermekeknek, rendszerint igen acut tünetekkel kezdődnek. Csupán azután fejlődik ki lassanként a jellemző kép: a végtagok (néha az egész test) aránytalan rövidsége, az arc fejlődésének visszamaradása, a csontnövekedés általános zavara.

Chronikus kezdetű polyarthrititis infantilis *Kienböck* összeállítására szerint igen ritka, két esetet említ csupán meg, ami érthető is, mert a primaer chronicus polyarthrititis (*Garrod*³ szerint rheumatoidarthrititis, *Pribram*⁴ szerint primaer chronicus progressiv polyarthrititis, stb.) inkább az idősebb kor megbetegedése, és az esetek egy része kétségtelenül kapcsolatban van az *Umbert* és *Munk*⁵ által ismertetett dysovarialis arthropathiákkal. A *Kienböck*-féle polyarthritistnél általában nem találjuk jelét semmiféle belsősecretiós rendellenességnek. Férfibetegünk normalis potenciájú volt, hangja férfias, szőrzete normalisan fejlett, nőbetegünkénél, a genitáliák kismértékű hypoplasiájától eltekintve, semmi rendellenesség, menstruatioja 14 éves kora óta rendesen van, stb. A sella turcica mindkét esetben teljesen ép.

Első esetünkben a vállöv feltűnő mozgékonyasága elérte azt a fokot, melyet egyébként csak a dysostose cleido-cranienne-nél találunk. Emellett a fej alakja is eltér a rendestől az arcoponya kicsinyisége, a homlok-dudorok előboltosulása folytán, úgy, hogy meglehetősen hasonlít az említett betegségre. De ettől a külső hasonlatosságtól eltekintve, olyan mélyreható különbség van a két kórforma között, hogy adott esetben a differentialdiagnosis nehézséget nem okozhat. A chronikus polyarthritistnél a vállöv rendellenes mozgékonyasága compensatorikus jelenségnek tekinthető, a beteg a merev vállizület mozgásképtelenségét az egész vállöv mozgásával igyekszik kiegyenlíteni, s úgy látszik, hogy ez a gyermekkorban az izmok és szalagok nagyobb mértékű meglazulását idézi elő. A *Kienböck* által összeállított esetek közül három esetben említik meg a vállöv rendellenes mozgékonyaságát.

A csontnövekedés zavarát nem lehet egyszerű inactivitási sorvadásnak tekinteni, keletkezik az olyan csontokon is, melyek semmi működési zavart nem szenvedtek (pl. orrcsontok, alsó állcsont), emellett olyan mértékű ez a növekedési zavar a súlyosabb esetekben, amilyent egyéb okból keletkezett inactivitási sorvadásoknál nem szoktunk látni. Természetes, hogy az inactivitás is nagy szerepet játszik. *Kienböck* azt tartja, hogy a növekedési zavart részben az inactivitással magyarázhatjuk, részben pedig azzal, hogy az izületi gyulladásnál szereplő toxinok gátolják a periosteumnak és az epiphysisporcnak csontképző tevékenységét. Az atrophianak ezen utóbbi alakját *Kienböck* parainflammatorikus atrophianak nevezi, ki-

fejzevén ezzel azt, hogy az atrophia oka nem gyulladás, rarefikáló ostitis, hanem az ízületi gyulladást kísérő (esetleg azt előidéző) toxikus anyagok hatása az egész csontrendszerre.

Egészen természetes, hogy a Kienböck-féle polyarthrit is éles határ nélkül megy át a primaer és secundaer chronicus polyarthritisek többi alakjába. Lehetnek olyan esetek, melyeknél a polyarthrit is nem a korai gyermekkorban kezdődött, hanem később, amikor a csontok növekedése a befejezéshez közel állott — vagy a megbetegedés nem volt olyan súlyos, hamarabb fejlődött ki, nem vezetett olyan súlyos ízületi elváltozásokhoz —, de az ilyen esetek elkülönítése nem is olyan nagyon lényeges. A Kienböck-féle polyarthrit is nem sui generis megbetegedés, hanem a chronicus polyarthrit isnek különleges megjelenési alakja, mely az által van feltételezve, hogy a fejletlen, növekedésben lévő szervezetet támadja meg, s így nemcsak az ízületekben okoz elváltozást, hanem megakasztja a csontok hosszúság- s vastagságbeli növekedését is. Ilyen szempontból ugyanaz a viszony áll fenn a két megbetegedés között, mint a skorbut és a Möller-Barlow-kór között. A gyermek szervezete ugyanolyan vagy hasonló behatásra constitutiójának megfelelően másképpen reagál, mint a kifejlett szervezet.

Irodalom: ¹ Kienböck: Fortschritte a. d. G. d. Röntgenstrahlen XXIV. évf. — ² Still: Kienböck után. — ³ Garrod: Pribram után. — ⁴ Pribram: Nothnagels Handbuch der speziellen Pathologie u. Ther. VII. köt. — ⁵ Munk: Kraus-Brugsch: Spezielle Pathologie u. Therapie IX. köt., 2. füz. — ⁶ Umber: Münch. med. Woch. 1918, 988. old.

A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Hüttl Tivadar dr. egyet. ny. r. tanár).

Tengelycsavarodással szövődött külső térdkalácsficam.

Írta: Orsós Jenő dr. tanársegéd.

A térdkalács traumás ficamodása meglehetősen ritkán észlelhető. Első pillanatra ez talán furesán hangzik, mert hiszen a térdkalács testünk legnagyobb és talán leginkább igénybevett ízületének, a térdizületnek képezi fontos és traumáknak nagyon is kitett részét. Azonkívül a térdizülettel voltaképp egy lazára engedett mellékizületet alkot és az ízfelszínek sem illenek pontosan egymáshoz. Nemkülönben a szalagrendszer is, amely a patellát helyéhez rögzíti, minden irányban elég nagy kilengéseket enged meg.

De ha a térdkalács ficamodása szempontjából szorosabban szemügyre vesszük a bonetani viszonyokat, akkor reájövünk, hogy e kedvező feltételek csak látszólagosak. Mert tudvalévően a térdkalácsot ép viszonyok között elsősorban a légnyomás kényszeríti eredeti helyére. Másodszorban és főképpen a térdkalácsot rögzítő, látszólag laza szalagrendszer az, amely a ficamodást meggátolja. A térdkalács voltaképp az extensor-innak, vagyis a musculus quadriceps femoris inának egy szorosan beiktatott csontos része, amely ennek következtében minden mozdulatában a quadriceps hatalma alatt áll. Felülről tehát a quadriceps-in, alulról pedig a quadriceps-in folytatása, a ligamentum patellae proprium rögzíti. Felülről rögzíti még a ligamentum ileotibiale, amely a musculus tensoris fasciae latae-tól jön a fascia lata-ban és a térdkalács külső szélén tapad. Az oldalrögzítést az ízületi tokszalagot is erősítő reti-

naculum patellae medialis és lateralis végzi. E szalagrendszer okozza azt, hogy a térdkalács számottevőbben csak akkor mozgatható passiv, ha a térd ellazított quadriceps mellett nyújtott helyzetben van. A térdizület legkisebb mozgásánál a quadriceps ereje szorosan a fossa patellaris-ba, illetve a femur porcfelszínéhez húzza a patellát, úgyhogy alig moccantható. Harmadszorban vehető gátló oknak a femur két condylusának alakja. A condylusok konikus formájukkal és síma felületükkel semmi támfelületet nem nyújthatnak az ugyancsak síma, alapjában domború ízfelszínű helyét elhagyott patellának. Úgy, hogy a kisebb külérőszak megszűnése után a quadriceps húzására a térdkalács könnyen visszaesúszik rendes helyére. Különösen a belső condylus az, amelyiken gömbölyű alakja miatt az esetlegesen belső oldalra ficamodott térdkalács nem bír elhelyezkedni és mindjárt visszasiklik. Épp ezért valószínű belsőoldali, traumás izolált patella-ficamot még nem sikerült észlelni.

A leírtakból önként következik, hogy az ekkép többoldalról is bebiztosított térdkalács kificamításához nagy erőbehatásra van szükség. Ilyenkor a térdkalács a beható erő — ráesés, ütés, rúgás, nyomás vagy húzás — irányában helyéből kilöködik, a magávalrántott rögzítőszalagok és az ízületi tok elszakad. A szalagszakadás, leggyakrabban az oldalszalagoké, mindig bekövetkezik, mondhatni, az egyes ficamfajoknak megfelelő szabályszerűséggel. Vagyis a szalagok rendszeren a ficam irányával ellenkező oldalon szakadnak el. Streubel hullán végzett kísérletei a legjobban bizonyítják ezt. A quadriceps-in, mivel igen erős és felfelé a nyújtható izomba megy át, csak nagyon ritkán szakad el.

A térdkalácsficamoknál egészen sajátos szerepe van a musculus quadricepsnek. Ép csont- és szalagrendszerrel bíró térdizületnél a patellát főképp a quadriceps erős húzása védi a kisebb, ficamodást célzó erőbehatások ellen. Ha azonban a ficam túlerőszakra mégis létrejön, akkor a térdkalács magávalrántja a quadriceps inát, amely a túlnyújtott izom minden erejét átvenni kénytelen és így a kificamodott térdkalácsot káros helyére rögzíti. De nemcsak hogy rögzíti a már létrejött ficamot, hanem alkalmas esetben minden egyéb erőbehatás segítségével létre is hozza. Nem is említve a szokványos ficamokat, ahol akárhányszor csaknem minden lépésnél kirántja a helyéről a térdkalácsot. Különösen a hossz tengelycsavarodással járó traumás patella-ficamok azok, amelyeket a quadriceps szabálytalan összehúzódása okoz. Az izomhúzásra támadt térdkalácsficamokat sokáig vitatták. Azonban a pontosan észlelt esetek, ahol a patellát érő trauma igen csekély volt, sőt közvetlen erőbehatás a térdkalácsot nem is érte, a quadriceps e káros tulajdonságát beigazolták (R. Goelich, Link, Borchard, Finsterer, G. Ferry, Hartleib).

A hossz tengely csavarodásos, ú. n. verticalis vagy torsiós térdkalácsficamok mechanizmusát nehéz is volna a quadriceps segítségével elképzelni. Mert egy egyszerű eltolódásos ficam könnyen értelmezhető. A térdkalács belső oldalát pl. egy erős ütés éri, aminek következtében a térdkalács a külső condylus külső oldalára löködik és ott a planum epicondylieumban megtámaszkodik. Az irodalomban közölt kevés számú esetben, ahol a térdkalács tengelycsavarodásos ficama bekövetkezett, a szerzők csaknem egyformán értelmezik e ficamok mechanizmusát, akár érte a térdkalácsot közvetlen erőbehatás, akár nem. A véleményeket összegezve, a hossz tengelycsavarodás úgy jön létre, hogy az erőbehatás pillanatában a quadriceps egyik fele hirtelen

len összerándul, míg a másik fele nyugalomban marad. Az így féloldalról megrántott quadriceps-in a patellát megfelelő oldalán megrántja és a túlsó nyugvó fél körül, mint tengely körül, elfordítja. Ezáltal a térdkalács élére áll, amely helyzetben a quadriceps feszítő ereje rögzíti továbbra. Ahhoz, hogy a quadriceps e felbillentő mozgulatot létrehozassa, milyen helyzetben kell lenni az alsó végtagnak, a felfogások nem egységesek, mert



1. ábra.

ki-ki a saját esetében adódott helyzetet találja alkalmasnak. Goelich esetében pl. teljesen nyújtott, másoknál többé-kevésbé behajlított helyzetben volt a térdizület.

Alábbiakban legyen szabad saját esetemet ismertetni, amelyben a térdkalácsficamok ritkább alakjáról, a tengelycsavarodásos ficamról lesz szó. (Streubel szerint a torsiós patella-ficamok az összes térdkalácsficamoknak csak egyhatodát teszik ki.)

1925 ápr. 14-én T. J. 22 éves tisztviselőt a mentők azzal hozták a klinikára, hogy félórával azelőtt bal térdre kificamodott. A baj keletkezésére nézve a beteg előadta, hogy labdarugás közben érte a baleset, még pedig úgy, hogy bal lábával a feléje guruló labdába akart kívülről befelé és előre rúgni. A rugás nem sikerült, mert a labda gyorsabban haladt, mint ahogy ő ítélte és így csak cipője belső szélével súrolta a labda tetejét. A rugás befejezése pillanatában bal térdében egy recesenéssel kapcsolatos igen éles fájdalmat érzett, amire ő jobboldalára eldőlvé, magához karolta a térdét. Ekkor észrevette, hogy térd alakja megváltozott. Törést gyanítva, behajlított térdét erőszakkal kinyújtotta és azóta ebben a helyzetben feszesen rögzítődött. A beteg igen nagy fájdalomról panaszkodott.

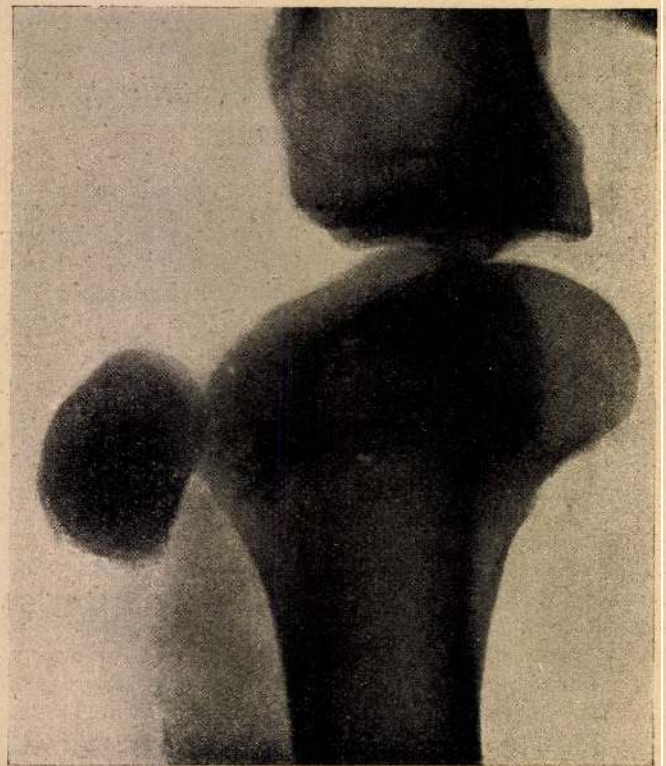
A barnabőrű, jól fejlett, szabályosan kitornászott izomzatú beteg bal térdére tekintve, rögtön feltűnt, hogy a térd elülső külső oldalán 4 cm-nyi magas rendellenes elődomborodás van (1. ábra). Közelebbi vizsgálatra kitudt, hogy az előemelkedést a hossz tengelye körül elfordult és élére állított térdkalács okozza. Tapintással a térdkalács helyzetét pontosan meghatározni nem lehetett, egyrészt a nagy fájdalom, másrészt az élére állított térdkalács alsó és felső végétől csavarirányban elhúzódnak, keményen kifeszített szalagok miatt. Annnyit mégis megállapíthattunk, hogy a térdkalács porcfelületével kifelé fordult és hogy a combcsont külső condylusán támaszkodott meg. A kificamodott térdkalácsot megmozdítani nem lehetett, a térdizület teljesen nyújtott helyzetben rögzített volt. A beteg nem tudta térdét mozgatni, a passzív mozgatót a heves fájdalom miatt nem erőszakoltuk. De különben is félős volt, hogy a kifeszített és elcsavart quadriceps-in a

hajlítással járó fokozott nyújtásra elszakad. A Röntgenfelvételt (Markó dr.) világosan mutatja a térdkalács helyzetét (2. ábra). A patella porcfelületével kifelé és kissé lefelé fordulva, belső szélével a külső condylus domborulatának külső peremén támaszkodik. Tehát tengelycsavarodással szövődött külső térdkalácsficammal állunk szemben.

A ficam helyretevése chloroform-altatásban könnyen sikerült a Hamilton-féle eljárással. A beteg az izgalmi szakban egy óvatlan pillanatban teljesen behajlította térdét, anélkül, hogy a ficam állásán változás vagy a szalagokban kár esett volna. A mély bódulatban a beteg végtagot nyújtott helyzetben bal vállamra emeltem, hogy az így nyert csípőhajlítással a quadriceps feszülése csökkenjen. Ezután megpróbáltam az élére állított patella kiálló szélére gyakorolt egyszerű nyomással a térdkalácsot visszanyomni. De ez így módon nem sikerült. Erre jobb hüvelykujjam begyét mélyen a patella porcfelületé alá benyomtam s bal tenyermel a kiálló patellaszélt lenyomtam, mire a térdkalács hangos zökkenéssel rendes helyére pattant. Utána a végtagot nyújtott helyzetben sínre rögzítettem, a térdkalácsra nyomókötést helyeztem.

A kórlefolyás teljesen zavartalan volt. Másnap a térdizületben kevés folyadékot tapintottam, ami a szalagszakadás után támadt vérzés kapesán várható is volt. A hatodik napra a folyadék a térdizületből eltűnt. Érdemes megemlíteni, hogy a beteg már az ötödik napon, tilalom dacára, élénken mozgatta a térdét, minden káros következmény nélkül. A beteget saját kérésére a helyretevés utáni hetedik napon hazabocsátottuk és azóta teljesen jól van. A beteget, aki szenvedélyes sportember, elővigyázatosságból egy évre eltöltöttük a labdarugástól. Ennek ő úgy engedelmeskedett, hogy bár labdát nem rúgott, de 40 nap múlva atletikai versenyen vett részt mint magas- és távolugró, ahol másfél méter magasat ugrott.

Esetünkben tehát a ficam tisztán a quadriceps húzására jött létre, mert hiszen a térdkalácsot semmiféle külső erőbehatás nem érte. A ficam úgy keletkezett, hogy amikor a játékos a labdát nem találta el, hanem



2. ábra.

a levegőbe rúgott, az erős rugásra beállított quadriceps a labdába való ütődés hiánya folytán nem kapta meg a kívánt fékezést és így az izom külső fele, az alszár kifelé lévén fordítva, a belső fél felett túlsúlyra jutott, a térdkalácsot élére fordította és oldalra kirántotta. Ilyen tengelycsavarodással szövődött külső ficamot írt le: Borchard, Matco Milano Enrique és Parkes (cit. Hoffa).

Labdarugás közben keletkezett térdkalácsficamot eddig csak *Finsterer* írt le, amely esetet v. Saar: „Die Sportverletzungen” című könyvében mint ritka sport-sérülést meg is említi. Tekintve, hogy a labdarugás mind nagyobb tért hódít, a jövőben több eset észlelése várható és a patellaficam mint a labdarugósport jellemző sérülése fog szerepelni.

Esetünk annyiban érdekes, mert bizonyítja azt, hogy teljesen ép térdízület mellett, minden praedisponáló körülmény nélkül, mint gacsos térd, laza fők-szalag, ilyen ficam tisztán izomhúzásra is létrejöhet. Továbbá, hogy a ficam helyretervése, amely több esetben igen nehezen, néha csak véres úton sikerült, mondhatni, minden nehézség nélkül ment végbe. Végül, hogy a beteg könnyelmű viselkedése dacára kiújulásmentesen, teljes működéssel gyógyult. Ennélfogva esetünk a traumás térdkalácsficamok kórjósát csak javíthatja.

Irodalom: Borchard: Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1901, 60. köt., 577. old. — Ferry G.: Ref., Ztbl. f. Chir. 1924, 31. sz., 1700. old. — Finsterer H.: v. Bruns' Beitr. 62. köt., 453. old. — Goelich R.: Ztbl. f. Chir. 1895, 1. sz., 23. old. — Hartleib: v. Bruns' Beitr. 107. köt., 111. old. — Link J.: Ztbl. f. Chir. 1896, 16. sz., 381. old. — Mateo Milano Enrique: Ref., Zentralorg. f. d. ges. Chir. 1922, 16. köt., 366. old. — Parkes: cit. Hoffa: Lehrbuch d. Fract. u. Lux. 1904, 4. kiad. — v. Saar: Die Sportverletzungen 1914, 71. old. — Streubel: Schmidt's Jahrbücher 1866, 129. köt., 130. old.

THERAPIA

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Verebely Tibor dr. egy. ny. r. tanár).

Az orrgaratür tamponálásának újabb változata.

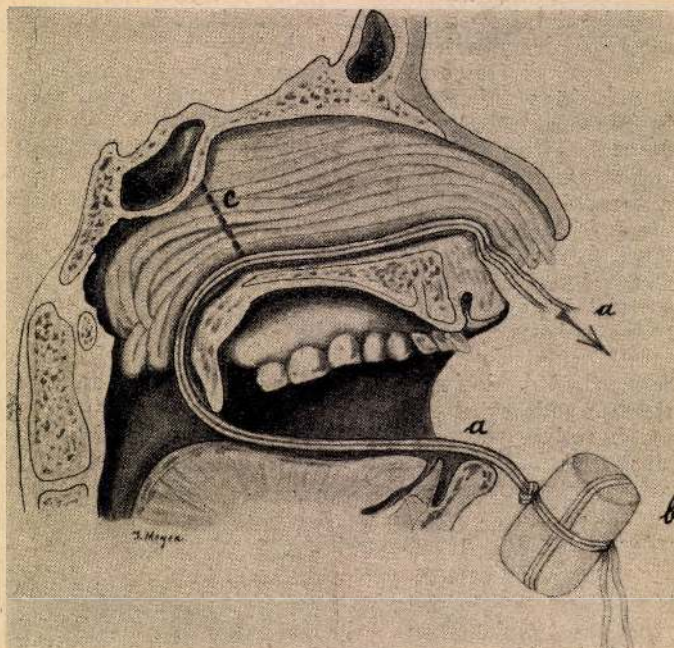
Írta: Wein Zoltán dr. tanársegéd, a fül-, orr-, torok-rendelés vezetője.

Előfordul a gyakorlatban, különösen az orrgaratür boltozatában, a koponyaalapon ülő daganatok eltávolítását követőleg, de adenotomia után is, hogy a vérzés az előírással végzett, szokásos Belloq-féle tamponade dacára sem szűnik meg. Ennek oka abban rejlik, hogy a tampon nyomása mindenekelőtt előfelé, tehát a hortogók (choanák) irányában érvényesül, ahová azt a külső orrnyílás felől alkalmazott húzással rá-szorítjuk, de nem gyakorol nyomást felfelé, a koponya-alap irányában, főként, ha ott daganateltávolítás után ür, illetve mélyedés maradt, de még kissé öblösebb garatboltozat esetén sem, úgyhogy a garatboltozat felső faláról és hátsó-felső szögletéről a vérzés tovább folytatódik. A Belloq-tampon nagyságát sem fokozhatjuk a végletekig, mert annak legnagyobb méretei meg vannak szabva, egyfelől a kemény szájpád hátulsó szabad szélének hossza, másfelől annak a genrincoszloptól való távolsága által (a mesopharynx-ból a rhinopharynx-ba vezető út legszűkebb részének homlok- és nyíli irányú átmérőitől), már pedig az öblös, vagy daganateltávolítás után felfelé kiöblösödő garatboltozatot néha az orrgaratürbe még beszorítható legnagyobb tamponnal sem sikerül szorosan, tehát a vérzéscsillapítás szempontjából eredményesen kitölteni.

Ezen hiányosság kiküszöbölésére adott esetben a gyakorlatunkban már több ízben bevált, alább következő egyszerű módszert ajánlom:

Miután az orron át a Belloq-tamponnak egyik, a szokottnál hosszabbra hagyott, kettőzött fonalát (lásd az ábrán „a”-nál) már kivezettük, a tampont magát (az ábrán „b”) még nem húzzuk be az orrgaratürbe, hanem egyelőre hagyjuk a hosszú fonalon lógni a szájon kívül. Ezekután az orrüreget a szokásos módon harmonika-

szerűen kitamponáljuk az általában használatos, körül-belül 1 cm széles gazeesik segélyével, de azzal a lényeges különbséggel, hogy a belső hajtásokat a hortogók homlokirányú síkján (az ábrán „c”) túl is bevezetjük a szabad orrgaratürbe, miáltal ott a kiöblösödés nagyságához mérten kisebb vagy nagyobb gazetömeg halmozható fel. Ezt a közbeiktatott phasist követi azután a Belloq-tampon behúzása az orrgaratürbe, az orron át már előzetesen kivezetett kettőzött („a”) fonal segélyével, mikor is ez utóbbi meghúzása az orrgaratürt már többé-kevésbé kitöltő gazegomolyagot egyúttal bepré-seli a garatboltozatba, különösen ha a garatba vezetett ujjunkkal külön is felfelé szorítjuk még a lágyszájpad mögé behúzott tampont, mely művelet fontosságát nyomtatékosan kívánom hangsúlyozni, mert az általában el



szokott hanyagoltatni, pedig nagy jelentősége van, el-annyira, hogy makacsodó vérzések esetén néha ön-magában is meghozza a sikert. Végül a Belloq-tampont előírással rögzítjük és nyomását biztosítjuk a külső orrnyílás elé helyezett gazegomolyagra történő rácsomózás segélyével.

Ezzel a módosított Belloq-féle eljárással sikerült eddig még minden — lett legyen az a legmakacsabb — orrgaratürbeli vérzést megszüntetni és noha lehetségesnek, sőt valószínűnek tartom — bár magam soha nem olvastam vagy hallottam róla —, hogy a műtői gyakorlat másokat is készített nehéz helyzetben hasonló megoldásra, mégis úgy vélem, hogy ez eljárásnak, mint módszernek, kidolgozott formában való részletes közlé-sével talán szolgálatot teszek azoknak, kik a tamponálás szokásos módjaival meg nem szüntethető orrgaratürbeli vérzéssel kerülhetnek adódó alkalommal szembe.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az Adams-Stokes-féle tünetesoport és pathogene-sise. E. Géraudel és R. Giroux. (La Presse Médicale, 1926, 17. sz.)

A szerzők azon régebbi feltevésükből indulnak ki, hogy a kamrára nem a sinusomóban keletkező ingerület tevődik át (a His-nyaláb útján), hanem a kamra összehúzódása mindig független a pitvarétól. A pitvar számára a Keith-Flack-féle csomó (melyet „atrio-nector”-nak neveztek el), a kamra számára a Tawara-

féle csomó, a His-nyaláb és a Purkinje-hálózat (együttvéve „ventriculo-nector“) biztosítja az idegrendszerből jövő inger eljutását a contractilis szívizomba. Az Adams-Stockes-féle tünetesoportot, melynek lényege a kamra bradyrhythmiája, a „ventriculo-nector“ ischaemiája idézi elő. Egy eset szövettani feldolgozása (1200 sorozatos metszet) a Tawara-csomónak, His-nyalábnak és a száraz kezdeti részének semilyen anatómiai elváltozását nem derítette fel, ellenben az ezen területet ellátó érrendszerben endarteritises felrakódások voltak láthatók, amikhez érgörcsök járulhattak.

Horváth László dr.

A „hypotoniás tünetesoport.“ Prof. C. Joachim. (Münch. Med. W. 1926, 16. sz.)

Átmeneti vagy állandó vérnyomáscsökkenés gyakori tünete különböző belső, szervi megbetegedéseknek (szívbántalmak, Addison-kór, diabetes, stb.). Szerző vizsgálatai főleg azon esetekre vonatkoznak, melyeknél az állandó hypotoniának fenti okai nem mutathatók ki. Ezen egyének (148 eset) 10%-án a vérnyomáscsökkenéssel összefüggő, jellegzetes tüneteket észlelt, amit mint „hypotoniás tünetesoport“-ot elkülönít a hasonló állapotoktól. Állandó alacsony vérnyomás, feltűnő sápadtság, adynamia, ájulási hajlamosság és nyirokesomódusok jellemzik a kórképet. A nyirokesomódusokat kimutatható okát nem találta. Szerinte ezen esetekben úgy a tensioesökkenést, mint a többi kísérő tüneteket a lymphás rendszer megbetegedése okozza. Ezt a feltevést támogatná Wirth állatkísérlete (nyirokesomókivonat vérnyomáscsökkentő hatása), valamint nyirokesomókivonat hasonló hatású terapiás alkalmazása (Scarpa). A szokásos arsenkezelés, amit az ilyen betegeknek rendszerint végeznek, valószínűleg szintén a nyirokrendszerre gyakorolt előnyös hatás folytán eredményes. Szerző ezen bántalmaknál hosszabb időt át kis dózisú strichnin adagolását ajánlja.

Fischer dr.

Trigeminus-neuralgiák Röntgen-kezelése. Prof. Fr. K. Walter—Fr. Lax. (Münch. M. W. 1926, 16. sz.)

Röntgen-sugarak antineuralgiás hatása ismeretes. Már Wilms is megkísérelte trigeminus-neuralgiáknál a besugárzást (1918). Szerzők hatévi tapasztalataikról számolnak be. Trigeminus-neuralgiák 465 esetében alkalmazták rendszeresen a Röntgen-kezelést igen jó eredménnyel; az esetek 63%-a meggyógyult, 20%-ban pedig lényeges, tartós javulás követte a besugárzásokat. Az aránylag kisszámú refractaer esetben (7%) a besugárzás eredménytelenségét főként az előzetesen alkalmazott műtéti vagy injectiós beavatkozás káros hatásának tulajdonítják. Igen fontos a besugárzás helyes technikai kivitele. Ha egyszeri kezelés nem vezet eredményre, úgy az többször is megismétlendő (1–5 besugárzás). A besugárzásokat rendszerint párnapos, igen heves fájdalommal járó visszahatás szokta követni, ami prognostikailag kedvező tünetnek tekinthető. Olykor reactio nem jelentkezik. A teljes gyógyulás vagy javulás tartósan látszik; szerzők eddig mindössze egy recidívát észleltek. A Röntgen-besugárzások eredménye szerintük minden más eddigi terapiás hatást felülmúl s így ajánlják trigeminus-neuralgiák minden esetében annak rendszeresebb alkalmazását.

Fischer dr.

A tetania kóroktanáról. Beumer. (Med. Klin. 1926, 10. sz.)

A tetaniát az jellemzi, hogy küszöbalatti inger a peripheriás-motoros ideg izgalma által a megfelelő izomban rángást vagy görcsöt vált ki. A görcs akkor is létrejön, hogyha a peripheriás-motoros ideg a központi idegrendszeri összeköttetéstől megszakíttatik. Overton és Loeb azt találták, hogy az izom-idegkészítményeknek ingerlékenysége az ezt körüláramló folyadéknak a só-tartalmától, különösen annak Ca-mennyiségétől függ. A csecsemők tetaniájánál rendszeresen alacsonyabb a vér Ca-tartalma, bár gyakran a tetania súlyossága nem jár párhuzamosan a vér Ca-jának abszolút megeszkénésével, hanem igenis a vér szabad Ca-ionjainak a csökkenése az, ami a motoros idegvégződésben fokozott ingerlékenységet és így az izomban görcsöt vált ki.

A vérben előforduló colloidalis fehérjéhez kötött vagy disszociálatlan Ca-só az idegre úgyszólván közömbös hatású. Fontos szerepe van a Ca disszociációjára a vér vegyhatásának, azaz savanyú vagy lúgosabb voltának, amennyiben előbbi esetben a Ca ionisációja elősegítetik, utóbbi esetben a disszociatio gátolva van. A vér savanyú kémhatása leginkább a savasavtartalomtól függ, a basikus voltát a carbonatok és a kettős phosphatok szabják meg. Ezekután könnyen meg tudjuk magyarázni a tetania különböző alakjait. Calcium- és natriumphosphatok adása után úgy embernél, mint állatnál létrejön a phosphat-tetania, egyrészt azért, mert a Na_2HPO_4 a vért lúgossá teszi és emiatt annak Ca-ja a serumhoz kötődik, másrészt a phosphatokhoz kapcsolódva, kicsapódik. Végeredményben az abszolút és disszociált Ca mennyisége megeszkén. Savanyú phosphattal tetaniát előidézni nem sikerült. Ugyancsak latens tetaniát a lényegesen nagyobb mennyiségű phosphatokat tartalmazó tehéntej is manifestté tehet. Atonia ventriculinál hányás alkalmával sok sav távozik a szervezetből, minek következtében alkalikusává válik a vér, az ionisált Ca inactiválódik és tetaniás rohamok válódhatnak ki, ugyancsak spasmophil diathesisben nyugvó helyzetben mély és gyors légzéskor a vérszénsav-vesztés következtében hasonló tünetek jöhetnek létre. A parathyreopriv tetaniánál a vér phosphattartalma emelkedik, minek következtében a disszociált Ca csökken. Régebben az volt a felfogás, hogy epitheltestek nélkül az állatok tetaniában elpusztulnak, a mostani vizsgálatok bebizonyították, hogy ilyen állatokat lakto-vegetabilis diatán évekig életben lehet tartani, ellenben tiszta húsételek mellett az állatok rövidesen elpusztulnak. Magyarazatul felvették, hogy a húsban lévő kreatinból guanidin hasad le, mely az izom tonusát fokozza, illetve görcsöt okoz. Grenwald kutatásai ezen felfogást megdöntötték, amennyiben ő tetaniás állat vérére 80%-os alkohollal extrahálta és az extractumot egy másik parathyreopriv kutyába fecskendezte, melynek nem volt manifest tetaniája, dacára e beavatkozásnak, a kutya egészséges maradt. Már pedig a guanidin és ehhez hasonló anyagok alkoholban jól oldódnak. Ezek szerint a parathyreopriv tetania nem guanidin-mérgezés. Ha ilyen állatokat olyan tejjel itatunk, melynek Ca-ját előzőleg oxalsavval kicsaptuk, tetaniát kapnak. Viszont ha tiszta húsetetés mellett bőven adunk Ca-ot, az állatok nem betegszenek meg. Ez világosan mutatja a Ca-nak fontos szerepét. Nagy haladást jelentett Colip felfedezése, aki az epitheltestekből extractumot készítve, nemcsak a parathyreopriv állatok vérének a Ca-tartalmát tudta normalis értékre emelni, hanem még az egészséges állatokon is a normalisnál magasabb Ca-értéket tudott ezen extractumok befecskendezésével előidézni. A tetania gyógyításánál tehát két szempontot kell szem előtt tartani: egyrészt a csökkenő Ca-tartalmat kell emelni, másrészt a Ca disszociációját kell elősegítenünk. A hypocalaemiát nagyobb mennyiségű Ca bevitelével csökkenthetjük, a Ca disszociációját pedig savakkal tudjuk fokozni. Keltstein dr.

Sebészet.

A törvégek irreponibilis dislocatiója a subperiostalis fracturáknál. E. Müller, Stuttgart. (Zentralblatt f. Chir. 1926, 5. sz.)

A gyermekkorban, rendszeren 11–15 éveseknél előforduló subperiostalis alkar-csonttöréseknél szerző észlelt esetekben a törés mindig az alkarcsontok alsó epiphysis-vonala fölött szokott bekövetkezni. A dislocatio olyan, hogy az alsó törvég a felsőnek háti oldalára tolódik. A repositio csak véres úton lehetséges, amely a törvégek szabaddátételéből állt. Hogy a periosteum ilyen esetekben sértetlen volt, bizonyítja az, hogy a törvégek óvatos szabaddátételekor a lágyrészekben vér nem találtatott, csak a periosteum megnyitása után tűnt elő. Röntgen alatt az ilyen törések látszólagos helyes repositiója mindig azt mutatta, hogy a dislocatio továbbra is fennáll. A tünetek: nagyfokú rendellenes

mozgathatóság, crepitatio nélkül és a dislocatio fennállása a narkosisban véghezvitt repositio után; némely esetben csekély fájdalommasság észlelhető. Két esetben észlelt a felkaron is ilyen subperiostalis törést, egy esetben pedig 38 éves férfiúnál a magasabb kor dacára is észlelt Röntgennel, majd műtéténél ilyen subperiostalis alkartörést. Mindenkor figyelemmel kell lennünk azon körülményre, hogy a sértetlen bőrön át tapintva, ne kicsinyeljünk le a fennálló kiskokú dislocatiót, ugyanis a kifeszülő periost a törvégek közti spatiumot részben kiegyenlíti. Ezen tévedésekkel szemben a Röntgen-kép biztosít.

Schmidt Károly dr.

Therapeutikus kísérlet egy epitheltest tumor kiirtásával ostitis fibroma generalisatánál. F. Mandl, Wien. (Zentralblatt f. Chir. 1926. 5. sz.)

Szerző esetében egy 38 éves betegnél a Röntgen a csípő- és combesontok typusos ostitis fibrosáját mutatta. 1924 decemberben a bal combesont spontan fracturája következett be. 1925 júniusban pedig az alsó végtagjai mintegy megbénultak. Végtagjait absolute nem tudja mozgatni, sem állni, sem ülni nem tud. Ezekután Erdheim theoriája szerint, ki ostitis fibrosánál fokozott epitheltest-functiót vesz fel, epitheltestet adott betegének; még pedig egy moribund egyén epitheltesteit transzplantálta. A beteg állapota azonban változatlan maradt. Ezért ugyancsak Erdheim theoriája szerint egy epitheltest-tumorra gondolva, megoperálta a beteget, noha daganat nem volt tapintható. Local anaesthesiában végezve a műtétet, tényleg talált a pajzsmirigy háti oldalán, a trachea mellett egy mandulanagyságú, sárgás tumort. A tumor szövettanilag ép epithelszövetet nem mutatott, inkább malignusnak látszott. A műtét seb per primam gyógyult. A műtét utáni ötödik napon a vizelet tiszta és már nem rakódott le mészsó az edény falára. A vizeletben csak 9.6 mg-% mészsó választódott ki, a műtét előtti 54 mg-%-kal szemben. A műtét után négy hónap múlva Röntgennel a csípő- és combesontokban erős mészlerakódás észlelhető. Subjective a beteg örömdetesen javult. Hetek óta mankóval járkal, fájdalmi nincsenek, lábát jól mozgatja; hízik és erősödik. Ezért kétségbeesett casusokban, midőn minden gyógyszeres kezeléssel sem érhető el eredmény, jelen eljárás ajánlja az Erdheim-féle theoria meggondolása alapján.

Schmidt Károly dr.

Az emlőgyulladás Mathes-féle alakjáról és az emlőgyulladás megelőzéséről. E. Preiszecker. (W. kl. W. 1926. 6. sz.)

Mathes közleménye óta az emlőbimbó körül sugárakban fellépő, hirtelen magasba szökő lázzal kísért bőrpírt, mely alatt semmiféle beszűrődés nem észlelhető, s mely tünetek rövid fennállás után épp oly hirtelen szűnnek meg, „mastitis Mathes“ néven ismerjük. Régebben az emlőgyulladás ezen alakját tej pangásnak vagy mastitis purulentának tartották és eszerint csoportosították. Csodálkozással látja, hogy Silzer és Meyer nagy anyaguk feldolgozásánál említik ugyan ezt az alakot, de mint rendkívül ritkát, holott szerző ezzel ellentétben aránylag kisebb anyagon jelentékeny számban talált ilyen megbetegedést. Az emlőgyulladás megelőzése szempontjából, Silzer és Meyerrel szemben, kik a legmesszebbmenően helyeslik az emlő prophylactikus ápolását, abban szögezi le az általa követett elvet, hogy a legtöbb, amit terheseknek megenged, az az emlőbimbó leszappanozása. Túlerős szappanozást, alkohollal és egyebekkel végzett mosásokat, dörzszöléseket károsnak, sőt egyenesen mastitist okozóknak tekint. Mások nézetének felemlése után, melyek egymásnak homlok-egyenest ellenkezői, saját statisztikáját közli, mely szerint mastitis fellépése a gyermekágyasoknál ugyan olyan számú, mint a legtöbb egyéb klinikán.

Herresbacher dr.

Basedow-kór és antithyreoidin. E. R. Grawitz. (Kl. W. 1926. 4. sz.)

A jelen álláspont szerint a Basedow-kór a pajzsmirigy túlműködésének folyamánya. Hogy azonban ezt a túlproductiót milyen magasabb vegetatív góccok kor-

mányozzák, azt homály fedi. Annyi bizonyos, hogy a szervezet oxydatiós folyamatait a pajzsmirigy kormányozza és az alapanyagcsere fokozódása vagy csökkenése a pajzsmirigy működésének növekedésével, illetve fogyásával arányos. Ilyen módon az alapanyagcsere százalékos meghatározása fokmérője a pajzsmirigy működésének, tekintet nélkül arra, hogy a Basedow-kórt a pajzsmirigy működésének fokozódása kizárólag okozza-e, vagy csak egyebek mellett. Ezen szemszögből nézve a Basedow-kórt, vizsgálta a szerző a Merck-gyár által Moebius szerint készített és régebben forgalomba hozott savókészítményének, az „Antithyreoidin-Moebius“-nak hatását Basedow-kórra. A készítmény, melynek hatásáról és gyakorlati használhatóságáról annakidején sok vita folyt és a nézetek megoszlottak, pajzsmirigykiirtott bárányok savójából készül, azon feltevés alapján, hogy a pajzsmirigytől megfosztott szervezet olyan védőanyagokat termel, melyek a Basedow-kórnál képződő mérges anyagokat megkötik, vagy közömbösíteni képesek. Több kísérletből azt tapasztalta, hogy kevés refracter viselkedő eset kivételével az antithyreoidin a kórosan magas alapanyagcserét csökkenteni, sőt a normalisra leszállítani képes. A jóhatás feltétele, hogy nagy adagokat adjunk, mert csak így érhető el, hogy a gyógyszerelés abbahagyása után is alacsony maradjon az alapanyagcsere százaléka. Különösen ajánlja a szer adagolását műtétek előkészítése céljából. Ez alapon a Basedow-kór savós kezelését fejlődőképesnek tartja.

Herresbacher dr.

Szemészet.

Fénykezelés a szemészetben. Stock, Tübingen. (Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1926. ápr.)

A szerző ismerteti erre vonatkozó tapasztalatait: A quarzlámpát serophulotikus, gyengén táplált betegnek alkalmazva, az általános állapot megjavítását célozza. A szem besugárzására nem használja. A Köpper-féle kékfényt helybelileg is alkalmazza, jó eredményt azonban egyedül a herpes corneae-nál kapott. Sollux-féle vörösfénnyel az eredmények kétesek. A Röntgenbesugárzást Stock szerint csakis Röntgen-intenzetben szabad végezni. Alkalmazása széleskörű. Jó eredményeket kapott a hypophysis-tumor besugárzásától. Ezzel szemben nagyon változóak az eredmények az orbita, szemhéj és szemteke daganatainál. Jó hatása van a besugárzásnak a gümőkóros uveitisek ellen. Általánosságban 20%-os erytemadosist használ. Nem szabad besugározni olyan szemeket, amelyek sympathiás gyulladás keltésére alkalmasak.

Horay dr.

A szemfeszülés cukorbetegknél. Marx. (Zentr. f. d. g. Ophth. 1926. ápr.)

A coma diabeticumnál néha észlelhető alacsony tensiót a vérben lévő cukornak és acetontesteknek tulajdonítják. Marx néhány diabeteses betegénél a szemfeszülését insulinbefecskendés előtt és után megmérte, ugyanakkor a vércukortartalmat is. Nem talált párhuzamosságot a tensio és a vércukortartalom között, bár a tensio egyes esetekben a glukosemennyiség csökkenésére reagált. Másodsorban azt vizsgálta meg, hogy cukorbetegknél a glukoseadagolás okozza-e a szemfeszülés csökkenését? Két betegnél a vércukortartalmat egy óra alatt 200%-kal növelte, a tensio változatlan maradt.

Horay dr.

Endokrin zavarokon alapuló bőrelváltozások és lencseborússág. Löwenstein, Prága. (Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1926. ápr.)

57 éves asszony sok éven át hámló bőrbajban szenvedett, amelyet végre is 1910-ben myxoedemának kórisméztek. Havonta 12 thyreoidea-tablettát kapott, mire rövid időn belül a szemhéj-oedema és ekzema eltűnt. Szerző a betegen szokatlan alakú melső és hátsó kérgi lencseborússágot talált. A belsősecretiós vizsgálatok minden kétségen felül hypothyreoidismust állapítottak meg. Löwenstein a bőrbajt — régebbi hasonló észleléseire támaszkodva — és a lencseborússágot erre vezeti vissza.

Horay dr.

Gégészet.

A mandulák jóindulatú daganatairól. W. Klestadt. (Zeitschr. f. Lar. Rhin. Otol. usw. XIV. köt., 1925.)

Szerző két kérdés tisztázását tartja fontosnak: 1. vajjon valódi daganatokról (blastoma), vagy daganat-szerű hyperplastikus képződményekről van-e szó; 2. hogy szerkezetileg azonosak-e a környezettel vagy sem. Az irodalomban leírt egyes daganatok ismertetése után rá-
tér a mandula tokjának bővebb ismertetésére. Tizenhat hullából származó tonsillát, melyeket a szomszédsággal együtt vett ki, tett beható vizsgálat tárgyává. Látszólag helyes a föltevés, hogy a mandula nincs teljesen tokszerűleg bevonva, csupán fejkötő- vagy kehelyszerű durva kültakarója van (v. ö. Trautmann), amely szembetűnő szerkezeti sajátossággal bír. Mikroskopiás-topographiás praeparatumon kifejezetten megállapítható, hogy az a m. constr. phar. pharyngealis fasciájáról, mint annak megvastagodása válik le. A tokból ugyan-
úgy, mint a nagyobb szervek tunica albuginea-jából, sövények ágazódnak befelé, melyekben rugalmas szövet-
elemek és edények vannak; megjegyzi, hogy adott körülmények között a tok sajátos szövetelemei is befelé hatolhatnak, ezáltal a sövények és ezek kötőszövetes alapszerkezete fejlődésük során önálló tulajdonsággal bírnak, ellentétben a mandula környezetében levő azon kötőszövetes alapszerkezettel, amely a garatizomzat izomnyalábjaival folyik össze. A sövényekben és általában a tokkal összefüggésben levő részekben porc, csont, zsír előfordulhat anélkül, hogy ezeket idegen alakelemeknek kellene tekintenünk, tehát egyedül ezen szövetelemek előfordulása nem bizonyíték egy, a mandulában előforduló fejlődő daganatra. A szigorúan vett jóindulatú blastomák közül a ritka teratoidok, dermoidok és a még ritkább haemangioma és neurinoma fordulnak elő. Gyakoribbak a fertőzőes alapon létrejövő papillaris nyálkahártyadaganatok. Néha többé-kevésbé ép mandulaszövetnek a lefűződése fordul elő. Leggyakoribbak azon növedékek, melyek szövettanilag megegyeznek a mandula alapszövetével.

Campián.

Az orrszárny-beszívás diagnosisa és therapiája. W. Wleminsky. (Monatschr. Ohrenh. und Lar. 1926, 1. füz.)

Akadályozott orrlégzés esetén mindkét orrfelet meg kell vizsgálni s az ellenkező orrfél egyidejű elzárása mellett kell a beteget lélegeztetnünk, hogy a panaszait beigazolván láthassuk. Ha ezen vizsgálat nem vezetne célhoz, úgy tapintással kell meggyőződnünk az orrszárnyak állapotáról.

A műtétet novocain anaesthesia-ban érzéketlenítő-tűhöz hasonló, de éles hegygel ellátott eszközzel végzi, úgy-hogy közvetlen az orrfelet mellett behatol az orrszárnyba s ezt mintegy aláássa. Műtét után a szárcsatorna környékét jódtinktúrával beecseteli s rövid időre vattatampont helyez az orrba. Az eredmény, ami két-négy hét alatt következik be, úgy objective, valamint subjective teljesen kielégítő. Szerző szerint az orrszárnyak ellenállását, illetve megszilárdulását a műtét folytán keletkezett heg eredményezi.

Bajkay Tibor dr.

Gyermekeorvostan.

A tehéntej savójának jelentősége az akut hasmenéses táplálkozási zavarok létrejöttében. Finkelstein. (Zeitschrift f. Kinderheilk. 35. köt., 1. füz.)

A szerző már 1910-ben hangsúlyozta, hogy mestersegesen táplált csecsemőknél az akut hasmenés táplálkozási zavarok létrejöttében a savónak (a caseint, zsírt és cukrot tartalmazó folyadék) fontos szerepe van. Miután az utánvizsgálók legnagyobb része ezen feltevést tagadja, a kísérletek fonalát újra felvetette. Csecsemőkön tett megfigyelései azt bizonyítják, hogy savókeverékkel sokkal könnyebben és gyakrabban következik be hasmenés vagy hasmenés lázzal, mint vizes keverékkel.

Fehérjetelenített savó bőséges cukor- és casein-tartalommal gyakran, ugyanez casein nélkül sohasem okoz lázat. Az előző keverék adására létrejött láz az utóbbi oldat adagolására megszűnik. Ez a tény Moro felfogását igazolja, mely szerint a savócukorláz a tej-fehérjével összefügg. Ugyanaz a különbség, mely a fehérjetelenített savó, cukor és casein között egyrészt, a fehérjetelenített savó és cukor között másrészt fennáll, megvan a fehérjetelenített savó, cukor és casein, valamint a cukrosvíz és casein között. Ez a kísérleti tapasztalat Moroval szemben arra utal, hogy az alimentaris láz létrejöttében a fehérje és cukor mellett a fehérje- és cukormentes savómaradéknak is szerepe van.

Az alimentaris láz pathologikus bélállapottól független, ami hasmenésben nyilvánul. A hasmenés foka és a láz foka között nincs parallelismus. Ugyanazon táplálék mellett a hasmenés és lázra való készség igen különböző. Az alimentaris láz létrejöttében tehát helyi és általános constitutionalis momentumok is szerepet játszanak.

Steiner dr.

Hypertrophia tonsillarum infantilis et puerilis. C. Pirquet. (Zeitschr. f. Kinderheilk. 39. köt., 4. füz.)

Pirquet három nagy statisztika alapján tanulmányozta a mandulák fejlődési viszonyait. E három statisztika: 1. a Schönberger által összeállított, a 0—20 éves korig egészséges egyénekre vonatkozik; 2. a wien laryngologiai klinika ambulatoriumának beteganyaga, s a 3. egy angol Medizinalstatistik, amelyben 4587 esetben a tonsillitis szerepel halálok gyanánt. Pirquet megállapítja, hogy a negyedik életévben legnagyobb a hypertrophisált mandulák száma, igen nagy az operáltak száma s a tonsillitisben elhaltaké, s hypertrophia tonsillarum infantilis névvel jelöli az e korbéli mandulatúteget. Hypertrophia tonsillarum puerilis névvel jelöli a 10. év körül fellépő mandulamegnagyobbodást. Ez a hypertrophia életveszéllyel nem jár.

Tüdös dr.

A tehéntej-savó jelentősége az akut hasmenéssel járó táplálkozási zavarok létrejöttében. II. A széklet alacsony zsírsavtartalma savódus és savószegény tápláléknál. Birnberg-Pelka. (Zeitschrift f. Kinderheilk. 39. köt., 1. füz.)

Finkelstein klinikai adatainak ellenőrzésére az erjedés fokának megítélésére a székletek alacsony zsírsavtartalmát tették vizsgálat tárgyává. Kísérleteikhez különböző tejsavókat használtak fel teljes és fél savótartalommal. Vizsgálataik eredményeként leszögez, hogy teljes savótartalmú tápláléknál nagyobb százalékban találtak erjedéses savakat, mint félsavótartalomnál.

Steiner dr.

A gyermekkorú diabetes mellitusnak insulin-kezeléssel való további tapasztalatairól. R. Priesel és R. Wagner. (Zeitschr. f. Kinderheilk. 39. köt., 1. füz.)

Szerzők éles határt vonnak a felnőttek és gyermekek diabetesé közt. S míg az elsőnél nem tartják valószínűnek a mindig tiszta pankreas-diabetest, addig a gyermekek diabetesét minden esetben kizárólag pankreas-diabetesként fogják fel. 17 hónapos használata után az insulinról összefoglaló jelentést tesznek. Összesen 15 diabetes mellitus esetük volt; közülük hárman kizárólagosan diéta kezelésben részesültek. Hét insulinnal kezelt eset részletes leírását adják, míg öt másik esetet (a dolgozat lezárása után) csak megemlítenek. Az esetek súlyosságára a gyermekkorban egyedül a hyperglykaemia fokát tartják mértékadónak, tehát a therapiára nézve is az a mérvadó, hogyan tudunk normoglykaemiát előidézni. Vagyis amíg diétásan elérjük ezt, nem szükséges az insulin. Könnyű és közepes eseteknél gyorsabban befolyásolható a vér cukortartalma insulinnal, mint tisztán diétásan. Súlyos eseteknél azonban az insulin életmentő hatású lehet. Így cománál az insulin abszolút indicált. Tapasztalataik alapján azt állítják, hogy súlyos eseteknél az insulin 3—4 hónapos adagolás után a duplájára kellett emelni, tehát tartós tolerancia fokozását a szervezetnek insulinnal sem lehet elérni. Még könnyű

diabeteseknél is a tolerancia fokozása insulinnal csak átmeneti. Szerzők az insulint mint valódi *substitutio*s *therapiát* fogják fel. Az insulinhata középontjában a szénhydratbontás befolyásolása áll. Az insulin két hatása: az alacsony befolyásolása és a diuresis csökkentő hatása tulajdonképp secundær hatás, és pedig a szénhydratanyagcsere hatásai ezek. Az insulin adagolását általában naponta két ízben végezték, napi 20–100 egységet adva összesen $\frac{1}{2}$ – $\frac{3}{4}$ órával a szénhydrat felvétele előtt. De egy igen súlyos esetben, praecomás állapotban, az első 24 órában 480 egység insulint is adtak igen jó eredménnyel.

Rohrböck Ferenc dr.

Tehéntejintolerancia purpurával egy csecsemőnél. Landsberger. (Zeitschr. f. Kinderheilk. 39. köt., 5. füzet.)

A szerző által észlelt természetesen táplált csecsemő az első ízben egy hétig adott tehéntej után urticariászerű tünetekkel és purpurával betegedett meg. Az ismételt adott tehéntej- s intracutan-próbával több fehérjeféleséggel (állati fehérjék, kevésbé növényi fehérjék) szemben a csecsemő mindig anaphylaxiásan viselkedett s minden alkalommal spontan vérzések vagy vérzésekre való fokozott hajlam (leszorítás utáni vérzések) is jelentkezett. Az itt észlelt purpurát az anaphylaxiával összefüggő jelenségnek tartja s mivel csak a tehéntej bevitele és az intracutan-próbák után jelentkezett, neurogen componens szerepét kizárja.

Ruszl dr.

Gyomortágulat a gyermekkorban. Bogen—Schmiedmann. (Jahrb. f. Kinderheilk. 111. köt., 1–2. füzet.)

A szerzők a gastrektasia azon fajáról beszélnek, melyet a gyomor essentialis megnagyobbodása jellemez a motorikus erő elégtelensége mellett. Egészséges gyermekeknél (200 esetben) a *Runeberg* methodusával a gyomor alsó határát a köldök felett 2–3 cm-re találta, gyengébb megtöltésnél 3–5 cm-nyire. Ektasiában szenvedőknél a köldök felett 1, sőt alatta 1–4 cm-re, s ez az alsó határ nem változott a töltés erőssége szerint. Amit, valamint a kiürülmeghosszabbodást, mit Röntgennel kontrollált, a gyomor tonuscsökkenésének tulajdonít. A legtöbb szerző szerint a tonuscsökkenés a táplálék nagy mennyiségének következménye, de felléphet fertőző betegség után: typhus, influenza, gastroenteritis után, anaemiás, rachitikus egyénekénél, s végül Stillerkóránál, mint az általános izomgyengeség részjelensége. A szerzők által vizsgált betegek 80%-nál a helytelen táplálkozás szerepel kórokozó gyanánt.

A betegség tünetei: étvágytalanság, fejfájás, halványosság, szédülés, hasfájdalmak különösen étkezés után, émelygés, ritkán hányás, obstipatio, flatulentia. Szervi elváltozás külső vizsgálatra néha semmi, súlyosabb esetben kikopogtatható mélyen álló gyomor alsó határ, meteorismus. Nyomási érzékenység soha sincsen. A próbareggeli többnyire savhiányt mutat. A therapia az aetiológiából könnyen adódik, s helyes táplálás mellett 2–3 hónapon belül feltűnő javulást, sőt gyógyulást észleltek.

Farnos Ilona dr.

Elméleti tudományok köréből.

Az intravenásan adott Ca kiválasztásáról. Dadlez, Lwow. (Bioch. Zeitschr. 171. köt., 1–3. füzet., 146. old.)

Tekintettel a calciumnak a tüdőtuberculosis therapiájában elfoglalt jelentős szerepére, mely még minden egyes részletében tisztázva nincs, állatkísérletekben és egy tuberculotikus betegen folytatott klinikai vizsgálatban kutatja a szerző azt a kérdést, hogy mi történik a vénába juttatott calciummal. Nyúlkísérleteinek eredményeképpen, analitikus vizsgálatai alapján, azt állítja, hogy az állat az intravenás Ca teljes mennyiségét kiválasztja. Emberkísérleteinek első csoportja hasonló eredményre vezetett: az intravenásan adott Ca egyharmada a vizeletben, kétharmada pedig a bélsárban volt fellelhető. Vizsgálja másrészt azt a kérdést is, hogy van-e a tuberculotikusok vérében Ca-felesleg az intravenás injectiók sorozata után és mily gyorsan

tér vissza a vérkép a normalisra. Táblázataiból kiderül, hogy tekintet nélkül az előző calciuminjectiók számára, az intravenás Ca a tuberculotikusok véréből éppoly gyorsan eltűnik, mint az egészségeseknél: teljesen kiválasztja a szervezet a Ca-t. A vérkép, akár a tizedik injectio után is, éppoly gyorsan tér vissza a normalisra, mint az első után. Kísérleteivel egyben *Hetényi* azon észlelését is megerősíti, hogy az intravenásan adott calcium majdnem 50%-a három óra alatt kiválasztásra kerül.

Antal.

Insulinhata és vizeletkiválasztás. Collazo-Dobref, Berlin. (Bioch. Zeitschr. 171. köt., 4–6. füzet., 436. old.)

Hogy miképen hat az insulin a vesetevékenységre, még teljesen meg nem oldott kérdés. A szerzők az insulinnak a vizeletkiválasztásra irányuló hatását a legphysiologiasabb viszonyok mellett próbálják vizsgálat tárgyává tenni. Hólyagfistulás kutyákon „acut” és „chronikus” kísérleteket végeztek. Az előbbi vizsgálatokban az intravenásan adott insulininjectiók rövid időközökben követték egymást, míg a chronikus kísérletekben az egyes injectiók közt kétnapi szünetet tartottak. Acut kísérleteik eredménye a vizeletkiválasztás fakultatív növekedése volt. Chronikus kísérletekben a vizeletkiválasztás muló, erős emelkedése mutatkozott, mely egyes esetekben 500%-ot is kitett.

Antal.

KÖNYVISMERTETÉS

Biologie und Pathologie des Weibes. Ein Handbuch für Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Herausgegeben von Josef Halban und Ludwig Seitz. Urban & Schwarzenberg. Berlin-Wien, 1926. Lief. 22.

Baisch stuttgarti tanár a füzet első felében a hashártya megbetegedéseit tárgyalja rendkívül kimerítően (161 oldalon). Először a peritoneum anatómiájával, élettanával, védekezőképességével, érzékenységgel foglalkozik, majd a női szervezet élettani sajátosságai közül a terhességgel és menstruációval összefüggő elváltozásokat részletezi. A hashártya gyulladásos megbetegedéseit két főcsoportba osztályozza, aszerint, hogy baktériumok voltak a kórokozók, vagy valami más factor. Ezen két csoportot azután felosztja acut és chronikus alosztályra, mely végül lehet körülírt vagy általános. Felosztása szerint az első csoportba a thermikus, chemikus és mechanikus úton keletkezett hashártyagyulladások tartoznak. Részletesen tárgyalja, miképen viselkedik a hashártya a belejutott vérrel, epével, vizelettel, magzatvizzel, idegen testekkel szemben. Majd az általános, baktériumok által okozott acut hashártyagyulladással foglalkozva, ismerteti ennek kórbone-tanát, keletkezését, klinikai tüneteit, differential-diagnosist, kezelését. Az egyes alakok közül külön fejezetet szentel az acut puerperalis, a körülírt kiinduló, appendicitisből, gyomor-, bélátfúródásból keletkező, majd a postoperatív, gonorrhoeás, pneumococcus, influenza után fellépő, valamint az átteteles és idiopathikus hashártyagyulladásoknak. Az acut puerperalis peritonitis tárgyalása képezi a felsoroltak között a legnagyobb fejezetet, mely három részre oszlik: 1. továbbterjedés, 2. sérüléses és 3. a gyermekágyban acciden-talisan fellépő alakra. A körülírt, baktériumok által okozott hashártyagyulladások közül az acut pelveo-peritonitist tárgyalja legrészletesebben, míg a chronikus általános hashártyagyulladás fejezetének legnagyobb részét a peritonitis tuberculosa teszi ki. Számos statisztikai adattal mutat rá a még ma is vitás kezelési eljárások között a helyesre és követendőre. A chronikus peritonitisek diagnosistánál külön kiemeli a pneumoperitoneum és Röntgen-átvilágítás szükségességét. A hashártya daganatai közül külön fejezetet szentel a serosus cystáknak, a peritoneum pseudo-myomáinak és a ráknak. Az utolsó fejezetben a nőgyógyászati betegségekkel kapcsolatos ascites okait, diagnosistát és kezelését tárgyalja. A rendkívül részletes, szép munkához 24 oldalra terjedő irodalmat csatol.

Jaschke, giesseni professzor, 130 oldalon tárgyalja kimerítő alaposággal a női emlőket. Ismertetéseit 39 ábra és 14 színes tábla teszi szemléltetővé. A fejlődés-tan ismertetése után leírja a csecsemő és gyermek em-

lőit, majd a pubertásban beálló fejlődés után az érett, kifejtett emlőket s azoknak a terheesség folytán létrejött elváltozásait, végül a szoptató emlőt s a post-puerperalis és senilis involutiót. Ezután az emlőmirigy physiologiájára tér rá, részletesen tárgyalva azon okokat, melyek az emlőknek a terheességi elváltozásait létrehozzák s magának az elválasztásnak mechanikáját. Az elválasztást folyamatban tartó és azt fokozó feltételeknek s az emlők kiürítése technikájának ismertetése keretében számos gyakorlati kérdésre is ad feleletet, mint a csecsemő helyes elhelyezése szoptatásnál, a szoptatások időpontjának pontos betartása s ennek fontossága az emlők teljesítőképessége szempontjából s végül szól a lactatio hygienéjéről és tartamáról. Ezután a colostrum, az átmeneti és az érett tej morphologiai és physikalis tulajdonságait, vegyi összetételét, kaloriaértékét, bakteriologiáját és biologiáját tárgyalja nagy részletességgel. A fejezet végén az egyes gyógyszereknek az anyatejbe való átmenetéről szól.

A szoptatási képesség kérdésénél hangsúlyozza, hogy anatómiai okból eredő abszolút szoptatási képtelenség nem létezik, s ezen alapon azt a fontos következtetést vonja le, hogy, tekintettel az anyatej fontosságára a gyermek fejlődése szempontjából, minden körülmények között legalább egy bizonyos mennyiséget kell kapnia a csecsemőnek. Ezután a szoptatás ellenjavallatait ismerteti, majd a dajkaválasztásról szól.

A pathológiás részben a szoptatás zavarait ismerteti, az emlők anomáliái folytán, és pedig a bimbók fejlődési rendellenességei, hypogalaktia, a szoptatás fájdalmassága s a tej összetételének hibái következtében. Majd az emlők sérüléseit (rhagadok, erosiók, fissurák) s a mastitis különböző fajait írja le, diagnózisukat, prognózisukat s therapiájukat ismertetve részletesen. Ezután az emlők tuberculosist, syphilisét, aktinomykosisát, az emlők területén fellépő bőrbetegségeket, a fejlődési rendellenességeket (amasia, polythelia és polymastia, hypertrophia) s végül az emlők jó- és rosszindulatú daganatait (adenoma, carcinoma, sarcoma) tárgyalja.

Berecz János dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának máj. 17-i ülése.

1. Fejér Árpád: *Vizsgálatok a sklerosis multiplex aetiologiájához.* A Kuhn és Steiner leírta leptospirát az előadó a maga eseteiben is észlelhette, de megellette a controll gyanánt használt állatok vérében is, hová is az a bélből vándorolt fel. E *spirochaeta angustissima*-nek nevezett képlet nem lehet tehát a sklerosis multiplex kórokozója.

Richter Hugó: Az előadó vizsgálatainak jelentőségét abban látja, hogy az eddigi pozitív spirochaeta-leletek helyes megítéléséhez vezet és új adattal gazdagítja azon utóbbi időben mindinkább szaporodó tapasztalatokat, melyek szerint a kísérleti állatok „spontan” fertőzését mindig szem előtt kell tartani. Az előadó negatív leletei azonban nem szólnak a sklerosis multiplex exogen eredete ellen. A sklerosis multiplex szövettani képeben a lobos elváltozások törvényszerű szabályossággal mutathatók ki, az ú. n. acut sklerosis-esetek histologiailag alig különíthetők el az enkephalomyelitis disseminata képtől, amelynek exogen természete alig kétséges. Hozzászóló egy 30 évig stationer állapotban maradt sklerosis-esetben is megtalálta az inveterált góc széli részében a vascularis-infiltratív elváltozásokat.

Keller Kálmán: Felhívja a figyelmet arra az anatómiára, mely osmosis kísérletek kapcsán téli és nyári kísérletek közt fennáll. Téli állatok hamarabb pusztulnak el, mint a nyáriak, azért, mert a száraz takarmányon tartott állatok kis vízdepót-val rendelkeznek s így nincs disponiblis vizük. Lehet, hogy az állatok fertőzése közben lejátszódó biológiai folyamatok szintén vízmozgósítással járnak és a téli állatok erre kevésbé képesek.

Schuster Gyula: Két irányban végzett vizsgálatokat a sklerosis mult. kóroktanát illetőleg. Kimutatta a sklerosis mult. syphilitica eseteiben a gócekban a spirochaetákat. Nem lueses sklerosis polyinsularis eseteiben spirochaetoid alakokat impraegnált. Kétszer 100—100 ép nyúl átvizsgálásánál tapasztalta az állatok érzékenységét spontan infectiókkal szemben.

2. Büchler Pál: *Adatok a vér-liquor kicserélődés*

pathologiájához. A plexus, meningealis és vascularis permeabilitásra vonatkozó ellentétes kísérleti adatok és állatkísérletek kétségtelen hibái kétségessé teszik azt, hogy a központi idegrendszer infektiósus vagy toxikus megbetegedései védőhártyák megbetegedésén alapulnának. 205 beteg liquorával végzett permeabilitási meghatározás mellett szól, hogy a permeabilitás bármely elme- vagy idegbetegségben normalis, fokozott, vagy csökkent lehet. A permeabilitás ingadozásai nem körjelzők, pathogenetikai szempontból nem értékesíthetők. Valószínű, hogy a serumban oldott anyagok a megbetegedett érfalon át a diffusio, osmosis és imbibitio törvényei szerint hatolnak a liquorba. Fokozott permeabilitás kórosan elváltozott érrendszer és fokozott vérnyomás alapján rendesen magasabb korban jelentkezik. Infantilis korban az erek épek és liquoridegen anyagokkal szemben ellenállást tanúsítanak, úgyhogy erre a korra a csökkent permeabilitás jellemző. Előrehaladó korral az érrendszer elhasználódásával kapcsolatban az érrendszer áteresztővé válik és permeabilitás fokozódik. Aggkorban az áteresztőképesség maximumát éri el. Előadó ebből azt a következtetést vonja le, hogy a meningealis permeabilitás nem specifikus védőberendezése a szervezetnek, hanem az érrendszer bántalmazottságán alapuló passiv folyamat következménye.

Schuster Gyula: *Stern* és mások kísérleteivel egyezően az arsen és morphin barrière-sűrítő hatását igazolhatta methylkék kísérleteiben. Utal arra, hogy van savanyú triphenylmethan-festék, a methylkék, mely a ganglionsejtekbe 18 óráig adsorbeálódik és izgalmat, majd bénulást idéz elő. *Hauptmann* és *Spatz* vizsgálatai primitív mechanikus kísérletek, melyek a paralysis és tabes pathogenesist megvilágítani alkalmatlanok.

Közkórházi Orvostársulat május 19-i ülése.

Bemutatók:

1. Wolff Károly: *Spontan szívruptura esete.* Egy 64 éves férfi vétetett fel a Rókus sebészeti osztályára jobboldali lágyéksérv miatt. Műtétet rajta nem hajtottak végre, mert szédülésről, szív táji görcsökről, nehéz légzésről és gyakori hányásról tett említést. Ötnapi kórházi ápolás után (gyógyszert nem kapott) éjszaka hirtelen rosszul lett, hányt, arca szederjessé vált, szív táji, a bal karba kisugárzó fájdalmakról panaszkodott, majd hirtelen meghalt. Boncolásnál a szívburokban mintegy 0.5 liter vér találtatott. A vérzés oka egy a bal kamrának a falán 5 cm hosszúságban végighúzó repedés volt. Az aortán súlyos lueses elváltozások voltak, azonkívül nagyfokú általános arteriosklerosissal, tüdőemphysemáról és a ruptura okát magyarázó, gócszerűen szétszórt jellegű, szintén lueses myocarditisről tesznek tanúságot a boncjegyzőkönyv adatai. Az utolsó három esztendő folyamán az a harmadik spontan szívruptura, ami a Szent Rókus-kórház prosectoráján került boncolásra.

Bézi István: A halál oka szívrepedés esetében vitás. *Niemonhuijse* a szívizomban harántul futó contractio-elfajulásos sávokat ír le, melyeket állatok harántesíktolt izmában túlerős nyújtás által létre tudott hozni.

2. Erdély Gyula: *Tüdővel összekapaszkodott bordasarkomának tüdő- és mellkasfalresectióval gyógyult esete.* A nyomáskülönbséggel való operálás vázlatos ismertetése után egy 17 éves fiatal embert mutat be, kinél a physikalis vizsgálatok adta eredmények teljesen megegyeznek a Röntgen-felvétellel (*Gáli-Nyitrai*), mely szinte plastikusan demonstrálja, hogy a jobboldali mellüreg alsó-külső negyedét élesen elhatárolt s igen intensív és homogen árnyékot adó tumor tölti ki, amely majdnem kétökönyi nagyságú és széles alapon ül a VII—IX. bordák középső hónaljon részletén, gömbölyűen domborodik be a mellüreg felé, körülbelül a bimbóvonalig, lefelé pedig a diaphragmáig, amely tőle jól elkülöníthető. A sinus diaphragmaticocostalis szabad, folyadék jelenléte nem észlelhető. Beteg köpetet nem ürít, sohasem köhögött, vizelete tiszta; a festett készítményben eosinophilia nincs. A qualitativ viszonyok a normalis vérképpel megegyezők. Az elmondottakból következik, hogy complementkötést, punctiót nem végeztünk. Kétségtelen volt ezek szerint, hogy egy intrathoracalis tumorról van szó, de kérdés marad annak minősége, illetve kiindulási helye. A magyarázatot megadta *Winternitz*

által végzett sikeres műtét, amely alkalommal 1. kiderült, hogy a tumor a VII. borda belső periosteumából indult ki, 2. bebizonyult, hogy az a tüdővel is összekapaszkodott, 3. kitűnt, hogy az állékplet orsósejtes sarkoma. *Winternitz* az ökölnyi tumort Schoelmaecker-féle túlnyomásos készülékben a jobb középső tüdőlebeny resectiójával az V., VI., VII., VIII. bordákkal együtt irtotta ki. A mellkasfalán ezáltal a bordák irányában 17. magassági átmérőben 11 cm-nyi defectus keletkezett, mely felett külön az izmokat s külön a többi légyszöveteket összevarrta. Zavartalan körlefolyás, prima gyógygyulás.

Előadások:

1. Konrád Jenő: *A formalinreactio alkalmazása tüdőgümőkóránál.* Gote és Popsostos colloid labilitási reakcióját tüdőgümőkóránál vizsgálta. A formalinreakciót 76 esetben végezte el. Az esetek nagyobb részében párhuzamosan a vérsejtsüllyedési sebességét is meghatározta és azt találta, hogy a fenti próba és a süllyedési sebesség között arányosság állott fenn. Eredményei alapján arra a megállapításra jutott, hogy a formalinreactio tüdőgümőkóránál a folyamat kiterjedését és aktivitását valószínűséggel jelzi. Említett jelentőségénél és egyszerű kivitelénél fogva e reactio a kórállapot megítélésénél felhasználható.

Torday Árpád: A Gerlóczy, Mátéffy, Darányi és a vérsüllyedési reakciókban a gümőkór állapotának, különösen a prognózis megítélésében, hasznos segéd-eszközökkel rendelkezünk, mégis örömmel üdvözlő ezen eljárást, amely elég megbízhatónak ígérkezik. Előfordul, hogy első stadiumban positiv, viszont súlyos esetekben negativ, azonban ilyen hibák a többi eljárások mellett is lehetségesek. Néhányszor a könnyűnek látszó esetekben az ellentmondás oka complicatio volt, pl. lueses endokarditis; az is kiderült, hogy néma klinikophysikalis vizsgálattal járó esetekben a Röntgen diseminált folyamatot talált; azaz kétes esetben hasznos útmutató lehet. A reactio leolvasása, a kocsonyaszerű összeállás fokának megítélése a subjectivitásnak van alávetve; az összeállás a hőmérséklet és a reactio időbeli lefolyása szerint különböző. Mindezen hibákon segíteni lehet, az előadó által ajánlott leolvasási módszert követve. Mindezen körülmények figyelembevételével, a klinikai lelet figyelembevétele mellett, a gümőkór aktivitási és kiterjedési fokmérője lehet és a többi eljárásokat kiegészítheti.

2. Elischer Ernő: *A viszértágulatok befecskendezéssel való gyógyításáról* (kétvéti tapasztalatok alapján). Ismerteti a kutyákon végzett kísérletek eredményeit, úgyszintén az állaton és emberen megejtett kórszöveti vizsgálatokat. A kísérletek mindenben igazolták a klinikai tapasztalatokat. A 20% NaCl és az 50% szőlőcukoroldat endothelhalást és érfalgyulladás okoz, amelyhez sok esetben másodlagosan thrombosis társul. A thrombus az érfal rétegeivel szívósan összefügg és emboliát nem okozhat. Összefoglalva ismerteti több ezer befecskendezés eredményeit és a szerzett tapasztalatokat. Az injectióra jelentkező görcs helybeli érzéstelenítőkkel csökkenthető, de teljesen meg nem szüntethető. Refracter esetekben ajánlja az injectált folyadékmennyiség emelését, úgyszintén a töménység fokozását. Végül technikai útmutatásokat ad és különösen figyelmeztet arra, hogy a befecskendezéseket ne adjuk sűrűn egymáshoz közelfekvő viszértágulatokba, hanem hagyjunk időt a szervülés lassan végbemenő folyamatának. Hangoztatja a szigorúan ambulans kezelést és ellenzi a betegek fektetését.

3. Macskássy Ferenc: *Profus vérzések csillapítása izomlebenyével.* A Szent Rókus-kórház II. számú sebészeti osztályán 2½ év alatt nyert tapasztalatairól számol be, melyek az agy sinusainak és a parenchymás szervek profus vérzésének izomtampontokkal való prompt csillapítására vonatkoznak. Sinusvérzéseknél a megfelelő izomlebenyt a deltoideusból metszi ki, minthogy a fej izomzata erre kevésbé alkalmas, viszont a deltaizom könnyen kéznél van. Öt esetet hoz fel ismertetés végett; három műtéti sinusvérzést és két traumatikus eredetű májrupturát. Minden esetben kellő nagyságú izomdarabkának a vérző lumenbe, illetve a parenchymasérülésbe való applikálására azonnali haemostasist láttak. Irodalmi utalások felsorolása után a vérárvadás physiologiai magyarázatával foglalkozik. Kifejti azt a véleményét, hogy az izomtampnade vérzésgátló hatása a colloidalis folyamaton kívül, melyet a felszabaduló izomnedv indít meg, az izom-

lebenyének még „idegen test” hatása is lehet azon tapasztalati tények alapján, hogy sérülések vérzéseknél, ahol pedig az ereken kívül megfelelő mennyiségű izom is ronesolódik és izomnedv válik szabadná, sohasem látjuk a gyors véralvadás jelenségét.

Az Apponyi Poliklinika május 19-i ülése.

Holitsch Rezső: *A Röntgen-therapia újabb javallatai.* A Röntgen-sugár élettani hatásainak újabb vizsgálati eredményeit ismerteti, amelyeknek megvilágításában érthetővé válik a Röntgen-therapiának számos eddig érthetetlen eredménye, illetőleg eredménytelensége. Bizonyos, hogy ha kellő nagy sugáradag éri az élő növényi, vagy állati sejteket, ezen sejtek néhány hét alatt elhalnak. Ezen delectaer sugáradag az élénk anyagcseréjű sejteken kisebb, mint a lassabb anyagcseréjű sejteken, amelyeknek elhalása csak sokkal nagyobb sugáradagra történik. Így pl. a mirigyek gyors anyagcseréjű sejtjei, valamint a bőrnek gyorsan szaporodó hámsejtjei jóval radiosensibilisebbek, mint az izom, vagy kötőszövet, vagy a csont. De ugyanazon sejtfeleség életének különböző phasisában is különböző érzékenységgel lehet. Pl. az embryo szövetei sokkal érzékenyebbek a Röntgen-sugár iránt, mint a gyermeké, és ezek érzékenyebbek, mint a felnőttnek már lassabban szaporodó sejtjei. Az emlőmirigy sejtjei szoptatás idején sugárérzékenyebbek, mint különben. Még feltűnőbb ez a különbség növényeken: a száraz mag, amelynek élete latens és anyagcseréje úgyszólván nincsen, csak igen nagy sugáradagra pusztul el, míg a csírázásban levő élénk megoszlású palánták sokkal kisebb sugáradagokra már elpusztulnak.

Ha ezen delectaer hatást előidéző dosisnál kisebb sugármennyiséget alkalmazunk, akkor a sejteken csupán károsodást, életműködéseinek bénulását idézzük elő, ami a sejteknek néhány heti betegsége után fokozatosan ismét elmúlik. A sejteknek ezen megbetegedése elsősorban az illető sejt fajta jellegzetes életfeladatnak bénulásában nyilvánul meg. Így pl. mirigyek sejtjei, melyeknek életfeladata abban áll, hogy protoplasmájuk váladékokat termeljen, a sugárzás behatására a váladéktermelés csökken, vagy egy időre meg is szűnik. Viszont a bőr Malpighi-sejtjei, melyeknek legfontosabb élethivatása, hogy magoszlással szaporodjanak, a magoszlási képessége bénul és szaporodásuk szűnik meg. A hajszálereket bélelő endothelsejteknek élettani feladata a vér és nedvkeringés szabályozása, a besugárzás hatására a sejtek protoplasmájának ezen, a permeabilitást ellenőrző működése bénul meg, ami klinikailag abban nyilvánul meg, hogy néhány óra múlva a besugárzott testrészen vérbőség és oedemás duzzanat keletkezik.

A Röntgen-sugárnak az élő sejtek működését bénító hatása néha az életjelenségek fokozódásában látszik megnyilvánulni, úgyhogy izgató hatást vagyunk hajlandók föltételezni, pedig a valóságban itt is csak bénulás történt. Ugyanis az élő állati szervek, sőt az egyes szerveket alkotó szövetek működése, olyan szoros kapcsolatban van egymással, egyiknek működése szabályozza a másikat, néha serkentőleg, máskor korlátozólag, úgyhogy elképzelhető, hogy az egyiknek bénulása külsőleg abban nyilvánul meg, hogy az általa szabályozott szervek működése fokozódik. Másrészt az élő ember besugárzásakor sohasem csupán egy szövetfajtát érnek a sugarak, hanem pl. a lép besugárzásakor kényszerűleg a fedő bőrreveget, bőr alatti szöveteket, sőt a tüdőt is és a lépnek keresztül haladt sugarakkal részint a májat, gyomrot és beleket és álmellékvesét is érik a sugarak. És pedig olyan különböző mennyiségben, hogy azt számon sem tarthatjuk, tehát a külsőleg megnyilvánuló hatásról voltaképpen nem tudhatjuk, hogy az mennyiben ered az egyik, vagy másik szervtől és milyen mértékben módosult a szomszédos szervekre jutott sugárhatás következtében.

Az újabb javallatok közül legfontosabbnak a gyulladásos megbetegedések besugárzását tartja. A még el nem gennyedt gyulladásos beszűrődések a besugárzás hatására 12–24 óra alatt gyakran abscedálás nélkül felszívódnak. Együttal a fájdalom és a láz is elmúlik. Az eredmény azonban nem mindig ilyen teljes, hanem elgenyvedés jelentkezik, de ilyenkor is kedvező hatást észlelhetünk, mert kisebb incisio elegendő és a folyamat gyorsabban gyógyul. Ilyen kedvező a besugárzás hatása minden kezdődő phlegmone esetén, mandula körüli tá-

lyog, foggyökér körüli genyedés, hónaljhi veritékmyrignyulladás, peri- és parametritis gyulladásokban stb.

A javallatok másik csoportjába tartoznak: az otosklerosis, amelyben az osteoid szövet burjánzását képes a Röntgen-sugár megállítani. A mandulák idősült túltengésében a besugárzás hatására ezeknek megkisebbedése észlelhető. Habitualis fejfájás bizonyos esetei besugárzással gyógyíthatók, a hatást valószínűleg a liquortermelés csökkentésével éadjuk el. A gyomor és duodenum fekélye Röntgen-besugárzásra a legtöbb esetben szintén igen kedvezően reagál. A hatás részint a savtermelés csökkentése révén, részint a sugárnak a spasmophiliát oldó hatásán alapul. A belsősecretiós rendszer megbetegedésén alapuló gyermekkori dissocialis, genitális rendszerbeli psychoneurotikus beteg gyermekeken a pajzsmirigy, illetőleg a hypophysis besugárzása mutat néha bámulatosan jó eredményeket.

Honvédorvosok Tud. Egy. máj. 18-i ülése.

1. Csukás Béla: A Schramm-féle tünet gyakorlati jelentőségét bemutatót eset kapcsán tárgyalja.

2. Kemény Gyula: Saját vérnek súlyos phlegmonenál való eredményes alkalmazásáról referál.

3. Ertl János (mint vendég): *Háborús tanulságok a sebészet terén.* A háborús tanulságok a sebészet biológiai irányú fejlődését vonták maguk után. A biológiai irány az élettani működések helyreállítása terén újabb elvek és feltételek kialakulásához vezetett. Ezen iránynak köszönhető a regenerációs folyamatok gyakorlati felhasználása és céltudatos irányítása. A regenerációs tan különösen a *functionalis* chirurgia kifejlődéséhez és tökéletesedéséhez vezetett. A functionalis gyógyulás egyik legfőbb feltétele az anatómiai szerkezet, vagyis az eredeti specifikus rétegzettség lehető tökéletes helyreállítása. Ezen feltételnek úgy a csontsebészet, valamint a lágyrészek terén sikerült jól megfelelni. A csontsebészet terén sok oly nagyjelentőségű kérdés nyert megoldást, melyek mindegyike a tovafejlődés újabb fejezetét nyitja meg. Így sikerült elérni az átültetett csont hasonlszerkezetűvé válását, vagyis tökéletes anatómiai rétegzettségben való regenerálódását, amit ma a merevsontú transzplantációk legtökéletesebb eredmények kell tekinteni. Ez irányban tisztázódott a csontátültetések biológiája is. Sikerült megszerkeszteni a különféle hajlítható transzplantatumokat is, melyek sokkal tökéletesebb eredményt adnak, mint a merevsontok. És sikerült a hajlítható csonttal tökéletes ízületeket képezni, úgy fejecset, mint vápát a tokszalaggal együtt. A biológiai irány tette lehetővé a Bier által oly nagy jelentőségre emelt kérdés megoldását, a csontüregek specifikus csontszövettel regenerációs úton való kinövesztését, mikor is sikerült igazi csontos regeneratumot kinövesztetni. A kinövesztés nem steril viszonyok között is igen jól sikerült, osteomyelitis, tuberculosis és sérülések után. Ezen eljárásokkal különösen a csontok évekig fennálló makacs tuberculosis folyamatai végleg meggyógyíthatók. A biológiai irány még több különlegesebb csontplastikai műtét megszerkesztését is lehetővé tette. Ezek legnagyobb részénél a drótvarratokat is nélkülözni tudtuk. A lágyrészek terén a réteges pótlás elvének a lehenyes plastikák, melyeket kivétel nélkül mindenütt alkalmaztak, nem felelnek meg. Ezek tulajdonképen csak befedést végeznek. A réteges pótlás elvének a háború alatt kifejlesztett rekonstruktív plastika felel meg. Ez képezi alapját a kozmetikus hegplastikának is. Ezen eljárásokkal sokkal tökéletesebb functionalis eredmények voltak elérhetők. A functionalis chirurgia a gyakorlat terén is különlegesebb eredményekhez vezet, különösen a rosszindulatú daganatok, de a sebészi tuberculosis terén is.

Az Erzsébet Egyetemi Tudom. Szövetség orvosi szakosztályának május 15-i ülése.

Bemutató:

Tóth Sándor: *Fertőzött műtési esetek.* Bemutató a pécsi szülészeti klinikán észlelt 19 fertőzött műtési esetről számol be, melyeknél a hasi desinfectiójára 1%-os rivanol-oldatot és 100 g narkosis-aethert használtak, a hasfal sebéét pedig Chlumszky-oldattal (campor 60, carból 30, alkohol 10) ecsetelték be. Az esetek kis számára való tekintettel nem von le végleges érve-

nyességének tekinthető következtetést, csak annak az impressiónak ad kifejezést, hogy, úgy látszik, az ismeretett kezelési móddal sem sikerül a fertőzött műtési esetek gyógyulási esélyeit észrevehető módon befolyásolni.

Götthe Oszkár: *Az angolok Röntgen-diagnosztikája.* A modern rachitikus vizsgálatok három tényezőn alapulnak: 1. klinikai, 2. chemiai vizsgálat, 3. Röntgenfelvétel. A klinikai vizsgálat sokszor igen elmosódott tünetekre kénytelen támaszkodni, ezért a sok ellentmondás a rachitis irodalmában. A vér ph-tartalmának változása igen értékes vizsgálóeszköz, de még nem teljes a használhatóságának biztossága. A legbiztosabb kontrollja a rachitises elváltozásoknak a Röntgenfelvétel: egy valóságos biológiai metszet in vivo. Csak-hogy nem minden rachitist lehet Röntgennel kontrollálni. A kezdeti elváltozások sokszor igen nehezen értelmezhetők és itt csak series felvételek védenek meg a tévedésektől. Ugyanez áll a gyógyulásra is. A gyógyulás első jele a „line“-test kiesapódása, de ez is csak akkor értékelhető, ha a későbbi felvételeken a mész fokozatos appositioja bekövetkezett, gyakran észlelte ugyanis a line-test kiesapódását, amit később annak felszívódása követett. A kehelyalakot a csont compensációs törekvésének tartja, e mellett szól a reparatió-nál is mindig látható kehelyalak és az a tény, hogy kehelyalaknál a gyógyulás alulról volad felfelé. Érdekes, hogy a gyógyulásnak ezt az alakját szövettani metszeteken Bossányi is észlelte. A régi statisztikai adatok, klinikai megállapítások, melyek a mai controllok nélkül készültek, revisio alá vonandók, ma pedig minden, a rachitis terén végzett experimentum csak ezeken épülhet fel.

Janáky Gyula: Mint nőorvos, nem foglalkozik a rachitissal, de mert a rachitis és osteomalacia lényegileg ugyanazon folyamat, az osteomalaciával pedig röntgenlogice foglalkozott, nem látja feleslegesnek rámutatni azon különbségekre, melyeket az előadó a kifejlődés elzáródása előtti csontmalacia, azaz a rachitis kapcsán felsorolt s melyek a lezárt fejlődés utáni csontmalacia, azaz az osteomalacia kapcsán találhatók. Ezek a következők: A csontlágyulásnál főleg az apró csontokon, rachitissal pedig főleg a csöves csontokon észlelhetők a tünetek. Az elmeszesedési vonal, annak kihagyedése csak a rachitissal, mint fejlődő csontnál lehetséges. Viszont a csontgerendák durva volta és a köztük lévő nagy hézagok a már egyszer kifejlődött s mész tartalmát veszített csontokon, tehát csak az osteomalaciánál észlelhető. Míg a rachitissal a koponya-csontokon is találunk elváltozást, addig az osteomalaciánál ez már csak igen ritkán észlelhető súlyos tünet. Szükségesnek tartja azonban hangsúlyozni, hogy, bár a Röntgen-diagnostikában a súly a halysterikus csontelváltozások kimutatására esik, sem a rachitisnek, sem az osteomalaciának nem a csontok elmesztelenedése a lényege, hanem egy idegbetegség és egy csontszövetpusztulás, mely trypsis következménye s melyeknek mindketteje közös okból származik, melyeket Scipiadés felfogása a thymus belsősecretiós zavarából származtat. Azt hiszi, hogy a gyermekorvostan is akkor fog a rachitis aetiológiájához közelebb férközni, ha ezen két lényeges jelenség kutatására veti a súlyt.

Götthe Oszkár: Az osteomalaciát kórboncnokok és röntgenologusok a rachitissal azonos betegségnek tartják: az osteomalacia a felnőttrachitis. A csecsemőkor rachitise és az osteomalacia között az átmenetet a rachitis tarda képezi. Érdekes és nagyon fontos, hogy míg az osteomalaciánál a belsősecretiós momentumok játszó a főszerepet, amiben éppen a Scipiadés-klinika dolgozott sokat, a rachitis tardánál, mely a pubertáskor betegsége, szintén szerepet kell játszson a belsősecretio, nagyon valószínű, hogy ez a csecsemőkor rachitisében is szerepet játszik. Biztos támpontok még nincsenek, de több irány van, mely erre mutat (Hormonale Frühjahrskrise-Moro, a vér ph-tartalmának változása pubertas után). A jövő kutatás ez irányban kell haladjon, belekapcsolva a tényt is, mert bizonyos kispolgári mentalitás szükséges ahhoz, hogy megálljunk az ismeretlen előtt és bevalljuk tehetlenségünket.

Előadás:

Simon Géza: *A Wassermann-reactio értékeléséről.* A Wassermann-reactio eredményeinek tökéletesítése állandó törekvése a serológiai kutatásoknak. A cél kitűzésekor jó, ha tisztázuk, hogy általában mit vár-

hatunk a reactiótól. A Wassermann-reactio maga nem ad diagnoszt, csak egy laboratoriumi eredmény, amely a klinikai tünetekkel egybevetve, a diagnózis felállításánál nagy értékű.

Ismerteti a reactio különböző elméleteit. Majd az eredeti kivitel módját és fontosabb módosításait. Szól a hibaforrásokról és arról, hogy egységes eredmények csak a componensek és az eljárás egyöntetűvé tétele által érhetők el. Mint például, hivatkozik Németországra és a Népszövetség egészségügyi bizottságának ezirányú munkájára.

Angyán János: Bármennyit halljunk is a Wassermann-reactióról, mindig érdekelhet bennünket ezen eljárás kritikai megvilágítása s azért örömmel kell üdvözölnünk, hogy *Simon* e tárgyat a szakosztály elé hozta. Klinikai szempontból véve, a kérdés, mellyel kezdettől fogva foglalkozhattunk, érdekesen változott. A Wassermann-reactio első idejében, amikor azt még specifikusan lues-reactiónak tekintettük, haemolitikus módon dolgoztunk. Eladdig lehettek klinikusok, akik a paralysis progressiva, valamint az aorta aneurysma lueses eredetét tagadták, azóta már nincsenek, de éppen ezért ma már a klinikának ez az anyaga szolgálhat arra a célra, hogy vele valamely laboratorium lues-serodiagnosztikai metodikáját ellenőrizhessük.

Fenyvessy Béla: Angyánnal egyetértőleg hangoztatja, hogy a Wassermann-reactio értékelése a klinika, illetve a gyakorlóorvos feladata. A reactio magában nem lues-diagnoszt. Nagyon kíváncsi, hogy a laboratorium és a gyakorlóorvos egymással contactusban legyenek a reactio értékelése céljából. Az előadáson elhangzottak közül felhívja a figyelmet a Wassermann-reactio kivitelének egységesítésére és a vizsgálat centralizálására, erre berendezett állomásokon.

A szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának május 15-i ülése.

Bemutatás:

1. Jeney Endre: *A vitalisan festhető „koszorús” vörösvértestekről.* A brillanteresylkével vitalisan festett vörösvértestek száma a keringő vérben a vérregeneratio folyamatának és intenzitásának a jelzője. A vérregeneratio után teljesen eltűnnek ezek a sejtek a keringésből. Feltűnő, hogy polycythaemiánál is csökken a számuk a keringő vérben. Az egyes érszakaszokban egyenletesen oszlanak el ezek a sejtek. Képződési helyük a csontvelő. A vitalisan festett „koszorús” vörösvértestek megjelenése és a pajzsmirigy működése között összefüggést a bemutatónak nem sikerült megállapítani. A normoblastok megjelenése a keringésben nem mértéke a vérregeneratio intenzitásának. Ezek csak akkor jelennek meg a keringésben, ha a vörösvérsejtek képzés mechanizmusa valami módon zavart.

Vitéz Varga Lajos vitalis festéshez igen alkalmasnak tartja a neutralvöröset és januszöldet, melyekkel a leukocyta is igen jól festhető. A vitalis festésnek igen nagy jelentőséget tulajdonít, mert egyrészt a fixált készítmények majdnem teljesen ki vannak merítve, másrészt nem adják a sejtfunctio igazi képét.

2. Vidakovits Kamill fiatal leányt mutat be, kinél tüdőgümőkör miatt végzett *thoracoplastica* alkalmával összesen 1 m hosszúságban resecálta a bordákat. A műtét javallatának felállítása igen nehéz, a sebész és belgyógyász közös munkája szükséges hozzá.

Kováts Ferenc a tüdőtuberculosis sebészeti kezelésének eredményeivel nagyon meg van elégedve. Jelen esetben is ő ajánlotta a műtétet.

3. Burger Károly: *Placenta praevia, vaginalis császármetszés, vértransfusio.* 32 éves, VIII.-P.-t vidékről szállítanak be a klinikára, placenta praevia miatt. Főlvételkor a szülő nő ügyszólván pulsus nélkül van, a magzat elhalt. Kétujjnyi méhszájánál fennálló vérzés miatt hysterotomia vag. ant., perforatio, extractio kranioklasttal, Dührsen-tamponade. Az igen rossz állapotban levő asszonyba — agglutinációs próba megejtése után — házi terhestől 300 cm³ vért transfundálnak a Beck-féle készülékkel. Feltűnő volt, hogy a transfusio után, bár a pulsus még órákon át filiformis maradt, légszomj, nyugtalanság a beteg részéről nem volt észlelhető, ami csak a bejutott haemoglobinnal magyarázható. Síma gyulladás. Végül ismerteti és bemutatja a Beck-féle transfusios készüléket, mely technikailag elsőrangúan megszerkesztett, jól kezelhető.

Vidakovits Kamill a sokkal egyszerűbb és a gyakorlatban jól bevált *Öelecker*-féle készülékkel meg van elégedve.

4. Treer József: Készítményt mutat be. *Extraduralis abscessus cholesteatoma alapján sinus thrombosis és purulens meningitist* idéz elő, az utóbbit azért, mert a tályog a durát az aquaeductus tájékán, ahol az tapad, átszakította. Betegét is bemutat, kinél a diagnózis hasonló volt, a műteti lelet szintén, azonban a dura átszakadása még nem következett be, mert a meningealis tünetek, bár a liquorban bakterium coli communis volt kimutatható, megszűntek. A thrombotizált sinust a 2. műtétnél kitakarította. A beteg egy hete láztalan.

Erdélyi Jenő kérdezi, hogy miért nem történt az első műtéttel a sinus kitakarítása?

Vidakovits Kamill: A vérző sinusból oly nagy tömegben ömlik a vér, hogy rendkívül nehéz megítélni, hogy honnan ered a vérzés.

Treer: A kérdésre válaszul: mert erős vérzés volt és hidegrázás nem volt jelen, csak meningealis tünetek. Az első hidegrázásra végrehajtotta azt.

5. Kováts Ferenc: A *Beenard-Bethoux* által leírt *lobitis superior* kórképét mutatja be. *Beenard-Bethoux* ezt az alakot, mint a tuberculosis ulcero-caseosa extensiva egyik alfaját írják le: a felső lebeny — rendszerint a jobb oldalon — infiltrációját cavernaképződéssel. *Bernard* a primaer góc fellángolásának tartja. A bemutatott esetben feltűnő a pár hetes anamnesis, a nagyon kevésbé zavart közérzés a súlyos kórkép mellett.

Molnár József megjegyzi, hogy a röntgenologice megállapított cavernák egy része valójában nem caverna, hanem kis pneumothorax. Ezzel magyarázható gyors eltűnésük a Röntgen-képből.

Előadás:

Ormos Pál: *Az akut leukaemiáról.* A leukaemiáról szóló felfogások után ismertet három heveny és egy akut lymphoid leukaemia-estét. Ezzel kapcsolatban kitér az állatkísérlettel eddig elért eredményekre, a különböző szerzők vizsgálataira, s négy esetének klinikai és szövettani tapasztalataira. Ezek alapján arra a meggyőződésre jut, hogy az akut leukaemia valamely, valószínűleg különböző fertőző agens következtében jön létre olyan egyénekben, kiknek a mesenchymalis szövete az embryonalis típusra való visszaesésre hajlamos. Hogy kinél jön létre myeloid s kinél lymphoid leukaemia, az nem a fertőző agensről, hanem az egyénben rejlő hajlamtól függ.

Vitéz Varga Lajos: Kiemeli a III. systema, a monocyta apparatus függetlenségét a Schilling trialistikus álláspontja és a saját tapasztalatai alapján s ezzel kapcsolatban a monocyta leukaemia sem hagyható figyelmen kívül. A leukaemia kórisméjénél fontos a hyperplastikus regeneration kívül az eosinophil s a basophil sejtek nagy száma, akut lymphás leukaemiánál a Rieder-typus s az azur granulatio tömege, ami rossz prognoszt ad. Kétes esetekben az oxydase reactiót el kell végezni.

Párizsi tanulmányutam.

Írta: *Balkányi Pál dr.*, műtőorvos a debreceni Tisza István Tudományegyetem sebészeti klinikáján.

Ha egy tanulmányút céljával nemcsak azt tekintjük, hogy kizárólag jól, hasznosat és szépet lássunk, tapasztaljunk, hanem egy idegen ország, jobban mondva idegen iskola teljes klinikai vagy kórházi üzemét akarjuk összehasonlító tanulmány tárgyává tenni, annak jó és kevésbé jó szokásait akarjuk bírálni s e bírálat eredményéből tanulni, akkor kétségtelenül egy franciaországi, jobban mondva párizsi tanulmányút az, mely erre a legjobb alkalmat szolgáltatja.

Tanulmányutam kifejezett célja az általános sebészet és az urológiai sebészet frequentálása volt, de mielőtt az itt szerzett tapasztalataimról írnék, be kell számolnom azokról az általános értékű benyomásaimról, melyeket ott tartózkodásom alatt szereztem.

A háború megnyerése feletti öröm, a „gloire”, azt hiszem, semmit sem csökkent az elmúlt hat év alatt, sőt a sovínismusuk határozottan megnövekedett. Ez

utóbbi és a minden téren érezhető fölényességüket mesterségesen táplálja a gyarmatokról és más exotikus országokból, főleg Dél-Amerikából odaözönlő idegen alázatossága és alsóbbrendűségének önkéntes elismerése. Szembetűnő ez a különböző klinikákon, ahova legalább 25–30 idegen nemzetiségű orvos jár be. A sok délamerikai és afrikai, gyakran ausztráliai orvos határozottan másodrendűnek ismeri el magát a francia orvossal szemben, mondhatom, minden alap és ok nélkül. Az általánosan elterjedt, nagymérvű sovínizmus alól az orvosok sem képeznek kivételt. A kétségtelenül németül tudó francia orvos sem beszél külföldi collegájával németül, bármennyire is küzködjék az a francia nyelvvél. Ha néhanapján mégis akad egy, akiben a jóindulat megvan németül beszélni, aggódva figyel minden ajtóra, nem lép-e be azon valaki s hirtelen franciára fordítja a társalgást, ha az ajtóban akár szolgál, vagy beteg jelenik meg, amint az az egyik legnevesebb sebész-urologus professzorral és velem megtörtént. Ezekon azonban az embernek túl kell tennie magát, mert hasonló élmény lépten-nyomon érheti.

A franciákat mindenkor jellemző decoratív szellem az orvostudományt és az ezzel kapcsolatos intézményeket sem kíméli meg a gyakran theatralis beállítástól, ami azután néha nevetségessé válik. Erre jellemző esetet tapasztaltam magam is. A francia sebészek multévi párizsi congressusa alkalmával az urologia egyik nagyon ismert képviselője a congressus résztvevőit meghívta egyik műtéti napjára klinikájára. A vendégek félkörben állottak fel a műtőasztal körül, ahol egy vesekiirtás folyt. A vesének a környezetéből való kifejtése után a segéd a sebet és a műtőnek abban levő két kezét egy kis lepedővel letakarta, ami alatt a műtő a vesét a sebből kiemelte. Ebben a pillanatban a segéd a lepedőt leemelte, a műtő pedig a félkörben álló sebészek felé fordulva, rámutatott a vesére, ezzel a sokatmondó szóval: „voilà”. Mondanom sem kell, hogy e kijelentést óriási taps honorálta.

Az Ecole de Medicine idegeneket útbaigazító irodája rendkívül megkönnyíti a tömérdék és meglehetősen szerte a városban fekvő kórházak között való eligazodást. Jelentkezéskor megkérdezték, hogy mi iránt érdeklődöm, s válaszként átnyújtották Párizs összes sebészeinek a névsorát, számszerint 45, megjelölve a napot, órát és természetesen a kórházat, amikor és ahol az egyes sebésztanárok operálnak. Dicséretükre legyen mondván, hogy a megjelölt időponthoz, kivétel nélkül mindnyájan, szigorúan ragaszkodnak. A legtöbb sebész kétszer egy héten operál, kétszer egy héten ambulál és kétszer egy héten tart kórtermi vizitét, amikor is az új betegek státusát lediktálja egy erre a célra felfektetett könyvbe. A kórtörténet, amit az osztályos orvos vezet, csak a kórelőzményt tartalmazza és a betegség lefolyását a legrövidebben. Ezen útmutató révén jutottam el a mai Párizs legdivatosabb sebészéhez, *Pauchet*-hez, a Hôpital St. Michel-be. Külföldi orvosok számára hetenként kétszer operál, főleg gyomrot. Műtője kétemelet magas s ebbe a terembe az emelet magasságában egy vastag üvegtető van beépítve olymódon, hogy körülötte ülőhelyek vannak, ahonnan a lent folyó műtétet kényelmesen végig lehet nézni. E tető fölé természetesen nem a műtőből, hanem a megfelelő emeletről van a bejárat. Minden ülőhelyre oda van készítve a műtetre kerülő betegek kórtörténetének kivonata és a műtéti terv, sokszorosított példányban. Mellékesen jegyzem csak meg, hogy legnagyobbbrészt az ú. n. Pólya-Reichelféle műtétet végzik. A minden téren kifejezésre jutó ú. n. „beállítás” hiányzik a műtét lefolyásánál. Hasműtőnél vagy veseműtőnél a beteg csak a váll magasságáig és térdig van letakarva sterilizált kendőkkel.

Kivétel nélkül egy segéddel, műszerelő nélkül operálnak. A műtő magának műszerel. A műszereket nagy fémdobozokban szárazon sterilizálják, ebben a műszerek már úgy vannak elrendezve, amint azt a műténél használgák. Mindent catguttal varrnak, három hónap alatt selymet egyetlen klinikán sem láttam. A varratokat kizárólag Reverdin-tűvel végzik, legyen az bél- vagy bőrvarrat. Főleg vastag fonalakkal dolgoznak és itt volt szerencsém először látni hetes számú catgutot, amivel pl. a Bassini-varratot, vagy a vesehilus lekötését végzik. Ez utóbbinál kizárólag „en masse” lekötsést végeznek, az uretercsont ellátására pedig semmi gondot sem fordítanak, csupán thermocauterrel vágják át. Akár gyomor- vagy bélműtétet végeznek, a hasüreget nem izolálják. Majdnem kivétel nélkül utcai ruhában operálnak, sterilizált vászonkötényt, vagy legjobb esetben kis, rövid köpenyt vesznek fel, melynek felső részén lévő, nyelvszerű toldalékát a száj elé kötik. Minden sebész vastag, könyökig érő gumikesztyűben operál.

Az altatásnak és helyi érzéstelenítésnek nálunk lévő aránya a franciákénak éppen a fordítottja. Lehetőleg mindent aetheraltatásban végeznek, amire többféle, kétségkívül célszerű gépük, illetve berendezésük van. Itt említem meg azt a hihetetlen naivitást, amit különben más téren is tapasztaltam, hogy az altatott beteg mellkasát, kizárólag elől, műtét után jódinecturával kenik be, a postoperatív tüdőgyulladás elkerülése végett. A helyi érzéstelenítés közül főleg a gerinevelő-érzéstelenítést végzik, meglehetősen magasan, a XII. háti csigolya felett.

A betegek kötözését, a bejárási betegek kezelését, pl. hólyagmosás, cathetercsere, stb., az ápolószemélyzet végzi, vagy az orvostanhallgatók, azonban csak ritkán orvosi felügyelet mellett. Az orvostanhallgatók első évtől kezdve klinikán vannak beosztva és itt a rendszeres munkában vesznek részt, sőt műtéteknél felváltva altatnak. Az első év azonban a mi rendszerünk szerint második évnek felel meg, miután csak azt vesz fel az orvosi karra, aki a bölcsészeti karon egy évig chemiát, fizikát és növénytant hallgatott és természetesen sikerrel vizsgázott.

A kórházak, klinikák mind legalább 2000–2500 ágygal rendelkeznek, de van 5000 ágyas kórház is, azonban kivétel nélkül régi épületekben vannak elhelyezve, amit azután folytonosan toldoznak. A belső berendezések azonban annál fényűzőbbek, különösen ami a műtő-, vizsgálóhelyiségeket és a laboratóriumokat illeti. Hogy csak egy példát említek meg, *Legueu* tanár klinikáján a cystoskopiai vizsgálatokra szolgáló teremben hat vizsgálóasztal áll egymás mellett s mindegyiknél jobbról egy pantostát, balról egy diathermás készülék van elhelyezve. A két nagy műszerszekrényben pedig 200 különböző cystoskopot és 60 urethroscopot számláltam meg. Mondanom sem kell, hogy e terem mellett közvetlenül egy, csupán pyelographiás felvételekre szolgáló abszolút modern Röntgen-laboratorium van elhelyezve.

Még néhány szóban megemlítem az orvosi kar előnyös gazdasági helyzetét. A reklám megengedett eszköz a megélhetésért folytatott küzdelemben. A nyilvános illemhelyek telve vannak orvosok hirdetéseivel, természetesen jórészt venerologusok tábláit látni ott kifüggesztve. Franciaországban általában nagy az orvoshiány, különösen a háború óta. Az Ecole de Medicine falán egy nagy emléktábla a háborúban elesett 1800 orvos emlékét örökíti meg, akiknek pótlása, különösen vidéken, előnyös elhelyezkedési lehetőséget nyújt az új generációnak.

Ami a specialis urológiai tanulmányaimat illeti,

azokat főleg *Legueu* és *Marion* osztályán igyekeztem elvégezni. Nyugodtan állíthatom, hogy e két sebész-urologus iskolája ma a mérvadó irány Franciaországban. Az egész urológiai orvosi élet e két iskola küzdelméből alakult ki s a mai felfogás szerint ebből a modern *Marion* fog győztesként kikerülni a kissé conservatív, Guyon, Nelaton hagyományait szem előtt tartó *Legueu*-val szemben.

A két iskola műtéti technikájában mutatkozó apró, mondhatnám lényegtelen eltérésektől eltekintve a különbségek főleg a functionalis vizsgálatok rendszerében tűnnek ki. *Legueu* klinikáján a functionalis vizsgálatok gerincét az Ambard-constans meghatározása képezi. A főszólyt erre a vizsgálatra helyezik, és a még mellékesen elvégzett phloridzin, phenolsulfophtalein próbák és ureum meghatározás csak éppen kiegészítésül, az Ambard-constans talált értékének alátámasztásául szolgálnak. Az operabilitás határának legmagasabb értékül 0.15–0.18, 0.19 tekintik.

Marion functiós vizsgálatainak a súlya a phenolsulfophtalein próbán nyugszik, melyet röviden P. S. P.-vel jelölnek. Elvégzik még a hígítás és concentrációs próbát, az ureum és konyhasó meghatározását, ez utóbbi kettőt úgy a vizsgálati anyagul szolgáló néhány köbcentiméterben, mint a napi vizeletmennyiségben. Az Ambard-constans meghatározását csak azokban az egészen ritka esetekben végzik el, amikor a fent felsorolt összes próbák oly különböző eredményt adnak, hogy közöttük az eligazodás és döntés nehéz. Hogy a jól bevált és általuk is ismert indigocarmin-próbát még ilyen kétséges esetekben sem használják, azt hiszem, közel járok az igazsághoz, ha ennek okát a már említett sovínismushan látom, lévén az indigocarmin-próba német iskolából kikerült vizsgálati eljárás. A P. S. P. elvégzésére 2 cm³ phenolsulfophtaleint adnak intravenásan és az ureterekbe vezetett katheteren kívül a hólyagba is vezetnek egy kathetert, hogy az esetleg az ureter-katheter mellett lefolyt vizelet is vizsgálat alá kerüljön. A vizsgálatnak két phasisa van, az első a P. S. P. beadásától számított első 30 percig tart, a második a további 40 percig. Sok előnye mellett hátrányául róható fel e próbának az, hogy összesen 70 percig tart, ami a betegnek fölülte kényelmetlen és fájdalmas, az ureterekre pedig, azt hiszem, nem teljesen közömbös, hogy a kathetereket oly sokáig hagyjuk feküdni. Az operabilitás legmagasabb határa, ha az első 30 percen a beadott P. S. P. 50%-a kiválasztódik, amit azután colorimetriás úton határoznak meg. *Marion* oly szigorúan ragaszkodik e gyakorlatilag bevált legfelső határhoz, hogy 49% kiválasztásánál már nem végez egyszakaszos prostatectomiát. Ez utóbbi tény különben is feltűnt nekem, hogy t. i. a kétszakaszos műtét a mindennapi események közé tartozik, szemben a magyar és német iskolával, ahol ma már ez a legnagyobb ritkaságszámba megy. *Marion* előszeretettel operálja a polycystikus vesét, amidőn azt ollóval mintegy lehámozza. Szemtánuja voltam, amikor egy hat évvel ezelőtt jobboldalon decorticalt betegnél baloldalt végezte ugyan ezen műtétet. Szerinte elsősorban a haematuria és infectio, másodsorban a nagy fájdalom indicálják a műtétet.

A Hopital Lariboisiere urológia osztályán való tartózkodásom alatt folytak ott a kísérletek a hólyagtuberculosisnak methylenkével való kezelésére, melyet úgy végeznek, hogy 1 g methylenkét 100 g normal serumban oldanak s ebből előzetes hólyagöblítés után 8–10 cm³-t instillálnak a hólyagba. Eredményről, sajnos, nem számolhatok be, miután az egész csak kísérletezés stadiumában van. A vizsgálók általában szép

eredményeket várnak e kezelési módszertől. Mellékhere-tuberculosisnál lehetőleg csak mellékhere kiirtást végeznek.

Prostata kiirtás után, de hólyagmetszésnél is, *Marion* az általa szerkesztett ú. n. „tube Marion“-t használja, ami lényegében nem más, mint egy hajlított duplaesővű gumidrain, melynek egyik csőve vékony, ezen fecskendezik be az öblítő folyadékot, másik csőve vastag, ezen folyik ki. Főleg az állandó katheter okozta mellékheregyulladás kifejlődését igyekszik ez által elkerülni, aminek érdekében még ezenkívül a ductus deferenseket is leköti. *Legueu* természetesen nem ezt a gumidraint használja, hanem az általa lényegtelenül módosított Hébel-drainaget. Ami a prostatectomia technikáját illeti, azt mindnyájan hasonlóan végzik. Csupán kétujjnyi nyílást készítenek, a nyálkahártyát körömmel hasítják fel és a kifejtést, általában az egész műtétet szemcontroll nélkül végzik. A végbél felől a műtő balkezének mutatóujjával saját magának segít. A vérzés csillapításában a mienkkel szemben eltérést nem találtam, eltekintve *Legueu*-nak saját maga által szerkesztett, de más klinikán nem használt tamponáló szerkezetétől, mely lényegében nem más, mint egy hüvelykujj vastag 20 cm hosszú nikkeleső, amelyet a prostatagyba vezet s ezen keresztül villaalakú műszerrel tömi ki a vérző felületet jodoformgazeval. Azt hiszem, hogy a fent vázolt néhány technikai eltérés a lényeget különösebben nem érintik.

A functionalis vizsgálatok tömege, tökéletessége, pontossága és lelkiismeretes elvégzése kétségtelenül mély benyomást tettek reám, nem hallgathatom el azonban azt, hogy ezeket a vizsgálatokat fényűzően és tökéletesen berendezett laboratoriumokban, kizárólag csak ezzel foglalkozó orvosi és tanult segédszemélyzet végzi; *Marion* laboratóriumában pl. három orvos, két vegyész- és egy gyógyszerész-doctor végzi a vizsgálatokat, ezeknek pedig két tanult laborans segédkezik.

A fentiekben iparkodtam tanulmányutamon szerzett, főleg általános értékű és néhány specialis természetű tapasztalatomról nagyjában beszámolni. Tanulmányutamról azzal a felemelő és jóleső érzéssel tértem vissza, hogy megésonkított és elszegényedett hazánk tudományos és kulturális niveauját a gazdag, győztes és gondtalan külföld sem képes felülmulni.

Orvostörténelmi jegyzetek.

XII. A magyar orvosi oktatás kezdete.

Írta: *Mayer Ferenc Kolos dr.*

Messziről kellene kezdenem, talán még Szt. István király idejétől, s végig kellene mennem 600–700 évek történetén. Közben köteteket megtölthetnék azoknak az önzetlen törekvéseknek vázolásával, amelyek Magyarország orvosgenerációjának kiképzésével kapcsolatosak. Tudós pátereknek az emberi anatómiáról tartott dilettáns előadásai az Árpádok kolostori iskoláiban, királyaink egyetemalapító kísérletei, XVI–XVII. századi orvosaink házi tanfolyamai mind azt mutatják, hogy fejlődésében megzavart kultúránk minden időben fel tud mutatni olyan próbálkozásokat, amelyek alkalmas politikai viszonyok között a magyar orvosképzés megalapozására vezethettek volna.

Jelen dolgozatomban azonban csak a XVIII. századig nyulok vissza, abba az időbe, amikor a nagy-szombati jezsuita-kollégiumból tudományegyetem alakult. Kiragadom ebből az időből Nógrád megye volt tiszti fizikusát, *Perliczi János Dánielt* és barátját, *Markhot Ferenc* hevesmegyei tisztiorvost, valamint Eger tudománypártoló püspökeit, *Esterházyt* és a későbbi primás *Barkóczyt*.

Ez a quadrumviratus Egerből, a Felvidék kulcsából egyetemi várost akart fejleszteni, ha ugyan Mária Teréziának és a királynő jobbkezeének, a hollandus *van Swieten* orvosnak is úgy tetszett volna. Egerben ugyanis már 1740-ben működött egy *Foglár György* püspökkanonok által alapított jogakadémia, amelyhez gróf *Barkóczy Ferenc*, majd utóda, *Esterházy* püspök a hiányzó három fakultást is meg akarták szerezni.¹

Esterházy 1761-ben lett Eger püspöke és már 1762-ben tervbe vette az egyetem házának (domus universitatis), a Lyceumnak fölépítését. Mária Teréziához intézett, 1763 október 14-éről datált folyamodványában állami szubvenciót kér az egri egyetem alapításához. Ezt írja többek között: „...non me tamen adeo his constringi sino, ut non etiam de aliis disciplinis profanis uti jure civili et patrio, gentium item, et natura tradendis, nec non de *medicinae studio* Agriae... sollicitus sim; imo vehemens me tenet desiderium, ut schola Agriensis, cujus haec, quae paulo ante enumerari fundamenta jacta sunt, sub clementissimae Majestatis Vestrae protectione in universale Lyceum evadat“. Majd meg azt állítja, hogy az orvosi tudományok tanítását is tervbe vette: „...eo etiam adnitar, ut pro inducendo *medicinae studio*, ejusque felicibus initiis modum et fundum quaeram“.²

Azok az alapok, amelyeket a lelkes püspök elabratumában említ, s amelyeket az egyetem életének biztosítására állami támogatásként kér, a „cassa parochorum“ (régii vallásalap) 6000 frtnyi évi járadéka, az egri vár és a tapolcai apátság évi jövedelme voltak. *Barkóczy*, a magyar közoktatásügy előharcosa, s ez időben a közoktatás országos főfelügyelője (studiorum protector) a kérvényt jóindulatulag vélelmezte, de sikertelenül.³

Ugyanekkor — 1763 végén — történt, hogy *Perliczi* sürgetésére, aki már 1751-ben *van Swieten*hez juttatott, de *Nádasdy Lipót* kancellár által indokolatlanul félretett beadványában egy magyar orvosi főiskola szükségességét hirdette, a magyar orvosképzés ügyében vele levelezésben álló barátja, *Markhót*, az egri orvosi főiskolára vonatkozó tervvel állott a tudománypártoló egri püspök elé.⁴

Esterházy azonban a remélt, de meg nem kapott állami támogatás híján kénytelen volt ezt az iratot az egri egyetemre vonatkozó többi aktával együtt egyenlőre levéltárba tétetni. De *Markhót* doktor nem nyugszik. 1767 dec. 7-i emlékiratában azt az ajánlatot teszi a püspöknek, hogy, ha már késik a kormány anyagi gondoskodása és ezzel az egyetem felállítása, ő maga ingyen megkezdene az orvostan tanítását, csak adjon ehhez az egyházmegye engedélyt.⁵

A részletesen kidolgozott program szerint az orvosi tanfolyam öt évre volt tervezve. Az előadásokat — az első évben anatómiát, botanikát és vegetant — *Markhót* tartja az irgalmasrendiek segítségével ezeknek rendházában. A klinikai oktatás ugyancsak az irgalmasrendiek kórházában történik és pedig *Boerhave* intéstitúói, továbbá *van Swieten* és *Haller* kommentárjai alapján. A praelectiók reggel 8–9-ig és délután 2–4-ig tartanak.

Az egyházmegye 1769 június 26-án kelt jóváhagyó leiratában csak azt kötötte ki, hogy az orvosi előadások csak a filozófia elvégzése után legyenek hallgathatók, a praktikus oktatást azonban borbélysebészek is látogathatják. Ezek a kezdetleges, egyeteminek induló előadások az 1769–70. tanévben meg is indultak, egyenlőre tíz hallgatóval. S ahogy *Markhót*nak 1770 nov. 8-i jelentéséből kitűnik, az első év végén megejtett vizsgálatokon a kormány is képviseltette magát *Brunswikius* királyi kommisszárius személyében.⁶

Nemsokára azonban mind nagyobb és nagyobb akadályokkal kellett megküzdenie az öregedő *Markhót*-nak. A legfőbb baj természetesen a pénzühiány volt, pedig kellett volna legalább egy, kétszáz forinttal honorált tanárságát a növénytan és vegytan előadására. Azután meg a szegény orvostanhallgatókat is támogatni kellett volna, hiszen már az 1770–71. iskolaévben csak három hallgatója volt a tanárnak: *Palatini Jakab*, *Gogolák Imre* és *Tarcsaly Sámuel*.

A nagyszombati egyetem megalapítása végül teljesen tönkretette és elsorvasztotta a felsőmagyarországi egyetem eszméjét, s a nyomoruságos keretek közt teendő egri orvosi főiskola is csirájában elpusztult. 1774-ben, amikor pedig a „domus universitatis“ büszke nevét viselő Lyceum készen állott, már semmi életjel nines *Markhót* tanfolyamairól. Ő maga is, mint iskolája, megértetlenül, küzködve élte le végnapjait, akinek pedig annyi hálával tartoznék a magyar orvosi rend.

KÉRDÉSEK ÉS FELELETEK

Kérdés: A „Neo I. C. I.“ miben különbözik a neosalvarsantól, melyek az indicatiói ez utóbbi mellett s mennyiben helyettesítik egymást? Adagja ugyanaz, mint a neosalvarsané?

Felelet: A firenzei „Neo I. C. I.“ (istituto chemoterapico italiano) nevű salvarsankészítménnyről még alig áll irodalmi adat rendelkezésünkre. Testvérekészítménye a német neosalvarsannak s állítólag nagyobb a kémiai stabilitása. Kétféle alakban kerül a forgalomba: 1. Neo I. C. I. in soluzione stabile (aransárga olajszerű folyadék). 2. Neo I. C. I. (kénsárga por). Mindkettő olyan adagban adható, mint a neosalvarsan. Az oldott (0-10, 0-15, 0-30, 0-45, 0-60 tartalmazó phiolákban) neo i. c. i. kizárólag a bőralatti vagy intramuscularis injectiókhoz való. Indicatiója akkor áll fenn, amikor bármely oknál fogva intravenás injectio nem adható (használható vena hiánya, kis gyermekek, intolerantia intravenás injectióval szemben, stb.). Az injectio helye az első órákban érzékeny, de a fájdalomsság könnyen eltűrhető. Másnapra a fájdalom eltűnik. Átlagos adag felnőttek számára 0-3–0-45. A poralakban forgalomba kerülő neo i. c. i. oldása és intravenás alkalmazása olyan, mint a neosalvarsané. G.

VEGYES HÍREK

Előfizetésük megújítására és hátralékuk kiegyenlítésére kérjük előfizetőink közül azokat, kiknek a mult-heti számukhoz befizetőlapot mellékelünk. Előfizetési díj: egész évre 250.000, félévre 125.000, negyedévre 65.000 korona. Kérjük nagyon a sürgős elintézését, mert a késedelemből a lapnak kára van.

A Magyar Szemorvostársaság XVIII. évi rendes közgyűlését és nagygyűlését június hó 5. és 6. napján a budapesti egyetem szemklinikaán tartja. A *Schulek Vilmos* emlékelőadást ez évben ifj. *Imre József* pécsi egyet. tanár „A szem védelme fényszűrő szemüvegekkel“ címmel tartja. A napirenden ezenkívül 19 előadás, 9 bemutatás és 8 klinikai közlés szerepel.

Személyi hírek. A Kormányzó Úr Öfömlétósága a m. kir. vallás- és közoktatásügyi miniszter előterjesztésére *Bókay Zoltán dr.*, budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetemi magántanár, adjunktusnak és *Pauncz Márk dr.*, egyet. magántanár, kórházi főorvosnak az orvosi tudományos irodalom terén kifejtett munkásságuk elismerésül az egyetemi rendkívüli tanári címet adományozta. — Az igazságügyminiszter *Oláh Gusztáv dr.*, címzetes helyettes államtitkárt az Igazságügyi Orvosi Tanács alelnökévé, *Buday Kálmán dr.* és *Nékám Lajos dr.* egyet. ny. r. tanárokat pedig a tanács tagjaivá újabb három év tartamára kinevezte.

¹ V. ö. Egyházmegyei Levéltár 1755–60. évi regestrumát.

² Egyházmegyei Levéltár 1762–63. regestruma.

³ Egyházmegyei Levéltár, fasc. 566.

⁴ V. ö. Acta antiqua Lyc. Agr. respicientia.

⁵ 1768–69. regestrum.

⁶ V. ö. Acta antiqua etc.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1926. évi május hó 29-én tartandó tudományos előadásának programja:
Bemutatás: 1. *Nyomárkay József:* Méhenkívüli terhesség három ritka esete. 2. *Torday Árpád:* Vércukormeghatározások tüdőgümőkórban. **Előadás:** 1. *Friedrich László:* Fractionált gyomornedvvizsgálatok ulcusosoknál. 2. *Tóvölgyi Elemér:* Gégetuberculosis és immunbiologia (II. rész).

Bürgi Emil dr. tanár lemondása. *Bürgi Emil* berni egyetemi tanár betegsége miatt nem tarthatja meg az orvosi továbbképzés központi bizottsága által rendezett továbbképző tanfolyam keretében tervezett előadását.

Az orvosi továbbképzés központi bizottsága 1926 május hó 17-én tartotta Tóth Lajos államtitkár elnöklésével közgyűlését, melyen *Scholtz Kornél* államtitkár, a bizottság titkára előterjesztette az 1925. év munkáságáról szóló jelentését. A bizottság 1925-ben a budapesti és vidéki egyetemeken öt tanfolyamat rendezett és ezeken 332 orvos vett részt. Nagyon látogatott volt az id. *Liebermann Leó dr.* vezetésével tartott iskolaorvosi, úgyszintén a budakeszi Erzsébet királyné sanatoriumban báró *Korányi Sándor dr.* vezetésével tartott tuberculosis-tanfolyam. Az amerikai orvosok számára tartott tanfolyamokon 160 amerikai orvos vett részt. Jelenleg tizen tartózkodnak Budapesten. Az *Orvosképzés* folyóiratban az 1925. évben 132 dolgozat 81 ívnyi terjedelemben jelent meg. *Grósz Emil dr.* egyetemi tanár, alelnök előterjesztette a tanfolyamok ezévi programját. E szerint Budapesten és vidéken összesen kilenc tanfolyamot rendeznek. A népjóléti és munkaügyi miniszter a törvényhatóságokat felkérte, hogy a tanfolyamokon résztvevő orvosokat anyagilag támogassák. A központi bizottság a népjóléti miniszter urat kéri fogja, hogy a vidéki orvosok számára tanulmányi ösztöndíjakat engedélyezzen. Az iskolaorvosi tanfolyamra elsősorban vidéki, azután már állásban lévő s végül klinikai vagy kórházi gyakorlatot kimutató orvosok fognak felvételt nyerni. A jelenlegi tanfolyamra helyhiány miatt fel nem vehetők számára ez év őszén újabb tanfolyam van tervbe véve.

Becker porosz közoktatásügyi miniszter május 26-án Budapestre érkezett. *Klebersberg* kultuszminiszter tudományos életünk néhány kiválóságával Esztergomig utazott a kitűnő vendég elé, ahol a „Zsófia” fedélzetén ünnepélyesen fogadták, majd a gőzösön Budapestre kísérték. A vendég miniszterrel megismertetik Magyarország fontosabb kultúrintézményeit, pénteken délután pedig *Becker*, ki egyébként a berlini egyetem tanára is, „Preussische Kulturpolitik nach dem Kriege” címen előadást tartott a parlament delegációs-termében a magyar tudomány meghívott, előkelő képviselőinek. Szombaton az Embervédelmi Kiállításon a német kiállító nevében üdvözlö a Kormányzót.

Petz Aladár dr., a győri kórház igazgató-főorvosa annak közlésére kért fel, hogy a tragikus körülmények között elhunyt *Daday Jenő dr.* nem a győri köz-kórháznak volt főorvosa, hanem az ottani közrendészeti kórháznak alkalmazott polgári sebészorvosa.

Nemzetközi értekezlet a narkotikumok elleni védekezés tárgyában. 1926 július 5–10. között Los Angelesben, Kaliforniában, az Északamerikai Egyesült-Államok meghívására, nemzetközi értekezletet tartanak a narkotikumok (opium, kokain, stb.) elleni védekezés ügyében. A magyar kormány képviselőjében a washingtoni m. kir. követség fog résztvenni.

Fürdőügyi tudományos intézet. Wiesbaden város tanácsa és képviselőtestülete elhatározta, hogy a városban a fürdőügyi tudományos kutatás céljaira intézetet létesítenek. Az intézet az anyagsere és a balneologia problémáinak tudományos feldolgozására hivatott; a kutatómunkát szakférfiakból álló tanács fogja irányítani és az élére az intézetnek szakképzett balneologus kerül. A kiadásokat, melyek az alapítási költségeken kívül körülbelül évi 50.000 aranymárkára rúgnak, részben a város fogja fedezni.

Hajdusoboszló város megszerezte a jódos hévforrás kihasználási jogát. A pénzügyminisztérium a Hajdusoboszlóban feltárt földvíznek és sósvíznek kihasználási jogát 35 évre Hajdusoboszló városnak engedte át azzal a kikötéssel, hogy a város gázmotoros villamos központot, gyógyfürdőüzemet, gyógy- és strandfürdőt, gyógyvízpalackozóüzemet és fürdőparkot létesít. Az állam az összjövedelemből megállapított részesedést fog kapni. Nemesak közgazdasági, hanem közegészségügyi szempontból is nagy jelentőségű ez az elhatározás, mert a magyar Alföld nemesak gyógy-, hanem még köztisztasági fürdőkben is igen szűkölködik.

A magyar városok műszaki egészségügyi viszonyainak tanulmányozása. Prof. *Rashkovich*, a Londonban székelő Nemzetközi Műszaki Egészségügyi Intézet igazgatója, aki intézete megbízásából Közép-Európa műszaki egészségügyi berendezéseit tanulmányozza, néhány napot Magyarországon töltött abból a célból, hogy a magyarországi városok egészségügyi műszaki berendezéseiről, különösen pedig a városi vízvezetékek és csatornázásokról tájékozódjék. Tárgyalásokat folytatott a népjóléti és munkaügyi minisztérium szakreferenseivel, azután *Czárán Péter* műszaki tanácsos kíséretében Kecskeméten, Hódmezővásárhelyen és Szegeden tett látogatást. A jeles szakember arra törekszik, hogy az említett városokban létesítendő vízvezeték és csatornázás munkálatai bekapcsolatassanak abba az angol vezetés alatt álló nemzetközi szervezetbe, amely közegészségügyi és takarékosági szempontból egyöntetűen szeretné megoldani Magyarországot, Ausztriát, a megszállott Felvidék, Erdély, Románia és Bulgária nagyobb városai különféle egészségügyi közműveinek a létesítését. Eddigi tanulmányai kedvező eredménnyel jártak és Erdélyből való visszatérése után Nyiregyházán is látogatást tesz. Illetékes helyen szóba került, hogy az előmunkálatok, valamint a tervezés elvégzésére központot szerveznek, amely a felvidéki és az erdélyi városokkal is kooperálna, a munka finanszírozására pedig az állam és a városok garanciájával kedvezőbb feltételek mellett angol tőkét bocsátának az építők rendelkezésére. A vállalkozás nemesak a magyar városok egészségügyi assanálásában jelentene fontos előrehaladást, hanem munkát adna a magyar mérnököknek, gyáraknak és iparosoknak is.

Szigorú intézkedések a részeg soffőrök ellen Franciaországban. Az utóbbi időben az autók okozta balesetek száma nagyon megnövekedett Franciaországban. A hatóságok elrendelték, hogy a részeg soffőrökről ujjlenyomatot kell venni és a kocsivezetési engedélyt már az első megismétlődés esetén meg kell vonni.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága tudatja, hogy vasárnap, e hó 30-án *dr. Dalmady Zoltán* egyetemi magántanár úr a Szent Margitsziget-gyógyfürdőt a klinikai kéthetes tanfolyam hallgatóinak bemutatja. Találkozás vasárnap, e hó 30-án reggel 9 órakor a Margitszigeti-híd bejáratánál. Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága által kiállított igazoló jegy e napra és ez órában a szigetre való szabad bemenetet biztosít. Az igazoló jegyek átvehetők a bizottság irodájában: VIII. Mária-u. 39. I. sz. egyetemi szemklinika, d. e. 10–12 és d. u. 4–5 óra között.

A Keresetképtelen Orvosokat Segélyező Egyesület vezetősége kéri azon kartársakat, akiknek *posta útján* sorsjegyeket küldött, hogy vagy azok ellenértékét, vagy, ha a sorsjegyeket megtartani nem óhajtanák, ezeket az egyesületnek *sürgősen* elküldeni szíveskednének, mert esetleg: késedelmeskedésük az egyesületre jelentékeny anyagi veszteséget jelenthet. Nagyon kérjük a sorsjegyeket visszaküldő kartársakat azon csekély anyagi áldozatra, hogy *a visszborítékot bélyeggel ellátni szíveskednének.* A húzás napjáig ki nem fizetett sorsjegyekre esetleg eső nyeremények az egyesületet illetik.

Étrendi előírások a gyakorlatban. Írta Soós Aladár dr., élelmiszer-értéktáblázattal és gyakoribb ételreceptekkel. *Fűzve 50.000 K-ért, kötve 75.000 K-ért kapható* kiadónkunkban.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint május 16-tól május 22-ig előfordult:

Hasi hagymáz	9	(—)	Gyermekágyi láz... ..	(—)	1
Küteges hagymáz ..	—	(—)	Bárányméltó	20	(—)
Hólyagos (ál-)himlő ..	—	(—)	Járv. fültőmirigylob ..	76	(—)
Kanyaró	184	(—)	Vérhas	2	(—)
Vörheny	51	4	Járv. agygerincagyhártyalob ..	—	1
Szamárhurut	10	(—)	Trachoma	6	(—)
Rones, torok-, gégeleob ..	22	2	Veszétség	—	(—)
Influenza	3	2	Lépfene	—	(—)
Ázsiai kolera	—	(—)	Heine Medin	—	(—)

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

A szerkesztő fogadóórát kedden és pénteken 11—12-ig tartja.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

K. M. EGYETEMI NYOMDA BUDAPEST — FŐIGAZGATÓ: DR. CZAKÓ ELEMÉR

LEGYÖKÉLETESBBI, ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A
LYSOFORM
 OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGEZ, BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

Diathermia Gyógyintézet hő-, fény- és villamos kezelések.
 Budapest V, Vilmos császár-út 18. I. em. Telefon: 13-98
 Vezető orvosok: Dr. Kiss Jenő Dr. Kovács József

Dr. DOLLINGER BÉLA Orthopaediai intézete.
 Tornaterem.
 Budapest, VIII, Mária-utca 34. (Telefon: József 393.)

Lipót-városi **VÍZGYÓGYINTÉZET** DIATHERMIA
 Quarz stb. Dr. Farkas Márton
 V, Báthory-utca 3.

Székesfővárosi **SZÉCHENYI-GYÓGYFÜRDŐ** Városliget.
 970 méter mélységből előtörő 74 C° kénes rádióaktív forrás. Medence- és különfürdők, iszapgyöngyölések, szén-savasfürdők. Elektrotérápia. Diathermia. Hőlégteljesítések. Zander. Javallatok: Idősült csúsz, ízületi izzadmányok, köszvény, elhízás, idegszabály, különösen ischiás. Szív-bántalmi betegségek. Ivókúra.

Dr. JUSTUS BÖRGYÓGYÍTÓ ÉS KOZMETIKAI INTÉZETE
 Kórházi főorvos
 IV, Ferenc József rakpart 26. Telefon: József 56-76.

Dr. REICH MIKLÓS-féle BUDAPEST IV, SEMMELWEIS-U. 2.
ZANDER-GYÓGYINTÉZET Tel.: József 4—12. Lift.

Dr. Mandler Ottó gyógyintézete, Kálvin-tér 10. Elektro-thermo-hydrotherapia, Zander, inhalatorium.

Liquor Thyomaltini

Igen kellemes ízű, codeint tartalmazó thiocollsyru (likőr).

INDICATIO: Broncho-pneumonia, Bronchitis putrida, Tuberculosis, Asthma bronchiale, Acut és chronikus bronchitis, Catarrhus apicum, Tuberculosis pulmonum stb.

Irodalom és orvosi minta díjtalanul készséggel áll rendelkezésre!

„LABOR” GYÓGYSZER- ÉS VEGYÉSZETI GYÁR RÉSZVÉNYTÁRSASÁG
 Központi iroda: Bpest V, Szent István-tér 15. Telefon: 41-16, 98-59, Lipót 966-71

CHLOROFORM PRO NARCOSI
Macfarlan

ismét kapható.

Vezérképviselő Magyarország részére:

SZEGEDY-MASZÁK ÁRPÁD

Budapest 62. Postafiók 77. Telefon: L. 998—97.

Iglófüred

KLIMATIKUS GYÓGYHELY. — Tökéletesen berendezett fizikoterapiás gyógyintézet 600 m. t. f. ősfenyvesben. Szepes megye. Főorvos: Dr. GROÓ BÉLA. Szoba kitűnő ellátással 35 cs. K-tól. Szanatórium-szerű kezeléssel, fürdővel stb. 52 cs. K-tól. Prospektust, felvilágosítást ad: Igló-füred igazgatósága. Dr. GROÓ BÉLA főorvos, IV, Veres Pálné-utca 25, II. 7.

Natrium
KAKODYL.
 Dr. Egger

Fájdalmatlan, jól bevált subcutan injectio 0.05 vagy 0.10 erősségben, 12 vagy 20 ampullás dobozokban.

PERKODYL
 Hatványozott hatású
 Arsen - injectio

Arsen-, Strichnin-, Phosphor-therapia számára.

Na. monomethyl ars. 0.05
 Strychnin 0.0001
 Na. Glycerophosphor 0.05
 1 doboz 20 ampulla.

Na.
ARSENICOSUM
 Dr. Egger

Erőteljes, anorganikus arsen-injectio. A csomagolás emelkedő és csökkenő dosisokban 0.001—0.01—0.01 g-ig 20 ampullát tartalmazó dobozokban. B csomagolás emelkedő dosisokban 0.001—0.02 20 ampullát tartalmazó dobozokban.

Mintával és irodalommal szívesen szolgálunk:

Dr. EGGER LEO és EGGER J. gyógyszervegyészeti gyár Budapest VI, Révay-u. 12